

Resumen de la NUEVA MEDICINA
LA NUEVA MEDICINA GERMÁNICA

(Actualizado año 2004)
Resumen del trabajo presentado en el
proceso de habilitación en 1981
en la
Universidad de Tübingen

Gráficos actualizados 2004

Dr. med. Mag.theol Ryke Geerd Hamer

3ª Edición alemana -

1ª Edición española: 2005

Reservados todos los derechos de: reproducción, difusión y traducción.

EDITORIAL AMICI DI DIRK: Ediciones de la Nueva Medicina S.L.

Alhaurín el Grande - Málaga

ESPAÑA

Aptdo de correos 209

29120 Alhaurín el Grande - Málaga

Tfno: 952 595910 / Fax: 952491697

Hamer: Ryke Geerd

Resumen de la Nueva Medicina

ISBN....



Este trabajo lo dedico en profundo agradecimiento a los que fueron durante muchos años mis colegas, compañeros de lucha y amigos, a los difuntos hermanos Rosemarie Condesa D'Oncieu de la Batie y Antoine Conde D'Oncieu de la Batie

Ellos se sacrificaron en el sentido más real de la palabra, en la lucha por la NUEVA MEDICINA y en incondicional entrega a sus pacientes.

Índice

1	PRÓLOGO.....	7
2	LA NUEVA MEDICINA Y SUS 5 LEYES BIOLÓGICAS COMO DISCIPLINA DE LAS CIENCIAS NATURALES	9
2.1	LAS 5 LEYES DE LA NUEVA MEDICINA SON.....	10
2.1.1	<i>La LEY FÉRREA DEL CÁNCER.....</i>	<i>10</i>
2.1.2	<i>La segunda ley biológica.....</i>	<i>11</i>
2.1.3	<i>La tercera ley biológica.....</i>	<i>11</i>
2.1.4	<i>La cuarta ley.....</i>	<i>12</i>
2.1.5	<i>La quinta ley biológica (la quinta esencia)</i>	<i>12</i>
3	LA METODOLOGÍA DE LA NUEVA MEDICINA.....	19
3.1	EL PRIMER PUNTO ES EL DHS.....	20
3.2	FASE DE CONFLICTO ACTIVO	22
3.3	LA CONFLICTOLISIS (CL).....	23
3.4	EL PACIENTE ESTÁ EN LA FASE DE CURACIÓN.....	24
3.4.1	<i>La crisis epiléptica/epileptoide.....</i>	<i>25</i>
4	INVESTIGACIÓN Y VERIFICACIÓN DE LA NUEVA MEDICINA	26
4.1	¿CÓMO SE VERIFICA LA REPRODUCTIBILIDAD DE LAS LEYES BIOLÓGICAS DE LA NUEVA MEDICINA? 26	26
4.2	¿QUÉ ES EN REALIDAD LA REPRODUCTIBILIDAD CIENTÍFICA?.....	26
5	LA LEY FERREA DEL CANCER.....	28
5.1	EL PRIMER CRITERIO DE LA LEY FÉRREA DEL CÁNCER.....	28
5.1.1	<i>Definición del conflicto biológico.....</i>	<i>29</i>
5.2	2º CRITERIO DE LA LEY FÉRREA DEL CÁNCER	30
5.3	3º CRITERIO DE LA LEY FÉRREA DEL CÁNCER	31
6	LEY DEL CARÁCTER BIFÁSICO DE LAS ENFERMEDADES, EN CASO DE SOLUCIÓN DEL CONFLICTO.....	32
6.1	1ª FASE	33
6.2	2ª FASE	34
7	EL SISTEMA ONTOGÉNICO DE LOS TUMORES Y ENFERMEDADES ONCOEQUIVALENTES Y EL SISTEMA DE LOS MICROBIOS CONDICIONADOS ONTOGÉNICAMENTE.....	36
7.1	CLASIFICACIÓN DE LOS TUMORES.....	38
7.1.1	<i>El “mesodermo cerebeloso” y el “ectodermo-cerebral”</i>	<i>40</i>
7.1.1.1	<i>El mesodermo cerebeloso</i>	<i>40</i>
7.1.1.2	<i>El ectodermo cerebral</i>	<i>41</i>
7.1.1.2.1	<i>Úlceras del estómago y del duodeno.....</i>	<i>42</i>
7.2	ONCOEQUIVALENTES	46
7.3	EL SISTEMA ONTOGÉNICAMENTE CONDICIONADO DE LOS MICROBIOS	48
7.4	RESUMEN DE LAS LEYES BIOLÓGICAS Y DE LAS REGLAS BIOLÓGICAS.....	51
8	EL NUEVO LENGUAJE DE LA NUEVA MEDICINA – LA NUEVA TERMINOLOGÍA	53
8.1	LA TERMINOLOGÍA EN LA NUEVA MEDICINA.....	56
9	ENFERMEDADES DE LA HOJA EMBRIONARIA INTERNA (ENDODERMO)	65
9.1	COMENTARIO Y ACLARACIÓN DE LOS CONFLICTOS Y TUMORES CONTROLADOS POR EL TRONCO CEREBRAL (COLUMNA AMARILLA, ENDODERMO).....	67
9.2	COMENTARIO Y ACLARACIÓN DE LOS CONFLICTOS BIOLÓGICOS DEL TRONCO CEREBRAL	68
10	ENFERMEDADES DE LA HOJA MEDIA EMBRIONARIA (MESODERMO).....	70
10.1	COMENTARIO Y ACLARACIÓN DE LOS CONFLICTOS Y TUMORES DE LOS ÓRGANOS MESODÉRMICOS CONTROLADOS POR EL CEREBELO	72

10.2	COMENTARIO Y EXPLICACIÓN DE LOS CONFLICTOS Y TUMORES DE LOS ÓRGANOS MESODÉRMICOS CONTROLADOS POR LA SUSTANCIA BLANCA (MÉDULA CEREBRAL)	74
11	DOLENCIAS DE LA HOJA EMBRIONARIA EXTERNA (ECTODERMO)	77
11.1	CONFLICTOS DE LA HOJA EMBRIONARIA EXTERNA (ECTODERMO) Y EL SENTIDO BIOLÓGICO DE SUS PROGRAMAS ESPECIALES NATURALES	78
11.1.1	<i>Conflicto biológico de territorio:</i>	79
11.1.2	<i>Conflicto auditivo, tinnitus</i>	81
11.1.3	<i>Conflicto motor de “no poder huir”</i>	81
12	ÍNDICE DEL CUADRO SINÓPTICO	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
13	LOS FOCOS DE HAMER.....	85
13.1	LOS ANILLOS DEL CEREBRO, EN LA TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA, ERRÓNEAMENTE CONSIDERADOS ARTEFACTOS POR LOS NEURÓLOGOS DESDE HACE UN QUINCENIO.	87
13.2	EL CEREBRO-CABEZA Y EL CEREBRO-ÓRGANO	92
13.3	EL FOCO DE HAMER EN LA FASE-CA Y EN LA FASE PCL	92
13.3.1	<i>Resumiendo sistemáticamente, tras el DHS ocurre lo siguiente en los tres niveles de nuestro organismo:</i>	95
13.4	NUESTRO CEREBRO	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
13.5	PRUEBA (TEST) DE LA DOMINANCIA DIESTRA O ZURDA.....	97
14	LA TERAPIA EN LA NUEVA MEDICINA	137
14.1	CURSO NORMAL Y EXCEPCIONAL DE UNA DENOMINADA ENFERMEDAD.....	137
14.1.1	<i>Con solución de conflicto</i>	137
14.1.2	<i>Sin solución de conflicto</i>	137
14.1.3	<i>Combinaciones de diferentes conflictos, “síndromes”</i>	138
14.2	TRABAJAR CON LAS LEYES BIOLÓGICAS	139
14.2.1	<i>Evaluación (cálculo) del proceso del conflicto desde el DHS</i>	140
14.2.2	<i>¿Qué es de esperar a niveles cerebral y orgánico?</i>	140
14.2.3	<i>La medicación</i>	141
14.2.3.1	<i>Unas palabras sobre la quimioterapia citostática</i>	142
14.2.3.2	<i>Unas palabras sobre dolores y morfina</i>	142
14.2.4	<i>Punciones y escisiones</i>	143
14.2.5	<i>Intervenciones quirúrgicas</i>	143
14.2.6	<i>Atención (asistencia) psicológica del paciente</i>	144
14.3	PLANIFICACIÓN BIOLÓGICA DE CONFLICTOS DE POR VIDA (FENÓMENO DEL LOBO SECUNDARIO) ...	144
14.4	ENFERMEDADES MENTALES Y PSICOPATÍAS – TIPOS DE POSIBILIDADES DE SUPERVIVENCIA TEMPORALES PARA UNA POSTERIOR SOLUCIÓN. EL DENOMINADO RETRASO EN EL DESARROLLO.	146
14.4.1	<i>Depresión</i>	146
14.4.2	<i>Manía</i>	146
14.4.3	<i>Constelación esquizofrénica de los hemisferios corticales</i>	146
14.4.4	<i>Constelación frontooccipital</i>	147
14.4.5	<i>El sentido de la constelación esquizofrénica de la corteza cerebral</i>	148
14.4.6	<i>La constelación esquizofrénica de cerebelo</i>	149
14.4.7	<i>Consecución de los DHS en corteza cerebral</i>	149
14.4.8	<i>Sensibilidad del periostio</i>	150
14.4.9	<i>La consecución de los FOCOS de HAMER en los conflictos de cerebelo</i>	150
14.4.10	<i>Una constelación esquizofrénica del tronco cerebral</i>	151
14.4.11	<i>El retraso en el desarrollo (el desarrollo tardío)</i>	151
14.5	EVITAR EL DENOMINADO “CÍRCULO VICIOSO”	152
15	EL LENGUAJE BIOLÓGICO INTERANIMAL DE HUMANO Y ANIMAL	155
15.1	EL CONFLICTO BIOLÓGICO EN EL PERIODO EMBRIONARIO	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
15.1.1	<i>Conflicto intrauterino e líquido con conflicto de territorio amenazado y conflicto de miedo en la nuca</i>	158
15.1.2	<i>El conflicto intrauterino más frecuente: el “síndrome de la sierra circular”</i> ; Error! Marcador no definido.	
15.1.2.1	<i>Caso de un neonato con pie equino y diabetes</i>	¡Error! Marcador no definido.
15.1.2.2	<i>El “lenguaje del cerebro” en lactantes. Muerte de una criaturita por daños del hospital</i>	161

16	LA ESTADÍSTICA DE LOS DENOMINADOS ÉXITOS EN LA MEDICINA ACTUAL.....	164
16.1	LA ESTADÍSTICA DE LOS ÉXITOS EN LA MEDICINA ACTUAL.....	167
16.1.1	<i>Carcinoma bronquial de epitelio pavimentoso y quistes de arcos branquiales de epitelio pavimentoso en mediastino.....</i>	<i>168</i>
16.1.2	<i>Adeno-K alveolar - nódulo pulmonar:.....</i>	<i>168</i>
16.1.3	<i>Tuberculosis.....</i>	<i>171</i>
16.1.4	<i>El Ca bronquial ha sido etiquetado equivocadamente como Ca pulmonar.....</i>	<i>172</i>
16.1.5	<i>La “estadística de los cuestionarios”.....</i>	<i>173</i>
16.1.6	<i>La “estadística de los éxitos”.....</i>	<i>174</i>
17	CORRELACIONES ENTRE PSIQUE-CEREBRO-ÓRGANO, SUPUESTAS ANTES DE 1981	175
17.1	RETROSPECTIVA HISTÓRICA	175
17.2	DIFERENCIACIÓN DE LA PSICOLOGÍA	178
18	LA UNIDAD BIOLÓGICA ENTRE HUMANO, ANIMAL Y PLANTA. EL COSMOS AUTOSOSTENIDO. REFLEXIÓN FINAL	186
19	SOBRE LA PERSONA	189
20	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	191

1 Prólogo

Cuando en 1981 descubrí la “LEY FÉRREA DEL CÁNCER” y el carácter bifásico de las enfermedades, y las presenté en octubre de 1981 en la Universidad de Tübingen como trabajo de habilitación, creía haber descubierto los nexos y vínculos del cáncer.

Dos años más tarde reparé mediante mis sucesivas investigaciones, en que no sólo el cáncer sino también el resto de las enfermedades cursaban con evidencia de acuerdo con estas dos leyes biológicas.

En 1987 logré encontrar la tercera y cuarta leyes biológicas, basándome en la embriología y en el estudio del comportamiento. Para mi sorpresa pude constatar que todas las enfermedades de la medicina se explican según estas cuatro leyes biológicas, y son reproducibles en cualquier caso individualizado.

Gracias a esta visión biológica llegué a una consecuencia sorprendente:

Al considerar por separado las dolencias de cada una de las hojas embrionarias, pude constatar que había un sentido biológico evidente. Comprendí que las “enfermedades” no representan errores de la naturaleza carentes de sentido y que haya que combatir, sino que cada dolencia representa un suceso inteligente y útil, de manera que me ví obligado a preguntar en cada “enfermedad”:

- ¿Cómo apareció esta “enfermedad”?
(el cómo de la “enfermedad”),y
- ¿Qué sentido biológico tiene?
(el para qué de la “enfermedad”).

Logré constatar que el sentido biológico de la “enfermedad” depende de la hoja embrionaria. Se impuso además la necesidad de considerar el factor biológico- social para comprender el sentido biológico. “Una madre “enferma” para provecho de su hijo o el de su pareja!

Finalmente surgió en mí la siguiente pregunta: ¿No estará equivocado el concepto de enfermedad que hemos tenido hasta ahora, sólo por no habersido conscientes de su sentido biológico (finalidad, utilidad) que tiene toda denominada “enfermedad”?

Logré constatar que el sentido biológico de la enfermedad depende de la hoja embrionaria (ver capítulo sobre las enfermedades de las tres hojas embrionarias).

Por ejemplo, el sentido biológico de las enfermedades de la hoja blastodérmica interna siempre se observa durante la fase de conflicto activo. En cambio, en las enfermedades de los órganos regidos por la sustancia blanca cerebral siempre se observa el sentido de la enfermedad en la fase de curación-reparación, cuando el conflicto está resuelto.

Todo esto supuso para mí una nueva concepción nosológica del antiguo concepto de “enfermedad”. Y por este motivo, en realidad no deberíamos hablar de “enfermedades” en el sentido tradicional, sino de programas especiales de la naturaleza con pleno sentido biológico, con una determinada finalidad, útiles, a los que llamaremos en adelante SBS (Sinnvollen Biologische Sonderprogramme).

El inicio de este programa especial de la naturaleza (SBS), el DHS (Síndrome de Dirk Hamer), es un suceso de gran utilidad y con mucho sentido, pues pone en marcha dicho programa especial.

La razón de este trabajo de habilitación es explicar el proceso que me ha llevado a esta nueva visión dentro del campo de las ciencias médicas.

Lo que denominábamos “enfermedad” es, desde el punto de vista científico-nosológico un suceso teleológicamente real que se cumple con un sentido biológico muy claro – un programa biológico especial de la naturaleza con un sentido pleno.

2 La NUEVA MEDICINA y sus 5 leyes biológicas como disciplina de las ciencias naturales

Si hablo de una NUEVA MEDICINA en contraposición a una “medicina antigua”, tengo que explicar primero el motivo, por lo que yo entiendo bajo NUEVA MEDICINA.

Me refiero a una nueva concepción de la medicina que tiene en cuenta un organismo universal comprendido por la unión de la psique, como integradora de todas las funciones del comportamiento y de los conflictos, el cerebro, como ordenador que controla todas estas funciones del alcance del comportamiento y de los conflictos, y los órganos, que expresan los resultados de estos sucesos.

En realidad todo esto es un poco más complejo, pues el ordenador que es nuestro cerebro, programa al programador que es la psique y por lo tanto se programa a sí mismo.

La NUEVA MEDICINA es una ciencia empírica. Se basa en cinco leyes biológicas descubiertas empíricamente que encuentran aplicación en cada caso particular de enfermedad, en humano y animal mamífero de forma rigurosamente científica.

No requiere dogmas, tampoco hipótesis o las denominadas probabilidades estadísticas. Es una disciplina clara y lógica, fácilmente comprensible y aplicable por cualquier persona con una inteligencia normal, pues se ciñe obligadamente a las leyes científicas de la lógica causal.

Conceptos como materialismo, idealismo o metafísica, están aquí fuera de lugar. Hay muchas cosas en la naturaleza que no comprendemos y que denominamos metafísicas en lugar de metagnósticas (= que rebasan nuestra comprensión), pero lo que sucede en realidad es que para la mayor parte de fenómenos metafísicos no hemos tenido, ni tenemos aún la llave apropiada para acceder a su comprensión. Rayos y truenos fueron considerados durante siglos, y hasta hace bien poco, “fuerzas metafísicas”. Desde que los podemos comprender, desde el punto de vista de la física y la electricidad, no han perdido su carácter de milagro metagnóstico, ni se minimizan o se empobrecen en cuanto a fenómenos, que antes recibían atributos divinos, (Donar, dios del trueno), pues la cantidad de éstos, incomprensibles o que aún no comprendemos, van aumentando más bien.

Los médicos siempre hemos deseado tener una ciencia que funcionara con métodos científicos y leyes naturales. En realidad siempre nos hemos creído en el derecho de sentirnos eminentemente científicos, en el sentido estricto de la palabra.

Pero la realidad presentaba otro aspecto.

Había demasiadas hipótesis en las que teníamos que creer. Esto lo examinaremos en el siguiente capítulo. Nos parecía lícito encadenar una serie de hipótesis para “demostrar” las cosas más arriesgadas. Pero a menudo se trataba sólo de apariencias, pues carecíamos de auténticas leyes biológicas como en las ciencias naturales.

A continuación se exponen 5 leyes biológicas, férreas, reproducibles y verificables en cualquier caso concreto, siguiendo criterios científicos.

Precisamente en la actualidad asistimos a una división de la medicina en: “medicina orgánica” y “medicina psíquica”, es decir psicoterapia. Si el médico indica que no hay afección orgánica, entonces el psicoterapeuta tiene vía libre para “tratar” “enfermedades puramente psíquicas”.

Dicha subdivisión es absurda para quien trabaja con la NUEVA MEDICINA, una incongruencia, pues de ninguna manera se puede separar y dividir:

Psique, cerebro y órgano sólo son 3 planos del mismo organismo. ¡Su evolución siempre es sincrónica!

2.1 Las 5 leyes de la NUEVA MEDICINA son

1ª Ley Biológica de la Naturaleza: La LEY FÉRREA DEL CÁNCER

2ª Ley Biológica de la Naturaleza: La ley del carácter bifásico de los Programas Especiales de la Naturaleza con Sentido Biológico (SBS), en tanto se llegue a una solución del conflicto.

Al inicio enunciada como La Ley del Carácter Bifásico de las enfermedades si se llega a una solución del conflicto.

3ª Ley Biológica de la Naturaleza: Ley del Sistema Ontogénico de los Programas Especiales de la Naturaleza con Sentido Biológico (SBS).

Al inicio enunciada como la Ley del sistema ontogénico de los tumores y enfermedades análogas al cáncer (oncoequivalentes).

4ª Ley Biológica de la Naturaleza: El sistema ontogénico de los microbios.

5ª Ley Biológica de la Naturaleza o Quintaesencia: Ley del sentido biológico de los Programas Especiales de la Naturaleza o SBS (denominados “enfermedades”)

2.1.1 La LEY FÉRREA DEL CÁNCER

1º Criterio:

Todo SBS o “enfermedad” (análoga al cáncer) tiene su origen en un DHS, es decir, en un impacto o shock de vivencia conflictiva

Muy grave

Hiperagudo- dramático y

Vivido en aislamiento, (difícil de comunicar, de compartir)

Totalmente inesperado (nos coge por sorpresa, “a contrapié”)

que afecta al mismo tiempo o casi al mismo tiempo a los 3 niveles:

1. Psique

2. Cerebro

3. Órgano

2º Criterio:

El contenido del conflicto (nivel psíquico) determina en el momento del DHS, tanto la localización del FOCO DE HAMER en el cerebro (nivel cerebral), como la localización del “cáncer” o “enfermedad análoga” en el órgano (nivel orgánico).

Psique, cerebro y órgano, ante un DHS, reaccionan al unísono.

3º Criterio:

La evolución del conflicto en el nivel psíquico determina la evolución específica del FOCO DE HAMER en el cerebro y una evolución específica del cáncer o enfermedad análoga en el órgano.

2.1.2 La segunda ley biológica

Toda enfermedad en medicina es un suceso bifásico, siempre y cuando llegue a una solución del conflicto.

Antes describíamos en nuestros libros de medicina algunos centenares de “enfermedades frías” y otro tanto de evidentes “enfermedades calientes”.

Las “enfermedades frías” eran aquellas en las que los pacientes tenían la piel y las extremidades frías, estaban en continuo estrés, perdían peso, tenían perturbaciones para dormir y sueño alterado, como en caso de cáncer, esclerosis múltiple, angina de pecho, neurodermitis, diabetes, enfermedades mentales y psicopatías, etc...

En el otro grupo de enfermedades calientes, contábamos con todas las denominadas enfermedades infecciosas, reumatoideas, alergias, exantemas, etc...

Ahora comprobamos que todo esto no era correcto. Estas “enfermedades frías y calientes” no eran enfermedades independientes, sino que corresponden siempre respectivamente, a una de las dos fases que tiene todo SBS, siendo la fase fría siempre previa a la fase caliente.

El capítulo sobre la ley del carácter bifásico de los SBS tratará esto con mayor profundidad.

Hasta ahora no habíamos comprendido del todo ninguna enfermedad correctamente, tampoco hemos podido abordar ni un solo caso con una comprensión completa.

2.1.3 La tercera ley biológica

(El sistema ontogénico de los tumores y enfermedades análogas.) Sistema Ontogenético de los Programas Especiales de la Naturaleza con pleno Sentido Biológico (SBS)

Estas correspondencias que deben ser tratadas con más detalle en el capítulo sobre las 3. y 4. leyes biológicas, son tan básicamente nuevas, que nunca antes se ha encontrado este planteamiento en la literatura médica.

El sistema ontogénico de los tumores y enfermedades análogas al cáncer (como al principio las denominé) comprende los siguientes criterios:

1º criterio:

Los conflictos de una misma hoja embrionaria:

- Corresponden a relés cerebrales ubicados en un sustrato cerebral dependiente de la misma hoja embrionaria.
- En caso de conflicto generan FOCOS de HAMER
- Afectan a órganos de la misma hoja embrionaria, y
- Generan formaciones histológicas similares, propias de dicha hoja embrionaria.

2º criterio:

Los conflictos correspondientes al paleoencéfalo (endodermo dependiente del tronco cerebral y mesodermo cerebeloso) muestran aumento celular en la fase de conflicto activo (fase ca.), y en presencia de los microbios correspondientes, con necrosis caseificante y reducción de tumor en la fase de curación (fase pcl).

Los conflictos correspondientes al neoencéfalo (mesodermo de la sustancia blanca y ectodermo del córtex telencefálico) muestran en la fase ca disminución celular (necrosis, úlceras) o bien,

en el caso de enfermedades oncoequivalentes (análogas al cáncer, con déficit funcional o pérdida funcional total.

3º criterio:

Tanto en la fase-ca. Como en la fase-pcl, toda denominada enfermedad por la medicina convencional, es un suceso biológico con un sentido pleno (inteligente con una finalidad determinada), que hemos de aprender a comprender de nuevo a la luz de la embriología y el estudio del comportamiento.

Es decir: toda enfermedad representa un programa biológico especial para la solución de un conflicto biológico inusual inesperado.

2.1.4 La cuarta ley

A cada grupo de órganos derivados de una misma hoja embrionaria le corresponden, sin excepción, en la fase-pcl, un tipo de microbios específicos emparentados con dicha hoja embrionaria. Los microbios no son los causantes de los síntomas de la fase de curación-reparación, sino los que la optimizan.

Todos los microbios están controlados por el cerebro. El denominado “sistema inmunitario” que habíamos imaginado como ejército-defensa de nuestro cuerpo que destruyera las células cancerosas malignas y los microbios “malignos, en una especie de gran batalla, no existe como tal. Mediante una orden del cerebro los microbios supuestamente patógenos se transforman en microbios benignos, apatógenos, que se retiran en algún sitio de nuestro organismo, donde no molestan, pero donde en cualquier momento pueden ser reactivados, tan pronto se necesite su intervención, que por supuesto, se lleva a cabo en la fase-pcl y en los órganos correspondientes, siempre y sin excepción.

Cautivos por una forma de pensar basada en la higiene bacteriológica, hemos intentado exterminar los más honrados obreros ocasionales de nuestro organismo. Con esta actitud, hemos desplazado como veremos más adelante, por ejemplo a la tuberculosis, impidiendo que los tumores intestinales y los tumores de mama puedan ser reducidos por necrosis caseificante durante la fase-pcl, mediante bacilos acidorresistentes.

Todo esto ha contribuido de forma especial a un resurgimiento de la cirugía y la oncología, pero no por eso deja de ser un error del punto de vista biológico y médico.

2.1.5 La quinta ley biológica (la quinta esencia)

Ley de la comprensión de toda denominada “enfermedad” como parte de un programa especial con pleno sentido biológico ontogénicamente comprensible ,o: El sentido biológico de todo programa especial de la naturaleza.

Esta quinta ley biológica de la naturaleza nos lleva hacia la auténtica “Medicina primitiva”; Da un giro completo a la actual comprensión nosológica de la enfermedad, y el sentido como tal deja de existir. Nuestro desconocimiento no nos dejaba ver que todas las llamadas “enfermedades” tenían un sentido biológico, que no podíamos reconocer.

La 5. Ley biológica es realmente la quinta esencia de entre las leyes biológicas de la NUEVA MEDICINA. Incluso se la podría definir como la ley de la naturaleza con más significado. Esta quinta esencia, no sólo incluye rigurosamente las leyes científicas precedentes, sino que nos abre al mismo tiempo a una nueva dimensión y es el alma de la NUEVA MEDICINA. Vamos más allá: Esta 5. Ley de la naturaleza logra con un único paso, unificar:

- lo que hasta ahora podíamos investigar científicamente, mediante los pertinentes exámenes médicos,
- lo que parecía hasta el momento metafísico, trascendente, sobrenatural, parapsicológico o comprensible únicamente de forma religiosa, y
- la expresión de lo que sentíamos o experimentábamos, pero que no nos quedaba claro el contenido científico, incluso nos parecía incomprensible y sin sentido.

Definitivamente con la 5. Ley biológica nos abrimos cada vez más a una comprensión de unión con todo el cosmos que nos rodea, en el que estamos incluidos. No es ningún milagro que los españoles, con su sentir respecto a lo trascendente, llamen a la NUEVA MEDICINA “la medicina sagrada” Esta denominación surgió en algún momento de la primavera de 1995, en Andalucía.

“La medicina sagrada” nos descubre una nueva dimensión cósmica por no decir divina! Inesperadamente tienen lugar en nuestro pensamiento y sentir médico todo animal y vegetal: elefante, escarabajo, pájaro así como el delfín, igualmente todo microbio, plantita y árbol. Sí, otro pensar diferente a este “pensar cósmico” en el marco de la naturaleza viva, ya no es posible, de ninguna manera.

Hasta ahora, al parecernos la naturaleza tonta y llena de faltas nos atrevíamos a ver en ella continuas “averías” y “errores” (produciendo crecimientos cancerosos malignos, sin sentido, degenerados, etc..) Al caerse la venda de nuestros ojos comprendemos que era nuestra ignorancia, nuestra desmedida arrogancia, lo que no nos permitían comprender nuestro cosmos, y por ello hemos creado esta medicina brutal, sin sentido, sin alma y tonta de remate.

Nosotros humanos podemos ver e incluso comprender por primera vez, con toda modestia, que no sólo la totalidad de la naturaleza está ordenada - esto ya lo sabíamos en parte - sino que también cada acontecimiento individual está lleno de sentido en la naturaleza, en el marco de un todo. Incluso en acontecimientos que hasta ahora habíamos llamado “enfermedades”; no eran trastornos inútiles que habían de ser reparados por aprendices de brujo. Vemos con completo asombro que todo esto no era un sin sentido, maligno o enfermizo.

¿Por qué no podemos, o no debemos referirnos a esta representación conjunta de la naturaleza del animado cosmos como a algo divino? ¿No era acaso ante la aparición de las grandes religiones, como bien podemos ver en los sacerdotes del dios Asklepios, la función del médico siempre un servicio sacerdotal? La medicina únicamente orientada al provecho comercial, desprovista de alma, era justamente un camino extraviado, cruel y despiadado.

La biología entera, con tal lujo de detalles se nos hará clara y transparente; también la biología humana - y con ella la medicina.

He impartido clases de biología humana durante bastantes años en la escuela superior en Heidelberg. Creo que estas clases – “docendo discimus”- me han ayudado mucho a encontrar esta 5. Ley biológica de la naturaleza.

¿Qué eran entonces nuestras consideradas “enfermedades”? Conjuntos de síntomas que en adelante quedan como tales! Sólo que tenemos que reordenarlos completamente y darles una nueva valoración de acuerdo con la comprensión totalmente transformada que hemos adquirido.

Considerando la 2. Ley biológica de la naturaleza (ley bifásica de todo programa especial con pleno sentido si llega a solución de conflicto), comprobamos que habíamos creído conocer muchas más supuestas “enfermedades” que programas biológicos especiales, pues cada una de las dos fases las habíamos contemplado como enfermedad aislada!

En la fase de curación-reparación nos encontrábamos flojos y cansados y así denominábamos “enfermedad” a esta fase pcl. En realidad nos encontrábamos en camino de completa curación. En los órganos mesodérmicos controlados por la sustancia blanca cerebral, es en el único grupo donde el sentido biológico se encuentra en la fase de curación (mirar cuadro sinóptico “Psique – Cerebro – Órgano): quistes renales, quistes de ovarios, quistes de bazo y ganglios linfáticos, así como la dolorosa “distensión” del periostio (piel del hueso) por la recalcificación ósea mediante “almacenamiento” del callus.

También hay, procesos solucionados a través de conflictos biológicos, que tienen en realidad sentido biológico en ambas fases, por ejemplo en conflicto de “hemorragia, “herida” o “vulneración”, que puede ocurrir si se tiene o se ve una hemorragia, un gran charco de sangre, si se tiene una transfusión o una diálisis, por ejemplo.. La madre naturaleza se toma la libertad en la historia evolutiva, de completar u optimizar sus propios programas maravillosos:

Conflicto de sangrado, herida o vulneración:

- a) Fase-ca: fase de conflicto activo: acumulación de trombocitos en las zonas de la vulneración y trombocitopenia (reducción drástica de las plaquetas, de los elementos coagulantes) en la periferia para impedir la coagulación en los vasos sanguíneos. (al mismo tiempo se produce una necrosis de bazo)
- b) Fase pcl: de solución: esplenomegalia. El bazo aumenta mediante la formación e induración de un quiste y la necrosis de la fase activa desaparece. El bazo puede de esta manera almacenar más trombocitos, los cuales deben encontrarse, en caso de otro conflicto de herida, en el lugar de la vulneración y no en el torrente circulatorio.

En el caso arriba mencionado se trata de programas recíprocamente compensatorios y entrelazados, que sólo ahora podemos empezar a comprender.

Un sistema de programa entrelazado similar vemos con la anemia: el sentido biológico del cáncer de huesos (osteolisis ósea) se encuentra inequívocamente en la fase pcl., o sea en la fase de curación, en la que el esqueleto se refuerza recalcificándose para estar más fuerte en un futuro. La anemia en la fase-ca empero proporciona tal cansancio al organismo de manera que no pueda dar grandes saltos, favoreciendo que la parte del hueso, con osteolisis en la fase-ca y debilitado, no pueda ser fracturado. En la fase pcl, en la que se encuentra el sentido biológico, se logra todavía una mayor inmovilidad a través del dolor que produce el atirantado periostio. Además el organismo está completamente inactivado por la extrema vagotonía – cansancio de la fase leucémica.

Siempre que reflexionemos sobre el sentido biológico de un programa especial con sus programas compensatorios correspondientes, es cuando nos daremos cuenta, cuán tonta era nuestra pretendida terapia inteligente en la mayoría de los casos. Casi siempre era sólo pseudoterapia de ignorantes, de aprendices de brujos, que jugueteando dábamos con alguna teclilla y no sabíamos qué era lo que con ello habíamos desencadenado. La mayoría de las veces se nos morían los pacientes por yatrogenia, de la propia terapia, y no a causa del Programa Especial. En un futuro nuestros médicos serán más sensatos, cuanto mejor conozcan los Programas Especiales con un sentido biológico pleno de la naturaleza.

EL PROBLEMA DE BASE

La medicina convencional no cuenta con un sistema único que explique el hecho del cáncer, y la falta de éste, es lo que ha instaurado el dogma.

Si a dicho dogma le pudiéramos dar una sacudida, resultaría abiertamente que: “en las últimas décadas no hemos hecho más que puros desatinos”.

Los “tumores cerebrales” son casi el mayor disparate, pues no existen en absoluto. Todos los que hablan de “tumores cerebrales” creen ver como en el cuento de: “los nuevos ropajes del emperador“, que sólo existían hasta que la niña del cuento dijo: “pero, ¡si el emperador está desnudo!”

Nada, pero verdaderamente nada concuerda en cuanto a los “tumores cerebrales”. Lo mismo ocurre con las “metástasis cerebrales”, que son una creación de la ignorancia alucinada de los médicos facultativos.

Se cuenta siempre con la premisa de que el cáncer representa una proliferación de células cancerígenas que se han vuelto “locas”, incontroladas y fuera de todo sistema, “sin orden ni concierto”. A este dogma también corresponde siempre –algo que jamás se ha comprobado, ni en un solo caso – que una parte de estas células cancerígenas locas, naden en la sangre arterial hasta otros órganos y originen ahí un nuevo cáncer, una denominada “metástasis” o tumores secundarios. Si las células cancerígenas pudieran trasladarse a órganos lejanos, tendrían que hacerlo por la sangre arterial ya que el sistema venoso y las vías linfáticas se dirigen, en el centro del cuerpo, hacia el corazón.

Se han hecho miles de experimentos incluso en personas, para confirmar la posibilidad de encontrar células cancerosas en sangre arterial.

¡Jamás se ha conseguido!

Nunca se ha encontrado ni una sola célula cancerosa, aunque se haya revisado cada célula sanguínea: ¡nunca ha habido resultado alguno en cuanto a las células cancerosas!

El dogma de las denominadas metástasis se basa en esta 1ª mentira científica.

La segunda mentira se construye consecuentemente sobre la primera: ya que según el dogma nº1 todos los carcinomas consecutivos tienen que ser metástasis del primario, se llega de nuevo de forma dogmática a la más aventurada metamorfosis de las células cancerígenas, por ejemplo que: los carcinomas de epitelio pavimentoso de la hoja embrionaria externa, hagan con regularidad adenocarcinomas de la hoja embrionaria interna, o a la inversa, o que adenocarcinomas del tracto intestinal produzcan osteolisis óseas, definitivamente “metástasis de osteosarcomas” de la hoja embrionaria media o sarcomas. Es decir: un caballo podría dar a luz un ternero, todo da igual y se va a “tontas y a locas”.

La 2ª mentira dogmática constiuye otra tontería igual que la primera. Hay que imaginarse lo que en realidad significa esto lisa y llanamente: una célula cancerígena, por ejemplo de la hoja embrionaria interna, es decir una célula de adenocarcinoma, en su corto viaje hacia el hueso – ¡nunca observado!- tiene que saber hasta dónde va a alcanzar para que en ese breve tiempo haga una metamorfosis, de forma que rápidamente se convierta en derivada de la hoja embrionaria media y pueda formar un osteosarcoma y viceversa.

Y por lógica esto no se puede reproducir, naturalmente, ni en un tubo de ensayo, ni en cultivos. Prácticamente sólo se pueden hacer cultivos del denominado tejido conectivo, “sarcomas”, que en el fondo representan tan sólo inofensivas multiplicaciones de tejido conectivo. En los libros de texto de oncología, en cuanto al cultivo de estos llamados tumores, “sarcomas”, se da como porcentaje, el 95%. Probablemente, a parte de éstos y de los denominados carcinomas embrionarios (que poseen un empuje de crecimiento embrionario), no se puedan cultivar auténticos carcinomas, lo que se correspondería también con la Nueva Medicina.

Por otro lado, lo que sí responde al sistema ontogénico de los tumores, es que las células de tejido conectivo de la hoja embrionaria media tienen una fuerte potencia de multiplicación, por cierto necesaria para la curación-reparación, así que en cultivos, podrían éstas seguir haciendo mitosis, como si un coche, de manera similar, si se le conmutara vía libre, seguiría andando cientos de metros, aunque las ruedas no dependieran del motor, únicamente por el impulso de la masa.

Todo este espectro se va tornando del todo evidente cuando comprendemos que en el cuerpo, siempre crece en el mismo sitio, el mismo tipo de cáncer. Y por cierto, ¡enteramente como programa especial con pleno sentido biológico de la naturaleza!. Desde que lo he visto claro, y ha sido esto reconocido por catedráticos de histología e histopatología, se me ha caído la venda de los ojos, en cuanto a que el examen histopatológico, en la mayor parte de los casos, se ha convertido en la “sentencia definitiva” para los pacientes; es como un truco de prestidigitación muy bien amañado, mediante la arrogancia y la mentira dogmática. Qué alegría, en ocasiones, para algunos histólogos que se sienten secretamente dueños y señores sobre la vida y la muerte de los pacientes, cuando una “metástasis” de nódulo solitario de pulmón, muestra casi el mismo tipo histológico, adenocarcinoma, que el supuesto tumor primario, por ejemplo carcinoma de intestino grueso. Entonces se habla rápidamente de una “auténtica metástasis”, aunque tengan que ser llevadas al absurdo el 90% de los diagnósticos de metástasis restantes. Pero para los histólogos esto se ajusta a lo esperado, (no tienen otra teoría que lo explique mejor).

La anatomía patológica sólo tendría sentido, por ejemplo en el caso de zonas concomitantes (ejemplo en sigma y recto), para aclarar la localización exacta del tumor, en tanto en cuanto no lo consigamos más fácilmente con el TAC cerebral. Quizá en casos aislados, también podría convenir aclarar, si el tumor sigue en mitosis o si se trata de un carcinoma ya inactivado sin mitosis, cuando la historia previa no esté clara y el TAC no proporcione una explicación segura. Pero básicamente, el examen histológico se puede obviar en la mayoría de los casos, cuando de todos modos, siempre se encuentra en el mismo sitio del órgano, la misma formación tumoral.

Sigamos entonces, con los llamados “tumores cerebrales” o “metástasis cerebrales” que en realidad no existen.

Reza la 3ª mentira: el cerebro no debe ser el ordenador del organismo. Si según el dogma, el cáncer procede de una incontralada y dislocada célula, entonces estas formaciones que mis oponentes han llamado “curiosos focos de Hamer”, tendrían que ser tumores primarios o por lo menos “metástasis”. Por cierto, todos los estudiantes aprenden ya en el primer semestre de medicina, que las células cerebrales, desde su nacimiento no se pueden dividir, luego no se pueden multiplicar. Únicamente prolifera el “tejido conectivo cerebral” llamada sustancia glial, que puede aumentar de la misma manera que en el resto del organismo el tejido conectivo, para formar cicatrices, asegurar la alimentación y para sostener el tejido. Nosotros decimos: Tejido conectivo en el cuerpo y tejido glial en el cerebro tienen funciones meramente de alimentación, sostenimiento y cicatrización. Nunca vemos ni una sola célula cerebral en mitosis, y por tanto nunca vemos proliferación de células cerebrales, y a pesar de ello, hablan todos los médicos de tumores cerebrales e incluso de “metástasis cerebrales”.

¿Qué es lo que ocurre realmente en nuestro cerebro cuando se origina semejante denominado “tumor” o Foco de Hamer?

En realidad algo muy sencillo y construido con maestría por la naturaleza, aunque totalmente desconocido por nuestros ignorantes y presuntuosos médicos. Ellos operan la mayor parte de las inofensivas inflamaciones cerebrales extrayéndolas, y mutilan con ello al paciente para el resto de su vida, cuando éste sobrevive, lo que ocurre en pocas ocasiones a causa del consiguiente pánico y la alteración de la personalidad.

En realidad es así:

Cuando nos impacta un shock conflictual violento, un DHS, que nos alcanza al mismo tiempo en aislamiento psíquico, en ese mismo segundo se forma un Foco de Hamer en el cerebro. Para cada tipo de estos impactos conflictuales podemos enumerar también un impacto de conflicto biológico, que se da siempre en una zona de nuestro cerebro y al mismo tiempo también una zona orgánica ambas muy determinadas.

O sea: en un conflicto sexual de la mujer, dicho biológicamente “un conflicto de no ser cubierta” por ejemplo cuando una mujer pilla “in flagranti” a su marido se origina en ese “shock-segundo” un Foco de Hamer en la zona periinsular izquierda en caso de ser diestra, mientras la mujer haya sentido la situación como conflicto sexual y no algo así como una traición.

En ese segundo se conmuta el nuevo programa especial biológico y con pleno sentido en el cerebro. Este programa especial proporciona la formación de úlceras en el cuello de útero y en su cavidad, para que –así parece ser el sentido- el cuello de útero sea más receptivo. Esta “portio” (porción intravaginal de la cérvix) - o erosiones de cérvix son consideradas por la medicina facultativa como benignas porque no hacen mitosis celular sino lo contrario, pérdida celular.

Mediante la úlcera se alarga la “portio” como si se descascarillara dentro del cuello de útero. La paciente diestra pierde inmediatamente con el DHS su próxima ovulación, que vuelve de forma inmediata con la CL (solución de conflicto = visto biológicamente concepción). El interior del cuello del útero es alargado para provecho de la consiguiente ovulación con objeto de que el esperma masculino pueda alcanzar más fácilmente el útero.

Tras la conflictolisis (=concepción) las úlceras son rellenadas con nuevas células, o sea sanadas.

Vemos mitosis correspondiente a la curación-reparación pero es en este momento que la medicina facultativa se lamenta, de que ahora sea todo “maligno”, a causa de las mitosis.

De igual manera que en el shock – momento conflictual, crecen al mismo tiempo miles y miles de células nuevas, denominadas células cancerígenas (en órganos dirigidos por el cerebro antiguo) o desaparecen (pérdida celular en órganos dirigidos por el cerebro nuevo), así en nuestro cerebro millones de células cerebrales del Foco de Hamer se han conmutado al mismo tiempo como programa especial y han dispuesto al organismo en simpaticotonía.

Miremos el contenido del conflicto que nos ha pillado “a contrapié” (desprevenidos, por sorpresa) en ese momento del shock. Podemos sin dificultad imaginar, miles o cientos de miles de contenidos de conflicto, más o menos parecidos pero diferentes, que siempre originan diferentes formaciones de Focos de Hamer, lugares contiguos del cerebro.

Con el tiempo tendremos que aprender a observar y también a diferenciar los conflictos biológicos con sus programas especiales biológicos que originan un cáncer o una “enfermedad” análoga al cáncer. El alma de humano y animal es en cada individuo infinita, múltiple y diferente, aún cuando humanos, perros, ratones o elefantes, cada especie en sí misma, no hace diferencias aparentes en su inconsciente.

Cada conflicto es parecido aunque siempre un poco diferente a otros, que otros individuos de la misma especie han experimentado en constelaciones de conflictos similares. Reflexionemos entonces sobre cuántas cantidades tremendas de constelaciones hay frente a las posibilidades de combinaciones de las células en humano y animal, como si de un juego de ajedrez primitivo

se tratara! Pues en nuestro cerebro y de igual manera, en el cerebro de un diminuto ratoncito, existen en lugar de 64 cuadros de ajedrez, muchos miles de millones y éstos en tres dimensiones de espacio, además de dimensiones eléctricas, por no hablar de más dimensiones, que todavía no conocemos.

3 La metodología de la NUEVA MEDICINA

La metodología con la que se aplica la NUEVA MEDICINA es sumamente sencilla, pero necesita una comprensión humana íntegra, sana y alguna experiencia y madurez. No obstante el sentido común y la comprensión humana se han considerado en la medicina practicada hasta la actualidad como algo acientífico y poco serio. Se trabaja principalmente de forma “estadística”.

Una vez comprendida la metodología con toda su lógica, surge el problema de aprender a trabajar como un detective psico-criminalista.

Hay personas que lo logran enseguida, captando de forma intuitiva, sin ser por ello menos que sus colegas que poseen una orientación más intelectual. Dichas personas con una orientación intelectual tienen normalmente más problemas con todo esto, pues no encuentran acceso a los pacientes a nivel humano y carecen de carisma. Para un médico que trabaje realmente en cuerpo y alma y que tenga un corazón cálido para sus pacientes, no hay nada más placentero que trabajar de forma profesional con la NUEVA MEDICINA. Esto le lleva a todo médico que posea cualidades carismáticas a buscar el conocimiento más amplio que pueda brindar la medicina, al cual el especialista, considerado actualmente como el cénit de la medicina científica, no tiene acceso.

Tal vez no sea exageración alguna decir que todo aquel que quiera trabajar con la NUEVA MEDICINA, por más conocimientos que tenga y por más dominio que posea de los tres niveles, tiene que ser ante todo una persona madura y bondadosa, una persona en la cual el paciente encuentre un apoyo humano incondicional y una profesionalidad sobresaliente.

Lo especial de la NUEVA MEDICINA, es que el paciente se transforma en protagonista absoluto del proceso que se lleva a cabo en su propio organismo. ¡Ya no se “actúa” sobre el paciente, sino que el paciente actúa por sí solo! En la NUEVA MEDICINA la relación médico-paciente tiene que revisarse y redefinirse completamente.

El médico en la medicina practicada hasta hoy día, tenía que ser en lo posible un científico superespecializado. En el futuro pasará a ser una persona altamente cualificada en el aspecto humano, con una preparación muy amplia y con dotes de auténtico detective médico. Además tiene que poseer el carisma de un sentido común sano y de una gran comprensión humana. Tiene que ser capaz de permanecer al lado de su paciente como si fuera un buen amigo, proporcionándole al paciente – protagonista, sus especiales conocimientos profesionales. Pues la medicina del futuro consistirá en mucho menor prescripción de medicamentos y en su mayor parte, en el aprendizaje de la comprensión por parte del paciente del origen de su conflicto biológico y de su denominada “enfermedad”, buscando en colaboración con el médico, el mejor camino para salir de su conflicto o para no volver a caer en él en un futuro.

Estos sacerdotes del dios “Esculapio” tienen que ser, en mi opinión, hombres sabios y humildes con un corazón cálido y al mismo tiempo con un gran conocimiento general e interdisciplinario.

Soy consciente de que esta imagen descrita no está en concordancia con lo que se considera actualmente un médico de “prestigio”.

Resumen –vamos medias in res-

Lo primero que tiene que hacer todo paciente es el “test del aplauso” para determinar su lateralidad, es decir, si es zurdo o diestro.

Para ello le hacemos aplaudir distendidamente, como si estuviera en el teatro. La mano que permanece arriba y por tanto aplaude sobre la otra que se mantiene debajo, es la mano

dominante y corresponde al hemisferio cerebral y cerebeloso con el cual la persona trabaja predominantemente y en el cual hace su primer conflicto. Esta interrelación se encontró de manera empírica y es fácilmente comprobable mediante una tomografía, en caso de conflicto.

Entonces decimos: el paciente, a nivel cerebral, es zurdo o diestro independientemente de la educación que haya recibido desde su niñez, y aunque ésta haya sido contrariada.

El DHS es el punto crucial, el punto de enlace de toda la NUEVA MEDICINA. Es maravilloso que ahora podamos en la medicina realmente calcular y comprender. Tenemos que introducirnos prácticamente en la piel de nuestros pacientes, y reconstruir toda la situación que se vivió en aquel instante del DHS. Es condición indispensable conocer a fondo la historia personal del paciente, sus experiencias vitales, su cosmovisión, su trasfondo religioso, social, familiar y económico.

Esto tengo que acentuarlo al describir la metodología que sigue la NUEVA MEDICINA, pues una comprobación superficial de la NUEVA MEDICINA puede fracasar si los investigadores no quieren darse el tiempo suficiente o simplemente no están a nivel humano en situación para meterse en el “pequeño confesionario” con su compañero humano, que en ese momento es “el paciente”.

En estas particularidades psicológicas, precisamente en la vivencia de lo que supuso el DHS y en todos los sentimientos especiales que aparecieron en ese momento, en todo eso, fracasaron las investigaciones psicológicas mediante cuestionarios. Creyeron investigar de una manera objetiva al realizar sistemáticamente preguntas como “si ha habido pérdida de pareja”, para así concluir si dicha situación psicológica aumenta o no la incidencia del cáncer.

En el cuadro sinóptico que abarca toda la medicina podemos encontrar todas las correlaciones que hallé de forma empírica en los tres niveles: psique, cerebro y órgano respecto a cada enfermedad y a cada una de sus fases o, mejor dicho, respecto a los programas biológicos especiales.

En el cuadro sinóptico encontramos también la formación histológica que ha de esperarse y el tipo de microbios que puede intervenir, siempre y cuando se haya llegado a la solución del conflicto biológico.

Una línea se traza teniendo dos puntos. Si tenemos un tercero sobre la misma línea, podemos controlar con facilidad la veracidad de lo supuesto.

En nuestro caso y para seguir con la misma imagen, no sólo tenemos 3 puntos sobre una línea, sino 5, si es que incluimos en nuestra observación la formación histológica y el tipo de microbios. La evolución de una enfermedad o de un programa biológico especial, propio de la naturaleza, tiene, en tanto se llegue a una solución del conflicto biológico, una serie de puntos cruciales que es preciso encontrar.

3.1 El primer punto es el DHS

..., que es, sin lugar a dudas, el punto más importante de todos. Ni el más experimentado investigador de esta NUEVA MEDICINA, que considero serlo actualmente con toda mi modestia, puede pasar por alto en cada caso específico, la necesaria reconstrucción del conflicto y de su evolución en el plano psíquico, como también en el plano orgánico, incluida la fase de curación, hasta llegar al DHS, es decir, al inicio de todo el suceso, dando utilidad a todos los conocimientos clínico-médicos y a la perspicacia de un verdadero detective de almas.

El DHS no solo abarca el shock conflictivo hiperagudo y dramático que nos ha sorprendido cuando menos lo esperábamos, sino el contenido o matiz del conflicto que determina tanto la

localización del FOCO de HAMER, en el cerebro, como la localización del tumor o necrosis a nivel orgánico.

Pero en el momento del DHS pueden suceder más cosas: en ese mismo instante se sitúan los raíles, mejor dicho los raíles que continuarán, y para mantener su imagen, diré sobre los que marchará el tren en tiempos sucesivos.

Los raíles del DHS son las circunstancias con las que se asocia el conflicto. Un profesor, catedrático, que ha investigado en el tema de las alergias, pronunció la siguiente fórmula sencilla y precisa: *“Si en el momento de sufrir un DHS con un conflicto biológico pasa una vaca, desarrollarás alergia a las vacas, si en cambio, en ese preciso momento mordías una naranja, desarrollarás alergia a las naranjas”*.

Humano y animal “sienten” sin tener consciencia de ello, en el preciso instante del DHS, todas las circunstancias que acompañan al DHS. Estas circunstancias generan posteriormente las denominadas alergias.

Veamos dos ejemplos al respecto: Antes la alergia al polen era la más frecuente. Hoy ha dejado de serlo. El motivo era muy sencillo: el primer amor de una pareja de jóvenes tenía lugar con frecuencia en un pajar o en el campo, pues era el lecho más sencillo y en el que podían pasar desapercibidos. En los casos en que ese primer contacto íntimo se veía perturbado de forma inesperada o se desarrollaba sin armonía, se sufría con frecuencia un DHS. Aquel que lo recibiera, que sufriera un conflicto biológico, más tarde, cada vez que percibe el olor a paja, cada vez que capta los alérgenos, recuerda de forma involuntaria e inconsciente aquella catástrofe en el pajar. En la fase de solución aparece una inflamación de la mucosa nasal y de los senos paranasales llamada rinitis atópica (fiebre de heno). La situación relacionada le “olió mal” al paciente.

Un segundo caso: Una pareja vuela de Senegal a Bruselas. Durante el viaje, en el avión el marido sufre un infarto de miocardio. No sabían qué hacer y la paciente sufrió de miedo a la muerte por su marido, hecho con el que contaba en cualquier momento.

Después del aterrizaje en Bruselas, el marido ingresó en un hospital, donde se recuperó rápidamente y se comprobó que el infarto no había sido de gran envergadura.

Posteriormente la paciente enfermó varias veces de un nódulo solitario de pulmón, solía tener accesos de sudor durante semanas o días, hasta desaparecer el tumor, caseificado mediante tuberculosis, dejando cavernas pulmonares.

Precisamente en un momento en que se le encontró de nuevo un tumor de este tipo, justo cuando de nuevo comenzaba con sudor nocturno, acudieron los médicos a pedirme ayuda, pues no comprendían este caso. En un principio pregunté a la paciente lo mismo que le habían preguntado los médicos de Bruselas, conocedores de la NUEVA MEDICINA. Le pregunté si su marido había enfermado de nuevo, sufriendo ella una vez más de miedo a la muerte. La paciente lo negó, refiriendo que a su marido desde entonces le iba muy bien.

Finalmente me vino la idea de preguntarle si su marido había vuelto a volar, lo que también negó. Tampoco ella había vuelto a volar desde entonces.

De pronto reflexionó y dijo haber tenido la sensación de que todo esto tenía que ver con el avión, pues desde el terrible suceso de Senegal a Bruselas, tenía pánico cada vez que un familiar suyo viajaba en avión. Siempre que uno de sus hijos o nietos tomaba un avión en vacaciones, ella sentía conflicto de miedo a la muerte hasta que volvían a aterrizar en Bruselas. Exactamente esto era lo que había sucedido antes de haberle encontrado el último nódulo diagnosticado mediante punción, como adenocarcinoma.

El motivo, como veremos, era sencillamente: durante el infarto de miocardio en el avión se instauró un segundo raíl, precisamente el miedo a la falta de ayuda que sufrieron. El miedo a la muerte que la mujer sintió por su marido, totalmente justificable, es comprensible para cualquier psicólogo; al mismo tiempo se activaba este raíl independientemente y de forma “asociativa”, cada vez que algún miembro de su familia volvía a tomar un avión. No parecía tener lógica alguna y no se podía comprender bien, pues estos familiares eran la mayoría jóvenes y no tenían el menor peligro de sufrir un infarto. No se trataba de eso. El avión por sí mismo actuaba como raíl que se conjugaba con el miedo a la muerte, formando un “complejo de conflictos” y cada vez que sus familiares volaban, ella sufría de un nódulo pulmonar como signo del miedo a la muerte padecido por otro ser.

La solución del conflicto fue que los familiares de la paciente, madre y abuela, sólo podían hablarle de viajes por carretera o por tren, incluso aunque tomaran aviones y mejor contarle sus viajes justo a la vuelta de los mismos.

En estos ejemplos podemos ver lo importante que es retroceder siempre hasta el DHS, para imaginarse con todo detalle la situación que se dio exactamente en aquel segundo.

En el campo de la filología (ciencia de la lengua y la literatura), denominaríamos algo así: contexto (correspondencia), y en este caso habríamos de decir que no se debe sacar una parte del texto de su contexto, sino comprenderlo en su totalidad con sus nexos y vínculos.

Una vez hayamos encontrado el DHS con sus detalles y circunstancias acompañantes, es decir lo que quizá tendríamos que valorar como raíles independientes, entonces debemos intentar determinar la evolución del conflicto desde el DHS hasta la actual situación. En principio hay dos posibilidades:

- a) El paciente está aún en fase de conflicto activo.
- b) El paciente se encuentra en fase de solución, de reparación.

3.2 Fase de conflicto activo

Hay 3 niveles desde los cuales podemos comenzar nuestro diagnóstico:

- Nivel psíquico
- Nivel cerebral
- Nivel orgánico

En general el paciente viene con ciertos síntomas o incluso con diagnósticos en el nivel orgánico de manera que se recomienda en estos casos, partir desde este plano.

Los síntomas orgánicos naturalmente tienen que ser valorados con sumo cuidado, pues siempre hay que contar con que pueda tratarse de carcinomas antiguos que por falta de bacilos tuberculosos no hayan sido caseificados en la fase de reparación, y hayan sido encontrados por casualidad. Este es el caso de carcinomas hepáticos, hoy fácilmente localizados por tomografía axial computerizada, cuando el paciente tan sólo acusa molestias en el hígado producidas por úlceras en las vías biliares.

Básicamente se puede partir de cualquiera de los tres planos, y uno no debe de ninguna de las maneras encerrarse en uno de ellos, mientras no sea totalmente necesario.

El plano cerebral es de una manifestación tan sustanciosa en el momento del reconocimiento, que se recomienda en lo posible realizar una tomografía cerebral, prueba inofensiva, que dura cuatro minutos y supone una mínima exposición a radiaciones.

Aquí hay que tener muy claro, que el TAC cerebral es solamente una toma del momento que nos da información de sucesos pasados, en tanto aparezcan formaciones cicatriciales, pero que sólo debe o puede demostrar la presencia de un DHS en el caso en que el conflicto biológico se haya mantenido activo de forma continuada desde su inicio.

Lo más interesante y donde es más rica la información es en el plano psíquico, en especial respecto a los raíles adicionales que se fijan simultáneamente con el conflicto. Pues sólo el paciente mismo puede revelarnos, cómo de especial sintió su conflicto en el preciso instante del DHS.

Hace poco vi a una paciente que se había operado, con amputación de mama derecha por causa de un carcinoma intraductal. El conflicto, su evolución y una correcta valoración sintomática indicaban que el DHS se produjo por un aborto. Esta interrelación al principio me pareció incomprensible, nada habitual, pues con un aborto la madre siente un conflicto de separación de su hijo (embrión), y en caso de ser diestra, enferma con un carcinoma de mama izquierda.

En este caso, ella me aseguró enseguida de forma espontánea, que no había sido por la criatura sino por su pareja, que desapareció inmediatamente después del aborto. Cuando a los tres meses apareció y volvió a vivir con ella, la paciente empezó a notar una gran inflamación en la mama derecha.

Nos llevaría demasiado lejos, comentar todos estos casos y las constelaciones en el marco de la NUEVA MEDICINA, cosa que queda reservada a todo un libro titulado: “Diagnóstico diferencial de la NUEVA MEDICINA”.

