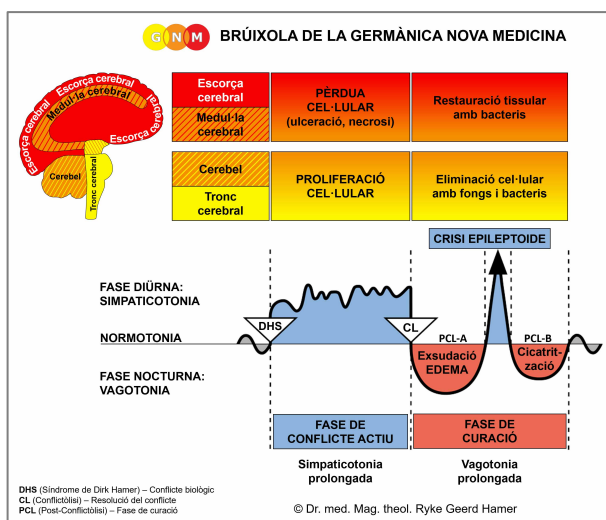




PROGRAMES ESPECIALS BIOLÒGICS

RONYONS I BUFETA

escrit per Caroline Markolin, Ph.D.



RONYONS

Túbuls col·lectors renals

LA SÍNDROME

Medul·la adrenal

Escoça adrenal

Parènquima renal

Pelvis renal

Urèters

BUFETA

Trigon vesical

Mucosa vesical

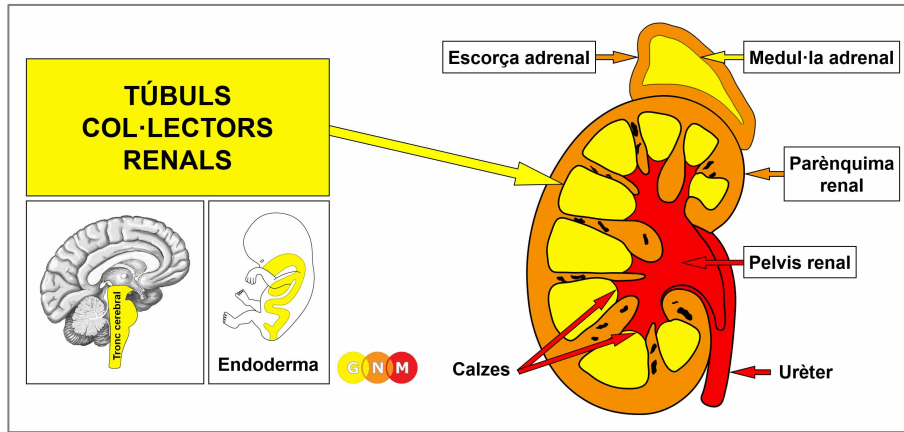
Uretra

Múscul vesical

Esfínter vesical intern

Esfínter vesical extern

Rev. 1.08



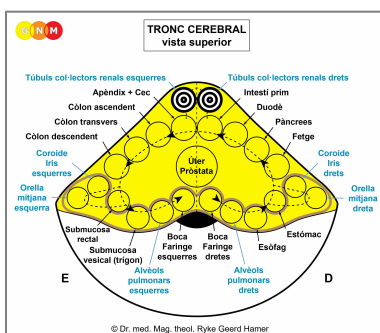
DESENVOLUPAMENT I FUNCIÓ DELS TÚBULS COL·LECTORS RENALS: Els ronyons es col·loquen a cada costat de la part inferior de la columna a la part posterior de l'abdomen (retroperitoneal). La funció dels túbuls col·lectors renals és recol·lectar l'orina produïda al parènquima renal i canalitzar-la a través de diversos calzes en forma de copa fins a la pelvis renal. Des d'allà, l'orina passa als urèters, la bufeta i la uretra per a la seva excreció. L'orina consta majoritàriament en aigua (al voltant del 95%). La resta està composta per electròlits (principalment sodi, potassi, clorur i calci) i substàncies úriques com àcid úric, urea i creatinina. Els ronyons filtren diàriament 180 litres de sang. Tot i això, el 99% del filtrat és reabsorbit pels túbuls renals i tornat al torrent sanguini, deixant una producció d'orina d'entre 1,5 i 2 litres.

NOTA: El contingut de sal dels fluids corporals, en particular de les llàgrimes, la sang i el líquid amniòtic, és exactament el mateix que la concentració de sal isotònica a l'aigua de mar, és a dir, 0,9%. Això és clarament que la vida orgànica es va originar a l'oceà.

“L'úter de tota dona és un microoceà, la salinitat del seu fluid s'assembla a la de les aigües primigènies; i cada microcosmos escenifica el drama de l'origen de la vida en la gestació de cada embrió, des dels protozous unicel·lulars a través de totes les fases de respiració branquial i amfíbia fins a l'evolució dels mamífers” (Elisabeth Mann Borgese, *The Drama of the Oceans* [El drama dels oceans], 1975).

En termes evolutius, els túbuls col·lectors renals són el teixit més antic dels ronyons. Com les cèl·lules intestinals que digereixen el “mos de menjar”, la funció biològica dels túbuls renals és “absorbir/retenir” (qualitat absorbent) i “digerir” (qualitat secretora) el “mos d'aigua”. Els túbuls col·lectors renals consten d'un epitel·li cilíndric intestinal, s'originen de l'endoderma i es controlen des del tronc cerebral.

NOTA: Originalment, els ronyons eren un sol òrgan que després es va dividir en dos ronyons.



NIVELL CEREBRAL: Al tronc cerebral, els túbuls col·lectors renals tenen dos centres de control que estan situats molt a prop dels relés cerebrals dels òrgans del canal alimentari.

Els túbuls col·lectors renals del ronyó dret, responsables del cicle de la urea (conversió d'amoníac a urea), es controlen des del costat dret del tronc cerebral. Els túbuls col·lectors renals del ronyó esquerre, responsables de processar l'aigua, es controlen des de l'hemisferi del tronc cerebral esquerre. Avui, tots dos ronyons comparteixen la mateixa funció (vegeu també desenvolupament dels pulmons).

CONFLICTE BIOLÒGIC: El conflicte biològic relacionat amb els túbuls col·lectors renals s'origina en un moment en què la vida només existia a l'oceà i ser expulsat del medi aquàtic creava una situació que amenaçava la vida. Aquest tipus d'angoixa també afecta la vida humana perquè l'aigua és la llar primordial de tots els organismes vius. Els éssers humans experimentem el conflicte de **“sentir-nos com un peix fora de l'aigua”** quan ens “arrosseguen” inesperadament del nostre entorn familiar o quan perdem la nostra “manada”. En GNM, ens referim al conflicte dels túbuls col·lectors renals com un **conflicte d'abandonament, conflicte d'existència o conflicte de refugiament**.

Els **conflictes d'abandonament** són provocats per sentir-se expulsats, exclosos, no desitjats, rebutjats, no compresos, ignorats, deixats fora, aïllats i sols. Els nens experimenten el conflicte quan els porten a la guarderia, quan se senten menyspreats o exclosos del grup (a casa, a l'esbarjo, a l'escola bressol, a l'escola), quan els seus pares no passen prou temps amb ells, quan neix un nou germà que rep més atenció, quan mor un avi o quan un membre de la família se'n va. És la pèrdua de la seguretat i la pèrdua d'un refugi emocional allò que els fa sentir completament sols. El mateix es pot dir dels avis que acaben en centres d'infermeria, lluny de casa seva i de la família. Els nadons són igualment vulnerables. Per tant, ser separat de la mare en néixer per una raó o una altra pot provocar un sever conflicte d'abandonament. Les mascotes també pateixen terriblement quan es queden enrere.

Un **conflicte d'existència** és un temor per la vida pròpia, igual al peix fora de l'aigua en perill de morir. Aquesta por sovint es desencadena per un diagnòstic de càncer o un pronòstic negatiu associat amb **“la meua vida està en joc”** (compareu amb el conflicte de por de la mort relacionat amb els pulmons). Esperar en una sala d'emergències, estar en una ambulància i l'**hospitalització** (sotmetre's a tractaments de químic, cirurgia, no sentir-se atès, manca de suport per part dels metges, infermeres o familiars) també evoca conflictes d'existència i abandonament. La por d'anar a l'hospital ja pot activar el conflicte. Un conflicte d'existència també es relaciona amb el propi mitjà de vida/soport. El sentiment darrere del conflicte és **“ho he perdut tot”**. Això podria ser la pèrdua d'un lloc de treball, pèrdues financeres, la pèrdua d'una llar, o la pèrdua d'una persona que proveïa seguretat, econòmicament o emocionalment.

Un **conflicte de refugiament** s'experimenta com ser “llençat al desert”, com sentir-se desorientat o “a l'exili”, per exemple, a causa d'un trasllat o mudança inesperada (canvi de veïnat, canvi d'escola) o veure's obligat a fugir de casa o de la pàtria. Viatjar lluny d'una llar familiar o d'un ésser estimat pot provocar el conflicte. Els viatgers aeris són particularment propensos a patir conflictes de refugiament. De la mateixa manera, sentir-se incòmode en un avió (por de volar) pot desencadenar un conflicte d'existència.

FASE DE CONFLICTE ACTIU: Començant amb el DHS, durant la fase de conflicte actiu, les cèl·lules del col·lectors túbul renal o dels col·lectors túbuls renals afectat proliferen proporcionalment a la intensitat del conflicte. El **propòsit biològic de l'augment cel·lular** és tancar el filtre d'excreció per retenir l'aigua de tal manera l'organisme tingui una millor oportunitat de sobreviure. Aquest programa innat de retenció d'aigua és vital perquè sense aigua tots els processos metabòlics deixen de funcionar.

NOTA: Que els conflictes afectin el ronyó dret o esquerre és aleatori.



En un escàner cerebral, els relés dels túbuls renals ([vegeu el diagrama de la GNM](#)) són visibles en diverses capes.

En aquesta imatge, el Focus de Hamer a l'hemisferi del tronc cerebral esquerre mostra l'impacte del conflicte en un nivell lleugerament més alt que el del costat dret. Els anells nítids indiquen que els conflictes estan actius, afectant ambdós ronyons a nivell d'òrgans. A la GNM anomenem això una **Constel·lació dels Túbuls Col·lectors Renals**, que es manifesta mentalment com a desorientació i confusió, com es veu, per exemple, a la Malaltia d'Alzheimer – vinculada a l'abandonament i els conflictes d'existència!

Síntomes de la fase de conflicte actiu:

- retenció d'aigua.
- nivells elevats d'àcid úric.
- nivells elevats d'urea i creatinina.
- disminució de la producció d'orina.

El grau de **RETENCIÓ D'AIGUA** està determinat per la intensitat del conflicte. Els signes típics de retenció d'aigua són ulls caiguts, mans inflades, peus i turmells inflats (vegeu també edema perifèric) i **guany de pes** (1 litre d'aigua retinguda pesa al voltant d'1 quilo o 2,2 lliures). Amb un conflicte persistent d'abandonament o existència, una persona pot guanyar molt de pes (100kg i més) malgrat els exercicis regulars, una dieta normal o fins i tot el dejuni. L'aigua retinguda s'emmagatzema predominantment al teixit gras, principalment a l'àrea abdominal (vegeu ascites). En aquest cas, l'obesitat no és causada per un excés de greix corporal sinó per una acumulació excessiva d'aigua com a resultat d'una activitat conflictiva perllongada (compareu amb l'obesitat a causa de la hipoglucèmia).



... sentir-se "com un peix fora de l'aigua".

La Germànica Nova Medicina ofereix una comprensió completament nova del creixent nombre de persones amb sobrepès, inclosos els nens, al món occidental en tenir en compte els canvis socials (la dissolució de les estructures familiars tradicionals, les creixents taxes de divorci, els nadons a la guarderia, els ancians a les llars per a la gent gran) i esdeveniments econòmics alarmants (augment de la desocupació, males perspectives per als joves, augment del deute). Si considerem avui dia la retenció d'aigua (guany de pes) útil o no, és irrellevant. El que importa és que aquest Programa Especial Biològic ha demostrat ser biològicament significatiu durant milions d'anys.

La Guarderia, Relacionada amb el Sobrepès

"Els nens petits que assisteixen a la guarderia de forma regular tenen un 50% més de probabilitats de tenir sobrepès en comparació amb els que es van quedar a casa amb els pares, segons un estudi realitzat per investigadors de la Universitat de Montreal i el Centre de Investigació de l'Hospital CHU Sainte-Justine" (*Science Daily*, 16 de novembre de 2012).

