

Ryke Geerd Hamer

Nuova Medicina Germanica – SBS renali

I Reni sono costituiti da tre differenti tipi di tessuto che si sono sviluppati in tempi differenti durante l'evoluzione e sono controllati da differenti aree del cervello.

Tubuli collettori renali

I tubuli collettori renali, il più antico tessuto dei reni, sono controllati dalla parte più antica del cervello, il Tronco Cerebrale. Poiché i tubuli collettori si sono sviluppati dal tessuto intestinale, essi hanno – come l'intestino – funzioni sensorie, secretorie, assorbenti e motorie.

La prima funzione dei tubuli collettori renali è quella di veicolare l'urina prodotta dal parenchima renale. Dai tubuli renali l'urina defluisce attraverso il bacinetto renale e l'uretere, verso la vescica e da qui viene eliminata attraverso l'uretra.

Il conflitto biologico collegato ai tubuli collettori renali è un...

- **conflitto di esistenza** (“avere perso tutto”, “la mia vita è alla fine”)
- **conflitto del profugo** (sentirsi come “nel deserto” o come “un pesce fuor d'acqua”)
- **profondo conflitto di abbandono** (sentirsi isolati, esclusi, o terribilmente soli)
- **conflitto da ospedalizzazione** (la paura del ricovero ospedaliero, sentirsi isolati dalla famiglia)

L'origine del conflitto di esistenza torna indietro a quando in nostri antenati vivevano ancora nell'oceano e venendosi accidentalmente a trovare sulla terra, andavano incontro ad una situazione di crisi vitale. In funzione di prevenire la morte dell'organismo per assenza di acqua, le cellule dei tubuli proliferavano rapidamente con il **fine biologico** di chiudere il filtro escretorio in modo da trattenere l'acqua e dare una chance all'organismo di sopravvivere. L'istantanea attivazione di questa ritenzione idrica è vitale, in quanto in assenza di acqua ogni processo vitale smette di funzionare!

Noi umani, come tutti gli animali che vivono sulla terra, siamo nati con questo programma ancestrale di sopravvivenza. Un uomo, per esempio, può soffrire di un conflitto di esistenza se è inaspettatamente trasferito dal proprio luogo di lavoro, in uno più lontano. L'essere impreparato al trasferimento può essere percepito come un “conflitto del profugo” o come un conflitto di sentirsi “catapultato nel deserto”. La stessa cosa può capitare alla propria moglie ed al proprio figlio che si sentono abbandonati dagli amici. Come risultato della ritenzione idrica è che tutti i membri di quella famiglia guadagnano peso.

I conflitti di abbandono sono tipicamente vissuti dagli anziani che si vedono collocare in una casa di riposo, o dai bimbi che si vedono collocare all'asilo. I pazienti malati di cancro che si avviano, ad esempio, alla chemioterapia o ad un intervento chirurgico, sono spesso stressati per via del conflitto esistenziale (“la mia vita è al capolinea”) o a causa di altri conflitti di natura

esistenziale.

Durante la fase di conflitto attivo si forma un tumore compatto tra i tubuli collettori e i calici causando una ritenzione di acqua. In base alla durata e all'intensità del conflitto, la persona può trattenere da 5 a 10 Kg. di acqua (circa 10 litri). Se sono coinvolti entrambi i reni, il quantitativo di acqua trattenuta raddoppia.

L'urina consiste di acqua per il 95% ed un 5% è costituito da sostanze uriche. Quindi, quando l'organismo (psiche, cervello e organi) sono in fase attiva di un conflitto di esistenza/abbandono, non solo trattiene acqua, ma anche le sostanze uriche, come la creatinina. Non solo la ritenzione idrica è significativa dal punto di vista biologico, ma lo è anche la ritenzione di creatinina. Per i nostri avi evolutivi, il conflitto biologico di essere fuor d'acqua significava anche il poter morire di fame, in particolar modo per la carenza di proteine.

Per questa situazione di emergenza, la Natura ha creato un altro programma biologico di ripristino. Normalmente la creatinina, un composto organico ed un prodotto di scarto del metabolismo proteico, è eliminata con le urine. Tuttavia, **nell'evenienza urgente di un conflitto d'esistenza, l'organismo è in grado di riciclare le sostanze uriche trattenute in proteine, in funzione di prevenire la morte di inedia!**

La medicina convenzionale (la "Vecchia" medicina) sostiene che l'uremia (l'innalzamento delle sostanze uriche nel sangue) sia causata da una "insufficienza renale" – l'incapacità dei reni di eliminare i prodotti di scarto del metabolismo delle proteine. Si crede anche che l'insufficienza di entrambe i reni possa causare il blocco renale che, senza dialisi, porterebbe alla morte. Basandosi sulle leggi biologiche della NMG appare evidente, tuttavia, che l'uremia non sia una "malattia", ma piuttosto un "Programma Speciale Biologico e Sensato" (SBS) arcaico che ha lo scopo di conservare acqua e sostanze uriche, quando acqua e proteine non siano disponibili per molto tempo.