3.3 La conflictolisis (CL)

La conflictolisis es un punto crucial que no puede pasar desapercibido, aún cuando desgraciadamente es lo que ha ocurrido hasta ahora. El cambio brusco que se da en la inervación vegetativa (abastecimiento nervioso de los tejidos y órganos del cuerpo), ese paso de simpacotonía mantenida a vagotonía mantenida, es un inciso muy relevante tanto en lo psíquico, como en lo vegetativo-cerebral y orgánico. En el nivel orgánico nos encontramos a menudo con fiebre “gripe”.

Toda dolencia tiene unos síntomas – pcl (post conflictolisis) muy concretos, que se inician en el momento de la conflictolisis. En el caso de una enfermedad monocíclica, más sencilla, creo que no será difícil encontrar la conflictolisis venidera sin que surjan dudas al respecto. La dificultad aparece cuando se padece un “conflicto en balance”, en el cual aún no ha habido conflictolisis. Más difícil se hace cuando aparecen continuamente recidivas con sus correspondientes conflictolisis. En ese caso hablaríamos de “curación en balance” (ver terminología). Una “curación en balance” de este tipo es, por ejemplo, la enfermedad de M. Parkinson, en la cual el temblor (habitualmente en las manos), corresponde a este tipo de fase de curación. El paciente sufre en este caso continuamente de cortas recidivas de su conflicto, principalmente por la noche en sueños.

¿Por qué es tan importante determinar con claridad la conflictolisis, especialmente en enfermedades con trayectoria monocíclica, en las que hay un fase-ca ininterrumpida y una fase-pcl igualmente ininterrumpida?

El motivo es el siguiente: con frecuencia, determinar lo más ajustado posible el tiempo, significa para el paciente, la muerte o la vida. Ya que si se conoce el espacio transcurrido entre el DHS y la conflictolisis, y el proceso hasta la situación actual, se puede calcular dónde se encuentra el paciente en este momento:

¿Está antes de la crisis epileptoide? ¿Ha superado ya la crisis epileptoide? ¿Qué peligro existe ahora? Este cálculo es de especial significado en el caso de una leucemia, pues aquí la anemia previa a la conflictolisis se transforma debido a la vasodilatación, en una “semi-pseudoanemia” mucho más intensa aún. En este caso, durante las dos primeras semanas posteriores a la conflictolisis hay que investigar a conciencia, mantener la calma, no arriesgar nada, incluso no recibir transfusiones de sangre innecesarias. Si esto fuese necesario conviene sobre todo en los niños, realizarlo por la noche para que el paciente no sufra en lo posible un “conflicto de herida o sangrado”, pues nuestro cerebro en caso de entrar en pánico, no es capaz de diferenciar entre una pérdida sanguínea o una transfusión, o incluso el diagnóstico de “cancer en la sangre” como se sigue llamando en la actualidad a esta enfermedad.

3.4 El paciente está en la fase de curación

Al comienzo, los síntomas externos son los siguientes: manos calientes, cansancio, agotamiento, buen apetito, eventualmente fiebre; está en una vagotonía mantenida.

Tan pronto como el médico determine que el paciente está ya en la fase de curación (reparación), tiene que poner en marcha todos sus resortes para descubrir lo antes posible en qué momento de la fase de curación se encuentra el paciente en ese instante. Ha de descubrir con rapidez el momento en que se produjo el DHS, para conocer la duración que ha tenido el conflicto y para poder responder a las siguientes preguntas:

¿Se encuentra el paciente antes o después de la crisis epiléptica o epileptoide? ¿Supone la crisis epileptoide, en este caso específico de enfermedad, un elevado riesgo mortal? Si se trata por ejemplo de una enfermedad controlada por el cerebro antiguo hay que preguntarse si hay un proceso de tuberculosis o si habríamos de ayudar al paciente a entrar en ella.

De todas maneras, puede suceder que el proceso de curación esté ya de sobra concluído y por cierto sin tuberculosis, y la propuesta adecuada sería una operación, como en el caso de un carcinoma intestinal, para prevenir una oclusión intestinal. Me estoy refiriendo a que una operación semejante debe hacerse sólo de forma imprescindible: máximo 15 cms. de intestino grueso o simplemente reducir el tumor, si esto es técnicamente posible sin que haya riesgo de hemorragia; la antigua máxima de cortar entrando ampliamente en el tejido sano, pensando en el peligro de metástasis, es insostenible y carente de sentido lógico alguno.

Como en el caso de un adenoma tiroideo causado por el conflicto de “no haber sido lo suficientemente rápido para alcanzar la presa”, nuestras consideraciones a la hora de hacer un diagnóstico diferencial habrían de ser muy distintas. Si observamos que la fase de curación se ha producido sin presencia de micobacterias y que una tuberculosis no tendría mayor efecto en lo que queda de fase de curación-reparación, entonces es cuando tenemos como última alternativa la cirugía, para bajar nuevamente los niveles de tiroxina que la naturaleza hubiese hecho de forma natural mediante reducción necrótica del adenoma.

Las fases de curación-reparación, hasta ahora las habíamos comprendido de forma equívoca, considerándolas erróneamente como “enfermedades infecciosas”. Aunque ahora las clasifiquemos correctamente, no significa que en el nivel terapéutico vaya a ser más fácil. En el futuro será de gran ayuda conocer el momento del DHS y la duración de la fase-ca, pues cuanta más perspectiva se tenga al predecir lo que ha de venir, con más tranquilidad lo va a llevar a cabo el paciente.

El asunto se complicará naturalmente cuando intervengan varios conflictos a la vez. En este caso es importante considerar si éstos están desfasados o no. Pues en el caso de coexistir uno activo y otro en solución, se tendría que valorar cuidadosamente la utilización de corticoides, que en lo posible habría que evitar.

Un tema de especial relevancia en relación con todo esto, es el de los edemas cerebrales de los FOCOS de HAMER en la fase pcl, que en la actualidad siguen siendo considerados, desgraciadamente, como “tumores cerebrales” y que comúnmente son estirpados. (Ver capítulo FOCOS de HAMER)

3.4.1 La crisis epiléptica/epileptoide

Si la fase pcl de muchas enfermedades supone ya de por sí cierto peligro, e incluso riesgo de muerte en caso de no tener cuidado, dentro de esa fase pcl, la crisis epileptoide es precisamente el momento de mayor riesgo y de mayor tarea clínica. Muchas veces es un reto en nuestro arte médico, incluso para clínicos experimentados, ¡la crisis epileptoide es la hora de la verdad!, principalmente en una buena parte de enfermedades regidas por la corteza cerebral, como el infarto de miocardio, infarto de miocardio izquierdo, infarto de miocardio derecho con embolia pulmonar, lisis de la neumonía, neumonía, lisis del ca laríngeo, quistes de arcos branquiales, también diabetes, hipoglucemia, parálisis sensorial y parálisis sensorial del periostio. El cuadro sinóptico brinda explicaciones al respecto.

Estos denominados puntos culminantes, pueden reproducirse en el caso del paciente más próximo. Cuanto más minuciosamente se investigue, mejores oportunidades tendrán nuestros pacientes para superarlo.

En el futuro, cuando expliquemos a los pacientes con toda razón que la gran mayoría sobreviven, prescindiendo de algunos casos realmente extremos, éste movilizará fuerzas insospechadas y colaborará con entusiasmo en su propia curación ¡como jefe del proceso!

4 Investigación y verificación de la NUEVA MEDICINA

4.1 ¿Cómo se verifica la reproductibilidad de las leyes biológicas de la NUEVA MEDICINA?

En los últimos trece años se han llevado a cabo un gran número de comprobaciones respecto a la reproductibilidad de la NUEVA MEDICINA, la mayor parte de ellas de forma pública. Han pasado 13 años desde que pedí de todas las maneras posibles, a una serie de catedráticos de la Universidad de Tübingen, llevar a cabo una verificación como las que se realizaron posteriormente, si lo deseaban, a puerta cerrada.

Se trataba de comprobar si un número determinado de casos podría ser examinado claramente según la NUEVA MEDICINA, siguiendo los criterios científicos de reproductibilidad.

4.2 ¿Qué es en realidad la reproductibilidad científica?

En ciencias exactas, como Física y Química, el único requisito que se necesita para verificar una ley natural, es exclusivamente la prueba de la reproductibilidad, mediante un experimento realizado de forma pública.

Las leyes biológicas de la Nueva Medicina cumplen precisamente este requisito, en el caso de enfermedad más próxima y oportuna.

Cuando se lleva a cabo una investigación en el campo de la física, en un supuesto experimento B, no se utiliza el mismo “material” que se utilizó para el experimento A: se usa uno de “iguales características”. En química no se utiliza la misma agua sino un agua (H₂O) con “iguales características”.

De igual manera, no se puede demostrar algo una segunda vez en un mismo paciente. Hay que demostrarlo en un caso que tenga las “mismas características”.

En principio, es muy sencillo llevar a cabo la reproductibilidad de las cinco leyes biológicas de la NUEVA MEDICINA en pacientes enfermos:

Hay tres niveles que han de transcurrir de forma sincrónica y dos fases de la enfermedad – siempre y cuando el conflicto se haya superado. Además hay una fase de normalidad previa a la fase de simpaticotonía y al finalizar la fase de vagotonía curativa-reparadora hay una fase de vuelta a la normalidad, que se distingue claramente de la fase de normalidad primera que llamaríamos “virgen”, por las cicatrices residuales que quedan en los niveles psíquico, cerebral y orgánico.

Por lo tanto, no sólo tenemos cuatro fases diferentes que se cumplen en los tres niveles, sino también tres puntos adicionales de gran relevancia: DHS, CL y CE, también para cada uno de los tres niveles; con 21 criterios que podemos investigar, cada uno en función de las cinco leyes biológicas.

Puesto que las cinco leyes biológicas tienen al menos seis criterios incluidos los histológicos, cerebrotopográficos, organotopográficos, microbiobiológicos y los criterios correspondientes al matiz del conflicto, se llegan a formular 126 afirmaciones reproducibles y verificables si se logra investigar a fondo en un único caso aislado, cada uno de los tres niveles.

Es absolutamente improbable que, sólo por azar en un caso escogido entre millones se demuestren estas 126 afirmaciones.

¡Pero si un paciente padece solo dos enfermedades que se desarrollen en parte de forma paralela o sucesiva, entonces aumentan las afirmaciones reproducibles a 252, o sea que la probabilidad se potencia a cifras astronómicas!

Además, el hecho de que los FOCOS de HAMER en el cerebro están ya predestinados a localizarse en una zona determinada, consta como criterio de gran importancia. Significa que de varios cientos de relés, se conocen ya con antelación el relé preciso que se va a ver afectado. Este relé que en caso de enfermedad aparece como un FOCO de HAMER, tiene que representar la formación correspondiente a cada fase específica. La posibilidad de acertar en un solo caso es astronómicamente elevada. No obstante, en cada verificación que se llevó a cabo, los pacientes tenían varios cánceres o parálisis, diabetes, etc., teniendo que cumplirse todos los criterios en cada una de las enfermedades.

5 La LEY FERREA DEL CANCER

El descubrimiento de la NUEVA MEDICINA comenzó con la muerte de mi hijo Dirk, que en la mañana del 18 de agosto de 1.978, fue herido mortalmente por el príncipe heredero italiano ante la isla Cavallo del mar Mediterráneo en Córcega. Tres meses después murió en mis brazos en la clínica universitaria de Heidelberg, en terribles circunstancias.

Enfermé de un carcinoma de testículo, más exactamente de un teratoma de testículo derecho. Me manifesté en contra del consejo de los catedráticos de Tübingen, quienes opinaban que el testículo inflamado debía ser operado, porque para entonces ya tenía la sospecha, de que a causa de la muerte de mi hijo se desarrollaba en mí algo en el nivel corporal, cuando nunca antes había estado seriamente enfermo.

El duro golpe había producido supuestamente un teratocarcinoma de testículo. Después de mi restablecimiento decidí examinar a fondo mi sospecha, tan pronto como se me ofreciera la oportunidad.

Esto ocurrió en 1981 cuando desempeñaba mi trabajo en una clínica para enfermos de cáncer como médico jefe internista.

La ley férrea del cáncer descubierta en el verano del 81, parecía en principio tener únicamente validez en un cierto tipo de cáncer ginecológico. Pero pronto se demostró que podía aplicarse a todo tipo de cáncer. Finalmente descubrí que todas las denominadas enfermedades eran cánceres o enfermedades análogas (oncoequivalentes), es decir, algo similar al cáncer. Por eso era lógico que a la ley férrea del cáncer se le encontrara aplicación en todas las enfermedades de la medicina. Es válida para toda la medicina. El hecho de que sea enunciada así, da pie a considerarla por su nombre: la ley férrea de toda la medicina.

5.1 El primer criterio de la LEY FÉRREA DEL CÁNCER

... describe las condiciones para que un conflicto biológico tenga lugar. Se distingue con ello claramente de los denominados conflictos psicológicos o psíquicos, mejor considerados como conflictos psíquicos en general. Estos son problemas crónicos, de larga duración en los que se dispone de algún tiempo para prepararse y adaptarse a ellos, aunque no es necesario que este periodo sea muy largo, en ocasiones sólo algunos segundos. Son problemas y conflictos psicológicos cotidianos, para los que podemos prepararnos con cierta antelación, conocidos de sobra por nosotros los humanos y que se van sucediendo de forma consecutiva.

Muy al contrario tenemos el conflicto biológico en humano y animal mamífero, que supuestamente transcurre de manera análoga en el resto de los animales e incluso en las plantas.

El conflicto biológico es un choque (shock) conflictual extremadamente dramático, brutal y vivido en aislamiento, que nos coge totalmente desprevenidos, a contrapié.

La LEY FÉRREA DEL CÁNCER

La LEY FÉRREA DEL CÁNCER es una ley biológica descubierta empíricamente (basada en la experiencia), que hasta ahora se ha cumplido sin excepción en los 30.000 casos investigados por mí.

La LEY FÉRREA DEL CÁNCER es un sistema predeterminado de tres funciones correlativas, en las que si conozco una, puedo contar con las otras dos.

La LEY FÉRREA DEL CÁNCER dice:

1º Criterio:

Todo cáncer o enfermedad análoga al cáncer, nace con un DHS, es decir, un choque conflictual brutal, agudo-dramático y en aislamiento,

“Impacto vivencial conflictivo de forma sincrónica o quasi, en los tres niveles

1. Psique
2. Cerebro
3. Órgano

2° Criterio:

El contenido del conflicto determina en el momento del DHS, tanto la localización del FOCO de HAMER en el cerebro, como la localización del cáncer u oncoequivalente (enfermedad análoga al cáncer) en el órgano.

3° Criterio:

El transcurso del conflicto compromete un determinado desarrollo del FOCO de HAMER en el cerebro y también un determinado proceso del cáncer u oncoequivalente en el órgano.

He conocido a pacientes que habían perdido tres, incluso cuatro familiares cercanos sumamente queridos, uno de estos casos fue extremadamente significativo. Se trataba de una paciente cuyo tío fallecido era el cuarto pariente muerto; el tío, poseía un antiguo arcón muy bonito, que supuestamente había prometido dejar en herencia a la paciente. Pero en el testamento le correspondió a su hermana, lo que supuso un duro golpe inesperado, "a contrapié", pues había contado con ello y ya le había preparado un lugar especial en el salón. Sufrió un conflicto de rabia, de no poder digerir, en el pensamiento tenía ya la “presa cobrada”, estaba digiriendo el trozo y, de pronto, se vio obligada a devolverlo: enfermó de un carcinoma de páncreas.

Desde el punto de vista “psicológico”, la muerte (“pérdida”) de cada uno de estos parientes cercanos, debería haber tenido mayor importancia, pero esto no fue así, porque por muy triste que fuera, se sabía con antelación que no había nada que hacer.

Esto no desencadenó un conflicto biológico. Se hizo el debido duelo y el suceso no pasó de ser un conflicto psíquico o psicológico de pérdida. En cambio, el no haber recibido como herencia el esperado baúl cogió a la paciente completamente a contrapié. ¡Esto produjo un conflicto biológico, un cáncer de páncreas!

Los psicólogos siempre han buscado este tipo de conflictos, como aparentemente relevantes, conflictos latentes, y que han sido contruidos desde tiempo atrás, generalmente desde la infancia y la juventud; conflictos entre la estructura instintiva y las supuestas instancias del yo del ser humano, pero nunca encontraron una causalidad como en el caso típico de la muerte de seres allegados. Y no las encontraron porque nunca consideraron la clave del “suceso imprevisto”. Por esta razón todas las estadísticas psicosomáticas carecían de sentido, pues no consideraban la necesidad de “pensar en términos biológicos”. En el capítulo sobre estadística de la medicina contemporánea, será expuesta mi crítica sobre tal estadística-psicológica.

5.1.1 Definición del conflicto biológico

1. El DHS surge de un choque conflictual vivencial hiperagudo dramático, de gravedad psíquica y vivido en aislamiento, que nos sorprende sin estar preparados, a contrapié.

2. El conflicto biológico que empieza con el DHS no es sólo algo negativo, un desajuste del transcurso óptimo de la vida, sino una necesidad, con la cual el organismo puede dar utilidad a los programas especiales y de urgencia previstos para estos casos. Solamente con el DHS y el conflicto biológico, obtiene el organismo la posibilidad de revalidar, utilizando el “hardware” de su cerebro, la prueba de cualificación hasta entonces no superada.
3. El raíl de la alergia: si el individuo ha hecho ya un DHS en iguales o similares circunstancias, entonces el organismo está prevenido ante este tipo de conflictos biológicos.
Negativamente podemos decir: el paciente siempre cae en la misma trampa.
Positivamente podemos decir: el paciente pone muchísima atención y reacciona instantáneamente con un programa especial.
4. El conflicto biológico es utilizado por la madre naturaleza, con el fin de poner orden en la convivencia social de familias, rebaños, manadas, etc. Esto es así, principalmente en el caso de conflictos biológicos regidos por el córtex cerebral, manteniéndose un programa especial necesariamente activo durante toda la vida.
5. Ante la falta de probabilidades para poder solucionar realmente un conflicto biológico, y en el caso de que el conflicto en balance tampoco sea suficiente, la naturaleza utiliza una variante más: la congelación del individuo en su nivel momentáneo de evolución, mediante la constelación esquizofrénica dependiente del córtex cerebral.

Una condición muy importante de la LEY FÉRREA DEL CÁNCER, es que todos los fenómenos, tanto el inicio del conflicto biológico, así como la solución del conflicto o la crisis epiléptica o epileptoide, se desarrollan sincrónicamente en los tres niveles: psique, cerebro y órgano.

En la NM sería absurdo cuestionarse, si fenómenos psíquicos pudieran “desencadenar” procesos orgánicos.

En la NM, un fenómeno psíquico se lleva a cabo de forma sincrónica y paralela junto con un fenómeno cerebral y un fenómeno corporal/orgánico también sincrónico.

Tenemos la fortuna de poder demostrar esta sincronicidad en cada uno de estos tres niveles y en cada segmento o fase evolutiva, sin tener que acudir a postulados filosóficos o suposiciones hipotéticas. Incluso el nivel psíquico podríamos demostrarlo fácilmente con la ayuda de los parámetros vegetativos.

Dentro de este 1º criterio de la ley férrea del cáncer, el DHS (DIRK-HAMER-SYNDROM) ha alcanzado desde 1.981 un significado central.

5.2 2º Criterio de la LEY FÉRREA DEL CÁNCER

En el instante del DHS ya está todo programado e incorporado: según el contenido del conflicto biológico en el instante del DHS, se “conmuta”, como nosotros actualmente podemos comprobar fácilmente con ayuda de un TAC (tomografía axial computerizada), una zona del cerebro muy concreta, determinada ya con anterioridad (FOCO de HAMER).

En el mismo instante, comienzan a producirse las alteraciones pronosticadas en el órgano (en el cuadro sinóptico psique, cerebro y órgano, exactamente representadas mediante observaciones empíricas) llevándose a cabo una proliferación celular o una reducción celular o pérdida de funcionalidad (en los denominados oncoequivalentes).

He empleado el término “conmutación” porque, como ya veremos en un capítulo posterior, el DHS sólo es un fenómeno de entrada en un programa especial, para que el organismo pueda superar la situación imprevista.

El sentido de “enfermedad” que recibíamos en nuestras universidades, no existe en absoluto. Considerábamos las “enfermedades” desde esa perspectiva, como errores de la naturaleza, con la sospecha de una debilidad del supuesto “sistema inmune” (pensado como armada de defensa de nuestro organismo)

La “madre naturaleza” no comete ningún error, en todo caso, faltas aparentemente intencionadas, con un sentido de favorecer al grupo más grande, aunque a veces conlleven síntomas negativos para el individuo.

5.3 3º Criterio de la LEY FÉRREA DEL CÁNCER

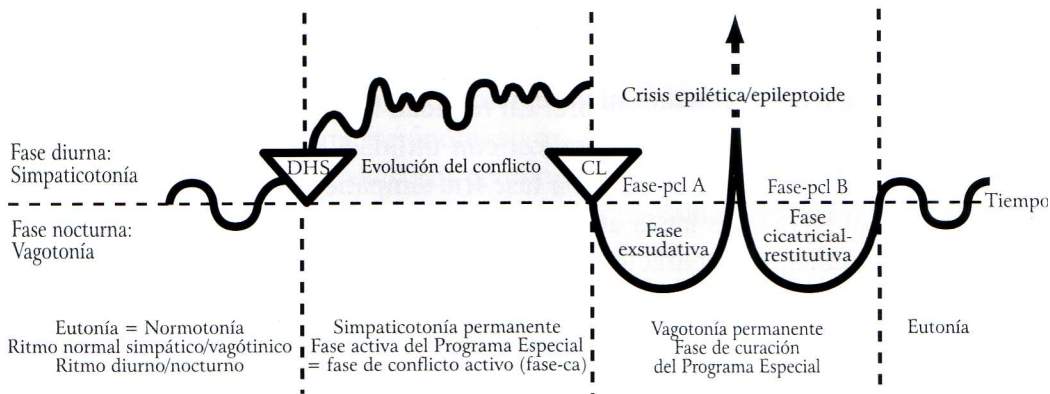
La evolución de la denominada enfermedad en su totalidad, incluida la fase de curación-reparación, es sincrónica en los tres niveles. Han sido descubiertos criterios bien precisos de lo que son síntomas típicos de conflicto activo a nivel psíquico, cerebral y orgánico, y de lo que son síntomas típicos de conflicto resuelto, también en los tres niveles. A esto se añade los síntomas característicos de la crisis epiléptica o epileptoide en los niveles psíquico, cerebral y orgánico, que difieren en cada enfermedad, pero que, por otro lado, son típicos y muy específicos respecto a los síntomas cerebrales y orgánicos (ejemplo, crisis epileptoide de la úlcera gástrica, crisis epileptoide de la úlcera de vías biliares, crisis lítica en la neumonía = crisis epileptoide de úlcera bronquial, infarto de miocardio = crisis epileptoide de úlceras bronquial, infarto de miocardio = crisis epileptoide de úlceras coronarias, etc.) e igualmente característicos para los síntomas psíquicos y vegetativos.

Con estas herramientas, es decir, con el conocimiento de las leyes sobre los síntomas típicos del proceso en los tres niveles, se puede trabajar por primera vez en la medicina de un modo causal, reproducible y con pleno sentido.

6 Ley del carácter bifásico de las enfermedades, en caso de solución del conflicto

Ver cuadro:

Carácter bifásico de la enfermedad:



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

En este esquema se aprecia a la izquierda el ritmo normal día/noche.

A partir del DHS se inicia la fase de conflicto activo y de estrés o ritmo diurno mantenido, o de simpaticotonía mantenida.

Después de la solución del conflicto (CL = conflictolisis) se inicia la fase de curación-reparación o ritmo nocturno o de vagotonía mantenida, interrumpida por la crisis epiléptica o epileptoide, culminación y punto de viraje de la fase de curación.

A partir de aquí el organismo tiende lentamente a la normalidad.

Una vez terminada la fase de curación se instaura el ritmo normal día/noche.

Toda dolencia en medicina, transcurre de forma bifásica, es decir, con una primera fase a partir del DHS: la fase de conflicto activo, fría y simpaticotónica (fase-ca) y una segunda fase, en caso de solución de conflicto (conflictolisis): fase de curación (o de conflicto resuelto), caliente (o de fiebre) y vagotónica. Esta fase también se denomina “fase postconflictológica”, o fase-pcl.

Cada enfermedad que tiene una solución de conflicto tiene una fase-ca y una fase-pcl. Y cada fase-pcl, en tanto que no sea interrumpida por una recidiva (recaída) del conflicto, presenta una crisis epiléptica o epileptoide, en el momento más profundo de la vagotonía.

La ley del carácter bifásico de las enfermedades de toda la medicina, da la vuelta básicamente a todos nuestros conocimientos actuales.

Si hasta ahora conocíamos aproximadamente algunos cientos de denominadas “enfermedades”, observando más detalladamente, podríamos concluir que la mitad correspondía a supuestas “enfermedades” en las que el paciente presentaba manos frías, hipotermia periférica y la otra mitad a supuestas “enfermedades” calientes, con manos calientes y generalmente fiebre. En

realidad, hay 500 “tandems”, compuestos por una fase fría simpaticotónica de conflicto activo (después de DHS) y una fase caliente, vagotónica, de curación, de conflicto resuelto (después de la CL). Este esquema del carácter bifásico es una ley biológica.

Todas las enfermedades que conocemos evolucionan en estos términos, siempre y cuando se llegue a la solución del conflicto. Mirando retrospectivamente se puede deducir que la medicina practicada hasta ahora, no reconocía con acierto ni una sola enfermedad: en el caso de las supuestas “enfermedades frías”; se pasaba por alto la posterior fase de curación o se consideraba como una enfermedad aparte (por ejemplo: “gripe”) mientras que, y en el caso de las supuestas “enfermedades calientes”, que no son nada más que la segunda fase, en efecto la fase curativa posterior a la fase de conflicto activo, en este caso se pasaba por alto la fase fría previa o se malinterpretaba como una enfermedad en sí misma.

Las dos fases presentan un FOCO de HAMER (FH) en el cerebro, localizándose por supuesto en el mismo lugar, pero en condiciones diferentes: en la fase-ca de conflicto activo siempre aparece el FH en forma de anillos concéntricos bien definidos como una imagen en diana. En la fase pcl de solución del conflicto, el FOCO de HAMER está tumefacto, edematizado. El edema del anillo más interno lo señalamos también como edema “intrafocal”, el edema alrededor del anillo más externo como edema “perifocal”. Pero éstas son sólo indicaciones imprecisas para algo claro de por sí. Desde el comienzo de la fase de curación-reparación, el foco se hace fácilmente visible con contrastes y más tarde al final de la fase de curación encontramos en el FOCO de HAMER más o menos tejido glial, que aparece y se acumula allí como signo de reparación de las sinapsis neuronales (células nerviosas). Estos gliomas, en principio totalmente inofensivos, han sido definidos hasta ahora, como todos conocemos, con el nombre de “tumores cerebrales” o “metástasis cerebral”; en realidad, felizmente, FOCOS de HAMER en vía de cicatrización y reparación.

6.1 1ª Fase

A.	Nivel psíquico	= Actividad conflictual <ul style="list-style-type: none"> • Pensamiento continuo y obsesivo en torno al conflicto. • El sistema nervioso impone el estrés para ocuparse del conflicto. • Ritmo diurno permanente.
	Nivel vegetativo	= Simpaticotonía <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de apetito • Pérdida de peso • Vasoconstricción. • Manos y pies fríos. Piel fría • Insomnio, despertar frecuente poco después de conciliar el sueño • Hipertensión arterial (presión sanguínea alta)
B.	Nivel cerebral	= FOCO de HAMER con imagen de diana en el lugar correspondiente al tipo de conflicto y al órgano afectado.
C.	Nivel orgánico	= <ol style="list-style-type: none"> a) Órganos regidos por el paleoencéfalo: <ul style="list-style-type: none"> • Proliferación celular como acontecimiento con pleno sentido para solucionar el conflicto b) Órganos controlados por el neoencéfalo: <ul style="list-style-type: none"> • Necrosis o úlcera según el órgano afectado. ¡Disminución celular! Acontecimiento lleno de sentido para resolver el conflicto individual o acontecimiento de utilidad general

como programa casi suicida para la conservación de la especie. (Presa para los leones).

6.2 2ª Fase

A.	Nivel psíquico	= Fase de solución del conflicto (fase-pcl) <ul style="list-style-type: none"> • Gran tranquilidad • Ritmo nocturno permanente Ritmo diurno permanente.
	Nivel vegetativo	= <ul style="list-style-type: none"> • Gran cansancio • Vagotonía • Mucho apetito • Sensación de bienestar • Fiebre • Trastornos para dormirse hasta las tres de la madrugada (salida del sol, comienzo biológico del día): para los animales “presa” con la luz del día disminuye la probabilidad de ser sorprendidos durante el sueño por los depredadores. • Vasodilatación periférica: manos y pies calientes, piel caliente, hipotensión.
B.	Nivel cerebral	= La configuración de anillos en diana del FOCO de HAMER se edematizan en la fase-pcl, y a veces, se confunden en el edema intrafocal y perifocal. Desde el comienzo de la fase de curación-reparación (fase-pcl), el FH se colorea con sustancias de contraste y se malinterpreta como “tumor cerebral”. La coloración con sustancia opaca es posible gracias a un metabolismo altamente aumentado en la región del FH, y a una acumulación de neuroglías, tejido conjuntivo cerebral, para reparar de nuevo el relé alterado. El precio es: se vuelve más duro, más rígido y menos elástico. Si aparece nuevamente proceso similar afectando al mismo relé, puede llegarse a un desgarrar de tejido cerebral (quiste). Al final de la fase-pcl, es decir, después de la llamada “fase de orinar” (fase diurética), el edema es evacuado espontáneamente como signo de curación del FOCO de HAMER.
C.	Nivel orgánico	= <ol style="list-style-type: none"> a) Órganos regidos por el paleoencéfalo: <ul style="list-style-type: none"> • En la fase-pcl hay reducción o degradación de la proliferación celular previa (sólo de células tumorales) a través de hongos o micobacterias (Tbc) hasta alcanzar la normalidad. Cuando faltan los microbios (a causa de una mal entendida aunque bien intencionada higiene en nuestra civilización), el tumor permanece y deja de tener mitosis como consecuencia de la CL. La reducción celular biológica no se lleva a cabo. b) Órganos controlados por el neoencéfalo: <ul style="list-style-type: none"> • Reconstrucción de las células ausentes a causa de la disminución celular precedente, o sea, reconstrucción de necrosis y úlceras con la ayuda, si se dispone, de bacterias (órganos controlados por la médula cerebral), o de virus (órganos controlados por la corteza cerebral).

El desconocimiento de estas leyes en el sentido médico-clínico nos ha impedido encuadrar de manera adecuada la medicina y comprender al menos, una enfermedad correctamente. Sin el conocimiento de estas leyes biológicas, no podríamos reconocer el cáncer y sus correspondencias; lo considerábamos incurable dedicándonos a eliminar los síntomas de la enfermedad cancerígena a nivel orgánico –craso error desde el punto de vista biológico. Tampoco teníamos la posibilidad de comprender las denominadas enfermedades infecciosas, ya que no las consideramos como fase de curación sino como fase agresiva de la enfermedad, en las que había que destruir a los microbios.

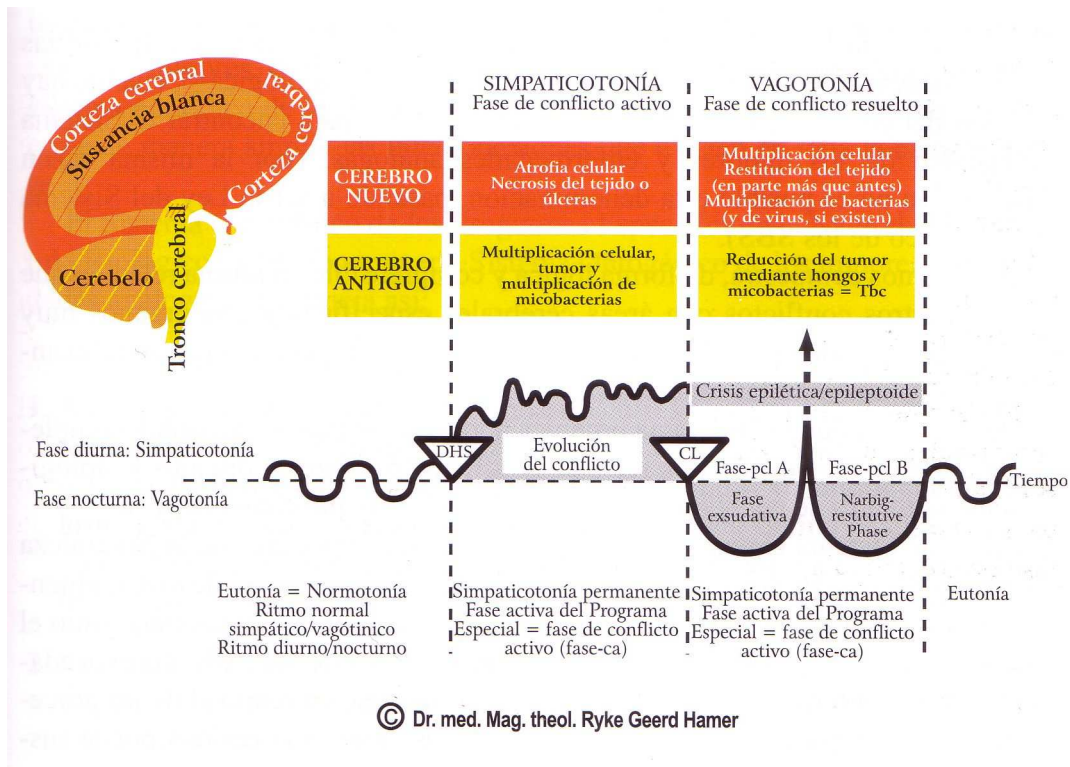
Se trataba precisamente de lo contrario. Los pacientes, que morían, lo hacían, no debido a los microbios, sino a causa del coma cerebral o de la crisis epileptoide. Se considera por tanto, que las fases de curación-reparación también tienen su peligro, como en el caso del infarto de miocardio que veremos más adelante. En algunos procesos de la enfermedad, la fase de curación es incluso mucho más peligrosa que la fase de conflicto activo.

En el desconocimiento de estas leyes biológicas, no sólo hemos estado incapacitados para comprender a fondo una sola enfermedad, sino incluso para tratar correctamente y a conciencia, a un solo paciente, pues como ya hemos mencionado, hemos tomado la fase de curación como una enfermedad en sí misma.

7 El sistema ontogénico de los tumores y enfermedades oncoequivalentes y el sistema de los microbios condicionados ontogénicamente

(3ª y 4ª leyes biológicas)

Ver cuadro: Sistema ontogénico de los tumores y enfermedades análogas.



En el esquema anterior, vemos dos grupos diferentes (ver también el cuadro sinóptico).

El grupo amarillo corresponde a paleoencéfalo y el rojo a neoencéfalo.

La subdivisión del cerebro se realiza siguiendo las leyes de la embriología.

El grupo amarillo, en la fase de conflicto activo, produce tumores compactos con proliferación celular.

El grupo rojo, en la fase de conflicto activo, produce reducción celular.

En la fase de curación-reparación, sucede exactamente lo contrario. El grupo amarillo, dependiente del paleoencéfalo, en fase de curación elimina los tumores mediante microbios y el grupo rojo reconstruye las necrosis y úlceras con inflamaciones y formación de quistes.

La LEY FÉRREA DEL CÁNCER y la ley del carácter bifásico de las enfermedades en caso de solución del conflicto, fueron la premisa para poder descubrir el sistema ontogénico de los tumores y de las enfermedades oncoequivalentes. Desde el punto de vista de la evolución filogenética, se muestran de forma comprensible y lógica las conexiones internas de nuestros conflictos de las áreas cerebrales y sus órganos inherentes y de la correspondencia orgánica; lo que tiene un sentido relevante.

De este modo, toda nuestra histopatología de los órganos, adquiere de golpe, un orden completamente transparente y evidente. Los relés de conflictos similares y órganos histológicamente similares, se encuentran en el nivel cerebral muy próximos entre sí.

Pero este sistema ontogénico de los tumores y de enfermedades oncoequivalentes, también nos ha mostrado que sin su conocimiento, nunca hubiésemos podido comprender las dolencias cancerosas. Por desconocimiento, parte de ellas las habíamos ordenado en la fase activa, por cierto aquellas - como ahora podemos ver - tanto con tumores controlados por el paleoencéfalo, como los “tumores” de órganos controlados por el neoencéfalo, que sólo producen aumento celular en la fase de curación-reparación, confundiendo éstas con los tumores anteriores.

Cualquiera que haya podido decir que encontró un sistema en la enfermedad del cáncer estaba simplemente equivocado, como es el caso de los marcadores tumorales, pues ahora los sabemos, carentes de sentido y que significan en su mayor parte todo lo contrario de lo que imaginábamos. No podíamos encontrar un sistema porque no conocíamos la diferencia entre los cambios orgánicos regidos por el paleoencéfalo y los producidos en los órganos controlados por el neoencéfalo; pensar que se había encontrado, era un error.

El sistema ontogénico de los tumores es comprensible y lógico en sí mismo. Naturalmente es consecuencia de la Ley Férrea del cáncer y del descubrimiento de los FOCOS de HAMER en el cerebro.

Es un sistema ontogénico particular de los tumores y de la medicina, y reviste para ésta una importancia comparable a la del sistema periódico de los elementos para las ciencias naturales. Describe de manera amplia las interconexiones que existen en toda la ciencia médica!

El sistema ontogénico de los tumores y enfermedades análogas se enuncia así:

1. A las tres hojas embrionarias corresponden también tipos específicos de tejidos histológicos que son iguales entre sí o por lo menos similares. Sólo la hoja embrionaria media o mesodermo se subdivide en uno antiguo o “**mesodermo cerebeloso**” y uno nuevo o “**mesodermo cerebral**”. El mesodermo cerebeloso se comporta de manera similar al “**endodermo-tronco cerebral**” mientras que el mesodermo cerebral se comporta de manera análoga al “**ectodermo cerebral**”
2. Cuando surge un DHS, que provoca un FH, las áreas orgánicas correspondientes a este FH tienen una reacción específica en función de la hoja embrionaria de la que derivan.
3. La fase consecutiva a la solución del conflicto difiere mucho según las hojas embrionarias:

Hoja embrionaria interna:

Detención del crecimiento del cáncer, enquistamiento o reducción mediante hongos o bacterias, por ejemplo, bacilos tuberculosos.

Hoja embrionaria media:

a) Mesodermo cerebeloso:

Detención del crecimiento del cáncer, enquistamiento o reducción mediante bacterias igual que en el caso de la hoja embrionaria interna, por ejemplo, cáncer de mama mediante bacterias o micobacterias.

b) Mesodermo cerebral:

Restitución mediante inflamación o exceso de crecimiento en el sentido de un sarcoma o, tratándose de huesos con un aumento del callo óseo como osteosarcoma. El exceso de crecimiento de células es completamente inofensivo y espontáneamente se para al final de la fase de curación.

Las bacterias ayudan en la reconstrucción.

Hoja embrionaria externa:

Tendencia a rellenar la necrosis ulcerosa, con restitución o restitución cicatricial con la ayuda de virus.

La LEY FÉRREA DEL CÁNCER –que muchos médicos han confirmado- ya había aportado un sistema claro a la visión reinante hasta entonces sobre la naturaleza de los tumores. Muchas preguntas permanecen abiertas. Creo que ahora he conseguido encontrar un sistema amplio, que no solamente abarca el problema de los tumores, sino que engloba en principio a toda la medicina. Entonces, la distorsión de nuestras áreas de comportamiento debido a conflictos biológicos sólo es un caso especial, el caso super especial de una modificación del programa en una de las áreas del cerebro, el llamado FH, donde todo había funcionado millones de veces con una precisión normal asombrosa. Lo realmente fascinante e impresionante de esta modificación del programa, es que moviliza, debido a un DHS, el organismo en su totalidad, y que esta modificación del programa que yo antes interpreté como un error de conexión no es de ninguna de las maneras fallo del sistema, sino que más bien tiene el sentido de aprovechar – como última oportunidad - todos los resortes del organismo en la lucha por la supervivencia. Esta modificación del programa forma parte de un acontecimiento con sentido pleno.

7.1 Clasificación de los tumores

Durante años he estado equivocado en la hipotética ausencia de sistematización morfológica e histológica de los tumores, inflamaciones, carcinomas, sarcomas, seminomas, corioepiteliomas o gliomas junto con todo aquello que la medicina oficial reconoce como metástasis.

Por fin creo haber encontrado una clasificación que probablemente se utilizará durante decenas de años de manera más o menos modificada.

¡Esta clasificación se basa en la ontogénesis o embriología!

Si ordenamos los diferentes tumores según la ontogénesis o mejor dicho según los criterios de las diferentes “hojas embriológicas”, todo se coloca de repente en su sitio de manera natural.

Si es verdad que el cerebro del ser humano y del animal es la computadora que se ha ido formando a lo largo de millones de años, entonces, por lógica, los órganos del cuerpo que están “conectados” filogenéticamente deben “residir” cerca en la computadora cerebral.

ENDODERMO (Hoja embrionaria interna)	Hongos, bacterias, micobacterias, Tbc	FOCO de HAMER en Tronco cerebral		Sentido Biológico:	Cerebro antiguo: Multiplicación celular
		Fase-ca: Adeno-Ca. (Tumor: más tejido)	Fase-pcl: Reducción del tumor por tuberculosis	Fase-ca	
MESODERMO (Hoja embrionaria media)	Bacterias, micobacterias, Tbc	FOCO de HAMER en Kleinhirn			Cerebro nuevo: Disminución celular (= necrosis o úlceras) o alteración funcional
		Fase-ca: Ca. adenoide (Tumor: más tejido)	Fase-pcl: Reducción del tumor por tuberculosis	Fase-ca	
ECTODERMO (Hoja embrionaria externa)	Bacterias	FOCO de HAMER en Cuerpo medular del cerebro (Sustancia blanca)		al final de la fase-pcl	
	con o sin virus, si existen	Fase-ca: Necrosis (menos tejido)	pcl-Phase: Restitución del tejido necrotizado (resulta más masa que antes)		
		FOCO de HAMER en la Corteza cerebral			
		ca-Phase: Úlceras (menos tejido)	pcl-Phase: Reparación-reconstrucción de las úlceras	Fase-ca	

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

Los embriólogos dividen el desarrollo embriológico generalmente en las tres llamadas “hojas embrionarias”: el endodermo u “hoja embrionaria interna”, el mesodermo u “hoja embrionaria media” y el ectodermo u “hoja embrionaria externa”. La mayoría de nuestros órganos proceden de una sola de estas hojas, como por ejemplo: el tubo estómago-intestino (sin recto y sin los 2/3 superiores del esófago, la curvatura menor del estómago, vías biliares hepáticas, vesícula, vías pancreáticas y las células insulares del páncreas), lo hace del endodermo, es decir, de la hoja embrionaria interna.

Pero dado que el intestino también tiene vasos sanguíneos y éstos pertenecen a la hoja embrionaria media, se dice que el intestino también tiene “partes mesodérmicas”. Y dado que el intestino también tiene “plexo nervioso”, el denominado “sistema vegetativo” es lógico que también tenga partes ectodérmicas.

Pero cuando se dice por ejemplo que un órgano es de origen endodérmico, entonces no se hace referencia a estas partes mesodérmicas (vasos) ni a las ectodérmicas (nervios) puesto que estos componentes están en todos los órganos.

Pero también hay órganos que se estructuran funcionalmente de varias partes de diferentes hojas embrionarias. A ellos pertenecen: la zona de la cabeza junto con la zona cardiaca, el estómago, el hígado, el páncreas, el duodeno así como las zonas vésico-vagino-anal inclusive la pelvis renal. Algunos de estos órganos que se unieron funcionalmente a posteriori, y que actualmente estamos acostumbrados a verlos como un solo órgano, tienen sus centros relé muchas veces en distintas partes del cerebro.

Ejemplo: El útero se compone realmente de dos órganos: el orificio y el cuello uterino por un lado y por el otro el cuerpo del útero y las trompas de falopio. Estos dos órganos, distintos aparentemente, se han desarrollado en un solo órgano el “útero”: pero con respecto a sus mucosas proceden de diferentes hojas embrionarias y sus centros-relés se sitúan en zonas totalmente diferentes en el cerebro: orificio y cuello uterino en la zona periinsular izquierda, y la mucosa del cuerpo uterino en el puente del tronco cerebral.

Por lo tanto, las formaciones histológicas son completamente diferentes:

orificio y cuello uterino tienen epitelio pavimentoso,

el cuerpo del útero tiene epitelio adenoide (epitelio cilíndrico).

Naturalmente se junta aquí también la musculatura mesodérmica del útero y ésta tiene su relé en el mesencéfalo (tronco).

Es por ello que, al principio, me costaba tanto encontrar las relaciones.

Así, inversamente, órganos que en el cuerpo se encuentran muy alejados unos de otros, tienen sus relés cerebrales casi siempre muy próximos, el epitelio pavimentoso del recto, de la vagina, de las venas coronarias y de la laringe son vecinos en la zona periinsular izquierda, al igual que el epitelio pavimentoso intrabronquial, el epitelio de la íntima coronaria y el epitelio de la vejiga son vecinos en la zona periinsular derecha del cerebro.

Si no hubiera comparado una y otra vez las zonas cerebrales, por ejemplo, el “homunculus” (véase dibujo), formaciones histológicas y resultados de las investigaciones embriológicas de otros tratados con mis TACs cerebrales, junto con el historial clínico, seguro que hoy todavía estaría rompiéndome la cabeza, dado que en casi todos los tratados de embriología hay hechos malinterpretados, incluso falsos, debido a que nadie jamás sospechaba una interrelación.

Ahora por ejemplo sé que todas las zonas mucosas con revestimiento de epitelio liso se corresponden y su procedencia es ectodérmica, y por consiguiente, también están emparejadas en el cerebro. Esto quiere decir que órganos tan diferentes como la mucosa bucal, la mucosa bronquial, la mucosa laríngea y la mucosa de los derivados branquiales, la íntima de las arterias coronarias, la íntima de venas coronarias, la mucosa del recto, la mucosa del orificio y del cuello uterino, se encuentran próximos. Todos ellos tienen su relé en el área periinsular derecha e izquierda, todos tienen como conflictos correspondientes, conflictos sexuales, conflictos de territorio o conflictos de demarcación de territorio.

7.1.1 El “mesodermo cerebeloso” y el “ectodermo-cerebral”

Siempre me ha producido ciertas dificultades el hecho de ir más allá, como sucede en este capítulo, respecto a las investigaciones de la embriología. Para los embriólogos ciertas preguntas no parecían tener mayor importancia y por ello no se han planteado buscar respuestas. La piel tiene un origen ectodérmico, naturalmente sólo la epidermis. La epidermis sin la dermis (corium), pues ésta es de origen mesodérmico. Existen diferencias sutiles en las llamadas capas dérmicas. Existe una capa dérmica inferior (corium) de origen mesodérmico que contiene las glándulas (glándulas sudoríparas, glándulas sebáceas) y los melanocitos. Encima de ésta está la epidermis externa de epitelio pavimentoso y cuyo origen es ectodérmico. Esta capa contiene además de las terminaciones nerviosas superficiales, sede de la sensibilidad táctil, también una capa de melanocitos.

La sutil diferencia consiste en el hecho de que unas células son invadidas por el cerebelo (dermis) y las otras por el cerebro (epidermis) Y esto determina no sólo su función sino también su histología y por supuesto la formación de las diferentes “reacciones tumorales”.

7.1.1.1 El mesodermo cerebeloso

En la época de nuestra historia evolutiva (filogenética) cuando nuestros “antepasados” primitivos cambiaron su entorno acuoso por el de tierra firme, en la época en que el cerebelo estaba en evolución, el individuo necesitaba una piel que no sólo proporcionaba una estabilidad, sino que también servía como protección contra el exceso de radiaciones solares, y que evitaba la desecación, etc. Quisiera denominar a este órgano: la piel del cerebelo mesodérmico.

Esta piel del cerebelo no tenía que soportar grandes cargas mecánicas. No obstante, el individuo ya podía moverse arrastrándose a modo de gusano. La piel tenía la llamada

“sensibilidad protopática” inespecífica, es decir, que sí tenía capacidad para sentir una presión o temperatura extremas, mostrando con esto que se podía adaptar y reaccionar en el momento en que las condiciones de su entorno cambiaban de forma radical. En esta piel se almacenaban los melanocitos con sus pigmentos, que sobre todo evitaba la infiltración de la luz ultravioleta del sol, aparte de que esta piel, gracias a las glándulas sudoríparas, tenía la posibilidad de cubrirse con una película de líquido y producir de este modo el frescor de la evaporación y así evitar que se produjeran quemaduras. Podemos decir pues, que el individuo estaba ya bastante bien protegido contra lo que suponía un peligro para su esfera vital.

Después de la formación de esta piel del cerebelo, cuyo relé podemos encontrar en el cerebelo en el área postero medial y lateral (en el caso de conflicto tendremos aquí un conflicto de daño a la integridad física y además un conflicto de mancillamiento), se desarrolló la conducta mamífera. Durante este proceso, lógicamente se integraron también las glándulas mamarias. La glándula mamaria es, consecuentemente, una invaginación de esta piel cerebelosa de la cual el lactante puede mamar la leche. En el cerebelo todo está unido con un orden.

El epitelio glandular original de los conductos lácteos, obviamente no pertenece ya al tipo de glándulas que encontramos en el tracto intestinal, no obstante, desde el punto de vista morfológico, está más relacionado con ese epitelio glandular original que con el epitelio pavimentoso de las capas externas de la piel. Ambos son bien distintos – pues el lugar de origen en el cerebro también es muy diferente.

La denominación mejor para el epitelio glandular de los conductos galactóforos de las glándulas sudoríparas y las sebáceas sería, según lo explicado anteriormente, “tejido glandular cerebeloso”.

Se considera como piel cerebelosa, también la “piel interna” del cuerpo: en abdomen el peritoneo, en el tórax la pleura y en el área mediastínica el pericardio.

Diferenciamos aquí el peritoneo parietal del peritoneo visceral, al igual que la pleura parietal de la pleura visceral y el pericardio parietal del pericardio visceral. Por eso, los cánceres que aquí se producen se llaman mesoteliomas.

Un cáncer regido por el cerebelo crece aumentando la piel del corion, que es visible. Esta misma piel cerebelosa es la responsable del edema y en este caso, de los llamados derrames durante la fase de curación, como son el derrame del peritoneo o ascitis, el derrame pleural y el tan temido derrame pericárdico, con taponamiento cardíaco; en principio algo muy positivo durante la fase de curación, que sin embargo temo mucho como complicación.

7.1.1.2 El ectodermo cerebral

Las capacidades de la piel cerebelosa ya no eran suficientes en las épocas siguientes. Es por ello que la naturaleza ha ido desarrollando en la época moderna del cerebro una enorme construcción incluso para el área de la piel, sencillamente ha recubierto con una capa completa de piel cerebral al individuo.

La piel cerebral, naturalmente de origen ectodérmico, era contrariamente a la piel cerebelosa mesodérmica, una piel de epitelio liso resistente. Esta piel de epitelio liso perteneciente al cerebro se extendía a lo largo de los segmentos hasta cubrir completamente la piel cerebelosa. Trajo consigo la sensibilidad fina o superficial (epicrítica) del cerebro (córtex somato-sensorial, circunvolución postcentral) y con esto capacitaba al organismo para recibir toda la información que necesitaba, para que el individuo pudiera hacer frente a las exigencias repentinas y peligrosas, durante su lucha por la supervivencia como ser altamente organizado.

La formación del epitelio liso es la señal morfológica típica para la piel cerebral o epitelio cerebral. No obstante, ese epitelio liso o pavimentoso del cerebro no sólo no paró su avance ante las fronteras de la antigua piel cerebelosa, sino que también ha cubierto por ejemplo, epitelio cilíndrico endodérmico en la vejiga, y endodérmico en la pelvis renal o epitelio endodérmico bucal y del esófago superior, en la curvatura menor del estómago y de los conductos pancreáticos y de la vesícula biliar al igual que en el epitelio adenoide del mesodermo cerebeloso de los conductos lácteos (intraductal). Así encontramos ahora el típico epitelio pavimentoso del cerebro en la piel externa, en la mucosa bucal, en el área nasofaríngea, en el epitelio pavimentoso de la laringe, de los bronquios, en el epitelio pavimentoso del esófago, del píloro, del bulbo duodenal y del páncreas con sus ramificaciones en las células de los islotes pancreáticos y del epitelio de los conductos biliares.

Al mismo tiempo, encontramos este epitelio pavimentoso también en la vejiga, la pelvis renal, la vagina, orificio y cuello uterino, en los conductos galactóforos y en el recto. Todas estas áreas, cubiertas con este tipo de epitelio pavimentoso son muy sensibles y conectadas con el centro sensorial del cerebro. Todas ellas tienen “conflictos cerebrales en el cerebro propiamente dicho” (FOCOS de HAMER en el cerebro).

A este conjunto también pertenece la antigua epidermis del periostio, que anteriormente se componía de epitelio pavimentoso y nervios sensibles. Hoy en día no se encuentra ya el epitelio plano pues ya no tendría función, pero los nervios sensibles aún existen. Estos producen dolor en el caso de expansión del periostio. Los dolores que surgen siempre durante la expansión del periostio cuando se produce un edema óseo durante la fase de curación, son una buena señal y un proceso importante durante la curación biológica del hueso, puesto que estos dolores obligan al individuo a mantener esta parte del esqueleto en reposo, dado que existe el peligro de fractura en caso de carga o exigencia de funcionamiento. Muchas veces encontramos, por ejemplo en el recto, un tumor de las capas endodérmicas inferiores que atraviesa el epitelio pavimentoso mucoso. Entonces decimos que se trata de un “pólipo” (adeno-ca)

7.1.1.2.1 Úlceras del estómago y del duodeno

Después de consultar con varias eminencias en materia de embriología, estoy ahora completamente seguro de que la mucosa del recto (hasta 12 cm. del ano), la mucosa vaginal junto con el orificio y el cuello uterino, la mucosa de la vejiga y pelvis renal, al igual que los 2/3 superiores del epitelio del esófago junto con la curvatura menor del estómago, los islotes del páncreas así como los conductos del páncreas y de la vesícula biliar intrahepáticos, la íntima de las arterias y venas coronarias (¡muy sensibles!), son de procedencia ectodérmica.

Todas estas mucosas están constituidas por epitelio plano o epitelio pavimentoso y todas son “invaginaciones” desde fuera, o sea que realmente se puede decir que es membrana mucosa “inmigrada” (¡¡inmigración cerebral ectodérmica!!)

He observado una conexión verdaderamente fundamental y que a posteriori parece tan clara como el agua, pero que antes me produjo más de un quebradero de cabeza. La referida observación es la *ulcus ventriculi* (úlceras de estómago) y la *ulcus duodeni* (úlceras del duodeno).

Como ya he dicho, a posteriori, todo el mundo tiene claro que la úlcera de estómago tiene un origen psíquico al igual que la úlcera duodenal. Para mí esto no es nada extraordinario pues sabemos que finalmente todo está regido por el ordenador cerebral. Pero la úlcera gástrica y la “facies gástrica” tan bien conocida por los médicos, parece que no encajan para nada con los órganos de la cavidad abdominal regidos por el tronco cerebral. Tampoco encaja aquí la enfermedad de los islotes pancreáticos – tanto de los islotes alfa como de los beta, ni tampoco un tipo específico de carcinoma hepático (carcinoma del conducto biliar intrahepático).

Pero sí existen carcinomas gástricos en forma de coliflor que pueden ser tan grandes que llenen todo el estómago. ¿Cómo se puede explicar esta paradoja?

Primero debemos tener en cuenta algunos hechos, que conoce todo el mundo, pero nadie jamás los ha podido explicar.

1. Una mujer joven casi nunca tiene una úlcera gástrica o duodenal (excepto las zurdas).
2. Es muy raro que una mujer joven padezca úlcera carcinomatosa hepática. Yo aún no he visto ninguna (excepto en zurdas).
3. La úlcera gástrica siempre se encuentra en el mismo lugar: el píloro (píloro/bulbo) y en la curvatura menor del estómago, nunca en el fundus o en la curvatura mayor.
4. Los 2/3 superiores del esófago están cubiertos por el epitelio pavimentoso, sin embargo, la parte inferior del esófago está tapizada por el epitelio intestinal. Pero muchas veces llega el epitelio pavimentoso hasta el interior del estómago, es decir, detrás del llamado cardias.
5. La simultaneidad del carcinoma de recto y de la úlcera carcinomatosa hepática es inusualmente frecuente.

Si se unen todas estas piezas del mosaico, resulta con gran probabilidad, que partes de este epitelio plano, que según su desarrollo histológico ha ido creciendo desde la mucosa bucal (ectodérmica) a lo largo del esófago, en realidad ha “inmigrado” con sus ramificaciones junto con las fibras nerviosas hasta el interior del duodeno, el páncreas (islotes) y hasta el hígado. Más allá no han ido las fibras y esta es la razón de que exista sólo un carcinoma de intestino delgado.

En el curso de la evolución, el intestino delgado ha sido “incorporado” posteriormente entre duodeno y ciego y tiene en el tronco cerebral un centro relé relativamente pequeño y que no corresponde ni a su dimensión ni a su longitud y un contenido de conflicto referente a algo “indigesto”. Estoy seguro de que todas las fibras nerviosas que inervan la curvatura menor del estómago, la región pilórica, el bulbo duodenal, los conductos pancreáticos y los conductos colédoco, cístico, al igual que el conducto hepático reciben su inervación del cortex somatosensitivo retroinsular derecho inferior. Estoy seguro de ello en lo referente al estómago e hígado y los conductos pancreáticos, sin embargo, la inervación de los islotes pancreáticos (sensibles) proceden del cerebro intermedio: el relé de islotes alfa para la insuficiencia de glucosa se sitúa en el lado izquierdo (conflicto de miedo-asco), el relé de islotes beta para la diabetes mellitus se sitúa en el lado derecho y le corresponde un conflicto de resistencia.

En el momento que encontré esta “pista”, comencé a revisar, como es lógico, todos mis TAC cerebrales y me dí cuenta haber cometido un gran error: sobre todo en lo referente a infartos en la parte izquierda del miocardio; muy amenudo los pacientes tenían dos FH, uno típico por el carcinoma ulceroso coronario o el carcinoma intrabronquial perinsular derecho, y además tenían un segundo FH que nunca supe muy bien cómo clasificarlo, pero que había supuesto que debía formar parte del primero. Aunque este segundo FH siempre estaba situado en el córtex somatosensorial derecho.

