

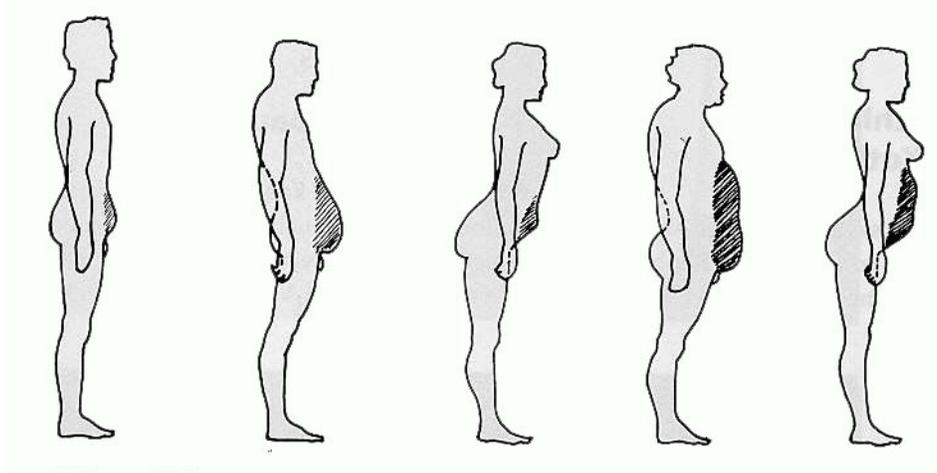
MANUSCRITO

Diagnóstico e Terapia segundo

Dr. F. X. Mayr

SAÚDE INTEGRAL NA ÓTICA DO APARELHO DIGESTIVO

DO DR. ERICH RAUCH



EDIÇÃO BRASILEIRA
POR

DR. KLAUS TH. FINKAM OFM
DR. CLÁUDIO DE LIMA BARBOSA

**Direito exclusivos de publicação deste manuscrito
em língua portuguesa por**

© Klaus Th. Finkam ofm, M.D.

Cx. P. 02

65700-000 Bacabal

Conteúdo

| | | |
|-------------|--|-----------|
| A. | DIAGNÓSTICO SEGUNDO F. X. MAYR | 9 |
| A. 1 | HISTÓRICO | 10 |
| A. 1.1 | Nascimento e Desenvolvimento do Método MAYR | 10 |
| A. 2 | CONCEITO DE SAÚDE..... | 13 |
| A. 2.1 | Estágios de uma Saúde Ideal a um Estado Silencioso da Doença 14 | |
| A. 3 | O EXAME FÍSICO SEGUNDO MAYR..... | 15 |
| A. 4 | CRITÉRIOS DO ABDÔMEN SADIO | 16 |
| A. 4.1 | Inspeção | 16 |
| A. 4.2 | Medidas Abdominais..... | 17 |
| A. 4.3 | Percussão | 19 |
| A. 4.4 | Palpação..... | 20 |
| A. 5 | A TEORIA DO TÔNUS SEGUNDO MAYR | 25 |
| A. 5.1 | A Gênese dos Estados Patológicos do Tônus | 26 |
| A. 5.2 | Seqüência de Intoxicação:..... | 27 |
| A. 5.3 | Conseqüências Diagnósticas | 28 |
| A. 5.4 | Tônus do Trato Gastro-Intestinal | 29 |
| A. 5.5 | A Autointoxicação Intestinal..... | 31 |
| A. 5.6 | Posição e Forma das Vísceras..... | 33 |
| A. 5.7 | A Enteropatia e a Síndrome de Enteropatia | 38 |
| A. 6 | FORMAS ABDOMINAIS | 42 |
| A. 6.1 | Abdômen Normal | 42 |
| A. 6.2 | Abdômen Torto | 43 |
| A. 6.3 | O Abdômen Escavado | 43 |
| A. 6.4 | Abdômen Gasoso | 43 |
| A. 6.5 | Abdômen Fecalóide | 45 |
| A. 6.6 | Abdômen Gaso-Fecalóide | 46 |
| A. 6.7 | Abdômen Gordo..... | 46 |
| A. 6.8 | As Fezes..... | 46 |
| A. 7 | O VOLUME ABDOMINAL E A POSTURA..... | 48 |
| A. 7.1 | Postura Normal | 48 |
| A. 7.2 | Postura Inclinada | 49 |
| A. 7.3 | Postura de Sentido | 50 |
| A. 7.4 | Postura de Pato | 51 |
| A. 7.5 | Postura de Interrogação - | 52 |
| A. 7.6 | Postura do Tocador de Bombo | 53 |
| A. 7.7 | Postura do Semeador | 54 |
| A. 7.8 | Medidas Adicionais da Semiótica Mayr | 54 |
| A. 7.9 | Treinando o “Olho Clínico”..... | 55 |

| | | |
|--------------|---|------------|
| A. 8 | O TÓRAX..... | 57 |
| A. 8.1 | As Formas Torácicas Segundo Mayr..... | 57 |
| A. 8.2 | Abaulamentos (Corcundas) Torácicas..... | 60 |
| A. 9 | RESPIRAÇÃO | 62 |
| A. 9.1 | Os Princípios da Respiração | 62 |
| A. 9.2 | Anoxia e Sobrecarga Crônica de CO ₂ no Sangue..... | 64 |
| A. 10 | DIAGNÓSTICO HUMORAL BASEADO NAS CONDIÇÕES DA PELE 65 | |
| A. 10.1 | Cor da Pele | 65 |
| A. 10.2 | Superfície da Pele..... | 66 |
| A. 10.3 | Tipos Faciais | 66 |
| A. 10.4 | Tônus da Pele | 73 |
| A. 10.5 | Cabelo..... | 75 |
| A. 10.6 | Unhas..... | 75 |
| A. 10.7 | esclerótica | 76 |
| A. 10.8 | Conjuntiva | 76 |
| A. 10.9 | Boca..... | 77 |
| A. 10.10 | Língua | 77 |
| A. 10.11 | Odores..... | 78 |
| A. 10.12 | AS 6 SUCUSSÕES segundo RAUCH | 80 |
| A. 10.13 | Ponto Renal..... | 83 |
| B. | TERAPIA SEGUNDO F. X. MAYR..... | 87 |
| B. 1 | FUNDAMENTO HISTÓRICO-MEDICINAL..... | 88 |
| B. 2 | PRINCÍPIOS TERAPÊUTICOS SEGUNDO MAYR..... | 93 |
| B. 2.1 | Princípios da Pausa Protetora Regenerativa..... | 93 |
| B. 2.2 | Princípios de Purificação | 96 |
| B. 2.3 | Princípios de Treinamento..... | 106 |
| B. 3 | TERAPIA AMBULATORIAL | 113 |
| B. 3.1 | Dieta Preparatória..... | 113 |
| B. 3.2 | Jejum Terapêutico segundo MAYR | 117 |
| B. 3.3 | Dieta Pão-Leite | 117 |
| B. 3.4 | Dieta Pão-Leite Ampliada | 118 |
| B. 3.5 | Dieta Branda Derivativa..... | 119 |
| B. 3.6 | Terapia extensa em passos pequenos..... | 124 |
| B. 3.7 | Terapia Alcalinizante | 125 |
| B. 4 | TERAPIA MAYR DE INTERNAÇÃO..... | 143 |
| B. 4.1 | Regras Gerais..... | 143 |
| B. 4.2 | O Jejum de chá e outros degraus dietéticos | 145 |
| B. 4.3 | Dimensão espiritual e mental da Desintoxicação | 146 |
| B. 4.4 | Reações Terapêuticas - Crises | 148 |
| B. 4.5 | Regras para uma Dieta Branda Racional e Permanente..... | 151 |
| B. 4.6 | Duração da Terapia, Complicações e Casos de Morte | 153 |
| B. 4.7 | O paciente Atrófico e de Baixo Peso | 156 |

| | | |
|-------------|---|------------|
| B. 4.8 | Doenças Reumáticas..... | 159 |
| B. 4.9 | Argumentos contra a Terapia Dietética Intensiva | 161 |
| B. 4.10 | Experimentos Orientadores com Animais | 163 |
| B. 5 | INDICAÇÕES..... | 167 |
| B. 5.1 | Indicações segundo F. X. Mayr | 167 |
| B. 5.2 | Indicações conforme Diagnoses Clínicas | 168 |
| B. 5.3 | Lista de Indicações | 169 |
| B. 6 | DIAGNÓSTICO E TERAPIA SEGUNDO F. X. MAYR | 186 |

Apresentação

A) O MÉTODO DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA SEGUNDO DR. MAYR

Este manuscrito nasceu de um **trabalho clínico com pacientes** e de um **estudo**, dos autores desta edição brasileira, sobre o método diagnóstico e terapêutico segundo o médico austríaco DR. F. X. MAYR. (1875-1965); surgiu então o propósito de se produzir material em português sobre este fascinante método “MAYR”.

O desenvolvimento da medicina hoje chegou a um ponto em que sempre mais pessoas, médicos e pacientes, procuram ultrapassar os limites da medicina curativa para tentar impedir o surgimento de doenças já no início ou, então, retardar seu desenvolvimento.

A vasta e intensa obra científica do próprio MAYR, infelizmente, só existe em alemão e, além do mais, a obra principal do MAYR “Fundamente zur Diagnostik der Verdauungskrankheiten”, (Fundamentos para o Diagnóstico das Doenças Digestivas) 1921, nova edição 1974, apresenta-se bastante ampla e numa linguagem quase épica, característica da sua época.

Na finalidade de poder apresentar aos colegas do Brasil um resumo deste valioso trabalho em língua portuguesa, optamos por um livro do seu aluno Dr. Erich Rauch, livro sucinto e didático.

O texto abaixo apresenta então, em língua portuguesa, uma adaptação do livro do Dr. Erich Rauch, “LEHRBUCH DER DIAGNOSTIK UND THERAPIE NACH F. X. MAYR”, (Rauch, E., Dr. med, Haug Verlag, Heidelberg, 1994), sendo que a parte B (“Terapia segundo F.X. Mayr”) deste texto representa uma tradução quase integral ao texto original.

Consultamos também Rauch, E., Dr. med: “DIAGNOSTIK NACH F. X. MAYR”, 7. Auflage, Haug Verlag, Heidelberg, 1990), e sua tradução inglesa “DIAGNOSTICS ACCORDING TO F. X. MAYR, Editions Haug International, Bruxelles, 1993; Rauch, E., M.D, “HEALTH THROUGH INNER BODY CLEANSING”, 3rd English Edition. Haug Publishers, Heidelberg, Germany, 1986

Todas as tabelas e figuras são citações do livro acima mencionado, se não for citada outra fonte.

B) A ASSOCIAÇÃO MÉDICA MAYR DA ÁUSTRIA E ALEMANHA

A Associação Médica Mayr da Áustria e Alemanha (Gesellschaft der MAYR - Ärzte e. V.) tem como objetivo de difundir a obra do DR. MAYR. Ela associa

hoje mais de 600 médicos, diplomados no método, principalmente na Áustria e na Alemanha, mas também nos demais países da Europa, como em alguns da América do Norte e América Latina (Argentina e Brasil). A Associação Médica Mayr faz parte da Associação Médica da Medicina Empírica, (Ärzte-Gesellschaft für Erfahrungsheilkunde) Heidelberg, Alemanha, que edita mensalmente uma revista médica científica "ACTA MEDICA EMPIRICA" .

A Associação Médica MAYR oferece quatro vezes ao ano cursos sobre o método de Diagnóstico e Terapia MAYR, em regime de 12 dias corridos. Os cursos são administrados na Áustria, por dois alunos do DR. MAYR, Dr. Erich Rauch, Dellach e Dr. Ernst Kojer, Viena, e se dirigem exclusivamente a médicos. Durante o curso, o aluno se submete à experiência própria da terapia e simultaneamente é introduzido na terapia e prática do método.

A Associação Médica MAYR concede o diploma como médico especializado no método MAYR após conclusão de três cursos.

Esperamos que este modesto trabalho possa contribuir para difundir o genial método do DR. MAYR em prol de todos que querem preocupar-se com a saúde e não somente com sintomas e doenças.

Bacabal, em agosto de 1995

OS AUTORES DA EDIÇÃO BRASILEIRA

Parte A

A. DIAGNÓSTICO SEGUNDO F. X. MAYR

A. 1 HISTÓRICO

O médico austríaco Dr. F. X. Mayr (1875-1965), desenvolveu um método próprio de Diagnóstico e Terapia. Ele foi o mais famoso médico em Karlsbad (atualmente República Checa) antes da 1ª Guerra Mundial, quando Karlsbad era a Meca para tratamentos de distúrbios digestivos. Os milhares que chegaram até lá, para tratar-se com Dr. Mayr, ajudaram a tornar famoso o seu método de recuperação da saúde, inclusive pessoas proeminentes como o editor magnata Lord Beaverbrook, o Barão de Rothschild, e Jan Masaryk, presidente da então Checoslováquia.

Mayr provou haver uma íntima ligação entre a saúde do sistema digestivo e a saúde global do ser humano. Por várias vezes ele ministrou cursos na Europa e Estados Unidos (Nova Iorque, Filadélfia, Rochester, na Clínica Mayo) e em 1950 iniciou treinamento de médicos em Viena no seu revolucionário método de cura natural baseado no saneamento dos intestinos.

As descobertas do Dr. Mayr estão gradualmente se tornando cada vez mais aceitas. Até o final de sua vida, à idade de 90, ele era surpreendentemente ativo e mentalmente alerta, mostrando em si próprio o valor de seu trabalho. Tão feliz ele ficava acerca do fruto de seus ensinamentos, como ficaria hoje ao saber que sua publicação se encontra na 38ª edição em alemão. Centenas de milhares de leitores, muitos dos quais médicos, estão estudando seus escritos e adotando seus preceitos.

A. 1.1 Nascimento e Desenvolvimento do Método MAYR

Dr. Franz Xaver Mayr nasceu no dia 28 de novembro de 1875 num pequeno povoado dos Alpes na Áustria. Como criança que pastoreava o gado nas montanhas, e mais tarde quando comprava gado no lugar do seu pai adoecido, ele aprendeu critérios do estado de saúde de animais.

Como estudante de medicina, Mayr praticava nas férias numa clínica especializada: lá ele tinha que massagear os abdomens de pacientes com problemas intestinais: a maioria sofria de constipação crônica. Como nunca tinha ouvido nada sobre isso nas Clínicas Universitárias, ele perguntou ao médico chefe sobre o diagnóstico dessa doença. A resposta era: para isso não existe nenhum diagnóstico. Constipação é um mal funcional e não orgânico. Por isso o exame não consegue notificar nada.

O estudante, treinado na observação da natureza, não podia aceitar isso: um órgão funcionalmente muito danificado como o intestino deveria diferenciar-se de uma maneira ou de outra do sadio. MAYR estava convencido do erro do médico chefe. Ele vasculhou a literatura científica. Como nada encontrou ele insistia com seus professores na universidade:

- **Como reconhecer um trato intestinal sadio ?**
- **Qual seria a forma, tamanho e demais características de um abdômen sadio?**
- **Onde estaria o ponto de transição entre o sadio e o patológico?**

Em vão. As informações eram vagas demais, por exemplo: “*que o tamanho dos abdomens de diferentes pessoas variariam da mesma forma como os seus narizes de acordo com o biótipo*”.

Ele logo compreendeu que não havia, virtualmente, critérios diagnósticos entre um sistema digestivo sadio e outro severamente lesado funcionalmente.

MAYR aprendera dos órgãos como coração, pulmão etc. os critérios normais em tamanho, forma e características. Mas sobre o abdômen se escutava somente o estereotípico: “abdômen sem defesa”, “abdômen indolor”, “abdômen flácido”, “abdômen com som claro atimpânico”.

Mas os chamados “abdomens n.d.n.” (n.d.n. = nada digno de nota) se revelaram em seguida como órgãos digestivos orgânica e funcionalmente patológicos. MAYR percebeu que o diagnóstico “Abdômen n. d. n.” expressava muitas vezes mais a incapacidade diagnóstica do que um parecer verdadeiro sobre os órgãos digestivos. Finalmente descobriu que o diagnóstico do abdômen e dos órgãos abdominais carecia ainda de muitos fundamentos. Principalmente o intestino delgado, um órgão central do metabolismo, lhe parecia uma terra incógnita.

Onde não existem fundamentos diagnósticos precisos, assim ele concluiu, não se pode esperar nada de melhor da terapia.

Suas pesquisas começaram em 1903 em Karlsbad, naquele tempo, a Meca dos pacientes com problemas digestivos (atualmente Chequia). Ele tratava **todos os seus pacientes** como se tivessem doenças digestivas. Pacientes sem e com queixas digestivas, também com doenças cardíacas, nefrológicas e reumáticas, todos eles receberam a mesma terapia: **dieta suave e moderada, purificação intestinal** através das águas minerais e salinas de Karlsbad, e **tratamento manual do abdômen** (massagem).

Em cada paciente ele media o abdômen regularmente, registrando nos diversos pacientes diferenças impressionantes nos seus tamanhos. Ele notou que quase todos os abdomens se tornaram nitidamente menores após a terapia, não importando serem eles pacientes com ou sem problemas digestivos. Finalmente o total dos abdomens, entrando em estados normais, chegava a um tamanho quase igual.

Assim MAYR descobriu os primeiros princípios básicos do seu diagnóstico:

- 1. O abdômen da maioria das pessoas sãs, mesmo daquelas com diferentes biótipos, exibem aproximadamente o mesmo tamanho.**
- 2. O tamanho ideal do abdômen de um adulto pode ser coberto por uma mão esticada (mão tamanho do paciente) [v. Fig. 3, p. 16].**
- 3. Um abdômen que não exhibe esta forma ideal não está realmente sadio.**
- 4. Evacuações intestinais regulares e a ausência de sintomas abdominais não constituem, por si próprios, prova de saúde do trato intestinal.**

Com o tempo ele descobriu outras mudanças características que se evidenciaram em todos os pacientes: forma e firmeza do abdômen, sensibilidade à pressão, conteúdo gasoso e posição das alças intestinais.

Durante suas pesquisas clínicas, MAYR percebeu mudanças impressionantes também fora do abdômen: no comprimento do pescoço, na inclinação da bacia etc. Finalmente encontrou uma relação definida entre os distúrbios digestivos e a postura, descobrindo assim critérios diagnósticos de um estado ideal de saúde.

Após anos, décadas de estudos e pesquisas de milhares de pacientes, MAYR desenvolveu da totalidade dos achados, palpáveis, visíveis, mensuráveis e verificáveis, o seu próprio método diagnóstico: o diagnóstico da saúde.

Este novo diagnóstico MAYR complementa o antigo diagnóstico clínico de maneira mais proveitosa e abre aspectos totalmente novos para um campo diagnóstico pré-patológico. Ele constrói a base, (sob critérios científicos) para uma nova disciplina da medicina: os cuidados preventivos de saúde e uma medicina preventiva e ativa.

A. 2 CONCEITO DE SAÚDE

Para MAYR, então, não bastavam evacuações regulares e ausência de dor abdominal para se afirmar que o T.G.I. (Trato Gastro-Intestinal) estivesse saudável, e por conseguinte todo o organismo.

Mayr procurava dar um enfoque positivo à saúde. Seu método se baseia no conceito de uma saúde ótima (ideal) ou uma norma ideal como na Antigüidade Clássica. Em algumas cidades estaduais gregas (“pólis”) costumava-se anular o direito da cidadania para homens gordos e barrigudos.

Hoje, o nosso **conceito de saúde** afastou-se longe deste conceito ideal e muitas pessoas entendem sobre saúde **a ausência de sintomas negativos, de critérios patológicos e achados**, mas não a existência de critérios positivos. **Saúde é compreendida de maneira negativa, como estado de não ser doente.**

O não-ser-doente é o equivalente da “saúde-média” e da média normal. **Os indicadores da medicina moderna se baseiam em normas da média;** normas que se acham através de pessoas que simplesmente não precisam demonstrar outros critérios, devendo apenas não ser doentes. A média aritmética resulta então nas normas médias de pessoas não doentes.

Normas são importantes, mas devem ser entendidas como tal que são: normas médias de não-doentes e não normas ideais de sadios. A diferença entre essa duas medidas é importante para a compreensão dos ensinamentos de saúde de MAYR.

Como entre o “estar gripado” e “morrer” existe um terreno amplo de estados patológicos mais diversificados, assim também entre o estado de ter uma saúde excelente até o início da doença, existe um vasto campo de aparências mais diversificadas: isto é o **campo da pseudo-saúde ou o campo pré-patológico.**

Um máximo de capacidade físico-mental com um máximo de rendimento funcional e uma excelente economia são os indicativos de funções sadias. Elas somente são possíveis em definidas condições de forma, tamanho e tônus adequado dos órgãos e tecidos.

MAYR pesquisou estas condições ótimas e finalmente descobriu os seguintes indicativos os quais evidenciassem um **Estado Ideal de Saúde Individual.**

| | |
|-------------------|-------------------------------------|
| Indicativos de um | • no abdômen; |
| Estado de Saúde: | • nos líquidos (fluidos) orgânicos; |
| | • na postura; |

Para tanto, ele estabeleceu critérios mensuráveis e não apenas baseados em sensações subjetivas dos pacientes.

Desta feita, ele penetra em um campo “**pré-patológico**”, onde a ciência atual e o próprio paciente nem sempre consideram doença.

A. 2.1 Estágios de uma Saúde Ideal a um Estado Silencioso da Doença

4 Estágios

| | | |
|-------------------------------|---|----------------------|
| 1. Estado ideal de saúde | → | Saúde |
| 2. Estado sub-ideal de saúde | } | Pseudo-saúde |
| 3. Estado normal de saúde | | ou |
| 4. Estado de ainda-não-doente | | Campo pré-patológico |

A. 2.1.1 Estado Ideal de Saúde

Todos os critérios de Mayr estão normais. Dificilmente encontrado na clínica diária, e mesmo dentre a população em geral.

A. 2.1.2 Estado sub-ideal de Saúde

Já se verificam algumas aberrações dos critérios, porém estão completamente compensados pelo organismo. As queixas são inexistentes (“danos silenciosos”).

A. 2.1.3 Estado Normal de Saúde

Encontramos mais critérios alterados: “sinais diagnósticos humorais” patológicos (v. Cap. 11), a postura de “grande barriga” com um abdômen “gaso-fecalóide” (v. Cap. 7), e outros mais. Os exames laboratoriais são ainda normais e os anamnésicos resultam em nenhuma ou mínimas queixas.

A. 2.1.4 Estado Ainda-não-Doente

Os critérios estão bastante alterados. Já encontramos alguns achados laboratoriais do tipo “borderline”. O paciente não se sente doente, porém não se sente sadio. Apresenta-se um pouco cansado, irritado, já precisa esforçar-se para os afazeres do dia a dia, se queixa de insônia, sensações depressivas com problemas digestivos e problemas difusos de coração. Como faltam outros dados clínicos objetivos, os médicos geralmente dizem que ele está organicamente bem. Curioso é que muitos destes pacientes já fazem uso de medicamentos (sem ou com prescrição médica).

Somente quando as alterações patológicas e as queixas dos pacientes aumentam, então os achados patológicos laboratoriais e radiológicos se evidenciam. A partir daí passa-se do campo pré-patológico para o campo clínico e nosologicamente bem definido. Somente então, começa funcionar a máquina da medicina curativa.

Também neste estágio, o método diagnóstico de MAYR complementa perfeitamente o diagnóstico clínico geral.

A. 3 O EXAME FÍSICO SEGUNDO MAYR

Inicia-se o exame com a entrada do paciente: marcha, atitude, fala, olhar (biótipo), até pela força com a qual o paciente aperta a mão. Diferentemente do exame clínico comum, **o paciente é examinado primeiro, e somente depois ouvido suas queixas**. Quando os pacientes do Dr. MAYR o interpelavam “ Mas Doutor, o Sr. ainda não sabe o que me falta, ele respondia: “É por isso mesmo eu quero examiná-lo”.

Com isso, ele procurava não ser influenciado pela anamnese e, assim, ser imparcial no exame físico: como por exemplo, palpar mais a vesícula porque a anamnese sugeriu colelitíase etc.

Primeiro então, o exame físico convencional e após isto a anamnese. Isto significa um desafio para o médico e uma auto-avaliação.

O exame consta de :

1. **Avaliação de critérios diagnósticos humorais** (v. Cap. 11) De muito valor é o toque pelo qual MAYR avaliava o tônus da face acima do osso zigomático. É o *toque verificador do tônus* (v. 11.4.2). Também o estado geral, nutritivo, sua constituição ou sua sintomatologia evidente.
2. **Medidas em Pé:** Pertencem aí o diagnóstico da postura, forma do abdômen e do tórax.
3. **Exame em decúbito** incluído aqui o exame clínico convencional: inspeção, percussão, palpação e ausculta. Importante é a maneira específica de MAYR na palpação, não somente no abdômen, mas também no dorso.
4. **Medidas em decúbito (v. Diagnóstico Mayr Visão Geral)**
5. **Anamnese**

É grande vantagem executar a anamnese no final, pois a visão global ganha durante o exame é um grande valor para as pesquisas anamnéticas. Possibilita ao médico enumerar já alguns dos sintomas que o paciente sente ou insistir com mais exatidão na interrogação do sintomas. Finalmente vale este proceder como auto-avaliação do próprio exame clínico do médico: deveria ele receber a afirmação subjetiva do paciente para aquilo que encontrou no exame.

A. 4 CRITÉRIOS DO ABDÔMEN SADIO

Os critérios de abdômen sadio serão verificados através da

- Inspeção
- Medidas Abdominais
- Percussão
- Palpação

A. 4.1 Inspeção

A. 4.1.1 Forma

A cavidade torácica e abdominal sadia deve ser simétrica, sem abaulamentos inflamatórios ou retrações. Aparências assimétricas apontam sinais patológicas.

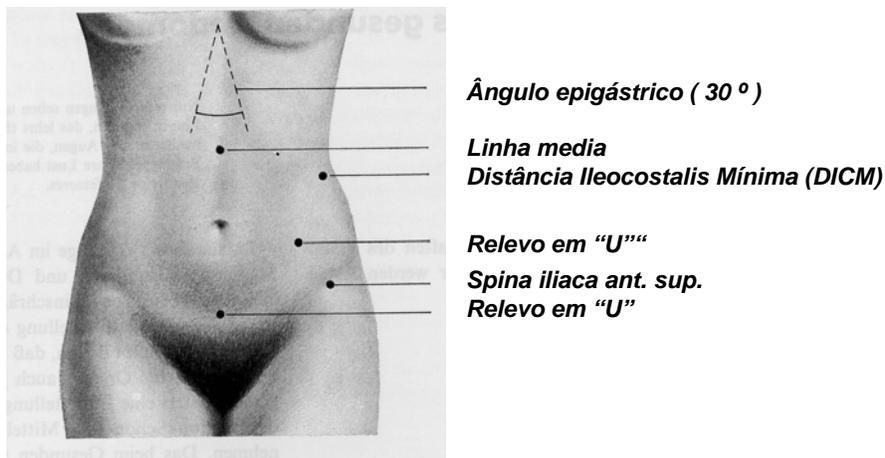


Fig. 1 Relevos abdominal normal

A. 4.1.2 Respiração

A respiração de repouso deve ser abdominal tanto para o homem quanto para a mulher. Ela é a mais econômica tanto para o metabolismo gasoso como também para os demais funções respiratórias (ação hemo-linfodinâmica e peristáltica). Estados inflamatórios abdominais e torácicos limitam ou até impedem a respiração abdominal. Nestes estados a contração e dilatação contínua do diafragma, que exerce uma massagem no intestino quando bombeia e quando suga, é limitada por reflexo para conseguir uma certa imobilização protetora das partes inflamadas.

Desta maneira a natureza protege os órgãos intestinais às custas da respiração. A diminuição da respiração abdominal é indicativo de estados anormais, muitas vezes na cavidade abdominal.

A. 4.1.3 Relevo Abdominal

O abdômen sadio tem um relevo característico. Entre os músculos reto-abdominais deve se visualizar sua separação que corresponde à *linea alba*. Nota-se o limite do convoluto do intestino delgado na forma da letra “U” (**relevo em “U”**) o qual deve ocupar inferiormente o limite definido por uma linha que passa pelas duas espinhas ilíacas ântero-superiores.

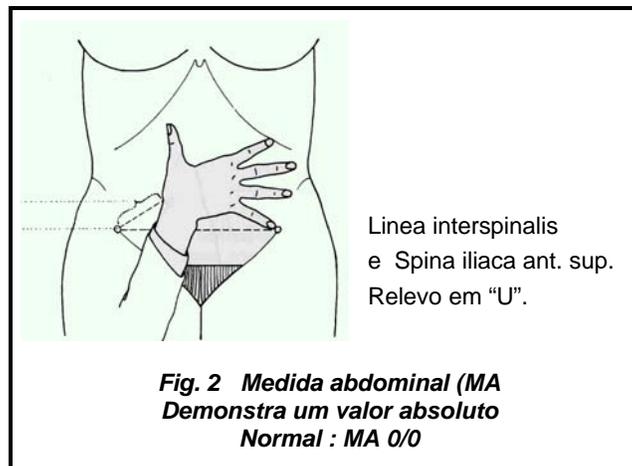
A. 4.2 Medidas Abdominais

- Medida Abdominal (MA)
- Grande Medida Abdominal (GMA)
- Medida do Intestino Delgado (MID)
- Medida Umbilical (MU)

A. 4.2.1 Medida Abdominal (MA)

A mão direita do examinador é esticada ao máximo e posicionada em cima da *linea interspinalis* de tal maneira, que as distâncias do ponto do dedo mínimo para a *spina iliaca ant. sup.* esquerda e da articulação metacárpico-carpal do dedo polegar para a *spina iliaca ant. sup.* direita sejam iguais.

Atenção! Não tome como referência a articulação basal do polegar!

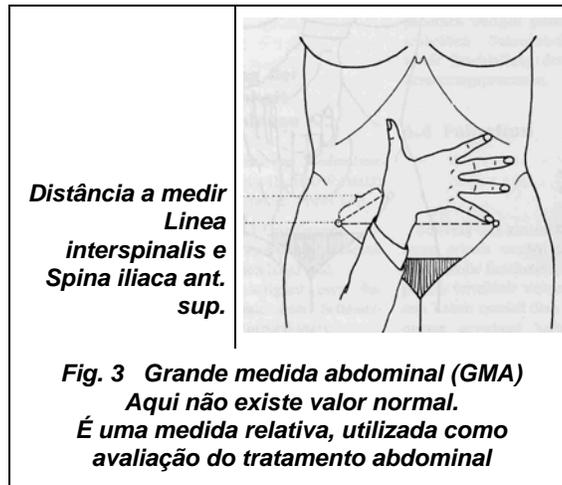


Num abdômen sadio os pontos do dedo indicador e do polegar encostam na reborda costal. Se não encostar, então o abdômen está aumentado. Este aumento se mede contando os dedos que se deixam intercalar em cada lado entre o ponto do polegar e do dedo mínimo. Registra-se por exemplo: MA: dir. 2 / esq. 1; ou melhor MA 2/1. A unidade da medida ideal é a extensão da mão do paciente.

É impressionante ver que isto pode acontecer também com pacientes magros, que não tem “barriga”.

A. 4.2.2 Grande Medida Abdominal (GMA)

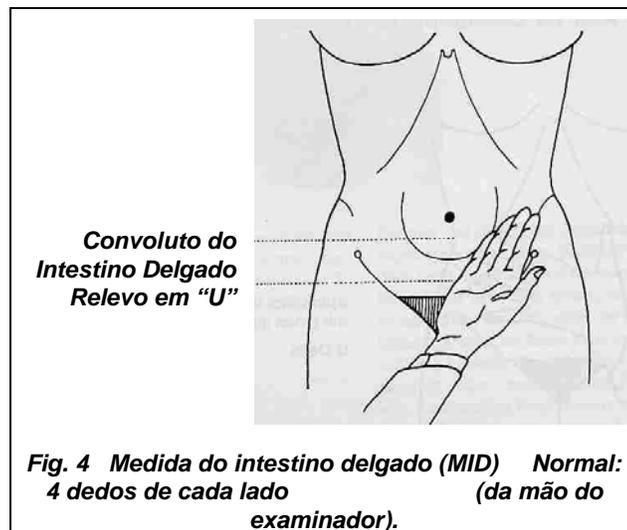
Para medir abdomens grandes a GMA é melhor. O ponto de dedo mínimo está posicionado na *spina iliaca ant. sup.* esquerda e a mão é girada neste ponto fixo até o dedo indicador encostar no rebordo costal esquerdo. Mede-se o número de dedos que se deixam intercalar entre a mão direita e a *spina iliaca ant. sup. direita*



A. 4.2.3 Medida do Intestino Delgado (MID)

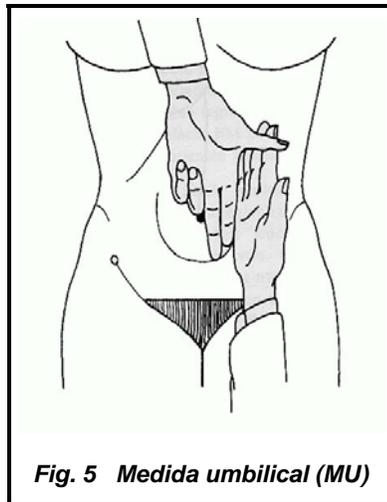
A mão direita é colocada, relaxadamente sob o próprio peso da mão, dentro da espinha ilíaca na área do Relevo em "U", isto de cada lado.

Conta-se os dedos que se deixam intercalar entre a *spina iliaca ant. sup.* e o convoluto do intestino delgado.



A. 4.2.4 Medida Umbilical (MU)

Mede o alargamento do intestino delgado a cada lado do umbigo.



Com uma mão se tenta apalpar o limite lateral do intestino delgado, deixando ela posicionar-se pelo seu próprio peso. A outra mede então quantos dedos cabem até o umbigo.

Normal: 2 dedos de cada lado

Tanto maior a medida, tanto mais dilatado o intestino delgado

A. 4.3 Percussão

A. 4.3.1 Fígado

Realiza-se a hepatometria convencional, definindo-se com isso a transição hepato-pulmonar, de importância na avaliação diagnóstica Mayr. O ideal é uma base pulmonar a nível da 6ª costela. O mamilo masculino está, normalmente ao nível da 4ª costela. Pode-se fazer uso, para fins de localização das costelas, do ângulo de Louis (esterno-manúbrio).

A. 4.3.2 Bolha Gástrica:

Esta é feita bem à esquerda da linha média, abaixo do apêndice xifóide.

Encontramos na pessoa sadia:

- **sempre : 3 dedos de extensão;**
- **timbre suave e atimpânico à percussão;**
- **nenhuma dor à percussão (qualquer sensação dolorosa indica inflamação).**

Se o som nos parece metálico (anfórico), devemos pensar em hipertônus. Se a bolha gástrica apresenta-se de volume aumentado, o som aparece abafado e temos aí hipotônus. Na atonia se ouvirá o som tipo “cerâmica rachada”.

Às vezes escutas-se o líquido gástrico resvalando na parede estomacal (**estômago de “riacho”**).

Atenção! O som metálico também fala a favor de piloroespasmo com impedimento de esvaziamento do estômago ; existe gastroduodenite, e nesse caso o paciente já apresenta certa sensibilidade à palpação. O espasmo pilórico seria um reflexo de proteção contra o processo inflamatório a montante (gástrico). Mayr considerava inclusive os estômagos em “J” como patológicos, denunciadores de graves estados de atonia.

A. 4.3.3 No Restante do Abdômen

Ao contrário do que aprendemos na semiologia clássica, o som deve ser maciço à percussão, já que o timpanismo denota hipotonicidade e dilatação com conseqüente processo de decomposição gasosa.

A. 4.4 Palpação

Mayr ensinou que a palpação deve ser feita **com a palma das mãos** e não com a ponta dos dedos, como classicamente nos é ensinado. Desta forma, podemos obter uma máxima sensação tátil dos estados inflamatórios intestinais. A palpação deve ser suave, com a mão aconchegante, como um cego tateia as letras, procurando decifrar o seu significado. Os músculos do braço devem estar relaxados, de forma que **a mão „enxergue” o que examina.**

O sigmóide pode ser facilmente palpável através da geniosa semiótica desenvolvida por Mayr. Isto se dá através da borda cubital da mão direita do examinador.

A. 4.4.1 Seqüência de Palpação

- **Pele e Tecido Celular**
- **Musculatura**
- **Fígado**
- **Vesícula Biliar**
- **Intestino Delgado**
- **Intestino Grosso**

A. 4.4.1.1 Pele e Tecido Celular Subcutâneo

Palpa-se a pele e o tecido celular subcutâneo, descrevendo suaves círculos com a mão espalmada sobre abdômen, de forma a perceber a superfície, sensibilidade, se a pele é lisa etc. O paciente saudável apresenta uma pele lisa, elástica, sem assimetrias ou endureções.

A. 4.4.1.2 Musculatura

A musculatura é palpada também em círculos, porém com maior pressão, desenvolvida não pela mão, mas sim pelo peso do corpo do examinador.

O tônus normal da musculatura, avaliado perfeitamente por esta técnica palpatória, é suave e elástico, diferentemente daquele encontrado nos estados inflamatórios hipertônicos, onde o que se nota muitas vezes é a defesa muscular.

O abdômen sadio é macio em toda a sua extensão e a palpação profunda pode ser realizada sem nenhuma resistência dolorosa.

Esta capacidade palpatória, se está dificultada, significa inflamação do intestino e dos tecidos circunvizinhos (mesentério, incluindo estruturas vasolinfáticas e nervosas etc.). Dizemos haver então uma colite e pericolite.

A. 4.4.1.3 Fígado

O fígado normal só é palpável sob a reborda costal (1 a 2 dedos, segundo os semiologistas; na criança pode ser mais, conforme a idade). Tem uma consistência mole, superfície lisa, borda romba.

Na semiótica Mayr palpamos este órgão com a borda cubital da mão esquerda; uma técnica que parece ser mais sensível, sem entretanto desconsiderar o valor das manobras clássicas.

A. 4.4.1.4 Vesícula Biliar

A vesícula biliar sadia é impalpável. Se dolorosa, pode ser sede de cálculos ou mesmo sem eles apresentar-se inflamada.

A. 4.4.1.5 Intestino Delgado

O intestino delgado sadio forma um convoluto, o qual conseguimos englobar com a palma da mão direita estendida ao redor da região periumbilical, como se fôssemos segurar um ninho de passarinho. Em posição ortostática, é possível observarmos o relevo em "U" descrito pelo intestino delgado no abdômen,. Como prova da vitalidade e saúde de antigas civilizações, podemos nos referir às estátuas gregas as quais apresentam este relevo abdominal.

Deve-se conseguir, na palpação, penetrar até a profundidade da cavidade abdominal, sem resistência, pois o intestino delgado sadio se afasta.

No **hipertônus**, o abdômen torna-se escavado, podendo-se palpar ou mesmo ver a pulsação aórtica.

O intestino delgado **hipo e atônico** tem formação irregular, espalhado na cavidade abdominal, com conteúdo gasoso tóxico, de consistência deveras mole à palpação.

A. 4.4.1.6 Intestino Grosso

O intestino grosso sadio é palpável em quase toda a sua extensão. Podemos palpá-lo transversalmente ao seu maior eixo, de forma a quase tocar o meso-cólon. O cólon ascendente e o ceco devem ser palpados com a borda radial do primeiro dedo da mão direita do examinador. O cólon descendente e o sigmóide devem ser palpados com a borda cubital da mão direita do examinador.

Quando a palpação em toda sua extensão está limitada, isto é indicativo de um processo inflamatório: colite ou pericolicite. O edema inflamatório das raízes do plexo lombo-sacral, dos nervos subcostais com seus ramos perforantes e até o nervo ciático, explica muitos dos casos de lumbago, onde os exames complementares nada encontraram.

A palpação de um intestino sadio provoca peristalse, tanto que a alça “foge” da mão. O cólon sadio é, portanto móvel e indolor. Este retorna a sua posição após terminado o exame.

O cólon transversal somente pode ser palpado em forte inspiração, na região epigástrica, como se fosse um cilindro. Deve-se fazê-lo com as polpas digitais dos 4 primeiros dedos de cada mão. O transversal com hipertônus se parece com uma corda, de consistência endurecida.

Atônico toma a forma de uma arca que, não raro desce até a pélvis menor (v. Fig. 18 e 19). De tal forma que se tem uma imagem de duplo contorno entre o transversal e o cólon descendente ao nível da flexura cólica esquerda. Desta feita, podemos ter uma sub-oclusão intestinal, com congestionamento fecal e colite.

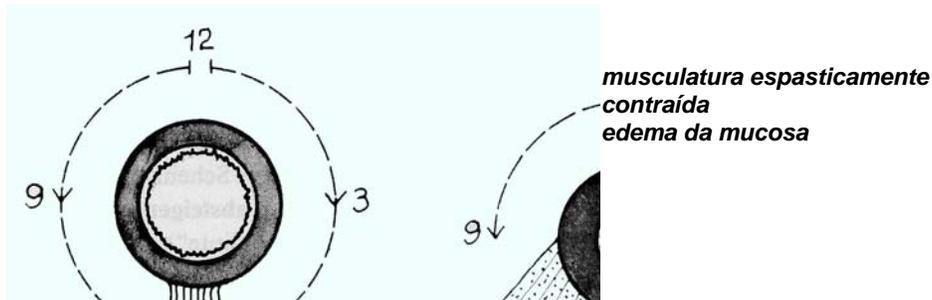
O ruído de vascojejo no ceco Este ruído sempre é um indicativo para a existência de conteúdos líquidos-pastosos-gasosos.

Quando o paciente fez uso de laxante, como o sal amargo (sulfato de magnésio), utilizado em doses moderadas na terapia Mayr, podemos ao palpar o ceco, ouvir o vascojejar, som provocado pela presença da solução salina no intestino. Contudo, se este som não foi produzido pela solução salina, já que o paciente não a está tomando, devemos pensar em estado patológico inflamatório intestinal. As evacuações deste estado, na maioria das vezes, são líquidas-pastosas. Muitas vezes, porém, o paciente relata fezes normais ou constipação. É óbvio que, principalmente no caso da constipação, as toxinas produzidas pela fermentação intestinal e aquelas advindas de produtos tóxicos alimentares e do metabolismo estão sendo reabsorvidas para o sangue, Assim está ocorrendo a **auto intoxicação intestinal**.

O vascojejo no ceco significa sempre inflamação intestinal e na maioria das vezes autointoxicação.

A. 4.4.2 Critérios de um Intestino Sadio

- há possibilidade palpatória de 360°, em torno do maior eixo da alça, o longitudinal;
- há reação da alça em voltar à sua posição anterior ao exame (mobilidade elástica).
- há peristalse provocada pela palpação.



A forma mais fácil de registrar estados inflamatórios intestinais se dá através da palpação do cólon ascendente e descendente.

A. 4.4.3 “Demonstrare ad Dolores”

“As dores...são as dores que eu invoco por ajuda. Elas são amigas e me aconselham boas coisas.”

Goethe

Esta sábia afirmação de Goethe pode nos ajudar a refletir sobre o significado da dor e da própria doença em nossas vidas. Não seria ela um castigo, senão um aviso de nossa sábia natureza corporal de que algo vai errado e precisamos consertar.

Muitas vezes o paciente se acha “perfeitamente sadio”, “sua digestão seria ótima e poderia comer o que quiser, sem problemas”. Estes mesmos pacientes poderiam até questionar por que submeter-se então a uma terapia, se o clister opaco e a colonoscopia nada acusaram. Entretanto, podemos atestar problemas e provocar “dores” no paciente que nos certificam inflamação intestinal. Pois efetivamente, a semiótica Mayr enxerga a doença antes mesmo desta se manifestar aos exames complementares atuais.

O significado diagnóstico da defesa muscular pode ser demonstrado por uma manobra palpatória (desenvolvida por Rauch), que possibilita ao doente sentir que há realmente algo de errado com o seu abdômen. Através de tal manobra palpatória (sucussão v. Cap.12), podemos delimitar onde houve a menor das defesas musculares. Nestes locais, basta aprofundar suavemente o dedo que o paciente sentirá dor inesperadamente.

A. 4.4.4 *Contradições com a Radiologia*

A radiologia pode ajudar em vários processos patológicos, no que tange ao diagnóstico: diverticulose do cólon, ulcerações (doença de Crohn e retocolite ulcerativa idiopática), tumores etc. Entretanto no intestino grosso e principalmente no delgado, ela não alcança a sensibilidade do método palpatório. Estes métodos radiológicos e mesmo a escopia (retosigmoidoscopia e colonoscopia), bem como a C.T. (Tomografia Computadorizada) e a Ressonância Magnética, não são capazes de localizar as lesões inflamatórias que a semiótica Mayr faz.

A aparente contradição para os métodos radiológicos se dá pelos estágios diversos da intensidade inflamatória. Enquanto através da Semiótica Mayr, conseguimos detectar estados inflamatórios iniciais, a radiologia só consegue evidenciar processos mais avançados (p. ex. a doença de Crohn). Estes estados inflamatórios do mesentério, mesocólon, a distensão gasosa advinda deste processo, além da defesa muscular, motilidade restrita, todos podem ser diminuídos ou eliminados pela Terapia Mayr.

Podemos então adiantar que radiografias sem achados patológicos não podem provar a saúde dos órgãos digestivos.

A. 5 A TEORIA DO TÔNUS SEGUNDO MAYR

Aprendemos da vida mais do que dos professores.

von Bergmann

Procurando diferenciar o intestino normal do patológico, Mayr descobriu o que chamou de “fenômeno do tônus”, existente em todos os seres vivos. Por exemplo: você anda sobre a grama e esta procura voltar a posição anterior, pela existência de propriedades elásticas dotadas de tônus em sua estrutura física.

Em contrapartida, o cadáver não possui tônus. Nenhum patologista ou anatomista se confronta cientificamente com o fenômeno do tônus. Assim os estudos anatomopatológicos fundamentam-se na avaliação do cadáver, desprovido de tônus. Quantos preceitos de nossa Medicina atual não foram determinados a partir de estudos em seres inanimados. O intestino que dissecamos no laboratório de anatomia, não corresponde àquele encontrado no paciente vivo. Mesmo que o paciente apresentasse grave estado de hipotonicidade, o intestino no post mortem se apresentaria sem tônus algum, muito diferente e desfigurado, portanto daquele encontrado em vida.

MAYR dependeu da sua própria pesquisa

Caso clínico

Chegou logo uma mulher de 30 anos de idade com uma enteroptose acentuada. Ela tinha tido várias gestações, uma após outra. A pele do abdômen era fina que nem papel, e o relevo do estômago, do intestino delgado e do grosso eram bem visíveis. O estômago se pendurava bem abaixo do umbigo, o cólon transversal até a sínfise. Neste caso MAYR podia observar a reação e o resultado da sua terapia manual do abdômen. Já depois de alguns minutos de suave pressionar e trabalhar as alças intestinais, estômago e cólon transversal posicionaram-se um palmo para cima, diminuíram seu tamanho e evidentemente demonstraram um melhoramento do seu tônus, antes miserável. Ele se surpreendeu que não conseguiu puxar as alças de volta na sua antiga posição pendente. As alças cada vez fugiram elasticamente da mão que as tracionava distalmente e se “exercitavam” logo mais até sua nova posição, que elas agora mantiveram ativamente sem qualquer influência de fora. Este estado melhorava no decorrer das próximas semanas sempre mais através da terapia dietética e purificativa do aparelho digestivo.

Os ensinamentos deste e outros casos levaram MAYR a revidar o aprendizado sobre as causas da enteroptose. A magreza, distensão e relaxamento do tecidos abdominais não eram pois a causa da enteroptose, mas possivelmente a acompanham.

A responsabilidade por sua gênese e sua reversão está assentada unicamente no tônus.

É o tônus, portanto, que define:

1. a posição topográfica de todos os órgãos do trato gastrointestinal, (T.G.I.) além dos seus pontos de fixação.;
2. a forma, comprimento e a espessura de todas as vísceras ocas (Coração, T.G.I., Bexiga).
3. Tecidos e órgãos sadios têm um tônus sadio, entretanto, órgãos enfermos têm tônus anormal.

Desta forma, o tônus se constitui num critério fidedigno da vitalidade dos órgãos e tecidos.

Tanto melhor o tônus, melhor a saúde do órgão,
tanto pior o tônus, pior também a saúde.

A. 5.1 A Gênese dos Estados Patológicos do Tônus

São principalmente as toxinas, formadas no aparelho digestivo doente, que modificam o tônus, estragam a saúde e fazem as pessoas doentes, mais velhas e mais feias.

F. X. MAYR

O tônus de um determinado órgão depende:

- ◆ do tônus do próprio tecido (auto-tônus ou tônus plasmático) e
- ◆ da ação do sistema nervoso autônomo sobre este órgão.

Existem outros elementos também capazes de influenciar **diretamente** o tônus como os fatores **físicos** (calor, pressão), **mecânicos e químicos** (tóxicos). Indiretamente teríamos a influência hematogênica, linfogênica e neural. A alteração do tônus dependerá, portanto, de como agem estas forças, de acordo com a intensidade e freqüência de ação.

As mudanças patológicas do tônus se processam segundo a lei da “**Seqüência de Intoxicação**”.

A. 5.2 Seqüência de Intoxicação:

A defesa contra as toxinas através do “sistema dos líquidos orgânicos” é o que denominamos “doença”.

H. H. Reckeweg

- Estado de Excitação
- Estado Paralítico
- Estado Degenerativo ou Atrófico
- Morte

A. 5.2.1 Estado de Excitação

O *estado de excitação* demonstra as aparências iniciais de uma doença aguda ou infecciosa com o levante de todas as forças defensivas orgânicas: calafrios, vômitos, náuseas, diarreia, catarro, sudorese, etc..

A fase inicial da anestesia e a intoxicação alcoólica inibindo a fala com gritarias e brigas pertencem a este estado.

A situação se apresenta semelhante com a agressão toxêmica num tecido ou órgão. Também este entra no estado hiperexcitado e hiperestimulado. **O normotônus se torna hipertônus.** Ocorrem: espasmo ou contração; as pupilas e as vísceras tendem à contração por espasmo dos músculos correspondentes; os pêlos se eriçam, e a face se contrai para a facies spastica (v. Fig. 40); os lábios se afinam, a pele empalidece devido à constricção capilar; ocorre ainda sudorese pegajosa devido à alta produção.

Cessando a ação toxêmica o estado normal retorna e o hipertônus regride ao normotônus. Mas continuando a ação toxêmica, a tendência é a evolução para o segundo estado paralítico.

Na adolescência ocorrem manifestações típicas deste estado, com aumento da oleosidade da pele e dos fâneros, bem como o surgimento da acne.

A. 5.2.2 Estado Paralítico

É como o segundo estágio da anestesia ou na plena intoxicação alcoólica. O paciente não reage mais: se torna apático, sonolento. **O hipertônus se altera em hipotônus.** Ocorrem midríase, aumento do lume visceral, flacidez dos tecidos, a pele fica avermelhada, seca (por parca produção) e até cianótica, bem como os cabelos ficam secos.

A. 5.2.3 Estado Atrófico

Ele se desenvolve do estado anterior através da ação prolongada e intensiva de toxinas. **Se os estados anteriores eram reversíveis, agora chega-se a um ponto onde a reversão fica praticamente irreversível.** Reckeweg, M.D. chamou esta fase de “**cissura biológica**”. **O hipotônus se transforma em atonia.**

As vísceras ocas hipotônicas começam a ficar atônicas, a mucosa se atrofia, as fâscias se apresentam atrofiadas: e a pele da face se torna sempre mais fina até o estado extremo. (*facies atrophicans plicatissime plicata*)

Contudo o desenvolvimento da atrofia é bem lento no sentido de um retardante processo degenerativo. Mayr diferencia 3 graus de atrofia. Isto aparece nos pacientes com o chamado “estômago de aço”, os quais após comerem bastante, não têm sensação de desconforto ou plenitude prandial. Isto não significa, como muitos pensam saúde, mas avançada atonia gástrica.

A. 5.2.4 Morte

Como conseqüência de ação tóxica prolongada.

A seqüência da intoxicação se esquetiza assim:

| Saúde → | Excitação → | Paralisia → | Atrofia → | Morte |
|-------------|-------------|-------------|--------------|---------|
| normotônica | hipertônica | hipotônica | hipo-atônica | atônica |
| reversível | | | normalmente | |
| | | | irreversível | |

↓
Cissura biológico (Reckeweg)

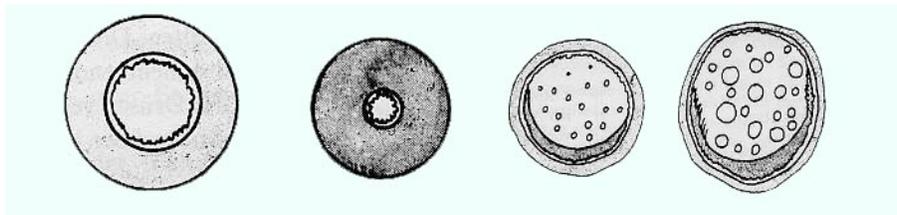
A. 5.3 Conseqüências Diagnósticas

“Saúde é ficar livre de toxinas e dos danos tóxicos”

Reckeweg

Se um tecido possui tônus normal, significa isto ele está num estado equilibrado e de saúde. Assim o estado do tônus tem conseqüências diagnósticas:

- 1. Constatação do Normotônus** - sem ação tóxica, funções vitais normais; estado normal de saúde;
- 2. Constatação do Hipertônus** - excitação e hipersensibilidade com hiperfunção, a qual não é econômica para o organismo;
- 3. Constatação do Hipotônus** - o estado paralítico com hipofunção também não é econômico para nosso corpo;
- 4. Constatação da Atonia** - função muito deficiente, pouca ou inexistente.



| <i>Normal</i> | <i>Excitação</i> | <i>Paralisia</i> | <i>Atrofia</i> |
|-------------------|--|---|------------------------|
| Normotônus | Hipertônus | Hipotônus | Atonia |
| normosensível | hipersensível | hiposensível | insensível |
| normosecretórico | hipersecretórico | hiposecretórico | não secretório |
| forma ótima | forma estreita | forma dilatada | forma edemaciada |
| função ótima | peristalse exagerada até constipação espástica | peristalse vagarosa e aumento de conteúdo | paralisia e putrefação |

Fig. 7 Esquema de tónus no trato intestinal

A. 5.4 Tónus do Trato Gastro-Intestinal

O intestino é o pai de toda aflição.

