

CHIAVE DI LETTURA

Quello che voglio trasmettere è una spiegazione del funzionamento del corpo umano e dell'essere umano secondo il modello dei Codici Biologici che non è il modello dominante, ma è comunque un modello ligio ai principi che lo governano.

Cercherò di schematizzare i principi imprescindibili per dare della malattia una lettura in termini di Codici Biologici.

1. Dal punto di vista della patogenesi e della filogenesi ogni tipo di malattia rientra in un programma controllato dal cervello, un codice biologico che punta a salvaguardare la vita. L'organismo, attraverso il comando del cervello, tenta sempre una riparazione, prevede sempre una via di fuga. Quando questo non avviene è essenzialmente o per un errore interpretativo della malattia, con conseguente atto terapeutico sbagliato, o perché non si hanno più quelle vie di fuga che sono rappresentate dalle risorse, sia organiche che intellettuali .

2. Ogni evento di tipo biologico "che si trasformerà in una malattia" ha origine da un conflitto; questa generazione conflittuale può avere due origini:
 - A. Il conflitto è di tipo biologico con caratteristiche inaspettate, improvviso e non rientra in un' esperienza propria o in un vissuto genitoriale;

B. il conflitto pur non essendo di tipo inaspettato o improvviso è però persistente e continuo; la sua presenza continua nella nostra vita porta ad uno stato di esaurimento delle risorse mettendo l'organismo e la sua fisiologia nella condizione di non essere più in grado di compensare (un esempio di esaurimento delle risorse è la vecchiaia).

3. Ogni conflitto di tipo biologico nel momento della sua manifestazione, è presente su più livelli fra cui mente, cervello e organo corrispondente e in diversi parametri misurabili, anche laboratoristici. Nella Mente perché la persona non riesce ad abbandonare un determinato pensiero che la fa soffrire; nel Cervello, perché nella corrispondente area di conflitto si evidenziano dei segni, osservabili con strumenti diagnostici; nell'Organo che comincia a manifestare una sua precipua sintomatologia.
4. Il conflitto, una volta entrato nella nostra sfera biologica, si posiziona in una particolare area del cervello e nel corpo, in funzione del foglietto embrionale da cui deriva. Un solo conflitto può attivare varie parti del corpo con la stessa derivazione embrionale. In funzione di essa ci saranno tempi per ammalarsi e corrispondenti tempi per guarire. Occorre essere in grado di calcolare i tempi di riparazione che sono tempi fisiologici e non istituzionali o protocollari, per informare il malato della reale tempistica necessaria al fine di evitare di generare conflitti del tipo "non sono in grado di guarire" che sono conflitti di persistenza e di esaurimento delle risorse.

5. Tutti gli organi e gli apparati del corpo umano si sviluppano a partire dai quattro foglietti embrionali (si, quattro foglietti embrionali e non tre, perché esistono due foglietti mesodermici, uno extra e uno intra-embryonale) che danno vita alle quattro strutture di cui si compone il cervello umano. Gli organi reagiscono alle fasi del programma biologico in modo diverso a seconda della parte del cervello da cui vengono innervati.
6. Nelle malattie gli organi del cervello antico, quelli cioè governati dal tronco cerebrale e dal cervelletto, mostrano una crescita in fase di conflitto attivo (simpaticotonia) e una necrosi o ulcerazione ad opera di funghi o micobatteri saprofitici nella fase ripartiva (vagotonia). Gli organi controllati dal cervello giovane, quelli cioè governati dal midollo cerebrale e dalla corteccia, ulcerano in fase di conflitto attivo e riparano ad opera di virus e batteri che diventano patogeni dopo la lisi del conflitto.
7. La manifestazione della malattia ha peculiarità che dipendono dallo stato ormonale dell'individuo nelle tre fasi prepuberale, feconda, meno- ed andropausale. Il mancino segue le regole dell'inversione ormonale.
8. Lo sviluppo della malattia si esplica in fasi: Una prima fase simpaticotonica (piedi e mani fredde) ed una serie di sintomi specifici caratterizzati da senso di costrizione, e una fase vagotonica (calda) con sintomatologia specifica,

caratterizzata da una fase espansiva ed una seconda fase vagale cicatriziale, introdotta da una crisi simpaticotonica.

9. I segni clinici conflittuali vedono un'alternanza di segnali neuroendocrini in relazione alle fasi della malattia, con predominanza del sistema simpatico o vagale. Attraverso il NeuroTest si tengono sotto controllo i sintomi e con essi la fase in cui si trova il malato e si ottimizzano gli interventi terapeutici
10. La fase di simpaticotonia, con la manifestazione di segni quali poco appetito, acidità di stomaco senza reflusso, stipsi, mani fredde, sonno ridotto e agitato, fauci secche, tachicardia, ipertensione, sfinteri contratti, ecc. predispone l'individuo a far fronte al conflitto con le risorse necessarie, attivando le risposte neuroendocrine, allo scopo ben preciso di compiere un'azione, che antagonizzi il conflitto. Se questa azione non viene compiuta, il più delle volte perché il paziente non ne ha compreso l'importanza, per censure personali o sociali, i segni simpaticotonici persistono logorando le risorse individuali.
11. La fase vagale è composta da due periodi, separati dalla crisi epilettoidale. Essa è la parte più delicata nell'elaborazione di un vero e proprio protocollo di approccio terapeutico. L'accentuazione dei sintomi provoca una situazione di pericolo ed imminente perdita del controllo ed è anche la fase in cui si compiono i più notevoli errori terapeutici, perché gli atti da compiere in questa fase sono veramente

pochissimi. L'area conflittuale coinvolta permette di prevedere le caratteristiche della crisi che possono essere motorie, sensorie o dolorose. Alla crisi epilettoidale segue la seconda fase vagotonica. Per le caratteristiche appena espresse, le terapie farmacologiche possono essere utilizzate tenendo conto degli effetti neuroendocrini prima di quelli organici.

Le terapie d'élite che non influenzano questi meccanismi sono le terapie autologhe, le cellule staminali, citochiniche e proteiche.

12. Il conflitto biologico e il conflitto psicologico, pur intersecandosi, hanno esiti diversi. Nel caso l'evento richiami una conflittualità di tipo biologico (nuova esperienza), esso attiva quelle reazioni neuroendocrine, chiamate di difesa o di adeguamento, mentre il conflitto psicologico ha la caratteristica di poter essere elaborato anche soltanto a livello mentale. Nel conflitto che impegna il biologico gli strumenti bisogna trovarli attraverso le azioni antagoniste al conflitto, mentre per quello psicologico la stessa capacità di elaborarlo è sufficiente. Se non si riesce ad elaborarlo, il conflitto si cronicizza, portando all'esaurimento delle risorse fisiologiche.
13. La risoluzione del conflitto è la chiave di volta della malattia ed è auspicabile che avvenga il prima possibile, seguendo i criteri di rigenerazione dei tessuti, in base al foglietto embrionale di provenienza (7 giorni, 28 giorni, 9 cicli da 28

giorni). Essa può instaurarsi quale naturale svolgimento del processo biologico dell'encefalo che attraverso la crisi riparatrice fa un "reset" per far uscire la persona dalla malattia oppure essa si instaura a seguito di un'azione concreta che la persona ha compiuto. L'azione concreta è un aspetto molto importante nei Codici Biologici. Sta alla capacità del Medico consigliare o meno se sia il caso ed il momento giusto per fare azioni importanti che vanno a cambiare le condizioni del conflitto, infatti, a seconda del foglietto embrionale interessato, la malattia può instaurarsi proprio dopo la lisi del conflitto.

14. I conflitti utilizzano come vie di accesso e di decongestione i nervi cranici che hanno un ruolo che mantengono inalterato dal loro primo sviluppo embrionale. Essi assolvono al compito di far accedere alle esperienze e hanno un ruolo determinante nella persistenza dei conflitti. I nervi cranici possono essere lo strumento utile per una risoluzione mitigata ed intelligente attraverso l' utilizzo appropriato della mente.

Vivere significa poter cogliere luci e colori, profumi e rumori del mondo esterno, significa poter rabbrivire per il freddo e sudare per il caldo, sentire una carezza, avvertire il dolore, orientarsi nello spazio, mantenere costante il proprio ambiente interno...

I dispositivi anatomici atti ad imbrigliare questo flusso di segnali che dall'ambiente esterno ed interno viscerale si riversa sull'organismo sono i recettori. Isolati o raggruppati in costruzioni organiche fino a formare veri e propri organi di senso quali naso, orecchi, occhi, lingua, cute.

Ogni recettore si rivela sensibile ad una determinata forma di energia, luminosa o sonora, termica o meccanica e la trasforma in un segnale nervoso che dalla periferia viene inviato al sistema nervoso centrale sotto forma di potenziale d'azione.

Ogni segnale, luce o suono, di intensità diversa, viene identificato in modo diverso perché ognuno di essi viene recepito solo dai propri

recettori e viene poi incanalato lungo la propria via afferente isolata e diversa dalle altre: lo stimolo visivo attraverso il nervo ottico, quello sonoro attraverso quello acustico, e via dicendo per tutti gli altri nervi cranici. Essi raggiungeranno quindi la zona specifica della corteccia cerebrale adibita alla loro elaborazione.

Il tessuto nervoso si è evoluto in modo da ricevere, condurre, trasmettere ed integrare segnali attraverso il corpo dell'organismo col minimo consumo di energia, ma con la massima velocità, in modo da permettergli un costante e adeguato adattamento reattivo agli stimoli provenienti sia dall'ambiente esterno sia da quello interno corporeo.

Le cellule che compongono il tessuto nervoso sono costituite per il 10% da neuroni e per il 90% da cellule gliali.

Dal corpo cellulare dei neuroni originano due prolungamenti diversi: dendriti e neuriti. I primi, numerosi e ramificati, aumentano la superficie di scambio della cellula favorendone le funzioni metaboliche e rappresentano le strutture tramite le quali una cellula nervosa riceve gli impulsi e comunica con le altre cellule nervose.

Il neurite invece è un prolungamento singolo di lunghezza variabile

In rapporto alla loro funzione i neuroni possono essere suddivisi in:

- afferenti, che portano lo stimolo dalla periferia al sistema nervoso centrale;
- efferenti, che portano lo stimolo dal sistema nervoso centrale alla periferia;
- associativi o interneuroni, che si collegano con gli altri neuroni.

Il sistema nervoso è quindi l'apparato che percepisce gli stimoli dal mondo esterno, li elabora e produce delle risposte attraverso meccanismi che utilizzano impulsi elettrici. È addetto all'integrazione e al controllo di tutte le funzioni corporee e al sistema nervoso sono associate funzioni importanti come la memoria, l'apprendimento e le emozioni.

Esso è costituito da:

- **organi e apparati dei sensi**, che percepiscono gli stimoli provenienti dall'ambiente esterno e li trasformano in impulsi nervosi che, attraverso i nervi (sistema nervoso periferico) vengono avviati al sistema nervoso centrale, tramite le vie sensitive ascendenti;
- **sistema nervoso periferico**, costituito dai nervi che conducono gli impulsi e collegano la periferia con il sistema nervoso centrale e il sistema nervoso centrale con gli organi effettori periferici (muscoli e

ghiandole). Esso si suddivide in somatico, responsabile delle risposte volontarie dell'organismo, e autonomo, responsabile delle risposte involontarie (che a sua volta si distingue in simpatico e parasimpatico);

- **sistema nervoso centrale**, **comprensivo di encefalo e midollo spinale**, interpreta ed integra gli impulsi che arrivano grazie ai nervi degli organi di senso e li trasforma in impulsi nervosi diretti verso la periferia che inducono negli organi esecutori una risposta adeguata.

Il Sistema Nervoso Centrale

Anatomia del sistema

Per comprendere appieno il meraviglioso ruolo dei nervi cranici non possiamo non riprendere nozioni di anatomia alle quali si farà continuamente riferimento.

ENCEFALO

L'encefalo si trova nella cavità cranica, protetto dalle ossa craniche e dal liquido cefalorachidiano.

Esso è composto da:

- **Il cervello**
- **Gli emisferi cerebrali (telencefalo)**
- **Il diencefalo**
- **Il cervelletto**
- **Il mesencefalo**
- **Il ponte**
- **Il midollo allungato.**

Emisferi cerebrali

Una fessura longitudinale divide il cervello in due emisferi, congiunti unicamente per mezzo del corpo calloso; ciascun emisfero è diviso dalle scissure in cinque lobi: *frontale, parietale, temporale, occipitale ed insula*.

Ciascun emisfero cerebrale è esternamente costituito da sostanza grigia denominata **corteccia cerebrale**; essa é suddivisa in strisce

chiamate *circonvoluzioni* o *giri* ed è la parte più importante del cervello, perché contiene i centri delle varie funzioni cerebrali (motilità, sensibilità delle parti del corpo, vista, udito, linguaggio, ecc.).

Funzioni

Negli emisferi cerebrali avvengono, in generale, tutte le funzioni coscienti, vale a dire: *l'analisi, l'integrazione e l'interpretazione delle sensazioni, il controllo dei movimenti volontari, l'uso e l'interpretazione del linguaggio e tutte le altre funzioni mentali.*

Diencefalo

È quella parte di encefalo localizzata fra il cervello ed il mesencefalo. Consiste di strutture circostanti il terzo ventricolo e più esattamente: *il talamo, l'epitalamo, il subtalamo e l'ipotalamo.*

Talamo: è una grossa massa rotondeggiante di sostanza grigia, situata in ciascun emisfero cerebrale (talamo di sinistra e di destra) ai lati del terzo ventricolo.

Funzioni

Interpretazione cosciente di sensazioni grossolane di dolore, di temperatura e di tatto;

- stazione di passaggio degli impulsi che si dirigono verso la corteccia cerebrale,
- coinvolto nelle componenti emozionali delle sensazioni,

- responsabile della sensazione di benessere o di malessere,
- coinvolto nei meccanismi di all'erta e di veglia,
- coinvolto nella produzione di complessi movimenti riflessi.

Ipotalamo

Sostanza grigia circondante il chiasma ottico, costituisce il peduncolo ipofisario, lobo posteriore dell'ipofisi, i corpi mammillari e le regioni adiacenti.

Funzioni

Centro vegetativo elevato; esercita un controllo ed integra le funzioni vegetative:

- stazione intercalata tra la corteccia cerebrale ed i centri vegetativi inferiori,
- importante parte delle vie nervose per mezzo delle quali le emozioni influenzano le funzioni corporee,
- parte importante del meccanismo di controllo dell'attività della ghiandola ipofisaria anteriore (la quale fa parte del sistema endocrino),
- regione importante nel meccanismo di mantenimento dell'equilibrio dei liquidi e centro essenziale nei meccanismi di veglia e di allerta,
- regione importante nel meccanismo della regolazione dell'appetito e perciò della quantità di sostanze alimentari introdotte,
- probabilmente esplica vari controlli sulle funzioni riproduttive,

regione importante nel meccanismo di mantenimento della normale temperatura del corpo.

Cervelletto

E' il secondo organo, per grandezza, dell'encefalo umano. Possiede due emisferi e una parte centrale detta *verme*, inoltre la sostanza bianca interna è disposta in modo caratteristico a formare il cosiddetto ***albero della vita***.

Funzione

- controllo del sinergismo dell'azione muscolare,
- riflessi posturali,
- equilibrio.

Midollo allungato o Bulbo

Parte dell'encefalo costituita da un allargamento del midollo spinale nel momento in cui esso entra nella cavità cranica.

È composto essenzialmente di sostanza bianca e dalla formazione reticolare, termine che sta ad indicare un intreccio di sostanza bianca e grigia presente sia nel midollo spinale che nel tronco encefalico e nel diencefalo.

Nella formazione reticolare, vi sono molti centri vegetativi, per esempio il cardiaco, il vasomotore ed inoltre i centri della respirazione, del vomito, della tosse, del singhiozzo, dello starnuto e dello sbadiglio.

Funzione

- esplica un controllo sulla frequenza del cuore, sulla pressione dei vasi e sulla respirazione,
- attiva i riflessi del vomito, della tosse, del singhiozzo,
- conduce impulsi fra il midollo spinale e l'encefalo.

Ponte

E' situato al di sopra del midollo allungato.

Funzione

- centri nucleari per le vie tra corteccia e midollo spinale,
- centro per i nervi cranici (III° e IV°) in cui si esplicano i riflessi pupillari e vengono comandati i movimenti dell'occhio,
- importanti fasci di proiezione sia sensitivi che motori.

Midollo spinale

Il midollo spinale si trova nel canale vertebrale e si estende dal foro occipitale al margine inferiore della prima vertebra lombare per una lunghezza di 40-45 cm.

Il midollo perciò non occupa completamente il canale vertebrale, il quale contiene anche le meningi, il liquido cefalo-rachidiano, il tessuto adiposo di protezione e vasi sanguinei.

All'interno del midollo spinale si trova la sostanza grigia, mentre la sostanza bianca è localizzata all'esterno.

In sezione trasversale del midollo spinale, la sostanza grigia presenta una forma di “H” o di farfalla, si distinguono le corna anteriori, laterali, posteriori.

Da ambo i lati del midollo spinale, fuoriescono, ad intervalli regolari, un paio di nervi spinali, dividendo in tal modo il midollo spinale in segmenti.

Ogni segmento possiede una radice motrice (anteriore) ed una radice sensitiva (posteriore), la cui unione forma un nervo spinale.

Dopo aver lasciato il canale vertebrale, ogni nervo spinale si divide in parecchi grossi rami, dando origine ai nervi periferici. Essi comprendono generalmente, delle parti di nervi spinali provenienti da differenti segmenti.

Funzione

- via di conduzione di impulsi sensitivi e motori fra i nervi periferici e l'encefalo,
- sede dei centri riflessi per tutti i riflessi spinali.

LIQUIDO CEFALO-RACHIDIANO O LIQUOR

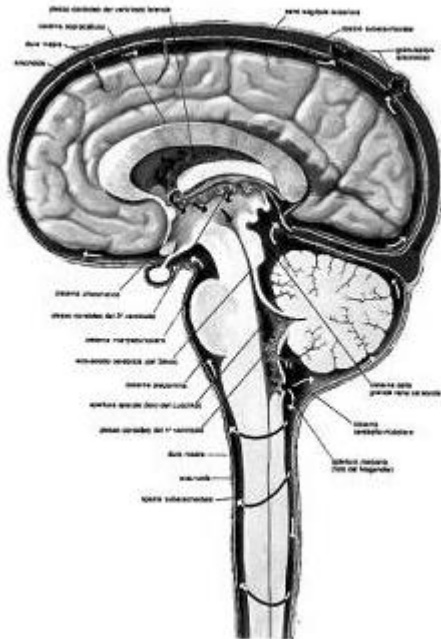


Figura ¹

Dal punto di vista funzionale, esiste uno stretto legame tra il sistema craniosacrale e il sistema nervoso centrale, il sistema nervoso autonomo, il sistema neuromuscoloscheletrico e quello endocrino.

Il liquor circola tra la meninge aracnoide e la pia madre ed è destinato alla protezione dell'asse nervoso centrale. L'apporto di liquido all'interno del sistema avviene tramite il plesso coroideo, che

¹ Immagine di profilo del sistema

consente il passaggio di liquido dal sistema vascolare a quello ventricolare del cervello.

Il plesso corioideo seleziona inoltre i soluti che passano dal sangue al sistema craniosacrale.

Il liquido che passa attraverso il plesso corioideo è noto come liquido encefalorachidiano.

Questo liquido viene riportato nel sistema venoso dai villi aracnoidei, che sono concentrati soprattutto nel seno venoso sagittale situato all'interno della volta cranica, ma possono essere trovati in numero considerevole anche in ogni altra parte del sistema di drenaggio venoso intracranico.

Il sistema idraulico semichiuso è costituito dalla dura madre e dalle strutture in essa contenute. La membrana durale è fundamentalmente impermeabile al liquido encefalorachidiano racchiuso al suo interno.

Il flusso del liquido in entrata e in uscita dal sistema avviene tramite speciali strutture tissutali (i plessi corioidei e i villi aracnoidei) che si trovano sotto un sistema di controllo omeostatico.

È proprio in virtù di tali meccanismi di entrata e di uscita che il sistema viene definito "semichiuso". Il liquor si rinnova circa 3 volte nell'arco della giornata e la quantità di esso è di circa 150 ml..

I meccanismi omeostatici sono quei meccanismi di autocorrezione e di autoequilibrio che dipendono dai circuiti di *feedback*.

Grazie a questi meccanismi omeostatici, i sistemi biologici sono in grado di adattarsi, di secondo in secondo, ai costanti cambiamenti dell'ambiente esterno ed interno.

Involucri del midollo spinale e dell'encefalo

Poiché il midollo spinale e l'encefalo possiedono una struttura delicata e compiono funzioni vitali, la natura li ha provvisti di un doppio involucro protettivo: quello esterno, costituito dall'osso, infatti le vertebre circondano il midollo e le ossa craniche (l'encefalo), quello interno consiste di membrane conosciute con il nome di **meningi**.

Tre membrane diverse costituiscono le meningi: *la dura madre*, *l'aracnoide* e *la pia madre*.

Il Sistema Nervoso Periferico

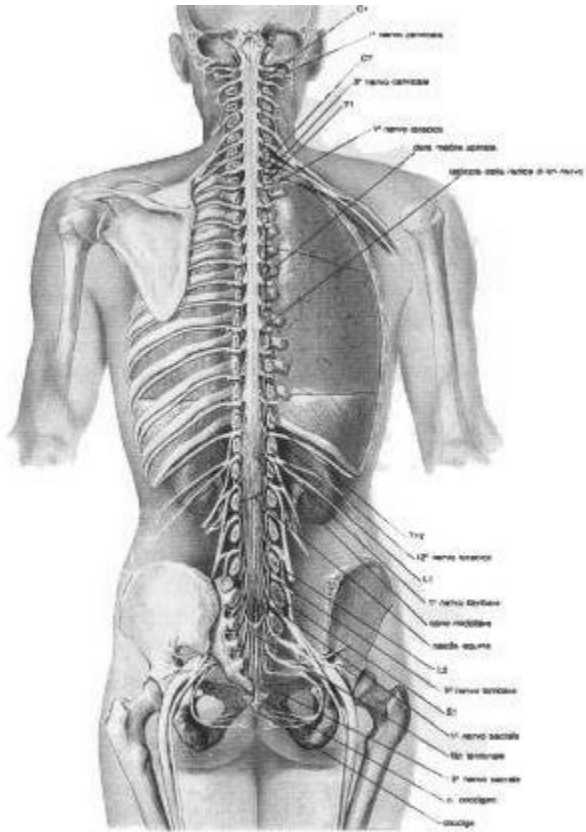


Figura ²

NERVI SPINALI

² www.cranio-sacrale.com

Dal midollo spinale originano 31 paia di nervi spinali. Essi non hanno un nome proprio ma sono semplicemente numerati secondo il livello della colonna spinale corrispondente al punto dal quale essi fuoriescono dalla cavità spinale.

Ci sono così: 8 paia di nervi spinali cervicali, 12 toracici, 5 lombari, 5 sacrali, 1 coccigeo.

Ciascun nervo spinale dopo la sua emergenza dalla cavità spinale si divide in due rami: uno anteriore e uno posteriore, inoltre in altri piccoli rami bianchi.

I rami anteriore e posteriori contengono fibre appartenenti al sistema nervoso volontario, i rami bianchi contengono fibre del sistema nervoso involontario o vegetativo.

I rami posteriori si suddividono in nervi più piccoli che giungono ai muscoli e alla pelle della regione posteriore, rispettivamente della testa, del collo e del tronco.

I rami anteriori si suddividono e forniscono fibre alla muscolatura scheletrica, alla pelle delle estremità e alla superficie laterale e anteriore del tronco.

Le suddivisioni dei rami anteriori formano complesse reti o **plessi**.

- **Plesso cervicale:** fibre che nascono dai primi quattro nervi cervicali. Innerva la zona occipitale e temporale della testa, la cute e i muscoli del collo, nonché la zona sopraclavicolare e scapolare.

Da rilevare i nervi frenici destro e sinistro, le cui fibre originano dal III°, IV°, V° nervo spinale cervicale prima della formazione del plesso brachiale.

Hanno un notevole interesse clinico, poiché provvedono all'innervazione del muscolo diaframmatico.

- **Plesso brachiale:** fibre che nascono dagli ultimi quattro nervi cervicali e dal primo toracico.

Da questo plesso emergono poi nervi più piccoli che prendono il nome dalla loro rispettiva posizione, come nervo mediano, nervo muscolo-cutaneo, nervo ulnare, ecc..

A loro volta questi nervi si suddividono in rami sempre più piccoli fornendo tutta l'innervazione dell'arto superiore e della mano.

Il plesso brachiale è localizzato nella regione della spalla, fra il collo e l'ascella.

- **Plesso lombare:** fibre che nascono dai primi quattro nervi lombari.

Esso è localizzato nella regione lombare del dorso in vicinanza del muscolo psoas.

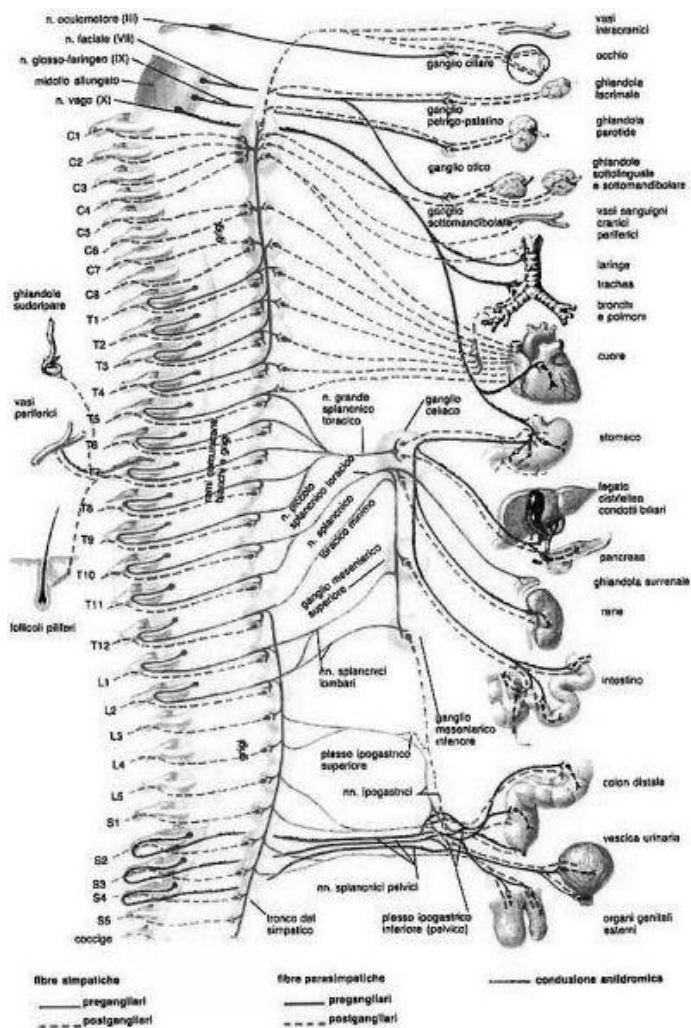
Fornisce nervi ai muscoli e cute dell'addome, della coscia e della parte mediale della gamba e del piede.

- **Plesso sacrale:** queste fibre provengono dal IV°, V° nervo lombare e dal I°, II°, III° nervo sacrale. Esso è localizzato nella cavità pelvica sulla superficie anteriore del muscolo piriforme (S1-S3).

Il più importante e grosso nervo del plesso sacrale è il grande nervo ischiatico, il quale dopo aver percorso posteriormente la coscia, darà luogo ai nervi tibiale e peroneo comune. Esso nel complesso fornisce rami muscolari e cutanei per la regione posteriore della coscia per tutta la gamba e il piede.

Tutti i nervi spinali sono nervi misti (sensitivi e motori). Essi costituiscono una via che lega la periferia con il midollo spinale in doppio senso; così i nervi spinali rendono possibile sia la sensibilità che il movimento.

Il Sistema Nervoso Vegetativo



Figura³

Per definizione, il sistema nervoso vegetativo consiste, dal punto di vista microscopico, di soli motoneuroni che conducono impulsi dal sistema nervoso centrale fino agli effettori viscerali: il cuore, i vasi sanguinei, l'iride, i muscoli ciliari, i muscoli del pelo (bulbo o follicoli piliferi), vari organi toracici, addominali e le principali ghiandole del corpo.

Tutte queste strutture, innervate dal sistema nervoso vegetativo, sono quelle le cui attività sono definite **involontarie**.

Esse, perciò, sfuggono al controllo della coscienza ed hanno una regolazione che si può dire automatica, biologica.

Divisione

Due sezioni diversificate, sia dal punto di vista anatomico che fisiologico, costituiscono il sistema nervoso vegetativo:

- **La parte ortosimpatica (o toraco-lombare):** costituita da due catene di gangli disposti ai lati della colonna vertebrale con fibre pregangliari che congiungono i gangli l'uno all'altro e li uniscono ai segmenti toracici e lombari del midollo spinale.

Fibre postgangliari invece si estendono dai gangli agli effettori viscerali.

I gangli cervicali sono tre: superiore, medio, inferiore, situati alle apofisi trasverse.

³ www.cranio-sacrale.com

I **gangli toracici** corrispondono al numero delle vertebre dorsali, ridotti a 10 o 11 per la fusione del primo ganglio toracico con l'ultimo cervicale.

I **gangli lombari** sono situati ai lati del corpo vertebrale, in genere sono 4.

I **gangli sacrali** sono 4, talvolta 5, scaglionati regolarmente lungo l'ortosimpatico sacrale.

Il **ganglio coccigeo** è un ganglio molto piccolo che occupa talvolta il punto di unione dei due simpatici.

Da questi gangli partono fibre nervose che hanno il nome di rami comunicanti, se indirizzati ai nervi spinali, e di nervi viscerali se innervati su organi diversi.

Nel loro percorso i nervi viscerali si incrociano con altri gangli formando complessi reticolati denominati **plessi**.

- **La sezione parasimpatica:** consiste di gangli localizzati nell'interno o presso le viscere con fibre pregangliari disposte fra gangli ed il tronco encefalico e fra gangli e la regione sacrale del midollo spinale.

Invece le fibre postgangliari si dipartono dai gangli verso le viscere e le ghiandole.

Le fibre nascono nei centri bulbari e craniali. È costituita principalmente dal **vago**, ma anche da parte del III°, VII°, e IX°, nonché da taluni nuclei della porzione sacrale del midollo spinale.

Alcuni principi generali

- **Funzionamento autonomo e omeostasi**

Il sistema vegetativo regola l'attività degli effettori viscerali in modo che essi tendono a mantenere o a ristabilire rapidamente l'omeostasi negli individui in buona salute, a meno che si verifichino condizioni di stress particolarmente gravi.

- **Doppia innervazione vegetativa**

Fibre ortosimpatiche e parasimpatiche raggiungono insieme la maggior parte degli effettori viscerali.

- **Innervazione vegetativa singola**

Solo fibre ortosimpatiche raggiungono la midollare del surrene, le ghiandole sudoripare e probabilmente i muscoli lisci del pelo e della maggior parte dei vasi sanguinei.

- **Antagonismo e sommazione nel sistema vegetativo**

Gli impulsi ortosimpatici e parasimpatici tendono a produrre effetti contrapposti, la somma algebrica delle due opposte tendenze determina la risposta dovuta alla doppia innervazione degli effettori viscerali.

- **Dominanza del parasimpatico nel tubo digerente**

Normalmente gli impulsi parasimpatici che raggiungono le ghiandole ed i muscoli lisci del tubo digerente, dominano sugli impulsi ortosimpatici che raggiungono le stesse strutture. Gli impulsi parasimpatici provocano la secrezione delle ghiandole del tubo digerente, la peristalsi e la defecazione.

- **Dominanza del sistema ortosimpatico nello stress**

In condizioni di stress, gli impulsi ortosimpatici, che raggiungono la maggior parte degli effettori viscerali, aumentano in modo notevole provocando in essi risposte tali da mettere in condizione il corpo di poter usufruire della massima quantità di energia possibile.

La dominanza del sistema ortosimpatico è uno dei primi meccanismi di difesa contro lo stress. Tuttavia anche gli impulsi parasimpatici possono, nelle condizioni di stress, divenire molto intensi in alcuni effettori.

- **Non autonomia**

Il sistema nervoso vegetativo non è completamente autonomo nei confronti del rimanente sistema nervoso. In parte è controllato dai sistemi vegetativi più elevati, specialmente risidenti nell'ipotalamo e nel sistema limbico. Essi esercitano un controllo, sia sull'orto che nel parasimpatico, prendendo parte alla mobilità di espressione delle emozioni (paura, rabbia, gioia, ecc.).

Il Tronco Encefalico

Il tronco encefalico si divide in:

- **Midollo allungato o bulbo**
- **Ponte**
- **Mesencefalo**

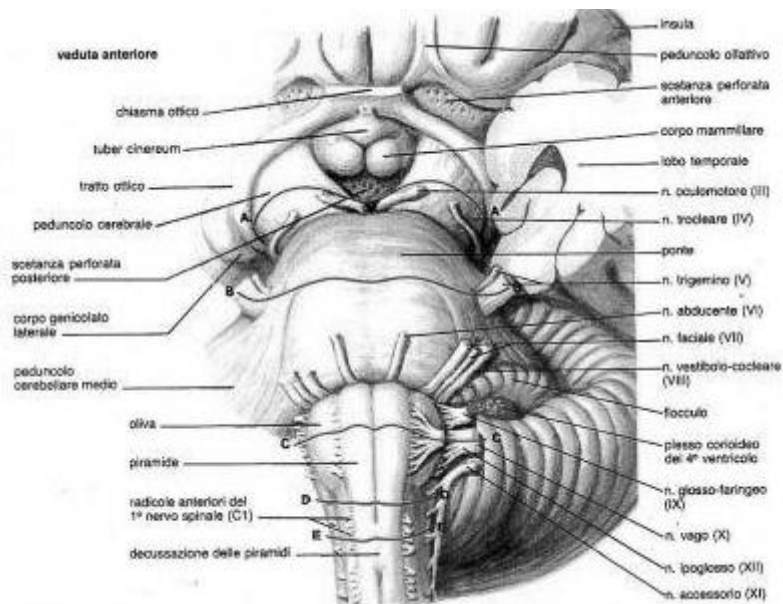


Figura ⁴

⁴ Immagine del tronco

Midollo allungato

Il bulbo è la parte dell'encefalo che continua cranialmente al midollo spinale.

