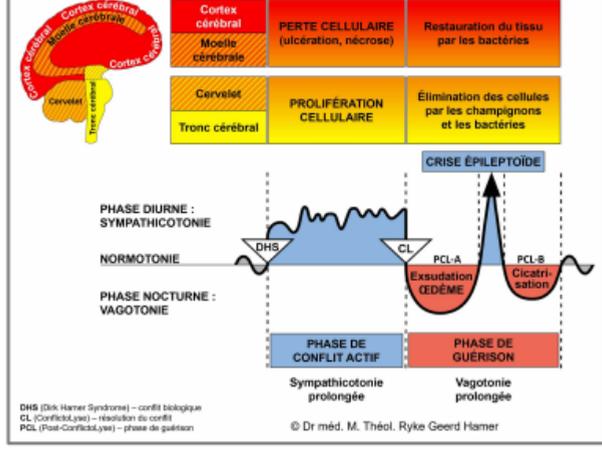


PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

YEUX

Auteur : Caroline Markolin, Ph.D.



Glandes lacrymales

Canaux lacrymaux

Glandes de la paupière

Canaux des glandes de la paupière

Peau de la paupière

Muscles de la paupière

Conjonctive – Cornée – Cristallin

Choroïde – Corps ciliaire – Iris

Muscles de la pupille

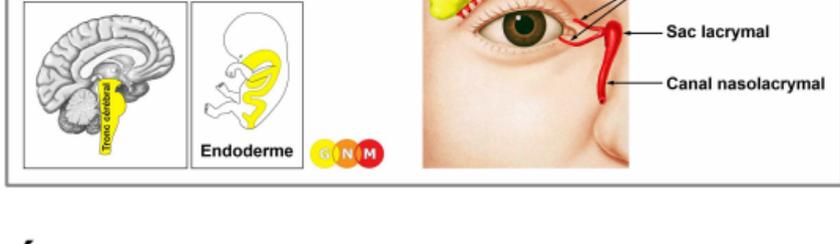
Muscles ciliaires

Muscles extra-oculaires

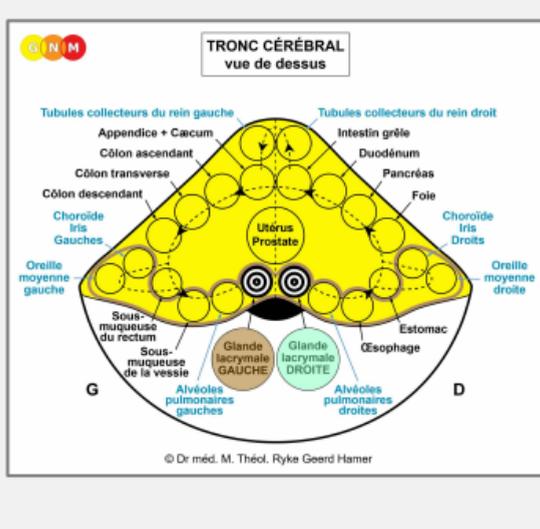
Rétine

Corps vitré

Rév. 0.01



DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DES GLANDES LACRYMALES : les glandes lacrymales sont situées dans l'orbite temporale (orbite oculaire) au niveau de la partie externe des paupières supérieures. Elles produisent la couche aqueuse du film lacrymal qui maintient humide la partie externe de l'œil et de la conjonctive. Le liquide lacrymal atteint l'œil via les canaux lacrymaux excréteurs. L'excès de liquide lacrymal s'écoule dans la cavité nasale via les canaux lacrymaux, le sac lacrymal et le canal nasolacrymal. En matière d'évolution, les glandes lacrymales se sont développées à partir de la muqueuse intestinale du gosier original. Tout comme pour les cellules intestinales qui digèrent le « morceau de nourriture », la fonction biologique des glandes lacrymales est de « digérer » (qualité sécrétrice) le « morceau visuel ». Les glandes lacrymales sont constituées d'épithélium cylindrique intestinal, proviennent de l'endoderme et sont donc contrôlées par le tronc cérébral.



NIVEAU CÉRÉBRAL : dans le **tronc cérébral**, les glandes lacrymales ont deux centres de contrôle qui sont positionnés de manière ordonnée à l'intérieur de l'anneau formé par les relais cérébraux qui contrôlent les organes du tube digestif.

La glande lacrymale droite est contrôlée par le côté droit du tronc cérébral ; la glande lacrymale gauche est contrôlée par le côté gauche du tronc cérébral. Il n'y a pas de corrélation croisée du cerveau à l'organe.

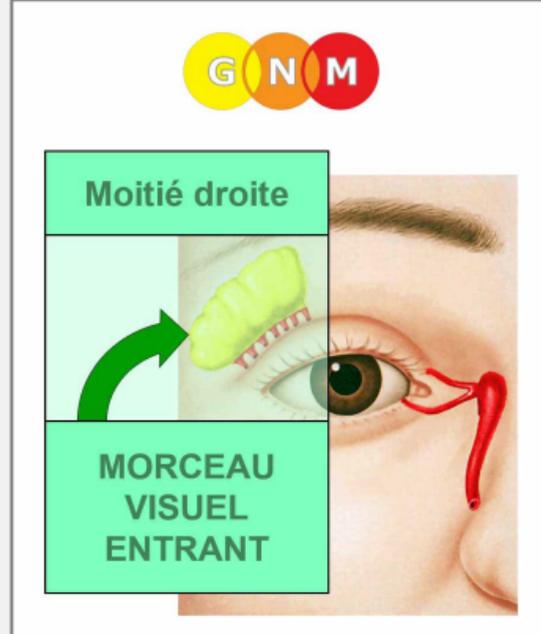
REMARQUE : la bouche et le pharynx, les glandes lacrymales, les trompes d'Eustache, la thyroïde, les glandes parathyroïdes, l'hypophyse, la glande pinéale et le plexus choroïde partagent les mêmes relais cérébraux.

CONFLIT BIOLOGIQUE : le conflit biologique lié aux glandes lacrymales est un « **conflit du morceau** », plus précisément un conflit lié à un « **morceau**

visuel » (voir aussi la choroïde, l'iris et le corps ciliaire).

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.

GLANDE LACRYMALE DROITE



Tout comme pour la moitié droite de la bouche et du pharynx, la **glande lacrymale droite** correspond au « **morceau entrant** » et au fait de « **ne pas pouvoir attraper un morceau visuel** » parce que le morceau a été ignoré par quelqu'un d'autre. Par exemple : un enfant a posé son regard sur un jouet et s'attend à l'avoir mais ses parents l'ignorent, il ne peut donc pas attraper le « morceau visuel » ; un enfant veut voir ses amis ou regarder la télévision mais ses parents ne le lui permettent pas ; une femme attire l'attention de son mari sur une bague dans la vitrine d'une bijouterie et s'attend à l'avoir, mais il ne prête pas d'attention au « morceau visuel » qu'elle désire.

GLANDE LACRYMALE GAUCHE



Tout comme pour la moitié gauche de la bouche et du pharynx, la **glande lacrymale gauche** correspond à un « **morceau sortant** » et au fait de « **ne pas pouvoir éliminer un morceau visuel** » parce que le morceau a été ignoré par quelqu'un d'autre. Par exemple : un peintre veut vendre ses tableaux mais personne n'y prête attention ; un agent immobilier ne parvient pas à vendre un bien, un vendeur se retrouve avec ses produits sur les bras ; une personne veut se débarrasser de « morceaux » lors d'un vide grenier mais personne ne se présente ; à cause d'une annulation, un conférencier ne peut pas faire sa conférence ; un enfant montre un dessin à sa mère mais celle-ci n'y prête pas attention.

PHASE DE CONFLIT ACTIF : dès le DHS, durant la phase de conflit actif, les cellules de la glande lacrymale prolifèrent et provoquent l'**élargissement de la glande lacrymale**. Le **sens biologique de cette augmentation cellulaire** est d'augmenter la production de liquide lacrymal afin que le « morceau visuel » puisse être mieux absorbé (glande lacrymale droite) ou expulsé (glande lacrymale gauche). Ainsi, **l'œil affecté se retrouve larmoyant et humide** (voir aussi les canaux nasolacrymaux et la conjonctive).



Avec une intense et continuelle activité conflictuelle (conflit en suspens), une masse en forme de chou-fleur (de type sécréteur) se forme dans la glande lacrymale. Un important gonflement (« **tumeur de la glande lacrymale** ») bombe la paupière vers l'extérieur, comme le montre cette image.



REMARQUE : les yeux bouffis sont liés aux tubules collecteurs du rein,

eux-mêmes liés à un conflit d'abandon ou d'existence actif. La peau sous les yeux est très fine ; c'est pourquoi la rétention d'eau est plus visible à cet endroit.

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 un **gonflement de la glande lacrymale** causé par l'œdème (accumulation de liquide) et un **écoulement purulent au niveau de l'œil**. En PCL-B, le pus collant sèche et se présente sous la forme d'une **croûte jaunâtre autour de l'œil ou des yeux**. En médecine conventionnelle, les paupières collées et encroûtées sont associées à des « allergies » (voir la conjonctivite).

La phase de guérison peut s'accompagner d'une inflammation (**dacryoadénite**) avec une rougeur et un gonflement douloureux de la glande lacrymale. Avec le **SYNDROME**, c'est-à-dire avec une rétention d'eau due à un conflit d'abandon ou d'existence actif, le gonflement s'accroît davantage encore. Cette condition se produit assez fréquemment chez les enfants.

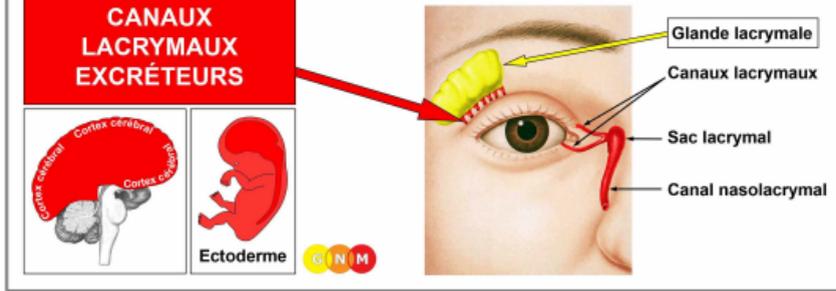


Œil DROIT : ne pas pouvoir attraper un morceau visuel

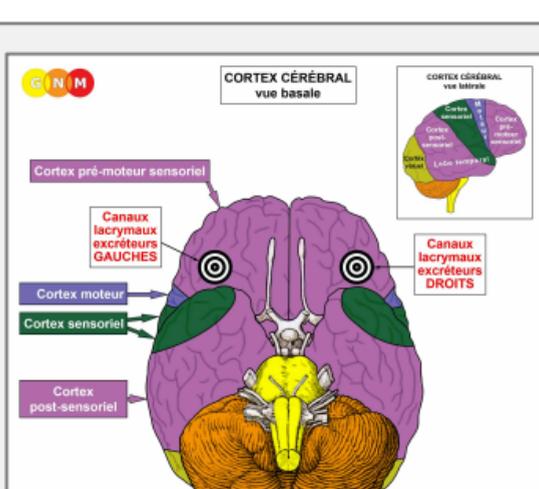


Œil GAUCHE : ne pas pouvoir éliminer un morceau visuel

Lors d'une guérison en suspens due à de continuelles rechutes du conflit, de plus en plus de tissu de la glande lacrymale est perdu, ce qui se traduit par une diminution ou une complète cessation de la production de liquide lacrymal. L'assèchement du flux lacrymal (**xérophtalmie**) est appelé **syndrome de Sjögren ou syndrome Sicca** (voir aussi la sécheresse oculaire liée aux canaux lacrymaux excréteurs, aux canaux des glandes de la paupière et à la conjonctive, et le syndrome de Sjögren lié à une sécheresse buccale).



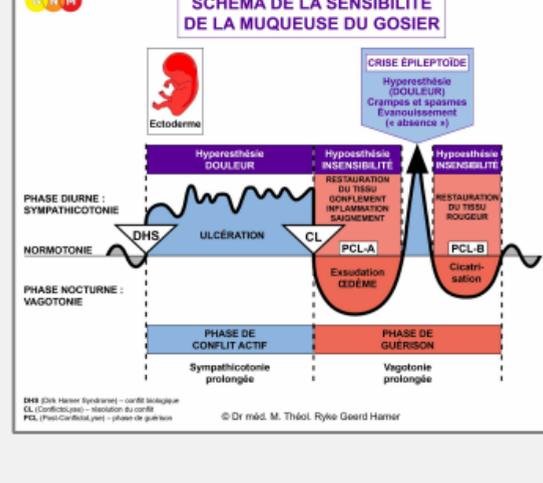
DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DES CANAUX LACRYMAUX EXCRÉTEURS : les canaux lacrymaux excréteurs libèrent le liquide lacrymal produit par les glandes lacrymales au niveau de la partie supérieure de la conjonctive et sur la surface extérieure des yeux. Les canaux lacrymaux, qui sont deux tubes incurvés situés au niveau du bord intérieur de chaque paupière, drainent l'excès de liquide lacrymal vers le sac lacrymal puis dans la cavité nasale via le canal nasolacrymal. La muqueuse des canaux lacrymaux excréteurs est constituée d'épithélium pavimenteux, provient de l'ectoderme et est donc contrôlée par le cortex cérébral.



NIVEAU CÉRÉBRAL : la muqueuse épithéliale des canaux lacrymaux excréteurs est contrôlée par le **cortex pré-moteur sensoriel** (une partie du cortex cérébral). Les canaux lacrymaux excréteurs droits sont contrôlés par le côté gauche du cortex ; les canaux lacrymaux excréteurs gauches sont contrôlés par le côté droit du cortex (en position fronto-latéro-basale). Il existe donc une corrélation croisée du cerveau à l'organe.

REMARQUE : les centres de contrôle sont situés à proximité des relais cérébraux des canaux des glandes de la paupière.

CONFLIT BIOLOGIQUE : similaire à un conflit de séparation, le conflit biologique lié aux canaux lacrymaux excréteurs correspond au fait de « **vouloir être vu** » (ne pas être remarqué ou être négligé, se sentir visuellement ignoré, ne pas être autorisé à être vu) ou de « **ne pas vouloir être vu** » (vouloir être invisible ; peur de se faire prendre, par exemple, en train de commettre un acte criminel, un acte sexuel ou en train de tricher).



Le Programme Biologique Spécial des canaux lacrymaux excréteurs suit le **SCHÉMA DE LA SENSIBILITÉ DE LA MUQUEUSE DU GOSIER**, avec une hypersensibilité durant la phase de conflit actif ainsi que la Crise Épileptoïde, et une hyposensibilité durant la phase de guérison.

PHASE DE CONFLIT ACTIF : **ulcération de la muqueuse épithéliale des canaux lacrymaux excréteurs** proportionnelle à l'intensité et à la durée de l'activité conflictuelle. Le **sens biologique de cette perte cellulaire** est d'élargir les canaux afin d'augmenter le débit de liquide lacrymal. Les « yeux brillants » rendent plus accrocheur celui qui a été négligé (dans la nature, c'est essentiel pour attirer un partenaire). Les **symptômes** sont des **yeux larmoyants** et un tiraillement potentiellement douloureux dans le canal lacrymal excréteur concerné. Lors d'un conflit important, le larmolement peut être excessif (voir aussi le larmolement lié aux glandes lacrymales et à la conjonctive).

PHASE DE GUÉRISON : durant la première partie de la phase de guérison (**PCL-A**) la perte de tissu est reconstituée via une **prolifération cellulaire**, avec un **gonflement** dû à l'œdème (accumulation de liquide) dans la zone en cours de guérison. En fonction de l'intensité de la phase de conflit actif, le gonflement pourrait conduire à une **obstruction des canaux lacrymaux excréteurs** provoquant ainsi une **sécheresse oculaire**. Une condition chronique due à de continuelles rechutes du conflit est appelée **syndrome de Sjögren ou syndrome Sicca** (voir aussi la sécheresse oculaire liée aux glandes lacrymales, aux canaux des glandes de la paupière et à la conjonctive, et le syndrome de Sjögren lié à une sécheresse buccale). Cependant, dans ce cas, le syndrome de Sjögren n'est pas précédé d'un gonflement des glandes lacrymales. Une occlusion des canaux lacrymaux excréteurs entraîne une hypertrophie de l'intégralité de la glande lacrymale. Ce gonflement est donc fréquemment diagnostiqué à tort comme une tumeur de la glande lacrymale.

REMARQUE : le fait que les canaux lacrymaux excréteurs de l'œil droit ou gauche soient concernés 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.

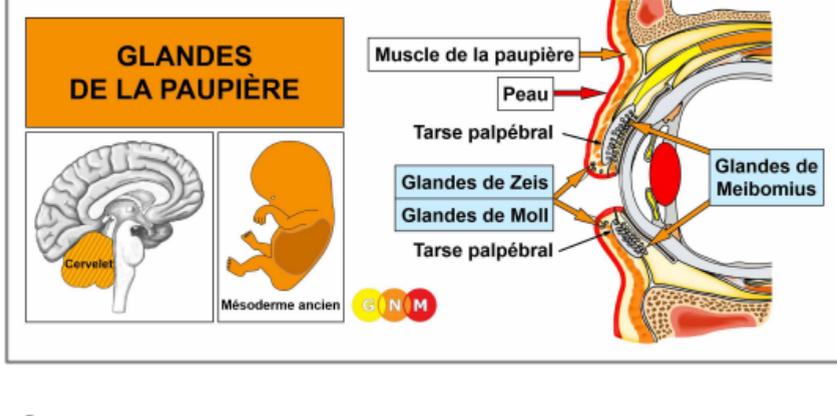
Une occlusion des canaux lacrymaux excréteurs est assez courante chez les nourrissons. Chez les nourrissons et les nouveau-nés, cette condition révèle une détresse de « vouloir être vu » (ne pas recevoir suffisamment d'attention) ou de « ne pas vouloir être vu » (trop de personnes rendent visite pour voir le nouveau-né).

Si les **canaux nasolacrymaux** sont obstrués, le liquide lacrymal ne peut pas s'écouler dans la cavité nasale. Le refoulement du liquide lacrymal se traduit par des **yeux humides et larmoyants**. Une obstruction du canal nasolacrymal avec gonflement et rougeur dans la zone entre l'œil et le nez, y compris le sac lacrymal, est appelée une **dacryocystite** (« infection du sac lacrymal »).



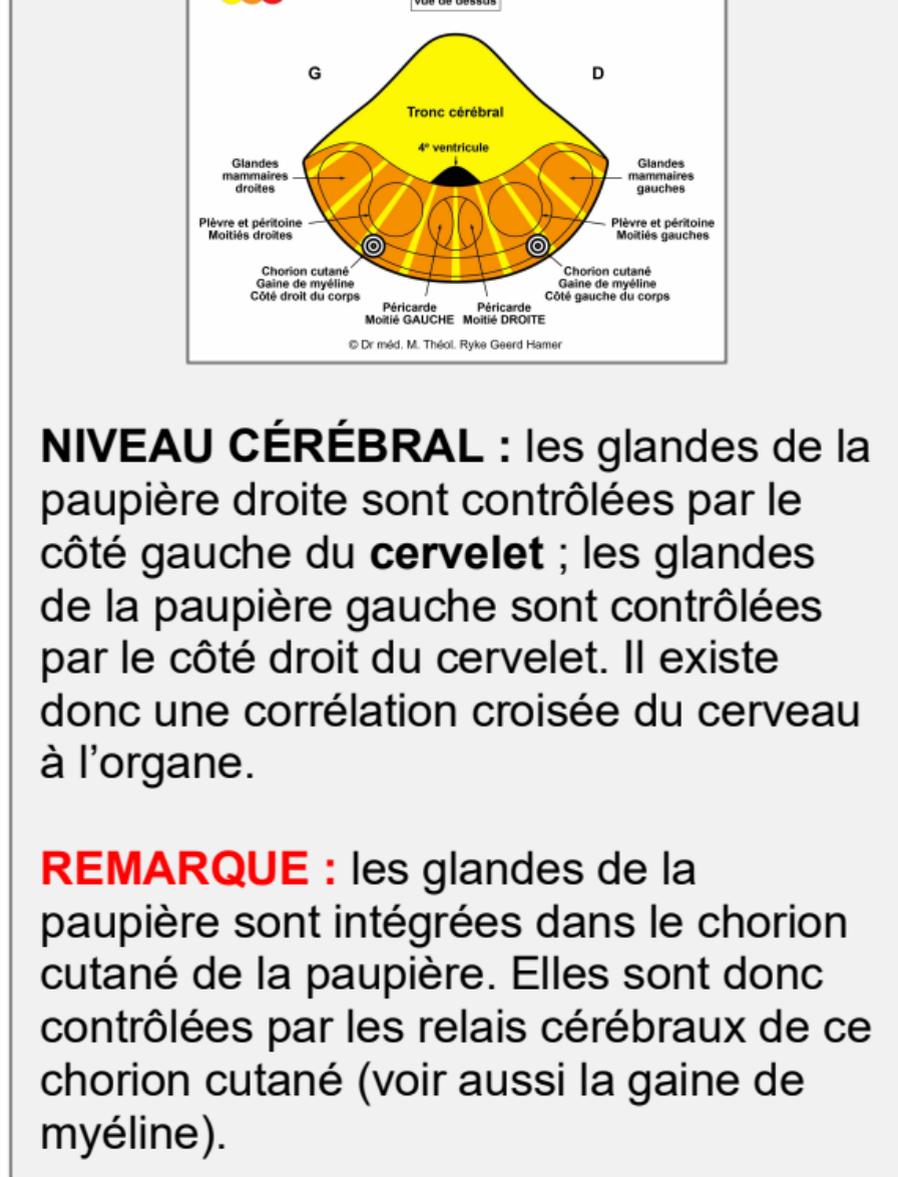
Cette photo montre un enfant avec un gros gonflement du canal nasolacrymal gauche. Si l'enfant est droitier, cela indique que le conflit de (vouloir être vu ou de ne pas vouloir être vu) était

associé à la mère et qu'il est maintenant résolu. Avec une rétention d'eau simultanée (SYNDROME) due à un conflit d'abandon actif, le gonflement augmente considérablement.



DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DES GLANDES DE LA PAUPIÈRE :

les paupières sont des plis de peau mobiles qui recouvrent et protègent les yeux. Les cils sur les paupières supérieures et inférieures forment un deuxième écran protecteur contre les poussières et autres éléments qui pourraient blesser l'œil. Les couches les plus à l'extérieur de la paupière sont constituées de tissu épidermique (peau externe) et de tissu adipeux. Deux muscles des paupières permettent l'ouverture et la fermeture des paupières. L'intérieur des paupières est tapissé de conjonctive. La fonction principale des paupières est de maintenir humide la face avant du globe oculaire et la cornée. Les **glandes de Meibomius** et les **glandes de Zeis** sont un type spécial de glandes sébacées productrices de corps gras situées au bord des paupières supérieures et inférieures à l'intérieur du tarse palpébral. Près de la base des cils se trouvent également des glandes sudoripares, appelées les **glandes de Moll** (les glandes sébacées et les glandes sudoripares sont intégrées dans le chorion cutané). Les canaux excréteurs de ces glandes de la paupière conduisent le sébum huileux dans le film lacrymal afin de lubrifier l'œil lors du clignement. Les glandes de la paupière proviennent du mésoderme ancien et sont donc contrôlées par le cervelet.



NIVEAU CÉRÉBRAL :

les glandes de la paupière droite sont contrôlées par le côté gauche du **cervelet** ; les glandes de la paupière gauche sont contrôlées par le côté droit du cervelet. Il existe donc une corrélation croisée du cerveau à l'organe.

REMARQUE : les glandes de la paupière sont intégrées dans le chorion cutané de la paupière. Elles sont donc contrôlées par les relais cérébraux de ce chorion cutané (voir aussi la gaine de myéline).

CONFLIT BIOLOGIQUE :

le conflit biologique lié aux glandes de la paupière est un conflit d'attaque, plus précisément, une **attaque contre l'œil** (voir aussi le chorion cutané).

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

De la poussière, du sable ou d'autres particules (ou un insecte) frappant l'œil peuvent être enregistrés comme un conflit d'attaque. Au sens figuré, cette « attaque » pourrait être déclenchée par un regard assassin (le « mauvais œil ») ou un regard réprobateur. Ce conflit concerne également le fait de **se sentir défiguré, souillé ou « sale » concernant les paupières**. Un contact ou un baiser « dégoûtant » sur les yeux pourrait activer ce conflit. Croire en la théorie selon laquelle le fait de se toucher les yeux après avoir été en contact avec une personne ayant un rhume provoque une « infection oculaire », ne crée qu'une prédisposition à ce conflit.

PHASE DE CONFLIT ACTIF :

dès le DHS, durant la phase de conflit actif, les cellules des glandes de la paupière prolifèrent proportionnellement à l'intensité du conflit. Le **sens biologique de cette augmentation cellulaire** est de fournir un renfort externe afin de protéger la paupière contre de nouvelles « attaques ». Si le conflit persiste, une **masse en forme de bulbe** se forme à l'endroit concerné, éventuellement diagnostiquée comme une **tumeur de la paupière** (à distinguer d'un **mélanome** de la paupière impliquant le chorion cutané).

PHASE DE GUÉRISON :

dès la résolution du conflit (CL), les champignons ou les bactéries éliminent les cellules qui ne sont plus requises. Durant le processus de

guérison, la zone affectée gonfle et provoque ce que l'on appelle un **orgelet** (hordéole). L'inflammation douloureuse est **rouge et remplie de pus**.

REMARQUE : le fait que la paupière droite ou gauche soit concernée 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 l'œil associé à « l'attaque ».



Orgelet interne à l'intérieur de la paupière supérieure



Orgelet interne à l'intérieur de la paupière inférieure



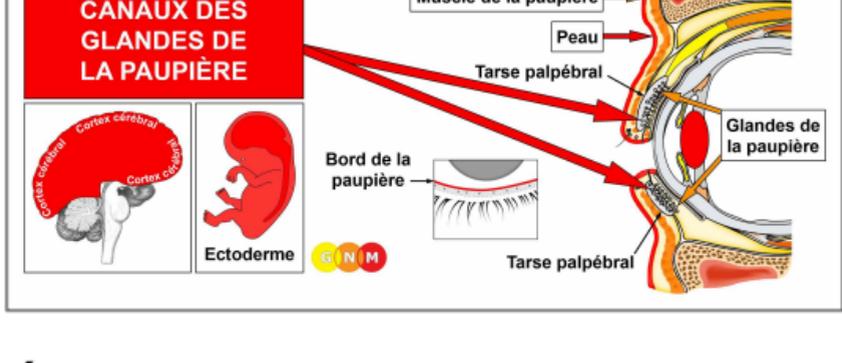
Orgelet externe sur la paupière inférieure



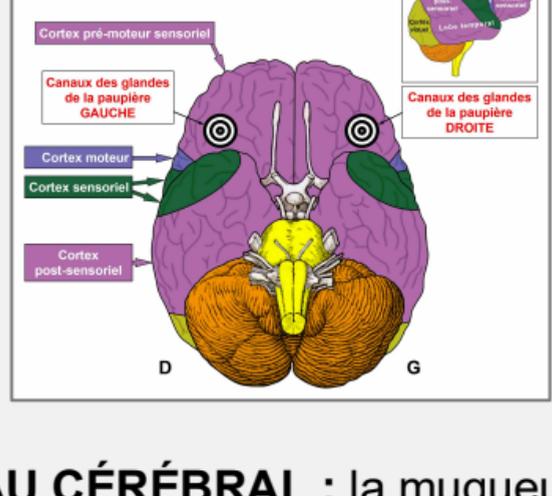
Orgelet externe sur la paupière supérieure

Les **orgelets externes** impliquent les **glandes de Moll**. Ils se développent en marge de la paupière supérieure ou inférieure, à la base des cils. Les **orgelets internes** impliquent les **glandes de Meibomius** et se produisent à l'intérieur de la paupière. Si les glandes de Meibomius se bouchent et s'enflamment, cela se traduit par ce que l'on appelle un **chalazion** (voir la photo de droite ci-dessus), et se présente comme un granulome qui se forme généralement à l'intérieur de la paupière supérieure. Un chalazion indique généralement une guérison en suspens due à de fréquentes rechutes du conflit. Se sentir défiguré à cause de son allure prolonge la phase de guérison.

Si les microbes requis ne sont pas disponibles au moment de la guérison, les cellules supplémentaires demeurent. À la longue, la masse se retrouve encapsulée de tissu conjonctif.



DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DES CANAUX DES GLANDES DE LA PAUPIÈRE : les canaux excréteurs des glandes de la paupière sont situés le long du bord de la paupière supérieure et inférieure. Ils conduisent la substance huileuse (le sébum) produite par les glandes de la paupière dans le film lacrymal afin de maintenir les yeux humides et d'empêcher que le liquide lacrymal ne s'évapore trop rapidement. Les canaux des glandes de la paupière sont constitués d'épithélium pavimenteux, proviennent de l'ectoderme et sont donc contrôlés par le cortex cérébral.



NIVEAU CÉRÉBRAL : la muqueuse épithéliale des canaux des glandes de la paupière est contrôlée par le **cortex pré-moteur sensoriel** (une partie du cortex cérébral). Les canaux de la paupière droite sont contrôlés par le côté gauche du cortex ; les canaux de la

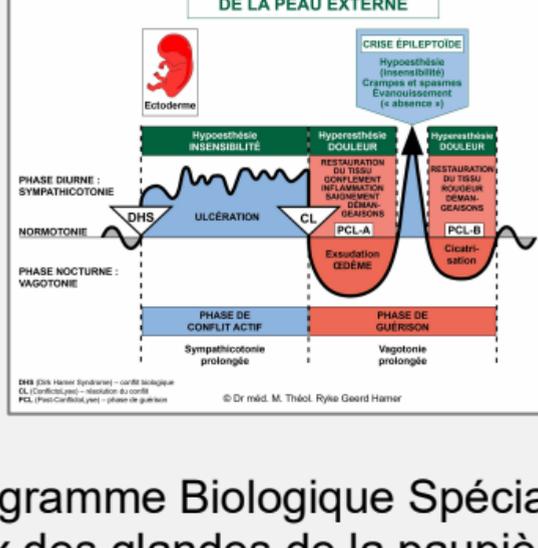
paupière gauche sont contrôlés par le côté droit du cortex. Il existe donc une corrélation croisée du cerveau à l'organe.

