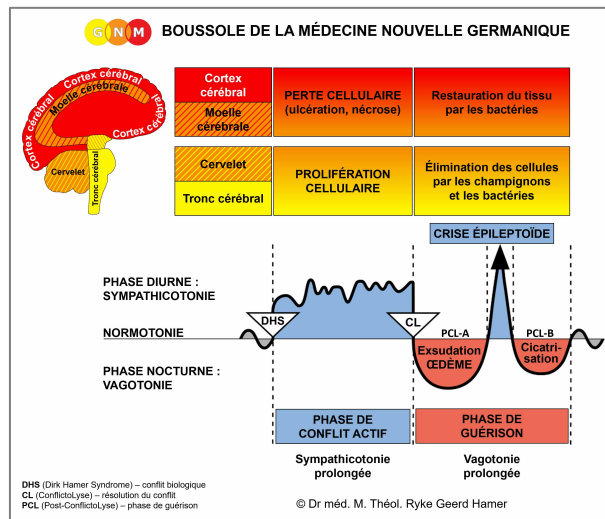




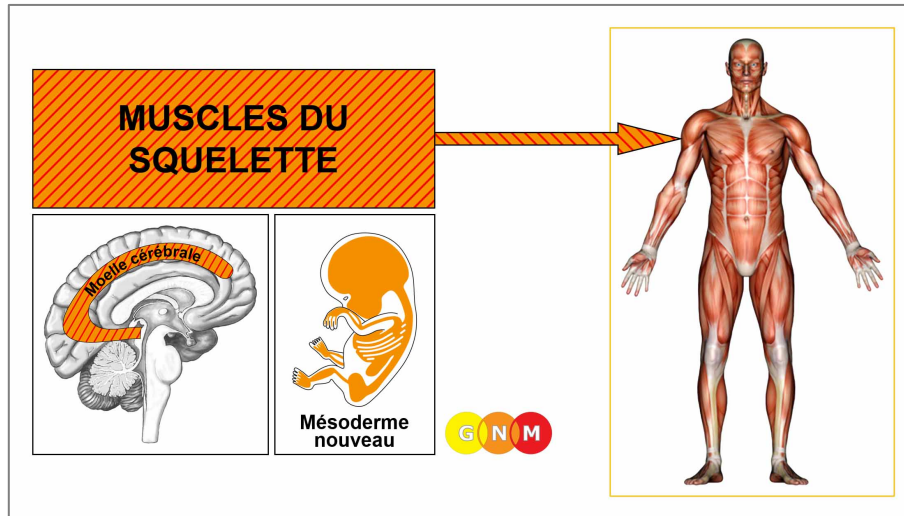
# PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

## MUSCLES DU SQUELETTE

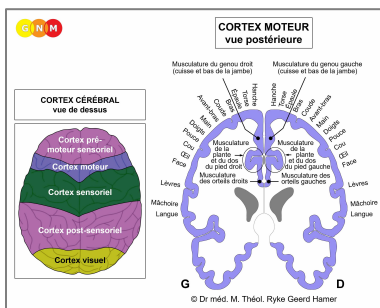
Auteur : Caroline Markolin, Ph.D.



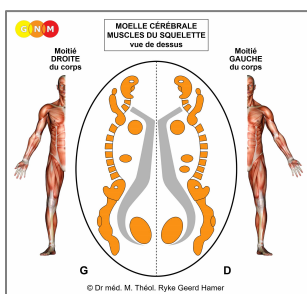
Rév. 0.01



**DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DES MUSCLES DU SQUELETTE** : le système musculo-squelettique donne forme au corps et lui permet de bouger et de maintenir sa posture. Les muscles sont reliés aux os et aux articulations par les tendons et les ligaments, et sont dotés de tissu conjonctif, de tissu nerveux et de vaisseaux sanguins. Les muscles du squelette varient considérablement en forme et en taille. Ils vont de la taille de très petits brins tels que ceux du muscle stapédien de l'oreille moyenne, à de grandes masses comme le muscle de la cuisse. Les muscles du squelette proviennent du mésoderme nouveau et sont contrôlés par la moelle cérébrale et le cortex moteur.



**NIVEAU CÉRÉBRAL** : les muscles du squelette 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 du muscle est contrôlée par le **cortex moteur** (une partie du cortex cérébral). Les muscles du côté droit du corps sont contrôlés par le côté gauche du cerveau ; les muscles du côté gauche du corps 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'**homoncule moteur**).



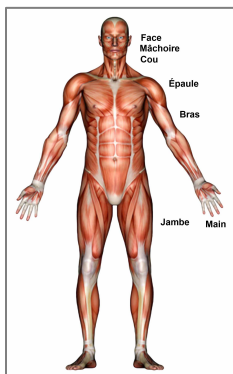
Dans la moelle cérébrale, les os, les muscles du squelette, les vaisseaux et les ganglions lymphatiques, les vaisseaux sanguins, le tissu conjonctif et le tissu adipeux partagent les mêmes relais cérébraux et donc le même conflit biologique, à savoir, un conflit de dévalorisation de soi. Ces centres de contrôle sont disposés de manière ordonnée de la tête aux pieds.

## CONFLITS BIOLOGIQUES

Le **conflit biologique lié aux muscles du squelette** est un **conflit de dévalorisation de soi modéré**. Les conflits spécifiques de dévalorisation de soi sont les mêmes que pour les os et les articulations.

Conformément à la logique de l'évolution, les **conflits de dévalorisation de soi** constituent le principal thème conflictuel lié aux **organes contrôlés par la moelle cérébrale** et dérivant du mésoderme nouveau.

