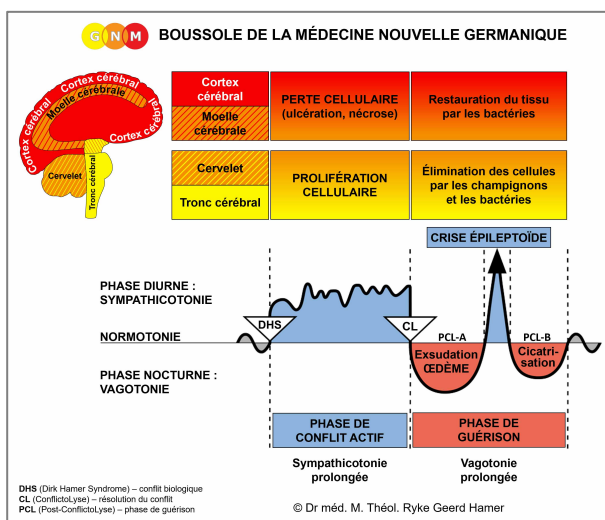




PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

ORGANES SEXUELS FÉMININS

Auteur : Caroline Markolin, Ph.D.



Utérus et trompes de Fallope

Muscles de l'utérus

Cellules germinales

Ovaires (interstitium)

Muqueuse du col de l'utérus

Muscles du col de l'utérus et sphincter du col de l'utérus

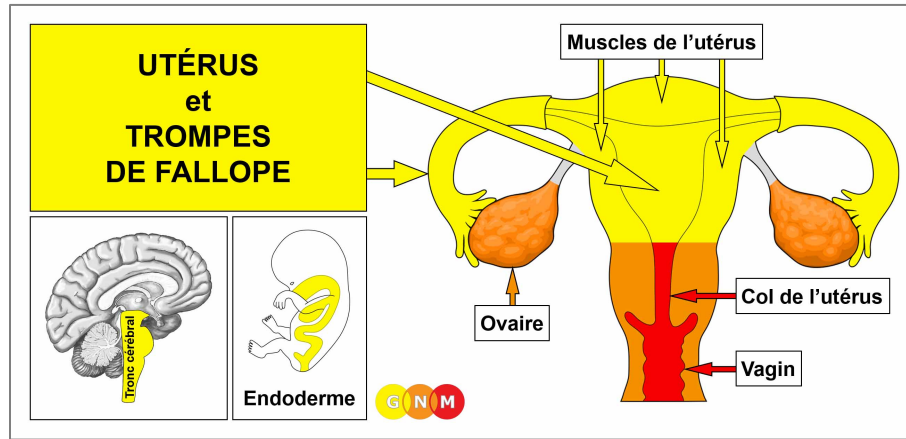
Glandes de Bartholin

Muqueuse vaginale

Muscles vaginaux

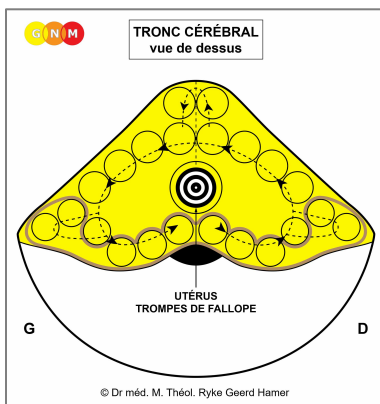
Gland du clitoris

Rév. 0.01



DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DE L'UTÉRUS ET DES TROMPES DE FALLOPE : l'utérus est situé dans le pelvis de la femme, derrière la vessie. L'utérus est maintenu en place par les muscles utérins, connus sous le nom de myomètre. La couche externe de l'utérus (le périmètre) est constituée d'une membrane péritonéale qui offre un soutien supplémentaire à l'organe. Tout au long du cycle menstruel, l'endomètre (la couche interne de l'utérus) développe une couche de tissu riche en vaisseaux sanguins afin de fournir l'environnement optimal pour un embryon. Si la fécondation de l'ovule n'a pas lieu, cette muqueuse endométriale est détachée et expulsée durant la menstruation. L'utérus débouche dans le vagin via le col de l'utérus. Deux trompes de Fallope relient l'utérus aux ovaires. Les trompes produisent une sécrétion (qualité sécrétrice) qui facilite d'une part le déplacement du sperme et d'autre part le déplacement de l'ovule fécondé vers l'utérus, où le blastocyste adhère à l'endomètre. Après avoir nourri le fœtus en développement, l'utérus sécrète la prostaglandine (qualité sécrétrice), une substance semblable à une hormone, qui stimule la contraction de l'utérus au début du travail. L'utérus et les trompes de Fallope sont constitués d'épithélium cylindrique intestinal, proviennent de l'endoderme et sont contrôlés par le tronc cérébral.

REMARQUE : à l'origine, le système de reproduction de la femme comportait deux utérus qui ont finalement évolué ensemble pour ne former qu'un seul organe. Ces deux utérus se forment aussi au début du développement de l'embryon humain puis fusionnent en un seul utérus au cours du développement du fœtus féminin. Le même processus se produit avec les deux vessies originales.



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

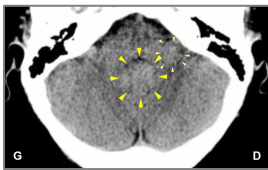
REMARQUE : l'utérus, les trompes de Fallope et la glande prostatique partagent le même relais cérébral.

CONFLIT BIOLOGIQUE : le conflit biologique lié à l'utérus et aux trompes de Fallope est un **conflit de procréation** (identique au conflit lié à la prostate chez l'homme) ou un « **conflit d'implantation** » (à distinguer du conflit d'accouplement lié au col de l'utérus). Ainsi, une fausse couche, un avortement, le fait de ne pas se retrouver enceinte (voir aussi les muscles de l'utérus) ainsi que la perte d'un enfant ou d'un enfant de ses enfants (à distinguer du conflit de perte lié aux ovaires) peut déclencher ce conflit. De plus, l'utérus et les trompes de Fallope correspondent à un **conflit de genre** ressenti comme un « conflit odieux avec un homme ». Se sentir humiliée par un homme (abus physique, sexuel ou émotionnel), insultes verbales, traitement irrespectueux de la part d'un partenaire, d'un conjoint, d'un parent ou d'un ami, le comportement offensant d'un collègue ou le harcèlement d'un ex-petit ami, d'un ex-conjoint (suite à un divorce « odieux ») ou d'une autorité masculine (superviseur, médecin, juge, policier, etc.) sont des scénarios de conflit possibles. Un pénible examen gynécologique pourrait également provoquer ce conflit.

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

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

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



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

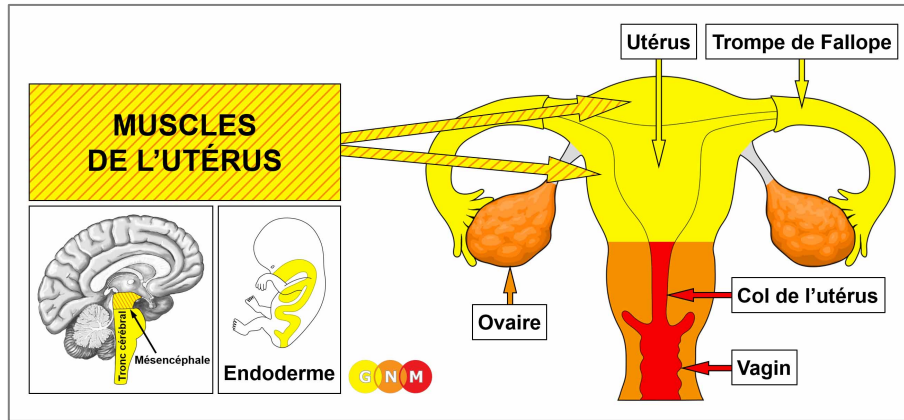
PHASE DE GUÉRISON : dès la résolution du conflit (**CL**), des champignons ou des mycobactéries telles que le bacille tuberculeux éliminent les cellules qui ne sont plus requises. Le processus de guérison est accompagné de **sueurs nocturnes**. Lorsque les champignons participent à la guérison, cela provoque une **candidose utérine** (à distinguer de la candidose vaginale liée aux glandes de Bartholin). L'écoulement produit lors de la démolition de la tumeur est excrété par le vagin. Celui-ci est blanc (semblable à du fromage), dégage une odeur nauséabonde et pourrait contenir du sang.

REMARQUE : les « **perles vaginales** » proviennent de l'utérus ou des trompes de Fallope et non du vagin, comme supposé, car le vagin n'est pas doté d'une sous-muqueuse endodermale et par conséquent, n'est peuplé ni de champignons ni de bactéries.

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

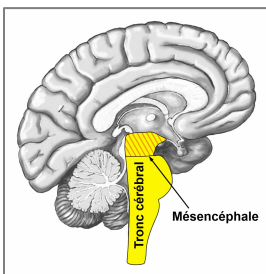
Lors d'une phase de guérison intense, la paroi externe de la tumeur utérine peut se rompre, entraînant un **saignement important ou une hémorragie**, en particulier durant la menstruation, lorsque la décomposition de la tumeur concorde avec l'évacuation de la caduque utérine (muqueuse de l'endomètre). Par conséquent, d'**abondants saignements menstruels (ménorragie)** pourraient indiquer des rechutes (rails) d'un conflit lié à l'utérus (voir aussi les règles abondantes liées aux muscles de l'utérus, aux ovaires et à la muqueuse du col de l'utérus). Un léger saignement accompagne la guérison lorsque l'activité conflictuelle qui a précédé a été moins intense ou lorsque la femme est déjà ménopausée ou n'a pas ses règles au moment où la guérison se produit.

Si les **microbes requis ne sont pas disponibles au moment de la résolution du conflit**, du fait d'une utilisation excessive d'antibiotiques, les cellules additionnelles demeurent. À la longue, la masse se retrouve enkystée de tissu conjonctif. En médecine conventionnelle, ceci est généralement diagnostiqué comme un « cancer bénin » ou un **polype utérin** (voir aussi la phase de conflit actif).



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

REMARQUE : comme tout Programme Biologique Spécial de la nature, une **grossesse** se déroule en deux phases. Au cours des trois premiers mois de la grossesse, la tension musculaire augmente (**sympathicotonie**) afin d'assurer la sécurité de l'embryon récemment implanté. Cependant, afin d'éviter une naissance prématurée, les muscles de l'utérus se relâchent pendant les six mois restants de la gestation (**vagotonie**). Une détresse imprévue (une activité conflictuelle) vécue par le fœtus ou par la mère peut donc provoquer une fausse couche. Dès le début du travail, les muscles de l'utérus se contractent (crampes toniques prolongées) avec, simultanément, des mouvements péristaltiques cloniques et rythmiques, (semblable à une colique intestinale) afin de faciliter l'accouchement (voir aussi les muscles du col de l'utérus, le sphincter du col de l'utérus et les muscles vaginaux). Du point de vue de l'évolution, ces contractions tonico-cloniques du travail sont devenues le modèle de la Crise Épileptoïde des muscles striés.

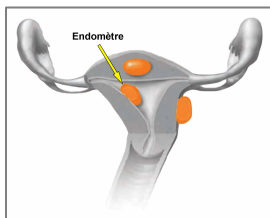


NIVEAU CÉRÉBRAL : les muscles de l'utérus sont contrôlés par le **mésencéphale**, situé à l'extrémité du tronc cérébral.

CONFLIT BIOLOGIQUE : le conflit biologique lié aux muscles de l'utérus est le fait de « **ne pas être capable de retenir le fœtus** » (complications pendant la grossesse, fausses couches, avortements ; voir aussi les muscles du col de l'utérus) ou de **ne pas tomber enceinte** (à distinguer du conflit de procréation lié à l'utérus). Par conséquent, le fait de ne pas pouvoir avoir d'enfants en raison d'une ménopause précoce, de l'ablation des deux ovaires, d'une stérilité, de la stérilité ou du dysfonctionnement érectile du partenaire, de difficultés de conception, ou le désir non réalisé d'avoir un enfant ou d'autres enfants, sont les situations typiques de ce conflit. Le fait de se faire ligaturer les trompes, de se faire poser un stérilet pour empêcher une grossesse, ou de prendre un contraceptif pourrait invoquer le conflit à un niveau psychobiologique subtil. Une femme peut aussi vivre ce conflit avec ou au nom d'une femme de la famille (sa fille ou sa petite-fille, une femme proche ou une amie).

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

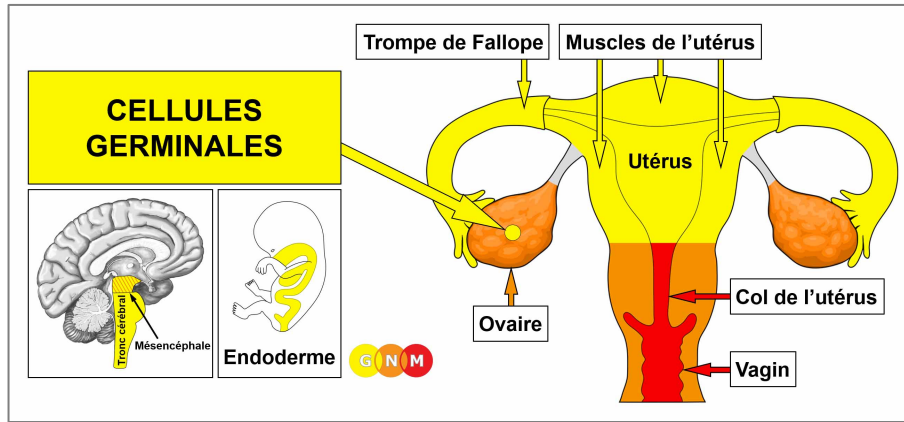
PHASE DE GUÉRISON : la tension musculaire se normalise. Cependant, afin d'assurer la procréation, les **fibromes demeurent en place au terme de la phase de guérison**.



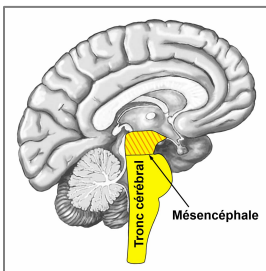
Les fibromes situés près de l'endomètre de l'utérus peuvent provoquer d'importants **saignements**, en particulier durant la Crise Épileptoïde, et des **règles abondantes**, car les fibromes sont recouverts par la muqueuse endométriale qui est évacuée lors des règles (voir aussi les règles abondantes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

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

Prolapsus de l'utérus : l'utérus est aussi maintenu en place par des ligaments. Un long conflit de dévalorisation de soi (« Je n'y suis pas assez bon à *cet endroit* ! ») affaiblit ces ligaments et fait descendre l'utérus dans le vagin.



DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DES CELLULES GERMINALES FEMELLES : parmi les organes de reproduction de l'être humain, les cellules germinales sont les unités cellulaires à l'origine des gamètes (ovules et spermatozoïdes). Les cellules germinales primordiales apparaissent d'abord dans le sac vitellin de l'embryon d'où elles migrent à travers l'intestin en développement vers les nouvelles gonades (les testicules ou les ovaires). Dans les ovaires, ces cellules germinales forment ce que l'on appelle des ovogonies (qualité sécrétrice), les cellules précurseuses des ovocytes à partir desquelles un ovule se développe. Ce processus, appelé ovogenèse, se déroule durant le développement du fœtus. Ainsi, à la naissance, la petite fille naît avec tous ses ovules (chez le mâle, la spermatogenèse, la production de spermatozoïdes, se poursuit durant toute la vie). À partir de la puberté, chaque mois durant l'ovulation, un ovule mature est libéré dans la trompe de Fallope pour y être fécondé (l'ovulation est stimulée par l'hormone lutéinisante (LH) produite par l'hypophyse). Après la libération de l'ovule, le corps jaune (corpus luteum), une formation de cellules productrices d'hormones située dans les ovaires, sécrète de la progestérone qui participe à la préparation de l'utérus et de ses muscles à la grossesse ainsi qu'au maintien de la gestation. Elle joue aussi un rôle dans le développement des glandes mammaires en vue de l'allaitement (c'est pourquoi la progestérone des pilules contraceptives entraîne le développement des seins). Le corps jaune ainsi que les cellules germinales proviennent de l'endoderme et sont contrôlés par le mésencéphale.



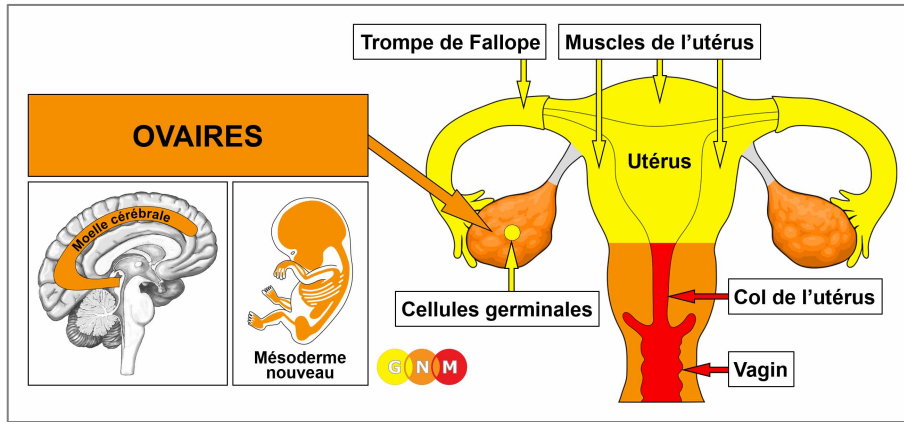
NIVEAU CÉRÉBRAL : les cellules germinales femelles (et mâles) sont contrôlées par le **mésencéphale**, situé à l'extrémité du tronc cérébral. Les cellules germinales de l'ovaire droit sont contrôlées par le côté droit du mésencéphale ; les cellules germinales de l'ovaire gauche sont contrôlées par le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

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

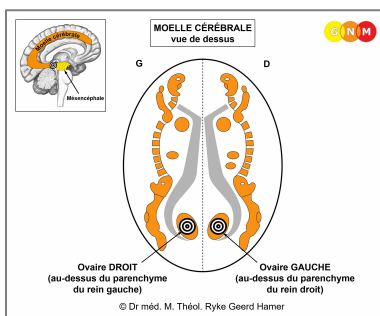
PHASE DE CONFLIT ACTIF : durant la phase de conflit actif, un **tératome ovarien** (de type sécréteur), ou **tumeur germinale**, se développe à partir du corps jaune (voir aussi le tératome testiculaire chez les hommes). La signification d'un tératome se rapporte à la faculté primitive de la parthénogenèse,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

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

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



DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DES OVAIRES : les ovaires sont situés de chaque côté de l'utérus, auxquels ils s'attachent par l'intermédiaire de ligaments cordiformes. Au cours du cycle menstruel d'une femme, un ovule, formé à partir de cellules germinales primordiales, se développe dans un minuscule sac appelé un follicule. Au moment de l'ovulation, ce follicule se déchire, permettant ainsi à l'ovule d'être libéré de l'ovaire et de partir à travers la trompe de Fallope, à la rencontre d'un spermatozoïde afin d'être fécondé. Environ six jours plus tard, l'ovule fécondé ou blastocyste s'implante dans la cavité utérine. Le corps jaune, une formation de cellules productrices de progestérone situé dans les ovaires, facilite la grossesse. Le tissu ovarien contient des cellules interstitielles ressemblant à celles des testicules. Ces cellules interstitielles sont responsables de la production d'estrogènes et de petites quantités de testostérone. Les estrogènes jouent un rôle important dans la libido et la « disposition à s'accoupler » de la femme. Les ovaires proviennent du mésoderme nouveau et sont donc contrôlés par la moelle cérébrale.



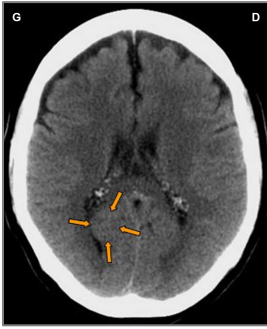
NIVEAU CÉRÉBRAL : les ovaires sont contrôlés par la **moelle cérébrale**, depuis la zone qui jouxte le mésencéphale. L'ovaire droit est contrôlé par le côté gauche de la moelle cérébrale ; l'ovaire gauche est contrôlé par le côté droit de la moelle cérébrale. Il existe donc une corrélation croisée du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

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

CONFLIT BIOLOGIQUE : le conflit biologique lié aux ovaires est un **conflit de perte** concernant la perte d'un être cher (voir aussi le conflit de perte lié aux testicules). En comparaison, le conflit de perte lié aux cellules germinales femelles est de nature plus primitive. La peur de perdre une personne aimée peut déjà déclencher le conflit. Il en va de même concernant la perte d'un animal de compagnie. Se blâmer constamment après une séparation ou le décès d'un proche peut maintenir le conflit en activité. Les femmes vivent aussi des conflits de perte après une fausse couche ou un avortement contre leur gré (à distinguer du conflit d'implantation lié à l'utérus). Un conflit de perte peut être activé par une dispute, une trahison ou une infidélité de la part d'un partenaire ou d'un ami. **REMARQUE :** le conflit de perte lié aux ovaires concerne uniquement une personne ou un animal de compagnie et NON la perte d'une maison (voir le conflit de séparation lié aux canaux galactophores).

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

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



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

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

Une caractéristique particulière concernant la guérison des ovaires est le développement d'un **KYSTE OVARIEN**. À condition qu'il n'y ait pas de rechutes conflictuelles interrompant la guérison, le processus prend – comme pour une grossesse – neuf mois pour arriver à terme (voir aussi le kyste testiculaire, le kyste rénal et le kyste surrénalien). La formation du kyste se déroule en plusieurs étapes.

Durant la **PCL-A**, une capsule remplie de liquide ou un kyste se forme à l'endroit de la nécrose. Avec une rétention d'eau (le SYNDROME) provoquée par un conflit d'abandon ou d'existence actif, un kyste ovarien peut devenir assez volumineux car l'eau retenue est stockée de manière excessive dans la zone en guérison. Un ou plusieurs gros kystes provoquent des **douleurs considérables, en particulier pendant les règles**, ainsi que des saignements menstruels abondants (voir aussi la muqueuse utérine, les muscles de l'utérus et la muqueuse du col de l'utérus). Ce que l'on appelle le « syndrome des **ovaires polykystiques** » (SOPK) indique de multiples conflits de perte entraînant la formation de « nombreux » kystes.

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

REMARQUE : la médecine conventionnelle utilise un « antigène du cancer » nommé **CA 125**, comme marqueur tumoral du cancer ovarien. Comme pour le dosage du PSA, le test de dépistage du CA 125 n'est ni fiable ni concluant. « Le problème est que, bien que le CA 125 soit produit par les cellules cancéreuses épithéliales de l'ovaire, il est aussi produit par les cellules normales. Certaines personnes ont des niveaux de CA 125 naturellement élevés. Dans de nombreux cas, une inflammation ou une irritation des tissus de l'abdomen ou des affections comme les fibromes utérins peuvent entraîner une augmentation du taux de CA 125. L'endométriose, les affections du foie, y compris l'hépatite et la cirrhose, ainsi que les maladies inflammatoires pelviennes peuvent également affecter les niveaux de CA 125. D'autre part, 10 à 20 % des patientes atteintes d'un cancer ovarien ont des taux de CA 125 normaux lors du diagnostic de leur tumeur. Une étude a révélé que, parmi les patientes atteintes d'un cancer ovarien au stade 1, moins de la moitié avaient un taux anormal de CA 125 » (« Special Report : Tumor Marker CA 125 », *HoltzReport*, décembre 1997).

Après la Crise Épileptoïde, le kyste a perdu la majeure partie de son liquide. En **PCL-B**, le **kyste** devient dur, se libère de lui-même des tissus voisins et, doté de vaisseaux sanguins, **s'intègre totalement et de lui-même à la fonction de production hormonale des ovaires**. Et c'est précisément le **sens biologique** recherché. La surproduction d'estrogènes fournis par ce kyste rend la femme ayant perdu sa progéniture ou son partenaire plus attrayante, augmentant par la même occasion sa disposition à s'accoupler, ce qui la place dans une position idéale pour compenser la perte et redevenir enceinte.

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



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

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

Selon la médecine conventionnelle, l'endométriose est une « masse de tissu endométrial en dehors de l'utérus ». Cependant, l'analyse des scanners cérébraux faite par le Dr Hamer démontre que chaque femme diagnostiquée d'une endométriose présente un Foyer de Hamer, non pas dans le tronc cérébral à partir duquel l'endomètre (paroi interne de l'utérus) est contrôlé, mais plutôt dans la moelle cérébrale, à savoir, dans la zone du cerveau qui contrôle les ovaires (voir le scanner ci-dessus). Cela explique également pourquoi l'endométriose augmente le niveau d'estrogènes chez la femme, un fait qui jusqu'à présent ne pouvait pas être expliqué.



Les femmes ayant une sévère endométriose pourraient se montrer plus séduisantes

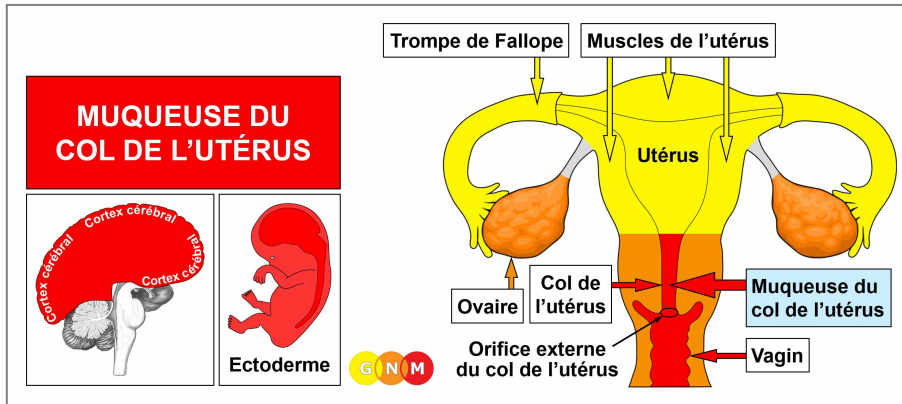
Le Dr Hamer recommande fortement de ne retirer un kyste ovarien que lorsque celui-ci est arrivé à maturité (induré). Une **intervention chirurgicale** sur un kyste semi-liquide dissémine les cellules ovariennes dans la région abdominale, entraînant des complications inutiles. En médecine conventionnelle, ces « cellules tumorales disséminées » sont généralement interprétées comme des « métastases ». En outre, l'annonce de l'opération et l'opération elle-même pourraient déclencher un « conflit d'attaque » donnant lieu au développement d'un mésothéliome péritonéal, une tumeur sur la paroi abdominale à l'endroit de l'opération. La peur du cancer et de l'hospitalisation peuvent provoquer un conflit d'existence, conduisant au développement d'une ascite (une rétention d'eau dans l'abdomen), fréquemment observée chez la femme après un diagnostic de cancer ovarien.

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

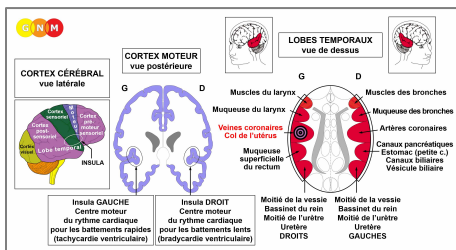
Les hystérectomies sont-elles trop courantes ?

Plus de **600 000 femmes américaines subiront cette année** une hystérectomie ou l'ablation de l'utérus. Ce taux est parmi les plus élevés dans le monde industrialisé. À l'âge de 60 ans, une femme sur trois aux États-Unis aura subi cette chirurgie et, dans la plupart des cas, ses **ovaires et ses trompes de Fallope auront également été retirés au cours de l'intervention**. Depuis longtemps, les médecins recourent à l'hystérectomie pour traiter des affections allant des règles abondantes au cancer ovarien, mais **sa pratique généralisée soulève des critiques** affirmant qu'elle équivaut à une **castration féminine**.

TIME, 17 juillet 2007



DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DE LA MUQUEUSE DU COL DE L'UTÉRUS : l'orifice interne du col de l'utérus ou « le col de l'utérus » est la partie inférieure de l'utérus qui mène au canal endocervical. L'orifice externe du col de l'utérus débouche à l'extrémité supérieure du vagin, ce qui permet au sperme et à la glaire cervicale d'y pénétrer. Le col de l'utérus est entouré par une structure musculaire de forme cylindrique ; l'orifice externe du col de l'utérus est cerclé par un muscle sphincter. La muqueuse interne du col de l'utérus est une membrane muqueuse qui sécrète des liquides, principalement de l'eau, afin de maintenir le canal endocervical humide. Cette muqueuse du col de l'utérus est constituée d'épithélium pavimenteux, provient de l'ectoderme et est donc contrôlée par le cortex cérébral.



NIVEAU CÉRÉBRAL : la muqueuse du col de l'utérus est contrôlée par l'**insula gauche** (une partie du **lobe temporal**). L'**insula** est situé profondément dans le cortex cérébral, exactement au point de rencontre des quatre cortex cérébraux (le cortex pré-moteur sensoriel, le cortex moteur, le cortex sensoriel et le cortex post-sensoriel).

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

CONFLIT BIOLOGIQUE : le conflit biologique lié à la muqueuse du col de l'utérus est un **conflit sexuel**, un **conflit d'accouplement** (signifiant, du point de vue biologique, que la reproduction est en jeu) ou un **conflit de perte territoriale**, en fonction du genre, de la latéralité et du statut hormonal de la personne. En comparaison, le conflit lié à l'utérus concerne avant tout l'« implantation ». Chez les hommes, ce conflit sexuel correspond aux veines coronaires (pour ceux ayant un faible taux de testostérone) ou à la prostate (lorsque le taux de testostérone se trouve dans la plage normale).

Genre, latéralité, statut hormonal

Conflit biologique

Organes concernés

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

SHN = statut hormonal normal

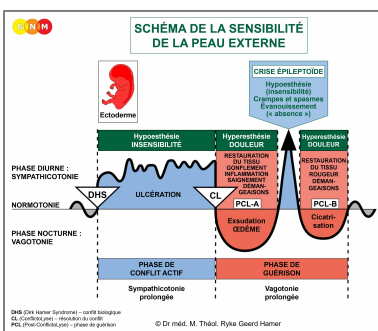
FTE = faible taux d'estrogène

***Pour 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 liés aux organes d'origine ectodermique et contrôlés par le **cortex sensoriel, pré-moteur sensoriel et post-sensoriel**.

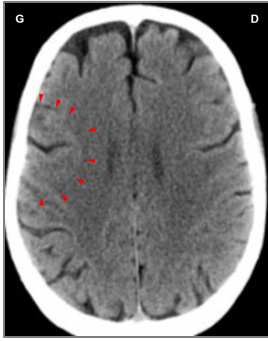
Un conflit sexuel fait référence à toute **détresse concernant la sexualité**. Cela inclut les rapports sexuels douloureux (première fois), les abus sexuels, le harcèlement sexuel, les pratiques sexuelles non désirées, le rejet sexuel, le fait de se sentir sexuellement non désirée, le manque d'activité sexuelle en raison d'une séparation inattendue ou de la perte d'un partenaire. La pornographie brutale, le fait de découvrir que son partenaire ou son conjoint couche avec quelqu'un d'autre, ou des interruptions lors d'un rapport sexuel peuvent déclencher ce conflit. De nos jours, en raison d'une sexualité précoce, les filles vivent ce conflit très jeunes. La ligature des trompes, l'utilisation d'un stérilet ou la prise de contraceptifs afin de prévenir une grossesse peut invoquer un conflit sexuel à un subtil niveau psychobiologique.

REMARQUE : lorsqu'une femme a un taux d'estrogène bas, par exemple après la ménopause, elle n'est plus en mesure de vivre un conflit d'accouplement sur le plan biologique. Elle réagira donc plus probablement à une détresse sexuelle via l'utérus. Cela explique pourquoi, selon les études épidémiologiques, 90 % des femmes atteintes d'un cancer de l'utérus ont plus de 50 ans (source : *Annals of Oncology*, 16-41, 2016).



Le Programme Biologique Spécial de la muqueuse du col de l'utérus 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 col de l'utérus** proportionnelle à l'intensité et à la durée de l'activité conflictuelle. Le **sens biologique de cette perte cellulaire** est d'élargir le col de l'utérus, ainsi, lorsque l'accouplement aura lieu, plus de sperme pourra atteindre l'utérus, ce qui augmentera les chances de conception. Le conflit affecte en même temps les veines coronaires. L'ulcération de la muqueuse des veines coronaires provoque une **angine de poitrine modérée**.



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

L'impact du conflit dans le lobe temporal gauche (zone de conflit féminin), provoque une **baisse du niveau d'estrogène**. En GNM, nous parlons dans ce cas d'un déséquilibre hormonal lié au conflit. En fonction de l'intensité du conflit, une longue activité conflictuelle entraîne des **règles irrégulières**, une **ménarche retardée** (première menstruation), une **aménorrhée** (absence de menstruation) ou une **stérilité** jusqu'à la résolution du conflit (voir aussi les ovaires).

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

Les **symptômes de guérison** sont des **douleurs** et des **saignements du col de l'utérus** dont l'importance peut aller de légers à sévères. Il pourrait également y avoir des **pertes** jaunes dues à l'activité bactérienne. Un processus de guérison prolongé (guérison en suspens) et intense provoque d'**importantes et longues règles** (voir aussi la muqueuse de l'utérus, les muscles de l'utérus et les ovaires). Tout au long de la Crise Épileptoïde, les muscles de la paroi interne du canal endocervical se contractent en manifestant des **crampes douloureuses**. Les autres symptômes de l'Épicrise sont un **rythme cardiaque rapide** (tachycardie) du fait que les veines coronaires subissent en même temps leur crise de guérison.

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

En **PCL-B**, le gonflement du col de l'utérus s'atténue lentement ; il en va de même du saignement et de la douleur. Les **verrues du col de l'utérus**, également appelées **verrues génitales** ou **condylomes**, sont le résultat de rechutes continues du conflit (voir aussi les verrues vaginales).



Le **test de dépistage PAP** est un test de dépistage du cancer qui contrôle la présence de modifications du tissu du col de l'utérus. Ainsi, le test peut être positif (« précancéreux ») durant la phase de conflit actif (ulcération de la muqueuse du col de l'utérus) tout comme en phase de guérison (restauration de la muqueuse d'épithélium pavimenteux du col de l'utérus via une prolifération cellulaire). Aucune de ces modifications n'est « anormale », elles se produisent naturellement au cours des deux phases du Programme Biologique Spécial. Comme le test du PSA, le test PAP est simplement un marqueur indiquant l'intensité de l'activité conflictuelle ou de la guérison.

L'industrie pharmaceutique prétend que le cancer du col de l'utérus est provoqué par le soi-disant **Virus du Papillome Humain (VPH)**, prétendument transmis par contact sexuel. En 2006, la FDA a approuvé le vaccin *Gardasil* pour soi-disant « protéger » les adolescentes contre le « cancer du col de l'utérus ». Le vaccin est également imposé aux garçons âgés de 9 à 12 ans afin de « prévenir la propagation de l'infection par le VPH ».

Le risque de cancer du col de l'utérus aux États-Unis est déjà extrêmement faible et il est peu probable que les vaccins aient un effet sur ce taux de cancer du col de l'utérus. En fait, 70 % de toutes les infections par le HPV se résolvent sans traitement en un an, et ce nombre dépasse 90 % en deux ans. (Dr Diane Harper)

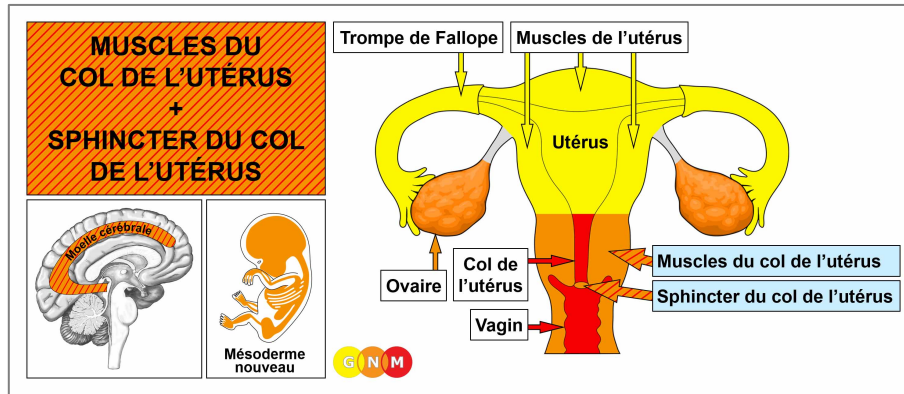
La Dr Diane Harper était l'une des principales expertes des études d'innocuité et d'efficacité des phases II et III qui ont permis d'obtenir l'approbation du Gardasil™ et du Cervarix™, des vaccins contre le virus du papillome humain (VPH). Elle est maintenant la dernière d'une longue liste d'experts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

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

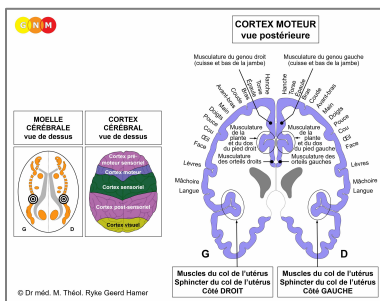


« Comme pour le VIH, l'hépatite, le SRAS, la polio, le H5N1, le H1N1, le virus VPH n'a jamais été isolé et son existence n'a jamais été scientifiquement prouvée. »

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



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



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

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

CONFLIT BIOLOGIQUE : le conflit biologique lié aux muscles et au sphincter du col de l'utérus est le fait de « **ne pas être capable de retenir suffisamment le fœtus** » (grossesse difficile, peur de faire une fausse couche, avortements ; voir aussi les muscles de l'utérus) ou de « **ne pas pouvoir maintenir le pénis assez serré lors d'un rapport sexuel** » (à comparer avec les muscles vaginaux). Ce conflit est similaire à un conflit de dévalorisation de soi.

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

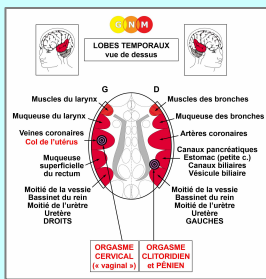
REMARQUE : les muscles striés appartiennent au groupe des organes qui répondent au conflit lié par une perte fonctionnelle (voir aussi les Programmes Biologiques Spéciaux des cellules alpha et bêta des îlots pancréatiques, de l'oreille interne (cochlée et organe vestibulaire), des nerfs olfactifs, et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

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

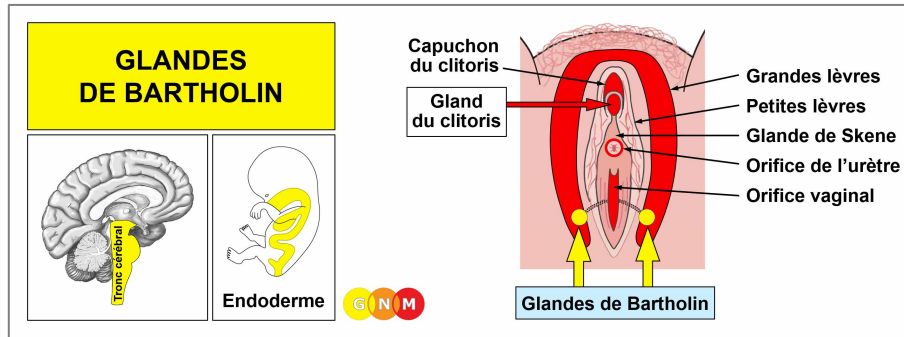
PHASE DE GUÉRISON : durant la phase de guérison, les muscles du col de l'utérus sont reconstruits et le sphincter du col de l'utérus se ferme. La Crise Épileptoïde se présente sous la forme de **spasmes du col de l'utérus**.

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

ORGASME FÉMININ

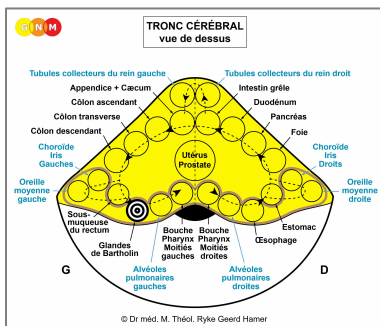


Lors de l'orgasme féminin, le sphincter du col de l'utérus s'ouvre pendant que les muscles du col de l'utérus se contractent (comme lors de la contraction musculaire rythmique qui se produit lors de la Crise Épileptoïde des muscles du squelette). Lorsque le mâle éjacule, le mouvement de « suction » du col de l'utérus favorise la migration du sperme vers l'utérus. L'**orgasme cervical** (plutôt que vaginal) est initié à partir de l'« aire de conflit féminin » située du côté gauche du cortex cérébral, plus précisément, à partir du relais cérébral qui contrôle la muqueuse du col de l'utérus. À l'apogée de l'orgasme, tout le lobe temporal gauche est impliqué, y compris le larynx (halètement) et le rectum. L'**orgasme clitoridien** ainsi que l'orgasme pénien sont contrôlés par le côté droit du cortex post-sensoriel (voir le clitoris) ; l'orgasme rectal est contrôlé par le côté gauche.



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

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



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

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

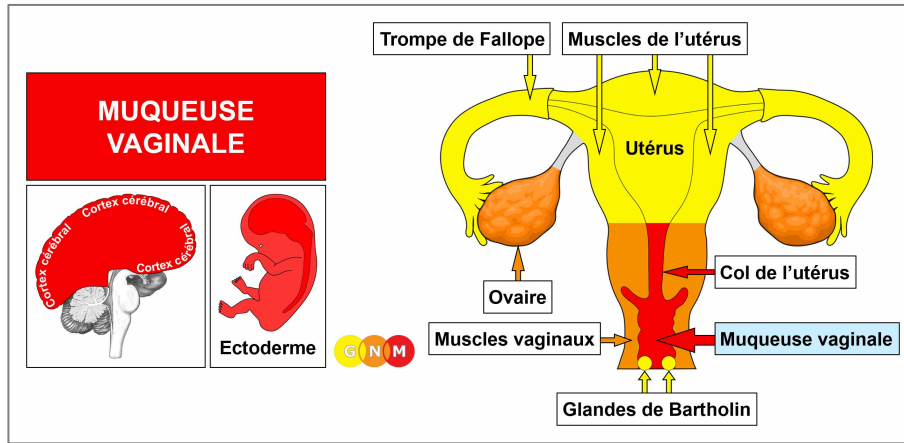
CONFLIT BIOLOGIQUE : le conflit biologique lié aux glandes de Bartholin est le fait de « **ne pas être capable de produire suffisamment de sécrétions vaginales** ». Des préliminaires insuffisants ainsi que des rapports sexuels douloureux lorsque le vagin n'est pas suffisamment lubrifié activent généralement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

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

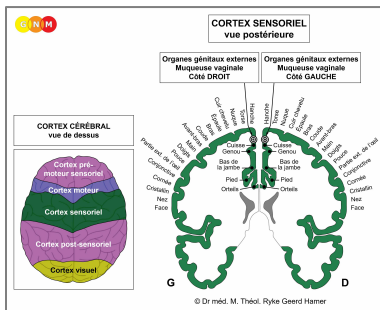
PHASE DE GUÉRISON : après la résolution du conflit (**CL**), des champignons ou des mycobactéries, telles que le bacille tuberculeux, éliminent les cellules qui ne sont plus requises. Si le processus de guérison est intense, l'accumulation de pus forme un abcès (**abcès de Bartholin**) ou un kyste rempli de liquide (**kyste de Bartholin**) qui se vide spontanément durant la Crise Épileptoïde. En cas de rétention d'eau simultanée due au SYNDROME, l'abcès ou le kyste peuvent obstruer le canal sortant de la glande.

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

REMARQUE : les **antibiotiques** provoquent aussi une sécheresse vaginale. Ils détruisent la flore vaginale normale, densément peuplée par la bactérie *lactobacillus acidophilus*. « L'infection fongique » est provoquée par les effets secondaires du médicament (« ne pas être capable de produire suffisamment de sécrétions vaginales »). Les symptômes de la candidose (écoulement, démangeaisons) surviennent pendant la *phase de guérison* ou après la fin du traitement antibiotique. De nouveaux traitements contre les symptômes de cette phase de guérison créent un cercle vicieux.



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

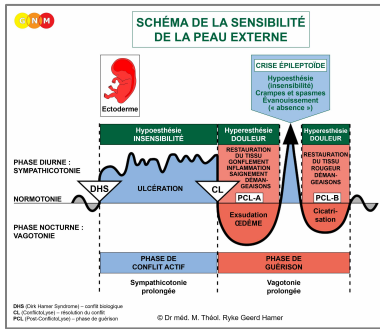


NIVEAU CÉRÉBRAL : la muqueuse vaginale est contrôlée par le **cortex sensoriel** (une partie du cortex cérébral). La moitié droite du vagin est contrôlée par le côté gauche du cortex sensoriel ; la moitié gauche du vagin est contrôlée par le côté droit du cortex sensoriel. Il existe donc une corrélation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

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

CONFLIT BIOLOGIQUE : le conflit biologique lié à la muqueuse vaginale est un **conflit de séparation sexuelle lié au vagin**. Comme pour un conflit sexuel lié à la muqueuse du col de l'utérus, une femme peut vivre ce conflit du fait de la perte inattendue d'un partenaire sexuel, d'un rejet sexuel, de l'impuissance de son partenaire ou lorsqu'elle découvre que son conjoint couche avec une autre femme. La suspicion que son partenaire ait une relation sexuelle avec une autre femme peut déjà déclencher le conflit. Inversement, un conflit de séparation sexuelle fait aussi référence au fait de *ne pas* vouloir avoir de relations sexuelles, par exemple, en raison d'un manque d'intimité émotionnelle, de rapports sexuels douloureux, de préliminaires insuffisants, de pratiques sexuelles non désirées ou de la peur de tomber enceinte. La peur de contracter une maladie vénérienne peut également provoquer ce conflit.

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



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

PHASE DE CONFLIT ACTIF : **ulcération (perte cellulaire)** de la muqueuse vaginale avec une diminution ou, en cas de conflit intense, une perte totale de sensibilité. L'**hyposensibilité vaginale** (insensibilité) a pour sens biologique de ne plus pouvoir « ressentir » quoi que ce soit afin de mieux faire face à la séparation sexuelle (voir la perte de mémoire à court terme lors d'un conflit de séparation).

L'ulcération se déroulant dans le vagin entraîne une **sécheresse vaginale** (voir aussi les glandes de Bartholin). Pour les femmes sexuellement actives, la douleur ressentie lors des rapports sexuels provoque généralement de nouveaux conflits de séparation sexuelle ainsi qu'une détresse de « ne pas être capable de produire suffisamment de sécrétions vaginales ». En conséquence, la sécheresse vaginale devient chronique.

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

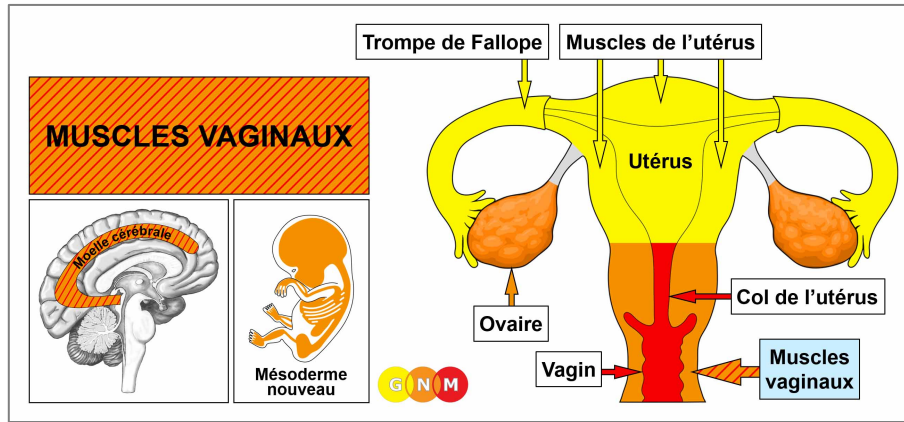
PHASE DE GUÉRISON : durant la première partie de la phase de guérison (**PCL-A**), l'ulcération est reconstituée via une **prolifération cellulaire**. Les **symptômes de guérison** sont une **dermatite vaginale** accompagnée de démangeaisons vaginales (prurit) et de **douleurs** (hypersensibilité). En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

Après la Crise Épileptoïde, en **PCL-B**, la condition se normalise, à condition qu'il n'y ait pas de rechute du conflit.

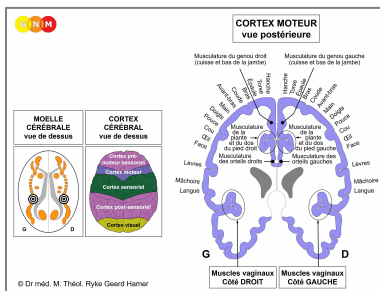
REMARQUE : toutes les Crises Épileptoïdes contrôlées par le **cortex sensoriel, post-sensoriel ou pré-moteur sensoriel** sont accompagnées de **troubles de la circulation, d'étourdissements, de brefs troubles de la conscience** ou d'une **perte totale de conscience** (évanouissement ou « absence »),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

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

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



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



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

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

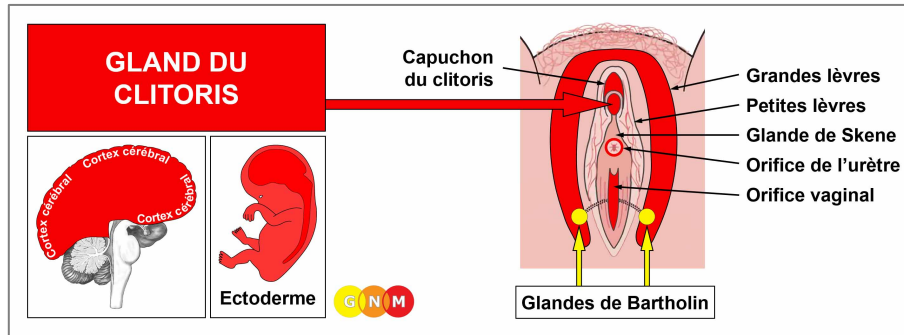
CONFLIT BIOLOGIQUE : le conflit biologique lié aux muscles vaginaux est le fait de « **ne pas être capable de retenir le pénis** » ou de **ne pas être capable d'empêcher une pénétration vaginale** (rapports sexuels forcés ou non désirés, la peur d'un rapport sexuel en raison d'une gêne ou de douleurs).

PHASE DE CONFLIT ACTIF : **perte cellulaire (nécrose) du tissu musculaire vaginal** (contrôlée par la moelle cérébrale) et **affaiblissement croissant des muscles vaginaux** proportionnel à l'intensité du conflit (contrôlé par le cortex moteur), généralement non remarqué.

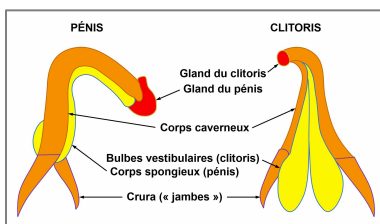
REMARQUE : les muscles striés appartiennent au groupe des organes qui répondent au conflit lié par une perte fonctionnelle (voir aussi les Programmes Biologiques Spéciaux des cellules alpha et bêta des îlots pancréatiques, de l'oreille interne (cochlée et organe vestibulaire), des nerfs olfactifs, et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

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

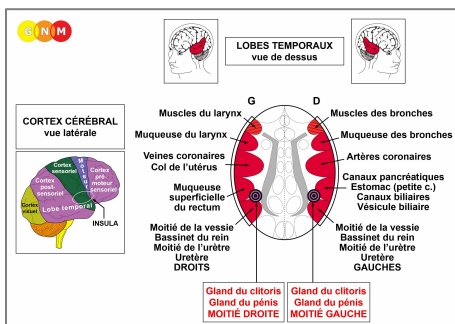
REMARQUE : tous les **organes dérivant du mésoderme nouveau** (« groupe de luxe »), y compris les muscles vaginaux, révèlent le **sens biologique du SBS à la fin de la phase de guérison**. Une fois le processus de guérison terminé, l'organe ou le tissu est plus fort qu'auparavant, ce qui permet d'être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



DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DU GLAND DU CLITORIS : le clitoris est situé à la jonction avant des grandes lèvres, au-dessus du méat urinaire. Le clitoris est constitué du gland, du corps du clitoris et du capuchon du clitoris. Le gland du clitoris est constitué d'épithélium pavimenteux, provient de l'ectoderme et est donc contrôlé par le cortex cérébral. **REMARQUE** : le gland du clitoris est recouvert d'une couche de peau épidermique mais n'est pas doté de chorion cutané (sous-cutané).



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



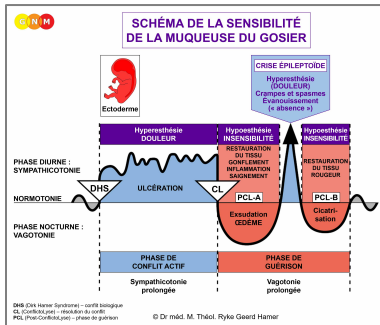
NIVEAU CÉRÉBRAL : le gland du clitoris est contrôlé par le **cortex post-sensoriel** (une partie du cortex cérébral). L'épiderme recouvrant le gland est contrôlé par le cortex sensoriel ([voir les relais cérébraux des organes sexuels externes](#) et de la muqueuse vaginale).

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

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

CONFLIT BIOLOGIQUE : le conflit biologique lié au gland du clitoris est un **grave conflit de séparation lié au clitoris**, par exemple, du fait de la perte d'un partenaire sexuel ou d'un rejet sexuel (voir aussi le conflit de séparation sexuelle lié au vagin et à l'épiderme des organes génitaux externes). Le conflit concerne aussi le fait de ne pas vouloir être touchée au clitoris (abus sexuel, attouchement sexuel, résistance au sexe oral, stimulation désagréable du clitoris) ou de ne pas être autorisée à être touchée ou à se toucher le clitoris (un DHS déclenché lorsque la personne est surprise en train de se masturber).

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



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

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

PHASE DE CONFLIT ACTIF : **ulcération (perte cellulaire)**. Durant l'activité conflictuelle, le **gland du clitoris est excessivement sensible au toucher** (hypersensibilité).

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

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

Source : www.learningnm.com