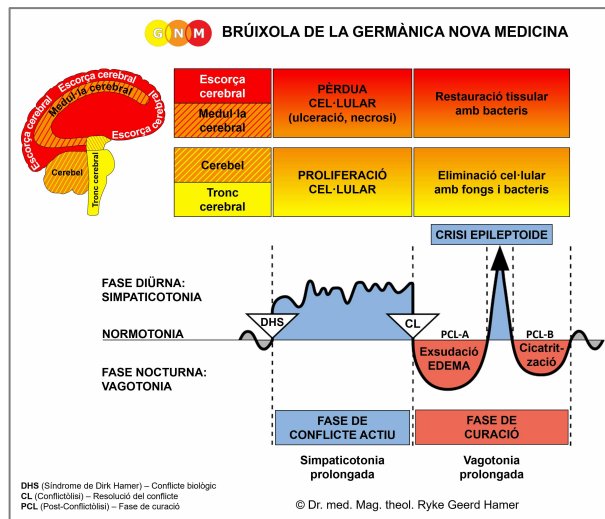




# PROGRAMES ESPECIALS BIOLÒGICS

## PULMONS

escrit per Caroline Markolin, Ph.D.



**Alvèols pulmonars**

**Cèl·lules caliciformes**

**Mucosa bronquial**

**Tràquea**

**Músculs bronquials**

**Pleura**

**Diafragma**

Rev. 1.05

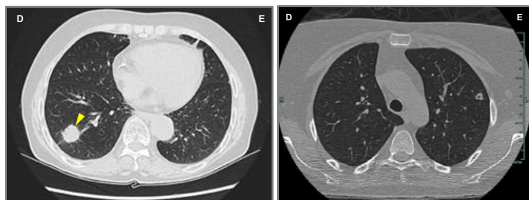


Es pot experimentar una **por de la mort** en qualsevol situació que amenaça la vida, per exemple, en el curs d'un accident o durant una emergència mèdica. No obstant això, el conflicte de por de la mort més comú, amb diferència, és provocat per un **xoc diagnòstic**, especialment per un diagnòstic de càncer que colpeja una persona com una sentència de mort. Declaracions d'un metge com ara "el càncer és maligne", "inoperable", "agressiu", "invasiu", "metastatitzant" o comentaris com "tens sis mesos de vida" i altres veredictes d'aquest tipus poden provocar un agut pànic de mort. El mateix passa amb el pronòstic negatiu i els resultats de les proves basades en revisions mèdiques (proves de Papanicolau, proves de PSA, mamografies, colonoscòpies, anàlisis de sang). També hem de tenir en compte els potencials **xocs d'autodiagnòstic** desencadenats, per exemple, quan es detecta un bony, diguem-ne, a la mama, quan hi ha sang a la femta, a l'orina o al flux vaginal, o amb altres símptomes associats a tenir càncer ("una malaltia mortal"). La recerca d'informació sobre un símptoma particular a internet amb innumbrables llocs web que propaguen el concepte de "malalties malignes" pot activar fàcilment un conflicte de por de la mort.

**FASE DE CONFLICTE ACTIU:** A partir del DHS, durant la fase de conflicte actiu les cèl·lules dels alvèols pulmonars proliferen proporcionalment a la intensitat del conflicte. El **propòsit biològic de l'augment cel·lular** és millorar la funció dels pulmons. Això proporciona a l'organisme més oxigen perquè l'individu estigui en una millor posició per escapar de la situació que posa en perill la vida. Amb l'activitat conflictiva perllongada (conflicte pendent), els nòduls pulmonars de creixement pla (tipus absortiu), anomenats càncer de pulmó, es desenvolupen com a resultat de l'augment continuat de les cèl·lules (compareu amb el "càncer de pulmó" relacionat amb els bronquis). Si la taxa de divisió cel·lular supera un cert límit, la medicina convencional considera el càncer com a "maligne".

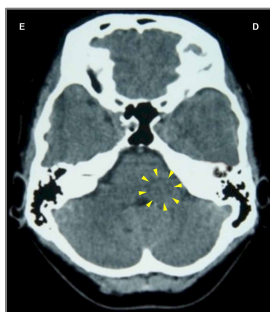
**NOTA:** Un ensurt de mort es pot experimentar per a la pròpia vida o per a la dels altres (un familiar, un amic estimat o una mascota). Un **nòdul pulmonar únic (solitari)** es forma si hom va patir el conflicte amb o per una altra persona (o animal); es desenvolupen dos nòduls per a dues persones (per exemple, amb un por de la mort per als dos pares), tres nòduls per a tres persones, etc.

**Múltiples nòduls pulmonars** cobrint tots dos pulmons revelen que el conflicte del por de la mort es relaciona amb un mateix. El mateix principi s'aplica als nòduls hepàtics.



La TC de tòrax de l'esquerra mostra un nòdul pulmonar solitari al pulmó dret. En una TC d'òrgans, el nòdul pulmonar compacte (hiperdens), que indica la fase de conflicte actiu d'un conflicte de por de la mort, apareix com a blanc.

La TC de la dreta mostra múltiples nòduls pulmonars bilaterals.



En aquesta TC cerebral, veiem l'impacte d'un conflicte de por de la mort a la zona del tronc cerebral que controla els alvèols pulmonars del pulmó dret ([vegeu el diagrama de la GNM](#)). La nítida vora del Focus de Hamer revela que la persona encara està en activitat conflictiva.

Atès que no hi ha símptomes notables durant la fase de conflicte actiu, els nòduls pulmonars en aquest moment només es detecten mitjançant revisions mèdiques rutinàries o exàmens de seguiment. A causa de l'actual augment de la pressió per a la detecció "preventiva" i eines de diagnòstic més sofisticades d'avui dia, especialment amb la invenció de les ressonàncies magnètiques i les mamografies, es troben molts més càncers. Conseqüentment, moltes més persones pateixen por de la mort. Això explica per què el càncer de pulmó segueix sent el càncer més freqüent malgrat una [significat disminució del nombre de fumadors de cigarrets](#) i per què fins i tot els fumadors intensos no necessàriament desenvolupen càncer de pulmó – ni cap càncer (vegeu la teoria dels carcinògens).



Els animals, com les nostres mascotes, rarament pateixen càncer de pulmó, no perquè no fumin, sinó perquè ignoren un diagnòstic. Nancy Zimmerman, directora de suport mèdic de Banfield, del Pet Hospital, una de les pràctiques veterinàries més grans del món: "És important tenir en compte que no hi ha cap vincle directe absolut entre el tabaquisme i el càncer a les mascotes" (*National and Oregon Health and Wellness Information and Medical News*, 19 de gener de 2009).

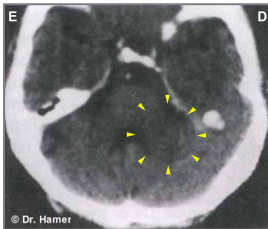
Les radiografies de pulmó se solen realitzar després del diagnòstic d'un primer càncer com ara un càncer de mama, de còlon, de pròstata i altres. El lapse de temps entre el diagnòstic i les proves posteriors és, per tant, crucial perquè és durant aquest període que es desenvolupen els nòduls pulmonars. Els exàmens de seguiment repetits mantenen actiu la por de la mort (conflicte pendent). Segons en Dr. Hamer, els nòduls pulmonars ja són visibles en una radiografia després d'un parell de setmanes després del DHS. La medicina convencional interpreta els nòduls com un "càncer metastatitzant". En realitat, el càncer de pulmó va ser provocat per la por de la mort sobre el devastador diagnòstic del primer càncer que va donar lloc a un nou, és a dir, un **càncer secundari**.

