



PROGRAMA BIOLÓGICO ESPECIAL DA NATUREZA – SBS

PULMÕES

Dr. Ryke Geerd Hamer

NEM TODOS OS CÂNCERES PULMONARES SÃO IGUAIS

A **Terceira Lei Biológica** da Nova Medicina Alemã, o “Sistema Ontogenético dos Programas Biológicos Especiais”, organiza todas as “doenças” de acordo com as respectivas camadas germinais, isto é, em relação à camada germinal interna, à camada germinal intermediária, e à camada germinal externa, as quais se formam desde o começo do desenvolvimento embrionário.

A cada célula, isto é, a cada órgão do corpo, pode-se atribuir uma camada germinal específica, e, de acordo com o desenvolvimento evolucionário, cada uma dessas camadas germinais corresponde a certas áreas cerebrais, bem como a certas formações histológicas. Ademais, no que diz respeito a proliferação celular e perda celular, os órgãos governados pelo córtex cerebral e os órgãos governados pelo cérebro antigo respondem, na fase de conflito ativo e na fase de cura, exatamente de modo inverso.

As células e os órgãos que se desenvolvem a partir da camada germinal **interna** têm seus relés de controle no tronco cerebral. No caso do câncer, elas sempre apresentam proliferação celular com tumores compactos do tipo glandular. Células e órgãos que se desenvolvem a partir da camada germinal **externa**, por outro lado, são controlados a partir do córtex cerebral e sempre apresentam decréscimo celular na forma de úlceras, ou alterações funcionais, como se vê no diabetes e na paralisia.

Com respeito à camada germinal **do meio**, distinguimos um grupo mais antigo e um mais novo. Células e órgãos que pertençam ao grupo **mais antigo** têm seu relé de controle no cerebelo, isto é, eles ainda pertencem ao cérebro antigo e produzem, no caso de câncer, tumores do tipo glandular durante a fase de conflito ativo. As células e os órgãos que pertencem ao grupo **mais jovem** têm seu centro de controle na medula cerebral e causam perda de tecido, na forma de necroses.

Isso mostra claramente que o câncer não é um evento aleatório de células que proliferam loucamente, mas sim um processo compreensível e até previsível que obedece rigorosamente a leis ontogenéticas.

Carcinoma Bronquial

O carcinoma intrabronquial escamoso ou **carcinoma bronquial** pertence à camada germinal externa e é governado pelo cérebro novo. Assim, durante a fase de conflito ativo, não há proliferação celular (desenvolvimento de tumor) na mucosa bronquial, mas sim o oposto, a saber, uma ulceração. Noutras palavras, o carcinoma bronquial é de fato uma lesão ulcerativa.

Durante a fase de cura, o brônquio pode ser obstruído em decorrência do inchaço da mucosa. Essa oclusão, chamada de atelectasia, é geralmente só uma falta de aeração temporária que, juntamente com o prurido (coceira), provoca tosse intensa. É trágico

que, na maioria dos casos, o carcinoma bronquial só seja descoberto na fase de restauração. Se tais pacientes encontrassem a Nova Medicina Alemã antes de terem recebido um diagnóstico e um prognóstico negativo, 95% de tais pacientes sobreviveriam, pois já estão na fase de cura.

Começando no cerebelo, a mão predominante (pessoa destra ou canhota) torna-se relevante para estabelecer qual lado do cérebro do paciente é o predominante. Para todos os centros de controle do cerebelo e do cérebro novo, há uma correlação cruzada entre cérebro e órgão.

O conflito ligado aos brônquios é sempre um “conflito de medo no território”. O medo territorial pode ser vivenciado de dois modos: como conflito motor ou como conflito sensório. O medo territorial sensório manifesta-se, na fase de cura, como pneumonia, e, na crise epileptoide, como lise pneumônica. A “asma” envolve a musculatura bronquial que responde a um conflito de medo territorial motor (isto é, não ser capaz de mover-se ou de manobrar).

O medo territorial só pode ser vivenciado por homens ou por mulheres após a menopausa. No entanto, uma mulher canhota jovem também pode desenvolver um carcinoma bronquial, mas apenas como resultado de um conflito feminino de terror. O carcinoma bronquial acompanhar-se-ia, nesse caso, de depressão. Aqui, também, as exceções seriam as constelações e as alterações hormonais (pílulas anticoncepcionais, por exemplo).

De acordo com a Quarta Lei Biológica da Nova Medicina Alemã (O Sistema Ontogenético dos Micróbios), os órgãos governados pelo cérebro antigo decompõem os seus tumores, na fase de cura, com a ajuda de micróbios especializados, ao passo que quaisquer vazios ou ulcerações nos órgãos governados pelo cérebro novo são restaurados com a ajuda de certas bactérias e vírus (caso existam vírus!).

Câncer Pulmonar Alveolar (adenocarcinoma)

O adenocarcinoma alveolar, também chamado de câncer pulmonar, pertence à camada germinal interna, é governado pelo tronco cerebral e sempre está associado ao conflito de medo de morrer. O tumor se desenvolve durante a fase de conflito ativo, é decomposto na fase de cura por micobactérias como as da tuberculose (se estiverem presentes), passa pelo processo de caseação e é expelido pela tosse. Tudo o que sobra são cavernas (vazios).

No passado, pensávamos que os micróbios causavam as tais “doenças infecciosas”. Essa suposição parecia razoável, pois tais micróbios estão sempre presentes nas doenças infecciosas. No entanto, isso não era totalmente verdadeiro, pois toda doença infecciosa é precedida de uma fase de conflito ativo, e tais microrganismos só se tornam ativos quando o conflito é resolvido. De fato, eles são ativados e dirigidos a partir do cérebro. Os micróbios ajudam no processo de cura, decompondo tumores que se tenham tornado supérfluos, ou reconstruindo, preenchendo vazios, necroses e ulcerações, processos governados pelo cérebro novo. Os micróbios são nossos leais auxiliares. A noção de sistema imunitário como se fosse um exército que combate os maus micróbios está patentemente errada.

Se não houver bactérias da tuberculose durante o processo de cura, os nódulos pulmonares permanecem no lugar. Há muitos pacientes que têm diversos nódulos pulmonares de tamanhos variados como consequência do medo da morte, por exemplo, medo em relação a um parente que sofreu um acidente (ou um animal de estimação).

Tais nódulos pulmonares são frequentemente encontrados por acaso num exame de rotina – geralmente anos mais tarde, quando os pacientes já não estão enfermos. Se eles tivessem tido bactérias da tuberculose na ocasião, teriam agora cavernas pulmonares e ninguém falaria em tumor pulmonar.

O processo de cura de nódulos pulmonares também costumavam ser diagnosticados como **tuberculose pulmonar**. Hoje são cada vez mais diagnosticados como câncer pulmonar. Desse modo, os diagnósticos de tuberculose diminuíram, e os de câncer aumentaram. É estranho que ninguém tenha notado isso.

Quando alguém recebe um diagnóstico de câncer, a notícia é, com frequência, recebida como um choque devastador que instantaneamente deflagra outros conflitos de pânico e novos choques, causando novos cânceres, que a medicina-padrão chama de “metástase”. Por conseguinte, as tais “metástases” são iatrogênicas, causadas especialmente por choques de diagnóstico e prognóstico.

A “fábula da metástase” é um conglomerado de todos os tipos de suposições e hipóteses nunca provadas. Jamais pesquisador algum encontrou uma célula cancerosa no sangue arterial de um paciente com câncer. Se houvesse metástase, esse seria o lugar em que você normalmente as encontraria – nadando na corrente sanguínea periférica do corpo. Não passa de total insanidade e dogmatismo medieval pensar que células cancerosas migratórias, em suas andanças nunca observadas pelo sangue, pudessem transformar-se em outro tipo de célula. Como exemplo, uma célula cancerosa de cólon (célula endodérmica, controlada pelo tronco cerebral) que tinha formado um tumor em forma de couve-flor no cólon, possa subitamente entrar nos ossos (célula mesodérmica, controlada pela medula cerebral) e causar câncer ósseo.

O Sistema Ontogenético dos Programas Biológicos Especiais – SBS (Terceira Lei Biológica) já refutou definitivamente a possibilidade de células controladas pelo tronco cerebral, que tenham criado tumores compactos, poderem, de repente, dissociar-se do seu relé cerebral original, associar-se ao novo cérebro e passarem a destruir células.

Carcinoma Pleural

É muito comum os pacientes vivenciarem um diagnóstico de “câncer de mama” ou de “câncer pulmonar” como um ataque conflituoso ao tórax e, como consequência, desenvolverem um câncer pleural adicional ou **carcinoma pleural**. Esse tipo de carcinoma pertence biologicamente à mesoderme antiga do cerebelo e, portanto, engendra um tumor do tipo glandular na fase de conflito ativo. Com a proliferação celular, o organismo tenta – e esse é o propósito biológico – proteger-se contra tais ataques formando um mesotelioma (carcinoma pleural) achatado, que essencialmente reforça a pleura.

Geralmente tal mesotelioma pleural só é notado após o conflito ter sido resolvido. É assim porque todos os tumores governados pelo cerebelo produzem fluidos na fase de cura. No caso da pleura, esse fenômeno é chamado de **efusão pleural** – no periósteo, chamamo-lo de ascite, e, no pericárdio, de efusão pericardiária. Entretanto, isso é verdade somente com a “Síndrome”; doutro modo, chamamo-lo de pleurite, peritonite ou pericardite.

Carcinoma Bronquial das Pequenas Células

Na medicina ortodoxa, o paciente sai da frigideira para cair no fogo. O diagnóstico de “carcinoma pleural” (interpretado como “metástase”) muito provavelmente deflagra um novo choque, por exemplo, um conflito de medo do câncer ou um conflito de medo frontal, que engendra ulceração nos ductos da faringe. Essa ulceração, também, geralmente só é notada na fase de cura, quando a mucosa epitelial escamosa da área ulcerada incha e se formam cistos com fluido seroso. A medicina convencional, equivocadamente, chama tal estado de “**linfoma**” **não-Hodgkin** (*centro-cystic-centro-blastic Non-Hodgkin's "lymphoma"*). Após várias recaídas, os cistos endurecem. No mediastino, eles podem alcançar o diafragma. Mesmo aqui, o diagnóstico é dado exclusivamente na fase de cura, quando o paciente sente desconforto. Tragicamente, o diagnóstico agora é “**carcinoma bronquial das pequenas células**”.

Certamente, não é difícil compreender por que, depois de só umas poucas semanas ou poucos meses, a maioria dos pacientes morra em decorrência do pânico e dos conflitos dele decorrentes. Pode-se facilmente pressupor que cerca de 80% dos cânceres secundários e terciários sejam iatrogênicos, induzidos por choques de diagnóstico e por uma pseudoterapia obsoleta.

“Fumar causa Câncer Pulmonar?”

Num estudo de larga escala que durou anos, milhares de hamsters foram constantemente expostos a fumaça de cigarro, enquanto os animais de controle não foram expostos. Os pesquisadores descobriram que nenhum animal manifestou carcinoma bronquial ou câncer pulmonar. Eles tinham simplesmente ignorado o fato de que os hamsters vivem debaixo da terra e não têm temor algum de fumaça. É por isso que não têm nenhum código no cérebro, nenhum alerta contra fumaça.

Com os camundongos domésticos, acontece exatamente o oposto. Eles entram em pânico e fogem, com medo de morrer, com a menor quantidade de fumaça. Na verdade, nos tempos medievais, quando alguém via muitos camundongos fugirem de uma casa, sabia que havia fogo em algum ponto da casa. Alguns desses camundongos podem realmente desenvolver câncer de pulmão deflagrado pelo medo da morte.

Esses exemplos devem bastar para mostrar que os experimentos de hoje com animais nada são senão crueldade, ignorando que os animais têm alma. Portanto, permito-me prever o seguinte: algum dia, todos os experimentos com animais serão expostos como desgraça para toda a sociedade e serão vistos como testemunho à nossa incrível falta de conhecimento e de sensibilidade. Não há prova alguma de que as substâncias carcinogênicas atuem diretamente sobre um órgão, ignorando o cérebro.

A medicina-padrão tem reunido grande quantidade de fatos corretos. A Nova Medicina Alemã (GNM®) não nega a maioria deles. No entanto, realmente contestamos a sua interpretação.

Extraído de: www.LearningGNM.com

Tradução do original alemão para o inglês: Caroline Markolin, Ph.D.

Tradução do inglês para o português: Ismar Pereira Filho

Termo de Responsabilidade: As informações contidas neste artigo não substituem a consulta médica.