A partir de aquí ya era cosa de rutina revisar los historiales clínicos para averiguar si el paciente también se había quejado de molestias estomacales (que yo había mal interpretado como “música de acompañamiento” de la angina pectoris del carcinoma coronario). Pude comprobar que estaba en lo cierto en la mayoría de los casos que el paciente se había quejado también de fuertes molestias estomacales, cólicos, vómitos, deposiciones negras o similares y que todos los médicos adjudicaban como “síndrome gastro-cardial” a los dolores cardiacos.

Si consideramos sólo la naturaleza de la úlcera, vemos que ésta supone un defecto de sustancia. Fenómenos análogos encontramos en todos los carcinomas del epitelio plano (mucosa bucal, mucosa intrabronquial, mucosa coronaria, mucosa vaginal y uterina, y mucosa de la vejiga y de recto), en el caso de la vejiga y del recto mezclado con pólipos procedentes de epitelio endodérmico intestinal y que contienen tejidos de adeno-ca.

No hay lugar a duda: las úlceras de estómago y de duodeno pertenecen según su esencia al grupo de las úlceras de epitelio plano, son de origen ectodérmico tienen su centro-relé en el córtex postcentral retroinsular derecho y son un atributo de conducta típicamente masculina.

Realmente la cosa no es tan difícil de entender, en el esófago inferior, la curvatura menor del estómago, en el píloro de la salida estomacal y en el bulbo duodenal al igual que en el conducto pancreático, colédoco y los conductos hepáticos se sobreponen dos formaciones epiteliales: el epitelio intestinal que ontogénicamente tiene su origen en el endodermo, la hoja embrionaria interna, que pertenece al tracto gastrointestinal, al igual que el epitelio plano más joven que pertenece al ectodermo, la hoja embrionaria externa, teniendo su centro-relé en el cerebro. Así se explican los dolores en los casos de úlceras gastrointestinales y colicos biliares.

De ahí también la inervación de los islotes a través del cerebro intermedio (las células de los islotes se enervan directamente del cerebro intermedio y son regidas por éste).

Muchos autores de tratados médicos creían que la úlcera de estómago era debida al ácido clorhídrico. Pero la curvatura mayor del estómago donde se encuentra la mayor cantidad de ácido clorhídrico no tiene nunca una úlcera. Además la hiperacidez de estómago ya es una señal vagotónica como se puede leer en cualquier tratado. El hecho de que las úlceras gástricas tiene que ver con algún conflicto ya no lo discute nadie. Sólo a primera vista es difícil comprender que en el estómago opuede haber dos tipos de cáncer: un cáncer ulcerativo y otro “cáncer con aspecto de coliflor”.

Lo mismo que con la úlcera gástrica, sucede con la úlcera de la mucosa bucal: se eliminan células que funcionalmente son inservibles, puesto que debido a su inferioridad funcional no soportan la carga mecánica. Con esto se explica la “menor cuantía de sustancia”. Conviene indicar que tanto el estómago como el esófago tienen su centro-relé y por lo tanto su correspondiente FOCO de HAMER prácticamente en el mismo lugar. El contenido del conflicto siempre tiene relación con el territorio.

¿Qué pasa con el carcinoma de hígado? También en el hígado nos encontramos con dos tipos de tumores: uno con – defecto de sustancia: se encuentra en los conductos hepáticos hasta donde llegan las fibras nerviosas (sensitivas) del cerebro. El otro se encuentra en la periferia y forma nódulos grandes y abultados cerca de la cápsula hepática, que se pueden palpar en muchas ocasiones con facilidad. Su imagen es similiar a la del tumor intestinal. El carcinoma solitario de hígado sólo puede desaparecer si durante la fase de curación-reparación es reducido y caseficado mediante la tuberculosis. Las cavernas hepáticas que quedan entonces suelen colapsar e inducen la llamada cirrosis hepática solitaria (en principio, el mismo proceso que existe en la zona alveolar de los pulmones cuando los focos redondos pulmonares se calcifican produciendo cavernas).

La úlcera gástrica y duodenal tiene otro aspecto especial. Dado que su centro-relé está situado en el córtex, produce “una epilepsia gástrica” después de la irrupción del edema conflictolítico!

Cólicos gástricos acompañados de espasmos, muchas veces o quizá mayormente, son crisis epilépticas después de la resolución del conflicto. Debido a que el “conflicto de cerebro-estómago” está muy relacionado con el conflicto de territorio y frecuentemente aparecen juntos, muchas veces queda velado el cuadro de un infarto de miocardio a causa del cuadro

clínico de un cólico gástrico. En pocos casos dramáticos se hablaba entonces del síndrome “hepato.gastro-cardiaco”, según lo que estaba afectado y combinado.

Todo esto se debe diferenciar de un cólico intestinal durante la fase de reparación, que se produce después de una parálisis muscular del intestino (íleo paralítico). Conflicto de no poder avanzar un bocado mediante el movimiento peristáltico, es decir no poder digerir.

Es un hecho bien conocido que un carcinoma de esta región jamás invada un órgano cercano, o sea que pueda extenderse la llamada “tumefacción orgánica”. Nunca vemos que un carcinoma de recto se traslade a la curva del sigmoide; que un carcinoma de orificio uterino se traslade al cuerpo uterino o que un carcinoma ulceroso de la pelvis renal se traslade a los túbulos colectores (endodérmico) o de ahí al parénquima glomerular (mesodérmico) del riñón, o un carcinoma del esófago superior a la curvatura mayor del estómago.

En estas mismas regiones periinsular derecha del cerebro están situados centros-relés para órganos que también contienen mucosa de epitelio plano, pero que a primera vista no parece que tengan nada que ver con los órganos recto-vagino-vesicales: cavidad bucal, mucosa del esófago y bronquial, al igual que la denominada íntima de las venas coronarias. Órganos que a primera vista no tienen nada que ver entre sí, ni que tampoco tengan relación con los órganos de demarcación de territorio, sexuales y recto-vagina-vesicales.

Hasta ahora esto no había supuesto para los embriólogos ninguna contradicción pues se desconocía las “tríadas de la ley férrea del cáncer”. Pero como desde ahora tenemos que aprender a encontrar una correlación exacta, ontogénicamente comprensible entre conflicto biológico, localización en el cerebro y su referencia orgánica, también aprendemos a comprender la correlación entre la localización en el cerebro y la estructura histológica desde el punto de vista de la historia evolutiva.

Aprendemos a comprender que las arterias de derivados branquiales ocupan un lugar especial entre las arterias, puesto que su íntima vascular consta de epitelio plano (‘muy sensible!’), que se corresponde con el área periinsular, es decir, relativo a los conflictos de territorio. Ahora también entendemos por qué se ha errado en el pasado tantas veces por el hecho de que las células gliales cerebrales se parecen parcialmente tanto a las células queratinizadas del epitelio plano, cuando estas células gliales formaban tejido de cicatrización glial (mesodérmico), los llamados gliomas. A pesar de que la piel externa (epidermis) sea también ectodérmica, la piel en su conjunto se compone de “dos pieles” diferentes desde el punto de vista ontogénico, una piel “cerebelosa”, antigua, mesodérmica, la que hoy se conoce como piel subcutánea, con sus glándulas sudoríparas y sebáceas y su sensibilidad más tosca (protopática) respecto a los estímulos, y la piel más joven “piel cerebral” (epidermis) compuesta por epitelio plano con una sensibilidad sutil (epicrítica). La explicación de los detalles de manera convincente aguarda a los investigadores e intérpretes posteriores, pero el sistema en sí no ya no se modificará.

Los órganos regidos por el cerebro y aquellos regidos por el cerebelo, se comportan en cuanto al aumento o a la disminución de células de manera inversamente proporcional durante las fases simpaticotónicas y vagotónicas.

Es decir, mientras que los órganos regidos por el cerebelo producen un aumento de células durante la fase de conflicto activo, los órganos regidos por el cerebro producen una disminución celular durante la fase de conflicto activo.

En la fase de curación-reparación vagotónica sucede exactamente lo contrario. Esto no se sabía hasta ahora, ni siquiera se sospechaba.

Debido a que se ha considerado todo aumento celular como canceroso, incluyendo el aumento celular reconstitutivo normal durante la fase de curación-reparación en el grupo cerebral (rojo),

como es el relleno de la necrosis orgánica (por ej. el sarcoma calloso después de una osteolisis ósea) y el aumento celular correspondiente al grupo de tronco cerebral (amarillo) (por ej, el cáncer de colon) durante la fase de conflicto activo, ningún científico honesto podía encontrar sentido alguno o alguna similitud en toda esta historia. Los menos serios eran aquellos que equiparaban los dos grupos, completamente contrarios. En un momento dado se produce en ambos grupos una división celular, pero ocurre en fases opuestas y además debido a razones completamente distintas. La verdad que dichas divisiones celulares son de tipo bien diferentes, no tienen nada en común: divergencias exclusivamente.

Sin embargo, nunca nadie se había dado cuenta de ello, porque:

1. Nadie se interesaba por la relación psique y conflicto y menos aún por el conflicto biológico en relación al cáncer. Había más disposición para confiar en los supuestos “hechos” histológicos (maligno / benigno).
2. En el escáner craneal se buscaban sólo y de forma dogmática tumores craneales y metástasis, en lugar de buscar los relés de nuestro cerebro. De los FOCOS de HAMER no se quería ni oír hablar, pues hubieran revolucionado todo el sistema médico.
3. No habíamos estrechado la mano con consciencia a los enfermos de cáncer o a aquellos con oncoequivalentes (enfermedades análogas). Si se hubiera estrechado cariñosamente la mano al paciente se hubiese tenido que constatar que el grupo del tronco cerebral y cerebeloso, siempre demuestra un aumento celular mediante manos frías, mientras que el grupo cerebral muestra un aumento celular (reparación) mediante manos ardientes o por lo menos calientes.

¡Así de fácil hubiera sido!

Durante la supuesta quimio “terapia” citostática tampoco se han podido distinguir entre las distintas actuaciones de las diferentes hojas embrionarias. Se le podría haber ocurrido a algún oncólogo en algún momento, que sólo se conseguía algo con la quimio durante la fase de curación-reparación, es decir, parar la curación. Durante la fase de conflicto activo la considerada quimio “terapia”, que tiene un fuerte efecto simpaticotónico, sólo consigue amplificar la enfermedad cancerígena.

El sistema ontogénico de los tumores y enfermedades análogas no sólo es válido para las enfermedades del cáncer, sino que lo es, al igual que las cinco leyes biológicas, prácticamente para todas las enfermedades conocidas. Llamamos enfermedades análogas (oncoequivalentes) a aquellas que no muestran tumores cancerígenos o necrosis durante la fase de conflicto activo, comprendidas en el siguiente apartado.

7.2 Oncoequivalentes

Como ya hemos dicho, el sistema ontogénico de tumores y oncoequivalentes (enfermedades análogas) no se limita sólo a enfermedades cancerígenas sino que también es válido para las denominadas oncoequivalentes. Lo especial de estas enfermedades es:

En el grupo cerebeloso amarillo todas las enfermedades son idénticas con respecto al cáncer y su correspondiente fase de curación-reparación en caso de que ésta se dé.

“En caso de que ésta exista” significa que no es obligatorio que se produzca una fase de curación-reparación, sino que ésta sólo se produce si hay una solución de conflicto. De otra manera la fase de conflicto activo termina por medio de una caquexia con la muerte del paciente o el paciente crea un modus vivendi en forma de un conflicto “pendiente”. El sistema

bifásico de las enfermedades depende por lo tanto de la solución del conflicto cuando se refiere a la segunda parte o segunda fase.

En los órganos "de tronco cerebral y cerebelo" no existen oncoequivalentes, sólo cánceres, y – en caso positivo- la fase de curación después de la solución de conflicto.

Para los órganos mesodérmicos regidos por el cerebro (huesos, tejido conjuntivo, ganglios linfáticos, etc) tampoco existen oncoequivalentes, sino sólo cáncer en formas de: necrosis, osteolisis, tejidos ulcerosos, en resumen déficit celular, igualmente - en caso positivo de una conflictolisis- la fase de curación-reparación con relleno de los déficits de sustancia, etc.

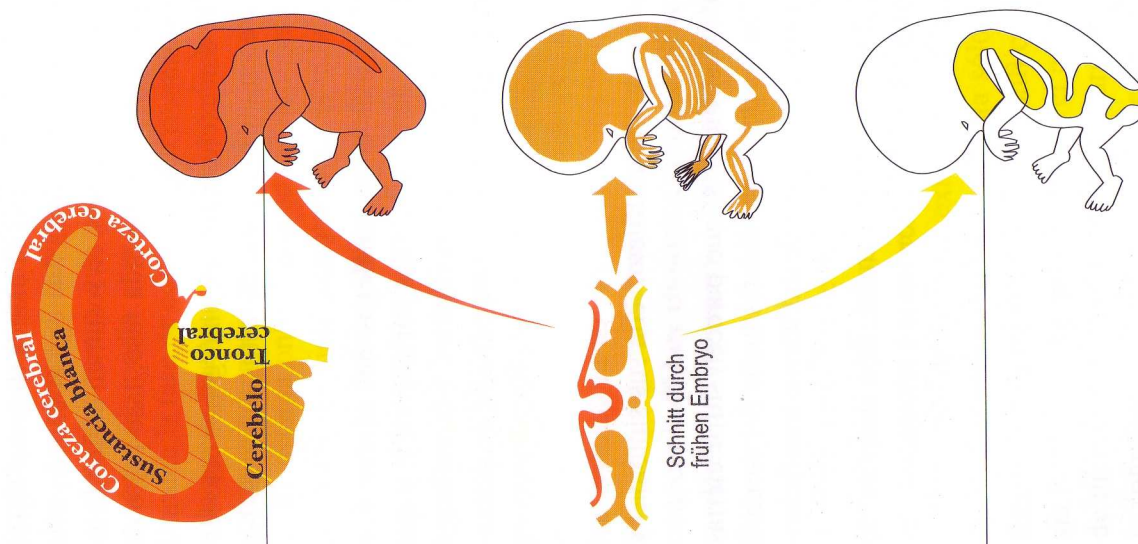
Enfermedades análogas al cáncer (oncoequivalentes) se dan exclusivamente en dolencias de órganos ectodérmicos regidos por el córtex, y tan sólo en parte de ellas. No obstante son muchas.

La definición es la siguiente:

Oncoequivalentes (enfermedades análogas al cáncer, son enfermedades ectodérmicas regidas por el córtex y que se desarrollan de forma exacta según las cinco leyes biológicas mostrando no obstante una disminución funcional en lugar de un déficit de sustancia parenquimatosa o celular. A este grupo de enfermedades pertenecen la parálisis motriz, la diabetes, la insuficiencia de glucagón y trastornos de vista y de oído con sus correspondientes conflictos y FHs en el cerebro, así como la fase de curación-reparación en caso de solución del conflicto, con sus síntomas y complicaciones (circunstancialmente también mortales).

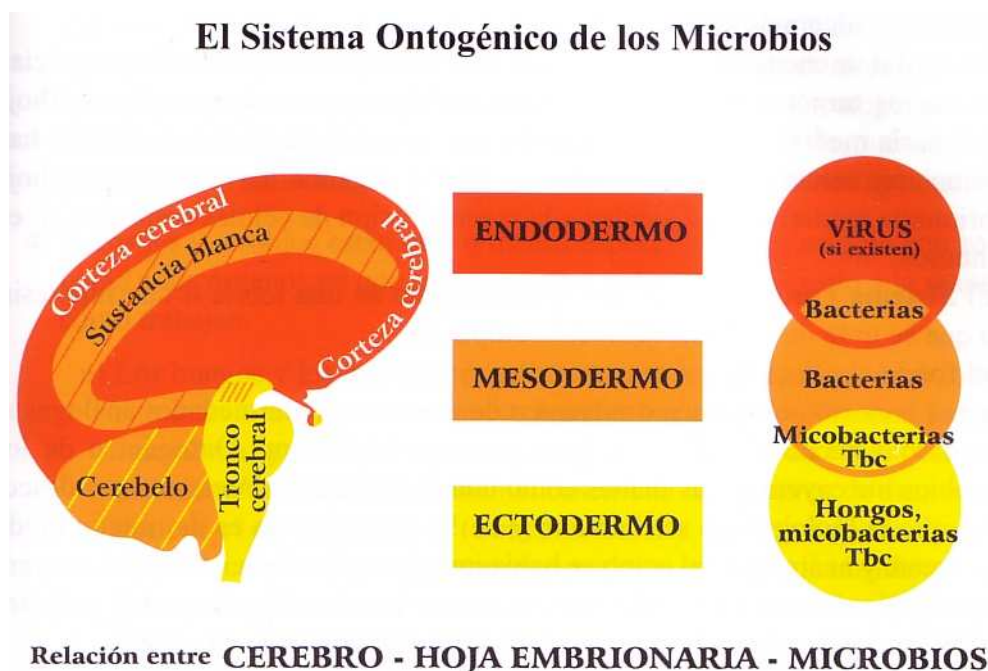
Aunque en los oncoequivalentes, no disminuyen las células del órgano, sí que parecen sufrir ciertas modificaciones, igual que en las correspondientes áreas del cerebro (FH) se modifican (por ej. insulinoma en el páncreas en caso de diabetes o insuficiencia de glucagón).

A pesar de estas modificaciones parece ser que estas células aún después de muchos años de conflicto activo son restituibles desde el punto de vista de su funcionamiento, posteriormente a la solución del conflicto.



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

7.3 El sistema ontogénicamente condicionado de los microbios



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

Correspondencias entre

CEREBRO- HOJA EMBRIONARIA- MICROBIOS

En la parte izquierda del cuadro se puede apreciar el esquema de un cerebro y a la derecha se ven los microbios correspondientes, que comienzan a trabajar según la orden cerebral con la resolución del conflicto.

Los **hongos y bacterias** (amarillo), los microbios más antiguos de nuestro organismo trabajan (reducen) sólo los tumores regidos por el tronco cerebral de órganos del endodermo (hoja embrionaria interna) y que habían producido un aumento de células, por ejemplo los tumores intestinales al igual que los tumores regidos por el cerebelo de órganos del mesodermo cerebeloso (hoja embrionaria media), y que también habían provocado anteriormente un aumento celular, por ej. un tumor de mama, es decir todos los tumores regidos por el cerebro antiguo.

Los **virus** como microbios más jóvenes (rojo) trabajan exclusivamente en las úlceras regidas por el córtex cerebral de órganos ectodérmicos (hoja embrionaria externa) por ej. úlcera de la mucosa nasal.

En medio se encuentran las **bacterias** (naranja) que trabajan de forma parcial, tanto en los tumores regidos por el cerebelo de órganos de mesodermo (hoja embrionaria media), como en los regidos por la sustancia blanca en los que hay disminución celular, como las necrosis en los órganos del mesodermo (hoja embrionaria media), donde ayudan a la reconstitución de células como por ej. en los huesos.

“**El sistema ontogénico-condicionado de los microbios**” no es una teoría o una hipótesis, sino que se trata de un descubrimiento empírico.

El principio era muy sencillo en realidad:

Una vez que conocí el sistema ontogénico de los tumores y oncoequivalentes, el descubrimiento del sistema condicionado ontogénicamente de los microbios tenía que caer como una fruta madura, a no ser que yo hubiera estado completamente ciego. Pues una vez descubierto que la biología del ser humano y de los animales no es de ningún modo incoherente y asistemática, tal como se había imaginado, creyendo que el cáncer crecía sin orden ni concierto, comencé a buscar sistemáticamente en mi NUEVA MEDICINA un sistema. Forzosamente tenía que topar con las siguientes leyes:

1. La división de los microbios: hongos-bacterias-virus corresponde a su edad ontogenética. Los microbios más antiguos son los hongos, los de “edad media” son las bacterias y los más jóvenes ontogénicamente hablando son los virus.
2. La división de los diferentes tipos de microbios se hace según su pertenencia a las hojas embrionarias de las zonas orgánicas que trabajan:
 - a) Los hongos y mico-bacterias trabajan los órganos endodérmicos regidos por el tronco cerebral.
 - b) Las mico- bacterias y bacterias trabajan los órganos mesodérmicos regidos por el cerebelo y las bacterias trabajan los órganos mesodérmicos regidos por la sustancia blanca.
 - c) Los virus trabajan exclusivamente los órganos ectodérmicos regidos por el córtex cerebral.
3. Todos los microbios sin excepción trabajan exclusivamente en la segunda fase, la fase de curación-reparación comenzando con la conflictolisis y terminando con el final de la fase de curación-reparación, ni antes ni después. Hasta ahora han sido considerados como “gérmenes violentos” y después de la fase de curación otra vez como gérmenes “apatógenos” sin riesgo.
4. Todos los microbios son especialistas más o menos específicos y no sólo con respecto a los órganos en que trabajan sino también con respecto a la manera en que lo hacen.
 - a) Los hongos y las mico-bacterias son “descombradores”, es decir, ellos eliminan tumores endodérmicos regidos por el tronco cerebral (adenocarcinoma) y tumores mesodérmicos regidos por el cerebelo (carcinoma adenoide) o dicho de otra manera más exacta caseifican tumores en órganos regidos por el cerebelo desde el comienzo de la conflictolisis, siempre y cuando ésta se consiga alcanzar.

Durante la normotonía y durante la fase de conflicto activo (simpaticotonía) al igual que durante su nueva normotonía (después de la finalización de la fase de reparación) los “apatógenos” son de nuevo inofensivos. ¡Del mismo modo son apatógenos, inofensivos para los demás órganos!

- b) Las bacterias trabajan para los órganos mesodérmicos regidos por el cerebro como “descombradores”, para los órganos mesodérmicos regidos por la sustancia blanca como “reconstructores” es decir, que trabajan para todo el conjunto de los órganos mesodérmicos pero con diferentes funciones. Eliminan los tumores adenoides del mesodermo cerebeloso, reconstruyen el déficit celular, necrosis (osteolisis, etc) en los órganos mesodérmicos regidos por la sustancia blanca mediante la producción de abscesos-gránulos-cicatrices. Su trabajo también comienza en la conflictolisis (CL) y termina con el fin de la fase de curación-reparación es decir con el comienzo de la “nueva normotonía”.

- c) Los virus son reconstructores y restitutores puros. Causan una fuerte hinchazón y rellenan el déficit de sustancia celular en procesos ulcerosos en los órganos ectodérmicos regidos por el córtex cerebral. También ellos trabajan exclusivamente como todos los microbios durante la fase de curación-reparación.

Durante la fase de reparación mediante la ayuda de virus de úlceras de epitelio plano pueden ocurrir obstrucciones temporales cuando se trate de órganos tubulares (bronquios), arterias o venas coronarias, antiguos conductos de los arcos branquiales del cuello, úlceras de conductos galactóforos intraductales o úlceras del conducto biliar intrahepático) debido a hinchazones.

En principio esto es lo mismo que sucede pero menos “fulminante” y sin virus (por ej. en las hepatitis no A no B).

5. El control de los microbios que son nuestros ayudantes y simbioses, se produce mediante el cerebro. Ellos no trabajan contra nosotros sino a nuestro favor, como ayudantes leales a través de millones y millones de años de nuestra historia evolutiva. Estos fieles trabajadores especializados nuestros, fueron programados al mismo tiempo que los distintos centros-relés de nuestros órganos en nuestro ordenador cerebral. Según esto, no existe ni la micosis de la capa epidérmica de nuestra piel, ni tampoco la inflamación mediante virus de nuestro intestino. Al contrario, los virus trabajan según un plan establecido durante la fase de curación-reparación, después de la fase de conflicto activo (contrariedad de territorio) que había ocasionado una úlcera intrahepática (ectodérmica) del epitelio plano, provocando una fuerte tumefacción, obstruyendo los conductos vesiculares intrahepáticos, hecho hasta ahora denominado “hepatitis vírica”.

La diferenciación entre “ictericia” y “anictericia” (coloración amarillenta o no amarillenta) se debe exclusivamente al número de conductos biliares intrahepáticos que estén obstruidos o si eventualmentne se haya obstruido el conducto principal (colédoco) debido a la tumefacción.

6. En el caso de no existir “microbios especialistas” la fase de curación-reparación se produce de todos modos, pero no es biológicamente óptima. Es decir: un conflicto de miedo a la muerte con cáncer de pulmón se cura después de la solución del conflicto con micobacterias tuberculosas mediante caseificación y cavernización de los nódulos, sin embargo cuando no hay bacterias tuberculosas, los mismos nódulos redondos (adeno-ca) se encapsulan simplemente con cicatrices. No obstante desde el punto de vista biológico funcional, parece que la formación de cavernas después de la caseificación y expectoración del tumor, es mejor.

De la misma manera se curan úlceras del conducto biliar intrahepático después de la solución del conflicto aunque no existan virus (hepatitis vírica no A no B). Cuando existen virus llamados virus de hepatitis no A no B, el proceso es más fulminante pero más corto, ofreciendo una mayor posibilidad biológica de supervivencia que en el caso de no existencia del virus.

Por lo tanto, no es que los virus causaran la hepatitis como creíamos, sino que nuestro organismo los utiliza, en caso de que existan, para optimizar el proceso de curación-reparación.

Otro aspecto que responde a muchas preguntas:

El llamado “**peligro de infección**”, especialmente con microbios exóticos; sin fase de curación no hay microbios violentos, incluso en el caso de una fase de curación-reparación sólo existen un determinado grupo de microbios, por lo tanto el principio debiera estar claro.

Al igual que nuestro cerebro no tiene un programa para coches y aviones, ni el corzo tiene un programa para balas tiradas con ayuda de una mira telescópica desde una distancia de dos kilómetros, nuestro ordenador cerebral tampoco está programado para cambios rápidos de lugar, que implican miles de kilómetros incluyendo zonas climatológicas totalmente diferentes y con microbios distintos.

Lo que es normal para una persona que reside en Africa Central, puesto que vive allí desde la infancia y está adaptada no es ni mucho menos normal para nosotros visitantes. Un ejemplo es el inofensivo sarampión que nosotros pasamos durante la infancia. Cuando llegó a América se murieron miles de indios adultos de manera miserable, sin embargo ni un solo niño.

Es cierto que se transmite el virus del sarampión, pero enfermar, sólo enferma aquella persona o aquel niño que haya pasado por el correspondiente conflicto y que en ese momento se encuentre en fase de curación. En el caso del sarampión se trata de un conflicto de los senos nasales y bucales, que tiene como contenido “esto me huele mal”, apesta”.

También este sistema ontogénico de los microbios provocará un cambio drástico en la ciencia médica. La fobia tan extendida a los microbios en los círculos médicos, es una característica decisiva de nuestra medicina actual, estéril y sin alma.

7.4 Resumen de las leyes biológicas y de las reglas biológicas

En la N.M. conocemos **cinco leyes biológicas** principales y **seis reglas biológicas** de las cuales no sabemos con seguridad si finalmente serán también leyes biológicas o si en uno u otro caso tendrán algunas excepciones.

Las cinco leyes biológicas principales:

1. La LEY FÉRREA DEL CÁNCER
2. La ley del carácter bifásico de todas las enfermedades médicas, siempre y cuando se produzca una solución del conflicto.
3. El sistema ontogénico de los tumores y oncoequivalentes (enfermedades análogas al cáncer)
4. El sistema ontogénico-condicionado de los microbios.

Ley del sentido biológico de las enfermedades o ley de la quinta esencia (todas las denominadas enfermedades responden a un programa especial de la naturaleza que tiene pleno sentido filogenético),

Las seis reglas biológicas dicen:

1. La regla biológica de la crisis epiléptica o epileptoide en cada proceso de curación-reparación, especialmente en recidiva de conflicto de corta duración..
2. La lateralidad zurda o diestra y su correspondiente significado en cuanto a la localización de los FH en el cerebro, y los síntomas orgánicos de nuevo en consecuencia con dicha localización..
3. La regla biológica de la “constelación depresiva” (empate hormonal y conflicto activo de territorio, miedo en o por el territorio, o contrariedad en el territorio), o la “constelación maníaca” (empate hormonal y conflicto activo femenino de frustración sexual, conflicto de identidad o conflicto de miedo-susto)
4. La regla de la aparición consecutiva de los FHs en los lados cerebrales, durante la fase activa del conflicto en cerebelo y en el cerebro propiamente dicho.

5. La regla de la realización de una constelación esquizofrénica debida a dos FHs en fase de conflicto activo regidos por el córtex.
6. Las regularidades biológicas del proceso de curación-reparación en los órganos regidos por el mesodermo cerebral (sustancia blanca), por ejemplo en caso de cáncer de huesos, leucemia en su fase de curación-reparación.

8 El nuevo lenguaje de la NUEVA MEDICINA – la nueva terminología

Para evitar equívocos desde un principio, es de especial importancia explicar el lenguaje, la nueva terminología de la NUEVA MEDICINA. Es fácil que puedan surgir problemas en este campo entre la medicina practicada hasta hoy y esta NUEVA MEDICINA, a causa de su visión completamente nueva y de la consiguiente nomenclatura obligada. Para comprender de forma correcta sus leyes en todas sus consecuencias de: diagnóstico, terapéuticas y humanas en general, y poder aplicarlas, es indispensable una forma de pensar inmanente al sistema. Aclarar esto, es tarea de este capítulo.

La nomenclatura en la medicina facultativa hasta la fecha, a causa de las hipótesis dogmáticas, no sabe distinguir entre resultados y prognosis condicionadas a dichas hipótesis, por lo que no podemos adoptar el mismo lenguaje en un ámbito más amplio. La NUEVA MEDICINA tiene que procurarse nueva nomenclatura, nueva terminología; ¡un lenguaje completamente nuevo!

Esta NUEVA MEDICINA es un sistema lógico descubierto de forma puramente empírica, sin hipótesis, verificable con una probabilidad francamente astronómica.

La mayoría de los resultados de las pruebas de la medicina facultativa no se ponen en duda; al menos no la mayoría, sólo sus conexiones.

Otra cosa son los llamados diagnósticos, en los que siempre se implica una valoración de los resultados. Por ejemplo, un diagnóstico de “metástasis” lleva implícito una hipótesis no comprobada, incluso errónea, en cuanto a la existencia de carcinomas secundarios, encontrados como derivados de un tumor primario.

En principio no se pone en tela de juicio la existencia de un segundo o tercer carcinoma, sino la valoración de este hecho indiscutible.

Al no conocer las causas del origen, no quedaba otro remedio que formular hipótesis de trabajo que al fin, por hábito, se consideraban correctas e irrefutables. Se establecieron numerosas hipótesis por ejemplo, para suplir la falta de explicaciones sobre cuándo y en qué circunstancias, presuntas bacterias “apatógenas” o “benignas” pueden convertirse de improvisto en “patógenas” o “malignas”. Las bacterias en sí son absolutamente idénticas. Es natural que de las hipótesis de trabajo derivaran consecuencias, que jamás se comprobaron.

Las denominadas “**metástasis**”:

Ejemplo: Una madre diestra sufre un DHS cuando su hijo se enferma. Después de tres meses de hospitalización éste sana, y a ella le encuentran un carcinoma de glándula mamaria de un tamaño de 1,5cm. en la mama izquierda. Se le aconseja amputar el seno, pues de otra manera podría existir el gran peligro de que células cancerosas malignas pudieran invadir áreas circundantes, o incluso migrar a través de la sangre y ocasionar “metástasis. Con objeto de impedir esto, habría que comenzar lo antes posible con quimioterapia y así destruir todas las células cancerosas malignas. Ante el traumático diagnóstico, las anunciadas intervenciones, sus consecuencias y prognosis, la joven madre va a sufrir los siguientes DHSs:

1. Un conflicto de desfiguración corporal: significa melanoma en la zona de la cicatriz donde estaba el seno izquierdo.
2. Un conflicto de desvalorización: significa osteolisis en costillas, en la zona del antiguo seno izquierdo (ahí ya no valgo nada).

3. Un conflicto de ataque contra la caja torácica izquierda que debe ser operada: significa mesotelioma pleural de la pleura izquierda.

4. Conflicto de miedo a la muerte: significa nódulo pulmonar alveolar (adeno-ca.)

Una parte de las alteraciones en los órganos correspondientes a los conflictos, se hace notar bastante pronto: El melanoma, el nódulo pulmonar y, dado que el niño está de nuevo sano, también la metástasis en el cerebelo lateral derecho, que quiere decir: FOCO de HAMER en la fase pcl.

Las osteolisis en costillas y el derrame pleural se evidencian habitualmente según se llega a una solución del conflicto.

Como una parte de las sospechadas “metástasis” aparecen cerca de la antigua mama, se creía - hipótesis de trabajo - que de alguna manera, habrían tenido que esparcirse células cancerosas. Se las llamaba “metástasis cercanas”. Si por ejemplo, se encontraba en el cerebro el FOCO de HAMER, hasta la fecha, nos imaginábamos que las “células cancerosas” tendrían que haber navegado por la sangre (arterial) hasta el cerebro. Se las denominaba “metástasis lejanas” y aunque nadie haya podido encontrar jamás una sola célula cancerosa en sangre arterial, se ha dogmatizado esta hipótesis de forma ilícita.

Sobre todo parece extraño, que estas “células cancerosas malignas” desarrollen siempre exactamente el tipo de cáncer y la estructura histológica perteneciente al lugar donde presumiblemente han migrado. En la inmensa mayoría de los casos, - así habría que aceptarlo con una siguiente hipótesis -, habrían tenido que transformarse en el camino, mediante metamorfosis. Además, tendrían que tener un cerebro en toda regla (hipótesis) para que pudieran saber exactamente qué tipo de estructura histológica han de construir, dependiendo del punto en que se encuentren.

En las necrosis y úlceras existe una nueva dificultad: ¿Cómo podrían propagarse estas “células cancerosas malignas” donde hay disminución o pérdida celular, si precisamente no se encuentran?

Buscábamos siempre, todavía hoy, un “tumor primario” del tipo del grupo de cerebro antiguo (otra hipótesis), que pudiera actuar como pretendido “foco primario”... A nadie se le había ocurrido que necrosis y úlceras de algunos órganos (por ejemplo la úlcera gástrica), hubieran sido en primer lugar “benignas”, pero que en su transcurso en un cambio repentino, por proliferación celular (fase pcl.) se conviertan en “malignas”. Según esta construcción hipotética, la osteolisis ósea benigna, aunque definida comúnmente como metástasis, podría convertirse en un osteosarcoma “maligno”...

Ahora bien, si un paciente puede comprender con la ayuda de la NUEVA MEDICINA, qué cosa ha pasado en su cuerpo y por qué, no deberá tener más pánico frente a esta espantosa cantidad de hipótesis, sobre todos esos imparables acontecimientos incomprensibles y sin sentido, así, en la mayoría de los casos, no sufrirá de segundos carcinomas y sobrevivirá a estos programas especiales de la naturaleza.

La discrepancia con la NUEVA MEDICINA se hace todavía más evidente en las prognosis, en especial en cuanto a sus fundamentos.

En esta NUEVA MEDICINA debemos tener en cuenta el hecho de que, según la forma y manera de exteriorizar una prognosis, se desencadenan una serie de nuevos impactos conflictuales con DHS, que hacen que ésta se vea cumplida. Esto se ha podido comprobar en innumerables casos.

La consecuencia es muy simple: Hay que explicar al paciente el sistema de la NUEVA MEDICINA. Si después se le dice lo que tiene y por qué, ni el diagnóstico ni el pronóstico son ya temibles o malos. El paciente no va a recibir más conflictos yatrogénicos con “metástasis” y su oportunidad de supervivencia es mucho más elevada.

Nuestros pacientes recibían un pánico indescriptible, porque tomaban por “moneda válida” la presunta imprevisibilidad del cáncer y de las pretendidas “metástasis”, a las que los médicos aludían. Nunca olvidaré los ojos dilatados por el miedo de los pobres pacientes en la clínica universitaria de Heidelberg, a quienes el catedrático-jefe se dirigía de forma brutal durante la visita: “Ya, no podemos hacer nada más...tendrá que morir... pero no tiene porqué sentir dolor.” Los pobres pacientes, después de la comunicación del pronóstico quedaban en pánico total, ya no comían más, no bebían más, - no podían hacerlo a causa de la morfina - y morían en el transcurso de un breve tiempo. Según mis conocimientos de hoy en día, la mitad de ellos sufrían tan sólo de síntomas de solución (reparación). Muchos, si no hubiéramos hecho nada – sobre todo ningún pánico- hubieran recuperado la salud solos o, como solemos decir “espontáneamente”.

He señalado este fenómeno desde 1981. Pero sólo por vez primera en 1989, el Sr. U Abel/ Heidelberg mencionó prudentemente en su librito “La quimioterapia citostática de los tumores epiteliales avanzados”, que en realidad, debiéramos investigar alguna vez los datos estadísticos (por medios comparativos), lo que yo siempre había reivindicado, sobre qué hubiera ocurrido, si no hubiéramos hecho nada.

Muchos carcinomas, por su coordinación con las tres hojas embrionarias, aparecen con una total nueva luz en embriología: en cuanto no se considera más tumor a todo lo que produce proliferación celular, se abren dimensiones totalmente nuevas desde el punto de vista de la prognosis.

Un ejemplo: Si un cáncer bronquial, en realidad constituido por una úlcera en la mucosa bronquial, que habíamos contemplado antes como “carcinoma bronquial, es en realidad una atelectasia mayormente pasajera, que representa ya la fase de reparación de esta úlcera y que bloquea el bronquio únicamente por la inflamación de la mucosa, y si finalmente toda tos fuerte es lo mismo en principio, o sea, una inflamación de la mucosa en fase de reparación de una úlcera bronquial y de un determinado tipo de conflicto de miedo frontal, sí, entonces simplemente existen problemas de lenguaje.

La dificultad está en el hecho de que la NUEVA MEDICINA ha tenido que encontrar un nuevo lenguaje, libre del lastre de los diagnósticos y pronósticos inherentes a la nomenclatura de la actual medicina facultativa.

En la naturaleza, en la biología, no existe nada benigno o maligno en sí mismo, sino que intenta poner el punto de mira hacia la solución de un problema con acontecimientos siempre con pleno sentido, útiles y dirigidos hacia un objetivo, aunque aparezcan como algo malo o incomprensible para nosotros los humanos. El verdadero problema en la medicina hoy día no es la naturaleza que: haya olvidado algo, haya cometido algún error, haya perdido el timón, haya degenerado, o tenga una locura homicida, sino el humano mismo, en su falta de comprensión.

Por eso en la NUEVA MEDICINA no existen más los conceptos de benigno o maligno.

Tampoco existen en esta NUEVA MEDICINA “metástasis“ alguna, sino únicamente segundo o tercer carcinoma, etc.

No existen “tumores cerebrales”, sino FOCOS de HAMER con configuración en diana o edema cerebral o acumulación de tejido conectivo glial después de haberse resuelto el conflicto.

No existen más enfermedades infecciosas, sino tan sólo fases de curación-reparación después de una fase de conflicto activo con sus correspondientes localización cerebral y manifestación orgánica de un cáncer u oncoequivalente (equivalente al cáncer) con participación de los microbios correspondientes.

En cambio ahora tenemos un DHS (SÍNDROME DIRK HAMER) con el que señalamos el comienzo de una dolencia biológica, tenemos también una CL (conflictolisis), que señala el comienzo de una fase de solución y una crisis epiléptica o epileptoide en el punto culminante de la fase de solución.

Todos estos hechos son verificables y calculables en un largo tiempo (naturalmente desde el DHS, que nos pilla insospechadamente, a contrapié.

Seguidamente los conceptos más importantes de la NUEVA MEDICINA deben quedar definidos y explicados de forma concisa:

Todas las denominaciones de los “conflictos biológicos” han sido elegidos de este modo con objeto de que tengan valor (real) en los mamíferos; para nosotros humanos, un sentido eventualmente figurado.

8.1 La terminología en la NUEVA MEDICINA

Alergia:

Una alergia no existe en el modo que hasta ahora imaginábamos. Las alergias que podemos descubrir con nuestros tests, son siempre las “dos puntas de un mismo cabo” en correspondencia con un DHS (mirar en raíl).

Conflictos del paleoencéfalo:

Conflictos biológicos que comprometen los órganos controlados por el cerebro antiguo: además los que forman parte del tracto gastro-intestinal completo (controlados por el tronco cerebral) y los órganos controlados por el cerebelo como: pleura, peritoneo, pericardio y corium (dermis).

Contenido de los “conflictos del tronco cerebral”: no conseguir atrapar (agarrar) el bocado-presa, - no tragar -; - no digerir -; - no poder eliminar (secretar), - no querer eliminar líquido (colectores de riñones en el llamado conflicto del refugiado); y conflicto desagradable medio genital en cuerpo de útero y ca. de próstata.

Los conflictos del cerebelo contienen conflictos de integridad: ataque contra la cabida torácica (mesotelioma pleural); contra la zona del vientre (mesotelioma peritoneal), contra la zona del corazón (mesotelioma de pericardio), o contra la piel externa = conflicto de deformación o de mancha (melanoma del corion).

Conflicto biológico:

Todo conflicto en humano o mamífero, que se pone en marcha con un DHS.

Los conflictos biológicos se comprenden únicamente en cuanto a la historia evolutiva, como conflictos arcaicos, que en principio son análogos entre humano y animal. El animal experimenta la mayor parte de estos conflictos de forma más real, nosotros los humanos más bien de forma figurada. En el animal se trata de un bocado (presa) que no puede tragar, es decir, un trozo de comida. En humanos puede ser también un billete de mil marcos o un premio de lotería.

Todos los relés del paleoencéfalo contienen conflictos en los que se trata de conseguir atrapar un bocado, poderlo tragar, poderlo digerir, poder eliminar el excremento, etc.

El carcinoma de túbulo colectores de los riñones por ejemplo, debe impedir que el organismo se seque con el “conflicto de refugiado”, de desarraigo, o sea “conflicto existencial”; la orina se vuelve muy concentrada.

Fase- ca:

Fase de conflicto activo: simpaticotonía permanente, piel y extremidades frías, pérdida de sueño, pérdida de apetito, el pensamiento da vueltas siempre en torno al contenido del conflicto. FOCOS de HAMER en el cerebro con configuración de anillos en diana; en la zona orgánica proliferación celular (en órganos dirigidos por el cerebro antiguo) o aumento – crecimiento - de necrosis o úlceras (en órganos dirigidos por el cerebro nuevo).

Castración cerebral:

En el caso de un conflicto biológico de territorio, conflicto de miedo en el territorio o conflicto de contrariedad en el territorio de un hombre, ocurre lo siguiente:

- a) Diestros: El conflicto salta en el relé temporal derecho.
- b) Zurdos: El conflicto salta en el relé temporal izquierdo.

Si el conflicto dura un largo tiempo, existe la posibilidad de que el conflicto altamente agudo se transforme, minimizándose, en un conflicto de territorio pendiente activo (- en balance).

En el caso a): la parte cerebral derecha está bloqueada, el individuo trabaja predominantemente con el hemisferio cerebral izquierdo, femenino, homosexual (platónico) (fenómeno del segundo lobo).

En el caso b): el hemisferio cerebral izquierdo está bloqueado, por lo que el individuo está a nivel cerebral “doblemente masculino”, pero psíquicamente castrado: típico macho homosexual (homosexuales de tipo masculino).

Lo mismo pero en sentido contrario ocurre en las mujeres con conflicto sexual, cuando no se puede solucionar (también en conflicto de miedo en el territorio o de identidad):

- a) Mujer diestra: la parte cerebral izquierda está bloqueada, inmediata amenorrea! La paciente trabaja con el hemisferio cerebral derecho masculino, masculina (también platónico) tipo lesbiana.
- b) Mujer zurda: hemisferio cerebral derecho está bloqueado, por lo que actúa doblemente femenina, no hay amenorrea, pero a pesar de ello está a nivel sexual psíquicamente “bloqueada”.

El conflicto biológico puede haber surgido muy pronto por lo que el individuo puede dar la imagen de haber sido siempre homoerótico o con esa predisposición (incluso puede coincidir aparentemente).

CL:

Conflictolisis, solución de conflicto del conflicto biológico. Punto de viraje de simpaticotonía permanente en vagotonía permanente, es decir del ritmo continuado diurno en ritmo continuado nocturno, o bien, de tono de estrés en tono de calma.

Consecutio conflictuum:

= las secuencias del conflicto. En el cerebelo un conflicto biológico puede surgir dos veces en la misma parte del cerebelo, según se sienta atacado el individuo o deformado (manchado). En los conflictos cerebrales corticales es diferente. Con excepción de los conductos galactóforos, es decir carcinoma ductal en conflicto de separación (conflicto de separación madre/hijo en las diestras centro cortical sensorial derecho, conductos galactóforos de la mama izda; conflicto –

separación - pareja, conductos galactóforos de la mama drcha, (en zurdas al revés), cada vez que salta el segundo conflicto biológico cortical en el cerebro nuevo, lo hace en el hemisferio contrario, mientras esté el primer conflicto todavía activo. Por ello se entra instantáneamente en constelación esquizofrénica.

DHS:

Shok conflictual, grave, muy agudo, dramático y vivido en aislamiento, que pilla al individuo por sorpresa, a contrapié. El modo insospechado de recibir el impacto es aquí de mayor significación que la “valoración psicológica del contenido” del conflicto.

Conflicto monocíclico:

Un conflicto biológico que tiene una fase-ca y una fase pcl. Si el proceso discurre con interrupciones, es decir recidivas, alternadas con breves soluciones, entonces llamamos a este tipo de transcurso conflictual, policíclico. Aunque el paciente tenga más conflictos biológicos, también pueden cada uno de ellos producirse de forma monocíclica. Cuando existen diferentes fases, estamos hablando de “inervación mixta”; o sea un conflicto se encuentra en la fase-ca. y otro en la fase-pcl.

Crisis epileptica (CE):

= Crisis epiléptica tónico clónica, punto culminante de la vagotonía en la fase de reparación tras un conflicto de motricidad. La crisis epiléptica es el punto de viraje hacia la normalización, que sólo se consigue al final de la fase de solución. La crisis epiléptica es una recidiva de conflicto dispuesta por la naturaleza, casi fisiológica y obligada, en medio de la fase de solución, casi virtual. El paciente experimenta de nuevo en esta crisis epiléptica su conflicto biológico completo en fase conflictual activa (fase-ca.), de forma acelerada (como un tiempo arrebatado). Así el organismo consigue que los edemas se compriman y pueda ser dirigida la fase de reparación (con fase diurética).

Crisis epileptoide:

A excepción de los conflictos biológicos de motricidad, que cursan con crisis epiléptica en la fase de solución (fase-pcl), básicamente todas las enfermedades de la medicina entera tienen crisis epileptoide. Epileptoide quiere decir: similar a epilepsia. En estas crisis no se llega a convulsiones tónico-clónicas como en los conflictos de motricidad, pero toda clase de conflicto y todo tipo de enfermedad tiene su modo totalmente específico de crisis epileptoide. Por ejemplo, la crisis epileptoide en la fase de solución de un conflicto de separación sensorial, es una **ausencia**. Lo mismo para los conflictos de separación brutal, con dolor ocasionado por conflictos periostio-sensoriales. Una típica crisis del conflicto de territorio con úlcera en íntima-coronaria (originaria de los arcos branquiales, ectodérmica), es el **infarto cardiaco**, donde distinguimos infarto cardiaco izquierdo controlado a nivel cerebral peninsular derecho, del infarto cardiaco derecho controlado a nivel cerebral peninsular izdo, que cursa con úlcera en venas coronarias en la fase-ca. El infarto cardiaco derecho se corresponde con embolia pulmonar en la crisis epileptoide de un carcinoma de cuello de útero que se encuentra en la fase-pcl. El parentesco de ambos órganos se explica a través de la historia evolutiva en la que el ser humano alguna vez fue un ser en forma de anillo. En esa fase evolutiva antiquísima se encontraban ambos órganos muy juntos.

Otra crisis epileptoide es también por ejemplo la llamada “lisis pulmonar” en la neumonía, siendo ésta la fase-pcl. de un ca.bronquial.

Los tumores dirigidos por el tronco cerebral pasan también en la fase-pcl. por estas crisis epileptoides, con o sin micosis o tbc, es decir con o sin caseificación y reducción del tumor.

De igual manera que habíamos considerado el infarto cardiaco o la embolia pulmonar como enfermedades en sí mismas, así conocemos ahora en la NUEVA MEDICINA dos clases de **asma**. Las dos tienen en común que ambas muestran una constelación esquizofrénica. Uno de los dos conflictos biológicos es miedo en el territorio y se puede sufrir de dos maneras:

- a) motriz
- b) sensorial

Miedo en el territorio sensorial, que en la fase pcl. presenta una neumonía, que llamamos como antes dijimos: lisis. Al conflicto biológico motriz de la musculatura bronquial, lo llamamos asma, cuando se trata de una constelación esquizofrénica, y de nuevo hay dos clases:

Una de ellas compromete toda la fase-ca., la otra sólo la breve crisis epiléptica, que es como si fuera un intermezzo de fase-ca muy breve.

Así que, en principio, las combinaciones posibles resultantes de la combinación de ambos conflictos que llevan al asma son:

1. Ambos conflictos biológicos están en actividad.
2. Un conflicto biológico está activo - el otro tiene una crisis epileptoide (cortical izquierdo.), o una crisis epiléptica (cortical derecho, musculatura bronquial).
3. Ambos conflictos están en la fase pcl. y tienen ambos una crisis epileptoide y / o epiléptica.

Antes no sabíamos por qué la cortisona sólo actuaba en parte de algunos casos de asma. Curiosamente era solamente en los casos, en los que el conflicto estaba en uno o en los dos hemisferios del córtex en la fase-pcl. y el ataque de asma, unilateral o bilateral, representaba la crisis epiléptica o (en el hemisferio izquierdo) la crisis epileptoide.

La crisis epileptoide es en muchos conflictos corticales del cerebro nuevo, el momento más peligroso del transcurso del conflicto biológico (infarto cardiaco, embolia pulmonar, lisis neumónica, ausencia tras conflicto de separación, etc)

En todos los procesos de enfermedad vemos en consecuencia directa a la CE, la llamada “fase de orina” o fase diurética. Desde la CE el organismo expulsa de nuevo el agua que ha acumulado en exceso. Los pacientes pueden eliminar a menudo entre tres y cinco litros de líquido. Cuando lo saben, se tranquilizan. Si no conocen antes todas estas consecuencias, se espantan por haber perdido algunos kilos. Si la fase diurética ha transcurrido felizmente, el organismo se dirige de nuevo a la normalización. En este punto no ocurre ya mucho más.

Constelacion fronto-occipital:

El paciente tiene dos conflictos biológicos activos, uno frontal y otro occipital. Únicamente cuando se encuentran los dos en el mismo hemisferio, es constelación fronto-occipital. Si se encuentran respectivamente en hemisferios diferentes: “constelación esquizofrénica combinada fronto-occipital).

Inervación mixta:

Varios conflictos que no discurren en la misma fase, uno por ejemplo en la fase-ca.y el otro ya en la fase-pcl.

Glioma:

Células del tejido conectivo mesodérmico en el cerebro en fase-pcl. en el FOCO de HAMER.

Las células glia no se concentran únicamente para la reparación de los FOCOS de HAMER sino por todas partes en el cerebro (por ejemplo después de una operación), donde haga falta

cicatrizar. El FH después de la reparación con la ayuda de las células glia, se hará de nuevo funcional, aunque el precio por dicha reparación será un FH más rígido, habrá perdido elasticidad. La curación después de una nueva recidiva de conflicto en el mismo lugar, será mucho más difícil.

Conflicto activo en balance

El conflicto biológico continúa estando activo aunque disminuido (minimizado, integrado). El paciente puede envejecer con tal conflicto (ejem. “fenómeno- lobo secundario”).

Sanación en balance:

El conflicto biológico está en continua resolución, pero ésta no llega nunca a finalizarse porque siempre (p.ej. de noche en sueños) pequeñas recidivas de conflicto impiden la definitiva finalización de la curación: p.ej. M. Parkinson, conflicto de motricidad de las manos = no poder retener algo.

FOCO de HAMER (FH):

Relé cerebral de una correspondencia orgánica específica, que mediante el DHS se transforma en FH. En la fase-ca: configuración en diana de anillos concéntricos.

En la fase-pcl: anillos concéntricos edematizados, seguidos de acumulación de glia: anillos de glia, hasta hoy malinterpretados como “tumores cerebrales” y desafortunadamente extirpados (glioma = p.ej. astrocitoma, oligodentro-glioma, glioblastoma, etc). (ver cap. Sobre FOCOS de HAMER.

Edema cerebral:

El edema intra y perifocal es obligado en la fase-pcl. en un FOCO de HAMER.

A causa de una considerada “solución en balance” puede ocurrir, que el edema cerebral en vez de disminuir en la segunda parte de la fase-pcl., aumente cada vez más. Nosotros decimos: el edema aumenta o crece con efecto balanceado.

Tumor cerebral:

Definición errónea para un FOCO de HAMER en la fase-pcl.o posterior. Acúmulo de glía inocuo, mal interpretado por desconocimiento como “tumor maligno”. La reparación a través de la glía tiene la ventaja de que el FH queda completamente recuperado a nivel biológico, es decir, el cerebro puede recuperar después la vibración u oscilación de su ritmo básico. La cicatrización tiene una inconveniencia biológica. El tejido cerebral deja de ser virgen, resulta más rígido que antes. Por ello en caso de recidiva puede haber un desgarramiento del tejido, llamado quiste. Un cerebro operado al igual que un cerebro dañado, referido anteriormente, no podrá vibrar nunca más con la oscilación de su ritmo básico. Esto coincide con nuestras observaciones después de la guerra, cuando a nuestros soldados les bastaba con tener tan sólo un conflicto; instantáneamente entraban en constelación esquizofrénica y hacían o decían cosas de las que no podían justificarse.

Contenido de conflicto:

Los conflictos biológicos son todos conflictos arcaicos que coinciden en el humano y en el animal. Antes considerábamos “conflictos psicológicos”, mejor dicho problemas psicológicos únicamente a conflictos importantes. Era un error. Sólo los conflictos biológicos hacen modificaciones y alteraciones en el cerebro de forma análoga en humano y animal. La definición del contenido del conflicto tiene en cuenta el hecho, de que estos conflictos deben ser casi “interanimales”, en todo caso para “nosotros mamíferos”. Por eso se dan definiciones como “conflicto desagradable indigesto” en ca. de colon, o “conflicto desagradable medio

genital” para ca. de próstata o ca. de la mucosa de cuerpo de útero. “Medio genital” significa que el punto principal del contenido conflictual no gira únicamente en torno a la zona puramente genital (en sentido real o figurado), sino que la temática genital comparece como música de acompañamiento, por lo que este conflicto se diferencia claramente del conflicto sexual. Todos estos contenidos de conflicto presuponen una cierta dedicación a la historia de la evolución. Así podemos comprender el conflicto biológico de “sentirse deformado, - herido, o –atacado” que orgánicamente actúa como melanoma, o el conflicto cortical de “conflicto de territorio”, el conflicto femenino “conflicto de no ser cubierta (cópula)”, el “conflicto de marcaje de territorio” (úlceras de vejiga, pues el mamífero marca el territorio con la orina), o “conflictos de separación” (parálisis sensorial con neurodermitis), “conflicto de separación brutal” con provocación de dolor o sufrimiento de dolor, (parálisis sensorial de periostio), en la fase pcl. llamada “reuma muscular”, o también el “conflicto de miedo frontal”, “conflicto de miedo en la nuca”, “conflicto de impotencia”, “conflicto de identidad”, “conflicto de miedo-aversión (asco), o el “conflicto de oponer resistencia”, etc. Todos estos conflictos los sufren de forma análoga nuestros compañeros los animales en un sentido muy real, mientras que el humano, más bien en sentido figurado (por ejemplo de una forma verbal). Básicamente ha habido siempre un lenguaje biológico común en humano y animal (especialmente mamífero). Esto muestra el hecho de que nosotros los humanos nos sentimos tan unidos al perro, caballo o vaca, que casi nos podemos comunicar y que los sentimos “casi humanos”. De esta forma sufrimos del mismo conflicto de pérdida cuando muere nuestro compañero humano o nuestro compañero perro. Si el perro es joven y está enfermo, entonces sufre la mujer-humana también un “conflicto de preocupación madre/hijo” con cáncer de mama izda. en una diestra. Por el contrario, también el animal mamífero experimenta conflictos por nosotros los humanos como compañeros, etc. El conocimiento de los contenidos de conflicto abrirá finalmente - es mi esperanza - una nueva era en la relación-comportamiento entre humano y animal; lejos de esta horrible concepción de los animales como cosa, que cuenta en su peor punto culminante, con el exterminio de muchas especies animales singulares, y en los experimentos, completamente innecesarios con los animales, que son una vergüenza para toda la humanidad.

Masa de conflicto:

La masa de conflicto resulta como producto de la intensidad y de la duración del conflicto. Es decisiva en cuanto a si un individuo puede sobrevivir a su fase de solución o no (ej. infarto cardíaco): si tiene un conflicto de territorio no descubierto a tiempo, es decir con una intensidad media de conflicto de más de 9 meses, o de 6 meses con una muy fuerte intensidad, su fin será con gran probabilidad mortal. Existe un fenómeno por el que apenas se forma masa conflictual: la constelación esquizofrénica. En constelación esquizofrénica de los conflictos de la corteza cerebral, un paciente puede tener conflictos activos en balance en ambos lados durante 15 años y sobrevivir a la solución del conflicto (p-ej- a un infarto). En los conflictos controlados por el paleoencéfalo, la masa del conflicto es directamente proporcional al tamaño del tumor. Por la dimensión de un tumor se puede deducir directamente la masa de conflicto que tiene o tenía.

Meningioma:

FOCO de HAMER bien cicatrizado bajo la meninge. En el transcurso de la fase-pcl. este FH se encuentra pegado a la meninge, lo que de ninguna manera tiene consecuencias desfavorables. Nos habíamos equivocado, cuando sospechábamos erróneamente que se trataba de un tumor que hubiera (partido) de la meninge (meningioglioma).

Sistema ontogénico:

Sistema de los tumores y de los oncoequivalentes.

Se podría también decir sistema filogenético. La ontogénesis es la recapitulación de la filogénesis en el tiempo del embrión y de la infancia. La filogénesis es una teoría, aunque con altísima probabilidad, pero la ontogénesis es un hecho indiscutible. Por eso se llama el sistema ontogenético u ontogénico (ver capítulo relativo a).

Fase-pcl:

Fase post- conflictolítica: fase de solución, de reparación, que comienza con la conflictolisis y acaba con la normalización o normotonía. En el punto culminante de esta fase-pcl vagotónica, también llamada “fase de vagotonía mantenida” (fase nocturna mantenida) encontramos la crisis epiléptica / epileptoide.

