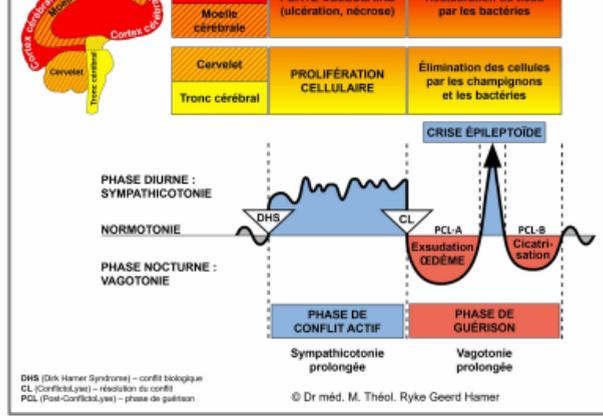




# PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX ORGANES SEXUELS MASCULINS

Auteur : Caroline Markolin, Ph.D.



**Glande prostatique**

**Canaux prostatiques**

**Cellules germinales**

**Testicules (interstitium)**

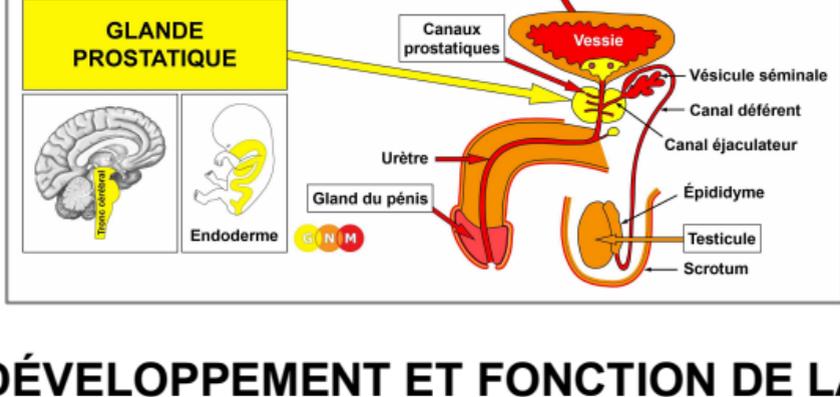
**Tunique vaginale du testicule**

**Glandes sécrétrices de smegma**

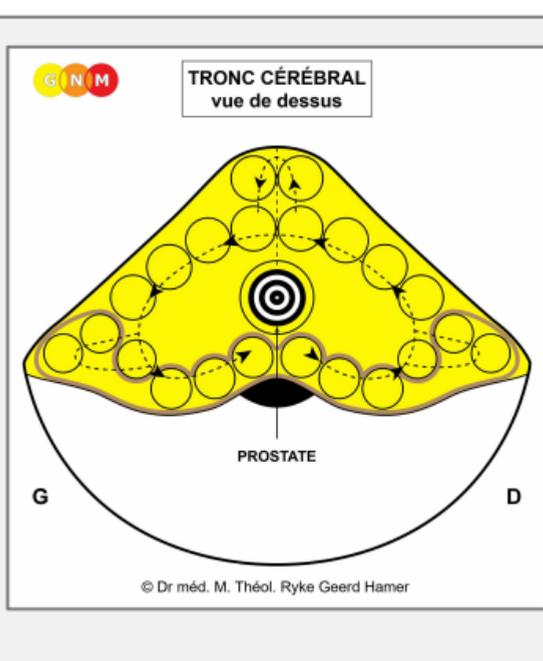
**Corps caverneux du pénis**

**Gland du pénis**

Rév. 0.01



**DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DE LA GLANDE PROSTATIQUE** : la prostate est située dans le pelvis masculin, juste en dessous de la vessie. L'urètre, qui conduit à la fois l'urine et le sperme, traverse la prostate en son centre, et se prolonge jusqu'à l'extrémité du pénis. La glande prostatique a pour principale fonction de sécréter le liquide séminal (qualité sécrétrice). Au cours de l'excitation sexuelle, une partie considérable de ce liquide séminal est également produite par la vésicule séminale, une poche en forme de sac qui débouche dans le canal éjaculateur, débouchant lui-même dans l'urètre prostatique. Le liquide séminal fournit de l'énergie aux spermatozoïdes et facilite leur motilité. L'un des composants de la sécrétion prostatique est ce que l'on appelle l'Antigène Spécifique de la Prostate, le PSA (voir aussi « la prostate chez la femme » ou les glandes de Skene). Le liquide prostatique contient le parfum qui donne au sperme sa typique odeur musquée. Dans la nature, l'odeur de cette marque odorante séminale signale la potentialité sexuelle de la femelle ainsi que la force du mâle. La glande prostatique est constituée d'épithélium cylindrique intestinal, provient de l'endoderme et est donc contrôlée par le tronc cérébral.



**NIVEAU CÉRÉBRAL** : la glande prostatique est contrôlée depuis le centre du **tronc cérébral**.

**REMARQUE** : la glande prostatique et l'utérus partagent le même relais cérébral.

**CONFLIT BIOLOGIQUE** : conformément à son rôle essentiel dans la reproduction, le conflit biologique lié à la glande prostatique concerne la procréation (comme pour l'utérus chez les femelles). Un homme peut vivre un **conflit de procréation** lorsqu'il ne peut pas engendrer d'enfants, par exemple, en raison d'un dysfonctionnement érectile ou d'une infertilité, y compris de l'incapacité à concevoir de sa partenaire (infertilité féminine). Une vasectomie (une stérilisation chirurgicale) peut invoquer un conflit de procréation à un subtil niveau psychobiologique. Les hommes sont également confrontés à ce conflit lorsque leurs descendants ne se reproduisent pas, par exemple, à cause de leur orientation homosexuelle, de leur choix de rester sans

enfant, de fausses couches ou d'avortements. La prostate chez l'homme est également liée à un **conflit d'accouplement** ou **conflit sexuel**. Chez les êtres humains, le fait de « ne pas être capable de s'accoupler » ou de « ne pas être autorisé à s'accoupler » se traduit par un sentiment de rejet sexuel et un sentiment d'être non désiré sexuellement (voir la similitude avec le conflit d'accouplement féminin lié au col de l'utérus). Les conflits d'accouplement sont activés par la perte d'une partenaire sexuelle ou par une rivalité sexuelle (« se battre pour une femelle »). La peur pour un homme de voir sa partenaire sexuelle être attirée par un autre homme peut déjà déclencher ce conflit, en particulier lorsque le concurrent est plus jeune ou qu'il a plus de « potentiel ». De plus, la prostate répond à un **conflit de genre** vécu comme un « conflit odieux avec une femme ». Être dominé, contrôlé ou humilié par une femme (une épouse ou une mère impérieuse) ou rabaissé par une autorité féminine (superviseur, juge, avocat, médecin, policier, etc.) peut conduire directement à la prostate d'un homme. Un divorce fielleux, des conflits de garde, des abus émotionnels ou financiers sont d'autres scénarios possibles de conflit. Dans un sens plus large, ce conflit lié à la prostate concerne aussi la virilité elle-même, dans le sens où la personne est ignorée en tant qu'homme, en tant qu'amant, en tant que mari ou en tant que pourvoyeur de la famille.

**REMARQUE :** un homme avec un statut hormonal normal, c'est-à-dire lorsque son taux de testostérone est supérieur à son taux d'estrogène, vit un conflit sexuel sous la forme d'un conflit sexuel *masculin* touchant la prostate. Avec un taux de testostérone bas, il perçoit le conflit comme un conflit sexuel *féminin* lié aux veines coronaires et contrôlé par le lobe temporal gauche du cortex cérébral (voir le principe du genre, de la latéralité et du statut hormonal).

Un homme avec un taux de testostérone bas n'est plus capable de vivre un conflit territorial (conflit de peur dans le territoire, conflit de perte territoriale, conflit de colère dans le territoire, conflit de marquage territorial) sur le plan biologique. Le Dr Hamer a établi qu'un conflit de peur (dans le territoire), de perte (territoriale), de colère (dans le territoire) ou de marquage (territorial) *impliquant une femme* affecte, par conséquent, également la prostate.

**PHASE DE CONFLIT ACTIF :** dès le DHS, durant la phase de conflit actif, les cellules de la glande prostatique prolifèrent proportionnellement à l'intensité du conflit. Le **sens biologique de cette multiplication cellulaire** est d'augmenter la quantité de liquide séminal afin d'accroître les chances de fécondation d'une femelle une fois qu'un accouplement sexuel devient possible. En cas d'activité conflictuelle prolongée (conflit en suspens), une masse (de type sécréteur), appelée un **cancer de la prostate**, se développe en conséquence de l'augmentation continue des cellules (à distinguer du « cancer de la prostate » lié aux canaux prostatiques). Si le taux de division cellulaire dépasse une certaine limite, la médecine conventionnelle considère le cancer comme « malin ».

Les hormonothérapies, traitement classique du cancer de la prostate, ont pour objectif de « ralentir le développement du cancer » en stoppant la production d'hormones mâles telles que la testostérone (d'après une hypothèse affirmant que les androgènes stimulent la croissance des cellules cancéreuses de la prostate). Les effets secondaires de ces traitements sont des problèmes d'érection, une sensibilité des seins et des bouffées de chaleur. La raison pour laquelle cette « thérapie » semble fonctionner est que cette manipulation hormonale modifie l'identité biologique d'un homme. En conséquence, le conflit d'abord masculin (conflit de procréation, conflit d'accouplement, conflit de genre) devient sans importance et la tumeur de la prostate rétrécit.

Durant l'activité conflictuelle, le **taux de PSA augmente** au même rythme que la prolifération cellulaire dans la glande prostatique.

**REMARQUE :** à vrai dire, le terme « **Antigène Spécifique de la Prostate** » est inapproprié, car ce PSA est également produit dans le foie, les poumons ou les glandes salivaires. Ceci explique pourquoi les hommes à qui la prostate a été retirée peuvent toujours présenter un taux de PSA élevé. Même les organes féminins tels que les seins et les glandes de Skene produisent des « PSA » (Source : *The New England Journal of Medicine*, 21 septembre 2000).

La médecine conventionnelle utilise ce taux de PSA comme un marqueur tumoral, à partir duquel un niveau de PSA sérique supérieur à 4 ng/ml est considéré comme « anormal ». À partir de ce consensus, le cancer de la prostate est rapidement devenu le principal cancer chez les hommes, tout comme le cancer du sein est devenu le cancer le plus répandu chez les femmes avec l'introduction de la mammographie.

### Interrogation à propos du dépistage du PSA

D'après les dernières recherches, l'*American Society of Clinical Oncology* [Association américaine d'oncologie clinique] et l'*American College of Physicians* [Ordre des médecins américains] ont conclu : « il n'est pas certain que les avantages de l'utilisation du test PSA pour dépister le cancer de la prostate valent les préjudices de ce dépistage et des traitements inutiles qui s'ensuivent » (*Journal of Clinical Oncology* [Revue d'oncologie clinique], août 2012).

Souvent, un test de dépistage du PSA positif avec le diagnostic de cancer de la prostate qui s'ensuit conduisent à une radiothérapie ou à une **chirurgie**. Après une prostatectomie radicale (ablation de la prostate), la plupart des hommes se retrouvent avec une incontinence urinaire et un dysfonctionnement érectile, ce qui provoque des conflits de dévalorisation de soi qui affecte les os les plus proches de la prostate. Le cancer des os du pubis ou du bas de la colonne vertébrale est donc, après le cancer du poumon (conflit de peur de la mort), le cancer secondaire le plus fréquent chez l'homme. Cela n'a rien à voir avec les « cellules cancéreuses migrantes » (« métastases »).

Si la tumeur de la prostate est découverte dans les **lobes latéraux** de la prostate, alors celle-ci est généralement diagnostiquée comme un « cancer ». Ce que l'on appelle l'**hyperplasie bénigne de la prostate** (HBP) est une augmentation des cellules de la glande prostatique dans sa partie centrale provoquant une **hypertrophie générale de la glande prostatique** (le même principe de diagnostic est appliqué à l'hyperplasie de l'endomètre liée à l'utérus). Typiquement, cette prolifération cellulaire se produit à plat (à distinguer de l'hyperplasie de la prostate liée aux canaux prostatiques). Si le gonflement exerce une pression sur l'urètre, **l'écoulement de l'urine est retardé et faible**, avec seulement une petite quantité d'urine libérée (voir aussi la phase de guérison). Selon le Dr Hamer, une hypertrophie de la prostate se produit lorsqu'un conflit lié à la prostate devient davantage un « problème » général, par exemple, lorsqu'un homme a le sentiment qu'il n'attire plus les femmes comme il le faisait auparavant. De même, lorsqu'un homme vieillit, son taux de testostérone diminue ; il en va de même de son désir sexuel. Ceci fait partie du processus normal de vieillissement. Cependant, la pression afin d'« assurer » (également une pression auto-infligée) peut facilement causer un conflit d'accouplement. Tous ces facteurs expliquent pourquoi « l'hyperplasie bénigne de la prostate » est principalement attribuée aux hommes plus âgés et pourquoi les taux de PSA ont tendance à augmenter avec l'âge. Cependant, ces changements sont *toujours* liés à un conflit biologique. C'est pourquoi les hommes ne présentent pas tous des taux de PSA élevés en vieillissant.

**PHASE DE GUÉRISON** : dès la résolution du conflit (CL), des champignons ou des mycobactéries telles que le bacille tuberculeux éliminent les cellules qui ne sont plus requises. L'**écoulement** produit lors de la décomposition de ces cellules est excrété par l'urètre. Ainsi, **l'urine est trouble** et potentiellement mélangée à du sang (pour ce qui est de la présence de sang dans l'urine, voir aussi la phase de guérison liée au trigone de la vessie, à la muqueuse de la vessie, au bassinnet du rein et aux uretères, ainsi qu'au parenchyme rénal). Du sang pourrait également se retrouver dans l'éjaculat. Le processus de guérison est accompagné de **sueurs nocturnes**. En présence d'une inflammation, cette condition est appelée une **prostatite**. La **candidose** impliquant les organes génitaux de l'homme provient de la glande prostatique, des glandes sécrétrices de smegma ou du chorion cutané recouvrant le pénis et le scrotum.

Lors d'une guérison en suspens, c'est-à-dire, lorsque la guérison est continuellement interrompue par des rechutes du conflit, le processus de décomposition prolongé conduit à une perte du tissu de la glande prostatique. L'absence de production de liquide séminal est la cause sous-jacente d'un **orgasme sec**, un orgasme sans aucune éjaculation de liquide séminal (à distinguer de

l'orgasme sec lié aux canaux éjaculateurs). La même chose se produit après l'ablation chirurgicale de la prostate.

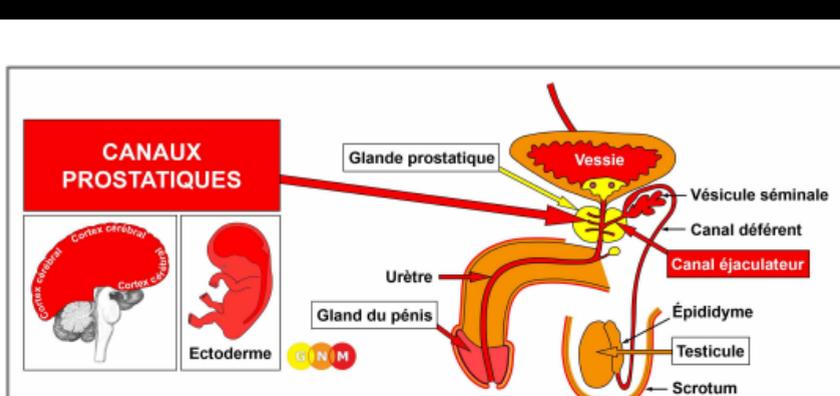
Si le gonflement se situe à un endroit permettant une pression sur l'urètre prostatique, la **miction est retardée et faible** (voir aussi la phase de conflit actif). Un gonflement important pourrait comprimer l'urètre au point de le fermer, provoquant un retour de l'urine dans les reins. En cas d'obstruction de l'urètre, le Dr Hamer recommande l'utilisation d'un cathéter jusqu'à ce que le processus de guérison soit terminé et que le débit urinaire soit redevenu normal (voir aussi l'obstruction des voies urinaires liée à l'urètre).



Ce scanner cérébral est celui d'un homme en phase de guérison d'un cancer de la prostate. L'accumulation de liquide (PCL-A) dans le relais de la glande prostatique (voir le diagramme GNM) se produit parallèlement au gonflement (œdème) au niveau de l'organe en guérison.