Le **conflit lié à la contraction des muscles** est un **conflit moteur** de « ne pas pouvoir bouger » ou de « **se sentir coincé** ». Le conflit peut être lié à l'ensemble du corps (conflit moteur généralisé) ou à un seul muscle ou groupe musculaire (conflit moteur localisé).



**Muscles faciaux** : perdre la face (perte d'un statut, d'une réputation, de respect, d'honneur, de prestige, de dignité ; disgrâce, humiliation, honte), se retrouver exposé, se sentir ridiculisé, insensé ou stupide

**Muscles de la mâchoire** : ne pas être capable de mordre (voir le conflit de morsure)

**Muscles du cou** : ne pas être capable ou ne pas être autorisé à bouger ou à tourner la tête

**Muscles des épaules et du dos** : ne pas être capable de se mettre à l'écart ou de se retirer

**Muscles des bras** : être maintenu fermement (violence physique, abus sexuel, pendant une **vaccination**, dans une bagarre ou « en s'amusant »), ne pas être capable de serrer, d'embrasser ou de retenir quelqu'un (muscle fléchisseur), ne pas être capable de repousser quelqu'un, de se battre ou de se défendre (muscle extenseur et muscles autour des coudes)

**Muscles des mains** : ne pas être capable de s'accrocher à quelqu'un ou de le retenir (un être cher qui part ou meurt) ; ne pas être capable d'attraper quelque chose ; toute détresse liée aux mains (travail, passe-temps ou liée à un sport)

**Muscles des jambes** : ne pas être capable de se soustraire, de s'échapper ou de fuir (au sens propre comme au sens figuré, par exemple, un lieu de travail ou une relation), ne pas être capable de sauter de côté, ne pas être capable de suivre, se sentir enraciné dans le sol (pétrifié), se sentir pris au piège (au sens propre comme au sens figuré), ne pas être capable de monter (par exemple, ne pas être promu), ne pas être capable de repousser quelqu'un (muscle extenseur), avoir peur de ne pas pouvoir marcher (**image d'un fauteuil roulant**).

Les conflits moteurs peuvent également être vécus **avec une autre personne (par empathie), ou en son nom (par procuration)**, en particulier lorsque le « sentiment d'être coincé » concerne un être cher. Croire que des conditions telles que la SLA ou la SEP sont héréditaires rend un membre de la famille plus vulnérable aux conflits du même genre (voir l'article GNM « Comprendre les maladies génétiques »).

Un fœtus peut endurer le conflit de « ne pas pouvoir s'échapper » lorsque la mère est en danger ou du fait de bruits menaçants dans l'environnement immédiat (marteaux-piqueurs, tronçonneuses, tondeuses à gazon, débroussailleuses), de matériel de cuisine bruyant comme les mixeurs tenus près du ventre, ou d'hurllements et de cris (disputes entre parents, mère criant après ses enfants). Dans ce cas, le bébé naît avec une paralysie (partielle) des jambes et des handicaps moteurs, si le conflit n'est pas résolu. Le « fort bruit » des échographies peut être très traumatisant pour l'enfant à naître. Un conflit de « se sentir coincé » pourrait être provoqué par un accouchement difficile ou par la façon dont le bébé est manipulé immédiatement après la naissance. Les handicaps moteurs observés dans la **paralysie cérébrale** (qui selon la médecine conventionnelle, est causée par des « lésions cérébrales » se produisant lors du développement du cerveau) sont le résultat de conflits moteurs vécus par le fœtus dans l'utérus ou lors de la naissance (voir aussi les crises d'épilepsie et l'ataxie liée à un conflit de chute).

Les **animaux** vivent également des conflits moteurs, par exemple, lors d'un combat avec un autre animal, lorsqu'ils sont « coincés » dans un chenil, attachés à une chaîne, enfermés dans une voiture, emprisonnés dans une cage ou maintenus par le vétérinaire lors d'un examen ou d'une vaccination (voir les conflits provoqués par l'expérimentation animale).

**PHASE DE CONFLIT ACTIF** : **perte cellulaire (nécrose) du tissu musculaire** (contrôlée par la moelle cérébrale) et, en même temps, **affaiblissement ou paralysie musculaire** (contrôlé par le cortex moteur). Suite à l'impact du conflit dans le cortex moteur, moins d'impulsions nerveuses sont transmises au muscle correspondant, entraînant une perte fonctionnelle musculaire (à distinguer d'une paralysie sensorielle liée à l'épiderme et au périoste). Le **sens biologique de la paralysie** trouve son origine dans le réflexe inné de faire le mort en réponse à un danger (une proie « fait le mort » lorsqu'elle fait face à un prédateur ou à un danger – [voir cette vidéo](#)). La faiblesse musculaire peut se manifester par une maladresse ou une lourdeur, lorsque les jambes sont touchées.

**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).

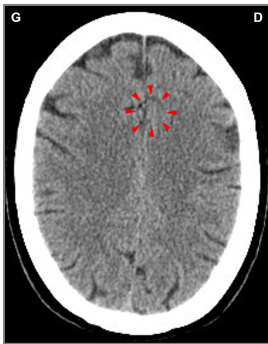
Une activité conflictuelle prolongée conduit à une **atrophie musculaire** (fonte musculaire) *sans* paralysie si le conflit est vécu uniquement comme un conflit de dévalorisation de soi. Les muscles du plancher pelvien s'affaiblissent du fait d'une grossesse difficile, d'une humiliation sexuelle, d'une constipation chronique ou d'une incontinence urinaire, qui fait que la personne se sent « sans valeur » à *cet endroit*.