Ditado popular da Arábia

Se em alguma parte do canal digestivo ocorre putrefação, aí existe ação de toxinas com excitação e hipertônus resultante. Com o hipertônus, o canal fica mais estreito. Se a ação tóxica persiste, surge a inflamação com seus sinais: rubor, calor, tumor, dolor e *functio laesa* (i. é. função lesante [prejudicada]). A região inflamada mantém a posição de defesa.

1. Hipertônus sem inflamação - não há dor

2. Hipertônus com Inflamação - há dor.

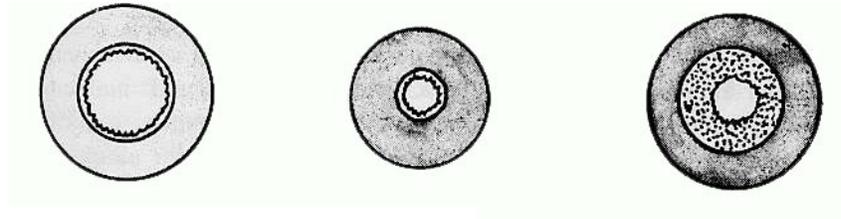


Fig. 8 Intestino hipertônico sem e com inflamação

| Intestino normotônico | Intestino hipertônico sem inflamação | Intestino hipertônico com inflamação |
|--|---|---|
| mole elástico e móvel | contraído, estreito, até duro, | duro e espasticamente fixada no posição média |
| facilmente palpável em toda sua circunferência | sem edema da mucosa | mucosa edemaciada |
| sem dor à palpação | sem dor à palpação | dor à palpação |

O órgão se retrai numa posição protetora, tentando se aproximar do seu ponto de fixação com a parede abdominal posterior (raiz mesentérica). Por isto, é tão comum a dor periumbilical à palpação, já que é a esse nível que se encontra a raiz mesentérica. As partes que já se tornaram hipo-atônicas também podem se inflamar.

Cada parte inflamada mostra:

1. **defesa muscular;**
2. **dureza** - porque há contração protetora hipertônica; (posição mediana espástica)
3. **diminuição da possibilidade palpatoria em torno do cólon**
4. **dor à palpação.**

Com treino e sensibilidade, o examinador pode definir a que grau chegou o estado inflamatório (de 1 a 4).

Como espasmo encontrado acima da parte inflamada, ocorre um reflexo de proteção, a fim de impedir a chegada de mais “bolo alimentar”, ou diminuir o aporte de sua chegada. Isto porque tais porções estando inflamadas entendem a chegada de freqüentes e enormes quantidades de alimentos, como mais uma agressão, já que não conseguem digerir bem (diminuição da função). Por isso fecham a porta (**veto para cima**).

Na maioria dos estados inflamatórios gástricos ocorre o seguinte: se o duodeno está inflamado ocorre piloroespasmo. Desta forma o bolo alimentar fica por muito tempo no estômago, resultando em decomposição e inflamação. Isto leva, segundo MAYR, a **uma gastrite secundária**”, secundária, porque a causa primária advém do duodeno.

Podemos explicar outras condições sintomatológicas por processo semelhante, como as piroses, esofagites e até hérnias de hiato. A gastrite

primária ocorre por pouca mastigação dos alimentos, alimentação agressiva (alimentos quentes ou frios demais) etc.

A. 5.5 A Autointoxicação Intestinal

Intestino doente - sangue doente - homem doente

H. Weiss

Em 1887 o francês C. Bouchard concebeu e definiu o termo da autointoxicação intestinal. Numerosos médicos clínicos confirmaram desde então suas descobertas. Bouchard percebeu que aquilo dos alimentos que o intestino não consegue assimilar ou eliminar a tempo, sofrerá fermentação bacteriana. Com isso formam-se dos aminoácidos essenciais toxinas pútridas como os aminos biogênicos **indol, fenol, cresol, escatol**, que podem ser comprovados nas fezes através das reações de indicana e xantoproteína, mas também na urina e no sangue. Prova-se assim sem dúvida que as noxas não permanecem isoladas no lúmen intestinal, mas penetram também nas vias linfáticas e sangüíneas e conseguem assim poluir todo o organismo. O patologista Büngeler comprovou mesmo, que essas toxinas pútridas possuem ação cancerígena em conseguem provocar em animais leucemia e linfossarcoma [13]. Gutzeit por sua vez demonstrou que no estado inflamatório do intestino os metabolitos, liberados pela fermentação da ingesta, são purificados e eliminados insuficientemente. Com isso algumas substâncias de fácil absorção chegam muito rápido no sangue e outras, indevidas para absorção, sem impedimento. Assim Gutzeit [14] reconheceu (mais tarde do que MAYR) que o intestino sadio representa a primeira e mais importante barreira contra toxinas intestinais: *“Por que o trato gastro-intestinal como “focus morbi” (foco de doenças) encontrou tão pouca atenção até agora, mas as tonsilas e os dentes quase uma superestimação, não se pode compreender com razão.”*

Becher em suas pesquisas sobre a toxicose intestinal chegou a resultados iguais [15].

Muito reveladores se mostraram os trabalhos de Prof. Pirlet e colaboradores das clínicas universitárias de Frankfurt. Eles conseguiram comprovar através da espectrometria e cromatografia gasosa a existência de substâncias alcoólicas, oriundas de alimentos fermentantes, causando a autointoxicação intestinal. Constataram assim a formação de toxinas de fermentação como metanol, n-butanol e n-propanol como conseqüência da fermentação bacteriana do conteúdo intestinal em pessoas com abstinência absoluta de álcool, examinadas na fezes, sangue, urina, no ar expirado e no suor [16,17,18,19].

Gibel demonstrou em animais que as toxinas alcoólicas de fermentação têm ação cito- hepato- e hematotóxica e principalmente cancerígena. Elas formam adenomas, carcinomas e sarcomas. As descritas toxinas intestinais conseguem migrar tanto mais facilmente pela parede intestinal para os vasos linfáticos e sangüíneos quanto mais inflamada está a mucosa intestinal (função lesante no estado inflamatório).

Por isso é importante diagnosticar as alterações inflamatórias do intestino.

Hiroschi Kaji e colaboradores da universidade Hokkaido, Sapporo - Japão, descreveram crises de intoxicação alcoólica, provocada por fermentação de carboidrato em casos de candidíase como “syndrom d'autobrasserie” (“síndrome de auto-cervejaria”) [20]. Isto é autointoxicação intestinal! O número de patologias por fungo está explodindo. Hoje mais ou menos terço da população da Alemanha deve estar acometida [21].

As toxinas intestinais que são levados no sistema efluente linfático causam o edema da raiz mesentérica e do mesocólon com as conseqüência correspondente s para o sistema imunológico e para o estado dos líquidos corporais. Estas toxinas então chegando nos vasos sangüíneos e no sistema da veia porta serão primeiramente desintoxicados no fígado. Em estados de intoxicação crônica elas rompem finalmente a barreira do fígado e efluem pelo grande sistema circular provocando efeito em todas as células e órgãos do organismo. Principalmente nas áreas funcionais, constituídas geneticamente mais frágeis, aparecem então os **sintomas remotos do intestino enfermo**.

Pertencem a eles uma lata porcentagem das moléstias banais como cansaço, sensibilidade ao clima, sonolência etc., além disso muitos casos com dor de cabeça, enxaqueca, problemas de coração e da circulação, mais outros processos diversos de reumatismo e alergias, patologias de pele e um grande número de transtornos emocionais. Os últimos podem estender-se de estados de irritação, suscetibilidade, choramingo até depressões fortes. Muito sensíveis por toxinas intestinais reagem o sistema vegetativa nervoso, o sistema hormonal e a psique. Estas relações ficam evidentes pelos resultados de um saneamento intensivo do intestino, quando as queixas das moléstias depois desaparecem. MAYR então se refere num antigo ditado doutrinal: “*cessante causa - cessant effectus*” - “cessando a causa - cessam os efeitos”.

Hoje, na medicina oficial, tais correlações normalmente não são vistas. Por exemplo fala-se somente de uma constipação se a defecação ocorrer menos do que 2 ou 3 vezes por semana. Numa defecação de 2 ou 3 vezes por semana o intestino “funcionaria normalmente”!

Que essas pessoas “normais” mostram línguas com coberturas grossas, abdomens fecalóides inflamadas, edema da raiz mesentérica etc., que elas não se sentem bem, queixando-se de mau hálito, de barriga cheia e flatosa, dores nas costas, dor de cabeça, cansaço crônico ou outros sintomas remotos, tudo isso é justificado com labilidade psíquica, distonia vegetativa, clima etc., mas de maneira alguma no intestino enfermo. A autointoxicação intestinal é mesmo desqualificado como “*imaginação sugestiva de horror*” ou como “*horror auto-tóxico*”. Prof. Pirlet comenta isso: “*Suponho que atrás de tais afirmações não existam muita experiência terapêutica e dietética!*”

Sem consideração ficou também o trabalho do Friedrich Sander sobre a flora intestinal [73], no qual ele relatou em 1948: “Como nós medimos nos pacientes a pressão sangüínea e verificamos glicose e proteína na urina, fizemos também em cada paciente a prova de indicana. O indicana provem, como se sabe, do catabolismo incompleto e não fisiológico de triptofano. A pessoa sadia elimina diariamente 1 g de indicana, o enfermo do intestino o

múltiplo de 30 ou ainda mais...Assim que a prova de indol deu positivo, deveria insira-se com a terapia da autointoxicação.”

Caso Clínico

O colega S. pesava mais de 100 kg e se sentia tão mal com sua dieta farta comum de carne que ele se tornou vegetariano. Em pouco tempo ele melhorou (eliminação da toxicose pútrida). Durante anos ele permaneceu na sua dieta rica em alimentos crus. Com o tempo, porém, associaram-se outras moléstias como pés e mãos frias, um estado friorento geral, flatulência enorme, uma sensação do coração pesado etc. Por isso ele, finalmente, procurou Dr. MAYR. Mal que entrou no consultório querendo apresentar-se, Dr. MAYR exclamou espontaneamente: *“Mais um pobre vegetariano!”* Estupefato, perguntou o colega, por que Dr. MAYR podia afirmar isso. MAYR: *“O Senhor tem orelhas demasiadas vermelhas e um nariz muito vermelho, vulgarmente se diz um nariz de cachaceiro. Mas o Senhor tem uma aparência muito inteligente para ser alcoólatra, então o Senhor deve ser vegetariano”*. Isto é diagnóstico humoral (v. cap. 11) segundo MAYR. Aqui consta o diagnóstico da autointoxicação intestinal através de toxinas alcoólicas de fermentação no sangue, que atuam como toxinas dos vasos sangüíneos provocando uma dilatação dos vasos capilares com acrocianose de coloração vermelha-azul-escura. O colega se livrou do seu “nariz de cachaceiro” através da terapia e se tornou mais tarde aluno do próprio MAYR.

Caso Clínico

Um menino de 4 anos, segundo os relatos dos seus pais, sempre sadio e desperto. Ele sofreu de repente de ataques passageiros de inconsciência e em seguido com estado de desorientação. Diagnóstico suspeito: epilepsia. Na clínica pediátrica queria-se proceder imediatamente uma punção lombar. Mas como os pais se obstaram-se contra isso, a criança obteve alta. Os ataques aumentaram e depois de consultarem mais outros dois pediatras os pais procuraram o autor. O menino demonstrou uma palidez perioral com bochechas bem vermelhas (os vasos capilares da face por parte em estado de excitação por parte em paralisação), abdômen gaso-fecalóide inflamado, fígado aumentado, sucussão entérica, gastro-hepática e hepática. O mãe relatava, que a defecação do filho seria excelente, que ele defecava várias vezes ao dia fezes moles (fermentação) e alimentava-se de maneira muito sadia, sim que ele estava quase viciado por frutas. Não se satisfazia nunca daquilo e que ele também tomava de muitos sucos (sem diluição).

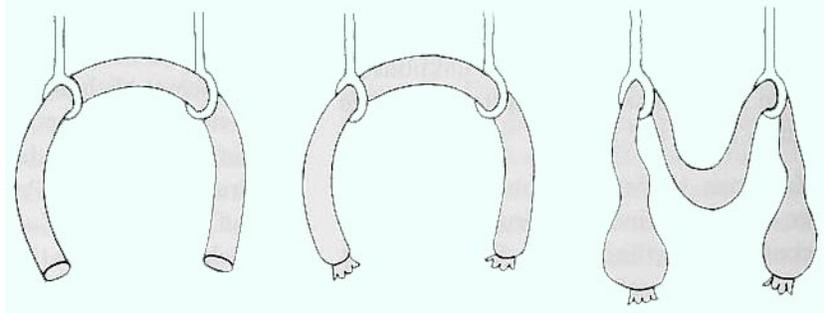
Estes relatos significaram apenas uma confirmação do diagnóstico já antecipado: quadro de intoxicação alcoólica sob fermentação intestinal através de um consumo extremo de alimentos crus. Como terapia o menino recebeu durante dois meses uma dieta sem qualquer doce, sem açúcar, sem frutas, sem sucos, uma dosagem fraca de sal amargo, 2 vezes ao dia 1 colh. de chá pós alcalinos 1, e dieta branda derivativa. A partir daí cessaram de uma só vez os ataques. Tempo de observação: 4 anos. O menino está em bom estado geral.

A. 5.6 Posição e Forma das Vísceras

O Criador deu ao homem a inteligência, para que ele pudesse reconhecer a ordem maravilhosa na natureza...

A. 5.6.1 Intestino Grosso -(I.G.)

É o tônus que define sua posição. O cólon normotônico, mesmo quando cheio ou vazio, não modifica sua forma.



Posição e forma de uma mangueira dependurada

Posição e forma de uma mangueira cheia com um bom tônus

Posição e forma de uma mangueira cheia com um mau tônus

„côlon normotônico“

„côlon hipo- e atônico“

Fig. 9 Esquema de formas e tônus do cólon

O cólon atônico, principalmente a nível das flexuras, se mostra curvado, às vezes de forma extrema em até 180°, formando a imagem de “**cano de dupla boca**”.

O resultado é a congestão e fezes no reto, na flexura esplênica, no sigmóide e no ceco, além da flexura hepática. O sigmóide, a flexura esplênica e o reto, todos sabemos, são sítios de localização comum de doenças degenerativas como a neoplasia e a diverticulose. Hoje está bem estabelecido a relação de tais doenças crônico-degenerativas com a diminuição do trânsito fecal.

A. 5.6.2 Estômago

Vários elementos anatômicos o mantém em sua posição, como o hiato esofágico e a parte superior do duodeno, fixa à parede abdominal posterior, além do pequeno e grande omento etc. Se normotônico, o estômago tem a forma de um “chifre de boi” e uma bolha gástrica de 3 dedos de extensão. Quando a ingesta oral é demasiado volumosa, o estômago normotônico não a aceita e surge o vômito, bem marcado no bebê, muitas vezes confundido com refluxo gastro-esofágico. O vômito, nada mais é que um reflexo protetor, o qual não raro, é inadvertidamente inibido pelos antieméticos.

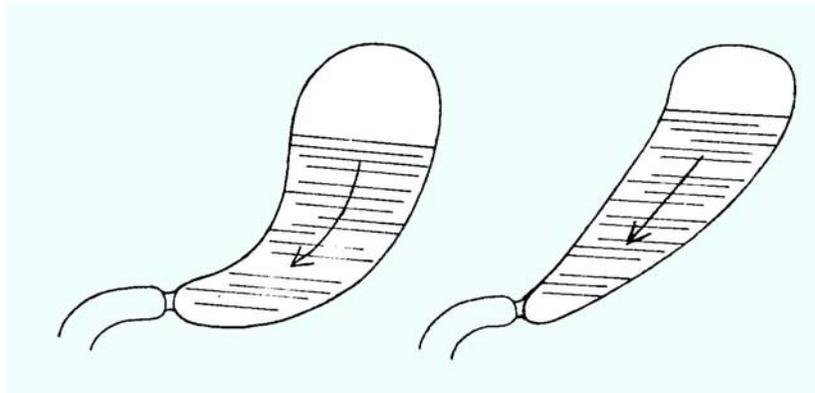


Fig. 10 Estômago normotônico

*forma de “chifre de boi”
função ótima e econômica
com volume normal
bolha gástrica de 3 dedos
timpanismo suave*

Fig. 11 Estômago hipertônico:

*forma contraída com lume estreito
função acelerada:
só agüenta pequenas porções
bolha gástrica menos de 3 dedos
timpanismo duro e tenso*

O estômago hipertônico é estreito, a bolha gástrica menor, e o timpanismo menos suave. Às vezes se misturam hipertonia com hipotonia.

O estômago hipotônico tem a forma de um “J”, de um gancho ou horizontalizada, exibe um tom abafado à percussão, a bolha gástrica tem maior extensão, e o bolo alimentar permanece por mais tempo no seu lume.

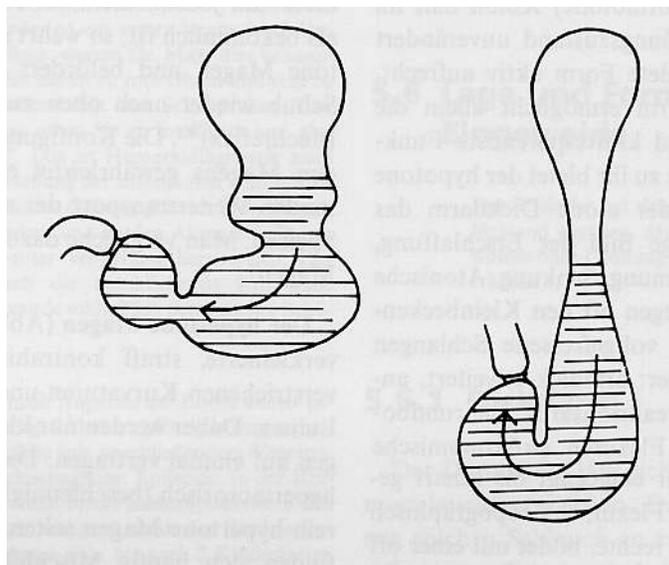


Fig. 12 Estômago hipotônico

*forma de gancho ou transversal
com lume ampliado
função lenta e hipossensibilidade
hipomotórica não econômica*

Fig. 13 Estômago atônico

*forma de saco vazio
e ptose até a pelve menor
função lenta e não econômica*

*bolha gástrica mais de 3 dedos e
som abafado*

*bolha gástrica muito grande
com ruído de vascojejo*

O estômago atônico apresenta uma dilatação exagerada e os alimentos ficam fermentando em sua parte inferior; à percussão se nota um som semelhante provocado ao se bater na água (vascojejo). (Fig. 10, 11 e 12).

A. 5.6.3 Intestino Delgado - (I.D.)

O intestino delgado está sustentado em posição pelo duodeno, pelo ângulo de Treitz, pela porção terminal do íleo, e pela raiz mesentérica.

O intestino delgado normotônico tem sua posição dependente:

- do tônus,
- de sua fixação e
- da coesão entre as alças.

Tamanho: 5 a 7 metros de comprimento.

O sentido do relevo em “U” A manutenção ativa da sua posição provoca uma pressão negativa no baixo ventre e isso faz com que a parede abdominal se projete para dentro acima da sínfise púbica formando assim o relevo em “U”.

Esta pressão negativa é importante, pois protege os órgãos da pelve da sobrecarga de cima e apóia o refluxo venoso proveniente dos membros inferiores. Estaria aqui uma justificativa para correlacionar o edema varicoso das pernas com a vitalidade intestinal.

Se ocorre hipotônus, a pressão se positiva e isso piora a circulação dos órgãos pélvicos e provoca, na mulher, alterações genitais, menstruais, inflamatórias, ptose vesical e uterina, incontinência urinária, hemorróidas, varizes etc.

O intestino delgado hipertônico se comporta como o normotônico, ativo, mas espasticamente contraído; encontramos então um abdômen duro e escavado, mas não sensível (**abdômen escavado não inflamado**). No estado hipertônico a ingesta alimentar acelera sua passagem. Isto dificulta a auto-limpeza intestinal e leva a infestação de resíduos (ingesta), que dá um ótimo terreno para germes intestinais, produtores de toxinas. Assim **o abdômen escavado não inflamado, torna-se inflamado**, com tamanho maior e mais doloroso.

O intestino delgado hipo- e atônico é mole, dilatado e com ptose, mostrando hiposensibilidade motora e diminuição das secreções (diminuição da função). Para entrar em ação, ele precisa ser estimulado através de uma maior pressão do seu conteúdo. O intestino atônico sempre se enche mais que o normotônico. Assim ele se congestiona facilmente e sua auto-limpeza se torna deficiente. O resultado é a **fermentação putrefaciente e dispepsia, além da auto-intoxicação**, pois como já dito se há lentidão na função excretória e digestiva, há reabsorção dos gases e ácidos graxos voláteis para o sangue a partir da mucosa intestinal.

A. 5.7 A Enteropatia e a Síndrome de Enteropatia

As paredes do intestino lasso são sujas correspondente com o grau de relaxamento.

F. X. MAYR

A. 5.7.1 A Enteropatia segundo F. X. MAYR

No centro das pesquisas do MAYR constava a deficiência da função do aparelho digestivo, expressa pelas alterações no tônus, na função motora e na secreção. Estas alterações provocam no sistema condutor, tipo mangueira, ao menos por parte, um transporte demorado ou até estagnado da ingesta. Com isso a sua permanência fica nitidamente prolongada. MAYR designou este transtorno funcional como “lerdeza intestinal” e o descreveu no seu livro, assim titulado, como o mais grave, mais divulgado mas mesmo o mais desconhecido de todos os males. Como o leigo, porém, identifica o termo “lerdeza intestinal” com constipação, preferimos hoje de denominá-lo enteropatia segundo MAYR. Pois a descrita lerdeza peristáltica pode, mas nem sempre deve levar a uma constipação. Quando, pois, acontecer processos fermentativos na ingesta congestionada, pode mesmo haver fezes moles até diarréicas. Não raras vezes elas são expulsas de maneira tão explosiva, acompanhadas de forte flatulência, que o acometido mal chegar a tempo no banheiro.

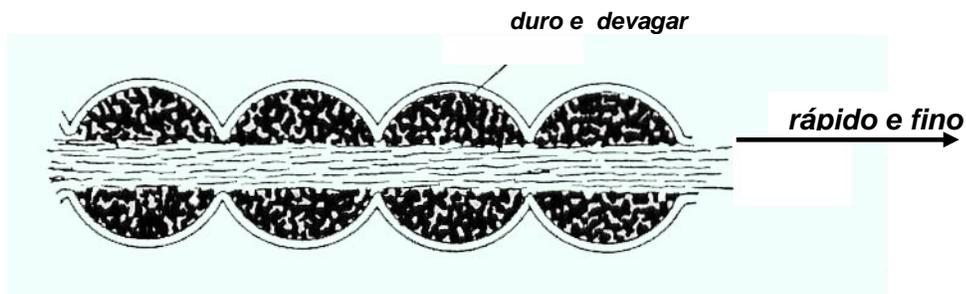


Fig. 14 Esquema do cólon:

Aqui permanecem restos estercoreais e alimentares nas vilosidades intestinais, enquanto no meio fezes moles e pastosas são expulsos aceleradamente.

Podem acontecer também evacuações “normais”, chegando porém atrasadas por dias (constipação latente). O teste do espinafre pode dar clareza sobre o tempo de permanência das fezes.

A. 5.7.2 Teste do Espinafre/Taioba -

Útil teste diagnóstico do trânsito intestinal e da própria função do intestino. Consiste na administração ao paciente de uma dieta a base de folhas verdes escuras, tais como o espinafre ou a taioba. Pelo seu alto teor de ferro e outras substâncias, as fezes tendem a sair mais escuras, caracteristicamente.

1. Dia = Dieta sem folhas verdes escuras (espinafre.)
2. Dia = Ingerir, ao meio-dia, grande porção de espinafre ou taioba. À noite, ingerir somente leite

Na função normal do intestino as fezes evacuadas devem apresentar, no dia seguinte, cor preto-esverdeada e uma parte amarelada, devido ao leite, compatível com a ingesta do dia anterior. O que se vê, contudo, na maioria das vezes, é a eliminação dos restos do espinafre só dias mais tarde.

Em estados de enteropatia o tempo de permanência pode aumentar até 200 horas (Weiss [9]).

Um sinal para a deficiência da capacidade de auto-purificação, então a poluição do intestino, se mostra na aderência dos restos fecais grudados no vaso sanitário, que não se deixam afastar inteiramente mesmo com a descarga de 20 l de água. Para isso é necessária escova ou utensílios químicos de limpeza. Mas o que consegue grudar tanto na parede lisa do vaso sanitário que nem “cola”, tanto mais grudará na mucosa intestinal, pregueada em milhares e assim polui o intestino e proporciona um ambiente de cultura para os germes prolíferos (disbiose). Mesmo em evacuações diárias e eliminações diarreicas podem permanecer uma poluição considerada.

O quadro significativo da “lerdeza intestinal” crônica e ubiqüitária, descrito por MAYR, isto é **a enteropatia segundo MAYR**, foi caracterizada por Bartussek pelos seguintes critérios mais comuns e marcantes:

1. **Hipotonia** de várias partes intestinais, o que leva à ptose visceral e sobrecarga volumétrica. Isso por sua vez acarreta uma
2. **Auto-limpeza deficiente**, com presença de restos fecais,
3. **Dispepsia, disbiose** (alteração da flora bacteriana) com a formação de toxinas;
4. **Inflamações parciais.**

A enteropatia pode perdurar por muito tempo sem manifestação de sintomas. Entretanto, ela está freqüentemente associada a queixas intestinais tais como: constipação, diarreia, sintomas de fermentação ou decomposição, fezes pastosas, meteorismos, (sintomas da síndrome do cólon irritável da Medicina Interna). E demais sintomas: plenitude, dores gástricas, fome imensa, anorexia, náuseas, cólicas e até a síndrome de Roemheld (complexo gastro-cardíaco que ocorre por elevação do diafragma, devido à pressão intrabdominal elevada. Surgem meteorismo e mudança da posição do coração, com aparecimento de um reflexo gastro-cardíaco que leva ao aparecimento de sintomas semelhantes aos da angina pectoris, de dispnéia paroxística noturna, sudorese súbita, taquicardia, extra-sístoles e queda da pressão arterial. O eletrocardiograma (E.C.G.), nem sempre mostra alterações.)

Uma grande parte de sintomas da auto-intoxicação Intestinal podem aparecer também no coração, sistema nervoso central, rim e membros. Em todos estes casos a enteropatia está acompanhada **de má-digestão e má absorção** e sobrecarrega o fígado pela formação de toxinas intestinais.

A existência de restos fecalóides é observada e comprovada no jejum, quando perduram por dias eliminações de matéria fecal por vezes fétida e volumosa. Antes que se processe a eliminação destes dejetos, podem-se ter náuseas, sudorese, cefaléia, os quais melhoram com a eliminação desses resíduos, e então a face, anteriormente pálido-acinzentada, torna-se agora corada.

Um gastroenterologista explicou uma vez ao autor, que, depois de uma purgação de três dias, todo o intestino seria totalmente vazio. Mas após 42 anos de prática com milhares de terapias desintoxicantes do aparelho digestivo, pode-se mais do que nunca reafirmar as seguintes frases do MAYR:

“As paredes do intestino hipotônico e hipomotórico sempre estão sujas, conforme o grau do seu estado hipotônico. Tal intestino, mesmo após vários dias de um jejum severo, não fica vazio de antigos restos alimentares.”

Os médicos da Antigüidade disseram: „**Bene curat, qui bene purgat**“ (Bem cura, que bem purga.), segundo MAYR isto não significa o uso de laxantes como pectina, com finalidade de aumentar o volume das fezes, e fibras alimentares (farelo), que de fato não resolve o problema. **O certo é corrigir os erros alimentares e possibilitar um descanso ao intestino, de forma que este possa se recuperar, reassumindo suas funções e com isso também sua auto-limpeza.**

A. 5.7.3 Síndrome Enteropático segundo MAYR

O transtorno crônico digestivo é a mãe da maioria das doenças

L. Kuhne

Esta síndrome é compreendida por:

- 1. Enteropatia**
- 2. Alteração da Postura**, inclusive das formas abdominais
- 3. Auto-Intoxicação Intestinal**

A enteropatia sempre leva á alteração da postura e também a auto-intoxicação intestinal. por isso os três sintomas são realmente um conjunto. Constatando um desses sintomas, sempre se deixam verificar também ou outros dois.

A. 5.7.4 Os três Estágios da Enteropatia

A enteropatia e suas conseqüências podem ser dividida em 3 estágios:

O **primeiro estágio** ainda pertence ao quadro pré-patológico. No diagnóstico MAYR evidencia-se um grau moderado de alterações do diâmetro da alça intestinal, inflamações leves e localizadas da mucosa ou outras alterações pequenas dos órgãos digestivos. Subjetivamente não existem queixas.

O **segundo estágio** revela um grau bem definido de alterações abdominais, ptose com **inflamações intestinais** parciais, inchaço do fígado, edema da raiz mesentérica e do mesocólon, meteorismo e **alteração da postura** bem definida. Apresentam-se mais os sinais da **auto-intoxicação intestinal**. Neste estágio já deve-se falar da síndrome enteropática. Subjetivamente existem moléstias diversas abdominais e sintomas distantes provenientes do intestino.

O **terceiro estágio** demonstra alterações características patológicas com moléstias orgânicas como ulcera duodenal, hepato- coledocopatias, diverticulite, enterocolite, malignoma e outras patologias dentro e fora da cavidade abdominal. No seu desenvolvimento a enteropatia às vezes teve um papel secundário, mas na maioria das vezes um papel de causa primária.

A. 6 FORMAS ABDOMINAIS

“Aqui deve se acabar não com a gordura, mas com a sujeira“

(Dr. MAYR de maneira drástica para um proeminente, que queria perder a sua barriga de gordura).

Do ponto de vista psicológico é interessante notar que os portadores de uma barriga grande acreditam ter um abdômen volumoso à custa de deposição de gordura, o que lhes conferiria, até mesmo um certo “status”, um certo prestígio social. Na realidade, entretanto, os abdômens volumosos raramente os são devido a um acúmulo de gordura, mas sim a um excesso de gases e fezes retidas.

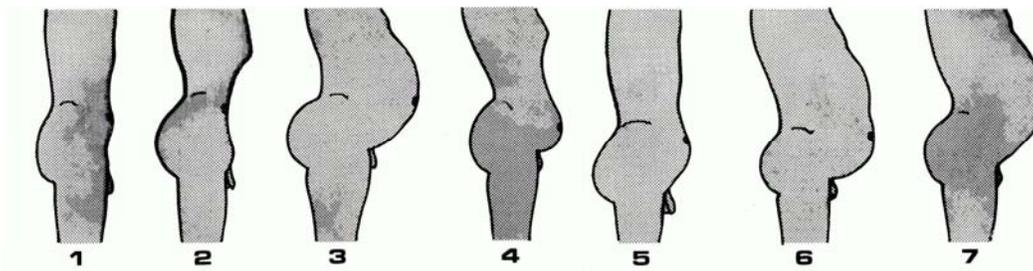
Cada abdômen volumoso significa sinal de alteração do tônus e do conteúdo do canal digestivo. Um abdômen vazio, não é protuso, saliente.

Assim, Mayr classificou em 7 os tipos abdominais, a saber:

1. Normal
2. Torto
3. Escavado
 - a) pequeno escavado
 - b) inflamado
4. Gasoso
5. Fecalóide
 - a) batráquio <
 - b) inflamado
6. Gaso-Fecalóide
 - a) batráquio
 - b) inflamado
7. Gordo

A. 6.1 Abdômen Normal

O abdômen sadio é raramente encontrado hoje.



1. Normal 2. Escavado inflamado 3. Gasoso 4. Fecalóide batráquio
5. Fecalóide inflamado 6. Gaso-fecalóide batráquio 7. Gaso-fecalóide inflamado

Fig. 15 Formas abdominais mais comuns

A. 6.2 Abdômen Torto

Este abdômen é torto; isto é a sua parte esquerda é menor que a direita. O jejuno, que abaua a parte esquerda e o íleo a parte direita, estão em estado diferentes de tónus: por exemplo o jejuno hipertônico e o íleo hipotônico. Isto ocorre, às vezes durante a purificação, quando o jejuno se “limpa” antes que o íleo.

A. 6.3 O Abdômen Escavado

A. 6.3.1 O Abdômen Escavado não Inflamado

se encontra em situações de fome. Às vezes aparece, também nas intoxicações por venenos ou infecções. Nesses casos tem consistência endurecida à palpação, enquanto aquele dos famintos é mole.

A. 6.3.2 O Abdômen Escavado Inflamado

se apresenta quando uma ação tóxica perdura por mais tempo. Como resposta à partes inflamada o reflexo protetor **umenta a abertura abdominal com defesa muscular e dores à palpação**. A respiração torácica se coloca no lugar da abdominal.

A. 6.4 Abdômen Gasoso

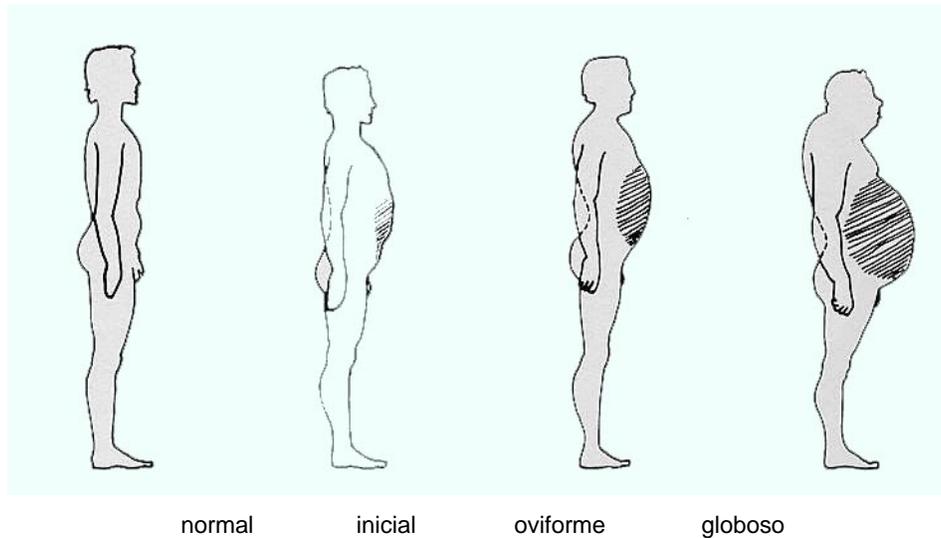
A moderação no comer é a mãe de todos os remédios

Maomé

É comum em pessoas vitais. O canal gastro-intestinal fica hipo- até atônico e hipomotórico o que retarda o transporte da ingesta, representando assim um sinal de **fermentação intestinal exagerada**. A pressão abdominal daí resultante, faz o abdômen ficar tenso, duro à palpação. Nestes pacientes, após lauta refeição, em posição ortostática, pode ocorrer a síndrome de Roemheld. Os gases tornam o abdômen tenso e empurram o diafragma cranialmente causando a síndrome.

Estágios do abdômen gasoso:

- inicial
- oviforme (observado mais na postura de sentido)
- globoso (os gases formam um globo, semelhante a um tocador de bombo).



Preste atenção no encurtamento do pescoço !

Fig. 16 Desenvolvimento de um Abdômen gasoso

No desenvolvimento do abdômen gasoso desaparecem no início a forma de "U" no relevo abdominal; segue então um aumento da abertura abdominal, uma elevação refletora do diafragma e uma alteração compensatória da postura com abaulamento da barriga.

A. 6.4.1 A Formação de Divertículos

A pressão dos gases no cólon descendente pode ser de tal forma intensa que comprimirá a mucosa intestinal, com conseqüente dilatação dos poros, o que levará a formação de divertículos. Quando restos estercoreais conseguem chegar ali, eles, por alteração tóxica, levam finalmente a uma inchação da mucosa, impossibilitando assim a comunicação do divertículo com o lúmen intestinal, resultando então em inflamação (diverticulite).

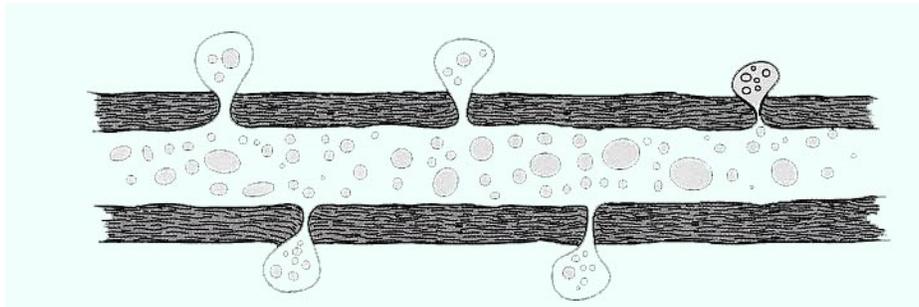


Fig. 17 Formação de divertículos através de pressão de gases

Os gases difundem então em estados de alta pressão também para o sangue. Eles chegam então no ar expirado e produzem um odor estercoreal (*foetor ex ore*).

Os gases mais comuns são N_2 , CO_2 , H_2 , CH_4 e O_2 . Hidrogênio e Metano são obrigatoriamente de origem bacteriana [23].

A. 6.5 Abdômen Fecalóide

O homem de hoje vive sentado, comendo e pensando demais.

Liek

A. 6.5.1 Abdômen Fecalóide Batráquio,

Aqui predominam também estados hipotônicos até -atônicos, mas neste caso a cavidade abdominal está cheia de material alterado pelo processo de putrefação (proteína animal). Os gases, repletos na cavidade abdominal, sempre sobem para o ponto mais alto da cavidade, e o conteúdo líquido fecalóide dos intestinos obedecem à lei da gravidade. Numa pessoa de pé, eles se dirigem inferior e ventralmente, deste modo, forçando o abdômen a tomar uma forma de um pesado saco pendente. Um critério diagnóstico é o desaparecimento do abaulamento nos flancos quando o paciente se deita. Nestes casos pode-se, pela palpação, sacolejar este conteúdo líquido fecalóide como se fosse ascite.

Nestes pacientes, funciona bem a **manobra da enteroptose** (o médico se coloca atrás do paciente amparando e elevando o abdômen com suas mãos para cima), a qual possibilita, no instante de sua realização, a melhoria da mobilidade cervical e das incursões respiratórias. Isto tem um efeito positivo para a conquista da confiança do paciente na terapia.

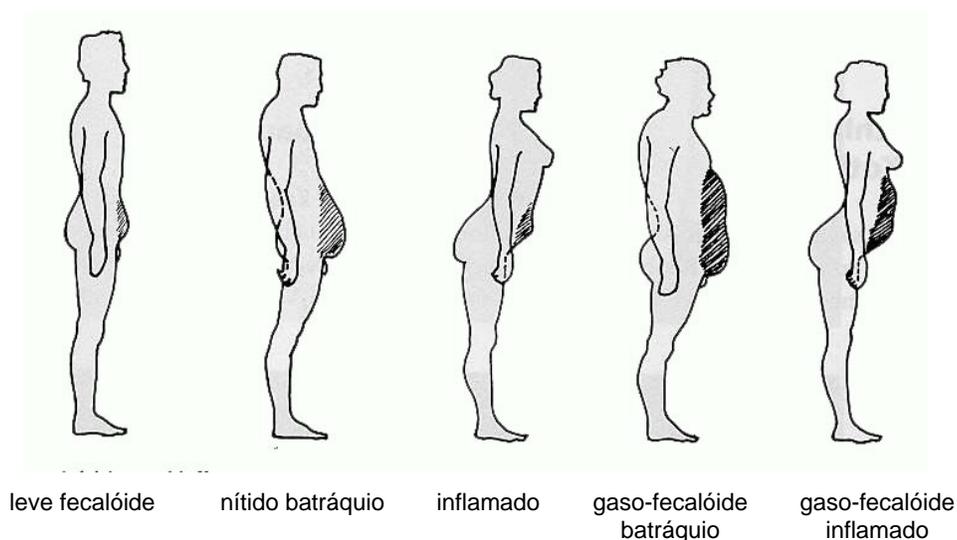


Fig. 18 Formas de Abdômens fecalóides

A. 6.5.2 Abdômen Fecalóide Inflamado

Com o congresso eu me arranjaría, se não fossem tantos banquetes.

von Bismarck

O conteúdo putrefeito começa a levar à inflamação de partes do T.G.I., as quais se contraem e dão **forma pontiaguda** ao abdômen. Estas não se desfazem no decúbito dorsal. Este tipo de forma abdominal é dura, e dolorosa à palpação. A respiração é predominantemente torácica.(Fig. 15).

A. 6.6 Abdômen Gaso-Fecalóide

A boca é o portão da morte

Ditado popular da Arábia

A. 6.6.1 Abdômen Gaso-Fecalóide Batráquio

É uma combinação dos dois e nele se encontram os sinais de ambos acima descritos.

De fato não existem puro abdomens gasosos ou fecalóides. Mas MAYR com toda razão denominou as formas abdominais anormais conforme sua característica principal

A. 6.6.2 Abdômen Gaso-Fecalóide Inflamado

É uma mistura entre gasoso e fecalóide inflamado.

A. 6.7 Abdômen Gordo

O abdômen gordo como tal normalmente não existe! O volume abdominal aumentado não se deve ao acúmulo de gordura no tegumento, mas sempre se trata de um abdômen gasoso ou fecalóide.

Como MAYR, porém, demonstrou, aglomerações gordurosas ocorrem raramente; elas aparecem no subcutâneo, as quais formam pregas pendentes no abdômen.

A. 6.8 As Fezes

A. 6.8.1 Tipos de Fezes:

Fezes normais devem ter:

- o tamanho de uma espiga de milho, de cor marrom, superfície lisa, extremidades arredondadas semelhantes a uma salsicha.
- não devem boiar na água, e sua eliminação deve ser mais rápida do que a micção, sem sujar os bordos do ânus.

O papel higiênico é meio diagnóstico para o estado das fezes. Quanto mais folhas de papel se gastam na higiene pessoal, mais o intestino delgado deve estar inflamado. A primeira folha usada deveria estar limpa, sem resíduos. Assim entendemos que a constipação se deve a problemas com origem principalmente a nível do intestino delgado, e não apenas no intestino grosso.

Fezes duras - normalmente significam uma retenção de líquidos e lentidão no trânsito intestinal, além da existência de espasmos inflamatórios da parede, neste percurso.

Fezes moles/pastosas - apontam para a irritação do cólon. Tanto mais moles e pastosas as fezes, mais a irritação vai caminhando do ânus para cima. A evacuação repetida de fezes moles denota um número maior de locais inflamados.

Fezes franjadas e rasgadas, compostas por vacúolos ou fezes espumantes indicam processos fermentativos no intestino delgado, normalmente com participação do pâncreas.

Fezes em salsicha - nos leva a pensar em uma condição de irritação do reservatório fecal, de forma que uma pequena quantidade força uma evacuação excitada do canal.

Fezes em fita - denotam existência de secreção catarral no intestino delgado inflamado, além de hipomotricidade do sigmóide. Desta forma a evacuação se faz às custas da prensa abdominal. Deve-se pensar em tumor de cólon, particularmente o do cólon esquerdo, que tem tendência a crescimento anular, de forma a diminuir o calibre da luz intestinal.

Fezes de cabra - se deve a existência de inflamação espástica das flexuras do cólon.

A. 6.8.2 Evacuações Diminuídas Pouco Frequentes

Evacuações somente a cada 2,3 ou 4 dias apontam para um transporte defeituoso e dificultoso. A causa nem sempre está na **lerdeza do intestino grosso**, mas de todas as partes do trato gastro-intestinal, **principalmente do intestino delgado**. Também as grandes glândulas digestivas como fígado e pâncreas podem causar constipação por seu mau funcionamento.

Mesmo com evacuações diárias pode existir uma „**constipação latente**“

A ingesta deve ser eliminada em 1 dia (24 horas) para manter ou restituir a saúde;

A. 7 O VOLUME ABDOMINAL E A POSTURA

Hoje, andando nas ruas, podemos observar a deformação por causa da comida desenfreada atingindo os executivos mais elevados.

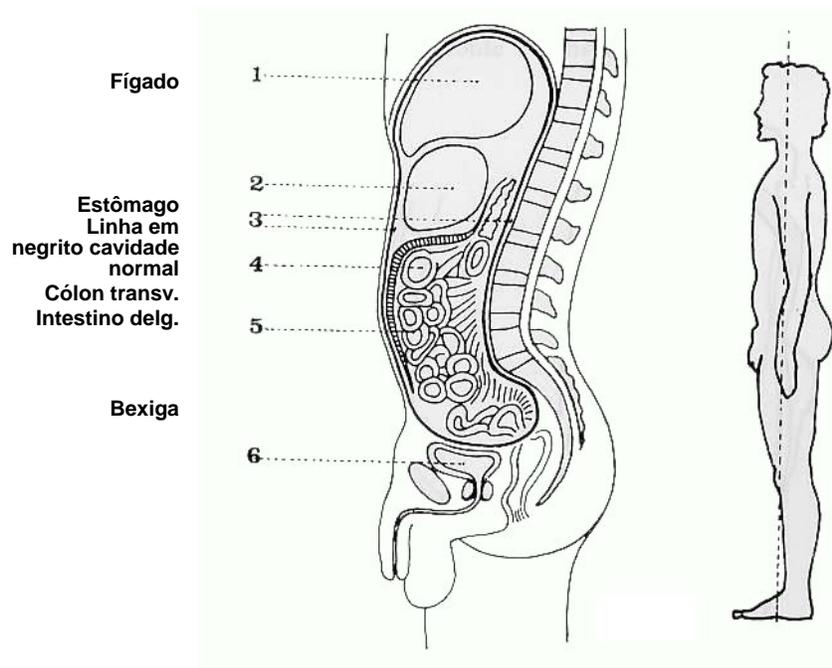
Saller

A postura ereta se submete às leis da (orto)estática. Nas ocasiões patológicas, onde temos um aumento do volume das vísceras, o corpo cuida de aumentar a cavidade intestinal, através de um ato reflexo. Ele o faz de maneiras diversas. O resultado desta adaptação, dependente das leis da (orto)estática, são as várias posturas adotadas pelos pacientes. É mais um dado da Semiótica Mayr, desconsiderado pela Semiologia Clássica.

Diferenciamos:

1. Postura normal
2. Postura inclinada
3. Postura de sentido
4. Postura de pato
5. Postura de interrogação
6. Postura do tocador de bombo
7. Postura de semeador

A. 7.1 Postura Normal



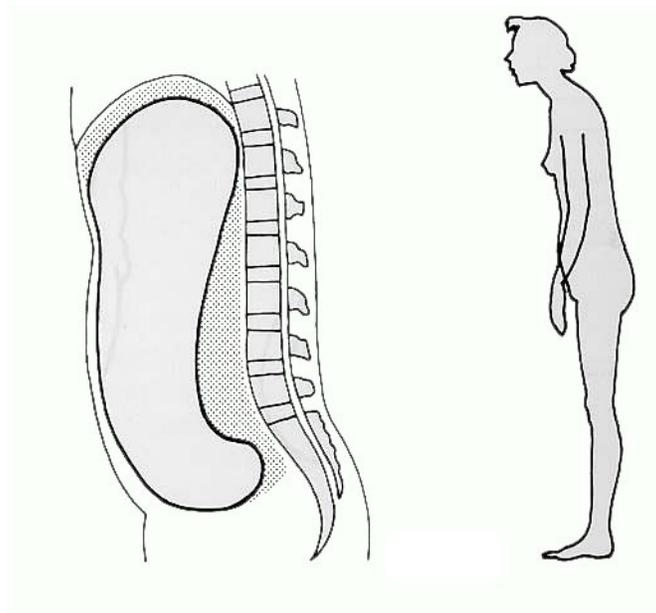
Posição dos órgãos intestinais na pessoa sadia

Fig. 19 Postura normal

Nesta postura, o eixo gravitacional se estende da cabeça, passa pela coluna cervical, encontra a linha que passa pelas articulações dos ombros e desce um pouco atrás do eixo da articulação dos quadris e adiante do eixo da articulação dos joelhos ao nível do eixo da articulação tibio-talar atingindo o centro da planta dos pés. Os braços estão situados paralelamente ao corpo e a este eixo gravitacional. Diz-se que o terceiro dedo fica ao nível da costura da calça. Nesta postura existe a maior firmeza e ao mesmo tempo a maior mobilidade. Aqui todas as medidas de Mayr estão normais.

A. 7.2 Postura Inclínada

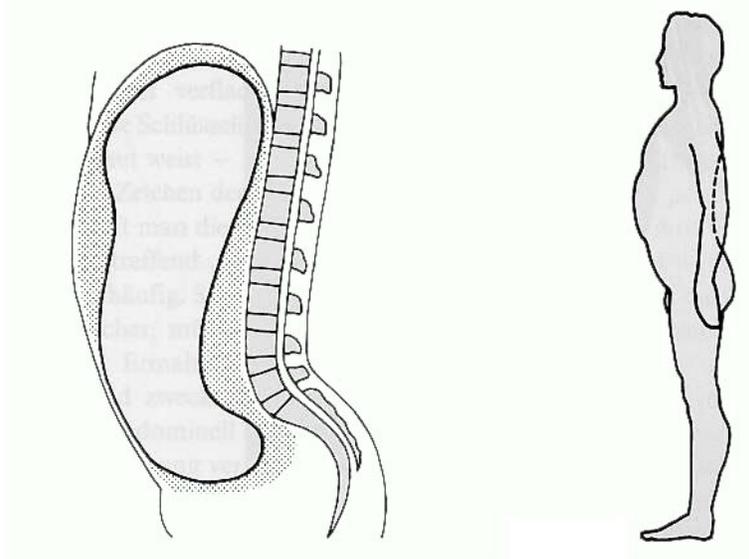
Apresenta alongamento e retificação da lordose lombar. É típico de pessoas com musculatura fraca, débil. Em consequência da ação das leis da estática, o tronco se inclina para a frente, o pescoço se alonga cranialmente, ambos os omoplatas e as mãos se colocam adiante. Esta postura costuma se associar com o abdômen fecalóide. Ela protege os órgãos da pelve menor e a próstata.



A linha em negrito significa o espaço da cavidade normal como em Fig. 21
A parte sombreado demonstra o ganho em espaço através desta postura.

Fig. 20 Postura inclinada

A. 7.3 Postura de Sentido



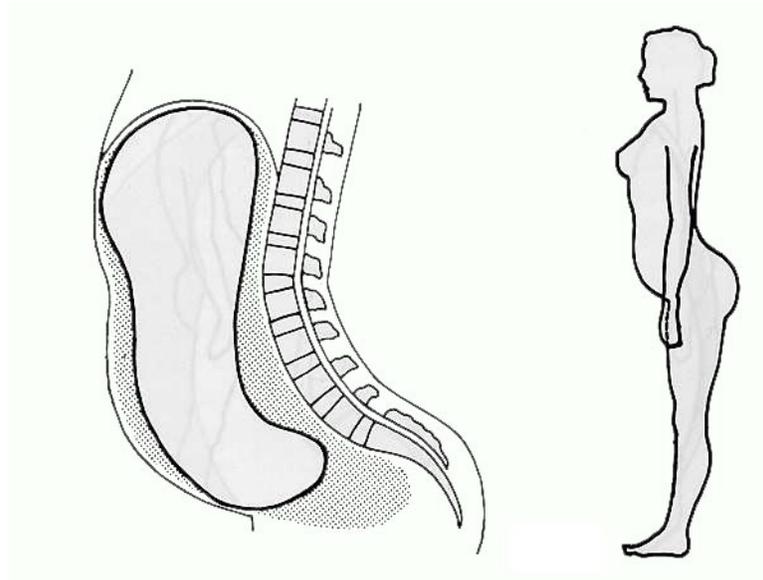
Parte sombreada demonstra o ganho de espaço através desta postura.

Fig. 21 Postura de sentido

Ocorre uma curvatura acentuada da lordose lombar. É uma reação daqueles com forte musculatura. Há um ganho de espaço intrabdominal através desta curvatura aumentada, a qual ocorre a nível da L5 - S1. Desta forma aumenta o espaço cranialmente e distalmente. Seu peito se projeta para frente, e a cabeça se coloca atrás do eixo longitudinal.

As *medidas do pescoço* são menores e os braços se colocam atrás do eixo gravitacional. Como conseqüência temos a dispnéia e a dor lombar. Ao final do dia, com a musculatura forte, neste momento fatigada, o paciente assume a *postura inclinada*.

A. 7.4 Postura de Pato



Veja a acentuada lordose ao nível de T12 - L1

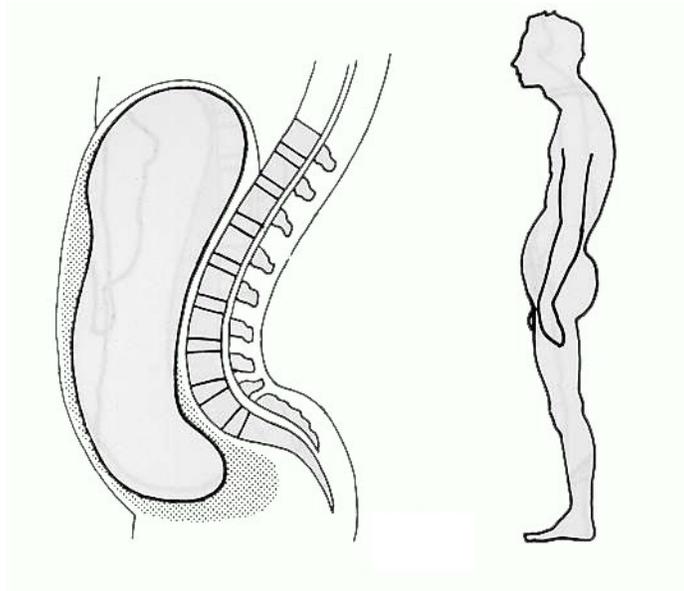
Parte sombreada demonstra o ganho de espaço através desta postura.

