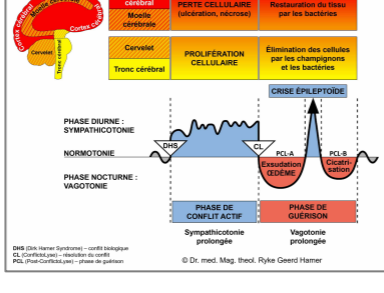


PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

ŒSOPHAGE

Auteur : Caroline Markolin, Ph. D.

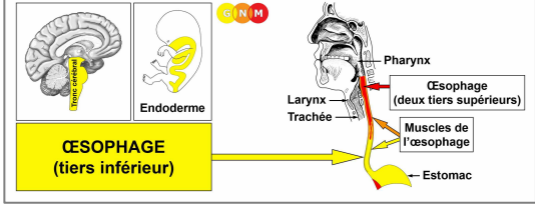


Œsophage (tiers inférieur)

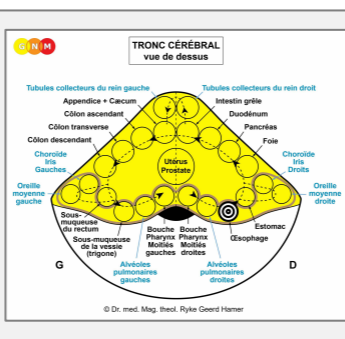
Œsophage (deux tiers supérieurs)

Muscles de l'œsophage

Rév. 1.01



DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DE L'ŒSOPHAGE (TIERS INFÉRIEUR) : l'œsophage est situé derrière la trachée et le larynx. À l'origine, l'ensemble du tube digestif – allant de la bouche au rectum – servait à l'absorption (qualité absorbante) et à la digestion (qualité sécrétrice) des aliments. Aujourd'hui, la principale fonction de l'œsophage est de conduire les aliments, les liquides et la salive de la bouche à l'estomac. L'action d'avaler est facilitée par le mouvement péristaltique (qualité motrice) des muscles lisses de l'œsophage (les deux tiers supérieurs de l'œsophage sont principalement constitués de muscles striés). La muqueuse profonde de l'œsophage est constituée d'un épithélium cylindrique intestinal, lequel provient de l'endoderme ; elle est donc contrôlée par le tronc cérébral.



NIVEAU CÉRÉBRAL : dans le **tronc cérébral**, le centre de contrôle du tiers inférieur de l'œsophage est positionné de manière ordonnée à l'intérieur de l'anneau formé par les relais cérébraux qui contrôlent les organes du tube digestif, précisément, dans l'hémisphère droit du tronc cérébral, entre le relais de l'estomac et celui des alvéoles pulmonaires droites.

CONFLIT BIOLOGIQUE : le conflit biologique lié au tiers inférieur de l'œsophage est le fait de « ne pas pouvoir ou ne pas avoir le droit d'avaler un morceau ».

Conformément à la logique de l'évolution, les **conflits du morceau** constituent le principal thème conflictuel associé aux **organes contrôlés par le tronc cérébral** et dérivant de l'endoderme.

Ce type de conflit du morceau se rapporte à un « morceau » que l'on espérait (un emploi, une promotion, un poste, un contrat, une commande, un héritage, un cadeau, des excuses, une proposition), mais qui, de manière inattendue, nous échappe. Une promesse qui n'a pas été tenue, un objet personnel de valeur qui a été volé, des projets ou des plans que l'on ne peut pas réaliser sont d'autres exemples de ce qui peut engendrer ce conflit. Un « morceau » que l'on n'arrive pas à « avaler » peut également concerner une nouvelle relation ou une personne en particulier, telle qu'un locataire, un employé ou un ami auquel on a dû renoncer. Un « morceau » désiré que l'on n'a pas le droit d'obtenir pourrait également concerner un aliment (préféré) spécifique.

