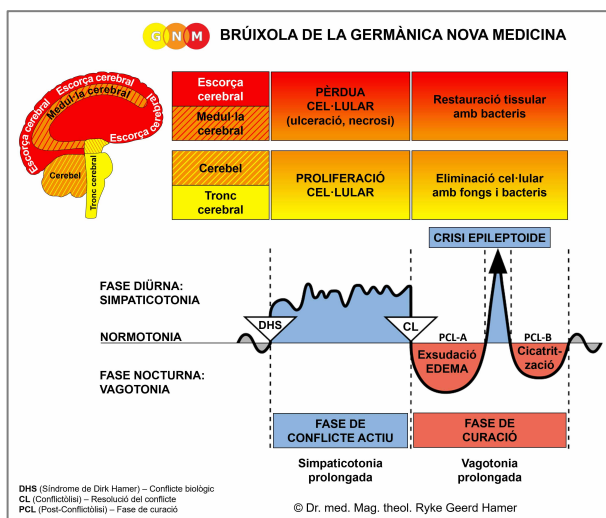




PROGRAMES ESPECIALS BIOLÒGICS

INTESTINS I RECTE

escrit per Caroline Markolin, Ph.D.



Intestí prim

Còlon

Còlon sigmoide

Músculs intestinals

Peritoneu

Submucosa rectal

Mucosa superficial rectal

Conductes perianals

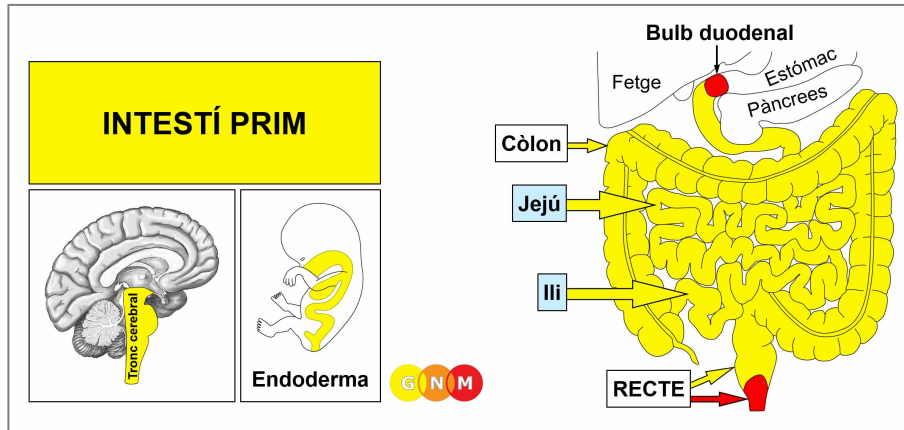
Músculs rectals (recte superior)

Músculs rectals (recte inferior)

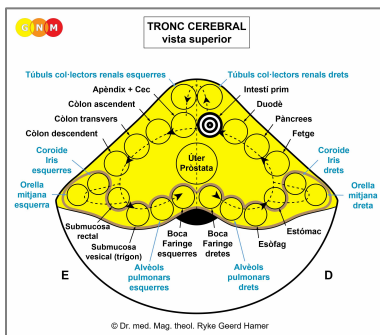
Esfínter anal intern

Esfínter anal extern

Rev. 1.08



DESENVOLUPAMENT I FUNCIÓ DE L'INTESTÍ PRIM: L'intestí prim és la porció del tracte gastrointestinal que connecta l'estómac amb el còlon. Després del duodè, el **jejú** és la part superior de l'intestí prim; l'**ili** és la part final que s'uneix amb l'intestí gros. El jejú i l'ili són les seccions de l'aparell digestiu on té lloc la major part de l'absorció de nutrients (qualitat d'absorció). L'intestí prim consta d'epiteli cilíndric intestinal, s'origina de l'endoderma i, per tant, està controlat des del tronc cerebral.



NIVELL CEREBRAL: En el **tronc cerebral**, el centre de control de l'intestí prim (jejú i ili) es troba ordenadament posicionat dins de la forma d'anell dels relés cerebrals que controlen els òrgans del canal alimentari, precisament, entre els relés del duodè i el cec.

NOTA: La transició entre l'hemisferi dret i esquerre del tronc cerebral correspon a nivell d'òrgan a la vàlvula ileocecal, posicionada entre l'intestí prim i el cec, la primera secció del còlon.

CONFLICTE BIOLÒGIC: Segons la seva funció, el conflicte biològic relacionat amb l'intestí prim és **“no poder absorbir o digerir un mos”** (vegeu també estómac, duodè, còlon i glàndula pàncrees). El conflicte es viu com **enuig**, per exemple, enuig sobre una persona (un membre familiar, amic, veí, company, empleat, supervisor, client, professor, estudiant, company de classe, entrenador, metge, autoritats), sobre una situació (enuig relacionat amb el treball, enuig relacionat amb l'escola, enuig relacionat amb la relació), o sobre comentaris (acusacions, insults, crítiques) o notícies que són “difícils de prendre” o difícils de “digerir”.

En línia amb el raonament evolutiu, els **conflictes de mos** són la temàtica principal de conflicte associada amb els **òrgans controlats pel tronc cerebral** que deriven de l'endoderma.

FASE DE CONFLICTE ACTIU: A partir del DHS, durant la fase de conflicte actiu les cèl·lules intestinals proliferen proporcionalment a la intensitat del conflicte. El **propòsit biològic de l'increment cel·lular** és poder absorbir i digerir millor el mos. Amb una activitat conflictiva perllongada es desenvolupa un creixement pla (de tipus absortiu) a l'intestí prim. A l'extrem distal de l'ili, que té una paret més fina que el jejú, el creixement també pot prendre forma de coliflor (tipus secretor). Això podria provocar una obstrucció intestinal o l'anomenat **íleus**. En la medicina convencional, l'engrossiment de la paret intestinal es pot diagnosticar com un càncer (**càncer de jejunal** o **càncer ileal**).

FASE DE CURACIÓ: Després de la resolució del conflicte (CL), fongs o micobacteris com els bacteris de la tuberculosi (TB) eliminen les cèl·lules que ja no són necessàries. **Els símptomes de curació** són **diarrea** i **vòmits** si el jejú (part superior de l'intestí prim) està afectat i **suors nocturns**. Les **rampes abdominals** (qualitat motora) es produeixen especialment durant la Crisi Epileptoide (vegeu també el còlic intestinal). La participació dels fongs durant el procés de curació es manifesta com a **candidiasi intestinal**. L'extensió dels símptomes està determinada pel grau de la fase de conflicte actiu.

NOTA: Menjar aliments desagradables també provoca diarrea. Tanmateix, si el menjar dolent es pot excloure com a font, la diarrea és un signe positiu que el “conflicte de mos indigerible” s’ha resolt i que el “mos” s’està eliminant, fins i tot sense assistència de microbis (qualitat sensorial i excretora dels intestins). La diarrea també es pot desencadenar per l’ansietat (durant la simpaticotonia) que provoca l’alliberament de substàncies químiques que entren al tracte digestiu, donant lloc a moviments intestinals solts. Tenint en compte que la resposta de “lluita i fugida” és molt més fàcil de gestionar amb l’intestí buit, això té molt sentit. En aquest cas, l’aparició sobtada de la diarrea no té relació amb un DHS (malestar inesperat per un “mos indigerible” amb diarrea en fase de *curació*, és a dir, en vagotonia).



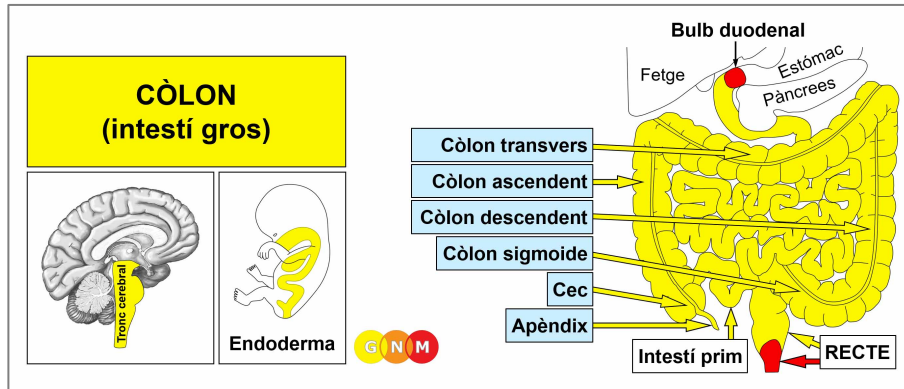
Beure aigua contaminada pot provocar diarrea severa amb hemorràgia aguda i potencialment mortal. Això sol passar a regions com ara l'Àfrica on la gent no té accés a aigua neta. Culpar a un virus de l'**Ebola** de la malaltia és una construcció mèdica sense cap base científica (“... el món està exposat a escenaris d’horror sobre l’Ebola. Aquests informes impactants dels mitjans de comunicació passen per alt el fet que l’existència i els efectes patògens de tots aquests virus suposadament contagiosos i fins i tot mortals mai s’han demostrat”, Torsten Engelbrecht/Claus Köhnlein, *Virus Mania*, pàg. 25).