È l'espansione allargata del midollo spinale ed è collocato subito al di sopra del grande forame occipitale (forame magnum).

Dal basso in alto, il bulbo è la prima parte dell'encefalo accolta nella cavità cranica, la sua lunghezza è di circa 2,5 cm., viene separato dal ponte che gli sta cranialmente, mediante un solco trasversale visibile sulla faccia anteriore del tronco cerebrale.

Sulla parte mediana del midollo allungato, c'è un solco che si chiama *Raphe perinealis* (media), dove, da un lato, si trovano il solco anterolaterale e posterolaterale.

Dal solco anterolaterale emerge il nervo ipoglosso (XII°) e dal solco posterolaterale il nervo glossofaringeo (IX°), il nervo vago (X°) e l'accessorio (XI°).

Inferiormente al nervo accessorio, sulla parte mediana del midollo allungato, si trovano le piramidi che sono due rilievi di sostanza bianca, situate sulla superficie ventrale del bulbo.

Le cosiddette fibre dei tratti piramidali, sono responsabili della formazione di queste piramidi, poco sotto si incrociano circa l'80% dei tratti piramidali che si chiamano "*decussazione delle piramidi*".

Questa è la ragione anatomica che spiega come mai una metà dell'encefalo controlli la metà controlaterale del corpo.

Sulla faccia ventrale del bulbo, si vede, dalla parte dorsale delle piramidi, due rilievi ovoidali da ciascun lato, che si chiamano *Olive*.

Il nucleo olivare inferiore è per la coordinazione del movimento.

Il nucleo più importante è quello principale che manda maggiormente le sue fibre efferenti nel cervelletto. Questo è responsabile per la regolazione fine e coordinazione dei movimenti.

Praticamente fa da relé:

- fa da feedback in continuazione con quello che succede nella periferia dell'apparato motorio,
- fa da feedback tra questa periferia e il telencefalo,
- feedback delle proprie informazioni efferenti.

Ponte

Subito cranialmente al bulbo, c'è il ponte, formato da una sostanza bianca e dalla formazione reticolare (sostanza bianca e grigia).

Si trova fra il mesencefalo ed il midollo allungato, anteriormente al cervelletto.

Il ponte vero e proprio è la porzione interposta fra le emergenze dei nervi trigemini (V^o), lateralmente alle quali stanno i peduncoli cerebellari medi.

Le fibre che decorrono trasversalmente sulla parte ventrale del ponte, si impegnano come peduncoli cerebellari medi lateralmente al ponte e sono gli elementi arcuati tra le due metà del cervelletto, dando l'aspetto simile a un ponte.

Il ponte, sezionandolo trasversalmente, si divide in parte ventrale e parte dorsale.

Nella parte dorsale, si trovano i nuclei del nervo abducente (VI°), del nervo facciale (VII°), del cocleare e ventrale, del corpo trapezoide e una parte dei nuclei vestibolari, motori, mesencefalici.

La parte ventrale contiene sia fibre longitudinali che trasversali, frammiste a piccoli ammassi di sostanza grigia: *i nuclei del ponte*.

Le fibre longitudinali comprendono i fasci piramidali, distribuiti a questo livello in gruppi distanti, e le fibre cortico-pontine che contraggono sinapsi con i neuroni dei nuclei del ponte.

Nella zona tra il termine del bulbo (midollo allungato) e l'inizio del ponte, si trovano anche le uscite nella zona della parte mediale, verso l'esterno, il nervo abducente (VI°), il nervo facciale (VII°) e il nervo vestibolo-cocleare (VIII°).

Mesencefalo

Il nome appropriato del mesencefalo è quello di cervello medio.

Esso forma la sezione mediana del cervello, poiché si trova cranialmente al ponte e caudalmente al resto del cervello.

Il mesencefalo, di una lunghezza di circa 2,5 cm., è formato sia da una sostanza bianca (tratti o vie), sia dalla formazione reticolare.

Sulla sua superficie ventrale si osservano due masse divergenti di sostanza bianca con l'aspetto di cordoni cui si è dato il nome di *peduncoli cerebrali*.

I tratti che formano i peduncoli conducono impulsi tra mesencefalo e cervello.

Due altre importanti strutture, del mesencefalo, sono il *nucleo rosso* e la *sostanza nera*.

Ogni peduncolo cerebrale, viene suddiviso dalla sostanza nera in una porzione ventrale, che è il *piede* del peduncolo, e in una porzione dorsale che è il *tegmento*.

Ogni piede del peduncolo è costituito quasi totalmente da fibre discendenti.

Il tegmento del peduncolo è separato su entrambi i lati dal piede per mezzo della sostanza nera. È diviso da un rafe mediano e contiene i nuclei rossi, i nuclei dei nervi oculomotori e trocleari ed i nuclei subtalami, tegmentali e reticolari, nonché le terminazioni mesencefaliche e quelle più alte dei nuclei sensitivi principali dei nervi trigemini.

Oltre ai peduncoli cerebrali, un'altra caratteristica del mesencefalo sono i corpi quadrigemini.

I corpi quadrigemini sono formati dai due collicoli inferiori e dai due collicoli superiori.

Essi formano la superficie dorsale del mesencefalo, parte rivolta verso il cervelletto.

Nei collicoli inferiori sono situati centri uditivi.

I collicoli superiori contengono centri visivi.

Si tratta, in entrambi i casi, di nuclei di sostanza grigia, ossia di raggruppamenti neuronali coinvolti nel controllo di attività muscolari.

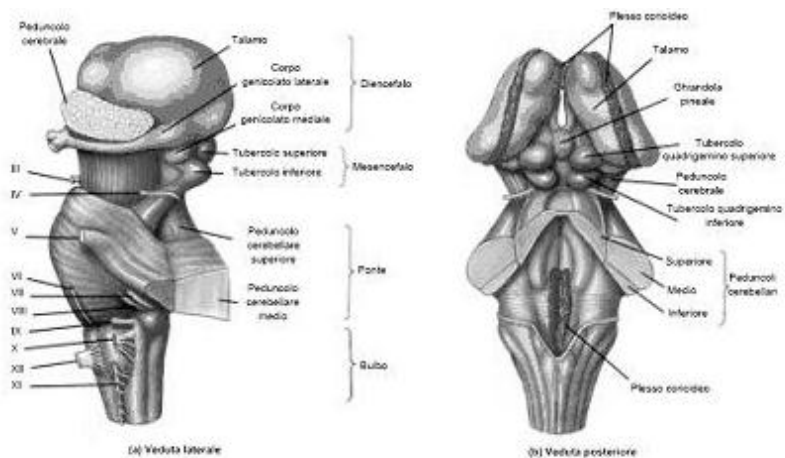


Figura ⁵

⁵ Sistema nervoso: encefalo e nervi cranici. Tronco encefalico. (a) veduta laterale del tronco encefalico, visto dal lato sinistro. (b) veduta posteriore del tronco encefalico.

NERVI CRANICI

I nervi cranici sono 12 paia di nervi periferici che possono essere distinti in relazione con le attività sensoriali e motorie della testa.

Tutte queste 12 paia di nervi cranici hanno le loro origini superficiali e le loro terminazioni nel tronco cerebrale. Tutti hanno i nuclei nel tronco cerebrale ad eccezione del nervo accessorio spinale.

Oltre alla testa i nervi cranici hanno anche funzioni a livello di collo, torace ed addome.

I nervi cranici si dividono in:

- 3 percettivi;
- 5 operativi;
- 4 con funzioni miste.

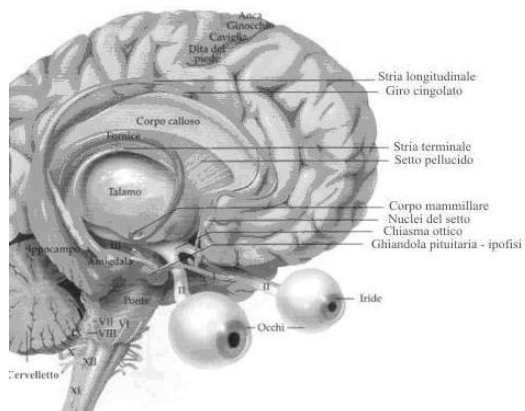


Figura ⁶

NERVI CRANICI			
----------------------	--	--	--

I	Nervo	Olfattivo	Sensoriale
II	Nervo	Ottico	Sensoriale
III	Nervo	Oculomotore	somato e viscero-motorio
IV	Nervo	Troclare	somato-motorio
V	Nervo	Trigemino	somato-sensoriale e somato-motorio
VI	Nervo	Abducente	somato-motorio
VII	Nervo	Facciale	somato e viscero-sensoriale/motorio
VIII	Nervo	Vestibolococleare	sensoriale

⁶ neurochirurgia-ire.it

IX	Nervo	Glossofaringeo	somato e viscerosensoriale/motorio
X	Nervo	Vago	somato e viscerosensoriale/motorio
XI	Nervo	Accessorio	somato-motorio
XII	Nervo	Ipoglosso	somato-motorio

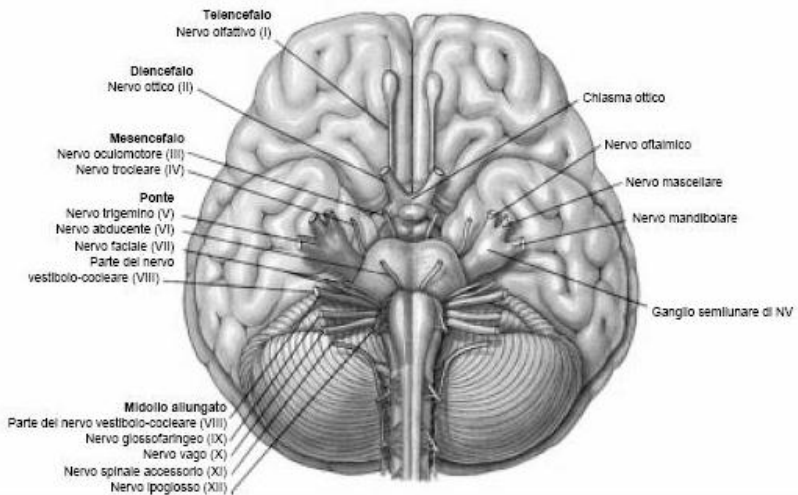


Figura ⁷

⁷ Sistema nervoso: encefalo e nervi cranici. Emergenza dei nervi cranici

Definizione accademica
Anatomia – caratteristiche – funzioni

Esistono due macro funzioni dei nervi cranici, una in relazione all'innervazione dal punto di vista funzionale ed anatomico, un'altra dal punto di vista sensoriale e di percezione.

Ogni nevo cranico usa le strutture che innerva, per percepire e vivere l'esterno, questo attraverso elementi sensoriali primordiali, esso con questa funzione riporta le informazioni alle sue origini, cioè nella parte del cervello più antica e più biologica.

Per poi attivare risposte esattamente proporzionate o in certi casi sproporzionate all'impulso ricevuto.

In questo paragrafo descriveremo il ruolo funzionale ed anatomico fisiologico accademico dei 12 nervi cranici

Nervo Olfattivo I°

Caratteristiche

Il nervo olfattivo fa parte del I° paio di nervi cranici.

È un nervo esclusivamente di tipo sensitivo.

La sua origine si trova nella mucosa delle fosse nasali poste al di sopra della lamina cribrosa dell'etmoide (conca nasale superiore ed

in parte il setto nasale), attraversa la lamina stessa e termina nel cervello (telencefalo) come bulbo olfattorio.

È formato da moltissime fibre (circa 20 mil. di recettori), chiamate fila olfattoria che si dividono in due gruppi: uno mediale e uno laterale. Quello mediale corre in prossimità del corpo calloso e quello laterale termina nell'ippocampo.

Gli impulsi olfattivi arrivano quindi nella regione del talamo e del sistema limbico, pertanto possiamo dire che l'odore influisce sulle funzioni vegetative del comportamento e delle emozioni.

Gli impulsi dell'olfatto vengono proiettati, tramite il talamo, nella corteccia del lobo orbitofrontale del cervello dove vengono riconosciuti.

Il bulbo olfattivo è considerato il nucleo d'origine del primo nervo craniale, infatti le cellule del sistema olfattivo hanno degli assioni propri che sono comunicanti con il sistema nervoso centrale e che nel bulbo olfattorio vengono per la prima volta distribuiti.

Passaggio dalla base cranica

Il nervo olfattivo passa dalla lamina cribrosa nell'osso etmoide.

Funzione

Capacità di riconoscere gli odori e odorare.

Sintomi e patologie

Possiamo avere sintomi di iposmia, ovvero una capacità olfattiva limitata, e di anosmia cioè perdita del senso dell'olfatto. Si parla di anosmia quando la persona non riesce a riconoscere gli aromi, ma reagisce tramite lo stimolo del trigemino. Tali sintomi possono essere dovuti a:

- lesioni da traumi;
- fratture alla base cranica; in caso di lesioni alle meningi e alla fila olfattiva, il liquido cerebrospinale fuoriesce dalle narici;
- malattie virali come l'herpes zoster, la rinite cronica e le malattie da neoplasia o tumorali come la Granulomatosi di Wegener, distruggono il neuroepitelio olfattivo, l'osso, la cartilagine e il tessuto molle del naso;
- fumo;
- iposmia durante la gravidanza.

Esame clinico

Viene provata la capacità olfattiva delle singole narici separatamente e con occhi chiusi, con sostanze come la vaniglia, il caffè, la menta.

Per verificare un disturbo alle mucose nasali c'è il test all'ammoniaca, con il quale si può eccitare o irritare il nervo trigemino.

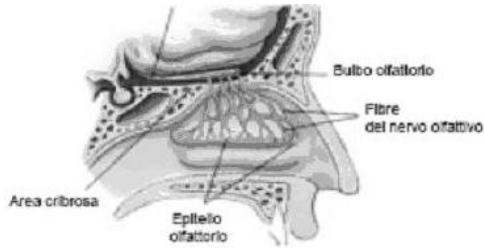


Figura ⁸
Nervo Ottico II°

Caratteristiche

Il nervo ottico è il II° paio di nervi cranici.

È un nervo sensitivo ed è considerato come parte del sistema nervoso centrale e come fascio centrale intercerebrale.

Le fibre nervose si trovano nel bulbo oculare, metà di queste si trovano sul lato temporale, mentre l'altra metà sul lato nasale.

Il nervo ottico è formato da circa un milione di fibre che fuoriescono dalla pupilla, sul lato posteriore del bulbo. Assieme al nervo fuoriescono anche l'arteria e la vena centrale della retina.

Metà delle fibre del nervo ottico (fasciculus opticus) si incrociano al chiasma ottico, e si assiste ad una parziale decussazione ovvero ad un incrocio delle fibre nervose: le fibre che vengono dal lato

⁸ Sistema nervoso: encefalo e nervi cranici. Nervo olfattivo.

temporale della retina non incrociano, mentre quelle dal lato del naso passano alla parte opposta.

Malgrado l'incrocio parziale, la disposizione somatotopica è mantenuta fino alla corteccia visiva.

Dal chiasma ottico poi le fibre terminano nel il corpo genicolato del talamo da dove le informazioni raggiungono le aree visive della corteccia del lobo occipitale.

Passaggio dalla base cranica

Il nervo ottico esce dalla cavità oculare insieme all'arteria oftalmica dal canale ottico.

Funzione

Il nervo ottico trasmette le informazioni visive dalla retina al cervello.

Nella retina dell'occhio si trovano i coni e i bastoncelli i quali provocano una reazione foto-chimica che a sua volta fa scattare degli impulsi che vengono trasmessi alla corteccia visiva del cervello.

Osservando lo sviluppo dell'occhio notiamo che:

- nella terza settimana dallo sviluppo embrionale si creano due protuberanze dal diencefalo;
- nella quarta settimana si sviluppano due vescicolette con uno stelo che diventerà il nervo ottico;

- nella quinta settimana le vescicolette si trasformeranno in uno strato esterno, che diventerà l'epitelio pigmentato, e in uno interno che diventerà retina e tunica interna.

La retina, l'epitelio pigmentato ed il corpo vitreo sono collegati con il diencefalo e si differenziano fra di loro:

- dal tubo neurale si forma la retina;
- dall'ectoderma si forma la cornea e la lente;
- dal mesoderma si forma la coroidea, la sclera ed il corpo vitreo.

Nel momento della nascita la retina è sviluppata solo parzialmente.

Lo sviluppo completo avviene dal secondo fino al quarto anno di età.

Il nervo ottico deve attraversare tre strati importanti dell'occhio:

- tunica esterna o bulbo che corrisponde alla dura mater del cervello;
- tunica media;
- tunica interna che è la retina.

Sintomi e patologie

- infarto del nervo ottico causato da disturbi microvascolari nella ipertensione o nel diabete mellitus;
- glaucoma, aumento della pressione del bulbo oculare;
- infezioni virali come varicella, herpes zoster, orecchioni con conseguente neuriti al nervo ottico;
- vista velata fino alla cecità, spesso come manifestazione primaria nella sclerosi multipla;

- tumori;
- emorragie.

Esame clinico

Fa parte della visita neurologica e consiste in tre esami:

- esame neuro oftalmico cioè il controllo della vista ad ogni singolo occhio;
- rivelazione dei difetti del campo visivo;
- campimetria che registra il campo visivo centrale a partire dal punto di fissazione fino ad un angolo di 30 gradi.

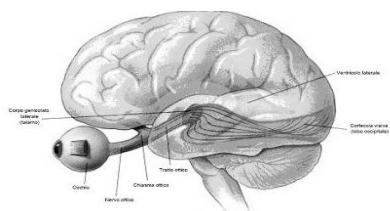


Figura ⁹

⁹ Sistema nervoso: encefalo e nervi cranici. Nervo **ottico**

Nervo Oculomotore III°

Caratteristiche

Il nervo oculomotore è il III° paio di nervi cranici.

È un nervo efferente, composto da fibre motrici somatiche e da fibre efferenti viscerali.

Le fibre motrici somatiche originano dai nuclei **mesencefalici** dell'oculomotore e sono deputate all'innervazione dei muscoli intrinseci dell'occhio; le fibre efferenti viscerali nascono dal nucleo parasimpatico mesencefalico di Edinger e Westphal e conducono impulsi efferenti ai due muscoli intrinseci dell'occhio cioè il muscolo sfintere della pupilla (costrizione pupillare) e il muscolo ciliare (accomodazione).

Le fibre emergono, dopo aver subito un parziale incrociamiento nella fossa interpeduncolare, sul lato mediale del peduncolo cerebrale. Il nervo decorre nella parte laterale del seno cavernoso e penetrano nell'orbita per la fessura orbitale superiore.

Giunto al limite della fessura orbitaria superiore, il nervo si divide in due rami, superiore ed inferiore, che penetrano nella cavità orbitaria.

Il ramo più piccolo superiore:

- incrocia lateralmente il nervo ottico;
- si distribuisce al muscolo retto superiore;
- innerva il muscolo elevatore della palpebra superiore.

Il ramo più grande inferiore innerva il:

- muscolo retto mediale;

- muscolo retto inferiore;
- muscolo obliquo inferiore.

Funzione

- è responsabile del movimento del globo oculare in alto lateralmente e medialmente, mediale e sotto mediale;
- con le fibre motorie somatiche innerva tutti i muscoli dell'orbita esclusi i muscoli retto, laterale e obliquo superiore dell'occhio;
- con le fibre parasimpatiche invece alimenta i muscoli lisci nell'interno dell'occhio;
- alimenta anche il muscolo elevatore palpebra superiore che fa alzare la palpebra;
- innerva il muscolo ciliare che può, nel rilassamento nelle fibre Zonula, (che tengono la posizione della lente) sporgere di più la lente, rompendo il raggio di luce nel senso della accomodazione (vedere bene da vicino);
- alimenta il muscolo sfintere della pupilla che stringe l'apertura della pupilla.

Il numero delle fibre muscolari nei muscoli esterni dell'occhio che vengono nutriti da una fibra oculomotoria, è molto contenuto. Infatti si stima che in un assone ci siano circa 3 fibre muscolari (che nel muscolo quadricipite-femorale, una fibra nervosa del nervo femorale, innerva da 1000 a 10.000 fibre muscolari). Per questo motivo si possono regolare molto sensibilmente la posizione del globo oculare permettendo la visione tridimensionale, senza vedere la doppia immagine.

Sintomi e patologie

La gravità della lesione del nervo oculomotore, dipende dalla muscolatura colpita.

Se il III° nervo di un occhio è leso, funziona ancora il muscolo retto laterale (innervato dal VI°) e il muscolo obliquo superiore (innervato dal IV°), permettendo all'occhio di guardare all'esterno e in basso.

L'occhio sano guarda dritto, se l'asse visivo delle due retine non combacia più, si vede doppio.

Un riflesso importante da considerare è il riflesso della pupilla.

L'illuminazione da un occhio causa il restringimento della pupilla da entrambe le parti.

Le strutture colpite sono: ala maggiore e minore, fessura orbitale superiore, seno cavernoso, tentorio cerebelli.

Gangli

Nella zona della testa ci sono quattro diversi gangli:

- ganglio ciliare;
- ganglio pterigopalatino;
- ganglio ottico;
- ganglio submandibolare,

Tutti questi gangli servono ai diversi nervi cranici, per cambiare da uno al secondo neurone delle fasce nervose vegetative efferenti.

In questi gangli ci sono radici simpatiche sensitive che entrano, trapassano e all'uscita si riuniscono alle fasce parasimpatiche, e

vanno tutte ad accudire gli organi a loro destinati con fibre sensitive specifiche.

Il ganglio ciliare, il più piccolo, è situato nella parte posteriore dell'orbita fra il nervo ottico ed il muscolo retto laterale dell'occhio.

È la stazione sinaptica per le fibre parasimpatiche pregangliari che partono dal nucleo accessorio (autonomo) del nervo oculomotore e che giungono al ganglio tramite un piccolo ramo proveniente dal ramo del nervo oculomotore per il muscolo obliquo inferiore dell'occhio.

Le fibre postgangliari costituiscono i 12 – 20 sottili nervi ciliari brevi che penetrano nella sclera attorno al nervo ottico e si portano in avanti all'interno dello spazio pericorioideo dove innervano i muscoli ciliari e lo sfintere della pupilla e i vasi intraoculari.

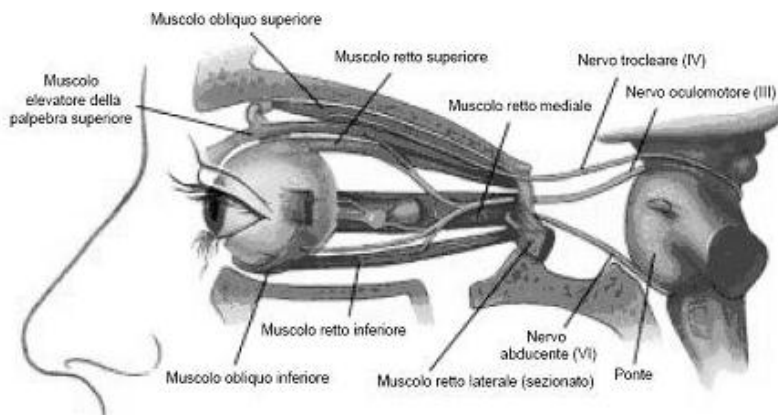


Figura ¹⁰

Nervo Trocleare IV°

Caratteristiche

Il nervo trocleare è il IV° paio di nervi cranici.

È il più sottile e il più lungo dei dodici nervi craniali ed è l'unico che emerge dorsalmente dal tronco cerebrale, attraversando l'orbita con il manicotto durale. È un nervo motorio somatico.

Passaggio dalla base cranica e percorso

Il nervo trocleare parte davanti all'acquedotto di Silvio, all'altezza del "colliculus inferiores" (mesencefalo).

Le fibre iniziali scorrono dietro all'acquedotto di Silvio, si incrociano ed escono dorsalmente dal tronco cerebrale sotto il mesencefalo.

Percorre il margine superiore del ponte cerebellare e di fronte al "crus cerebri". Emerge tra l'arteria cerebri posteriore e l'arteria cerebellum superiore e continua con il nervo oculo motorio.

Attraversando la dura mater, tra il margine libero e fisso del tentorio, passa lateralmente al processo clinideo posteriore e continua poi lungo la parete laterale interna del seno cavernoso. Attraverso la fessura orbitaria superiore viene circondato dal manicotto durale,

¹⁰ "Sistema nervoso: encefalo e nervi cranici". Nervi cranici che controllano i muscoli estrinseci dell'occhio.

continuando sulla linea mediana fino ad innervare il muscolo obliquo superiore dell'occhio.

Funzione

Il nervo trocleare innerva il muscolo obliquo superiore dell'occhio che provvede a ruotare l'occhio verso il basso e lateralmente.

Sintomi e patologie

Si possono avere delle disfunzioni del nervo a causa di:

- disfunzioni nello sfenoide, nel temporale e nell'occipite, con tensione elevata nel tentorium;
- seno cavernoso ostruito a causa di un reflusso nel foramen giugulare dovuto a disturbi occipitali, temporali o condili, oppure spostamenti dello sfenoide o del frontale (seno petroso coinvolto);
- tensione nel manicotto durale nervoso e dei vasi sanguinei;
- squilibrio muscolare dovuto ad un cambiamento di posizione del frontale, dello sfenoide o della mascella;
- allargamento della vena oftalmica nella fessura orbitale superiore che preme contro i nervi a causa di una ostruzione del seno cavernoso.

Esame clinico

- la vista è compromessa e le immagini appaiono doppie se ci sono lesioni al nervo;

- disturbi di rotazione interna e verso l'alto del bulbo fa sì che la persona per compensare inclini la testa dalla parte dove c'è il disturbo all'occhio.

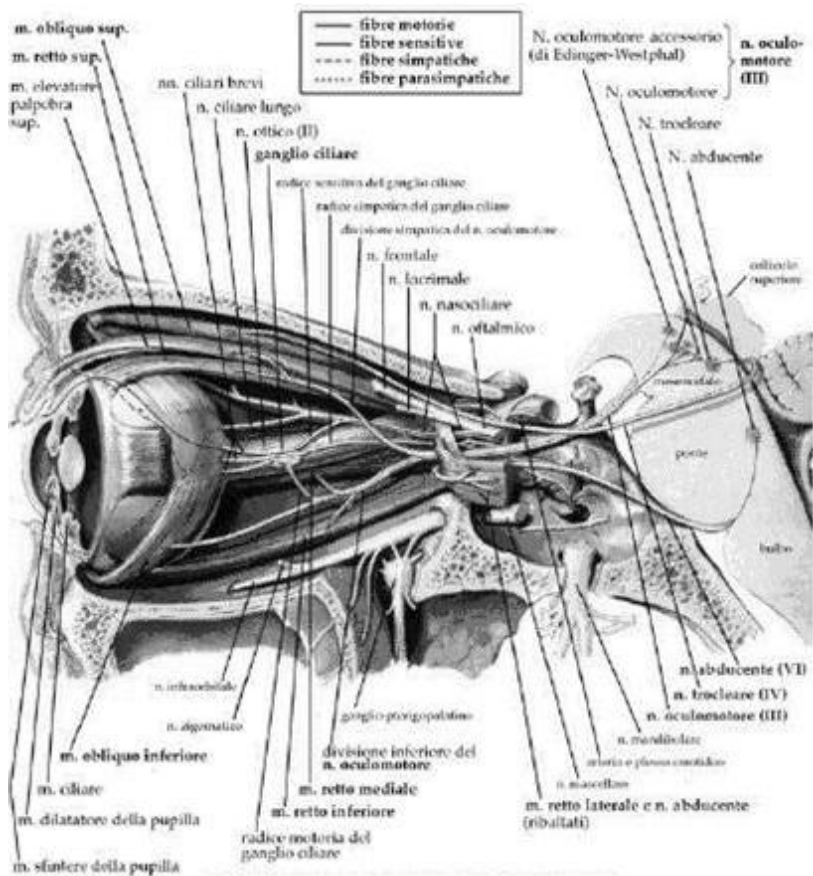


Figura 11

¹¹ "The ciba collection of medical illustrations" Netter. Innervazione somatica e viscerale del distretto oculare

Nervo Trigemino V°

Caratteristiche

Il nervo trigemino è il V° paio di nervi cranici.

È il più voluminoso dei nervi encefalici, è un nervo misto, composto da fibre sensitive e motorie.

La componente sensitiva raccoglie gli stimoli riguardanti tutta la faccia, le mucose della bocca e del naso come pure gran parte delle meningi, mentre la componente motrice innerva i muscoli della masticazione, il muscolo tensore del timpano, il muscolo tensore del velo palatino, il muscolo milo-ioideo e il ventre anteriore del muscolo digastrico.

Queste due componenti emergono come un nervo compatto dalla parte laterale del ponte e prosegue verso la piramide del temporale dove scompare sotto la dura mater.

In una sacca della dura mater si trova il ganglio trigeminale o ganglio semilunare Gasser.

Si tratta di un ganglio che copre parte della testa e contiene gran parte di neuroni sensitivi.

Il nervo trigemino si divide in tre grandi branche che passano da tre diverse aperture della base cranica e innervano, con le loro fibre sensitive, tre parti del viso e della testa separate tra loro. Essi sono:

- il nervo oftalmico V1;
- il nervo mascellare V2;

- il nervo mandibolare V3.

Il nervo oftalmico V1 e il nervo mascellare V2 sono puramente sensitivi, mentre il nervo mandibolare V3 è composto anche da fibre motorie che portano al muscolo della masticazione.

Il primo nervo innerva la parte frontale della testa con i rispettivi organi interni e le mucose; il secondo nervo innerva la parte mediana; il terzo la parte laterale della pelle del viso.

Da ogni nervo parte un ramo che porta alle meningi e ogni nervo si divide in ulteriori tre rami di fibre sensitive.

Il Nervo Oftalmico V1 è un nervo puramente sensitivo.

Uscito dal ganglio trigeminale, entra nel seno cavernoso e nella parete laterale, scorre in direzione ventrale e da qui parte un ramo che va verso le meningi (ramo tentorius) e all'entrata della fessura orbitale superiore si divide in tre ulteriori rami:

- nervo nasociliare;
- nervo frontale;
- nervo lacrimale.

IL NERVO NASOCILIARE passa sopra il nervo ottico e percorre la parete mediana dell'orbita fino in avanti dove lascia un ramo al ganglio ciliare, (approvvigionamento sensitivo del bulbo oculare).

Piccole ramificazioni sensitive vanno verso la cornea (le congiuntive), mentre altre ramificazioni raggiungono l'etmoide e la cute fino alla punta del naso.

IL NERVO FRONTALE si trova tra il nervo nasociliare e lacrimale, scorre nella parte alta dell'orbita in avanti e poi si divide in un ramo sopraorbitale e uno sopratrocleare.

Il primo si divide ancora in due rami e attraversa il Foramen sopraorbitale o incisura sopraorbitale, circa a metà dell'orbita verso la pelle della fronte, mentre il nervo sopracocleare assieme ad un terminale del nervo nasociliare innervano la parte mediana dell'angolo dell'occhio e la palpebra.

IL NERVO LACRIMALE passa sopra il muscolo rectus lateralis verso la parte superiore e laterale dell'orbita fino a raggiungere la parte laterale dell'occhio.

È collegato con il post-ganglio Pterygopalatinum che innerva la ghiandola lacrimale (ramo communicans del nervo zigomatico), attraversa e si dirige lateralmente verso la cute degli angoli dell'occhio, alla palpebra e alla congiuntiva.

Funzione

Il nervo oftalmico innerva con nervi sensitivi tutta la zona dell'orbita, gli occhi, la cornea, la cute della fronte, la mucosa dei seni nasali e del setto nasale.

Il Nervo Mascellare V2 è un nervo puramente sensitivo.

Dopo aver lasciato il ganglio trigeminale si dirige verso la parete baso-laterale del seno cavernoso, verso il ventrale e fuoriesce. Dopo aver lasciato il ramo meningeo delle meningi, attraversa la base

cranica dal Foramen rotundum e riappare sotto quest'ultima nella fossa pterigopalatina e si divide in altri tre rami:

- nervo ganglionare;
- nervo zigomatico;
- nervo infraorbitale.

IL NERVO GANGLIONARE entra come ramificazione sensibile del sistema nervoso vegetativo nel ganglio Pterigopalatino poi si dirige in tutte le direzioni della fossa pterigopalatina e innerva la mucosa circostante del naso, della lamina cribrosa e del palato, (palatinus major, palatini minores).

IL NERVO ZIGOMATICO esce dalla fossa pterigopalatina, prende con sé fasce efferenti del ganglio parasimpatico, attraversa dal basso la fessura orbitale inferiore e raggiungere l'orbita. Da qui cede le fasce del parasimpatico al nervo lacrimale che poi portano alla ghiandola lacrimale, continua in avanti, attraversa l'osso zigomatico e poi innerva la cute in zona delle tempie.

IL NERVO INFRAORBITALE esce dalla fessura orbitale inferiore nell'orbita.

Passa nella parte bassa per un breve tratto ed entra nel canale infraorbitale che termina un po' sotto l'occhio (foramen infraorbitale). Da qui fuoriesce di nuovo per innervare la cute degli zigomi, delle palpebre inferiori e delle labbra superiori.

Durante il suo percorso alcuni suoi rami di fibre sensitive arrivano al seno mascellare e come nervo alveolare superiore alla dentatura superiore.

Funzione

Il nervo mascellare approvvigiona la cute del viso tra occhi e labbra e zigomi e la zona delle tempie. Alcuni rami raggiungono gran parte della mucosa della cavità nasale e del palato, come pure l'osso mascellare con i rispettivi denti.

Il Nervo Mandibolare V3 è un nervo sensitivo e motorio ed è il più resistente dei tre rami del trigemino.

Porta le fasce sensitive alla parte inferiore del viso e il ramo del nervo motorio fino ai muscoli della masticazione.

Esce dal forame ovale, attraversa la base cranica ed entra nella fossa infratemporale dove cede un ramo meningeo che attraversa il forame spinoso con l'arteria meningeo media, entra nella base cranica e raggiunge le meningi.

