

La sclerosi multipla o a placche

La sclerosi multipla Programmi specialibiologici sensatis secondo la conoscenza della Nuova Medicina Germanica® del Dr. med. Ryke Geerd Hamer

La sclerosi multipla (sm), le paralisi motorie e sensorie. La medicina ufficiale si studiava seguendo un sistema di pensiero a seconda della vicinanza di posizione degli organi nel corpo. Nella Nuova Medicina Germanica® l'unico sistema sensato per tutta la medicina è l'orientamento che guarda l'evoluzione dei foglietti embrionali. Conflitti appartenenti allo stesso foglietto embrionale hanno anche relazioni cerebrali imparentati, i cosiddetti focolai di Hamer, organi imparentati, formazioni istologiche inerenti ai foglietti embrionali stessi. Tutte le cellule e gli organi che si sono evoluti dal foglietto embrionale esterno (ectoderma) mostrano nella fase di conflitto attivo diminuzione di cellule (necrosi, ulcere) o in caso di malattie oncoequivalenti solamente deficit o blocco funzionale, per esempio una paralisi. Parliamo di malattie oncoequivalenti quando non formano né tumori né necrosi in fase di conflitto attivo. Il caso del diabete, dell'insufficienza di glicogeno, dei disturbi di vista o dell'udito e delle paralisi motorie. Nei conflitti motori abbiamo una certa difficoltà di definizione in quanto vediamo solo una diminuzione funzionale come paralisi motoria, per noi notiamo anche nell'organo d'esecuzione, il muscolo, appartenente al foglietto embrionale medio, una cosiddetta atrofia muscolare. A causa della mancata innervazione il muscolo atrofizza, pensavamo fino ad ora. Sarebbe possibile anche che si tratti di un processo che si sovrappone a due foglietti embrionali: riguardo al foglietto embrionale esterno è un oncoequivalente che crea deficit funzionale; riguardo alla sostanza bianca del foglietto embrionale medio, dal quale dipendono i muscoli, che crea necrosi nella fase di conflitto attivo, cioè calo delle fibre muscolari, che pure questo lo chiameremo atrofia muscolare. Vediamo un sistema che si sovrappone a due foglietti embrionali anche nel caso del seno femminile, dove il carcinoma ulceroso dei dotti lattiferi si orienta rigidamente secondo le ghiandole mammarie del seno destro e sinistro governate dal cervelletto. Perciò non ci sorprende che dobbiamo attribuire ad un sistema sovrapposto la paralisi della corteccia motoria del foglietto embrionale esterno e la cosiddetta atrofia muscolare governata dalla sostanza bianca cerebrale del foglietto embrionale medio. Questo processo complesso è stato molte volte il motivo di una diagnosi scorretta di "sclerosi multipla": i "focolai demielinizzati", che riguardavano spesso i gruppi muscolari e le parti scheletriche interessate, venivano considerati erroneamente come cause della paralisi motorie o sensorie. A da tempo che si era in grado di attribuire determinati organi o la loro innervazione ad determinate aree della corteccia motoria e sensoria. Era nota anche la correlazione della sensibilità cutanea con i relativi relati nella corteccia sensoria degli emisferi cerebrali. Purtroppo questa conoscenza si perdeva di nuovo poiché i neurologi cercavano la sclerosi multipla sempre nella sostanza bianca, dove poi trovavano nella TAC o nella risonanza magnetica questi "focolai demielinizzati" e piccole placche o addensamenti di glia e li ritenevano causa della sm. Questo per noi era sbagliato. In realtà i pazienti presentano una paralisi motoria, e spesso subiscono a causa della paralisi crolli dell'autostima (a livello organico: osteolisi). Quando alla fine vengono a patti con la loro paralisi ed hanno risolto il loro conflitto di crollo dell'autostima o almeno lo hanno compensato, allora si trovano piccoli focolai di glia come residuo di questi relati ossei nella sostanza bianca. Possiamo constatare che la sm come credevamo in passato, non è mai esistita. Nella Nuova Medicina Germanica® parliamo non più di sclerosi multipla ma di paralisi motorie o sensorie, che possiamo attribuire con esattezza all'omuncolo nella corteccia motoria e sensoria. Il contenuto del conflitto è sempre un conflitto di "non poter fuggire o del non poter venire via insieme" (gambe), "del non poter respingere" o "del non poter trattenere" (braccia), "del non poter scansare" (muscolatura del dorso, delle spalle) o "del non saper cosa fare/che decisione prendere" (paralisi delle gambe). Nella fase di conflitto attivo, iniziando con la DHS e a seconda dell'intensità del conflitto, la paralisi progredisce gradualmente. Partono sempre meno impulsi dalla corteccia motoria cerebrale per la muscolatura striata fino a cessare del tutto. Possono essere colpiti singoli muscoli, interi gruppi muscolari o interi arti. La paralisi non è dolorosa. Nel caso che la paralisi perduri da parecchio tempo c'è il grande rischio di un secondo conflitto che porterebbe ad una costellazione schizofrenica! Uno dei conflitti secondari più frequenti è la diagnosi dei medici: "Lei ha la sclerosi multipla e non potrà mai camminare." Il paziente subisce immediatamente un secondo conflitto del "non poter mai camminare", che rimane quasi sempre in forma definitiva a causa del credere da parte del paziente alla diagnosi, quasi come in una programmazione postipnotica, il che lo rende particolarmente difficile ad un approccio terapeutico. Anche il circa 70-80 % dei paraplegici appartengono a questa categoria. In questi casi bisogna procedere criminalisticamente, scoprire con esattezza quando e quale paralisi è apparsa. Non si può definire tutto ciò che non si riesce a spiegare, come una paraparesi o come compressione di radici nervose. Una ragazzina aveva subito una DHS enorme, quando le venne somministrato un vaccino contro il vaiolo paravertebralmente in mezzo alle scapole. Breve tempo dopo la bambina era paralizzata in tutte e quattro le estremità. I medici sospettavano erroneamente un tumore nel canale vertebrale che causasse una paraplegia incompleta. In questo modo si teneva il conflitto attivo, manipolando sempre la stessa zona. Anche bambini che nascono con una paralisi hanno subito nel periodo intrauterino una grave DHS conflittuale, che ha colpito il centro motorio o sensorio. Spesso con la diagnosi "sm" il primo conflitto perde consistenza per il paziente, in quanto la dichiarata malattia riempie la sua coscienza. Ma a causa del conflitto secondario attivo persiste la paralisi. Esistono due tipi di paralisi: la paralisi motoria inerente alla corteccia motoria del gyrus precentralis; e la paralisi sensoria, inerente alla corteccia sensoria del gyrus postcentralis, nella quale sono bloccate le conduzioni afferenti. Il contenuto del conflitto è la paura di "non poter notare qualcosa" o "di non poter sentire", cioè la paura di non notare in tempo un pericolo, in natura un rischio letale; inoltre anche la paura di perdere il contatto fisico o un conflitto di paura di essere abbandonato: conflitto di essere piantato in asso, conflitto di isolamento: conflitto di non avere più contatto con i famigliari, il branco ecc.. Questi conflitti (con DHS) causano una paralisi sensoria. Se avviene la soluzione del conflitto motorio, la formazione a bersaglio nel cervello accumula edema. Questo peggiora apparentemente la funzione motoria in questa fase pcl (fase di guarigione) in modo passeggero. Inoltre si presentano scatti incontrollabili. Sempre avviene un

