

De Vijf Biologische Natuurwetten

en Dr. Hamers omvangrijke praktische uitwerking (GNM)

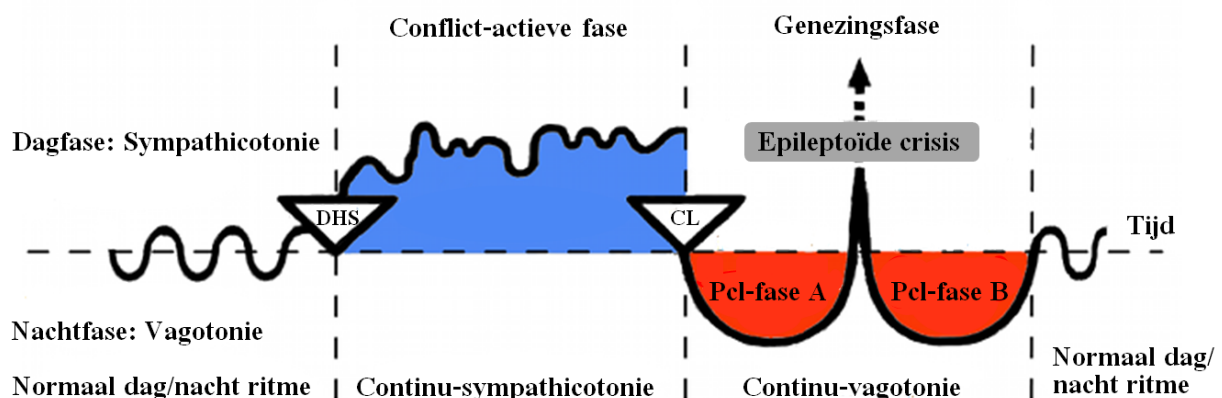
SBS-programma's

Hartzakje, -vlies en hartkleppen

De informatie in dit artikel is ontleend aan de in de informatielijst vermelde bronnen.
Voor het begrijpen van de inhoud is kennis van de Vijf Biologische Natuurwetten
onontbeerlijk.

Frans Meiring

Zinvol Biologisch Speciaalprogramma



© Dr. Med. Mag. Theol. Ryke Geerd Hamer

Inhoud

1	SBS-programma hartzakje	4
1.1	INTRODUCTIE	4
1.1.1	Beschrijving	4
1.1.2	Hersenniveau	4
1.2	CONFLICT	4
1.3	CONFLICT-ACTIEVE FASE	6
1.3.1	Invloed lateraliteit	6
1.4	GENEZINGSFASE	7
1.4.1	Pericardiale uitstroming	7
1.4.1.1	Conflictrecidieven en vicieuze cirkel	8
1.4.2.2	Cardiale tamponade	9
1.4.1.3	Transudatieve pericardiale uitstroming	9
1.4.1	Pericarditis	10
1.5	HARTINSUFFICIËNTIE	10
1.6	PRAKTIJKVOORBEELDEN	11
1.6.1	De zwarte harten	11
1.6.2	De bijl van Trnava	12
2	SBS-programma hartvlies en –kleppen	13
2.1	INTRODUCTIE	13
2.1.1	Functie	13
2.1.2	Hersenniveau	14
2.2	CONFLICT	15
2.3	CONFLICT-ACTIEVE FASE	15
2.4	GENEZINGSFASE	15
2.4.1	Mitraalklep	15
2.4.2	Aortaklep	16
2.4.3	Hartklepinsufficiëntie	16
	Bijlage: DE BIJL VAN TRNAVA	18
	Informatielijst	20

Afkortingen

- GNM = Germaanse Nieuwe Geneeskunde (Germanische Neue Medizin)
- 5BN = Vijf Biologische Natuurwetten
- SBS = Zinvol Biologisch Speciaalprogramma (Sinnvoll Biologisch Sonderprogramm)
- DHS = Dirk Hamer Syndroom
- HH = Hamerse Haard(en)
- EWI = eigenwaarde inbreuk
- RG = reguliere geneeskunde
- RH = rechtshandig
- LH = linkshandig
- ca = conflict-actieve fase
- pcl = genezingsfase (post-conflictolyse)
- epi-crisis = epileptoïde crisis

1 SBS-programma hartzakje

1.1 INTRODUCTIE

1.1.1 Beschrijving [3a]

Het hartzakje is een “huid” die het hart bedekt/omhult. Moeder natuur creëerde deze bijzondere huid om het hart als zeer vitaal orgaan te beschermen [3b].

Het hartzakje is een tweelaags membraan. De binnenste laag (viscerale hartzakje) is in contact met het hart. De buitenste laag (pariëtaal hartzakje) is vastgemaakt aan het borstbeen en met het middenrif verbonden op de bodem van het hart. Aan de zijkant zit het hartzakje vast aan het borstvlies. Het viscerale hartzakje is bedekt met een cellaag, het mesothelium genaamd. De mesotheliale cellen scheiden kleine hoeveelheden sereuze vloeistof af die de ruimte van de pericardiale holte vult om de wrijving tussen de pericardiale membranen zo klein mogelijk te maken. Het hartzakje is samen met het borstvlies, het buikvlies en de lederhuid ontwikkeld.

1.1.2 Hersenniveau [3a]

Het weefsel van het hartzakje is ontstaan vanuit het oud mesoderm kiemblad en wordt daarom aangestuurd vanuit de kleine hersenen (het midden) [1].

In de kleine hersenen wordt het rechter pericard aangestuurd vanuit de rechter zijde van de hersenen. Het linker pericard vanuit de linker hersen-hemisfeer. Als gevolg van de draaiing van 180° van de embryonale hartbuizen is er géén kruiscorrelatie van de hersenen naar het orgaan.