REMARQUE : les centres de contrôle sont situés à proximité des relais cérébraux des canaux lacrymaux excréteurs.

CONFLIT BIOLOGIQUE : le conflit biologique lié aux canaux des glandes de la paupière est un **conflit de séparation visuelle** vécu comme le fait d'**avoir perdu de vue une personne**, par exemple, un être cher qui a déménagé, qui est parti ou est décédé (voir aussi la peau externe de la paupière, la conjonctive, la cornée et le cristallin). Ce conflit concerne également le fait de **ne pas être autorisé** ou de **ne pas vouloir voir quelqu'un** (une personne en particulier ou certaines personnes).

REMARQUE : un conflit de séparation visuelle concerne uniquement les personnes ou les animaux tels qu'un animal de compagnie, pas les objets (bague, voiture, jouet préféré) ou une maison. Cela impliquerait plutôt les glandes lacrymales ou l'uvée de l'œil.

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

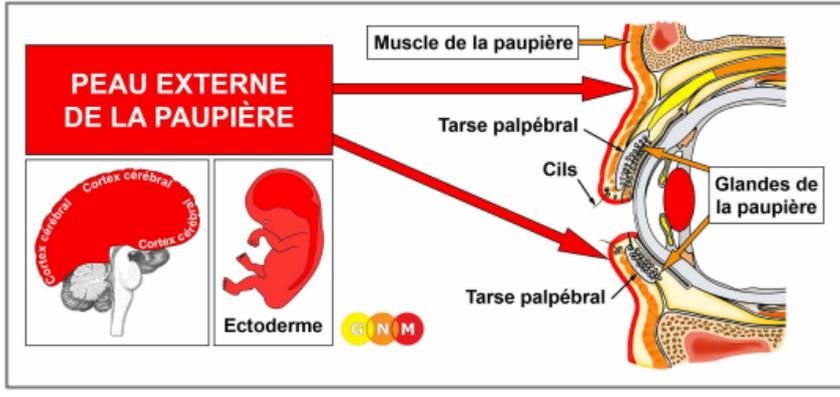


Le Programme Biologique Spécial des canaux des glandes de la paupière suit le **SCHÉMA DE LA SENSIBILITÉ DE LA PEAU EXTERNE** avec une hyposensibilité durant la phase de conflit actif ainsi que la Crise Épileptoïde, et une hypersensibilité durant la phase de guérison.

PHASE DE CONFLIT ACTIF : **ulcération des canaux des glandes de la paupière** proportionnelle à l'intensité et à la durée de l'activité conflictuelle. Le **sens biologique de cette perte cellulaire** est d'élargir les canaux afin d'augmenter le débit de lipides et ainsi, maintenir l'œil lubrifié. Dans la nature, cette vision plus claire permet de rapidement reconnaître un nouveau partenaire qui « tape dans l'œil ».

REMARQUE : le fait que l'ulcération se produise dans les canaux des glandes de la paupière droite ou gauche 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.

PHASE DE GUÉRISON : durant la première partie de la phase de guérison (**PCL-A**), la perte de tissu est reconstituée via une **prolifération cellulaire** avec un **gonflement** dû à l'œdème (accumulation de liquide) dans la zone en cours de guérison. Ce gonflement pourrait obstruer les canaux (appelé « **dysfonctionnement des glandes de Meibomius** »). Cette obstruction conduit à un amincissement de la couche lipidique du film lacrymal et à une accélération de l'évaporation du liquide lacrymal, provoquant ainsi une **sécheresse oculaire**. Si ce symptôme devient chronique à cause de rechutes du conflit, alors la condition est appelée **syndrome de Sjögren ou syndrome Sicca** (voir aussi la sécheresse oculaire liée aux glandes lacrymales, aux canaux lacrymaux excréteurs et à la conjonctive, et le syndrome de Sjögren lié à une sécheresse buccale).



DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DE LA PEAU DE LA PAUPIÈRE (ÉPIDERME) : la peau de la paupière est constituée de deux couches : le chorion cutané et la peau externe (l'épiderme). L'intérieur de la paupière est recouvert par la conjonctive. La peau externe de la paupière, relativement fine, est soutenue par le tarse palpébral auquel sont attachés les muscles de la paupière. La peau externe de la paupière est constituée d'épithélium pavimenteux, provient de l'ectoderme et est donc contrôlée par le cortex cérébral.

personne est gauchère. Pour une personne droite, le conflit concerne sa mère ou son enfant.



(gauche)



(droite)

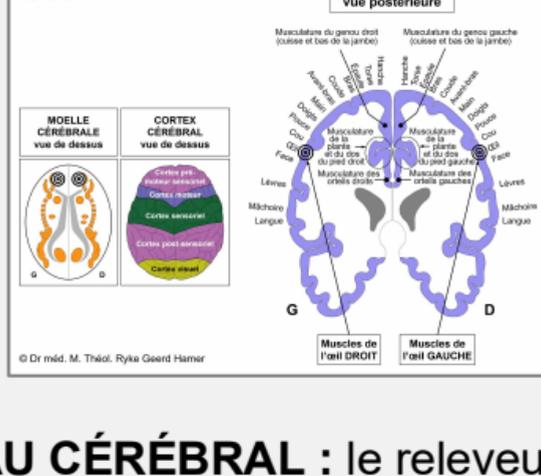
Le processus de guérison peut se présenter sous la forme d'une **éruption cutanée sur la paupière (dermatite de la paupière)** ou comme un vitiligo causé par un grave conflit de séparation (visuel) (voir l'image de droite), impliquant à la fois la paupière supérieure et la zone située sous l'œil.



Un nodule adipeux sur la paupière, appelé un **xanthélasma**, est lié à un conflit de dévalorisation de soi lié à l'œil (voir le tissu adipeux).



DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DES MUSCLES DE LA PAUPIÈRE : le contrôle des mouvements de la paupière est assuré par les trois muscles principaux qu'elle contient. Les deux muscles impliqués dans l'ouverture de la paupière supérieure sont le **muscle releveur de la paupière** (pour l'ouverture volontaire) et le **muscle du tarse palpébral supérieur** (pour l'ouverture involontaire). Le **muscle orbiculaire de la paupière** supérieure et inférieure contrôle la fermeture de l'œil. Lorsque l'œil se lève, le muscle releveur se contracte et soulève la paupière ; lorsque le releveur se détend, la paupière se ferme passivement. La fermeture active des paupières pour protéger les yeux des blessures ou d'une lumière excessive (voir les muscles de la pupille) est obtenue par la contraction du muscle orbiculaire. Les muscles des paupières contrôlent également les réflexes de clignements. Le clignement fournit de l'humidité aux yeux et à la cornée en utilisant le liquide lacrymal (produit par les glandes lacrymales) et les substances huileuses (sécrétées par les glandes de la paupière) pour les empêcher de se dessécher. Les muscles des paupières sont attachés au tarse palpébral qui donne la forme et transmet la force aux paupières. Le releveur de la paupière et le muscle orbiculaire sont constitués de muscles striés, proviennent du mésoderme nouveau et sont contrôlés par la moelle cérébrale et le cortex moteur. Le muscle du tarse palpébral supérieur est un muscle lisse.



NIVEAU CÉRÉBRAL : le releveur de la paupière et le muscle orbiculaire ont deux centres de contrôle dans le cerveau. La fonction trophique des muscles, responsable de la nutrition des tissus est contrôlée par la **moelle cérébrale** ; la contraction des muscles est contrôlée par le **cortex moteur** (une partie du cortex cérébral).

Les muscles de la paupière droite sont contrôlés par le côté gauche du cerveau ; les muscles de la paupière gauche 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**).

Le muscle lisse du tarse palpébral est contrôlé par le [mésencéphale](#).

MUSCLE RELEVEUR DE LA PAUPIÈRE

CONFLIT BIOLOGIQUE : le conflit biologique lié au muscle releveur de la paupière est le fait de **ne pas pouvoir garder l'œil ou les yeux ouverts** (en raison d'une fatigue extrême, d'un travail en quart de nuit) ou de **ne pas avoir gardé l'œil ou les yeux ouverts** (étant alors vigilant) **au bon moment** (avoir manqué un feu rouge ou une information visuelle importante, par exemple sur un tableau noir ou un écran ; avoir manqué quelque chose d'important comme les petits caractères d'un contrat). Certaines professions, comme par exemple, les policiers, les détectives, les pilotes, les chauffeurs professionnels, les personnes qui surveillent des moniteurs et autres appareils utilisés pour l'observation sont plus susceptibles de vivre ce type de conflit. Le muscle releveur de la paupière concerne également le fait de **ne pas être autorisé à garder l'œil ou les yeux ouverts** (être interdit de voir ou de regarder quelque chose) ou de **ne pas vouloir garder l'œil ou les yeux ouverts** (vouloir éviter de voir quelque chose de pénible).

REMARQUE : le fait que le muscle releveur de la paupière droite ou gauche soit 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.

PHASE DE CONFLIT ACTIF : [perte cellulaire \(nécrose\) des muscles releveurs de la paupière](#) (contrôlée par la moelle cérébrale) et, proportionnellement à l'intensité de l'activité conflictuelle, **paralysie croissante du muscle releveur** (contrôlée par le cortex moteur).

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

En raison de la faiblesse ou de la paralysie du muscle releveur, responsable du soulèvement de la paupière, la **paupière supérieure s'affaisse** et ne parvient plus à s'ouvrir complètement. En fonction de l'intensité du conflit, l'affaissement peut être à peine perceptible ou la paupière peut tomber en dessous de la pupille.

Cependant, la paupière ne ferme pas complètement l'œil car le [muscle du tarse palpébral](#) empêche une fermeture complète. En terme médical, une paupière tombante est appelée **blépharoptose** (ou **ptosis** ou **ptôse palpébrale**). L'incapacité à fermer complètement la paupière est appelée **lagophtalmie**.



Si la paupière supérieure droite s'affaisse, comme le montre cette image, le conflit est lié au partenaire, à condition que la personne soit droitier.

PHASE DE GUÉRISON : durant la phase de guérison, le muscle releveur est reconstruit ; la paralysie se prolonge en [PCL-A](#). La Crise Épileptoïde se manifeste par des spasmes musculaires des paupières ([blépharospasme](#)). En fonction de l'intensité de la phase de conflit actif, le mouvement rapide de la paupière va du **petit battement** aux fortes **contractions de la paupière** ou aux **tics des paupières** (à distinguer des tics du visage). En [PCL-B](#), la fonction du muscle de la paupière revient à la normale.

Un **clignement excessif des yeux** implique également le muscle releveur. Le **conflit explicite lié au réflexe de clignement des yeux** correspond au fait de **se sentir soupçonné ou démasqué**, par exemple, lorsque quelqu'un a été surpris en train de tricher, de mentir ou de jouer des tours. Le clignement rapide se produit durant la Crise Épileptoïde et est généralement déclenché par l'activation d'un rail, par exemple, lorsque la personne dit un mensonge.

MUSCLE ORBICULAIRE

CONFLIT BIOLOGIQUE : le conflit biologique lié au muscle orbiculaire concerne le fait de **ne pas pouvoir fermer les yeux** (afin d'éviter de voir quelque chose de désagréable ou d'indésirable ; vouloir fermer les yeux sur quelque chose)

ou de **ne pas avoir fermé les yeux au bon moment** (accidents causés par une exposition au feu ou à des explosifs, ou par un coup d'arc d'un appareil de soudage). Le muscle orbiculaire concerne également le fait de **ne pas être autorisé à fermer les yeux** (ne pas être autorisé à dormir ou à dormir suffisamment, comme par exemple, les mères de nouveau-nés, les étudiants travaillant sur un mémoire jusqu'à la dernière minute, les travailleurs en quart, les conducteurs de camions sur de longues distances) ou de **ne pas vouloir fermer les yeux** (enfants refusant de faire la sieste).

REMARQUE : le fait que le muscle orbiculaire de la paupière droite ou gauche soit 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.

PHASE DE CONFLIT ACTIF : **perte cellulaire (nécrose) du muscle orbiculaire** de la paupière supérieure ou inférieure (contrôlée par la moelle cérébrale) et, proportionnellement à l'intensité de l'activité conflictuelle, **paralysie croissante du muscle orbiculaire** (contrôlée par le cortex moteur).

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

En raison de la faiblesse ou de la paralysie du muscle orbiculaire, responsable de la fermeture de la paupière, la **paupière supérieure et inférieure ne peuvent pas être fermées correctement** (voir aussi la paralysie faciale avec l'impossibilité de fermer l'œil du côté paralysé. Les muscles orbiculaires et les muscles faciaux sont tous deux alimentés par le nerf facial).

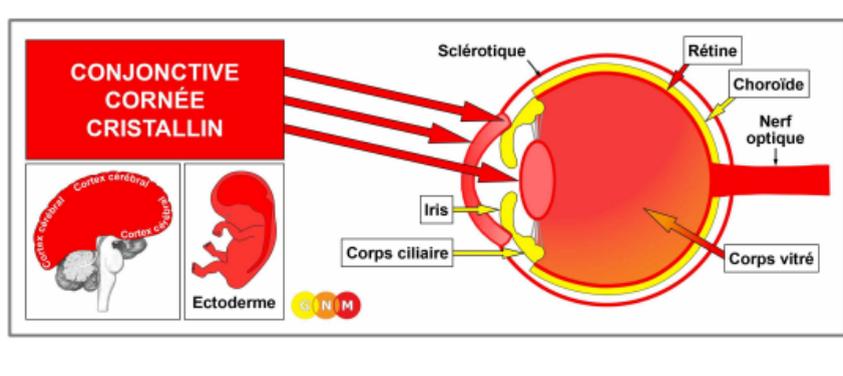


Si la **paupière inférieure** est affectée, la **diminution de la tension** du muscle orbiculaire provoque l'affaissement de la paupière inférieure vers l'extérieur, loin de l'œil. Cette condition est connue sous le nom d'**ectropion** (voir la photo). Si la paupière supérieure est atteinte, **celle-ci tombe** (à distinguer de la ptôse palpébrale liée au conflit biologique du muscle releveur de la paupière).

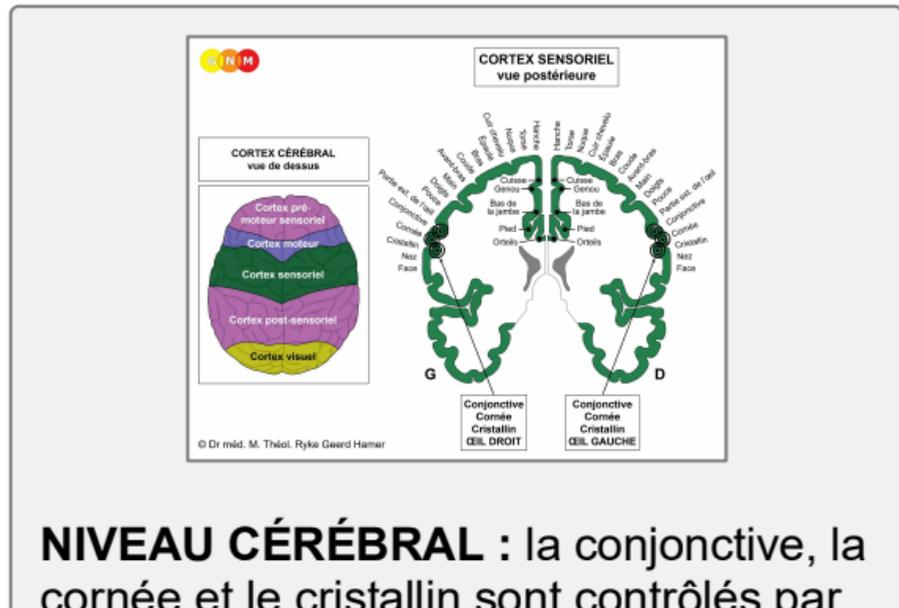
PHASE DE GUÉRISON : durant la phase de guérison, le muscle orbiculaire est reconstruit ; la paralysie se prolonge en **PCL-A**. La Crise Épileptoïde se manifeste par des spasmes musculaires oculaires (blépharospasme) de la paupière supérieure ou inférieure. En fonction de l'intensité de la phase de conflit actif, le mouvement rapide de la paupière va du **petit battement** aux fortes **contractions de la paupière** aussi appelées **tics de la paupière** (à distinguer des tics du visage). En **PCL-B**, la fonction du muscle de la paupière revient à la normale.



Avec une guérison en suspens due à de continuelles rechutes du conflit, la **tension accrue** et prolongée des muscles orbiculaires de la **paupière inférieure** provoque un renversement de la paupière vers l'intérieur. Cette condition, appelée un **entropion**, est assez inconfortable car les cils frottent constamment contre l'œil, ce qui entraîne des rougeurs et une irritation de l'œil.



DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DE LA CONJONCTIVE, DE LA CORNÉE ET DU CRISTALLIN : la **conjonctive** est une membrane muqueuse transparente qui tapisse la sclérotique (le blanc de l'œil) et l'intérieur de la paupière. La fonction principale de la conjonctive est de produire du liquide lacrymal afin de garder humide la surface avant du globe oculaire. La plus grande partie du liquide lacrymal est cependant sécrétée par les glandes lacrymales. La **cornée** est une structure transparente qui recouvre l'iris et la pupille. Elle contrôle l'entrée de la lumière dans les yeux. Lorsque la lumière frappe la cornée, celle-ci réfracte la lumière sur le cristallin qui à son tour la concentre sur la rétine. Le **cristallin** est situé derrière l'iris et maintenu en place par les muscles ciliaires qui permettent de modifier sa forme afin d'obtenir des images nettes d'objets situés à différentes distances. La cornée et le cristallin sont tous deux responsables de la puissance de focalisation de l'œil et de la finesse du réglage du processus de vision. La conjonctive, la cornée et le cristallin sont constitués d'épithélium pavimenteux, proviennent de l'ectoderme et sont donc contrôlés par le cortex cérébral.

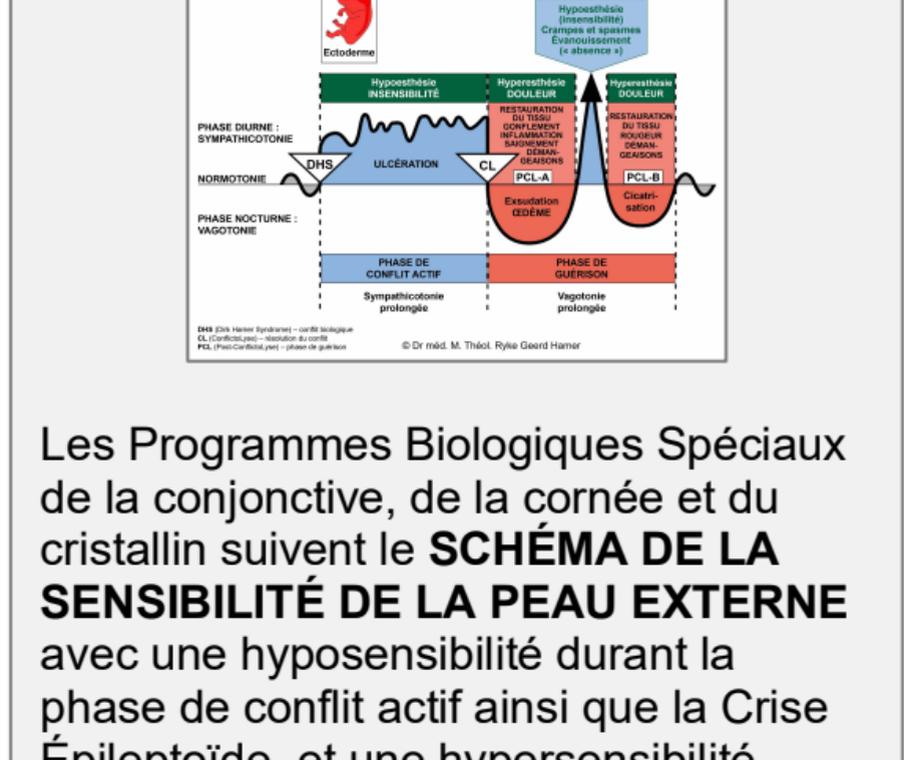


NIVEAU CÉRÉBRAL : la conjonctive, la cornée et le cristallin sont contrôlés par le **cortex sensoriel** (une partie du cortex cérébral). La conjonctive, la cornée et le cristallin de l'œil droit sont contrôlés par le côté gauche du cortex sensoriel ; la conjonctive, la cornée et le cristallin de l'œil gauche sont contrôlés par le côté droit du cortex sensoriel. Il existe donc une corrélation croisée du cerveau à l'organe (voir le diagramme GNM montrant l'**homoncule sensoriel**).

CONFLIT BIOLOGIQUE : le conflit biologique lié à la conjonctive, à la cornée et au cristallin est un **conflit de séparation visuelle** vécu comme le fait d'**avoir perdu de vue une personne**, par exemple, un être cher qui a déménagé, qui est parti ou est décédé (voir aussi les canaux des glandes de la paupière et la peau externe de la paupière). Cela inclut le fait d'avoir perdu de vue un animal de compagnie. Ce conflit concerne également le fait de **ne pas être autorisé à voir quelqu'un** (un petit-enfant, un amant, un ami, un camarade de classe, un parent à l'hôpital) ou de **ne pas vouloir voir quelqu'un** (« hors de ma vue ! »). La peur de ne pas pouvoir ou de ne pas être autorisé à voir une certaine personne pourrait déjà déclencher ce conflit. L'intensité du conflit détermine lequel de ces trois tissus sera affecté par le DHS. La conjonctive est liée à un léger conflit de séparation visuelle, la cornée, à un conflit modéré ; le cristallin est concerné lorsque le conflit est sévère.

REMARQUE : un conflit de séparation visuelle ne concerne que les personnes et les animaux tels qu'un animal de compagnie, mais pas les objets (bague, voiture, jouet préféré) ou une maison. Cela impliquerait plutôt les glandes lacrymales ou l'uvée de l'œil.

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



Les Programmes Biologiques Spéciaux de la conjonctive, de la cornée et du cristallin suivent le **SCHÉMA DE LA SENSIBILITÉ DE LA PEAU EXTERNE** avec une hyposensibilité durant la phase de conflit actif ainsi que la Crise Épileptoïde, et une hypersensibilité durant la phase de guérison.

PHASE DE CONFLIT ACTIF : **ulcération de la conjonctive, de la cornée ou du cristallin**. Dans le cristallin, la **perte de cellules cristallines** améliore la réception de la lumière et donc l'acuité visuelle avec pour **sens biologique**, que la personne disparaissant de notre vue soit visible plus longtemps. Cette vision à distance améliorée augmente également les chances de détecter à distance un « membre perdu de la meute ». Les Programmes Biologiques Spéciaux de la conjonctive, de la cornée et du cristallin s'accompagnent d'une **perte de mémoire à court terme**, qui sert à oublier temporairement celui qui est hors de vue (voir le conflit de séparation lié à la peau).

REMARQUE : le fait que la conjonctive, la cornée ou le cristallin de l'œil droit ou gauche soit concerné 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.

Dans la **conjonctive**, l'**ulcération provoque une sécheresse oculaire** (voir aussi la sécheresse oculaire liée aux glandes lacrymales, aux canaux lacrymaux excréteurs et aux canaux des glandes de la paupière).



Dans la **cornée**, l'ulcération prolongée conduit à ce que l'on appelle un **kératocône**, dans lequel la cornée normalement bombée devient mince et commence à se gonfler en forme de cône. Cette forme asymétrique et inégale de la cornée provoque un **astigmatisme** avec une **vision déformée et double** (voir aussi la phase de guérison). Un flou constant concernant la vision de près comme de loin est typique de cette affection. En raison de la fonction de la cornée de réfracter la lumière, les personnes atteintes d'astigmatisme sont **sensibles à la lumière**.

Si la courbure de la cornée devient trop prononcée, cela provoque une **vision floue de loin** ou **myopie** (voir aussi les muscles ciliaires lisses et la rétine). Une **vision floue de près** ou **hypermétropie** survient lorsque la cornée a une courbure trop plate (voir aussi les muscles ciliaires striés et la rétine).

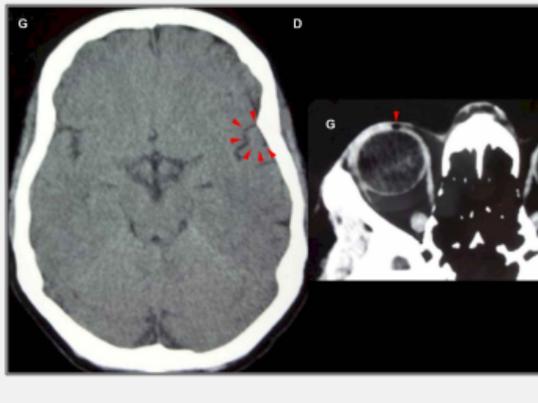
PHASE DE GUÉRISON : durant la phase de guérison, la perte cellulaire est restaurée et reconstituée.



Concernant le cristallin, le processus de guérison se manifeste par une **opacification du cristallin** avec une **vision floue ou brumeuse** (il n'y a aucun symptôme en phase de conflit actif). Une phase de guérison intense s'accompagne de douleur et d'une gêne. Si la phase de guérison ne peut pas aboutir en raison de continuelles rechutes du conflit, l'opacification persiste (voir la photo). Une opacité permanente du cristallin est appelée une « **cataracte grise** » (à distinguer de la « cataracte verte » liée au corps vitré).

Selon la médecine conventionnelle, les cataractes sont considérées comme faisant partie du processus normal de vieillissement même si toutes les personnes ne développent pas de cataracte à un âge avancé. Du point de vue de la GNM, c'est plutôt l'augmentation de l'incidence des conflits de séparation visuelle – d'un parent, d'un conjoint, d'un compagnon de longue date ou d'un ami – qui explique pourquoi les cataractes sont beaucoup plus fréquentes chez les personnes âgées.

Au niveau de la **cornée**, le symptôme de guérison se présente comme une **vision floue**. Avec une inflammation, cette condition est appelée une **kératite**. Les symptômes sont des douleurs et des rougeurs. Avec de constantes rechutes conflictuelles, un **astigmatisme** (voir la phase de conflit actif) devient permanent en raison des processus récurrents de cicatrisation dans la cornée.



Dans l'image de gauche, nous voyons un Foyer de Hamer (en **PCL-A**) du côté droit du cortex sensoriel, dans la zone qui contrôle la cornée de l'œil gauche (voir le diagramme GNM). Un coup d'œil sur la section de l'orbite (image de droite) confirme qu'un processus de guérison dans la cornée (flèche rouge) est en cours.



Cette photo montre un chien avec une kératite au niveau de l'œil gauche. Si le chien est gaucher, cela indique que le conflit de séparation visuelle est lié à un « partenaire » tel que son maître ou un autre chien ou ami animal.

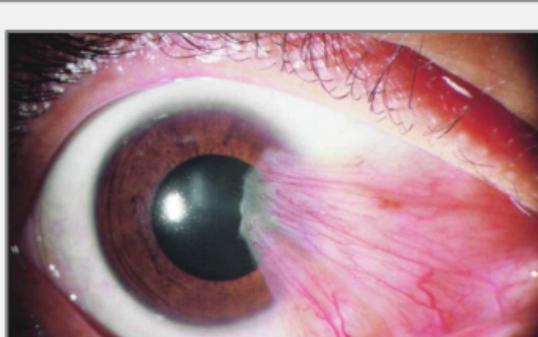


La **conjonctivite (œil rose)** avec l'œil rouge, brûlant, larmoyant et qui démange, se produit lorsque la **conjonctive** est en cours de guérison (voir aussi les yeux larmoyants liés aux glandes lacrymales ou aux canaux nasolacrymaux). L'inflammation implique souvent l'intérieur des paupières (à distinguer de la blépharite liée à la peau de la paupière). En fonction de l'intensité de la phase de conflit actif, l'intensité des symptômes peut aller de légère à sévère. Pour une personne droitier, l'œil droit est concerné si le conflit de séparation visuelle est lié à un partenaire ; si la personne est gauchère, le conflit est lié à la mère/enfant.



Un **chémosis** est le terme clinique pour désigner le gonflement (œdème) et l'inflammation de la conjonctive. Avec le SYNDROME (une rétention d'eau résultant d'un conflit d'abandon ou d'existence actif) le gonflement augmente considérablement.

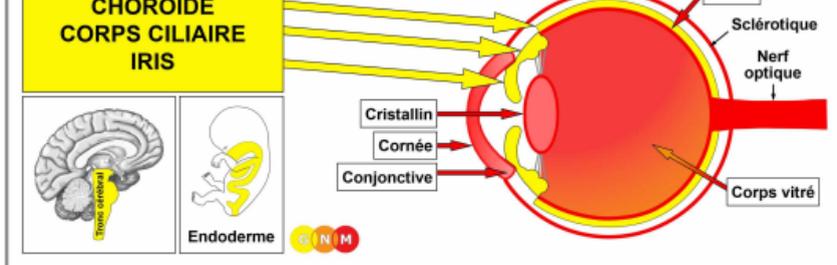
La conjonctivite et le chémosis sont communément associés aux « allergies » et sont supposés être causés par une exposition au pollen. Avec des symptômes concomitants de rhume, comme un nez qui coule, cette « allergie » est appelée « **rhume des foins** ». En GNM, cette combinaison de symptômes signifie que la phase de guérison d'un conflit de séparation visuelle et celle d'un « conflit d'odeur ou de puanteur » lié à la muqueuse nasale se déroulent simultanément. Les paupières collées et encroutées révèlent qu'un « conflit de morceau visuel » supplémentaire impliquant les glandes lacrymales a également été résolu.