Fig. 22 Postura de pato

São pessoas musculosas, geralmente mulheres, as quais exibem, freqüentemente uma combinação de extensão da lordose lombar e hipercurvatura da coluna ao nível da transição da coluna torácica para a lombar. Por causa disto, a pelve se inclina drasticamente para baixo e as nádegas se projetam para trás. A parte superior do corpo se inclina para trás, o tórax é empurrado para fora. Os braços se posicionam à frente do eixo gravitacional. A acentuação da curvatura se dá mais ao nível de T12- L1. A marcha desses pacientes é do tipo de ganso, diferente contudo, daqueles com marcha anserina portadores de paraparesia.

Ocorre comumente naqueles com abdômen fecalóide. Existe a intenção do organismo, ao assumir tal postura, de proteger os nobres órgãos da pelve.

A. 7.5 Postura de Interrogação -



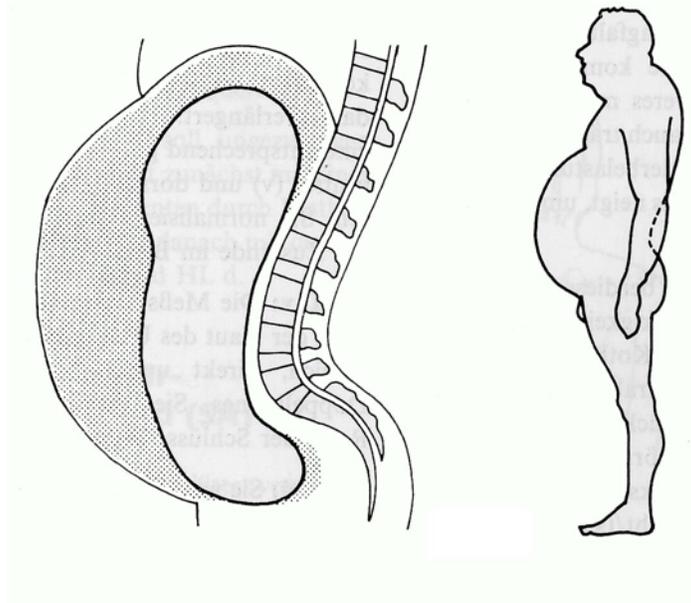
Veja a curvatura acentuada ao nível L 3-5.

Veja o ganho de espaço da parte posterior e anterior

Fig. 23 Postura de interrogação

Pacientes com intestinos miastênicos e fatigados, para quem o espaço disponível em uma postura normal não é suficiente, não sendo capazes de assumir a postura enérgica “de sentido” ou “de pato”, expandem sua cavidade abdominal drasticamente “abrindo” os limites mais altos e mais baixos da cavidade: uma forte inclinação para trás da coluna lombar (com o deslocamento posterior das nádegas), hiperlordose com a formação de uma corcunda no resto da coluna vertebral na forma de um simples arco arredondado. A pele é atrófica, as escápulas estão bem afastadas. É comum em crianças. Se o paciente praticar esporte, ele pode vir a assumir a postura de Sentido.

A. 7.6 Postura do Tocador de Bombo



Ganho máximo de espaço nas partes superior e anterior através de extrema inclinação ventral.

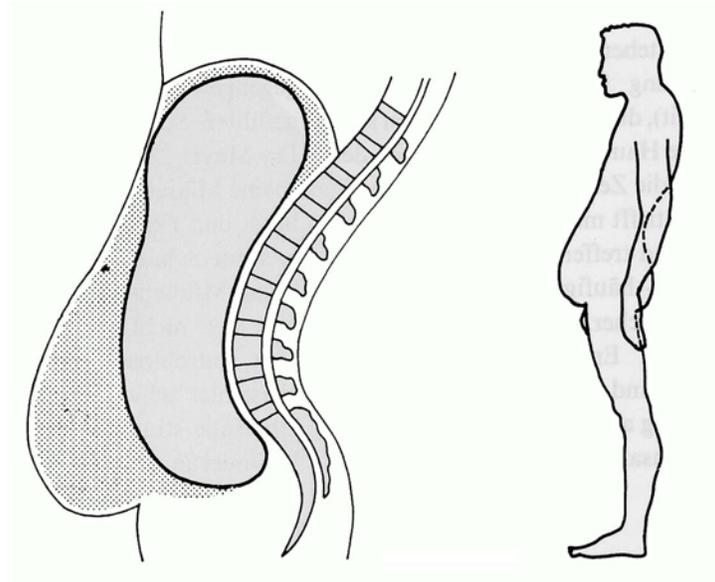
Há o desaparecimento do pescoço entre os ombros e o tórax elevado.

Fig. 24 Postura do tocador de bombo

Ela ocorre em pessoas de musculatura forte e se desenvolve da postura de sentido. Com o aumento do abdômen gasoso e gaso-fecalóide a posição intermediária do diafragma se eleva junto ao tórax. Finalmente para complementar a compensação é preciso abaular todo abdômen.

O pescoço quase desaparece e a nuca forma uma corcunda.

A. 7.7 Postura do Semeador



Ganho de espaço através do abaulamento do abdômen.

Típico abdômen fecalóide-batráquio.

Notifique a inclinação do dorso para trás e a elevação do tórax (pescoço curto).

Fig. 25 Postura de semeador

Ela ocorre naqueles com uma musculatura nem forte nem fraca. O intestino está pendurado para baixo, às vezes formando uma prega. Esta postura pode ser uma forma de melhora para um abdômen gaso-fecalóide que diminuiu a quantidade de gases. Neles são características as costas arredondadas. Quando vestem um terno, este cai reto, sobrando espaço entre o terno e as nádegas.

A. 7.8 Medidas Adicionais da Semiótica Mayr

A. 7.8.1 Medidas do Pescoço

Normal: 4 dedos anterior e posterior

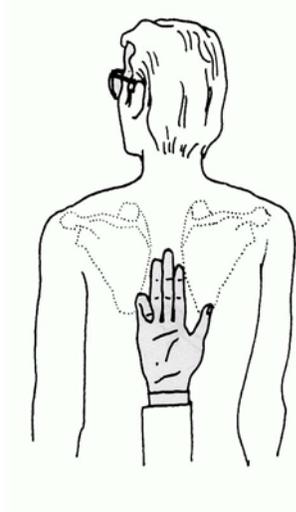
Fig. 26 Medida do pescoço (MP)

A aferição da medida do pescoço anterior se faz do mento até as articulações esterno-claviculares. Posteriormente, se faz na transição do osso occipital e a coluna até a sétima vértebra cervical (vértebra proeminente). O normal são 4 dedos de distância anterior e posterior.



Fig. 27 Medidas diferentes do pescoço

A. 7.8.2 Distância Interescapula



Normal: 2-3 dedos

Fig. 28 Distância interescapular

Nas Posturas de Sentido e de Pato, a distância entre os omoplatas pode ser menor. Nas pessoas de musculatura fraca pode ser maior. A distância de uma lado para o outro da coluna deve ser o mesmo. Se há p. ex. problema no fígado, pode-se ter escoliose.

A. 7.8.3 Mensuração da Lordose

É feita com o paciente deitado sobre superfície rígida. Corresponde ao número de dedos que se consegue interpor entre a maca e a coluna do paciente. O normal é zero, isto é, nenhum dedo.

A. 7.9 Treinando o “Olho Clínico”

O número de alterações da postura oriundas de distúrbios digestivos é extraordinariamente alto: basta observar as posturas e os abdomens das pessoas andando pela rua, ou melhor ainda, numa praia ou clube. No mínimo cada uma delas exibirá as características descritas aqui.

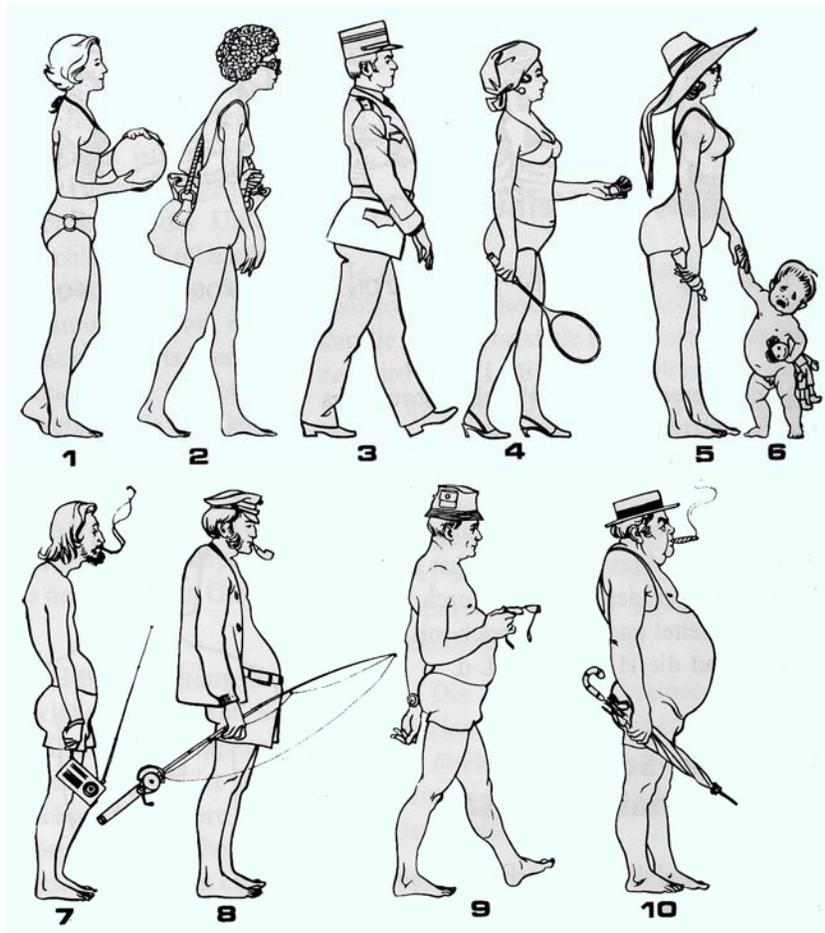


Fig. 29 Diagnóstico na praia

A maioria delas não têm noção de que elas exibem sinais de danos precoces e danos; elas continuam desvalorizando sua saúde, até o dia em que sejam forçadas a dizer: "é mais tarde que pensei".

A. 8 O TÓRAX

A Medicina Interna pode honrar seu nome, se ela entende o estado interno através do estado de fora.

von Weizsäcker

A. 8.1 As Formas Torácicas Segundo Mayr

As mudanças das formas torácicas são muitas vezes conseqüências de alterações patológicas no abdômen, sem esquecermos das patologias próprias do tórax, coluna e pulmão.

Um exemplo é a Postura de Sentido: funciona como se o paciente estufasse o peito e murchasse a barriga. Quando querem disfarçar seu volume abdominal, os obesos se valem desta manobra.

A natureza se utiliza destes artifícios para proteger, para compensar os estados hipo-atônicos intestinais.

As pessoas musculosas, especialmente se têm dano intestinal, reflexivamente, empurram o peito para fora, elevando e estendendo o tórax com elevação da posição intermediária do diafragma. Isto aumenta o espaço subdiafragmático e gera uma sucção para cima (aspiração) o qual contrabalança a tração para baixo gerada pelas alças dilatadas, mas cheias, do intestino.

A elevação e a extensão do tórax se faz às custas da respiração. A mobilidade da caixa torácica fica reduzida, a respiração torna se pouco profunda e a capacidade vital pulmonar reduzida. A manutenção de formas torácicas não fisiológicas requer constante esforço muscular o que pode causar aumento de toxinas fatigantes, como o ácido láctico. O corpo somente se vale destas medidas emergenciais porque as vantagens se sobrepõem às desvantagens, de forma que a saída é mudar a forma do tórax, aliviando os processos patológicos no abdômen e promovendo a restauração das condições normais.

Segundo Mayr distinguimos as seguintes formas torácicas

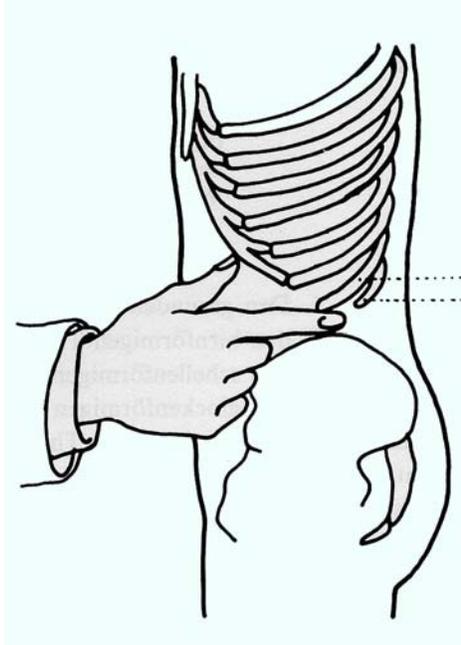
1. Tórax Sadio
2. Tórax Piriforme
3. Tórax em Chocalho
4. Tórax em Sino
5. Tórax Paralítico

A. 8.1.1 Tórax Sadio

O tórax normal tem a forma de um barril, de maneira que os braços conseguem se pendurar de lado, tocando o tórax levemente na sua porção mais larga.

O que chamamos de *tórax em tonel* corresponde a um barril cortado ao meio, presente nos pacientes portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

a) A Altura do Flanco ou Distância Ileocostalis Mínima



Corresponde à distância entre a 11ª costela e a Crista Ilíaca Antero-Superior.

Normal: 1 dedo. Se o tórax, em estados compensatórios, se eleva, esta distância aumenta para até 2 - 3 dedos.

Fig. 30 Distância ileocostalis mínima

b) Altura do Esterno

O eixo que passa paralelo ao corpo esternal, corre, normalmente, paralelo ao eixo do corpo. Uma régua colocada sobre o esterno deve tocar também o púbis, por se encontrar este na mesma altura, nos pacientes normais. A régua deve ser colocada sobre o corpo esternal e não sobre o manúbrio.



Fig. 31 Altura do esterno

c) Ângulo Epigástrico

No Tórax em Sino pode ser de até 180 graus. O normal seria de 30 graus.

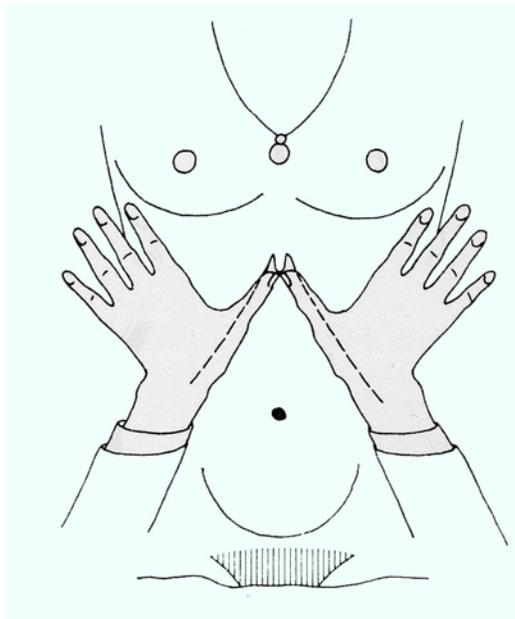


Fig. 32 Ângulo epigástrico segundo MAYR

A. 8.1.2 Tórax Piriforme

Se existe a necessidade de aumentar o volume torácico, isto ocorre primeiramente no terço torácico superior, o qual se torna mais endurecido. O resultado disso é uma diminuição da ventilação pulmonar neste local. Esta seria uma explicação para a *locus minus resistenciae* (menor vitalidade e resistência, maior tendência aos implantes infecciosos como para o bacilo de Koch na Tuberculose Pulmonar).

A. 8.1.3 Tórax em Chocalho

Tem a forma das sinetas que se dependuram no pescoço das vacas. Neste tipo patológico do tórax ocorre também o aumento do terço médio, o qual de forma semelhante endurece. Nestes pacientes os braços já se postam lateralizados ao corpo.

A. 8.1.4 Tórax em Sino

Apresenta consistência endurecida em toda a sua extensão, correspondendo ao Tórax em Tonel da Semiologia Clássica.

A *distância ileocostalis mínima* e a *altura esternal* já estão bem alteradas. A fixação permanente do tórax nesta posição distende maximamente os pulmões, diminuindo a capacidade ventilatória e provocando um pseudo-

enfisema. Por esta razão se faz importante avaliar a elasticidade e a compressibilidade do tórax durante o exame.

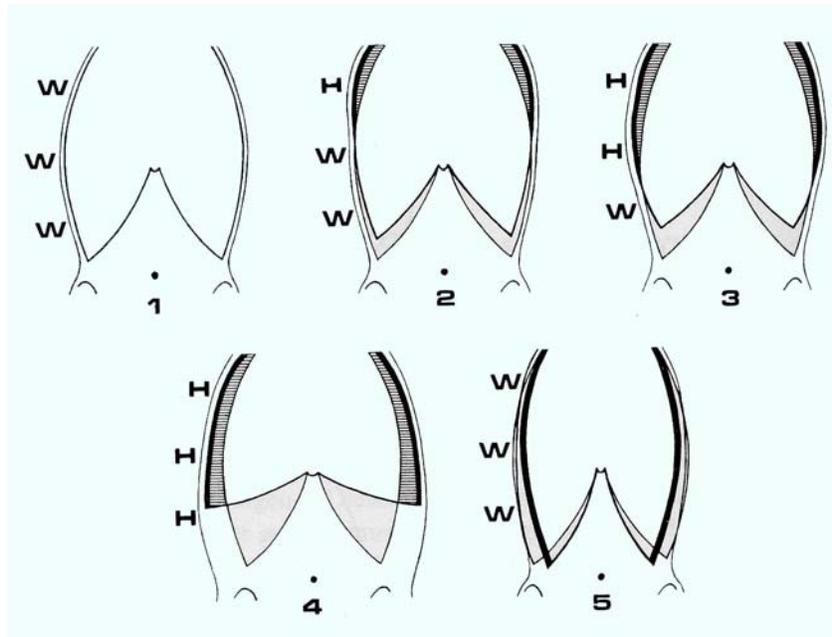


Fig. 33 Apresentação esquemática de formas torácicas

A. 8.1.5 Tórax Paralítico

Ocorre mais em pacientes hipotróficos e, muitas vezes com *postura de interrogação*.

O *tórax normal* apresenta limites laterais sempre mediais às cristas ilíacas. O *tórax piriforme* se encontra no mesmo nível das cristas ilíacas e o *tórax em chocalho* lateral a elas.

A. 8.2 Abaulamentos (Corcundas) Torácicas

Embora não se dê valor a eles, são uma conseqüência de alterações patológicas de órgãos, cujo segmento se encontra parcial- ou totalmente na couraça torácica. Isto é conseqüência da defesa muscular intercostal. Nestes segmentos o tórax é fixado em posição inspiratória (expandido).

A corcunda cardíaca era conhecida dos médicos da Antigüidade como uma protusão do tórax na região cardíaca. Se compararmos os dois hemitórax de um paciente cardiopata na posição supina, visaremos uma elevação circunscrita no precórdio.

Mayr descreveu 7 corcundas protetoras :

1. Corcunda Hepática
2. Corcunda Duodenal
3. Corcunda Gástrica
4. Corcunda Cardíaca
5. Corcunda da Flexura Cólica Esquerda
6. Corcunda Biliar
7. Corcunda do Cólon Transverso

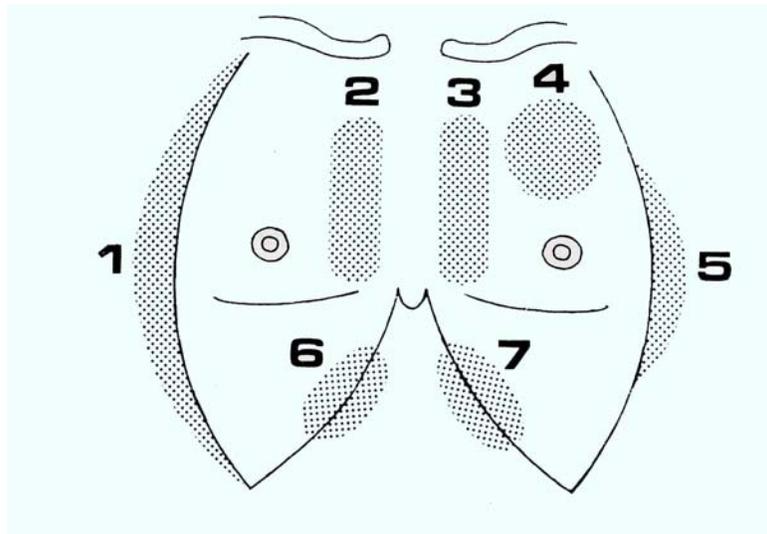


Fig. 34 Corcundas protetoras

A defesa muscular numa determinada parte da região abdominal serve exclusivamente para proteger um órgão, pertencente a este segmento. Na região torácica ocorre ganho de espaço para o órgão enfraquecido através de sua distensão. Por exemplo, o lado direito do tórax pode estar 5 - 15 cm mais largo do que o hemitórax esquerdo. Isto é causado pela grande corcunda hepática protetora.

Quanto mais dura a corcunda, mais forte a tensão muscular defensiva. É notável quão rápido e intenso o *tratamento abdominal manual* de MAYR melhora as condições nestas regiões. Como resultado do saneamento intestinal há suave regressão da rigidez torácica, com a diminuição nítida das corcundas.

A. 9 RESPIRAÇÃO

A. 9.1 Os Princípios da Respiração

«O melhor médico é a natureza. Ela cura três quarto das doenças e nunca fala mal dos colegas.»

Galeno

Para compreender melhor a respiração segundo Mayr, devemos conhecer 3 princípios: **1. a tração elástica pulmonar**

2. a contração diafragmática

3. a pressão intrabdominal

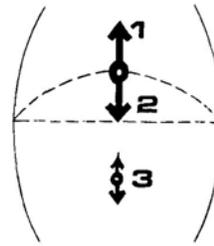


Fig. 35 Esquema da respiração

A. 9.1.1 Tração Elástica Pulmonar

A tração elástica é a força conjunta de todos os elementos contráteis dos pulmões. Esta puxa os pulmões em direção a seus hilos, traciona cranialmente o diafragma, diminuindo assim os espaços alveolares. É assim que se efetua a expiração.

Além disso, exerce uma sucção nas veias cavas e na veia porta, estimulando o retorno venoso para o coração; mantém o saco pericárdico aberto e apóia a função cardíaca na diástole. Assim, compreendemos que o retorno venoso não é um acontecimento passivo.

A. 9.1.2 Contração Diafragmática

Com ela aumenta-se o espaço intratorácico, incrementa-se a pressão negativa intratorácica e antagoniza-se a *tração elástica pulmonar*. **A contração diafragmática é antagonista da tração elástica pulmonar.** O diafragma se move 20-24 mil vezes por dia por ação de duas forças: pela tração elástica pulmonar de um lado e pela contração de sua musculatura de outro. Este jogo de forças torna possível a ventilação e a hematose. Ao mesmo tempo, induz o aumento e decréscimo da pressão intratorácica e intrabdominal.

Isto resulta em:

efeito hemo- e linfodinâmico, porque neste vai e vem de pressão e sucção há influência no transporte dos líquidos orgânicos nos vasos sanguíneos e linfáticos;

aumento da ação digestiva, porque o movimento normal do diafragma gera uma compressão e descompressão rítmica das alças intestinais, que por sua vez aumenta a peristalse.

A. 9.1.3 Pressão Intrabdominal

Esta exerce também uma influência neste jogo de forças. A *pressão intrabdominal* aumenta na **inspiração**, opondo-se mais e mais à contração do diafragma. Na expiração ela apóia primeiramente a *tração elástica pulmonar* (sinergista), mas diminui com o avanço da expiração continuamente até ficar negativa. O sinergista se torna antagonista e continua agindo contra a *tração elástica pulmonar* até ambos alcançarem um equilíbrio. Com isso a elevação do diafragma (e a expiração) chegam ao fim

Na inspiração, os órgãos intestinais experimentam um **deslocamento inspiratório**.

O **trato digestivo**, quando **normotônico**, procura sustentar ativamente sua posição, se contrapondo do deslocamento inspiratório e apóia a expiração (**sinergista da tração elástica pulmonar**).

Nas situações **hipertônicas** e inflamatórias partes dos órgãos digestivos estão fixas, espásticas, por mecanismo defensivo, tendo resistência ao deslocamento respiratório. Neste caso agem como **antagonistas da tração elástica pulmonar e da contração diafragmática**. Por esta razão, o corpo reduz a atividade diafragmática e compensa expandindo a cavidade torácica e altera para um padrão respiratório auxiliar. Os pacientes com abdômen gaso-fecalóide ou escavado-inflamado freqüentemente se queixam de «fôlego curto» (**dificuldade na inspiração**), volume respiratório diminuído.

Nos intestinos **hipo-atônicos**, há **dificuldade na expiração**. Existe um antagonismo à *tração elástica pulmonar*, pois as porções cheias e atônicas (abdômen fecalóide batráquio) exercem uma tração para baixo; afinal tudo cai por ação da gravidade. Na expiração tem que se elevar o diafragma e todo o pacote intestinal grudado a ele. O organismo compensa elevando o diafragma, aumentando o volume torácico e diminuindo, com isso a dificuldade expiratória.

Concluindo: a respiração normal é a abdominal, independente do sexo; esta fornece o melhor rendimento com o mínimo de esforço;

o trato gastro-intestinal normotônico é sinergista da tração elástica pulmonar e estimula a respiração;

alterações patológicas, inflamadas, hiper-, hipo- e atônicas, sempre são um prejuízo para a respiração;

qualquer terapia respiratória se torna limitada e sem grande êxito, se não forem tratados as alterações patológicas digestivas.

A. 9.2 Anoxia e Sobrecarga Crônica de CO₂ no Sangue

Quando a ação diafragmática está diminuída, há movimentos associados à tração elástica pulmonar que mantém o fluxo. No estado compensatório que ocorre no **tórax em sino**, os alvéolos também aumentam seu volume, porém não conseguem se esvaziar totalmente; há aumento do volume residual e do gás carbônico. **A capacidade expiratória dos alvéolos fica diminuída e o aumento do CO₂ tem uma influência negativa no sangue.**

Quando a respiração diminui, a eliminação de CO₂ e outros detritos se retardam e o sangue se «suja». O CO₂ aumenta no sangue (hipercapnia) e cai o O₂ (hipoxia). Isto pode ser notado nos ***sinais diagnósticos humorais*** (lívido).

Lívido representa na semiótica Mayr o estado de coloração azulada do tegumento, unhas etc. A coloração normal das mucosas, unhas, é vermelha-clara e, por sua análise, interpretamos a composição gasosa do sangue. Mesmo alterações discretas já têm valor diagnóstico.

Cada indivíduo que apresente alterações digestivas poderá ter desencadeado em seu organismo estados compensatórios no tórax que alteram a respiração. Isto leva à falta crônica de O₂, acidose, e autointoxicação. Se somarmos a isso a poluição ambiental e o sedentarismo, temos um «prato cheio» para o surgimento da doença.

A. 10 DIAGNÓSTICO HUMORAL BASEADO NAS CONDIÇÕES DA PELE

Os humores são os líquidos corporais. Estes também sofrem todos os tipos de discrasias deletérias e adulterações. A variedade de possíveis fatores que produzem discrasia, os contaminantes, poluentes e seus metabólitos, os produtos de decomposição, é simplesmente desorientador. Mais de 600 substâncias cancerígenas, veiculáveis nestes humores, estão hoje descobertas.

A análise química, bacteriológica e outros métodos de investigação podem averiguar somente uma fração de todos estes fatores danosos que freqüentemente nos afetam. O *diagnóstico Mayr*, por outro lado, pode apontar nos efeitos acumulativos de todas as toxinas nos humores. Os antigos já diziam: "A pele é um espelho do sangue", sobre o qual Dr. Mayr acrescentou:

"Enquanto os métodos de investigação clínica individual podem nos informar sobre o estado desta ou daquela característica do sangue, a pele nos mostra as condições globais do sangue e sua pureza (ausência de toxinas)".

Um quadro geral do estado dos fluidos corporais pode ser obtido através dos 10 seguintes critérios:

1. **cor da pele;**
2. **superfície da pele (dermografismo);**
3. **tônus;**
4. **cabelos;**
5. **unhas;**
6. **escleróticas;**
7. **conjuntivas;**
8. **boca;**
9. **língua;**
10. **fetores (odores).**

A. 10.1 Cor da Pele

Normal: tonalidade rósea (para a raça branca). Mais nítido nos bebês. Pode se apresentar:

cor pálida - espasmo tóxico capilar - estado de excitação;

cor avermelhada - dilatação capilar - estado de paralisação. Às vezes, se vêem dilatações localizadas com telangiectasias, nariz vermelho-azulado (efeito de dispepsias digestivas e alcoolismo);

cor acinzentada - aumento da queratinização com sedimentação de substâncias tóxicas na pele (conseqüência de ação tóxica crônica, auto-intoxicação crônica, abuso de laxantes).

cor amarelada - aumento da bilirrubina - doença hepática, auto-intoxicação intestinal etc.

cor esverdeada - resultado de uma intoxicação aguda; infecção iniciante em combinação com facies espástica. Ocorre também nos enjôos de viagem.

cor amarronzada - sinais que ocorrem ao redor dos olhos, das mamas, os quais indicam putrefação protéica, ou resíduos de medicamentos que, em contato com o ar, tomam tal coloração. Semelhantes às estrias gravídicas, as quais, vistas sob este prisma, são patológicas.

A. 10.2 Superfície da Pele

A pele normal tem superfície lisa, brilhante, mole, suave e limpa.

A pele áspera, fissurada, suja, significa que a potência regenerativa está limitada.

A pele úmida ou com sudorese fria-úmida aponta para um estado tóxico de excitação das glândulas sudoríparas.

A pele seca, opaca é um sinal de paresia das glândulas sudoríparas e sebáceas.

A pele descamativa, furfurácea é um sinal de atrofia.

A maior parte das eflorescências da pele (acne, furunculose, exantemas) são determinados pelas noxas no sistema linfático. A natureza proporciona às noxas através da pele um caminho para fora. É importante na terapia apoiar a natureza no mesmo sentido de expulsá-las.

Outro critério de avaliar o estado dos fluidos é o **Dermografismo**.

A. 10.2.1.1 Os 4 graus do Dermografismo

Ao riscarmos a pele com a unha de uma pessoa normal, não observamos nenhuma reação: Dermografismo 0 (normal). A sensibilidade e rapidez da reação equívale ao grau de intoxicação.

1. **Dermografismo (Derma 1):** Se provocar um risco pálido-branco tal que tenhamos um dermatografismo 1, teremos visto uma reação, embora leve, do efeito da constrição (estado de excitação).
2. **Dermografismo (Derma 2):** Na lesão mais avançada segue logo mais um vermelho profundo como resposta de vasodilatação (estado paralítico).
3. **Dermografismo (Derma 3):** No dermatografismo 3 já se vê uma reação quase urticariforme (vasodilatação com inflamação).
4. **Dermografismo (Derma 4):** Se a intoxicação é maior ainda, se tem o dermatografismo 4 onde a pele, sem reação (estado atrofico), não muda de coloração o que denota um pior prognóstico.

A. 10.3 Tipos Faciais

A face é um espelho que reflete a pureza do sangue e a qualidade funcional do aparelho digestivo.

F. X. MAYR

A pele normal tem uma densidade firme, uma elasticidade própria, como um retalho de tricô bem tecido, sem pregas. Apresenta um relevo uniforme, revelando como uma dupla imagem, o real estado daquilo que se encontra por debaixo dela. O normotônus é mantém estas características da pele. As toxinas nos humores alteram o tônus, e os efeitos característicos de tais alterações podem ser observados na face:

1. Estado Normal (normotônus)

a) **Facies normalis;**

2. Estado de Excitação,

a) **Facies spastica;**

3. Estado de Dilatação,

a) **Facies rotunda**

b) **Facies rotunda**

→Cissura biológica (Reckeweg)

Estado Degenerativo ou atrófico

a) **Facies atrophicans plana - Atrofia I**

b) **Facies atrophicans striata - Atrofia II**

c) **Facies atrophica plicatissima plicata - Atrofia III**

A. 10.3.1 Estado Normal

a) Facies normalis (ver Fig. 39) A fácies normal é redonda, consistente, firme, não apresentando pregas nem ao se sorrir. Ao se palpar o tônus acima do processo zigomático, é como se tentássemos puxar algo que nos escapa dos dedos, como se tentássemos pegar uma maçã com o polegar e o indicador. A boca de uma pessoa normal é pequena, efeito da ação do músculo orbicular. Em um indivíduo normal, se pode ver nitidamente o contorno da maxila inferior.

A. 10.3.2 Estado de Excitação

a) Facies spastica (ver Fig. 40) A fácies espástica é a face de intoxicação aguda, onde as fibras elásticas se contraem e o rosto fica menor. As saliências da face ficam mais nítidas, havendo maior palidez. Olhos e boca ficam menores, os lábios mais estreitos, os cabelos em pé.

A. 10.3.3 Estado de Dilatação

a) Facies rotunda (ver Fig.41) A fácies redonda está num estado de dilatação, **de inchação**. O tônus diminui (tecido mais mole, encharcado). A face de oval passa a redonda, as bochechas ficam mais moles, cheias, caem um pouco mais. Os lábios se tornam mais carnosos e se o paciente inclina a cabeça surge um duplo queixo. São pessoas que **aparentam saúde**, contudo nelas existe uma dilatação tóxica dos capilares: vemos as bochechas avermelhadas, mas também notamos a palidez perioral, fruto esta de um

espasmo capilar. Não há pregas. As formas e contornos do corpo estão mais encharcadas, não se notando silhueta nítida.

b) Facies plicata (ver Fig. 40) Na fácies pregueada o tônus diminui ainda mais. Pelo peso dos tecidos, as pregas se dependuram. Um exemplo de prega é o sulco naso-labial. A face fica mais quadrada. Vemos pregas no pescoço, fronte e em outras partes do corpo: nádegas, seios.

Todas as alterações descritas acima até este ponto estão classificadas, sobre o que é chamado, após Reckeweg, a «Fase Humoral da Doença», nas quais os processos patológicos tomam lugar primariamente na arena humoral, o que significa que os efeitos nos tecidos são largamente reversíveis.

Isto não é mais verdade na próxima fase, a fase degenerativa ou atrófica.

A. 10.3.4 Estado Degenerativo

Nesta fase a substância celular sofre danos irreversíveis: degeneração, depleção, atrofia, destruição. Reckeweg fala da «fase celular da doença». O limite entre a fase humoral reversível e a fase celular irreversível da doença é chamada de Cissura Biológica, a qual uma vez ultrapassada, dificilmente há recuperação clínica.

a) Facies atrophicans plana - Atrofia I (ver Fig. 40) A fácies atrófica plana corresponde a um estado inicial de atrofia. A face ainda se apresenta na forma oval, sem rugas. As cavidades, saliências ósseas, extremidades (ângulo mandibular, ponta do nariz, fossa supraclavicular) ficam mais nítidos. Isso não é um sinal de magreza, mas de perda de substância fundamental. A pele é mais flexível, existe menos peso. Surgem as covas, pequenos buracos etc. As glândulas sebáceas secam (pele que nem papel).

O critério diagnóstico para a constatação da atrofia é o **Toque Verificador do Tônus**: palpa-se em cima do osso zigomático uma pele fina, que pode ser deslocada e sobrelevada sem dificuldade. Isto se demonstra ainda mais no ângulo da mandíbula.

b) Facies atrophicans striata - Atrofia II (ver Fig. 41) Na fácies atrófica estriada notamos presença de estrias. Ela se desenvolve a partir da fácies plicata.

A estria é um sulco, uma linha encravada na pele. Ela é irreversível. Enquanto a plica é rica em substâncias como a prega, sendo totalmente reversível

c) Facies atrophicans plicatissime plicata - Atrofia III (ver Fig. 42)

MAYR cometeu aqui um erro de semântica ao criar esta denominação: mais correto seria Facies atrophicans striatissime striata, já que não são pregas nestes pacientes, mas sim estrias. Ficamos porém com o termo histórico.

Na fácies atrófica pregueadíssima pregueada, a pele se parece com um papel fino, amassado, envelhecido, desidratado.

A idade possibilita aqui uma maior ação das toxinas, mas não como determinante. Pacientes jovens, às vezes com uma alimentação elogiável podem apresentar estas alterações. Particularmente os vegetarianos

crudívoros com um intestino debilitado; ao comerem demais, sofrem dispepsia, fermentação, e auto-intoxicação pelos produtos deletérios da decomposição da matéria fecalóide.

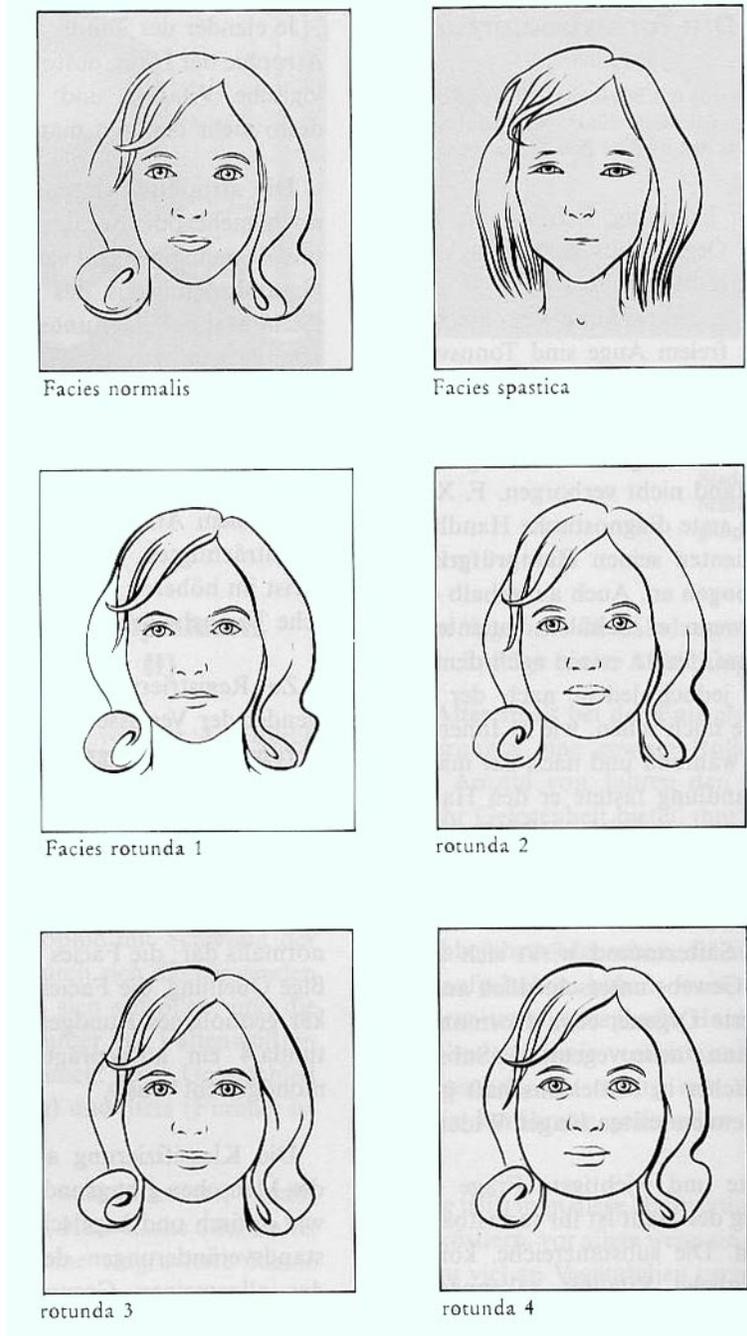


Fig. 36 *Facies normalis- Facies spastica - Facies rotunda*

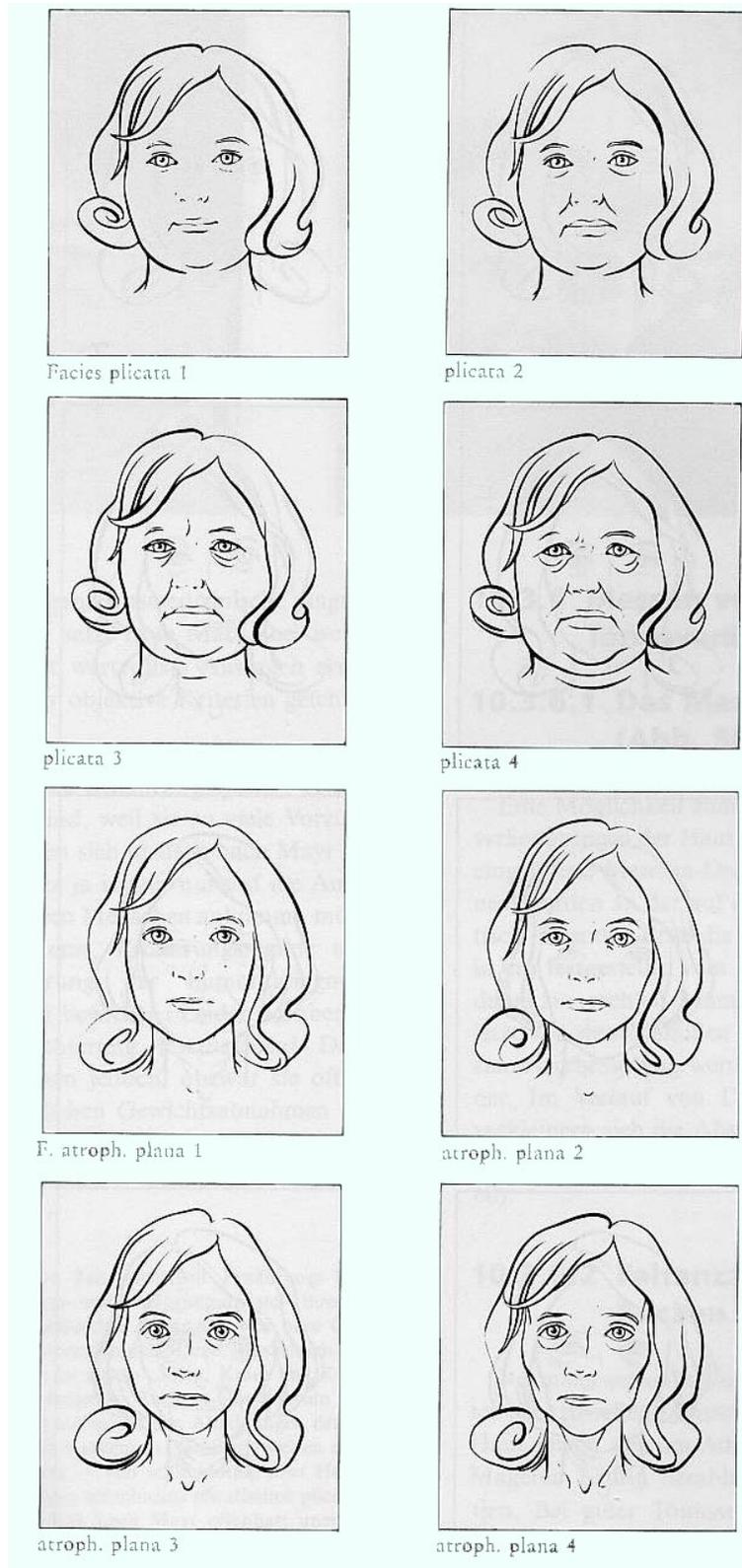


Fig. 37 *Facies plicata - Facies atrophicans plana*

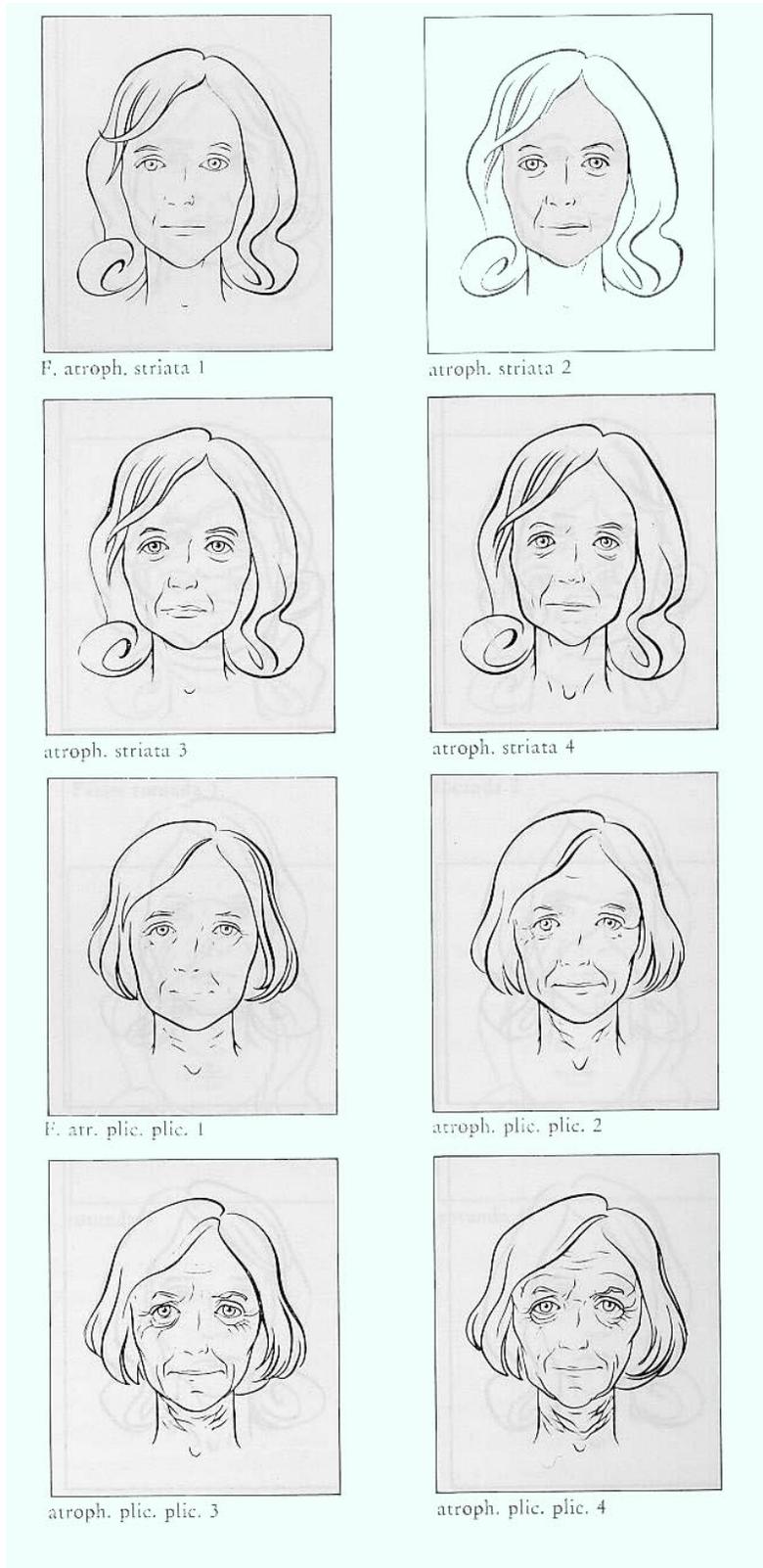


Fig. 38 *Facies atrophicans striata - Facies plicatissime plicata*

A. 10.4 Tônus da Pele

A. 10.4.1 Avaliação do Tônus -

A **recuperação, o rejuvenescimento e regeneração** do organismo se demonstra no **aumento do tônus da pele**; com a fadigaz, exaustão e doença, ele se deteriora.

Mudanças do tônus facial podem ser notadas por olhos treinados, porém a palpação manual experiente pode "ver" melhor. Como o primeiro ato diagnóstico em um paciente, Dr. Mayr aplicava seu *toque verificador do tônus* sobre o arco zigomático. Mesmo fora do consultório, quando encontrava estudantes, pacientes ou amigos, ele nunca os perguntava como estavam eles, simplesmente fazia seu teste do tônus facial dizendo: "Bom dia, deixe-me ver como você está?" Antes, durante e depois de *tratamento abdominal manual* ele checava o *tônus da pele* e tirava acuradamente suas conclusões.

Um tônus diminuído da pele baseia-se na condição doentia dos fluidos. Uma condição malsã dos fluidos afeta diferentes tecidos de maneira diversa. Órgãos bastante diferenciados, como glândulas hormonais, órgãos sensoriais, substâncias neurovegetativas, serão afetados mais cedo; tecidos mais robustos resistem por um tempo maior.

O primeiro e mais importante parâmetro na avaliação da pele é seu **grau de vitalidade**. A pele substanciosa e compacta, marcada pela evidente vitalidade, se sente totalmente diferente daquela pele reduzida, degenerativa e atrófica, sem vitalidade.

Tanto melhor o tônus, tanto melhor a vitalidade biológica e a força regenerativa do paciente e mais fácil as recuperações terapêuticas.

Tanto pior o tônus numa atrofia acentuada, tanto menor a vitalidade e a força regenerativa. Podemos, porém, conseguir bons resultados, embora mais demorados e difíceis, com os pacientes atróficos (veja B 4.7).

Segundo Rauch existe uma atrofia da pele por traços genéticos e outra adquirida (ação tóxica na idade avançada).

No intuito de memorizar os estágios faciais, o autor faz uma classificação em quatro graus: 1 - 4 (ver tabelas nas Fig. 40-42).

| | |
|------------------|---|
| Facies rotunda 1 | exibe uma pequena redução do tônus e um pequeno desvio da facies normalis |
| Facies rotunda 2 | exibe moderada tumefação; |
| Facies rotunda 3 | exibe uma face arredonda mais inchada; |
| Facies rotunda 4 | exibe uma pronunciada e "gelatinosa" "face de lua-cheia" |

A classificação dos estágios faciais humanos nos fornece um guia para a determinação, óptica e táctil, de alterações gerais das condições da pele, e desta para todo estado geral da saúde, cuja melhora e deterioração pode assim ser avaliada.

Desta forma podem se avaliar criticamente os benefícios de terapias médicas holísticas, regimes dietéticos, tratamentos em geral etc. através do método diagnóstico segundo MAYR.

A *terapia de saneamento intestinal*, embora muitas vezes acompanhada de perda de peso, freqüentemente tem como efeito ulterior um aumento no tônus da pele de 3 a 4 subdivisões. Muitas outras terapias ou dietas de emagrecimento resultam em deterioração do tônus facilmente detectável.

Tratamentos que proponham um aumento da condição geral de saúde devem ser capazes de elevar o tônus da pele em pelo menos uma subdivisão.

A. 10.4.2 O Toque Verificador do Tônus

Nesse toque o examinador pega a pele facial em cima do osso zigomático e tenta deslocá-la e sobrelevá-la. Verifica-se e classifica-se uma escala de 1 a 4 conforme a intensidade do tônus. Normal é um tecido denso, firme, substancioso, compacto, sem possibilidade de deslocamento ou sobrelevação.

A. 10.4.3 Alterações Mensuráveis do Tônus

A. 10.4.3.1 O Triângulo Mamário (Fig. 47)

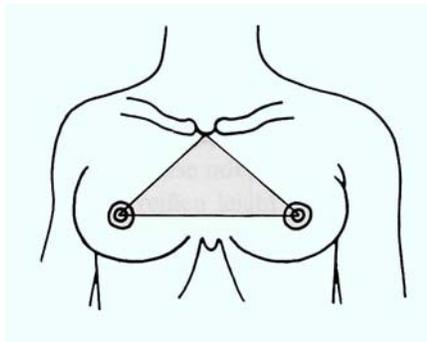


Fig. 39 O Triângulo mamário

Uma forma de mensurar as alterações do tônus da pele é o triângulo da mama, introduzido por Kojer. Os espaços seguintes são medidos com uma régua, com a paciente em posição supina sobre a mesa de exame: da fúrcula esternal para o centro dos dois mamilos, formando assim um triângulo. Com a melhora da paciente, estas distâncias diminuem.

Durante o tratamento da terapia de saneamento intestinal, estas medidas se reduzem em vários centímetros cada.

A. 10.4.3.2 Pregas do Dorso

Normalmente não há pregas nas costas, porém a atonia da pele freqüentemente leva ao surgimento de pregas caídas adiposas e também no edemaciamento dos pacientes. Com a melhora das condições do tônus da pele, estas pregas regridem e desaparecem.

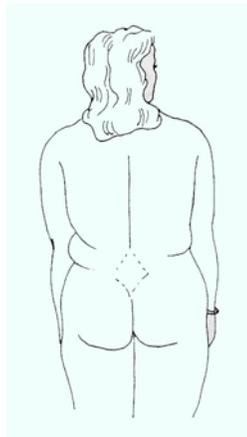


Fig. 40 Pregas no dorso

A. 10.5 Cabelo

O cabelo de uma pessoa saudável é brilhante, semelhante à seda, de cor viva, levemente ondulados. Seu estado depende das condições dos humores, do sangue e das glândulas sebáceas.

1. **Nível de Dano ao Cabelo (Cabelo 1):** existe **estado de excitação**. O cabelo se apresenta mais grosso, oleoso, grudento.
2. **Nível de Dano ao Cabelo (Cabelo 2):** existe **estado de dilatação**. O cabelo se mostra seco, sem brilho, sem cor, com escamas.
3. **Nível de Dano ao Cabelo (Cabelo 3):** existe **estado de degeneração atrófica**. O cabelo se mostra quebradiço, as pontas se dividem ao meio. Os pêlos estão mais curtos e finos. Após a perda de cabelos somente nascem lanugens.
4. **Nível de Dano ao Cabelo (Cabelo 4):** as papilas estão destruídas; os pêlos remanescentes caem e surge a calvície.