L'atrophie musculaire de la jambe gauche, comme on le voit sur cette photo, provient d'un conflit de dévalorisation de soi localisé (« Je ne suis pas bon avec ma jambe gauche »). [Pour quelqu'un qui n'est pas familier avec la GNM](#), cette condition elle-même peut générer une condition chronique.

**Lors d'un conflit moteur, l'atrophie musculaire et la paralysie musculaire se produisent simultanément, en particulier lorsque la détresse de ne pas pouvoir bouger un bras ou une jambe (ou les deux) provoque un conflit de dévalorisation de soi.**

La faiblesse musculaire et la paralysie musculaire étaient auparavant diagnostiquées comme une **poliomyélite paralytique**, ou « **polio** », soi-disant une « infection virale » touchant principalement les enfants (la preuve scientifique de l'existence du « virus de la polio » n'a jamais été fournie !). De nos jours, du moins en occident où la polio est censée être éradiquée par la vaccination, les mêmes symptômes sont appelés **SLA** (sclérose latérale amyotrophique, également connue sous le nom de **maladie de Lou Gehrig** ou **maladie des motoneurones**), **sclérose en plaques** ou **syndrome de Guillain-Barré** (voir aussi le changement de nom de la variole en eczéma pustuleux après l'application de programmes de vaccination de masse). Les « troubles du mouvement » tels qu'ils se présentent dans la maladie de Parkinson et de Huntington sont considérés comme des « maladies neurodégénératives » héréditaires (voir l'article GNM « Comprendre les maladies génétiques »).

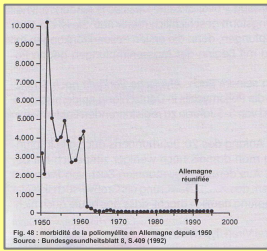


Ce scanner cérébral montre l'impact d'un conflit moteur. Le centre du Foyer de Hamer se trouve dans l'hémisphère cérébral droit (para-central), précisément, dans la zone du cortex moteur qui contrôle la jambe gauche (voir le diagramme GNM). L'anneau partiellement œdémateux (foncé) indique que la phase de guérison est interrompue par des rechutes du conflit (bords nets) ; d'où la faiblesse persistante des jambes, principalement de la jambe gauche.

**REMARQUE :** le fait que l'atrophie ou la paralysie musculaire se produise du côté droit ou gauche du corps (ou des deux côtés) est déterminé par la latéralité biologique de la personne ainsi que par le fait que le conflit soit lié à la mère/enfant ou au partenaire. Un conflit localisé affecte les muscles ou les groupes musculaires liés à la dévalorisation de soi ou au conflit moteur.



La médecine conventionnelle est incapable d'expliquer pourquoi le prétendu « virus de la poliomyélite » affecte la jambe droite plutôt que la gauche, ni pourquoi la maladie survient à un certain moment de la vie d'un enfant.



Ce graphique montre l'incidence de la poliomyélite en Allemagne entre 1950 et 1992. Source : Bundesgesundheitsblatt 8 [Bulletin fédéral de santé], 1992

Les statistiques démontrent que le programme de vaccination a commencé en 1962, bien après le pic de l'épidémie de polio (voir aussi le programme de vaccination contre le tétanos et celui contre la rougeole).

« La polio n'a pas été éradiquée par la vaccination, elle se cache derrière une redéfinition et de nouveaux noms comme le syndrome de Guillain-Barré » (Viera Scheibner, *Hiding Polio* [Cacher la polio]).

« Les autorités de santé ont convaincu les chinois de renommer la majeure partie de leurs polios en syndrome de Guillain-Barré (SGB). Une étude a révélé que le nouveau trouble (syndrome paralytique chinois) et le SGB étaient en réalité la polio. Après la vaccination de masse en 1971, les cas de polio ont diminué mais le nombre de cas de SGB a été multiplié à peu près par 10... Lors de l'éradication par vaccination de la polio dans les Amériques par l'OMS, il y avait 930 cas de maladie paralytique, tous appelés polio. Cinq ans plus tard, à la fin de la campagne, environ 2000 cas de maladie paralytique se sont produits, mais seulement 6 d'entre eux étaient appelés polio. Le taux de maladie paralytique a doublé, mais la définition de la maladie a changé de manière si radicale que presque plus de cas de maladie ne s'appelaient plus polio » (Greg Beattie, *Vaccination*).

## Sclérose en plaques (SEP)

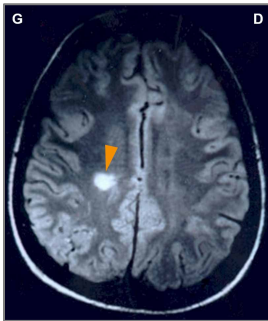
Une faiblesse musculaire et une perte de sensibilité des pieds, des jambes ou des bras (voir la paralysie sensorielle liée à l'épiderme et au périoste) est considérée comme l'un des premiers symptômes de la sclérose en plaques.