Tingueu en compte que en aquesta imatge “Alerta Virus de l’Ebola”, la cara de la “víctima de l’Ebola” està marcada amb la verola, que no té cap relació amb l’Ebola. D’acord amb el *Center for Disease Control*, els “símptomes de l’Ebola” són diarrea, vòmits, dolor abdominal, febre i mals de cap greus.

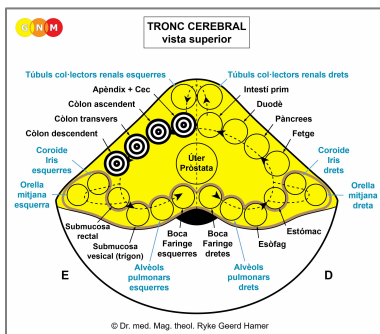
La malaltia de Crohn és la fase de curació d’un “conflicte de mos indigerible”. La **ileocolitis**, que afecta la secció final de l’intestí prim, és el tipus més comú de Crohn. Els **símptomes** són **diarrea** persistent **amb eliminació de moc**, generalment amb **sang** (excrements enquitranats), **dolor abdominal** i una **inflamació** de l’intestí. Una condició crònica indica que les recaigudes en el conflicte perllonguen el procés de curació (curació pendent). Les característiques de la **Crohn recurrent** són els brots que es produeixen cada vegada que la persona entra en un rail amb períodes lliures de la condició entremetides.

Les al·lèrgies alimentàries amb diarrea recurrent revelen que un “enuig indigerible” relacionat amb un aliment determinat (llet, fruits secs, blat, marisc, una determinada fruita o verdura) no s’ha resolt del tot. Les **al·lèrgies alimentàries múltiples** indiquen que diversos aliments, inclosos els elements alimentaris (sucre, sal, lactosa), s’emmagatzemen al subconscient com a rails vinculats al DHS original. Qualsevol aliment que es creu que és la font probable de “l’al·lèrgia” constitueix un nou “mos indigerible” i s’afegeix a la llista de rails conflictuals. Per tant, les persones que sempre estan preocupades per menjar quelcom “tòxic” o “incorrecte” són més propenses a desenvolupar múltiples al·lèrgies alimentàries. En el cas de la “**intolerància al gluten**”, o **malaltia celíaca**, el gluten, que es troba en el blat i els grans relacionats, s’associa amb un “conflicte d’enuig indigerible”. El contacte repetitiu amb el blat (“al·lèrgen”) condueix finalment a una inflamació a l’intestí prim. Una dieta sense gluten, el tractament estàndard recomanat, es tradueix en mantenir-se allunyat del rail del gluten sense abordar la causa real.

NOTA: A la medicina convencional, es creu que certs aliments són desencadenants d'un **xoc anafilàctic**. Es diu que l'anafilaxi és una resposta del sistema immunitari a un al·lergen, inclosos els fruits secs, els mariscs o els productes lactis. Des del punt de vista de la GNM, els símptomes són evocats per una recaiguda en el conflicte ("al·lèrgia"), per exemple, d'un conflicte de por territorial (dificultats per respirar), un "conflicte de mos" (inflor de la llengua), o un conflicte de separació (urticària, desmais) en establir-se sobre un rail conflictiu. És molt possible que una forta recaiguda en el conflicte comporti complicacions. Un veritable xoc anafilàctic amb una baixada ràpida de la pressió arterial, una pèrdua de consciència que pot provocar la mort és causat per una sobreexposició a productes químics com ara fàrmacs (morfina, aspirina i altres), colorant de raigs X, substàncies de contrast, verins, i altres metzines.



DESENVOLUPAMENT I FUNCIÓ DEL CÒLON: Després de l'intestí prim, el còlon és l'última porció del tracte gastrointestinal. El còlon es divideix en diverses parts estructurals. La primera secció de l'intestí gros és el **cec amb l'apèndix**, un tub d'extrem cec en forma de bossa connectat al **còlon ascendent**. El **còlon transvers** s'estén del costat dret al costat esquerre del cos, on s'uneix al **còlon descendent**. El còlon sigmoide és la secció final de l'intestí gros. Originalment, tot el canal intestinal servia per a l'absorció (qualitat d'absorció) i la digestió (qualitat secretora) dels aliments. Avui en dia, el còlon només secreta moc i és la part del tracte intestinal on el material de rebuig dels aliments es transforma en femtes i es porta al recte, des d'on s'elimina. El còlon consta d'epiteli cilíndric intestinal, s'origina de l'endoderma i es controla per tant des del tronc cerebral.



NIVELL CEREBRAL: Al **tronc cerebral**, el còlon té quatre centres de control que estan ordenadament posicionats dins de la forma d'anell dels relés cerebrals que controlen els òrgans del canal alimentari, precisament, entre l'intestí prim i els relés del recte.

Els centres de control del còlon es troben al costat esquerre del tronc cerebral començant amb el relé cerebral del cec amb l'apèndix, continuant en sentit contrari a les agulles del rellotge amb els centres de control del còlon ascendent, còlon transvers i còlon descendent. A nivell d'òrgans, l'intestí prim i el còlon estan separats per la vàlvula ileocecal, marcada a nivell cerebral com la transició de l'hemisferi dret a l'esquerre del tronc cerebral.

CONFLICTE BIOLÒGIC: El conflicte biològic relacionat amb el còlon (excepte el còlon sigmoide) és un **"conflicte de mos indigerible"** (vegeu també estómac, duodè, intestí prim i glàndula pàncrees). Per als animals un mos indigerible és un peça d'aliment real; per als humans, també pot ser un "mos" figurat, per exemple, un cotxe, una casa o un objecte valuós. També podríem percebre determinades circumstàncies o un esdeveniment desagradable com un "mos" i patir el conflicte quan la situació es considera "indigerible" o "no absorbible", diguem-ne, quan una compra anticipada, promoció o promesa no pot ser "ficada a la boca". L'aspecte distintiu del conflicte de mos corresponent al còlon, inclosos l'apèndix i el cec, és que el **conflicte es viu com a particularment "lleig"**, per exemple, lletges baralles per diners o per una propietat, divorcis lleigs, casos als tribunals lletjos, o traïcions lletges.

En línia amb el raonament evolutiu, els **conflictes de mos** són la temàtica principal de conflicte associada amb els **òrgans controlats pel tronc cerebral** que deriven de l'endoderma.

FASE DE CONFLICTE ACTIU: A partir del DHS, durant la fase de conflicte actiu les cèl·lules de l'intestí gros proliferen proporcionalment a la intensitat del conflicte. El **propòsit biològic de l'increment cel·lular** és facilitar la digestió del mos. Tot i que el còlon ja no té una funció digestiva, en cas de conflicte biològic, l'intestí gros encara respon amb un augment cel·lular perquè originàriament tot el canal intestinal servia per a la digestió dels aliments. Amb una activitat conflictiva perllongada (conflicte pendent) es desenvolupa un tumor o **càncer de còlon** com a resultat de l'augment continuat de les cèl·lules. El tumor creix en un pla (eix) pla (llis) (tipus absorbent) o pren forma de coliflor (tipus secretor). Si la taxa de divisió cel·lular supera un cert límit, la medicina convencional considera el càncer com a "maligne"; per sota d'aquest límit, el creixement es considera "benigne" o es diagnostica com un **pòlip intestinal** (vegeu també la fase de curació). No hi ha símptomes durant la fase de conflicte actiu. Tanmateix, un tumor gran provoca un estrenyiment del còlon (amb "excrements de llapis"), que pot provocar una obstrucció de l'intestí que requereixi cirurgia.

FASE DE CURACIÓ: Després de la resolució del conflicte (CL), fongs o micobacteris com els bacteris de la tuberculosi (TB) eliminen les cèl·lules que ja no són necessàries. Els **símptomes de curació** són **diarrea** (qualitat excretora), **sang a les femtes** (deposicions enquitranades), **rampes abdominals** (qualitat motora), especialment durant la Crisi Epileptoide (vegeu còlics intestinals), i **suors nocturnes**. Un "**creixement excessiu de llevats intestinals**" indica que els fongs assisteixen el procés de curació. Una "infecció intestinal" amb diarrea (sagnant) i dolor abdominal també pot ser causada per bacteris **Escherichia coli** (*E. coli*) que colonitzen l'intestí prim i gros (vegeu la infecció per *E. coli* al trigon vesical endodèrmic). Dependent del grau de la fase de conflicte actiu, els símptomes van de lleus a severes.

Si els microbis necessaris no estan disponibles en el moment de la resolució del conflicte, perquè van ser destruïts per un ús excessiu d'antibiòtics, les cèl·lules addicionals romanen. Eventualment, el creixement s'encapsula. A la medicina convencional, és probable que es diagnostiqui com un **pòlip intestinal** o un "càncer benigne" (vegeu també la fase de conflicte actiu).