PHASE DE CONFLIT ACTIF : dès le DHS, durant la phase de conflit actif, les cellules de l'œsophage prolifèrent proportionnellement à l'intensité du conflit. Le **sens biologique de cette augmentation cellulaire** est de mieux

pouvoir absorber et digérer le morceau désiré. Même si l'œsophage n'a plus de fonction digestive, en cas de conflit biologique, il continue de réagir par une augmentation cellulaire, car, à l'origine, l'ensemble du tube digestif servait à l'absorption et à la digestion des aliments. Lors d'une activité conflictuelle prolongée (conflit en suspens), une masse en forme de chou-fleur (de type sécréteur), appelée **cancer de l'œsophage**, se développe dans le tiers inférieur de l'œsophage (à distinguer du « cancer de l'œsophage » lié aux deux tiers supérieurs). La tumeur peut également se développer à plat (de type absorbant). Si le taux de division cellulaire dépasse une certaine limite, la médecine conventionnelle considère le cancer comme « malin » ; en dessous de cette limite, la masse est considérée comme « bénigne » ou diagnostiquée comme un **polype œsophagien** (voir aussi la phase de guérison).

Le cancer de l'œsophage est présumé être lié au reflux gastrique. Nul doute que le reflux d'acide gastrique peut irriter l'œsophage, mais cela ne provoque pas de « cancer ». Du point de vue de la GNM, une prolifération cellulaire dans l'œsophage ne se produit qu'en réponse au conflit biologique correspondant, à savoir « ne pas pouvoir avaler un morceau ». Le reflux gastrique, quant à lui, trouve son origine dans l'estomac et est lié à un conflit de colère dans le territoire.

Les **spasmes de l'œsophage** se produisent durant la Crise Épileptoïde (voir aussi les spasmes œsophagiens liés aux deux tiers supérieurs de l'œsophage).

PHASE DE GUÉRISON : dès la résolution du conflit (CL), les champignons ou les mycobactéries telles que le bacille tuberculeux éliminent les cellules qui ne sont plus requises. Les **symptômes de guérison** sont des **douleurs derrière le sternum** dues au **gonflement** et des **sueurs nocturnes**. Un gonflement important pourrait réduire la lumière de l'œsophage et occasionner des difficultés à avaler les aliments solides. Avec une importante réduction, il pourrait être nécessaire d'utiliser une sonde d'alimentation jusqu'à la décomposition de la tumeur, à condition que les microbes requis soient disponibles lors de la guérison. Une **candidose œsophagienne** indique que les champignons participent à la guérison.

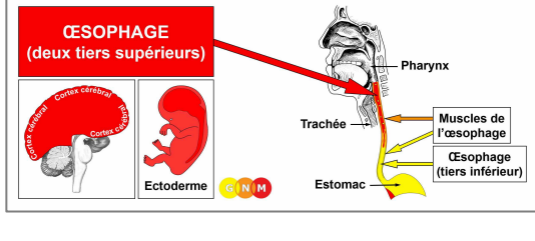
Si les microbes nécessaires ne sont pas disponibles au moment de la résolution du conflit, du fait de leur destruction par une utilisation excessive d'antibiotiques, les cellules supplémentaires restent en place. À terme, la masse se retrouve encapsulée de tissu conjonctif. En médecine conventionnelle, cela est généralement diagnostiqué comme un **polype œsophagien** ou comme un « cancer bénin » (voir aussi la phase de conflit actif).

Avec le SYNDROME, c'est-à-dire, avec une rétention d'eau provoquée par un conflit d'abandon ou d'existence actif, l'eau retenue est stockée en excès dans la zone en cours de guérison, ce qui augmente le gonflement. Un gonflement très important pourrait conduire à une situation grave, car la pression qui se produit lors d'une intense Crise Épileptoïde pourrait rompre des vaisseaux sanguins et provoquer un **important saignement dans l'intestin** (un méléna (selles de goudron)) et des **vomissements de sang**.