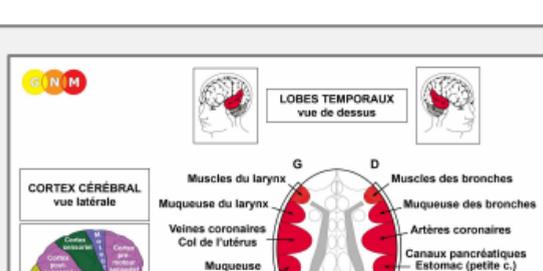
Une fois la phase de guérison terminée, la glande prostatique retrouve sa taille normale et le **taux de PSA redevient normal**. Cependant, avec des rechutes de conflit récurrentes, le taux de PSA fluctue tantôt vers le haut, tantôt vers le bas en fonction de l'intensité du conflit réactivé.

**Si les microbes requis ne sont pas disponibles au moment de la résolution du conflit**, du fait de leur destruction par une utilisation excessive d'antibiotiques, les cellules additionnelles demeurent en place. La tumeur qui ne peut donc pas être décomposée finit par s'enkyster. En conséquence, le retard à la miction devient permanent. **Le taux de PSA reste élevé !** Si cette tumeur ferme l'urètre, une intervention chirurgicale est inévitable.



## DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DES CANAUX PROSTATIQUES ET EJACULATEURS :

les canaux prostatiques se trouvent à l'intérieur de la prostate. Ils conduisent le liquide sécrété par la glande prostatique dans la partie prostatique de l'urètre, où celui-ci se mélange au liquide séminal provenant des vésicules séminales. Les deux canaux éjaculateurs qui acheminent le sperme provenant des testicules ainsi que le liquide des vésicules séminales débouchent aussi dans l'urètre. Lors de l'éjaculation, le sperme est expulsé par le méat urinaire situé à l'extrémité du pénis. La paroi des canaux prostatiques et éjaculateurs est dotée de muscles lisses. De la même manière que les muscles intestinaux déplacent le « morceau de nourriture » dans les intestins par un mouvement péristaltique, les muscles lisses des canaux prostatiques et éjaculateurs facilitent la circulation et l'élimination du « morceau de sperme ». La muqueuse des canaux prostatiques et éjaculateurs est constituée d'épithélium pavimenteux, provient de l'ectoderme et est donc contrôlée par le cortex cérébral.

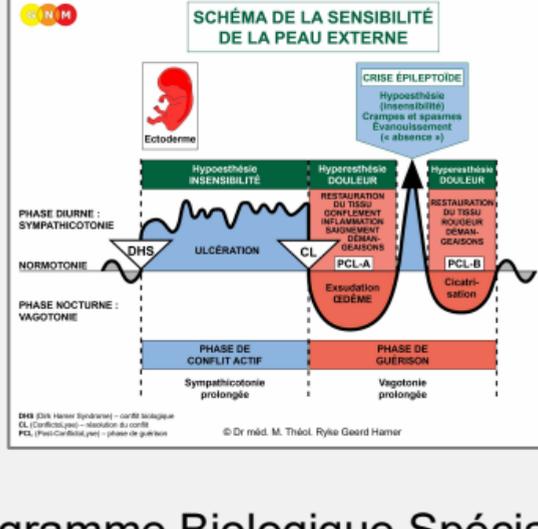


**NIVEAU CÉRÉBRAL :** la muqueuse épithéliale des canaux prostatiques et éjaculateurs est contrôlée par les **lobes temporaux** (une partie du **cortex post-sensoriel**). Les canaux prostatiques de la moitié droite de la prostate et le canal éjaculateur droit sont contrôlés par le côté gauche du cortex ; les canaux prostatiques de la moitié gauche de la prostate et le canal éjaculateur gauche sont contrôlés par le côté droit du cortex. Il existe donc une corrélation croisée du cerveau à l'organe.

**REMARQUE :** les canaux prostatiques, les canaux éjaculateurs, le bassinot du rein, les uretères, la vessie et l'urètre partagent les mêmes relais cérébraux et donc, le même conflit biologique.

**CONFLIT BIOLOGIQUE :** le conflit biologique lié aux canaux prostatiques et éjaculateurs est le même que pour l'urètre, à savoir, un **conflit de marquage territorial**. Dans ce cas, le conflit de marquage a une nuance sexuelle ou une « qualité prostatique » distinctive. Un homme peut vivre ce conflit lorsque, par exemple, son ex-femme ne lui permet pas de voir ses enfants ou lorsque son espace est envahi par un rival sexuel ou par une femme dominatrice. Les canaux éjaculateurs sont également liés à un **conflit d'éjaculation** (voir aussi l'urètre) à propos du fait de « ne pas pouvoir, ne pas être autorisé ou ne pas vouloir éjaculer » (par exemple, lorsqu'un homme souffre d'éjaculation précoce).

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



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

**PHASE DE CONFLIT ACTIF :** **ulcération (perte cellulaire) de la muqueuse des canaux prostatiques ou éjaculateurs**, proportionnelle à l'intensité et à la durée de l'activité conflictuelle. Le **sens biologique de cette perte cellulaire** est d'élargir les canaux afin d'améliorer le flux de sperme et ainsi, de mieux pouvoir marquer le territoire (sexuel).

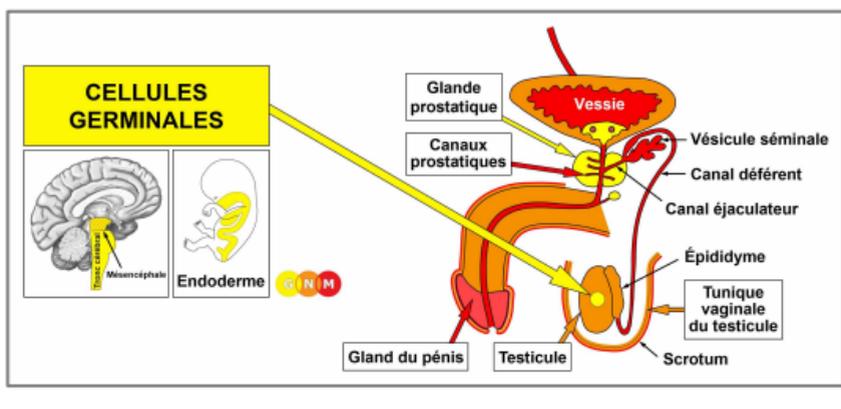
**PHASE DE GUÉRISON :** durant la première partie de la phase de guérison (**PCL-A**), la perte de tissu dans les canaux prostatiques est reconstituée via une **prolifération cellulaire** avec un gonflement dû à l'œdème (accumulation de liquide). La rétention d'eau provoquée par un conflit d'abandon ou d'existence actif (**SYNDROME**) augmente le gonflement, provoquant une **hypertrophie de la prostate**. Les rechutes du conflit retardent l'achèvement du processus de guérison.

**REMARQUE :** contrairement à une hypertrophie de la prostate liée à la glande prostatique, le taux de PSA reste dans sa plage normale.

Si la phase de conflit actif précédente a été longue et intense, l'abondante prolifération cellulaire qui se produit pendant la **PCL-A** est diagnostiquée comme un **cancer intracanalair de la prostate** (à distinguer du cancer de la prostate lié à la glande prostatique). Selon les Cinq Lois Biologiques, ces nouvelles cellules ne peuvent pas être considérées comme des « cellules cancéreuses » car cette augmentation cellulaire est, en réalité, un processus de reconstruction.

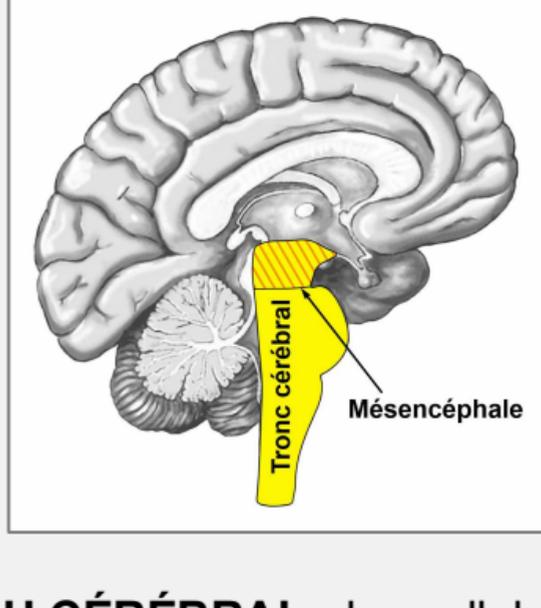
La **gonorrhée** (voir la gonorrhée urétrale) peut aussi provenir des canaux prostatiques. Si les symptômes (l'inflammation et l'écoulement) ne sont pas trop importants, cette condition est généralement diagnostiquée comme une prostatite.

Une **occlusion des canaux éjaculateurs** est causée par le gonflement dans l'un ou des deux canaux éjaculateurs au cours du processus de guérison. Les rails liés au conflit ou les rechutes du conflit prolongent la phase de guérison. L'occlusion d'un canal éjaculateur est une cause sous-jacente de l'**orgasme sec** (à distinguer de l'orgasme sec lié à la glande prostatique) et de l'infertilité masculine (voir aussi l'infertilité masculine liée aux testicules).



## DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DES CELLULES GERMINALES MÂLES :

parmi les organes de reproduction de l'être humain, les cellules germinales sont les unités cellulaires à l'origine des gamètes (spermatozoïdes et ovules). Ces cellules germinales primordiales apparaissent d'abord dans le sac vitellin de l'embryon d'où elles migrent à travers l'intestin en développement vers les nouvelles gonades (les testicules ou les ovaires). Dans les testicules, ces cellules germinales forment ce que l'on appelle les spermatogonies (qualité sécrétrice), les cellules précurseuses des spermatozoïdes. À partir de la puberté, les spermatogonies commencent à se développer en spermatozoïdes matures. Ce processus, appelé la spermatogenèse, se déroule dans les **tubules séminifères (production de spermatozoïdes)** de chaque testicule et se poursuit jusqu'à un âge avancé (l'oogenèse, la création d'ovules dans les ovaires femelles, ne dure que jusqu'à la ménopause). Les cellules germinales proviennent de l'endoderme et sont contrôlées par le mésencéphale.



**NIVEAU CÉRÉBRAL :** les cellules germinales mâles (et femelles) sont contrôlées par le **mésencéphale**, situé à l'extrémité du tronc cérébral. Les cellules germinales du testicule droit sont contrôlées par le côté droit du mésencéphale ; celles du testicule gauche sont contrôlées par le côté gauche (à distinguer des cellules interstitielles des testicules)

**CONFLIT BIOLOGIQUE :** le conflit biologique lié aux cellules germinales est un **conflit de perte profonde**, souvent la perte d'un enfant (à distinguer du conflit de perte lié aux testicules).

**PHASE DE CONFLIT ACTIF :** durant la phase de conflit actif, un **tératome testiculaire** (de type sécréteur), ou **tumeur germinale**, se développe dans les testicules (voir aussi le tératome ovarien chez la femme). La signification d'un tératome se rapporte à la faculté primitive de la parthénogenèse, un mode de reproduction sans fécondation. Le **sens biologique de ces cellules germinales supplémentaires** est de favoriser une reproduction plus rapide en cas de perte d'une progéniture. En médecine conventionnelle, un « tératome malin » est classé comme un **cancer testiculaire** (à distinguer du « cancer testiculaire » lié aux testicules) ; une « tumeur maligne des cellules germinales » est également appelée un **séminome**.

**REMARQUE :** la prolifération cellulaire qui se produit lors du développement d'un tératome est identique à celle qui se produit lors du développement du fœtus. Au cours des trois premiers mois de la grossesse, l'augmentation cellulaire suit le principe des **organes contrôlés par le cerveau ancien**, avec une prolifération cellulaire en sympathotonie (phase de conflit actif). À partir du quatrième mois de gestation, cette prolifération cellulaire suit le schéma des **organes contrôlés par le cerveau nouveau** avec une prolifération cellulaire en vagotonie (phase de guérison).

**PHASE DE GUÉRISON :** avec la résolution du conflit (**CL**), le tératome cesse de croître, mais seulement lentement, car le tissu embryonnaire se développe par poussées (« poussée de croissance fœtale »). Durant la phase de guérison, des champignons ou des mycobactéries, telles que le bacille tuberculeux, décomposent le tératome, à condition qu'ils soient disponibles. Le gonflement rempli de pus se présente comme un **abcès testiculaire**. Le processus de guérison est accompagné de **sueurs nocturnes**. Si le tératome n'est pas décomposé, il sera enkysté. Il est intéressant de remarquer qu'un tératome enkysté, appelé un **kyste dermoïde**, peut contenir des structures telles que des cheveux, des dents ou des os. Des tératomes ou des kystes dermoïdes sont aussi découverts dans la région de la colonne vertébrale, c'est-à-dire à proximité

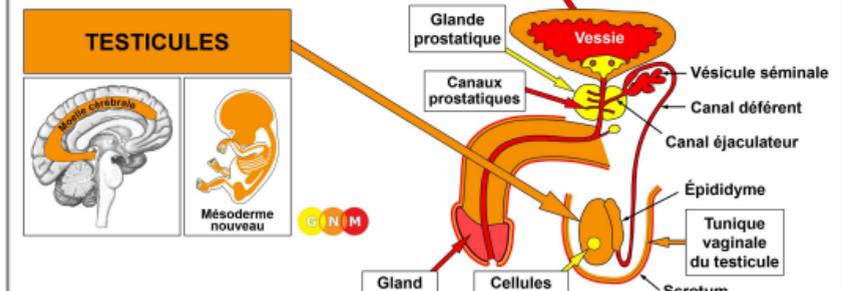
immédiate de l'emplacement original des testicules lors du développement fœtal.



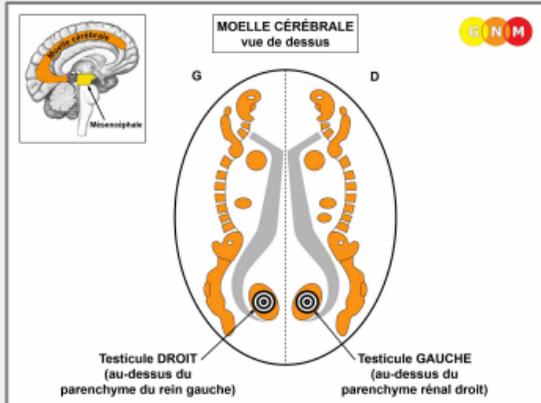
« La découverte de la Médecine Nouvelle a débuté avec la mort de mon fils Dirk. Le 18 août 1978, Dirk a été touché par balle à proximité de l'île de Cavallo par le prince héritier italien Victor-Emmanuel de Savoie. Trois mois et demi plus tard, le 7 décembre 1978, Dirk succomba à ses blessures et mourut dans mes bras à la clinique universitaire d'Heidelberg...



... maintenant, je suis conscient que ce jour-là, j'ai vécu un conflit de perte profonde avec le développement d'un cancer testiculaire. La biopsie a révélé un tératome testiculaire. À l'époque, je me suis fait opérer. Aujourd'hui, avec la compréhension de Loi d'Airain du Cancer, je ne le referais certainement pas... » (Ryke Geerd Hamer)



**DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DES TESTICULES** : chez le fœtus mâle, le développement des testicules débute dans la cavité abdominale au niveau de la région lombaire supérieure, approximativement dans la même zone que les ovaires chez la femme. Vers le septième mois de gestation, les testicules descendent dans le scrotum. Tout comme le péritoine enveloppe les organes abdominaux, une couche péritonéale (la tunique vaginale du testicule) enveloppe les testicules afin de les protéger. Les testicules contiennent les cellules germinales et les cellules interstitielles (les cellules de Leydig) responsables de la production de testostérone ainsi que d'une petite quantité d'estrogène. La testostérone est nécessaire pour transformer les cellules germinales en spermatozoïdes matures avec une tête et une courte queue. La queue permet aux spermatozoïdes de se propulser dans l'épididyme situé à la surface du testicule, où ils sont stockés jusqu'à un mois. Lorsqu'un homme est sexuellement excité, les spermatozoïdes pénètrent dans le canal déférent. Mélangés aux liquides séminaux de la glande prostatique et des vésicules séminales, le sperme se jette dans l'urètre et est expulsé lors de l'éjaculation. Les testicules proviennent du mésoderme nouveau et sont donc contrôlés par la moelle cérébrale.



**NIVEAU CÉRÉBRAL** : les testicules sont contrôlés par la **moelle cérébrale**, depuis la zone qui jouxte le mésencéphale. Le testicule droit est contrôlé par le côté gauche de la moelle cérébrale ; le testicule gauche est contrôlé par le côté droit de la moelle cérébrale. Il existe donc une corrélation croisée du cerveau à l'organe.

**REMARQUE** : les testicules et les ovaires partagent les mêmes relais cérébraux.

**CONFLIT BIOLOGIQUE** : le conflit biologique lié aux testicules est un **conflit de perte** concernant la perte d'un être cher (voir aussi le conflit de perte lié aux ovaires). En comparaison, le conflit de perte lié aux cellules germinales mâles est d'une nature plus primitive. La peur de perdre une personne aimée peut déjà déclencher ce conflit. Il en va de même pour la perte d'un animal de compagnie. Se blâmer constamment après une séparation ou le décès d'un proche peut maintenir le conflit en activité. Un conflit de perte peut également être évoqué à travers une dispute, une trahison ou l'infidélité d'un partenaire ou d'un ami. **REMARQUE** : le conflit de perte lié aux testicules ne concerne qu'une personne ou un animal de compagnie et NON la perte d'une maison ou d'une entreprise (voir le conflit de perte territoriale).

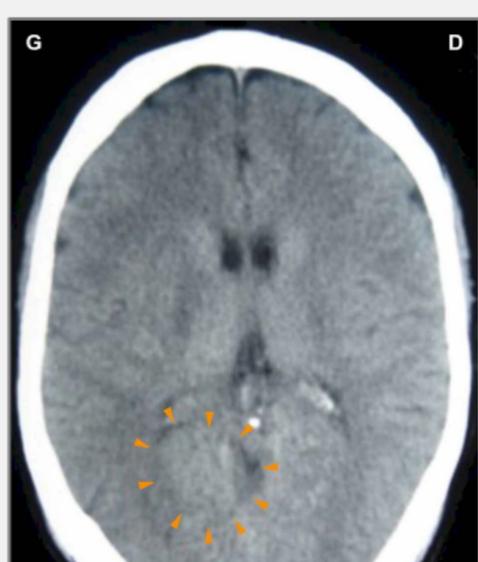
**PHASE DE CONFLIT ACTIF** : **nécrose (perte cellulaire) dans le testicule**, perceptible par un léger tiraillement dans le scrotum. En raison de la réduction du nombre de cellules productrices de testostérone, le **taux de testostérone diminue**, ce qui entraîne une diminution de la production de spermatozoïdes (voir aussi le faible taux de testostérone dû à un déséquilibre hormonal lié à un conflit). Une longue activité conflictuelle peut donc entraîner une **infertilité**, du moins jusqu'à la résolution du conflit.

**REMARQUE** : le fait que le testicule droit ou gauche soit concerné est déterminé par la latéralité de la personne ainsi que par le fait que le conflit soit lié à la mère/enfant ou au partenaire.

**PHASE DE GUÉRISON** : dès la résolution du conflit (**CL**), la perte de tissu est reconstituée avec de nouvelles cellules. Les **symptômes de guérison** sont une **douleur** et un **gonflement** du testicule. L'inflammation ou l'« infection » d'un testicule (signe que les bactéries participent à la guérison) est appelée une **orchite**. La médecine conventionnelle affirme que les hommes adultes qui ont « contracté les oreillons » durant l'adolescence risquent de développer une inflammation des testicules et de devenir stériles. Mais, cette théorie n'explique pas pourquoi ce prétendu « virus des oreillons » « attaquerait » uniquement les testicules ; et pourquoi le testicule droit, le gauche ou les deux. Cependant, le désarroi de ne pas être en mesure d'engendrer des enfants, causé par ce mythe affirmant que « les oreillons causent une infertilité », peut certainement déclencher un conflit de perte.

Une caractéristique particulière de la guérison des testicules est le développement d'un **KYSTE TESTICULAIRE**. À condition qu'il n'y ait pas de rechutes conflictuelles interrompant la guérison, le processus prend neuf mois pour arriver à terme (voir aussi le kyste ovarien, le kyste rénal et le kyste surrénalien). La formation de ce kyste se déroule en plusieurs étapes.

Durant la **PCL-A**, une capsule ou un kyste rempli de liquide se forme à l'endroit de la nécrose. Afin de restaurer la perte cellulaire survenue durant la phase de conflit actif, les cellules testiculaires prolifèrent à l'intérieur du kyste. À ce stade précoce, le kyste se lie aux tissus voisins afin de se fournir en sang. Découverte pendant cette période, cette « masse » est généralement diagnostiquée comme un **cancer testiculaire** (à distinguer du cancer testiculaire lié aux cellules germinales). Selon les Cinq Lois Biologiques, ces nouvelles cellules ne peuvent pas être considérées comme des « cellules cancéreuses » car l'augmentation cellulaire est, en réalité, un processus de reconstitution.



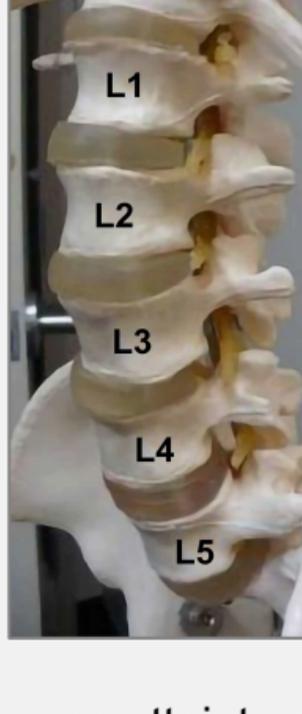
Ce scanner cérébral montre un vague Foyer de Hamer, en partie œdémateux, dans la zone du cerveau qui contrôle le testicule droit (**voir le diagramme GNM**), correspondant à un kyste testiculaire au niveau organique. Pour un homme droitier, le conflit de perte concerne un partenaire ; pour un gaucher, il concerne sa mère ou son enfant.

Après la Crise Épileptoïde, le kyste a perdu la majeure partie de son liquide. En **PCL-B**, le **kyste** devient dur, se libère de lui-même des tissus voisins et, doté de vaisseaux

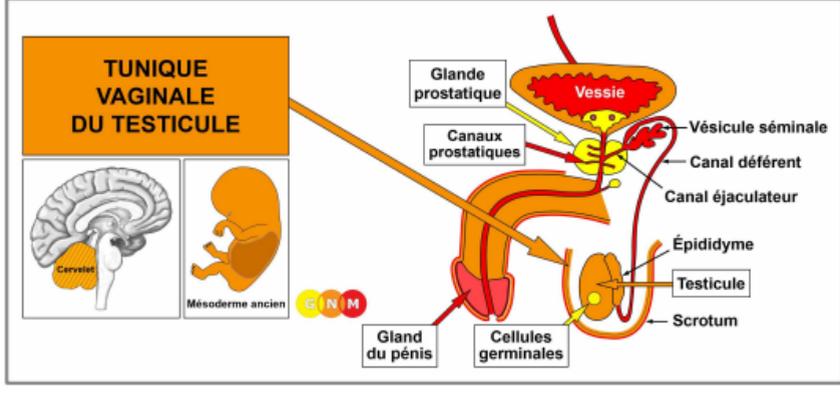
sanguins, **s'intègre totalement et de lui-même à la fonction de production hormonale des testicules**. C'est précisément le **sens biologique** recherché. La surproduction de testostérone fournie par ce kyste rend le mâle plus masculin et plus fertile, ce qui le place dans une position idéale pour attirer une femelle, compenser la perte d'un partenaire ou d'un enfant et générer une nouvelle progéniture.

**REMARQUE :** tous les **organes dérivant du mésoderme nouveau** (« groupe de luxe »), y compris les testicules, révèlent le **sens biologique du SBS à la fin de la phase de guérison**. Une fois le processus de guérison terminé, l'organe ou le tissu est plus fort qu'auparavant, ce qui permet d'être mieux préparé à un autre conflit du même genre.

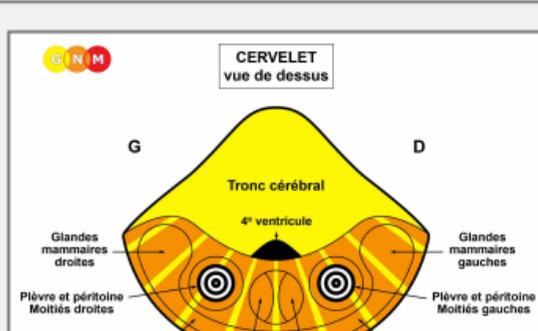
Si la pression dans un kyste liquide ou semi-liquide est trop forte, le **kyste peut éclater**. Un coup contre les testicules, une ponction exploratrice ou une intervention chirurgicale prématurée peuvent provoquer la rupture. Lorsque le kyste éclate, le liquide est libéré dans le sac testiculaire, entraînant la formation de nouveaux kystes ! Ainsi, selon le Dr Hamer, **l'ablation chirurgicale** d'un kyste testiculaire ne devrait être effectuée que lorsque le kyste est arrivé à maturité (induré).



Chez les hommes atteints d'un cancer testiculaire, un lymphome ou un cancer des os est fréquemment découvert dans la partie supérieure du rachis lombaire. Ils sont considérés à tort, être la conséquence de cellules « métastasantes » ayant voyagé depuis les testicules. En réalité, les ganglions lymphatiques hypertrophiés sont liés à un conflit de dévalorisation de soi provoqué par un sentiment de « dévalorisation » en tant qu'homme, déclenché par le diagnostic de cancer. Le lymphome se développe dans la région du rachis lombaire (L2) où se trouvaient les testicules à l'origine. Si le conflit de dévalorisation de soi est ressenti de manière plus sévère, il affecte les vertèbres lombaires.



**DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DE LA TUNIQUE VAGINALE DU TESTICULE :** à partir du septième mois de gestation, les testicules se déplacent par le canal inguinal, depuis la cavité abdominale vers le scrotum en entraînant une partie du tissu péritonéal (muqueuse abdominale) lors de leur descente. Le canal inguinal se ferme peu après la naissance. Cette couche péritonéale recouvrant les testicules est connue sous le nom de tunique vaginale du testicule. Sa membrane remplie de liquide aide à soutenir et à protéger le testicule. Faisant partie du péritoine, la tunique vaginale du testicule provient du mésoderme ancien et est donc contrôlée par le cervelet.



**NIVEAU CÉRÉBRAL :** la tunique vaginale du testicule droit est contrôlée par le côté gauche du **cervelet** ; la tunique vaginale du testicule gauche est contrôlée par le côté droit du cervelet. Il existe donc une corrélation croisée du cerveau à l'organe. **REMARQUE :** étant donné qu'à l'origine, la tunique vaginale faisait partie de la cavité péritonéale, leurs centres de contrôle sont intégrés dans les relais du péritoine.

**CONFLIT BIOLOGIQUE :** le conflit biologique lié à la tunique vaginale du testicule est un **conflit d'attaque contre les testicules**. Un tel conflit d'attaque pourrait survenir au cours d'un accident,

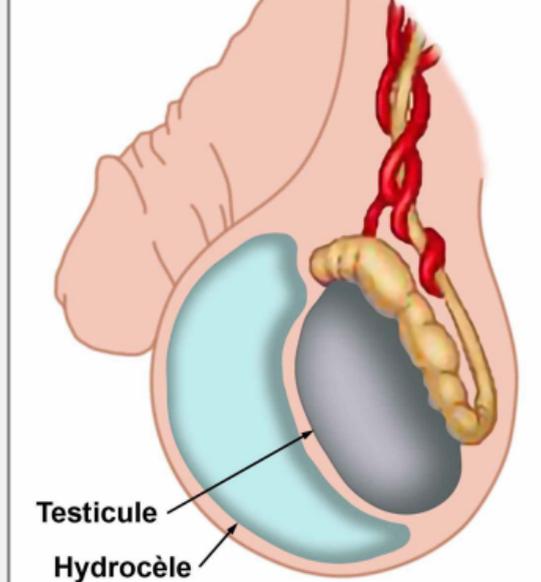
par exemple, dans le sport (hockey, football) ou par un coup de pied inattendu dans les testicules. Des menaces verbales (« Je vais te casser les couilles ! ») pourraient avoir le même effet. Un diagnostic de cancer testiculaire ou une intervention chirurgicale sur les testicules, perçue comme une « attaque » contre l'intégrité de l'organe, peut également déclencher ce conflit.

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

**PHASE DE CONFLIT ACTIF** : dès le DHS, durant la phase de conflit actif, les cellules de la tunique vaginale du testicule prolifèrent. Le **sens biologique de cette prolifération cellulaire** est d'épaissir la couche péritonéale afin de protéger le testicule contre de nouvelles attaques. En cas de conflit prolongé, ces cellules additionnelles forment une bosse, considérée par la médecine conventionnelle comme un mésothéliome malin des testicules (voir aussi le **mésothéliome péritonéal**, le mésothéliome de l'épiploon, le mésothéliome pleural et le mésothéliome du péricarde).

**REMARQUE** : le fait que le testicule droit ou gauche soit affecté est déterminé par la latéralité de la personne ainsi que par le fait que le conflit soit lié à la mère/enfant ou au partenaire. Un conflit localisé affecte le testicule « attaqué ».

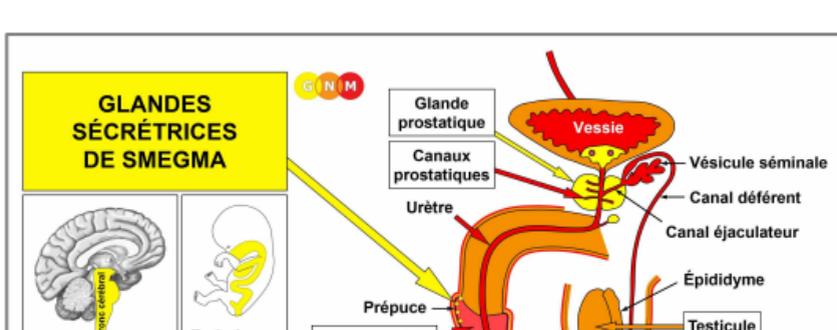
**PHASE DE GUÉRISON** : dès la résolution du conflit (CL), les champignons ou les bactéries telles que le bacille tuberculeux éliminent les cellules qui ne sont plus requises. Les **symptômes de guérison** sont des **douleurs** dues au gonflement et des **sueurs nocturnes**.



Avec une rétention d'eau due au SYNDROME, du liquide retenu est stocké dans la membrane de la tunique, ce qui provoque une **hydrocèle** (« de l'eau dans les testicules »). Cependant, une blessure aux testicules peut également causer une hydrocèle.

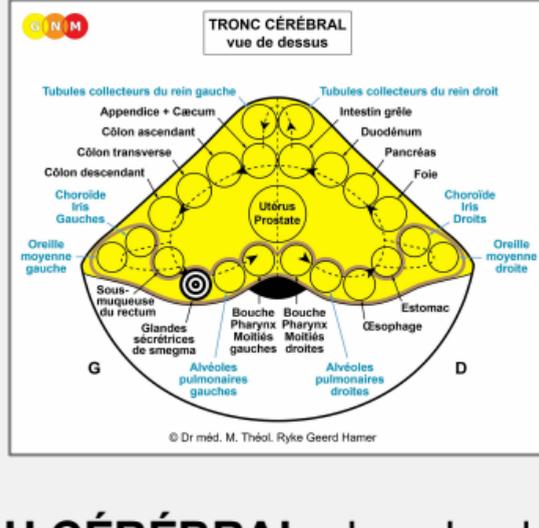
Si le canal inguinal ne se ferme pas complètement après la naissance, une accumulation de liquide dans le péritoine de la cavité abdominale (voir les ascites) se déverse dans le scrotum, entraînant une hydrocèle. De plus, un canal inguinal qui ne se ferme pas correctement crée une faiblesse dans l'aîne, ce qui rend la personne vulnérable au développement d'hernies inguinales (à distinguer de l'hernie hiatale liée au diaphragme).

**REMARQUE** : selon le Dr Hamer, les **hernies inguinales ne sont pas liées à un conflit biologique**. Une hernie inguinale se manifestant par un renflement dans la région de l'aîne (il y a un canal inguinal de chaque côté du bas de l'abdomen) se développe en raison d'un affaiblissement du muscle abdominal, et est provoquée par une pression exercée sur l'abdomen lors d'un effort intense ou du soulèvement d'une lourde charge. Les femmes développent des hernies inguinales après la grossesse ou à la suite du soulèvement ou du port d'enfant lourd. Chez le nourrisson, l'augmentation de la pression dans l'abdomen est principalement due à un effort durant la défécation. Les hernies chez les nouveau-nés sont généralement des hernies ombilicales (nombril).



**DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DES GLANDES SÉCRÉTRICES DE SMEGMA** : les glandes sécrétrices de smegma sont intégrées à la membrane muqueuse du prépuce interne qui recouvre le gland. Ces glandes sécrètent une substance blanchâtre (qualité sécrétrice) pour maintenir lubrifié le gland du pénis

durant une activité sexuelle (comparer avec les glandes de Bartholin qui lubrifient l'ouverture vaginale). Les glandes sécrétrices de smegma proviennent de l'endoderme et sont contrôlées par le tronc cérébral.



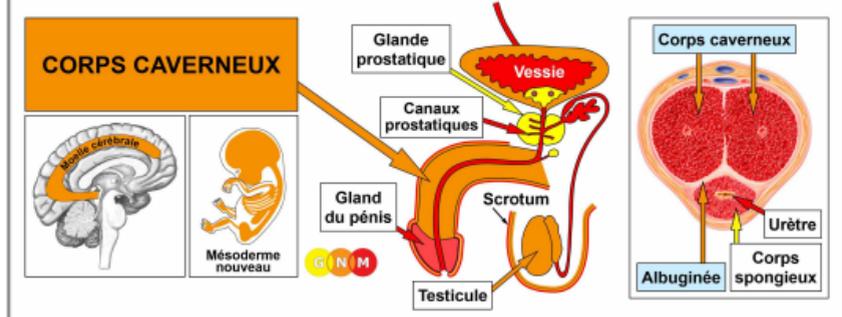
**NIVEAU CÉRÉBRAL :** les glandes sécrétrices de smegma sont contrôlées par le côté gauche du **tronc cérébral**, à proximité du centre de contrôle de la sous-muqueuse du rectum.

**REMARQUE :** les glandes sécrétrices de smegma, les glandes de Bartholin et la sous-muqueuse de la vessie (le trigone de la vessie) partagent le même relais cérébral.

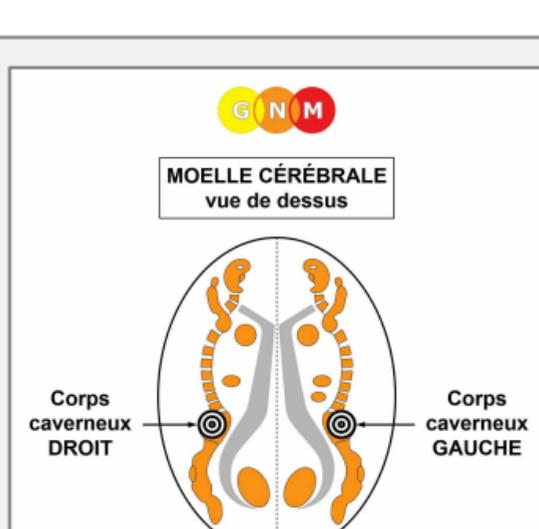
**CONFLIT BIOLOGIQUE :** le conflit biologique lié aux glandes sécrétrices de smegma est de « **ne pas être capable de pénétrer un vagin étroit ou sec** ».

**PHASE DE CONFLIT ACTIF :** dès le DHS, durant la phase de conflit actif, les cellules sécrétrices de smegma prolifèrent proportionnellement à l'intensité du conflit. Le **sens biologique de cette augmentation cellulaire** est d'améliorer la production de smegma afin de permettre une pénétration plus facile.

**PHASE DE GUÉRISON :** dès la résolution du conflit (CL), des champignons ou des mycobactéries telles que le bacille tuberculeux éliminent les cellules qui ne sont plus requises. Les **symptômes de guérison** sont des **douleurs** dues au gonflement et au **suintement du prépuce**. Si les champignons participent à la guérison, cela donne une « **candidose pénienne** ». Les symptômes de la candidose sont déjà des symptômes de *guérison*, par conséquent, la maladie ne peut pas être contagieuse (voir les maladies vénériennes) !



**DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DES CORPS CAVERNEUX :** le pénis est constitué d'une racine, d'un corps et du gland. Les corps caverneux sont deux chambres cylindriques qui s'étendent depuis l'os pubien, le long du corps du pénis jusqu'à la tête du pénis, où ils se rejoignent. Ils sont constitués de tissu érectile extensible composé principalement de tissu conjonctif. Leur cœur contient un arrangement spécial de vaisseaux sanguins qui se remplissent de sang pour réaliser une érection. Le **corps spongieux** entourant l'urètre du pénis est essentiellement constitué de muscles lisses (équivalent aux **bulbes vestibulaires** du clitoris). Lors de l'éjaculation, ces muscles se contractent de façon rythmique permettant ainsi l'expulsion de l'éjaculat. Les corps caverneux sont enveloppés d'une gaine fibreuse dense, appelée l'albuginée. Les corps caverneux proviennent du mésoderme nouveau et sont donc contrôlés par la moelle cérébrale.



**NIVEAU CÉRÉBRAL :** le corps caverneux droit est contrôlé par le côté gauche de la **moelle cérébrale** ; le corps caverneux gauche est contrôlé par la moitié droite de la moelle cérébrale (dans le relais du bassin – voir les **os**). Il existe donc une corrélation croisée du cerveau à l'organe.

**CONFLIT BIOLOGIQUE :** le conflit biologique lié aux corps caverneux est un **conflit de dévalorisation de soi lié à l'érection du pénis**, provoqué par exemple par des problèmes d'érection après une opération chirurgicale de la prostate ou par les effets indésirables de médicaments supprimeurs de testostérone ou d'antidépresseurs. Des remarques condescendantes concernant

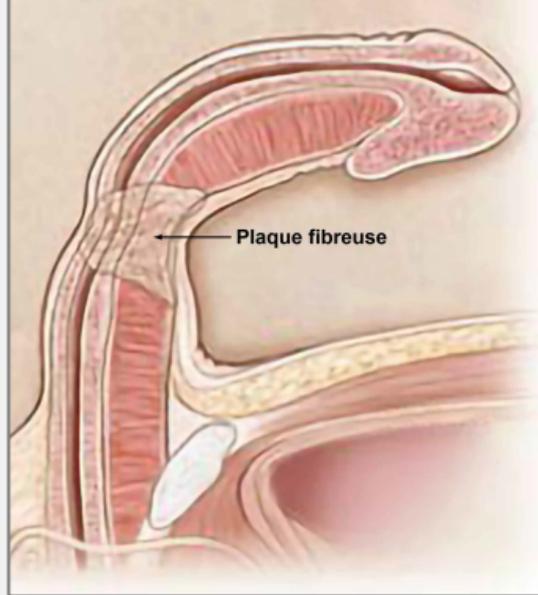
Les performances sexuelles d'un homme ou la taille de son pénis, le fait de ne pas répondre aux attentes sexuelles d'une partenaire, l'éjaculation précoce et les refus offensants de rapports sexuels ou de sexe oral sont d'autres exemples de ce qui peut donner à un homme le sentiment d'être « sans valeur à cet endroit ».

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

**PHASE DE CONFLIT ACTIF** : **nécrose (perte cellulaire) dans le tissu érectile du pénis** conduisant à une incapacité temporaire à obtenir ou à maintenir une érection. Pour un homme **non familier avec la GNM**, cela entraîne généralement de nouvelles dévalorisations au niveau du pénis conduisant à un **dysfonctionnement érectile** chronique (voir aussi le dysfonctionnement érectile lié aux artères péniennes). L'impuissance physique n'affecte pas la libido d'un homme car le niveau de testostérone reste normal.

**REMARQUE** : l'érection du pénis est contrôlée par le système nerveux parasympathique (vagotonie), l'éjaculation par le système nerveux sympathique (sympathicotomie) (voir l'orgasme masculin et féminin). Par conséquent, la libido masculine est activée en vagotonie. C'est la raison pour laquelle un homme ne peut pas avoir d'érection sous stress, ou lors d'une intense activité conflictuelle d'un quelconque conflit biologique. Il en va de même pour les femmes (voir également la lubrification vaginale).

**PHASE DE GUÉRISON** : durant la première partie de la phase de guérison (**PCL-A**), la perte de tissu est restaurée avec de nouvelles cellules et la fonction érectile revient à la normale. Cependant, lorsque le processus de guérison est prolongé en raison de continuelles rechutes du conflit, l'excès de tissu cicatriciel fini par affecter la flexibilité du pénis.



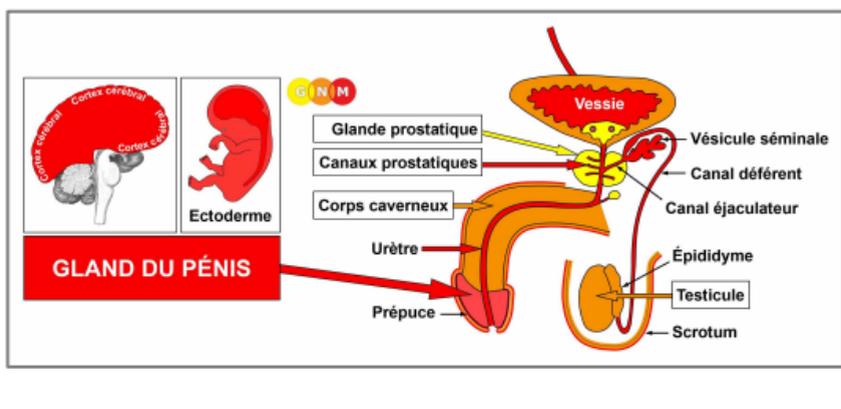
L'accumulation de plaques fibreuses et de bosses dures dans l'**albuginée**, la gaine entourant les corps caverneux, provoque une courbure permanente du pénis. Cette condition est appelée la **maladie de La Peyronie**. Si un bébé garçon naît avec une courbure du pénis, cela révèle qu'il (peut-être que sa mère ou ses parents préféreraient avoir une fille) a vécu une dévalorisation du pénis dans l'utérus.



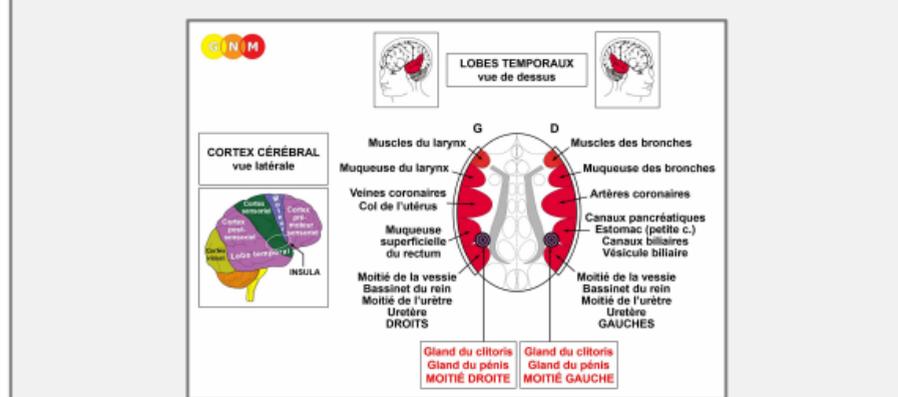
Le phimosis, l'impossibilité de rétracter complètement le **prépuce** du gland, ainsi que le **frein préputial** trop court, un raccourcissement du **frein du pénis** limitant le mouvement du prépuce, se rapportent, selon la GNM, à des conflits de dévalorisation de soi vécus comme « Je ne vauds rien à cet endroit ! »

Le tissu conjonctif du prépuce et du frein préputial provient du mésoderme nouveau et est contrôlé par la même zone de la moelle cérébrale que celle contrôlant les corps caverneux.

Les **verrues génitales** sont liées à un conflit de séparation sexuelle impliquant l'épiderme du pénis.



**DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DU GLAND DU PÉNIS** : le gland du pénis forme la tête du pénis en forme de bulbe. Le prépuce recouvrant le gland est une double couche de tissu épidermique rétractable qui enveloppe le gland. Le prépuce est la continuité de la peau du pénis. La couche interne du prépuce contient les glandes sécrétrices de smegma. Le frein sur le dessous du pénis est une petite bande de tissu élastique qui permet de tirer le prépuce sur le gland pour protéger l'ouverture urétrale à l'extrémité du pénis. Le gland du pénis est constitué d'épithélium pavimenteux, provient de l'ectoderme et est donc contrôlé par le cortex cérébral. **REMARQUE** : le gland du pénis est recouvert d'une couche de peau épidermique mais n'est pas doté d'une couche de chorion cutané (sous la peau).



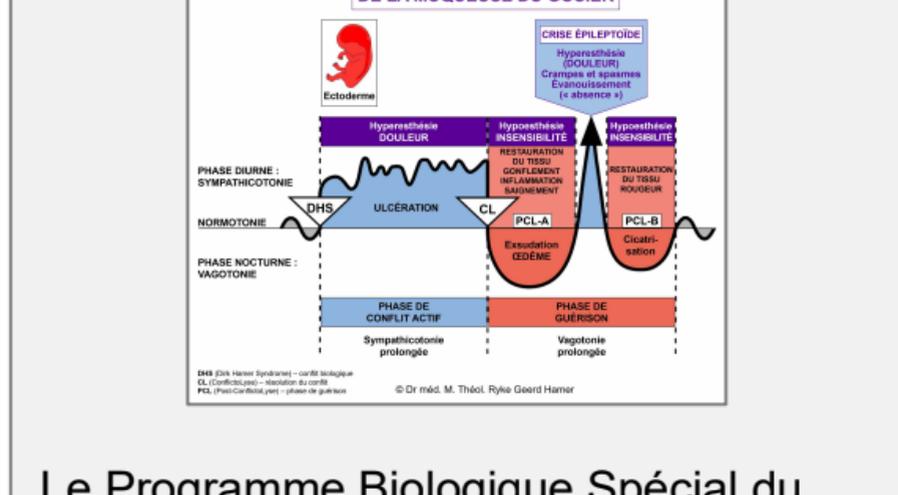
**NIVEAU CÉRÉBRAL** : le gland du pénis est contrôlé par le **cortex post-sensoriel** (une partie du cortex cérébral). L'épiderme recouvrant le gland est contrôlé par le cortex sensoriel (voir les [relais cérébraux des organes génitaux externes](#)).

La moitié droite du gland du pénis est contrôlée par le côté gauche du cortex post-sensoriel (relais situé entre le relais du rectum et celui contrôlant la moitié droite de la vessie) ; la moitié gauche du gland du pénis est contrôlée par le côté droit du cortex post-sensoriel (relais situé entre le relais de l'estomac et celui contrôlant la moitié gauche de la vessie). Il existe donc une corrélation croisée du cerveau à l'organe.

**REMARQUE** : le gland du pénis et le gland du clitoris partagent les mêmes relais cérébraux. Leurs centres de contrôle sont situés à l'extérieur des lobes temporaux, par conséquent, les principes du genre, de la latéralité et du statut hormonal ne s'appliquent pas.

**CONFLIT BIOLOGIQUE** : le conflit biologique lié au gland du pénis est un **grave conflit de séparation lié au pénis**, vécu par exemple, lors de la perte d'un partenaire sexuel ou d'un rude rejet sexuel (voir aussi le conflit de séparation sexuelle lié à l'épiderme du pénis et du scrotum). Ce conflit fait également référence au fait de ne pas vouloir être touché au pénis (abus sexuel, attouchement sexuel, manipulation brutale, rapports sexuels oraux désagréables, peur de contracter une maladie vénérienne) ou de ne pas être autorisé à être touché, y compris de se toucher soi-même. (Un DHS déclenché lorsqu'une personne est surprise en train de se masturber). L'opération chirurgicale de la [circoncision](#) masculine peut aussi provoquer un **conflit relatif au pénis**.

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



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

**REMARQUE** : à l'exception du gland du pénis et du gland du clitoris, les organes génitaux externes suivent le [schéma de la sensibilité de la peau externe](#) car ils sont contrôlés par le [cortex sensoriel](#).

**PHASE DE CONFLIT ACTIF** : **ulcération (perte cellulaire) de la muqueuse épithéliale du gland**. Durant l'activité conflictuelle, le gland du pénis est extrêmement sensible au toucher (**hypersensibilité**).

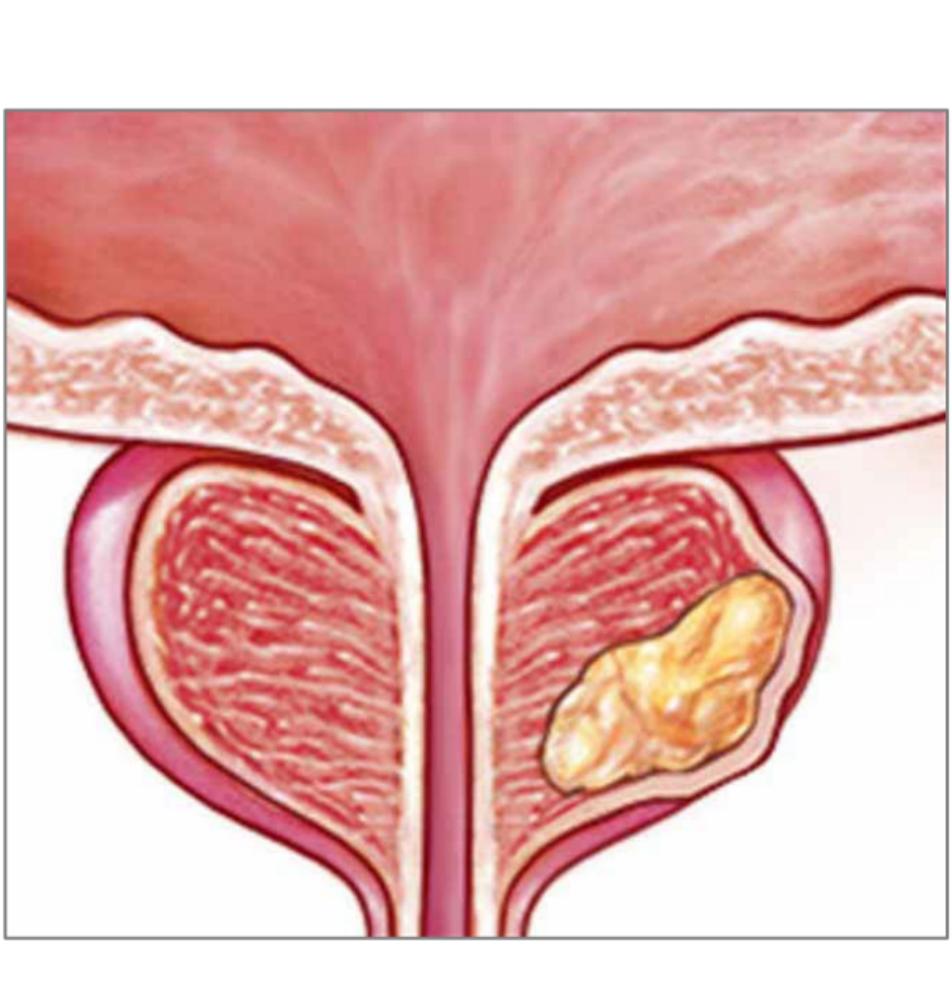
**PHASE DE GUÉRISON** : durant la phase de guérison, l'ulcération est reconstituée avec de nouvelles cellules. Le processus de guérison se manifeste par une **baisse de la sensibilité** du gland ou par une perte totale de sensibilité si le conflit a été intense. L'hypersensibilité est brièvement réactivée lors de la Crise Épileptoïde. Au terme du Programme Biologique Spécial, la sensibilité du gland du pénis redevient normale.

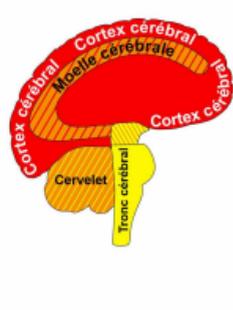
**REMARQUE** : toutes les Crises Épileptoïdes contrôlées par le **cortex sensoriel, post-sensoriel ou pré-moteur sensoriel** sont accompagnées de **troubles de la circulation, d'étourdissements, de brefs troubles de la conscience** ou d'une **perte totale de conscience** (évanouissement ou « absence »), en fonction de l'intensité du conflit. Un autre symptôme caractéristique est une **chute du taux de glycémie** provoquée par une consommation excessive de glucose par les cellules cérébrales (à distinguer de l'hypoglycémie liée aux îlots pancréatiques).

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

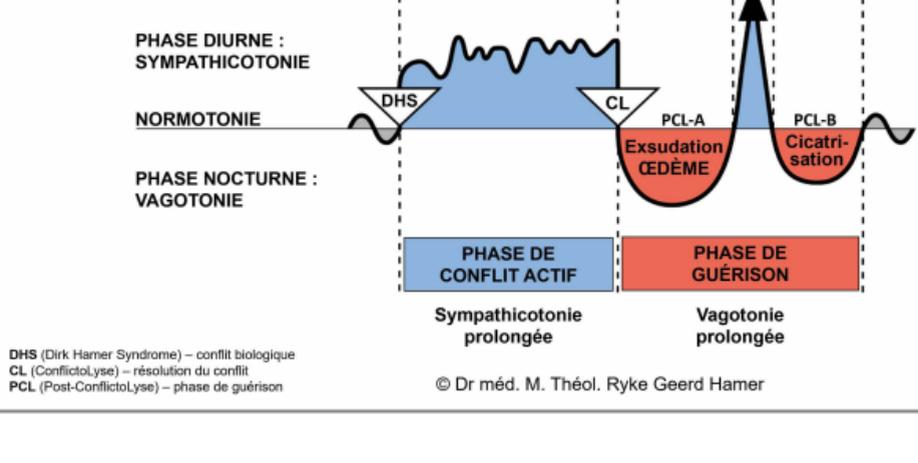
© LearningGNM.com

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



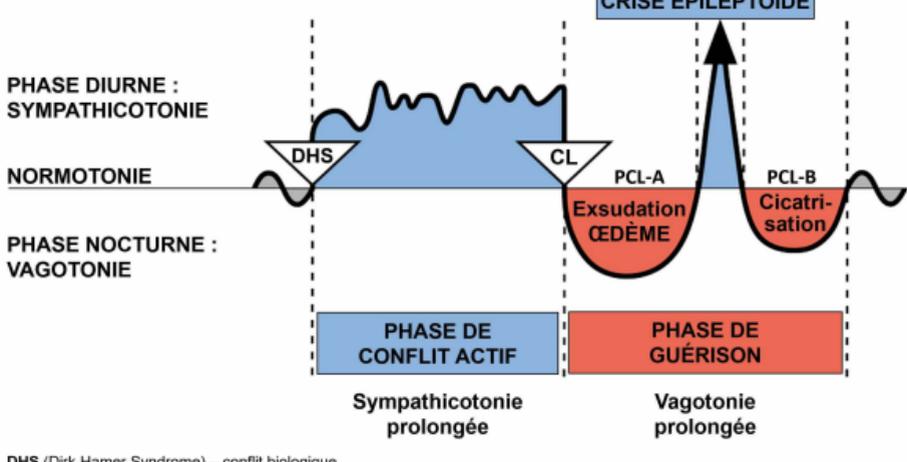


|                  |   |   |
|------------------|---|---|
| Cortex cérébral  | PERTE CELLULAIRE<br>(ulcération, nécrose) | Restauration du tissu<br>par les bactéries                          |
| Moelle cérébrale |   |   |
| Cervelet         | PROLIFÉRATION<br>CELLULAIRE               | Élimination des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



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

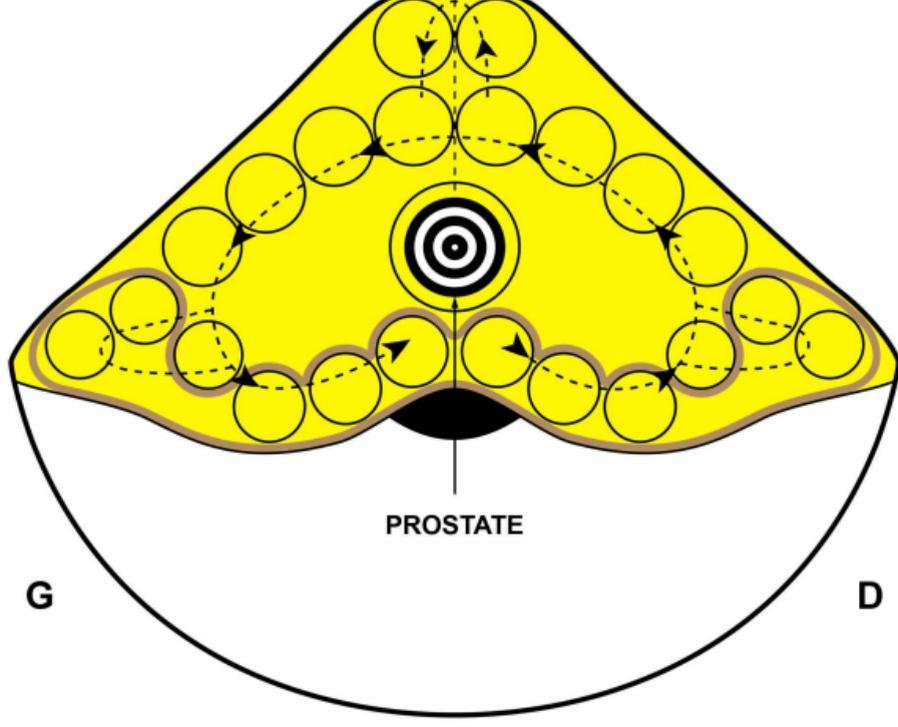
© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer



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

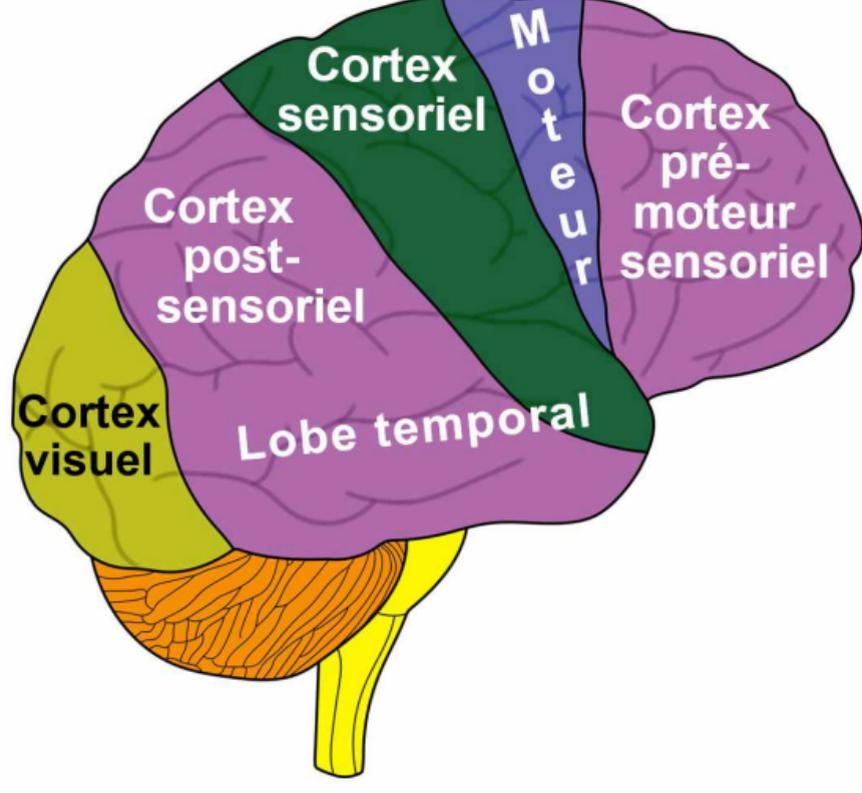
© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer

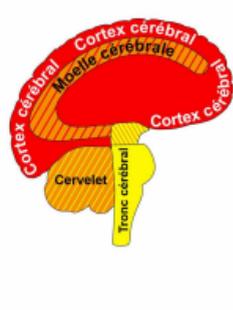
TRONC CÉRÉBRAL  
vue de dessus



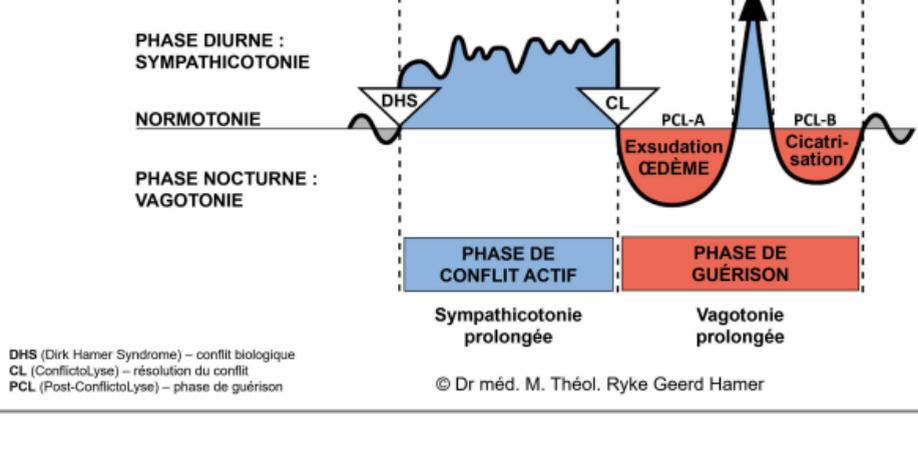
# CORTEX CÉRÉBRAL

vue latérale





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

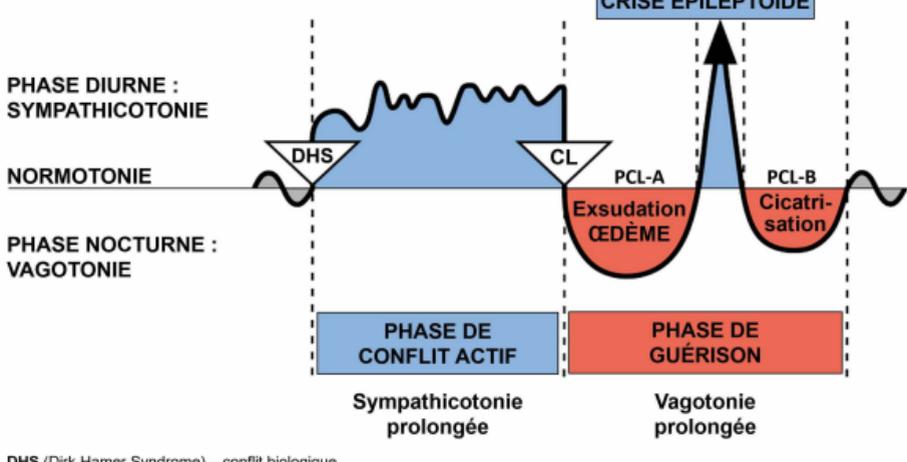


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique  
 CL (ConflictLyse) – résolution du conflit  
 PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer

PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

SCHÉMA DES DEUX PHASES

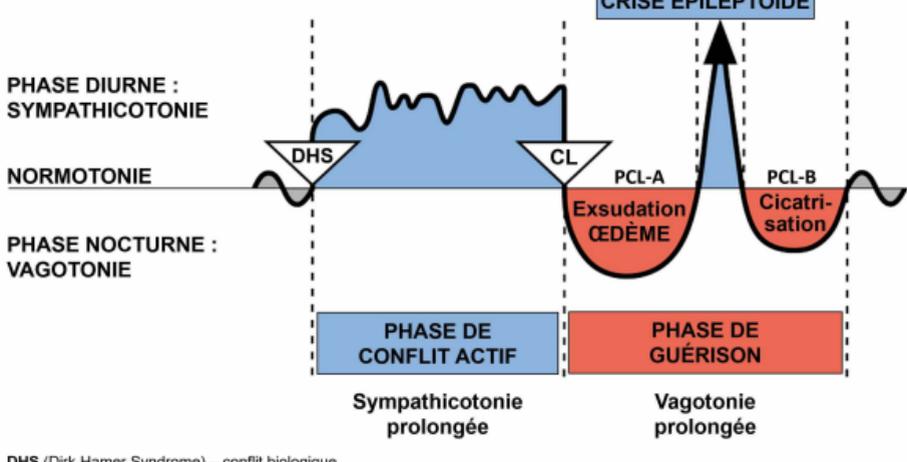


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique  
 CL (ConflictLyse) – résolution du conflit  
 PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer

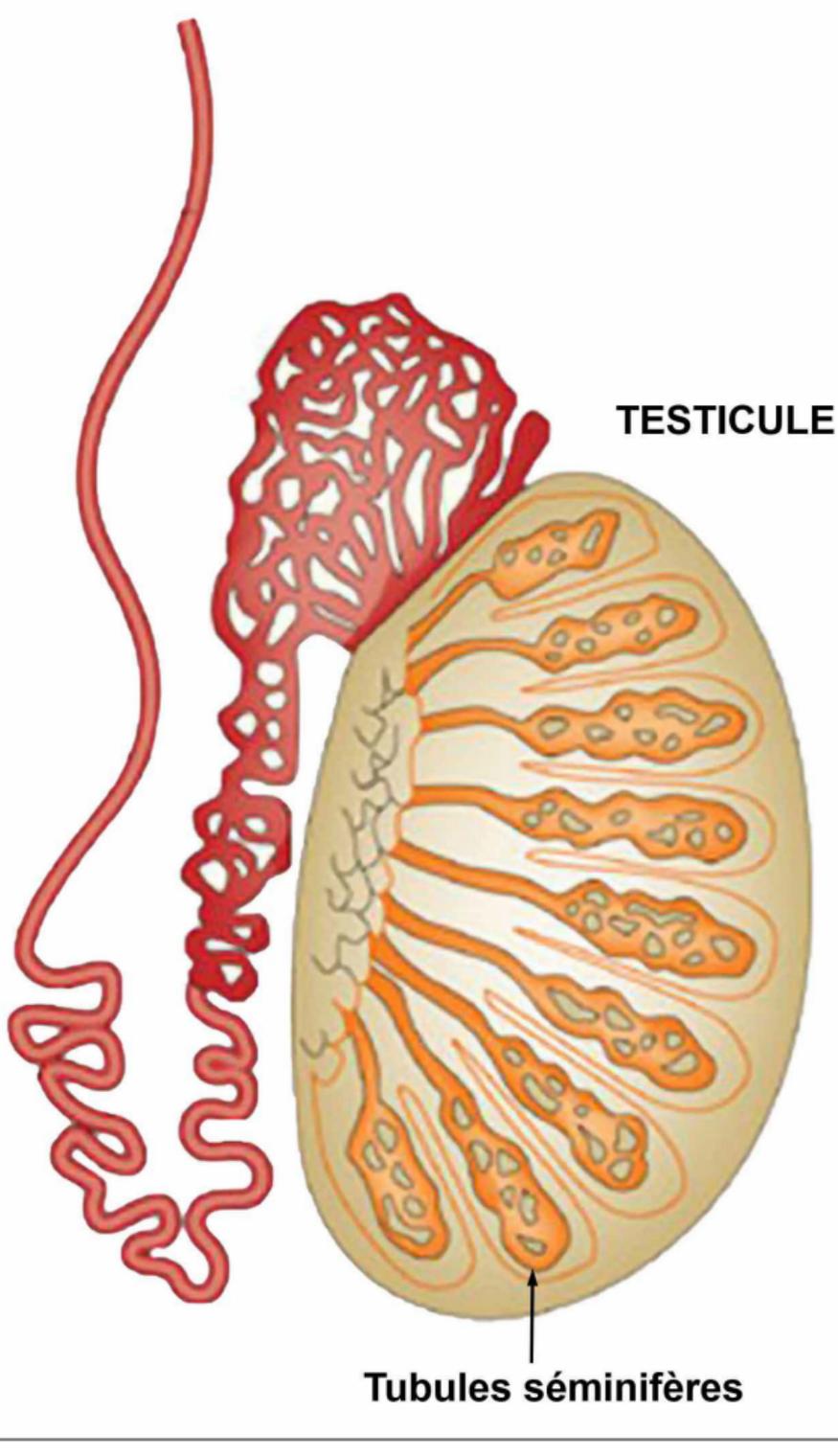
PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

SCHÉMA DES DEUX PHASES



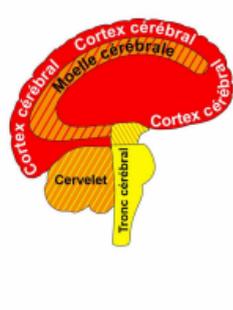
DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique  
 CL (Conflictolyse) – résolution du conflit  
 PCL (Post-Conflictolyse) – phase de guérison

© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer

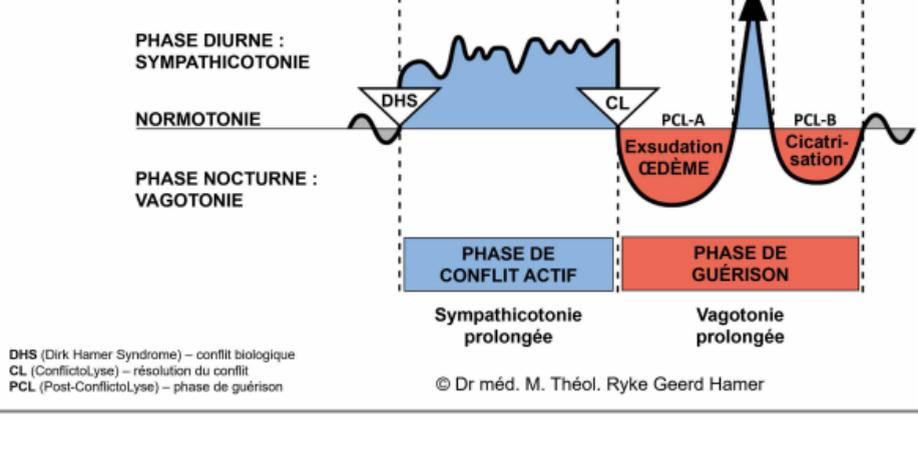


**TESTICULE**

**Tubules séminifères**

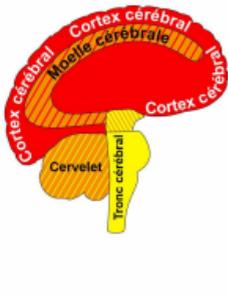


|                  |   |   |
|------------------|---|---|
| Cortex cérébral  | PERTE CELLULAIRE<br>(ulcération, nécrose) | Restauration du tissu<br>par les bactéries                          |
| Moelle cérébrale |   |   |
| Cervelet         | PROLIFÉRATION<br>CELLULAIRE               | Élimination des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

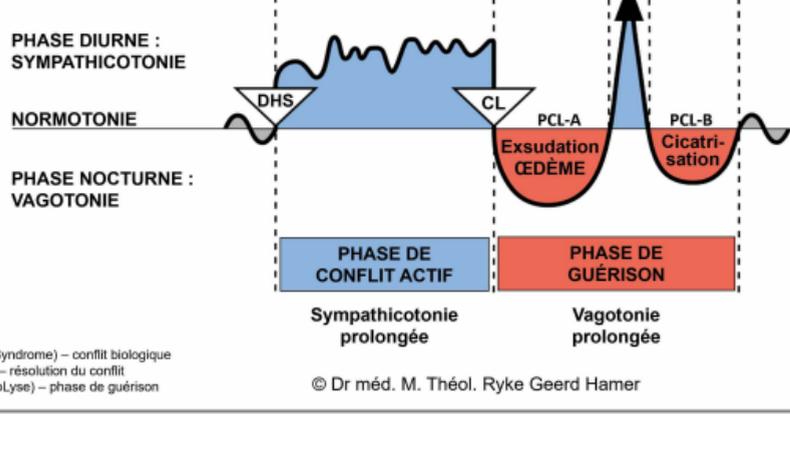


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique  
 CL (ConflictLyse) – résolution du conflit  
 PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer

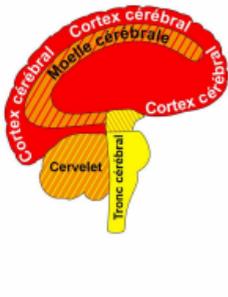


|                  |   |   |
|------------------|---|---|
| Cortex cérébral  | PERTE CELLULAIRE<br>(ulcération, nécrose) | Restauration du tissu<br>par les bactéries                          |
| Moelle cérébrale |   |   |
| Cervelet         | PROLIFÉRATION<br>CELLULAIRE               | Élimination des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

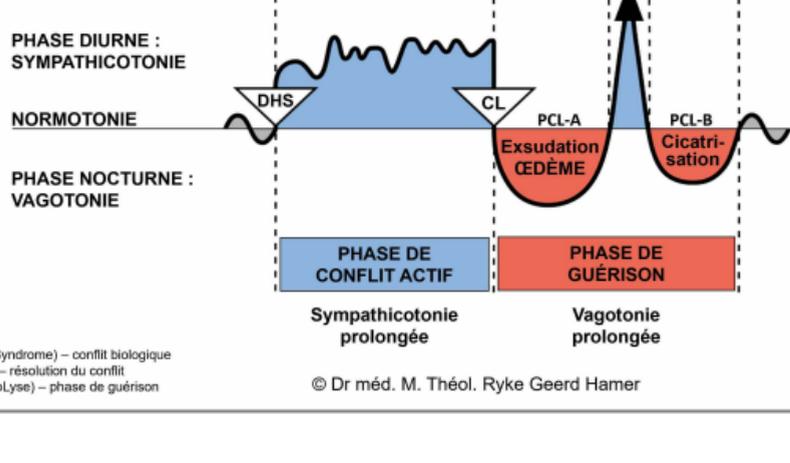


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique  
 CL (ConflictLyse) – résolution du conflit  
 PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer

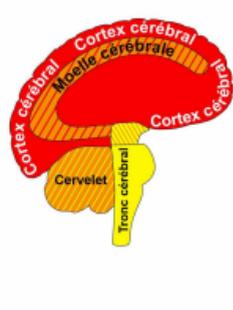


|                  |   |   |
|------------------|---|---|
| Cortex cérébral  | PERTE CELLULAIRE<br>(ulcération, nécrose) | Restauration du tissu<br>par les bactéries                          |
| Moelle cérébrale |   |   |
| Cervelet         | PROLIFÉRATION<br>CELLULAIRE               | Élimination des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

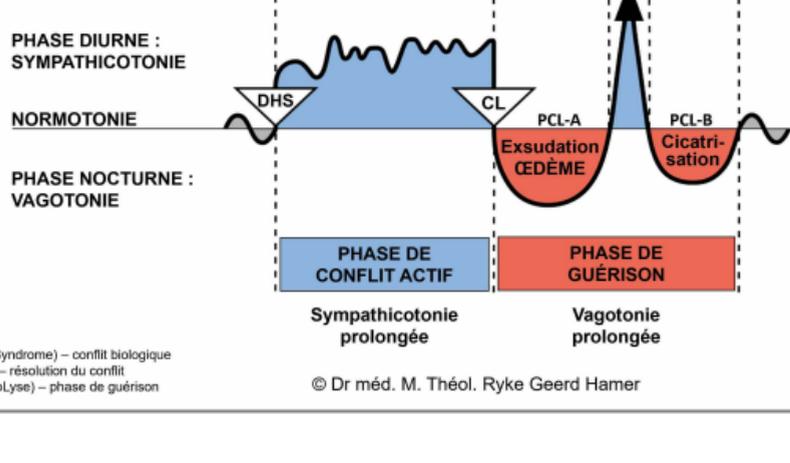


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique  
 CL (ConflictLyse) – résolution du conflit  
 PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer

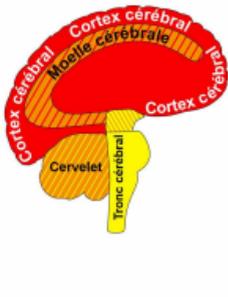


|                  |   |   |
|------------------|---|---|
| Cortex cérébral  | PERTE CELLULAIRE<br>(ulcération, nécrose) | Restauration du tissu<br>par les bactéries                          |
| Moelle cérébrale |   |   |
| Cervelet         | PROLIFÉRATION<br>CELLULAIRE               | Élimination des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

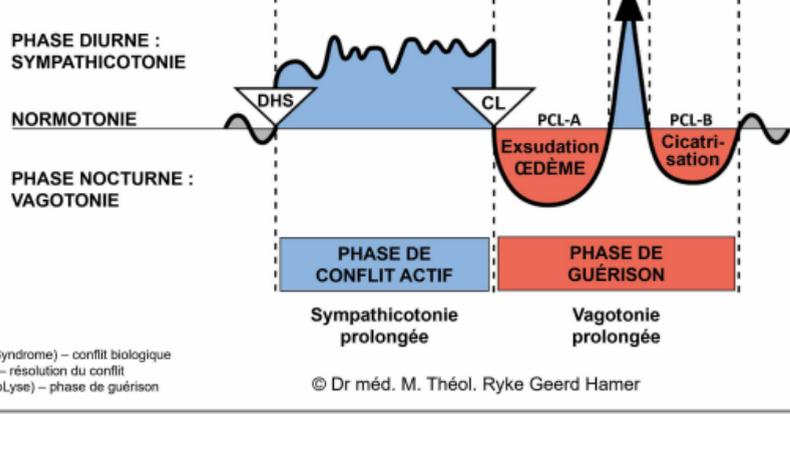


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique  
 CL (ConflictLyse) – résolution du conflit  
 PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer



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

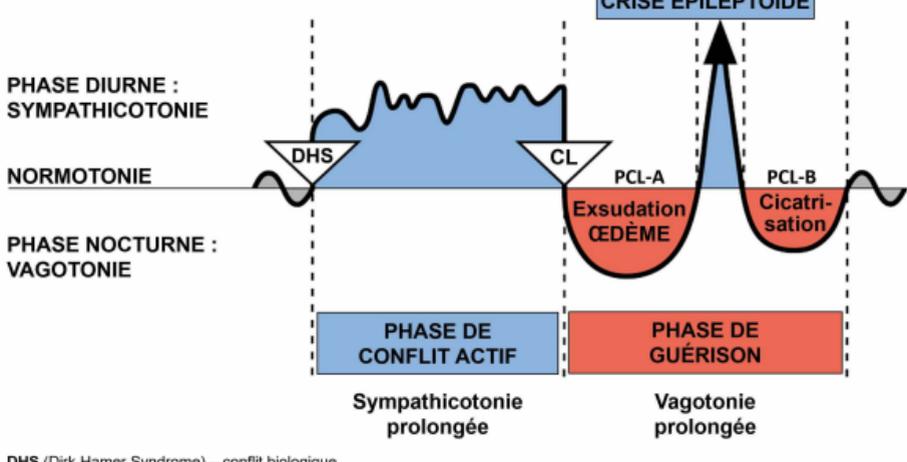


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique  
 CL (ConflictLyse) – résolution du conflit  
 PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer

PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

SCHÉMA DES DEUX PHASES

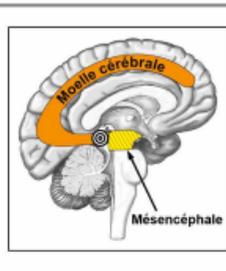


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique

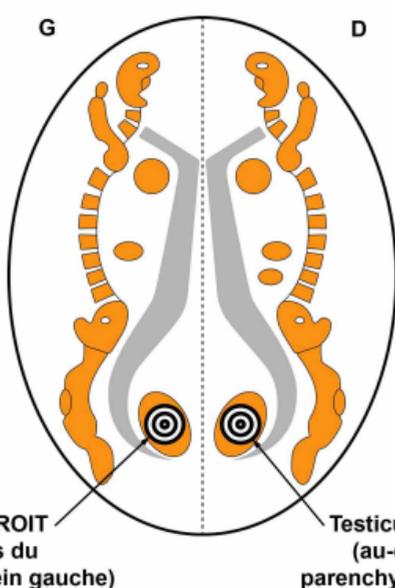
CL (Conflictolyse) – résolution du conflit

PCL (Post-Conflictolyse) – phase de guérison

© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer



**MOELLE CÉRÉBRALE**  
vue de dessus



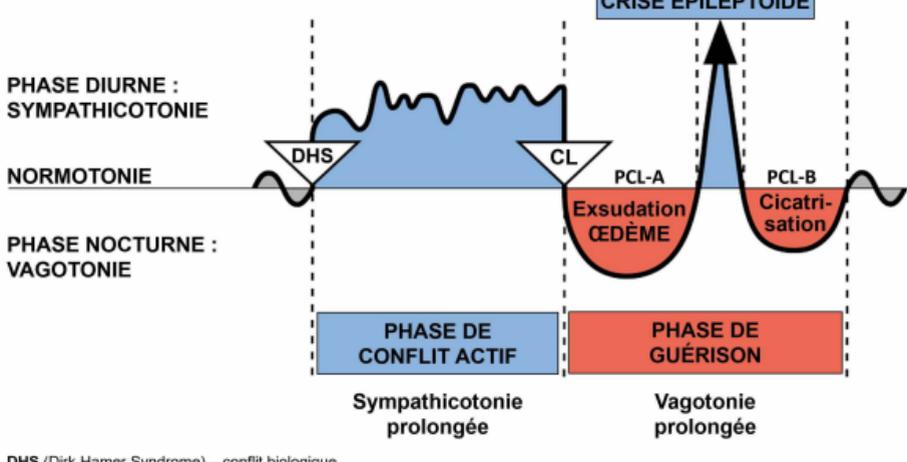
**Testicule DROIT**  
(au-dessus du  
parenchyme du rein gauche)

