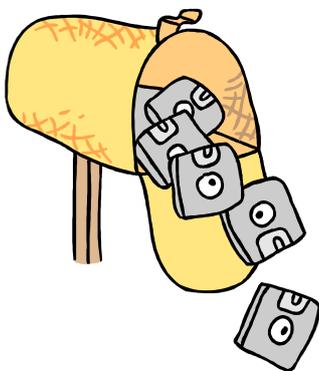


ALBERTO PORRO

**LA NUOVA MEDICINA
DEL
DOTTOR HAMER**



**APPROFONDIMENTI :
Nervi cranici ed Organi**

PALEOENCEFALO E NERVI CRANICI: EVOLUZIONE EMBRIOLOGICA

CENNI DI EVOLUZIONE EMBRIOLOGICA: CONFLITTI ARCAICI DELL'ENDODERMA

Nella fase iniziale della rottura embriologica, l'apparato digerente, che aveva un'unica apertura, si trova diviso in entrata ed uscita, ed in collegamento al Tronco cerebrale.

Il Tronco cerebrale è correlato a tutta la muscolatura liscia (involontaria), mentre è la Corteccia ed il Midollo che sono in relazione con i muscoli volontari.

In origine la faringe aveva due funzioni correlate al Tronco cerebrale:

- buttare fuori → Tronco sinistro → lato sinistro
- fare entrare il boccone → Tronco destro → lato destro

pertanto le innervazioni sono due. La seconda attualmente è ancora presente nel vomito.

Nella zona anale c'è l'innervazione dal Tronco solo per:

- spingere fuori il boccone

La parte destra del Tronco cerebrale dirige omolateralmente l'apparato digerente ed è preposta all'assorbimento

La parte sinistra del Tronco omolaterale è invece preposta all'espulsione del boccone.

Così si può osservare:

- faringe destra: ingoiare il boccone
- faringe sinistra: espellere il boccone
- tonsilla destra: "qualcosa che voglio far entrare ma non riesco a insalivare abbastanza per tirarlo destro"
- tonsilla sinistra: "qualcosa che voglio buttare fuori ma non riesco"

Tutti i conflitti di questo tipo sono in correlazione con l'endoderma e sono pertanto conflitti molto arcaici: entrare ed uscire.

Magari l'individuo con la volontà pensa di riuscire a fare determinate cose, ma a livello involontario non riesce a gestirle.

Ad esempio un rapporto orale: la donna non vuole il seme perché le dà fastidio, ma lo manda giù perché altrimenti il marito si arrabbierebbe: è il tipico caso di problema alla tonsilla sinistra.

Si è nella zona viscerale, non volontaria. Non si riesce a percepire il problema a livello conscio.

A livello del Tronco cerebrale l'innervazione è ancora quella di quando eravamo allo stadio embrionale con una sola apertura, per cui tutta la parte destra si riferisce al mandar dentro e la parte sinistra al buttare fuori.

Questa parte è costituita da endoderma, e cioè:

- muscolatura involontaria liscia
- epitelio a cellule cilindriche (submucosa)

che ha tappezzato l'apparato digerente, il sigmoide, la vescica, il trigono della vescica, la submucosa rettale, la submucosa vaginale, ecc.

Dopo la lacerazione c'è stata la crescita di una mucosa successiva che ha ricoperto l'antico tessuto nella zona della cavità orale, piccola curva dello stomaco, vie biliari, duodeno, dotti pancreatici, ano, vagina, vescica, bacinetti renali.

La zona del Tronco dirige la submucosa, mentre la Corteccia dirige la mucosa. Si tratta di strutture differenti, ma "occupando" gli stessi luoghi del corpo, hanno conflitti simili.

Così ad esempio.

la zona del NERVO ACUSTICO ha due collegamenti: quello con il Tronco e quello il Neoencefalo.

La parte collegata con il Paleoencefalo ha due funzioni:

1. destra: non sento bene ciò che vorrei ascoltare
2. sinistra: sento bene ciò che vorrei evitare

La parte collegata al Neoencefalo indica invece un'altra funzione:

- X. non voler sentire

La lingua è tappezzata da epitelio correlato al neoencefalo, che ricopre una muscolatura striata. Il problema non è pertanto correlato alla mucosa della bocca, e cioè "sputar fuori - portar dentro" (in correlazione con il paleoencefalo), bensì al "voler gustare".

Domanda. Vi sono pazienti che appena si tocca la bocca sentono conati di vomito, mentre altri non mostrano alcun fastidio. A cosa è dovuto?

Risposta. Il discorso è analogo alla tazzina di caffè: c'è colui al quale una sola tazzina provoca tachicardia ed altri che ne possono bere dieci e non avere nulla. Esiste un conflitto in sospensione, per cui basta una situazione di tensione per esasperarla. E' la goccia che fa traboccare il vaso, oppure è un binario. Una volta il dentista gli aveva fatto male e quella è la risposta.

ENDODERMA: APPARATO DIGERENTE

QUALITA' DELLA MUCOSA DIGERENTE

Quattro qualità del TRATTO GASTROINTESTINALE:

1. che tipo di boccone ho
2. tirarlo dentro o portarlo fuori
3. produrre secrezione necessaria per digerirlo
4. assorbire il boccone.

Queste quattro qualità si trovano anche nei NERVI CRANICI, che sono associati all'apparato digerente.

La forma embrionale originaria a tubo, era costituita essenzialmente da un sistema digerente con organi di senso importanti: l'occhio arcaico, l'odorato arcaico, l'udito arcaico gestiti da un cervello arcaico: il Tronco cerebrale. Questo tubo ha subito una specie di estroflessione che è stata ricoperta dalla parte ectodermica (ad esempio estroflessione della retina con formazione della coroidea dall'originaria enterioidea).

A ben vedere pur essendo molto primitivo, questo "tubo" conteneva già tutte le qualità dell'intestino e gli organi di senso – occhio ed olfatto – avevano lo scopo precipuo di percepire se l'odore / forma del boccone potesse andare bene o no. E in seguito, quando aveva inglobato il boccone, doveva sentire se era buono o no. L'intestino doveva cioè avere una qualità sensoriale, che è infatti la prima, che farà attivare le altre qualità.

Così ad esempio se il boccone è una proteina, allora farà attivare il pancreas perché è quella qualità che si deve digerire. Se il boccone è fermo lo devo far andare più in fretta e quindi attiva la peristalsi, il muco per farlo scivolare, oppure se assorbe una zuppa di bario (clisma opaco), non lo riconosce, non mette in moto niente, non viene assorbito niente.

Ecco quindi le qualità originarie dell'intestino:

QUALITA' SENSORIALE. Rispetto al conflitto di NON POTER ANALIZZARE IL BOCCONE non si sa molto. A qualcosa a che fare con il conflitto arcaico del non ricevere l'informazione necessaria. Qualità sensoriale hanno anche gli organi di senso arcaici: per l'acustico i nuclei sono sempre laterali e quindi sono relativi al "NON LOCALIZZARE DEL BOCCONE", per il visivo legati al "NON AVVISTARE IL CHIARO SCURO", per l'olfattivo il "NON SENTIRE IL BOCCONE SE BUONO O MENO". Comunque per questi conflitti non si sa molto; c'è ancora da indagare.

Per la **sensività**, in conflitto attivo c'è sempre un aumento di sensibilità

QUALITA' PERISTALTICA. E' automatica e lo si vede nel bebè che succhia senza fatica e con grande forza o nell'individuo che se beve a testa il non riesce a fare entrare l'acqua.

Anche la **peristaltica** in conflitto attivo provoca un aumento LOCALE. Se nell'intestino c'è un pezzo che non va avanti, in quella zona aumenterà la peristalsi, mentre rallenterà altrove. Ecco quindi che quando c'è questa attivazione locale, il resto del "tubo" non si muoverà, così ci sarà stitichezza, ma con le coliche.

Se il conflitto è attivo e generalizzato nell'intestino ci sarà un aumento della velocità in tutto l'organo per cui si avranno le scariche rapide e violente, da non riuscire a raggiungere il gabinetto. Il conflitto non è in relazione ad "un'offesa che non riesco ad evacuare" perché in questo caso sarebbe interessato solo il colon ascendente e non in tutto l'intestino. Quando è così globale si tratta di un conflitto "infantile" (un po' come la leucemia per un bambino o per un anziano, che è generalizzata perché pensano di non valere nulla o di non servire a nulla, mentre un adulto crea una leucemia più localizzata, prodotto di un'osteolisi locale). Queste coliche riflettono un individuo che ha una parte di sé rimasta ancora bambina (oppure il conflitto non c'entra più ma basta il binario di non avere il gabinetto vicino). Questa parte della peristalsi la riprenderemo poi parlando dell'occhio perché queste cose sono state comprese proprio attraverso lo studio dell'occhio.

DOMANDA. Cosa vuol dire quando uno ha una insensibilità a livello dello sfintere e anale?

Risposta. Si parla di sensorio, ectoderma, c'è lo strappo dell'anello... Quando uno è paraplegico, non ha più la sensibilità, e questo è un esempio estremo. Lo stimolo a rilasciare lo sfintere, viene dall'ampolla rettale, cioè dall'ultimo pezzo del retto, sotto l'azione della pressione. Esistono individui che fanno il contrario: c'è una paziente che ha delle coliche potenti ma quando è pronta per evacuare ha paura del dolore e allora blocca lo sfintere (passa giornate in bagno, senza andare ma con il dolore). E' un po' come la vaginite che chiude l'apertura per paura del dolore o della penetrazione, proprio nel momento della penetrazione. Tutto questo succede quando c'è troppa sensibilità, di tipo ectodermico. Quando invece c'è un conflitto sensorio endodermico, si ha mancanza di sensibilità.

La peristalsi dell'intestino avviene su due elementi: i MUSCOLI ANULARI e quelli LONGITUDINALI, che essendo alternati hanno una INNERVAZIONE MISTA: vago e simpatico.

ATTENZIONE A NON CONFONDERE: quando parliamo di porcheria che non riesco ad evacuare, parlo di endoderma:

- ✓ l'ileo cecale riguarda un'offesa della famiglia
- ✓ trasverso = fratelli, sorelle, amici; discendente = società (es: uno che non voleva fare il militare = colite ulcerosa);
- ✓ sigma= atto anale subito anche metaforicamente: "l'ho presa nel culo".
- ✓ Invece la mucosa rettale è ectoderma e quindi il conflitto è di identità oppure di rancore nel territorio per l'uomo mancino.

QUALITA' SECRETORIA. E' quella più conosciuta, che genera il tumore a cavolfiore ed è quella qualità che nell'intestino, come nella ghiandola o nell'acino, produce più muco. Quindi qui abbiamo c'è in conflitto attivo un AUMENTO della secrezione ed in soluzione una riduzione. Un fegato avrà poco di qualità assorbente mentre ha molto qualità secretoria. Il pancreas soprattutto secretoria e in parte assorbente, la mucosa dello stomaco le ha entrambe, maggiore quella secretoria. L'intestino è soprattutto assorbente.

La qualità secretoria si accompagna quasi sempre anche con quella motoria (peristalsi).

TUMORE INTESTINALE

Quando cresce un **tumore nell'intestino** sarà molto mucosecretante, e provocherà un aumento della peristalsi locale (il resto è fermo), generando in quella zona una colica ma senza diarrea. Quando si entra in soluzione, succederà il contrario: nella parte del tumore non ci sarà movimento, mentre il resto dell'intestino sarà attivato, dando come risultato delle scariche che hanno la funzione di eliminare le scorie (e nella zona del tumore non ci sarà movimento per evitare il rischio di grosse emorragie). E' solo nella crisi epilettica che si muoverà di nuovo ("strizza"), ed è lì che si verificheranno le emorragie.

Normalmente il tumore che cresce non fa male, ma al limite può dare periodicamente delle coliche. Quando invece va in soluzione allora la massa caseifica, e viene interessata anche la sensibilità più profonda, anche mesodermica delle vene, muscoli, ecc., ed allora c'è dolore.

L'occlusione intestinale viene prodotta solitamente in fase di soluzione, quando il tumore è già in fase di caseificazione, perché in quella zona la peristalsi si ferma (quando si è in fase attiva anche se ho un grosso tumore ho la peristalsi forte e il boccone passa comunque).

DOMANDA. Il **CORTISONE** potrebbe servire in questo caso? Il cortisone riguarda le surrenali, ed è diretto dall'ectoderma (Corteccia).

Risposta. Qui siamo nell'endoderma e quindi non serve, ma si deve lavorare con **ANTIBIOTICI, MORFINA, BUSCOPAN.**

Se un paziente ha i collettori in conflitto attivo che trattengono l'acqua, quando c'è lo spasmo in fase attiva, a quelli che gonfiano somministro il *Lasix*, ma non da solo, bensì con il *Buscopan* (che lavora bene nell'endoderma) ottenendo un miglior risultato. *Lasix* e *Codeina* o *Lasix* e *Morfina*, ma meglio il *Buscopan*. Ricordatevi che quando c'è ritenzione idrica si è sempre nei collettori (= endoderma)

Se un paziente ha uno spasmo a livello duodenale e si somministra il cortisone, paradossalmente si calma. Infatti se lo spasmo è ectodermico, lo si ha quando il cervello cerca di fare la crisi epilettica ed il cortisone aiuta ad accelerarlo ed a stringere, provocando l'interruzione dello spasmo. Quando invece lo spasmo è endodermico, il cortisone non cambia nulla.

Lo stesso accade con i bronchi e i bronchioli. Quando avete la bronchite o polmonite cortico-resistente, sono i bronchioli dell'endoderma ad essere interessati e non la mucosa bronchiale dell'ectoderma. In questo caso sono utili gli Antibiotici.

IL VELENO DEI FUNGHI (ANTIBIOTICO) AGISCE SULLA PARTE PIÙ ANTICA DEL NOSTRO CERVELLO CHE È IN RELAZIONE AI FUNGHI, QUINDI AL TRONCO. MENTRE NELLA CORTECCIA, IL CORTISONE SARÀ QUELLO CHE STRINGE LE PARTI DEL NUOVO CERVELLO). LE COSE SIMILI AGISCONO SULLE COSE SIMILI.