**FASE DE CURACIÓ:** Després de la resolució del conflicte (**CL**), fongs o micobacteris com els bacteris de la tuberculosi eliminen les cèl·lules que ja no són necessàries. **Els símptomes de curació són la tos amb flegma lletosa o de color rovellat. L'esput pot contenir sang.** A causa del pus a la secreció, els símptomes es poden diagnosticar com a **pneumònia purulenta** o una "infecció pulmonar" (compareu amb la pneumònia relacionada amb la mucosa bronquial). Un altre símptoma de curació típic són les **suors nocturnes**. Si els fongs assisteixen la curació, això causa **candidiasi pulmonar** o l'anomenada "infecció fúngica pulmonar".

**PRECAUCIÓ:** Durant el procés de curació el teixit pulmonar és molt tou. Un moviment brusco o vigorós podria trencar els pulmons provocant un sagnat agut (hemorràgia pulmonar).

**La secreció tuberculosa**, excretada a través de l'esput, **és rica en proteïnes**. Si la fase de curació és llarga i intensa, la deficiència de proteïnes podria ser fatal. La mort, però, no és causada per la "infecció"-TB sinó més aviat per la depleció de proteïnes (per aquesta raó, la tuberculosi abans s'anomenava "consum"). Això és exactament el que va passar durant **l'epidèmia de tuberculosi pulmonar del 1918/19** ([vegeu estadístiques de mortalitat](#)) després que milions de persones haguessin resolt els conflictes del por de la mort patits durant quatre anys de guerra. El final de la guerra va iniciar una curació massiva, per dir-ho així, que va provocar dues pandèmies (vegeu també la grip espanyola). A causa de l'extrema pobresa provocada per les crisis econòmiques mundials posteriors a la Primera Guerra Mundial, els malalts de tuberculosi no obtenien els aliments rics en proteïnes necessaris per a la curació. Només aquells que podien permetre's una alimentació adequada van poder sobreviure. Els pobres no tenien cap possibilitat. Els informes històrics sobre les epidèmies de tuberculosi afirmen que la tuberculosi va desaparèixer després que les condicions socials i sanitàries havien millorat. En realitat, va ser la consegüent alimentació adequada la que va millorar la situació. L'eradicació total de la tuberculosi només es va produir quan els bacteris de la tuberculosi van ser destruïts mitjançant administracions a gran escala d'**antibiòtics anti-TB**, introduïts el 1944. A finals del segle XIX, abans de l'aparició dels antibiòtics, els sanatoris contra la tuberculosi proporcionaven, en aquells que s'ho podien permetre, una bona alimentació amb un repòs forçat: una combinació perfecta per assistir el procés de curació.

Anteriorment, la tos amb sang (hemoptisi) es va diagnosticar correctament com a **tuberculosi pulmonar**. Avui en dia, la condició s'anomena **càncer de pulmó** (vegeu també el canvi de nom de la tuberculosi hepàtica a càncer de fetge i la tuberculosi renal a "síndrome nefròtica"). És el canvi de nom de la malaltia la raó per la qual el nombre de càncers de pulmó va augmentar dràsticament, mentre que la tuberculosi "va desaparèixer", sobretot al món occidental, on l'eradicació de la tuberculosi pulmonar s'atribueix a "l'èxit" dels règims extensos d'**antibiòtics** i la vacunació (la vacuna BCG-Bacillus Calmette-Guérin es va introduir per primera vegada l'any 1921; tanmateix, només es va fer servir àmpliament després de la Segona Guerra Mundial). Al "món en desenvolupament", ara la tuberculosi es considera una malaltia relacionada amb la SIDA!

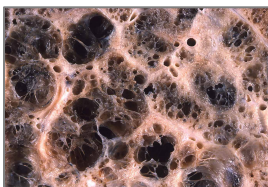


Els anells edematosos "inflats" del Focus de Hamer al relé dels alvèols pulmonars drets (vegeu el [diagrama de la GNM](#)) indiquen que la persona ha resolt el conflicte de por de la mort i ara s'hi troba en **PCL-A**.

**NOTA:** Amb la retenció d'aigua deguda a la SÍNDROME hi ha el risc que un edema cerebral augmentat comprimeixi el **quart ventricle** causant una hidrocefàlia.

Amb la retenció d'aigua a causa d'un conflicte d'existència actiu que implica els túbuls col·lectors renals, l'acumulació de **fluid als pulmons** (en **PCL-A**) crea un **edema pulmonar**, o **edema alveolar** (compareu amb l'edema pulmonar cardíac relacionat amb el miocardi i l'edema pulmonar relacionat amb la vàlvula mitral). El fluid als pulmons provoca greus dificultats per respirar i potencialment insuficiència respiratòria (compareu amb l'aigua *al voltant* dels pulmons relacionada amb la pleura). Aquesta situació tan aguda típicament ocorre a causa de la por ("la meua vida està en joc!") o durant l'hospitalització (vegeu Síndrome dels Túbuls Col·lectors Renals).

Després que els nòduls pulmonars han sigut eliminats, les **cavernes** romanen al lloc. Les cavernes estan plenes d'aire (compareu amb cavernes del fetge, cavernes del pàncrees, cavernes de les glàndules mamàries). Amb una curació pendent, és a dir, quan la curació s'interromp contínuament per recaigudes conflictives desencadenades per rails de por de la mort, les cavernes augmenten de mida; encara més amb la SÍNDROME quan l'aigua retinguda infla en excés les cavernes.

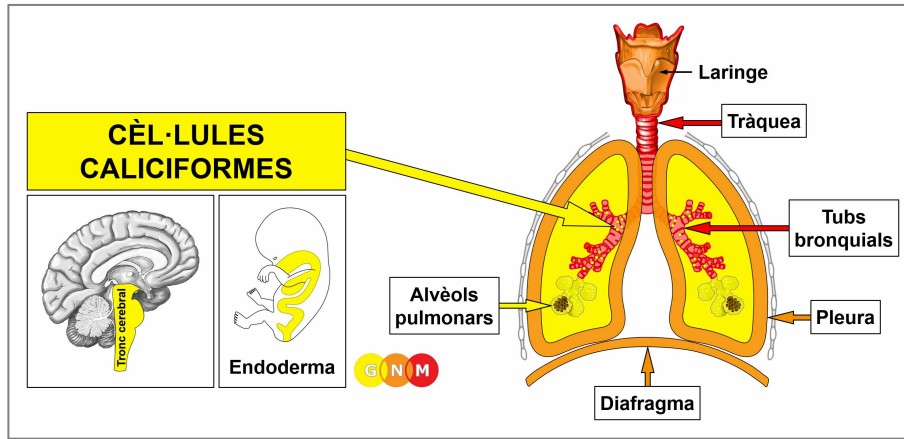


Els "forats als pulmons" presenten el quadre clínic d'un **emfisema pulmonar** amb una falta de respiració crònica.

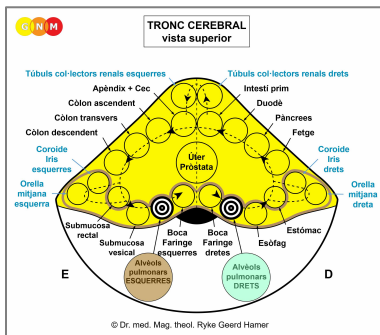
Durant un accident, una caiguda o un moviment vigorós, per exemple, en l'esport, una caverna pulmonar es pot trencar, provocant un **pneumotòrax** amb l'entrada d'aire a l'espai pleural provocant un col·lapse dels pulmons. També es pot produir un pneumotòrax mitjançant una punció pleural (vegeu vessament pleural).

**La fibrosi pulmonar** és el resultat de les fases de curació recurrents (compareu amb la fibrosi quística relacionada amb les cèl·lules caliciformes). En aquest cas, les cavernes estan plenes de teixit fibròtic. La condició és descrita com "cicatrització dels pulmons". L'acumulació de teixit cicatricial també s'anomena **sarcoïdosi pulmonar** o **Morbus Boeck**.

**Si els microbis necessaris no estan disponibles en el moment de la resolució del conflicte**, perquè van ser destruïts per un ús excessiu d'antibiòtics, els nòduls pulmonars no es poden trencar i per tant romanen. Eventualment, s'encapsulen. Per tant, l'ús excessiu actual d'antibiòtics contribueix significativament a l'augment del nombre de càncers de pulmó que es detecten durant els exàmens mèdics. Aquests nòduls pulmonars encapsulats que es van originar en una por de la mort ja desapareguda, podrien ser descoberts accidentalment anys o fins i tot dècades després.



**DESENVOLUPAMENT I FUNCIO DE LES CÈL·LULES CALICIFORMES:** Les cèl·lules caliciformes són glàndules unicel·lulars que es troben disperses per la mucosa bronquial i la tràquea. Als bronquis, les cèl·lules caliciformes segreguen moc que humiteja les vies respiratòries i neteja l'aire que entra als pulmons. En embriologia, les cèl·lules caliciformes es consideren residus de cèl·lules intestinals. Consten, per tant, d'epiteli cilíndric intestinal, s'originen de l'endoderma i estan controlades des del tronc cerebral.

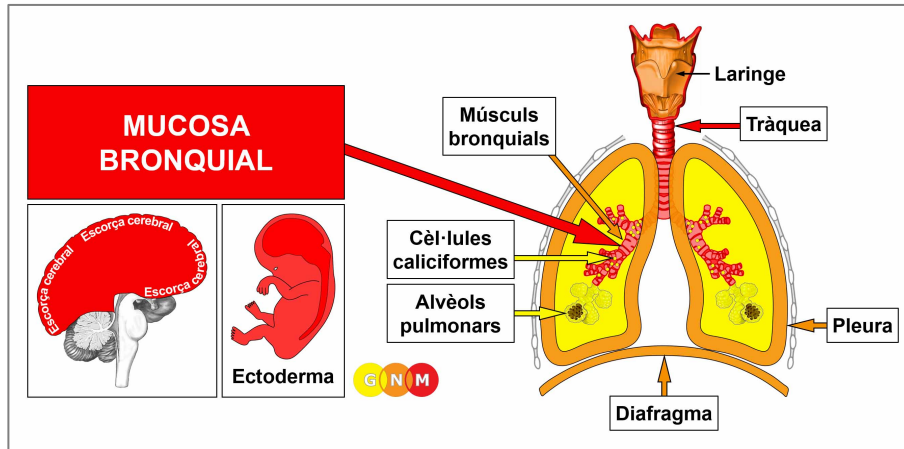


**NIVELL CEREBRAL:** Al tronc cerebral, les cèl·lules caliciformes es controlen des dels mateixos dos relés cerebrals que els alvèols pulmonars.

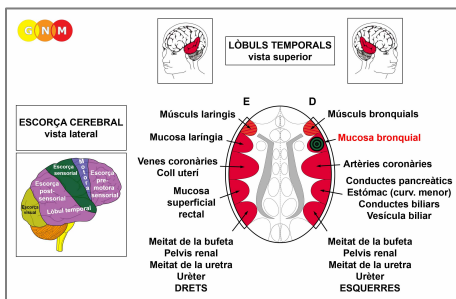
**CONFLICTE BIOLÒGIC:** El conflicte biològic lligat a les cèl·lules caliciformes és una **por a asfixiar-se, un pànic a no rebre prou aire**. El conflicte es pot viure, per exemple, durant un accident (ofegament, intoxicació per fum, estrangulació) o una emergència mèdica com un atac d'asma. Els nounats pateixen el pànic d'asfixiar-se quan el cordó umbilical s'embolica al voltant del coll o es talla massa aviat, perquè els pulmons del nounat necessiten un cert temps per acostumar-se a la respiració independent. Els infants tenen el conflicte quan se'ls posa en una posició amb la qual no poden respirar.

**FASE DE CONFLICTE ACTIU:** De la mateixa manera que les cèl·lules intestinals proliferen amb un conflicte biològic associat a un "mos d'aliment", durant la fase de conflicte actiu les cèl·lules caliciformes augmenten en nombre en resposta a l'angoixa de no aconseguir prou aire. El **propòsit biològic de la proliferació cel·lular** és augmentar la secreció de moc per tal d'insalivar millor el "mos d'aire". En la medicina convencional, les cèl·lules addicionals es diagnostiquen com un **carcinoma intrabronquial de cèl·lules caliciformes**.

**FASE DE CURACIÓ:** Després de la resolució del conflicte (CL), fongs o micobacteris com els bacteris de la tuberculosi eliminen les cèl·lules que ja no són necessàries. Els **síntomes de curació** són **tos de flegma purulenta, groga, i suors nocturns**. Amb una fase de curació intensa, l'acumulació de moc espès i viscos als bronquis podria provocar una obstrucció completa de les vies respiratòries que es tradueix en **mucoviscidosi** o **fibrosi quística** amb greus dificultats respiratòries (compareu amb la fibrosi pulmonar relacionada amb els alvèols pulmonars). Si el procés de curació es perllonga (curació pendent) a causa de les recaigudes contínues en el conflicte, el procés de descomposició recurrent condueix finalment a una pèrdua de cèl·lules caliciformes que resulta en una reducció o cessament de la producció de moc.



**DESENVOLUPAMENT I FUNCIÓ DE LA MUCOSA BRONQUIAL:** Els bronquis es ramifiquen des de la tràquea en dos bronquis principals des d'on es subdivideixen dins de cada pulmó en nombrosos petits conductes, anomenats bronquíols. La funció principal dels bronquis i bronquíols és portar l'aire als alvèols pulmonars, on s'intercanvien oxigen i diòxid de carboni durant la respiració. La mucosa bronquial està formada per epitelí escamós, s'origina de l'ectoderma i, per tant, està controlada des de l'escorça cerebral.



**NIVELL CEREBRAL:** La mucosa bronquial d'ambdós pulmons es controla des del **lòbul temporal dret** (part de l'**escorça sensorial**). El centre de control està situat exactament davant del relé cerebral de la mucosa laríngia.

**CONFLICTE BIOLÒGIC:** El conflicte biològic lligat a la mucosa bronquial és un **conflicte de por territorial** masculí o un **conflicte de por-ensurt** femení, depenent del gènere, la lateralitat i l'estat hormonal d'una persona (vegeu també Constel·lació de Vol). El conflicte de por territorial masculí és l'equivalent al conflicte de preocupació pel niu femení. De fet, originalment, en Dr. Hamer va anomenar el DHS relacionat amb els bronquis un "conflicte de preocupació territorial".

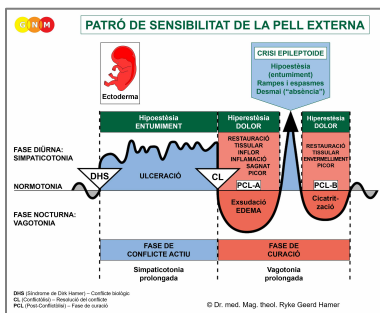
Gènere, Lateralitat, Estat Hormonal	Conflicte Biològic	Òrgan Afectat
Home dretà (EHN)	Conflicte de por territorial	Mucosa bronquial
Home esquerrà (EHN)	Conflicte de por territorial	Mucosa laríngia*
Home dretà (EBT)	Conflicte de por-ensurt	Mucosa laríngia
Home esquerrà (EBT)	Conflicte de por-ensurt	Mucosa bronquial*
Dona dretana (EHN)	Conflicte de por-ensurt	Mucosa laríngia
Dona esquerrana (EHN)	Conflicte de por-ensurt	Mucosa bronquial*
Dona dretana (EBE)	Conflicte de por territorial	Mucosa bronquial
Dona esquerrana (EBE)	Conflicte de por territorial	Mucosa laríngia*

EHN = Estat hormonal normal      EBT = Estat baix de testosterona      EBE = Estat baix d'estrògens

**\*Amb els esquerrans el conflicte es transfereix a l'altre hemisferi cerebral**

D'acord amb el raonament evolutiu, **els conflictes territorials, els conflictes sexuals i els conflictes de separació** són les principals temàtiques de conflicte associades amb els òrgans d'origen ectodèrmic, controlats des de l'**escorça sensorial, pre-motora sensorial i post-sensorial**.

Un **conflicte de por territorial** es refereix a una **amença al "territori"**, una **por dins del "territori"** (a casa, a la feina, a l'escola, al pati, a la llar d'infants o a la guarderia, a una residència de gent gran, a l'hospital o al poble, ciutat i país on es viu), i a una **por per la pròpia seguretat** així com per la seguretat del "ramat". El maltractament físic, la violència familiar, el *mobbing*, l'assetjament escolar, un accident, un incendi o una inundació, una afecció mèdica aguda, un diagnòstic o pronòstic aterridor, procediments mèdics aterridors o l'hospitalització són alguns exemples del que pot desencadenar el conflicte. Els nens pateixen el conflicte quan són castigats, maltractats o cridats, quan tenen por d'una persona o una situació, quan veuen pel·lícules o vídeos fantasmagòrics que mostren monstres o vampirs, o quan tenen malsons. El pànic d'un adult també pot crear una por territorial en un nen! Els nens no nascuts experimenten el conflicte a l'úter quan la mare està en perill o al néixer durant un part difícil. El conflicte també podria concernir a un membre del "territori" (la por de perdre una parella que assegura una llar o quan un ésser estimat està greument malalt, hospitalitzat o diagnosticat de càncer, associat a una "malaltia mortal"). La por territorial pot ser compartida per persones de grans regions, per exemple, durant un desastre natural, en temps de guerra, o per ensurts d'atacs terroristes o pandèmies de la por (SIDA, SARS, Grip Porcina, etc.) pels mitjans de comunicació.



El Programa Especial Biològic de la **mucosa bronquial** segueix el **PATRÓ DE SENSIBILITAT DE LA PELLA EXTERNA** amb hiposensibilitat durant la fase de conflicte actiu i la Crisi Epileptoide i hipersensibilitat en la fase de curació.

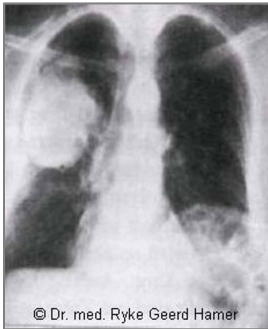
**FASE DE CONFLICTE ACTIU:** **ulceració a la mucosa bronquial** proporcional al grau i durada de l'activitat conflictiva. El **propòsit biològic de la pèrdua cel·lular** és eixamplar les vies respiratòries perquè pugui arribar més aire als pulmons. La funció millorada dels pulmons serveix per facilitar la resolució del conflicte. No hi ha símptomes en la fase de conflicte actiu.



Aquesta TC cerebral mostra l'impacte d'un conflicte de por territorial a la zona de l'escorça cerebral que controla la mucosa bronquial (**vegeu el diagrama de la GNM**). La vora nítida del Focus de Hamer revela l'activitat conflictiva.

**FASE DE CURACIÓ:** Durant la primera part de la fase de curació (**PCL-A**) la pèrdua de teixit es reomple mitjançant la **proliferació cel·lular**. Els **síntomes de curació** són **dolor** a causa de la inflor causada per l'edema (acumulació de fluid), **pessigolles als pulmons** (la picor o la pruija és característica de qualsevol cicatrització que inclogui el teixit epitelial escamós com la pell) i **tos**. La tos facilita l'elevació de la flegma que conté restes del procés de reparació. Depenent de la intensitat del conflicte, els símptomes van de lleus a severes. Després de la Crisi Epileptoide, en **PCL-B**, la inflor disminueix i la funció dels bronquis torna a la normalitat.

En la medicina convencional, la proliferació cel·lular que té lloc en **PCL-A** es diagnostica com un "**càncer de pulmó**" o **càncer bronquial** (compareu amb el càncer de pulmó relacionat amb els alvèols pulmonars). D'acord amb les Cinc Lleis Biològiques, les noves cèl·lules no es poden considerar "cèl·lules cancerígenes" ja que l'augment de cèl·lules és, en realitat, un procés de reposició.



La inflor d'un tub bronquial pot bloquejar els passos d'aire, donant lloc a una **atelèctasi** bronquial. En una radiografia de pulmó, el pulmó, buit d'aire a causa de l'obstrucció, apareix de color blanc (vegeu imatge). Després de la Crisi Epileptoide, el tub bronquial es reobre acompanyat de tos intensa i producció d'esput. Tanmateix, amb una curació pendent, quan el procés de reparació s'interromp contínuament per les recaigudes en el conflicte, l'acumulació de cicatrius s'endureix amb el resultat que l'atelèctasi roman (això també es coneix com a **MPOC-Malaltia Pulmonar Obstructiva Crònica**). La constricció bronquial provoca dificultats respiratòries permanents, fins i tot després que s'hagi completat la fase de curació.

Segons en Dr. Hamer, sovint es diagnostica erròniament una atelèctasi com un tumor bronquial.

**La bronquitis** es produeix quan la curació va acompanyada d'una **inflamació**, típicament amb **febre**, **mals de cap** per la inflor del relé cerebral corresponent i **fatiga** ja que el sistema nerviós autònom es troba en un estat de repòs perllongat (vagotonia). En la medicina convencional, la bronquitis recurrent s'associa generalment amb "al·lèrgies" (vegeu també asma bronquial).

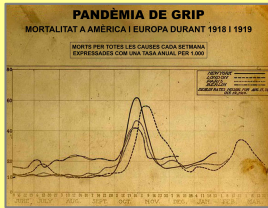
**La pneumònia és una bronquitis amb la SÍNDROME**, això és, amb retenció d'aigua com a conseqüència d'un conflicte d'abandonament o d'existència actiu que implica els túbuls col·lectors renals. En **PCL-A**, l'aigua retinguda s'emmagatzema en excés als túbuls bronquials (compareu amb l'edema pulmonar). A nivell cerebral, l'excés d'aigua pot comportar complicacions greus, sobretot durant la Crisi Epileptoide, que és el punt crític ("lisi pneumònica") quan s'expulsa l'edema cerebral. La pressió cerebral causada per l'augment simpaticotònic podria ser tan forta que la persona cau en coma i mor. Tanmateix, si la fase de conflicte actiu va durar menys de 4-5 mesos, l'Epi-Crisi, segons en Dr. Hamer, no posa en perill la vida.

**NOTA:** Totes les Crisis Epileptoides que es controlen des de l'**escorça sensorial, post-sensorial o pre-motora sensorial** s'acompanyen de **problemes circulatoris, marejos**, breus **alteracions de la consciència** o una completa **pèrdua de la consciència** (desmai o "absència"), depenent de la intensitat del conflicte. Un altre símptoma distintiu és una **caiguda de sucre en sang** causada per l'ús excessiu de glucosa per part de les cèl·lules cerebrals (compareu amb la hipoglucèmia relacionada amb les cèl·lules dels illots del pàncrees).

L'anomenada **malaltia del Legionari** és un tipus de pneumònia. El nom prové d'un brot de pneumònia entre persones que havien assistit a una convenció de la Legió Americana a Filadèlfia l'any 1976. Quin va ser possiblement el conflicte de por territorial experimentat per tants participants de la reunió?

**La "pneumònia bacteriana"** indica que el procés de reparació i cicatrització (**PCL-B**) està assistit per bacteris. Aquest sol ser el cas quan la ulceració que té lloc en la fase de conflicte actiu arriba profundament al teixit bronquial.

La medicina convencional afirma que la “**pneumònia viral**” és causada per virus, sobretot per virus de la grip que suposadament van causar la **pandèmia de la Grip Espanyola** després de la Primera Guerra Mundial o, en els nostres dies, el SARS, la grip aviària, la grip porcina, etc. No obstant això, cap dels **virus de la grip** no ha estat mai verificat científicament. No obstant això, **les amenaces d’una “pandèmia de grip” global** poden desencadenar por territorial i conflictes d’existència entre la població, donant lloc a un ràpid augment dels casos de **grip**.



Aquestes estadístiques de la pandèmia de la Grip Espanyola mostren que el brot va començar a principis d’octubre de 1918 arribant al seu apogeu 3-4 setmanes després. Segons els registres històrics, Alemanya va demanar als Aliats un alto el foc el 4 d’octubre de 1918 (la data oficial del final de la Primera Guerra Mundial és l’11 de novembre de 1918).

Amb la perspectiva de la pau, milions de persones a tot el món van entrar a la curació dels conflictes de por territorial que havien patit durant quatre anys de guerra (vegeu també l’epidèmia de tuberculosi pulmonar de 1918/19).

Font: Museu Nacional de Salut i Medicina, Institut de Patologia de les Forces Armades, 2006 22

La pneumònia també és l’afecció pulmonar més freqüent associada al **VIH** i la **SIDA**. Tal com ho entenem ara, no hi ha cap relació causal amb el suposat Virus-IH, sinó més aviat amb un conflicte de “por territorial” o un conflicte de por-ensurt associat a la “malaltia”.

## SIDA-Síndrome de la Immunodeficiència Adquirida

“Si hi ha evidència que el VIH causa la SIDA, hi hauria d’haver documents científics que, individualment o col·lectivament, demostrin aquest fet, almenys amb una alta probabilitat. No existeix aquest document” (Dr. Kary Mullis, Premi Nobel de Química 1993).

“Fins avui, no hi ha una única evidència científicament convincent de l’existència del VIH. Ni tan sols un d’aquests retrovirus ha estat aïllat i purificat amb els mètodes de la virologia clàssica” (Dr. Heinz Ludwig Sanger, Professor Emèrit de Biologia Molecular i Virologia, Institut Max Planck de Bioquímica, Munic).

L’any 1983, l’investigador nord-americà Robert Gallo va afirmar que havia descobert el “virus de la immunodeficiència humana” (VIH) com l’agent responsable de la causa de la SIDA. El 1984, Gallo va publicar quatre articles a *Science*, en els quals afirmava que havia aïllat el virus del VIH. El desembre de 2008, trenta-set professionals del dret, de la medicina i de la investigació van enviar una carta a la revista, demanant-li que es retractés oficialment dels quatre articles originals que defensaven el VIH com a causa de la SIDA. Segons els autors, havia sorgit l’evidència generalitzada que els estudis de Gallo no només es van dur a terme malament, sinó que els seus resultats estaven falsificats. La carta dels 37 experts inclou una carta del mateix Gallo, que admet a un altre investigador que el VIH no es podia aïllar només de mostres humanes. A més, una carta d’un expert en microscòpia electrònica va revelar que no hi havia cap virus del VIH contingut a les mostres de 1984 d’en Gallo.

**Dr. Hamer:** “Els símptomes de la ‘SIDA’ són el resultat de la invenció de la SIDA”.

A partir de la comprensió de les Cinc Lleis Biològiques, la majoria dels símptomes de la “SIDA” són causats pel xoc diagnòstic i pels conflictes biològics desencadenats per la por a la malaltia. Aquí teniu uns quants exemples:

- conflicte de por de la mort que implica els pulmons (tuberculosi pulmonar, emfisema pulmonar).
- conflictes de por-ensurt que donen lloc a símptomes respiratoris com bronquitis o pneumònia.
- conflictes de por-frontal (limfoma no-Hodgkin).
- conflictes d’abandonament o d’existència (càncer de ronyó).
- conflictes de desvalorització de si mateix (anèmia, leucèmia, càncer d’os, limfoma).
- conflictes d’atac o de “sentir-se tacat” (herpes zòster o zona, sarcoma de Kaposi).
- conflictes d’enuig territorial (hepatitis).
- conflictes de separació (erupcions cutànies, herpes).
- conflictes de sagnat desencadenats per anàlisis de sang que condueixen a una melsa augmentada.

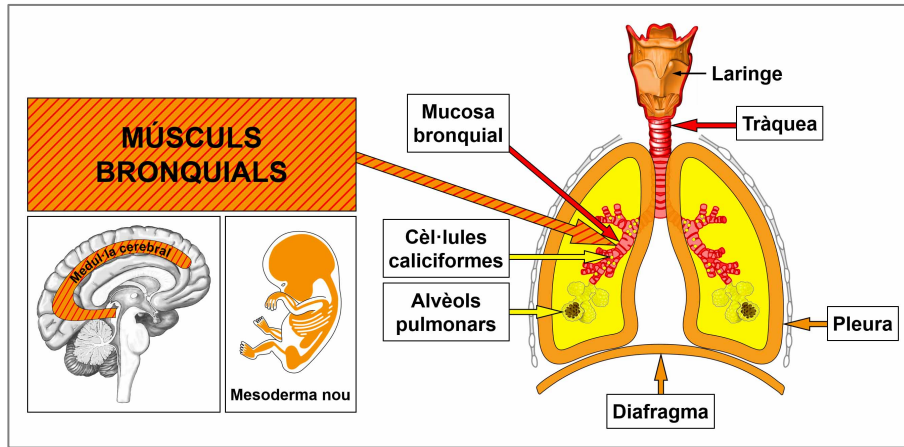
**NOTA:** En general, un augment dels anticossos es considera un signe d’un “sistema immunitari *fort*”. Però no quan es tracta de la SIDA. En les proves del VIH, la presència d’anticossos es considera una indicació que la persona és “seropositiva”, és a dir, “infectada” amb el “Virus de la Immuno *Deficiència* Humana”!



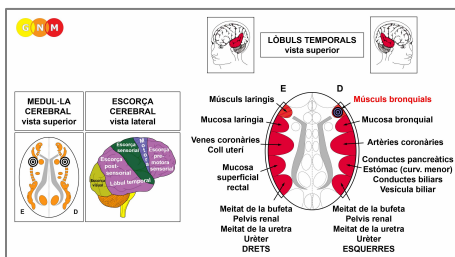
**FASE DE CURACIÓ:** Durant la primera part de la fase de curació (**PCL-A**) la pèrdua de teixit es reomple mitjançant la **proliferació cel·lular**. Si la secció inferior de la tràquea està afectada, això provoca dolor darrere de l'estèrnum a causa de la inflor i les **dificultats per respirar**. Amb la retenció d'aigua (la SÍNDROME) la inflor podria provocar una obstrucció de les vies respiratòries. Amb una inflamació, la condició s'anomena **traqueïtis**, normalment acompanyada de **febre**. A la medicina convencional, un estrenyiment de la tràquea superior es coneix com "Estenosi de la Subglotis Idiopàtica". L'augment cel·lular a la tràquea també es pot diagnosticar com un **càncer de tràquea**. Segons la GNM, les noves cèl·lules no es poden considerar "cèl·lules cancerígenes" ja que l'augment de cèl·lules és, en realitat, un procés de reposició. Tanmateix, una gran inflor pot obstruir la tràquea, requerint una cirurgia per obrir la tràquea per millorar la respiració.

Després de la Crisi Epileptoide, l'edema disminueix i en **PCL-B** l'òrgan torna lentament a la seva funció normal.

**NOTA:** Totes les Crisis Epileptoides que es controlen des de l'**escorça sensorial, post-sensorial o pre-motora sensorial** s'acompanyen de **problemes circulatoris, marejos**, breus **alteracions de la consciència** o una completa **pèrdua de la consciència** (desmai o "absència"), depenent de la intensitat del conflicte. Un altre símptoma distintiu és una **caiguda de sucre en sang** causada per l'ús excessiu de glucosa per part de les cèl·lules cerebrals (compareu amb la hipoglucèmia relacionada amb les cèl·lules dels illots del pàncrees).



**DESENVOLUPAMENT I FUNCIÓ DELS MÚSCLS BRONQUIALS:** La paret dels bronquis i bronquíols està formada per una mucosa epitelial i una capa de músculs llisos i estriats. La funció dels músculs bronquials és alterar la llum dels bronquis per augmentar el flux d'aire durant la respiració (compareu amb el diafragma). La part estriada dels músculs bronquials s'origina del mesoderma nou i està controlada des de la medulla cerebral i l'escorça motora. **NOTA:** Els músculs bronquials llisos són d'origen endodèrmic i són controlats des del **mesencèfal**.



**NIVELL CEREBRAL:** Els músculs bronquials tenen dos centres de control al cervell. La funció tròfica dels músculs, responsable de la nutrició del teixit, es controla des de la **medulla cerebral**; la contracció dels músculs es controla des del costat dret de l'**escorça motora** (al **lobul·l temporal**). El centre de control està posicionat al costat del relé cerebral de la mucosa bronquial i exactament davant del relé cerebral dels músculs laringis.

**NOTA:** La **inhalació** es controla des del relé dels músculs bronquials (al costat dret de l'escorça motora) mentre que l'**exhalació** es controla des del relé dels músculs laringis (al costat esquerre de l'escorça motora). Normalment aquests dos moviments respiratoris estan en equilibri. Això canvia si un conflicte biològic implica un dels dos relés cerebrals o tots dos.

**CONFLICTE BIOLÒGIC:** El conflicte biològic relacionat amb els músculs bronquials és el mateix que per a la mucosa bronquial, és a dir, un **conflicte de por territorial** masculí o un **conflicte de por-ensurt** femení, depenent del gènere, la lateralitat i l'estat hormonal d'una persona (vegeu també Constel·lació d'Asma Bronquial, Constel·lació d'Asma Laríngia). L'aspecte distintiu del conflicte relacionat amb el teixit muscular és l'angoixa addicional de "no poder escapar", "no poder (re)actuar", sentir-se "arrelat al terra" (petrificat) o "sentir-se bloquejat" (vegeu músculs esquelètics).

**Gènere, Lateralitat, Estat Hormonal****Conflicte Biològic****Òrgan Afectat**

Home dretà (EHN)	Conflicte de por territorial	Músculs bronquials
Home esquerrà (EHN)	Conflicte de por territorial	Músculs laringis*
Home dretà (EBT)	Conflicte de por-ensurt	Músculs laringis
Home esquerrà (EBT)	Conflicte de por-ensurt	Músculs bronquials*
Dona dretana (EHN)	Conflicte de por-ensurt	Músculs laringis
Dona esquerrana (EHN)	Conflicte de por-ensurt	Músculs bronquials*
Dona dretana (EBE)	Conflicte de por territorial	Músculs bronquials
Dona esquerrana (EBE)	Conflicte de por territorial	Músculs laringis*

EHN = Estat hormonal normal

EBT = Estat baix de testosterona

EBE = Estat baix d'estrògens

**\*Amb els esquerrans el conflicte es transfereix a l'altre hemisferi cerebral**

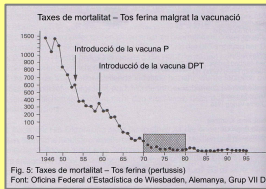
**FASE DE CONFLICTE ACTIU:** pèrdua cel·lular (necrosi) del teixit muscular bronquial (controlada des de la medul·la cerebral) i, proporcional al grau d'activitat conflictiva, augment de la **paràlisi dels músculs bronquials** (controlada des de l'escorça motora). La paràlisi provoca **dificultats respiratòries**, de manera explícita, les **dificultats per inhalar – exhalar s'amplien** a causa de la funció reduïda dels músculs bronquials que controlen la inhalació.

**NOTA:** Els músculs estriats pertanyen a el grup d'òrgans que responen al conflicte relacionat amb pèrdua funcional (vegeu també els Programes Especials Biològics de les cèl·lules dels illots del pàncrees (cèl·lules alfa dels illots i cèl·lules beta dels illots), orel·la interna (còclea i òrgan vestibular), nervis olfactoris, retina i cos vitri dels ulls) o hiperfunció (periosti i tàlem).



Aquesta TC cerebral mostra l'impacte d'un conflicte de por territorial al relé dels músculs bronquials (fletxes vermelles – [vegeu el diagrama de la GNM](#)) i d'un conflicte d'enuig territorial al relé de l'estómac (fletxes vermelles – [vegeu el diagrama de la GNM](#)). Les vores nítides dels Focus de Hamer indiquen que tots dos conflictes estan actius.

**FASE DE CURACIÓ:** Durant la fase de curació es reconstrueixen els músculs bronquials. La paràlisi arriba a la **PCL-A**. La Crisi Epileptòide es presenta com un **atac de tos amb espasmes bronquial i convulsions**, equivalent a una convulsió focal (els medicaments que contenen codeïna suprimeixen la tos; com la morfina, la codeïna és un derivat de l'opi). La tos és seca, si el Programa Especial Biològic només afecta els músculs bronquials. No obstant això, sovintment el conflicte afecta tant als músculs bronquials com a la mucosa bronquial, la qual cosa té l'avantatge que les Crisis Epileptòides combinades faciliten una expulsió més ràpida de la mucositat dels bronquis. Aquesta condició es coneix com a **“bronquitis espàstica”**. La **tos ferina (pertussis)** també és un procés de curació combinat (vegeu també la tos ferina relacionada amb els músculs laringis). En **PCL-B**, la funció dels músculs bronquials torna a la normalitat.



Aquest diagrama mostra les taxes de mortalitat per tos ferina a Alemanya entre el 1946 i el 1995. Font: Oficina Federal d'Estadística de Wiesbaden, Alemanya

Es va iniciar el programa de vacunació contra la tos ferina (Introducció de la vacuna P) i per a la DPT (Difteria-Pertussis-Tètanus) molt després del pic de l'epidèmia de tos ferina (vegeu també el programa de vacunació contra el tètanus).

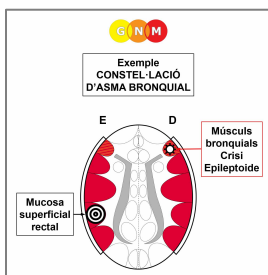
Es produeixen símptomes recurrents o una **“tos al·lèrgica”** amb les recaigudes en el conflicte activades per l'establiment en un rail que es va establir quan va tenir lloc el conflicte original (vegeu al·lèrgies).

**NOTA:** Tots els òrgans que deriven del mesoderma nou (“grup excedent”), inclosos els músculs bronquials, mostren el **propòsit biològic al final de la fase de curació**. Un cop completat el procés de curació, l'òrgan o teixit és més fort que abans, la qual cosa permet estar millor preparat per a un conflicte del mateix tipus.

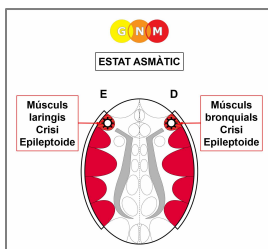
**L'ASMA BRONQUIAL** implica dos Programes Especials Biològics (vegeu també asma laríngia):

- activitat conflictiva corresponent al relé cerebral dels músculs bronquials del lòbul temporal dret relacionat amb un conflicte de por territorial o conflicte de por-ensurt, depenent del gènere, lateralitat i estat hormonal d'una persona.
- activitat conflictiva corresponent a un relé cerebral al lòbul temporal esquerre (conflicte de por-ensurt o conflicte de por territorial, conflicte sexual o conflicte de pèrdua territorial, conflicte d'identitat o conflicte d'enuig territorial, conflicte de demarcació femení o conflicte de demarcació territorial masculí, depenent del gènere, lateralitat i estat hormonal de la persona).

En aquest cas, la persona es troba en una **Constel·lació d'Asma Bronquial**, també durant la Crisi Epileptoide que és una reactivació temporal de la fase de conflicte actiu.



L'atac d'asma en si es produeix durant la **Crisi Epileptoide**. L'Epi-Crisi dels **músculs bronquials** estriats es presenta com a convulsions que es desplacen cap a la boca, és a dir, cap a fora. Els **símptomes** de l'asma bronquial són, per tant, les **sibilàncies** típiques i l'**expiració perllongada** dels asmàtics (quan es veuen afectats els músculs bronquials, l'exhalació s'allarga per la pèrdua funcional parcial dels músculs que controlen la inhalació). L'Epi-Crisi dels músculs bronquials llisos es presenta com un espasme, semblant a la hiperperistalsi durant un còlic intestinal. Amb la retenció d'aigua concurrent a causa de la SÍNDROME, l'atac d'asma podria ser sever.

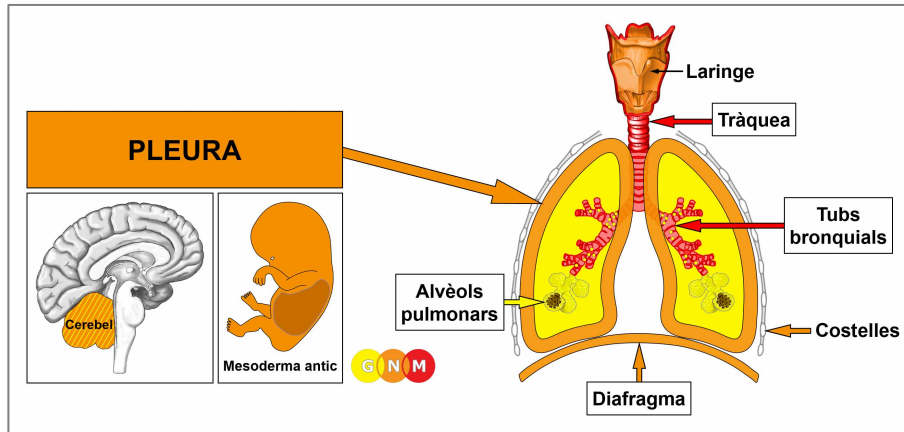


Quan tant els músculs bronquials com els laringis passen per la Crisi Epileptoide al mateix temps, l'atac d'asma es presenta com una exhalació perllongada amb sibilàncies (asma bronquial) i una inhalació perllongada amb falta de respiració (asma laríngia). Aquesta condició, anomenada **estat asmàtic**, causa dificultats respiratòries agudes amb el perill de morir per asfíxia.

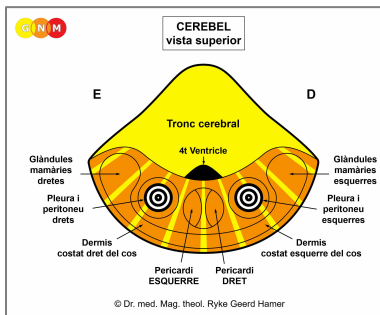
**NOTA:** La cortisona és un agent simpaticotònic que reactiva els símptomes de conflicte actiu. En aquest cas, causa una paràlisi dels músculs bronquials i laringis. Per tant, l'efecte antiespasmòdic del medicament pot salvar vides. Precaució, però, amb la SÍNDROME, ja que la retenció d'aigua augmenta la inflor del cervell.

**Els atacs crònics d'asma bronquial** indiquen que el conflicte de por territorial o el conflicte de por ensurt relacionat no s'ha resolt completament. En la medicina convencional, els atacs d'asma recurrents solen estar associats amb una "al·lèrgia".

Per tant, l'atac d'asma bronquial implica tant els músculs bronquials estriats com els llisos. La Crisi Epileptoide dels músculs bronquials estriats es presenta com a espasmes i convulsions bronquials. L'Epi-Crisi de la musculatura llisa es presenta com una hiperperistalsi semblant a un còlic intestinal. Per tant, tant els músculs bronquials llisos com els estriats participen en la crisi d'asma. El mateix s'aplica amb l'atac d'asma laríngia; en aquest cas, hi intervenen els músculs laringis llisos i estriats.



**DESENVOLUPAMENT I FUNCIÓ DE LA PLEURA:** La pleura és una membrana de dues capes que recobreix els pulmons (pleura visceral) i les parets de la cavitat toràcica (pleura parietal), incloses les costelles i el diafragma. L'espai prim entre les dues capes pleurals, conegut com la cavitat pleural, està ple de fluid serós que protegeix els teixits subjacents i permet que els pulmons es moguin fàcilment durant la respiració. En termes evolutius, la pleura es va desenvolupar juntament amb el peritoneu, el pericardi i la dermis. La pleura prové del mesoderma antic i, per tant, està controlada des del cervell.



**NIVELL CEREBRAL:** Al **cerebell**, la pleura dreta es controla des del costat esquerre del cervell; la pleura esquerra es controla des de l'hemisferi dret del cervell. Per tant, hi ha una correlació creuada entre el cervell i l'òrgan.

**NOTA:** La pleura i el peritoneu comparteixen els mateixos relés cerebrals perquè originàriament la membrana pleural i peritoneal era un sol complex, que després es va dividir pel diafragma que separa el tòrax i la cavitat abdominal.

**CONFLICTE BIOLÒGIC:** El conflicte biològic lligat a la pleura és un conflicte d'atac, concretament, un **atac contra el pit** (vegeu també conflictes d'atac relacionats amb el peritoneu, el pericardi i la dermis).

En línia amb el raonament evolutiu, els **conflictes d'atac** són la temàtica principal de conflicte associada amb els **òrgans controlats pel cervell** que deriven del mesoderma antic.

S'experimenta un atac contra el pit o el tors, per exemple, mitjançant un colp, una punyalada o un cop contra el pit o les costelles, per exemple, durant una baralla, un accident o en un esport. Les paraules "afilades" (acusacions, crítiques) dirigides a algú o "apuntar amb el dit" també es podrien registrar com un atac (vegeu també pericardi). No obstant això, **cirurgia a la zona del tòrax** (extirpació d'un tumor, mastectomia), biòpsies (**biòpsia de càncer de mama**), **toracoscòpies**, puncions pulmonars exploratòries amb inserció d'una agulla en un pulmó, tubs col·locats al pit per drenar líquids o implantació de catèters o ports en una vena del pit per al tractament intravenós a llarg termini, inclosos els tractaments de quimioteràpia, també desencadenen conflictes d'atac. Un diagnòstic de càncer de pulmó o comentaris d'un metge com "els teus pulmons no funcionen correctament" es poden percebre com un "atac" a la integritat de l'òrgan. El conflictes d'atac també s'originen de l'interior del pit, per exemple, amb dolor de pit causat per la tos (pneumònia, asma bronquial) o dolor punxant i perforant a través de la inhalació de fums, gasos o líquids volàtils.

**FASE DE CONFLICTE ACTIU:** A partir del DHS, durant la fase de conflicte actiu les cèl·lules pleurals proliferen proporcionalment a la intensitat del conflicte. El **propòsit biològic de l'augment cel·lular** és crear un reforç intern per protegir el pit de nous atacs. Amb una activitat conflictiva perllongada es forma un creixement en forma de bulb al lloc; l'augment cel·lular en un eix pla sol produir-se quan el conflicte d'atac era de naturalesa més general. En la medicina convencional, l'engrossiment de la pleura es diagnostica com un **mesotelioma pleural** (vegeu també mesotelioma peritoneal, mesotelioma omental, mesotelioma pericàrdic i mesotelioma testicular). Si la taxa de divisió cel·lular supera un cert límit, el càncer es considera "maligne".

**NOTA:** Si la pleura dreta o esquerra està afectat depèn de la lateralitat d'una persona i de si el conflicte està relacionat amb la mare/fill o amb la parella. Un conflicte localitzat afecta l'àrea de la pleura associada amb l'atac.



Sens dubte, l'**exposició** perllongada a l'**amiant** pot provocar un mesotelioma pleural. No obstant això, no és un "cancerigen" el que causa el càncer, com afirma la medicina convencional, sinó la *por* associada a la inhalació d'amiant desencadenada, per exemple, per un rètol de **PERILL** al lloc de treball ("Amiant. Perill de Càncer i Malalties Pulmonars") o amb fotos de les fibres d'amiant afilades ("assassines") (vegeu imatge) que es mostren als mitjans. La resposta biològica innata és protegir els pulmons contra "l'atac" figurat o literal. Això explica per què la *por* a l'amiant afecti predominantment la pleura i, en molt menor grau, altres òrgans de les vies respiratòries (si l'amiant s'associa a un conflicte de *por* de la mort, afecta els alvèols pulmonars; amb una *por* territorial relacionada amb el lloc de treball, afecta el bronquis. En ambdós casos l'angoixa genera el desenvolupament d'un càncer de pulmó).

Com que no hi ha símptomes durant la fase de conflicte actiu, un mesotelioma pleural només es troba a través d'exàmens mèdics rutinaris, sobretot entre els treballadors de l'amiant que s'han de sotmetre a controls pulmonars regulars.

**FASE DE CURACIÓ:** Després de la resolució del conflicte (**CL**), els fongs, els micobacteris o altres bacteris eliminen les cèl·lules que ja no són necessàries. **Els símptomes de curació són dolor al pit, tos dolorosa, dificultats respiratòries, febre i suors nocturns.** Si els microbis necessaris no estan disponibles en el moment de la resolució del conflicte, perquè van ser destruïts per un ús excessiu d'antibiòtics, romanen les cèl·lules addicionals. Eventualment, el creixement s'encapsula amb teixit connectiu. Ara, el mesotelioma es considera "benigne".

**La pleuresia o pleuritis** indica que la curació va acompanyada d'una inflamació – amb febre, si la fase de curació és intensa. Durant el procés de curació (en **PCL-A**), el líquid de la cavitat pleural és absorbit naturalment per la membrana pleural (**pleuresia seca**). La retenció d'aigua, però, a causa d'un conflicte d'abandonament o d'existència actiu, augmenta l'acumulació de fluid (**pleuresia humida**) provocant **dificultats respiratòries agudes**; si els bacteris assisteixen la curació, el fluid conté pus (**pleuresia purulenta**). La pleuresia humida sovintment es desenvolupa durant l'hospitalització, després d'una cirurgia a la zona de la mama o del pit, o després d'un diagnòstic de càncer de pulmó o mesotelioma pleural.

Amb la SÍNDROME l'aigua retinguda genera un **vessament pleural exsudatiu** (excés de fluid *al voltant* dels pulmons en contraposició a l'aigua als pulmons amb pneumònia o edema pulmonar). Atès que la pleura dreta i esquerra estan separades entre si, el vessament només es produeix al costat afectat (compareu amb el vessament peritoneal i el vessament pericàrdic). Un vessament pleural pot causar complicacions greus, especialment quan la cavitat pleural plena de fluid comprimeix els dos pulmons. En aquest cas, una punció pleural per drenar la cavitat pleural és inevitable.

**NOTA:** El fluid també entra a la pleura quan les costelles adjacents o l'estèrnum estan en curació; en aquest cas a causa d'un conflicte de desvalorització de si mateix provocat, per exemple, per un diagnòstic de càncer de pulmó, un diagnòstic de càncer de mama o una mastectomia. L'edema gran, generalment causat per la retenció d'aigua a causa de la SÍNDROME, "sua" pel periosti cap a la cavitat pleural creant el que s'anomena **vessament pleural transsudatiu** (que no conté proteïnes!).

El fluid pleural és ric en proteïnes. Per tant, el drenatge constant del fluid addicional condueix a una deficiència de proteïnes i una ràpida pèrdua de pes. A més, les puncions pleurals desencadenen sovint nous conflictes d'atac i recaigudes en el conflicte amb cada procediment ("rail" hospitalari), llançant la persona a un cercle viciós. La punció de la pleura també comporta el risc de col·lapse pulmonar o pneumotòrax (vegeu també pneumotòrax i emfisema pulmonar).



Aquest escàner cerebral mostra l'acumulació de fluid (en [PCL-A](#)) en els dos relés de la pleura (fletxes taronges – [vegeu el diagrama de la GNM](#)) corresponent a un vessament pleural causat per un conflicte "d'atac contra el pit". A més, veiem un Focus de Hamer (també en [PCL-A](#)) al relé cerebral per a l'orella interna esquerra (fletxes vermelles) relacionat amb un conflicte d'audició, que es presenta com a dificultats d'audició (compareu amb la TC a continuació). Les fletxes grogues assenyalen el centre de control del túbuls col·lectors renals drets i un conflicte d'existència actiu que resulta en la retenció d'aigua (la SÍNDROME). L'aigua retinguda agreuja el vessament pleural!



Aquest escàner de TC mostra la presència de neuròglia (en [PCL-B](#)) al relé cerebral de la pleura dreta (fletxa taronja – [vegeu el diagrama de la GNM](#)), indicant que un mesotelioma pleural s'està curant en aquell moment. A la medicina convencional, s'assumeix erròniament que l'acumulació de la glia és un "tumor cerebral". També hi ha un Focus de Hamer actiu al centre de control de l'orella interna (fletxes vermelles), que confirma un tinnitus a l'orella esquerra (compareu amb la TC a dalt). El conflicte d'audició ("No vull escoltar això!") probablement es va desencadenar pel diagnòstic de càncer.

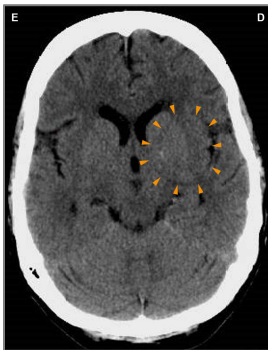


Amb una activitat conflictiva intensa i perllongada, la pèrdua de teixit en curs pot provocar una ruptura del diafragma (**hèrnia diafragmàtica**) amb òrgans abdominals que es mouen cap a l'interior de la cavitat toràcica. En el cas d'una **hèrnia hiatal**, el múscul del diafragma debilitat permet que una petita part de l'estómac surti a través del diafragma i cap al pit (compareu amb l'hèrnia inguinal). La ruptura es pot produir per tos, aixecar peses, estirar o empènyer, o pressionar massa, per exemple, durant un moviment intestinal.

**FASE DE CURACIÓ:** En la fase de curació, es reconstrueix el múscul del diafragma. La paràlisi parcial arriba a la **PCL-A**. La Crisi Epileptoide es presenta com **rampes o espasmes del diafragma** acompanyats de dificultats respiratòries. **L'apnea del son** amb episodis de cessament de la respiració es genera per les contraccions del diafragma durant l'Epi-Crisi. L'apnea crònica del son apunta a recaigudes en el conflicte (compareu amb l'apnea del son relacionada amb el miocardi).

**Puntades al costat**, per exemple, quan es fa exercici poc després de menjar, córrer massa ràpid o parlar mentre es trota, és una manifestació d'una petita Crisi Epileptoide relacionada amb el diafragma. **El singlot** (singultus) són contraccions o aleteigs diafragmàtics, normalment causats per menjar o beure massa ràpidament sense respirar adequadament. En aquest cas, el "conflicte" és únicament de naturalesa biològica sense component emocional. Tanmateix, els singlots persistents que duren més de 48 hores són causats per un conflicte respiratori.

**NOTA:** Tots els òrgans que deriven del mesoderma nou ("grup excedent"), inclòs el diafragma, mostren el **propòsit biològic al final de la fase de curació**. Un cop completat el procés de curació, l'òrgan o teixit és més fort que abans, la qual cosa permet estar millor preparat per a un conflicte del mateix tipus.



Aquest escàner de TC mostra l'impacte d'un conflicte de físic aclaparat a l'àrea del cervell que controla el diafragma esquerre (**vegeu el diagrama de la GNM**). L'estructura de nítid anell del Focus de Hamer indica activitat conflictiva.

**NOTA:** Si el diafragma dret o esquerre està afectat depèn de la lateralitat d'una persona i de si el conflicte està relacionat amb la mare/fill o amb la parella.

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