Ce que l'on appelle un **ptérygion** est le résultat d'un processus de guérison prolongé (une guérison en suspens) avec une accumulation de tissu cicatriciel qui se développe sur la cornée depuis la conjonctive, en progressant vers le centre de l'œil.

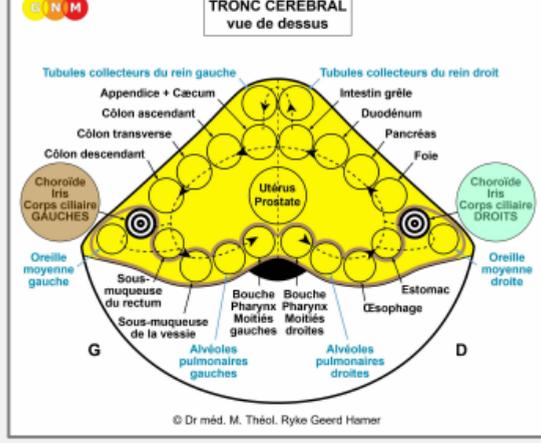


La **pinguécule** (« bosse oculaire ») est une tache jaunâtre ou blanche qui se développe sur la conjonctive et qui résulte également d'une guérison en suspens due à de continuelles rechutes du conflit. Contrairement à un ptérygion, cette masse n'atteint pas la cornée.



DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DE LA CHOROÏDE, DE L'IRIS ET DU CORPS CILIAIRE :

la choroïde, l'iris et le corps ciliaire sont collectivement appelés l'uvée. La **choroïde** tapisse la surface interne du globe oculaire et alimente la rétine sous-jacente. L'**iris** à l'avant de l'œil fait partie de la choroïde. L'iris participe à la régulation de la quantité de lumière qui pénètre dans l'œil (voir aussi la cornée) et est donc fonctionnellement étroitement lié à la pupille. Le **corps ciliaire** relie la choroïde à l'iris. Le corps ciliaire produit un liquide aqueux (le liquide intra-oculaire ou humeur aqueuse) qui remplit les **chambres antérieure et postérieure** du globe oculaire. La fonction du liquide intra-oculaire est de maintenir la pression intra-oculaire (voir également le corps vitré). Le corps ciliaire produit un liquide aqueux afin de garder l'œil humide et sécrète une substance gélatineuse qui remplit le corps vitré. Il contient également les muscles ciliaires qui contrôlent la forme du cristallin afin de permettre une vision claire. L'uvée contient une quantité considérable de pigments de mélanine destinés à protéger l'œil de la lumière excessive (voir aussi le chorion cutané). Dans l'iris, la quantité de mélanine détermine la couleur de l'iris, qui va du marron au bleu. En matière d'évolution, la choroïde, l'iris et le corps ciliaire constituent l'**œilleton primordial** qui s'est développé à partir de la muqueuse intestinale du gosier original (voir aussi les muscles de la pupille et les muscles ciliaires). Tout comme les cellules intestinales qui absorbent et digèrent le « morceau de nourriture », la fonction biologique de l'uvée est « d'absorber » (qualité absorbante) et de « digérer » (qualité sécrétrice) le « morceau visuel ». La choroïde, l'iris et le corps ciliaire sont constitués d'épithélium cylindrique intestinal, dérivent de l'endoderme et sont donc contrôlés par le tronc cérébral.



NIVEAU CÉRÉBRAL : dans le **tronc cérébral**, la choroïde, l'iris et le corps ciliaire ont deux centres de contrôle, situés à proximité immédiate des relais cérébraux qui contrôlent les organes du tube digestif.

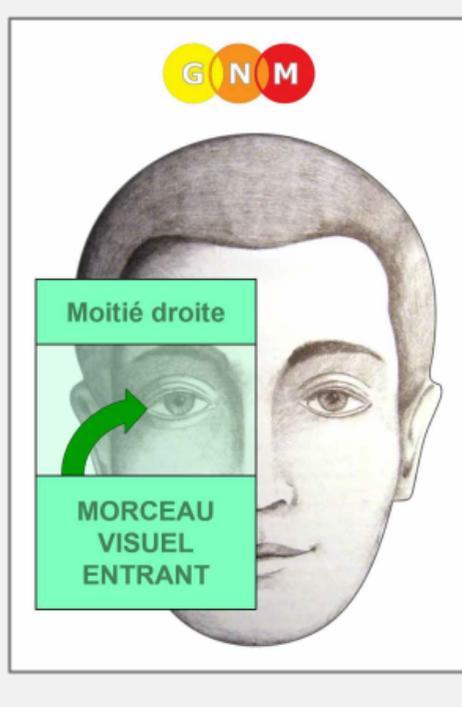
La choroïde, l'iris et le corps ciliaire de l'œil droit sont contrôlés par le côté droit du tronc cérébral ; la choroïde, l'iris et le corps ciliaire de l'œil gauche sont contrôlés par le côté gauche du tronc cérébral. Il n'y a pas de corrélation croisée du cerveau à l'organe.

REMARQUE : le nerf optique a émergé des relais cérébraux qui innervent l'œilleton primordial (la choroïde d'aujourd'hui).

CONFLIT BIOLOGIQUE : le conflit biologique lié à la choroïde, à l'iris et au corps ciliaire est un « **conflit du morceau** », plus précisément, un conflit lié à un « **morceau visuel** » (voir aussi les glandes lacrymales).

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.

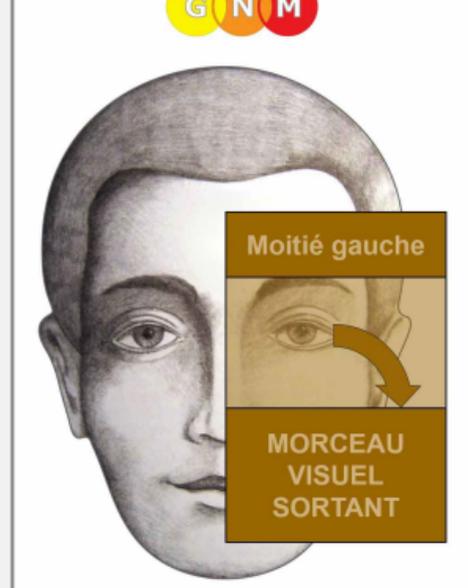
UVÉE DE L'ŒIL DROIT



Tout comme pour la moitié droite de la bouche et du pharynx, la **choroïde**, l'**iris** et le **corps ciliaire de l'œil droit** correspondent à un « **morceau entrant** » et au fait de « **ne pas pouvoir attraper un morceau visuel** ».

En termes biologiques, le « morceau visuel » entrant est équivalent à de la nourriture (voir aussi le morceau de son lié à l'oreille moyenne et aux trompes d'Eustache). Au sens figuré, l'expérience du conflit correspond à : « je veux dévorer ce que je désire avec mes yeux ». Ce que l'on « bave » de voir peut faire référence à toute personne ou tout ce que l'on ne peut pas ou plus voir, ou que l'on n'est pas autorisé à voir, comme par exemple, un être aimé ou une maison que l'on a perdu. Il pourrait également s'agir de quelque chose que l'on s'attendait à voir (une certaine personne, un billet de banque, un jouet, une émission de télévision, un lieu de vacance) et que, de façon inattendue, on ne peut plus « saisir » visuellement ou « apercevoir ». La peur de devenir aveugle (« ne pas pouvoir attraper un morceau visuel ») déclenchée, par exemple, par un diagnostic de SEP, un diagnostic de diabète (voir la rétinopathie diabétique), ou un pronostic négatif de dégénérescence maculaire pourrait également déclencher ce conflit.

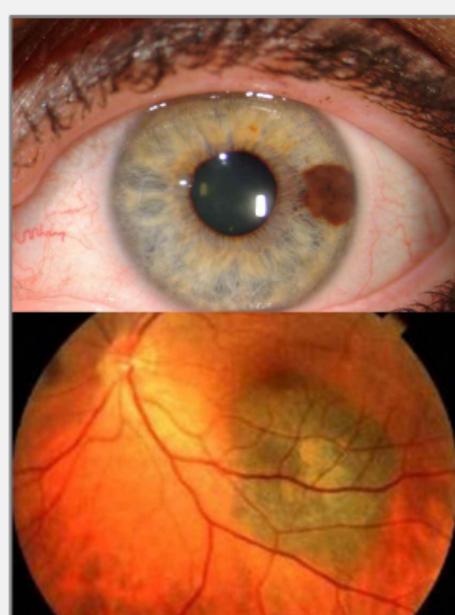
UVÉE DE L'ŒIL GAUCHE



Tout comme pour la moitié gauche de la bouche et du pharynx, la **choroïde**, l'**iris** et le **corps ciliaire de l'œil gauche** correspondent à un « **morceau sortant** » et au fait de « **ne pas pouvoir éliminer un morceau visuel** » (à l'origine, un morceau de matières fécales).

Un tel « morceau visuel » indésirable se rapporte à toute « horreur » dont on veut se débarrasser (« je ne peux pas supporter de voir ça ») ou aux images que l'on veut effacer de notre mémoire. Être le témoin oculaire d'un accident ou d'un crime, voir un conjoint ou un partenaire avec quelqu'un d'autre ou regarder quelque chose de déroutant à la télévision peut déclencher ce conflit. Les enfants vivent cette détresse lorsqu'ils surprennent leurs parents en plein rapport sexuel ou sont témoins de violences familiales. Le « morceau visuel » indésirable pourrait également être une personne que l'on ne veut plus voir (un membre de la famille, un parent, un ex-conjoint, un « ami », un collègue, un enseignant, un visiteur).

PHASE DE CONFLIT ACTIF : dès le DHS, durant la phase de conflit actif, les cellules de la choroïde, de l'iris ou du corps ciliaire prolifèrent proportionnellement à l'intensité du conflit. Le **sens biologique de cette augmentation cellulaire** est d'être mieux à même d'absorber (œil droit) ou d'expulser (œil gauche) le « morceau visuel ». Lequel de ces tissus est affecté est déterminé de manière aléatoire.

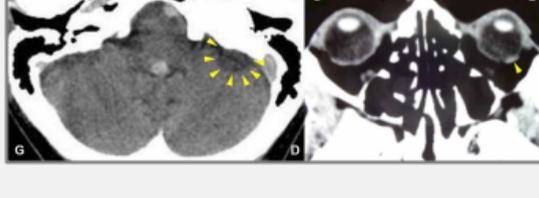


Lors d'une activité conflictuelle prolongée, une masse étalée (de type résorbant) ou compacte (de type sécréteur) se développe à partir des cellules pigmentées de l'uvée. En médecine conventionnelle, on parle de

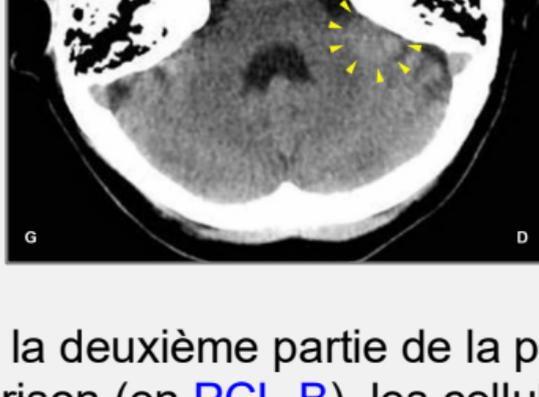
mélanome du corps ciliaire, de **mélanome de l'iris** (image du haut), de **mélanome de la choroïde** (image du bas) ou, de manière générale, de **mélanome oculaire**. En réalité, sur le plan histologique, l'utilisation du terme « mélanome » est incorrecte car l'uvéa n'a pas de chorion cutané ; le terme « adénome » serait plus adapté. Il en va de même pour ce que l'on appelle la « **rétinite pigmentaire** » qui est, selon les découvertes du Dr Hamer, une affection de la choroïde (adénome de la choroïde) plutôt que de la rétine.

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.

Au niveau de la **choroïde**, les lésions tuberculeuses sont visibles sous la forme de taches blanches derrière la rétine, lesquelles disparaissent au terme de la phase de guérison. Cependant, un continu processus de décomposition crée des **cavernes dans la choroïde** qui finissent par se remplir de dépôts de calcium. La perte de pigmentation provoque une **sensibilité à la lumière**.

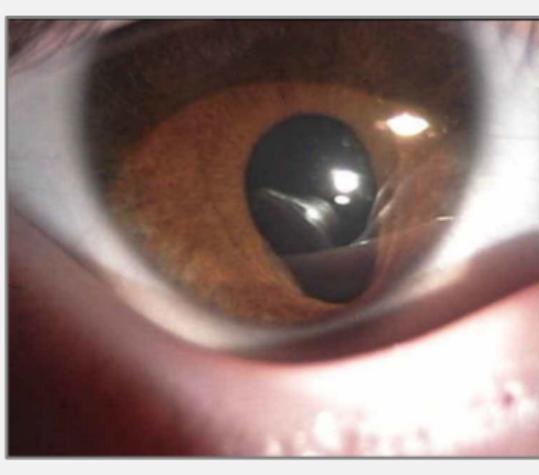


Sur l'image de gauche, nous voyons un œdème cérébral (en **PCL-A**) du côté droit du tronc cérébral, dans la zone qui contrôle la choroïde de l'œil droit (**voir le diagramme GNM**). Sur un scanner cérébral, une accumulation de liquide se présente de couleur foncée (hypodense). La section de l'orbite (image de droite) montre la présence de bactéries tuberculeuses (flèche jaune).

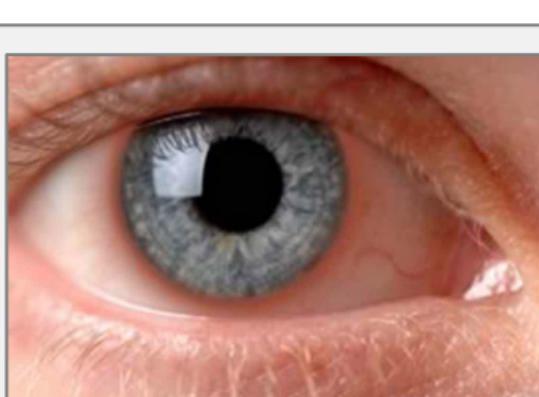


Durant la deuxième partie de la phase de guérison (en **PCL-B**), les cellules gliales prolifèrent à l'endroit concerné pour restaurer le relais cérébral où le conflit du morceau visuel a été enregistré. Sur un scanner cérébral, une accumulation de glie apparaît en blanc (hyperdense). En médecine conventionnelle, cette accumulation de glie est considérée à tort comme une « tumeur cérébrale ».

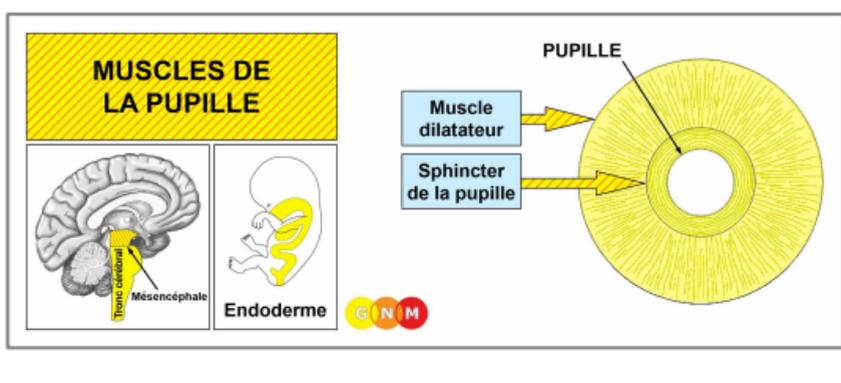
REMARQUE : le nerf optique est un nerf jumelé qui transmet des informations visuelles de la rétine au **cortex visuel**, à l'arrière du cerveau. C'est l'un des deux nerfs crâniens (l'autre étant le nerf olfactif innervant le **bulbe olfactif**) qui forment une protubérance du cerveau. Les nerfs optiques sont composés en grande partie de cellules gliales. Un élargissement du nerf optique est donc appelé un « gliome du nerf optique », ou névrome optique, qui peut se produire n'importe où le long du nerf optique. En GNM, un **névrome optique** qui se développe dans le tronc cérébral (en **PCL-B**) provient d'un conflit du « morceau visuel » impliquant la choroïde (à comparer avec le névrome acoustique lié à un « morceau de son » et au nerf auditif).



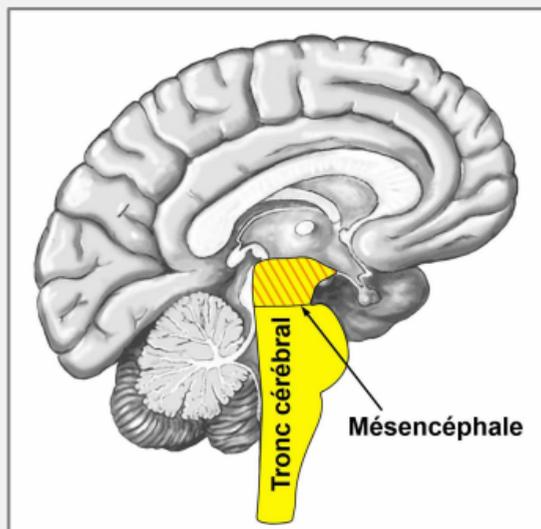
Au niveau de l'**iris**, une longue tuberculose finit par conduire à une perte de tissu de l'iris (un **colobome**) avec pour résultat, un agrandissement de la pupille vers cette zone.



Une iritis est une inflammation douloureuse de l'iris. Cette condition peut survenir avec une **choroïdite**, une inflammation de la choroïde. Une **uvéïte** concerne l'uvéa toute entière.



DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DES MUSCLES DE LA PUPILLE : la pupille est le trou rond et noir au centre de l'iris. Sa couleur noire est due au manque de réflexion de la lumière de l'intérieur de l'œil. Les pupilles sont constituées de deux muscles qui régulent la quantité de lumière qui pénètre dans l'œil. Le **muscle dilatateur** agrandit la pupille permettant à plus de lumière de pénétrer dans l'œil ; le **sphincter de la pupille** réduit la pupille afin que moins de lumière n'atteigne la rétine. En pleine lumière, le muscle sphincter se contracte tandis que le muscle dilatateur se détend, ce qui réduit l'ouverture. Dans une lumière réduite, le muscle sphincter se détend tandis que le muscle dilatateur se contracte, ce qui augmente l'ouverture. Le muscle dilatateur est alimenté par le système nerveux sympathique, c'est pourquoi les pupilles se dilatent lors d'un stress (sympathicotonie) ou d'une excitation sexuelle. Le sphincter de la pupille est alimenté par le système nerveux parasympathique réduisant les pupilles lors d'une détente (vagotonie). En matière d'évolution, les muscles de la pupille proviennent de l'œilletteon primordial qui s'est développé à partir des cellules intestinales (voir aussi les muscles ciliaires et le corps ciliaire). Comme pour les muscles intestinaux qui déplacent le « morceau de nourriture » le long du canal intestinal via un mouvement péristaltique, les muscles de la pupille se contractent et se dilatent en réponse au « morceau de lumière ». Le muscle dilatateur et le sphincter de la pupille sont composés de muscles lisses, dérivent donc de l'endoderme et sont contrôlés par le mésencéphale.



NIVEAU CÉRÉBRAL : les muscles de la pupille sont contrôlés par le **mésencéphale**, situé à l'extrémité du tronc cérébral.

CONFLIT BIOLOGIQUE : en accord avec leur fonction, les muscles de la pupille sont liés à un **conflit du morceau lié à la lumière** – au sens propre comme au figuré.

Le **muscle dilatateur** de la **pupille droite** correspond au conflit de « **ne pas avoir assez de lumière pour attraper un morceau** ». Cela peut concerner toute information importante (sur un tableau ou un écran), tout avertissement (« attention à la marche ! »), tout panneau (signalisation routière) ou concerner une personne qui a été oubliée en raison d'un éclairage insuffisant. Le **muscle dilatateur de la pupille gauche** correspond au fait de « **ne pas avoir assez de lumière pour éliminer un morceau** », par exemple, lorsque l'on n'est pas en mesure d'éviter une situation dangereuse (accident, attaque) parce qu'il faisait trop sombre (à distinguer de la détresse face à une obscurité soudaine et prolongée liée à la glande pinéale). Au sens figuré, ce conflit peut être provoqué lorsque, de façon inattendue, on ne se retrouve pas sous les « feux de la rampe » ou lorsque l'on n'est pas présenté sous le « bon éclairage ».

Le **sphincter de la pupille droite** correspond au conflit d'avoir « **trop de lumière pour attraper un morceau** » (un morceau visuel important), par exemple, parce que l'on a été aveuglé par le soleil ou par une lumière vive comme des phares, des projecteurs, une lampe torche ou un appareil de soudage. Le **sphincter de la pupille gauche** correspond au fait d'avoir « **trop de lumière pour éliminer un morceau** », par exemple, si l'on n'est pas en mesure d'éviter une situation dangereuse du fait d'une trop grande luminosité. Au sens figuré, ce conflit pourrait être déclenché lorsque le « projecteur » est orienté sur quelqu'un, mettant en lumière quelque chose de mal ou d'embarrassant.

PHASE DE CONFLIT ACTIF :



La détresse face à « trop de lumière » provoque un **hypertonus soutenu du sphincter de la pupille**. Le **sens biologique de cette augmentation de la tension musculaire** est de réduire la pupille afin que moins de lumière pénètre dans l'œil. Une **constriction prolongée ou excessive de la pupille** est appelée une **myose**.

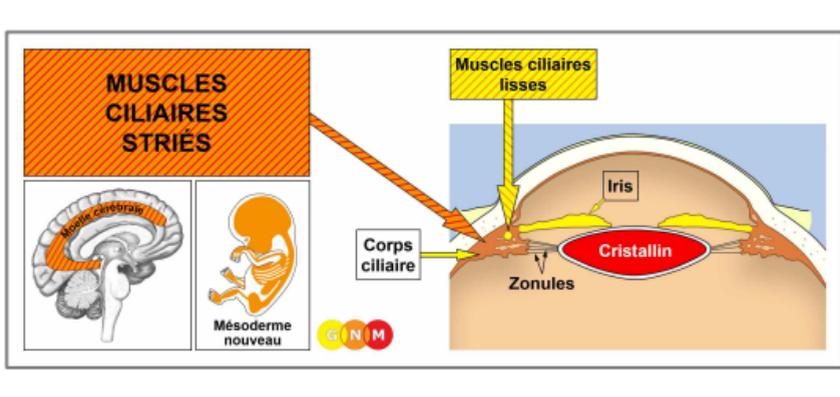


La détresse face à un « manque de lumière » provoque un **hypertonus soutenu du muscle dilatateur**. Le **sens biologique de cette augmentation de la tension musculaire** est de dilater la pupille afin que plus de lumière puisse pénétrer dans l'œil. Une **dilatation prolongée ou excessive de la pupille** est appelée une **mydriase**, ce qui provoque une **sensibilité à la lumière**.

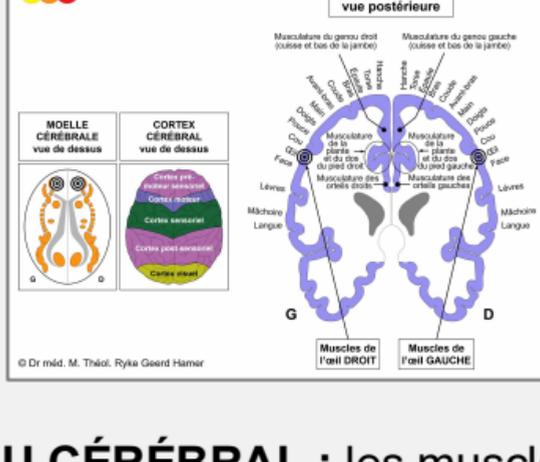


Un agrandissement de la pupille droite, comme on le voit sur cette photo, révèle que la personne est en conflit actif de n'avoir « pas assez de lumière pour attraper un morceau ».

PHASE DE GUÉRISON : durant la phase de guérison, la tension musculaire revient à la normale. La Crise Épileptoïde se présente sous forme de **spasmes de la pupille** (à distinguer des battements du cristallin et du nystagmus liés aux muscles extra-oculaires).



DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DES MUSCLES CILIAIRES : le corps ciliaire contient un ensemble de muscles ciliaires qui régulent la forme du cristallin (l'accommodation) afin de produire une vision claire à différentes distances. Les ligaments, appelés zonules, relient le corps ciliaire au cristallin pour le maintenir en place. La contraction des muscles ciliaires détend les zonules, ce qui rend le cristallin plus rond et augmente sa puissance de focalisation sur les objets proches. Lorsque les muscles ciliaires se détendent, les zonules tirent sur les bords du cristallin, ce qui l'aplatit et permet de voir les objets lointains. Les muscles ciliaires sont composés de muscles lisses (involontaires) et de muscles striés (volontaires). En matière d'évolution, les muscles ciliaires lisses proviennent de l'**œilletteon primordial** (voir le corps ciliaire et les muscles de la pupille) ; ils proviennent donc de l'endoderme et sont contrôlés par le mésencéphale. Les muscles ciliaires striés proviennent du mésoderme nouveau et sont contrôlés par la moelle cérébrale et le cortex moteur.



NIVEAU CÉRÉBRAL : les muscles ciliaires striés ont deux centres de contrôle dans le cerveau. La fonction trophique des muscles, responsable de la nutrition des tissus, est contrôlée par la **moelle cérébrale** ; la contraction et le relâchement des muscles ciliaires est contrôlés par le **cortex moteur** (une partie du cortex cérébral). Le muscle ciliaire strié de l'œil droit est contrôlé par le côté gauche du cerveau ; le muscle ciliaire strié de l'œil gauche est contrôlé 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**). Les muscles ciliaires lisses sont contrôlés par le **mésencéphale**, situé à l'extrémité du tronc cérébral.

REMARQUE : les muscles ciliaires striés et les muscles extra-oculaires partagent les mêmes relais cérébraux.

MUSCLES CILIAIRES LISSES

CONFLIT BIOLOGIQUE : le conflit biologique lié aux muscles ciliaires lisses est le fait de « **ne pas être capable de voir de près** » (difficultés à lire les petits caractères, par exemple, dans un journal, au tableau, sur un écran d'ordinateur ou de téléphone), « **ne pas être autorisé à voir ce qui est proche** » ou de « **ne pas vouloir voir ce qui est proche** » (ne pas vouloir voir ce qui se passe sous ses yeux, comme par exemple une violence familiale ; vouloir jouer dehors plutôt que faire ses devoirs).

PHASE DE CONFLIT ACTIF : **hypertonus** soutenu (contraction) des **muscles ciliaires lisses** provoquant une détente des zonules et en conséquence, une incurvation du cristallin, laquelle a pour **sens biologique** de mieux pouvoir voir ce qui est proche. Le déroulement de l'activité conflictuelle entraîne une **vision floue de loin** ou **myopie** (voir aussi la cornée et la rétine). **REMARQUE** : travailler avec des outils fins (couture) ou « fixer un écran toute la journée » met à rude épreuve le pouvoir de focalisation des muscles ciliaires conduisant à la longue à une myopie – sans DHS.

PHASE DE GUÉRISON : durant la phase de guérison, la tension musculaire revient à la normale. La Crise Épileptoïde se manifeste par des **battements du cristallin** auquel sont attachés les muscles ciliaires ou plutôt les zonules (à distinguer des spasmes de la pupille et du nystagmus liés aux muscles extra-oculaires).

MUSCLES CILIAIRES STRIÉS

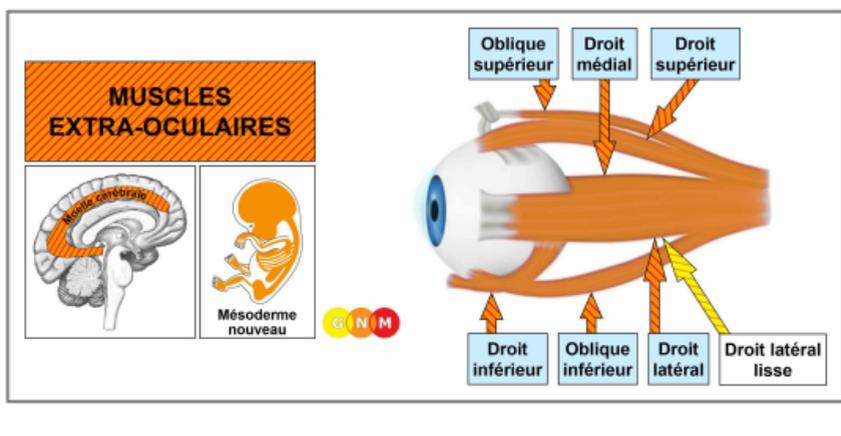
CONFLIT BIOLOGIQUE : le conflit biologique lié aux muscles ciliaires striés correspond au fait de « **ne pas être capable de voir de loin** » (une personne ou un objet est trop loin pour être reconnu ou identifié ; difficultés à lire un panneau car il est trop loin) ou de « **ne pas être autorisé à voir ce qui est loin** » (ne pas être autorisé à rendre visite à quelqu'un ou à partir en voyage), mais il correspond aussi au fait de « **ne pas vouloir voir ce qui est au loin** » (une personne qui s'en va).

PHASE DE CONFLIT ACTIF : **perte cellulaire (nécrose)** des muscles ciliaires (contrôlée par la moelle cérébrale) et, proportionnellement à l'intensité de l'activité conflictuelle, **paralysie** (faiblesse) croissante des muscles ciliaires striés (contrôlée par le cortex moteur). Cela provoque la tension des zonules et aplatit le cristallin, ce qui a pour **sens biologique** de mieux pouvoir voir ce qui est loin. Une activité conflictuelle prolongée entraîne une **vision floue de près** ou **hypermétropie** (voir aussi le cristallin et la rétine).