**Testicule GAUCHE**  
(au-dessus du  
parenchyme rénal droit)

© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer

PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

SCHÉMA DES DEUX PHASES

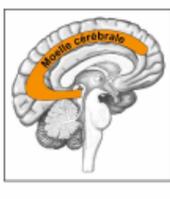


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique

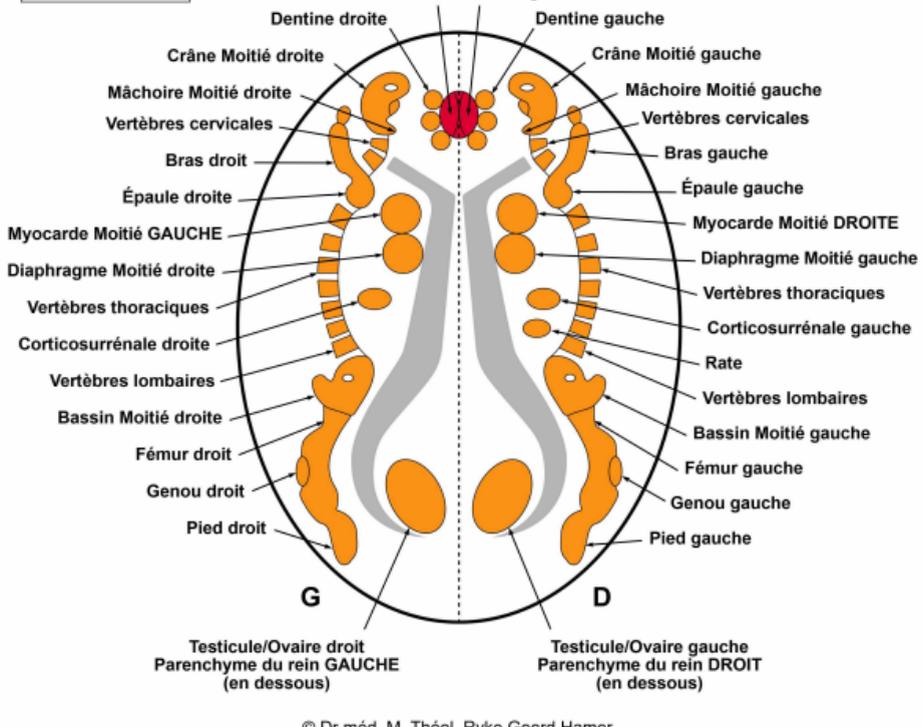
CL (ConflictLyse) – résolution du conflit

PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

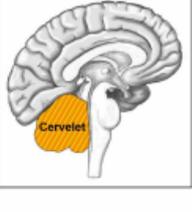
© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer



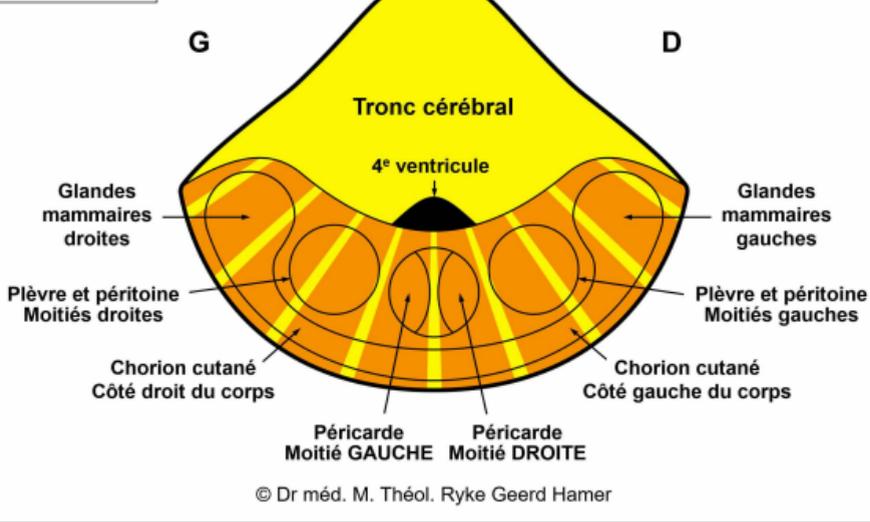
## RELATION MOELLE CÉRÉBRALE – ORGANES

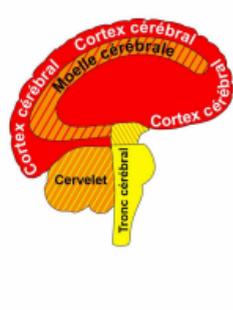


© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer

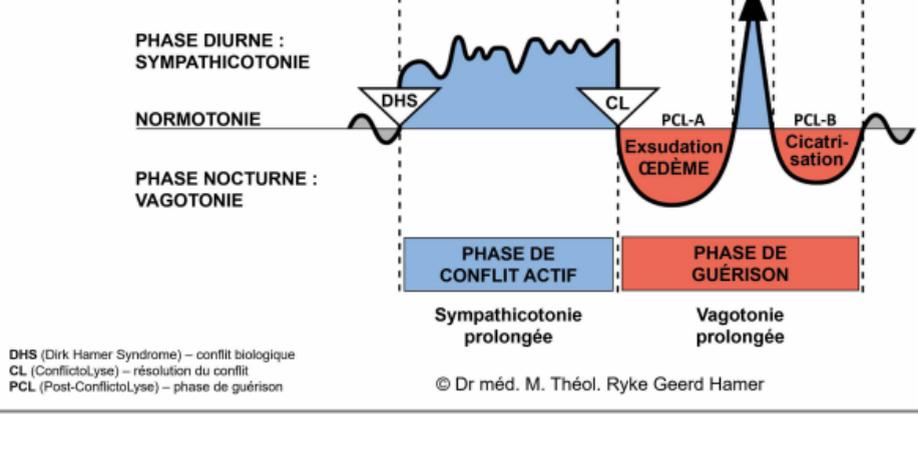


## RELATION CERVELET – ORGANES



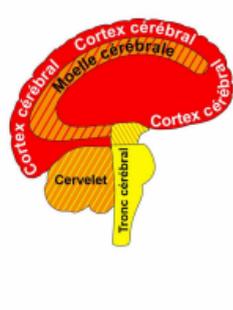


|                  |   |   |
|------------------|---|---|
| Cortex cérébral  | PERTE CELLULAIRE<br>(ulcération, nécrose) | Restauration du tissu<br>par les bactéries                          |
| Moelle cérébrale |   |   |
| Cervelet         | PROLIFÉRATION<br>CELLULAIRE               | Élimination des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

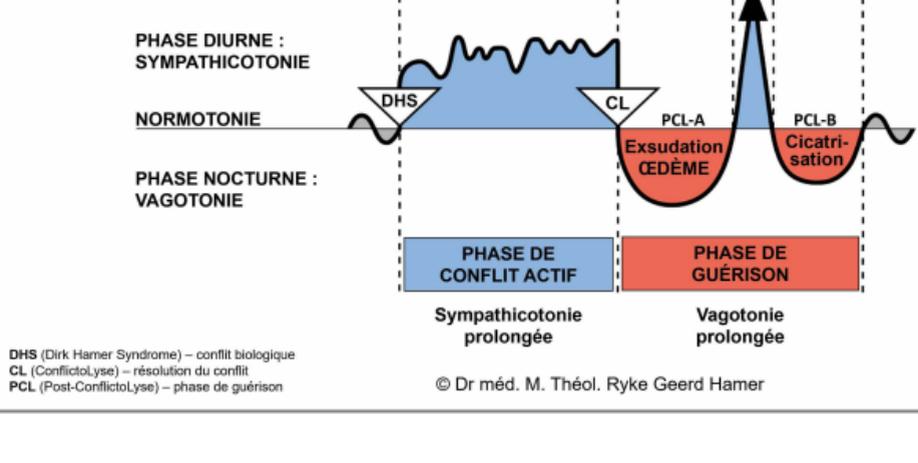


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique  
 CL (ConflictLyse) – résolution du conflit  
 PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer

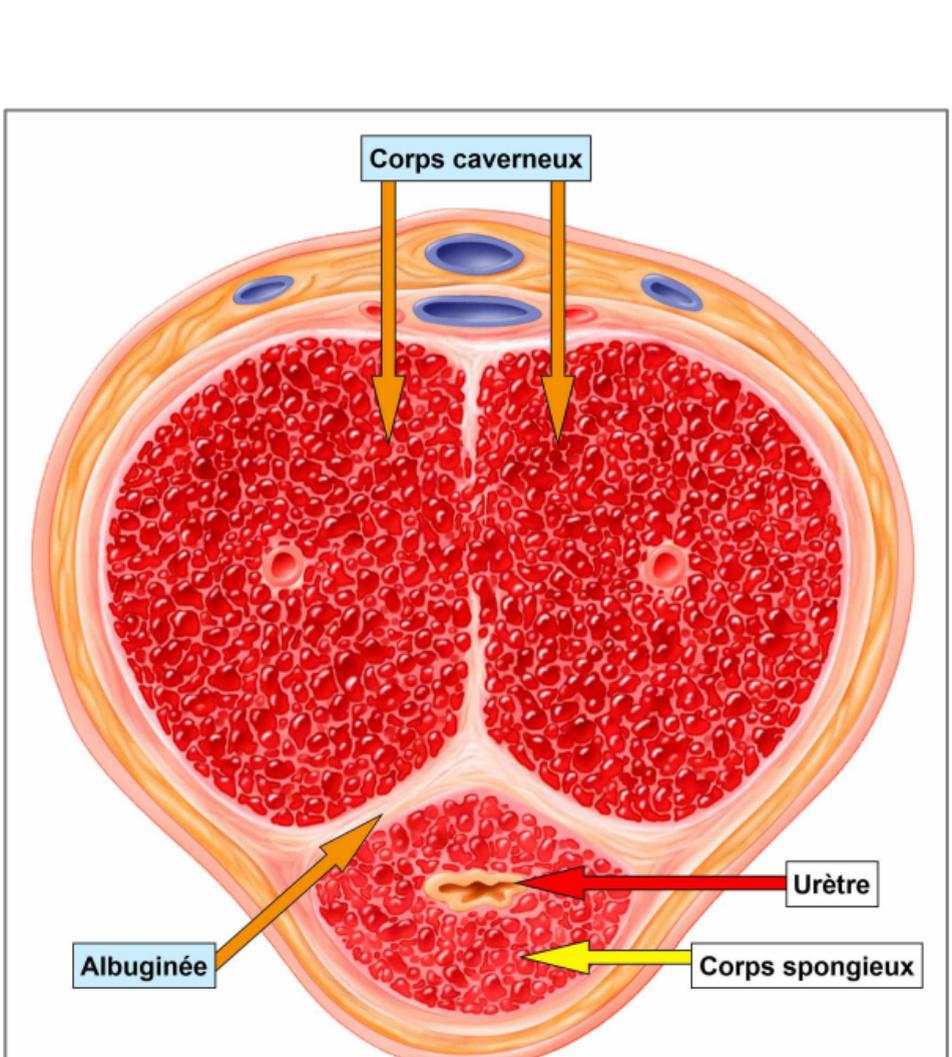


|                  |   |   |
|------------------|---|---|
| Cortex cérébral  | PERTE CELLULAIRE<br>(ulcération, nécrose) | Restauration du tissu<br>par les bactéries                          |
| Moelle cérébrale |   |   |
| Cervelet         | PROLIFÉRATION<br>CELLULAIRE               | Élimination des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



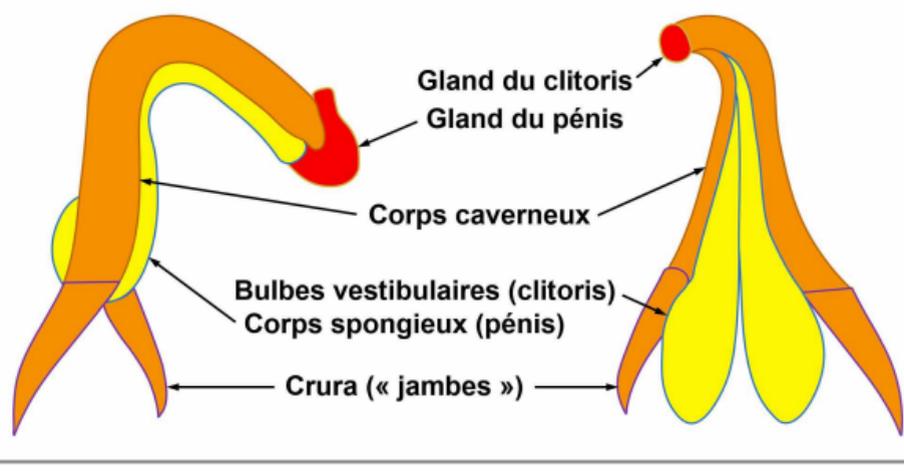
DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique  
 CL (ConflictLyse) – résolution du conflit  
 PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer

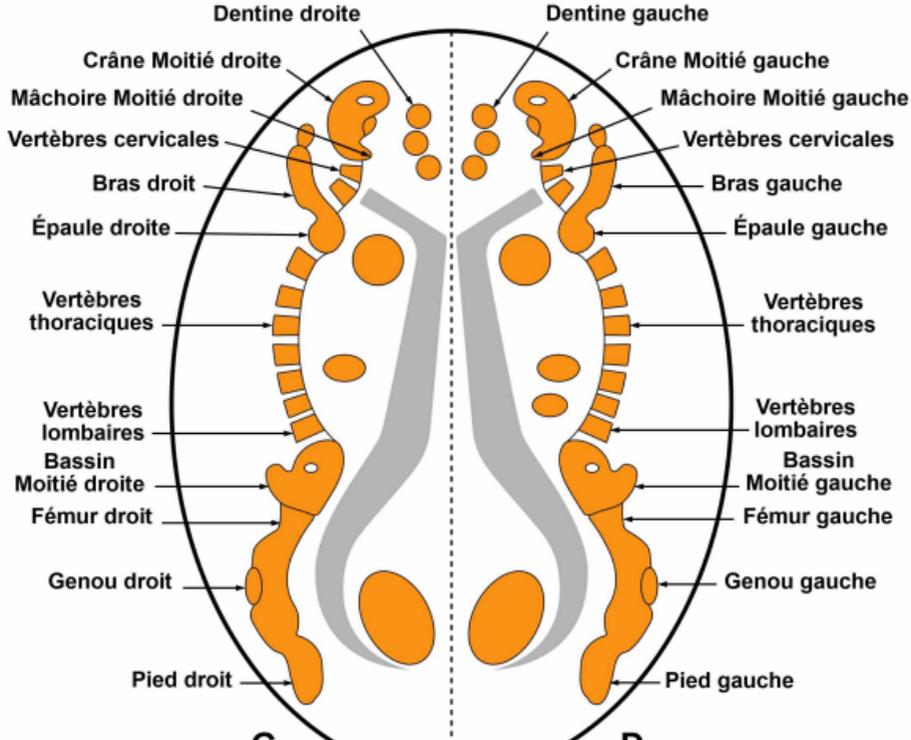


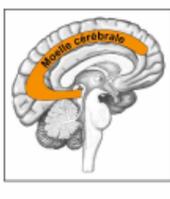
**PÉNIS**

**CLITORIS**

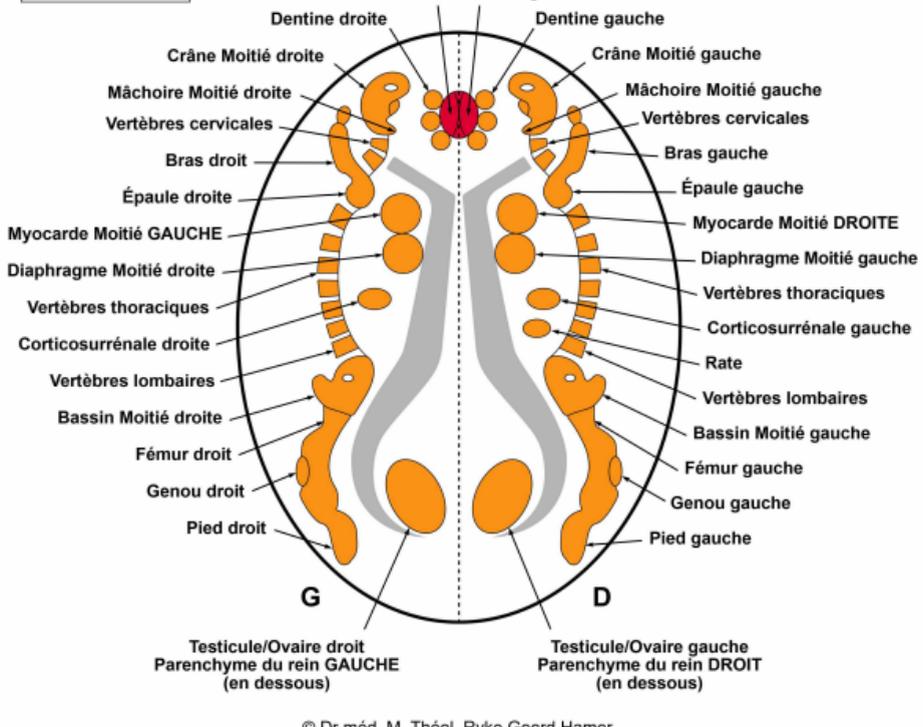


**MOELLE CÉRÉBRALE  
OS ET ARTICULATIONS  
vue de dessus**

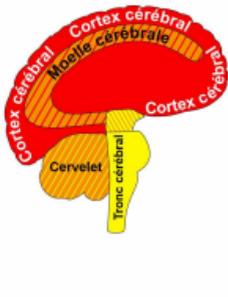




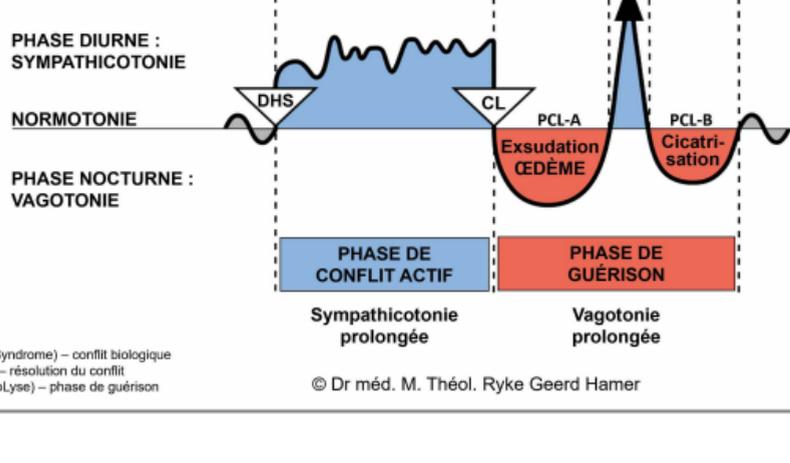
## RELATION MOELLE CÉRÉBRALE – ORGANES



© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer



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



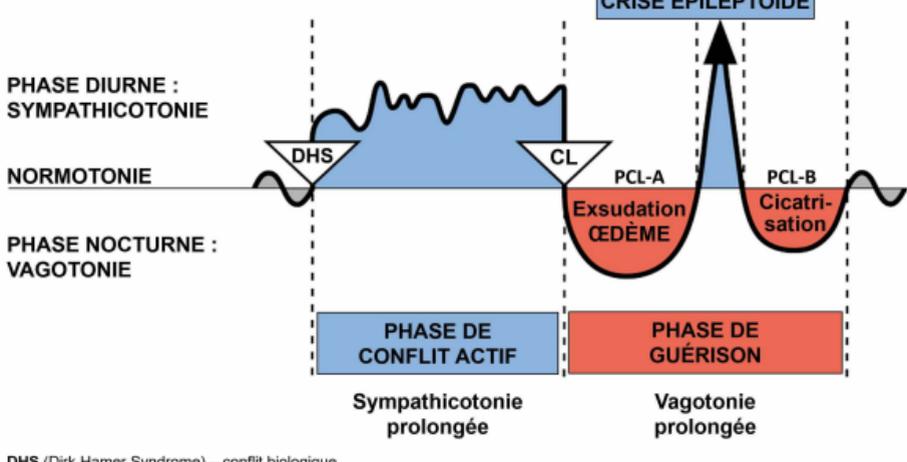
DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique  
 CL (ConflictLyse) – résolution du conflit  
 PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer



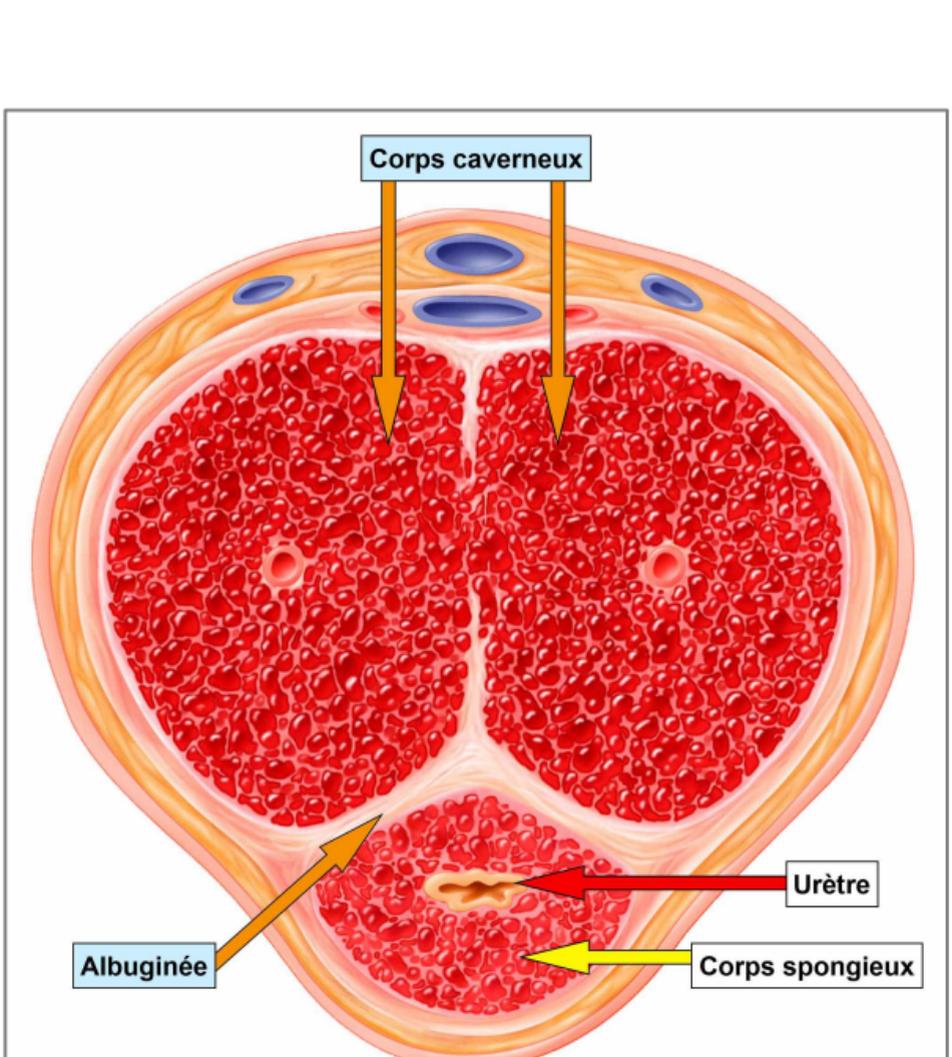
PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

SCHÉMA DES DEUX PHASES



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

© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer

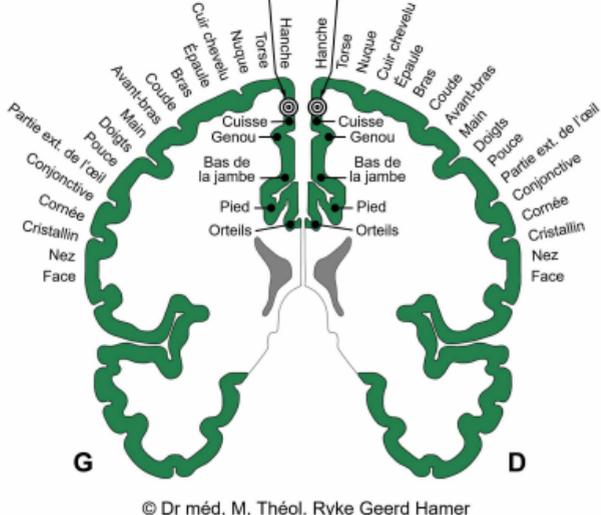
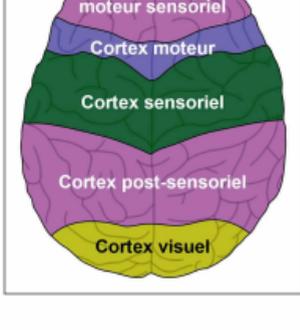


**CORTEX SENSORIEL**  
vue postérieure

**Organes génitaux externes**  
Muqueuse vaginale  
Côté DROIT

**Organes génitaux externes**  
Muqueuse vaginale  
Côté GAUCHE

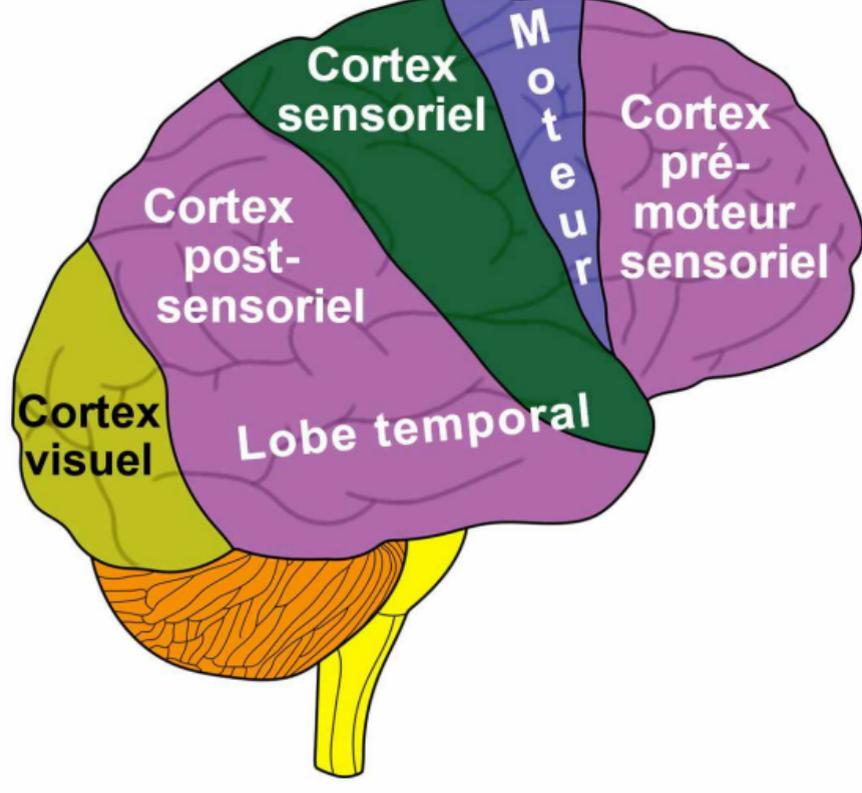
**CORTEX CÉRÉBRAL**  
vue de dessus





# CORTEX CÉRÉBRAL

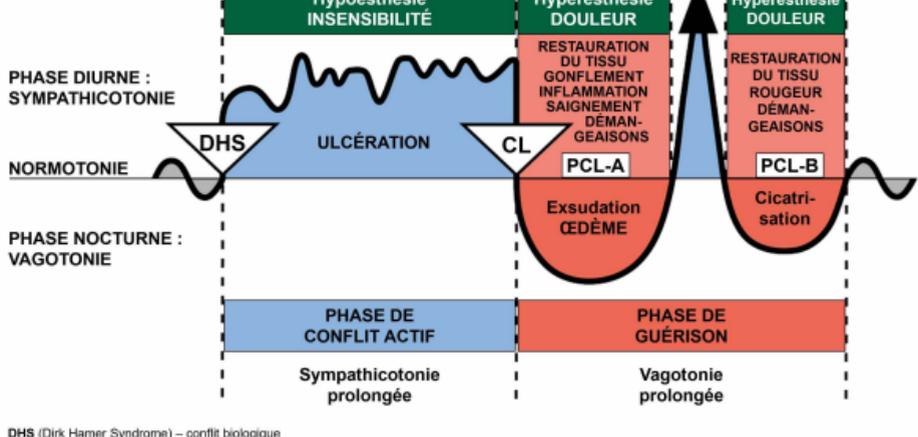
vue latérale



# SCHÉMA DE LA SENSIBILITÉ DE LA PEAU EXTERNE



**CRISE ÉPILEPTOÏDE**  
 Hypoesthésie (insensibilité)  
 Crampes et spasmes  
 Évanouissement (« absence »)



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

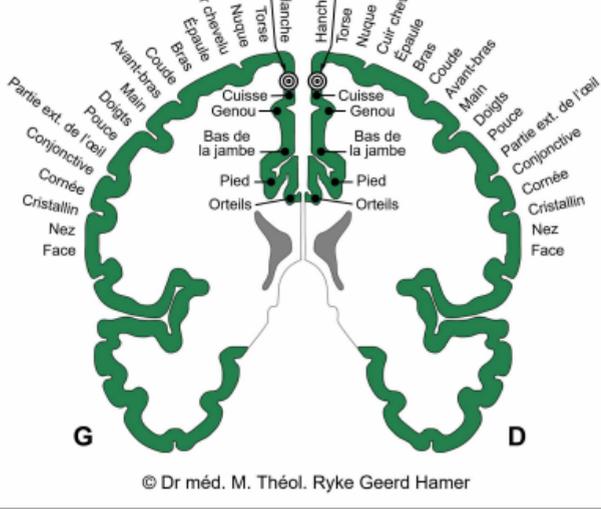
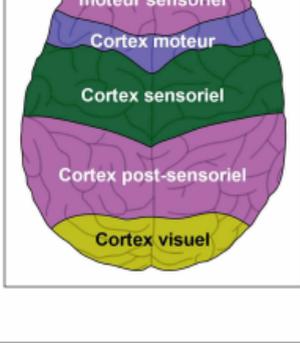
© Dr méd. M. Théol, Ryke Geerd Hamer

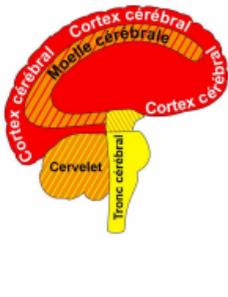
**CORTEX SENSORIEL**  
vue postérieure

**Organes génitaux externes**  
Muqueuse vaginale  
Côté DROIT

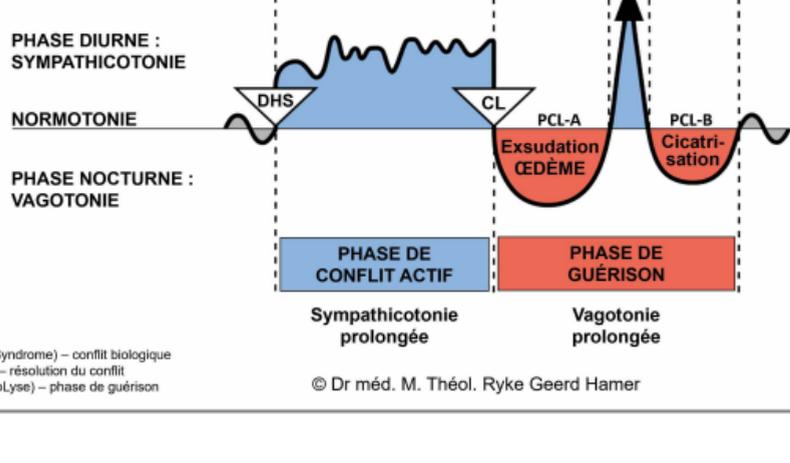
**Organes génitaux externes**  
Muqueuse vaginale  
Côté GAUCHE

**CORTEX CÉRÉBRAL**  
vue de dessus





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



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

© Dr méd. M. Théol. Ryke Geerd Hamer

# CORTEX CÉRÉBRAL

vue latérale