La parte sensitiva si divide in quattro rami:

- nervo auricolotemporale;
- nervo auricolare inferiore;
- nervo linguale;
- nervo della bocca.

IL NERVO AURICOLOTEMPORALE con due rami avvolge l'arteria meningeo media dopo aver preso con sé delle fasce vegetative del parasimpatico dal ganglio ottico, attraversa la ghianda di salivazione dell'orecchio e raggiunge la cute vicino alle tempie e alla superficie anteriore del padiglione.

IL NERVO ALVEOLARE INFERIORE, il ramo più forte dei nervi mandibolari, scorre tra i due muscoli pterigoidei dalla fossa mandibolare nel canale della mandibola e si ramifica per raggiungere i denti della mandibola inferiore e la gengiva. All'altezza del mento attraversa il forame mentale e da qui innerva la zona del mento (anestesia locale).

Anche il NERVO LINGUALE prende con sé le fasce post-ganglionari del parasimpatico le quali provengono da fasce preganglionari della corda timpanica dal VII nervo cranico, e che si uniscono al ramo del trigemino.

Dalla corda timpanica fuoriescono fasce del gusto che raggiungono il nervo linguale, attraversa i due muscoli pterigoidei e raggiunge la base della lingua.

Due terzi della lingua vengono innervati dalle fasce che passano dal ganglio submandibolare e da quelli che provengono dalla corda timpanica e permettono il senso del gusto.

Altri rami sensitivi arrivano alla mucosa sotto la lingua e alla gengiva della mandibola.

IL NERVO DELLA BOCCA è un ramo molto sottile, attraversa il muscolo buccinatore fino alla mucosa delle guance e gengive.

Il ramo motorio del nervo mandibolare prende il nome a seconda del muscolo che innerva:

- nervo massetere;
- nervo temporale profondo;
- nervo pterigoideo;

- nervo mioloideo.

Funzione

Il nervo mandibolare innerva sensitivamente la cute del viso a partire dal mento e le zone limitrofe (nervo alveare inferiore) fino alle tempie (nervo auricolotemporale), i due terzi della lingua, la mandibola con i rispettivi denti e la mucosa delle guance.

Il ramo motorio invece innerva tutta la muscolatura della masticazione, il muscolo massetere, il temporale e il pterigoideo, l'aprire ed il chiudere la mandibola.

Passaggio dalla base cranica e percorso:

Ramo principale	Diramazione	Base cranica
NERVO OFTALMICO V1		Fessura orbitale superiore
	Nervo etmoidale ant.	Forame Etmoidale anteriore
	Nervo etmoidale post.	Forame Etmoidale posteriore
NERVO MASCELLARE V2		Forame rotondo
	Ramo zigomatico facciale del nervo zigomatico	Forame Zigomatico facciale

	Ramo zigomatico temporale del nervo zigomatico	Forame Zigomatico temporale
	Ramo alveolare sup. ant.	Forame Infraorbitale
NERVO MANDIBOLARE V3		Forame ovale
	Ramo meningeo	Forame spinoso
	Nervo alveolare inf.	Forame mandibolare
	Nervo mentalis	Forame mentale

Esame clinico

- esame della funzione motoria con il quale si valuta la capacità di chiusura, di mordizione, i movimenti della mandibola e della corretta sovrapposizione dei denti. Con questo si verifica se c'è atrofia, paresi o altre lesioni del muscolo del massetere e temporale con conseguenza sulla fossa temporale;
- esame della funzione sensitiva con il quale si provano le reazioni al tocco, al dolore superficiale, al calore o al freddo. A dipendenza della superficie della lesione si può verificare se il danno é in prossimità del ganglio "Gasseri";
- test con delle sostanze dolci, salate, acide e amare sulla lingua per valutare la capacità del gusto;

- test dei riflessi;
- test specifici per constatare se le fasce afferenti del nervo trigemino sono intatte, come ad esempio il test alla cornea.

Sintomi e patologie

- estrazioni dei denti;
- pressioni dovute dalle protesi dentarie;
- algie facciali, le neuralgie trigeminali, i tic dolorosi;
- malattie gravi come la sclerosi multipla, le polineuropatie, diversi tipi di tumori, le paresi, le emorragie e gli infarti.

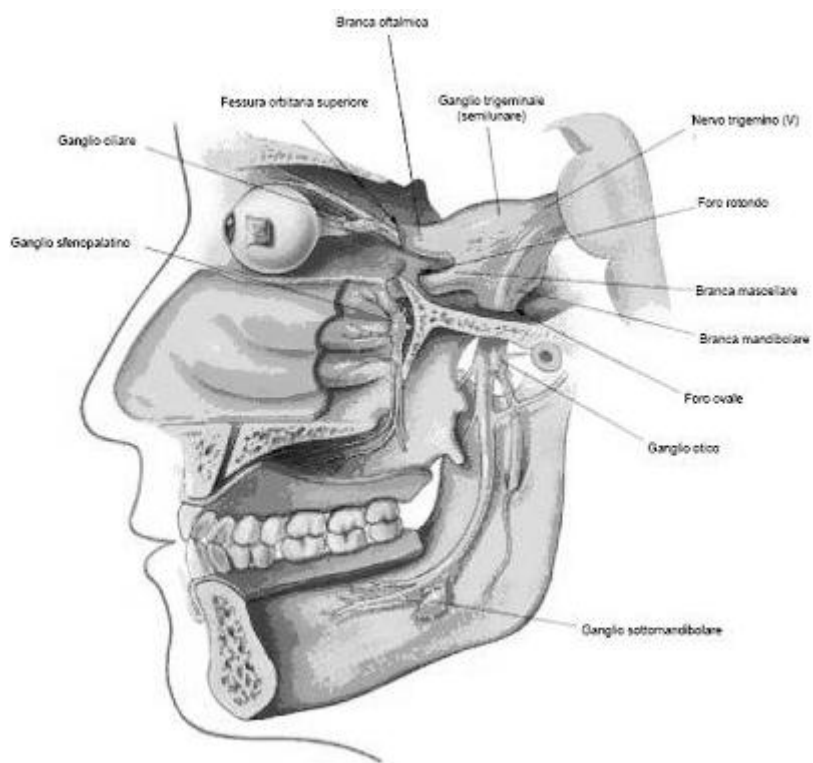


Figura ¹²

¹² "Sistema nervoso: encefalo e nervi cranici". Nervo trigemino

Nervo Abducente VI°

Caratteristiche

Il nervo abducente è il VI° paio di nervi cranici.

È un nervo esclusivamente motorio.

Le fibre originano a livello del ponte del tronco encefalico in prossimità della linea mediana al di sotto della parte superiore del quarto ventricolo e provvedono all'innervazione del muscolo retto laterale dell'occhio.

Passaggio dalla base cranica e percorso

Decorre verso la medulla allungata, al processo clinoido dello sfenoide, passa sopra la dura madre nella base cranica e si immette nel seno cavernoso.

Entra nella fessura orbitale superiore nell'orbita dove entrano anche i nervi oculomotorio, il trocleare e i tre rami del nervo oftalmico. Tutti questi nervi contribuiscono al controllo della muscolatura estrinseca dell'occhio.

Funzione

Innerva il muscolo retto laterale dell'occhio, dandogli la possibilità di ruotare verso l'esterno e di contrarsi.

Sintomi e patologie

- vedere una doppia immagine, dovuto ad una mancata funzione del muscolo retto laterale, questo perché il bulbo colpito ruota verso la parte mediana verso il naso;
- strabismo dovuto a paresi del muscolo retto laterale causato da traumi, oppure tumori o disturbi vascolari.

Esame clinico

Il nervo abducente è particolarmente esposto visto che attraversa la testa in prossimità delle ossa della base cranica e del seno cavernoso.

Lesioni al nervo possono essere attribuite a:

- traumi o fratture alla base cranica;
- trombosi;
- infezioni (per esempio, la meningite).

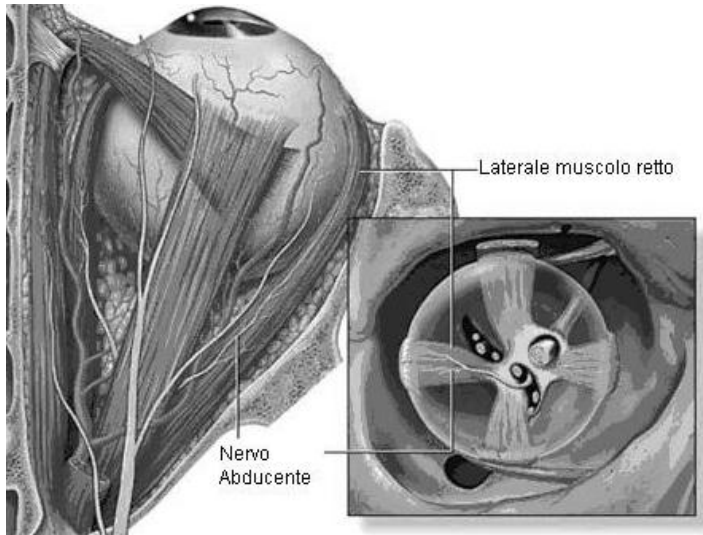


Figura ¹³
Nervo Facciale VII°

Caratteristiche

Il nervo facciale costituisce il VII° paio di nervi cranici e comprende il nervo facciale propriamente detto e il nervo intermedio (del Wrisberg).

È un nervo misto, infatti il primo contiene fibre motorie e parasimpatiche, mentre il secondo contiene fibre sensitive somatiche e viscerali.

¹³ www.sistemanervoso.com. Nervo abducente

Il nervo facciale propriamente detto ha origine dal Ponte del tronco encefalico e provvede all'innervazione dei muscoli mimici e di altri muscoli derivati embriologicamente dal secondo arco branchiale. Contiene inoltre fibre parasimpatiche pregangliari originate dal nucleo muconasolacrimalare che recano stimoli effettori per la ghiandola lacrimale e le ghiandole della mucosa del naso del palato. Il nucleo del nervo facciale è composto da tre parti e ogni nucleo innerva le diverse parti del viso:

- parte mediana o alta del nucleo motorio (effetti viscerali), innerva la muscolatura della parte inferiore delle guance, del labbro inferiore, del muscolo del platisma, dello stapedio (canale uditivo) e dello stiloideo
- parte laterale o di metà del nucleo salivatorio superiore (parasimpatiche ed eccitosecretorie), che innerva il muscolo del labbro superiore, dell'orbicolare dell'occhio, del muscolo frontale e quello occipitale
- parte intermedia o bassa del nucleo solitario (sensitive specifiche) che innerva il muscolo retroauricolare.

Nel nucleo del nervo facciale terminano le fibre cortico-nucleari provenienti dalla corteccia motoria di entrambi i lati, i muscoli facciali più alti posseggono un controllo bilaterale, mentre quelli nella parte inferiore sono sotto controllo delle sole fibre cortico-nucleari controlaterali.

Le fibre efferenti che originano a livello del nucleo motorio formano una grossa radice motoria che circonda il nucleo del nervo

abducente dirigendosi al suo punto d'emergenza dal tronco encefalico posto a livello dell'angolo ponto-cerebellare.

Il nucleo salivatorio superiore si trova vicino al nucleo motorio ed è origine di fibre eccitosecretorie (parasimpatiche efferenti) destinate alle ghiandole salivari sottomandibolari e sottolinguale, alla ghiandola lacrimale ed ad alcune ghiandole mucose del palato, della faringe e del naso. Tali fibre emergono costituendo il piccolo nervo intermedio. Questo nervo comprende fibre sensitive che originano nel Ponte e nella Medulla oblungata e di distribuiscono ai due terzi anteriori della lingua, e ad una ristretta area del padiglione auricolare.

Le fibre che terminano a livello della lingua, trasportano la sensibilità gustativa, che viene prima avviata lungo la corda del timpano ed il nervo grande petroso e poi lungo il nervo intermedio.

Oltre a queste fibre di sensibilità specifica, il nervo facciale contiene anche fibre della sensibilità generale del meato acustico esterno e delle vicine regioni del padiglione auricolare.

Le fibre efferenti propriocettive dei muscoli facciali, come quelle dei muscoli oculari e masticatori, terminano nel nucleo mesencefalico del nervo trigemino.

Il nervo intermedio comprende anche fibre pregangliari parasimpatiche che originano dal nucleo salivatorio superiore e recano stimoli effettori viscerali per le ghiandole sottomandibolare e sottolinguale e per le ghiandole salivari minori.

Passaggio dalla base cranica e percorso

Il nervo facciale intermedio e facciale lasciano il Ponte separatamente ed entrano poi insieme al nervo vestibolococleare dal Porus acusticus internus all'interno del canale uditivo e insieme arrivano fino alla parte interna dell'orecchio.

Il nervo curva indietro nel canale facciale della piramide temporale e viene chiamato "ginocchio del canale", qui si trova il Ganglio genicolato in cui si trovano le fibre sensitive specifiche del gusto.

Il canale facciale curvato, porta in basso le fasce nervose nel plesso timpanico e arrivano alla base cranica attraverso il Forame stilomastoideo che si trova tra il processo mastoideo ed il processo stiloideo, da dove riappare.

Durante il passaggio nella piramide del temporale, le fasce nervose del parasimpatico e eccitosecretore e le fasce sensitive lasciano il nervo e proseguono come nervo petrosus major e corda del timpano per i rispettivi organi a loro assegnati; mentre le fibre motorie dal Forame stilomastoideo vanno verso la ghiandola parotide dove si divide in rami divergenti.

Funzione

Con le fasce specifiche ed effettrici viscerali, il nervo irradia tutta la muscolatura della mimica del viso. Lo troviamo coinvolto in tutte le azioni quotidiane come mangiare, il bere, il parlare, il battere le palpebre fino alla mimica espressiva.

Possiamo dire che il nervo facciale è responsabile del senso del gusto, infatti con le fibre sensitive che provengono dalla corda del timpano innerva due terzi della lingua (nervo linguale) dove si trovano per l'appunto i recettori del gusto.

Con le sue fasce parasimpatiche ha il compito di regolare la secrezione delle ghiandole lacrimali e le ghiandole salivari sottomandibolari e sottolinguali.

Grazie all'innervazione della ghiandola lacrimale e il battito della palpebra, il nervo facciale provvede a mantenere umido l'occhio.

Sintomi e patologie:

Vista la sua complessa diramazione periferica può subire lesioni in diverse parti di essa, di conseguenza i sintomi si manifesteranno in modo diverso e possono essere facilmente localizzati:

- paresi facciale centrale che si presenta in una lesione che avviene tra gli emisferi del cervello ed i nuclei di origine del nervo. La persona colpita da questa paresi riesce ancora a muovere le palpebre e la fronte invece nella paresi facciale periferica questo non è più possibile. La paresi può essere parziale o totale;
- contratture o spasmi nei muscoli del viso;
- disfunzioni nelle ghiandole lacrimali o salivari che si manifestano come secchezza della bocca, lacrimazione, oppure disturbi gustativi;
- malattie infettive;
- tumori;
- ipertensioni;

- diabete mellitus;
 - lesioni da interventi chirurgici;
 - traumi;
- possono provocare delle paresi facciali.

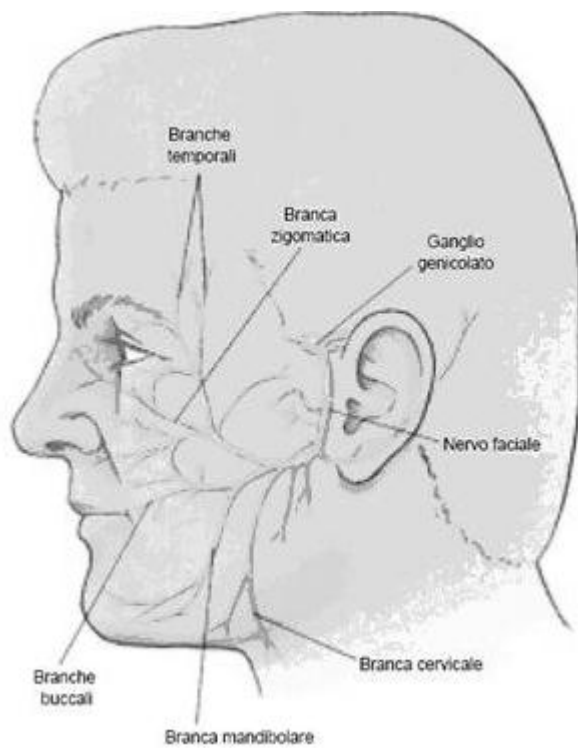


Figura ¹⁴

¹⁴ "Sistema nervoso: encefalo e nervi cranici". Nervo facciale

Nervo vestibolo-cocleare VIII°

Caratteristiche

Il nervo vestibolo-cocleare è il VII° paio di nervi cranici, è detto anche nervo stato-acustico.

È un nervo puramente sensitivo specifico ed è composto dal nervo vestibolare e dal nervo cocleare.

Ha origine a livello del romboencefalo, tra la Medulla oblungata ed il Ponte.

Nel nervo vestibolare decorrono le fibre nervose che innervano i canali semicircolari dell'orecchio interno, l'otricolo e il sacco .

Le fibre originano nel ganglio vestibolare che è situato nel fondo del meato acustico interno, le fibre centrali si portano ai nuclei vestibolari del bulbo e alcune direttamente al cervelletto.

Il nervo vestibolare trasporta gli stimoli che vengono dal sacco e otricolo e dai canali semicircolari, correlati alla gravità e l'accelerazione lineare e angolare e perciò connessi con il senso dell'equilibrio, della postura e del movimento.

Il nervo cocleare ha origine nel ganglio cocleare, situato nel modiollo della coclea (chiocciola). I prolungamenti periferici di questi neuroni, i dentriti, prendono rapporto sinaptico con le cellule acustiche dell'organo del Corti nella coclea, mentre gli assoni terminano nei nuclei cocleari del ponte situati nei pressi dei recessi laterali del pavimento del IV° ventricolo.

Il nervo cocleare conduce le fibre afferenti dell'orecchio medio verso

la chiocciola e da quelli porta le informazioni uditive e pertanto sono responsabili dell'udito.

Passaggio dalla base cranica e percorso

Il nervo vestibolare e cocleare si riuniscono nell'orecchio interno e lo percorrono fino al foro acustico interno.

Il nervo continua al bordo sotto il ponte caudalmente con la radice del nervo facciale, separati dal nervo intermedio ed entrano nel midollo allungato, dove di nuovo si separano nei nuclei vestibolari e cocleari.

Funzione

- conduce gli impulsi connessi con l'equilibrio, la postura e con i movimenti della testa e del collo;
 - è un nervo uditivo grazie all'alimentazione sensorica all'orecchio interno;
 - distribuisce i riflessi sensorici dall'organo vestibolare;
 - indica al cervello in ogni momento la posizione ed il movimento del corpo;
 - i riflessi vengono trasformati nella medulla oblungata nel messaggio del camminare e del restare retti, come anche all'abilità del movimento degli occhi in confronto al movimento del corpo.
- Tutti questi impulsi sensorici arrivano al cervello in modo inconscio.

Sintomi e patologie

Bisogna distinguere le due parti del nervo vestibolo-cocleare;

- disturbi dell'udito fino alla sordità sull'orecchio dalla parte colpita in caso di danneggiamento del cocleare (lesioni da trauma, tumori, infiammazioni, rumori forti come spari o musica di discoteca);
- disfunzione abbastanza acuta nell'orientamento, nello stabilizzare dello sguardo e la tenuta del corpo, nel caso di lesione del vestibolare, secondo gli strati danneggiati;
- ci possono essere disturbi di vertigini, nausea, inclinamento dalla parte lesa, nystagmus patologico (tremolio ritmico degli occhi);
- se il sistema vestibolare ha una funzione rallentata, a causa di un tumore che schiaccia adagio il nervo, non si mostra quasi nessun sintomo, perché l'organo vestibolare controlaterale impara a fare il lavoro dell'organo leso.

Esame clinico

Nella medicina ci sono metodi, mezzi e tecniche rapidi che mostrano la funzione del nervo uditivo e di quello dell'equilibrio.

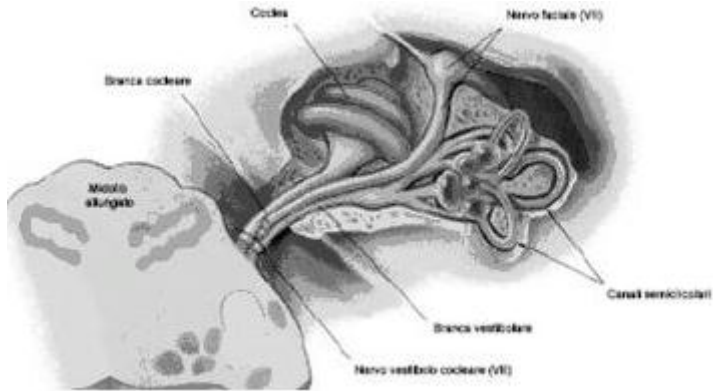


Figura ¹⁵
Nervo Glosso-Faringeo IX°

Caratteristiche

Il nervo glosso-faringeo è il IX° paio di nervi cranici.

E' un nervo misto: sensitivo specifico e sensitivo generale, ha una parte di innervazione motoria e una eccitosecretoria. Ha numerose cose in comune con il nervo vago.

Con le fibre sensitive innerva una parte della lingua (glosso) e trasmettono le sensazioni del gusto, mentre con le fibre motorie innerva una parte della deglutizione (faringe).

Il nervo glossofaringeo fuoriesce dalla Medulla oblungata tra il VII e il X nervo craniale. Attraversa la cavità craniale insieme al nervo vago

¹⁵ "Sistema nervoso: encefalo e nervi cranici". Nervo vestibolo-cocleare

X e al nervo accessorio XI per poi scorrere in basso verso il Forame giugulare.

Quando attraversa la base cranica crea due gangli: il ganglio superiore più piccolo puramente sensitivo e il ganglio inferiore un po' più grande, sensitivo e parasimpatico.

Scorre curvato tra il muscolo stilofaringeo ed il muscolo stiloglosso in basso verso la radice della lingua e qui si ramifica nell'ultimo terzo di lingua.

Durante il suo percorso lascia diversi rami:

- in uno di questi si trova il ganglio ottico che si trova sotto il foro ovale fra il nervo mandibolare ed il muscolo tensore del velo palatino per l'innervazione della ghiandola parotide e dell'orecchio medio (nervo del timpano);
- un altro ramo per l'innervazione motoria e sensitiva della muscolatura faringea, dove insieme al nervo vago, creano il plesso faringeo;
- uno per l'approvvigionamento di effettori viscerali del glomo carotico con i suoi recettori meccanici e chimici.

Passaggio dalla base cranica

Il nervo glossofaringeo lascia la base cranica dal Forame giugulare.

Funzione

- innerva con fasce visceromotorie specifiche, insieme al nervo vago e attraverso il plesso faringeo, il muscolo costrittore superiore della faringe e il muscolo elevatore dei palatini;
- importante per l'atto della deglutizione, soprattutto nel collegamento tra naso e bocca. La chiusura evita che il cibo venga spinto nella parte nasale durante la deglutizione;
- importante per la formulazione della parola grazie all'innervazione della faringe;
- innerva la ghiandola parotide la quale produce il 25% della saliva grazie alle fibre parasimpatiche;
- innerva il terzo posteriore della lingua che permette la capacità gustativa dell'amaro tramite le papille vallate grazie alle fasce nervose sensitive viscerali specifiche;
- percepisce il tatto, la termica, il dolore con fasce sensitive viscerali generali;
- altre fibre della sensibilità generale si distribuiscono alla faringe, alle tonsille e all'orecchio medio;
- le fasce di sensibilità viscerale del seno e del glomo carotico sono importanti nella regolazione della circolazione e della respirazione.

Sintomi e patologie

Lesioni periferiche al nervo glosso faringeo, dovute a fratture della base cranica o tumori alla base cranica, possono ledere i nervi craniali IX, X, XI visto che i tre nervi fuoriescono dalla base cranica

del Forame giugolare. Le funzioni vengono compromesse e si possono manifestare i seguenti sintomi:

- paresi del muscolo levatore veli palatini (difficoltà di deglutizione);
- mancato riflesso dell'ugola (mancanza di trasmissione della sensibilità della faringe);
- mancanza di sensibilità gustativa;
- neuralgie e malattie infettive, l'Herpes zoster che può colpire la faringe, le tonsille, l'orecchio in generale, la bocca, la lingua, la nuca, la mandibola;
- algie;
- sono compromesse le funzioni come il deglutire, il parlare, il masticare, il bere, lo sbadigliare, il tossire, lo starnutare, il muovere la testa.

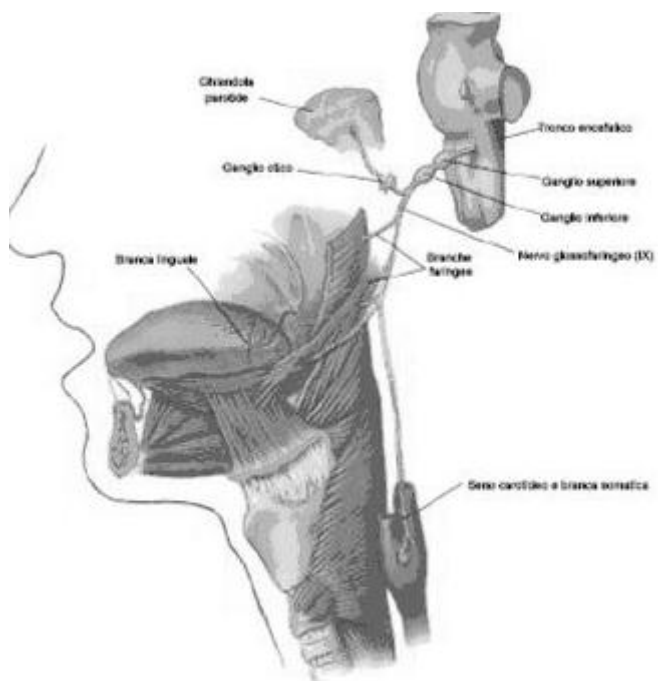


Figura ¹⁶

¹⁶ "Sistema nervoso: encefalo e nervi cranici". Nervo glossofaríngeo

Nervo Vago X°

Caratteristiche

Il nervo vago è il X° delle dodici paia di nervi cranici.

È il più lungo dei nervi encefalici, è un nervo misto che contiene fibre parasimpatiche afferenti ed efferenti che vengono in gran parte distribuite alle strutture viscerali e vascolari del collo, del torace e dell'addome.

Il nervo contiene anche fibre sensitive somatiche contenute nei suoi rami meningeo e auricolare, alcune fibre della sensibilità specifica (gustativa) poste nel suo ramo laringeo superiore e fibre efferenti viscerali specifiche provenienti dal nucleo ambiguo e distribuite soprattutto ai muscoli laringei e faringei.

Il nervo glosso faringeo (IX), il nervo vago e la componente cranica del nervo accessorio (XI), possono considerarsi come un unico nervo combinato, dal momento che tutti e tre sono principalmente nervi parasimpatici e ognuno di essi possiede connessioni centrali con il nucleo dorsale del nervo vago, con il nucleo del tratto solitario e con il nucleo ambiguo.

Passaggio dalla base cranica e percorso

Il nervo vago parte lateralmente dalla medulla oblungata e con il nervo IX e XI si porta verso il basso nel torace e nell'addome attraverso il foro giugulare.

Come il nervo glosso faringeo, dopo il forame, crea due gangli: uno superiore, con fibre sensitive somatiche e uno inferiore, con fibre viscerali sensitive.

Nel suo percorso il nervo può essere suddiviso nelle seguenti parti:

- della testa;
- del collo;
- del torace;
- del ventre.

Nella parte della testa, un piccolo ramo (ramo meningeo) scorre verso le meningi della cavità cranica posteriore, poi verso il ganglio superiore, verso il processo mastoideo, infine verso la cute del canale uditivo esterno ed in parte verso il padiglione dell'orecchio per l'approvvigionamento sensitivo somatico.

Nella parte del collo il fascio nervoso scorre insieme all'arteria carotide e alla vena giugulare verso il basso.

Lascia il ramo faringeo che, insieme al nervo glosso faringeo, crea il plesso faringeo, responsabile per l'innervazione motoria del muscolo e di quella sensitiva della mucosa della faringe.

La parte sensitiva del vago si limita alla zona faringeo, prevalentemente nella parte bassa di essa.

Il nervo laringeo superiore e il nervo laringeo inferiore (detto anche nervo laringeo ricorrente), sono due rami importanti del nervo vago e scorrono verso la laringe.

Il primo ramo dopo aver lasciato il nervo vago, scorre nel ganglio inferiore, passa tra l'arteria carotide interna e la parete della faringe

verso il basso. Nella laringe si divide in un ramo esterno che innerva il muscolo cricotiroideo ed in un ramo interno che innerva con fasce sensitive la mucosa della laringe al di sopra delle corde vocali.

Il ramo inferiore, lascia il nervo vago all'altezza dell'apertura del torace, scorre in basso verso sinistra sotto l'arco aortico, mentre quello destro scorre verso la vena subclavia.

Da qui il nervo risale tra la trachea e l'esofago per raggiungere la mucosa della laringe al di sotto delle corde vocali e innerva tutta la muscolatura della laringe, escluso il muscolo crico-tiroideo.

Il ramo cardiaco cervicale superiore ed inferiore, ulteriori rami del collo con fibre parasimpatiche, vanno al plesso cardiaco che in questo ganglio può essere deviato sul secondo neurone.

Le fasce post ganglionarie innervano con il parasimpatico l'atrio del cuore fino al nodo atrio-ventricolare, ma non i ventricoli, mentre il ramo destro del vago innerva il nodo sino-atriale e quello di sinistra il nodo atrio-ventricolare.

Contemporaneamente arrivano dal nervo vago fasce viscerali sensitive fino al cuore.

Il nervo vago inizia l'ingresso nella parte superiore del torace, sul lato destro tra l'arteria subclavia e la vena brachiocefalica.

Da questo punto il nervo contiene solo fasce parasimpatiche ed alcune viscerali specifiche.

Scendono lungo il mediastino, il ramo esofageo scorre all'esofago mentre il ramo bronchiale scorre verso i polmoni ed ai bronchi, fino alla muscolatura liscia ed alle ghiandole di secrezione del muco.

Poi le fasce del nervo vago iniziano ad unirsi. Scendono dietro all'ilio dei polmoni e si articolano davanti e dietro all'esofago in un tronco vagale anteriore (90% fibre dal vago sinistro) ed un tronco vagale posteriore (90% dal vago destro).

La parte dell'addome che è innervata dal nervo vago inizia con i due tronchi vagali che passano dallo iato esofageo all'addome, dove si dividono in più rami; le fasce parasimpatiche del nervo vago innervano gli intestini della parte alta del ventre, un tratto dello stomaco, l'intestino tenue fino al colon ascendente e trasverso.

Le fasce nervose terminano poi oltre la flessura colica sinistra (Cannon-Böhm).

Funzione

Le fibre motorie:

- innervano i muscoli della laringe e i muscoli costrittori della faringe;
- innervano la parte parasimpatica del cuore, della trachea, dei bronchi e del canale digerente.

Le fibre sensitive somatiche:

- innervano le meningi della fossa cranica posteriore e parte dell'orecchio esterno.

Le fibre sensitive specifiche:

- trasmettono impulsi gustativi dall'epiglottide.

Sintomi e patologie

Abbiamo diversi sintomi a seconda del tratto dove il nervo è stato lesa, abbiamo quindi disturbi a livello motorio, sensibile e parasimpatico.

Una lesione intramedullare può portare a malattie:

- di origine congenita (esempio la mielomeningocele);
- di origine infiammatoria (esempio la poliomielite);
- di origine vascolare (esempio trombosi all'arteria basilare);
- di origine tumorale (esempio al ponte);
- altre malattie (esempio sclerosi multipla e sindrome di Parkinson).

Una lesione alla laringe può portare a:

- raucedine;
- difficoltà nella fonazione di suoni bassi e alti;
- incapacità canore.

Lesioni da entrambe le parti del nervo ricorrente porta a:

- paresi delle corde vocali;
- tosse;
- dispnea fino al pericolo di soffocamento.

Interventi chirurgici alla gola (esempio la strumectomia) oppure malattie come il linfadenoma:

- possono compromettere il nervo ricorrente.

Paresi al muscolo levatore dei veli palatini e della muscolatura della faringe, possono:

- creare disturbi di deglutizione;
- creare deviazioni dell'ugola.

Una mancata innervazione del ramo destro del nervo vago parasimpatico al nodo sino-atriale provoca tachicardie.

Una mancata innervazione del ramo sinistro al nodo atrio-ventricolare di conseguenza crea aritmie.

Una paresi totale del nervo vago non è clinicamente frequente. Se accade, il danno si trova di solito nella parte superiore del nervo, cioè dal collo in su, in prossimità del forame giugulare. Le cause sono da frattura della base cranica o da tumori in cui sono compromessi anche i nervi craniali IX e XI.

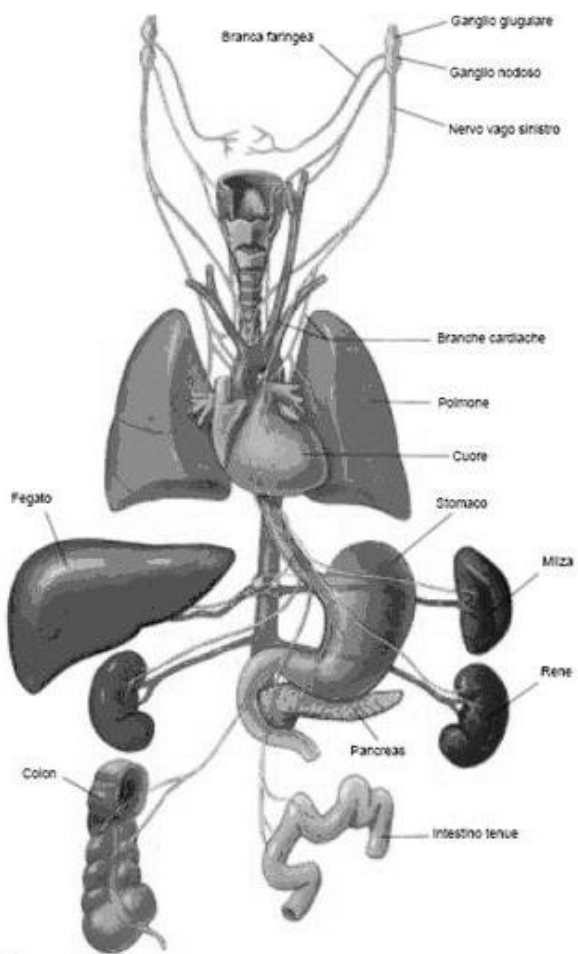


Figura ¹⁷
Nervo Accessorio XI°

¹⁷ "Sistema nervoso: encefalo e nervi cranici". Nervo vago

Caratteristiche

Il nervo accessorio è l'XI° paio di nervi cranici.

È un nervo puramente motorio.

È unico tra i nervi cranici perché è dotato di radice spinale che proviene dal midollo allungato all'altezza tra la I e VI vertebra cervicale, e da una radice cranica proveniente dal midollo allungato.

Il nervo passa dal forame magno, entra nella base cranica e viene accolto dal nervo vago per innervare le zone a lui assegnate.

Dai rispettivi nuclei, queste due radici si uniscono e costituiscono, per un breve tratto, un unico nervo che penetra nella cavità craniale dal foro occipitale.

Dopo aver passato il forame giugulare, il nervo si divide in due rami, uno interno e uno esterno. Quello interno si unisce al nervo vago, mentre quello esterno innerva il muscolo sterno-clideo-mastoideo e termina nel muscolo trapezio.

Il nervo è connesso con rami provenienti dai nervi spinali, C2, C3, C4.

Passaggio dalla base cranica

Dal forame giugulare insieme ai nervi IX e X.

Funzione

Il ramo interno contiene:

- fibre motorie (per la maggior parte) che si distribuiscono con i rami faringei e laringei del nervo vago e innervano i muscoli del palato molle (escluso il muscolo tensore del velo palatino);
- fibre destinate ai rami cardiaci vagali.

Il ramo esterno provvede all'innervazione motoria di due muscoli che permettono il movimento di testa e collo:

- muscolo sterno cleido mastoideo;
- porzione superiore del trapezio.

Sintomi e patologie

La funzione del nervo può essere compromessa da lesioni causate da traumi alla base cranica, tumori o interventi chirurgici eseguiti al collo e si manifesta con i seguenti sintomi:

- inclinazione della testa verso la parte opposta;
- debilitazione nella mobilità delle spalle e braccia;
- disallineamento della scapola e scapola alata.

Nervo Ipoglosso XII°

Caratteristiche

Il nervo ipoglosso costituisce il XII° paio di nervi cranici.

È un nervo esclusivamente motorio che origina in un nucleo che si trova nell'oliva della medulla oblungata, nella parte dorsale del bulbo.

Passaggio dalla base cranica e percorso

Emerge dal bulbo nel solco antero-laterale con una serie longitudinale di radicole, confluiscono in due-tre tronchi e poi in un unico nervo che emerge dal cranio passando per il canale dell'epiglosso dell'osso occipitale.

Sotto la base cranica riappare dorsale dal nervo vago, scorre dietro di esso, si incurva a lato e scende tra l'arteria interna e la vena giugulare interna, verso i muscoli sterno-ioideo, omo-ioideo e il muscolo della lingua.

Da qui si dirama a tutta la muscolatura della lingua.

Funzione

È l'unico nervo motorio che irradia la lingua, è importante per parlare, mangiare, bere e deglutire.

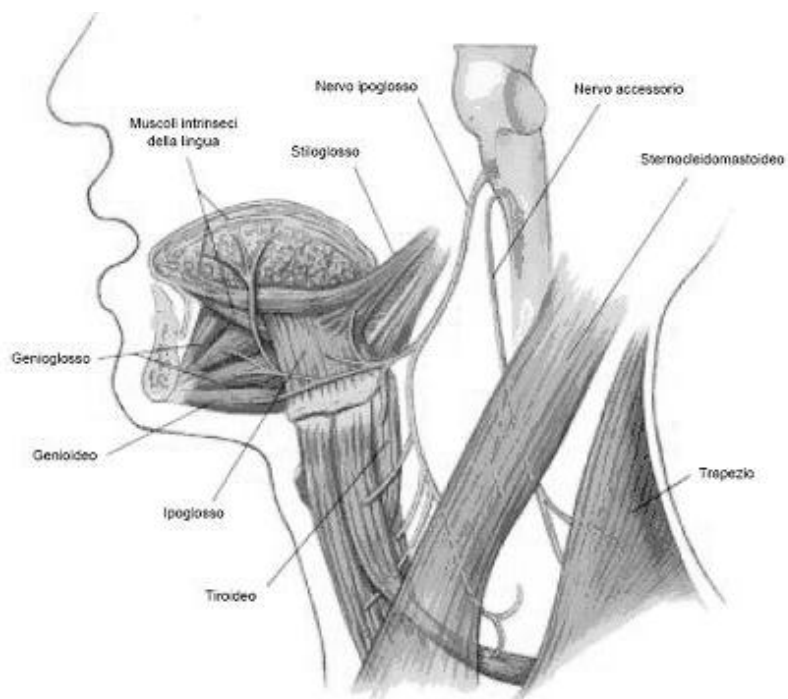
Sintomi e patologie

I due nuclei del nervo si trovano vicini nella medulla oblungata e possono essere lesi insieme. Le lesioni che avvengono nei nuclei e quelle che avvengono nei periferici del nervo sono diverse.

Possiamo avere:

- difficoltà nel pronunciare le parole (lesione unilaterale del nervo);
- paresi della lingua (la lingua va su un lato dovuta dall'atrofia).

Le compressioni dei condili invece possono avvenire in seguito a tumori, metastasi, malattie infettive, lesioni vascolari e lesioni da traumi.



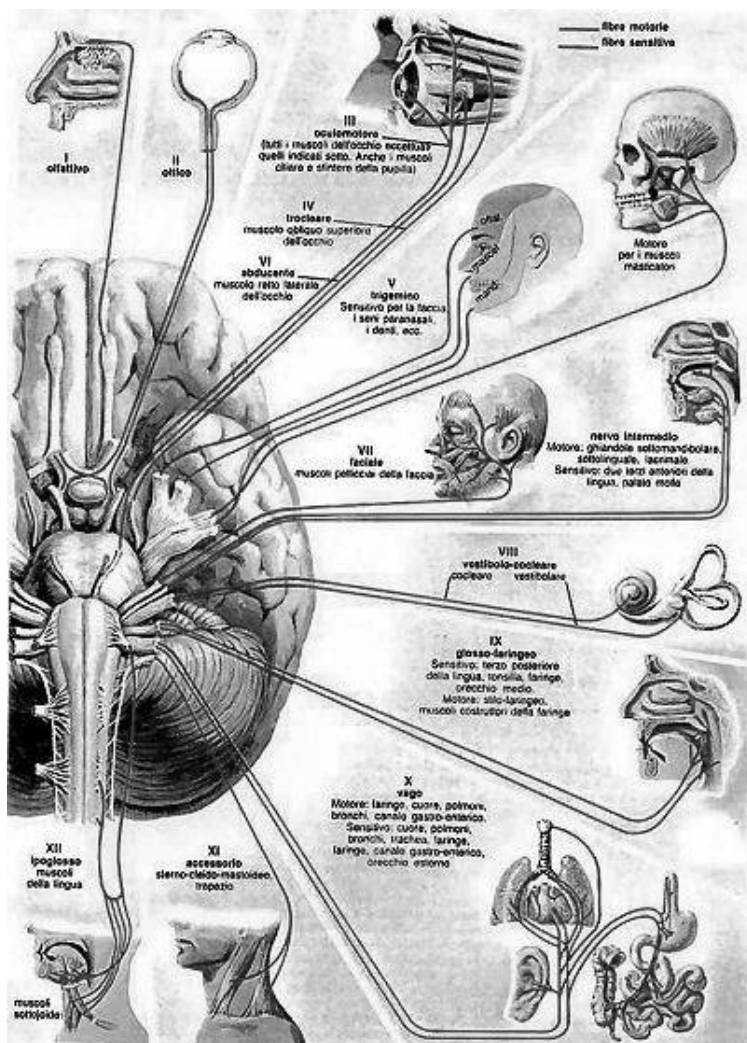
Figura¹⁸

¹⁸ "Sistema nervoso: encefalo e nervi cranici". Nervo accessorio spinale e nervo ipoglossio

Riepilogo funzioni nervi cranici

I°	Iposmia, anosmia	Osso etmoide, corpo sfenoidale, ala minore
II°	Immagini doppie	Corpo sfenoidale, ala minore, tentorio cerebelli
III°	Strabismo divergente, midriasi	Ala maggiore, ala minore, fessura orbitale superiore, seno cavernoso, tentorio cerebelli
IV°	Difficoltà a guardare ai lati esterni ed in basso	Tentorio cerebelli
V°	Emicranie, nevralgie del trigemino, sinusiti, tic dolorosi	Osso temporale, parte petrosa, dura, C1, C2
V1 V2	Vomito, dispnea, disturbi cardiaci, disturbi nel parlare	Ala maggiore e minore, fessura orbitale superiore, seno cavernoso, tentorio cerebelli
V3	Dolori alla mandibola, Strabismo convergente	Osso sfenoide, legamento sfenopetroso
VI°	Strabismo convergente	Osso sfenoide, legamento sfenopetroso, osso temporale (vedi nervo III°)

VII°	Paresi facciali, asimmetria della bocca, aggrottare la fronte, chiusura impossibile degli occhi, disturbi gustativi dei 2/3 della lingua, salivazione ridotta, dolori retroauricolari, difficoltà di udito	Distale dal forame stilomastoideo, canale facciale, corda timpanica, articolazione temporomandibolare, ganglio genicolato intracraniale
VIII°	Sordità, vertigini	Lesioni dell'osso temporale, intraosseo, articolazione temporomandibolare
IX°	Deglutizione difficoltosa, disturbi gustativi di 1/3 della lingua, secchezza nella bocca.	Osso occipitale, osso temporale, forame giugulare
X°	Vomito, dispnea, disturbi cardiaci, disturbi nel parlare	Osso occipitale, osso temporale forame giugulare
XI°	Torcicollo	Osso occipitale, osso temporale, forame giugulare
XII°	Problemi di suzione	Osso occipitale, canale ipoglosso



I NERVI CRANICI E IL RUOLO BIOLOGICO

I nervi cranici provengono tutti dal Tronco Cerebrale, ma possiamo notare che innervano sia organi motori che sensori, che in realtà sono funzioni del neoencefalo.

Si è così capito che a questi nervi del tronco cerebrale, omolaterali, si sono intrecciate in seguito anche delle fibre nervose della corteccia cerebrale, controlaterale.

Ad esempio il nervo trigemino, che innerva la muscolatura liscia della faccia, ha anche una sensibilità e una motilità volontaria dirette dalla corteccia, infatti si può avere una notevole mimica facciale. Questo nervo, nella classificazione anatomica, è comunque considerato come nervo della corteccia.

Quindi ha un'innervazione verso:

- la muscolatura liscia che è endoderma e quindi tronco cerebrale;
- la muscolatura striata che è mesoderma e pertanto neoencefalo.

Si avrà pertanto il tronco cerebrale omolaterale destro che innerva la muscolatura liscia, peristaltica della parte destra e la corteccia motoria sinistra controlaterale che innerva i muscoli striati della faccia destra, muscoli che si muovono in maniera volontaria.

I nervi della muscolatura liscia si intrecciano quindi con i nervi della muscolatura striata creando così un'innervazione mista.

¹⁹ www.cranio-sacrale.com. Dodici nervi craniali

NERVI DEGLI “ARCHI BRANCHIALI”

Gli archi branchiali sono incisioni che compaiono negli stadi di sviluppo del feto all'altezza del collo. Hanno un aspetto simile alle branchie di un pesce e sono destinate a scomparire dando luogo alle ossa della mandibola (arco mandibolare), all'osso ioide (arco ioideo), alle cartilagini tiroidee, alle paratiroidi e al timo.

Gli archi viscerali sostengono le pareti laterali della parte craniale della faringe e della bocca primitiva, costituita dall'endoderma all'interno e dall'ectoderma all'esterno. Dopo 24 giorni si lacerano e danno origine all'apertura buccale e a quella anale.

Ogni arco branchiale ha un nucleo di mesoderma, è ricoperto all'esterno da ectoderma e all'interno da endoderma.

Gli archi branchiali sono 5 di cui 4 evidenti e uno appena abbozzato e sono evidenziati dalla forma dell'embrione (alcuni dicono che gli archi sono 6 di cui 2 appena abbozzati).

Il primo è della testa. Dagli altri scaturiscono le innervazioni che collegano gli organi in parte in relazione al tronco, endoderma, e in parte alla corteccia, ectoderma.

La classificazione definisce alcuni nervi cranici “nervi degli archi branchiali”. Essi infatti, pur innervando elementi ectodermici, hanno la loro origine nei primi stadi di sviluppo embrionale e quindi hanno un'innervazione endodermica.

Da questi 5 archi branchiali sono derivate delle innervazioni precise sia a livello del tronco cerebrale (archi branchiali) sia a livello di corteccia (nervi cranici di derivazione).

Pertanto:

- il V° nervo del tronco cerebrale (trigeminale) è chiamato I° nervo dell'arco branchiale;
- il VII° nervo del tronco cerebrale (facciale) 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.

LA COMPARSA DELL'ECTODERMA NELL'EVOLUZIONE EMBRIOLOGICA

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 ricoperto in parte 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 nella zona di bocca, laringe, faringe, bronchi, cuore, stomaco, duodeno, vie pancreatiche e biliari.

Queste zone sono dirette dalla corteccia.

Dopo lo strappo della forma ad anello, l'innervazione percorre una nuova via lungo la colonna vertebrale, fino a raggiungere l'area in fondo che non era più innervata.

L'innervazione originaria del tronco non si è modificata. Ad esempio l'innervazione dell'intestino o dell'utero non è collegata alla colonna vertebrale ma direttamente al tronco cerebrale. Basti pensare che il collo dell'utero può essere anestetizzato con la puntura epidurale (colonna vertebrale) senza che questo inibisca le spinte del parto (utero).

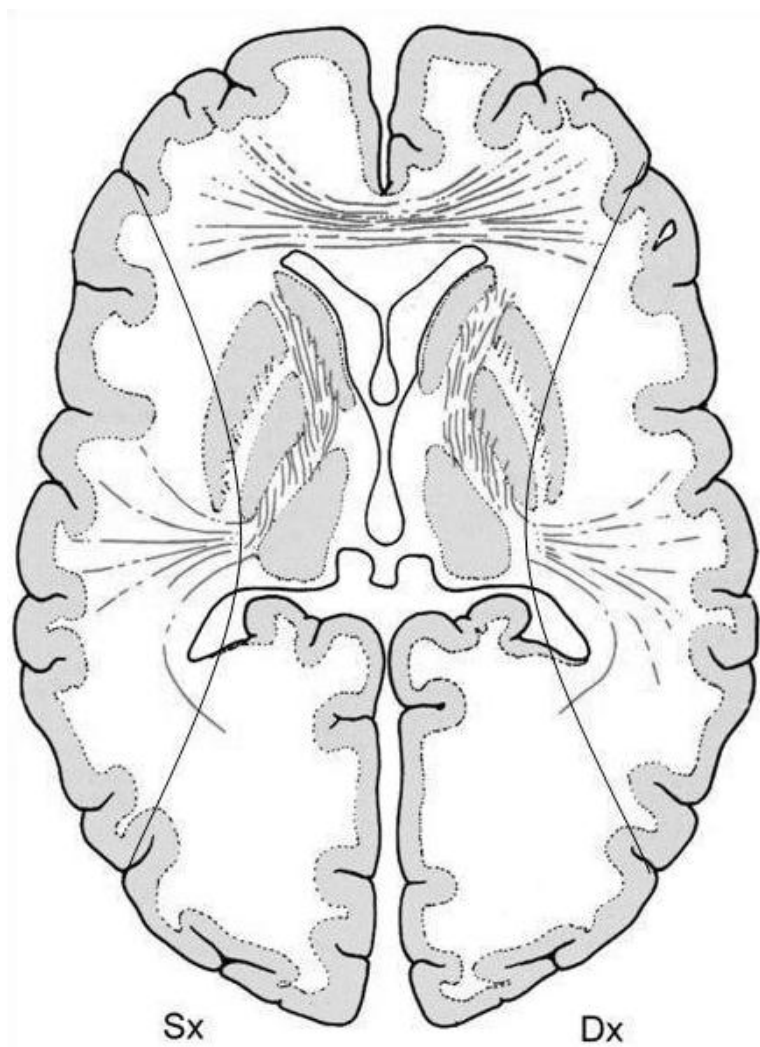


Figura ²⁰

Gli organi del tronco che sono stati ricoperti da mucosa ectodermica prima dello strappo, hanno un'innervazione corticale monolaterale. Infatti anche se sono innervati dalla corteccia, hanno la base del loro funzionamento nel tronco cerebrale.

Se osserviamo la sezione della corteccia possiamo capire come questi organi siano inseriti esattamente come nel tronco cerebrale: a sinistra il retto e l'utero, a destra la mucosa gastrica, l'esofago e i bronchi.

Come nel tronco anche nella corteccia c'è una parte destra per "tirare dentro" e una parte sinistra per "buttare fuori".

Quindi dopo lo strappo la parte della via digerente che è stata ricoperta da ectoderma è innervata 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.

²⁰ Corteccia con insula

I nervi del tronco sono disposti in modo bilaterale perché il destro “tira dentro” e il sinistro “butta fuori”, parliamo infatti di peristalsi e controperistalsi.

A livello embrionale si sa che:

- fino al duodeno si tira dentro ma si può anche buttare fuori;
- la parte anale è soprattutto di espulsione ma anche peristalsi al contrario intesa come blocco.

Per la parte endodermica del nervo, cioè la submucosa, abbiamo:

- destro → tirare dentro
- sinistro → buttare fuori

Per la parte ectodermica, cioè la mucosa, il conflitto è solo uno e si innesca sempre sul lato sinistro → buttare fuori ovvero non voler o non poter sputare qualcosa che mi dà fastidio.

Per la mucosa quindi ho solo il buttare fuori e non il tirare dentro. La mucosa riguarda qualcosa che ho in bocca e che voglio buttare fuori. Mentre se non posso gustare o insalivare, il conflitto riguarda i dotti escretori della parotide e le ghiandole salivari con una funzione diversa dalle precedenti.

CARATTERISTICHE DEI NERVI CRANICI ED AZIONE SULLA MUSCOLATURA

I nervi cranici omolaterali partono dal tronco e poi si aggiungono le fibre della corteccia cerebrale controlaterali.

- fibre omolaterali del tronco → movimento peristaltico della muscolatura liscia, secrezione, sensibilità, assorbimento (4 qualità dell'intestino cioè motorio, secretorio, sensorio, assorbente)
- fibre controlaterali del midollo cerebrale → struttura
- fibre controlaterali 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 parte che è muscolatura striata (midollo e corteccia).

La muscolatura liscia è collegata alle quattro qualità dell'intestino cioè sensorio e motorio ma non c'è la qualità assorbente o secernente. Ci sono quindi solo due innervazioni dal tronco.

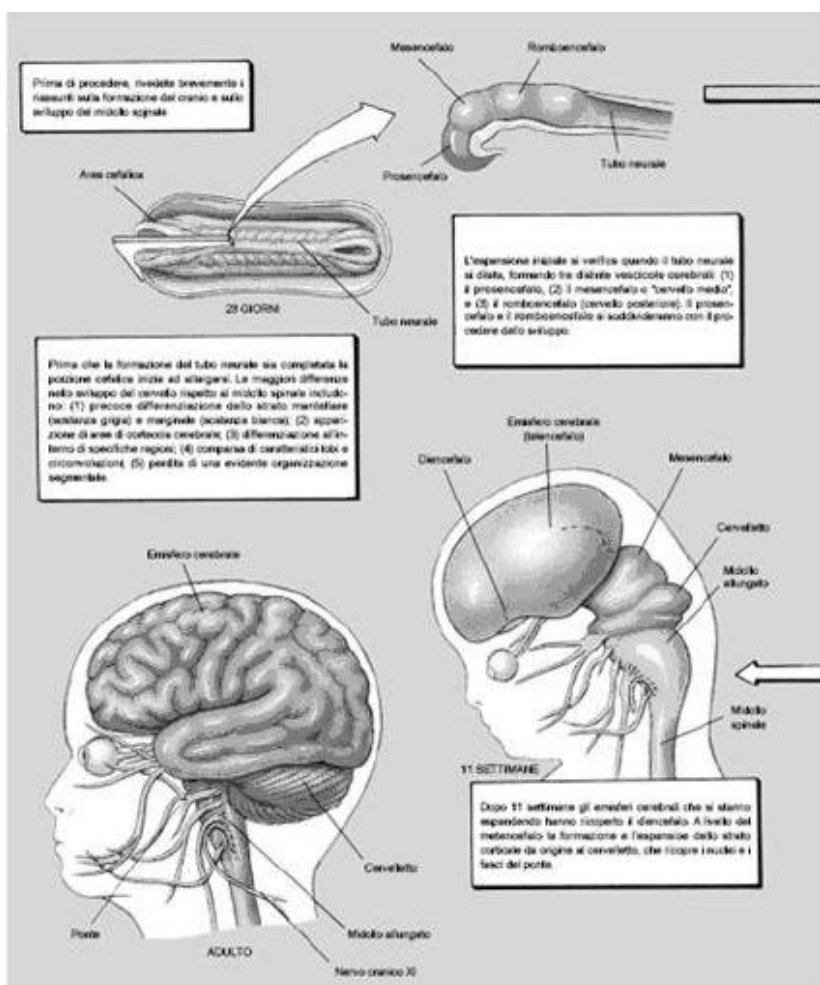
La muscolatura striata corticale e controlaterale, ha le qualità motoria, sensibilità e struttura. Ci sono quindi tutte le innervazioni.

Se si accarezza sensualmente una persona può avere dei movimenti involontari ma anche volontari.

Possiamo dire che i conflitti che coinvolgono la muscolatura riguardano:

- conflitti del boccone per il tronco;
- conflitti della sensibilità e motricità per la corteccia;
- conflitti nel caso in cui ci si senta non validi e ci si svaluti per la **struttura del modello.**

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



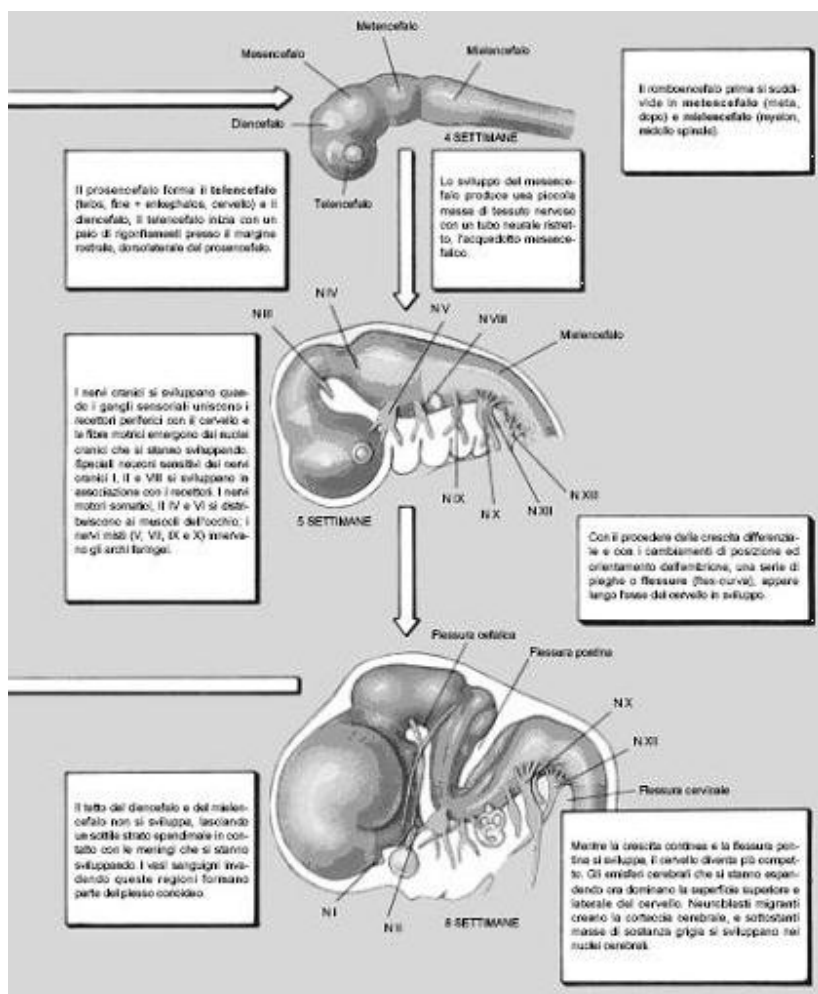


Figura ²¹

²¹ "Compendio di embriologia". Sviluppo dell'encefalo e nervi cranici

I NERVI CRANICI E I LORO EFFETTI SUI CONFLITTI DEL TRONCO

Osservando la sezione del tronco alla TAC vedremo la struttura anatomica del tronco:

- ai lati i due nervi acustici
- al centro i nervi cranici della faringe e del viso
- nella zona dei tubuli collettori il nervo abducente (muscolo laterale dell'occhio)

Il nucleo del nervo abducente esce dove c'è il relé dei tubuli collettori renali, pertanto nel caso di conflitto attivo (vedere codici biologici) dei tubuli collettori, quando va in soluzione, il relé si gonfia e schiaccerà anche il passaggio del nervo abducente.

È stato sperimentato infatti che quando c'è un conflitto attivo dei tubuli collettori, c'è anche un'attivazione del nervo abducente, il muscolo laterale dell'occhio.

Essendo un nervo del tronco, aumenta in fase attiva e mette in tensione di più l'occhio procurando uno strabismo divergente (la tensione è minima e la diplopia è debole). In soluzione invece, la tensione cala in modo brusco, si ha l'incrocio degli occhi e si vede doppio.

Quando un paziente dice di vedere doppio si può mettergli una penna davanti agli occhi e chiedergli quale vede doppia. Se è quella di sinistra, è attivo il tubulo sinistro ed è questo nervo che non tira.

È il senso del pesce fuori d'acqua, dove il focolaio preme sul nervo abducente e tira gli occhi lateralmente. Ha lo scopo di non far procedere il pesce nella direzione sbagliata e lo ferma tirandogli gli occhi da parte. In caso di costellazione si blocca (vedere costellazioni e depressioni).

Chi ha i tubuli collettori chiusi e che si gonfiano è una persona che aspetta. Se un uomo è nel deserto e non sa dov'è la prossima fonte, si ferma ed aspetta e comincia a gonfiare, gli occhi **tirano** indietro e può fermarsi o tornare indietro, ma non va avanti.

TABELLA DEI NERVI CRANICI nei Codici Biologici

L'indicazione sinistra e destra è riferita alla lateralità cerebrale e non corporea (es. destra o sinistra del tronco cerebrale).

Questo significa una differente lateralità corporea in funzione della parte encefalica considerata.

La destra del tronco è inerente agli organi che sono innervati a destra (nervi facciali etc).

La destra del cervelletto, midollo e corteccia sono inerenti agli organi innervati a sinistra.

Tutti i nervi cranici che partono dal tronco sono appaiati e possiedono una simmetria, che contrasta con la mancanza di simmetria degli organi del tronco cerebrale, esclusa la cavità faringea.

Nel tronco c'è differenza tra destra e sinistra perché uno ha una funzione che tira dentro (destra) e l'altro butta fuori (sinistra).

Mentre nel cervelletto, midollo e corteccia la differenza non è relativa alla funzione, ma alla relazione con il partner (destra) e madre / figlio (sinistra).

Quindi per l'ectoderma e il mesoderma giovane non c'è differenza per tipo di conflitto, ma per il rapporto: madre / figlio o partner.

I NERVI CRANICI: I – II – III

I nervi I (olfattivo), e II (ottico), sono considerati delle estroflessioni della Corteccia, ma hanno il loro relé nel tronco cerebrale, perché ci sono anche modi arcaici di vedere (nervo ottico arcaico) e di odorare (nervo olfattivo arcaico). Ciò 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 a sentire se quell'odore era buono o no, ma se il boccone poteva andare bene oppure no.

Il nervo ottico arcaico era predisposto alla visione chiaro-scuro, mentre l'occhio recente permette una visione più nitida, ectodermale, dal momento che è l'estroflessione delle corteccia.

Il primo e il secondo nervo non sono nervi periferici ma porzioni cerebroestroflesse, sono composti dal prolungamento del relé arcaico del tronco e anche della corteccia.

In questi nervi l'antica mucosa intestinale, da cui hanno avuto origine, è la loro capacità arcaica di sentire se quel boccone andava bene o no (ricordiamo che il tronco cerebrale è endoderma).

Sopra a questi organi arcaici 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. Questo è innervato dalla corteccia cerebrale che è ectoderma e le fibre si sono intrecciate a quelle precedenti permettendo anche di agire in anticipo.

Ad esempio, se sta arrivando un “boccone situazione” che non mi piace, allora mi sposto prima.

Quando parliamo di conflitti si deve pensare sempre a questa differenza, cioè che ciascun nervo possiede delle fibre provenienti dal tronco cerebrale omolaterale e altre fibre dalla corteccia cerebrale controlaterale.

NERVO OLFATTIVO (I)

Il nervo olfattivo riguarda il conflitto arcaico (tronco) di odorare e fiutare.

Se non si sente il boccone olfatto, se non si ha informazione dell'odore e non si ha l'informazione che permette di evitare o prendere il boccone, il conflitto è arcaico e riguarda l'endoderma.

È il caso di un gatto che non riusciva a sentire gli odori e non mangiava neanche il pesce. L'apprendimento olfattivo deve esserci ma alcune informazioni non sono arrivate, perché il gatto è stato allontanato dalla madre quando era molto piccolo.

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

Il conflitto di non voler o non poter odorare è relativo all'ectoderma ed è correlato con la corteccia sensoria.

IL CONFLITTO a livello di:

- endoderma, relativo a non riuscire ad odorare il boccone.

Il lato destro e sinistro del tronco sono relative allo stesso conflitto, ma si riferiscono a due modi diversi di affrontare lo stesso problema.

Il lato destro significa ingoiare-avvicinare; il lato sinistro significa espellere-allontanare

- ectoderma, relativo a non voler odorare o voler sentire un odore buono al posto di quello cattivo.

Non c'è differenza tra il lato destro e sinistro.

La localizzazione cerebrale del conflitto è la stessa, basta tener conto che nel tronco è omolaterale e nella corteccia è eterolaterale.

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

Se riguarda l'endoderma significa che non ricevo il "boccone odore" che mi serve.

La natura cresce ed esaspera per aumentare la capacità di captare informazioni, così c'è maggiore sensibilità agli odori, in conflitto attivo si sentono determinati odori e sembra di avvertirli ovunque.

Se invece riguarda l'ectoderma, c'è un odore che non mi piace.

In questo caso ci sarebbe ulcerazione, ma in realtà si ha il blocco, perchè il nervo olfattivo è un'estroflessione della corteccia e in conflitto attivo non si sentono più gli odori.

Esempio di conflitto di endoderma:

Aprando la medicazione di un paziente si è sentito un forte odore di marciume. Da allora ogni volta che la persona vede una medicazione è pronto a cogliere questo odore prima ancora di aprirla.

NERVO OLFATTIVO		
Nervo olfattivo destro	conflitto di non poter odorare, fiutare a sufficienza, non poter cogliere un boccone perché non l'ho fiutato (olfatto arcaico del tronco cerebrale)	il nervo olfattivo viene considerato solo come parte di corteccia estroflessa. È la continuazione del relé olfattivo arcaico del tronco
Nervo olfattivo sinistro	conflitto di non poter odorare, fiutare a sufficienza, non poter evitare una brutta situazione perché non l'ho fiutata in anticipo (olfatto arcaico del tronco cerebrale)	il nervo olfattivo viene considerato solo come parte di corteccia estroflessa. È la continuazione del relé olfattivo arcaico del tronco
Nervo olfattivo destro 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	localizzate alla base del neoencefalo frontale: corteccia cerebrale olfattiva sinistra
Nervo olfattivo sinistro 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	localizzate alla base del neoencefalo frontale: corteccia cerebrale olfattiva destra

RIEPILOGO DELLE STRUTTURE

Tronco cerebrale – endoderma

È il primo approccio arcaico per capire se il boccone è idoneo oppure no.

Se non si riesce ad analizzare il boccone prima di mangiarlo, entra in attività l'olfatto arcaico. Ha un piccolo relé arcaico anche se minimo.

Se c'è un problema olfattivo nell'olfattivo viscerale arcaico, nella fase attiva si può sentire un odore molto forte vista l'iperattività, senza che arrivi alla coscienza e provocherà delle reazioni inconsce di attrazione o allontanamento.

Corteccia cerebrale – ectoderma

Nella corteccia non c'è tessuto reale ma fibre olfattive.

In fase di conflitto attivo non c'è necrosi bensì blocco funzionale; nel tronco invece c'è un aumento di funzione.

Se un conflitto colpisce il nervo, non si formerà un'ulcera, bensì una perdita naturale di sostanza che non viene rimpiazzata, non c'è ricrescita perché non c'è necrosi e alla fine c'è una 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 si sente neanche più il freddo.

In soluzione si ripara e si ha la sensazione di formicolio, orticarie, nevralgie.

Nel caso di uno sportivo, che continua a fare recidive, **alla fine lo consuma**. Essendo sempre in conflitto attivo la cartilagine non ricresce, fino al completo blocco della funzione riparativa.

Il conflitto della corteccia in fase attiva provoca una riduzione e si percepiscono bene solo gli odori di un certo range. Se qualcosa puzza, si cercherà di eliminare gli odori di quel range, per cui si percepiscono tutti gli odori tranne quelli di quell'intervallo.

In soluzione inizialmente le fibre sono gonfie e non si percepisce più niente e poi si ha una ipersensibilità soprattutto in quel range di odori specifici.

Se sono state fatte numerose recidive **in fase A**, l'olfatto non torna più.

Importante ricordare che nella corteccia non è coinvolto nessun tessuto e pertanto non ci può essere necrosi. Solo la mucosa nasale va in necrosi e si ulcera.

Le allucinazione olfattive sono in relazione alle costellazioni dell'olfattivo (vedere costellazioni).