Locatie van de HH in de kleine hersenen [4]

1.2 CONFLICT [3a]

Het biologische conflict gerelateerd aan het hartzakje is een *aanvalscnflict*, in het bijzonder een *aanval tegen het hart*. Volgens Barnai [5] is het anders gezegd een *angstconflict voor verwondingsgevaar van het hart*.

In overeenstemming met de evolutionaire manier van redeneren zijn aanvalscnflicten primaire conflictthema's, die met organen worden geassocieerd die vanuit de kleine hersenen worden aangestuurd en ontstaan zijn vanuit het oud mesoderm kiemblad.

In het “normale” geval gaat het om een fysieke aanval tegen het hart, bijvoorbeeld een stoot of slag tegen het hart, of door een duw, klap of messteek tegen het bovenlichaam tijdens een gevecht of een ongeluk. Ook kan het een elektroshock zijn [4].

Echter, meestal ligt bij de mens geen reëel aanvalscnflict ten grondslag maar gedachten. In overdrachtelijke zin kunnen “scherpe” woorden (verbale belediging) worden ervaren als zijnde een *aanslag op het hart*.

Hartchirurgie, zoals een bypass operatie of vervanging van een klep, kunnen overkomen als een aanval tegen de integriteit van het hart. In feite kan de aankondiging van een hartoperatie en het mentale beeld van te worden “open gesneden” het conflict reeds triggeren.

Ook steken bij het hart, zoals dat bij het SBS-programma van de kransslagaders voorkomt (zie artikel KRANSSLAGADERS [7]), kan als een *aanval tegen het hart* worden ervaren. Niet voor niets spreekt men in het Engels van een “heart attack”. Het is geen werkelijke aanval, en het geeft ook niet zoiets als een “infarct”. Alleen het wereldbeeld van de mens maakt de aanvals-interpretatie mogelijk [6].

Een diagnose van een hartkwaal of commentaar van een arts zoals:

- *“Uw hart werkt niet goed”,*
- *“U bent een hartpatiënt”,*
- *“Uw ECG resultaten zijn niet normaal”,*
- *“Uw bloeddruk is te hoog”,*

geassocieerd met het risico van een hartaanval, kan gemakkelijk een angst voor iemands hart opwekken. Niet zelden krijgen patiënten bij dergelijke diagnoses een DHS van een *mentale aanval tegen het hart* [2]. Evenzo mentale aanvallen als:

- *“Dit trof mij recht in het hart, het was een aanval op mijn hart”,*
- *“Ik ben bang dat mijn hart een ziekte heeft”,*
- *“Mijn hartkleppen functioneren niet goed”* [1], [4], [5].
- *“Ook mijn vader had hartproblemen en sinds ik soortgelijke hartritmestoornissen heb, ben ik steeds banger”.*
- *“Er is water bij m’n hart dat men spoedig d.m.v. een punctie moet afvoeren en ik ben op voorhand bang dat men ernaast prikt”* [5].

Het kan ook een eigenwaarde inbreuk (EWI)-conflict triggeren dat de hartkleppen treft. Of het conflict wordt ervaren met of namens iemand anders (plaatsvervangend), wanneer bijvoorbeeld een geliefde een hartaanval krijgt (zie het praktijkvoorbeeld in [§ 1.6.1](#)).

Aanvalscnflicten gerelateerd aan het hart kunnen ook in de borst ontstaan. Bijvoorbeeld bij pijn op de borst veroorzaakt door angina pectoris, tachycardie of tijdens een hartaanval [1], [4]. Dit komt vaak voor.

Een hartaanval kan tegelijkertijd worden ervaren als een *aanval tegen het hart!* Zeer veel

hartaanvallen zijn zo de oorzaak van een dergelijke DHS [1], [2]. Het idee van een hartaanval kan de angst triggeren van aangevallen te worden tegen het hart en daarmee start het SBS-programma [3b].

Voorbeeld: Een 43-jarige vrouw ontwaakt om 3 uur 's nachts door een hartaanval. Het is bij haar de genezingscrisis van de rechterzijde van het hart. Ze denkt dat haar laatste uur geslagen heeft. Dit herhaalt zich enkele nachten. Daarbij lijdt ze een aanval tegen het hart. (Eigen archief Eybl [4])

1.3 CONFLICT-ACTIEVE FASE [2], [3a]

In de ca-fase probeert het organisme zich tegen de aanval te beschermen door aan het hartzakje inwendig een versterking aan te brengen. Dit geschiedt door middel van vermeerdering van de cellen in het hartzakje, evenredig met de intensiteit en duur van de ca-fase.

Bij aanhoudende conflict-activiteit ontwikkelt zich door de celuitbreiding op die plaats een gedeeltelijk vlakke "tumor". Er kan ook een grotere compacte tumor worden gevormd. In de RG wordt de verdikking van het hartzakje gediagnosticeerd als een *pericardiale mesotheloom*. Deze bestaat uit adenoïde cellen, ontstaan uit het oud mesoderm kiemblad.

Biologische zin

De verdikking door de celtoename dient om een inwendige versterking van het hartzakje te realiseren om zodoende een aanval beter te kunnen afweren [4]. Het is een mechanische bescherming van het hart tegen bedreigende verwondingen/beschadigingen/stecken [5].

Omdat er tijdens de ca-fase geen symptomen zijn, er geen klachten of narigheden worden veroorzaakt, wordt de verdikking van het hartzakje zelden waargenomen [5]. Doorgaans wordt het alleen ontdekt tijdens een routine check-up of vervolgonderzoeken. Wanneer men het überhaupt een keer ontdekt, wordt het meestal voor een zogenaamde "metastase" aangezien.

1.3.1 Invloed lateraliteit [3a]

Of de rechter of linker zijde van het hartzakje wordt getroffen, wordt bepaald door de biologische handigheid van een persoon en of het conflict moeder/kind of partner gerelateerd is. Als gevolg van de draaiing van de hartbuizen is het principe van de lateraliteit omgekeerd. Daarom reageert een RH-persoon op een conflict gerelateerd aan een partner met het linker hartzakje. Bijvoorbeeld getriggerd door het getuigen zijn van een hartaanval van de echtgenoot. Een LH-persoon zou reageren met de rechterzijde.