Con un edema a livello Tronco, l'antibiotico stringe mentre il cortisone non funziona molto. Ad esempio nel carcinoma bronchiale, ho più affanno che tosse e in fase A è secca. Qui il cortisone mi aiuta poco, meglio antibiotici e diuretici. Con i Tubuli collettori inchiodati, il *LASIX* (simpaticotonico) non mi fa niente perché me li chiude ancora di più. Se insieme invece do uno spasmolitico per muscolatura liscia insieme al *Lasix*, allora ho l'effetto giusto. Il *mannitolo* serve le prime due tre volte perché aumenti la salinità nel sangue, ma poi non serve più.

QUALITÀ ASSORBENTE. Genera un tumore piatto. In conflitto attivo la mucosa si ispessisce e quando poi questo caseifica abbiamo la diverticolite (nei villi intestinali) o la colite ulcerosa quando ci sono continue recidive (la zona continua a sanguinare e trovano tumori e una parte necrotica e arrivano a dirti che è una malattia autoimmune).

Anche qui, come per i tubuli collettori (che anche loro sono della qualità assorbente), c'è una contrazione e una crescita in conflitto attivo (compare uno spasmo, cioè un momento dove cresce ma non assorbe più). Sembra una contraddizione perché per tutte le altre qualità in conflitto attivo abbiamo un AUMENTO di funzione, mentre per la qualità assorbente (forse per lo spasmo) abbiamo un momento dove non assorbe più. Occorre investigare.

Rispetto al conflitto non ne sappiamo molto ancora, ma in genere si tratta di persone che NON POSSONO ASSORBIRE LA LORO REALTÀ (= colite ulcerosa. Morbo di Crohn, ecc.). Una cosa è avere un boccone dentro che voglio buttare fuori, un'altra è voler creare una corazza per isolarsi dalla realtà.

L'**OMBELICO** è in relazione all'intestino ed il suo CONFLITTO è sempre UNA PORCHERIA CHE NON RIESCO AD EVACUARE, ma è più legato alla colpa, al sentirsi colpevole.

Esempio. Ragazza che ha fatto una "fattura" per far tornare il suo ragazzo, e ha preparato dei biscotti col mestruo. Lo shock è stato quando il ragazzo le ha detto che la sua nuova donna aspettava un bambino e si sarebbero sposati. Lei, che ha un grande rispetto per i bambini, è entrata in DHS sapendo che aveva fatto un anatema per farlo tornare e che questo avrebbe colpito il bimbo. Si è sviluppato un adenocarcinoma ombelicale (porcheria da evacuare di cui mi sento in colpa).

Il morbo di Crohn (di solito quello diagnosticato è dell'**ILEO** e non del Digiuno) è UNA CONTRARIETÀ INDIGESTA (legato a un senso di offesa). E' una porcheria ma soprattutto è ingiusta, che rimane lì e non la voglio assorbire né riesco ad evacuarla, perché (normalmente) mi è stata fatta da persone che mi sono care. E' legato lontanamente ad un conflitto di territorio (è un'ingiustizia nel suo territorio).

Tipico dell'**ILEOCIECALE** è avere un CONFLITTO IN SOSPESO. Esso genera uno spasmo, una colica, che blocca l'intestino tenue ed il cibo fermenta (la sostanza è ancora liquida) e la pancia si gonfia .

Le pance gonfie sono tutti conflitti in sospeso, perché se fosse in conflitto attivo non si sgonfierebbe di notte.

DERIVAZIONE EMBRIOLOGICA DELLE MUCOSE DIGESTIVE

La mucosa è sia endodermica (= submucosa ghiandolare, epitelio cilindrico), che ectodermica (epitelio pavimentoso che ricopre la precedente).

La mucosa endodermica, più profonda, ha lateralità destra (entrata) e sinistra (uscita).

La mucosa ectodermica, più superficiale, che forma un sottile strato sulla precedente, non ha lateralità destra e sinistra

Un soggetto ha sviluppato piorrea e poi un tumore dopo un trattamento dentistico.

Gli hanno modificato la disposizione dei denti sia a destra che a sinistra:

la piorrea è stata bilaterale (ectoderma)

il tumore si è sviluppato solo a sinistra. (endoderma)

Questo è successo perché il dentista utilizzava apparecchi che il paziente non riusciva a sopportare, ma non osava rifiutarsi di fare il trattamento. Il trapano è entrato in profondità e lui non riusciva a "sputar fuori". Ha sviluppato così problemi all'endoderma e all'ectoderma insieme.

AFTE

L'afte è un tumore della submucosa. Cresce un piccolo ispessimento della mucosa sottostante e quando si risolve il problema si ha caseificazione ad opera di micobatteri o funghi. I prodotti vengono espulsi mediante l'escoriazione della mucosa soprastante, che è molto sensibile ed innervata perché è diretta dalla Corteccia, per cui crea molto dolore.

Se si tocca con una punta o un ago nella zona bianca dell'afte, non c'è alcun dolore, ma se si stimola con lo stesso il bordo arrossato il dolore è intenso. Questo succede perché l'ago al centro va a toccare la submucosa caseificata, che è poco innervata (è antica), mentre la mucosa soprastante è fortemente innervata.

Le afte bilaterali indicano che siamo in presenza di due conflitti:

- 1) voler tirar dentro qualcosa e non poterlo fare (lato dx del Tronco e della sub mucosa)
- 2) Voler buttar fuori e non potere (lato sx del Tronco e della submucosa)

E' un boccone che non va né dentro né fuori. E' una situazione che si ha in bocca e che non va da nessuna parte: è qualcosa che si vuole tirare via dalla bocca, che vada dentro o fuori non ha importanza, basta che vada via da lì. Un'afte che compare prima a destra e poi a sinistra è segno che l'individuo prima voleva tirar dentro un boccone e non è riuscito e poi voleva eliminarlo.

La causa del conflitto può essere l'afte stessa.

1. Se si ha un'afte che fa molto male a sinistra, non si mangia, quindi non si può tirar dentro il boccone. Quando si comincia a risolvere il conflitto, l'afte compare anche a destra. C'è un doppio conflitto differente ed uno può essere la causa scatenante dell'altro. Non sono mai contemporanei, ma al limite alternanti. Le afte non iniziano mai bilateralmente.

2. Se l'afra compare prima a destra e la si vuole buttare fuori perché da fastidio, può comparire anche a sinistra.

In conclusione:

- se ho un'afra a sinistra che voglio buttar fuori e non riesco, provoca continue recidive.
- Se ho un'afra a destra che non mi permette di mangiare (=ingoiare il boccone) non provocherà recidive. Anche se voglio buttare fuori, al limite creo un conflitto di tipo ectodermico (mucosa che ulcera e va in soluzione)¹

Qualcosa che dà fastidio all'individuo e vuole eliminare ma non riesce, provoca continue recidive.

Organi diversi correlati allo stesso foglietto embrionale funzionano più o meno tutti allo stesso modo.

L'afra non è diversa da una falsa emorroide. Quest'ultima è un adenocarcinoma della submucosa rettale, che quando entra in caseificazione, provoca delle aperture attraverso la mucosa epiteliale del retto, e fa escoriazione con dolore e sanguinamento.

Lo stesso accade a livello della vescica, dove la submucosa fa il polipo e poi, quando viene ridotta da funghi e micobatteri, si ha escoriazione e sangue perché il tessuto epiteliale ectodermico veien trapassato.

ACNE

Viene coinvolto il derma ghiandolare, correlato al Cervelletto.

L'acne produce ispessimento del derma e del corion, e quando si risolve c'è caseificazione con micobatteri e funghi, ma anche batteri.

ALITO CATTIVO

Dove ci sono micobatteri e funghi, c'è sempre puzza di marcio. Se questo accade alla mucosa digestiva si avrà alito cattivo.

L'alito cattivo è una fase di soluzione a livello del tratto gastrointestinale per cui micobatteri e funghi producono cattivi odori. Se questo accade per lungo tempo si è in continua recidiva.

Quando un individuo ha una sintomatologia insistente, è segno che ha continue recidive

SPASMI DIGESTIVI: ECTODERMA ED ENDODERMA

Si può osservare che i dolori colitici ed i crampi allo stomaco (antico) sono in parte mesodermici (muscoli) ed in parte endodermici (mucosa antica e muscoli lisci). Il dolore non è analogo a quello che si prova quando viene coinvolto ad esempio il retto o il duodeno (che sono ectodermici e quindi più innervati e sensibili).

La valvola ileo-cecale è in relazione alla riparazione dell'offesa; è legata alla permalosità degli individui che non sentendosi "Ok" si offendono e si arrabbiano. In questi casi se la si tocca quando questa è in contrazione il dolore è intenso, perché è di origine ectodermica, mentre se si comprime la una qualunque zona del colon o del tenue il dolore è diffuso (endoderma).

Ectoderma = innervazione concentrata, dolore acuto

Endoderma = innervazione più diffusa, dolore diffuso

¹ Il conflitto ectodermico della mucosa può essere fatto comunque, anche se è coinvolto l'endoderma. L'afra non è un conflitto dell'epitelio pavimentoso (ectoderma), ma ne provoca la sua escoriazione. E' come una fistola, un canale che il corpo crea per buttare fuori. C'è una lesione meccanica dell'epitelio, ma tale lesione di per sé non è correlata ad alcun conflitto.

LA COMPARSA DELL'ECTODERMA NELL'EVOLUZIONE EMBRIOLOGICA: DAL TRONCO CEREBRALE ALLA CORTECCIA

Le fasi iniziali dello sviluppo embrionale danno origine ad una struttura arcaica ad anello in cui un'unica apertura fungeva da bocca e da ano. Durante questa fase lo strato di submucosa (endoderma), viene parzialmente tappezzato dalla mucosa (ectoderma) sia in direzione del futuro ano e vagina – collo dell'utero fino alla zona dell'uretra, vescica, uretere e bacinetto renale, sia in nella zona di bocca, laringe, faringe, bronchi, cuore, stomaco, duodeno, vie pancreatiche e biliari.

Queste zone sono quindi dirette dalla Corteccia. Dopo lo strappo della forma ad anello, l'innervazione ha dovuto percorrere una nuova via, lungo la colonna vertebrale, per poter raggiungere l'area in fondo che non era più innervata.

L'innervazione originaria del Tronco invece non ha dovuto modificarsi, infatti ad esempio l'innervazione dell'intestino o dell'utero non è legata alla colonna vertebrale ma direttamente al Tronco cerebrale. Infatti, il collo dell'utero che è sensibile, può essere anestetizzato con la puntura epidurale (=colonna vertebrale) senza che questo inibisca le spinte del parto (utero).

Gli organi del Tronco che sono stati tappezzati dalla mucosa ectodermica prima dello strappo, hanno una caratteristica peculiare: hanno una innervazione corticale monolaterale (solo da un lato). Infatti anche se innervati dalla corteccia hanno la base del loro funzionamento nel Tronco cerebrale.

Così se guardiamo la sezione della Corteccia, ci rendiamo conto di come questi organi siano inseriti esattamente come nel Tronco cerebrale: a sinistra il retto e l'utero, a destra la mucosa gastrica, l'esofago, i bronchi.

E come nel Tronco, anche nella Corteccia c'è una parte destra per “tirare dentro”, ed una sinistra per “buttare fuori” ,

Quindi dopo lo strappo la parte della via digerente che è stata ricoperta da ectoderma è innervata tutta da un solo lato, ma l'innervazione è la stessa di quando la forma era ad anello e pertanto i nervi cranici del Tronco innerveranno la parte destra a destra e la sinistra a sinistra.

INTRODUZIONE AI NERVI CRANICI

I NERVI CRANICI

Osservando le caratteristiche dei nervi cranici, si nota che essi, pur provenendo dal Tronco cerebrale questi nervi, innervano sia organi motori che sensori che sono in realtà funzioni del neencefalo. Si così è scoperto che a questi nervi del Tronco cerebrale (omolaterali) si sono in seguito intrecciate delle fibre nervose della Corteccia cerebrale (controlaterale).

Così ad esempio il Trigemino, che innerva la muscolatura liscia della faccia², ha anche una sensibilità e una motilità volontaria (si può avere una notevole mimica facciale) dirette dalla Corteccia. Nella classificazione anatomica questo nervo cranico è comunque classificato come nervo della Corteccia.

Quindi ha un'innervazione verso la muscolatura liscia (endoderma → TRONCO cerebrale) e verso la muscolatura striata (mesoderma → Neencefalo). Pertanto si avrà il Tronco cerebrale (omolaterale) destro che innerva la muscolatura liscia, peristaltica automatica della parte destra, mentre la Corteccia motoria sinistra (controlaterale) innerverà i muscoli striati (muscoli che muovo in maniera volontaria) della faccia destra. Quindi si avranno i primi nervi (muscolatura liscia) che si intrecciano con i nuovi nervi (muscolatura striata) creando così una innervazione mista.

I NERVI DEGLI “ARCHI BRANCHIALI”

Gli archi branchiali sono incisioni che compaiono nei stadi di sviluppo del feto, all'altezza del collo. Hanno aspetto simile alle branchie di un pesce e sono destinate a scomparire successivamente dando luogo alle ossa della mandibola (arco mandibolare), all'osso ioide (arco ioideo), alle cartilagini tiroidee, alle paratiroidi, al timo (archi contraddistinti semplicemente da un numero). Gli archi viscerali sostengono le pareti laterali della parte craniale della faringe e bocca primitiva (costituita internamente da endoderma ed esternamente da ectoderma), che nell'arco di 24 giorni si lacererà dando origine all'apertura buccale ed a quella anale.

Ciascun arco branchiale ha un nucleo di mesoderma ed è ricoperto esternamente da ectoderma ed internamente da endoderma.

Gli archi branchiali sono 5 di cui 4 sono evidenti ed uno appena abbozzato³ e sono evidenziabili dalla forma dell'embrione (vedi disegno). Il primo è della testa e gli altri sono quelli da cui scaturiscono le innervazioni che andranno a collegare gli organi descritti sopra in parte in relazione al Tronco (endoderma) ed in parte alla Corteccia (ectoderma).