A. 10.6 Unhas

Em uma pessoa saudável, as unhas são fortes, elásticas, macias, bem arqueadas, róseas e com uma pronunciada lúnula. Estrias diagonais nas unhas indicam severa contaminação do sangue por substâncias irritantes.

Em resumo, teríamos:

- **espessamento horizontal** - intoxicação aguda;
- **adelgaçamento horizontal** - estado paralítico;
- **adelgaçamento longitudinal** - estado atrófico;

- **zonas anêmicas** - estado de excitação, aparecem quando se fecha a mão. Ao se observar os dedos flexionados se vêem campos brancos dentro da coloração normal.
- **cianose, e lividez** - estado paralítico.

A. 10.7 esclerótica

Esta deveria ter uma cor branca pura. A mais freqüente alteração da cor resulta da decomposição dos pigmentos biliares: Subicterícia (SI).

Aqui existe uma diferenciação semântica com a semiologia clássica, a qual não costuma usar este termo - subicterícia. Preferem dizer que há coloração amarelada da esclera (icterícia) ou não. Mayr, entretanto, preferiu denominar **subicterícia** para caracterizar como patológicas colorações sutis, às vezes consideradas como constitucionais pela semiologia clássica.

Subdividimos a Subicterícia em 4 graus teríamos:

- SI / 1º = coloração amarelada mínima da esclera;
- SI / 2º = coloração branco-amarelada da esclera;
- SI / 3º = moderada coloração amarelada da esclera;
- SI / 4º = subicterícia pronunciada; transição para icterícia da semiologia clássica

Desta subdivisão de SI pode-se ter uma idéia do grau de extenuação e solicitação do fígado, embora os níveis de bilirrubina possam estar normais até o grau SI/3.

A. 10.8 Conjuntiva

Enquanto avaliamos a esclera, devemos nos lembrar da conjuntiva, que pode nos ser útil também.

- **Palidez indica anemia.**
- **Coloração brilhante a vermelho escura é um sinal de inflamação.**

Aqui podemos procurar **por causas externas**: óculos com grau errado, lentes de contato, exposição exagerada à TV, condução de automóveis, substâncias estranhas, fumaça de cigarro etc. Mas também **por causas internas**, as mais freqüentes: contaminação dos humores, cujos irritantes são eliminados pelas lágrimas e irritam a conjuntiva. Os fluidos lacrimais servem como um **tipo de válvula de escape** para eliminação de matérias mórbidas.

O "**caminho das lágrimas**", uma coloração amarronzada da pele que aparece no canto lateral dos olhos, ocorre como resultado da contaminação do fluido lacrimal, o qual drena externamente durante o sono. As toxinas atacam a pele e causam esta coloração amarronzada localizada. Este sinal é mais pronunciado do lado que o paciente tende a dormir. Um auto-exame no espelho está indicado a todos.

Os graus de conjuntivite também podem ser divididos em 4: conjuntivite 1-4.

A. 10.9 Boca

Se os lábios e a mucosa da boca estão **pálidos** ao invés de um vermelho claro e forte, isto indica vasoconstricção ou anemia. Uma coloração **lívido-avermelhada** indica deficiência de oxigênio e sobrecarga de dióxido de carbônio.

As várias gradações de uma coloração lívida até uma pronunciada cianose estão simplificadas e registradas como os graus: lívido 1 - 4.

A. 10.10 Língua

A língua normal é **pequena, quase rósea, úmida e sem cobertura.**

- Línguas **excessivamente úmidas** são o resultado de produção salivar excessiva, isto é uma **fase de excitação das glândulas salivares**. Isto é ainda causado por irritantes salivares na comida, tais como temperos „quentes“, ou internamente pelas toxinas.
- Uma língua **seca** indica uma **fase paralítica** das glândulas salivares.
- Língua „**seca como pó**“ com uma **grossa cobertura** aparece como resultado de **processos agudos** (especialmente na região abdominal) causados por inundação tóxica dos fluidos. **Quanto mais seca a língua e grossa a cobertura, maior o grau de intoxicação.**
- **Uma cobertura branco-amarelada sem secura** é encontrada nos casos de pronunciada **contaminação dos fluidos**, especialmente nos casos de abuso de drogas ou nicotina e nas severas (usualmente crônicas) doenças intestinais ou estomacais.
- **Línguas inchadas, enormes com impressão dental** indicam uma **condição de edema** do órgão em questão.
- **Língua geográfica** está às vezes associada com certos tipos de solicitação **hepática**. O „mapa“ regride durante a Terapia Mayr.
- Língua **ácida** é o nome dado à língua **brilantemente vermelha, profundamente fissurada** sem cobertura.

Por causa da capacidade de poder avaliar o estado do trato gastro-intestinal e dos humores através da língua, os médicos da antigüidade a designaram como „o espelho do sangue“ e o „espelho do estômago“.

O estado da língua pode ser registrado simplesmente através da observação do seu mais pronunciado sintoma, isto é: a cobertura (grau 1-4).

Referência orgânica

Já os antigos chamaram a língua como “espelho do sangue” e “espelho do estômago”. A ponta da língua se relaciona com as partes digestivas localizadas oralmente, a base mais com as partes aborais (cólon, reto). Como a purificação terapêutica procede na direção oral para aboral, a língua purifica-se primeiro na ponta e por último na base. O sulco mediano pode apresentar

em certas partes estruturas mais profundas, indicando assim regiões correspondentes do trato gastro-intestinal.

A. 10.11 Odores

A doença fede, a saúde exala perfume.

Ditado da medicina popular

Odores corporais desagradáveis, perspiração etc. são indicativos de circunstâncias anormais.

A. 10.11.1 Halitose - foetor ex ore

Um odor estragado na boca pode advir de **condições patológicas na cavidade oral**: piorréia alveolar, estomatite, tonsilite, dentes estragados, etc.; pode ser devido a **processos pulmonares ou bronquiais** tais como a bronquiectasia ou que é o mais freqüente dos casos, pode ser causado por **processos de decomposição no canal alimentar**. Neste último caso, as toxinas entram no pulmão via corrente sangüínea, e daí para o exterior através das expirações.

A halitose sempre exhibe uma característica estercoreal ou de cheiro de „fossa“, especialmente quando o estômago está cheio, por exemplo na manhã seguinte a uma lauta refeição.

MAYR dizia: „ A poluição da respiração humana aumenta de acordo com a contaminação do seu sangue.“

Este **fetor digestivo** é completamente diferente do **fetor (hálito) urêmico**, com seu severo odor amoniacal de latrina causado pela função renal inadequada, pré-uremia ou uremia.

A. 10.11.2 Odor corporal - foetor sudoris

Feliz o homem cuja pele é sadia e ainda consegue transpirar os produtos venenosos do metabolismo.

MAYR

Pessoas saudáveis não têm perspiração ofensiva, por que os odores são criados somente por substâncias normais à excreção. A pele, chamada de terceiro rim por causa de sua capacidade excretória, elimina então substâncias tóxicas dos humores. Estas toxinas, quando em altas concentrações, criam odores ruins e penetrantes. A pele exala, conforme as substâncias eliminadas, um cheiro aciduloso, rançoso, estercoreal, pungente ou amoniacal. Estes fedores sempre indicam pronunciada intoxicação. Eles são claramente evidentes nas regiões ricas em glândulas: axilas, região perigenital, inframamária e sob as pregas abdominais. Um paciente com um odor extremo se encontra num estado todavia melhor do que um sem odor com pele atrófica; pois este está livre dos odores corporais simplesmente porque sua pele está tão lesada que não pode mais eliminar os poluentes. O

odor corporal sempre é indicativo de uma urgente necessidade de terapia de desintoxicação.

Após a terapia de saneamento, os odores desaparecem ou pelo menos diminuem sua pungência.

Teste do "Rolamento" : no exame em decúbito com o objetivo de determinar a condição das partes moles do seu dorso, através da preensão da pele pregueada (toque de rolamento), a dor será sentida nos casos de inchação ou tensão. Nesta oportunidade o examinador pode verificar a exalação de odores corporais e sudoríficos. Quanto mais pungente o odor, mais urgente a necessidade de terapia de saneamento !

A. 10.11.3 Odor Fecal - foetor fecalis

As fezes normais têm um odor desprezível, isto somente após a evacuação (cheiro de escatol).

Esta característica de um odor discreto se deve à firme e lisa cobertura das fezes, a qual previne o escape das poucas substâncias voláteis presentes nas fezes.

- Nos casos de **putrefação** intestinal, as fezes cheiram a **carniça**.
- Ela cheira desagradável, **ácida** como ração de farelo ensopado ou mosto de cerveja, quando os **processos fermentativos** estão ativos nos intestinos.
- Cheiro **rançoso**, como de manteiga derretida, ocorre quando a **digestão das gorduras está dificultada ou há dano pancreático**.

As fezes são moles e mucosas nos casos de tendência à diarréia crônica ou enterocolite com copiosa descarga mucosa.

A. 10.11.4 Odor Urinário - foetor urinosus

Quando os poluentes advindos do sistema digestivo defeituoso caem no sangue, então é o rim quem primeiramente é chamado a eliminá-los.

- **Cheiro de urina tipo ração de farelo** em ebulição, freqüentemente similar ao cheiro de fezes fermentadas, advém dos **processos fermentativos intestinais**. As toxinas fermentadas têm um efeito diurético, e são responsáveis pela coloração fraca ou mesmo falta de coloração da urina inodora ou com um odor bem ácido.
- **Um cheiro bolorento, de mofo**, da urina, a qual é relativamente escura e fica mais ainda com o tempo, usualmente contém considerável quantidade de indicana e alcaptona. Isto é encontrado nos casos de **putrefação intestinal**.
- **Um odor amoniacal pungente** indica uma **concentração anormal de toxinas** na urina.

A. 10.11.5 Odor Menstrual - foetor menstruationis

O processo mensal de auto-limpeza uterina, é virtualmente inodoro, na mulher saudável. Somente são eliminados pelo menstruo tecidos sadios e sangue. Com a existência de fluidos em más condições, a menstruação serve como uma válvula de escape para uma limpeza geral do sangue. Odores desagradáveis advindos nestas ocasiões indicam a eliminação de poluentes .

O estado emocional alterado de muitas mulheres nos períodos menstruais, com depressão, irritabilidade, lacrimosidade, freqüentemente é nada mais do que os efeitos dos altos níveis de toxinas nos fluidos logo antes da menstruação. Após a terapia de saneamento intestinal, a maioria das alterações psíquicas pré-menstruais regredem, e o odor menstrual se torna discreto ou inexistente.

A. 10.11.6 Odor Vaginal - foetor vaginalis

Um odor vaginal fétido pode ser uma conseqüência de doença local ou infecção (tricomonas etc.).

Um **cheiro acre, picante, fétido, pútrido** do corrimento vaginal indica **alto nível de intoxicação**. Na maioria dos casos, a descarga vaginal também funciona como uma válvula de escape. O corrimento vaginal também pode ser eliminado pelo simples saneamento intestinal.

A. 10.12 AS 6 SUCUSSÕES segundo RAUCH

Consiste num método rápido e fácil para o diagnóstico. Se a sucussão é positiva, indica processo inflamatório. Quanto mais agudo este processo, mais intensa é a reação do abdômen ao exame e mais nítida é a sucussão.

Diferenciamos as seguintes sucussões:

- **Sucussão urinária**
- **Sucussão entérica**
- **Sucussão gástrica**
- **Sucussão hepática**
- **Sucussão da flexura esquerda do cólon**
- **Sucussão renal**

Executa-se a sucussão colocando as pontas dos quatro dedos (II a IV) no abdômen, sacudindo a parede abdominal com intensidade variada (1-4). Inicia-se a sucussão acima da sínfise púbica com a sucussão urinária, subindo então pela entérica, gástrica, seguindo pois pela hepática e a flexura esquerda do cólon.

Inicia-se a primeira série de sucussões suavemente:

- **suc. 4:** dor franca já à sucussão leve, indicativo por um estado inflamatório acentuado;
- **suc. 3:** se ocorrer simplesmente um piscar de olhos por parte do paciente;
- **suc. 2:** se não ocorre inicialmente nenhuma reação, devemos aumentar a força com que realizamos o exame. Se agora der positivo, anotamos sucussão 2;
- **suc. 1** se a reação só der positiva após maior pressão , temos sucussão 1
- **suc. 0:** não há nenhuma reação do paciente

Estas reações variam de pessoa para pessoa, de acordo com os tipos constitucionais. Não se deve argüir o paciente sobre patologias abdominais, pois alguns tendem a negar sua enfermidade; outros, na tentativa de colaborar podem falsear o exame respondendo positivamente com dor onde ela não existe.. Deve-se primeiro observar a face do paciente e após isto, perguntar se surgiu alguma sensação de desconforto.

A. 10.12.1 Sucussão Urinária (suc. u.)

Esta nos dá uma indicação de processos inflamatórios na região da bexiga ou na área ginecológica, em se tratando de paciente feminina. Uma avaliação somente é possível com a bexiga vazia ou não muito cheia. A região na qual a *sucussão urinária* é avaliada está localizada logo acima da sínfise pubiana. Se encontra positiva nas doenças pélvico-inflamatórias ou mesmo quando a bexiga está cheia ou inflamada.

A. 10.12.2 Sucussão Entérica (suc. e.)

Esta detecta processos inflamatórios na área do intestino delgado.

| | | |
|---|---|--|
| Com um pouco de treinamento esta defesa poder ser graduada de 1 a 4 |  | Defesa muscular em 3 locais ao redor do umbigo. |
|---|---|--|

Processos inflamatórios menores nem sempre serão descobertos, pois os segmentos intestinais inflamatórios espásticos retraem-se defensivamente do mesentério à parede abdominal posterior, escondendo-se atrás de segmentos

menos lesados, os quais se encontram mais próximos da superfície da parede abdominal.

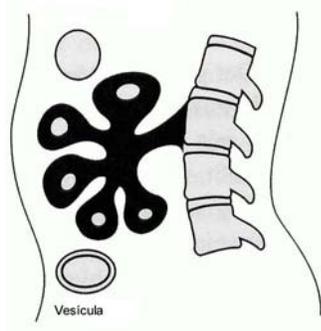
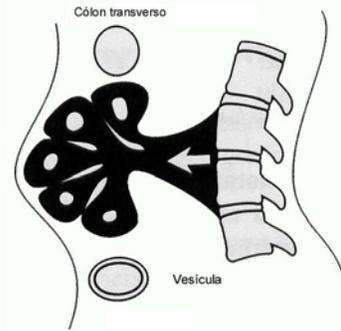


Fig. 41 Raiz mesentérica



**Fig. 42 Raiz mesentérica
no abdômen fecalóide inflamado**

Por isso as enteropatias hipo- ou atônicas (abdômen fecalóide), as quais freqüentemente estão acompanhadas de doenças pancreáticas e da vesícula biliar, somente demonstram uma sucussão positiva quando já grandes segmentos estão inflamados.

Nos casos dos abdômens gaso-fecalóides e fecalóide-inflamados, a sucussão entérica é sempre claramente positiva.

Acima do umbigo, a sucussão entérica dá lugar à *sucussão gástrica*.

A. 10.12.3 Sucussão Gástrica (suc. g.)

Esta indica inflamação no estômago (gastrite, gastrite secundária, úlcera). A tensão defensiva muscular que é sentida claramente durante a percussão desta área aponta para condições anormais. O paciente perceberá a sensação do órgão, dor ou uma certa pressão. Adicionalmente, pode se detectar gasteroptose ("**estômago de riacho**"). Deve-se iniciá-la suavemente, com intensidade 1, pois do contrário se o paciente for portador de úlcera péptica, poderá gritar de dor. Se a sucussão for negativa, continua-se com intensidade 2 ou 3.

A. 10.12.4 Sucussão hepática (suc. h.)

O movimento que faz a mão do examinador é ativo, podendo ser mais ou menos intensificado, de acordo com a dificuldade de se perceber áreas inflamadas. Deve-se observar sempre o doente, suas reações inclusive de caretas, de sensações de desconforto ou mesmo dor. Às vezes mesmo negando dor, podemos notar um piscar de olhos do paciente que nos sugere sensibilidade aumentada.

Examinar comparando as respostas nas posições homolaterais do abdômen. Às vezes existe reação colateral em outras regiões abdominais, indicando haver ali inflamação.

Vale citar que na cirrose hepática a sucussão hepática pode ser negativa.

Nos termos apresentados notamos que a sucussão é um método diagnóstico sutil.

A. 10.12.5 Sucussão da flexura cólica esquerda (suc. esq.)

Executada ao mesmo tempo que a sucussão hepática. Pode estar positiva nos processos agudos do cólon.

A. 10.12.6 Sucussão Renal (suc. r.)

executada com a borda lateral da mão (como no karatê), na região dos pólos renais (inferiores); paciente em posição supina, usando as intensidades de 1 a 4 (por exemplo: suc. r.: 0/3). O primeiro número representa o rim direito, a segunda, o esquerdo.

A. 10.13 Ponto Renal

O chamado ponto renal no polo inferior dos rins é de mais fácil localização, estando lateral ao músculo lombar, abaixo da última costela. Ele se torna muitas vezes mais sensível do que a sucussão, quando é apertado e pressionado firmemente com um dedo

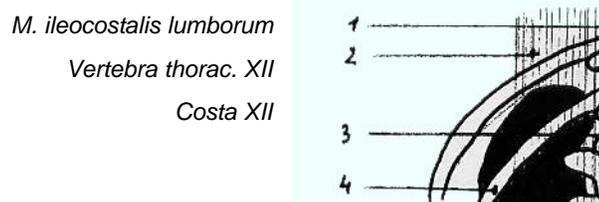


Fig. 43 Ponto renal

Demonstrare ad dolores (demonstrando através da dor)

É extraordinariamente difícil convencer as pessoas que um dano é um dano.

George Bernard Shaw

Com os pacientes sem compreensão, duvidando da necessidade terapêutica, as sucussões promovem uma forma de se ver a verdade. Nestes casos pode-se intensificar as sucussões um pouco, mostrando que há algo de errado, que há inflamação. Pois cada um compreende: falta a dor nas partes sadias, mas falta a saúde nas partes dolorosas. Isto motiva até os doentes teimosos a colaborar com seu médico, inclusive seguindo à risca as orientações dietéticas.

Diagnóstico-Mayr: Seqüência do exame com valores normais

I SINAIS DIAGNÓSTICOS HUMORAIS

1. Cor: rósea
2. Superfície: lisa, mole; Dermografismo = 0
3. Fácies: *Facies normalis*
4. Cabelo: brilhante, bem colorido e forte
5. Unhas: fortes, elásticas e lisas
6. Esclerótica: branca limpa
7. Conjuntivas: róseas
8. Lábios: róseos
9. Língua: rósea, úmida, sem cobertura
10. Odor: nenhum

II MEDIDAS EM PÉ

1. Pescoço: anterior / posterior: 4/4
2. Distância Interescapular: 4 dedos
ou seja 2 dedos de cada lado da vértebra: 2/2
3. Pregas: nenhuma
4. Forma torácica: Normal
5. Forma abdominal: Normal
6. Postura: Normal
7. Circunferências do tórax: a) subaxilar em (cm)
b) do tórax na altura das mamilas em (cm)
8. Circunferência abdominal: a) cintura (mínima) em (cm)
b) máxima em (cm)

III Medidas em Decúbito

1. Altura do Esterno: normal: nenhum dedo
2. Triângulo da Mama: normal: eqüilátero
3. Medida Abdominal: normal: nenhum dedo, nos dois lados: 0/0
4. Grande Medida Abdominal: normal: relativo
5. Ângulo epigástrico: normal: 30 °
6. Dist. Ileocostalis Mínima: normal: DIM 1/1
7. Medida Umbilical: normal: MU 2/2
8. Medida do Intestino Delgado: normal: MID 4/4
9. Lordose: normal: :0
10. Sucussões: normal: nenhuma

IV EXAME EM DECÚBITO (com inspeção, percussão e ausculta e conformerotina clínica, **depois segue segundo Mayr**)

a) Percussão

1. Base Pulmonar: normal: 6º costela
2. Fígado. normal: mole até o rebordo costal
3. Bolha gástrica.: normal: 3 dedos e suave, logo à esquerda da linha mediana
4. Abdômen normal: maciço

b) Palpação

5. Pele e Subc.: normal: lisa-elástica e simétrica
6. Musculatura: sem defesa
6. Fígado: normal: mole
7. Vesícula: normal: não palpável
8. Int. delgado: normal: muito mole com mobilidade elástica
9. Int. grosso : palpável em toda sua circunferência: 6-6 hs
10. Abaulamento: mole elástico, sem abaulamento

Parte B

B. TERAPIA SEGUNDO F. X. MAYR

B. 1 FUNDAMENTO HISTÓRICO-MEDICINAL

O fundamento histórico-medicinal dessa terapia, a qual hoje denominamos como "**Dietética Intensiva**" e da qual em especial a Terapia Mayr faz parte, é tão vasto, que apontamos aqui somente alguns pontos essenciais.

O conhecimento da humanidade acerca de uma dieta severa temporária e de um jejum total, capaz de renovar corpo e alma, vem de longa data. Podemos achá-lo nas prescrições culturais de inumeráveis povos, em todos os tempos e em todas as religiões. Nas diversas prescrições de jejum tratava-se tanto da purificação corporal, da libertação de doenças, como também da purificação interior, renovação espiritual e da re-ligação (religião) ao divino (transcendente). Já nas Escrituras Vedas (Índia), um dos textos mais antigos da humanidade (uns 10.000 anos a. C.), encontramos relatos correspondentes. Conhecemos acerca dos 40 dias de jejum de Moisés no monte Horeb, do profeta Elias e de Cristo no deserto, do jejum de 50 dias de Buda (563-483 a. C.) e de Maomé (570 - 632 p. C.). Para os maometanos ainda hoje vale a santificação do mês jejunal Ramadã e uma severa norma jejunal durante peregrinações de ida e volta à Meca. Um ditado nos países islâmicos diz: "*O que o médico não consegue curar - será curado no Ramadã.*"

Nas Antigüidades, os Germanos mantinham um dia de jejum por semana; os Persas e Espartanos zelavam pelo jejum dos guerreiros e os Egípcios, segundo Heródoto; purgavam o corpo pelo jejum. Para os Indianos dietas severas eram costume natural e ainda hoje fazem parte integral do Hinduísmo. Mahatma Gandhi (1868-1948), que praticava jejuns freqüentes e extremamente demorados, usando-os também como pressão política contra a força colonial britânica. Ele declarou várias vezes que o mais importante durante o jejum é uma atitude espiritual adequada; pois sem isso consegue-se apenas uma purificação corporal, mas não a mais importante espiritual.

Semelhante expressão se encontra na Bíblia:

"Quando vocês jejuarem, não fiquem de rosto triste, como os hipócritas. Eles desfiguram o rosto para que os homens vejam que estão jejuando. Eu garanto a vocês: eles já receberam a recompensa."

Mateus 6,16

Os Santos Padres da Igreja deram importância ao sentido integral do jejum:

"Veja só, o que o jejum consegue: Ele cura as doenças, resseca os fluidos supérfluos do corpo, expulsa os maus espíritos, afasta os pensamentos errados, dá maior lucidez à mente, purifica o coração, santifica o corpo e enfim conduz o homem ao trono de Deus...Uma grande força é o jejum e proporciona grandes sucessos."

Atanásio, bispo de Alexandria (295-373.)

Vós doentes, pratiqueis o jejum como mãe da saúde, vós sadios, o pratiqueis como sustento do vosso bem-estar.

Basílio Magno (330-379)

Matthias Claudius (1740-1815) um poeta alemão dizia:

Três obras você precisa fazer
se, perante Deus, você quer se valer;
nada mais Ele vai demandar
do que vigiar, jejuar e rezar.

Também as Escolas brilhantes de sabedoria da Antigüidade (os Pitagóricos, os Estóicos e os Epicureus) se valeram do jejum para progredir no conhecimento da sabedoria e alcançar a virtude do autodomínio através do adestramento de sua capacidade física.

Há 2.500 anos, Hipócrates foi instruído na medicina pelo notável dietista Herodicos de Selymbria, recomendava uma ordem sistemática no estilo de vida e na alimentação.

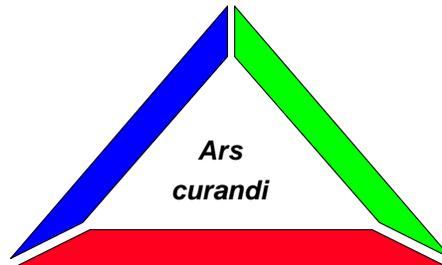
Que seu remédio seja teu alimento; que teu alimento seja teu remédio.
Cure sua moléstia mais pelo jejum do que pelo medicamento.

Os médicos da antigüidade observaram por muitos séculos a *διαίτα* (em grego *diaita* = ordem de vida - estilo de vida), isto é a ordem certa da vida para a manutenção e recuperação da saúde. Nesses regimentos (*Regimina sanitatis*) o cuidado para o ar (*aer*) limpo segue aquelas para a comida e bebida (*cibus et potus*) logo em primeiro lugar. Ensinava-se um regime moderado sem vícios alimentares ou drogas recreativas e a observação das regras de jejum, etc..

| Regimimina Sanitatis | Regimento de Sanidade |
|-----------------------------|------------------------------|
| AER | AR |
| CIBUS ET POTUS | COMIDA E BEBIDA |
| MOTUS ET QUIES | MOVIMENTO E QUIETEZ |
| SOMNUS ET VIGILIA | SONO E VIGÍLIA |
| EXCRETA ET SECRETA | EXCREÇÃO E SECREÇÃO |
| AFFECTUS ANIMI | AFETO DAS ALMAS |

As regras de saúde de Maimonides(1135-1204), um brilhante representante da arte médica arábica do tempo florescente medieval correspondem com aquelas de F. X. Mayr. Maimonides foi o primeiro a descrever os três conceitos clássicos da arte médica [74].

1. Aconselhar os sadios



2. Acompanhar os "semi-sadios"

3. Tratar os doentes

A terapia deveria consistir de dietas. Se elas não servissem, deveriam ser escolhidos alimentos com ação medicamentosa e somente como última medida os próprios medicamentos. Segundo Maimonides, refeições opulentas provocam o surgimento de toxinas (*autointoxicação intestinal*), as quais figuram como principais causas de todas as doenças.

Enquanto a pessoa exercita bem seu corpo,
não se sacia completamente e tem evacuações leves,
nenhuma doença se manifesta

Maimonides

Princípios e regimentos alimentares encontram-se de maneira semelhante no decorrer dos milênios em todas as culturas da terra. Mesmo que eles tenham sido pouco observados pelas escolas e métodos médicos dominantes, a práxis da dietética intensiva, seguida por notáveis peritos terapêuticos, pode ser notado até hoje. Nos tempos mais recentes podemos citar os peritos de jejum como os americanos Fahrner e Dewey, o russo von Seeland, o francês Cuelpa, o austríaco Schwartz, o suíço von Seegesser os alemães A. Mayer, G. Redlin e principalmente O. Buchinger, cujos alunos ainda hoje o praticam com muito sucesso.

Como revolucionários e renovadores mostraram-se os trabalhos de M. Bircher-Benner (1867-1939) e de W. Kollath (1892-1962). Uma popularidade enorme ganharam certos "profetas" da saúde, cujos programas no entanto diferem bastante. Graças a seus méritos, uma camada sempre maior da população descobriu as relações estreitas entre alimentação e saúde. Conforme relatos na Alemanha, as doenças cujas causas alimentares são

conseqüência da gula excessiva, custam à Saúde Pública anualmente uns 30 bilhões de dólares [25].

Para qualquer perito dietético esta soma, porém, alcançar valores múltiplas. Esta estatística inclui apenas aquelas doenças cuja causa, só a primeira vista, é reconhecida como proveniente da má-alimentação, isto é, somente aquelas doenças de causa alimentar, que facilmente podem ser reconhecidas por qualquer um. Não consideradas, porém, foram muitas daquelas moléstias, que revelam uma estreita causalidade com a má-alimentação somente a fundo, como também aqueles processos patológicos de etiologia múltipla, nos quais a má-alimentação constitui pelo menos um fator muito importante (veja Indicação Secundária [5.1.2] e Indicações Terciárias [5.1.3] da Terapia Mayr).

Podemos acrescentar muitas outras doenças do coração, do aparelho circulatório, dos rins, da pele e outras, que podem ser curadas através da aplicação correta da dietética intensiva. Isto prova de maneira incontestável suas relações estreitas com a alimentação. Este fato incontestável permanece independente da aceitação ou não pelas atuais doutrinas médicas.

Prof. Wendt escreveu que poderia se ter poupado de muitos sofrimentos e desvios, se tivesse tido o intuito de usar o jejum mais cedo. A maioria dos grandes médicos, habilitados em jejum, experimentou o mesmo. Eles, quase sem exceção, descobriram o caminho do jejum através de uma grave doença pessoal, em que todas as possíveis terapias fracassaram, até que, finalmente, foram curados pelo jejum. De repente então, eles enxergaram, compreenderam as correlações até então negligenciadas, e dedicaram-se totalmente à "*therapia magna*", ao "método régio da terapia", o jejum.

Como único, F. X. Mayr passou por outro caminho. Ele sozinho percorreu o caminho do pesquisador. Na busca dos critérios de um aparelho digestivo sadio ele chegou, através do desenvolvimento desses critérios diagnósticos, a dietas sempre mais severas, até encontrar, também para si e seus pacientes, o jejum: "*O jejum é o grau mais alto de toda dieta protetora*". A sua meta, porém, não é necessariamente o jejum, mas a recuperação e a sanidade do aparelho digestivo, pois é ela que influencia, de maneira restituidora e regeneradora todas as células, líquidos (sangue, linfa, etc.) e órgãos. Deste modo sanifica a pessoa inteira, sua aparência, sua postura, sua atratividade e também sua psique. Mayr explica essas relações por duas comparações biológicas:

- **O aparelho digestivo é a raiz da planta "Pessoa"**

Como a planta, através de suas raízes, recebe todos os nutrientes necessários do solo, também a pessoa humana recebe, graças ao sistema viloso do intestino, seus nutrientes, finalmente sua força e energia, proveniente do quimo. Mas como as plantas murcham, e suas folhas e seus galhos degeneram, quando suas raízes adoecem, assim também cada doença do aparelho digestivo exerce sua influência sobre a pessoa inteira, seu sangue, suas células e órgãos.

- **O aparelho digestivo é a cozinha comunitária de todas as células do corpo**

O aparelho digestivo fornece nutrientes a cerca de 50 bilhões de células. Se a preparação nesta "cozinha comunitária" sofre danificações, as células, então, recebem correspondentemente uma refeição de menor qualidade. Isto resulta numa diminuição de sua capacidade e habilidade, elas degeneram e envelhecem mais cedo e adoecem.

O grande médico alemão Hufeland ensinou a importância e posição central do aparelho digestivo para a alimentação da pessoa humana:

***Não vivemos daquilo que comemos,
mas somente daquilo que digerimos.***

Hufeland

Mesmo após 60 anos de pesquisas Mayr confirmou que o jejum é a terapia de ação mais rápida e intensiva. Com muitos pacientes, porém, e em circunstâncias especiais, sejam recomendadas dietas mais brandas. Além do mais, deveria-se ensinar aos pacientes nem tanto como jejuar, mas principalmente a arte do comer direito.

Realmente, na dietética, uma disciplina severa de mastigação e alimentação segundo a "cultura alimentar" de MAYR (veja 2.1.5), é indispensável. Em dietas mais brandas o efeito se evidencia mais lento do que o jejum, mas elas podem ser praticadas por um tempo mais prolongado e assim alcançam os mesmos resultados. Com isso Mayr ganha o mérito histórico, de ter proporcionado os efeitos benéficos do jejum também àquelas pessoas que não podem ou devem jejuar.

Mayr criou com essa sua **forma dietética terapêutica** um novo método, altamente sensível e eficaz, da **dietética intensiva**, que hoje denominamos como **Terapia Mayr**.

B. 2 PRINCÍPIOS TERAPÊUTICOS SEGUNDO MAYR

Quase não existe uma pessoa que seja tão saudável sem que ela pudesse tornar-se ainda mais sadia, vigorosa e feliz, a partir de uma carência temporária de sua alimentação habitual.

F. X. MAYR

A Terapia Mayr se baseia em três princípios terapêuticos:

- *Pausa Regenerativa e Protetora (descanso, proteção e regeneração)*
- *Purificação (desintoxicação)*
- *Treinamento (treinamento e educação)*

A Terapia Mayr é toda conduta que realiza estes três princípios terapêuticos **de maneira simultânea, adaptados corretamente a cada paciente, e por tempo suficiente e considerável**

A meta é a restituição e manutenção da saúde através do jejum ou de uma Dieta Intensiva, observando a individualidade de cada paciente.

B. 2.1 Princípios da Pausa Protetora Regenerativa

"O Regime de Jejum não é uma terapia animal à bruta, mas sim um descanso regenerativo para os intestinos humanos".

F. X. Mayr

Como o animal doente, instintivamente, se retira e procura uma oportunidade para descansar, também a arte médica procura aplicar os princípios da proteção e pausa regenerativa. O paciente febril vai para a cama, o braço ferido se imobiliza na tábua e o braço quebrado se coloca no gesso. Mayr, então restitui ao aparelho digestivo doente uma pausa regenerativa e protetora.

Para isso dispomos de diversas possibilidades em 4 graus de intensidade

1. O Jejum
2. Dieta Pão-Leite segundo Mayr
3. Dieta Pão-Leite Ampliada
4. Dieta Branda Derivativa em 3 níveis

B. 2.1.1 O Jejum

Isto é o consentimento interior e voluntário para uma ausência total de alimentos sólidos; somente chás e água.

B. 2.1.2 Abstinência alimentar

através da Dieta Intensiva (Severa até Moderada ou Branda):

- Dieta Pão-Leite segundo Mayr
- Dieta Pão-Leite ampliada
- Dieta Branda Derivativa em 3 níveis (E. Rauch, P. Mayr [26])

Todas estas formas dietéticas incluem:

B. 2.1.3 A Cultura Alimentar Segundo Mayr.

Durante a Terapia esta cultura alimentar deve ser treinada intensivamente. Ela exige:

- tempo demorado para cada refeição;
- comer com tranqüilidade e calma;
- concentrar-se somente na refeição e ficar atento ao paladar e outros sentidos;
- mastigar, ensalivar, degustar cada bocado até que o alimento se torne líquido. Isto aumenta a superfície dos nutrientes centenas de vezes em contato com os sucos digestivos.

Esta cultura alimentar providencia uma preparação ideal pré-digestão, separando os alimentos de forma homogênea, poupando desta forma esforço desnecessário do aparelho digestivo.

Assim a pessoa se sacia mais rápido e come menos. Desta forma, a saciedade perdura por mais tempo e a pessoa não se torna um consumidor ávido. O mais importante é que a pessoa alcança um alto grau de *Gourmet* (o qualitativo toma lugar do quantitativo). Esta cultura alimentar deve ser aprendida. Para isso nada é mais válido do que a dieta do Pão-Leite.

A cultura alimentar melhora a digestão através da ação pré-digestiva, na boca, pelo estímulo a secreção dos sucos digestivos através do reflexo de Pavlov.

Não existe uma terapia ideal para doenças digestivas e metabólicas, enquanto o paciente não aprende como comer .

B. 2.1.4 Outras Técnicas Dietéticas Recuperadoras e Protetoras

B. 2.1.4.1 Evitar alimentos ricos em fibras e os demais que dificultam a digestão (p.e. frituras)

Durante o período da Pausa Regenerativa do aparelho digestivo, devem ser observados os seguintes preceitos dietéticos:

- evitar alimentos ricos em fibras e os demais que dificultam a digestão (p. e. frituras)
- evitar lanches - somente três refeições por dia
- reduzir as refeições noturnas (janta)
- praticar uma mono-dieta

B. 2.1.4.2 Evitar os lanches - somente três refeições por dia

Todas as refeições, tomadas antes da digestão completa da ingesta anterior, sobrecarregam o aparelho digestivo. Estas devem ser evitadas, como todos, também os doces, guloseimas, aqueles comumente ingeridos perante a TV, e nas investidas a geladeira. Pelo contrário, deve-se tomar bastante água e chás.

Menciona-se aqui o "Método de Bocado" de Busse-Grawitz. O princípio deste método baseia-se também no princípio protetor e regenerativo. Ele divide uma porção diária, moderada, de alimentos, em muitas pequenas porções. Isto é, no início, come-se a cada 30 min, 4 bocados. Só após um estado de bem estar e ausência de dores, durante 8 a 14 dias, pode-se aumentar o número de bocados.

Aqui o princípio protetor está na diminuta quantidade, ingerida cada vez. Isto não sobrecarrega o aparelho digestivo e nunca leva a uma sensação de plenitude. A medida é um bocado. Esta quantidade que se morde, p.e., de uma fatia de pão, corresponde a uma colher das de sopa rasa. Com isso o aparelho digestivo fica, em grande parte do tempo, vazio, e o estômago não se enche. Assim, evita-se o erro comum das múltiplas refeições recomendadas por muitos médicos. Neste método de múltiplas refeições não há proteção e descanso, porque as refeições recomendadas são grandes demais e o tempo entre elas é curto demais.

B. 2.1.4.3 Reduzir as refeições noturnas (janta)

Como durante a noite a ação digestiva é muito limitada, o jantar constitui a refeição mais pesada para o aparelho digestivo. Por isso, a redução da quantidade de alimentos no jantar, ou até a sua ausência, sempre representa uma proteção ao aparelho digestivo. A ação mais protetora consiste em tomar 2 a 3 xícaras de um chá quente, ora adoçado com um pouco de mel e acrescentado com umas gotas de limão. Um ditado popular asiático diz: "a refeição noturna, dê ao seu inimigo".

B. 2.1.4.4 Mono-Dieta

A uniformidade dos alimentos age como fator protetor. Por isso na dieta Pão-Leite, nunca deve-se mudar entre os vários tipos de leite, (leite, coalhada, etc.), se não for realmente indicado. O contrário da monotonia é a multimistura, onde se oferecem tipos variados de alimentos em uma única refeição. Esta dificulta a digestão.

O princípio protetor somente vale para o tempo da Terapia Médica, Um tempo demasiado de proteção, especialmente nas pessoas de constituição atrófica, pode provocar uma hipersensibilidade intestinal e pode levar a um agravamento da situação atrófica. Deve-se, porém, observar a cultura alimentar, uma certa moderação na quantidade e também a simplicidade na escolha dos alimentos, pois ela corresponde à necessidade fisiológica do organismo.

B. 2.2 Princípios de Purificação

"Cada evacuação melhorada é um passo para a alcançar a saúde "

Paracelso

O princípio terapêutico só pode ser entendido se compreendemos o seu ponto alvo, o substrato patológico, o qual chamamos de *Poluição Metabólica*..

B. 2.2.1 Poluição Metabólica

- Poluição do trato intestinal
- Poluição do espaço intersticial - "Matrix"
- Poluição do sangue e dos vasos sangüíneos

B. 2.2.1.1 Poluição do trato intestinal

"Somente um intestino sadio é limpo e consegue se manter limpo."

F. X. Mayr

A poluição metabólica, normalmente inicia-se primeiro no intestino. Quase não existem adultos sem resíduos estercoreais, o que Mayr chamou de "poluição".

A poluição, ao menos de umas partes do canal digestivo com seu comprimento de 7 a 9 metros, não é raro nas pessoas de hoje, mas sim a regra.

Esta *poluição metabólica* pode ser comprovada na maioria dos pacientes, fazendo-se o **Teste do Espinafre/Taioba** (6.8.3 - parte I).

Mais fácil ainda consegue-se constatar este fato no paciente em jejum:

Quando o autor como novo médico comunicava tais observações ao seu chefe, um gastroenterologista, este o respondia "*Colega, você está querendo derrubar dogmas. Após três dias de purgação, todo intestino se torna limpo e vazio.*" Na realidade, cada pessoa que jejua pode vivenciar mesmo o contrário, quando, obstante da aplicação diária de águas salinas isotônicas, pode se verifica evacuações moderadas ou volumosas de dejetos ou massas fecais, mesmo após dias até semanas de jejum.

Ao mesmo tempo que a purificação prossegue, as fezes tornam-se mais claras e quase sem odor e apresentam uma coloração amarelo-dourada, durante a dieta Pão-Leite. O seu odor, então não se apresenta mais ofensivo e sim semelhante àquele do bebê lactente. Qualquer outra coloração das fezes, seja cinzenta, verde-escuro ou verde-claro etc.; qualquer odor diferente deste como aqueles pútridos, indicam eliminação de depósitos de poluentes.

As vezes se apresentam pequenos ou mesmo grandes pedras estercoreais ou pedaços inteiros de mucosa, nas quais se prendem pedras estercoreais do tamanho de feijão ou bola de gude. Aparecem também cascas, sementes ou capsulas de medicamentos, que foram ingeridos tempos atrás.

Caso Clínico

Mulher, de 55 anos, operada de uma apendicite supurada com peritonite, ficou semanas na UTI, sendo alimentada artificialmente. Cinco anos depois ela submeteu-se a uma Terapia Mayr e depois de duas semanas de Dieta Pão-Leite, ela apresentou fortes cólicas abdominais seguidas de vômitos. Ao mesmo tempo apresentou tenesmo intermitente e evacuou um fragmento de dreno cirúrgico, envolto em mucosa intestinal, proveniente da cirurgia abdominal a que tinha se submetido. Este caso mostra que até mesmo corpos estranhos podem permanecer por anos no intestino. Assim, não se pode admirar do fato de que resíduos alimentares e estercoreais permaneçam aglomeradas e coladas nas criptas da mucosa intestinal, servindo de meio de cultura para a auto-intoxicação intestinal.

Prof. Pirlet[29]:

O mandamento maior para uma dietética preventiva e terapêutica exige evitar uma auto intoxicação intestinal.

Conclusão:

- **A primeira meta da purificação intestinal é a eliminação dos poluentes e da auto-intoxicação intestinal.**
- **A segunda meta é a recuperação da capacidade fisiológica de auto-purificação do aparelho digestivo.**

B. 2.2.1.2 Poluição do espaço intersticial - Matrix

Fatores de risco, reumatismo, angina pectoris, micro e macro-angiopatias se desenvolvem por concentração e acúmulo de proteínas no tecido intersticial e nas membranas basais. Tais estados mórbidos podem somente ser afastados através da eliminação das proteínas.

L. Wendt [30]

Uma alta porcentagem das pessoas em países industrializadas consome mais alimentos do que seu organismo necessita. Em consequência as seguintes possibilidades podem acontecer:

1. Resíduos estercoreais permanecem por muito tempo no intestino e levam à auto-intoxicação intestinal ou:
2. Os resíduos serão absorvidos e depositados como glicogênio e lipídios. O glutão finalmente engorda.
3. Na maioria das vezes o afluxo elevado de nutrientes atinge também aquelas células que não tem capacidade para armazenar. Como essas células ainda estão “saciadas” da ultima refeição, elas não estão precisando de mais nutrientes. Assim os nutrientes provenientes da circulação sangüínea permanecem presos no espaço intersticial nutridor entre o vaso capilar e a célula, apresentando-se com forma semelhante a uma teia de aranha. Este tecido se constitui de complexos polímeros de açúcares e proteínas, os quais têm capacidade de armazenar (depositar) carboidratos, lipídios, proteínas e água (Pischinger [31]). Em casos de nutrição exagerada, eles então armazenam os resíduos acumulados, especialmente os catabólitos ácidos dos nutrientes protéicos em forma de proteoglicanos colágenos e de glucosaminoglicanos (Heine [32]). Persistindo uma ingesta exagerada esses complexos se comportam como barragens congestionadoras, as quais não permitem passagem adequada de nutrientes (Wendt [30]). Assim eles engrossam o liquido tecidual, entopem o interstício e bloqueiam o metabolismo local. O tecido intersticial se torna “deposito de lixo”. Isto leva a uma carência dos nutrientes (anabolismo) e a uma deficiência da eliminação catabólica de tais áreas atingidas. O resultado é o

Desenvolvimento da Acidose Tecidual

Em cada poluição do interstício e em cada estase contínua do líquido tecidual desenvolve-se uma acidose porque:

1. catabólitos ácidos são represados;
2. catabólitos ácidos das células são transportados insuficientemente (CO₂);
3. no caso de uma oxigenação retardada, formam e aglomeram-se, através do processo anaeróbio, catabólitos ácidos (ácido láctico, ácidobutírico etc. e levam à acidose local

Cada estase prolongada leva a uma acidose localizada. Esses processos patológicos podem ser regenerados ou mesmo impedidos através da despoluição e des-acidificação.

L. Wendt

B. 2.2.1.3 Poluição do sangue e dos vasos sangüíneos

Quase não existe pessoa cujo sangue não foi sobrecarregado pela má-nutrição e tornado impuro pela poluição do intestino.

F. X. Mayr

Na alimentação exagerada e por tempo contínuo evidencia-se um aumento dos glóbulos vermelhos (hematócrito). A concentração elevada de nutrientes e especialmente dos catabólitos ácidos de proteínas aumentam a viscosidade sangüínea, alentecem a micro-circulação e pioram o abastecimento de oxigênio e a hidratação celular. O sangue, agora mais grosso e viscoso, consegue, no entanto, se livrar das proteínas supérfluas, levando-as à membrana basal dos vasos, recuperando por parte sua fluidez. Isto porém torna as paredes dos vasos mais espessas, em casos extremos dez vezes mais espessos (Wendt), resultando em efeitos semelhantes àqueles das chamadas barragens congestionadoras (diques que represam um conteúdo concentrado e volumoso). Em consequência disso, as moléculas maiores não conseguem passar pela membrana basal e ficam assim congestionadas no sangue, elevando assim, os valores do colesterol total, lipídios e proteínas. Desta forma podem ocorrer, distúrbios circulatórios no cérebro, coração e na periferia, hipertonia e outros fatores de risco incluindo, tromboembolia, enfarto e apoplexia. Wendt descreve estes processos como resultante do acúmulo deletério excessivo de proteínas [30].

Se este processo não for impedido através de uma terapia desintoxicante, o quadro evolui, em 15 a 30 anos, para os estados enfarto, apoplexia, causas mais freqüentes de morte nos países industrializados.

Wendt faz uma comparação bastante drástica: se deixamos percorrer, dentro de um cano fino, água e, em outra oportunidade mel, a água percorre o cano rapidamente, enquanto o mel se estanca. Assim, o sangue hiper-viscoso semelhantemente estanca os vasos capilares, proporcionando uma má-

circulação com múltiplas conseqüências. Pessoas com sangue “grosso” e outros fatores de risco, conseguem sobreviver ainda muitos anos sem a verdadeira noção de como são doentes, na realidade. Contudo, a cada instante, podem ter morte por enfarto, tromboembolia e apoplexia.

A mortalidade anual por enfarto aumentou na República Federal da Alemanha de 7000 em 1948 para 150000 em 1988. Isto significa um aumento de 20 vezes, como conseqüência de uma má nutrição, poluição e acidificação.

Atualmente, as pessoas devoram comidas em qualquer oportunidade. Por isso Nietzsche escreveu: *“Nós modernos, de fôlego curto, em todos os sentidos, nos definhamos com nossa razão exagerada e morremos de digestão deficiente. Os processos banais da assimilação, digestão e eliminação são mais importantes que todas as questões de educação e de formação filosófica.”*

B. 2.2.1.4 Poluição dos músculos, articulações e nervos

Se uma pessoa não consegue digerir direito o que come, ele se torna uma planta que se acaba em terreno pantanoso.

F. X. MAYR

Como a poluição no interstício causa uma sobrecarga de acidez, assim nos tecidos onde os catabólitos não conseguem efluir suficientemente, se forma um edema de estase acidótica, acumulando-se ácido carbônico, láctico, creatinina e ácido úrico.

- estase no miocárdio → precordialgia;
- estase no tecido mole → dor no tecido mole;
- estase nos nervos → dor de neurite;
- estase nas articulações → dor de artrite.

A artrose sem estase não é dolorosa; o tecido sem estase não dói, porém a artrose edematosa, acidótica e com estase dói; o tecido edematoso, acidótico e com estase é doloroso.

O pH do líquido sinovial é neutro, como o do sangue, no valor de 7,4. Em todos os edemas por estase e reumatismo, este valor diminui para pH de 7,2 a 6,8 (Puhl [33]).

O líquido tecidual retido e acidótico, decorrente de um transporte inadequado pelo sistema vascular e linfático, muitas vezes é impulsionado pelas contrações musculares, penetrando assim em regiões circunjacentes (tendões, articulações, disco intervertebral) e aí acidifica o meio. Ocorre perda de substâncias minerais alcalinas.

Desta forma, um disco intervertebral, por exemplo, se torna menor e mais fino e pode prolapsar mais facilmente. Assim também uma cartilagem articular pode sofrer, devido à penetração de ácidos e degeneração, que a torna áspera e a pode destruir de tal maneira que finalmente as próteses articulares são inevitáveis.

A acidose tecidual é a causa da necrose cartilaginosa, da mesma maneira como no coração é a causa mais profunda da necrose celular, como no cérebro a causa mais profunda da encefalomalacia.

Se os ácidos chegam na região dos nervos aferentes e se depositam na bainha neural, provocam espasmos dolorosos, neuralgias, radiculites etc. Estes sintomas são normalmente tratados com analgésicos, anti-reumáticos e cortisona, portanto, com medicamentos sintomáticos, repletos de efeitos colaterais e, muitas vezes, acidificantes. O processo causador de poluição e acidificação e a Terapia de Mayr , capaz de reverter a etiologia da morbidade, são até hoje, quase desconhecidos.

A poluição e acidificação é processo causador na gênese de todas as patologias metabólicas e nutricionais como: doenças dos tecidos moles, coração, nervos e discos intervertebrais.

B. 2.2.1.5 Outros detritos poluidores

As concreções ateromatosas são como depósitos tóxicos de lixo, proveniente da alimentação. Eles começam com 30 anos e, aos 70, cobrem cerca de 25 % da parede interior das artérias.

R. L. Walford [67]

B. 2.2.2 Terapia da Poluição Metabólica

Como terapia que atinge a causa das patologias, provocadas por poluição e acidificação, considera-se

1. a pausa regenerativa e protetora
2. a purificação (com des-acidificação)

A meta da purificação é a desintoxicação, desacidificação e despoluição de todo o organismo e a regeneração e recuperação das suas funções de auto-purificação e auto-desintoxicação..

| | A SERVIÇO DA PURIFICAÇÃO ESTÃO: | ÓRGÃOS POLUÍDOS |
|-----------|---|---------------------------------|
| 1. | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Sal amargo</i> • <i>Lavagem intestinal</i> • <i>Tratamento manual do abdômen</i> | Trato gastro -intestinal |
| 2. | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Tratamento manual do abdômen</i> • <i>Exercícios, ginástica</i> | Pulmão |
| 3. | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Balneoterapia: água - ar - sol</i> • <i>Escova seca</i> | Pele |
| 4. | <ul style="list-style-type: none"> • <i>bastante líquidos</i> • <i>chás diuréticos</i> • <i>hidroterapia</i> | Rins |
| 5. | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Pós alcalinos</i> | Organismo inteiro |
| 6. | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Terapias adjuvantes</i> | |

Na medida que o intestino consegue purificar o sangue e a linfa, verifica-se uma diminuição da viscosidade no sentido de uma maior fluidez e uma despoluição dos demais tecidos. A purificação através do rins leva a urinas

escuras, turvas e de odor penetrante. A desintoxicação da pele provoca suores fétidos e as eliminações que se impõem nas mucosas se mostram como *foetor ex ore*, leucorréia, hipermenorréia, língua saburrosa esbranquiçada etc..

Hoje cada pessoa pode verificar a necessidade da purificação observando o ditado: Saúde mostra odores - doença fedores. Durante cada desintoxicação (jejum) cada um pode verificar, através dos seus sentidos agora mais afinados, a eliminação de substâncias tóxicas e fétidas.

O sucesso da purificação se mostra no desaparecimento de tais fedores e na recuperação do cheiro agradável do corpo.

B. 2.2.3 A "Irrigação" com Sais Salinos

Para tornar o intestino limpo só serve uma medida: é preciso recuperar sua saúde. Para alcançar esta meta eu usava as águas salinas de Karlsbad e em Viena os Sais Salinos.

F. X. Mayr

Um estímulo químico porem pode acontecer no caso de grande poluição do intestino, quando as águas salinas dissolvem substâncias estercoais tóxicas e as levam à eliminação.

No uso de águas salinas em diluições hipo- ou normotônicas o agente provocador da eliminação e defecação não está no sal salino aplicado, mas unicamente no aumento do volume aquoso, que permaneceu no lúmen intestinal. Apenas de maneira secundária a liberação de toxinas estercoais pode estimular, influenciar ou, raras vezes, também protelar a peristalse.

B. 2.2.3.1 Sal Amargo - Magnesium sulfuricum siccatum

O sal amargo é o remédio salino mais usado e mais em conta. Além dos efeitos acima descritos ele demonstra uma ação colinérgica, liberando o hormônio colecistocinina, aumentando assim a ação eliminadora.

Na indicação farmacológica do sal amargo se encontram: congestão, afecções biliares e do fígado, doenças metabólicas como gota e diabetes, assim como inflamações [34].