Een *lokaal* conflict treft het gebied dat met de aanval wordt geassocieerd.

1.4 GENEZINGSFASE [2], [3a]

Na de oplossing van het conflict (CL), dus wanneer de aanval voorbij is, worden de cellen die niet langer nodig zijn met behulp van Tbc-bacteriën en/of schimmels verwijderd. Op deze wijze wordt de tumor op een natuurlijke manier afgebouwd. Er is sprake van Tbc van het hartzakje wat volgens Eybl [4] ontsteking van het hartzakje is ([§ 1.4.2](#)).

De pcl-fase duurt zolang als het duurt. Het hangt af van de conflict-activiteit. Hoe meer cellen er verwijderd moeten worden, des te langer duurt de genezingsfase [3b].

Hoe intensiever het conflict was, des te meer oedeem zich vormt in de pcl-fase. Het hartzakje zwelt meer of minder sterk naar binnen toe aan. De naar binnen gerichte zwelling heeft als effect, dat het als klankkast werkt en de hartslag “verder draagt”. Men wordt zijn hartslag heel duidelijk gewaar. Tegelijkertijd kan er een compenserende verhoogde hartslag optreden [6].

Een geringe hoeveelheid vloeistof veroorzaakt geen narigheden en een complicatie komt betrekkelijk weinig voor. Het hart “zwemt” in het hartzakje in een dunne waterlaag die de wrijving vermindert [5]. Dit is vooral afhankelijk van de activiteit van de nierverzamelbuizen. Hoe meer activiteit, des te meer zwelling. Het syndroom betekent echter een gevaarbron waar men op moet letten (zie [§ 1.4.1.2](#)).

Genezingssymptomen zijn pijn achter het borstbeen, veroorzaakt door de zwelling, en nachtzweeten. Na de Tbc-afbouw wordt vaak kalkafzetting gevonden [1].

Wanneer de vereiste mycobacteriën na de oplossing van het conflict niet aanwezig zijn, omdat ze b.v. door een overmatig gebruik van antibiotica zijn vernietigd, blijven de aanvullende cellen bestaan. Uiteindelijk wordt de tumor ingekapseld en zal niet worden gevonden, tenzij er een check up plaatsvindt.

1.4.1 Pericardiale uitstroming [2], [3a], [4]

In de genezingsfase ontstaat bij het afbouwen van de tumor weefselvloeistof tussen de beide hartbladen, zoals bij alle door de kleine hersenen gestuurde tumoren. Bij het longvlies (pleura) wordt het *pleura-uitstorting* genoemd, bij het buikvlies *ascites* en bij het hartzakje *pericardiale uitstroming*. Het is een opbouw van vloeistof rond het hart. De pericardiale uitstroming is des te dramatischer wanneer er gelijktijdig een bestaansconflict actief is (syndroom) [1]. Dit kan een buitensporige waterretentie teweegbrengen.

Het hartzakje is bij veel mensen in het midden gescheiden in een linker en rechter deel; bij anderen is het open. De uitstroming vindt daarom alleen aan de getroffen kant plaats, dus een rechter of linker pericardiale uitstroming.

Wanneer het hartzakje niet is verdeeld, ontwikkelt zich de uitstroming in het hele hartzakje (*circulaire* pericardiale uitstroming). Alleen de locatie van de HH in de hersenen wijst uit aan welke zijde het aanvalskonflikt werd waargenomen en dus vanuit welke hersen-hemisfeer het SBS-programma wordt aangestuurd.

De rechter pericardiale uitstroming veroorzaakt ademnood, omdat de rechterzijde van het hart - dat de longen van bloed voorziet - verzwakt is.

Omdat de patiënt in de genezingsfase klachten heeft: hij is slap, moe, kortademig, heeft misschien ook last van nachtzweeten – hetgeen door de tuberculeuze genezing dikwijls zeer sterk is -, wordt de pericardiale uitstroming op het moment van de klachten meestal als eerste ontdekt [2].

In de RG wordt dit vaak als “hartzwakte” c.q. “hartinsufficiëntie” aangeduid [4]. Zie voor hartinsufficiëntie [§ 1.5](#). Het hart is echter niet zwak, maar het kan door het vocht niet optimaal bewegen. Er is voortdurend een verhoogde pols om de verminderde uitstroming van bloed te compenseren. Bij inspanning is er ademnood [4].

Wanneer sprake is van syndroom, dan is er zonder inspanning reeds een dramatische ademnood en is een punctie noodzakelijk.

Een punctie van een pericardiale vloeistofuitstroming is bijna altijd een levensreddende, levensverlichtende ingreep. Wanneer men een punctie bij het hartzakje doet, dient men daar geen angst voor te hebben, omdat ook de vrees voor de ingreep een symptomatisch recidief kan veroorzaken [5]. Bijvoorbeeld:

- *“Ik ben bang dat men mij bij het aftappen van de vloeistof in m'n hart prikt”,*
- *“Ik ben bang dat het water terugkomt wat dan opnieuw moet worden afgetapt”* [5].

Een gevaarlijke pericardiale uitstroming is zeldzaam. In de meeste gevallen omhult de vloeistof het hart in een dunne laag, wat een aanzienlijke reducering van de wrijving mogelijk maakt. Daarom hoeft er geen paniek te zijn wanneer bij iemand pericardiale vloeistof wordt gediagnosticeerd. Men zal het voor kennisgeving kunnen aannemen en erop letten [5].