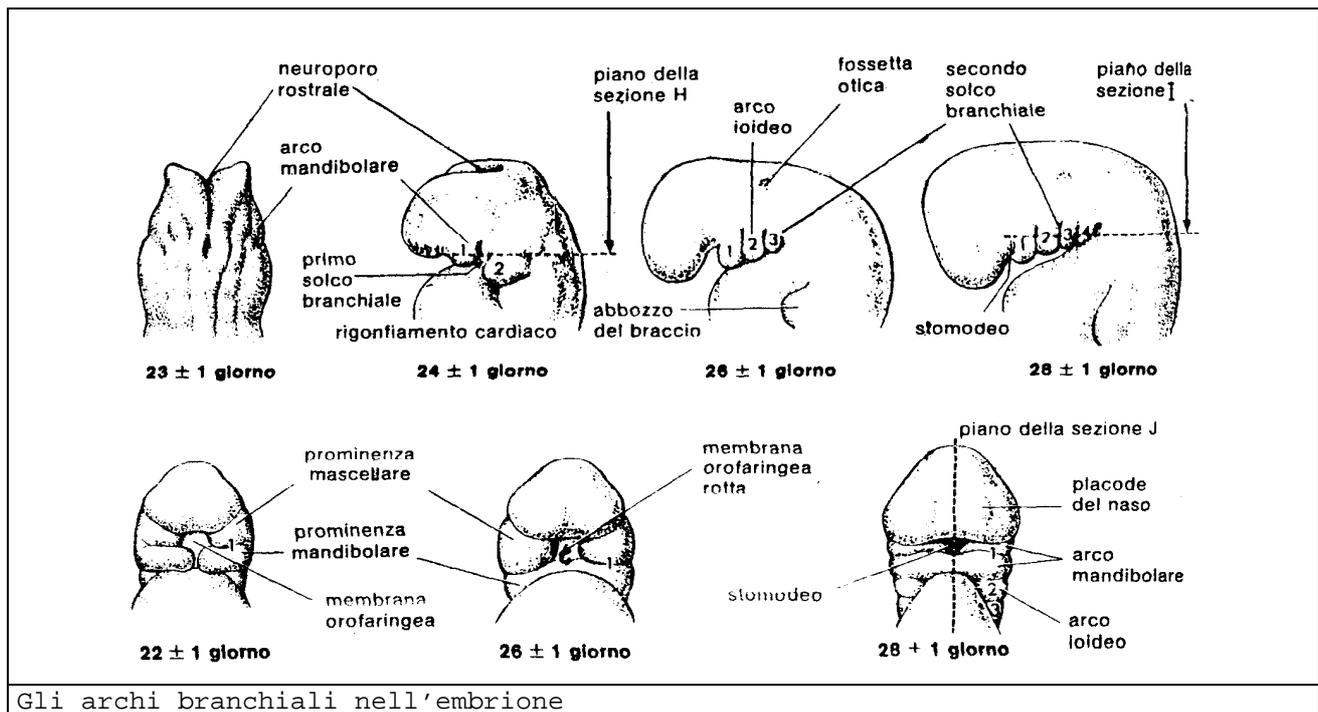
La classificazione definisce alcuni nervi cranici *nervi degli archi branchiali* in modo “erroneamente giusto”. Infatti essi pur innervando elementi ectodermici, hanno la loro origine proprio nei primi stadi di sviluppo embrionale in cui non poteva non esserci un'innervazione endodermica. Pertanto da questi cinque archi branchiali sono derivate delle innervazioni precise sia a livello del Tronco cerebrale (archi branchiali) sia a livello della Corteccia (nervi cranici di derivazione).

Così

- Il V°nervo del Tronco cerebrale (trigemino) è chiamato I°nervo dell'arco branchiale
- Il VII°nervo del Tronco cerebrale (faciale) è chiamato II°nervo dell'arco branchiale
- Il IX°nervo del Tronco cerebrale (glossofaringeo) è chiamato III°nervo dell'arco branchiale
- Il X°nervo del Tronco cerebrale (vago) è chiamato IV°-V°-VI°nervo dell'arco branchiale

² Nel bambino la muscolatura liscia del viso costituisce il 98% della muscolatura; poi crescendo la muscolatura striata prende il netto predominio arrivando ad esprimere l'85 - 90%, mentre quella rimane il 10 - 15%.

³ Alcuni affermano che gli archi siano 6, di cui due sono appena abbozzati.



Gli archi branchiali nell'embrione

I nervi del Tronco sono disposti bilateralmente perché il destro "tira dentro" e il sinistro "butta fuori", ed infatti ancora oggi ci sono le due possibilità (peristalsi e controperistalsi). Osservando l'antico verme embrionale si sa che:

A → fino al duodeno si tira dentro, ma si può ancora buttare fuori.

B → la parte anale è soprattutto espulsione, ma anche peristalsi al contrario intesa come blocco (di certo non posso bere)

Così per la parte endodermica (zona gialla) del nervo – la submucosa – si ha:

- destro: TIRARE DENTRO
- sinistro: BUTTARE FUORI

Invece per la parte ectodermica – la mucosa – il conflitto è uno solo e si innesca sempre sul lato sinistro (= buttare fuori):

- NON VOLER O NON POTER SPUTARE qualcosa che mi da fastidio.

Quindi per la MUCOSA ho solo il **BUTTARE FUORI** e NON il TIRARE DENTRO. Se invece NON POSSO GUSTARE, INSALIVARE (dotti escretori della parotide e ghiandole salivari) è un'altra cosa. La mucosa riguarda proprio qualcosa che ho in bocca e che voglio buttare fuori.

CARATTERISTICHE DEI NERVI CRANICI ED AZIONE SULLA MUSCOLATURA

Dal Tronco partono i nervi cranici omolaterali e poi si aggiungono le fibre della Corteccia – Midollo cerebrale controlaterali.

- Fibre omolaterali del Tronco = movimento peristaltico della muscolatura liscia, secrezione, sensibilità, assorbimento (le 4 qualità dell'intestino: motorio, secretorio, sensorio, assorbente)
- Fibre controlaterali del Midollo cerebrale = struttura
- Fibre controlaterale della Corteccia = sensorio corticale, motorio corticale

I nervi cranici agiscono sui **MUSCOLI** (motorio) e sulla loro sensibilità (sensorio):

- il muscolo ha una parte che è MUSCOLATURA LISCIA (Tronco)
- e una di MUSCOLATURA STRIATA (Midollo e Corteccia)

La muscolatura liscia è collegata alle quattro qualità dell'intestino: sensorio, motorio ma non c'è assorbente o secernente. Quindi ci sono solo due innervazioni dal Tronco (omolateralmente).

Nella muscolatura striata (corticale, controlaterale) si trovano: motricità, sensibilità (Corteccia) e struttura (Midollo cerebrale). Ci sono quindi tutte le innervazioni.

Se si accarezza sensualmente una persona questa può avere dei movimenti involontari (che sono un resto di muscolatura liscia che inizia la sua peristalsi), ma anche dei movimenti volontari.

Quindi i conflitti che coinvolgono la muscolatura possono riguardare:

- per il Tronco conflitti del boccone
- per la Corteccia conflitti della sensibilità, motricità e se mi sento non valido e mi svaluto per la struttura del Midollo.

Quando c'è un problema devo capire da quale punto arriva il comando.

La stessa innervazione mista l'abbiamo anche nell'**OCCHIO**.

I NERVI CRANICI ED I LORO EFFETTI SUI CONFLITTI DEL TRONCO

Osservando la sezione del Tronco alla TAC sono evidenziati in arancio:

- lateralmente i due nervi acustici
- centralmente i nervi cranici della faringe e viso
- nervo abducente (muscolo laterale dell'occhio) nella zona dei tubuli collettori

Il nucleo del **NERVO ABDUCENTE** esce dove c'è il relè dei tubuli collettori renali. In questo modo quando c'è il conflitto attivo dei tubuli collettori, quando va in soluzione il relè che gonfia, schiaccerà anche il passaggio dell'abducente. Infatti è stato sperimentato che quando c'è un conflitto attivo dei tubuli collettori, c'è anche una attivazione del Nervo abducens (muscolo laterale dell'occhio), che essendo un nervo del Tronco si comporta come lui e quindi in fase attiva aumenta e mette in tensione di più l'occhio procurando uno STRABISMO DIVERGENTE (poiché la tensione è minima, la diplopia è debole). Il panico invece viene in soluzione quando la tensione bruscamente cala e si ha l'incrocio degli occhi, per cui si VEDE DOPPIO.

Quando un paziente dice di vedere doppio, posso verificarlo ponendogli la penna davanti agli occhi e chiedendogli quale vede doppia. Se è la penna a sinistra significa che è attivo il tubulo sinistro ed è questo nervo che non tira (se vede doppio sempre allora il problema è un altro).

Probabilmente è il senso del PESCE FUORI D'ACQUA, dove il focolaio "preme" sul nervo abducente e "tira" gli occhi lateralmente, ha come scopo di non far procedere il pesce nella direzione sbagliata, ma, tirandogli gli occhi da parte, lo ferma. Infatti la costernazione blocca. Le persone che hanno i tubuli collettori chiusi e che gonfiano, sono soprattutto persone che "aspettano". Se un uomo è nel deserto e non sa dove sia la prossima fonte, si ferma ed aspetta (e allora comincia a gonfiare); gli occhi tirano indietro e allora si può o fermarci o tornare indietro, ma non andare avanti nel deserto.

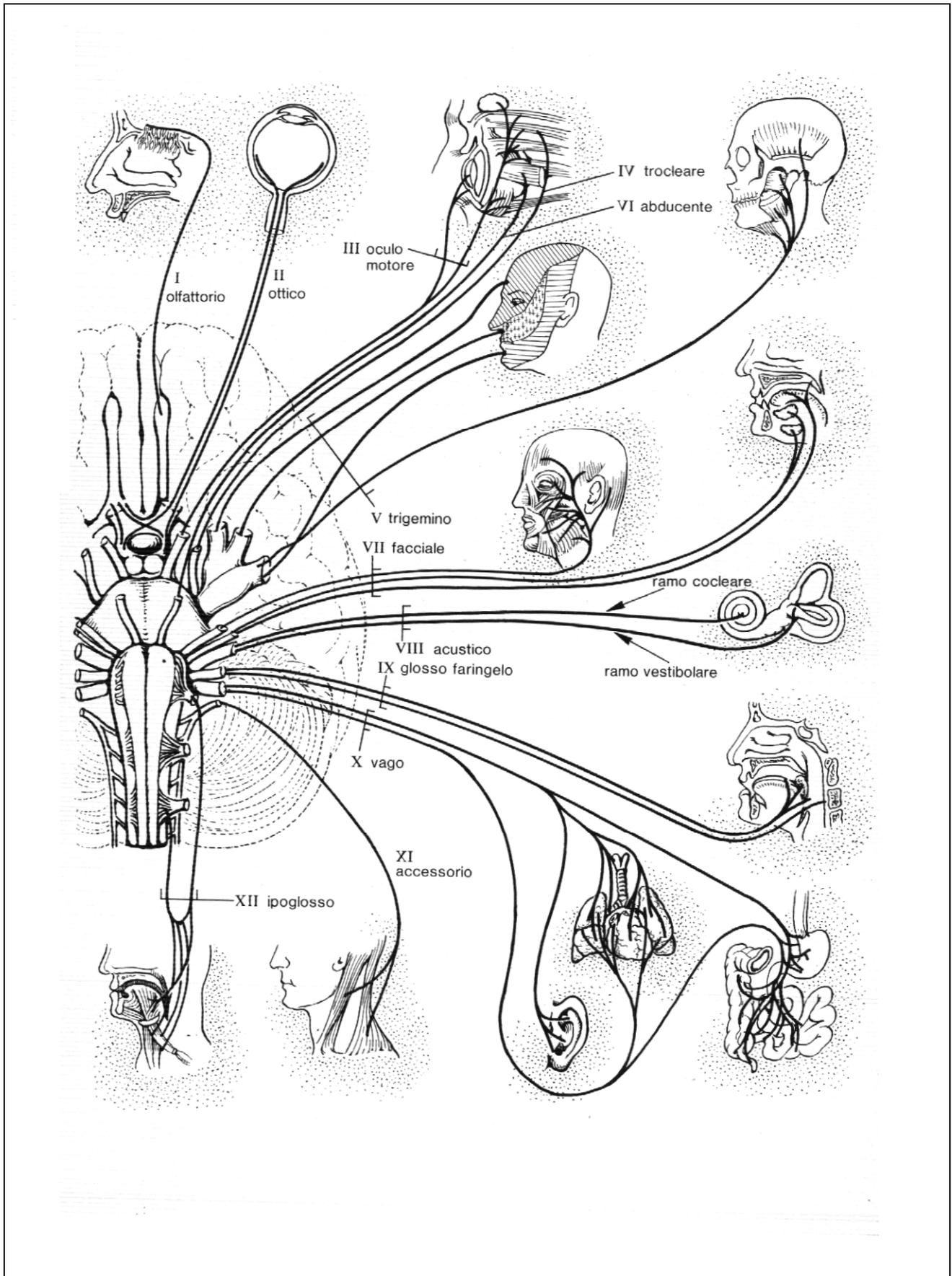


TABELLA DEI NERVI CRANICI

Legenda:

G = Giallo (endoderma)

A= arancio (mesoderma)

R= rosso (ectoderma)

N= Nervi

Il numero definisce quale nervo cranico.

L'indicazione sx o dx è riferita alla lateralità cerebrale e non corporea (esempio dx o sx del Tronco cerebrale). Questo implica una differente lateralità corporea in funzione della parte encefalica considerata. Infatti.

la destra del Tronco é inerente agli organi che sono innervati a destra (nervi facciali ecc)

la destra del Cervelletto, Midollo, Corteccia sono inerenti agli organi innervati a sinistra

Tutti i nervi cranici (che partono dal Tronco) sono appaiati. e quindi possiedono una simmetria, che contrasta con la mancanza di simmetria degli organi del Tronco cerebrale (a parte la cavità faringea).

Nel Tronco (GN) la differenza tra la parte destra e sinistra esiste perché uno tira dentro (destra) e l'altro butta fuori (sinistra).