Nella costellazione sensoriale invece le allucinazioni saranno sensoriali (es. perdi una persona e ti sembra di sentire il suo odore)

RELAZIONE TRA NERVO OLFATTIVO E MUCOSA ECTODERMICA ED ENDODERMICA

Tutto quello che è cavità della bocca e nasale è mucosa epiteliale ectodermica ed è preposta a buttare fuori qualcosa che non va.

Se ho una “puzza nel naso” e la voglio buttare fuori si avrà ulcerazione della mucosa in fase attiva, si formano le croste e in soluzione si ha gonfiore con il naso che cola e rinite (raffreddore).

Se ho un odore che non mi piace, coinvolgo sia l'olfattivo (qui mi puzza) sia la mucosa epiteliale (la voglio buttar fuori). È un conflitto del naso di avere qualcosa dentro che si vuole buttare fuori.

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

Un bambino di 4 anni ha picchiato il naso ed ha perso sangue. Da quel giorno ha cominciato a focalizzare la sua attenzione sul naso con la paura e continua quindi a perdere sangue. A 14 anni faceva sci da fondo e ogni volta che partiva aveva paura che gli scendesse sangue dal naso e così sanguinava veramente.

La mucosa endodermica (submucosa) e quella epiteliale (ectodermica) sono così vicine che spesso sono attive entrambe.

Se non si sentono più odori abbiamo delle recidive continue in fase A

Se il naso continua a gocciolare, abbiamo recidive continua **in fase B**

Se c'è un conflitto con il naso che non piace e poi la persona fa un intervento estetico, anche se dopo si piace, non risolve definitivamente il conflitto, perché si tratta dell'interno del naso. Quindi sentirà una puzza oppure **avrà la sensazione di avere ancora dentro al naso i ferri chirurgici.**

Voler eliminare qualcosa che è entrato e che non va, deve essere sempre considerato come espulsione del boccone (tronco cerebrale sinistro, endoderma) ed eliminazione di qualcosa che non va (corteccia cerebrale, ectoderma).

Bisogna tenere presente però che la parte superiore dell'apparato digerente, soprattutto bocca ed esofago, sono costituite da submucosa endodermica ricoperta da tessuto epiteliale pavimentoso, cioè mucosa ectodermica.

Il riflesso del vomito è controllato dal tronco, se è in relazione alla peristalsi, se invece è in relazione a qualcosa che non va giù, si tratta della corteccia.

Lo stimolo del vomito causato da una piuma è diverso dal vomito da peristalsi. Esso riguarda la parte superiore dell'esofago (ectoderma) e quindi probabilmente è diretto dalla corteccia.

Un'altra conferma del fatto che questo tipo di conato è ectodermico, deriva dal fatto che una persona in costellazione schizofrenica non ha il riflesso del vomito.

NERVO OTTICO (II)

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

A livello di ectoderma si tratta 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 e c'è anche una parte muscolare quindi mesodermica.

Il conflitto mesodermico è non sentirsi adeguato, perché non riesco a vedere le cose in anticipo cioè a prevederle.

Ci sono quindi tre strutture cerebrali coinvolte:

- tronco: nervo estroflesso dal tronco (arcaico);
- mesoderma: nervo ottico (retina), nervo del corpo vitreo;
- corteccia: nervo ottico (retina), nervo del corpo vitreo.

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

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

I CONFLITTI sono diversi e corrispondono a diversi aspetti:

- tronco: per poter identificare il boccone si avrà un'esasperazione sia a livello visivo (nervo ottico) sia nella ricerca con movimento esasperato (nervo oculomotore – muscolo);
- midollo: non riuscire a mettere a fuoco;
- corteccia: non riuscire a mettere a fuoco.

La differenza tra conflitto della retina e del nervo ottico è che la retina è un organo mentre il nervo ottico è l'innervazione di un organo.

NERVO OTTICO		
	Conflitto	Area
Nervo ottico destro	conflitto di non poter vedere a sufficienza (vista arcaica del tronco cerebrale) o di non poter cogliere un boccone perché non l'ho visto in tempo	viene anch'esso generalmente considerato quale parte di corteccia estroflessa ma è anche la continuazione dei relè visivo arcaico nel tronco
Nervo ottico sinistro	conflitto di non poter vedere a sufficienza (vista arcaica del tronco cerebrale) o di non poter evitare una brutta situazione perché non l'ho vista in tempo	viene anch'esso generalmente considerato quale parte di corteccia estroflessa ma è anche la continuazione del relè visivo arcaico nel tronco
Nervo ottico destro Il nervo ottico è un potente cavo nervoso che contiene una serie di nervi:		
nervo ottico per la parte ottica della retina		localizzate nella parte dorsale della corteccia visiva

nervo del corpo vitreo destro (per l'offuscamento del corpo vitreo)		localizzate nella parte paramediana della corteccia visiva e del midollo
nervo del muscolo ciliare del cristallino destro	conflitto di non poter o non voler vedere lontano. Es. in un conflitto di separazione: "perdere di vista"	localizzate nel midollo cerebrale sinistro, controlaterale
<i>parti innervate dal tronco cerebrale</i> (muscolatura liscia, innervata dal tronco del simpatico), nervo del muscolo dilatatore della pupilla e nervo per muscolo sfintere della pupilla (vedi anche nervo oculomotore)		
Nervo ottico sinistro il nervo ottico è un potente cavo nervoso che contiene una serie di nervi:		
nervo ottico per la parte ottica della retina		localizzate nella parte dorsale della corteccia visiva
nervo del corpo vitreo sinistro (per l'offuscamento del corpo vitreo)		localizzate nella parte paramediana della corteccia visiva e midollo
nervo del muscolo ciliare del cristallino sinistro	conflitto di non poter o non voler vedere	localizzate nel midollo cerebrale

	lontano. Es. in un conflitto di separazione: "perdere di vista"	destra, controlaterale
<i>parti innervate dal tronco cerebrale</i> (muscolatura liscia, innervata dal tronco del simpatico), nervo del muscolo dilatatore della pupilla e nervo per muscolo sfintere della pupilla (vedi anche nervo oculomotore)		
Nervo ottico destro	Conflitto	Area
nervo ottico della retina	conflitto di paura nella nuca, minaccia proveniente da una persona o da una cosa	localizzate nella corteccia visiva occipitale destra. Le due emiparti destre e sinistre delle retine vengono innervate dall'emisfero omolaterale: le emiparti destre che guardano a sinistra sono innervate dalla corteccia visiva destra
nervo del corpo vitreo destro (per l'offuscamento del corpo vitreo)	conflitto di paura nella nuca di qualcuno (brigante), di una bestia (belva) in agguato	localizzate nella corteccia visiva paramediana sinistra per corpo vitreo dell'occhio destro

nervo del muscolo ciliare destro, reale muscolo striato volontario (messa a fuoco volontaria)	conflitto non ancora determinato: probabilmente in relazione col perdere di vista qualcuno (partner/figlio-madre)	localizzate nella corteccia motoria sinistra, controlaterale
Nervo ottico sinistro	Conflitto	Area
nervo ottico della retina	conflitto di paura nella nuca di una persona o di una cosa	localizzate nella corteccia visiva occipitale sinistra. Le due emiparti destre e sinistre delle retine vengono innervate dall'emisfero omolaterale: le emiparte sinistre che guardano a destra sono innervate dalla corteccia visiva sinistra
nervo del corpo vitreo sinistro (per l'offuscamento del corpo vitreo)	conflitto di paura nella nuca di qualcuno (brigante), di una bestia (belva) in agguato	localizzate nella corteccia visiva paramediana destra per corpo vitreo dell'occhio sinistro
nervo del muscolo ciliare sinistro, reale muscolo striato volontario (messa a fuoco volontaria)	conflitto non ancora determinato: probabilmente in relazione col perdere di vista qualcuno (partner/figlio-madre)	localizzate nella corteccia motoria destra, controlaterale

RIEPILOGO DELLE STRUTTURE

Il nervo ottico è formato 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 ritirarsi sotto l'azione del muscolo ciliare. Quando mette il cristallino in tensione lo rende più piatto per guardare più lontano. Il movimento di aggiustare la vista per guardare più lontano è un movimento volontario;
- 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

Il conflitto arcaico è quello di non avere il boccone luce. Il boccone arcaico è solo chiaro / scuro (corioidea). Infatti la corioidea, che è lo strato sotto la retina, è endoderma ed è la sede della visione chiaro / scuro.

- l'iride è la parte di corioidea che si può osservare. È mesoderma, ma almeno per una parte sarebbe più corretto chiamarla endoidea perché è tessuto intestinale e non mesodermico;

- sotto la corioidea c'è la pigmentosa;
- per ultimo c'è la retina.

La visione chiaro / scuro non è legata alla retina, perché si sta parlando di conflitto di non poter vedere a sufficienza, non poter evitare una situazione e può essere in relazione con l'evitare una cosa brutta o vedere una cosa per poterla prendere.

Un 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 per catturare l'insetto.

Midollo cerebrale – mesoderma

Relativamente alla struttura, nel midollo cerebrale c'è il relé del muscolo ciliare, mentre per la motricità sarà la corteccia.

Il conflitto è di svalutazione e sensazione di incapacità, perché non riesco a guardare lontano.

In conflitto attivo ci sarà necrosi del muscolo ciliare e in soluzione riduzione del movimento.

Corteccia cerebrale – ectoderma

Nella corteccia il conflitto relativo al muscolo ciliare non è ancora chiaro ma riguarda comunque la mobilità del muscolo.

Qui c'è anche il corpo vitreo che è a metà tra midollo e corteccia cerebrale:

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

Osservando i muscoli anulari, si capisce che a livello pupillare si ha la stessa azione che si ha nell'intestino. L'iride non è altro che mucosa intestinale, quindi ectoderma.

Osservando le macchie nell'occhio si vede soprattutto la parte ectodermica, cioè conflitti appartenenti alla corteccia. Quindi quando gli iridologi affermano che c'è un problema al fegato (senza qui mettere in discussione le metodiche ma le loro affermazioni), intende la parte ectodermica e non endodermica del fegato! Così più che lo stomaco sarà il duodeno, etc.

NERVO OCULOMOTORE (III)

Il nervo oculomotore è innervato da:

- tronco: nervo dei muscoli oculari e ciliari (automatico), nervo dello sfintere e dilatatore
- midollo cerebrale (mesoderma): nervo del muscolo dell'occhio, muscolo ciliare (mettere a fuoco), muscolatura volontaria del globo oculare (struttura)
- corteccia: nervo del muscolo ciliare, muscoli volontari per il movimento dell'occhio, muscolatura globo oculare (aumento convessità)

I CONFLITTI a livello di:

- tronco: non poter controllare e valutare la situazione
non riuscire a mettere a fuoco
non riuscire a valutare in tempo una situazione

È un conflitto viscerale che si manifesta a sinistra per evitare un pericolo e a destra per poter (ri)avvicinare a qualcosa di buono.

- midollo: non essere in grado di guardare, di fuggire con la vista

È sempre da considerarsi nel senso di svalutazione

- corteccia: non voler / poter guardare, nel senso di essere separato da...

Un soggetto che viene ignorato non lo si guarda o non lo si vuol guardare e si evita lo sguardo.

A livello di corteccia il voler o il poter equivalgono allo stesso conflitto biologico, sono due situazioni che appartengono allo stesso modello. Pertanto nell'occhio abbiamo il voler evitare lo sguardo e il non poter essere guardato o non essere guardato.

La malattia più grave è entrare in angoscia quando non si conoscono i meccanismi. Se una persona ha una diagnosi grave, basta anche un piccolo sintomo e automaticamente avrà paura di tutto. Questo può provocare dei gravi risultati perché agisce sulla paura inconscia, su ciò che è stato ascoltato alla televisione, su quello che i parenti dicono, arrivando anche al panico.

Spesso gli asmatici hanno tante paure. In fase di soluzione i bronchi sono un po' gonfi, per cui, se c'è una situazione di ansia, paura e angoscia, si innesca una crisi asmatica. Sarebbe sufficiente cambiare un piccolo elemento e il soggetto uscirebbe dal suo modello generatore di asma con contemporanea sparizione degli attacchi di panico.

Finché il soggetto mantiene il suo modello, non riesce ad uscire dal suo meccanismo fisiologico alterato che crea conflitto attivo, soluzione e crisi epilettoidale, che in questo caso è di nuovo una crisi asmatica. Ogni piccolo avvenimento esaspera questo meccanismo.

CONFLITTI ATTIVI DELL'OCCHIO (NERVO OTTICO E OCULOMOTORE)

I conflitti dell'occhio sono diversi, a seconda di:

- tronco: per identificare meglio il boccone si avrà un'esasperazione sia a livello visivo (nervo ottico) sia nella ricerca con movimento esasperato (nervo oculomotore - muscolo)
- midollo: si avrà atrofia muscolare
- corteccia: si avrà blocco motorio o freno motorio con difficoltà di movimento

Le soluzioni sono:

- nell'endoderma si diventa ipersensibili per poter vedere meglio.

Alcune vie che partono dalla retina passano attraverso dei nuclei che si trovano nel diencefalo e nel tronco (es. quadrigemelli) e arrivano alla corteccia posteriore. Questi nuclei hanno la funzione di ridurre o amplificare il segnale. Infatti il paziente ha la sensazione che la luce gli dia più fastidio o che ci veda meno. Questo succede perché è tutto il meccanismo di amplificazione–riduzione interno che non funziona (eccesso o difetto)

- nel mesoderma si ripara il muscolo
- nell'ectoderma la motricità sarà ripristinata dopo una fase di paresi flaccida e conseguente crisi epilettoidale.

NERVO OCULOMOTORE		
Nervo oculomotore destro <i>parti innervate dal tronco cerebrale:</i>	Conflitto	Area
nervo dei muscoli oculari e ciliari	conflitto di non poter guardare, controllare la situazione a sufficienza	localizzate nel tronco cerebrale destro
nervo dello sfintere della pupilla	conflitto di spavento improvviso, pupille dilatate per lo spavento	
Nervo oculomotore sinistro <i>parti innervate dal tronco cerebrale:</i>		
nervo dei muscoli oculari e ciliari	conflitto di non poter guardare, controllare la situazione a sufficienza	localizzate nel tronco cerebrale sinistro
nervo dello sfintere della pupilla	conflitto di spavento improvviso, pupille dilatate per lo spavento	
Nervo oculomotore sinistro nervo del muscolo dell'occhio, muscolatura striata preposta ai movimenti volontari del globo oculare <i>parti innervate dalla corteccia controlaterale:</i>		

movimento volontario dell'occhio	conflitto di non voler o non essere in grado di guardare o ignorare	localizzate nel midollo cerebrale destro, controlaterale
aumento della convessità del cristallino		
Nervo oculomotore destro nervo del muscolo dell'occhio, muscolatura striata preposta ai movimenti volontari del globo oculare <i>parti innervate dalla corteccia controlaterale:</i>		
movimento volontario dell'occhio	conflitto di non voler o non essere in grado di guardare o ignorare	localizzate nel midollo cerebrale sinistro, controlaterale
aumento della convessità del cristallino		

RIEPILOGO DELLE STRUTTURE

Il nervo oculomotore inizialmente innerva una certa porzione di muscolatura liscia che è ricoperta per la maggior parte di muscolatura striata volontaria.

Si ha così un'innervazione mista. Le parti innervate dal tronco cerebrale sono i nervi dei muscoli oculari e ciliari che si muovono automaticamente (l'innervazione è anche del midollo / corteccia perché ci può essere volontarietà) e il nervo dello sfintere e dilatatore della pupilla.

La parte innervata dalla corteccia, controlaterale, è relativa al movimento volontario dell'occhio e alla variazione della convessità del cristallino, che diminuisce la curvatura e diventa piatto per vedere

lontano quando il muscolo è in tensione, mentre la **COSA?** aumenta quando il muscolo si rilassa; **ed è** quindi collegata ai muscoli oculari e ciliari che possono essere attivati intenzionalmente per vedere meglio da lontano o da vicino.

Tronco cerebrale – endoderma

Il conflitto è il non poter controllare la situazione, che è viscerale.

Quando riguarda i muscoli oculari e ciliari istintivamente c'è il movimento oculare per controllare.

Quando invece riguarda il muscolo sfintere/dilatatore, in caso di spavento, la pupilla si dilata.

Midollo cerebrale – mesoderma

Per quanto riguarda il mesoderma il conflitto sarà inerente alla struttura dei muscoli e non alla parte automatica.

Se non mi sento capace di guardare in fretta a destra e a sinistra, di non guardare abbastanza, in fase attiva si ha la riduzione del muscolo e in soluzione gonfia e può diventare fibroso.

Ripetendo il conflitto più volte, il muscolo tenderà a perdere la sua tensione e ad allungarsi provocando lo strabismo.

Quando il conflitto è generalizzato e sono coinvolti tutti i muscoli, il ripetersi del conflitto provoca un aumento della massa muscolare posteriormente all'occhio che viene spinto fuori (esoftalmo).

Un paziente ipertiroideo che ha l'esoftalmo (occhi in fuori), è in uno stato di tensione. Quando c'è una situazione di paura (tiroide) sono presenti conflitti del tronco, ma non è soltanto collegato alla tiroide bensì a tutti i conflitti frontali, di paura frontale.

Contemporaneamente possono esserci anche conflitti relativi agli zuccheri per resistere all'attacco.

Tutte le paure frontali fanno sì che tiriamo l'occhio per guardare di più.

Corteccia cerebrale – ectoderma

Il conflitto che riguarda i muscoli volontari, relativamente alla loro motricità, è di essere separato dalla vista di qualcuno o di non volere ma dover vedere delle cose, cioè a livello volontario.

In conflitto attivo si può avere anche un blocco del movimento dell'occhio. Se si ripete numerose volte, il ripetersi delle soluzioni, provoca tremori come Parkinson, conflitto con crisi epilettiche con continue recidive di non poter vedere tutta la situazione.

Il blocco del movimento può essere in orizzontale o in verticale (Ginger), dipende dal conflitto.

Se è orizzontale è non poter vedere la soluzione; se è verticale è il non poter alzare gli occhi (come ad esempio religiosi fanatici, spiritualistici, etc.).

I CONFLITTI ai tre livelli sono diversi:

- tronco: prendere, non perdere il boccone essenziale alla sopravvivenza;
- midollo: senso di svalutazione, di non essere in grado;
- corteccia: senso di non volere / potere essere messo da parte.

Il senso biologico di questi conflitti è:

- nell'endoderma: in fase di conflitto attivo, perché esaspera la situazione per risolverla;
- nel mesoderma: in fase di soluzione, perché fa ricrescere la parte rinforzandola;
- nella corteccia: nuovamente in fase attiva, in quanto l'effetto è conseguenza del desiderio.

A livello del conflitto attivo e della successiva soluzione ci sarà:

Endoderma:

- iperistalsi (ipermovimento del muscolo) nel conflitto attivo per non perdere alcuna informazione;
- blocco muscolare alla soluzione (il resto invece è in ipermovimento);
- nella crisi epilettoidale si ha iperperistalsi locale.

Mesoderma:

- il muscolo si atrofizza nel conflitto attivo;
- con la soluzione si ha ipermovimento e crampi;

- nella crisi epiletticoide si ha epilessia (movimenti incontrollati e continui).

Ectoderma:

- blocco funzionale nel conflitto attivo;
- con la soluzione del conflitto si ha paresi flaccida;
- nella crisi epiletticoide si ha blocco.

ACCENNO SUI MUSCOLI

Essi hanno tre centri di coordinamento:

- per la struttura del muscolo, il governo è del tronco cerebrale: in conflitto attivo va in necrosi;
- per il movimento, l'azione è guidata dalla corteccia motoria: in conflitto attivo c'è il blocco o l'ulcera (=atrofia muscolare);
- molti muscoli hanno ancora una parte di muscolatura liscia, che è diretta dal tronco cerebrale: in conflitto attivo non farà mai necrosi (perché è collegata alla peristalsi) ma ci sarà crescita.

È bene ricordare che:

- nel midollo il conflitto attivo provoca necrosi;
- nella corteccia il conflitto attivo provoca il blocco e l'atrofia muscolare;
- nel tronco cerebrale il conflitto attivo provoca iperperistalsi (movimento continuo).

COSA ACCADE NEI CONFLITTI CHE COINVOLGONO I MUSCOLI

Conflitto motorio della corteccia

Se si ha un conflitto motorio si ha spasticità, con muscoli bloccati o ridotti nella loro funzionalità (paresi, blocco motorio, paresi rigida): il paziente avverte un netto calo di forza.

Con la soluzione del conflitto si ha la paresi flaccida: gli oggetti cadono di mano o non si riescono a stringere.

Con la crisi epilettica il muscolo riprende il suo movimento, provocando tensioni e tremori continui delle mani, oppure si fa fatica a sollevare un foglio di carta.

Con la crisi epilettica si ha tremore continuo e incontrollato del muscolo (crisi epilettica).

Conflitto attivo: spasticità, paresi spastica

Soluzione: paresi flaccida

Crisi epilettica: blocco

Esempio di conflitto motorio dell'ectoderma:

Un soggetto voleva tirare un pugno ad un altro ma si è fermato perché sapeva che altrimenti lo avrebbe ucciso. Prima ha avuto un calo di forza, poi gli cadevano gli oggetti dalle mani tanto che non riusciva a tenere il martello che gli serviva per lavorare, e infine il muscolo si è bloccato.

Conflitto del midollo

Nella fase attiva del conflitto si ha una leggera diminuzione della forza provocata dall'atrofia muscolare. Non c'è un calo di forza netto, perché il soggetto essendo in simpaticotonia compensa: il muscolo diminuisce, ma essendo in fase attiva viene fatto funzionare di più.

In soluzione la mancanza di muscolo, associata alla vagotonia, crea una debolezza estrema: si fa fatica a sollevare un foglio di carta.

Con la crisi epilettoidale (epilettica) si hanno crampi molto intensi.

Se non si conosce il meccanismo nella fase di soluzione si entra in un processo di svalutazione progressiva: sono malato e non riesco più a fare niente per cui tutti i muscoli poco per volta vengono coinvolti (mesoderma).

Conflitto attivo: atrofia

Soluzione: gonfiore

Crisi epilettoidale: crampi

Esempio di conflitto motorio del mesoderma:

Un soggetto doveva scrivere tante cose e aveva paura di non riuscire a farcela. Ha lavorato tutta la notte e al mattino ha ottenuto il risultato sperato. Dopo alcune ore sono comparsi crampi alle dita (pollice, indice e medio, che tengono la penna).

I problemi principali a livello di forza muscolare riguardano pertanto:

- conflitti di svalutazione (midollo);
- conflitti di motricità (corteccia).

I NERVI CRANICI: IV - V

NERVO TROCLEARE (IV)

Per il movimento oculare esistono tre innervazioni: nervo oculomotore, nervo trocleare e abducente.

Se viene selezionato frontalmente, si vedono sei fasci muscolari: laterale interno ed esterno, retto superiore e inferiore, obliquo superiore e inferiore.

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

- tronco cerebrale: muscolatura liscia;
- midollo: muscolatura striata;
- corteccia: muscolatura striata.

I CONFLITTI sono, a livello di:

- 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.

La soluzione del conflitto è, a livello di:

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

NERVO TROCLEARE		
Nervo trocleare destro il più vecchio nervo oculare del muscolo obliquo superiore	Confitto	Area
<i>parti innervate dal tronco cerebrale:</i> muscolatura liscia	conflitto di non poter girare l'occhio a sufficienza: non avere abbastanza mobilità	localizzate nel tronco cerebrale destro, parte caudale del mesencefalo (lamina tecti)
Nervo trocleare sinistro il più vecchio nervo oculare del muscolo obliquo superiore		
<i>parti innervate dal tronco cerebrale:</i> muscolatura liscia	Conflitto di non poter girare l'occhio a sufficienza: non avere abbastanza mobilità	localizzate nel tronco cerebrale sinistro, parte caudale del mesencefalo (lamina tecti)
Nervo trocleare sinistro muscolatura striata del muscolo obliquo superiore dell'occhio: il più vecchio nervo dei muscoli ottici che permette di far girare l'occhio		
<i>parti innervate dalla corteccia controlaterale:</i> muscolatura striata volontaria dello stesso muscolo	Conflitto di non potere o non volere girare l'occhio	localizzate nel midollo cerebrale destro, controlaterale

Nervo trocleare destro muscolatura striata del muscolo obliquo superiore dell'occhio: il più vecchio nervo dei muscoli ottici che permette di far girare l'occhio		
<i>parti innervate dalla corteccia controlaterale:</i> muscolatura striata volontaria dello stesso muscolo	conflitto di non potere o non volere girare l'occhio	localizzate nel midollo cerebrale sinistro, controlaterale
Nervo trocleare sinistro		
<i>parti innervate dalla corteccia controlaterale:</i> muscolatura striata volontaria dello stesso muscolo	conflitto di non potere o non volere girare l'occhio	localizzate nella corteccia motoria destra, controlaterale
Nervo trocleare destro		
<i>parti innervate dalla corteccia controlaterale:</i> muscolatura striata volontaria dello stesso muscolo	conflitto di non potere o non volere girare l'occhio	localizzate nella corteccia motoria sinistra, controlaterale

NERVO TRIGEMINO (V)

Il nervo trigemino ha tre innervazioni provenienti da:

- tronco cerebrale, collegata alla muscolatura liscia della faccia (denti, occhio, orecchio). È in relazione con tutte e quattro le proprietà dell'endoderma:
 - motoria (peristalsi): non riuscire a mandar dentro (lato destro) o sputare fuori (lato sinistro);
 - secretoria: non riuscire ad insalivare il boccone;
 - assorbente: non riuscire ad assimilare il boccone;
 - sensoria: non riuscire ad analizzare il boccone.
- midollo, in relazione alla struttura della muscolatura striata;
- corteccia, riguarda le funzioni motorie e sensorie.

Per questo nervo ci sono relé diversi per **un organo unico. QUALE?**

- a livello del tronco le innervazioni sono omolaterali;
- a livello della corteccia e del midollo le innervazioni sono eterolaterali.

C'è un organo che è collegato alle tre strutture cerebrali ma ha 4 funzioni. Nella faccia, dove arriva il nervo trigemino, ci sono diverse innervazioni:

- per la muscolatura liscia (tronco);
- per la muscolatura striata (midollo);
- per la motricità (corteccia);

- per la sensibilità (corteccia).

Ciò significa che ci può essere un solo conflitto o una serie di conflitti anche diversi che coinvolgono lo stesso organo.

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

Osservando la corteccia, dove arrivano le fibre del trigemino, si hanno effetti sensori e motori relativi a quell'organo. Le fibre del midollo e della corteccia sono più superficiali, mentre quelle del tronco sono più profonde.

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

Ciò significa che uno stesso organo può essere oggetto di due fenomeni, a volte anche opposti (conflitto attivo e risoluzione) o simili (conflitto attivo o soluzione in entrambi).

In uno stesso organo si possono avere manifestazioni identiche che indicano conflitto attivo (es. tronco) e risoluzione o crisi epilettoidi (es. corteccia).

La nevralgia del trigemino è un dolore riparativo, ma si deve distinguere:

- se è tronco cerebrale (non di funzione secretoria, assorbente, sensitiva, ma 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.

Se in cura si somministra il cortisone durante il conflitto attivo del tronco, esso 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 e il dolore dà ipersensibilità.

I CONFLITTI sono:

- per il tronco valgono:

le proprietà secretoria, motoria, assorbente, sensoria dell'antica muscolatura e mucosa.

Il lato destro (entrare) ha a che fare con il non poter portare dentro, inglobare il boccone. Spesso è in relazione con una donna che si vorrebbe ("che bel bocconcino").

Il lato sinistro (uscire) è il non poter eliminare o allontanare il boccone, essere costretto ad ingoiare il boccone.

- per il midollo – muscolatura (struttura) riguarda:

la mimica facciale, conflitto di perdere la faccia perché sono stato preso per cretino oppure per separazione;

la masticazione (la muscolatura non serve solo per masticare ma anche per digrignare i denti durante la lotta);

il sentirsi preso per cretino o per giullare (svalutazione);

il non riuscire a masticare, non essere abbastanza buon masticatore (non essere in grado di);

non essere in grado di trattenere il boccone tra i denti.

Ci sono tantissime ragioni per cui uno non riesce a masticare (in senso fisico ad es. è senza denti, oppure in senso virtuale)

- per la corteccia, riguarda:

Il sensorio, per il bacio che non sento e vorrei sentire.

Il voler sentire qualcosa e non poterlo fare. Innervazione sensoriale faringe e lingua (primo nervo degli archi branchiali).

Il motorio, per la masticazione: qualcosa che mi da fastidio e voglio eliminare dalla bocca.

Un soggetto voleva un riconoscimento per il suo lavoro e non è riuscito ad ottenerlo (non ha potuto inglobare il boccone). Ha quindi sviluppato un conflitto endodermico. È stato ricoverato in ospedale ed è stato operato. Al risveglio voleva parlare ma non poteva farlo e così ha sviluppato un conflitto ectodermico (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, riguarda la sensibilità nuova (corteccia), mentre riguardo al tronco mi interessa solo far entrare o uscire il boccone.

L'endoderma rappresenta gli istinti primitivi, che riguardano qualcosa di essenziale per la sopravvivenza, non i desideri.

Una dieta può scatenare un conflitto che coinvolge il nervo trigemino e facciale, a cui possono aggiungersi tumori al fegato per paura di morire e mancanza del boccone essenziale.

Un soggetto obeso ha provato più volte a fare la dieta per dimagrire ma non ci è mai riuscito. Un giorno gli hanno diagnosticato un carcinoma al fegato e 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 dei conflitti profondi.

Anche i malati di tumore possono vivere conflitti simili ai soggetti in dieta. Infatti il boccone che non posso tirare dentro quando sono ammalato e non posso mangiare, può scatenare un tumore al fegato. Fatto molto ricorrente e sempre più inspiegabile come evoluzione metastasica.

La bocca è collegata al movimento di succhiare, masticare, mordere, buttare dentro, vomitare. **Questo è essenziale!** Si pensi anche al bambino che succhia il dito o la mammella.

TRIGGER POINTS DELLA MEDICINA E CONFLITTI

In medicina la nevralgia del trigemino è definita come tale se:

- ha comparsa improvvisa;
- ha una breve durata;
- c'è un intenso dolore;
- compare di solito alla stessa ora;
- ha dei trigger points che la scatenano.

I trigger points sono dei punti sulla pelle che se vengono toccati scatenano una crisi di risposta intensa e in tempi molto brevi. Sono i luoghi dove fuoriesce la branca del nervo e toccando questi punti si amplifica la risposta della struttura nervosa.

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. È un binario che può essere in relazione con l'endoderma, mesoderma e ectoderma.

Nel caso di nevralgia del trigemino il dolore può essere in relazione con il conflitto attivo dell'endoderma (motorio) e con la soluzione dell'ectoderma (sensoriale).

Può succedere che toccando i trigger points in relazione all'ectoderma si esaspera la situazione e ci sia soluzione e dolore, mentre se si toccano in relazione all'endoderma c'è una situazione di partenza in cui il nervo è già ipersensibile.

Un dolore sensorio porta all'insensibilità e all'ipersensibilità: il dolore nevralgico in soluzione provoca un male prolungato, mentre in conflitto attivo è un dolore che dura pochi secondi ed è molto intenso.

Il nervo trigemino ha tre branche:

- oftalmico: zona del sentire e del vedere;
- mascellare: zona del prendere, gustare, azzannare, baciare (labbro superiore);
- mandibolare: espressione (labbro inferiore).

Il conflitto del perdere la faccia e essere stato preso per cretino ha due valenze in relazione a:

- non essere riuscito a prendere o a baciare, ad entrare in contatto con e quindi è legato all'affettività; coinvolge il labbro superiore (mandibola);
- non essere riuscito ad esprimersi nel modo giusto ed è legato all'espressione; viene coinvolto il labbro inferiore (mascella).

Questo significa che in caso di:

- una paresi mascellare si avrà un conflitto di non aver potuto trattenere qualcuno che se sarebbe voluto vicino;
- una paresi mandibolare si parlerà di conflitto di aver perso la faccia per non essere riuscito ad esprimersi.

Il nervo trigemino coinvolge il sensorio e il motorio:

- se prevale il senso di svalutazione è mesodermico;
- se prevale il non essere riuscito (volontà) è ectodermico.

Il motorio e il sensorio della corteccia sono molto vicini, per cui danno indicazioni sottili sulla colorazione del conflitto.

Conflitto di perdere la faccia:

- sensorio: oftalmico: è più sensorio che motorio;

 mascellare: in rapporto a ciò che voglio ottenere;

 mandibolare: in rapporto a ciò che voglio esprimere;

 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).
Avviene la stessa cosa per il cuore.

Il tic è conflitto attivo dell'endoderma, è il non poter vedere il boccone.

La nevralgia del trigemino può essere provocata da conflitto di perdita della faccia o di separazione.

Se il dolore è forte, 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 iperattività con situazione ciclica (alternanza di fitte attive e dolore profondo):

- c'è conflitto di sospensione, il soggetto sta guarendo ma non sta bene

Il conflitto esalta la sua simpaticotonia in relazione con il ciclo simpaticotonico della giornata ed entra in vagotonia verso le 17, quando il ciclo giornaliero porta normalmente verso la vagotonia.

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

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.

Somministrare le cure alle ore 11 – 14 – 18 – 23 – 2 – 6 ha lo scopo di seguire questo ciclo per potenziare il risultato o indebolirlo.

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

Il dolore di notte è un segno correlato alla vagotonia:

- dopo le ore 23 è vagotonia, il massimo di vagotonia è dopo le 23, e si è in soluzione;
- alle 2-3 del mattino si esce dalla vagotonia e avremo la crisi epilettoidale;
- durante la giornata siamo nella fase di simpaticotonia, e quindi conflitto attivo.

I conflitti del trigemino se riguardano:

- corteccia:

in conflitto attivo motorio e sensorio: paresi, spasticità, insensibilità;

in soluzione: - se si ha gonfiore e basta uno sfioramento per creare

dolore: soluzione nel sensorio e motorio contemporaneamente;

- se non c'è gonfiore e la pelle non dà dolore, ma solo il nervo:
soluzione motoria.

- tronco:

in conflitto attivo (quattro qualità): ipersensibilità;

in soluzione: normalizzazione.