1.4.1.1 Conflictrecidieven en vicieuze cirkel [2]

De oorzaak van de pericardiale uitstroming was vroeger onbekend en werd bijna altijd verkeerd aangeduid met “hartinsufficiëntie”. Dit is gewoonlijk weer een conflictrecidief voor een nieuwe pericardiale mesotheloom. Dit kan zelfs het startpunt van een vicieuze cirkel worden waaruit de patiënt slechts zeer moeilijk weer kan ontsnappen.

Met een nieuwe DHS stopt dan de genezing, wat betekent dat de uitstroming weer afneemt. Wanneer de patiënt wordt verteld dat de uitstroming minder wordt – “omdat de goede therapie is aangeslagen” -, gaat hij meestal weer in oplossing van het recidief en komt de uitstroming weer terug. De genezing gaat weer versterkt door. Na nog meer recidieven vormt zich tenslotte bindweefselachtige littekens over een groot oppervlak (“Verschwartung”). Daardoor ontstaat een sterk verminderd prestatievermogen van het hart.

Andere diagnoses als gevolg van een pericardiale uitstroming zijn b.v.: *“Uw hartklep sluit niet meer”,* wat veroorzaakt wordt door een uitstroming. Ook hier is het gevaar van een DHS of recidieven zeer groot. De patiënt kan dan b.v. een EWI-conflict met betrekking tot

de capaciteit van de hartbelasting lijden, wat organisch resulteert in een necrose van de binnenwand van het hart (endocard) of de hartkleppen, zodat aan het einde de diagnose juist lijkt te zijn. Wanneer namelijk de patiënt reeds een DHS in hetzelfde of een overeenkomstig geval heeft ervaren, dan is hij daar allergisch voor geworden. Dat betekent dat op alles wat in de toekomst met zijn hart te maken heeft, hij zal reageren met een nieuwe DHS (hartspoor), ook wanneer de conflictinhouden verschillend zijn.

1.4.1.2 Cardiale tamponade [3a], [4], [5]

Een gevaarlijke acute pericardiale uitstroming kan alleen bij het syndroom voorkomen (als gevolg van het bestaansconflict). Het kan kritiek zijn omdat teveel water in het hartzakje, als gevolg van een grote uitstroming, het hart samendrukt. Het hart werkt weliswaar, maar kan echter niet goed “pompen”, omdat het hart niet met bloed kan worden gevuld [5]. Het comprimeert de beweging van het hart om het bloed te laten stromen. De afname van de belasting is opvallend, dus wordt het kort na het optreden waargenomen. Afhankelijk van de ernst hiervan kan dit potentieel heel gevaarlijk of dramatisch zijn. Medisch wordt dit een *cardiale tamponade* genoemd. Een cardiale tamponade betekent eigenlijk dat het hart gecompriemd wordt en moeite heeft met de contracties (de “pomp”beweging). De tamponade begrenst het normale bewegingsbereik van het hart wat tot hevige ademhalingsmoeilijkheden/ademnood leidt als gevolg van zuurstofgebrek.

Het is waar te nemen doordat de hartslag duidelijk minder hoog wordt en de persoon snel zwakker wordt. Hij voelt daarbij een druk in de borst en het komt mogelijk tot een hartstilstand. Het hart is niet langer in staat om bloed in het systeem te “pompen”. Dit verklaart waarom een cardiale tamponade de meest gevreesde complicatie is na een hartaanval of een eventueel daaropvolgende hartoperatie. De cardiale tamponade is een van de meest voorkomende – door medisch ingrijpen veroorzaakte (iatrogene) - doodsoorzaken wat het hart betreft [4]. Chirurgen weten dit. Wanneer het optreedt, dan moet men het heel serieus nemen, omdat kan worden voorkomen dat dringend een punctie noodzakelijk is. Indien dit noodzakelijk is, kan men zich daar rustig op voorbereiden. Gelukkig is er een dergelijke mogelijkheid.

1.4.1.3 Transudatieve pericardiale uitstroming [3a], [4]

Het hartzakje kan zich ook vullen met vocht dat door de omgeving wordt uitgescheiden, meestal wanneer de aangrenzende ribben of het borstbeen in genezing zijn.

In dit geval als gevolg van een *EWI-conflict*, veroorzaakt door bijvoorbeeld een diagnose van longkanker of borstkanker. Het oedeem “zweet” door het beenvlies (periost) of de pleura in het hartzakje, wat een zogeheten *transudatieve pericardiale uitstroming* tot gevolg heeft [1]. Een transudatieve pericardiale uitstroming kan ook optreden wanneer de hartspier scheurt en daarbij lekkage van bloed in het hartzakje plaatsvindt [3a].

Ook hier is gevaar voor het ontstaan van een vicieuze cirkel: de hartklachten worden door de diagnose “hartinsufficiëntie” vaak als een nieuwe *aanval tegen het hart* ervaren.

1.4.2 Pericarditis [3], [4]

De genezing kan gepaard gaan met een ontsteking van het hartzakje: *pericarditis* genaamd. Dit kan de oorzaak zijn dat de genezingsfase zes maanden of langer duurt en is uiteraard afhankelijk van de intensiteit van het SBS-programma [3b].

Onder normale omstandigheden wordt tijdens pcl-fase A de sereuze vloeistof in het hartzakje door een pericardiaal membraan op een natuurlijke wijze geabsorbeerd. Dit wordt *droge pericarditis* (pericarditis sicca) genoemd [4].

Echter, hiermee samenvallend kan er sprake zijn van syndroom, dus waterretentie als gevolg van een bestaansconflict omdat de persoon b.v. een hartaanval had. Door de hartaanval heeft de persoon mogelijk een enorme angst met als resultaat dat water wordt vastgehouden [3b]. Het water gaat naar het hartzakje wat de vloeistofaccumulatie doet toenemen, de zogeheten *natte pericarditis* (pericarditis exsudativa) [4]. Het verschil met een *exsudatieve* pericardiale uitstroming is niet zo duidelijk [1], [4].

