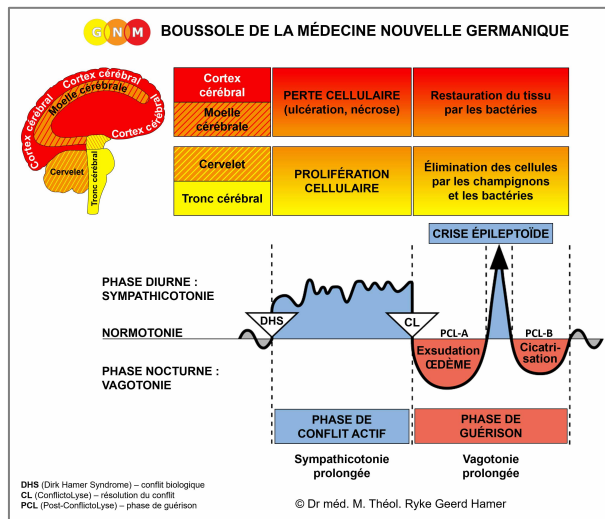


# PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

## ŒSOPHAGE

Auteur : Caroline Markolin, Ph.D.

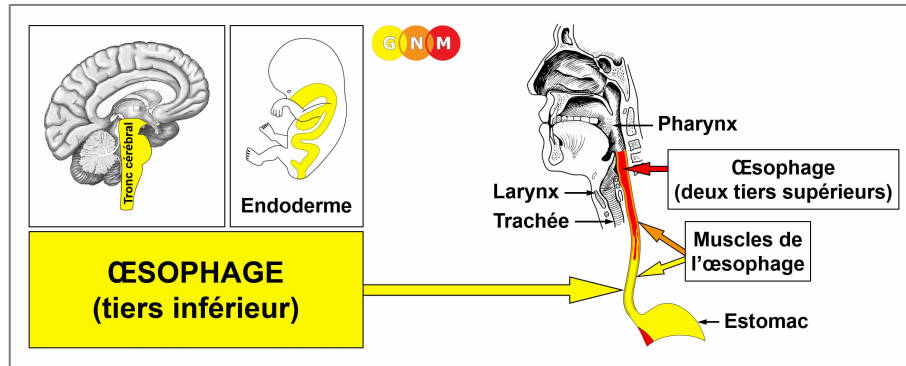


Œsophage (tiers inférieur)

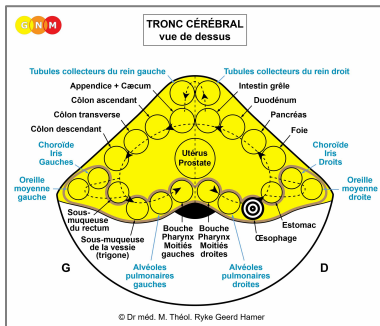
Œsophage (deux tiers supérieurs)

Muscles de l'œsophage

Rév. 0.01



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



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

**CONFLIT BIOLOGIQUE :** le conflit biologique lié au tiers inférieur de l'œsophage est le fait de « **ne pas pouvoir ou ne pas être autorisé à avaler un morceau** ».

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.

Ce type de conflit du morceau se rapporte à un « morceau » auquel on s'attendait (un emploi, une promotion, un poste, une affaire, un achat, un héritage, un cadeau, des excuses, une proposition) mais qui, de façon inattendue, nous échappe. Une promesse qui n'a pas été tenue, quelque chose de valeur et de personnel qui a été emporté, des projets ou des plans que l'on est incapable de réaliser sont d'autres exemples de ce qui pourrait évoquer ce conflit. Un « morceau » que l'on ne peut pas « avaler » pourrait également concerner une nouvelle relation ou une personne en particulier telle qu'un locataire, un employé ou un ami que l'on doit quitter. Un « morceau » désiré qui ne nous est pas permis d'obtenir pourrait également concerner un aliment (préféré) spécifique.

**PHASE DE CONFLIT ACTIF** : dès le DHS, durant la phase de conflit actif, les cellules de l'œsophage prolifèrent proportionnellement à l'intensité du conflit. Le **sens biologique de cette augmentation cellulaire** est de mieux pouvoir absorber et digérer le morceau désiré. Même si l'œsophage n'a plus de fonction digestive, lors d'un conflit biologique, cet organe répond toujours par une augmentation cellulaire car à l'origine l'intégralité du tube digestif servait à l'absorption et à la digestion des aliments. Lors d'une activité conflictuelle prolongée (conflit en suspens), une masse en forme de chou-fleur (de type sécréteur), appelée **cancer de l'œsophage**, se développe dans le tiers inférieur de l'œsophage (à distinguer du « cancer de l'œsophage » lié aux deux tiers supérieurs). La tumeur peut également se développer à plat (de type absorbant). Si le taux de division cellulaire dépasse une certaine limite, la médecine conventionnelle considère le cancer comme « malin » ; en dessous de cette limite, la masse est considérée comme « bénigne » ou diagnostiquée comme un **polype œsophagien** (voir aussi la phase de guérison).

Le cancer de l'œsophage est supposé être lié au reflux gastrique. Aucun doute que le reflux d'acide gastrique peut irriter l'œsophage mais cela ne provoque pas de « cancer ». En GNM, une prolifération cellulaire dans l'œsophage ne se produit qu'en réponse au conflit biologique qui lui est lié, à savoir « ne pas pouvoir avaler un morceau ». Le reflux gastrique, quant à lui, provient de l'estomac et est lié à un conflit de colère dans le territoire.

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

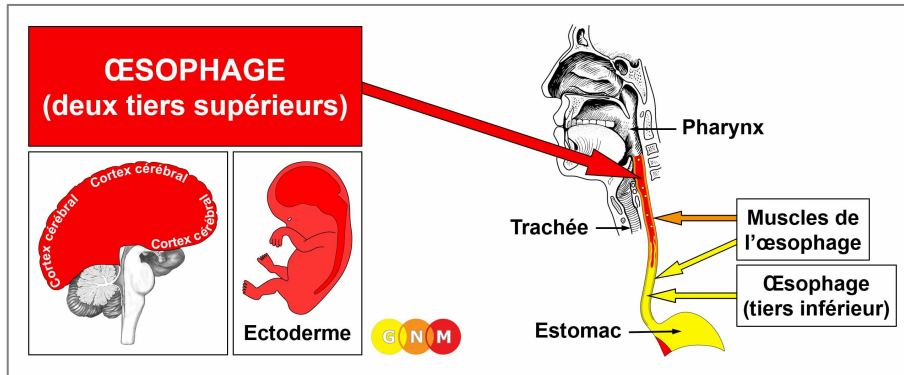
**PHASE DE GUÉRISON** : dès la résolution du conflit (CL), les champignons ou les mycobactéries telles que le bacille tuberculeux éliminent les cellules qui ne sont plus requises. Les symptômes de guérison sont des **douleurs derrière le sternum** dues au **gonflement** et des **sueurs nocturnes**. Un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

**Si les microbes requis ne sont pas disponibles lors de la résolution du conflit**, du fait de leur destruction par une consommation abusive d'antibiotiques, les cellules supplémentaires demeurent. À la longue, cette masse se retrouve enkystée de tissu conjonctif. En médecine conventionnelle, cela est généralement diagnostiqué comme un **polype œsophagien** ou comme un « cancer bénin » (voir aussi la phase de conflit actif).

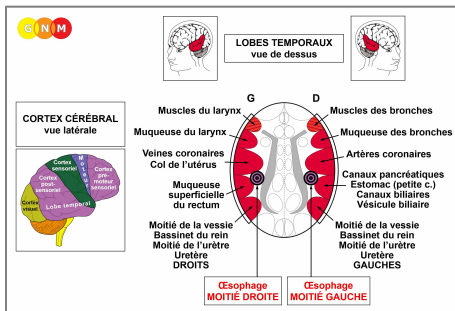
Avec le SYNDROME, c'est-à-dire avec une rétention d'eau provoquée par un conflit d'abandon ou d'existence actif, l'eau retenue est stockée en excès dans la zone en cours de guérison, ce qui augmente le gonflement. Un gonflement très important pourrait conduire à une situation grave, car la pression qui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

**Dr Hamer** : « La thérapie est parfois difficile. Cependant, le patient peut mieux faire face aux complications lorsqu'il comprend qu'elles ne sont que temporaires et que les saignements peuvent être gérés par des transfusions sanguines régulières jusqu'à ce que le processus de guérison soit terminé. »

« **Varices** » **œsophagiennes** : selon la médecine conventionnelle, les varices œsophagiennes sont des veines gonflées dans la muqueuse de l'œsophage inférieur. Elles sont associées à une cirrhose du foie et à une hypertension artérielle dans la veine porte. Selon la GNM, ces gonflements sont en réalité des poches dans la muqueuse de l'œsophage (tout comme les diverticules de l'intestin résultant de processus de réparation récurrents). De plus, les veines (mésoderme nouveau) et la muqueuse du tiers inférieur de l'œsophage (endoderme) sont des tissus de types différents qui proviennent de feuilletts embryonnaires différents et qui sont donc contrôlés par des zones différentes du cerveau. Par conséquent, toute personne ayant des varices œsophagiennes montre – sans exception – le Foyer de Hamer dans le tronc cérébral, précisément, dans le centre de contrôle du tiers inférieur de l'œsophage ([voir le diagramme GNM](#)), et non dans la moelle cérébrale d'où les vaisseaux sanguins sont contrôlés (voir également la théorie suggérant que les hémorroïdes sont des veines gonflées dans le rectum).



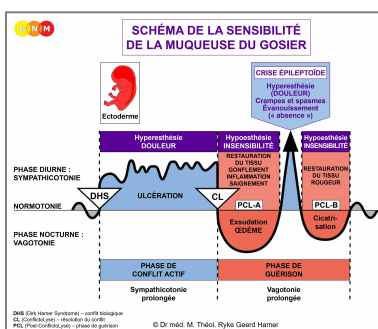
**DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DE L'ŒSOPHAGE (DEUX TIERS SUPÉRIEURS) :** à l'origine, la paroi interne de l'intégralité de l'œsophage était uniquement constituée de cellules intestinales (épithélium cylindrique intestinal). À un stade plus avancé de l'évolution, la muqueuse endodermique de la partie supérieure de l'œsophage a été remplacée par une nouvelle couche cellulaire composée d'épithélium pavimenteux. Cependant, des groupes de cellules endodermiques sont restées dans la partie supérieure. La muqueuse épithéliale des deux tiers supérieurs de l'œsophage, provient de l'ectoderme et est donc contrôlée par le cortex cérébral.



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

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

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



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

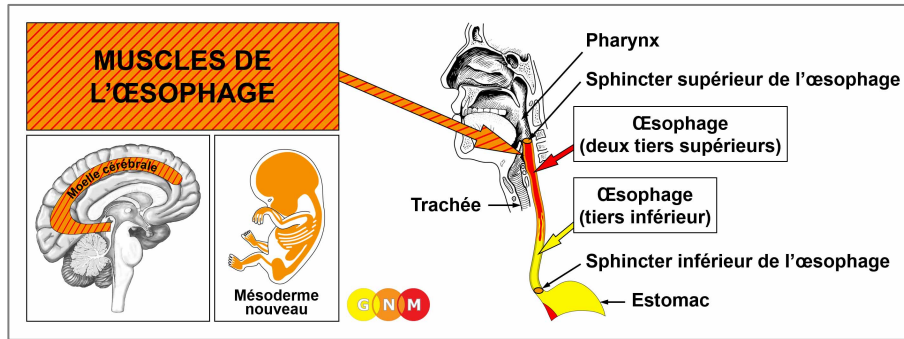
**PHASE DE CONFLIT ACTIF** : [ulcération de la muqueuse des deux tiers supérieurs de l'œsophage](#) proportionnelle à l'intensité et à la durée de l'activité conflictuelle. Le **sens biologique de cette perte cellulaire** est d'augmenter le diamètre de l'œsophage afin de mieux pouvoir éliminer le « morceau » indésirable. L'épithélium pavimenteux de l'œsophage étant plutôt épais, il peut s'écouler un certain temps avant que des ulcères profonds ne soient détectés par une œsophagoscopie. Les **symptômes** : **douleur** allant de légère à sévère. La brûlante et typique douleur est souvent interprétée à tort comme une brûlure d'estomac ou « reflux gastro-œsophagien ».

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

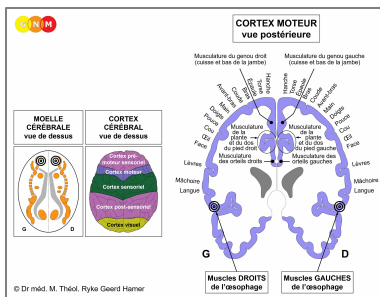
**PHASE DE GUÉRISON** : durant la première partie de la phase de guérison ([PCL-A](#)) le tissu perdu est reconstitué via une **prolifération cellulaire**. En médecine conventionnelle, cela pourrait être diagnostiqué comme un « **cancer de l'œsophage** » (à distinguer du cancer de l'œsophage lié au tiers inférieur de l'œsophage). Selon les cinq lois biologiques, ces nouvelles cellules ne peuvent pas être considérées comme des « cellules cancéreuses » car l'augmentation cellulaire est, en réalité, un processus de reconstruction.

Les **symptômes de guérison** sont des **difficultés à avaler** en raison du gonflement et de la douleur, qui peuvent se produire durant toute la phase de guérison (en [PCL-A](#) et [PCL-B](#), la douleur n'est pas de nature sensorielle mais plutôt une douleur due à la pression). Une rétention d'eau concomitante due au SYNDROME accroît le gonflement. Avec une inflammation, cette condition est appelée une **œsophagite**. La Crise Épileptoïde se manifeste par une **douleur brûlante et aiguë**.

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



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

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

**PHASE DE CONFLIT ACTIF** : **perte cellulaire (nécrose) du tissu musculaire de l'œsophage** (contrôlée par la moelle cérébrale) et, proportionnellement à l'intensité de l'activité conflictuelle, **paralysie croissante des muscles de l'œsophage** (contrôlée par le cortex moteur) entraînant des **difficultés à avaler les aliments et les liquides**.

**REMARQUE** : les muscles striés appartiennent au groupe des organes qui 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).

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

**REMARQUE** : tous les **organes dérivant du mésoderme nouveau** (« groupe de luxe »), y compris les muscles de l'œsophage, révèlent le **sens biologique du SBS à la fin de la phase de guérison**. 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.

Source : [www.learninggnm.com](http://www.learninggnm.com)