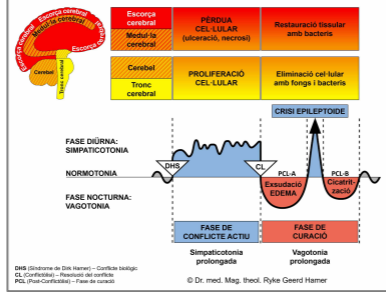


PROGRAMES ESPECIALS BIOLÒGICS

ÒRGANS SEXUALS MASCULINS

escrit per Caroline Markolin, Ph.D.



Glàndula prostàtica

Conducces prostàtics

Cèl·lules germinals

Testicles (interstici)

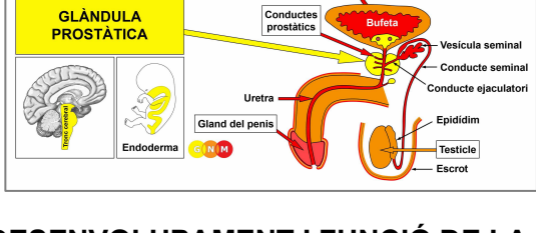
Tunica vaginalis testis

Glàndules secretores d'esmegma

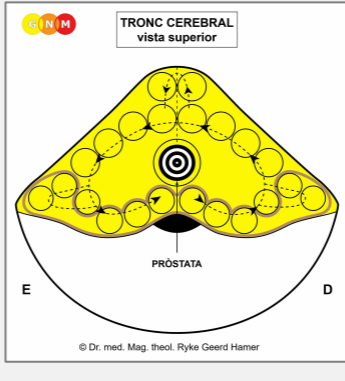
Eix del penis (cos cavernós)

Gland del penis

Rev. 1.00



DESENVOLUPAMENT I FUNCIÓ DE LA GLÀNDULA PROSTÀTICA: La pròstata es troba a la pelvis masculina just per sota de la bufeta. La uretra, que transporta tant l'orina com el semen, passa pel centre de la pròstata des d'on s'estén fins al cap del penis. La funció principal de la glàndula prostàtica és secretar fluid seminal (qualitat secretora). Durant l'excitació sexual, una part considerable de semen també es produeix a la vesícula seminal, una bossa en forma de sac que s'obre al conducte ejaculatori que s'uneix a la uretra prostàtica. El fluid seminal proporciona energia als espermatozoides i ajuda a la seva motilitat. Un dels components de la secreció prostàtica és l'anomenat Antigen Prostàtic Específic-PSA (vegeu també "pròstata femenina" o glàndula de Skene). El fluid prostàtic conté la fragància que li dona al semen el seu típic olor almesca. A la Natura, l'olor de la marca de l'olor seminal indica la potència sexual femenina i la força masculina. La glàndula prostàtica consta d'epiteli cilíndric intestinal, s'origina de l'endoderma i, per tant, està controlada des del tronc cerebral.



NIVELL CEREBRAL: La glàndula prostàtica es controla des del centre del **tronc cerebral**.

NOTA: La glàndula prostàtica i l'úter comparteixen el mateix relé cerebral.

CONFLICTE BIOLÒGIC: D'acord amb el seu paper vital en la reproducció, el conflicte biològic relacionat amb la glàndula prostàtica concerneix la procreació (igual que l'úter a les dones). Un home pot patir un **conflicte de procreació** quan no pot tenir fills, per exemple, a causa de la disfunció erèctil o la infertilitat, inclosa la incapacitat de la seva parella per concebre (infertilitat femenina). Una vasectomia (esterilització quirúrgica) pot invocar un conflicte de procreació a un nivell psicobiològic subtil. Els mascles també experimenten el conflicte quan els seus descendents no es reproduïxen, diguem-ne, a causa d'una orientació homosexual, es queden sense fills per elecció, avortaments espontanis o avortaments. La pròstata masculina també es correlaciona amb un **conflicte d'aparellament** o **conflicte sexual**. Al món humà, "no poder aparellar-se" o "no tenir permès aparellar-

se” es tradueix en rebuig sexual i en sentir-se sexualment no desitjat (compareu amb el conflicte d’aparellament femení relacionat amb el coll uterí). Els conflictes d’aparellament s’activen per la pèrdua d’una parella sexual o per la rivalitat sexual (la “baralla per una femella”). La por d’un home que la seva parella sexual se senti atreta per un altre home ja podria desencadenar el conflicte, sobretot quan el competidor és més jove o té més “potencial”. A més, la pròstata correspon a un **conflicte de gènere** viscut com un “conflicte lleig amb una dona”. Ser dominat, controlat o humiliat per una dona (una dona o mare imperiosa) o ser degradat per una autoritat femenina (supervisora, jutgessa, advocada, metgessa, policia, etc.) pot anar a parar directament a la pròstata d’un home. Un divorci rancorós, batalles per la custòdia, l’abús emocional o financer són altres possibles escenaris de conflicte. En un sentit més ampli, el conflicte relacionat amb la pròstata es refereix a la pròpia masculinitat, en el sentit de ser ignorat com a home, com a amant, com a marit o com a proveïdor de la família.

NOTA: Un home amb un estat hormonal normal, és a dir, quan el seu nivell de testosterona és superior al seu nivell d’estrògens, experimenta un conflicte sexual com un *conflicte sexual masculí* que afecta la pròstata. Amb un estat baix de testosterona, percep el conflicte com un *conflicte sexual femení* lligat a les venes coronàries, controlat des del lòbul temporal esquerre de l’escorça cerebral (vegeu Principi de Gènere, Lateralitat i Estat Hormonal).

Un home amb un estat baix de testosterona ja no pot experimentar un conflicte territorial (conflicte de por territorial, conflicte de pèrdua territorial, conflicte d’enuig territorial, conflicte de demarcació territorial) en termes biològics. En Dr. Hamer va establir que una por (territorial), un enuig (territorial), una pèrdua (territorial) o un conflicte de demarcació (territorial) que *implica una dona* afecta, per tant, també la pròstata.

FASE DE CONFLICTE ACTIU: A partir del DHS, durant la fase de conflicte actiu les cèl·lules de la glàndula prostàtica proliferen proporcionalment a la intensitat del conflicte. El **propòsit biològic de les cèl·lules addicionals** és incrementar la quantitat de semen per tal d’augmentar les possibilitats d’embarassar una femella un cop estigui disponible una parella sexual. Amb una activitat conflictiva perllongada (conflicte pendent) es desenvolupa un creixement (tipus secretor), conegut com a **càncer de pròstata**, com a resultat del continuat augment cel·lular (compareu amb el “càncer de pròstata” relacionat amb els conductes prostàtics). Si la taxa de divisió cel·lular excedeix un cert límit, la medicina convencional considera el càncer com a “maligne”.

Les teràpies hormonals, el tractament estàndard per al càncer de pròstata, tenen com a objectiu “alentir el creixement del càncer” suprimint la producció d’hormones masculines com la testosterona (basat en el supòsit que els andrògens estimulen el creixement de les cèl·lules canceroses de pròstata). Els efectes secundaris dels fàrmacs són problemes d’erecció, sensibilitat als pits i fogots. La raó per la qual la “teràpia” sembla funcionar és que la manipulació hormonal canvia la identitat biològica de l’home. Com a resultat, l’originalment conflicte masculí (conflicte de procreació, conflicte d’aparellament, conflicte de gènere) esdevé irrellevant i el tumor de pròstata es redueix.

Durant l’activitat conflictiva, el **nivell de PSA augmenta** al mateix ritme que la proliferació cel·lular a la glàndula prostàtica.

NOTA: En sentit estricte, el terme “**Antigen Prostàtic Específic-PSA**” és un nom equivocat perquè l’anomenat PSA també es produeix al fetge, als pulmons o a les glàndules salivals. Això explica per què els homes als quals se’ls ha extirpat la pròstata encara poden mostrar un nivell elevat de PSA. Fins i tot òrgans femenins com el pit i la glàndula de Skene produeixen “PSA” (Font: *The New England Journal of Medicine*, 21 de setembre de 2000).

La medicina convencional utilitza PSA com a marcador tumoral, per la qual cosa un nivell sèric de PSA superior a 4 ng/ml es considera “anormal”. A partir d’aquest consens, el càncer de pròstata es va convertir ràpidament en el càncer principal en els homes, de la mateixa manera que el càncer de mama es va convertir en el càncer més comú en les dones amb la introducció de la mamografia.

Questionant el Cribratge de PSA

Basant-se en les últimes investigacions, la *American Society of Clinical Oncology* i el *American College of Physicians* van concloure que “és incert si els beneficis associats a les proves de PSA per al cribratge del càncer de pròstata valen els danys associats amb el cribratge i el subseqüent tractament innecessari” (*Journal of Clinical Oncology*, agost del 2012).

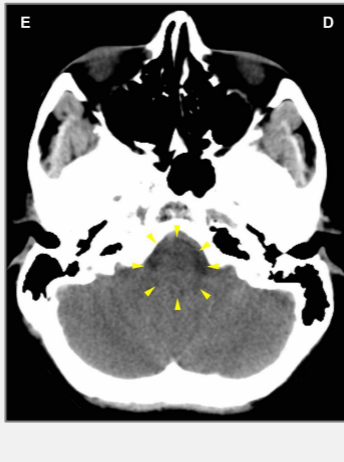
Sovintment, una prova positiva de PSA i un subseqüent diagnòstic de càncer de pròstata condueixen a tractaments amb radiació o **cirurgia**. Després d'una prostatectomia radical (extirpació de la pròstata) la majoria dels homes es queden amb incontinència urinària i disfunció erèctil, que al seu torn causa conflictes de desvalorització de si mateix que afecten els ossos més propers a la pròstata. El càncer d'os de l'os púbic o de la columna vertebral inferior és, per tant, al costat del càncer de pulmó (conflicte de por de la mort) el càncer secundari més freqüent en els homes. No té res a veure amb la “migració de cèl·lules cancerígenes” (“metàstasi”).

Si el tumor de pròstata es troba als **lòbuls laterals** de la pròstata, normalment es diagnostica com un “càncer”. El que s'anomena **hiperplàsia benigna de la pròstata** (HBP) és un augment de les cèl·lules glandulars de la pròstata a la porció central de la pròstata causant un **engrandiment general de la glàndula prostàtica** (el mateix estàndard diagnòstic s'aplica a la hiperplàsia endometrial relacionada amb l'úter). Típicament, la proliferació cel·lular ocorre en un pla (eix) pla (llis) (compareu amb la hiperplàsia de pròstata relacionada amb els conductes prostàtics). Si la inflor pressiona la uretra, el **flux d'orina es retarda i s'alenteix** i només s'expulsen petites quantitats d'orina (vegeu també la fase de curació). Segons en Dr. Hamer, un engrandiment de la pròstata es ocorre quan un conflicte relacionat amb la pròstata es converteix en un “problema” general, per exemple, si un home sent que ja no atrau les femelles com abans. A més, quan un home envellaix, el seu nivell de testosterona disminueix; així ho fa també el seu desig sexual. Aquesta és una part normal del procés d'envelliment. Tanmateix, la pressió per “actuar” (també la pressió autoinfligida) pot causar fàcilment un conflicte d'aparellament. Tots aquests són factors que expliquen per què la “hiperplàsia benigna de la pròstata” s'atribueix principalment als homes vells i per què els nivells de PSA tendeixen a augmentar amb l'edat. Tanmateix, els canvis sempre estan lligats a un conflicte biològic. És per això que no tots els homes tenen nivells elevats de PSA quan envellaixen.

FASE DE CURACIÓ: Després de la resolució del conflicte (**CL**), fongs o micobacteris com els bacteris de la tuberculosi (TB) eliminen les cèl·lules que ja no són necessàries. La **secreció** produïda durant la ruptura cel·lular (tumor) s'excreta a través de la uretra. Així, **l'orina està tèrbola**, potencialment barrejada amb sang (pel que fa a la sang a l'orina, vegeu també la fase de curació relacionada amb el trígon vesical, la mucosa vesical, la pelvis i els urèters renals i el parènquima renal). També pot haver-hi sang a l'ejaculat. El procés de curació va acompanyat de **suors nocturnes**. Amb una inflamació, la condició s'anomena **prostatitis**. La **candidiasi** que afecta els òrgans genitals masculins s'origina a la glàndula prostàtica, les glàndules productores d'esmegma, o a la dermis que cobreix el penis i l'escrot.

Amb una curació pendent, és a dir, quan la curació s'interromp contínuament per recaigudes en el conflicte, el procés de descomposició perllongat resulta en una pèrdua de teixit glandular prostàtic. La manca de producció de fluid seminal és la causa subjacent d'un **orgasme sec**, un orgasme sense ejacular cap semen (compareu amb l'orgasme sec relacionat amb els conductes ejaculatoris). El mateix passa després d'una extirpació quirúrgica de la pròstata.

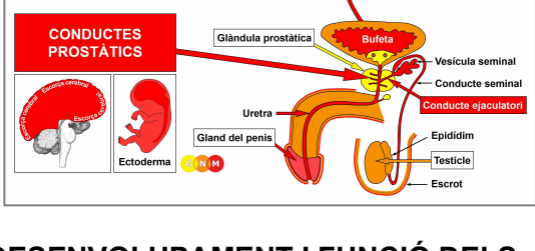
Si la inflor es troba en un lloc que pressiona sobre la uretra prostàtica, això causa una **micció retardada i lenta** (vegeu també fase de conflicte actiu). Una gran inflor pot comprimir la uretra completament amb l'orina retornant als ronyons. En cas que es produeixi una obstrucció de la uretra, en Dr. Hamer recomana l'ús d'un catèter fins que s'hagi completat el procés de curació i es restableixi el flux normal d'orina (vegeu també obstrucció del tracte urinari relacionat amb la uretra).



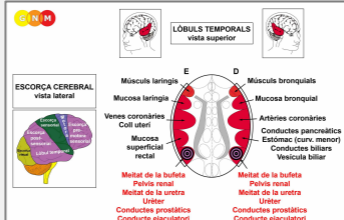
Aquesta TC cerebral pertany a un home que es troba en la fase de curació d'un càncer de pròstata. L'acumulació de fluid (PCL-A) al relé de la glàndula prostàtica (vegeu el diagrama de la GNM) ocorre paral·lelament a la inflor (edema) de l'òrgan en curació.

Un cop completada la fase de curació, la glàndula prostàtica recupera la seva mida normal i el **nivell de PSA retorna a la normalitat**. No obstant això, amb les recaigudes recurrents en el conflicte, el nivell de PSA fluctua cap amunt i cap avall en sincronia amb el grau del conflicte reactivat.

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. El tumor que no es pot descompondre finalment s'encapsula. Com a resultat, la micció retardada esdevé permanent. **El nivell de PSA continua augmentant!** Si el tumor bloqueja la uretra, la cirurgia és inevitable.



DESENVOLUPAMENT I FUNCIO DELS CONDUCTES PROSTÀTICS I EJACULATORIS: Els conductes prostàtics es troben dins de la pròstata. Transporten el líquid secretat per la glàndula prostàtica a la porció prostàtica de la uretra, on la secreció es barreja amb el fluid seminal de les vesícules seminals. Els dos conductes ejaculatoris que transporten els espermatozoides dels testicles i els fluids de les vesícules seminals també s'obren a la uretra. Durant l'ejaculació, el semen s'expulsa a través de l'obertura uretral a la punta del penis. Les parets dels conductes prostàtics i ejaculatoris estan dotades de músculs llisos. Igual que els músculs intestinals que mouen el "mos d'aliment" al llarg del canal intestinal mitjançant el moviment peristàtic, els músculs llisos dels conductes prostàtics i ejaculatoris faciliten el flux i eliminació del "mos de semen". El revestiment dels conductes prostàtics i ejaculatoris consta d'epiteli escamós, s'origina de l'ectoderma i, per tant, està controlat des de l'escorça cerebral.



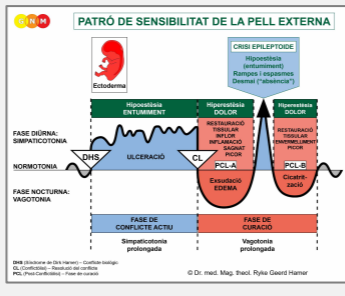
NIVELL CEREBRAL: El revestiment epitelial dels conductes prostàtics i ejaculatoris es controlen des dels **lòbuls temporals** (part de l'escorça post-sensorial). Els conductes prostàtics de la meitat dreta de la pròstata i el conducte ejaculatori dret es controlen des del costat esquerre de l'escorça; els conductes prostàtics de la meitat esquerra de la pròstata i el conducte ejaculatori esquerre es controlen des de l'hemisferi cortical dret. Per tant, hi ha una correlació creuada entre el cervell i l'òrgan.

NOTA: Els conductes prostàtics, els conductes ejaculatoris, la pelvis renal, els urèters, la bufeta i la uretra comparteixen els mateixos relés cerebrals i, per tant, el mateix conflicte biològic.

CONFLICTE BIOLÒGIC: El conflicte biològic relacionat amb els conductes prostàtics i els conductes ejaculatoris és el mateix que per a la uretra, és a dir, un **conflicte de demarcació territorial**. En aquest cas, el conflicte de demarcació té un matís sexual o una "qualitat prostàtica" distintiva. Un home pot patir el conflicte quan, per exemple, la seva exdona no li permet veure els seus fills o quan el seu espai és envaït per un rival sexual o per una dona dominant. Els conductes ejaculatoris també es relacionen amb un **conflicte d'ejaculació** (vegeu també uretra) com en "no poder, no tenir permès

o no voler ejacular" (per exemple, ejaculació precoç).

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



El Programa Especial Biològic dels **conductes prostàtics** segueix el **PATRÓ DE SENSIBILITAT DE LA PELL 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 (pèrdua cel·lular) al revestiment dels conductes prostàtics o conductes ejaculatoris** proporcional al grau i duració de l'activitat conflictiva. El **propòsit biològic de la pèrdua cel·lular** és eixamplar els conductes per millorar el flux de semen per poder marcar millor el territori (sexual).

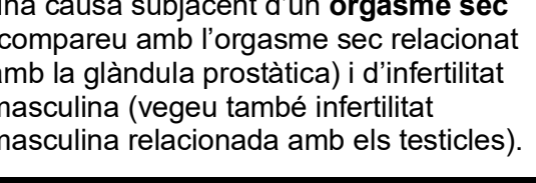
FASE DE CURACIÓ: Durant la primera part de la fase de curació (**PCL-A**) la pèrdua de teixit en els conductes prostàtics es reomple mitjançant la **proliferació cel·lular** amb inflor a causa de l'edema (acumulació de fluid). La retenció d'aigua provocada per un conflicte actiu d'abandonament o existència (la **SÍNDROME**) incrementa la inflor causant una **pròstata engrandida**. Les recaigudes en el conflicte retarden la compleció del procés de curació. **NOTA:** Contràriament a un engrandiment de la pròstata relacionat amb la glàndula prostàtica, el nivell de PSA es manté dins del rang normal.

Si la fase de conflicte actiu precedent va ser intensa i va durar un llarg període de temps, la profusa proliferació cel·lular que ocorre durant la **PCL-A** es diagnostica com un **càncer de pròstata intraductal** (compareu amb el càncer de pròstata relacionat amb la glàndula prostàtica). En base a les Cinc Lleis Biològiques, les noves cèl·lules no es poden considerar "cèl·lules cancerígenes" ja que l'increment cel·lular és, en realitat, un procés de reposició.

La gonorrea (vegeu gonorrea uretral) també pot originar-se als conductes prostàtics. Si els símptomes (inflamació, secreció) són menys severs, la condició sol ser diagnosticada com a prostatitis.

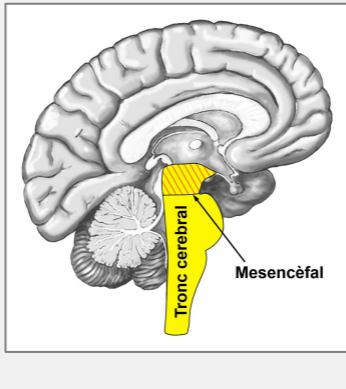
Una **obstrucció del conducte ejaculatori** ocorre a causa de la inflor en un o ambdós conductes ejaculatoris durant la fase de curació. Els rails relacionats amb el conflicte o les recaigudes en el conflicte perllonguen el procés de curació.

L'obstrucció del conducte ejaculatori és una causa subjacent d'un **orgasme sec** (compareu amb l'orgasme sec relacionat amb la glàndula prostàtica) i d'infertilitat masculina (vegeu també infertilitat masculina relacionada amb els testicles).



DESENVOLUPAMENT I FUNCIÓ DE LES CÈL·LULES GERMINALS MASCULINES:

En els òrgans reproductors humans, les cèl·lules germinals són les unitats cel·lulars que donen lloc als gàmetes (espermatozoides i òvuls). Les cèl·lules germinals primordials apareixen primer al sac vitel·lí de l'embrió des d'on migren a través de l'intestí en desenvolupament fins a les noves gònades (testicles o ovaris). Als testicles, les cèl·lules germinals formen les anomenades espermatogònies (qualitat secretora), que són cèl·lules precursors dels espermatozoides. A partir de la pubertat, les espermatogònies comencen a desenvolupar-se en espermatozoides madurs. Aquest procés, anomenat espermatogènesi, té lloc a als **túbuls seminífers (productors d'espermatozoides)** de cada testicle i continua fins a la vellesa (l'oogènesi, la creació d'òvuls als ovaris femenins, dura només fins a la menopausa). Les cèl·lules germinals deriven de l'endoderma i estan controlades des del mesencèfal.



NIVELL CEREBRAL: Les cèl·lules germinals masculines (i femenines) es controlen des del **mesencèfal**, situat a la part més externa del tronc cerebral. Les cèl·lules germinals del testicle dret es controlen des del costat dret del mesencèfal; les cèl·lules germinals del testicle esquerre des del costat esquerre (compareu amb les cèl·lules intersticials dels testicles).

CONFLICTE BIOLÒGIC: El conflicte biològic relacionat amb les cèl·lules germinals és un **conflicte profund de pèrdua**, sovintment la pèrdua d'un fill (compareu amb el conflicte de pèrdua relacionat amb els testicles).

FASE DE CONFLICTE ACTIU: Durant la fase de conflicte actiu es desenvolupa un **teratoma testicular** (tipus secretor), o **tumor de cèl·lules germinals**, als testicles (vegeu també teratoma ovàric en femelles). La importància d'un teratoma es relaciona amb la capacitat primitiva de la partenogènesi, la reproducció sense fecundació. El **propòsit biològic de les cèl·lules germinals addicionals** és facilitar una reproducció més ràpida en cas d'emergència de pèrdua d'una descendència. A la medicina convencional, un "teratoma maligne" es classifica com a càncer testicular (compareu amb el "càncer testicular" relacionat amb els testicles); un "tumor de cèl·lules germinals maligne" també es coneix com a **seminoma**.

NOTA: La proliferació cel·lular que té lloc amb el creixement d'un teratoma és la mateixa que ocorre al desenvolupament del fetus. Durant els tres primers mesos de l'embaràs, l'increment cel·lular segueix el principi dels **òrgans controlats pel cervell antic** amb proliferació cel·lular en simpaticotonia (fase de conflicte actiu). A partir del quart mes de gestació, la proliferació cel·lular segueix el patró dels **òrgans controlats pel cervell nou** amb proliferació cel·lular en vagotonia (fase de curació).

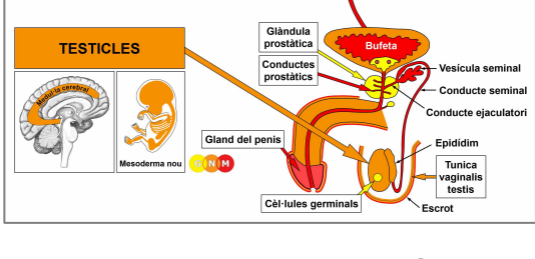
FASE DE CURACIÓ: Amb la resolució del conflicte (**CL**), el teratoma deixa de créixer només lentament atès que el teixit embrionari es desenvolupa en brots ("brots de creixement fetal"). Durant la fase de curació, fongs o micobacteris com els bacteris de la tuberculosi (TB) poden descompondre el teratoma, sempre que estiguin disponibles. La inflor plena de pus es presenta com un **abscess testicular**. El procés de curació va acompanyat de **suors nocturnes**. Si el teratoma roman, el creixement s'encapsula. Remarcablement, un teratoma encapsulat, anomenat **quist dermoide**, pot contenir estructures com ara cabells, dents o ossos. També es troben teratomes o dermoides a l'àrea espinal, és a dir, a prop d'on s'originen els testicles durant el desenvolupament fetal.



"El descobriment de la Nova Medicina va començar amb la mort del meu fill Dirk. El 18 d'agost de 1978, Dirk va ser afusellat prop de l'illa adriàtica de Cavallo pel príncep hereu italià Emanuel de Savoia. Tres mesos i mig després, el 7 de desembre de 1978, Dirk va sucumbir a les seves ferides i va morir als meus braços a la Clínica Universitària de Heidelberg...

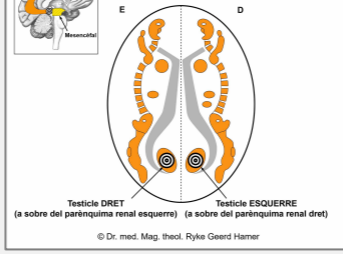


... ara sóc conscient que aquell dia havia patit un conflicte profund de pèrdua amb el desenvolupament d'un càncer testicular. La biòpsia va revelar un teratoma testicular. En aquell moment em vaig operar. Avui, amb la comprensió de la Regla de Ferro del Càncer, sens dubte mai ho faria..."
(Ryke Geerd Hamer).



DESENVOLUPAMENT I FUNCIÓ DELS TESTICLES:

En el fetus masculí, el desenvolupament dels testicles comença a la cavitat abdominal a l'alçada de la regió lumbar superior, aproximadament a la mateixa àrea que els ovaris femenins. Al voltant del setè mes de gestació, els testicles descendeixen a l'escrot. Igual que el peritoneu que cobreix els òrgans abdominals, una capa peritoneal (tunica vaginalis testis) envolta els testicles per protegir-los. Els testicles contenen cèl·lules germinals i cèl·lules intersticials (cèl·lules de Leydig) que són responsables de la producció de testosterona, així com petites quantitats d'estrògens. La testosterona és necessària per transformar les cèl·lules germinals en espermatozoides madurs amb un cap i una cua curta. La cua permet que els espermatozoides es propulsin cap a l'epidídim a la superfície del testicle, on s'emmagatzemen fins a un mes. Quan un mascle s'excita sexualment, els espermatozoides entren al conducte seminal. Barrejat amb els líquids seminals de la pròstata i les vesícules seminals, el semen buida a la uretra i s'expulsa durant l'ejaculació. Els testicles s'originen del mesoderma nou i són per tant controlats des de la medul·la cerebral.



NIVELL CEREBRAL: Els testicles es controlen des de la **medul·la cerebral**, a l'àrea adjacent al mesencèfal. El testicle dret es controla des del costat esquerre del cervell; el testicle esquerre es controla des de l'hemisferi cerebral dret. Per tant, hi ha una correlació creuada entre el cervell i l'òrgan.

NOTA: Els testicles i els ovaris comparteixen els mateixos relés cerebrals.

CONFLICTE BIOLÒGIC: El conflicte biològic relacionat amb els testicles és un **conflicte de pèrdua** relacionat amb la pèrdua d'un ésser estimat (vegeu també el conflicte de pèrdua relacionat amb els ovaris). En comparació, el conflicte de pèrdua relacionat amb les cèl·lules germinals masculines és més de naturalesa primitiva. La por de perdre una persona estimada ja pot desencadenar el conflicte. El mateix passa amb la pèrdua d'una mascota. Culpar-se a si mateix constantment després d'una ruptura o la mort d'algú proper pot mantenir el conflicte actiu. Un conflicte de pèrdua també es pot evocar a través d'una discussió, traïció o infidelitat d'una parella o amic. **NOTA:** El conflicte de pèrdua relacionat amb els testicles només concerneix a una persona o una mascota i NO a la pèrdua d'un habitatge o d'un negoci (vegeu conflicte de pèrdua territorial).

FASE DE CONFLICTE ACTIU: **necrosi (pèrdua cel·lular) al testicle**, perceptible com una lleugera tracció a l'escrot. A causa de la reducció de les cèl·lules productores de testosterona, el **nivell de testosterona disminueix** donant lloc a una **reducció de la producció d'esperma** (vegeu també baixa testosterona a causa d'un desequilibri hormonal relacionat amb el conflicte). L'activitat conflictiva perllongada pot, per tant, causar **infertilitat**, almenys fins que es resolgui el conflicte.

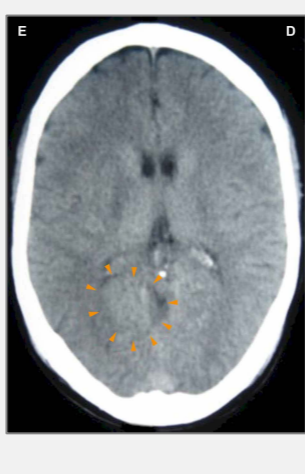
NOTA: Si el testicle dret o esquerre està afectat depèn de la lateralitat biològica de l'home i de si el conflicte està relacionat amb la mare/fill o amb la parella.

FASE DE CURACIÓ: A partir de la resolució del conflicte (**CL**), la pèrdua de teixit es reomple amb noves cèl·lules. Els **síntomes de curació** són **dolor** i **inflor** al testicle. Una inflamació o "infecció" d'un testicle (un signe que els bacteris assisteixen la curació) s'anomena **orquitis**. La medicina convencional afirma que els

homes adults que van “contraure galteres” en la seva adolescència corren el risc de desenvolupar una inflamació dels testicles i esdevindran infèrtils com a conseqüència d'això. No obstant això, la teoria no explica per què el suposat “virus de les galteres”, “atacaria” només els testicles; per què el testicle dret o l'esquerre o tots dos? No obstant això, l'angoixa de no poder tenir fills, basada en el mite de “les galteres causen infertilitat”, pot desencadenar sens dubte un conflicte de pèrdua.

Una característica especial pel que fa a la curació dels testicles és el desenvolupament d'un **QUIST TESTICULAR**. Sempre que no hi hagi recaigudes en el conflicte que interrompin la curació, el procés triga nou mesos a completar-se (vegeu també quist ovàric, quist renal i quist adrenal). La formació del quist ocorre en diversos passos.

Durant la **PCL-A** es forma una càpsula o quist ple de fluid al lloc de la necrosi. Per restaurar la pèrdua cel·lular que va ocórrer durant la fase de conflicte actiu, les cèl·lules testiculars proliferen dins del quist. En aquesta etapa primerenca, el quist s'uneix al teixit veí per a l'aportació de sang. Trobat durant aquest període, el “creixement” se sol diagnosticar com un **càncer testicular** o un **tumor de cèl·lules de Leydig** (compareu amb el càncer testicular relacionat amb les cèl·lules germinals). En base a les Cinc Lleis Biològiques, les noves cèl·lules no es poden considerar “cèl·lules cancerígenes” ja que l'increment cel·lular és, en realitat, un procés de reposició.



Aquesta TC cerebral mostra un Focus de Hamer indistint, parcialment edematós a l'àrea del cervell que controla el testicle dret (vegeu el [diagrama de la GNM](#)), corresponent a un quist testicular a nivell d'òrgan. Per a un home dretà, el conflicte de pèrdua es relaciona amb una parella; per a un esquerrà amb la seva mare o fill.

Després de la Crisi Epileptoide, el quist ha perdut la major part del seu fluid. En **PLC-B** el **quist es torna dur**, s'allibera del teixit veí i, dotat de vasos sanguinis, **s'integra completament a la funció productora d'hormones dels testicles**. I aquest és precisament el **propòsit biològic**. L'increment de la producció de testosterona que proporciona el quist fa que el mascle sigui més masculí i més fèrtil, la qual cosa el situa en una posició ideal per atraure una femella, compensar la pèrdua d'una parella o d'un fill i produir una nova descendència.

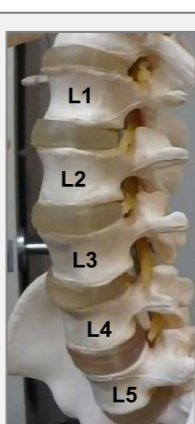
NOTA: Tots els òrgans que deriven del **mesoderma nou** (“grup excedent”), inclosos els testicles, mostren el **propòsit biològic al final de la fase de curació**.

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.

Si la pressió en un quist líquid o semilíquid és massa forta, el **quist podria esclatar**.

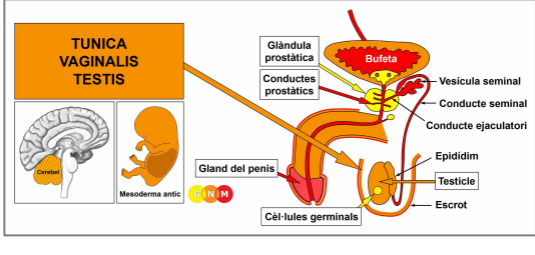
Un cop als testicles, una punció exploratòria o una cirurgia prematura poden provocar la ruptura. Quan el quist es trenca, el fluid s'allibera al sac testicular donant lloc a la formació de nous quists!

Per tant, segons en Dr. Hamer, **l'extirpació quirúrgica** d'un quist testicular només s'ha de realitzar quan el quist estigui totalment madur (indurat).

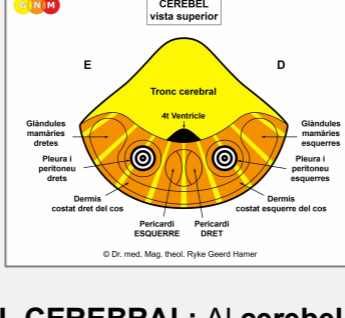


Als homes amb càncer testicular, es troba freqüentment un limfoma o un càncer d'os a la columna lumbar superior. S'assumeix erròniament que són el resultat de cèl·lules “metastàtiques” que hi han viatjat des dels testicles. En realitat, els nòduls limfàtics engrandits es relacionen amb un conflicte de desvalorització causat

per sentir-se “desvaloritzat” com a home, provocat pel diagnòstic de càncer. El limfoma es desenvolupa a l'àrea de la columna lumbar (L2) on es trobaven originalment els testicles. Si el conflicte de desvalorització es viu com a més sever, afecta les vèrtebres lumbars.



DESENVOLUPAMENT I FUNCIO DE LA TUNICA VAGINALIS TESTIS: A partir del setè mes de gestació, els testicles es mouen des de la cavitat abdominal a través del canal inguinal fins a l'escrot dibuixant-hi una porció de teixit peritoneal (revestiment abdominal) a mesura que descendeixen. El canal inguinal es tanca poc després del naixement. La capa peritoneal que cobreix els testicles es coneix com a tunica vaginalis testis. La seva membrana plena de fluid ajuda al suport i la protecció de l'òrgan. Com a part del peritoneu, la tunica vaginalis testis s'origina del mesoderma antic i, per tant, està controlada des del cerebel.



NIVELL CEREBRAL: Al **cerebel**, la tunica vaginalis del testicle dret es controla des del costat esquerre del cervell; la tunica vaginalis del testicle esquerre es controla des de l'hemisferi cerebel·lós dret. Per tant, hi ha una correlació creuada entre el cervell i l'òrgan. **NOTA:** Com que la tunica vaginalis formava part originalment de la cavitat peritoneal, els centres de control estan incrustats als relés peritoneals.

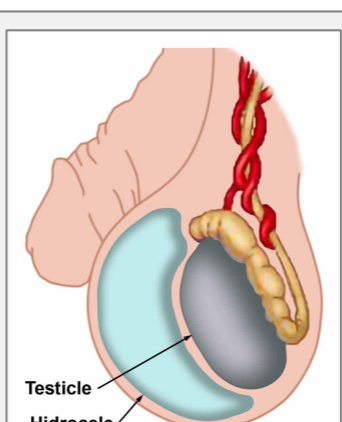
CONFLICTE BIOLÒGIC: El conflicte biològic relacionat amb la tunica vaginalis testis és un **atac contra els testicles**. Aquest conflicte d'atac pot ocórrer en el curs d'un accident, per exemple, en esports (hoquei, futbol) o amb una puntada inesperada als testicles. Les amenaces verbals (“Us donaré un cop de puny a les pilotes!”) podrien tenir el mateix efecte. Un diagnòstic de càncer testicular o una cirurgia als testicles, percebuts com un “atac” concernint la integritat de l'òrgan, també pot desencadenar el conflicte.

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

FASE DE CONFLICTE ACTIU: A partir del DHS, durant la fase de conflicte actiu proliferen cèl·lules de la tunica vaginalis. El **propòsit biològic de la proliferació cel·lular** és engrossir la capa peritoneal per tal de protegir el testicle de nous atacs. Amb una activitat conflictiva perllongada, les cèl·lules addicionals formen un grumoll, considerat per la medicina convencional com un **mesotelioma testicular** maligne (vegeu també mesotelioma peritoneal, mesotelioma omental, mesotelioma pleural i mesotelioma pericàrdic).

NOTA: Si el testicle dret o esquerre està afectat depèn de la lateralitat biològica de l'home i de si el conflicte està relacionat amb la mare/fill o la parella. Un conflicte localitzat afecta el testicle “atacat”.

FASE DE CURACIÓ: Després de la resolució del conflicte (**CL**), fongs o bacteris com els bacteris de la tuberculosi (TB) eliminen les cèl·lules que ja no són necessàries. Els **síntomes de curació** són **dolor** a causa de la inflor i **suors nocturnes**.

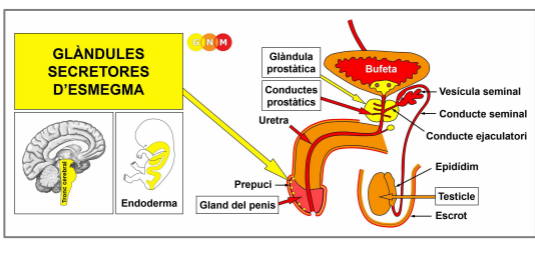


Amb la retenció d'aigua a causa de la **SÍNDROME** s'emmagatzema fluid addicional a la membrana de la tunica causant l'anomenat **hidrocele** (“aigua

als testicles”). Tanmateix, una lesió als testicles també pot causar un hidrocele.

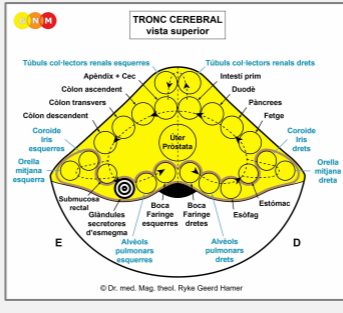
Si el canal inguinal no es tanca completament després del naixement, el fluid acumulat al peritoneu de la cavitat abdominal (vegeu ascites) es filtra a l'escrot, donant lloc a un hidrocele. A més, un canal inguinal que no es tanca correctament deixa una àrea debilitada a l'engonal, la qual cosa crea una vulnerabilitat per al desenvolupament d'hèrnies inguinals (compareu amb l'hèrnia hiatal relacionada amb el diafragma).

NOTA: Segons en Dr. Hamer, **les hèrnies inguinals no estan relacionades amb un conflicte biològic**. Una hèrnia inguinal que es mostra com una protuberància a l'àrea de l'engonal (hi ha un canal inguinal a banda i banda de la part inferior de l'abdomen) es desenvolupa a causa d'un debilitament del múscul abdominal causat per la pressió a l'abdomen per esforços o aixecaments pesats. Les dones desenvolupen hèrnies després de l'embaràs o com a resultat de recollir o portar un nen pesat. Als nadons, l'increment de la pressió a l'abdomen és causat principalment per l'esforç durant els moviments intestinals. Les hèrnies als nounats solen ser hèrnies umbilicals (melic).



DESENVOLUPAMENT I FUNCIÓ DE LES GLÀNDULES SECRETORES D'ESMEGMA:

Les glàndules secretores d'esmegma estan incrustades a la membrana mucosa del prepuci intern que cobreix el gland del penis. Les glàndules secreten una substància blanquinosa (qualitat secretora) per mantenir lubricant el cap del penis durant l'activitat sexual (compareu amb les glàndules de Bartholin que lubriquen l'obertura vaginal). Les glàndules secretores d'esmegma s'originen de l'endoderma i estan controlades des del tronc cerebral.



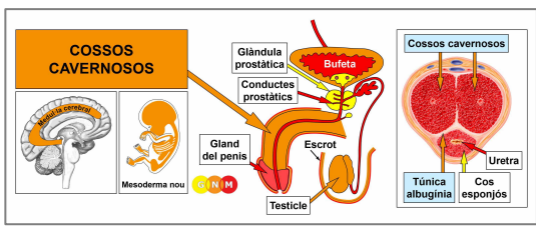
NIVELL CEREBRAL: Les glàndules productores d'esmegma es controlen des del costat esquerre de la **tronc cerebral**, al costat del centre de control de la submucosa rectal.

NOTA: Les glàndules secretores d'esmegma, les glàndules de Bartholin i la submucosa vesical (trígon vesical) comparteixen el mateix relé cerebral.

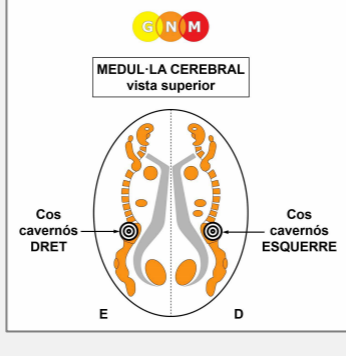
CONFLICTE BIOLÒGIC: El conflicte biològic lligat a les glàndules productores d'esmegma és **“no poder penetrar una vagina estreta o seca”**.

FASE DE CONFLICTE ACTIU: A partir del DHS, durant la fase de conflicte actiu les cèl·lules productores d'esmegma proliferen proporcionalment a la intensitat del conflicte. El **propòsit biològic de l'increment cel·lular** és millorar la producció d'esmegma per facilitar la penetració.

FASE DE CURACIÓ: Després de la resolució del conflicte (CL), fongs o micobacteris com els bacteris de la tuberculosi (TB) eliminen les cèl·lules que ja no són necessàries. Els **síntomes de curació** són **dolor** a causa de la inflor i **supuració del prepuci**. Si els fongs assisteixen la curació, això causa **“candidiasi peniana”**. Els símptomes de la candidiasi ja són símptomes *curatius*, per tant, la condició no pot ser contagiosa (vegeu malalties venèries)!



DESENVOLUPAMENT I FUNCIO DEL COS CAVERNÓS: El penis està format per una arrel, un eix i el gland. Els cossos cavernosos són dues cambres en forma de cilindre que s'estenen des de l'os púbic al llarg de l'eix del penis fins al cap del penis, on s'uneixen. Estan fets de teixit erèctil expansible compost principalment de teixit connectiu. El seu nucli conté una disposició especialitzada de vasos sanguinis que s'omplen de sang per aconseguir una erecció. El **cos esponjós** que envolta la uretra peniana està format en la seva majoria per músculs llisos (equivalent als **bulbs vestibulars del clítoris**). Durant l'ejaculació, els músculs es contrauen en un moviment rítmic per permetre l'expulsió de l'ejaculat. Els cossos cavernosos estan embolcallats per una densa beina fibrosa, coneguda com la túnica albugínia. El cos cavernós s'origina del mesoderma nou i és, per tant, controlat des de la medul·la cerebral.



NIVELL CEREBRAL: A la **medul·la cerebral**, el cos cavernós dret es controla des del costat esquerre de la medul·la cerebral; el cos cavernós esquerre es controla des de l'hemisferi cerebral dret (al relé de la pelvis – vegeu **ossos**). Per tant, hi ha una correlació creuada entre el cervell i l'òrgan.

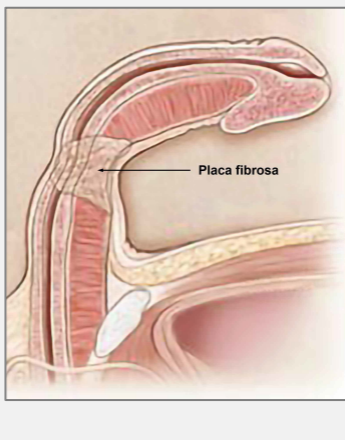
CONFLICTE BIOLÒGIC: El conflicte biològic lligat als cossos cavernosos és un **conflicte de desvalorització de si mateix relacionat amb el penis** provocat, per exemple, per problemes d'erecció després d'una cirurgia de pròstata o pels efectes adversos de fàrmacs supressors de testosterona o antidepressius. Comentaris condescendents sobre el rendiment sexual d'un home o la mida del seu penis, no complir les expectatives sexuals de la parella, l'ejaculació precoç i el rebuig ofensiu de les relacions sexuals o el sexe oral són altres exemples del que pot fer que un home se senti "inútil allà".

En línia amb el raonament evolutiu, els **conflictes de desvalorització de si mateix** són la temàtica principal de conflicte associada amb els **òrgans controlats per la medul·la cerebral** que deriven del mesoderma nou.

FASE DE CONFLICTE ACTIU: **necrosi (pèrdua cel·lular) al teixit erèctil de l'eix del penis** conduint temporalment a una incapacitat per aconseguir o mantenir una erecció. Per a un home **no familiaritzat amb la GNM**, això sol provocar més desvaloritzacions del penis que condueixen a una **disfunció erèctil** crònica (vegeu també disfunció erèctil relacionada amb les artèries penianes). La impotència física no afecta el desig sexual d'un home, ja que el nivell de testosterona es troba en el rang normal.

NOTA: L'erecció del penis es controla des del sistema nerviós parasimpàtic, l'ejaculació des del sistema nerviós simpàtic (vegeu orgasme masculí i femení). Per tant, el desig sexual masculí s'activa a la vagotonia. És per això que un home no pot tenir una erecció sota estrès o amb una intensa activitat conflictiva de qualsevol conflicte biològic. El mateix s'aplica a les dones (vegeu també lubricació vaginal).

FASE DE CURACIÓ: Durant la primera part de la fase de curació (**PCL-A**) la pèrdua de teixit es restaura amb noves cèl·lules i la funció erèctil torna a la normalitat. Tanmateix, quan el procés de curació es perllonga a causa de les constants recaigudes en el conflicte, l'excés de teixit cicatricial afecta eventualment la flexibilitat del penis.



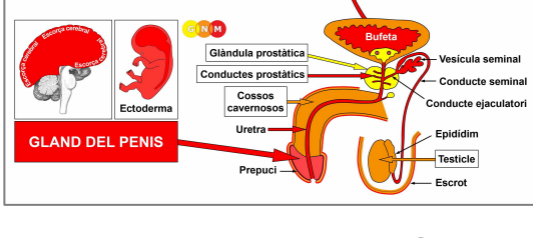
L'acumulació de placa fibrosa i grumolls durs a la **túnica albugínia**, la beina que envolta els cossos cavernosos, causa una flexió permanent del penis. Aquesta condició s'anomena **malaltia de Peyronie**. Si un nen neix amb una curvatura del penis, això revela que ell (potser preferit per la seva mare o els seus pares per ser un "ella") havia patit una desvalorització del penis a l'úter.



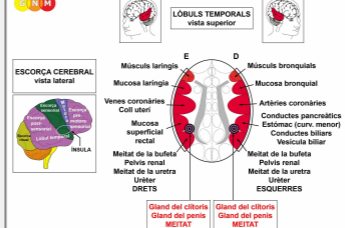
La fimosi, la incapacitat de retraure completament el **prepuci** sobre el gland, i el **frenulum breu**, un escurçament del fre que restringeix el moviment del prepuci, es relacionen, en termes de GNM, amb conflictes de desvalorització de si mateix experimentats com "Sóc inútil *allà!*"

El teixit connectiu del prepuci i del fre deriva del mesoderma nou i es controla des de la mateixa àrea de la medulla cerebral que els cossos cavernosos.

Les berrugues genitals es relacionen amb un conflicte de separació sexual que implica l'epidermis del penis.



DESENVOLUPAMENT I FUNCIÓ DEL GLAND DEL PENIS: El gland del penis forma el cap en forma de bulb de l'eix del penis. El prepuci que cobreix el gland és una doble capa retràctil de teixit epidèrmic que envolta el gland. El prepuci és continu amb la pell del penis. El prepuci interior conté glàndules secretores d'esmegma. El fre prepucial a la part inferior del penis és una petita banda elàstica que permet estirar el prepuci sobre el gland per protegir l'obertura uretral a la punta del penis. El gland del penis està format per epitelí escamós, s'origina de l'ectoderma i, per tant, està controlat des de l'escorça cerebral. **NOTA:** El gland del penis està cobert per una capa de pell epidèrmica però no està dotat d'una dermis (sota la pell).



NIVELL CEREBRAL: El gland del penis es controla des de l'**escorça post-sensorial** (part de l'escorça cerebral). L'epidermis que cobreix el gland es controla des de l'escorça sensorial (vegeu **relés cerebrals dels genitals externs**).

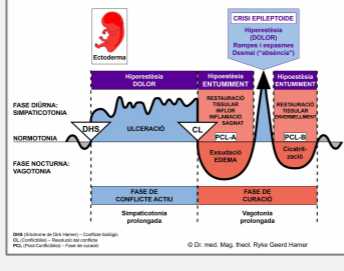
La meitat dreta del gland del penis es controla des del costat esquerre de l'escorça post-sensorial (entre el recte i els relés de la bufeta dreta); la meitat esquerra es controla des de l'hemisferi cortical dret (entre els relés de l'estómac i la bufeta esquerra). Per tant, hi ha una correlació creuada entre el cervell i l'òrgan.

NOTA: El gland del penis i el gland del clítoris comparteixen els mateixos relés cerebrals. Els seus centres de control es troben fora dels lòbuls temporals: per tant, no s'aplica el principi de gènere, lateralitat i estat hormonal.

CONFLICTE BIOLÒGIC: El conflicte biològic lligat al gland del penis és un **conflicte de separació sever associat amb el penis**, experimentat, per exemple, amb la pèrdua d'una parella sexual o un dur rebuig sexual (vegeu també conflicte de separació sexual relacionat amb l'epidermis del penis i l'escrot). El conflicte també es refereix a no voler ser tocat al penis (abús sexual, assetjament sexual,

manipulació brusca, sexe oral desagradable, por a contraure una malaltia venèria) o no tenir permès ser tocat, inclòs tocar-se a un mateix (un DHS desencadenat quan hom és enxampat masturbant-se). El procediment quirúrgic de la **circumcisió** masculina també pot provocar un **conflicte de penis**.

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



El Programa Especial Biològic del **gland penis** segueix el **PATRÓ DE SENSIBILITAT DE LA MUCOSA DE LA GOLA** amb hipersensibilitat durant la fase de conflicte actiu i la Crisi Epileptoide i hiposensibilitat en la fase de curació.

NOTA: Amb l'excepció del gland del penis i gland del clítoris, els genitals externs segueixen el **Patró de Sensibilitat de la Pell Externa** ja que estan controlats des de l'**escorça sensorial**.

FASE DE CONFLICTE ACTIU: ulceració (pèrdua cel·lular) al revestiment epitelial del gland. Durant l'activitat conflictiva, el cap del penis és massa sensible al tacte (hipersensibilitat).

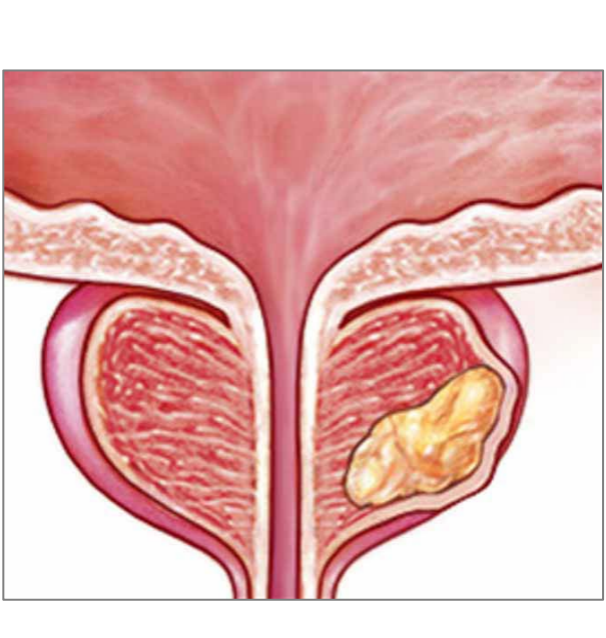
FASE DE CURACIÓ: Durant la fase de curació, la ulceració es reomple amb noves cèl·lules. El procés de curació es manifesta com una **hiposensibilitat** (entumiment) del gland amb disminució o, si el conflicte era intens, una pèrdua total de sensibilitat. La hipersensibilitat es reactiva breument durant la Crisi Epileptoide. Amb la compleció del Programa Especial Biològic, la sensibilitat peniana torna a la normalitat.

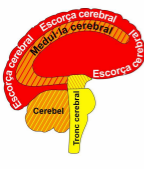
NOTA: Totes les Crisis Epileptoides que es controlen des de l'**escorça sensorial**, **post-sensorial** o **pre-motora sensorial** s'acompanyen de **problemes circulatoris**, **marejos**, breus **alteracions de la consciència** o una completa **pèrdua de la consciència** (desmai o "absència"), dependent 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).

Font: www.learninggnm.com

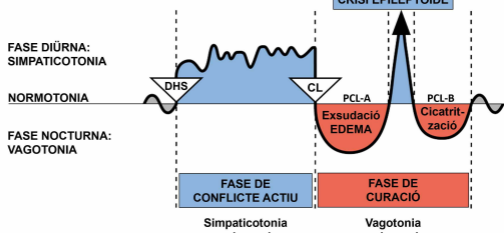
© LearningGNM.com
DESCÀRREC DE RESPONSABILITAT: La informació d'aquest document no substitueix

l'assessorament mèdic professional.





Escorça cerebral	PÈRDUA CEL·LULAR (ulceració, necrosi)	Restauració tissular amb bacteris
Medulla cerebral		
Cerebel·l	PROLIFERACIÓ CEL·LULAR	Eliminació cel·lular amb fongs i bacteris
Tronc cerebral		



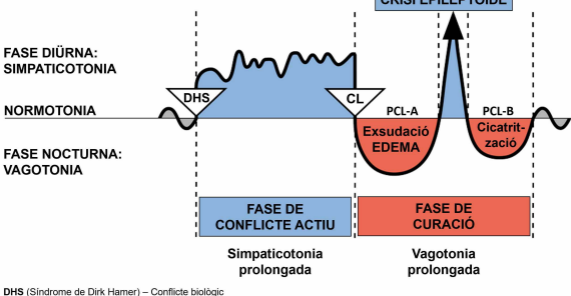
FASE DIÛRNA: SIMPATICOTONIA
 NORMOTONIA
 FASE NOCTURNA: VAGOTONIA

FASE DE CONFLICTE ACTIU
 FASE DE CURACIÓ

Simpaticotonia prolongada
 Vagotonia prolongada

DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – conflicte biològic
 CL (Conflictolísi) – Resolució del conflicte
 PCL (Post-Conflictolísi) – Fase de curació

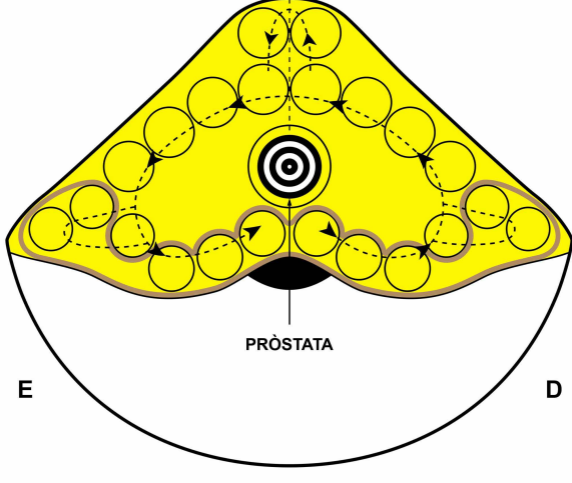
© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer



DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – conflicte biològic
 CL (Conflictolísi) – Resolució del conflicte
 PCL (Post-Conflictolísi) – Fase de curació

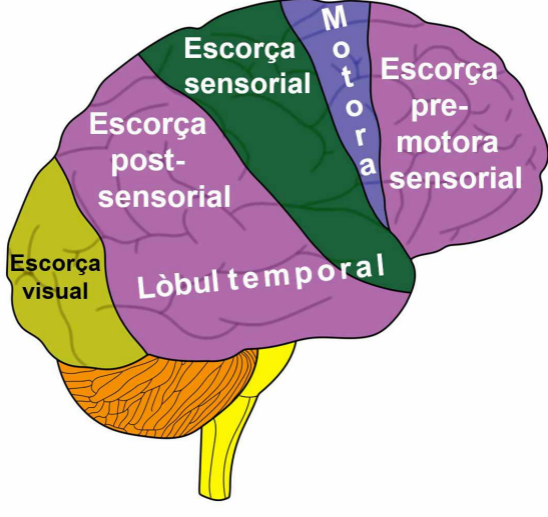
© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

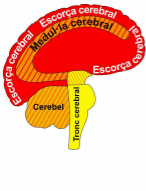
TRONC CEREBRAL
vista superior



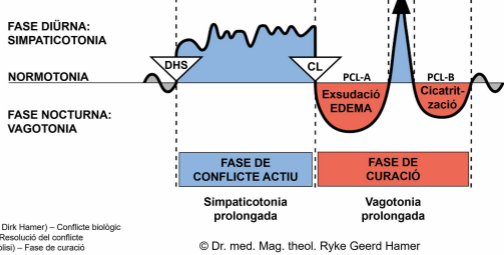
ESCORÇA CEREBRAL

vista lateral





Escorça cerebral	PÈRDUA CEL·LULAR (ulceració, necrosi)	Restauració tissular amb bacteris
Medulla cerebral		
Cerebel·l	PROLIFERACIÓ CEL·LULAR	Eliminació cel·lular amb fongs i bacteris
Tronc cerebral		



FASE DIÛRNA:
SIMPATICOTONIA

NORMOTONIA

FASE NOCTURNA:
VAGOTONIA

FASE DE CONFLICTE ACTIU

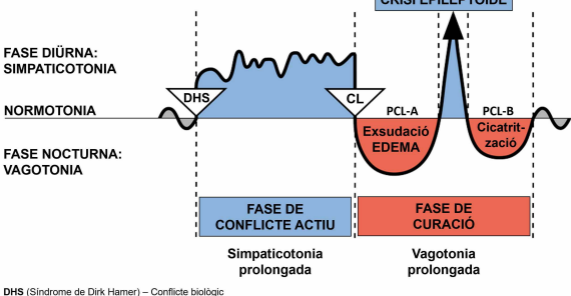
FASE DE CURACIÓ

Simpaticotonia prolongada

Vagotonia prolongada

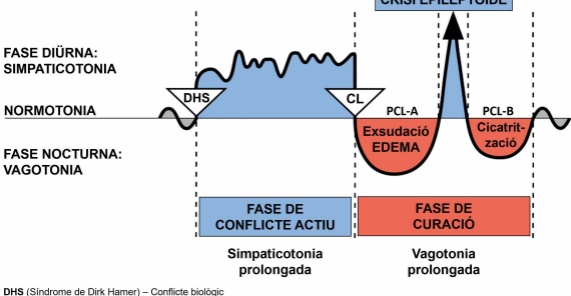
DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – conflicte biològic
CL (Conflictolísi) – Resolució del conflicte
PCL (Post-Conflictolísi) – Fase de curació

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



DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflict biològic
 CL (Conflictolísi) – Resolució del conflicte
 PCL (Post-Conflictolísi) – Fase de curació

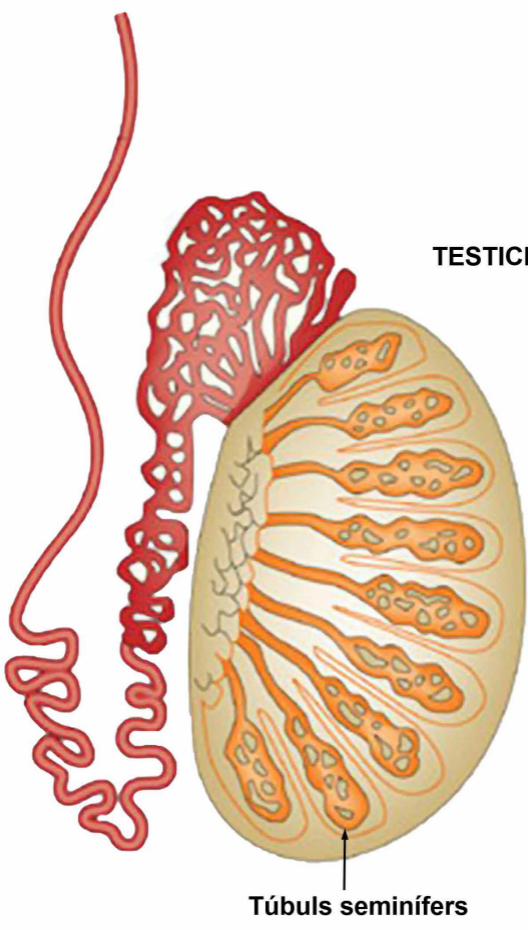
© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer



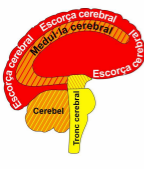
DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – conflicte biològic
 CL (Conflictolísi) – Resolució del conflicte
 PCL (Post-Conflictolísi) – Fase de curació

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

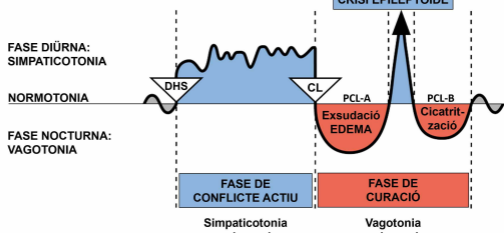
TESTICLE



Túbuls seminífers

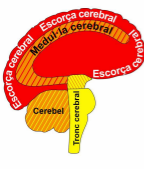


Escorça cerebral	PÈRDUA CEL·LULAR (ulceració, necrosi)	Restauració tissular amb bacteris
Medulla cerebral		
Cerebel·l	PROLIFERACIÓ CEL·LULAR	Eliminació cel·lular amb fongs i bacteris
Tronc cerebral		

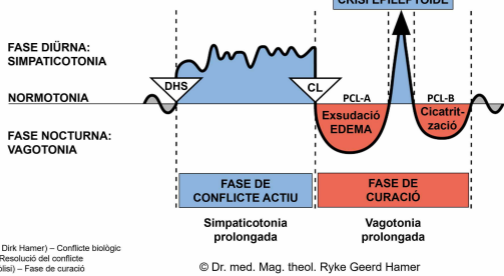


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicte biològic
 CL (Conflictolísi) – Resolució del conflicte
 PCL (Post-Conflictolísi) – Fase de curació

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

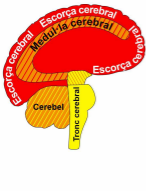


Escorça cerebral	PÈRDUA CEL·LULAR (ulceració, necrosi)	Restauració tissular amb bacteris
Medulla cerebral		
Cerebel·l	PROLIFERACIÓ CEL·LULAR	Eliminació cel·lular amb fongs i bacteris
Tronc cerebral		

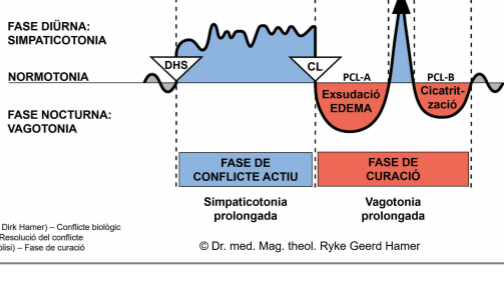


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – conflicte biològic
 CL (Conflictolísi) – Resolució del conflicte
 PCL (Post-Conflictolísi) – Fase de curació

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

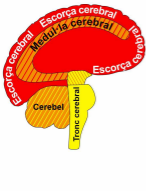


Escorça cerebral	PÈRDUA CEL·LULAR (ulceració, necrosi)	Restauració tissular amb bacteris
Medulla cerebral		
Cerebel·l	PROLIFERACIÓ CEL·LULAR	Eliminació cel·lular amb fongs i bacteris
Tronc cerebral		

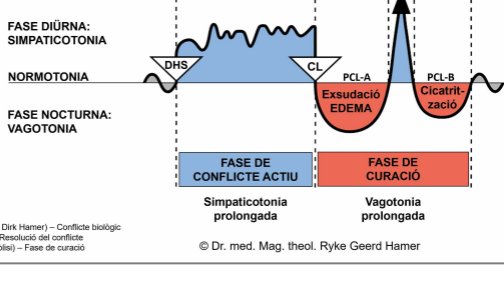


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicte biològic
 CL (Conflictolísi) – Resolució del conflicte
 PCL (Post-Conflictolísi) – Fase de curació

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

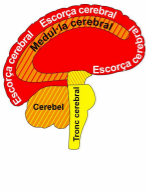


Escorça cerebral	PÈRDUA CEL·LULAR (ulceració, necrosi)	Restauració tissular amb bacteris
Medulla cerebral		
Cerebel·l	PROLIFERACIÓ CEL·LULAR	Eliminació cel·lular amb fongs i bacteris
Tronc cerebral		

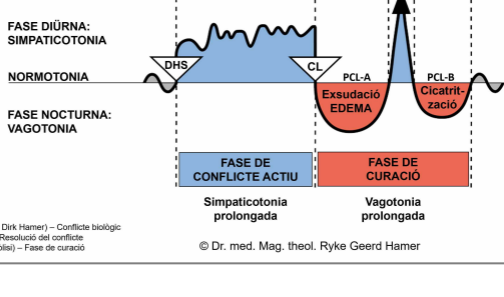


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – conflicte biològic
 CL (Conflictolísi) – Resolució del conflicte
 PCL (Post-Conflictolísi) – Fase de curació

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

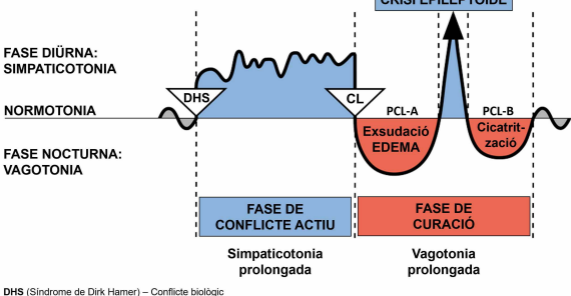


Escorça cerebral	PÈRDUA CEL·LULAR (ulceració, necrosi)	Restauració tissular amb bacteris
Medulla cerebral		
Cerebel·l	PROLIFERACIÓ CEL·LULAR	Eliminació cel·lular amb fongs i bacteris
Tronc cerebral		



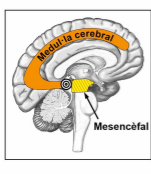
DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – conflicte biològic
 CL (Conflictolísi) – Resolució del conflicte
 PCL (Post-Conflictolísi) – Fase de curació

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



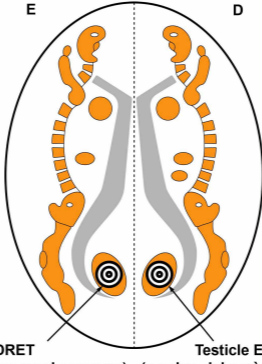
DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – conflicte biològic
 CL (Conflictolísi) – Resolució del conflicte
 PCL (Post-Conflictolísi) – Fase de curació

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



MEDUL·LA CEREBRAL

vista superior



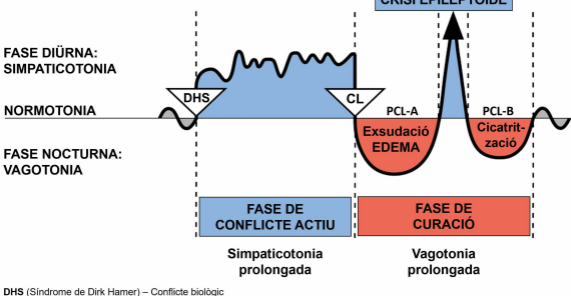
Testicle DRET

(a sobre del parènquima renal esquerre)

Testicle ESQUERRE

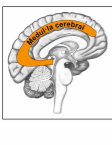
(a sobre del parènquima renal dret)

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

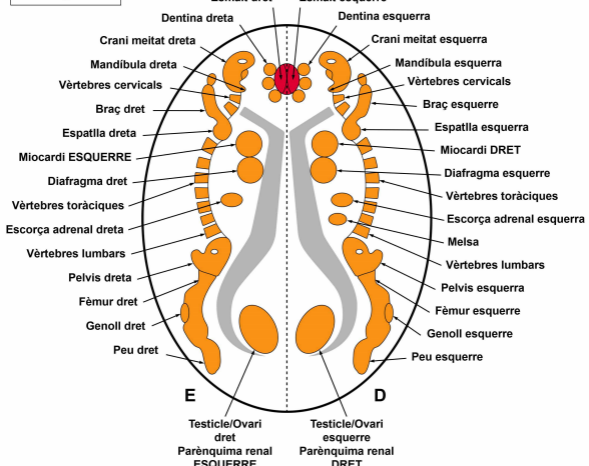


DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – conflicte biològic
 CL (Conflictolísi) – Resolució del conflicte
 PCL (Post-Conflictolísi) – Fase de curació

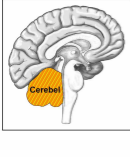
© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer



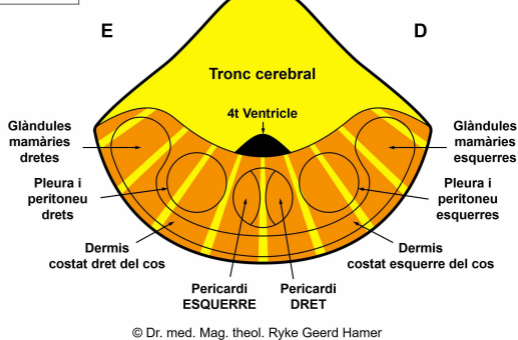
RELACIÓ MEDUL·LA CEREBRAL – ÒRGAN



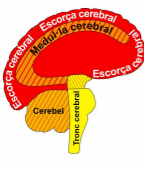
© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer



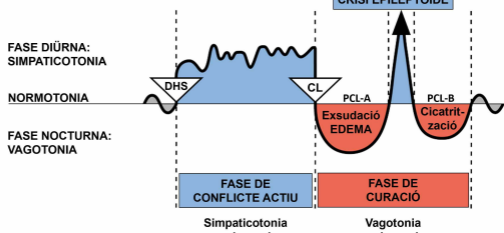
RELACIÓ CEREBEL – ÒRGAN



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



Escorça cerebral	PÈRDUA CEL·LULAR (ulceració, necrosi)	Restauració tissular amb bacteris
Medulla cerebral		
Cerebel·l	PROLIFERACIÓ CEL·LULAR	Eliminació cel·lular amb fongs i bacteris
Tronc cerebral		

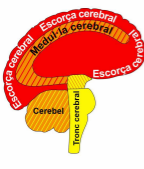


FASE DE CONFLICTE ACTIU **FASE DE CURACIÓ**

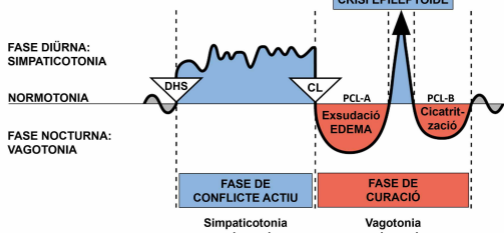
Simpaticotonia prolongada **Vagotonia prolongada**

DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – conflicte biològic
 CL (Conflictolísi) – Resolució del conflicte
 PCL (Post-Conflictolísi) – Fase de curació

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

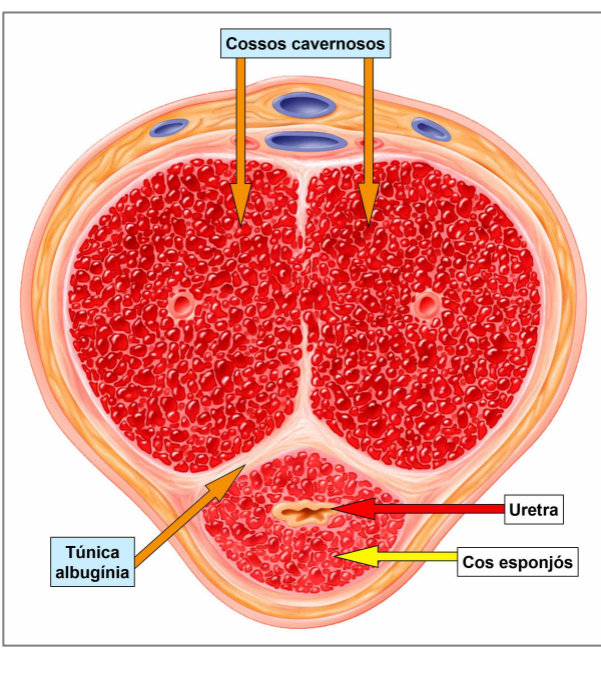


Escorça cerebral	PÈRDUA CEL·LULAR (ulceració, necrosi)	Restauració tissular amb bacteris
Medulla cerebral		
Cerebel·l	PROLIFERACIÓ CEL·LULAR	Eliminació cel·lular amb fongs i bacteris
Tronc cerebral		



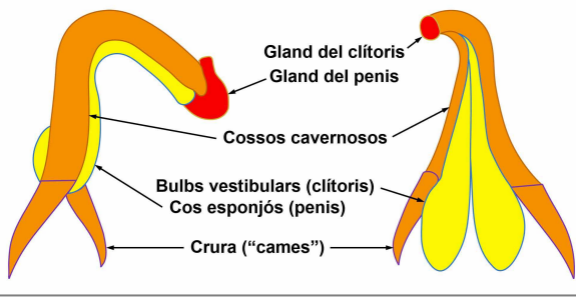
DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicte biològic
 CL (Conflictolísi) – Resolució del conflicte
 PCL (Post-Conflictolísi) – Fase de curació

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

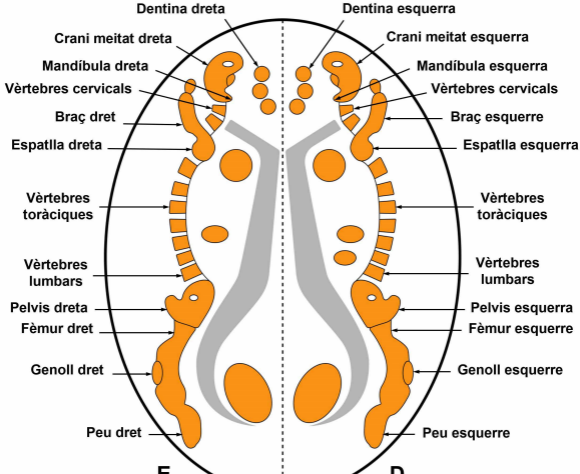


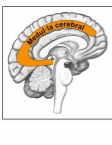
PENIS

CLÍTORIS

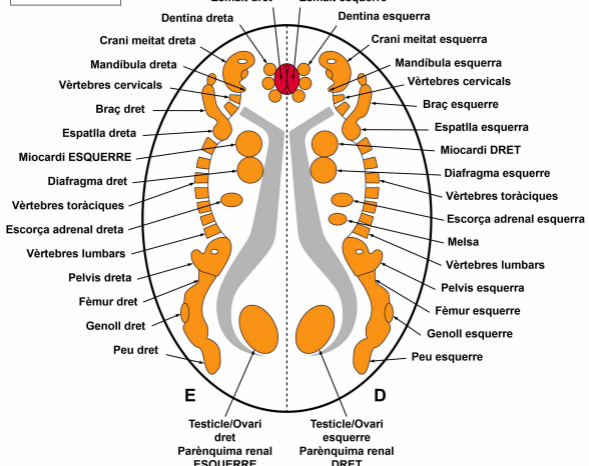


MEDULLA CEREBRAL
OSSOS I ARTICULACIONS
vista superior

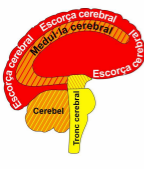




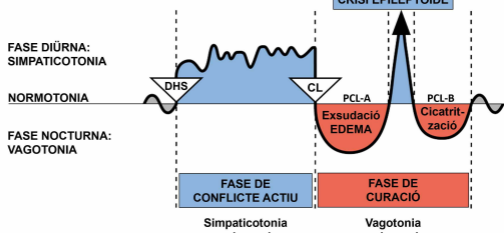
RELACIÓ MEDUL·LA CEREBRAL – ÒRGAN



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

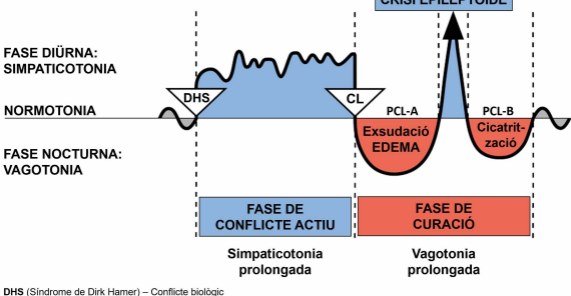


Escorça cerebral	PÈRDUA CEL·LULAR (ulceració, necrosi)	Restauració tissular amb bacteris
Medulla cerebral		
Cerebel·l	PROLIFERACIÓ CEL·LULAR	Eliminació cel·lular amb fongs i bacteris
Tronc cerebral		



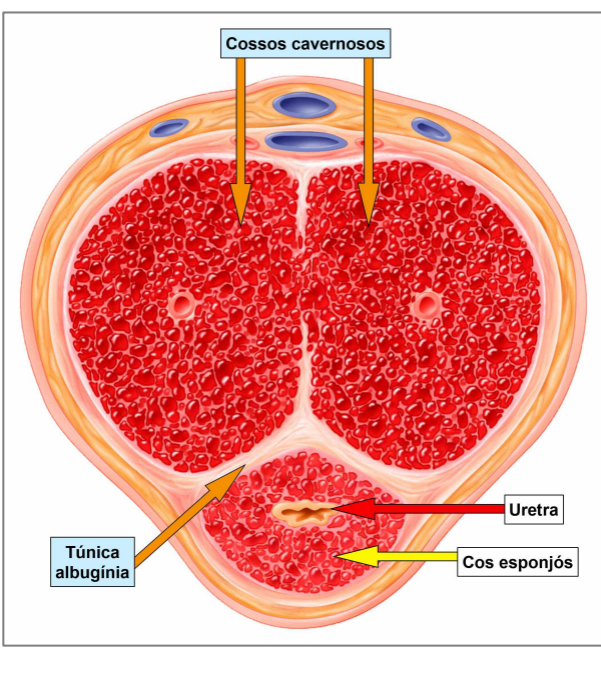
DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – conflicte biològic
 CL (Conflictolísi) – Resolució del conflicte
 PCL (Post-Conflictolísi) – Fase de curació

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



DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – conflicte biològic
 CL (Conflictolísi) – Resolució del conflicte
 PCL (Post-Conflictolísi) – Fase de curació

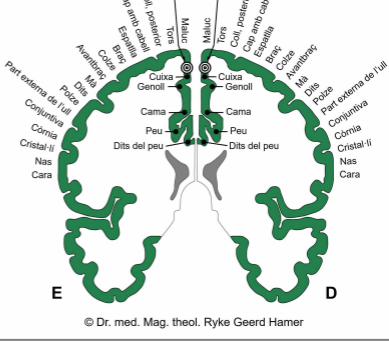
© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer



ESCORÇA SENSORIAL
vista posterior

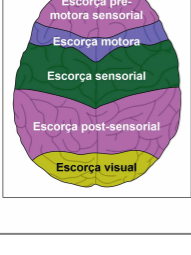
Genitals externs
Mucosa vaginal
Costat DRET

Genitals externs
Mucosa vaginal
Costat ESQUERRE



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

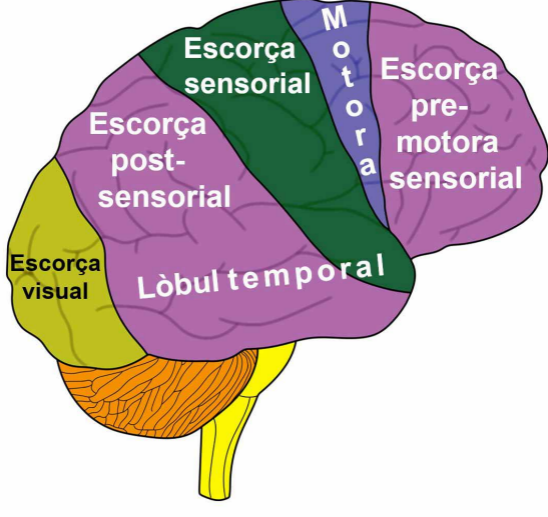
ESCORÇA CEREBRAL
vista superior



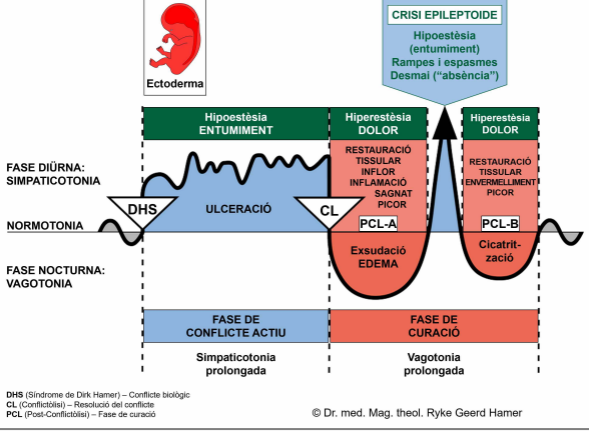


ESCORÇA CEREBRAL

vista lateral



PATRÓ DE SENSIBILITAT DE LA PELL EXTERNA



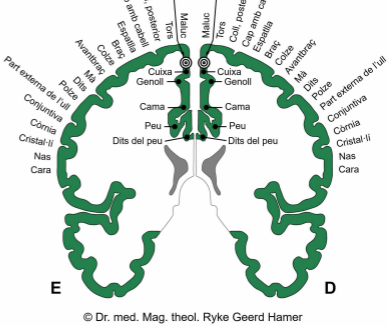
DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – Conflicte biològic
 CL (Conflictblísi) – Resolució del conflicte
 PCL (Post-Conflictblísi) – Fase de curació

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

ESCORÇA SENSORIAL
vista posterior

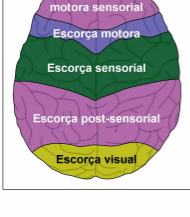
Genitals externs
Mucosa vaginal
Costat DRET

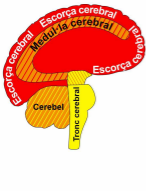
Genitals externs
Mucosa vaginal
Costat ESQUERRE



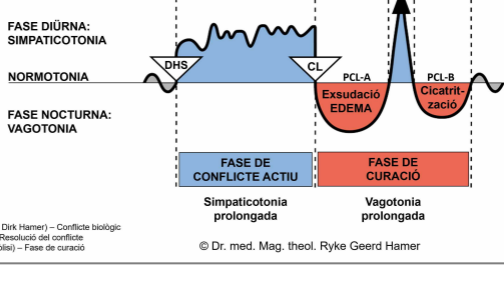
© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

ESCORÇA CEREBRAL
vista superior





Escorça cerebral	PÈRDUA CEL·LULAR (ulceració, necrosi)	Restauració tissular amb bacteris
Medulla cerebral		
Cerebel·l	PROLIFERACIÓ CEL·LULAR	Eliminació cel·lular amb fongs i bacteris
Tronc cerebral		



DHS (Síndrome de Dirk Hamer) – conflicte biològic
 CL (Conflictolísi) – Resolució del conflicte
 PCL (Post-Conflictolísi) – Fase de curació

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

ESCORÇA CEREBRAL

vista lateral