Si dovrebbe tenere in conto che i reni eliminano sempre un minimo di 150-250 ml di urina al giorno – anche in caso di "anuria" (mancata eliminazione di urina), in altri termini i reni non possono fallire.

Se un tumore renale viene rimosso, il successivo conflitto esistenziale attaccherà il relè conflittuale nel lato cerebrale opposto. L'impatto istantaneamente causa la crescita di un nuovo tumore nel rene opposto, in quanto il programma di ritenzione idrica ha la priorità assoluta. La medicina ortodossa interpreta il nuovo tumore come una metastasi, immaginandosi che le cellule maligne abbiano nuotato da un rene all'altro... accidentalmente, s'intende.

L'**Oliguria**, una diminuita produzione di urina, interpretata dalla medicina convenzionale come una lieve forma di insufficienza renale, è il risultato di almeno due SBS attivi dei tubuli renali collettori che coinvolgono entrambi i reni e, di conseguenza entrambi i relè cerebrali nel tronco cerebrale. Nella NMG questo viene chiamata "Costellazione schizofrenica".

Tipicamente i pazienti con una **Costellazione dei tubuli collettori renali** sono disorientati e letteralmente e/o figurativamente "persi". Ciò, comunque, ha un senso biologico, in quanto il disorientamento crea immobilità in modo che l'individuo – che si sente come "un pesce fuor d'acqua" – attenda la prossima onda marina che lo riporti nel suo ambiente familiare.

Durante la fase di guarigione il tumore renale viene smantellato con l'aiuto dei batteri della tubercolosi, accorsi sul luogo nel momento in cui si è scatenato il conflitto. Questo per dire che la **tubercolosi renale** è un processo naturale di decomposizione di un tumore dei tubuli collettori renali. Nella medicina convenzionale si ignora che questo tipo di cancro origina dai tubuli collettori

renali.

Dobbiamo tenere in considerazione il fatto che ad ogni recidiva di conflitto esistenziale/di abbandono, la fase di guarigione viene interrotta, causando una condizione cronica. Come risultato i tubuli collettori si assottigliano sempre più a causa della perdita di tessuto, portando verso quella che si chiama “Sindrome Nefrosica”.

Tipici sintomi della fase tubercolare di guarigione sono **sudori notturni** così come **albuminuria**, una quantità di proteine nelle urine, più alta del normale. Se, per svariate ragioni, il paziente non è in grado di introdurre proteine in quantità sufficiente, è necessario provvedere a fornirgliene anche per via endovenosa, fino a che la fase di guarigione si sia completata. Questa regola si applica a tutti i tumori controllati dal cervello arcaico, come il cancro del polmone, del fegato, del colon, della ghiandola mammaria, ecc.

Un paziente informato gestisce meglio la sudorazione notturna, rispetto ad uno che non conosce le ragioni di tale evento. Quest’ultimo può spaventarsi, specialmente se la sudorazione è profusa. La sudorazione notturna è un buon segno che indica che i batteri della TBC stanno smantellando il tumore che non serve più. Alla fine della fase di guarigione, scompariranno sia le sudorazioni che l’albuminuria. Se non sono disponibili i batteri della TBC, il tumore verrà incapsulato e rimarrà lì, senza nuocere!

È importante ricordare che i parametri relativi alle sostanze uriche torneranno normali a conflitto risolto. Infatti l’acqua trattenuta durante la fase di conflitto attivo, comincerà ad essere evacuata appena il conflitto si risolve. Dipendendo dal grado di ritenzione idrica (che è proporzionale alla intensità del conflitto), questa fase urinaria potrà essere eccessiva

La Sindrome dei tubuli collettori renali

Quella che in NMG viene chiamata “Sindrome” è la combinazione di DUE SBS. La Sindrome coinvolge:

- un SBS renale, come un conflitto esistenziale con ritenzione idrica, in fase attiva
- un altro SBS che sia in fase di guarigione

Quando l’organismo trattiene acqua a causa di un conflitto attivo di esistenza, l’acqua è abbondantemente raccolta nell’edema che circonda l’organo o il tessuto che si trova nella fase di guarigione da uno shock nello stesso momento. La ritenzione idrica aumenta il gonfiore, ma anche il volume di alcuni tumori, come il carcinoma duttale, il cancro della cervice, quello dell’ovaio e del testicolo, il carcinoma bronchiale, il linfoma, ecc. A causa della ritenzione idrica, le cisti renali, le cisti ovariche o testicolari, le cisti spleniche possono aumentare di volume fino a scoppiare.

