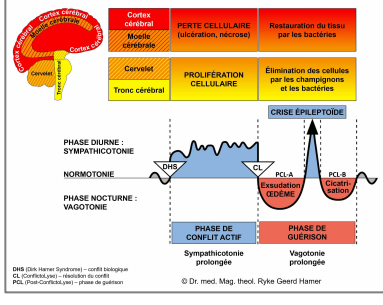




PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

REINS ET VESSIE

Auteur : Caroline Markolin, Ph. D.



REINS

Tubules collecteurs du rein

SYNDROME

Médullosurrénale

Corticosurrénale

Parenchyme rénal

Bassinnet du rein

Uretères

VESSIE

Trigone de la vessie

Muqueuse de la vessie

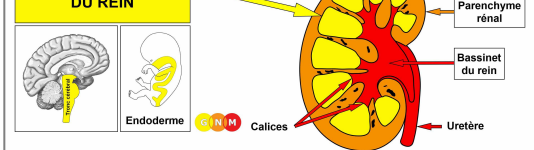
Urètre

Muscle de la vessie

Sphincter interne de la vessie

Sphincter externe de la vessie

Rév. 1.01



DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DES TUBULES COLLECTEURS DU REIN : les reins sont situés de part et d'autre de la colonne vertébrale, à l'arrière de l'abdomen (région rétropéritonéale). Les tubules collecteurs du rein ont pour fonction de recueillir l'urine produite dans le parenchyme rénal et de l'acheminer jusqu'au bassinnet du rein par de nombreux calices en forme de coupelles. De là, l'urine poursuit son chemin par les uretères, la vessie et l'urètre pour être excrétée. L'urine est principalement composée d'eau (environ 95 %). Le reste est composé d'électrolytes (principalement du sodium, du potassium, du chlorure et du calcium) et de substances uriques telles que l'acide urique, l'urée et la créatinine. Les reins filtrent quotidiennement environ 180 litres de sang. Cependant, 99 % du filtrat est réabsorbé par les tubules du rein et renvoyé dans la circulation sanguine, ce qui laisse une quantité d'urine comprise entre 1,5 et 2 litres.

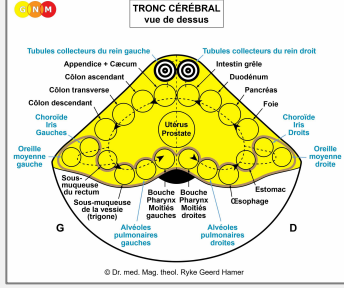
REMARQUE : la teneur en sel des liquides corporels, notamment celle des larmes, du sang et du liquide amniotique, est exactement la même que la concentration en sel isotonique de l'eau de mer, à savoir 0,9 %. Cela suggère clairement que la vie organique a débuté dans l'océan.

« Le ventre de chaque femme est un micro-océan, la salinité de ses liquides ressemblant à celle des eaux primitives ; et chaque microcosme rejoue le drame de l'origine de la vie dans la gestation de chaque embryon, depuis le protozoaire unicellulaire jusqu'au niveau d'évolution des mammifères en passant par les phases de la respiration branchiale et des amphibiens »
(Elisabeth Mann Borgese, *The Drama of the Oceans* [Le drame des océans], 1975).

En matière d'évolution, les tubules collecteurs du rein forment le tissu le plus ancien des reins. Tout comme les cellules intestinales qui digèrent le « morceau de nourriture », la fonction biologique des tubules collecteurs du rein est d'« absorber/retenir » (qualité absorbante) et de « digérer » (qualité sécrétrice) le « morceau d'eau ». Les tubules collecteurs du rein consistent en un épithélium cylindrique intestinal, lequel provient de

l'endoderme ; ils sont donc contrôlés par le tronc cérébral.

REMARQUE : à l'origine, les reins ne formaient qu'un seul organe qui s'est ensuite divisé en deux reins.



NIVEAU CÉRÉBRAL : dans le **tronc cérébral**, les tubules collecteurs du rein ont deux centres de contrôle, lesquels sont positionnés à proximité immédiate des relais cérébraux des organes du tube digestif.

Les tubules collecteurs du rein droit, responsables à l'origine du cycle de l'urée (conversion de l'ammoniac en urée), sont contrôlés par le côté droit du tronc cérébral. Les tubules collecteurs du rein gauche, à l'origine responsables du traitement de l'eau, sont contrôlés par le côté gauche du tronc cérébral. Aujourd'hui, les deux reins ont la même fonction (voir aussi le développement des poumons).

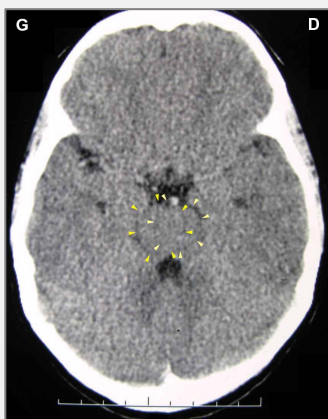
CONFLIT BIOLOGIQUE : le conflit biologique lié aux tubules collecteurs du rein trouve son origine à une époque où la vie n'existait que dans les océans et où le fait d'être expulsé hors du milieu aquatique créait une situation potentiellement mortelle. Ce type de détresse concerne également la vie humaine, car l'eau est l'habitat primordial de tous les organismes vivants. Nous, les humains, faisons l'expérience du conflit de « **se sentir comme un poisson hors de l'eau** » lorsque nous sommes « balayés » de manière inattendue de notre environnement familier ou lorsque nous perdons notre « meute ». En GNM, nous faisons référence à ce conflit des tubules collecteurs du rein comme à un **conflit d'abandon**, un **conflit d'existence** ou un **conflit du réfugié**.

Les **conflits d'abandon** sont provoqués par le sentiment d'être évincé, exclu, non désiré, rejeté, incompris, ignoré, mis à l'écart, isolé et seul. Les enfants vivent ce conflit lorsqu'ils sont placés en garderie, lorsqu'ils se sentent mal aimés ou exclus du groupe (à la maison, au terrain de jeu, à la maternelle, à l'école), lorsque leurs parents ne passent pas assez de temps avec eux, lors de la naissance d'un petit frère ou d'une petite sœur qui bénéficie de plus d'attention, lors du décès d'un grand-parent ou lorsqu'un membre de la famille s'en va. C'est la perte de sécurité et la perte d'un refuge affectif qui les fait se sentir complètement seuls. Il en va de même pour les personnes âgées qui se retrouvent dans des maisons de retraite, loin de leur domicile et de leur famille. Les nouveau-nés sont tout aussi vulnérables. Ainsi, le fait d'être retiré à sa mère à la naissance pour une raison ou une autre peut être à l'origine d'un grave conflit d'abandon. Les animaux domestiques souffrent aussi terriblement lorsqu'ils sont abandonnés.

Un **conflit d'existence** est une crainte pour sa vie – comparable au poisson hors de l'eau qui risque de mourir. Cette peur est souvent déclenchée par un diagnostic de cancer ou un pronostic négatif perçu comme « **ma vie est en jeu** » (à distinguer du conflit de peur de la mort lié aux poumons). Attendre aux urgences, se retrouver dans une ambulance, **être hospitalisé** (subir une chimiothérapie, une intervention chirurgicale, ne pas se sentir pris en charge, manquer de soutien de la part des médecins, des infirmières ou des proches) provoque également des conflits d'existence et d'abandon. La crainte de devoir être hospitalisé peut déjà déclencher le conflit. Un conflit d'existence concerne également les moyens de subsistance d'une personne. Le sentiment qui sous-tend le conflit est « **j'ai tout perdu** ». Il peut s'agir de la perte d'un travail, de pertes financières, de la perte d'un logement ou de la perte d'une personne qui assurait la sécurité économique ou affective.

Un **conflit du réfugié** est vécu comme le fait d'être « jeté dans le désert », de se sentir déraciné ou « en exil », par exemple, en raison d'une mutation ou d'un déménagement inattendu (changement de quartier, changement d'école) ou comme le fait d'être forcé de fuir sa maison ou sa patrie. Le fait de voyager loin de son domicile ou d'un être cher peut provoquer ce conflit. Les voyageurs aériens sont particulièrement exposés aux conflits du réfugié. De même, le fait de se sentir mal à l'aise en avion (peur de prendre l'avion) peut déclencher un conflit d'existence.

PHASE DE CONFLIT ACTIF : dès le DHS, durant la phase de conflit actif, les cellules du ou des tubules collecteurs du rein affectés prolifèrent proportionnellement à l'intensité du conflit. Le **sens biologique de cette prolifération cellulaire** est de fermer le filtre excréteur afin de retenir l'eau et ainsi offrir une meilleure chance de survie à l'organisme. Ce programme inné de rétention d'eau est vital, car, sans eau, tous les processus métaboliques cessent de fonctionner. **REMARQUE** : le fait que les conflits affectent le rein droit ou le rein gauche est déterminé de manière aléatoire.



Sur un scanner cérébral, les relais des tubules collecteurs du rein ([voir le diagramme GNM](#)) sont visibles sur plusieurs coupes.

Sur cette image, le Foyer de Hamer dans l'hémisphère gauche du tronc cérébral montre l'impact du conflit à un niveau légèrement supérieur à celui de l'hémisphère droit. Les structures annulaires nettes indiquent que les conflits sont actifs et que, sur le plan organique, ils affectent les deux reins. En GNM, nous appelons cela une [Constellation des Tubules Collecteurs du Rein](#), laquelle se manifeste mentalement par une désorientation et une confusion, comme on le voit, par exemple, dans la maladie d'Alzheimer – liée aux conflits d'abandon ou d'existence !

Symptômes de la PHASE DE CONFLIT ACTIF :

- **rétention d'eau** ;
- **taux élevés d'acide urique** ;
- **taux élevés d'urée et de créatinine** ;
- **diminution de la production d'urine**.

Le degré de la **RÉTENTION D'EAU** est déterminé par l'intensité du conflit. Les signes typiques d'une rétention d'eau sont des yeux bouffis, des mains enflées, des pieds et des chevilles enflés (voir aussi l'œdème périphérique) et une **prise de poids** (1 litre d'eau retenue pèse environ 1 kg). Avec un conflit d'abandon ou d'existence persistant, une personne peut prendre beaucoup de poids (son poids peut augmenter de 100 kg et plus) en dépit d'exercices réguliers, d'un régime alimentaire normal ou même d'un jeûne. L'eau retenue est principalement stockée dans le tissu adipeux, surtout dans la région abdominale (voir l'ascite). Dans ce cas, l'obésité n'est pas due à un excès de graisse corporelle, mais à une accumulation excessive d'eau résultant d'une longue activité conflictuelle (à distinguer de l'obésité due à l'hypoglycémie).



... se sentir « comme un poisson hors de l'eau ».

La Médecine Nouvelle Germanique apporte une toute nouvelle compréhension quant au nombre croissant de personnes en surpoids dans le monde occidental, y compris chez les enfants, en prenant en compte les changements sociaux (la dissolution des structures familiales traditionnelles, le taux croissant de divorce, le placement des enfants en garderie, le placement des personnes âgées en maison de retraite) et l'évolution alarmante de l'économie (augmentation du chômage, peu de perspectives pour les jeunes, endettement croissant). Que de nos jours, nous considérons la rétention d'eau (prise de poids) comme utile ou non n'a pas d'importance. Ce qui importe, c'est que ce Programme Biologique Spécial ait fait ses preuves sur le plan biologique pendant des millions d'années.

Garderie d'enfants et surpoids

« Les jeunes enfants placés régulièrement en garderie ont 50 % plus de risques de se retrouver en surpoids que ceux restés à la maison avec leurs parents, selon une étude réalisée par des chercheurs de l'Université de Montréal et du Centre de recherche du CHU Sainte-Justine » (*Science Daily*, 16 novembre 2012).

REMARQUE : durant la phase de conflit actif, il est recommandé de réduire l'**apport de liquides**, à moins que la production quotidienne d'urine ne soit suffisante (à distinguer de la consommation de liquides durant une phase de guérison en présence du SYNDROME). Cependant, un apport hydrique insuffisant augmente la rétention d'eau (et la prise de poids), car, même en l'absence de conflit, l'organisme conserve des liquides pour maintenir l'équilibre hydrique du corps. Cela se produit également avec une insuffisance de protéines dans l'alimentation.

En phase de conflit actif, l'organisme retient non seulement l'eau, mais aussi les substances uriques telles que l'acide urique, l'urée et la créatinine. Par conséquent, ces taux augmentent proportionnellement à l'intensité de l'activité conflictuelle et au nombre de tubules collecteurs du rein affecté (à distinguer des taux élevés d'acide urique, d'urée et de créatinine liés au parenchyme rénal). La théorie classique selon laquelle les **TAUX ÉLEVÉS D'ACIDE URIQUE** sont liés à un régime riche en protéines (voir la goutte) n'est pas convaincante, car les végétariens ont aussi des taux élevés d'acide urique.

L'urée et la créatinine sont des déchets du métabolisme des protéines et sont normalement excrétées dans l'urine. Cependant, dans le cas d'un conflit d'existence critique, l'organisme recycle les substances retenues en protéines pour assurer son alimentation. Pourquoi ? En effet, d'un point de vue biologique, le fait d'être expulsé du milieu aquatique signifie qu'en plus du risque de dessèchement, il existe également un risque de famine, et plus précisément de mourir d'une carence en protéines. Pour cette situation d'urgence, la nature a créé un autre programme de survie, lequel consiste à convertir les toxines telles que l'urée et la créatinine en nourriture afin d'aider l'organisme à surmonter la crise. **LES TAUX ÉLEVÉS D'URÉE ET DE CRÉATININE** ne sont donc pas des maladies (« **urémie** ») ou des dysfonctionnements (« **insuffisance rénale** »), comme le prétend la médecine conventionnelle, mais des processus qui ont un sens biologique.

La rétention d'urée et de créatinine constitue, en plus du stockage de l'eau, une réponse innée au cas où l'eau et les protéines ne seraient pas disponibles pendant une longue période. La rétention d'eau et d'urine entraîne une **ÉMISSION D'URINE RÉDUITE**. Ainsi, pendant la phase de conflit actif, l'**urine est concentrée et jaune foncé**. L'eau étant également absorbée par les intestins, les selles sont sèches et dures. Lorsque davantage de tubules collecteurs du rein sont impliqués, l'excrétion d'urine peut diminuer considérablement, entraînant une **oligurie** (production d'urine comprise entre 150 et 400 ml par jour) ou une **anurie** (moins de 50 ml par jour).

REMARQUE : selon le Dr Hamer, avec une élimination quotidienne d'urine de 150 à 200 ml (oligurie, presque une anurie), l'organisme continue d'éliminer les substances uriques en quantité suffisante. Un taux de créatinine supérieur à 12 mg/dL indique que les tubules collecteurs des deux reins sont affectés. Dans ce cas, la dialyse est une nécessité.

Lors d'une activité conflictuelle prolongée, une masse étalée (de type absorbant) ou en forme de chou-fleur (de type sécréteur) se développe dans les tubules collecteurs du rein. En médecine conventionnelle, cela est diagnostiqué comme un **cancer du rein** ou un « **carcinome à cellules rénales** » (à distinguer du « cancer du rein » lié au parenchyme rénal). Si le taux de division cellulaire dépasse une certaine limite, le cancer est considéré comme « malin ».

RÉSOLUTION DU CONFLIT : avec la résolution du conflit (**CL**), l'**eau retenue est immédiatement libérée** par les **calices** non affectés. En fonction de l'importance de la rétention d'eau, l'élimination d'urine peut être abondante. La médecine conventionnelle considère cette miction abondante (**polyurie**) comme « anormale » et « pathologique ». La compréhension de la GNM nous permet d'accueillir cette

PHASE URINAIRE avec un grand soulagement (voir aussi la phase urinaire qui survient peu de temps après toute Crise Épileptoïde).

PHASE DE GUÉRISON : dès la résolution du conflit, les champignons ou les mycobactéries telles que le bacille tuberculeux éliminent les cellules qui ne sont plus requises. Les **symptômes de guérison** sont une **urine trouble**, car l'écoulement produit pendant le processus de décomposition est excrété par les voies urinaires (l'écoulement peut contenir du sang), une **douleur** due au gonflement et des **sueurs nocturnes**. Avec une inflammation, cette affection est appelée « **néphrite** » (à distinguer de la glomérulonéphrite liée au parenchyme rénal). Une **candidose rénale** révèle que les champignons participent à la guérison.

Lorsque le bacille tuberculeux est présent, cela provoque une « **infection bactérienne du rein** » ou une **tuberculose rénale** (à distinguer d'une « infection rénale » liée au bassinet du rein, voir également l'« infection bactérienne du rein » impliquant la bactérie *E. coli*). Après cette tuberculose, en particulier lorsque la phase de guérison a duré longtemps, les calices affectés apparaissent charnus plutôt qu'avec des contours nets sur une radiographie. C'est à partir de cette apparence radiologique que les médecins établissent le diagnostic de « **syndrome néphrotique** » (voir aussi le changement de nom de la tuberculose pulmonaire en cancer du poumon et de la tuberculose du foie en cancer du foie).

La sécrétion tuberculeuse est riche en protéines. Par conséquent, lorsque les cellules supplémentaires sont décomposées, l'élimination des protéines par les urines est supérieure à la normale. En termes cliniques, cela s'appelle **protéinurie** ou **albuminurie** (en médecine conventionnelle, la présence de protéines dans les urines pendant la grossesse est considérée comme un « trouble de la grossesse », appelé prééclampsie). Dans le sang, en revanche, la concentration en protéines est faible (**hypoprotéïnémie**), car, en cas de carence en protéines, l'organisme prélève des protéines dans le sang afin d'équilibrer la perte de protéines. Si une alimentation riche en protéines ou une supplémentation ne suffit pas à corriger un manque de protéines, l'administration temporaire de perfusions d'albumine devient alors cruciale. À la fin de la phase de guérison, les taux de protéines ainsi que les valeurs d'urée et de créatinine sont de retour à la normale.

REMARQUE : concernant la **consommation de liquide**, durant la phase de guérison, il est important de boire suffisamment d'eau afin de favoriser l'élimination des résidus de la décomposition cellulaire (à distinguer de la consommation de liquides durant la phase de conflit actif et en présence du SYNDROME).



Avec une tuberculose chronique (guérison en suspens), de plus en plus de tissu rénal est irrémédiablement perdu. Résultat : un **rein squirrheux** (voir le rein gauche sur cette image) et une incapacité à éliminer des quantités suffisantes d'urine (à distinguer du rein squirrheux lié au parenchyme rénal avec une production d'urine insuffisante). Si la guérison n'est pas achevée à temps, cela conduit à une « **insuffisance rénale tubulaire** » (à distinguer de l'« insuffisance rénale glomérulaire ») et, finalement, à une **défaillance rénale**. Lorsque les deux reins sont défaillants, la dialyse est inévitable. **REMARQUE** : l'urémie *ne provoque pas* de défaillance rénale !

La GNM permet d'expliquer pourquoi la **défaillance rénale** aiguë est la complication la plus fréquente chez les patients hospitalisés, en particulier chez ceux hospitalisés en **unité de soins intensifs** (voir le conflit d'existence).

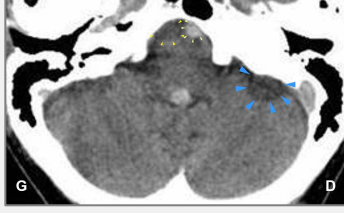
« La mortalité associée à une défaillance rénale aiguë (IRA) en unité de soins intensifs (USI) est restée supérieure à 50 % au cours des trois dernières décennies, malgré l'amélioration des techniques de transplantation rénale » (*Journal of the American Society of Nephrology* [Revue de la société américaine de néphrologie], 2011).

La défaillance rénale en conséquence de conflits d'abandon est également l'une des principales causes de décès chez les animaux de compagnie.

Avec de continuelles rechutes du conflit, un rein squirrheux n'est plus en mesure de retenir l'eau. En conséquence, de grandes quantités d'urine diluée sont éliminées. Cette affection est appelée **diabète insipide**. La théorie selon laquelle le diabète insipide est lié à un « défaut hormonal » est une pure hypothèse.

Lorsque le rein affecté est enlevé par voie chirurgicale, la réactivation ou la survenue d'un nouveau conflit d'abandon ou d'existence affecte l'autre rein parce que le programme de rétention d'eau a la plus haute priorité. Cela déclenche le développement d'une nouvelle tumeur rénale, interprétée par la médecine conventionnelle comme une « métastase ».

REMARQUE : un rein transplanté n'est pas contrôlé par le cerveau. Sa fonction est maintenue artificiellement.



Sur ce scanner cérébral, nous voyons les deux relais des tubules collecteurs du rein impliqués ([voir le diagramme GNM](#)) par l'impact de deux conflits d'abandon ou d'existence distincts. L'œdème (accumulation de liquide) du côté gauche (hypodense, visible en foncé) indique une [phase de guérison-A](#) au niveau cérébral et également dans le rein gauche ; la présence de névroglies du côté droit (hyperdense, visible en blanc) révèle que les tubules collecteurs du rein droit sont déjà en [PCL-B](#). En médecine conventionnelle, cette accumulation de glie est interprétée à tort comme une « tumeur cérébrale ».

Les flèches bleues indiquent un œdème dans le centre de contrôle de la choroïde, situé du côté droit du tronc cérébral. Cela indique que la personne est en phase de guérison ([PCL-A](#)) d'un conflit du morceau visuel (ne pas pouvoir voir une personne aimée) qui s'est produit en même temps que le conflit d'abandon.

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 le rein, cela peut entraîner une occlusion de l'orifice du bassinet du rein. Dans ce cas, une intervention chirurgicale pourrait devoir être envisagée.

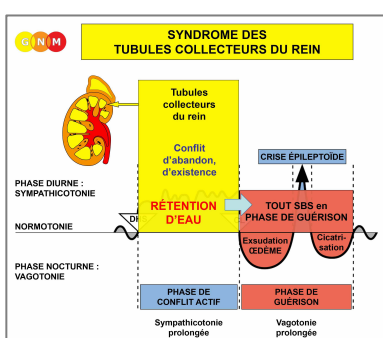
CALCULS RÉNAUX (cristaux d'oxalate de calcium)

Lors de continuelles rechutes conflictuelles, les résidus de sel et de minéraux s'accumulent dans les tubules collecteurs du rein et finissent par former des calculs rénaux, lesquels sont libérés durant la Crise Épileptoïde avec des spasmes (**coliques néphrétiques**) et des douleurs aiguës, en particulier si un calcul obstrue les voies urinaires (voir aussi les coliques néphrétiques liées au bassinet du rein).



Les calculs rénaux dans les tubules sont des cristaux d'oxalate de calcium foncés ou blancs (à distinguer des calculs d'acide urique verts ou jaunâtres du bassinet du rein).

SYNDROME DES TUBULES COLLECTEURS DU REIN

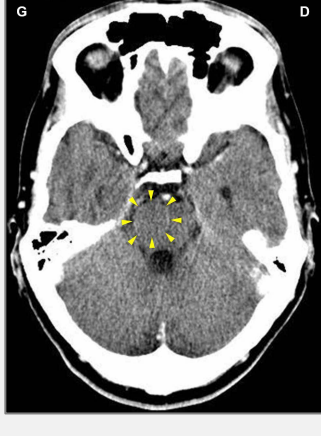


Le **syndrome des tubules collecteurs du rein**, en bref, le **SYNDROME** implique :

a) une rétention d'eau en raison d'un conflit d'abandon ou d'existence actif ;

b) TOUT Programme Biologique Spécial en phase de guérison.

Lorsque l'organisme retient l'eau, l'excès de liquide est stocké, entre autres, dans l'organe en cours de guérison ainsi que dans le relais cérébral lié à cet organe. Par conséquent, l'importance de l'œdème qui se développe en **PCL-A** (phase exsudative) est ; non seulement déterminée par l'ampleur du DHS et par l'intensité de la phase de conflit actif qui a précédé, mais aussi par le degré de rétention d'eau dû à un conflit d'abandon ou d'existence actif. Face à un important gonflement lors de la phase de guérison, il est facile de déterminer si une rétention d'eau en est la cause, en évaluant les taux d'urée et de créatinine, et en mesurant la quantité d'urine émise. Dans la pratique de la GNM, l'analyse d'un scanner cérébral est un moyen de diagnostic inestimable pour évaluer une situation.



Ce scanner cérébral montre un Foyer de Hamer dans le relais cérébral qui contrôle les tubules collecteurs du rein gauche ([voir le diagramme GNM](#)). La structure annulaire nette indique une activité conflictuelle et, par conséquent, une rétention d'eau.

REMARQUE : avec le SYNDROME, le système nerveux autonome est à la fois en sympathotonie et en vagotonie. Ainsi, un besoin supplémentaire de sommeil (fatigue) et un bon appétit, essentiels à la guérison, sont perturbés par le manque d'appétit et les difficultés à dormir causés par l'état de stress de l'activité conflictuelle. Résultat : épuisement nerveux ; perte de poids et d'énergie.

Le SYNDROME peut entraîner de graves complications tant au niveau organique qu'au niveau cérébral, notamment lors de la Crise Épileptoïde.

Conséquences du SYNDROME au NIVEAU ORGANIQUE :

- **Augmentation de la douleur** due au gonflement, entraînant l'utilisation d'analgésiques plus puissants tels que la morphine ;
- **Des gonflements anodins peuvent se transformer en situations compliquées** en provoquant, par exemple, des obstructions dans le côlon ou dans les canaux biliaires nécessitant une intervention chirurgicale et une hospitalisation. Cela déclenche souvent de nouveaux conflits d'existence, avec pour conséquence une accumulation encore plus importante de liquide dans l'organe affecté ;
- **Les tumeurs de guérison**, par exemple, dans les poumons, la muqueuse des bronches, le foie, le pancréas, le côlon, la thyroïde, le sein (glandes mammaires ou canaux galactophores), le col de l'utérus, l'utérus, les ovaires, la prostate ou les testicules **augmentent en volume**. C'est à ce moment-là que la médecine conventionnelle parle de cancers « à évolution rapide » ou « agressifs » ;
- **Les masses encapsulées** par absence de champignons ou de bacilles tuberculeux **apparaissent plus importantes** et peuvent alors être détectées lors d'un examen médical de routine ou d'un examen de suivi (mammographie, coloscopie, etc.) ;
- **Les cavernes** qui demeurent à la suite d'un processus de guérison prolongé (guérison en suspens), par exemple, dans les glandes mammaires, **augmentent de volume avec la rétention d'eau**, se présentant désormais sous la forme de kystes ;
- **Les kystes** tels que les kystes du foie, les kystes thyroïdiens, les kystes ovariens, les kystes testiculaires ou les kystes rénaux **grossissent et peuvent même éclater**. Le liquide alors libéré dans le voisinage peut entraîner de graves complications ;

- **Un épanchement**, par exemple, dans la cavité pleurale, le péritoine ou le péricarde, **peut provoquer un grave état de santé** en raison de l'eau supplémentaire qui s'accumule dans la membrane déjà remplie de liquide. Lorsque l'eau retenue s'accumule dans les poumons, cela provoque un œdème pulmonaire, lequel est souvent fatal ;
- **Les affections cutanées** (impliquant le chorion cutané ou l'épiderme) **se manifestent de manière plus dramatique** ;
- **Les réactions allergiques** (éruptions cutanées, quinte de toux, diarrhée) sont plus intenses ;
- **Les inflammations deviennent plus sévères** ;
- **Les affections arthritiques sont plus douloureuses** en raison de l'augmentation du gonflement ;
- **Avec une rétention d'eau, l'arthrite devient la goutte** ;
- **Une bronchite devient une pneumonie** ;
- **Une hépatite avec le SYNDROME provoque une hépatomégalie** (une hypertrophie du foie), laquelle pourrait s'avérer fatale, en particulier lors de continuelles rechutes du conflit.

Les phases de guérison les plus dramatiques se produisent donc avec le SYNDROME, c'est-à-dire avec une rétention d'eau simultanée.

Conséquences du SYNDROME au NIVEAU CÉRÉBRAL :

- L'**œdème cérébral** qui se développe parallèlement à la guérison de l'organe (en [PCL-A](#)) **absorbe du liquide supplémentaire**. Le gonflement peut même être diagnostiqué comme une « tumeur cérébrale » ;
- Un gonflement excessif dans le cerveau provoque une hypertension intracrânienne extrême susceptible d'entraîner un coma et la mort. Mesure d'urgence : ouverture du crâne pour libérer la pression ;
- Avec un œdème cérébral important, la **Crise Épileptoïde**, par exemple, une crise cardiaque, peut être si grave que la personne n'y survit pas.
ATTENTION : les perfusions intraveineuses augmentent l'œdème ! ;
- Un œdème important à proximité d'un ventricule (cavité cérébrale) peut provoquer une hydrocéphalie interne ;
- Dans le tronc cérébral, un œdème important peut exercer une pression sur le [centre respiratoire](#), ce qui est potentiellement mortel.



Une rétention d'eau due au SYNDROME agrandit considérablement un œdème cérébral, comme on peut le voir sur ce scanner cérébral dans le centre de contrôle de la muqueuse des bronches (lié à un conflit de peur dans le territoire).

MÉDICATION avec le SYNDROME

D'une manière générale, **tous les médicaments ayant un effet stimulant**, y compris la cortisone, les cytostatiques et la morphine exacerbent les symptômes de la phase de conflit actif. En cas de conflit d'abandon ou d'existence impliquant les tubules collecteurs du rein, ils **augmentent donc la rétention d'eau**. En conséquence, les gonflements (œdèmes) qui se produisent dans la première partie de la phase de guérison ([PCL-A](#)) deviennent beaucoup plus importants !

La **cortisone** stimule le système nerveux sympathique. C'est pourquoi elle réduit les symptômes vagotoniques tels que les inflammations et les gonflements (il en va de même pour les crèmes topiques à base de stéroïdes). Après l'arrêt du traitement, les symptômes de guérison réapparaissent donc rapidement. Par conséquent,

administré pendant la phase de guérison, le traitement ne fait qu'interrompre le processus de guérison. Du point de vue de la GNM, la cortisone n'est recommandée que dans le cas exceptionnel d'un important œdème cérébral, afin de réduire l'hypertension intracrânienne juste avant la survenue de la Crise Épileptoïde. Cependant, selon le Dr Hamer, **en présence du SYNDROME, les corticostéroïdes sont contre-indiqués**, car ils augmentent la rétention d'eau, ce qui se traduit par une augmentation des gonflements pouvant entraîner des complications potentiellement mortelles.

Les **cytostatiques** sont des médicaments très toxiques qui inhibent la croissance cellulaire. En médecine conventionnelle, ils sont utilisés pour « tuer les cellules cancéreuses ». L'expérience des Cinq Lois Biologiques, ajoutée à la compréhension que la prolifération cellulaire (« cancer ») a un sens biologique en phase de conflit actif et une fonction réparatrice en phase de guérison permet de comprendre que les **traitements de chimiothérapies**, y compris le méthotrexate, perturbent gravement le cours naturel d'un Programme Biologique Spécial (la « maladie »). Outre leur toxicité, les cytostatiques ont un effet très stimulant. Par conséquent, en cas de conflit d'existence actif, souvent déclenché par le diagnostic de cancer lui-même, les tumeurs grossissent considérablement en raison de la rétention d'eau accrue. Ironiquement, cela est ensuite interprété comme un cancer « à évolution rapide » et « agressif ». La faible production d'urine (à ce stade, on parle d'« insuffisance rénale ») empêche également les toxines d'être suffisamment éliminées. De plus, les traitements de chimiothérapie réduisent l'élasticité du tissu cérébral en cours de guérison. À la longue, le tissu cérébral finit par se rompre, ce qui entraîne la mort. Les cytostatiques annihilent la production de cellules sanguines, ce qui a un effet dévastateur dans le traitement de la leucémie.

La **morphine** est connue pour ses effets analgésiques et narcotiques. Elle active aussi l'hormone ADH (l'hormone antidiurétique), limitant la formation d'urine. Avec ses propriétés stimulantes, cette drogue augmente la rétention d'eau et donc le gonflement, tant au niveau organique qu'au niveau cérébral. Avec le SYNDROME, la morphine affecte le cerveau de la même manière que les traitements de chimiothérapie (cytostatiques). En outre, la morphine paralyse les intestins, de sorte que les aliments ne peuvent plus être transformés ; elle amincit également le tissu pulmonaire, ce qui le rend susceptible de se rompre. Lorsque son effet s'estompe, la personne tombe dans une profonde vagotonie qui peut aller jusqu'au coma. La morphine est un dérivé de l'opium (voir aussi la codéine), d'où son effet sédatif. Dans la médecine actuelle, elle est donnée aux patients pour qu'ils « partent plus facilement ».

LA GNM - LA PRÉVENTION PAR LA CONNAISSANCE

Dans la majorité des cas, le **SYNDROME** est causé par le **choc d'un diagnostic**, par la **peur associée à la « maladie »** et par le fait de **se retrouver hospitalisé**. Par conséquent, la **résolution du conflit lié aux tubules collecteurs du rein doit être une priorité absolue**. La résolution du conflit d'existence entraîne la libération instantanée de l'eau retenue (phase urinaire), ce qui a pour effet de réduire rapidement les gonflements. Cela peut sauver des vies !

Le soutien et l'attention de la famille et des amis, ainsi que l'assurance d'être soigné dans un environnement exempt de peur ont une valeur thérapeutique incommensurable.

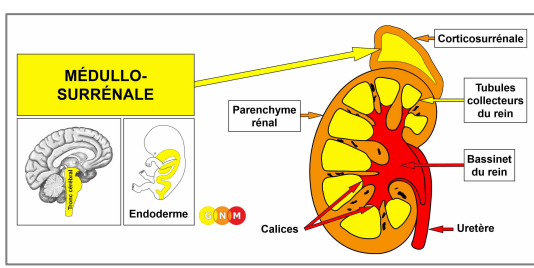
Si le conflit ne peut pas être résolu dans l'immédiat, le Dr Hamer recommande des **bains salés avec une concentration en sel de 0,9 %** (1 kg de sel pour 99 litres d'eau) afin de résoudre – uniquement sur le plan biologique – le conflit du « poisson hors de l'eau ». En ramenant l'organisme « à la maison » (dans la mer), l'organisme est capable d'éliminer de grandes quantités d'urine. En outre, les bains de sel isotonique équilibrent la teneur en sel du sérum sanguin, laquelle diminue pendant la phase de guérison des tubules collecteurs du rein en raison de la perte de protéines.

Les **diurétiques** ne doivent être considérés qu'en cas d'urgence, car leurs propriétés sympathicotoniques augmentent la rétention d'eau tout en poussant à uriner, d'où leurs « effets secondaires » sur les reins. Par ailleurs, les diurétiques n'éliminent que les électrolytes, pas les substances uriques telles que l'urée et la créatinine. Toutefois, si les diurétiques sont pris en même temps que du bicarbonate de sodium, les reins excrètent les substances uriques en quantité suffisante. Cela s'explique par le fait que le **bicarbonate de**

sodium augmente le taux de filtration glomérulaire (la vitesse à laquelle les reins filtrent le sang). Cela signifie qu'une plus grande quantité de filtrat glomérulaire pénètre dans les tubules collecteurs du rein, ce qui augmente le volume d'urine.

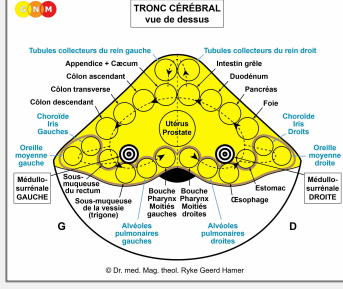
Comme l'explique Homer W. Smith dans *From Fish to Philosopher* [Du poisson au philosophe], le bicarbonate de sodium est un sel qui était abondamment présent dans l'océan primordial. Lorsque la vie a quitté le milieu aquatique, le bicarbonate de sodium a été absorbé par la circulation sanguine afin de pouvoir survivre sur la terre ferme. Dans l'organisme humain, le bicarbonate de sodium joue également un rôle important dans le maintien de l'équilibre acido-basique.

REMARQUE : avec le SYNDROME, l'**apport de liquide** doit être réduit au minimum afin de ne pas augmenter la rétention d'eau avec tous les dangers potentiels qu'elle comporte (à distinguer de l'apport de liquide en phase de conflit actif et en phase de guérison des tubules collecteurs du rein).



DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DE LA MÉDULLOSURRÉNALE :

les glandes surrénales sont des glandes hormonales appariées situées sur le dessus des reins. La médullosurrénale, située au cœur de la glande et enveloppée par la corticosurrénale, est constituée de cellules dites chromaffines, ainsi nommées en raison de leur coloration brune caractéristique en présence de sels d'acide chromique. La médullosurrénale produit des hormones (qualité hormonale), principalement des hormones de stress telles que la dopamine, la noradrénaline et l'adrénaline (également appelées catécholamines). La médullosurrénale consiste en un épithélium cylindrique intestinal, lequel provient de l'endoderme ; elle est donc contrôlée par le tronc cérébral.



NIVEAU CÉRÉBRAL : dans le **tronc cérébral**, la médullosurrénale possède deux centres de contrôle, situés à proximité des relais cérébraux des organes du tube digestif.

La médullosurrénale de la glande surrénale droite est contrôlée par le côté droit du tronc cérébral ; la médullosurrénale de la glande surrénale gauche est contrôlée par le côté gauche du tronc cérébral. Il n'y a pas de corrélation croisée entre le cerveau et l'organe.

CONFLIT BIOLOGIQUE : stress intense et insupportable

PHASE DE CONFLIT ACTIF : dès le DHS, durant la phase de conflit actif, les cellules surrénales prolifèrent proportionnellement à l'intensité du conflit. Le **sens biologique de cette prolifération cellulaire** est d'augmenter la production d'hormones de stress afin d'améliorer les performances de la personne lors d'un stress aigu. Par conséquent, **les niveaux de dopamine, de noradrénaline et d'adrénaline augmentent**. Les **symptômes** se manifestent par un **rythme cardiaque rapide**, une **tension artérielle élevée**, une **transpiration excessive** et de l'**anxiété** due à l'intense état de stress.

REMARQUE : dans une certaine mesure, ces paramètres augmentent aussi au cours de la phase de conflit actif de tout Programme Biologique Spécial.

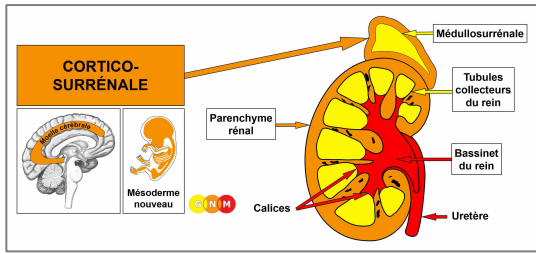
Lors d'une longue activité conflictuelle, une masse compacte en forme de chou-fleur (qualité sécrétrice), appelée **cancer des surrénales (phéochromocytome)**, se développe dans la médullosurrénale (à distinguer du « cancer des surrénales » lié à la corticosurrénale). Si le taux de division cellulaire dépasse une certaine limite, la médecine conventionnelle considère le cancer comme « malin ».

REMARQUE : le fait que le conflit affecte la médullosurrénale de la glande surrénale droite ou gauche est déterminé de manière aléatoire.

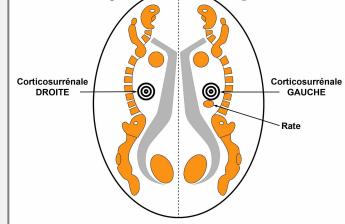
PHASE DE GUÉRISON : dès la résolution du conflit ([CL](#)), les champignons ou les mycobactéries telles que le bacille tuberculeux éliminent les cellules qui ne sont plus requises. Les **symptômes de guérison** sont des **douleurs** causées par le **gonflement** et des **sueurs nocturnes**. Au terme de la phase de guérison, les niveaux d'hormones sont de retour à la normale.

Un processus de guérison prolongé dû à de continuelles rechutes du conflit conduit à une **tuberculose chronique dans la médullosurrénale**. En raison de la coloration brune des cellules chromaffines, cette affection apparaît de couleur foncée sur un scanner organique, ce qui peut être confondu avec un saignement dans les glandes surrénales (apoplexie des surrénales).

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, ce qui entraîne une **surproduction permanente d'hormones de stress** (voir également la glande thyroïde, les glandes parathyroïdes, le pancréas et la prostate).



DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DE LA CORTICOSURRÉNALE : la corticosurrénale forme la couche externe de la glande surrénale. Comme la médullosurrénale, la corticosurrénale produit des hormones, principalement des hormones de stress telles que le cortisol et l'aldostérone, ainsi que des androgènes. L'adrénocorticotrophine (ACTH) régule les niveaux de cortisol libérés par les glandes surrénales. En matière d'évolution, la corticosurrénale s'est développée à partir du tissu lymphatique, lequel provient du mésoderme nouveau ; elle est donc contrôlée par la moelle cérébrale.



NIVEAU CÉRÉBRAL : la corticosurrénale de la glande surrénale droite est contrôlée par le côté gauche de la **moelle cérébrale** ; la corticosurrénale de la glande surrénale gauche est contrôlée par le côté droit de la moelle cérébrale, précisément à l'endroit où les surrénales ont leur place en tant que « ganglions lymphatiques spéciaux ». Il existe une corrélation croisée entre le cerveau et l'organe (à comparer avec le parenchyme rénal).

CONFLIT BIOLOGIQUE : le conflit biologique lié à la corticosurrénale est le fait d'**avoir pris la mauvaise voie, d'avoir été « dévié de son cap », de s'être trompé de direction, d'avoir pris la mauvaise décision ou d'avoir fait le mauvais choix**.

PHASE DE CONFLIT ACTIF : [perte cellulaire \(nécrose\)](#) dans la [corticosurrénale](#) proportionnelle à l'intensité et à la durée de l'activité conflictuelle. Le **sens biologique de cette perte cellulaire** est de diminuer la production d'hormones de stress afin d'obliger la personne à ralentir sa progression dans la mauvaise voie. Le **symptôme** qui s'ensuit est une **sensation de stress et de fatigue** en raison des faibles taux de cortisol et d'aldostérone. Cela diffère de toute autre phase de conflit actif caractérisée par un regain d'énergie dû à la libération de cortisol (réaction de lutte ou de fuite). Cette affection, caractérisée par une production insuffisante d'hormones stéroïdiennes, est appelée **hypoadrénalisme** ou **maladie d'Addison**.

REMARQUE : le fait que la corticosurrénale de la glande surrénale droite ou gauche soit concernée est déterminé par la latéralité de la personne ainsi que par le fait que le conflit soit lié à la mère/enfant ou au partenaire.

PHASE DE GUÉRISON : durant la phase de guérison, un **KYSTE SURRÉNALIEN** se développe à l'endroit de la nécrose. En [PCL-A](#), les cellules corticosurrénaliennes se multiplient à l'intérieur du kyste pour combler la perte de tissu qui s'est produite durant la phase de conflit actif. Découvert à

ce stade, ce kyste est diagnostiqué comme un « **cancer des surrénales** » (à distinguer du cancer des surrénales lié à la médullosurrénale). 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.

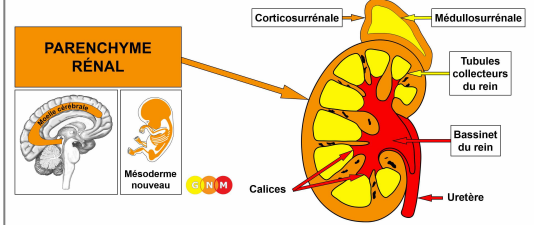
En l'espace de neuf mois, à condition qu'il n'y ait pas de rechutes du conflit, le kyste durcit et fait partie intégrante de la fonction de production hormonale des surrénales (voir aussi le kyste rénal, le kyste ovarien et le kyste testiculaire). La production accrue d'hormones de stress a pour **sens biologique d'aider l'organisme à rester sur la bonne voie**.

REMARQUE : tous les **organes dérivant du mésoderme nouveau** (« groupe de luxe »), y compris la corticosurrénale, 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.

Si la phase de conflit actif a été intense, un tel kyste surrénalien peut devenir très volumineux, entraînant une production excessive d'hormones surrénaliennes (**hyperadrénalisme**), appelée **syndrome de Conn** (avec une surproduction d'aldostérone) ou **syndrome de Cushing** (avec une surproduction de cortisol). Les symptômes du syndrome de Cushing sont un visage rond (« faciès lunaire ») et une prise de poids, en particulier au niveau du tronc, du cou et du haut du dos. Le visage bouffi et la prise de poids sont causés par la rétention d'eau si la personne vit en même temps un conflit d'abandon ou d'existence actif (SYNDROME). La rétention d'eau augmente également en raison de la surproduction de cortisol (une hormone de stress). **REMARQUE :** les symptômes du syndrome de Cushing sont les « effets secondaires » des corticostéroïdes. Ainsi, le « syndrome de Cushing iatrogène » est assez courant du fait de l'utilisation généralisée de ces substances.



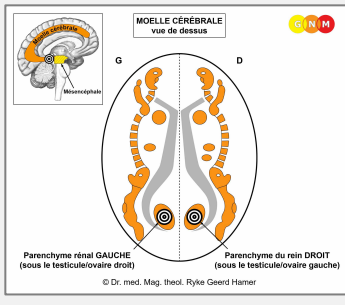
Les corticosurrénales produisent également des androgènes, une hormone responsable du développement des poils à des endroits tels que le visage et la poitrine. Les femmes affectées par le syndrome de Cushing ont donc typiquement une pilosité faciale et corporelle plus importante. Un important kyste surrénalien peut entraîner une pousse excessive des cheveux en raison de la production accrue d'androgènes. Cette affection est appelée **hirsutisme**.



DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DU PARENCHYME RÉNAL : le parenchyme rénal constitue la majeure partie du rein. Composé de millions de néphrons, il a pour fonction principale de filtrer le sang et de produire de l'urine. Chaque néphron est constitué d'un glomérule, lequel est un réseau capillaire entouré d'une membrane appelée capsule de Bowman. C'est la pression sanguine dans les petits vaisseaux sanguins et la **capsule de Bowman** qui régule la formation de l'urine (après que la vie ait migré sur terre, la production d'urine ne fut plus régulée par l'intestin, mais plutôt par la circulation sanguine et les reins). Lorsque le sang traverse les glomérules, l'eau et les déchets métaboliques sont filtrés à travers la paroi des capillaires. Cependant, la majeure partie du filtrat est réabsorbée par les tubules collecteurs du rein et renvoyée dans la circulation sanguine, ce qui laisse environ 1,5 à 2 litres d'urine à éliminer. La vitesse à laquelle les reins filtrent le sang est appelée débit de filtration glomérulaire (DFG). Le parenchyme rénal provient du mésoderme nouveau et est donc contrôlé par la moelle cérébrale.

REMARQUE : à l'origine, les reins ne formaient qu'un seul organe qui s'est ensuite divisé en deux reins. Si les reins ne se séparent pas complètement au cours du développement fœtal, il en résulte ce que l'on appelle un « **rein en**

fer à cheval », les deux reins restent soudés à la base et prenant une forme en « U ».



NIVEAU CÉRÉBRAL : le parenchyme rénal du rein droit est contrôlé par le côté droit de la **moelle cérébrale** ; le parenchyme rénal du rein gauche est contrôlé par le côté gauche de la moelle cérébrale.

REMARQUE : les centres de contrôle sont situés dans la zone de transition entre le mésencéphale, situé à l'extrémité du tronc cérébral, et la moelle cérébrale. Il n'y a donc pas de corrélation croisée entre le cerveau et l'organe.

CONFLIT BIOLOGIQUE : les tubules collecteurs du rein, qui se sont développés à une époque où la vie n'existait que dans les océans, sont liés au conflit biologique de *privation* d'eau (poisson hors de l'eau). En revanche, le parenchyme rénal est lié au fait qu'il y ait *trop* d'eau, car en vivant sur la terre ferme, en raison des risques d'inondation et de noyade, l'eau est devenue un danger. Le conflit lié au parenchyme rénal est donc un **conflit d'eau ou de liquide**.

Un **conflit d'eau** peut survenir à l'occasion de n'importe quel accident sur ou dans l'eau. Cependant, une rupture de canalisation, une fuite d'eau, une **maison inondée** ou des problèmes liés aux eaux usées peuvent également provoquer des conflits en rapport avec l'eau. Un rappel constant d'un **dégât des eaux** non réparé peut maintenir actif un conflit en rapport avec l'eau. Les fortes pluies, les orages, la grêle, les **tempêtes de neige ou de verglas** peuvent provoquer des conflits en rapport avec l'eau liés aux conditions météorologiques. Si la pluie, y compris une prévision de pluie, devient un rail, il en résulte des symptômes de conflit actif récurrents, ou même permanents.



... les inondations peuvent affecter la population de vastes régions.

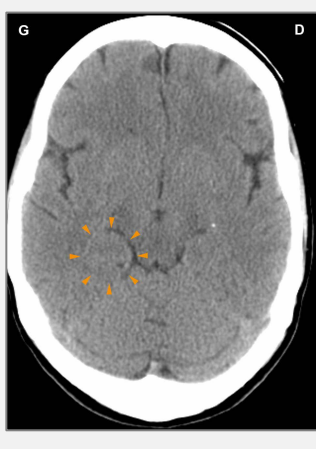
Les **conflits de liquide** font référence à une détresse impliquant des liquides, par exemple, des produits chimiques nocifs, des perfusions ou des injections (médicaments, cytostatiques, stupéfiants, vaccins), du pétrole (catastrophes pétrolières), du carburant (panne de carburant, hausse du prix des carburants), de l'alcool (y compris le sevrage alcoolique), des produits chimiques contenus dans les boissons, ou des produits d'entretien associés à des « allergies » ou considérés comme cancérogènes. Ce conflit concerne également les liquides corporels tels que l'urine (incontinence), le sperme (sérvices sexuels, pratiques sexuelles non désirées), le liquide amniotique (perte des eaux pendant la grossesse) ou les écoulements liquides (pertes vaginales). **Pour une personne ne connaissant pas la GNM**, une rétention d'eau (voir les tubules collecteurs du rein) peut déclencher un conflit en rapport avec l'eau. **REMARQUE** : le sang est biologiquement lié à un conflit de saignement impliquant la rate.

PHASE DE CONFLIT ACTIF : **perte cellulaire (nécrose)** dans un endroit ou en plusieurs endroits du ou des reins, en cas de multiples conflits. Durant l'activité conflictuelle, la tension artérielle augmente, ce qui provoque une **hypertension**. Le **sens biologique de cette élévation de la tension artérielle** est de compenser la perte de tissu glomérulaire, ce qui permet au rein de continuer à remplir sa fonction malgré le nombre réduit de cellules productrices d'urine (à distinguer de l'hypertension liée au myocarde droit ; voir aussi la médullosurrénale).

Le niveau de l'hypertension artérielle est déterminé par la quantité de tissu perdue. Par conséquent, lors d'un intense conflit, la tension artérielle peut augmenter considérablement (voir également l'hypertension durant la Crise Épileptoïde). Cependant, **l'hypertension n'est jamais une raison de paniquer**, car une tension artérielle élevée ne provoque ni crise

cardiaque ni accident vasculaire cérébral, comme le prétend la médecine conventionnelle, mais constitue plutôt un programme biologique de secours destiné à maintenir la fonction de l'organe. Les médicaments qui réduisent la tension artérielle (inhibiteurs de l'enzyme de conversion) ne font qu'interférer avec cette réponse naturelle. Un usage excessif de médicaments antihypertenseurs est donc très éprouvant pour les reins et peut même entraîner une défaillance rénale.

Comme les taux de substances uriques dépendent du débit de filtration glomérulaire (DFG), **les valeurs d'acide urique, d'urée et de créatinine augmentent** durant la phase de conflit actif (à distinguer des taux élevés d'acide urique, d'urée et de créatinine liés aux tubules collecteurs du rein).



Ce scanner cérébral montre un Foyer de Hamer dans la moelle cérébrale, plus précisément, dans la zone qui contrôle le parenchyme rénal gauche ([voir le diagramme GNM](#)). Le contour net de la structure annulaire indique que la personne se trouve en phase de conflit actif entrecoupée de courtes phases de guérison (partie œdémateuse).

REMARQUE : le fait qu'un conflit d'eau ou de liquide affecte le parenchyme rénal droit ou gauche est déterminé de façon aléatoire.



Une perte progressive de cellules du parenchyme rénal conduit à un **rein squirrheux** (voir le rein gauche sur cette image) incapable de produire des quantités suffisantes d'urine (à distinguer du rein squirrheux lié aux tubules collecteurs du rein et entraînant une élimination insuffisante d'urine). Sans résolution du conflit, cela conduit à une « **insuffisance rénale glomérulaire** » (à distinguer de l'« insuffisance rénale tubulaire ») et à une **défaillance rénale**. Lorsque les deux reins sont affectés, la dialyse est inévitable.

Si le rein atteint est retiré par voie chirurgicale, la tension artérielle revient à la normale. Cependant, en cas de réactivation ou de survenue d'un nouveau conflit en rapport avec l'eau, le DHS s'inscrit dans le relais cérébral de l'autre rein, ce qui provoque une nouvelle augmentation de la tension artérielle.

PHASE DE GUÉRISON : dès la résolution du conflit ([CL](#)), la perte de tissu est reconstituée par de nouvelles cellules, idéalement avec le concours des bactéries. Les **symptômes de guérison** sont des **douleurs** dues au gonflement des reins et potentiellement du **sang dans les urines** (voir aussi le trigone de la vessie, la muqueuse de la vessie et la prostate). Durant la phase de guérison, la tension artérielle ainsi que les taux de substances uriques reviennent à la normale. Cependant, à chaque rechute du conflit, la tension artérielle augmente temporairement, provoquant une « **hypertension instable** » (une « hypertension chronique » indique une activité conflictuelle prolongée). La tension artérielle augmente aussi brièvement et potentiellement de manière significative durant la Crise Épileptoïde.

Si la guérison concerne les glomérules, l'affection est appelée **glomérulonéphrite** (à distinguer de la néphrite liée aux tubules collecteurs du rein). Lors de phases de guérison récurrentes, du tissu cicatriciel se forme dans l'unité de filtration du rein (en [PCL-B](#)). On parle alors de **glomérulosclérose segmentaire focale**.

La guérison du parenchyme rénal se caractérise par la formation d'un **KYSTE RÉNAL**. Sous réserve qu'aucune rechute du conflit ne vienne interrompre la guérison, ce processus prend neuf mois pour se réaliser (voir aussi le kyste surrénalien, le kyste ovarien et le kyste

testiculaire). Le développement de ce kyste se déroule en plusieurs étapes.

Dans un premier temps, durant la phase **PCL-A**, une capsule remplie de liquide ou kyste se forme à l'endroit de la nécrose. Le kyste forme un renflement vers l'extérieur ou se développe à l'intérieur. Sa taille est déterminée par l'intensité et la durée de la phase de conflit actif qui a précédé. Avec une rétention d'eau simultanée (**SYNDROME**) résultant d'un conflit d'abandon ou d'existence actif, le kyste dans le parenchyme rénal peut devenir très volumineux, car l'eau retenue est stockée de manière excessive dans la zone en cours de guérison. Le ou les kystes de grande taille peuvent provoquer des douleurs considérables. Ce que l'on appelle une « **polykystose rénale** » désigne de multiples conflits d'eau ou de liquide qui se traduisent par de multiples kystes (la théorie selon laquelle il s'agirait d'une « maladie génétique » est purement hypothétique).

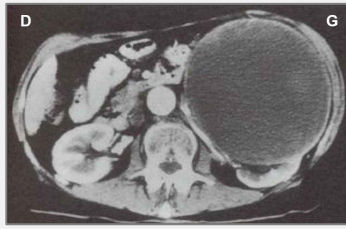
Afin de restaurer les cellules perdues durant la phase de conflit actif, les cellules rénales restantes se multiplient à l'intérieur du kyste. Au cours de cette phase, le kyste se fixe aux tissus voisins pour s'approvisionner en sang. Cette adhérence à ces tissus permet aussi de stabiliser le kyste. Détectée à ce stade, cette « masse » est diagnostiquée, en termes de médecine conventionnelle, comme un **cancer du rein « invasif ou infiltrant »** et interprétée comme une « métastase » (à distinguer du cancer du rein lié aux tubules collecteurs du rein). 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.

Après la Crise Épileptoïde, en **PCL-B**, le kyste a perdu la majeure partie de son liquide. À ce stade, le « cancer » est diagnostiqué comme une **tumeur de Wilms** ou un **néphroblastome. PAS DE PANIQUE !** En effet, en l'espace de neuf mois (sans rechute du conflit), le kyste, qui était au départ une capsule remplie de liquide, durcit, se détache des tissus voisins et, doté de vaisseaux sanguins, devient partie intégrante du rein, **participant – comme un troisième rein – à toutes les fonctions de l'organe.**

REMARQUE : tous les **organes dérivant du mésoderme nouveau** (« groupe de luxe »), y compris le parenchyme rénal, 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.



Sur ce scanner cérébral, nous voyons un Foyer de Hamer dans la zone du cerveau qui contrôle le parenchyme rénal gauche (flèches orange inférieures – **voir le diagramme GNM**) correspondant à un kyste rénal du rein gauche. Par conséquent, le conflit d'eau ou de liquide a été résolu. Les flèches supérieures pointent vers un Foyer de Hamer dans le relais cérébral de la dentine lié à un conflit de morsure, actuellement en phase de guérison.

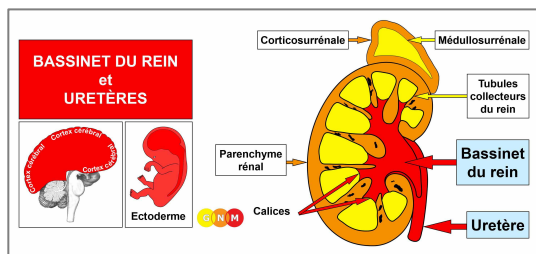


Avec une rétention d'eau due au **SYNDROME**, un kyste rénal peut devenir très gros, comme le montre ce scanner organique.

Si la pression dans un kyste liquide ou semi-liquide devient trop forte, le kyste peut éclater. Un coup contre le rein, une ponction exploratrice ou une intervention chirurgicale prématurée peuvent provoquer sa rupture. Lorsque le kyste se rompt, le liquide se retrouve dans le rétropéritoine et dans la région abdominale, les cellules rénales libérées se fixant à la paroi abdominale ou à un organe abdominal tel que l'estomac, le duodénum, le côlon, le foie ou le pancréas. Dans ce cas, le

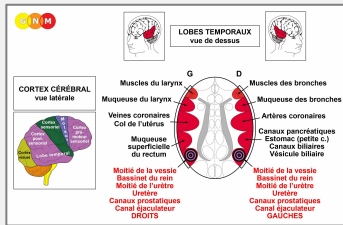
développement du kyste s'achève en dehors du rein. Découverts dans ces endroits, ces kystes sont souvent diagnostiqués à tort comme des « poches de ganglions lymphatiques » ou comme des « liposarcomes » censés provenir de cellules adipeuses ou de tissus mous (« léiomyosarcomes »). En médecine conventionnelle, ces masses sont considérées comme « malignes ».

Selon le Dr Hamer, l'ablation d'un kyste rénal ne doit être effectuée que lorsque le kyste est complètement mûr (induré). Une intervention chirurgicale sur un kyste semi-liquide dissémine les cellules du parenchyme dans la zone environnante, ce qui entraîne des complications inutiles (voir les kystes ovariens et l'endométriose). Avec une rétention d'eau simultanée provoquée par un conflit d'existence, généralement évoqué par le diagnostic du cancer du rein ou la peur d'une hospitalisation, le kyste ne durcit que partiellement. La résolution du conflit lié aux tubules collecteurs du rein doit donc être prioritaire.



DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DU BASSINET DU REIN ET DES URETÈRES : le bassinnet du rein et les uretères représentent les voies urinaires supérieures. Le bassinnet du rein reçoit l'urine des tubules collecteurs du rein par leurs calices en forme de coupe. De là, l'urine est conduite par les uretères vers la vessie puis conduite par l'urètre (voies urinaires inférieures) pour être éliminée. La paroi interne du bassinnet du rein et des uretères est dotée de muscles lisses et striés. Tout comme les muscles intestinaux qui déplacent le « morceau de nourriture » le long du tractus intestinal par un mouvement péristaltique, les muscles lisses du bassinnet du rein et des uretères facilitent l'écoulement du « morceau d'urine ». La muqueuse du bassinnet du rein – y compris celle des calices rénaux – et des uretères consiste en un épithélium pavimenteux, lequel provient de l'ectoderme ; elle est donc contrôlée par le cortex cérébral.

REMARQUE : à l'origine, les reins ne formaient qu'un seul organe qui s'est ensuite divisé en deux reins. C'est pourquoi le bassinnet du rein et les uretères disposent de deux centres de contrôle cérébraux, un dans chaque hémisphère cérébral.



NIVEAU CÉRÉBRAL : la muqueuse épithéliale du bassinnet du rein et des uretères est contrôlée par les **lobes temporaux** (une partie du **cortex post-sensoriel**). Le bassinnet du rein gauche et l'urètre gauche sont contrôlés par le lobe temporal droit ; le bassinnet du rein droit et l'urètre droit sont contrôlés par le lobe temporal gauche (à côté du centre de contrôle de la muqueuse superficielle du rectum). Il existe donc une corrélation croisée entre le cerveau et l'organe.

REMARQUE : le bassinnet du rein et les uretères ainsi que la vessie et l'urètre partagent les mêmes centres de contrôle. Le fait que le conflit affecte le bassinnet du rein, le ou les uretères, la vessie ou l'urètre est déterminé de manière aléatoire. Les canaux prostatiques et éjaculateurs sont également contrôlés par les mêmes relais cérébraux.

CONFLIT BIOLOGIQUE : le conflit biologique lié au bassinnet du rein et aux uretères est un **conflit masculin de marquage territorial** ou un **conflit féminin de marquage** (voir aussi la vessie et l'urètre) en fonction du genre, de la latéralité et du statut hormonal de la personne (voir aussi la Constellation de Marquage). Un conflit masculin de marquage territorial fait référence à une invasion inattendue des limites extérieures (les mammifères mâles marquent la limite extérieure de leur territoire avec de l'urine en levant une patte) tandis qu'un conflit féminin de marquage fait référence à une violation des limites intérieures (les mammifères femelles marquent la limite intérieure de leur espace de vie en s'accroupissant). Le conflit féminin de marquage s'apparente à un conflit

d'identité impliquant la muqueuse superficielle du rectum. C'est pourquoi le relais cérébral du bassinot du rein, des uretères, de la vessie et de l'urètre est situé à côté du relais du rectum (dans le lobe temporal gauche).

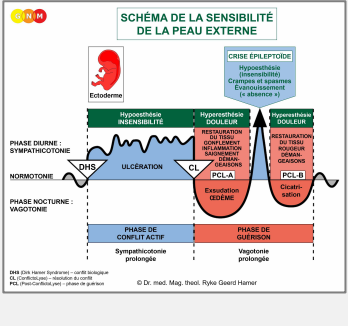
Genre, latéralité statut hormonal	Conflit biologique	Organes concernés
Homme droitier (SHN)	Conflit de marquage territorial	Bassinot du rein gauche, uretère gauche
Homme gaucher (SHN)	Conflit de marquage territorial	Bassinot du rein droit, uretère droit*
Homme droitier (FTT)	Conflit de marquage	Bassinot du rein droit, uretère droit
Homme gaucher (FTT)	Conflit de marquage	Bassinot du rein gauche, uretère gauche*
Femme droitière (SHN)	Conflit de marquage	Bassinot du rein droit, uretère droit
Femme gauchère (SHN)	Conflit de marquage	Bassinot du rein gauche, uretère gauche*
Femme droitière (FTE)	Conflit de marquage territorial	Bassinot du rein gauche, uretère gauche
Femme gauchère (FTE)	Conflit de marquage territorial	Bassinot du rein droit, uretère droit*

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

*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 de marquage territorial** fait référence à une intrusion dans son territoire (domicile, propriété), y compris le territoire élargi (quartier, village, ville, pays). Les conflits de marquage liés au travail sont provoqués, par exemple, par des luttes pour un poste ou lorsqu'un concurrent s'implante dans notre domaine professionnel. Les conflits de marquage liés aux relations concernent les membres du domaine (conjoint, enfants, parents, membres de la famille, colocataires, camarades de classe, amis, visiteurs, voisins, collègues, enseignants, supérieurs) qui « dépassent les bornes » ou qui se mêlent de nos affaires. Le sentiment d'être contrôlé par un conjoint, un partenaire ou un parent peut évoquer un conflit de marquage. Une invasion de sa sphère privée comprend également le non-respect de ses biens. Un homme peut vivre un conflit de marquage territorial lorsqu'un autre homme s'intéresse à sa femme ou lorsque sa femme ou sa petite amie couche avec quelqu'un d'autre. Les relations sexuelles non désirées ou les sévices sexuels peuvent être perçus comme une invasion de son espace intime. Une atteinte à ses croyances, des propos racistes ou un quelconque type de harcèlement peuvent provoquer un conflit de marquage. Les enfants vivent ce conflit à l'école, à la maternelle, à la crèche ou dans la cour de récréation, mais aussi à la naissance d'un petit frère ou d'une petite sœur, lorsqu'ils doivent partager leur chambre avec un membre de la famille ou lorsqu'ils se disputent un jouet. Les animaux domestiques vivent des conflits de marquage lorsque d'autres animaux (ou personnes) occupent leur territoire ou lorsqu'ils sont déplacés.



Le Programme Biologique Spécial du **bassinot du rein** et des **uretères** 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 du bassinot du rein, des calices rénaux et/ou du ou des uretères** proportionnelle à l'intensité et à la durée de l'activité conflictuelle. Le **sens biologique de cette perte cellulaire** est d'augmenter le volume du bassinot du rein et d'élargir le ou les uretères afin d'améliorer l'écoulement de l'urine et ainsi mieux pouvoir marquer son territoire.



Cette IRM montre l'impact d'un conflit de marquage dans la zone du cortex cérébral qui contrôle le bassinot du rein et les uretères ainsi que la vessie et l'urètre (**voir le diagramme GNM**). Le contour net du Foyer de Hamer indique que le conflit est toujours actif. La partie du système urinaire qui a été affectée ne sera révélée que lorsque la guérison commencera. Dans tous les cas, en

connaissant la GNM, la personne sera préparée aux symptômes de guérison.

PHASE DE GUÉRISON : durant la première partie de la phase de guérison (**PCL-A**), la perte de tissu est reconstituée par une **prolifération cellulaire** avec un **gonflement** dû à l'œdème (accumulation de liquide) dans la zone en cours de guérison. Un gonflement important peut obstruer l'uretère affecté ! Une inflammation du bassinnet du rein est appelée **pyélite**. La Crise Épileptoïde se manifeste par une **douleur aiguë** accompagnée de **crampes** ou de **spasmes (colique urétérale, colique néphrétique)** si les muscles striés alentour du bassinnet du rein et/ou des uretères subissent la Crise Épileptoïde en même temps (voir aussi la colique néphrétique liée aux tubules collecteurs du rein).

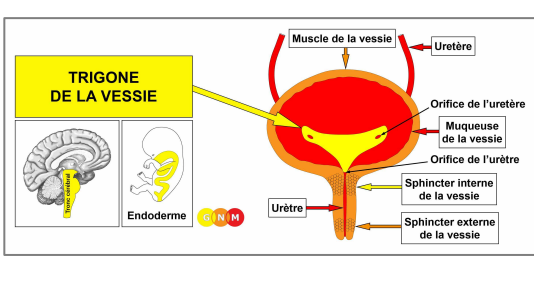
REMARQUE : toutes les Crises Épileptoïdes contrôlées par le **cortex sensoriel, post-sensoriel ou prémoteur sensoriel** sont accompagnées de **troubles de la circulation**, d'**étourdissements**, de brefs **troubles de la conscience** ou d'une **perte totale de conscience** (évanouissement ou « absence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

Une « **infection bactérienne** » dans le **bassinnet du rein ou les uretères** indique que les bactéries participent au processus de réparation et de cicatrisation (**PCL-B**). C'est généralement le cas lorsque l'ulcération survenue au cours de la phase de conflit actif a profondément atteint le tissu rénal ou urétéral (voir aussi l'« infection rénale » liée aux tubules collecteurs du rein). Les « infections » récurrentes indiquent des rechutes du conflit déclenchées par la réactivation d'un rail mis en place au moment où le conflit de marquage initial s'est produit.

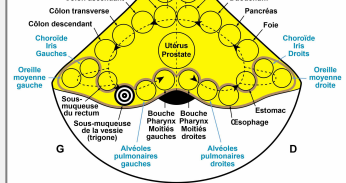


Une occlusion des **calices rénaux** provoquée par une phase de guérison prolongée conduit à la formation de **calculs rénaux**. À un moment donné, généralement durant la Crise Épileptoïde, ces calculs sont entraînés à travers le col du calice dans le bassinnet du rein, puis vers la vessie. Ce processus provoque une douleur aiguë, principalement due aux spasmes et aux crampes (coliques néphrétiques) de la paroi interne du bassinnet du rein.

Les calculs rénaux dans le bassinnet du rein sont des **calculs d'acide urique** verts ou jaunâtres (à distinguer des calculs d'oxalate de calcium blancs ou foncés dans les tubules collecteurs du rein). Les calculs d'urate, résultant de conflits de marquage territorial, sont très fréquents chez les chiens et les chats.



DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DU TRIGONE DE LA VESSIE : le trigone de la vessie est la zone triangulaire formée par les orifices des uretères et de l'urètre. Lorsque le muscle de la vessie se contracte, le trigone canalise l'urine temporairement stockée dans la vessie vers l'urètre. Tout comme les cellules intestinales qui digèrent et absorbent les aliments, la fonction biologique du trigone de la vessie est de « digérer » (qualité sécrétrice) les protéines et « d'absorber » (qualité absorbante) l'urine (comme les tubules collecteurs du rein). La sous-muqueuse du trigone de la vessie consiste en un épithélium cylindrique intestinal, lequel provient de l'endoderme ; elle est donc contrôlée par le tronc cérébral.



NIVEAU CÉRÉBRAL : le trigone de la vessie est contrôlé par le côté gauche du **tronc cérébral**, à côté du centre de contrôle de la sous-muqueuse du rectum.

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

CONFLIT BIOLOGIQUE : le conflit biologique lié au trigone de la vessie est un **conflit du morceau affreux**, « **sale** » (sale besoin, sales tours, sale rapport sexuel, etc.) semblable à un conflit de « se retrouver dans la merde » lié au côlon sigmoïde et à la sous-muqueuse 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 trigone de la vessie prolifèrent proportionnellement à l'intensité du conflit. Le **sens biologique de cette prolifération cellulaire** est d'améliorer la capacité de « digérer » ou d'« absorber » le « morceau sale ». Lors d'une activité conflictuelle prolongée, une masse étalée (de type absorbant) ou en forme de chou-fleur (de type sécréteur) se forme au niveau du trigone. En médecine conventionnelle, cela est diagnostiqué comme un **cancer de la vessie** (à distinguer du « cancer de la vessie » lié à la muqueuse de la vessie). 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 de la vessie** (voir aussi la phase de guérison).

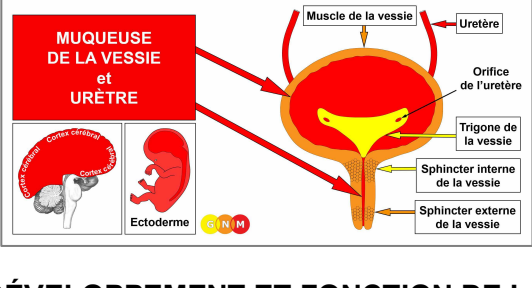
PHASE DE GUÉRISON : dès la résolution du conflit (**CL**), les champignons ou les mycobactéries telles que le bacille tuberculeux éliminent les cellules qui ne sont plus requises. Cela provoque une **cystite tuberculeuse purulente**, une « **infection bactérienne de la vessie** ».

REMARQUE : il a été découvert que les bactéries ***Escherichia coli* (E. coli)** colonisent également la vessie (voir l'infection des intestins par *E. coli*). Par conséquent, si *E. coli* participe au processus de guérison, cela signifie que l'« infection de la vessie » provient d'un « conflit du morceau sale », alors que les « infections de la vessie » dans la muqueuse de la vessie et dans le muscle de la vessie sont liées à un conflit de marquage.

Les **symptômes de guérison** sont une **douleur** due au gonflement, une **urine trouble** pouvant potentiellement contenir du **sang** (voir aussi le parenchyme rénal, la muqueuse de la vessie et la prostate), et des **sueurs nocturnes**. En fonction de l'intensité de la phase de conflit actif, l'intensité des symptômes peut varier de légère à sévère.

Lorsque les champignons participent au processus de guérison, cela provoque une « **cystite à candida** », laquelle devient chronique lorsque la personne se retrouve en guérison en suspens à cause de rechutes du conflit. Contrairement aux affirmations de la médecine conventionnelle, une « infection » fongique dans le trigone endodermique de la vessie ne peut pas se « propager » à d'autres zones des voies urinaires telles que les uretères, la vessie ou l'urètre (qui proviennent de l'ectoderme), car les champignons ne franchissent pas la limite de leur feuillet embryonnaire !

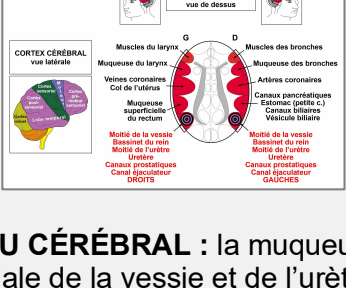
Si les microbes nécessaires ne sont pas disponibles au moment de la résolution du conflit, du fait de leur destruction par une utilisation excessive d'antibiotiques, les cellules supplémentaires restent en place. À terme, la masse se retrouve encapsulée de tissu conjonctif. Cela est généralement diagnostiqué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



DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DE LA MUQUEUSE DE LA VESSIE ET DE L'URÈTRE :

la vessie et l'urètre constituent les voies urinaires inférieures. Chez les femmes, la vessie se trouve devant l'utérus ; l'urètre est situé proche de la paroi avant du vagin. Chez les hommes, l'urètre rejoint l'extrémité du pénis et conduit l'urine ainsi que le sperme lors de l'éjaculation ; au niveau du col de la vessie, l'urètre est entouré par la prostate. La vessie est un organe musculaire creux où l'urine reçue des bassinets des reins et des uretères est temporairement stockée. L'urine est évacuée de la vessie par l'urètre. La paroi interne de l'urètre est dotée de muscles lisses et striés. Tout comme les muscles intestinaux qui déplacent le « morceau de nourriture » le long du tractus intestinal par un mouvement péristaltique, les muscles lisses de l'urètre facilitent l'écoulement et l'élimination du « morceau d'urine ». La muqueuse de la vessie et de l'urètre consiste en un épithélium pavimenteux, lequel provient de l'ectoderme ; elle est donc contrôlée par le cortex cérébral.

REMARQUE : à l'origine, le système urinaire était constitué de deux vessies. Avec le temps, les deux vessies ont fusionné pour ne former qu'un seul organe (à l'inverse, les reins étaient d'abord un organe unique qui s'est ensuite divisé en deux reins). C'est pourquoi la vessie et l'urètre disposent de deux centres de contrôle cérébraux, un dans chaque hémisphère cérébral.



NIVEAU CÉRÉBRAL : la muqueuse épithéliale de la vessie et de l'urètre est contrôlée par les **lobes temporaux** (une partie du **cortex post-sensoriel**). Les moitiés gauches de la vessie et de l'urètre sont contrôlées par le lobe temporal droit ; les moitiés droites de la vessie et de l'urètre sont contrôlées par le lobe temporal gauche (à côté du centre de contrôle de la muqueuse superficielle du rectum). Il existe donc une corrélation croisée entre le cerveau et l'organe.

REMARQUE : la vessie et l'urètre ainsi que les bassinets des reins et les uretères partagent les mêmes centres de contrôle. Le fait que le conflit affecte le bassinnet du rein, les uretères, la vessie ou l'urètre est déterminé de manière aléatoire. Les canaux prostatiques et les canaux éjaculateurs sont également contrôlés par ces mêmes relais cérébraux.

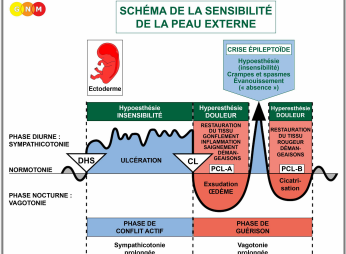
CONFLIT BIOLOGIQUE : le conflit biologique lié à la muqueuse de la vessie et à l'urètre est un **conflit masculin de marquage territorial** ou un **conflit féminin de marquage** (voir le bassinnet du rein et les uretères), en fonction du genre, de la latéralité et du statut hormonal de la personne (voir aussi la Constellation de Marquage).

Genre, latéralité statut hormonal	Conflit biologique	Organes concernés
Homme droitier (SHN)	Conflit de marquage territorial	Vessie et urètre Moitiés gauches
Homme gaucher (SHN)	Conflit de marquage territorial	Vessie et urètre Moitiés droites*
Homme droitier (FTT)	Conflit de marquage	Vessie et urètre Moitiés droites
Homme gaucher (FTT)	Conflit de marquage	Vessie et urètre Moitiés gauches*
Femme droitère (SHN)	Conflit de marquage	Vessie et urètre Moitiés gauches
Femme gauchère (SHN)	Conflit de marquage	Vessie et urètre Moitiés droites*
Femme droitère (FTE)	Conflit de marquage territorial	Vessie et urètre Moitiés droites
Femme gauchère (FTE)	Conflit de marquage territorial	Vessie et urètre Moitiés gauches*

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

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

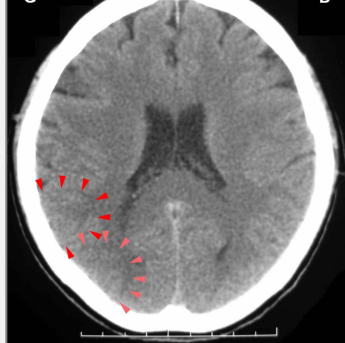
Conformément à la logique de l'évolution, les **conflits de territoire**, les **conflits sexuels** et les **conflits de séparation** constituent les principaux thèmes conflictuels associés aux organes d'origine ectodermique, lesquels organes sont contrôlés par le **cortex sensoriel, prémoteur sensoriel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



Le Programme Biologique Spécial de la **muqueuse de la vessie et de l'urètre**

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 de la vessie et/ou de la muqueuse de l'urètre](#) proportionnelle à l'intensité et à la durée de l'activité conflictuelle. Le **sens biologique de cette perte cellulaire** est d'augmenter le volume de la vessie et d'élargir l'urètre afin d'améliorer l'écoulement de l'urine et ainsi mieux pouvoir marquer son territoire.



Ce scanner cérébral montre deux Foyers de Hamer dans le lobe temporal gauche ; l'un dans le relais cérébral de la muqueuse de la vessie (flèches rouges inférieures – [voir le diagramme GNM](#)), l'autre dans le relais de la muqueuse superficielle du rectum (flèches rouges supérieures). Les contours nets révèlent que la personne est en phase de conflit actif d'un conflit de marquage (incapacité à établir ses limites) et d'un conflit d'identité (« où est ma place ? »).

PHASE DE GUÉRISON : durant la première partie de la phase de guérison ([PCL-A](#)), la perte de tissu est reconstituée par une **prolifération cellulaire** avec un **gonflement** dû à l'œdème (accumulation de liquide) dans la zone en cours de guérison. En médecine conventionnelle, cela peut être diagnostiqué comme un « **cancer de la vessie** » ou un **carcinome urothélial**, également appelé **carcinome à cellules transitionnelles** (à distinguer du cancer de la vessie lié au trigone de la vessie). 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. Une petite masse semblable à une verrue située dans la muqueuse des voies urinaires, y compris dans le bassinet du rein et les uretères, est appelée « **papillome urothélial** » et est généralement considérée comme « bénigne ».

Les **symptômes de guérison** sont une **envie fréquente d'uriner accompagnée d'une douleur brûlante pendant la miction et l'élimination de petites quantités d'urine seulement** ; du **sang peut potentiellement se retrouver dans l'urine** (voir également le parenchyme rénal, le trigone de la vessie, et la prostate). Une caractéristique typique de cette guérison est la **sensation d'avoir constamment besoin d'uriner ainsi que la sensation d'une vidange incomplète de la vessie** après la miction, une affection appelée **ténésme de la vessie** (à comparer avec le ténésme rectal). En cas de rétention d'eau due au SYNDROME, le gonflement peut bloquer l'écoulement de l'urine dans l'urètre. Il s'agit d'une situation médicale grave ! Dans ce cas, le Dr Hamer recommande la pose d'une sonde urinaire temporaire (voir également l'obstruction des voies urinaires chez les hommes, causée par une hypertrophie de la prostate ou une tumeur de la prostate).

La Crise Épileptoïde se manifeste par une **douleur aiguë** accompagnée de **crampes** ou de **spasmes** si les muscles striés voisins de la muqueuse interne de l'urètre subissent la Crise Épileptoïde en même temps.

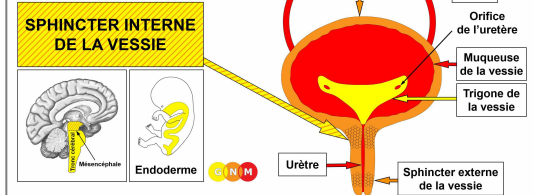
REMARQUE : toutes les Crises Épileptoïdes contrôlées par le [cortex sensoriel](#), [post-sensoriel](#) ou [prémoteur sensoriel](#) sont accompagnées de **troubles de la circulation**, d'**étourdissements**, de brefs **troubles de la conscience** ou d'une **perte totale de conscience** (évanouissement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

Une **infection urinaire dans l'urètre (urétrite)** ou une **infection de la vessie (cystite)** indique que des bactéries participent au processus de réparation et de cicatrisation ([PCL-B](#)) (voir aussi les infections urinaires liées aux uretères et les « infections de la vessie » liées au trigone

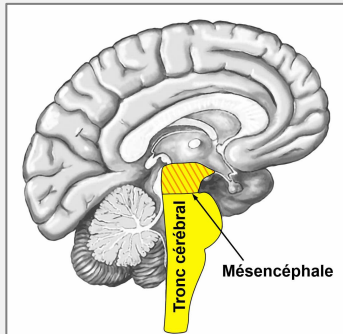
de la vessie ou au muscle de la vessie). C'est généralement le cas lorsque l'ulcération survenue en phase de conflit actif a atteint profondément le tissu de l'urètre ou de la vessie. Les « infections urinaires » récurrentes indiquent des rechutes du conflit déclenchées par la réactivation d'un rail mis en place au moment où le conflit de marquage initial s'est produit.

La **gonorrhée de l'urètre** est une inflammation de la muqueuse de l'urètre avec des **écoulements** dus à l'activité des bactéries (*neisseria gonorrhoeae* ou gonocoque) durant le processus de guérison. Si la bactérie Chlamydia Trachomatis est impliquée, cela provoque ce qui est appelé une « **infection à chlamydia** » ; la bactérie *chlamydia* est également impliquée dans l'urétrite (la présence de chlamydia dans la bouche est liée à un conflit oral ; dans le rectum ou l'anus, elle est liée à un conflit d'identité). Contrairement aux idées reçues, la gonorrhée ou la chlamydie ne peuvent pas être transmises sexuellement, car les symptômes sont déjà des symptômes de guérison, plus précisément, les symptômes d'un conflit de marquage (territorial) concernant la sphère sexuelle (voir aussi le conflit de séparation sexuelle et l'herpès génital). Si les symptômes sont moins sévères, cette affection peut être diagnostiquée comme une urétrite ou une cystite. Ce qui est appelé avec euphémisme « cystite de lune de miel » est causé par des rapports sexuels fréquents et prolongés. **REMARQUE** : chez les hommes, l'urètre est également utilisé pour l'éjaculation. Par conséquent, le Programme Biologique Spécial de l'urètre correspond aussi à un **conflit d'éjaculation** (voir aussi les canaux éjaculateurs) comme lors du fait de « ne pas pouvoir, ne pas avoir le droit ou ne pas vouloir éjaculer », par exemple, dans le cas de l'éjaculation précoce.

Les **tumeurs superficielles de la vessie** sont le résultat d'une guérison prolongée de la vessie. Ces résidus inoffensifs sont interprétés à tort comme des cancers. Les tumeurs superficielles de la vessie sont assez courantes chez les chats et les chiens (conflit de marquage territorial !).



DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DU SPHINCTER INTERNE DE LA VESSIE : le sphincter interne de la vessie est un muscle de forme annulaire situé au bas de la vessie, au niveau du col de la vessie. Son mécanisme musculaire involontaire contrôle l'écoulement de l'urine de la vessie vers l'urètre. Le sphincter externe de la vessie entoure l'urètre et constitue un second moyen de contrôler l'émission d'urine. Le sphincter interne de la vessie se compose de muscles lisses, lesquels proviennent de l'endoderme, et il est contrôlé par le mésencéphale.



NIVEAU CÉRÉBRAL : le muscle lisse du sphincter interne de la vessie est contrôlé par le **mésencéphale**, situé à l'extrémité du tronc cérébral.

CONFLIT BIOLOGIQUE : le conflit biologique lié au sphincter interne de la vessie correspond au fait de **ne pas pouvoir retenir l'urine**, par exemple, à cause d'une incontinence. L'incontinence urinaire est l'une des plus fréquentes causes de conflits après une opération de la prostate.

PHASE DE CONFLIT ACTIF : **hypertonie du sphincter interne de la vessie**. Le **sens biologique de cette augmentation de la tension musculaire** est de favoriser la rétention de l'urine dans la vessie.

PHASE DE GUÉRISON : la tension musculaire revient à la normale. La Crise Épileptoïde se manifeste par des **spasmes douloureux de la vessie** (voir aussi les spasmes des uretères, du muscle de la vessie, de la muqueuse de la vessie et de l'urètre).

durant la Crise Épileptoïde lorsque le sphincter externe de la vessie s'ouvre. L'incontinence génère souvent des conflits de dévalorisation de soi impliquant les tissus adjacents tels que l'os pubien ou les muscles du plancher pelvien. Par conséquent, l'affirmation voulant qu'un affaiblissement des muscles du plancher pelvien provoque une incontinence est fausse, en revanche, cet affaiblissement est le résultat de continuels conflits de dévalorisation de soi liés à la vessie ; il en va de même pour les « infections urinaires » récurrentes.

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, cela signifie qu'ils se ferment par contraction en vagotonie, c'est-à-dire en phase de guérison, et s'ouvrent par relaxation en sympathicotonie, c'est-à-dire en phase de conflit actif ainsi que 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 alors une vidange complète de la vessie accompagnée d'une perte involontaire de selles.

L'énurésie (le fait de mouiller son lit) (énurésie nocturne) est une émission involontaire d'urine pendant le sommeil. L'émission involontaire d'urine a lieu pendant la Crise Épileptoïde, laquelle se produit typiquement la nuit, c'est-à-dire en vagotonie. Sous l'effet d'un bref stress sympathicotonique, le sphincter de la vessie s'ouvre, entraînant l'émission d'urine. L'énurésie persistante ou chronique indique que la personne vit de continuelles rechutes du conflit suivies d'un « accident nocturne ». Les enfants vivent des conflits de marquage territorial avec leurs frères et sœurs, leurs camarades de classe, ou lorsqu'ils sont harcelés physiquement, verbalement ou socialement. **REMARQUE :** une vidange complète de la vessie peut se produire au cours de *toute* intense Crise Épileptoïde.

PHASE DE GUÉRISON : durant la phase de guérison, le muscle de la vessie est reconstruit et le sphincter de la vessie se ferme. Si les bactéries participent à la guérison, cela provoque une « **infection bactérienne de la vessie** » (voir aussi le trigone de la vessie et la muqueuse de la vessie) avec des **spasmes douloureux de la vessie** durant la Crise Épileptoïde (voir aussi les spasmes liés aux uretères, au sphincter interne de la vessie, à la vessie et à l'urètre).

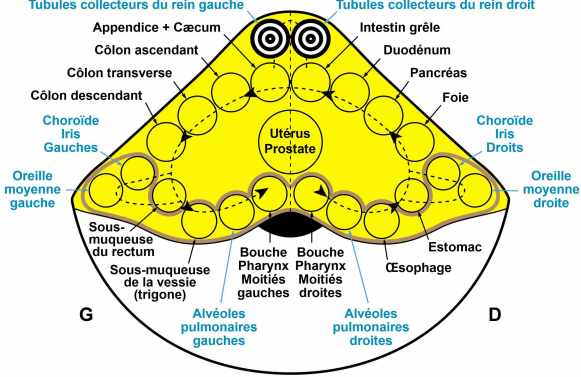
REMARQUE : tous les **organes dérivant du mésoderme nouveau** (« groupe de luxe »), y compris le muscle de la vessie, révèlent le **sens biologique du SBS à la fin de la phase de guérison**. Lorsque le processus de guérison est terminé, l'organe ou le tissu se retrouve plus fort qu'auparavant, ce qui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

Source : www.learninggnm.com

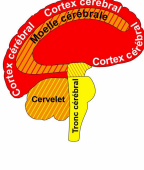
© LearningGNM.com

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

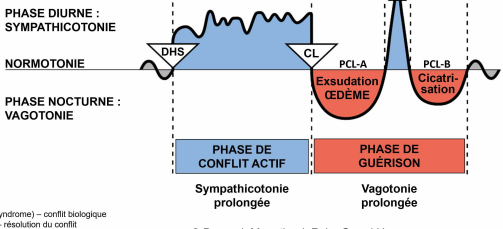
TRONC CÉRÉBRAL vue de dessus



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 ».

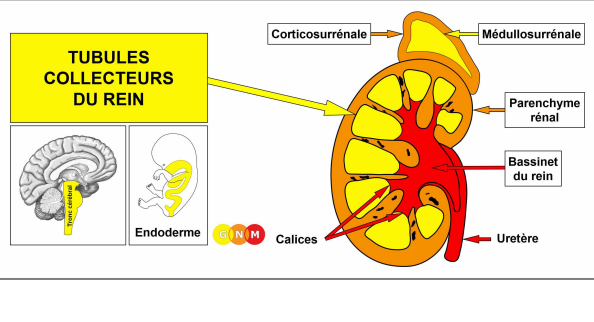


Cortex cérébral	PERTE CELLULAIRE (ulcération, nécrose)	Restauration du tissu par les bactéries
Moelle cérébrale		
Cervelet	PROLIFÉRATION CELLULAIRE	Élimination des cellules par les champignons et les bactéries
Tronc cérébral		

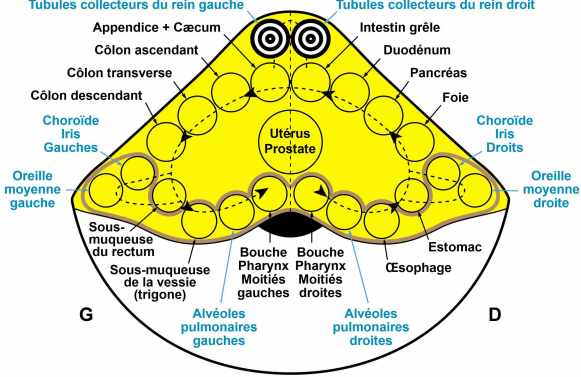


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
CL (ConflictLyse) – résolution du conflit
PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

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



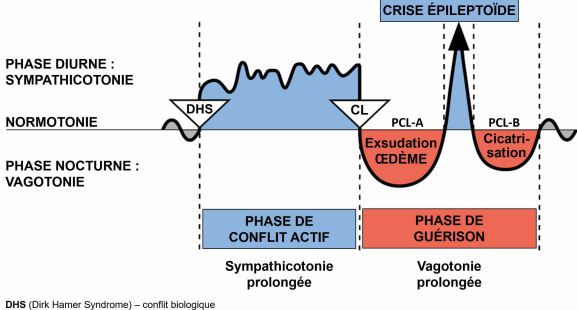
TRONC CÉRÉBRAL vue de dessus





PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

SCHÉMA DES DEUX PHASES



DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique

CL (Conflictolyse) – résolution du conflit

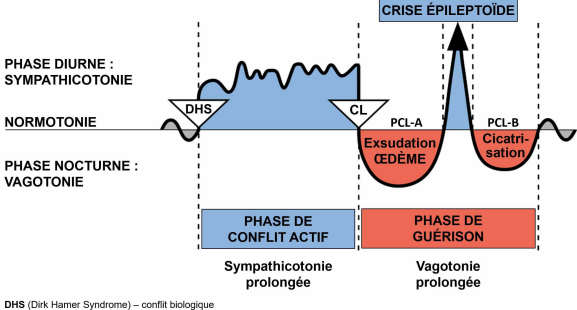
PCL (Post-Conflictolyse) – phase de guérison

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



PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

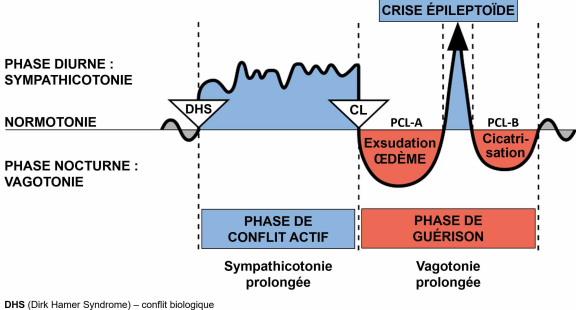
SCHÉMA DES DEUX PHASES





PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

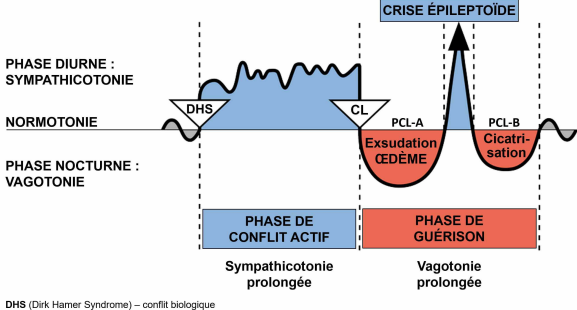
SCHÉMA DES DEUX PHASES



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



PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX SCHÉMA DES DEUX PHASES

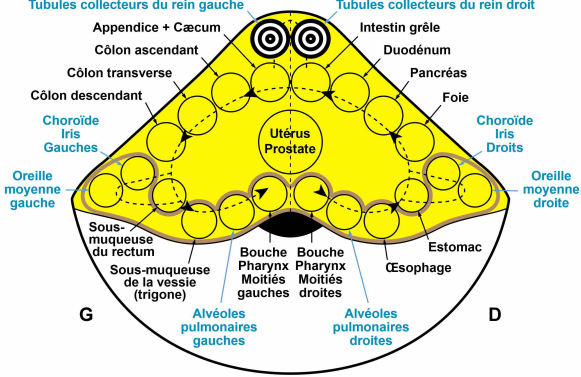


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
CL (ConflictLyse) – résolution du conflit

PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

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

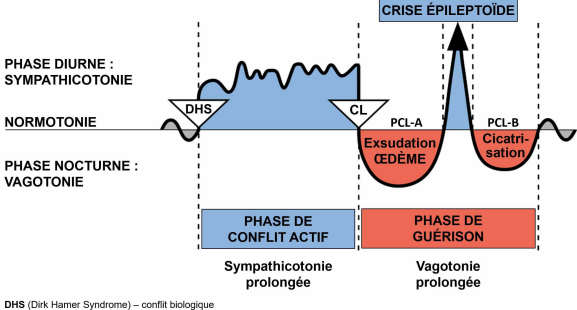
TRONC CÉRÉBRAL vue de dessus



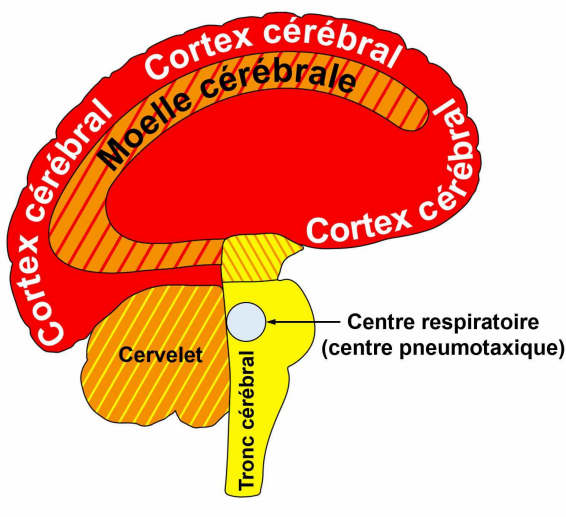


PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

SCHÉMA DES DEUX PHASES



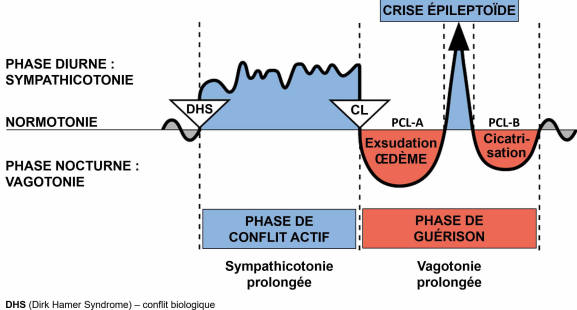
© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer





PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

SCHÉMA DES DEUX PHASES

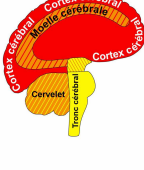


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique

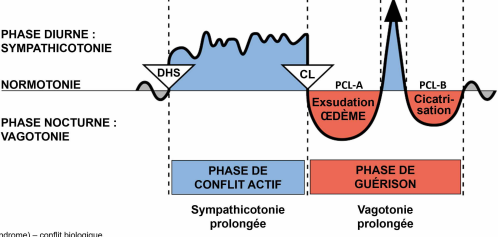
CL (ConflictLyse) – résolution du conflit

PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

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

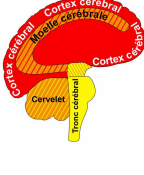


Cortex cérébral	PERTE CELLULAIRE (ulcération, nécrose)	Restauration du tissu par les bactéries
Moelle cérébrale		
Cervelet	PROLIFÉRATION CELLULAIRE	Élimination des cellules par les champignons et les bactéries
Tronc cérébral		



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

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

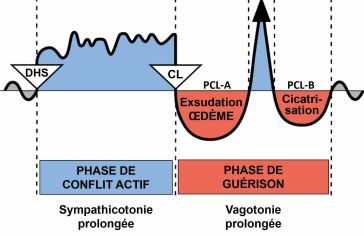


Cortex cérébral	PERTE CELLULAIRE (ulcération, nécrose)	Restauration du tissu par les bactéries
Moelle cérébrale		
Cervelet	PROLIFÉRATION CELLULAIRE	Élimination des cellules par les champignons et les bactéries
Tronc cérébral		

PHASE DIURNE :
SYMPATHICOTONIE

NORMOTONIE

PHASE NOCTURNE :
VAGOTONIE



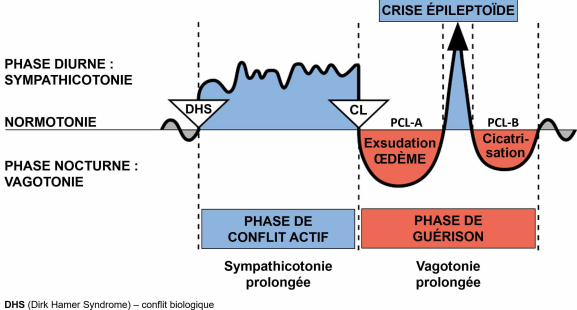
DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
CL (ConflictLyse) – résolution du conflit
PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

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



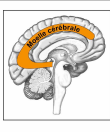
PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

SCHÉMA DES DEUX PHASES

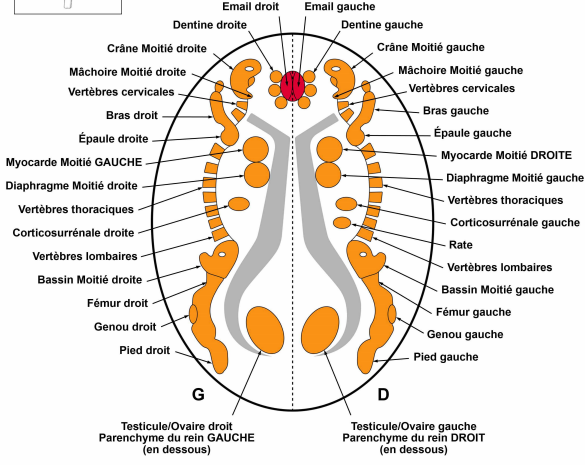


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
CL (ConflictLyse) – résolution du conflit
PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

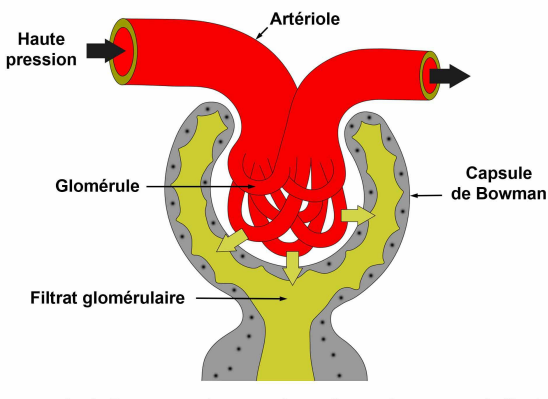
© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer



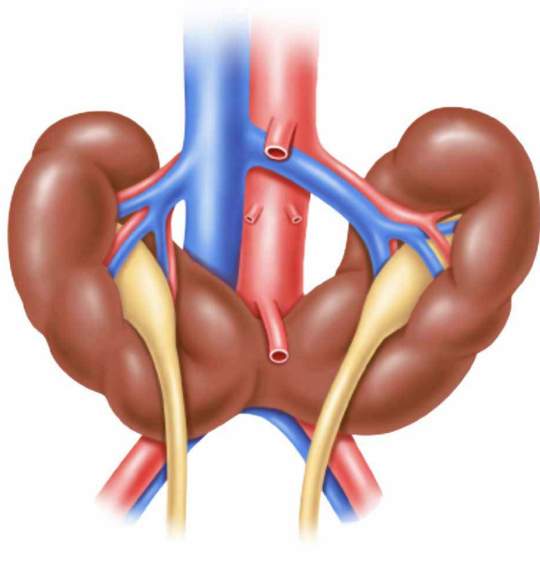
RELATION MOELLE CÉRÉBRALE – ORGANES



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

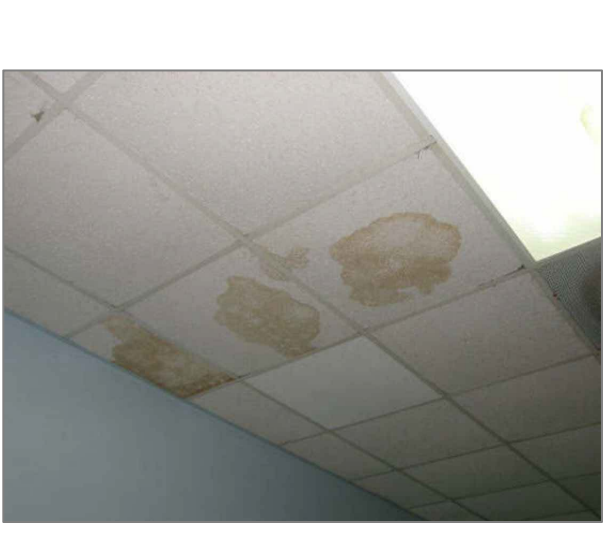


La capsule de Bowman est une poche en forme de coupe qui effectue la première étape de la filtration du sang pour former l'urine. Chaque capsule contient un glomérule.



Reins en fer à cheval

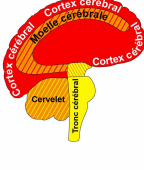




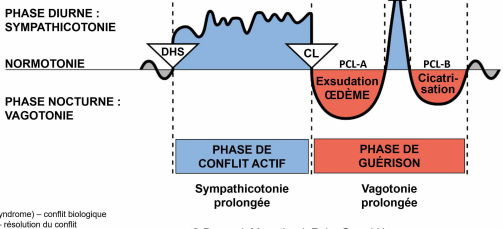


Tempête de verglas frappant l'Est du Canada en janvier 1998



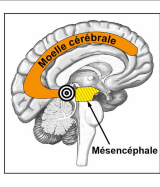


Cortex cérébral	PERTE CELLULAIRE (ulcération, nécrose)	Restauration du tissu par les bactéries
Moelle cérébrale		
Cervelet	PROLIFÉRATION CELLULAIRE	Élimination des cellules par les champignons et les bactéries
Tronc cérébral		

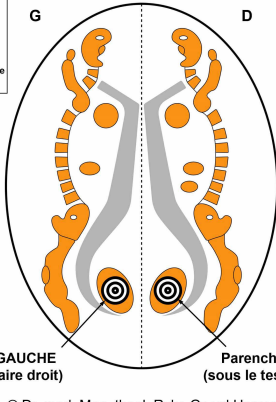


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
CL (ConflictLyse) – résolution du conflit
PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

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



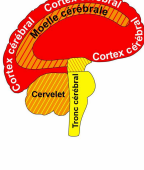
MOELLE CÉRÉBRALE
vue de dessus



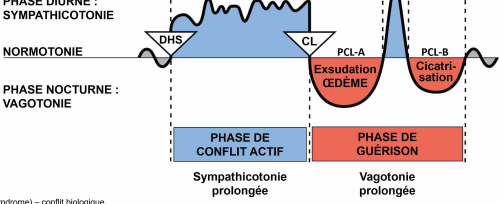
Parenchyme rénal GAUCHE
(sous le testicule/ovaire droit)

Parenchyme du rein DROIT
(sous le testicule/ovaire gauche)

© 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		



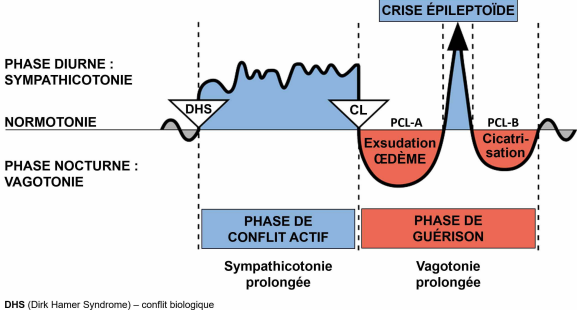
DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
CL (Conflictolyse) – résolution du conflit
PCL (Post-Conflictolyse) – phase de guérison

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



PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

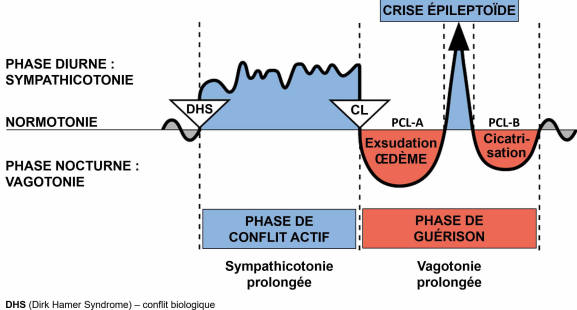
SCHÉMA DES DEUX PHASES





PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

SCHÉMA DES DEUX PHASES



DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique

CL (ConflictLyse) – résolution du conflit

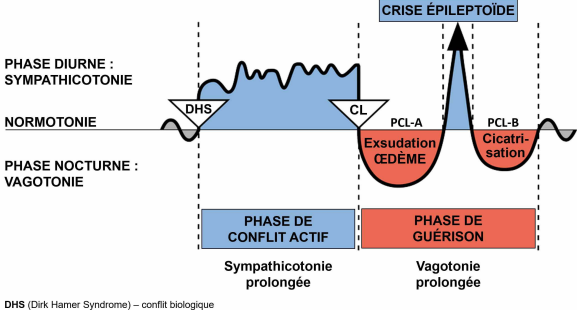
PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

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

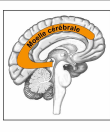


PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

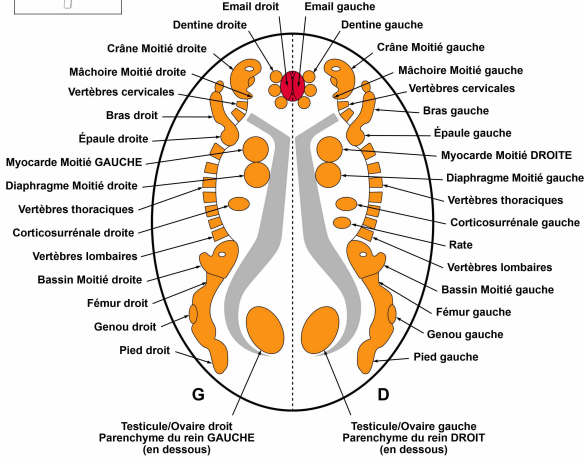
SCHÉMA DES DEUX PHASES



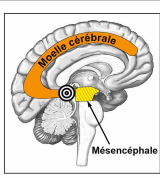
© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer



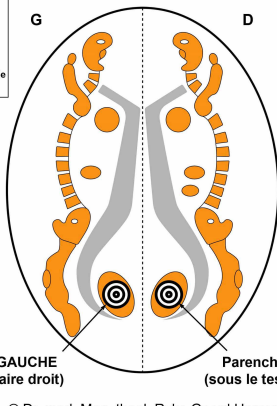
RELATION MOELLE CÉRÉBRALE – ORGANES



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



MOELLE CÉRÉBRALE
vue de dessus



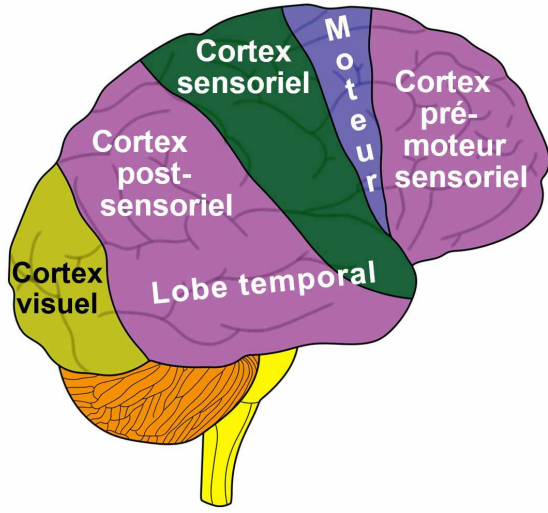
Parenchyme rénal GAUCHE
(sous le testicule/ovaire droit)

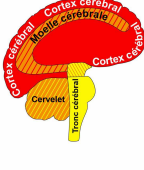
Parenchyme du rein DROIT
(sous le testicule/ovaire gauche)

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

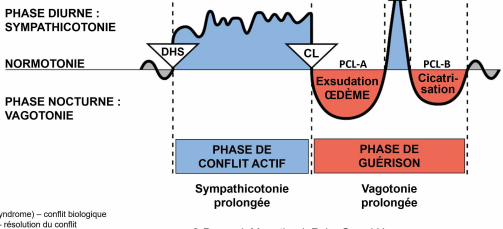
CORTEX CÉRÉBRAL

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		

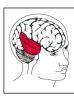


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
CL (ConflictLyse) – résolution du conflit
PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

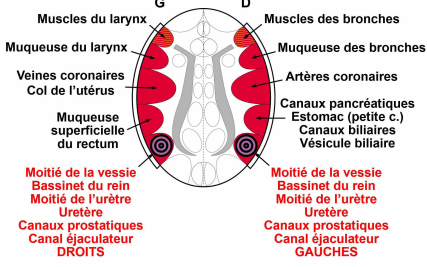
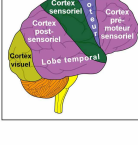
© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer



LOBES TEMPORAUX
vue de dessus



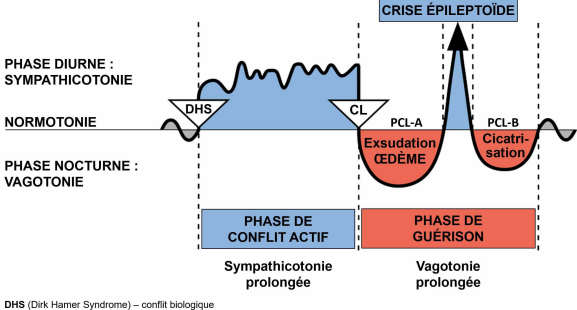
CORTEX CÉRÉBRAL
vue latérale





PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

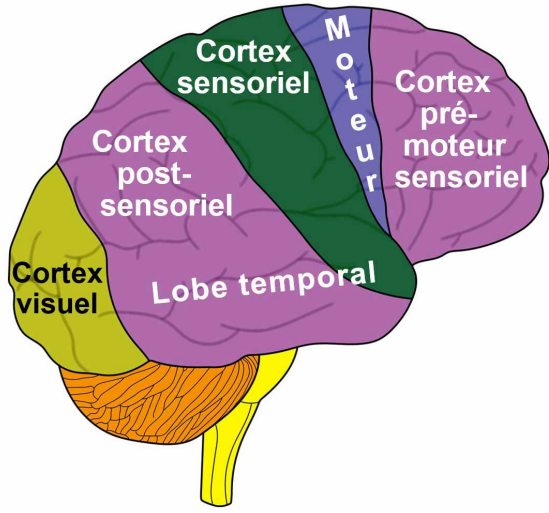
SCHÉMA DES DEUX PHASES



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

CORTEX CÉRÉBRAL

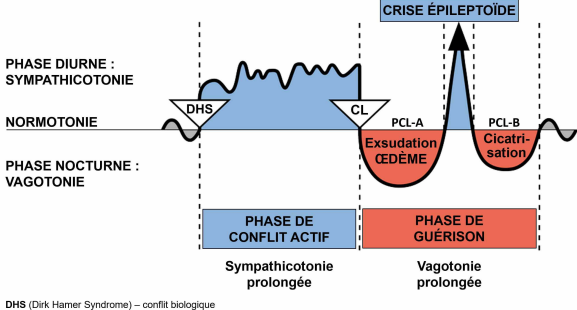
vue latérale





PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

SCHÉMA DES DEUX PHASES

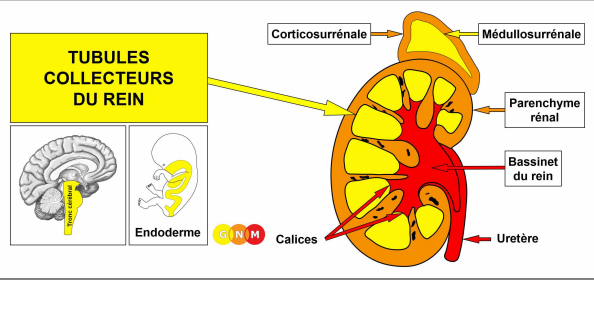


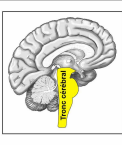
DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique

CL (Conflictolyse) – résolution du conflit

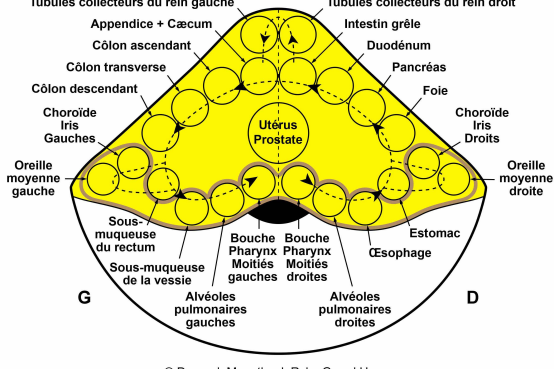
PCL (Post-Conflictolyse) – phase de guérison

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

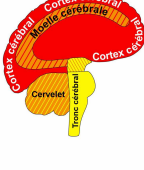




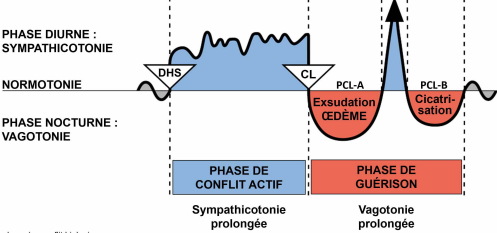
RELATION TRONC CÉRÉBRAL – ORGANES



© 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		

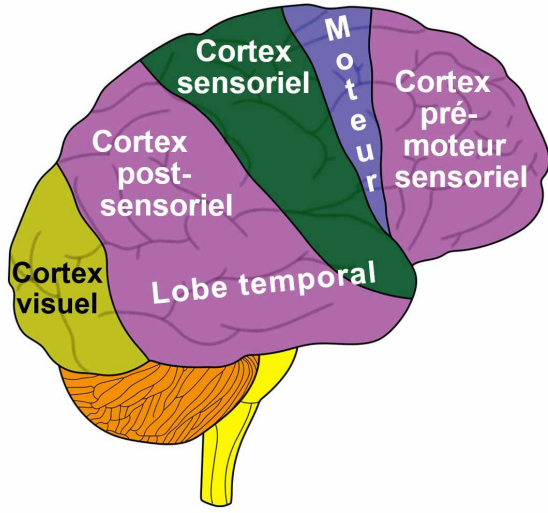


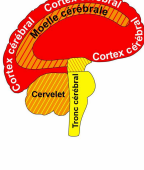
DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
CL (ConflictLyse) – résolution du conflit
PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

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

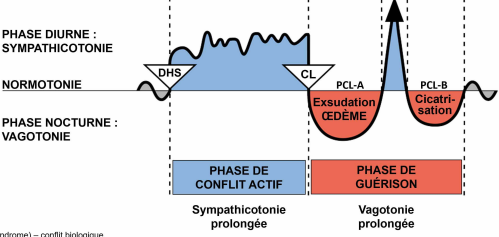
CORTEX CÉRÉBRAL

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		

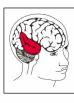


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
CL (ConflictLyse) – résolution du conflit
PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

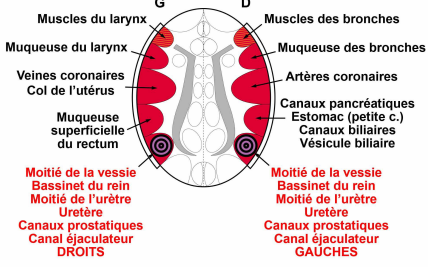
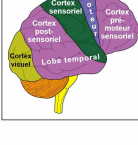
© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer



LOBES TEMPORAUX
vue de dessus



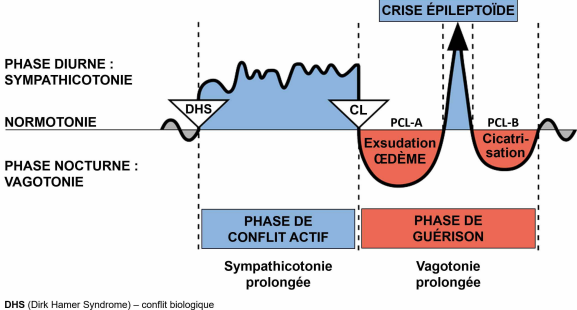
CORTEX CÉRÉBRAL
vue latérale





PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

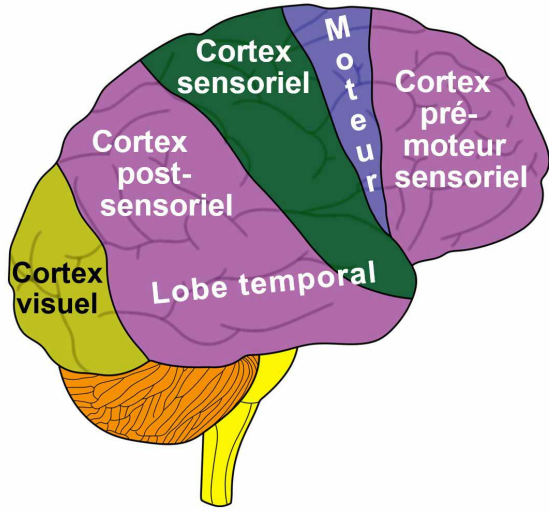
SCHÉMA DES DEUX PHASES



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

CORTEX CÉRÉBRAL

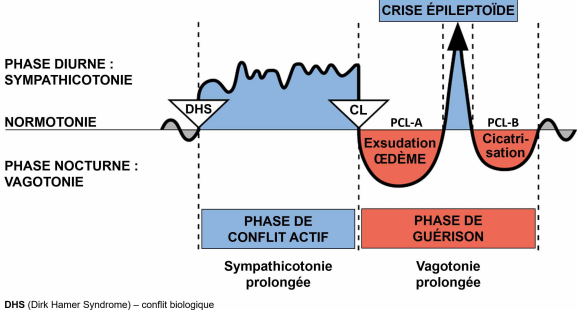
vue latérale



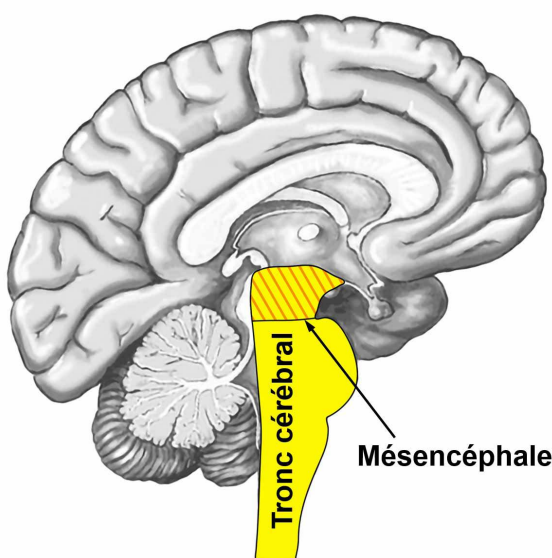


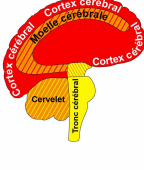
PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

SCHÉMA DES DEUX PHASES

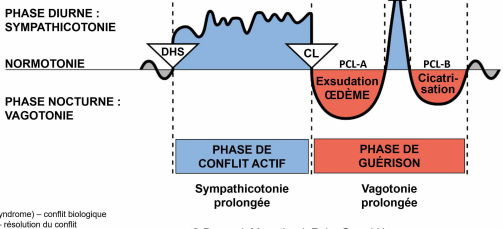


© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer



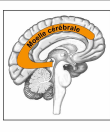


Cortex cérébral	PERTE CELLULAIRE (ulcération, nécrose)	Restauration du tissu par les bactéries
Moelle cérébrale		
Cervelet	PROLIFÉRATION CELLULAIRE	Élimination des cellules par les champignons et les bactéries
Tronc cérébral		

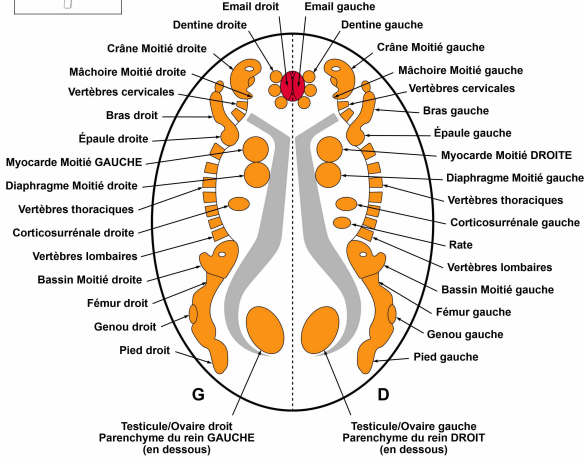


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
CL (ConflictLyse) – résolution du conflit
PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

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



RELATION MOELLE CÉRÉBRALE – ORGANES



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