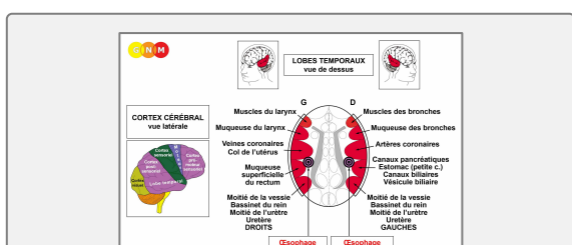
Dr Hamer : « La thérapie est parfois difficile. Cependant, le patient supporte beaucoup mieux les complications lorsqu'il comprend qu'elles ne sont que temporaires et que les hémorragies peuvent être gérées par des transfusions sanguines régulières jusqu'à ce que le processus de guérison soit achevé. »

« **Varices** » œsophagiennes : selon la médecine conventionnelle, les varices œsophagiennes sont des veines gonflées dans la muqueuse de la partie inférieure de l'œsophage. Elles sont associées à une cirrhose du foie et à une hypertension artérielle dans la veine porte. Du point de vue de la GNM, ces gonflements sont en réalité des poches dans la muqueuse de l'œsophage (semblables aux diverticules dans les intestins résultant de processus de réparation récurrents). En outre, les veines (mésoderme nouveau) et la muqueuse de la partie inférieure de l'œsophage (endoderme) sont des tissus de types différents qui proviennent de feuillet embryonnaires différents et qui sont donc contrôlés par des zones différentes du cerveau. Par conséquent, toute personne ayant des varices œsophagiennes présente – sans exception – le Foyer de Hamer dans le tronc cérébral, précisément, dans le centre de contrôle du tiers inférieur de l'œsophage (**voir le diagramme GNM**), et non dans la moelle cérébrale d'où les vaisseaux

sanguins sont contrôlés (voir également la théorie suggérant que les hémorroïdes sont des veines gonflées dans le rectum).



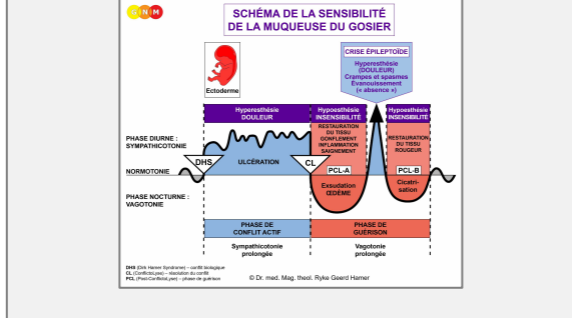
DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DE L'ŒSOPHAGE (DEUX TIERS SUPÉRIEURS) : à l'origine, la paroi interne de l'intégralité de l'œsophage était uniquement constituée de cellules intestinales (épithélium cylindrique intestinal). À un stade plus avancé de l'évolution, la muqueuse endodermique de la partie supérieure de l'œsophage a été remplacée par un nouveau tissu, un épithélium pavimenteux. Cependant, des grappes de cellules endodermiques subsistent également dans la partie supérieure. La muqueuse épithéliale des deux tiers supérieurs de l'œsophage provient de l'ectoderme, elle est donc contrôlée par le cortex cérébral.



NIVEAU CÉRÉBRAL : la muqueuse épithéliale des deux tiers supérieurs de l'œsophage est contrôlée par le **cortex post-sensoriel** (une partie du cortex cérébral). La moitié gauche de l'œsophage est contrôlée par le côté droit du cortex (à proximité du relais de l'estomac) ; la moitié droite de l'œsophage est contrôlée par le côté gauche du cortex. Il existe donc une corrélation croisée entre le cerveau et l'organe.

REMARQUE : les centres de contrôle des deux tiers supérieurs de l'œsophage sont situés à l'extérieur du lobe temporal, par conséquent, les principes du genre, de la latéralité et du statut hormonal ne s'appliquent pas.