Quindi non è solo la durata e la intensità del precedente conflitto, che determina il grado di gonfiore dell’organo in guarigione, ma anche la “Sindrome” con ritenzione idrica durante la fase di conflitto attivo.

La “Sindrome” è di grande importanza clinica in quanto:

- non c’è versamento pleurico senza Sindrome
- non c’è epatomegalia senza Sindrome
- non c’è ascite senza Sindrome
- non c’è gotta senza Sindrome
- non c’è edema cerebrale ampio senza Sindrome

Normalmente, la secrezione di fluido sieroso nella pleura (in fase di guarigione di un conflitto di “attacco al torace”, figurato o reale) viene naturalmente riassorbito dalla pleura. Tuttavia, con la simultanea ritenzione idrica (la “Sindrome”), il versamento pleurico può portare ad un quadro clinico molto serio, dovuto a difficoltà respiratorie anche gravi, che richiedono l’evacuazione del liquido (anche se pungere il torace può scatenare un ulteriore conflitto di attacco). Lo stesso principio si applica all’**ascite**, l’accumulo di liquido nella cavità addominale, nella fase di guarigione di un conflitto di “attacco all’addome”.

Con la “Sindrome” (ritenzione idrica durante la fase di conflitto attivo), un leggero “conflitto da rancore nel territorio” con epatite in fase di guarigione, può portare rapidamente alla comparsa di una **epatomegalia** acuta (fegato ingrossato), a cui il paziente potrebbe non essere in grado di sopravvivere, specialmente se vi sono continui conflitti recidivanti.

La **Gotta** è una infiammazione delle articolazioni con i tipici noduli gottosi dolorosi. Con la gotta, il livello di acidi urici nel sangue è elevato ed è per questo che si ritiene che una dieta vegetariana possa alleviare il dolore. Secondo la NMG, la gotta è la fase di guarigione di un SBS osseo che coinvolge la “Sindrome”.

Un **edema cerebrale** (che avviene sempre durante la prima fase della post-conflittolisi) accumula ancora più acqua se vi è ritenzione di liquido. Questo può comportare complicazioni mediche molto serie e talora fatali, particolarmente durante la crisi epiletticoide (attacco cardiaco, ictus, ecc.)

Parenchima renale

Il parenchima renale, si è sviluppato all’epoca in cui i nostri antenati si erano già trasferiti sulla terra e l’acqua stessa era diventata un potenziale pericolo. Mentre i tubuli collettori renali (tessuto endodermico controllato dal tronco cerebrale) si collegano al conflitto biologico di privazione d’acqua, il conflitto collegato al parenchima renale (tessuto mesodermico controllato dal mesencefalo) è un **conflitto collegato ai fluidi** (compresa l’acqua).

Come per tutti i tessuti controllati dal midollo cerebrale, viene avviata una perdita di tessuto durante la fase di conflitto attivo. Una necrosi del tessuto parenchimatoso renale causa sempre un innalzamento della pressione sanguigna. E questo è il perchè: dopo esserci spostati sulla terra, l’escrezione delle urine non era più regolata dall’intestino, ma era connessa con la circolazione sanguigna e la capacità dei reni di filtrare il sangue e produrre urina. In caso di perdita di tessuto renale, dovuta ad un conflitto dell’acqua, la pressione del sangue si alza automaticamente in funzione di assicurare che i reni possano continuare la loro funzione, nonostante la necrosi. Per cui, il **proposito biologico** dell’ipertensione è di compensare la perdita di tessuto renale, in modo da assicurare una sufficiente produzione di urina e l’eliminazione delle sostanze uriche. Naturalmente la pressione sanguigna rimane elevata fino a che il conflitto rimane attivo. Più è intenso il conflitto dei fluidi, maggiore sarà l’ipertensione.

Secondo le mie ricerche, la grande maggioranza dei casi di ipertensione è correlata al parenchima renale ed al conflitto dei fluidi. Un conflitto dei fluidi può essere causato da una esperienza di paura di annegare, ma anche per un inaspettato allagamento di casa per la rottura di una tubatura, o per il tetto che perde ed altre situazioni simili in cui si abbia paura dell’acqua. Di

solito in breve tempo il problema diventa irrilevante e il conflitto si risolve da solo.

Le condizioni in cui ci sia “ipertensione instabile” o “ipertensione cronica” non sono dissimili, ma indicano piuttosto che il conflitto dei fluidi è ancora attivo, o risolto, ma rivissuto.