Nel Cervelletto/Midollo/Corteccia (AN e RN) la differenza non è relativa alla funzione (localizzazione), ma alla relazione con partner (destra) e madre / figlio (sinistra).

Quindi per il ROSSO e ARANCIO non c'è differenza per il tipo di conflitto, ma per il rapporto con madre/figlio o partner.

NERVI CRANICI: I - II - III

I primi due - olfattivo ed ottico - sono considerate delle estroflessioni della Corteccia, ma in realtà hanno il loro relè nel Tronco cerebrale, perché vi sono anche modo arcaici di vedere (Nervo Ottico arcaico) e di odorare (nervo olfattivo arcaico). Questo significa che devono essere appaiate anche fibre che collegano questi organi con il Tronco cerebrale.

- ✓ Il nervo OLFATTIVO ARCAICO non era diretto a riconoscere l'altro sesso, ma la QUALITÀ del boccone. Era inerente non tanto a sentire quell'odore se era o non era buono, ma piuttosto se quel boccone poteva andare bene o no.
- ✓ Il nervo OTTICO ARCAICO era predisposto alla visione chiaro / scuro (l'occhio recente permette una visione più nitida, ectodermale, dato che è l'estroflessione della Corteccia).

Fibre del Tronco sono omolaterali

Fibre della Corteccia sono controlaterali

Ad esempio nel nervo trigemino, che controlla la peristalsi della vecchia faringe, il lato destro ha il suo nucleo nel Tronco destro (= ciucciare), e nella Corteccia sensoria e motoria sinistra (= mimica e movimento volontari). Questo vale per tutti i nervi cranici

I primi due nervi cranici – olfattivo e visivo – non sono nervi periferici, ma delle porzioni cerebrali estroflesse. Sono composti dal prolungamento sia del relè arcaico del tronco che della corteccia. In questi nervi l'antica mucosa intestinale da cui hanno avuto origine è la loro arcaica capacità di "SENTIRE" SE UN BOCCONE ANDAVA BENE O NO (tronco cerebrale = endoderma).

Sopra a questi organi molto rudimentali si è costruito un organo molto più raffinato per SENTIRE E VEDERE MOLTO PIÙ DA LONTANO (non solo rispetto al boccone, ma anche alle SITUAZIONI) innervato dalla Corteccia cerebrale (= ectoderma), le cui fibre si sono intrecciate a quelle precedenti e permettono anche di AGIRE IN ANTICIPO (esempio sta arrivando un "boccone situazione" che non mi piace ed allora mi sposto prima).

Quando sono presenti i conflitti si deve pensare a questa differenza: ogni nervo possiede fibre provenienti dal Tronco cerebrale. omolaterale e dalla Corteccia cerebrale controlaterale.

NERVO OLFATTIVO

Conflitto arcaico di odorare e fiutare. Se non si sente il boccone olfatto, se non si ha informazione dell'odore, il conflitto è arcaico e riguarda la parte endodermica. Non ho la "informazione" che mi permette di evitare o prendere il boccone.

E' il caso di un gatto che non riusciva a sentire gli odori per cui non mangiava nemmeno il pesce. Poiché un certo apprendimento olfattivo deve esserci e questo gatto è stato allontanato dalla madre molto piccolo, è evidente che a lui alcune informazioni non sono arrivate.

A livello del nervo olfattivo non c'è muscolo quindi non c'è mesoderma.

Il conflitto relativo all'ectoderma è invece "non voler o non poter odorare" ed è correlato con la Corteccia sensoria.

Il conflitto:

- a livello dell'endoderma è relativo al non riuscire ad odorare il boccone (lato dx e sx del Tronco sono relative allo stesso conflitto ma si riferiscono a due modalità diverse nell'affrontare lo stesso problema: lato destro ingoiare- avvicinare e lato sinistro espellere - allontanare)
- A livello dell'ectoderma è il non voler odorare o voler sentire un odore buono al posto di quello cattivo (il conflitto nella Corteccia è uguale nei due lati: non c'è differenza tra allontanare o avvicinare)

La localizzazione cerebrale del conflitto è la stessa, ma si deve tenere conto che:

- relativamente al Tronco è omolaterale
- relativamente alla Corteccia è eterolaterale

VERIFICARE SE IL CONFLITTO RIGUARDA ECTODERMA O ENDODERMA

Se c'è un problema olfattivo si sa che il conflitto può essere ad entrambi i livelli.

Endoderma: non ricevo il boccone "odore" che mi serve. In questo caso la natura cresce ed esaspera per aumentare la capacità di incamerare le informazioni. Così si diventa più sensibili agli odori. In conflitto attivo il soggetto sente determinati odori; gli sembra di sentirli dappertutto.

Ectoderma: se c'è un odore che non mi piace. In questo caso ci sarebbe ulcerazione, ma in realtà si ha il blocco, perché il nervo olfattivo è una estroflessione della Corteccia. In conflitto attivo non si sentono più gli odori.

Un esempio. Aprendo la medicazione di un paziente si è sentito un forte odore di marciume. Da allora ogni volta che vedo una medicazione sono pronto a cogliere questo odore prima ancora di aprirla. Questo è un conflitto di endoderma.

NERVO OLFATTIVO		
GN 1 (l) nervo olfattivo dx	conflitto di non poter odorare, fiutare a sufficienza (olfatto arcaico del tronco cerebrale): non poter cogliere un boccone perché non l'ho fiutato	Il nervo olfattivo viene generalmente considerato unicamente quale parte di corteccia estroflessa. In effetti è anche la continuazione dei relè olfattivo arcaico nel tronco
GN 1 (l) nervo olfattivo sx	conflitto di non poter odorare, fiutare a sufficienza (olfatto arcaico del tronco cerebrale): non poter evitare una situazione brutta perché non l'ho fiutata in anticipo	Il nervo olfattivo viene generalmente considerato unicamente quale parte di corteccia estroflessa. In effetti è anche la continuazione dei relè olfattivo arcaico nel tronco
AN 1 (i) nervo olfattivo dx	---	---
AN 1 (l) nervo olfattivo sx	---	---
RN. 1 (l) nervo olfattivo dx nervo preposto all'assunzione di sostanze gassose. nessun substrato organico: le fila olfattive sono estroflessioni dell'encefalo	Conflitto di non poter o non voler odorare, fiutare	FH alla base del neoencefalo frontale: corteccia cerebrale olfattiva sx
RN. 1 (l) nervo olfattivo sx nervo preposto all'assunzione di sostanze gassose. nessun substrato organico: le fila olfattive sono estroflessioni dell'encefalo	Conflitto di non poter o non voler odorare, fiutare	FH alla base del neoencefalo frontale: corteccia olfattiva dx cerebrale

STRUTTURA

Tronco cerebrale – endoderma – giallo

É il primo approccio arcaico del boccone per capire se é idoneo o no.

Se non riesco ad analizzare il boccone prima di mangiarlo allora entra in attività l'olfatto arcaico. Esso ha un piccolo relé arcaico, anche se minimo.

Se c'è un problema olfattivo nell'**olfattivo viscerale, arcaico**, é possibile che nella fase attiva si senta un odore molto forte (perché c'è iperattività), ma senza che questo arrivi alla coscienza. Esso provocherà delle reazioni inconsce di attrazione o allontanamento.

Corteccia cerebrale – ectoderma – rosso

Qui non c'è un tessuto reale, ma fibre olfattive, e pertanto non può esserci necrosi in conflitto attivo, ma blocco funzionale⁴. Pertanto se c'è un conflitto che colpisce il nervo non si può formare un'ulcera ma si avrà una perdita naturale di sostanza che non viene rimpiazzata (non può esserci ricrescita come nell'osso perché non c'è necrosi) che alla fine provoca anche perdita fisiologica dell'impulso nervoso.

Così si può avere un'insensibilità ai piedi e freddo per un conflitto sensorio forte, ma poi alla fine non senti nemmeno più il freddo. Poi in soluzione si ripara ed abbiamo quel formicolio, orticarie, nevralgie. Nella cartilagine, quando risolvi il conflitto poi ricresce, se non ricresce più o é completamente consumata e allora come fa a ricrescere se non un pezzettino. Se invece per es é uno sportivo e continua a fare recidive, alla fine la consuma. Non é la cartilagine che non ricresce ma é lui che é sempre in confl. attivo.

Il conflitto della Corteccia provoca in fase attiva una riduzione e quindi si percepiscono meno bene gli odori di un certo *range*. Se qualcosa puzza, si cercheranno di eliminare gli odori di quel range. Questo é il motivo per cui si possono percepire tutti gli odori, tranne quelli di quell'intervallo. In soluzione si ha un primo momento dove non si percepisce più niente, perché le fibre sono gonfie, ed in seguito si ha una ipersensibilità (soprattutto in quel *range* di odori specifico).

Se l'olfatto non torna più é perché sono state fatte numerose recidive sempre in fase A⁵.

Importante. Nella Corteccia non é coinvolto alcun tessuto e quindi non può esserci necrosi (è la mucosa nasale che si necrosi e si ulcera).

Le **ALLUCINAZIONI OLFATTIVE** sono in relazione alle **COSTELLAZIONI SCHIZOFRENICHE** in relazione alla costellazione dell'olfattivo.

Costellazione occipitale = allucinazioni visive.

Costellazione sensoriale = allucinazioni sensoriali (esempio: perdi una persona e ti sembra di sentirla).

RELAZIONE TRA NERVO OLFATTIVO E MUCOSA ECTODERMICA ED ENDODERMICA.

Tutto quello che é cavità della bocca e nasale é **mucosa epiteliale ectodermica** ed é preposta a **BUTTARE FUORI QUALCOSA CHE NON VA**. Quindi se io ho una "puzza nel naso" e la voglio buttare fuori si avrà ulcerazione della mucosa in fase attiva, quindi si formano le croste ed in soluzione si ha gonfiore con il naso che cola e rinite (**raffreddore**).

Se io ho **UN ODORE CHE NON MI PIACE**, coinvolgo sia l'olfattivo ("qui mi puzza"), ma contemporaneamente anche la mucosa epiteliale ("la voglio buttar fuori"). E' un conflitto del naso di avere qualcosa dentro che si vuole buttare fuori.

Se viene coinvolta anche la mucosa endodermica ci può essere l'**epistassi** (avere qualcosa dentro il naso da buttare fuori), oppure la **sinusite**.

Esempio. Un bambino di 4 anni ha picchiato il naso e ha perso sangue. Da quel giorno ha incominciato a fissare la sua attenzione sul suo naso, sempre con la paura, continuando quindi a perdere sangue dal naso. Poi verso i 14 anni viene da me. Faceva sci di fondo ed ogni volta che partiva si preoccupava che gli scendesse sangue dal naso e subito sanguinava.

⁴ In conflitto attivo nella CORTECCIA abbiamo un BLOCCO FUNZIONALE, mentre nel TRONCO abbiamo AUMENTO DI FUNZIONE.

⁵ E' una recidiva "virtuale" altrimenti l'olfatto dovrebbe ritornare almeno per un po' prima di avere un nuovo conflitto.

Mucosa endodermica (submucosa) e mucosa epiteliale (ectodermica) sono talmente vicini, che spesso sono attive entrambe.

Se non sento più odori = recidive continue in fase A
Se il naso continua a gocciolare = recidive in fase B

DOMANDA. Se uno ha un conflitto col naso che non gli piace e si fa un intervento estetico e poi si piace, ha risolto definitivamente il suo conflitto?

Risposta. Questo non centra niente. Qui si parla dell'interno del naso, una puzza, o se ci sono stati dentro dei ferri mentre non voleva fare l'operazione perché aveva paura.

Voler eliminare qualcosa che è entrato e non va (può essere un odore, una piuma) si inserisce sempre nel discorso di espulsione del boccone (Tronco cerebrale sinistro, endoderma), ma anche di eliminare qualcosa che non va (Corteccia cerebrale, ectoderma).

Tuttavia si devono precisare alcune cose. La parte superiore dell'apparato digerente (bocca ed esofago soprattutto) sono costituite da submucosa endodermica ricoperta da tessuto epiteliale pavimentoso (mucosa) ectodermica. Viene quindi da chiedersi: chi controlla il riflesso del vomito di ciò che è entrato in bocca (ad esempio una piuma)?

- Se è in relazione alla peristalsi è il Tronco
- Se è in relazione a qualcosa che non va giù è della Corteccia

Così pertanto lo stimolo del vomito causato da una piuma è diverso dal vomito da peristalsi. Esso riguarda la parte superiore dell'esofago (dove c'è ectoderma) ed è quindi probabile sia diretto dalla Corteccia. La prova di ciò risiede nel fatto che una persona in costellazione schizofrenica non ha il riflesso del vomito (questo dimostra che questo tipo di conato è ectodermico, perché se fosse endodermico l'avrebbe comunque).

NERVO OTTICO

A livello arcaico si tratta di "vedere il boccone per poterlo afferrare o evitare".

A livello dell'ectoderma si tratta invece di "non vedere il boccone che avrei voluto prendere o avrei dovuto evitare", "non poter / voler guardare e controllare la situazione"

La maggior parte del nervo coinvolge la parte ectodermica, poi quella endodermica; qui però c'è anche la parte muscolare (mesoderma). Il conflitto mesodermico è: "non mi sento adeguato perché non riesco a vedere le cose in anticipo (a prevederle).

Le strutture cerebrali coinvolte sono:

1. Tronco: nervo estroflesso dal Tronco (arcaico)
2. Mesoderma: nervo ottico (retina), nervo del corpo vitreo.
3. Corteccia: nervo ottico (retina), nervo del corpo vitreo.

Una parte del nervo ottico è Corteccia un'altra mesoderma e coinvolgono le stesse strutture.

Il corpo vitreo è collegato alla muscolatura che ha il compito di mettere a fuoco.

I conflitti sono differenti e corrispondono differenti aspetti.

- Relativamente al Tronco: per poter meglio identificare il boccone si avrà una esasperazione sia a livello visivo (nervo ottico) [forse anche un'ipersensibilità visiva], che nella ricerca con movimento esasperato (nervo oculomotore - muscolo).
- Relativamente al Midollo: non riuscire a mettere a fuoco ?.....
- Relativamente alla Corteccia: non riuscire a mettere a fuoco ?.....

DOMANDA: Che differenza c'è tra conflitto della retina e del nervo ottico?

Risposta. La retina è un organo, mentre il nervo ottico è l'innervazione di un organo.

NERVO OTTICO		
GN 2 (II) nervo ottico dx	Conflitto o dei non poter vedere a sufficienza (vista arcaica dei tronco cerebrale): non poter cogliere un boccone perché non l'ho visto in tempo	Viene anch'esso generalmente considerato quale parte di corteccia estroflessa ma è pure la continuazione dei relè visivo arcaico nel tronco
GN 2 (II) nervo ottico sx	conflitto del non poter vedere a sufficienza (vista arcaica dei tronco cerebrale): non poter evitare una situazione brutta perché non l'ho vista in tempo	Viene anch'esso generalmente considerato quale parte di corteccia estroflessa ma è anche la continuazione dei relè visivo arcaico nel tronco
AN. 2 (II) nervo ottico: il nervo ottico è un potente cavo nervoso che contiene una serie di nervi: a) nervo ottico per la parte ottica della retina b) nervo del corpo vitreo dx (per l'offuscamento dei corpo vitreo) c) nervo del muscolo ciliare dei cristallino dx d) parti innervate dal tronco cerebrale (gruppo giallo: muscolatura liscia, innervata dal tronco dei simpatico): nervo dei muscolo dilatatore della pupilla e nervo per muscolo sfintere della pupilla (vedi anche nervo oculomotore)	c) conflitto dei non poter o non voler vedere lontano. Ad es. in un conflitto di separazione: "perdere di vista"	a) FH nella parte dorsale della corteccia visiva b) FH nella parte paramediana della corteccia visiva e del midollo c) FH nel midollo cerebrale sx, controlaterale
AN. 2 (II) nervo ottico: il nervo ottico è un potente cavo nervoso che contiene una serie di nervi: a) nervo ottico per la parte ottica della retina b) nervo dei corpo vitreo sx per l'offuscamento dei corpo vitreo) c) nervo dei muscolo ciliare del cristallino sx d) parti innervate dal tronco cerebrale (gruppo giallo: muscolatura liscia, innervata dal tronco dei simpatico): nervo dei muscolo dilatatore della pupilla e nervo per muscolo sfintere della pupilla (vedi anche nervo oculomotore)	a) --- b) --- c) conflitto dei non poter o non voler vedere lontano Ad es. in un conflitto di separazione: "perdere di vista"	a) FH nella parte dorsale della corteccia visiva b) FH nella parte paramediana della corteccia visiva e del midollo c) FH nel midollo cerebrale dx, controlaterale
RN 2 (II) nervo ottico a) nervo ottico della retina b) nervo dei corpo vitreo dx (per l'offuscamento dei corpo vitreo) c) nervo dei muscolo ciliare dx: reale muscolo striato volontario (messa a fuoco volontaria)	a) conflitto di paura nella nuca di una persona o di una cosa b) conflitto di paura nella nuca di qualcuno (brigante), di una bestia (belva) in agguato c) conflitto non ancora determinato: probabilmente in relazione coi perdere di vista qualcuno (partner / figlio-madre)	a) FH nella corteccia visiva occipitale dx. Le due emiparti destre o sinistre delle retine vengono innervate dall'emisfero omolaterale: le emiparti destre che guardano a sinistra sono innervate dalla corteccia visiva dx b) FH nella corteccia visiva paramediana sx per corpo vitreo dell'occhio dx c) FH nella corteccia motoria sx, controlaterale
RN. 2 (II) nervo ottico a) nervo ottico della retina b) nervo dei corpo vitreo sx (per l'offuscamento dei corpo vitreo) c) nervo dei muscolo ciliare sx: reale muscolo striato volontario (messa a fuoco volontaria)	a) conflitto di paura nella nuca di una persona o di una cosa b) conflitto di paura nella nuca di qualcuno (brigante) o di una bestia (belva) in agguato c) conflitto non ancora determinato: probabilmente in relazione coi perdere di vista qualcuno (partner / figlio-madre)	a) FH nella corteccia visiva occipitale sx. Le due emiparti destre o sinistre delle retine vengono innervate dall'emisfero omolaterale: le emiparti sinistre che guardano a destra sono innervate dalla corteccia visiva sx b) FH nella corteccia visiva paramediana dx per corpo vitreo dell'occhio sx c) FH nella corteccia motoria dx, controlaterale

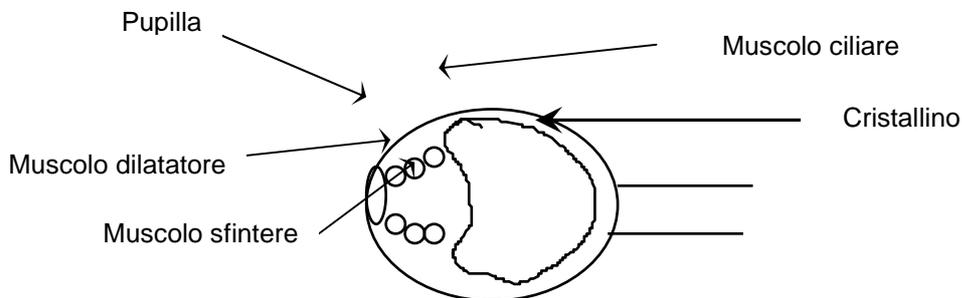
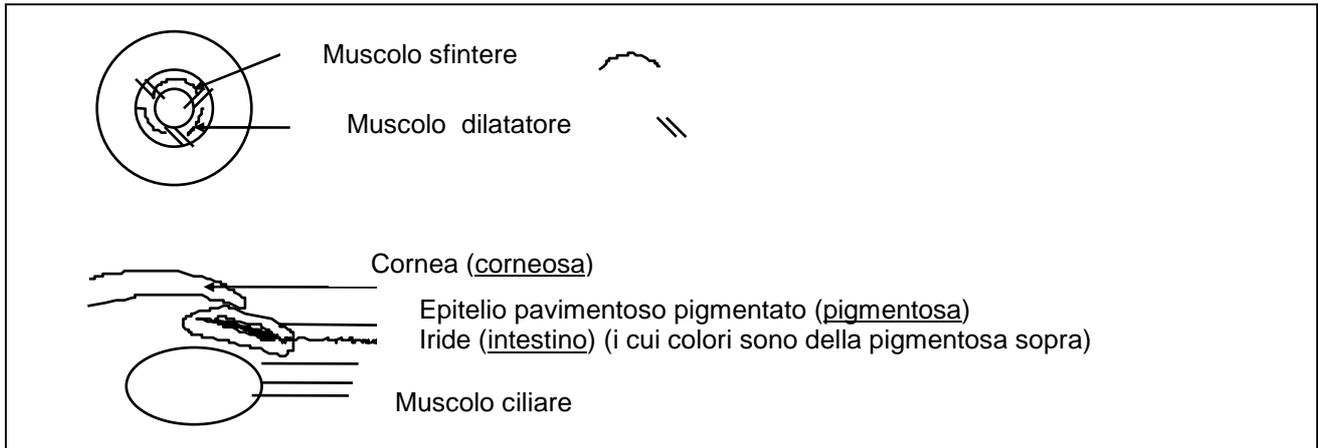
STRUTTURA

E' un nervo complesso, formato in realtà da un fascio di nervi, che contiene diverse parti:

- NERVO OTTICO DELLA RETINA
- NERVO DEL CORPO VITREO
- NERVO DEL MUSCOLO CILIARE. Il **CRISTALLINO** viene stimolato ad allungarsi o ritrarsi sotto l'azione del muscolo ciliare. Quando mette il cristallino in tensione lo rende più piatto per guardare più lontano. Questo movimento è volontario (aggiustare la vista per guardare più lontano).
- NERVO DEI MUSCOLI ANULARI (SFINTERE E DILATATORE)

I **muscoli sfintere** e **dilatatore** sono diretti dal Tronco cerebrale.

Il **muscolo ciliare** è diretto dal Midollo (struttura) e dalla Corteccia cerebrale (motricità).



Tronco cerebrale – endoderma – giallo

Il conflitto arcaico é quello di NON AVERE IL BOCCONE LUCE dove il boccone arcaico é solo chiaro/scuro (corioidea). Ecco perché la **corioidea**, che é lo strato sotto la retina, deve per forza essere endoderma, perché é la sede della visione arcaica chiaro/scuro.

1. L'iride é la parte di CORIOIDEA (corion) che si può osservare. E' considerata mesodermale, ma, almeno per una parte, sarebbe più corretto chiamarla ENDOIDEA perché é TESSUTO INTESTINALE e non mesodermico.
2. Sotto la corioidea c'è la PIGMENTOSA.
3. Infine c'è la RETINA.

Quindi abbiamo Retina, Pigmentosa e Corioidea con residuo dell'antico tessuto intestinale, proprio perché questa visione arcaica di chiaro/scuro era colta lì.

Quindi la visione di chiaro/scuro non é legata alla retina, perché si sta parlando di un CONFLITTO DI NON POTER VEDERE A SUFFICIENZA, NON POTER EVITARE UNA SITUAZIONE. Può essere in relazione con "l'evitare una cosa brutta" oppure "vedere una cosa per poterla prendere".

Esempio di chiaro/scuro arcaico: un ragno che ha davanti un'ombra che arriva e deve scappare; oppure il ragno che deve aspettare la presenza dell'ombra (buio) per catturare l'insetto.

E' grazie all'osservazione dei muscoli anulari che abbiamo capito che a livello pupillare si ha la stessa azione che si ha nell'intestino. E l'**IRIDE** non é altro che mucosa intestinale.

Osservando le macchie nell'occhio, si vede soprattutto la parte ectodermica (conflitti della Corteccia). Quindi l'iridologo quando afferma che esiste un problema al fegato, si riferisce alla sua parte ectodermica, non endodermica! Così allo stesso modo lo stomaco sarà più il duodeno, ecc.

Midollo cerebrale – mesoderma – arancione

Nel Midollo cerebrale c'è il relè del solo **muscolo ciliare** (c), relativamente alla struttura (per la motricità sarà la Corteccia).

Il conflitto correlato sarà di SVALUTAZIONE, sensazione di incapacità perché NON RIESCO A GUARDARE LONTANO. In conflitto attivo ci sarà quindi necrosi del muscolo ciliare ed in soluzione riduzione del movimento.

Corteccia cerebrale – ectoderma – rosso

Nella Corteccia il conflitto relativo al **muscolo ciliare** non é ancora chiaro, ma riguarda comunque la mobilità del muscolo

Qui c'è anche il **corpo vitreo**, che in realtà é a metà tra Midollo e la Corteccia cerebrale, perché:

- in fase attiva c'è offuscamento quindi riduzione della funzione in fase attiva (come Corteccia)
- in soluzione c'è prima secchezza, poi gonfiore e aumento pressione intraoculare (come Midollo cerebrale).

NERVI CRANICI: IV - V

NERVO TROCLEARE

Per il movimento oculare esistono tre innervazioni differenti: nervo oculomotore, trocleare ed abducente. Se lo si seziona frontalmente appaiono sei fasci muscolari: quello laterale interno ed esterno, retto superiore ed inferiore ed obliquo superiore ed inferiore.

Il trocleare è il più vecchio nervo oculare del muscolo obliquo superiore.

1. Tronco cerebrale: muscolatura liscia
2. Midollo: muscolatura striata
3. Corteccia: muscolatura striata

Conflitti:

- endoderma: non riuscire a girare l'occhio a sufficienza
- mesoderma: non essere capace di girare l'occhio a sufficienza
- ectoderma: non voler / poter girare l'occhio

A livello di soluzione del conflitto:

- endoderma. Iperperistalsi⁶, movimento iper del muscolo, iperattività non legata alla volontà
- mesoderma: atrofia del muscolo
- ectoderma: blocco funzionale motorio

NERVO TROCLEARE

NERVO TROCLEARE		
GN4 (IV) nervo trocleare dx probabilmente il più vecchio nervo oculare del muscolo obliquo superiore: A) parti innervate dal tronco cerebrale: muscolatura liscia.	Conflitto di non poter girare l'occhio a sufficienza: non avere abbastanza mobilità	FH nel tronco cerebrale dx, parte caudale del mesencefalo (lamina tecti)
GN 4 (IV) nervo trocleare sx probabilmente il più vecchio nervo oculare del muscolo obliquo superiore: A) parti innervate dal tronco cerebrale: muscolatura liscia.	Conflitto di non poter girare l'occhio a sufficienza: non avere abbastanza mobilità	FH nei tronco cerebrale sx, parte caudale del mesencefalo (lamina tecti)

⁶ Si parla di "peristalsi" perché il movimento è involontario ed avviene ad onde come la peristalsi intestinale

AN 4 (IV) nervo trocleare sx: muscolatura striata del muscolo obliquo superiore dell'occhio: il più vecchio nervo dei muscoli ottici che permette di far girare l'occhio B) parti innervate dalla corteccia controlaterale: muscolatura striata volontaria dello stesso muscolo (vedi gruppo arancione e rosso)	Conflitto dei non potere o dei non volere "girare" l'occhio	FH nel midollo cerebrale dx, controlaterale
AN. 4 (IV) nervo trocleare dx: muscolatura striata del muscolo obliquo superiore dell'occhio: il più vecchio nervo dei muscoli ottici che permette di far girare l'occhio B) parti innervate dalla corteccia controlaterale: muscolatura striata volontaria dello stesso muscolo (vedi gruppo arancione e rosso)	Conflitto dei non potere o del non volere "girare" l'occhio	FH nel midollo cerebrale sx, controlaterale
RN 4 (IV) nervo trocleare sx B) parti innervate dalla corteccia controlaterale: muscolatura striata volontaria dello stesso muscolo (vedi gruppo arancione e rosso)	Conflitto dei non potere o dei non volere "girare" l'occhio	FH nella corteccia motoria dx, controlaterale
RN 4 (IV) nervo trocleare dx B) parti innervate dalla corteccia controlaterale: muscolatura striata volontaria dello stesso muscolo (vedi gruppo arancione e rosso)	Conflitto dei non potere o del non voler "girare" l'occhio	FH nella corteccia motoria sx, controlaterale

NERVO TRIGEMINO

Ha tre innervazioni:

1. una proveniente dal Tronco cerebrale, collegata alla muscolatura liscia della faccia (denti, occhio, orecchio). E' in relazione non solo con una, ma con tutte e quattro le proprietà dell'endoderma:
 - motoria (peristalsi): non riuscire a mandar dentro ["ciucciare"] (lato dx) o sputare fuori (lato sx).
 - secretoria : non riuscire ad insalivare il boccone
 - assorbente: non riuscire ad assimilare il boccone
 - sensoria: non riuscire ad analizzare il boccone
2. una proveniente dal Midollo in relazione alla struttura della muscolatura striata
3. una proveniente dalla Corteccia che riguarderà le funzioni:
 - motorie
 - sensorie

Per questo nervo non c'è un solo segnale, ma sono differenti ed a differenti livelli. Ci sono relè diversi per un organo apparentemente unico.