Cerebral: reparación edematizada de la configuración de anillos en diana, bien marcados en la fase-ca. (anillos edematizados, edema intra y perifocal de los FOCOS de HAMER.

Psíquico: el conflicto ha perdido vigencia.

Orgánico: en los órganos controlados por el cerebro nuevo: ectodermo y mesodermo cerebral: proliferación (fase de solución) reparatoria y cicatricial.

En los órganos controlados por el cerebro antiguo: reducción tumoral mediante microbios. Todos los microbios que conocemos trabajan sin excepción en esta fase-pcl, ni antes ni después. Es decir: si durante la fase-pcl nos faltan los oportunos microbios, p.ej. micobacterias ácidosresistentes de Tbc, el tumor no se caseifica ni se reduce. Micobacterias de Tbc después de la fase-pcl, no nos son útiles ya para el carcinoma actual. Quizá pudieran serlo para un próximo carcinoma, pero no “atacarán” a viejos carcinomas presentes.

Conflicto biológico policíclico:

En oposición al conflicto monocíclico, los policíclicos son conflictos biológicos cuyo transcurso se ve interrumpido por recidivas y fases de solución breves o largas.

Raíl:

Cuando un individuo sufre un conflicto biológico con un DHS, en ese momento, no sólo queda registrado el conflicto, sino también ciertas circunstancias concomitantes. Si en adelante se presenta de nuevo alguna de estas circunstancias, el conflicto entero puede reproducirse en forma de recidiva. Se llama raíl (carril) por la imagen que sugiere entrar por una vía y seguir por el mismo raíl.

Ejemplo: En tiempos pasados el primer amor casi siempre se consumaba en un pajar. A menudo en este acto de amor se presentaban complicaciones o pequeñas catástrofes. Si alguna catástrofe provocaba un DHS, el olor a heno se convertía en raíl del complejo del conflicto. Más adelante, cada vez que la persona afectada oliera a heno, entraría de nuevo en el raíl. En general, inicialmente habría tenido el conflicto biológico de “me huele mal”. En las recidivas, que llamamos alergias, con nuestros pequeños emplastes en la fase-pcl, pasaba el paciente con regularidad por la “rinitis alérgica”, “fiebre del heno”. Naturalmente hubiera podido coger esta rinitis “fiebre de heno” (sin heno), en la fase-pcl si hubiera ocurrido una catástrofe semejante en la relación íntima con la misma o con otra mujer.

Se trata de un estupendo sistema de alarma, sensiblemente atento de nuestro organismo.

Configuración con anillos en diana de los FOCOS de HAMER en el cerebro, configuración de anillos en diana de los focos en el órgano:

Desde el momento del DHS vemos en el TAC cerebral la configuración de anillos en diana con bordes bien definidos en los relés correspondientes al órgano y al conflicto. La misma configuración de anillos en diana a partir del DHS la vemos en nuestro TAC, bien solitario o

múltiple, en el órgano correspondiente, si se trata de un órgano compacto. Mientras que en el cerebro podemos ver la configuración de anillos en diana constantemente, en toda la duración de la actividad del conflicto, es más difícil, incluso a veces imposible, verla en un tumor progresivo compacto (hígado, páncreas, pulmón). En los órganos que hacen necrosis (huesos, riñones, bazo, ganglios linfáticos, ovarios y testículos), tampoco se puede distinguir al poco tiempo, pues después se forma una especie de cavidad llena de líquido. De todos modos, al término de la fase-pcl se pueden distinguir de nuevo configuraciones de anillos en diana callosas “congeladas”.

En el cerebro, el FOCO de HAMER muestra en la fase-pcl la típica edematización de los anillos en diana, todo el FOCO de HAMER se hincha. La sucesiva acumulación de células glía, que permite ver blancos los FOCOS de HAMER mediante contraste, transcurre visiblemente por los anillos en diana, como podremos reconocer con claridad en muchos ejemplos.

Constelación esquizofrénica:

Nosotros diferenciamos entre una constelación esquizofrénica de cerebelo y una constelación esquizofrénica cortical, constelación ectodérmica (de la corteza cerebral). La constelación esquizofrénica cerebelosa sigue a una muy determinada consecutio conflictuum; es decir: sólo cuando una mujer y madre sufre de un conflicto preocupación-madre/hijo y además un conflicto de preocupación - o pelea de pareja, se encuentra en la duración de la doble actividad, en constelación esquizofrénica de cerebelo. Esto se expresa con preponderancia en el nivel emocional: “Estoy como (quemada, cauterizada)” “No siento ya ninguna emoción humana”. Las pacientes están emocionalmente paranoicas, sin que se trastorne el pensamiento lógico-formal.

En cerebelo pueden impactarse varios conflictos en el mismo hemisferio. Habrá por tanto más conflictos activos pero no constelación esquizofrénica.

Incluso en la sustancia cerebral pueden impactarse varios conflictos progresivamente en la misma parte, allí donde corresponda el contenido de conflicto.

En la zona de la corteza cerebral es completamente diferente, con la excepción del ca de mama ductal que parece estar como estrechamente ligado al cerebelo (p.ej. un conflicto de separación de pareja hace en una diestra un ca ulcus en la mama drcha, e impacta la parte izquierda cerebral, cuando ésta estuviera ya bloqueada p.ej. con un conflicto de identidad.

En corteza cerebral encontramos otra consecutio conflictuum, es decir la secuencia de los conflictos del cerebro nuevo cortical, sigue una regla bien precisa:

Si un conflicto de territorio de un hombre diestro ha impactado el relé periinsular drcho correspondiente a las arterias coronarias, decimos que el hemisferio cortical derecho del neocéfalo se encuentra como “cerrado con llave” es decir interceptado para un posterior conflicto biológico activo. Lo cual significa que el próximo conflicto cortical – y sólo en cuanto a lo mencionado -, impacta la parte izquierda. Es lo que llamamos constelación cerebral esquizofrénica (capítulo sobre las llamadas psicosis y enfermedades mentales).

Simpaticotonía:

Primera fase del suceso patológico o del programa especial biológico. El sentido de la simpaticotonía permanente es el mismo de la fase-ca. Como inervación: desviación (desplazamiento) permanente del equilibrio vegetativo en la dirección del n. sympathicus (tronco del simpático). Síntomas: midriasis (dilatación de pupila), taquicardia (subida de pulsaciones superior a 100/min.), hiperhidrosis, (aumento, intensificación de la sudoración), hipoacidez, parálisis intestinal, etc...Antes se consideraban disturbios vegetativos (labilidad vegetativa). Los datos eran correctos, pero faltaba la comprensión del origen.

Vagotonía:

Inervación vegetativa del parasimpático, también parasimpaticotonía. El sentido de vagotonía permanente es igual a la fase-pcl. El nervio vago funciona como nervio cerebral propio que tiene varias partes: un nucleus dorsalis, un nervus ambiguus y un nervus tractus solitarii. Vagotonía (según Eppinger Haas 1910), desplazamiento permanente del equilibrio vegetativo en el sentido de una sensibilidad (estimulación) o predominancia del sistema parasimpático. Antes se denominaba en general, predominancia de labilidad vegetativa constitucional. Síntomas: hipotonía, bradicardia, miosis, hiperacidez estomacal, cólicos intestinales, secreción salivar aumentada. Lo que en NUEVA MEDICINA llamamos hoy fase-pcl.ya se había observado naturalmente, sólo que no se había podido comprender y por ello malinterpretado como “labilidad vegetativa” o “distonía”. Los datos eran indiscutibles, su valoración, errónea.

Conflicto secundario o segundo conflicto:

Cuando una persona recibe un pánico a causa del diagnóstico (yatrogenia) y si sufre con ello un DHS con un nuevo conflicto biológico, se entiende como conflicto secundario. Antes llamábamos a estos carcinomas “metástasis”, en nuestro total desconocimiento. Si a cien perras dackel con ca de conductos galactóforos se les hace un tac de pulmón, y también a cien mujeres igualmente con ca de mama, veremos en los dos grupos que en la fecha del diagnóstico no encontramos nódulos en pulmón. Dos meses después, en el de las mujeres, en muchas, encontraremos según la brutalidad del diagnóstico, nódulos en pulmón, adenocarcinomas. En las perras en cambio en ninguno de los casos. No entienden por suerte el diagnóstico y no tienen pánico, que quiere decir: no sufren de cánceres secundarios. Es un hecho bien conocido, que los animales sólo en contados casos sufren de carcinomas secundarios, es decir metástasis.

9 Enfermedades de la hoja embrionaria interna (endodermo)

En los futuros libros de texto, no se ordenarán más las enfermedades en relación a las distintas especialidades, sino por su correspondencia embrionaria. Esta clasificación representa el orden biológico natural de las llamadas enfermedades o programas especiales de la naturaleza. Reordenando como se refleja en nuestra tabla o cuadro sinóptico, queda establecido, que las enfermedades o programas especiales pertenecientes a una misma hoja embrionaria – en la hoja embrionaria media con distinción del mesodermo controlado por el cerebelo y el mesodermo cerebral controlado por la medula cerebral (sustancia blanca), también muestran otras características, particularidades, afinidades histológicas especiales, localizaciones vecinas en el cerebro y semejanzas conflictuales, que se clasifican como por sí mismas en base a su pertenencia embrionaria de forma bien visible.

Comenzando por las enfermedades o programas especiales correspondientes a la hoja embrionaria interna o endodermo, vemos:

Que son todos controlados por el tronco cerebral y vemos que también allí tienen una localización precisa, ordenada, pues comienzan en tronco cerebral dorsal derecho con las dolencias de la boca y de la cavidad oral nasofaríngea; se disponen en sentido contrario al reloj y correspondiente al tracto gastro-intestinal terminando con el carcinoma de sigma y vejiga en tronco cerebral dorsal izdo. Esto significa que existe una ordenación totalmente racional para la disposición de los relés cerebrales y de los órganos del tracto gastro-intestinal, conjuntamente con sus órganos inherentes.

Que sus conflictos correspondientes son similares, es decir: se trata siempre de conseguir el bocado-presa, de tragarlo, de seguir transportándolo para digerirlo, y para expulsarlo (evacuarlo) finalmente.

En el nivel histológico, todos los cánceres son adenocarcinomas sin excepción, por lo que obviamente crecen todos sin excepción en la fase de conflicto activo con proliferación celular y son reducidos en la fase de solución-reparación, todos por hongos o micobacterias.

Este orden a los tres niveles y también a nivel histológico, es de ayuda inmediata en el diagnóstico, en cuanto a que en el futuro evitaremos hacer excisiones tomando pruebas o únicamente en casos excepcionales si no estuviese clara la imputación (coordinación) topográfica del tumor.

Gracias al conocimiento adquirido a través de la NUEVA MEDICINA sobre la reducción espontánea de todos estos cánceres en la fase de reparación, la intervención quirúrgica resulta superflua en casi todos, si se llega a una solución del conflicto y si el paciente contiene hongos o micobacterias, bacilos de la tuberculosis acidorresistentes. Tanto el diagnóstico como la terapia se modifica básicamente. Ya nada encaja de lo que antes aparentemente encajaba, aunque las pruebas siguen siendo iguales. Pero con la comprensión de las nuevas conexiones con pleno sentido de estas pruebas, llegamos a nuevos resultados por completo. La decisión del histopatólogo sobre benignidad o malignidad existente, casi de “sentencia”, sobra. Ahora por fin comenzamos a movernos sobre un terreno asegurado a niveles biológico - científico.

En lo que concierne al aspecto psíquico de los conflictos biológicos, no necesitamos psicólogos formados sólo a nivel intelectual, que no posean visión como para poder concebir estos conflictos arcaicos. Para comprenderlos, hay que ser capaz de remontar hasta los orígenes, toda manifestación orgánica a través de la historia evolutiva. Así que en el caso de un paciente que hubiera creído haber ganado un premio de lotería, y de repente no lo recibe, hay que poder

imaginarse que ese premio es quasi un bocado que el paciente tenía ya en la boca, pero que no podía ingerir y por ello ha enfermado de un adenocarcinoma del paladar. Naturalmente que un animal sólo enfermaría de semejante cáncer de paladar si el bocado hubiera sido real. Pero no es necesaria tanta fantasía para imaginarse, como suele hacer el humano, a este premio de lotería como un bocado.

De igual manera en el consiguiente transcurso de un seguimiento terapéutico psíquico de semejante paciente, se debe tener presente que estos procesos - patrones viejos, podemos decir arcaicos, siempre tienen un significado, que sólo podemos comprender a través de un conocimiento más exacto de la historia de la evolución.

Si por ej. se le dice a un paciente, que tiene un carcinoma de intestino, que convendría operar, habitualmente, hace dos nuevos conflictos:

1. Un ataque mental contra el vientre, que ha de ser cortado. Semejante conflicto biológico, causa un cáncer peritoneal, que trataremos bajo la correspondencia embrionaria mesodérmica. Este cáncer de peritoneo crece en la fase activa de conflicto.
2. Si el paciente sufre de un nódulo solitario de hígado, por cierto, dorsal drcho. El miedo arcaico biológico se expresa de manera como si no fuera a pasar más comida hacia el intestino, por existir un cáncer. Es decir el paciente tiene un miedo arcaico razonable de morir de hambre o por un íleo pues se imagina, que la comida no podrá pasar más por ahí.

Si desde el momento del diagnóstico al de la habitual operación transcurría un plazo de 3-4 semanas, el cirujano solía encontrar unas pretendidas metástasis minúsculas en peritoneo y si al poco de la operación hacía una tomografía del hígado, de este mencionado nódulo hepático, dorsal drcho, se daba por hecho que este paciente (inútil decirlo) era un caso inoperable, incurable, mientras que ahora podemos concluir de forma biológica coherente y sistemática, que el paciente ha sufrido de forma yatrogénica, es decir mediante el diagnóstico y anuncio de la operación, los conflictos sucesivos. Inútil también describir que el cirujano por ignorancia de estas correspondencia quizá, opera también el nódulo y rasca lo más posible las “metástasis de peritoneo” como suele darse el caso con frecuencia. Inútil decir que el paciente después de la operación piensa haber sido liberado de su mal y como muestra de solución de conflicto de ataque contra su vientre, aparece la ascitis, lo que de nuevo cirujano y oncólogo consideran el principio del fin porque desconocen las correlaciones biológicas.

Obviamente en la NUEVA MEDICINA, se indagaría muy cuidadosamente a niveles clínico, psíquico y cerebral. Se haría el mismo diagnóstico con un coste sobre su salud mucho menor, presentándosele con mucho tacto explicándole al mismo tiempo, que no es “tan grave”.

Mientras el conflicto no estuviera solucionado, se buscaría conjuntamente con el paciente una posibilidad de solución y después esperaríamos la curación espontánea del cáncer intestinal mediante bacterias tbc ácidosresistentes. El paciente no tendría ni cáncer hepático ni de peritoneo. La prognosis, prescindiendo de muy pocos casos que tuvieran peligro de un íleo, en los que naturalmente serían operados de forma profiláctica, se daría casi siempre relativamente muy bien, pues sólo habría que afrontar un carcinoma sin otras complicaciones.

Es como acaece en el animal, que casi nunca producen “metástasis”, lo que no ha dado nunca que pensar a nuestros médicos u oncólogos. El paciente suele colaborar con entusiasmo, registra su sudoración nocturna (tuberculosis intestinal) pone atención de comer rico en proteína para compensar la pérdida proteica y aprende también a manejarse en un futuro desde el principio de estos conflictos de forma diferente. Sobra decir que de esta manera, gran parte de las intervenciones quirúrgicas que hoy por hoy son operaciones de cáncer, se suprimirán.

9.1 Comentario y aclaración de los conflictos y tumores controlados por el tronco cerebral (columna amarilla, endodermo)

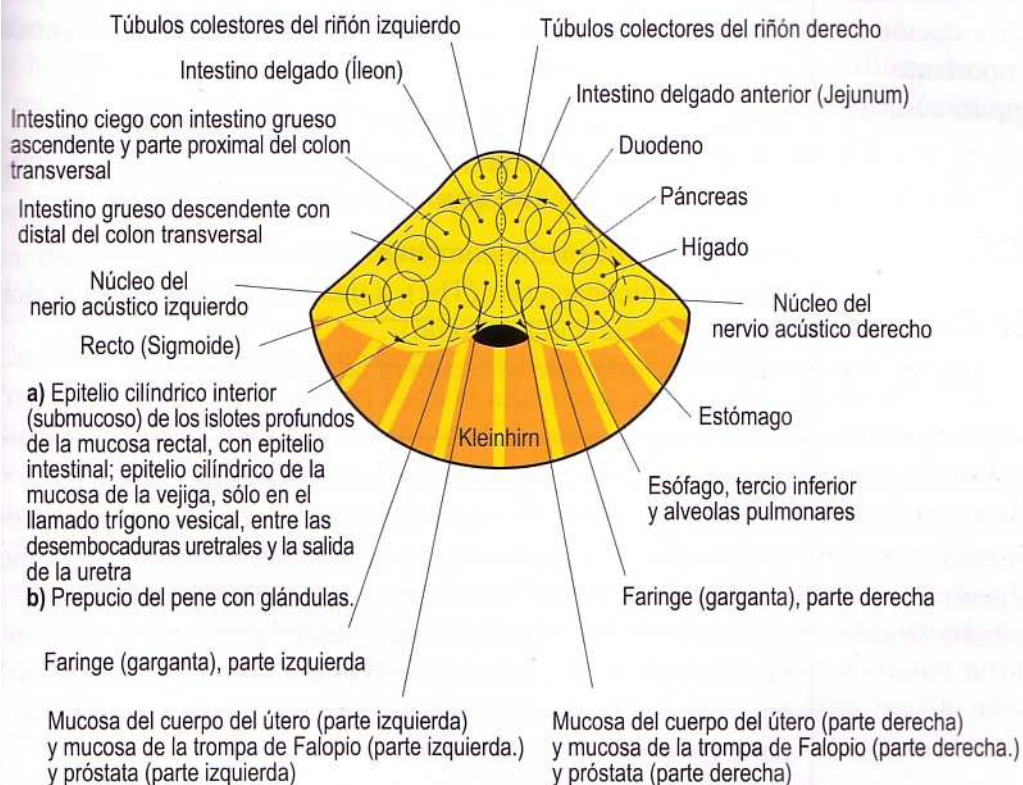
Los conflictos arcaicos más antiguos de nuestro organismo tratan siempre sobre la presa (bocado), la presa informativa, (ligada a obtener una información), presa-aire (ligada a la respiración), la presa alimento (ligada a la digestión), la evacuación de la presa, o la retención de la presa-agua en conflicto de refugiado o conflicto existencial, cuando el “pez” ha sido arrojado a un lugar seco.

Cuando estos contenidos conflictuales fueron programados en nuestro tronco cerebral, nuestros “predecesores” en la evolución tenían la forma de un tubo cerrado en forma de anillo con una apertura que servía al mismo tiempo de cavidad, tanto receptora de alimento, como de ano. El movimiento peristáltico igualmente controlado por el tronco cerebral (mesencéfalo), proveía entonces al “tráfico en - un solo sentido”.

Encontramos esta forma de anillo de nuevo en el tronco cerebral, porque allí se encuentran los órganos controlados por el tronco cerebral con sus relés, que en caso de DHS en los FOCOS de HAMER, se disponen en un orden circular:

Sección esquemática en TAC cerebral del Tronco Cerebral

Relación Tronco cerebral - Órgano



9.2 Comentario y aclaración de los conflictos biológicos del tronco cerebral

<p>Conflicto de “no haber podido conseguir una información importante”</p>	<p>Adenocarcinoma del oído medio</p> <p>El organismo no produce ningún tumor nodular después del DHS, sino que las células cilíndricas se multiplican a capas para poder obtener la próxima vez la importante información.FH: neurinoma acústico.</p> <p>Sentido biológico: fase-ca.</p> <p>Fase-pcl: otitis media</p>
<p>Conflicto de “no poder deglutir el bocado (presa)</p>	<p>Adenocarcinoma del paladar</p> <p>Después del DHS, el organismo desarrolla células adenocarcinomas altamente especializadas que producen jugo digestivo para descomponer el bocado demasiado grande, y así ser deglutido, pues conseguir o no tragarse el bocado, implica la vida o la muerte.</p> <p>Sentido biológico: fase-ca</p> <p>Fase-pcl: caseificación y reducción por hongos y tbc de las células especiales ya innecesarias.</p>
<p>Miedo arcaico de la muerte, no recibir más aire. (el aire es el bocado)</p>	<p>Adenocarcinoma de los alveolos pulmonares</p> <p>Tras el DHS el organismo fabrica aumento de células alveolares especiales, para mejorar el intercambio gaseoso en los alveolos.</p> <p>Nódulos grandes en pulmón significan que el conflicto de miedo a la muerte ha durado demasiado de modo antifisiológico. El organismo ha producido demasiado material.</p> <p>Sentido biológico: fase-ca</p> <p>Fase-pcl: caseificación por micobacterias, tbc. pulmonar.</p>
<p>Conflicto de “no poder digerir un bocado demasiado grande”, “disgusto indigesto”.</p>	<p>Adenocarcinoma de intestino delgado o grueso</p> <p>Después del DHS el organismo produce proliferación de células vellosas intestinales, que a su vez producen más jugo digestivo y descomponen el bocado, es decir lo reducen para que pueda pasar finalmente. Después resulta la resolución del conflicto y las células intestinales recién producidas y ya supérfluas, que hemos llamado “tumor” son caseificadas y eliminadas con sudoración nocturna y temperatura subfebril, lo que denominábamos y todavía hoy, tuberculosis intestinal, pero que antes no reconocíamos como fase de reparación después de un ca. intestinal.</p> <p>Sentido biológico: fase-ca.</p> <p>Fase-pcl. caseificación con micobacterias, tbc intestinal.</p>

10 Enfermedades de la hoja media embrionaria (mesodermo)

Debemos distinguir dos grandes grupos en los órganos vinculados al mesodermo, clasificado con máxima precisión a nivel de historia evolutiva.

El primer grupo pertenece al cerebro antiguo, son los órganos controlados por los relés del cerebelo como: corion (dermis), pericardio, pleura y peritoneo. Y los grupos de órganos controlados por la médula cerebral que pertenecen al cerebro nuevo.

Del sistema ontogénico de tumores y oncoequivalentes, ahora sabemos que todos los órganos controlados por el cerebro antiguo, hacen proliferación celular en la fase activa del conflicto, mientras que todos los órganos controlados por el cerebro nuevo hacen disminución celular, o sea, necrosis, úlceras, agujeros, en la fase activa de conflicto.

Las células glia que encontramos en el cerebro y en la sustancia del tegumento nervioso en las vainas de Schwann de los nervios, pueden hacer tanto proliferación celular en la fase activa de conflicto (neurofibroma), como también proliferación celular en la fase de reparación – en la reparación de los FOCOS de HAMER en el cerebro. De acuerdo al sistema ontogénicamente condicionado de los microbios, las bacterias que pertenecen al mesodermo trabajan tanto a nivel orgánico, controlado por el cerebelo, donde hacen disminución celular, por ej. colaborando en la eliminación de los tumores, como al mismo tiempo, en los órganos controlados por la médula cerebral, ej. en los huesos, en una osteomielitis, pueden no sólo eliminar hueso, sino ayudar también a reconstruir nuevo hueso.

Según mis conocimientos una fractura abierta bacterial tiene una curación más rápida que una cerrada. Los cirujanos, que aparentemente tienen también este conocimiento, aprovechan esto en urgencias y abren los huesos intencionadamente con clavos.

Los órganos mesodérmicos controlados por el cerebro antiguo, como: corion, pericardio, pleura y peritoneo, se comportan en principio como los órganos de la hoja embrionaria interna, aunque los tumores crecen en parte protuberantes, ej. en peritoneo cuando el paciente ha recibido una patada en el vientre y sufrido por ello un conflicto biológico de ataque contra el vientre. Por otra parte los tumores pueden también crecer a capas, cuando el paciente ha sufrido un conflicto genérico de ataque contra el vientre.

Es importante saber que todos estos tumores controlados por el cerebelo, producen líquido en la fase de reparación: en la caseificación tuberculosa, y también en ausencia de tuberculosis, consecuentemente sin caseificación, como la ascitis. Esta tiene el sentido de hacer nadar al intestino y evite las adherencias en la fase-pcl. En pericardio, lo llamamos derrame de pericardio y en la pleura derrame pleural, en peritoneo, ascitis. En la tuberculosis dérmica, tenemos bajo la piel una especie de cojines de agua, es decir exudación tuberculosa de las células del corion.

Debemos dedicar especial atención a los órganos mesodérmicos controlados por la médula cerebral. Y aquí la fase de reparación es de nuevo particularmente malinterpretada, en la que pueden darse dificultades, incluso aún cuando se interprete correctamente.

Recientemente llamé a 3 clínicas universitarias y pude comprobar que no había ni un único caso con reumatismo articular agudo. He reflexionado sobre si hubiera alguna diferencia entre reumatismo articular agudo en rodilla y un osteosarcoma de rodilla. El asunto se presenta en apariencia de la siguiente manera: todos los pacientes, a los que antes diagnosticábamos reumatismo articular agudo, se encontraban ahora en oncología y eran tratados de

osteosarcoma. La mortalidad en reumatismo articular agudo era prácticamente nula. La mortalidad en osteosarcoma de rodilla es muy, muy alta. No habíamos entendido que las dos eran una misma cosa, porque no podíamos comprender la diferencia entre una fractura y una osteólisis ósea condicionada a un conflicto biológico en fase de reparación. Una osteólisis del hueso que surge junto a la rodilla por un conflicto de desvalorización de sí mismo en el plano deportivo, en la fase de reparación dará salida a un edema, según las leyes de la física, en dirección a la menor resistencia es decir en dirección a la articulación de la rodilla. La resistencia para que el edema se difunda en la articulación de la rodilla es menor a través del cartílago, que la necesaria para hinchar el periostio más duro. En el caso del reumatismo articular agudo, no indagábamos lo suficiente como para ver las osteolisis junto a la articulación. Ignorábamos la fase de conflicto activo y malinterpretábamos la fase de reparación como una enfermedad en sí misma, llamándola reumatismo articular agudo. En la fractura ósea el mecanismo es diferente, sobre todo en nosotros los humanos; en el animal la consecuencia sería casi siempre una osteolisis. Si es animal-presa y no puede correr más, topará con la muerte, y si es cazador igualmente, pues tampoco podrá cazar la presa. Me refiero a que en los animales una fractura ósea es cuestión de vida o muerte. Para nosotros humanos no es tan terrible, una fractura se cuida rápidamente, se pone un clavo, un yeso, se fija...etc. y el paciente vive con la consciencia de que en un par de semanas todo estará de nuevo curado y superado.

La diferencia entre la osteolisis que se desencadena por un conflicto biológico de desvalorización de sí mismo y una fractura, que no fuera por causa de un tal conflicto y si así lo fuera, éste hubiera tenido corta duración es: en caso de fase de reparación de la osteolisis, tendrá lugar una fuerte inflamación ósea con levantamiento o hinchazón del periostio mientras que en la fractura resultará una formación callosa sin gran formación de edema. Parece que el sentido principal en las desvalorizaciones biológicas está en la fase de reparación, por el hecho de que cuando concluyen está el hueso más fuerte y más calcificado que anteriormente. En la fase de conflicto activo casi “van corriendo las agujas del reloj”, es decir el paciente cuenta con un tiempo limitado para solucionar su conflicto, de otra forma, suena esto muy cruel, “será presa para los leones”.

También en el resto de las dolencias mesodérmicas controladas por la médula cerebral, como: ganglios linfáticos, parénquima renal, tejidos intersticiales de ovarios y testículos, etc. El sentido principal se encuentra en la fase de reparación de forma manifiesta. En el riñón, el quiste indurado produce finalmente orina, y pone al riñón en disposición de poder producir orina mejor que antes de la dolencia. Ya habíamos mencionado este mecanismo. Algunos urólogos (catedráticos) de la medicina facultativa me lo han confirmado, después de haber examinado mis conocimientos. Hoy en día, estos quistes renales se operan en menor medida. En ovario y en la necrosis intersticial ovárica (con su consiguiente quiste ovárico o testicular), los comportamientos son similares. Un originario quiste ovárico indurado produce más tarde tanta cantidad de estrógenos, que la mujer representa de 10 a 20 años más joven y lo mismo ocurre en el hombre; el testículo agrandado con tanta producción de testosterona, lo vuelve más masculino.

Este nuevo modo de ver se encuentra por supuesto, quisiera remarcarlo de nuevo, en sintonía con la historia de la evolución, que yo no he descubierto y al mismo tiempo en sintonía con todos los datos, que ya conocíamos. Sólo que ahora debemos valorar y relacionar estas realidades de otra forma. Por ejemplo se debe considerar el hecho siguiente -como me explicaba un catedrático numerario de patología en el sur de Alemania con toda sinceridad: no se podía distinguir entre células de callo óseo a nivel histológico ni microscópico, si eran originarias de una fractura o de un osteosarcoma o de reumatismo articular agudo. Además, para la etiqueta “maligno” o “benigno” tenía que mirar habitualmente la radiografía y decidía

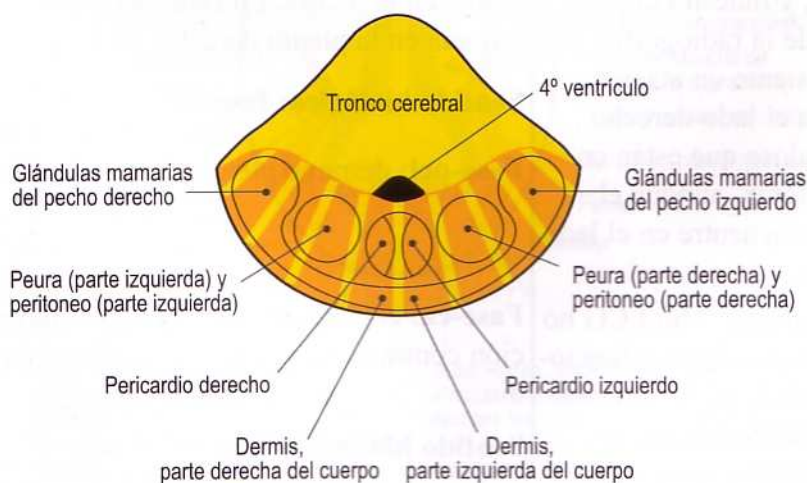
en base a ésta la denominación. En algunos casos habíamos sobrevalorado a nuestros histopatólogos. Puedo demostrar en una serie de casos, que los resultados histológicos fueron revisados, cuando se devolvían, ante nuevos reconocimientos.

10.1 Comentario y aclaración de los conflictos y tumores de los órganos mesodérmicos controlados por el cerebelo

11.1 Comentario y explicación de los conflictos y tumores de los órganos mesodérmicos controlados por el Cerebelo

Sección esquemática del TAC en cerebelo

Relación CEREBELO - ÓRGANO



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

Conflicto de sentirse atacado, herido o mutilado

p.ej. si cuando a alguien en el justo momento en que quiere irse por la puerta, otro en pelea le dice: “cerdo!”

paciente: “ me impactó como si me clavara una flecha por la espalda!”

El organismo fabrica en este caso un melanoma o un mesotelioma (adenoide-ca., mitosis en la fase-ca.) como refuerzo, después del DHS para defenderse de la flecha, y de las que vengan detrás. A nivel de la historia evolutiva es una forma arcaica de defenderse; cuando nuestros predecesores sólo poseían el corion (dermis).

Sentido biológico: fase-ca.

Fase-pcl.: caseificación – colaboración de bacterias tbc

Conflicto de ataque a la integridad del interior del abdomen

p.ej. un patrono da una patada a su aprendiz en el vientre.

Justo en el lugar de la herida (patada), crece en la fase-ca. un mesotelioma bulboso de peritoneo en el interior del vientre.

Sentido biológico: fase-ca.

Fase-pcl: ascitis

Ej. El médico dice: "mañana tendremos que operarle el pulmón", y muestra el lado derecho de la radiografía. El paciente siente un ataque mental en el lado derecho imaginándose que están cortando su tórax, aunque el tumor se encuentre en el lado izquierdo.

El organismo intenta protegerse de los ataques fabricando un refuerzo= mesotelioma, internamente en la pleura. En este caso crece un mesotelioma en la pleura drcha, en fase-ca.

Sentido biológico: fase-ca.

Fase-pcl: derrame pleural

Ej.: Internista: "Su ECG no está en orden, algo no funciona en el corazón "El paciente sufre un DHS con ataque mental contra el corazón. Se imagina p.ej. una operación de corazón con bypass (como le hicieron a su vecino...)

El organismo desarrolla como protección contra los ataques un mesotelioma de pericardio.

En la fase-ca: mesotelioma en pericardio

Fase-pcl.: derrame de pericardio o taponamiento= insuficiencia cardiaca. A menudo motivo para un nuevo DHS (raíl de pericardio).

Comentario y explicación de los conflictos y tumores de los órganos mesodérmicos controlados por la sustancia blanca (médula cerebral)

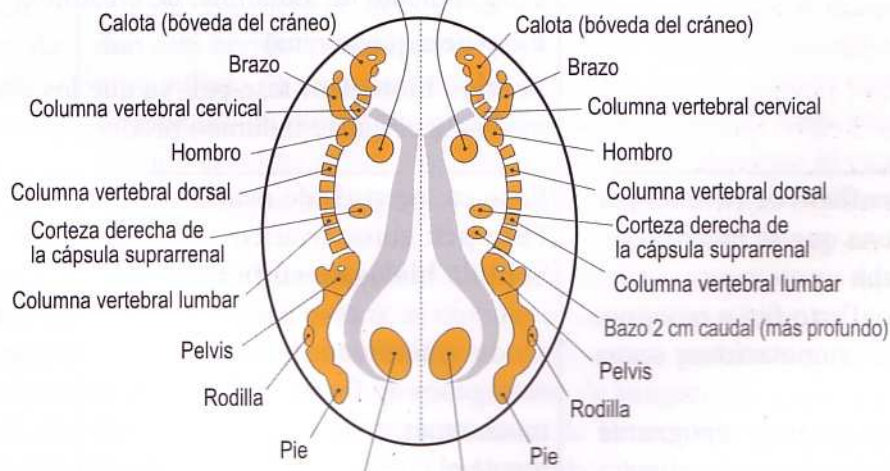
11.2 Comentario y explicación de los conflictos y “tumores” de los órganos mesodérmicos controlados por la Sustancia Blanca (Médula cerebral)

Sección esquemática del TAC de la Médula cerebral

Relación CUERPO MEDULAR del cerebro (SUSTANCIA BLANCA)- Órgano

HH: centro para el músculo estriado del **miocardio izquierdo**, antigua y ontogénicamente **tubo cardiaco derecho**.
 Fase-ca: necrosis del miocardio izquierdo
 Crisis epiléptica: infarto de miocardio izquierdo = infarto miocardio epiléptico

HH: centro para el músculo estriado del **miocardio derecho**, antigua y ontogénicamente **tubo cardiaco izquierdo**.
 Fase-ca: necrosis del miocardio derecho
 Crisis epiléptica: infarto de miocardio derecho = infarto miocardio epiléptico



Testículo derecho, ovario derecho, cruzados desde el cerebro al órgano.
 Parénquima del riñón **izquierdo** (glomérulo renal) 2 cm caudal (más profundo), no cruza desde el cerebro al órgano

linker Hoden, linkes Ovar, kreuzen vom Gehirn zum Organ.
rechtes Nierenparenchym (Glomeruli) 2 cm caudal (tiefer), kreuzt nicht vom Gehirn zum Organ

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

Conflicto de desvalorización

desvalorización de sí mismo generalizada infantil o senil.

conflicto de desvalorización especial p.ej. en relación madre/hijo (“Fui una mala madre”) o un conflicto de desvalorización deportiva.

Osteolisis ósea en cada caso en un lugar concreto del esqueleto (ver cuadro sinóptico) acompañada de anemia, en desvalorización madre/hijo: osteolisis en húmero izqdo. en mujer diestra.

Conflicto de desvalorización deportiva: osteolisis en rodilla junto a articulación, en la fase-pcl. fase de derrame de articulación en rodilla.

Fase pcl.; acompañado de leucemia

Sentido biológico: fase-pcl.: con dolores de periostio (osteosarcoma), no sólo recalifica la parte del esqueleto sino que además se vuelve más fuerte que antes.

Conflicto de agua o líquido.

Necrosis del parénquima renal

Fase-pcl.: quiste renal

Sentido biológico: fase-pcl., ya que los riñones, mediante el quiste que forma, indurado y produciendo orina, obtiene un mayor rendimiento que anteriormente.

Conflicto de pérdida o conflicto semigenital feo o repugnante

(p.ej. pelea muy repugnante con individuo masculino) en la mujer).

Necrosis de ovario

Fase-pcl.: quiste ovárico

Sentido biológico: fase-pcl., dado que el quiste ovárico formado e indurado se vuelve parte integrante del ovario y produce hormonas femeninas, especialmente estrógenos de forma que la mujer representa mucho más joven y puede eliminar más fácilmente el conflicto o incluso la causa del conflicto (ej. pérdida de una criatura: se va a poder quedar embarazada con más seguridad).

Conflicto de pérdida en el hombre

Necrosis de testículo

Fase-pcl.: quiste de testículo, proliferación del tejido intersticial productor de hormonas.

Sentido biológico: fase-pcl. mediante aumento de producción de testosterona, causa de mayor virilidad.

Conflicto de “correr en la dirección equivocada” “encontrarse en la vía equivocada”

Necrosis de corteza suprarrenal

Sentido biológico: como excepción en la fase-ca. y también en la fase-pcl.

Fase-ca.: mediante la necrosis la producción de cortisona disminuye y por ello, a pesar de la simpaticotonía el curso en la dirección equivocada se detiene.

Fase-pcl.: seguido a la actual reconstrucción de la necrosis y al mismo tiempo engrosamiento del volumen de la corteza suprarrenal, sobreviene una producción de cortisona muy aumentada, que hace posible un curso veloz (p.ej. tras el rebaño, manada), en la dirección correcta.

Conflicto de herida o de sangrado

El concepto de conflicto de herida o sangrado debe ser comprendido de una forma puramente biológica: este conflicto cobra su máxima importancia en el terreno de la caza, pues es a vida o muerte: conflicto de herida o de sangrar significa que el individuo está herido incluso muy herido: ¡sangra! Se convierte por ello en un conflicto de desvalorización. El animal astuto, todavía capaz de escapar, no espera hasta que la pérdida de sangre haga imposible una próxima pelea, sino que abandona rápidamente el campo de batalla. Esto parece ser el sentido psíquico biológico del conflicto.

En nosotros humanos el conflicto de herida o sangrado se desencadena también cuando oímos que tenemos “un cáncer en la sangre”, o si recibimos continuas transfusiones, podemos sufrir recidivas, incluso con un simple análisis de sangre.

Necrosis de bazo

Fase-ca.: a causa de la necrosis, se pueden acumular, o bien depositar muchos más trombocitos en el bazo, salientes del círculo sanguíneo. De este modo se evitan trombosis en los vasos sanguíneos. La trombopenia es por lo tanto una medida de emergencia de la naturaleza con pleno sentido. Para que los trombocitos puedan encontrar un sitio en el bazo, resulta una necrosis esplénica provisional.

Fase-pcl.: la esplenomegalia que en parte queda después, garantiza que en el próximo conflicto de herida o de sangrado, tengan sitio más trombocitos en el bazo aumentado.

Tanto la necrosis de bazo en la fase-ca, como la esplenomegalia en la fase-pcl. tienen un sentido biológico: el conflicto de herida o sangrado es, según mi forma de ver, uno de los pocos, -si no el único conflicto - (eventualmente también los ganglios linfáticos en general, ya que el bazo es sólo un ganglio linfático especializado), en el que el organismo cuenta ya con una próxima recidiva: el auténtico sentido biológico es presumiblemente la prevención, en caso de un nuevo conflicto de herida o sangrado.

11 Dolencias de la hoja embrionaria externa (ectodermo)

Las denominadas enfermedades, en realidad programas especiales de la naturaleza que pertenecen a la hoja embrionaria externa, de los órganos controlados por la corteza cerebral, son, en alguna medida, homogéneas. Con precisión, debemos subdividir las enfermedades cancerosas y enfermedades oncoequivalentes, teniendo presente que incluso la palabra cáncer ya no es correcta.

Igual que en los órganos mesodérmicos dirigidos por la médula cerebral, que en la fase de conflicto activo producen agujeros, necrosis, osteolisis, necrosis de ganglios linfáticos, necrosis ováricas, necrosis renales, etc., todo el tejido de epitelio plano-pavimentoso y la membrana de la mucosa, en la fase de conflicto activo desarrollan úlceras, es decir reducción de tejido. En la fase de conflicto en solución, esta pérdida de tejido, esta úlcera, es reconstruida con nuevas células, que transcurre con una fuerte inflamación.

Antes no lo sabíamos y creíamos que esta nueva formación de células que deben rellenar las úlceras, eran en parte, tumores muy agresivos.

Encontramos pues otro grupo de órganos, que denominamos oncoequivalentes, en los que en la fase activa sólo presentan un bloqueo funcional, p.ej. en la diabetes o hipoglucemia, es decir un trastorno de las células ínsulas beta o alpha.

En tales órganos no vemos ni proliferación ni disminución celular, “tan sólo” disturbio funcional. Algo debe ocurrir en el insuloma, pues en la fase de reparación se inflama un poco, aunque sin hacer proliferación celular.

En el conflicto de miedo en la nuca que tiene su FOCO de HAMER en la corteza visual del cerebro, encontramos también ciertas dificultades de definición si hablamos de oncoequivalentes, pues los neurólogos nos explican que los bastoncillos y conos de la retina pertenecen básicamente al cerebro. En todo caso lo que es seguro es que a niveles psíquico y cerebral cumplen las cinco leyes de la NUEVA MEDICINA.

En el otro tipo de miedo en la nuca de los ladrones, que amenaza desde atrás y que interesa la parte paramedial de la corteza visual, vemos en la fase de conflicto activo un enturbiamiento del cuerpo vítreo que se esclarece de nuevo en la fase de reparación.

En el cristalino, que no tiene nada que ver con la corteza visual, sino que se corresponde a nivel de conflicto, con conflicto de separación (cuando se pierde a alguien de vista), vemos en la fase activa (ver tabla), una necrosis. Por eso el individuo afectado ve mejor a lo lejos. En la fase de reparación se enturbia el cristalino temporalmente para reconstruirse de nuevo, lo que denominamos “cataratas”. Si el conflicto sólo ocurre una vez, el cristalino se esclarece de nuevo. Si continúa repitiéndose, se refuerza el enturbiamiento más y más.

Encontramos algunas dificultades de definición en los conflictos de motricidad, como habíamos visto en el cuerpo vítreo. En dichos conflictos vemos de una parte una alteración funcional ciertamente como parálisis motora. Junto al órgano en el músculo correspondiente, derivado de la hoja embrionaria media, notamos una denominada pérdida o atrofia muscular. En teoría esto podría tener dos posibles causas:

El músculo se atrofia porque no está enervado. Así nos lo hemos imaginado hasta ahora.

Sería posible que se tratara de un proceso extensivo, que interesando la hoja embrionaria externa, es un oncoequivalente, y cause sólo una alteración funcional. Pero al mismo tiempo el músculo corresponde a la hoja embrionaria media, al tipo controlado por la médula cerebral,

que hace necrosis en la fase de conflicto activo, es decir: la fibra muscular se destruye lo que denominaríamos igualmente atrofia muscular.

Vemos este sistema extensivo igualmente en la mama femenina, donde los carcinomas ductales ulcerativos (ulcerosos) de los conductos galactóforos se orientan rigurosamente hacia la glándula de las mamas derecha e izquierda, dirigida por el cerebelo. Es decir, mama madre/hijo y mama mujer/compañero en caso de una separación, pelea o preocupación, coinciden siempre con la misma mama y tienen como excepción que reaccionan también en el ectodermo rigurosamente en relación al conflicto y no están sujetos a la consiguiente sucesión conflictual (ver constelaciones de los hemisferios corticales). Por consiguiente podemos considerar el pecho femenino como un sistema acoplado entre cerebelo y córtex que queda siempre fuertemente ligado al conflicto. Así en la mama izquierda de una diestra: tanto preocupación o disputa por o con el hijo, como también conflicto de separación del hijo.

Por tanto no nos asombramos si encontramos también un sistema extensivo entre la parálisis motora cortical dependiente de la hoja embrionaria ectodérmica y la denominada atrofia muscular, dependiente de la hoja embrionaria mesodérmica controlada por la médula cerebral.

Este acoplamiento o quizá podríamos llamarlo: suceso complejo, era entonces la causa de la diagnosis incorrecta: “esclerosis múltiple” cuyo “cuadro focal”, interesaba casi siempre a los correspondientes grupos de músculos y a las correspondientes partes del esqueleto, que de forma incorrecta habíamos pensado era la causa de las parálisis motoras y sensoriales.

Queda por citar aún, como particularidad, que como es natural las partes más antiguas del cerebro contienen los conflictos y sus contenidos arcaicos. Cuanto más avanzamos en la evolución filogenética, más desarrollados y más complicados se vuelven los programas en nuestro cerebro.

Los más complicados son los programas corticales de nuestro cerebro nuevo. Es por lo que en la NUEVA MEDICINA con sus tres niveles: psiquismo, cerebro y órgano encuentra un desarrollo quasi coherente a nivel de la historia evolutiva:

De los programas arcaicos más antiguos de nuestro tronco cerebral, se pasa a los contenidos conflictuales algo más complicados del cerebelo y a los contenidos conflictuales ya bastante más complicados de la médula cerebral de nuestro cerebro nuevo, hasta los contenidos de conflicto corticales controlados por la corteza cerebral. Pensamos y sentimos con todas las partes del cerebro, pero se distinguen mediante los contenidos de conflicto.

11.1 Conflictos de la hoja embrionaria externa (ectodermo) y el sentido biológico de sus programas especiales naturales

Sería demasiado si recapituláramos seguidamente el cuadro sinóptico entero. Más bien se debe mostrar ejemplos particulares de cuál era el sentido biológico en el pasado y en parte hoy todavía, de las consideradas enfermedades. Nuestros conflictos corticales comienzan a partir del 16 /17º día de la ontogénesis embrional con el denominado blastodisco de las tres hojas embrionarias. En la filogénesis, hace muchos millones de años, comenzó una nueva era en nuestro desarrollo con la formación del neocéfalo.

Vemos desde el punto de vista evolutivo un desarrollo interesante, francamente impresionante en lo que concierne al correspondiente sentido biológico de los programas especiales:

1. Conflictos dirigidos por el cerebro antiguo y alteraciones orgánicas de endodermo y de los órganos controlados por el mesodermo cerebeloso.

Sentido biológico: evidente en la fase-ca.

En la fase-pcl el innecesario tumor es reducido por microbios con pleno sentido.

2. Conflictos dirigidos por la médula cerebral y alteraciones orgánicas de los órganos mesodérmicos controlados por la médula cerebral:

El sentido biológico se encuentra evidente en la fase-pcl, aunque en lo que respecta a los “órganos-ganglios linfáticos”, tienen su especial sentido en ambas.

3. Conflictos dirigidos por las cortezas cerebrales y alteraciones orgánicas del ectodermo:

El sentido biológico se encuentra – como en los órganos regidos por el cerebro antiguo- evidente en la fase-ca. Aunque esto se realiza tomando una medida contraria a los órganos regidos por el cerebro antiguo, que hacen mitosis y proliferación celular - aquí se forman necrosis y úlceras- es válido reconocer el sentido biológico de estos programas especiales biológicos. De todas formas también hay programas en los que se da un sentido biológico en ambas fases, p.ej. en conflicto de separación. Seguidamente algunos ejemplos.

11.1.1 Conflicto biológico de territorio:

El concepto significa que el individuo ha perdido su campo de acción (territorio), p.ej. el ciervo su campo de acción en el bosque, el jefe de una manada de lobos, su territorio en la estepa, el humano su campo de acción en la familia, empresa, etc. Se puede sufrir el mismo conflicto de territorio cuando se marcha una parte esencial del territorio, p.ej. la esposa, hija, amante.

Fase-ca: movilización de todas las fuerzas para reencontrar el estatus anterior.

Fase-pcl: curación total de las consecuencias de este enorme esfuerzo. Pero en los conflictos corticales el individuo tiene que superar el “test” biológico en esta fase. Es relativamente más fácil conseguirlo en los programas de conflictos biológicos arcaicos, pues en los conflictos corticales se produce una selección despiadada. Para poder dar la vuelta a esos conflictos, los sistemas biológicos sociales, muy complicados, funcionan claramente con una selección consecuente.

Sentido biológico del conflicto y de las alteraciones orgánicas: en estos conflictos no hay sólo un sentido biológico. La naturaleza utiliza el conflicto biológico como “instrumento” igualmente para diversas funciones sociales, de forma que algunos casos tienden a la solución mientras que en otros curiosamente no se persigue esta solución. Es en principio sencillo, pero luego en la realidad individual de cada caso se hace muy complicado. Todavía se complica más cuando se incluye el fenómeno de la constelación esquizofrénica, que de nuevo puede tener un sentido social de grupo, específico, según el caso. No vamos a hablar ahora de la terapia, que en tales casos hay que preguntarse siempre: “curarse - ¿de qué?, curarse – ¿para qué?”.

Sentido biológico:

1ª posibilidad del sentido biológico:

Fase-ca.: la úlcera en arterias coronarias, es decir el descascarillado (úlceras) interno de la capa de epitelio pavimentoso (íntima), procuran que el lumen de las arterias coronarias sea notablemente mayor que normal. Así que pueda correr y bombear una cantidad de sangre mucho mayor por minuto que antes.

La eficiencia no sólo del corazón sino de todo el organismo se ve aumentada de forma notable por esta fase-ca. El individuo a quien el DHS pilló a contrapié tiene así una segunda oportunidad de vencer a su rival.

Al paciente con conflicto de territorio, que como en el animal, tienen en esta fase angina pectoris, se le da tranquilizantes en la terapia, creyendo de forma errónea, por desconocimiento de las leyes de la NUEVA MEDICINA, que hay que combatir el estrés.

Básicamente es un error: intervenimos de forma ilícita en el sentido biológico de este proceso, ahondamos el conflicto biológico en vez de ayudar al individuo a solucionar por sí mismo el conflicto en el sentido del proceso biológico.

De todos modos existen también limitaciones, como veremos en el próximo párrafo; no debemos solucionar todo conflicto de territorio, precisamente con el sentido de la naturaleza.

2ª posibilidad:

Si el conflicto de territorio, presuponiendo una fuerza conflictual media, no se soluciona en nueve meses, la persona resolverá a precio de morir de infarto cardiaco de tres a seis semanas después. En los animales, obviamente los plazos son diferentes, pero en principio funcionan de forma parecida.

La segunda posibilidad, por muy cruel que parezca, tiene su sentido biológico en que la duración de la posibilidad de recuperar su territorio está limitada. Si el individuo, persona o animal, no está en situación de recuperar su territorio en un plazo determinado de tiempo, la propia solución del conflicto es inútil, ya no le sirve para nada: muere en la solución.

3ª posibilidad:

¿Qué ocurre efectivamente cuando no hay manera de resolver el conflicto?

Tenemos de nuevo 2 posibilidades:

- a. El individuo corre y lucha con todas la fuerza de su conflicto de forma continuada, hasta que halla la muerte exhausto o por su adversario.
- b. El individuo se las arregla con su conflicto (p.ej. lobo secundario!), conflicto transformado, minimizado sigue activo, pero levemente activo. Él tiene continuamente una ligera angina pectoris, puede vivir con ella. Es lo que llamamos conflicto en suspensión (balance)= “conflicto pendiente”. Puede alcanzar una edad avanzada aunque prácticamente el resto de su vida “castrado cerebralmente”.

En los lobos, según nos informan los etólogos (investigadores del comportamiento), un lobo secundario no debe levantar el rabo, ni la pata para orinar, ni debe gruñir en presencia del jefe. Semejante lobo no tiene ya nada que hacer con las lobas, no debe copular con ellas, trasladándolo al plano humano, es homosexual. Pero la naturaleza ha concebido justamente esta posibilidad para formar la estructura social de una manada. Tiene por tanto muy claro su sentido biológico- justamente bajo estas condiciones! Obviamente que este individuo no puede tomar ya una posición de jefe, pues moriría inmediatamente de infarto cardiaco.

4ª posibilidad:

Constelación esquizofrénica:

El individuo no entra “en competencia” cuando además del conflicto de territorio, en cerebro temporal drcho., le sobreviene un segundo conflicto cortical activo en la corteza cerebral, hemisferio izdo. A un loco no se le toma en serio ni entre las personas ni entre los animales en los que se da este mismo tipo de constelación.

Tal persona o animal “fantasea”, va de clown, se hace el “gracioso” ante el jefe – no se plantea competencia, y esto vuelve a tener un especial sentido biológico:

En caso de una catástrofe, si el jefe de la manada ha sido despedazado por un jabalí salvaje, y no hubiera todavía ningún joven lobo dispuesto a relevarle (no castrado cerebralmente), sería este ejemplar en constelación esquizofrénica el único que estaría en situación pasajera o incluso duradera, de dirigir la manada, ya que mediante dicha constelación esquizofrénica no había creado prácticamente masa de conflicto. No es necesario que muera de infarto cardiaco como era inevitable en el lobo secundario. El lobo en constelación esquizofrénica es para la manada, casi el lujo del jefe – “neumático de repuesto” para un tiempo, “en caso de apuro”, en el más amplio sentido de la palabra. A la luz de estas correspondencias de la NUEVA MEDICINA, nos llevaría muy lejos examinar aquí todos los conflictos corticales según su sentido biológico.

Comentemos dos conflictos complicados más. En los que podemos estudiar lo que se considera un raíl.

11.1.2 Conflicto auditivo, tinitus

“ No puedo creer lo que oyen mis oídos; no puede ser verdad lo que he oído.”

Ejem. En el otoño de 1992, un paciente viajó de noche por la autovía de Bruselas a Aachen. Hacia las 3h. se durmió al volante. Tuvo que haber conducido medio o un kilómetro a 120km/h con los ojos cerrados. En un momento dado la velocidad se redujo por debajo de 100 km/h. Al cambiar el sonido del motor se despertó, como puede imaginarse cualquier experimentado conductor. El paciente había sufrido un DHS y se asustó con un tinitus en el oído izquierdo. ¡Seguro que esto le salvó la vida! Dicho con más exactitud, el paciente tenía un raíl doble por el que en ese momento rodaba el tinitus: en los tiempos sucesivos siempre adolecía de tinitus cuando iba cansado al volante y su velocidad bajaba de 120km/h y cuando se despertaba por las mañanas. El sentido biológico de lo sucedido hay que buscarlo claramente en la fase-ca. Se encuentra en la función de advertencia: ¡cuidado, no te adormezcas, pon atención tienes que despertarte inmediatamente, la velocidad del coche disminuye! Más tarde el paciente podía recibir el tinitus sólo con aquel preciso sonido del coche por el hecho de disminuir la velocidad. Gracias a que se trataba de pequeñas recidivas, en la fase-pcl siempre sufría de pequeñas disminuciones de capacidad auditiva, por otro lado nada trágicas.

11.1.3 Conflicto motor de “no poder huir”

El conflicto biológico de no poder huir no tiene un sentido reconocible a nivel psicológico, aunque sí biológico: muchos animales depredadores cazan a su presa, sólo cuando ésta se escapa. Un animal enfermo que no escapa provoca una sospecha instintiva en el depredador. Esto representa para la presa un oportunidad: ¡reflejo de hacerse el muerto!

Un ej.:

Nuestro bóxer basso cazaba siempre, desgraciadamente con mucho gusto, conejos en el parque. Nunca cogió uno, probablemente no lo quisiera en serio, pero era la caza en sí misma su diversión. Un día un conejito enfermo se escapaba cojeando. Basso se lanzó como un cohete. Se nos paralizó el corazón del susto. Cuando Basso estaba como a cinco metros, el conejito se sentó y no se movió más. Basso hizo un superfrenazo y se quedó completamente quieto delante del conejo, que seguía sin moverse, y –sólo lo olisqueó y se marchó. Cuando estaba suficientemente lejos, salió el conejito de su inmovilidad y siguió cojeando. El reflejo “de hacerse el muerto”. Así nos lo dicen los etólogos, es un instrumento de suma importancia para la supervivencia de los animales presa. Ciertamente posible, que estos conflictos transcurran de igual manera en todas las razas animales, como también entre personas, y que según las diferentes razas tengan un sentido diferente. Así un conflicto de parálisis motora de un animal p ej. en una manada de ñus, podría significar querer mostrar al león, el sacrificio (la víctima),

para darle a la manada una gran ventaja en lo posible, cuando el león se precipite sobre el ejemplar enfermo.

Básicamente tiene cada grupo de músculos naturalmente una función diferente. y una parálisis correspondiente con DHS que tiene también un sentido biológico específico diferenciado respectivamente.