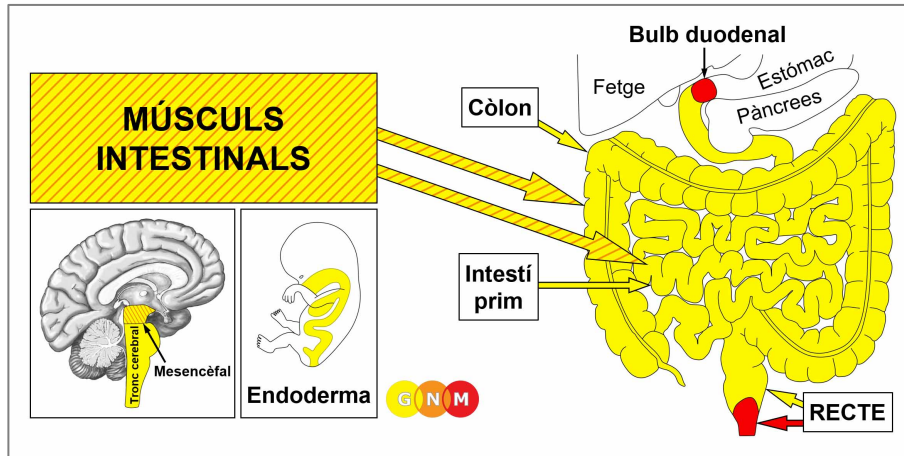


En aquest escàner de TC, veiem l'impacte d'un "conflicte de mos indigerible" al relé de còlon al costat esquerre del tronc cerebral (fletxes grogues – [vegeu el diagrama de la GNM](#)). L'edema cerebral (hipodens, que es mostra fosc) indica que la persona està en **PCL-A**. Hi ha un edema addicional (acumulació de fluid) al relé hepàtic (petita fletxa groga), que revela que també s'ha resolt un conflicte de morir-se de fam/inanició. Un conflicte de morir-se de fam es desencadena sovint per un diagnòstic de càncer de còlon associat a no poder fer passar el menjar per l'intestí, és a dir, "morir-se de gana". És per això que el càncer de fetge és el càncer secundari més freqüent després del càncer de còlon. No té res a veure amb una "metàstasi de cèl·lules canceroses".

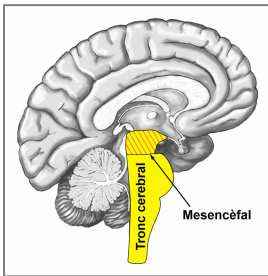
Amb la **SÍNDROME** a causa d'un conflicte actiu d'abandonament actiu o existència que implica els túbuls col·lectors renals, l'aigua retinguda s'emmagatzema excessivament a l'àrea de curació. La inflor augmentada podria obstruir el còlon; a l'apèndix, ja es podria produir una oclusió durant la fase de conflicte actiu. És durant la fase de curació que l'apèndix s'inflama provocant **apendicitis**. Una ruptura de l'apèndix es produeix quan la Crisi Epileptoide és intensa.

La colitis és una inflamació de l'intestí amb **dolor abdominal, flatulència** i **diarrea**, potencialment amb sang a les femtes. Igual que la malaltia de Crohn, la colitis ulcerosa es desenvolupa després de la resolució del conflicte (CL). Els símptomes persistents apunten a recaigudes conflictives que interrompen i, per tant, perllonguen la curació (curació pendent). El que es coneix com "**Síndrome de l'Intestí Irritable**" (SII) també és un senyal que s'ha resolt un "conflicte de mos indigerible". En comparació amb la colitis, els símptomes són menys intensos.

La diverticulitis és el resultat d'una curació perllongada a l'intestí. A causa del procés continu d'eliminació de cèl·lules, la paret intestinal s'aprima, donant lloc a la formació de bosses (diverticles) a l'exterior del còlon. La diverticulitis és la condició en què aquesta bossa s'inflama a causa de les recaigudes conflictives.



DESENVOLUPAMENT I FUNCIÓ DELS MÚSCULS INTESTINALS: La paret de l'intestí prim i del còlon està formada per músculs llisos. Els músculs longitudinals regulen la contracció muscular mentre que els músculs transversals regulen la seva relaxació. El ritme alternatiu de contracció i relaxació provoca el moviment peristàltic (qualitat motora) que mou el “mos d'aliment” al llarg del canal intestinal (vegeu també múscul cardíac/“mos de sang”; músculs pupil·lars/“mos de llum”). Els músculs llisos de l'intestí s'originen de l'endoderma i estan controlats des del mesencèfal.



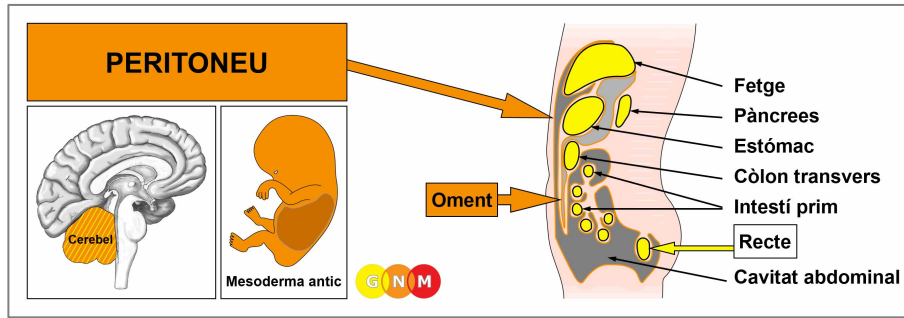
NIVELL CEREBRAL: Els músculs intestinals es controlen des del **mesencèfal**, situat a la part més externa del tronc cerebral.

CONFLICTE BIOLÒGIC: El conflicte biològic lligat a la musculatura intestinal és “**no poder empassar-se un mos indigerible**”. Això es refereix a un “mos” en termes reals (una peça de menjar) o en termes figurats (alguna cosa “indigerible” és no “avançar”, per exemple, un cas judicial).

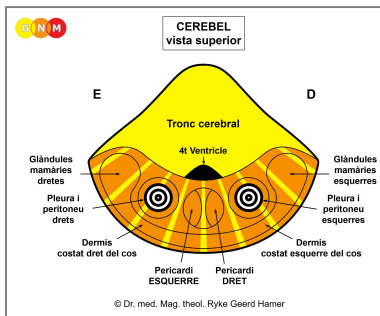
FASE DE CONFLICTE ACTIU: incrementada **contracció muscular tònica local (hipertonía)**. El peristaltisme local (**còlic local**) serveix per al **propòsit biològic** d'empènyer el mos més lluny amb més força. Durant aquest període, el peristaltisme a les altres parts de l'intestí s'alenteix causant **restrenyiment i inflor abdominal** a causa de l'expansió dels músculs intestinals. **NOTA:** El restrenyiment pot ocórrer durant qualsevol fase de conflicte actiu, ja que en la simpaticotonia la digestió s'alenteix; el mateix passa amb la ingesta de líquids massa escassa (vegeu també la disminució de la producció d'orina, lligada als túbuls col·lectors renals, que provoca femtes seques i dures que són difícils de fer passar).

FASE DE CURACIÓ: hiperperistalsi clònica de l'intestí sencer (còlic intestinal); durant la **Crisi Epileptoide s'incrementen fortament les rampes tòniques locals i la flatulència** (peristaltisme estancat a l'intestí restant). **NOTA:** Quan els músculs estriats, per exemple els músculs esquelètics, passen per la Crisi Epileptoide, les rampes tòniques i clòniques es produeixen conjuntament. – Si les rampes abdominals (qualitat motora) van seguides de diarrea (qualitat sensorial) això indica que els Programes Especials Biològics de la mucosa intestinal i els músculs intestinals corren simultàniament (digerint i passant el “mos indigerible”).

NOTA: En la medicina convencional, la peristalsi molt lenta o estancada se sol diagnosticar com un “ili paralític” o obstrucció intestinal. Dr. Hamer: “Això és incorrecte, perquè no existeix una ‘paràlisi’ dels músculs intestinals llisos, excepte la causada per la toxicitat de medicaments com ara la morfina”.



DESENVOLUPAMENT I FUNCIÓ DEL PERITONEU: El peritoneu està format per una membrana serosa de dues capes. El peritoneu parietal recobreix la cavitat abdominal mentre que el peritoneu visceral (incloent-hi el **retroperitoneu**) cobreix els òrgans individuals com el fetge, la melsa, el pàncrees, l'estómac, el duodè, l'intestí prim, el còlon amb l'oment, la part superior del recte, els ronyons, la bufeta, així com l'úter, els ovaris i els testicles (tunica vaginalis testis). La cavitat peritoneal entre les dues capes peritoneals està plena de fluid que lubrica les superfícies peritoneals. En termes evolutius, el peritoneu es va desenvolupar juntament amb la pleura, el pericardi i la dermis. El peritoneu s'origina del mesoderma antic i, per tant, està controlat des del cerebel.



NIVELL CEREBRAL: Al **cerebel**, la meitat dreta del peritoneu es controla des del costat esquerre del cervell; la meitat esquerra es controla des de l'hemisferi dret del cervell. Per tant, hi ha una correlació creuada entre el cervell i l'òrgan.

NOTA: El peritoneu i la pleura comparteixen els mateixos relés cerebrals perquè originàriament la membrana peritoneal i pleural era un sol complex, que després es va dividir pel diafragma que separa el tòrax i la cavitat abdominal.

CONFLICTE BIOLÒGIC: El conflicte biològic lligat al peritoneu és un conflicte d'atac, específicament, un **atac contra l'abdomen** (vegeu també conflictes d'atac relacionats amb la pleura, el pericardi i la dermis).

En línia amb el raonament evolutiu, els **conflictes d'atac** són la temàtica principal de conflicte associada amb els **òrgans controlats pel cerebel** que deriven del mesoderma antic.

Un atac contra l'abdomen s'experimenta, per exemple, mitjançant un atac d'un animal o mitjançant una puntada de peu, cop de puny o punyalada a l'estómac o al ventre durant una baralla; el mateix passa amb els atacs per darrere contra els ronyons. Les paraules o amenaces "afilades" ("Et mataré!") dirigides a algú també es poden registrar com un atac, afectant l'espai retroperitoneal si l'insult verbal es percep com una "punyalada a l'esquena". No obstant això, la cirurgia a la zona abdominal (cesària, histerectomia, extirpació d'un tumor, trasplantament de ronyó o fetge), la por d'una operació (imatge de "ser tallat"), **bombes de ferides** invasives, entubament de diàlisi peritoneal (inserció d'un catèter a la paret abdominal per filtrar la sang), o les biòpsies i puncions de l'abdomen, incloses les proves de líquid amniòtic on es punxa l'úter, el sac que envolta el fetus, també desencadenen el conflicte. El diagnòstic de càncer de còlon, càncer d'ovari o cirrosi hepàtica es pot percebre com un "atac" a la integritat de l'òrgan. Els conflictes d'atac també s'originen des de l'interior, per exemple, a través del dolor abdominal agut (mal d'estómac, còlic intestinal, dolor menstrual) o dolor durant el coit.

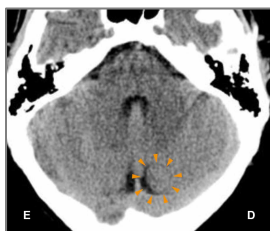
FASE DE CONFLICTE ACTIU: A partir del DHS, durant la fase de conflicte actiu les cèl·lules peritoneals proliferen proporcionalment a la intensitat del conflicte. El **propòsit biològic de l'increment cel·lular** és crear un reforç intern per protegir l'abdomen de nous atacs. Amb una activitat conflictiva perllongada (conflicte pendent) es forma un creixement en forma de bulb al lloc; l'augment cel·lular en un pla (eix) pla (llis) sol produir-se quan el conflicte d'atac era més de naturalesa general. En la medicina convencional, l'engrossiment del peritoneu es diagnostica com un **mesotelioma (retro)peritoneal** (vegeu també mesotelioma omental, mesotelioma pleural, mesotelioma pericàrdic i mesotelioma testicular). Si la taxa de divisió cel·lular excedeix un cert límit, llavors el càncer es considera "maligne".

NOTA: Si el mesotelioma ocorre al costat dret o esquerre del peritoneu depèn de la lateralitat d'una persona i de si el conflicte està relacionat amb la mare/fill o amb la parella. Un conflicte localitzat afecta l'àrea associada amb l'atac.

FASE DE CURACIÓ: Després de la resolució del conflicte (CL), fongs, bacteris de la tuberculosi (TB) o altres bacteris eliminen les cèl·lules que ja no són necessàries. Els **síntomes de curació** són **dolor abdominal i suors nocturns**. Amb una inflamació la condició s'anomena **peritonitis**. Després de que les cèl·lules addicionals s'hagin descompost, les caverne romanen al lloc. Amb el pas del temps, aquestes caverne s'omplen de calci que es mostren en una radiografia de rajos-X com a dipòsits de calci.

Si els microbis necessaris no estan disponibles en el moment de la resolució del conflicte, perquè van ser destruïts per un ús excessiu d'antibiòtics, romanen les cèl·lules addicionals. Eventualment, el creixement s'encapsula amb teixit connectiu. Ara, la medicina convencional considera el càncer com a "benigne".

Durant la fase de curació (en PCL-A) el fluid del peritoneu és absorbit naturalment per la membrana peritoneal (**peritonitis seca**). La retenció d'aigua, però, a causa de la SÍNDROME incrementa l'acumulació de fluid (**peritonitis humida**) causant dolor agut. Si els bacteris assisteixen la curació, el fluid conté pus (**peritonitis purulenta**, peritonitis tuberculosa). Com que el peritoneu no es divideix en una part dreta i esquerra, el **vessament peritoneal exsudatiu** (acumulació de fluid excessiu) es desenvolupa al peritoneu sencer (compareu amb el vessament pleural i el vessament pericàrdic). Només la ubicació del Focus de Hamer al cervell revela en quin costat de l'abdomen es va percebre l'atac i, per tant, des de quin hemisferi cerebral es controla el Programa Especial Biològic.



Aquest escàner de TC mostra un Focus de Hamer al relé cerebral de la meitat esquerra del peritoneu (vegeu el diagrama de la GNM) corresponent a un conflicte d'atac.

La retenció d'aigua concurrent com a conseqüència d'un conflicte actiu d'abandonament o existència es presenta com una **ascites abdominal**. Si una persona té sobrepès, és possible que no es noti l'ascites.



Amb un conflicte d'existència intens, sovintment activat per un xoc diagnòstic, una hospitalització o després d'una cirurgia a la zona abdominal, una ascites pot arribar a ser força gran. Per tant, **si algú té càncer** com ara un càncer de fetge, càncer de pàncrees, càncer de còlon, càncer d'ovari, càncer d'úter o mesotelioma peritoneal, **una ascites sempre revela un estat de por**. El mateix passa quan una persona té hepatitis crònica.

En persones amb cirrosi hepàtica, la medicina estàndard atribueix l'acumulació de fluid al peritoneu a la pressió arterial alta a la vena porta del fetge. Des del punt de vista de la GNM, l'ascites revela més aviat conflictes d'enuig territorial recurrents que afecten els conductes biliars i conflictes d'abandonament o existència en curs.

El fluid peritoneal és ric en proteïnes. Així, drenar l'excés de fluid podria portar a complicacions serioses, ja que el cos intenta omplir l'escassetat de proteïnes retirant-la dels òrgans, la qual cosa provoca una ràpida pèrdua de pes. Segons en Dr. Hamer, entre el 60 i el 70% dels pacients moren per aquestes complicacions. Per tant, aconsella no drenar més d'1,5 litres cada vegada per evitar una deficiència aguda de proteïnes. A més, la punxada del peritoneu desencadena sovintment nous conflictes d'atac i recaigudes conflictives amb cada procediment, llançant la persona a un cercle viciós. En Dr. Hamer recomana mantenir-se allunyat d'una punció i utilitzar en el seu lloc un petit catèter amb globus que permeti als pacients regular el drenatge de l'ascites per ells mateixos.

NOTA: El fluid també entra al peritoneu quan els ossos com les vèrtebres espinals adjacents a l'abdomen estan en curació; en aquest cas a causa d'un conflicte de desvalorització de si mateix provocat, per exemple, per un càncer de còlon, càncer de fetge o diagnòstic de càncer d'ovari, o una histerectomia. El gran edema, generalment causat per la retenció d'aigua a causa de la SÍNDROME, "sua" pel periosti cap al peritoneu creant el que s'anomena **vessament peritoneal transsudatiu** (que no conté proteïnes!).

L'**OMENT MAJOR (epipló)** és un doble plec peritoneal que penja com un davantal sobre l'intestí donant més protecció a l'abdomen. La superfície lubricada de la membrana (qualitat secretora) proporciona a l'oment una motilitat especial.

CONFLICTE BIOLÒGIC: el conflicte biològic lligat al gran oment és un **conflicte de panxa lletja**, viscut com un malestar agut en relació a l'abdomen. La cirrosi hepàtica, un càncer de còlon o un diagnòstic de càncer d'ovari podrien evocar el conflicte.

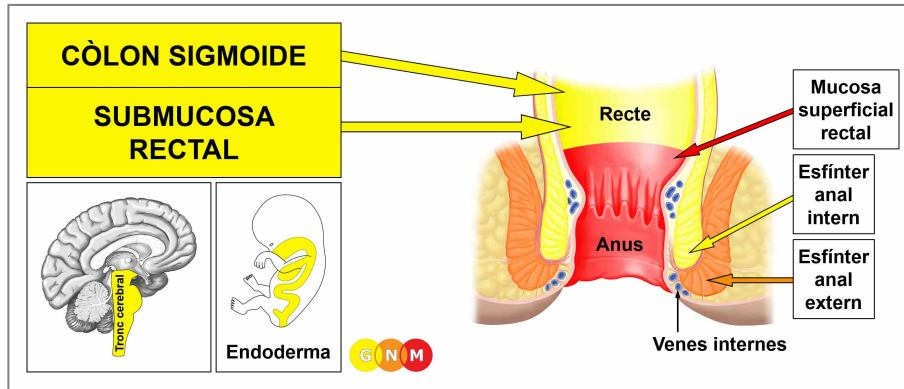
"Els investigadors del càncer s'han preguntat per què les cèl·lules canceroses d'ovari estan tan atretes a la cavitat abdominal, especialment a l'oment".

Medical News Today, 18 de juliol de 2013

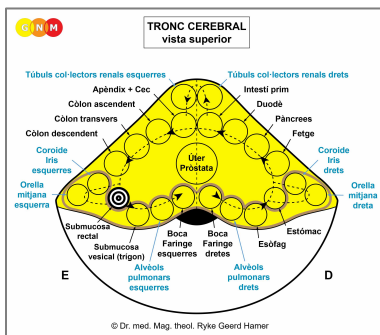
FASE DE CONFLICTE ACTIU: A partir del DHS, durant la fase de conflicte actiu les cèl·lules de l'oment proliferen proporcionalment a la intensitat del conflicte. El **propòsit biològic de l'increment cel·lular** és millorar la secreció de fluid lubricant per millorar la motilitat de l'oment. Això també permet embolicar llocs inflamatoris (**abscessos freds**) o segellar un apèndix perforat, evitant que el contingut intestinal es filtri a l'abdomen. Amb l'activitat conflictiva en curs (conflicte pendent) es forma un creixement en forma de coliflor (tipus secretor) com a resultat de l'augment cel·lular continuat. En la medicina convencional, això es diagnostica com un **mesotelioma omental** (vegeu també mesotelioma peritoneal, mesotelioma pleural, mesotelioma pericàrdic i mesotelioma testicular). Si la velocitat de divisió cel·lular excedeix un cert límit, llavors el càncer es considera "maligne".

FASE DE CURACIÓ: Després de la resolució del conflicte (CL), fongs, bacteris de la tuberculosi (TB) o altres bacteris eliminen les cèl·lules que ja no són necessàries. Les adherències ocorren com a conseqüència d'un procés de curació perllongat (curació pendent).

Si els microbis necessaris no estan disponibles en el moment de la resolució del conflicte, perquè van ser destruïts per un ús excessiu d'antibiòtics, romanen les cèl·lules addicionals. Eventualment, el creixement s'encapsula amb teixit connectiu. En aquest cas, el "càncer" s'interpreta com a "benigne".



DESENVOLUPAMENT I FUNCIO DEL CÒLON SIGMOIDE I SUBMUCOSA RECTAL: El còlon sigmoide és la porció final de l'intestí gros que s'uneix al recte. El recte es connecta amb l'anús, l'obertura per on la matèria de rebuig en forma de femta surt del cos. Per facilitar l'expulsió de la matèria fecal, els esfínters anals es relaxen per permetre que les femtes surtin del canal intestinal. El còlon sigmoide i la submucosa rectal consten d'epiteli cilíndric intestinal, s'originen de l'endoderma i, per tant, estan controlats des del tronc cerebral.



NIVELL CEREBRAL: Al **tronc cerebral**, el centre de control del còlon sigmoide i submucosa rectal està ordenadament posicionat dins de la forma d'anell dels relés cerebrals que controlen els òrgans del canal alimentari, precisament, a l'hemisferi esquerre del tronc cerebral seguint el centre de control del còlon descendent.

CONFLICTE BIOLÒGIC: El conflicte biològic relacionat amb el còlon sigmoide i la submucosa rectal és un **“conflicte de femtes”**, o **“conflicte de merda”**. El conflicte tracta d'un **mos** de “femtes” real (excrements humans o excrements d'animals) o s'experimenta en sentit figurat provocat, per exemple, per negocis bruts, calúmnies malicioses, acusacions mesquines, en definitiva, per un incident “de merda” (compareu amb el conflicte de femtes relacionat amb els conductes perianals i els músculs sigmoïdes/rectals).

En línia amb el raonament evolutiu, els **conflictes de mos** són la temàtica principal de conflicte associada amb els **òrgans controlats pel tronc cerebral** que deriven de l'endoderma.

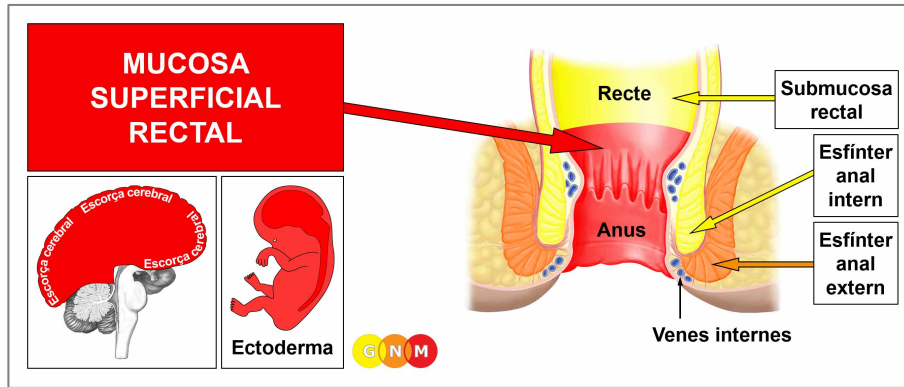
FASE DE CONFLICTE ACTIU: A partir del DHS, durant la fase de conflicte actiu les cèl·lules del còlon sigmoide i/o del recte proliferen proporcionalment a la intensitat del conflicte. El **propòsit biològic de l'increment cel·lular** és facilitar la digestió del mos. Tot i que el recte ja no té una funció digestiva, en cas de conflicte biològic, l'òrgan encara respon amb un augment cel·lular perquè originàriament tot el canal intestinal servia per a la digestió dels aliments. Amb una activitat conflictiva perllongada (conflicte pendent) es desenvolupa un creixement pla (tipus absortiu) o en forma de coliflor (tipus secretor) al sigmoide (immediatament per sobre del recte) o al recte (sota la mucosa superficial rectal). En la medicina convencional, es diagnostica com un **càncer colorectal** (compareu amb el “càncer rectal” relacionat amb la mucosa superficial rectal). Si la taxa de divisió cel·lular excedeix un cert límit, el càncer es considera “maligne”; per sota d'aquest límit, el creixement es considera “benigne” o es diagnostica com un **pòlip rectal** (vegeu també la fase de curació).

FASE DE CURACIÓ: Després de la resolució del conflicte (CL), fongs o micobacteris com els bacteris de la tuberculosi (TB) eliminen les cèl·lules que ja no són necessàries. Els **síntomes de curació** són **sagnat rectal, defecacions enquitranades i suors nocturnes**. Ocorren **rampes o espasmes rectals** (qualitat motora) durant la Crisi Epileptoide (vegeu també espasmes rectals relacionats amb la mucosa superficial rectal, músculs rectals llisos, esfínter anal intern i músculs rectals estriats i esfínter anal extern). Depenent del grau de la fase de conflicte actiu, els símptomes van de lleus a severes.

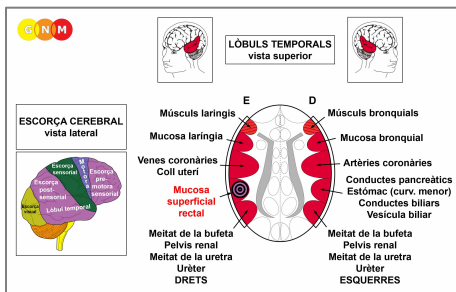
Igual que els càncers de còlon, els càncers rectals normalment només es troben en la fase de curació quan comencen a sagnar i causar molèsties. Amb la retenció d'aigua a causa de la SÍNDROME, la inflor augmenta i pot provocar una obstrucció rectal (en PCL-A). Després de la Crisi Epileptoide, la inflor disminueix.

Quan els bacteris de la tuberculosi (TB) eliminen un tumor al recte, es pot formar un abscess durant el procés de curació. En la medicina convencional, aquests **abscessos rectals** amb inflor i secreció de sang sovintment es diagnostiquen erròniament com a hemorroides.

Si els microbis necessaris no estan disponibles en el moment de la resolució del conflicte, perquè van ser destruïts per un ús excessiu d'antibiòtics, romanen les cèl·lules addicionals al recte. Eventualment, el creixement s'encapsula. En la medicina convencional, això es diagnostica normalment com un "càncer benigne", un **pòlip rectal** (vegeu també la fase de conflicte actiu) o com hemorroides.



DESENVOLUPAMENT I FUNCIÓ DE LA MUCOSA SUPERFICIAL RECTAL: La mucosa superficial rectal cobreix uns 12 cm de la submucosa endodèrmica a la secció inferior del recte. La mucosa superficial està formada per epitelí escamós, s'origina de l'ectoderma i, per tant, està controlada des de l'escorça cerebral. La paret interna del recte inferior està dotada de músculs estriats.



NIVELL CEREBRAL: El revestiment epitelial del recte es controla des del lòbul temporal esquerre (part de l'escorça post-sensorial). El centre de control està posicionat al costat del relé de la bufeta i exactament transversal al relé cerebral de l'estómac (curvatura menor), el pílor, el bulb duodenal, els conductes biliars i els conductes pancreàtics.

CONFLICTE BIOLÒGIC: El conflicte biològic relacionat amb la mucosa superficial rectal és un **conflicte d'identitat** femení o un **conflicte d'enuig territorial** masculí, depenent del gènere, la lateralitat i l'estat hormonal d'una persona (vegeu també Constel·lació Agressiva).

| Gènere, Lateralitat, Estat Hormonal | Conflicte Biològic | Òrgan Afectat |
|-------------------------------------|-------------------------------|--|
| Home dretà (EHN) | Conflicte d'enuig territorial | Estómac, conductes biliars, conductes pancreàtics |
| Home esquerrà (EHN) | Conflicte d'enuig territorial | Mucosa superficial rectal* |
| Home dretà (EBT) | Conflicte d'identitat | Mucosa superficial rectal |
| Home esquerrà (EBT) | Conflicte d'identitat | Estómac, conductes biliars, conductes pancreàtics* |
| Dona dretana (EHN) | Conflicte d'identitat | Mucosa superficial rectal |
| Dona esquerrana (EHN) | Conflicte d'identitat | Estómac, conductes biliars, conductes pancreàtics* |
| Dona dretana (EBE) | Conflicte d'enuig territorial | Estómac, conductes biliars, conductes pancreàtics |
| Dona esquerrana (EBE) | Conflicte d'enuig territorial | Mucosa superficial rectal* |

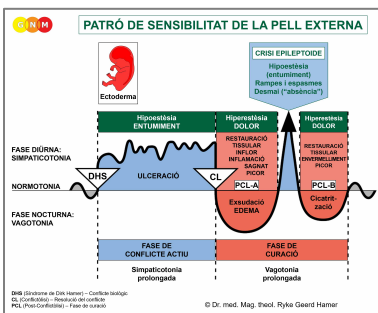
EHN = Estat hormonal normal EBT = Estat baix de testosterona EBE = Estat baix d'estrògens

***Amb els esquerrans el conflicte es transfereix a l'altre hemisferi cerebral**

En línia amb el raonament evolutiu, els **conflictes territorials**, els **conflictes sexuals** i els **conflictes de separació** són les temàtiques principals de conflicte associades amb els òrgans d'origen ectodèrmic, controlats des de l'**escorça sensorial, pre-motora sensorial i post-sensorial**.

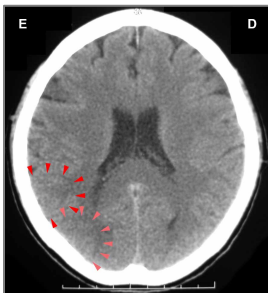
Un **conflicte d'identitat** es refereix a la incapacitat d'establir la pròpia posició o lloc ("territori"), literal o figuradament. Un moviment no desitjat, un canvi d'escola o un canvi de lloc de treball poden activar el conflicte. Sentir-se incòmode, no saber on pertànyer, no trobar el propi lloc en una relació, dins de la família, del grup de treball o de la cultura i la societat en general, així com la discriminació de les pròpies creences o orientació sexual són exemples del que pot provocar un conflicte d'identitat. El conflicte és fins a cert punt un **conflicte de decisió** (no saber quina elecció prendre, no saber on anar).

NOTA: Marcar el lloc o el territori amb femtes o orina és un comportament típic dels mamífers (vegeu també glàndules anals). Per tant, el conflicte d'identitat relacionat amb el recte és similar a un conflicte de demarcació que implica la pelvis renal, els urèters, la bufeta i la uretra. Al cervell, els centres de control del recte i de la bufeta estan situats un al costat de l'altre.



El Programa Especial Biològic de la **mucosa superficial rectal** segueix el **PATRÓ DE SENSIBILITAT DE LA PELL EXTERNA** amb hiposensibilitat durant la fase de conflicte actiu i la Crisi Epileptoide i hipersensibilitat en la fase de curació.

FASE DE CONFLICTE ACTIU: **ulceració al revestiment epitelial del recte** proporcional al grau i duració de l'activitat conflictiva. El **propòsit biològic de la pèrdua cel·lular** és eixamplar el recte per permetre una defecació més ràpida per poder establir millor el propi lloc.



Aquesta TC cerebral mostra un Focus de Hamer al relé del recte (fletxes vermelles superiors) i al relé de la bufeta (fletxes vermelles inferiors – [vegeu el diagrama de la GNM](#)) relacionats amb un conflicte d'identitat i un conflicte de demarcació, respectivament. Les fronteres afilades dels Focus de Hamer revelen que ambdós conflictes estan actius. En aquest punt, no hi ha símptomes ja que ambdós òrgans segueixen el Patró de Sensibilitat de la Pell Externa (hiposensibilitat).

Amb una activitat conflictiva perllongada, la pèrdua continuada de teixit al revestiment del recte causa petites esquinçades o les anomenades **fissures anals**. Una fissura anal pot obrir-se, per exemple, amb el pas d'excrements durs.

FASE DE CURACIÓ: Durant la primera part de la fase de curació (**PCL-A**) la pèrdua de teixit es reposa mitjançant la **proliferació cel·lular**. La **proctitis** ocorre quan el procés de curació del revestiment rectal s'acompanya d'una inflamació. La inflor, provocada per l'edema, es presenta com a **hemorroides** a la part inferior del recte (hemorroides internes) o al voltant de l'anús (hemorroides externes). Amb la retenció d'aigua per un conflicte actiu d'abandonament o existència (la SÍNDROME) les hemorroides es fan molt més grans. En la medicina convencional, el "creixement" es podria diagnosticar com un "**càncer rectal**" (compareu amb el càncer rectal relacionat amb la submucosa rectal). D'acord amb les Cinc Lleis Biològiques, les noves cèl·lules no es poden considerar "cèl·lules cancerígenes" ja que l'increment cel·lular és, en realitat, un procés de reposició.

Els símptomes de curació són dolor ardent al recte, picor anal, sagnat rectal (amb defecacions dures, les hemorroides s'esquerden i sagnen) i **rampes o espasmes musculars rectals dolorosos** si els músculs estriats que envolten la paret interna del recte pateixen la Crisi Epileptoide al mateix temps (vegeu també espasmes rectals relacionats amb la submucosa rectal, músculs rectals llisos, esfínter anal intern o músculs rectals estriats i esfínter anal extern). Depenent de la intensitat de la fase de conflicte actiu, els símptomes van de lleus a severos. Típic per a la fase de curació és la sensació de buidat incomplet dels intestins després de la defecació, denominada **tenesme rectal** (compareu amb el tenesme vesical).

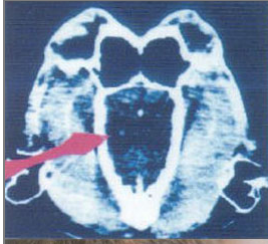
NOTA: Totes les Crisis Epileptoides que es controlen des de l'**escorça sensorial, post-sensorial o pre-motora sensorial** s'acompanyen de **problemes circulatoris, marejos**, breus **alteracions de la consciència** o una completa **pèrdua de la consciència** (desmai o "absència"), depenent de la intensitat del conflicte. Un altre símptoma distintiu és una **caiguda de sucre en sang** causada per l'ús excessiu de glucosa per part de les cèl·lules cerebrals (compareu amb la hipoglucèmia relacionada amb les cèl·lules dels illots del pàncrees).

La medicina convencional afirma que les hemorroides són "venes varicoses" a l'àrea rectal. En realitat, la inflor es produeix a la mucosa epitelial rectal. Els estudis d'escàner cerebral d'en Dr. Hamer demostren que cada persona que té hemorroides mostra el Focus de Hamer a l'**escorça cerebral** al centre de control de la mucosa superficial rectal i no a la medulla cerebral des d'on es controlen els vasos sanguinis (vegeu també varius esofàgiques, erròniament vinculades a la cirrosi hepàtica).

Segons les estadístiques, les hemorroides són més freqüents en dones durant l'embaràs. Es diu que són causades pel pes portant el nadó. Des de la perspectiva de la GNM, una dona embarassada només desenvolupa hemorroides, quan es troba en la fase de curació d'un conflicte d'identitat o decisió. És per això que no totes les dones embarassades tenen aquesta malaltia.

NOTA: Les hemorroides també es produeixen després d'un esquinçament a l'àrea rectal durant el part o a causa de l'esforç durant els moviments intestinals durs. Independentment de si les hemorroides són el resultat d'una lesió (sense DHS) o d'un conflicte relacionat amb el recte, el procés de curació és el mateix.

L'extirpació quirúrgica de les hemorroides és només una "solució" temporal perquè, si el conflicte no s'ha resolt completament, comencen a desenvolupar-se noves hemorroides amb la següent recaiguda en el conflicte, desencadenada pel rail que es va establir quan va tenir lloc el conflicte d'identitat original.



Els animals també tenen hemorroides.

Aquest escàner de TC es va fer del crani d'un gos. La fletxa vermella assenyala el relé cerebral del revestiment del recte al costat esquerre de l'escorça cerebral ([vegeu el diagrama de la GNM](#)) – evidència sorprenent que els humans comparteixen els Programes Especials Biològics amb altres espècies.



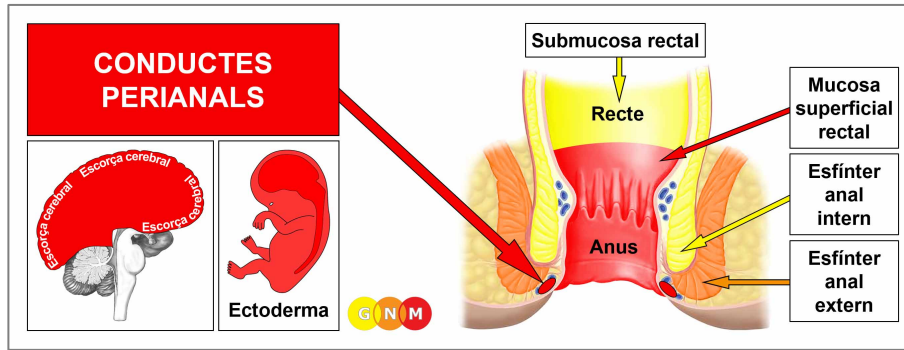
La imatge mostra les grans hemorroides. El gos havia patit un conflicte d'identitat durant una mudança. Les hemorroides van aparèixer després d'haver-se instal·lat a la seva nova llar.

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

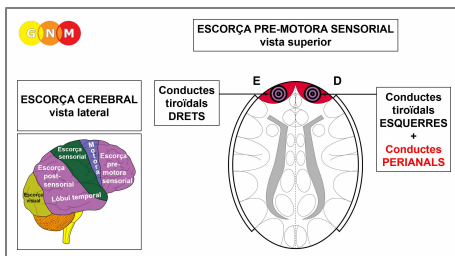
El gos en qüestió era un dels gossos d'en Dr. Hamer.



“Els nostres boxers, Basso, el mascle de la dreta, i Kimba, la femella de l'esquerra, van ser ‘trasplantats’ de Colònia a Roma. Kimba va patir un conflicte d'identitat (‘on pertanyo?’)”, *Summary of the New Medicine* [Resum de la Nova Medicina], 2000.



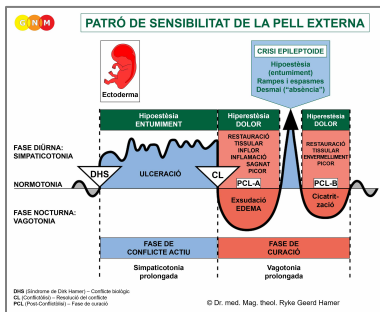
DESENVOLUPAMENT I FUNCIÓ DELS CONDUCTES PERIANALS: Els conductes perianals transporten el fluid produït a les glàndules anals al recte per ajudar a la defecació. Les glàndules en si es troben a banda i banda de l'anus entre l'esfínter anal intern i extern. En els mamífers, aquestes glàndules s'anomenen "glàndules odoríferes" perquè permeten als animals marcar el seu territori (a més de les femtes i l'orina) i identificar els membres d'una espècie. El revestiment dels conductes perianals està format per epitelí escamós, s'origina de l'ectoderma i, per tant, està controlat des de l'escorça cerebral.



NIVELL CEREBRAL: El revestiment epitelial dels conductes perianals es controla des del costat dret de l'escorça pre-motora sensorial.

El centre de control dels conductes perianals està situat exactament transversal al relé cerebral que controla els conductes tiroïdals drets. Heus aquí per què: Originalment, abans que la gola es trenqués, la tiroide era una glàndula exocrina que alliberava tiroxina a les dues seccions de l'intestí. Els conductes tiroïdals drets (controlats des del costat esquerre del cervell) excretaven a la secció entrant (boca i faringe actuals, esòfag, estómac i duodè, intestí prim) per ajudar a la digestió dels aliments; els conductes tiroïdals esquerres (controlats des del costat dret del cervell) excretaven a la secció sortint (el recte actual) per accelerar l'eliminació de les femtes. Tanmateix, quan la gola es va trencar, parts dels conductes tiroïdals esquerres van romandre al recte. Aquests residus són els conductes perianals actuals. La proximitat dels centres de control cerebral dels conductes perianals i dels conductes tiroïdals representa la ruptura de la gola a nivell cerebral.

CONFLICTE BIOLÒGIC: El conflicte biològic relacionat amb els conductes perianals és "no poder eliminar les femtes amb prou rapidesa". Aquest "conflicte de femtes" es pot experimentar en termes reals (restrenyiment) o en un sentit transposat desencadenat, per exemple, per una situació "de merda" que no es pot "evacuar" prou ràpid (compareu amb el conflicte de femtes relacionat amb la submucosa rectal/sigmoide i músculs sigmoïdes/rectals).

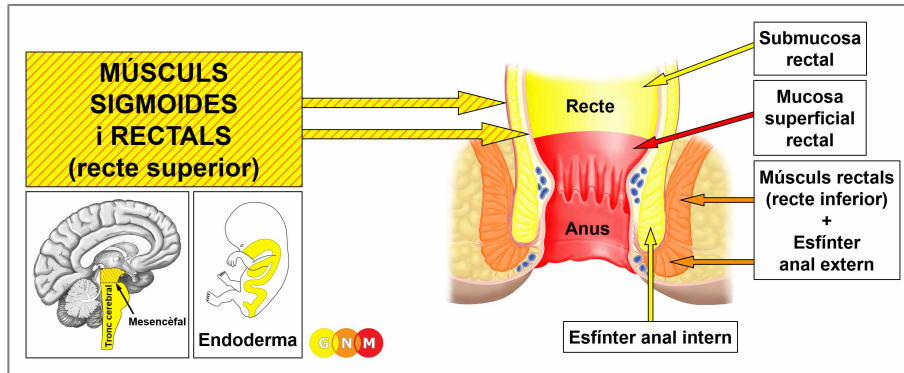


El Programa Especial Biològic dels **conductes perianals** segueix el **PATRÓ DE SENSIBILITAT DE LA PELL EXTERNA** amb hiposensibilitat durant la fase de conflicte actiu i la Crisi Epileptoide i hipersensibilitat en la fase de curació.

FASE DE CONFLICTE ACTIU: ulceració en el revestiment dels conductes perianals proporcional al grau i duració de l'activitat conflictiva. El **propòsit biològic de la pèrdua cel·lular** és eixamplar el lumen per facilitar una defecació més ràpida.

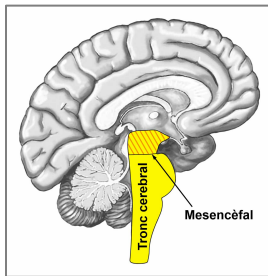
FASE DE CURACIÓ: Durant la primera part de la fase de curació (**PCL-A**) la pèrdua de teixit es reposa mitjançant la **proliferació cel·lular**. L'edema (acumulació de fluid) crea un **quist perianal**. Si no hi ha recaigudes conflictives, el quist retrocedeix durant la fase de curació. Un **abscess perianal** es desenvolupa quan els bacteris assisteixen el procés de curació.

Amb una curació pendent, un abscess perianal crònic o la pressió contínua d'un quist poden formar un **fístula perianal**, una obertura (túnel) entre el canal anal i la pell prop de l'anus (vegeu també fístula tiroïdal). Això sol passar quan es retenen grans quantitats d'aigua en el quist a causa de la SÍNDROME o com a conseqüència de recaigudes conflictives que perllonguen el procés de curació.



DESENVOLUPAMENT I FUNCIÓ DELS MÚSCULS SIGMOIDES I RECTALS (RECTE SUPERIOR):

Igual que els intestins, el còlon sigmoide i la part superior del recte estan formats per músculs llisos originats de l'endoderma i controlats des del mesencèfal.



NIVELL CEREBRAL: Els músculs llisos del còlon sigmoide i del recte (part superior) es controlen des del mesencèfal, situat a la part més externa del tronc cerebral.

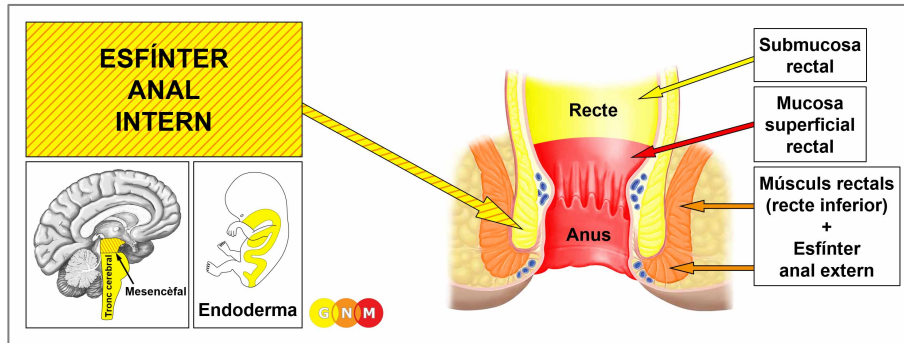
NOTA: La part inferior del recte està dotada de músculs estriats.

CONFLICTE BIOLÒGIC: La musculatura llisa del sigmoide i de la part superior del recte estan vinculades a un “**conflicte de femtes**”, o “**conflicte de merda**”, viscut en termes reals (incontinència fecal, restrenyiment persistent) o en sentit transposat, com una situació de “merda”. (vegeu també conflicte de femtes relacionat amb el còlon sigmoide i la submucosa rectal i els conductes perianals).

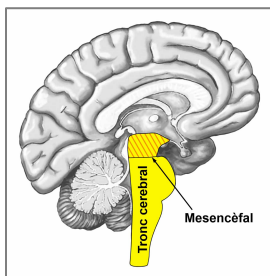
FASE DE CONFLICTE ACTIU: increment de la tensió muscular (hipertonia).

FASE DE CURACIÓ: relaxació muscular amb **espasmes rectals** durant la Crisi Epileptoide (vegeu també espasmes rectals relacionats amb l'esfínter anal intern, músculs rectals estriats i esfínter anal extern, submucosa rectal i mucosa superficial rectal).

Prolapse rectal: el recte està unit a la pelvis mitjançant músculs i lligaments que mantenen el recte al seu lloc. Un conflicte de desvalorització de si mateix perllongat (estrenyiment crònic, diarrea crònica, hemorroides a llarg termini) debilita progressivament els músculs del sòl pèlvic fent que el recte sobresurti de l'anus (compareu amb el prolapse uteri). En els nadons, un prolapse rectal pot estar relacionat amb un entrenament angoixant de l'orinal desencadenat, per exemple, a causa de renyes, càstigs o expectatives fallides dels pares. Una debilitat de l'esfínter anal (esfínter anal extern) també podria portar a un prolapse rectal. En aquest cas, la condició coincideix amb la incontinència fecal, una fuga de femtes.



DESENVOLUPAMENT I FUNCIO DE L'ESFÍNTER ANAL INTERN: Els esfínters anals interns i externs controlen el tancament de l'anus i l'eliminació de les femtes. L'esfínter anal intern és un anell muscular que envolta el canal anal. Està format per un engrossiment dels músculs circulars rectals. L'esfínter anal intern està format per músculs llisos, s'origina de l'endoderma i es controla des del mesencéfal.

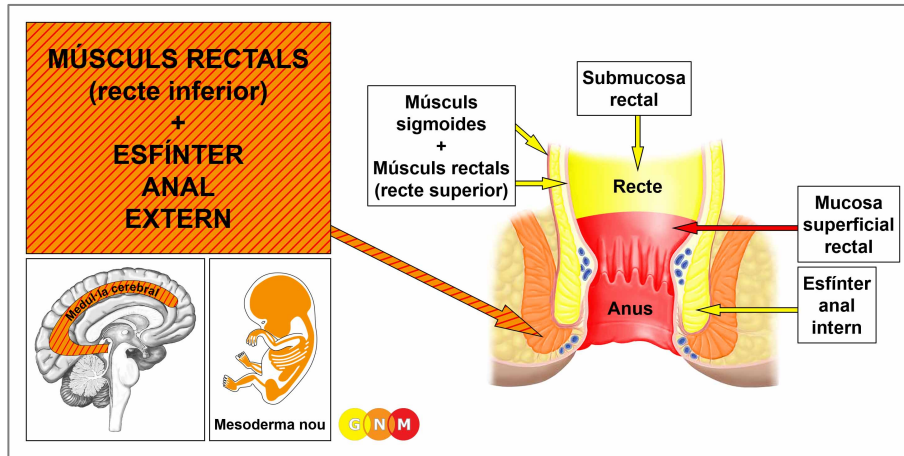


NIVELL CEREBRAL: Els músculs llisos de l'esfínter anal intern es controlen des del mesencéfal, situat a la part més externa del tronc cerebral.

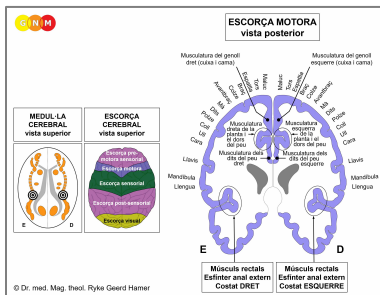
CONFLICTE BIOLÒGIC: El conflicte biològic relacionat amb l'esfínter anal intern és **no poder retenir les femtes**, per exemple, a causa de la incontinença fecal.

FASE DE CONFLICTE ACTIU: hipertonia de l'esfínter anal intern. El propòsit biològic de l'increment de la tensió muscular és facilitar la retenció de les femtes.

FASE DE CURACIÓ: La tensió muscular torna a la normalitat. La Crisi Epileptoide es presenta com a **espasmes rectals** dolorosos (vegeu també espasmes rectals relacionats amb els músculs rectals llisos, els músculs rectals estriats i l'esfínter anal extern, la submucosa rectal i la mucosa superficial rectal).



DESENVOLUPAMENT I FUNCIO DELS MÚSCULS RECTALS (RECTE INFERIOR) I ESFÍNTER ANAL EXTERN: L'esfínter anal extern és un múscul que envolta l'anus immediatament sota la pell. Igual que l'esfínter anal intern, regula el tancament i l'obertura de l'anus per tal de subjectar i expulsar les femtes. La part inferior dels músculs rectals i l'esfínter anal extern consten de músculs estriats, s'originen del mesoderma nou i estan controlats des de la medulla cerebral i l'escorça motora.



NIVELL CEREBRAL: Els músculs rectals estriats i l'esfínter anal extern tenen dos centres de control al cervell. La funció tròfica dels músculs, responsable de la nutrició del teixit, es controla des de la **medulla cerebral**; la contracció dels músculs es controla des de l'**escorça motora** (part de l'escorça cerebral). La meitat dreta dels músculs rectals i l'esfínter anal extern es controlen des del costat esquerre del cervell; les meitats esquerra es controlen des de l'hemisferi cerebral dret. Per tant, hi ha una correlació creuada entre el cervell i l'òrgan. En comparació, els músculs llisos de la part superior del recte i de l'esfínter anal intern es controlen des del **mesencèfal**.

NOTA: Els músculs rectals i l'esfínter anal extern, el múscul vesical i l'esfínter vesical extern, els músculs del coll uterí i l'esfínter cervical i els músculs vaginals comparteixen els mateixos relés cerebrals.

CONFLICTE BIOLÒGIC: El conflicte biològic relacionat amb els músculs rectals i l'esfínter anal extern és el mateix que amb la mucosa superficial rectal, és a dir, un conflicte d'identitat en el sentit d'incapacitat per establir la pròpia posició o lloc. Biològicament, això es tradueix en **“no poder marcar suficientment el propi territori”** (per defecació), semblant al conflicte de demarcació relacionat amb el múscul vesical i l'esfínter vesical extern.

FASE DE CONFLICTE ACTIU: **pèrdua cel·lular (necrosi) del teixit muscular rectal** (controlada des de la medulla cerebral) i, proporcional al grau d'activitat conflictiva, increment de la **paràlisi dels músculs rectals** (controlada des de l'escorça motora). Al mateix temps, s'obre l'esfínter anal (no hi ha necrosi amb esfínters!) la qual cosa permet marcar millor el lloc.

NOTA: Els músculs estriats pertanyen a el grup d'òrgans que responen al conflicte relacionat amb pèrdua funcional (vegeu també els Programes Especials Biològics de les cèl·lules dels illots del pàncrees (cèl·lules alfa dels illots i cèl·lules beta dels illots), orel·la interna (còclea i òrgan vestibular), nervis olfactoris, retina i cos vitri dels ulls) o hiperfunció (periosti i tàlem).

L'activitat conflictiva persistent causa **incontinència fecal**, una incapacitat per controlar les defecacions (vegeu també incontinència urinària). També es produeix una fuga sobtada del flux de femtes durant la Crisi Epileptoide quan s'obre l'esfínter anal.

NOTA: Els **esfínters externs** (esfínter vesical extern, esfínter anal extern, esfínter cervical) consten de músculs estriats, mentre que els esfínters interns com l'esfínter vesical intern i l'esfínter anal intern estan formats per músculs llisos. Els esfínters externs tenen una innervació inversa, el que vol dir que es tanquen per contracció en la vagotonia, és a dir, en la fase de curació, i s'obren per relaxació en la simpaticotonia, és a dir, en la fase de conflicte actiu i en la Crisi Epileptoide. Pel que fa a la bufeta i el recte, durant una Crisi Epileptoide, per exemple durant una crisi epilèptica, ambdós esfínters poden obrir-se alhora provocant un buidatge complet de la bufeta juntament amb una pèrdua involuntària de femtes.

FASE DE CURACIÓ: Durant la fase de curació, els músculs rectals es reconstrueixen i l'esfínter anal es tanca. La Crisi Epileptoide es manifesta com **espasmes rectals** dolorosos (vegeu també espasmes rectals relacionats amb l'esfínter anal intern, els músculs rectals llisos, la submucosa rectal i la mucosa superficial rectal).

NOTA: Tots els **òrgans que deriven del mesoderma nou** ("grup excedent"), inclosos els músculs rectals, mostren el **propòsit biològic al final de la fase de curació**. Un cop finalitzat el procés de curació, l'òrgan o teixit és més fort que abans, la qual cosa permet estar millor preparat per a un conflicte del mateix tipus.

Font: www.learninggnm.com