*Fora da dieta preparatória aplica-se até 30 g de Sulfato de Magnésio como nos casos agudos de **envenenamento**. Durante a **gravidez** o sulfato de Magnésio é contra-indicado, pois interfere na lactação e no desmame . Na mastite por ocasião da congestão láctea, porém, ele é recomendado na diluição normotônica.*

B. 2.2.3.2 Sal Amargo e Flora Intestinal

Uma pesquisa piloto de E. Fyfe [57] do Centro de Saúde, Lanserhof, Innsbruck, Áustria em conjunto com o Instituto de Higiene da Universidade de Innsbruck, examinou a influência da Terapia Mayr na micro-flora intestinal. Ela demonstrou que a aplicação de sal amargo, nos conceitos da Terapia Mayr, não provocou **nenhum tipo de dano na flora intestinal**. Constata-se, durante o jejum terapêutico de chá, uma impressionante queda numérica das colônias na maioria das cepas bacterianas cultivadas (efeito de diluição), seguido por uma **regeneração dos micróbios autóctones**, que por sua vez, levou a um aumento gradativo da flora fisiológica. Assim o número total das colônias anaeróbios permaneceu estável ou aumentou por parte. Também as cepas aeróbias cultivadas voltaram durante a dieta Pão-Leite e dieta Branda-Derivativa, ao número anterior. Os valores dos lactobacilos, antes da terapia com índice abaixo da norma, demonstraram agora, em alguns probandos, valores um pouco elevados acima da norma.

A afirmação de um microbiólogo alemão que o sal amargo levaria a “*uma destruição de flora intestinal de caráter irreversível*” é insustentável. Ela contradiz em cada sentido a todos achados clínicos e individuais. A mesma coisa vale para ou outras sais salinos.

B. 2.2.3.3 Sal de Karlsbad - Sal Carolinum Factitium

Karlsbad na antiga Checoslováquia possui diversas águas minerais salinas, que se compõem mais ou menos em partes iguais de bicarbonato de sódio, sulfato de sódio e cloreto de sódio e quantidades menores de sais de potássio e oligoelementos de lítio, magnésio e cálcio.

Os sais artificiais produzidos por farmácias têm entre outros a seguinte composição:

| | | |
|-------------------------------|-----------|------|
| Sulfato de Sódio Anidro | 2 medidas | 44 % |
| Hidrogênio Carbonato de Sódio | 8 medidas | 36 % |
| Cloreto de Sódio | 9 medidas | 18 % |
| Sulfato de Potássio | 1 medida | 2 % |

Preferimos os Sais de Karlsbad em pacientes com tendências a evacuações leves ou mesmo diarréicas e também no caso de o sulfato de magnésio (sal amargo) provocar evacuações demasiadas intensivas. Porém pode-se aplicar este sal em todos os pacientes com Terapia Mayr.

Aplica-se $\frac{1}{2}$ - **1 colher de sopa (bem rasa) em 250 ml** de água morna; ou com pacientes com abdômen duro **1 colher de sopa (cheia) em 500 ml**.

Nos famosos balneários com fontes naturais de águas salinas como Karlsbad, Monte Catini, Rogaška Slatina etc., os pacientes andam de copos, de uma fonte para outra, até enfim, ocorrer a reação purificadora e libertadora. As

fontes salinas de todos os balneários, que há séculos servem com muito sucesso em todos distúrbios digestivos, têm semelhante composição de alto teor alcalino como o Sal de Karlsbad [35].

B. 2.2.3.4 Sal de Glauber - Natrium sulfuricum siccatum

Este sal recebeu o seu nome segundo o químico Johann Glauber antigamente foi chamada "sal mirabile Glauberi" (sal milagroso de Glauber) por causa de seu efeito terapêutico. As fontes naturais de Glauber contêm basicamente Sulfato de Sódio e Carbonato hidrogenado de Sódio; por isso eles também são altamente alcalinos.

B. Aschner [36] que escreveu a "*Crise da Medicina*" e sua saída, a dita "*Terapia de Constituição*" (conforme o biótipo) tão maravilhosamente, ele nos recorda, que os médicos da Antigüidade têm considerado o trato intestinal como o campo de batalha mais importante, onde o destino de muitas doenças é decidido. Ele enfatiza a importância da "*derivação e revulsão para o intestino*". Nas patologias das articulações, do coração, fígado, dos rins, dos nervos e das mulheres, em distúrbios circulatórios, depressões, obesidade, processos inflamatórios, gota, glaucoma etc. a coisa "*mais fácil e mais próxima*" seria a derivação sobre o intestino.

Normalmente o sal de Glauber tem um paladar mais intensivo do que sal amargo. O seu efeito é semelhante. A concentração ideal é uma solução isotônica de 3,2 %, isto é mais ou menos 10 g para 250 ml de água. Existem pacientes com abdômen mais duro que reagem melhor com sal de Glauber ou com uma mistura de Glauber e sal amargo.

B. 2.2.3.5 Sal do Dr. Biedermann

Na clínica pediátrica e para pacientes com paladar sensível pode se receitar um pó salino-alcalino efervescente:

| | |
|--|------------|
| Magnesium sulfuricum siccatum | 3.0 |
| Acidum tartaricum | } a.a. 0.5 |
| Natrium hydrogen. carbonicum | |
| Natrium tartaricum | 0.002 |
| M. N°. XXX | |
| D.S.: dissolver uma dose em 250 ml de água | |

B. 2.3 Princípios de Treinamento

A arte médica, que quer restituir a saúde somente de maneira agradável e confortável, na verdade não deixa de ser charlatanice e coisa truncada.

Schipperges [74]

O princípio de treinamento inclui o treino e capacitação de todas as funções fisiológicas e a recuperação de reflexos fisiológicos sadios.

- tratamento manual do abdômen (2.3.1.)
- treinamento para mastigação e ensalivação (2.3.2.)
- terapia líquida - habituar a tomar mais líquidos (2.3.3.)
- auto-educação e auto-domínio (2.3.4.)
- recuperação dos próprios instintos e reflexos (2.3.5.)
- trabalhar a própria motivação e o interesse por novas informações (2.3.6.)

B. 2.3.1 Tratamento Médico Manual do Abdômen (TMA)

Mayr [2] escreveu sobre isso: *"Com minhas mãos eu tentava pressionar os intestinos de maneira suave e rítmica durante cinco a dez minutos, estimulando-os sob estes meus comandos para uma atividade mais intensiva (treinamento do intestino). Isto resulta em uma absorção maior, pois o abdômen torna-se surpreendente menor, sem soltar gases, fezes ou urina neste tempo da manipulação. Verifica-se que isso estimula a peristalse, pois, de repente, aparece um conteúdo líquido-gasoso no ceco cujo seguimento para o reto pode ser facilmente observado...Pressionando assim o abdômen de ambos os lados e de baixo contra o umbigo, de maneira suave e rítmica, todas as veias e vasos linfáticos da cavidade abdominal são apertados e seu conteúdo pressionado na direção do coração. Com a diminuição da pressão das minhas mãos os vasos se relaxam, graças a sua elasticidade, enchendo-se novamente, sugando de toda região da raiz mesentérica e logo mais se esvaziam outra vez sob a pressão renovada. Isto leva a um descongestionamento considerável de todos os órgãos inflamados no abdômen e na pequena bacia; esse fato se evidencia na parede do abdômen, que se torna mais mole; os órgãos inflamados agora reagem menos sensíveis sob pressão. Desta maneira eles se deixam examinar e apalpar bem melhor..."*

"Melhorando assim o transporte do sangue e da linfa, saturada de substâncias metabólicas, a circulação dos tecidos no abdômen melhora. Os tecidos são desintoxicados e purificados repletos de sangue novo e o seu tônus se aprimora. Assim o intestino delgado alargado e sem vigor, se retrai quase visivelmente a cada minuto da pélvis menor. Também o fígado, congestionado

e doloroso sob pressão, se torna mole, dentro de 10 minutos, de modo que sua borda deixa se desdobrar sem sentir dores..."

"Na medida que o intestino delgado recupera seu tônus e o fígado se torna mais mole e menos dolente, também o tônus da pele facial se torna mais firme e robusto, o coração se concentra mais e fica mais compacto, o que pode ser verificado através da percussão..."

" Faz-se necessário terminar com o tratamento logo mais quando os intestinos estão bem ativos, pois em excesso provoca a sua paralisção..."

Após seu 80. aniversário, Mayr melhorou ainda mais sua técnica da TMA exercendo-a sincronamente com a respiração. Nessa terapia respiratória, com respirações mais profundas e prolongadas, o médico, especializado na TMA, exerce com suas mãos movimentos rítmicos, suavemente pressionando e relaxando. Assim ele aumenta ou diminui, alternadamente, a pressão intrabdominal, que melhora ainda mais o resultado da TMA.

A Terapia Médica Manual Abdominal evoca:

- Melhoramento do tônus das regiões intestinais hipotônicas e da peristalse (2.3.1.1)
- Melhoramento da circulação (2.3.1.2)
- Descongestionamento das glândulas digestivas (2.3.1.3)
- Reativação da respiração (2.4.1.4)
- Melhoramento da qualidade do sangue (2.3.1.5)
- Melhor condução psicológica do paciente (2.3.1.6)

B. 2.3.1.1 Melhoramento do Tônus das Regiões Intestinais Hipotônicas e da Peristalse

Como conseqüência do melhoramento do tônus de todas as alças intestinais hipotônicas e do estímulo da ação motora (peristalse) ocorre um descongestionamento. A estase de substâncias estercoreais, do sangue e da linfa regridem. O conjunto rebaixado das alças intestinais agora se retraem para cima e tonificam-se. Isso pode ser verificado através da diminuição do abdômen e das suas medidas (Medida Abdominal [MA ↓], Grande Medida Abdominal [GMA ↓] Medida do Intestino Delgado [MID ↓] Medida Umbilical [MU ↓], Angulo epigástrico ↓ ; veja Parte I, 4.2). Verifica-se também pela percussão a restituição da posição elevada do diafragma.

B. 2.3.1.2 Melhoramento da Circulação

As alterações rítmicas da pressão evocam uma ação linfática e hemodinâmica. Os líquidos corporais e a linfa, que outrora corriam por demasiado lento nas partes inflamadas digestivas, também no edema, comumente encontrado, da raiz mesentérica e nas regiões afluentes da veia porta, agora são acelerados e transportados embora e substituídos por sangue oxigenado e linfa nova. As regiões palpáveis, inflamadas e de estase, então se descongestionam e diminuem. Isto verifica-se pela diminuição da dor localizada à palpação e na flacidez do abdômen. A circulação também aumenta e nota-se um aquecimento das paredes abdominais.

B. 2.3.1.3 Descongestionamento das Glândulas Digestivas

Com o melhoramento do tônus e da ação motora acontece igualmente um estímulo de secreção de milhares das pequenas glândulas digestivas. Outrossim fígado, vesícula biliar e pâncreas são "ordenhados", pois a atividade maior do duodeno provoca uma ação secretora de pressão-sucção na parte intramural do ducto colédoco e pancreático. Assim apalpa-se, após o tratamento manual abdominal, um fígado, outrora aumentado, agora bem menor e mais mole.

B. 2.3.1.4 Reativação da Respiração

Com o melhoramento do tônus e o descongestionamento da cavidade abdominal e das grandes glândulas, mecanismos compensatórios do tórax, que dependem da condição digestiva, diminuem igualmente. O diafragma ganha uma posição intermediária mais baixa e desenvolve uma melhor motilidade. O alargamento e endurecimento do tórax regride; os abaulamentos ("corcundas") torácicos (veja Parte I, 8.2) se tornam menores e mais moles; as medidas Mayr *Altura do Esterno*, *Distância Ileocostalis Mínima (DIM)* e o *Angulo Epigástrico* normalizam-se. A respiração se torna mais profunda e com isso melhora a oxigenação. Muito significativos são as mudanças da capacidade vital respiratória através da espirometria.

B. 2.3.1.5 Melhoramento da Qualidade do Sangue

As mudanças mencionadas sob os pontos 2.3.1.1 - 2.3.1.4 evocam um melhoramento da qualidade do sangue em todos os aspectos. Em consequência a pele se torna mais rósea, e adquire um tônus melhor. O rosto mostra-se mais novo, relaxado, e vigoroso e sua consistência da pele aumenta. Com toda razão Dr. Mayr costumava colocar seus pacientes perante o espelho, para demonstrar-lhes as mudanças efetuadas por esta terapia.

B. 2.3.1.6 Condução Psicológica do Paciente

Nesta terapia o médico literalmente "man-obra" o paciente, pois ele o mantém na sua mão. Proporcionando-lhe o contato aconchegante da sua mão acalorada, ele pode avaliar mudanças do estado fisiológico e psíquico, dando-lhe apoio e informações necessárias. O paciente por sua vez normalmente fala do seus problemas de maneira espontânea e assim pode descarregar-se emocionalmente, ganhando confiança e coragem para o futuro. Isto estabelece uma verdadeira base de confiança entre médico e paciente.

B. 2.3.2 Treinamento da Mastigação e Ensalivação

Os Romanos diziam: *"Prima digestio fit in ore."* -
A primeira digestão acontece na boca.

Mais cedo ou mais tarde cada paciente da Terapia Mayr recebe o "pãozinho terapêutico", o melhor treinador da mastigação, sem concorrência. O "pãozinho terapêutico" é um pãozinho envelhecido de massa salgada de farinha refinada de trigo, comumente encontrado nas padarias.

B. 2.3.2.1 Preparação do Pãozinho Terapêutico

Como esses pães normalmente são de péssima qualidade, produtos cheios de bromato e de demais aditivos, aconselha-se partir pela fabricação caseira, usando unicamente sal grosso ou marinho, farinha refinada de trigo e fermento tipo levedo ("Fleischmann"), seja em barra ou granulado.

Após a compra ou produção do pãozinho coloca-se o mesmo num recinto fechado e deixa secá-los no ar por 2-3 dias conforme a umidade do ar. O pãozinho, pronto para o efeito terapêutico, deve ter a consistência de borracha ou chiclete. Não pode ser fresco demais e nem esfarelar. Se o pãozinho é novo e mole demais pode secá-lo mais rápido, cortando-o em fatias.

Quando fica mole demais, não pode ser mastigado por mais tempo, o que leva a uma saciação incompleta, fome e fermentação. Quando fica duro e esfarelado, não estimula o fluxo da saliva e não tem capacidade de intumescer.

Naturistas alegam que estes pães não têm nenhum valor biológico, pelo contrário as massas refinadas são prejudiciais à saúde. Eles têm toda razão, mas os pãezinhos aqui somente são aplicados por um tempo determinado e perseguem unicamente três objetivos:

1. treinar a mastigação;
2. treinar as glândulas salivares para um maior fluxo secretório;
3. seguir o conceito protetor.

Não existe nenhum alimento que tenha a capacidade tão singular de alcançar estes objetivos do que estes pães envelhecidos com consistência semelhante a de borracha. Isto é bem mais importante para o processo terapêutico, do que a necessidade atual de nutrientes não refinados. Além disso, para muitos

pacientes o pão verdadeiramente integral,. (coisa difícil de achar-se no mercado brasileiro) é, por seu conteúdo de fibras, grosso demais e irritaria somente as mucosas inflamadas do intestino, impedindo assim sua recuperação. Terminando a terapia, aí, então, é hora, de introduzir vagarosamente produtos não refinados e de alta qualidade biológica, no caso do paciente comportá-los sem problemas.

B. 2.3.2.2 Como Comer na Dieta Pão-Leite

1. O pãozinho é cortado em fatias. Mastiga-se um pequeno pedaço da fatia até ele ficar totalmente líquido, podendo assim sentir uma leve doçura.

A doçura provem da ação enzimática da ptialina, que transforma o amido em maltose e dextrose (açúcares). Se o paladar não se tornar doce, existe uma má qualidade da saliva. Com a continuação conseqüente da mastigação o melhoramento da qualidade salivar mostra-se no aumento da produção de ptialina.

2. Junta-se então uma colher de chá de leite (eventualmente misturado com café de cevada) e mistura-se tudo, formando uma papa, ensalivando assim bem o leite. Só depois engolir!! **Nunca deve-se tomar um gole de leite (= erro grave de terapia).**
3. Come-se até sentir uma leve saciação. **Não deve-se beber resto de leite!** O leite deve ser consumido sempre junto com o pãozinho. Isto deve ser explicado repetidas vezes ao paciente. **Negligências neste sentido constituem o erro terapêutico mais praticado.**

Não tem prescrição quanto à quantidade, mas normalmente fica entre 125 ml e 250 ml de leite e meio até dois pãezinhos por refeição.

Atenção: Na consistência correta dos pãezinhos e na conduta certa de mastigação é praticamente impossível se comer mais. Quem consome mais, está comendo erradamente.

B. 2.3.3 A Terapia com Líquidos

Tomar água é um meio para prolongar a vida.

Hufeland (1762- 1836)

Hoje em dia, as pessoas bebem café e bebidas alcoólicas ou industrializadas, mas fora disso pouca água. É preciso reeducar o hábito de tomar bastante água. Isto é igualmente importante após a terapia, principalmente para a diluição e eliminação de toxinas.

Durante a terapia é recomendado tomar água, chás terapêuticos, águas minerais sem gás e eventualmente caldo claro de legumes.

Pessoas até 50 kg de peso devem beber 2 l, pessoas entre 50 e 90 kg cerca de 3 l, e acima de 90 kg 4 l e mais. O líquido deve ser tomado durante o dia. **Não tomar durante as refeições e até uma hora depois.**

Quantidades pequenas de líquidos levam a eliminação defeituosa de toxinas, provocando assim as reações terapêuticas (crises - veja 4.4).

B. 2.3.4 Treinar a Auto-Educação e -Domínio

Existem hoje muitas escolas médicas que prescrevem aos doentes obesos e de patologias metabólicas dietas definidas e reduzidas em calorias/joules por dia. Os sucessos são moderados e a cota de recaída muito grande. É mais fácil, para a maioria das pessoas, fazer ocasionalmente um jejum do que adquirir a prática da moderação ao comer. Após o jejum, eles conseguem mais facilmente partir para uma nova maneira de alimentar-se e achar uma nova cultura alimentar. Ajuda nisto a experiência da independência da comida, por um determinado tempo, o bem estar de ter conseguido a se auto-disciplinar, e especialmente o treinamento de mastigação e ensalivação. Quem conseguiu interiorizar essa disciplina de corpo e alma, precisa de menos alimentos após a terapia. Ele se sacia mais rápido e a saciação perdura mais. Deste modo, a Terapia Mayr se torna, com sua disciplina, um começo ideal para um comportamento alimentar mais sadio, caso se o paciente realmente o deseje. O Médico-Mayr tem aqui um papel importante de conselheiro de saúde.

B. 2.3.5 Recuperação dos Próprios Instintos e Reflexos

O reflexo de saciedade de muitos pacientes está tão degenerado, que ele não consegue mais indicar, quando o consumo foi suficiente e quando o corpo não deseja mais nutrientes. Este reflexo e igualmente os próprios instintos de uma verdadeira necessidade por alimentos ganham nova vida durante a terapia. Ele já está presente na fase de conclusão terapêutica e muitas vezes solicita o fim da refeição, já antes do que era propriamente previsto. Estes instintos recuperados chamam igualmente por alimentos simples, que anteriormente não foram valorizados. Tais indicadores do nosso metabolismo que definem a escolha dos alimentos, devem ser bem observados e cujos avisos deveriam ser seguidos, pois são conselheiros peculiares para uma alimentação natural.

B. 2.3.6 Interesse por Novas Informações e Trabalhar a Própria Motivação

Com isso se fundamenta o sucesso de um processo terapêutico ativo ou não. As terapias passivas, como a mera ingestão de medicamentos, não exigem do paciente uma colaboração maior. Isto, para a Terapia Mayr é muito pouco. Ela exige do paciente uma colaboração e responsabilidade bem maior. À primeira vista, sua execução aparenta-se tão fácil, mas decisivo é sua execução exata e no detalhe. E isto somente se torna possível com muita informação e uma alta motivação. O paciente somente irá preparar os pãezinhos de maneira certa, mastigar direito, beber suficientemente e não cometer "pecados" terapêuticos, se ele incorporou o sentido de cada uma prescrição perfeitamente. Acontece também com um Médico-Mayr bem experimentado

que um paciente, que se submeteu já várias vezes a uma terapia, confessa: "Agora o entendi finalmente, estou seguindo ainda com consciência maior do que antes e a terapia me ajuda ainda mais do que no início."

As informações começam logo na primeira consulta e devem incluir um folheto explicativo e a recomendação de uma fonte literária maior. A leitura da literatura terapêutica confere ao paciente a oportunidade de informações que ele ainda não recebeu durante a consulta ou de reler aquilo que ele esqueceu. Isto melhora bastante a sua motivação e o ajuda contra os ataques por parte dos seus amigos. Muitos dos nossos queridos amigos se contrapõem não raras vezes contra tais "terapias de fome" e tentam desviar o paciente da terapia com perturbações e inquietações ou persuadí-lo com uma alegria falsa para os pequenos pecados terapêuticos.

Importante são igualmente palestras, feitas costumeiramente nas clínicas Mayr, ou noites informativas para os pacientes e seus familiares.

Como a Terapia Mayr significa um processo educativo, no qual coisas do passado, tanto espirituais como emocionais, ainda não concluídas, podem vir à tona, a terapia médica manual do abdômen junto ao diálogo, tem um importante papel também neste sentido.

A tarefa do Médico-Mayr não está como no médico internista na área de emergência ou na medicina de doentes graves, mas principalmente na medicina preventiva. Aqui vale a importância da informação e motivação do paciente e sua colaboração para alcançar verdadeiro melhoramento do seu estado de saúde.

Com isso é uma prevenção de muitas doenças e evita igualmente muitos casos de emergência.

Já faz 3000 anos, que um dos grandes sábios da antiga arte médica, Asklepios de Tessália, definiu a ordem e o valor de terapias da seguinte maneira: "*Primeiro a palavra, depois o remédio e finalmente a faca.*"

| | | |
|------------------------------|---|--|
| "Primeiro a palavra, | → | Informação, motivação e educação para a saúde |
| depois o remédio | → | Dieta, sol, ar, água, exercícios, plantas medicinais e talvez medicamentos |
| e finalmente a faca". | → | Cirurgia, radioterapia, quimioterapia etc.- |

B. 3 TERAPIA AMBULATORIAL

Após a o exame diagnóstico segundo Mayr segue a prescrição da terapia. contamos com as seguintes possibilidades terapêuticas:

- Dieta Preparatória (3.1)
- Jejum Terapêutico (com Chá) segundo MAYR (3.2)
- Dieta Pão-Leite (3.3)
- Dieta Pão-Leite Ampliada (3.4)
- Dieta Branda Derivativa - **DBD** (3.5)
- Terapia extensa em pequenos passos (3.6)
- Terapia Alcalinizante (3.7)

B. 3.1 Dieta Preparatória

Essa dieta, desenvolvida pelo autor (Rauch [24]), facilita, para o paciente, o início (ingresso) à dieta intensiva. O médico também economiza tempo na primeira consulta, pois pode limitar-se nas explicações.

Outras vantagens da dieta preparatória:

- Além do mais, as crises ou reações terapêuticas (veja 4.4) se apresentam, somente de maneira leve ou nem aparecem.
- O paciente não tem medo de “*passar fome*” (no início, este medo está presente numa alta porcentagem dos homens, mesmo que eles não o admitam. As mulheres em geral raramente mostram medo, exceto aquelas bem magras, por razões estéticas).
- Teste para o próximo passo: Se o paciente, após uma semana de dieta preparatória, mostrar resultado satisfatório e sem problemas, a terapia pode logo passar para um degrau mais intensivo, como a dieta Pão-Leite. Se houver, porém, grandes modificações das medidas diagnósticas Mayr, grande perda de peso e um pouco de fraqueza, os degraus mais intensivos não são recomendáveis; inicia-se então com a Dieta Branda-Derivativa (**DBD**).
- O paciente tem a oportunidade de estudar a literatura terapêutica e se apresenta na próxima consulta mais informado e motivado.
- A preocupação, às vezes demasiada, dos parentes por casa da “*dieta de fome*” se esvazia.

Na presença de estados patológicos bem agudos ou nos pacientes que repetem a terapia, pode-se iniciar diretamente com uma dieta mais intensiva, sem realização da dieta preparatória.

As prescrições da dieta preparatória são anotadas num próprio folheto explicativo, no qual podem ser acrescentadas possíveis modificações, conforme as exigências individuais.

Folheto Explicativo da Dieta Preparatória (segundo Rauch)

1. Tomar de manhã cedo, em jejum $\frac{1}{2}$ - **1 colher de sopa (bem rasa)** de sal amargo, de sal de Karlsbad ou de Glauber, **dissolvida em 250 ml de água quente** com a mesma quantidade de pó alcalino.
2. Logo em seguida, exercícios físicos etc. Segue-se a escovação seca do corpo todo, ducha quente-fria, além de secar e friccionar a pele intensivamente com a toalha.
3. **Café da manhã (o mais cedo é cerca de meia hora após o sal amargo):** à vontade com observação das regras específicas (veja ponto 10.).
4. **Almoço (após 5 horas de abstinência alimentar):** à vontade com observação das regras específicas (veja ponto 11).
5. **Jantar:** 2-3 xícaras de chá (cocção fina) com mel de abelha (um colher de chá no máximo) e um pouco de limão; tomar de colherada (!). No caso de sentir fome, é permitido um “pãozinho terapêutico”.
6. No ato de comer exige-se plena concentração na mastigação e ensalivação. Mastigar cada bocado 50 vezes! Contar!!! Quanto mais que você mastiga e ensaliva, maior o sucesso da terapia (“Cultura alimentar” segundo Mayr).
7. **Terapia com líquidos:** beber muitas vezes, e fora das refeições, água, águas minerais sem gás e chá fraco (sem aditivos como açúcar ou limão).
8. **Quantidade mínima.....litros por dia.**
9. **Relax-Descanso antes** da refeição do meio-dia. Se possível deitar-se por uma meia ou uma hora com compressa úmida no fígado. **Após** a refeição, movimentar-se, fazer caminhadas...
10. Antes do repouso noturno mais uma vez escovação seca, ducha quente-fria principalmente **calor úmido no abdomen (fígado)**.
11. **Orientação alimentar: devem ser evitados os seguintes alimentos:**
 - café, açúcar e todos os doces
 - alimentos crus, especialmente frutas e sucos!
 - comida gordurosa e de difícil digestão (frituras e farinhas)
 - carne de porco
 - arroz e pão integral
 - nicotina e álcool

Comentários para o Folheto Explicativo

Ad 1: Sal Amargo

Normalmente usamos a solução isotônica a 4% e acrescentamos uma meia colher de sopa de um pó alcalino. Aproximámo-nos com isso das águas salinas amargas que existem naturalmente, as quais possuem um alto teor alcalino. Para melhorar o paladar podemos preparar o sal amargo na véspera somente com uma pequena quantidade de água e completarmos o copo de manhã com água quente. Pessoas mais sensíveis podem acrescentar 3 a 5 gotas de limão ou suco de laranja. O sal Amargo também pode ser dissolvido em água mineral sem gás ou em um chá bem fraco.

Nos pacientes com tendência diarréica prefere-se o sal de Karlsbad, em casos extremos numa dosagem reduzida de ¼ l de água.

Ad 2 Exercícios e Escovação Seca

Após a tomada do sal amargo os exercícios e a ginástica são importantes para estimular a peristalse, garantir e acelerar o transporte da solução salina.

A escovação seca e a ducha quente-fria promovem uma maior circulação sangüínea e desintoxicação da pele como também um estímulo para toda a circulação. O último é principalmente importante com pacientes com hipotensão arterial, porque a desidratação moderada pelo efeito da desintoxicação costuma baixar a pressão sangüínea. Por isso, então, vale primeiramente para os hipotensos a aquisição abundante de líquidos (p.e. chá de alecrim - ação estimulante); os exercícios no ar livre se tornam importantes.

Ad 3 Café da manhã

Observadas as regras alimentares, isto é as proibições (veja N° 11), a composição por enquanto fica de livre escolha. É permitido por exemplo: leite (com ou sem café de cevada), chás, mel, pães, (não aqueles grossos e pesados integrais, tipo pão preto alemão; normalmente estes tipos de pães são inexistentes no Brasil), papas de cereais, finamente trituradas (proibidas são as grossas), papas de aveia, manteiga, queijo, ovo, etc. Das frutas somente são permitidas bananas. (No Brasil recomenda-se mamão ou melão, de melhor digestibilidade.)

Ad 4 Meio-dia

Condição para tomar a refeição do meio dia é a abstinência alimentar de mais ou menos 5 horas desde o café da manhã. O estômago então deve estar completamente vazio e a pessoa deve sentir uma vontade agradável para comer, uma "fome sadia", sem tormento. Este sentimento é completado e apoiado pela **pausa de relaxamento** antes da refeição (veja N° 9) e pela aplicação do calor úmido (bolsa quente cobrindo o pano úmido). Com isso os órgãos digestivos chegam a um estado agradável de aquecimento e são assim idealmente preparados para a recepção dos nutrientes. Esta pausa aquecedora antes da refeição serve também ao relaxamento e à restituição do estresse matinal.

Isto deve ser executado, sempre quando for possível, como parte importante e integral da terapia. É a hora em que o paciente pode regenerar-se, meditar, encontrar-se a si próprio, distanciar-se das coisas e observar sua vida sob um ângulo superior e reordená-la interiormente. Se este tempo não for possível, recomenda-se ao menos uns 10 minutos de exercícios de relaxamento antes da refeição.

Ad 5 Chás para a janta

São permitidos todos os chás de ervas, que não contenham estimulantes (exceto chá preto e chá mate). Os chás ácidos e acidificantes como os de frutas são prejudiciais.

Quando o chá quente de ervas vespertino com mel não for tomado de colher, mas bebido, então aparecem sensações de fome. A atitude certa de tomar o chá é tentar ensalivar cada colher, evocando uma saciação agradável. Os chás finos desenvolvem um efeito igualmente eficaz.

Ad 6 Cultura alimentar

É extremamente importante uma boa mastigação e ensalivação, enfim toda **cultura alimentar segundo Mayr** (veja 2.1.5). A recomendação de "*mastigar cada bocado 50 vezes*" no fundo não corresponde exatamente ao sentido da cultura alimentar, pois o importante é chegar ao estado líquido com cada bocado, sem interessar quantas vezes é preciso mastigar. Mas por motivos psicológicos é bom, no início, prescrever a mastigação 50 vezes. Pois o paciente de hoje distanciou-se, normalmente, tanto da mastigação intensiva, que pensa, depois de algumas mordidas e do surgimento de pouca saliva, já tê-la realizado da melhor maneira.

Ad 7 Terapia com líquidos

Aqui é prescrita a quantidade conforme o peso (veja 2.3.3). Quantidades insuficientes podem provocar reações terapêuticas (crises). Não devem-se tomar líquidos uma meia hora antes e uma hora depois das refeições.

Hoje cada jejum deve incluir também a **terapia com líquidos**.

Ad 8 Repouso antes de meio-dia (veja ad 4)

Ad 9 Calor úmido

O calor úmido no abdômen favorece o sono e somente deve ser afastado durante a noite quando incomoda.

Ele é contra-indicado na menstruação, gravidez, e nos estados de hemorragias intestinais e de hemorróidas. Ele é desfavorável na cistite aguda, mas favorável na cistite crônica.

Ad 10 Orientação

Em todo caso deve-se tentar parar de fumar, ajudando o paciente psicologicamente através de medidas terapêuticas (terapia neural segundo Hunecke, acupuntura, homeopatia, etc.). Mas se o paciente ainda não o

consegue, ao menos o consumo deve ser reduzido. A desabituação de fumadores se torna tanto mais fácil, quanto mais severa se executa a dieta. A terapia serve aqui também como um novo ingresso para um estilo de vida saudável.

Todos os medicamentos alopáticos devem ser abolidos, se for possível. Se não, mantê-los por tempo o mais reduzido possível. Muitas vezes é melhor reduzi-los aos poucos conforme o melhoramento dos achados diagnósticos (p.e.: psicofármacos, antihipertensivos etc.). Existem porém medicamentos que não devem ser abolidos, p. ex. antihiper-hipotireoidianos. Por causa da ação do sal amargo é melhor tomar os medicamentos mais à noite.

Prescrições de outras medidas terapêuticas

Normalmente, já após uma semana da dieta preparatória podem ser verificadas modificações objetivas e subjetivas. Segue-se então com a próxima medida terapêutica.

B. 3.2 Jejum Terapêutico segundo MAYR

Renunciar não significa sempre perder. Muitas vezes é o maior ganho.

O jejum de chá raramente é recomendado na clínica ambulatorial, exceto em patologias bem agudas como gastrite aguda, colecistite, diverticulite, enterite, anaxite etc.. Nesses casos deve-se garantir a tranqüilidade do ambiente e uma possibilidade adequada para os cuidados de enfermagem.

Após a dieta preparatória, é possível mudar diretamente para o jejum de chá. No regime de internação pode-se iniciar diretamente com o jejum.

B. 3.3 Dieta Pão-Leite

É possível prescrever a dieta Pão-Leite já na primeira consulta ou melhor acrescentá-la na dieta preparatória.

Na mesmas condições descritas no folheto explicativo da dieta preparatória, muda-se a dieta do café da manhã e de meio-dia para pão e leite. É necessário de explicar detalhadamente este tipo de dieta. **No descuido das regras de mastigação apresentam-se sensações de fome, gases (fermentações) e os efeitos benéficos da terapia retardam ou se voltam até para o lado contrário.**

Atenção !!! Na segunda consulta o paciente deve relatar minuciosamente **como** ele toma as refeições. Somente uma minoria dos pacientes realmente acerta as regras da dieta de maneira correta (!). A maioria toma o leite em goles, sem ensalivar. Este erro deve ser corrigido diretamente. Se não, inicia-se uma maneira errada de mastigação, que então perdura durante toda a terapia.

O método Mayr é um regimento terapêutico o que exige auto-educação. O paciente suficientemente motivado é grato por toda ajuda e correção. Ela é necessária.

O leite: O melhor leite é o recém ordenhado, seguindo-se então na qualidade o leite cru, que não foi manipulado, depois o leite secado por alta congelação, o leite congelado, depois o leite pasteurizado, o leite cozido até chegar finalmente ao leite enlatado. Aquecendo o leite acima de 45° C ocorrem alterações da proteína. Menos prejudicial é o aquecimento no banho-maria.

O café de cevada, coalha o leite um pouco e o torna mais digestivo sendo especialmente recomendado para pessoas com maior sensibilidade digestiva, com estado de fermentações.

Em vez de leite podem ser considerado o leite fermentado em torno de coalhada, iogurte etc.. Pessoas com maior sensibilidade digestiva podem misturar leite fresco com leite fermentado. Em estado pós-operatórios do aparelho digestivo (Billroth II) e em estados de acloridria, é recomendado somente leite fermentado.

Mudanças repetitivas de leite natural para leite fermentado (azedo) e vice-versa se contrapõem ao conceito da monotonia - (ação protetora).

O "**pãozinho terapêutico**" é um pão branco, (massa salgada) de 3 ou 4 dias, feito de massa fina de trigo. Secado no ar ele é consumido conforme as regras em mordidas bem pequenas, servindo unicamente como treinamento da mastigação. Ele assume assim a função da ensalivação como o peito lactante para o bebê. O paciente, dessa forma, reinicia sua jornada e revive o tempo maternal.

Variações: Em situações alérgicas pode-se derivar para leite de cabra, de soja ou de amêndoa; ou pode-se usar também, papas de arroz aveia, ou de trigo, feito com caldo de legumes (caldo alcalino [26], tudo então ensalivado por meio da ajuda do pãozinho.

(Nota para o Brasil: Em caso de incompatibilidade alimentar ou cultural pode-se substituir o pãozinho pelo arroz integral ou arroz branco (talvez melhor), cozido sem sal.)

B. 3.4 Dieta Pão-Leite Ampliada

A dieta Pão-Leite ampliada segue normalmente como o segundo grau após a dieta Pão-Leite durante a fase de conclusão terapêutica, se ela não for prescrita já desde o início. Recomenda-se queijo de ricota (tipo coalhada) ou manteiga legítima ou qualquer outro creme natural (por exemplo maionese de abacate ou de batata ou mandioca / macaxeira / aipim).

Eventualmente podem ser considerados para a refeição da manhã ou do meio dia papas de arroz ou de aveia, e mais tarde as sopas da Dieta Branda Derivativa I (DBD I). E se for necessário pode-se acrescentar um ovo cozido mole ou carne de galinha caipira cozida.

Em nenhum momento devem-se oferecer todos estes alimentos, mas sempre poucos conforme a necessidade do paciente. O conceito da monotonia deve ser sempre observado. As indicações de tantas possibilidades aqui servem simplesmente como opções em caso de incompatibilidades.

B. 3.5 Dieta Branda Derivativa

Não é preciso necessariamente jejuar a qualquer custo para revigorar o seu aparelho digestivo, mas o costume alimentar no qual fomos educados por nossas mães deve ser modificado profundamente.

F. X. Mayr

A dieta branda derivativa tem o seguinte propósito:

1. como última fase da dieta de Jejum, de Pão-Leite e Pão-Leite ampliada; (3.4.1)
2. como dieta da terapia branda derivativa (3.4.2)
3. como base para uma nova orientação dos hábitos alimentares e da técnica culinária dietética.

Faz 25 anos que a técnica da DBD foi inaugurada pelo autor e mais tarde foi aprimorada em colaboração com o mestre cuca Peter Mayr durante a observação de milhares de pacientes.

Têm grande importância:

- usar alimentos facilmente digestíveis e de alto valor biológico;
- a composição certa sob o conceito do metabolismo alcalino-ácido;
- uma técnica culinária de preparação simples e que facilita a assimilação dos nutrientes;
- o sabor agradável.

Sempre se dá mais valor e importância ao sabor e bom paladar, pois eles aumentam o prazer digestivo, que proporciona o início do fluxo digestivo no sentido do reflexo de Pavlov. Comer deve dar prazer, mas na qualidade e não na quantidade!

Durante a refeição a cultura alimentar deve ser observada tal qual cada bocado será mastigado e ensalivado até se tornar líquido como sopa. Desta forma se alcança uma ótima utilização dos nutrientes de quantidades pequenas, uma saciação duradoura, sem sentir um peso.

No descuido da mastigação ou com quantidades grandes podem aparecer, principalmente na fase de conclusão terapêutica da terapia sensações de fome, peso no estômago, gases, de plenitude etc..

O aparelho digestivo, sensibilizado pela dieta intensiva anterior, se defende contra tais abusos e tarefas repentinas. Nesses casos deve-se, mais uma vez, por uns 3 dias, voltar a uma dieta mais severa.

A DBD é usada ao curto e médio prazo e não vale como dieta normal. Ela serve porém como base segura para uma dieta racional e facilmente digerível no dia a dia.

B. 3.5.1 Fase de Conclusão Terapêutica

A moderação na comida é a mãe de todos os remédios.

Maomé

Já na terapia de jejum observa-se o ditado: "*qualquer doido sabe jejuar, mas somente o sábio sabe quebrar o jejum*". Segundo Mayr, porém, não quebramos o jejum, mas derivámo-lo e terminámo-lo passo a passo. Após o grau mais severo, o jejum de chá, segue-se a dieta Pão-Leite durante dias até semanas, depois a dieta Pão-Leite ampliada, depois a Dieta Branda Derivativa com seus três degraus I-III, e finalmente uma nova dieta regular, mais natural com boa digestibilidade.

Justamente durante a fase de conclusão terapêutica o paciente deve observar estritamente as regras; ele deve ser advertido perante os "pecados terapêuticos". Eles podem levar o paciente, principalmente no caso de terapias longas, a estados agudos e emergências. Isto acontece especialmente se forem consumidos alimentos gordurosos e alimentos crus em abundância. Os primeiros podem levar a severas cólicas biliares, os últimos a estados gasosos e a dores, devido ao efeito áspero da celulose nas mucosas ainda finas e sensíveis pela regeneração recente.

Como às vezes o paciente tem vergonha de admitir erros, cabe ao diagnóstico Mayr descobrir seus efeitos: O abdômen se apresenta mais duro, doloroso à palpação e meteorismo com aumento da defesa muscular, MU, GMA, ângulo, do tamanho do fígado e a presença das sucussões. Recomenda-se como terapia o jejum de chá com chá de camomila, calor úmido, talvez repouso de 1-3 dias e em seguida reiniciar a fase de conclusão terapêutica.

| Esquema da Fase de conclusão terapêutica | | |
|---|-----------------|---|
| Fase 1 | | Pão-Leite (ou variações) |
| | De manhã | Pão-Leite ampliada: leite (+ café de cevada), pãozinho terapêutico com ricota ou cremes naturais. |
| Fase 2 | Meio-dia | como de manhã, às vezes um ovo cozido mole ou um pouco de peito de galinha caipira. Em vez de leite também papa de arroz ou de aveia, eventualmente com caldo de legumes. |
| | À noite | chás de ervas (+ pãozinho) |
| Fase 3 Dieta Branda Derivativa (DBD I - III) | De manhã | como dieta 2, permitido acrescentar pouco manteiga, eventualmente uma meia banana, papa de aveia |
| | Meio-dia | Sopa alcalina de legumes: sopas de legumes de liqüidificador sem usar farinha para engrossar, ervas frescas Legumes: todos os tubérculos e raízes como: cenoura, batatas doces, batata inglesa..., abóbora, jerimum, folhas escuras, berinjela, tudo sem cebola e alho e sem refogar com farinhas e gorduras ou azeites. Cereais: arroz, aveia, trigo e milho Carne (sem gordura): galinha caipira, de angola, carneiro, cabrito, peru, gado; Peixe (sem gordura): Manteiga, somente para refogar, nada de óleo refinado, somente óleo de pressão a frio para saladas. Sal: sal marinho ou de pedra, muito pouco Temperos: todas as ervas frescas |
| | A noite | Chás, com exceção de chá mate, chá preto, acrescido de um pouco de mel, se for necessário um pãozinho com manteiga ou ricota. |

REGRAS PARA A FASE DE CONCLUSÃO TERAPÊUTICA

| RECOMENDADO | PROIBIDO |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Todos os alimentos da dieta branda derivativa - DBD com sua técnica culinária própria. Especialmente sopas alcalinas de legumes, refeições de batatas ou tubérculos, legumes, cereais combinados com legumes e ervas | <p>Refeições de difícil digestibilidade</p> <ul style="list-style-type: none"> • todos os alimentos que você não comportou já antes da terapia. Pães integrais pesados, tipo pão preto e grosso alemão |
| <p>Gordura</p> <ul style="list-style-type: none"> • todos os óleos naturais a pressão fria, e manteiga | <p>Gorduras com difícil digestibilidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> • todas as frituras, refogados, margarina e óleos refinados • peixes e carnes gordas. |
| <p>Proteína Animal</p> <ul style="list-style-type: none"> • duas ou três vezes por semana, carnes magras sem gordura, não mais que 2 ou 3 ovos caipiras. | <p>Proteína animal em demasiado</p> <ul style="list-style-type: none"> • (como carne, peixe, ovos, queijos ...) |
| <p>Alimentos crus</p> <ul style="list-style-type: none"> • uma meia banana, se tolerá-la | <p>Alimentos crus</p> <ul style="list-style-type: none"> • ainda proibidos por causa de fácil tendência para a fermentação e de alta quantidade de celulose, • especialmente à noite: frutas, sucos, compotas e saladas. |
| <p>Adoçante muito pouco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • mel de abelha, mel de cana, rapadura | <p>Açúcar refinado</p> <ul style="list-style-type: none"> • açúcar branco e marrom, frutose, doces, marmeladas, geléias e chocolate |
| <p>Pães</p> <ul style="list-style-type: none"> • no início somente o pãozinho terapêutico, • depois aos poucos pão integral fino e velho, | <p>Todos produtos integrais de moagem grossa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • arroz integral, pão preto alemão |
| <ul style="list-style-type: none"> • Café de cevada e chás | <ul style="list-style-type: none"> • Café, refrigerantes: Coca-cola ... |
| <ul style="list-style-type: none"> • Bebidas alcoólicas e fumar | <ul style="list-style-type: none"> • Bebidas alcoólicas e fumar |

Como o paciente nesta fase se sente bastante bem, ele corre o risco de encarar a terapia como prática já terminada. E assim, sem ser informado suficiente, comete erros fáceis.

B. 3.5.2 Terapia da Dieta Branda Derivativa

A terapia através da *Dieta Branda Derivativa (DBD)* se chama Terapia Branda Derivativa (Rauch [24]). Ela segue imediatamente a *Terapia Preparatória*, se outros graus mais intensivos de terapia não forem recomendados. Perdura aqui o conceito da terapia preparatória, porém recomenda-se de manhã a dieta do *Pão-Leite ampliada* para treinar a mastigação e ao meio-dia a *Dieta Branda Derivativa (DBD)*. Para acelerar os processos regenerativos, aqui comparadamente mais lentos, pode-se recomendar, além da *Terapia Manual Abdominal*, a ser administrada sem dispensa e sempre que puder, medidas naturais com adaptação individual [24].

Essas medidas terapêuticas devem apoiar sincronicamente o tripé terapêutico: *Pausa regenerativa - Purificação - Treinamento*, sejam elas hidroterapias, banhos segundo Kuhne [24], homeopatia, fitoterapia etc.. Estabelece-se, assim, um plano terapêutico complementar, adaptado ao indivíduo, que por sua combinação com a terapia dietética intensiva, alcança efeitos, que nunca se alcançam pela aplicações isolada de tais terapias.

Medidas terapêuticas biológicas, bem definidas e aplicadas, exercem um efeito incomparavelmente mais intensivo durante uma terapia dietética intensiva e desintoxicante, que fora da mesma.

Como terapia complementar vale também a aplicação de simbiontes intestinais em forma de uma orientação (direção) microbiológica da simbiose da flora intestinal. A recuperação do ambiente intestinal através da dietética intensiva fornece a condição necessária neste intuito.

Sander: "*Sem modificação do ambiente intestinal, isto é do solo nutritivo da flora intestinal, uma mudança desta mesma flora intestinal é totalmente impossível. Ninguém tenha a ousadia de mesmo afirmar, que a administração de bactérias intestinais terapêuticas seja capaz de melhorar o ambiente intestinal, danificada anteriormente pela alimentação errada, mesmo quando se continua com ela.*"

O conceito e conseqüência terapêutica vale também aqui.

- regimento terapêutico dietético
- medidas adjuvantes (se forem necessários)

B. 3.6 Terapia extensa em passos pequenos

Paciência, juízo e tempo tornam o impossível possível.

Friederich Rückert.

Este conceito terapêutico de K. Schmiedecker, também é chamado de "*terapia de milímetros*" por causa do seu proceder lento. Ela é recomendada em casos extremamente difíceis na clínica ambulatorial, nos quais um proceder altamente prudente e cauteloso é indicado. O paciente recebe a tarefa de elaborar um plano semanal, no qual ele enumere todos alimentos, toda bebida que consome. O médico então controla em cada consulta este plano, modificando-o aos poucos - passo por passo, dirigindo-o na direção de uma dieta branda, facilmente digerível, segundo a cultura alimentar de Mayr aumentando os líquidos, cortando o café, sucos, álcool etc., até finalmente, quase sem perceber, chegar a uma forma sadia de se alimentar.

Em pacientes astênicos e atróficos com má-digestão e absorção, é possível alcançar um bom resultado com uma modificação para muitas refeições bem pequeninas e, eventualmente, a dieta de distinção segundo HAY (veja capítulo a paciente atrófico).

Pode-se acrescentar uma terapia alcalinizante, bem controlada, um diálogo terapêutico, e outras terapias biológicas "doces" (suaves), que levam o paciente, de maneira bem devagar e sem grandes reações, para um melhoramento de sua saúde. Isto vale especialmente em pessoas idosas, ou após grandes operações, para pessoas caquéticas, atróficos magros, hipertireóideos, pacientes com câncer ou com esclerose múltipla, pessoas com grandes problemas emocionais (tragédias familiares, casos de morte, divórcio, etc..) para pacientes com um alto consumo de medicamentos, que não pode ser reduzido naquela ocasião, etc..

Sem dúvida, as terapias intensivas, com seus efeitos mais rápidos, trazem mais satisfação para o paciente e o médico. Mas pode-se ajudar também aqueles pacientes, que precisam de uma nova orientação de maneira prudente e controlada com cuidados terapêuticos mais prolongados.

B. 3.7 Terapia Alcalinizante

B. 3.7.1 Metabolismo Ácido-Básico

No organismo humano quase não existe um órgão, um tecido ou elemento funcional, que não sofre transtorno funcional ou danos através da acidificação que não poderia ser recuperado através des-acidificação.

B. Kern

F. X. Mayr, no seu tempo, não precisava cuidar de detalhes de metabolismo ácido-básico, graças a seus sucessos terapêuticos despoluentes e desacidificante e das águas salinas, altamente alcalinas, de Karlsbad.

Hoje em dia, porem, em consequência da poluição ambiental e da mudança de hábitos alimentares da população de países industrializados (alto consumo de proteína etc.). tornou-se necessário tanto o conhecimento do metabolismo ácido-básico como também a complementação diferenciada da Terapia Mayr através da administração de bases.

Os conceitos da terapia alcalinizante encontram-se na obra referencial de F. Sander [40], como também na publicações de L. Wendt [30], B. Kern [46], M. Worlitschek [43] e K.O. Glaesel [44]. Aqui podemos apenas apontar alguns aspectos.

O organismos humano precisa tanto de ácidos como também de bases. Ambas lhe são oferecidas em composição e relação fisiológica pelas células acidófilas parietais (border cells) do estômago.



As border cells então fornecem ao mesmo tempo o ácido mais forte que existe (HCl) e a base mais forte (NaHCO₃). O primeiro vai para o lúmen do estômago e a última diretamente para o sangue. Enquanto o estômago usa o ácido clórico junto com a pepsina para o catabolismo da proteína, ele necessita do bicarbonato de potássio para a manutenção do seu pH (7,35 - 7,45). Além disso o sangue deve fornecer continuamente valências alcalinas àquelas glândulas que fornecem secreção alcalina.

B. 3.7.1.1 Glândulas basófilas

As glândulas basófilas produzem dentro de 24 horas na média:

| | | |
|---------------------------------|-------------------|---------------|
| Glândulas salivares | 1550 ml | pH 6,34 - 7,3 |
| Fígado | 500-1500 ml | pH 7,5 - 8,8 |
| Pâncreas | 700 ml | pH 7,5 - 8,8 |
| Glândulas de Brunner/Lieberkühn | 3500 ml | pH 7,5 - 8,8 |
| Próstata | depende da função | pH 7,5 - 8,8 |
| Mama lactante | depende da função | pH 7,5 - 8,0 |

Se as glândulas basófilas receberem tão poucas bases, os seus secretos tornam-se então menos alcalinos e eles sofrem na sua capacidade e potencialidade digestiva.

A capacidade das glândulas basófilas de funcionar depende diretamente do fornecedor das valências básicas, isto é do sangue.

Se por exemplo a secreção biliar e do pâncreas perderem bases, então a ingesta ácida, vinda do estômago para o duodeno, não consegue tornar-se alcalina por um tempo prolongado. Em consequência, os fermentos pancreáticos ficam bloqueados, porque só conseguem atuar num ambiente alcalino. Isto por sua vez provoca o tempo de permanência da ingesta no duodeno. A lerdeza intestinal no sentido de Mayr, a dispepsia e os processo fermentativos têm aqui o seu início.

B. 3.7.1.2 Manutenção do equilíbrio ácido-básico

A manutenção do equilíbrio ácido-básico depende das seguintes funções des-acidificantes dos órgãos:

1. **Os pulmões** que expiram o gás carbono (ácido carbônico). Exercícios no ar livre melhoram esta des-acidificação.
2. **Os rins**, que são capazes de eliminar facilmente todos os ácidos orgânicos; os ácidos inorgânicos, porém, devem ser neutralizados anteriormente. Para isso eles necessitam de bases.
3. **A pele** com seu suor ácido.
4. **O intestino** com suas fezes (as vezes de fedor ácido-fermentado).
5. **O tecido intersticial**, com seu sistema compensador, especialmente as fibras colágenas. Eles compensam os ácidos (ácido láctico etc.), acumulados nos esforços musculares prolongados (esporte, trabalho forçado).
6. **Válvulas escapatórias de emergências** (menstruação, sêmen, lágrimas, flúor, smegma, secretos glandulares, ulcera perimaleolar, eflorescências)

Sem tais mecanismos des-acidificantes e sistemas de compensação o nosso organismo aos poucos sucumbiria, pois o acúmulo alto e constante de ácidos baixaria drasticamente o pH do sangue.

B. 3.7.1.3 Sobrecarga do equilíbrio ácido-básico

Com avanço da idade aumenta também a concentração de ácidos nos tecidos e órgãos como também a vulnerabilidade a suas noxas.

B. Kern

Causas exógenas:

1. Alimentar: principalmente através de todos os erros cardinais dos hábitos alimentares segundo Mayr [10], especialmente:
 - alimentos acidificantes em excesso
 - alimentos fermentativos em excesso
 - alimentos alcalinos frescos em quantidade insuficiente
2. Falta de exercícios e de movimentos: pouca expiração de gás carbono.
3. Tomar poucos líquidos e pouca sudorese dificultam a eliminação de ácidos.
4. Grande acúmulo de metabólitos anaeróbios ácidos por causa de cansaço físico.
5. Estresse e estados psíquicos (pessoas “azedas” se tornam acidez).
6. Idade avançada.

Causas endógenas:

1. Formação de grandes quantidades de ácidos através de fermentação crônica intestinal (aumentada às vezes por acometimento de Cândida)
2. Formação demasiada de metabolitos ácidos do catabolismo de carboidratos, lipídios e proteínas (ácido úrico).
3. Mal funcionamento dos órgãos excretórios, especialmente dos rins.
4. Formação de grandes quantidades ácidas através de um mal funcionamento orgânico (diabete, hepatopatia).
5. Mal funcionamento das células parietais (border cells) do estômago com formação indevida de bases.

Além disso carregam o metabolismo ácido básico estados de febre, diarreia, intoxicações, hepato- coledocopatias, hipoxemias, queimaduras, processo malignos e numerosos medicamentos acidificantes como laxantes, anti-hipertensivos, antibióticos, cortisona etc..

Conseqüência:

Em muitas pequenas e graves patologias e terapias não biológicas (alopáticas) deve-se pensar sem falta nas possibilidades valiosas da terapia alcalinizante.