Natte pericarditis ontwikkelt zich vaak tijdens hospitalisatie die op een hartoperatie volgt.

In de epi-crisis is er rilkooorts en sterke pijn [4].



Deze CT-scan laat de littekenvorming zien (pcl-fase B) in het gebied van de kleine hersenen dat het rechter en linker hartzakje aanstuurt. Het geeft aan dat het aanvalskonflikt werd geassocieerd met het gehele hart. Het SBS-programma is voltooid.

Bron:

http://learningnm.com/SBS/documents/heart.html#Pericardium_Top

[3a]

Nadat de genezing is voltooid kan kalkafzetting achterblijven. Bij recidieven worden puntachtige of vlakgroeïende vervormingen van het hartzakje (obliteratio pericardii) gevonden [4].

Een afname van de elasticiteit van het hartzakje als gevolg van conflictrecidieven leidt tot vermindering van het prestatievermogen van het hart. Ook hier is er gevaar voor een vicieuze cirkel door de diagnose [4].

1.5 HARTINSUFFICIËNTIE

Mogelijke oorzaken van hartinsufficiëntie zijn:

- Uitstroming van het hartzakje [4]

Als gevolg van een verminderde vulling van het hart (diastolische hartinsufficiëntie). Omdat het hartzakje met water is gevuld, kan het hart niet zo goed uitzetten en zich daardoor niet voldoende met bloed vullen (§ 1.4.1.2). Het gevolg is een verminderd

prestatievermogen, hoewel de hartspier zelf sterk genoeg is.

Bij een linker pericardiale uitstroming is er een hartinsufficiëntie aan de linkerkant. Dit heeft een verminderde bloedsomloop van de systeemcirculatie tot gevolg, en daarmee een verlaagde bloeddruk.

Bij een rechter pericardiale uitstroming is er een hartinsufficiëntie aan de rechterkant. Dit heeft een verminderde bloedsomloop van de longcirculatie tot gevolg.

- Zwakte van de hartspier [4]
Het betreft hier een systolische hartinsufficiëntie van de hartspier in de ca-fase. Zie hiervoor het artikel HARTSPIER [7]. Door het afsterven van hartspierweefsel (necrose) is er een vermindering van het prestatievermogen.
- Hartklepfalen [4]
Het ergste is hierbij een niet functionerende aortaklep. Zie [§ 2.4.2.](#)

1.6 PRAKTIJKVOORBEELDEN

1.6.1 De zwarte harten

Marcus was twee jaar oud op het tijdstip van zijn DHS van zijn *aanval tegen het hart* conflict. Zijn vader, die hij zeer lief had, werd onder zeer dramatische omstandigheden naar het ziekenhuis gebracht. Omdat hij reeds vaker angina pectoris had gehad werd een verdachte diagnose van een “hartinfarct” vastgesteld.

Toen Marcus ouder werd vertelde hij het maandenlang aan iedereen en tekende slechts zwarte harten.

Weliswaar was het geen hartaanval geweest, zoals is gebleken, maar Marcus had zich zo met zijn vader geïdentificeerd, dat hij de *aanval tegen zijn eigen hart* onderzocht. Omdat de vader daarna ook werkelijk nog steeds weer angina pectoris pijn had, bleef bij Marcus het spoor actief. Hij tekende altijd maar zwarte harten.

Toen hij met zes jaar naar school ging, loste zijn conflict op. Vanaf dat moment tekende hij lichtgele harten. Als gevolg van de symptomen - die uiteraard in de genezingsfase verschenen -, zoals duizeligheid, braakneigingen enz., werd hij naar het ziekenhuis gebracht. Daar werd in het relais van het hartzakje een grote vermeende “hersentumor” vastgesteld. Dit werd met “wortel en tak” radicaal uitgeroeid. De helft van de kleine hersenen werd bij hem weggesneden. Marcus stierf een volledig onnodige dood.



Ontleend aan: “VERMÄCHTNIS EINER NEUEN MEDIZIN”, Teil 1, 1999, p. 246 / Dr. Hamer

1.6.2 De bijl van Trnava [4]

Een 52-jarige boer fokt ganzen. Plotseling begint 's nachts zijn hond te blaffen. Hij gaat buiten kijken wat er aan de hand is en botst daar op zijn buurman die zijn pluimvee wil stelen. Op datzelfde moment raakt de buurman hem met zijn bijl net naast zijn linker tepel. Dit ervaart hij als een reëel *aanvalsconflict tegen het hart*. Pas jaren later gaat hij in oplossing wanneer hij zijn boerderij moet verlaten en ontwikkelt hij pericarditis met oedeem. De boerderij was het spoor geworden en al die jaren is hij conflict-actief gebleven.

Ontleend aan: "VERMÄCHTNIS EINER NEUEN MEDIZIN", Teil 2, 1999, pp. 487-490 / Dr. Hamer

Zie de [bijlage](#) voor het uitgebreide verhaal.