Per la corteccia sensoria l'ipersensibilità è in fase di soluzione e in fase attiva c'è paresi sensoria (non si sente niente).

Con la crisi epilettoida torna l'ipersensibilità che può provocare un dolore molto intenso, perché si ripristinano le terminazioni nervose (es. fuoco di S. Antonio, dove è coinvolto sia l'ectoderma che l'endoderma perché compaiono le vescicole)

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

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

NERVO TRIGEMINO		
Nervo trigemino destro	Conflitto	Area

<p><i>parti innervate dal tronco cerebrale:</i></p> <p>funzione sensoria della cavità orale, faringe, lingua: viene praticamente analizzata la composizione del boccone</p>	<p>conflitto di non poter analizzare chimicamente il boccone, non sapere cosa ho in bocca</p>		
<p>funzione motoria dell'originaria muscolatura liscia della cavità orale: peristalsi masticatoria che fa avanzare il boccone verso l'interno della faringe</p>	<p>conflitto di non poter far entrare, inglobare motorialmente il boccone nella cavità orale: peristaltica arcaica della muscolatura liscia</p>	<p>localizzate nel tronco cerebrale destro (localizzate nella corteccia cerebrale sinistra, contro laterale)</p>	
<p>funzione secretoria: le ghiandole salivari</p>	<p>conflitto di non poter insalivare a sufficienza un boccone e quindi di non poterlo ingoiare</p>		
<p>funzione assorbente: 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>	<p>conflitto di non poter assorbire certi elementi chimici del chimo attraverso la cavità orale (questo conflitto non è ancora stato studiato: terreno inesplorato a livello medico)</p>		
<p><i>parti innervate dalla corteccia controlaterale:</i></p>			

nervo facciale sensoriale con tre ramificazioni: branca oftalmica, branca mascellare e branca mandibolare	In studio	In studio
nervo della muscolatura striata della masticazione		
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"		
Nervo trigemino sinistro		
<i>parti innervate dal tronco cerebrale:</i> funzione sensoria della cavità orale, faringe, lingua: viene praticamente analizzata la composizione del boccone	conflitto di non poter analizzare chimicamente il boccone, non sapere cosa ho in bocca	localizzate nel tronco cerebrale destro (localizzate nella
funzione motoria dell'originaria muscolatura liscia della cavità orale: peristalsi masticatoria che fa avanzare il boccone verso l'interno della faringe	conflitto di non poter far entrare, inglobare motorialmente il boccone nella cavità orale: peristaltica arcaica della muscolatura liscia	corteccia cerebrale sinistra, contro laterale)
funzione secretoria: le ghiandole salivari	conflitto di non poter insalivare a sufficienza un boccone e quindi di non poterlo ingoiare	

funzione assorbente: 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)	conflitto di non poter assorbire certi elementi chimici del chimo attraverso la cavità orale (questo conflitto non è ancora stato studiato: terreno inesplorato a livello medico)	
<i>parti innervate dalla corteccia controlaterale:</i> nervo facciale sensoriale con tre ramificazioni: branca oftalmica, branca mascellare e branca mandibolare	In studio	In studio
nervo della muscolatura striata della masticazione	In studio	
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"	In studio	
Nervo trigemino sinistro		

primo nervo degli archi branchiali: parte di muscolatura striata dei muscoli masticatori a sinistra	conflitto di non poter masticare o trattenere tra i denti (in senso lato, nei destrimani, ha qualcosa a che fare con il o i figli, ad es. non riuscire a trattenere tra i denti il proprio cucciolo)	localizzate nel midollo cerebrale destro, contro laterale
Nervo trigemino destro primo nervo degli archi branchiali: parte di muscolatura striata dei muscoli masticatori a destra	conflitto di non poter masticare o trattenere tra i denti (in senso lato, nei destrimani, ha qualcosa a che fare con il partner)	localizzate nel midollo cerebrale sinistro, contro laterale
Nervo trigemino sinistro primo nervo degli archi branchiali		
funzione sensoria:		
viso ramo oftalmico: fronte, occhio ramo mascellare: mascella ramo mandibolare: mandibola	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)	localizzate nella corteccia sensoriale destra, contro laterale
faringe	conflitto di non poter espellere dalla cavità orale, sputare o liberarsi di qualcosa (emiparte destra)	

lingua	conflitto di non poter allontanare qualcosa dall'emiparte destra della lingua	
funzione motoria: innervazione della muscolatura masticatoria	conflitto di non poter masticare	localizzate nella corteccia motoria destra, contro laterale
Nervo trigemino destro primo nervo degli archi branchiali	Conflitto	Area
funzione sensoria		
viso ramo oftalmico: fronte, occhio ramo mascellare: mascella ramo mandibolare: mandibola	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)	localizzate nella corteccia sensoriale sinistra, contro laterale
faringe	conflitto di non poter espellere dalla cavità orale, sputare o liberarsi di qualcosa (emiparte destra)	
lingua	conflitto di non poter allontanare qualcosa dall'emiparte destra della lingua	

funzione motoria: innervazione della muscolatura masticatoria	conflitto di non poter masticare	localizzate nella corteccia motoria sinistra, contro laterale
---	-------------------------------------	---

RIEPILOGO DELLE STRUTTURE DEL NERVO TRIGEMINO SINISTRO

Tronco cerebrale sinistro – endoderma

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

- funzione sensoria (dell'intestino, quindi submucosa): conflitto di non poter analizzare il boccone;
- funzione motoria (della peristalsi), masticatoria, la stessa che viene usata dal bambino per succhiare: conflitto di non poter espellere il boccone (parte sinistra);
- funzione secretoria (ghiandole salivari, la parte endotermica cioè l'acino che produce la saliva): conflitto di non poter insalivare il boccone e non poterlo sputare (riguarda sia le ghiandole sublinguali, parotidi e tonsille sinistre), riguarda la parte endotermica cioè la produzione di saliva (è quella che produce l'accolina in bocca);

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

Midollo cerebrale – mesoderma

Per quanto riguarda la struttura, cioè la quantità di muscolo, è coinvolta la muscolatura striata dei muscoli masticatori.

Il conflitto è di svalutazione, non poter masticare o trattenere tra i denti, relativamente al partner a destra e madre/figli a sinistra.

Corteccia cerebrale – ectoderma

Nelle parti innervate dalla corteccia controlaterale, sono attivi nello stesso tempo tre nervi:

- il nervo facciale;
- il nervo della masticazione, che coinvolge la muscolatura striata volontaria (che è corteccia e anche midollo). La muscolatura liscia non si affatica mentre quella striata si.
- il nervo relativo all'innervazione sensoriale della faringe e lingua. Infatti viene chiamato primo nervo degli archi branchiali.

RIEPILOGO DELLE STRUTTURE DEL NERVO TRIGEMINO DESTRO

Tronco cerebrale – endoderma

Visto che è coinvolta la parte destra, c'è la funzione assorbente.

Si tratta di conflitto di non poter assorbire certi elementi chimici attraverso la cavità orale.

Midollo cerebrale – mesoderma

Per ciò che riguarda la struttura, cioè la quantità del muscolo, è coinvolta la muscolatura striata dei muscoli masticatori.

Il conflitto è di svalutazione, di non poter masticare o trattenere tra i denti, relativamente al partner a destra e madre/figli a sinistra.

Corteccia cerebrale – ectoderma

È coinvolta la funzione sensoria e la funzione motoria cioè la muscolatura striata della masticazione.

Sopra l'orecchio c'è il ganglio centrale da cui partono i tre rami principali esterni ed interni del nervo 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 PIU' COMUNI AL NERVO TRIGEMINO

Ectoderma

Esistono due conflitti, motorio e sensorio, che si possono verificare contemporaneamente oppure no.

Può essere coinvolto il:

- sensorio (conflitto di separazione): in conflitto attivo c'è una riduzione graduale di funzione e non ce ne accorgiamo, in soluzione c'è gonfiore e si perde la sensibilità.

Nella fase Post conflittuale A non si ha nessuna sensazione, se non qualche fitta e dopo la crisi epilettoidale (Post conflittuale B) si avrà formicolio.

- motorio: nella fase Post conflittuale A non si ha nessuna sensazione, dopo la crisi epilettoidale (Post conflittuale B) c'è il dolore perché il motorio gonfia e genera crampo. Quando il sensorio sta riparando non fa male, se invece è il motorio che si ripara il sensorio è ancora a posto e quindi si sente dolore. Il motorio è molto doloroso e quindi spaventa di più rispetto al sensorio.

Quando c'è nevralgia del trigemino 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 questo genera grande paura.

- se è coinvolto sia il motorio che il sensorio, ed entrambi 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 significa che 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 masticare e genera un conflitto motorio perché **non sente**. E così si ha un accavallamento di conflitti.

Mesoderma

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

In conflitto attivo c'è aumento di funzione, cioè movimento, che si manifesta sotto forma di tic.

CONCLUSIONI

- se c'è il **conflitto** sensorio, in soluzione non si sente niente;
- se è il motorio (corteccia) o struttura (mesoderma), si sente dolore;
- se il motorio è in soluzione, c'è la paresi flaccida cioè cade la mandibola;
- se è struttura (mesoderma), c'è dolore senza paresi (es. non sono capace di masticare bene).

TERAPIA

Nel caso di dolori da struttura muscolare, vanno fatti impacchi freddi che aiutano localmente (stringono) oppure applicare oli freddi (canfora, mentolo, eucalipto). È opportuno non usare il calore.

Se scaldano il dolore migliora, perché la persona con gonfiore e dolore aumenta la tensione e sente di più il dolore. Il calore aiuta sulla contrattura da dolore. Di solito il caldo aumenta il dolore, ma a volte può servire per rilassare a livello muscolare.

I NERVI CRANICI: VI – VII – VIII – IX – X XI – XII

NERVO ABDUCENTE (VI)

Il nervo abducente innerva il muscolo laterale dell'occhio, tira l'occhio lateralmente.

Endoderma:

- in conflitto attivo aumenta l'attività peristaltica muscolare e si crea una divergenza della vista;
- in soluzione si ha normalizzazione.

Mesoderma:

- in conflitto attivo si ha atrofia;
- in soluzione gonfiore.

Ectoderma (è controlaterale e coinvolge la muscolatura striata):

- in conflitto attivo provoca paresi spastica;
- in soluzione si ha paresi flaccida e poi normalizzazione.

I CONFLITTI sono:

- endoderma: non guardare avanti per non morire;
- mesoderma: svalutazione, non riesce a vedere bene le cose che vorrebbe vedere;

- ectoderma: non aver diritto a guardare avanti perché sono in condizioni di disordine, sono un pesce fuor d'acqua e quindi non devo continuare. Non devo andare avanti nella direzione che mi porterebbe alla rovina, devo stare fermo. È simile a quello del tronco ma con una sfumatura volontaria.

Nel tronco cerebrale ci sono nuclei disposti a livelli diversi e non allineati.

Ciò significa che conflitti apparentemente anche molto diversi possono essere collegati, oppure che possono venire coinvolti da un conflitto parti del corpo che non sono collegate direttamente a quella parte dell'encefalo, ma ad una adiacente.

Il nucleo del nervo abducente è vicino a quello dei collettori renali; spesso il conflitto che coinvolge questo nervo è associato al conflitto del profugo. Lo sguardo diventa un po' ottuso e divergente, perché il conflitto coinvolge il muscolo retto laterale dell'occhio (retto del nervo abducente).

Si ha la contrazione del nervo abducente dal lato in cui c'è il collettore renale attivo. Ciò significa che c'è adenocarcinoma del collettore da un lato, con l'orbita oculare ruotata **dall'occhio del lato opposto.**

Nei sordomuti nella tac si vede molto bene il neurinoma del nervo acustico.

Lo scopo biologico è correlato a quello dei tubuli collettori renali.

Il tronco rappresenta il momento dell'evoluzione in cui il pesce deve uscire dall'acqua. Quando è sbattuto sulla sabbia il pesce deve poter guardare indietro, non ha bisogno di guardare avanti, ma la sua salvezza, cioè l'acqua, è dietro.

Lo scopo biologico è quindi quello di vedere lateralmente e dietro per poter riguadagnare l'acqua e quindi la salvezza. Il pesce sbattuto sulla spiaggia fa anche il conflitto dei tubuli collettori renali per evitare di disidratarsi. Pertanto lo sguardo diventa divergente e un po' ebebe. Se sono colpiti entrambi i collettori si ha costernazione.

Esempio: un paziente in costellazione completa con panico ed occhi divergenti. In macchina compare la diplopia. Questo succede perché quando il soggetto è costernato coinvolge tutti e tre i foglietti embrionali, per cui non riesce a vedere niente, neanche volontariamente. In soluzione ha paresi flaccida e gonfiore per cui un occhio tirerà da un lato (destra o sinistra, dipende dal problema).

C'è quindi sempre il coinvolgimento del tronco e della corteccia controlaterale e spesso c'è anche l'azione sui tubuli collettori in cui il conflitto è di sentirsi un profugo.

La diplopia laterale è una soluzione del conflitto del nervo abducente, mentre la diplopia in alto e in basso coinvolge il nervo oculomotore.

Sono due conflitti completamente diversi.

Il conflitto attivo non è sempre facile da identificare. Il fatto di avere mani fredde o calde non significa per forza essere in simpaticotonia o vagotonia, perché nelle mani arriva un'innervazione mista.

NERVO ABDUCENTE		
Nervo abducente destro nervo del muscolo dell'occhio laterale destro che tira l'occhio verso il lato destro	Conflitto	Area
<i>parti innervate dal tronco cerebrale:</i> muscolatura liscia	conflitto di non potere (non avere il diritto di guardare in avanti (per lo più abbinato al conflitto attivo del profugo). In caso di conflitto bilaterale del profugo (costellazione schizofrenica del tronco cerebrale) solo sguardo possibile: lateralmente a destra e a sinistra, sguardo disorientato, sconnesso, spesso in concomitanza	localizzate nel tronco cerebrale destro, esteso ventralmente molto in prossimità dei relè dei tubuli collettori renali e per lo più anche correlato a questo come localizzazione del conflitto del profugo o conflitto esistenziale

	con la cosiddetta uremia = organicamente carcinoma dei tubuli collettori renali da entrambi i lati (vedi adenocarcinoma dei tubuli collettori renali)	
Nervo abducente sinistro nervo del muscolo dell'occhio laterale sinistro che tira l'occhio verso il lato sinistro		
<i>parti innervate dal tronco cerebrale:</i> muscolatura liscia	in caso di conflitto bilaterale del profugo (costellazione)	localizzate nel tronco cerebrale sinistro, esteso ventralmente

	schizofrenica del tronco cerebrale), solo sguardo possibile: lateralmente a destra e a sinistra, sguardo disorientato, sconnesso, spesso in concomitanza con la cosiddetta uremia = organicamente carcinoma dei tubuli collettori renali da entrambi i lati (vedi adenocarcinoma dei tubuli collettori renali)	molto in prossimità dei relè dei tubuli collettori renali e per lo più anche correlato a questo come localizzazione del conflitto del profugo o conflitto esistenziale
Nervo abducente sinistro		
la maggior parte muscolatura striata volontaria del muscolo laterale dell'occhio, nervo del muscolo retto laterale		
<i>parti innervate dalla corteccia controlaterale:</i>		
muscoli striati volontari	conflitto di non potere o di non volere girare l'occhio di lato	localizzate nel midollo cerebrale destro, controlaterale per la muscolatura striata
Nervo abducente destro		

la maggior parte muscolatura striata volontaria del muscolo laterale dell'occhio, nervo del muscolo retto laterale		
<i>parti innervate dalla corteccia controlaterale:</i> muscoli striati volontari	conflitto di non potere o di non volere girare l'occhio di lato	localizzate nel midollo cerebrale sinistro, controlaterale per la muscolatura striata
Nervo abducente sinistro muscolo retto laterale dell'occhio		
<i>parti innervate dalla corteccia controlaterale:</i> muscoli striati volontari	conflitto di non poter o voler guardare a destra	localizzate nella corteccia motoria destra, controlaterale
Nervo abducente destro muscolo retto laterale dell'occhio		
<i>parti innervate dalla corteccia controlaterale:</i> muscoli striati volontari	conflitto di non poter o voler guardare a destra	localizzate nella corteccia motoria sinistra, controlaterale

A differenza degli altri nervi, l'abducente attiva ancora una parte molto importante di muscolatura liscia. Questa agisce facendo muovere l'occhio lateralmente e il conflitto è quello di non potere, non avere il diritto di guardare avanti.

Tuttavia questo conflitto va rivisto in quanto il “non aver diritto a” è un conflitto della corteccia e non del tronco. Pertanto il conflitto è più da ritenersi di non essere in grado di guardare avanti.

Inoltre questo nervo viene attivato dal conflitto attivo dei tubuli collettori (conflitto del profugo), che non sono collegati direttamente al guardare o non, ma semplicemente la loro attivazione coinvolge il nervo abducente che si trova nella stessa zona del tronco. Quando c'è questo conflitto potrebbe essere ancora una necessità biologica il non guardare avanti, ma fermarsi e tornare indietro.

Nei primi tre mesi di gravidanza c'è la prima fase in simpaticotonia con la protrusione soprattutto degli organi endodermici. Quindi c'è vagotonia e la protrusione degli organi ectodermici. Pertanto gli ovuli femminili sono diploidi nella fase endodermica, mentre nella seconda fase endodermica c'è la riduzione e diventeranno quindi aploidi.

Nell'embrione l'occhio all'inizio è solo una sfera che poi inizia ad incavarsi e c'è la visione chiaro/scuro. Quando inizia a svilupparsi la parte corticale inizia a vedere correttamente.

Se c'è una paralisi congenita del nervo abducente potrebbe essere stata causata da un rumore (conflitto di voler scappare che coinvolge la motricità) che non ha fatto sentire il bambino a casa e ha così attivato il conflitto dei tubuli collettori (parte endodermica, soluzione del conflitto).

Oppure la paresi potrebbe essere collegata alla parte ectodermica dell'abducente in fase di conflitto attivo.

Oppure potrebbe essere una non-mobilità dell'occhio, legata alla presenza di un conflitto attivo nella parte motoria della corteccia, oppure è interessata la struttura, cioè il midollo, con conseguente atrofizzazione del muscolo.

Esempio: facendo seguire una penna con gli occhi ad una ragazza, per un po' essa riusciva poi un occhio saltava verso il lato esterno. Il nervo abducente mette in tensione l'occhio verso l'esterno, per cui se la ragazza vuole seguire la penna deve usare il muscolo interno volontario, che dopo un po' cede. Questo significa che l'abducente è attivo mentre il laterale interno volontario che guarda verso sinistra è debole.

Essendo destrimane, guarda verso il figlio e quindi paura di non seguire abbastanza il figlio. Quindi lei ha un conflitto recidivo sul muscolo interno che tende a cedere e un conflitto attivo sull'abducente che mette in forte tensione.

Quando un muscolo sta guarendo si può utilizzare normalmente, ma quando si è in forte vagotonia, rimane in tensione per poco e poi cede perché esaurisce la sua energia. Questo perché in vagotonia non si ha tanta forza in quanto il muscolo è gonfio, all'inizio tiene per la forza di volontà e poi crolla.

La stessa cosa è successa alla ragazza con l'occhio. Se ci fosse stato solo un ipotono, il muscolo non avrebbe tenuto neanche un minuto. Il fatto che abbia tenuto per poco e poi abbia ceduto indica che il muscolo è in fase di soluzione.

Lei aveva il conflitto del profugo. Infatti si stava separando e aveva paura che il marito le portasse via la figlia (perdere **di** vista).

Il binario c'era sempre e ogni tanto diventava più attivo e i sintomi ricomparivano.

L'OCCHIO E L'INTESTINO

Nell'occhio ci sono due muscoli: lo sfintere che chiude la pupilla e il dilatatore che la apre.

Nella muscolatura dell'intestino c'è il longitudinale e l'anulare.

In caso di forte spavento il muscolo dilatatore va in tensione.

Ciò significa che a questo livello ci deve essere un'innervazione del vago e una del simpatico che si alternano.

Nella peristalsi il vago lavora sul movimento longitudinale, mentre il simpatico sull'anulare. Ecco perché quando si è in simpaticotonia la peristalsi è attiva nella zona del lobo e invece si ferma nella zona prossimale, mentre in soluzione avviene il contrario.

Si dà per scontato che la peristalsi è un'onda che va avanti, in realtà il movimento è legato ad un gioco di sfintere e dilatatore, anulare e longitudinale, che lavorano con innervazioni miste, vago e simpatico.

STRABISMO

Quando c'è un problema di strabismo convergente o divergente, con l'occhio rovesciato da una parte, verso l'interno o l'esterno, fisso o mobile, si ha a che fare con una serie di innervazioni e bisogna chiedersi qual è il nervo coinvolto per la parte che ha il problema.

Se c'è una convergenza, si deve valutare se c'è ipertono di un muscolo o ipotono dell'altro. Difficilmente in fase attiva ci si accorge di qualcosa, normalmente il problema è del muscolo in soluzione.

Se c'è una persona con un occhio storto, quindi un muscolo tira troppo e l'altro niente, si può fare subito la prova con la penna. Se si chiede tensione e il paziente la mantiene e aumenta il suo strabismo significa che è in fase attiva. Se invece tira un po' e poi cede significa che il muscolo è in soluzione.

NERVO FACCIALE (VII)

Il nervo facciale è collegato alle funzioni della parte anteriore della lingua,

- peristalsi muscolare;
- secretoria delle ghiandole salivari e lacrimali.

Il nervo facciale e il trigemino hanno nuclei adiacenti e innervazioni che coinvolgono gli stessi organi, le ghiandole salivari infatti sono innervate per la funzione secretoria sia dal trigemino che dal facciale.

I sintomi e i conflitti pertanto sono molto simili:

- analizzare il chimo;
- non poter espellere o tirare dentro, a seconda se è a sinistra o a destra;
- non poter insalivare a sufficienza.

Cambia la parte interna perché ci sono alcune parti della lingua che sono toccate dal facciale mentre il trigemino non le tocca.

L'**endoderma** è collegato alle quattro funzioni:

- assorbente: poco importante (lato destro);
- secretoria: ghiandole salivari;
- sensoria: papille gustative nei 2/3 anteriori della lingua;
- motoria: muscolatura liscia.

SENSIBILITA'

Endoderma:

- in fase attiva c'è esasperazione della sensibilità. Si percepiscono troppo i gusti o dà molto fastidio (ipersensibilità) un tipo di gusto o c'è correlazione con un ricordo di un gusto preciso;
- in soluzione c'è normalizzazione.

Ectoderma:

- in fase attiva c'è insensibilità (blocco);
- in soluzione c'è ipersensibilità.

CONFLITTI:

- endoderma: non poter analizzare il boccone
- ectoderma: non voler / poter sentire un gusto. Il conflitto è in relazione con l'antico senso dei serpenti che percepiscono l'ambiente attraverso la lingua: vorrei poter sentire e toccare con la lingua ma non posso

MOTRICITA'

Endoderma

La funzione motoria del nervo facciale non è muscolatura volontaria bensì peristalsi che fa avanzare o espellere il boccone

- in fase attiva si esaspera la peristalsi;
- in soluzione si normalizza.

Mesoderma

Correlazione con la muscolatura striata in relazione alla sua struttura

- in fase attiva c'è atrofia muscolare;
- in soluzione c'è gonfiore e dolore.

Ectoderma

In relazione alla muscolatura striata nel senso della motricità, movimento volontario. È sempre associata alla sensibilità e quindi al sensorio.

- in fase attiva c'è spasticità, paresi, blocco funzionale;
- in soluzione c'è paresi flaccida e poi normalizzazione

I CONFLITTI

Endoderma coinvolge la muscolatura della lingua: non poter avanzare (destra) o espellere (sinistra) il boccone

Mesoderma riguarda:

- la muscolatura della lingua: sono incapace di muovere la lingua, non valgo abbastanza
- muscolatura della mimica facciale: sentirsi ridicolizzati (lato destro o sinistro in rapporto al partner / ascendenti – discendenti)
- muscolatura della mimica facciale: sentirsi preso per pagliaccio, percezione di aver perso la faccia

Ectoderma riguarda:

- la muscolatura della lingua: se ho il boccone che rimane a metà e non riesco a prenderlo con la lingua per ingoiarlo o espellerlo farò un conflitto di non poter eliminare quel boccone, volerlo fare o non

poterlo fare, voler togliersi dalla lingua il problema, avere un problema sulla punta della lingua e volerlo eliminare, ma non poterlo fare (può essere anche solo un'affa o un dente cariato oppure qualcosa che non si può dire).

In tutti questi conflitti è sempre coinvolta la volontà.

C'è anche il conflitto in relazione alla separazione: vorrei andare a leccare il tal individuo e non posso (pensate ai cani che leccano in senso affettivo)

- la muscolatura della mimica facciale: qualcosa che vorrei esprimere e non posso fare, sentire di dover fare una faccia che non è la mia (es. faccia da poker, cioè che non esprima nulla dei miei sentimenti)

Sul tronco cerebrale la lateralità è collegata alla peristalsi:

- espellere a sinistra (sinistra del tronco)
- ingoiare a destra (destra del tronco)

Sulla corteccia la lateralità è in relazione al partner – collega o ad ascendenti – discendenti ed è correlata con la parte opposta della corteccia.

Quindi nel nervo facciale abbiamo:

- tronco: sensorio
 motorio
 secretorio
 (assorbente)

- midollo: struttura
- corteccia: sensorio
motorio

Il nervo trigemino e facciale sono molto simili sia come funzione che come innervazioni. Non si sa ancora qual è la differenza nel loro senso biologico.

NERVO FACCIALE		
Nervo facciale destro	Conflitto	Area
<i>parti innervate dal tronco cerebrale:</i>		
funzione sensoria: 2/3 anteriori della lingua	conflitto di non poter analizzare il chimo	localizzate nel tronco cerebrale destro (localizzate nella corteccia cerebrale sinistra, controlaterale)
funzione motoria: la muscolatura peristaltica arcaica della faccia (muscolatura liscia)	conflitto di non poter far entrare, inglobare il chimo nella cavità orale	
funzione secretoria: le ghiandole salivari e lacrimali (insieme col trigemino)	conflitto di non poter insalivare a sufficienza il chimo per poterlo inglobare	
funzione assorbente: i 2/3 della lingua e probabilmente parte della mucosa orale		
<i>parti innervate dalla corteccia controlaterale: cosiddetto "secondo nervo degli archi branchiali"</i>	In studio	In studio

funzione sensoria: le parti di epitelio pavimentoso dei primi 2/3 della lingua		
funzione motoria: la muscolatura striata della mimica del volto		
funzione secretoria: dotti secretori delle ghiandole lacrimali e salivari		
funzione assorbente		
Nervo facciale sinistro	Conflitto	Area
<i>parti innervate dal tronco cerebrale:</i> funzione sensoria: 2/3 anteriori della lingua	conflitto di non poter analizzare il chimo	localizzate nel tronco cerebrale sinistro (localizzate nella corteccia cerebrale destra, controlaterale)
funzione motoria: la muscolatura peristaltica arcaica della faccia (muscolatura liscia)	conflitto di non poter espellere il chimo dall'orlo della cavità orale (viso)	
funzione secretoria: le ghiandole salivari e lacrimali (insieme col trigemino)	conflitto di non poter insalivare a sufficienza il chimo per poterlo espellere	
funzione assorbente: non inerente al lato sinistro		
<i>parti innervate dalla corteccia controlaterale:</i> cosiddetto "secondo nervo degli archi branchiali" funzione sensoria: le parti di epitelio pavimentoso dei primi 2/3 della lingua	In studio	In studio
funzione motoria: la muscolatura striata della		

mimica del volto		
funzione secretoria: dotti secretori delle ghiandole lacrimali e salivari		
funzione assorbente		
Nervo facciale sinistro secondo nervo degli archi branchiali		
muscolatura striata della mimica facciale (sensibilità della metà sinistra della lingua)	conflitto di non sentirsi ridicolizzati, ridotti a smorfia o a pagliaccio, perdere la faccia	localizzate nel midollo cerebrale destro, controlaterale
Nervo facciale destro secondo nervo degli archi branchiali	Conflitto	Area
muscolatura striata della mimica facciale (sensibilità della metà destra della lingua)	conflitto di non sentirsi ridicolizzati, ridotti a smorfia o a pagliaccio, perdere la faccia	localizzate nel midollo cerebrale sinistro, controlaterale
Nervo facciale sinistro secondo nervo degli archi branchiali	Conflitto	Area
funzione sensoria: preposto alla sensibilità dei 2/3 anteriori dell'emiparte destra	conflitto di separazione inerente la lingua	localizzate nella corteccia sensoriale

della lingua e relativa mucosa epiteliale	<p>conflitto di non poter allontanare qualcosa dall'emiparte destra della lingua. Ad es. tua figlia ha avuto una crisi epilettica e si è morsa la lingua</p>	destra, controlaterale
funzione motoria: muscolatura mimica del viso destro	<p>conflitto di perdere la faccia (destra), sentirsi preso per un pagliaccio, schernito. Anche "sembro proprio uno zombie"!</p>	localizzate nella corteccia motoria destra, controlaterale
Nervo facciale destro secondo nervo degli archi branchiali	Conflitto	Area
funzione sensoria: preposto alla sensibilità dei 2/3 anteriori dell'emiparte destra della lingua e relativa mucosa epiteliale	<p>conflitto di separazione inerente la lingua</p> <p>conflitto di non poter allontanare qualcosa dall'emiparte destra della lingua. Ad es. tua figlia ha avuto una crisi epilettica e si è morsa la lingua</p>	localizzate nella corteccia sensoriale sinistra, controlaterale

funzione motoria: muscolatura mimica del viso destro	conflitto di perdere la faccia (destra), sentirsi preso per un pagliaccio, schernito. Anche "sembro proprio uno zombie"!	localizzate nella corteccia motoria sinistra, controlaterale
--	--	---

RAFFREDDORE - LEUCORREA – SINUSITE

Endoderma

Il naso e i seni paranasali, relativamente alla parte endodermica (raffreddore e sinusite), sono toccati dal nervo facciale.

A livello dell'innervazione del tronco c'è stata la rottura embrionale dell'unica apertura che si è differenziata in zona facciale e zona anale. Ciò significa che esiste la stessa innervazione sia per il naso (raffreddore) che per la submucosa della vagina – retto (mucosità, leucorrea).

In fase attiva la mucosa secca e in soluzione gonfia e inizia la produzione di muco.

- quando il muco che cola è di colore bianco o trasparente si tratta della fase di soluzione dell'endoderma (Post conflittuale A) e cioè:

NASO: paura di qualcosa che voglio espellere dal naso (tutta la mucosa epiteliale del naso – faringe è per buttare fuori)

VAGINA: conflitto di separazione dall'organo sessuale maschile

- quando il muco è di colore giallo sono presenti funghi o micobatteri per cui si tratta della fase di soluzione dell'endoderma (Post conflittuale B)

Con la sinusite vengono coinvolti i seni paranasali e possono essere presenti sia la fase Post conflittuale A che Post conflittuale B.

Il conflitto coinvolge l'endoderma e riguarda qualcosa che puzza, per cui non so cosa mi aspetta dietro l'angolo: conflitto di non poter analizzare cosa c'è dietro l'angolo, che se è a destra riguarda qualcosa che devo poter prendere, a sinistra qualcosa che devo evitare.

Ectoderma

Nell'ectoderma (mucosa – epitelio pavimentoso – nasale e vaginale) c'è ulcerazione in fase attiva, poi gonfiore nella fase Post conflittuale A e infine comincia la proliferazione in Post conflittuale B. Tuttavia la proliferazione dei microrganismi richiede un po' di tempo per cui si avrà muco bianco trasparente nella prima fase di Post conflittuale B e muco giallo nella seconda fase di Post conflittuale B.

Se sono presenti contemporaneamente sia la fase ectodermica che quella endodermica si avrà una sintomatologia prima dell'ectoderma e poi nell'endoderma, anche se non è detto che i conflitti si attivino nello stesso momento.

I due conflitti sono molto vicini e spesso vengono attivati contemporaneamente, ma a volte succede di avere prima gonfiore e

poi il naso che cola con solo muco bianco (fase solo ectodermica con il conflitto di voler evitare ciò che puzza).

La sinusite o il raffreddore ectodermici finiranno quando si hanno croste e sanguinamenti.

Se c'è una scarica gialla di muco al mattino e durante la giornata diventa bianco è perché si sta continuando a recidivare (hai ancora il raffreddore, ti preoccupi per quello che hai nel naso). I due conflitti non sono sincroni, l'endoderma funziona su un ritmo e l'ectoderma su un altro. Non credo sia possibile avere soltanto il muco giallo.

INNERVAZIONI E ORGANI

In ogni organo ci sono tutte le innervazioni.

Si potrebbe affermare ad esempio che nelle parotidi non c'è mesoderma perché non hanno muscolatura, ma non è corretto perché qualsiasi organo ha dei vasi sanguigni e del tessuto connettivo, quindi qualsiasi organo ha una innervazione del midollo cerebrale. Allo stesso modo qualsiasi organo ha una sua protezione, una piccola fascia di origine mesodermale cerebellare (cervelletto).

Ci può essere la tubercolosi muscolare perché ogni muscolo possiede delle piccole fasce che sono mesodermiche del cervelletto e in soluzione vengono occupate da micobatteri.

L'intestino, che si è sempre ritenuto solo endoderma, ha anche una sua sensibilità ectodermale, altrimenti non ci potrebbe essere il dolore da colica. Inoltre, anche se la peristalsi non si percepisce, l'intestino possiede un'innervazione mesodermica dei vasi sanguigni o di una parte di muscolatura striata. Possiede quindi sicuramente una parte di muscolatura e motricità e anche una sensibilità ectodermica.

L'attività del vago è sempre presente e ogni tanto si attiva il simpatico. In questo caso si parla di simpaticotonia in base agli effetti, ma in realtà l'attività vagale è sempre presente.

NERVO ACUSTICO – VESTIBOLARE - VESTIBOLOCOCLEARE (VIII)

Per il nervo acustico ci sono tre innervazioni.

I CONFLITTI

Endoderma

È correlato alla mucosa arcaica che assorbe il boccone “informazione uditiva”.

Il conflitto è quello di non riuscire ad avere l’informazione necessaria che permette di evitare il boccone (a sinistra) o di prendere il boccone (a destra).