- A livello del Tronco le innervazioni sono omolaterali
- A livello della Corteccia e Midollo sono eterolaterali.

C'è un organo risultante, bersaglio, che è collegato a tre strutture cerebrali (come negli altri casi), ma a 4 funzioni. Nella faccia (dove arriva il trigemino) ci sono diverse innervazioni:

- per la muscolatura liscia - con 4 proprietà - (Tronco)
- per la muscolatura striata (Midollo)
- per la motricità (Corteccia)
- per la sensibilità (Corteccia)

per cui si può avere un solo conflitto od una serie di conflitti anche molto differenti, che coinvolgono lo stesso organo.

Il trigemino è soltanto un mezzo che conduce tutte queste fibre in un punto.

Se si osserva l'omuncolo della Corteccia dove le fibre del trigemino arrivano, si avranno effetti sensori e motori relativi a quell'organo.

Fibre più superficiali sono del Midollo - Corteccia, fibre più profonde sono del Tronco.

CORRELAZIONI

Le fibre del trigemino possono terminare in corrispondenza della zona della laringe, quindi sono in relazione anche con il **conflitto di territorio**. Ci può essere una sovrapposizione dei due conflitti.

In termini interpretativi questo significa che uno stesso organo può essere oggetto di due fenomeni, a volte anche opposti (conflitto attivo e risoluzione) od anche simili (conflitto o soluzione in entrambi)

QUESTIONI INTERPRETATIVE

In uno stesso organo si possono avere manifestazioni identiche che sono in grado di indicare conflitto attivo (es. Tronco) e risoluzione o crisi epilettoidi (es. Corteccia).

Così ad esempio se uno mi domanda: "la nevralgia del trigemino è un dolore riparativo?", posso rispondere che in genere questa affermazione è corretta, ma bisogna distinguere:

se è Tronco cerebrale (non di funzione secretoria, assorbente, sensitiva, bensì motoria) in conflitto attivo si hanno spasmi e tensione della muscolatura liscia con dolore nevralgico

se è Corteccia e/o Midollo in fase attiva del sensorio si avrà ipersensibilità, mentre il dolore nevralgico comparirà in soluzione, durante la riparazione

Quando in cura si somministra il cortisone si può non avere alcun effetto. Infatti se lo si somministra durante il conflitto attivo del Tronco, non agisce perché il soggetto è già in simpaticotonia, mentre ha effetto nella fase di soluzione della Corteccia / Midollo, perché essendo un "astringente" riduce l'edema ed il dolore da ipersensibilità.

I conflitti sono:

- per il Tronco valgono le quattro proprietà: secretoria, motoria, assorbente, sensoria dell'antica muscolatura e mucosa. Il lato destro e sinistro indicano differenze:
 - il lato destro → entrare = non poter portare dentro, inglobare il boccone. Spesso è in relazione con una donna che si vorrebbe (si dice infatti "che bel bocconcino").
 - il lato sinistro → uscire = non poter eliminare o allontanare il boccone; essere costretto ad ingoiare il boccone
- per il Midollo - muscolatura (struttura)
 - mimica faciale
 - masticazione [la muscolatura non serve solo a masticare, ma anche a digrignare i denti durante la lotta]
 - * il sentirsi preso per cretino o per giullare (svalutazione)
 - * il non riuscire a masticare, non essere un abbastanza buon masticatore (non essere in grado di)
 - * non essere in grado di trattenere il boccone tra i denti

* ci sono mille ragioni per cui uno non riesce a masticare (in senso fisico: es. è senza denti, oppure in senso virtuale)

- per la Corteccia:
sensorio

il bacio che non sento e che vorrei sentire. Il voler sentire qualcosa e non poterlo fare
innervazione sensoriale faringe e lingua (primo nervo degli archi branchiali)

motorio

masticazione = qualcosa che mi da fastidio e voglio eliminare dalla bocca

mimica facciale = conflitto di "perdere la faccia", perché sono stato preso per cretino, oppure per separazione⁷

Esempio di un caso:

Un soggetto voleva un riconoscimento a livello del suo lavoro e non è riuscito ad ottenerlo (non ha potuto inglobare il boccone). Ha quindi sviluppato un conflitto endodermico. E' stato ricoverato in ospedale dove è stato operato. Quindi al risveglio voleva parlare ma non poteva farlo, per cui ha sviluppato un conflitto nella parte ectodermica (non ha potuto sputar fuori). Questo ha innescato la paresi del motorio e continue recidive a questo livello. Non è più riuscito ad aprire la bocca.

SENSIBILITA'

La sensibilità fine è della Corteccia

La sensibilità grossolana è del Tronco

Se voglio gustare e non posso è in relazione alla sensibilità nuova, della Corteccia; riguardo al Tronco mi interessa solo fare entrare od uscire il boccone.

L'endoderma sono gli istinti primitivi, non i desideri. Riguardano qualcosa di essenziale a sopravvivere.

Un dieta può essere in grado di scatenare un conflitto di questo genere, che coinvolge il trigemino (ed il faciale), a cui possono aggiungersi tumori al fegato (paura di morire di fame, mancanza del boccone essenziale).

Una soggetto obeso ha provato più volte a fare la dieta per dimagrire senza mai riuscire nel suo intento. Un giorno gli hanno diagnosticato un carcinoma al fegato: ha perso 24 kg in due mesi!

Il suo cancro si è generato in una notte!!

I cambiamenti alimentari sono positivi, ma le diete possono scatenare conflitti profondi.

Anche i malati di tumore possono vivere conflitti simili a quelli dei soggetti in dieta:

"boccone che non posso tirare dentro quando sono molto ammalato e non posso più mangiare" → tumore al fegato.

La bocca è collegata al movimento di succhiare, masticare o mordere, buttar dentro o vomitare. Questo è essenziale. Pensate al bambino che succhia il dito o la mammella.

"TRIGGER POINTS" DELLA MEDICINA E CONFLITTI

In medicina la nevralgia del trigemino viene definita tale se ha: 1) comparsa improvvisa; 2) durata breve; 3) intenso dolore; 4) in genere compare sempre alla stessa ora; 5) ha dei "trigger points" che lo scatenano.

I "**Trigger Points**" sono i punti della pelle che se toccati scatenano una crisi di risposta intensa ed in tempi brevissimi. Essi sono i luoghi ove fuoriesce la branca del nervo; toccando quei punti si amplifica la risposta della struttura nervosa [visione della medicina classica].

Questo succede perché il sensorio della pelle è in relazione alla Corteccia (ectoderma). Se un punto viene particolarmente stressato, dopo un po' di tempo basterà sfiorarlo perché provochi dolore. E' un binario (il principio della tortura cinese) [visione della nuova medicina].

⁷ Ci sono tanti modi per "perdere la faccia"; se è per quello che esprimo vengono colpiti i muscoli mimici facciali

Tuttavia il binario può essere in relazione con l'endoderma, il mesoderma o l'ectoderma.

Nel caso della **nevralgia del trigemino** il dolore può essere in relazione:

- con il conflitto attivo dell'endoderma (motorio)
- con la soluzione dell'ectoderma (sensoriale)

Può essere che toccando i "Trigger points" in relazione all'ectoderma si esaspera la situazione, quindi ci sia soluzione e dolore, mentre se li si tocca in relazione all'endoderma ci sia una situazione di partenza in cui il nervo è già ipersensibile.

Un conflitto sensorio porta all'insensibilità e all'ipersensibilità:

+ dolore nevralgico in soluzione = male prolungato

+ dolore nevralgico in conflitto attivo = dolore che dura pochi secondi ed è intensissimo

NERVO TRIGEMINO ha tre branche:

- o **oftalmico**: zona del sentire e del vedere
- o **mascellare**: zona del prendere, gustare, azzannare, baciare⁸ (labbro superiore)
- o **mandibolare**: espressione (labbro inferiore)

Il conflitto del "perdere la faccia", "essere stato preso per cretino" ha due valenze:

- in relazione al non essere riuscito a prendere o a baciare, ad entrare con contatto con (affettività) → labbro superiore (mandibola)
- in relazione al non essere riuscito ad esprimersi nel modo giusto (espressione) → labbro inferiore (mascella)

Una paresi mascellare → conflitto di non aver potuto trattenere qualcuno che si sarebbe voluto vicino

Una paresi mandibolare → conflitto di aver perso la faccia per non essere riuscito ad esprimersi

Coinvolge il sensorio ed il motorio:

Se prevale il senso di svalutazione è mesodermico

Se prevale il non essere riuscito (volontà) è ectodermico

CORRELAZIONI

Il motorio ed il sensorio nella Corteccia sono molto vicini, per cui danno indicazioni sottili sulla colorazione del conflitto.

Il conflitto di "perdere la faccia":

sensorio:

oftalmico: è più sensorio che motorio

mascellare: in rapporto a ciò che voglio ottenere

mandibolare: in rapporto a quello che volevo esprimere

motorio:

oftalmico: muscolatura dell'occhio che cade.

Il fibrillamento del muscolo dell'occhio è la crisi epilettica.

mandibolare: trattenere qualcosa che voglio masticare

mascellare: trattenere tra i denti per prendere

Il fibrillare è la crisi epilettica della Corteccia motoria (non aver visto).
Lo stesso infatti avviene per il cuore.

Il TIC è conflitto attivo dell'endoderma (non poter vedere il boccone)

La NEVRALGIA DEL TRIGEMINO può essere provocata da due conflitti:

- perdita della faccia
- separazione

⁸ L'Herpes viene perché posso di nuovo baciare e risolvo il conflitto

- Se il dolore è forte ed intenso, a fitte, può essere che:
 - c'è soluzione per ectoderma (simpaticotonia funzione spastica)
 - c'è fibrillazione nella crisi epilettica dell'ectoderma
 - c'è recupero della svalutazione per mesoderma
- Se il dolore è diffuso e persistente:
 - c'è conflitto attivo per endoderma
- Se c'è iperreattività con situazione ciclica (alternanza di fitte attive e dolore profondo):
 - c'è conflitto in sospensione. Il soggetto sta guarendo, ma non bene.

IL CONFLITTO IN SOSPENSIONE NON È RISOLTO.

Esalta la sua simpaticotonia in correlazione con il ciclo simpaticotonico della giornata, mentre entra in vagotonia verso le 17, quando il ciclo giornaliero porta naturalmente verso la vagotonia.

Se coinvolge l'ectoderma dopo le 17 compare il dolore.

Si ha così giornalmente o ciclicamente il ciclo conflitto - soluzione.

Attraverso i sintomi si deve capire il tipo di conflitto in sospensione.

- normotonia
- vagotonia
- simpaticotonia

Il somministrare i rimedi alle ore 11 - 14 - 28 - 23 - 2 - 6 ha proprio lo scopo di seguire questo ciclo per potenziare il risultato.

Nei vari momenti della giornata se prevale la vagotonia si possono avere i sintomi della soluzione del conflitto; viceversa se predomina la simpaticotonia ci saranno i sintomi del conflitto attivo.

Il dolore di notte è un chiaro segno correlato alla vagotonia:

- + dopo le ore 23 è vagotonia (dopo le ore 23 si ha il massimo di vagotonia) → soluzione
- + alle 2 - 3 del mattino (si esce dalla grande vagotonia) → è crisi epilettoidale
- + durante la giornata è simpaticotonia → conflitto attivo

CONFLITTI del trigemino

Corteccia:

- ✓ In conflitto attivo motorio e sensorio: paresi, spasticità e insensibilità
- ✓ In soluzione:
 - se si ha gonfiore e basta un minimo sfioramento per creare dolore, è probabile che ci sia soluzione nel sensorio e motorio contemporaneamente
 - se non c'è gonfiore e la pelle non dà dolore, ma solo il nervo, è probabilmente una soluzione motoria.

Tronco:

- ✓ In conflitto attivo (quattro qualità): ipersensibilità
- ✓ In soluzione: normalizzazione

Per la Corteccia sensoria l'ipersensibilità è in fase di soluzione ed in fase attiva c'è paresi sensoria (non sente nulla). Con la crisi epilettoidale torna l'ipersensibilità, che può provocare dolore molto intenso, perché si ripristinano le terminazioni nervose (es. Fuoco di s. Antonio⁹).

Il conflitto di separazione può provocare dolori intensi alla pelle nel sensorio.

⁹ In questa malattia è coinvolto sia ectoderma che endoderma, perché compaiono le vescicole.

IMPORTANTE

Il dolore nevralgico non è di facile interpretazione. Può essere segno che è localizzato sul muscolo (motricità) o sul nervo (sensorio). Non è facile separare il muscolo dalla sua innervazione.