attacco epilettico con crampi muscolari. Crisi epilettiche corticali sono quelle che partono da un HH nella corteccia cerebrale, possono espandersi sull'intera corteccia cerebrale e manifestarsi in crampi tonico clonici, morso della lingua, schiuma alla bocca, ecc. Per natura una crisi epilettica è una reazione da choc dell'organismo, con la quale si cerca di spremere l'edema intra e peri focale dell'HH, in quanto il rel corrispondente soffoca letteralmente nell'edema e così si cerca di garantire la sua funzione. Dopo questa crisi epilettica l'innervazione muscolare riprende gradualmente. La crisi epilettica dopo soluzione di un conflitto sensorio consiste nell'assenza, che può durare perfino alcuni giorni senza essere un coma vero e proprio. I pazienti sono in parte reattivi, possono mangiare e poi tornano del tutto coscienti senza aver fatto nulla altro che somministrare cortisone per sgonfiare l'edema cerebrale (n.d.t. attenzione: ora il Dott. Hamer ci tiene a chiarire che utilizza questo mezzo sempre più raramente, mentre lo scritto originale risale a tempo fa). Ogni programma speciale biologico ha la sua forma specifica di crisi epilettica. Nel conflitto motorio si tratta dell'attacco epilettico tipico, nel conflitto sensorio dell'assenza. Esistono anche altri quadri clinici con deficit motori o sensori: per esempio nel cosiddetto morbo di Parkinson il conflitto è quasi permanentemente in soluzione ma non riesce mai a terminare. In quel caso parliamo di "soluzione pendente", che corrisponde quasi ad un conflitto cronico recidivante, solo che i tempi sono diversi. Cioè guarigione permanente con brevi recidive di conflitto. Il tremore del Parkinson è una forma di guarigione di un conflitto motorio della muscolatura della mano (non poter trattenere qualcosa). Di notte il paziente sogna regolarmente di nuovo il suo conflitto, solo brevemente ma intensamente. La guarigione dura 23 ore e forse 58 minuti, la recidiva del conflitto dura solo 2 minuti, e pure la guarigione non riesce a terminare. Nella paralisi facciale, cioè nella paralisi dell'innervazione della muscolatura del viso, si tratta sempre di un conflitto "di perdere la faccia" o di essere "stato reso ridicolo". Spesso confuso erroneamente con un ictus. Dopo la soluzione del conflitto l'innervazione della muscolatura facciale torna. Anche qui esiste il rischio del conflitto secondario nella convinzione del paziente che crede di "aver perso (apparentemente) la faccia". La differenza tra un cosiddetto ictus bianco o rosso:

L'ictus bianco avviene coma, paralisi, con DHS, di solito a causa di un conflitto paracentrale. I pazienti sono pallidi, freddi, in simpaticotonia, cioè si trovano in fase di conflitto attivo.

L'ictus rosso significa sempre che il paziente si trova già in fase di guarigione e la paralisi risulta a causa dell'edematizzazione del rel motorio. In questo caso per esempio il HH può trovarsi nella sostanza bianca sotto la corteccia e coinvolgere il rel corticale solo in modo passeggero nell'edema perifocale. I pazienti sono caldi, hanno edema cerebrale, buon appetito, dormono bene e tanto, sono evidentemente nella fase di guarigione, cioè in vagotonia. Disturbi della sensibilità, che di solito non vengono notati, se non sono presenti contemporaneamente delle paralisi, non sono necessariamente da imputare ad un HH nella corteccia, come nell'ictus bianco (conflitto attivo), ma possono risultare anche da un'edema sotto la cortex, per esempio nella sostanza bianca, e sono in questo caso di tipo passeggero (attenzione: epilessia). Per essere più chiari: Paralisi = corteccia motoria del gyrus precentralis Non viene più emesso nessun codice motorio per quanto dura l'attività conflittuale. Il contenuto del conflitto è la "paura di essere vittima di un incantesimo", la paura di non poter fuggire o scansarsi. Disturbi della sensibilità = corteccia sensoria del gyrus postcentralis. La via della conduzione afferente è bloccata. Il contenuto del conflitto del centro sensorio è la "paura del non poter notare o del non poter sentire". I conflitti motori e sensori sono malattie oncoequivalenti. Hanno una DHS, un focolaio di Hamer, mostrano simpaticotonia in fase di conflitto attivo, vagotonia ed edema cerebrale in fase di guarigione. Entrambi mostrano deficit funzionale in fase di conflitto attivo. Nei conflitti motori con paralisi motorie vediamo sempre un attacco epilettico nella fase di guarigione, mentre nei conflitti sensori con paralisi sensorie troviamo un'assenza. La Nuova Medicina Germanica® non è una dottrina di fede ma un punto di vista, secondo le categorie scientifiche di pensiero, nuovo, biologico, completo, verificabile e riproducibile in ogni singolo caso (clinico). Perfino la differenziazione mentale tra psiche, cervello ed organo è solo accademicamente fittizia. In realtà è un tutt'uno, ed un aspetto senza l'altro non è immaginabile in modo sensato. Copyright by Dr. med. Ryke Geerd Hamer