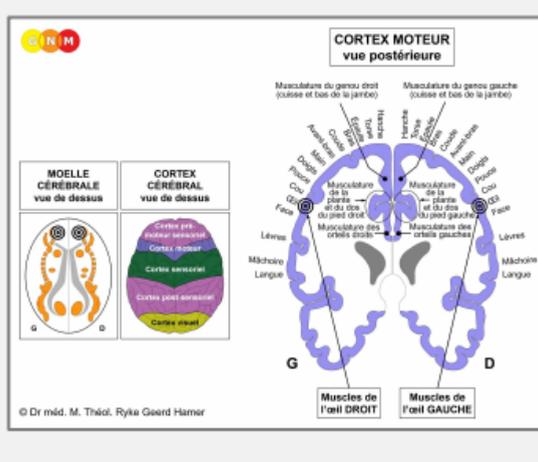
REMARQUE : les muscles striés appartiennent au groupe des organes qui répondent au conflit lié par une perte fonctionnelle (voir aussi les Programmes Biologiques Spéciaux des cellules alpha et bêta des îlots pancréatiques, de l'oreille interne (cochlée et organe vestibulaire), des nerfs olfactifs, et 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, la nécrose est reconstruite. Puisque le muscle ciliaire est attaché au cristallin par l'intermédiaire des zonules, la Crise Épileptoïde se manifeste par des **battements du cristallin** (à distinguer des spasmes de la pupille et du nystagmus liés aux muscles extra-oculaires).

À la fin de la phase de guérison, le muscle ciliaire sera plus fort qu'auparavant. Ce principe, à savoir que l'organe fonctionne de manière plus efficace une fois la guérison terminée, s'applique sans exception à tous les **organes contrôlés par la moelle cérébrale**.



DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DES MUSCLES EXTRA-OCULAIRES : les muscles extra-oculaires sont six petits muscles qui entourent l'œil et contrôlent son mouvement. Quatre muscles droits régulent le mouvement du globe oculaire de gauche à droite et de haut en bas : le **droit supérieur** oriente l'œil vers le haut, le **droit inférieur** oriente l'œil vers le bas, le **droit médial** oriente l'œil vers l'intérieur (vers le nez), et le **droit latéral** oriente l'œil vers l'extérieur (loin du nez). Les deux muscles obliques sont principalement responsables de la rotation des yeux : l'**oblique supérieur** fait tourner l'œil vers l'intérieur et vers le bas, l'**oblique inférieur** fait tourner l'œil vers l'extérieur et vers le haut. Les muscles extra-oculaires sont principalement constitués de muscles striés provenant du mésoderme nouveau. Ils sont contrôlés par la moelle cérébrale et le cortex moteur (à distinguer du muscle droit latéral lisse).



NIVEAU CÉRÉBRAL : les muscles extra-oculaires 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** ; l'action de déplacement de l'œil est contrôlée par le **cortex moteur** (une partie du cortex cérébral).

Les muscles de l'œil droit sont contrôlés par le côté gauche du cerveau ; les muscles de l'œil gauche 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**).

REMARQUE : les muscles extra-oculaires et les muscles ciliaires striés partagent les mêmes relais cérébraux.

CONFLIT BIOLOGIQUE : le conflit biologique lié aux muscles extra-oculaires correspond au fait de « **ne pas vouloir regarder dans une certaine direction** » à cause de quelque chose de pénible à voir dans cette direction. Les nouveau-nés, par exemple, vivent ce conflit lorsqu'ils sont aveuglés par une vive lumière fluorescente dans la salle d'accouchement. Les muscles extra-oculaires correspondent également au fait de « **ne pas être autorisé à regarder dans une certaine direction** » (un élève est pris en train de tricher alors qu'il tentait de copier sur son voisin) et de « **ne pas être en mesure de regarder dans une certaine direction** » (un nourrisson incapable de regarder vers sa mère).

PHASE DE CONFLIT ACTIF : **perte cellulaire (nécrose)** du tissu musculaire (contrôlée par la moelle cérébrale) et, proportionnellement à l'intensité de l'activité conflictuelle, **paralysie croissante du muscle oculaire affecté** (contrôlée par le cortex moteur).

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).

La paralysie ou la faiblesse du muscle oculaire provoque un **strabisme**, une incapacité à obtenir la vision binoculaire (voir aussi le strabisme provoqué par une lésion du nerf oculomoteur due à une tumeur de la glande pinéale). En fonction de la nature exacte du conflit, l'œil ou les yeux dévient vers l'intérieur, l'extérieur, le haut ou le bas.

REMARQUE : le fait que le muscle oculaire de l'œil droit ou gauche (ou des deux) soit 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. Un conflit localisé affecte le muscle oculaire associé à la situation conflictuelle spécifique.

Esotropie (yeux croisés) : un œil ou les deux yeux dévient vers l'intérieur.



Les deux yeux se tournent vers l'intérieur et vers le bas car les muscles oculaires qui tirent les yeux vers l'extérieur (le droit latéral) et vers le haut (le droit supérieur) sont paralysés.



L'œil droit se tourne vers l'intérieur car le muscle oculaire qui tire l'œil vers l'extérieur (le droit latéral) est paralysé. Si la personne, par exemple un enfant, est gaucher, alors le conflit (« ne voulait pas, n'était pas autorisé, ou ne pouvait pas regarder vers la droite ») est lié à sa mère ou lié à la situation. Pour un droitier, le conflit est lié au partenaire.

Exotropie (yeux au mur) : un œil ou les deux yeux dévient vers l'extérieur.



L'œil droit se tourne vers l'extérieur car le muscle oculaire qui tire l'œil vers l'intérieur (le droit médial) est paralysé. Si la personne est droitère, alors le conflit (« ne voulait pas, n'était pas autorisé, ou ne pouvait pas regarder vers la gauche ») est lié à un partenaire ou lié à la situation. Pour un gaucher, le conflit est lié à la mère ou à l'enfant.

Hypertropie : un œil ou les deux yeux dévient vers le haut.



L'œil droit se tourne vers le haut car le muscle oculaire qui tire l'œil vers le bas (le droit inférieur) est paralysé. Si la personne est gauchère, alors le conflit (« ne voulait pas, n'était pas autorisé, ou ne pouvait pas regarder vers le bas ») est lié à sa mère ou à son enfant ou à la situation. Pour un droitier, le conflit est lié au partenaire.

Hypotropie : un œil ou les deux yeux dévient vers le bas.



L'œil droit se tourne vers le bas car le muscle oculaire qui tire l'œil vers le haut (le droit supérieur) est paralysé. Si la personne est droitère, alors le conflit (« ne voulait pas, n'était pas autorisé, ou ne pouvait pas regarder vers le haut ») est lié à un partenaire ou lié à la situation. Pour un gaucher, le conflit est lié à la mère ou à l'enfant.

Cyclophorie est un type de strabisme dans lequel l'axe de l'œil ou des yeux tourne vers l'intérieur ou vers l'extérieur en raison de la paralysie des muscles obliques.



Si l'œil droit est affecté et que la personne est droitère, alors le conflit (« ne voulait pas, n'était pas autorisé, ou ne pouvait pas regarder vers le bas et vers la droite ») est lié à un partenaire ou lié à la situation. Pour un gaucher, le conflit est lié à la mère/enfant.

PHASE DE GUÉRISON : durant la phase de guérison, la nécrose est reconstruite. La paralysie se prolonge en **PCL-A**. La Crise Épileptoïde se présente sous la forme de mouvements oculaires involontaires, appelés **nystagmus**. Selon la nature exacte du conflit, le globe oculaire s'agite de haut en bas ou d'un côté à l'autre (à distinguer des battements du cristallin et des spasmes des pupilles). Les mouvements oculaires récurrents sont déclenchés par l'activation d'un rail qui a été mis en place lorsque le conflit de « ne pas vouloir regarder dans une certaine direction » a eu lieu. Des mouvements oculaires incontrôlables peuvent également

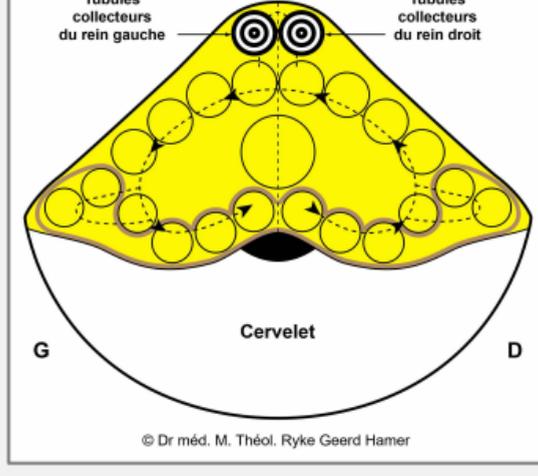
se produire lors d'une crise généralisée (grand mal) impliquant l'ensemble du **cortex moteur**. Après la Crise Épileptoïde, durant la phase **PCL-B**, la fonction du muscle oculaire revient à la normale.

À la fin de la phase de guérison, le muscle oculaire sera plus fort qu'auparavant. Ce principe, à savoir que l'organe fonctionne de manière plus efficace une fois la guérison terminée, s'applique sans exception à tous les **organes contrôlés par la moelle cérébrale**.

Les **yeux exorbités (proptose ou exophtalmie)** sont causés par un élargissement des structures à l'intérieur de l'orbite, lequel pousse le globe oculaire hors de l'orbite – comme un télescope. Un gonflement continu de la glande lacrymale, par exemple, peut entraîner un déplacement en avant de l'œil. La même chose peut se produire avec une accumulation de tissu conjonctif ; dans ce cas, le conflit sous-jacent est un conflit de dévalorisation de soi. Cette condition, également connue sous le nom de **maladie de Graves Basedow**, est généralement associée à une hyperthyroïdie. Du point de vue de la GNM, une thyroïde hyperactive et une protrusion de l'œil ne se produisent simultanément que lorsque le conflit lié à la thyroïde est associé à un conflit de dévalorisation de soi impliquant les yeux (« mes yeux n'ont pas été assez rapides pour attraper ou éliminer un morceau »).



La théorie affirmant une corrélation entre la maladie de Basedow et l'hyperthyroïdie ne peut pas expliquer pourquoi la protrusion du globe oculaire affecte seulement un œil. D'après le principe de la latéralité, un déplacement de l'œil gauche (comme on le voit sur cette photo) révèle que le conflit de dévalorisation de soi est associé à la mère si le garçon est droitier.

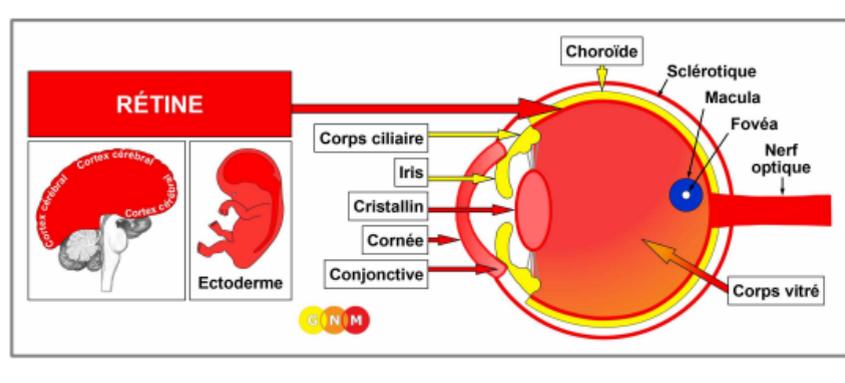


Le **muscle droit latéral lisse** est alimenté par le nerf abducens (sixième nerf crânien) qui prend naissance dans le pont du tronc cérébral, précisément, dans les centres de contrôle des tubules collecteurs du rein.

En cas de conflit d'abandon ou d'existence, le muscle droit latéral tire l'œil ou les yeux vers l'extérieur. Lorsque le conflit impacte le relais des tubules collecteurs du rein droit, l'œil droit dévie vers la droite ; lorsque le conflit impacte le relais des tubules collecteurs du rein gauche, l'œil gauche dévie vers la gauche. Avec deux conflits d'abandon ou d'existence actifs impliquant les tubules collecteurs des deux reins, les deux yeux s'écartent latéralement (voir la Constellation des Tubules Collecteurs du Rein). Ceci est communément appelé « **œil paresseux** » ou **amblyopie**. Il ne faut pas s'étonner que cette condition survienne souvent chez les enfants. Si la partie lisse du muscle droit latéral est affectée, la personne est capable de ramener volontairement l'œil dans la bonne position car le muscle oculaire n'est pas paralysé. Dans ce cas, la personne est en phase de conflit actif d'un conflit d'abandon ou d'existence plutôt qu'avec un conflit visuel de se sentir « coincé » lié au **muscle droit latéral strié**, avec paralysie en phase de conflit actif (voir l'exotropie (strabisme)).

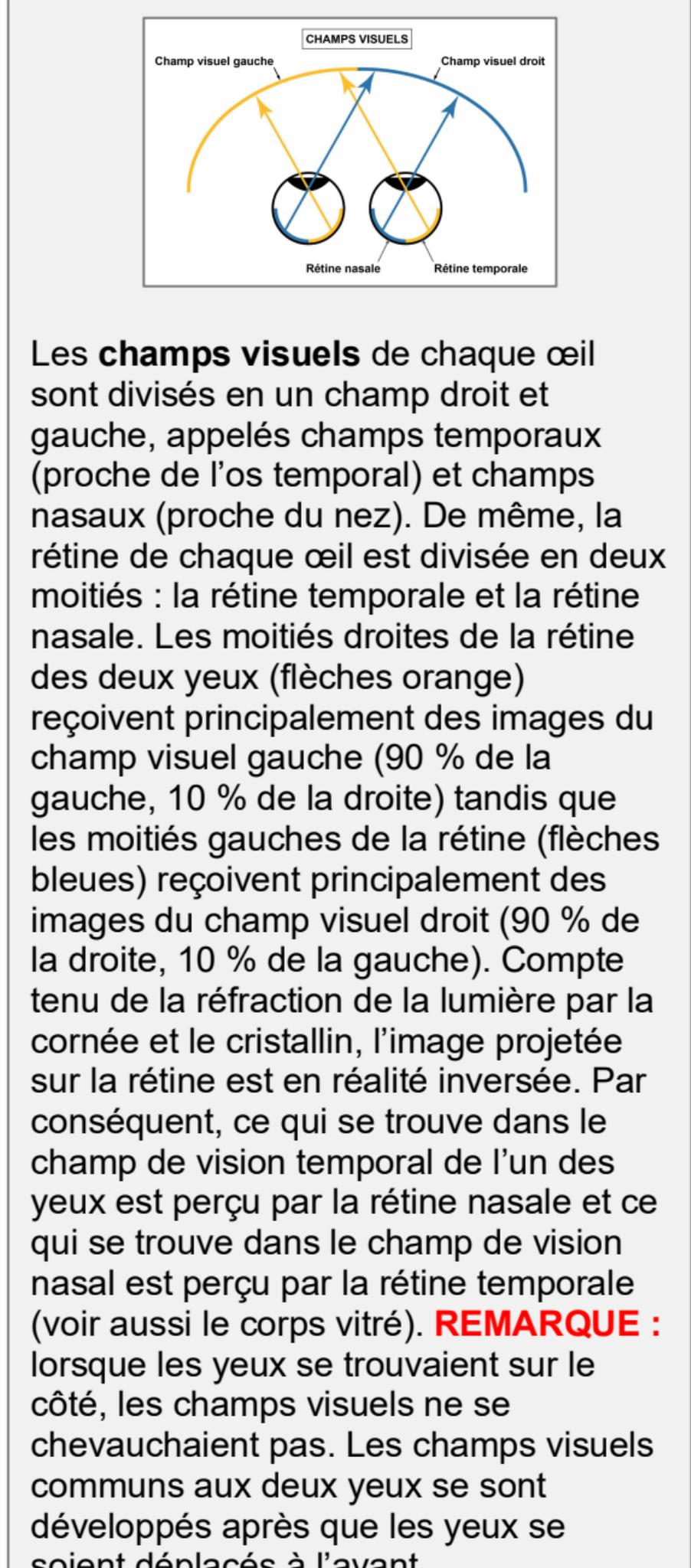


Ces deux photos de l'existentialiste français Jean-Paul Sartre montrent qu'à un moment l'œil droit dévie vers l'extérieur et à un autre moment l'œil gauche dévie vers l'extérieur, révélant une alternance entre deux conflits d'existence.

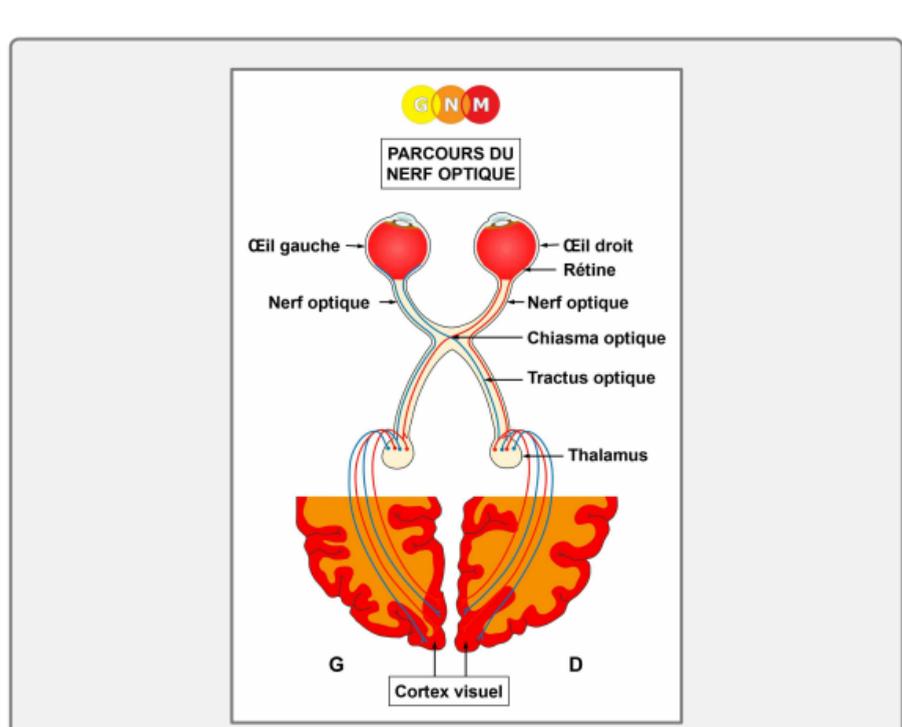


DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DE LA RÉTINE :

la rétine est une couche de nerfs photosensibles qui tapisse l'arrière de l'œil. La rétine contient des neurones tels des photorécepteurs (cônes et bâtonnets) qui reçoivent la lumière et les couleurs provenant du cristallin et les convertissent en impulsions qui sont envoyées via le nerf optique vers le cortex visuel situé à l'arrière du cerveau. La **macula**, située près de la partie centrale de la rétine, est responsable de la vision centrale. Au centre de la macula se trouve la fovéa, laquelle est une petite fosse qui permet la plus haute acuité visuelle. La rétine provient de l'ectoderme et est contrôlée par le cortex visuel.

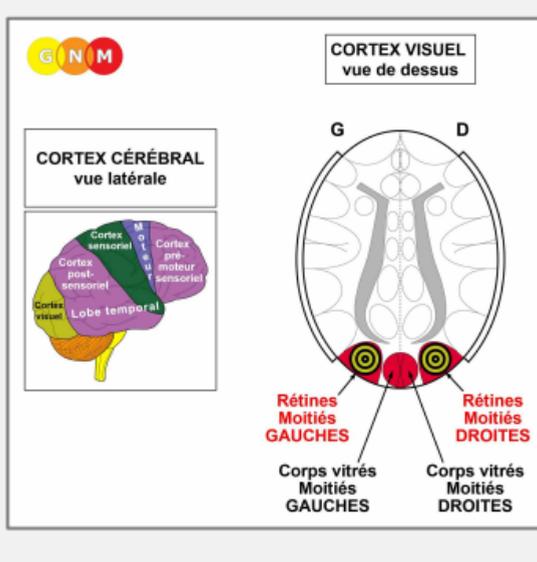


Les **champs visuels** de chaque œil sont divisés en un champ droit et gauche, appelés champs temporaux (proche de l'os temporal) et champs nasaux (proche du nez). De même, la rétine de chaque œil est divisée en deux moitiés : la rétine temporale et la rétine nasale. Les moitiés droites de la rétine des deux yeux (flèches orange) reçoivent principalement des images du champ visuel gauche (90 % de la gauche, 10 % de la droite) tandis que les moitiés gauches de la rétine (flèches bleues) reçoivent principalement des images du champ visuel droit (90 % de la droite, 10 % de la gauche). Compte tenu de la réfraction de la lumière par la cornée et le cristallin, l'image projetée sur la rétine est en réalité inversée. Par conséquent, ce qui se trouve dans le champ de vision temporal de l'un des yeux est perçu par la rétine nasale et ce qui se trouve dans le champ de vision nasal est perçu par la rétine temporale (voir aussi le corps vitré). **REMARQUE :** lorsque les yeux se trouvaient sur le côté, les champs visuels ne se chevauchaient pas. Les champs visuels communs aux deux yeux se sont développés après que les yeux se soient déplacés à l'avant.



Le **parcours du nerf optique** : la perception visuelle, générée par les photorécepteurs de la rétine, quitte les yeux par le nerf optique. Les branches droite et gauche du nerf optique se rejoignent derrière les yeux, juste devant l'hypophyse, pour former une structure en forme de croix appelée le **chiasma optique**. Dans le chiasma optique, les fibres nerveuses de la moitié nasale de chaque rétine se croisent, mais pas celles de la moitié temporale, car elles sont déjà positionnées de façon à voir le côté opposé d'une image. Après le chiasma optique, les nerfs continuent leur chemin le long des tractus optiques. La plupart des fibres nerveuses pénètrent dans le thalamus. De là, les nerfs conduisent au cortex visuel à l'arrière du cerveau. Les nerfs des moitiés droites des rétines qui reçoivent des images du champ visuel gauche vont du côté droit du cortex visuel ; les nerfs des moitiés gauches des rétines qui reçoivent des images du champ visuel droit vont du côté gauche du cortex visuel. Le croisement des nerfs optiques au niveau du chiasma optique constitue l'élément requis pour que les images projetées sur la rétine atteignent les deux côtés du cortex visuel. Là, les images vues par chaque œil sont traitées pour ne former qu'une seule image, représentant l'image telle qu'elle a été perçue à l'origine.

REMARQUE : le nerf optique a émergé des relais cérébraux qui innervaient l'œilleton primordial (la choroïde d'aujourd'hui).



NIVEAU CÉRÉBRAL : la rétine est contrôlée par le **cortex visuel**. La moitié droite de la rétine de chaque œil est contrôlée par le côté droit du cortex visuel ; la moitié gauche de la rétine de chaque œil est contrôlée par le côté gauche du cortex visuel. Il n'y a pas de corrélation croisée du cerveau à l'organe.

REMARQUE : les centres de contrôle de la rétine sont situés à côté des relais cérébraux du corps vitré.

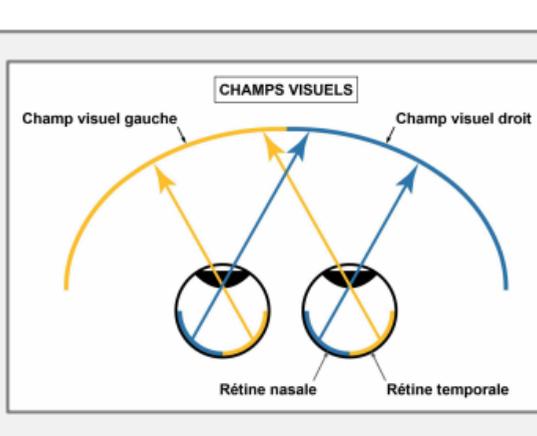
CONFLIT BIOLOGIQUE : le conflit biologique lié à la rétine fait référence à une **peur dont on ne peut se débarrasser** (à distinguer du conflit du corps vitré). Cela fait référence à toute peur, comme par exemple, la peur de perdre un être cher ou une maison, la peur d'être puni, abusé, licencié (dettes, pauvreté), persécuté (persécution religieuse, ethnique, politique), ou la peur du cancer (y compris des analyses médicales et des examens de suivi). Les enfants vivent ce conflit lorsqu'ils sont témoins de violence domestique ou lorsque leurs parents se disputent.

PHASE DE CONFLIT ACTIF : **perte fonctionnelle** due à la perte de cellules photoréceptrices rétiniennes, avec pour **sens biologique** de rendre temporairement invisible ce qui évoque la peur (lorsque les enfants ont peur, ils se couvrent les yeux). La perte des bâtonnets, responsables de la vision sous faible luminosité, entraîne une **héméralopie** (le terme anglais correspondant est « nyctalopia ») ou « cécité nocturne » avec des difficultés à voir dans la pénombre ou dans l'obscurité.

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

Une intense activité conflictuelle entraîne une **vision réduite dans une zone définie du champ visuel** (un **scotome**) en raison de la dégradation des cellules rétiniennes (à distinguer du scotome scintillant). Cependant, avec un conflit modéré, cette vision réduite peut ne pas être remarquée car les autres demi rétines compensent la perte de vision.

REMARQUE : le fait que les moitiés droites ou gauches des rétines soient affectées 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.



Concernant la rétine, le principe de latéralité est inversé (voir aussi le corps vitré).

Les moitiés droites des rétines (flèches orange) regardent principalement vers la gauche pour recevoir les images du champ visuel gauche. Par conséquent, pour un droitier, les moitiés droites des rétines concernent sa mère ou son ou ses enfant (s), pour un gaucher, elles concernent un partenaire.

Les moitiés gauches des rétines (flèches bleues) regardent vers la droite pour recevoir des images du champ visuel droit. Par conséquent, pour un droitier, les moitiés gauches des rétines concernent un partenaire, pour un gaucher, elles concernent sa mère ou son ou ses enfant (s).

PHASE DE GUÉRISON : durant la phase de guérison, la fonction des cellules photoréceptrices est restaurée. En **PCL-A**, un œdème se forme entre la choroïde et la zone de la rétine affectée. Durant la Crise Épileptoïde, cet œdème est expulsé, ce qui se traduit par des **flashes de lumière**

(photopsie). Ces flashes peuvent se manifester par de courtes rafales ou se produire continuellement jusqu'à ce que la rétine soit réparée.



Un « **scotome scintillant** » se présente sous la forme de lueurs, de lumières scintillantes, de lignes en zigzag chatoyantes ou de motifs colorés dans le champ visuel. Des épisodes récurrents sont provoqués par l'activation d'un rail qui a été mis en place au moment du conflit de peur initial ; leur durée est déterminée par l'intensité de la Crise Épileptoïde.

Les auras visuelles précèdent souvent une migraine. Cependant, les personnes souffrant de migraines n'éprouvent pas toutes ces auras, et souvent les auras apparaissent sans la douleur des migraines. Par conséquent, nous devons considérer une combinaison de deux Épicrises différentes.

Les rechutes récurrentes de conflits entraînent une accumulation de tissu cicatriciel et un durcissement (une callosité) dans la rétine. Si ce durcissement se produit latéralement (sur le côté), le **globe oculaire s'allonge** provoquant une **vision floue de loin** ou une **myopie** (voir aussi les muscles ciliaires lisses et la cornée), tandis qu'un durcissement à l'arrière (dorsal) **comprime le globe oculaire** provoquant une **vision floue de près** ou une **hypermétropie** (voir aussi le cristallin et les muscles ciliaires striés) dans les deux yeux. À ce stade, la condition est irréversible.

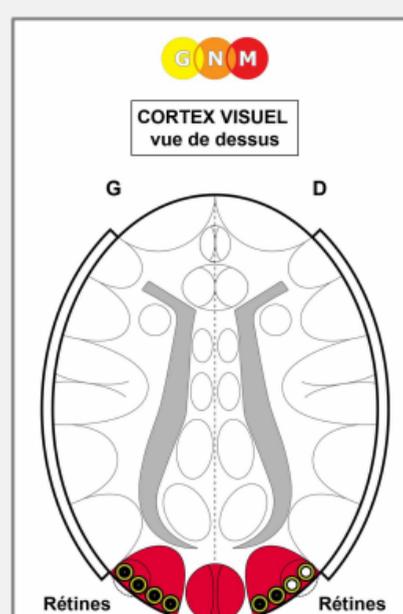


(gauche)



(droite)

Ces deux scanners cérébraux montrent un Foyer de Hamer (sur différentes couches) dans le relais des rétines droites concernant les moitiés droites des rétines des deux yeux. L'image de gauche présente la phase de conflit actif (configuration en forme d'anneau net) ; l'image de droite présente la phase de guérison (anneau œdémateux). Pour un droitier, le conflit de peur concerne sa mère ou ses enfants ; pour un gaucher, il concerne un partenaire (voir la latéralité ci-dessus).



REMARQUE : les moitiés droites des rétines regardent à 90 % vers la gauche et à 10 % vers la droite (les moitiés gauches des rétines regardent à 90 % vers la droite et à 10 % vers la gauche) – voir les champs visuels. Si l'impact du conflit lié à la rétine se produit dans les parties externes du relais de la rétine droite (voir le diagramme GNM), seul l'œil droit est affecté (il en va de même pour le corps vitré).

Un gros œdème entre la choroïde et la rétine (généralement à cause d'une rétention d'eau due au SYNDROME) tire la rétine de sa position normale. C'est ce que l'on appelle généralement un **décollement**

de la rétine (à proprement parler, ce terme est incorrect car la rétine ne se « détache » pas). En l'absence de rechute conflictuelle, cette condition se rétablit d'elle-même. Cependant, si le conflit de peur persiste, la guérison ne peut pas aboutir et la vision se réduit considérablement. La panique de devenir aveugle ajoute souvent de nouvelles peurs créant une condition progressive. **ATTENTION** : se courber ou faire un effort physique, par exemple lors du soulèvement de quelque chose de lourd, peut provoquer une rupture de la rétine !



L'œdème qui se développe entre la choroïde et la rétine (en **PCL-A**) provoque une perte de vision périphérique (voir aussi le corps vitré).