NERVO TRIGEMINO		
<p>GN 5 (V) nervo trigemino dx</p> <p>A) parti innervate dal tronco cerebrale:</p> <ol style="list-style-type: none">1) <i>funzione sensoria</i> della cavità orale, faringe, lingua: viene praticamente analizzata la composizione dei boccone2) <i>funzione motoria</i> dell'originaria muscolatura liscia della cavità orale: peristalsi masticatoria che fa avanzare il boccone verso l'interno della faringe3) <i>funzione secretoria</i>: le ghiandole salivari.4) <i>funzione assorbente</i>: conosciamo ancora poco riguardo alle funzioni assorbenti della cavità orale. Sappiamo, in effetti, che tutta una serie di sostanze può essere assorbita direttamente attraverso la mucosa orale (pastiglie sublinguali) <p>B) parti innervate dalla corteccia controlaterale che di fatto appartengono al gruppo rosso:</p> <ol style="list-style-type: none">a) nervo facciale sensoriale con tre ramificazioni: branca oftalmica, branca mascellare e branca mandibolareb) nervo della muscolatura striata della masticazione.c) innervazione sensoriale della faringe e della lingua. A causa delle parti di nervo innervate dalla corteccia il nervo trigemino viene anche chiamato "primo nervo degli archi branchiali"	<p>A1) conflitto di non poter analizzare chimicamente il boccone: non sapere cosa ho in bocca!</p> <p>A2) conflitto di non poter far entrare, inglobare motorialmente il boccone nella cavità orale: peristaltica arcaica della muscolatura liscia</p> <p>A3) conflitto di non poter insalivare a sufficienza un boccone e quindi di non poterlo inglobare</p> <p>A4) conflitto di non poter assorbire certi elementi chimici dei chimo attraverso la cavità orale (Questo conflitto non è ancora stato studiato: terreno inesplorato a livello medico)</p> <p>B) conflitto: vedi il gruppo rosso</p>	<p>FH nel tronco cerebrale dx</p> <p>(FH nella corteccia cerebrale sx, controlaterale: vedi gruppo rosso)</p>
<p>GN 5 (V) nervo trigemino sx</p> <p>A) parti innervate dal tronco cerebrale:</p> <ol style="list-style-type: none">1) <i>funzione sensoria</i> della cavità orale, faringe, lingua: viene praticamente analizzata la composizione dei boccone2) <i>funzione motoria</i> dell'originaria muscolatura liscia della cavità orale: peristalsi, masticatoria che fa avanzare il boccone nella faringe verso l'esterno3) <i>funzione secretoria</i>: le ghiandole salivari4) <i>funzione assorbente</i>: non inerente al lato sinistro; conosciamo ancora poco riguardo alle funzioni assorbenti della cavità orale. <p>Sappiamo, in effetti, che tutta una serie di sostanze può essere assorbita direttamente attraverso la mucosa orale (pastiglie sublinguali)</p> <p>B) parti innervate dalla corteccia controlaterale che di fatto appartengono al gruppo rosso:</p> <ol style="list-style-type: none">a) nervo facciale sensoriale con tre ramificazioni: branca oftalmica, branca mascellare e branca mandibolareb) nervo della muscolatura striata della masticazione,c) innervazione sensoriale della faringe e della lingua. A causa delle parti di nervo innervate dalla corteccia, il nervo trigemino viene anche chiamato "primo nervo degli archi branchiali".	<p>A1) conflitto di non poter analizzare chimicamente il boccone: non sapere cosa entra in bocca!</p> <p>A2) conflitto di non poter sputare, espellere motorialmente il boccone dalla cavità orale: peristaltica arcaica della muscolatura liscia</p> <p>A3) conflitto di non poter insalivare a sufficienza un boccone e quindi di non poterlo sputare</p> <p>A4) ---</p> <p>B) conflitto: vedi il gruppo rosso</p>	<p>FH nel tronco cerebrale sx</p> <p>(FH nella corteccia cerebrale dx, controlaterale: vedi gruppo rosso)</p>

AN 5 (V) nervo trigemino sx: primo nervo degli archi branchiali: parte di muscolatura striata dei muscoli masticatori a sinistra	Conflitto di non poter masticare o trattenere fra i denti (in senso lato, nei destrimani, ha qualcosa a che fare con il o i figli: ad es. non riuscire a trattenere fra i denti il proprio cucciolo)	FH nel midollo cerebrale dx, controlaterale
AN. 5 (V) nervo trigemino dx: primo nervo degli archi branchiali: parte di muscolatura striata dei muscoli masticatori a destra	Conflitto di non poter masticare o trattenere fra i denti (in senso lato, nelle persone destrimani, ha qualcosa a che fare con il o i partner)	FH nel midollo cerebrale sx, controlaterale
RN 5 (V) nervo trigemino sx primo nervo degli archi branchiali: A) funzione sensoria a) viso ramo oftalmico: fronte, occhio ramo mascellare: mascella ramo mandibolare: mandibola b) faringe c) lingua B) funzione motoria: innervazione della muscolatura masticatoria	Aa) conflitto di "perdere la faccia", conflitto di separazione percepito sul viso destro (ad es. all'addio e conflitto di essere separato o voler essere separato Ab) conflitto di non poter espellere dalla cavità orale, sputare o liberarsi di qualcosa (emiparte destra) Ac) conflitto di non poter allontanare qualcosa dall'emiparte destra della lingua B) conflitto di non poter masticare	A) FH nella corteccia sensoriale dx, controlaterale B) FH nella corteccia motoria dx, controlaterale
RN 5 (V) nervo trigemino dx primo nervo degli archi branchiali: A) funzione sensoria a) viso ramo oftalmico: fronte, occhio ramo mascellare: mascella ramo mandibolare: mandibola b) faringe c) lingua B) funzione motoria: innervazione della muscolatura masticatoria	Aa) conflitto di "perdere la faccia", conflitto di separazione percepito sul viso destro (ad es. all'addio) e conflitto di essere separato o voler essere separato Ab) conflitto di non poter espellere dalla cavità orale, sputare o liberarsi di qualcosa (emiparte destra) Ac) conflitto di non poter allontanare qualcosa dall'emiparte destra della lingua B) conflitto di non poter masticare	A) FH nella corteccia sensoriale sx, controlaterale B) FH nella corteccia motoria sx, controlaterale

STRUTTURA DEL NERVO TRIGEMINO SINISTRO

Tronco cerebrale sinistro- endoderma – giallo

Nelle parti innervate dal Tronco, omolaterale, ci sono quattro funzioni:

- la funzione *sensoria* (che è quella dell'intestino, quindi submucosa) → CONFLITTO DI NON POTER ANALIZZARE IL BOCCONE.
- la funzione *motoria* (della peristalsi), masticatoria. La stessa che viene usata dal bebè per il succhiare. E' relativa al CONFLITTO DI NON POTER ESPELLERE IL BOCCONE (parte sinistra).
- la funzione *secretoria* (ghiandole salivari, parte endodermica, cioè l'acino che produce la saliva) → CONFLITTO DI NON POTER INSALIVARE IL BOCCONE e quindi di NON POTERLO SPUTARE (è relativo sia alle

ghiandole sublinguali, alla parotide ed alla tonsilla sinistre). Questo conflitto riguarda la parte endodermica, cioè la **produzione di saliva**; è quello che produce "l'acquolina in bocca"¹⁰.

- la funzione *assorbente* non c'è per il lato sinistro, ma non si conosce abbastanza. Sappiamo che c'è sicuramente una funzione assorbente, ma non se coinvolge il tessuto ectodermico o endodermico. Ma se coinvolge l'endoderma probabilmente il conflitto non coinvolge la parte sinistra perché è la parte che deve buttare fuori.

Midollo cerebrale – mesoderma - arancione

E' coinvolta la **muscolatura striata dei muscoli masticatori**, per quanto riguarda la STRUTTURA, cioè la quantità di muscolo. Il conflitto è di svalutazione, in riferimento al NON POTER MASTICARE O TRATTENERE TRA I DENTI (in senso lato), relativamente al partner a destra e madre/figli a sinistra.

Corteccia cerebrale – ectoderma - rosso

Nelle parti innervate dalla Corteccia controlaterale, sono attivi in concomitanza 3 nervi:

- il NERVO FACIALE (che vediamo dopo)
- il NERVO DELLA MASTICAZIONE, che coinvolge la **muscolatura striata** volontaria (CHE è Corteccia ma anche Midollo). La muscolatura liscia non si affatica mentre quella striata sì.
- il nervo relativo dell'innervazione sensoriale della faringe e lingua. Per questo viene chiamato PRIMO NERVO DEGLI ARCHI BRANCHIALI

STRUTTURA DEL NERVO TRIGEMINO DESTRO

Tronco cerebrale - endoderma – giallo

In questo settore c'è la funzione *assorbente*, perché è coinvolta la parte destra. Probabilmente coinvolge il CONFLITTO DI NON POTER ASSORBIRE CERTI ELEMENTI CHIMICI ATTRAVERSO LA CAVITÀ ORALE, ma se ne sa ancora troppo poco.

Midollo cerebrale – mesoderma - arancione

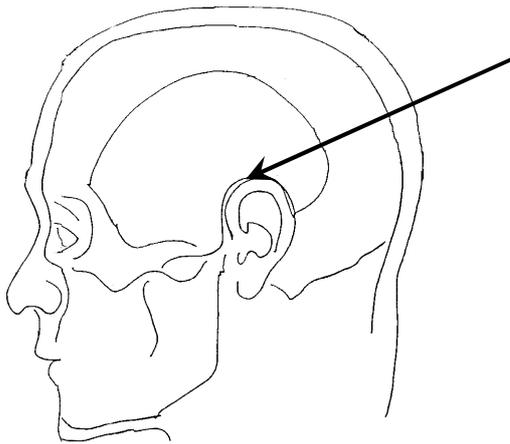
E' coinvolta la **muscolatura striata dei muscoli masticatori**, per quanto riguarda la STRUTTURA, cioè la quantità di muscolo. Il conflitto è di svalutazione, in riferimento al NON POTER MASTICARE O TRATTENERE TRA I DENTI (in senso lato), relativamente al partner a destra e madre/figli a sinistra.

Corteccia cerebrale – ectoderma - rosso

E' coinvolta:

- la funzione *sensoria*
- la funzione *motoria* (muscolatura striata della masticazione)

¹⁰ Quando invece c'è una ghiandola sublinguale gonfia, riguarda i dotti escretori (ectoderma), che ulcerano in conflitto attivo e gonfiano in soluzione provocando una stasi e quindi gonfiore.



Ganglio centrale da cui dipartono i tre rami del trigemino

Sopra l'orecchio c'è il GANGLIO CENTRALE da cui partono i 3 rami principali esterni ed interni del trigemino.

Questo nervo ha quindi sei qualità:

- le quattro qualità dell'intestino = endoderma
- le qualità della struttura striata = mesoderma
- le qualità del motorio e del sensorio = ectoderma.

Effetti dei problemi più comuni al nervo trigemino

ECTODERMA

Il problema del Trigemino è che esistono due conflitti (motorio e sensorio) che possono coesistere o no. Può essere coinvolto il:

- **Sensorio** (conflitto di separazione). Nel sensorio in conflitto attivo c'è una riduzione graduale di funzione e non ce ne accorgiamo, ma in soluzione, c'è gonfiore ed è qui che si perde la sensibilità. Ecco cosa accade: nella fase Pcl A non si ha alcuna sensazione, se non qualche fitta, quindi, dopo la crisi epiletticoide (Pcl B) si avrà formicolio.
- **Motorio**. Nella fase Pcl A non si ha alcuna sensazione, ma dopo la crisi epiletticoide (Pcl B) c'è il dolore, perché il motorio gonfia e fa generare il crampo. Quando il sensorio sta riparando, non ho male perché non sento più niente; invece se si ripara il motorio, il sensorio è ancora a posto e quindi sento dolore. Il sensorio spaventa poco, mentre c'è molto spavento per il motorio perché assai doloroso.

Quando c'è la **NEURALGIA DEL TRIGEMINO**, come comunemente la chiamiamo, è normalmente nel *motorio*.

Se la mascella SI ABBASSA è coinvolto il *motorio* (paresi flaccida in fase di soluzione). Spesso è interessato anche il motorio dell'occhio (occhio che cade) e ciò genera una grande paura.

- se è coinvolto sia il motorio che il sensorio, che insieme vanno in soluzione, si avrà paresi flaccida senza dolore
- se è coinvolto solo il motorio la mascella cade ma c'è anche dolore

Se c'è FORMICOLIO è *sensorio*, ma se persiste per settimane vuol dire che continua a recidivare. Tuttavia può succedere che il paziente, se non ha sensibilità, abbia paura di "NON POTER PIÙ MASTICARE" e genera quindi un conflitto *motorio* perché non sente. In questo caso si ha un accavallamento di conflitti.

MESODERMA

Quando è in soluzione il muscolo gonfia, c'è GONFIORE IN TUTTA LA FACCIA, con problema nel movimento, ma la mascella non cade. C'è sempre dolore (soluzione del mesoderma).

ENDODERMA

Un sintomo di conflitto attivo della parte motoria endodermale (muscolatura liscia) è aumento di funzione, cioè movimento, che si manifesta sotto forma di **TIC**.

CONCLUSIONI

- Se c'è il sensorio, in soluzione non sento niente.
- Se sento male deve essere o il motorio (corteccia) o struttura (mesoderma)
- Se ho il motorio in soluzione c'è la paresi flaccida (cade la mandibola).
- Se c'è dolore senza la paresi, è mesoderma, cioè la struttura (esempio: non sono capace di masticare bene).

TERAPIA

Quando c'è dolore da struttura muscolare vanno fatti **IMPACCHI FREDDI**, che aiutano localmente (stringono), oppure applicare "OLI FREDDI" (Canfora, Mentolo, Eucalipto). Non va quindi usato il calore.

Se **SCALDANDO** il dolore migliora, è perché la persona con gonfiore e dolore aumenta la tensione e sente ancora più dolore. Il calore aiuta sulla contrattura da dolore. Normalmente il caldo aumenta il dolore ma a volte può servire per rilassare a livello muscolare.

LEUCEMIE

PIASTRINE

La causa della diminuzione delle piastrine può essere triplice:

- 1) meccanica (se sono in vagotonia, si abbassano proporzionalmente)
- 2) si riducono perché il mio midollo non ne produce più
- 3) durante la fase di ulcerazione della milza (conflitto attivo), che sequestra le piastrine.

L'aumento delle piastrine invece è legato a:

- 1) probabilmente si avranno le piastrine molto alte quando non si è risolto del tutto il conflitto della milza (se lo si risolve le piastrine ritornano normali, mentre in conflitto attivo sarebbero poche perché sequestrate). E' comunque una situazione da indagare.
- 2) Può anche essere la soluzione a livello del midollo osseo midollare.

