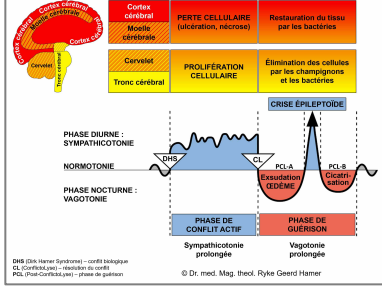




# PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

## INTESTINS ET RECTUM

Auteur : Caroline Markolin, Ph. D.



**Intestin grêle**

**Côlon**

**Côlon sigmoïde**

**Muscles intestinaux**

**Péritoine**

**Sous-muqueuse du rectum**

**Muqueuse superficielle du rectum**

**Canaux périanaux**

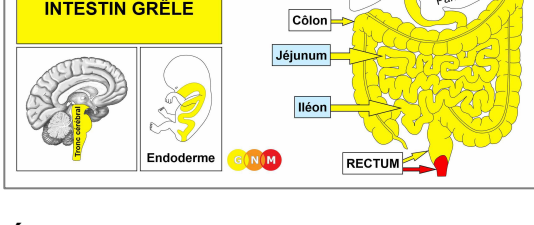
**Muscles du rectum (partie supérieure)**

**Muscles du rectum (partie inférieure)**

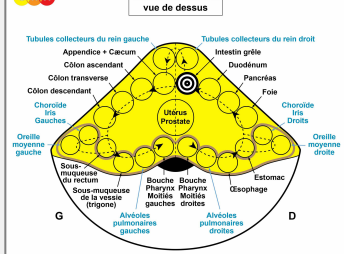
**Sphincter anal interne**

**Sphincter anal externe**

Rév. 1.01



**DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DE L'INTESTIN GRÊLE** : l'intestin grêle est la partie du tractus gastro-intestinal qui relie l'estomac au côlon. Situé après le duodénum, le **jéjunum** est la partie supérieure de l'intestin grêle ; l'**iléon** est la dernière partie qui rejoint le gros intestin. Le jéjunum et l'iléon sont les parties du tube digestif où s'effectue l'essentiel de l'absorption des nutriments (qualité absorbante). L'intestin grêle consiste en un épithélium cylindrique intestinal, lequel provient de l'endoderme ; il est donc contrôlé par le tronc cérébral.



**NIVEAU CÉRÉBRAL** : dans le **tronc cérébral**, le centre de contrôle de l'intestin grêle (jéjunum et iléon) est positionné de manière ordonnée dans l'anneau formé par les relais cérébraux qui contrôlent les organes du tube digestif, plus précisément, entre le relais du duodénum et celui du cæcum.

**REMARQUE** : la transition de l'hémisphère droit à l'hémisphère gauche du tronc cérébral correspond, sur le plan organique, à la valve iléo-cæcale placée entre l'intestin grêle et le cæcum, la première partie du côlon.

**CONFLIT BIOLOGIQUE** : conformément à sa fonction, le conflit biologique lié à l'intestin grêle est le fait de « **ne pas pouvoir absorber ou digérer un morceau** » (voir aussi l'estomac, le duodénum, le côlon et le pancréas). Le conflit est vécu comme une **colère**, par exemple, une colère envers une personne (un membre de la famille, un ami, un voisin, un collègue, un employé, un supérieur hiérarchique, un client, un enseignant, un élève, un camarade de classe, un entraîneur, un médecin, une autorité), à propos d'une situation (une colère liée au travail, à l'école, à une relation), ou à propos de remarques (accusations, insultes, critiques) ou de nouvelles « difficiles à encaisser » ou à « digérer ».

Conformément à la logique de l'évolution, les **conflits du morceau** constituent le principal thème conflictuel associé aux **organes contrôlés par le tronc cérébral** et dérivant de l'endoderme.

**PHASE DE CONFLIT ACTIF** : dès le DHS, durant la phase de conflit actif, les cellules intestinales prolifèrent proportionnellement à l'intensité du conflit. Le **sens biologique de cette prolifération cellulaire** est de mieux pouvoir absorber et digérer le morceau. Lors d'une activité conflictuelle prolongée, une masse étalée (de type absorbant) se développe dans l'intestin grêle. À l'extrémité distale de l'iléon, dont la paroi est plus mince que celle du jéjunum, cette masse peut aussi prendre une forme de chou-fleur (de type sécréteur). Cela peut entraîner une occlusion intestinale ou **iléus**. En médecine conventionnelle, cet épaississement de la paroi intestinale peut être diagnostiqué comme un cancer (**cancer du jéjunum** ou **cancer iléal**).

**PHASE DE GUÉRISON** : dès la résolution du conflit (**CL**), les champignons ou les mycobactéries telles que le bacille tuberculeux éliminent les cellules qui ne sont plus requises. Les **symptômes de guérison** sont une **diarrhée** et des **vomissements** si le jéjunum (la partie supérieure de l'intestin grêle) est affecté, ainsi que des **sueurs nocturnes**. Les **crampes abdominales** (qualité motrice) surviennent surtout lors de la Crise Épileptoïde (voir aussi la colique intestinale). La participation des champignons au processus de guérison se manifeste par une **candidose intestinale**. L'importance des symptômes est déterminée par l'intensité de la phase de conflit actif.

**REMARQUE** : la consommation d'aliments dégoûtants provoque aussi une diarrhée. Toutefois, si les aliments avariés peuvent être mis hors de cause, la diarrhée est un signe positif indiquant que le « conflit du morceau indigeste » a été résolu et que le « morceau » est éliminé, même sans le concours des microbes (qualité sensorielle et excrétrice des intestins). Une diarrhée peut également être déclenchée par l'anxiété (durant la sympathicotonie) provoquant la libération de substances chimiques qui pénètrent dans le tube digestif et provoquent des selles molles. La réponse « combat-fuite » étant bien plus facile à mener avec un ventre vide, la survenue d'une diarrhée prend alors tout son sens. Dans ce cas, l'apparition soudaine d'une diarrhée n'est pas liée à un DHS (détresse inattendue à propos d'un « morceau indigeste » avec diarrhée en phase de guérison, c'est-à-dire en vagotonie).



La consommation d'eau contaminée peut entraîner une sévère diarrhée accompagnée d'importants saignements potentiellement mortels. Cela se produit généralement dans des régions comme l'Afrique, où les gens n'ont pas accès à l'eau potable. L'imputation de cette affection au virus **Ebola** est un concept médical dépourvu de tout fondement scientifique (« ... le monde est exposé à des scénarios d'horreur à propos d'Ebola. Ces reportages choquants négligent le fait que l'existence et les effets pathogènes de tous ces virus prétendument contagieux et même mortels n'ont jamais été prouvés », Torsten Engelbrecht, Claus Köhnlein, *Virus Mania*, p. 25).

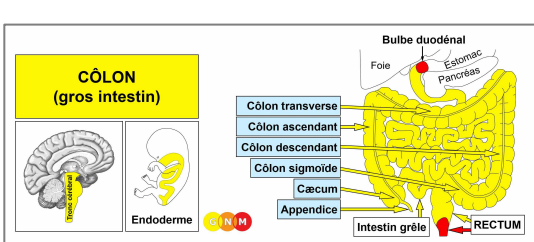
Notez que, sur cette image « Alerte Virus Ebola », le visage de la « victime d'Ebola » est marqué par la variole, laquelle n'a rien à voir avec Ebola. Selon le *Center for Disease Control* [Centre de contrôle des maladies], les « symptômes d'Ebola » sont la diarrhée, les vomissements, la douleur abdominale, la fièvre et de forts maux de tête.

La **maladie de Crohn** est la phase de guérison d'un « conflit du morceau indigeste ». L'**iléocolite**, qui affecte la dernière partie de l'intestin grêle, est la forme la plus courante de la maladie de Crohn. Les **symptômes** sont une **diarrhée persistante avec élimination de mucus**, généralement accompagnée de **sang** (un méléna (selles de goudron)), de **douleurs abdominales** et d'une **inflammation** de l'intestin. Une affection chronique indique que des rechutes conflictuelles prolongent le processus de guérison (guérison en suspens). La **maladie de Crohn**

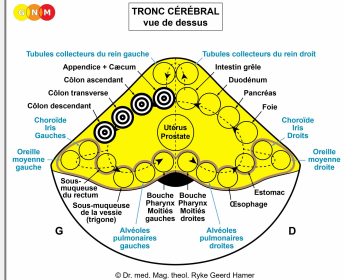
**récurrente** se caractérise par des poussées qui surviennent chaque fois que la personne réactive un rail, avec des périodes sans affections entre les deux.

Les **allergies alimentaires accompagnées de diarrhées récurrentes** révèlent qu'une « colère indigeste » liée à un aliment particulier (lait, noix, blé, fruits de mer, un certain fruit ou légume) n'a pas été complètement résolue. Les **allergies alimentaires multiples** indiquent que plusieurs aliments, y compris des ingrédients alimentaires (sucre, sel, lactose), sont enregistrés dans le subconscient comme des rails liés au DHS originel. Tout aliment supposé être la source probable de l'« allergie » constitue un nouveau « morceau indigeste », lequel est ajouté à la liste des rails du conflit. Les personnes toujours soucieuses de ne pas manger quelque chose de « toxique » ou de « mauvais » sont donc plus sujettes à développer des allergies alimentaires multiples. Dans le cas de l'« **intolérance au gluten** » ou **maladie cœliaque**, le gluten présent dans le blé et autres céréales apparentées est associé à un « conflit de colère indigeste ». Le contact répété avec le blé (« allergène ») finit par provoquer une inflammation de l'intestin grêle. Le régime sans gluten, qui est le traitement habituellement recommandé, revient à se tenir à l'écart du rail du gluten sans aborder la cause véritable.

**REMARQUE :** en médecine conventionnelle, certains aliments sont considérés comme des déclencheurs de **choc anaphylactique**. L'anaphylaxie est considérée comme une réaction du système immunitaire à un allergène, comme les noix, les crustacés ou les produits laitiers. Du point de vue de la GNM, ces symptômes sont évoqués par une rechute du conflit (« allergie »), par exemple, un conflit de peur dans le territoire (difficultés respiratoires), un « conflit du morceau » (gonflement de la langue), ou un conflit de séparation (urticaire, évanouissement) provoqué par la réactivation d'un rail du conflit. Il est tout à fait possible qu'une forte rechute du conflit entraîne des complications. Un véritable choc anaphylactique, accompagné d'une chute brutale de la tension artérielle et d'une perte de conscience pouvant entraîner la mort, est provoqué par une surexposition à des produits chimiques tels que des médicaments (morphine, aspirine et autres), des colorants pour radiographie, des produits de contraste, des venins et autres poisons.



**DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DU CÔLON :** situé après l'intestin grêle, le côlon est la dernière partie du tractus gastro-intestinal. Le côlon est divisé en plusieurs parties. La première partie du gros intestin est le **cæcum avec son appendice**, lequel cæcum est un tube en forme de poche relié au **côlon ascendant** et dont l'extrémité est fermée. Le **côlon transverse** s'étend du côté droit au côté gauche du corps, où il rejoint le **côlon descendant**. Le côlon sigmoïde est la dernière partie du gros intestin. À l'origine, l'ensemble du tractus intestinal (intestin grêle + côlon) servait à l'absorption (qualité absorbante) et à la digestion (qualité sécrétrice) des aliments. Aujourd'hui, le côlon ne sécrète que du mucus et constitue la partie du tractus intestinal où les résidus alimentaires sont transformés en fèces et conduits vers le rectum d'où ils sont évacués. Le côlon consiste en un épithélium cylindrique intestinal, lequel provient de l'endoderme ; il est donc contrôlé par le tronc cérébral.



**NIVEAU CÉRÉBRAL :** dans le **tronc cérébral**, le côlon a quatre centres de contrôle qui sont positionnés de manière ordonnée dans l'anneau formé par les relais cérébraux qui contrôlent les organes du tube digestif, plus précisément, entre le relais de l'intestin grêle et celui du rectum.

Les centres de contrôle du côlon sont situés du côté gauche du tronc cérébral, en commençant par le relais cérébral du cæcum et de l'appendice, et en continuant dans le sens antihoraire avec les centres de contrôle du côlon

ascendant, du côlon transverse et du côlon descendant. Au niveau organique, l'intestin grêle et le côlon sont séparés par la valvule iléo-cæcale, laquelle correspond, au niveau cérébral, à la transition entre les deux hémisphères du tronc cérébral.

**CONFLIT BIOLOGIQUE** : le conflit biologique lié au côlon (à l'exception du côlon sigmoïde) est un « **conflit du morceau indigeste** » (voir aussi l'estomac, le duodénum, l'intestin grêle et le pancréas). Pour les animaux, un morceau indigeste est un véritable morceau de nourriture ; pour l'homme, il peut aussi s'agir d'un « morceau » figuré, par exemple, une voiture, une maison ou un objet de valeur. Nous pouvons également percevoir certaines circonstances ou un événement désagréable comme un « morceau » et vivre ce conflit lorsque la situation est considérée comme « indigeste » ou « non absorbable », par exemple, lorsqu'un achat, une promotion ou une promesse anticipés ne peuvent pas être « obtenus ». La particularité du conflit du morceau correspondant au côlon, y compris l'appendice et le cæcum, est que le **conflit est vécu comme particulièrement « affreux »**, par exemple, d'affreuses disputes pour de l'argent ou une propriété, d'affreux divorces, d'affreux procès, ou d'affreuses trahisons.

Conformément à la logique de l'évolution, les **conflits du morceau** constituent le principal thème conflictuel associé aux [organes contrôlés par le tronc cérébral](#) et dérivant de l'endoderme.

**PHASE DE CONFLIT ACTIF** : dès le DHS, durant la phase de conflit actif, les cellules du gros intestin prolifèrent proportionnellement à l'intensité du conflit. Le **sens biologique de cette prolifération cellulaire** est de faciliter la digestion du morceau. Même si le côlon n'a plus de fonction digestive, en cas de conflit biologique, le gros intestin répond toujours par une augmentation cellulaire, car, à l'origine, l'ensemble du tractus intestinal servait à la digestion des aliments. Lors d'une activité conflictuelle prolongée (conflit en suspens), une tumeur ou **cancer du côlon** se développe en conséquence de la continue augmentation du nombre de cellules. La tumeur se développe soit de manière étalée (de type absorbant), soit en forme de chou-fleur (de type sécréteur). Si le taux de division cellulaire dépasse une certaine limite, la médecine conventionnelle considère le cancer comme « malin » ; en dessous de cette limite, la tumeur est considérée comme « bénigne » ou diagnostiquée comme un **polype intestinal** (voir aussi la phase de guérison). Il n'y a pas de symptômes durant la phase de conflit actif. Cependant, une grosse tumeur réduit la lumière du côlon (formant des « selles étroites en forme de crayon »), ce qui peut conduire à une occlusion intestinale nécessitant une intervention chirurgicale.

**PHASE DE GUÉRISON** : dès la résolution du conflit ([CL](#)), les champignons ou les mycobactéries telles que le bacille tuberculeux éliminent les cellules qui ne sont plus requises. Les **symptômes de guérison** sont une **diarrhée** (qualité excrétrice), une présence de **sang dans les selles** (un méléna (selles de goudron)), des **crampes abdominales** (qualité motrice), en particulier pendant la Crise Épileptoïde (voir la colique intestinale), et des **sueurs nocturnes**. Une « **prolifération de levures intestinales** » indique que des champignons participent au processus de guérison. Une « infection intestinale » accompagnée de diarrhée (avec présence de sang) et de douleurs abdominales peut également être causée par la participation de la bactérie ***Escherichia coli* (*E. coli*)** qui colonise l'intestin grêle et le gros intestin (voir l'infection du trigone endodermique de la vessie par *E. coli*). En fonction de l'intensité de la phase de conflit actif, l'intensité des symptômes peut varier de légère à sévère.

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



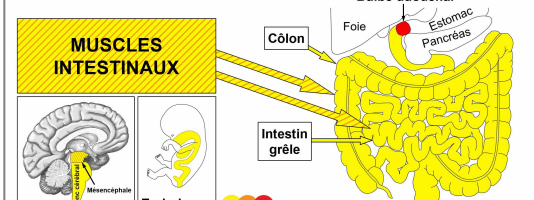


Sur ce scanner cérébral, nous voyons l'impact d'un « conflit du morceau indigeste » dans le relais du côlon, du côté gauche du tronc cérébral (flèches jaunes – [voir le diagramme GNM](#)). L'œdème cérébral (hypodense ; apparaissant en foncé) indique que la personne est en [PCL-A](#). Il y a un œdème supplémentaire (accumulation de liquide) dans le relais du foie (petite flèche jaune), ce qui révèle qu'un conflit de famine a également été résolu. Un conflit de famine est souvent déclenché par un diagnostic de cancer du côlon perçu comme le fait de ne plus pouvoir utiliser son intestin pour se nourrir, c'est-à-dire « mourir de faim ». C'est pourquoi le cancer du foie est le plus fréquent des cancers consécutifs au cancer du côlon. Cela n'a rien à voir avec les « cellules cancéreuses métastatiques ».

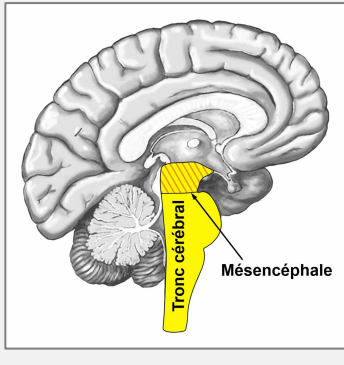
Avec le SYNDROME dû à un conflit d'abandon ou d'existence actif impliquant les tubules collecteurs du rein, l'eau retenue en excès est stockée dans la zone en cours de guérison. L'accroissement du gonflement peut obstruer le côlon ; dans l'appendice, une occlusion peut déjà se produire durant la phase de conflit actif. C'est au cours de la phase de guérison que l'appendice s'enflamme, ce qui provoque une **appendicite**. Une rupture de l'appendice se produit lorsque la Crise Épileptoïde est intense.

La **colite** est une inflammation de l'intestin accompagnée de **douleurs abdominales**, de **flatulences** et de **diarrhée**, avec, potentiellement, du sang dans les selles. Comme pour la maladie de Crohn, la colite ulcéreuse se développe après la résolution du conflit ([CL](#)). Les symptômes persistants indiquent des rechutes conflictuelles qui interrompent et, par conséquent, prolongent la guérison (guérison en suspens). Ce que l'on appelle le « **syndrome de l'intestin irritable** » (SCI) est également le signe qu'un « conflit du morceau indigeste » a été résolu. Par rapport à la colite, les symptômes sont moins intenses.

La **diverticulite** est le résultat d'une guérison prolongée dans l'intestin. En raison du continu processus d'élimination des cellules, la paroi intestinale s'amincit, ce qui entraîne la formation de poches (diverticules) à l'extérieur du côlon. La diverticulite est l'affection qui se manifeste par l'inflammation d'une telle poche en raison de rechutes du conflit.



**DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DES MUSCLES INTESTINAUX** : la paroi de l'intestin grêle et du côlon est constituée de muscles lisses. Les muscles longitudinaux régulent la contraction musculaire tandis que les muscles transversaux régulent leur relaxation. L'alternance rythmique des contractions et des relâchements provoque un mouvement péristaltique (qualité motrice) qui déplace le « morceau de nourriture » le long du tractus intestinal (voir aussi le muscle cardiaque et le « morceau de sang » ; les muscles de la pupille et le « morceau de lumière »). Les muscles lisses de l'intestin proviennent de l'endoderme et sont contrôlés par le mésencéphale.



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

**CONFLIT BIOLOGIQUE** : le conflit biologique lié aux muscles intestinaux est le fait de « **ne pas pouvoir faire passer un morceau indigeste** ». Cela se rapporte à un « morceau » au sens propre (un morceau de nourriture) ou au sens figuré (quelque chose d'« indigeste » qui n'« avance » pas, par exemple, un procès).

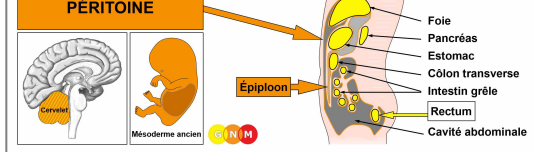
### PHASE DE CONFLIT ACTIF :

augmentation de la **contraction locale et tonique du muscle (hypertonie)**. Le péristaltisme local (**colique locale**) a pour **sens biologique** de faire avancer le morceau avec plus de force. Durant cette période, le péristaltisme dans le reste de l'intestin ralentit, ce qui provoque une **constipation** et un **ballonnement abdominal** dû à l'expansion des muscles intestinaux. **REMARQUE** : la constipation peut survenir au cours de n'importe quelle phase de conflit actif, car en sympathicotonie la digestion est ralentie ; il en va de même en cas de consommation insuffisante de liquide (voir aussi l'émission réduite d'urine liée aux tubules collecteurs du rein et qui provoque des selles sèches, dures et difficiles à faire passer).

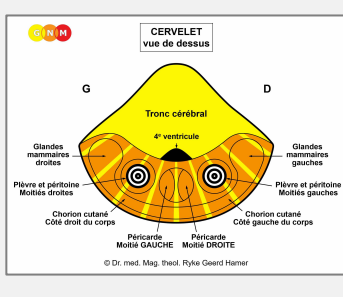
### PHASE DE GUÉRISON :

**hyperpéristaltisme clonique de tout l'intestin (colique intestinale)** ; durant la **Crise Épileptoïde, forte augmentation des crampes toniques locales** avec **flatulence** (péristaltisme stagnant dans le reste de l'intestin). **REMARQUE** : lorsque les muscles striés, par exemple, les muscles squelettiques, traversent la Crise Épileptoïde, les crampes toniques et cloniques se produisent en même temps. Si les crampes abdominales (qualité motrice) sont suivies d'une diarrhée (qualité sensorielle), cela indique que les Programmes Biologiques Spéciaux de la muqueuse intestinale et des muscles intestinaux se déroulent simultanément (pour digérer et faire avancer le « morceau indigeste »).

**REMARQUE** : en médecine conventionnelle, un péristaltisme très lent ou stagnant est généralement diagnostiqué comme un « **iléus paralytique** » ou une occlusion intestinale. Dr Hamer : « C'est inexact, car il n'y a pas de "paralyse" des muscles intestinaux lisses, sauf celle causée par la toxicité de médicaments comme la morphine. »



**DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DU PÉRITOINE** : le péritoine est constitué d'une membrane séreuse à deux couches. Le péritoine pariétal tapisse la cavité abdominale tandis que le péritoine viscéral (y compris le **rétopéritoine**) recouvre les organes individuels tels que le foie, la rate, le pancréas, l'estomac, le duodénum, l'intestin grêle, le côlon avec l'épiploon, la partie supérieure du rectum, les reins, la vessie, ainsi que l'utérus, les ovaires et les testicules (la tunique vaginale du testicule). La cavité péritonéale entre les deux couches péritonéales est remplie d'un liquide qui lubrifie les surfaces péritonéales. En matière d'évolution, le péritoine s'est développé en même temps que la plèvre, le péricarde et le chorion cutané. Le péritoine provient du mésoderme ancien et est donc contrôlé par le cervelet.



**NIVEAU CÉRÉBRAL** : la moitié droite du péritoine est contrôlée par le côté gauche du **cervelet** ; la moitié gauche du péritoine est contrôlée par le côté droit du cervelet. Il existe donc une corrélation croisée entre le cerveau et l'organe.

**REMARQUE** : le péritoine et la plèvre partagent les mêmes relais cérébraux, car, à l'origine, la membrane péritonéale et la membrane pleurale formaient un complexe, lequel a ensuite été divisé par le diaphragme qui sépare le thorax de la cavité abdominale.

**CONFLIT BIOLOGIQUE** : le conflit biologique lié au péritoine est un conflit d'attaque, plus précisément, une **attaque contre l'abdomen** (voir aussi les conflits d'attaque liés à la plèvre, au péricarde et au chorion cutané).

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

Une attaque contre l'abdomen est vécue, par exemple, lors d'une attaque par un animal, lors d'un coup de pied, d'un coup de poing ou d'un coup de couteau dans l'estomac ou le ventre au cours d'une bagarre ; il en va de même pour les attaques par-derrière, contre les reins. Des mots « tranchants » ou des menaces (« Je vais te tuer ! ») adressés à quelqu'un peuvent également être perçus comme une attaque, affectant la région rétropéritonéale si l'insulte verbale est perçue comme un « coup de poignard dans le dos ».

Cependant, une intervention chirurgicale dans la région abdominale (césarienne, hystérectomie, ablation d'une tumeur, transplantation d'un rein ou d'un foie), la peur d'une opération (s'imaginer « être ouvert avec un scalpel »), les **pompes invasives pour les plaies**, les tubes de dialyse péritonéale (insertion d'un cathéter dans la paroi abdominale pour filtrer le sang), ou les biopsies et les ponctions, y compris l'amniocentèse où l'utérus, la poche qui contient le fœtus, est perforé, déclenchent également ce conflit. Un diagnostic de cancer du côlon, de cancer de l'ovaire ou de cirrhose du foie peut être perçu comme une « attaque » contre l'intégrité de l'organe. Les conflits d'attaque peuvent également provenir de l'intérieur, par exemple, à travers des douleurs abdominales aiguës (maux d'estomac, colique intestinale, douleurs menstruelles) ou des douleurs lors de rapports sexuels.

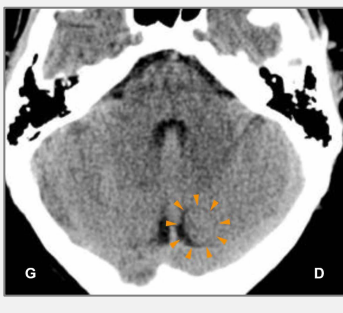
**PHASE DE CONFLIT ACTIF** : dès le DHS, durant la phase de conflit actif, les cellules péritonéales prolifèrent proportionnellement à l'intensité du conflit. Le **sens biologique de cette prolifération cellulaire** est de créer un renfort interne pour protéger l'abdomen contre de nouvelles attaques. Lors d'une activité conflictuelle prolongée (conflit en suspens), une masse en forme de bulbe se forme à l'endroit concerné ; une prolifération cellulaire étalée se produit généralement lorsque le conflit d'attaque a été de nature plus générale. En médecine conventionnelle, l'épaississement du péritoine est diagnostiqué comme un **mésothéliome (rétro)péritonéal** (voir aussi le mésothéliome de l'épiploon, le mésothéliome pleural, le mésothéliome péricardique et le mésothéliome testiculaire). Si le taux de division cellulaire dépasse une certaine limite, le cancer est alors considéré comme « malin ».

**REMARQUE** : le fait que le mésothéliome se produise du côté droit ou gauche du péritoine est déterminé par la latéralité de la personne ainsi que par le fait que le conflit soit lié à la mère/enfant ou au partenaire. Un conflit localisé affecte la zone associée à l'attaque.

**PHASE DE GUÉRISON** : dès la résolution du conflit (**CL**), les champignons, le bacille tuberculeux ou d'autres bactéries éliminent les cellules qui ne sont plus requises. Les **symptômes de guérison** sont des **douleurs abdominales** et des **sueurs nocturnes**. Avec une inflammation, cette affection est appelée **péritonite**. Après la décomposition des cellules supplémentaires, des cavernes subsistent. Au fil du temps, ces cavernes se remplissent de calcium dont le dépôt est visible sur une radiographie aux rayons X.

**Si les microbes nécessaires ne sont pas disponibles au moment de la résolution du conflit**, du fait de leur destruction par une utilisation excessive d'antibiotiques, les cellules supplémentaires restent en place. À terme, la masse se retrouve encapsulée de tissu conjonctif. Désormais, la médecine conventionnelle considère ce cancer comme « bénin ».

Durant la phase de guérison (en **PCL-A**), le liquide contenu dans le péritoine est naturellement absorbé par la membrane péritonéale (**péritonite sèche**). Cependant, une rétention d'eau due au SYNDROME augmente l'accumulation de liquide (**péritonite humide**), ce qui provoque une douleur aiguë. Si des bactéries participent à la guérison, le liquide contient du pus (**péritonite purulente**, péritonite tuberculeuse). Le péritoine n'étant pas divisé en une partie droite et gauche, un **épanchement péritonéal exsudatif** (accumulation de liquide en excès) se répand dans l'ensemble du péritoine (à comparer avec un épanchement pleural et un épanchement péricardique). Seul l'emplacement du Foyer de Hamer dans le cerveau permet de savoir de quel côté de l'abdomen l'attaque a été perçue et donc à partir de quel hémisphère cérébral le Programme Biologique Spécial est contrôlé.



Ce scanner cérébral montre un Foyer de Hamer dans le relais cérébral de la moitié gauche du péritoine ([voir le diagramme GNM](#)) correspondant à un conflit d'attaque.

Une rétention d'eau simultanée résultant d'un conflit d'abandon ou d'existence actif se manifeste par une **ascite abdominale**. Chez une personne en surpoids, l'ascite peut passer inaperçue.



Avec un intense conflit d'existence, souvent provoqué par le choc d'un diagnostic ou une hospitalisation, ou après une intervention chirurgicale dans la région abdominale, une ascite peut devenir très importante. Ainsi, **chez une personne ayant un cancer** tel qu'un cancer du foie, un cancer du pancréas, un cancer du côlon, un cancer de l'ovaire, un cancer de l'utérus ou un mésothéliome péritonéal, **une ascite révèle toujours un état d'angoisse**. Il en va de même lorsqu'une personne souffre d'une hépatite chronique.

Chez les personnes ayant une cirrhose du foie, la médecine conventionnelle attribue l'accumulation de liquide dans le péritoine à une hypertension artérielle dans la veine porte du foie. Du point de vue de la GNM, l'ascite révèle plutôt des conflits récurrents de colère dans le territoire affectant les canaux biliaires et se déroulant parallèlement à des conflits d'abandon ou d'existence en cours.

Le liquide péritonéal est riche en protéines. Ainsi, le drainage de cet excès de liquide peut entraîner de graves complications, car l'organisme tente alors de compenser le manque de protéines en les prélevant dans les organes, ce qui entraîne une rapide perte de poids. Selon le Dr Hamer, 60 à 70 % des patients meurent de telles complications. Il conseille donc de ne pas drainer plus de 1,5 litre à la fois afin de prévenir une importante carence en protéines. En outre, une perforation du péritoine déclenche souvent de nouveaux conflits d'attaque, ainsi que des rechutes de conflit à chaque intervention, ce qui enferme la personne dans un cercle vicieux. Le Dr Hamer recommande d'éviter toute ponction et d'utiliser à la place, un petit cathéter à ballonnet qui permet aux patients de réguler eux-mêmes le drainage de l'ascite.

**REMARQUE :** du liquide pénètre également dans le péritoine lorsque des os tels que les vertèbres situées au niveau de l'abdomen sont en cours de guérison ; guérison consécutive à un conflit de dévalorisation de soi provoqué, par exemple, par le diagnostic d'un cancer du côlon, d'un cancer du foie ou d'un cancer de l'ovaire, ou encore par une hystérectomie. L'œdème important, généralement causé par une rétention d'eau due au SYNDROME, « suinte » à travers le périoste dans le péritoine, créant ce que l'on appelle un **épanchement péritonéal transsudatif** (lequel ne contient pas de protéines !).

Le **GRAND ÉPIPLOON** est un double pli péritonéal qui pend comme un tablier sur les intestins, offrant ainsi une protection supplémentaire à l'abdomen. La surface lubrifiée de la membrane (qualité sécrétrice) confère à l'épiploon une motilité particulière.

**CONFLIT BIOLOGIQUE :** le conflit biologique lié au grand épiploon est un **conflit abdominal affreux**, vécu comme une détresse aiguë en rapport avec l'abdomen. Un diagnostic de cirrhose du foie, de cancer du côlon ou de cancer de l'ovaire peut évoquer ce conflit.



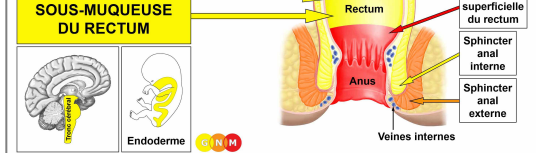
« Les chercheurs en cancérologie se sont demandé pourquoi les cellules cancéreuses de l'ovaire étaient tellement attirées par la cavité abdominale, en particulier par l'épiploon ».

*Medical News Today, 18 juillet 2013*

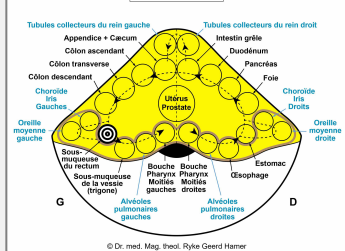
**PHASE DE CONFLIT ACTIF** : dès le DHS, durant la phase de conflit actif, les cellules de l'épiploon prolifèrent proportionnellement à l'intensité du conflit. Le **sens biologique de cette prolifération cellulaire** est d'augmenter la sécrétion de lubrifiant afin d'améliorer la motilité de l'épiploon. Cela permet également d'envelopper des foyers inflammatoires (**abcès froids**) ou de colmater une perforation de l'appendice, empêchant ainsi le contenu intestinal de se répandre dans l'abdomen. Lors d'une activité conflictuelle prolongée (conflit en suspens), une masse en forme de chou-fleur (de type sécréteur) se forme en conséquence de la continuelle augmentation cellulaire. En médecine conventionnelle, cela est diagnostiqué comme un **mésothéliome de l'épiploon** (voir aussi le mésothéliome péritonéal, le mésothéliome pleural, le mésothéliome péricardique et le mésothéliome testiculaire). Si le taux de division cellulaire dépasse une certaine limite, alors le cancer est considéré comme « malin ».

**PHASE DE GUÉRISON** : dès la résolution du conflit (**CL**), les champignons, le bacille tuberculeux ou d'autres bactéries éliminent les cellules qui ne sont plus requises. Les adhérences sont le résultat d'un processus de guérison prolongé (guérison en suspens).

**Si les microbes nécessaires ne sont pas disponibles au moment de la résolution du conflit**, du fait de leur destruction par une utilisation excessive d'antibiotiques, les cellules supplémentaires restent en place. À terme, la masse se retrouve encapsulée de tissu conjonctif. Dans ce cas, le « cancer » est considéré comme « bénin ».



**DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DU CÔLON SIGMOÏDE ET DE LA SOUS-MUQUEUSE DU RECTUM** : le côlon sigmoïde est la dernière partie du gros intestin, laquelle rejoint le rectum. Le rectum est relié à l'anus, l'ouverture par laquelle les déchets sous forme de selles sont évacués de l'organisme. Pour faciliter l'expulsion des matières fécales, les sphincters anaux se relâchent, ce qui permet aux fèces de sortir du tractus intestinal. Le côlon sigmoïde et la sous-muqueuse du rectum consistent en un épithélium cylindrique intestinal, lequel provient de l'endoderme ; ils sont donc contrôlés par le tronc cérébral.



**NIVEAU CÉRÉBRAL** : dans le **tronc cérébral**, le centre de contrôle du côlon sigmoïde et de la sous-muqueuse du rectum est positionné de manière ordonnée dans l'anneau formé par les relais cérébraux qui contrôlent les organes du tube digestif, plus précisément, dans l'hémisphère gauche du tronc cérébral juste après le centre de contrôle du côlon descendant.

**CONFLIT BIOLOGIQUE** : le conflit biologique lié au côlon sigmoïde et à la sous-muqueuse du rectum est un « **conflit de fèces** », ou **conflit de « se retrouver dans la merde »**. Le conflit est soit lié à un véritable **morceau** de « fèces » (matières fécales humaines ou animales), soit vécu au sens figuré et provoqué, par exemple, par une sale besogne, une calomnie malveillante, de viles accusations, autrement dit, par le fait de se retrouver dans la « merde » (à distinguer du conflit de fèces, lié aux canaux périanaux et aux muscles du côlon sigmoïde et du rectum).

Conformément à la logique de l'évolution, les **conflits du morceau** constituent le principal thème conflictuel associé aux **organes contrôlés par le tronc cérébral** et dérivant de l'endoderme.

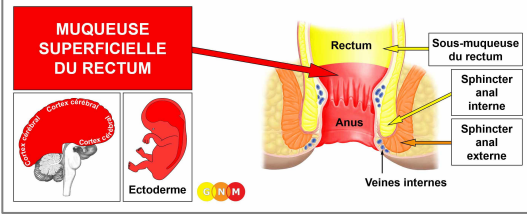
**PHASE DE CONFLIT ACTIF** : dès le DHS, durant la phase de conflit actif, les cellules du côlon sigmoïde et/ou de la sous-muqueuse du rectum prolifèrent proportionnellement à l'intensité du conflit. Le **sens biologique de cette prolifération cellulaire** est de faciliter la digestion du morceau. Même si le rectum n'a plus de fonction digestive, en cas de conflit biologique, l'organe répond toujours par une augmentation cellulaire, car, à l'origine, l'ensemble du tractus intestinal servait à la digestion des aliments. Lors d'une activité conflictuelle prolongée (conflit en suspens), une masse étalée (de type absorbant) ou en forme de chou-fleur (de type sécréteur) se développe dans le sigmoïde (immédiatement au-dessus du rectum) ou dans le rectum (sous la muqueuse superficielle du rectum). En médecine conventionnelle, cela est diagnostiqué comme un **cancer colorectal** (à distinguer du « cancer du rectum » lié à la muqueuse superficielle du rectum). Si le taux de division cellulaire dépasse une certaine limite, le cancer est considéré comme « malin » ; en dessous de cette limite, la masse est considérée comme « bénigne » ou diagnostiquée comme un **polype rectal** (voir aussi la phase de guérison).

**PHASE DE GUÉRISON** : dès la résolution du conflit (**CL**), les champignons ou les mycobactéries telles que le bacille tuberculeux éliminent les cellules qui ne sont plus requises. Les **symptômes de guérison** sont des **saignements du rectum**, des **selles de goudron** et des **sueurs nocturnes**. Des **crampes ou des spasmes du rectum** (qualité motrice) se produisent durant la Crise Épileptoïde (voir aussi les spasmes rectaux liés à la muqueuse superficielle du rectum, aux muscles lisses du rectum, au sphincter anal interne, ainsi qu'aux muscles striés du rectum et au sphincter anal externe). En fonction de l'intensité de la phase de conflit actif, l'intensité des symptômes peut varier de légère à sévère.

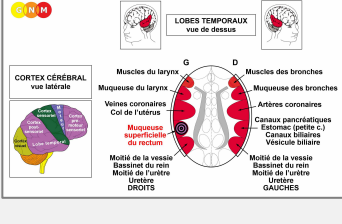
Comme pour le cancer du côlon, le cancer du rectum n'est généralement découvert qu'en phase de guérison, lorsqu'il commence à saigner ou à occasionner une gêne. Avec une rétention d'eau due au SYNDROME, le gonflement augmente et peut provoquer une occlusion du rectum (en **PCL-A**). Après la Crise Épileptoïde, le gonflement se résorbe.

Lorsque le bacille tuberculeux élimine une tumeur du rectum, un abcès peut se former au cours du processus de guérison. En médecine conventionnelle, de tels **abcès du rectum** avec gonflement et écoulement de sang sont souvent diagnostiqués à tort comme des hémorroïdes.

**Si les microbes nécessaires ne sont pas disponibles au moment de la résolution du conflit**, du fait de leur destruction par une utilisation excessive d'antibiotiques, les cellules supplémentaires restent en place. À terme, la masse se retrouve encapsulée. En médecine conventionnelle, cela est généralement diagnostiqué comme un « cancer bénin », un **polype rectal** (voir aussi la phase de conflit actif), ou comme des hémorroïdes.



**DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DE LA MUQUEUSE SUPERFICIELLE DU RECTUM** : la muqueuse superficielle du rectum recouvre environ 12 cm de la sous-muqueuse endodermique dans la partie inférieure du rectum. La muqueuse superficielle consiste en un épithélium pavimenteux, lequel provient de l'ectoderme ; elle est donc contrôlée par le cortex cérébral. La paroi interne de la partie inférieure du rectum est dotée de muscles striés.



**NIVEAU CÉRÉBRAL** : la muqueuse épithéliale du rectum est contrôlée par le **lobe temporal gauche** (une partie du **cortex post-sensoriel**). Son centre de contrôle est situé à côté du relais de la vessie et exactement en face du relais cérébral de l'estomac (petite courbure),

du pylore, du bulbe duodénal, des canaux biliaires et des canaux pancréatiques.

**CONFLIT BIOLOGIQUE** : le conflit biologique lié à la muqueuse superficielle du rectum est un **conflit féminin d'identité** ou un **conflit masculin de colère dans le territoire**, en fonction du genre, de la latéralité et du statut hormonal de la personne (voir aussi la Constellation Agressive).

Genre, latéralité statut hormonal	Conflit biologique	Organes concernés
Homme droitier (SHN)	Conflit de colère dans le territoire	Estomac, canaux biliaires, canaux pancréatiques
Homme gaucher (SHN)	Conflit de colère dans le territoire	Muqueuse superficielle du rectum*
Homme droitier (FTT)	Conflit d'identité	Muqueuse superficielle du rectum
Homme gaucher (FTT)	Conflit d'identité	Estomac, canaux biliaires, canaux pancréatiques*
Femme droitière (SHN)	Conflit d'identité	Muqueuse superficielle du rectum
Femme gauchère (SHN)	Conflit d'identité	Estomac, canaux biliaires, canaux pancréatiques*
Femme droitière (FTE)	Conflit de colère dans le territoire	Estomac, canaux biliaires, canaux pancréatiques
Femme gauchère (FTE)	Conflit de colère dans le territoire	Muqueuse superficielle du rectum*

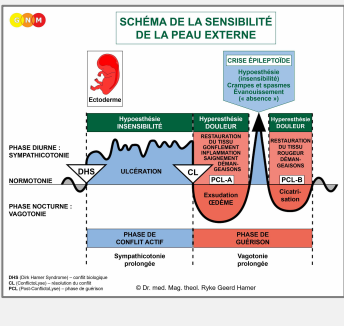
SHN = statut hormonal normal    FTT = faible taux de testostérone    FTE = faible taux d'œstrogène

**\*Chez les gauchers, le conflit est transféré dans l'hémisphère cérébral opposé**

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**.

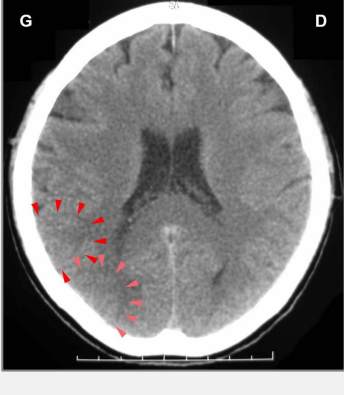
Un **conflit d'identité** fait référence à l'incapacité d'établir sa position ou sa place (« territoire »), au sens propre comme au sens figuré. Un déménagement non désiré, un changement d'école ou de lieu de travail peut provoquer ce conflit. Se sentir déstabilisé, ne pas savoir où est sa place, ne pas trouver sa place dans une relation, au sein de la famille, dans une équipe de travail, ou de manière plus générale dans une culture ou dans la société, ainsi que le fait de subir une discrimination en raison de ses croyances ou de son orientation sexuelle sont des exemples de ce qui peut évoquer un conflit d'identité. Le conflit est, dans une certaine mesure, un **conflit de décision** (ne pas savoir quel choix faire, ne pas savoir où aller).

**REMARQUE** : le marquage d'un lieu ou d'un territoire par des fèces ou de l'urine est un comportement typique des mammifères (voir aussi les glandes anales). Ainsi, le conflit d'identité lié au rectum est semblable à un conflit de marquage impliquant le bassinot du rein, les uretères, la vessie et l'urètre. Dans le cerveau, les centres de contrôle du rectum et de la vessie sont situés l'un à côté de l'autre.



Le Programme Biologique Spécial de la **muqueuse superficielle du rectum** 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 de la muqueuse épithéliale du rectum** proportionnelle à l'intensité et à la durée de l'activité conflictuelle. Le **sens biologique de cette perte cellulaire** est d'élargir le rectum afin de permettre une défécation plus rapide, et ainsi de mieux établir sa place.



Ce scanner cérébral montre un Foyer de Hamer dans le relais du rectum (flèches rouges supérieures) et dans le relais de la vessie (flèches rouges inférieures – voir le diagramme GNM) respectivement liés à un conflit d'identité et à un conflit de marquage. Les contours nets des Foyers de Hamer révèlent que les deux conflits sont actifs. À ce stade, il n'y a aucun symptôme, car ces deux organes suivent le schéma de la sensibilité de la peau externe (hyposensibilité).

Lors d'une activité conflictuelle prolongée, la perte continue de tissu dans la muqueuse du rectum provoque de petites déchirures que l'on appelle des **fissures anales**. Une fissure anale peut rapidement

s'agrandir, par exemple, lors de l'évacuation de selles dures.

**PHASE DE GUÉRISON** : durant la première partie de la phase de guérison (**PCL-A**), la perte de tissu est reconstituée par une **prolifération cellulaire**. Une **proctite** survient lorsque le processus de guérison de la muqueuse du rectum s'accompagne d'une inflammation. Le **gonflement**, causé par l'œdème, se manifeste par des **hémorroïdes** dans la partie inférieure du rectum (hémorroïdes internes) ou autour de l'anus (hémorroïdes externes). Avec une rétention d'eau due à un conflit d'abandon ou d'existence actif (**SYNDROME**), les hémorroïdes deviennent beaucoup plus grosses. En médecine conventionnelle, cette « masse » peut être diagnostiquée comme un « **cancer du rectum** » (à distinguer du cancer du rectum lié à la sous-muqueuse du rectum). 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 une **douleur brûlante au niveau du rectum**, des **démangeaisons anales**, des **saignements du rectum** (lorsque les selles sont dures, les hémorroïdes se fissurent et saignent) ainsi que des **crampes ou des spasmes douloureux des muscles du rectum** si les muscles striés voisins de la muqueuse interne du rectum subissent la Crise Épileptoïde en même temps (voir aussi les spasmes du rectum liés à la sous-muqueuse du rectum, aux muscles lisses du rectum, au sphincter anal interne, ou aux muscles striés du rectum et au sphincter anal externe). En fonction de l'intensité de la phase de conflit actif, l'intensité des symptômes peut varier de légère à sévère. La phase de guérison se caractérise par une sensation de vidange incomplète des intestins après la défécation, appelée **ténisme rectal** (à comparer avec le ténisme de la vessie).

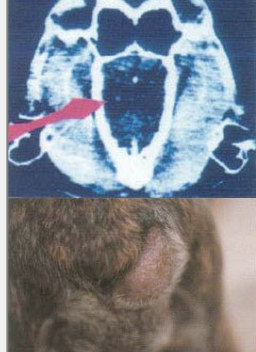
**REMARQUE** : toutes les Crises Épileptoïdes contrôlées par le **cortex sensoriel, post-sensoriel ou prémoteur sensoriel** sont accompagnées de **troubles de la circulation**, d'**étourdissements**, de brefs **troubles de la conscience** ou d'une **perte totale de conscience** (évanouissement ou « absence »), 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).

La médecine conventionnelle affirme que les hémorroïdes sont des « varices » dans la région rectale. En réalité, le gonflement se produit dans la muqueuse épithéliale du rectum. L'étude des scanners cérébraux réalisée par le Dr Hamer démontre que toute personne souffrant d'hémorroïdes présente un Foyer Hamer dans le **cortex cérébral**, dans le centre de contrôle de la muqueuse superficielle du rectum, et non dans la moelle cérébrale, d'où sont contrôlés les vaisseaux sanguins (voir aussi les varices œsophagiennes liées à tort à une cirrhose du foie).

Selon les statistiques, les hémorroïdes sont plus fréquentes chez les femmes pendant la grossesse. Elles seraient causées par le poids du bébé. Du point de vue de la GNM, une femme enceinte développe des hémorroïdes uniquement lorsqu'elle se trouve en phase de guérison d'un conflit d'identité ou de décision. C'est pourquoi toutes les femmes enceintes n'ont pas cette affection.

**REMARQUE** : des hémorroïdes peuvent également se produire à la suite d'une déchirure de la région rectale pendant l'accouchement ou à cause d'efforts pendant une défécation difficile. Que les hémorroïdes soient le résultat d'une blessure (sans DHS) ou d'un conflit lié au rectum, le processus de guérison reste le même.

**L'ablation chirurgicale des hémorroïdes** n'est qu'une « solution » temporaire, car, si le conflit n'a pas été complètement résolu, de nouvelles hémorroïdes se développent à la rechute suivante du conflit, déclenchée par l'activation d'un rail mis en place lors du conflit d'identité initial.





Les animaux ont aussi des hémorroïdes.

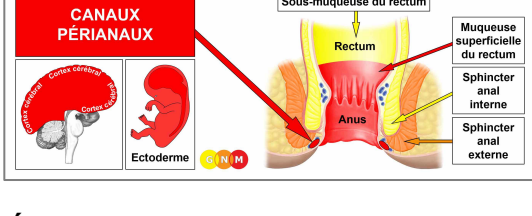
Ce scanner cérébral est celui d'un chien. La flèche rouge pointe vers le relais cérébral de la muqueuse superficielle du rectum, du côté gauche du cortex cérébral ([voir le diagramme GNM](#)) – preuve éclatante montrant que l'homme partage les Programmes Biologiques Spéciaux avec d'autres espèces.

L'image montre d'importantes hémorroïdes. Le chien avait vécu un conflit d'identité lors d'un déménagement. Les hémorroïdes sont apparues après que le chien se soit installé dans sa nouvelle maison.

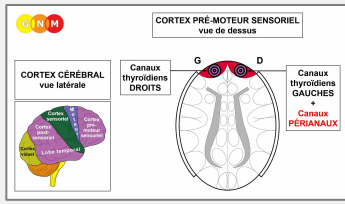


Le chien en question était l'un des chiens du Dr Hamer.

« Nos boxers, Basso, le mâle, à droite, et Kimba, la femelle, à gauche, ont été “transplantés” de Cologne à Rome. Kimba a vécu un conflit d'identité (“où est ma place ?”) », *Summary of the New Medicine* [Résumé de la Médecine Nouvelle], 2000.



**DÉVELOPPEMENT ET FONCTIONNEMENT DES CANALUX PÉRIANAUX** : les canaux périanaux conduisent le liquide produit par les glandes anales dans le rectum afin de faciliter la défécation. Les glandes elles-mêmes sont situées de part et d'autre de l'anus, entre le sphincter anal interne et le sphincter anal externe. Chez les mammifères, ces glandes sont appelées « glandes odorantes », car elles permettent aux animaux de marquer leur territoire (en plus des fèces et de l'urine) et d'identifier les membres d'une même espèce. La muqueuse des canaux périanaux consiste en un épithélium pavimenteux, lequel provient de l'ectoderme ; elle est donc contrôlée par le cortex cérébral.

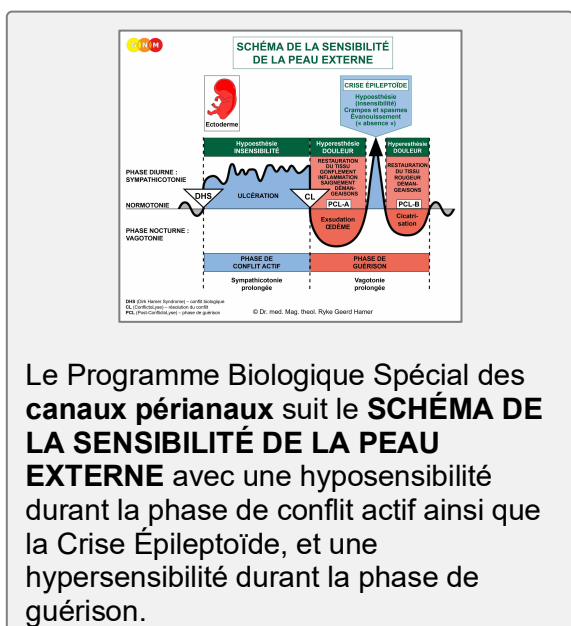


**NIVEAU CÉRÉBRAL** : la muqueuse épithéliale des canaux périanaux est contrôlée par le côté droit du **cortex pré-moteur sensoriel**.

Le centre de contrôle des canaux périanaux est situé exactement en face du relais cérébral qui contrôle les canaux thyroïdiens droits. Voici pourquoi : à l'origine, avant que le gosier ne s'ouvre, la thyroïde était une glande exocrine qui libérait de la thyroxine dans les deux parties de l'intestin. Les canaux thyroïdiens droits (contrôlés par le côté gauche du cerveau) excrétaient dans la partie entrante (la bouche et le pharynx d'aujourd'hui, l'œsophage, l'estomac et le duodénum, l'intestin grêle) pour faciliter la digestion des aliments ; les canaux thyroïdiens gauches (contrôlés par le côté droit du cerveau) excrétaient dans la partie sortante (le rectum d'aujourd'hui) pour accélérer l'élimination des fèces. Cependant, lorsque le gosier s'est ouvert, une partie des canaux thyroïdiens gauches est restée dans le rectum. Ces restes sont les canaux périanaux d'aujourd'hui. La zone de contact entre les centres de contrôle cérébraux des canaux périanaux et des canaux thyroïdiens représente la rupture du gosier au niveau cérébral.

**CONFLIT BIOLOGIQUE** : le conflit biologique lié aux canaux périanaux correspond au fait de « **ne pas pouvoir éliminer les fèces assez rapidement** ». Un tel « **conflit de fèces** » peut être vécu au sens propre (constipation) ou au sens figuré, déclenché, par exemple, par une situation « merdique » que l'on est incapable d'« évacuer » assez rapidement (à distinguer du conflit de fèces lié au côlon sigmoïde ou à la sous-muqueuse du

rectum, ainsi qu'aux muscles du côlon sigmoïde et du rectum).

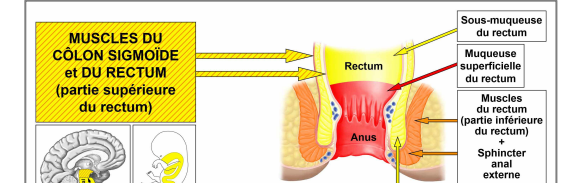


Le Programme Biologique Spécial des canaux périnaux suit le **SCHÉMA DE LA SENSIBILITÉ DE LA PEAU EXTERNE** avec une hyposensibilité durant la phase de conflit actif ainsi que la Crise Épileptoïde, et une hypersensibilité durant la phase de guérison.

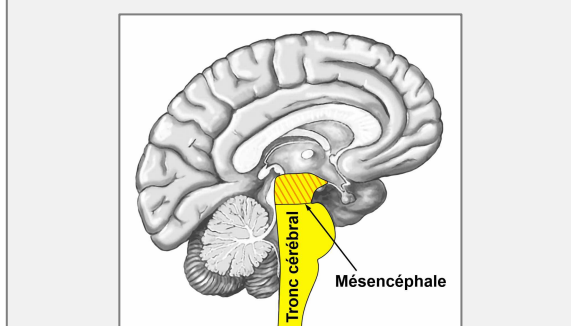
**PHASE DE CONFLIT ACTIF** : **ulcération de la muqueuse des canaux périnaux** proportionnelle à l'intensité et à la durée de l'activité conflictuelle. Le **sens biologique de cette perte cellulaire** est d'augmenter la lumière des canaux périnaux afin de permettre une défécation plus rapide.

**PHASE DE GUÉRISON** : durant la première partie de la phase de guérison (**PCL-A**), la perte de tissu est reconstituée par une **prolifération cellulaire**. L'œdème (accumulation de liquide) crée un **kyste périnéal**. S'il n'y a pas de rechutes du conflit, le kyste se résorbe durant la phase de guérison. Un **abcès périnéal** se développe lorsque les bactéries participent au processus de guérison.

Lors d'une guérison en suspens, un abcès périnéal chronique ou la pression continue d'un kyste peut former une **fistule périnéale**, une ouverture (un tunnel) entre le canal anal et la peau à proximité de l'anus (voir aussi la fistule thyroïdienne). Cela se produit généralement lorsqu'une grande quantité d'eau est retenue dans le kyste en raison du **SYNDROME**, ou à la suite de rechutes du conflit qui prolongent le processus de guérison.



**DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DES MUSCLES DU CÔLON SIGMOÏDE ET DU RECTUM (PARTIE SUPÉRIEURE DU RECTUM)** : comme pour les intestins, le côlon sigmoïde et la partie supérieure du rectum sont constitués de muscles lisses provenant de l'endoderme et contrôlés par le mésencéphale.



**NIVEAU CÉRÉBRAL** : les muscles lisses du côlon sigmoïde et du rectum (partie supérieure) sont contrôlés par le **mésencéphale**, situé à l'extrémité du tronc cérébral.

**REMARQUE** : la partie inférieure du rectum est dotée de muscles striés.

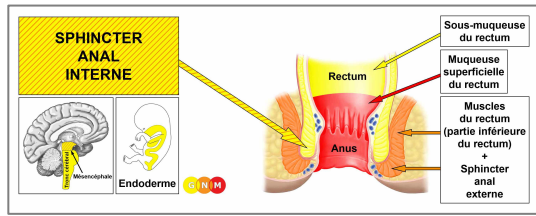
**CONFLIT BIOLOGIQUE** : les muscles lisses du sigmoïde et de la partie supérieure du rectum sont liés à un « **conflit de fèces** », ou à un **conflit de se retrouver dans la merde** », vécu au sens propre (incontinence fécale, constipation persistante) ou au sens figuré, comme une situation « merdique » (voir aussi le conflit de fèces lié au côlon sigmoïde et à la sous-muqueuse du rectum, ainsi qu'aux canaux périnaux).

**PHASE DE CONFLIT ACTIF** : augmentation de la tension musculaire (hypertonie).

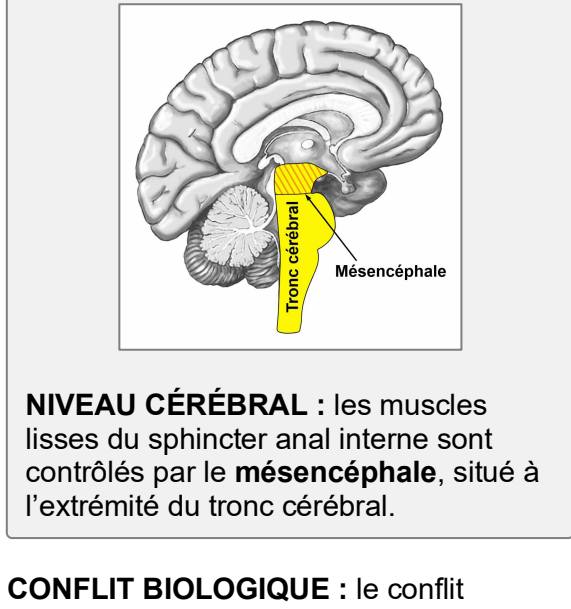
**PHASE DE GUÉRISON** : relaxation musculaire avec **spasmes du rectum** durant la Crise Épileptoïde (voir aussi les spasmes du rectum liés au sphincter anal interne, aux muscles striés du rectum et du sphincter anal externe, à la sous-muqueuse du rectum et à la muqueuse superficielle du rectum).

**Prolapsus rectal** : le rectum est maintenu en place par des muscles et des ligaments fixés au bassin. Un long conflit de dévalorisation de soi (constipation chronique, diarrhée chronique,

hémorroïdes prolongées) affaiblit progressivement les muscles du plancher pelvien, entraînant une saillie du rectum hors de l'anus (à comparer avec le prolapsus utérin). Chez les nourrissons, un prolapsus rectal peut être lié à un apprentissage pénible de la propreté déclenché, par exemple, par des réprimandes, des punitions ou par les attentes déçues d'un parent. Une faiblesse du sphincter anal (le sphincter anal externe) peut également entraîner un prolapsus rectal. Dans ce cas, l'affection s'accompagne d'une incontinence fécale, c'est-à-dire d'une fuite de fèces.



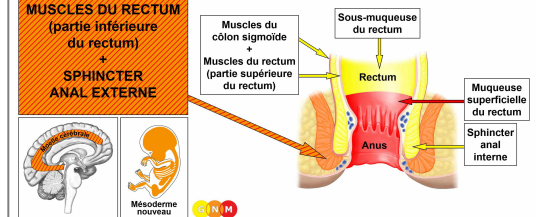
**DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DU SPHINCTER ANAL INTERNE :** les sphincters anaux internes et externes contrôlent la fermeture de l'anus et l'élimination des fèces. Le sphincter anal interne est un anneau musculaire qui entoure le canal anal. Il est formé par un épaissement des muscles circulaires du rectum. Le sphincter anal interne est constitué de muscles lisses, lesquels proviennent de l'endoderme ; il est donc contrôlé par le mésencéphale.



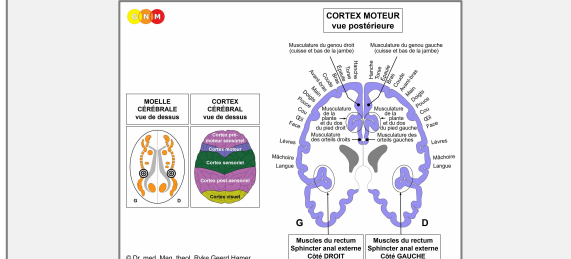
**CONFLIT BIOLOGIQUE :** le conflit biologique lié au sphincter anal interne correspond au fait de **ne pas pouvoir retenir les fèces**, par exemple, en raison d'une incontinence fécale.

**PHASE DE CONFLIT ACTIF :** hypertonie du sphincter anal interne. Le sens biologique de cette augmentation de la tension musculaire est de permettre une meilleure rétention des fèces.

**PHASE DE GUÉRISON :** la tension musculaire revient à la normale. La Crise Épileptoïde se manifeste par des **spasmes douloureux du rectum** (voir également les spasmes du rectum liés aux muscles lisses du rectum, aux muscles striés du rectum et du sphincter anal externe, à la sous-muqueuse du rectum et à la muqueuse superficielle du rectum).



**DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DES MUSCLES DU RECTUM (PARTIE INFÉRIEURE) ET DU SPHINCTER ANAL EXTERNE :** le sphincter anal externe est un muscle qui entoure l'anus et qui se trouve juste sous la peau. Comme pour le sphincter anal interne, il régule la fermeture et l'ouverture de l'anus afin de retenir ou d'expulser les fèces. La partie inférieure des muscles du rectum et du sphincter anal externe sont constitués de muscles striés, proviennent du mésoderme nouveau et sont contrôlés par la moelle cérébrale et le cortex moteur.



**NIVEAU CÉRÉBRAL :** les muscles striés du rectum et le sphincter anal externe 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 des muscles est contrôlée par le **cortex moteur** (une partie du cortex cérébral). La moitié droite des muscles du rectum et du sphincter anal externe sont contrôlées par le côté gauche du cerveau ; les moitiés gauches sont contrôlées par le côté droit du cerveau.

Il existe donc une corrélation croisée entre le cerveau et l'organe. En comparaison, les muscles lisses de la partie supérieure du rectum et du sphincter anal interne sont contrôlés par le **mésencéphale**.

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

**CONFLIT BIOLOGIQUE :** le conflit biologique lié aux muscles du rectum et au sphincter anal externe est le même que celui lié à la muqueuse superficielle du rectum, à savoir, un conflit d'identité, dans le sens d'une incapacité à établir sa position ou sa place. Biologiquement, cela se traduit par le fait de « **ne pas pouvoir marquer suffisamment son territoire** » (par défécation), semblable au conflit de marquage lié au muscle de la vessie et au sphincter externe de la vessie.

**PHASE DE CONFLIT ACTIF :** **perte cellulaire (nécrose) du tissu musculaire rectal** (contrôlée par la moelle cérébrale) et, proportionnellement à l'intensité de l'activité conflictuelle, augmentation de la **paralysie des muscles du rectum** (contrôlée par le cortex moteur). En même temps, le sphincter anal s'ouvre (pas de nécrose avec les sphincters !) ce qui permet de mieux marquer sa place.

**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).

Une activité conflictuelle persistante entraîne une **incontinence fécale**, c'est-à-dire une incapacité à contrôler les selles (voir aussi l'incontinence urinaire). Une perte soudaine de selles se produit également durant la Crise Épileptoïde lorsque le sphincter anal s'ouvre.

**REMARQUE :** les **sphincters externes** (sphincter externe de la vessie, sphincter anal externe, sphincter du col de l'utérus) sont constitués de muscles striés, tandis 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, ce qui signifie qu'ils se ferment par contraction en vagotonie, c'est-à-dire en phase de guérison, et s'ouvrent par relaxation en sympathotonie, c'est-à-dire en phase de conflit actif et lors de la Crise Épileptoïde. En ce qui concerne la vessie et le rectum, lors d'une Crise Épileptoïde, par exemple, tout au long d'une crise d'épilepsie, les deux sphincters peuvent s'ouvrir en même temps, provoquant une vidange complète de la vessie ainsi qu'une perte de selles involontaire.

**PHASE DE GUÉRISON :** durant la phase de guérison, les muscles du rectum sont reconstruits et le sphincter anal externe se referme. La Crise Épileptoïde se manifeste par des **spasmes douloureux du rectum** (voir aussi les spasmes du rectum liés au sphincter anal interne, aux muscles lisses du rectum, à la sous-muqueuse du rectum et à la muqueuse superficielle du rectum).

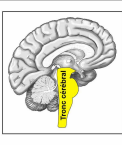
**REMARQUE :** tous les **organes dérivant du mésoderme nouveau** (« groupe de luxe »), y compris les muscles du rectum, révèlent le **sens biologique du SBS à la fin de la phase de guérison**. Lorsque le processus de guérison est terminé, l'organe ou le tissu se retrouve plus fort qu'auparavant, ce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

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

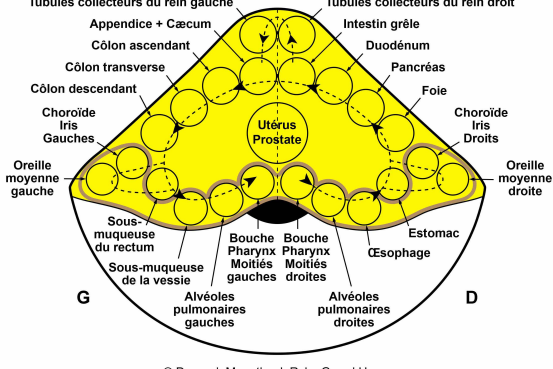
© LearningGNM.com

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

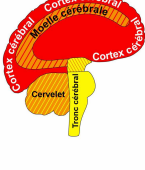




## RELATION TRONC CÉRÉBRAL – ORGANES



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

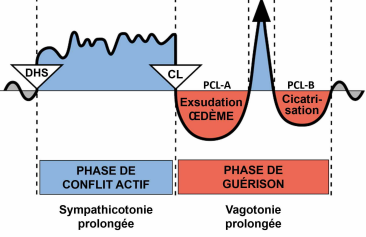


Cortex cérébral	PERTE CELLULAIRE (ulcération, nécrose)	Restauration du tissu par les bactéries
Moelle cérébrale		
Cervelet	PROLIFÉRATION CELLULAIRE	Élimination des cellules par les champignons et les bactéries
Tronc cérébral		

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

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

# Virus Mania

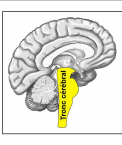


**Corona/COVID-19, Measles,  
Swine Flu, Cervical Cancer, Avian Flu, SARS,  
BSE, Hepatitis C, AIDS, Polio, Spanish Flu**

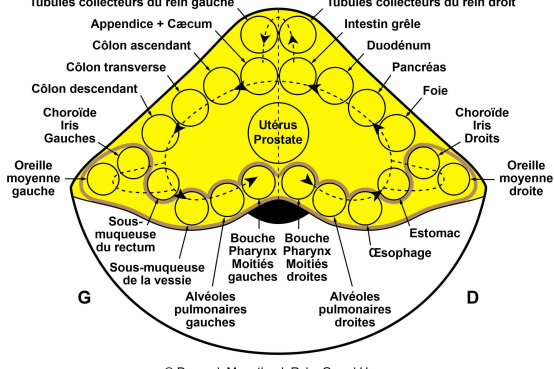
**How the Medical Industry Continually Invents Epidemics,  
Making **Billion-Dollar Profits**  
at Our Expense**

**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**

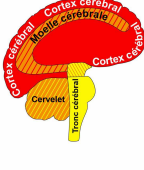


## RELATION TRONC CÉRÉBRAL – ORGANES

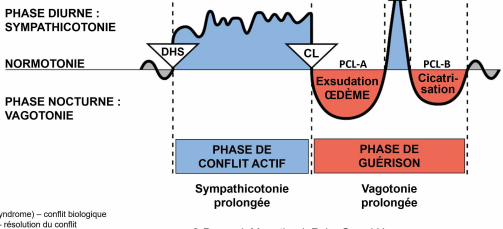


© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer





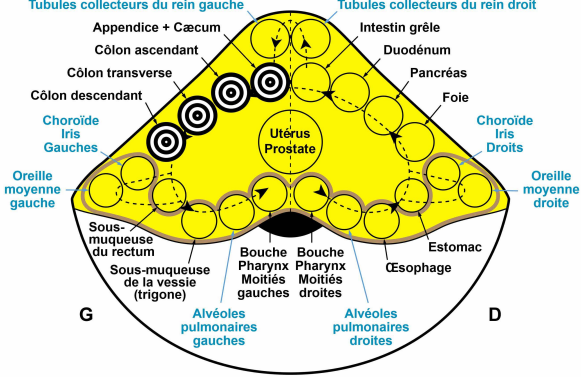
Cortex cérébral	PERTE CELLULAIRE (ulcération, nécrose)	Restauration du tissu par les bactéries
Moelle cérébrale		
Cervelet	PROLIFÉRATION CELLULAIRE	Élimination des cellules par les champignons et les bactéries
Tronc cérébral		



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

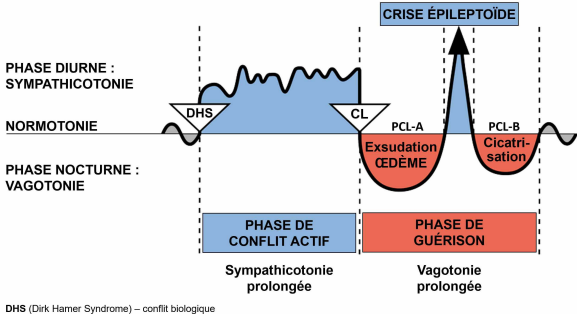
© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

# TRONC CÉRÉBRAL vue de dessus



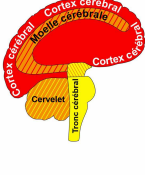


## PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX SCHÉMA DES DEUX PHASES

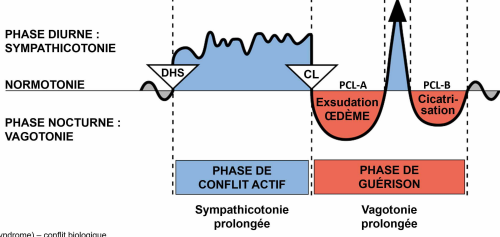


**DHS** (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique  
**CL** (ConflictLyse) – résolution du conflit  
**PCL** (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

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

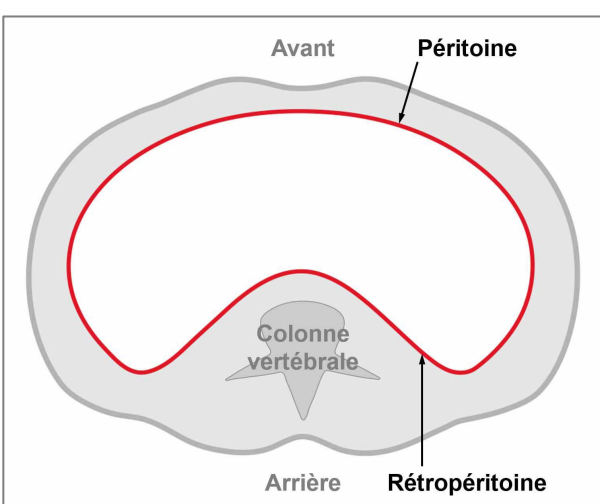


Cortex cérébral	PERTE CELLULAIRE (ulcération, nécrose)	Restauration du tissu par les bactéries
Moelle cérébrale		
Cervelet	PROLIFÉRATION CELLULAIRE	Élimination des cellules par les champignons et les bactéries
Tronc cérébral		

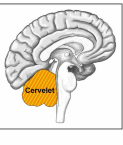


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique  
CL (ConflictLyse) – résolution du conflit  
PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

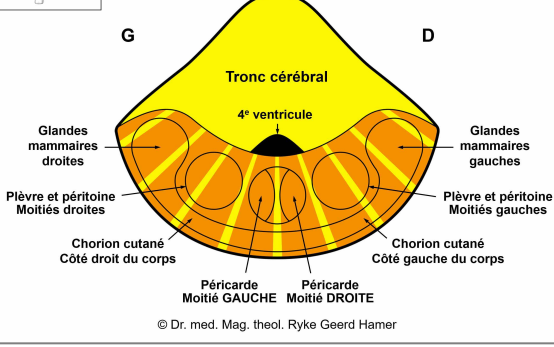
© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer



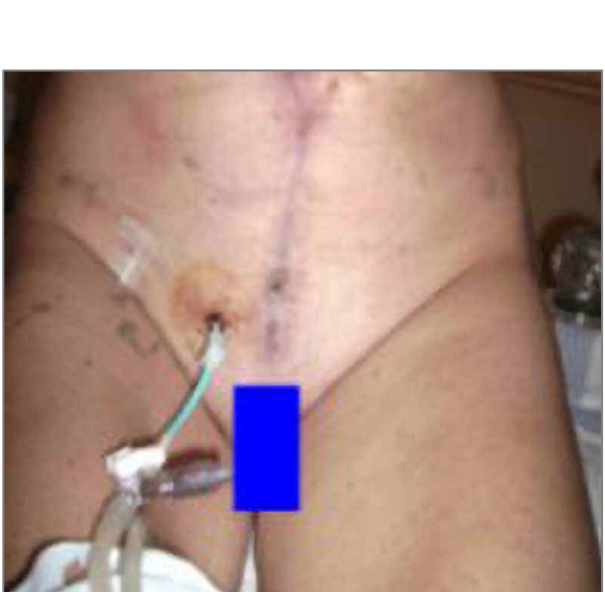


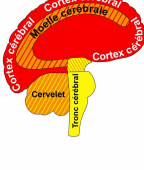


## RELATION CERVELET – ORGANES



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



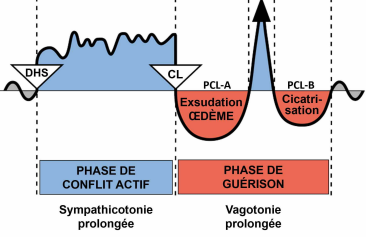


Cortex cérébral	PERTE CELLULAIRE (ulcération, nécrose)	Restauration du tissu par les bactéries
Moelle cérébrale		
Cervelet	PROLIFÉRATION CELLULAIRE	Élimination des cellules par les champignons et les bactéries
Tronc cérébral		

PHASE DIURNE :  
SYMPATHICOTONIE

NORMOTONIE

PHASE NOCTURNE :  
VAGOTONIE



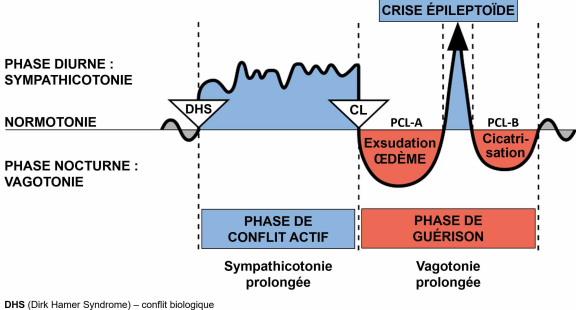
DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique  
CL (ConflictLyse) – résolution du conflit  
PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

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



# PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

## SCHÉMA DES DEUX PHASES



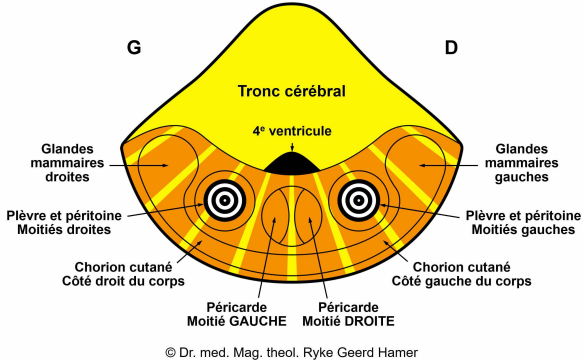
DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique

CL (Conflictolyse) – résolution du conflit

PCL (Post-Conflictolyse) – phase de guérison

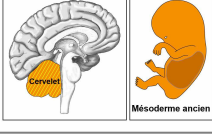
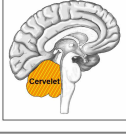
© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

**CERVELET**  
vue de dessus





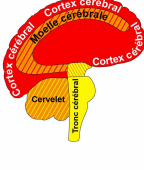
# PÉRITOINE



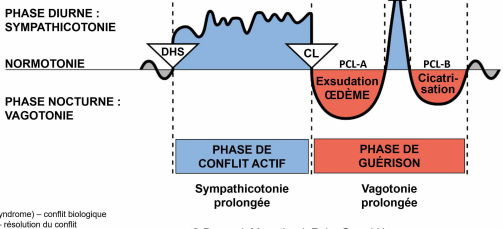
Épiploon



- Foie
- Pancréas
- Estomac
- Côlon transverse
- Intestin grêle
- Rectum
- Cavité abdominale

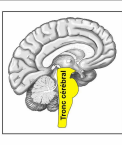


Cortex cérébral	PERTE CELLULAIRE (ulcération, nécrose)	Restauration du tissu par les bactéries
Moelle cérébrale		
Cervelet	PROLIFÉRATION CELLULAIRE	Élimination des cellules par les champignons et les bactéries
Tronc cérébral		

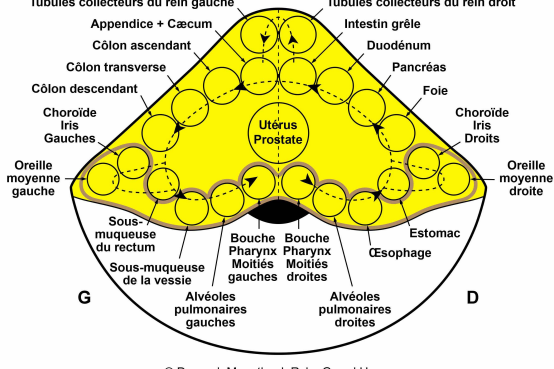


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique  
CL (ConflictLyse) – résolution du conflit  
PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

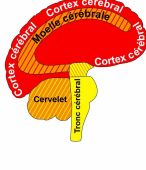
© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer



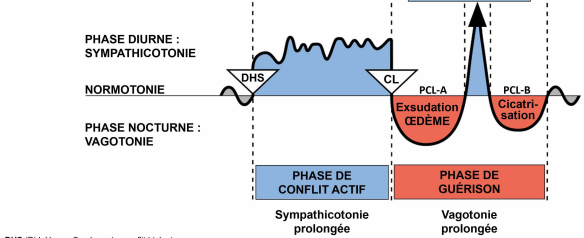
## RELATION TRONC CÉRÉBRAL – ORGANES



© 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

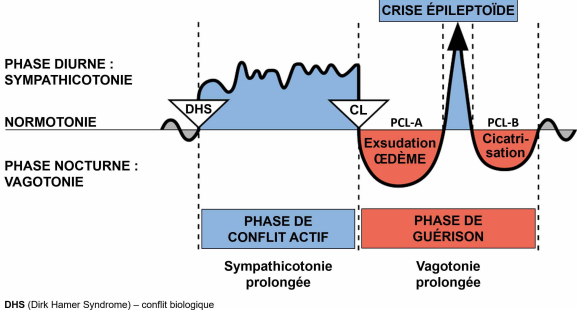
© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer





# PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

## SCHÉMA DES DEUX PHASES

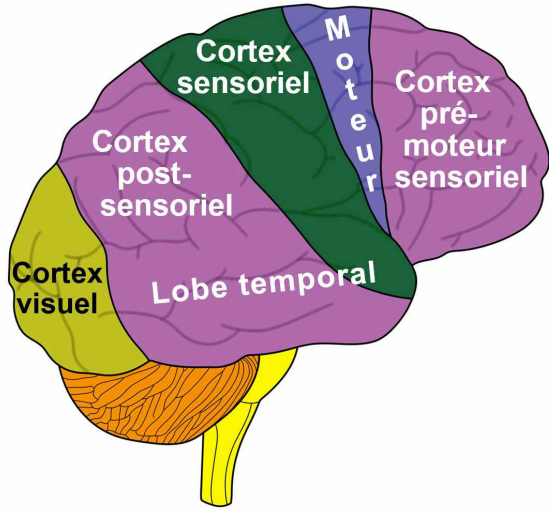


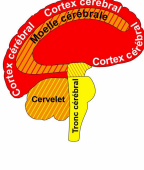
DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique  
CL (Conflictolyse) – résolution du conflit  
PCL (Post-Conflictolyse) – phase de guérison

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

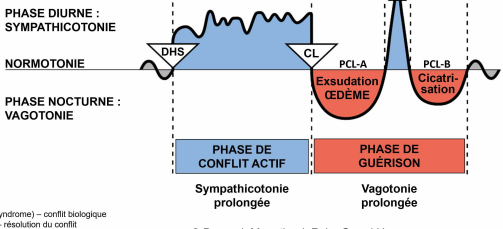
## CORTEX CÉRÉBRAL

vue latérale





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

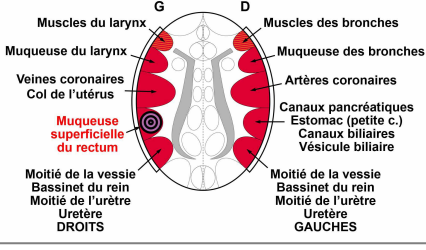
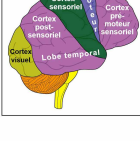


LOBES TEMPORAUX  
vue de dessus



CORTEX CÉRÉBRAL

vue latérale

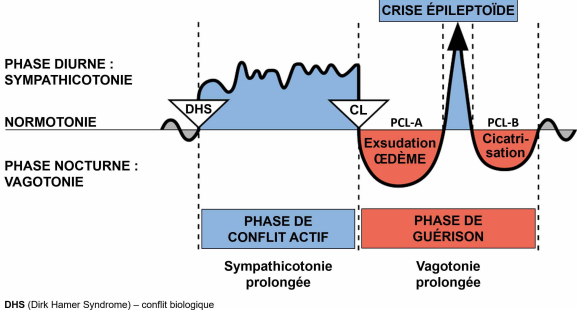






# PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

## SCHÉMA DES DEUX PHASES



DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique

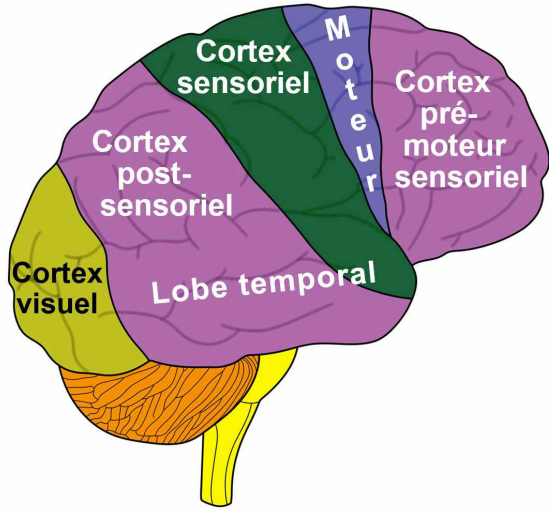
CL (ConflictLyse) – résolution du conflit

PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

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

## CORTEX CÉRÉBRAL

vue latérale



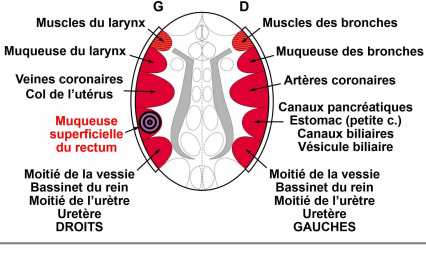
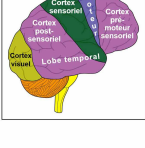


LOBES TEMPORAUX  
vue de dessus



CORTEX CÉRÉBRAL

vue latérale

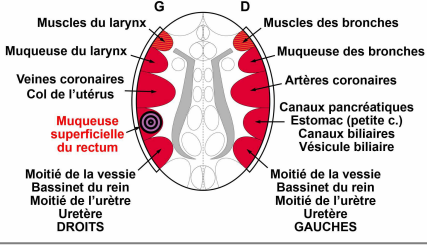
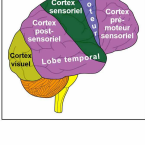


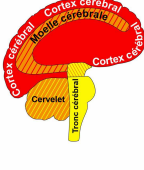


LOBES TEMPORAUX  
vue de dessus

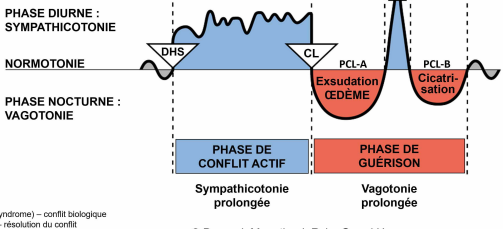


CORTEX CÉRÉBRAL  
vue latérale





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		



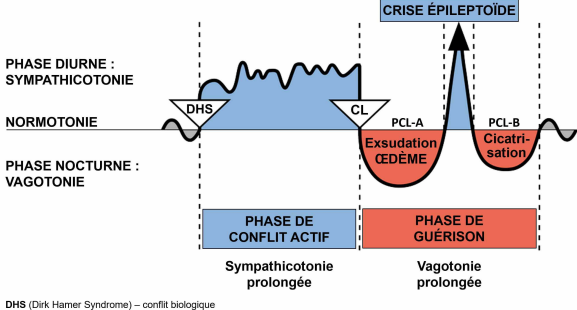
DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique  
CL (ConflictLyse) – résolution du conflit  
PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

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



## PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

### SCHÉMA DES DEUX PHASES



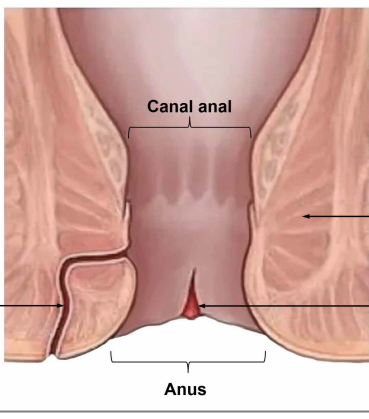
DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique

CL (Conflictolyse) – résolution du conflit

PCL (Post-Conflictolyse) – phase de guérison

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





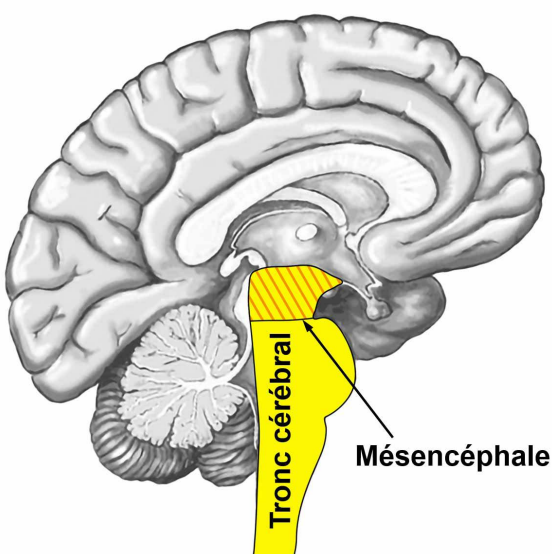
Fistule  
périanales

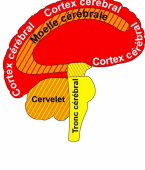
Canal anal

Sphincter

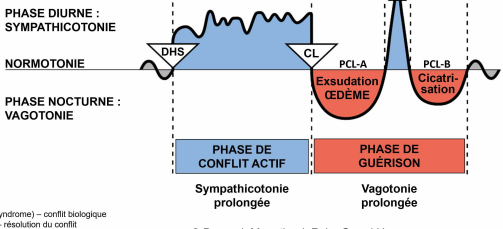
Fissure  
anale

Anus

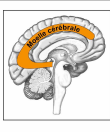




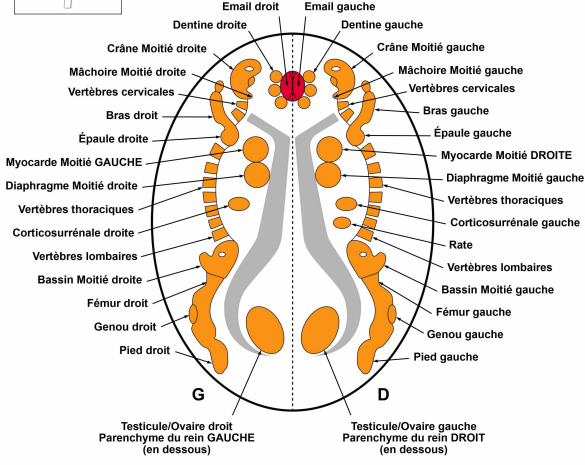
Cortex cérébral	PERTE CELLULAIRE (ulcération, nécrose)	Restauration du tissu par les bactéries
Moelle cérébrale		
Cervelet	PROLIFÉRATION CELLULAIRE	Élimination des cellules par les champignons et les bactéries
Tronc cérébral		



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



## RELATION MOELLE CÉRÉBRALE – ORGANES



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