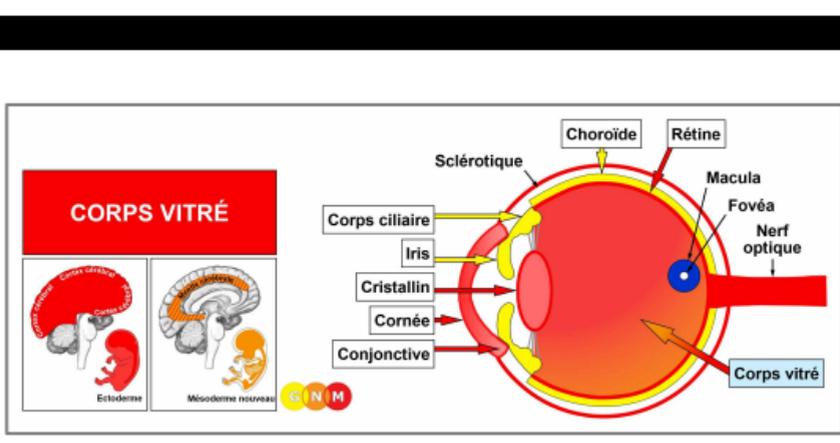
Lorsque les moitiés gauches des rétines sont affectées, comme le montre cette image, cela révèle que pour un droitier, le conflit de peur est associé à un partenaire ; pour un gaucher, le conflit serait associé à sa mère ou à ses enfants (voir la latéralité ci-dessus).

Ce que l'on appelle une « **rétinopathie diabétique** » est basé sur l'hypothèse qu'un taux élevé de glucose dans le sang endommage la rétine. Pourtant, tous les diabétiques ne développent pas cette condition ! Du point de vue de la GNM, c'est le conflit de résistance supplémentaire (une résistance à la situation qui suscite la peur) qui fait que les deux Programmes Biologiques Spéciaux se déroulent souvent simultanément (voir aussi la « neuropathie périphérique diabétique » liée au périoste).

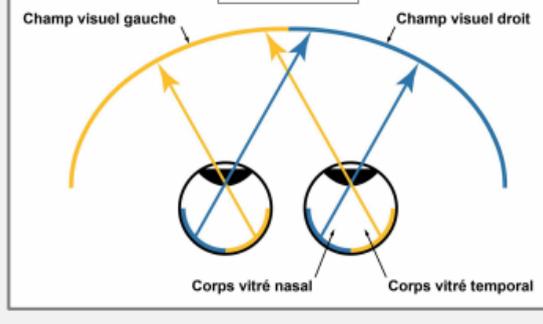


Une **perte de vision centrale** se développe lorsque le processus de guérison implique la macula, une petite partie très sensible de la rétine responsable de la vision centrale détaillée (à distinguer de la perte de vision périphérique liée au corps vitré).

En GNM, une « **dégénérescence maculaire sèche** » se produit durant la phase de conflit actif ; une « **dégénérescence maculaire humide** » indiquant la présence d'un œdème (accumulation de liquide), durant la phase de guérison. Un symptôme courant de l'**œdème maculaire** est une **vision centrale floue** (à distinguer de la vision floue liée à la cornée). Si la guérison ne peut pas aboutir en raison de continuelles rechutes du conflit, cette condition peut conduire à la cécité.



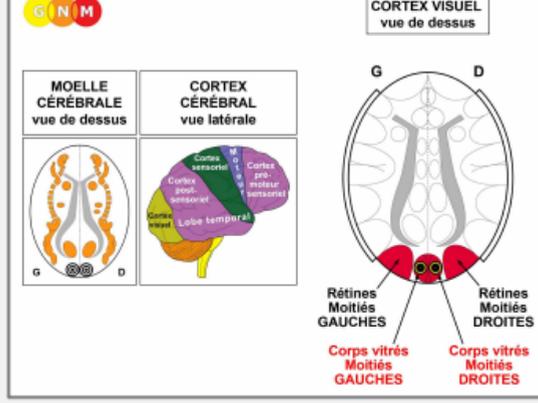
DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DU CORPS VITRÉ : le corps vitré occupe l'espace entre le cristallin et la rétine à l'arrière de l'œil. Le fluide produit par le corps ciliaire remplit le corps vitré d'une substance gélatineuse composée d'environ 99 % d'eau. Ce gel, composé principalement de collagène, est transparent afin que les rayons lumineux puissent le traverser et atteindre la rétine. La pression intraoculaire maintient la forme de l'œil et empêche les parois du globe oculaire de s'effondrer. La sclérotique, une gaine de tissu conjonctif, soutient le globe oculaire de l'extérieur. Le corps vitré se compose de parties mésodermiques, contrôlées par la moelle cérébrale, et de parties ectodermiques, contrôlées par le cortex visuel.



Comme la rétine, le corps vitré est divisé en deux moitiés, un corps vitré temporal (proche de l'os temporal) et un corps vitré nasal (proche du nez). Cela

confirme que le corps vitré et la rétine sont fonctionnellement étroitement liés.

De manière analogue au transfert d'informations des moitiés droites et gauches des rétines, les images perçues des champs visuels droit et gauche vont des moitiés droites et gauches du corps vitré au cortex visuel en passant par le chiasma optique (voir le parcours du nerf optique).



NIVEAU CÉRÉBRAL : les centres de contrôle du corps vitré sont situés dans le **cortex visuel** (pour la partie ectodermique) et dans la **moelle cérébrale** (pour la partie mésodermique). La moitié droite du corps vitré de chaque œil est contrôlée par le côté droit du cerveau ; la moitié gauche du corps vitré de chaque œil est contrôlée par le côté gauche du cerveau. Il n'y a pas de corrélation croisée du cerveau à l'organe.

REMARQUE : les centres de contrôle du corps vitré sont situés à côté des relais cérébraux de la rétine.

CONFLIT BIOLOGIQUE : le conflit biologique lié au corps vitré est la **peur d'un « prédateur »** qui se « faufile par derrière » (à distinguer d'une « peur dont on ne peut se débarrasser » liée à la rétine). Ainsi, le conflit est toujours la peur d'une personne, comme par exemple, la peur d'un agresseur, d'un harceleur, d'un diffamateur, d'un ex-conjoint menaçant, d'un membre de la famille qui court après l'héritage, d'un superviseur, d'un enseignant, d'un parent, d'un médecin, d'un avocat ou d'une autorité (gouvernement, centre des impôts, huissier de justice, police, juge) qui nous talonne. La peur peut également être ressentie par le fait de se sentir poussé à la performance par quelqu'un (à l'école, à la maison, au travail).

REMARQUE : le fait que les moitiés droites ou gauches du corps vitré soient affectées 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. Comme pour la rétine, **le principe de la latéralité est inversé**. Par conséquent, pour une personne droitère, les moitiés droites du corps vitré se rapportent à sa mère ou à ses enfants, les moitiés gauches du corps vitré se rapportent à un partenaire ; pour les gauchers, c'est l'inverse.

PHASE DE CONFLIT ACTIF : **nécrose** (contrôlée par la moelle cérébrale) et **perte fonctionnelle** du corps vitré (contrôlée par le cortex visuel), provoquant une interférence dans la transmission de la lumière vers la rétine avec pour conséquence, une **opacification du corps vitré**. (à distinguer de l'opacification du cristallin). Considérant qu'en raison de la réfraction de la lumière par la cornée et le cristallin, les images projetées sur la rétine sont inversées (ce qui est perçu dans le champ de vision temporal s'inscrit sur la moitié nasale du corps vitré), l'opacification du corps vitré **affecte principalement les moitiés nasales et donc la vision périphérique** (voir les champs visuels). Le **sens biologique de cette opacification** est de brouiller la vision du « prédateur » (phénomène des œillères) afin de pouvoir se concentrer pleinement sur l'itinéraire de fuite.

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

PHASE DE GUÉRISON : durant la phase de guérison, l'opacification du corps vitré se résorbe. En **PCL-A**, un œdème (accumulation de liquide) se développe à l'endroit concerné, ce qui augmente la pression intra-oculaire de l'œil. Avec le **SYNDROME**, c'est-à-dire avec une rétention d'eau résultant d'un conflit d'abandon ou d'existence actif, la pression oculaire augmente encore plus. Lors de la Crise Épileptoïde, l'œdème est expulsé. Cependant, afin de maintenir la fermeté du globe oculaire et de l'empêcher de s'affaisser, **la pression intra-oculaire reste élevée pendant et un peu après la**

Crise Épileptoïde (en **PCL-B**). Avec une guérison en suspens due à de continuelles rechutes de conflit, le nerf optique se détériore, en particulier lorsque l'œdème atteint l'endroit du corps vitré d'où le nerf optique sort de l'œil. En médecine conventionnelle, un dommage au nerf optique est appelé **glaucome** ou « cataracte verte » (à distinguer de la « cataracte grise » liée au cristallin).



Les Crises Épileptoïdes récurrentes (« crises de glaucome ») entraînent une **perte progressive de la vision périphérique**, également connue sous le nom de **vision en tunnel** (à distinguer de la perte de la vision centrale liée à la macula), et finissent par conduire à la cécité.

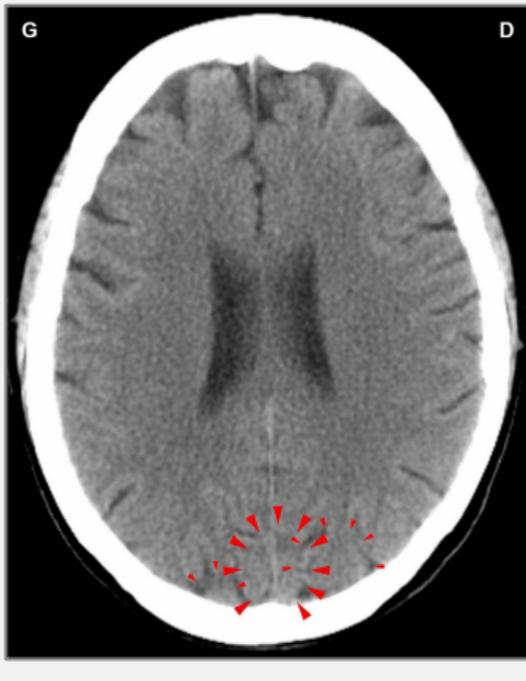
REMARQUE : Le **corps ciliaire** produit un liquide aqueux qui remplit la **chambre antérieure et postérieure** de l'œil afin de maintenir la pression intra-oculaire de l'œil. Une partie de ce fluide se retrouve dans le corps vitré. Si une trop grande quantité de liquide est produite, en raison d'une **prolifération cellulaire** dans le corps ciliaire causée par un conflit de « morceau visuel » actif, le surplus de liquide pénètre dans le corps vitré. Dans le cas d'une longue activité conflictuelle, l'**augmentation de la pression intra-oculaire** endommage le nerf optique. En médecine conventionnelle, ceci est appelé un « glaucome secondaire ». Dans ce cas, le glaucome survient durant la **phase de conflit actif** et est lié au corps ciliaire !

Le nerf optique est alimenté par des **vaisseaux sanguins**, lesquels sont liés à un conflit de dévalorisation de soi en rapport avec l'œil. Au cours de la phase de guérison (**PCL-B**), la paroi interne des vaisseaux sanguins peut se déchirer et saigner. Le SYNDROME augmente considérablement le risque de déchirure. Dans ce cas, le nerf optique se retrouve endommagé bien que la **pression intra-oculaire soit conforme à la normale**. En médecine conventionnelle, on appelle cela un « glaucome à pression normale ».

Le **réseau trabéculaire**, situé à proximité du corps ciliaire, est responsable de l'évacuation du liquide intra-oculaire. Il est principalement constitué de tissu conjonctif, lequel est lié à un conflit de dévalorisation de soi en rapport avec l'œil ou les yeux. Durant la phase de guérison (**PCL-B**), lorsque les **cellules perdues** sont reconstituées par une prolifération cellulaire, l'écoulement des fluides peut se retrouver obstrué. Cette rétention de liquide augmente la pression intra-oculaire, laquelle endommage le nerf optique. En médecine conventionnelle, on appelle cela un « glaucome à angle ouvert ».

Une pression oculaire élevée et permanente entraîne une dépression du disque optique, appelée une **excavation papillaire** (à distinguer de l'œdème papillaire, un gonflement du nerf optique dû à une augmentation de la pression intracrânienne ; voir l'hydrocéphalie).

Le processus de cicatrisation (**PCL-B**) dans le corps vitré se manifeste par des **mouches volantes** qui se présentent sous la forme de points, de fils, de tâches noires ou grises, de cordes ou de toiles d'araignée qui se déplacent avec les mouvements des yeux. Les mouches volantes sont visibles en raison des ombres qu'elles projettent sur la rétine. Une fois le processus de guérison achevé, les mouches volantes disparaissent. Lors d'une guérison en suspens, le corps vitré se rétracte lentement et se détache de la rétine. C'est ce que l'on appelle un **décollement du vitré**. Ce que l'on appelle un « anneau de Weiss » est un corps flottant en forme de cercle, créé par un décollement *postérieur* du vitré autour du nerf optique à l'arrière de l'œil (à distinguer d'un décollement de la rétine). La séparation d'avec la rétine endommage la surface de la rétine. Lorsque cela se produit, la rétine engage un processus de guérison et produit un tissu cicatriciel, ou membrane épitrétiennne. Si ce tissu cicatriciel se forme sur la macula, la partie de l'œil responsable de la vision centrale, on parle alors d'un **plissement maculaire**, car en rétrécissant, la macula se « plisse » ou se ride (à distinguer de la dégénérescence maculaire).

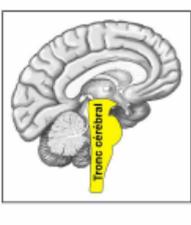


Ce scanner cérébral montre un conflit central (lié à la fois à la mère/enfant et au partenaire de la personne) dans la zone du cortex visuel qui contrôle le corps vitré ([voir le diagramme GNM](#)). Les petites flèches pointent vers les centres de contrôle des rétines ([voir le diagramme GNM](#)) avec un Foyer de Hamer dans les deux hémisphères cérébraux. Les anneaux partiellement œdémateux ([PCL-A](#)) indiquent que la personne a encore vécu des rechutes du conflit de peur. Cette combinaison des Programmes Biologiques Spéciaux de la rétine et du corps vitré se produit, par exemple, lorsqu'un enfant vit dans la peur d'être puni (rétine) par ses parents (corps vitré).

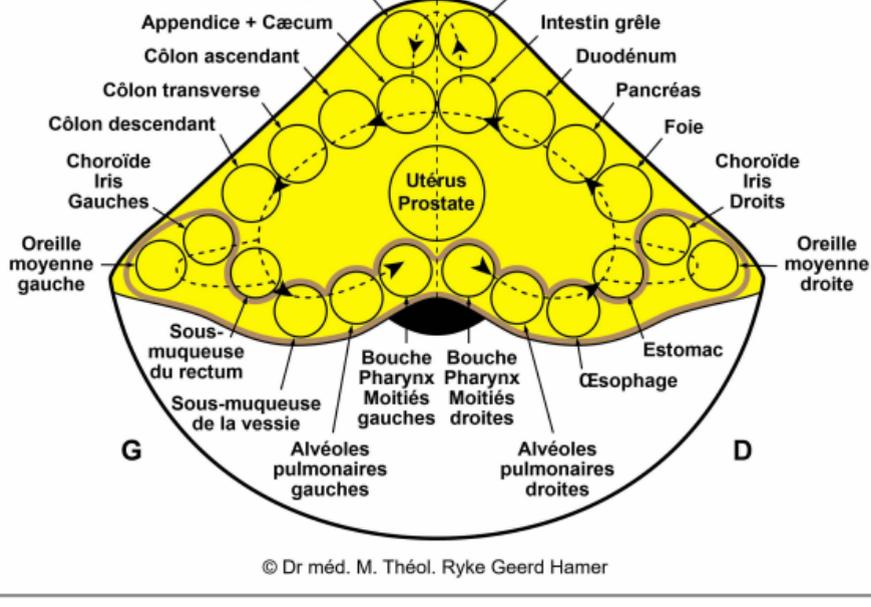
Source : www.learninggnm.com

© LearningGNM.com

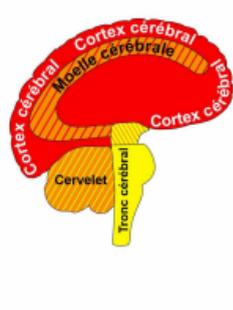
AVERTISSEMENT : les informations contenues dans ce document ne remplacent pas un avis médical professionnel.



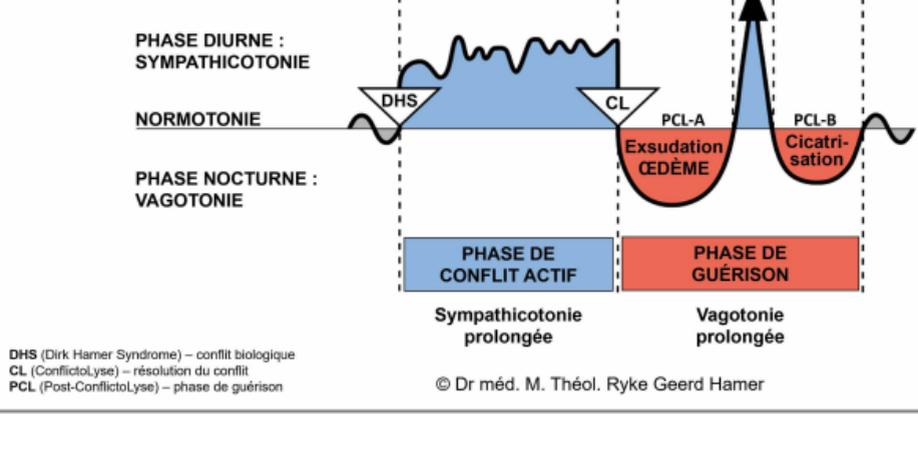
RELATION TRONC CÉRÉBRAL – ORGANES



© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer



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

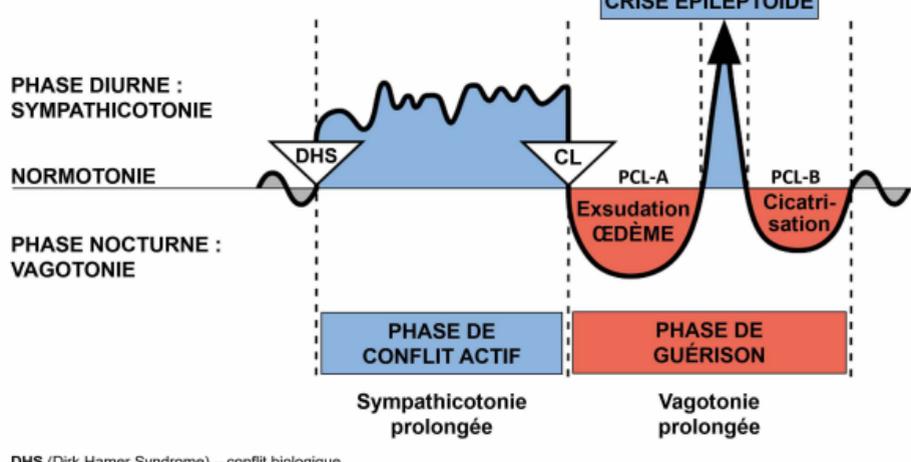


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
 CL (ConflictLyse) – résolution du conflit
 PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer

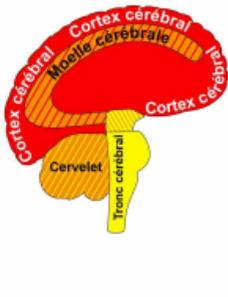
PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

SCHÉMA DES DEUX PHASES

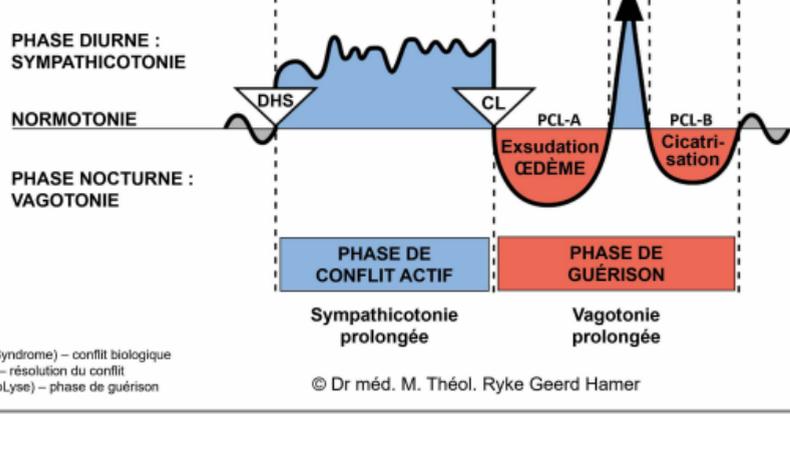


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
 CL (ConflictLyse) – résolution du conflit
 PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer



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

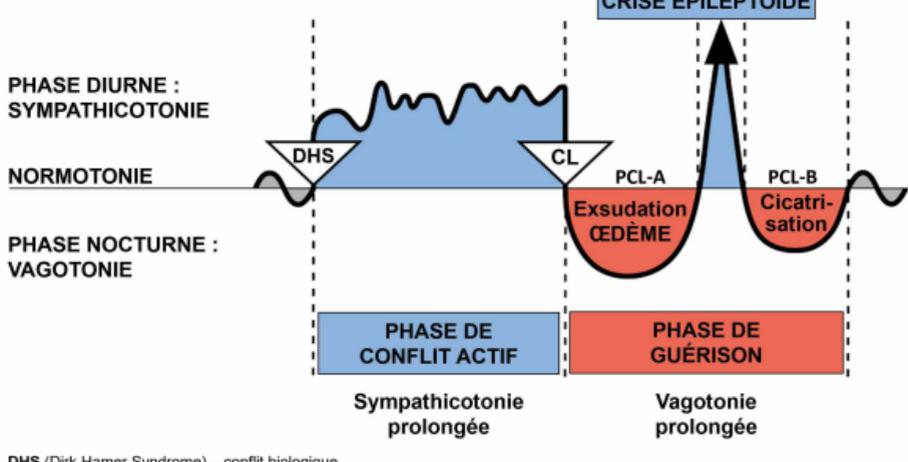


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
 CL (ConflictLyse) – résolution du conflit
 PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer

PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

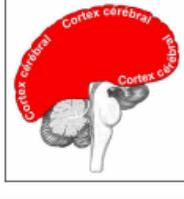
SCHÉMA DES DEUX PHASES



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

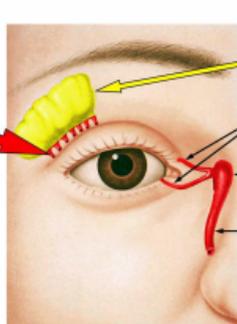
© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer

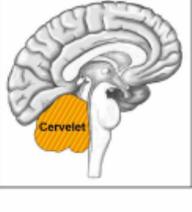
CANAUX LACRYMAUX EXCRÉTEURS



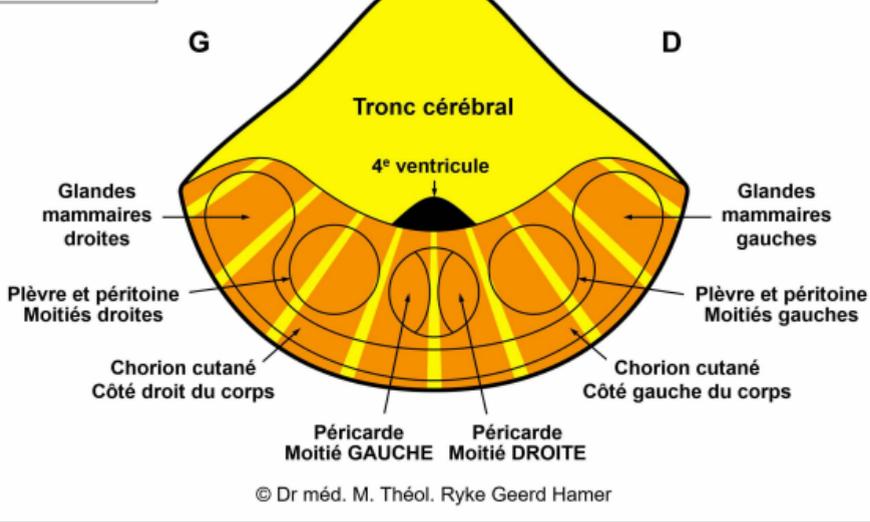
Ectoderme

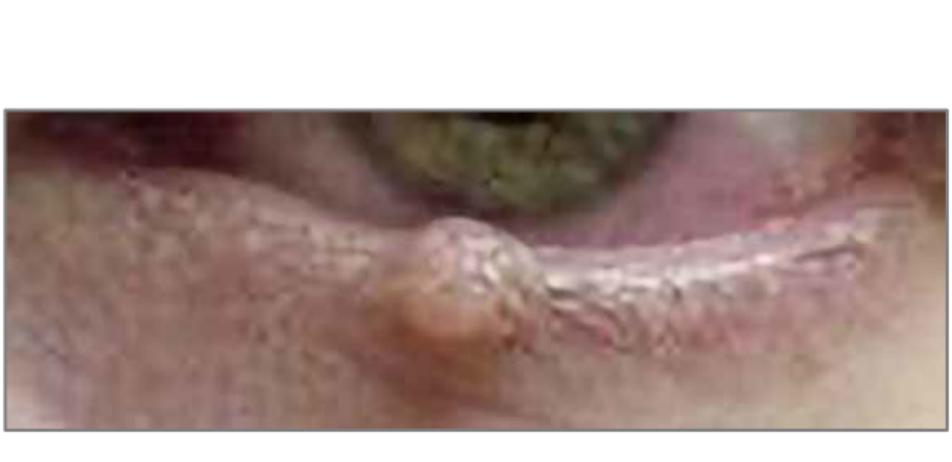
G N M



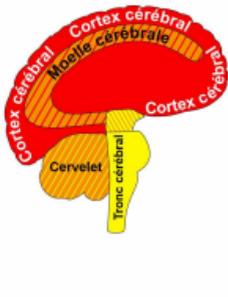


RELATION CERVELET – ORGANES

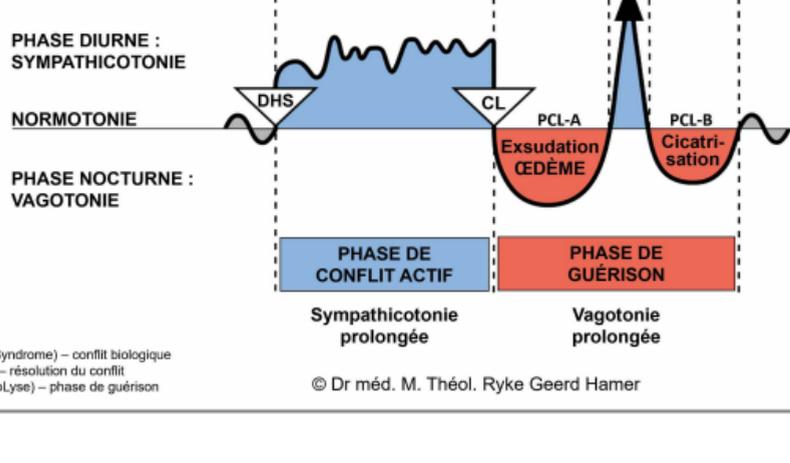








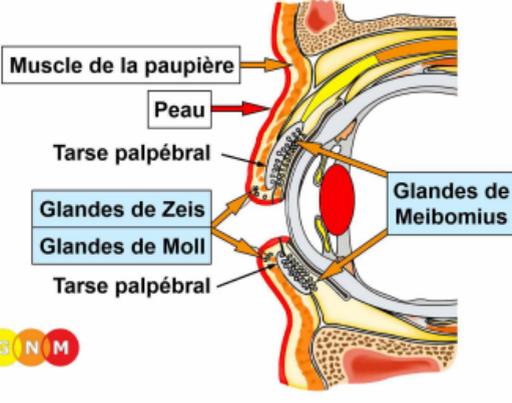
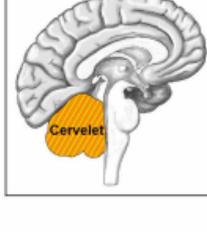
Cortex cérébral	PERTE CELLULAIRE (ulcération, nécrose)	Restauration du tissu par les bactéries
Moelle cérébrale		
Cervelet	PROLIFÉRATION CELLULAIRE	Élimination des cellules par les champignons et les bactéries
Tronc cérébral		



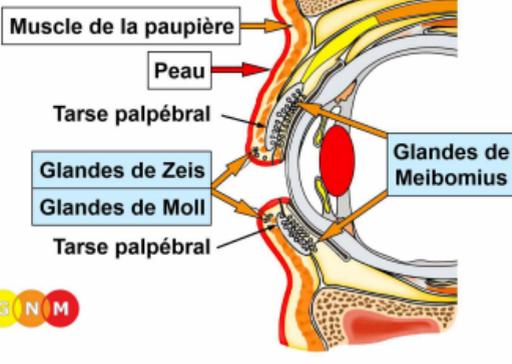
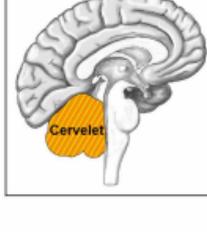
DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
 CL (ConflictLyse) – résolution du conflit
 PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer

GLANDES DE LA PAUPIÈRE

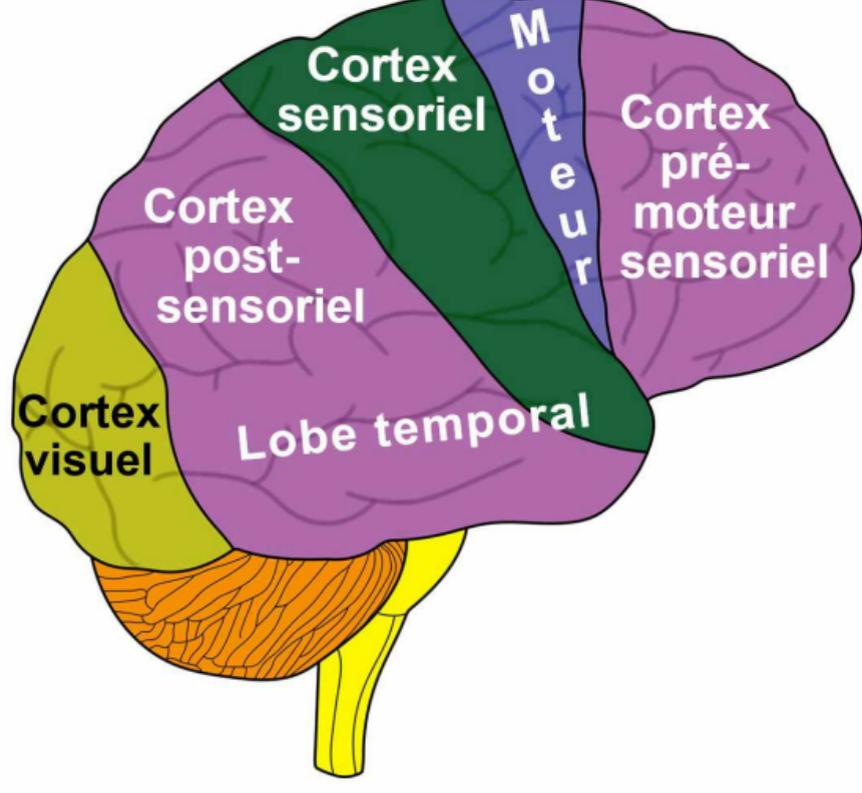


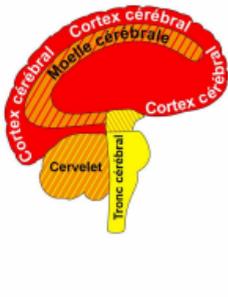
GLANDES DE LA PAUPIÈRE



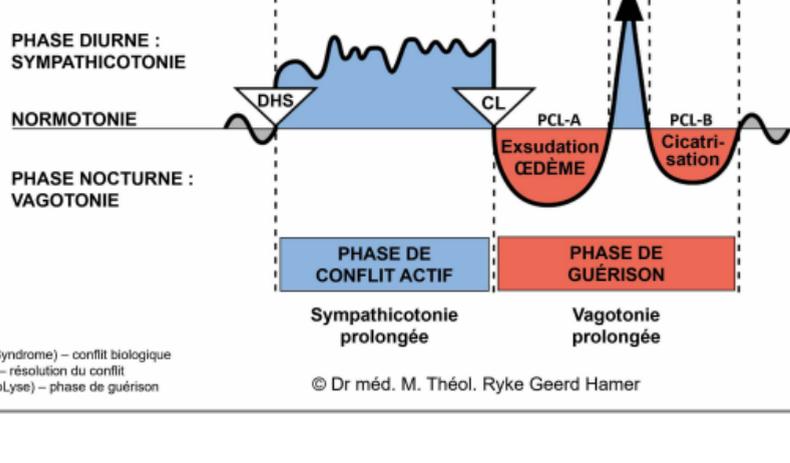
CORTEX CÉRÉBRAL

vue latérale





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

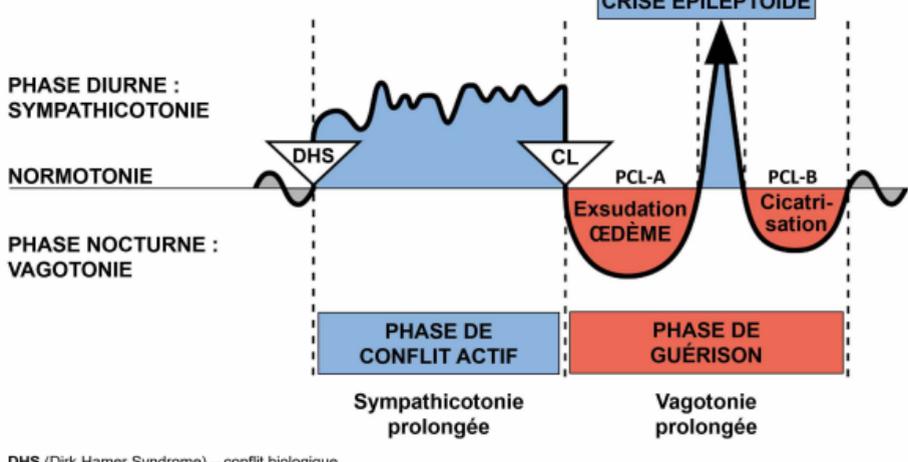


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
 CL (ConflictLyse) – résolution du conflit
 PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer

PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

SCHÉMA DES DEUX PHASES



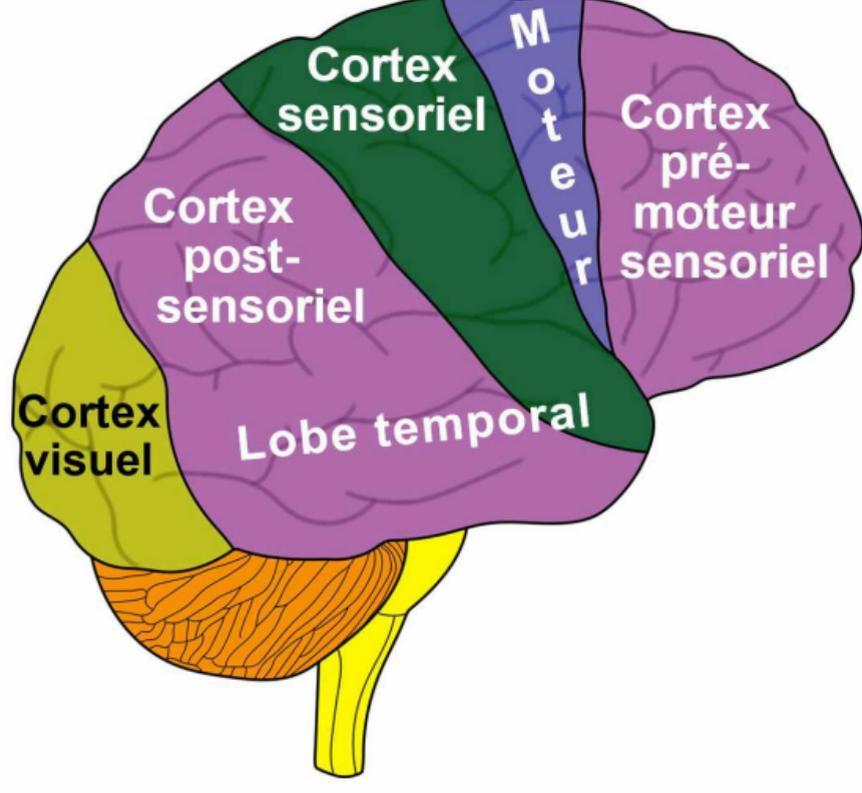
DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
 CL (ConflictLyse) – résolution du conflit
 PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

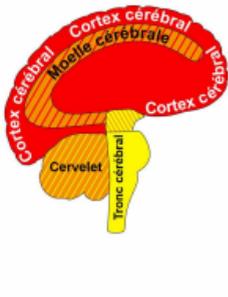
© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer

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

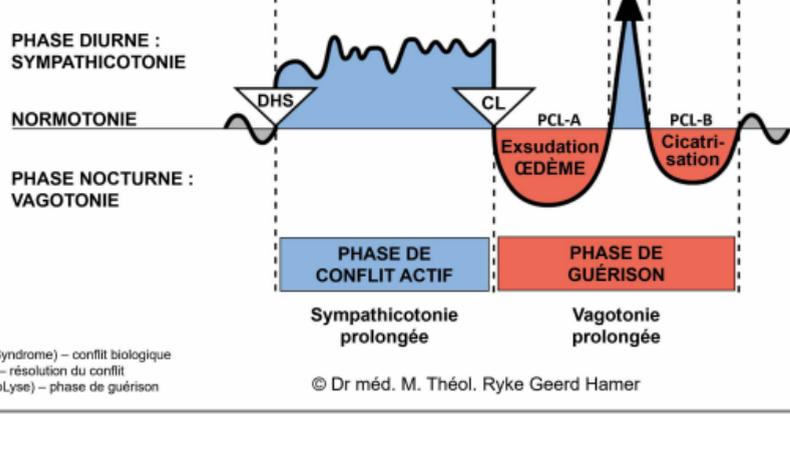
CORTEX CÉRÉBRAL

vue latérale





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

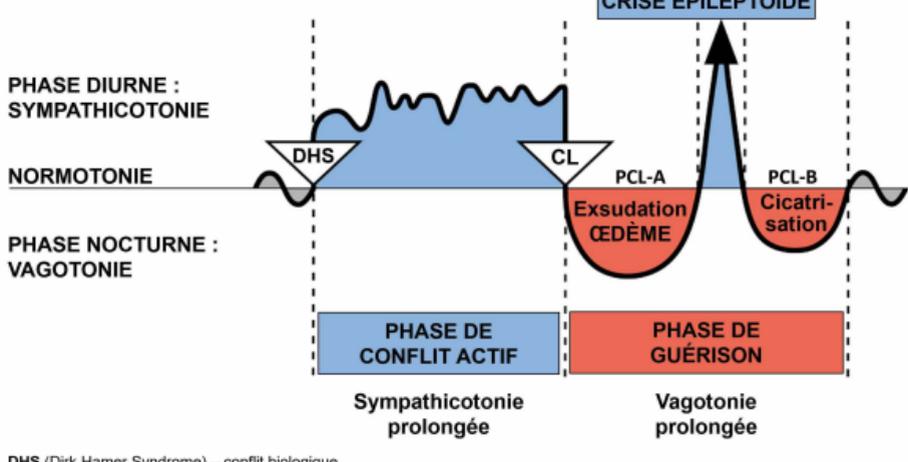


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
 CL (ConflictLyse) – résolution du conflit
 PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer

PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

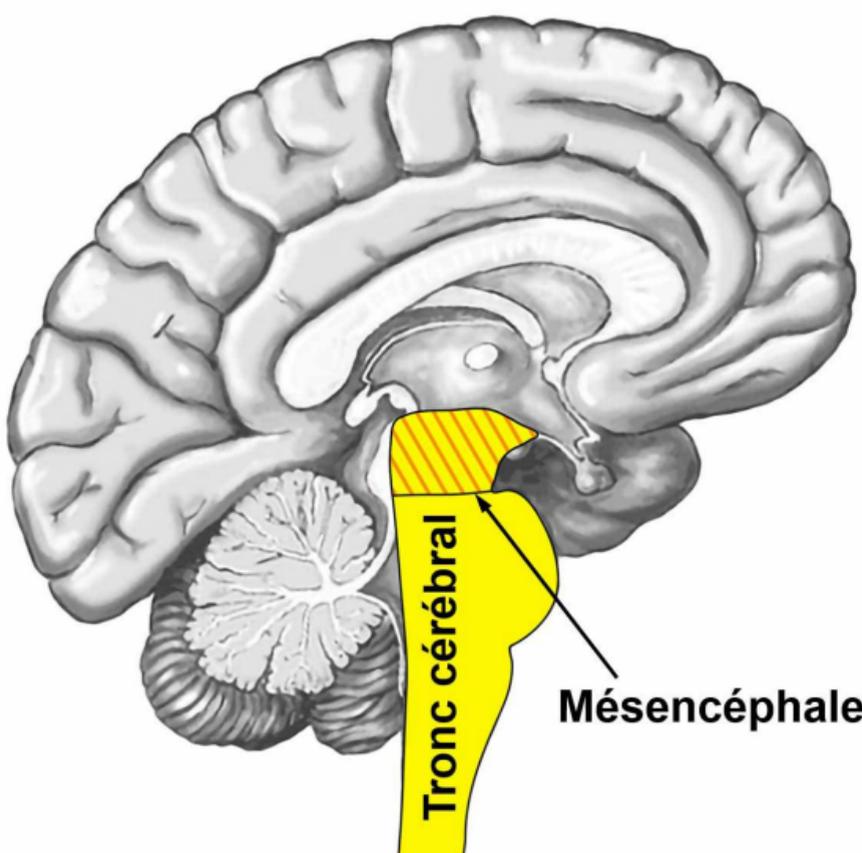
SCHÉMA DES DEUX PHASES

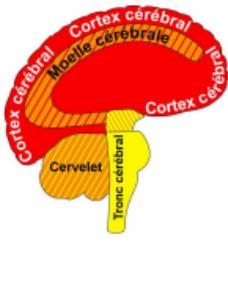


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
 CL (Conflictolyse) – résolution du conflit
 PCL (Post-Conflictolyse) – phase de guérison

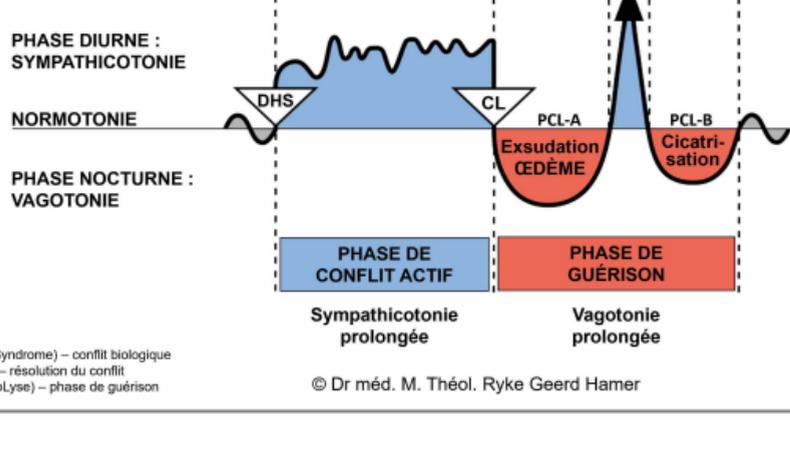
© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer

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





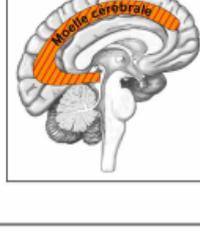
Cortex cérébral	PERTE CELLULAIRE (ulcération, nécrose)	Restauration du tissu par les bactéries
Moelle cérébrale		
Cervelet	PROLIFÉRATION CELLULAIRE	Élimination des cellules par les champignons et les bactéries
Tronc cérébral		



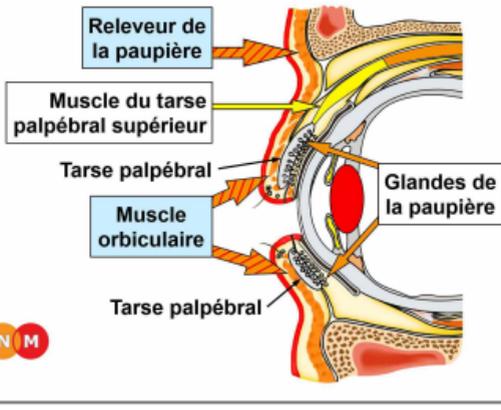
DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
 CL (ConflictLyse) – résolution du conflit
 PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer

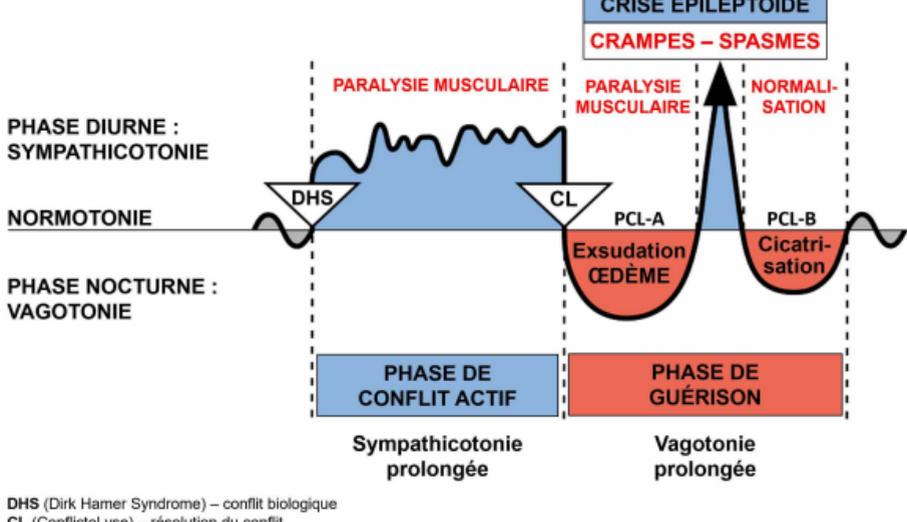
MUSCLES DE LA PAUPIÈRE



G N M



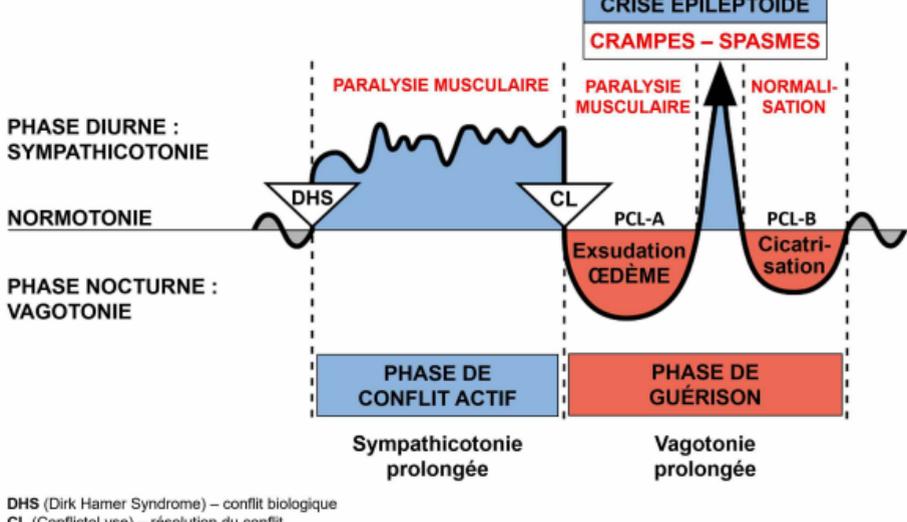
MUSCLES STRIÉS



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

© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer

MUSCLES STRIÉS

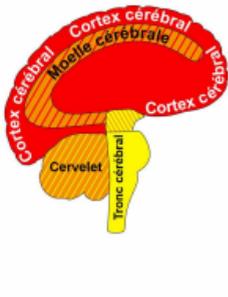


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique

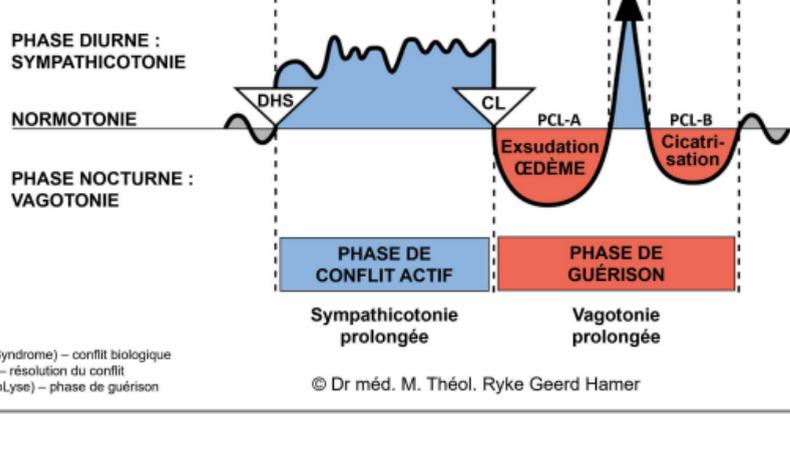
CL (Conflictolyse) – résolution du conflit

PCL (Post-Conflictolyse) – phase de guérison

© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer



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

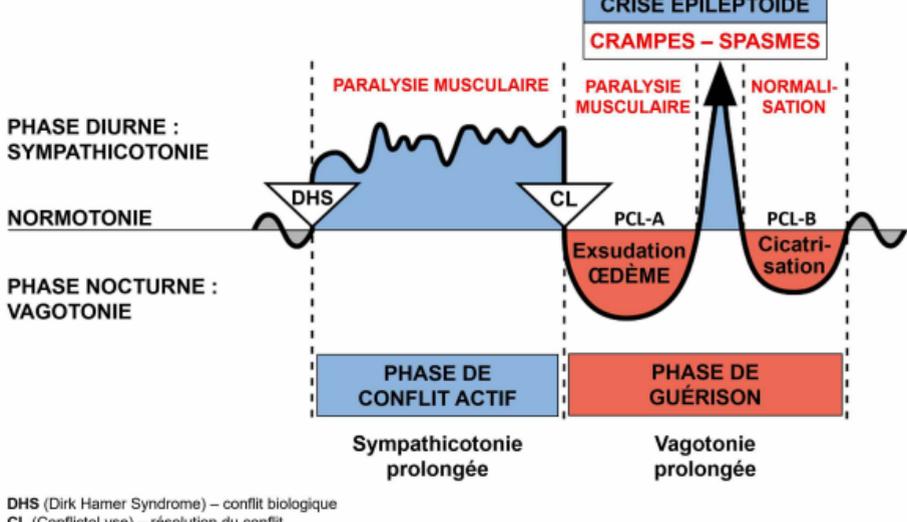


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
 CL (ConflictLyse) – résolution du conflit
 PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer



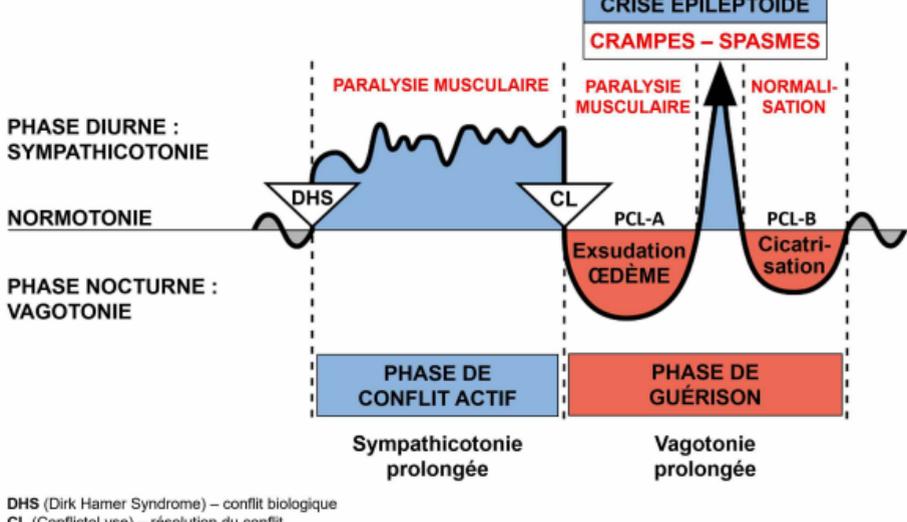
MUSCLES STRIÉS



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

© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer

MUSCLES STRIÉS



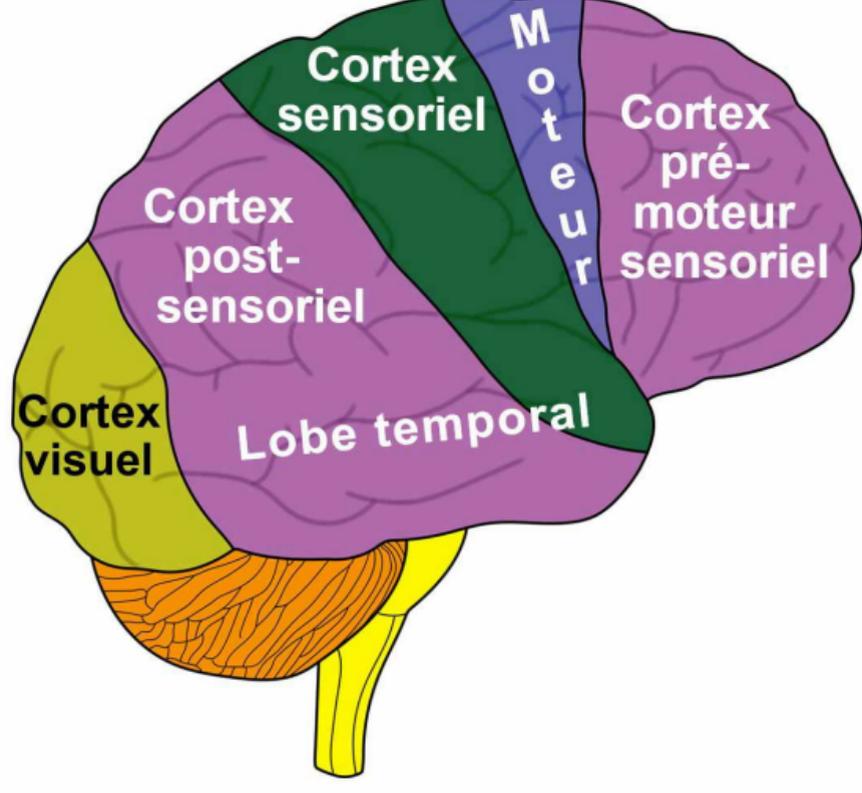
DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
 CL (Conflictolyse) – résolution du conflit
 PCL (Post-Conflictolyse) – phase de guérison

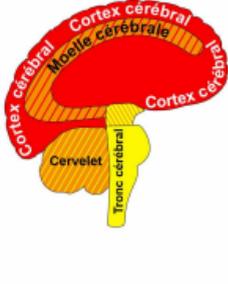
© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer

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

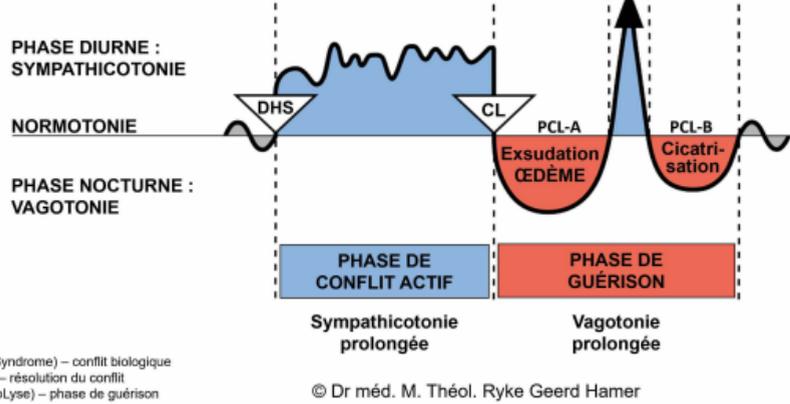
CORTEX CÉRÉBRAL

vue latérale





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

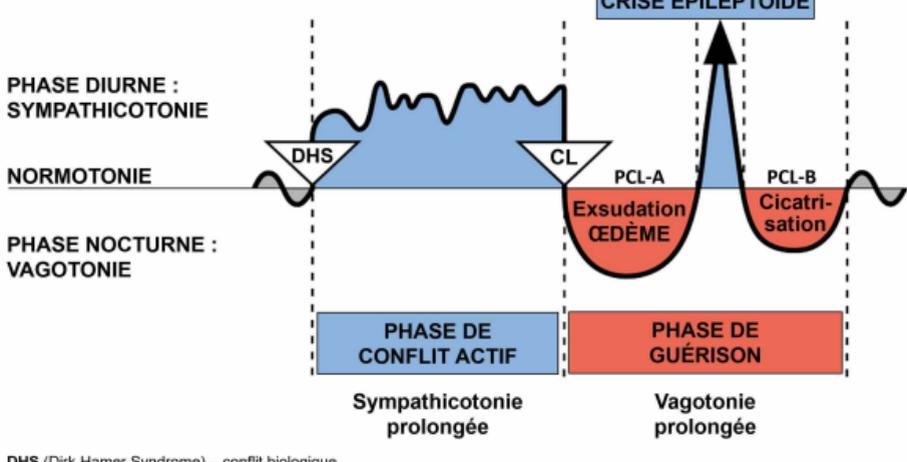


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
 CL (ConflictLyse) – résolution du conflit
 PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer

PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

SCHÉMA DES DEUX PHASES

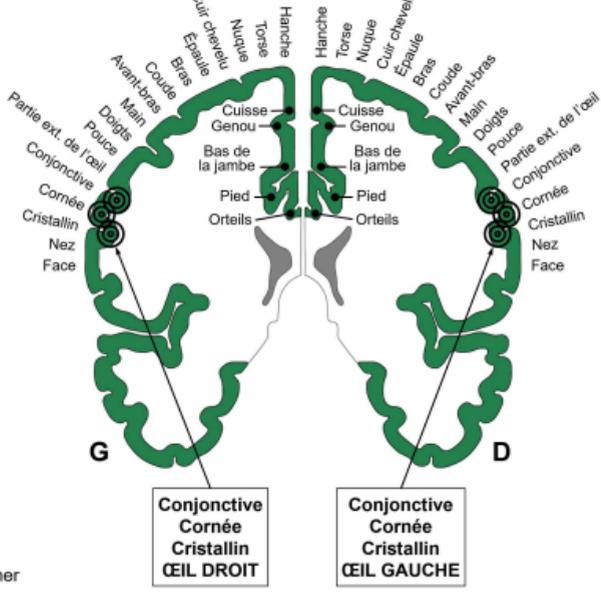
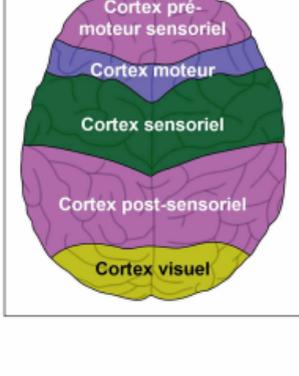


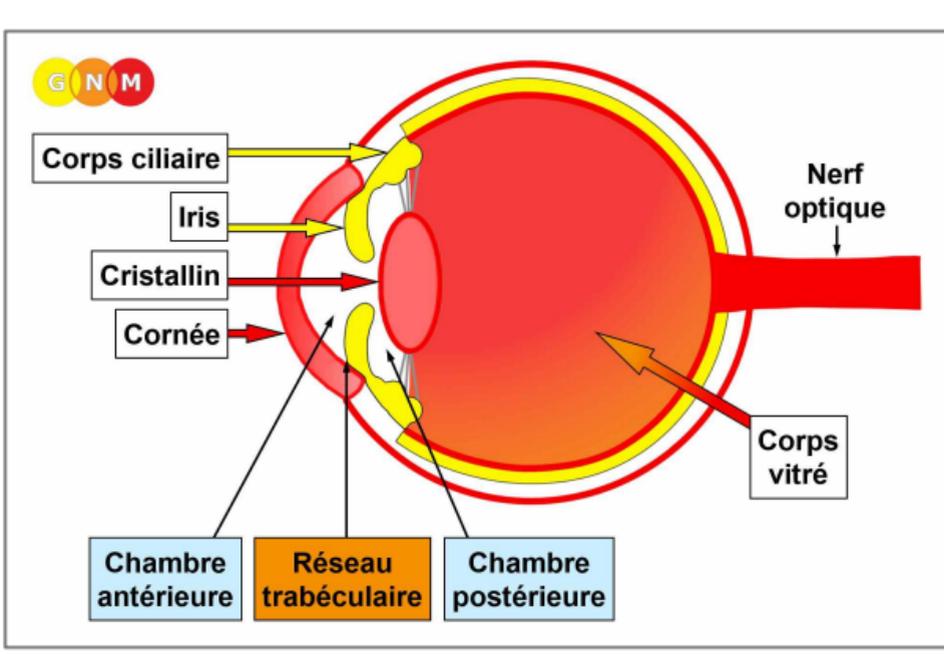
DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
 CL (Conflictolyse) – résolution du conflit
 PCL (Post-Conflictolyse) – phase de guérison

© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer

**CORTEX SENSORIEL
vue postérieure**

**CORTEX CÉRÉBRAL
vue de dessus**

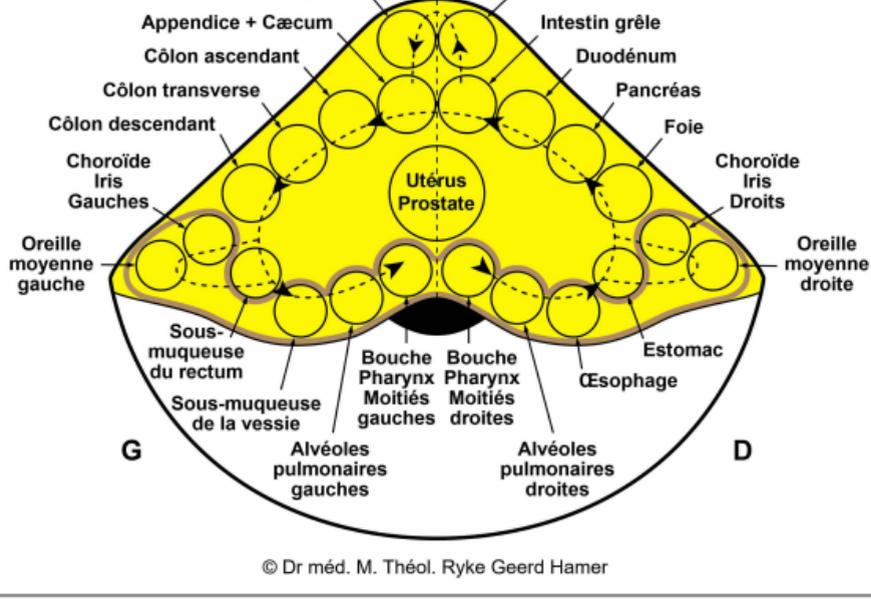




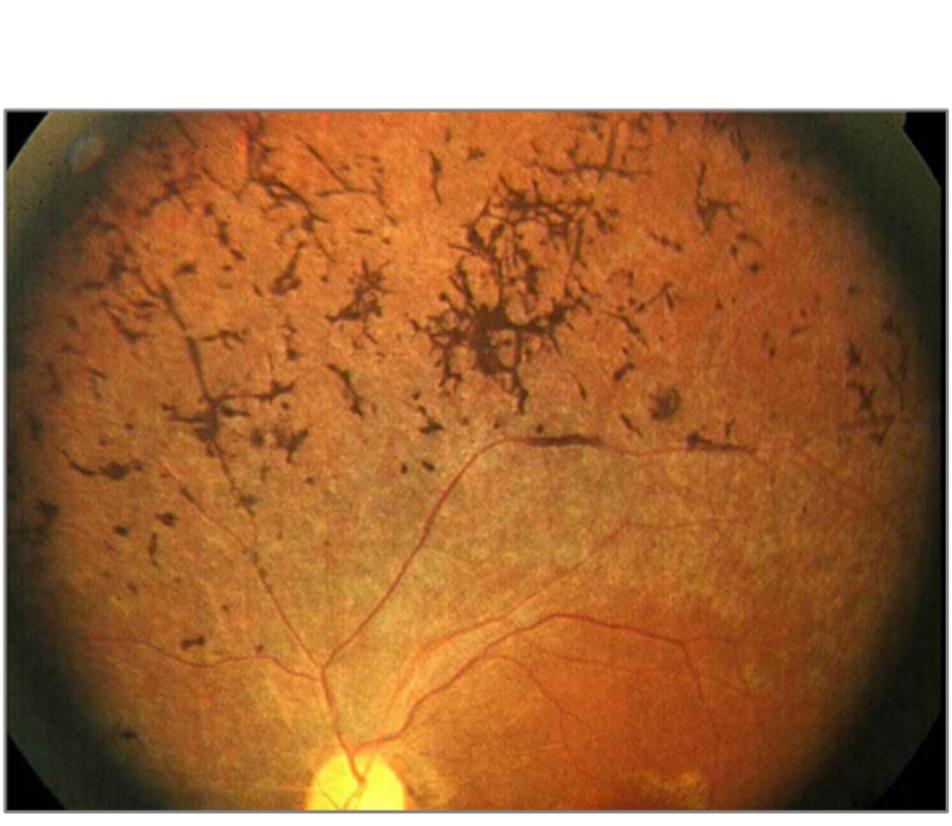


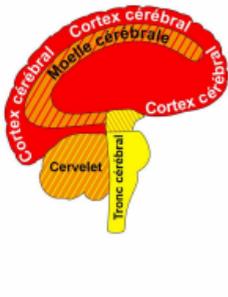


RELATION TRONC CÉRÉBRAL – ORGANES

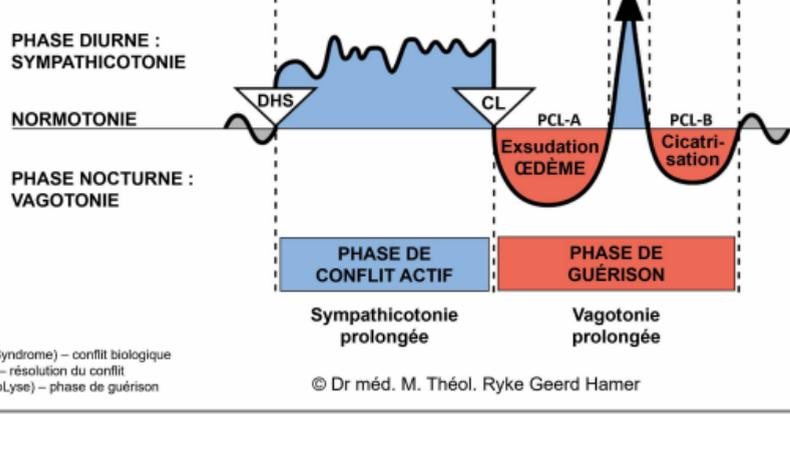


© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer





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

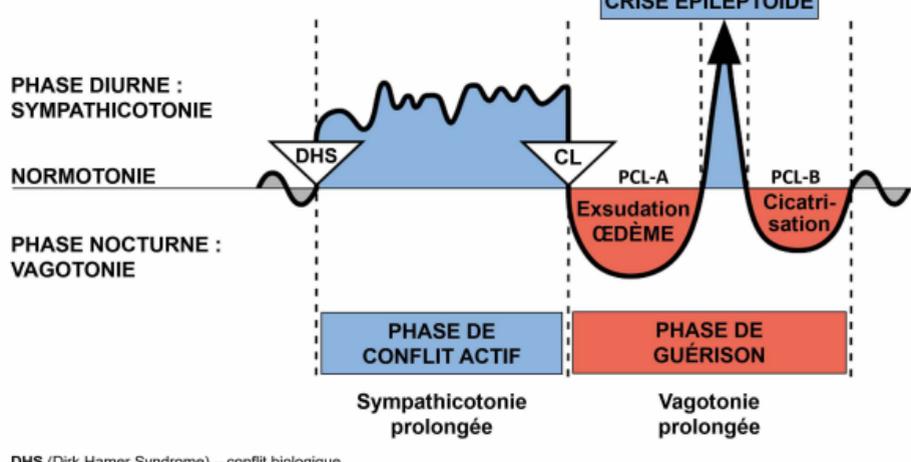


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
 CL (ConflictLyse) – résolution du conflit
 PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer

PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

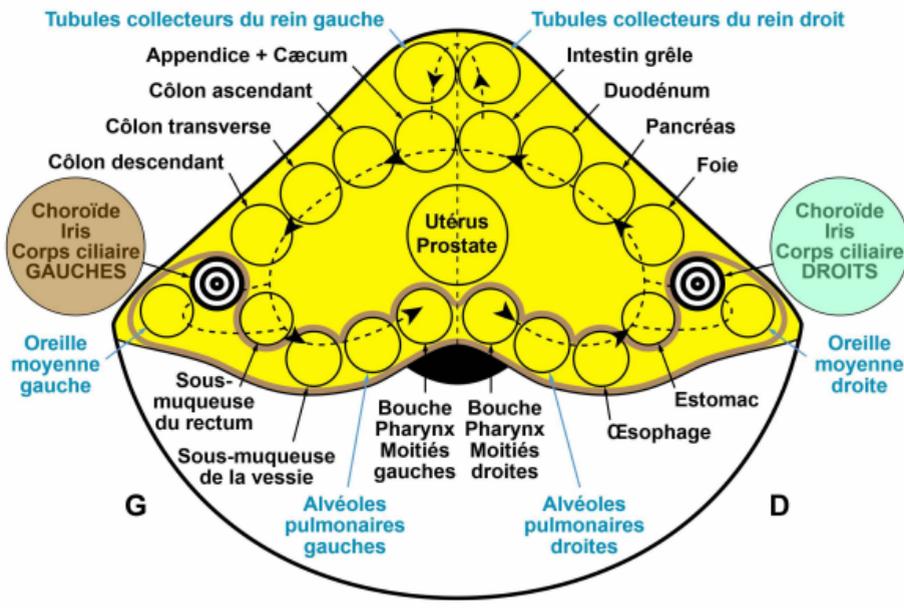
SCHÉMA DES DEUX PHASES



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

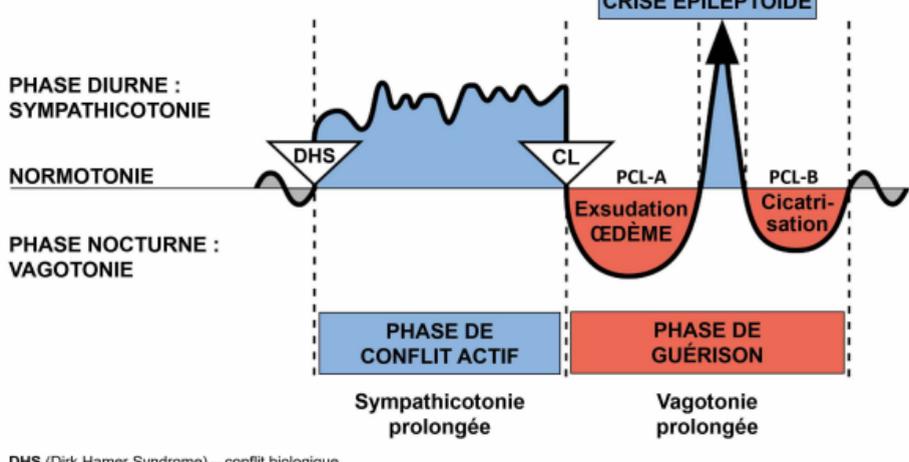
© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer

TRONC CÉRÉBRAL
vue de dessus



PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

SCHÉMA DES DEUX PHASES



DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique

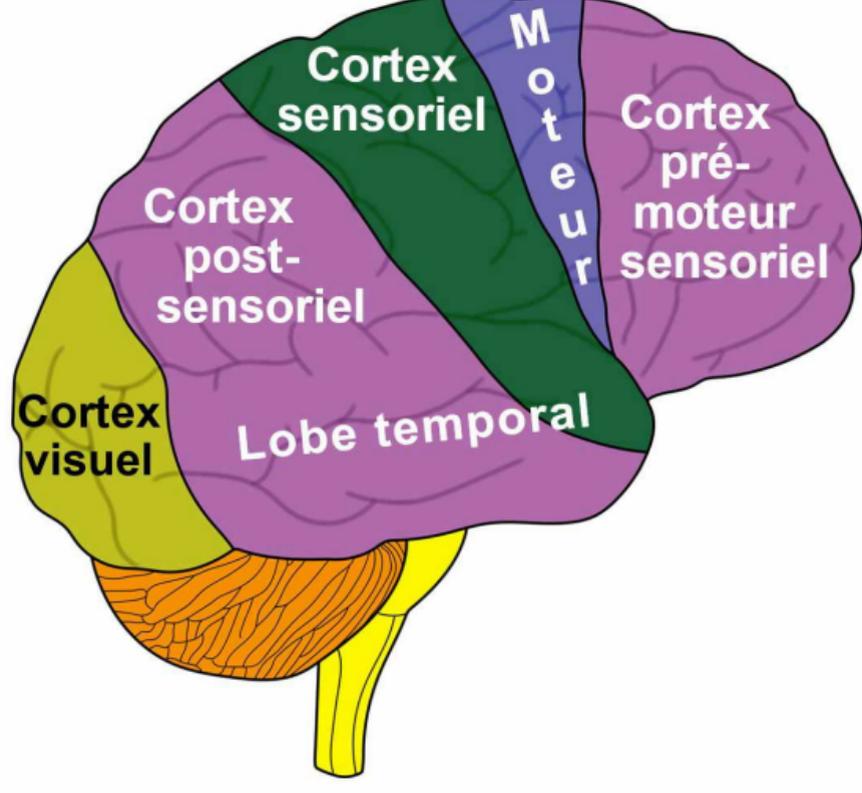
CL (ConflictLyse) – résolution du conflit

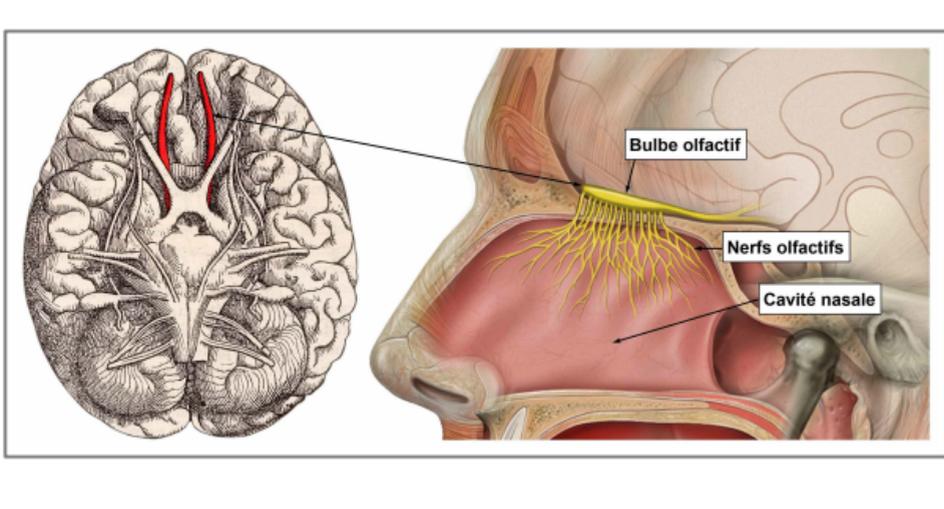
PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer

CORTEX CÉRÉBRAL

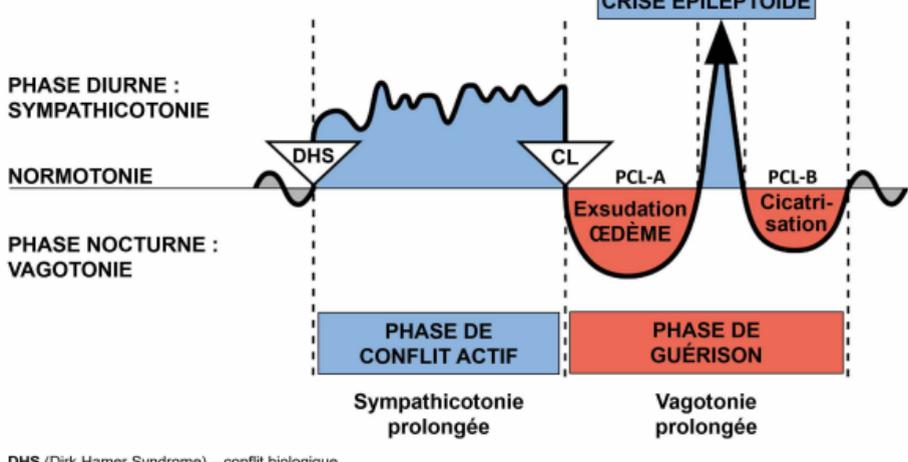
vue latérale





PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

SCHÉMA DES DEUX PHASES

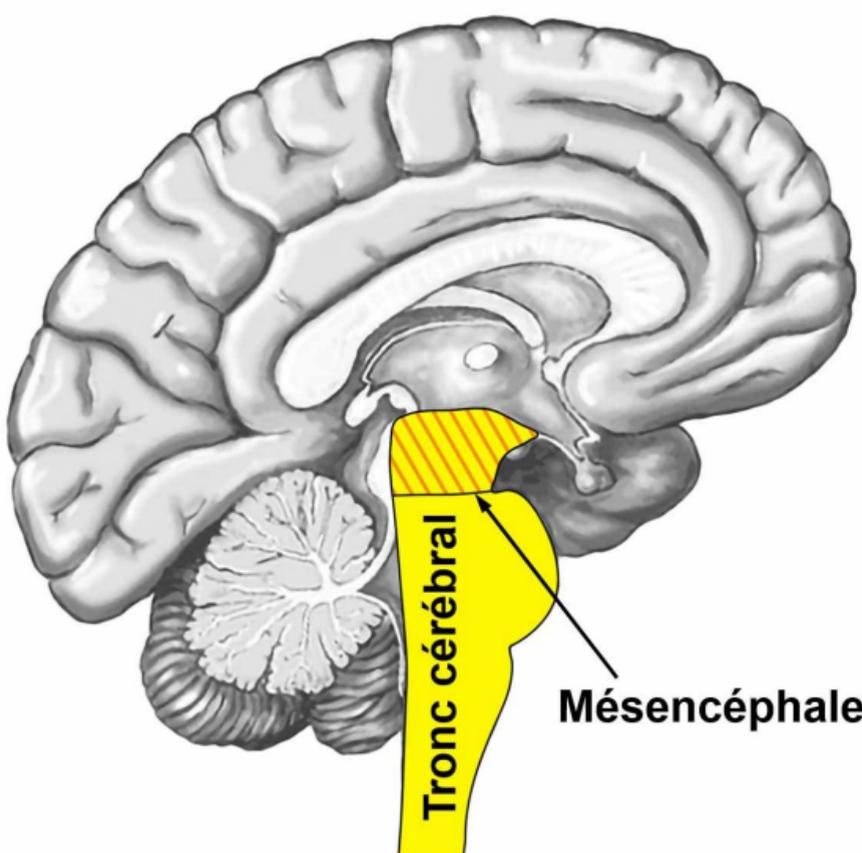


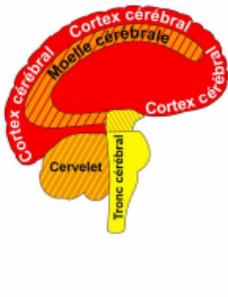
DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
 CL (Conflictolyse) – résolution du conflit
 PCL (Post-Conflictolyse) – phase de guérison

© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer

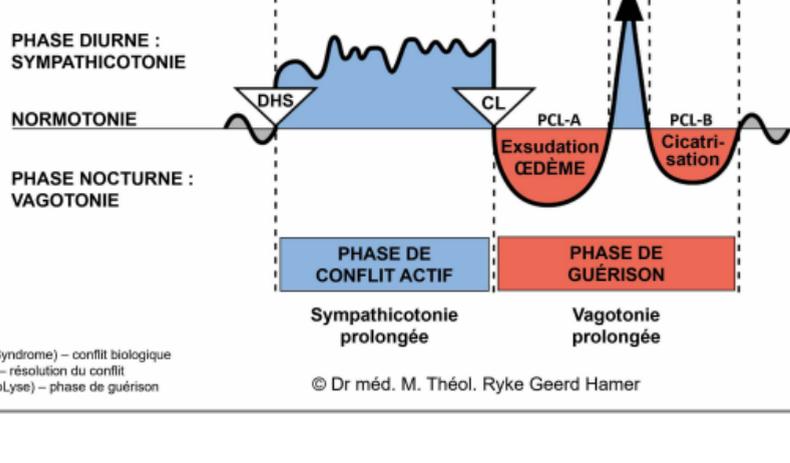


Un homoncule est une représentation des différentes parties anatomiques du corps.



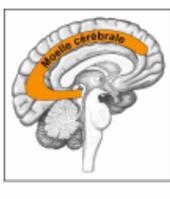


Cortex cérébral	PERTE CELLULAIRE (ulcération, nécrose)	Restauration du tissu par les bactéries
Moelle cérébrale		
Cervelet	PROLIFÉRATION CELLULAIRE	Élimination des cellules par les champignons et les bactéries
Tronc cérébral		

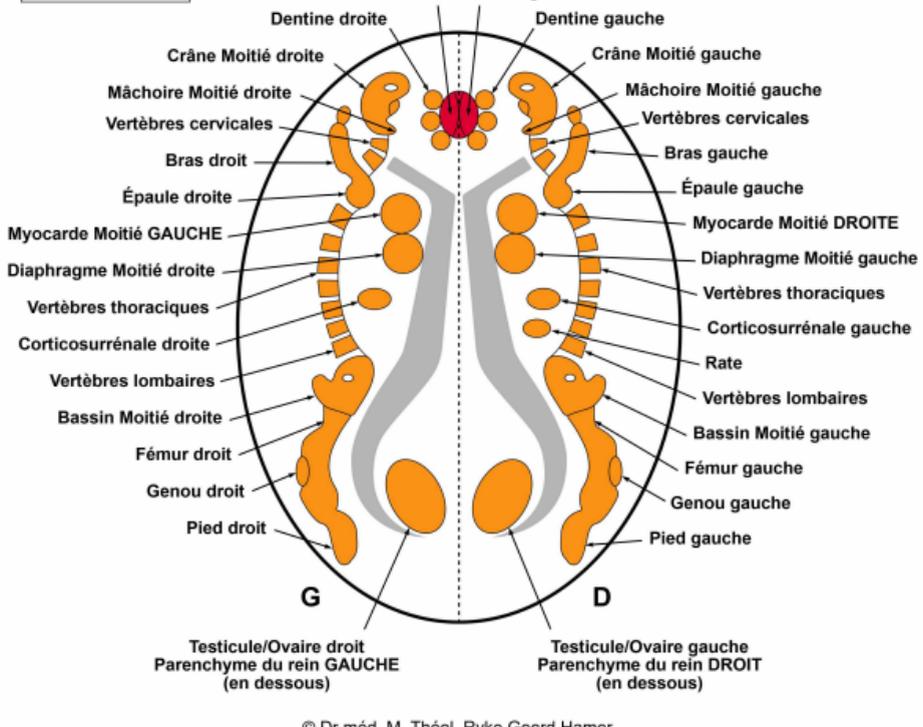


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
 CL (ConflictLyse) – résolution du conflit
 PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer

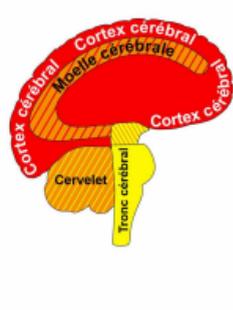


RELATION MOELLE CÉRÉBRALE – ORGANES

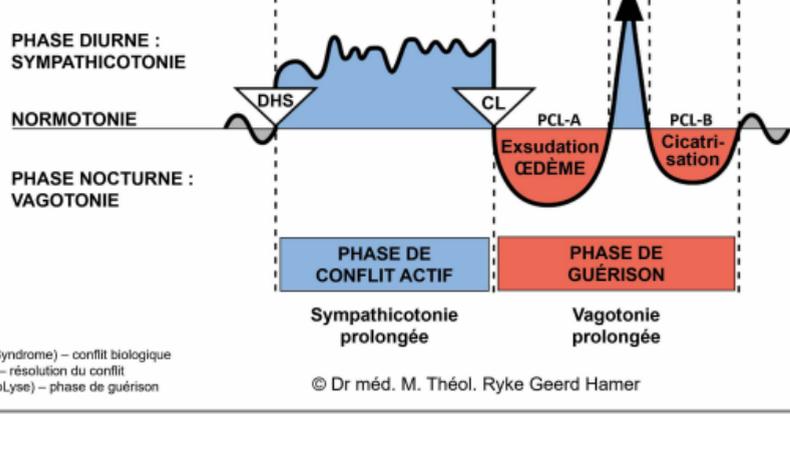


© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer

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



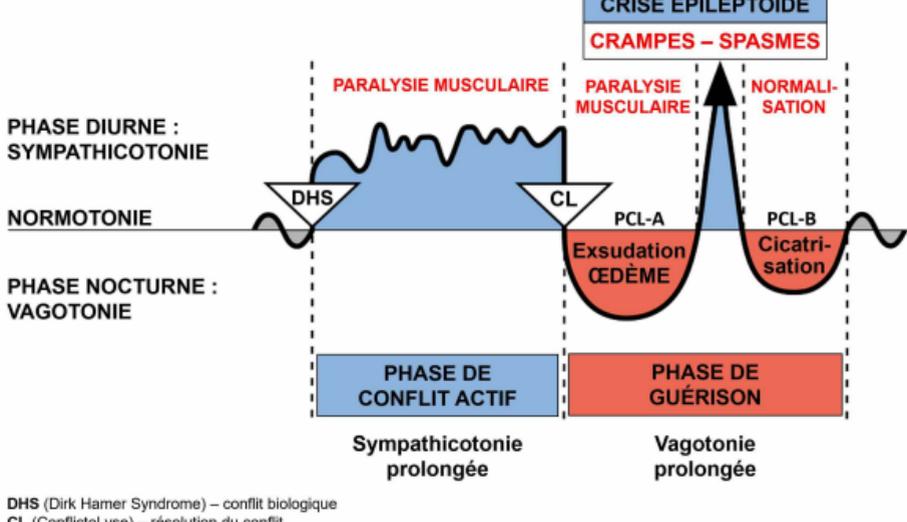
Cortex cérébral	PERTE CELLULAIRE (ulcération, nécrose)	Restauration du tissu par les bactéries
Moelle cérébrale		
Cervelet	PROLIFÉRATION CELLULAIRE	Élimination des cellules par les champignons et les bactéries
Tronc cérébral		