- in fase attiva c’è ispessimento della mucosa con crescita piatta (assorbimento piuttosto che secrezione);
- in soluzione c’è necrosi caseosa dell’antica mucosa, cioè otite media.

Mesoderma

Il conflitto è di svalutazione per ciò che si è sentito

Ectoderma

Il conflitto è di non poter credere alle proprie orecchie, di non poter/voler sentire una cosa simile.

Le lateralità destra e sinistra sono in relazione al partner o ascendenti / discendenti.

- in fase attiva: tintinnio, fischio più o meno acuto oppure sordità specifica. Questi suoni o la sordità sono effetto della paresi o dell'insensibilità in relazione ad un certo tipo di onde sonore, di rumori, suoni o timbri di voce, cioè quelli che hanno generato il conflitto, ad esempio non si sentirà bene il timbro della suocera o del marito...

- in soluzione: ronzio sordo e spesso nella prima fase caduta brutale della capacità uditiva, che poi riprende lentamente.

Il nervo acustico arriva nella zona della corteccia temporale vicino all'area di conflitto del territorio maschile o femminile (nido).

Spesso il conflitto attivo ectodermico è in correlazione con figlio – partner, ma anche al territorio, al non poter sentire qualcosa in relazione al lavoro, famiglia, casa,...

Un conflitto su queste due aree corticali spesso è associato a tinnito.

Quando c'è costellazione dei due territori si possono attivare tutti e due i nervi acustico vestibolari per cui il soggetto può sentire delle voci. Se si va ad analizzare in genere sono due: una del soggetto che ha generato il conflitto da un lato e l'altra di un altro soggetto che ha provocato il conflitto dell'altro lato. Non è sempre così facile, ma, se si analizzano i timbri di queste voci, si potranno identificare con precisione i conflitti.

La qualità del gusto è una qualità sensoria che:

- nell'ectoderma è legata all'analisi chimica (salato, dolce, acido, amaro...) e indica se un cibo è buono, cattivo, piace, non piace. È una sensibilità viscerale.
- nell'endoderma è in relazione ad una migliore capacità di distinguere le sfumature, il tipo di gusto. È una sensibilità epicritica.

Sia il tronco che la corteccia sono in grado di ricordare e di avere memoria: l'ectoderma ricorderà la composizione del chimo e l'endoderma ricorderà un tipo di profumo.

Tutti e due hanno la loro memoria. Ogni cellula possiede la memoria della prima cellula aploide. La memoria è il fattore di crescita, se non ci fosse la natura dovrebbe ricominciare ogni volta.

DALTONISMO

Il daltonismo ha un legame con il conflitto sul nervo acustico.

Nell'occhio esistono dei coni in grado di percepire meglio i colori. Può esserci stata una conflittualità che ha fatto cicatrizzare i coni del rosso, giallo o blu, in relazione alla corteccia, perché qui prima c'è blocco funzionale e poi cicatrizzazione gliale.

Un piccolo fazzoletto rosso in un prato di decine di metri quadrati può essere visto benissimo, oppure appena percepito o non essere visto affatto. Per distinguere il colore ci deve essere una certa quantità di informazione, ma questa quantità è soggettiva. Ciò significa che una certa quantità o percentuale di un determinato

colore non la si vuol vedere e quindi in relazione a quel colore c'è stato un conflitto.

Quando si vedono puntini luminosi o scotomi significa che c'è un conflitto attivo o una crisi epiletticoide della paura della nuca.

EQUILIBRIO

Il nervo vestibolare è diviso in due rami: cocleare e vestibolare.

In rapporto all'equilibrio il conflitto sembra che riguardi una situazione di indecisione, con l'individuo che non sa cosa scegliere.

La mancanza di equilibrio è correlata a:

- endoderma: non avere equilibrio nel senso di non stare in piedi. La scelta è sul boccone, cioè la sopravvivenza; c'è un'indecisione sul boccone da prendere, a destra, mentre sul boccone da evitare essa è a sinistra;
- mesoderma: indecisione nel muoversi tra una direzione e l'altra;
- ectoderma: indecisione nello scegliere tra un'idea e un'altra.

La valutazione del conflitto e del problema del paziente non è immediata, ci vuole esperienza.

Il voler andare a tutti i costi sul problema è infruttuoso.

Il paziente ha il problema da anni e ce ne sta parlando da anni, andare semplicemente a definirglielo non cambia la situazione. Si deve far credere al paziente tutta un'altra cosa, ma si deve

conoscere molto bene il conflitto e le conseguenze di una sua eventuale soluzione.

Un individuo ha conflitti che coinvolgono il nervo abducente e i tubuli collettori. Quando entrambi i tubuli sono attivi, la persona va in costernazione.

Questo individuo aveva un conflitto su un lato dei tubuli, periodicamente gonfiava e entrava in soluzione. Poi si è attivato anche l'altro e il soggetto voleva buttarsi dal balcone.

Nel conflitto del profugo (tubuli collettori renali) c'è la tendenza a gonfiare, perché si trattengono i liquidi ma non troppo perché, se un rene è bloccato, l'altro funziona ancora.

Se si bloccano entrambi i reni, il soggetto inizierà a gonfiare e a trattenere i liquidi. Gonfierà dappertutto ma soprattutto nella zona del corpo in relazione con il conflitto (ascite, pleurite, gambe, osso, etc.).

Quando il conflitto si risolve, comincia a sgonfiare perché un rene riprende la sua attività. La creatinina è ancora alta ma non preoccupante. Quindi arriva la crisi epilettoidale. È un momento in cui la sintomatologia è molto esasperata e concentrata. L'infarto è molto più violento della fase attiva del conflitto di territorio.

La costellazione in senso stretto c'è soprattutto nella corteccia. Non c'è né nel tronco né nel midollo, anche se, quando si attivano entrambi gli emisferi, si ha megalomania. **Si precisa che ci sarà non nella corteccia motoria o sensoria, bensì solo in quella ormonale.**

COSA?

NERVO ACUSTICO O VESTIBOLOCOCLEARE		
Nervo acustico o vestibolococleare destro	Conflitto	Area
<p><i>parti innervate dal tronco cerebrale:</i></p> <p>nervo acustico o nervo dell'equilibrio (vestibolococleare) del tronco cerebrale.</p> <p>Che il nucleo del nervo acustico, che si trova nella zona di transizione tra il tronco cerebrale laterale sinistro e il cervelletto, sia preposto a ricevere le informazioni del boccone uditivo (mucosa dell'orecchio medio) mi sembra accertato; ancora non si sa con sicurezza quali porzioni dell'organo dell'equilibrio (chiocciola, labirinto e orecchio</p>	<p>funzione sensoria e assorbente:</p> <p>a) conflitto di non poter avvertire a sufficienza boccone uditivo(informazione) nell'orecchio medio. Orecchio destro. Non avere abbastanza informazioni per riuscire a prendere il boccone</p> <p>b) conflitto di perdere l'equilibrio (non sappiamo ancora se questo conflitto esiste nella natura come programma CODICE BIOLOGICO)</p>	<p>localizzate nel tronco cerebrale destro, nell'area di transizioni tra tronco cerebrale laterale destro e cervelletto</p> <p>in correlazione alla localizzazione nel passaggio dal tronco cerebrale al cervelletto vediamo anche la formazione istologica della mucosa dell'orecchio medio, per metà</p>
	funzione motoria	

<p>interno) debbano essere attribuite alla parte di nervo vestibolococleare diretta dal tronco cerebrale</p>	<p>funzione secretoria: non sappiamo per ora se nel conflitto dell'orecchio medio il non poter bagnare con la saliva un boccone uditivo (a destra non poterlo assorbire, a sinistra non poterlo rifiutare), abbia a che fare con la qualità secretoria</p>	<p>tessuto di epitelio cilindrico controllato dal tronco cerebrale e per metà tessuto adenoideo come nel mesotelioma controllato dal cervelletto</p>
<p>Nervo acustico o vestibolococleare sinistro</p>	<p>Conflitto</p>	<p>Area</p>
<p><i>parti innervate dal tronco cerebrale:</i></p> <p>nervo acustico o nervo dell'equilibrio (vestibolococleare) del tronco cerebrale. Che il nucleo del nervo acustico, che si trova nella zona di transizione tra il tronco cerebrale laterale sinistro e il cervelletto, sia preposto a ricevere le informazioni del boccone uditivo (mucosa dell'orecchio medio) mi sembra accertato; ancora non si sa con sicurezza quali porzioni dell'organo dell'equilibrio (chiocciola, labirinto e orecchio</p>	<p>funzione sensoria e assorbente: a) conflitto di non poter avvertire a sufficienza il boccone uditivo (informazione) nell'orecchio medio. Orecchio sinistro. Non avere abbastanza informazioni per evitare qualcosa b) conflitto di perdere l'equilibrio (non sappiamo ancora se questo conflitto esiste nella natura come programma CODICE BIOLOGICO)</p>	<p>localizzate nel tronco cerebrale sinistro nell'area di transizione tra tronco cerebrale laterale sinistro e cervelletto.</p> <p>in correlazione alla localizzazione nel passaggio dal tronco cerebrale al cervelletto vediamo anche la formazione istologica della mucosa dell'orecchio medio, per metà tessuto di epitelio cilindrico</p>

interno) debbano essere attribuite alla parte di nervo vestibolococleare diretta dal tronco cerebrale	funzione motoria	controllato dal tronco cerebrale e per metà tessuto adenoideo come nel mesotelioma controllato dal cervelletto
	funzione secretoria: non sappiamo per ora se nel conflitto dell'orecchio medio il non poter bagnare con la saliva un boccone uditivo (a destra non poterlo assorbire, a sinistra non poterlo rifiutare), abbia a che fare con la qualità secretoria	
Nervo vestibolococleare sinistro	Conflitto	Area
organo dell'equilibrio sinistro (chiocciola)	In studio	In studio
orecchio interno sinistro	conflitto dell'udito (orecchio destro): non posso credere alle mie orecchie, non può essere vero!	localizzate nella corteccia cerebrale, alla base del cranio temporale destro
<i>parti innervate dalla corteccia controlaterale:</i> il centro uditivo effettivamente controllato dalla corteccia cerebrale	In studio	In studio

il relè che si trova nella corteccia cerebrale temporale della fossa cranica mediana dell'emisfero cerebrale controlaterale appartiene, in senso lato, al comprensorio del territorio legato alle persone: partner o madre/bambino		
Nervo vestibolococleare destro		
organo dell'equilibrio destro (chiocciola)	In studio	In studio
orecchio interno destro	conflitto dell'udito (orecchio destro): non posso credere alle mie orecchie, non può essere vero!	localizzate nella corteccia cerebrale, alla base del cranio temporale sinistro
<i>parti innervate dalla corteccia controlaterale:</i> il centro uditivo effettivamente controllato dalla corteccia cerebrale	In studio	In studio

il relè che si trova nella corteccia cerebrale temporale della fossa cranica mediana dell'emisfero cerebrale controlaterale appartiene, in senso lato, al comprensorio del territorio legato alle persone: partner o madre/bambino		
--	--	--

RIEPILOGO DELLE STRUTTURE

La zona acustica della corteccia è situata nella zona temporo-laterale inferiore, sotto la zona perinsulare, poco sopra l'orecchio, ed è controlaterale.

La zona acustica primitiva è nel tronco, nella zona marginale sotto le orecchie ed è omolaterale.

Ciò significa che il nervo acustico o vestibolococleare è il prodotto di più innervazioni endodermiche primitive ed ectodermiche.

Tronco cerebrale – endoderma

Il nervo si trova ai margini del tronco cerebrale ed innerva:

- l'orecchio medio
- la chiocciola
- il labirinto

Le parti innervate dal tronco (nervo acustico, nervo dell'equilibrio e del tronco) rispondono al conflitto di non ricevere il boccone auditivo.

A sinistra per evitare qualcosa che non va e a destra per avere qualcosa.

- In conflitto attivo si diventa nevrastenici e ipersensibili a qualsiasi rumore;
- In soluzione si ha una riduzione generale dell'udito.

Corteccia cerebrale – ectoderma

Innerva:

- la sensibilità del timpano;
- il connettivo (chiocciola e labirinto);
- in proporzioni che variano da persona a persona;

Ci sono diversi modi per capire se è un conflitto che coinvolge l'ectoderma o l'endoderma.

Se un individuo sente le voci o ha un fischio è ectoderma della corteccia. Se invece con una doccia fredda e calda sviene o perde l'equilibrio è coinvolto l'endoderma del tronco.

Se ho qualcuno che disturba o dà fastidio e non lo voglio più sentire è coinvolta la corteccia. Quando c'è una costellazione si hanno le allucinazioni uditive. Il conflitto coinvolge l'ectoderma e, come per l'olfatto, impedisce di udire un determinato range di frequenze, come ad esempio quelle corrispondenti alla voce del partner.

In conflitto attivo c'è una riduzione della sensibilità di quel range di frequenze.

In soluzione si avrà un'eccessiva sensibilità dell'udito per quelle frequenze. Quindi ci sarà ipersensibilità che, se continuano le recidive, può provocare una cicatrizzazione gliale del nucleo auditivo fino a quando funzionerà meno bene, con conseguente riduzione di tutte le frequenze (che peggiora di colpo in soluzione e poi si normalizza, ma si sente di meno).

Quando si avverte la musica come una cacofonia fastidiosa è una costellazione della corteccia, ossia una allucinazione uditiva legata al non voler sentire da tutte due le parti.

NERVO GLOSSOFARINGEO (IX)

Il nervo glossofaringeo innerva la parte interna, nel primo terzo interno della lingua (nel facciale invece sono i 2/3 anteriori).

I CONFLITTI

Endoderma sono collegati a:

- capacità di identificare il boccone (sensorio);
- capacità di spingere verso l'alto il boccone (motorio sinistro), non lingua ma palato;
- capacità di tirare giù il boccone (motorio destro), deglutire, mandarlo giù;
- capacità di rendere il boccone scivoloso (secretorio), collegato alle tonsille palatine che sono a loro volta innervate anche da un altro nervo cranico;
- capacità di assorbire il cibo (assorbente).

Con conflitto e recidiva nel tronco cerebrale si ha gonfiore e sangue alternati nella gola perché non accetta di avere il boccone. Ogni volta che continua a pensarci recidiva.

Ectoderma – mesoderma sono collegati a:

- qualcosa che mi è cresciuto in gola e dà fastidio alla lingua e devo buttarlo fuori o eliminare.

Il sintomo in questo caso sarà dato dal raschiamento alla gola, dalla sensazione di prurito in gola.

Quando esiste qualche sintomo a livello della gola ci sono grossi problemi emotivi: si mangia e non va giù il boccone oppure sentirsi strozzati o sentirsi soffocare. Un boccone che non riesce a tirare giù e che rimane lì.

Nella laringe:

- endoderma:

in fase attiva c'è iperperistalsi con scarsa produzione di muco;

in soluzione compare una mucosità densa, collosa, che dà fastidio e non riesce ad essere espulsa.

- ectoderma:

in fase attiva c'è ulcerazione della mucosa epiteliale;

in soluzione c'è riparazione ma associata a gonfiore che dà fastidio e crea ansia e paura di soffocare (per cui è facile la recidiva e il nuovo sanguinamento).

Qualunque problema della gola è difficile da togliere. Si deve incentivare il paziente a vivere e ad andare avanti, a dimenticare i suoi problemi.

Si tratta di situazioni non molto gravi dal punto di vista fisico, ma difficili da superare emotivamente.

Nella medicina classica si dice che i tumori oro-faringei non siano tumori altamente maligni: non si muore di questi tumori, ma la qualità della vita del paziente è molto bassa.

NERVO GLOSSOFARINGEO		
Nervo glossofaringeo destro	Conflitto	Area
nervo della lingua e della cavità orale, anche nervo glossopalatino. Innerva sensorialmente le pupille gustative e sensoriali del palato posteriore e del terzo posteriore della lingua, motorialmente la muscolatura liscia del palato molle (stafilofaringeo) e del processo stiloideo		
<i>parti innervate dal tronco cerebrale:</i>		
funzione sensoria: capacità di identificare il boccone nutrimento	conflitto di non poter identificare il boccone nutrimento	localizzate nel tronco cerebrale destro (localizzate nella corteccia cerebrale sinistra, contro laterale)
funzione motoria: capacità di far avanzare, inglobare, tramite la peristalsi della muscolatura liscia del palato, preposta al movimento di far entrare, inglobare	conflitto di non poter far avanzare, grazie al movimento peristaltico della muscolatura liscia masticatoria destra, il boccone nutrimento verso l'interno	
funzione secretoria: capacità di rendere il nutrimento più scivoloso	conflitto di non poter rendere il chimo	

	sufficientemente scivoloso grazie alla saliva	
funzione assorbente: facoltà di assorbire il nutrimento	conflitto di non poter assorbire il boccone nutrimento o una parte di esso	
<i>parti innervate dalla corteccia controlaterale:</i> terzo nervo degli archi branchiali	In studio	In studio
Nervo glossofaringeo sinistro nervo della lingua e della cavità orale, anche nervo glossopalatino. Innerva sensorialmente le pupille gustative e sensoriali del palato posteriore e del terzo posteriore della lingua, motorialmente la muscolatura liscia del palato molle (stafilofaringeo) e del processo stiloideo	Conflitto	Area
<i>parti innervate dal tronco cerebrale:</i> funzione sensoria: capacità di identificare il boccone - chimo (feci)	conflitto di non poter identificare il boccone chimo (feci)	localizzate nel tronco cerebrale
funzione motoria: capacità di spingere in su il chimo tramite la peristalsi della muscolatura liscia del palato, preposta al movimento espellente, su cui si basa il riflesso del vomito che, in caso di necessità, viene immediatamente attivato	conflitto di non poter espellere grazie al movimento peristaltico della muscolatura liscia masticatoria sinistra, il boccone chimo (feci)	sinistro (localizzate nella corteccia cerebrale destra, contro laterale)

funzione secretoria: capacità di rendere il chimo più scivoloso	conflitto di non poter rendere il boccone sufficientemente scivoloso con la saliva	
funzione assorbente: non inerente al lato sinistro		
<i>parti innervate dalla corteccia controlaterale:</i> terzo nervo degli archi branchiali	in studio	In studio
Nervo glossofaringeo sinistro: muscolatura striata del palato molle e della faringe, muscolo stilofaringeo (lato sinistro), anche nervo glossopalatino o terzo nervo degli archi branchiali (sensibilità del palato posteriore e gusto del terzo posteriore della lingua)	conflitto che non ha a che fare con la muscolatura del palato (es. non poter o voler succhiare)	localizzate nel midollo cerebrale destro, contro laterale
Nervo glossofaringeo destro:	conflitto che non	localizzate

<p>muscolatura striata del palato molle e della faringe, muscolo stilofaringeo (lato destro), anche nervo glossopalatino o terzo nervo degli archi branchiali (sensibilità del palato posteriore e gusto del terzo posteriore della lingua)</p>	<p>ha a che fare con la muscolatura del palato (es. non poter o voler succhiare)</p>	<p>nel midollo cerebrale sinistro, contro laterale</p>
<p>Nervo glossofaringeo sinistro: muscolatura striata del palato molle e della faringe, muscolo stilofaringeo (lato sinistro), anche nervo glossopalatino o terzo nervo degli archi branchiali</p>		
<p>funzione sensoria</p>	<p>conflitto di non poter togliere qualcosa dal palato (emiparte destra)</p>	<p>localizzate nella corteccia sensoriale destra, contro laterale</p>
<p>sensibilità del palato posteriore</p>		
<p>gusto del terzo posteriore della lingua</p>		
<p>funzione motoria preposto i muscoli del palato molle e della faringe (emiparte sinistra)</p>	<p>conflitto dello strozzarsi, riflesso del vomito</p>	<p>localizzate nella corteccia motoria destra, contro laterale</p>
<p>Nervo glossofaringeo destro: muscolatura striata del palato molle e della faringe, muscolo stilofaringeo (lato destro), anche nervo glossopalatino o terzo nervo degli archi branchiali</p>		
<p>funzione sensoria</p>	<p>conflitto di non</p>	<p>localizzate</p>

sensibilità del palato posteriore	poter togliere qualcosa dal palato (emiparte destra)	nella corteccia sensoriale sinistra, contro laterale
gusto del terzo posteriore della lingua		
funzione motoria preposto i muscoli del palato molle e della faringe (emiparte destra)	conflitto dello strozzarsi, riflesso del vomito	localizzate nella corteccia motoria sinistra, contro laterale

NERVO VAGO (X)

Il nervo vago è collegato a tutti gli organi viscerali.

Ha la sua origine nel tronco cerebrale con due grandi rami:

- grande nervo enterico;
- ramo laringeo – cardiaco.

La parte destra serve a tirare dentro e coinvolge esofago, stomaco, pancreas, fegato, intestino tenue e polmoni.

La parte sinistra serve per far uscire e riguarda intestino crasso, sigma, retto e polmoni.

Come tutta l'innervazione endodermica è in relazione con le quattro proprietà: secretoria, sensoria, assorbente e motoria, con tutte le manifestazioni tumorali corrispondenti. Avremo la prevalenza di una funzione sulle altre a seconda degli organi presi in esame.

- funzione sensoria (inerente al tipo di boccone): alveoli polmonari, fegato, pancreas, intestino tenue, prima parte del digiuno;
- funzione secretoria: tutti gli organi enterici;
- funzione assorbente: esofago, stomaco, pancreas, fegato, intestino tenue (sul lato destro);
- funzione motoria: plesso laringeo, zona intestino crasso e zona perianale (retto e vagina), plesso cardiaco.

La parte mesodermica e ectodermica è correlata alla laringe, alle corde vocali e alla muscolatura del retto.

Il cuore è un muscolo particolare, sia liscio che striato ed è innervato dal tronco, dal midollo e dalla corteccia.

- il muscolo è endoderma ed è innervato dal tronco (funzione motoria e sensoria);
- la struttura del muscolo è mesodermica;
- l'endotelio (endocardio) è innervato dal midollo;
- l'intima delle coronarie è innervata dalla corteccia sensoria (epitelio sensibile);
- per quanto riguarda l'impulso nervoso c'è una parte peristaltica automatica correlata al tronco e una parte legata all'aspetto emotivo correlata alla corteccia motoria (il cuore batte più in fretta se si è innamorati).

Il nervo vago ha:

- innervazione legata all'endoderma: segue il tessuto. Il ramo destro e sinistro sono collegati alla fase precedente la lacerazione embrionale;
- innervazione dell'ectoderma – mesoderma: la parte collegata alla zona anale ed espulsiva passa attraverso il midollo spinale. Quando c'è stato lo strappo embrionale, l'innervazione si è ricostruita e ha trovato una nuova strada attraverso la colonna vertebrale.

Così una iniezione epidurale lungo la spina dorsale toglie la sensibilità e il dolore corticale nella zona perianale ma l'azione peristaltica della muscolatura liscia continua normalmente (es. durante il parto). Nel parto cesareo con l'ausilio dell'iniezione epidurale si elimina il sensorio della corteccia, ma non la sensibilità del tronco e la paziente non sente male quando viene tagliato l'utero.

Nelle coliche intestinali (endoderma) si devono somministrare sostanze differenti da quelle che sono in grado di ridurre il dolore nevralgico (ectoderma).

L'endoderma è poco innervato e non ha la sensibilità del dolore, tipica dell'ectoderma, ma solo quella chimica e biochimica.

Quando si parla di sensibilità bisogna distinguere tra:

- endoderma: di tipo chimico e biochimico, in relazione al boccone. Se c'è un boccone che non passa non c'è dolore, comincia a far male se coinvolge l'ectoderma;
- ectoderma: sensibilità dolorifica e tattile.

Nell'intestino esiste anche una parte di muscolatura striata.

Il mal di pancia è legato ad una parte ectodermica o mesodermica e non endodermica. Infatti il dolore è provocato dalla parte di vasi sanguigni e linfatici e dai muscoli striati mesodermici e ectodermici e non dagli intestini.

Quando si fa il cesareo, una donna sente toccare, ma non è sensibile al tatto in quanto tale, bensì alla rotazione.

Nel tronco e nel cervelletto esiste una sensibilità alla torsione e alla flessione. Nel peritoneo si sentono spostare i visceri.

Nel nostro corpo esiste:

- una sensibilità viscerale che non è in comunicazione con l'ambiente esterno, per cui manca della percezione.

Se si tirano fuori gli intestini, li si punge o li si brucia, non si sente nulla, ma se li si schiaccia o torce c'è una percezione. La stessa cosa succede se si utilizza un acido o una base sul tessuto endodermico.

- una sensibilità epicritica, legata alla comunicazione, dà quindi una percezione estremamente precisa.

L'endoderma non deve comunicare con l'ambiente esterno ma deve entrare in relazione con l'ambiente interno per ciò che riguarda il suo funzionamento. Gli organi adibiti a comunicare con l'ambiente esterno hanno bisogno di una sensibilità altamente epicritica con una grande capacità di distinzione del segnale.

Ci sono parti del mesoderma, come l'osso, in cui non si ha dolore mentre ad esempio il periostio è molto sensibile.

Il dente fa male solo se si tocca la polpa altrimenti non dà alcuna sensazione, nemmeno di dolore.

L'appendice quando è infiammata è dolorosa solo se coinvolge il peritoneo (peritonite).

CONFLITTI E DISFUNZIONI DEL CUORE

ARITMIE E PROLASSI

Un soggetto destrimane che fa un conflitto sessuale di territorio può avere un'aritmia ma anche una ipertrofia cardiaca. Questo perché fa sempre un'ulcera.

Lo stesso vale per i prolassi delle valvole cardiache. Un prolasso della mitralica indica una svalutazione nei confronti del mio cuore ripetuto più volte.

STENOSI

La stenosi dei vasi o delle valvole è un processo di fibrosi o ispessimento, provocato da recidive.

Se c'è un conflitto attivo poi soluzione e poi nuovamente conflitto attivo e così via, non si riesce mai a guarire e si avrà un prolasso.

Se si fa un piccolo conflitto con una grande soluzione e poi ancora un piccolo conflitto e grande soluzione e così via, si avrà una fibrosi.

L'ispessimento endodermico è legato alla funzione assorbente.

ENDOCARDITE

L'endocardio e il muscolo cardiaco derivano dal mesoderma del mesencefalo. L'endocardio riveste le cavità cardiache, atri, ventricoli e valvole. È probabile che nell'endocardio sia presente ancora una parte di endoderma con lo stesso principio per cui nel muscolo striato c'è ancora una parte di muscolo liscio.

Secondo Hamer sia l'endocardio che la muscolatura cardiaca rientrano negli organi di eccezione assieme al parenchima renale, alla muscolatura liscia intestinale e alla muscolatura liscia uterina. Questo viene confermato dalla medicina cinese che mette insieme il cuore e l'intestino tenue.

L'endocardite è uno stato infiammatorio ed è correlato al muscolo. È però in grado di intaccare l'apparato valvolare che si modifica e i distretti valvolari si uniscono insieme per cicatrizzazione.

Essa è provocata da una soluzione del conflitto di svalutazione a livello del cuore.

FIBRILLAZIONE

La fibrillazione è una fase di costellazione perché il nodo atrio ventricolare viene gestito da un emisfero (sinistro) e il nodo atrio ventricolare viene gestito dall'altro (destro).

Pertanto in fibrillazione tutti e due gli emisferi sono coinvolti.

CORONARIE

Le due coronarie del ventricolo sinistro sono gestite dal cervello destro e la coronaria del ventricolo destro è gestita da quello sinistro.

NERVO VAGO		
Nervo vago destro	Conflitto	Area
<p><i>parti innervate dal tronco cerebrale:</i></p> <p>il grande nervo enterico (splenico) che innerva vagotonicamente praticamente tutto il tratto gastrointestinale per le quattro funzioni: sensorie motorie secretorie e assorbenti. Le funzioni vegetative sono inibite dall'innervazione del sistema nervoso simpatico: simpaticotonia</p>		

<p>funzione sensoria: qui è in causa la parte destra, assorbente, inglobante il boccone nutrimento (il nervo vago innerva sensorialmente tutto intestino, compresi gli organi annessi all'intestino: alveoli polmonari, fegato, pancreas)</p>	<p>tutti i conflitti sensoriali del non poter analizzare il cibo, in un punto qualunque dell'intero tratto gastrointestinale, li troviamo in corrispondenza del nervo vago o di una delle sue numerose ramificazioni. L'esatta analisi del conflitto andrà ancora studiata in futuro</p>	<p>localizzate nel tronco cerebrale destro</p>
<p>funzione motoria: tutta la peristalsi del tratto gastrointestinale (qui della metà destra assorbente) viene innervata dal nervo vago</p>	<p>nel caso di un conflitto di non poter far avanzare un boccone, o non abbastanza velocemente, dobbiamo cercare il conflitto lungo il nervo vago o in una delle sue ramificazioni</p>	
<p>funzione secretoria: tutti gli adenocarcinomi del lato destro del tratto gastrointestinale assorbente (della cavità orale dell'intestino tenue)</p>	<p>conflitto di non poter digerire, ridurre e quindi inglobare dei bocconi troppo grossi, per insufficiente succo gastrico</p>	

<p>funzione assorbente: l'assorbimento nel tratto gastrointestinale (qui della metà destra, assorbente, dalla cavità orale all'intestino tenue) viene diretto dal nervo vago</p>	<p>conflitto di non poter assorbire, in un ambito locale, il boccone acqua, cibo o aria.</p> <p>alcuni conflitti ci sono già noti. Ad es. il conflitto di paura della morte: in effetti un conflitto di non poter assorbire il boccone aria. È interessante notare che anche questa qualità, nella fase Ca, può produrre tumori.</p>	
<p>Nervo vago sinistro</p>	<p>Conflitto</p>	<p>Area</p>
<p><i>parti innervate dal tronco cerebrale:</i> il grande nervo enterico (splacnico) che innerva vagotonicamente praticamente tutti il tratto gastrointestinale per le quattro funzioni: sensorie, motorie, secretorie e assorbenti. Le funzioni vegetative sono inibite dall'innervazione del sistema nervoso simpatico: simpaticotonia</p>		

<p>funzione sensoria: qui è in causa la parte sinistra, espellente il boccone chimo (feci) (il nervo vago innerva sensorialmente tutto intestino, compresi gli organi annessi all'intestino: alveoli polmonari, fegato, pancreas)</p>	<p>tutti i conflitti sensoriali del non poter analizzare il cibo, in un punto qualunque del tratto gastrointestinale, li troviamo in corrispondenza del nervo vago o di una delle sue numerose ramificazioni. L'esatta analisi del conflitto andrà ancora studiata in futuro</p>	
<p>funzione motoria: tutta la peristalsi del tratto gastrointestinale (qui della metà sinistra espellente) viene innervata dal nervo vago</p>	<p>nel caso di un conflitto di non poter far avanzare un boccone, o non abbastanza velocemente, dobbiamo cercare il conflitto lungo il nervo vago o in una delle sue ramificazioni</p>	<p>localizzate nel tronco cerebrale sinistro</p>
<p>funzione secretoria: tutti gli adenocarcinomi del lato sinistro del tratto gastrointestinale espellente (dall'intestino all'ano)</p>	<p>conflitto di non poter digerire, ridurre e quindi espellere dei bocconi troppo grossi, per insufficiente succo gastrico</p>	

<p>funzione assorbente: l'assorbimento nel tratto gastrointestinale (qui della metà sinistra, espellente, dall'intestino tenue fino all'ano) viene diretto dal nervo vago</p>	<p>conflitto di non poter assorbire, in un ambito locale, il boccone acqua, cibo o aria.</p> <p>alcuni conflitti ci sono già noti. Ad es. il conflitto di paura della morte: in effetti un conflitto di non poter assorbire il boccone aria. È interessante notare che anche questa qualità, nella fase Ca, può produrre tumori.</p>	
<p>Nervo vago sinistro quarto, quinto (involuti) e sesto nervo degli archi branchiali</p>	<p>Conflitto</p>	<p>Area</p>
<p>muscolatura striata della laringe, nervo laringeo ricorrente (ulcera della mucosa della laringe)</p>	<p>conflitto di spavento improvviso, donne mancine; conflitto di paura del territorio, uomini destrimani</p>	<p>Localizzate nel midollo cerebrale frontoparietal e destro (in vicinanza del centro del linguaggio)</p>

<p>muscolatura cardiaca (ramo cardiaco del nervo vago) per la parte striata del muscolo cardiaco sinistro (ulcera delle vene coronarie)</p>	<p>conflitto di territorio, uomini destrimani; conflitto sessuale, donne mancine</p>	<p>Localizzate nel midollo cerebrale destro (nelle vicinanze dell'insula)</p>
<p><i>parti innervate dalla corteccia controlaterale:</i> porta con sé fibre nervose molto importanti provenienti dall'emisfero corticale opposto. Ecco perché viene pure chiamato quarto nervo degli archi branchiali, quinto nervo degli archi branchiali (regredito) e sesto nervo degli archi branchiali ad es. il nervo vago con il suo ramo laringeo ricorrente innerva motorialmente e sensorialmente la laringe, il sistema di conduzione dell'eccitazione cardiaca coronaria, l'esofago, ecc.</p>	<p>in studio</p>	<p>In studio</p>
<p>Nervo vago destro quarto, quinto (involuti) e sesto nervo degli archi branchiali:</p>	<p>Conflitto</p>	<p>Area</p>

<p>muscolatura striata della laringe, nervo laringeo ricorrente (ulcera della mucosa della laringe)</p>	<p>conflitto di spavento improvviso, donne destrimane; conflitto di paura del territorio, uomini mancini</p>	<p>localizzate nel midollo cerebrale frontoparietal e sinistro (in vicinanza del centro del linguaggio)</p>
<p>muscolatura cardiaca (ramo cardiaco del nervo vago) per la parte striata del muscolo cardiaco destro (ulcera delle vene coronarie)</p>	<p>conflitto di territorio, uomini mancini; conflitto sessuale, donne destrimani</p>	<p>localizzate nel midollo cerebrale sinistro (nelle vicinanze dell'insula)</p>
<p><i>parti innervate dalla corteccia controlaterale:</i></p> <p>porta con sé fibre nervose molto importanti provenienti dall'emisfero corticale opposto.</p> <p>Ecco perché viene pure chiamato quarto nervo degli archi branchiali, quinto nervo degli archi branchiali (regredito) e sesto nervo degli archi branchiali</p> <p>ad es. il nervo vago con il suo ramo laringeo ricorrente innerva motorialmente e sensorialmente la laringe, il sistema di conduzione dell'eccitazione cardiaca coronaria, l'esofago, ecc.</p>	<p>In studio</p>	<p>In studio</p>
<p>Nervo vago sinistro</p>	<p>Conflitto</p>	<p>Area</p>

quarto, quinto (involuto) e sesto nervo degli archi branchiali		
laringe, nervo laringeo ricorrente sensorialmente: ulcera della mucosa epiteliale della laringe	paura spavento improvviso (uomini mancini: conflitto di territorio minacciato)	localizzate nella corteccia sensoria frontale temporale destra
motorialmente: innervazione muscolare della laringe e delle corde vocali		localizzate nella corteccia motoria frontale temporale destra
cuore destro, per le donne anche collo dell'utero, mucosa epiteliale del collo dell'utero, della mucosa vaginale e della vulva sensorialmente: ramo cardiaco del nervo vago, ulcera delle vene coronariche e nelle donne ulcera della mucosa dell'orifizio e collo dell'utero e della mucosa vaginale epiteliale	conflitto di frustrazione sessuale (uomini mancini: conflitto di territorio)	localizzate nella corteccia cerebrale perinsulare destra
motorialmente: la parte striata del muscolo cardiaco destro, del collo dell'utero, della muscolatura vaginale e del muscolo sfintere		localizzate medialmente nell'area perinsulare destra, nel midollo

		cerebrale
<p>muscosa epiteliale della trachea (2/3 superiore)</p>	<p>paura spavento improvviso (uomini mancini: conflitto di territorio minacciato); sentimento di mancare d'aria</p>	<p>Localizzate nella corteccia sensoria frontale destra</p>
<p>mucosa epiteliale dell'esofago</p> <p>sensorialmente</p>	<p>contenuto del conflitto: sensazione di non poter vomitare qualcosa, derivante dal programma arcaico del tronco cerebrale sinistro per la cavità orale (espellere il boccone)</p>	<p>Localizzate nella corteccia sensoria frontale destra</p>
<p>motorialmente: atto volontario della deglutizione parte di muscolatura striata dell'esofago, parte di muscolatura liscia</p>		<p>Localizzate nella corteccia motoria frontale destra</p>
<p>diaframma, nervo frenico</p> <p>sensorialmente</p>	<p>conflitto sconosciuto</p>	

<p>motorialmente: parte di muscolatura striata volontaria del diaframma</p>		<p>localizzate nella corteccia motoria frontale sinistra</p>
<p>Nervo vago destro quarto, quinto (involuto) e sesto nervo degli archi branchiali:</p>		
<p>faringe, nervo faringeo ricorrente</p> <p>sensorialmente: ulcera della mucosa epiteliale della laringe</p>	<p>paura spavento improvviso (uomini mancini: conflitto di territorio minacciato)</p>	<p>localizzate nella corteccia sensoria frontale temporale sinistra</p>
<p>motorialmente: innervazione muscolare della laringe e delle corde vocali</p>		<p>localizzate nella corteccia motoria frontale temporale sinistra</p>
<p>cuore destro, per le donne anche collo dell'utero, mucosa epiteliale del collo dell'utero, della mucosa vaginale e della vulva</p>	<p>conflitto di frustrazione sessuale (uomini mancini: conflitto di territorio)</p>	

sensorialmente: ramo cardiaco del nervo vago, ulcera delle vene coronariche e nelle donne ulcera della mucosa dell'orifizio e collo dell'utero e della mucosa vaginale epiteliale		localizzate nella corteccia cerebrale perinsulare sinistra
motorialmente: la parte striata del muscolo cardiaco destro, del collo dell'utero, della muscolatura vaginale e del muscolo sfintere		localizzate medialmente nell'area perinsulare sinistra, nel midollo cerebrale
mucosa epiteliale della trachea (2/3 superiore)	paura spavento improvviso (uomini mancini: conflitto di territorio minacciato); sentimento di mancare d'aria	localizzate nella corteccia sensoria frontale sinistra
mucosa epiteliale dell'esofago		localizzate nella corteccia sensoria frontale sinistra
sensorialmente	contenuto del conflitto: sensazione di non poter vomitare qualcosa, derivante dal programma arcaico del tronco cerebrale sinistro per la cavità orale (espellere il boccone)	localizzate nella corteccia motoria frontale sinistra
motorialmente: atto volontario della deglutizione parte di muscolatura striata dell'esofago, parte di muscolatura liscia		
diaframma, nervo frenico	conflitto sconosciuto	In studio

sensorialmente		
motorialmente: parte di muscolatura striata volontaria del diaframma	In studio	localizzate nella corteccia motoria frontale sinistra

PER ENTRAMBI I RAMI DEL NERVO VAGO SI HANNO:

La **mucosa laringea** ulcera in fase attiva.