NOTA: Durant la fase de conflicte actiu, es recomana reduir la ingesta de fluids a no ser que hi hagi prou diuresi diària (compareu amb la ingesta de fluids en la fase de curació i amb la SÍNDROME). Tot i això, molt poca ingesta de fluids augmenta la retenció d'aigua (i l'augment de pes) perquè, fins i tot sense un conflicte, l'organisme encara reté líquids per mantenir l'equilibri hídric del cos. Això també passa amb la insuficiència de proteïnes a la dieta.

A la fase de conflicte actiu, l'organisme no només reté l'aigua sinó també les substàncies úriques com l'àcid úric, la urea i la creatinina. Per tant, aquests nivells indiquen proporcionalment el grau d'activitat conflictiva i el nombre de túbuls renals afectats (compareu amb els nivells elevats d'àcid úric, urea i creatinina relacionats amb el parènquima renal). La teoria estàndard que els **NIVELLS ELEVATS D'ÀCID ÚRIC** estan vinculats a una dieta alta en proteïnes (vegeu gota) no és concloent, ja que els vegetarians també tenen alts nivells d'àcid úric.

La urea i la creatinina són productes de deixalla del metabolisme de les proteïnes i normalment s'excreten amb l'orina. Tot i això, en el cas crític d'un conflicte d'existència, l'organisme recicla les substàncies retingudes en proteïnes per proporcionar nutrició a l'organisme. Per què? Perquè, en termes biològics, el conflicte de ser expulsat del medi aquàtic significa juntament amb el perill d'assecar-se també una amenaça d'inanició, en particular de morir per deficiència de proteïnes. Per a aquesta situació d'emergència, la natura va crear un altre programa de supervivència, que consisteix en convertir toxines com la urea i la creatinina en aliments per ajudar l'organisme a superar la crisi. **NIVELLS ELEVATS D'UREA I CREATININA**, per tant, no són malalties (“urèmia”) o disfuncions (“insuficiència renal”), com afirma la medicina convencional, sinó que serveixen un propòsit biològic. La retenció d'urea i creatinina, és a més d'emmagatzemar aigua, una resposta innata en cas que l'aigua i les proteïnes no estiguin disponibles durant un període de temps més llarg.

La retenció d'aigua i orina dona com a resultat una **DISMINUCIÓ DE LA SORTIDA D'ORINA**. Per tant, durant la fase de conflicte actiu, **l'orina es concentra i és de color groc fosc**. Atès que l'aigua també s'absorbeix als intestins, la femta és seca i dura. Quan hi ha més túbuls renals afectats, l'excreció d'orina pot disminuir dràsticament causant **oligúria** (producció d'orina d'entre 150-400 ml al dia) o **anúria** (menys de 50 ml al dia).

NOTA: Segons en Dr. Hamer, amb una eliminació urinària diària de 150-200 ml (oligúria, gairebé anúria) l'organisme encara elimina les substàncies úriques en quantitats suficients. Un nivell de creatinina per sobre de 12 mg/dl indica que els túbuls renals dels dos ronyons estan afectats. En aquest cas, la diàlisi és una necessitat.

Amb una activitat conflictiva perllongada, es desenvolupa un creixement pla (tipus absorbent) o en forma de coliflor (tipus secretor) als túbuls col·lectors renals. En la medicina convencional, això es diagnostica com a **càncer de ronyó** o “**carcinoma de cèl·lules renals**” (compareu amb “càncer de ronyó” relacionat amb el parènquima renal). Si la taxa de divisió cel·lular excedeix un cert límit, el càncer es considera “maligne”.

RESOLUCIÓ DEL CONFLICTE: Amb la resolució del conflicte (**CL**) **l'aigua retinguda s'allibera immediatament** a través dels **calzes** no afectats. Depenent del grau de retenció d'aigua, l'eliminació d'orina pot ser abundant. La medicina estàndard veu aquesta micció copiosa (**poliúria**) com a “anormal” i “patològica”. Amb el coneixement de la GNM, donem la benvinguda a aquesta **FASE URINÀRIA** amb gran alleujament (vegeu també fase urinària poc després de cada Crisi Epileptoide).

FASE DE CURACIÓ: Després de la resolució del conflicte, els fongs o micobacteris, com el bacteri de la tuberculosi, eliminen les cèl·lules que ja no són necessàries. **Els símptomes de curació** són una orina tèrbola ja que la secreció produïda durant el procés de descomposició s'excreta a través del tracte urinari (la secreció pot contenir sang), **dolor** a causa de la inflor i **suors nocturnes**. Amb una inflamació, l'afecció s'anomena “**nefritis**” (compareu amb la glomerulonefritis relacionada amb el parènquima renal). La **candidiasi renal** revela que els fongs ajuden a la curació.

Si els bacteris de la tuberculosi són presents, això causa una “**infecció renal bacteriana**” o **tuberculosi renal** (compareu amb “infecció renal” relacionada amb la pelvis renal, veure també “infecció renal bacteriana” que involucra el bacteri *E. coli*). Després de la tuberculosi, particularment quan la fase de curació va durar un llarg període de temps, els calzes afectats apareixen en una radiografia més grassonets que amb contorns nítids. És a partir d'aquest aspecte radiològic que els metges fan el diagnòstic de “**síndrome nefròtica**” (vegeu també el canvi de nom de la tuberculosi pulmonar a càncer de pulmó i la tuberculosi hepàtica a càncer de fetge).

La secreció tuberculosa és rica en proteïnes. Per tant, quan es descomponen les cèl·lules addicionals, l'eliminació de proteïnes a través de l'orina és més gran del normal. Això s'anomena clínicament **proteïnúria o albuminúria** (a la medicina convencional, la proteïna a l'orina durant l'embaràs es considera un "trastorn de l'embaràs", anomenat preeclàmpsia). A la sang, però, la concentració de proteïnes és baixa (**hipoproteïnèmia**) perquè, en cas de deficiència de proteïnes, l'organisme pren proteïnes de la sang per equilibrar la pèrdua de proteïnes. Si la nutrició o els suplementos rics en proteïnes no són suficients per corregir l'escassetat de proteïnes, l'administració temporal d'infusions d'albumina és crucial. Al final de la fase de curació, els nivells de proteïnes i els valors d'urea i creatinina tornen a la normalitat.

NOTA: En quant a la **ingesta de líquids**, durant la fase de curació és important beure quantitats adequades d'aigua per afavorir l'eliminació de les restes de la degradació cel·lular (compareu amb la ingesta de fluids en la fase de conflicte actiu i amb la SÍNDROME).



Amb la tuberculosi crònica (curació pendent) es perd cada cop més teixit renal de forma irremeiable. El resultat: un **ronyó cirròtic** (vegeu ronyó esquerre en aquesta imatge) i la incapacitat d'eliminar quantitats suficients d'orina (compareu amb el ronyó cirròtic relacionat amb el parènquima renal amb producció d'orina insuficient). Si la curació no es pot completar a temps, això finalment condueix a una "**insuficiència renal tubulosa**" (compareu amb la "insuficiència renal glomerular") i eventualment a una **fallada renal**. Quan tots dos ronyons fallen, la diàlisi és inevitable. **NOTA:** La urèmia no causa fallada renal!

La GNM ofereix una explicació de per què la **fallada renal** aguda és la complicació més freqüent en pacients hospitalitzats, particularment en **unitats de cures intensives** (vegeu conflicte d'existència).

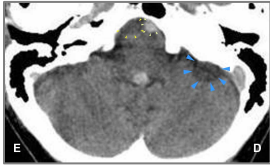
"La mortalitat associada amb insuficiència renal aguda (IRA) a la unitat de cures intensives (UCI) s'ha mantingut superior al 50% durant les últimes tres dècades, malgrat les millores en la tecnologia de reemplaçament renal" (*Journal of the American Society of Nephrology*, 2011).

La fallada renal com a resultat de conflictes d'abandonament és també una de les principals causes de mort a les mascotes.

Amb les contínues recaigudes en el conflicte, un ronyó cirròtic ja no pot retenir aigua. Com a conseqüència s'eliminen grans volums d'orina diluïda. Aquesta condició s'anomena **diabetis insípida**. La teoria que la diabetis insípida està relacionada amb un "defecte hormonal" és pura suposició.

Quan el ronyó afectat s'extirpa quirúrgicament, un nou o reactivat conflicte d'abandonament o existència afecta l'altre ronyó perquè el programa de retenció d'aigua té la màxima prioritat. Això inicia el desenvolupament d'un nou tumor renal, interpretat per la medicina convencional com a "càncer metastàtic".

NOTA: Un ronyó trasplantat no està controlat pel cervell. La seva funció es manté artificialment.



En aquesta TC cerebral veiem tots dos relés de túbuls col·lectors renals involucrats ([vegeu el diagrama de la GNM](#)) després de l'impacte de dos conflictes independents d'abandonament o existència. L'edema (acumulació de líquid) a la banda esquerra (hipodens, que es mostra com a fosc) indica [Fase de Curació-A](#), també al ronyó esquerre; la presència de neuròglia al costat dret (hiperdensa, de color blanc) revela que els túbuls renals drets ja són en [PCL-B](#). A la medicina convencional, l'acumulació de glia s'interpreta erròniament com un "tumor cerebral".

Les fletxes blaves assenyalen un edema al centre de control de la coroida al costat dret del tronc cerebral. Això indica que la persona està en la fase de curació ([PCL-A](#)) d'un conflicte de mos visual (no poder veure una persona estimada) que va passar juntament amb el conflicte d'abandonament.

Si els microbis necessaris no estan disponibles en el moment de la resolució del conflicte, perquè van ser destruïts per l'ús excessiu d'antibiòtics, les cèl·lules addicionals romanen. Eventualment, el creixement s'encapsula. Al ronyó, això podria causar una oclusió de l'obertura de la pelvis renal. En aquest cas, és possible que s'hagi de considerar la cirurgia.

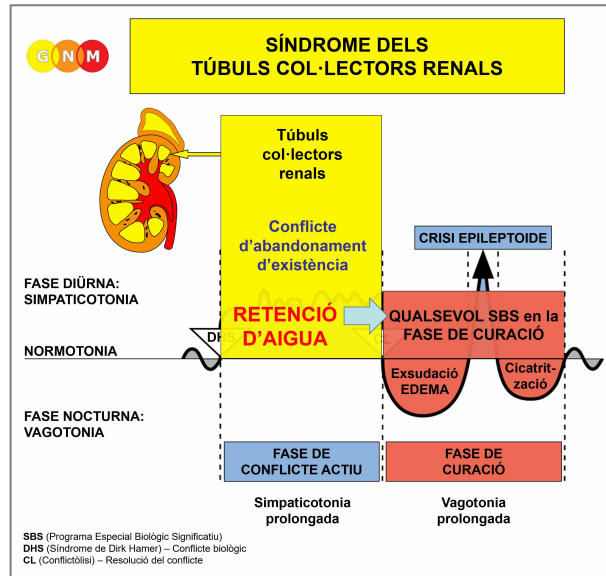
PEDRES RENALS (Pedres d'Oxalat de Calci)

Amb les recaigudes constants en el conflicte, la sal i els residus minerals acumulats als túbuls col·lectors renals eventualment formen càlculs renals, que s'alliberen durant la Crisi Epileptoide amb espasmes (còlic renal) i dolor agut, particularment si un càlcul obstrueix el tracte urinari (vegeu també relacionats amb la pelvis renal).



Els càlculs renals als túbuls són càlculs d'oxalat de calci foscos o blancs (compareu amb els càlculs d'àcid úric de color verd o groguenc a la pelvis renal).

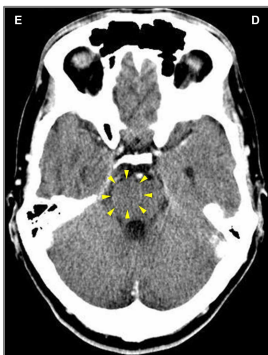
LA SÍNDROME DELS TÚBULS COL·LECTORS RENALS



La Síndrome dels Túbuls Col·lectors Renals, en resum: la **SÍNDROME**, implica:

- retenció d'aigua a causa d'un conflicte actiu d'abandonament o existència.
- QUALSEVOL Programa Especial Biològic a la fase de curació.

Quan l'organisme reté l'aigua, l'excés de líquid també s'emmagatzema a l'òrgan curatiu i al relé cerebral correlatiu. Per tant, la mida de l'edema que es desenvolupa a la **PCL-A** (fase exsudativa) no sols està determinat per la magnitud del DHS i la intensitat de la fase activa del conflicte anterior, sinó també pel grau de retenció d'aigua a causa d'un conflicte actiu d'abandonament o existència. Si la retenció d'aigua és responsable de grans inflors a la fase de curació es pot establir fàcilment avaluant els nivells d'urea i creatinina i mesurant la producció d'orina. A l'aplicació pràctica de la GNM, una anàlisi de TC cerebral és una eina de diagnòstic invaluable per avaluar la situació.