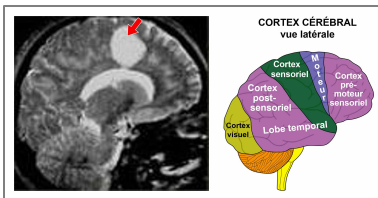
**Dr Hamer** : « Le grand danger est que le patient vive un **conflit moteur en raison du choc du diagnostic**, lorsqu'on lui annonce qu'il sera très probablement en fauteuil roulant pour le restant de sa vie. »

**Sans connaissance de la GNM**, un diagnostic de SEP provoque une grande panique. Il en va de même lorsqu'une personne reçoit un diagnostic de SLA. La peur de ne plus être capable de marcher et de se retrouver en fauteuil roulant (« se sentir coincé ») est si accablante que le conflit moteur qui avait donné lieu aux premiers symptômes devient souvent sans objet. Avec la progression de la paralysie, l'atrophie musculaire progresse également, conduisant à des maladroitness, des difficultés à marcher et à de fréquentes chutes (voir aussi le « conflit de chute » et le vertige). Cela provoque des conflits moteurs et de dévalorisation de soi supplémentaires avec pour résultat, une mobilité s'altérant de plus en plus, et le pronostic devient ainsi une prophétie qui se réalise d'elle-même. La croyance que la SEP, la SLA ou la maladie de Parkinson sont héréditaires rend une personne, dont un parent est concerné, plus vulnérable à un conflit moteur (les conflits peuvent également être vécus avec une autre personne (par empathie)). Les symptômes qui s'ensuivent, conduisent rapidement au même diagnostic (voir l'article GNM « Comprendre les maladies génétiques »).

À partir d'images cérébrales par IRM, la médecine conventionnelle prétend que la sclérose en plaques est causée par une « démyélinisation » (la gaine de myéline est une couche isolante qui enrobe les nerfs, y compris les nerfs dans le cerveau et la moelle épinière). La « destruction de la myéline » est considérée comme une « réponse auto-immune » où le système immunitaire détruit « par erreur » la gaine de myéline recouvrant les motoneurones du cerveau. Comme pour la théorie du système immunitaire, le concept de « maladies auto-immunes » prétendues endommager les tissus sains du corps est une construction académique qui n'a aucune base scientifique. L'affirmation selon laquelle la SEP est le résultat d'une « destruction » de la gaine de myéline est donc fortement discutable.



Sur cet IRM, la prétendue « démyélinisation » (appelée « sclérose en plaques ») apparaît dans la moelle cérébrale, plus précisément, dans la zone qui contrôle les muscles (fonction trophique) autour de la hanche droite (voir le diagramme GNM). Les neurologues considèrent cette « zone blanche anormale » comme la raison de la paralysie. En réalité, la « plaque » est une accumulation de névroglies indiquant que la personne essaie de guérir un conflit de dévalorisation de soi causé par la paralysie motrice contrôlée par le cortex moteur (voir le diagramme GNM) ! **REMARQUE** : la gaine de myéline est contrôlée par le cervelet et liée à un conflit de contact.



Si une accumulation de névroglie est découverte dans le cortex moteur, alors la « plaque » est diagnostiquée comme une « tumeur cérébrale », généralement suivie d'une excision de la lésion (voir aussi les « crises des tumeurs cérébrales »).

**Dr Hamer** : « La sclérose en plaques, telle que nous la voyions auparavant, n'a jamais existé. En GNM, nous ne parlons donc plus de "sclérose en plaques" mais plutôt de paralysies motrices et sensorielles qui correspondent à des emplacements très spécifiques du cortex moteur et sensoriel. »

Les troubles de la vision, qui sont assez courants chez les personnes atteintes de SEP, surviennent lorsqu'un œdème cérébral (en PCL-A) ou une importante accumulation de glie (en PCL-B) comprime le nerf optique qui va de la rétine de l'œil au cortex visuel en traversant la moelle cérébrale. La névrite optique, une inflammation du nerf optique, est donc souvent liée à une sclérose en plaques. D'autres problèmes de vision (voir la rétine) sont provoqués par les *peurs* suscitées par la « maladie » et non par le fait d'une « maladie qui se propage à d'autres organes », comme prétendu.

## Paralyse de Bell



La paralysie de Bell, avec paralysie ou affaiblissement des muscles d'un côté du visage se produit lors de la phase de conflit actif d'un conflit de « perdre la face » (voir aussi l'AVC et la paralysie faciale). Les contractions faciales ou les **tics faciaux** se produisent typiquement durant la Crise Épileptoïde.

Les muscles faciaux sont alimentés par le nerf facial (le septième nerf crânien) qui innerve également les deux tiers avant de la langue, le muscle de la paupière supérieure, les canaux lacrymaux et le muscle stapédien de l'oreille. Les symptômes de la paralysie de Bell comprennent donc un affaiblissement de la langue affectant la parole et la déglutition (des picotements ou un engourdissement de la langue et une perte du sens du goût proviennent de la branche sensorielle du nerf facial), une fermeture incomplète de la paupière, un larmolement excessif et une sensibilité auditive accrue (hyperacousie).

**REMARQUE :** une paralysie faciale peut également survenir lorsqu'un œdème cérébral à proximité immédiate du centre de contrôle des muscles faciaux est expulsé lors de la Crise Épileptoïde, par exemple, dans le cas d'un gonflement important du relais cérébral de l'oreille interne. Le fait que la paralysie faciale soit causée par un conflit biologique ou par les conséquences d'un œdème cérébral situé à proximité du relais cérébral des muscles faciaux peut être facilement déterminé par un scanner cérébral.

**PHASE DE GUÉRISON :** durant la phase de guérison, le muscle atrophié est reconstruit via une prolifération cellulaire avec un gonflement dû à l'œdème (accumulation de liquide). Une rétention d'eau concomitante (due au SYNDROME) augmente considérablement ce gonflement. En médecine conventionnelle, un gros gonflement est souvent diagnostiqué comme un sarcome musculaire (un myosarcome) ou un « sarcome des tissus mous » (voir aussi le sarcome des tissus conjonctifs).

