

NIVEAU CÉRÉBRAL : l'utérus et les trompes de Fallope sont contrôlés à partir du centre du **tronc cérébral**.

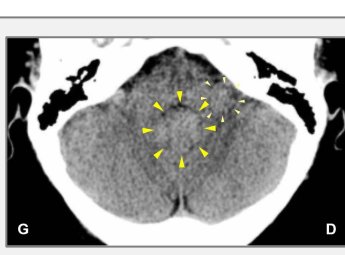
REMARQUE : l'utérus, les trompes de Fallope et la prostate partagent le même relais cérébral.

CONFLIT BIOLOGIQUE : le conflit biologique lié à l'utérus et aux trompes de Fallope est un **conflit de procréation** (identique au conflit lié à la prostate chez l'homme) ou un « **conflit d'implantation** » (à distinguer du conflit d'accouplement lié au col de l'utérus). Ainsi, une fausse couche, un avortement, le fait de ne pas tomber enceinte (voir aussi les muscles de l'utérus) ainsi que la perte d'un enfant ou d'un petit-enfant (à distinguer du conflit de perte lié aux ovaires) peuvent déclencher ce conflit. En outre, l'utérus et les trompes de Fallope correspondent à un **conflit de genre** vécu comme un « conflit affreux avec un homme ». Le fait de se sentir humilié par un homme (sévices physiques, sexuels ou émotionnels) ; les insultes verbales, le manque de respect de la part d'un partenaire, d'un conjoint, d'un parent ou d'un ami de sexe masculin, le comportement offensant d'un collègue, ou le harcèlement d'un ex-petit ami, d'un ex-conjoint (à la suite d'un « affreux » divorce), ou d'une autorité masculine (supérieur hiérarchique, médecin, juge, policier, etc.) sont autant de scénarios de conflit possibles. Un examen gynécologique pénible peut également provoquer ce conflit.

PHASE DE CONFLIT ACTIF : dès le DHS, durant la phase de conflit actif, les cellules de l'utérus prolifèrent proportionnellement à l'intensité du conflit. Le **sens biologique de cette prolifération cellulaire** est d'épaissir la muqueuse utérine afin de faciliter l'implantation de l'ovule fécondé.

Menstruations douloureuses : la contraction des muscles de l'utérus est stimulée par la prostaglandine, une hormone produite par la muqueuse utérine. La surproduction de prostaglandine au cours de la phase de conflit actif d'un conflit de procréation ou de genre provoque une contraction de l'utérus plus forte que la normale, ce qui entraîne des crampes menstruelles douloureuses (voir aussi les menstruations douloureuses liées au Programme Biologique Spécial des ovaires).

En cas d'activité conflictuelle prolongée (conflit en suspens), une masse en forme de chou-fleur (de type sécréteur), appelée **cancer de l'utérus (cancer de l'endomètre)**, se forme en raison de la continue prolifération cellulaire. Si le taux de division cellulaire dépasse une certaine limite, la médecine conventionnelle considère le cancer comme « malin » ; au-dessous de cette limite, la masse est considérée comme « bénigne » ou diagnostiquée comme un **polype endométrial** (voir aussi la phase de guérison). Une masse qui se développe de manière étalée est appelée **hyperplasie de l'endomètre** (le même critère de diagnostic est appliqué au cancer de la prostate et à l'hyperplasie bénigne de la prostate). Il n'y a pas de symptômes durant la phase de conflit actif. Dans les trompes de Fallope, cependant, une masse compacte (de type sécréteur) peut temporairement obstruer la trompe affectée et provoquer des **douleurs, en particulier durant l'ovulation** (ainsi qu'en phase de guérison).



Sur ce scanner cérébral, nous voyons un Foyer de Hamer dans le relais de l'utérus ([voir le diagramme GNM](#)) correspondant à un cancer de l'utérus. Le Foyer de Hamer situé dans le centre de contrôle du foie (dans l'hémisphère droit du tronc cérébral) montre l'impact d'un conflit de famine qui s'est très probablement produit en même temps que le conflit lié à l'utérus.

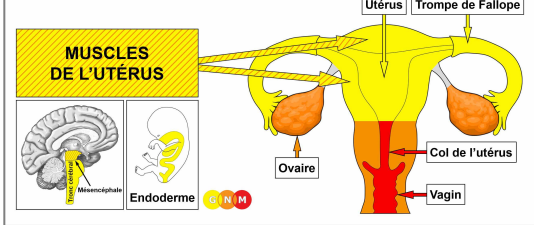
PHASE DE GUÉRISON : dès la résolution du conflit ([CL](#)), des champignons ou des mycobactéries telles que le bacille tuberculeux éliminent les cellules qui ne sont plus requises. Le processus de guérison s'accompagne de **sueurs nocturnes**. Lorsque les champignons participent à la guérison, cela provoque une **candidose utérine** (à distinguer de la candidose vaginale liée aux glandes de Bartholin). L'écoulement produit lors de la décomposition de la tumeur est excrété par le vagin. Celui-ci est blanc (semblable à du fromage), dégage une odeur nauséabonde et peut contenir du sang. **REMARQUE :** les « **pertes vaginales** » proviennent de l'utérus ou des trompes de Fallope, et non du vagin comme on le suppose, car le canal vaginal n'est pas doté d'une sous-

muqueuse endodermale et n'est donc peuplé ni de champignons ni de bactéries.

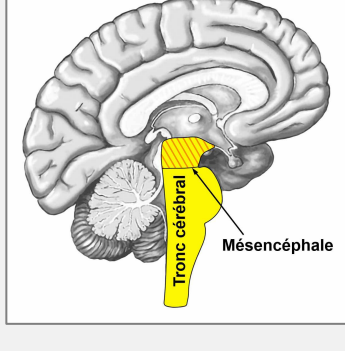
L'**endométrite** (à ne pas confondre avec l'endométriose) est une inflammation de l'utérus accompagnée d'un gonflement douloureux. Avec une rétention d'eau simultanée (SYNDROME) résultant d'un conflit d'abandon ou d'existence actif, le gonflement augmente et par conséquent, la douleur aussi. Dans les trompes de Fallope, le gonflement peut obstruer temporairement la trompe affectée (voir aussi la phase de conflit actif). Les trompes de Fallope étant perméables, l'écoulement produit durant ce processus de décomposition peut s'infiltrer dans la cavité abdominale. Une inflammation des trompes est appelée **salpingite** ou **annexite** (le même terme médical est utilisé pour une inflammation des ovaires). Le fait que le conflit affecte la trompe de Fallope droite ou gauche est aléatoire.

Lors d'une phase de guérison intense, la paroi externe de la tumeur utérine peut se rompre, entraînant un **saignement** important ou une **hémorragie**, en particulier pendant les menstruations, lorsque l'élimination de la tumeur coïncide avec la perte de la caduque utérine (muqueuse de l'endomètre). Par conséquent, des **saignements menstruels abondants (ménorragie)** peuvent indiquer des rechutes (activation de rails) d'un conflit lié à l'utérus (voir aussi les règles abondantes liées aux muscles de l'utérus, aux ovaires, à la muqueuse du col de l'utérus, et à la maniaque-dépression). De légers saignements accompagnent la guérison lorsque l'activité conflictuelle qui a précédé était moins intense ou lorsque la femme est déjà ménopausée ou n'a pas ses règles au moment où la guérison se produit.

Si les microbes requis ne sont pas disponibles au moment de la résolution du conflit, en raison de leur destruction par un usage excessif d'antibiotiques, les cellules supplémentaires restent en place. À terme, la masse se retrouve encapsulée de tissu conjonctif. En médecine conventionnelle, cela est généralement diagnostiqué comme un « cancer bénin » ou un **polype endométrial** (voir aussi la phase de conflit actif).



DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DES MUSCLES DE L'UTÉRUS : la couche médiane de l'utérus, appelée myomètre, constitue l'essentiel du volume de l'utérus. Le myomètre est en grande partie composé de muscles lisses. La principale fonction des muscles de l'utérus est de maintenir le fœtus et de faciliter son expulsion lors de l'accouchement. L'ocytocine, une hormone produite par l'hypophyse (la glande pituitaire), induit la contraction des muscles de l'utérus pendant l'accouchement. Les muscles de l'utérus proviennent de l'endoderme et sont contrôlés par le mésencéphale.

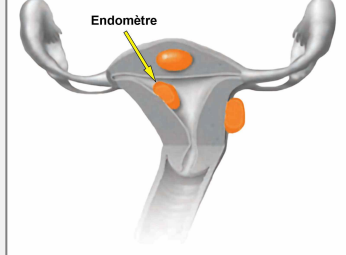


NIVEAU CÉRÉBRAL : les muscles de l'utérus sont contrôlés par le **mésencéphale**, situé à l'extrémité du tronc cérébral.

CONFLIT BIOLOGIQUE : le conflit biologique lié aux muscles de l'utérus est le fait de « **ne pas pouvoir retenir le fœtus** » (complications pendant la grossesse, fausses couches, avortements ; voir aussi les muscles du col de l'utérus) ou de **ne pas tomber enceinte** (à distinguer du conflit de procréation lié à l'utérus). Ainsi, les situations conflictuelles typiques qui conduisent au fait de ne pas pouvoir avoir d'enfants sont une ménopause précoce, l'ablation des deux ovaires, une stérilité, la stérilité ou le dysfonctionnement érectile du partenaire, les difficultés à concevoir ou le désir inassouvi d'avoir un enfant ou d'autres enfants. La ligature des trompes, l'utilisation d'un stérilet pour prévenir la grossesse ou la prise de contraceptifs peuvent évoquer le conflit à un niveau psychobiologique subtil. Une femme peut également vivre ce conflit avec ou au nom d'une femme du groupe (sa fille ou sa petite-fille, une proche parente ou amie).

PHASE DE CONFLIT ACTIF : prolifération cellulaire avec formation de **fibromes utérins (fibromyomes ou léiomyomes)**. Le **sens biologique de cette prolifération de tissus musculaires** est d'augmenter la tension musculaire (l'hypertonie) afin de renforcer les muscles de l'utérus et ainsi mieux pouvoir retenir le fœtus ou faciliter l'accouchement. La taille du ou des fibromes est déterminée par l'intensité et la durée de l'activité conflictuelle.

PHASE DE GUÉRISON : la tension musculaire se normalise. Cependant, afin d'assurer la procréation, les **fibromes restent en place même après la fin de la phase de guérison**.

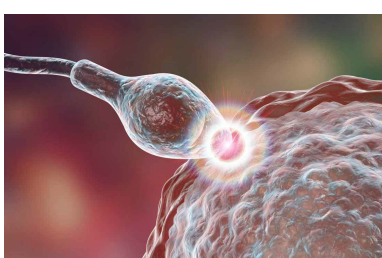


Les fibromes situés proches de l'endomètre de l'utérus peuvent provoquer d'importants **saignements**, en particulier durant la Crise Épileptoïde, et des **règles abondantes**, car les fibromes sont recouverts par la muqueuse endométriale qui est évacuée durant les règles (voir aussi les règles abondantes liées à la muqueuse de l'utérus, aux ovaires, au col de l'utérus et à la maniaco-dépression).

Avec le SYNDROME, c'est-à-dire avec une rétention d'eau résultant d'un conflit d'abandon ou d'existence actif impliquant les tubules collecteurs du rein, l'eau retenue augmente la taille du ou des fibromes. Une masse importante dans la musculature de l'utérus peut être diagnostiquée comme un **sarcome du myomètre**.

Prolapsus de l'utérus : l'utérus est aussi maintenu en place par des ligaments. Un long conflit de dévalorisation de soi (« Je ne suis pas assez bien à cet endroit ! ») affaiblit ces ligaments et entraîne la descente de l'utérus dans le canal vaginal.

GROSSESSE et ACCOUCHEMENT

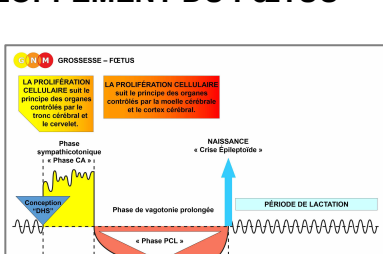


À l'instar d'un Programme Biologique Spécial déclenché par un conflit biologique, la grossesse – la période allant de la fécondation à la naissance – se déroule en deux phases : une **phase sympathicotonique suivie d'une phase vagotonique**. L'instant de la fécondation est équivalent à un DHS.

Chez les femmes, calculée à partir du début des dernières menstruations, la durée de la grossesse est d'environ 280 jours (un peu plus de 9 mois) ou 40 semaines. Le premier trimestre (phase sympathique) dure 84 jours (12 semaines) ; les deuxième et troisième trimestres (phase vagotonique) durent 196 jours (28 semaines). Les deux phases se déroulent de manière synchrone dans l'organisme de la mère et celui du fœtus.

Dr Hamer : « Mère Nature prélève dans le schéma du Programme Biologique Spécial les éléments qui conviennent à l'organisme du fœtus et à celui de la mère durant la grossesse. »

DÉVELOPPEMENT DU FŒTUS



Dès la première division cellulaire après la fécondation, l'embryon se développe en un amas de cellules appelé blastocyste. La couche cellulaire externe du **blastocyste** (trophoblaste) se fixe à l'endomètre de l'utérus pour permettre l'implantation de l'œuf et la formation du placenta. La masse cellulaire interne du blastocyste (embryoblaste) est responsable de la formation de l'embryon en lui-même. En l'espace de deux semaines, le blastocyste se divise en trois feuillets embryonnaires (endoderme, mésoderme, ectoderme). Au cours de la gestation, les feuillets embryonnaires forment tous les organes et

tissus du corps humain par division cellulaire continue.

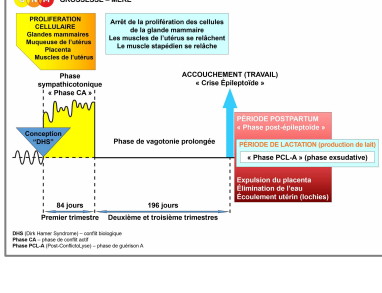
Au cours des trois premiers mois, le fœtus est dans un état de **sympathicotonie** (« Phase CA »). Le développement du fœtus suit le principe des **organes contrôlés par le tronc cérébral et le cervelet**, avec une **prolifération cellulaire** durant la phase sympathicotonique. Ce principe correspond à celui d'un Programme Biologique Spécial qui génère une prolifération cellulaire durant la phase de conflit actif. C'est la période (« Phase CA ») où, par exemple, les organes du tractus intestinal et les poumons se développent. **REMARQUE** : la latéralité biologique du fœtus est déterminée au moment de la première division cellulaire après la fécondation.

La **phase vagotonique** débute à partir du quatrième mois de grossesse et dure jusqu'à l'accouchement. Durant la **phase vagotonique**, le développement du fœtus suit le principe des **organes contrôlés par la moelle cérébrale et le cortex cérébral**, avec une **prolifération cellulaire en vagotonie**. Ce principe correspond à celui d'un Programme Biologique Spécial qui génère une prolifération cellulaire durant la phase de guérison, plus précisément, durant la phase PCL-A.

L'**accouchement** correspond à la **Crise Épileptoïde**.

Après la naissance, le nouveau-né entre dans la **période de lactation**.

FEMME ENCEINTE



Comme pour le fœtus, durant les **trois premiers mois de grossesse**, la mère est dans un état de **sympathicotonie** (« Phase CA »). Conformément au principe des **organes contrôlés par le tronc cérébral et le cervelet**, durant la phase sympathicotonique, une **prolifération cellulaire** se produit :

- dans la **muqueuse de l'utérus**. Le but biologique de ces cellules utérines supplémentaires est d'assurer une implantation optimale et de fournir le meilleur environnement possible pour le développement du fœtus. Le placenta, qui alimente le fœtus en oxygène et en nutriments, se développe par prolifération cellulaire à partir du tissu utérin ;
- dans les **muscles de l'utérus**. Le but biologique de ces cellules supplémentaires est d'augmenter la tension des muscles de l'utérus afin de sécuriser l'embryon qui vient de s'implanter ;
- dans les **glandes mammaires**. Le but biologique de cette prolifération des cellules productrices de lait est de préparer la mère à l'allaitement de son enfant (voir la période de lactation). Des seins fermes sont un signe typique de début de grossesse. La production de lait est stimulée par la prolactine, une hormone produite par l'hypophyse.

Durant cette **phase sympathicotonique**, la femme enceinte a tendance à être agitée et nerveuse. La nausée est un symptôme sympathicotonique. C'est pourquoi les **nausées matinales** surviennent durant cette période.

À partir du début de la **phase vagotonique**, qui va du quatrième mois de grossesse à l'accouchement, la **prolifération cellulaire des glandes mammaires cesse**. Les seins continuent à grossir, non pas en raison de la prolifération cellulaire des glandes mammaires, mais plutôt en raison de l'augmentation du stockage de graisse dans les seins. Durant la phase vagotonique, les **muscles de l'utérus se relâchent** afin d'éviter un accouchement prématuré. Le **muscle stapédien**, situé dans l'oreille moyenne, est un muscle qui joue un rôle fondamental dans la transmission des sons. En vagotonie, lorsque nous dormons, le muscle stapédien est relâché, de sorte que nous sommes instantanément conscients du moindre bruit. Durant la grossesse, cette sensibilité au bruit protège la mère et son bébé d'un potentiel danger. En vagotonie, la femme enceinte a bon appétit afin de pouvoir se nourrir et alimenter le fœtus en quantité suffisante. Durant la **phase vagotonique**, la femme enceinte a tendance à être fatiguée, ce qui a pour but d'empêcher la mère de faire des efforts et de ne pas se mettre en

danger, elle et son bébé. L'état vagotonique de la mère offre à l'enfant à naître les conditions optimales pour son développement.

TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT

La naissance de l'enfant qui a lieu à la fin de la phase [vagotonique \(« PCL-A »\)](#) correspond à la [Crise Épileptoïde](#). Avec le début du travail, la mère et le fœtus sont tirés de la vagotonie et se retrouvent dans un état sympathicotonique accru, comme c'est le cas durant la Crise Épileptoïde d'un Programme Biologique Spécial. La mère et l'enfant suivent le processus ensemble.

La « [Crise Épileptoïde](#) » de la mère se présente sous la forme de **contractions de travail**. Dès le début du travail, les muscles de l'utérus se contractent (crampes toniques prolongées) avec des mouvements rythmiques, cloniques et péristaltiques simultanés pour faciliter l'accouchement. Du point de vue de l'évolution, les contractions tonico-cloniques du travail sont devenues le modèle de la [Crise Épileptoïde](#) qui survient au plus fort du Programme Biologique Spécial des muscles striés. Avec la contraction des muscles de l'utérus, l'orifice interne de l'utérus et le sphincter du col de l'utérus s'ouvrent (les sphincters s'ouvrent en sympathicotonie). Le bébé est poussé dans le canal vaginal par le mouvement péristaltique concerté des muscles de l'utérus, du col de l'utérus et du vagin. La durée moyenne du travail est d'environ huit heures.

La « [Crise Épileptoïde](#) » du fœtus se manifeste par des **contractions musculaires toniques** qui raidissent son corps, ce qui permet au fœtus de se déplacer plus facilement à travers le canal de naissance.

REMARQUE : c'est le bébé qui détermine le début de l'accouchement. Lorsqu'il est prêt à naître, les surrénales du bébé sécrètent de la cortisone qui stimule la production d'ocytocine, une hormone produite par l'hypophyse. L'ocytocine induit la contraction des muscles de l'utérus et le début du travail. La prostaglandine, produite dans la muqueuse utérine, stimule également les contractions utérines au début du travail.

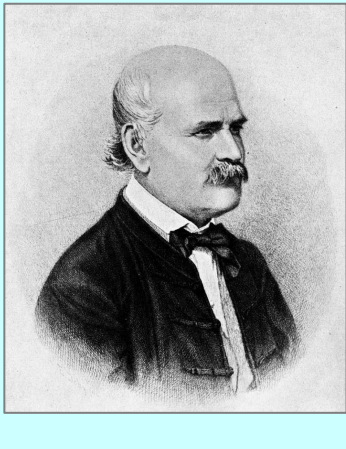
Le travail et l'accouchement constituent la fin de la grossesse.

PÉRIODE POST-PARTUM

Juste après le travail et l'accouchement, l'organisme de la mère entre dans la [période post-partum](#) ou « Phase Post-Épileptoïde » avec l'expulsion du placenta et l'élimination de grandes quantités d'eau par les reins – semblable à la « phase urinaire » qui se produit immédiatement après la Crise Épileptoïde d'un Programme Biologique Spécial.

Durant la période post-partum, les cellules supplémentaires de la muqueuse utérine qui avaient épaissi l'utérus durant la grossesse sont éliminées avec le concours du bacille tuberculeux. Le bacille tuberculeux nettoie l'utérus ! Les sécrétions tuberculeuses de l'utérus (appelées lochies) contiennent du sang, du mucus et des résidus du placenta. Les **pertes utérines après l'accouchement** durent environ 4 à 6 semaines.

Une **infection post-partum** de l'utérus (endométrite) accompagnée de fièvre est connue sous le nom de « **fièvre puerpérale** ». La médecine conventionnelle affirme que l'infection est causée par des bactéries qui pénètrent dans l'utérus par le vagin. Certains suggèrent même que l'infection se propage à l'utérus « à partir d'un mal de gorge ou de gencives infectées ou à partir de l'anus pendant l'accouchement » ([source](#)). Une autre théorie propose que l'infection soit transmise à la femme enceinte par les médecins ou les infirmières à la suite de contacts avec d'autres patients. En vertu de la Quatrième Loi Biologique et du rôle bénéfique des microbes, les « infections » ne sont pas transmissibles d'une personne à une autre ; les microbes n'agissent que dans les organes et les tissus qui sont en cours de guérison. Par conséquent, du point de vue de la GNM, l'activité microbienne accrue dans l'utérus après l'accouchement indique une phase de guérison d'un conflit lié à l'utérus, tel qu'un conflit de genre (un conflit affreux avec un homme).



Le **Dr Ignaz Semmelweis** a été directeur de la maternité de l'hôpital général de Vienne de 1846 à 1849. À l'époque, la fièvre puerpérale était très répandue dans les maternités et de nombreuses femmes en sont mortes. Estimant que l'infection était due aux médecins qui venaient de pratiquer des autopsies et apportaient des bactéries pathogènes provenant de matières en décomposition qui entraient en contact avec les parties génitales des femmes en train d'accoucher, il a ordonné à ses jeunes médecins de se laver les mains avec une solution de chlorure (un désinfectant) avant d'examiner les femmes sur le point d'accoucher. Peu après l'instauration de ce protocole, l'incidence de la fièvre puerpérale a considérablement diminué.

GNM : lorsque l'équipe médicale stérilise les mains, les femmes qui accouchent ne sont plus exposées à des bactéries qui, autrement, contribueraient au processus de guérison du système reproducteur. Par conséquent, il n'y a pas d'infection !

Troubles mentaux après l'accouchement : voir **dépression post-partum** et **psychose post-partum**.

PÉRIODE DE LACTATION

Avec la naissance de l'enfant, la mère entre dans la **période de lactation**. Les cellules de la glande mammaire qui se sont multipliées au cours du premier trimestre passent d'un état non sécréteur à un état sécréteur. La production de lait durant la **phase « PCL-A » ou phase d'exsudation** est équivalente à la production de liquide telle qu'elle se produit durant la phase PCL-A d'un Programme Biologique Spécial. Ainsi, après l'accouchement, l'organisme de la mère reprend le programme biologique là où il l'avait laissé à la fin du premier trimestre (« **Phase CA** »).

L'augmentation, la réduction ou l'arrêt de la production de lait est lié aux cellules productrices de prolactine de la **glande pituitaire** (contrôlée par le **tronc cérébral**). La prolactine stimule la production de lait par les glandes mammaires. Le conflit biologique correspondant est un **conflit d'alimentation**, c'est-à-dire, de « **ne pas pouvoir nourrir l'enfant** » (par exemple, en raison des difficultés financières d'une mère célibataire au chômage ou travaillant à son compte, ou d'un conjoint ou d'un partenaire sans emploi). Durant la phase de conflit actif, les cellules productrices de prolactine prolifèrent afin de produire plus de lait pour le bébé. La surproduction de prolactine entraîne une **augmentation de la production de lait**. Lorsque le conflit est résolu, les cellules supplémentaires sont éliminées avec le concours des champignons ou du bacille tuberculeux. Lors d'une guérison en suspens, de plus en plus de tissu glandulaire est perdu en raison du continu processus d'élimination cellulaire. Chez les femmes qui allaitent, cela entraîne une **réduction ou un arrêt de la production de lait**. Si la phase de guérison prolongée a commencé dès le début de la grossesse, la femme n'a que peu ou pas de lait maternel après l'accouchement. La détresse liée à une production insuffisante de lait peut déclencher un conflit de liquide impliquant le parenchyme rénal avec hypertension (voir la prééclampsie).

Une réduction ou un arrêt de la production de lait est également lié au Programme Biologique Spécial des **glandes mammaires** (contrôlé par le **cervelet**) lié à un **conflit de soucis dans le nid** associé à un membre du nid, y compris le nouveau-né. Durant la phase de conflit actif, les cellules de la glande mammaire prolifèrent afin de produire davantage de lait. Par conséquent, durant l'activité conflictuelle, **le sein affecté de la mère allaitante produit plus de lait** (voir la latéralité). Durant la phase de guérison, les cellules supplémentaires sont éliminées avec le concours des champignons ou du bacille tuberculeux. Lors d'une phase de guérison en suspens, le processus continu de décomposition conduit à une perte de cellules de la glande mammaire. Si pendant ce temps la femme allaite, la perte de tissu de la glande mammaire entraîne une **réduction ou un arrêt**

complet de la production de lait dans le sein affecté.

Chez les femmes qui allaitent, la **mastite d'allaitement** ou l'**inflammation du mamelon (thélite)** est liée à un conflit de séparation (par exemple, en raison d'une séparation d'avec le bébé après la naissance) ou à une « envie de se séparer » du bébé parce qu'il tète trop fort. Durant la phase de guérison, la zone des canaux galactophores affectés s'enflamme.

Conflits biologiques vécus par la MÈRE

Lorsqu'une femme enceinte vit un **conflit biologique au cours du premier trimestre** ([phase sympathicotonique](#)), l'organe correspondant engendre une [prolifération ou une perte cellulaire](#), en fonction de la nature du conflit. Au début du quatrième mois de grossesse ([phase vagotonique](#)), les modifications au niveau des organes s'arrêtent. Le conflit n'est pas résolu, il est seulement reporté ! Si au moment de l'accouchement, le conflit n'a pas été résolu, la prolifération ou la réduction cellulaire de l'organe affecté reprend au début du travail (« [Crise Épileptoïde](#) »). La réactivation d'un ou de plusieurs conflits peut entraîner une dépression post-partum ou une psychose post-partum.

L'état sympathicotonique de la mère au cours du premier trimestre explique pourquoi les symptômes de guérison qu'elle avait *avant* la grossesse, par exemple, une affection cutanée, sont atténués ou complètement supprimés au cours des trois premiers mois de la grossesse, car la sympathicotonie interrompt la guérison. Si elle vit une rechute du conflit de séparation au cours du premier trimestre, elle n'aura pas d'éruption cutanée.

Un fort DHS (sympathicotonie intense) peut provoquer une **fausse couche** (une forte sympathicotonie ouvre le sphincter du col de l'utérus). La plupart des fausses couches surviennent au cours des trois premiers mois de la grossesse.

Si la mère était en **phase de conflit actif avant d'être enceinte**, les modifications de l'organe concerné s'arrêtent également lorsqu'elle entre dans le quatrième mois de grossesse. Si elle n'a pas résolu le conflit au moment de l'accouchement, le conflit sera pleinement réactivé au début du travail.

Lorsqu'une femme enceinte vit un **conflit biologique au cours du deuxième ou du troisième trimestre** ([phase vagotonique](#)), le conflit ne se déroule pas comme il le ferait normalement. Durant toute la phase vagotonique, l'intensité du conflit est considérablement réduite ; par conséquent, la [prolifération ou la perte cellulaire](#) de l'organe concerné par le conflit est également réduite. Il en va de même pour les constellations schizophréniques et les rechutes de conflits. Si la mère fait une rechute d'un conflit qu'elle a ensuite traîné pendant sa grossesse ou qu'elle fait une rechute d'un conflit qu'elle a vécu pendant le premier trimestre, l'intensité des symptômes est réduite durant toute la phase vagotonique. Cependant, dès le début du travail (« [Crise Épileptoïde](#) »), qui constitue la fin de la grossesse, la mère se retrouve en pleine activité conflictuelle. **REMARQUE :** une femme qui présente un arrêt de sa maturation est capable de rattraper son retard de développement émotionnel au cours des six derniers mois de la grossesse.

Un fort DHS (état sympathicotonique) interrompt la phase vagotonique et provoque un **accouchement prématuré** (le sphincter du col de l'utérus s'ouvre en sympathicotonie). Il en va de même lors d'une forte Crise Épileptoïde, en particulier lorsque le cœur ou les poumons sont impliqués. **REMARQUE :** lorsque la mère se retrouve dans une situation hautement conflictuelle (en grande panique) ou qu'elle se retrouve soudainement dans une intense [constellation](#), les vaisseaux qui alimentent le placenta se resserrent, ce qui prive le bébé d'oxygène et de nutriments. Cela peut entraîner de graves complications et la **mort du fœtus (accouchement d'un enfant mort-né)**.

Si la mère résout un conflit survenu avant la grossesse ou au cours du premier trimestre, elle développe les symptômes correspondants durant la [phase vagotonique](#), par exemple, un rhume (conflit de puanteur), une diarrhée (conflit du morceau indigeste), une éruption cutanée ou de l'herpès (conflit de séparation), des varices (conflit d'enchaînement), une hépatite (conflit de colère dans le territoire), ou tout type de cancer tel qu'un lymphome, un cancer du côlon ou une leucémie qui survient durant la phase de guérison. Une rétention d'eau concomitante due à un conflit d'abandon ou d'existence (SYNDROME) impliquant les tubules collecteurs du rein exacerbe les

symptômes de guérison ! Après avoir résolu un conflit de « se sentir submergée » ou un conflit de perte territoriale, elle subira une crise cardiaque au cours de la Crise Épileptoïde. Une forte Crise Épileptoïde pourrait mettre en danger la vie de la mère et de l'enfant à naître. Concernant les infections telles qu'une infection urinaire (conflit de marquage territorial) ou une mycose « vaginale » (conflit de genre), l'infection de la mère ne peut pas être transmise au nouveau-né, comme le prétend la médecine conventionnelle, car l'« infection » est déjà un symptôme de guérison (voir la Quatrième Loi Biologique).

Symptômes durant la grossesse

Prééclampsie : en médecine conventionnelle, on parle de prééclampsie lorsque la femme enceinte présente une quantité élevée de protéines dans les urines ou lorsque sa tension artérielle est élevée. Elle est considérée comme un « trouble multisystémique spécifique à la grossesse ». D'après la GNM, une forte présence de protéines dans les urines se produit durant la **phase vagotonique** de la grossesse, après qu'un conflit d'abandon ou d'existence ait été résolu (voir la protéinurie et l'albuminurie liées aux tubules collecteurs du rein). L'élévation de la tension artérielle est liée à un conflit de liquide, par exemple, lié au liquide amniotique (« quelque chose ne va pas au niveau du liquide amniotique ») ou à un conflit de « se sentir submergé » impliquant le myocarde droit (voir l'hypertension dans la phase de conflit actif et en PCL-A).

Anémie maternelle : durant la **phase vagotonique**, d'une manière générale, la fatigue est normale. La fatigue liée à l'anémie est toutefois causée par un conflit de dévalorisation de soi provoqué par des humiliations, des sévices, ou associé à la grossesse elle-même (voir l'anémie durant la phase de conflit actif et la phase de guérison).

Vomissements au cours des deuxième et troisième trimestres : les vomissements surviennent durant la Crise Épileptoïde d'un conflit de colère dans le territoire impliquant la petite courbure de l'estomac, ou d'un conflit du morceau indigeste lié à la partie supérieure de l'intestin grêle. Donc, durant la **phase vagotonique** de la grossesse ! Des épisodes de vomissements récurrents sont provoqués par l'activation d'un rail lié au conflit (à distinguer des nausées matinales au cours du premier trimestre).

Diabète gestationnel : le diabète gestationnel se manifeste en conséquence d'un conflit masculin de résistance qui s'est produit durant la grossesse. **REMARQUE** : lorsqu'une femme est enceinte ou allaite, son taux d'œstrogène est faible ; elle vit donc les conflits comme un homme.

- Si une femme enceinte droitère vit un conflit de résistance (par exemple, une résistance au fait d'être enceinte), le conflit affecte le **côté droit du centre du glucose** qui contrôle la production d'insuline. Elle présente un diabète au cours du premier trimestre de la grossesse (**phase sympathicotonique**). À partir du deuxième trimestre (**phase vagotonique**), le diabète n'évoluera plus ou sera réduit. Si elle n'a pas résolu le conflit au moment de l'accouchement, après avoir accouché, le taux de diabète sera le même qu'au premier trimestre. Lorsqu'elle aura résolu le conflit, elle se retrouvera en hypoglycémie en PCL-B.
- Si une femme enceinte gauchère vit un conflit de résistance, le conflit affecte le **côté gauche du centre du glucose**, lequel contrôle la production de glucagon (chez les gauchers, le conflit est transféré dans l'hémisphère cérébral opposé). Elle présentera une hypoglycémie au cours du premier trimestre (**phase sympathicotonique**) ainsi qu'après l'accouchement, à condition que le conflit n'ait pas été résolu. Si elle résout son conflit pendant la **phase vagotonique**, elle deviendra diabétique au cours des deuxième et troisième trimestres (en PCL-B).

Conflits biologiques vécus par le FŒTUS

Le fœtus peut vivre des conflits biologiques au même titre qu'un nouveau-né, un nourrisson, un enfant ou un adulte. Conformément à la formation des trois feuilletés embryonnaires, le fœtus ne peut vivre que des conflits liés à des organes déjà développés, c'est-à-dire, dans un premier temps, uniquement des conflits liés à des organes issus de l'endoderme et du mésoderme ancien, tels qu'un conflit de peur de la mort, un conflit de famine ou un conflit d'attaque.

Lorsque le fœtus vit un **conflit biologique au cours des trois premiers mois** ([phase sympathicotonique](#)), l'organe correspondant engendre une [prolifération cellulaire](#) durant la phase de conflit actif. Au début du quatrième mois de développement du fœtus ([phase vagotonique](#)), la prolifération cellulaire s'arrête. Cependant, lorsque l'accouchement commence (« [Crise Épileptoïde](#) »), l'activité conflictuelle du nouveau-né reprend et la prolifération cellulaire au niveau de l'organe affecté se poursuit.

Un fort DHS avec une intense activité conflictuelle (état sympathicotonique) peut provoquer une **fausse couche** (le fœtus avorte de lui-même) et la grossesse prend fin. Les surrénales du fœtus qui se développent au cours de la cinquième semaine sécrètent de la cortisone qui stimule la production d'ocytocine (voir l'hypophyse), laquelle induit la contraction des muscles de l'utérus.

Lorsque le fœtus vit un **conflit biologique au cours du deuxième ou du troisième trimestre** ([phase vagotonique](#)), par exemple, un conflit de séparation ou un conflit de colère dans le territoire, l'intensité du conflit est considérablement réduite. En cas d'activité conflictuelle prolongée (conflit en suspens), au début de l'accouchement (« [Crise Épileptoïde](#) »), l'activité conflictuelle du bébé reprend pleinement.

Si le fœtus résout un conflit pendant la [phase vagotonique](#), il naît alors avec les symptômes de guérison liés à l'organe concerné. Les symptômes durent jusqu'à ce que le Programme Biologique Spécial soit terminé. **REMARQUE :** les anomalies congénitales ou les malformations apparaissant à la naissance, telles que les anomalies physiques ou structurelles, ou les malformations d'un organe (spina bifida, fente labiale ou palatine, absence d'os nasal, membres anormaux, malformations cardiaques) ne sont pas liées à un conflit biologique.

Conflits intra-utérins

Dr Hamer : « En connaissant la GNM, une femme enceinte est bien plus à même de protéger son enfant à naître. »

Dépourvu de perception visuelle, le fœtus perçoit essentiellement des sons et des bruits. Les femmes enceintes ressentent souvent une secousse ou un coup de pied du bébé à la suite d'un bruit fort et soudain, comme le claquement d'une porte. Les bruits forts, par exemple, provenant de machines bruyantes telles que les scies (tronçonneuse, scie circulaire), les perceuses, les marteaux-piqueurs ou les tondeuses à gazon ; les bruits de la rue provenant de camions ou de cyclomoteurs, la musique qui perce les tympans, les détonations ou les explosions, les sirènes hurlantes, des appareils ménagers bruyants (mixeur) tenus près du ventre, mais aussi des cris et des hurlements dans l'environnement immédiat (la mère criant après ses autres enfants, des disputes bruyantes entre les parents), ou les aboiements bruyants d'un chien peuvent faire paniquer le fœtus et provoquer un DHS chez le bébé à naître. En outre, un fœtus peut éprouver un conflit biologique en étant exposé aux ultrasons. Des recherches ont montré que le bruit des ultrasons met le fœtus dans un état d'agitation (source : "The quality of fetal arm movements as indicators of fetal stress" [Les mouvements de bras du fœtus comme indicateurs de stress fœtal], *PubMed*, 2010). Dans l'utérus, les bruits sont perçus de manière particulièrement forte, car le liquide contenu dans le sac amniotique conduit les sons beaucoup mieux que l'air.

Des **bruits forts** peuvent provoquer...

- un **conflit auditif** du type « je ne veux pas entendre ça ! » lié à l'oreille interne. Une guérison en suspens due à de continuelles rechutes conflictuelles durant la [phase vagotonique](#) conduit à une perte progressive de l'audition, avec pour résultat, un enfant naissant malentendant ou sourd. Deux conflits auditifs impliquant chacun des hémisphères corticaux placent le fœtus en constellation auditive. Le Dr Hamer a découvert qu'une constellation auditive était à l'origine du **syndrome de Down** (voir le cas d'Anna dans l'article GNM « Comprendre les maladies génétiques »). Étant donné que l'on considère généralement que le risque pour une femme d'avoir un enfant atteint du syndrome de Down augmente fortement après 35 ans, les mères les plus âgées ont tendance à subir davantage d'échographies que les femmes les plus jeunes. Les échographies répétitives pourraient donc être la véritable raison pour

laquelle les femmes de ce groupe d'âge sont plus susceptibles de donner naissance à un enfant trisomique ;

- un **conflit moteur** de « ne pas pouvoir s'échapper » ou de « se sentir coincé ». Un conflit moteur peut également se produire lors d'une amniocentèse effectuée pour déterminer si l'enfant à naître est atteint d'un « trouble génétique » ou d'une anomalie chromosomique telle que le syndrome de Down. Lors de ce test prénatal, une petite quantité de liquide amniotique est prélevée à l'aide d'une fine aiguille dans le sac entourant le fœtus (ce qui pourrait également provoquer un conflit d'attaque). Un conflit de « se sentir coincé » peut survenir au cours d'un accouchement difficile (le bébé se sent coincé dans le canal de naissance) ou par la façon dont le bébé est pris en charge après l'accouchement. En fonction de l'intensité du conflit, le conflit moteur se manifeste par une faiblesse ou une paralysie musculaire à la naissance. Après la naissance, le conflit est souvent résolu (« maintenant, je peux enfin m'échapper »), suivi d'une crise d'épilepsie pendant la [phase de guérison](#). Un conflit de « ne pas pouvoir s'échapper » affecte généralement les jambes. Chez les jeunes enfants, cela se traduit par une démarche maladroite et une tendance à tomber. Une **paralysie cérébrale** avec troubles de la coordination musculaire (paralysie spastique) est le résultat de sévères conflits moteurs. Une constellation du cortex moteur provoque une **hyperactivité motrice** (appelée trouble hyperactif) qui peut durer jusqu'à l'enfance ou l'âge adulte. Les constellations du cortex moteur sont également la cause sous-jacente des **tics moteurs** et du **syndrome Gilles de la Tourette** ;
- un **conflit de séparation**, la peur d'être séparé de sa mère. Cela se produit lorsqu'un bruit accablant étouffe le son réconfortant des battements de cœur de la mère. Les conflits de séparation surviennent également lorsque le bébé est séparé de sa mère à la naissance ; après une césarienne, il n'y a pas de contact corporel avec la mère pendant environ deux heures. En outre, cela pourrait provoquer un **conflit d'abandon** impliquant les tubules collecteurs du rein, provoquant une rétention d'eau chez le nouveau-né. En fonction de l'intensité du conflit, le conflit de séparation affecte soit l'épiderme, soit, en cas de grave conflit de séparation, le périoste, ce qui entraîne une **paralysie sensorielle** (engourdissement) dans les bras et/ou les jambes lorsque le conflit a été résolu. Si l'épiderme est affecté, le nouveau-né présente une affection cutanée généralisée telle que la **dermatite**. Une anxiété de séparation permanente crée une prédisposition aux allergies cutanées ;
- un **conflit de peur de la mort** impliquant les alvéoles pulmonaires. Le fœtus peut également être confronté à un conflit de peur de la mort lors de complications menaçant sa vie au cours de l'accouchement. La [phase de guérison](#), assistée par le bacille tuberculeux, se manifeste par une **tuberculose pulmonaire** périnatale. Lors d'un **conflit de peur dans le territoire** ou d'un **conflit de peur panique**, le nouveau-né présente une **bronchite** (muqueuse des bronches) ou une **laryngite** (muqueuse du larynx) ;

REMARQUE : les **bactéries** contribuent déjà au processus de guérison dans l'organisme du fœtus ! « Pendant plus d'un siècle, les scientifiques ont supposé que les bébés venaient au monde sans microbes après avoir passé neuf mois dans un utérus stérile. De nouvelles études révèlent que ce n'est pas le cas : les bactéries se cachent dans le placenta, le liquide amniotique et le cordon ombilical, faisant de l'utérus un endroit plein de microbes ». (*Science News*, 28 mai 2014 ; voir aussi « The Placenta Harbors a Unique Microbiome » [Le placenta abrite un microbiome unique], *Science Translational Medicine*, 21 mai 2014) Les mycobactéries telles que le bacille tuberculeux sont également introduites chez le nouveau-né par le biais du lait maternel.

- un **conflit de colère dans le territoire** : si le conflit est résolu durant la [phase vagotonique](#), le bébé naît avec la **jaunisse** (le conflit correspond biologiquement aux canaux biliaires du foie). Les [échographies fœtales](#) ou les pressions exercées sur le ventre de la mère

peuvent également être à l'origine d'un conflit de colère dans le territoire.

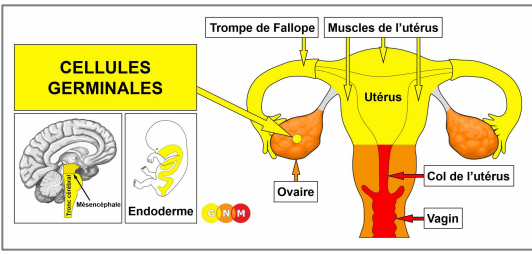
REMARQUE : le fœtus peut vivre un conflit biologique avec sa mère (par empathie) ou en son nom (par procuration).

Conflit de dévalorisation de soi : l'enfant à naître peut vivre un conflit de dévalorisation de soi lorsqu'il ne se sent pas désiré. Après la résolution du conflit, durant la grossesse ou après la naissance, l'enfant manifeste une **leucémie**. Une minéralisation lente des os (« os fragiles ») résultant d'une guérison lente est appelée **rachitisme**. Le rachitisme affecte le crâne (« Ce n'est pas juste ! »), les bras, les jambes, la colonne vertébrale ou l'ensemble du système squelettique (conflit généralisé de dévalorisation). La théorie selon laquelle le rachitisme est dû à une carence en vitamine D est une pure hypothèse.

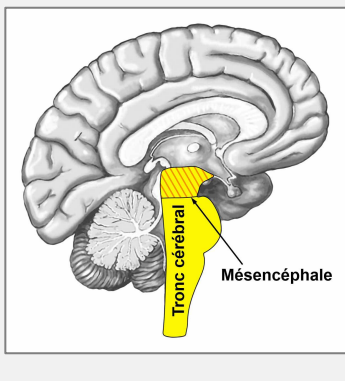
Peur de suffoquer : le bébé peut craindre de suffoquer lorsque le **cordon ombilical est enroulé autour de son cou** (cordon nuchal) en raison des mouvements agités du fœtus (voir l'exposition aux ultrasons). Le conflit implique les cellules caliciformes des bronches (contrôlées par le même relais cérébral que celui des alvéoles pulmonaires dans le tronc cérébral). Durant la **phase de conflit actif**, les cellules caliciformes augmentent en nombre en réponse à la détresse de manquer d'air. Lors de la **phase de guérison**, les cellules supplémentaires sont décomposées à l'aide du bacille tuberculeux. Si le processus de guérison est continuellement interrompu par des rechutes conflictuelles, cela provoque une mucoviscidose dans les bronches ou fibrose kystique. La même chose peut se produire lorsque le cordon ombilical est coupé trop tôt, car les poumons du nouveau-né ont besoin d'un certain temps pour être aptes à la respiration autonome.

Syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) : la mort subite du nourrisson survient généralement pendant le sommeil (en vagotonie) entre le premier et le sixième mois de vie. Selon la GNM, la mort survient lorsque le nourrisson engage la phase de guérison de plusieurs conflits vécus durant la gestation ou après la naissance. La mort est provoquée par la pression exercée par les œdèmes cérébraux, en particulier avec le syndrome causé par un conflit d'abandon ou d'existence actif.

Dr Hamer : « Nous ne pouvons comprendre le langage et la peur du nouveau-né que si nous reconstituons la période de la grossesse et de l'accouchement ».



DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DES CELLULES GERMINALES FEMELLES : parmi les organes de reproduction de l'être humain, les cellules germinales sont les cellules qui donnent naissance aux gamètes (ovules et spermatozoïdes). 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 ovaires, les cellules germinales forment des ovogonies (qualité sécrétrice) qui sont les cellules précurseurs des ovocytes à partir desquelles un œuf ou ovule se développe. Ce processus, appelé ovogenèse, se déroule durant le développement du fœtus. Ainsi, à la naissance, le bébé féminin naît avec tous ses ovules (chez les hommes, la spermatogenèse, c'est-à-dire la production de spermatozoïdes, se poursuit tout au long de la vie). À partir de la puberté, chaque mois, lors de l'ovulation, un ovule mature est libéré dans la trompe de Fallope pour y être fécondé (l'ovulation est stimulée par l'hormone lutéinisante (LH) produite par l'hypophyse). Après l'expulsion de l'ovule, le « **corps jaune** » (corpus luteum), un amas de cellules productrices d'hormones situé dans les ovaires, sécrète de la progestérone, laquelle contribue à préparer l'utérus et les muscles de l'utérus à la grossesse et à maintenir la gestation. Il joue aussi un rôle dans le développement des glandes mammaires en vue de l'allaitement (c'est la raison pour laquelle la progestérone des pilules contraceptives entraîne le développement des seins). Le corps jaune ainsi que les cellules germinales proviennent de l'endoderme et sont contrôlés par le mésencéphale.



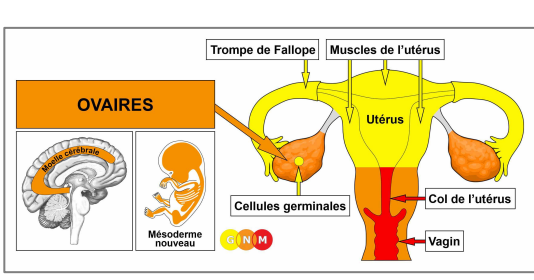
NIVEAU CÉRÉBRAL : les cellules germinales femelles (et mâles) sont contrôlées par le **mésencéphale**, situé à l'extrémité du tronc cérébral. Les cellules germinales de l'ovaire droit sont contrôlées par le côté droit du mésencéphale ; les cellules germinales de l'ovaire gauche sont contrôlées par le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

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

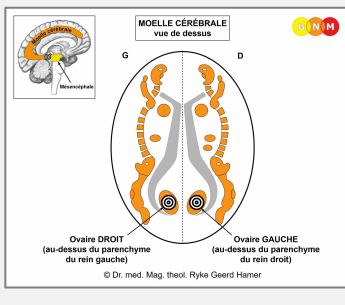
PHASE DE CONFLIT ACTIF : durant la phase de conflit actif, un **tératome ovarien** (de type sécréteur) ou **tumeur germinale** se développe à partir du corps jaune (voir aussi le tératome testiculaire chez l'homme). La signification d'un tératome se rapporte à la faculté primitive de parthénogenèse, un mode de reproduction sans fécondation. Le **sens biologique de ces cellules germinales supplémentaires** est de permettre une reproduction plus rapide en cas de perte d'une progéniture. En médecine conventionnelle, un « tératome malin » est classé comme un cancer de l'ovaire (à distinguer du « **cancer de l'ovaire** » lié aux ovaires).

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 ne cesse de croître que 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 peuvent décomposer le tératome, à condition qu'ils soient disponibles. La tuméfaction remplie de pus se présente comme un **abcès ovarien**. Le processus de guérison s'accompagne de **sueurs nocturnes**. Si le tératome n'est pas décomposé, il sera encapsulé. Il est intéressant de remarquer qu'un tératome encapsulé, appelé **kyste dermoïde**, peut contenir des structures telles que des cheveux, des dents ou des os.



DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DES OVAIRES : les ovaires sont situés de chaque côté de l'utérus, auquel ils s'attachent par l'intermédiaire de ligaments en forme de cordon. Au cours du cycle menstruel d'une femme, un ovule formé à partir de cellules germinales primordiales se développe dans un sac minuscule appelé follicule. Au moment de l'ovulation, ce follicule se rompt, permettant ainsi à l'ovule d'être libéré et de passer de l'ovaire à la trompe de Fallope pour y rencontrer un spermatozoïde et être fécondé. Environ six jours plus tard, l'ovule fécondé ou blastocyste s'implante dans la cavité utérine. Le corps jaune, un amas de cellules situées dans les ovaires et produisant la progestérone, facilite la grossesse. Le tissu ovarien contient des cellules interstitielles qui ressemblent à celles des testicules. Ces cellules interstitielles sont responsables de la production d'œstrogène et de petites quantités de testostérone. Les œstrogènes jouent un rôle important dans la libido et la « disposition à s'accoupler » de la femme. Les ovaires proviennent du mésoderme nouveau et sont donc contrôlés par la moelle cérébrale.



NIVEAU CÉRÉBRAL : les ovaires sont contrôlés par la **moelle cérébrale**, depuis la zone qui jouxte le mésencéphale. L'ovaire droit est contrôlé par le côté gauche de la moelle cérébrale ; l'ovaire gauche est contrôlé par le côté droit de la moelle cérébrale. Il existe donc une corrélation croisée entre le cerveau et l'organe.

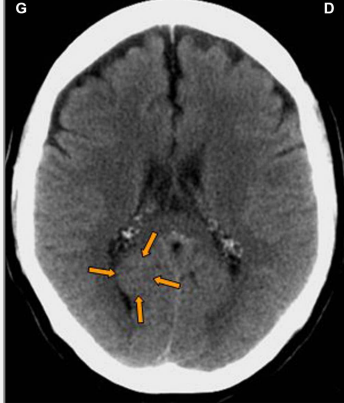
REMARQUE : les ovaires et les testicules partagent les mêmes relais cérébraux.

CONFLIT BIOLOGIQUE : le conflit biologique lié aux ovaires est un **conflit de perte** concernant la perte d'un être cher (voir aussi le conflit de perte lié aux testicules). En comparaison, le conflit de perte lié aux cellules germinales femelles est de 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. Culpabiliser en permanence après une rupture ou le décès d'un proche peut maintenir le conflit actif. Les femmes vivent aussi des conflits de perte après une fausse couche ou un avortement contre leur gré (à distinguer du conflit d'implantation lié à l'utérus). Un conflit de perte peut également être évoqué à l'occasion d'une dispute, d'une trahison ou de l'infidélité d'un partenaire ou d'un ami.

REMARQUE : le conflit de perte lié aux ovaires ne concerne qu'une personne ou un animal de compagnie, et NON la perte d'une maison (voir le conflit de séparation lié aux canaux galactophores).

PHASE DE CONFLIT ACTIF : **nécrose de l'ovaire (perte cellulaire)**. En raison de la réduction du nombre de cellules productrices d'estrogène, **le taux d'estrogène diminue**. En fonction de l'intensité du conflit, une activité conflictuelle prolongée entraîne des **règles irrégulières**, un **retard de la ménarche** (première menstruation), une **aménorrhée** (absence de menstruation) ou une **stérilité** jusqu'à ce que le conflit soit résolu (voir aussi le col de l'utérus). La « perte » de l'enfant désiré, mais non conçu peut entraîner une stérilité durable.

REMARQUE : le fait que l'ovaire droit ou gauche soit affecté est déterminé par la latéralité de la femme ainsi que par le fait que le conflit soit lié à la mère/enfant ou au partenaire.



Sur ce scanner cérébral, nous voyons un Foyer de Hamer actif (structure nette en forme de cible) dans la zone du cerveau qui contrôle l'ovaire droit ([voir le diagramme GNM](#)) – à comparer avec le scanner cérébral ci-dessous. Pour une femme droitère, le conflit de perte est lié à un partenaire ; pour une femme gauchère, il est lié à sa mère ou son enfant.

PHASE DE GUÉRISON : dès la résolution du conflit ([CL](#)), la perte de tissu est reconstituée par de nouvelles cellules, dans l'idéal avec le concours de bactéries telles que les streptocoques. Les **symptômes de guérison** sont une **douleur** causée par le gonflement. Une inflammation ou « infection » des ovaires est appelée **annexite** (le même terme médical est utilisé pour désigner une inflammation des trompes de Fallope).

Une caractéristique particulière de la guérison des ovaires est le développement d'un **KYSTE OVARIEN**. Si aucune rechute conflictuelle n'interrompt la guérison, le processus prend – comme pour une grossesse – neuf mois pour arriver à son terme (voir aussi le kyste testiculaire, le kyste rénal et le kyste surrénalien). La formation du kyste se déroule en plusieurs étapes.

Durant la **PCL-A**, une capsule remplie de liquide ou kyste se forme à l'endroit de la nécrose. Avec une rétention d'eau (**SYNDROME**) provoquée par un conflit

d'abandon ou d'existence actif, un kyste ovarien peut devenir très gros, car l'eau retenue est stockée de manière excessive dans la zone en guérison. Un gros kyste ou plusieurs kystes provoquent une **douleur considérable, en particulier pendant les règles, ainsi que des saignements menstruels abondants** (voir aussi la muqueuse utérine, les muscles de l'utérus, le col de l'utérus, et la maniaque-dépression). Ce que l'on appelle le « **syndrome des ovaires polykystiques** » (SOPK) indique que de multiples conflits de perte ont entraîné la formation de « nombreux » kystes.

Afin de restaurer la perte cellulaire qui s'est produite pendant la phase de conflit actif, les cellules ovariennes commencent à proliférer à l'intérieur du kyste. À ce premier stade, le kyste se fixe aux tissus voisins pour s'approvisionner en sang ; l'adhérence aux tissus adjacents permet aussi de stabiliser le kyste. Détectée au cours de cette période, cette « masse » est diagnostiquée, par la médecine conventionnelle, comme un **cancer de l'ovaire « invasif ou infiltrant »** (à distinguer du cancer de l'ovaire lié aux cellules germinales) et supposée, à tort, « métastaser » dans les organes voisins. D'après les Cinq Lois Biologiques, ces nouvelles cellules ovariennes ne peuvent pas être considérées comme des « cellules cancéreuses », car l'augmentation du nombre de cellules est, en réalité, un processus de reconstitution.

REMARQUE : la médecine conventionnelle utilise un « antigène du cancer » appelé **CA 125** comme marqueur tumoral du cancer de l'ovaire. Comme pour le dosage du PSA, le test de dépistage du CA 125 n'est ni fiable ni concluant. « Bien que le CA 125 soit produit par les cellules épithéliales cancéreuses de l'ovaire, il est aussi produit par les cellules normales. Certaines personnes ont des niveaux de CA 125 naturellement élevés. Dans de nombreux cas, une inflammation ou une irritation des tissus de l'abdomen, ou des affections telles que les fibromes utérins peuvent entraîner une augmentation du taux de CA 125. L'endométriose, les affections hépatiques, y compris l'hépatite et la cirrhose, ainsi que les maladies inflammatoires pelviennes peuvent également influencer sur les taux de CA 125. Par ailleurs, 10 à 20 % des patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire présentent des taux normaux de CA 125 lorsque leur tumeur est diagnostiquée. Une étude a révélé que, parmi les patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire de stade 1, moins de la moitié présentaient des taux anormaux de CA 125 » (« Special Report: Tumor Marker CA 125 », *HoltzReport*, décembre 1997).

Après la Crise Épileptoïde, le kyste a perdu la majeure partie de son liquide. En **PCL-B**, le **kyste** durcit, se détache du tissu voisin et, doté de vaisseaux sanguins, s'**intègre pleinement à la fonction de production hormonale des ovaires**. Et c'est là, précisément, le **sens biologique recherché**. La stimulation de la production d'estrogène fournie par le kyste rend la femme ayant perdu sa progéniture ou son partenaire plus attrayante, augmentant par la même occasion sa disposition à s'accoupler, ce qui la place dans une position idéale pour compenser la perte et être à nouveau enceinte.

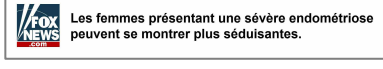
REMARQUE : tous les **organes dérivant du mésoderme nouveau** (« groupe de luxe »), y compris les ovaires, révèlent le **sens biologique du SBS à la fin de la phase de guérison**. Lorsque le processus de guérison est terminé, l'organe ou le tissu se retrouve plus fort qu'auparavant, ce qui lui permet d'être mieux préparé en cas de nouveau conflit du même type.



Ce scanner cérébral montre un gonflement (œdème) dans le relais cérébral de l'ovaire droit ([voir le diagramme GNM](#)), lequel envahit le ventricule latéral gauche. Ce scanner cérébral confirme la présence d'un kyste ovarien au niveau organique (à comparer avec le scanner cérébral ci-dessus).

Si la pression dans un kyste liquide ou semi-liquide devient trop forte, **le kyste peut éclater**. Une rétention d'eau due au SYNDROME, un coup dans l'abdomen, une chute ou un accident, une ponction exploratrice ou une intervention chirurgicale prématurée peuvent provoquer une rupture du kyste. Lorsque le kyste se rompt, le liquide passe dans la cavité abdominale et les cellules ovariennes libérées se fixent à la paroi abdominale (le péritoine) ou à un organe abdominal tel que la vessie ou le rectum. Dans ce cas, le kyste se développe en dehors de l'ovaire. C'est ce que l'on appelle à tort **l'endométriose**. Un kyste qui se forme à l'intérieur d'un ovaire (« endométriose ovarienne profonde ») est également appelé **endométriome ovarien**. Lorsqu'un tel kyste contient du sang menstruel provenant d'anciennes règles, on parle de « **kyste chocolat** » en raison de la couleur brune, semblable à du goudron, que prend la cavité du kyste remplie de liquide.

Selon la médecine conventionnelle, l'endométriose est une « masse de tissu endométrial qui se développe à l'extérieur de l'utérus ». Cependant, l'analyse de scanners cérébraux réalisée par le Dr Hamer démontre que chaque femme ayant une endométriose présente un Foyer de Hamer, non pas dans le tronc cérébral, d'où l'endomètre (la paroi interne de l'utérus) est contrôlé, mais dans la moelle cérébrale, plus précisément, dans la zone du cerveau qui contrôle les ovaires (voir le scanner ci-dessus). Cela explique aussi pourquoi l'endométriose augmente le taux d'estrogène d'une femme, un fait qui, jusqu'à présent, ne pouvait pas être expliqué.



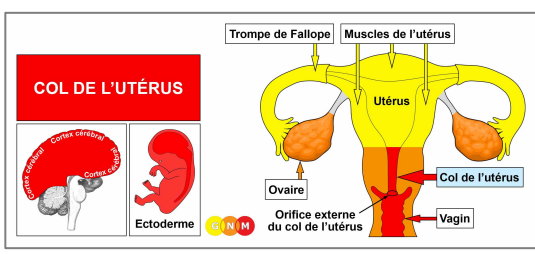
Le Dr Hamer conseille vivement de ne pas retirer un kyste ovarien avant qu'il ne soit arrivé à maturité (induré). Une **intervention chirurgicale** sur un kyste semi-liquide dissémine les cellules ovariennes dans la région abdominale, ce qui entraîne des complications inutiles. En médecine conventionnelle, ces « cellules tumorales disséminées » sont généralement interprétées comme des « métastases ». En outre, l'annonce de l'opération et l'opération elle-même peuvent déclencher un « conflit d'attaque » entraînant le développement d'un mésothéliome péritonéal, une tumeur de la paroi abdominale, à l'endroit de l'opération. La peur du cancer et de l'hospitalisation peuvent provoquer un conflit d'existence, conduisant au développement d'une ascite (une rétention d'eau dans l'abdomen), souvent observée chez les femmes après un diagnostic de cancer de l'ovaire.

REMARQUE : l'ablation des ovaires, habituellement réalisée par une hystérectomie (extirpation de l'utérus), modifie radicalement le statut hormonal d'une femme et, par conséquent, son identité biologique (voir le genre, la latéralité et le statut hormonal). La quantité d'estrogène produite par les glandes surrénales n'est pas suffisante pour compenser la perte de production d'estrogène des ovaires.

Les hystérectomies sont-elles trop fréquentes ?

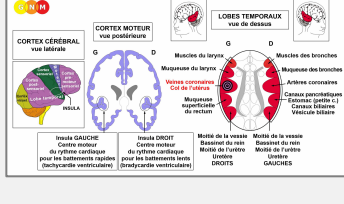
« Plus de **600 000 Américaines** subiront cette année une hystérectomie, c'est-à-dire une ablation de l'utérus. Ce taux est parmi les plus élevés du monde occidental. À l'âge de 60 ans, une femme sur trois aux États-Unis aura subi cette opération et, dans la plupart des cas, ses **ovaires et ses trompes de Fallope auront également été retirés au cours de l'intervention**. Les médecins se tournent depuis longtemps vers l'hystérectomie pour traiter des affections allant des règles abondantes au cancer de l'ovaire, mais **sa pratique généralisée soulève des critiques** affirmant qu'elle équivaut à une **castration féminine**. »

TIME, 17 juillet 2007



DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DU COL DE L'UTÉRUS : le col de l'utérus est la partie inférieure de l'utérus qui débouche sur le canal vaginal. L'orifice du col de l'utérus débouche à l'extrémité supérieure du vagin, ce qui permet au sperme et au flux menstruel de passer. Le col de l'utérus est entouré d'une structure musculaire en forme de cylindre, et son orifice est entouré d'un muscle sphincter. La muqueuse

interne du col de l'utérus est une membrane muqueuse qui sécrète des liquides, principalement de l'eau, afin de maintenir le canal endocervical humide. Cette muqueuse du col de l'utérus consiste en un épithélium pavimenteux, lequel provient de l'ectoderme ; elle est donc contrôlée par le cortex cérébral.



est contrôlé par l'**insula gauche** (une partie du **lobe temporal**). L'**insula** est située en profondeur dans le cortex cérébral, exactement au point de rencontre des quatre cortex cérébraux (le cortex prémoteur sensoriel, le cortex moteur, le cortex sensoriel et le cortex post-sensoriel)

REMARQUE : le col de l'utérus et les veines coronaires partagent le même relais cérébral et donc le même conflit biologique. Ainsi, chez les femmes, ces deux Programmes Biologiques Spéciaux se déroulent simultanément.

CONFLIT BIOLOGIQUE : le conflit biologique lié au col de l'utérus est un **conflit sexuel** ou un **conflit d'accouplement** (ce qui signifie, sur le plan biologique, que la reproduction est en jeu), ou un **conflit de perte territoriale**, en fonction du genre, de la latéralité et du statut hormonal de la personne (voir aussi la Constellation Post-Mortem, la Constellation Casanova et la Constellation Nympho). En comparaison, le conflit lié à l'utérus concerne avant tout l'« implantation ». Chez les hommes, le conflit sexuel correspond aux veines coronaires (lorsque le taux de testostérone est faible) ou à la prostate (lorsque le taux de testostérone est normal).

Femme droitère (SHN)	Conflit sexuel	Veines coronaires et col de l'utérus
Femme gauchère (SHN)	Conflit sexuel	Artères coronaires*
Femme droitère (FTE)	Conflit de perte territoriale	Artères coronaires
Femme gauchère (FTE)	Conflit de perte territoriale	Veines coronaires et col de l'utérus*

SHN = statut hormonal normal FTE = faible taux d'œstrogène

gauchers, le conflit est tran

é dans l'hémisphère céré

l'évolution, les **conflits de territoire**, les **conflits sexuels** et les **conflits de séparation** constituent les principaux thèmes conflictuels associés aux organes d'origine ectodermique, lesquels organes sont contrôlés par le **cortex sensoriel, prémoteur sensoriel et post-sensoriel**.

Un conflit sexuel fait référence à toute **détresse concernant la sexualité**. Il peut s'agir de rapports sexuels douloureux (première fois), de sévices sexuels, de harcèlement sexuel, de pratiques sexuelles non désirées, de rejet sexuel, du sentiment de ne pas être sexuellement désiré, d'un manque de relations sexuelles en raison d'une séparation ou de la perte inattendue d'un partenaire. La pornographie offensante, le fait d'apprendre que son partenaire ou son conjoint couche avec quelqu'un d'autre, ou l'interruption d'un rapport sexuel peuvent déclencher ce conflit. De nos jours, en raison d'une sexualité précoce, les filles vivent ce conflit très jeunes. La ligature des trompes, l'utilisation d'un stérilet ou la prise de contraceptifs pour éviter une grossesse peuvent induire un conflit sexuel à un subtil niveau psychobiologique.

REMARQUE : lorsqu'une femme a un faible taux d'œstrogène, par exemple après la ménopause, elle n'est plus en mesure de vivre un conflit d'accouplement sur le plan biologique. Elle répondra donc davantage à la détresse sexuelle avec l'utérus. Cela explique pourquoi, selon les études épidémiologiques, 90 % des femmes atteintes d'un cancer de l'utérus ont plus de 50 ans (source : *Annals of Oncology* [Annales d'oncologie], 1641, 2016).

SCHÉMA DE LA SENSIBILITÉ DE LA PEAU EXTERNE

Diagramme de la sensibilité cutanée :

- Ectoderme** (rouge) : Crampes et spasmes, Evanouissement (= absence x)
- Hypersensibilité** (vert foncé) : Hypoesthésie, Hyperesthésie cutanée
- Hypersensibilité** (vert clair) : Hyperesthésie muqueuse

The diagram shows a horizontal timeline with a wavy line representing a signal. The timeline is divided into four colored regions: a grey region labeled 'NORMOTONIE', a blue region labeled 'ULCERATION', a red region labeled 'CL' containing 'Exsudation' and 'Oedème', and a white region labeled 'Cicatrisation' containing 'PCL-B'. Above the timeline, labels 'DHS', 'ULCERATION', 'CL', 'GENIENS', and 'PCL-B' are positioned. Below the timeline, the text 'PHASE NOCTURNE' is followed by a dashed line.

VAGOTONIE

PHASE DE CONFLIT ACTIF	PHASE DE GUÉRISON

		Sympathicotonie prolongée		Vagotonie prolongée	
DH9 (Dix-Haner Syndrome) – conflit biologique					
CL (Conflicto-logique) – résolution du conflit					
PCL (Post-Conflicto-logique) – phase de guérison					

© Dr. med. Mag. theod. Ryke Goerd Hamer

Le Programme Biologique Spécial du

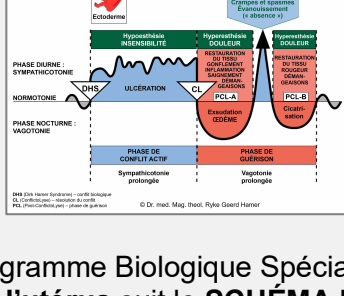
col de l'utérus suit le SCHEMA DE LA SENSIBILITÉ DE LA PEAU EXTERNE

SENSIBILITE DE LA PEAU EXTERNE
avec une hyposensibilité durant la

phase de conflit actif ainsi que la Crise

Epileptoïde, et une hypersensibilité durant la phase de guérison.

durant la phase de guérison.



PHASE DE CONFLIT ACTIF : [ulcération](#)

[de la muqueuse du col de l'utérus](#)

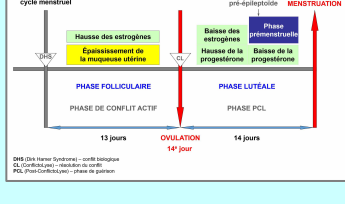
proportionnelle à l'intensité et à la durée de l'activité conflictuelle. Le **sens biologique de cette perte cellulaire** est d'élargir le col de l'utérus, de sorte qu'au moment de l'accouplement, davantage de spermatozoïdes puissent atteindre l'utérus et ainsi augmenter les chances de conception. Le conflit affecte en même temps les veines coronaires. L'ulcération de l'intima des veines coronaires provoque une **angine de poitrine modérée**.



Ce scanner cérébral montre un Foyer de Hamer dans la zone du cerveau qui contrôle le col de l'utérus ([voir le diagramme GNM](#)). Son contour net indique que le conflit sexuel que vit cette femme est en phase de conflit actif.

L'impact se trouvant dans le lobe temporal gauche (zone de conflit féminin), le **taux d'œstrogène diminue**. En GNM, nous parlons dans ce cas d'un déséquilibre hormonal lié au conflit. En fonction de l'intensité du conflit, une longue activité conflictuelle se traduit par des **règles irrégulières**, un **retard de la ménarche** (première menstruation), une **aménorrhée** (absence de menstruation) ou une **stérilité** jusqu'à ce que le conflit soit résolu (voir aussi les ovaires).

LE CYCLE MENSTRUEL dans le contexte des Cinq Lois Biologiques



À l'instar d'un Programme Biologique Spécial (SBS) déclenché par un DHS, le cycle menstruel féminin comporte **deux phases** : la phase folliculaire suivie de la phase lutéale.

La **phase folliculaire** doit son nom aux follicules présents dans les ovaires. Sous l'effet de l'hormone folliculo-stimulante (FSH) sécrétée par l'hypophyse, entre 8 et 15 follicules se développent au cours de chaque cycle menstruel. Cependant, un seul follicule arrive à maturité. Il faut 13 jours pour que le follicule arrive à maturité. Le follicule mature contient l'ovule qui est prêt à être fécondé.

Les follicules ovariens produisent une quantité croissante d'œstrogène. Par conséquent, pendant la phase folliculaire, le taux d'œstrogène augmente. L'œstrogène provoque un épaissement de la muqueuse utérine (conformément au [principe des organes contrôlés par le tronc cérébral et le cervelet](#) qui génèrent une prolifération cellulaire durant la phase de conflit actif). Le sens biologique de cette prolifération cellulaire est d'épaissir la muqueuse utérine afin de fournir un environnement optimal à l'embryon. Cela montre que la nature anticipe la fécondation de l'ovule. Le taux d'œstrogène atteint son maximum lors de l'ovulation.

L'**ovulation** a lieu le 14^e jour du cycle menstruel. Au cours de l'ovulation, l'ovule mature est libéré de l'ovaire et entraîné dans l'une des deux trompes de Fallope pour y être fécondé.

REMARQUE : l'ovulation est contrôlée par le lobe temporal gauche, plus précisément, par le relais cérébral qui contrôle le col de l'utérus ([voir le diagramme GNM](#)).

Un ovule fécondé commence immédiatement l'embryogenèse, c'est-à-dire son développement embryonnaire. L'embryon en développement met environ trois jours pour atteindre l'utérus et trois autres jours pour s'implanter dans la muqueuse utérine (endomètre). Au moment de l'implantation, l'embryon a atteint le stade de **blastocyste**. En l'espace de deux semaines, le blastocyste se divise en trois feuillets embryonnaires (endoderme, mésoderme, ectoderme) à partir desquels se développent tous les organes et tissus de l'organisme humain.

La **phase lutéale** doit son nom au corpus luteum (« corps jaune »), lequel est constitué des cellules du follicule ovarien qui subsistent après l'ovulation. Le corps jaune produit de la progestérone, une hormone qui prépare l'utérus à la grossesse. Durant la première moitié de la phase lutéale, le taux de progestérone augmente (le taux d'estrogène chute brutalement après l'ovulation). Si l'ovule a été fécondé, le corps jaune continue de sécréter de la progestérone pour maintenir la grossesse en cours. Vers la dixième semaine de grossesse, le corps jaune se décompose et le placenta prend en charge la production de progestérone. La progestérone est une hormone qui inhibe la production d'estrogène. Ainsi, lorsqu'une femme est enceinte, elle est, biologiquement parlant, un homme (la progestérone contenue dans les contraceptifs a le même effet). Sans fécondation, sept jours après l'ovulation, le corps jaune se décompose et le taux de progestérone diminue. La chute du taux de progestérone marque le début de la phase prémenstruelle qui dure environ sept jours. Durant la menstruation, la muqueuse utérine est évacuée par le vagin.

L'apparition des règles indique que la femme n'est pas tombée enceinte. Dans la nature, cela équivaut à un conflit biologique (DHS) qui enclenche un nouveau cycle menstruel commençant par la phase folliculaire (**phase de conflit actif**). L'ovulation, lorsque l'ovule mature est libéré du follicule et prêt à être fécondé, correspond à la résolution du conflit (**CL**), suivie de la phase lutéale (phase PCL). La phase prémenstruelle est comme une phase pré-épileptoïde. Ainsi, tout au long de cette phase, la femme devient de plus en plus sympathicotonique. Les symptômes du syndrome prémenstruel (SPM), tels que la nervosité et l'irritabilité, se manifestent pendant cette période de la phase lutéale. Les menstruations accompagnées de crampes abdominales causées par la contraction des muscles de l'utérus sont semblables à une Crise Épileptoïde.

REMARQUE : pour une femme donnée, la durée de la phase folliculaire peut varier d'un cycle à l'autre, tandis que la durée de la phase lutéale est relativement constante.

PHASE DE GUÉRISON : durant la première partie de la phase de guérison (**PCL-A**), la perte de tissu dans le col de l'utérus est reconstituée par une **prolifération cellulaire** avec un **gonflement** dû à l'œdème (accumulation de liquide) dans la zone en guérison. En médecine conventionnelle, une prolifération cellulaire abondante est diagnostiquée comme un **cancer du col de l'utérus**. D'après les Cinq Lois Biologiques, ces nouvelles cellules ne peuvent pas être considérées comme des « cellules cancéreuses », car l'augmentation du nombre de cellules est, en réalité, un processus de reconstitution.

Les **symptômes de guérison** sont des **douleurs** et des **saignements du col de l'utérus**, dont l'intensité peut aller de légère à sévère. Il peut également y avoir des **écoulements** jaunes dus à une activité bactérienne. Un processus de guérison intense et prolongé (guérison en suspens) entraîne d'**abondantes et longues menstruations** (voir aussi la muqueuse de l'utérus, les muscles de l'utérus, les ovaires et la maniaque-dépression). Tout au long de la Crise Épileptoïde, les muscles de la paroi interne du canal endocervical se contractent en manifestant des **crampes douloureuses**. Un autre symptôme de la Crise Épileptoïde est un **rythme cardiaque rapide** (tachycardie), car les veines coronaires subissent la crise de guérison en même temps.

REMARQUE : toutes les Crises Épileptoïdes contrôlées par le **cortex sensoriel, post-sensoriel ou prémoteur 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 cellules des îlots pancréatiques).

En **PCL-B**, le gonflement du col de l'utérus se résorbe lentement, de même que les saignements et la douleur. Les **verrues du col de l'utérus**, également appelées **verrues génitales** ou **condylomes**, sont le résultat de continuelles rechutes conflictuelles (voir aussi les verrues vaginales).



Le **TEST PAP** est un test de dépistage du cancer qui permet de détecter des changements dans le tissu du col de l'utérus. Ainsi, le test peut être positif (« précancéreux ») dans la phase de conflit actif (ulcération de la muqueuse du col de l'utérus) tout comme en phase de guérison (restauration de la muqueuse d'épithélium pavimenteux du col de l'utérus par une prolifération cellulaire). Aucun de ces changements n'est « anormal », ils se produisent naturellement au cours des deux phases du Programme Biologique Spécial. Comme le test PSA, le test PAP n'est qu'un marqueur indiquant l'intensité de l'activité conflictuelle ou de la guérison.

L'industrie pharmaceutique prétend que le cancer du col de l'utérus est causé par le **virus du papillome humain (VPH)**, lequel serait transmis par contact sexuel. En 2006, la FDA a approuvé le vaccin *Gardasil*, censé « protéger » les adolescentes contre le « cancer du col de l'utérus ». Le vaccin est également imposé aux garçons âgés de 9 à 12 ans afin de « prévenir la propagation de l'infection par le VPH ».

« Le risque de cancer du col de l'utérus aux États-Unis est déjà extrêmement faible et il est peu probable que les vaccins aient un quelconque effet sur celui-ci. En fait, 70 % de toutes les infections par le VPH disparaissent d'elles-mêmes sans traitement en l'espace d'un an, et ce pourcentage s'élève à plus de 90 % en l'espace de deux ans » (Dr Diane Harper).

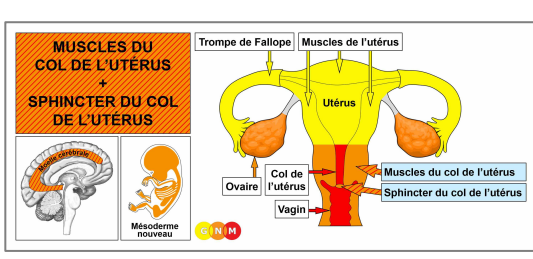
La Dr Diane Harper était l'une des principales expertes responsables des études d'innocuité et d'efficacité des phases II et III qui ont permis l'approbation du Gardasil™ et du Cervarix™, les vaccins contre le virus du papillome humain (VPH). Elle est désormais la dernière d'une longue série d'experts à appuyer sur le bouton d'alerte rouge concernant les conséquences dévastatrices et l'inutilité de ces vaccins. La Dr Harper a fait cette surprenante confession lors de la 4^e conférence internationale sur la vaccination qui s'est tenue à Reston, en Virginie, en 2015.

Source : C. Thomas Corriher, *Defy your doctor and be healed* [Défiez votre médecin et guérissez], 2013

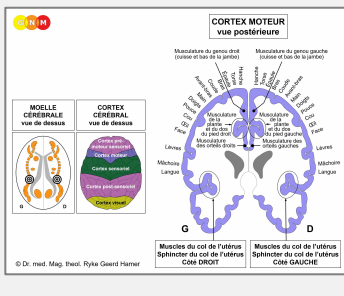


« Comme pour le **VIH**, l'hépatite, le **SRAS**, la poliomyélite, le **H5N1**, le **H1N1**, le papillomavirus n'a jamais été isolé et son existence n'a jamais été scientifiquement prouvée. »

T. Engelbrecht et C. Koehnlein, *Virus Mania*, 2007



DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DES MUSCLES ET DU SPHINCTER DU COL DE L'UTÉRUS : le col de l'utérus est entouré d'un corps musculaire doté d'un muscle sphincter au niveau de l'ouverture vers le vagin. Pendant le travail, les muscles du col de l'utérus se contractent et le sphincter s'ouvre afin de faciliter l'accouchement (voir aussi les muscles de l'utérus et les muscles vaginaux). Il en va de même lors de l'orgasme féminin, où le sphincter du col de l'utérus se détend afin que le pénis puisse facilement pénétrer dans le col de l'utérus, les muscles du col de l'utérus maintenant le pénis serré. Les muscles du col de l'utérus et le sphincter du col de l'utérus sont composés de muscles striés, proviennent du mésoderme nouveau et sont contrôlés par la moelle cérébrale et le cortex moteur.



NIVEAU CÉRÉBRAL : les muscles du col de l'utérus et le sphincter du col de l'utérus ont deux centres de contrôle dans le cerveau. La fonction trophique des muscles, responsable de la nutrition du tissu, est contrôlée par la **moelle cérébrale** ; la contraction des muscles est contrôlée par le **cortex moteur** (une partie du cortex cérébral). La moitié droite des muscles et du sphincter du col de l'utérus est contrôlée par le côté gauche du cerveau ; la moitié gauche des muscles et du sphincter du col de l'utérus est contrôlée par le côté droit du cerveau. Il existe donc une corrélation croisée entre le cerveau et l'organe (voir le diagramme GNM montrant l'**homoncule moteur**).

REMARQUE : les muscles du col de l'utérus, le sphincter du col de l'utérus, les muscles vaginaux, le muscle et le sphincter externe de la vessie, les muscles et le sphincter anal externe, partagent les mêmes relais cérébraux.

CONFLIT BIOLOGIQUE : le conflit biologique lié aux muscles du col de l'utérus et au sphincter du col de l'utérus est le fait de « **ne pas pouvoir retenir suffisamment le fœtus** » (grossesse difficile, peur de faire une fausse couche, avortements ; voir aussi les muscles de l'utérus) ou de « **ne pas pouvoir retenir suffisamment le pénis pendant les rapports sexuels** » (à comparer avec les muscles vaginaux). Ce conflit est semblable à un conflit de dévalorisation de soi.

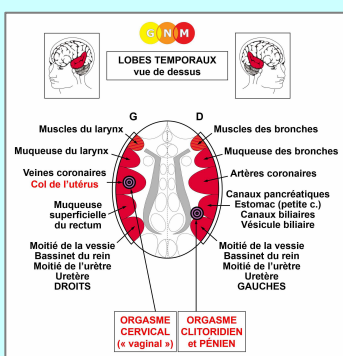
PHASE DE CONFLIT ACTIF : **perte cellulaire (nécrose) du tissu musculaire du col de l'utérus** (contrôlée par la moelle cérébrale) et, proportionnellement à l'intensité du conflit, **paralysie ou faiblesse croissante des muscles du col de l'utérus** (contrôlée par le cortex moteur). Dans le même temps, le sphincter du col de l'utérus s'ouvre (pas de nécrose avec les sphincters !).

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

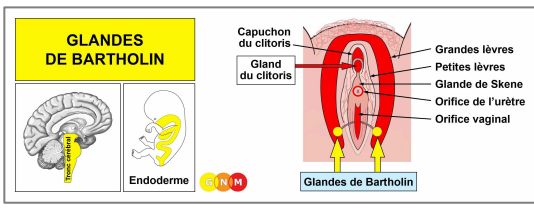
REMARQUE : les **sphincters externes** (le sphincter externe de la vessie, le sphincter anal externe, le sphincter du col de l'utérus) sont constitués de muscles striés, alors que les sphincters internes, tels que le sphincter interne de la vessie et le sphincter anal interne, sont constitués de muscles lisses. Les sphincters externes ont une innervation inversée, c'est-à-dire qu'ils se ferment par contraction en vagotonie, c'est-à-dire en phase de guérison, et s'ouvrent par relâchement en sympathicotonie, c'est-à-dire en phase de conflit actif et lors de la Crise Épileptoïde. En ce qui concerne le sphincter du col de l'utérus, une détresse soudaine ressentie par une femme enceinte ou par l'enfant à naître ouvre le sphincter, provoquant une naissance prématurée ou une fausse couche.

PHASE DE GUÉRISON : durant la phase de guérison, les muscles du col de l'utérus sont reconstruits et le sphincter du col de l'utérus se ferme. La Crise Épileptoïde se manifeste par des **spasmes du col de l'utérus**.

REMARQUE : tous les **organes dérivant du mésoderme nouveau** (« groupe de luxe »), y compris les muscles du col de l'utérus, révèlent le **sens biologique du SBS à la fin de la phase de guérison**. Lorsque le processus de guérison est terminé, l'organe ou le tissu se retrouve plus fort qu'auparavant, ce qui lui permet d'être mieux préparé en cas de nouveau conflit du même type.

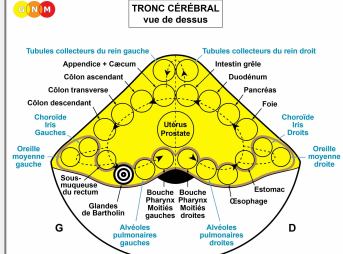


Lors de l'orgasme féminin, le sphincter du col de l'utérus s'ouvre tandis que les muscles du col de l'utérus se contractent (à l'instar de la contraction musculaire rythmique qui se produit lors de la Crise Épileptoïde des muscles squelettiques). Lorsque l'homme éjacule, le mouvement de « succion » du col de l'utérus contribue à faire pénétrer le sperme dans l'utérus. L'**orgasme cervical** (et non vaginal) est déclenché à partir de l'« aire de conflit féminin » située du côté gauche du cortex cérébral, plus précisément, à partir du relais cérébral qui contrôle le col de l'utérus. Au plus fort de l'orgasme, tout le lobe temporal gauche est impliqué, y compris le larynx (halètement) et le rectum. L'**orgasme clitoridien** et l'orgasme pénien sont contrôlés par le côté droit du cortex post-sensoriel (voir le clitoris) ; l'orgasme rectal est contrôlé par le côté gauche.



DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DES GLANDES DE BARTHOLIN : les glandes de Bartholin sont situées de chaque côté de l'ouverture du vagin. Tout comme les glandes sécrétrices de smegma qui lubrifient le gland du pénis, les glandes de Bartholin ont pour fonction de sécréter du mucus (qualité sécrétrice) afin de lubrifier l'entrée du vagin en vue d'un rapport sexuel. Les glandes de Bartholin consistent en un épithélium cylindrique intestinal, lequel provient de l'endoderme ; elles sont donc contrôlées par le tronc cérébral.

REMARQUE : la **glande de Skene**, située sur la paroi supérieure du vagin, est l'équivalent de la prostate chez l'homme. Les sécrétions produites par la glande de Skene contiennent du liquide prostatique, dont le PSA ! Comme pour la prostate, les canaux de cette glande débouchent dans l'urètre. Au cours de l'excitation sexuelle, ce liquide est expulsé par le méat urétral, ce qui explique l'« éjaculation féminine ». En 2002, le *Federative International Committee on Anatomical Terminology* [Comité international de terminologie anatomique] a officiellement renommé la glande de Skene, « prostate féminine ».



NIVEAU CÉRÉBRAL : les glandes de Bartholin sont contrôlées par le côté gauche du **tronc cérébral**. Leur centre de contrôle est situé à côté du centre de contrôle de la sous-muqueuse du rectum.

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

CONFLIT BIOLOGIQUE : le conflit biologique lié aux glandes de Bartholin est le fait de « **ne pas pouvoir produire suffisamment de sécrétions vaginales** ». Des préliminaires insuffisants et des rapports sexuels douloureux alors que le vagin n'est pas suffisamment lubrifié activent généralement ce conflit.

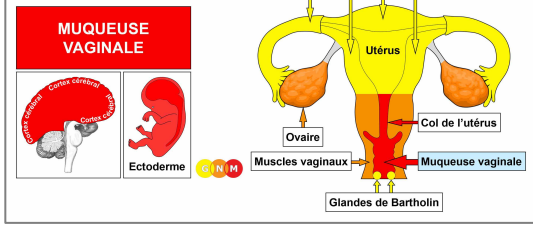
PHASE DE CONFLIT ACTIF : dès le DHS, durant la phase de conflit actif, les cellules des glandes de Bartholin prolifèrent proportionnellement à l'intensité du conflit. Le **sens biologique de cette prolifération cellulaire** est d'augmenter la sécrétion de mucus vaginal afin de faciliter la pénétration.

PHASE DE GUÉRISON : après la résolution du conflit (**CL**), des champignons ou des mycobactéries, telles que le bacille tuberculeux, éliminent les cellules qui ne sont plus requises. Si le processus de guérison est intense, l'accumulation de pus

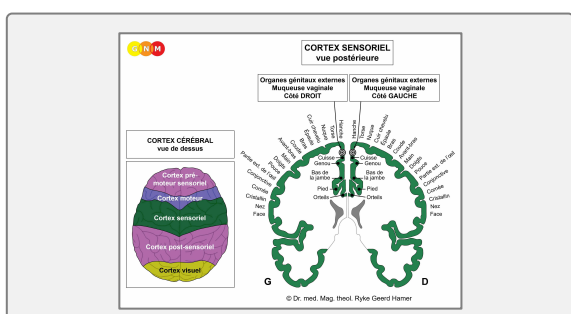
forme un abcès (**abcès de Bartholin**) ou un kyste rempli de liquide (**kyste de Bartholin**) qui se vide spontanément durant la Crise Épileptoïde. En cas de rétention d'eau simultanée due au SYNDROME, l'abcès ou le kyste peuvent obstruer le canal d'excrétion de la glande.

Lorsque les champignons participent à la guérison, cela provoque une **candidose** (voir aussi la candidose liée à la muqueuse de l'utérus et aux trompes de Fallope). L'écoulement produit par les champignons lors de l'élimination des cellules est excrété par l'ouverture vaginale. **REMARQUE** : les « **pertes vaginales** » proviennent des glandes de Bartholin et non, comme on le pense, du vagin, car le canal vaginal n'est pas doté d'une sous-muqueuse endodermique et n'est donc peuplé ni de champignons ni de bacilles tuberculeux. Les fréquentes rechutes conflictuelles entraînent une perte de tissu glandulaire et donc une **sécheresse vaginale** permanente (voir aussi la muqueuse vaginale). Comme les autres maladies dites vénériennes, la candidose n'est pas contagieuse ! Si le partenaire masculin est également affecté, cela révèle qu'il a vécu – au même moment – le conflit de « ne pas pouvoir pénétrer un vagin serré ou sec » avec, ensuite, une candidose pénienne lors de la phase de guérison.

REMARQUE : les antibiotiques provoquent aussi une sécheresse vaginale. Ils détruisent la flore vaginale normale, principalement peuplée de bactéries *Lactobacillus acidophilus*. « L'infection fongique » est provoquée par les effets secondaires des antibiotiques (« ne pas pouvoir produire suffisamment de sécrétions vaginales »). Les symptômes de la candidose (écoulements, démangeaisons) apparaissent durant la phase de *guérison* ou après la fin du traitement antibiotique. De nouveaux traitements contre les symptômes de cette phase de guérison créent un cercle vicieux.



DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DE LA MUQUEUSE VAGINALE : le vagin est le passage qui relie le col de l'utérus à l'extérieur du corps. La paroi extérieure du vagin est composée de muscles. La surface intérieure est une couche de tissu conjonctif qui offre une plus grande élasticité pour les rapports sexuels et l'accouchement. La membrane muqueuse de la paroi interne maintient un niveau constant d'humidité dans le canal vaginal. Le vagin en lui-même ne comporte pas de glandes. Cependant, le plasma sanguin qui s'infiltre à travers les parois vaginales perméables maintient le vagin humide en permanence. Lorsqu'une femme est excitée sexuellement, l'augmentation du flux sanguin dans cette région augmente l'infiltration du plasma. Les glandes de Bartholin produisent du mucus à l'entrée du vagin pour faciliter la pénétration du pénis. La muqueuse vaginale consiste en un épithélium pavimenteux, lequel provient de l'ectoderme ; elle est donc contrôlée par le cortex cérébral. **REMARQUE** : le vagin n'a pas de sous-muqueuse endodermique.



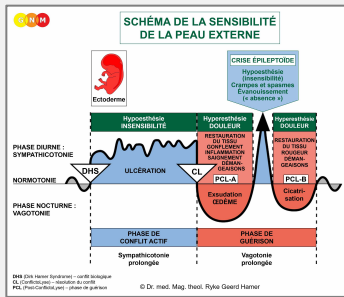
NIVEAU CÉRÉBRAL : la muqueuse vaginale est contrôlée par le **cortex sensoriel** (une partie du cortex cérébral). La moitié droite du vagin est contrôlée par le côté gauche du cortex sensoriel ; la moitié gauche du vagin est contrôlée par le côté droit du cortex sensoriel. Il existe donc une corrélation croisée entre le cerveau et l'organe (voir le diagramme GNM montrant l'**homoncule sensoriel**).

REMARQUE : la muqueuse vaginale et l'épiderme des organes génitaux externes (masculins et féminins) partagent les mêmes relais cérébraux (voir le diagramme GNM).

CONFLIT BIOLOGIQUE : le conflit biologique lié à la muqueuse vaginale est un conflit de **séparation sexuelle associé au vagin**. Comme dans le cas d'un conflit sexuel lié au col de l'utérus, une femme peut vivre ce conflit du fait de la perte inattendue d'un partenaire sexuel, d'un rejet sexuel, de l'impuissance de son partenaire ou lorsqu'elle découvre que son

conjoint couche avec une autre femme. Le fait de soupçonner son partenaire d'avoir une relation sexuelle avec une autre femme peut déjà déclencher le conflit. Inversement, un conflit de séparation sexuelle fait aussi référence au fait de *ne pas* vouloir de rapports sexuels, par exemple, à cause d'un manque d'intimité émotionnelle, de rapports sexuels douloureux, de préliminaires insuffisants, de pratiques sexuelles non désirées ou de la peur de tomber enceinte. La peur de contracter une maladie vénérienne peut également provoquer ce conflit.

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



Le Programme Biologique Spécial de la **muqueuse vaginale** 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 vaginale avec une diminution ou, en cas de conflit intense, une perte totale de sensibilité.

L'hyposensibilité vaginale

(engourdissement) a pour **sens biologique** de ne plus pouvoir « ressentir » quoi que ce soit afin de mieux faire face à la séparation sexuelle (voir la perte de mémoire à court terme lors d'un conflit de séparation).

L'ulcération permanente du vagin entraîne une **sécheresse vaginale** (voir aussi les glandes de Bartholin). Pour les femmes sexuellement actives, la douleur ressentie lors des rapports sexuels provoque généralement de nouveaux conflits de séparation sexuelle, ainsi que la détresse de « ne pas pouvoir produire suffisamment de sécrétions vaginales ». La sécheresse vaginale devient alors chronique.

REMARQUE : la lubrification vaginale est contrôlée par le système nerveux parasympathique. C'est pourquoi le vagin ne s'humidifie pas lorsqu'une femme est soumise à un stress ou à l'intense activité conflictuelle (sympathicotonie) d'un quelconque conflit biologique (il en va de même pour l'érection du pénis).

PHASE DE GUÉRISON : durant la première partie de la phase de guérison (**PCL-A**), l'ulcération est reconstituée par une **prolifération cellulaire**. Les **symptômes de guérison** sont une **dermatite vaginale** accompagnée de **démangeaisons vaginales** (prurit) et de **douleurs** (hypersensibilité). En cas d'inflammation, l'affection est appelée **vaginite**. Les **pertes vaginales** sont claires, éventuellement accompagnées de légers saignements ; lorsque les bactéries participent à la guérison, les pertes sont jaunes (à distinguer des pertes produites par l'activité fongique dans l'utérus ou les glandes de Bartholin).

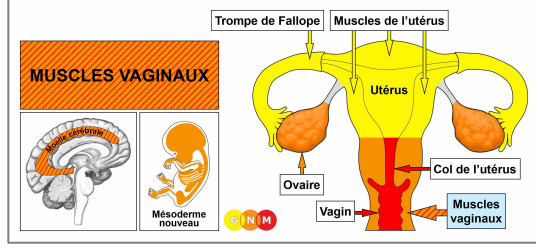
Après la Crise Épileptoïde, en **PCL-B**, l'affection se normalise, à condition qu'il n'y ait pas de rechutes conflictuelles.

REMARQUE : toutes les Crises Épileptoïdes contrôlées par le **cortex sensoriel, post-sensoriel ou prémoteur 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 cellules des îlots pancréatiques).

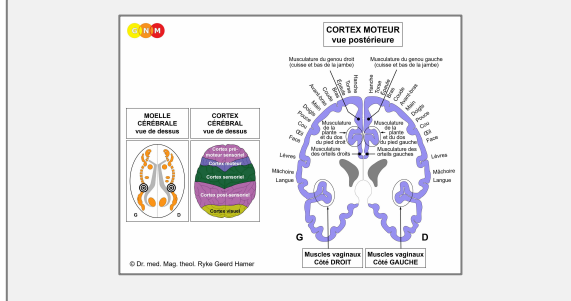
L'**herpès vaginal** se manifeste par des cloques et des plaies dans le vagin. Selon la médecine conventionnelle, l'herpès génital est une « maladie sexuellement transmissible » causée par le « virus de l'herpès », une théorie qui n'a jamais été prouvée scientifiquement. Comme pour toutes les autres maladies vénériennes, l'herpès génital ne peut pas être transmis

sexuellement, car les symptômes sont déjà des symptômes de guérison.

Les **verrues vaginales**, également appelées **verrues génitales** ou **condylomes**, résultent de continuelles rechutes du conflit (voir aussi les verrues du col de l'utérus).



DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DES MUSCLES VAGINAUX : les muscles vaginaux entourent l'ensemble du canal vaginal. Leur fonction est de retenir le pénis pendant les rapports sexuels, ainsi que de se relâcher et de se contracter pendant le travail pour faciliter l'accouchement (voir aussi les muscles du col de l'utérus, le sphincter du col de l'utérus et les muscles de l'utérus). Les muscles vaginaux sont des muscles striés, proviennent donc du mésoderme nouveau et sont contrôlés par la moelle cérébrale et le cortex moteur.



NIVEAU CÉRÉBRAL : les muscles vaginaux possèdent deux centres de contrôle dans le cerveau. La fonction trophique des muscles, responsable de la nutrition du tissu, est contrôlée par la **moelle cérébrale** ; la contraction et le relâchement des muscles sont contrôlés par le **cortex moteur** (une partie du cortex cérébral). La moitié droite de la musculature vaginale est contrôlée par le côté gauche du cerveau ; la moitié gauche de la musculature vaginale est contrôlée par le côté droit du cerveau. Il existe donc une corrélation croisée entre le cerveau et l'organe (voir le diagramme GNM montrant l'**homuncule moteur**).

REMARQUE : les muscles vaginaux, les muscles du col de l'utérus et le sphincter du col de l'utérus, le muscle de la vessie et le sphincter externe de la vessie, les muscles du rectum et le sphincter anal externe partagent les mêmes relais cérébraux.

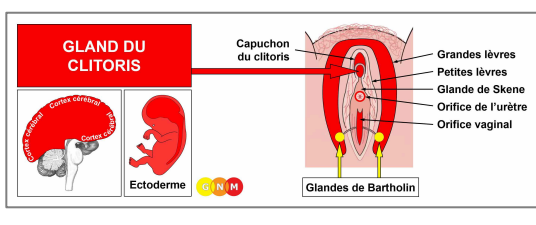
CONFLIT BIOLOGIQUE : le conflit biologique lié aux muscles vaginaux est le fait de « **ne pas pouvoir retenir le pénis** » ou de **ne pas pouvoir empêcher une pénétration vaginale** (rapports sexuels forcés ou non désirés, peur d'un rapport sexuel en raison d'une gêne ou d'une douleur).

PHASE DE CONFLIT ACTIF : **perte cellulaire (nécrose) du tissu musculaire vaginal** (contrôlé par la moelle cérébrale) et **faiblesse croissante des muscles vaginaux** (contrôlés par le cortex moteur), proportionnelle à l'intensité du conflit, laquelle n'est généralement pas remarquée.

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

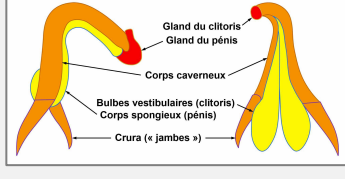
PHASE DE GUÉRISON : durant la phase de guérison, les muscles vaginaux sont reconstruits. Cependant, durant la Crise Épileptoïde, les muscles se contractent, provoquant des **crampes vaginales tonico-cloniques**, une affection connue sous le nom de **vaginisme**. La détresse associée à des rapports sexuels douloureux peut devenir un rail, ce qui entraîne des rechutes des symptômes.

REMARQUE : tous les **organes dérivant du mésoderme nouveau** (« groupe de luxe »), y compris les muscles vaginaux, révèlent le **sens biologique du SBS à la fin de la phase de guérison**. Lorsque le processus de guérison est terminé, l'organe ou le tissu se retrouve plus fort qu'auparavant, ce qui lui permet d'être mieux préparé en cas de nouveau conflit du même type.

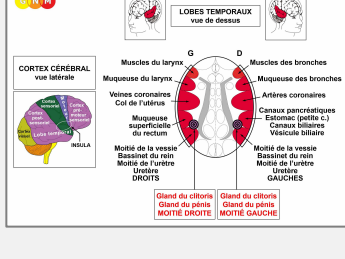


DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DU GLAND DU CLITORIS : le clitoris est situé à la jonction antérieure des lèvres internes, au-dessus du méat urétral. Le clitoris est composé du gland, du corps du clitoris et du capuchon du clitoris. Le gland du clitoris consiste en un épithélium pavimenteux, lequel provient de l'ectoderme ; il est donc contrôlé par le cortex cérébral.

REMARQUE : le gland du clitoris est recouvert d'une couche de peau épidermique, mais n'est pas doté de chorion cutané (sous-cutané).



Le corps du clitoris est l'équivalent des corps caverneux du pénis qui s'étendent depuis les branches inférieures de l'os pubien jusqu'à la tête du pénis. Chez les femmes, les deux corps caverneux sont situés sous les lèvres externes. Les crura sont des prolongements des corps caverneux. Comme pour le **corps spongieux** du pénis, les bulbes vestibulaires du clitoris sont constitués d'un tissu érectile principalement composé de muscles lisses.



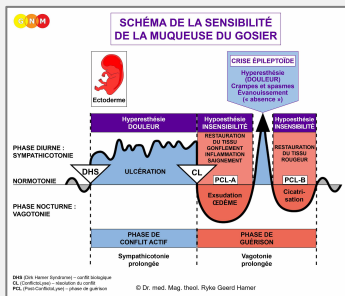
NIVEAU CÉRÉBRAL : le gland du clitoris est contrôlé par le **cortex post-sensoriel** (une partie du cortex cérébral). L'épiderme qui recouvre le gland est contrôlé par le cortex sensoriel (voir les **relais cérébraux des organes génitaux externes** et de la muqueuse vaginale).

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

REMARQUE : le gland du clitoris et le gland du pénis partagent les mêmes relais cérébraux. Leurs centres de contrôle sont situés en dehors des lobes temporaux ; par conséquent, le principe du genre, de la latéralité et du statut hormonal ne s'applique pas.

CONFLIT BIOLOGIQUE : le conflit biologique lié au gland du clitoris est un **grave conflit de séparation associé au clitoris**, par exemple, en raison de la perte d'un partenaire sexuel ou d'un rejet sexuel (voir aussi le conflit de séparation sexuelle lié au vagin et à l'épiderme des organes génitaux externes). Le conflit fait aussi référence au fait de ne pas vouloir être touchée au niveau du clitoris (séances sexuelles, attouchements sexuels, résistance au sexe oral, stimulation désagréable du clitoris) ou de ne pas avoir le droit d'être touchée au niveau du clitoris, y compris de se toucher soi-même (un DHS déclenché lorsque la personne est prise en train de se masturber).

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



Le Programme Biologique Spécial du **gland du clitoris** 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 \(perte cellulaire\)](#). Durant l'activité conflictuelle, **le gland du clitoris est excessivement sensible au toucher** (hypersensibilité).

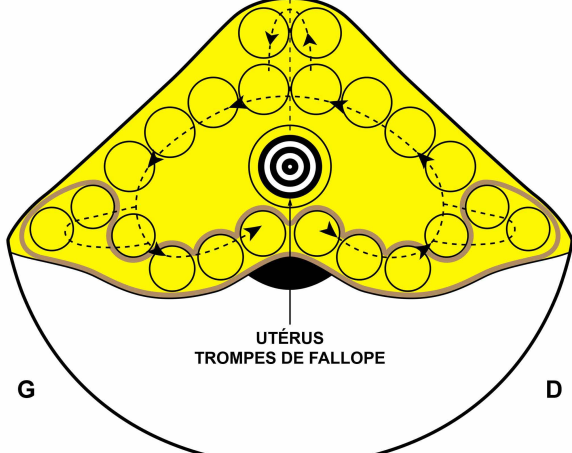
PHASE DE GUÉRISON : durant la phase de guérison, l'ulcération est reconstituée avec de nouvelles cellules. Le processus de guérison se manifeste par une **hyposensibilité** (engourdissement) **du clitoris** allant d'une diminution à une perte totale de sensibilité si le conflit a été intense. L'hypersensibilité est brièvement réactivée durant la Crise Épileptoïde. Au terme du Programme Biologique Spécial, la sensibilité du clitoris revient à la normale.

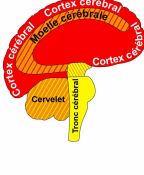
REMARQUE : toutes les Crises Épileptoïdes contrôlées par le [cortex sensoriel](#), [post-sensoriel](#) ou [prémoteur sensoriel](#) sont accompagnées de **troubles de la circulation**, d'**étourdissements**, de brefs **troubles de la conscience** ou d'une **perte totale de conscience** (évanouissement 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 cellules des îlots pancréatiques).

Source : www.learninggnm.com

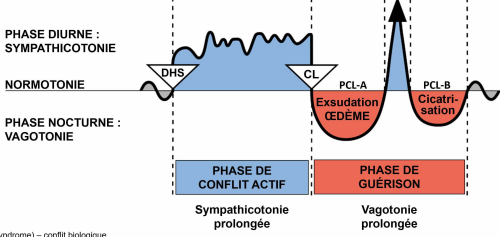
© LearningGNM.com

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





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



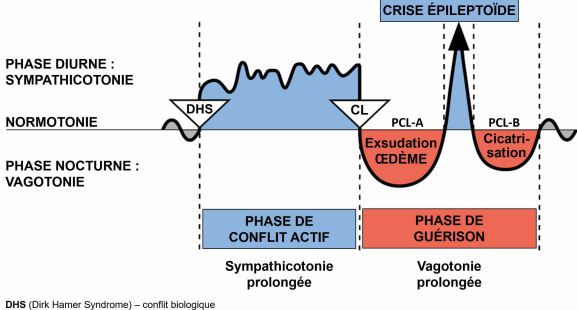
DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
CL (Conflictolyse) – résolution du conflit
PCL (Post-Conflictolyse) – phase de guérison

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



PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

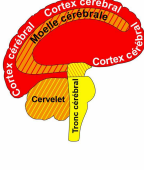
SCHÉMA DES DEUX PHASES



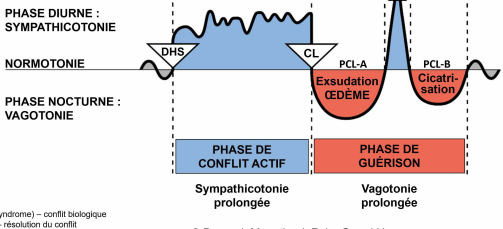
© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer



**Blastocyste au 5^e jour
après la fécondation**



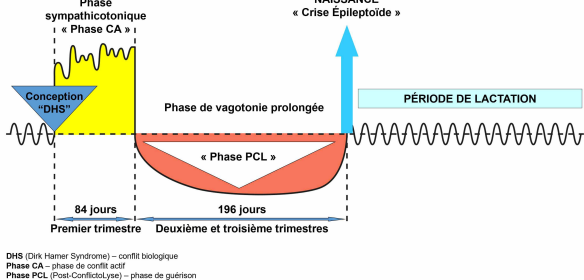
Cortex cérébral	PERTE CELLULAIRE (ulcération, nécrose)	Restauration du tissu par les bactéries
Moelle cérébrale		
Cervelet	PROLIFÉRATION CELLULAIRE	Élimination des cellules par les champignons et les bactéries
Tronc cérébral		



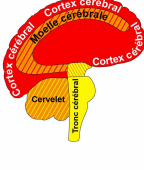
DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
CL (ConflictLyse) – résolution du conflit
PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

LA PROLIFÉRATION CELLULAIRE suit le principe des organes contrôlés par le tronc cérébral et le cervelet.

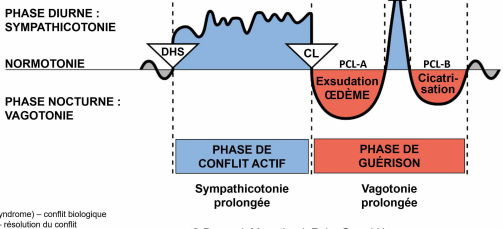
LA PROLIFÉRATION CELLULAIRE suit le principe des organes contrôlés par la moelle cérébrale et le cortex cérébral.



DHS (Dirk Harner Syndrome) – conflit biologique
Phase CA – phase de conflit actif
Phase PCL (Post-ConflictoLyse) – phase de guérison



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



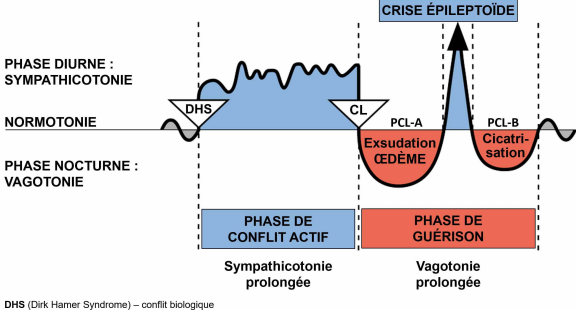
DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
CL (ConflictLyse) – résolution du conflit
PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

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

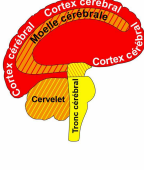


PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

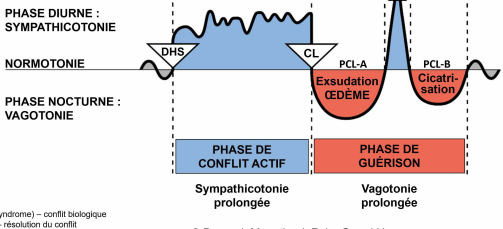
SCHÉMA DES DEUX PHASES



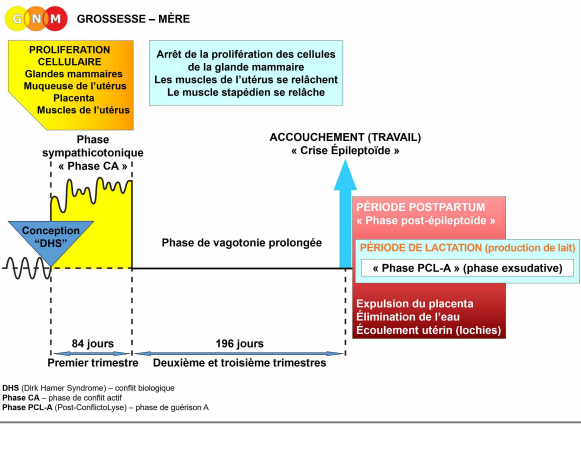
© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

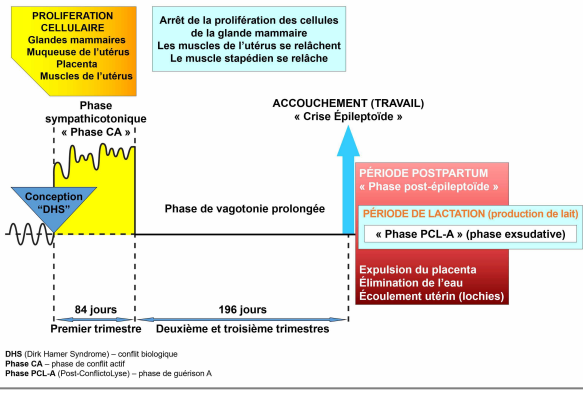


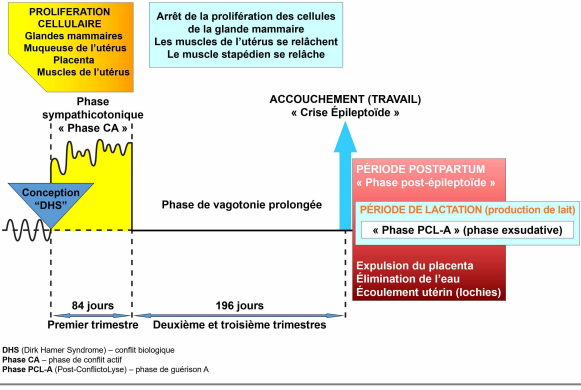
Cortex cérébral	PERTE CELLULAIRE (ulcération, nécrose)	Restauration du tissu par les bactéries
Moelle cérébrale		
Cervelet	PROLIFÉRATION CELLULAIRE	Élimination des cellules par les champignons et les bactéries
Tronc cérébral		



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



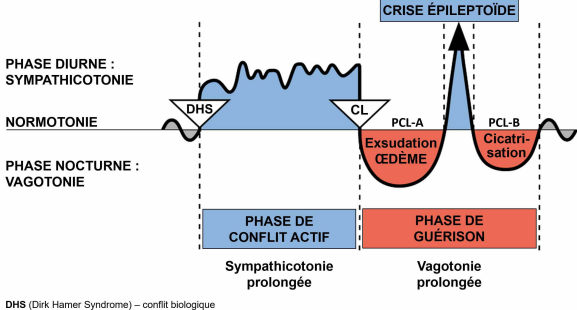






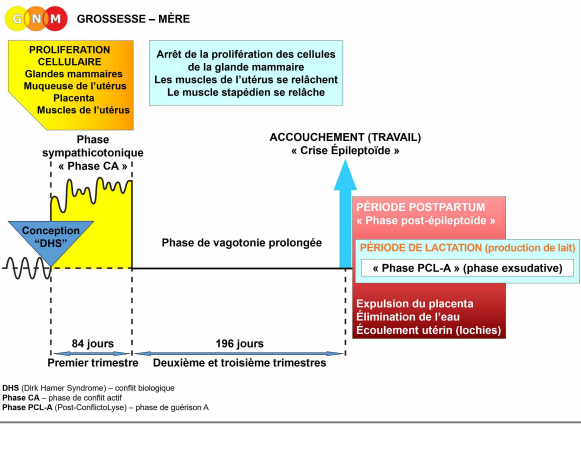
PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

SCHÉMA DES DEUX PHASES



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

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

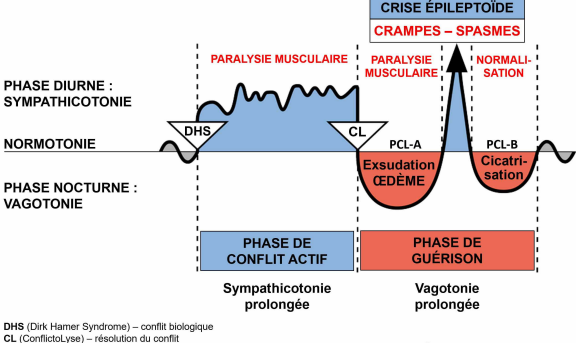




PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

SCHÉMA DES DEUX PHASES

MUSCLES STRIÉS



DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique

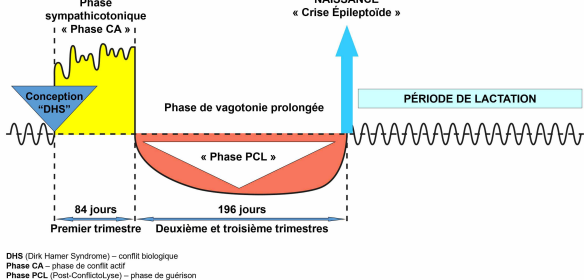
CL (ConflictoLyse) – résolution du conflit

PCL (Post-ConflictoLyse) – phase de guérison

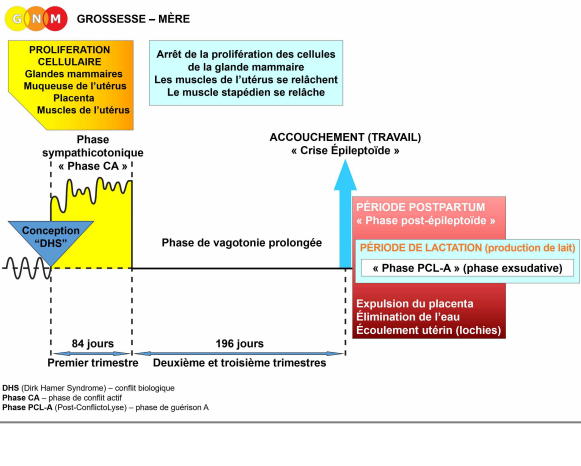
© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

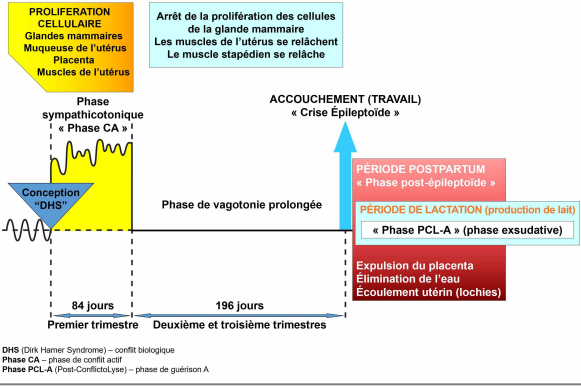
LA PROLIFÉRATION CELLULAIRE suit le principe des organes contrôlés par le tronc cérébral et le cervelet.

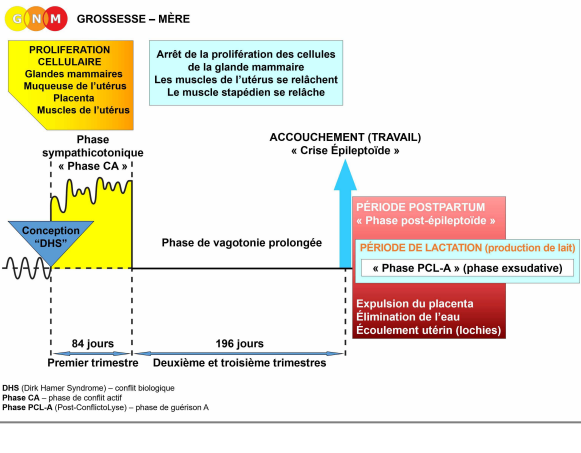
LA PROLIFÉRATION CELLULAIRE suit le principe des organes contrôlés par la moelle cérébrale et le cortex cérébral.



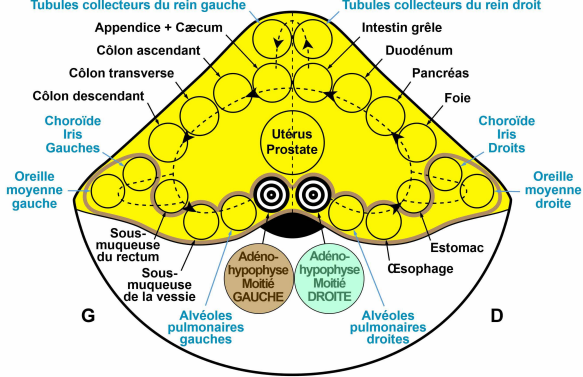
DHS (Dirk Harner Syndrome) – conflit biologique
Phase CA – phase de conflit actif
Phase PCL (Post-ConflictoLyse) – phase de guérison



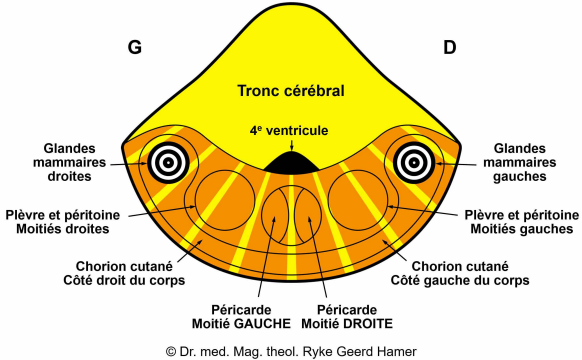


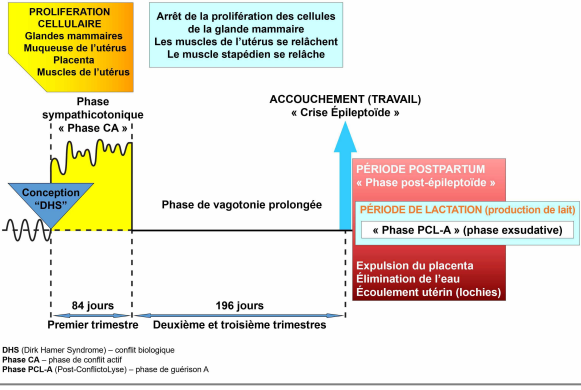


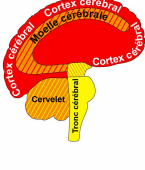
TRONC CÉRÉBRAL vue de dessus



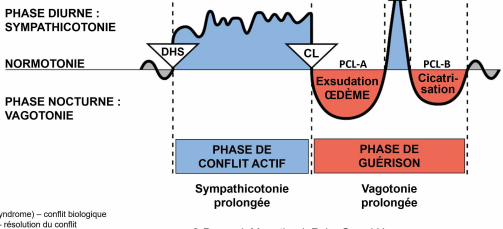
CERVELET
vue de dessus





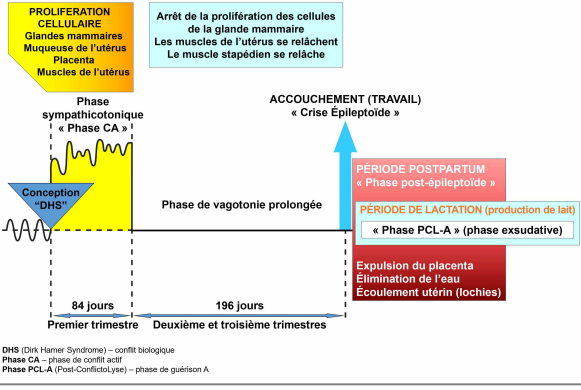


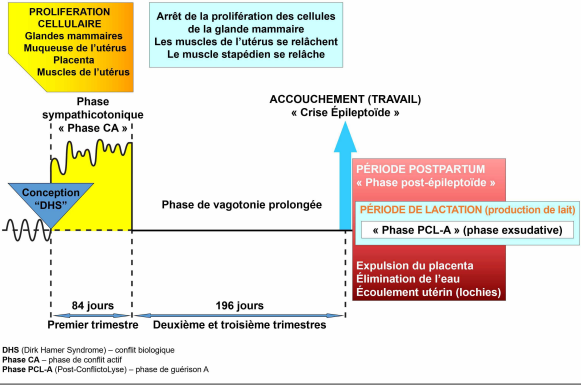
Cortex cérébral	PERTE CELLULAIRE (ulcération, nécrose)	Restauration du tissu par les bactéries
Moelle cérébrale		
Cervelet	PROLIFÉRATION CELLULAIRE	Élimination des cellules par les champignons et les bactéries
Tronc cérébral		

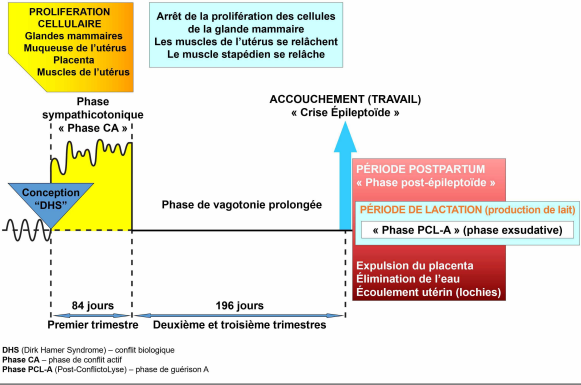


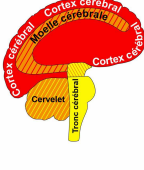
DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
CL (ConflictLyse) – résolution du conflit
PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

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

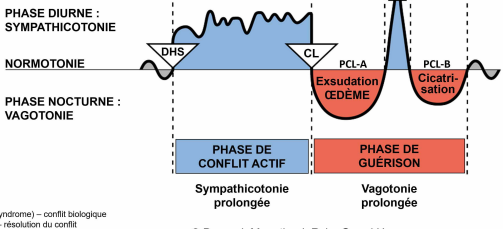




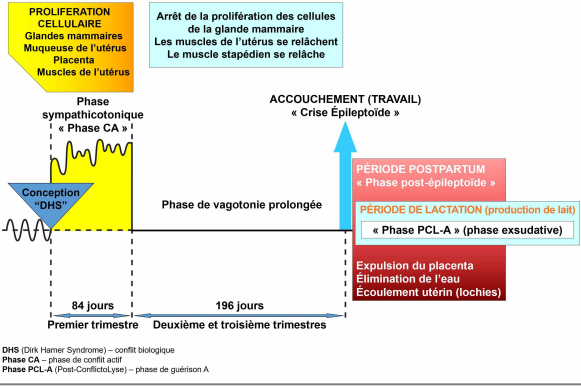




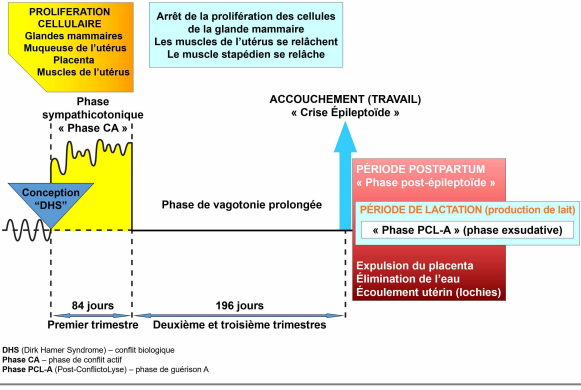
Cortex cérébral	PERTE CELLULAIRE (ulcération, nécrose)	Restauration du tissu par les bactéries
Moelle cérébrale		
Cervelet	PROLIFÉRATION CELLULAIRE	Élimination des cellules par les champignons et les bactéries
Tronc cérébral		

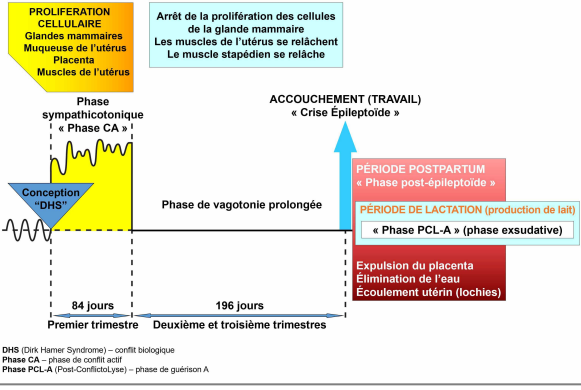


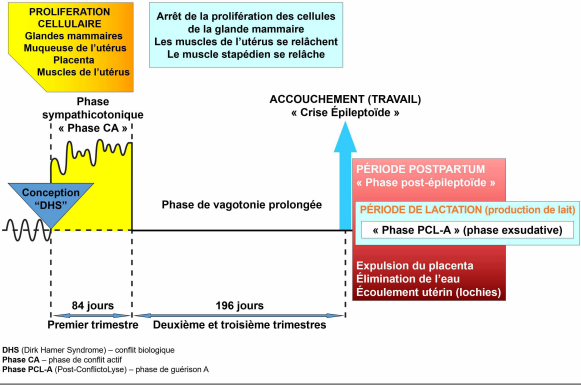
DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
CL (ConflictLyse) – résolution du conflit
PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison



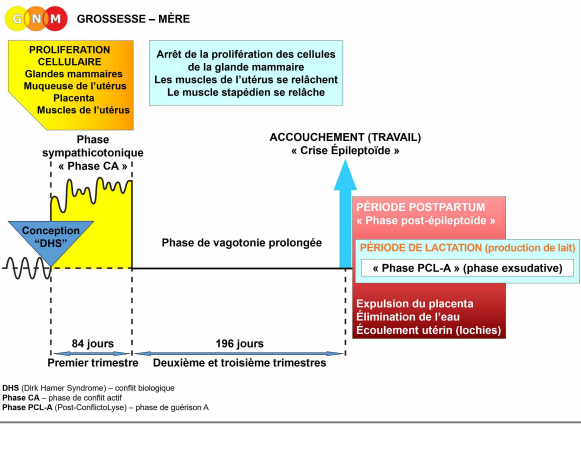
En GNM, une « constellation » signifie qu'une personne est en conflit actif avec deux conflits ou plus, impliquant les côtés droit et gauche du cerveau. Pour plus d'informations, consultez notre section détaillée « Schizophrenic Constellations ».





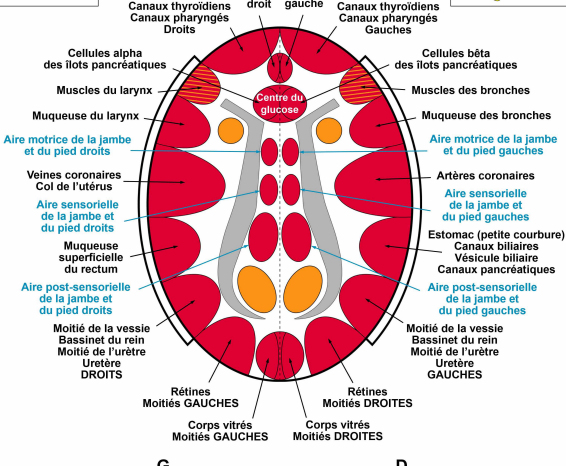


DHS (Dirk Harner Syndrome) – conflit biologique
Phase CA – phase de conflit actif
Phase PCL-A (Post-ConflictolYse) – phase de guérison A

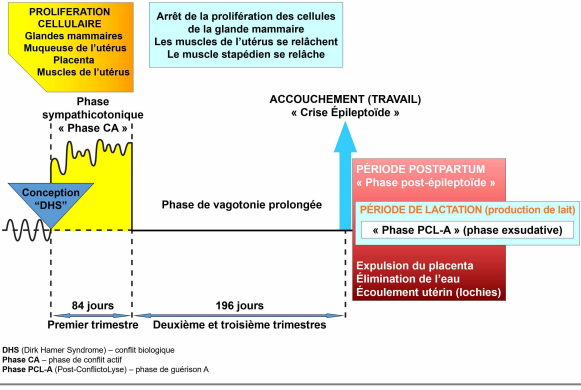


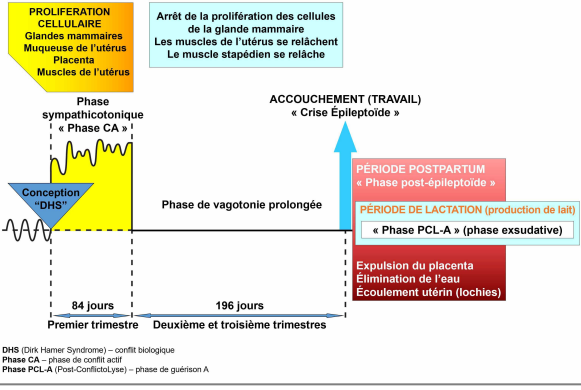


RELATION CORTEX CÉRÉBRAL – ORGANES



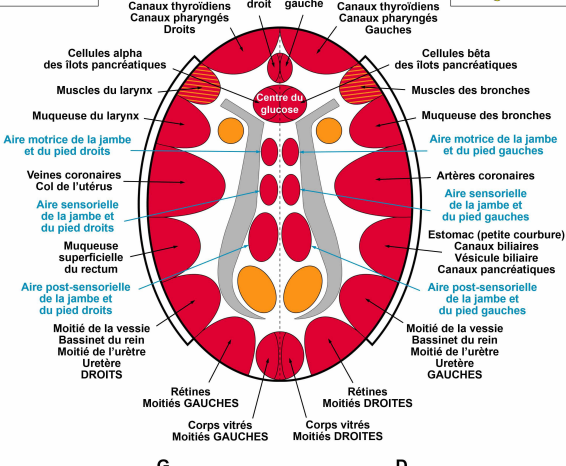
© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer







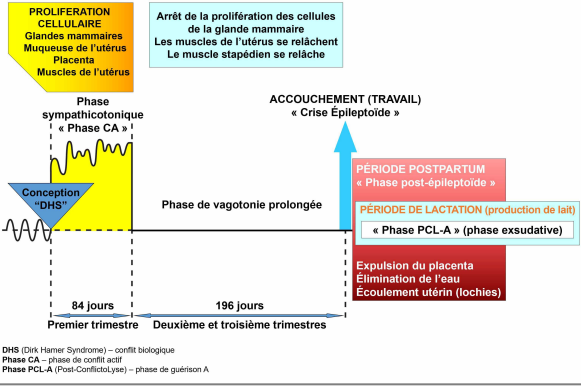
RELATION CORTEX CÉRÉBRAL – ORGANES

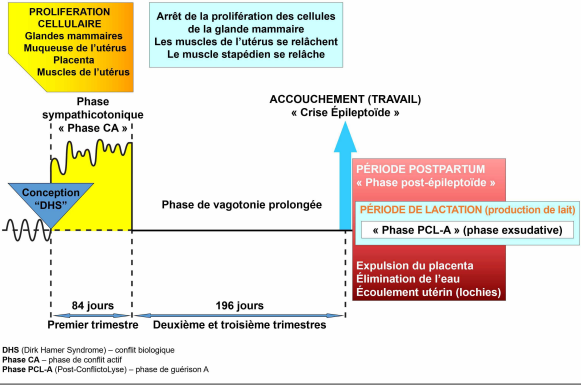


G

D

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

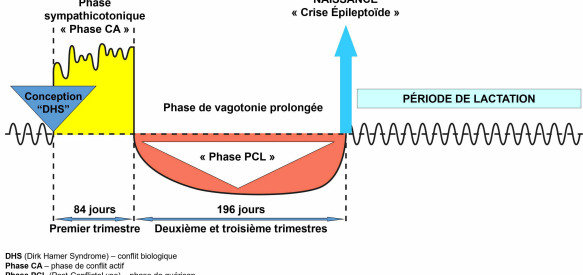




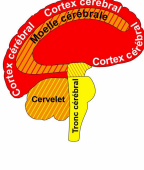
DHS (Dirk Harner Syndrome) – conflit biologique
Phase CA – phase de conflit actif
Phase PCL-A (Post-ConflictolYse) – phase de guérison A

LA PROLIFÉRATION CELLULAIRE suit le principe des organes contrôlés par le tronc cérébral et le cervelet.

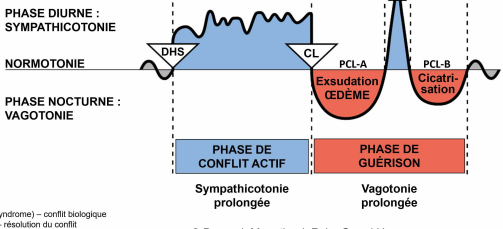
LA PROLIFÉRATION CELLULAIRE suit le principe des organes contrôlés par la moelle cérébrale et le cortex cérébral.



DHS (Dirk Harner Syndrome) – conflit biologique
Phase CA – phase de conflit actif
Phase PCL (Post-ConflictoLyse) – phase de guérison



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

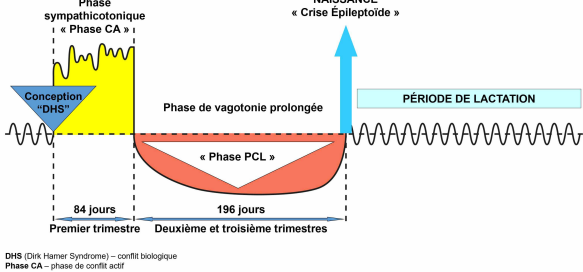


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
CL (ConflictLyse) – résolution du conflit
PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

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

LA PROLIFÉRATION CELLULAIRE suit le principe des organes contrôlés par le tronc cérébral et le cervelet.

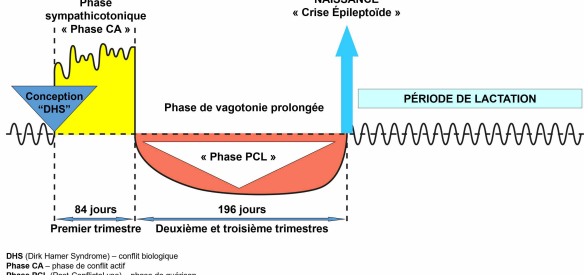
LA PROLIFÉRATION CELLULAIRE suit le principe des organes contrôlés par la moelle cérébrale et le cortex cérébral.



DHS (Dirk Harner Syndrome) – conflit biologique
Phase CA – phase de conflit actif
Phase PCL (Post-ConflictoLyse) – phase de guérison

LA PROLIFÉRATION CELLULAIRE suit le principe des organes contrôlés par le tronc cérébral et le cervelet.

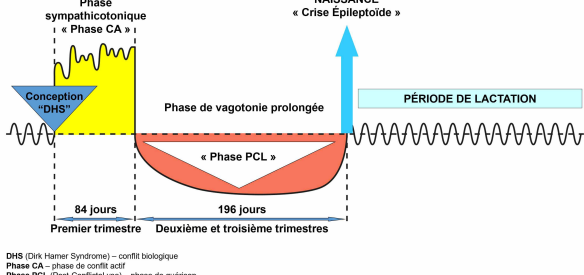
LA PROLIFÉRATION CELLULAIRE suit le principe des organes contrôlés par la moelle cérébrale et le cortex cérébral.



DHS (Dirk Harner Syndrome) – conflit biologique
Phase CA – phase de conflit actif
Phase PCL (Post-ConflictoLyse) – phase de guérison

LA PROLIFÉRATION CELLULAIRE suit le principe des organes contrôlés par le tronc cérébral et le cervelet.

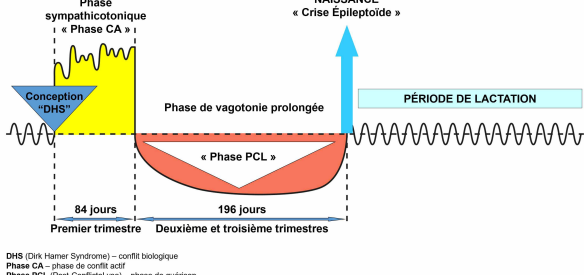
LA PROLIFÉRATION CELLULAIRE suit le principe des organes contrôlés par la moelle cérébrale et le cortex cérébral.



DHS (Dirk Harner Syndrome) – conflit biologique
Phase CA – phase de conflit actif
Phase PCL (Post-ConflictoLyse) – phase de guérison

LA PROLIFÉRATION CELLULAIRE suit le principe des organes contrôlés par le tronc cérébral et le cervelet.

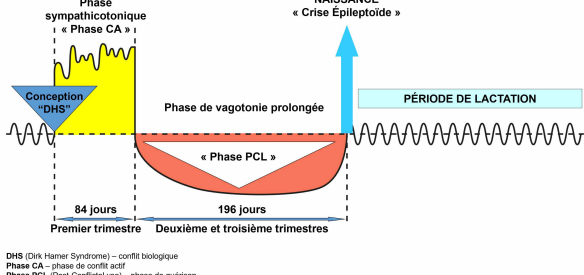
LA PROLIFÉRATION CELLULAIRE suit le principe des organes contrôlés par la moelle cérébrale et le cortex cérébral.



DHS (Dirk Harner Syndrome) – conflit biologique
Phase CA – phase de conflit actif
Phase PCL (Post-ConflictoLyse) – phase de guérison

LA PROLIFÉRATION CELLULAIRE suit le principe des organes contrôlés par le tronc cérébral et le cervelet.

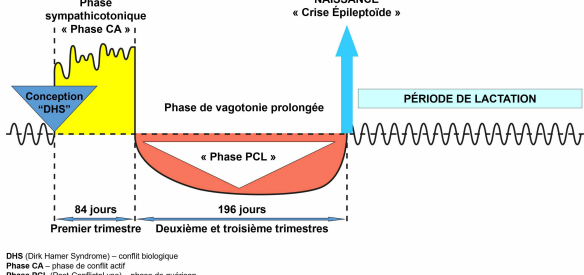
LA PROLIFÉRATION CELLULAIRE suit le principe des organes contrôlés par la moelle cérébrale et le cortex cérébral.



DHS (Dirk Harner Syndrome) – conflit biologique
Phase CA – phase de conflit actif
Phase PCL (Post-ConflictoLyse) – phase de guérison

LA PROLIFÉRATION CELLULAIRE suit le principe des organes contrôlés par le tronc cérébral et le cervelet.

LA PROLIFÉRATION CELLULAIRE suit le principe des organes contrôlés par la moelle cérébrale et le cortex cérébral.



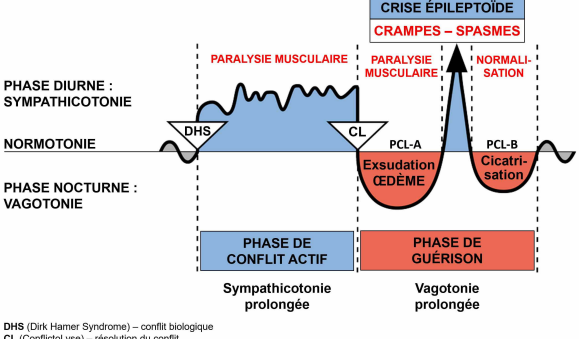
DHS (Dirk Harner Syndrome) – conflit biologique
Phase CA – phase de conflit actif
Phase PCL (Post-ConflictoLyse) – phase de guérison



PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

SCHÉMA DES DEUX PHASES

MUSCLES STRIÉS

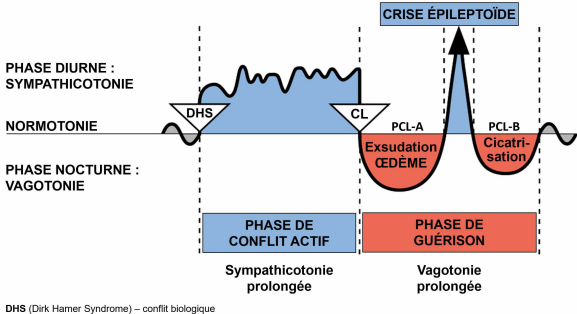


© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer



PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

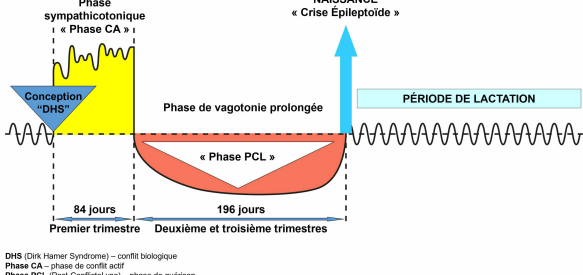
SCHÉMA DES DEUX PHASES



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

LA PROLIFÉRATION CELLULAIRE suit le principe des organes contrôlés par le tronc cérébral et le cervelet.

LA PROLIFÉRATION CELLULAIRE suit le principe des organes contrôlés par la moelle cérébrale et le cortex cérébral.



DHS (Dirk Harner Syndrome) – conflit biologique
Phase CA – phase de conflit actif
Phase PCL (Post-ConflictoLyse) – phase de guérison

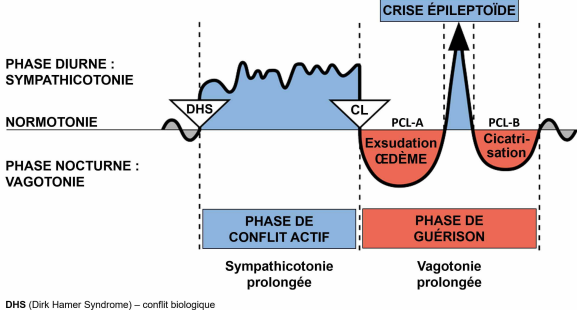






PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

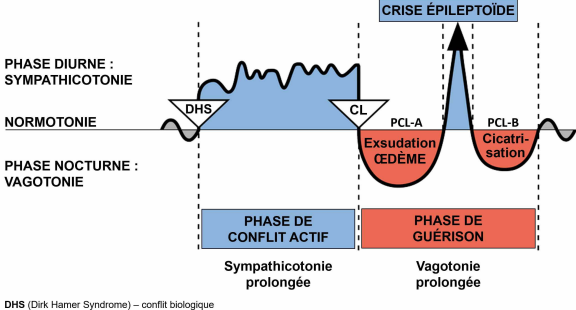
SCHÉMA DES DEUX PHASES



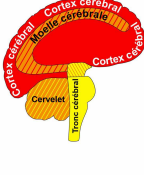


PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

SCHÉMA DES DEUX PHASES



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

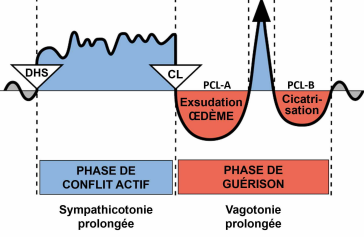


Cortex cérébral	PERTE CELLULAIRE (ulcération, nécrose)	Restauration du tissu par les bactéries
Moelle cérébrale		
Cervelet	PROLIFÉRATION CELLULAIRE	Élimination des cellules par les champignons et les bactéries
Tronc cérébral		

PHASE DIURNE :
SYMPATHICOTONIE

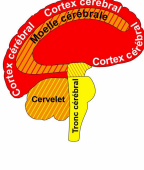
NORMOTONIE

PHASE NOCTURNE :
VAGOTONIE

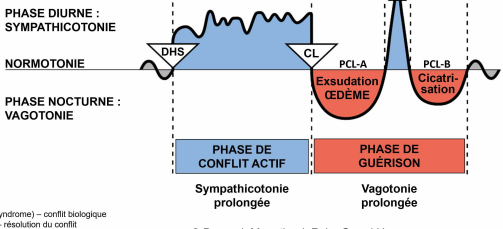


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
CL (Conflictolyse) – résolution du conflit
PCL (Post-Conflictolyse) – phase de guérison

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

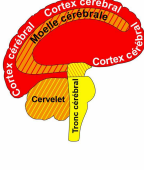


Cortex cérébral	PERTE CELLULAIRE (ulcération, nécrose)	Restauration du tissu par les bactéries
Moelle cérébrale		
Cervelet	PROLIFÉRATION CELLULAIRE	Élimination des cellules par les champignons et les bactéries
Tronc cérébral		

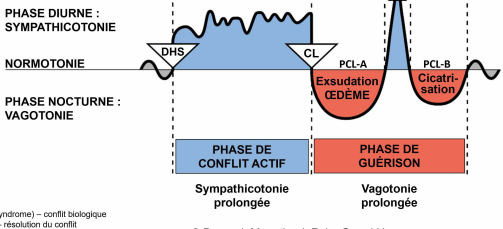


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
CL (ConflictLyse) – résolution du conflit
PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

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

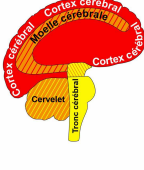


Cortex cérébral	PERTE CELLULAIRE (ulcération, nécrose)	Restauration du tissu par les bactéries
Moelle cérébrale		
Cervelet	PROLIFÉRATION CELLULAIRE	Élimination des cellules par les champignons et les bactéries
Tronc cérébral		

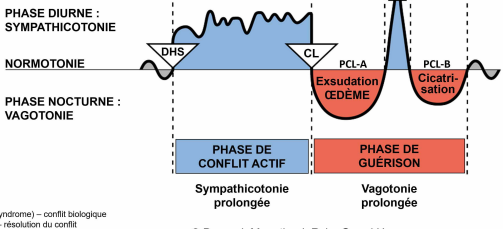


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
CL (ConflictLyse) – résolution du conflit
PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

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

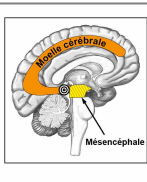


Cortex cérébral	PERTE CELLULAIRE (ulcération, nécrose)	Restauration du tissu par les bactéries
Moelle cérébrale		
Cervelet	PROLIFÉRATION CELLULAIRE	Élimination des cellules par les champignons et les bactéries
Tronc cérébral		

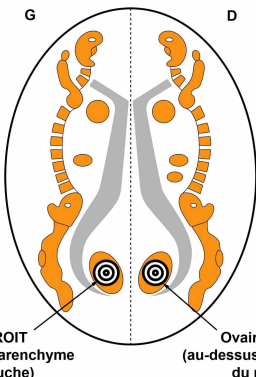


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
CL (ConflictLyse) – résolution du conflit
PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

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



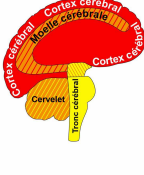
MOELLE CÉRÉBRALE vue de dessus



Ovaire DROIT
(au-dessus du parenchyme
du rein gauche)

Ovaire GAUCHE
(au-dessus du parenchyme
du rein droit)

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

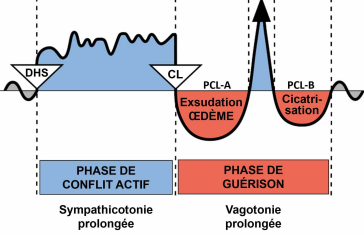


Cortex cérébral	PERTE CELLULAIRE (ulcération, nécrose)	Restauration du tissu par les bactéries
Moelle cérébrale		
Cervelet	PROLIFÉRATION CELLULAIRE	Élimination des cellules par les champignons et les bactéries
Tronc cérébral		

PHASE DIURNE :
SYMPATHICOTONIE

NORMOTONIE

PHASE NOCTURNE :
VAGOTONIE

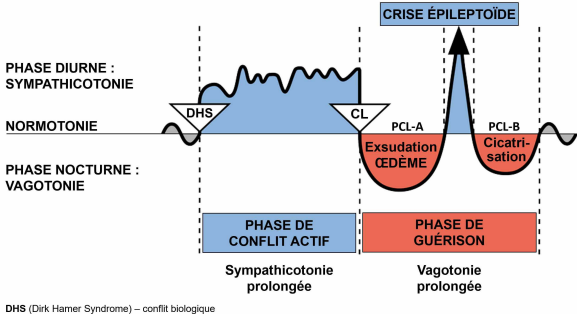


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
CL (ConflictLyse) – résolution du conflit
PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

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



PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX SCHÉMA DES DEUX PHASES

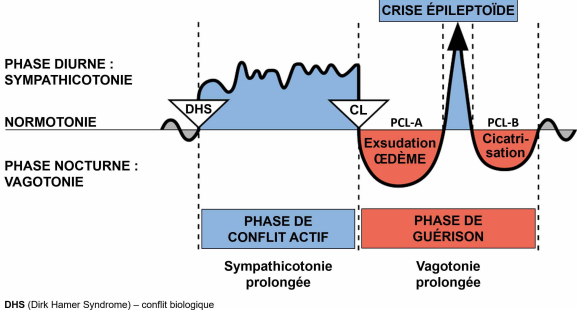


© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer



PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

SCHÉMA DES DEUX PHASES

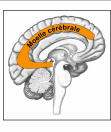


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique

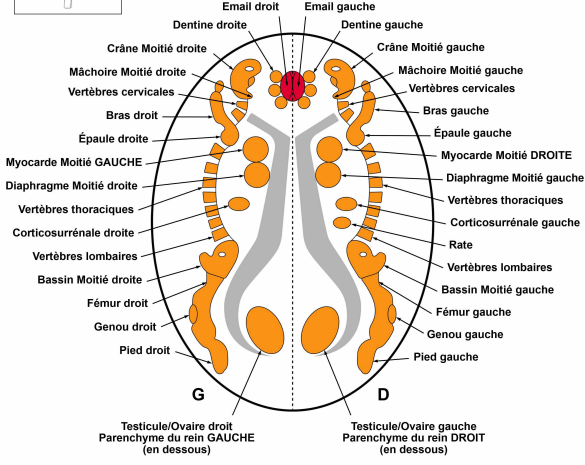
CL (ConflictLyse) – résolution du conflit

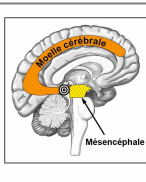
PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

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

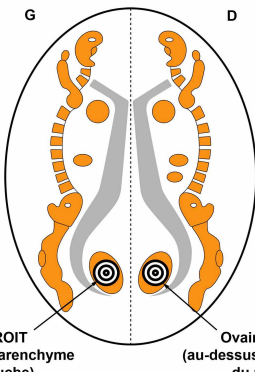


RELATION MOELLE CÉRÉBRALE – ORGANES





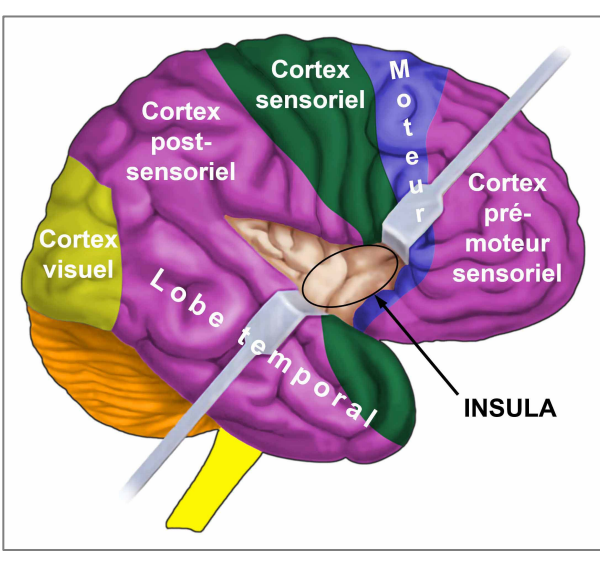
MOELLE CÉRÉBRALE
vue de dessus



Ovaire DROIT
(au-dessus du parenchyme
du rein gauche)

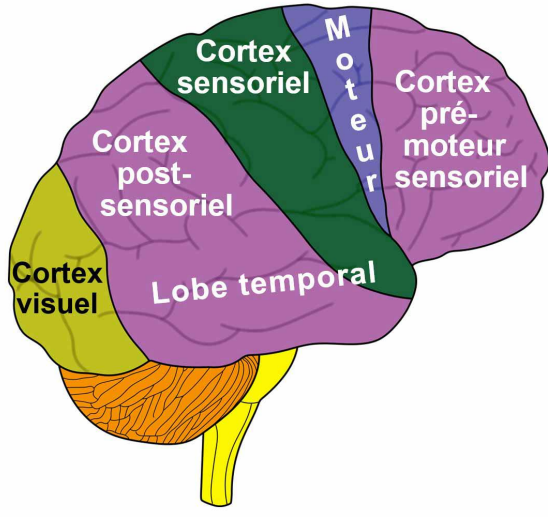
Ovaire GAUCHE
(au-dessus du parenchyme
du rein droit)

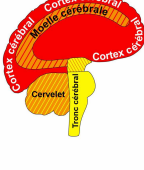
© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer



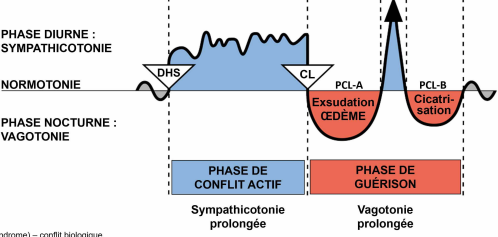
CORTEX CÉRÉBRAL

vue latérale





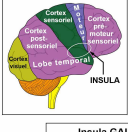
Cortex cérébral	PERTE CELLULAIRE (ulcération, nécrose)	Restauration du tissu par les bactéries
Moelle cérébrale		
Cervelet	PROLIFÉRATION CELLULAIRE	Élimination des cellules par les champignons et les bactéries
Tronc cérébral		



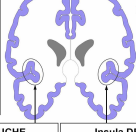
DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
CL (Conflictolyse) – résolution du conflit
PCL (Post-Conflictolyse) – phase de guérison

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

CORTEX CÉRÉBRAL
vue latérale



CORTEX MOTEUR
vue postérieure

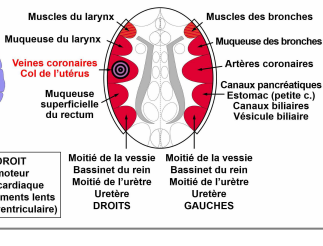


Insula GAUCHE
Centre moteur
du rythme cardiaque
pour les battements rapides
(tachycardie ventriculaire)

Insula DROIT
Centre moteur
du rythme cardiaque
pour les battements lents
(bradycardie ventriculaire)



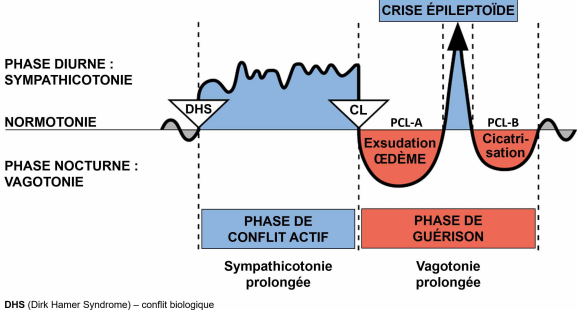
LOBES TEMPORAUX
vue de dessus





PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

SCHÉMA DES DEUX PHASES

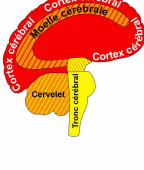


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique

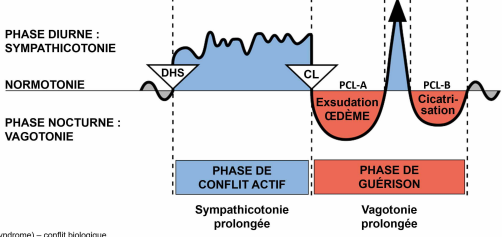
CL (ConflictLyse) – résolution du conflit

PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

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



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

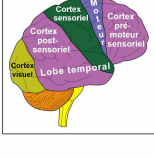


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
CL (ConflictLyse) – résolution du conflit
PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

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

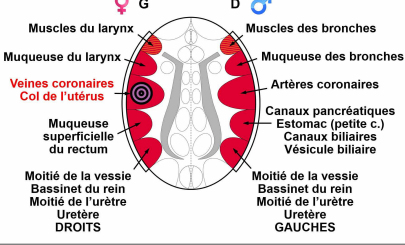
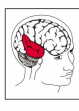
CORTEX CÉRÉBRAL

vue latérale



LOBES TEMPORAUX

vue de dessus



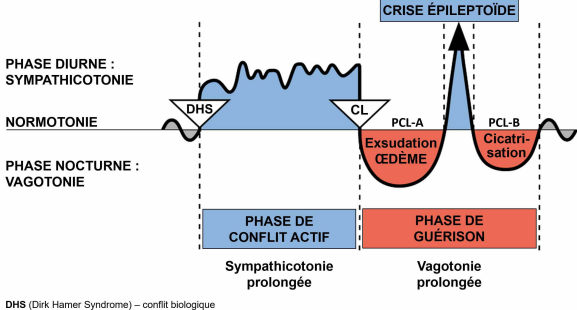


**Blastocyste au 5^e jour
après la fécondation**



PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

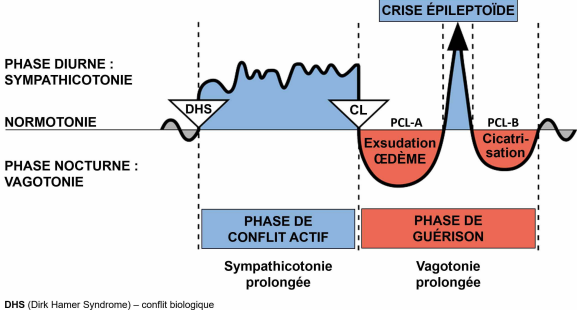
SCHÉMA DES DEUX PHASES





PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

SCHÉMA DES DEUX PHASES



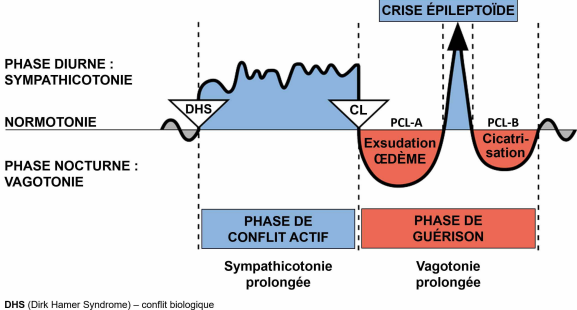
DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
CL (ConflictLyse) – résolution du conflit
PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

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



PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

SCHÉMA DES DEUX PHASES

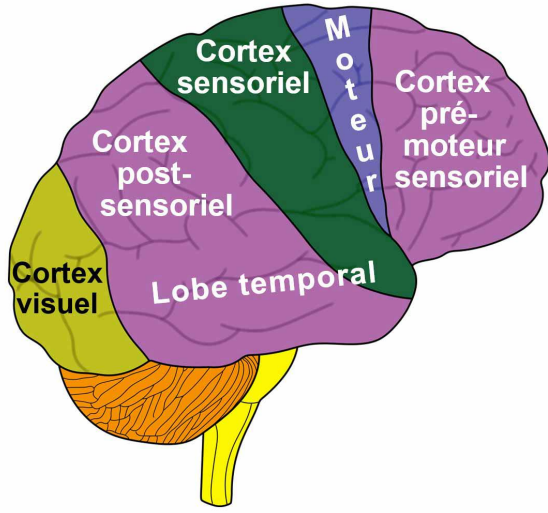


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
CL (ConflictLyse) – résolution du conflit
PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

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

CORTEX CÉRÉBRAL

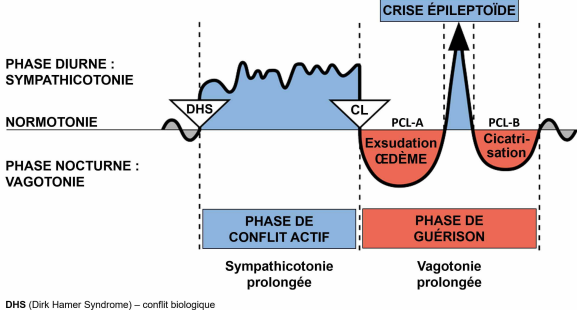
vue latérale





PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

SCHÉMA DES DEUX PHASES



« S’il existe des preuves que le VIH est la cause du SIDA, il devrait exister des documents scientifiques le démontrant de manière individuelle ou collective. Ce document n’existe pas. »
Dr Kary Mullis, biochimiste, prix Nobel de chimie 1993

Torsten Engelbrecht
Dr. Claus Köhnlein, MD
Dr. Samantha Bailey, MD
Dr. Stefano Scoglio, BSc PhD

Virus Mania



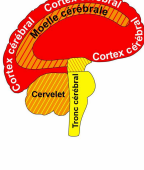
**Corona/COVID-19, Measles,
Swine Flu, Cervical Cancer, Avian Flu, SARS,
BSE, Hepatitis C, AIDS, Polio, Spanish Flu**

How the Medical Industry Continually Invents Epidemics,
Making **Billion-Dollar Profits**
at Our Expense

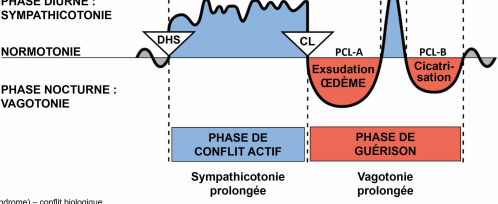
Forewords by
Prof. Etienne de Harven, MD, Pioneer in Virology
Joachim Mutter, MD, Expert in Preventive Medicine

With **Robert F. Kennedy Jr.**
on Vaccines, Fraud + Harm

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

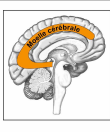


Cortex cérébral	PERTE CELLULAIRE (ulcération, nécrose)	Restauration du tissu par les bactéries
Moelle cérébrale		
Cervelet	PROLIFÉRATION CELLULAIRE	Élimination des cellules par les champignons et les bactéries
Tronc cérébral		

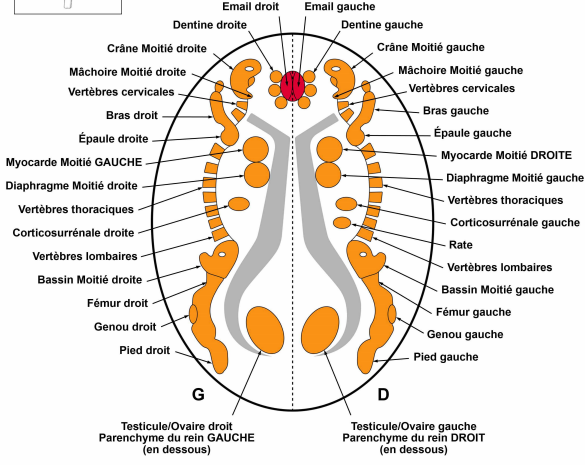


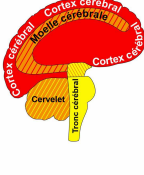
DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
CL (ConflictLyse) – résolution du conflit
PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

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



RELATION MOELLE CÉRÉBRALE – ORGANES



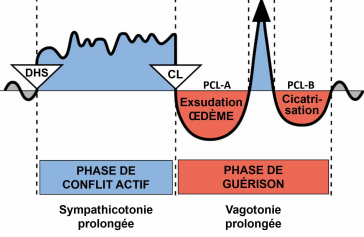


Cortex cérébral	PERTE CELLULAIRE (ulcération, nécrose)	Restauration du tissu par les bactéries
Moelle cérébrale		
Cervelet	PROLIFÉRATION CELLULAIRE	Élimination des cellules par les champignons et les bactéries
Tronc cérébral		

PHASE DIURNE :
SYMPATHICOTONIE

NORMOTONIE

PHASE NOCTURNE :
VAGOTONIE



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

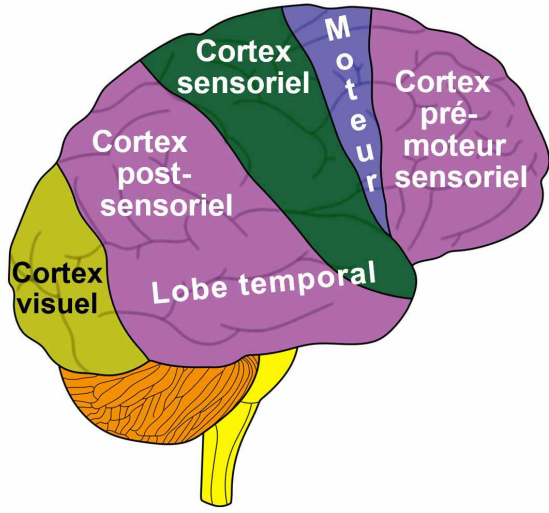
© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

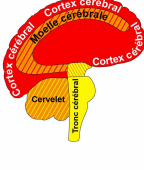
Les antibiotiques détruisent les microbes nécessaires au processus de guérison naturel. Ils endommagent également les mitochondries, les cellules responsables de la production d'énergie.

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

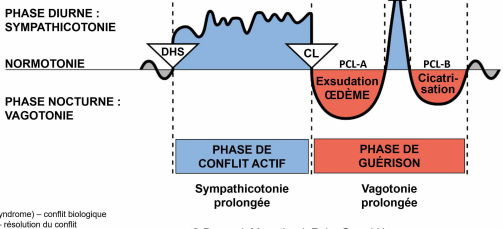
CORTEX CÉRÉBRAL

vue latérale





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



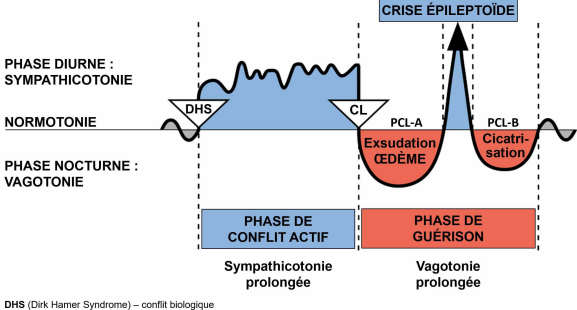
DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
CL (ConflictLyse) – résolution du conflit
PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

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



PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

SCHÉMA DES DEUX PHASES



DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique

CL (ConflictLyse) – résolution du conflit

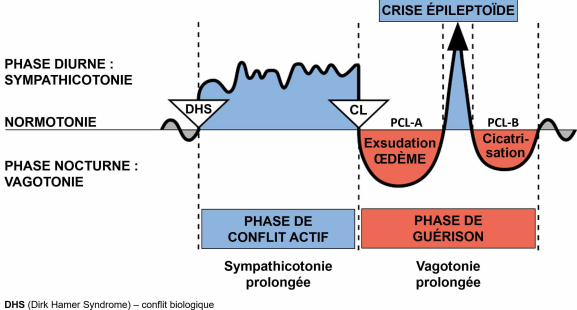
PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

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



PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

SCHÉMA DES DEUX PHASES

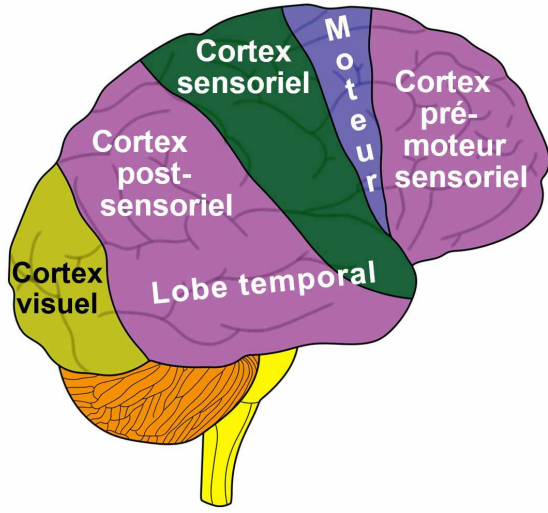


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
CL (Conflictolyse) – résolution du conflit
PCL (Post-Conflictolyse) – phase de guérison

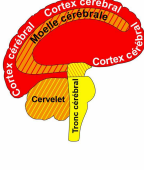
© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

CORTEX CÉRÉBRAL

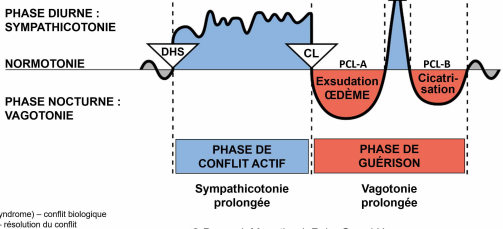
vue latérale



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

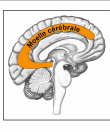


Cortex cérébral	PERTE CELLULAIRE (ulcération, nécrose)	Restauration du tissu par les bactéries
Moelle cérébrale		
Cervelet	PROLIFÉRATION CELLULAIRE	Élimination des cellules par les champignons et les bactéries
Tronc cérébral		

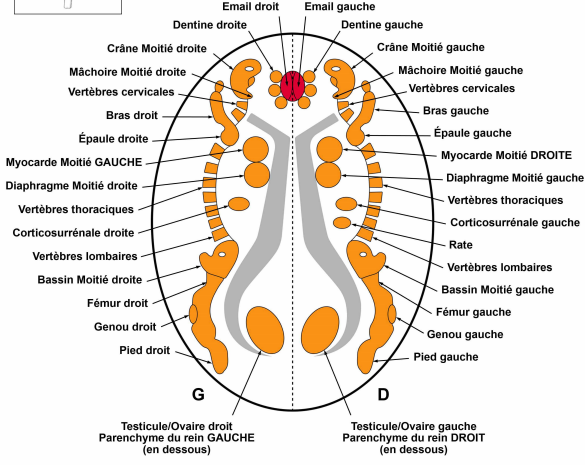


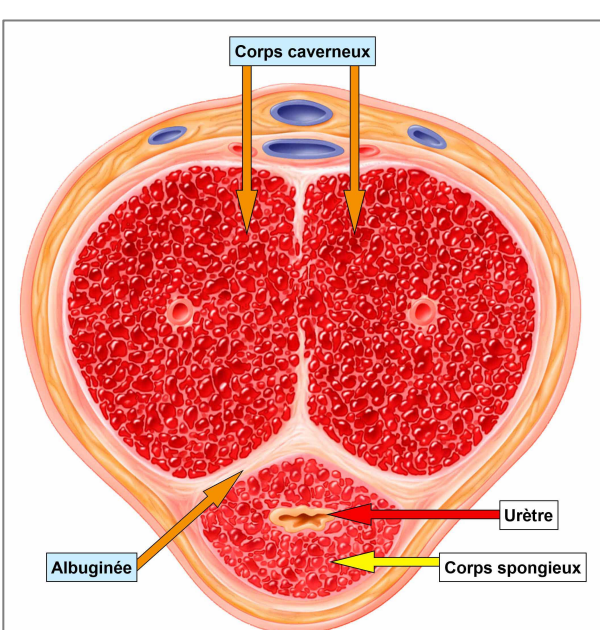
DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
CL (ConflictLyse) – résolution du conflit
PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

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



RELATION MOELLE CÉRÉBRALE – ORGANES

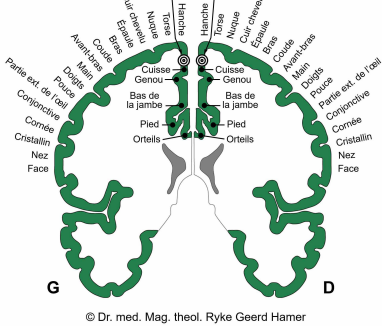




CORTEX SENSORIEL vue postérieure

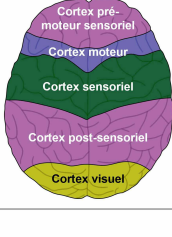
Organes génitaux externes
Muqueuse vaginale
Côté DROIT

Organes génitaux externes
Muqueuse vaginale
Côté GAUCHE



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

CORTEX CÉRÉBRAL vue de dessus



CORTEX CÉRÉBRAL

vue latérale

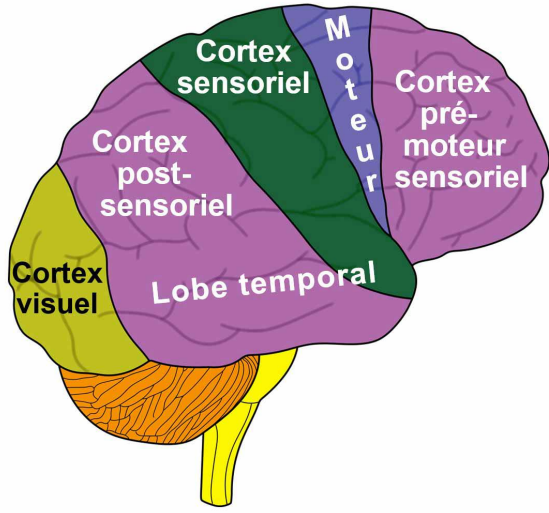
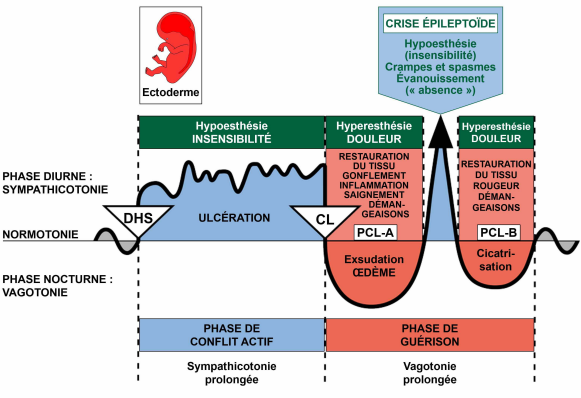


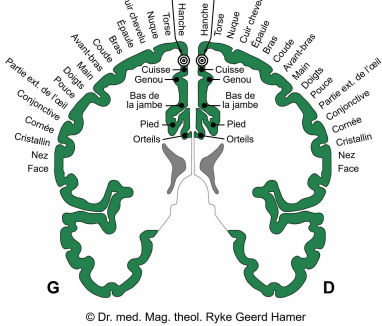
SCHÉMA DE LA SENSIBILITÉ DE LA PEAU EXTERNE



CORTEX SENSORIEL vue postérieure

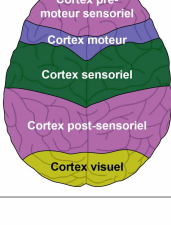
Organes génitaux externes
Muqueuse vaginale
Côté DROIT

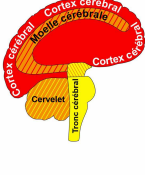
Organes génitaux externes
Muqueuse vaginale
Côté GAUCHE



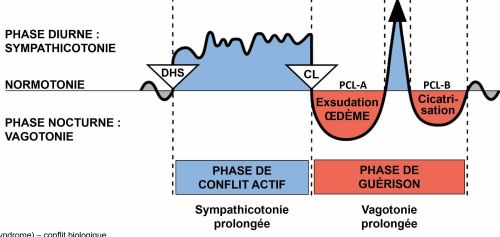
© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

CORTEX CÉRÉBRAL vue de dessus





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



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

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

CORTEX CÉRÉBRAL

vue latérale