Aquesta TC mostra un Focus de Hamer al relé cerebral que controla els túbuls col·lectors renals esquerres (vegeu el diagrama de la GNM). La configuració de nítid anell indica activitat conflictiva, per tant, retenció d'aigua.

NOTA: Amb la SÍNDROME, el sistema nerviós autònom està en simpaticotonia i vagotonia alhora. Per tant, el somni extra (fatiga) i una bona gana que són vitals per a la curació es veuen interromputs per l'estat d'estrès actiu en conflicte amb poca gana i dificultats per dormir. El resultat: esgotament nerviós, pèrdua de pes i pèrdua d'energia.

La SÍNDROME pot crear greus complicacions tant a nivell de l'òrgan com del cervell, específicament durant la Crisi Epileptoide.

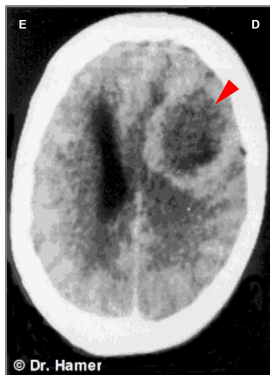
Conseqüències de la SÍNDROME a NIVELL ORGÀNIC:

- **dolor augmentat** a causa de la inflor engrandida, que porta a l'ús d'analgèsics més forts com la morfina.
- **inflors inofensives poden esdevenir un cas complicat** causant obstruccions, per exemple, al còlon o a les vies biliars, requerint cirurgia i hospitalització. Això sovint desencadena més conflictes d'existència amb el resultat d'una acumulació encara més gran de líquid a l'òrgan afectat.
- **tumors curant-se**, per exemple, als pulmons, mucosa bronquial, fetge, pàncrees, còlon, tiroide, mama (glàndules o conductes galactòfors), coll uterí, úter, ovaris, pròstata o testicles **augmenten de mida**. És llavors quan la medicina convencional parla de càncers de "creixement ràpid" o "agressius".
- **creixements que s'havien encapsulat** a causa de la manca de fongs o bacteris de la tuberculosi **semblen més grans** i es poden detectar durant una revisió mèdica de rutina o un examen de seguiment (mamografia, colonoscòpia, etc.).
- **cavernes** que van quedar com a resultat d'un procés de curació perllongat (curació pendent), per exemple a les glàndules mamàries, **augmenten amb la retenció d'aigua**, presentant-se ara com a quists.
- **quists** com ara quists hepàtics, quists tiroïdals, quists ovàrics, quists testiculars o quists renals **s'engrandeixen i fins i tot poden esclatar**. El líquid alliberat a l'àrea veïna pot provocar complicacions agudes.
- **un vessament**, per exemple, a la cavitat pleural, el peritoneu o el pericardi **pot causar una afecció mèdica greu** a causa de l'aigua addicional emmagatzemada a la membrana ja plena de líquid. Quan l'aigua retinguda s'acumula als pulmons, això causa un edema pulmonar, que sovint és fatal.
- **condicions de la pell** (que involucren la part inferior de la pell o l'epidermis) **mostren més dramàtiques**.
- **reaccions al·lèrgiques** (erupcions cutànies, atacs de tos, diarrea) són més intenses.
- **les inflamacions es tornen més severes**.
- **les condicions artrítiques són més doloroses** a causa de l'augment de la inflor.
- **amb la retenció d'aigua l'artritis es torna gota**.
- **la bronquitis es converteix en pneumònia**.
- **l'hepatitis amb la SÍNDROME causa hepatomegàlia** (engrandiment del fetge), que la persona podria no ser capaç de sobreviure, particularment amb contínues recaigudes en el conflicte.

Per tant, les fases de curació més dramàtiques tenen lloc amb la SÍNDROME, és a dir, amb la retenció d'aigua concurrent.

Conseqüències de la SÍNDROME a NIVELL CEREBRAL:

- l'**edema cerebral** que es desenvolupa en paral·lel a l'òrgan en curació (en PCL-A) **absorbeix líquid addicional**. La inflor fins i tot podria diagnosticar-se com un "tumor cerebral".
- la inflor excessiva al cervell provoca una pressió cerebral extrema que pot conduir a un coma i a la mort. Mesura d'emergència: obertura del crani per alliberar la pressió.
- Amb un gran edema cerebral, la **Crisi Epileptoide**, per exemple, un atac cardíac, pot ser tan greu que la persona no sobrevisqui. **ATENCIÓ: ¡Les infusions intravenoses augmenten l'edema!**
- un gran edema prop d'un ventricle (cavitat cerebral) pot causar una hidrocefàlia interna.
- al tronc cerebral, un gran edema pot pressionar el **centre respiratori**, el que posa en perill la vida.



La retenció d'aigua per la SÍNDROME engrandeix considerablement un edema cerebral, com es veu en aquesta TC cerebral al centre de control de la mucosa bronquial (vinculat a un conflicte territorial de por).

MEDICACIÓ amb la SÍNDROME

En general, **tots els medicaments amb efecte estimulants**, inclosa la cortisona, els citostàtics i la morfina, exacerben els símptomes de la fase de conflicte actiu. En cas d'abandonament o conflicte d'existència que involucri els túbuls col·lectors renals, per tant, **augmenten la retenció d'aigua**. Com a resultat, les inflors (edemes) que ocorren a la primera part de la fase de curació (PCL-A) es tornen molt més grans!

La **cortisona** estimula el sistema nerviós simpàtic. És per això que redueix els símptomes vagotònics com inflamacions i inflor (el mateix s'aplica a les cremes esteroides tòpiques). Després de la interrupció del tractament, els símptomes de curació reapareixen ràpidament. Per tant, administrat durant la fase de curació, el fàrmac només interromp el procés de curació. Des del punt de vista de la GNM, la cortisona només es recomana en el cas excepcional d'un gran edema cerebral per reduir la pressió cerebral abans de l'inici de la Crisi Epileptoide. Tot i això, segons en Dr. Hamer, **amb la SÍNDROME els corticosteroides estan contraindicats** ja que augmenten la retenció d'aigua resultant en inflors engrandides, que poden conduir a complicacions potencialment mortals.

Els **citostàtics** són fàrmacs molt verinosos que inhibeixen el creixement cel·lular. En la medicina convencional s'empren per "matar cèl·lules canceroses". Amb base en el coneixement de les Cinc Lleis Biològiques i en l'enteniment que la proliferació cel·lular ("càncer") té un propòsit biològic a la fase de conflicte actiu i una funció restauradora a la fase de curació, els **medicaments de quimioteràpia**, inclòs el metotrexat alteren greument el curs d'un Programa Especial Biològic ("malaltia"). A més de la seva toxicitat, els citostàtics tenen un efecte molt estimulant. Per tant, amb un conflicte d'existència actiu, sovint provocat pel diagnòstic de càncer, els tumors s'engrandeixen dràsticament a causa de l'augment de la retenció d'aigua. Irònicament, això s'interpreta llavors com un càncer de "creixement ràpid" i "agressiu". La producció d'orina baixa (en aquest punt anomenada "insuficiència renal") també evita que les toxines s'eliminin suficientment. A més, els tractaments de quimioteràpia debiliten l'elasticitat del teixit cerebral que es guareix. Finalment, el teixit cerebral es trenca i causa la mort. Els citostàtics suprimeixen la producció de cèl·lules sanguínies, la qual cosa és devastador en el tractament de la leucèmia.

La **morfina** es coneix com analgèsic narcòtic. També activa l'hormona ADH (hormona antidiürètica) limitant la formació d'orina. Juntament amb les seves propietats estimulants, la droga augmenta la retenció d'aigua i per tant la inflor tant a nivell d'òrgans com a nivell cerebral. Amb la SÍNDROME, la morfina afecta el cervell de la mateixa manera que els tractaments de quimioteràpia (citostàtics). A més, la morfina paralitza els intestins amb el resultat que els aliments ja no es poden processar; també s'aprima el teixit pulmonar fent-lo propens a trencar-se. Quan l'efecte de la droga desapareix, la persona cau en un estat de vagotonia profunda i potencialment en coma. La morfina és un derivat de l'opi (vegeu també codeïna, per això l'efecte sedant). A la medicina actual s'administra als pacients perquè "passin més fàcilment".

GNM - PREVENCIÓ A TRAVÉS DEL CONEIXEMENT

En la majoria dels casos, la **SÍNDROME** és causada per un **xoc diagnòstic**, la por associada amb la "malaltia" i l'**hospitalització**. Per tant, **la resolució del conflicte relacionat amb els túbuls renals ha de tenir una prioritat absoluta**. La resolució del conflicte d'existència inicia l'alliberament instantani de l'aigua retinguda (fase urinària) per tal que les inflors baixin ràpidament. ¡Això li pot salvar la vida!

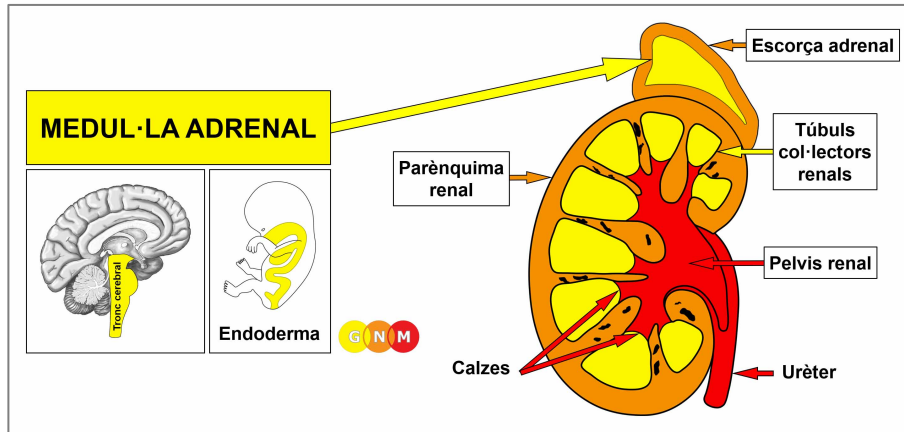
El suport i cura de familiars i amics, la tranquil·litat de tenir cura en un entorn lliure de por és d'un valor terapèutic immensurable.

Si el conflicte no es pot resoldre en aquell moment, en Dr. Hamer recomana **banys de sal amb una concentració de sal del 0,9%** (1 kg de sal per 99 litres d'aigua) per abordar el conflicte de "peix fora de l'aigua" únicament a nivell biològic. En portar l'organisme a casa, al mar, el cos pot eliminar grans quantitats d'orina. A més, els banys de sal isotònica equilibren el contingut de sal del sèrum sanguini, que disminueix durant la fase de curació dels túbuls renals a causa de la pèrdua de proteïnes.

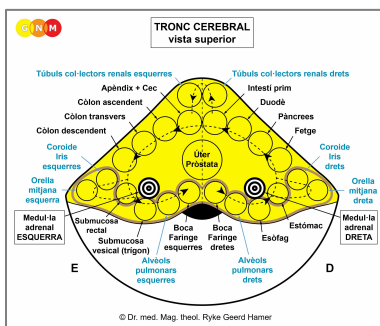
Els **diürètics** (píndoles d'aigua) només cal considerar-los una mesura d'emergència ja que les seves propietats simpaticotòniques en realitat augmenten la retenció d'aigua alhora que obliguen a orinar; per això els seus "efectes secundaris" als ronyons. A més, els diürètics només eliminen els electròlits però no les substàncies úriques com la urea i la creatinina. No obstant això, si es prenen diürètics juntament amb **bicarbonat de sodi**, més conegut com sals de vichy, els ronyons excretaran substàncies úriques en quantitats suficients. La raó d'això és que el bicarbonat de sodi augmenta la taxa de filtració glomerular (la velocitat a què els ronyons filtren la sang). Això significa que una major quantitat de filtrat glomerular ingressa als túbuls col·lectors renals, cosa que alhora augmenta el volum d'orina.

Com documenta Homer W. Smith a *From Fish to Philosopher* [De peix a filòsof], el bicarbonat de sodi és una sal que estava present en abundància a l'oceà primordial. Quan la vida abandonava el medi aquàtic, el bicarbonat de sodi s'absorbia al torrent sanguini per estar preparat per viure i sobreviure a la terra. A l'organisme humà, el bicarbonat de sodi també juga un paper important en el manteniment de l'equilibri àcid-base.

NOTA: Amb la SÍNDROME, la **ingesta de líquids** s'ha de mantenir al mínim per no augmentar la retenció d'aigua amb tots els seus riscos potencials (compareu amb la ingesta de líquids a la fase de conflicte actiu i a la fase de curació dels túbuls col·lectors renals).



DESENVOLUPAMENT I FUNCIÓ DE LA MÈDUL·LA ADRENAL: Les glàndules adrenals són glàndules hormonals aparellades assentades damunt dels ronyons. La medul·la adrenal, al centre de la glàndula i envoltada per l'escorça adrenal, està formada per les anomenades cèl·lules cromafins, anomenades així per la seva característica tinció marró amb sals d'àcid cròmic. La medul·la adrenal produeix hormones (qualitat hormonal); predominantment hormones de l'estrès com la dopamina, noradrenalina i adrenalina (també conegudes com catecolamines). La medul·la adrenal està formada per un epiteli cilíndric intestinal, s'origina de l'endoderma i, per tant, es controla des del tronc cerebral.



NIVELL CEREBRAL: Al **tronc cerebral**, la medul·la adrenal té dos centres de control, ubicats molt a prop dels relés cerebrals dels òrgans del canal alimentari.

La medul·la adrenal de la glàndula adrenal dreta es controla des del costat dret del tronc cerebral; la medul·la adrenal de la glàndula adrenal esquerra es controla des de l'hemisferi esquerre del tronc cerebral. No hi ha una correlació creuada entre el cervell i l'òrgan.

CONFLICTE BIOLÒGIC: insuportable i intens estrès.

FASE DE CONFLICTE ACTIU: A partir del DHS, durant la fase de conflicte actiu, les cèl·lules adrenals proliferen proporcionalment a la intensitat del conflicte. El **propòsit biològic de l'augment cel·lular** és potenciar la producció d'hormones de l'estrès per millorar el rendiment durant l'estrès agut. Per tant, **augmenten els nivells de dopamina, noradrenalina i adrenalina**. Els **síntomes** són l'aparició de **batecs cardíacs ràpids, pressió arterial elevada, sudoració excessiva i ansietat** degut a l'intens estat d'estrès. **NOTA:** Aquests paràmetres augmenten fins a cert punt a la fase de conflicte actiu de qualsevol Programa Especial Biològic.

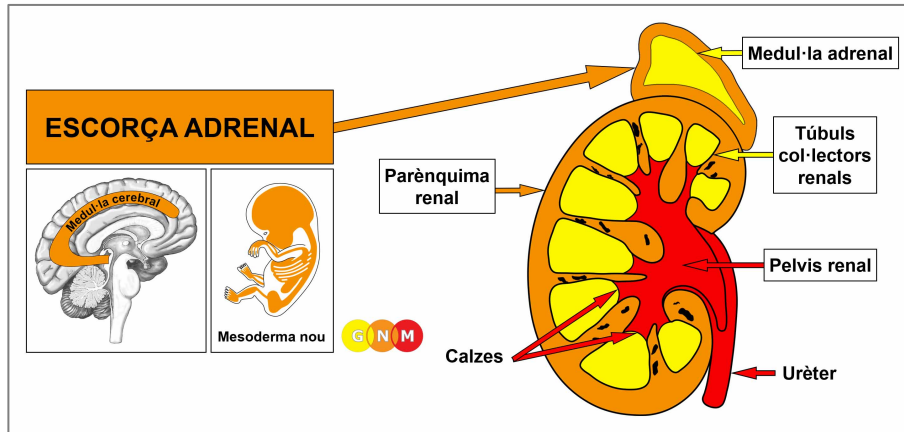
Amb una activitat conflictiva perllongada, un creixement compacte en forma de coliflor (qualitat secretora), denominat **càncer adrenal (feocromocitoma)**, es desenvolupa a la medul·la adrenal (compareu amb el "càncer adrenal" relacionat amb l'escorça adrenal). Si la taxa de divisió cel·lular excedeix cert límit, la medicina convencional considera el càncer com a "maligne".

NOTA: Si el conflicte afecta la medul·la adrenal de les glàndules adrenals dreta o esquerra és aleatori.

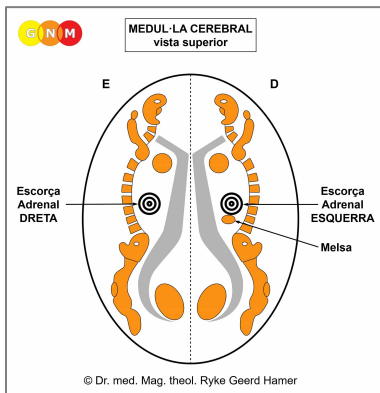
FASE DE CURACIÓ: Després de la resolució del conflicte (**CL**), els fongs o els micobacteris, com el bacteri de la tuberculosi (TB), eliminen les cèl·lules que ja no són necessàries. Els **síntomes de curació** són **dolor**, causat per la **inflor** i **suors nocturnes**. Amb la completació de la fase de curació, els nivells hormonals tornen a la normalitat.

Un procés de curació perllongat a causa de les contínues recaigudes en el conflicte condueix a una **tuberculosi crònica a la medul·la adrenal**. A causa de la coloració marró de les cèl·lules cromafins, l'afecció es presenta a la TC d'un òrgan com a fosca; això pot confondre's amb hemorràgia a les glàndules adrenals (apoplexia adrenal).

Si els microbis requerits no estan disponibles en el moment de la resolució del conflicte, perquè van ser destruïts per l'ús excessiu d'antibiòtics, les cèl·lules addicionals romanen. Amb el temps, el creixement s'encapsula donant com a resultat **una sobreproducció permanent d'hormones de l'estrès** (vegeu també glàndula tiroide, glàndules paratiroides, glàndula pàncrees, glàndula prostàtica).



DESENVOLUPAMENT I FUNCIÓ DE L'ESCORÇA ADRENAL: L'escorça adrenal forma la capa externa de la glàndula adrenal. Igual que la medul·la adrenal, l'escorça adrenal produeix hormones, principalment hormones de l'estrès com el cortisol i l'aldosterona, a més d'andrògens. L'hormona adrenocorticotròpica (ACTH) regula els nivells de cortisol alliberats per les glàndules adrenals. En termes evolutius, l'escorça adrenal desenvolupada a partir de teixit limfàtic, s'origina per tant del mesoderma nou i es controla des de la medul·la cerebral.



NIVELL CEREBRAL: A la **medul·la cerebral**, l'escorça adrenal de la glàndula adrenal dreta es controla des del costat esquerre del cervell; l'escorça adrenal de la glàndula adrenal esquerra es controla des de l'hemisferi cerebral dret, precisament on les adrenals tenen el seu lloc com a "nòdul limfàtic especial". Hi ha una correlació creuada entre el cervell i l'òrgan (compareu amb el parènquima renal).

CONFLICTE BIOLÒGIC: El conflicte biològic vinculat a l'escorça adrenal és **haver triat el camí equivocat, haver estat "desviat del curs", haver anat en la direcció equivocada, haver pres la decisió equivocada o l'elecció equivocada.**

FASE DE CONFLICTE ACTIU: **pèrdua cel·lular (necrosi) a l'escorça adrenal** proporcional al grau i la durada de l'activitat conflictiva. El **propòsit biològic de la pèrdua de teixit** és disminuir la producció d'hormones de l'estrès per obligar l'individu a reduir la velocitat en el camí equivocat. El **síntoma** subsegüent: **sentir-se estressat-cansat** a causa dels baixos nivells de cortisol i aldosterona. Això es diferencia de qualsevol altra fase de conflicte actiu amb un augment d'energia a causa de l'alliberament de cortisol (resposta de lluita o fugida). La condició de producció insuficient d'hormones esteroïdals s'anomena **hipoadrenalisme o malaltia d'Addison.**

NOTA: Si l'escorça adrenal de la glàndula adrenal dreta o esquerra està afectat depèn de la lateralitat d'una persona i de si el conflicte està relacionat amb la mare/fill o amb la parella.

FASE DE CURACIÓ: Durant la fase de curació es desenvolupa un **QUIST ADRENAL** al lloc de la necrosi. Les cèl·lules adrenals en **PCL-A** es multipliquen dins del quist per emplenar la pèrdua de teixit que es va produir a la fase de conflicte actiu. Trobat en aquest punt, el quist es diagnostica com un **“càncer adrenal”** (compareu amb el càncer adrenal relacionat amb la medulla adrenal). Basant-nos en les Cinc Lleis Biològiques, les noves cèl·lules no es poden considerar “cèl·lules canceroses”, ja que l’augment de cèl·lules és, en realitat, un procés de reposició.

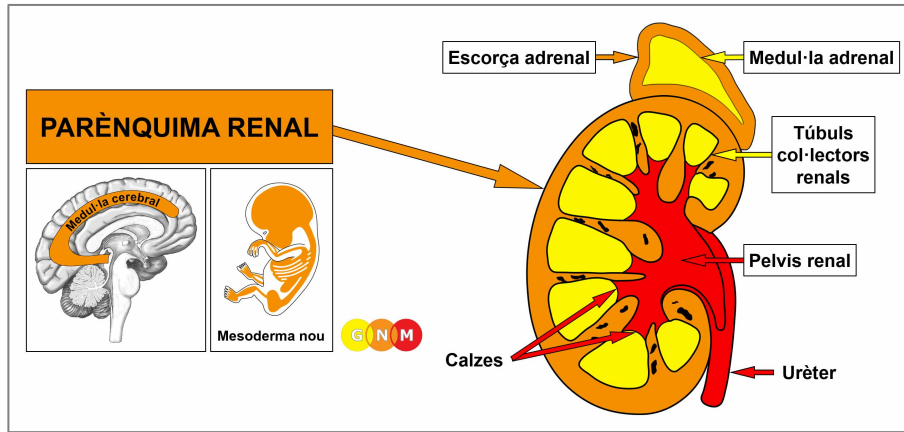
Dins de nou mesos, sempre que no hi hagi recaigudes conflictives, el quist s’endureix i es converteix en una part integral de la funció productora d’hormones de les glàndules adrenals (vegeu també quist renal, quist ovàric i quist testicular). L’augment de la producció d’hormones de l’estrès té el **propòsit biològic d’ajudar l’organisme a mantenir-se al camí correcte**.

NOTA: Tots els òrgans que deriven del mesoderma nou (“grup excedent”), inclosa l’escorça adrenal, mostren el **propòsit biològic al final de la fase de curació**. Un cop completat el procés de curació, l’òrgan o teixit és més fort que abans, cosa que permet estar més ben preparat per a un conflicte del mateix tipus.

Si la fase de conflicte actiu va ser intensa, aquest quist adrenal es pot tornar bastant gran, cosa que resulta en un excés de producció d’hormones adrenals (**hiperadrenalisme**), denominada **síndrome de Conn** (amb sobreproducció d’aldosterona) o **síndrome de Cushing** (amb sobreproducció de cortisol). Els símptomes de la malaltia de Cushing són una cara rodona (o “cara de lluna”) i augment de pes, especialment al tronc, el coll i la part superior de l’esquena. La cara inflada i l’augment de pes són causats per la retenció d’aigua si la persona està alhora en conflicte actiu d’abandonament o existència (la SÍNDROME). La retenció d’aigua també augmenta a causa de la sobreproducció de cortisol (una hormona de l’estrès). **NOTA:** Els símptomes de Cushing són “efectes secundaris” dels corticosteroides. Per tant, l’anomenat “Síndrome de Cushing iatrogènic” és força comú a causa de l’ús generalitzat d’aquests medicaments.

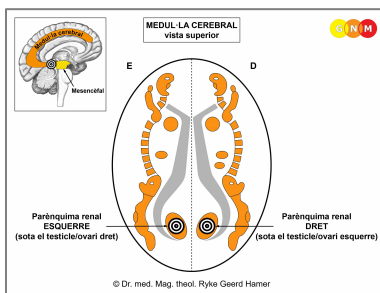


Les glàndules adrenals també produeixen andrògens, una hormona responsable del creixement del cabell en llocs com la cara i el pit. Per tant, les dones amb Cushing solen tenir més pèl facial i corporal. Un quist adrenal gran pot causar un creixement excessiu de cabell com a resultat de l’augment de la producció d’andrògens. Aquesta condició s’anomena **hirsutisme**.