Fase di guarigione: con la risoluzione del conflitto dell’acqua, una cisti colma di liquido si forma nella sede della necrosi. All’interno della cisti le cellule renali proliferano rapidamente, in funzione di ripristinare il tessuto perso nella fase attiva del conflitto. Durante il periodo in cui la cisti renale si sviluppa, questa si attacca ai tessuti circostanti per avere sangue a sufficienza. Scoperta in questo stadio, la medicina convenzionale interpreta la crescita come un **tumore renale invasivo**, che quindi viene trattato con la solita pseudoterapia, invece di attendere serenamente fino ad indurimento della cisti. Se nell’arco di nove mesi non si riverifica un conflitto dei fluidi, il liquido all’interno della cisti viene riassorbito e la cisti si indurisce colmandosi di tessuto in grado di produrre urina.

Questo è il preciso **scopo biologico** di questo SBS. Il tessuto renale aggiuntivo fornito dalla cisti (che ora ha il suo proprio circolo sanguigno) pone l’individuo in una migliore posizione nel caso che si riverifichi un nuovo conflitto dei fluidi. Nella medicina convenzionale questa biologicamente significativa cisti renale viene chiamata “**nefroblastoma**” maligno (cancro renale) o tumore di “**Wilm**”.

Alla fine della fase di guarigione, la pressione sanguigna torna ad essere normale.

Occasionalmente, una cisti liquida può rendersi sintomatica se la pressione dell’edema è eccessiva. Ciò può essere causato, per esempio, dalla coesistenza di un conflitto attivo con ritenzione di acqua (“Sindrome), spesso innescato dalla stessa diagnosi di cancro del rene!

In generale, le dimensioni della cisti sono dipendenti dalla intensità e dalla durata del conflitto. Una cisti renale potrebbe divenire così grande da essere meccanicamente insostenibile. L’intervento chirurgico deve essere eseguito per ovvie ragioni, ma lo deve essere solo dopo la risoluzione del conflitto e quando si sia indurita, evitando la completa asportazione del rene.

Un altro sintomo di guarigione che può avvenire nella fase di riparazione del parenchima renale è la “**glomerulonefrite**“, una infiammazione dei glomeruli o dei piccolissimi vasi sanguigni del rene.

Corteccia surrenalica

Trattiamo in questa sede anche della corteccia surrenalica (controllata da relè nel midollo cerebrale), per la quale il conflitto lesivo è di “**aver sbagliato direzione**” o “**essere sviati**“, conflitti che causano una **necrosi della corteccia surrenalica** durante la fase di conflitto attivo. A causa della necrosi corticale, viene prodotto meno cortisolo per lo scopo di fermare la persona che ha intrapreso un percorso sbagliato. Si identifica in ciò la “**Malattia di Addison**“.

Durante la **fase di guarigione** si forma una cisti surrenalica liquida al posto dell’area necrotica. All’interno della cisti le cellule surrenaliche si moltiplicano rapidamente in funzione di riempire la perdita di tessuto. Essenzialmente si ripete il fenomeno verificatosi a livello del parenchima renale. Nella medicina convenzionale la cisti è considerata un “cancro del surrene”. Il fatto è che, alla fine del processo di guarigione, il “tumore” diventerà una cisti solida che farà parte integrante della corteccia surrenalica. Una grande cisti crea una iperproduzione di cortisolo, una condizione conosciuta come “**Sindrome di Cushing**“.

Pelvi renale

Durante l'ultima parte dell'evoluzione, il bacinetto renale fu rivestito da uno strato di cellule epiteliali squamose. Poiché il rivestimento della pelvi renale è costituito, evolutivamente parlando, di tessuto "più giovane" (ectoderma), viene controllato dal livello cerebrale più giovane, ovvero la corteccia cerebrale. In base a ciò, il relativo conflitto biologico è di natura avanzata.

Il conflitto collegato alla pelvi renale (così come per vescica, uretra e ureteri) è quello di "**marcatura del territorio**" causato da una inaspettata invasione o intrusione dei nostri domini ed una incapacità di definire i confini interni (femmina) o esterni (maschio).

Durante la fase di **conflitto attivo**, lo strato di tessuto pelvico si ulcera. Il **proposito biologico** della perdita di tessuto, è quello di allargare la pelvi renale per migliorare la "marcatura territoriale". Con l'inizio della **fase di guarigione**, le aree ulcerate vengono nuovamente riempite con nuove cellule. Tipicamente la pelvi renale guarisce producendo infiammazione. Durante la fase di guarigione potremmo soffrire di cistite.

Articolo originale in inglese: <http://learninggnm.com/documents/sbs-kidney.html>

Traduzione e adattamento di Giorgio Beltrammi

<http://blogtre.wordpress.com/>