Segundo a opinião de fisiologistas nutrólogos não existe nenhuma relação entre alimentação e o metabolismo ácido-básico. Os alimentos com excesso de ácidos ou bases não seriam capazes de modificar o valor do pH do sangue e da urina de maneira mensurável, por causa de alta capacidade compensatória do organismo. Contrariamente a isso, Sander e Glaesel confirmam, independentemente, alterações correspondentes, conforme a sobrecarga de alimentos ácidos ou básicos. Para o metabolismo ácido-básico não é indiferente como, o que e quanto se come, não obstante se os fisiologistas reconhecem este fato ou não.

Mesmo quando não se consegue demonstrar alterações no metabolismo ácido-básico dentro de um curto prazo, através de gêneros alimentares, o fator tempo deve ser considerado. Nem o nosso órgão excretório trabalha sempre perfeitamente, nem são os nossos sistemas de compensação e nossos depósitos ácidos inesgotáveis. Isto demonstra exatamente o desenvolvimento da acidose latente. Enquanto pessoas mais sensíveis e idosas muitas vezes sentem as conseqüências de erros alimentares desde já e somente comportam certos alimentos de maneira sempre pior, outras pessoas, com constituições mais robustas, podem viver erradamente em todos os sentidos durante anos e décadas, permitindo-se tudo e sem queixas. Porém nesses casos, "*Deus tarda*", talvez por mais tempo, "*mas não falha*" e isto com toda certeza.

É muito característico de poder ler então, nos jornais, anúncios de falecimentos, começando assim:

"Conforme o desígnio insondável de Deus, tirado do pleno trabalho, faleceu, hoje, de repente e inesperadamente, o nosso querido..."

As correlações entre alimentação e o metabolismo ácido-básico podem ser facilmente demonstradas através do diagnóstico Mayr, junto ao paciente, quando os órgãos alcalinos se recuperam, as articulações dolorosas retornam-se livres e móveis, e as "geloses" (tecido com consistência de ágar-ágar) e a celulite desaparecem.

As correlações entre "alimentos ácidos e doenças acidas", gota, reumatismo etc. são bem conhecidas há séculos na medicina popular e natural.

Para os contínuos erros alimentares vem, mais cedo ou tarde, o dia de pagar a conta, não importa se as correlações possam ser confirmadas com a extrema certeza científica ou não.

Podemo-nos tornar doentes através da comida diária
ou então nos fortalecer e manter saudáveis.

Paracelso.

B. 3.7.2 Acidose

B. 3.7.2.1 Acidose latente segundo Sander

Se na sobrecarga acelerada e contínua de ácidos as atividades dos órgãos excretórios se tornam insatisfatórias, o excesso ácido é removido para os tecidos de capacidade compensatória. Os ácidos chegam primeiro nos grandes "depósitos ácidos", no interstício, e mais tarde, se este for sobrecarregado, em estruturas orgânicas mais diferenciadas, conforme a "hierarquia dos tecidos" veja capítulo 2.2). Verifica-se então no sangue uma diminuição mensurável de base-excess.

Os critérios diagnósticos humorais acusam derivações notáveis da média. Nos tecidos moles eucolóides o estado normal salino se altera muitas vezes como consequência da poluição ácida para o estado anormal de "geloses". Apresentam-se endurecimentos, espasticidade, reumatismo dos tecidos moles, celulite, e "geloses". O tecido conjuntivo sobrecarregado de ácidos, aos poucos envelhece. Tendões, ligamentos, cápsulas, articulações perdem a elasticidade, sua mobilidade diminui e aparecem artroses, afecções dos discos vertebrais, fraqueza dos órgãos basófilos, e sobrecarga ácida do SNC. A penetração dos ácidos no cérebro leva a um déficit intelectual, esquecimentos, agressividade, e estados depressivos. Com o tempo apresentam-se as diversas patologias "civilizadas", processos degenerativos como também uma rigidez reativa para a maioria das terapias. Aqui a dietética intensiva com administração de bases se mostra benéfica e gratificante para pacientes e médicos, se não for aplicada tarde demais.

A eliminação, a tempo devido, de poluentes ácidos leva a um verdadeiro rejuvenescimento dos tecidos.

A prova da Acidose latente segundo Sander

A urina titulada segundo o método próprio de SANDER, demonstra na pessoa sadia valores mais diversos de pH durante o dia. Apresentam-se tanto valores ácidos como básicos. Segundo GLAESEL seria ideal um valor alcalino entre 8:00 a 10:00 e 14:00 a 16:00 horas e perto de meia noite. Fora disso deveria prevalecer a urina ácida. A flutuação alcalina acontece evidentemente pela abundante eliminação secretória das glândulas alcalinas após a refeição. O suco entérico deveria ter no mínimo um pH de 8,3.

Na acidose latente não existe um afluxo de bases. A urina mantém constantemente o mesmo valor ácido do pH ("rigidez ácida"). Aqui o organismo já se empobreceu de bases. No sangue verifica-se, segundo Worlitschek (método Jörgensen [75]), uma diminuição compensatória do base-excess. A acidose latente é tão comum nas pessoas de hoje, que ela pode ser considerada como a "média" (Worlitschek [43]).

B. 3.7.2.2 Acidose local segundo Kern

A acidose local segundo Kern acontece adicionalmente à acidose latente. Uma forma inofensiva da acidose local são as dores musculares após grandes esforços ou em músculos não treinados. Ela se desenvolve através

metabolismo anaeróbio de glicogênio com a formação de ácido láctico beta-oxy-ácido butírico. Quanto mais defeituoso o catabolismo destes ácidos, tanto mais demora e tanto mais se têm dores musculares. Uma tal estase ácida pode acontecer também na musculatura coronária. Podemos presenciá-lo a cada dia no paciente de risco, com alimentação errada, nos obesos com suas barrigas cheias de gases e fezes (abdomens gaso-fecalóides) de diafragma em posição elevada e hematócrito alto; mas também em outros pacientes com o miocárdio crônicamente cansado ou danificado por nicotina ou outras toxinas. Cada danificação do miocárdio é acompanhada de uma utilização, cada vez pior, de oxigênio; assim, a musculatura cardíaca descompensa facilmente sob esforços relativamente pequenos chegando a um estado perigoso compensatório anaeróbio, que acarreta muitos riscos. Se os ácidos, formados neste processo, não forem eliminados de maneira rápida e completa, acontece então a estase e a acidificação do miocárdio (acidose local). O perigo, pois, está na fato que os eritrócitos capilares, fluuando dentro de um tal tecido acidótico, se tornarem rígidos através desta atuação acidificante (Kern). Eles perdem sua elasticidade, aglomeram-se uns aos outros e formam o conhecido fenômeno de rolos. Isto, infelizmente, pode entupir os capilares estreitos e diminuir ou bloquear o fluxo sangüíneo por tempo curto ou demorado.

Pequenas acidoses no miocárdio esquerdo levam aos ataques de dores agudas ou dores moderadas (sinal de alerta).

Acidoses moderadas no miocárdio esquerdo causam dores "acidóticas" intensivas de "angina pectoris".

Acidoses graves no miocárdio esquerdo levam a uma catástrofe acidótica. Com o fluxo sangüíneo bloqueado e com a obliteração do vaso, o tecido sofre de hipoxemia, morre de necrose (infarto miocárdio [42]).

Dores duvidosas do coração e a cardiopatia de muitas pessoas não são nada mais do que uma sobrecarga ácida do miocárdio. Elas clamam por des-acidificação e des-poluição.

As acidoses locais de tecidos são principalmente perigosas em locais aonde a diminuição do fluxo sangüíneo pode ameaçar o tecido de hipoxemia. Assim, segundo Kern, muitas patologias, cujos mecanismos fisiopatológicos até hoje foram explicados pela formação da arteriosclerose, não são nada mais do que danificação da acidose local ou uma catástrofe acidótica no tecido.

Acidose local nos membros inferiores leva à formação de trombozes, tromboflebite até a úlcera perimaleolar, necrose e embolias.

Acidose local no cérebro favorece problemas circulatórios cerebrais, esquecimento, distúrbios visuais, auditivos, vertigens, encefalomalacia e apoplexia.

Acidose local em outras regiões favorece o desenvolvimento de inflamações e outros processos, cujas causas mais profundas não são explicáveis de outra maneira. Assim deve-se pensar também na acidose local, nos casos de surdez repentina, artrites dolorosas, eflorescências bem vermelhas,

hemorróidas inflamados e em numerosos processos agudos, designados pelo rubor de inflamação.

São convincentes os resultados, confirmando assim as hipóteses de Kern como corretas, através de uma desintoxicação e desacidificação com a aplicação de substâncias alcalinas.

Caso clínico:

Paciente, 84 anos, 6 anos atrás com infarte miocárdio, desmaia no chamado "vento quente alpino" ("Föhn"), vomita e sente-se como no último infarte. O pulso quase não palpável, batimentos cardíacos bastante baixos, arritmia total. Ele recebe imediatamente infusão parenteral de bicarbonato de potássio, após a qual ela se recupera em tempo curto, sentindo-se muito bem. Os batimentos cardíacos são agora fortes e mais vigorosos e rítmicos. A paciente se mantém em estado satisfatório.

Caso clínico:

Fugitivo da guerra da Croácia, conta o caso da sua mãe com 92 anos de idade, que mora num campo distante de fugitivos, que ela, de repente, não conseguia mais movimentar suas pernas e somente conseguia ficar prostrada na cama. Assistência médica não existia. Ele leva o pó alcalino segundo Rauch, do qual a paciente deve tomar 1 colher de chá, 7 vezes ao dia, junto com água, dividido durante 24 horas. Após três semanas ele contava, feliz da vida, que sua mãe se tinha recuperado totalmente. Era como se fosse um milagre: ela andava como antigamente.

Kern relata muitos casos semelhantes.

B. 3.7.2.3 Acidose aguda e manifesta

Uma **acidose aguda** demonstra por exemplo um paciente com uma infecção aguda. Os órgãos excretórios trabalham a pleno vapor, para eliminar as toxinas, em grande parte valências ácidas, através de ataques de suor, calafrios, fluxo urinário, vômitos, diarreias, febre, catarro e inflamações (fase excretória segunde Reckeweg [11]).

A acidose manifesta é uma transtorno no metabolismo ácido-básico com a diminuição do pH sanguíneo abaixo de 7,35. Ele exige a intervenção clínica imediata.

B. 3.7.2.4 Conseqüências da falta de base

1. As glândulas basófilas fornecem secreções de baixo teor alcalino com as seguintes conseqüências:

- a saliva se torna ácida e a vulnerabilidade para cárie e paradontose aumenta;
- bÍlis e o suco pancreático são ácidos, a permanência da ingesta no duodeno se prolonga, favorecendo assim o desenvolvimento de patologias do estômago, fígado, vesícula biliar e pâncreas;
- os fermentos pancreáticos permanecem por muito tempo sem efeito, a assimilação dos nutrientes demora, e processos flatosos (gases) e fermentativos são favorecidos;

- gastrite secundária: quando o estômago não consegue transportar seu conteúdo para frente, por causa da demora dos processos digestivos no duodeno, desenvolve-se então processos fermentativos com azias, arrotos de ar e outras moléstias.
- hipoglicemia: quando o conteúdo do duodeno permanece ácido por tempo demasiado demorado, as partes exócrinas do pâncreas são forçadas a produção intensiva. Com isso acontece automaticamente uma atividade correspondente da parte endócrina, isto é um aumento de insulina. Isto baixa a concentração sanguínea da glicose e leva a hipoglicemia.

A hipoglicemia na maioria dos casos pode ser eliminada em curto prazo pela administração oral de bases. A administração de bases atinge melhor a causa da hipoglicemias do que a aplicação de açúcar.

- acidificação do suco gástrico leva a valores de pH abaixo de 8,3 e favorece espasmos do intestino delgado e grosso e constipação;
- favorecimento de processos fermentativos no intestino, disbiose, e infestação de cândida, etc.

2. Perda de minerais alcalinizantes, especialmente Cálcio, Magnésio e Sódio.

Desmineralização de todos os tecidos de apoio, dos discos vertebrais, cartilagens, ossos, como também cabelos, unhas e fraqueza do tecido do conjunto.

3. Formação da acidose latente e local.

B. 3.7.3 Terapia Desacidificante ou Terapia Alcalinizante

A meta da terapia desacidificante (alcalinizante) é a demolição da sobrecarga ácida, esvaziamento dos depósitos e aglomerações ácidas, a complementação das reservas alcalinas e a normalização do metabolismo ácido-básico.

1. O passo mais importante é uma **profunda des-acidificação e des-poluição** por meio da dietética intensiva e em seguida uma nova orientação dos hábitos alimentares e do estilo de vida.
2. Tomar bastantes **líquidos**, especialmente chás suaves e alcalinizantes de ervas e águas minerais salinas sem gás. Num estudo do Centro de Saúde de Lanserhof, Innsbruck-Áustria [47] R. Kogelnig demonstrou a vantagem terapêutica de águas minerais com alto teor alcalino sobre águas minerais com baixo teor.
3. **Administração de pós alcalinos.**
4. Complementação dos pós alcalinos com **misturas minerais** de largo espectro. Eles tem atuação menos desacidificantes, mas servem após a Terapia Mayr como importantes suplementos alimentares.

5. Em casos especiais, administração de **bases parenterais**.
6. **Banhos lixiviantes** com sabão ou sabão neutro para des-acidificação do corpo inteiro via pele.
7. **Lavagens alcalinas intestinais:** 1 colher cheia de chá de pó alcalinizante ou de bicarbonato de potássio para uns 500 a 750 ml de água. Recomendado em cólon espástico, diverticulose, hemorróidas inflamadas e crises terapêuticas.
8. **Creme alcalino** em alterações inflamatórias da pele e da mucosa, brotoeja queimaduras (também do sol) prurite, articulações dolorosas e neurite

| | | |
|----------------------------|--------------------|--------|
| Natrium hydrogencarbonicum | NAHCO ₃ | 3,0 g |
| Aquae dest. | | 22,0 g |
| Eucerin. anhydr. | ad | 50,0 g |
| Oleum rosaceum | | 0,2 g |
| Misce fiat ungentum | | |

9. **Inalações de águas salinas:** em todas as doenças agudas e crônicas do trato respiratória: em 3 l de água uma meia colher de sopa de pó alcalino e uma meia colher de sopa de sal.
10. **Pasta alcalinas de dente segundo Rauch** nos casos de cárie de paradontose

| | | |
|----------------------------|---------------------------------|--------|
| Calcium carbonicum | CA ₂ CO ₃ | 65,0 g |
| Argila "Luvos ultra" ® | | 20,0 g |
| Natrium hydrogencarbonicum | NAHCO ₃ | 12,0 g |
| sal marinho | | 3,0 g |
| Misce fiat pulvis | | |

B. 3.7.3.1 Pós alcalinos

Apresentamos aqui três pós alcalinos:

Pó alcalino 1 - segundo Rauch

| | | |
|-----------------------------|-------------------------------------|-------|
| Natrium hydrogen. carb. | NAHCO ₃ | 150,0 |
| Kalium hydrogen. carb. | KHCO ₃ | 10,0 |
| Calcium carb. | CACO ₃ | 30,0 |
| Natrium monohydrogen. phos. | NA ₂ HPO ₄ | 10,0 |
| M.f.p. | | |
| S. | 1 colher de chá para 250 ml de água | |

Alto teor de bicarbonato de Sódio, por isso bastante desacidificante; não serve para terapias prolongadas, pois contém poucos sais minerais

Pó alcalino 2 - segundo Sander

| | | |
|------------------------|-------------------|------|
| Kalium hydrogen. carb. | KHCO ₃ | 10,0 |
|------------------------|-------------------|------|

| | | |
|--|----------------------------------|-------|
| Natrium monohydrogen. phos. | NA ₂ HPO ₄ | 10,0 |
| Natrium hydrogen. carb. | NAHCO ₃ | 80,0 |
| Calcium carb. | CACO ₃ | 200,0 |
| M.f.p.s. 1 colher de chá para 250 ml de água | | |

O pó alcalino mais velho destes tipos, alto teor em Carbonato de Cálcio,

Pó alcalino 3 - segundo Rauch

| | | |
|--|----------------------------------|------|
| Magnesium citricum | | 10,0 |
| Kalium hydrogen. carb. | KHCO ₃ | 10,0 |
| Natrium monohydrogen.phos. | NA ₂ HPO ₄ | 10,0 |
| Kalium citricum | | 15,0 |
| Calcium carb. | CACO ₃ | 70,0 |
| Natrium hydrogen. carb. | NAHCO ₃ | 85,0 |
| M.f.p.s. 1 colher de chá para 250 ml de água | | |

Menos alcalino que o pó 1. mas enriquecido com Magnésio e Sódio. Por isso mais favorável para terapias prolongadas.

Como atuam os pós alcalinos ?

A importância dos pós alcalinos está no seu alto teor em bicarbonato de potássio e nos seus sais minerais acompanhantes, que complementam sua ação. Para um entendimento mais fácil basta aqui examinar a ação do bicarbonato de potássio:

1. Com um depósito abundante de ácidos no estômago o bicarbonato de potássio compensa o ácido, formando então as substâncias fisiológicas: NA₂CO₃, H₂O e CO₂ (o último é eliminada pela boca).



2. Uma parte do bicarbonato de potássio chega sempre no duodeno. Ali ele alcaliniza o ambiente, evt. os restos alimentares acidificados e apóia a atuação das glândulas basófilas. O bicarbonato de potássio, reabsorvido no sangue, completa novamente as reservas alcalinas ou será levado às glândulas basófilas ou aos rins. A necessidade de bases para um organismo, que é carregado de ácidos, é bastante grande ("*fome alcalina*").

Especialmente alta é a necessidade do organismo que jejua. Conhecidamente durante o jejum desenvolve-se uma acidose jejunal metabólica por causa do aumento de ácidos graxos livres e ácido láctico e cetonas. O esvaziamento dos depósitos protéicos e ácidos fazem aumentar também o ácido úrico, de maneira que as bases administradas serão imediatamente usadas para a neutralização.

M. Gandhi, seguindo sua sabedoria ayurvédica, usou somente dois remédios nos seus jejuns repetitivos e extremos. bicarbonato de potássio e lavagens

intestinais. MAYR, por sua vez, deixava beber seus pacientes das águas salinas de Karlsbad (com alto teor alcalino), de maneira abundante. Nós recomendamos hoje os pós alcalinos, 1 colher de chá 2-3 vezes ao dia para 250-500 ml de água. A primeira dose será acrescentada às águas salinas (sal amargo) da manhã, a segunda toma-se durante o dia e a última à noite. Como a eliminação de líquidos teciduais ácidos acontece principalmente durante a noite, a administração noturna de bases se torna muito importante. Uma hora antes ou depois das refeições não deve-se mais tomar pós alcalinos. No jejum, a quantidade ideal de bases pode se verificar na urina da manhã. Deve-se alcançar o valor de um pH de 7,4, correspondente ao do sangue (medido com o Papel Indicador de pH da Merck). Se for necessário, pode-se adaptar as doses à quantidades menores ou maiores. Uma quantidade exagerada de bases não teria sentido, por que ela será eliminada em pouco tempo pelos rins.

Aplicam-se pós alcalinos em vez de bicarbonato de potássio sozinho, pois a administração prolongada de bicarbonato de potássio causaria uma sobrecarga de íons de potássio, transtornando assim a relação entre os diversos sais minerais. Além disso, precisamos hoje agir contra a carência de sódio, magnésio e cálcio.

Quem conheceu a ação benéfica das bases para os órgãos digestivos, especialmente para o duodeno, fígado, vesícula biliar, pâncreas e intestino delgado, compreende também, por que os balneários, desde séculos, ganharam muita fama com seus águas salinas, altamente alcalinas (Karlsbad, Monte Catini, Vichy, Rogaška Slatina, Bad Aussee etc.).

Argumentos contra bicarbonato de potássio

Muitas vezes a aplicação oral de bicarbonato de potássio ainda é condenada por parte das escolas da medicina alopática, pois ele estimularia a eliminação de ácidos num estado já de sobrecarga ácida do estômago. De fato pode acontecer, em casos de estados hiper-ácidos, novamente uma azia, após aplicação de bicarbonato de potássio. Isto, porém, não representa para o paciente uma reação desfavorável, mas pelo contrário, significa uma reação favorável.

Deve-se apenas conhecer as correlações:

O bicarbonato de potássio neutraliza o ácido gástrico. Se houver, porém, uma forte sobrecarga ácida também do restante do organismo, este, então, deriva os ácidos supérfluos para o estômago logo que ele se tenha tornado neutro. Por isso, acontece uma azia outra vez.

Neste caso recomenda-se naturalmente uma nova dose de bases, pois isto ajuda não somente o estômago, mas também todo o organismo sofrido pela forte sobrecarga de ácidos. Desta maneira e equilíbrio ácido-básico, desviado demasiadamente para o lado ácido, recebe a correção necessária.

A avaliação da situação ácido-básica não pode-se concentrar somente no estômago, mas deve-se observar o metabolismo ácido-básico do organismo na sua totalidade e tratá-lo conforme este conceito. Podem-se aplicar também bases ao paciente com acloridria, pois ele produz tampouco bicarbonato de potássio em consequência do seu mal funcionamento das “border cells”; assim seu organismo sofre na maioria das vezes de uma falta acentuada de bases.

A avaliação corriqueira e isolada da acidificação do metabolismo somente sob o aspecto unilateral do estômago sozinho, leva a erros terapêuticos fatais. Assim segue após a aplicação de ácido clórico-pepsina em estado hipo- e aclorídico apenas uma piora da acidose latente. Onde as “border cells” não conseguem mais formar ácido clórico, também elas não produzem mais bicarbonato de potássio. Nunca, então, deve-se administrar ácidos sozinhos. Os estados hipo- e aclorídicos devem ser tratados melhor com substâncias amargas como chás amargos [37].

A administração de inibidores da secreção, bloqueadores de bombas de prótons etc., faz esgotar também a produção valorosa de “border cells”. O bloqueio da carboanidrase por outra vez, leva a enfraquecimento biológico dos órgãos basófilos e com isso o enfraquecimento biológico do organismo todo.

A aplicação, também, de sais de magnésio e alumínio nos estados hiper-ácidos não é fisiológica e finalmente sem efeito, pois compensa somente de maneira passageira e elimina sequer um mol do ácido (veja Worlitschek [43]).

B. 3.7.3.2 Terapia alcalinizante parenteral

Nos pacientes com um alto déficit de sais minerais, especialmente de sódio e magnésio, já no início da terapia, podem aparecer, até mesmo na primeira semana, os típicos sintomas agudos da falta de sais minerais dos tecidos: elas se mostram na maioria das vezes já nos primeiros dias da terapia como câimbra na musculatura da nádegas e das pernas. Se parecem às dores isquiáticas e se apresentam sempre em decúbito e melhoram no movimento.

Profilaxia e Terapia

Para isso são indicados pós alcalinos e suplementos perorais de sódio e magnésio. Na má absorção intestinal a administração de mel de cana (1 colher de sopa para 1 copo de água, 2-4 vezes ao dia) mostrou-se favorável. Os sintomas deficitários desaparecem na maioria das vezes já após um meio até um dia. Com um efeito mais rápido pode-se aplicar um suplemento de magnésio, lentamente via i.v. ou i.m.. No suspeito de um déficit generalizado de sais minerais e de vitamina, uma aplicação de infusões mostrou-se altamente benéfica e fortificante [43]. Os valores de sódio e magnésio no soro sangüíneo não permitam avaliar, neste sentido, o estado dos tecidos. Pode haver um déficit alto no tecidos, quando os valores no soro são normais.

Em certos casos agudos, infusões intravenosas de bicarbonato de potássio, aplicadas cautelosa e lentamente, mostram excelentes resultados (veja Worlitschek [43]). Estão indicadas nas acidoses locais agudas, ataques de

enxaqueca e Doença de Menière, pré-apoplexia, pré-infarte e pré-gangrena etc..

Caso Clínico

Assim, o relato do Dr. Schuff na MT 18/84 sobre um marceneiro, que sofreu de ataque de Doença de Menière, trabalhando na motor-serra. Após 7 injeções de 50 ml de bicarbonato de potássio a 7 % recuperou sua capacidade física e se livrou dos ataques perigosos.

Nesses e nos casos semelhantes seria indicada fundamentalmente um terapia alcalinizante, a fim de não arriscar mais tarde a recorrência de novos ataques. A Doença de Menière pode ser tratada muito bem por uma terapia prolongada de Mayr, se não houver danificações irreversíveis.

B. 3.7.3.3 Contra-Indicações da Terapia alcalinizante

A sub- ou acloridria não é uma contra-indicação para a administração de bases; os pós alcalinos, porém devem ser diluídos bastante.

Segundo Kern, pelo contrário, a terapia alcalinizante pode incentivar uma infecção urinária subjacente e provocar às vezes, no caso de falta de potássio, uma retenção de água. Nestes casos deve-se interromper a administração de bases, até a correção do infecto, ou seja a correção do desequilíbrio dos sais minerais.

B. 3.7.3.4 Terapia Mayr nas grandes cidades

A arte médica deve ser educação de saúde para a vida.

H. Schipperges

Hoje já foram tratados de forma regular e corriqueira durante anos a maioria dos pacientes, que procuram pela primeira vez um Médico-Mayr. Por causa de um sucesso terapêutico e muitas vezes também por causa de desagradáveis efeitos colaterais de medicamentos, eles procuram de libertar-se do consumo de medicamentos sintomáticos para receber uma outra terapia, uma que seja mais natural e atinja as verdadeiras causas da sua doença. Por isso, de certa maneira forçada, eles se prontificam para assumir certas limitações (dietas) e assumem também um certo esforço financeiro. Na maioria das vezes tais pacientes chegam ao consultório, impressionados por histórias de sucesso de outros pacientes-Mayr e motivados pelo peso de seu sofrimento.

Se receberem, como na maioria das vezes é sustentável, um prognóstico favorável, então pode-se contar com uma excelente colaboração.

É óbvio, porém, que existem também pacientes, cépticos, desconfiantes, sobrecarregados de medo e cheios de pessimismo devido ao fracasso anterior. Depende então do médico, com ajuda do diagnóstico Mayr (e eventualmente de outros) e com ajuda da sua personalidade (efeito da sua presença), transmitir tanta clareza, segurança e confiança, que eles alcançam um alto grau de tolerância à terapia. A presteza de colaboração dos pacientes, pois, é o pressuposto incondicional para uma Terapia Mayr bem sucedida. Quanto mais complicado o caso, tanto mais útil se torna a administração da

Dieta Preparatória. Ela normalmente não prepara nenhuma grande dificuldade para a maioria, mesmo para os que trabalham o dia inteiro. Na maioria das vezes, demonstra-se, já após uma semana da terapia preparatória, uma melhora leve ou muitas vezes até uma melhora acentuada do estado geral. Outrossim a leitura do folheto explicativo transmite mais informações essenciais e motiva de maneira, que a condução psicológica do paciente se torna incomparavelmente melhor. Por sua vez, o resultado da terapia preparatória mostra ao médico, qual forma terapêutica deve seguir agora. Tomamos aqui como exemplo três casos diversos da clínica ambulatorial de uma grande cidade.

1º Caso Clínico

Diretor de uma agência de propaganda, 50 anos, de repente é surpreendido de ataques de angina pectoris. Os ataques se repetem e ele procura um especialista, troca de médicos e mais tarde foi duas vezes internado numa clínica cardiológica, recebendo numerosos medicamentos, também inibidores da coagulação; porém somente nitroglicerina ajuda no ataque.

Chega finalmente no consultório do Médico-Mayr um homem desesperado e cansado da vida, acometido diariamente de ataques, que gostaria de deixar sua profissão a qualquer custo: "Não posso mais!" O diagnóstico Mayr demonstra um homem de constituição vital num estado exausto, língua acidótica, abdômen gaso-fecalóide inflamado, diafragma elevado, intestino jejuno e íleo e ascendente com inflamação acentuada, edema mesentérico, sinais da intoxicação intestinal, sucussão entérica, gástrica, hepática e gastro-hepática. O paciente recebe a terapia preparatória e pó alcalino 1, cinco vezes ao dia. A medicação para o coração é destituída, exceto a nitroglicerina no caso de necessidade e de um suplemento de magnésio. Após 7 dias da terapia preparatória o paciente se sente bem melhor, os ataques agora são menos freqüentes e mais curtos. O paciente recebe agora a dieta Pão-Leite durante cinco semanas inteiras, nas quais ele se liberta totalmente dos ataques. A terapia final bem cautelosa, com nova orientação dos hábitos alimentares, durava mais 3 semanas. Depois disso, o paciente se sente "melhor que 10 anos atrás" e pretende repetir regularmente a terapia por motivos preventivos. Seus dados laboratoriais, antes patológicos, agora são todos normais (HTK, SGOT, SGPT, Lip. Chol)

2º Caso Clínico

Dona de casa, 48 anos, mãe de dois filhos, um pouco obesa, sofre de enxaqueca desde a puberdade. Desde 6 meses aumentam a freqüência e a intensidade dos ataques. A paciente, antes alegre da vida, agora é deprimida, nervosa, irritada e sensível ao clima. O diagnóstico Mayr mostra edema da língua, abdômen fecalóide inflamado, jejunitis, colite, , pontos renais muito sensíveis. A paciente responde de modo excelente à Terapia Preparatória e recebe depois uma dieta de Pão-Leite por 4 semanas com pós alcalinos e banhos de assentos segundo Kuhne. Por meio disto a cabeça se torna livre. Onze meses depois, acontece, pela primeira vez um novo pequeno ataque, motivo que ela logo veio para uma nova etapa de terapia.

3º Caso Clínico

Diretor de um clínica, patologista, 60 anos, homem vigoroso, alto, de boa vitalidade, faz dois anos, que está em tratamento clínico e otológico por causa da sintomatológica de Doença de Menière e náuseas constantes. Mesmo assim, os ataques de vertigem se tornam mais freqüentes, um ouvido está quase surdo. A estado geral piora. O diagnóstico Mayr resulta em alterações do estômago, duodenos,

intestino grosso e do fígado. A Terapia Preparatória não traz melhoras, mas após uma dieta de Pão-Leite por 5 semanas, e Conclusão Terapêutica de duas semanas, o paciente se apresenta sem nenhuma queixa. Após dois anos ele vem para reforçar a terapia. No entretanto ele sofreu de um único ataque, que, indicando desta maneira suas causas provocadores, aconteceu após um grande banquete. O último audiograma apresenta uma melhora acentuada da sua capacidade auditiva.

Estes três casos demonstram.

1. Pacientes com constituição relativamente vital, com ataques, causados por intoxicação.
2. Os ataques acontecem evidentemente, quando a concentração tóxica no sangue ou a sobrecarga ácida dos tecidos ultrapassa um certo limite.
3. Eles sofrem - especialmente nas metrópoles - de sobrecarga tóxica do meio-ambiente.
4. Eles demonstram alterações crônicas dos órgãos excretórios com auto-intoxicação intestinal e finalmente são curados em grande parte pela Terapia Mayr.

Tais paralelas se encontram em número bastante grande de patologias mais diversas, muitas vezes também em moléstias como a da Doença de Menière, cuja causa é desconhecida por parte da doutrina oficial. Conhecemos porém as verdadeiras causas e suas dependências e correlações com a auto-intoxicação intestinal, incluindo a acidose, resultando do diagnóstico Mayr e dos resultados terapêuticos. **Quanto mais longos tais processos existirem, quanto mais acentuados eles se apresentam, tanto mais tempo precisa demorar a terapia.**

Outras paralelas se mostram nos seguintes casos:

4º Caso Clínico

Pianista, 44, há dois anos sofre de dores crônicas na região lombar, que o molestam também quando toca. Ele se chama, por causa de tantos medicamentos prescritos, de "*dispensário farmacológico ambulante*" Os seus medicamentos ajudaram somente pouco tempo e "*arruinaram*" o seu estômago. O homem, de 182 cm de altura e de 72 kg, com pouca vitalidade, demonstra uma postura de sentido, abdômen fecalóide batráquio, com fígado bastante aumentado, edema da raiz mesentérica, sucussão entérica, gastro-hepática e hepática. Primeiro, os medicamentos são suspensos e iniciada a Terapia Preparatória. Após uma semana já perdeu 4 kg, um indicativo para proceder com muita cautela. Recebe então a Dieta Branda Derivativa 1, com bastante sal marinho, também terapias suplementares como massagem linfática, terapia de reflexo, homeopatia e banhos de assento (primeiro na água quente, e mais tarde na fria). Após outras três semanas diminuiu mais 3 kg. Sente-se bastante fraco, mas as dores agora se apresentam bem suaves. Agora o sal amargo é suspenso e a dieta é ampliada cautelosamente. A fisioterapia continua. Somente após 3 meses o peso, aumenta lentamente, as queixas não existem mais e a capacidade e a força física melhoram. O paciente está muito agradecido.

5º Caso Clínico

Médico, 34 anos, se queixa de fortes dores nas articulações com uma psoríase acentuada. O paciente, de 180 cm de altura e de 60 kg de peso, demonstra uma nítida atrofia da pele, com postura de sentido, abdômen gaso-fecalóide, enteroptose,

inchação do fígado com todas as sucussões positivas. Após uma semana da Terapia Preparatória, que já traz um alívio das dores articulares, o paciente recebe uma papa de cereais com sal marinho, mas sem leite que foi testado como sendo incompatível. Após mais uma semana muda-se para a Dieta Branda Derivativa, agora para 4 semanas. O paciente recebe também terapias suplementares como acima. Ele perde no total 4 kg de peso, mas o seu estado geral melhora de maneira essencial. A psoríase se tornou mais pálida, as articulações ficaram de novo, totalmente livres e ele mostra uma boa capacidade e um bom rendimento físico.

Neste e em outros casos semelhantes, deve-se observar muita cautela por causa da vitalidade deficiente e a tendência para grandes perdas de peso. De um lado, esses pacientes precisam urgentemente de uma desintoxicação indispensável, que os alivia bastante, mas de outro lado acontece, por causa da forte perda de peso, um enfraquecimento geral, que deve ser controlada cuidadosamente. No segundo caso, o paciente, recebeu, por causa das suas dores agudas articulares, uma dieta mais severa, mas somente por pouco tempo, que logo mais foi mudada para a Dieta Branda Derivativa. Para apoiar os processos desintoxicantes, tonificar o intestino e apoio do aparelho circulatório, os banhos segundo Kuhne não podem ser substituídos por nada. Eles, porém, não devem ser preparados gelados demais. Além disso, deve-se sempre equilibrar o déficit de sais minerais. As águas salinas amargas devem ser aplicadas por tempos curtos (veja 4.7 O paciente atrófico e subnutrido).

Na nossa época que tende bastante para as operações, também acontecem, não raras vezes, casos nos quais uma operação foi impedida.

6º Caso Clínico

Sem hora marcada aparece no consultório uma dama, no traje de paciente de uma clínica, procurando escondê-lo sob um avental. Para o próximo dia ela tinha hora marcada para uma ressecção de 2/3 do estômago (Billroth II) por causa de uma úlcera duodenal penetrante. Como ela soubesse da Terapia Mayr através de uma paciente amiga, ela teria fugido da clínica para prontamente chegar no consultório: "A gente pode evitar a operação?" A contabilista de 40 anos, apresenta uma língua cheia de fissura acidóticas e mapeamento, úlcera da face, postura inclinada, com sucussão entérica, gastro-hepática e hepática, pontos renais sensíveis. Comunica-se que ela receberia uma resposta definitiva, somente após conhecimento de todos os achados clínicos e exames laboratoriais; mas que, no geral, as úlceras do duodeno e do estômago, respondem de maneira rápida e boa, a uma Terapia Mayr com pós alcalinos; que seria preferível tentar uma terapia antes de uma operação. Três horas mais tarde a paciente reaparece com um pacote de exames, trazido e tomado emprestado, segundo se diz, da clínica. Ainda no mesmo dia ela deixou a clínica sob protesto e iniciou a Terapia Mayr. Cinco semanas mais tarde a úlcera não era mais demonstrável no RX a não ser um cicatriz (veja um caso semelhante no capítulo 6).

7º Caso Clínico

Uma gerente de Zurique ia ser submetido à uma ressecção do cólon com uma colostomia passageira por causa da recidiva repetitiva de uma forte diverticulite. Ela chega para a Terapia Mayr de Internação em estado febril e com alta dosagem antibiótica. A paciente teve que continuar por curto tempo com os antibióticos e recebeu primeiro repouso total, jejum de chá, 5 lavagens intestinais de chá de camomila, e 3 banhos de assento de Kuhne por dia. No 3º dia está sem febre e após de 4 semanas recebe alta no estado de nenhuma queixa. O cólon descendente está

sem dores e melhor palpável em sua circunferência. Após de um ano vem para repetir a terapia. No entretanto ficou sem dores.

8º Caso Clínico

Durante 34 anos, um “manager”, 56 anos, tinha que submeter-se, uma até duas vezes ao ano, à ressecção de sangrentos pólipos retais. O último exame histológico demonstrou a suspeita iminente de uma alteração maligna. O proctologista achava inevitável uma amputação do reto com colostomia. O paciente, de constituição vital, mas magro, se submete a uma Terapia Mayr de 4 semanas: 18 dias de jejum de chá, 9 dias dieta Pão-Leite e leite ampliado, no último dia Dieta Branda Derivativa. Além disso, recebe diariamente lavagens intestinais, banhos de assento de Kuhne e homeopatia.

Após um ano escreve numa carta: “..Como demonstra o exame histológico anexo - o qual lhe já apresentei em janeiro - sofri de uma formação de pólipos retais, perto do esfíncter, de maneira contínua a cada ano, os quais sempre foram ressecados desde 1945. Após o último exame histológico do dia 3.10.1979 fui aconselhado urgentemente a me submeter a uma ressecção do reto. Me neguei a este propósito e mudei meu estilo de vida - principalmente a alimentação. Em Janeiro então segui a Terapia Mayr com V. Sa., que me sobrecarregou fisicamente bastante. Hoje me sinto em condição excelente, ganhei 4 kg de peso e na semana passada uma retoscopia, feita por Prof. Dr. Schreiber nesta clínica universitária, pela primeira vez, não evidenciou mais nenhuma formação de pólipos. Estou com coragem para trilhar o mesmo caminho e continuar a seguir sua terapia...” G.C., Hamburgo.

Tais casos como nº 6, 7 e 8 acontecem mais vezes num consultório de uma grande cidade, mas naturalmente devem ser tratado de regime de internação. A colaboração entre o Médico-Mayr internista e o de consultório tem se mostrado extraordinariamente valiosa. Pois justamente em casos muito difíceis, a combinação da terapia de Internação com a continuação de regime ambulatorial com seu controle, se demonstrou como o ideal da Terapia Mayr.

Nota: veja outro caso de impedimento de uma operação cardíaca no cap. Sobre o tempo ideal de Terapia.

**Esquema terapêutica de combinações possíveis de diversas dietas
conforme as exigências individuais**

| Fase | Regime de Internação | Regime de Internação ou Ambulatorial | | |
|--|---|---|--------------------------|----------------------|
| I Terapia Preparatória | Dieta Preparatória pode ser omitida ↓ | Dieta Preparatória pode ser omitida no regime de internação | | |
| II Terapia Intensiva | Jejum ↓ | ↓ | ↓ | ↓ |
| | Dieta Pão-Leite ↓ | Dieta Pão-Leite | ↓ | ↓ |
| | Dieta Pão-Leite ampliada ↓ | Dieta Pão-Leite ampliada | Dieta Pão-Leite ampliada | ↓ |
| | Dieta branda derivativa DBD III ↓ | DBD I - III ↓ | DBD I - III ↓ | DBD I - III ↓ |
| III Fase de Conclusão | Dieta branda derivativa | DBD | DBD | DBD |
| Grau decrescente de intensidade | | —————→ | | |

B. 4 TERAPIA MAYR DE INTERNAÇÃO

B. 4.1 Regras Gerais

Chegando na Clínica Mayr, o paciente recebe, pós o exame diagnóstico segundo Mayr, seu plano terapêutico individual.

Definimos dois modos de terapia e Internação:

- **A Terapia Plena Segundo Mayr** demora 4 semanas ou mais.
- **A Terapia Regular Segundo Mayr** demora 3 semanas.

O **tratamento de curto prazo** demora menos de 3 semanas. Para ele não é permitido o termo “Terapia” ou “Regeneração segundo Mayr”, pois um tratamento tão curto nunca alcançará seu objetivo e por isso colocaria em risco a fama do método Mayr. Ele serve apenas para conhecer o método.

É preciso acalmar as expectativas não realísticas dos pacientes, que esperam milagres somente com duas semanas de terapias, mesmo que suas moléstias tenham estado presentes há décadas. Um tratamento de internação menor que 3 semanas, seguido por uma terapia ambulatorial de no mínimo outras quatro semanas, não consegue alcançar processos regenerativos de cura; especialmente as alterações terapêuticas necessárias no plano mental e espiritual acontecem normalmente só na terceira semana. Um papel importante aqui é o princípio do “*médico interior*” de Paracelso, ou num termo menos prosaico e incompleto, o sistema imunológico e o sistema neuro-vegetativo. O “*médico interior*” não deixa de ser apressado nos tempos modernos de hoje por prazos estabelecidos pelos próprios pacientes e somente inicia os processos regenerativos, após conclusão dos processos desintoxicantes. O organismo segue seu relógio interno e deixa valer seu efeito somente a seu próprio tempo e ritmo. As pesquisas mais modernas sobre cronograma e sucessos de cursos terapêuticos chegam ao mesmo resultado. Segundo elas, as reações mais importantes do tratamento ocorrem apenas após algumas semanas. Especialmente em doenças crônicas e em pacientes mais idosos encontra-se uma reação tardia, na qual as mudanças vegetativas somente alcançam um máximo após a terceira semana.

B. 4.1.1 Vantagens da Terapia de Internação

- melhor possibilidade para o jejum de chá como forma mais intensiva de terapia;
- aplicação mais freqüente e suplementar de terapias, dificilmente administrada no regime ambulatorial;
- conclusão terapêutica com dieta ideal de preparação;
- informação e motivação intensiva;
- distanciamento de sobrecarga profissional, familiar e outras;
- tempo para descansar, dormir, relaxar, recuperar e organizar os planos futuros;
- jejum entre pacientes compartilhando o mesmo desafio;

- aproveitamento de um ambiente saudável com bom ar, clima, tranquilidade, natação, caminhar etc.;
- regeneração espírito- mental, nova orientação de vida, auto-realização.

B. 4.1.2 Desvantagens da Terapia de Internação

- muitas vezes é um tratamento demasiado curto;
- ocorre sem terapia preparatória e por isso podem haver mais crises terapêuticas no início;
- não há controle e tratamento após a internação, a não ser que o médico seja treinado em terapias Mayr;
- custo elevado.

B. 4.1.3 Exemplo de um Cronograma da Terapia de Internação

O cronograma de terapia difere naturalmente nas diversas clínicas e é adaptado às possibilidades locais.

Em seguida apresentamos o exemplo do Centro de Saúde no Lago Wörther - Áustria.

| | |
|------------|---|
| 7:00 hs | • Tomar alegremente sal amargo no barzinho de chá, em seguida Ginástica no ar livre ou dentro |
| 8:00 hs | • Chá da manhã ou dieta de leite |
| De manhã | • aplicações de hidroterapia como banho dos pé, braços, banhos alternados e em seguindo repouso |
| | • tratamento médico manual abdominal |
| | • massagens - visita ao bar de chá |
| ± 11:00 hs | • Repouso com compressa úmida quente na barriga e/ou no fígado |
| 12:30 hs | • Almoço para os pacientes da dieta Branda Derivativa - DBD |
| 13:13 hs | • Almoço para os jejuantes e para os da dieta Pão-Leite |
| à tarde | • programa leve de exercícios, adaptado a cada situação individual: caminhar, bicicleta, golfe... |
| 17:00 hs | • Ginástica na água ou grupo de relaxamento |
| 18:00 hs | • Chá vespertino |
| 19:15 hs | • Programa de noite: Palestras médicas - curso culinário - ou programa cultural |
| 21:00 hs | • Repouso noturno com compressa quente úmida. Transmissão de programas de relaxamento através do rádio da clínica. |

B. 4.2 O Jejum de chá e outros degraus dietéticos

Um tolo é aquele que não sabe que menos, muitas vezes significa mais que muito.

Hesíodo, 700 a.C.

O paciente de regime jejunal é totalmente integrado no programa terapêutico da Clínica e recebe de manhã e à noite os **chás alcalinos de ervas** recomendados (por exemplo: funcho, tomilho, alecrim,...) com uma colher de chá de mel e um pouco de suco de laranja, a ser tomado de colherada. Ao meio dia ele pode receber, em vez do chá, um gostoso caldo alcalino de legumes, sempre apreciado [26]. Muito importante é a tomada **da quantidade prescrita de líquidos** (água, chás, águas salinas alcalinas), a observação do **repouso matinal antes de meio-dia com a compressa úmida quente**, o cumprimento do programa individual de repouso e de movimentos, devendo-se dar mais atenção ao descanso como também ao **repouso noturno, em tempo, e com o calor úmido**.

O jejum de chá é administrado por uns dias até 3 a 4 semanas e depois deriva-se para a dieta de Pão-Leite. O jejum atua de modo mais rápido e intensivo que a dieta de Pão-Leite, porém leva também às reações mais intensivas de desintoxicação. Na dúvida entre se começar o jejum ou a dieta de leite, dar-se-á preferência, durante a internação, ao jejum, por que a dieta pode ser mudada a cada momento. Em geral deve-se administrar a Terapia Mayr como um todo, em que os diversos graus da dieta, do jejum sobre a dieta de Pão-Leite até a Dieta Derivativa Branda (DBD) seguem passo a passo harmoniosamente, para enfim entrar num hábito alimentar mais sadio.

Para a dieta de Pão-Leite e todos os demais degraus da dieta, vale a mesma coisa, dita já na terapia ambulatorial. Se o tempo de demora do paciente é suficiente, então é vantajoso ele experimentar a dieta Branda Derivativa(DBD), ao menos no fim da sua terapia. Isto serve para conhecê-la e para experimentar mudanças suaves ao sair da dieta mais severa. Por isto é preciso saber preparar refeições, observando os critérios e conceitos da dietética intensiva: (veja 3.5.2): produtos de origem biológica, de excelente paladar, e digestibilidade. Com isso, cria-se a condição para que o paciente se abra para a DBD e também para hábitos mais saudáveis.

De especial importância é a repetição da terapia de tempos em tempos. Melhor é fazê-la regularmente como a revisão do carro. Quem libera seu organismo regularmente dos novos poluentes anuais, com ele o metabolismo consegue mudar mais facilmente da alimentação externa para a interna, esvazia os depósitos acumulados mais rápidos e impede o avanço dos processos degenerativos. A repetição da terapia se dá mais leve e com mais elã. Depende do médico de estimular nesse sentido.

B. 4.3 Dimensão espiritual e mental da Desintoxicação

Jejuar é bom para vocês, desde que vocês o compreendam.

Alcorão,

Jejuar significa mais do que não comer. O “*desde que vocês o compreendam*” do profeta vale para muitos fiéis, que vêm no jejum apenas uma prática obrigatória e também para outros, que só enxergam a parte físico-orgânica como redução de peso, da gordura e desintoxicação. Todos eles se fecham, para seu próprio prejuízo, à dimensão superiora, espiritual-mental, que propicia uma purificação curadora e a renovação espiritual, o fortalecimento e robustecimento, que cada pessoa precisa de tempo em tempo. Jejuar, no sentido mais elevado, tem haver com paz e liberdade interior, uma maior alegria e, quem se quer abrir para isto, com uma religiosidade maior. Com uma motivação correta a purificação física e desintoxicação é acompanhada por uma purificação espiritual e mental e leva a uma auto-identificação mais profunda, com uma maior auto-afirmação das próprias qualidades. Justamente a procura do querer “acertar de novo o caminho” consigo mesmo, com o próximo e com Deus e o mundo, um maior distanciamento das coisas míopes do dia a dia e o confronto com os próprios problemas, sob uma visão mais elevada, proporcionam ao jejuante muitas vezes impulsos inacreditáveis, uma nova coragem de vida, uma maior autoconfiança, alegria e esperança. É neste fundamento que ele consegue firmar novas perspectivas, planos e metas. Em nenhum tempo a chance para isto, também para uma revisão de vida e para um desenvolvimento esprito-mental é tão grande, como no jejum em um ambiente retirado, longe do dia a dia. Pode-se então restabelecer a autoconfiança necessária e se procura conscientemente o silêncio. Enfim, pode se permitir ficar quieto, achar sossego e penetrar em si mesmo, ganhar mais clareza sobre si e sua vida, tomar bons propósitos e plasmar positivamente seu futuro no íntimo do ser. A quem está religiosamente à procura, abrem-se novos caminhos às fontes mais sublimes da vida. séculos são interligados: jejuar e orar, jejuar e meditar, jejuar e ganhar intuições benéficas e inspirações.

Na tradição da Igreja os Santos Padres observaram os ensinamentos da Santa Escritura, interligando jejum, oração e misericórdia:

Existem três ações que dão firmeza à fé, fortaleza à esperança e persistência à virtude: **a oração, o jejum e a misericórdia**. O que busca a oração, consiga o jejum, receba a misericórdia! **ORAÇÃO, MISERICÓRDIA E JEJUM FAZEM UMA UNIDADE**. Dão-se a vida reciprocamente. Pois a alma da oração é o jejum. A vida de jejum é a misericórdia. Ninguém os separe. Quem tem só um destes três ou não os pratica simultaneamente, nada possui. Logo quem reza, jejue. Quem jejua, pratique a misericórdia.

Pedro Crisólogo, Bispo de Ravena (entre 433-450)

Desta maneira encontram-se melhor paz interior, harmonia e confiança em Deus. Todos estes processos, na maneira que o jejuante os aspira, podem ser apoiados substancialmente pela aplicação de afirmações positivas: “*Eu crio*

um bom início para meu futuro!” - “eu construo um programa novo e benéfico da minha vida” - “Eu me sinto acolhido na mão de Deus.”

Estes e outras auto-sugestões [49] no sentido da **“força curativa do pensamento positivo”** podem ter um efeito muito favorável na maioria dos pacientes. Especialmente, se o médico souber aplicar ação curativa das sugestões e auto-sugestões de maneira certa, e se ele conseguir transmitir a fé firme na cura, inculcará uma esperança alegre e uma plena confiança. Especialmente a aplicação de sugestões positivas, de afirmações edificantes ou formulas de propósitos confiáveis pelo paciente, possibilita, muitas vezes, a mobilização de “divisões” de forças curativas, amarradas do subconsciente. Isto então provoca nos processos curativos (físicos e espirituais) o mesmo efeito como o vento num barco de vela, acelerando e ativando. Precisam disto especialmente as pessoas deprimidas, sufocadas, e pessimistas, cujo número hoje sempre cresce, como também muitos, dos que quase não tem mais coragem de pensar em melhora e aqueles que sempre enxergam só o negativo. Eles necessitam urgentemente uma nova e positiva orientação, uma consolidação espírito-mental cheia de confiança e os apoios necessários pelo médico. Para médicos e pacientes o estudo de literatura construtiva e positiva, de conselhos e sugestões tem se mostrado como indicativo e decisivo para achar um caminho [49,50,51,52] .

Além disso, em muitos pacientes, fatores psíquicos são as causas mais profundas de muitas das suas moléstias e problemas, mesmo que não o admitam. Eles somatizam seus problemas psíquicos e somente se queixam de dores intestinais, do coração ou da coluna etc., sem pensar que eles justamente precisam, dentro do ambiente da terapia, uma nova orientação psíquico-espiritual para o futuro, para não atrair logo mais recidivas. Estes pacientes necessitam do médico, capaz de perceber as verdadeiras causas, esclarecê-las e, durante o tratamento médico abdominal tentar transmitir impulsos curadores. Isto vale naturalmente também para o paciente que pergunta pelo sentido maior da vida [53].

Pertence à tarefa mais bonita do Médico-Mayr, proporcionar especialmente aos que sofrem de corpo e alma uma ajuda profunda. Uma ajuda, que penetra muito mais, durante os dias do “baque” espiritual e mental no decorrer do jejum, do que fora dele. Essa ajuda pode transmitir ao paciente um novo sentido da vida e uma nova qualidade de vida àquele quem procura um novo fundamento. M. Gandhi disse: *“Eu posso tão pouco renunciar ao jejum como a meus olhos. O que os olhos significam para o mundo exterior, é o jejum para o interior.”* O beneditino alemão Anselmo Gruen disse: *” O jejum me revela o quem eu sou!* “ Pois a pessoa se liberta do véu da intoxicação, reconhece melhor, que existe ainda algo maior do que ele vê e apalpa.

B. 4.4 Reações Terapêuticas - Crises

- Crises Iniciais
- Reações de Recapitulação
- Reações de Provocação
- Reações de Desintoxicação
- Reações de Déficit Alimentar
- Reações Psíquicas

B. 4.4.1 Crises Iniciais

As crises iniciais acontecem por causa de falta de uma Terapia Preparatória em um terço de todos os pacientes de Internação, de maneira suave ou mesmo significativa. Assim que o intestino não receber mais ou poucos alimentos, ele começa com a limpeza dos poluentes através da ajuda da “irrigação” salina. Isto leva a uma agitação de poluentes e uma maior absorção de toxinas intestinais para o sangue.

Em seguida se apresenta o quadro da autointoxicação, nas diversas áreas, separado ou simultaneamente.

- **na cabeça:** pressão no crânio, dor de cabeça, sonolência, problemas visuais. Em pacientes com enxaqueca pode-se contar, com certeza, com um ataque no primeiro dia da terapia (lavagens intestinais podem prevenir).
- **na psique:** depressões ou agressões. O paciente é deprimido e muitas vezes já quer voltar para a casa na primeira noite. Ou ele é bastante irritado e procura uma oportunidade para explodir, ele “envenena” o ambiente.
- **na parte digestiva:** enjôo, náuseas e vômitos.