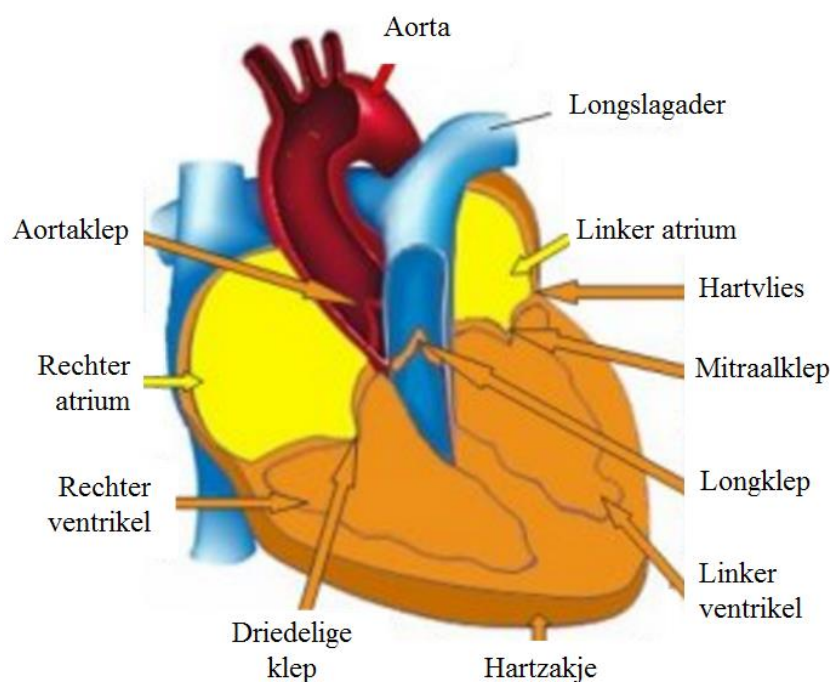
- o - o - o -

2 SBS-programma hartvlies en -kleppen

2.1 INTRODUCTIE

2.1.1 Functie [3a]

Het *hartvlies* is de binnenste laag van het myocard, de bekleding van de holten van het hart. Het myocard (de hartspier) bevat vier *kleppen* die het terugstromen van bloed verhinderen, zodat het bloed in één richting stroomt. De hartkleppen zijn essentieel voor de doeltreffendheid van de circulatiesystemen. De *driedelige klep*, gelegen tussen het rechter atrium en de rechter ventrikel, opent om zuurstofarm bloed in de rechter ventrikel te laten stromen. Wanneer de rechter ventrikel samentrekt, opent de *longklep* om bloed te leveren aan de longslagader die het bloed naar de longen brengt waar het zuurstof opneemt (longcirculatie).



Bron: http://learningnm.com/SBS/documents/heart.html#Heart_Valves_Top [3a]

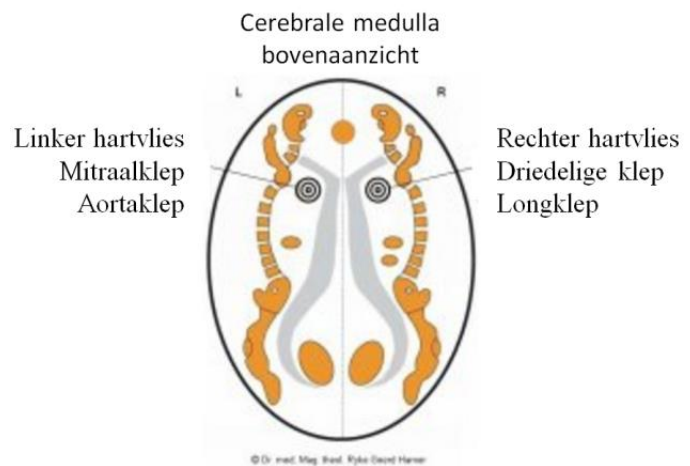
Het zuurstofrijke bloed gaat terug naar het hart en komt in het linker atrium terecht waar het wordt opgeslagen totdat het linker atrium samentrekt. Op dat moment opent de *mi-*

traalklep die bloed laat stromen naar de linker ventrikel. Met de contractie van de linker ventrikel opent de *aortaklep* om bloed te laten stromen in de aorta van waaruit het wordt verspreid naar het lichaam (systeemcirculatie).

De hartkleppen horen bij de binnenbekleding van het hart (endocard) en zijn gemaakt van bindweefsel en ontstaan uit het nieuw mesoderm kiemblad. Ze worden daarom aangestuurd vanuit de cerebrale medulla.

2.1.2 Hersenniveau [3a]

In de cerebrale medulla worden het rechter hartvlies evenals de driedelige klep en longklep, die zich in het rechter myocard bevinden, aangestuurd vanuit de rechterzijde van de hersenen. Het linker hartvlies, evenals de mitraalklep en de aortaklep, die zich in het linker myocard bevinden, worden aangestuurd vanuit de linker cerebrale hemisfeer.



Bron: http://learningnm.com/SBS/documents/heart.html#Heart_Valves_Top [3a]

Als gevolg van de 180° draaiing van de embryonale hartbuizen is er géén kruiscorrelatie van de hersenen naar het orgaan.

2.2 CONFLICT [3a]

Het biologische conflict gerelateerd aan het hartvlies en de hartkleppen is een *eigen-waarde inbreuk conflict* geassocieerd met het hart.

Voorbeelden van wat het conflict kan triggeren zijn:

- aanhoudende angina pectoris of een andere hartkwaal,
- hart aritmie,
- een voorafgaande hartaanval of de angst om een hartaanval te krijgen (omdat het “in de familie” voorkomt),
- een diagnose van een “cardiale insufficiëntie”,
- een oordeel van een arts zoals “uw hart is zwak” of “uw hart functioneert niet goed”.

In overeenstemming met de evolutionaire manier van redeneren zijn EWI-conflicten primaire conflictthema's, die worden geassocieerd met organen die vanuit de cerebrale medulla worden aangestuurd en ontstaan zijn vanuit het nieuw mesoderm kiemblad.

Voor iemand die niet vertrouwd is met de 5BN/GNM kan de diagnose “een defect aan de hartklep” een aanvullend EWI-conflict geassocieerd met het hart veroorzaken, wat een voortschrijdende toestand kan doen ontstaan.

2.3 CONFLICT-ACTIEVE FASE [3a]

In de ca-fase is er celafbouw door necrose in het weefsel van het hartvlies en/of de hartkleppen.

2.4 GENEZINGSFASE [3a]

Na de conflictoplossing (CL) wordt het weefselverlies opgevuld en aangevuld met nieuwe cellen, mede door verhoging van de stofwisseling [4]. Wanneer de genezing van het hartvlies of de hartkleppen samengaat met een ontsteking, veroorzaakt dit *infectueuze endocarditis*. Volgens Eybl [4] worden door de ontsteking de “gaten” opgevuld.

Bacteriën zoals *stafylokokken* ondersteunen het genezingsproces (wanneer ze beschikbaar zijn).

Theorieën dat bacteriën van een ontstoken tand of van de keel (“strep keel”) zich naar het hart zouden verplaatsen, waar zij zogenaamd de hartkleppen aanvallen, zijn in z'n geheel ongefundeerd. In de RG worden symptomen van ontsteking van het hartvlies ingedeeld onder “reumatische koorts”, ongeacht het feit dat het totaal niet gerelateerd is aan reuma.

Biologische zin

Alle organen die zijn ontstaan uit het nieuw mesoderm (“luxegroep”), inclusief het hartvlies en de hartkleppen, hebben de biologische zin aan het einde van de genezingsfase. Nadat het genezingsproces is voltooid zijn de organen of weefsels sterker dan ervoor, waardoor ze beter voorbereid zijn voor een conflict van dezelfde aard. Dit geldt dus ook voor het hartvlies (endocard) en de hartkleppen.

Een pericardiale uitstroming kan de hartklep(pen) vervormen. Echter, nadat de genezing is voltooid krijgen de kleppen hun normale functie terug. Vergelijk met mitrale insufficiëntie waar de toestand onomkeerbaar is, zie onder.

2.4.1 Mitraalklep [3a], [4]

De mitraalklep ligt tussen het linker atrium en de linker ventrikel. Wanneer een mitraalklep is getroffen – er is dan sprake van mitrale insufficiëntie – , sluit de klep niet langer volledig en lekt bloed terug door de klep in de longaders wanneer de hartspier samentrekt. Een dergelijke lekkage kan ook het resultaat zijn van een progressieve necrose als

gevolg van een aanhoudende ca-fase. Op dat moment is de conditie van de mitraalklep onomkeerbaar.

Indien de littekenvorming de mitraalklep dikker maakt, wordt de opening smaller en de klep opent niet langer volledig. Dit is bekend als *mitrale vernauwing* (mitraalklep-stenose [4]). Een vernauwing van de mitrale opening brengt de vrije bloedstroom van het linker atrium naar de linker ventrikel in gevaar, waardoor de diastolische bloeddruk toeneemt. De systolische bloeddruk neemt daarbij af.

Hetzelfde gebeurt met een vernauwing van de driedelige klep. Door een vernauwing kan de linker ventrikel niet volledig worden gevuld. Als gevolg daarvan vergroot het lichaam het volume van de linker ventrikel (dilatatatie) [4].

In een gevorderd stadium van een verzwakking van de mitraalklep kunnen chirurgische handelingen zijn vereist om longoedeem te voorkomen. Dit wordt veroorzaakt door de opeenhoping van vloeistof in de longen (zie ook longoedeem gerelateerd aan de hartspier: artikel HARTSPIER [7]).

2.4.2 Aortaklep [3a]

Een vernauwing van de aorta vindt plaats wanneer de aortaklep tussen de linker ventrikel en de aorta vernauwt (aortaklep-stenose), wat voorkomt dat de klep volledig opent. Een vernauwing van de aortaklep verhindert de bloedstroom van de linker ventrikel naar de aorta en de grote bloedsomloop. De ventrikel kan daardoor gaan uitzetten (druk hypertrofie) [4]. In dit geval neemt de diastolische bloeddruk af, terwijl de systolische bloeddruk toeneemt. Hetzelfde gebeurt met een vernauwing van de longklep. Symptomen zijn: duizeligheid, vermoeidheid en zwakte.

Een insufficiëntie van de aorta ontstaat wanneer de aortaklep niet langer goed sluit als gevolg van littekenvorming. Deze littekens kunnen de sluitfunctie van de klep aantasten (hartklepinsufficiëntie) of het lumen vernauwen (stenose).

Door *recidieven* ontstaat verkalking; meestal aan de klepranden (aortaklep stenose).

Bij een *hangende genezing* ontstaat een steeds terugkerende littekenvorming (in pcl-fase B), hetgeen de hartkleppen uiteindelijk verzwakt.

Symptomen van klepinsufficiëntie zijn ruizen van het hart.

Chronische mitraal- of aortaklepinsufficiëntie is alleen te merken door ademnood bij belasting (belasting dyspnoe) [4].

2.4.3 Hartklepinsufficiëntie [4]

Mogelijke oorzaken van hartklepfalen of lekkende kleppen zijn:

- Littekenachtige vergroeiingen van de hartkleppen door een recidiverend EWI-conflict met betrekking tot het hart (zie boven).

- Vochtophoping in het hartzakje door druk van buitenaf waardoor het hart vervormt. Verklevingen van het hartzakje (obliteratio pericardii) veroorzaken spanning op het hart. Hier gaat hartklepinsufficiëntie aan vooraf.
- Celafbouw of celtoename van de hartspier (myocard) door het ineenschrompelen van hartspierweefsel (ca-fase) of verdikkingen in de hartspier (pcl-fase). Zie het artikel HARTSPIER [7]. Hierdoor wordt het hart “omspannen” zodat de hartkleppen gaandeweg onvoldoende sluiten.

- o - o - o -

Bijlage De bijl van Trnava

Op 9 september 1998, de tweede dag van de verificatie van de Germaanse Nieuwe Geneeskunde door de universiteit van Trnava, werd als voorlaatste een geval voorgelegd, waarvan het dramatische karakter amper nog kon worden overtroffen.

Dr. Hamer zei over de patiënt: "Hij moet een *enorme aanval tegen het hart* hebben gehad".