Otra posibilidad de sentido biológico podría buscarse en la fase-pcl:

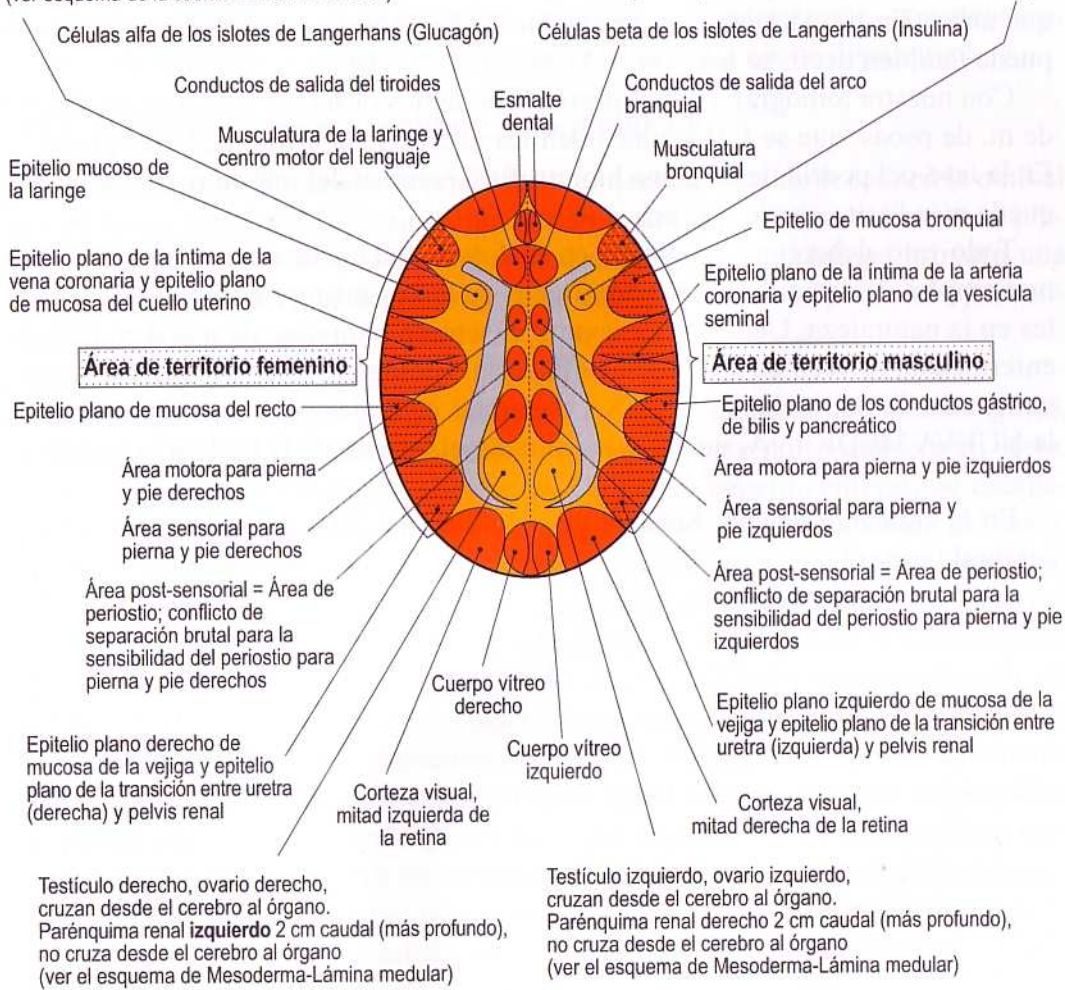
De los órganos dirigidos por la médula cerebral (ej. huesos, ovarios, testículos, riñones), sabemos que al término de la fase de reparación obtienen incluso un funcionamiento superior. Así que el hueso es más fuerte después de la fase-pcl que anteriormente. En las parálisis motoras se atrofia la musculatura correspondiente, se puede también decir, se necrosa. Con nuestra tomografía computerizada podemos observar bien p.ej. en el caso de m. de psoas, que se forma una auténtica necrosis que nadie puede explicar. En la fase-pcl podría llegar a una hipertrofia (= aumento de tejidos u órganos) reactiva del músculo, de forma que queda más fuerte que lo que era. Todo esto deberemos examinar en el futuro sistemáticamente con una base más amplia. Todos quedaremos admirados de tantos misterios (secretos) existentes en la naturaleza. Una cosa es segura: el sentido biológico de una denominada enfermedad, es decir de un programa especial biológico, es enormemente importante, cuando no, incluso una de las columnas centrales para la comprensión de la NUEVA MEDICINA, que se encuentra en el terreno de la biología científica.

Sección esquemática del TAC a través de la corteza cerebral (córtex)

Relación CORTEZA Cerebral - ÓRGANO

HH: centro para el músculo estriado del **miocardio izquierdo**, antigua y ontogénicamente **tubo cardiaco derecho**.
 Fase-ca: necrosis del miocardio izquierdo
 Crisis epiléptica: infarto de miocardio izquierdo = infarto miocardio epiléptico
 (ver esquema de la sustancia blanca cerebral)

HH: centro para el músculo estriado del **miocardio derecho**, antigua y ontogénicamente **tubo cardiaco izquierdo**.
 Fase-ca: necrosis del miocardio derecho
 Crisis epiléptica: infarto de miocardio derecho = infarto miocardio epiléptico
 (ver esquema de la sustancia blanca cerebral)



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

12 Los FOCOS de HAMER

Si en una tomografía computerizada (TAC) cerebral, desde que existe, aparecía acumulación de glia en el cerebro, bien diferenciada con contraste, el diagnóstico se hacía en toda regla: tumor cerebral.

Por el año 1982, un año después del descubrimiento de la Ley férrea del cáncer, pude ya encontrar de forma prospectiva un FOCO de HAMER de enorme dimensión en un paciente con conflicto de territorio en fase de solución-reparación y con un episodio de infarto cardiaco en la crisis epileptoide. Desde ese momento supe que los tumores cerebrales no existían, y que todos esos fenómenos tenían que estar en relación con la fase de solución-reparación de un suceso de conflicto biológico.

Los FOCOS de HAMER – esta expresión partió de mis adversarios, respecto a esas formaciones que encontré, las denominaban despectivamente: “los misteriosos FOCOS de HAMER”- pues bien, yo observaba esos FOCOS de HAMER muy detenidamente y pronto pude seguir de cerca su formación desde el principio de la fase de solución.

Dado que rápidamente encontré la ley del carácter bifásico de las enfermedades, supe naturalmente que a todo proceso en fase de solución, pertenece un suceso de conflicto activo.

La desventura para muchos pacientes es que los FOCOS de HAMER en fase de solución se reparan con acúmulo de células glía (tejido conectivo). Esto conlleva una mayor rigidez del tejido, pero permanece sin molestias en tanto que el organismo no caiga en el mismo conflicto afectando la misma zona del cerebro.

Se presentaron enormes dificultades:

1. En cuanto al cáncer –naturalmente estaba concentrado en esta enfermedad, pues había creído encontrar los mecanismos del origen del cáncer – entonces, no era habitual hacer una tomografía computerizada del cerebro, salvo que existieran motivos bien fundados que requirieran una toma para ver metástasis cerebrales. En casos aislados era muy difícil conseguir una tomografía. Dado que estas tomografías eran excesivamente caras, me sentía muy afortunado si podía obtener aunque fuera una sola serie.
2. Al principio comencé por recomponer la topografía de los FOCOS de HAMER en el cerebro y era muy difícil porque cuando se veía cualquier cosa en el cerebro, podía tratarse de un antiguo proceso ya pasado que no tuviera nada que ver con el actual suceso conflictual del paciente. Además no sabía si éste tenía además otros carcinomas que no habrían sido diagnosticados, lo cual era posible en procesos frescos de conflictos biológicos recientes.
3. Encontré conflictos extensos con contenidos de conflicto similares, de los que hoy sé que cubren varios relés con un único FOCO de HAMER, es decir, el paciente había sufrido de uno o más conflictos que tenían diversos aspectos de conflicto y que todos se habían puesto en marcha en el mismo segundo y todos habían sido recogidos en un único gran FOCO de HAMER.

También había pacientes que tenían varios FH en partes diferentes del cerebro. Todos estos focos tenían algo en común, estaban en fase de solución cuando los pacientes mostraban todos los síntomas de la fase-pcl.

4. Además de todos estos FH en la fase de reparación, tenía que haber también algunas formaciones que se pudieran hacer visibles con algún aparato y que correspondieran a la fase activa. Entonces ví estos círculos en forma de anillos en diana, pero que los radiólogos

a quienes preguntaba rechazaban con una sonrisita considerándolos artefactos del aparato. También aparecían estructuras en forma de semicírculo creadas por el aparato y otras por el borde lateral de la imagen del TAC.

5. La colaboración de los radiólogos era casi nula. Algunos de ellos practicaban radioterapia. Estos antiguos colegas no podían permitirse considerar mis resultados ni siquiera como posibles. El resto me decían sin rodeos, – en aquel tiempo no muchos radiólogos tenían un aparato de TAC – que desde el momento que consideraran posibles las teorías de Hamer, no recibirían más ningún encargo de la clínica. Si se les requería un TAC cerebral era para descubrir o localizar un tumor cerebral o “metástasis cerebrales”.
6. Como no poseía un aparato de TAC propio, no tenía la posibilidad de seguir revisiones de forma esquemática o de repetir las desde otro ángulo de sección. Sólo podíamos obtener “recogiendo migajas” y no era mucho. A menudo ocurría que a los pacientes no les daban sus tomografías. Con los informes escritos, francamente, no se podía hacer nada.
7. Sabía entonces y conocía sobre lo que yo estimaba como FOCOS de HAMER, pero que pertenecían a la fase de solución. Postulaba que estos FH también tendrían que existir en la fase activa lo que no era aceptado por los radiólogos: “Sr. Hamer ahí no vemos nada”.
8. Yo veía muchos FOCOS de HAMER en los que no podía imaginar relación de cáncer alguna. Eran por ejemplo los relés cerebrales motores, sensores y periostio-sensores que no producían ningún cáncer a nivel orgánico pero que siempre presentan un oncoequivalente (enfermedad análoga). De todos modos yo no había contado con estas enfermedades, sino sólo con cánceres, por eso siempre me encontraba con más FH de los que buscaba y, en los casos en que el paciente únicamente tenía una actividad de conflicto y ninguna solución todavía, no se encontraba nada.

Ocurría que el paciente tenía un tumor enorme y en la tomografía no se encontraba nada. Otros tenían un tumor pequeño, que se encontraba en la fase de solución y en el cerebro aparecía un FOCO de HAMER dilatado.

No me quedaba otra cosa que seguir el camino de todo investigador científico y como un formal artesano con 99% de transpiración y el 1% de inspiración, confrontar todos los TACs disponibles con sus correspondientes repertorios o supuestamente correspondientes informes orgánicos, para comparar con otros TACs cerebrales que de nuevo tenían otros informes orgánicos.

Al principio se me presentó una dificultad añadida y es que yo no diferenciaba a zurdos y diestros, así que como ahora bien sé, hubiera caído repetidas veces en error si no hubiera partido del órgano. De hecho la correlación órgano - cerebro, cerebro – órgano es siempre inequívoca, mientras que para la correlación psique – cerebro o cerebro – psique ser diestro o zurdo es de gran importancia.

Pongamos un ejemplo: hemorroides puede tener bien una mujer con un conflicto de identidad en fase de solución o un hombre zurdo en conflicto de contrariedad de territorio, también en solución. Si veo en el lado izquierdo de la corteza cerebral en el lóbulo izquierdo en un lugar determinado un FOCO de HAMER con edema, entonces el paciente siempre tiene que tener hemorroides, es decir úlcera de epitelio pavimentoso de recto en la fase de reparación. Al revés, si el paciente tiene úlcera de epitelio pavimentoso de recto, o sea hemorroides, entonces tiene que tener en el cerebro en el mismo sitio del lóbulo temporal izquierdo un FH en la fase de solución-reparación.

Después de muchos cientos, más tarde muchos miles de tomografías computerizadas, conseguí finalmente aprender a distinguir entre cánceres y oncoequivalentes; la localización correcta, es

decir, poder establecer la topografía correlativa con el órgano. Debe señalarse que para muchas funciones corporales como por ej. la sensibilidad del periostio, que reviste (recubre) todo nuestro sistema de esqueleto, tan sólo había una mancha blanca en el mapa del cerebro y en el mapa de los órganos, porque no era posible examinar bien el periostio, ni poco ni mucho, nada. En ningún libro de texto se informa sobre la sensibilidad del periostio.

12.1 Los anillos del cerebro, en la tomografía computerizada, erróneamente considerados artefactos por los neurólogos desde hace un quincenio.

Quedó la controversia relativa a los considerados artefactos en forma de anillos, que en efecto existen, que se encuentran en uno de cada cien pacientes, y que son contemplados por mí como FOCOS de HAMER con una configuración de anillos en forma de diana, o sea en fase de conflicto activo. Estos artefactos en forma de anillos con configuración en diana, sobre los que he discutido con vehemencia, reivindicados como FHs, menos en muy marcadas excepciones, son negados por los radiólogos como pruebas, y considerados como artefactos, efectos producidos por el aparato.

Durante años se ha intentado simplemente desviar estos fenómenos. Por fin me vino una buena idea para la que me valieron los 12 semestres que había cursado en física. Me presenté con una demanda ante el jefe del departamento de tomografías computerizadas de la productora Siemens, Sr. Feindor. Tuvimos una agradable conversación en cuyo transcurso le pedí, que conjuntamente podíamos establecer criterios satisfactorios para poder determinar un artefacto y cuándo con seguridad no podía tratarse de un artefacto. El señor Feindor es ingeniero y no tuvimos ningún problema en absoluto para establecer las condiciones que debían cumplirse en uno u otro caso. Esto acaeció el 18 de diciembre de 1989. El 22.12 89 se firmó un protocolo válido. Desde este momento cundió verdadero pánico entre los neurorradiólogos. Enseguida lo pudimos percibir cuando en el nuevo año de 1990 planeamos una serie de test en la Siemens. Le pedí al Sr. Director Feindor que me diera la oportunidad de hacer una serie de test con un aparato de la empresa en Erlangen que se iba a prolongar cuatro semanas. Un cierto número de neurorradiólogos serían invitados para confirmar conjuntamente con Siemens, que los casos presentados no podían ser artefactos, sino auténtica documentación, o sea pruebas.

Erlangen, 22.12.89

Sog. fragliche Ringstrukturen/Artefakte im Hirn-CT

Die Unterzeichner haben folgende 8 Ausschlusskriterien erarbeitet, die das Vorliegen von sog. Ringartefakten ausschließen.

Ein Ringartefakt liegt demzufolge sicher nicht vor,

1. wenn im NMR eine vergleichbare eindeutige Ringformation sichtbar ist,
2. wenn die Ringe nicht rund, sondern "eingedellt" sind, d.h. offensichtlich Raumforderungen miteinhergehen,
3. wenn eine Kreisformation offensichtlich Gliaeinlagerungen hat,
4. wenn der oder die Ringe nicht im Dreh-Zentrum der Anlage liegen ("parazentrale Schießscheibenkonfiguration"),
5. wenn mehrere Kreise gleichzeitig nebeneinander bestehen, kann höchstens 1 Ringformation Ringartefakt sein,
6. wenn die Ringformationen einen klinisch-radiologischen "Verlauf" haben, d.h. daß sie auf nachfolgenden Kontroll-CTs wieder an gleicher Stelle, aber verändert sichtbar sind.
7. Die geräteabhängigen Artefakte sind kreisförmige oder kreis-segmentförmige Strukturen um das Drehzentrum der Anlage. Wenn solche Strukturen echten anatomischen Gegebenheiten entsprechen können, empfiehlt sich die Wiederholung des Scans mit seitlich oder in der Höhe verschobener Patientenposition. Wenn die Struktur in dem wiederholten Tomogramm bezüglich markanter, patienteneigener Strukturen nicht verschoben ist, liegt kein Artefakt vor.

Siemens Aktiengesellschaft
Bereich Medizinische Technik
Henkestraße 127 - Telefon (09131) 840
Postfach 32 60
8520 Erlangen

fijar las condiciones que para uno u otro caso deberían cumplirse. Esto fue el 18/XII/1989. El 22/XII/89 se firmó el informe definitivo.

Erlangen, 22.12.89

· Los denominados dudosos artefactos / estructuras en anillos en TAC cerebral.

Los abajo firmantes han elaborado los siguientes criterios que excluyen la presencia de los considerados artefactos en formación de anillos.

Por tanto un artefacto en anillos no se encuentra con seguridad,

1. Cuando en la imagen de una resonancia magnética correspondiente aparece una formación en anillos claramente equiparable.
2. Cuando los anillos no son circulares sino "abollados", es decir que se refieren o forman un espacio evidente consecuente, (representan masas obvias).
3. Cuando una formación circular tiene un evidente cúmulo de glía.
4. Cuando uno o más anillos no se encuentran en el centro de rotación (pivote) de la instalación ("configuración en diana paracentral")
5. Cuando se encuentran juntos varios anillos, como mucho sólo uno de ellos es artefacto.
6. Cuando las formaciones en anillos tienen un curso clínico - radiológico, es decir que en sucesivos TACs de control se ven siempre en el mismo sitio aun que modificados.
7. Los artefactos del aparato son formaciones en forma circular o segmento-circular concéntricas al centro de rotación del aparato. Si tales estructuras pudieran corresponder a una realidad anatómica, se recomienda repetir el escáner con el paciente en posición lateral o más alto. Si la estructura no cambia en la nueva tomografía en cuanto a la estructura característica del paciente, no estamos frente a un artefacto.

Siemens Aktiengesellschaft

Boceto para otro documento común, relativo a un estudio proyectado sobre una serie de TACs de pacientes voluntarios con estructuras en circulares en TAC cerebral, pero (ver texto) impedida.

SIEMENS

Erlangen, 18.05.90

Betrifft: sog. Ringstrukturen, Rundformationen, Schießscheiben-
Formationen oder HAMERSche HERDE im Hirn-CT

Die Fa. Siemens und Herr Dr. Hamer bestätigen folgende physikalisch-
technische Zusammenhänge:

Die Unterzeichner haben schon am 22.12.89 folgende 8 Ausschluß-
kriterien erarbeitet, die das Vorliegen von sog. Ringartefakten
ausschließen:

Ein Ringartefakt liegt demzufolge sicher nicht vor,

1. wenn im NMR eine vergleichbare eindeutige Ringformation sichtbar ist,
2. wenn die Ringe nicht rund, sondern "eingedellt" sind, d.h. offensichtlich Raumforderungen miteinhergehen,
3. wenn ein Kreis ganz offensichtlich oedematisierte Ring-Begleiterscheinungen hat ("Oedem-Ringe")
4. wenn der oder die Ringe nicht im Dreh-Zentrum der Anlage liegen ("parazentrale Schießscheibenkonfiguration")
5. wenn eine Kreisformation offensichtlich Gliaeinlagerungen hat,
6. wenn mehrere Kreise gleichzeitig nebeneinander bestehen, könnte höchstens 1 Ringformation sog. "Ringartefakt" sein,
7. wenn die Ringformationen einen klinisch-radiologischen "Verlauf" haben, d.h. daß sie auf nachfolgenden Kontroll-CTs wieder an gleicher Stelle, aber verändert sichtbar sind.
8. Es liegt auch kein Artefakt vor, wenn die Rundformationen nur auf einem Teil der CT-Schichten sichtbar sind, auf anderen aber fehlen.
9. Die geräteabhängigen sog. "Artefakte" sind kreisförmige oder kreissegmentförmige Strukturen um das Drehzentrum der Anlage. Wenn solche Strukturen echten anatomischen Gegebenheiten entsprechen können, empfiehlt sich die Wiederholung des Scans mit seitlich oder in der Höhe verschobener Patientenposition. Wenn die Struktur in dem wiederholten Tomogramm bezüglich markanter, patienteneigener Strukturen nicht verschoben ist, liegt kein Artefakt vor.

Asunto: Las denominadas estructuras en anillos, formaciones circulares o FOCOS de HAMER en TAC cerebral.

La firma Siemens y el Dr. Hamer confirman las siguientes correlaciones físico-técnicas.

Los abajo firmantes elaboraron con fecha 22.12 89 los 9 criterios siguientes que excluyen la presencia de los considerados artefactos circulares.

Por tanto un artefacto en anillos no existe,

1. Cuando en la imagen de una resonancia magnética está visible una formación en anillos evidentemente equiparable.
2. Cuando los anillos no son circulares sino “abollados”, es decir, que se refieren o forman un espacio evidente consecuente, (representan masas obvias).
3. Cuando un círculo tiene anillos secundarios visiblemente edematizados.
4. Cuando uno o más anillos no se encuentran concéntricos al centro de rotación (pivote) del aparato (“configuración en diana paracentral”).
5. Cuando una formación circular muestra visiblemente acúmulo de glía.
6. Cuando se encuentran juntos varios anillos, como mucho sólo uno de ellos es artefacto.
7. Cuando las formaciones en anillos tienen un curso clínico - radiológico, es decir que en sucesivos TACs de control se ven siempre en el mismo sitio aun que modificados.
8. No estamos ante un artefacto si las formaciones circulares son visibles sólo en una parte del corte del TAC y no se encuentran en los demás.
9. Los artefactos del aparato son formaciones en forma circular o segmento-circular concéntricas al centro de rotación del aparato. Si tales estructuras pudieran corresponder a un realidad anatómica, se recomienda repetir el escáner con el paciente en posición lateral o más alto. Si la estructura no cambia en la nueva tomografía en cuanto a la estructura característica del paciente, no estamos frente a un artefacto.

La cita para la conferencia prevista fue repetidamente postergada, hasta que el responsable de la firma Siemens me dijo un día en confianza: “Sr. Hamer, tenemos enormes dificultades con los radiólogos”. Era señal de una desaprobación patente.

Para preparar esta conferencia habíamos hecho todas las posibles investigaciones acordadas previamente con la Siemens, como por ej. poner al paciente en la toma del TAC 2 cm. a la derecha y 2 cm. a la izquierda respecto a la posición central, para ver si la configuración de los anillos en diana permanecía en el mismo sitio del cerebro, lo que efectivamente ocurría. O intentábamos con el mismo paciente hacer controles del proceso lo más regularmente posible, a ser posible en diferentes aparatos para ver el transcurso que tomaba la configuración de anillos.

Un criterio seguro para un repertorio fiable era cuando la configuración en diana se presentaba en un número determinado de capas y ausente en otras.

En todos estos reconocimientos que requerían mucho tiempo y esfuerzo y mucho tratar de persuadir (convencer) a los radiólogos, encontramos algo sorprendente: un radiólogo dijo una vez que veía estos anillos también en los órganos, así que tenían que ser artefactos.

Desde este momento se despertó mi más claro interés por esas configuraciones en diana en los órganos y los examinaba sistemáticamente. Encontré que en los órganos compactos en los que podíamos hacer tomografías, como hígado, bazo, parénquima renal, huesos, etc., se hacían realmente aparentes las configuraciones en diana pero casi siempre sólo visibles al comienzo, otras veces se veían también más tarde en los huesos cuando recalcificaban. Se evidenció el hecho sorprendente que el cerebro y el órgano están en correspondencia en estas configuraciones en diana, y que en el órgano también tienen un transcurso determinado. Así vemos por ej. en el hígado en un ca. de hígado solitario esta configuración en anillos concéntricos sólo al comienzo de la fase-ca. Más tarde el solitario de hígado se oscurece en la tomografía y no deja ya reconocer su configuración en anillos. En las curaciones naturales mediante Tbc, vemos marcados anillos calcificados en caso de no llegarse a formar caverna completa, o sea un agujero en el hígado; el ca. de hígado ha quedado a medio camino y en la curación natural tuberculosa el nódulo solitario sólo ha requerido un “entresacado”.

12.2 El cerebro-cabeza y el cerebro-órgano

Mirándolo todo correctamente, tenemos por un lado un cerebro en la cabeza, bien conocido por todos. Por otra parte, están las células de los órganos, que poseen un núcleo. Las células orgánicas forman una red y también cada núcleo celular, es decir un minicerebro, con todos los minicerebros del cuerpo.

Podemos considerar la suma de estos minicerebros un segundo cerebro. Lo cual significaría que en el caso de un conflicto biológico existe una correspondencia recíproca en un área del cerebro de la cabeza que llamamos FOCO de HAMER con otra zona del cerebro del órgano que hasta ahora llamábamos cáncer u oncoequivalente o alteración orgánica.

En caso de un estímulo sensorial por ej. el cerebro del órgano manda información al cerebro de la cabeza, y viceversa en el caso de una respuesta motora el cerebro-cabeza informaciones y órdenes al cerebro del órgano.

Lo que todavía no sabemos en realidad es: qué es lo que entra en juego a nivel electrofisiológico en cada célula del cerebro y de los órganos – o en las zonas o relés interesados, pero este conocimiento no constituye una premisa indispensable para nuestro trabajo clínico en estas claras constataciones.

12.3 El FOCO de HAMER en la fase-ca y en la fase pcl

En caso de DHS se marca el centro-relé correspondiente en el cerebro mediante la denominada configuración de anillos en diana. En torno al centro de este conmutador se forman círculos bien marcados, decimos también concéntricos. Configuración en diana significa que el FOCO de HAMER se encuentra en la fase de conflicto activo.

La localización del foco no es casual, sino que es el relé del ordenador que el individuo “asocia” en el segundo del DHS en relación con el contenido de conflicto; de este FOCO de HAMER en el mismo instante del DHS a su vez afecta de cáncer el órgano correspondiente. Sorprendentemente, gracias a una configuración en diana que podemos constatar en el órgano, del que podemos hacer tomografía como órgano compacto: hígado, bazo, huesos, riñón, etc.

Con la progresión del conflicto crece también el FOCO de HAMER en el cerebro, es decir: cada vez el área estará más afectada o se intensificará la alteración del área afectada, al mismo

tiempo el cáncer proseguirá en el órgano, es decir el tumor aumentará su masa por mitosis celular (esto en la hoja embrionaria endodérmica), la necrosis aumentará (en la hoja media), aumentarán las úlceras, más extensas mediante muchas pequeñas úlceras (como en la hoja embrionaria externa)

En mi primer libro de bolsillo de 1984: “cáncer – enfermedad del alma, cortocircuito en el cerebro...” había descrito a estos FOCOS de HAMER en conflicto activo como circuitos en el cerebro porque no sabíamos todavía sobre los procesos bioeléctricos. Hoy ya no los denomino así pues por cortocircuito en general entendemos una perturbación del programa. Esto en los FOCOS de HAMER sólo es verdad en parte, según el caso. Podemos decir: es una alteración del programa normal, con la que el organismo cuenta ya de entrada:

Ya la sola palabra alteración o perturbación no es adecuada porque se trata de un programa especial o de emergencia. Es decir, si el individuo entra a contrapié en una situación con la que no había contado, se pone en marcha un programa que llamamos conflicto biológico con el objetivo de volver a traer al individuo a la normalidad. Este programa especial no está dirigido sólo al individuo en cuestión, sino que puede, según el caso incluir a algunos o a muchos congéneres, pudiendo estar centrada la finalidad, por lo tanto, más bien en la familia o en el clan.

Ejemplo: Una madre presencia ante sus ojos cómo su niño de tres años tiene un accidente y queda inconsciente. Esto es para ella un DHS, que activa un conflicto biológico bien determinado, conflicto de preocupación por un hijo. Este conflicto biológico tiene en cada uno de los tres niveles un significado especial lleno de sentido; a nivel psíquico el pensamiento y la acción giran en torno a que el niño vuelva a estar sano. En nivel cerebral vemos en una mujer diestra en la parte derecha del cerebelo un FOCO de HAMER de configuración en diana, que nos muestra la actividad de conflicto que domina el conflicto madre/hijo. A nivel orgánico vemos que el tejido de la glándula mamaria crece. La mama izquierda aumenta en tal cantidad de glándula mamaria – esto ocurre en la naturaleza, o sea todavía habitual en los pueblos primitivos aún conectados con ella – se ha puesto en marcha la producción de leche, para que la madre pueda producir más leche que anteriormente. La finalidad es que el niño reciba más leche y así tenga la oportunidad de sanar más rápidamente. Si el niño se recupera, se establece la solución del conflicto, es decir la glándula mamaria sobrante no se utiliza más, porque al niño le basta con la cantidad habitual. La siguiente consecuencia es que durante el proceso de amamantar se desarrolla una tuberculosis así que el niño mama leche prácticamente tuberculosa que no le perjudica en nada. La tuberculosis caseifica las células de la glándula mamaria que han crecido y las reduce. Queda una caverna.

Lo que son estos FOCOS de HAMER realmente: cuando se hacen bien visibles, es decir en la fase de solución-reparación, descritos por los neurólogos como tumores cerebrales o metástasis cerebrales; cuando son menos claramente visibles, suscitan dudas y en general desconcierto; cuando muestran un edema perifocal muy intenso, claramente visible mediante contrastes, son interpretados como tumor cerebral de rápida evolución. Cuando presentan un edema perifocal muy intenso de manera que el FOCO de HAMER no es visible, como ocurre en general en los FOCOS de HAMER de la médula cerebral, de nuevo crean confusión. Cuando están situados en la corteza cerebral, son mal interpretados como tumores de la meninge encefálica; se trata siempre de la misma cosa: ¡únicamente estadios diferentes de la evolución de un FOCO de HAMER!

Los FOCOS de HAMER en la fase de conflicto activo es decir las configuraciones en diana eran siempre interpretadas erróneamente como artefactos del aparato. Cuando más tarde se edematizan y se transforman en los supuestos tumores cerebrales, el radiólogo no hacía el esfuerzo de establecer si estos pretendidos tumores cerebrales hubieran estado visibles

anteriormente como configuraciones en diana, o sea como FOCOS de HAMER en la fase activa de conflicto. Desde que la empresa Siemens y yo firmamos el documento que se adjunta al final de este capítulo, podría quedar concluida la discusión sobre los presuntos artefactos: se trataba de pruebas: es decir los anillos concéntricos indicaban la fase activa de conflicto en un determinado relé o grupo de relés del cerebro.

No existen tumores cerebrales por definición: las neuronas cerebrales no pueden dividirse después de su nacimiento, ni siquiera bajo las circunstancias que hasta ahora son erróneamente diagnosticadas como tumores cerebrales. Lo que sí puede proliferar es la inofensiva glía, tejido conectivo cerebral, que tiene exactamente la misma función que el tejido conectivo de nuestro cuerpo. Nadie puede clasificar con certeza las células de neuroglía ontogenéticamente. Según se comportan en el cerebro existe la fuerte sospecha de que sean de origen mesodérmico. Además el acúmulo de glía se da en los relés cerebrales siempre en la fase de reparación. De otra parte sabemos que los neurofibromas se forman en la fase de conflicto activo, o sea aumento celular, pero no es ninguna contradicción pues sabemos que en los órganos mesodérmicos, parte son controlados por el cerebelo y parte por la médula cerebral. Los primeros hacen proliferación celular en la fase activa del conflicto y el segundo grupo la proliferación la hacen en la fase de reparación. Por tanto debemos asumir que los gliomas poseen ambas capacidades del mesodermo. Estos FOCOS de HAMER con claras concentraciones de glía son reparaciones del organismo en los FOCOS de HAMER, motivo de alegría en lugar de pánico o incluso de operación en el cerebro.

Sigamos ahora el orden en el que esto transcurre:

Con el DHS queda marcado en el cerebro el “correspondiente relé” y con ello un FOCO de HAMER en configuración de anillos concéntricos como una diana. Apenas vemos en un centro-relé esta configuración en diana mediante TAC cerebral, sabemos que en ese relé se ha puesto en marcha un programa especial, es decir el organismo ha recibido “a contrapié” un conflicto-cerebro-órgano, y ha activado un programa especial, es decir que el organismo ha sido sorprendido inesperadamente por un conflicto biológico específico y ha activado un Programa Especial.

Dicho programa especial se instaura para apoyar al organismo en la solución y superación de esta inesperada situación que puede al paciente como individuo y también eventualmente a todo su grupo biológico (estirpe, familia, clan, etc.). La actividad del conflicto, es decir la configuración en diana en cerebro persiste hasta que la situación conflictiva se resuelve y pudiera el organismo volver a la normalidad. Hasta que pueda hacerlo, el organismo tiene que pagar un precio por la puesta en marcha de este programa especial con una especie de cortocircuito para instalar algo así como un programa de emergencia. El precio es la fase de solución-reparación, es decir la reparación en los niveles psíquico, cerebral y orgánico para recuperar en lo posible, el estado óptimo que existía con anterioridad. Sólo cuando se ha conseguido la reparación en los 3 niveles mediante dicha fase, es cuando el organismo vuelve realmente a la normalidad. Mientras en el FOCO de HAMER siga la configuración en diana, o sea la fase de conflicto activo también llamada simpaticotonía mantenida, el relé cerebral (el conmutador cerebral – como podemos imaginar–se verá afectado.

Nos lo podemos imaginar de la siguiente manera: una cantidad enorme de corriente de alto voltaje pasara rápidamente por una línea muy estrecha. El cable se fundiría, y por supuesto primero el aislante. En la bio-electricidad es un poquito diferente y en el cerebro tenemos que imaginarnos las células cerebrales dispuestas como en una compleja red. Mediante la simpaticotonía permanente, que en principio es algo perfectamente planificado, que afecta y altera especialmente a los circuitos de conexión interneuronales, tal y como se afecta un órgano

por un cáncer, aumentando de tamaño, disminuyendo o simplemente modificando su funcionamiento para sobrellevar la nueva situación inesperada (“que va a pasar factura”).

Hasta el final de la fase de conflicto activo no ocurre nada visiblemente inquietante, por lo menos en lo que respecta al TAC cerebral, salvo que la configuración en diana permanece constante. En la resonancia magnética podemos ver que hay una clara diferencia con el resto del tejido, aunque la imagen que aparece, por lo general, tenga un aspecto inofensivo.

La realidad es muy diferente y la valoración del grado de afectación sólo la podemos apreciar cuando se presente la conflictolisis. Ahora en esta fase pcl podemos apreciar la dimensión de la alteración, de los daños producidos. Pues exactamente con el comienzo de la fase-pcl empieza el organismo con la reparación de todo lo que se alteró tanto en el plano orgánico, como del conmutador cerebral afectado debido al Programa Especial, ya sea aumento celular en el órgano corporal, sea disminución celular.

12.3.1 Resumiendo sistemáticamente, tras el DHS ocurre lo siguiente en los tres niveles de nuestro organismo:

Psíquico:

A. Fase de conflicto activo (fase ca):

Simpaticotonía permanente, es decir estrés máximo. El paciente piensa día y noche en su conflicto e intenta resolverlo. No duerme y si lo hace, sólo en la primera mitad de la noche, por periodos de media hora, pierde peso y no tiene apetito.

B. Fase de conflicto resuelto (fase pcl):

Se instaura una situación de tranquilidad o de reposo. La psique tiene que reponerse. El paciente se encuentra débil y cansado pero está como liberado, aliviado, con buen apetito, el cuerpo está caliente, a menudo fiebre, y dolor de cabeza. Los pacientes duermen bien pero la mayoría de las veces a partir de las tres de la madrugada. Este mecanismo está instalado de tal manera por la naturaleza, que en vagotonía los individuos duermen cuando el día comienza a despuntar, por si un peligro potencial (un depredador) le pudiera sorprender en el sueño. Los pacientes duermen todos durante el día mucho y a gusto.

Cerebral:

A. Fase de conflicto activo (fase-ca):

Configuración de anillos en diana en el FOCO de HAMER correspondiente (ver tabla), es decir se está desarrollando un programa especial.

B. Fase de conflicto resuelto (fase-pcl)

El FOCO de HAMER se repara mediante formación de edema y acumulación de glía en la zona del relé. De este modo se restablece ampliamente la situación anterior, lo que es importante para conflictos sucesivos, aunque el precio es que el tejido será menos elástico que antes.

Orgánico:

A. Fase de conflicto activo (fase-ca):

Conforme al cuadro sinóptico y al esquema del sistema ontogénico de los tumores y oncoequivalentes se origina en la fase activa de conflicto una proliferación celular, que tiene un determinado sentido biológico, o una necrosis celular, es decir disminución celular, o una modificación de la funcionalidad , que también tiene un muy determinado sentido

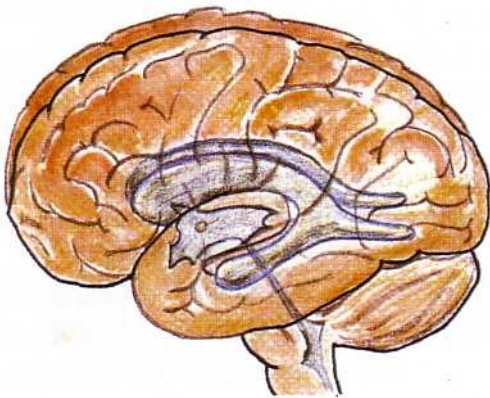
biológico. El sentido biológico consiste en que esta situación imprevista tan particular, que llamamos conflicto biológico, puede resolverse con la ayuda de la alteración orgánica que es emprendida. Por ej. una úlcera coronaria dilata en la fase de conflicto activo las arterias coronarias, de manera que pasa más sangre por éstas para nutrir el corazón y la fuerza y resistencia del individuo aumenta. Un aumento de glándula mamaria sirve por ej. para ofrecer al niño accidentado más leche para afrontar su restablecimiento.

B. Fase de conflicto resuelto (fase-pcl):

Se produce la reparación del tumor mediante reducción por microbios o la reconstrucción microbiana de la úlcera “cancerígena” o la vuelta a la normalidad de la funcionalidad (ver tabla y esquema del sistema ontogénico de los tumores y de los oncoequivalentes). Siempre encontramos el edema tanto en el cerebro como en el órgano como signo de curación.

Seguidamente se mostrarán una serie de esquemas y de FOCOS de HAMER típicos en diversas fases para documentar mi exposición a la luz de los ejemplos.

14.4 Nuestro cerebro



El cerebro visto del lado izquierdo y precisamente como si la sustancia cerebral fuese casi transparente y pudiéramos ver a través de ella los ventrículos cerebrales. Vemos en el centro ambos ventrículos laterales; que están en comunicación a través del 3. ventrículo que vemos abajo. Del 3. Ventrículo el líquido cefaloraquídeo puede correr a través del acueducto cerebral en el 4. Ventrículo que vemos a la altura del puente y de la médula oblongata superior.

Los ventrículos laterales están formados por las astas anteriores (frontales) posteriores (occipitales) y de las inferiores o temporales que se extienden a derecha e izquierda en los lóbulos temporales.

Todo el sistema ventricular está en intercomunicación. En los plexos coroideos se produce el líquido cerebrospinal o cefaloraquídeo. Este líquido fluye a través del acueducto hasta el canal medular.

Si se produce una compresión en el mesencéfalo o se comprime el acueducto en el puente (tronco cerebral), el líquido se acumula entonces en el sistema ventricular de los ventrículos laterales y el 3. ventrículo y nos encontramos con la denominada hidrocefalia interna. Si un FOCO de HAMER requiere durante la fase de reparación un espacio en el telencéfalo, entonces se comprime habitualmente sólo la parte ventricular próxima, ventrículo lateral vecino. En la leucemia infantil a menudo todo el sistema ventricular de los tres primeros ventrículos está tan comprimido (por el edema medular generalizado de la sustancia blanca), que únicamente con gran esfuerzo podemos reconocer los ventrículos en el TAC cerebral.

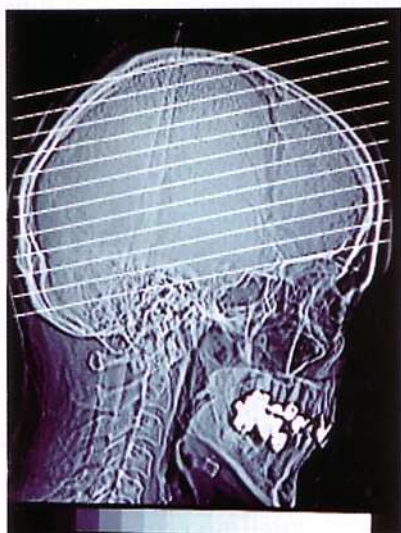
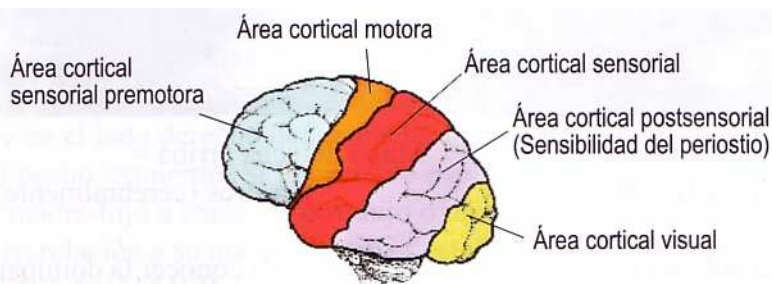
La imagen a la derecha muestra las denominadas zonas de las circunvoluciones cerebrales, que son como lóbulos cerebrales, pasos con flujo. Aquí se ve la corteza vista del lado izquierdo.

El lado izquierdo contiene para los zurdos y diestros los relés de:

Conductos excretores de la tiroides, laringe, cuello y orificio de útero, vagina, recto, vejiga femenina.

La parte derecha contiene siempre para zurdos y diestros los relés de:

Conductos de los arcos branquiales, bronquios, arterias coronarias, membrana de la mucosa gástrica de la curvatura menor del estómago, bulbo duodenal, vías biliares y hepáticas, conductos pancreáticos y vejiga masculina.



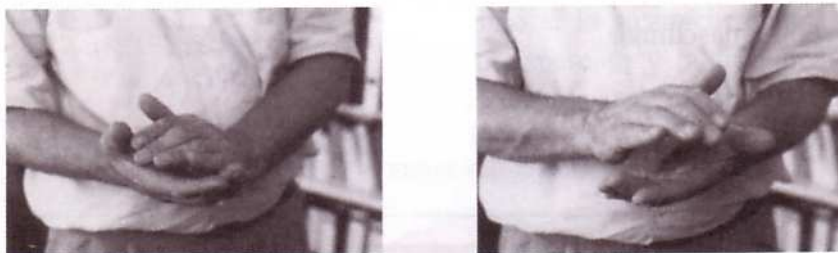
Con los modernos métodos de exploración, como la tomografía computerizada, casi podemos ver dentro del cerebro humano, por medio de tomas de capas.

Se puede enfocar y fotografiar como se quiera, sobre todo horizontal y verticalmente. La fotografía de la izquierda muestra las capas standard (líneas blancas), que se hacen casi paralelamente a la base del cráneo.

De estas capas se obtiene una serie de fotos que muestran las diferentes partes cerebrales y los posibles FOCOS de HAMER.

Prueba (test) de la dominancia diestra o zurda

14.5 Test del aplauso para conocer la dominancia zurda o diestra



Mano izquierda arriba =
zurdos (cerebralmente)

Mano derecha arriba =
diestros (cerebralmente)

El test del aplauso es el método más sencillo para probar la dominancia zurda o diestra. Es indispensable para la valoración de todo TAC cerebral. La mano que aplaude encima es la que dirige y decide la dominancia y marca la lateralidad.

En concreto significa lo siguiente:

- a. Tronco cerebral: Las partes profundas del puente no son apareadas en la función, aunque lo son en cuanto a la anatomía. Es decir la sucesión de los conflictos del tracto gastrointestinal (boca, esófago, alveolos, estómago, hígado, páncreas, intestino delgado, intestino grueso, intestino recto, vejiga (parte del trigono) y tubos ováricos) se suceden desde la parte media dorsal, hacia la derecha lateral, hacia medial ventral, hacia izquierda lateral y hacia medial dorsal (esquema tronco cerebral, cap. 10.1) en sentido en contra del reloj.

Pero ya las zonas de transición del tronco al cerebelo (ángulo- puente – cerebelo) se muestran pareadas (por ej. núcleo del nervio acústico). Los núcleos del nervio acústico sirven (procuran) para el oído medio, en caso del conflicto biológico “no he podido obtener “el bocado”, la información”, pero no se cruza con el órgano.

También los relés situados en el cerebro medio (mesencéfalo) hasta los relés del parénquima renal, adyacentes a la médula cerebral están pareados pero no cruzados del cerebro al órgano.

- b. Ser zurdo o diestro es significativo a partir del cerebelo. Por lo cual vale para todos los relés del cerebelo y del neocéfalo entero, el hecho de que la correlación de cerebro a órgano sea cruzada. No obstante el cerebelo y el neocéfalo se diferencian de nuevo entre sí, aunque la dominancia es válida para ambos, de igual manera.

En cerebelo los conflictos se impactan rigurosamente en base a la pertenencia del contenido de conflicto en relación con el órgano. Es decir los lados cerebelosos están ligados en cuanto al tema conflictual. Un conflicto de preocupación madre/hijo impacta en una diestra siempre en la parte lateral derecha del cerebelo, que compromete la glándula mamaria de la mama izquierda. Si la paciente sufre de otro conflicto de preocupación madre/hijo por otro hijo o un conflicto de preocupación hija/madre por su madre, entonces también impactan estos dos conflictos en el mismo relé del cerebelo como FOCOS de HAMER. También si tuviera además dos conflictos – ataque contra su parte izquierda del pecho o del vientre (mesotelioma peritoneal y pleural), impacta todo en la parte derecha del cerebelo, donde se manifestarían cinco FOCOS de HAMER activos con configuración en diana, y ninguno en la parte izquierda.

Cuando dos conflictos impactan los dos hemisferios del cerebelo, hablamos de “constelación esquizofrénica del cerebelo”. Esto está ligado a un grave trastorno de la

emocionalidad de forma delirante- paranoica sin que se tenga que alterarse la facultad del pensamiento lógico-formal. Por ej. : “me siento como quemada, me siento completamente vacía, no tengo sentimientos”.

- c. Algo así sería también posible en la zona de la médula cerebral. El contenido de conflicto y la relación con el órgano aquí son siempre unidos inequívocamente, es decir, ligados mediante tema conflictual.
- d. En los relés cerebrales corticales esto se verifica sólo en una excepción: el en el ca. ulceroso ductal de conductos galactóforos, que está estrechamente vinculado al relé de la glándula mamaria de cerebelo, respecto del lado de la dominancia diestra o zurda.

Aquí entra en juego una nueva circunstancia: en los conflictos corticales dirigidos por la corteza cerebral, la relación del relé cerebral con el órgano no es tan patente como en el cerebelo, ya que los órganos sólo están dispuestos parcialmente de forma pareada; ser diestro o zurdo, y la situación conflictual del momento deciden qué relé va a tener un FOCO de HAMER y qué órgano va a estar comprometido. La relación del cerebro con el órgano es de todas maneras siempre inequívoco. Así que:

Una mujer zurda sufre un conflicto de identidad, el FH se impacta en el hemisferio cerebral derecho (temporal), y a nivel orgánico se manifiesta una úlcera gástrica o biliar. Si de seguido sufre de otro conflicto de identidad en otro contexto, ya no puede reaccionar en el hemisferio cortical derecho, sino que este segundo conflicto de identidad temporal izquierdo y a nivel orgánico se manifestará una úlcera de recto que en la fase pcl resultarán hemorroides, si las úlceras estaban próximas al ano. Mientras ambos conflictos (cortical izquierdo y derecho) estén activos, estará la paciente en constelación esquizofrénica. Las preguntas de cómo se ha sentido el conflicto (de forma masculina o femenina) y dónde se impacta en el cerebro, no dependen sólo de la actual situación hormonal (postmenopausia, embarazo, píldora, necrosis ovárica, etc.), sino también de la lateralidad del paciente. Igualmente se modifican los conflictos, es decir pueden despojarse de su contenido de conflicto, si han cambiado sus circunstancias (constelaciones conflictuales actuales, situación hormonal, etc.). Podrían “saltar” valdría decir, una úlcera de recto se puede transformar en úlcera gástrica y viceversa.

La relación del cerebro al órgano es siempre en cada caso bien patente, es decir, cuando un conflicto ha impactado una vez, entonces está comprometido con seguridad su órgano correspondiente – mientras el conflicto quede activo y no haya “saltado” al otro hemisferio a causa de la alteración por constelación precedente conflictual y hormonal.

Imagen 1.

Configuración típica en forma de diana de un FOCO DE HAMER. Fase-Ca en el centro sensorial del córtex izquierdo, en situación paramedial. Produce una parálisis sensorial de la pierna derecha y (algo menos) también del brazo derecho. El hecho de que los anillos alcancen al lado derecho del cerebro, así como al centro cortical motor y al postsensorial (relativo al periostio) nos muestra que también esta afectada la sensibilidad del hemicuerpo izquierdo, así como la motricidad y sensibilidad perióstica de ambos lados.

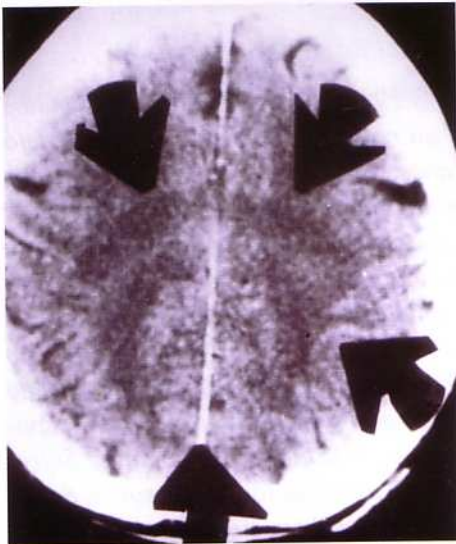
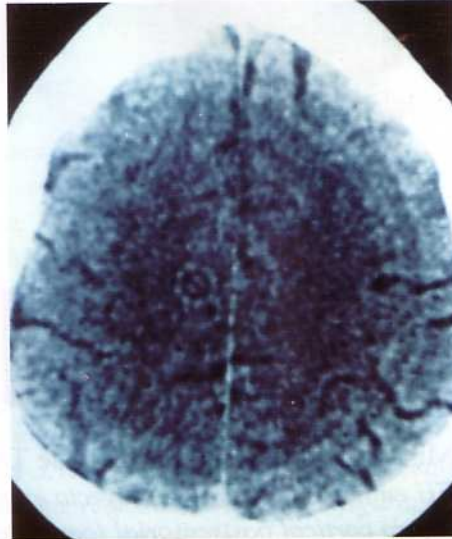


Imagen 2:

FOCO de HAMER en el centro cortical postsensorial (perteneciente al periostio) en la fase-pcl (fase de curación). Los anillos están edematizados.

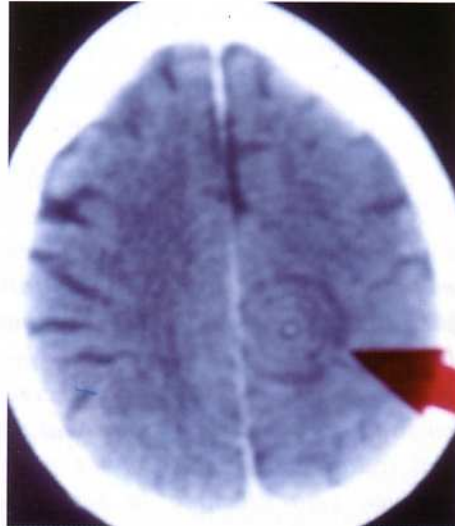


Fig.3 y 3ª:

Mismo paciente, misma serie de TAC, diferentes cortes.

FH en la fase-ca, que se proyecta en parte en la médula cerebral pero que pertenece al centro cortical postsensorial (conflicto de separación brutal comprometiéndolo la pierna izquierda (periostio). Se ve ya un anillo en solución, justo claramente encontrado durante la CL.

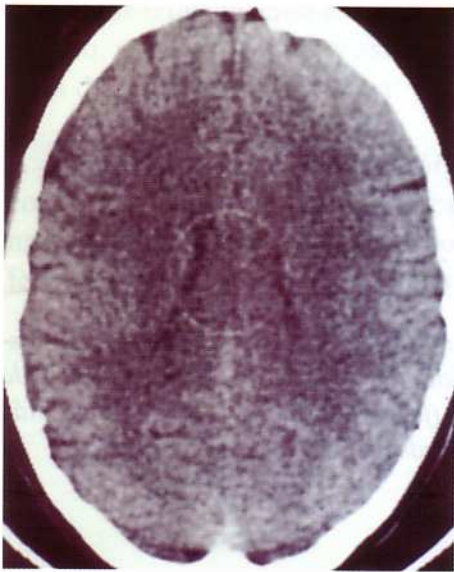


Fig 4 : TAC del 7.5.1990

TAC del 7.5.1990: Una paciente de 60 años esposa de un rector de universidad que le dejó hace 15 años. Por motivos religiosos no era posible un divorcio. Hace cinco años conoció la paciente a otro hombre que tampoco estaba divorciado todavía. Éste se divorció en 1989, pero la paciente no podía decidir divorciarse y casarse con él. A este punto el amigo se fue con otra mujer. La paciente sufrió un conflicto de no poder retener al amigo y un conflicto de separación, porque se le fue de las manos. Sufrió una parálisis parcial motora y sensorial de las dos manos, con parálisis motora casi total del pulgar derecho. Se sospechaba una esclerosis

en placas.

En esta situación vino la hija, que era docente de neurología pidiéndome consejo. Gracias al TAC cerebral que me trajeron pudimos reconstruir el caso rápidamente. Ella ayudó terapéuticamente a la madre en cuanto que hablaban sobre la circunstancia ampliamente, con detalle. Realmente retrocedió la parálisis y la madre sufrió la obligada crisis epiléptica.

Acaeció lo siguiente: la paciente supo que la nueva amiga de su ex amigo no era ninguna dama, y que éste ya estaba en relación con ella, mientras ellos se relacionaban íntimamente. Por ello sufrió la paciente un DHS de repulsión y de miedo-asco (zurda), con el centro en relé-glucagón (hipoglucemia predominantemente). Mientras que en la figura 4 podemos ver todavía los anillos como signo del conflicto activo de la parálisis sensorial y motora, en la toma dos meses más tarde



(TAC del 3.7.1990) está el conflicto resuelto. Sin embargo vemos una nueva configuración en diana activa del conflicto de resistencia y repugnancia en el relé del azúcar. Este segundo conflicto pudo resolverse también mediante intensas conversaciones.

Fig 5: TAC del 3.7.1990

En la página siguiente:

Fig 6:

FH de un gran conflicto de miedo en el territorio (Ca bronquial) de una paciente anciana. Además conflicto central en centro cortical postsensorial en la fase-ca. La hermana de la paciente vino al hospital y le dijo que había visto a su madre en sueños con un vestido blanco y le había dicho que vendría pronto a recoger a su hija (la paciente).

Fig 6 a:

La misma paciente que en la figura anterior, los FH en un corte más alto.



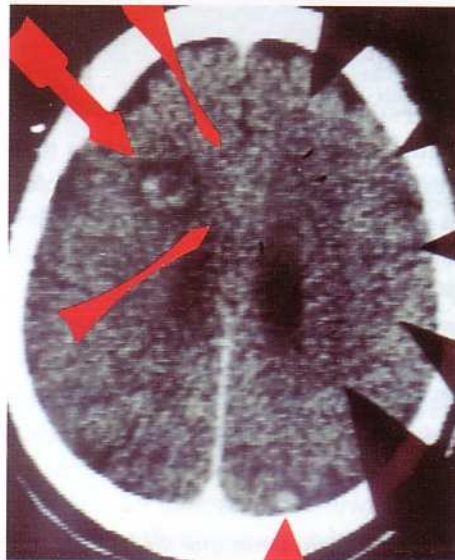
Fig 6:



Fig 6 a:

Fig. 7:

FH en la derecha en forma de semicírculos por conflicto de motricidad en la fase-pcl. Al lado (flecha fina) un FH en la fase-ca central en relé de glucemia. Además un considerable FH ya curado izquierdo, comprometiendo el hombro derecho (osteosarcoma en conflicto de desvalorización con la pareja), y un FH casi completamente curado en la corteza visual derecha (conflicto de miedo en la nuca).



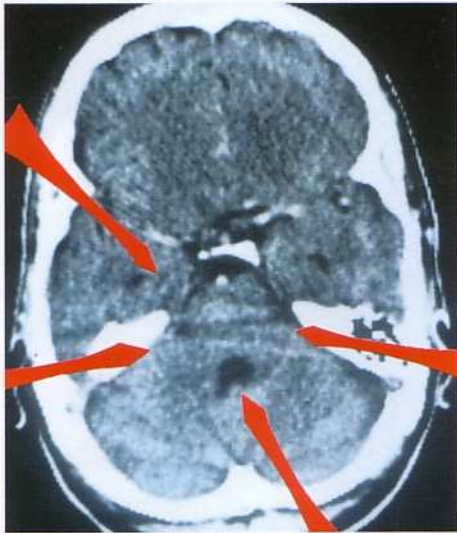


Fig 8 y 9 de la misma paciente.

Fig 8:

Dos FH diferentes activos con configuración en diana bien marcada. Las flechas indican el relé del intestino delgado correspondiente a un enfado indigesto.

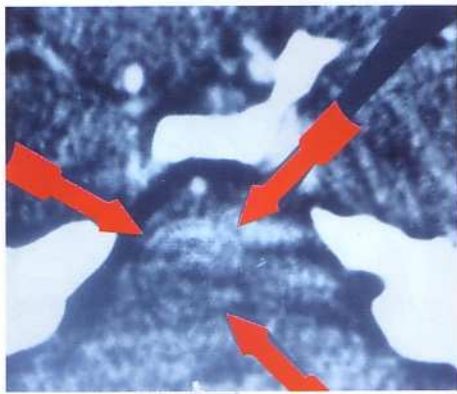


Fig 9:

Un corte más profundo. Configuración en diana (misma serie) pero con otro punto central, por cierto en relé de los túbulos y vejiga de la orina. Conflicto: la paciente había guiado mal su caballo aplastando contra la cuadrilla a otro jinete e hiriéndole gravemente. Éste le insultó furiosamente con palabras del peor vocabulario (ca-túbulos), teniéndole que pagar todos los gastos (enfado indigesto), ya que el hombre tuvo que ir al hospital.

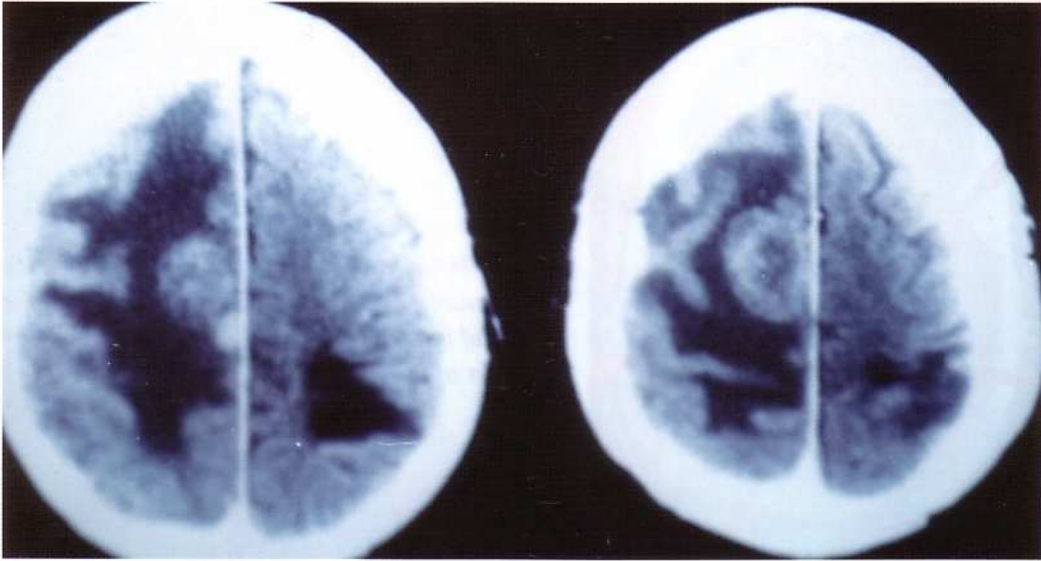


Fig 10: FH solucionado (fase-pcl) en centro cortical sensorial izquierdo, edema perifocal y edema en médula cerebral.



Fig 11:

FOCOS de HAMER en forma de anillos (fase-pcl) con acumulación de glía en centro cortical motor y sensorial en paciente, que había metido la mano derecha en la sierra y no podía retirarla.



*Fig 12, 13 y 14 mismo paciente:
El anillo grande bien marcado es un artefacto.
Al lado hay dos FH en configuración en diana bien claramente visibles, todavía en la fase-ca.
El derecho corresponde a una úlcera de arterias coronarias (conflicto de territorio), el izquierdo corresponde al testículo derecho (conflicto de pérdida). El paciente había perdido inesperadamente a su madre a quien estaba muy ligado. Se ve que la configuración en diana derecha está todavía en fase-ca. La izquierda por el contrario ya está un poco inflamada, justamente empezando a resolverse. El paciente tuvo más tarde (feb.1993) un infarto cardiaco en el punto culminante de la fase-pcl.*

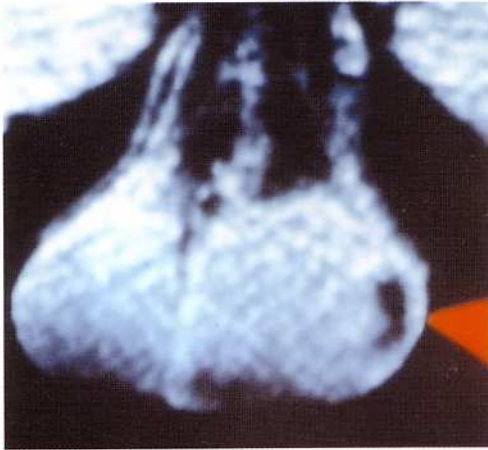


Fig 13:

Mismo paciente de la figura anterior, necrosis testicular del testículo derecho.



Fig 14:

En testículo derecho apenas se ve externamente nada, El dedo muestra el lugar de la necrosis.

Zentrum für Neue Medizin in Österreich

Leitung Dr. med. Ryke Geerd HAMER

Burgau.

27. Januar 1993

Es wird bestätigt, dass bei Hr. [REDACTED] [REDACTED]
allein auf Grund des tumor CT und Anamnese
ohne dass der Pat außer einem kalten
Fieber im rechten Hoden über Wochen
geschlagen hätte, gezielt eine Nekrose im
re Hoden gesucht und CT-mäßig
gefunden bzw. verifiziert worden ist.
Entsprechend dem tumor CT ergibt sich
gerade eine Mitteldarstellung zwischen
Nekrose (= Atrophie) und Wiederauffüllung
der Nekrose (= Heilungsphase)

A-8291 BURGAU Altes Schloss 1

Telefon 0049/3383/2040

Dr. Harald Willibald, Amberg, Talm

**Centro de la NUEVA MEDICINA
en Austria**

Dirigido por: Dr. med. Ryke Geerd Hamer

Burgau

27 de enero de 1993

Se certifica que en el Sr.....,
únicamente en base al TAC cerebral y a la anamnesis, .
sin que el paciente haya sufrido molestias, salvo un ligero
tirón en el testículo derecho, se ha investigado una necrosis
en dicho testículo, la cual ha sido encontrada a nivel de
TAC y verificada. En cuanto al TAC cerebral es relevante
de forma precisa una situación intermedia entre una necrosis
(fase activa) y una reconstrucción de la necrosis (fase de
solución-reparación).

Dr. Stangl Willibald



El siguiente caso se trataba de una paciente zurda (como podemos observar en la fotografía) con parálisis parcial del brazo y pierna izquierda y también del brazo derecho en menor medida

El DHS se produjo en Junio de 1989: La paciente, casada en un desgraciado matrimonio, perdió (de forma dramática) a su amante, haciendo un conflicto de “no poder retener” con el brazo y la pierna izquierdo (brazo y pierna del compañero para una zurda), y en menor medida con el brazo derecho (brazo madre/hijo para una zurda), pues hubiera deseado tener un hijo con el amigo; había tenido la esperanza de quedarse embarazada, cuando sobrevino el dramático incidente.

Las tres figuras siguientes muestran el desarrollo de un FOCO de HAMER.

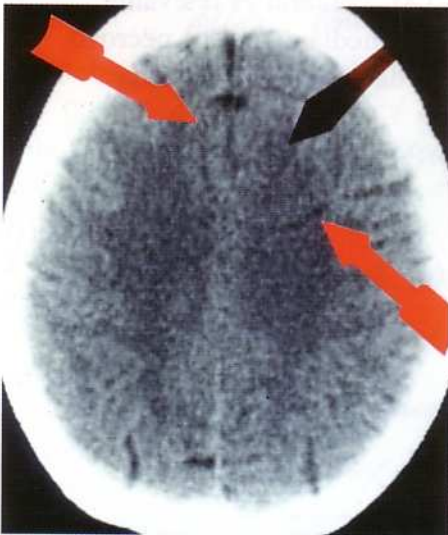
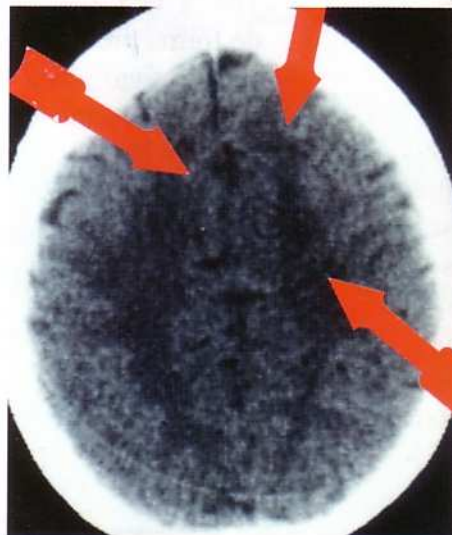


Fig 16: 25.1.1990 Fase-ca.



*Fig 17: 25.2.1990
directamente tras la CL.*

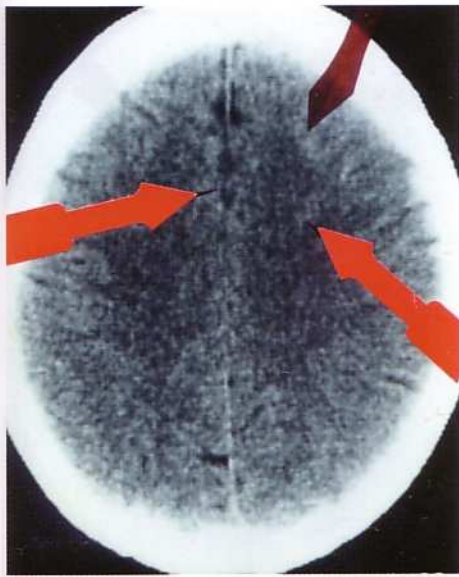


Fig 18: 10.4.1990 final de la fase CL

En la primera toma de TAC (fig.16) el conflicto está todavía activo. Vemos la configuración en diana del FH con anillos muy marcados, y también vemos que estos anillos alcanzan el hemisferio izquierdo (parálisis leve del brazo derecho). El punto central está a la derecha en el córtex motor, referido a la motricidad del abrazo al compañero con el brazo izquierdo (¡zurda!) y del abrazo íntimo a la pareja con la pierna izquierda. La conflictolisis que la consiguió trabajando conjuntamente con la médica de cabecera entusiasmada con la NUEVA MEDICINA, sobrevino el 20.2. 1990, justo cuatro semanas desde el primer TAC cerebral que se hizo en 25.1.1990. En este segundo TAC (fig. 17) casi en el mismo corte, se ve como el FOCO de HAMER “se rompe”; los anillos son irregulares exteriormente e incompletos, pero todavía se ve el centro.

La última imagen (fig. 18) es aproximadamente el mismo corte, aunque no exactamente con el mismo ángulo de inclinación de los cortes. Tal como se ve, el FOCO de HAMER ya ha pasado a la cicatrización mediante acumulación de glía.

Cuando dos capas del TAC no tienen exactamente con el mismo ángulo de inclinación, el FH aparece desplazado un poco hacia delante o hacia atrás, como podemos ver en las imágenes siguientes (fig. 20 y fig. 21)



Fig. 20

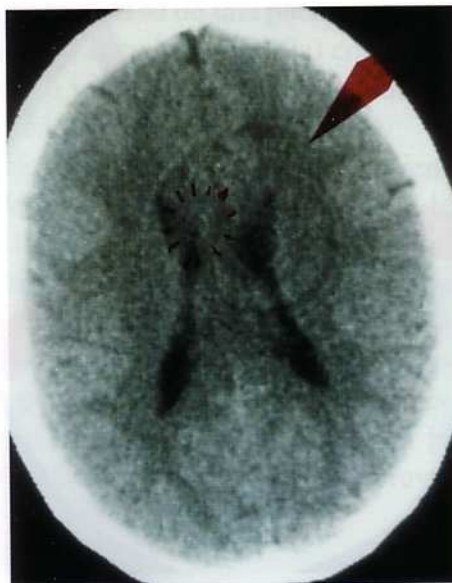


Fig. 21

Conviene mencionar también que el 10/3/1990 tuvo una crisis epiléptica, que no sorprendió a la paciente, que tenía previo conocimiento de las reglas de la NUEVA MEDICINA a través de su médica de cabecera.

En realidad, la paciente estaba entre Julio del 89 y Febrero del 90 en sospecha de “Esclerosis múltiple” o “esclerosis en capas”. Aunque de este absurdo se la pudo disuadir rápidamente. El gran peligro es siempre que el paciente pueda sufrir un segundo conflicto motor debido al shock del diagnóstico (principalmente de las piernas), porque se les suele decir que podrían quedar para toda su vida en una silla de ruedas.

Este conflicto perdura, la mayoría de las veces, para siempre.

En la imagen 22 vemos la misma paciente tres meses más tarde. Se ve que la diana ha tomado una ligera forma de estramonio, es decir el punto culminante de la fase edematosa-pcl ya ha pasado.

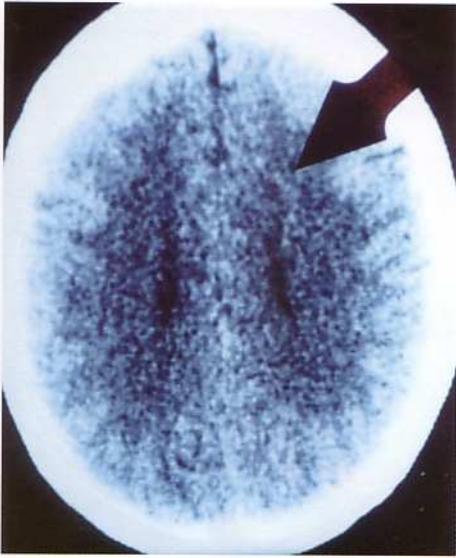


Fig. 22: Toma de TAC del 24.4.1990.



Fig. 23:

Vemos a un paciente que demuestra que la pierna izquierda está parcialmente paralizada.

Figs 24: y 25:

FH en fase activa con configuración en diana bien marcada correspondiente a una parálisis parcial sensorial y motora y sensorial de periostio. La esposa del paciente le tiró furiosa, después de una pelea, el anillo de casada a sus pies.

El dice: “ Me quedé como si tuviera raíces y no me podía mover”. La esposa se fue de su lado. El paciente sufrió una parálisis parcial sensorial y de motricidad y sensorial de periostio de la pierna izquierda y brazo izquierdo (conflicto de no saber ni para adelante ni hacia atrás con separación brutal). CL: después de una semana volvió su esposa y en el siguiente escáner la configuración en diana había desaparecido coherentemente.

Las imágenes 26, 27, 28, y 29 corresponden a una serie de tomografías de una paciente a lo largo de 6 semanas.

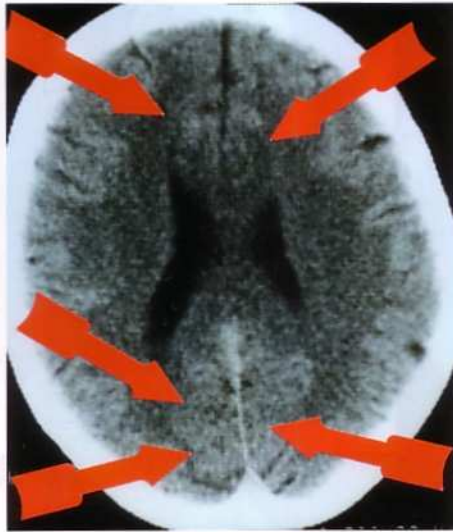


Fig. 26

En la imagen 26 del 24.1.90, podemos observar:

a. un conflicto en fase-ca de miedo-asco y de resistencia a su jefe homosexual, que ella experimenta como algo repulsivo e indecoroso. El centro de la configuración en diana del FH está a la derecha, por eso predomina en la diabetes la hipoglucemia, es decir: la insuficiencia de las células ínsulas beta prevalece sobre las células ínsulas alfa.

Poco después de esta tomografía, deja su puesto de trabajo.

b. un gran FH dorsal que ha cicatrizado ya varias veces, de nuevo en configuración de diana, referida a los dos cuerpos vítreos a nivel orgánico.

El conflicto biológico: Un año antes, en el camino a su puesto de trabajo (farmacia), fue perseguida por detrás y amenazada con una navaja.

La recidiva: Todos los días tenía que tomar el mismo camino desde y hacia la farmacia.

Sufrió un glaucoma en ambos ojos.



Fig. 27

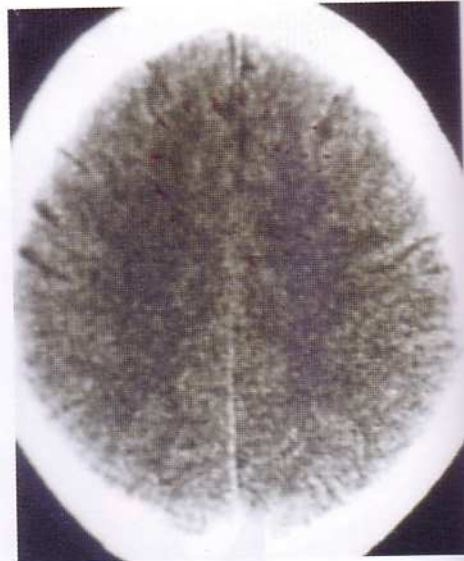


Fig. 28

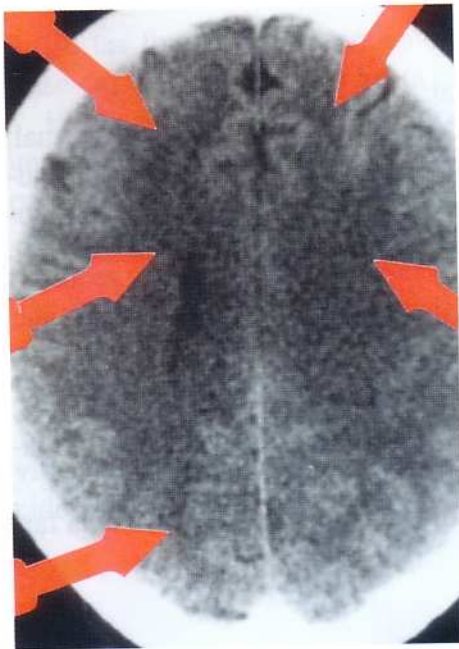


Fig. 29

En las imagenes 27 y 28 del día 15-3-90 ambos conflictos se encuentran en la fase-pcl, el conflicto frontal aún más que el occipital. Pero se ve que las dianas, ahora edematizadas, están en el mismo sitio. Esto lo llamamos un desarrollo normal del FH después de la solución del conflicto.

Imagen 29: Tomografía cerebral de la misma paciente otros dos meses y medio después, en la que tan sólo se ve una cicatriz del FH en el relé de diabetes/hipoglucemia.

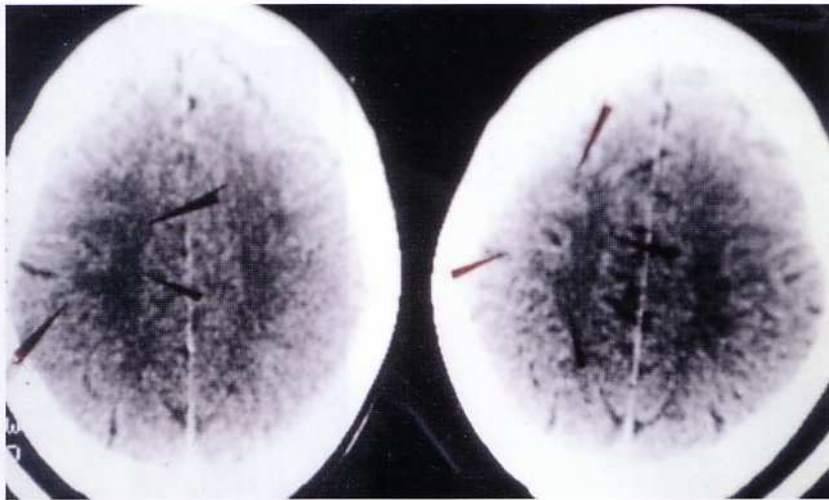


Fig. 30 y 31

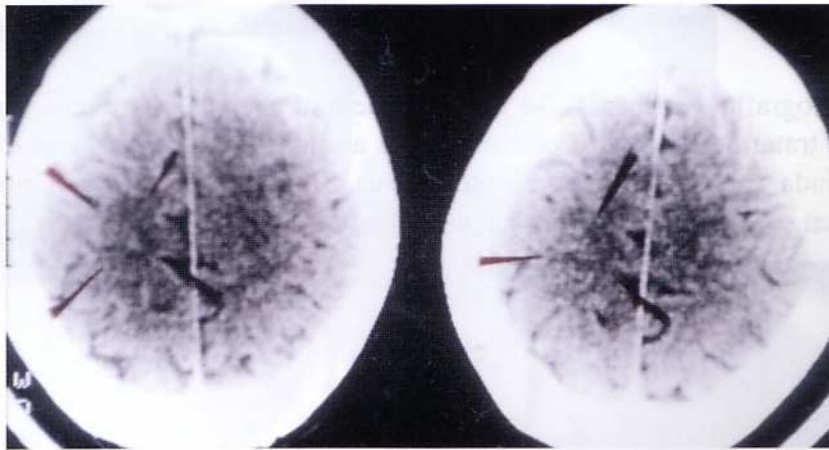
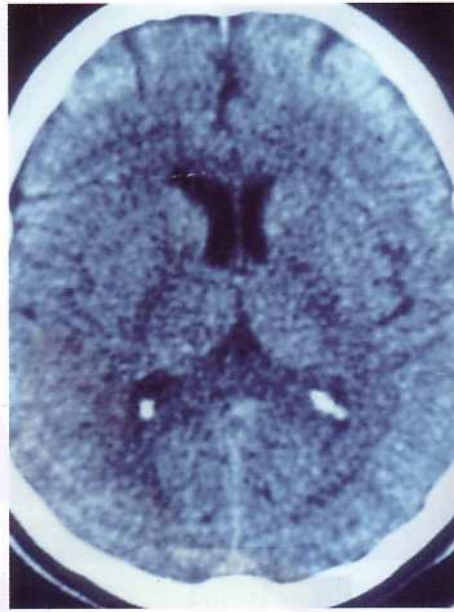
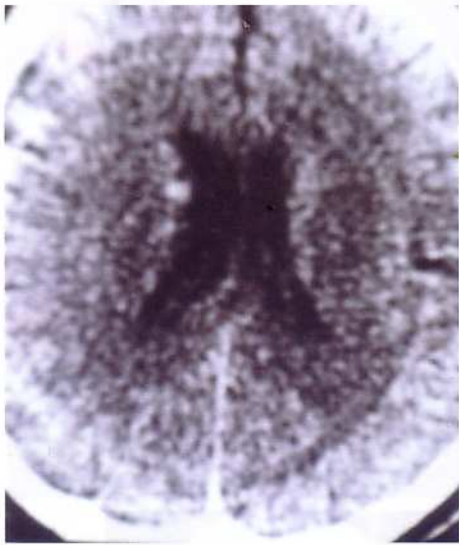


Fig. 32 y 33

Imágenes 30 a 33: Serie de cuatro TACs de una mujer joven con un Ca de mama ductal en reciente fase-pcl. El radiólogo situó a la paciente una vez 2cm fuera de la línea central hacia la izquierda (fig. 30 y 31) y otra vez 2cm hacia la derecha (fig. 32 y 33). El FH no cambió nada, como podemos ver.



Estas tomografías (arriba, fig. 34 y 35) son de otra paciente. Podemos ver que no se puede tratar de artefactos, puesto que los anillos se revelan con una expresión diferenciada sobre todo bien visible en sus centros diferentes. Los artefactos, como bien se sabe, tienen que ser iguales en todas las capas.

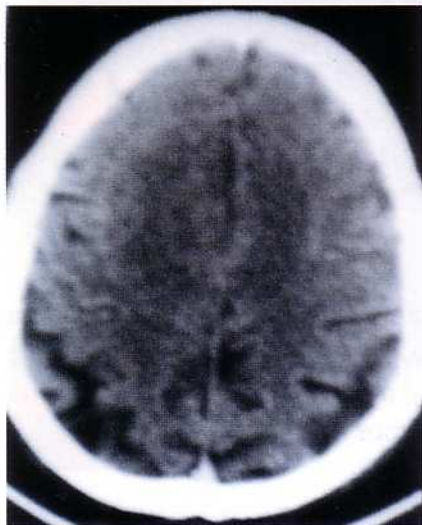


Fig. 36

Muestro aquí (figs 36-42) una serie completa de TACs de un empleado de banca, que venía de un hospital en Londres. Caso típico de diagnóstico erróneo:

El paciente, tras una fuerte pelea con su jefe de departamento, por la cual a él se le rechazó el ascenso, sufrió una parálisis motora, que fue mayor en la pierna derecha que en la iz-

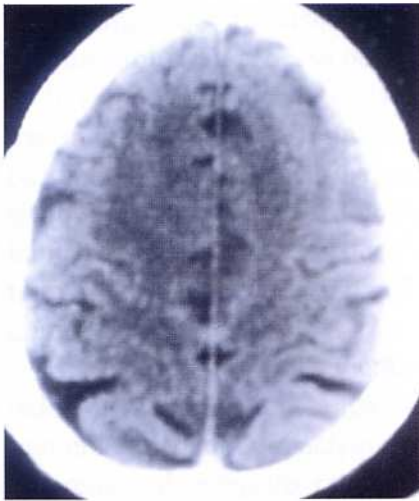


Fig. 37

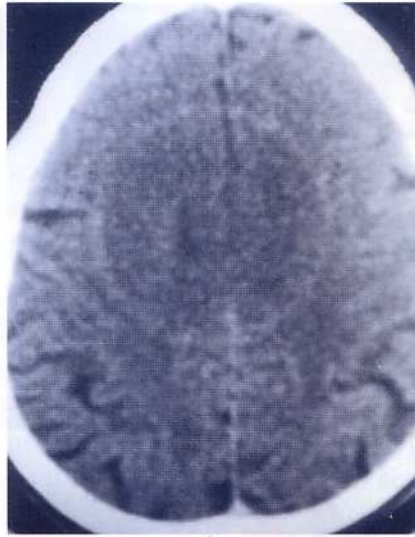


Fig. 38

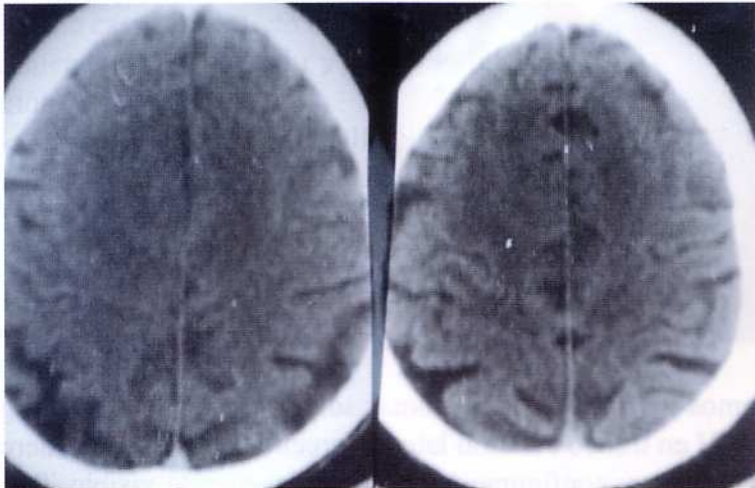


Fig. 39 y 40

quierda, así como mayor en el brazo derecho que en el izquierdo. Por este motivo y en un reconocimiento, se le encontró un antiguo Ca de páncreas y un antiguo Ca de hígado. El carcinoma de intestino delgado, es decir un conflicto de “no poder digerir la presa” (“contrariedad indigesta”) en fase-ca (imagen 41, flecha arriba) y el correspondiente FH en fase-ca con estructura de diana, (imagen 42, flecha izquierda), naturalmente no habían podido verlo.

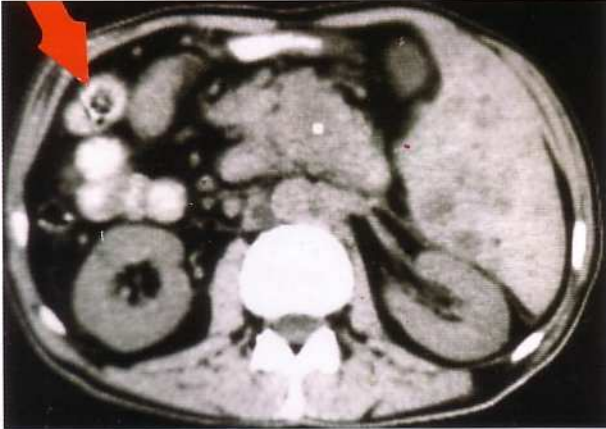


Fig. 41



Fig. 42

En la fig. 41 vemos los antiguos carcinomas solitarios de páncreas e hígado. El correspondiente FH en tronco cerebral lateral derecho (fig. 42, flecha derecha) tiene cicatrización, edema y configuración en diana levemente visible. Por esto era posible que estos viejos focos fueran dependientes del trabajo (conflicto de morirse de hambre, carencia material y de no poder digerir la presa) y que hubieran vuelto a reaccionar a la vez (raíl!) con este reciente conflicto.

En total tenemos entonces 3 diferentes FH en el mismo paciente, de entre estos, el de hígado/páncreas cicatrizado. El conflicto de motricidad para las 4 extremidades, el lado derecho más fuerte que el izquierdo se encontraba en la fase-pcl y ya comenzaba a tener forma de estramonio (ya había pasado del punto culminante,

te, la diana del intestino delgado se encontraba en completa actividad. Es decir, que un conflicto en varias capas de ninguna manera es solucionado en todos los niveles con el mismo ritmo (al mismo compás). Se soluciona un aspecto mientras se mantiene activo otro.

Si se hubiera recurrido a la NUEVA MEDICINA, se hubiera visto que tanto el carcinoma de páncreas como el hepático que habían transcurrido al mismo compás, habían tenido que tener una vieja historia ya pasada, y que ahora se habrían reactivado posiblemente como raíles. Mientras que el conflicto cortical de motricidad había pasado ya la CE (con calambres tónico-clónicos) es decir el punto culminante de la fase-pcl, el conflicto de intestino delgado permanecía con total actividad como ya se ha dicho. Por casualidad vemos en el vientre (fig 41) el pre-íleo mediante oclusión del intestino delgado. Si se hubiera extirpado en esta parte de intestino delgado sólo un pequeño trozo, se le podía haber conseguido al paciente un buen

pronóstico. Pero al atribuirse el pre-ileo a un sospechoso ca fresco de hígado/páncreas, se declaró al paciente inoperable.

En este caso el conflicto de motricidad corresponde a suponer: no poder seguir ascendiendo, sentirse atado y el ca de intestino delgado el enfado indigesto en relación. Se ve que la NUEVA MEDICINA gracias a su diagnóstico diferencial en los tres niveles está en algo más avanzada que la medicina contemporánea.



Fig.43



Fig.44

En esta serie de TACs se ve muy bien cómo una configuración en diana edematizada (= FH en la fase-pcl) en un corte está bien visible y en los otros ya más o menos comienza a desdibujarse. (Fig. 45: conflicto central de periostio (conflicto de separación brutal) en solución).



Fig.45

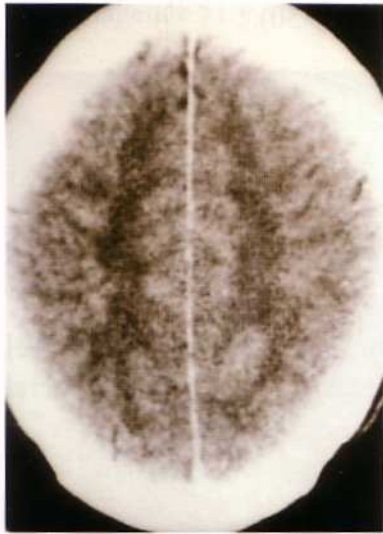


Fig.46



Fig.47

Conflicto “de separación” sensorial y postsensorial, (periostio) que ha pasado el punto culminante de la fase-pcl (a nivel orgánico: exantema, urticaria, pruritus) y que ya comienza a tomar configuración de estramonio.

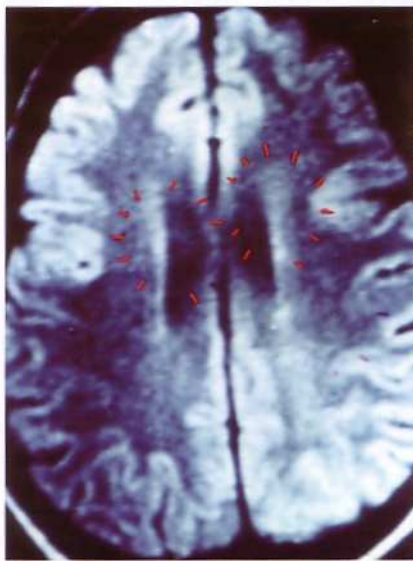


Fig 48:

Cuando se tiene buenas imágenes de resonancia magnética y los conflictos han estado activos desde hace bastante tiempo o son recidivantes, también se pueden reconocer las dianas, como se ve: conflicto de motricidad del brazo izquierdo, conflicto de motricidad del brazo derecho y pierna derecha, conflicto sensorial del brazo derecho, conflicto postsensorial del brazo izquierdo, todos en fase-pcl en un caso de esclerosis en placas.

TAC craneal y abdominal de una pequeña niña (fig. 49 y 50).

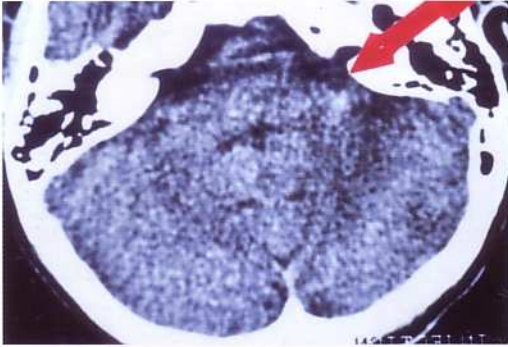


Fig 49:

FH en configuración en diana en el relé de hígado (tronco cerebral lateral derecho).

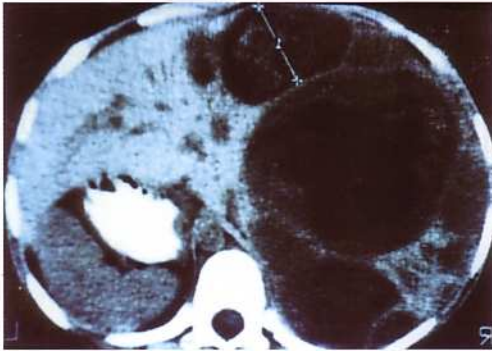


Fig 50:

Denominado Ca de hígado solitario correspondiente a una niña del sur de Francia: conflicto: Los padres tenían una tienda de ultramarinos. Cuando al lado abrieron un supermercado, el padre se lamentaba. “ Dios mío, nos moriremos de hambre!” La pequeña de cinco años, se lo tomó en serio ¿por qué no? La criatura murió por este miedo a morir de hambre.

Al principio se me hizo difícil poder comprender semejante cuadro, porque al contrario que la prueba hepática muy extendida, en cerebro apenas mostraba alguna apariencia particularmente alarmante. Pero una vez que se ha comprendido la configuración en diana, o sea se ha aprendido a diferenciar entre las formaciones en las fases-ca y -pcl, entonces cuadros semejantes se comprenden con una claridad meridiana.

Las imágenes 51 y 52 muestran típicos TACs de leucemias:

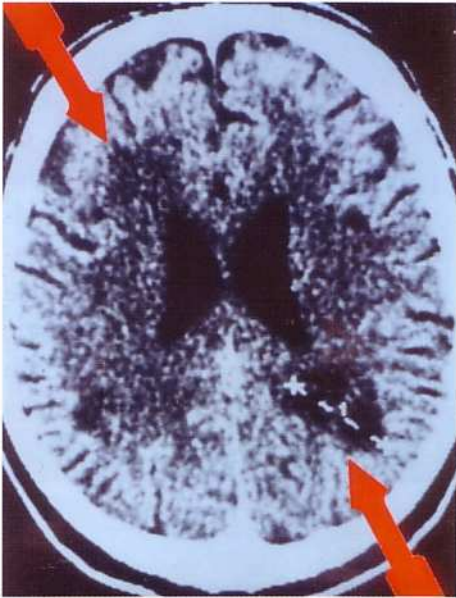


Fig 51:

Edema medular (sustancia blanca) generalizado con especial acento en los relés de cabeza de fémur izquierda y de hombro derecho tras solución de desvalorización de sí mismo de un señor mayor a quien se había quitado la presidencia del comité del cuidado de la estética del pueblo.
CL: el alcalde se disculpó personalmente y lo rehabilitó.

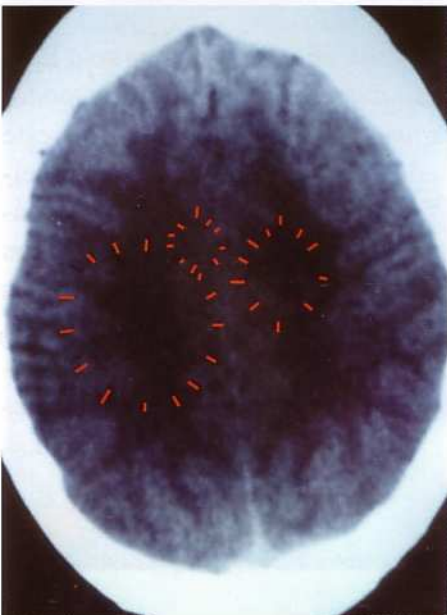


Fig 52:

Edema medular generalizado en una mujer joven de una secta, que había sufrido un “naufragio” a niveles humano y profesional.
CL: consiguió comenzar de nuevo.

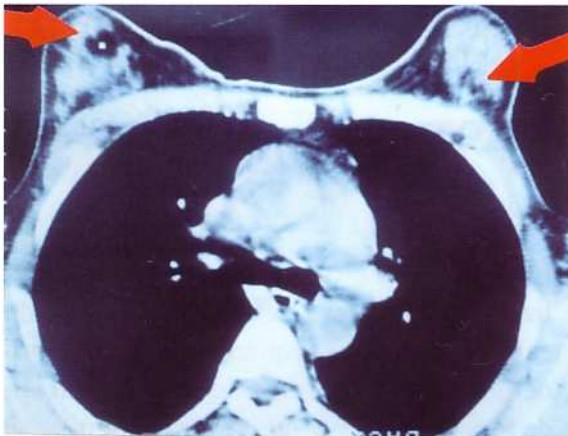


Fig 53:

Madre diestra con conflicto de preocupación madre/hijo ya superado, que tuvo en la fase-pcl sudoración nocturna durante semanas, es decir una tuberculosis de la mama izquierda. En el TAC de mama en posición pendiente se

evidencia la caverna fresca en la mama izquierda. En la mama derecha (flecha derecha) vemos otra caverna más antigua ya cicatrizada.

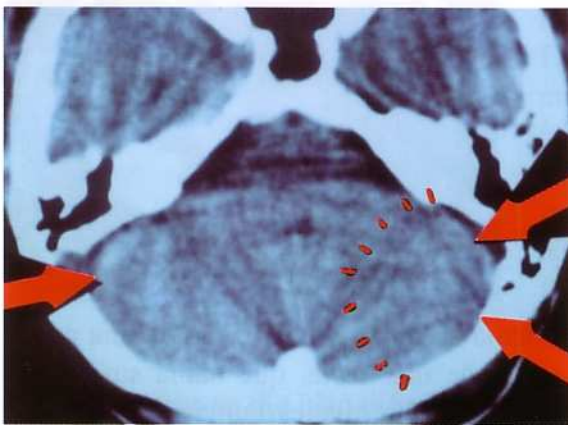


Fig. 54:

FH con edema en el cerebelo lateral derecho (flechas). No podemos deducir del aspecto de este edema, si una TBC ayudó a caseificar el Ca. de mama a nivel orgánico, o si esto no fue el caso. Los procesos en el cerebro son los mismos. En el lado izquierdo del

cerebelo (flecha izquierda) también es visible una cicatriz antigua, que corresponde a un anterior Ca de mama del pecho derecho con consiguiente TBC (conflicto de pareja).

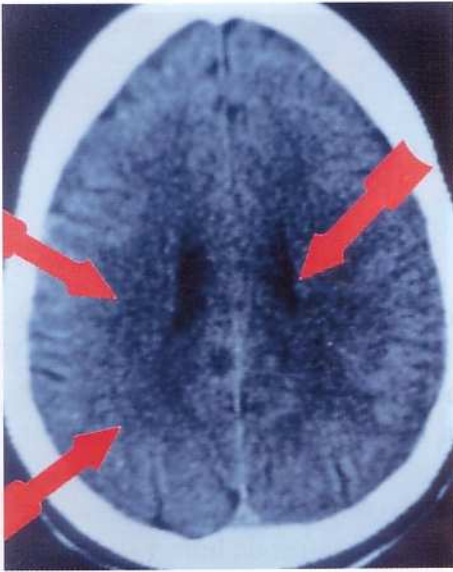


Fig 55:

TAC de una paciente mayor con conflicto de periostio y conflicto de pérdida al final de la fase- pcl. Este informe fue interpretado erróneamente como tumor cerebral. El centro del FH con glia muestra que se trata de un proceso recidivante.

I

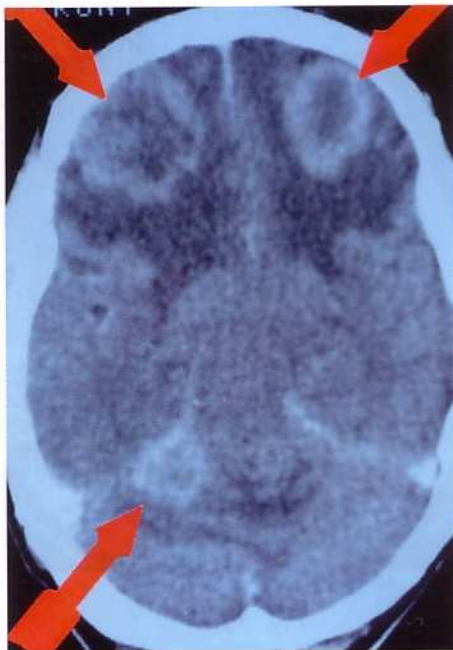


Fig 56:

Focos de Hamer en fase-pcl (flechas)
Situación tras constelación esquizofrénica. En el tronco cerebral izquierdo se puede ver el FH que corresponde a un Ca. de colon en fase-pcl. Se trata de un artesano de Alemania central, que tras la reunificación aguantó grandes miedos profesionales.

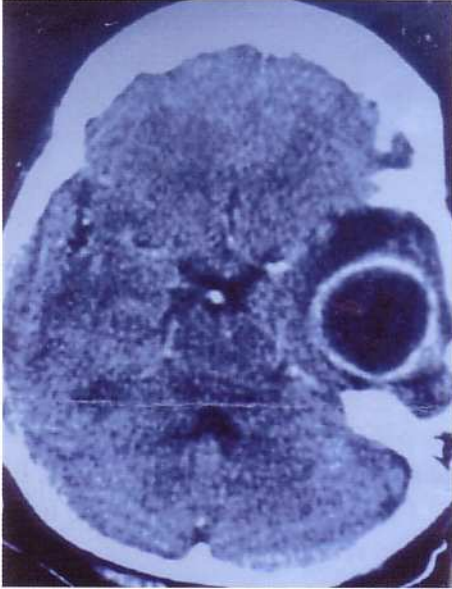


Fig 57

Tinnitus del oído izquierdo después de frecuentes recidivas y disturbios auditivos y desgarro final del tejido con formación de quiste en un hombre mayor que se encontraba en una casa de reposo austríaca. No podía creer lo que oía cuando un compañero le contaba historias de horror de cuando la guerra

Fig 58 - 60: serie de un paciente

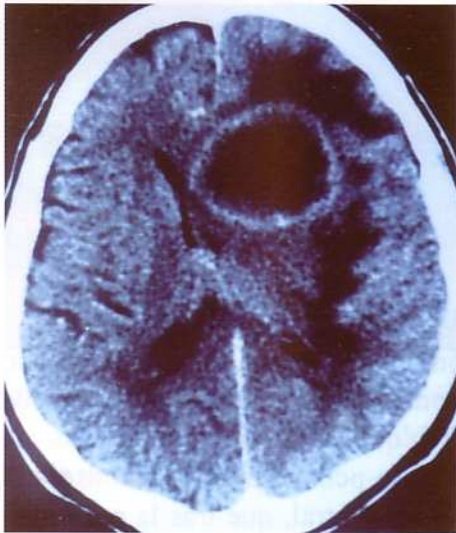


Fig. 58

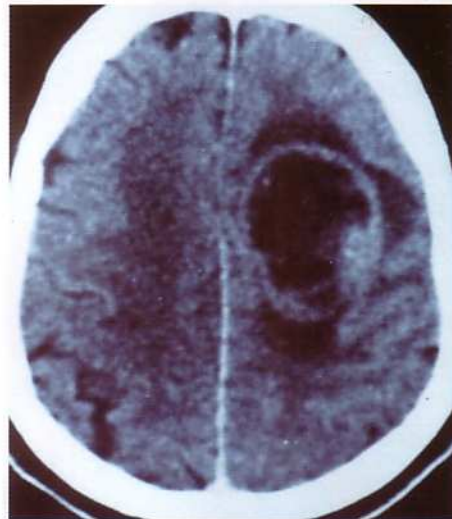


Fig. 59

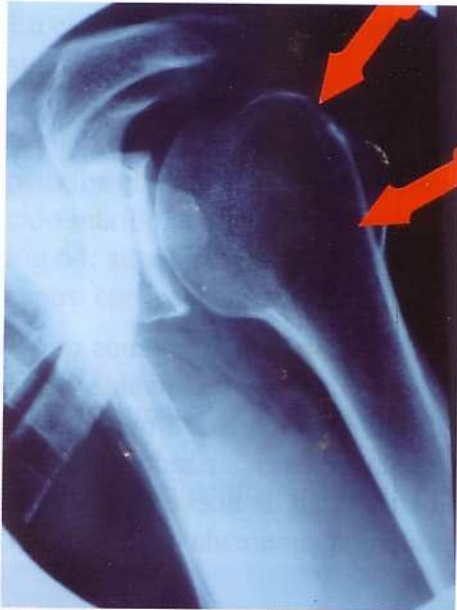


Fig. 58:

Quiste en la médula cerebral derecha (correspondiente al hombro izquierdo). Conflicto de desvalorización de sí mismo padre/hijo: “no fui justo como padre, he perjudicado a mi hijo”. Recidivas frecuentes, finalmente solución definitiva con desgarro de tejido cerebral y formación de un quiste. La capa externa del quiste está cicatrizada con glía. La prueba tiene un aspecto mucho peor de lo que en realidad está. En la fig. 59 vemos un corte del TAC craneal del mismo quiste

Fig 60: la correspondiente osteolisis del hombro izquierdo (hombro padre/hijo) en padre diestro.

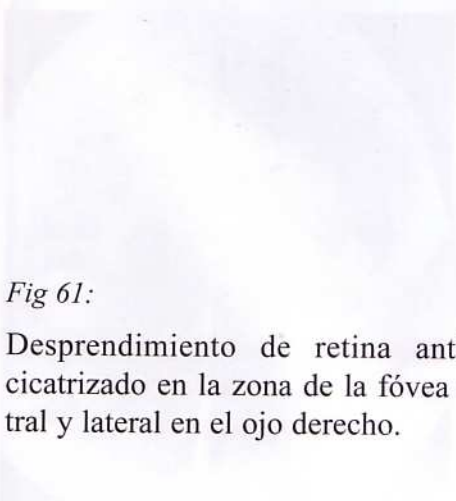


Fig 61:

Desprendimiento de retina antiguo cicatrizado en la zona de la fovea central y lateral en el ojo derecho.





Fig. 62:

En el correspondiente TAC vemos que el proceso continuamente recidivante no ha llegado de ninguna manera a tranquilizarse, sino que los relés cicatrizados de la corteza izquierda están de nuevo en actividad (diana nítidamente marcada de los dos FH)



Fig 63

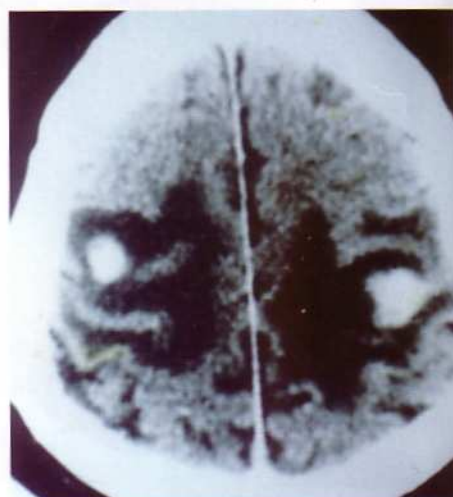


Fig. 64

En el TAC de la imagen 63 observamos dos FH en la fase-ca en la zona periinsular derecha e izquierda.

Corresponde a una constelación esquizofrénica postmortal.(con inevitables pensamientos postmortales): la paciente era la jefa de una secta que todos los días pensaba en que después de su muerte (estaba gravemente enferma) su bien parecido marido, tendría otra bonita mujer.

Fig 64: situación tras solucionar la constelación esquizofrénica. Ambos FsH en centro cortical sensorial están edematizados.

Fig 65-67: TACS cerebrales e imagen pulmonar de un niño de ocho años al que sus camaradas, de broma, habían atado a un árbol. Decían que volverían con cañones y le dispararían. El niño no podía liberarse, porque tenía sus manos atadas al árbol. Fue liberado tarde por la noche por un transeúnte.



Fig 65:

TAC cerebral que muestra una parálisis motora de los dos brazos. Se ve las diversas configuraciones en diana en el centro cortical motor. Los brazos del niño estaban extremadamente paralizados.

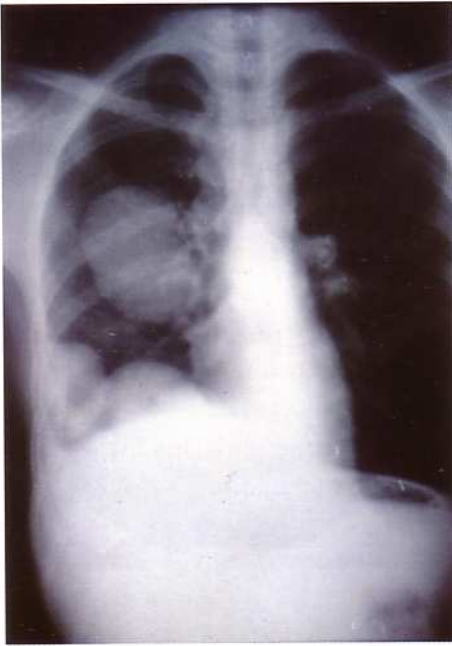


Fig 66:

La imagen pulmonar muestra un gran nódulo pulmonar y otros más pequeños. El chico, durante meses soñaba todas las noches el horrible suceso y se levantaba preso de miedo a la muerte. Pudo resolver por fin su conflicto; murió de tuberculosis pulmonar.



Fig 67:

Tomografía del tronco cerebral; la flecha indica el relé alveolar en el tronco cerebral derecho en la fas-pcl. Durante semanas, el chico tenía fuertes sudores nocturnos, temperaturas subfebriles y hemoptisis, pero no fue tratado como paciente de tuberculosis, porque el tumor pulmonar tenía prioridad en el tratamiento. Con un diagnóstico tan claro, desde luego nadie quiere pensar en una tuberculosis

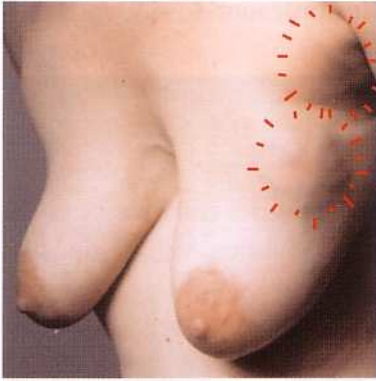


Fig 68:

Mujer joven con 2 tumores de glándulas mamarias activos con proliferación celular. El tumor inferior de la mujer diestra corresponde a un conflicto de pelea madre-hija. El de arriba, más pequeño, se debe a un conflicto de preocupación de la madre por el hijo a causa de una amniocentesis para unas pruebas de paternidad. Ella tuvo una terrible angustia de que el niño fuera dañado

por esta intervención. Posteriormente todo el proceso de paternidad transcurrió sobre este rail mantenido, aún cuando el niño había nacido sano hacía tiempo.



Fig 69:

Mamografía de la mama izquierda. La paciente no tenía ninguna molestia y al amamantar este pecho tenía más leche que el derecho.



Fig 70:

En este TAC cerebral del cerebelo se ve en el área lateral derecha dos formaciones en diana activas que se superponen. Ambos FHs en actividad corresponden a conflictos activos pendientes, en balance, de madre/hijo o Hija/madre.

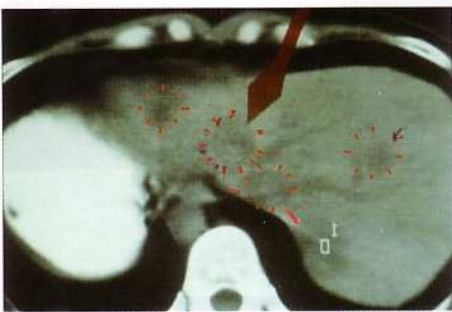


Fig. 71:

Diversas configuraciones en diana (FH en fase-ca) en el hígado: estado precoz de un carcinoma solitario de hígado. La configuración en diana del órgano se corresponde con la configuración del Foco de Hamer, más exactamente, diversas configuraciones en diana pueden corresponder a una configuración en diana del cerebro. Lo más asombroso, en esta relación empíricamente encontrada es que, prácticamente el cerebro y el órgano oscilan con el mismo ritmo; podemos imaginar nuestro órgano y todos sus núcleos celulares (los cuales se encuentran relacionados unos con otros) casi como un segundo cerebro, como el cerebro del órgano. El cerebro de la cabeza y el cerebro del órgano oscilan en la misma fase de igual manera, tal como nuestras configuraciones en diana indican. A veces el cerebro de la cabeza da órdenes al del órgano, por ejemplo en motricidad; el cerebro del órgano proporciona informaciones al cerebro de la cabeza, por ej.: sensoriales. Esto se sabía parcialmente por la Neurología, pero no más, ya que desconocíamos la relaciones que tiene la NUEVA MEDICINA.

Las figs 72-74 muestran el transcurso de tales configuraciones en diana en el hígado.

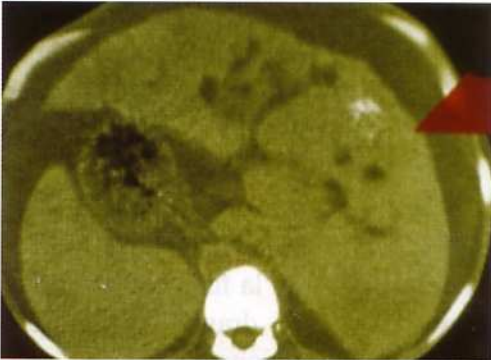


Fig. 72

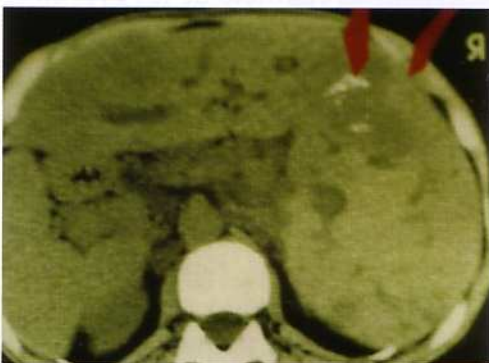


Fig. 73

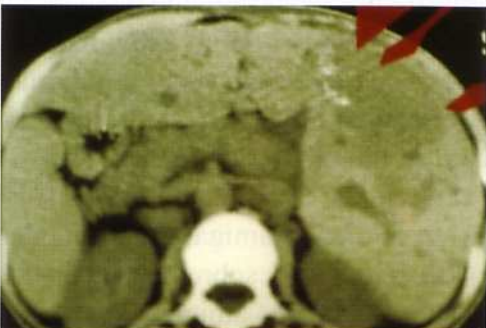


Fig. 74

En las figs 72 y 73 vemos focos ya calcificados, y focos de nuevo activos (fig 73) y procesos en solución que corresponden a una evolución de recidivas, crónica.

Nueva fase de solución de estos residuos calcificados y un nuevo carcinoma solitario de hígado (miedo a morir de hambre con recidivas crónicas). Siempre se ve la estructura circular de los “nódulos hepáticos” que derivan de la anterior configuración en diana.

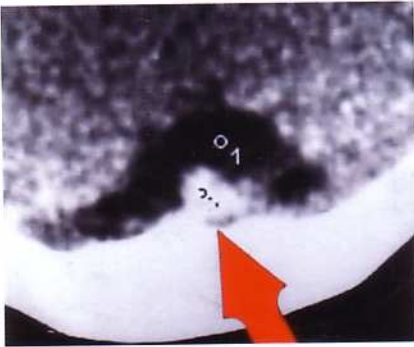


Fig 75: FH en fase-pcl en la corteza visual derecha en una joven matrona que estuvo a punto de perder a una parturienta por una hemorragia (desgarro de cérvix). Después tenía continuamente miedo en la nuca que con otras pudiera volver a ocurrir. Cuando dejó el departamento de partos se solucionó el conflicto. El ojo izquierdo ya tenía una disminución en la fase-ca de la capacidad visual, ahora con un desprendimiento de retina en la fase-pcl resultó el habitual empeoramiento dramático pasajero como síntoma de la curación-reparación.



Fig 76: Actividad de conflicto de los FHs en el área periinsular temporal izquierda. Conflicto: Tras la más bella noche de amor, dice el marido a su mujer que no había sido importante. La paciente sufrió de conflicto de frustración sexual con un carcinoma de cuello de útero verificado histológicamente y un carcinoma-úlceras en venas coronarias. Resolvió su conflicto separándose del marido y superó la crisis epileptoide de la embolia pulmonar. Después de tres meses el resultado del frotis del cuello de útero dio negativo.



Fig 77: FH en la fase-pcl de un carcinoma de cuello de útero y ca-úlceras de venas coronarias inmediatamente antes del infarto cardiaco derecho, es decir de la embolia pulmonar. El conflicto fue: el novio de la paciente había dejado embarazada a su mejor amiga, duración del conflicto, siete meses. CL sobrevino mediante la reconciliación de las dos amigas. La paciente sobrevivió tanto el carcinoma de cuello de

útero como el denominado tumor cerebral sin terapia de la medicina facultativa especial. La crisis epileptoide muy grave (embolia corazón-pulmonar) fue controlada con fuertes dosis de cortisona.

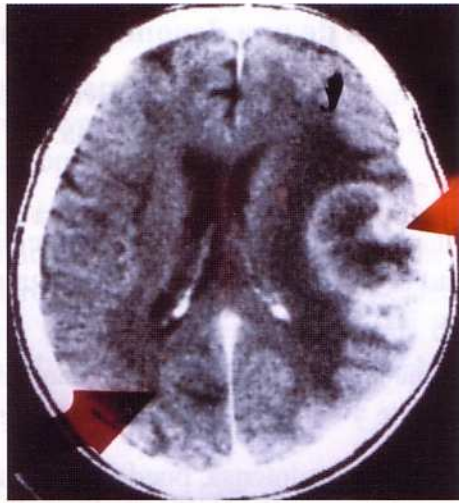


Fig 78: FH con conflicto de territorio de un hombre diestro en la fase-pcl tras infarto cardiaco izquierdo (inflamación de la úlcera de las arterias coronarias). El conflicto fue: el único hijo del paciente, éste labriego, había sufrido un accidente aparentemente mortal y se encontraba en la UVI. El labriego sufrió 1º un conflicto de territorio porque pensó que su finca ya no tendría heredero, 2º un conflicto de pérdida como padre. En la fase-pcl (el hijo sobrevivió) él padeció su infarto cardiaco izquierdo y una inflamación del testículo derecho. El paciente sobrevivió sin terapia de la medicina facultativa.

Erlangen, 22.12.89

Los denominados dudosos artefactos / estructuras en anillos en TAC cerebral.

Los abajo firmantes han elaborado los siguientes criterios que excluyen la presencia de los considerados artefactos en formación de anillos.

Por tanto un artefacto en anillos no se encuentra con seguridad,

1. Cuando en la imagen de una resonancia magnética correspondiente aparece una formación en anillos claramente equiparable.
2. Cuando los anillos no son circulares sino “abollados”, es decir que se refieren o forman un espacio evidente consecuente, (representan masas obvias).
3. Cuando una formación circular tiene un evidente cúmulo de glía.
4. Cuando uno o más anillos no se encuentran en el centro de rotación (pivote) de la instalación (“configuración en diana paracentral”)
5. Cuando se encuentran juntos varios anillos, como mucho sólo uno de ellos es artefacto.
6. Cuando las formaciones en anillos tienen un curso clínico – radiológico, es decir que en sucesivos TACs de control se ven siempre en el mismo sitio aunque modificados.

7. Los artefactos del aparato son formaciones en forma circular o segmento-circular concéntricas al centro de rotación del aparato. Si tales estructuras pudieran corresponder a una realidad anatómica, se recomienda repetir el escáner con el paciente en posición lateral o más alto. Si la estructura no cambia en la nueva tomografía en cuanto a la estructura característica del paciente, no estamos frente a un artefacto.

Siemens Aktiengesellschaft

Boceto para otro documento común, relativo a un estudio proyectado sobre una serie de TACs de pacientes voluntarios con estructuras en circulares en TAC cerebral, pero (ver texto) impedida.

SIEMENS

Erlangen, 18.5.90

Asunto: Las denominadas estructuras en anillos, formaciones circulares o FOCOS de HAMER en TAC cerebral.

La firma Siemens y el Dr. Hamer confirman las siguientes correlaciones físico-técnicas.

Los abajo firmantes elaboraron con fecha 22.12.89 los 9 criterios siguientes que excluyen la presencia de los considerados artefactos circulares.

Por tanto un artefacto en anillos no existe,

1. Cuando en la imagen de una resonancia magnética está visible una formación en anillos evidentemente equiparable.
2. Cuando los anillos no son circulares sino “abollados”, es decir que se refieren o forman un espacio evidente consecuente, (representan masas obvias).
3. Cuando un círculo tiene anillos secundarios visiblemente edematizados.
4. Cuando uno o más anillos no se encuentran concéntricos al centro de rotación (pivote) del aparato (“configuración en diana paracentral”).
5. Cuando una formación circular muestra visiblemente acúmulo de glía.
6. Cuando se encuentran juntos varios anillos, como mucho sólo uno de ellos es artefacto.
7. Cuando las formaciones en anillos tienen un curso clínico – radiológico, es decir que en sucesivos TACs de control se ven siempre en el mismo sitio aunque modificados.
8. No estamos ante un artefacto si las formaciones circulares son visibles sólo en una parte del corte del TAC y no se encuentran en los demás.
9. Los artefactos del aparato son formaciones en forma circular o segmento-circular concéntricas al centro de rotación del aparato. Si tales estructuras pudieran corresponder a un realidad anatómica, se recomienda repetir el escáner con el paciente en posición lateral o más alto. Si la estructura no cambia en la nueva tomografía en cuanto a la estructura característica del paciente, no estamos frente a un artefacto.

13 La terapia en la NUEVA MEDICINA

13.1 Curso normal y excepcional de una denominada enfermedad

13.1.1 Con solución de conflicto

Lo normal en toda enfermedad es que tenga un DHS. Además existe la ley que tras dicho DHS va siempre una fase de simpaticotonía.

A partir de aquí hay más cosas que transcurren o pueden transcurrir de forma regular.

1. Si se llega a una solución del conflicto, la enfermedad es bifásica, es decir dicha solución de conflicto conlleva una fase de curación–reparación vagotónica.

13.1.2 Sin solución de conflicto

2. Si no se llega a una solución de conflicto se instala una actividad conflictual permanente y entonces volvemos a tener dos posibilidades:

- a) Si la actividad de conflicto es intensa, puede significar que la enfermedad acabará en la muerte por caquexia.
- b) Si el organismo consigue transformar el conflicto (=actividad conflictual en suspensión, balance), es decir el organismo de alguna manera se adapta a vivir con el conflicto, la actividad conflictual persiste pero está minimizada, no es fuerte. Dichos conflictos aminorados, (conflicto activo en balance), pueden ser introducidos por la madre naturaleza como parte de un programa social dentro de una manada, familia, rebaño, etc.

3. El conflicto puede ser recidivante, y volvemos a tener dos posibilidades:

- a) Si la actividad conflictual está acentuada, prevalece, interrumpida por pequeñas o breves soluciones. Hablamos entonces de un suceso de conflicto con recidivas, crónico-recidivante.
- b) El conflicto se encuentra casi siempre en solución, sin que pueda llegar del todo a su fin, porque siempre éste siempre se interrumpe por una corta recidiva. Hablamos en este caso de una “solución pendiente, en suspensión”, lo que corresponde prácticamente a una conflicto con recidivas crónico, sólo que la disposición de sus tiempos es diferente. En este caso tenemos una curación permanente interrumpida por breves recidivas. Una situación así la podemos ver, por ejemplo en el denominado Morbus Parkinson, en el que el paciente tiene habitualmente temblores que son síntomas de la fase de solución-curación, dicho más exactamente en una solución de un conflicto de motricidad de la musculatura de la mano. Por la noche el paciente sueña regularmente con su conflicto es breve pero intenso. La solución es de 23 horas y quizás 58 minutos y la recidiva de conflicto con sólo 2 minutos, impide sin embargo, que esta solución total llegue a su fin.

Obviamente existen también combinaciones de estos posibles procesos, por ej. una curación con una recidiva aislada o un conflicto activo que tuvo una breve solución completa, pero que duró poco tiempo. También existen conflictos activos pendientes que de forma imprevista se transforman en conflictos crónico- recidivantes o en soluciones pendientes.

Todo esto corresponde naturalmente a altibajos en el alma del paciente.

13.1.3 Combinaciones de diferentes conflictos.

13.1.4 No solo existen las más diversas variaciones dentro de un conflicto o suceso conflictual, sino que hay también variaciones cuando en el paciente discurren varios conflictos al mismo tiempo o en fases movibles (no sincrónicas).

Puede ocurrir que dos o tres conflictos estén activos, que hayan impactado la misma parte del cerebro, por ej. en el mismo DHS sólo que en distintos lugares, que corresponden a un aspecto o contenido diferente del conflicto.

Naturalmente puede darse que dos conflictos diferentes estén activos al mismo tiempo pero que no se resuelvan al mismo tiempo. Como consecuencia un conflicto activo y el otro en solución. Tenemos entonces una inervación mixta, es decir medio simpaticotonía medio vagotonía, lo que no suma ninguna normalidad, sino que puede conllevar en parte complicaciones considerables.

Si una paciente tiene un conflicto de miedo-repugnancia en el centro del azúcar izquierdo, y tuviera otro conflicto activo en hemisferio cerebral cortical derecho, que hubiera entrado en solución durante este tiempo, ahora sufriría una hipoglucemia permanente y una vagotonía. Esto significaría para ella comer en tal cantidad que contraería adiposidad. En otras palabras la afectada estaría en constelación esquizofrénica de conflictos corticales (ver capítulo sobre enfermedades psíquicas y mentales).

Otro ejemplo es la considerada anemia perniciosa, cuadro patológico representado en cualquier texto médico. Conocíamos la causa del segundo estadio del primer componente, o sea la falta del factor en la úlcera gástrica o gastritis. No conocíamos la causa de la gastritis. Del segundo componente, es decir de la anemia, tampoco habíamos descubierto ninguna causa. La falta del factor-intrínseco se compensa con vitamina B12. Ahora conocemos ambas causas:

1. El paciente tiene un conflicto de desvalorización de sí mismo en fase-ca.
2. El paciente tiene un conflicto de contrariedad en territorio con úlcera gástrica y gastritis, también en fase-ca por lo que no puede producir factor- intrínseco.

La combinación de ambos componentes, es decir de un conflicto controlado por la médula cerebral mesodermal y un conflicto ectodérmico controlado por el córtex, (al mismo tiempo o contralateral no parece importante), da esta especial enfermedad-combinación de anemia perniciosa.

Aunque ahora sepamos tratar esta anemia perniciosa mediante la solución de ambos conflictos, nada impide inyectar al paciente provisionalmente vitamina B12.

Otro ejemplo:

En cualquier texto médico se describe el síndrome nefrótico.

Síntomas: proteinuria, hipo- y disproteinemia, hiperlipidemia, aumento de la disminución de la velocidad de sedimentación sanguínea, eventual formación edematosa generalizada. Se sospecha como causa, la permeabilidad alterada de la membrana basal glomerular, tanto en enfermedades infecciosas como renales degenerativas.

Mediante la NUEVA MEDICINA podemos aclarar la causa real de este “síndrome”: se trata simplemente de una tuberculosis de carcinoma de los túbulos colectores de los riñones, es decir de la fase biológica de curación-reparación del carcinoma de túbulos colectores renales. El conflicto correspondiente es el conflicto de refugiado o conflicto existencial.

Puesto que en este conflicto existencial, por la propia naturaleza del conflicto, se dan a menudo recidivas y a continuación de nuevo fases de solución, el síndrome nefrótico figura como crónico.

Los pacientes se nos morían en su mayoría por causa de una hipoproteinemia y disproteinemia, mientras que la función renal continuaba siempre intacta en cuanto a las sustancias urinarias. La pérdida de proteínas (albúmina, etc) se explica del modo siguiente: así como en el caso de una caseificación tuberculosa de un tumor de mama en la fase-pcl se forma mucha secreción cruenta,– en semejante herida también se forma la misma secreción – herida en la pelvis renal por la caseificación tuberculosa del carcinoma de los túbulos colectores de riñón. El método de elección es sustituir la hipoproteinemia por perfusiones de albúmina, durante tanto tiempo como la fase de solución toque a su fin. Esto nos alerta nuevamente de que tenemos que cuidar que no haya nuevas recidivas con sus consiguientes fases de solución y nuevos accesos de síndromes nefróticos (ver al respect dos casos expuestos en la documentación Celler).

Naturalmente podríamos continuar explicando los más diversos síndromes a través de la NUEVA MEDICINA, pero lamentablemente no procede en el marco de esta habilitación.

13.2 Trabajar con las leyes biológicas

La aplicación práctica de la NUEVA MEDICINA debe hacer una distinción entre una terapia óptima dada por el sistema y la factible, a causa de numerosas realidades y circunstancias sociales y médicas.

Después de una consulta básica con el paciente, incluyendo su ambiente personal, el médico tiene que estar en situación de formular una anamnesis del conflicto, mediante las molestias acusadas por el paciente o por las pruebas que presenta. Para un médico de la NUEVA MEDICINA son de enorme interés absolutamente toda información, tanto de tipo humano como médico, pues existen siempre una serie de cicatrices cerebrales, que sin estas informaciones no se podrían explicar. El punto más importante es descubrir el DHS, el momento preciso y todas las circunstancias concomitantes. A ser posible ya en la primera visita se debe presentar un TAC cerebral, que es un medio de investigación no invasivo. Por ello el TAC cerebral es de tal significado en cuanto a que ofrece en la anamnesis, apuntar bien hacia los contenidos de los conflictos, que vemos en el nivel cerebral.

Para la valoración inicial es suficiente una tomografía cerebral con cortes estándar, la dosis de radiación es mínima. Según la NUEVA MEDICINA no sirve sustituir el TAC cerebral por una resonancia magnética. Es un examen más largo, es pesado psíquicamente y se sabe muy poco sobre los efectos en los órganos. Además tiene la desventaja de no poderse ver configuraciones en diana marcadas ya que se basa en contrastar sobre moléculas de agua. De todos modos para las fases-pcl y exámenes especiales se puede aconsejar, pues muestra muy bien edemas y acúmulos de glía, pero que un profesional puede encontrar también en un TAC. La técnica de RNM tiene la desventaja de poner en evidencia las modificaciones orgánicas y cerebrales ópticamente demasiado dramáticas dando la impresión al paciente de tener un tumor cerebral enorme, lo que el TAC cerebral muestra en forma mucho menos dramática.

El proceso particular que consiste en reconstruir la evolución de la denominada enfermedad se encuentra detalladamente explicado en el capítulo de la metodología en la NUEVA MEDICINA. También las diferentes posibilidades de variaciones y combinaciones ya las hemos mencionado.

Aquí queremos comentar que la aplicación práctica de la NUEVA MEDICINA debe hacer una distinción entre una terapia teóricamente óptima dada por el sistema y la factible, a causa de

numerosas realidades y circunstancias sociales y médicas. Así en la NUEVA MEDICINA a un paciente con ca de intestino se le aconsejaría tragar bacterias de tbc lo más posible, antes de la CL. Esto aupondría un choque con diferentes noemas y prescripciones actuales. Por ello no le sirve de mucho decirle al paciente lo que podría hacer teóricamente de forma óptima, cuando ese camino está prácticamente prohibido.

13.2.1 Evaluación (cálculo) del proceso del conflicto a partir del DHS

Nunca se deberán dar diagnósticos y pronósticos prematuramente, mientras no se conozca la duración e intensidad de la actividad conflictual, es decir la masa de conflicto y mientras no se tenga certeza, si el o los conflictos no se puedan solucionar de forma real y eficaz. Algunos conflictos parecen poder resolverse fácilmente en teoría, no es así en la realidad, porque el paciente se encuentre entre las más diversas presiones. No puede dejar su puesto de trabajo, no puede vender su empresa, no se puede divorciar, dejar de ver a su suegra, etc. Si todas estas posibilidades de solución, no son en la práctica realizables, hay que intentar con el paciente y con los quizá presuntos familiares o amigos envueltos en el conflicto (patronos, bancos, autoridades, etc) encontrar una solución de segundo o tercer orden o quizá una puramente mental. Sólo entonces se obtiene un punto de anclaje para una prognosis posterior.

En la mayoría de los conflictos se intentará encontrar una solución conjunta con el paciente. Las excepciones, por las que se debe evitar una solución del conflicto, serán argumentadas en este capítulo.

13.2.2 ¿Qué es de esperar a niveles cerebral y orgánico?

La NUEVA MEDICINA no es una disciplina parcial, limitada solo a la conflictolisis, delegando las complicaciones a otras disciplinas especializadas, sino que es una medicina global que no debe perder de vista todos los pasos del proceso global de la enfermedad, también en el plano cerebral y orgánico. A esto habría que añadir, que a través de la valoración de la evolución del conflicto hasta el momento actual, podremos saber cuánto va a durar el proceso de curación-reparación, qué peligros y complicaciones caben esperar, tanto a nivel cerebral como orgánico. Y no es aquí el lugar para enumerar todas las posibles complicaciones. Conocerlas, es finalmente la experiencia de un clínico.

Un buen médico recurriría obviamente a aplicar todos los medios posibles para ayudar al paciente, tanto en el campo de la medicación como en cirugía, como lo utilizaría para sí mismo. La NUEVA MEDICINA tiene el deber de afrontar con el paciente la fase-pcl, en tanto se alcance una solución. La fase-pcl representa para el médico en general una dificultad mucho mayor que la fase-ca. No sólo porque necesita hacer comprender al paciente que los síntomas, que hasta ahora le han sido presentados como malos, sean a partir de ahora celebrados, en la mayoría de los casos como algo positivo, sino que habrá que sobreponerse también a las crisis reales en el plano médico. Pensemos aquí por ej. en la primera fase de una curación leucémica o en las crisis epilépticas/epileptoides que nos sitúan en un nuevo desafío, incluso a nivel de medicamentos, porque hasta ahora las hemos conocido erróneamente bajo otras etiquetas. Nos basábamos en la terapia sintomática, que siempre hemos tenido, como por ej. aminorar la vagotonía, sin embargo tenemos que hacernos reflexiones del todo diferentes, mediante la comprensión de los microbios. Por eso no es posible dar recomendaciones de posología terapéutica, como era habitual hasta ahora en los textos médicos. Esto concierne especialmente también a la cortisona de la que sabemos, especialmente, que puede hacer retroceder un edema en el cerebro.

La medicación

Es necesario explicar aquí, para el apoyo beneficioso del proceso de curación que básicamente todo medicamento actúa a nivel sintomático.

Antes nos imaginábamos que los medicamentos podían tener una acción central o periférica.

A través de los conocimientos de la NUEVA MEDICINA esto hay que relativizarlo. Prácticamente todos los medicamentos actúan en el centro, es decir por el cerebro al órgano. Mientras que hasta ahora nos imaginábamos que por ej. digitalis saturaba el músculo cardiaco, hoy sabemos que actúa a nivel cerebral sobre el relé del corazón.

El médico de la NUEVA MEDICINA no es un enemigo de los medicamentos, aunque parte de la base, de que la mayor parte de los procesos son optimizados por la naturaleza. Sabemos que la mayoría de los casos no necesitan apoyo de medicamentos en la terapia, pues en duración corta de conflicto y consecuente reducida masa de conflicto, no cabe esperar complicaciones especiales según la regla de la fase de curación. Sólo quedan los casos, que en la naturaleza terminarían mortalmente, de los que nosotros por ética médica tenemos que ocuparnos especialmente.

Hay que centrar la atención en los puntos críticos de todo proceso de curación, que en determinados conflictos y enfermedades son particularmente delicados., como por ej. Crisis epilépticas/epileptoides como infarto de miocardio izquierdo y derecho, en la crisis neumónica, crisis hepática, etc. Estas crisis transcurren actualmente todavía con un elevado porcentaje de mortalidad.

También en el futuro perderemos algunos pacientes, pero ahora tenemos la ventaja, que sabemos por adelantado lo que nos espera y podemos ya afrontar de antemano estos esperados sucesos. No nos sirve de nada, haber conseguido reducir la frecuencia de la neumonía, por el hecho de llamarla ahora ca bronquial (ver cap. sobre estadística), si los pacientes mueren de ca bronquial, pues entonces lo único que habremos hecho, es cambiar de etiqueta a la enfermedad. Pero si sabemos con precisión cuándo tenemos que contar con la lisis neumónica, y qué es lo que podemos hacer de forma preventiva, para influir favorablemente en principio en cuanto al proceso biológico, por ej. con cortisona, entonces constituye un punto de partida completamente nuevo desde la NUEVA MEDICINA. Es entonces cuando se podrían utilizar medios similares o parecidos, pues la comprensión de la premisa sería muy diferente.

Ejemplo: Si se sabe en una neumonía que el conflicto (miedo en o por el territorio), ha durado tres meses, sabemos que la crisis neumónica (CE) por lo general no va a ser mortal, incluso aunque no se hiciera nada a nivel de medicamentos. El paciente está tranquilo, ya que el médico también puede irradiar tranquilidad.

Ha durado el conflicto 9 meses o más, entonces sabe el médico que en la CE, la crisis neumónica se debatirá entre la vida y la muerte si no se hiciera nada. Él y el paciente, ambos tienen que prepararse para movilizar todas las fuerzas y resortes del paciente y apurar todas las posibilidades de medicamento: por cierto sobre todo en el momento de la CE para poder superar el punto crítico que sobreviene inmediatamente después de la CE. Este punto crítico se trata de nuevo de la vagotonía permanente que no debe conducir a una vagotonía profunda sino a hacia la normalización. Precisamente para este brusco viraje de timón ha programado el organismo la CE. En el 90% de los casos es suficiente con los medios de ayuda (resortes) de nuestro organismo. Los restantes 10% son aquellos que en la naturaleza a raíz de una crisis neumónica de intensidad suficiente, mueren rápidamente en vagotonía con coma cerebral consecuencia del edema cerebral y con un fracaso respiratorio mayor.

Otro ejemplo:

En caso del síndrome nefrítico sabemos ya con precisión con la ayuda de la NUEVA MEDICINA de qué trata la causa. Se trata de una fase-pcl del ca de túbulo colectores de riñón y pérdida proteica por causa de la secreción por el proceso de caseificación tuberculosa. Ahora sabemos bien lo que tenemos que hacer. (ver caso en la documentación Celler): si el paciente por cualquier motivo no puede cubrir la pérdida proteica con ingestión oral de proteína, tenemos que compensar la hipoalbuminemia por goteo, hasta que finalice el proceso de curación.

En caso de ascitis que representa la fase-pcl de un ca peritoneal, podemos ya prevenir al paciente en cuanto a esperar una ascitis en cuanto solucione el conflicto de ataque contra su vientre. Entonces puede afrontar la ascitis como una buena señal, así como, si tuviera bacterias tbc, la sudoración nocturna, la temperatura subfebril que debe afrontar, como una tarea a superar.

13.2.2.1 Unas palabras sobre la quimioterapia citostática.

Según mi parecer, se trata de una pseudoterapia peligrosa puramente sintomática que sólo se podía adoptar en desconocimiento de las leyes de la Nueva Medicina. La quimioterapia en ciertos casos tiene un éxito aparente (en detrimento de la médula ósea), en cuanto a que puede eliminar síntomas de fases de curación-reparación de los órganos controlados por el neocéfalo. Esto se obtiene a precio de muchos efectos desastrosos: uno de ellos es que se debe seguir con la quimio para impedir que se manifiesten de nuevo los síntomas de curación, lo que naturalmente produce una destrucción total de la médula ósea y la muerte segura del paciente.

El segundo peligro aún mayor, es que con cada aplicación de quimioterapia el edema cerebral es comprimido y provoca con ello el efecto peligroso del acordeón. Mediante la quimiopseudoterapia así como mediante la pseudoradioterapia se reduce de una forma radical la elasticidad de las sinapsis de las células cerebrales, haciendo disminuir fuertemente la tolerancia para un nuevo edema cerebral en la fase de reparación. Las sinapsis se desgarran y pueden, con ocasión de una nueva administración de citostáticos, llevar al fallecimiento brutal del paciente.

13.2.2.2 Unas palabras sobre dolores y morfina

Cuando el paciente recibía por parte de los hislólogos el diagnóstico “maligno”, entonces el médico se podía permitir suministrar morfina a las primeras leves manifestaciones de dolor. Se aceptaba de forma irresponsable, frívolamente, los efectos colaterales de la morfina, como adicción, supresión respiratoria, parálisis intestinal. Por ello la toma de morfina era siempre una vía de sentido único, “un homicidio a plazos”. La tragedia es que los pacientes la mayoría de las veces sólo tienen dolores cuando ya están en la fase de reparación y los dolores, por regla, tienen su límite de tiempo. Es el caso de osteolisis en huesos en la fase pcl que producen un fuerte dolor por estiramiento (dilatación) del periostio, uno de los dolores más temidos en la medicina. Con la NUEVA MEDICINA podemos diferenciar con precisión a qué fase corresponde el dolor, de qué cualidad, cuánto puede durar... Si a un paciente se le puede decir por ej. este dolor de huesos va a durar de seis a ocho semanas, después el hueso estará sanado. Así, no he tenido nunca la experiencia que un paciente pida morfina, incluso ni tomarla aún cuando se la ofrezcan. El paciente se hace un programa mental. Le ayudamos a distraerse y esto funciona casi siempre. Me refiero a distracciones como cabaret, espectáculos humorísticos, películas, cantar en un coro, nadar, como también aplicaciones externas para calmar el dolor, acupuntura, masaje, etc.

Es importante saber que la morfina provoca rápidamente alteraciones mentales y cerebrales gravísimas, que destruyen la moral del paciente hasta el punto, que a partir de ahí, ya no puede soportar más ningún dolor. Dado que el dolor es subjetivo, cada vez que disminuye el efecto de la morfina, los pacientes sienten éste con mucha mayor intensidad que si no hubieran tomado la morfina. Por ello de sobra sabemos que las dosis deben ser aumentadas. El paciente muere por causa de la morfina, es decir el intestino se paraliza, muere de desnutrición y deshidratación.

13.2.3 Punciones y toma de muestras (biopsias).

Según la comprensión de la NUEVA MEDICINA, en cuanto a que en caso de un cáncer siempre se encuentra la misma formación histológica en el mismo órgano, resultan casi del todo superfluas las punciones y escisiones. Por nuestras experiencias sabemos que el TAC cerebral nos proporciona una aclaración más segura sobre la formación histológica, que una toma de muestras con punción.

Una punción en caso de un osteosarcoma es casi siempre el comienzo de una catástrofe. Porque el líquido del callo que se encuentra bajo presión se hace camino por el periostio abierto (irrupción de la sutura del periostio), en el tejido circundante causando un enorme osteosarcoma. Si no se hiciera biopsia, el tejido circundante externo sólo estaría inflamado, porque en efecto el líquido traspasa el periostio, pero no las células del callus. Tendríamos un proceso como en el caso de reumatismo articular agudo, que después decrece espontáneamente.

Por ejemplo la punción puede tener consecuencias fatales donde abra al exterior un denominado absceso frío, es decir un ca de del glándula mamaria en fase pcl. Aparece aquí una secreción tuberculosa maloliente de la mama. Como en el caso de una osteolisis abierta en fase de curación – reparación, la salida del callus puede ser impedida temporalmente con quimioterapia, acaba la mayoría de las veces con amputación, así también en este caso acaba la mama punzada a menudo con una pronta amputación.

Esto significa que las pruebas con punciones y escisiones en un futuro en la NUEVA MEDICINA quedarán sólo para muy pocos casos, excepcionales.

13.2.4 Intervenciones quirúrgicas

Las operaciones actuales son en gran parte las denominadas operaciones de cáncer. Para ello el cirujano se orienta según el juicio del histólogo que declara un proceso como maligno o benigno. En este tiempo sabemos ya que todas las necrosis controladas por la médula cerebral en la fase de reparación hacen los actualmente denominados tumores malignos (linfomas, osteosarcomas, quistes renales, quistes ováricos), que en la NUEVA MEDICINA son todos “tumores de reparación”, es decir proliferación celular inofensiva, operables únicamente cuando ocasionen impedimentos mecánicos o sean inaceptables para los pacientes. Para los tumores controlados por el tronco cerebral necesitamos al cirujano únicamente como necesitamos al cazador en el bosque, si no tenemos más lobos: además hay que diferenciar cómo de grande es el tumor intestinal, si llegara a una solución del conflicto. Si el tumor es relativamente pequeño, se puede partir de que incluso en el caso de ausencia de tbc, no se van a presentar complicaciones. Si en cambio el tumor es grande y puede causar en cualquier momento una oclusión intestinal mecánica, entonces tenemos que evaluar con mucha atención si se espera la fase de curación y hay esperanza de que se de lo más pronto posible un suceso de reparación mediante tuberculosis. De todos modos hay que explicar al paciente que representa un riesgo como la propia operación. La situación seguramente más favorable para una operación sería si el paciente estuviera en la fase-ca, pues la anestesia constituye en la fase pcl vagotónica mucho mayor riesgo. Aquí hay que poner el acento en que el paciente es el jefe del proceso y nosotros tenemos que explicarle detalladamente los pros y los contras.

En la NUEVA MEDICINA hay también indicaciones sobre cirugía contraindicada, por ej. en el quiste renal y de ovario, que transcurren casi como un embarazo y necesitan nueve meses hasta que quedan indurados y pueden tomar la función planeada por el organismo. Durante estos nueve meses no se debe operar, porque en este tiempo los quistes crecen adheriéndose a los órganos circundantes donde se procuran temporalmente la sangre necesaria por falta de un sistema de circulación sanguínea propio arterial y venoso. Este proceso biológico se comprende erróneamente como “crecimiento maligno invasivo del tumor”. La prueba se produce en sí misma cuando todas esas “infiltraciones tumorales” seguían creciendo durante el resto de los nueve meses, y tenían que ser finalmente operadas de nuevo revelándose como particularmente malignas. En estas precipitadas operaciones, con la incomprensión de la medicina actual, se operaban además los órganos “infiltrados”, de forma que el abdomen quedaba reducido a un torso. Sobre los conflictos como consecuencia yatrogénica no queremos decir nada aquí.

Si se espera los nueve meses, no operaríamos en lo posible el pequeño quiste resultante, 12 cm, pues estos quistes desempeñan la función de la producción hormonal y de la eliminación de la orina respectivamente, como está previsto por el organismo. Tan sólo en casos extremos, donde causen estos quistes graves problemas mecánicos, está indicada la operación después de un periodo de casi nueve meses una vez el quiste indurado. Tal operación es una pequeña intervención bajo el punto de vista técnico pues en este tiempo todas las adherencias están ya desprendidas y los quistes están envueltos en una cápsula recia y compacta, (ver relativo a lo que se refiere, ejemplos de casos expuestos en la documentación de Gelsenkirchen y Celler).

13.2.5 Atención (asistencia) psicológica del paciente

El objetivo de toda terapia debe ser facilitar la comprensión en el paciente de las circunstancias relativas a su “enfermedad”. Para un paciente que esté solo y continuamente en peligro de caer en el pánico debido a su entorno, es muy difícil que se pueda defender con la comprensión de la NUEVA MEDICINA, en tanto que la NUEVA MEDICINA sea una medicina marginada. Si tuviéramos un buen sanatorio, donde todos los colaboradores y enfermos comprendieran la NUEVA MEDICINA, desaparecería ese pánico. En tal espacio terapéuticamente cerrado, el paciente podría ser atendido de forma óptima por terapeutas, que no tendrían por qué ser médicos, pero que podrían aclarar al paciente todos sus síntomas tanto actuales como venideros. Además así también se apartaría al paciente durante un tiempo para que no sufra ninguna recidiva del conflicto. Pienso en una especie de “refugio” que ofrezca protección de los bancos, acreedores, abogados, patronos, mujeres vengativas, suegras, hijos o familiares ávidos de herencias, en pocas palabras todos los peligros de recidiva de conflicto.

Incluso para los pacientes que no consiguen llegar al final, pero que estaban llenos de esperanza, la muerte sin morfina y sin el departamento de cuidados intensivos es mucho más humana y natural, en todo caso un final esperado sin miedo ni pánico a la muerte, sino sólo como un paso, un cambio hacia otro mundo. Para los pacientes y familiares la muerte es una digna despedida.

13.3 Planificación biológica de conflictos de por vida (fenómeno del lobo secundario)

Ya hemos hablado, de que los conflictos tienen un pleno sentido biológico, también de manera especial a nivel orgánico. Sólo que hasta ahora no podíamos ver estas relaciones, porque estábamos ciegos en cuanto a que no relacionábamos los aspectos biológicos filogenéticos con por ej los tumores.

En adelante queremos ocuparnos de los conflictos que han sido planteados por la madre naturaleza de forma sistemática y que han sido planificados por ella en nuestro cerebro. Considero que una persona, en los animales lo vemos más claramente, puede sufrir un conflicto, por ej un conflicto de territorio, y no lo soluciona a lo largo de su vida – y que este hecho puede incluso tener un sentido. Nos referimos aquí a la búsqueda del sentido biológico de tales procesos, a su origen y honradamente debemos aprender de nuestros antropólogos, etólogos e investigadores de primates.

Debo dejar constancia que muchos fenómenos han sido observados sólo de forma imprecisa por parte de un buen número de investigadores, prácticamente sólo se ha recopilado datos, con ciertos postulados, porque naturalmente, si se parte desde formulaciones de preguntas completamente diferentes, a menudo nos encontramos de nuevo al comienzo.

En nuestra sociedad orientada hacia un sentido de rendimiento, es habitual juzgar a las personas según criterios masculinos, aquí especialmente al hombre, y valorar en base a: condiciones y puesto en la profesión, capacidad de lograr una carrera, ligado a una cierta brutalidad, pensamiento jerárquico, casarse con una mujer y crear una familia, etc... Todo esto son criterios que no pueden y no deben aplicarse a todos los hombres y precisamente a causa de sus conflictos en balance, en suspensión (pendientes).

He podido observar, como ya he citado antes, que por ej en conflicto de territorio tiene un individuo un determinado espacio de tiempo para solucionar. Si dicho individuo no consigue esta solución de conflicto, queda la posibilidad de transformarlo aminorándolo, para garantizar con un conflicto en suspensión la continuidad de su vida. El hombre diestro entonces, con un conflicto de territorio en suspensión en el hemisferio derecho del neocórtex, tendría éste casi bloqueado, y reaccionaría por tanto con la parte izquierda “femenina”, con la que trabajaría y donde sufriría el posible próximo conflicto. Es claro que esto tiene consecuencias en la vida cotidiana y se puede presumir que un hombre así debe cumplir muy diferentes tareas, en la vida social dentro de su grupo, que no tienen nada que ver con los criterios que se miden habitualmente a los hombres.

Existe en los lobos un fenómeno correspondiente a este tema, que yo creo que tiene que ver con este conflicto en suspensión:

Observamos una manada de lobos y nos damos cuenta que sólo hay un jefe guía y una jefa guía, el resto de los lobos son jóvenes o lobos secundarios. Estos tienen la apariencia del jefe, pero en realidad son muy diferentes, no deben levantar la cola como el jefe, tampoco la pata para orinar, sino que deben hacerlo como las hembras y no tienen nada que ver en la procreación. Se puede pensar que estos ejemplares de lobos en su primera lucha territorial hayan sufrido de conflicto de territorio que haya quedado pendiente. Reaccionan ahora casi “femeninos”. Semejantes lobos no deben salir nunca del conflicto pendiente, pues lo más seguro es que de ello dependa su vida. De la misma forma depende también la vida de la manada. Si un lobo secundario solucionara su conflicto, moriría de infarto cardíaco. No tendría sentido para la naturaleza, ni para el individuo ni para la manada. El lobo secundario queda modificado de por vida y el lobo guía le recuerda siempre su posición jerárquica. Esta constelación es lo mejor para la manada, pues si se dieran continuas luchas de territorio no sería eficiente para su funcionamiento.

Naturalmente semejantes comparaciones son siempre un poco audaces, mi intención es en este punto poner la mirada ante todo en la función biológica y en el sentido biológico de conflictos activos en suspensión de por vida, sentido que parece doble con la función individual y supraindividual.

13.4 Enfermedades mentales y psicopatías – Tipos de posibilidades de supervivencia temporales para una posterior solución. El denominado retraso en el desarrollo.

La NUEVA MEDICINA comenzó en 1981 con los nexos del origen y curso de las denominadas enfermedades cancerosas y en 1984 abarcaba en el libro de bolsillo “KREBS-Krankheit der Seele, Kurzschluss im Gehirn, dem Computer unserres Organismus” (“CÁNCER- enfermedad del alma, cortocircuito en el cerebro, ordenador de nuestro organismo”), los infartos cardíacos, es decir los infartos cardíacos izquierdos y los infartos cardíacos derechos, también llamados embolias pulmonares.

Ya en 1987 en el libro “Vermächtnis einer Neuen Medizin” (“Legado de una NUEVA MEDICINA”), tomo 1 se exponía que todas las consideradas enfermedades o programas especiales de nuestro organismo se desenvolvían según las leyes biológicas de la NUEVA MEDICINA.

A estos programas especiales pertenecen también las enfermedades mentales y psicopatías que hasta ahora siempre han sido consideradas enfermedades mentales sin una relación a nivel orgánico. Era un error. Las denominadas enfermedades mentales y psicopatías transcurren exactamente según las leyes biológicas de la NUEVA MEDICINA, tienen todas una correlación cerebral y una correlación orgánica, dos correlaciones cerebrales y dos correlaciones orgánicas respectivamente y siguen reglas suplementarias que quizá en un futuro se conviertan también en leyes pero que las considero reglas hasta el momento.

13.4.1 Depresión

La regla de la depresión dice: de depresión se enferma una mujer zurda con un conflicto sexual, conflicto de miedo-susto, o conflicto de identidad o una persona igualmente hombre o mujer, que esté en una amalgama hormonal,(empate hormonal), (es decir cuyas hormonas masculinas o femeninas se mantengan en una balanza, que se apoya un poco hacia el lado masculino con un conflicto de territorio, conflicto de territorio amenazado, contrariedad de territorio o conflicto de marcaje de territorio, es decir cuando sufre de un conflicto en la zona territorial derecha. En el lóbulo temporal derecho.

13.4.2 Manía

Un hombre zurdo sufre automáticamente de una manía en un conflicto de territorio, territorio amenazado, contrariedad o marcaje de territorio, porque como zurdo en vez de acusar los FOCOS de HAMER en la parte territorial lo hace en la parte izquierda. O cuando el paciente que se encuentra en una amalgama hormonal donde los componentes femeninos están ligeramente acentuados, enferma de un conflicto sexual femenino, conflicto de miedo-susto, de identidad o de marcaje interno de territorio.

13.4.3 Constelación esquizofrénica de los hemisferios corticales

Para la constelación esquizofrénica existen dos criterios indispensables:

1. El cerebro entero no vibra en el ritmo básico.
2. Los dos hemisferios cerebrales vibran con diferente ritmo.

Estas dos condiciones se consiguen mediante los siguientes FHs:

El paciente sufre un conflicto central que oscila en la misma medida en los dos hemisferios. Entonces ya no vibra el cerebro completo en el ritmo básico. Si recibe además otro conflicto cortical, no importa sobre qué lado, entonces también oscilan los dos hemisferios cerebrales en diferente ritmo. Ambas condiciones se cumplen.

No puedo definir todavía científicamente la expresión “ritmo básico”. Hasta ahora es correcta empíricamente. Con esta expresión debemos imaginarnos un ritmo que no está perjudicado ni modificado por ninguna actividad de conflicto ni influencia externa (por ej química) como heridas cerebrales, drogas, sustancias alcohólicas. La curación natural de los Focos de hamer sería finalmente volver a instalarse este “ritmo de base”.

Ambas condiciones se cumplen también si el paciente tiene un foco cortical activo tanto en la parte izquierda como en la derecha. Aquí no oscilan ambos hemisferios como el resto del cerebro y además de forma diferente uno respecto al otro.

Cuando se verifican ambas condiciones y el paciente tiene sus correspondientes focos corticales en actividad de conflicto, entonces se encuentra en constelación esquizofrénica, y existen además dos posibilidades de estar en constelación esquizofrénica.

1. Cuando el paciente toma drogas, el ritmo de base ya está modificado por el efecto de las mismas. En este caso se cumple la primera condición y el paciente basta con que tenga un solo conflicto o lo reciba de nuevas, puede entrar en ese mismo instante en constelación. Esto explica por qué las personas que tienen un conflicto cortical activo entran inmediatamente en constelación esquizofrénica si consumen una droga, igual si es heroína, morfina o alcohol. Lo mismo sucede en caso contrario, si el paciente bajo la droga recibe un conflicto.
2. La segunda posibilidad es que un paciente esté herido cerebralmente u operado del cerebro. En este caso el cerebro no vibra tampoco en el ritmo básico. Es la diferencia entre FOCO de HAMER y FOCO de HAMER operado, en el primer caso cuando se repara vuelve al ritmo básico mientras que en el segundo, operado o herido, no puede hacerlo más en su vida.

En este caso de herida u operación cerebral, conforme a lo definido, es suficiente que el paciente reciba un conflicto en la misma parte de la herida cerebral. También entonces entrará en constelación. Esto tiene fuertes repercusiones en pacientes operados del cerebro y en el mismo sitio o casi en el mismo sitio, hablando de un modo figurado, pero muy cerca de esta operación sufren de un Foco de Hamer activo. En el caso de una curación espontánea con cicatrización glial, sería una recidiva normal. Pero en el caso de una operación cerebral no se trataría de una recidiva normal, sino que el paciente está momentáneamente en una constelación. Por ello muy difícilmente podría resolver este conflicto.

13.4.4 Constelación frontooccipital

Mientras que la constelación esquizofrénica significa más o menos una oposición transversal de los FOCOS de HAMER, en la que los hemisferios izquierdo y derecho se afectan en oposición, la constelación fronto-occipital es en la que el paciente ve o imagina un peligro por delante y otro por detrás. Esto es para el paciente una mala situación a menudo sin salida y puede incluso crear condiciones que antes considerábamos esquizofrenia. Además existe la combinación a la derecha frontal o a la izquierda occipital o viceversa, en la que el paciente no sólo se encuentra en constelación esquizofrénica porque están implicados los dos hemisferios cerebrales, sino también en constelación fronto-occipital, porque ha sufrido en focos frontales y occipitales.

Imaginemos los dos hemisferios cerebrales como huevos incompletos, aplastados en el medio, que están uno al lado del otro, entonces cualquier punto de una cáscara puede formar una

constelación esquizofrénica con cualquier otro punto de la otra cáscara. Existen infinitas posibilidades de combinaciones correspondientes a las numerosas manifestaciones que conocemos a través de la psiquiatría.

No sólo es importante saberlo, sino lo es también determinar exactamente cada FH – no tienen por qué ser de dos en dos, pueden ser de a cada tres o a cuatro, pues estos focos sólo pueden darnos aclaración sobre el contenido sobre las supuestas o reales fijaciones, que son ilusorias pero que originariamente han estado motivadas por cosas bien reales que revelaron el conflicto del paciente.

Un paciente con dos conflictos de motricidad en cada uno de ambos hemisferios tiene habitualmente una manía motora, es decir a menudo tiene un tic en el que hace siempre un determinado movimiento o en una situación precisa que tiene que ver con el conflicto, comete una aparente acción sin sentido, pero que podremos comprender si sabemos los dos DHS.

Otro paciente con dos Focos en la corteza visual cada uno en un lado, que corresponden a dos conflictos de miedo en la nuca, presenta una manía persecutoria, pero no está tan loco como pensábamos antes, sino que representa en realidad un intento de liberarse del miedo en la nuca, es decir de solucionar el conflicto eludiendo consecuentemente mediante su “locura” todas las situaciones, incluso insignificantes, (para salir de ellas), lo que hasta ahora no habíamos comprendido.

O cuando el paciente tiene un conflicto de territorio activo y un foco de conflicto sexual activo en oposición en los lóbulos temporales derecho e izquierdo, entonces se encuentra en la denominada constelación esquizofrénica postmortal, es decir piensa continuamente en el tiempo después de la muerte. Antes nos parecía que no tenía sentido, pero hoy comenzamos a entender este hecho en tanto que el paciente se encuentra con semejantes conflictos en una especie de posición de espera o como en inmersión y fundamentalmente piensa en el tiempo de su “resurrección biológica” cuando hubiera resuelto sus dos conflictos.

13.4.5 El sentido de la constelación esquizofrénica de la corteza cerebral.

Si el paciente ha sufrido un conflicto, puede solucionarlo del modo conocido, en el que lo piensa continuamente, en el que el organismo se pone en estrés máximo, no duerme de noche, pierde peso, tiene manos frías, piel fría, rápidamente entra en tono de estrés, en simpaticotonía.

Si un individuo tiene un conflicto de territorio en el lado derecho, lóbulo temporal periinsular, debe resolverlo lo más rápido posible, pues si el conflicto está activo durante demasiado tiempo, morirá de infarto cardíaco en una solución de conflicto demasiado tardía.

Pero si tiene este primer conflicto activo y hace un segundo conflicto en el lado izquierdo, entra en una constelación esquizofrénica. Lo más importante de ello, es que en constelación la masa conflictual no aumenta, apenas crea masa de conflicto.

Esto no es un sin sentido biológico, al contrario, pues el paciente espera ahora, visto biológicamente a mejores condiciones, a que “mejore el tiempo”, cuando la solución puede venir de forma automática. Es decir puede esperar hasta que su rival de conflicto muera de muerte natural y podrá entonces resolver sus conflictos sin apenas masa conflictual (y por ello sin peligro a una solución mortal), gracias a la constelación, y resurgir de entre las cenizas como el ave fénix e incluso tomar la dirección del territorio.

De modo que la persona que se encuentra en constelación esquizofrénica es una persona que momentáneamente ni puede ni quiere encontrar ninguna solución ya sea para uno o para el otro conflicto, porque por determinadas razones no hay solución para el conflicto más importante, y

por ello espera que ese conflicto más importante entre en solución espontáneamente por modificación de la realidad, por lo que el segundo se solucionaría automáticamente.

La madre naturaleza ha conseguido aquí casi una especial forma de equilibrio de dos conflictos activos y con ello ha conseguido un propósito lleno de sentido, sacar a este ejemplar de la escena, “carrera provisional” y tenerlo en reserva para una posterior situación de emergencia del grupo social específico, de la familia, manada, etc.

13.4.6 La constelación esquizofrénica de cerebelo

A parte de la constelación esquizofrénica de la corteza cerebral, conocemos la constelación esquizofrénica del cerebelo, que produce una anulación provisional de la emocionalidad del paciente. Un ejemplo:

Una hija adulta ofendió a la madre en lo más profundo en tanto que se despidió de forma desvergonzadamente despreciativa. La paciente sufrió instantáneamente en la mama madre / hijo izquierda un carcinoma, correspondiente a un FOCO de HAMER activo en cerebelo lateral derecho. Segundos después le decía su marido, que allí se encontraba, con el que convivía desde hacía 40 años y con el que nunca había cruzado ni una mala palabra: “ tú, vieja tonta!” En el mismo momento sufrió igualmente en la mama derecha un carcinoma adenoide, correspondiendo a un FOCO de HAMER activo en cerebelo lateral izquierdo. Para la paciente no sólo se le cayó el mundo, sino que cuenta que en ese momento sintió interiormente una frialdad de hielo, o sea que no era capaz de tener ningún sentimiento. La paciente sufrió muchos meses por esto, entretanto había continuadas soluciones con fuertes sudoraciones nocturnas, como signo de una tuberculosis, en las que a veces uno u otro nódulo era reducido; después siguieron recidivas de nuevo y la paciente se encontraba en una especie de constelación esquizofrénica. Hacía cosas completamente alocadas, que eran expresión de esta completa frialdad de sentimientos.

13.4.7 Consecución de los DHS en corteza cerebral

Normalmente el hombre diestro sufre su primer conflicto en el hemisferio derecho. Su segundo conflicto lo experimenta entonces en el hemisferio cortical izquierdo. El hombre zurdo al contrario. La mujer diestra sufre su primer conflicto en el hemisferio cortical izquierdo, el segundo en el hemisferio cortical derecho. En la mujer zurda al contrario. Existe sin embargo una excepción: los conductos galactóforos del pecho derecho e izquierdo se asocian al mismo lado del cerebelo y siempre claramente definidos como mama-hijo o mama-compañero.

Por ejemplo si una mujer diestra sufre un conflicto de separación del hijo, entonces se impacta siempre el lado cortical derecho en el centro cortical sensorial, igual si es el primer o segundo conflicto. Pues está correlacionado con el relé del cerebelo lateral derecho, que reaccionaría si no se tratase de un conflicto de separación sino de un conflicto de preocupación o de pelea por o con el hijo.

En la mujer zurda es al revés. Aquí se afectaría el pecho derecho por un conflicto de separación del hijo y se buscaría el correspondiente foco para el carcinoma ductal izquierdo en el centro cortical izquierdo y estaría correlacionado con el relé en cerebelo lateral izquierdo, el cual reaccionaría si tuviera un conflicto de preocupación o de pelea de la madre zurda.

Conjuntamente con los conductos galactóforos que por ejemplo en la madre diestra están claramente definidos en la mama izquierda, puede el músculo flexor del brazo izquierdo estar específicamente definido por el hijo, así como la piel en la parte curvada del brazo y de la mano y la parte izquierda de la piel del vientre (pues antes también las personas tenían una cadena

mamaria completa, que hoy sólo subsiste como esbozo rudimentario). Así como la parte interna de la pierna izquierda donde la diestra sienta normalmente a su hijo.

En el caso del compañero es exactamente lo contrario. Sólo se distinguen las partes externas del brazo y de la pierna que indican una separación con defensa al mismo tiempo, y aquí es el brazo izquierdo el “brazo escudo” para la diestra y el brazo derecho como el “brazo para atacar”.

13.4.8 Sensibilidad del periostio

Todas estas reglas valen de la misma manera también para la sensibilidad del periostio, donde el contenido del conflicto siempre es una separación que conlleva dolor o de sufrimiento doloroso, o sea una separación brutal. Aquí también valen análogamente las mismas correlaciones topográficas.

Existe una constelación esquizofrénica sólo con conflictos de periostio (parálisis sensorial del periostio) de ambos hemisferios, en los que el neurólogo no puede descubrir nada, salvo que las extremidades afectadas estén algo más frías que las no afectadas.

Esto explica por qué tenemos para todos los conflictos una relación orgánica, pero que al mismo tiempo en estos considerados pacientes esquizofrénicos, no se notaba ninguna enfermedad orgánica, porque supuestamente no tenían ninguna carencia a nivel orgánico.

Esto dependía simplemente sólo por el hecho que no podíamos reconocer correctamente porque no comprendíamos los FOCOS de HAMER en el cerebro, ni los sabíamos correlacionar.

13.4.9 La consecución de los FOCOS de HAMER en los conflictos de cerebelo

En el cerebelo, el impacto sobre la consecuente activación de los FHs no sigue las mismas reglas que en el neocórtex, sino que está rigurosamente determinada la correlación madre/hijo, correlación compañero, respectivamente relacionado localmente con la zona del conflicto.

Si el paciente por ej recibe un golpe en el vientre, desarrolla naturalmente en la correspondiente zona peritoneal, un mesotelioma peritoneal, eventualmente externamente también un melanoma.

Si la diestra tiene un conflicto de preocupación madre/hijo, reacciona en cerebelo lateral derecho con un FOCO de HAMER y en la mama con un carcinoma de glándula mamaria. Lo especial es que la paciente si tiene más hijos, puede reaccionar dos veces con un carcinoma en la misma mama así que ahí pueden estar ambos activos al mismo tiempo. En la corteza cerebral, menos la excepción mencionada, esto se evita. Por ejemplo una paciente diestra que ha sufrido de un conflicto sexual, desde ese momento entra en amenorrea y reacciona en delante de forma masculina y sufre su próximo conflicto en la parte derecha como “hombre”, en el relé de territorio. Esto siempre es así con todos los conflictos corticales menos la mencionada excepción. En cerebelo como se ha dicho la relación local con el órgano es la regla.

Un ejemplo: Un radiólogo mostraba a una paciente una radiografía con un tumor en el lado derecho y dijo: “esto es lo que tenemos que operar”. La paciente sufrió en ese segundo un conflicto de ataque contra su tórax y en la fase de solución un derrame pleural en la parte derecha, lo que nadie podía imaginarse, porque su tumor estaba en la parte izquierda, (en efecto nosotros miramos las radiografías de forma que imaginamos a los pacientes enfrente nuestro).

Para la paciente que no lo sabía, se sintió impactada en el momento del DHS en la parte derecha del tórax.

13.4.10 Una constelación esquizofrénica del tronco cerebral.

Hasta ahora no he podido observar claramente este caso límite: esto no es válido para el ángulo del puente del cerebelo, donde se encuentra el denominado neurinoma del nervio acústico cuyo relé pertenece a la mucosa del oído medio y de las células aéreas del proceso mastoideo que reacciona como medio adenocarcinoma y como mediomesotelioma adenoideo. Es decir no forma carcinoma en coliflor, sino que más bien engrosamiento en capas en la mucosa del epitelio cilíndrico para como así decirlo, poder captar mejor el tono o la información.

Para los embriólogos e histopatólogos cuentan de todos modos los neurinomas acústicos como pertenecientes al tronco cerebral a causa del epitelio cilíndrico de su antigua mucosa intestinal. Por el momento no estamos en posición de afirmar o excluir con seguridad si puede sobrevenir una especie de constelación esquizofrénica en el caso de estos núcleos del nervio acústico dispuesto bilateralmente en el tronco y que no se cruzan, dado que no he examinado un número suficiente de casos.

13.4.11 El retraso en el desarrollo (el desarrollo tardío)

En psicología, psiquiatría, pedagogía, etc hacemos continuamente una observación, que hasta ahora no podíamos comprender: el retraso en el desarrollo. Lo habíamos considerado en parte como “proceso orgánico cerebral” como por ej un daño cerebral de la primera infancia pero en parte lo encontrábamos también como entre las enfermedades mentales y psicopatías en las que ya no veíamos respecto a su causalidad el origen orgánico necesariamente sino una alteración puramente psíquica.

La NUEVA MEDICINA nos da, sobre la base de pruebas, una explicación con cierta luz: el individuo en cierta medida es “conservado” o “congelado” en espera de tiempos mejores. Observando más de cerca, o sea del lado de la situación conflictual biológica, se nos presenta la cosa relativamente fácil:

El individuo que está desarrollando todavía no puede superar un conflicto biológico decisivo en el periodo de tiempo marcado por la naturaleza. Por algún motivo que tenemos que examinar a nivel individual, la naturaleza deja que “sufra conjuntamente” de otro conflicto biológico. Desde este momento queda garantizada la supervivencia gracias a la constelación esquizofrénica. Si el individuo continuara desarrollándose a pesar de dicha constelación, esto tendría consecuencias negativas inmensas.

Una niña pequeña sufre por ejemplo por el divorcio de los padres de un conflicto de separación del padre, porque se le concede la custodia a la madre, podría, si este conflicto durara demasiado tiempo, hacer alguna vez una grave neurodermitis con ausencias en las que podría morir. Si se añade además por ej un conflicto de motricidad (no poder retener al padre), inmediatamente el desarrollo de la niña queda “congelado”. En este punto se garantiza dos cosas:

1. Apenas se forma masa conflictual.
2. La niña puede solucionar el conflicto cuando sea mayor, cuando vengan “mejores tiempos”

En este ejemplo “mejor tiempo” significa para ella su edad. Desde el momento que tenga 14 años y pueda decidir ella sola con quien quiere estar y además soluciona también el segundo conflicto.

El retraso permanece en un estado infantil sabiamente, para que el individuo no tenga que mantener ninguna competencia en este momento tan importante para su supervivencia. Si la criatura siguiera desarrollándose completamente respecto a su edad a pesar de estos dos conflictos no resueltos, no tendría después la oportunidad de resolverlos, porque se encontraría en un nivel de consciencia y desarrollo completamente diferente.

Si las circunstancias externas cambian casualmente, la niña puede solucionar sus conflictos, y “postmadurar” en poco tiempo, ¡un aspecto tremendamente interesante!

Existen muchas escuelas especiales con niños con retraso (evolutivo), pero también muchos bachilleres y diplomados superiores que en cuanto a una madurez, se encuentran en un nivel de prepubertad o pubertad, y el contingente de afectados es mucho mayor de lo que se cree. Para conseguir un título académico basta con un grado de madurez de 13 años. La madurez humana y sexual no está en los requisitos absolutamente necesarios para conseguir un grado definido como escuela superior puramente intelectual, desde luego no es un impedimento. Nuestros test de inteligencia y cualificación no son capaces de revelar la madurez de una persona.

13.5 Evitar el denominado “círculo vicioso”

En mi libro “Vermächtnis einer Neuen Medizin” (“Legado de una NUEVA MEDICINA” he definido el círculo vicioso como un mecanismo peligroso que describo como “columpiarse” psíquicamente mediante recidivas, y conflictos nuevos y consiguientes, en los que el paciente va a parar siempre a causa de pánico médico y en general por el producido en su entorno, que no debiera ocurrir. El animal en cambio no entra en ello, porque no se le puede asustar con diagnosis o prognosis.

Para nosotros hay círculos viciosos que difícilmente podemos romper porque trascurren aparentemente de forma automática.

Ejemplo: Una paciente se deja amputar la mama en la que tiene un nódulo, pero que no creció más porque el conflicto se había solucionado aunque le molestaba. Yo le había dado el consejo que el ginecólogo le operara dicho nódulo y no el pecho entero. Éste conversó con la paciente hasta que la convenció de amputar toda la mama. Cuando despertó de la anestesia no recibió ningún conflicto ya que estaba de acuerdo con la amputación. Seis semanas más tarde tenía que vestirse con su maravilloso “dirndl” de fiesta (vestido típico tirolés con marcado corpiño). Cuando se lo puso ante el espejo, se asustó pues le faltaba el pecho izquierdo. El “dirndl” no estaba completo. No quedaba bien. En ese mismo segundo sufrió la paciente su DHS de deformación en el lado de la amputación de la mama izquierda.

Seguidamente se formó un melanoma. Ahí comenzó el círculo vicioso: cada vez que la paciente veía el melanoma volvía a sentirse deformada y mancillada. Consecuencia: el melanoma siguió creciendo. Otro círculo vicioso: como la paciente se sentía deformada en la parte izquierda del tórax, lo que bien podía haber ocurrido también ante el espejo, sufrió de un conflicto de desvalorización de sí misma en esta área local del pecho izquierdo cuya correlación orgánica corresponde a las costillas, y a la parte izquierda del esternón. Finalmente se consiguió encontrar un cirujano que a pesar de las osteolisis en costillas y del esternón, se atrevió a quitar el melanoma con la cubierta cutánea, y que tomó la medida expresa muy gentilmente de evitar herir el periostio. La operación se realizó con éxito pero la paciente tuvo una inflamación violenta del periostio en la zona de las costillas y de la parte izquierda del esternón, que ya tenían osteolisis.

Por suerte que conocía la NUEVA MEDICINA y se dejó tranquilizar rápidamente, en tanto que no era más que la solución-reparación del esqueleto en esa zona, que iba a durar de 8 a 12 semanas, que iba a tener dolores pero que no representaban peligro. Por suerte superó todo esto

la paciente y está de nuevo sana. Si no hubiéramos encontrado a este amable cirujano, ella hubiera muerto en este círculo vicioso.

Círculos viciosos similares existen en la naturaleza que tienen su sentido. Por ejemplo muchos pacientes cuando están paralizados tienen además un conflicto de desvalorización en la zona del esqueleto del miembro que no pueden mover. Salen difícilmente del primer conflicto si por ej la cabeza de fémur tiene osteolisis y se rompe, pues así no es que no puedan caminar por motivo de la parálisis motora, sino que no pueden ponerse en pie porque la cabeza de fémur está rota.

Por muy cruel que sea decirlo, semejante paciente en la naturaleza sería “pasto para los leones”. En nosotros las personas, por suerte, nos es posible salir de estos círculos viciosos gracias a que podemos ayudar al paciente con una adecuada prótesis de cadera. Con ello, obviamente no se resuelve el primer conflicto de la parálisis motora, pero por lo menos se interrumpe el círculo vicioso.

También hay círculos viciosos que se forman por causa de una mala comprensión o por un verdadero impedimento en la fase de solución. Uno semejante es por ej la poliartritis crónica primaria que se funda en el siguiente mecanismo: el paciente sufre de una desvalorización de sí mismo por falta de habilidad de sus dedos, zona del esqueleto de la mano, en la que pasa por una gran torpeza. Soluciona este conflicto, entonces se inflama la piel y como normalmente se trata de osteolisis cerca de las articulaciones, el edema presiona (fluye) en la zona de la menor resistencia, o sea en la articulación del dedo o de la mano. A causa de esta inflamación el paciente se siente todavía más desmañado que lo que se había sentido antes, y sufre en medio del conflicto en solución,- pues de otra forma no hubiera tenido esta inflamación de la articulación- una recidiva.

La recidiva ocasiona que las inflamaciones de las articulaciones se retraigan, pero no porque estén curadas sino porque en la renovada fase ca se hacen nuevas osteolisis en lugar de recalcificaciones. Es decir el proceso se invierte. Se aplaca la inflamación, el paciente se siente más hábil con sus manos y puede solucionar su conflicto. Esta solución hace que vuelva de nueva otra inflamación de las articulaciones de los dedos, y así sigue el proceso como en un oleaje y se puede extender durante muchos años hasta que al final llega a una deformación de las manos que quedan como cimentadas en estos momentos de inhabilidad.

Este fenómeno o parecido tenemos en todos los osteosarcomas, especialmente más a menudo en rodilla, el denominado poli- omiartritis agudo o el llamado reumatismo articular, por ej de rodilla. El denominado reumatismo articular es la fase de solución-reparación, dicho con todo rigor (en el sentido estricto de la palabra), un osteosarcoma junto a la articulación, precedido por una osteolisis próxima al cartílago. A causa de la fuerte inflamación y de la deformación de la articulación, que en realidad es pasajera, puede llegarse a una recidiva de conflicto por no sentirse hábil deportivamente, pues el paciente no puede caminar bien. Ya he mencionado que antes nunca perdíamos a ningún paciente porque muriera de reumatismo articular agudo. Hoy estos casos son tratados como osteosarcomas y la mortalidad es muy alta. Pero prescindiendo de esto, el paciente, si no muere, puede entrar en un círculo vicioso que finalmente le llevará a una notable deformación de la articulación de la rodilla.

Como médicos de la NUEVA MEDICINA tenemos que ser muy prudentes. Hemos de poner cada palabra en una balanza, pues una sola palabra imprudente puede desencadenar inmediatamente un nuevo conflicto, es decir llevar al paciente al círculo vicioso.