Tais crises iniciais sempre são re-intoxicações. Aparecem na maioria das vezes já no primeiro ou segundo dia e demoram poucas horas ou mesmo alguns dias. Sempre são a prova de um grau mais elevado de intoxicação intestinal e com isso indicam a necessidade da desintoxicação.

Terapia:

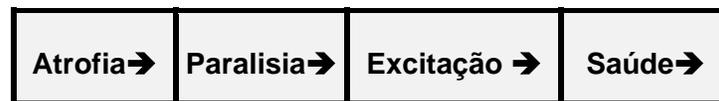
- informar sobre as origens dessas crises iniciais
- tomar bastante líquidos
- tomar outra dose de sal amargo
- uma ou mais lavagens intestinais; ajudam de modo mais convincente e servem também de prevenção; Além disso, provam rapidamente as correlações entre sintomas e causas

- administrar o “**pó contra crise**”

- 1-2 colher. de chá de pó alcalino
- 3 gotas de óleo concentrado de menta ou “óleo japonês”
- 20 gts. de *Crataegus*
em 250 ml de chá de boldo.

B. 4.4.2 Reações de Recapitulação

“O *jejuante recapitula sua anamnese*” (Buchinger). O caminho da cura do órgão adoecido parte de processos patológicos ainda em regeneração, passando pelo estado paralítico não doloroso e em seguida sobre o estado doloroso de excitação até atingir o estado normal (veja A 5.2.4). Neste caso o processo de cura já está em andamento. A reação, na maioria das vezes, desaparece em poucos dias, sem precisar de terapias específicas.



B. 4.4.3 Reações de Provocação

Através da mobilização das forças próprias terapêuticas, processos patológicos, ainda em estado de “parto”, serão ativados de tal maneira, que eles se revelam antes do tempo; assim eles podem ser curados rapidamente. Também focos dentários, áreas de irritação como falta de um dente, cicatrizes, “geloses”, tumores benignos da mama etc. podem dar seu recado. Para isso são indicados meios suplementares de tratamento (dentista, terapia neural de Hunecke etc.).

B. 4.4.4 Reações de Desintoxicação

Elas se mostram muitas vezes em alterações correspondentes da língua com forte cobertura, descoloração e sinais intensivos patológicos como língua acidótica, geográfica, com impressões dentais etc.; também em halitose e odores corporais, rouquidão, irritação e inflamação da mucosa anal e hemorróidas. Nestes últimos ajudam imediatamente as lavagens intestinais, pois elas diluem detritos estercoreais altamente tóxicos e irritantes. Também eflorescências da pele, especialmente como brotoeja, se formam a partir de eliminação de substâncias ácidas e irritantes. Elas podem ser afastadas rapidamente através da administração de bases, via interna e externa. Taquicardia noturna normalmente é causada por uma sobrecarga ácida do miocárdio, conseqüência dos processos desintoxicantes do organismo. Ela chama por uma administração maior de bases e sais minerais alcalinizantes de Sódio, Magnésio e etc.. Eventualmente pode-se usar *Crataegus* para melhorar a circulação do miocárdio.

B. 4.4.5 Reações de Déficit Alimentar

Em pacientes com uma deficiência manifesta ou latente de sais minerais, especialmente sódio e magnésio, apresenta-se normalmente, já na primeira semana terapêutica, uma síndrome de deficiência:

Em posição de decúbito, apresentam-se câimbras dolorosas na região das nádegas e das pernas, as quais não ocorrem durante a deambulação !. Pode-se eliminar essa reação totalmente, dentro de um a três dias, aplicando sódio e magnésio, via oral ou no caso de má absorção, via parenteral.

Em todos os casos, deveria-se pesquisar a causa desta deficiência mineral, na maioria das vezes já presente antes do início da terapia. Especialmente a síndrome que aparece já na primeira semana, é indicativa para este fato. Como causa, deve-se pensar na má nutrição, **consumo demasiado de açúcar**, de **alimentos crus** com dispepsia fermentativa, de **café** (provoca forte diurese), álcool (poliúria de magnésio), estresse, medicamentos (laxantes, diuréticos, antihipertensos etc.). Além disso, um grande papel tem o empobrecimento de sais minerais dos nossos alimentos vegetais, através da chuva ácida (des-alcalinização), fertilizantes dos solos, poluição do meio-ambiente etc.. Para muitos pacientes então uma terapia preventiva com administração de sódio e magnésio, já desde o início da terapia, é importante.

B. 4.4.6 Reações Psíquicas

Problemas psíquicos, já provenientes do tempo anterior à terapia, aparecem muitas vezes de maneira aguda e exigem atenção terapêutica. Muitas vezes surgem também pesadelos como sinais de acontecimentos vivenciados e problemas reprimidos. Tais sonhos, muitas vezes angustiantes, aos poucos modificam-se e tornam-se mais alegres, até desaparecerem totalmente. O subconsciente evidentemente trabalha tais problemas durante a terapia e os resolve. As auto-sugestões positivas podem ser uma ajuda significativa neste propósito.

Um lado muito positivo e alegre é a euforia terapêutica. Ela se mostra em um sentimento feliz de liberdade, leveza e de bem estar, que torna a pessoa toda alegre, serena e leve. Ela é experimentada por uma grande parte dos pacientes, quando a purificação interior conseguiu avançar de modo suficiente.

B. 4.4.7 Outras Reações

Não raras vezes acontece uma baixa de pressão sintomática, por causa de uma certa desidratação do organismo. Em hipotônicos a pressão arterial pode cair abaixo de 80/50. Valores mais baixos nunca foram observados. Nesses pacientes a administração freqüente de muitos líquidos é muito importante, como também movimentos ao ar livre e doses suplementares de sal marinho. Às vezes são indicados também chá de alecrim e *Veratrum album* D4 ou semelhantes.

B. 4.4.8 Dor jejunal (Hipoglicemia)

A dor jejunal é causada pela sobrecarga ácida do duodeno, onde normalmente acontece a troca do ambiente ácido para o alcalino. No caso de uma sobrecarga de ácidos, haverá uma produção grande da secreção alcalina do pâncreas, que por sua vez estimula também a produção da sua porção endócrina. Isto é devido a uma maior produção de insulina, que resulta em hipoglicemia e em dor jejunal.

Terapia: a administração suficiente de pós alcalinos tira imediatamente a dor jejunal, que então não aparece mais durante o tempo da terapia.

B. 4.4.9 Cólicas biliares e renais

As ativações das funções podem levar às vezes também a cólicas renais ou da vesícula biliar. Neste caso um aplicação intravenosa de espasmolíticos provocam normalmente um aborto espontâneo.

B. 4.5 Regras para uma Dieta Branda Racional e Permanente

Coma o que você consegue digerir facilmente e aquilo que você não consegue digerir facilmente - então não o coma.

Hipócrates

Mayr gostava de citar um ditado da Áustria: “A comida que o ferreiro assimila bem, despedaça o alfaiate”. Com isso ele queria demonstrar como a alimentação ideal diverge para cada indivíduo.

Por isso:

A alimentação ideal sempre é alimentação individual.

A alimentação ideal depende principalmente da força digestiva, que diverge notavelmente em cada indivíduo conforme sua constituição, idade, capacidade física e do grau atual de sua deterioração digestiva (enteropatia).

Deve-se alertar sobre as inúmeras doutrinas e escolas alimentares, que afirmam, só elas, “salvam a todos”; do vegetarianismo rigoroso, da macrobiótica, do “fit for life” e mesmo de dietas rígidas da alimentação natural e integral. Muitas vezes elas provocam melhorias subjetivas resultando em efeito de mudança, mas levam finalmente - isto pode demorar anos - a uma piora do estado geral, que pode ser comprovado de modo subjetivo e objetivo (diagnóstico Mayr).

Prof. Pirlet

A medida de toda dietética não é apenas a qualidade biológica do alimento, mas também a situação digestiva de cada pessoa.

Os nossos paciente recebem as seguintes orientações:

- *Observar a cultura alimentar segundo Mayr;*
- *“Comer de manhã como um rei, ao meio dia como um cidadão e à noite como um mendigo”;*
- *Tomar bastante líquido;*
- *Evitar os erros cardinais da alimentação (tarde demais, rápido demais, doce demais, freqüente demais, muito, pesado demais);*
- *Nenhuma recaída para os erros da cozinha burguesa corriqueira (alta ração protéica, sobrecarga de lipídios, carboidratos refinados, álcool, café, frituras, tostados, milanesas, carne de porco, óleos refinados, produtos industrializados etc.);*
- *Nada de alimentação, tipo multimistura, na qual se oferecem tipos variados de alimentos em uma única refeição. Esta dificulta a digestão.*

Nossa alimentação regular deve conter tudo que a pessoa precisa e deve ter as seguintes qualidades:

- ser leve, facilmente digestível e de alto valor biológico;
- de composição equilibrada sob o conceito do metabolismo alcalino-ácido;
- de tal preparação técnica culinária que ela facilite a assimilação dos nutrientes e os conserve o máximo;
- de sabor agradável.

A informação e motivação do paciente sobre a nova orientação alimentar devem acontecer logo em seguida à dieta intensiva durante a conclusão da terapia. Como este tempo justamente é o mais difícil de toda a terapia, um acompanhamento mais intensivo se torna aqui necessário.

A Terapia Mayr não se limita à execução terapêutica bem sucedida, mas também quer alcançar hábitos mais saudáveis para o tempo posterior. Como para muitas pessoas uma recaída em hábitos antigos e errados é bastante comum e como a compreensão do ambiente do paciente ainda não ultrapassou o estágio infantil, a repetição de informações, como também a repetição da Terapia MAYR tem importância decisiva.

O problema que uma modesta refeição traz, não é a fome. Ela praticamente não incomoda ou não existe. O real problema está na sociedade, especialmente nas oportunidades sociais de comida e bebida. As refeições são acompanhadas por um ambiente emocional, de conversações e

pensamentos, que acontecem durante um processo mesmo ritual. Facilmente as pessoas passam por cima do necessário, especialmente se alguém não se tornou imune contra tais mecanismos.

B. 4.6 Duração da Terapia, Complicações e Casos de Morte

Decisivo para a escolha do grau de intensidade da terapia é a avaliação diagnóstica do paciente, especialmente seu grau de vitalidade (tônus da pele). A Terapia-Mayr de Internação demora 3 a 5 semanas, seguida por uma terapia ambulatorial de mais 4 semanas com a dieta Branda Derivativa. Uma terapia ambulatorial sozinha com tempo preparatório e de conclusão, necessita normalmente mais tempo.

A terapia ambulatorial mais longa que o autor dirigiu, demorou 154 dias, isto é 22 semanas (dieta Pão-Leite o tempo todo com apenas 4 semanas de dieta Branda Derivativa):

Caso Clínico

Contabilista, 29 anos, 140 kg de peso e 190 cm de altura, face cianótica, estava programado para uma operação numa clínica universitária por causa de uma dilatação acentuada do coração com insuficiência das válvulas. O homem, já há três anos sem trabalho por invalidez, porém preferiu “fugir” para submeter-se a uma Terapia Mayr. Como melhorou de semana para semana sentindo-se subjetivamente também cada vez melhor e como ele não tinha nenhuma vontade para comer (mudança para a alimentação interior), iniciou-se a conclusão terapêutica somente após 18 semanas. O paciente perdeu 40 kg de peso e todas suas queixas cardiais desapareceram

Antes de sua terapia, não era capaz de passear na rua sem paradas repetitivas. Por causa de sua invalidez se viu forçado a ganhar a vida, vendendo literatura pornográfica. Depois da terapia, então, tornou-se agora o melhor agente de uma empresa de seguros com visitas domiciliares, dominando sem problemas até prédios altos sem elevadores.

Após uma repetição terapêutica de 4 semanas (dieta Pão-Leite) o paciente alcançou menos de 90 kg e se sentiu com plena capacidade física.

Tal duração de terapia com dieta Pão-Leite, em pacientes muito obesos e de boa vitalidade, sob controle regular do médico e de tratamento abdominal, não representa nada de milagroso. Também com Dr. Mayr, terapias de Pão-Leite de 6 meses não eram raridade. Outra coisa é o jejum rigoroso. O pioneiro alemão de jejum, Otto Buchinger, estabeleceu um tempo ideal de três semanas (com cerca de 200 Kcal/dia com caldo de legumes e suco de frutas). Os jejuns segundo Buchinger incluem hoje normalmente 14 a 29 dias [56].

Em casos especiais com adiposidade extrema já foram aplicadas terapias de jejum mais prolongados. Assim Möller deixou jejuar um doente crônico 65 dias, Dewey um outro por 70 dias, Hayard 75 dias, Darrington 79 dias, Fahrner 161 dias e isto com sucesso. Ditschuneit e Pfeiffer relatam de um paciente com 180 dias de dieta zero e Thompson (EUA) mesmo de um período de jejum de 249 dias [56].

É óbvio que tais terapias extremas devem ser dirigidas por médicos muito experientes em jejum, pois não se pode correr o risco de um mau êxito.

Relatam-se casos mortais com insuficiência cardíaca em tais terapias maratonas nos EUA. Nestes casos de pacientes com uma obesidade tão exorbitante, mudar-se-ia, Segundo Mayr, mais cedo do jejum de chá para a dieta de Pão-Leite. É preferível repetir tais terapias com curta duração por mais vezes.

Não resta nenhuma dúvida, que terapias intensivas, mal dirigidas, possam representar aventuras perigosas. Isto vale também para qualquer outra terapia intensiva, mas dirigida erradamente.

A sobrevivência de pessoas com peso normal consta, sob coerência total de alimentos e conforme as reservas energéticas, entre 60 e 80 dias. Fahrner relata de dois prisioneiros irlandeses que morreram em consequência de greve de fome, um após 63, o outro após 72 dias [56].

O autor dirigiu, durante seus 43 anos de experiências, 35000 terapias de internação e ambulatorial, tendo presenciado um único caso de morte. Tratou-se porém de um suicídio por medicamento, cometido por uma jovem farmacologista por causa de uma história trágica de amor. Sua morte não tinha nenhuma relação com a terapia, a qual ela tinha respondido antes sem problemas.

Nos últimos anos, porém, aumentam casos de pacientes mais idosos e mais complicados, que mesmo bem examinados apresentam problemas poucos transparentes. Entre eles há possibilidade de existirem pacientes, cujo "horário interior" já vem se inclinando, e nos quais uma catástrofe já se encontra em pleno percurso. Nesses casos uma Terapia Branda Derivativa deve impedir o pior, mas nem sempre se evita, que um tal paciente morra durante a permanência na clínica, por causa de esforço indevido e contra todos as advertências médicas.

Segundo Fahrner, morreram 4 dentre 40000 pacientes durante o jejum na Clínica Buchinger, todos de insuficiência cardíaca aguda. Todos eram obesos e forte fumantes. Três morreram durante uma caminhada pesada e um, tomando banho de banheira. Todos foram induzidos pela melhora de seu estado de saúde a exercer suas forças, além do permitido.

Pode-se perguntar, se uma terapia com suplementos de pós alcalinos, talvez pudesse ter impedido uma ou outra morte. Especialmente com os fortes fumantes, existe sempre uma acidose do miocárdio, que pode levar então a morte súbita cardíaca, em conjunto com uma sobrecarga de acidose jejunal, catabolismo de nicotina e esforços físicos (acidose láctea). Por isso recomendamos sempre a prevenção com bases.

Não raras vezes acontecem na Terapia Mayr surpresas desagradáveis e dificuldades inesperadas.

Caso Clínico

Um paciente marcado pelas moléstias de sua idade e já bastante abalado, chegou para uma terapia de três semanas. No exame inicial revela-se sua idade e o motivo da sua vinda. Tem 96 anos e quer ultrapassar os 100 anos. Recebe a Dieta Branda Derivativa 3, uma pitada, apenas, de sal amargo para 250 ml de água para uma semana, terapia manual do abdômen e muito repouso. Felizmente não houve nenhuma incidência problemática da terapia. Uma forma mais severa de terapia, porém, não seria recomendável.

Caso Clínico

Em um paciente com 68 anos, aparecem no 2. dia uma notável desorientação e grande dor de cabeça. A pressão arterial subiu de 230/115 para 280/160 com causa desconhecida. O paciente foi transferido imediatamente para o hospital, na qual ele permaneceu na UTI durante 3 semanas. Obteve alta com uma pressão de 180/100, sob medicamentos. Com isso, os medicamentos foram lentamente reduzidos até uma única dose de betabloqueadores por dia. Obteve alta com uma pressão de 160/80 num estado muito satisfatório.

Caso Clínico

Numa paciente de 70 anos, com dieta Pão-Leite, apareceram de repente no 11. dia uma sonolência crescente, uma fala sem dicção, e finalmente estados paralíticos. Como o estado paralítico piorou rapidamente, ela foi transferida para uma clínica neurológica. Finalmente foi descoberto um hematoma epidural com hemorragia. Na anamnese a paciente omitiu mencionar que, um ano atrás, tinha sofrido uma queda na cabeça, praticando esqui. O hematoma atingiu justamente durante a terapia um tamanho, que provocou o estado paralítico por pressão. Após operação o paciente ficou sem sintomas. Infelizmente aconteceram hemorragias das suas frágeis artérias cerebrais, que piorou novamente o seu estado.

Caso Clínico

Numa paciente de 58 anos, que já sofreu uma vez um pequeno ataque apoplético, aconteceu no terceiro dia uma hemiplegia do lado direito. Ela imediatamente foi transferida para uma clínica neurológica. Felizmente ela voltou sem sintomas, após duas semanas, medicada por Arnica e pós alcalinos e ela continuou com a Terapia Mayr.

Caso Clínico

Paciente de 71 anos, obeso com um meteorismo extremo, queixou-se após uns dias de Pão-Leite de dores no abdômen esquerdo. Pequenas lavagens intestinais trouxeram alívio. Ele teria sido examinado pelo urologista recentemente e tudo teria sido O.K. Várias vezes por dia teria eliminado fezes e urina, e a aplicação de calor o agradava. Como a palpação do cólon descendente não era dolorosa (eliminação de uma diverticulite) e o abdômen inferior tornou-se, no seu meio, cada vez maior e distendido, o paciente foi transferido para uma clínica urológica, onde foi diagnosticada uma hipertrofia da próstata, causando uma enorme retenção urinária. Alguns dias após a punção da bexiga, efetuou-se a ressecção transuretral da próstata. Duas semanas depois, o Paciente podia continuar a Terapia Mayr. O seu estado geral melhorou profundamente.

O caso mostra, que pouco pode-se basear nos relatos dos pacientes.

Caso Clínico

Num paciente de 72 anos, que já se submetera algumas vezes à Terapia Mayr, por causa de problemas cardíacos, palpa-se no 5. dia da sua dieta Pão-Leite uma resistência dura no cólon ascendente. Um achado semelhante é comum em caso de pedras estercorais, que se altera após alguns dias. Encontrou-se, porém, o mesmo achado no 6. e no 7. dia. A radiografia confirma o diagnóstico suspeito de um carcinoma no cólon ascendente (8 cm de comprimento). O paciente continua ainda com a dieta Pão-Leite por mais alguns dias (como preparação para a operação) e logo mais foi operado. Desde lá (4 anos) ele repetiu a terapia duas vezes e se sente bem.

Tais e outras surpresas podem acontecer durante a terapia, tornando-se necessário realizar imediatamente todos os requisitos diagnósticos em caso de dúvida .

B. 4.7 O paciente Atrófico e de Baixo Peso

É na tempestade que se conhece um bom piloto.

Seneca

Enquanto nas clínicas comuns de jejum encontram-se preponderadamente pacientes obesos, a composição nas clínicas Mayr, vai da adiposidade extrema até o peso extremo baixo. Na maioria das vezes dois terços dos pacientes não são obesos ou só um pouco. Eles vêm por causa de transtornos digestivos, patologias metabólicas e circulatórias, incompatibilidades nutricionais, alergias, problemas do aparelho locomotor, de pele ou simplesmente por se sentir doentes sem ter encontrado causas e motivos. Uma grande parte vem por que a última terapia teria trazido coisas mais positivas do que as melhores férias. Ou seria tempo para fazer outra “revisão geral para o corpo e alma”.

De modo geral a terapia dos pacientes robustos, vitais, atléticos e dos pícnicos com suas reservas biológicas energéticas se torna mais fácil do que dos astênicos com subpeso e muitas vezes empobrecidos em vitalidade.

Nos astênicos e leptossômicos, porém, deve-se diferenciar, entre os magros, com uma enorme robustez, capacidade energética e resistência (os fisicamente ativos segundo Hunter [58]) e suas formas transitórias deles para os “magrelos”, continuamente adoecidos, miastênicos, muitas vezes “altões” com postura típica de sentido, costas arredondas e gasteroptose, que se estende até a pélvis minor. Borborismo gástrico e um ceco barulhento (sinais de enterite), abdômen fecalóide inflamado, edema da raiz mesentérica etc. são indicativos de uma **constituição de fragilidade digestiva hereditária**.

O critério principal na avaliação de um paciente de baixo peso está no tônus da pele e os achados do diagnóstico abdominal. Quanto mais fraco o tônus e quanto mais notável a atrofia, tanto pior é o estado do paciente e tanto mais notáveis estão sua má-digestão e absorção.

Neste sentido deve-se diferenciar entre os relativamente astênico vitais e os altamente atróficos.

Nos últimos, com seu estado metabólico quase catabólico, não pode-se esperar muita coisa de uma terapia dietética mais severa. Antes pode-se temer outra perda de peso. Em vez disto, recomendamos em tais casos uma terapia de tempo demorado em passos pequeníssimos; talvez com muitíssimas pequenas refeições (veja 3.6). Com isso, não deve-se administrar por dia mais alimentos na soma, mas a mesma quantidade dividida em muitas refeições. Além disso recomenda-se uma transição lenta para a dieta separativa segundo Hay [3], evitando o consumo simultâneo de proteínas e carboidratos, o que resulta em alívio do intestino.

De modo geral, vale para todas as pessoas com aparelho digestivo frágil, principalmente os atróficos: que eles necessitam urgentemente toda pluralidade de nutrientes vitais. Mas devem aplicá-los de maneira que alcancem uma boa assimilação, a mais completa possível. Deve-se observar:

Quanto maior a “multi-mistura” dentro de uma refeição, isto é, quanto mais pratos se servem, tanto mais difícil se torna a assimilação e absorção. Quanto menor a refeição e quanto menor a mistura dos alimentos nela contida, isto é, quanto mais modestos e sem mistura, tanto mais fácil se tornam a digestão e absorção.

A atrofia da pele é um critério seguro para um déficit de substâncias minerais no tecido. Na maioria das vezes ela é causada pela má absorção. Por isso recomenda-se a administração de uma quantidade razoável de sal marinho para cada refeição. Ele sempre é bem tolerado pelo atrófico e fortalece seu estômago hipo- e atônico. Além disso as substâncias amargas alcalinas em forma de chás, atuam como estimuladores das glândulas digestivas. Isto melhora por sua vez a capacidade da absorção. A administração oral de pós alcalinos é indicada e talvez também a de vitaminas; se for necessário, também por via parenteral, para eliminar déficits maiores.

Com a terapia de longa duração, bem dirigida, conseguiu-se, no extremo atrófico, aos poucos, um fortalecimento do aparelho digestivo, da sua capacidade energética e uma melhora básica do seu estado geral.

Nos magros menos atróficos e mais vitais, recomendamos normalmente a dieta Derivativa branda desde o início. Somente em casos de fortes alterações inflamatórias (abdômen fecalóide inflamado, defesa muscular, edema da raiz mesentérica) ou em moléstias agudas, retornamos brevemente para uns dias à dieta Pão-Leite com sal marinho. Depois voltamos, passo a passo, para a dieta Branda Derivativa. Nestes pacientes existe, muitas vezes, uma incompatibilidade ao leite ou ao trigo. Devem-se então prescrever alternativas,

leite de cabra ou papas de aveia. Como simples método diagnóstico, mostrou-se a “kinesiologia” aplicada (applied Kinesiology, [55]).

Em princípio, por causa de sua alta necessidade de saúde, o paciente atrófico e de baixo peso é não somente um paciente consciente, mas até fanático. Ele tende para o exagero, e preferiria fazer um jejum total e prolongado ou ao menos ficar na dieta Pão-Leite por tempo extremo. Como isso, ele se sente especialmente bem e livre de sobrecargas digestivas. Não deve-se, porém ceder a este desejo, por que uma proteção intensiva o leva rapidamente a uma hiper-proteção, sendo sempre acompanhado por um hiper-sensibilidade contra todos os demais alimentos menos protetores. Qualquer pedaço de uma refeição adicional fica então, por tempo prolongado, no estômago “como pedra”, especialmente se a dose de sal marinho tiver sido insuficiente. (“Açúcar torna mole as mucosas, sal as robustece”).

Como o atrófico, além de sua magreza, tem facilidade para perder peso, então seu entusiasmo inicial muda rapidamente para um profundo desespero.

Na escolha de dosagem dos sais salinos deve-se proceder individualmente. Muitas vezes o sal de Karlsbad é mais suave e mais oportuno que o sal amargo. A irrigação com sais salinos somente é favorável por curto tempo; o paciente atrófico não pode se “esgotar”! Muitas vezes lavagens intestinais relaxantes com água bem morna com sal ou bases, se torna melhor do que a irrigação com sais salinos. Aplica-se 2 colheres das de chá de sal ou de pós alcalinos para 1 litro de água.

Em todos os casos difíceis com uma fragilidade do aparelho digestivo uma terapia de longo prazo se torna indispensável

Deve-se entender, neste sentido, a terapia como curso iniciante, na qual é introduzida uma nova orientação para uma dieta duradoura contínua, leve e facilmente digestível. Além disso, associamos sal marinho, bases e outras substâncias minerais como suplementos e outras terapias como homeopatia, balneoterapia etc.

O atrófico não deve viver como vegetariano por tempo demorado, por que ele precisa também de alguma proteína animal, por causa de sua capacidade defeituosa de assimilação. Ele deve evitar todos os produtos, principalmente de difícil digestibilidade. Ele não os suporta por tempo prolongado e eles lhe causam mais problemas do que benefícios (toxicose intestinal).

O médico de pouca experiência com a Terapia Mayr deve tratar o atrófico somente com a terapia de longo prazo ou transferir o paciente para um colega mais experiente.

Às vezes, a terapia de pacientes magros e altos, praticamente de peso normal, a maioria homens, pouco vitais e levemente atróficos, pode ser difícil, quando o seu peso cai rapidamente. Perdas rápidas e grandes de peso se devem a uma alta acumulação de líquidos nos tecidos, demonstrando assim um mau estado de saúde. É uma vantagem da terapia preparatória, poder reconhecer tais pacientes através de uma perda de peso de 4-6 kg dentro de uma semana. Se não houver uma adiposidade, deve-se sempre evitar dietas intensivas em tais pacientes. Uma outra perda de peso rápida e grande não seria tolerada pelo sistema vegetativo. O resultado seria um nervosismo

crescente, cansaço, fraqueza, irritação, depressão e às vezes também ataque de “choro sem razão”.

Isto pode-se evitar, se após a terapia preparatória, somente a dieta Branda Derivativa é aplicada, eventualmente também um sal salino mais suave e sempre se prescrever doses de sal marinho. O Tratamento manual abdominal deve acontecer nestes casos problemáticos diariamente. Deve-se relembrar que o efeito da Dieta Branda derivativa com eles, pode ser tão intensivo como o jejum de chá nos outros. Com isso, se alcançam resultados totalmente satisfatórios.

Para o atrófico, que precisa investir mais paciência e esforço para a sua saúde, vale a frase :

Você não sabe que aqueles, que possuem por natureza um corpo mais frágil, então, quando o exercitam, se tornam mais fortes e ganham mais resistência, do que os mais fortes, que se descuidam.
Sócrates

B. 4.8 Doenças Reumáticas

*O tempo livre apenas torna livre a pessoa
pra futebol, televisão e comilança boa.*

E. Roth

Reumatologistas não vêm - além da gota e adiposidade - nenhuma possibilidade de influenciar as patologias reumáticas. Isto não é de se admirar, quando se conhece a comida dos hospitais para os pacientes reumáticos internados. Sem dúvida, porém, há uma grande influência da alimentação nos processos metabólicos, no metabolismo da musculatura, dos tendões, da cartilagem e dos ossos. Na medicina popular o reumatismo, a osteoporose e a gota valem como doenças “acidóticas”, nas quais as proteínas animais, especialmente carnes, devem ser evitadas.

De fato, cada terapia intensiva e desacidificante, com pós alcalinos, revela-se como uma terapia básica nos processos reumáticos. Ela é especialmente importante durante a terapia, controlando regularmente o pH da urina (deve indicar ao menos pela manhã o valor de 7,5) através de uma alta dosagem de bases (até 6 colheres de chá por dia). A forte acidose jejunal nas pessoas reumáticas se deve não somente à presença de cetonas, mas basicamente ao ácido úrico, libertado dos tecidos. A administração de bases pode prevenir ataques de gota. Em caso de altos valores iniciais de ácido úrico mantenha-se a medicação contra gota, de cautela. Normalmente pode-se dispensar essa medicação após 2-3 semanas de terapia sem problemas. O valor de ácido úrico no sangue aumenta no início da purificação, baixando notavelmente aos poucos - após 10 dias aproximadamente - e chega no fim da terapia bem abaixo do valor inicial. Para o longo prazo, o reumático precisa de uma alimentação modesta, rico em bases, de preferência lacto-vegetarianos. Alimentos acidificantes devem ser evitados ou combinados com uma

sobrecarga de doadores de bases. Combinações comuns, como carne com arroz ou massas, doadores de ácidos com outros doadores acidificantes, então, são erradas e devem ser substituídas por uma combinação racional de alimentos doadores ácidos com alcalinos. Além disso, o reumático precisa de muito líquido, bastantes movimentos, cuidados regulares da pele (sauna, banhos lixivantes [24], ducha quente-fria, um dia alcalinizante por semana (um dia, no qual se tomam somente alimentos alcalinos e alcalinizantes, em quantidades moderadas, comendo conscientemente e com cultura alimentar; por exemplo. batata com casca sem sal com um pouco de manteiga ou um pouco de salada).

Em todas as patologias reumáticas devem ser eliminadas áreas de bloqueio energético (cicatrizes), focos tóxicos (dentes, tonsilas, anexos, etc.) e outros processos inflamatórios.

Reumatismo do tecido mole, geloses, celulite dolorosa etc. normalmente são indicações de sucesso terapêutico gratificante. Todas as fisioterapias agem durante a terapia de uma forma mais intensiva, pois as substâncias tóxicas mobilizadas por elas, são facilmente eliminadas durante os processos desintoxicantes da Terapia Mayr. Assim, elas não são mais depositadas em outros tecidos. Isto pode ser verificado no peso específico da urina pós-massagem. O efeito de “poluentes-ping-pong”, isto é a mobilização de poluentes durante a massagem e sua deposição repetida em outros depósitos, é evitada nas massagens praticadas numa terapia desintoxicante.

Processos reumáticos articulares mais leves são facilmente melhorados na maioria dos casos. Desinchação, reversão da estase, alívio da dor ou sua eliminação conseguem-se normalmente já após uma ou duas semanas com uma melhora grande da motilidade. Os casos mais graves são mais difíceis. O campo de ação da Terapia Mayr está mais na prevenção e no tratamento de processos leves até a moderados, não na terapia de casos demasiadamente avançados.

Poliartrite crônica, doença de Bechterev e de Reiter e todos os outros processos reumáticos não possuem uma sintomatológica, etiologia e patogênese uniforme. Eles respondem, então, de maneira diversa à terapia dietética intensiva. O prognóstico depende não somente da intensidade e do tempo de uma doença, mas também da capacidade reativa da força vital do paciente e da extensão, na qual transtornos nutritivos, digestivos ou metabólicos fazem parte como agentes causais principais ou parciais. No pior dos casos, o processo patológico já se mostrou tão independente, que não se deixa mais influenciar pelo melhoramento dos transtornos metabólicos, que sempre participam nesse processo.

Neste sentido Lützner conclui:

- Uma poliartrite pode depender da nutrição de 20%, 40% ou 80%. Não existe um teste laboratorial que consegue prever isto.
- Nem cada poliartrite pode ser influenciada pela dietética, mas uma terapia desintoxicante alivia sempre o metabolismo e isto leve quase sempre a um alívio também da dor.

- Casos novos com uma reserva suficiente de peso e vitalidade são altamente bem influenciados pela terapia.

Contra-indicações: estado nutritivo catabólico, estágios terminais, medicação de altas dosagens de corticóide e idade avançada.

Caso Clínico

Dentista, 48 anos, doença de Bechterev. Seu tronco é bastante inclinado para frente. Entra no consultório andando de costas, desculpando-se que desta maneira sentiria uma maior segurança do que no passo normal. Após 10 semanas de dieta Pão-Leite o seu tronco está bem mais erguido. O paciente se sente notavelmente mais aliviado de dor e anda agora normalmente de frente sem problemas. Na sua opinião as melhoras ultrapassaram de longe suas maiores esperanças.

Infelizmente não se pode contar com resultados bons em todos os casos graves. Mas pode-se esperar um alívio nítido, uma melhora da mobilidade, uma alívio da dor e uma interrupção da progressividade de tais processos. Essencial, então, é a terapia já descrita com suplementos e um dia de alimentos alcalinizantes. Como a pele da maioria dos pacientes reumáticos é quase incapacitada para a eliminação, desintoxicação e sudorese, todas as medidas que estimulam a função da pele, são de suma importância: **Banhos lixiviantes** [24], banhos de vapor, sauna, ducha quente-fria “ducha demorada” etc.. Casos graves de reumatismo devem tomar um banho lixivante **por dia!**

B. 4.9 Argumentos contra a Terapia Dietética Intensiva

O Médico-Mayr deve conhecer os argumentos contra o jejum para combater a insegurança dos seus pacientes. Está na natureza humana adquirir desconfiança ou aversão contra medidas disciplinares. Relatos ou argumentos entusiásticos a favor do jejum, tornam o ouvinte, que não está preparado, muitas vezes um pouco inquieto ou agitado. É bom avisar pacientes entusiasmados de que não devem querer salvar sem distinção os outros, agindo como “missionários da Terapia Mayr” . Pelo contrário, se vêem de repente frente à zombaria ou até reações agressivas, especialmente daqueles ouvintes que precisamente necessitariam de mais uma terapia. Normalmente são facilmente conhecidos por seus enormes abdomens gaso-fecalóides ou por outros sinais, gritando assim literalmente por uma Terapia Mayr.

Quanto mais conhecida se torna a terapia de jejum e quanto mais se espalha seu sucesso, tanto mais se acham relatos distorcidos nos meios de comunicação. Ataques bem dirigidos provêm também sempre dos mesmos ecotrofologistas ou nutricionistas. Eles afirmam, que “o jejum não presta para a saúde” ainda mais que “o jejum pode levar a uma perda perigosa de proteína colocando em risco a função biológica do corpo” [60].

Pode-se verificar facilmente acerca das afirmações aqui apresentadas, que os autores não possuem conhecimentos, nem teóricos nem práticos, dos métodos europeus mais importantes de jejum (Mayr, Buchinger). Não podemos ficar calados sem argumentar contra tais graves acusações, discriminando a mais nobre das terapias naturais, o jejum.

Sob orientação de um médico treinado, não existe dúvida sobre a assimilação e auto-condução do organismo durante o jejum. O organismo conhece muito bem o sentido hierárquico e o valor de suas estruturas. Ele se livra, então, primeiro apenas dos fluidos teciduais supérfluos, carregados de poluentes, e se esvazia de substâncias desnecessárias e facilmente catabolizadas, oriundas dos depósitos super-cheios. Antigas sujeiras intestinais e aglomerações teciduais são eliminadas, gorduras desnecessárias derretidas, o que demora tempo demais para o jejuante, e finalmente poluentes, mais antigos e difíceis para serem removidos, chegam à excreção. O próprio jejuante pode reconhecer isto, ver, cheirar e constatar em pouco tempo um sentimento sem engano de alívio e de libertação.

No entanto, se a abstinência alimentar perdurar por tempo demasiado, de maneira que suceda já uma fome nociva e não um jejum terapêutico, então são atingidas finalmente estruturas vitais, como em tempos de catástrofes de fome ou greve de fome. Mas isso absolutamente não tem nada a ver com o jejum terapêutico.

O jejuante demonstra na sua primeira semana uma eliminação nítida de nitrogênio na urina de 24 hs. Essa diminui cada vez mais. Ela não resulta do catabolismo nocivo de proteínas vitais, mas do esvaziamento bem-visto dos depósitos cheios de proteínas. Segundo Prof. Heine, também os resíduos protéicos, chegam a ser eliminados, aqueles que foram armazenados nos depósitos de proteínas e na velhice, aqueles insuficientemente catabolizados por meio de enzimas, como também os antígenos, restos bacterianos e toxinas, desativados por sua ligação protéica. Uma coisa mais útil para o organismo não pode ser desejada.

Conforme uma estatística do jejum de acordo com o método Buchinger, a eliminação do nitrogênio na urina de 24 hs consta assim [59]:

| | | | |
|--------------|--------|---|------------------|
| na 1ª semana | 13 g N | ≅ | 81 g de proteína |
| na 2ª semana | 6 g N | ≅ | 37 g de proteína |
| na 3ª semana | 4 g N | ≅ | 25 g de proteína |

Este resultado mostra, que o organismo jejuante elimina com o tempo sempre menos proteína, logo após o catabolismo de grandes partes dos seus depósitos. Na fase de conclusão terapêutica, já encontra-se um balanço nitrogenado positivo como sinal do anabolismo protéico.

A perda de proteína em três semanas de jejum e uma semana de conclusão, fica em torno de 600-700 g no homens e 500 g em mulheres obesas, então cerca 5 % da capacidade total de proteína [69]. Para os tempos de um consumo alto de proteína por parte de uma população industrializada significa isso um alívio bem sucedido terapêutico. Nesse sentido, os pacientes demonstram resultados saudáveis de laboratório e do diagnóstico Mayr como também dos achados subjetivos, uma melhora de saúde como ela nunca poderia ter acontecido, se ela tivesse se baseado em perdas perigosas de proteína.

B. 4.10 Experimentos Orientadores com Animais

É mais difícil destruir uma opinião preconcebida do que um átomo.

A. Einstein

Quando se retira de preás qualquer alimentação até sua morte, então mostra-se o já referido catabolismo protetor em estado de fome: primeiro serão catabolizados o tecido gorduroso, depois o tecido subcutâneo e a musculatura, segue então o espaço intersticial dos órgãos e por fim as áreas vitais como o SNC [61].

Um zoólogo do jardim zoológico de Londres relata, que antigamente morreram os animais de presa, após duração demasiada curta de vida. Também outros animais morreram cedo demais. Isto mudou de repente quando os deixavam sem comida durante 2-3 dias por semana. Os animais se tornaram mais ágeis e alcançaram desde lá uma duração mais longa de vida.

Se processos degenerativos dependentes da idade pudessem ser adiantados e se a duração da vida pudesse ser prolongados, esta questão dificilmente poderia ser respondida através de experimentos em pessoas. Pesquisas apropriadas demorariam 50 a 100 anos e com isso, mais tempo que a vida profissional de um pesquisador. Em animais, isto se torna mais fácil. Já experimentos de 2-3 anos, podem fornecer informações, se e como, pode ser proporcionada uma vida mais longa e uma saúde duradoura.

Desde os experimentos clássicos de abstinência alimentar com ratos de C. M. McKay (“The effect of Diet upon Aging” [62]), numerosos pesquisadores americanos têm se ocupado, a partir de 1930, com o aumento da duração de vida de diversos animais. Eles chegaram a conclusão que uma alimentação perfeita, composta de todos os nutrientes necessários, vitaminas, aminoácidos essenciais, ácidos graxos e sais minerais, somente leva a um prolongamento de vida, quando ela é administrada em quantidades calóricas bastantes reduzidas. Uma tal dieta intensiva, chamada também de “**subnutrição sem má-nutrição**”, consta em administração regular de alimentos hipo-calóricos ou em dias intermitentes de fome. Conforme a convicção dos pesquisadores os resultados de uma tal dieta podem ser aplicados com uma grande certeza às necessidades humanas.

Os pesquisadores Carlsson e Hoelzel deram ao seus ratos, normalmente nutridos, a cada dois ou três dias, nenhuma ração . Como isso, conseguiram um prolongamento de vida em torno de 20 a 30% [63].

Morris Ross do Instituto de Pesquisa de Câncer em Philadelphia - EUA, constatava uma expectativa máxima de vida de 1000 a 1099 dias em ratos, com ração normal. Com dieta intensiva os animais viveram 1600 a 1699 dias a mais. Isto é um aumento de 60 % [64].

C. H. Goodrick do Instituto Americano Para Pesquisas Geriátricas constatava uma expectativa de vida de 630 dias em ratos normalmente alimentados, enquanto os ratos, que se submeteram a cada três dias a um jejum total, viveram em média 980 dias. A expectativa de vida máxima nos animais de ração normal era de 875 dias contra 1295 dias de ratos com carência intermitente alimentar. [65].

O patologista R. L. Walford (Universidade de Los Angeles) conseguiu resultados correspondentes [66].

Incríveis são os resultados nos microorganismos Tokophyra. Eles alcançaram uma duração máxima de vida de 10 dias, numa alimentação normal sem restrições. Numa alimentação somente duas vezes ao dia ele vive durante 80 dias, então 80 % mais longo.

O prolongamento dessa expectativa de vida, através de uma dieta intensiva, coincide com uma melhora convincente de saúde dos animais. Consta, não somente uma demora dos processos degenerativos e geriátricos, mas também de maior resistência contra processos degenerativos e patológicos.

Câncer, glaucoma, descoloração e pelos sem brilho, pele seca, doenças de rins e do coração são bem mais raros e acontecem mais tardiamente nos animais alimentados com poucas calorias do que nos animais controle. As doenças se tornam evidentes somente quando os animais controle já estão mortos.

R. L. Walford publicou no seu livro "Maximum Life Span" os resultados dos seus experimentos laboratórios como também os resultado de outros cientistas:

| | Alimentação normal | Dieta Intensiva |
|-------------------------------------|--------------------|-----------------|
| Câncer em camundongo | 50 % | 13 5 |
| Câncer em ratos | 64 % | 15 % |
| Tumores hipofisados em ratos | 60 % | 10 % |

Leucemia acontece em animais com alimentação normal 30 vezes mais do que em animais com dieta intensiva.

Nefrite, patologias do aparelho circulatório e do coração são 70 % mais raros em animais com dieta intensiva.

Arteriosclerose acontece em certas raças de pombos freqüentemente. Nos animais com dieta intensiva muito pouco.

Carcinoma de mama acontece muitas vezes em certas cepas de camundongos. No animais com dieta intensiva o surgimento é impedido (mas não acontece cura em carcinoma já existente! Trata-se aqui de prevenção!).

Colesterol : o valor aumenta na idade sob alimentação normal, não em animais com dieta intensiva.

Marcação biológica: as alterações da contractilidade do colágenos aquecidos, dependente da idade, está diminuído em animais com dieta intensiva. Eles, bioquimicamente, são mais jovens.

Enzima: por exemplo Adenosina-trifosfato (ATP). Sua concentração no fígado diminui em dieta normal após 200 dias. Em ratos de dieta intensiva somente após 600-700 dias.

Outros resultados:

- rejuvenescimento do sistema imunológico;
- diminuição de processos auto-agressivos (como demência do idoso);
- retardamento do envelhecimento cerebral;
- manutenção da atividade sexual (ratos de dieta intensiva conseguem se multiplicar numa fase, correspondente de 80-100 anos, como em seres humanos).

Waldorf lamenta que os nutricionistas contemporâneos acadêmicos (American Dietary Association, Food and Drug Administration, American Society of Nutrition) não tenham aprendido nada desses resultados. Estes institutos também trabalhariam com experimentos em animais, mas com o objetivo de otimizar o tempo de crescimento e o tamanho do corpo. Neste sentido criam animais com crescimento rápido e de tamanho maiores e transferem estas orientações nutritivas para a pessoa humana. Isto seria certo, se quiséssemos criar crianças mais altas, chegando a maturidade sexual em idade precoce, capazes de se multiplicarem como ratos. Tais medidas diminuiriam, porém, a expectativa de vida, aumentariam o índice de doenças, incluindo o câncer, e antecipariam o surgimento das doenças em idades mais prematuras.

Se optasse para o tempo mais lento de crescimento, com um tamanho menor, através de uma administração reduzida de calorias, conseguiria-se então com isso um tempo mais longo de vida com menos doenças e possivelmente uma inteligência maior.

Um exemplo vivo disso era Horace Fletcher. Ele tinha se livrado da sua moléstia grave através de seu exercício especial de mastigação e vivia finalmente com 1600 calorias por dia em vez dos 3400, o que se pensava necessário naquele tempo. Mesmo com 50 e 60 anos ele bateu recorde de esforço físico e de longa duração. Numerosas autoridades científicas e de diversas universidades, também fisiologistas de nutrição examinaram Fletcher e constataram um metabolismo equilibrado com um excelente vigor e perduração. [68, 8]

Já 4 séculos atrás Luigi Cornaro (1464-1567), escreveu o livro “A arte de viver longamente”. O bem situado nobre Cornaro levou, até os seus 37 anos, uma vida glotonaria e excessiva, que minou sua saúde tanto, convertendo-se para uma sóbria dieta com 1500 calorias por dia. Ele manteve esta dieta até o fim de sua vida e alcançou 103 anos, apesar dos excessos cometidos durante a juventude.

Pacientes que têm costume de jejuar, sabem que um jejum prolongado libera energia, e dá uma cabeça clara e uma sensação eufórica. Conforme os relatos autobiográficos de Cornaro, segundo Walford, tem se a impressão que ele, a partir de seus 37 anos, sempre tinha este sentimento de “voar”, então durante muitas décadas [67].

O homem antigo tinha em geral uma expectativa de vida bem mais curta que hoje. Para ele, a melhor alimentação dependia daquilo que era capaz de

assegurar sua sobrevivência, sob condições pré-históricas. Valia então, ser bastante alto, forte e rápido e basicamente tudo isso o mais cedo possível. É justamente isso que hoje o nutricionistas americanos querem alcançar com seus conselhos nutritivos. Segundo Walford tais metas eram certas para a situação do homem primitivo. Mas elas não o são, para alcançar uma idade - de tempo médio e mais alto - de vida sadia e para uma diminuição de moléstias geriátricas.

“Sob este ponto de vista tais modernos nutricionistas são ultrapassados 50.000 anos.”

Waldorf

Ultrapassados são também diversos conselhos dietéticos, propagados iguais para cada um, a chamada dieta natural integral. Ela visa exclusivamente o valor biológico dos alimentos e pressupõe, sem avaliar, uma alta capacidade funcional do aparelho digestivo. Esta, porém, o homem moderno de hoje, não a possui, já desde muito tempo.

B. 5 INDICAÇÕES

B. 5.1 Indicações segundo F. X. Mayr

B. 5.1.1 Indicações Primárias

Elas resultam nas causas correlacionadas e já descritas. Em primeiro lugar constam as seguintes metas de ação:

Purificação intestinal, purificação do sangue e dos fluidos (líquidos), despoluição e desacidificação dos tecidos, esvaziamento dos depósitos, esvaziamento e eliminação de substâncias nocivas e supérfluas, redução do peso, afastamento dos fatores de risco, ativação do sistema imunológico e um melhoramento da resistência, regeneração corporal e espiritual (especialmente durante a internação), prevenção ativa de saúde.

Como resultantes diretos teremos os seguintes Indicações Primárias:

A **enteropatia** e a síndrome **enteropático** com os transtornos de todos os órgãos digestivos, as formas dos sintomas abdominais com constipação, diarreia, dispepsia de fermentação e de putrefação, azia, sensação de estar cheio, arroto, estados de inchaço, hemorróidas, diverticulose, disbiose, transtornos do metabolismo com valores patológico de laboratório.

A síndrome enteropático inclui a **autointoxicação intestinal** com seus sintomas e remotos, como também numerosas moléstias na área da coluna vertebral. As correlações entre intestino doente e coluna vertebral se dão pelas razões estáticas descritas e pela projeção de alterações do intestino inflamado nas zonas refletoras dependentes no dorso. Posturas erradas, retesamentos, síndrome cervical e lombar, patologias do disco vertebral, deslocções, isquialgias, radiculites e “dores vertebrais de causas desconhecidas” são muitas vezes causadas pelo intestino e podem ser, por isso, bem tratados.

B. 5.1.2 Indicações Secundárias

Resultam como conseqüência lógica das indicações primárias, pois numerosos sistemas funcionais estão estreitamente correlacionados nos efeitos dos órgãos digestivos, especialmente todos os órgãos excretórios e o metabolismo hidro-eletrolítico e ácido-básico. Pertencem então às indicações secundárias todas as patologias dos rins, dos órgãos respiratórios com seus sinos, da pele, do coração (posição elevada do diafragma!, descarga de acidificação) ou diversas alergias causadas pelo intestino.

B. 5.1.3 Indicações Terciárias

Como no organismo humano tudo está correlacionado com tudo, o melhoramento do sistema digestivo e metabólico pode influenciar positivamente também patologias, as quais não possuem uma relação tão direta para o intestino enfermo. Muitas vezes aqui também, um melhoramento do sistema digestivo pode ser suficiente como única terapia, mas

freqüentemente, terapias suplementares se tornam necessárias. Estas terapias suplementares, porém, devem harmonizar com o conceito terapêutico de Mayr, pois os medicamentos alopáticos, com seus efeitos colaterais, devem ser administrados somente em casos extremos.

B. 5.2 Indicações conforme Diagnoses Clínicas

Para a Terapia Mayr uma indicação, meramente segundo diagnoses clínicas, é somente possível com grande **ressalva**. Segundo Mayr, não tratamos de modo intencional doenças específicas, mas a pessoa enferma. Nesse propósito, o sistema digestivo, sobrecarregado ou adoecido de modo diverso, está no primeiro plano, como **raizame** (conjunto das raízes) **da alimentação e da saúde**. O prognóstico Mayr, como também a terapia de patologias iguais, deve então divergir de um paciente vital com boa capacidade reativa e para um atrófico ou hipertireoideo com tendência para processos catabólicos. O prognóstico para a Terapia Mayr pode ser proferido somente após o exame diagnóstico. Em indicações secundárias ou terciárias, o prognóstico depende principalmente da vitalidade e capacidade reativa do paciente e do grau da participação de seu sistema digestivo na atual processo patológico. A meta sempre está na elevação do auto-poder curativo e da saúde básica do paciente (*natura sanat* = a natureza cura) e com isso, na **ativação de todos os processos curativos**.

Nas indicações terciárias, a Terapia Mayr servirá somente como base, proporcionando as disposições, para que todas as outras medidas possam agir bem sucedidas. É óbvio que a Terapia Mayr - como qualquer outra terapia - possui seus limites naturais. Por isso, às vezes, um paciente bastante atingido na sua vitalidade e clinicamente totalmente comprometido, deve ser transferido para uma clínica comum e não submetido à Terapia Mayr.

Mas também pelo contrário, existem muitos pacientes, relativamente vitais, internados em clínicas, que poderiam ser ajudados extraordinariamente bem pela Terapia Mayr: como certos casos após uma terapia sem sucesso; pacientes com indicação para exploração cirúrgica, uma vez que seus exames clínicos e laboratoriais não tinham levado a nenhum diagnóstico. A terapia se mostrou muito eficaz também antes de operações na intenção de diminuir o risco da operação e acelerar o processo da cura.

A seguinte lista alfabética de indicações então deve ser considerada somente sob a ressalva acima mencionada. Ela foi constituída das listas comuns de indicações para demonstrar também possíveis terapias suplementares.

B. 5.3 Lista de Indicações

Abreviações usadas nesta lista:

| | |
|-----|-----------------------------------|
| HO | Homeopatia |
| TM | Terapia Mayr |
| NOA | Nova ordem e orientação alimentar |
| TN | Terapia Neural segundo Hunecke |
| DJ | Dia de Jejum por semana |
| RT | Recapitulação da terapia |

Acne rosácea

Importante é a eliminação da autointoxicação intestinal (fermentação !)

A TM leve normalmente a uma nítida palificação; limitação ou proibição de todos os alimentos fermentantes, proibição de álcool, terapia alcalinizante, saneamento da flora intestinal, HO.

Acne vulgaris

TM, às muitas vezes, é bem sucedida. Banhos segundo Kuhne (componente hormonal), HO, eventualmente cataplasma de iogurte durante a noite, cataplasma de farelo de arroz.

Adiposidade

Indicação primária, TM, NOA, 1-2 DJ, RT. Com o grau de sobrepeso correlaciona diretamente a frequência dos seguintes fatores de riscos [56]. Estas indicações não serão mais mencionadas em seguida:

1. hiperlipidemia, hipercolesterolemia
2. hipertonia, insuficiência cardíaca, angina pectoris, infarte cardíaco
3. hipereinsulinismo, diabete tipo 2
4. hiperuricemia, gota, nefrolitíase
5. hipoestase venosa, varicose, hemorróidas
6. hiperlipide?' do fígado
7. síndrome de Pickwick
8. transtornos metabólicos (déficit de K- , Mg-, Ca-)
9. poliglobulinemia, inclinação para trombose
10. esclerose dos vasos sanguíneos, aterosclerose, apoplexia e transtornos circulatórios periféricos

Também em pacientes obesos, que não conseguem seguir uma NOA e que recaem no hiper-consumo e novamente chegam ao seu peso anterior, a terapia não é em vão, pois os pacientes são liberados de grandes quantidades de substâncias tóxicas, concreções etc.. Se eles agora aumentam de novo o peso, então novas substâncias chegam a ser depositadas, que significa um tipo de “melhoramento de qualidade” e uma diminuição de risco. **Quilo não é necessariamente igual quilo.** Deve-se, então, diferenciar entre os gordos fracos, com pouco vigor e de tônus fraco, os inchados, de consistência pastosa e os gordos com tônus e vitalidade forte, ágeis e cheios de energia. A

qualidade é muito mais importante do que a quantidade. Através da terapia coração e aparelho circulatório recebem um alívio temporário de maneira que eles conseguiram uma regeneração parcial e um aumento de sua vitalidade por um tempo prolongado. A RT então é muito importante.