Een heel uur heeft hij de patiënt over het hart gevraagd, heel rustig en beleefd: Of hij een hartaanval heeft gehad, of hij een angina pectoris heeft gehad, of de vader, de oma, de opa of de teckel een hartaanval zouden hebben gehad. Of iets wat de patiënt zeer aan het hart was gegaan. Steeds zei de 75-jarige patiënt dat hij geen conflict van dien aard had gehad.

Dr. Hamer bleef heel rustig. Blijkbaar was hij absoluut zeker van zijn zaak. Na een uur vroeg hij de patiënt nog eens naar de hond. Bij het trefwoord hond herinnerde de patiënt zich plotseling: "*Ja, 23 jaar geleden gebeurde het volgende verschrikkelijke voorval*".

Tijdens de kermis, waarbij iedereen vele ganzen had gefokt die voor het volksfeest zouden worden geslacht, hoorde de patiënt 's nachts plotseling de hond blaffen. Enkel in zijn onderbroek gekleed rende hij de tuin in om te zien wat er aan de hand was. Hij zag in het donker het silhouet van een man die blijkbaar z'n ganzen wilde stelen. Op het laatste moment herkende hij zijn buurman. Op hetzelfde moment suisde een bijl op hem af. Hij werd enkele centimeters naast de linker tepel door de slag van de bijl getroffen, die de ribben doorsloeg en tot aan de schacht in de thoraxruimte binnendrong.

Bij dit verschrikkelijke voorval betrof het een klassieke, heel reële *aanval tegen het hart conflict* met een pericardiale mesotheloom. De te hulp geroepen arts vermoedde ook dat het hart getroffen zou zijn en deed hartmassage. Toen de arts merkte dat het hart weer sloeg, gelastte hij de patiënt over te brengen naar het 20 km verderop gelegen Tyrnau/ Trnava nadat hij ervóór de borstkas had verbonden. Dit was destijds een moeilijke en zware zaak. Eerst met een paardenwagen over de hobbelige straat naar het dichtstbijzijnde station. Daarna ging het met de trein naar Trnava waar de patiënt voor langere tijd in het ziekenhuis verbleef.

Een ander onderdeel van het DHS was een *rivaliteitsconflict* met een prostaatscarcinoom op organisch niveau tot gevolg (zie hiervoor artikel PROSTAAT [7]). Dit om reden dat de patiënt zijn buurman als ganzendief had herkend.

Het derde onderdeel was een *motorisch conflict* met een motorische verlamming, een typisch conflict van *niet kunnen ontkomen*. De patiënt was na de aanval als door de bliksem getroffen neergevallen.

Aanvankelijk losten zich de conflicten in alle deelgebieden op. Zijn herstel en het ontslag uit het ziekenhuis hielpen daarbij en bovendien zat de buurman in de gevangenis.

Toen de buurman echter weer uit de gevangenis werd ontslagen, liep de patiënt noodgedwongen zijn "conflict" voortdurend tegen het lijf. Het kwam tot kleine conflict-recidieven en ook kortdurende genezingsfasen als hij de buurman een tijdje niet zag.

In 1998 was dan het prostaatcarcinoom zo ver gevorderd dat hij problemen kreeg bij het plassen. Daarop volgde een operatie met een gedeeltelijke verwijdering van de prostaat.

Toen de patiënt uiteindelijk zijn eigen huis moest verlaten, omdat hij wegens ouderdom niet meer alleen kon blijven wonen en bij z'n dochter en schoonzoon introk, kwam het tot een grote conflictoplossing op alle drie de deelgebieden:

- de gedeeltelijk weggenomen prostaat zwol opnieuw op en maakte problemen bij het plassen,
- het pericardiale mesotheloom maakte een cardiale tamponade, die echter intussen weer afnam. De klachten van de cardiale tamponade waren medisch als cerebrale doorbloedingsstoringen geduid, zogenaamde onvaste duizeligheid,
- bij de oplossing van de gedeeltelijke verlamming van de beide benen versterkte zich dit effectief in de genezingsfase, zoals dat gewoonlijk is bij het genezingsoedeem in het motorische schorscentrum.

Alle Hamerse Haarden werden nooit opgemerkt, noch psychisch, noch cerebraal, noch organisch. Ook de geweldige cardiale uitstroming met bijbehorende hartinsufficiëntie, die destijds reeds terugliep, werd niet gediagnosticeerd. De patiënt was al bijna een jaar zeer slap en kon amper een trap oplopen.

Ontleend aan: "*VERMÄCHTNIS EINER NEUEN MEDIZIN*", Teil 2, 1999, pp. 487-490 / Dr. Hamer
"*Korte inleiding in de Germaanse Nieuwe Geneeskunde*", pp. 156-158/ Dr. Hamer

- o - o - o -

Informatielijst

De inhoud van dit document is ontleend aan:

- [1a] *“Wissenschaftliche Tabelle der GNM”* / Dr. Hamer, 2007, p. 52
ook website: <http://www.germaansegeneeskunde.info> (Casper Rutten)
- [1b] *“Scientific Chart of Germanic New Medicine”* / Dr. Hamer, 2007, p. 52
- [2] *“Das Herz – und was es krank macht”* / Artikel van Dr. Hamer
website: <http://www.germanische-heilkunde.at> (Helmut Pilhar)
- [3a] *“Biological Special Programs”* / Caroline Markolin, maart 2016
website: www.learninggnm.com
- [3b] Tutorial 2, part 2 / Caroline Markolin, 2011
website: www.learninggnm.com
- [4] *“Zielsoorzaken van ziekte”* / Björn Eybl / Karin van Baelen, 2015, pp. 119-121
- [5] *“Biologika Organ Atlas”* / Roberto Barnai, maart 2016, p. 72 (3.1.7)
- [6] *“Das System der 5 Biologischen Naturgesetze”*, Band 1 / David Münnich, 2014,
pp. 145-146
- [7] *“Vertrouw je Lichaam”* / Mies Kloos
website: www.hoedegeesthetlichaamaanstuurt.nl