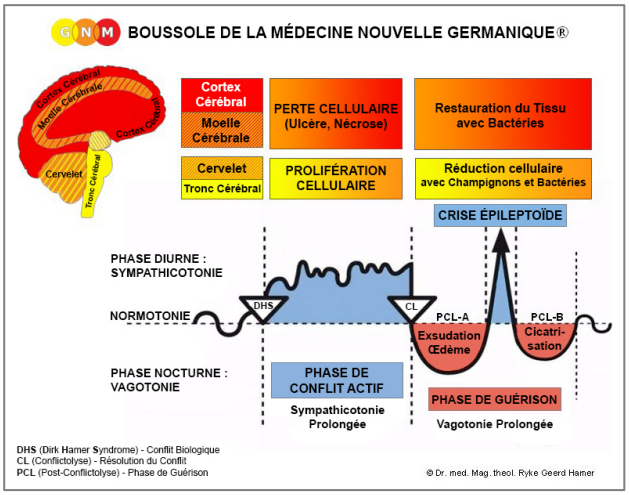
LES PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

LES POUMONS

écrit par Caroline Markolin, Ph.D.



Sommaire

Les alvéoles pulmonaires

Les cellules caliciformes

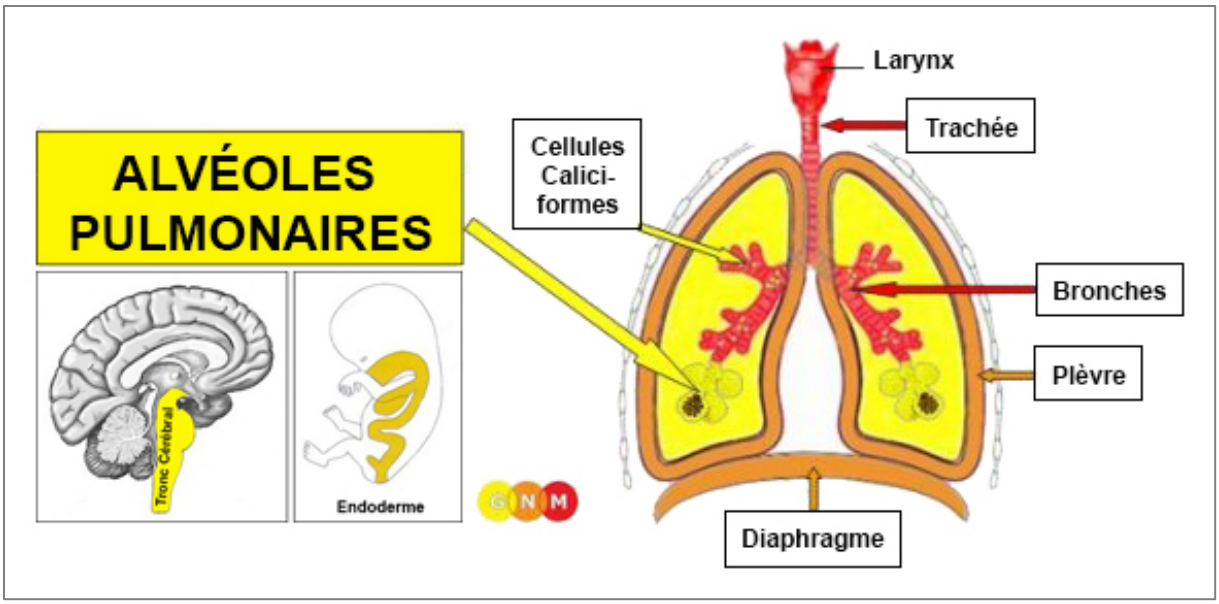
La muqueuse des bronches

La trachée

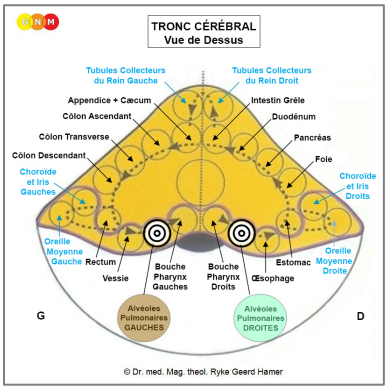
Les muscles des bronches

La plèvre

Le diaphragme



DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DES ALVÉOLES PULMONAIRES : les poumons sont situés de part et d'autre du thorax et sont séparés l'un de l'autre par le cœur. Ils sont entourés par la cage thoracique et le diaphragme, le principal muscle de la respiration. La plèvre protège et amortit les poumons. La fonction des poumons est de fournir de l'oxygène à l'organisme lors de l'inspiration et d'éliminer le dioxyde de carbone lors de l'expiration. Après avoir pénétré par le nez ou par la bouche, l'air descend dans la trachée. Celle-ci se divise en deux bronches qui continuent à se diviser en branches de plus en plus petites, appelées bronchioles. Les bronchioles se terminent par de minuscules poches d'air, les alvéoles pulmonaires. Les cellules alvéolaires (les pneumocytes) qui tapissent les alvéoles pulmonaires régulent les échanges gazeux entre les alvéoles et le sang. En matière d'évolution, les pneumocytes se sont développés à partir du tissu intestinal. De la même manière que les cellules intestinales absorbent le « morceau de nourriture », la fonction biologique des cellules alvéolaires consiste à « absorber » (qualité absorbante) le « morceau d'air ». Les cellules alvéolaires sont constituées d'épithélium cylindrique intestinal, proviennent de l'endoderme et sont donc contrôlées par le tronc cérébral.



AU NIVEAU CÉRÉBRAL : dans le **tronc cérébral**, les alvéoles pulmonaires ont deux centres de contrôle, positionnés dans l'anneau formé par les relais cérébraux qui contrôlent les organes du tube digestif.

Les alvéoles pulmonaires du poumon droit, responsables à l'origine de l'introduction de l'oxygène, sont contrôlées par le côté droit du tronc cérébral (voir la moitié droite de la bouche et du pharynx correspondant à l'introduction de la nourriture). Les alvéoles pulmonaires du poumon gauche, responsables à l'origine de l'élimination du dioxyde de carbone, sont contrôlées par le côté gauche du tronc cérébral (voir la moitié gauche de la bouche et du pharynx correspondant à l'élimination). De nos jours, les deux poumons ont la même fonction (voir aussi le développement des reins).

LE CONFLIT BIOLOGIQUE : le conflit biologique lié aux alvéoles pulmonaires est un **conflit de peur de la mort** car, du point de vue biologique, la peur panique de la mort est assimilée au fait de ne pas pouvoir respirer. Le centre de contrôle situé du côté droit du tronc cérébral est lié au fait de « **ne pas être capable d'attraper le morceau d'air** », c'est-à-dire, de ne pas être capable d'inspirer. Le centre de contrôle situé du côté gauche du tronc cérébral est lié au fait de « **ne pas être capable d'éliminer le morceau d'air** », c'est-à-dire, de ne pas être capable d'expirer, par exemple, en raison d'une hyperventilation.

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

Une **peur panique de la mort** peut être vécue dans toute situation mettant la vie en danger, par exemple, lors d'un accident ou d'une urgence médicale. Cependant, le conflit le plus fréquent de peur panique de la mort est provoqué par le **choc d'un diagnostic**, et plus particulièrement par le choc d'un diagnostic de cancer perçu par la personne comme une sentence de mort. Les déclarations d'un médecin telles que « c'est un cancer malin », « inopérable », « agressif », « invasif », « métastasant » ou des remarques telles que « vous n'avez plus que six mois à vivre » ainsi que d'autres verdicts de ce type peuvent susciter une intense peur de mourir. Il en va de même pour un pronostic ou des résultats d'analyses négatifs consécutifs à des examens médicaux (tests Pap, tests PSA, mammographies, coloscopies, analyses sanguines). Nous devons également prendre en compte les potentiels **chocs d'autodiagnostic** déclenchés, par exemple, lors de la détection d'une masse, par exemple, dans le sein, lorsqu'il y a du sang dans les selles, dans les urines ou dans les pertes vaginales, ou par tout autre symptôme associé au cancer (« une maladie mortelle »). La recherche d'informations à propos d'un symptôme particulier sur internet à l'aide des innombrables sites Web propageant le concept de « maladies malignes » peut facilement provoquer un conflit de peur panique de la mort.

EN PHASE DE CONFLIT ACTIF : dès le DHS, durant la phase de conflit actif, les cellules des alvéoles pulmonaires prolifèrent proportionnellement à l'intensité du conflit. Le **sens biologique de cette augmentation cellulaire** est d'améliorer la fonction des poumons afin de fournir plus d'oxygène à l'organisme, et ainsi permettre à l'individu d'être mieux à même de se sortir de la situation qui menace sa vie. En cas d'activité conflictuelle prolongée (conflit en suspens), des nodules pulmonaires au développement étalé (de type absorbant), appelés **cancers du poumon**, se développent en conséquence de la continuelle augmentation cellulaire (à distinguer du « cancer du poumon » lié aux bronches). Si le taux de division cellulaire dépasse une certaine limite, la médecine conventionnelle considère le cancer comme « malin ».

REMARQUE : une peur panique de la mort peut être ressentie pour sa propre vie ou pour celle d'autres personnes (un membre de la famille, un ami bien aimé ou un animal de compagnie). **Un seul nodule pulmonaire** (un nodule solitaire) se forme si le conflit est vécu avec (par empathie) ou pour (par procuration) une autre personne (ou un animal) ; deux nodules se développent pour deux personnes (par exemple, lors d'une angoisse de mort concernant les deux parents), trois nodules pour trois personnes, etc. De **multiples nodules pulmonaires** couvrant les deux poumons révèlent que le conflit de peur de la mort concerne la personne elle-même. Le même principe s'applique aux nodules hépatiques.

Le scanner thoracique à gauche montre un nodule pulmonaire solitaire dans le poumon droit. Sur un scanner organique, le nodule pulmonaire compact (hyperdense), indiquant la phase de conflit actif d'un conflit de peur de la mort, apparaît en blanc.

Le scanner de droite montre plusieurs nodules pulmonaires bilatéraux.

Sur ce scanner cérébral, nous voyons l'impact d'un conflit de peur de la mort dans la zone du tronc cérébral qui contrôle les alvéoles pulmonaires du poumon droit. Le contour net du Foyer de Hamer révèle que la personne est toujours en conflit actif.

Comme il n'y a aucun symptôme perceptible durant la phase de conflit actif, les nodules pulmonaires sont, à ce stade, seulement détectés lors de contrôles médicaux de routine ou d'examens de suivi. De nos jours, en raison de la pression croissante à se soumettre à un dépistage « préventif » et avec la présence d'outils de diagnostic de plus en plus sophistiqués, avec notamment l'invention de l'IRM et des mammographies, beaucoup plus de cancers sont découverts. En conséquence, beaucoup plus de personnes vivent des peurs de la mort. Cela explique pourquoi le cancer du poumon reste le cancer le plus fréquent, malgré une diminution significative du nombre de fumeurs de cigarettes et pourquoi même les gros fumeurs ne développent pas nécessairement un cancer du poumon - ni aucun autre cancer.

Les animaux, comme nos animaux de compagnie, ont rarement un cancer du poumon, non pas parce qu'ils ne fument pas, mais parce qu'ils ne sont pas conscients du diagnostic. Nancy Zimmerman, directrice du Pet Hospital (l'hôpital pour animaux de compagnie) de Banfield, l'un des plus grands cabinets vétérinaires du monde : « Il est important de constater qu'il n'existe aucun lien direct absolu entre le tabagisme et le cancer chez les animaux de compagnie. » (National and Oregon Health and Wellness Information and Medical News, January 19, 2009).

Les radiographies pulmonaires sont généralement effectuées quelque temps après le diagnostic d'un premier cancer, tel qu'un cancer du sein, du côlon, de la prostate, et autres. Ce laps de temps entre le diagnostic et d'autres tests est donc crucial, car c'est durant cette période que se développent les nodules pulmonaires. Les examens de suivi répétés maintiennent la peur de la mort active (conflit en suspens). Selon le Dr Hamer, les nodules pulmonaires sont déjà visibles sur les radiographies pulmonaires quelques semaines après le DHS. La médecine conventionnelle interprète ces nodules comme un « cancer métastasant ». En réalité, ce cancer du poumon a été provoqué par la peur de la mort ressentie lors du diagnostic dévastateur du premier cancer. Cette peur a entraîné un nouveau cancer, c'est-à-dire un **cancer secondaire**.

EN PHASE DE GUÉRISON : après la résolution du conflit (CL), des champignons ou des mycobactéries, telles que le bacille tuberculeux, éliminent les cellules qui ne sont plus requises. Les **symptômes de guérison** sont des **crachats de flegme laiteux ou de couleur rouille**. Ces **crachats peuvent contenir du sang**. En raison de la présence de pus dans l'écoulement, les symptômes pourraient être diagnostiqués comme une **pneumonie purulente** ou une « infection pulmonaire » (à distinguer de la pneumonie liée à la muqueuse des bronches). Les **sueurs nocturnes** sont un autre symptôme de guérison typique. Si les champignons participent à la guérison, cela provoque une **candidose pulmonaire** ou une soi-disant « **infection fongique pulmonaire** ».

> **ATTENTION :** durant le processus de guérison, le tissu pulmonaire est très mou. Un mouvement saccadé ou vigoureux pourrait provoquer la déchirure des poumons entraînant un grave saignement (une hémorragie pulmonaire).

La **sécrétion tuberculeuse**, excrétée via les crachats, est **riche en protéines**. Si la phase de guérison est longue et intense, cette carence en protéines pourrait être fatale. Cependant, la mort n'est pas causée par l'« infection » du bacille tuberculeux, mais plutôt par l'épuisement des protéines (pour cette raison, la tuberculose était anciennement appelée « consomption »). C'est exactement ce qui s'est produit lors de l'**épidémie de tuberculose pulmonaire de 1918-1919**, (Voir les statistiques de décès) après que des millions de personnes eurent résolu leurs conflits de peur de la mort vécus durant les quatre années de guerre. La fin de la guerre a déclenché une guérison en masse, pour ainsi dire, aboutissant à deux pandémies (voir aussi la grippe espagnole). En raison de l'extrême pauvreté causée par les crises économiques mondiales qui ont suivi la première guerre mondiale, les personnes affligées de tuberculose n'avaient pas accès aux aliments riches en protéines nécessaires à leur guérison. Seuls ceux qui pouvaient s'offrir une alimentation adéquate ont pu survivre. Les pauvres n'avaient aucune chance. Les rapports historiques concernant les épidémies de tuberculose affirment que celle-ci a disparu après l'amélioration des conditions sociales et sanitaires. En réalité, c'est l'alimentation adéquate qui s'en est suivie qui a amélioré la situation. L'éradication totale de la tuberculose n'a eu lieu que là où le bacille tuberculeux a été détruit par l'administration d'**antibiotiques antituberculeux** à grande échelle, introduits en 1944. À la fin du 19e siècle, avant l'apparition des antibiotiques, les sanatoriums contre la tuberculose offraient à ceux qui pouvaient se l'offrir, une bonne alimentation accompagnée d'un repos forcé - des conditions parfaites pour optimiser le processus de guérison.

Auparavant, la toux sanguinolente (l'hémoptysie) était correctement diagnostiquée comme une **tuberculose pulmonaire**. Aujourd'hui, cette condition est appelée un **cancer du poumon** (voir aussi le changement de nom de la tuberculose hépatique en cancer du foie et de la tuberculose rénale en « syndrome néphrotique »). Ce changement de nom est la raison pour laquelle le nombre de cancers du poumon a considérablement augmenté, alors que la tuberculose a « disparu », notamment dans les pays occidentaux, où l'éradication de la tuberculose pulmonaire est attribuée au « succès » d'une utilisation massive d'antibiotiques et de la vaccination (Le vaccin BCG, Bacillus-Calmette-Guérin a été introduit pour la première fois en 1921 ; cependant, il n'a été largement utilisé qu'après la seconde guerre mondiale). Dans les « pays en voie de développement », la tuberculose est maintenant considérée comme une maladie liée au SIDA !

Les anneaux œdémateux « enflés » du Foyer de Hamer dans le relais des alvéoles du poumon droit indiquent que la personne a résolu son conflit de peur de la mort et qu'elle se trouve à présent en PCL-A.

REMARQUE : avec une rétention d'eau due au SYNDROME, il existe un risque que l'œdème cérébral hypertrophié comprime le quatrième ventricule et provoque une hydrocéphalie.

Avec une rétention d'eau due à un conflit d'existence actif impliquant les tubules collecteurs du rein, l'accumulation de **liquide dans les poumons** (en PCL-A) crée un **œdème pulmonaire**, ou un **œdème alvéolaire** (à distinguer d'un œdème pulmonaire cardiaque lié au myocarde et d'un œdème pulmonaire lié à la valve mitrale). Ce liquide dans les poumons provoque de graves difficultés respiratoires et éventuellement une défaillance respiratoire (à distinguer d'une présence d'eau autour des poumons et relative à la plèvre). Une situation aussi aiguë se produit généralement à cause de la peur (« ma vie est en jeu ! ») ou lors d'une hospitalisation (voir le SYNDROME des Tubules Collecteurs du Rein).

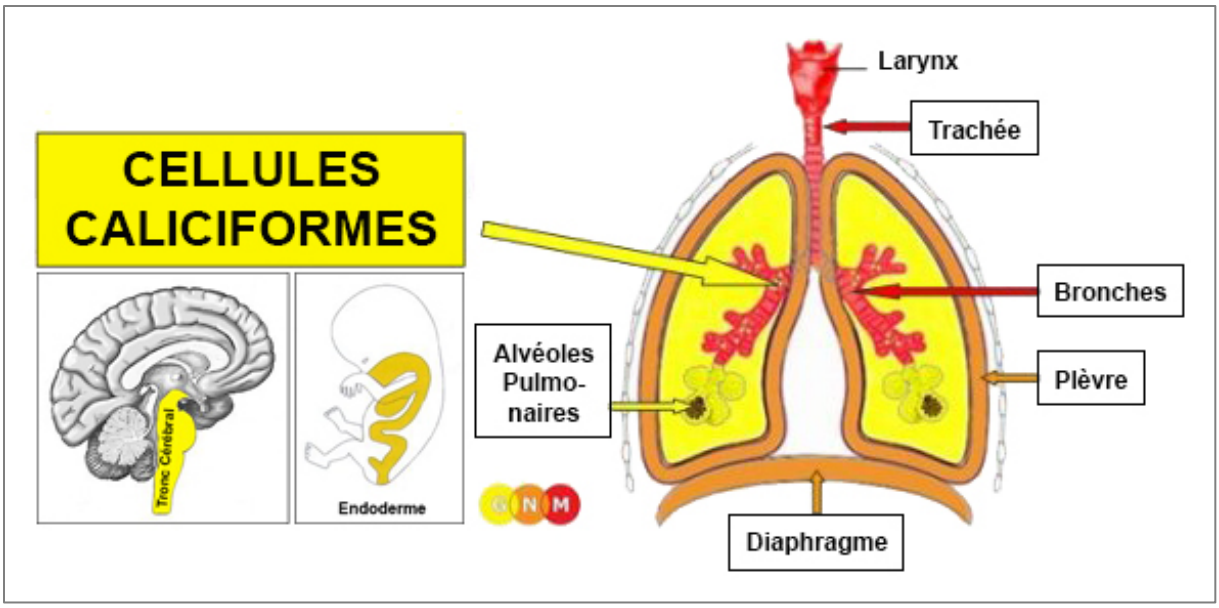
Une fois les nodules pulmonaires éliminés, des **cavernes** subsistent sur place. Ces cavernes sont remplies d'air (voir aussi les cavernes du foie, du pancréas, et de la glande mammaire). Lors d'une guérison en suspens, c'est-à-dire, lorsque la guérison est continuellement interrompue par des rechutes du conflit déclenchées par des rails de peur de la mort, la taille des cavernes augmente ; encore plus avec le SYNDROME, lorsque l'eau retenue surgonfle ces cavernes.

Ces « trous dans les poumons » présentent le tableau clinique d'un **emphysème pulmonaire** avec un essoufflement chronique.

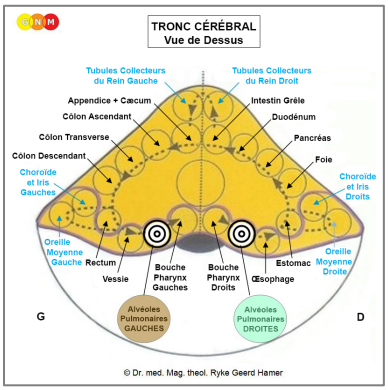
Lors d'un accident, d'une chute ou d'un mouvement énergique, par exemple en faisant du sport, une caverne pulmonaire peut se rompre, entraînant un **pneumothorax** avec une introduction d'air dans la cavité pleurale provoquant un collapsus pulmonaire. Un pneumothorax peut également se produire lors d'une ponction pleurale (voir l'épanchement pleural).

La **fibrose pulmonaire** est le résultat de phases de guérison récurrentes (voir aussi la fibrose kystique liée aux cellules caliciformes). Dans ce cas, les cavernes sont remplies de tissu fibreux. Cette condition est décrite comme une « cicatrisation des poumons (fibrose pulmonaire) ». Cette accumulation de tissu cicatriciel est également appelée une **sarcoïdose pulmonaire** ou **maladie de Besnier-Boeck-Schaumann**.

Si les microbes nécessaires ne sont pas disponibles au moment de la résolution du conflit, parce qu'ils ont été détruits par une consommation excessive d'antibiotiques, les nodules pulmonaires ne peuvent pas être décomposés et restent donc en place. À la longue, ces nodules s'enkystent. C'est pourquoi de nos jours, l'usage excessif d'antibiotiques contribue de manière significative à l'augmentation du nombre de cancers du poumon détectés lors d'examens médicaux. De tels nodules pulmonaires enkystés, nés d'une peur de la mort disparue depuis longtemps, pourraient être découverts accidentellement des années, et même des décennies plus tard.



DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DES CELLULES CALICIFORMES : les cellules caliciformes sont des glandes unicellulaires disséminées dans la muqueuse des bronches et de la trachée. Dans les bronches, ces cellules caliciformes sécrètent du mucus qui humidifie les voies respiratoires et purifie l'air pénétrant dans les poumons. En embryologie, les cellules caliciformes sont considérées comme des restes de cellules intestinales. Elles sont donc constituées d'épithélium cylindrique intestinal, proviennent de l'endoderme et sont contrôlées par le tronc cérébral.

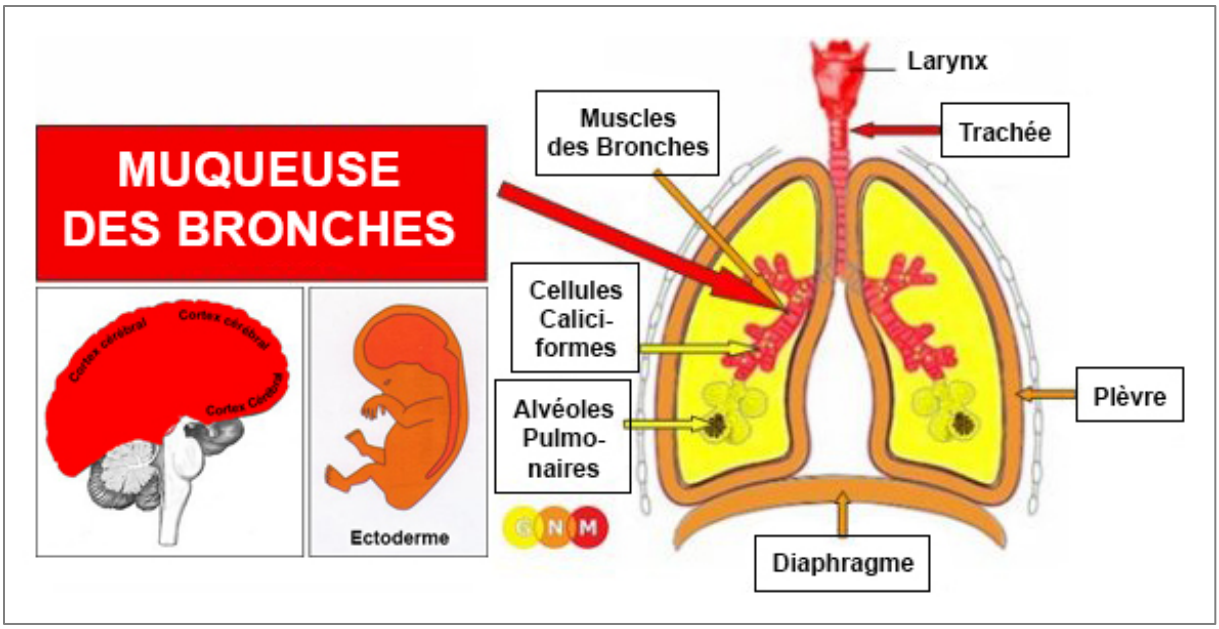


AU NIVEAU CÉRÉBRAL : dans le **tronc cérébral**, les cellules caliciformes sont contrôlées par les deux relais cérébraux qui contrôlent les alvéoles pulmonaires.

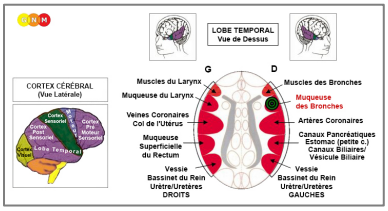
LE CONFLIT BIOLOGIQUE : le conflit biologique lié aux cellules caliciformes est une **peur de suffoquer, une peur panique de ne pas avoir assez d'air**. Ce conflit peut survenir, par exemple, lors d'un accident (noyade, intoxication par une fumée, étranglement) ou lors d'une urgence médicale telle qu'une crise d'asthme. Les nouveau-nés vivent cette peur panique de suffoquer lorsque le cordon ombilical est enroulé autour du cou ou qu'il est coupé trop tôt, car les poumons du nouveau-né ont besoin d'un certain temps pour être aptes à la respiration autonome. Les bébés vivent ce conflit lorsqu'ils se retrouvent dans une position où ils ne peuvent plus respirer.

EN PHASE DE CONFLIT ACTIF : de la même manière que les cellules intestinales prolifèrent lors d'un conflit biologique lié à un « morceau de nourriture », durant la phase de conflit actif, le nombre de cellules caliciformes augmente en réponse à la détresse de ne pas avoir assez d'air. Le **sens biologique de cette prolifération cellulaire** est d'augmenter la sécrétion de mucus afin de mieux insaliver le « morceau d'air ». En médecine conventionnelle, ces cellules additionnelles sont diagnostiquées comme un **carcinome à cellules caliciformes**.

EN PHASE DE GUÉRISON : après la résolution du conflit (CL), des champignons ou des mycobactéries, telles que le bacille tuberculeux, éliminent les cellules qui ne sont plus requises. Les **symptômes de guérison** sont des **crachats de flegmes purulents jaunes**, ainsi que des **sueurs nocturnes**. Lors d'une intense phase de guérison, l'accumulation de mucus visqueux et épais dans les bronches peut entraîner une complète obstruction des voies respiratoires, se traduisant par une **mucoviscidose** ou une **fibrose kystique** avec de sévères difficultés respiratoires (à distinguer d'une fibrose pulmonaire liée aux alvéoles pulmonaires). Si le processus de guérison est prolongé (guérison en suspens) en raison de continuelles rechutes du conflit, le processus de décomposition récurrent fini par entraîner une perte de cellules caliciformes, conduisant à une réduction ou à une cessation de la production de mucus.



DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DE LA MUQUEUSE DES BRONCHES : les bronches bifurquent de la trachée pour former deux bronches principales à partir desquelles, elles se subdivisent à l'intérieur de chaque poumon en de nombreux petits conduits, appelés bronchioles. La fonction principale des bronches et des bronchioles est de conduire l'air vers les alvéoles pulmonaires, où l'oxygène et le dioxyde de carbone sont échangés au cours de la respiration. La muqueuse des bronches est constituée d'épithélium pavimenteux, provient de l'ectoderme et est donc contrôlée par le cortex cérébral.



AU NIVEAU CÉRÉBRAL : la muqueuse des bronches des deux poumons est contrôlée par le **lobe temporal droit** (une partie du **cortex sensoriel**). Le centre de contrôle est positionné exactement en face du relais cérébral de la muqueuse du larynx.

LE CONFLIT BIOLOGIQUE : le conflit biologique lié à la muqueuse des bronches est un **conflit masculin de peur dans le territoire** ou un **conflit féminin de peur panique**, en fonction du genre, de la latéralité et du statut hormonal de la personne. Le conflit masculin de peur dans le territoire est l'équivalent du conflit féminin de souci dans le nid. En fait, au début, le Dr Hamer avait défini ce DHS lié aux bronches comme un « conflit d'inquiétude dans le territoire ».

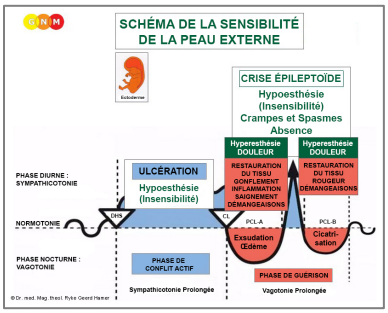
Genre, Latéralité, Statut Hormonal	Conflit Biologique	Organe Concerné
Homme droitier (SHN)	Conflit de peur dans le territoire	Muqueuse des bronches
Homme gaucher (SHN)	Conflit de peur dans le territoire	Muqueuse du larynx*
Homme droitier (TTB)	Conflit de peur panique	Muqueuse du larynx
Homme gaucher (TTB)	Conflit de peur panique	Muqueuse des bronches*
Femme droitière (SHN)	Conflit de peur panique	Muqueuse du larynx
Femme gauchère (SHN)	Conflit de peur panique	Muqueuse des bronches*
Femme droitière (TEB)	Conflit de peur dans le territoire	Muqueuse des bronches
Femme gauchère (TEB)	Conflit de peur dans le territoire	Muqueuse du larynx*

SHN = Statut hormonal normal TTB = Taux de testostérone bas TEB = Taux d'estrogène bas

***Pour les gauchers, le conflit est transféré dans l'hémisphère cérébral opposé.**

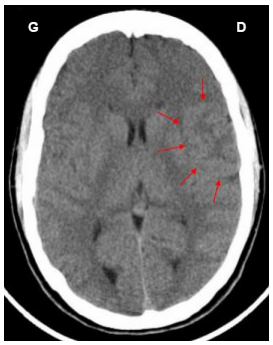
Conformément à la logique de l'évolution, les **conflits de territoire**, les **conflits sexuels** et les **conflits de séparation** constituent les principaux thèmes conflictuels liés aux organes d'origine ectodermique et contrôlés par le cortex sensoriel, pré-moteur sensoriel et post-sensoriel.

Un **conflit de peur dans le territoire** fait référence à une **menace concernant le « territoire »**, une **peur à l'intérieur du « territoire »** (à la maison, au travail, à l'école, dans la cour de récréation, à la crèche ou à la garderie, dans une maison de retraite, à l'hôpital, ou dans le village, la ville et le pays où nous habitons), et à une **peur pour sa propre sécurité** ainsi que pour la sécurité de la « meute ». La violence physique, la violence familiale, le fait d'être assailli, le harcèlement, un accident, un incendie ou une inondation, un grave problème de santé, un diagnostic ou un pronostic effrayant, des actes médicaux effrayants ou une hospitalisation sont quelques exemples de ce qui peut déclencher ce conflit. Les enfants vivent ce conflit lorsqu'ils sont punis, maltraités ou engueulés, lorsqu'ils sont terrifiés par une personne ou une situation, lorsqu'ils regardent des films ou des vidéos effrayantes montrant des monstres ou des vampires, ou lorsqu'ils font des cauchemars. La panique d'un adulte peut également créer une peur dans le territoire chez un enfant ! Les enfants à naître vivent ce conflit dans l'utérus lorsque la mère se retrouve en danger ou bien au moment de la naissance lors d'un accouchement difficile. Ce conflit peut aussi concerner un membre appartenant au « territoire » (par la peur de perdre un partenaire qui assure la sécurité du foyer ou lorsqu'un proche est gravement malade, hospitalisé ou diagnostiqué d'un cancer - vu comme une « maladie mortelle »). Une peur dans le territoire peut être partagée par les habitants de toute une région, par exemple, lors d'une catastrophe naturelle, en temps de guerre, ou à cause de la peur d'attaques terroristes ou d'annonce alarmiste de pandémie (SIDA, SRAS, grippe porcine, etc.) par les médias.



Le Programme Biologique Spécial de la muqueuse des bronches suit le **SCHÉMA DE LA SENSIBILITÉ DE LA PEAU EXTERNE** avec une hyposensibilité durant la phase de conflit actif ainsi que la Crise Épileptoïde, et une hypersensibilité durant la phase de guérison.

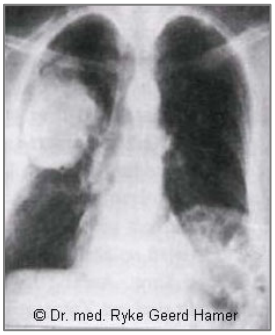
EN PHASE DE CONFLIT ACTIF : ulcération de la muqueuse des bronches proportionnelle à l'intensité et à la durée de l'activité conflictuelle. Le **sens biologique de cette perte cellulaire** est d'élargir les voies respiratoires de manière à ce que plus d'air puisse atteindre les poumons. L'amélioration de la fonction des poumons est destinée à faciliter la résolution du conflit. Il n'y a aucun symptôme durant la phase de conflit actif.



Ce scanner cérébral montre l'impact d'un conflit de peur dans le territoire dans la région du cortex cérébral qui contrôle la muqueuse des bronches. Le contour net du Foyer de Hamer révèle une activité conflictuelle.

EN PHASE DE GUÉRISON : durant la première partie de la phase de guérison (PCL-A), la perte de tissu est reconstituée via une **prolifération cellulaire**. Les **symptômes de guérison** sont des **douleurs** dues au gonflement causé par l'œdème (accumulation de liquide), des **chatouillis dans les poumons** (les démangeaisons ou le prurit sont caractéristiques de toute guérison impliquant un tissu constitué d'épithélium pavimenteux tel que la peau) et une **toux**. La toux facilite l'expectoration de flegmes contenant les restes du processus de réparation. En fonction de l'intensité du conflit, l'intensité des symptômes peut aller de légère à sévère. Après la Crise Épileptoïde, en PCL-B, le gonflement diminue et la fonction des bronches redevient normale.

En médecine conventionnelle, cette prolifération cellulaire qui se produit en PCL-A est diagnostiquée comme un « **cancer du poumon** » ou un **cancer bronchique** (à distinguer du cancer du poumon lié aux alvéoles pulmonaires). Les Cinq Lois Biologiques permettent de comprendre que ces nouvelles cellules ne peuvent pas être considérées comme des « cellules cancéreuses » car cette augmentation cellulaire est, en réalité, un processus de reconstitution.



Le gonflement dans une bronche peut obstruer les voies respiratoires, entraînant une **atélectasie** bronchique. Sur une radiographie pulmonaire, la bronche vide d'air en raison de l'obstruction, apparaît en blanc (voir la photo). Après la Crise Épileptoïde, la bronche s'ouvre à nouveau et il s'ensuit une forte toux accompagnée d'une abondante production de crachats. Cependant, lors d'une guérison en suspens, lorsque le processus de réparation est continuellement interrompu par des rechutes du conflit, l'accumulation de cicatrices finit par s'endurcir et il en résulte que l'atélectasie demeure (c'est aussi appelé une **BPCO - une BronchoPneumopathie Chronique Obstructive**). Cette constriction des bronches provoque des difficultés respiratoires permanentes, même une fois la phase de guérison terminée.

Selon le Dr Hamer, une atélectasie est souvent diagnostiquée à tort comme une tumeur bronchique.

Une **bronchite** se produit lorsque la guérison est accompagnée d'une **inflammation**, généralement avec **fièvre**, **maux de tête** dus au gonflement du relais cérébral correspondant et **fatigue**, du fait que le système nerveux autonome est en état de repos prolongé (vagotonie). En médecine conventionnelle, une bronchite récurrente est généralement liée à des « allergies » (voir aussi l'asthme bronchique).

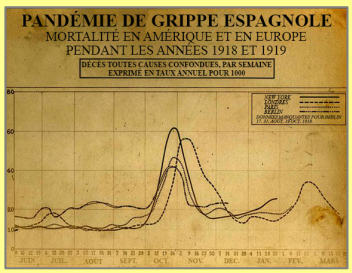
Une **pneumonie est une bronchite en présence du SYNDROME**, c'est-à-dire, une rétention d'eau résultant d'un conflit d'abandon ou d'existence actif, impliquant les tubules collecteurs du rein. En PCL-A, l'eau retenue est stockée de manière excessive dans les bronches (à distinguer de l'œdème pulmonaire). Au niveau cérébral, l'excès d'eau peut entraîner de sérieuses complications, notamment lors de la Crise Épileptoïde, laquelle, lors de l'expulsion de l'œdème cérébral, constitue le point critique du SBS (« lyse pneumonique »). La pression cérébrale provoquée par la poussée sympathicotonique pourrait être si forte que la personne tombe dans le coma et meurt. Toutefois, selon le Dr Hamer, si la phase de conflit actif a duré moins de 4 ou 5 mois, l'Épicrise ne risque pas de mettre la vie en danger.

> **REMARQUE :** toutes les Crises Épileptoïdes contrôlées par le cortex sensoriel, post-sensoriel ou pré-moteur 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 îlots pancréatiques).

La **maladie dite du légionnaire** est un type de pneumonie. Le nom de cette maladie provient d'une épidémie de pneumonie survenue chez des personnes ayant assisté à un congrès de la Légion Américaine à Philadelphie en 1976. Quel pouvait donc être ce conflit de peur dans le territoire vécu par tant de participants à cette réunion ?

Une « **pneumonie bactérienne** » indique que le processus de réparation et de cicatrisation (PCL-B) est assisté par une bactérie. C'est généralement le cas lorsque l'ulcération qui se produit durant la phase de conflit actif atteint profondément le tissu bronchique.

La médecine conventionnelle affirme que la « **pneumonie virale** » est causée par des virus, notamment par des virus de la grippe qui auraient soi-disant provoqué la **pandémie de grippe espagnole** après la première guerre mondiale ou qui, de nos jours, provoqueraient le SRAS, la grippe aviaire, la grippe porcine, etc. Cependant, aucun des virus de la grippe n'a encore été scientifiquement identifié (tous les détails sont présentés dans la vidéo GNM « Virus Mania »). Les menaces d'une « pandémie de grippe » mondiale, cependant, peuvent déclencher une peur dans le territoire et des conflits d'existence parmi la population, entraînant une augmentation rapide du nombre de cas de **grippe**.



Cette statistique sur la pandémie de grippe espagnole montre que l'épidémie a commencé début octobre 1918 et qu'elle a atteint son pic 3 à 4 semaines plus tard. Selon des archives historiques, l'Allemagne a demandé aux Alliés un cessez-le-feu le 4 octobre 1918 (la date officielle de la fin de la première guerre mondiale est le 11 novembre 1918).

Avec cette perspective de paix, des millions de personnes à travers le monde sont entrées en guérison des conflits de peur dans le territoire qu'elles avaient vécu pendant les quatre années de guerre (voir aussi l'épidémie de tuberculose pulmonaire de 1918/1919).

La pneumonie est également la condition pulmonaire la plus couramment liée au VIH et au **SIDA**. Comme nous venons maintenant de le comprendre, la pneumonie n'a aucun rapport avec ce prétendu virus VIH, mais plutôt avec un conflit de « peur dans le territoire » ou un conflit de peur panique associé à cette « maladie ».

SIDA - Syndrome d'ImmunoDéficience Acquise

« S'il existe des preuves que le VIH est la cause du SIDA, il devrait exister des documents scientifiques le démontrant de manière individuelle ou collective avec au minimum une forte probabilité. Un tel document n'existe pas. » - Dr Kary Mullis, lauréat du prix Nobel de chimie 1993

« À ce jour, il n'existe aucune preuve scientifique convaincante de l'existence du VIH. Pas un seul de ces rétrovirus n'a été isolé et purifié par les méthodes de la virologie classique. » (Dr Heinz Ludwig Sanger, professeur émérite de biologie moléculaire et de virologie, Institut Max-Planck de biochimie, Munich)

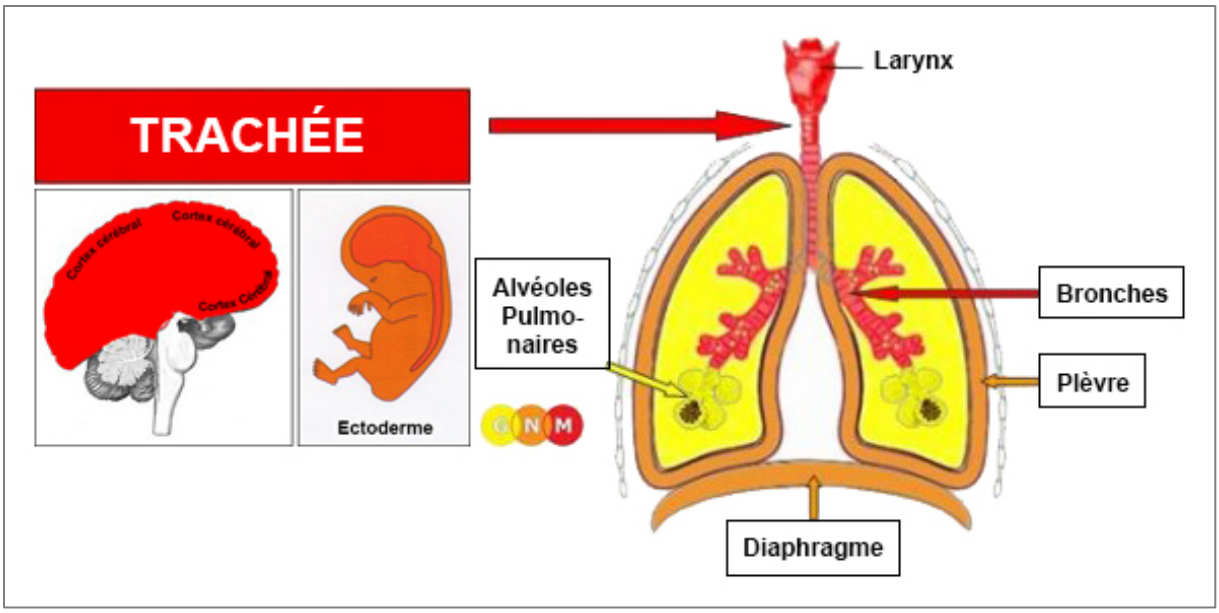
En 1983, le chercheur américain Robert Gallo affirmait avoir découvert le « Virus de l'Immunodéficience Humaine » (VIH) comme étant l'agent responsable du SIDA. En 1984, Gallo publia quatre articles dans le journal Science, dans lesquels il déclarait avoir isolé le virus du VIH. En décembre 2008, trente-sept professionnels de la justice, de la médecine et de la recherche ont envoyé une lettre au journal pour lui demander de retirer officiellement les quatre documents originaux qui plaident en faveur du VIH comme cause du SIDA. Selon ces auteurs, de nombreuses preuves avaient révélé que non seulement les études de Gallo avaient été mal menées, mais aussi que leurs résultats avaient été falsifiés. La lettre des 37 experts comprend une lettre de Gallo lui-même, reconnaissant à un autre chercheur que le VIH ne pouvait pas être isolé à partir de seuls échantillons humains. En outre, une lettre d'un expert en microscopie électronique a révélé qu'il n'y avait aucun virus VIH présent dans les échantillons de Gallo de 1984.

Dr Hamer : « Les symptômes du « SIDA » sont le résultat de l'invention du SIDA. »

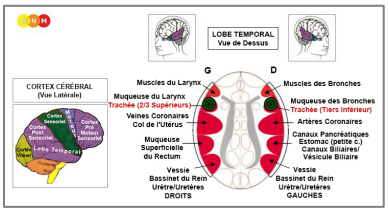
L'étude des Cinq Lois Biologiques permet de comprendre que la plupart des symptômes du « SIDA » sont causés par le choc du diagnostic et par les conflits biologiques déclenchés par la peur de la maladie. En voici quelques exemples :

- conflit de peur de la mort impliquant les poumons (tuberculose pulmonaire, emphysème pulmonaire)
- conflits de peur panique provoquant des symptômes respiratoires tels que ceux de la bronchite ou de la pneumonie
- conflits de peur frontale (lymphome non hodgkinien)
- conflits d'abandon et d'existence (cancer du rein)
- conflits de dévalorisation de soi (anémie, leucémie, cancer des os, lymphome)
- conflits d'attaque ou de « se sentir souillé » (zona, sarcome de Kaposi)
- conflits de colère dans le territoire (hépatite)
- conflits de séparation (éruptions cutanées, herpès)
- conflits de saignement déclenchés par des analyses de sang conduisant à une hypertrophie de la rate

REMARQUE : généralement, une augmentation des anticorps est considérée comme le signe d'un fort « système immunitaire ». Mais pas en ce qui concerne le SIDA. Concernant les tests VIH, la présence d'anticorps est considérée comme une indication de la « séropositivité » de la personne, en d'autres termes, qu'elle est « infectée » par le « Virus de l'Immunodéficience Humaine » !



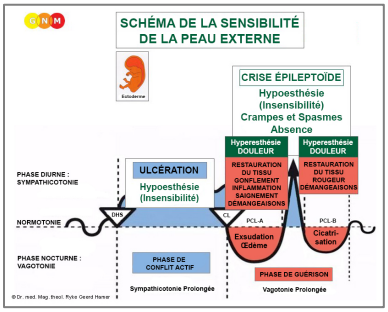
DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DE LA TRACHÉE : la trachée est un tube creux qui relie le larynx aux deux bronches des poumons. Elle a pour fonction vitale de permettre un flux d'air vers et depuis les poumons pour assurer la respiration. La trachée est composée d'anneaux cartilagineux, de muscles lisses et de tissu conjonctif. La muqueuse trachéale recouvrant la paroi interne de la trachée est constituée d'épithélium pavimenteux, provient de l'ectoderme et est donc contrôlée par le cortex cérébral.



AU NIVEAU CÉRÉBRAL : la trachée est contrôlée par le **cortex sensoriel** (une partie du cortex cérébral). Le relais cérébral des deux tiers supérieurs de la trachée est situé du côté gauche du cortex, et plus précisément, sous le centre de contrôle de la muqueuse du larynx ; le relais cérébral du tiers inférieur est situé du côté droit du cortex, sous le centre de contrôle de la muqueuse des bronches.

REMARQUE : les centres de contrôle de la trachée sont situés à l'extérieur des lobes temporaux ; par conséquent, les principes du genre, de la latéralité et du statut hormonal ne s'appliquent pas.

LE CONFLIT BIOLOGIQUE : le conflit biologique lié à la trachée est le fait de **ne pas avoir assez d'air** (à distinguer du conflit lié au diaphragme), par exemple, lorsqu'un kyste thyroïdien exerce une pression sur la trachée.



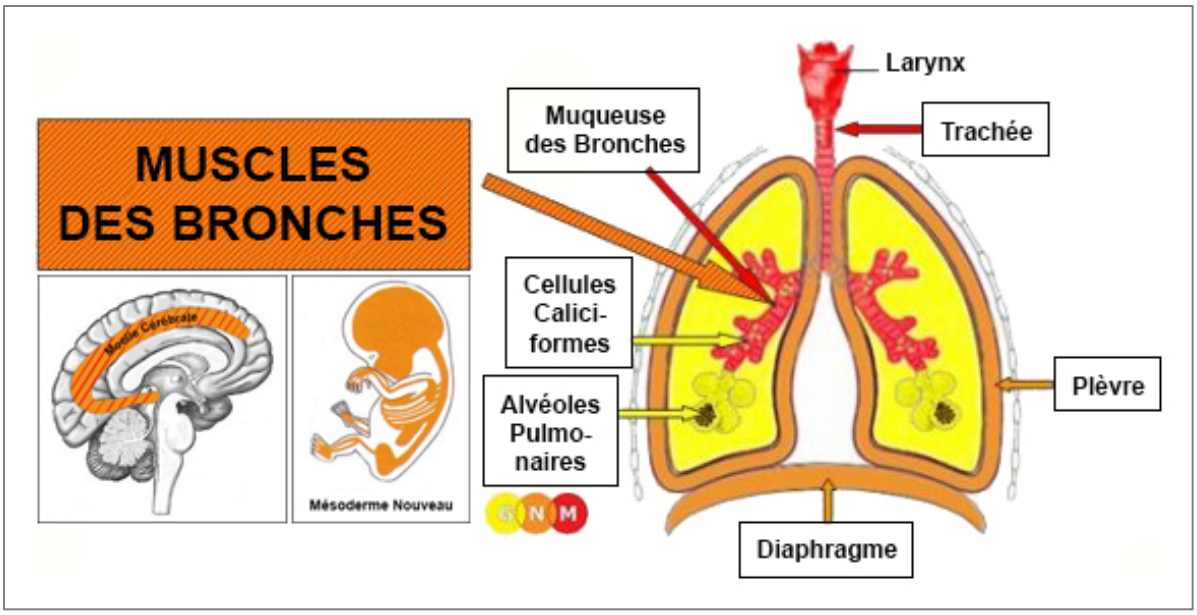
Le Programme Biologique Spécial de la trachée suit le **SCHÉMA DE LA SENSIBILITÉ DE LA PEAU EXTERNE** avec une hyposensibilité durant la phase de conflit actif ainsi que la Crise Épileptoïde, et une hypersensibilité durant la phase de guérison.

EN PHASE DE CONFLIT ACTIF : ulcération de la muqueuse de la trachée proportionnelle à l'intensité et à la durée de l'activité conflictuelle. Le **sens biologique de cette perte cellulaire** est d'élargir la trachée afin obtenir plus d'air.

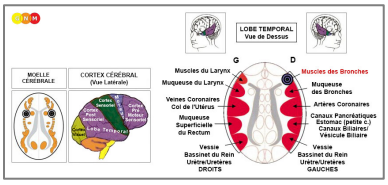
EN PHASE DE GUÉRISON : durant la première partie de la phase de guérison (PCL-A), la perte de tissu est reconstituée via une **prolifération cellulaire**. Si la partie inférieure de la trachée est concernée, cela provoque une **douleur** derrière le sternum en raison du gonflement, ainsi que des **difficultés respiratoires**. Avec une rétention d'eau (SYNDROME), ce gonflement peut entraîner une grave obstruction des voies respiratoires. En cas d'inflammation, cette condition est appelée une **trachéite**, généralement accompagnée de **fièvre**. En médecine conventionnelle, cette augmentation cellulaire pourrait être diagnostiquée comme un **cancer de la trachée**. Selon la GNM, les nouvelles cellules ne peuvent pas être considérées comme des « cellules cancéreuses », car cette augmentation cellulaire est, en réalité, un processus de reconstitution. Cependant, un gonflement important peut obstruer la trachée et nécessiter une intervention chirurgicale pour libérer la trachée et améliorer la respiration.

Après la Crise Épileptoïde, l'œdème diminue et en PCL-B l'organe retrouve progressivement sa fonction normale.

> **REMARQUE :** toutes les Crises Épileptoïdes contrôlées par le cortex sensoriel, post-sensoriel ou pré-moteur 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 îlots pancréatiques).



DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DES MUSCLES DES BRONCHES : la paroi des bronches et des bronchioles est constituée d'une muqueuse épithéliale et d'une couche de muscles lisses et striés. La fonction des muscles des bronches est de modifier la lumière des bronches afin d'augmenter le débit d'air pendant la respiration (à distinguer du diaphragme). La musculature striée des bronches provient du mésoderme nouveau et est contrôlée par la moelle cérébrale et par le cortex moteur. **REMARQUE :** la musculature lisse des bronches est d'origine endodermique et contrôlée par le mésencéphale.



AU NIVEAU CÉRÉBRAL : les muscles des bronches ont deux centres de contrôle dans le cerveau. La fonction trophique du muscle, responsable de la nutrition du tissu, est contrôlée par la **moelle cérébrale** ; la contraction des muscles est contrôlée par le côté droit du **cortex moteur** (dans le **lobe temporal**). Le centre de contrôle est situé juste à côté du relais cérébral de la muqueuse des bronches et juste en face du relais cérébral des muscles du larynx.

REMARQUE : l'**inspiration** est contrôlée par le relais des muscles des bronches (du côté droit du cortex moteur), tandis que l'**expiration** est contrôlée par le relais des muscles du larynx (du côté gauche du cortex moteur). Normalement, ces deux mouvements respiratoires sont équilibrés. Cela change lorsqu'un conflit biologique implique l'un de ces deux relais cérébraux ou les deux.

LE CONFLIT BIOLOGIQUE : le conflit biologique lié aux muscles des bronches est le même que pour la muqueuse des bronches, à savoir, un **conflit masculin de peur dans le territoire** ou un **conflit féminin de peur panique**, en fonction du genre, de la latéralité et du statut hormonal de la personne (voir aussi la constellation d'asthme bronchique et la constellation d'asthme laryngé). L'aspect distinctif du conflit lié à ce tissu musculaire est la détresse supplémentaire de « ne pas pouvoir s'échapper », « ne pas pouvoir (ré)agir », se sentir « enraciné dans le sol » (pétrifié), ou de « se sentir coincé » (voir les muscles du squelette).

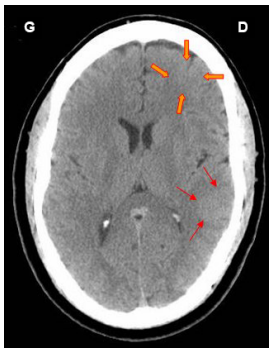
Genre, Latéralité, Statut Hormonal	Conflit Biologique	Organe Concerné
Homme droitier (SHN)	Conflit de peur dans le territoire	Muscles des bronches
Homme gaucher (SHN)	Conflit de peur dans le territoire	Muscles du larynx*
Homme droitier (TTB)	Conflit de peur panique	Muscles du larynx
Homme gaucher (TTB)	Conflit de peur panique	Muscles des bronches*
Femme droitière (SHN)	Conflit de peur panique	Muscles du larynx
Femme gauchère (SHN)	Conflit de peur panique	Muscles des bronches*
Femme droitière (TEB)	Conflit de peur dans le territoire	Muscles des bronches
Femme gauchère (TEB)	Conflit de peur dans le territoire	Muscles du larynx*

SHN = Statut hormonal normal TTB = Taux de testostérone bas TEB = Taux d'estrogène bas

***Pour les gauchers, le conflit est transféré dans l'hémisphère cérébral opposé.**

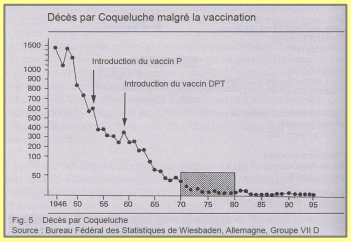
EN PHASE DE CONFLIT ACTIF : perte cellulaire (nécrose) du tissu musculaire des bronches (contrôlée par la moelle cérébrale) et, proportionnellement à l'activité conflictuelle, **paralysie croissante des muscles des bronches** (contrôlée par le cortex moteur). Cette paralysie entraîne des **difficultés respiratoires**, plus précisément, des **difficultés à inspirer** - l'**expiration est prolongée** en raison de la fonction réduite des muscles des bronches qui contrôlent l'inspiration.

REMARQUE : les muscles striés appartiennent au groupe des organes qui répondent au conflit lié 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, et de la rétine et du corps vitré des yeux) ou un hyperfonctionnement (voir le périoste et le thalamus).



Ce scanner cérébral montre l'impact d'un conflit de peur dans le territoire dans le relais des muscles des bronches (flèches oranges) et d'un conflit de colère dans le territoire dans le relais de l'estomac (flèches rouges). Le contour net des Foyers de Hamer indique que ces deux conflits sont actifs.

EN PHASE DE GUÉRISON : durant la phase de guérison, les muscles des bronches sont reconstruits. La paralysie se prolonge en PCL-A. La Crise Épileptoïde se présente comme une **quinte de toux** avec des **spasmes bronchiques** et des **convulsions**, comme une crise focale (un médicament contenant de la codéine met fin à cette toux ; comme la morphine, la codéine est un dérivé de l'opium). La toux est sèche, si le Programme Biologique Spécial implique uniquement les muscles des bronches. Cependant, le conflit affecte souvent à la fois les muscles des bronches et la muqueuse des bronches, ce qui offre l'avantage de voir les Crises Épileptoïdes se combiner et ainsi favoriser une expulsion plus rapide du mucus des bronches. Cette condition est appelée une « **bronchite spastique** ». La **coqueluche** est également une telle combinaison de processus de guérison (voir aussi la coqueluche liée aux muscles du larynx). En PCL-B, la fonction des muscles des bronches revient à la normale.



Ce diagramme montre le taux de mortalité par coqueluche en Allemagne entre 1946 et 1995.
Source : Bureau Fédéral des Statistiques de Wiesbaden, Allemagne

Le programme de vaccination contre la coqueluche et le DPT (Diphtérie - coqueluche (Pertusis) - Tétanos) a débuté bien après le pic de l'épidémie de coqueluche (voir également le programme de vaccination contre le tétanos).

Des symptômes récurrents ou une « **toux allergique** » sont provoqués par des rechutes du conflit déclenchées par l'activation d'un rail qui a été mis en place au moment du conflit initial (voir les allergies).

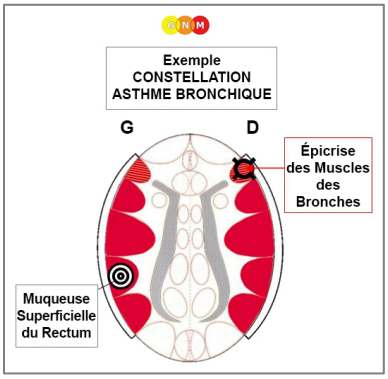
REMARQUE : tous les organes dérivant du mésoderme nouveau (« groupe de luxe »), y compris les muscles des bronches, révèlent le **sens biologique du SBS à la fin de la phase de guérison**. Une fois le processus de guérison terminé, l'organe ou le tissu est plus fort qu'auparavant, ce qui permet d'être mieux préparé à un autre conflit du même genre.

L'ASTHME BRONCHIQUE implique deux Programmes Biologiques Spéciaux (voir aussi l'asthme laryngé)

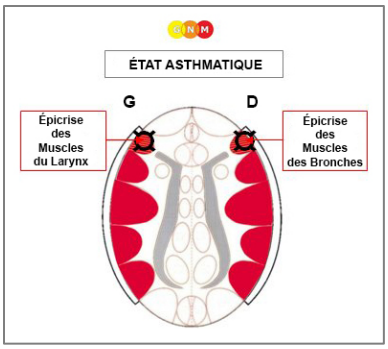
- une activité conflictuelle correspondant au relais cérébral des muscles des bronches dans le lobe temporal droit, liée à un conflit de peur dans le territoire ou un conflit de peur panique, en fonction du genre, de la latéralité et du statut hormonal de la personne.

- une activité conflictuelle correspondant à un quelconque relais cérébral du lobe temporal gauche (un conflit de peur panique ou un conflit de peur dans le territoire, un conflit sexuel ou un conflit de perte territoriale, un conflit d'identité ou conflit de colère dans le territoire, un conflit féminin de marquage ou un conflit masculin de marquage territorial, en fonction du genre, de la latéralité et du statut hormonal de la personne).

Dans ce cas, la personne se retrouve en Constellation d'Asthme Bronchique, et cela également durant toute la Crise Épileptoïde qui est une réactivation temporaire de la phase de conflit actif (En GNM, le terme « constellation » signifie qu'une personne est en conflit actif avec deux conflits ou plus, impliquant les deux côtés du cerveau).



La véritable **crise d'asthme** survient durant la **Crise Épileptoïde**. L'Épicrise des **muscles striés des bronches** se présente sous la forme de convulsions se dirigeant vers la bouche, c'est-à-dire vers l'extérieur. Les **symptômes** de l'asthme bronchique sont donc cette typique **expiration sifflante et prolongée** des asthmatiques (lorsque les muscles des bronches sont concernés, l'expiration est prolongée en raison de la perte fonctionnelle partielle des muscles contrôlant l'inspiration). L'Épicrise des muscles lisses des bronches se présente sous la forme d'un spasme, comparable à l'hyperpéristaltisme lors d'une colique intestinale. Avec une rétention d'eau simultanée due au SYNDROME, cette crise d'asthme peut être grave.

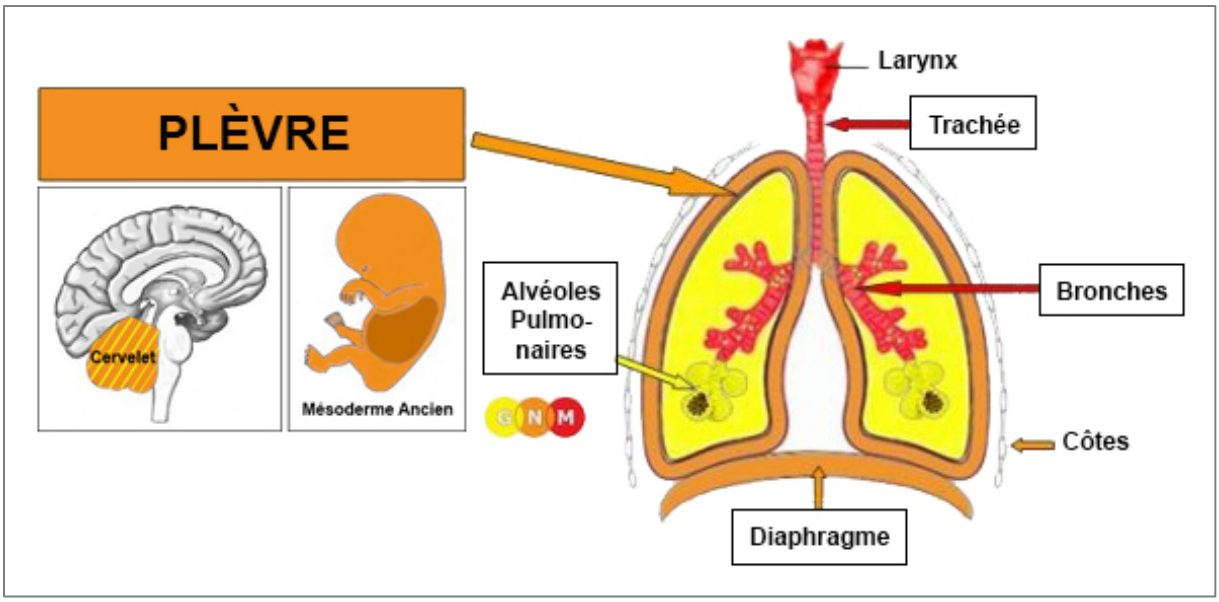


Lorsque les muscles des bronches et du larynx traversent la Crise Épileptoïde simultanément, la crise d'asthme se manifeste par une expiration sifflante et prolongée (asthme bronchique) et par une inspiration prolongée jusqu'à se retrouver à bout de souffle (asthme laryngé). Cette condition, appelée un **état asthmatique**, provoque d'importantes difficultés respiratoires comportant un danger de mort par suffocation.

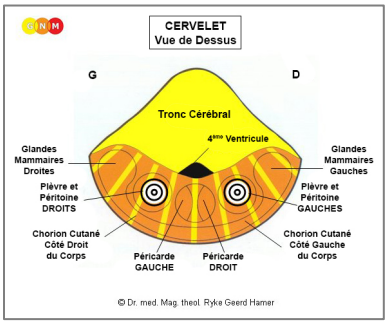
REMARQUE : la cortisone est un agent sympathicotonique qui réactive les symptômes de la phase de conflit actif. Dans ce cas, il provoque une paralysie des muscles des bronches et du larynx. Cet effet antispasmodique du médicament peut donc sauver la vie. Attention toutefois au SYNDROME, car la rétention d'eau augmente le gonflement au niveau cérébral.

Les **crises chroniques d'asthme bronchique** indiquent que le conflit de peur dans le territoire n'a pas été totalement résolu. En médecine conventionnelle, les crises d'asthme récurrentes sont généralement associées à une « allergie ».

Ainsi, la crise d'asthme bronchique implique à la fois les muscles striés et lisses des bronches. La Crise Épileptoïde des muscles striés des bronches se présente sous la forme de spasmes et de convulsions bronchiques. L'Épicrise des muscles lisses se présente sous la forme d'un hyperpéristaltisme semblable à celui d'une colique intestinale. Ainsi, À LA FOIS les muscles lisses et striés des bronches participent à la crise d'asthme. Il en va de même pour la crise d'asthme laryngé ; dans ce cas, les muscles lisses et striés du larynx sont impliqués.



DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DE LA PLÈVRE : la plèvre est une double membrane qui tapisse les poumons (plèvre viscérale) et les parois de la cage thoracique (plèvre pariétale), y compris les côtes et le diaphragme. Le mince espace entre les deux couches de la plèvre, appelé la cavité pleurale, est rempli de liquide séreux qui protège les tissus sous-jacents et permet aux poumons de se déplacer librement pendant la respiration. Du point de vue de l'évolution, la plèvre s'est développée en même temps que le péritoine, le péricarde et le chorion cutané. La plèvre provient du mésoderme ancien et est donc contrôlée par le cervelet.



AU NIVEAU CÉRÉBRAL : la plèvre droite est contrôlée par le côté gauche du **cervelet** ; la plèvre gauche est contrôlée par le côté droit du cervelet. Il existe donc une corrélation croisée du cerveau à l'organe.

REMARQUE : la plèvre et le péritoine partagent les mêmes relais cérébraux car à l'origine, les membranes pleurale et péritonéale formaient un ensemble, qui a ensuite été divisé par le diaphragme qui sépare le thorax de la cavité abdominale.

LE CONFLIT BIOLOGIQUE : le conflit biologique lié à la plèvre est un conflit d'attaque, plus précisément, une **attaque contre la poitrine** (voir également les conflits d'attaque liés au péritoine, au péricarde et au chorion cutané).

Conformément à la logique de l'évolution, les **conflits d'attaque** constituent le principal thème conflictuel lié aux organes contrôlés par le cervelet et dérivant du mésoderme ancien.

Une attaque contre la poitrine ou le torse est vécue, par exemple, par un coup, un coup de couteau, ou un choc contre le thorax ou les côtes, par exemple, lors d'une bagarre, d'un accident ou d'un sport. Des mots « incisifs » (accusations, critiques) dirigés contre quelqu'un ou le fait de « pointer du doigt » pourraient également être perçus comme une attaque (voir aussi le péricarde). Cependant, les actes chirurgicaux dans la région thoracique (ablation d'une tumeur, mastectomie), les biopsies (biopsie concernant un cancer du sein), les thoracoscopies, les ponctions pulmonaires exploratrices avec introduction d'une aiguille dans un poumon, les tubes placés dans le thorax pour drainer des liquides, l'implantation de cathéters ou d'une chambre implantable dans une veine thoracique pour un traitement intraveineux à long terme, y compris les traitements chimiothérapeuthiques, déclenchent également des conflits d'attaque. Un diagnostic de cancer du poumon ou les commentaires d'un médecin tels que « vos poumons ne fonctionnent pas correctement » peuvent être perçus comme une « attaque » contre l'intégrité de l'organe. Les conflits d'attaque peuvent également provenir de l'intérieur de la poitrine, par exemple, lors d'une douleur thoracique provoquée par une toux (pneumonie, asthme bronchique) ou lors d'un élancement perçant provoqué par l'inhalation de fumées, de gaz ou de liquides volatils.

EN PHASE DE CONFLIT ACTIF : dès le DHS, durant la phase de conflit actif, les cellules pleurales prolifèrent proportionnellement à l'intensité du conflit. Le **sens biologique de cette augmentation cellulaire** est de créer un renforcement interne pour protéger le thorax contre d'autres attaques. En cas d'activité conflictuelle prolongée, une masse en forme de bulbe se forme à l'endroit où l'attaque a été ressentie ; une augmentation cellulaire de type étalée se produit généralement lorsque le conflit d'attaque était de nature plus générale. En médecine conventionnelle, l'épaississement de la plèvre est diagnostiqué comme un **mésothéliome pleural** (voir aussi le mésothéliome péritonéal, le mésothéliome de l'épiploon, le mésothéliome du péricarde, et le mésothéliome des testicules). Si le taux de division cellulaire dépasse une certaine limite, le cancer est alors considéré comme « malin ».

> **REMARQUE :** le fait que la moitié droite ou gauche de la plèvre soit affectée 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. Un conflit localisé affecte la zone de la plèvre associée à l'attaque.

Nul doute qu'une **exposition prolongée à l'amiante** puisse provoquer un mésothéliome pleural. Cependant, ce n'est pas une substance « cancérogène » qui cause ce cancer, comme le prétend la médecine conventionnelle, mais plutôt la *peur* liée à l'inhalation d'amiante déclenchée, par exemple, par un panneau **DANGER** sur le lieu de travail (« Amiante. Risque de cancer et de maladie pulmonaire ») ou par la photo des fibres d'amiantes tranchantes (« tueuses ») diffusée par les médias. La réponse biologique innée est de protéger les poumons contre cette « attaque », au sens propre, comme au sens figuré. Cela explique pourquoi l'amiante affecte principalement la plèvre et, dans une moindre mesure, les autres organes des voies respiratoires (si l'amiante est associé à un conflit de peur de la mort, cela affecte les alvéoles pulmonaires ; avec une peur dans le territoire liée au lieu de travail, cela affecte les bronches. Dans les deux cas, la détresse génère le développement d'un cancer du poumon).

En l'absence de symptômes pendant la phase de conflit actif, un mésothéliome pleural n'est généralement détecté que lors d'examens médicaux de routine, notamment dans le secteur de l'amiante où les ouvriers doivent se soumettre à des examens pulmonaires réguliers.

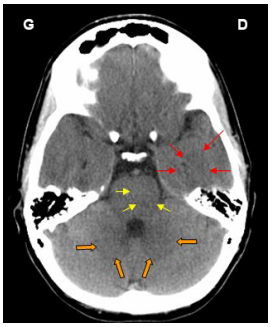
EN PHASE DE GUÉRISON : dès la résolution du conflit (CL), les champignons, les mycobactéries ou d'autres bactéries éliminent les cellules qui ne sont plus requises. Les **symptômes de guérison** sont des **douleurs thoraciques**, une **toux** douloureuse, des **difficultés respiratoires**, de la **fièvre** et des **sueurs nocturnes**. Si les microbes nécessaires ne sont pas disponibles lors de la résolution du conflit, parce qu'ils ont été détruits par une consommation excessive d'antibiotiques, les cellules additionnelles demeurent en place. À la longue, cette masse s'enkyste de tissu conjonctif. À partir de là, le mésothéliome est considéré comme « bénin ».

Une **pleurésie ou une pleurite** indique que la guérison est accompagnée d'une inflammation - avec de la fièvre, si la phase de guérison est intense. Durant le processus de guérison (en PCL-A), le liquide présent dans la cavité pleurale est naturellement absorbé par la plèvre (**pleurésie sèche**). Cependant, avec une rétention d'eau due à un conflit d'abandon ou d'existence actif, cette accumulation de liquide est augmentée (**pleurésie avec épanchement pleural**), provoquant de **graves difficultés respiratoires** ; si les bactéries participent à la guérison, le liquide contient alors du pus (**pleurésie purulente**). Une pleurésie avec épanchement pleural se produit souvent lors d'une hospitalisation, après une intervention chirurgicale au niveau du sein ou du thorax, ou après un diagnostic de cancer du poumon ou de mésothéliome pleural.

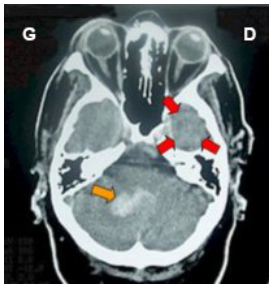
Avec le SYNDROME, l'eau retenue génère un **épanchement pleural exsudatif** (excès de liquide autour des poumons par opposition à une présence d'eau dans les poumons lors d'une pneumonie ou d'un œdème pulmonaire). La plèvre droite et gauche étant séparées l'une de l'autre, l'épanchement ne se produit que du côté concerné (à distinguer de l'épanchement péritonéal et péricardique). Un épanchement pleural peut entraîner de graves complications, en particulier lorsque la cavité pleurale remplie de liquide comprime les deux poumons. Dans ce cas, une ponction pleurale pour drainer cette cavité et libérer les poumons est inévitable.

> **REMARQUE :** du liquide pénètre également dans la cavité pleurale lorsque les côtes adjacentes ou le sternum sont en guérison ; dans ce cas, c'est à cause d'un conflit de dévalorisation de soi provoqué, par exemple, par un diagnostic de cancer du poumon ou de cancer du sein, ou par une mastectomie. Le gros œdème, généralement causé par la rétention d'eau due au SYNDROME, « suinte » à travers le périoste vers la cavité pleurale, créant ce qu'on appelle un **épanchement pleural transsudatif** (qui ne contient pas de protéines !).

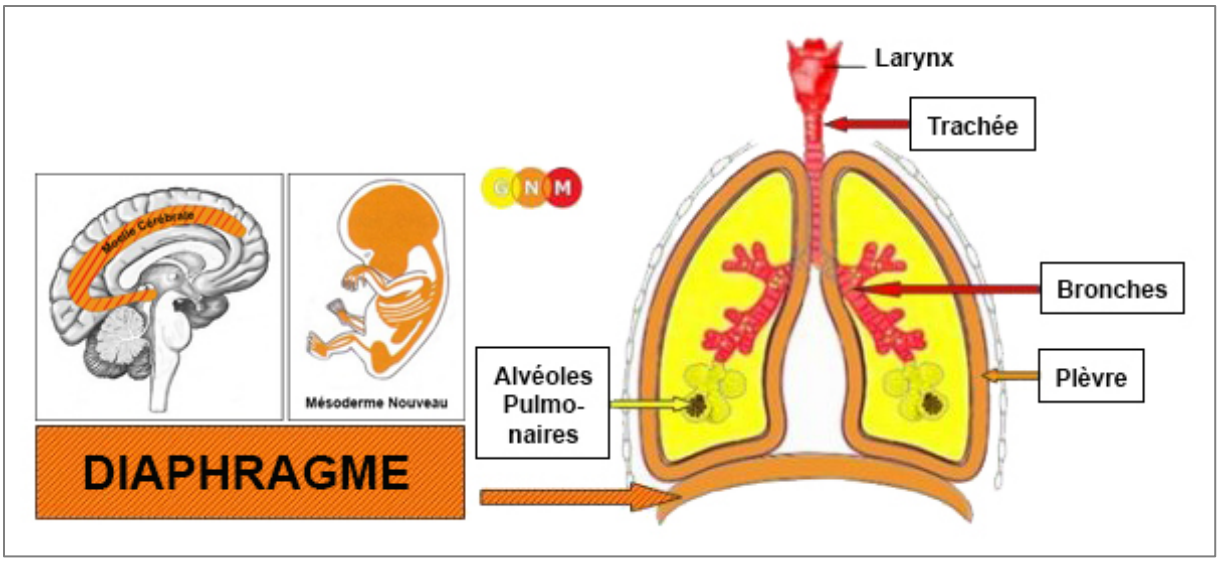
Le liquide pleural est riche en protéines. Par conséquent, un drainage continu du surplus de liquide entraîne une carence en protéines et une rapide perte de poids. En outre, les ponctions pleurales déclenchent souvent de nouveaux conflits d'attaque ainsi que des rechutes du conflit à chaque nouvelle ponction (« rail » de l'hôpital), plongeant la personne dans un cercle vicieux. La perforation de la plèvre comporte également un risque d'affaissement pulmonaire ou pneumothorax (voir aussi le pneumothorax et l'emphysème pulmonaire).



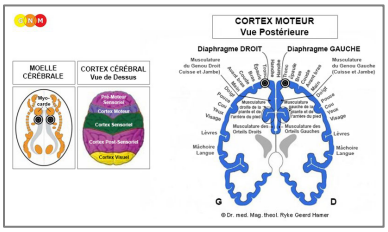
Ce scanner cérébral montre une accumulation de liquide (en PCL-A) dans les deux relais de la plèvre (flèches oranges) correspondant à un épanchement pleural provoqué par un conflit « d'attaque contre la poitrine ». De plus, nous voyons un Foyer de Hamer (également en PCL-A) dans le relais cérébral de l'oreille interne gauche (flèches rouges) lié à un conflit auditif, se manifestant par des problèmes auditifs (à comparer avec le scanner cérébral ci-dessous). Les flèches jaunes indiquent le centre de contrôle des tubules collecteurs du rein droit et un conflit d'existence actif entraînant une rétention d'eau (le SYNDROME). L'eau retenue exacerbe l'épanchement pleural !



Ce scanner cérébral montre la présence de névroglie (en PCL-B) dans le relais cérébral de la plèvre droite (flèche orange), indiquant qu'un mésothéliome pleural est en train de guérir. En médecine conventionnelle, cette accumulation de glie est considérée à tort comme une « tumeur cérébrale ». Il y a également un Foyer de Hamer actif au niveau du centre de contrôle de l'oreille interne (flèches rouges), confirmant un acouphène dans l'oreille gauche (à comparer avec le scanner cérébral ci-dessus). Le conflit auditif (« Je ne veux pas entendre ça » !) a probablement été déclenché par le diagnostic de cancer.



DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DU DIAPHRAGME : le diaphragme sépare le thorax de l'abdomen. C'est le muscle le plus grand et le plus efficace utilisé pour respirer. Lors de l'inspiration, le diaphragme s'abaisse, les poumons s'expansent et de l'air y est aspiré ; lors de l'expiration, le diaphragme se détend et l'air est chassé des poumons (à distinguer des muscles des bronches). En plus de la respiration, la contraction du diaphragme aide le muscle cardiaque (le myocarde) à aspirer le sang veineux provenant de la circulation systémique. De ce fait, la moitié gauche du diaphragme est d'une plus grande importance car la moitié droite a moins de capacité de mouvement en raison du foie placé juste en dessous. Le diaphragme est constitué de muscles striés, provient du mésoderme nouveau et est contrôlé par la moelle cérébrale et le cortex moteur. Pour ses fonctions non volontaires relatives à la respiration et à la circulation, le diaphragme reçoit également des impulsions du tronc cérébral.



AU NIVEAU CÉRÉBRAL : le diaphragme a deux centres de contrôle dans le cerveau. La fonction trophique du muscle, responsable de la nutrition du tissu, est contrôlée par la **moelle cérébrale** ; la contraction des muscles est contrôlée par le **cortex moteur**. La moitié droite du diaphragme est contrôlée par le côté gauche du cerveau ; la moitié gauche du diaphragme est contrôlée par le côté droit du cerveau. Il existe donc une corrélation croisée du cerveau à l'organe.

REMARQUE : du point de vue fonctionnel, le diaphragme est étroitement lié au myocarde. Ses centres de contrôle sont donc situés juste en dessous des relais cérébraux du myocarde.

LE CONFLIT BIOLOGIQUE : le conflit biologique lié au diaphragme est celui de **ne pas pouvoir respirer suffisamment ou pas assez profondément**, par exemple, lorsque nous sommes complètement essoufflés au cours d'exercices difficiles comme la course à pied (sprint) ou lorsque nous courrons trop vite (pour attraper un bus, échapper à un danger). Un choc psychique inattendu (« ça m'a coupé le souffle »), une frayeur ou une panique (voir aussi le conflit de peur panique) peuvent provoquer ce type de conflit respiratoire (voir aussi la trachée). Le sentiment d'être **physiquement dépassé** (exigences physiques excessives ou incapacité à faire face à une détresse physique, par exemple, avec un partenaire, un enfant ou un parent) affecte également le diaphragme (à distinguer du conflit de se sentir accablé lié au myocarde, où la personne est alors submergée émotionnellement et mentalement). Couplé au myocarde, ce conflit est vécu comme le fait d'être à bout de souffle parce que « c'en est trop ! »

EN PHASE DE CONFLIT ACTIF : perte cellulaire (nécrose) du tissu musculaire du diaphragme (contrôlée par la moelle cérébrale) et, proportionnellement à l'intensité de l'activité conflictuelle, **paralysie croissante du muscle du diaphragme** (contrôlée par le cortex moteur), provoquant de légères à sévères **difficultés respiratoires**. Une paralysie durable entraîne la surélévation d'un hémidiaphragme.

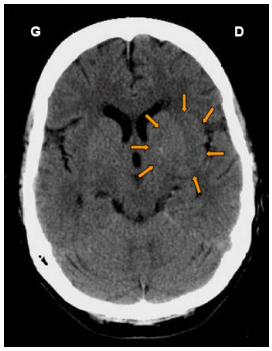
> **REMARQUE :** les muscles striés appartiennent au groupe des organes qui répondent au conflit lié par une perte fonctionnelle (voir aussi les Programmes Biologiques Spéciaux des cellules alpha et bêta des îlots pancréatiques, de l'oreille interne (cochlée et organe vestibulaire), des nerfs olfactifs,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

En cas de conflit intense et prolongé, la perte continuelle de tissu peut entraîner une rupture du diaphragme (**hernie diaphragmatique**), les organes abdominaux pénétrant alors dans la cage thoracique. Dans le cas d'une **hernie hiatale**, l'affaiblissement du muscle du diaphragme permet à une petite partie de l'estomac de se gonfler dans le thorax à travers le diaphragme (à distinguer de l'hernie inguinale). Cette rupture peut être provoquée par une toux, le soulèvement d'une lourde charge, le fait de tirer ou pousser quelque-chose, ou à l'occasion d'une pression trop forte, par exemple, lors de la défécation.

EN PHASE DE GUÉRISON : lors de la phase de guérison, le muscle du diaphragme est reconstruit. La paralysie partielle se prolonge en PCL-A. La Crise Épileptoïde se manifeste par des **crampes ou des spasmes du diaphragme** accompagnés de difficultés respiratoires. L'**apnée du sommeil** accompagnée d'épisodes d'arrêts respiratoires est produite par les contractions du diaphragme durant l'Épicrise. L'apnée du sommeil chronique suggère des rechutes conflictuelles (à distinguer de l'apnée du sommeil liée au myocarde).

Le **point de côté**, par exemple, lors d'exercices physiques effectués peu de temps après avoir mangé, couru trop vite ou parlé en courant, est la manifestation d'une petite Crise Épileptoïde liée au diaphragme. Le **hoquet** (singultus) est une suite de contractions ou de battements du diaphragme, généralement dû au fait d'avoir mangé ou bu sans avoir respiré suffisamment. Dans ce cas, le « conflit » est uniquement de nature biologique sans composante émotionnelle. Cependant, les hoquets persistants durant plus de 48 heures sont causés par un conflit respiratoire.

> **REMARQUE :** tous les organes dérivant du mésoderme nouveau (« groupe de luxe »), y compris le diaphragme, révèlent le **sens biologique du SBS à la fin de la phase de guérison**. Une fois le processus de guérison terminé, l'organe ou le tissu est plus fort qu'auparavant, ce qui permet d'être mieux préparé à un autre conflit du même genre.



Ce scanner cérébral montre l'impact d'un conflit de se sentir dépassé physiquement dans la zone du cerveau contrôlant le diaphragme gauche. La structure bien nette en forme d'anneau du Foyer de Hamer indique une activité conflictuelle.

REMARQUE : le fait que le diaphragme droit ou gauche soit affecté 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.

Source : www.LearningGNM.com