Alergia da Pele

Reações alérgicas da pele normalmente respondam sob TM de modo gratificante, especialmente o jejum. Pós alcalinos atuam suave como anti-alérgico. Localmente creme alcalinizante. Esclarecer acometimento de fungos no intestino. Teste alérgico de alimentos ou de outras substâncias (Kinesiologia), HO.

Amenorréia

TM tem ação de regulador hormonal. Eliminação da autointoxicação intestinal. Banhos segundo Kuhne ,

Anexite

Existem correlações estreitas entre as alterações ptóticas e inflamadas do intestino e os genitais femininos. TM, calor seco bem dirigido, insolação, banhos quentes segundo Kuhne [24], eventualmente HO, TN. (Veja também [69]).

Angina da amígdalas

veja tratamento do infecto agudo, HO, TN.

Angina pectoris

Acidificação do miocárdio (Kern [42]). TM com terapia alcalinizante de alta dosagem, evt. também intravenosa. Na maioria das vezes indicação com resultado gratificante.

Anorexia nervosa

Em casos moderados, após 2 ou 3 dias de dieta Pão-Leite com sal marinho, partir para DBD, e diariamente TMB (Tratamento manual abdominal), controle mais severo. Muitas vezes lavagens intestinais com NaCl (sal), mais vantajoso do que sal amargo oral. Substâncias amargas, terapia abdominal de calor, psicoterapia é decisiva. Florais de Bach por tempo prolongado. Em casos graves, deve se abster da TM e esperar o resultado de uma psicoterapia bem sucedida.

Articulações (patologias degenerativas)

Seu desenvolvimento é causado e favorecido por alto consumo de proteína e por acidose. Os danos, ainda reversíveis, podem ser recuperados através da

TM, pós alcalinos e NOA. Ao menos, consegue-se parar o prosseguimento do processo.

Arteriosclerose

TM e NOA como prevenção. Na maioria das vezes causada por alimentação hiper-protéica (Wendt [30]) e acidificação. Segundo Fahrner, [56] infestações ateromatosas nas paredes dos vasos sanguíneos podem ser mobilizadas e eliminadas através do jejum prolongado e observação de dietas mais severas. Isto pode ser verificado nos vasos do fundo da retina.

Artrite úrica

TM e NOA, terapia alcalinizante por tempo prolongado; durante a TM continuação da medicação específica de gota até a normalização do ácido úrico.

Asma brônquica

O jejum tem ação secante nas mucosas dos brônquios e nas inchações edematosas de epitélio. A hiper-secreção das glândulas bronquiais é diminuída. Por isso na maioria das vezes, melhora a doença. A medicação atual então, pode ser reduzida, conforme o desenvolvimento da doença. A terapia nasal de reflexo segundo Kern [38] é favorável por causa das zonas reflexivas dos brônquios. TM, HO. Casos graves, com tratamento de corticóide, não têm um prognóstico mais positivo. Em todas as crises terapêuticas deve-se contar com fortes ataques asmáticos. Na verdade, o prognóstico pela Terapia Mayr em todos os casos tratados com corticóide, se torna menos favorável, pois aqui, dois métodos terapêuticos de ação totalmente divergente e contrária, são administrados ao mesmo tempo.

Bexiga sensível

Esclarecer as causas: pés cronicamente gelados? Prostatite? Anexite? Tóxica? Psíquica? Candidíase? Terapia conforme as causas, TN, HO.

Braquialgia parestética noturna

TM com massagens da coluna vertebral, drenagem do sistema linfático, especialmente quiroterapia por causa da deslocação da coluna cervical. HO. Normalmente bom prognóstico.

Bronquite aguda veja terapia de infecto agudo

Bronquite crônica e enfisemática

TM melhora a mobilidade do diafragma e a ventilação pneumática (comprovada pela espirometria). TMA especialmente importante. Terapia

nasal de reflexo [38] com óleos etéreos, massagem de reflexo do tórax, inalação com eucalipto etc., HO.

Bulimia

O prognóstico é melhor do que a da anorexia, além disso (v. anorexia nervosa).

Candidíase

Em micoses internas, meio graves e graves, TM sozinha não é suficiente. Aqui tornam-se necessárias terapias suplementares e uma dieta pós-terapêutico, severa e prolongada, às vezes até três meses, (dieta contra micose [70]) sem carboidratos refinados, como também a administração moderadamente de zinco, selênio (p.ex. Selenium D 3, 1 comp. por dia) e outros sais minerais e oligoelementos, pois sempre há déficits. **Teste específico necessário!** Importante é o **melhoramento do estado do sistema imunológico** (de alto valor são banhos de Kuhne), se não, perigo de recidiva. Durante a TM, nenhuma Nistatina ou se for em dosagem fraca! Favorável é Borax D4, óleos etéreos e Furfurol-D3-D6. (Veja "Tödliche Mykosen" [71] = "Micoses letais").

Cardiopatias

A TM pode combater efetivamente os seguintes fatores de risco: adiposidade, posição elevada do diafragma, posição transversal do coração, autointoxicação intestinal, esclerose dos vasos e acidose.

Na degeneração do miocárdio, especialmente em paciente mais idosos, devem-se prescrever dietas mais brandas. Terapia alcalina, suplementos de Potássio, Magnésio e outros sais minerais, Crataegus, evt. Estrofantina, HO e NOA .

Celulite

veja reumatismo do tecidos moles

Cirrose hepática

Em casos menos avançados, a TM de longa duração (dois meses e mais) oferece um notável alívio e regeneração de estruturas ainda capazes de reagir. Muitas vezes uma melhoramento surpreendente! TMA, terapia alcalinizante, calor úmido, radiação de infravermelho etc., lavagens intestinais, HO, banhos de Kuhne, TN, NOA.

Cirurgia, Preparação para

TM é ideal. Também pós-operatório, comer muito pouco, dieta Pão-Leite ampliada, HO por exemplo Arnica, Staphysgria etc., Nux vomica)

Cistite aguda

Tratar as causas, HO, banhos mornos genitais segundo Kuhne, calor seco (nunca úmido) local.

Cistite crônica

Tratar as causas. Muitas vezes pés crônicamente frios. Treinar aparelho circulatório (ducha quente-fria, escovação seca, banhos com temperatura ascendente etc.). TM para desintoxicação e purificação da urina. No início banhos quentes, depois mornos e frios genitais de Kuhne.

Claudicação intermitente

Proibição absoluta de nicotina, desintoxicação generalizada através da TM, terapia de ozônio-oxigenado, drenagem da linfa, HO.

Colecistite

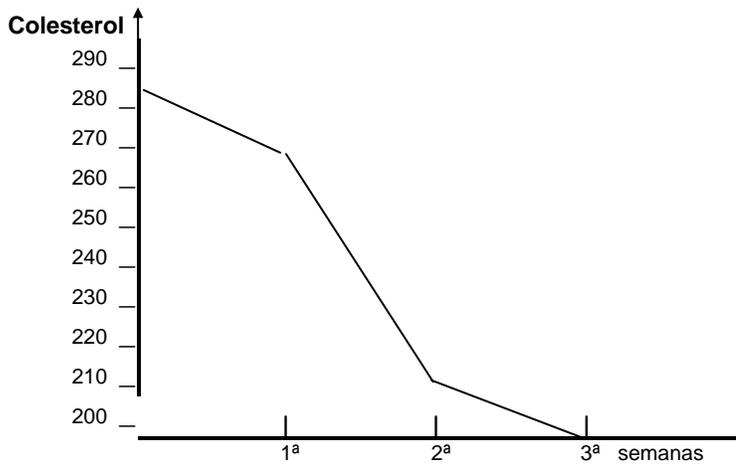
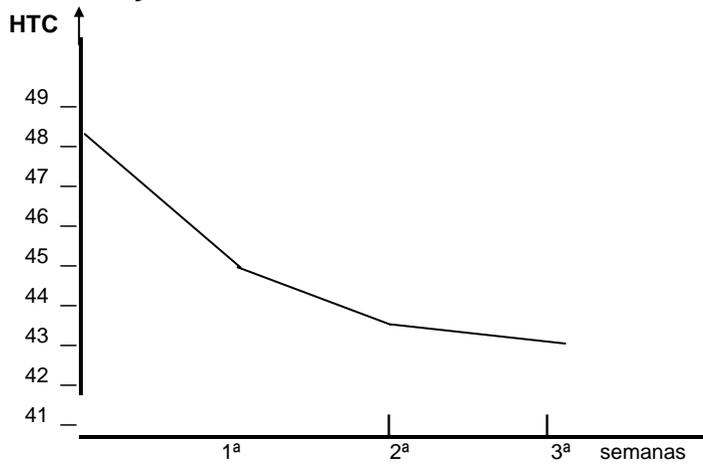
É uma indicação característica e gratificante. Melhor é o jejum. Calor úmido, lavagens intestinais, evt. repouso, HO, NOA, evt. TN.

Coleletíase

A TM não pode eliminar cálculos biliares e renais, mas pode eventualmente diminuir concreções e provocar cólicas pela eliminação de pequenos cálculos. Neste caso injeções intravenosas de espasmolíticos ajudam na hora. Se após a TM não acontecer em mais cólicas, nenhuma outra terapia se torna necessária. HO. Se as cólicas continuarem, a cirurgia torna-se necessária.

Colesterol

A TM tem efeito normalizante nas concentrações elevadas de Colesterol. Colesterol total e LDL abaixam, HDL aumenta. A Tab. XX demonstra as alterações em média dos valores γ GT (fígado) e de valores elevados de hematócrito (“sangue grosso”) no soro, demonstrado em 250 prontuários, escolhidos sem nenhum critério, dos pacientes-Mayr do ano 1989. (Centro de Saúde no Lago Wörther, Áustria, Dr. med. A. Witasek).

1. Diminuição de Colesterol através de 3 semanas de Terapia Mayr**2. Diminuição da γ GT através de 3 semanas de Terapia Mayr****3. Diminuição do Hematócrito através de 3 semanas de Terapia Mayr**

Fonte: Centro de Saúde, Lago Wörther, Áustria, Dr. med. A. Witasek).

Colite

Enquanto casos mais leves como a colite mucosa respondem muito bem à TM, a Colite ulcerosa e Doença de Crohn não conseguem ser curados com isso. Nos últimas duas formas, as alergias a leite e carboidratos, quase sempre comprovados (especialmente a trigo), têm um papel decisivo. Tem se mostrado muito prático o teste da “cinesiologia aplicada” (“applied Kinesiology”) em todas as alergias e incompatibilidades de alimentos. Uma terapia prolongada tem se mostrado favorável, como também a dieta, extremamente pobre de carboidratos segundo Lutz [72].

Conjuntivite

Apesar de causas conhecidas, problemas de visão, lentes de contato, etc.. a conjuntivite crônica as muitas vezes é (con-) causada pelo alto teor tóxico dos fluidos lacrimogêneos como válvula escapatória. Veja caminho das lágrimas, p. Xxx. Terapia complementar nasal de reflexo para melhorar o efluxo do líquido lagrimogênico.

Contra-Indicações da TM

Em pacientes que têm medo de morrer de fome, faltam as condições necessárias, também em débeis mentais e demência, psicose, esquizofrenia, estados maníaco-depressivos, esclerose múltipla, estados graves de autoagressões, terapia prolongadas com cortisona, processos malignos, tuberculose ativa, hipertireodose com tendência de forte perda de peso, tireotoxicose e doença de Basedow.

De maneira geral os processos patológicos catabólicos devem ser tratados melhor por terapias de longo prazo em passos muito pequenos. As contra-indicações se restringem especialmente às formas dietéticas mais severas. Quanto mais branda a dieta, tanto menos exigente a contra-indicação.

Cólicas intestinais

Avaliar as causas. Na maioria das vezes típica indicação primária da TM, chá de camomila, lavagens intestinais, calor úmido.

Constipação

típica indicação primária, também após terapia muitos líquidos, de manhã cedo dois copos de água (500 ml), terapia alcalina, banhos de Kuhne, lavagens intestinais, NOA, para o café da manhã “müsli” com um só tipo de cereal, educação para a evacuação diária de manhã com toda a calma. Massagem abdominal segundo Rosendorf ou Mayr, substâncias amargas para estimular a secreção das glândulas, DJ com sal amargo ou lavagem intestinal.

Coração do idoso

Eliminação da posição elevada do diafragma e eliminação do estado acidificante através da TM, redução de peso, terapia alcalinizante, administração de potássio, magnésio etc.. Crataegus, talvez estrofantina oral.

Crohn, Doença de

veja Colite. Teste de alergias alimentares.

Depressões

Em depressões exógenas, o paciente habitua a se abrir durante a TM e dispor seus problemas para uma conversa aliviadora. Como a autointoxicação intestinal muitas vezes altera a disposição psíquica de modo depressivo e também é capaz de piorar depressões tanto endógenas como exógenas, a Terapia Mayr normalmente tem ação antidepressiva, apesar de pequenas crises passageiras, provocadas por reações de desintoxicação. Em geral são recomendadas somente formas brandas da terapia (TBD= Terapia Branda Derivativa). Depressões manifestas endógenas, porém, são verdadeiras contra-indicações da TM intensiva, pois processos intensivos de desintoxicação podem provocar novos acessos. Aqui é recomendada uma terapia prolongada em pequenos passos, sem abandonar a medicação específica.

Diabete melito

Tipo 1

O diabete juvenil é provavelmente a consequência de um infecto viral (citotropismo para as células B do pâncreas) e acompanhado por reações autoimunológicas. Consegue-se, através de uma terapia prolongada em pequenos passos e NOA, um alívio geral e diminuição da dosagem de insulina.

Tipo 2

O diabete do adulto ocupa 96 % de todos os casos. Normalmente consequência de uma hiper-alimentação permanente e de carência em exercícios físicos. Em casos sem insulina, a TM demonstra um bom prognóstico, eliminando os antidiabéticos orais, como também provoca uma diminuição dos fatores de risco. Sempre alta dosagem de pós alcalinos (4-5 colh. de chá por dia).

Em casos de dependência a insulina, um jejum intensivo de chá, sem mel e sem insulina, no paciente obeso, é viável. Preferimos, porém, os outros graus, menos intensivos da dietética por tempo prolongado. É preciso avaliar a seqüência de glicemia, várias vezes ao dia e fixar correspondentemente a dosagem da insulina. Na era pré-insulina era costume administrar 30 g de bicarbonato de sódio por dia! O pâncreas é um órgão alcalino. A TM evoca um melhoramento da disposição metabólica, uma desacidificação e diminuição de todos os fatores de riscos diabéticos e

normalmente uma diminuição da dosagem de insulina. NOA é muito importante.

Diarréia aguda

Avaliar as causas e tratamento do infecto. Importante são lavagens intestinais, várias vezes ao dia para a desintoxicação! Também lavagens com café diluído (absorção de toxinas). TM com sais salinos (somente uma pitada para 250 ml de água 3-4 vezes ao dia).

NOTA: Importante é de aplicar um reidratante oral ou também caseiro (soro caseiro) após cada evacuação diarréica.

Diarréia crônica

TM com dosagem individual de águas salinas, lavagens intestinais, eliminação da fermentação intestinal, calor úmido, alta dosagem em sais minerais, tratamento dos pés frios. Evitar alimentos ricos em fibras e fermentantes.

“Diarréia interna” pode ser diagnosticada se acontecer o ruído do “vascojejo” (veja A 4.4.1.6), sem aplicação de águas salinas. Típico para inflamações do jejuno e do íleo.

Dismenorréia

Resultado muito favorável com TM e HO. TMA muitas vezes traz alívio imediato. TN , banhos genitais, primeiro quentes depois frios, de Kuhne no tempo fora da menstruação. Terapia nasal de reflexo.

Duodenite veja gastrite

Eczema anal

Na maioria das vezes causada por poluição da linfa na região retal. TM com série de lavagens (junto com pós alcalinos), creme alcalinizante, cataplasma de coalhada durante a noite, banhos de assento de Kuhne.

Eczema

Avaliar as causas: profissão, contato, alergia, toxinas, etc.. Muitas vezes, fortemente concomitante a problemas digestivos e metabólicos. TM, HO, creme alcalinizante especialmente em alterações inflamadas.

Enterite veja diarréia

Enxaqueca

As enxaquecas, na sua maioria, têm sua causa na intoxicação intestinal e representam boas indicação terapêuticas. Pacientes sem terapia preparatório, sofrem normalmente já no primeiro dia da terapia de um forte ataque (reintoxicação). Múltiplas lavagens intestinais têm efeito preventivo. Se o melhoramento for devagar, deve-se pensar em outros co-fatores: síndrome cervical, problemas de vista, glaucoma, problemas de dentes, de amígdalas, cicatrizes na região do crânio, problemas psíquicas etc.. No fracasso terapêutico são indicados exames neurológicos (tumor?).

Epilepsia

TM com dieta Branda Derivativa, combinada com banhos diários de assento de Kuhne e uma vez por semana cataplasma de cantárida no processo mastóideo tem ação aliviante. Quanto menor e mais mole o abdômen, tanto menos congestionamento e pressão de liquor no crebro. Diminuir aos poucos medicação alopática.

Esclerose Múltipla

Uma dieta severa pode provocar um novo processo, sendo por isso contraindicada.

Estado de esgotamento

Avaliar eliminar as causas. TM de internação favorável com DBD e se for necessário substituição de sais minerais; repouso, suporte suave do aparelho circulatório (Crataegus), HO, orientação terapêutica, auto-sugestão [49], evt. Florais de Bach.

Falta de apetite

Especialmente em crianças, facilmente curada através de TM e NOA (proibição de doces). Os pais devem compartilhar a terapia das crianças. Em adultos, muitas vezes provocada por causas estomacais, intestinais ou psíquicas. As causas devem ser esclarecidas. Malignidade ? Em caso de acloridria, nenhum preparado de ácido clorídrico (HCl), somente substâncias amargas. Normalmente existe uma grande acidificação dos tecidos. Pós alcalinos bem diluídos, TM normalmente serve como terapia de base.

Fissura anal

Muitas vezes provocada por fezes duras, de pelotas grossas. TM e lavagens intestinais, banhos de assentos e/ou clister frio de longa duração com preparações adstringentes (plantas medicinais).

Fistula anal

Provocada pela enorme pressão de gases na região retal: partículas de mucosa e fezes são assim empresadas e causam inflamações. TM, lavagens intestinais, banhos de assentos com preparações adstringentes, cataplasma local de coalhada, HO. Se for necessário, escleroterapia ou cirurgia. Em seguida, TM para prevenir recidivas, NOA, saneamento da flora intestinal, banhos de assento de Kuhne.

Furunculose

Purificação intensiva do sangue através da TM, duchas quente-frias, banho de assentos, HO.

Glaucoma simples

Existe um estreitamento do canal de Schlemm devido à poluição, impedindo o efluxo e provocando assim uma estase. TM abaixa comprovadamente a pressão ocular. Pode-se dispensar a terapia local. NOA, RT sempre necessária após um ano, pois a poluição torna a aparecer por causa de erros alimentares.

Gastrite - Duodenite - Hipoglicemia

Diferencia-se entre gastrite *primária* (falta de mastigação, bebidas geladas, nicotina, álcool etc.) e *secundária*. A última é consequência de uma estase do quimo no duodeno por causa da ação tardia de alcalinização, quando a bÍlis e o suco pancreático se tornaram muito pouco alcalinos (na maioria das vezes consequência da acidose latente). Como os fermentos pancreáticos somente agem em ambiente alcalino, o quimo deve demorar mais no duodeno que normalmente. Para evitar a chegada de novos quimos acidóticos do estômago, o duodeno se protege, de modo reflexivo, através do espasmo pilórico, que se dissolve somente, quando o duodeno foi esvaziado. Em consequência do espasmo pilórico, a permanência do quimo no estômago aumenta, de maneira que isto já provoca processos não fisiológicos de fermentação e catabólicos, nos quais podem-se formar ácidos acéticos e demais substâncias agressivas. Os pacientes se queixam então de arrotos (não de origem aerofágica, mas de tentativas frustrantes do estômago de expulsar as substâncias nocivas), azias, arrotos de restos alimentares, muitas vezes horas após a refeição. Costuma acontecer também fome insaciável e estados hipoglicêmicos. Estes últimos, na maioria das vezes, são causados pela diminuição de bases no duodeno, carente das mesmas. Tudo isto exige da porção exócrina pâncreas uma secreção maior e de maneira mais rápida. Isto leva automaticamente a um aumento da produção concomitante de insulina, resultando assim em hipoglicemia. Prova: a administração de pós alcalinos eliminam as queixas dos hipoglicêmicos imediatamente. Isto não tem ação sintomatológica como açúcar, mas elimina a sua causa.

Terapia

Gastrite primária

Eliminar as causas, TM, saneamento dos focos dentários, treinamento de mastigação!

Gastrite secundária

TM com bastantes pós alcalinos e eliminação da acidose latente. Em casos de azia sempre administração de bases para neutralizar o excesso de ácidos. Nenhum outro aclorídico. NOA, evt. HO. Diálogo terapêutico em casos de problemas psíquicos. (“Tudo pesa no estômago”), Florais de Bach, substâncias amargas.

Gastro-cardiais, complexo de sintomas (Doença de Roemheld)

Indicação típica primária. TM, NOA; em caso de estados extremos de flatulência existe suspeita de Candidíase; banhos de Kuhne.

Gravidez

é ideal para a TM, bom para a mãe e o embrião. [10]

Hemorróidas

São as “varizes do intestino”. Evitar o máximo a cirurgia por causa das cicatrizes! As hemorróidas têm uma estreita relação com a situação do aparelho digestivo. Antigamente chamava-se as hemorróidas sangrentos de “veias de ouro”, pois representavam pequenas sangrias curadoras, que valiam ouro (purificação local e afinação do sangue). TM, HO. Em estados inflamatórios terapia como nas fissuras anais.

Hepatopatias

A maior parte de todas as patologias do fígado de do bÍlis representam as indicações mais gratificantes da TM. O aumento do tamanho do fígado rapidamente regride, enquanto não houver um endurecimento. γ Globulina, β Globulina e Albumina normalizam-se, como também os valores das transaminases e da bilirrubina. Se as transaminases aumentarem, durante um jejum de chás, deve-se, então, pensar numa ativação de danos tóxico-nutritivos ou pós-hepáticos e passar para a terapia de Pão-Leite. Na maioria dos casos, porém, trata-se de uma “recaída” do paciente! O consumo de álcool aumenta imediatamente as transaminases! Zimmermann documentou a recuperação da lipidose hepática após o jejum (veja fig. 72). Como órgão alcalino, o fígado responde muito bem aos pós alcalinos e substâncias amargas. NOA, cataplasmas locais no fígado, calor úmido, HO, banhos de Kuhne.

Hiperacidose

veja Gastrite. Os maiores inimigos são açúcar, cafeína, álcool, comida gordurosa e comer mais.

Hiperlipidemia

TM, NOA , veja adiposidade.

Hipertireose

Em pessoas magras, com tendência de perda fácil de peso, deve-se prestar máxima cautela com a TM. Somente formas dietéticas brandas, dosagem mínima de sal amargo, de curta duração terapêutica. HO, cataplasma local de ricota durante a noite, sal sem iodo,

A Tireotoxicose e a Doença de Basedow são contra-indicações da TM.

Hipo- e Acloridria

Em casos de hipo- e acloridria do estômago, nada de ácido clórico, somente substâncias amargas.

Especialmente na acloridria existe normalmente uma acidose latente do sangue e dos tecidos! TM, pós alcalinos muito importantes, mas bem diluídos (uma pitada para 250 ml de água 4-6 vezes ao dia, igualmente tolerados por pacientes operados de Billroth II.

Hipoglicemia

veja Gastrite

Infecção, tendência para

Em muitos pacientes constata-se após uma TERAPIA MAYR uma menor suscetibilidade a infecções. A sinusite crônica melhora decisivamente através de um saneamento intestinal. Importante é a terapia das zonas reflexivas do nariz segundo Krack [38]. Tratar os infectos sempre com terapias naturais [48]! Isto diminui drasticamente a tendência para infecções e parar recidivas.

Infecto-Terapia para Crianças e Adultos

No estado inicial, a terapia natural promove resultados mais rápidos do que com antibióticas, como também uma recuperação mais rápida sem efeitos colaterais. Para o pacientes Mayr, a terapia natural de infectos é de suma importância.

Infertilidade do homem

Causas? TN, HO.

Em muitos casos TM e banhos de Kuhne com muito sucesso [10]. Importantes são as auto-sugestões para afastar as barreiras psicológicas.

Isquialgias

Isquialgias, radiculites e dores crônicas das costas, muitas vezes, são conseqüências de inflamações do intestino delgado e grosso, como também de posturas patológicas (postura de sentido etc.). Nesses casos, a TM ajuda comprovadamente, combinada com massagens e calor locais. HO e TN.

Leucorréia

Normalmente válvula escapatória em maus estados humorais. TM, banhos genitais de Kuhne, HO. Em corrimentos descolores, avaliação ginecológica, micose?, erosão ? gonorréia ?

Lumbago

O lumbago crônico e recidivo tem sua causa não apenas numa distorção de um mau jeito ou de uma gripe ou resfriado, mas muitas vezes tem suas causas nas vértebras e nos discos vertebrais. Estas, por sua vez, são originadas em patologias digestivas. TM , massagens, quiroterapia, HO e TN.

Maníaco-Depressivo, estado

contra-indicação, veja também depressões

Menopausa

Funções endócrinas podem ser alteradas de maneira precoce, através da autointoxicação intestinal. Nas mulheres em menopausa, muitas vezes, após uma Terapia Mayr, o ciclo normal volta a funcionar. Isto é claramente um efeito de rejuvenescimento. Durante a TM diminuem a maior parte das queixas climatéricas, mas não consegue-se uma cura total. Os banhos genitais de Kuhne ajudam. HO, TN, fitoterapia. Pós alcalinos diminuem os calorões da menopausa.

Menière, Doença de

Principalmente causada por processos tóxico-intestinais. A TM sempre tem eliminado ou parado tais processos. Os pacientes, então, ficam livres de ataques por meses ou anos, mas elas costuma de reaparecer após abusos alimentares e alcoólicos. Como na enxaqueca, o prognóstico depende da NOA e evt. DJ. RT necessário, TN, HO, banhos de Kuhne, Terapia nasal de

reflexo. Danos irreversíveis, como surdez, naturalmente não podem ser mais recuperados.

Nefrolitíase

Por causa de uma atividade maior dos rins e uma maior quantidade de líquidos durante a TM, concreções podem ser mobilizadas e provocar cólicas. Espasmolíticos e banhos de temperatura ascendente. Conforme nossas experiências, cálculos, encravados na uretra, sempre foram eliminados espontaneamente através de banhos de Kuhne e terapia diária de reflexos dos pés. Como prevenção: TM banhos de Kuhne, NOA e HO.

Nefropatias

Má função intestinal provoca sempre uma sobrecarga compensatória dos rins e com isso, uma maior disposição patológica. Derivações sobre o intestino e redução dietética de proteínas, se têm sempre mostrado eficiente nas nefropatias. Em caso de diálise, somente uma dieta branda é recomendável. Os valores de creatina e do ácido úrico podem aumentar passageiramente, para depois voltarem aos valores normais. TM com pós alcalinos, lavagens intestinais, banhos de Kuhne (frio ou quente conforme a patologia) mostram bons efeitos, chás diuréticos [37], terapia de reflexo dos pés, HO, NOA e dieta pobre em sal e proteína.

Neuralgia - Neurite

Muitas vezes são chamados de “grito dos nervos por sangue limpo”. Causa: Tóxica? Dentes? Osteíte? Mecânica por deslocação da vértebra? Outras? TM para a desintoxicação geral, TN, terapia dos focos infecciosos. HO, quiroterapia, acupuntura, hidroterapia.

Neurodermatite - Eczema endógena

Fatores hereditários e reações alérgicas. Teste (applied Kinesiology) de alimentos e outras substâncias (sabonete, cosméticas, etc.). Muitas vezes existe uma alergia ao leite. TM, pós alcalinos, sal marinho favorável. Contraindicados são todos os meios que derivam pela pele. As pomadas de cortisona podem ser afastadas aos poucos. Em reações de crises, acontecem exacerbações passageiras; fora disso prognóstico favorável. NOA, terapia simbiótica da flora intestinal.

Otite média

veja terapia de infecções. Talvez cataplasma de cantárida no processo mastóideo.

Paradontose

A mucosa bucal e intestinal mantêm uma estreita correlação. Cuidado (!) com doces e frutas ácidas! Intoxicação por mercúrio em obturações de amálgama. Substâncias tóxicas para a flora bucal e intestinal em muitas pastas de dentes. Favorável: Paradontax, pós alcalinos, pasta dental segundo Rauch, TM, NOA, saneamento da flora intestinal.

Pólipos intestinais

Eles se formam não por acaso, mas provavelmente no locais onde restos aderentes estercoreais congestionam um vaso efluente de maneira que possa formar-se um abaulamento da mucosa. (H. Weiss).

Próstata, hipertrofia da

TM tem um efeito diminutivo em hipertrofias benignas, especialmente em caso de estase sangüínea ou linfática na pélvis menor. TN HO, banhos de Kuhne, sementes de jerimum.

Prurido anal e vulvar

veja prurigo. TM para desintoxicação e eliminação da estase sangüínea e linfática na pélvis menor; lavagens intestinais, creme alcalino, cataplasma de ricota durante a noite.

Prurigo

Verificar as causas: Alérgico? Tóxico? Hormonal? Acidificação? Normalmente bons resultados com TM evitando alérgenos (teste). Pós alcalinos e creme.

Psoríase

Não consegue-se curar completamente a psoríase pela TM. Muitas vezes, ela desaparece após a TM durante meses, mas aparece de novo em situações estresse físico ou psíquico. A TM consegue impedir uma progressão para as articulações seria de grande porte. Creme alcalino.

Reumatismo do tecido mole

Resultado da hiper-acidificação e poluição. TM, massagens, sauna, banho de vapor, e outras hidroterapias, HO, banhos de Kuhne, Banhos lixiviantes com sabão ou sabão neutro para des-acidificação.

Seborréia

Muitas vezes hiper-produção das glândulas sebáceas por intoxicação intestinal. Melhora ou é curada com TM, banhos de Kuhne, fitoterapia.

Sinusite - Rino-sinu-bronquite

Com TM, desinchação notável das mucosas. Diminuição dos processo inflamatórios e da tendência por infecções. Terapia nasal de reflexos com óleos etéreos é importante (Nota: no Brasil buchinha paulista ou cabacinha), também para os brônquios [38], banhos de Kuhne.

Sudorese noturna

veja climatério. Além disso, causada por estados vegetativos ou tóxicos. Funciona como válvula escapatória; neste caso a TM é decisiva. Lavagens intestinais, pós alcalinos, hidroterapia, HO, TN.

Tromboflebite

Um papel importante é a diminuição da velocidade circulatória do sangue por varizes e a alta viscosidade do sangue (alto valor do hematócrito) e evt. a acidificação do tecido. TM para a afiniação do sangue, creme alcalina, pós alcalinos , cataplasma de ricota, evt. sangria, HO e NOA.

Úlcera perimaleolar

representa normalmente uma válvula desintoxicante do organismo. Em caso de um tratamento isolado local, existe o perigo de uma derivação do processo patológico para dentro, por exemplo em forma de asma bronquial; na recidiva da úlcera desaparece o asma. TM como terapia básica, pós alcalinos, HO, terapia local evt. Com creme alcalina.

Úlcera gástrica e duodenal

boa indicação para a TM com bastante substâncias alcalinas. Em qualquer sensação de azia ou dores, é necessário tomar pós alcalinos. Tratar também componente psíquico. HO, TN. Cirurgia normalmente desnecessária.

Urticária

Teste de alérgenos. TM para a desintoxicação geral. Pós alcalinos agem como antialérgicos. HO e creme alcalino.

B. 6 DIAGNÓSTICO E TERAPIA SEGUNDO F. X. MAYR

- NA ÓTICA DE 42 ANOS DE EXPERIÊNCIA

Para nós da medicina clássica é sempre bom e educativo, quando percebemos que, também fora das nossas áreas sancionadas pela Universidade, não existe apenas bobeira,... O uso do dedal agradecemos a uma velha raizeira, o tratamento com água ao pastor Prießnitz e ao Padre Kneipp. Não pouco dos conhecimentos terapêuticos vem de pessoas, fora da nossa própria área, por exemplo Sigmund Freud, Ferdinand e Walter Hunecke, Bircher-Benner...

Prof. Kibler

Estes são nomes que poderiam ser completados por Paracelso, Semmelweis e outros grandes. Em todos os lugares, também na arte médica, renovações fundamentais são ignoradas no primeiro tempo; mais tarde ridicularizadas, contrabatatadas e finalmente admiradas e reconhecidas. O grande Virchow repreendeu assim seu colega Schleich: *“Você deve, de uma vez por todas, abolir sua risada contra o novo, que você não conhece! Isto é a maior estupidez, que se pode cometer”*. Infelizmente este ditado ficou pouco conhecido. Ele era desconhecido, também ao autor deste livro quando, 43 anos atrás, como médico recentemente formado, encontrou um livro de F. X. Mayr. Nele encontrou coisas estranhas, numa forma aparentemente pouco científica. Por isso, ele não se esforçou para entender o essencial do assunto, mas o achava esquisito e engraçado. Mais tarde, soube de uma amiga, que tinha dispensado todos os medicamentos, não obstante sua descompensação cardíaca e que ela tinha iniciado uma terapia ambulatorial de Pão-Leite com este tal Dr. Mayr. O autor a advertiu por um descuido tão irresponsável, mas em vão! Depois de dois meses ele a encontrou novamente e ela estava completamente mudada: sem bengala, que antigamente nunca conseguia dispensar, sem problemas respiratórios, sem cianose, sem edemas, esbelta, mais nova e saudável. Segundo se diz, também não precisava mais de medicamentos. Naquele tempo, a fé do autor na superioridade total da medicina clássica em todas as disciplinas terapêuticas, sofria sua primeira interrogação. Com muita surpresa, ele tomava conhecimento que *“também fora dos nossos currais, sancionados pela Universidade, não existem apenas bobeadas”* como formulou Prof. Kibler. Finalmente ele explicava o sucesso com a perda do peso e suas consequências. Pois já o famoso poeta Diógenes constatou: *“Como os ratos assolam os celeiros mais cheios, assim as doenças e suas complicações as pessoas sobre-alimentadas.”*

Provavelmente, este tal “Mayr da Fome” conseguia motivar os seus pacientes adiposos, para esvaziarem os seus celeiros muito cheios e com isso obter excelentes sucessos terapêuticos. O autor, porém, já se confrontava com um segundo caso, para qual tal explicação não era convincente.

Uma médica de 28 anos se tornou incompatível ao seu serviço de internista, por causa de dores contínuas no abdômen e de perda de 10 kg de peso. Durante seis meses, ela se sujeitara continuamente aos exames diagnósticos e tratamento. Desesperada por causa do fracasso de todas as terapias, ela se

submeteu também a uma terapia Mayr. Esta paciente, porém, não era adiposa, mas pelo contrário, de peso muito baixo. Já após várias semanas de terapia desintoxicante, se tornou livre de queixas e ganhou peso. Finalmente recuperou sua plena capacidade profissional e física.

Ambos os casos, por assim dizer o gordo e o magro, foram acompanhados com muita cautela crítica. Eles, então, iniciaram no autor o início de uma controvérsia interior entre a admirada medicina clássica de um lado e o método de F. X. Mayr do outro lado. Sempre, porém, não se tratava e ainda hoje, não se trata de um *ou - ou*, mas da questão em que caso e em qual indicação, deve-se dar preferência a este ou aquele método, considerando o maior benefício do paciente. Para poder chegar a tal clareza o autor precisou de cinco anos de sua atividade como médico internista em vários hospitais.

Ele procedeu de seguinte maneira: no dia da alta hospitalar aconselhava aqueles pacientes, que não alcançaram uma nítida melhora a despeito da terapia, de não caírem em desespero, mas sim de fazer uma tentativa com a dietética intensiva segundo Mayr. Assim, no decorrer dos anos, um grande número der pacientes, com patologias da medicina interna (clínica médica), foram conduzidos à Terapia Mayr. Mais tarde, também pacientes da clínica ginecológica, urológica, dermatológica, pediátrica e finalmente cirúrgica. Nos casos cirúrgicos tratava-se, na sua maioria, de resguardá-los das operações previstas, as quais, na opinião do autor, poderiam ser provavelmente evitadas.

Caso Clínico

Secretária de 30 anos, foi internada para a cirurgia de uma úlcera duodenal (Billroth II), que faz anos recidivava. Por “indicação segredo” do autor de tentar antes da cirurgia ainda uma Terapia Mayr, a paciente conseguiu um adiamento de 9 semanas. Depois de um tratamento ambulatorial de 7 semanas de Terapia Mayr o controle radiográfico demonstrou uma boa cicatrização. A paciente ficou livre de recidivas.

Este caso foi o primeiro de uma seqüência bem considerável no decorrer do tempo, de chamados “casos cirúrgicos evitados”, nos quais pacientes foram preservados de cirurgias (estômago, vesícula, apêndice, hemorróidas e outros) através do tratamento com a Terapia Mayr.

O resultado, dessa controvérsia de 5 anos, mostrou que a grande maioria dos pacientes escolhidos, sem ou de pouca melhora durante sua permanência nos hospitais, responderam muito bem a um tratamento posterior com a Terapia Mayr. Mostrou também, que o método Mayr possui uma nítida vantagem se os pacientes forem selecionados sob critérios de indicações aprimoradas. O autor tirou a consequência desta sua experiência e trata hoje, quase exclusivamente, os pacientes segundo o método Mayr. Se for útil e necessário, outros métodos da medicina natural e biológica são aplicados concomitantemente como massagens, banhos de Kuhne, fitoterapia etc. Desta maneira, conseguem-se resultados terapêuticos que realmente satisfazem ao médico e paciente, resultados que muitas vezes ocorrem, mesmo quando outras terapias se tenham mostrado totalmente ineficazes. O autor pôde experimentar isto no decorrer de 25 anos de uma clínica ambulatorial em Viena e em seguida durante 17 anos na direção de uma clínica Mayr, conduzindo, através da TERAPIA MAYR, uma totalidade de 35000 pacientes.

Terapias ambulatoriais e terapias de internação não podem ser comparadas sem distinção. Às vantagens da terapia de internação com sua maior intensidade, sem estresse e outras provações, opõe-se às vantagens da terapia ambulatorial com sua possibilidade de um tratamento mais prolongado. O Médico-Mayr deve, então, discernir bem as vantagens em cada situação específica.

Foi bem comprovado que é possível lotar uma clínica Mayr durante o ano todo, se a TERAPIA MAYR for conduzida corretamente, também em regiões que, não oferecem vantagens em todas as estações climáticas. Foi comprovado também, que numerosos imitadores, hotéis e pousadas por exemplo, que fazem uma grande propaganda com a “dieta Mayr” sem ter a colaboração de um Médico-Mayr formado, sofrem naufrágio. Para um dono de um hotel, com poucas reservas na estação baixa, parece muito atrativo, fácil e barato oferecer terapias Mayr, proporcionando aos hóspedes somente chás ou leite e pão. Com isso ele economiza pessoal e gastos, mas loteia o estabelecimento. Essa conduta, porém, nunca dá certo. Sem a dominação do diagnóstico e da terapia segundo Mayr, sem médico formado no método e sem o conhecimento para corresponder às tantas necessidades de um paciente em jejum, o fracasso seguro é programado.

Terapia Mayr sem diagnóstico é como conduzir um carro na neblina densa. O paciente sente muito rápido, se o médico possui mesmo segurança no diagnóstico e na terapia. Na dúvida, o paciente faz a terapia erradamente ou a interrompe para nunca mais voltar. Se o Médico-Mayr, porém, possui um pouco de experiência, ele então ganha sempre mais a segurança necessária para conduzir bem seus pacientes, para motivá-los e ativar sua colaboração para recuperar com êxito a saúde.

Além das indicações primárias, secundárias e terciárias da Terapia Mayr, a indicação mais importante deve ser realçada bem clara: a da prevenção ativa. O Diagnóstico-Mayr ajuda perfeitamente neste propósito, pois ele representa em primeiro lugar um diagnóstico pré-patológico e permite diagnosticar exatamente danos precoces negligenciados. Com um tal instrumento, é possível induzir fortes impulsos, para ativar a saúde a um tempo propício, antes de fazer acontecer o ditado: *“Já é mais tarde que você pensa”*.

O objetivo e o sentido desta indicação para o futuro deve ser considerado de maneira muito ampla. Pois existem apenas poucos jovens e ainda bem menos adultos, para os quais uma purificação e desintoxicação dos seu líquidos corporais (sangue, linfa, etc.) não seria favorável. Praticamente em cada segunda pessoa “sadia” (em traje de banho), pode ser diagnosticado de primeira vista a síndrome da enteropatia segundo Mayr, conforme a forma do seu abdômen, sua postura e seu rosto e constatado assim a indicação para uma Terapia Mayr. De fato, o número de pacientes que querem repetir a Terapia Mayr, a cada ano ou a cada dois anos, sempre aumenta mais, para poder melhor vencer as dificuldades. Tais terapias preventivas, executadas regularmente que nem “revisões de carros”, que incluem também critérios e avisos para um estilo de vida e alimentar sadio, não são nada de novo. Elas seguem, no princípio, a tradição antiga do um jejum religioso, praticado nas religiões de todas as culturas e oferecido com todo vigor e clareza. A prevenção ativa de saúde segundo Mayr, nem sempre consiste somente de

jejum. A Terapia Mayr - também como terapia preventiva - consiste em uma terapia individualizada, estabelecida conforme os achados diagnósticos e conforme as necessidades e das capacidades atuais deste concreto paciente. Por isso, tem alto valor que todo este amplo espectro da dietética intensiva está na escolha, com seus diversos graus de intensidade, do jejum de chá à dieta Pão-Leite até a dieta Branda Derivativa.

Historicamente, foi uma prova de genialidade do F. X. Mayr ter proporcionado as bençãos do jejum, também através de um “*jejum sem jejuar*”, por meio destas dietas diferenciadas e individualizadas. Somente assim, a terapia mais regenerativa, intensiva e regularizada de todas as terapias naturais se tornou “*magna therapia regia*” - a grande terapia real do jejum, acessível, agora, para cada pessoa.

Tudo isso abriu novas perspectivas médicas. Uma perspectiva que mostra uma saída da situação emergência de sistema de saúde da nossa sociedade industrial. Esta sociedade está doente em muitos sentidos e aspectos. Seus membros precisam mais do que nunca de uma terapia econômica, simples, básica, integral, sem efeitos colaterais e mesmo assim eficaz. Esta terapia, somente pode se mostrar bem sucedida para a população toda, quando a consciência geral e a responsabilidade para a saúde não ficarem abandonadas, mas será reativada através de ampla educação para a saúde procurando dar importância à co-responsabilidade de cada um para com a própria saúde, seja na escola, nas famílias e nos meios da mídia. As informações sobre o campo pré-patológico, totalmente escassas até agora, sobre o sentido de um estilo de vida e alimentar disciplinado e sobre o papel importante da própria responsabilidade na manutenção e recuperação da saúde, serão indispensáveis no futuro. Um ponto chave deve ocupar todos aqueles métodos, profiláticos, diagnósticos e terapêuticos, capazes de sacudir a “consciência de saúde” de cada pessoa; capazes de fazer enxergar os sinais dos estágios pré-patológicos e oferecer a cada pessoa possibilidades de colaborar ativamente na manutenção e recuperação de sua saúde. A sociedade de massa de amanhã, não poderá mais se permitir, iniciar terapias caras e morosas, somente após explosão de doenças e patologias, mas deve aprender usar métodos, incomparavelmente mais baratos e mais favoráveis, no seu prognóstico educativo e curativo já para a área pré-patológica. Somente assim, a sabedoria antiga se transformará em ação, que diz:

Prevenir não é somente melhor , mas também mais barato que tratar.

O Diagnóstico e Terapia segundo F. X. Mayr demonstram para isso novos rumos e caminhos.

Bibliografia

- [1] RAUCH, E: *Diagnostik nach F. X. Mayr*, 8. Auflage, Haug Heidelberg, 1993
- [2] MAYR, F. X.: *Die Darmträgheit*, 3. Auflage, Neues Leben, Bad Goisern, 1953
- [3] MAYR, F. X.: *Schönheit und Verdauung*, Neues Leben, Bad Goisern, 1954

- [4] MAYR, F. X.: *Fundamente zur Diagnostik der Verdauungskrankheiten* 1921, Neuauflage, Turm Verlag Zluhan, Bietigheim 1974
- [5] MAYR, F.X.: *Die verhängnisvollste Frage, Neues Leben*, Bad Goisern 1951
- [6] KOJER, E. U. MITARB.: *Festschrift zum 100. Geburtstag von Dr. F. X. Mayr*, Haug, Heidelberg 1975
- [7] KOJER, E. U. MITARB.: *Grundlage der Mayr'schen Behandlungsmethode*, Neues Leben, Bad Goisern 1955, Zit. aus Österr. Arztzeitung Wien H24/X11 1976
- [8] RAUCH, E.: *Die Darmreinigung nach F. X. Mayr*, 39. Auflage, Haug, Heidelberg 1992
- [9] WEISS, H.: *Kranker Darm - Kranker Körper*, Haug, Heidelberg 1988
- [1] RAUCH, E.: *Die f. X. Mayr - Kur ... und danach gesünder leben*, Haug, Heidelberg 1991
- [2] RECKEWEG, H.: *Homotoxikologie*, Aurelia, Baden-Baden 1975
- [3] BOUCHARD, C.: *Leçons sur les autointoxications dans les maladies*, Savoy, Paris 1887
- [4] BÜNGELER, W.: *Die experimentelle Erzeugung von Leukämie und Lymphosarkom durch chron. Indolvergiftung der Maus*, Fankfurt, Z. f. Pathologie, 44,1933,202
- [5] GUTZEIT, K.: *Über die Gastroenteritis*, J. F. Lehmann, München 1933
- [6] BECHER, E.: *Intestinale Autointoxikation. Ergebnisse der gesamten Medizin*, Urban & Schwarzenberg, Wien 1933
- [7] BECHER, E.: *Das Problem der Selbstvergiftung vom Darm*, Hippokrates, Stuttgart 1943
- [8] PIRLET, K.: *Klinische und naturheikundliche Diätetik*, Heilkunst, 101,1988,199
- [9] PIRLET, K.: *Intestinale Autointoxikation und intestinales Immunsystem*, In: Immunologie, Jungjohann Neckarsulm, Stuttgart 1990
- [10] PIRLET K.: *Die Wirkprinzipien der physikalischen-diätetischen Therapie*, Med. Welt, 19/1968, 2782
- [11] ROHLFF, K., RODIRAN J, PIRLET K: *Intestinale Autointoxikation und Kancerogenese*, Münch. med. Wschr 118, 1976, 13
- [12] HIROSCI, K ET AL.: *Syndrome d'autobrasserie - crises d'empoisement par alcool*, Materia med. Polona, Fasc. 4 (29), 1976
- [13] HUASS, R.: *Damoklesschwert Darmmykosen*, *Erfahrungsheilkunde* 2/1973, Haug, Heidelberg
- [14] BARTUSSEK, A.: *Das Enteropathie-Syndorm nach F. X. Mayr und der rheumatische Formenkreis*, *Erfahrungsheilkunde*, 10/1973, Haug, Heidelberg
- [15] LEMBCKE, B.: *Leitsymptom Meteorismus*, Dt. Ärzteblatt 87, H.48, XI 1990/33
- [16] RAUCH, E.: *Blut und Säftereinigung, Milde Ableitungskur*, 18. Auflage, Haug, Heidelberg, 1988
- [17] *Med. Tribune* 42/X/1988, Wiesbaden

- [18] RAUCH, E; MAYR, P.: *Milde Ableitungsdiät*, 12. Auflage, Haug, Heidelberg, 1992
- [19] BUSSE-GRAWITZ, P.: *Die Bissen-Methode*, Therapie der Gegenwart 117, 1978, 1091
- [20] PIRLET, K.: *Was versteht man unter Stoffwechselschlacken?*, Erfahrungsheilkunde, 38/1989, Haug, Heidelberg
- [21] PIRLET, K.: *Zur Problematik der Vollwerternährung*, Erfahrungsheilkunde, 5/1992, Haug, Heidelberg
- [22] WENDT, L.: *Die Eiweißspeicherkrankheiten*, 2. Auflage, Haug, Heidelberg, 1987
- [23] PISCHINGER, A.: *Das System der Grundregulation*, 6. Auflage, Haug, Heidelberg, 1988
- [24] HEINE, H.: *Matrixforschen in der Praeventivmedizin*, G. Fischer, Stuttgart-New York, 1989
- [25] PUHL, W.: Orthopäd. Univ. Klinik Heidelberg, zit. nach Wendt
- [26] MUTSCHLER, E.: *Arzneimittelwirkungen. Lehrbuch der Pharmakologie u. Toxikologie*, 5. Auflage, Wiss. Verlages., Stuttgart 1986
- [27] *Thermaltherapie in Monte Catini*, Verlag Nistri-Ischi, Terme di Monte Catini, 1990
- [28] ABELE, U.; STIEFVATER, E.W.: *Aschner Fibel*, Haug, Heidelberg, 1992
- [29] RAUCH, E.; KRULETZ, P.: *Heilkräuterkuren*, Haug, Heidelberg, 1985
- [30] KRACK, N.: *Nasale Reflexzonentherapie mit ätherischen Ölen*, 5. Auflage, Haug, Heidelberg, 1992
- [31] WALB, L.; HEINTZE, M.: *Original Haysche Trennkost*, Haug, Heidelberg, 1992
- [32] SALZBORN, E.: *Ist der inoperable Krebs immer unheilbar?*, Hippokrates, Stuttgart, 1942
- [33] KERN, B.: *Diagnostik und Therapie der Myocardschäden*, H P Journal 4781978, Leonberg
- [34] WORLITSCHKE, M.: *Praxis des Säure- Basenhaushaltes*, Haug, Heidelberg, 1991
- [35] GLAESEL, K.O.: *Heilung ohne Wunder und Nebenwirkungen*, Labor Glaesel, Konstanz
- [36] KERN B.: *Verhütung von Schlaganfällen durch Entsäuerung*, Arzt für Naturheilverfahren 2/1986
- [37] KERN B.: *Allgemeine Bedeutung des Säure-Basengleichgewichtes*, Sanum-Therapie-Seminar, Hannover, 1986
- [38] KOGELNIG R.; TRAWEGER, C.: *Natrium- Hydrogencarbonat - Mineralwasserstudie* Regenerationstherapie nach F.X. Mayr, GZ Lanserhof, Lans - Áustria, 1992
- [39] RAUCH, E: *Naturheilung der Erkältungs- und Infektionskrankheiten*, 14. Auflage, Haug, Heidelberg, 1991
- [40] BO YIN RA, : *Das Buch vom Glück*, Kober, Bern
- [41] PEALE N.V.: *Die Kraft des positiven Denkens*, Thalwil, Oesch
- [42] RAUCH, E: *Anleitung zur Autosuggestion*, 5. Auflage, Haug, Heidelberg, 1991

- [43] BO YIN RA, : *Der Sinn des Daseins*, Kober, Bern
- [44] WALTHER, D.S.: *Applied Kinesiology*, Synopsis Systems D.C. Pueblo, Colorado 81004
- [45] FAHRNER, H.: *Fasten als Therapie*, Hippokrates, Stuttgart, 1985
- [46] FYFE, E.: *Bittersalz u. Darmflora*, Naturheilpraxis H 8/1990, Pflaum München
- [47] KUPFER, A.: *Grundlagen der Menschenkenntnis*, C Huter Verlag, Schwaig/Nürnberg
- [48] LÜTZNER, H.: *Ernährung und Rheuma*, Z. Allg. Medizin, 66, 215-218, Hippokrates, Stuttgart, 1990
- [49] Essen und Trinken, 12/1990
- [50] LÜTZNER, H.; WILHELMI DE TOLEDO, A.: *Kritisches zum Fasten*, Tbc-Therapeutikon, G. Braun, Karlsruhe
- [51] MCKAY C.M. : in LANSING, A.L. (HRG), *Cowdry's Problem of Aging*, 3. Auflage, A.Williams 1952, p. 139
- [52] CARLSON A.H.; HOELZEL, F.: *Apparent Prolongation of the Life Span of Rats by Intermittent Fasting*, J. Nutrition 31,363 , 1946
- [53] ROSS, M.: *Length of Life and Nutrition in the Rat*, J. Nutrition 75, 197, 1961
- [54] GOODRICK C.L.: In Science News, 1.12.1979, p.375
- [55] WALFORD R.L.: *The Immunological Theory of Aging*, Kopenhagen 1969
- [56] WALFORD R.L.: *Leben über 100*, Pieper, München, 1993
- [57] FLETCHER, H.: *Wie ich mich im Alter von 60 Jahren wieder jung machte*, Edmund Demme Verlag, Leipzig, 1924
- [58] TRUDEL, E.: *Behandlung chronischer Entzündungszustände im Unterbauch (chron. Prostatitis und Adnexitis)*, Erfahrungsheilkunde, 7/1984, Haug, Heidelberg
- [59] RIETH, H.: *Mykosen, Antipilzdiät*, Notamed, Melsungen
- [60] RAUSCHER, W.: *Tödliche Mykosen*, Fidelitas Verlag, Karlsruhe, 1992
- [61] LUTZ, W.: *Die Lutz-Diät*, Ariston, Genf, 1986
- [62] SANDER, F.: *Die Darmflora*, Hippokrates, Stuttgart, 1948
- [63] SCHIPPERGES, H.: *Wege zu neuer Heilkunst*, Haug, Heidelberg, 1978
- [64] JÖRGENSEN H. H.: *Säure-Basenhaushalt, Praxisnahes Meßverfahren*, Erfahrungsheilkunde, 5/1985, Haug, Heidelberg