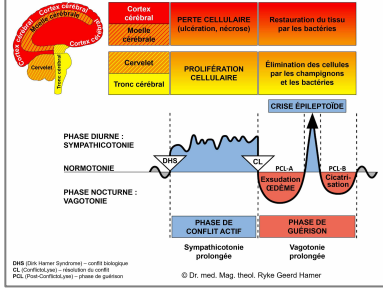




PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

ORGANES SEXUELS MASCULINS

Auteur : Caroline Markolin, Ph. D.



Prostate

Canaux prostatiques

Cellules germinales

Testicules (interstitium)

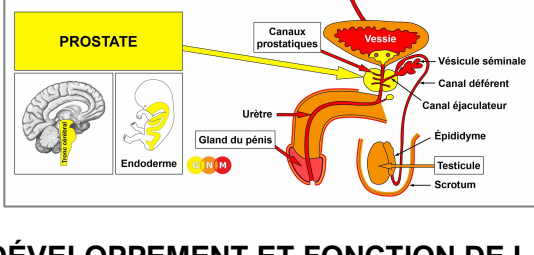
Tunique vaginale du testicule

Glandes sécrétrices de smegma

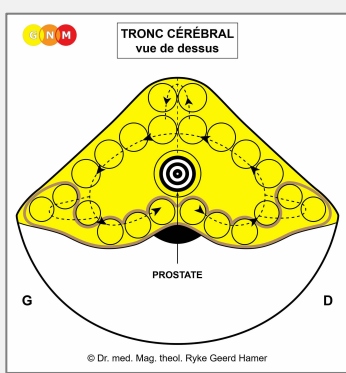
Corps caverneux du pénis

Gland du pénis

Rév. 1.00



DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DE LA PROSTATE : la prostate est située dans la cavité pelvienne de l'homme, juste en dessous de la vessie. L'urètre, qui conduit à la fois l'urine et le sperme, passe par le centre de la prostate, d'où il se prolonge jusqu'à l'extrémité du pénis. La fonction principale de la prostate est de sécréter le liquide séminal (qualité sécrétrice). Lors de l'excitation sexuelle, une grande partie de ce liquide séminal est également produite par les vésicules séminales qui débouchent dans les canaux éjaculateurs qui rejoignent l'urètre prostatique. Le liquide séminal fournit de l'énergie aux spermatozoïdes et facilite leur motilité. L'un des composants de la sécrétion prostatique est l'antigène spécifique de la prostate, le PSA (voir aussi « la prostate féminine » ou glande de Skene). Le liquide prostatique contient le parfum qui donne au sperme son odeur musquée typique. Dans la nature, l'odeur de cette marque odorante séminale signale la potentialité sexuelle de la femelle ainsi que la force du mâle. La prostate consiste en un épithélium cylindrique intestinal, lequel provient de l'endoderme ; elle est donc contrôlée par le tronc cérébral.



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

REMARQUE : la prostate et l'utérus partagent le même relais cérébral.

CONFLIT BIOLOGIQUE : conformément à son rôle vital dans la reproduction, le conflit biologique lié à la prostate concerne la procréation (comme pour l'utérus chez la femme). Un homme peut vivre un **conflit de procréation** lorsqu'il ne peut pas engendrer d'enfants, par exemple, en raison d'un dysfonctionnement érectile ou d'une infertilité, y compris l'incapacité de sa partenaire à concevoir (infertilité féminine). Une vasectomie (une stérilisation chirurgicale) peut évoquer un conflit de procréation à un subtil niveau psychobiologique. Les hommes vivent aussi ce conflit lorsque leurs descendants ne se reproduisent pas, par exemple, en raison d'une orientation homosexuelle, d'un choix de rester sans enfants, de fausses couches ou d'avortements. La prostate chez l'homme est également liée à un **conflit d'accouplement** ou **conflit sexuel**.

Chez les êtres humains, le fait de « ne pas pouvoir s'accoupler » ou de « ne pas avoir le droit de s'accoupler » se traduit par un rejet sexuel et le sentiment d'être sexuellement indésirable (à comparer avec le conflit d'accouplement lié au col de l'utérus chez la femme). Les conflits d'accouplement sont activés par la perte d'une partenaire sexuelle ou par une rivalité sexuelle (« se battre pour une femme »). La crainte pour un homme de voir sa partenaire sexuelle être attirée par un autre homme peut déjà déclencher le conflit, en particulier lorsque le rival est plus jeune ou qu'il a plus de « potentiel ». En outre, la prostate répond à un **conflit de genre** vécu comme un « conflit affreux avec une femme ». Le fait d'être dominé, contrôlé ou humilié par une femme (une épouse ou une mère impérieuse) ou rabaissé par une autorité féminine (supérieure hiérarchique, juge, avocate, médecin, policière, et autres) peut conduire directement à la prostate d'un homme. Un divorce rancunier, des conflits pour la garde des enfants, des sévices émotionnels ou financiers sont d'autres scénarios possibles de conflit. Dans un sens plus large, le conflit lié à la prostate concerne aussi la virilité elle-même, dans le sens où la personne est ignorée en tant qu'homme, en tant qu'amant, en tant qu'époux ou en tant que pourvoyeur de la famille.

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

D'un point de vue biologique, un homme avec un faible taux de testostérone n'est plus en mesure de vivre un conflit territorial (conflit de peur dans le territoire, conflit de perte territoriale, conflit de colère dans le territoire, conflit de marquage territorial). Le Dr Hamer a établi qu'un conflit de peur (dans le territoire), de perte (territoriale), de colère (dans le territoire) ou de marquage (territorial) *impliquant une femme* affecte, par conséquent, également la prostate.

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

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

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

REMARQUE : à vrai dire, le terme « **antigène spécifique de la prostate** » est inapproprié, car ce PSA est également produit dans le foie, les poumons ou les glandes salivaires. Cela explique pourquoi les hommes dont la prostate a été retirée peuvent encore présenter un taux de PSA élevé. Même les organes féminins tels que les seins et la glande de Skene produisent du « PSA » (source : *The New England Journal of Medicine*, 21 septembre 2000).

La médecine conventionnelle utilise ce taux de PSA comme un marqueur tumoral, à partir duquel un taux de PSA sérique supérieur à 4 ng/ml est considéré comme « anormal ». À partir de ce consensus, le cancer de la prostate est rapidement

devenu le principal cancer chez l'homme, tout comme le cancer du sein est devenu le cancer le plus fréquent chez la femme avec l'introduction de la mammographie.

Remise en question du dépistage du PSA

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

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

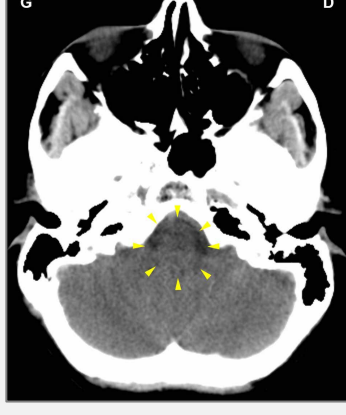
Si la tumeur de la prostate est découverte dans les **lobes latéraux** de la prostate, alors celle-ci est généralement diagnostiquée comme un « cancer ». L'**hyperplasie bénigne de la prostate** (HBP) est une prolifération cellulaire dans la partie centrale de la prostate qui entraîne une **hypertrophie générale de la prostate** (le même principe de diagnostic s'applique à l'hyperplasie de l'endomètre liée à l'utérus). Typiquement, cette prolifération cellulaire se produit de manière étalée (à distinguer de l'hyperplasie bénigne de la prostate liée aux canaux prostatiques). Si le gonflement exerce une pression sur l'urètre, **l'écoulement de l'urine est différé et faible**, avec seulement une petite quantité d'urine libérée (voir aussi la phase de guérison). Selon le Dr Hamer, une hypertrophie de la prostate survient lorsqu'un conflit lié à la prostate devient davantage un « problème » général, par exemple, lorsqu'un homme a l'impression de ne plus attirer les femmes comme avant. De même, lorsqu'un homme vieillit, son taux de testostérone diminue ; il en va de même de sa libido. Ceci fait partie du processus normal de vieillissement. Cependant, la pression afin d'« assurer » (également une pression auto-infligée) peut facilement causer un conflit d'accouplement. Tous ces facteurs expliquent pourquoi « l'hyperplasie bénigne de la prostate » est principalement attribuée aux hommes âgés et pourquoi le taux de PSA a tendance à augmenter avec l'âge. Cependant, ces changements sont *toujours* liés à un conflit biologique. C'est pourquoi les hommes ne présentent pas tous un taux de PSA élevé lorsqu'ils vieillissent.

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. L'**écoulement** produit lors de la décomposition de la tumeur est excrété par l'urètre. Ainsi, **l'urine est trouble** et potentiellement mélangée à du sang (pour ce qui est de la présence de sang dans l'urine, voir aussi la phase de guérison liée au trigone de la vessie, à la muqueuse de la vessie ainsi qu'au parenchyme rénal). Du sang pourrait également se retrouver dans l'éjaculat. Le processus de guérison s'accompagne de **sueurs nocturnes**. En cas d'inflammation, cette affection est appelée **prostatite**. La **candidose** affectant les organes génitaux masculins trouve son origine dans la prostate, les glandes sécrétrices de smegma ou dans le chorion cutané qui recouvre le pénis et le scrotum.

Lors d'une guérison en suspens, c'est-à-dire lorsque la guérison est continuellement interrompue par des rechutes du conflit, le processus de décomposition prolongé entraîne une perte de tissu de la prostate. L'absence de production de liquide séminal est la cause sous-jacente d'un **orgasme sec**, c'est-à-dire un orgasme sans éjaculation de sperme (à distinguer de l'orgasme sec lié aux canaux éjaculateurs). Il en va de même après une ablation chirurgicale de la prostate.

Si le gonflement est situé à un endroit permettant une pression sur l'urètre prostatique, la **miction devient différée et lente** (voir aussi la phase de conflit actif). Un gonflement important peut comprimer

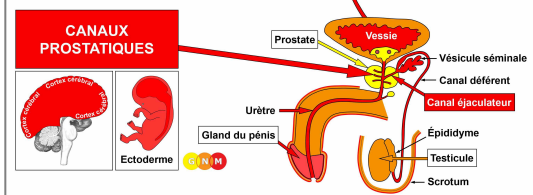
l'urètre au point de le fermer et d'entraîner un reflux de l'urine dans les reins. En cas d'obstruction de l'urètre, le Dr Hamer recommande l'utilisation d'une sonde urinaire jusqu'à ce que le processus de guérison soit achevé et que l'écoulement normal de l'urine soit rétabli (voir aussi l'obstruction de la voie urinaire liée à l'urètre).



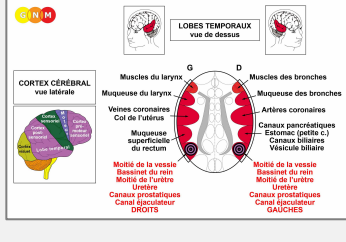
Ce scanner cérébral est celui d'un homme en phase de guérison d'un cancer de la prostate. L'accumulation de liquide (**PCL-A**) dans le relais de la prostate (**voir le diagramme GNM**) se produit parallèlement au gonflement (œdème) de l'organe en cours de guérison.

Une fois la phase de guérison achevée, la prostate retrouve sa taille normale et le **taux de PSA revient à la normale**. Cependant, lors de rechutes conflictuelles récurrentes, le taux de PSA fluctue à la hausse ou à la baisse en fonction de l'intensité du conflit réactivé.

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. La tumeur qui ne peut donc pas être décomposée finit par s'encapsuler. Le retard de miction devient alors permanent. Le **taux de PSA reste élevé** ! Si la tumeur obstrue l'urètre, une intervention chirurgicale est inévitable.



DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DES CANAUX PROSTATIQUES ET ÉJACULATEURS : les canaux prostatiques se trouvent à l'intérieur de la prostate. Ils conduisent le liquide sécrété par la prostate dans la partie prostatique de l'urètre, où la sécrétion se mélange au liquide séminal provenant des vésicules séminales. Les deux canaux éjaculateurs qui acheminent le sperme venant des testicules et le liquide venant des vésicules séminales débouchent également dans l'urètre. Lors de l'éjaculation, le sperme est expulsé par le méat urétral situé à l'extrémité du pénis. Les parois des canaux prostatiques et éjaculateurs sont dotées de muscles lisses. Tout comme les muscles intestinaux déplacent le « morceau de nourriture » dans le tractus intestinal par un mouvement péristaltique, les muscles lisses des canaux prostatiques et éjaculateurs facilitent l'écoulement et l'élimination du « morceau de sperme ». La muqueuse des canaux prostatiques et éjaculateurs consiste en un épithélium pavimenteux, lequel provient de l'ectoderme ; elle est donc contrôlée par le cortex cérébral.



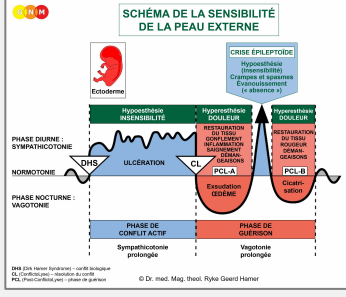
NIVEAU CÉRÉBRAL : la muqueuse épithéliale des canaux prostatiques et éjaculateurs est contrôlée par les **lobes temporaux** (une partie du **cortex post-sensoriel**). Les canaux prostatiques de la moitié droite de la prostate et le canal éjaculateur droit sont contrôlés par le côté gauche du cortex ;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

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

CONFLIT BIOLOGIQUE : le conflit biologique lié aux canaux prostatiques et éjaculateurs est le même que pour l'urètre, à savoir un **conflit de marquage**

territorial. Dans ce cas, le conflit de marquage a une connotation sexuelle ou une « caractéristique prostatique » distinctive. Un homme peut vivre ce conflit lorsque, par exemple, son ex-femme ne lui permet pas de voir ses enfants ou lorsque son espace est envahi par un rival sexuel ou par une femme dominatrice. Les canaux éjaculateurs sont également liés à un **conflit d'éjaculation** (voir aussi l'urètre), comme dans le cas de « ne pas pouvoir, ne pas avoir le droit ou ne pas vouloir éjaculer » (par exemple, lorsqu'un homme souffre d'éjaculation précoce).

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



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

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

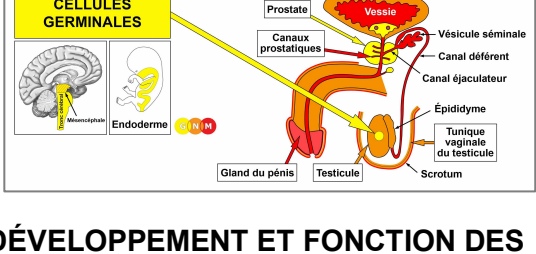
PHASE DE GUÉRISON : durant la première partie de la phase de guérison (**PCL-A**), la perte de tissu dans les canaux prostatiques est reconstituée par une **prolifération cellulaire** avec un gonflement dû à l'œdème (accumulation de liquide). La rétention d'eau provoquée par un conflit d'abandon ou d'existence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

REMARQUE : contrairement à une hypertrophie de la prostate liée à la prostate elle-même, le taux de PSA se maintient dans la plage normale.

Si la phase de conflit actif qui a précédé a été longue et intense, l'abondante prolifération cellulaire qui se produit pendant la **PCL-A** est alors diagnostiquée comme un **cancer intracanalair de la prostate** (à distinguer du cancer de la prostate lié à la prostate elle-même). 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.

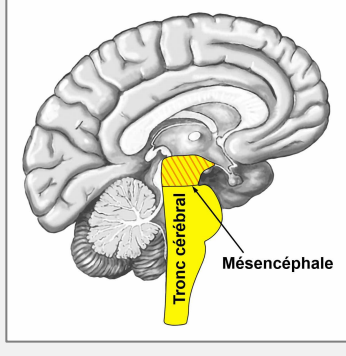
La **gonorrhée** (voir la gonorrhée de l'urètre) peut aussi provenir des canaux prostatiques. Lorsque les symptômes (inflammation, écoulement) sont moins sévères, cette affection est généralement diagnostiquée comme une prostatite.

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



DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DES CELLULES GERMINALES MÂLES : parmi les organes de reproduction de l'être humain, les cellules germinales sont les cellules qui donnent naissance aux gamètes (spermatozoïdes et ovules). Ces cellules germinales primordiales apparaissent d'abord dans le sac vitellin de l'embryon d'où elles migrent à travers

l'intestin en développement vers les nouvelles gonades (les testicules ou les ovaires). Dans les testicules, les cellules germinales forment ce que l'on appelle des spermatogonies (qualité sécrétrice) qui sont les cellules précurseurs des spermatozoïdes. À partir de la puberté, les spermatogonies commencent à se développer en spermatozoïdes matures. Ce processus, appelé spermatogenèse, se déroule dans les **tubules séminifères** (producteurs de spermatozoïdes) de chaque testicule et se poursuit jusqu'à un âge avancé (l'ovogenèse, c'est-à-dire la création d'ovules dans les ovaires féminins, ne dure que jusqu'à la ménopause). Les cellules germinales proviennent de l'endoderme et sont contrôlées par le mésencéphale.



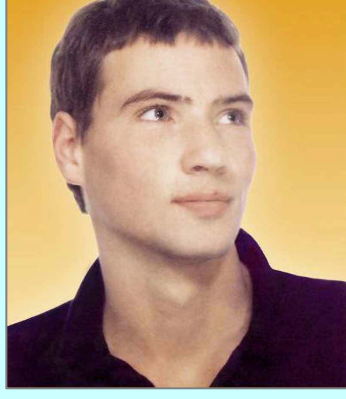
NIVEAU CÉRÉBRAL : les cellules germinales mâles (et femelles) sont contrôlées par le **mésencéphale**, situé à l'extrémité du tronc cérébral. Les cellules germinales du testicule droit sont contrôlées par le côté droit du mésencéphale ; celles du testicule gauche sont contrôlées par le côté gauche (à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

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

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

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

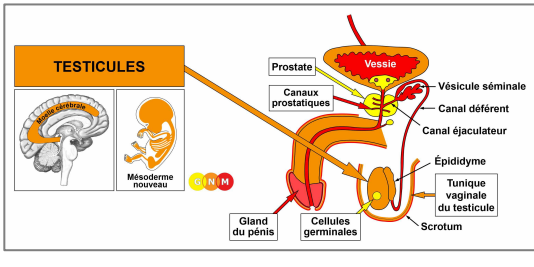
PHASE DE GUÉRISON : avec la résolution du conflit (**CL**), le tératome ne cesse de croître que lentement, car le tissu embryonnaire se développe par poussées (« poussée de croissance fœtale »). Durant la phase de guérison, des champignons ou des mycobactéries telles que le bacille tuberculeux peuvent décomposer le tératome, à condition qu'ils soient disponibles. La tuméfaction remplie de pus se présente comme un **abcès testiculaire**. Le processus de guérison s'accompagne de **sueurs nocturnes**. Si le tératome n'est pas décomposé, il sera encapsulé. Il est intéressant de remarquer qu'un tératome encapsulé, appelé **kyste dermoïde**, peut contenir des structures telles que des cheveux, des dents ou des os. Des tératomes ou des kystes dermoïdes sont aussi découverts dans la région de la colonne vertébrale, c'est-à-dire à proximité de l'endroit où les testicules prennent naissance au cours du développement fœtal.



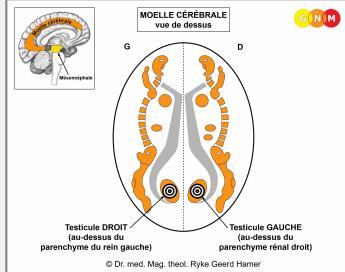
« La découverte de la Médecine Nouvelle a débuté avec la mort de mon fils Dirk. Le 18 août 1978, Dirk a été touché par balle à proximité de l'île méditerranéenne de Cavallo/Corse par le prince héritier italien Victor-Emmanuel de Savoie. Trois mois et demi plus tard, le 7 décembre 1978, Dirk a succombé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



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



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



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

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

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

entreprise (voir le conflit de perte territoriale).

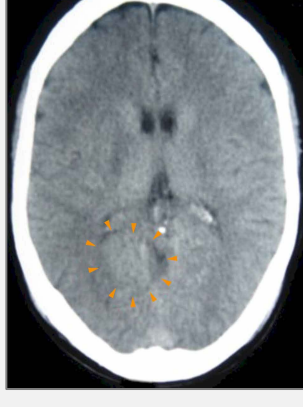
PHASE DE CONFLIT ACTIF : [nécrose \(perte cellulaire\)](#) dans le testicule, perceptible par une légère sensation de tiraillement dans le scrotum. En raison de la réduction du nombre de cellules productrices de testostérone, le **taux de testostérone diminue**, ce qui **entraîne une baisse de la production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

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

PHASE DE GUÉRISON : dès la résolution du conflit ([CL](#)), la perte de tissu est reconstituée avec de nouvelles cellules. Les **symptômes de guérison** sont une **douleur** et un **gonflement** du testicule. L'inflammation ou « infection » d'un testicule (un signe qui indique que des bactéries participent à la guérison) est appelée **orchite**. La médecine conventionnelle affirme que les hommes adultes qui ont « contracté les oreillons » pendant leur adolescence risquent de développer une inflammation des testicules et de devenir stériles. Cependant, cette théorie n'explique pas pourquoi ce prétendu « virus des oreillons » « attaquerait » uniquement les testicules ni pourquoi il attaquerait seulement le testicule droit ou le gauche, ou les deux. Cependant, la détresse ressentie par le fait de ne pas pouvoir engendrer d'enfants, en raison du mythe selon lequel les « oreillons causent une stérilité », peut assurément déclencher un conflit de perte.

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

Durant la [PCL-A](#), une capsule remplie de liquide ou kyste se forme à l'endroit de la nécrose. Afin de restaurer la perte cellulaire survenue durant la phase de conflit actif, les cellules testiculaires prolifèrent à l'intérieur du kyste. À ce stade précoce, le kyste se fixe aux tissus voisins pour s'approvisionner en sang. Détectée pendant cette période, cette « masse » est généralement diagnostiquée comme un **cancer testiculaire** ou une **tumeur à cellules de Leydig** (à distinguer du cancer testiculaire lié aux cellules germinales). 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.



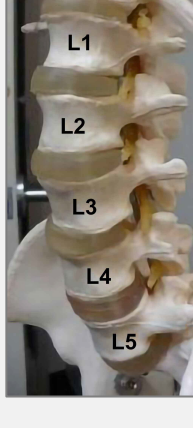
Ce scanner cérébral montre un Foyer de Hamer indistinct et partiellement œdémateux dans la zone du cerveau qui contrôle le testicule droit ([voir le diagramme GNM](#)), lequel correspond à un kyste testiculaire sur le plan organique. Pour un homme droitier, le conflit de perte concerne un partenaire ; pour un gaucher, il concerne sa mère ou son enfant.

Après la Crise Épileptoïde, le kyste a perdu la majeure partie de son liquide. En [PCL-B](#), le **kyste durcit**, se détache du tissu voisin et, doté de vaisseaux sanguins, **s'intègre pleinement à la fonction de production hormonale des testicules**. Et c'est là, précisément, le **sens biologique** recherché. La surproduction de testostérone fournie par le kyste rend le mâle plus masculin et plus fertile, ce qui le place dans une position idéale pour attirer une femelle, compenser la perte d'une compagne ou d'un enfant et générer une nouvelle progéniture.

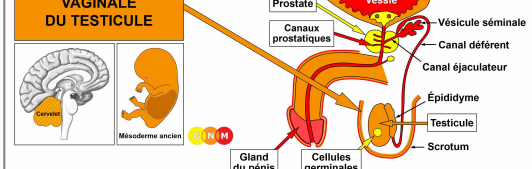
REMARQUE : tous les [organes dérivant du mésoderme nouveau](#) (« groupe de luxe »), y compris les testicules, révèlent le **sens biologique du SBS à la fin de la**

phase de guérison. 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.

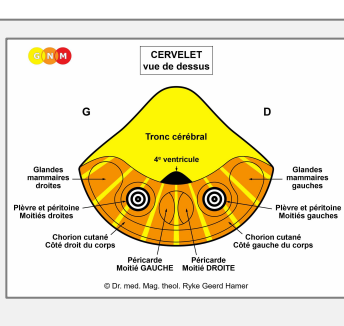
Si la pression dans un kyste liquide ou semi-liquide devient trop forte, le **kyste peut éclater**. Un coup dans les testicules, une ponction exploratrice ou une intervention chirurgicale prématurée peuvent provoquer sa rupture. Lorsque le kyste éclate, le liquide est libéré dans le sac testiculaire,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



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



DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DE LA TUNIQUE VAGINALE DU TESTICULE : à partir du septième mois de gestation, les testicules migrent depuis la cavité abdominale vers le scrotum en passant par le canal inguinal, entraînant avec eux une partie du tissu péritonéal (muqueuse abdominale) lors de leur descente. Le canal inguinal se referme peu après la naissance. La couche péritonéale qui enveloppe les testicules est connue sous le nom de tunique vaginale du testicule. Sa membrane remplie de liquide contribue au soutien et à la protection du testicule. En tant que partie du péritoine, la tunique vaginale du testicule provient du mésoderme ancien et est donc contrôlée par le cervelet.



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

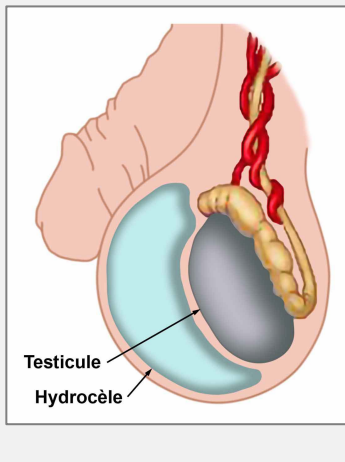
CONFLIT BIOLOGIQUE : le conflit biologique lié à la tunique vaginale du testicule est une **attaque contre les testicules**. Un tel conflit d'attaque pourrait survenir au cours d'un accident, par exemple, dans le sport (hockey, football) ou par un coup de pied inattendu dans les testicules. Des menaces verbales (« Je vais te casser les couilles ! ») peuvent avoir le même effet. Un diagnostic de cancer testiculaire ou une intervention chirurgicale sur les testicules, perçus comme une « attaque » contre l'intégrité de l'organe, peuvent également déclencher ce conflit.

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

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

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

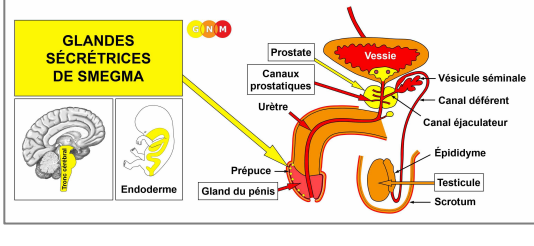
PHASE DE GUÉRISON : dès la résolution du conflit (**CL**), les champignons ou les bactéries telles que le bacille tuberculeux éliminent les cellules qui ne sont plus requises. Les **symptômes de guérison** sont une **douleur** due au gonflement et des **sueurs nocturnes**.



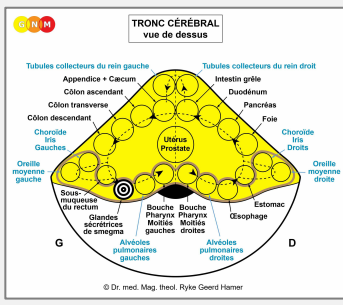
Avec une rétention d'eau due au **SYNDROME**, le liquide en excès est retenu dans la membrane de la tunique, ce qui provoque une **hydrocèle** (« présence d'eau dans les testicules »). Cependant, une blessure aux testicules peut aussi causer une hydrocèle.

Si le canal inguinal ne se referme pas complètement après la naissance, du liquide s'accumulant dans le péritoine de la cavité abdominale (voir l'ascite) se déverse dans le scrotum, entraînant une hydrocèle. En outre, un canal inguinal qui ne se ferme pas correctement crée une faiblesse au niveau de l'aîne, ce qui rend la personne vulnérable au développement de hernies inguinales (à distinguer de la hernie hiatale liée au diaphragme).

REMARQUE : selon le Dr Hamer, les **hernies inguinales ne sont pas liées à un conflit biologique**. Une hernie inguinale, se manifestant par un renflement dans la région de l'aîne (il y a un canal inguinal de chaque côté de la partie inférieure de l'abdomen), se forme en raison d'un affaiblissement des muscles abdominaux, et est causée par une pression dans l'abdomen due à un effort intense ou au soulèvement d'une lourde charge. Les femmes se font des hernies inguinales après une grossesse ou du fait d'avoir soulevé ou porté un enfant lourd. Chez les nourrissons, l'augmentation de la pression dans l'abdomen est principalement due à un effort durant la défécation. Les hernies chez les nouveau-nés sont généralement des hernies ombilicales (nombril).



DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DES GLANDES SÉCRÉTRICES DE SMEGMA : les glandes sécrétrices de smegma sont intégrées dans la membrane muqueuse du prépuce interne qui recouvre le gland du pénis. Ces glandes sécrètent une substance blanchâtre (qualité sécrétrice) pour maintenir le gland du pénis lubrifié pendant une activité sexuelle (à comparer avec les glandes de Bartholin qui lubrifient l'ouverture du vagin). Les glandes sécrétrices de smegma proviennent de l'endoderme et sont contrôlées par le tronc cérébral.



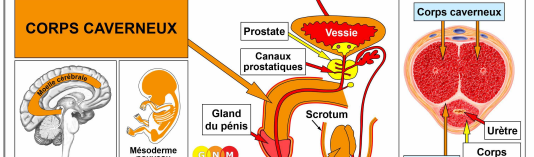
NIVEAU CÉRÉBRAL : les glandes sécrétrices de smegma sont contrôlées par le centre de contrôle situé à côté de celui de la sous-muqueuse du rectum, du côté gauche du **tronc cérébral**.

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

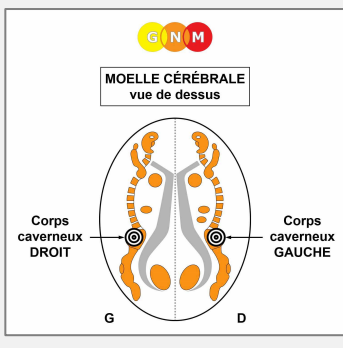
CONFLIT BIOLOGIQUE : le conflit biologique lié aux glandes sécrétrices de smegma correspond au fait de « **ne pas pouvoir pénétrer un vagin serré ou sec** ».

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

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



DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DES CORPS CAVERNEUX : le pénis est constitué d'une racine, d'un corps et du gland. Les corps caverneux sont deux chambres de forme cylindrique qui s'étendent depuis l'os pubien, le long du corps du pénis, jusqu'au gland du pénis, où elles se rejoignent. Ils sont constitués d'un tissu érectile extensible composé principalement de tissu conjonctif. Leur partie centrale contient un arrangement spécial de vaisseaux sanguins qui se remplissent de sang pour obtenir une érection. Le **corps spongieux** qui entoure l'urètre du pénis est majoritairement constitué de muscles lisses (équivalents aux **bulbes vestibulaires du clitoris**). Lors de l'éjaculation, ces muscles se contractent de manière rythmée pour permettre l'expulsion de l'éjaculat. Les corps caverneux sont enveloppés d'une gaine fibreuse et dense appelée l'albuginée. Les corps caverneux proviennent du mésoderme nouveau et sont donc contrôlés par la moelle cérébrale.



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

CONFLIT BIOLOGIQUE : le conflit biologique lié aux corps caverneux est un **conflit de dévalorisation de soi lié à l'érection du pénis** provoqué par exemple, par des problèmes d'érection après une opération chirurgicale de la prostate ou par les effets indésirables des médicaments inhibiteurs de la testostérone ou des antidépresseurs. Les remarques condescendantes concernant les performances sexuelles d'un homme ou la taille de son pénis, le fait de ne pas répondre aux attentes sexuelles d'une partenaire, l'éjaculation précoce et les refus offensants de rapports sexuels ou de sexe oral sont d'autres exemples de ce qui peut

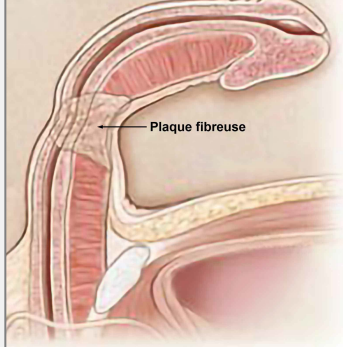
donner à un homme le sentiment d'être « sans valeur à cet endroit ».

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

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

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

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



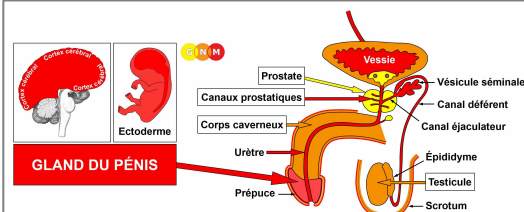
L'accumulation de plaques fibreuses et de masses dures dans l'**albuginée**, la membrane qui entoure les corps caverneux, provoque une courbure permanente du pénis. Cette affection est appelée **maladie de la Peyronie**. Si un bébé masculin naît avec une courbure du pénis, cela révèle qu'il a vécu une dévalorisation de soi vis-à-vis de son pénis, dans l'utérus (sa mère ou ses parents préféreraient peut-être avoir une fille).



Le **phimosis**, l'impossibilité de rétracter complètement le **prépuce** du gland, et la **brièveté du frein**, un raccourcissement du frein du pénis limitant le déroulement du prépuce, se rapportent, selon la GNM, à des conflits de dévalorisation de soi vécus comme « je ne vauds rien à cet endroit ! ».

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

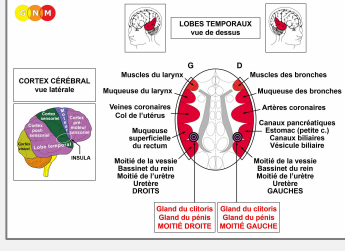
Les **verrues génitales** sont liées à un conflit de séparation sexuelle impliquant l'épiderme du pénis.



DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DU GLAND DU PÉNIS : le gland du pénis forme la tête du pénis en forme de bulbe. Le prépuce qui recouvre le gland est une double couche de tissu épidermique rétractable qui enveloppe le gland. Le prépuce est la continuité de la peau du pénis. Le prépuce interne contient les glandes sécrétrices de smegma. Le frein

du pénis, situé sur la partie inférieure du pénis, est une petite bande élastique qui permet de tirer le prépuce sur le gland afin de protéger l'ouverture de l'urètre à l'extrémité du pénis. Le gland du pénis consiste en un épithélium pavimenteux, lequel provient de l'ectoderme ; il est donc contrôlé par le cortex cérébral.

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



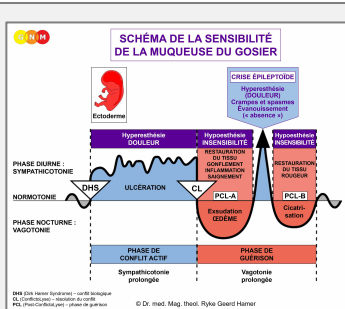
NIVEAU CÉRÉBRAL : le gland du pénis est contrôlé par le **cortex post-sensoriel** (une partie du cortex cérébral). L'épiderme qui recouvre le gland est contrôlé par le cortex sensoriel (voir les [relais cérébraux des organes génitaux externes](#)).

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

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

CONFLIT BIOLOGIQUE : le conflit biologique lié au gland du pénis est un **grave conflit de séparation associé au pénis**, vécu par exemple, lors de la perte d'une partenaire sexuelle ou d'un violent rejet sexuel (voir aussi le conflit de séparation sexuelle lié à l'épiderme du pénis et du scrotum). Ce conflit fait également référence au fait de ne pas vouloir être touché au niveau du pénis (séances sexuelles, attouchements sexuels, manipulation brutale, rapport sexuel oral déplaisant, peur de contracter une maladie vénérienne) ou de ne pas avoir le droit d'être touché, y compris de se toucher soi-même (DHS déclenché lorsqu'on est surpris en train de se masturber). L'opération chirurgicale de la [circoncision](#) masculine peut aussi provoquer un **conflit relatif au pénis**.

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



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

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

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

PHASE DE GUÉRISON : durant la phase de guérison, l'ulcération est reconstituée avec de nouvelles cellules. Le processus de guérison se manifeste par une **baisse de la sensibilité** (engourdissement) du gland ou par une perte totale de sensibilité si le conflit a été intense. L'hypersensibilité est brièvement réactivée lors de la Crise

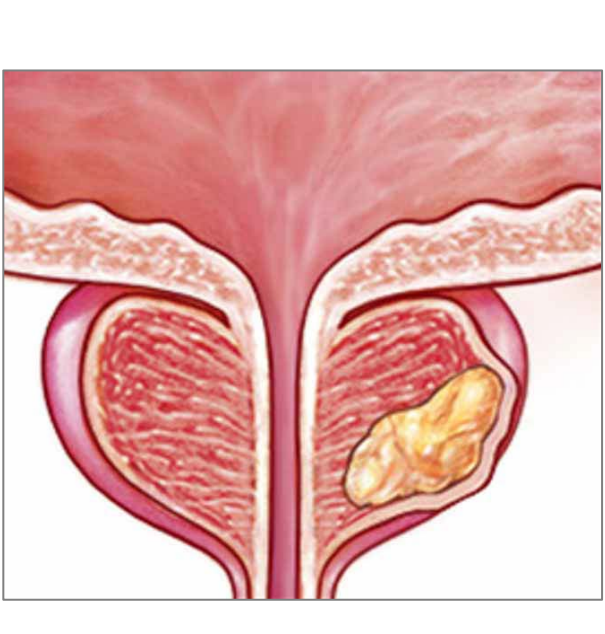
Épileptoïde. Au terme du Programme Biologique Spécial, la sensibilité du gland du pénis revient à la normale.

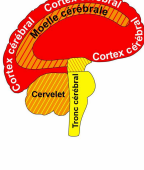
REMARQUE : toutes les Crises Épileptoïdes contrôlées par le [cortex sensoriel](#), [post-sensoriel](#) ou [prémoteur sensoriel](#) sont accompagnées de **troubles de la circulation**, d'**étourdissements**, de brefs **troubles de la conscience** ou d'une **perte totale de conscience** (évanouissement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

Source : www.learninggnm.com

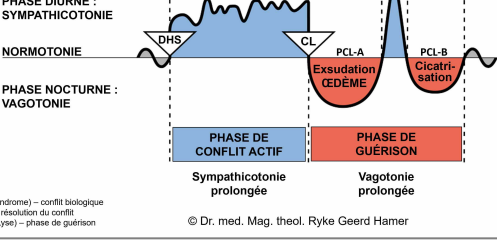
© LearningGNM.com

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





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



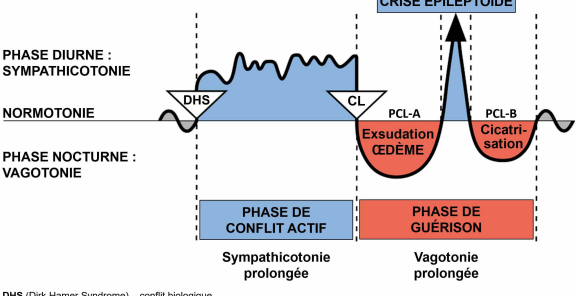
DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
CL (ConflictLyse) – résolution du conflit
PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

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



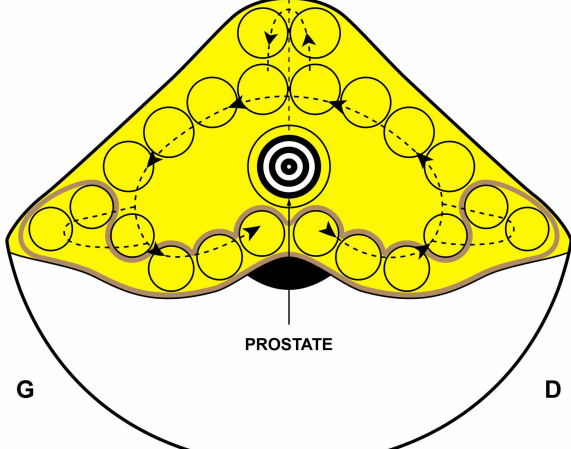
PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

SCHÉMA DES DEUX PHASES



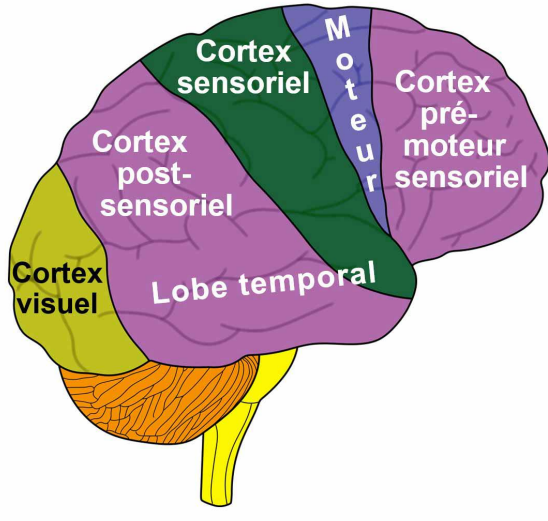
DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
CL (ConflictLyse) – résolution du conflit
PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

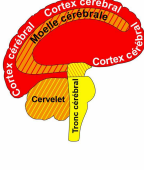
© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer



CORTEX CÉRÉBRAL

vue latérale



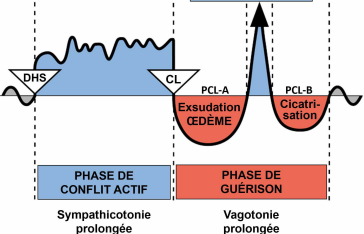


Cortex cérébral	PERTE CELLULAIRE (ulcération, nécrose)	Restauration du tissu par les bactéries
Moelle cérébrale		
Cervelet	PROLIFÉRATION CELLULAIRE	Élimination des cellules par les champignons et les bactéries
Tronc cérébral		

PHASE DIURNE :
SYMPATHICOTONIE

NORMOTONIE

PHASE NOCTURNE :
VAGOTONIE



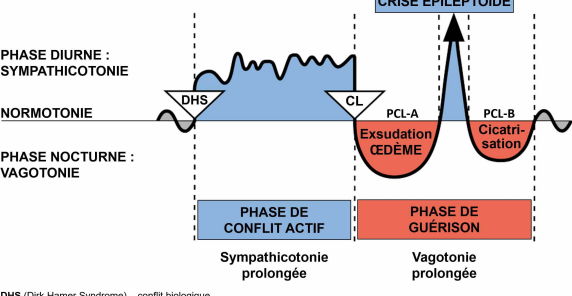
DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
CL (ConflictLyse) – résolution du conflit
PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

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



PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

SCHÉMA DES DEUX PHASES



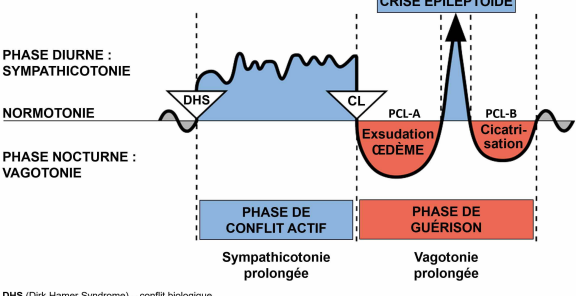
DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
CL (ConflictLyse) – résolution du conflit
PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

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



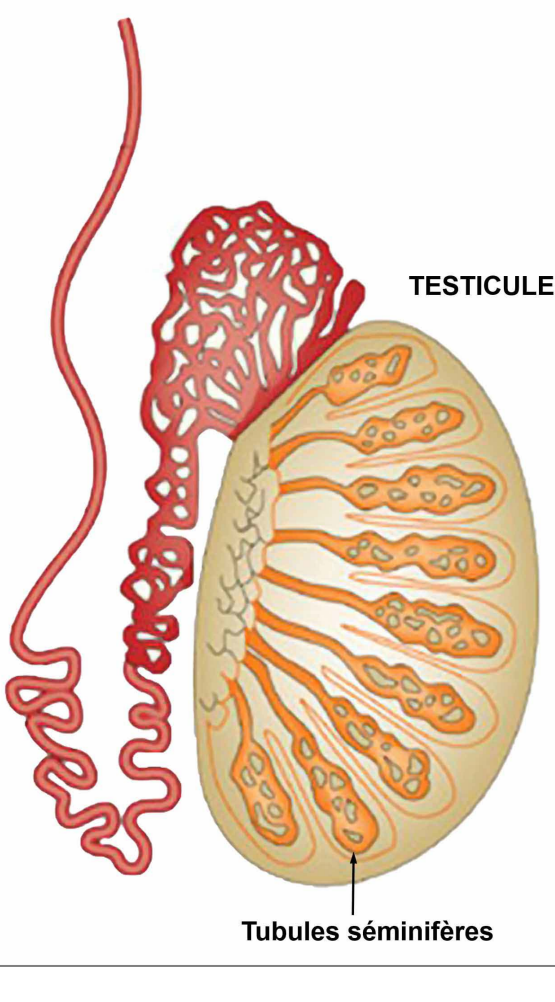
PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

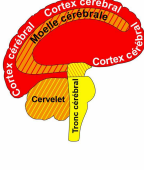
SCHEMA DES DEUX PHASES



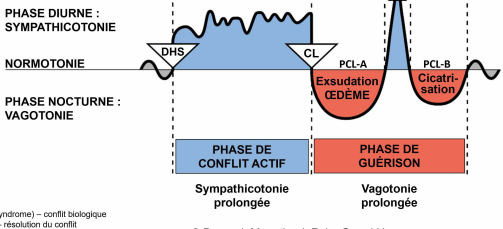
DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
CL (Conflictolyse) – résolution du conflit
PCL (Post-Conflictolyse) – phase de guérison

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



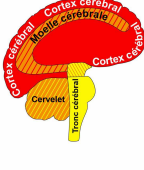


Cortex cérébral	PERTE CELLULAIRE (ulcération, nécrose)	Restauration du tissu par les bactéries
Moelle cérébrale		
Cervelet	PROLIFÉRATION CELLULAIRE	Élimination des cellules par les champignons et les bactéries
Tronc cérébral		

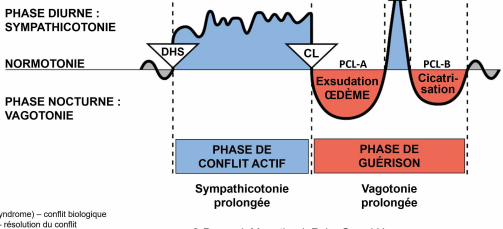


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
CL (ConflictLyse) – résolution du conflit
PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

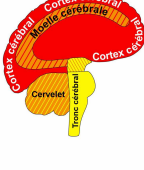
© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer



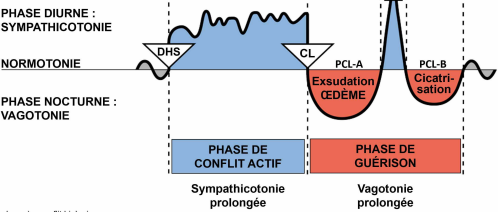
Cortex cérébral	PERTE CELLULAIRE (ulcération, nécrose)	Restauration du tissu par les bactéries
Moelle cérébrale		
Cervelet	PROLIFÉRATION CELLULAIRE	Élimination des cellules par les champignons et les bactéries
Tronc cérébral		



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

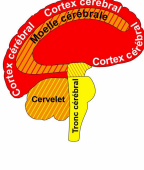


Cortex cérébral	PERTE CELLULAIRE (ulcération, nécrose)	Restauration du tissu par les bactéries
Moelle cérébrale		
Cervelet	PROLIFÉRATION CELLULAIRE	Élimination des cellules par les champignons et les bactéries
Tronc cérébral		

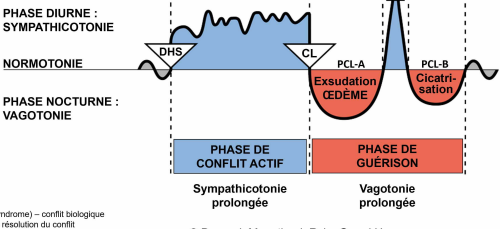


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
CL (ConflictLyse) – résolution du conflit
PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

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

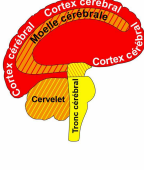


Cortex cérébral	PERTE CELLULAIRE (ulcération, nécrose)	Restauration du tissu par les bactéries
Moelle cérébrale		
Cervelet	PROLIFÉRATION CELLULAIRE	Élimination des cellules par les champignons et les bactéries
Tronc cérébral		

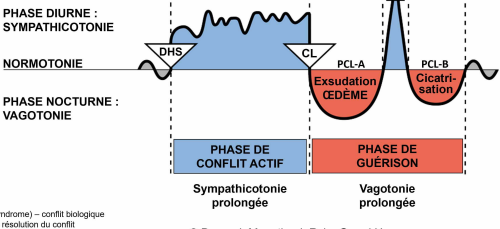


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
CL (ConflictLyse) – résolution du conflit
PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

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



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



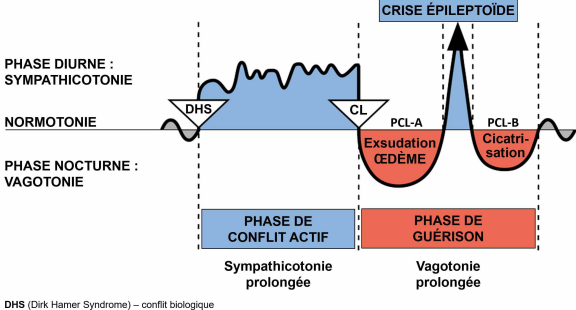
DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
CL (ConflictLyse) – résolution du conflit
PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison

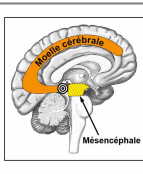
© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer



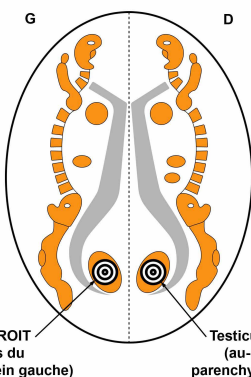
PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

SCHÉMA DES DEUX PHASES





MOELLE CÉRÉBRALE
vue de dessus



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

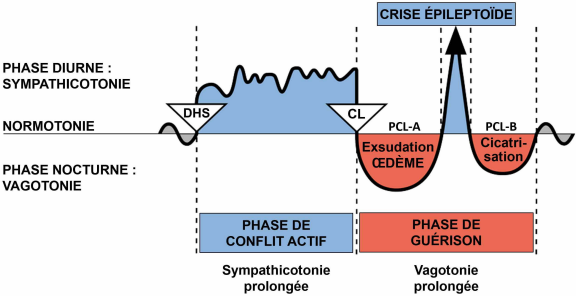
Testicule GAUCHE
(au-dessus du
parenchyme rénal droit)

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

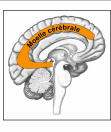


PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

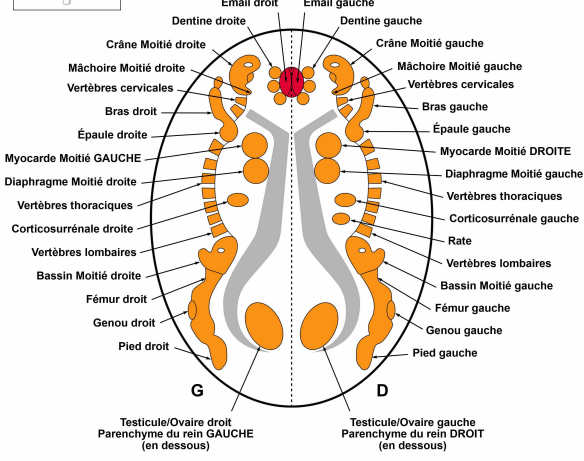
SCHÉMA DES DEUX PHASES

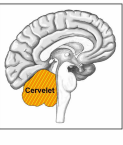


© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

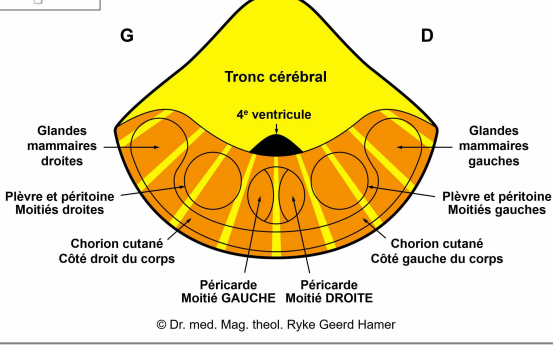


RELATION MOELLE CÉRÉBRALE – ORGANES

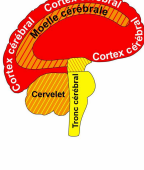




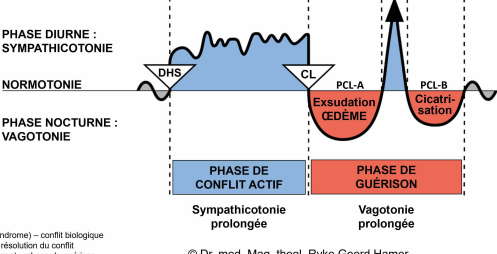
RELATION CERVELET – ORGANES



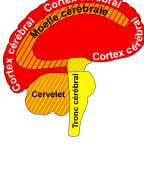
© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer



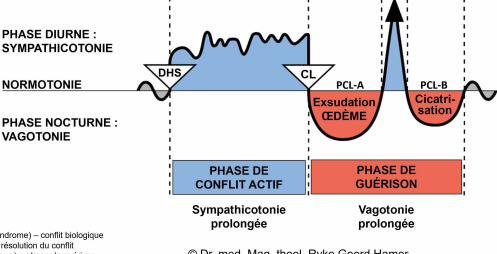
Cortex cérébral	PERTE CELLULAIRE (ulcération, nécrose)	Restauration du tissu par les bactéries
Moelle cérébrale		
Cervelet	PROLIFÉRATION CELLULAIRE	Élimination des cellules par les champignons et les bactéries
Tronc cérébral		



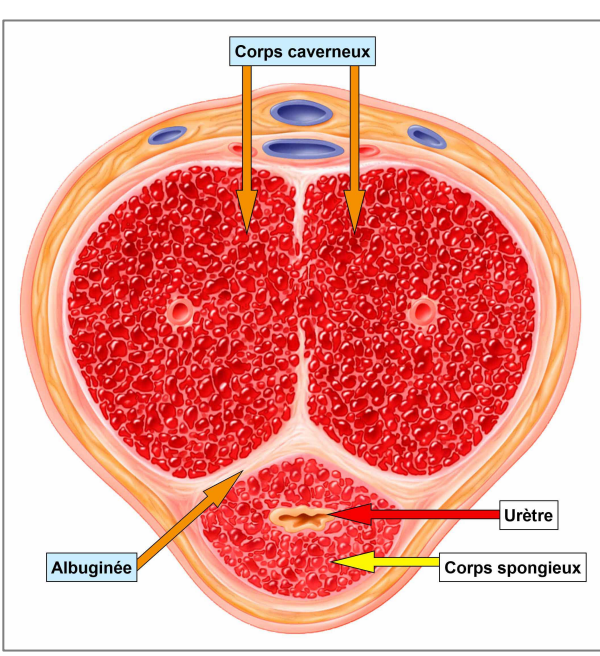
DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
CL (ConflictLyse) – résolution du conflit
PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison



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

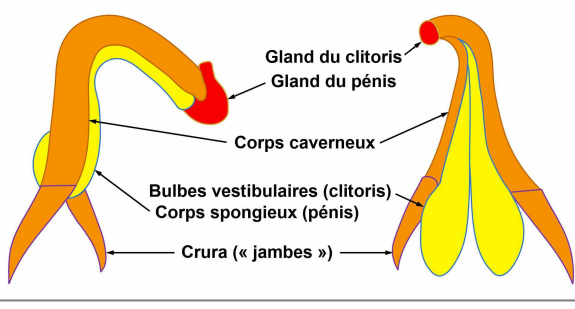


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
CL (Conflictolyse) – résolution du conflit
PCL (Post-Conflictolyse) – phase de guérison

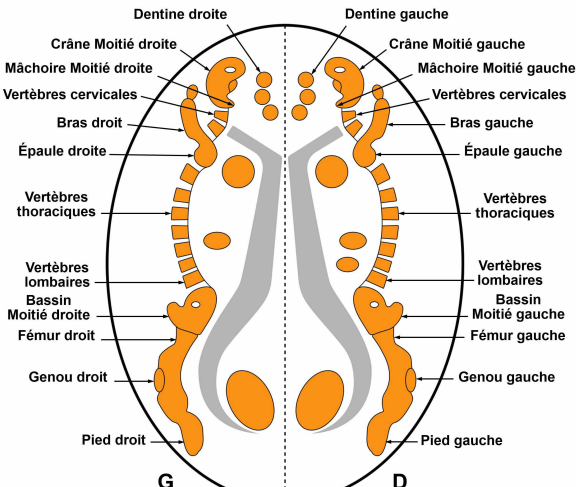


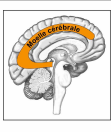
PÉNIS

CLITORIS

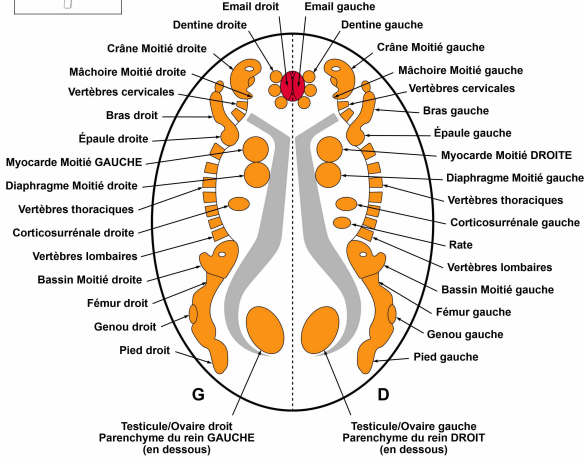


MOELLE CÉRÉBRALE
OS ET ARTICULATIONS
vue de dessus

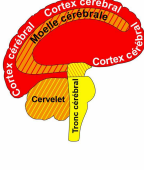




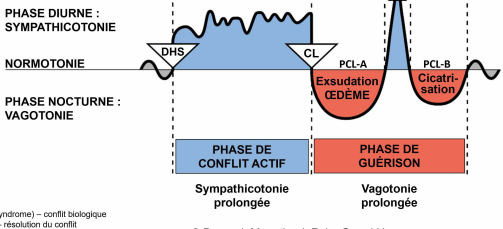
RELATION MOELLE CÉRÉBRALE – ORGANES



© 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		

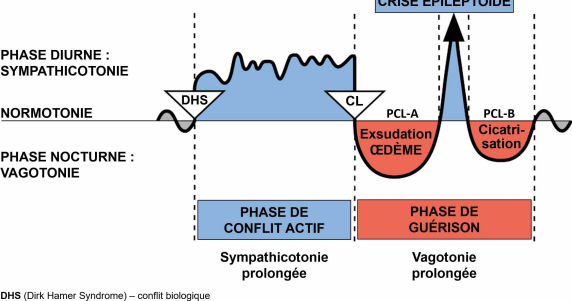


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique
CL (ConflictLyse) – résolution du conflit
PCL (Post-ConflictLyse) – phase de guérison



PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

SCHÉMA DES DEUX PHASES

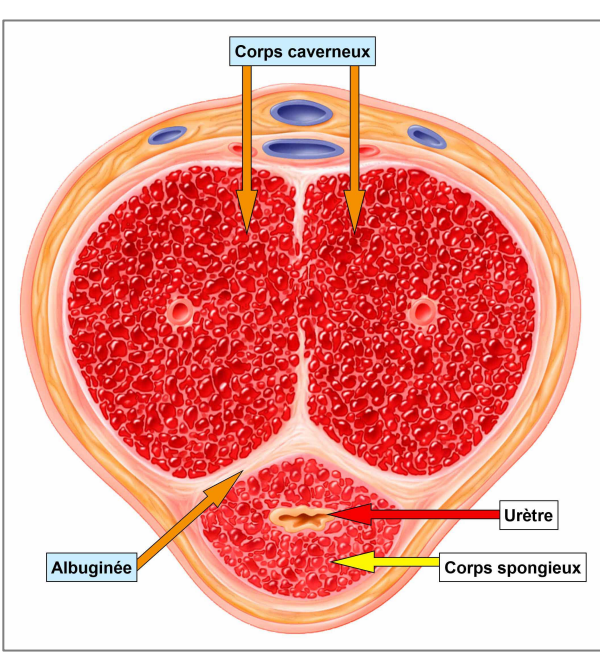


DHS (Dirk Hamer Syndrome) – conflit biologique

CL (Conflictolyse) – résolution du conflit

PCL (Post-Conflictolyse) – phase de guérison

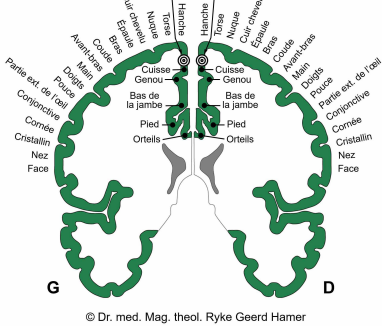
© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer



CORTEX SENSORIEL vue postérieure

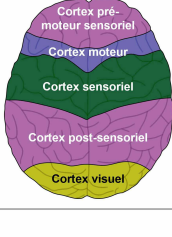
Organes génitaux externes
Muqueuse vaginale
Côté DROIT

Organes génitaux externes
Muqueuse vaginale
Côté GAUCHE



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

CORTEX CÉRÉBRAL vue de dessus





CORTEX CÉRÉBRAL

vue latérale

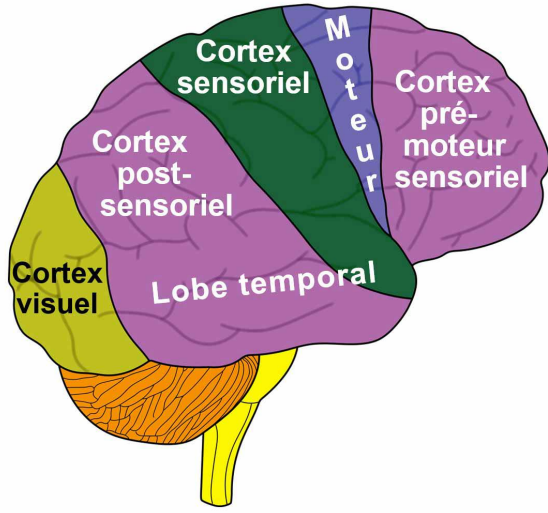
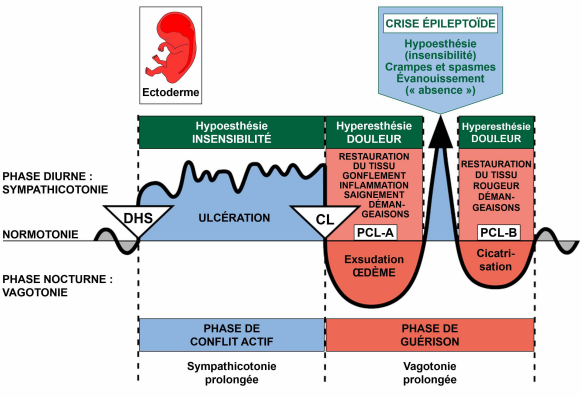


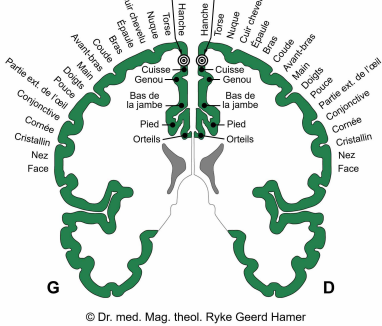
SCHÉMA DE LA SENSIBILITÉ DE LA PEAU EXTERNE



CORTEX SENSORIEL vue postérieure

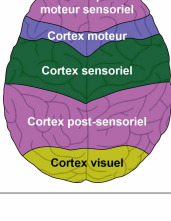
Organes génitaux externes
Muqueuse vaginale
Côté DROIT

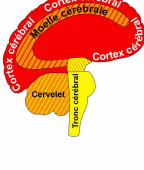
Organes génitaux externes
Muqueuse vaginale
Côté GAUCHE



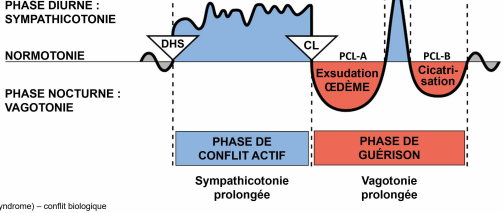
© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

CORTEX CÉRÉBRAL vue de dessus





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



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

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

CORTEX CÉRÉBRAL

vue latérale