CONFLIT BIOLOGIQUE : tandis que le tiers inférieur de l'œsophage est lié au fait de « *ne pas pouvoir avaler un morceau* », le conflit biologique lié aux deux tiers supérieurs est l'opposé, à savoir, « *ne pas vouloir avaler un morceau* » (voir aussi le pharynx et la gorge). Il s'agit d'un type de « conflit de séparation ». Cela fait référence à tout incident ou situation que l'on refuse d'accepter ou à des mots (accusations, insultes, reproches, critiques) qui sont difficiles à « encaisser » ou à « avaler ». Le morceau non désiré peut également concerner de la réelle nourriture ou des médicaments.



Le Programme Biologique Spécial des **deux tiers supérieurs de l'œsophage** suit le **SCHEMA DE LA SENSIBILITÉ DE LA MUQUEUSE DU GOSIER** avec une hypersensibilité durant la phase de conflit actif ainsi que la Crise Épileptoïde, et une hyposensibilité durant la phase de guérison.

PHASE DE CONFLIT ACTIF : **ulcération de la muqueuse des deux tiers supérieurs de l'œsophage** proportionnelle à l'intensité et à la durée de l'activité conflictuelle. Le **sens biologique de cette perte cellulaire** est d'augmenter la lumière de l'œsophage afin de mieux pouvoir éliminer le « morceau » indésirable. L'épithélium pavimenteux de l'œsophage étant assez épais, il peut s'écouler un certain temps avant que des ulcères profonds ne soient détectés par une œsophagoscopie.

Symptômes : légère à forte **douleur**. La sensation de brûlure typique est souvent interprétée à tort comme une brûlure d'estomac ou « reflux gastro-œsophagien ».

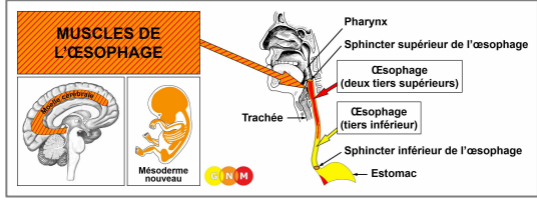
REMARQUE : le fait que la moitié droite ou gauche de la partie supérieure de l'œsophage soit concernée est déterminé par la latéralité de la personne ainsi que par le fait que le conflit soit lié à la mère/enfant ou au partenaire.

PHASE DE GUÉRISON : durant la première partie de la phase de guérison (**PCL-A**), le tissu perdu est reconstitué par une **prolifération cellulaire**. En médecine

conventionnelle, cela pourrait être diagnostiqué comme un « **cancer de l'œsophage** » (à distinguer du cancer de l'œsophage lié au tiers inférieur de l'œsophage). En vertu des Cinq Lois Biologiques, ces nouvelles cellules ne peuvent pas être considérées comme des « cellules cancéreuses », car l'augmentation cellulaire est, en réalité, un processus de reconstruction.

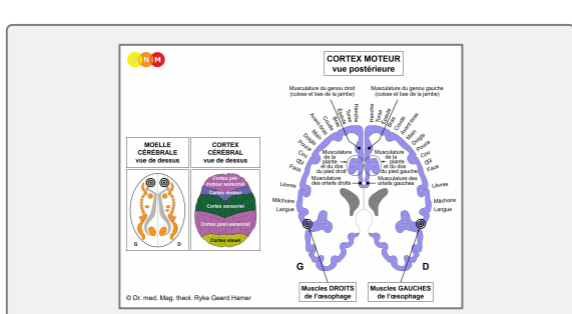
Les **symptômes de guérison** sont des **difficultés à avaler** en raison du gonflement et de la **douleur**, lesquelles peuvent durer pendant toute la phase de guérison (en **PCL-A** et **PCL-B**, la douleur n'est pas de nature sensorielle, mais due à la pression). Une rétention d'eau simultanée due au SYNDROME accroît le gonflement. Avec une inflammation, cette affection est appelée une **œsophagite**. La Crise Épileptoïde se manifeste par **forte sensation de brûlure**.

REMARQUE : toutes les Crises Épileptoïdes contrôlées par le **cortex sensoriel, post-sensoriel ou prémoteur sensoriel** sont accompagnées de **troubles de la circulation, d'étourdissements, de brefs troubles de la conscience** ou d'une **perte totale de conscience** (évanouissement ou « absence »), en fonction de l'intensité du conflit. Un autre symptôme caractéristique est une **chute du taux de glycémie** provoquée par une consommation excessive de glucose par les cellules cérébrales (à distinguer de l'hypoglycémie liée aux cellules des îlots pancréatiques).



DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DES MUSCLES DE L'ŒSOPHAGE :

l'œsophage est un tube musculaire composé de muscles lisses dans le tiers inférieur et de muscles striés dans les deux tiers supérieurs. La tension des muscles stabilise l'œsophage et permet la déglutition et le transit des aliments. L'œsophage est bordé par deux anneaux musculaires appelés sphincters œsophagiens. L'ouverture du sphincter supérieur de l'œsophage est déclenchée par le réflexe de déglutition. Le sphincter inférieur de l'œsophage, également appelé sphincter cardiaque, entoure la partie inférieure de l'œsophage. Au niveau du cardia, l'orifice qui relie l'œsophage à la partie supérieure de l'estomac, l'œsophage tourne sur son axe et forme ainsi une occlusion élastique et torsadée qui contribue à la fonction du sphincter ; à savoir, s'ouvrir pour laisser passer les aliments dans l'estomac et se fermer pour les y maintenir. **REMARQUE :** les sphincters œsophagiens sont des sphincters fonctionnels, et non des sphincters anatomiques comme le sphincter de la vessie, le sphincter anal ou le sphincter du col de l'utérus. Les muscles lisses de l'œsophage proviennent de l'endoderme et sont contrôlés par le **mésencéphale**. Les muscles striés de l'œsophage proviennent du mésoderme nouveau et sont contrôlés par la moelle cérébrale et le cortex moteur.



NIVEAU CÉRÉBRAL : les muscles striés de l'œsophage ont deux centres de contrôle dans le cerveau. La fonction trophique des muscles, responsable de la nutrition du tissu, est contrôlée par la **moelle cérébrale** ; la contraction des muscles est contrôlée par le **cortex moteur** (une partie du cortex cérébral). Les muscles droits de l'œsophage sont contrôlés par le côté gauche du cerveau ; les muscles gauches de l'œsophage sont contrôlés par le côté droit du cerveau. Il existe donc une corrélation croisée entre le cerveau et l'organe (voir le diagramme GNM montrant l'**homuncule moteur**).

CONFLIT BIOLOGIQUE : le conflit biologique lié aux muscles supérieurs de l'œsophage est le fait de « **ne pas pouvoir régurgiter un morceau** », au sens propre comme au sens figuré (insulte, accusation, diagnostic), car le morceau est considéré comme trop gros.

PHASE DE CONFLIT ACTIF : **perte cellulaire (nécrose) du tissu musculaire de l'œsophage** (contrôlée par la moelle cérébrale) et, proportionnellement à l'intensité de l'activité conflictuelle, **paralysie croissante des muscles de**

l'œsophage (contrôlée par le cortex moteur) entraînant des **difficultés à avaler les aliments et les liquides**.

REMARQUE : les muscles striés appartiennent au groupe des organes qui réagissent au conflit correspondant par une perte fonctionnelle (voir aussi les Programmes Biologiques Spéciaux des cellules alpha et bêta des îlots pancréatiques, de l'oreille interne (cochlée et organe vestibulaire), des nerfs olfactifs, de la rétine et du corps vitré des yeux) ou par un hyperfonctionnement (périoste et thalamus).

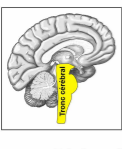
PHASE DE GUÉRISON : durant la phase de guérison, les muscles de l'œsophage sont reconstruits. La paralysie se prolonge en **PCL-A**. La Crise Épileptoïde se manifeste par des **spasmes œsophagiens** (voir aussi les spasmes œsophagiens du tiers inférieur de l'œsophage). En fonction de l'intensité de la phase de conflit actif, l'intensité des contractions peut varier de légère à sévère. Durant la **PCL-B**, la fonction des muscles de l'œsophage revient à la normale. Des spasmes œsophagiens récurrents indiquent une guérison en suspens due à des rechutes du conflit.

REMARQUE : tous les **organes dérivant du mésoderme nouveau** (« groupe de luxe »), y compris les muscles de l'œsophage, révèlent le **sens biologique du SBS à la fin de la phase de guérison**. Lorsque le processus de guérison est terminé, l'organe ou le tissu se retrouve plus fort qu'auparavant, ce qui lui permet d'être mieux préparé en cas de nouveau conflit du même type.

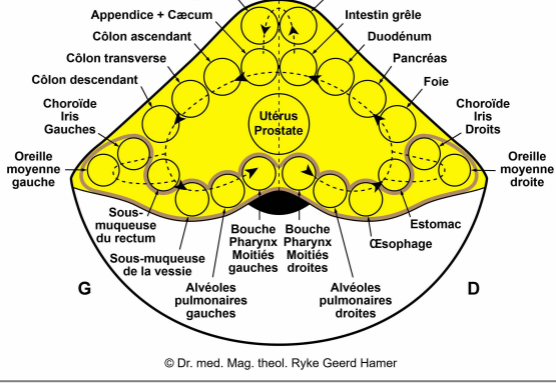
Source : www.learninggnm.com

© LearningGNM.com

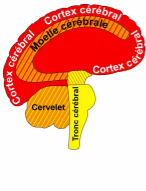
AVERTISSEMENT : les informations contenues dans ce document ne remplacent pas un avis médical professionnel.



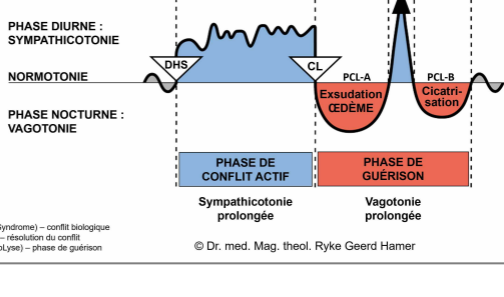
RELATION TRONC CÉRÉBRAL – ORGANES



© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer



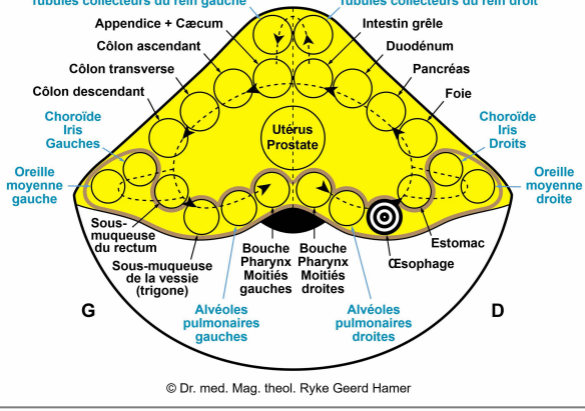
Cortex cérébral	PERTE CELLULAIRE (ulcération, nécrose)	Restauration du tissu par les bactéries
Moelle cérébrale		
Cervelet	PROLIFÉRATION CELLULAIRE	Élimination des cellules par les champignons et les bactéries
Tronc cérébral		

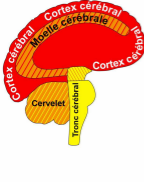


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
 CL (Conflictolyse) – résolution du conflit
 PCL (Post-Conflictolyse) – phase de guérison

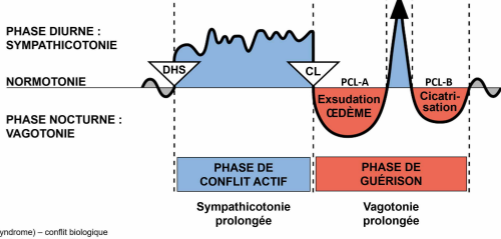
© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

TRONC CÉRÉBRAL
vue de dessus





Cortex cérébral	PERTE CELLULAIRE (ulcération, nécrose)	Restauration du tissu par les bactéries
Moelle cérébrale		
Cervelet	PROLIFÉRATION CELLULAIRE	Élimination des cellules par les champignons et les bactéries
Tronc cérébral		

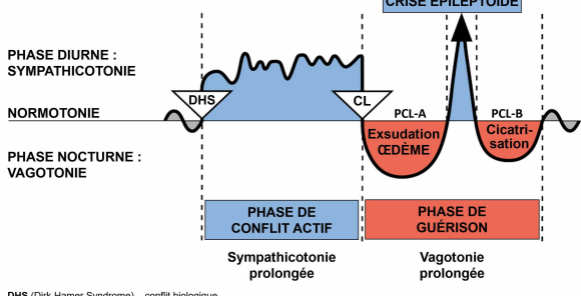


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
 CL (Conflictolyse) – résolution du conflit
 PCL (Post-Conflictolyse) – phase de guérison

© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

SCHÉMA DES DEUX PHASES

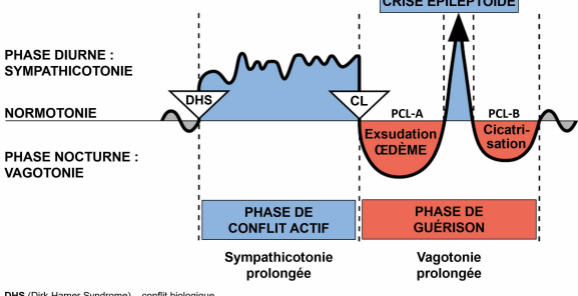


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
 CL (ConflictLyse) – résolution du conflit
 PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

SCHÉMA DES DEUX PHASES

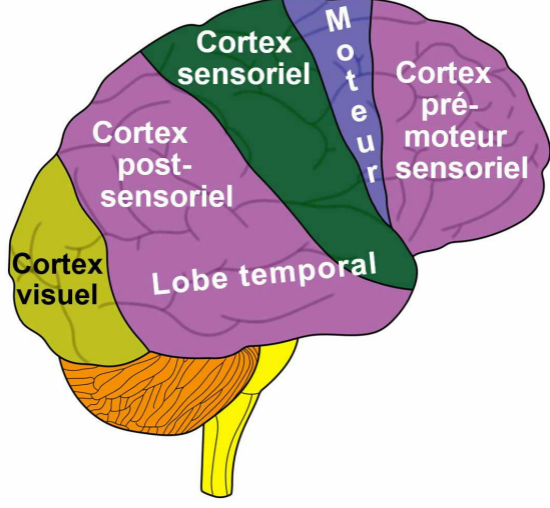


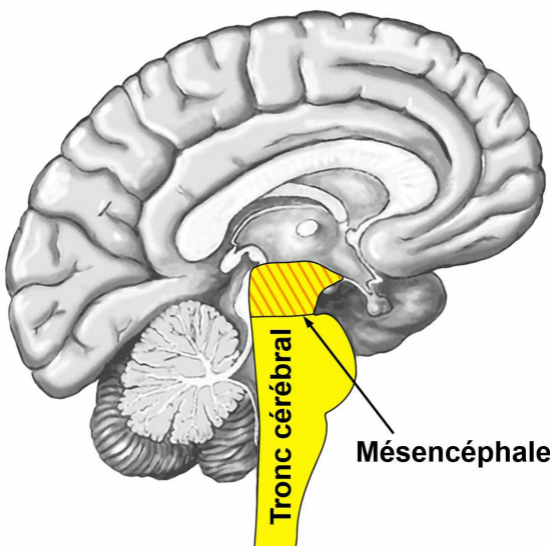
DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
 CL (Conflictolyse) – résolution du conflit
 PCL (Post-Conflictolyse) – phase de guérison

© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

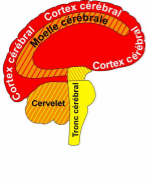
CORTEX CÉRÉBRAL

vue latérale

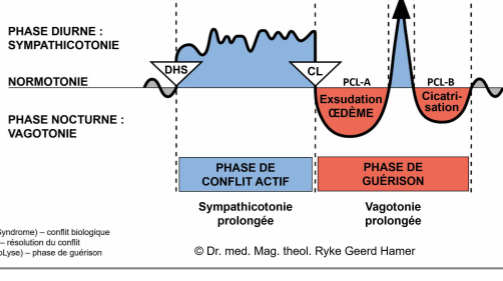




Un homoncule est une représentation des différentes parties anatomiques du corps.



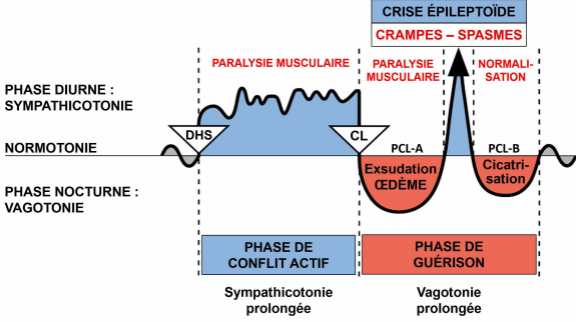
Cortex cérébral	PERTE CELLULAIRE (ulcération, nécrose)	Restauration du tissu par les bactéries
Moelle cérébrale		
Cervelet	PROLIFÉRATION CELLULAIRE	Élimination des cellules par les champignons et les bactéries
Tronc cérébral		



DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
 CL (Conflictolyse) – résolution du conflit
 PCL (Post-Conflictolyse) – phase de guérison

© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

MUSCLES STRIÉS

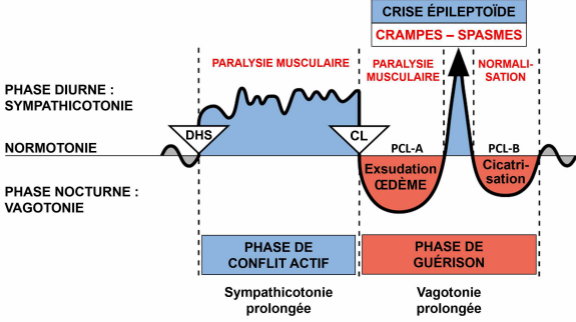


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
CL (Conflictolyse) – résolution du conflit
PCL (Post-Conflictolyse) – phase de guérison

© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

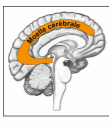
PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX
SCHÉMA DES DEUX PHASES

MUSCLES STRIÉS

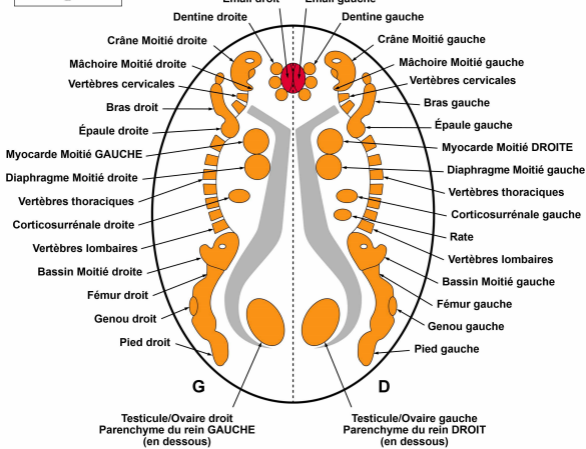


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
CL (Conflictolyse) – résolution du conflit
PCL (Post-Conflictolyse) – phase de guérison

© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer



RELATION MOELLE CÉRÉBRALE – ORGANES



© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer