



PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

CERVEAU

Auteur : Caroline Markolin, Ph. D.



Hypophyse (adénohypophyse)

Glande pinéale

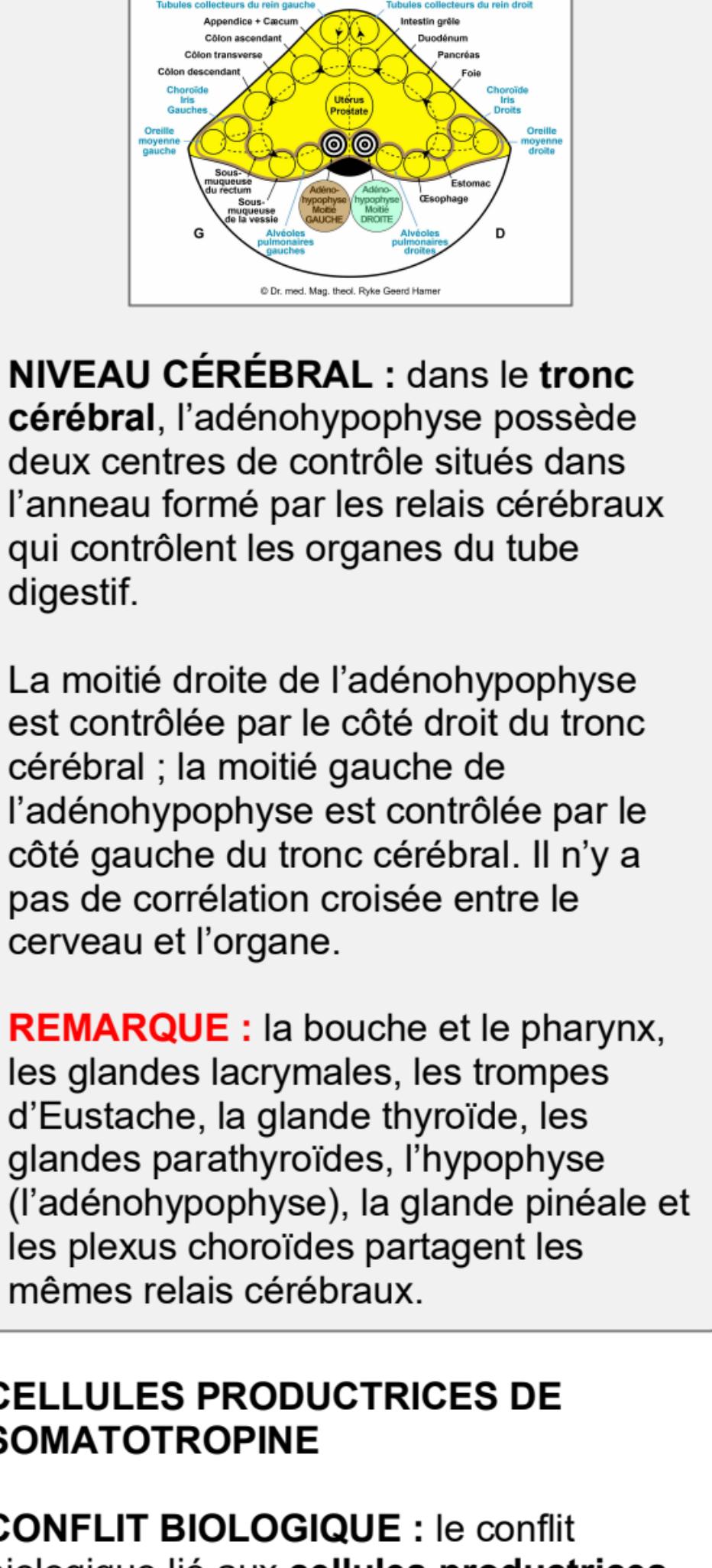
Thalamus et hypothalamus

Plexus choroïde

Gaine de myéline

Méninges

Rév. 1.00



NIVEAU CÉRÉBRAL : dans le **tronc cérébral**, l'adénohypophyse possède deux centres de contrôle situés dans l'anneau formé par les relais cérébraux qui contrôlent les organes du tube digestif.

La moitié droite de l'adénohypophyse est contrôlée par le côté droit du tronc cérébral ; la moitié gauche de l'adénohypophyse est contrôlée par le côté gauche du tronc cérébral. Il n'y a pas de corrélation croisée entre le cerveau et l'organe.

REMARQUE : la bouche et le pharynx, les glandes lacrymales, les trompes d'Eustache, la glande thyroïde, les glandes parathyroïdes, l'hypophyse (l'adénohypophyse), la glande pineale et les plexus choroïdes partagent les mêmes relais cérébraux.

CELLULES PRODUCTRICES DE SOMATOTROPINE

CONFLIT BIOLOGIQUE : le conflit biologique lié aux **cellules productrices de somatotropine** de l'adénohypophyse est un **conflit du 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.

MOITIÉ DROITE de l'adénohypophyse : comme pour la moitié droite de la bouche et du pharynx, la **moitié droite de l'adénohypophyse** correspond à un « **morceau entrant** » et au fait de « **ne pas pouvoir saisir un morceau, car l'individu est trop petit** ». Par exemple, un petit garçon se retrouve en compétition avec un adulte ou un enfant plus grand que lui, par exemple, dans un sport tel que le football.

MOITIÉ GAUCHE de l'adénohypophyse : comme pour la moitié gauche de la bouche et du pharynx, la **moitié gauche de l'adénohypophyse** correspond à un « **morceau sortant** » et au fait de « **ne pas pouvoir se débarrasser d'un morceau, car l'individu est trop petit** » (à l'origine, le morceau de fèces). Par exemple : un enfant ou un adolescent doit assumer le rôle d'un parent.

Généralement, ce conflit est provoqué par le **sentiment d'être « trop petit »** (provoqué, par exemple, par les remarques d'un parent, d'un enseignant ou d'un entraîneur). La détresse d'être « trop petit » peut également survenir chez l'adulte.

PHASE DE CONFLIT ACTIF : durant la phase de conflit actif, les cellules productrices de somatotropine prolifèrent proportionnellement à l'intensité du conflit. Le **sens biologique de cette prolifération cellulaire** est d'augmenter la production d'hormones de croissance afin de mettre l'individu dans une meilleure position pour saisir (moitié droite) ou se débarrasser d'un morceau (moitié gauche). Lors d'une activité conflictuelle prolongée, une tumeur compacte (de type sécréteur) se forme en conséquence de l'augmentation continue du nombre de cellules. En médecine conventionnelle, une tumeur de l'adénohypophyse est appelée un **adénome hypophysaire** (généralement considéré comme « bénin »).

Chez les enfants et les adolescents, cette **surproduction d'hormones de croissance** entraîne une croissance physique réelle et potentiellement excessive (**gigantisme**). Si le conflit survient à l'âge adulte, l'augmentation de la production d'hormones provoque une hypertrophie des mains, des pieds et des traits du visage (**acromégalie**). Lorsque la moitié gauche de l'adénohypophyse est affectée, l'ouverture des lèvres s'élargit (l'ouverture du gosier devient plus grande de façon à faciliter l'expulsion du morceau).



Maurice Tillet (1903-1954), un catcheur professionnel français, a développé une acromégalie dans la vingtaine. À l'âge de 13 ans, Maurice avait toujours une silhouette normale.

PHASE DE GUÉRISON : en phase de guérison, les champignons ou les mycobactéries telles que le bacille tuberculeux éliminent les cellules qui ne sont plus requises. Le processus de guérison s'accompagne de **sueurs nocturnes**.

REMARQUE : contournant la **barrière hémato-encéphalique**, l'hypophyse est directement irriguée par l'artère carotide interne. Cela permet aux mycobactéries de participer à la guérison (voir aussi la glande pineale et le plexus choroïde).

Si la guérison ne peut être achevée (guérison en suspens) en raison de rechutes conflictuelles récurrentes, de plus en plus de tissu de l'adénohypophyse est perdu, ce qui entraîne une diminution ou un arrêt complet de la production de somatotropine. Durant le développement de l'enfant, cela se traduit par une petite taille (**nanisme**).

CELLULES PRODUCTRICES DE PROLACTINE

CONFLIT BIOLOGIQUE : le conflit biologique lié aux **cellules productrices de prolactine** de l'adénohypophyse est un conflit d'alimentation comme le fait de « **ne pas pouvoir nourrir l'enfant ou la famille** », par exemple, en raison de difficultés financières (par exemple, les mères célibataires sans-emploi, ou les mères travaillant à leur compte). Le conflit peut affecter l'une ou l'autre des deux moitiés de l'hypophyse.

PHASE DE CONFLIT ACTIF : durant la phase de conflit actif, les cellules productrices de prolactine prolifèrent proportionnellement à l'intensité du conflit. Le **sens biologique de cette prolifération cellulaire** est d'augmenter la sécrétion de prolactine afin de mieux pouvoir nourrir l'enfant ou la famille. Lors d'une longue activité conflictuelle, ces cellules supplémentaires forment une masse compacte (de type sécréteur). En médecine conventionnelle, cette tumeur est appelée « **adénome hypophysaire sécrétoire** » ou **prolactinome**. Si une femme allait durant l'activité conflictuelle, la **surproduction de prolactine** entraîne une augmentation de la production de lait. Cependant, même si une femme n'allait pas, l'augmentation de la prolactine entraîne toujours une sécrétion de lait, perceptible sous la forme d'un écoulement laiteux des mamelons ou d'un écoulement soudain de lait. La lactation se produit également chez les hommes qui ont vécu un conflit alimentaire (voir aussi le cancer du sein chez l'homme). Pour l'homme comme pour la femme, cette affection s'appelle une **galactorrhée**.

PHASE DE GUÉRISON : lors d'une phase de guérison prolongée, de plus en plus de tissu glandulaire est perdu en raison du processus continual d'élimination des cellules. Chez les femmes qui allaitent, cela entraîne une **réduction ou un arrêt complet de la production de lait**. Si cela se produit durant la grossesse, une femme n'a que peu ou pas de lait maternel après la naissance de son enfant (à distinguer de l'absence de production de lait liée aux glandes mammaires).

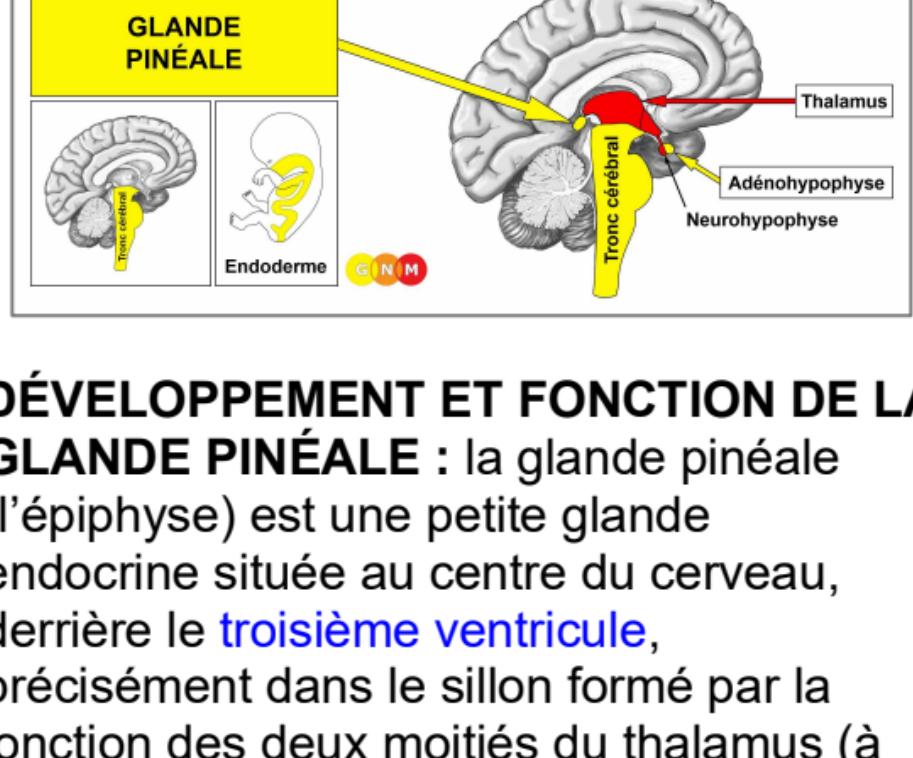
REMARQUE : chez les mammifères, la montée de lait est stimulée par la consommation du placenta de leurs petits après la naissance. Des études menées à l'University of South Florida [Université du sud de la Floride] ont montré que les nouvelles mères qui mangeaient leur propre placenta voyaient leur lactation s'améliorer de manière significative. Un conflit biologique lié au placenta, déclenché par exemple, par le commentaire d'un médecin tel que « le placenta ne produit pas de liquide amniotique », pourrait également affecter la production de lait (ceci n'a pas été confirmé par les recherches du Dr Hamer).

CELLULES PRODUCTRICES de LH et de FSH

CONFLIT BIOLOGIQUE : le conflit biologique lié aux cellules productrices d'**hormone lutéinisante (LH)** et d'**hormone folliculo-stimulante (FSH)** de l'adénohypophyse est le fait « **d'être trop immature** », au sens propre comme au sens figuré, avec une surproduction de LH et de FSH en phase de conflit actif. Le conflit survient avant la puberté. Chez les enfants, une activité conflictuelle continue entraîne un **développement prémature** (puberté précoce). Une longue phase de guérison entraîne une diminution de la production de LH et de FSH, entraînant un **retard de puberté** (pas de développement des seins ni des ovaires chez les filles avant l'âge de 13 ans ; ni de croissance des testicules chez les garçons avant l'âge de 14 ans).

Ce scanner cérébral montre une calcification dans l'adénohypophyse (flèches supérieures) (à distinguer de la calcification de la glande pineale et du plexus choroïde). Les cicatrices dans les relais cérébraux qui contrôlent l'adénohypophyse (flèches inférieures – voir le [diagramme GNM](#)) confirment que la phase de guérison est terminée.

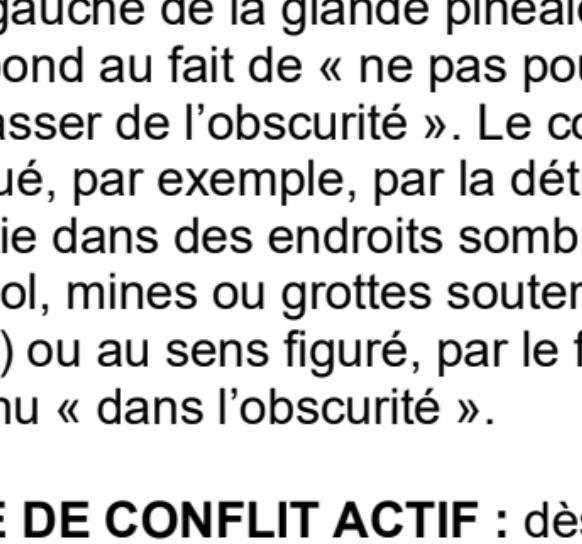
REMARQUE : l'adénohypophyse est située à proximité du chiasme optique. Ainsi, un gros adénome hypophysaire (généralement dû à une rétention d'eau causée par le [syndrome GNM](#)) peut comprimer le nerf optique, entraînant une déficience visuelle temporaire ; une lésion du nerf optique peut entraîner une cécité.



DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DE LA GLANDE PINÉALE

GLANDE PINÉALE : la glande pinéale (l'épiphysse) est une petite glande endocrine située au centre du cerveau, derrière le **troisième ventricule**, précisément dans le sillon formé par la jonction des deux moitiés du thalamus (à distinguer de l'hypophyse). La glande pinéale est composée de cellules pinéales (les pinéalocytes) qui enregistrent l'incidence de la lumière (qualité absorbante) et produisent de la mélatonine (qualité sécrétrice). La mélatonine (à ne pas confondre avec la mélanine, un pigment) joue un rôle important dans la régulation du cycle jour/nuit en synchronisation avec le cycle veille/sommeil (rythme circadien). La glande pinéale consiste en un épithélium cylindrique intestinal, lequel provient de l'endoderme ; elle est donc contrôlée par le tronc cérébral.

REMARQUE : du point de vue de l'évolution, les pinéalocytes produisant la mélatonine dérivent des cellules intestinales, d'où leur fonction d'absorption et de sécrétion. À l'origine, les cellules pinéales avaient également une fonction photosensible permettant de recevoir la lumière, comme les cellules rétiniennes. Certains embryologistes suggèrent donc que la glande pinéale était autrefois un œil (le « troisième œil » regardant vers le haut). D'après l'expérience de la GNM, la glande pinéale est biologiquement liée à la choroïde, le plus ancien tissu de l'œil capable de capter la lumière. Les cellules de la choroïde et de la glande pinéale sont toutes les deux d'origine endodermique. Au cours du développement embryonnaire, la glande pinéale commence à se former au cours de la septième semaine de gestation. L'évagination pinéale (« le globe oculaire pinéal ») ressemble de manière frappante à la choroïde constituant l'**œilleton primordial**.



NIVEAU CÉRÉBRAL : dans le **tronc cérébral**, la glande pinéale possède deux centres de contrôle situés dans l'anneau formé par les relais cérébraux qui contrôlent les organes du tube digestif.

La moitié droite de la glande pinéale est contrôlée depuis le côté droit du tronc cérébral ; la moitié gauche de la glande pinéale est contrôlée depuis le côté gauche du tronc cérébral. Il n'y a pas de corrélation croisée entre le cerveau et l'organe.

REMARQUE : la bouche et le pharynx, les glandes lacrymales, les trompes d'Eustache, la glande thyroïde, les glandes parathyroïdes, l'hypophyse, la glande pinéale et les plexus choroides partagent les mêmes relais cérébraux.

CONFLIT BIOLOGIQUE : le conflit biologique associé à la glande pinéale est lié à une **obscurité soudaine et prolongée** (à distinguer du conflit lié à la lumière qui concerne les muscles de la pupille). La moitié droite de la glande pinéale correspond au fait de « ne pas pouvoir capter la lumière », tandis que la moitié gauche de la glande pinéale correspond au fait de « ne pas pouvoir se débarrasser de l'obscurité ». Le conflit est provoqué, par exemple, par la détresse ressentie dans des endroits sombres (sous-sol, mines ou grottes souterraines, tunnels) ou au sens figuré, par le fait d'être maintenu « dans l'obscurité ».

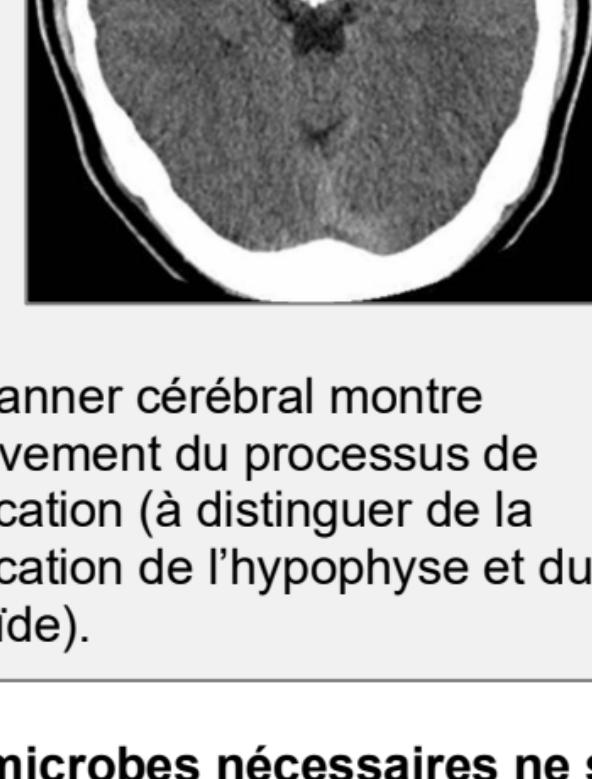
PHASE DE CONFLIT ACTIF : dès le DHS, durant la phase de conflit actif, les cellules de la glande pinéale prolifèrent proportionnellement à l'intensité du conflit.

Le **sens biologique de cette prolifération cellulaire** est d'augmenter la production de mélatonine afin d'accroître la réception de la lumière. Lors d'une activité conflictuelle prolongée, une tumeur compacte (de type sécréteur) ou à développement étalé (de type absorbant) se forme en raison de la continue augmentation du nombre de cellules. Le terme médical pour désigner une tumeur de la glande pineale est « **pinéalome** » ou « **épendymome pineal** ». Une masse importante peut

comprimer le nerf oculomoteur (troisième nerf crânien) qui alimente la majorité des muscles extra-oculaires contrôlant les mouvements de l'œil. Une lésion de ce nerf entraîne une incapacité à bouger normalement l'œil affecté (voir le strabisme). Lorsqu'une **tumeur de la glande pineale** comprime le **troisième ventricule**, cela provoque une hydrocéphalie.

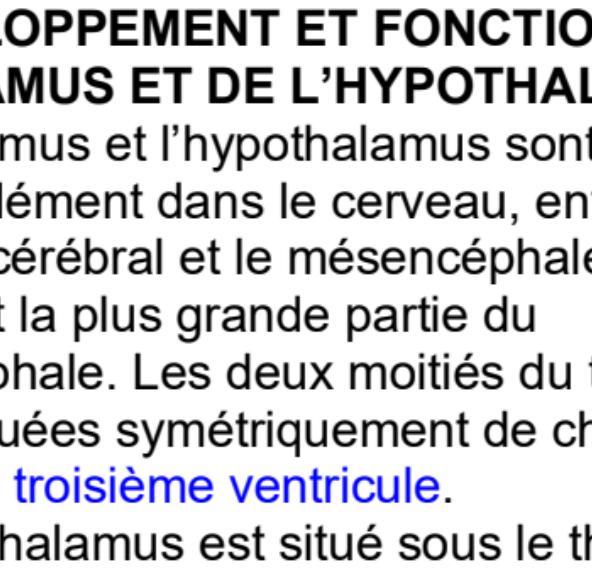
PHASE DE GUÉRISON : dès la résolution du conflit (CL), les champignons ou les mycobactéries telles que le bacille tuberculeux éliminent les cellules qui ne sont plus requises. Le processus de guérison s'accompagne de **sueurs nocturnes**. Au cours du processus de décomposition, la tumeur peut saigner. Le saignement se produit lorsque la paroi externe de la tumeur se rompt (à distinguer d'un saignement cérébral dû à la rupture d'un kyste cérébral).

REMARQUE : contournant la **barrière hémato-encéphalique**, la glande pineale est directement irriguée par les artères cérébrales. Cela permet aux mycobactéries de participer à la guérison (voir également l'hypophyse et le plexus choroïde).



Ce scanner cérébral a été réalisé après qu'une tumeur de la glande pineale ait été éliminée avec la participation du bacille tuberculeux. Les cavernes créées à la suite de la décomposition de la tumeur sont remplies de calcium. Ici, elles sont déjà visibles sous la forme de taches blanches.

De minuscules structures calcifiées dans la glande pineale, indiquant une courte phase de guérison, sont connues sous le nom de **corpora arenacea**, ou **sable cérébral**.

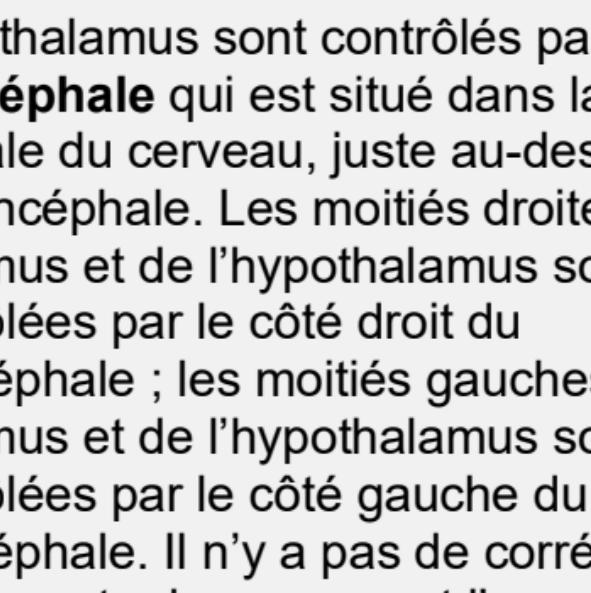


Si les microbes nécessaires ne sont pas disponibles au moment de la résolution du conflit, du fait de leur destruction par une utilisation excessive d'antibiotiques, la tumeur ne peut pas être décomposée et reste donc en place. À terme, la masse se retrouve encapsulée. Un **kyste pineal** est une tumeur de la glande pineale encapsulée contenant du liquide, du fait d'une rétention d'eau.

DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DU THALAMUS ET DE L'HYPOTHALAMUS : le thalamus et l'hypothalamus sont situés profondément dans le cerveau, entre le cortex cérébral et le mésencéphale. Ils forment la plus grande partie du diencéphale. Les deux moitiés du thalamus sont situées symétriquement de chaque côté du **troisième ventricule**. L'hypothalamus est situé sous le thalamus. L'hypothalamus est le centre de coordination du système nerveux autonome et du système endocrinien. Il agit sur le rythme du sommeil, les fonctions métaboliques, la prise de nourriture et d'eau (faim, soif), la température corporelle et la libération d'hormones par l'hypophyse. Le thalamus et l'hypothalamus proviennent de l'ectoderme et sont contrôlés par le diencéphale.

Diagramme anatomique montrant la localisation des thalamus et hypothalamus dans le diencéphale, avec des étiquettes pour le cortex cérébral, l'ectoderme, l'hypothalamus, l'adénohypophyse et la neurohypophyse.

REMARQUE : comme la glande pinéale, le thalamus est directement irrigué par l'artère cérébrale et n'est donc pas isolé de l'organisme par la **barrière hémato-encéphalique**.



NIVEAU CÉRÉBRAL : le thalamus et l'hypothalamus sont contrôlés par le **diencéphale** qui est situé dans la partie centrale du cerveau, juste au-dessus du mésencéphale. Les moitiés droites du thalamus et de l'hypothalamus sont contrôlées par le côté droit du diencéphale ; les moitiés gauches du thalamus et de l'hypothalamus sont contrôlées par le côté gauche du diencéphale. Il n'y a pas de corrélation croisée entre le cerveau et l'organe.

REMARQUE : dans le cas du thalamus et de l'hypothalamus, les organes et leurs centres de contrôle se trouvent au même endroit (à l'inverse de l'hypophyse et de la glande pinéale qui sont situées au centre du cerveau, mais dont leurs centres de contrôle se trouvent dans le tronc cérébral).

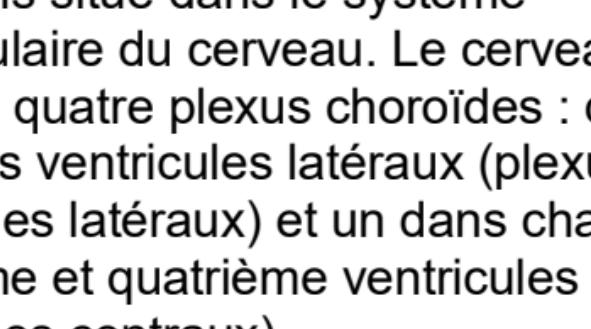
CONFLIT BIOLOGIQUE : abandon total de soi ; résignation totale (« Je voudrais être mort »).

PHASE DE CONFLIT ACTIF : modification des paramètres hormonaux et activation du système nerveux autonome (sympathicotonie) afin de pouvoir gérer le stress. **Symptômes :** état d'éveil et agitation extrême.

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

PHASE DE GUÉRISON : durant la phase de guérison, les paramètres hormonaux se normalisent et le système nerveux autonome bascule en vagotonie.

Avec le **SYNDROME**, c'est-à-dire avec une rétention d'eau résultant d'un conflit d'abandon ou d'existence actif, un œdème cérébral important (PCL-A) risque de comprimer le **troisième ventricule** (voir l'hydrocéphalie), et ce, d'autant plus que les deux moitiés du thalamus subissent le processus de guérison en même temps.



DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DU PLEXUS CHOROÏDE : le plexus choroïde est un réseau dense de petits vaisseaux sanguins situé dans le système ventriculaire du cerveau. Le cerveau compte quatre plexus choroïdes : deux dans les ventricules latéraux (plexus choroïdes latéraux) et un dans chacun des troisième et quatrième ventricules (plexus choroïdes centraux).

Le **système ventriculaire** est composé de quatre cavités reliées par des passages étroits permettant la circulation du liquide cébrospinal. Les ventricules les plus élevés sont les deux ventricules latéraux situés au cœur des hémisphères cérébraux. Chaque ventricule latéral a une forme de C, s'étendant des **lobes**

PLEXUS CHOROÏDE : le plexus choroïde est un réseau dense de petits vaisseaux sanguins situé dans le système ventriculaire du cerveau. Le cerveau compte quatre plexus choroïdes : deux dans les ventricules latéraux (plexus choroïdes latéraux) et un dans chacun des troisième et quatrième ventricules (plexus choroïdes centraux).

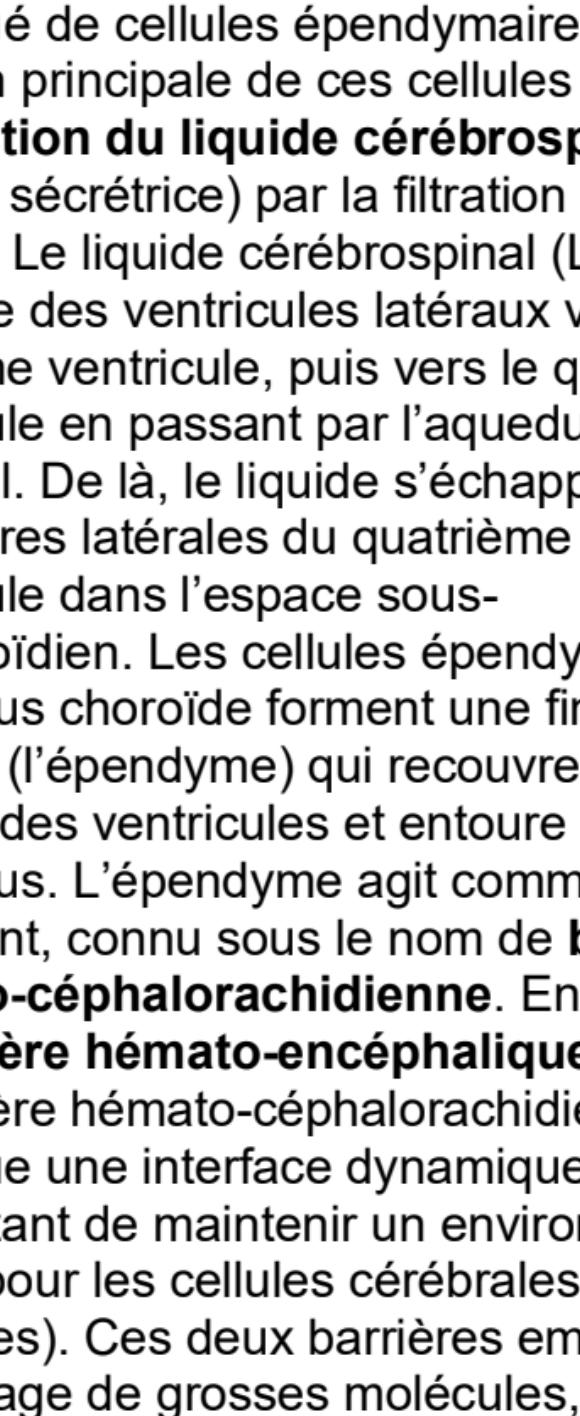
DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DU PLEXUS CHOROÏDE : le plexus choroïde est un réseau dense de petits vaisseaux sanguins situé dans le système ventriculaire du cerveau. Le cerveau compte quatre plexus choroïdes : deux dans les ventricules latéraux (plexus choroïdes latéraux) et un dans chacun des troisième et quatrième ventricules (plexus choroïdes centraux).

Le **système ventriculaire** est composé de quatre cavités reliées par des passages étroits permettant la circulation du liquide cébrospinal. Les ventricules les plus élevés sont les deux ventricules latéraux situés au cœur des hémisphères cérébraux. Chaque ventricule latéral a une forme de C, s'étendant des **lobes**

PLEXUS CHOROÏDE : le plexus choroïde est un réseau dense de petits vaisseaux sanguins situé dans le système ventriculaire du cerveau. Le cerveau compte quatre plexus choroïdes : deux dans les ventricules latéraux (plexus choroïdes latéraux) et un dans chacun des troisième et quatrième ventricules (plexus choroïdes centraux).

DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DU PLEXUS CHOROÏDE : le plexus choroïde est un réseau dense de petits vaisseaux sanguins situé dans le système ventriculaire du cerveau. Le cerveau compte quatre plexus choroïdes : deux dans les ventricules latéraux (plexus choroïdes latéraux) et un dans chacun des troisième et quatrième ventricules (plexus choroïdes centraux).

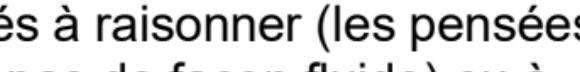
temporaux jusqu'au cortex pré moteur sensoriel. Le troisième ventricule, situé en dessous de ces derniers, se trouve dans le **diencéphale**, entre la partie droite et la partie gauche du thalamus. Le quatrième ventricule, situé entre le tronc cérébral et le cervelet, est relié à l'espace sous-arachnoïdien (voir les méninges) et au canal de l'épendyme, au centre de la moelle épinière. L'aqueduc du mésencéphale relie les troisième et quatrième ventricules. Les ventricules et le liquide cérébrospinal protègent le cerveau et la moelle épinière des lésions.



Cette image met en évidence les quatre ventricules tels qu'ils apparaissent sur un scanner cérébral.

Un plexus choroïde est principalement constitué de cellules épendymaires. La fonction principale de ces cellules est la **production du liquide cérébrospinal** (qualité sécrétrice) par la filtration du sang artériel. Le liquide cérébrospinal (LCS) s'écoule des ventricules latéraux vers le troisième ventricule, puis vers le quatrième ventricule en passant par l'aqueduc cérébral. De là, le liquide s'échappe par les ouvertures latérales du quatrième ventricule dans l'espace sous-arachnoïdien. Les cellules épendymaires du plexus choroïde forment une fine couche (l'épendyme) qui recouvre la paroi interne des ventricules et entoure le noyau du plexus. L'épendyme agit comme un filtre important, connu sous le nom de **barrière hémato-céphalorachidienne**. En plus de la **barrière hémato-encéphalique (BHE)**, la barrière hémato-céphalorachidienne constitue une interface dynamique permettant de maintenir un environnement stable pour les cellules cérébrales (les neurones). Ces deux barrières empêchent le passage de grosses molécules, dont les microbes et les cellules cancéreuses (voir les « métastases cérébrales »), vers le cerveau, tout en permettant le passage de l'eau, des substances liposolubles (oxygène, dioxyde de carbone) et de molécules telles que les acides aminés et le glucose. Le glucose est l'aliment du cerveau. Le liquide cérébrospinal, également connu sous le nom de « liquide céphalorachidien (substance sucrée), est donc riche en glucose (le cerveau consomme 25 % des besoins énergétiques de l'organisme en utilisant environ 150 g de glucose par jour).

Les cellules épendymaires du plexus choroïde proviennent de l'endoderme et sont donc contrôlées par le tronc cérébral. Les cellules neurogliales qui soutiennent les cellules épendymaires proviennent du mésoderme nouveau.



NIVEAU CÉRÉBRAL : dans le **tronc cérébral**, le plexus choroïde possède deux centres de contrôle situés dans l'anneau formé par les relais cérébraux qui contrôlent les organes du tube digestif.

Le plexus choroïde latéral droit et les moitiés droites des plexus choroïdes centraux sont contrôlés par le côté droit du tronc cérébral ; le plexus choroïde latéral gauche et les moitiés gauches des plexus choroïdes centraux sont contrôlés par le côté gauche du tronc cérébral. Il n'y a pas de corrélation croisée entre le cerveau et l'organe.

REMARQUE : la bouche et le pharynx, les glandes lacrymales, les trompes d'Eustache, la glande thyroïde, les glandes parathyroïdes, l'hypophyse, la glande pineale et les plexus choroïdes partagent les mêmes relais cérébraux.

CONFLIT BIOLOGIQUE : conformément à sa fonction d'« aqueduc du cerveau », le conflit biologique lié aux plexus choroïdes est « **le cerveau n'est pas assez humide** » ou « **le cerveau est sec** », ce qui se traduit, au sens figuré, par des difficultés à raisonner (les pensées ne coulent pas de façon fluide) ou à

mémoriser. Un trou de mémoire pénible, une perte de mémoire à court terme (voir le conflit de séparation) ou des difficultés à apprendre peuvent être à l'origine d'un tel conflit. En outre, étant donné que les organes contrôlés par le tronc cérébral correspondent à un **morceau entrant (nourriture) et à un morceau sortant (fèces)**, le conflit lié au plexus choroïde droit et aux moitiés droites des plexus choroïdes centraux correspond au fait de « **ne pas pouvoir laisser un morceau “couler dedans”** ». De même, le conflit lié au plexus choroïde gauche et aux moitiés gauches des plexus choroïdes centraux correspond au fait de « **ne pas pouvoir laisser un morceau “couler dehors”** ». Un tel « morceau » peut concerner tout ce que l'on désire « attraper » ou « se débarrasser », y compris une personne (à comparer avec les conflits liés à la sous-muqueuse de la bouche et du pharynx).

PHASE DE CONFLIT ACTIF : dès le DHS, durant la phase de conflit actif, les cellules du plexus choroïde prolifèrent proportionnellement à l'intensité du conflit. Le **sens biologique de cette prolifération cellulaire** est d'augmenter la production de liquide cérébrospinal. Lors d'une activité conflictuelle prolongée, une tumeur compacte (de type sécréteur) se forme en conséquence de l'augmentation continue du nombre de cellules. En médecine conventionnelle, on parle d'**épendymome du plexus choroïde**. Contrairement au gliome, l'épendymome est une véritable tumeur cérébrale (voir aussi la tumeur de la glande pineale et l'adénome hypophysaire).

REMARQUE : partant de l'hypothèse erronée voulant que les cellules épendymaires soient des « cellules gliales spécialisées », la médecine conventionnelle affirme qu'un épendymome est un type de gliome, également appelé gliome choroïde. En réalité, les cellules épendymaires proviennent de la muqueuse intestinale et sont donc d'origine endodermique, alors que la névroglie (le tissu conjonctif cérébral) provient du mésoderme nouveau.

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. Avec la participation du bacille tuberculeux, l'affection est appelée **épendymome tuberculeux** et s'accompagne généralement de **sueurs nocturnes**. Au cours du processus de décomposition, la tumeur peut saigner dans le ventricule affecté. Le saignement se produit lorsque la paroi externe de la tumeur se rompt (à distinguer d'un saignement cérébral dû à la rupture d'un kyste cérébral).

REMARQUE : contournant la barrière hémato-encéphalique, les plexus choroïdes sont directement irrigués par les artères cérébrales. Cela permet aux mycobactéries de participer au processus de guérison (voir aussi la glande pineale et l'hypophyse).

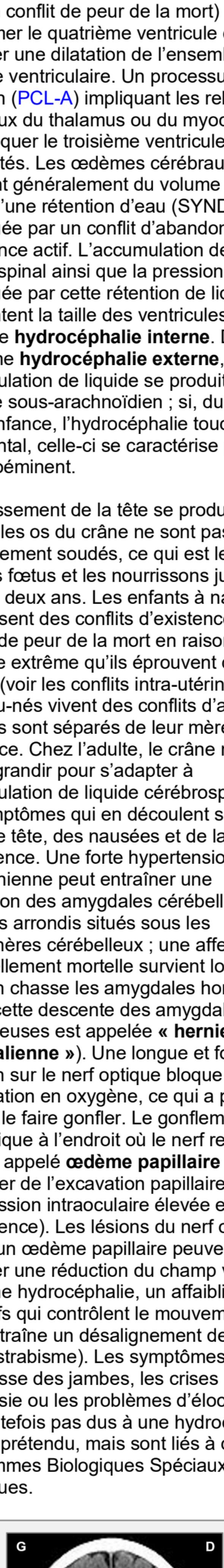
Après la décomposition d'un épendymome, des cavernes demeurent et finissent par se remplir de calcium, apparaissant comme des dépôts de calcium sur un scanner cérébral (ici dans les ventricules latéraux).

Ce scanner cérébral montre un processus de calcification achevé dans le troisième ventricule (à comparer avec la calcification dans l'hypophyse et la glande pineale).

HYDROCÉPHALIE

Une hydrocéphalie est une affection dans laquelle un excès de liquide cérébrospinal s'accumule dans les cavités du cerveau. Cela se produit lorsqu'une tumeur ou un gros œdème cérébral comprime l'un des ventricules ou l'aqueduc du mésencéphale. Un œdème cérébral dans le centre de contrôle du parenchyme rénal pourrait entraîner une compression de l'aqueduc du mésencéphale. Un gonflement dans les relais cérébraux des alvéoles pulmonaires (lié à un conflit de peur de la mort) peut comprimer le quatrième ventricule et entraîner une dilatation de l'ensemble du système ventriculaire. Un processus de guérison (**PCL-A**) impliquant les relais cérébraux du thalamus ou du myocarde peut bloquer le troisième ventricule des deux côtés. Les œdèmes cérébraux prennent généralement du volume en raison d'une rétention d'eau (**SYNDROME**) provoquée par un conflit d'abandon ou d'existence actif. L'accumulation de liquide cérébrospinal ainsi que la pression provoquée par cette rétention de liquide augmentent la taille des ventricules créant ainsi une **hydrocéphalie interne**. Dans le cas d'une **hydrocéphalie externe**, l'accumulation de liquide se produit dans l'espace sous-arachnoïdien ; si, durant la petite enfance, l'hydrocéphalie touche le lobe frontal, celle-ci se caractérise par un front proéminent.

L'élargissement de la tête se produit lorsque les os du crâne ne sont pas complètement soudés, ce qui est le cas chez les fœtus et les nourrissons jusqu'à l'âge de deux ans. Les enfants à naître connaissent des conflits d'existence et des conflits de peur de la mort en raison d'une détresse extrême qu'ils éprouvent dans l'utérus (voir les conflits intra-utérins) ; les nouveau-nés vivent des conflits d'abandon lorsqu'ils sont séparés de leur mère à la naissance. Chez l'adulte, le crâne ne peut pas s'agrandir pour s'adapter à l'accumulation de liquide cérébrospinal. Les symptômes qui en découlent sont des maux de tête, des nausées et de la somnolence. Une forte hypertension intracrânienne peut entraîner une élévation des amygdales cérébelleuses, les lobes arrondis situés sous les hémisphères cérébelleux ; une affection potentiellement mortelle survient lorsque la pression chasse les amygdales hors du crâne (cette descente des amygdales cérébelleuses est appelée « **hernie amygdalienne** »). Une longue et forte pression sur le nerf optique bloque son alimentation en oxygène, ce qui a pour effet de le faire gonfler. Le gonflement du nerf optique à l'endroit où le nerf rejoint l'œil est appelé **œdème papillaire** (à distinguer de l'excavation papillaire due à une pression intraoculaire élevée en permanence). Les lésions du nerf optique dues à un œdème papillaire peuvent entraîner une réduction du champ visuel. Avec une hydrocéphalie, un affaiblissement des nerfs qui contrôlent le mouvement des yeux entraîne un désalignement des yeux (voir le strabisme). Les symptômes tels que la faiblesse des jambes, les crises d'épilepsie ou les problèmes d'elocution ne sont toutefois pas dus à une hydrocéphalie, comme prétendu, mais sont liés à des Programmes Biologiques Spéciaux spécifiques.

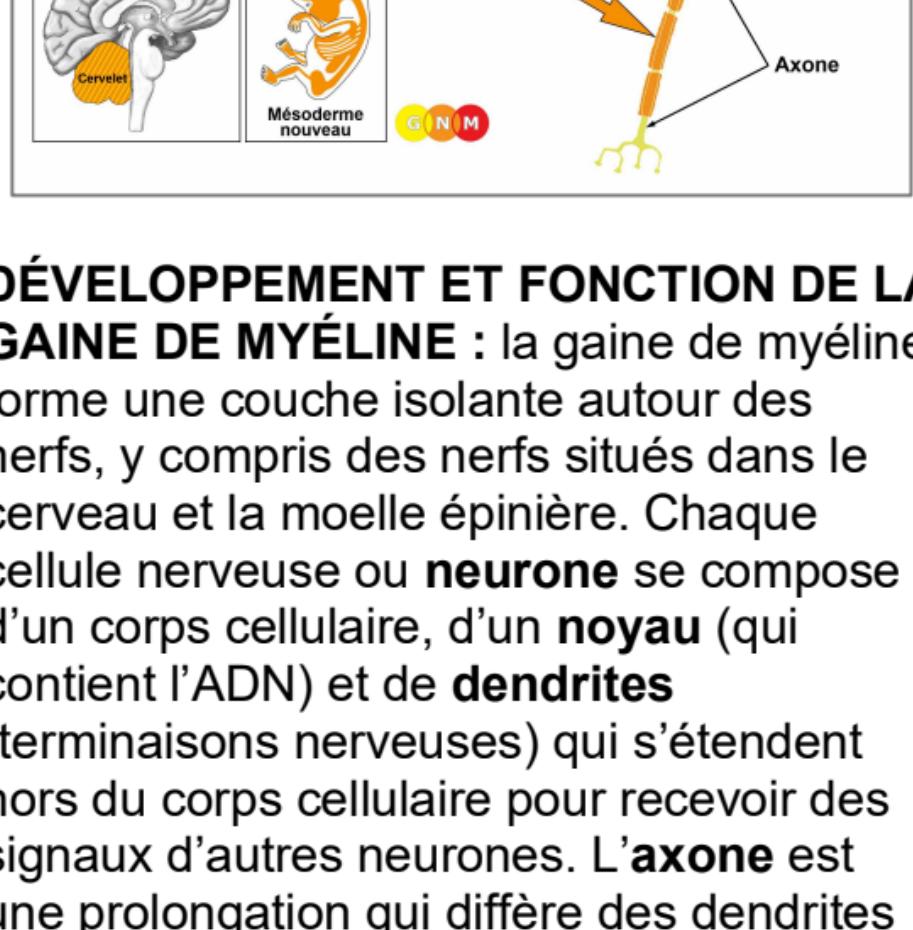


Ce scanner cérébral montre une expansion des ventricules latéraux (une hydrocéphalie interne) causée par une accumulation de liquide cérébrospinal.



Une compression du quatrième ventricule peut être le résultat d'un **conflit aigu de peur de la vie** conduisant à une hydrocéphalie une fois le conflit résolu. Dans cet exemple, le Foyer de Hamer correspondant couvre l'ensemble du tronc cérébral. Un bruit excessif pendant la grossesse, par exemple, peut déclencher cette panique

chez l'enfant à naître (voir les conflits intra-utérins).



DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DE LA Gaine DE MYÉLINE : la gaine de myéline forme une couche isolante autour des nerfs, y compris des nerfs situés dans le cerveau et la moelle épinière. Chaque cellule nerveuse ou **neurone** se compose d'un corps cellulaire, d'un **noyau** (qui contient l'ADN) et de **dendrites** (terminaisons nerveuses) qui s'étendent hors du corps cellulaire pour recevoir des signaux d'autres neurones. L'**axone** est une prolongation qui diffère des dendrites dans la mesure où il achemine les impulsions loin des neurones, parfois sur une distance considérable. Les axones les plus longs sont recouverts d'une gaine de myéline. La gaine de myéline a pour fonction d'accélérer la transmission électrique le long des cellules nerveuses. La gaine de myéline qui enveloppe les motoneurones favorise la conduction de l'influx nerveux vers les muscles ; celle des neurones sensoriels favorise la transmission des stimuli sensoriels tels que le toucher. Les neurones myélinisés se trouvent donc typiquement dans les nerfs périphériques.

La myéline provient des cellules de Schwann, lesquelles sont des cellules gliales spécialisées. Les cellules gliales (également appelées névrogliie) soutiennent et protègent les neurones du cerveau et de la moelle épinière (système nerveux central). Les cellules de Schwann, quant à elles, se trouvent dans le système nerveux périphérique (en dehors du cerveau) où elles forment la gaine de myéline autour des cellules nerveuses. Chez l'homme, la myélinisation débute à la quatorzième semaine du développement fœtal. Comme la glie, la myéline est constituée en grande partie de tissu conjonctif. La gaine de myéline provient donc également du mésoderme nouveau.

NIVEAU CÉRÉBRAL : **exception** : bien que la gaine de myéline provienne du mésoderme nouveau, elle est contrôlée par le **cervelet**, et non par la moelle cérébrale.

La gaine de myéline du côté droit du corps est contrôlée par le côté gauche du cervelet ; la gaine de myéline du côté gauche du corps est contrôlée par le côté droit du cervelet. Il existe une corrélation croisée entre le cerveau et le corps.

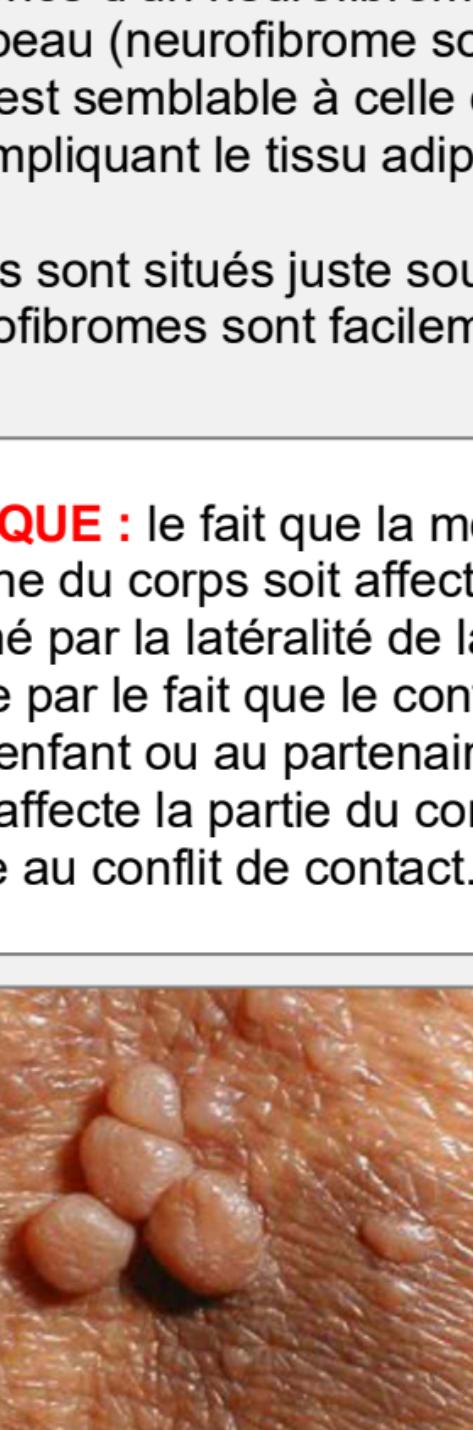
REMARQUE : la gaine de myéline est contrôlée par le même relais cérébral que celui du chorion cutané (voir aussi les glandes de la paupière).

CONFLIT BIOLOGIQUE : le conflit biologique lié à la gaine de myéline est un **conflit de contact** au sens où l'on ne veut pas être touché, parce que le contact est ressenti comme douloureux, désagréable ou non désiré (à distinguer du conflit de séparation lié à l'épiderme). La peur d'être touché (violence physique, service sexuel) peut déjà évoquer ce conflit. La gaine de myéline répond également à un **conflit de douleur** déclenché par une douleur aiguë causée par une blessure, une chute ou un coup. Une douleur intense, par exemple, une douleur osseuse, peut également activer ce Programme Biologique Spécial.

PHASE DE CONFLIT ACTIF : dès le DHS, durant la phase de conflit actif, la gaine de myéline s'épaissit grâce à une prolifération cellulaire formant un **neurofibrome** sous ou sur la peau (comme le mélanome, le neurofibrome est une forme de défense archaïque). La taille du ou des nodules est déterminée par l'intensité du conflit. Le **sens biologique de cette augmentation cellulaire** est d'empêcher les stimuli sensoriels périphériques d'être transmis au cerveau. Le tissu supplémentaire absorbe le toucher ou la douleur non désirés.

Symptômes : perte ou diminution de la sensibilité au toucher au niveau de la zone affectée (voir également l'hyposensibilité impliquant l'épiderme ou le périoste).

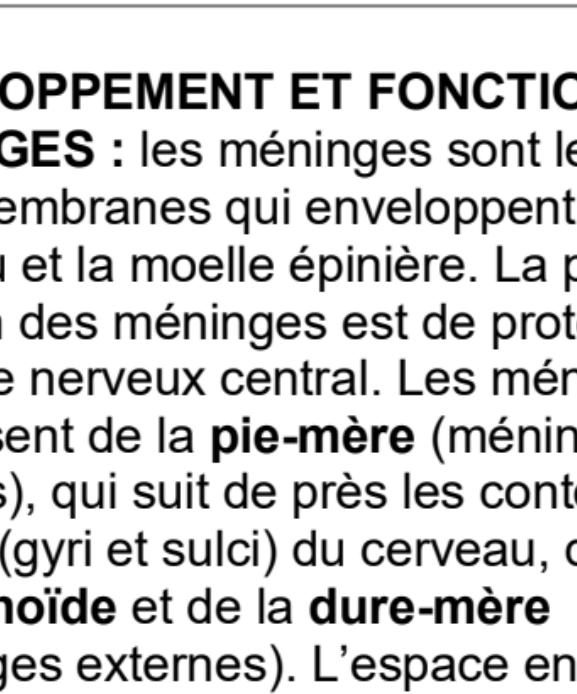
REMARQUE : bien que la myéline et la névrogliie soient des tissus apparentés, elles se comportent différemment. Un neurofibrome (également appelé « gliome périphérique ») se développe durant la phase de conflit actif (comme tous les tissus contrôlés par le cervelet), tandis que la prolifération de la névrogliie (voir « tumeur cérébrale ») se produit durant la phase de guérison (en **PCL-B**).



L'apparence d'un neurofibrome situé sous la peau (neurofibrome sous-cutané) est semblable à celle d'un lipome impliquant le tissu adipeux.

Lorsqu'ils sont situés juste sous la peau, les neurofibromes sont facilement mobiles.

REMARQUE : le fait que la moitié droite ou gauche du corps 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 partie du corps associée au conflit de contact.



Les multiples neurofibromes sous ou sur la peau (neurofibromes cutanés) sont appelés **neurofibromatose de type 1 (NF1) ou **maladie de Von Recklinghausen**.** Les pigmentations café au lait (taches de couleur café sur la peau) classées comme des symptômes de la NF1 sont, d'après la GNM, liées à l'épiderme plutôt qu'à la gaine de myéline. Le fait que ces taches soient observées chez la majorité des personnes présentant une NF1 indique que les deux Programmes Biologiques (conflit de séparation et conflit de contact) se déroulent souvent en même temps.

PHASE DE GUÉRISON : suivant le principe des **organes dérivant du mésoderme nouveau** (« groupe de luxe »), le ou les neurofibromes restent en place. Une fois la phase de guérison achevée, la sensibilité revient à la normale.

DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DES MÉNINGES : les méninges sont les trois fines membranes qui enveloppent le cerveau et la moelle épinière. La principale fonction des méninges est de protéger le système nerveux central. Les méninges se composent de la **pie-mère** (méninges internes), qui suit de près les contours et les plis (gyri et sulci) du cerveau, de l'**arachnoïde** et de la **dure-mère** (méninges externes). L'espace entre la pie-mère et l'arachnoïde (**espace sous-arachnoïdien**) est rempli de liquide cérébrospinal (voir les plexus choroïdes). La surface extérieure des os du crâne est recouverte par le périoste et la peau (chorion cutané et épiderme). La pie-mère (« douce mère ») est une membrane délicate dotée de nombreux vaisseaux sanguins qui nourrissent le cerveau. La dure-mère (« dure mère ») est composée d'un tissu fibreux et dense, possédant une couche périostée proche de la surface interne du crâne. La dure-mère, l'arachnoïde et la pie-mère proviennent du mésoderme nouveau et sont contrôlées par la moelle cérébrale. Les nerfs du périoste de la dure-mère sont contrôlés par le **cortex pré moteur sensoriel** ; leur centre de contrôle est situé à proximité des relais cérébraux des canaux pharyngés et des canaux thyroïdiens, à l'avant du cortex.

Méningite

La médecine conventionnelle soutient que l'inflammation des méninges est le résultat « d'infections » par des virus, des bactéries ou des champignons qui migreraient par la

Image : Diagramme anatomique des méninges montrant les couches de la peau, le périoste, l'os, la dure-mère, l'arachnoïde, la pie-mère et le cerveau.

circulation sanguine vers le cerveau et la moelle épinière. Une telle affirmation est hautement contestable, car la **barrière hémato-encéphalique** qui sépare la circulation sanguine du liquide cérébrospinal ne laisse pénétrer que de l'eau, des substances liposolubles et des molécules (glucose et acides aminés) dans le cerveau. Cela **exclut** formellement la pénétration de microbes supposés être transmis à l'homme par des tiques « infectées », entraînant une méningo-encéphalite, une inflammation des méninges et du cerveau (voir aussi la méningite associée à la maladie de Lyme). Cela signifie qu'en aucun cas les bactéries ne peuvent atteindre les méninges par la circulation sanguine. L'affirmation selon laquelle la méningite bactérienne est « hautement contagieuse » n'est donc pas fondée.

REMARQUE : à l'intérieur du cerveau, l'hypophyse, la glande pineale et les plexus choroïdes sont directement irrigués par les artères cérébrales. Cela permet aux bacilles tuberculeux de participer à la guérison.

L'unique moyen pour que les bactéries parviennent à pénétrer dans le système nerveux central est lorsque la moelle épinière est ponctionnée. Durant la ponction, une aiguille creuse est insérée dans l'espace sous-arachnoïdien pour recueillir le liquide cérébrospinal. Dans la médecine d'aujourd'hui, une ponction lombaire (aussi appelée une rachicentèse) est un procédé de diagnostic courant pour confirmer ou exclure une méningite.

D'après la GNM, une méningite se produit :

- lorsqu'un œdème cérébral (**PCL-A**) exerce une pression sur la **pie-mère** (méninges internes), provoquant un frottement de l'œdème sur les méninges, qui à son tour conduit à une inflammation. Cela s'applique à tout œdème qui se développe dans le **cortex cérébral**, par exemple, dans le relais cérébral des canaux thyroïdiens, des canaux pharyngés, de la muqueuse des bronches, de la muqueuse du larynx, dans le cortex visuel (répine, corps vitré) ou dans la zone de transition entre le tronc cérébral et le cervelet (l'**angle ponto-cérébelleux** qui contrôle l'oreille moyenne) ;
- lorsqu'un œdème qui se développe dans les os du crâne (durant la phase de guérison d'un conflit de dévalorisation de soi d'ordre intellectuel) exerce une pression sur la **dure-mère** (méninges externes). Bien sûr, la méningite ne se produit pas lorsque l'œdème est situé à la surface de l'os du crâne.

En **PCL-B**, après l'expulsion de l'œdème cérébral, les cellules gliales prolifèrent à l'endroit de l'œdème pour achever le processus de guérison. En médecine conventionnelle, cela est souvent diagnostiqué comme un **méningiome**, considéré comme une « tumeur cérébrale » provenant des cellules méningothéliales des méninges.

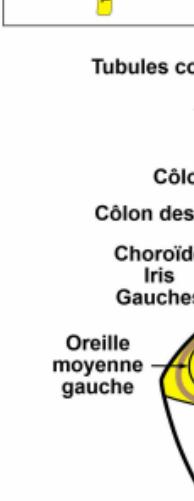
En fonction de l'emplacement de l'œdème, les **signes et symptômes de la méningite** vont des symptômes grippaux et de la pneumonie, à une raideur de la nuque, une paralysie musculaire, des crises d'épilepsie ou des éruptions cutanées. Les **forts maux de tête** sont causés par le gonflement de l'œdème cérébral ainsi que par l'inflammation (à comparer avec les maux de tête se produisant au cours de tout Programme Biologique Spécial et les migraines). L'inflammation s'accompagne généralement d'une **forte fièvre**. Avec une soudaine rétention d'eau due à un conflit d'abandon ou d'existence actif (SYNDROME), l'œdème cérébral augmente rapidement de volume et les symptômes de la méningite se manifestent en quelques jours.

La méningite affecte le plus souvent les enfants de moins de cinq ans, et plus particulièrement les bébés de moins d'un an. Les lésions cérébrales associées à la méningite ne sont probablement pas dues à un œdème cérébral (considéré à tort comme un gonflement des méninges), mais sont plutôt dues à des vaccins contenant des neurotoxines telles que le formaldéhyde, le phosphate d'aluminium ou le thiomersal, lesquels traversent la barrière hémato-encéphalique et entraînent des troubles neurologiques potentiellement graves, sans DHS !



lement au niveau de la colonne
ébrale (voir l'ostéosarcome) peut
cer une pression sur les méninge
oelle épinière entraînant une my

Source : www.learninggnm.com



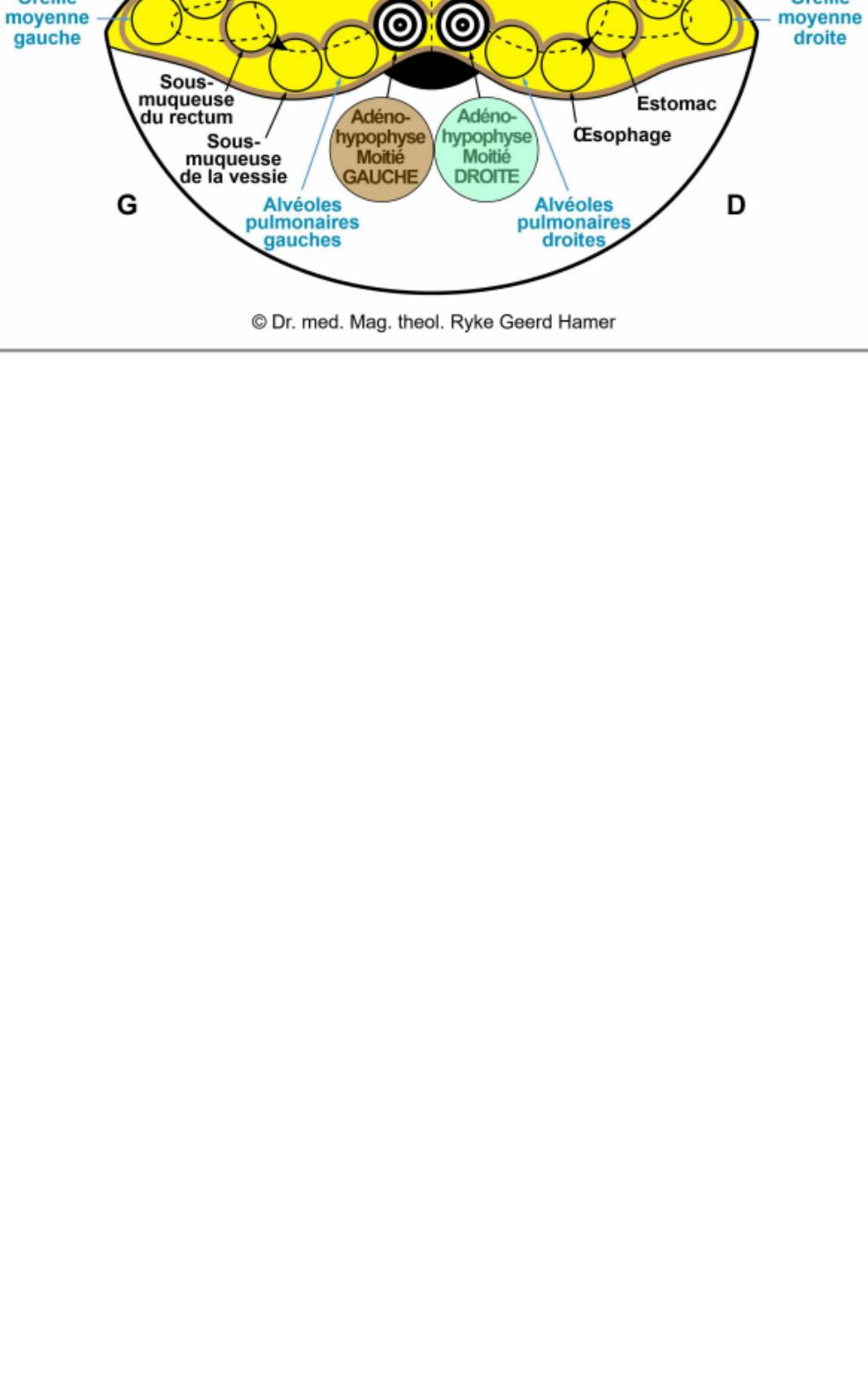
RELATION TRONC CÉRÉBRAL – ORGANES

G N M



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

La barrière hémato-encéphalique sépare la circulation sanguine du liquide cérébrospinal qui circule dans le système ventriculaire du cerveau.

TRONC CÉRÉBRAL
vue de dessus

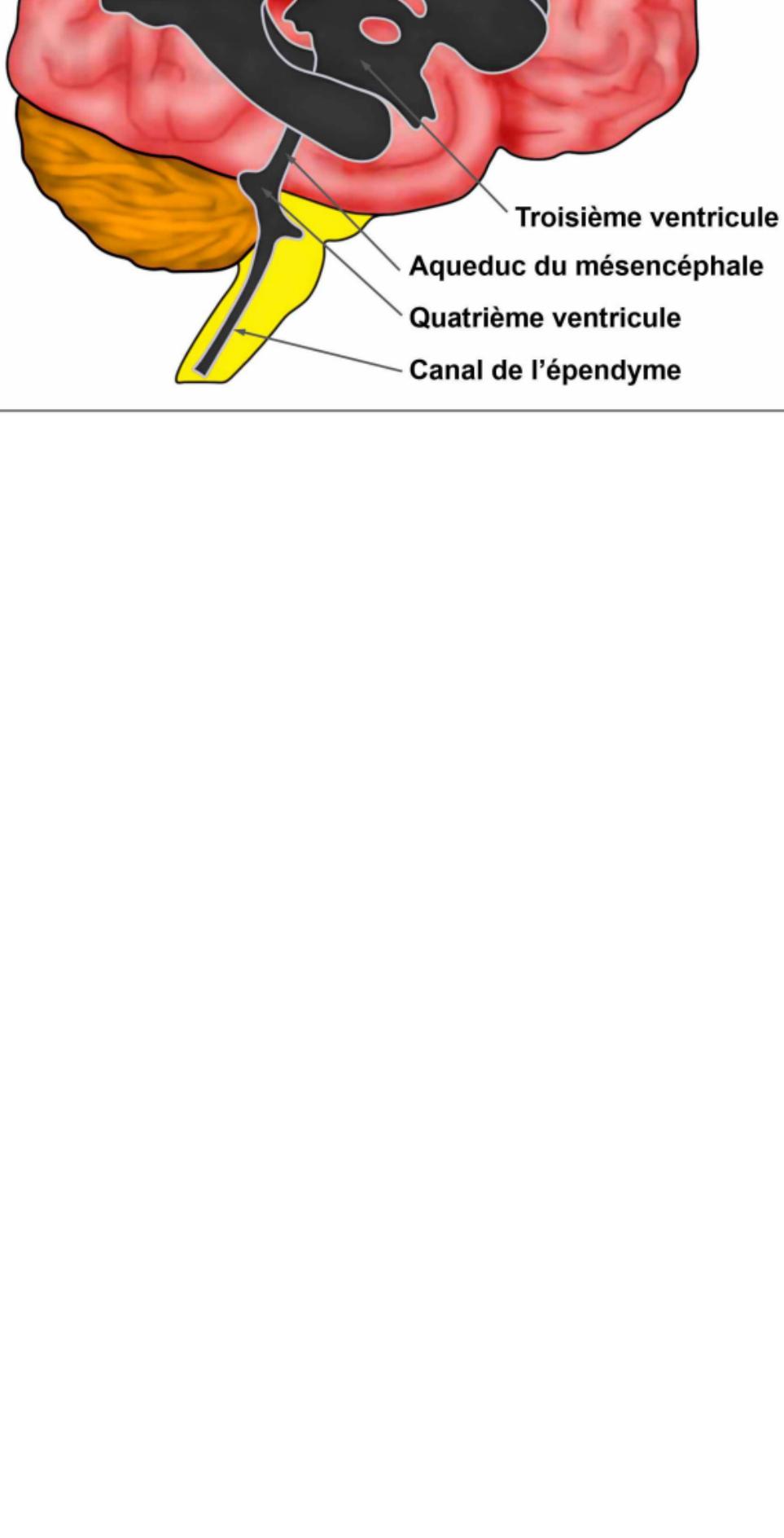
© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

SYSTÈME VENTRICULAIRE

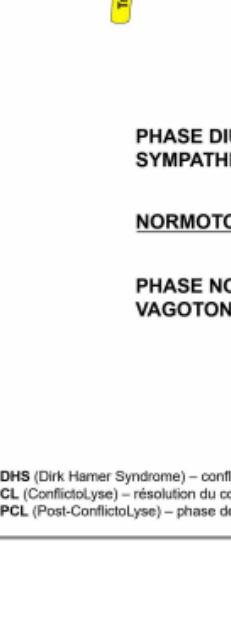




SYSTÈME VENTRICULAIRE



BOUSSOLE DE LA MÉDECINE NOUVELLE GERMANIQUE



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		

PHASE DIURNE : SYMPATHICOTONIE

NORMOTONIE

PHASE NOCTURNE : VAGOTONIE

CRISE ÉPILEPTOÏDE

PHASE DE CONFLIT ACTIF

PHASE DE GUÉRISON

Sympathicotonie prolongée

Vagotonie prolongée

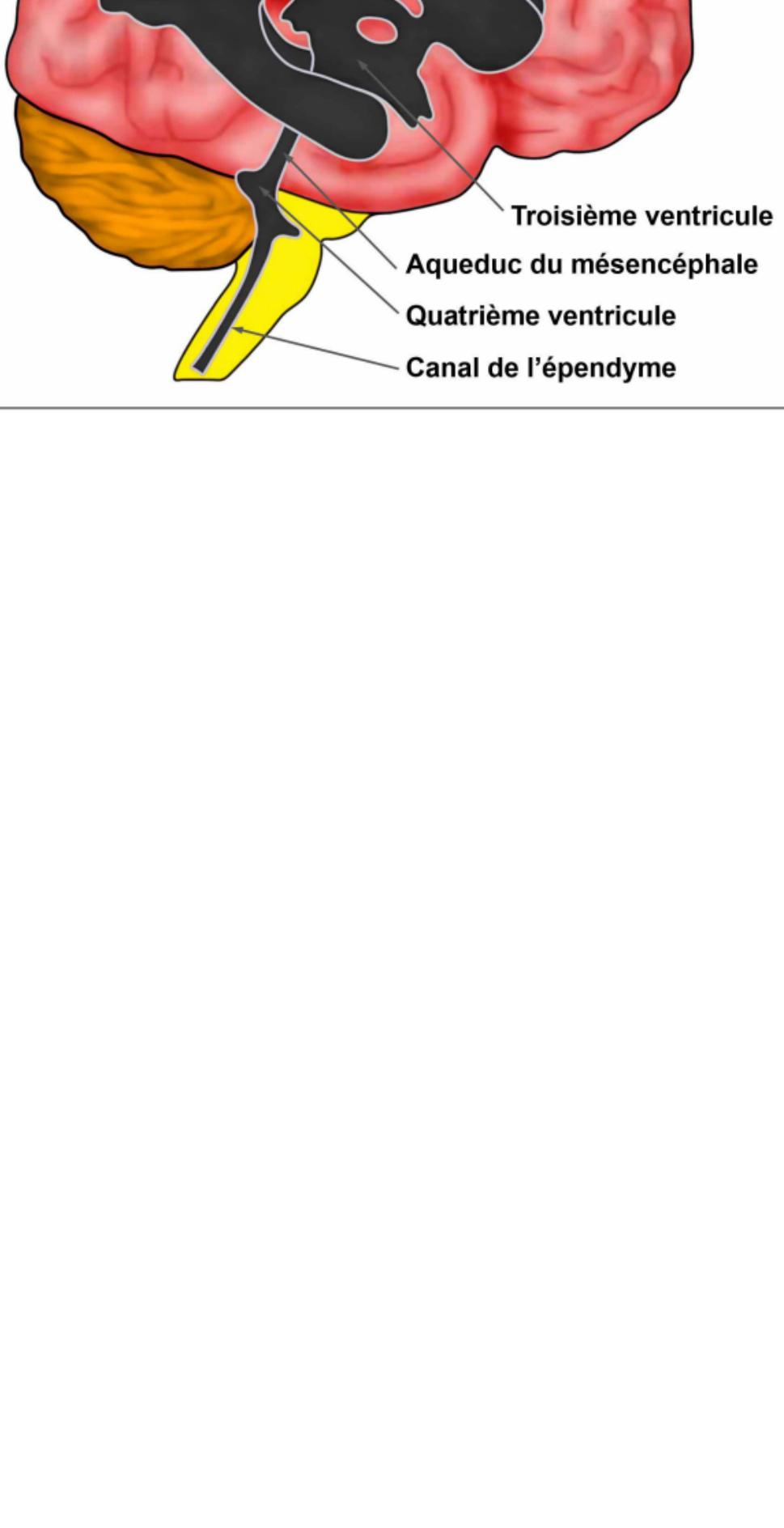


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
CL (Conflictolyse) – résolution du conflit
PCL (Post-Conflictolyse) – phase de guérison

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

La barrière hémato-encéphalique sépare la circulation sanguine du liquide cérébrospinal qui circule dans le système ventriculaire du cerveau.

SYSTÈME VENTRICULAIRE





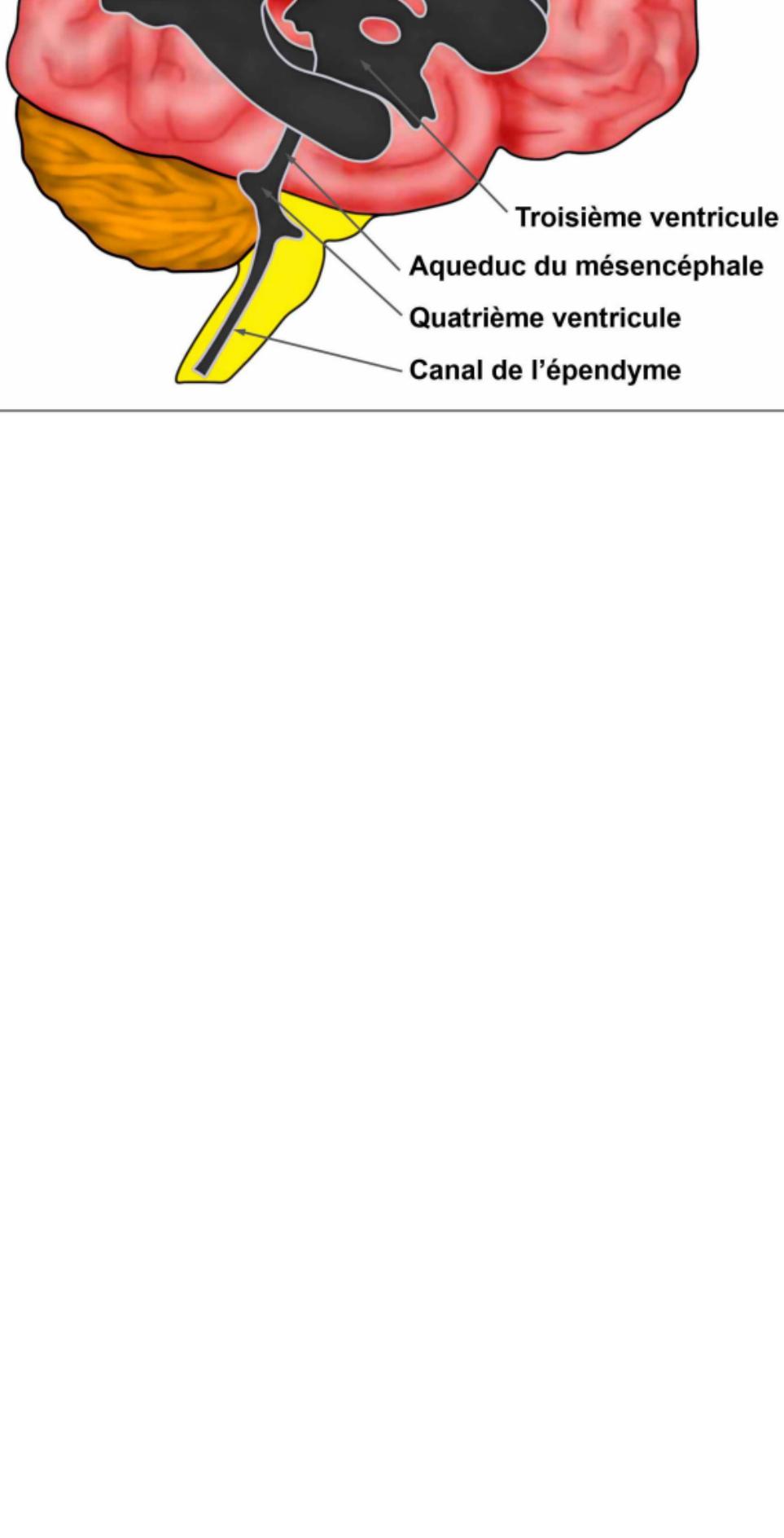
PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX SCHÉMA DES DEUX PHASES



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

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

SYSTÈME VENTRICULAIRE



G N M

DIENCÉPHALE
vue frontale

DIENCÉPHALE
vue latérale

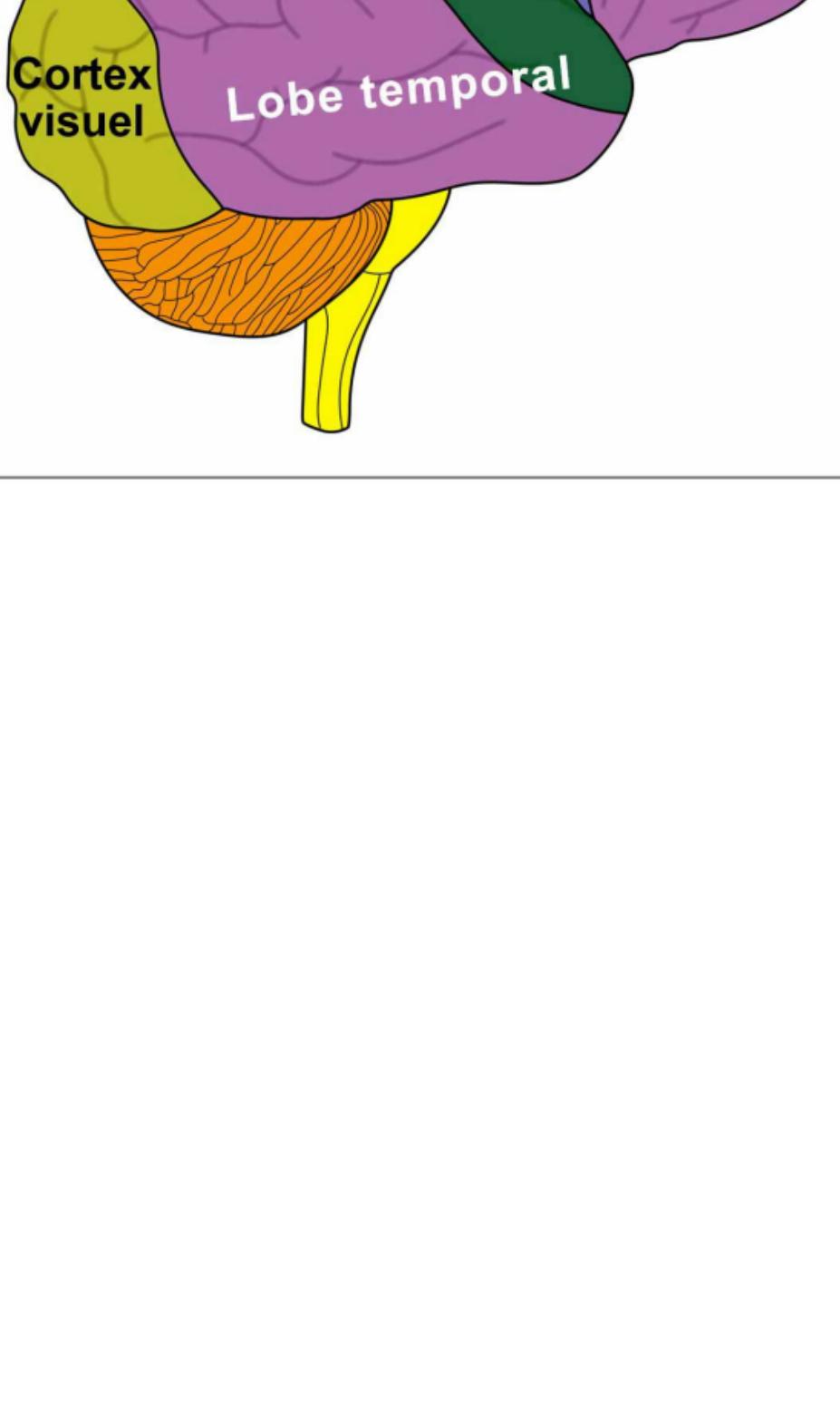


D G



CORTEX CÉRÉBRAL

vue latérale



DIENCÉPHALE vue latérale

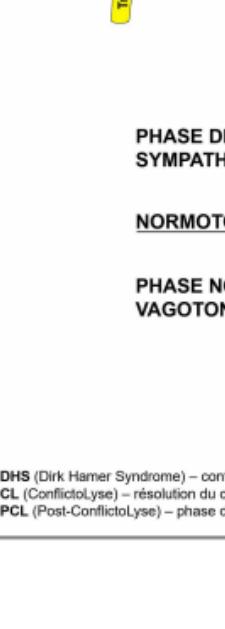


CÔTÉ GAUCHE DU TRONC CÉRÉBRAL
Élimination des matières fécales
MORCEAU SORTANT

CÔTÉ DROIT DU TRONC CÉRÉBRAL
Absorption et digestion des aliments
MORCEAU ENTRANT



BOUSSOLE DE LA MÉDECINE NOUVELLE GERMANIQUE



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		

PHASE DIURNE : SYMPATHICOTONIE

NORMOTONIE

PHASE NOCTURNE : VAGOTONIE

CRISE ÉPILEPTOÏDE

PHASE DE CONFLIT ACTIF

PHASE DE GUÉRISON

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

Sympathicotonie prolongée

Vagotonie prolongée

©

Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

La barrière hémato-encéphalique sépare la circulation sanguine du liquide cérébrospinal qui circule dans le système ventriculaire du cerveau.



PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX SCHÉMA DES DEUX PHASES

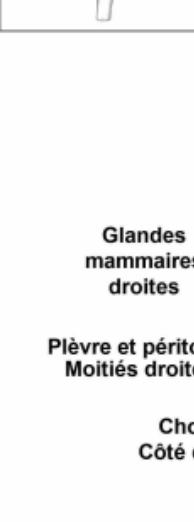


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique

CL (Conflictolyse) – résolution du conflit

PCL (Post-Conflictolyse) – phase de guérison

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



RELATION CERVELET – ORGANES

G N M



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

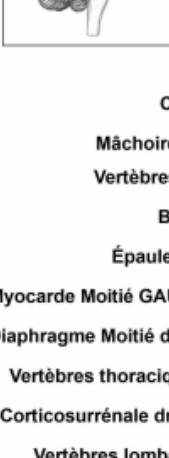


PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX SCHÉMA DES DEUX PHASES



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

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



RELATION MOELLE CÉRÉBRALE – ORGANES

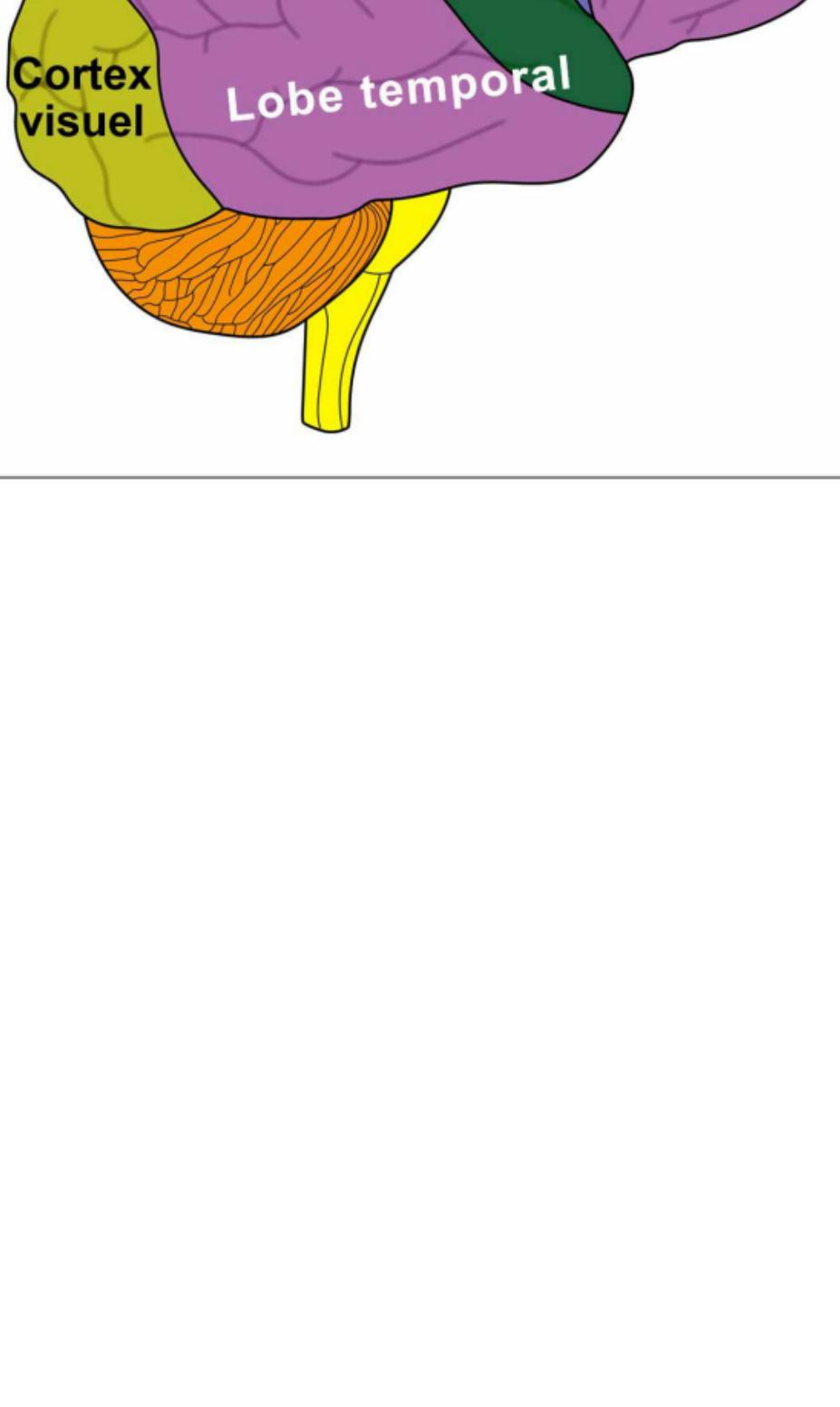
G N M



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

CORTEX CÉRÉBRAL

vue latérale



La barrière hémato-encéphalique sépare la circulation sanguine du liquide cérébrospinal qui circule dans le système ventriculaire du cerveau.



PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX SCHÉMA DES DEUX PHASES



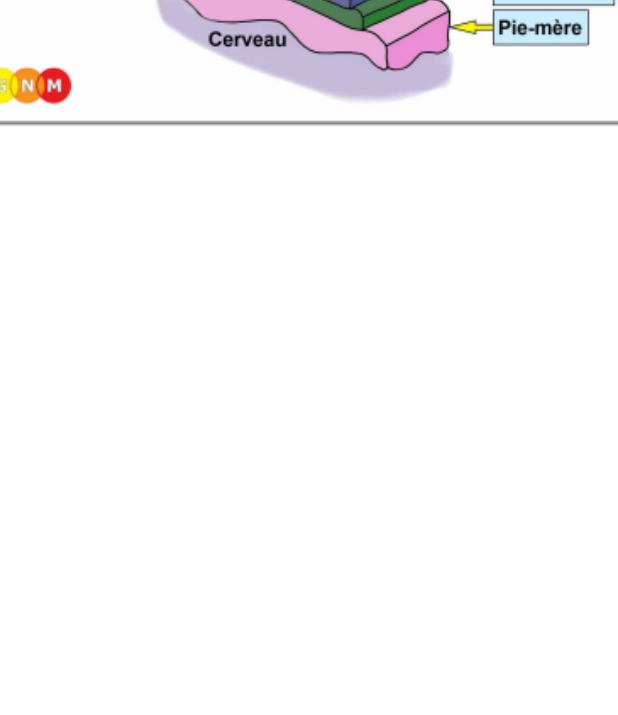
DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique

CL (Conflictolyse) – résolution du conflit

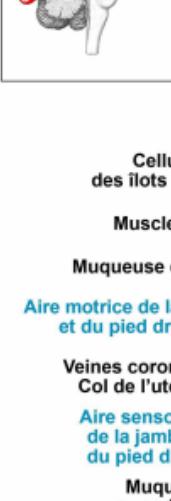
PCL (Post-Conflictolyse) – phase de guérison

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

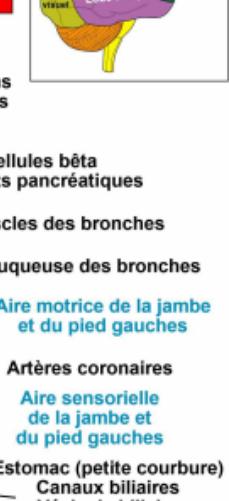
MÉNINGES



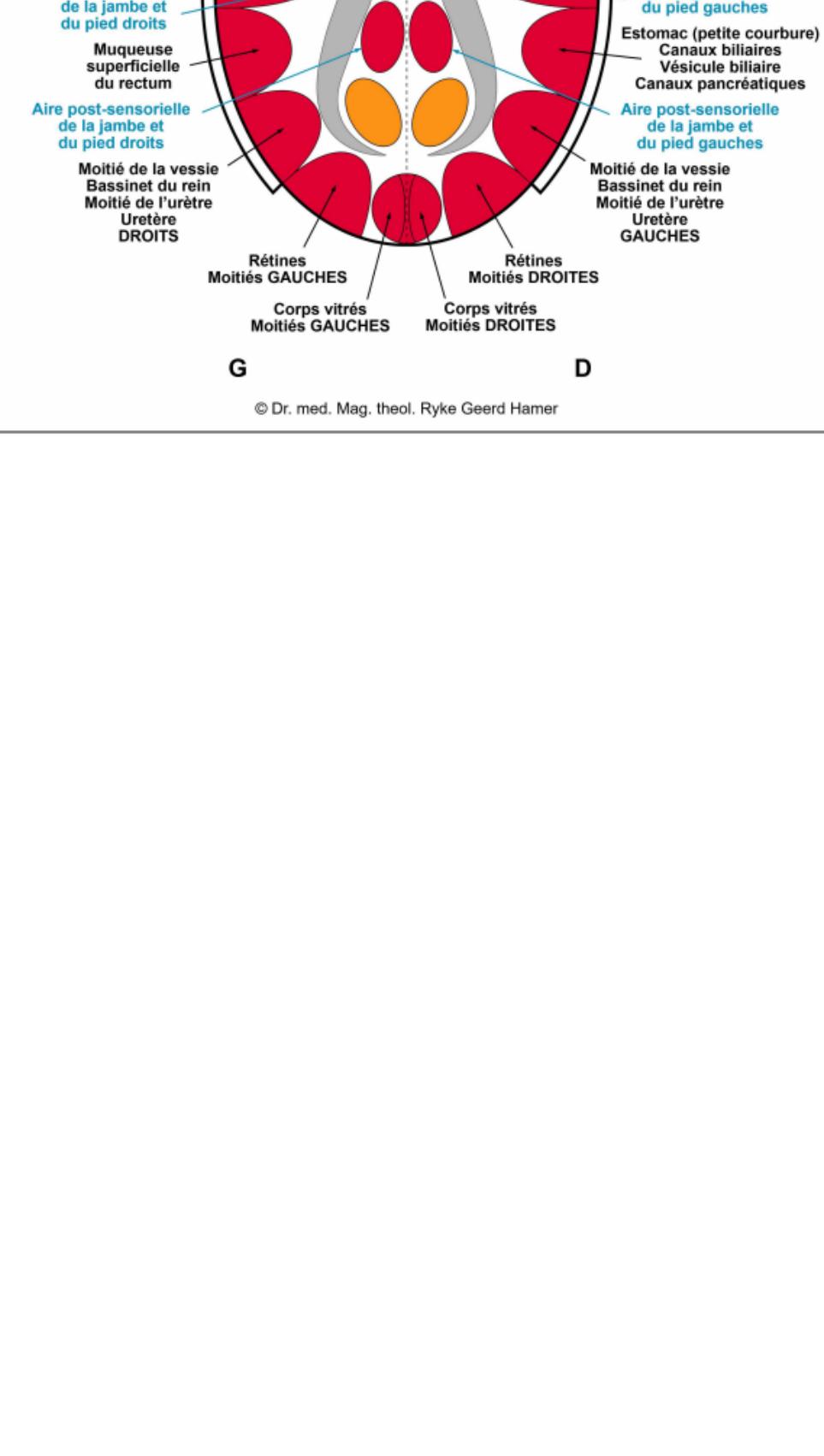
G N M



G N M



RELATION CORTEX CÉRÉBRAL – ORGANES



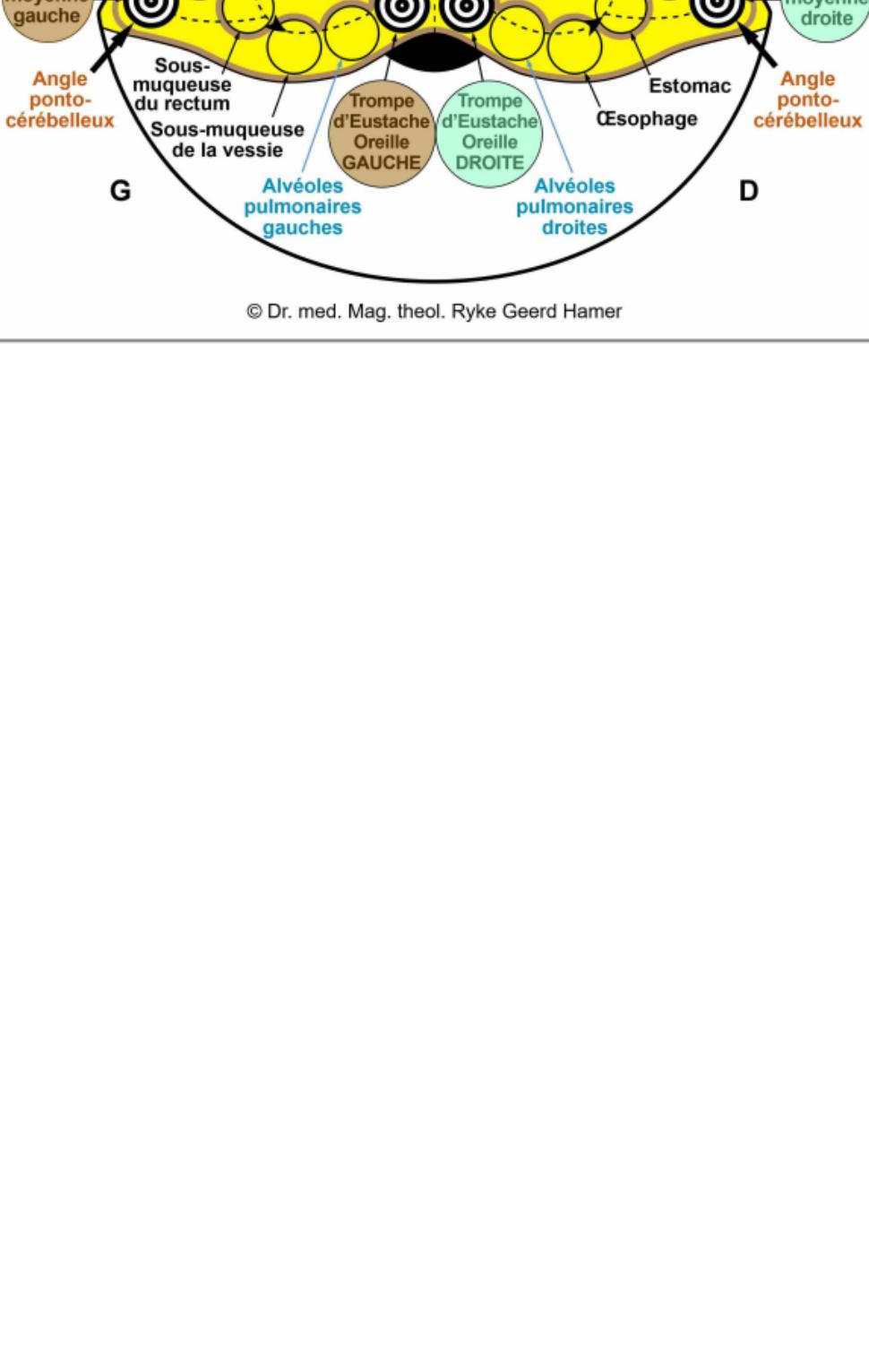
G

D

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

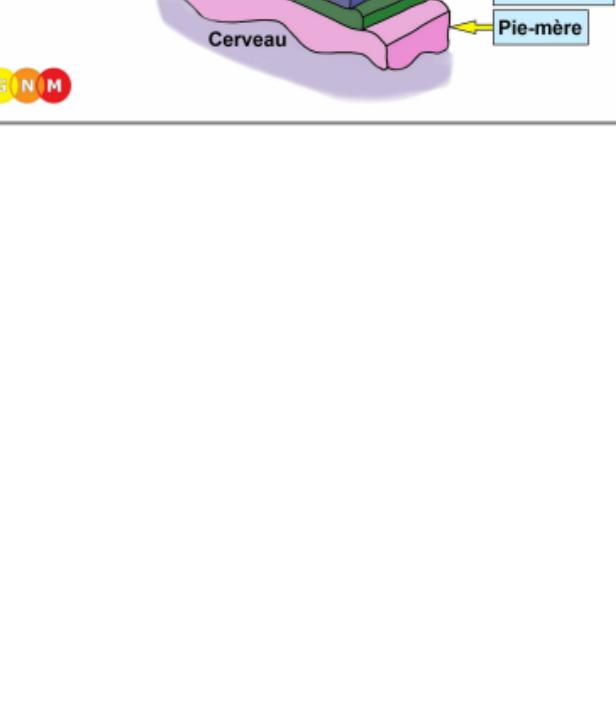
G N M

TRONC CÉRÉBRAL vue de dessus



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

MÉNINGES



G N M



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