L'innervazione della laringe è a livello motorio per cui in soluzione c'è afonia.

Le **corde vocali** sono laringe e sono tutte dirette dal lato destro del tronco (endoderma); non c'è un'innervazione destra e sinistra.

La loro struttura è innervata dal midollo cerebrale (mesoderma), per cui potrebbe esserci una lateralità in rapporto a madre – partner. In realtà attualmente non si può affermare questo, ma in futuro potrebbe essere che un soggetto ha un polipo sulla corda vocale per uno spavento in rapporto alla madre. Quindi destro o sinistro non ci danno indicazioni.

L'afonia è un conflitto motorio e poiché coinvolge la struttura stessa, può essere svalutazione (non poter parlare, cantare bene) e quindi midollo.

La **mucosa epiteliale della trachea** (2/3 superiori).

La **mucosa epiteliale dell'esofago**.

Nell'esofago sono presenti la mucosa endodermica sottostante quella ectodermica, quindi le funzioni sono complesse perché riguardano sia le quattro qualità dell'intestino (soprattutto peristalsi e secrezione) sia le qualità dell'ectoderma: sensorialità, motricità volontaria (quindi è presente un po' di muscolatura striata).

La motricità è inizialmente volontaria e poi procede in modo automatico.

La crisi epilettoidale della motilità esofagea volontaria, ectoderma, è il **singhiozzo**, si potrebbe parlare di crisi epilettica visto che è motoria. È volontaria, anche se il singhiozzo sembrerebbe automatico, perché nella crisi epilettica la reazione va per conto proprio anche se è volontaria.

Il conflitto è di non poter mandare giù come voglio, vorrei mandarla giù ma non ci riesco.

Un singhiozzo che dura per mesi è una situazione di continue recidive. Quando al neonato viene dato il limone per fargli passare il singhiozzo, è perché il gusto acido provoca contrazione e se c'è una situazione di vagotonia, aiuta il corpo a guarire.

Lo stesso accade a chi ha una fibrillazione per crisi epilettica: con un po' di astringente lo aiuti oppure lo sedi completamente.

Il riflesso di **vomito**, endoderma, è completamente diverso dal singhiozzo che è contrazione.

Il diaframma è collegato al nervo frenico, a sua volta innervato dal nervo vago. È formato da una struttura di base, endodermica, di muscolatura liscia diretta dal tronco, su cui innesta della muscolatura striata (mesodermica) diretta dal midollo e innervata dalla corteccia motoria. C'è anche una qualità sensoria perché si può percepire il dolore.

Quindi ha ????? la qualità motoria e sensoria corticale, la struttura mesodermica del midollo cerebrale, la funzione della peristalsi e anche un po' di sensibilità del tronco. Non ha la qualità secretoria né assorbente.

Lo **sbadiglio** è la crisi epiletticoide ectodermale della muscolatura volontaria, collegato al conflitto corticale di non poter respirare appieno e ciò significa anche che non posso nemmeno esistere appieno.

In conflitto attivo c'è contrazione del diaframma. In soluzione c'è rilassamento e la persona inizia a sbadigliare, questo succede spesso in terapia quando l'individuo si rilassa.

È ectoderma e non endoderma perché se fosse endoderma la contrazione ci sarebbe in fase attiva e invece lo sbadiglio l'ha quando si rilassa.

PER UN SOLO RAMO DEL NERVO VAGO SI HA

Relativamente alla lateralità del vago la parte cardiaca e genitale ha una controlateralità netta: la parte corticale destra lavorerà sul nervo sinistro e viceversa.

Questo vale per:

- l'intima delle vene e la mucosa del collo dell'utero nella donna sul vago destro (diretto dalla corteccia sinistra);
- l'intima delle arterie e la vescicola seminale per l'uomo sul vago sinistro (diretto dalla corteccia destra);
- il ramo cardiaco del nervo vago a livello sensorio con ulcera delle vene e arterie coronariche.

Le arterie e le vene coronariche, insieme all'aorta e a un primo terzo delle carotidi, sono tappezzate di intima, cioè di epitelio pavimentoso, che è ectodermico e quindi innervato dalla corteccia controlaterale (la parte destra e sinistra e viceversa).

L'innervazione sensoriale dell'intima delle arterie coronariche è tutta a destra (per il cuore destro e sinistro) e quella delle vene coronariche è tutto a sinistra (per cuore destro e sinistro).

Nell'infarto (arterie coronariche) o nell'embolia polmonare (vene coronariche) la lateralità è collegata all'azione dei plessi cardiaci del nervo vago.

Il sistema arterioso e venoso del "verme d'acqua" è già vascolarizzato.

Anche l'intestino ha i suoi vasi che sono mesoderma del neencefalo. L'intestino è essenzialmente endodermico, ma non solo: ci sono dei vasi sanguigni mesodermici del neencefalo, c'è una piccola parte di muscolatura striata (quindi ha anche una piccola innervazione lì).

In fondo già la prima cellula ha tutti gli elementi insieme.

Una lucertola ha già tutti e quattro i cervelli, ma predominano soprattutto il tronco e il cervelletto, il resto è pochissimo.

Il delfino ha un sonar, allatta e crea una famiglia, possiede una corteccia più estesa.

NERVO ACCESSORIO (XI)

Il nervo accessorio dirige la muscolatura dello sternocleidomastoideo e del trapezio.

C'è ancora un 5-10% di muscolatura liscia innervata dal tronco.

Si deve visualizzare la nostra evoluzione dai vermi e dagli artropodi: l'avanzamento del lombrico o del bruco è legato a questa muscolatura liscia.

Questa muscolatura permette anche di arrotolarsi su sé stessi, come ad esempio il porcellino di terra, quell'artropode con l'esoscheletro fatto di piccole placche chitinose giustapposte. Anche il riccio o il serpente fanno questo.

Anche l'uomo è in grado di assumere la posizione fetale.

I CONFLITTI

Endoderma

Conflitto di non poter giurare, arrotolare il capo a sufficienza (per difendersi). C'è anche il senso di inglobare e fagocitare.

Si tratta di peristalsi endodermica e si ritrova anche nell'atto sessuale (donna che vuole inglobare il pene).

Posturalità protettiva.

Mesoderma

Conflitto di svalutazione di non essere capace di mantenere il collo dritto.

Se ci sono due conflitti nel midollo si ha megalomania e l'individuo assume una postura rigida con il collo dritto (es. colonnello dell'esercito).

Posturalità svalutativa.

Ectoderma

Il conflitto è legato al volere / potere, all'incapacità di muoversi, al non avere capacità sportiva

È correlata con la postura e la posizione del collo.

Posturalità appariscente

TORCICOLLO

Il torcicollo è legato ad un conflitto ectodermico. È un tremore motorio e di conseguenza sensorio, che in fase di soluzione si blocca.

Se viene coinvolto l'endoderma, il collo ondeggia lateralmente perché non si gira abbastanza la testa per cogliere il boccone.

Un individuo l'ha avuto con il divorzio e in particolare perché rischiava di perdere tutti i suoi averi con le procedure di separazione: aveva avuto difficoltà a cogliere il boccone, non si guardava in giro abbastanza in fretta, per cui il collo ha cominciato ad ondeggiare.

A livello di mesoderma c'è la svalutazione.

Con il conflitto attivo si ha atrofia e con la soluzione si ha gonfiore e dolore.

Se si ha dolore non si vuole più muovere il collo e ci può essere un conflitto dell'ectoderma (corteccia motoria). Così sono in soluzione nel midollo e ho un conflitto attivo nella corteccia.

Però fa male e non si vuole / non si può muoversi, e quindi si riattiverà il conflitto della corteccia motoria.

È difficile uscire da questa situazione.

Se in questa fase viene dato cortisone non si avranno risultati, perché esso riuscirà ad agire sul mesoderma in soluzione, ma attiverà ancora di più l'ectoderma in fase attiva.

Un miorilassante è inutile perché il muscolo è già rilassato; può dare un beneficio iniziale, ma tutto gonfia ancora di più.

Con il ghiaccio si anestetizza anche la motricità e si ha un ottimo aiuto.

Il massaggio, una carezza, il balsamo di tigre bianco (un po' anestetico e astringente) può dare giovamento.

Si deve lavorare su questi pazienti con tranquillità, il loro problema non è il conflitto di svalutazione ma la paura del male, per cui si ha il blocco laterale con spasticità e aumento del dolore. Si deve trovare un sistema per rilassare.

Se si risolve sia il conflitto relativo all'ectoderma che quello dell'endoderma, si avrà:

- gonfiore a livello muscolare;
- paresi flaccida del muscolo a livello motorio.

I conflitti sono uguali sia in relazione ai nervi, sia in relazione agli organi. I primi sono collegati ai secondi.

NERVO ACCESSORIO		
Nervo accessorio destro	Conflitto	Area
<p>intrecciato in parte con le sue fibre alle diramazioni del nervo vago, innerva il muscolo sternocleidomastoideo e il trapezio che originariamente devono essere stati costituiti entrambi da muscolatura liscia (con la facoltà di arrotolare il corpo)</p>		
<p><i>parti innervate dal tronco cerebrale:</i></p> <p>parte della muscolatura liscia del muscolo sternocleidomastoideo e il trapezio</p>		<p>localizzate nel tronco cerebrale destro</p>

funzione sensoria: nessuna	In studio	
funzione motoria: la parte della muscolatura liscia nel muscolo sternocleidomastoideo e trapezio	conflitto di non poter girare o arrotolare il corpo a sufficienza	
funzione secretoria	In studio	
funzione assorbente	In studio	
Nervo accessorio sinistro intrecciato in parte con le sue fibre alle diramazioni del nervo vago, innerva il muscolo sternocleidomastoideo e il trapezio che originariamente devono essere stati costituiti entrambi da muscolatura liscia (con la facoltà di arrotolare il corpo)		
<i>parti innervate dal tronco cerebrale:</i> parte della muscolatura liscia del muscolo sternocleidomastoideo e il trapezio		localizzate nel tronco cerebrale sinistro

funzione sensoria: nessuna	In studio	
funzione motoria: parte della muscolatura liscia nel muscolo sternocleidomastoideo e trapezio	conflitto di non poter girare o arrotolare il corpo a sufficienza	
funzione secretoria	In studio	
funzione assorbente	In studio	
Nervo accessorio sinistro		
muscolatura striata del muscolo sternocleidomastoideo	conflitto di non poter girare la testa dalla parte opposta verso il basso	localizzate nel midollo cerebrale destro, controlaterale, al di sotto del centro corticale motorio responsabile dell'innervazione motoria
muscolatura striata del muscolo trapezio	conflitto di non poter muovere o tirare indietro le spalle e il tronco (es. non poter più trattenere una freccia già scoccata: un bambino che passa viene colpito nell'occhio)	
<i>parti innervate dalla corteccia controlaterale:</i> muscolatura striata del muscolo sternocleidomastoideo e	Studio	In studio

del trapezio		
Nervo accessorio destro		
muscolatura striata del muscolo sternocleidomastoideo	conflitto di non poter girare la testa dalla parte opposta verso il basso	localizzate nel midollo cerebrale sinistro, controlaterale, al di sotto del centro corticale motorio responsabile dell'innervazione motoria
muscolatura striata del muscolo trapezio	conflitto di non poter muovere o tirare indietro le spalle e il tronco (es. non poter più trattenere una freccia già scoccata: un bambino che passa viene colpito nell'occhio)	
<i>parti innervate dalla corteccia controlaterale:</i> muscolatura striata del muscolo sternocleidomastoideo e del trapezio	In studio	In studio
Nervo accessorio sinistro solo motorio		
<i>parti innervate dalla corteccia controlaterale:</i> muscolatura striata del muscolo sternocleidomastoideo e del trapezio	In studio	In studio
Nervo accessorio destro		

solo motorio		
<i>parti innervate dalla corteccia controlaterale:</i> muscolatura striata del muscolo sternocleidomastoideo e del trapezio	In studio	In studio

NERVO IPOGLOSSO (XII)

Il nervo ipoglosso è collegato con il movimento della lingua.

Le funzioni della lingua sono svolte da tre nervi cranici:

- nervo facciale per i 2/3 anteriori;
- nervo glossofaringeo per 1/3 posteriore;
- nervo ipoglosso.

Innerva:

- la muscolatura liscia (funzione motoria e probabilmente secretoria);
- la muscolatura striata.

È collegato alla deglutizione che può essere automatica (peristalsi) e volontaria.

Lo stesso significato è collegabile al singhiozzo.

Infatti ci sono due tipi di singhiozzo:

- momentaneo, legato alla muscolatura ectodermica;
- continuo e a sussulti, legato alla muscolatura endodermica.

I CONFLITTI

Endoderma

È il boccone che deve entrare, a destra, o uscire , a sinistra. La funzione peristaltica motoria è associata probabilmente alla secretoria.

- In conflitto attivo esasperazione della peristalsi (tumore a cavolfiore);
- In soluzione normalizzazione

Mesoderma

Conflitto di svalutazione perché non si riesce a fare entrare o uscire qualcosa.

- In conflitto attivo c'è atrofia;
- In soluzione si ha gonfiore con senso di qualcosa che non riesce a essere deglutito.

Ectoderma

È qualcosa che non si riesce a buttar fuori o ad inghiottire, questa proprio non si riesce a mandarla giù.

Non si tratta del buttar fuori del palato o della bocca (= vomito) ma è legato alla deglutizione, all'inghiottire. In questo caso il buttar fuori è in relazione a qualcosa che si è costretti ad inghiottire.

- In conflitto attivo c'è paresi spastica;
- In soluzione si ha paresi flaccida e normalizzazione. È il boccone che non va né su né giù.

Una persona ha fatto una cavolata e vuole accettarla, la manda giù ma gli è rimasta sullo stomaco. È l'inghiottire amaro.

NERVO IPOGLOSSO		
Nervo ipoglosso sinistro	Conflitto	Area
il nervo puramente motorio innerva i muscoli della lingua e i muscoli della deglutizione dell'esofago		
<i>parti innervate dal tronco cerebrale:</i> funzione sensoria	In studio	localizzate nel tronco cerebrale destro
funzione motoria: la muscolatura liscia della lingua e i muscoli della deglutizione dell'esofago	conflitto di non poter muovere la lingua a sufficienza e/o di non poter deglutire a sufficienza	
funzione secretoria	In studio	
funzione assorbente	In studio	
Nervo ipoglosso destro		
il nervo puramente motorio innerva i muscoli della lingua e i muscoli della deglutizione dell'esofago		
<i>parti innervate dal tronco cerebrale:</i> funzione sensoria	In studio	localizzate nel

funzione motoria: la muscolatura liscia della lingua e i muscoli della deglutizione dell'esofago	conflitto di non poter muovere la lingua a sufficienza e/o di non poter deglutire a sufficienza	tronco cerebrale sinistro
funzione secretoria	In studio	
funzione assorbente	In studio	
Nervo ipoglosso sinistro	Conflitto	Area
muscolatura striata della lingua, a sinistra	conflitto di non poterci arrivare con la lingua	localizzate nel tronco cerebrale destro controlaterale
muscolatura dell'esofago, per la porzione striata della muscolatura sinistra dell'esofago	conflitto di non volere o di non potere inghiottire qualcosa	
<i>parti innervate dalla corteccia controlaterale:</i> muscolatura striata della lingua e muscoli volontari della deglutizione dell'esofago (vedi gruppo arancione e rosso)	In studio	
Nervo ipoglosso destro		
muscolatura striata della lingua, a destra	conflitto di non poterci arrivare con la lingua	localizzate nel tronco cerebrale sinistro

<p>muscolatura dell'esofago, per la porzione striata della muscolatura destra dell'esofago</p>	<p>conflitto di non volere o di non potere inghiottire qualcosa</p>	<p>controlaterale</p>
<p><i>parti innervate dalla corteccia controlaterale:</i></p> <p>muscolatura striata della lingua e muscoli volontari della deglutizione dell'esofago</p>	<p>In studio</p>	<p>In studio</p>
<p>Nervo ipoglosso sinistro solo motorio</p>		
<p><i>parti innervate dalla corteccia controlaterale:</i></p> <p>muscolatura striata della lingua e muscoli volontari della deglutizione dell'esofago</p>	<p>In studio</p>	<p>In studio</p>
<p>Nervo ipoglosso destro solo motorio</p>		
<p><i>parti innervate dalla corteccia controlaterale:</i></p> <p>muscolatura striata della lingua e muscoli volontari della deglutizione dell'esofago</p>	<p>In studio</p>	<p>In studio</p>

ALCUNE IMPORTANTI INFORMAZIONI SULLA CORTECCIA MOTORIA E SENSORIA

NOZIONI FONDAMENTALI SULLE PARALISI MOTORIE DELLA MUSCOLATURA STRIATA VOLONTARIA

Esistono paralisi di origine meccanica (ad es. la paralisi spinale trasversale), paralisi di origine tossica o di origine chirurgica. Inoltre esistono delle paralisi temporanee causate da edema cerebrale prossimale all'area cerebrale interessata.

Tutte le altre paralisi motorie, come sclerosi multipla, atrofia muscolare, distrofia muscolare, sclerosi laterale amiotrofica, il cosiddetto colpo apoplettico o ictus cerebrovascolare, ecc., sono tutte quante la stessa cosa: l'origine delle paralisi motorie **si spiega con le 5 leggi biologiche della nuova medicina** a seguito di un conflitto motorio e proprio grazie alla loro comprensione, possono quindi anche scomparire.

In tutte le paralisi motorie, proprio come per lo scheletro o per le paralisi sensoriali, si deve tener conto se le persone interessate siano mancine o destrimani.

Nei soggetti destrimani tutti i muscoli del lato destro hanno a che vedere con i partner, colleghi, ecc., tutti i muscoli del lato sinistro riguardano i figli o la madre.

Negli individui mancini tutti i muscoli della parte sinistra del corpo hanno a che fare con i partner, colleghi, ecc. e quelli della parte destra con i figli o la madre.

Nelle paralisi di entrambi i lati, nell'attimo della DHS sono interessati entrambi i gruppi.

Ogni muscolo e ogni gruppo di muscoli ha il proprio significato conflittuale.

Con il lato estensore della gamba il destrimane caccia via il partner mentre con il lato flessore della gamba lo abbraccia e avvinghia.

Costituiscono un'eccezione solo quei processi nei quali per puro caso viene interessato localmente un muscolo determinato, ad es. perché qualcuno resta impigliato con il piede nella cintura di sicurezza dell'automobile e quindi batte in modo violento con la testa. Ovviamente, qualora nel destrimane sia implicato il piede sinistro, ciò non avrà nulla a che vedere con i figli o con la madre.

Anche se il muscolo è un organo mesodermico (in caso di conflitto si trova quindi il senso biologico alla fine della fase di guarigione) l'innervazione deriva senza eccezioni dal centro motorio della corteccia cerebrale (circonvoluzione precentrale). Parliamo pertanto di un organo di tipo misto. Altresì, senza eccezioni, se non viene interrotta da una ricaduta conflittuale, ogni fase di risoluzione conflittuale motoria, nel suo punto di massima espansione, comporta

ovviamente una crisi epilettica con convulsioni toniche, cloniche o tonico-cloniche o crampi.

La vecchia interpretazione che in queste crisi epilettiche venissero distrutte delle cellule cerebrali, non era corretta. In realtà il FH relativo nel cervello si cicatrizza progressivamente; questo vale allo stesso modo per tutti gli altri Codici Biologici con frequenti ricadute.

La correlazione dei relé motori con le aree dei muscoli e della pelle, nonché la correlazione della corteccia cerebrale occipitale con la retina, era più o meno l'unica cosa che avremmo potuto sapere di sicuro prima delle scoperte della nuova medicina.

Quanto i nostri neurochirurghi si siano serviti di questo sapere facoltativo, per operare candidamente e senza inquietarsi, è dimostrato dal fatto che ovunque si è tentato di eccidere questi presunti focolai epilettici, cosa che ovviamente ha praticamente sempre portato ad una paralisi irreparabile dei gruppi muscolari interessati.

Nei muscoli striati, diversamente dalla muscolatura liscia, il senso biologico si trova sempre al termine della fase risoluzione conflittuale, quando la necrosi muscolare è stata di nuovo compensata meglio di prima e l'individuo in quell'area, avrà dei muscoli più forti.

MALATTIE MOTORIE

I muscoli striati volontari sono in relazione alla struttura che è mesoderma del midollo cerebrale e al movimento che è dato dalla corteccia.

Le diverse patologie degenerative che riguardano la muscolatura sono:

- morbo di Parkinson: viene toccata la funzione motoria e basta (corteccia);
- sclerosi multipla (SM): viene toccata la funzione motoria (corteccia), ma anche la struttura (midollo), attraverso la continua alternanza di conflitti e soluzioni. Infatti il muscolo si riduce e poi ricresce (si vedono le cicatrici a livello del midollo cerebrale). Questa patologia è quindi correlata ad un conflitto motorio associato a periodiche svalutazioni;
- sclerosi laterale amiotrofica (SLA): c'è una forte riduzione muscolare quindi è come la sclerosi multipla ma non tocca tanto la motricità quanto piuttosto la svalutazione, la struttura. Spesso si trovano ulteriormente **focolai** nel tronco perché il conflitto può avvenire anche a livello della muscolatura liscia. Quindi si ha conflitto motorio con svalutazione continua che provoca atrofia muscolare e che spesso coinvolge anche la muscolatura liscia.

Quindi sono tutte la stessa cosa ma con dei pesi diversi.

Tutti i muscoli hanno una parte liscia e una striata. La differenza è che il muscolo liscio viene costruito nei primi tre mesi di gravidanza, quello striato dopo.

Quando c'è un conflitto che riguarda la muscolatura liscia, questa aumenta in funzione, aumenta la peristalsi, mentre se riguarda il muscolo striato questo cresce molto e in fretta.

Così dopo un intervento chirurgico i fasci muscolari tagliati non si rigenerano, ma il corpo costruisce dei nuovi fasci. Il muscolo ha delle capacità di ricrescita enorme (muscolo o osso rotto hanno lo stesso programma) ed è in grado di ricostruirsi e ricrescere in tre settimane.

NOZIONI FONDAMENTALI SULLE PARALISI DEL SENSORIO DIRETTE DALLA CORTECCIA CEREBRALE

**DELL'EPITELIO PAVIMENTOSO DELL'EPIDERMIDE E DELLA
MUCOSA COME PURE DELL'INNERVAZIONE DEL PERIOSTIO
(ORIGINARIAMENTE AVVOLTA DALL'EPITELIO PAVIMENTOSO)**

Ad eccezione dell'intreccio di nervi adagiato sul periostio (il cui epitelio pavimentoso, ancora presente nelle prime settimane dello sviluppo fetale, viene riassorbito nel corso dell'evoluzione), le paralisi sensorie dirette dalla corteccia cerebrale (nell'ambito di un Codice Biologico) presentano sempre, nell'area colpita, un'ulcera dello strato di epitelio pavimentoso. Nella fase di risoluzione conflittuale troviamo in

seguito la corrispondente riparazione dell'ulcera tramite tumefazioni sanguinamenti, iperestesie, nelle sue più svariate forme, come orticaria, neurodermite, infiammazioni delle mucose, ecc.

Questo processo può portare, negli organi tubolari (arterie coronariche, bronchi, vie biliari, ecc.) a delle occlusioni o stenosi passeggera che appaiono nei quadri clinici delle cosiddette occlusioni delle arterie coronariche, atelattasie bronchiali, ittero, ecc.

È importante determinare se la riduzione dei sintomi avviene a fase di riparazione terminata o se è dovuta a una recidiva che anch'essa produce una riduzione della tumefazione e quindi dei sintomi.

La pseudoterapia tramite avvelenamento cellulare, errata terapia, fatta in queste fasi risoluzione conflittuale, si arroga illecitamente successi terapeutici. In realtà questi cosiddetti successi sono unicamente sintomatici e consistono nella soppressione delle sintomatologie sensate della fase di riparazione grazie ad un estremo avvelenamento di tutto l'organismo!

Anche qui, nell'ambito della funzione sensoria, troviamo la corrispondenza delle affezioni con la lateralità, mancino o destrimane, delle persone colpite.

Per i o le destrimani, tutti i conflitti sensori della loro emiparte destra del corpo (emisfero corticale sinistro) sono inerenti ad un conflitto di separazione dal partner, mentre tutti i conflitti di separazione dai figli

o dalla propria madre si manifesteranno sull'emiparte sinistra del corpo (emisfero corticale destro).

Fanno eccezione le aree territoriali (corteccia perinsulare), dipendenti contemporaneamente sia dal livello ormonale che dalla lateralità (mancino o destrimane).

Conclusioni Generali

I codici biologici si basano su un modello fisiologico biologico interno rappresentato dalle trasformazioni e dalle abitudini e da un modello conflittuale biologico esterno rappresentato dalla percezione dei nervi cranici.

Le informazioni entrano nel nostro organismo tramite i sensori dermatomeri che ci sono sulla nostra pelle e attraverso i neuromeni sensori utilizzando i nervi cranici.

I nervi cranici sono gli elementi che mettono direttamente in contatto l'esterno con la profondità del cervello. Lavorando con i nervi cranici abbiamo la possibilità di far entrare oppure no certe informazioni.

Il cervello controlla e matura la sua corrispondenza conflittuale, infatti il primo ad essere colpito è proprio il cervello, poi la mente e solo successivamente l'organo (prima legge dei codici biologici).

Quindi l'impatto dei conflitti proviene dai sensi (olfatto, vista, udito), e dai nervi cranici rimanenti per le funzioni correlate, cioè da quello che si percepisce dall'esterno senza un evidente ragionamento mentale, attraverso i nervi cranici si percepiscono le sensazioni che la mente non riesce più delle volte a elaborare.

C'è un'entrata neurologica delle informazioni poi solo in un secondo momento viene elaborata a livello mentale, se questa elaborazione non viene effettuata a quel punto necessita di una trasformazione quindi l'organo viene colpito.

Il conflitto non è mentale dal punto di vista patologico, bensì neurologico ecco perché dobbiamo riqualificare il ruolo dei nervi cranici come veicoli di informazioni neurologiche del messaggio. prima lo si percepisce se si è in grado lo si elabora, se questo passaggio non avviene arriva al corpo.

Il conflitto nasce da eventi che la persona non conosce e di cui non ha esperienza per affrontarli, esperienze di tipo fisiologico ereditate (genetiche) o conosciute (fenotipiche)

Fisiologicamente il corpo si adatta ai cambiamenti in base ai tempi embriologici, pertanto in caso di cambiamento si devono rispettare i

tempi fisiologici, si deve dare tempo all'organismo di accettare e di rispettare i cambiamenti.

I conflitti biologici sono conflitti di adattamento e di cambiamento. Le abitudini si cambiano con altre abitudini e si cambia piano piano, si deve proiettare un cambiamento a lunga distanza e le azioni di consolidano a lungo tempo.

Se le abitudini cambiano, cambia la fisiologia, il metabolismo, il sistema ormonale e il neurologico.

È molto importante rispettare i tempi fisiologici di guarigione ma è altrettanto importante decidere e non procrastinare. Se c'è una continua procrastinazione nelle decisioni, per il meccanismo biologico è pericoloso. L'incertezza infatti significa sospendere una riparazione.

Il nervo cranico è responsabile della comunicazione con l'esterno. In base alla funzione del nervo, si collega ad una parte del cervello e del foglietto.

Posso quindi dare delle informazioni al cervello attraverso i nervi cranici.

Nell'area fetale ci sono tutti i nervi cranici dislocati lungo la dorsale dell'embrione e mano mano che cresce tutti i nervi vanno a collocarsi nel cervello e conservano le funzioni arcaiche dove sono collocati.

Ci sono due nervi, uno per lato che scendono dritti e non incrociano, però al loro interno c'è una doppia innervazione destra e sinistra. Il cervello conosce solo la funzione destra e sinistra. Il cervello usa la doppia innervazione: una per far entrare le informazioni e una per farle uscire.

Indipendentemente dal piano ormonale e dal mancino, la sinistra porta l'elaborazione del conflitto al suo interno, avvicina, mentre la destra annulla con un'elaborazione e porta fuori, respinge.

Dalla sinistra entrano le informazioni e vanno nell'area cognitiva visiva e interpretativa, dalla destra escono le informazioni e vengono neutralizzate, il criterio di neutralizzazione serve a comprendere come in modo bilaterale, si possa azzerare un presenza del messaggio neurologico e quindi le due informazioni presenti azzerano un eventuale conflitto.

Quindi se azzerò l'informazione della parte sinistra, le informazioni non entrano più dall'esterno all'interno, si sentono le parole ma non vengono memorizzate o meglio non riescono a penetrare all'interno del sistema neurologico.

Oggi l'uomo porta i conflitti sul piano visivo e uditivo, cioè su quello che sente e che vede, rappresentati dalla minaccia, dal pericolo e dai rapporti con gli altri.

Chiudere l'informazione che penetra nell'orecchio è un atto decongestionante per togliere informazioni visive troppo forti.

In base alla conflittualità e all'intensità dello stesso.

Esistono delle procedure ci si taperà l'occhio o l'orecchio per cicli embriologici importanti, le 24 ore, i cicli dei sette gironi, ciclo ormonale dei ventotto giorni, cicli più completi e più complessi rappresentano l'intera rigenerazione che comporta 9 cicli di 28 giorni.

Si può neutralizzare un messaggio anche solo in determinati luoghi o momenti specifici, ovvero quando viviamo la conflittualità, specialmente se l'abbiamo riconosciuta.

L'occhio e l'orecchio lavorano sull'attuale, cioè quando mi occupo del problema, in questo momento.

Annullare un informazione dei nervi cranici: occhio o orecchio, porta a delle reazioni emozionali e neurologiche molto importanti, che devono essere seguite clinicamente.