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

© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer

MUSCLES STRIÉS



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

© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer

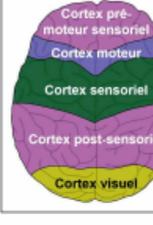
CORTEX MOTEUR
vue postérieure

MOELLE CÉRÉBRALE
vue de dessus

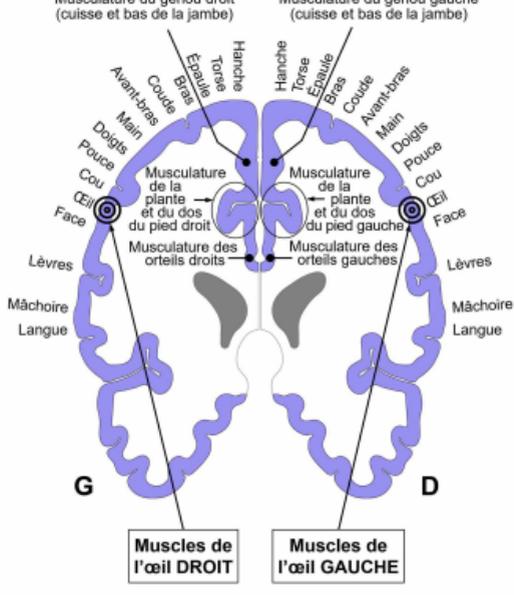


G D

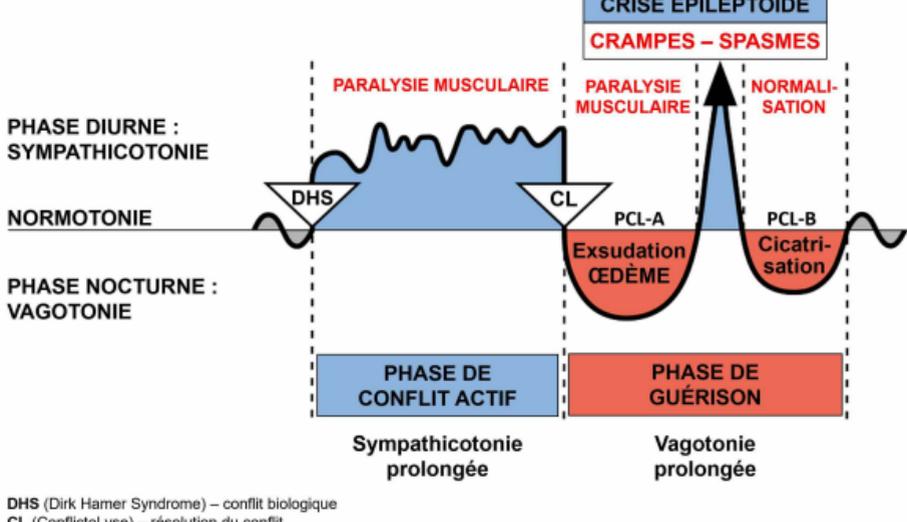
CORTEX CÉRÉBRAL
vue de dessus

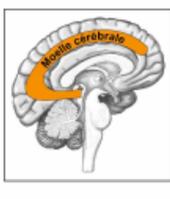


G D

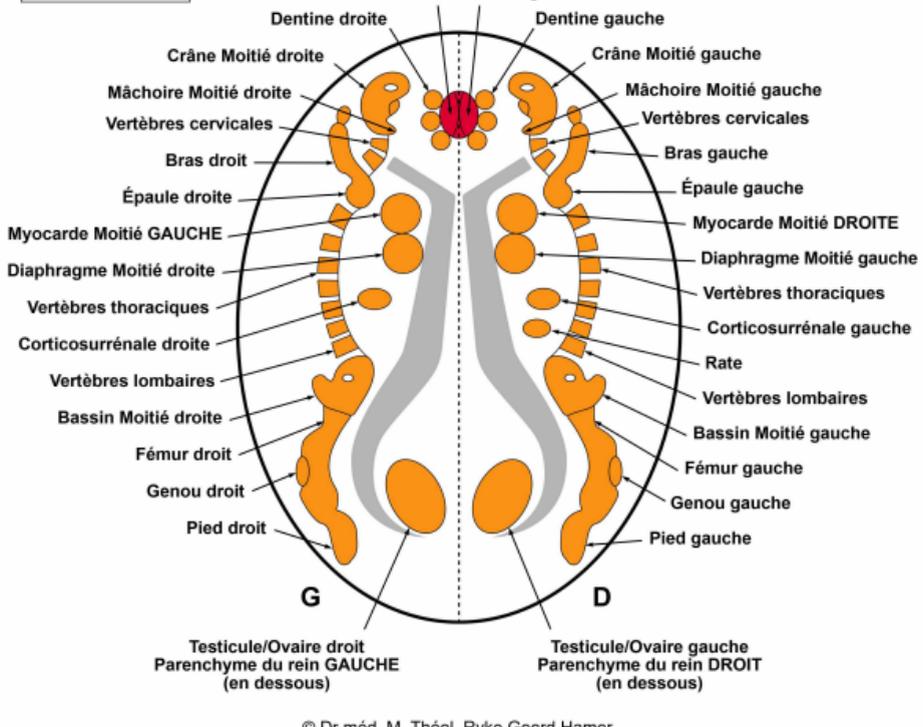


MUSCLES STRIÉS



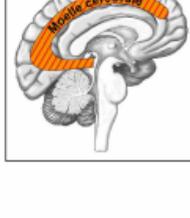


RELATION MOELLE CÉRÉBRALE – ORGANES

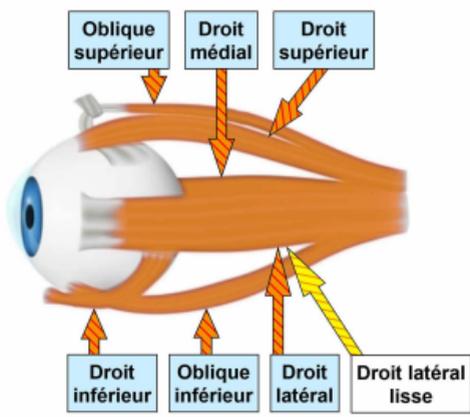


© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer

MUSCLES EXTRA-OCULAIRES

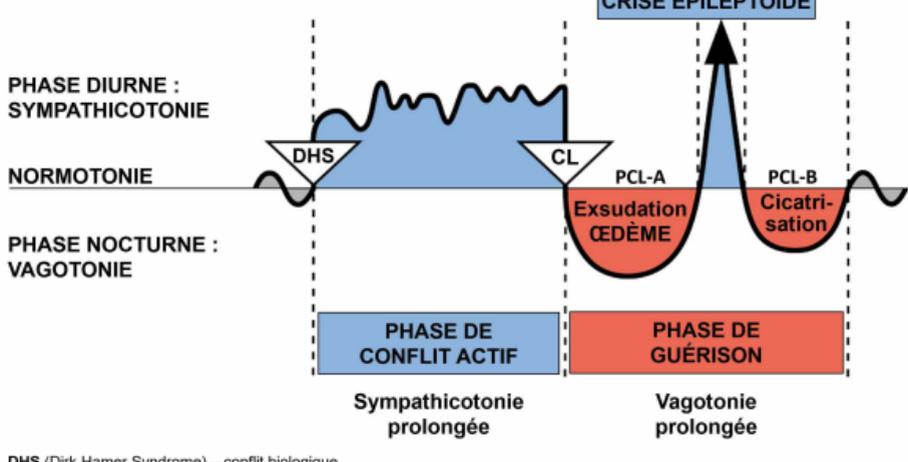


G N M



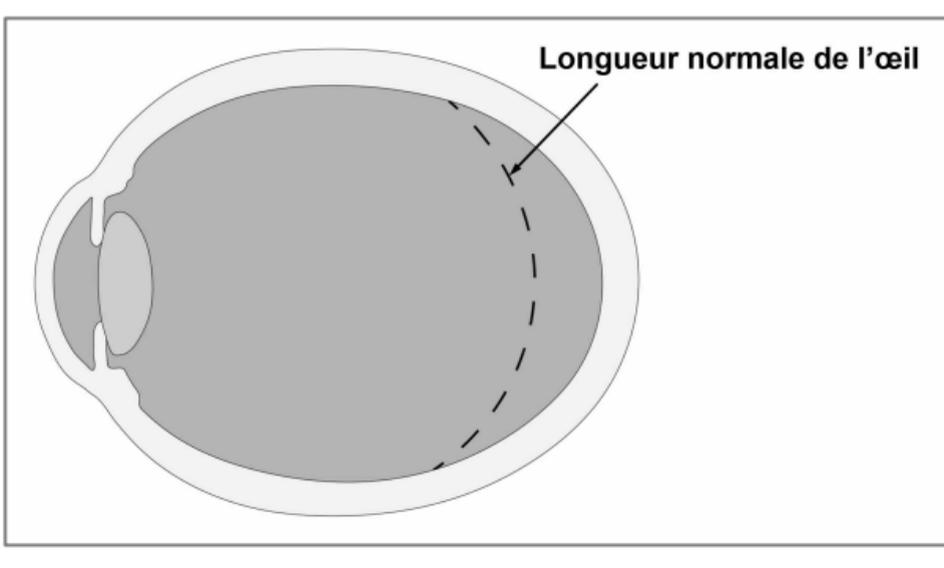
PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

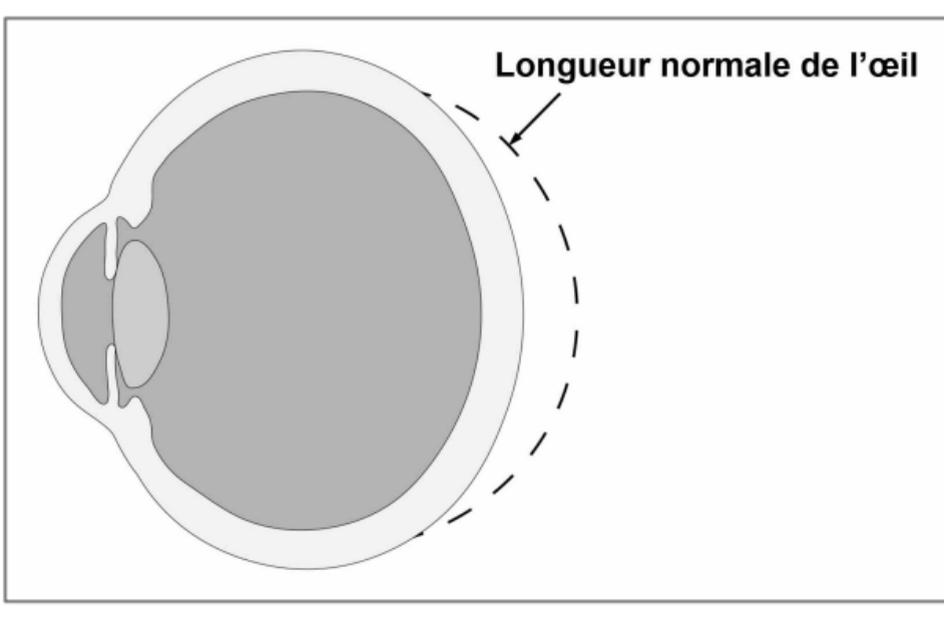
SCHÉMA DES DEUX PHASES

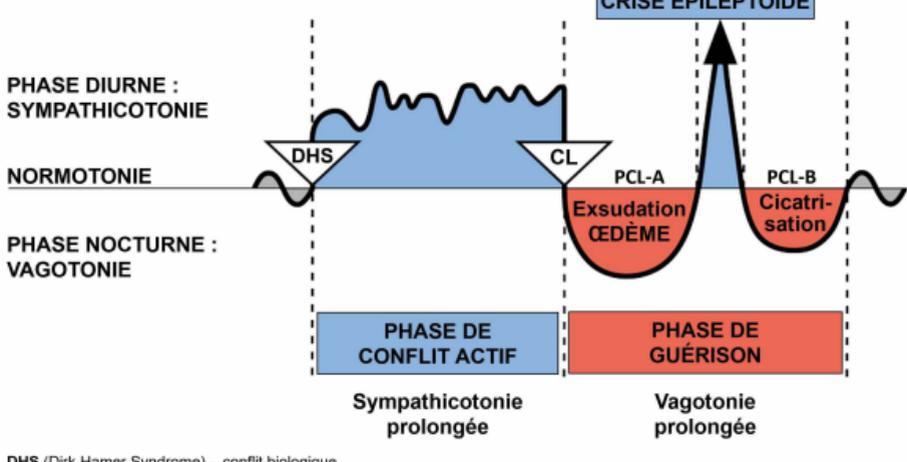


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
 CL (Conflictolyse) – résolution du conflit
 PCL (Post-Conflictolyse) – phase de guérison

© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer







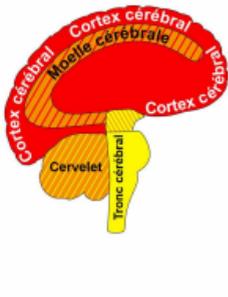
DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique

CL (ConflictLyse) – résolution du conflit

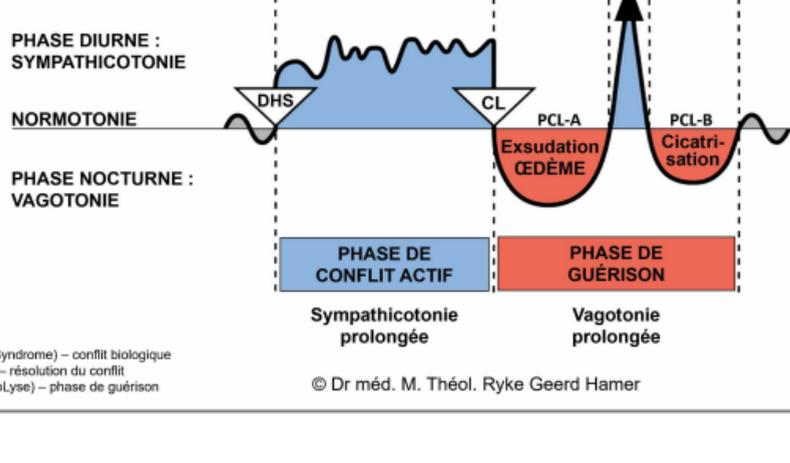
PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer



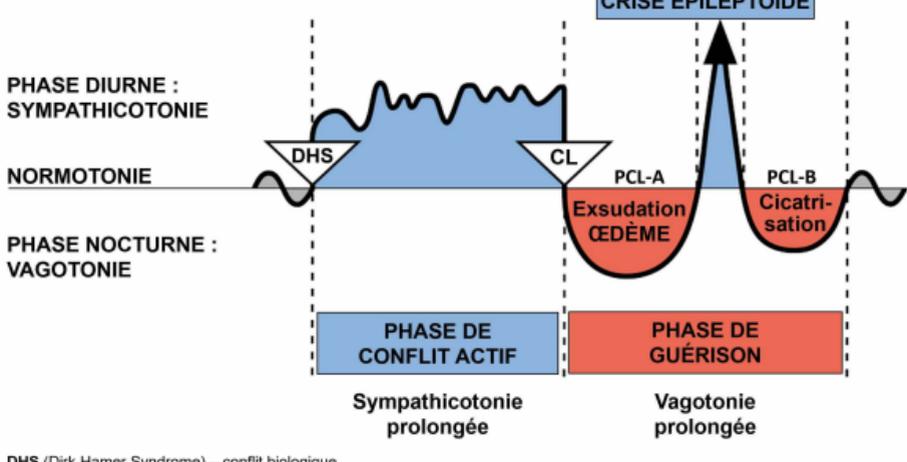


Cortex cérébral	PERTE CELLULAIRE (ulcération, nécrose)	Restauration du tissu par les bactéries
Moelle cérébrale		
Cervelet	PROLIFÉRATION CELLULAIRE	Élimination des cellules par les champignons et les bactéries
Tronc cérébral		



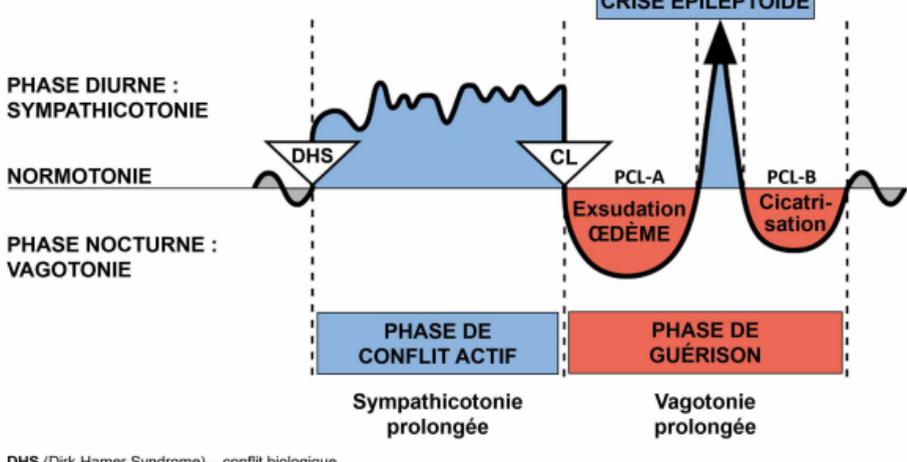
DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
 CL (ConflictLyse) – résolution du conflit
 PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer



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

© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer

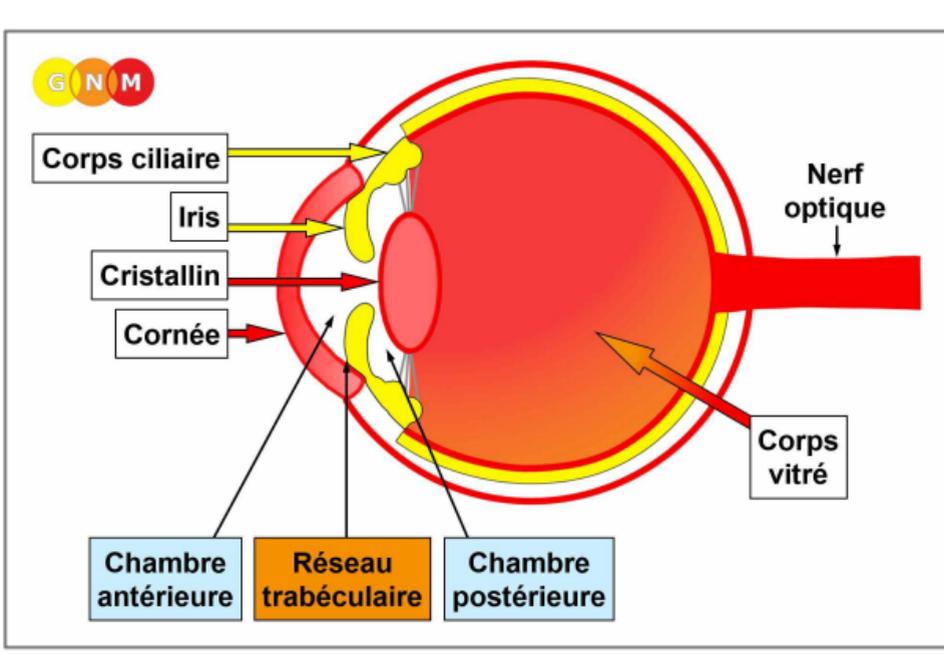


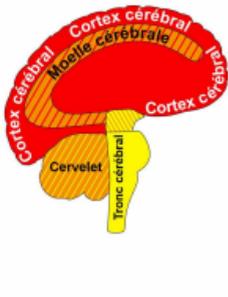
DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique

CL (ConflictLyse) – résolution du conflit

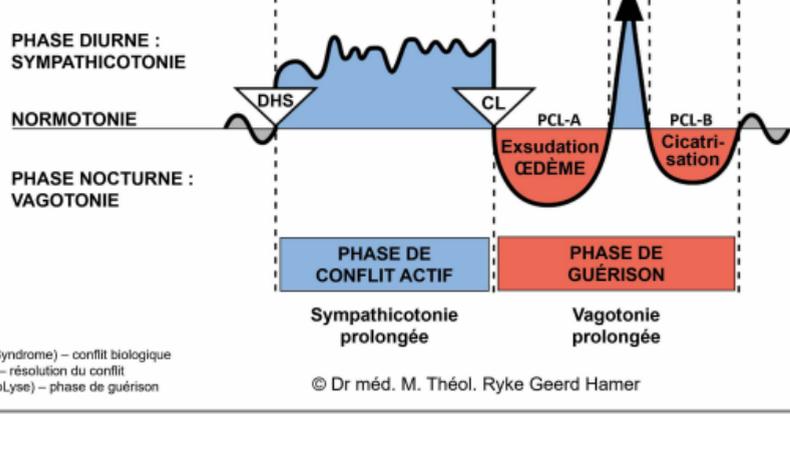
PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer





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

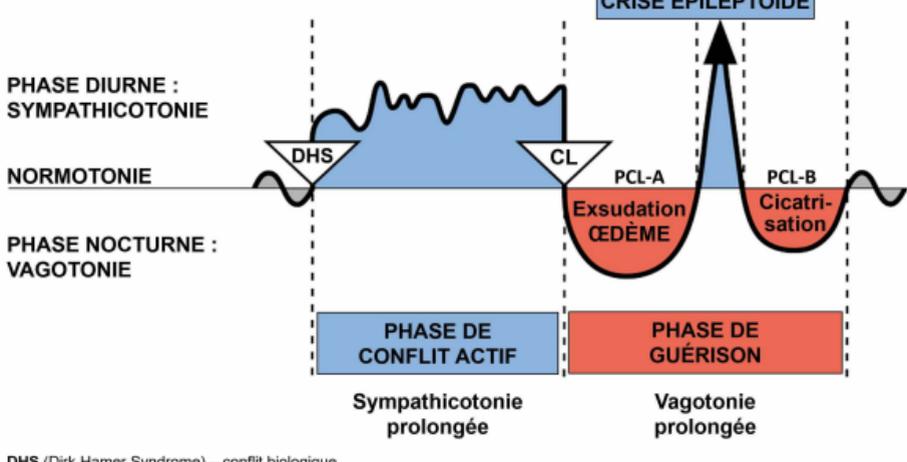


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
 CL (ConflictLyse) – résolution du conflit
 PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer

PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

SCHÉMA DES DEUX PHASES

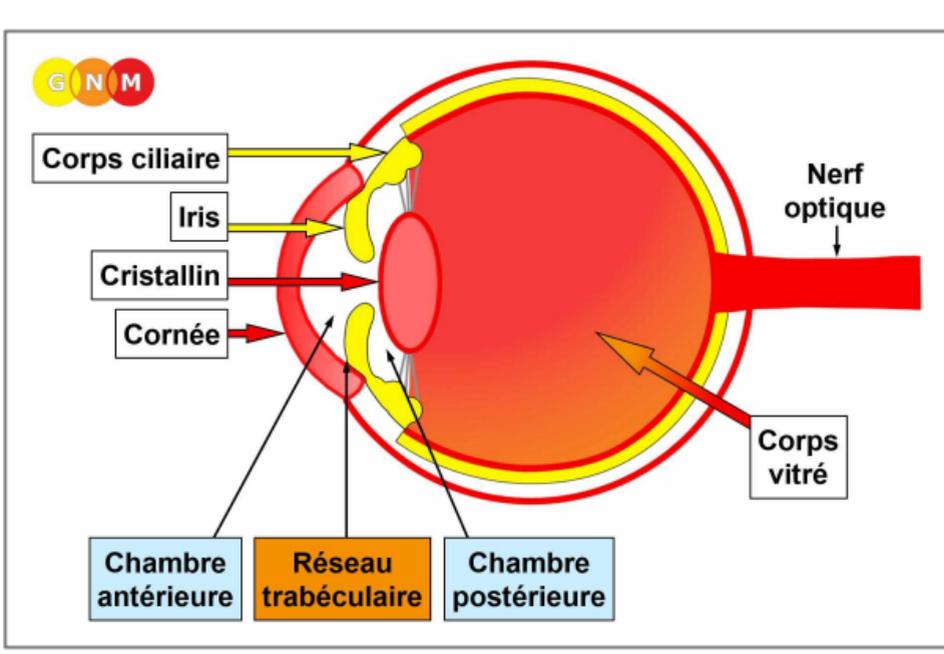


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique

CL (ConflictLyse) – résolution du conflit

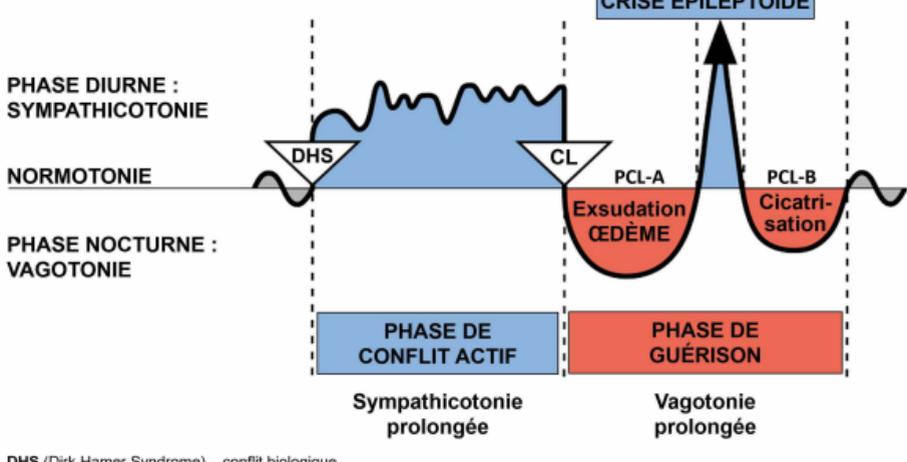
PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer



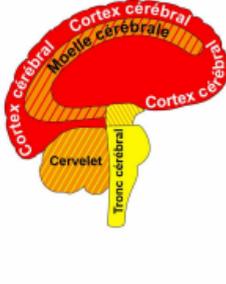
PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

SCHÉMA DES DEUX PHASES

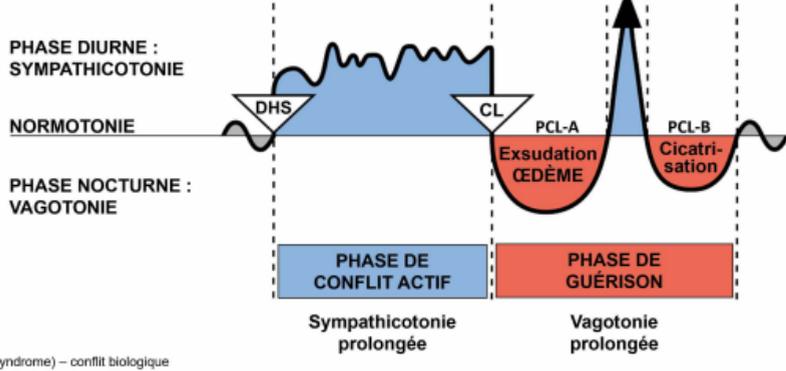


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
 CL (Conflictolyse) – résolution du conflit
 PCL (Post-Conflictolyse) – phase de guérison

© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer



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

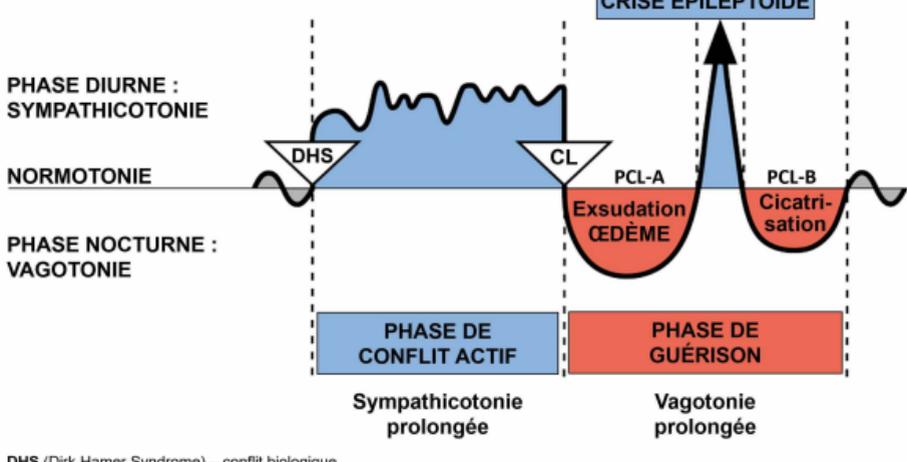


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
 CL (ConflictLyse) – résolution du conflit
 PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer

PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

SCHÉMA DES DEUX PHASES



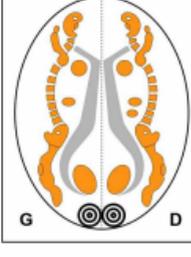
DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique

CL (ConflictLyse) – résolution du conflit

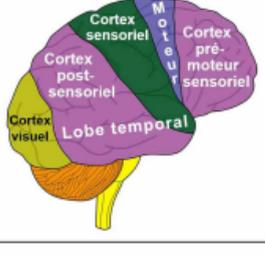
PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer

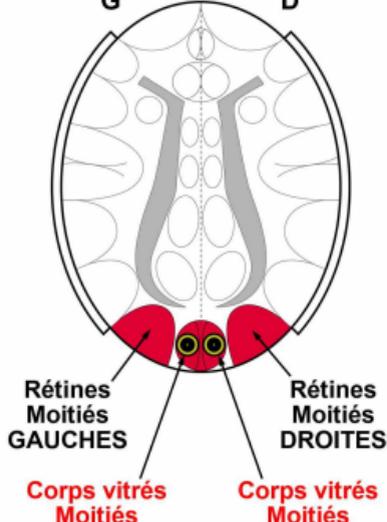
MOELLE CÉRÉBRALE
vue de dessus



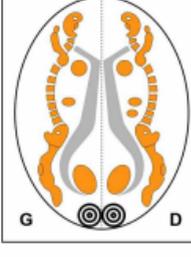
CORTEX CÉRÉBRAL
vue latérale



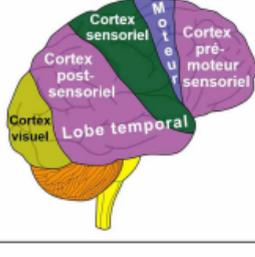
CORTEX VISUEL
vue de dessus



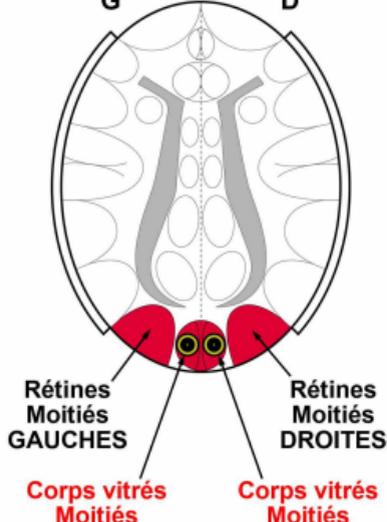
MOELLE CÉRÉBRALE
vue de dessus

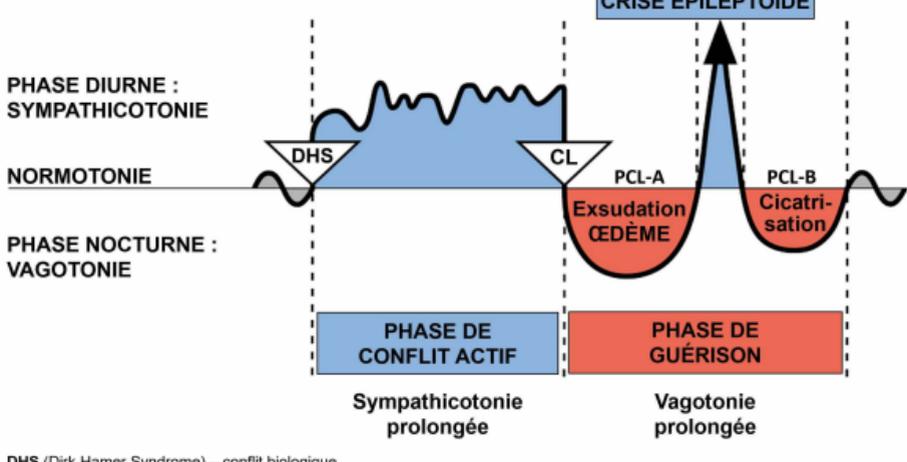


CORTEX CÉRÉBRAL
vue latérale



CORTEX VISUEL
vue de dessus





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

© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer