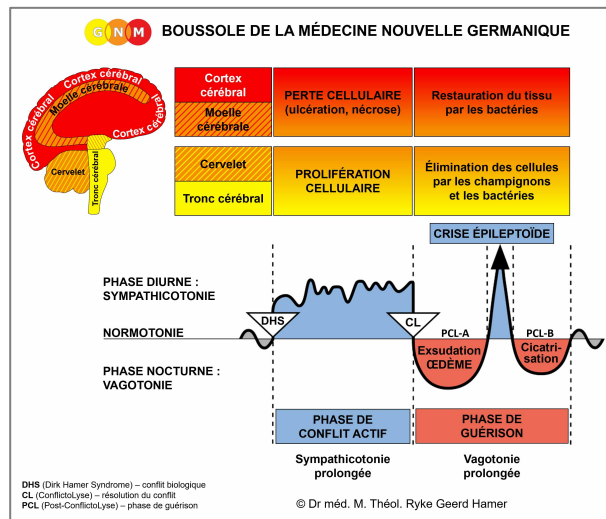




# PROGRAMMES BIOLOGIQUES SPÉCIAUX

## REINS ET VESSIE

Auteur : Caroline Markolin, Ph.D.



### REINS

Tubules collecteurs du rein

### SYNDROME

Médullosurrénale

Corticosurrénale

Parenchyme rénal

Bassinets du rein

Uretères

### VESSIE

Trigone de la vessie

Muqueuse de la vessie

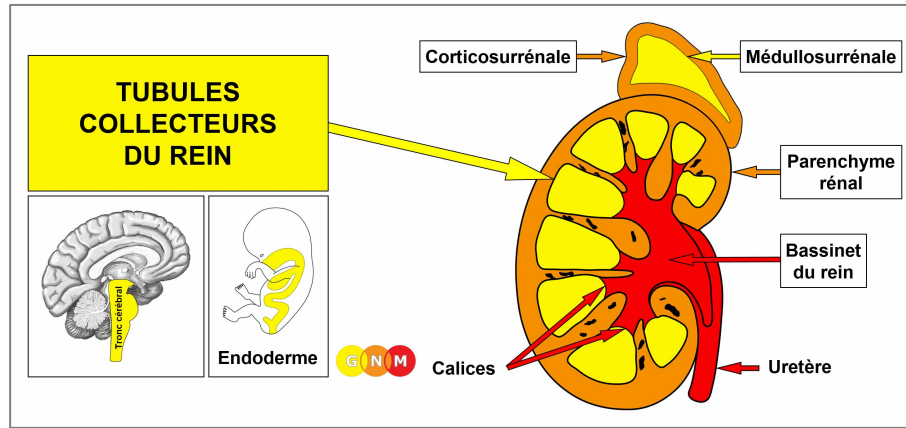
Urètre

Muscle de la vessie

Sphincter interne de la vessie

Sphincter externe de la vessie

Rév. 0.01



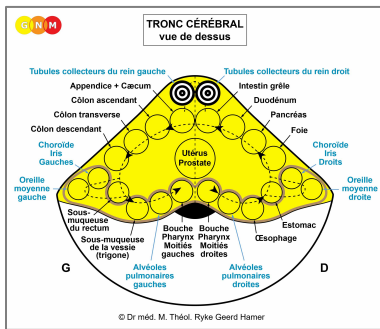
**DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DES TUBULES COLLECTEURS DU REIN :** les reins sont positionnés de chaque côté de la partie inférieure de la colonne vertébrale, à l'arrière de l'abdomen (partie rétropéritonéale). La fonction des tubules collecteurs du rein est de collecter l'urine produite dans le parenchyme rénal et de la canaliser jusqu'au bassinnet du rein via de nombreux calices en forme de coupe. De là, l'urine poursuit son chemin via les uretères, la vessie et l'urètre pour être excrétée. L'urine est principalement composée d'eau (environ 95 %). Le reste est composé d'électrolytes (principalement du sodium, du potassium, du chlorure et du calcium) et de substances uriques telles que l'acide urique, l'urée et la créatinine. Les reins filtrent quotidiennement environ 180 litres de sang. Cependant, 99 % du filtrat est réabsorbé par les tubules du rein et renvoyé dans la circulation sanguine, laissant un débit urinaire compris entre 1,5 et 2 litres.

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

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

En matière d'évolution, les tubules collecteurs du rein sont les plus anciens tissus des reins. Tout comme les cellules intestinales qui digèrent le « morceau de nourriture », la fonction biologique des tubules du rein est « d'absorber/retenir » (qualité absorbante) et de « digérer » (qualité sécrétrice) le « morceau d'eau ». Les tubules collecteurs du rein sont constitués d'épithélium cylindrique intestinal, proviennent de l'endoderme et sont contrôlés par le tronc cérébral.

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



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

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

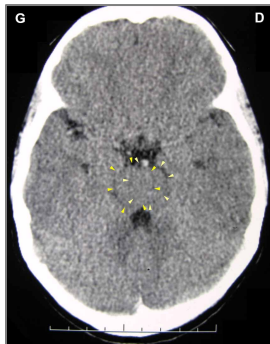
**CONFLIT BIOLOGIQUE** : le conflit biologique lié aux tubules collecteurs du rein prend naissance à une époque où la vie n'existait que dans les océans et où le fait d'être expulsé hors du milieu aquatique créait une situation potentiellement mortelle. Ce type de détresse concerne également la vie de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

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

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

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

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



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

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

**Les symptômes de la phase de conflit actif :**

- **rétention d'eau**
- **taux élevés d'acide urique**
- **taux élevés d'urée et de créatinine**
- **diminution du débit des urines**

L'intensité de la **RÉTENTION D'EAU** est déterminée par l'intensité du conflit. Les signes typiques d'une rétention d'eau sont les yeux bouffis, les mains enflées, les pieds et les chevilles enflés (voir aussi l'œdème périphérique) et une **prise de poids** (1 litre d'eau retenue pèse environ 1 kilo). Avec un conflit d'abandon ou d'existence persistant, une personne peut prendre beaucoup de poids (100 kg et plus) en dépit d'exercices réguliers, d'une alimentation normale ou même d'un jeûne. L'eau retenue est principalement stockée dans les tissus adipeux, principalement dans la zone abdominale (voir l'ascite). Dans ce cas, l'obésité n'est pas causée par un excès de graisse corporelle mais par une accumulation excessive d'eau résultant d'une activité conflictuelle durable (à distinguer de l'obésité due à l'hypoglycémie).



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

La Médecine Nouvelle Germanique offre une toute nouvelle compréhension du nombre croissant de personnes en surpoids, y compris chez les enfants, en occident en prenant en compte les changements sociaux (la dissolution des structures familiales traditionnelles, le taux croissant de divorces, les nourrissons en garderie, les personnes âgées en maison de retraite) et l'évolution économique alarmante (augmentation du chômage, pauvres perspectives d'avenir pour les jeunes, endettement croissant). Le fait que de nos jours, nous considérons une rétention d'eau (prise de poids) utile ou non n'a aucune importance. Ce qui importe, c'est que ce Programme Biologique Spécial a fait ses preuves sur le plan biologique durant des millions d'années.



## Garderie liée à l'embonpoint

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

**REMARQUE :** durant la phase de conflit actif, il est recommandé de réduire l'**apport de liquide**, à moins que le débit urinaire quotidien ne soit suffisant (à distinguer de la consommation de liquide durant la phase de guérison et avec le SYNDROME). Cependant, une consommation de liquide trop faible augmente la rétention d'eau (et la prise de poids) car même sans conflit, l'organisme maintient une rétention des liquides afin de maintenir l'équilibre hydrique du corps. Cela se produit également avec une insuffisance de protéines dans l'alimentation.

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

L'urée et la créatinine sont des déchets du métabolisme des protéines et sont normalement excrétées dans les urines. Cependant, dans le cas critique d'un conflit d'existence, l'organisme recycle ces substances retenues en protéines pour assurer la nutrition de l'organisme. Pourquoi ? Parce que, du point de vue biologique, le conflit dû au fait d'être éjecté du milieu aquatique signifie qu'en plus du danger de dessèchement, une menace de famine existe, notamment de mourir d'une carence en protéines. Pour cette situation d'urgence, la nature a créé un autre programme de survie, lequel consiste à convertir des toxines telles que l'urée et la créatinine en nourriture pour aider l'organisme à surmonter la crise. **LES TAUX D'URÉE ET DE CRÉATININE ÉLEVÉS** ne sont donc pas des maladies (« **urémie** ») ou des dysfonctionnements (« **insuffisance rénale** »), comme le prétend la médecine conventionnelle, mais ont un sens biologique. La rétention d'urée et de créatinine constitue en plus du fait de stocker de l'eau, une réponse innée au cas où l'eau et les protéines ne seraient pas disponibles pour un long moment.

La rétention d'eau et d'urine entraîne une **ÉMISSION D'URINE RÉDUITE**. Ainsi, durant la phase de conflit actif, l'**urine est concentrée et jaune foncé**. L'eau étant également absorbée par les intestins, les selles sont sèches et dures. Lorsque davantage de tubules collecteurs du rein sont impliqués, l'excrétion d'urine peut diminuer de manière drastique, provoquant une **oligurie** (débit urinaire entre 150 et 400 ml par jour) ou une **anurie** (moins de 50 ml par jour).

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

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

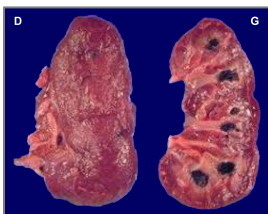
**RÉSOLUTION DU CONFLIT** : avec la résolution du conflit (CL), l'eau retenue est immédiatement libérée via les calices non affectés. En fonction de l'importance de la rétention d'eau, l'élimination d'urine peut être abondante. La médecine conventionnelle considère cette miction abondante (**polyurie**) comme « anormale » et « pathologique ». La compréhension de la GNM, permet d'accueillir cette **PHASE URINAIRE** avec un grand soulagement (voir aussi la phase urinaire qui survient peu de temps après toute Crise Épileptoïde).

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

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

La sécrétion tuberculeuse est riche en protéines. Par conséquent, lorsque les cellules supplémentaires sont décomposées, la quantité de protéines éliminées dans les urines est plus élevée qu'en temps normal. En termes cliniques, ceci est appelé une **protéinurie** ou une **albuminurie** (en médecine conventionnelle, des protéines dans l'urine pendant la grossesse sont considérées comme un « trouble de la grossesse », appelé pré-éclampsie). Dans le sang, cependant, la concentration en protéines est faible (**hypoprotéïnémie**) car, en cas de carence en protéines, l'organisme prélève des protéines dans le sang afin d'équilibrer la perte de protéines. Si une alimentation ou une supplémentation riche en protéines n'est pas suffisante pour corriger un manque de protéines, l'administration temporaire de perfusions d'albumine devient alors cruciale. À la fin de la phase de guérison, les taux de protéines ainsi que les valeurs d'urée et de créatinine sont de retour à la normale.

**REMARQUE** : concernant la **consommation de liquide**, durant la phase de guérison, boire des quantités suffisantes d'eau est important afin de favoriser l'élimination des restes de la décomposition cellulaire (à distinguer de la consommation de liquide en phase de conflit actif et avec le SYNDROME).



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

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

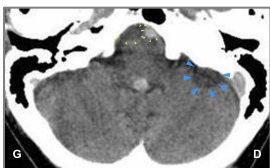
« La mortalité liée à une insuffisance rénale aiguë en unité de soins intensifs (USI) est restée supérieure à 50 % au cours des trois dernières décennies, malgré l'amélioration des techniques d'assistance rénale » (*Journal of the American Society of Nephrology* [Revue de la société américaine de néphrologie],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

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

En cas de nouveau conflit lié aux tubules collecteurs du rein, un rein squirrheux n'est plus capable de retenir l'eau. En conséquence, de grandes quantités d'urine diluée sont éliminées. Cette condition est appelée **diabète insipide**. La théorie selon laquelle le diabète insipide est lié à un « défaut hormonal » est une pure supposition.

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

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



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

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

**Si les microbes requis ne sont pas disponibles lors de la résolution du conflit**, du fait de leur destruction par une consommation abusive d'antibiotiques, les cellules supplémentaires demeurent. À la longue, la masse se retrouve enkystée de tissu conjonctif. Dans le rein, cela pourrait provoquer une occlusion de l'orifice du bassinnet du rein. Dans ce cas, une intervention chirurgicale pourrait devoir être envisagée.

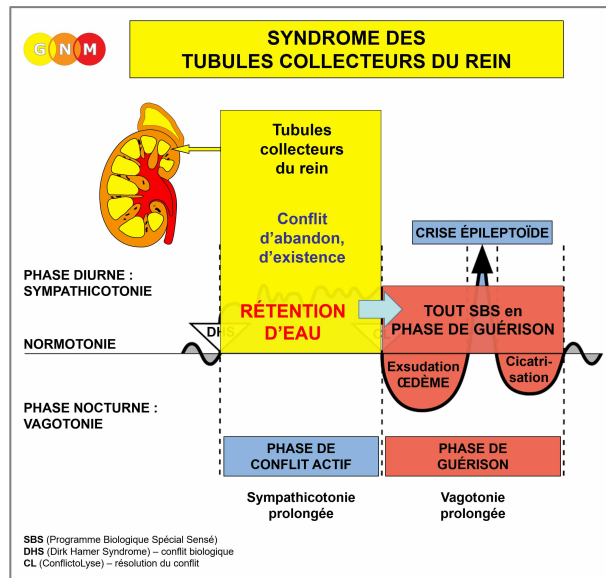
## CALCULS RÉNAUX (cristaux d'oxalate de calcium)

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



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

## SYNDROME DES TUBULES COLLECTEURS DU REIN



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

- une rétention d'eau en raison d'un conflit d'abandon ou d'existence actif
- TOUT Programme Biologique Spécial en phase de guérison

Lorsque l'organisme retient l'eau, l'excès de liquide est stocké entre autres endroits, dans l'organe en cours de guérison ainsi que dans le relais cérébral lié à cet organe. Par conséquent, la taille de l'œdème qui se développe en **PCL-A** (phase exsudative) est non seulement déterminée par la magnitude du conflit et par l'intensité de la phase de conflit actif qui a précédé, mais aussi par l'intensité de la rétention d'eau due à un conflit d'abandon ou d'existence actif. On peut facilement déterminer si la rétention d'eau est responsable de gros gonflements durant la phase de guérison en évaluant les taux d'urée et de créatinine et en mesurant le débit urinaire. Dans la pratique de la GNM, l'analyse d'un scanner cérébral est un moyen précieux de diagnostic pour évaluer la situation.



Ce scanner cérébral montre un Foyer de Hamer dans le relais cérébral qui contrôle les tubules collecteurs du rein gauche (voir le diagramme GNM). La configuration en forme d'anneaux bien nets indique une activité conflictuelle, et donc, une rétention d'eau.

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

Le SYNDROME peut créer de graves complications tant au niveau organique que cérébral, notamment lors de la Crise Épileptoïde.

### Conséquences du SYNDROME au NIVEAU ORGANIQUE

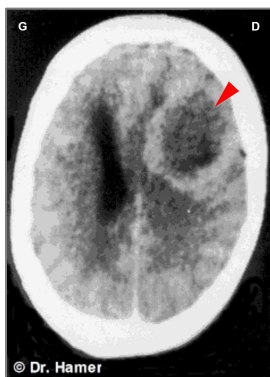
- **augmentation de la douleur** due à l'augmentation du gonflement, conduisant à l'utilisation de médicaments plus puissants contre la douleur tels que la morphine.
- **des gonflements sans danger peuvent se transformer en situation compliquée**, en provoquant des obstructions, par exemple, dans le côlon ou dans les canaux biliaires, nécessitant une intervention chirurgicale et une hospitalisation. Cela déclenche souvent de nouveaux conflits d'existence avec pour résultat, une accumulation de liquide encore plus importante dans l'organe affecté.
- **les tumeurs de guérison**, par exemple, dans les poumons, les bronches, le foie, le pancréas, le côlon, la thyroïde, le sein (glandes mammaires ou canaux galactophores), le col de l'utérus, les ovaires, la prostate ou les testicules, augmentent en taille. C'est alors que la médecine conventionnelle parle de cancers « à évolution rapide » ou « agressifs ».
- **les masses qui se sont retrouvées enkystées** en raison d'une absence de champignons ou de bacille tuberculeux apparaissent plus grosses et pourraient alors être détectées lors d'un examen médical de routine ou de suivi (mammographie, coloscopie, etc.).
- **les cavernes** qui demeurent à la suite d'un processus de guérison prolongé (guérison en suspens), par exemple dans les glandes mammaires, **augmentent avec la rétention d'eau**, se présentant désormais sous la forme de kystes.
- **les kystes** tels que les kystes hépatiques, les kystes thyroïdiens, les kystes ovariens, les kystes testiculaires ou les kystes rénaux **grossissent et peuvent même éclater**. Le liquide alors libéré dans les alentours peut entraîner de graves complications.
- **un épanchement**, par exemple, dans la plèvre, le péritoine ou le péricarde **peut provoquer une grave condition médicale** en raison de l'eau supplémentaire stockée dans la membrane déjà remplie de liquide. Lorsque l'eau retenue s'accumule dans les poumons, cela provoque un œdème pulmonaire, lequel est souvent fatal.
- **les affections cutanées** (impliquant le derme ou l'épiderme) **apparaissent plus dramatiques**.
- **les réactions allergiques** (éruptions cutanées, quinte de toux, diarrhée) sont plus intenses.
- **les inflammations deviennent plus sévères**.
- **les conditions arthritiques sont plus douloureuses** en raison de l'augmentation du gonflement.
- **avec une rétention d'eau, l'arthrite devient la goutte**.
- **une bronchite devient une pneumonie**.
- **l'hépatite avec le SYNDROME provoque une hépatomégalie** (une hypertrophie du foie), laquelle pourrait s'avérer fatale, en particulier lors de continuelles rechutes du conflit.



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

### Conséquences du SYNDROME au NIVEAU CÉRÉBRAL

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



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

### MÉDICATION avec le SYNDROME

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

La **cortisone** stimule le système nerveux sympathique. C'est pourquoi elle réduit les symptômes vagotoniques tels que les inflammations et les gonflements (il en va de même pour les crèmes stéroïdes topiques). Après l'arrêt du traitement, les symptômes de guérison reviennent donc rapidement. Par conséquent, administré durant la phase de guérison, le traitement n'interrompt que le processus de guérison. Du point de vue de la GNM, la cortisone n'est recommandée que dans le cas exceptionnel d'un important œdème cérébral, avec pour but de réduire la pression cérébrale juste avant le début de la Crise Épileptoïde. Cependant, selon le Dr Hamer, **en présence du SYNDROME, les corticostéroïdes sont contre-indiqués** car ils augmentent la rétention d'eau, ce qui se traduit par une augmentation des gonflements pouvant entraîner des complications potentiellement mortelles.

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

La **morphine** est connue comme étant un analgésique narcotique. Elle active aussi l'hormone ADH (l'hormone antidiurétique), limitant la formation d'urine. Avec ses propriétés stimulantes, elle augmente la rétention d'eau et donc le gonflement tant au niveau organique que cérébral. Avec le SYNDROME, la morphine affecte le cerveau de la même manière que les traitements de chimiothérapie (cytostatiques). De plus, la morphine paralyse les intestins avec pour conséquence que les aliments ne peuvent plus être traités ; elle amincit également le tissu pulmonaire, ce qui le rend sujet à la rupture. Lorsque son effet s'estompe, la personne tombe dans un état de vagotonie profonde et potentiellement aussi dans le coma. La morphine est un dérivé de l'opium (voir aussi la codéine), d'où son effet sédatif. Dans la médecine actuelle, elle est donnée aux patients pour qu'ils « partent plus facilement ».

#### LA GNM - LA PRÉVENTION PAR LA CONNAISSANCE

Dans la majorité des cas, le **SYNDROME** est causé par le **choc d'un diagnostic**, la **peur liée à la « maladie »** et à l'**hospitalisation**. Par conséquent, la **résolution du conflit lié aux tubules collecteurs du rein doit être une priorité absolue**. La résolution du conflit d'existence amorce la libération instantanée de l'eau retenue (phase urinaire) avec pour effet que les gonflements diminuent rapidement. Cela peut sauver des vies !

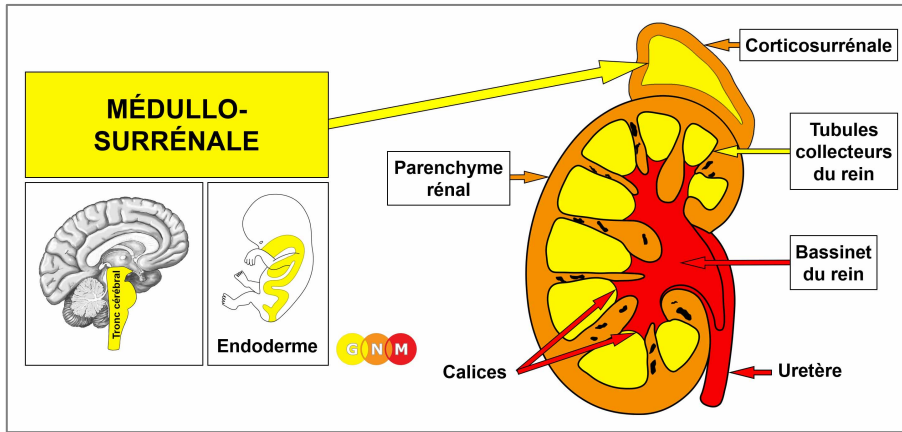
**Le soutien et l'attention de la famille et des amis, ainsi que l'assurance d'être soigné dans un environnement dénué de peur a une valeur thérapeutique inestimable.**

Si le conflit ne peut être résolu dans l'immédiat, le Dr Hamer recommande des **bains de sel avec une concentration en sel de 0,9 %** (1 kg de sel pour 99 litres d'eau) afin de résoudre le conflit du « poisson hors de l'eau » au niveau uniquement biologique. En ramenant l'organisme « chez lui », à la mer, le corps est capable d'éliminer de grandes quantités d'urine. De plus, les bains de sel isotoniques équilibrent la teneur en sel du sérum sanguin, lequel diminue durant la phase de guérison des tubules collecteurs du rein en raison de la perte de protéines.

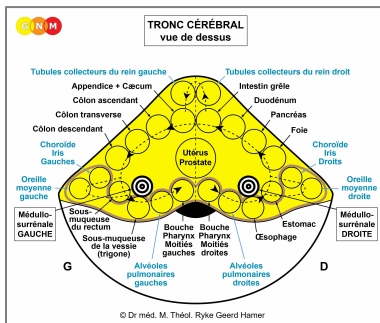
Les **diurétiques** (pilules d'eau) ne devraient être considérés qu'en cas d'urgence car en réalité, leurs propriétés sympathicotoniques augmentent la rétention d'eau alors que dans le même temps, ils poussent à la miction ; d'où leurs « effets secondaires » sur les reins. De plus, les diurétiques n'éliminent que les électrolytes, pas les substances uriques telles que l'urée et la créatinine. Cependant, si les diurétiques sont pris avec du **bicarbonate de soude**, les reins excréteront les substances uriques en quantité suffisante. Cela s'explique par le fait que le bicarbonate de soude augmente le débit de filtration glomérulaire (le débit avec lequel les reins filtrent le sang). Cela signifie qu'une plus grande quantité de filtrat glomérulaire pénètre dans les tubules collecteurs du rein, ce qui se traduit par une augmentation du volume d'urine.

Tel que documenté par Homer W. Smith dans *From Fish to Philosopher* [Du poisson au philosophe], le bicarbonate de soude est un sel qui était abondamment présent dans l'océan primordial. Lorsque la vie quitta l'environnement aquatique, le bicarbonate de soude fut absorbé par la circulation sanguine pour pouvoir vivre et survivre sur terre. Dans l'organisme humain, le bicarbonate de soude joue également un rôle important dans le maintien de l'équilibre acido-basique.

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



**DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DE LA MÉDULLOSURRÉNALE :** les glandes surrénales sont des glandes hormonales appariées situées au sommet des reins. La médullosurrénale, située au cœur de la glande et enveloppée par la corticosurrénale, est constituée de cellules dites chromaffines, ainsi nommées pour leur coloration brune caractéristique en présence de sels de chrome. La médullosurrénale produit des hormones (qualité hormonale), principalement des hormones de stress telles que la dopamine, la noradrénaline et l'adrénaline (également appelées catécholamines). La médullosurrénale est constituée d'épithélium cylindrique intestinal, provient de l'endoderme et est donc contrôlée par le tronc cérébral.



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

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

**CONFLIT BIOLOGIQUE : stress intense et insupportable.**

**PHASE DE CONFLIT ACTIF :** dès le DHS, durant la phase de conflit actif, les cellules surrénales prolifèrent proportionnellement à l'intensité du conflit. Le **sens biologique de cette augmentation cellulaire** est d'augmenter la production d'hormones de stress afin d'améliorer les performances de l'individu lors d'un stress intense. Par conséquent, les niveaux de **dopamine**, de **noradrénaline** et de **adrénaline augmentent**. Les **symptômes** se manifestent par un **rythme cardiaque rapide**, une **tension artérielle élevée**, une **transpiration excessive** et de l'**anxiété** en raison de l'intense état de stress. **REMARQUE :** dans une certaine mesure, ces paramètres augmentent également durant toute phase de conflit actif de tout Programme Biologique Spécial.

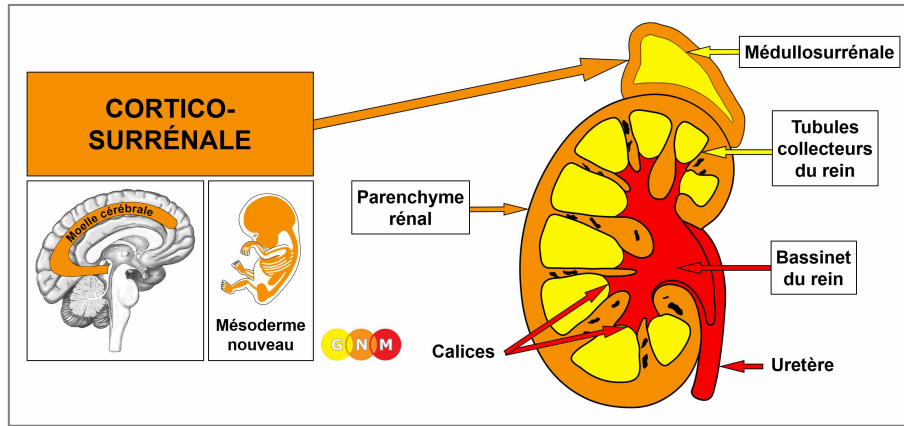
Lors d'une longue activité conflictuelle, une masse compacte en forme de chou-fleur (qualité sécrétrice), appelée **cancer des surrénales (phéochromocytome)**, se développe dans la médullosurrénale (à distinguer du « cancer des surrénales » lié à la corticosurrénale). Si le taux de division cellulaire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

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

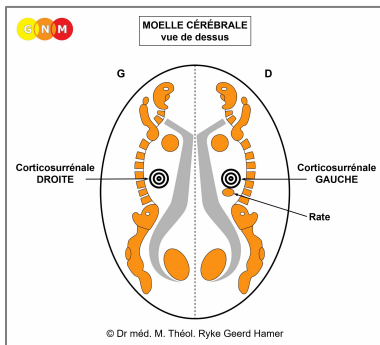
**PHASE DE GUÉRISON** : dès la résolution du conflit (CL), les champignons ou les mycobactéries telles que le bacille tuberculeux éliminent les cellules qui ne sont plus requises. Les **symptômes de guérison** sont des **douleurs** causées par le **gonflement** et des **sueurs nocturnes**. À la fin de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

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

**Si les microbes requis ne sont pas disponibles lors de la résolution du conflit**, du fait de leur destruction par une consommation abusive d'antibiotiques les cellules supplémentaires demeurent. À la longue, la masse s'enkyste, ce qui entraîne une **surproduction permanente d'hormones de stress** (voir aussi la glande thyroïde, les glandes parathyroïdes, le pancréas et la prostate).



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



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

**CONFLIT BIOLOGIQUE** : le conflit biologique lié à la corticosurrénale est le fait d'**avoir choisi la mauvaise voie, d'avoir été « dévié de sa route », d'avoir pris la mauvaise direction, d'avoir pris la mauvaise décision ou d'avoir fait le mauvais choix.**

**PHASE DE CONFLIT ACTIF** : **perte cellulaire (nécrose)** dans la corticosurrénale proportionnelle à l'intensité et à la durée de l'activité conflictuelle. Le **sens biologique de cette perte de tissu** est de diminuer la production d'hormones de stress afin de forcer l'individu à ralentir sa progression dans la mauvaise voie. Le **symptôme** qui s'ensuit est un **sentiment de stress et de fatigue** en raison des faibles taux de cortisol et d'aldostérone. Cela diffère de toute autre phase de conflit actif comportant un gain d'énergie dû à la libération de cortisol (réponse de peur ou de fuite). Cette condition, caractérisée par une production insuffisante d'hormones stéroïdes, est appelée **hypoadrénalisme** ou **maladie d'Addison**.

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



**PHASE DE GUÉRISON** : durant la phase de guérison, un **KYSTE SURRÉNALIEN** se développe à l'endroit de la nécrose. En **PCL-A**, les cellules surrénales se multiplient à l'intérieur du kyste pour combler la perte de tissu survenue durant la phase de conflit actif. Découvert à ce stade, ce kyste est diagnostiqué comme un « **cancer des surrénales** » (à distinguer du cancer des surrénales lié à la médullosurrénale). 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.

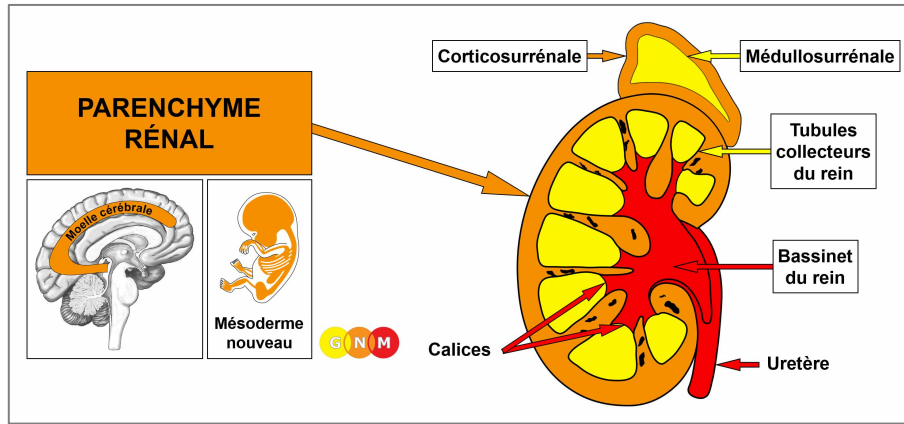
Dans les neuf mois qui suivent, à condition qu'il n'y ait pas de rechute du conflit, le kyste durcit et devient une partie intégrante de la fonction hormonale des surrénales (voir aussi le kyste rénal, le kyste ovarien et le kyste testiculaire). La production accrue d'hormones de stress **a pour sens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

**REMARQUE** : tous les **organes dérivant du mésoderme nouveau** (« groupe de luxe »), y compris la corticosurrénale, révèlent le **sens biologique du SBS à la fin de la phase de guérison**. 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.

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

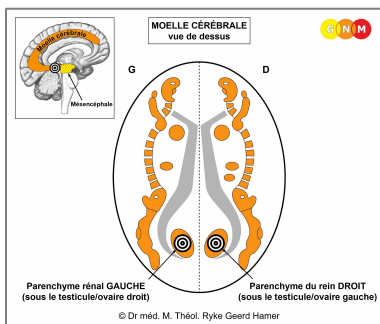


Les glandes surrénales produisent également des androgènes, hormones responsables de la croissance des poils dans des zones telles que le visage et la poitrine. Les femmes atteintes de Cushing voient donc généralement des poils se développer sur leur visage et leur corps. Un gros kyste surrénalien peut provoquer une croissance excessive des poils en raison de la production accrue d'androgènes. Cette condition est appelée **hirsutisme**.



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

**REMARQUE** : à l'origine, les reins ne formaient qu'un unique organe qui s'est ensuite divisé en deux reins. Si les reins ne se séparent pas complètement au cours du développement fœtal, cela se manifeste par ce que l'on appelle un « **rein en fer à cheval** », avec les deux reins fusionnés en forme de U au niveau inférieur de la forme de base.



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

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

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

Un **conflit lié à l'eau** peut survenir avec tout accident sur ou dans l'eau. Cependant, la rupture d'une conduite d'eau, une fuite d'eau, une **maison inondée** ou un problème d'égout peut également déclencher un conflit lié à l'eau. Le rappel constant d'un **dégât des eaux** non réparé peut maintenir un conflit d'eau actif. De fortes pluies, les orages, la grêle, les **tempêtes de neige ou de verglas** peuvent provoquer des conflits d'eau liés aux conditions météorologiques. Si la pluie, y compris les prévisions de pluie, devient un rail, cela se traduit par des symptômes récurrents ou même permanents de conflit actif.



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

Les **conflits de liquide** font référence à une détresse impliquant des liquides, comme par exemple, des produits chimiques nocifs, des infusions ou des injections (médicaments, cytostatiques, drogues illicites, vaccins), du pétrole (catastrophes pétrolières), du carburant (manque de carburant, hausse du prix des carburants), de l'alcool (y compris le sevrage), des produits chimiques dans les boissons ou les produits de nettoyage associés à des « allergies » ou considérés comme cancérigènes. Le conflit concerne également les liquides corporels tels que l'urine (incontinence), le sperme (abus sexuel, pratiques sexuelles non désirées), le liquide amniotique (perte des eaux durant une grossesse) ou les écoulements liquides (pertes vaginales). [Pour quelqu'un qui n'est pas familier avec la GNM](#), une rétention d'eau (voir les tubules collecteurs du rein) peut déclencher un conflit d'eau. **REMARQUE** : le sang est biologiquement lié à un conflit de saignement impliquant la rate.

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

Le niveau de la tension artérielle est déterminé par l'importance de la perte de tissu. Par conséquent, avec un conflit intense, la tension artérielle peut augmenter considérablement (voir également l'hypertension durant la Crise Épileptoïde). Cependant, **l'hypertension n'est jamais une raison de paniquer** car une tension artérielle élevée ne provoque ni crise cardiaque ni accident vasculaire cérébral, comme le prétend la médecine conventionnelle, mais est plutôt un programme biologique de secours pour maintenir la fonction de l'organe. Les médicaments antihypertenseurs (inhibiteurs de l'ECA) n'interfèrent qu'avec cette réponse naturelle. L'utilisation excessive d'antihypertenseurs est donc très difficile à supporter pour les reins et peut même provoquer une défaillance rénale.

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



Ce scanner cérébral montre un Foyer de Hamer dans la moelle cérébrale, plus précisément, dans la zone qui contrôle le parenchyme rénal gauche ([voir le diagramme GNM](#)). La configuration en forme d'anneaux bien nets indique que la personne est en phase de conflit actif, laquelle est entrecoupée de courtes phases de guérison (partie œdémateuse).

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



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

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

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

Si la guérison implique les glomérules, alors la condition est appelée **glomérulonéphrite** (à distinguer de la néphrite liée aux tubules collecteurs du rein). Lors de phases de guérison récurrentes, du tissu cicatriciel se forme dans l'unité filtrante du rein (en **PCL-B**). C'est ce que l'on appelle la **glomérosclérose segmentaire focale**.

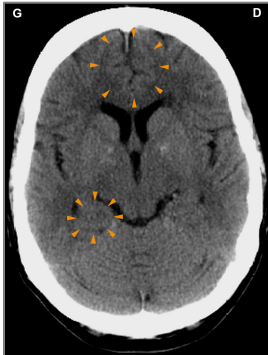
Une caractéristique particulière concernant la guérison du parenchyme rénal est la formation d'un **KYSTE RÉNAL**. Sous réserve qu'il n'y ait pas de rechutes du conflit interrompant la guérison, ce processus prend neuf mois pour se réaliser (voir aussi le kyste surrénalien, le kyste ovarien et le kyste testiculaire). Le développement de ce kyste se déroule en plusieurs étapes.

Au début, durant la **PCL-A**, un kyste ou une capsule remplie de liquide se forme au niveau de la nécrose. Le kyste forme un renflement vers l'extérieur ou se développe vers l'intérieur. Sa taille est déterminée par l'intensité et la durée de la phase de conflit actif qui a précédé. Avec une rétention d'eau simultanée (**SYNDROME**) en conséquence d'un conflit d'abandon ou d'existence actif, le kyste dans le parenchyme rénal peut devenir assez important car l'eau retenue est stockée de manière excessive dans la zone en cours de guérison. Un ou plusieurs gros kystes peuvent causer des douleurs considérables. Ce que l'on appelle une « **polykystose rénale** » indique de multiples conflits d'eau ou de liquide entraînant de nombreux kystes (la théorie selon laquelle cette condition est due à un « problème génétique » est purement hypothétique).

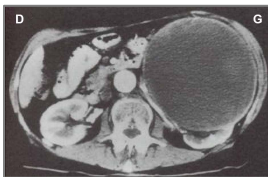
Afin de restaurer la perte cellulaire survenue durant la phase de conflit actif, les cellules rénales restantes se multiplient à l'intérieur du kyste. Au cours de cette phase, le kyste se lie aux tissus voisins pour assurer son apport sanguin. Cette adhérence aux tissus adjacents stabilise également le kyste. Détectée à ce stade, cette « masse » est diagnostiquée, en termes de médecine conventionnelle, comme un **cancer du rein « invasif ou infiltrant »** et interprétée comme une « métastase » (à distinguer du cancer du rein lié aux tubules collecteurs du rein). 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.

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

**REMARQUE :** tous les **organes dérivant du mésoderme nouveau** (« groupe de luxe »), y compris le parenchyme rénal, révèlent le **sens biologique du SBS à la fin de la phase de guérison.** 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.



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

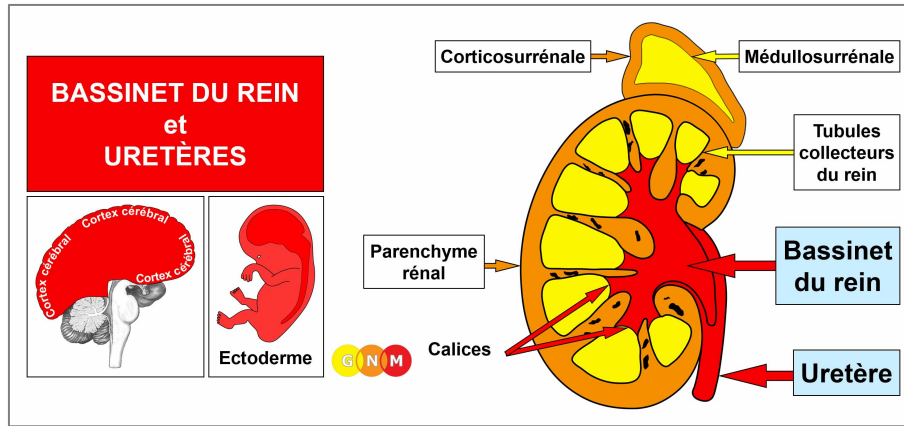


Avec une rétention d'eau due au SYNDROME, un kyste rénal peut devenir très gros, comme le montre ce scanner organique.

Si la pression dans un kyste liquide ou semi-liquide devient trop forte, le kyste peut éclater. Un coup contre le rein, une ponction exploratoire ou une opération chirurgicale prématurée peuvent provoquer sa rupture. Lorsque le kyste se rompt, le liquide pénètre dans le rétropéritoine et dans la région abdominale avec les cellules rénales libérées s'attachant à la paroi abdominale ou à un organe abdominal tel que l'estomac, le duodénum, le côlon, le foie ou le pancréas. Dans ce cas, l'achèvement du développement du kyste se produit à l'extérieur du rein. Découverts dans ces endroits, ces kystes sont souvent diagnostiqués à tort comme des « poches de ganglions lymphatiques » ou comme des « liposarcomes » censés provenir de cellules adipeuses ou de tissus mous (« léiomyosarcomes »). En médecine conventionnelle, ces masses sont considérées comme « malignes ».

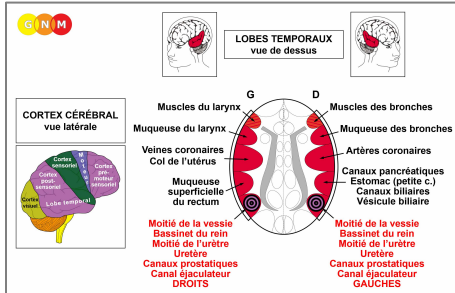
Selon le Dr Hamer, l'ablation d'un kyste rénal ne devrait être effectuée que lorsque le kyste est complètement arrivé à maturité (induré). L'opération chirurgicale d'un kyste semi-liquide dissémine les cellules du parenchyme dans la zone environnante et provoque des complications inutiles (voir les kystes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





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

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



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

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

**CONFLIT BIOLOGIQUE** : le conflit biologique lié au bassinnet du rein et aux uretères est un **conflit masculin de marquage territorial** ou un **conflit féminin de marquage** (voir aussi la vessie et l'urètre) en fonction du genre, de la latéralité biologique et du statut hormonal de la personne (voir aussi la Constellation de marquage). Un conflit masculin de marquage territorial fait référence à une invasion inattendue des limites extérieures (les mammifères mâles marquent la limite extérieure de leur territoire avec de l'urine, en levant une patte) tandis qu'un conflit de marquage féminin concerne une violation des limites intérieures (les mammifères femelles marquent la limite intérieure de leur place en s'accroupissant). Le conflit féminin de marquage est similaire à un conflit d'identité, impliquant la muqueuse superficielle du rectum. C'est pourquoi le relais cérébral du bassinnet du rein, des uretères, de la vessie et de l'urètre est situé à côté du relais du rectum (dans le lobe temporal gauche).



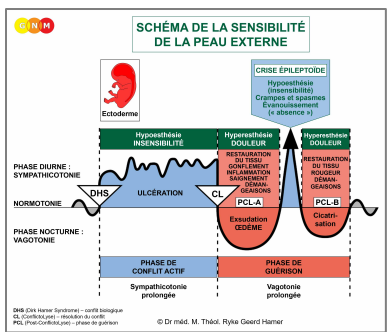
| Genre, latéralité, statut hormonal | Conflit biologique              | Organes concernés                         |
|------------------------------------|---------------------------------|---|
| Homme droitier (SHN)               | Conflit de marquage territorial | Bassinets du rein gauche, uretère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

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

**\*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 de marquage territorial** fait référence à une intrusion dans son territoire (domicile, propriété), y compris le territoire étendu (quartier, village, ville, pays). Les conflits de marquage liés au travail sont provoqués, par exemple, par des luttes pour un poste ou lorsqu'un concurrent s'installe dans notre domaine professionnel. Les conflits de marquage liés aux relations concernent des membres du domaine (conjoint, enfants, parents, membre de la famille, colocataires, camarades de classe, amis, visiteurs, voisins, collègues, enseignants, superviseurs) qui « dépassent les limites » ou se mêlent de nos affaires. Le sentiment d'être contrôlé par un conjoint, un partenaire ou un parent peut évoquer un conflit de marquage. Une invasion de sa sphère privée comprend également le non-respect de ses biens. Un homme peut subir un conflit de marquage territorial, lorsqu'un autre homme s'intéresse à sa femme ou lorsque sa femme ou sa petite amie couche avec quelqu'un d'autre. Les rapports sexuels non désirés ou les abus sexuels peuvent être perçus comme une invasion de son espace intime. Une attaque contre ses convictions, des propos racistes ou du harcèlement de quelque nature qu'il soit pourrait provoquer un conflit de marquage. Les enfants vivent ce conflit à l'école, à la maternelle, à la garderie ou au terrain de jeu, également, lorsqu'un nouveau frère ou une nouvelle sœur arrive dans la famille, lorsqu'ils doivent partager leur chambre avec un membre de la famille ou lorsqu'ils se disputent un jouet. Les animaux domestiques vivent des conflits de marquage lorsque d'autres animaux (ou personnes) occupent leur territoire ou lorsqu'ils sont déplacés.



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

**PHASE DE CONFLIT ACTIF** : **ulcération de la muqueuse du bassinnet du rein, des calices rénaux et/ou du ou des uretères** proportionnelle à l'intensité et à la durée de l'activité conflictuelle. Le **sens biologique de cette perte cellulaire** est d'augmenter le volume du bassinnet du rein et d'élargir le ou les uretères, afin d'améliorer le débit d'urine et ainsi mieux pouvoir marquer son territoire.

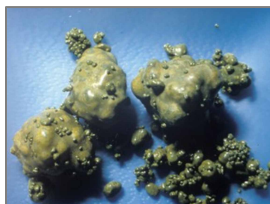


Cette image montre l'impact d'un conflit de marquage dans la zone du cortex cérébral qui contrôle le bassinnet du rein et les uretères ainsi que la vessie et l'urètre (**voir le diagramme GNM**). Le contour net du Foyer de Hamer indique que le conflit est toujours actif. La partie du système urinaire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

**PHASE DE GUÉRISON** : durant la première partie de la phase de guérison (**PCL-A**), la perte de tissu est reconstituée via une **prolifération cellulaire** avec un **gonflement** dû à l'œdème (accumulation de liquide) dans la zone en cours de guérison. Les **symptômes de guérison** sont des **douleurs brûlantes pendant la miction** (lorsque les uretères sont affectés) et potentiellement du **sang dans les urines** (voir aussi le parenchyme rénal, le trigone de la vessie, la muqueuse de la vessie et la prostate). En fonction de l'intensité du conflit, l'intensité des symptômes peut aller de légère à sévère. Une inflammation du bassinnet du rein est appelée une **pyélie**. La Crise Épileptoïde se manifeste par une **douleur aiguë** ainsi que des **crampes ou des spasmes (coliques urétérales, coliques néphrétiques)** si les muscles striés aux alentours du bassinnet du rein et/ou des uretères subissent la Crise Épileptoïde en même temps (voir également les coliques néphrétiques liées aux tubules collecteurs du rein).

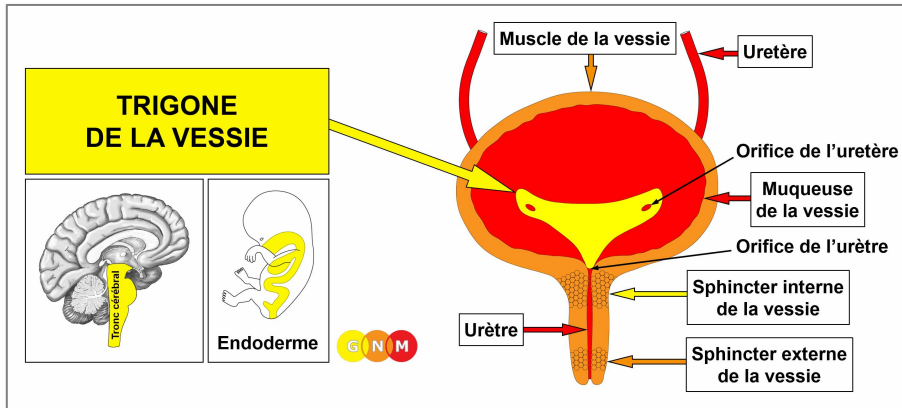
**REMARQUE** : toutes les Crises Épileptoïdes contrôlées par le **cortex sensoriel, post-sensoriel ou pré-moteur sensoriel** sont accompagnées de **troubles de la circulation, d'étourdissements, de brefs troubles de la conscience** ou d'une **perte totale de conscience** (évanouissement ou « absence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

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

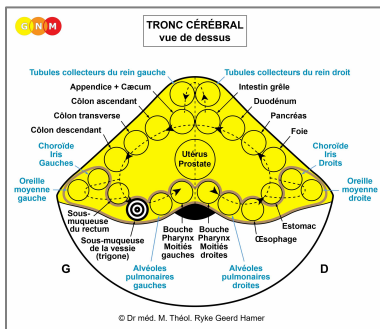


Une occlusion des **calices rénaux** provoquée par une phase de guérison prolongée conduit à la formation de **calculs rénaux**. À un moment donné, généralement durant la Crise Épileptoïde, ces calculs sont poussés à travers le col du calice vers le bassinnet du rein puis vers la vessie. Ce processus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

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



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



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

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

**CONFLIT BIOLOGIQUE :** le conflit biologique lié au trigone de la vessie est un conflit **odieux, un conflit de morceau moche** (une sale affaire, un sale tour, sale sexe, etc.) semblable au « conflit de se retrouver dans la merde » lié au côlon sigmoïde et à la sous-muqueuse du rectum.

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

**PHASE DE CONFLIT ACTIF :** dès le DHS, durant la phase de conflit actif, les cellules du trigone de la vessie prolifèrent proportionnellement à l'intensité du conflit. Le **sens biologique de cette augmentation cellulaire** est d'améliorer la capacité à « digérer » ou à « absorber » le « morceau moche ». Lors d'une activité conflictuelle prolongée, une masse étalée (de type absorbant) ou en forme de chou-fleur (de type sécréteur) se forme dans le trigone. En médecine conventionnelle, cela est diagnostiqué comme un **cancer de la vessie** (à distinguer du « cancer de la vessie » lié à la muqueuse de la vessie). Si le taux de division cellulaire dépasse une certaine limite, alors le cancer est considéré comme « malin » ; en dessous de cette limite, la masse est considérée comme « bénigne » ou diagnostiquée comme un **polype de la vessie** (voir aussi la phase de guérison).

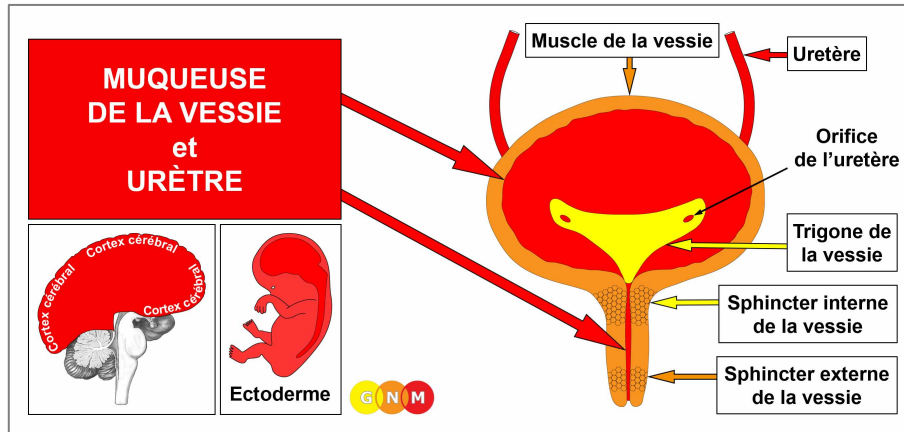
**PHASE DE GUÉRISON** : dès la résolution du conflit (CL), les champignons ou les mycobactéries telles que le bacille tuberculeux éliminent les cellules qui ne sont plus requises. Cela provoque une **cystite tuberculeuse purulente**, une « **infection bactérienne de la vessie** ».

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

Les **symptômes de guérison** sont des **douleurs** dues au gonflement, une **urine trouble**, une présence potentielle de **sang dans l'urine** (voir aussi le parenchyme rénal, le bassinnet du rein et les uretères, la muqueuse de la vessie et la prostate) et des **sueurs nocturnes**. En fonction de l'intensité de la phase de conflit actif, l'intensité des symptômes peut aller de légère à sévère.

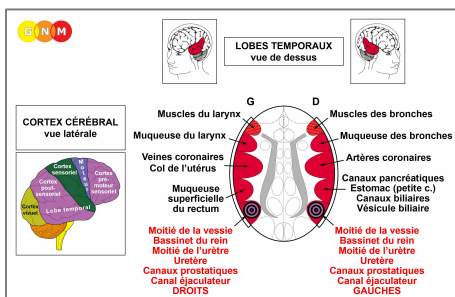
Lorsque des champignons participent au processus de guérison, cela provoque une « **cystite à Candida** », laquelle devient chronique lorsque la personne se retrouve en guérison en suspens à cause de rechutes du conflit. Contrairement à ce qu'affirme la médecine conventionnelle, une « infection » fongique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

**Si les microbes requis ne sont pas disponibles lors de la résolution du conflit**, du fait de leur destruction par une consommation abusive d'antibiotiques, les cellules supplémentaires demeurent. À la longue, la masse se retrouve enkystée de tissu conjonctif. Ceci est généralement diagnostiqué comme un **polype de la vessie** ou comme un « cancer bénin » (voir aussi la phase de conflit actif).



**DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DE LA MUQUEUSE DE LA VESSIE ET DE L'URÈTRE :** la vessie et l'urètre constituent les voies urinaires inférieures. Chez les femmes, la vessie se trouve devant l'utérus ; l'urètre est situé près de la paroi avant du vagin. Chez les hommes, l'urètre s'étend jusqu'à l'extrémité du pénis et conduit l'urine ainsi que le sperme lors de l'éjaculation ; au niveau du col de la vessie, l'urètre est entouré par la prostate. La vessie est un organe musculaire creux où l'urine reçue du bassinnet du rein et des uretères est temporairement stockée. L'urine sort de la vessie par l'urètre. La paroi interne de l'urètre est dotée de muscles lisses et striés. Tout comme les muscles intestinaux qui déplacent le « morceau de nourriture » le long du canal intestinal par un mouvement péristaltique, les muscles lisses de l'urètre facilitent l'écoulement et l'élimination du « morceau d'urine ». La muqueuse de la vessie et de l'urètre est constituée d'épithélium pavimenteux, provient de l'ectoderme et est donc contrôlée par le cortex cérébral.

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



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

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

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

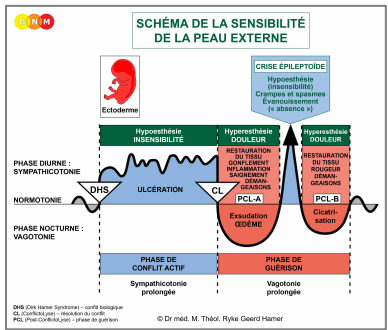


| Genre, latéralité, statut hormonal | Conflit biologique              | Organes concernés                          |
|------------------------------------|---------------------------------|--|
| Homme droitier (SHN)               | Conflit de marquage territorial | Moitié gauche de la vessie et de l'urètre  |
| Homme gaucher (SHN)                | Conflit de marquage territorial | Moitié droite de la vessie et de l'urètre* |
| Homme droitier (FTT)               | Conflit de marquage             | Moitié droite de la vessie et de l'urètre  |
| Homme gaucher (FTT)                | Conflit de marquage             | Moitié gauche de la vessie et de l'urètre* |
| Femme droitière (SHN)              | Conflit de marquage             | Moitié droite de la vessie et de l'urètre  |
| Femme gauchère (SHN)               | Conflit de marquage             | Moitié gauche de la vessie et de l'urètre* |
| Femme droitière (FTE)              | Conflit de marquage territorial | Moitié gauche de la vessie et de l'urètre  |
| Femme gauchère (FTE)               | Conflit de marquage territorial | Moitié droite de la vessie et de l'urètre* |

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

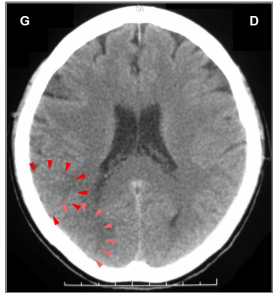
**\*Pour les gauchers, le conflit est transféré dans l'hémisphère cérébral opposé.**

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**.



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

**PHASE DE CONFLIT ACTIF** : ulcération de la muqueuse de la vessie et/ou de la muqueuse de l'urètre proportionnelle à l'intensité et à la durée de l'activité conflictuelle. Le **sens biologique de cette perte cellulaire** est d'augmenter le volume de la vessie et d'élargir l'urètre afin d'améliorer le débit d'urine et ainsi, mieux pouvoir marquer son territoire.



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



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

Les **symptômes de guérison** sont des **envies fréquentes de vider la vessie avec une douleur brûlante lors de la miction et l'élimination de petites quantités d'urine seulement ; du sang peut potentiellement se retrouver dans l'urine** (voir aussi le parenchyme rénal, le bassinet du rein et les uretères, le trigone de la vessie et la prostate). Ce qui est typique de cette guérison, c'est la **sensation d'avoir constamment besoin d'uriner ainsi qu'une sensation de vidange incomplète de la vessie** après la miction, une condition appelée **ténésme de la vessie** (à comparer au ténésme rectal). Avec une rétention d'eau due au SYNDROME, l'augmentation du gonflement peut bloquer l'écoulement de l'urine dans l'urètre. Il s'agit là d'une situation médicale grave ! Dans ce cas, le Dr Hamer recommande l'utilisation d'une sonde urinaire temporaire (voir aussi l'obstruction des voies urinaires chez les hommes causée par une hypertrophie de la prostate ou une tumeur de la prostate).

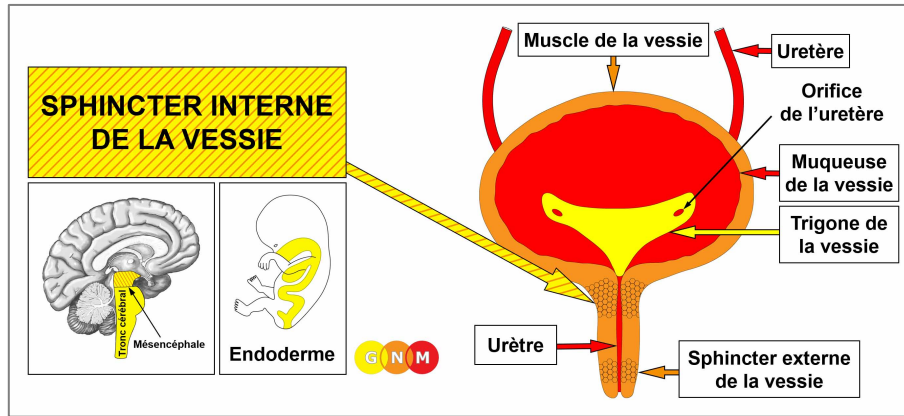
La Crise Épileptoïde se manifeste par une **douleur aiguë** ainsi que par des **crampes ou des spasmes** si les muscles striés aux alentours de la paroi interne de l'urètre subissent la Crise Épileptoïde en même temps.

**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).

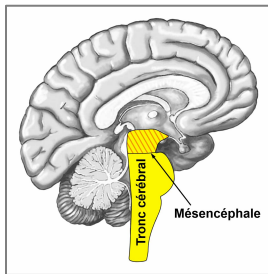
Une **infection urinaire dans l'urètre (urétrite) ou une infection de la vessie (cystite)** indique que des bactéries participent au processus de réparation et de cicatrisation (**PCL-B**) (voir aussi les infections urinaires liées aux uretères et les « infections de la vessie » liées au trigone de la vessie ou au muscle de la vessie). C'est généralement le cas lorsque l'ulcération survenue en phase de conflit actif a atteint profondément le tissu de l'urètre ou de la vessie. Les « infections récurrentes de la vessie » indiquent des rechutes du conflit déclenchées par la réactivation d'un rail mis en place au moment où le conflit de marquage initial s'est produit.

La **gonorrhée de l'urètre** est une inflammation de la membrane muqueuse de l'urètre avec un **écoulement** dû à l'activité des bactéries (*neisseria gonorrhoeae* ou gonocoque) durant le processus de guérison. Si des bactéries *chlamydia trachomatis* sont impliquées, cela provoque ce qui est appelé une « **infection à chlamydia** » ; les bactéries chlamydia sont également impliquées dans l'urétrite (la présence de chlamydia dans la bouche se rapporte à un conflit oral ; dans le rectum ou l'anus, elle se rapporte à un conflit d'identité). Contrairement aux croyances populaires, la gonorrhée ou la chlamydie ne peuvent pas être transmises sexuellement puisque les symptômes sont déjà des symptômes de guérison, plus précisément les symptômes d'un conflit de marquage (territorial) concernant l'espace sexuel (voir aussi le conflit de séparation sexuelle et l'herpès génital). Si les symptômes sont moins sévères, cette condition peut être diagnostiquée comme une urétrite ou une cystite. Ce qui est appelé de façon euphémique une « cystite de lune de miel » est causé par des rapports sexuels fréquents et prolongés. **REMARQUE** : chez les hommes, l'urètre est également utilisé pour l'éjaculation. Par conséquent, le Programme Biologique Spécial de l'urètre correspond aussi à un **conflit d'éjaculation** (voir aussi les canaux éjaculateurs) comme lors du fait de « ne pas pouvoir, ne pas être autorisé ou ne pas vouloir éjaculer », par exemple, dans le cas de l'éjaculation précoce.

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



**DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DU SPHINCTER INTERNE DE LA VESSIE** : le sphincter interne de la vessie est un muscle de forme annulaire situé au bas du col de la vessie. Son mécanisme musculaire involontaire régule l'écoulement de l'urine de la vessie vers l'urètre. Le sphincter externe de la vessie à l'extrémité inférieure de l'urètre fournit un second moyen de contrôler l'élimination de l'urine. Le sphincter interne de la vessie se compose de muscles lisses, provient de l'endoderme et est contrôlé par le mésencéphale.

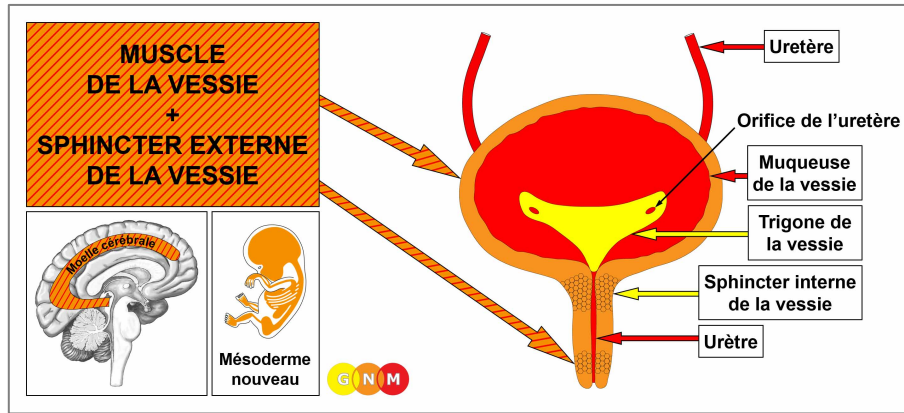


**NIVEAU CÉRÉBRAL** : le muscle lisse du sphincter interne de la vessie est contrôlé par le mésencéphale, situé à l'extrémité du tronc cérébral.

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

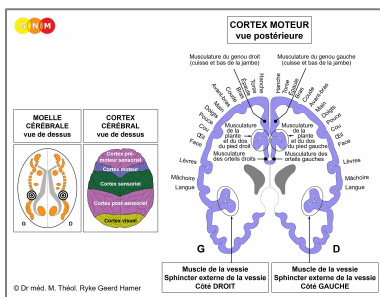
**PHASE DE CONFLIT ACTIF** : **hypertonie du sphincter interne de la vessie**. Le **sens biologique de cette augmentation de la tension musculaire** est de faciliter la retenue de l'urine dans la vessie.

**PHASE DE GUÉRISON** : la tension musculaire revient à la normale. La Crise Épileptoïde se présente sous la forme de **spasmes douloureux de la vessie** (voir également les spasmes dans les uretères, les muscles de la vessie, la muqueuse de la vessie et l'urètre).



**DÉVELOPPEMENT ET FONCTION DU MUSCLE DE LA VESSIE ET DU SPHINCTER EXTERNE DE LA VESSIE :** la vessie est un organe creux destiné à stocker l'urine. La paroi de la vessie est constituée de muscles qui se contractent durant la miction, forçant l'urine dans l'urètre hors de la vessie ; en même temps, les deux sphincters s'ouvrent pour permettre l'évacuation de l'urine. Le sphincter externe de la vessie entoure l'extrémité inférieure de l'urètre et constitue, en plus du sphincter interne de la vessie, un second mécanisme musculaire permettant de réguler l'évacuation de l'urine. Le muscle strié de la vessie et le sphincter externe de la vessie dérivent du mésoderme nouveau et sont contrôlés par la moelle cérébrale et le cortex moteur.

**REMARQUE :** à l'origine, la vessie était uniquement constituée de muscles lisses qui se sont développés à partir des muscles intestinaux du gosier. Les muscles striés de la vessie se sont développés plus tard, en même temps que le sphincter externe de la vessie ; les deux sont des muscles volontaires qui peuvent être contrôlés consciemment.



**NIVEAU CÉRÉBRAL :** le muscle strié de la vessie et le sphincter externe de la vessie 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 du muscle est contrôlée par le **cortex moteur** (une partie du cortex cérébral). La moitié droite du muscle de la vessie et du sphincter externe de la vessie sont contrôlées par le côté gauche du cerveau ; les moitiés gauches sont contrôlées par le côté droit. Il existe donc une corrélation croisée du cerveau à l'organe. En comparaison, les muscles lisses du sphincter interne de la vessie sont contrôlés par le **mésencéphale**.

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

**CONFLIT BIOLOGIQUE :** le conflit biologique lié au muscle de la vessie et au sphincter externe de la vessie est le fait de « **ne pas pouvoir marquer suffisamment sa place** » (voir aussi le sphincter externe du rectum). Ce conflit survient généralement lorsqu'un conflit de marquage territorial ne peut pas être résolu pour un long moment. Les muscles de la vessie sont également liés à un conflit de dévalorisation de soi, généralement provoqué par une incontinence urinaire.

**PHASE DE CONFLIT ACTIF :** **perte cellulaire (nécrose) du tissu musculaire de la vessie** (contrôlée par la moelle cérébrale) et, proportionnellement à l'intensité de l'activité conflictuelle, augmentation de la **paralysie du muscle de la vessie** (contrôlée par le cortex moteur). Dans le même temps, le sphincter externe de la vessie s'ouvre (pas de nécrose, concernant les sphincters !), ce qui augmente le débit d'urine et permet de mieux marquer le territoire.

**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).

Une **incontinence urinaire**, un écoulement involontaire d'urine, est le signe qu'un conflit de marquage persistant n'est toujours pas résolu. Selon l'intensité du conflit, la condition varie d'une légère fuite (en toussant, en éternuant, en riant) à une perte incontrôlable (voir aussi l'incontinence fécale). Un écoulement soudain d'urine se produit également durant la Crise Épileptoïde lorsque le sphincter de la vessie s'ouvre. L'incontinence génère souvent des conflits de dévalorisation de soi impliquant des tissus adjacents tels que le pubis ou les muscles du plancher pelvien. Par conséquent, une faiblesse des muscles du plancher pelvien *ne provoque pas* d'incontinence mais est plutôt le résultat de continuel conflits de dévalorisation de soi liés à la vessie ; il en va de même pour les « infections récurrentes de la vessie ».

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

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

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

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

Source : [www.learningnm.com](http://www.learningnm.com)