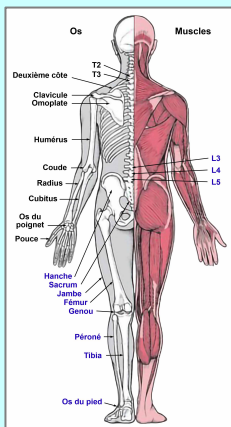
L'**hypertrophie musculaire**, une augmentation du volume musculaire, est le résultat d'un continu processus de guérison (guérison en suspens).

**REMARQUE :** tous les **organes dérivant du mésoderme nouveau** (« groupe de luxe »), y compris les muscles du squelette, 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.



Le gonflement rend le **muscle raide et tendu** avec une **douleur** allant de légère à sévère, en fonction de l'intensité de la phase de conflit actif (une douleur musculaire « froide » indique une implication du périoste ; une douleur musculaire ressentie comme « chaude » indique que le muscle lui-même guérit). Un **cou douloureux ou raide**, par exemple, révèle un conflit de dévalorisation de soi intellectuel avec des difficultés à tourner la tête (voir aussi le rachis cervical). Le côté affecté est déterminé par la latéralité biologique de la personne ainsi que par le fait que le conflit soit lié à la mère/enfant ou au partenaire. La **fibromyalgie** est le terme médical pour désigner une douleur musculaire généralisée ; avec une inflammation, la maladie est appelée **polymyalgie** ou « polymyalgie rhumatismale ». En GNM, la fibromyalgie et la polymyalgie indiquent une longue guérison d'un conflit de dévalorisation de soi généralisé affectant l'intégralité de la personne. En médecine conventionnelle, une douleur musculaire globale est également considérée comme un symptôme du « syndrome de fatigue chronique » (l'encéphalomyélite myalgique). Cette fatigue persistante serait causée par une infection par le « virus Epstein Barr » qui serait également responsable de la mononucléose se présentant comme des ganglions lymphatiques enflés dans le cou. D'après la deuxième loi biologique, la « fatigue chronique » est un symptôme qui se manifeste dans *toute* phase de guérison prolongée (vagotonie).

**REMARQUE :** le gonflement dû à la guérison d'un os ou d'une articulation peut provoquer une douleur dans le tissu musculaire sus-jacent.



**SEGMENT DU BRAS :** le segment musculo-squelettique du bras, comprenant le pouce, les os du poignet, le radius et le cubitus, le coude, l'humérus, la clavicule, l'omoplate, la partie supérieure du sternum ainsi que la deuxième côte et les deuxième et troisième vertèbres thoraciques (T2 et T3) constitue une unité fonctionnelle.

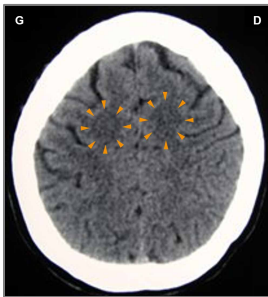
**SEGMENT DE LA JAMBE :** le segment musculo-squelettique de la jambe, comprenant les os du pied (cheville, os du talon, orteils), le tibia et le péroné, le genou, le fémur et le col du fémur, la hanche et le sacrum ainsi que les troisième, quatrième et cinquième vertèbres lombaires (L3, L4, L5) constitue une unité fonctionnelle.

En cas de conflit de dévalorisation de soi, la nécrose musculaire ou l'ostéolyse pourrait se produire dans le segment tout entier. Le Foyer de Hamer correspondant dans la **moelle cérébrale** se présente alors soit sous la forme d'un Foyer étendu à tout le segment, soit sous la forme de multiples foyers individuels. En conséquence, la guérison (recalcification de l'os avec gonflement ou douleur musculaire) se produit soit simultanément dans tout le segment, soit successivement.

Les segments du bras et de la jambe sont alimentés par la moelle épinière (voir le développement embryonnaire).

L'œdème cérébral qui se développe dans le cortex moteur pendant la première partie de la phase de guérison étire les synapses entre les neurones, ce qui retarde encore plus le transfert des influx nerveux vers le ou les muscles affectés (voir la phase de conflit actif). En conséquence, **en PCL-A la paralysie demeure et la faiblesse musculaire augmente !** Pour les personnes non averties, cette perte de fonction musculaire supplémentaire entraîne généralement de nouveaux conflits moteurs qui aggravent encore de la condition. Avec une phase de conflit actif modérée, la faiblesse musculaire pourrait n'être remarquée que lors de la phase de guérison.

**REMARQUE :** une perte de fonction motrice peut également avoir des causes mécaniques (paraplégie), toxiques (empoisonnement) ou chirurgicales (excision d'une « tumeur cérébrale »).



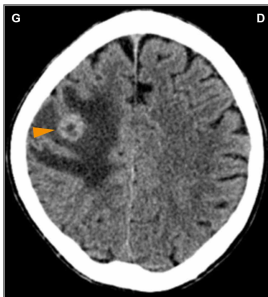
Sur ce scanner cérébral, nous voyons un œdème (accumulation de liquide) de chaque côté du cortex moteur dans les zones qui contrôlent la main droite et la main gauche (voir le diagramme GNM), révélant qu'un conflit de ne pas être capable de tenir quelque chose ou de se défendre (avec les deux mains) a finalement été résolu. À ce stade, les muscles de la main sont encore faibles. Cependant, cela change après la Crise Épileptoïde.

Durant la **Crise Épileptoïde**, une poussée sympathicotonique (visible sur un électroencéphalogramme (EEG) comme une décharge électrique) expulse l'œdème du cortex moteur. La reconnexion soudaine des cellules nerveuses affectées provoque des **convulsions rythmiques, des spasmes musculaires, des crampes musculaires ou des contractions musculaires**. Ces contractions musculaires exagérées sont un signe positif révélant que la fonction musculaire s'efforce de revenir à la normale.

## Crises Épileptiques

Une Crise Épileptoïde intense se manifeste par une **crise d'épilepsie** avec des convulsions tonico-cloniques et des contractions musculaires rapides. Une **crise localisée ou focale** avec spasmes ou secousses d'un seul muscle ou groupe musculaire est une crise limitée aux muscles liés au conflit, par exemple au niveau d'une jambe (s) ou d'un bras (s). Lors d'une **crise grand mal**, les convulsions impliquent tous les muscles du corps, généralement avec morsure de la langue, écume à la bouche et miction involontaire (voir le sphincter de la vessie). Contrairement aux idées reçues, les crises ne détruisent pas les cellules cérébrales. Cependant, les crises récurrentes conduisent à une cicatrisation de la zone cérébrale correspondante.

Les crises d'épilepsie qui surviennent avec la « **rage paralytique** », que ce soit chez l'animal ou chez l'homme, sont causées par un conflit moteur de « se sentir coincé » évoqué par la morsure d'un animal. Les animaux vivent souvent alors un conflit de morsure (« ne pas être capable de mordre » l'adversaire) montrant alors une mâchoire tombante en raison de la paralysie des muscles de la mâchoire.



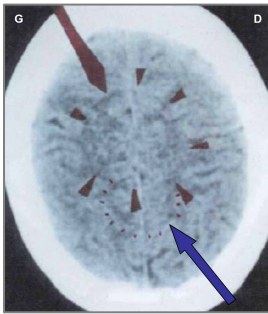
Voici le scanner cérébral d'un homme ayant des antécédents de crises d'épilepsie généralisées. Les crises proviennent du côté gauche du cortex moteur, précisément, de la zone qui contrôle la main droite (la main liée au conflit moteur – voir le diagramme GNM). L'accumulation de glie (apparaissant en blanc sur le scanner) indique que la personne est déjà en PCL-B. L'œdème situé dans la moelle cérébrale (apparaissant de couleur sombre – voir le diagramme GNM) est lié à un conflit de dévalorisation de soi.

**REMARQUE :** en médecine conventionnelle, cette prolifération de névroglie est interprétée comme une « tumeur cérébrale ». Si la personne se trouve être une personne épileptique, la « lésion » est alors diagnostiquée comme une « crise de tumeur cérébrale », suggérant que les crises sont induites par la « tumeur cérébrale ». L'ablation chirurgicale d'un « foyer épileptique » comporte le risque d'une paralysie irréversible.

**REMARQUE :** une **crise d'épilepsie peut se produire à partir de n'importe quel endroit du cortex** moteur. Cela comprend les relais cérébraux des muscles des bronches, des muscles du larynx et du myocarde (voir l'« épilepsie cardiaque »). Une crise d'épilepsie n'est donc pas nécessairement précédée d'un affaiblissement ou de la paralysie d'un muscle du squelette.

Les crises récurrentes sont provoquées par des rechutes du conflit déclenchées par l'activation d'un rail qui a été mis en place au moment du conflit moteur initial. Les « signes avant-coureurs » d'une crise, appelés une aura épileptique, peuvent eux-mêmes devenir des rails supplémentaires, provoquant de nouvelles crises. À ce stade, le conflit moteur d'origine pourrait déjà avoir perdu son importance.

Une perte de conscience lors d'une crise d'épilepsie révèle que l'Épicrise du conflit moteur coïncide avec la phase de guérison d'un conflit lié au **cortex sensoriel, post-sensoriel ou pré-moteur sensoriel**, comme par exemple, avec un conflit de séparation, qui provoque une « absence » (un évanouissement) pendant la Crise Épileptoïde. Dans une **crise petit mal**, la perte de conscience ne dure que quelques secondes.



Ce scanner cérébral appartient à un garçon de 8 ans qui a souffert simultanément d'un conflit moteur et d'un grave conflit de séparation impliquant le périoste. Les conflits se sont produits lorsque les parents étaient sortis pour une soirée et que le garçon regardait un film effrayant avec son cousin plus âgé, dans lequel des enfants étaient enlevés de leur maison pendant leur sommeil.

Sur le scanner, nous voyons deux conflits centraux chevauchant les deux hémisphères cérébraux, ce qui indique que les conflits sont autant liés à la mère qu'au père. Le Foyer de Hamer inférieur (flèche bleue) situé dans le cortex post-sensoriel est lié au conflit de séparation (la peur d'être enlevé à ses parents, comme les enfants du film). Le Foyer de Hamer supérieur (flèche rouge) situé dans le cortex moteur est lié au conflit moteur (ne pas être capable de s'échapper). L'anneau partiellement œdémateux (zones sombres) indique des rechutes du conflit provoquant des crises d'épilepsie récurrentes avec évanouissement pendant la Crise Épileptoïde.

Les **crises fébriles** ou **convulsions fébriles** avec une activité motrice tonico-clonique (contractions saccadées des bras et des jambes), une perte de conscience (« absence ») et de la fièvre (supérieure à 38°C) surviennent pour deux raisons : a) l'Épicrise motrice coïncide avec une phase de guérison accompagnée de fièvre, par exemple avec une infection de l'oreille moyenne, une bronchite, une mononucléose ou un mal de gorge (« une angine à streptocoque »). Les conflits relatifs sont très probablement liés à la même situation conflictuelle. b) un œdème cérébral situé à proximité du cortex moteur, par exemple dans le relais de la muqueuse des bronches ou du larynx, déclenche la crise du fait de la pression exercée sur le cortex moteur lors de la Crise Épileptoïde. Dans ce cas, la forte fièvre est causée par l'intense processus de guérison de l'organe lié. L'activation d'un rail de conflit provoque instantanément un épisode de crise fébrile avec convulsions musculaires et une rapide augmentation de la température corporelle.

La différence entre les « convulsions fébriles simples » (d'une durée inférieure à 15 minutes) et les « convulsions fébriles atypiques » (supérieures à 15 minutes) est liée à l'intensité du ou des conflits correspondants. Comme pour les crises d'absence (brèves pertes de conscience), les convulsions fébriles sont plus fréquentes chez les jeunes enfants. Les convulsions fébriles chez les nouveau-nés indiquent que le conflit, par exemple un conflit de séparation, un conflit de peur dans le territoire ou un conflit de peur panique s'est produit in utero ou lors de l'accouchement.

## Maladie de Parkinson

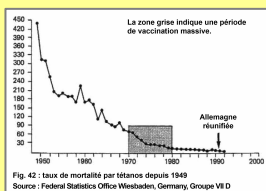
La maladie de Parkinson avec tremblements de l'une ou des deux mains provient d'un conflit moteur lié à la ou les mains. Les tremblements peuvent également se produire dans le cou ou seulement dans un bras ou une jambe, selon la nature du conflit moteur. La raideur musculaire typique (rigidité) et le ralentissement des mouvements (bradykinésie) sont les symptômes d'une phase de guérison prolongée alors que les **tremblements surviennent pendant la Crise Épileptoïde**. Les tremblements permanents, par exemple dans les mains, sont le signe d'une continuelle crise de guérison due à de constants conflits moteurs de ne pas être capable d'utiliser correctement ses mains. En d'autres termes, le tremblement devient lui-même un rail qui rend la condition chronique. La médecine conventionnelle considère la maladie de Parkinson comme une « maladie neurologique chronique dégénérative » (un manque de dopamine est tenu pour responsable de l'apparition de la maladie). Comme avec la SEP et la SLA, la véritable raison pour laquelle la condition progresse est le pronostic négatif et la peur de devenir complètement invalide, engendrant de nouveaux conflits moteurs et une aggravation des symptômes. Les problèmes d'élocution et les changements de voix sont provoqués par des conflits de peur panique.

## Dystonie focale

La dystonie focale est une **contraction musculaire soutenue** (une Crise Épileptoïde durable) avec contractions répétitives d'un muscle spécifique. Dans la **dystonie focale de la main**, le ou les doigts – généralement d'une seule main (latéralité !) – se ferment dans la paume ou s'ouvrent vers l'extérieur. Cette condition survient le plus souvent chez les chirurgiens, les dentistes et les musiciens, car les personnes dont la profession ou les loisirs nécessitent une motricité fine sont plus susceptibles de vivre un conflit moteur lié aux doigt (s) et aux main (s) (à distinguer de la contracture de Dupuytren, une déformation de la main liée au tissu conjonctif). Dans les sports comme le tennis, le baseball ou le golf, les spasmes du poignet sont communément appelés **yips**. Dans la **dystonie cervicale**, également appelée **torticolis musculaire** ou « cou tordu », les muscles autour du cou se contractent par intermittence, forçant la tête à basculer d'un côté avec le menton poussé vers le haut. La cause sous-jacente est un conflit moteur lié au cou. La dystonie généralisée affectant la plupart ou la totalité du corps se présente comme une torsion des membres, en particulier du pied et de la jambe ou de la main et du bras, ou du tronc (appelée **syndrome d'Oppenheim**). Cette condition est considérée à tort être causée par un « problème génétique ». Chez les personnes atteintes de la maladie de Parkinson, la dystonie est souvent due à l'effet du médicament Levodopa (L-dopa).

## Tétanos

Le tétanos est caractérisé par une **raideur musculaire et des spasmes corporels**. Le tétanos serait causé par des neurotoxines produites par la bactérie *clostridium tetani* présumée avoir pénétré dans le système nerveux central via une blessure. Selon la littérature médicale, un « tétanos local », avec lequel les patients ont une contraction musculaire au niveau de la blessure, pourrait être suivi d'un « tétanos généralisé ». D'après la GNM, ces crampes musculaires ressemblant à des crises, surviennent durant la Crise Épileptoïde d'un conflit moteur survenu pendant l'accident qui a conduit à la blessure. Dans tous les cas, les bactéries *participent* à la guérison. Les vaccinations contre le tétanos pourraient prévenir le « tétanos » mais pas les symptômes !



Ce graphique montre le taux de mortalité par tétanos en Allemagne entre 1949 et 1992. La zone grise indique les années de vaccination de masse (1970-1980). Source : bureau fédéral des statistiques de Wiesbaden, Allemagne

Les statistiques montrent que le programme de vaccination a débuté en 1970, bien après le pic de l'épidémie de tétanos (voir aussi le programme de vaccination contre la polio et celui contre la rougeole).

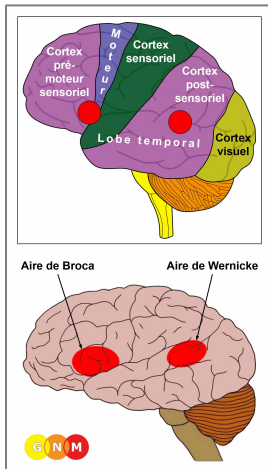
## AVC (accident vasculaire cérébral) avec paralysie motrice

Selon la médecine conventionnelle, les principales causes d'un AVC sont :

- une hypertension artérielle. Cette théorie est purement hypothétique car il y a des gens qui vivent un AVC bien que leur tension artérielle soit normale, et inversement, il y a des gens qui ont une hypertension artérielle et qui n'ont jamais d'AVC (voir l'hypertension liée au parenchyme rénal et au myocarde).
- l'obstruction d'une artère cérébrale (AVC ischémique). Cette théorie est basée sur l'hypothèse qu'un thrombus, un embolie ou des plaques de cholestérol provenant du cœur ou d'une veine obstruent un vaisseau sanguin dans le cerveau, conduisant à une perte de fonction cérébrale. Même s'il a été fermement établi qu'en cas d'occlusion d'une artère cérébrale, les vaisseaux auxiliaires ou collatéraux agissent comme un pontage naturel pour maintenir l'approvisionnement en sang et en oxygène du cerveau, la théorie de l'obstruction persiste toujours.
- un saignement dans le cerveau (AVC hémorragique)

En GNM, nous faisons une distinction entre un **AVC sympathicotonique** (« AVC blanc ») et un **AVC vagotonique** (« AVC rouge »).

L'**AVC blanc** se produit au moment du DHS. L'impact d'un conflit moteur dans le cortex moteur provoque un affaiblissement musculaire soudain dans un ou plusieurs membres, généralement d'un seul côté du corps. Le côté concerné 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. À ce stade, l'affaiblissement du ou des muscles peut être diagnostiqué comme une SEP ou une SLA. Cependant, un intense conflit entraîne rapidement une paralysie musculaire, éventuellement accompagnée d'une paralysie des muscles faciaux, y compris de la langue, affectant la parole et la déglutition (voir la paralysie de Bell). À partir de là, la condition est appelée un « AVC ». La difficulté à formuler des mots, appelée l'**aphasie de Broca**, implique le centre moteur de la parole, connu sous le nom d'**aire de Broca**, situé du côté gauche du cortex cérébral, dans le relais cérébral qui contrôle les muscles du larynx et des cordes vocales. Par conséquent, chez les personnes souffrant d'une aphasie de Broca, la paralysie est toujours du côté droit du corps. L'insensibilité (paralysie sensorielle) du visage, du bras et/ou de la jambe indique un conflit de séparation supplémentaire.



**REMARQUE :** l'**aphasie de Wernicke** est une condition qui affecte la capacité d'une personne à parler de manière cohérente (dire les mauvais mots, composer des mots qui n'ont aucun sens, formuler des phrases qui n'ont pas de sens). Dans les cas graves, la personne a du mal à comprendre ce que les autres disent et à lire et écrire correctement (une personne concernée par l'aphasie de Broca a également du mal à formuler des mots mais ce qui est dit est intelligible).

L'aire de Wernicke, responsable du traitement des mots, est située dans le cortex post-sensoriel à proximité immédiate du lobe temporal gauche. Le conflit correspondant est un conflit de séparation (l'**aire de Broca** est située dans le cortex moteur gauche, dans le relais cérébral des muscles du larynx et des cordes vocales, et elle est liée à un conflit de peur panique ou de peur dans le territoire ; les difficultés à formuler les mots résultent du fait de se retrouver « muet par la peur »). La lutte lors de l'aphasie de Wernicke pour trouver le bon mot est une manifestation de la perte de mémoire à court terme, typique des conflits de séparation. Dans ce cas, le choc de la séparation (DHS) est ressenti avec une telle stupéfaction, que l'on ne parvient plus à exprimer ses pensées. Compte tenu de la latéralité biologique de la personne, pour les droitiers, le conflit de séparation est lié à un partenaire ; pour les gauchers, le conflit est lié à la mère/enfant. L'intensité du trouble de la parole est déterminée par l'intensité du conflit. En GNM, un AVC lié à l'aphasie de Wernicke est un AVC sympathicotonique (« AVC blanc »).

**You Tube** [Cette vidéo](#) montre la journaliste Serene Branson aux Grammy Awards avec un début d'aphasie lors d'un compte rendu en direct.

Avec un AVC blanc, l'affaiblissement musculaire ou la paralysie se produit tout au long de la phase de conflit actif (mains froides, peu d'appétit) et se poursuit jusqu'en **PCL-A**. La Crise Épileptoïde, qui est la période durant laquelle l'œdème cérébral du cortex moteur est expulsé, déclenche des secousses incontrôlées et des contractions du ou des muscles affectés, c'est-à-dire une crise d'épilepsie. C'est pourquoi il est parfois difficile de distinguer les AVC, des crises d'épilepsies.

L'**AVC rouge** se produit lorsqu'un œdème cérébral situé à proximité immédiate du cortex moteur comprime le cortex moteur, par exemple, un œdème dans le relais cérébral de la muqueuse des bronches ou du larynx, ou du myocarde. « L'AVC » est initié au début de la Crise Épileptoïde et se poursuit tout au long de la crise, allant de quelques minutes (« crise ischémique transitoire ») à quelques heures, selon le temps nécessaire à l'expulsion de l'œdème. Une vision altérée à la suite d'un AVC se produit lorsqu'un œdème cérébral endommage le nerf optique qui traverse le cerveau. Après la Crise Épileptoïde, en **PCL-B**, la paralysie s'atténue et la capacité motrice revient lentement à la normale. Cependant, si l'œdème cérébral ne peut pas être complètement expulsé, la paralysie persiste (en partie) car les synapses entre les neurones ne se connectent pas correctement. Cela se produit généralement en raison de la rétention d'eau due à un conflit d'abandon ou d'existence actif (**SYNDROME**), où de l'eau est retenue aussi dans cette zone du cerveau en cours de guérison. Une paralysie permanente peut également être le résultat de processus de guérison répétitifs dans le cortex moteur du fait de continuelles rechutes du conflit.

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