DESENVOLUPAMENT I FUNCIÓ DEL PARÈNQUIMA RENAL: El parènquima renal forma la major part del ronyó. Compost per milions de nefrones, la seva funció principal és filtrar la sang i produir orina. Cada nefrona consta d'un glomèrul, que és una xarxa capil·lar envoltada per una membrana anomenada càpsula de Bowman. És la pressió arterial dins dels vasos sanguinis petits i **la càpsula de Bowman** la que regula la formació d'orina (després que la vida es va traslladar a la terra, la producció d'orina ja no estava regulada a través de l'intestí sinó a través de la circulació sanguínia i els ronyons). A mesura que la sang travessa els glomèruls, l'aigua i les deixalles metabòliques es filtren a través de les parets capil·lars. No obstant això, la majoria del filtratge és reabsorbit pels túbuls col·lectors renales i tornat a la sang, deixant al voltant d'1,5 a 2 litres d'orina per a la seva eliminació. La velocitat a la que els ronyons filtren la sang s'anomena taxa de filtració glomerular (TFG). El parènquima renal s'origina del mesoderma nou i, per tant, es controla des de la medul·la cerebral.

NOTA: Originalment, els ronyons eren un sol òrgan que després es va dividir en dos ronyons. Si els ronyons no se separen completament durant el desenvolupament fetal, això presenta un anomenat "**ronyó en ferradura**" amb els dos ronyons encara fusionats en forma d'U a la base inferior.



NIVELL CEREBRAL: A la **medul·la cerebral**, el parènquima renal del ronyó dret es controla des del costat dret del cervell; el parènquima renal del ronyó esquerre es controla des de l'hemisferi cerebral esquerre.

NOTA: Els centres de control estan ubicats a l'àrea de transició entre el mesencèfal, ubicat a la part més externa del tronc cerebral, i la medul·la cerebral. Per tant, no hi ha una correlació creuada entre el cervell i l'òrgan.

CONFLICTE BIOLÒGIC: Els túbuls col·lectors renales, que es van desenvolupar en un moment en què la vida només existia a l'oceà, es relacionen amb el conflicte biològic de la privació d'aigua (peix fora de l'aigua). En contrast, el parènquima renal s'associa amb massa aigua, perquè vivint a la terra l'aigua mateixa s'havia convertit en un perill per inundacions i ofegaments. El conflicte lligat al parènquima renal és, doncs, un **conflicte d'aigua o fluids**.

Un conflicte d'aigua es pot experimentar amb qualsevol accident dintre o sobre l'aigua. No obstant això, una canonada d'aigua trencada, fugites d'aigua, **una casa inundada** o problemes relacionats amb el clavegueram també desencadenen conflictes per l'aigua. Un recordatori constant de **danys per aigua** no reparats pot mantenir actiu un conflicte d'aigua. Les fortes pluges, les tempestes elèctriques, la calamarsa, les tempestes de neu o **les tempestes de gel** provoquen conflictes relacionats amb l'aigua relacionats amb el clima. Si la pluja, inclòs el pronòstic de pluja, es converteix en un rail, això dona com a resultat símptomes recurrents o fins i tot permanents de conflicte actiu.



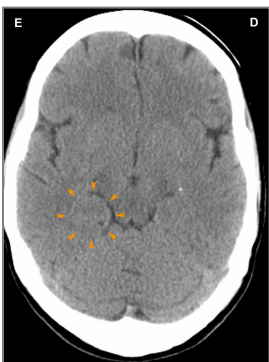
... les inundacions poden afectar la població de grans regions.

Els conflictes de fluids es refereixen a angoixes que involucren líquids, per exemple, substàncies químiques nocives, infusions o injeccions (medicaments, citostàtics, drogues il·lícites, vacunes), petroli (desastres petrolers), gasolina (quedar-se sense gasolina, augment dels preus de la gasolina), alcohol (inclosa l'abstinència alcohòlica), productes químics en aliments líquids o productes de neteja associats amb "al·lèrgies" o que es creu que són carcinògens. El conflicte també es relaciona amb fluids corporals com ara orina (incontinència), semen (abús sexual, pràctiques sexuals no desitjades), líquid amniòtic (ruptura d'aigua durant l'embaràs) o flux de fluid (fluid vaginal). **Per a algú que no estigui familiaritzat amb la GNM**, la retenció d'aigua (vegeu túbuls col·lectors renals) pot activar un conflicte d'aigua. **NOTA:** La sang es correlaciona biològicament amb un conflicte de sagnat que afecta la melsa.

FASE DE CONFLICTE ACTIU: **pèrdua cel·lular (necrosi)** en un o, amb múltiples conflictes, a diversos llocs dels ronyons. Durant l'activitat conflictiva, la pressió arterial augmenta i provoca **hipertensió**. El **propòsit biològic de la pressió arterial elevada** és compensar la pèrdua de teixit glomerular, que permet al ronyó realitzar la seva funció malgrat el nombre reduït de cèl·lules productores d'orina (compareu amb hipertensió relacionada amb el miocardi dret; veure també medul·la adrenal).

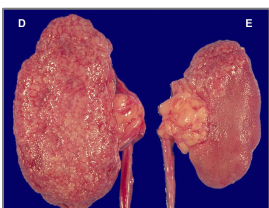
El nivell de pressió arterial és determinat per l'extensió de la pèrdua de teixit. Per tant, amb un conflicte intens, la pressió arterial pot augmentar considerablement (vegeu també hipertensió durant la Crisi Epileptoide). Tot i això, la **hipertensió mai és motiu de pànic** perquè la pressió arterial elevada no causa un atac cardíac ni un vessament cerebral, com afirma la medicina convencional, sinó que és més aviat un programa de suport biològic per mantenir la funció de l'òrgan. Els medicaments per baixar la pressió arterial (inhibidors de l'ACA) només interfereixen amb aquesta resposta natural. Un ús excessiu de drogues antihipertensives és per tant molt dur per als ronyons i fins i tot poden causar fallada renal.

Atès que els nivells de substàncies úriques depenen de la taxa de filtració glomerular (TFG), els **valors d'àcid úric, urea i creatinina augmenten** durant la fase de conflicte actiu (compareu amb nivells elevats d'àcid úric, urea i creatinina relacionats amb els túbuls col·lectors renals).



Aquest escàner cerebral mostra un Focus de Hamer a la medul·la cerebral, precisament, a l'àrea que controla el parènquima renal esquerre (vegeu el **diagrama de la GNM**). La nítida vora de l'estructura de l'anell indica que la persona està en conflicte actiu amb breus fases de curació al medi (part edematosa).

NOTA: Si un conflicte d'aigua o fluids afecta el parènquima renal dret o esquerre és aleatori.



Una pèrdua progressiva de cèl·lules renals parenquimatoses provoca un **ronyó cirròtic** (vegeu el ronyó esquerre en aquesta imatge) amb la incapacitat de produir quantitats suficients d'orina (compareu amb el ronyó cirròtic relacionat amb els túbuls col·lectors renals amb una eliminació insuficient d'orina). Sense una resolució del conflicte, això condueix eventualment a l'anomenada "**insuficiència renal glomerular**" (compareu amb la "insuficiència renal tubulosa") i la **fallada renal**. Quan tots dos ronyons estan afectats, la diàlisi és inevitable.

Si el ronyó afectat és extirpat quirúrgicament, la pressió arterial torna a la normalitat. Tot i això, en el cas d'un conflicte d'aigua nou o reactivat, el DHS es registrarà al relé cerebral de l'altre ronyó fent que la pressió arterial torni a pujar.

FASE DE CURACIÓ: Després de la resolució del conflicte (**CL**), la pèrdua de teixit es reposa amb noves cèl·lules, idealment assistides per bacteris. Els **síntomes de curació** són **dolor** a causa de la inflor del ronyó i potencialment **sang a l'orina** (vegeu també, trígion vesical, mucosa vesical i pròstata). Durant la fase de curació, la pressió arterial i els nivells de substàncies úriques tornen a la normalitat. Tot i això, amb cada recaiguda en un conflicte, la pressió arterial augmenta temporalment, la qual cosa provoca una **“hipertensió inestable”** (“hipertensió crònica” indica una activitat de conflicte perllongada). La pressió arterial també augmenta breument i potencialment de manera significativa durant el període de la Crisi Epileptoide.

Si la curació involucra els glomèruls, llavors la condició s'anomena **glomerulonefritis** (compareu amb la nefritis relacionada amb els túbuls col·lectors renals). Amb fases de curació recurrents, es forma teixit cicatricial a la unitat de filtratge del ronyó (en **PCL-B**). Això s'anomena **glomerulosclerosi focal i segmentària** (GEFS).

Una característica especial relacionada amb la curació del parènquima renal és la formació d'un **QUIST RENAL**. Sempre que no hi hagi recaigudes conflictives que interrompin la curació, aquest procés triga nou mesos a completar-se (vegeu també quist adrenal, quist ovàric i quist testicular). El desenvolupament del quist ocorre en diversos passos.

Inicialment, durant la **PCL-A**, es forma una càpsula plena de líquid o un quist al lloc de la necrosi. El quist sobresurt cap a fora o creix cap a dins. La seva mida està determinada per la intensitat i la durada de la fase de conflicte actiu precedent. Amb la retenció d'aigua concurrent (la SÍNDROME) com a resultat d'un conflicte actiu d'abandonament o existència, el quist al parènquima renal es pot tornar força gran ja que l'aigua retinguda s'emmagatzema excessivament a l'àrea de curació. Els quists grans poden causar un dolor considerable. El que s'anomena **“malaltia renal poliquistica”** apunta a múltiples conflictes d'aigua o fluids que donen com a resultat molts quists (la teoria que l'afecció és un “trastorn genètic” és purament hipotètica).

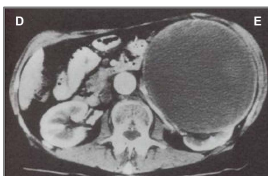
Per restaurar la pèrdua cel·lular que va passar durant la fase de conflicte actiu, les cèl·lules renals restants es multipliquen dins del quist. Durant aquesta fase, el quist s'adhereix al teixit veí per al subministrament de sang. L'adhesió als teixits adjacents també estabilitza el quist. Detectat en aquesta etapa, el “creixement” es diagnostica, en termes de la medicina convencional, com un càncer de **ronyó “invasiu o infiltrant”** i s'interpreta com una “metàstasi” (compareu amb el càncer de ronyó relacionat amb els túbuls col·lectors renals). Basant-nos en Les Cinc Lleis Biològiques, les noves cèl·lules no es poden considerar “cèl·lules canceroses”, ja que l'augment de cèl·lules és, en realitat, un procés de reposició.

Després de la Crisi Epileptoide, a **PCL-B**, el quist ha perdut la major part del seu líquid. En aquest punt, el “càncer” es diagnostica com un **tumor de Wilms o nefroblastoma. SENSE PÀNIC!** Perquè d'aquí a nou mesos (sense recaigudes en el conflicte), el quist que havia començat com una càpsula plena de líquid s'endureix, s'allibera del teixit veí i, dotat de vasos sanguinis, es converteix en una part integral del ronyó que hi **participa, com un tercer ronyó, en totes les funcions de l'òrgan.**

NOTA: Tots els òrgans que deriven del mesoderma nou (“grup excedent”), inclòs el parènquima renal, mostren el propòsit biològic al final de la fase de curació. Un cop completat el procés de curació, l'òrgan o teixit és més fort que abans, cosa que permet estar més ben preparat per a un conflicte del mateix tipus.



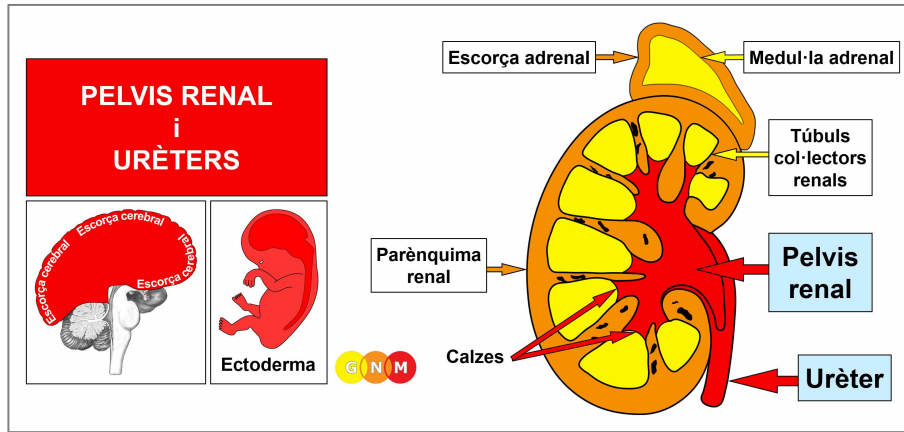
En aquesta TC cerebral veiem un Focus de Hamer a l'àrea del cervell que controla el parènquima del ronyó esquerre (fletxes taronges inferiors – [vegeu el diagrama de la GNM](#)) corresponent a un quist renal al ronyó esquerre. Per tant, s'ha resolt el conflicte d'aigua o fluid. Les fletxes superiors assenyalen un Focus de Hamer al relé cerebral de la dentina de la dent relacionada amb un conflicte de mos, actualment en fase de resolució.



Amb la retenció d'aigua a causa de la SÍNDROME, un quist renal es pot tornar molt gran, com es mostra en aquesta TC orgànica.

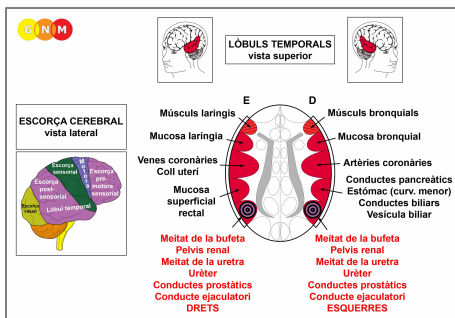
Si la pressió en un quist líquid o semilíquid es torna massa forta, el quist podria esclatar. Un cop al ronyó, una punció exploratòria o una cirurgia prematura poden provocar la ruptura. Quan el quist es trenca, el líquid arriba al retroperitoneu i a l'àrea abdominal i les cèl·lules renals alliberades s'adhereixen a la paret abdominal o a un òrgan abdominal com l'estómac, el duodè, el còlon, el fetge o el pàncrees. En aquest cas, la finalització del desenvolupament del quist passa fora del ronyó. Trobats en aquestes àrees, aquests quists sovint es diagnostiquen erròniament com "bosses de ganglis limfàtics" o com "liposarcomes" que es creu que sorgeixen de les cèl·lules greixoses o del teixit tou ("leiomiosarcomes"). A la medicina convencional, els creixements es consideren "malignes".

Segons en Dr. Hamer, l'extirpació d'un quist renal només s'ha de fer quan el quist està completament madur (indurat). La cirurgia en un quist semilíquid dissemina les cèl·lules parenquimatoses cap a l'àrea circumdant amb complicacions innecessàries (vegeu quists ovàrics i endometriosis). Amb la retenció d'aigua concurrent provocada per un conflicte d'existència, provocat generalment pel diagnòstic de càncer de ronyó o la por a l'hospitalització, el quist s'endureix només parcialment. La resolució del conflicte relacionat amb els túbuls renals, per tant, ha de tenir prioritat.



DESENVOLUPAMENT I FUNCIÓ DE LA PELVIS RENAL I ELS URÈTERS: La pelvis renal i els urèters representen el tracte urinari superior. La pelvis renal rep l'orina dels túbuls col·lectors renals a través dels seus calzes en forma de copa. Des d'allà, l'orina flueix cap als urèters i després cap a la bufeta i la uretra (tracte urinari inferior) per eliminar-los. La paret interna de la pelvis renal i els urèters està dotada de músculs llisos i estriats. Com els músculs intestinals que mouen el “mos d'aliment” al llarg del canal intestinal a través del moviment peristàltic, els músculs llisos de la pelvis renal i els urèters faciliten el flux del “mos d'orina”. El revestiment de la pelvis renal, inclosos els calzes renals i els urèters, consta d'epiteli escamós, s'origina de l'ectoderma i, per tant, es controla des de l'escorça cerebral.

NOTA: Originalment, els ronyons eren un sol òrgan, que després es va dividir en dos ronyons. És per això que la pelvis renal i els urèters tenen dos centres de control cerebral, un a cada hemisferi cerebral.



NIVELL CEREBRAL: El revestiment epitelial de la pelvis renal i els urèters es controlen des dels **lòbuls temporals** (part de l'**escorça post-sensorial**). La pelvis renal del ronyó esquerre i l'urèter esquerre es controlen des del lòbul temporal dret; la pelvis renal del ronyó dret i l'urèter dret es controlen des de l'hemisferi cortical esquerre (al costat del centre de control de la mucosa superficial rectal). Per tant, hi ha una correlació creuada entre el cervell i l'òrgan.

NOTA: La pelvis renal i els urèters, així com la bufeta i la uretra, comparteixen els mateixos centres de control. Si el conflicte afecta la pelvis renal, urèter(s), bufeta o uretra és aleatori. Els conductes prostàtics i els conductes ejaculadors també es controlen des dels mateixos relés cerebrals.

CONFLICTE BIOLÒGIC: El conflicte biològic vinculat a la pelvis renal i els urèters és un **conflicte de demarcació territorial** masculí o un **conflicte de demarcació** femení (vegeu també bufeta i uretra) depenent del gènere, la lateralitat i l'estat hormonal d'una persona (vegeu també Constel·lació de Demarcació). Un conflicte de demarcació territorial masculí es refereix a una invasió inesperada dels límits exteriors (els mamífers mascles marquen el límit exterior del territori amb orina pujant les cames) mentre que un conflicte de demarcació femení es relaciona amb una ruptura dels límits interiors (les mamíferes femelles marquen el límit interior del seu lloc a la gatzoneta). El conflicte de demarcació femení és semblant a un conflicte d'identitat, que involucra la mucosa de la superfície del recte. És per això que el relé cerebral de la pelvis renal, els urèters, la bufeta i la uretra es troba junt al relé del recte.

Gènere, Lateralitat, Estat Hormonal

Conflicte Biològic

Òrgan Afectat

Home dretà (EHN)
 Home esquerrà (EHN)
 Home dretà (EBT)
 Home esquerrà (EBT)

Conflicte de demarcació territorial
 Conflicte de demarcació territorial
 Conflicte de demarcació
 Conflicte de demarcació

Pelvis renal esquerra, urèter
 Pelvis renal dreta, urèter*
 Pelvis renal dreta, urèter
 Pelvis renal esquerra, urèter*

Dona dretana (EHN)
 Dona esquerrana (EHN)
 Dona dretana (EBE)
 Dona esquerrana (EBE)

Conflicte de demarcació
 Conflicte de demarcació
 Conflicte de demarcació territorial
 Conflicte de demarcació territorial

Pelvis renal dreta, urèter
 Pelvis renal esquerra, urèter*
 Pelvis renal esquerra, urèter
 Pelvis renal dreta, urèter*

EHN = Estat hormonal normal

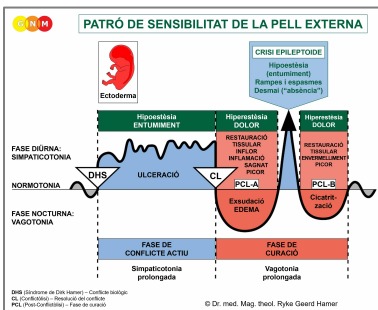
EBT = Estat baix de testosterona

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 de demarcació territorial** es refereix a una intrusió al lloc d'un (llar, propietat), inclòs el territori estès (veïnat, llogaret, ciutat, país). Els conflictes de demarcació relacionats amb la feina es provoquen, per exemple, a través de baralles per una posició o quan un competidor es trasllada al terreny professional. Els conflictes de demarcació relacionats amb les relacions concerneixen els membres del domini (cònjuge, fills, pares, parents, companys d'habitació, companys de classe, amics, visitants, veïns, col·legues, mestres, supervisors) que estan "creuant la línia" o entremetent-se en els seus assumptes. Sentir-se controlat per un cònjuge, parella o pare pot evocar un conflicte de demarcació. Una invasió de l'esfera privada també inclou la manca de respecte per les pertinences. Un home pot patir un conflicte de demarcació territorial, quan un altre home està interessat en la seva dona o quan la seva dona o la núvia es fica al llit amb una altra persona. El sexe no desitjat o l'abús sexual es pot percebre com una invasió de l'espai íntim. Un assalt contra les pròpies creences, comentaris racistes o assetjament de qualsevol mena podria provocar un conflicte de demarcació. Els nens experimenten el conflicte a l'escola, a l'escola de bressol, a la llar d'infants o al pati d'esbarjo, també quan neix un nou germà, quan han de compartir l'habitació amb un membre de la família o quan es barallen per una joguina. Les mascotes pateixen conflictes de demarcació quan altres animals (o humans) ocupen el seu territori o quan són reubicats.



El Programa Especial Biològic de la **pelvis renal i urèters** segueix el **PATRÓ DE SENSIBILITAT DE LA PELLA EXTERNA** amb hiposensibilitat durant la fase de conflicte actiu i la Crisi Epiléptica i hipersensibilitat a la fase de curació.

FASE DE CONFLICTE ACTIU: ulceració en el revestiment de la pelvis renal, calzes renals i/o urèter(s) proporcional al grau i la durada de l'activitat conflictiva. El **propòsit biològic de la pèrdua cel·lular** és engrandir el volum de la pelvis renal i eixamplar l'(els) urèter(s) per millorar el flux d'orina per tal de poder marcar millor el territori.

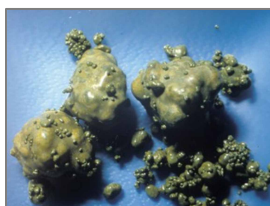


Aquesta imatge (RM) mostra l'impacte d'un conflicte de demarcació a l'àrea de l'escorça cerebral que controla la pelvis renal i els urèters, així com la bufeta i la uretra (vegeu el diagrama de la GNM). La vora nítida del Focus de Hamer indica que el conflicte encara està actiu. La part del sistema urinari que es veu afectada només es revelarà quan comenci la curació. En qualsevol cas, amb el coneixement de la GNM, la persona estarà preparada pels símptomes de curació.

FASE DE CURACIÓ: Durant la primera part de la fase de curació (PCL-A) la pèrdua de teixit es reposa a través de la **proliferació cel·lular** amb **inflor** a causa de l'edema (acumulació de líquid) a l'àrea de curació. Una gran inflor pot obstruir l'urèter afectat! Una inflamació a la pelvis renal s'anomena **pielitis**. La Crisi Epileptoide es manifesta com un **dolor agut amb rampes o espasmes (còlic ureteral, còlic renal)** si els músculs estriats circumdants de la pelvis renal i/o els urèters pateixen la Crisi Epileptoide alhora (vegeu també còlic renal relacionat amb els túbuls col·lectors renals).

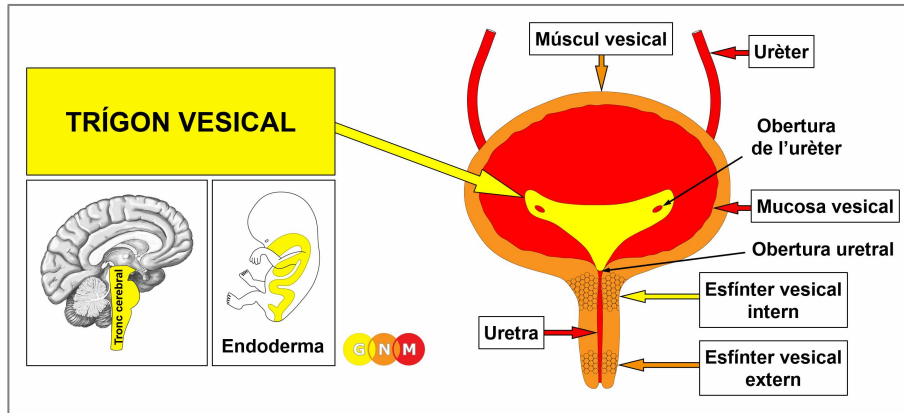
NOTA: Totes les Crisi Epileptoides que es controlen des de l'**escorça sensorial, post-sensorial o pre-motora sensorial** s'acompanyen de **problemes circulatoris, marejos**, breus **alteracions de la consciència** o una completa **pèrdua de la consciència** (desmai o "absència"), depenent de la intensitat 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).

Una "**infecció bacteriana**" a la **pelvis renal o els urèters** indica que el procés de reparació i cicatrització (PCL-B) és assistit per bacteris. Aquest sol ser el cas quan la ulceració que es va produir a la fase de conflicte actiu penetra profundament en el teixit renal o ureteral (vegeu també "infecció renal" relacionada amb els túbuls col·lectors renals). Les infeccions recurrents apunten a recaigudes en el conflicte provocades per l'establiment de rails que es van establir quan va tenir lloc el conflicte de demarcació original.

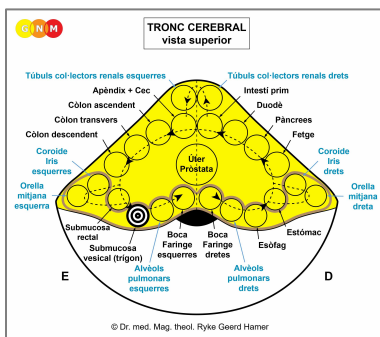


Una oclusió dels **calzes renals** causada per una fase de curació perllongada condueix a la formació de **càlculs renals**. En un moment, típicament durant la Crisi Epileptoide, els càlculs s'empenyen a través del coll del calze cap a la pelvis renal i més enllà de la bufeta. Aquest procés causa dolor agut, principalment a causa dels espasmes i rampes (còlic de ronyó) a la paret interna de la pelvis renal.

Els càlculs renals a la pelvis renal són càlculs d'àcid úric de color verd o groguenc (compareu amb els **càlculs d'oxalat** de calci blancs o foscos als túbuls col·lectors renals). Els urats, com a resultat dels conflictes de demarcació territorial, són molt comuns en gossos i gats.



DESENVOLUPAMENT I FUNCIONAMENT DEL TRÍGON VESICAL: El trígono vesical (de la bufeta) és l'àrea triangular entre les obertures dels urèters i la uretra. Quan el múscul de la bufeta es contrau, el trígono canalitza l'orina que s'emmagatzema temporalment a la bufeta cap a la uretra. Igual que les cèl·lules intestinals que digereixen i absorbeixen els aliments, la funció biològica del trígono vesical és "digerir" (qualitat secretora) proteïnes i "absorbir" (qualitat absorbent) orina (similar als túbuls col·lectors renals). La submucosa del trígono vesical consta d'un epitelí cilíndric intestinal, s'origina de l'endoderma i, per tant, es controla des del tronc cerebral.



NIVELL CEREBRAL: El trígono vesical es controla des del costat esquerre del **tronc cerebral**, al costat del centre de control de la submucosa rectal.

NOTA: El trígono vesical (submucosa vesical), les glàndules de Bartholin i les glàndules productores d'esmegma comparteixen el mateix relé cerebral.

CONFLICTE BIOLÒGIC: El conflicte biològic lligat al trígono vesical és un **conflicte de mos lleig i "brut"** (negocis bruts, trucs bruts, sexe brut, etc.) similar a un "conflicte de merda" relacionat amb el còlon sigmoide i la submucosa rectal.

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: Començant amb el DHS, durant la fase de conflicte actiu, les cèl·lules del trígono vesical proliferen proporcionalment a la intensitat del conflicte. El **propòsit biològic de l'increment cel·lular** és millorar la capacitat de "digerir" o "absorbir" el "mos brut". Amb una activitat conflictiva perllongada, es forma un creixement pla (tipus absorbent) o en forma de coliflor (tipus secretor) al trígono. En la medicina convencional, això es diagnostica com un **càncer de bufeta** (compareu amb el "càncer de bufeta" relacionat amb la mucosa vesical). Si la taxa de divisió cel·lular excedeix un cert límit, llavors el càncer es considera "maligne"; per sota d'aquest límit, el creixement es considera benigne o es diagnostica com un **pòlip vesical** (vegeu també fase de curació).

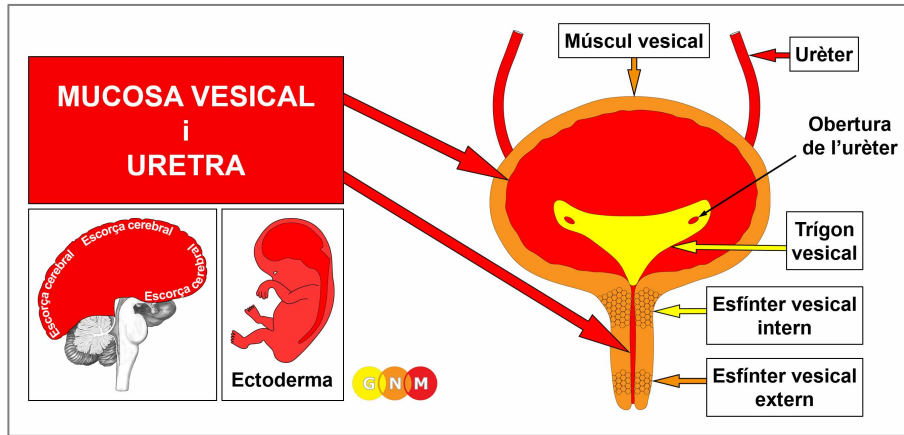
FASE DE CURACIÓ: Després de la resolució del conflicte (CL), els fongs o els micobacteris, com el bacteri de la tuberculosi, eliminen les cèl·lules que ja no són necessàries. Això causa una **cistitis tuberculosa purulenta**, una “**infecció bacteriana de la bufeta**”.

NOTA: S’ha trobat que els bacteris *Escherichia coli* (*E. coli*) també colonitzen la bufeta (consulteu infeccions per *E. coli* als intestins). Per tant, si *E. coli* participa en el procés de curació, la “infecció vesical” s’origina a partir d’un “conflicte de mos brut”, mentre que “infeccions vesicals” a la mucosa vesical i el múscul vesical estan vinculats a un conflicte de demarcació.

Els símptomes curatius són **dolor** a causa de la inflor, **orina tèrbola**, potencialment **sang a l’orina** (vegeu també parènquima renal, mucosa vesical i pròstata) i **suors nocturnes**. Depenent del grau de la fase de conflicte actiu, els símptomes varien de lleus a severes.

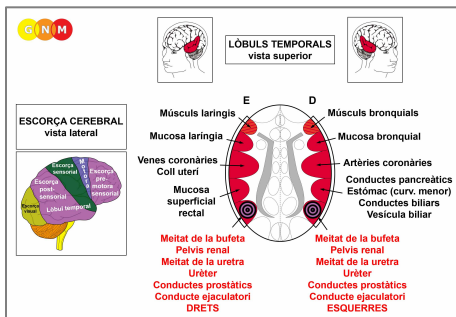
Quan els fongs participen en el procés de curació, això causa la “**cistitis per cànida**”, que esdevé crònica quan una persona està en una curació pendent degut a recaigudes en el conflicte. Contràriament a les afirmacions de la medicina convencional, la “infecció” per fongs a l’endodèrmic(!) trígon vesical no pot “estendre’s” a altres àrees del tracte urinari, com els urèters, la bufeta o la uretra (que s’originen de l’ectoderma) perquè els fongs... No creuen el llindar de la capa germinal!

Si els microbis requerits no estan disponibles en el moment de la resolució del conflicte, perquè van ser destruïts per l’ús excessiu d’antibiòtics, les cèl·lules addicionals romanen. Eventualment, el creixement s’encapsula amb teixit connectiu. Això generalment es diagnostica com un **pòlip vesical** o com un “càncer benigne” (vegeu també fase de conflicte actiu).



DESENVOLUPAMENT I FUNCIO DE LA MUCOSA VESICAL I URETRA: La bufeta i la uretra formen el tracte urinari inferior. A les dones, la bufeta es troba davant de l'úter; la uretra es col·loca a prop de la paret frontal de la vagina. Als homes, la uretra s'estén fins al final del penis i transporta l'orina i el semen durant l'ejaculació; al coll de la bufeta, la uretra està envoltada per la pròstata. La bufeta és un òrgan muscular buit on s'emmagatzema temporalment l'orina rebuda de la pelvis renal i els urèters. L'orina surt de la bufeta a través de la uretra. La paret interna de la uretra està dotada de músculs llisos i estriats. Com els músculs intestinals que mouen el "mos d'aliment" al llarg del canal intestinal a través del moviment peristàltic, els músculs llisos de la uretra faciliten el flux i l'eliminació del "mos d'orina".

NOTA: Originalment, el sistema urinari constava de dues bufetes. Amb el temps, les dues bufetes van créixer juntes formant un sol òrgan (al revés, els ronyons van ser al principi un òrgan, que després es va dividir en dos ronyons). És per això que la bufeta i la uretra tenen dos centres de control cerebral, un a cada hemisferi cerebral.



NIVELL CEREBRAL: El revestiment epitelial de la bufeta i la uretra es controla des del **lòbul temporal** (part de l'**escorça post-sensorial**). La meitat esquerra de la bufeta i la meitat esquerra de la uretra es controlen des del lòbul temporal dret; la meitat dreta de la bufeta i la meitat dreta de la uretra es controlen des de l'hemisferi cortical esquerre (al costat del centre de control de la mucosa superficial rectal). Per tant, hi ha una correlació creuada entre el cervell i l'òrgan.

NOTA: La bufeta i la uretra, així com la pelvis renal i els urèters comparteixen els mateixos centres de control. Si el conflicte afecta la pelvis renal, urèter(s), bufeta o uretra és aleatori. Els conductes prostàtics i els conductes ejaculadors també es controlen des dels mateixos relés cerebrals.

CONFLICTE BIOLÒGIC: El conflicte biològic vinculat a la mucosa vesical i la uretra és un **conflicte de demarcació territorial** masculí o un **conflicte de demarcació** femení (vegeu pelvis renal i urèters), depenent del gènere, lateralitat i estat hormonal d'una persona (vegeu també Constel·lació de Demarcació).

Gènere, Lateralitat, Estat Hormonal

Conflicte Biològic

Òrgan Afectat

Home dretà (EHN)
 Home esquerrà (EHN)
 Home dretà (EBT)
 Home esquerrà (EBT)

Conflicte de demarcació territorial
 Conflicte de demarcació territorial
 Conflicte de demarcació
 Conflicte de demarcació

Meitat esquerra de la bufeta, uretra
 Meitat dreta de la bufeta, uretra*
 Meitat dreta de la bufeta, uretra
 Meitat esquerra de la bufeta, uretra*

Dona dretana (EHN)
 Dona esquerrana (EHN)
 Dona dretana (EBE)
 Dona esquerrana (EBE)

Conflicte de demarcació
 Conflicte de demarcació
 Conflicte de demarcació territorial
 Conflicte de demarcació territorial

Meitat dreta de la bufeta, uretra
 Meitat esquerra de la bufeta, uretra*
 Meitat esquerra de la bufeta, uretra
 Meitat dreta de la bufeta, uretra*

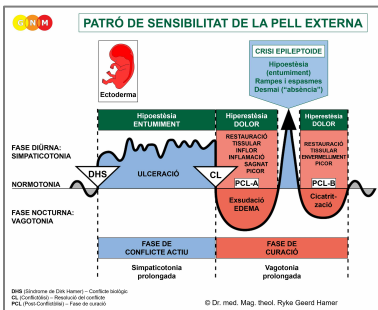
EHN = Estat hormonal normal

EBT = Estat baix de testosterona

EBE = Estat baix d'estrògens

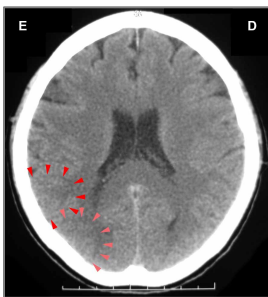
***Amb els esquerrans el conflicte es transfereix a l'altre hemisferi cerebral**

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**.



El Programa Especial Biològic de la **mucosa vesical i uretral** 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 a la mucosa vesical i/o al revestiment de la uretra proporcional al grau i duració de l'activitat conflictiva. El **propòsit biològic de la pèrdua cel·lular** és engrandir el volum de la bufeta i eixamplar la uretra per millorar el flux d'orina per tal de poder marcar millor el territori.



Aquesta TC mostra dos Focus de Hamer al lòbul temporal esquerre; un al relé cerebral per a la mucosa vesical (fletxes vermelles inferiors – [vegeu el diagrama de la GNM](#)), l'altre al relé de la mucosa superficial rectal (fletxes vermelles superiors). Les fronteres nítides revelen que la persona està en conflicte actiu amb un conflicte de demarcació (no poder establir els propis límits) i un conflicte d'identitat (“on pertanyo?”).

FASE DE CURACIÓ: Durant la primera part de la fase de curació (**PCL-A**) la pèrdua de teixit es reposa a través de la **proliferació cel·lular amb inflor** a causa de l'edema (acumulació de líquid) a l'àrea de curació. En la medicina convencional, això podria diagnosticar-se com un **“càncer de bufeta” o carcinoma urotelial**, també anomenat **carcinoma cel·lular de transició** (compareu amb el càncer de bufeta relacionat amb el trígon vesical). Basant-nos en Les Cinc Lleis Biològiques, les noves cèl·lules no es poden considerar “cèl·lules canceroses”, ja que l'augment de cèl·lules és, en realitat, un procés de reposició. Un petit creixement similar a una berruga en el revestiment del tracte urinari, que inclou la pelvis renal i els urèters, s'anomena **“papil·loma urotelial”** i generalment es considera “benigne”.

Els símptomes curatius són necessitat urgent i freqüent d'orinar amb cremor en fer-ho i eliminació de només petites quantitats d'orina; potencialment hi ha **sang a l'orina** (vegeu també parènquima renal, trígon vesical i pròstata). També és típica **la sensació de necessitat constant d'orinar i de buidatge incomplet de la bufeta** després d'orinar, una afecció anomenada **tenesme de la bufeta** (compareu amb el tenesme rectal). Amb la retenció d'aigua a causa de la SÍNDROME, la inflor engrandida pot bloquejar el flux d'orina a la uretra. Aquesta és una situació mèdica aguda! En aquest cas, en Dr. Hamer recomana un catèter vesical temporal (vegeu també obstrucció del tracte urinari en homes causada per engrandiment de la pròstata o un tumor de pròstata).

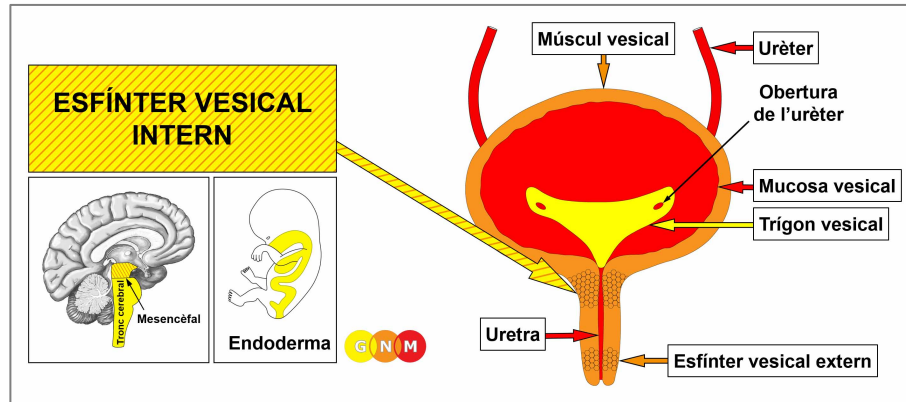
La Crisi Epileptoide es manifesta com un **dolor agut amb rampes o espasmes** si els músculs estriats circumdants de la paret interna de la uretra pateixen la Crisi Epileptoide alhora.

NOTA: Totes les Crisi 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).

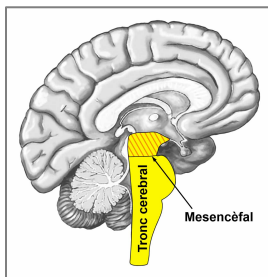
Una **infecció del tracte urinari a la uretra (uretritis) o una infecció de la bufeta (cistitis)** indica que el procés de reparació i cicatrització (**PCL-B**) és assistit per bacteris (vegeu també UTI relacionada amb els urèters i “infeccions vesicals” relacionades amb el trígon vesical i el múscul vesical). Aquest sol ser el cas quan la ulceració que es va produir a la fase de conflicte actiu penetra profundament en el teixit uretral i vesical. Les infeccions vesicals recurrents apunten a recaigudes en el conflicte desencadenades per l'establiment d'un rail que es va establir quan va tenir lloc el conflicte de demarcació original.

La **gonorrea uretral** és una inflamació de la membrana mucosa uretral amb secreció deguda a l'activitat bacteriana (*Neisseria gonorrhoeae*) durant el procés de curació. Si els bacteris *Chlamydia trachomatis* estan involucrats, això causa l'anomenada **“infecció per clamídia”**; el bacteri de la clamídia també està involucrat en la uretritis (la clamídia a la boca es relaciona amb un conflicte oral; en el recte o anus amb un conflicte d'identitat). Contràriament a les creences habituals, la gonorrea o la clamídia no es poden transmetre sexualment ja que els símptomes ja són símptomes curatius, explícitament, d'un conflicte de demarcació (territorial) pel que fa a l'espai sexual (vegeu també conflicte de separació sexual i herpes genital). Si els símptomes són menys severs, l'afecció es pot diagnosticar com a uretritis o cistitis. La que es denomina eufemísticament “cistitis de la lluna de mel” és causada per freqüents y perllongades relacions sexuals. **NOTA:** En els homes, la uretra també es fa servir per a l'ejaculació. Per tant, el Programa Especial Biològic de la uretra correspon també a un **conflicte d'ejaculació** (vegeu també conductes ejaculadors) com “no poder, no tenir permès o no voler ejacular”, per exemple, l'ejaculació precoç.

Les berrugues vesicals (a la bufeta) són el resultat d'una curació perllongada a la bufeta urinària. Erròniament, aquests residus inofensius s'interpreten com a càncers. Les berrugues vesicals són força comunes en gats i gossos (conflicte de demarcació territorial!).



DESENVOLUPAMENT I FUNCIONAMENT DE L'ESFÍNTER VESICAL INTERN: L'esfínter vesical intern és un múscul en forma d'anell ubicat a la part inferior del coll vesical. El mecanisme muscular regula involuntàriament el flux d'orina des de la bufeta cap a la uretra. L'esfínter vesical extern envolta de la uretra i proporciona un segon mitjà per controlar l'eliminació de l'orina. L'esfínter vesical intern està format per músculs llisos, s'origina de l'endoderma i es controla des del mesencèfal.

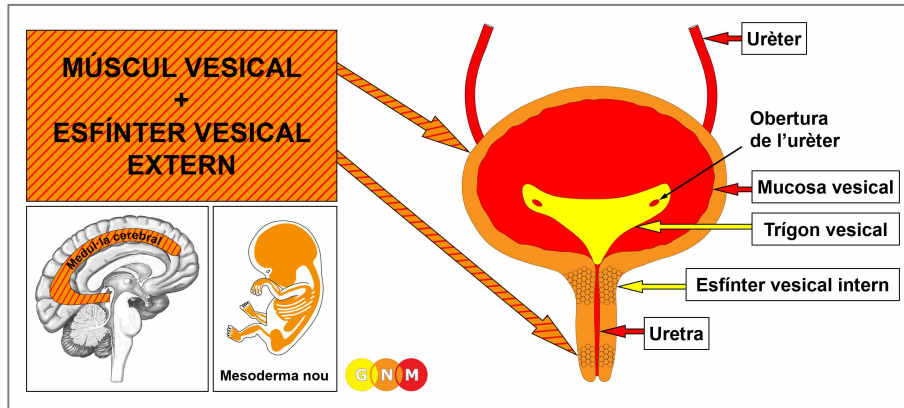


NIVELL CEREBRAL: El múscul llis de l'esfínter vesical intern es controla des del **mesencèfal**, ubicat a la part més externa del tronc cerebral.

CONFLICTE BIOLÒGIC: El conflicte biològic relacionat amb l'esfínter vesical intern és **no poder retenir l'orina**, per exemple, a causa de la incontinència. La incontinència urinària és una de les més freqüents causes de conflictes que prossegueixen una cirurgia prostàtica.

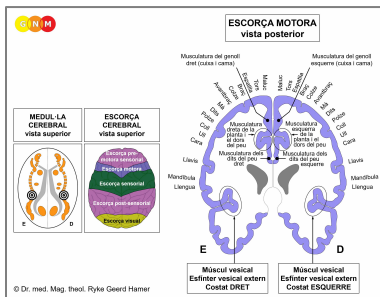
FASE DE CONFLICTE ACTIU: hipertonia de l'esfínter vesical intern. El propòsit biològic de l'augment de la tensió muscular és facilitar la retenció d'orina a la bufeta.

FASE DE CURACIÓ: La tensió muscular torna a la normalitat. La Crisi Epileptoide es presenta com a espasmes vesicals dolorosos (vegeu també espasmes als urèters, múscul vesicals, mucosa vesical i uretral).



DESENVOLUPAMENT I FUNCIO DEL MÚSCUL VESICAL I ESFÍNTER VESICAL EXTERN: La bufeta és un òrgan buit per emmagatzemar l'orina. La paret de la bufeta està formada per músculs que es contrauen en orinar i fan que l'orina surti de la bufeta cap a la uretra; alhora, els dos esfínters s'obren per permetre l'expulsió de l'orina. L'esfínter vesical extern envolta de la uretra i, a més de l'esfínter vesical intern, és un segon mecanisme muscular que regula l'eliminació de l'orina. El múscul estriat vesical i l'esfínter vesical extern es deriven del mesoderma nou i es controlen des de la medulla cerebral i l'escorça motora.

NOTA: Originalment, la bufeta constava només de músculs llisos que es van desenvolupar a partir dels músculs intestinals de l'esòfag. Els músculs estriats de la bufeta es van desenvolupar posteriorment juntament amb l'esfínter vesical extern; tots dos són músculs voluntaris que es poden controlar conscientment.



NIVELL CEREBRAL: El múscul estriat vesical i l'esfínter vesical extern tenen dos centres de control al cervell. La funció tròfica dels músculs, responsables 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 del múscul vesical i l'esfínter vesical 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 l'esfínter vesical intern de la bufeta es controlen des del **mesencèfal**.

NOTA: El múscul vesical i l'esfínter vesical extern, els músculs del recte i l'esfínter anal 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 el múscul vesical i l'esfínter vesical extern és "no poder marcar suficientment el lloc d'un" (vegeu també l'esfínter anal extern). El conflicte sol passar quan un conflicte de demarcació territorial no es pot resoldre durant un període perllongat de temps. Els músculs vesicals també es relacionen amb un conflicte de desvalorització de si mateix, generalment provocat per incontinència urinària.

FASE DE CONFLICTE ACTIU: pèrdua cel·lular (necrosi) del teixit muscular vesical (controlat des de la medul·la cerebral) i, proporcional al grau d'activitat conflictiva, augment de la **paràlisi del múscul vesical** (controlat des de l'escorça motora). Alhora, s'obre l'esfínter vesical extern (Sense necrosi amb esfínters!), cosa que augmenta el flux d'orina per poder marcar millor el territori.

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), orella interna (còclea i òrgan vestibular), nervis olfactoris, retina i cos vitri dels ulls) o hiperfunció (periosti i tàlem).

La **incontinència urinària**, una sortida involuntària d'orina, és un senyal que encara no s'ha resolt un conflicte de demarcació persistent. Depenent de la intensitat del conflicte, l'afecció varia des d'una fugida lleu (en tossir, esternudar, riure) fins a una incontinència incontrolable (vegeu també incontinència fecal). També es produeix una sobtada sortida d'orina durant la Crisi Epileptoide quan s'obre l'esfínter vesical extern. La incontinència sovint genera conflictes de desvalorització de si mateix que involucren teixits adjacents com l'os púbic o els músculs del pis pèlvic. Per tant, els músculs febles del pis pèlvic no causen incontinència, com es reclama, sinó que són el resultat de continus conflictes de desvalorització de si mateix relacionats amb la bufeta; el mateix passa amb les "infeccions vesicals" recurrents.

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 consten de músculs llisos. Els esfínters externs tenen una innervació inversa, la qual cosa significa que es tanquen per contracció a la vagotonia, és a dir, a la fase de curació, i s'obren per relaxació a la simpaticotonia, és a dir, a la fase de conflicte actiu i Crisi Epileptoide. Pel que fa a la bufeta i el recte, durant una Crisi Epileptoide, per exemple durant un atac epilèptic, tots dos esfínters poden obrir-se alhora provocant un buidatge complet de la bufeta juntament amb una pèrdua involuntària de femtes.

El "**mullar el llit**" (**enuresi nocturna**) és l'evacuació involuntària d'orina durant el son. La micció involuntària té lloc durant la Crisi Epileptoide que sol passar a la nit, és a dir, a la vagotonia. Amb l'estrès breu simpaticotònic, l'esfínter vesical s'obre provocant l'excreció d'orina. L'enuresi persistent o crònica indica que la persona té recaigudes contínues en el conflicte seguides de "l'accident nocturn". Els nens pateixen conflictes de demarcació territorial amb els germans o companys d'escola o quan són assetjats físicament, verbalment o socialment. **NOTA:** Un buidatge complet de la bufeta pot ocórrer en el curs de qualsevol Crisi Epileptoide intensa.

FASE DE CURACIÓ: Durant la fase de curació es reconstrueix el múscul vesical i es tanca l'esfínter vesical. Si els bacteris ajuden a la curació, això causa una "**infecció bacteriana vesical**" (vegeu també trígon vesical i mucosa vesical) amb **espasmes vesicals** dolorosos durant la Crisi Epileptoide (vegeu també espasmes relacionats amb els urèters, esfínter vesical intern, bufeta i uretra).

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

Font: www.learninggnm.com