GLOBULI BIANCHI E GLOBULI ROSSI

Quello che si vede è che per esempio all'inizio di una **leucemia cronica** la milza è perfettamente normale, poi continuando a recidivare alla fine si ingrossa.

D'altro canto chi ha la milza grossa sono i **leucemici veri**, quelli che arrivano sempre nella fase B di soluzione e qui recidivano. Sono quelli che hanno i globuli bianchi a 150 / 250.

Gli individui che invece recidivano sempre in fase A hanno la **leucemia mieloide**. Hanno sempre i valori bassi e non hanno la milza grossa.

Nella **leucemia fulminante** si muore per lo shock in crisi epiletticoide. Segue la fase di rilassamento che porta subito in forte vagotonia.

Nella leucemia se si hanno i globuli bianchi a 250 si sta benissimo, ma se si muore è per la crisi epiletticoide.

L'unica malattia sessualmente trasmissibile, altamente letale è LA VITA.
--

Nella fase vagotonica

In PCL A parlano di **leucemia mieloide**, perché c'è una certa quantità di cellule blasti (non mature).

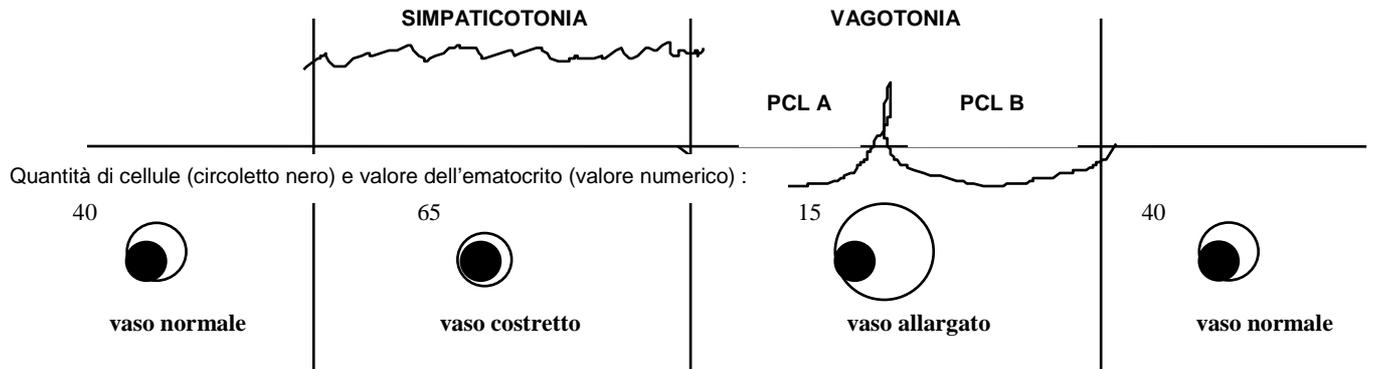
In PCL B parlano di **leucemia acuta**, perché il midollo sta rigenerando un numero incredibile di cellule che non sono ancora ben mature (linfoblasti, eritroblasti, ecc.).

Nella leucemia il problema è quando si fanno tante recidive:

- ⇒ quelle che si attivano nella PCL A (*scende sempre più giù*). Il numero delle cellule scende sempre di più perché si recidiva appena l'organismo sta iniziando a ricostruire le cellule. Così ad ogni recidiva il valore scende sempre di più.
- ⇒ quelle che si attivano nella PCL B (*sale sempre più su*). La recidiva avviene nella fase in cui si è già ricostruito e si hanno più cellule. Ad ogni ricaduta si generano sempre più cellule ed il valore sale sempre di più.

A livello di TAC bisogna trovare un edema abbastanza esteso nel Midollo:

- ⇒ nella fase PCL A, che è la fase espansiva, lo si vede scuro e ben delimitato (è la zona dove si sta formando l'edema e fin dove arriva l'acqua è bello scuro)
- ⇒ nella fase PCL B invece si vede che è sfumato un po' dappertutto.
- ⇒ Nelle RECIDIVE quindi si notano sia la macchia scura che la diffusione.



Per spiegare meglio l'anemia meccanica dell'ematocrito, facciamo l'esempio del bicchiere.



In questa situazione in realtà non c'è nessuna variazione di globuli bianchi o rossi. Se ho un bicchiere con dentro sempre la stessa quantità di sale e modifico solo la quantità di acqua, in percentuale la concentrazione del sale si modifica, ma solo in funzione dell'acqua. Questa è l'anemia MECCANICA.

Se valuto cosa realmente significa una RIDUZIONE di globuli bianchi, rossi, piastrine, avrò queste risposte:

Se mi diminuisce in simpaticotonia, allora ho una riduzione maggiore e mi resta quindi un'ematocrito di 40. Sembra normale ma in effetti non lo è perché la costrizione è compensata con la diminuzione di cellule effettive.

Quando poi, con questa quantità ridotta, entro in vagotonia, non ho più 15 ma 8 di ematocrito (c'è solo acqua)... poi....

... quando esco dalla vagotonia, avrò un ematocrito magari di 25 perché pur essendo in normotonia per altre cose, non lo sono per quanto riguarda le cellule e quindi non ho ripristinato...

Invece se valuto realmente la quantità di globuli bianchi, rossi, piastrine:

Qui il valore diminuisce...

....qui mi viene ripristinato ma con una curva dove c'è una parte di cellule NON FINITE

...e qui si normalizza.



Se misuro il valore dell'ematocrito:

Qui è 40

Qui sale a 65 inizialmente e poi nel tempo si avrà una riduzione naturale ritornando a 450 e poi...

...entrando in vagotonia cade subito a 10/15 e la quantità di cellule è molto bassa :
LEUCEMIA MIELOIDE

Nella seconda fase c'è un enorme eccesso di cellule con il normale ripristino ed in questa fase si chiama
LEUCEMIA ACUTA

FEBBRE

E' la cosiddetta influenza. Il quadro sintomatico e significativo è però doppio: una coinvolge TUTTE LE VIE AEREE, l'altra interessa L'INTESTINO E LE VIE DIGESTIVE. L'attività dei batteri e virus può avvenire solo in relazione al tessuto ed alla sua innervazione cerebrale. Ad esempio non può esserci un'influenza intestinale dovuta a batteri che funzionano col Neoencefalo, perché questi ultimi possono colonizzare le vie digestive fino al duodeno. Ci possono essere sintomi simili (ad esempio la scarica di diarrea), ma l'interessamento non coinvolge l'intestino diretto dal Paleoencefalo

La **FEBBRE ALTA** (oltre i 39°) normalmente indica ectoderma.

La **FEBBRE BASSA** (intorno ai 37° -38°) normalmente è relativa ai tessuti dell'endoderma o del mesoderma. Le tipiche febbri da **polmonite** o le **febbri intestinali** sono a 38°. Nei casi di **bronchiti** o **laringiti** le febbri possono arrivare a 39° - 40°. **Toxoplasmosi** o **mononucleosi** sono casi un po' particolari: ci sono febbri cicliche ma si tratta di conflitti in sospensione.

Quando è coinvolto il mesoderma si è una situazione di rivalutazione. La febbre non è mai alta, arriva magari a 38,5°, ma ci si sente fiacchissimi.

A volte può succedere di avere la febbre a 40° ma si sta in piedi perché è coinvolto l'ectoderma e non c'è intervento del Midollo. Infatti ad esempio nella leucemia si ha proprio una stanchezza molto forte.

Può succedere a volte che si abbiano le mani calde, oppure ci si senta la febbre, ma la si misura e non c'è. Ciò significa che la persona è in vagotonia, ma non ha attivato quel tipo di risposta.

La **FEBBRE CHE SALE SOLO A DETERMINATE ORE** indica la presenza di un CONFLITTO IN SOSPENSIONE

Alcuni esempi:

- se non c'è al mattino e compare la sera. Si tratta di un conflitto in sospensione che verso sera, quando c'è già la vagotonia naturale, entra in soluzione.
- se non c'è al risveglio ma compare alle 10 di mattina probabilmente durante la notte ha un conflitto di paura (esempio di morire) e quando poi si sveglia, va in soluzione ed ha la febbre.

IPOTERMIA

E' il caso di ricordare che la temperatura è individuale, ma se i valori scendono al di sotto dei 35° (o se si arriva a sentirsi al freddo con 36°) si parla di ipotermia. Essa può essere causata da:

- 1) un CONFLITTO costantemente attivo DI SCHIFO (ipoglicemia)
- 2) Un CONFLITTO sempre attivo a livello dell'ENDODERMA che può produrre una riduzione della temperatura esterna per il ritirarsi dalla circolazione periferica.
- 3) Se non è continuativa, la si vede in maniera molto vistosa durante la CRISI EPILETTICA dell'ENDODERMA (per il Tronco cerebrale dura quelle 3/4 ore), dove la persona è cadaverica e la sua pelle appare grigia.

PRESSIONE E TEMPERATURA

Ho avuto il caso di una persona che continuava ad avere un CONFLITTO ATTIVO DEL TALAMO ("non avere via d'uscita"). Facendo continuamente conflitto attivo - soluzione aveva sempre la pressione molto bassa (il valore più alto era 60/90) e la circolazione era rallentata; conseguentemente i capillari si erano allargati, per cui era scesa anche la temperatura (intorno ai 35°).

Per avere una situazione di normalità a livello pressorio è importante **MANTENERE IL GIUSTO RAPPORTO TRA LA MINIMA E LA MASSIMA**, e precisamente di 2/3 (120/80 - 90/60 - 150/100). Così se

la massima è 90 e la minima 60 va comunque bene, i valori bassi provocano solo un maggiore allargamento dei capillari, una riduzione della velocità del sangue alla periferia ed una temperatura più bassa verso l'esterno.

Se invece i rapporti sono differenti e ad esempio si ha la massima a 90 e la minima a 75, si corrono più rischi perché non c'è più equilibrio tra la spinta ed il riposo, ma anzi si ha una pressione di ritorno che si oppone alla corretta circolazione del sangue.

Non è quindi importante che la minima sia alta o bassa, ma quello che è importante è il **RAPPORTO TRA I DUE VALORI DI MINIMO E MASSIMO**.

IPERTENSIONE

La pressione arteriosa è data da un fattore di SIMPATICOTONIA un po' generale e quindi abbiamo un aumento o una riduzione a seconda della costrizione dei vasi.

PRESSIONE MASSIMA ALTA (sopra i 160 o 180)

Si deve pensare ad una **necrosi dei glomeruli** cioè a una FASE ATTIVA DEL CONFLITTO DEL LIQUIDO del rene.

La pressione non è invece in relazione ai tubuli collettori. Se ci sono i **tubuli collettori** chiusi (fase attiva del conflitto del profugo), si può anche gonfiare ma non necessariamente la pressione sarà alta. Invece se i tubuli collettori sono attivi (fase di soluzione) si avrà il **livello di creatinina** urinaria **che sale**.

PRESSIONE MINIMA ALTA

E' invece inerente al **ritorno della circolazione del sangue verso il cuore**.

Quando c'è una costrizione a livello del PERICARDIO (conflitto attivo), vediamo alzarsi la minima, che torna a posto risolvendo il conflitto. Infatti il conflitto attivo del Pericardio (mesotelioma) provoca una contrazione del cuore.

Per comprendere meglio osserviamo la circolazione a livello cardiaco. Dal cuore partono i vasi arteriosi che si diramano e si rimpiccioliscono fino a diventare capillari.

Quando si è in fase simpaticotonica si ha costrizione dei capillari ed allora l'organismo può AUMENTARE LA PRESSIONE MASSIMA.

Tuttavia nella fase di ritorno venoso se il cuore è contratto non può richiamare il sangue per cui deve ALZARSI LA PRESSIONE MINIMA.

Ogni volta che ho visto le minime alte era attivo il conflitto del pericardio. Nella prima fase di soluzione del pericardio (PCL A) ci sono delle punte dove la minima va su, poi torna giù e scende abbastanza rapidamente. Se ci sono situazioni recidivanti invece rimane alta.

In questi casi usare il ghiaccio (ma con lo straccio bagnato altrimenti non riesco ad avere gli 0°) sul cervelletto. Così i sintomi spariscono, il paziente la paura per il cuore, non fa più recidive e migliora. A volte bastano anche solo 3 giorni.

SANGUINAMENTO

Il sanguinamento può avvenire in differenti situazioni:

- se per esempio c'è sangue nell'urina e si verifica un sanguinamento forte di notte è perché c'è una crisi epilettica.
- se invece si hanno 4 - 5 ore di sanguinamento durante il giorno e poi di notte non succede nulla è coinvolto il tessuto endodermico (è un conflitto in sospensione che si manifesta nella fase attiva simpaticotonica).

- se succede al contrario si ha coinvolgimento dell'ectoderma (è un conflitto in sospensione che si manifesta nella fase di soluzione vagotonica).

Quando si conosce bene la curva giornaliera di simpaticotonia e vagotonia naturale si possono trarre importanti conclusioni. Così quando vedo che un individuo è in fase di tensione forte o in una vagotonia esasperata, capisco che ci deve essere qualche situazione, qualche conflitto che lo coinvolge e che periodicamente si attiva. Così è chiaro che non è una situazione normale che una persona abbia la febbre solo alle 10 del mattino e prima no: so che risolve lì e quindi deve esserci prima una fase attiva, cioè la notte.

Allo stesso modo un individuo può avere un momento di ipoglicemia (necessità di zuccheri) verso le 11 di mattino come soluzione ad un conflitto di impotenza che lo coinvolge durante il suo lavoro.

ACIDITA' E BASICITA' (pH) DELL'URINA

L'urina è ALCALINA (pH circa 8 – 8,5) quando si è in soluzione dell'endoderma. Quando c'è la **caseificazione** o l'**escoriazione** c'è perdita di proteine, che abbassano il livello di acidità.

E' vero che l'azione dei micobatteri o dei funghi crea acidosi, ma l'abbondante perdita proteica compensa questa acidità

Quando non c'è perdita proteica, cioè quando è coinvolto l'ectoderma, l'urina è ACIDA.

Il mesoderma probabilmente causa anch'esso ALCALOSI perché c'è perdita di tessuto, ma solo in fase attiva di conflitto.

Tuttavia questa ipotesi è ancora da verificare bene.