Por ejemplo la palabra “peligro de un íleo (oclusión)” en un carcinoma intestinal, inmediatamente en el mismo segundo que se pronuncia la palabra, desencadena en el paciente un conflicto de morirse de hambre, en cuanto que el paciente se imagina de forma comprensible

que la comida no podrá pasar por el intestino y deberá morir de hambre. Sufre entonces en ese momento de un adenocarcinoma solitario de hígado en la zona del hígado dorsal derecha. Desde ahí se cierra un círculo vicioso en cuanto a que en el futuro todo lo que tenga que ver con el intestino, va a provocar recidivas en ese carcinoma hepático. Por ejemplo si el paciente tiene miedo de que a causa de la operación se hayan formado adherencias, cuando tiene sólo un estreñimiento y piensa que se puede ocasionar una oclusión intestinal, hará siempre de nuevo recidivas en el carcinoma hepático. De la misma forma el anuncio de una operación que resulte necesaria por causa del intestino o por cualquier proceso en el vientre, incluso si se trata de una cesárea, provoca la mayoría de los pacientes un mesotelioma peritoneal, o sea un cáncer en peritoneo, que encuentra solución cuando la operación se hace rápidamente y con éxito; de todas formas cada vez que se sospeche un peligro similar, por ej el miedo a una operación o a una nueva cesárea, puede impactar como recidiva de conflicto y provocar un nuevo mesotelioma peritoneal.

También la fase de curación-reparación, digamos la ascitis, puede a su vez causar un nuevo círculo vicioso y relacionarse con un primer conflicto que surgió por algo que había que operar como si el cirujano hubiera proyectado, planeado un ataque contra el vientre. La ascitis puede constituir un círculo vicioso automático desde su punto de partida.

Siempre que un paciente entra en la fase de curación-reparación, o sea tiene una ascitis, recibe pánico y a causa del pánico la ascitis se reduce, pasa el pánico, vuelve la ascitis como signo de reparación y continúa siempre así con peligro de gran empeoramiento (escalada).

Un círculo vicioso es también punzar semejante ascitis. Cuando el doctor anuncia que hay que punzar la ascitis, el paciente siente esta punción de nuevo como ataque a su vientre lo que realmente es en el sentido más amplio de la palabra. Sufre una recidiva que no se ve, pues de todas formas se extraen varios litros de la ascitis. Si esto no se hiciera, se vería que la ascitis decrecería y el vientre se volvería más pequeño, pero no por curación sino por recidiva conflictual. Si esto tranquiliza al paciente, responde a esta recidiva de nuevo, con una solución y como consecuencia de ésta la ascitis se refuerza violentamente.

Este horrible juego puede transcurrir durante meses hasta que el paciente muere en algún momento del círculo vicioso, por ej por el hecho de tener un sostén proteico del suero muy bajo, pues se sustituye cada vez el líquido de la ascitis por suero sanguíneo y prácticamente se nos muere de “hambre” por estas punciones. Todos estos procesos y peligros lógicos en sí mismos requieren médicos con una sana comprensión humana, tacto, con gran capacidad y un grado elevado de conocimientos clínicos. Justamente estos círculos viciosos nos muestran que en ningún caso se puede delegar cualquier aspecto de semejante suceso complejo, en psicoterapeutas que hacen terapia sin conocimiento médico.

Un círculo vicioso es básicamente algo peligroso que en cualquier momento progresa en escalada y puede llevar a la muerte al paciente.

14 El lenguaje biológico interanimal de humano y animal

La necesidad de comprender el lenguaje animal en las personas es infinitamente antigua. De nuestro perro, vaca y caballo esperamos que puedan aprender y comprender nuestra lengua, principalmente nuestras órdenes, es decir que se dejen domesticar. En la antigüedad, sabemos por la religión de los hititas, indúes, griegos y germanos, que tenían una relación muchísimo más estrecha con los animales, por ejemplo consideraban a sus caballos directamente como sus amigos. Los dioses, no sólo podían transformarse en animales, sino que muchos de ellos se representaban en forma de animal. Se daba por descontado que los animales tenían un alma y un lenguaje y los dioses podían naturalmente conversar con ellos. También en parte a las personas se les concedía esta especial habilidad. De ninguna manera estaba dividido el cosmos. Había dificultades de comprensión pero no eran insuperables. En las religiones, cuanto más arcaicas y naturales, era más normal el diálogo de las personas con los animales.

Esto cambió fundamentalmente cuando se impusieron el judaísmo, el islamismo y el cristianismo. Su menosprecio por los animales puso fin a aquel diálogo con éstos y degradó a animales (y plantas), a artículos puramente comerciales para utilizar y vender. Los humanos se han embrutecido y empobrecido con ello. El diálogo con nuestros animales se ha roto. No se ha modificado ni por el “rayito” de esperanza que supuso San Francisco de Asís. En su lugar, no sólo no se les reconoce su alma, sino también su lenguaje. “Bah”, dicen los enemigos de los animales, “los animales no pueden sentir dolor, si no tienen alma, como mucho un alma de grupo, gritan por instinto, son todo sólo reflejos. Podemos hacer que no puedan chillar”. Pero también en la tortura silenciosa gritan nuestros camaradas, los animales.

En tiempos más recientes la denominada etología adquiere cada vez mayor importancia. Siempre aprendemos a volver a comprender lo que antes nos era completamente incomprendible. Comunicarnos con nuestras cocriaturas, los animales es de forzosa necesidad. Pero el tema queda fragmentado mientras hablemos de instintos y formas de comportamiento y no les restituimos un alma similar a la nuestra.

Tan sólo entonces podremos comunicar con ellos de forma auténtica. En este intento de comunicación el obstáculo siempre ha sido que no podíamos comprender el lenguaje de los animales. Quizá algún día verdaderamente se alcanzara a descifrar la frecuencia acústica producida por los delfines y quizá se consiga comprender paulatinamente el tono del lenguaje de los animales. Todo amigo de los perros sabe por ejemplo que un perro habla con todo su cuerpo y que es comprendido por su semejante. Habla con la cola que la puede subir y bajar, y la puede menear, habla con el pellejo (la piel) que puede erizar, habla con los gestos, con los ojos, mostrando los dientes, o levantando las orejas, y habla con otros rituales, por ej sometándose al adversario vencedor y ofreciéndole su garganta. Naturalmente que esta parte del lenguaje no lo podemos oír, aunque de la misma manera el perro habla a través de ello. Y así hacen todos los animales entre sí según en la medida de su especie. Porque tengan otro lenguaje que nosotros no son más tontos, sólo son diferentes.

Hay un lenguaje que tenemos en común con nuestros animales que es el “lenguaje biológico interanimal” de nuestro cerebro. Aunque sólo soy un muy modesto colega de San Francisco de Asís, en principio este lenguaje común es muy claro y reconocible. Aunque todavía es un poco complicado, podemos con un TAC cerebral comunicarnos en principio con todo caballo y ratón.

El lenguaje del cerebro es pues justo el lenguaje interanimal, sea respecto a la localización de los miedos y conflictos en cerebro sea respecto a las alteraciones progresivas en el cerebro en analogía con las personas! Un conflicto de madre/hijo, un conflicto de desvalorización de sí

mismo, un conflicto de miedo en la nuca, todos se encuentran en humano y animal mamífero en un lugar comparable, y conforme a su transcurso conflictual, se trata de FOCOS de HAMER lo mismo que en el cerebro que las personas.

La perra dackel abajo fotografiada que mendiga continuamente por la salchicha con la pata izquierda, es claramente “patizurda”.

La perra dackel sufría a parte de un ca ductal de mama, una denominada “epilepsia gástrica”.



Su anciana dueña había muerto. La hija de ésta se la llevó con ella a su casa y a su tienda de tabacos.

La perra dackel sufrió de dos conflictos al mismo tiempo:

1. Un conflicto de nido con el correspondiente Ca. ductal derecho (en vez de izquierdo por ser zurda).

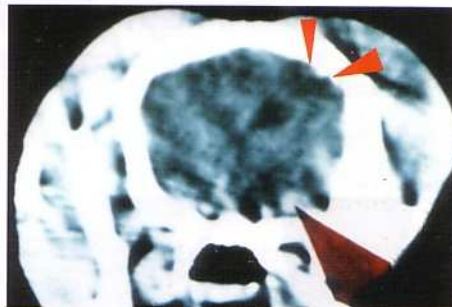
2. Un conflicto de identidad con su correspondiente úlcera gástrica, en vez de úlcera de la mucosa de recto, por ser zurda.

Si la perra hubiera sido diestra entonces hubiera impactado el FH en cerebelo derecho con Ca. ductal izquierdo y en corteza cerebral izquierda con Ca-úlcera de epitelio pavimentoso de recto. Pero a causa de ser zurda encontramos el FH en cerebelo izquierdo y el

correspondiente Ca. ductal derecho, y el otro FH en el hemisferio cerebral derecho en el relé del estómago como corresponde a una diestra.

Descubrí que la perra siempre sufría de crisis epiléptica, vómito, cada vez que el hermano de la nueva dueña venía de visita. Entonces la perra, que tenía conflicto de identidad (“no sé a quien pertenezco”), creía que él se la llevaría de nuevo a su antigua casa, ya que éste todavía seguía viviendo allí. Cuando se conformaba cuando no se la llevaba, tenía su crisis epileptoide.

Y así (ver flecha) comprendemos el lenguaje de la perrita dackel que fue operada por dos veces de la mama y que iba a ser narcotizada exactamente en el cerebro.



La terapia fue, tras haber podido comprender su lenguaje, relativamente sencilla: teníamos que preocuparnos por una solución permanente del conflicto biológico de identidad (“no sé a dónde pertenezco”). Solucionamos el problema de tal

manera que el hermano de la dueña, no debía venir de visita durante algunos meses. Además todas las mañanas le llevaba yo a la perra una estupenda salchicha, lo que naturalmente le gustó mucho. Pronto supo el animalito de nuevo a

dónde pertenecía. La úlcera ductal paró y no necesitó más cirugía. La epilepsia estomacal, que antes sufría dos veces a la semana por la visita del hermano de la dueña, paró de repente y no se volvió a hablar de adormecerla. Desde hace cuatro años está la perrita de nuevo vivita y coleando y se siente como “alegre como unas pascuas”. Se trataba “tan sólo” de comprender el lenguaje de la “compañera dackel”, y la terapia era simple, es decir necesaria y consecuentemente lógica.

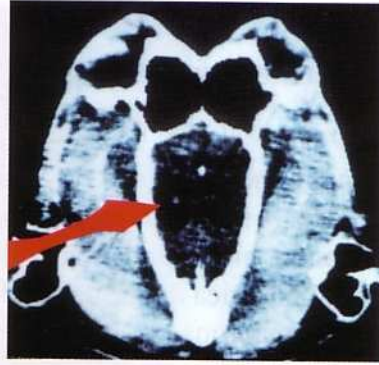


Nuestra pareja de bóxers, a la derecha el macho Basso, a la izquierda la perra Kimba, “transplantada” de Roma a Colonia.

Como diestra sufrió un conflicto de identidad “¿a dónde pertenezco?”. En la fase-pcl tuvo sus correspondientes hemorroides tras un Ca-úlcera de recto.

Grandes hemorroides.





TAC cerebral del cráneo del perro:

En el relé de recto del lóbulo temporal izquierdo se ve un gran edema como signo de fase-pcl ("sé de nuevo a dónde pertenezco"). En aquella época los dos bóxers eran inseparables.

15.1 El conflicto biológico en el periodo embrionario

El humano (como el animal), es desde el comienzo de su concepción un ser independiente en sí. En cuanto tal revive en la ontogénesis intrauterina de nuevo toda la filogénesis. Durante toda nuestra filogénesis hemos podido sufrir conflictos biológicos, como más antiguos los conflictos controlados por los órganos del tronco cerebral. ¿Por qué entonces no habríamos de sufrir también durante la recapitulación de la filogénesis en la ontogénesis en el vientre materno conflictos biológicos? ¡Naturalmente que podemos sufrirlos y por cierto como seres autónomos!

Un tipo de conflicto puede ser un conflicto biológico que casi nada tenga que ver con la madre. El otro puede ser un conflicto biológico en el que la madre experimenta un miedo y los vasos de abastecimiento de la placenta se cierran. El niño entonces pasa hambre. La madre puede sufrir un conflicto, pero éste permanece "anulado" hasta después del embarazo, que tiene absoluta preferencia. Otra cosa es cuando el niño en el cuerpo de la madre presenta una fase-ca y provoca él mismo un aborto, casi un suicidio.

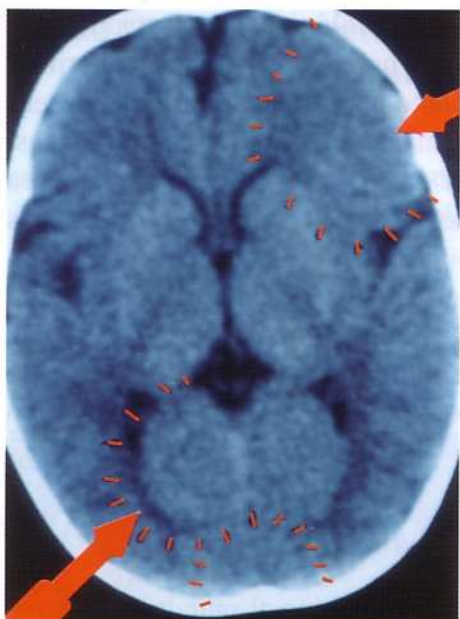
Entonces comienzan los dolores desde el comienzo de los dolores el embarazo queda provisionalmente acabado en el aspecto biológico. Ahora puede la madre en contrapartida terminar el (no más) embarazo.

Algunos ejemplos:

14.1.1 Conflicto intrauterino e líquido con conflicto de territorio amenazado y conflicto de miedo en la nuca

Una joven comadrona en su quinto mes de embarazo limpiaba el instrumental en el lavabo de la sala de maternidad. A su lado estaba la cama de una parturienta extranjera, la cual como no entendía bien alemán en el momento de los dolores entró en pánico. De repente gritó "histérica" como una condenada de forma que la sala de partos entera tembló, como contaba la joven comadrona. En ese segundo el embrión en el vientre de la comadrona tuvo que sufrir de un conflicto de líquido y al mismo tiempo de miedo en el territorio con DHS: asoció

conjuntamente con el agua un gran peligro, por el estremecedor griterío de la parturienta porque la comadrona estaba justamente lavando la instrumentación bajo el agua que chapoteaba (murmuraba) Al anochecer comenzó ésta con dolores y leve hemorragia: amenaza de aborto! Se quedó dos días en su casa y la cosa se tranquilizó, al menos eso creía ella. Fue de nuevo a la sala de partos, limpiaba de nuevo el instrumental y oyó al igual que su hijo de nuevo parturientas gritando, no tan terribles pero suficientes. Tuvo más veces dolores y hemorragias y de nuevo amenazaba el aborto. Finalmente en medio del sexto mes cogió antes de tiempo el permiso por maternidad. A partir de aquí el embrión no volvió a hacer ninguna recidiva, se dio cuenta, el conflicto biológico se resolvió. Cuando nació el niño se le encontró un quiste en el riñón izquierdo y la madre notaba que el niño tosió durante largo tiempo y que no veía bien. Desgraciadamente la comadrona se dejó convencer de operarle el riñón y a pesar de encontrarse bien el lactante, dejó que le administraran quimio.



Relé derecha frontal: Ca. bronquial en la fase-pcl que supone a nivel orgánico fuertes tos.

Relé de riñón izquierdo abajo izquierda: en la fase-pcl; a nivel orgánico: quiste renal izquierdo.

2. El conflicto intrauterino más frecuente: el "síndrome de la sierra circular"

El conflicto embrionario más habitual con gran diferencia es el conflicto de la sierra circular. Hasta este momento tenemos una treintena de casos. El mecanismo es el siguiente:

Nosotros humanos tenemos un código congénito propio como los animales. Las personas viven desde hace millones de años en las mismas zonas de la tierra como los leones y los depredadores. El rugido del león es para nosotros las personas una señal de alarma. Esto es para nosotros innato, e incluso el embrión reconoce ya el rugido del león y se pone intranquilo al máximo.

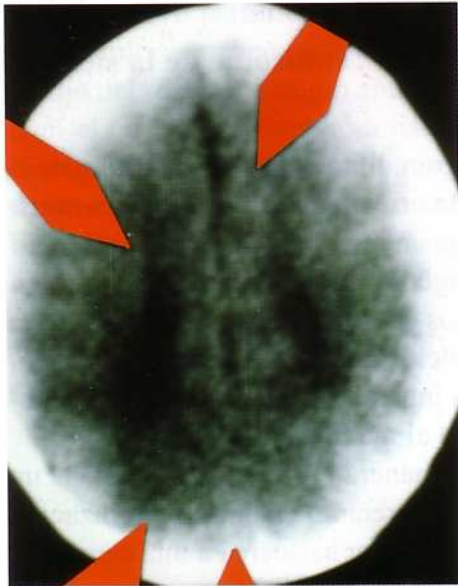
Nuestras sierras circulares imitan de alguna manera el rugido y bufidos de un depredador. La madre embarazada del embrión entretanto en nuestra civilización ha perdido considerablemente sus instintos. Sin pensar se acerca a una sierra circular funcionando o ayuda ella misma incluso, a serrar sin darse cuenta que su niño está en su vientre y cae en terrible pánico pues no puede considerar otra cosa que la madre está expuesta a ser comida por el león en el próximo instante con su

embrión. Según cuando ocurre el primer conflicto biológico, su duración y frecuencia y naturalmente depende también de cómo ha vivido el embrión el primer conflicto biológico, vemos después del nacimiento parálisis de motricidad o sensoriales, o ambas combinadas, a menudo también constelaciones esquizofrénicas. Basta con que el niño haya escuchado el rumor de una máquina perforadora para sufrir de un nuevo conflicto en el otro lado cortical del cerebro nuevo. Además queda el peligro que el niño quede muchos años con ambos conflictos en constelación esquizofrénica, porque los padres, sin saberlo, más adelante, se paseen con el cochecito delante de una sierra, que es casi ya un instrumento casero...

Nuestro cerebro simplemente no tiene estos murmullos de nuestra civilización incluidos en nuestro programa, sino asociados con los peligros, que por motivo de nuestras adaptaciones filogenéticas han sido insertados en nuestro programa.

2.1 Caso de un neonato con pie equino y diabetes

Este TAC cerebral es de un niño de pocos días que vino al mundo con un pie equino (solución en suspensión= espasticidad en la pierna izquierda).



Además tenía el niño un segundo conflicto de motricidad de la pierna y brazo derechos y una diabetes. Hacía resistencia y quería escapar porque los padres en la última parte del embarazo gritaban continuamente. La criatura tuvo pánico y estaba en constelación esquizofrénica. Había sufrido de dos conflictos en el vientre materno:

1. Un conflicto de diabetes, conflicto de resistencia.
2. Un conflicto de motricidad de la pantorrilla izquierda con pie equino (espasticidad como signo de la solución en suspensión).

Las recidivas fueron que los padres también gritaban y se peleaban a menudo después del nacimiento.

2.2 El "lenguaje del cerebro" en los bebés.

Muerte de un bebé por daños del hospital:

Tras una úlcera de estómago por hospitalización y operación de una fístula arterio-venosa con todos los demás daños ligados a la hospitalización que se le hicieron a un niño sin necesidad alguna, murió el pequeño de 1 año y ½ de caquexia.

Parálisis parcial motora del brazo derecho en solución (flecha arriba centro cortical de motricidad)



Conflicto de contrariedad de territorio (úlceras gástricas) en solución (fase-pcl), vómito continuo de sangre (hematemesis).

La parálisis parcial motora (brazo derecho) se creó con la vacunación contra difteria y tétanos a la edad de tres meses y medio. En la vacunación el pequeño fue envuelto en un pañuelo y maniatado. Sufrió el conflicto de no poderse defender así como contrariedad de territorio con úlcera gástrica (flecha derecha).

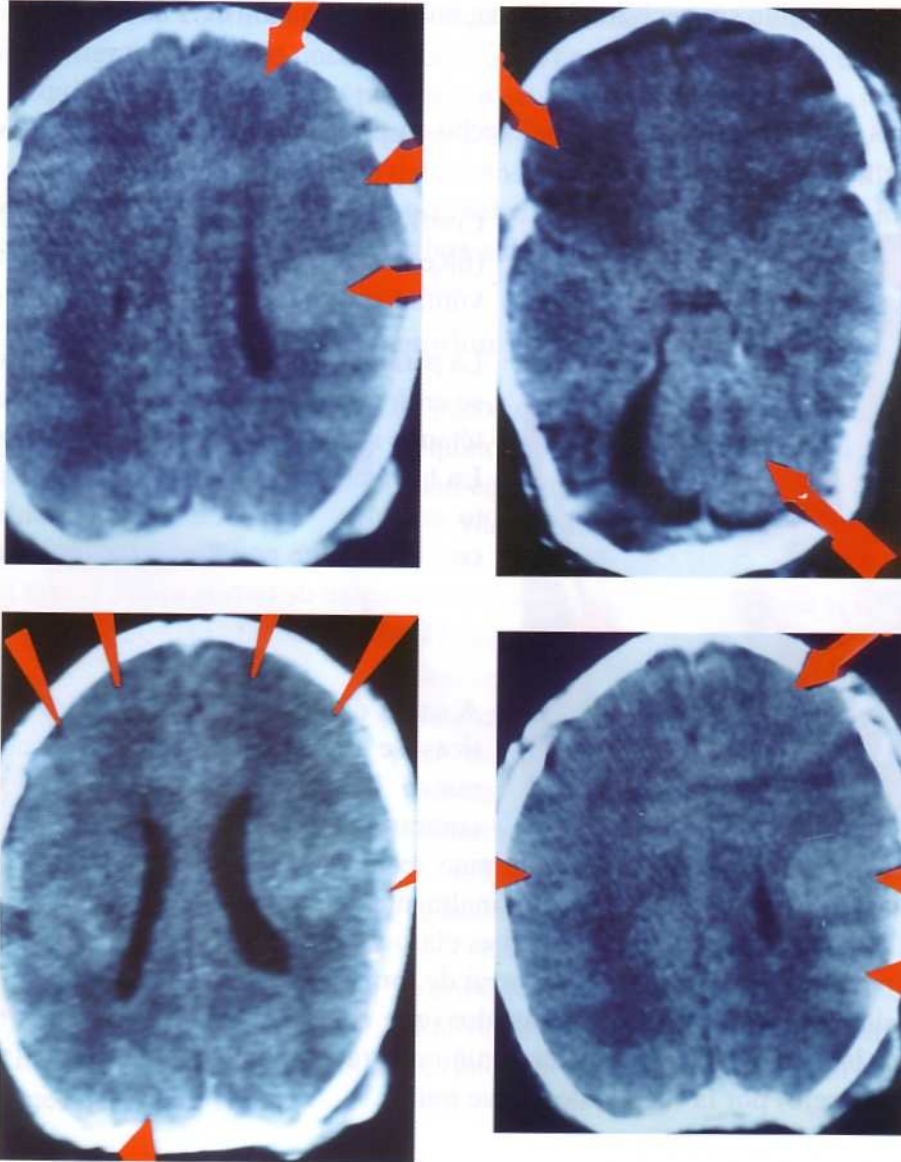
A causa de las consiguientes crisis epilépticas se efectuó la hospitalización y un nuevo DHS, más crisis epilépticas con contrariedad de territorio (y epilepsia gástrica en la fase de solución). las continuas recidivas, a causa de los daños de hospitalización gravísimos, le llevaron finalmente a la muerte.

El lenguaje biológico interanimal es claro y elocuente: dejadme libre y dejadme con mi madre! Este caso transcurrió de forma especialmente cínica porque un denominado juez incapacitó a la madre (que con buen sentido común se había negado a la operación) y dejó operar al niño contra la voluntad expresa ésta (y contra mi consejo) por la fuerza, de lo que murió.

Caso K.R. nacido el 10.5.90, TAC del 16.5.90:

En este caso de un lactante varón de 6 días de Holanda, un profesional puede comprender muy bien el elocuente “lenguaje del cerebro”. El lactante había estado

d o



Caso K.R. nacido el 10.5.90, TAC del 16.5.90:

En este caso de un lactante varón de 6 días de Holanda, un profesional puede comprender muy bien el elocuente “lenguaje del cerebro”. El lactante había estado diez horas en el canal uterino y esto había provocado una grave hyposfixiae al nacer. Además el niño sufrió de un conflicto de miedo frontal con conflicto de territorio y contrariedad de territorio (todo lado derecho), un conflicto de miedo en la nuca, otro foco en la zona periinsular en el lado izquierdo y además un conflicto de tálamo (el más grave de los conflictos de personalidad con alteración de los parámetros químicos) y un grave conflicto de pérdida en el relé del testículo, derecho, por el testículo izquierdo. Todos estos focos fueron considerados como tumores cerebrales.

El lactante estaba en el nacimiento en constelación esquizofrénica. Seis días más tarde estaba todo en solución y todo en edema.

El lenguaje y los miedos del lactante sólo podríamos comprenderlos si reconstruimos el nacimiento lo más exactamente posible. Sólo así podríamos imaginarnos en qué orden han sido impactados los conflictos. Muchas tomografías computerizadas de lactantes se presentan parecidas a ésta, inmediatamente de un parto difícil. Por suerte el cerebro es joven, la calota craneal elástica. Pero el lenguaje es muy expresivo: recuperación de los miedos del nacimiento.

15 La estadística de los denominados éxitos en la medicina actual

El sentido y la intención de una estadística es lo primero. Mostrar una serie de datos mediante gráficas. Seguidamente se evidencia otra serie de hechos. En tercer lugar se efectúa al fin la curva o se señala la relación causal entre el parámetro A y el parámetro B.

El contenido de las curvas se busca y se presenta intencionadamente. El razonamiento y las conclusiones se corresponden con el punto de vista formal correctamente.

Los considerados conocimientos de la medicina facultativa siempre se han obtenido por estadística. Mientras los datos se totalicen (tener en cuenta), es estadísticamente legal.

Pero si los hechos de una serie de datos deben estar correlacionados de forma causal, es erróneo.

Ejemplo: cada vez hay menos cigüeñas... Cierto. Cada vez hay menos niños. Natural. Estadísticamente se concluye: eran las cigüeñas las que traían a los niños. Los pastores del Cáucaso apenas tienen cáncer. Estos pastores comen mucho queso de oveja. Consecuencia estadística: el queso de oveja es anticancerígeno, evita el cáncer (trabajo científico de la cátedra universitaria de medicina preventiva de la universidad de Heidelberg/Mannheim).

Según mi opinión la estadística en sí misma es una gran controversia en la denominada ciencia.

Ejemplo:

- a) Se producen más coches
- b) Se construyen más carreteras

Posibilidades de correlaciones estadísticas:

1. Como había más coches, había que construir más carreteras
2. Cuanto más carreteras se construían había que fabricar más coches

Dado que disponemos tan sólo de información limitada para la mayoría de los fenómenos (prescindiendo de la dificultad de examinar el contexto), en realidad parece que las estadísticas se plantean con datos relativamente fáciles de recopilar: por ej estadísticas de mortalidad en relación con encuestas sobre alimentación, polución ambiental, etc...

El error era siempre, escoger uno de los cien motivos posibles que aparentara ser adecuado, construir de ahí una probabilidad estadística y no examinar las posibilidades restantes. Entonces que los pastores del Cáucaso no tuvieran apenas posibilidades de conflictos durante casi todo el año, no se tomaba como posible causa principal.

Se pueden obtener semejantes resultados de impresionante singularidad, por ej si se define un grupo de gente pobre del estrato social más débil, como casi siempre ocurre, cuando se hacen encuestas en áreas con una fuerte polución por gases industriales o de otras sustancias dañinas, y se compara a otro grupo de personas que viven en zonas no dañadas. Para personas que vivan en Bitterfeld o Leuna obviamente se considera la polución factor determinante y no se toman en consideración cuestiones como:

- ¿Cómo es el sustrato social de la población encuestada?
- ¿Proceden de áreas con gran índice de paro o amenaza de paro por reducción de puestos de trabajo, despidos en masa, como por ej en la industria pesada?

- ¿En qué medida la conciencia de vivir en una zona con alta polución ambiental unido a las noticias sensacionalistas negativas de la prensa, es un factor desencadenante de conflicto? (ejemplo: en marzo de este año la prensa traía durante días noticias de horror sobre algunos niños que habían venido a este mundo sin manos. Se suponía que se debía a polución de las aguas de los mares del Norte y del Báltico donde vivían las madres en cuestión!)
- ¿Es posible que un factor mucho más relevante estadísticamente de enfermar, sea la desesperación, pobreza y miedo con los que tienen que convivir antes y después de que esto ocurra gravemente?
- ¿Cómo se concibe en general la interacción, en cuanto a la gestación de conflicto, de un estrato social más bajo, con sus consecuentes presiones, y la conciencia de tener que manejarse en la profesión con sustancias dañinas que se les da por hecho efectos cancerígenos?

Naturalmente que hasta el momento no existen estadísticas desde el punto de vista de la NUEVA MEDICINA. Aquí se trataría de explicaciones completamente diferentes que se podrían de forma tajante.

Así que la aplicación de anilinas llevaría como es notorio a padecer de papilomas de la mucosa del recto, vejiga o pelvis renal. A esto la NUEVA MEDICINA podría ofrecer una explicación muy simple:

Los individuos afectados, mediante la coloración y alteración del olor de la orina y de las heces, pueden sufrir el conflicto biológico “de no poder ya marcar el territorio. En caso de haber tenido un DHS, conflicto que existe de forma masculina y femenina, puede causar úlcera de la mucosa de la pelvis renal o de la vejiga (hombre diestros) y en mujeres diestras u hombres zurdos, serían los síntomas orgánicos mencionados, un conflicto de identidad y conflicto de contrariedad de territorio. Los papilomas representan ya las situaciones cornificadas solucionadas, que hasta hoy se han interpretado erróneamente como carcinomas, lo que básicamente sólo eran inofensivas verrugas.

Si por ej se quiere examinar una población que viva cercana a reactor atómico, que son gente pobre, y en contraposición se tome un contingente de gente rica, que no necesitan vivir ahí, entonces la estadística resulta que la gente pobre sufre de más cáncer que la gente rica con un buen talonario de cheques. Naturalmente que nadie menciona en la estadística que unos eran pobres y otros ricos. Se dice sólo que viven cerca del reactor y los otros no. Pero yo no conozco a ningún rico que no vendiera rápidamente su casa y se mudara a otro sitio, apenas aparecieran los primeros proyectos de construcción de un reactor atómico.

Y así se basan muchísimas estadísticas en la observación principal: los pobres tienen más enfermedades que los ricos.

En cualquier libro de oncología está escrito que la circuncisión evita el cáncer de cuello de útero, o sea que es anticancerígeno. Semejante indagación con su estúpido resultado, se llevaron a cabo de la siguiente manera: médicos israelitas encuestaron a un contingente de mujeres israelitas en cuanto a cuantos cánceres de cuello de útero habían padecido a lo largo de cinco años.

Como contingente comparativo utilizaron a prostitutas árabes que naturalmente tenían relaciones sexuales indiscriminadamente con circuncidados o no. Estas prostitutas que se ganaban la vida con su vagina y con todo lo que pertenece a este medio, enfermaban obviamente mucho más a menudo de cáncer de cuello de útero, que las amas de casa israelitas.

De ahí se concluía tajantemente que esto tenía que radicar en que las amas de casa israelitas sólo dormían con sus maridos circuncidados, y las prostitutas también con hombres no

circuncidados, por lo que se concluía que el esmegma masculino fuera culpable. – Una prueba perfectamente pseudocientífica de que el esmegma es cancerígeno.

Con la comprensión de la NUEVA MEDICINA sobran más comentarios al respecto.

Como todos sabemos, el problema de la estadística es que en dos procesos similares de parecidos contingentes se toma en consideración sólo uno de los 50 motivos probables, y se deshechan los 49 restantes. Una pseudo semejante estadística médica no tiene en efecto ninguna validez científica.

La estadística ha sido siempre un recuento numérico de datos, por medio de los que se reconstruían los supuestos orígenes. Adicionalmente, todas las estadísticas tenían la falta de haber indagado solo sobre el plano orgánico sin atender a la ley del carácter bifásico de las enfermedades, por desconocimiento de las correlaciones, quedando desatendidos también los planos psíquico y cerebral, sin dar significancia a la lateralidad zurda o diestra. Por no hablar de la crisis epiléptica, que es la causa más frecuente de mortalidad. Como consecuencia, se puede decir con buen criterio, que la mayoría de las estadísticas médicas no tenían ni valor ni sentido.

El **carcinoma de células hepáticas** es con diferencia el tipo de cáncer más frecuente en muchas regiones de Africa y Asia.

En	Mozambique	70%	de todos los cánceres
	Senegal	67%	de todos los cánceres
	Bantú en Sudáfrica	50%	de todos los cánceres
	India, China, Taiwan, Filipinas	20%	de todos los cánceres
	USA, Canada, Europa Occidental	2-3%	de todos los cánceres

(Neumayr, A. and Weiss, W.: Liver tumors-new aspects. Hepatoga stroenterology 28:1, 1981)

Como sabemos ya a través de la NUEVA MEDICINA, un carcinoma de las células hepáticas corresponde en el plano psíquico al conflicto biológico del miedo de morir de hambre. Que tiene de asombroso que en países que se caracterizan por su inestabilidad política y carencia de alimentos, sea el cáncer de hígado, hasta 35 veces más frecuente que en países con una supervivencia asegurada y ordenada como en Estados Unidos, Canadá y Europa Occidental.

Los datos estadísticos indican actualmente como factores de riesgo para **cáncer de cuello de útero**: bajo nivel socioeconómico, raza (mujeres negras doblemente afectadas que las blancas), matrimonio prematuro, edad precoz en las primeras relaciones sexuales, número de compañeros.

De lo que se concluyó que el esperma masculino era cancerígeno.

(Swan, S.H., and Brown, W.L.: Vasectomy and cancer of the cervix. N.Engl.J.Med. 301:46,1979)

Desde que sabemos, a través de la NUEVA MEDICINA que el cáncer de cuello de útero, (en mujeres diestras) está correlacionado a nivel psíquico con un conflicto sexual, con esta estadística se evidencia que cuanto más pronto y más frecuentemente se tengan relaciones sexuales, tanto mayor es la posibilidad de un conflicto sexual.

La estadística de los éxitos en la medicina actual

Principalmente ocurre que las estadísticas, independientemente sobre lo que informen, nunca se toman en comparación a casos no sometidos a terapia (operación, radiación, quimioterapia, etc.

Por lo que conozco, Abel (Heidelberg) a sido el primero dentro de la medicina facultativa que ha osado recordar esta carencia cuidadosamente en su trabajo “Die zytostatische Chemotherapie fortgeschrittener epithelialer Tumoren” (La quimioterapia citostática en los tumores epiteliales avanzados).

Ante toda noticia de descubrimiento de nuevos medios contra el “cáncer” yo pregunto siempre únicamente: Por favor, ¿esto ayuda en la fase de conflicto activo, o en la fase de solución-reparación? No puede ayudar en ambas fases, ya que son totalmente contrarias.

A la vista está que el mismo medicamento no puede ser igualmente útil en una fase que se diferencia tanto de otra por tantos posibles parámetros corporales fundamentales (no deseo profundizar aquí sobre la pregunta de hasta dónde tiene sentido querer hacer terapia a un proceso de curación-recuperación con pleno sentido en la naturaleza!).

Así es lógico en la comprensión del sistema ontogénico de tumores, y se puede documentar en la práctica, que en los tumores controlados por el cerebro antiguo en fase de conflicto activo los citostáticos reforzarían todavía más el tumor porque actúan causando estrés (son simpaticotónicos).

En la fase-pcl los citostáticos impiden por el contrario la curación, bloqueándola junto con el tan necesario trabajo de los microbios presentes.

De todos modos, en los “cánceres” dirigidos por el cerebro nuevo, puede conseguirse un éxito aparente puramente sintomático en la fase-pcl, ya que con citostáticos se bloquea inmediatamente todo proceso de reparación. Éste es el caso en las dolencias mesodermales como cáncer de huesos (leucemia y osteosarcoma en la fase-pcl), o en necrosis de testículos y ovarios (intersticial), (inflamación de testículo y quiste ovárico en la fase-pcl, indurados posteriormente), o en necrosis de ganglios linfáticos (linfoma en la fase-pcl). Con citostáticos se puede desinflamar cualquier forúnculo, absceso, incluso cualquier picadura de avispa. Los citostáticos sólo impiden y bloquean las fases de reparación de las dolencias mesodermales y consiguen éxitos sintomáticos aparentes puramente ficticios.

En este caso, es muy interesante una disertación de CL. Rohwedder, diplomada en medicina y psicología, 1978, en la Uniclinica de Hamburgo. Se valoraron estadísticamente 445 pacientes con carcinoma bronquial de epitelio pavimentoso y adenocarcinoma alveolar (“Estudio estadístico sobre carcinoma bronquial”). Éste trabajo concienzudo muestra la dificultad de comparar dichos casos estadísticamente.

Comenzamos considerando la operabilidad. En cuanto a la operabilidad: solo el 10% de los casos eran operables. El cirujano, se busca naturalmente los mejores casos, declarados operables. Por lo tanto, sus resultados son quizás algo mejores que los de los denominados radioterapeutas y quimioterapeutas. Tras 119 semanas, algo más de dos años, murió el último paciente, al que se le había encontrado casualmente una atelectasia pulmonar sin que hubiera tenido molestias. La mayoría de los casos de muerte se dieron durante el transcurso del primer mes, y el promedio de la muerte de todos los pacientes se dio a los 3 o 4 meses. El 11% de los carcinomas alveolares encontrados casualmente (83 en total) tenían un adeno-ca. En otros tiempos, ni siquiera se hubieran diagnosticado o se hubieran diagnosticado como tuberculosis. También es interesante que cerca del 30% de los pacientes diagnosticados habían rehusado tratamiento médico. No se indagó si alguno o más de ellos sobrevivió incluso más tiempo, porque ésta hubiera sido la pregunta más interesante frente a los “éxitos” de la descorazonadora

terapia de la medicina facultativa. Pues el último paciente tratado murió al cabo de 119 semanas.

Vamos a intentar ver estas cifras a la luz de la NUEVA MEDICINA:

15.1.1 Carcinoma bronquial de epitelio pavimentoso y quistes de arcos branquiales de epitelio pavimentoso en mediastino.

El diagnóstico tiene lugar en la fase-pcl exclusivamente (en pacientes con molestias), o tras la fase de reparación (en pacientes sin molestias). El conflicto tiene que haber sido resuelto anteriormente.

Si hubiéramos recibido a estos pacientes antes de una diagnosis y prognosis negativa de la medicina facultativa, hubiera sobrevivido el 95% de ellos, que ya se encontraban en fase de curación-reparación.

15.1.2 Adeno-ca alveolar - nódulo pulmonar:

Menos muy pocos pacientes que quizás se encuentren todavía en la fase-Ca, la mayoría de ellos se encuentran bien todavía en la fase de curación o ya con ésta superada. La mayoría tienen un nódulo pulmonar mayor o menor, como situación residual que expresa el miedo a la muerte por un miembro desafortunado de la familia (también el perro). Tales nódulos solitarios son encontrados casualmente tras varios años, en un reconocimiento de rutina. Estos pacientes ya no están enfermos. Solo les ha faltado la tuberculosis en la fase de solución-reparación, con lo que tendrían una caverna y no se hablaría de tumor. Tales pacientes sobreviven prácticamente todos, ya que no están enfermos y no existe ningún motivo razonable por el que y del que tuvieran que morir. Conclusión: casi todos los pacientes han muerto en 119 semanas, la mayoría bastante antes, del pánico con sus consiguientes conflictos.

Tendríamos que poner un signo de interrogación bien grande en todas las estadísticas referidas a los efectos supuestamente positivos o negativos de los medicamentos contra el cáncer, por una sola razón:

¡No cuentan con la ley del carácter bifásico de las enfermedades!

Ni los psicólogos ni los estadísticos médicos conocían la regla de la lateralidad y las diferentes correlaciones de conflicto consecuentes y las localizaciones cerebrales correspondientes con las localizaciones orgánicas nuevamente resultantes.

Así por ej una anciana zurda en postclimaterio puede sufrir de un carcinoma de cuello de útero en un conflicto de territorio normal, lo que una mujer diestra sólo lo sufriría con un conflicto sexual (conflicto de no ser cubierta biológicamente hablando). Esto efectivamente es apenas comprensible para un psicólogo.

Para muchas estadísticas no conocer la implicación de la lateralidad zurda y diestra conlleva una fuente catastrófica de errores en todas las conclusiones.

La gran mayoría de las estadísticas sobre el cáncer se refieren a los presuntos cancerígenos.

Estas, que tratan de los cancerígenos son practicadas en toda regla con experimentos con animales. A éstos se les priva de psique e inteligencia. Así por desconocimiento en las disposiciones experimentales no se interroga jamás sobre el código cerebral biológico específico del género del animal sobre el que se experimenta o no se tiene en cuenta a la investigación de su comportamiento (etología) para responder a las preguntas:

- En qué modo ya la propia experimentación, el confrontar a un animal sobre el que se experimenta a una determinada sustancia, desencadena en éste un impacto conflictivo con DHS.
- ¿A qué sustancias está expuesto semejante animal en su entorno natural?
- No es ya el comportamiento del animal experimentado en condiciones del todo artificiales un posible factor desencadenante de conflictos que distorsiona forzosamente todo experimento?
- Aquí entra en juego naturalmente de forma particular el conjunto de preguntas sobre la transferibilidad de semejantes resultados a la esfera humana.

Las propiedades cancerígenas del formaldehído, indiscutible a nivel mundial, se “probó” mediante la siguiente orden experimental:

Investigadores americanos, inyectaban a las ratas en la nariz, que es su órgano más sensible, una solución de formaldehído que se utiliza para desinfectar de la que normalmente los animales se alejan un gran trecho, en una concentración por miles, durante un año entero, repetidas veces al día! Algunos de los pobres animales, atormentados así del modo más terrible, sufrían obviamente durante este procedimiento un DHS y desarrollaban un cáncer de la mucosa nasal. Si se hubiera experimentado con personas se hubiera podido conseguir el mismo efecto, si a los experimentados durante un año de igual manera se hubiera inyectado m..... en la nariz, se deduciría obligadamente que la m.....es cancerígena!

Todavía se puede recordar los miles de millones de consecuencias ha desencadenado este experimento con la histeria en masa hacia el formaldehído.

En mi trabajo “Krebs und Rauchen” (cáncer y fumar), HP-Journal del 8/1983 he citado a W. Dontenwill et al.(revista de investigación sobre el cáncer y oncología clínica 89, 153-180, 1977), en la que en Hamburg ya se había probado en 1977, que el cáncer de pulmón no era provocado por el tabaco.

Durante una gran experimentación que duró varios años, miles de hamsters fueron atormentados de por vida con humo de cigarros. Mientras que otros controlados no eran fumigados.

Se evidenció que ninguno de los animales había sufrido de un ca bronquial de epitelio pavimentoso ni de nódulo pulmonar, claro que los hamsters fumigados habían durado evidentemente menos que los que no lo habían sido.

Según los criterios de la medicina actual se hubiera terminado la discusión sobre la relación del humo y cáncer con el siguiente resultado: fumar cigarros no produce cáncer.

Pero el resultado fue callado o bien, relativizado: si se trataba de ratones de laboratorio (descendientes de las ratas domésticas) con el humo de los cigarros, en algunos de ellos se encontraba algún adenocarcinoma, es decir cáncer alveolar, que sufren tanto humano como animal mamífero en un conflicto de miedo a la muerte.

Entonces se decía: “sí, fumar aunque no provoca un cáncer bronquial, en alguna medida sí el cáncer pulmonar.”

Desde aquel momento no se habla más de cáncer bronquial en relación con el humo sino del ca pulmonar. Así de maravillosamente de puede mentir con la estadística!

Lo especial en todo esto es que los animales tienen una psique igual que nosotros los humanos, Un embrión humano puede sufrir de un conflicto de motricidad en el seno materno, si oye en su

cercanía algo parecido a un rumor fuerte como el rugido de un león. Luego tiene un código de señal innato.

Un hamster no se agita por el humo porque en su espacio vital no le produce normalmente nada, ya que vive en cuevas bajo tierra y no ha desarrollado el código-símbolo de pánico.

Un ratón se puede excitar por el humo de un incendio o de un cigarro: cuando en tiempos pasados se incendiaba un entramado del tejado, corrían todos los ratones, incluso antes de que se hubiera notado nada, como rayos de la casa. Para olor de incendio tienen los ratones una nariz fina y un código-pánico innato, luego pueden entonces sufrir de conflicto de miedo a la muerte con ca. alveolar.

Semejantes disposiciones estadísticas podríamos ahorrárnoslas consecuentemente en un futuro.

La crítica de la estadística pseudocientífica de la medicina podría proseguirse a voluntad....

Me concedo hacer la prognosis que en el futuro los experimentos con animales serán considerados una vergüenza de toda nuestra época y podría ser vista como testimonio de nuestra indecible ignorancia.

Originariamente se había observado:

Casi únicamente los hombres sufren de ca. bronquial – los hombres fuman, cáncer bronquial viene de fumar.

Según la NUEVA MEDICINA tiene la siguiente lectura: el cáncer – úlcera de epitelio pavimentoso bronquial es la correlación orgánica de un conflicto de miedo en el territorio. Territorio amenazado sólo pueden tener los hombres (o mujeres en postclimaterio, masculinas). De cáncer bronquial pueden sufrir las mujeres jóvenes zurdas (unida a una depresión). Para ellas por motivo de la situación hormonal femenina no es habitualmente grave de una forma dramática, sólo en ciertos casos. Con el hábito de fumar no tiene nada que ver.

En “American Scientific” (Spektrum d. Wissenschaft, tercera edición, Heidelberg1990) se puede verificar perfectamente cómo se llegó a la asociación del humo del cigarro como causante del cáncer, incluso a mantener la afirmación de una correspondencia causal: se construyó de improviso un “tiempo de latencia”, y al mismo tiempo se pasaba del cáncer bronquial al “cáncer pulmonar” (con cáncer alveolar). Y ahora toda la cuestión es: “el cáncer pulmonar es una enfermedad del siglo 20. Al comienzo sólo se afectaban los hombres, pero más tarde se manifiesta también en las mujeres. En U.S.A. el cáncer pulmonar es el tercer motivo de mortalidad de todos los hombres, en Inglaterra de la mitad. Desde el principio se daba por origen más probable el humo del tabaco porque constituía un nuevo tipo de polución del aire a la que primero eran expuestos los hombres y después también las mujeres. Esta explicación tropezó con dificultades. Especialmente no era posible encontrar una correspondencia en los distintos países entre la frecuencia de cáncer pulmonar y el consumo de cigarrillos per cápita. Este problema se resolvió sobradamente cuando se dio a conocer el largo tiempo de incubación de la enfermedad. (imagen siguiente). En realidad siempre quedan numerosos interrogantes, pero ante la permanencia de los hechos, no se pone más en duda. Un fumador de cigarrillos corre un riesgo de 10 a 50 veces superior de morir de cáncer de pulmón donde el valor concreto depende de cuanto fuma y del país en que vive. Si en un grupo determinado dejan muchos de fumar, las cifras de mortalidad por cáncer de pulmón de dicho grupo descienden conjuntamente. Todo hace pensar que el cáncer pulmonar, el modo más frecuente de morir, se podría impedir notablemente si se eliminase el hábito de fumar”. (pags. 15 y 16 del título arriba indicado).

¿Cómo se puede llegar a semejantes estadísticas y conclusiones? Muy fácil: no se toman en consideración tres factores:

1. En los años veinte se dio la crisis económica mundial con paro forzoso en masa, no existían ni asistencia social, ni dinero de paro. El miedo a la muerte durante y después de la primera guerra mundial era grande, tuberculosis hepática y pulmonar muy frecuente.
2. Como punto culminante de nuestra moderna higiene en los años 30 se festejó la rápida eliminación conseguida de la transmisión de micobacterias de la tuberculosis. Por cierto que en los años 30 gracias a la mejor situación económica aparecen menos cánceres de hígado y de pulmón pero los que aparecieron después del 1939 fueron muchos más – por la guerra – no fueron ya reducidos por tbc y quedaron visiblemente diagnosticados como “nódulos pulmonares”, es decir “cáncer de pulmón”.

Según W.E. Müller (“die Infektionserreger des Menschen”, 1989, pag.3): “Todavía en 1850 la mortandad por tuberculosis en el norte de Europa era cerca de 50 veces más alta que 50 años después”.

Casos de muerte por tuberculosis de cada 100.000 habitantes en U.S.A

En el año	1900:	194
	1940:	46
	1956:	8

(*Documenta Geigy, wissenschaftl.Tabellen, 1960, pag.632*)

15.1.3 Tuberculosis

Hay un trabajo interesante sobre tuberculosis de Citron y Girling (D:Varrell, “Lehrbuch der Infektionskrankheiten, 1990), del que quiero citar algunas cosas interesantes: “las bacterias de la tuberculosis pueden en gran número ser inyectadas en los animales, sin que presenten directamente efectos patológicos. El mecanismo de su virulencia no está claro”. Después sigue un intento de explicación en largas páginas, donde se intenta dar todas las posibilidades citopatológicas de las hipótesis: hipótesis de los fagocitos, hipótesis inmunológicas, hipótesis de los linfocitos T. etc. El cerebro o la psique no son tomados en consideración obviamente.

Y sin embargo los historiadores de la medicina si han hecho notar, que pobreza y tuberculosis siempre se presentan conjuntamente:”...En Gran Bretaña una epidemia de tuberculosis durante la revolución industrial del siglo XVIII causó tantas víctimas que se dio a conocer como “la peste blanca”. Más tarde la frecuencia de la dolencia se redujo continuamente incluso sin medidas de control. La causa se debió probablemente a la disminución de riesgo de contagio por mejores condiciones de habitabilidad, mejor alimentación y condiciones sociales mejoradas que conducían a una mayor resistencia hospitalaria.”

Más adelante sigue: “...En la mayor parte de los países desarrollados el riesgo actual de un contagio de tuberculosis es 20 a 50 veces más alta (se añade: que en Gran Bretaña).

Con ello quiero decir lo siguiente: Han sido recogidos muchos datos correctos. Dichos datos no son discutidos. Sólo que ninguno ha llegado a lo más indicado, y es, que la tuberculosis tuviera poder tener que ver con miedos, especialmente con el miedo a la muerte de los pobres. Quizá porque los considerados médicos serios, siempre fueron médicos ricos. No podían introducirse en el alma de un pobre. Si aunque sea lo hubiera intentado alguno, también hubiera codescubierto la primera fase de la tbc pulmonar, y también hubiera tenido que codescubrir toda la NUEVA MEDICINA.

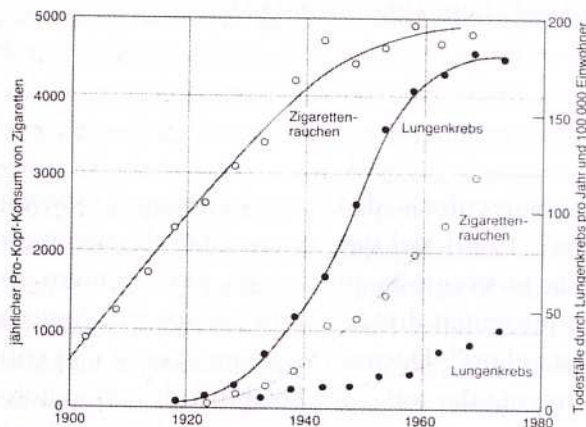


Bild 7: Zigarettenrauchen und Lungenkrebs hängen unzweifelhaft zusammen. Doch aufgrund der großen Zeitspanne zwischen einem erhöhten Zigarettenkonsum und dem vermehrten Auftreten von Lungenkrebs blieb die Beziehung lange unklar. Die gezeigten Daten stammen aus England und Wales. Unter der männlichen Bevölkerung (schwarze Symbole) nahm das Rauchen zu Beginn des 20. Jahrhunderts zu, doch der entsprechende Anstieg der Zahl von Lungenkrebstoten war nicht vor 1920 zu beobachten. Frauen (farbige Symbole) begannen viel später zu rauchen, und Lungenkrebs tritt erst jetzt bei ihnen häufiger auf.

Traducción de gráfico:
 jährlicher Pro-Kopf-Konsum von Zigaretten: Consumo anual de cigarrillos por persona
 Zigarettenrauchen: cigarrillos fumados
 Lungenkrebs: cáncer de pulmón
 Todesfälle durch Lungenkrebs pro Jahr und 100 000 Einwohner: Casos mortales debido al cáncer de pulmón por año y por cada 100.000 habitantes.

Imagen 7: El fumar cigarrillos y el cáncer de pulmón están indudablemente relacionados entre sí. Pero debido al gran espacio de tiempo entre un consumo en aumento de cigarrillos y el aumento de los casos de cáncer, la relación no se presenta clara durante mucho tiempo. Los datos indicados proceden de Inglaterra y Gales. Entre la población masculina (símbolo negro) el fumar aumentó a principios del siglo XX, pero el correspondiente aumento del número de muertes por cáncer de pulmón no se observó hasta 1920. Las mujeres (símbolo a color) comenzaron a fumar mucho después, y sólo entonces el cáncer se les presentó más frecuentemente.

En los tiempos sucesivos se diagnosticaron cada vez más los nódulos pulmonares como cánceres pulmonares, los cuales antes no eran diagnosticados hasta la fase pcl como tuberculosis pulmonar. Por ello la tuberculosis disminuyó y el cáncer de pulmón aumentó.

15.1.4 El Ca bronquial ha sido etiquetado equivocadamente como Ca pulmonar

(comparar "Spektrum der Wissenschaft", pág.18 ant. indicado)

El gráfico precedente con las curvas comparativas es muy instructivo. Su significado y objetivo son claros: se desearía probar que por supuesto el humo causa cancer. Las investigaciones de Dotelwill: "Untersuchungen über den Effekt der chronischen Zigarettenrauchinhalation beim syrischen Goldhamster und über die Bedeutung des Vitamin A auf die bei Berauchung gefundenen Organveränderungen", Z. Krebsforschung 89. 153-180 (1977), "Investigaciones sobre el efecto de la inhalación crónica de cigarrillos en los hamsters sirios y sobre el significancia de la Vitamina A en las alteraciones orgánicas causadas por la exposición al humo", R. De Investigación sobre el cáncer 89. Datos: de 6000 hamsters fumigados a lo largo de toda su vida, ni un solo animal desarrolló cáncer bronquial o cáncer alveolar de nódulo pulmonar. Se desea relativizar estos hechos estadísticamente para obtener el resultado: el humo realmente produce cáncer. Este resultado se hace plausible recurriendo a diversas hipótesis:

1. No se vuelve a considerar únicamente el cáncer bronquial, sino que se escribe simplemente "cáncer pulmonar". Pero el cáncer pulmonar es:
 - a. Carcinoma de epitelio pavimentoso-úlceras bronquial que nunca se descubre hasta la fase-pcl como atelectasia.

- b. Adenocarcinoma alveolar, también llamado nódulos pulmonares, que se ve en la fase de conflicto activo, y que en la fase-pcl se convierte en tuberculosis pulmonar en caso de presencia de micobacterias.
- c. Adenocarcinoma de células cilíndricas intrabronquiales que se manifiesta solo en la fase-Ca, o cuando en la fase-pcl no hay presencia de micobacterias acidorresistentes. Si están presentes (tbc), el Ca (muy pequeña) se caseifica como tuberculosis.
- d. Mesotelioma pleural, que habitualmente no se observa en la fase-Ca, en la fase-pcl con tbc: tbc de pleura, espesamiento de la membrana; sin tbc: denominado derrame pleural carcinomatoso.
- e. Úlcera bronquial mediastínica, retrocardiaca, úlcera de epitelio pavimentoso. En la fase-pcl quistes de arcos branquiales. Tras varias recidivas, induración del denominado linfoma no Hodgkin centrocítico-centroblástico.
- f. Ca. Del epitelio del canal de excreción de la tiroides retroesternal, mediastinal, precordial; en fase de pcl se manifiesta en forma de bocio.

La hipótesis es que todos estos “tumores” pulmonares tienen algo que ver con fumar, el cual solo llega hasta los bronquios y prácticamente nada a los alveolos. Por el desconocimiento de la segunda ley biológica, los “tumores” no están en absoluto definidos. Tumores de fase-Ca son confundidos con pseudotumores de la fase-pcl, situaciones residuales de tbc y tbc bloqueada. ¡Los resultados sólo pueden conducir al desconcierto!

2. No se considera la relación entre el cáncer y la tuberculosis. Curiosamente, nadie ha notado que junto con el retroceso de la tbc se verifica un aumento de los nódulos pulmonares. Este hecho es de tal envergadura que en India (ver siguiente imagen), hay menos de 25 “carcinomas pulmonares” por 100.000 habitantes, y contrariamente en Europa hasta 100 casos (válido para hombres). Habiendo sin embargo en India de 20 a 50 veces más casos de tuberculosis pulmonar.
3. Se construye intencionadamente una hipótesis de tiempo de latencia, como si el humo de los cigarrillos necesitara actuar 20 años para poder producir un efecto. Con este truco se cree poder sostener todavía un tiempo los inexplicables datos actuales, ya que no habrá que explicarlos hasta dentro de veinte años.

De vuelta a nuestro gráfico: mientras el aumento de casos de cáncer pulmonar entre 1920 y 1940 podría ser atribuido a una mejora del diagnóstico radiográfico, y supuestamente se trataba realmente de una atelectasia bronquial, así desde 1940 simplemente se suman más diagnósticos mejorados y la reducción de tbc. Curiosamente, la curva se cierra entorno a 1970-72. Lo demás fenómenos pueden explicarse solo difícilmente, pues desde 1970 disminuye el consumo de cigarrillos. En realidad, también debiera haber disminuido el denominado cáncer pulmonar, si hubiera dependido del humo, lo que no es el caso.

Otro error es no haber considerado la pirámide de edad. De hecho, las personas ancianas tienen muchos más cánceres bronquiales que las jóvenes, como también cánceres de nódulos pulmonares. Pero nosotros sólo calculamos la dolencia de cáncer de pulmón en una determinada unidad de población y en una unidad de tiempo también concreta, aunque la esperanza de vida haya aumentado fuertemente y decimos simplemente que el cáncer a aumentado. ¡Para la masa de 65 a 85 años, tan sólo tenemos un grupo de comparación muy exiguo!

La “estadística de los cuestionarios”

Si en un grupo de pacientes hubiera que responder a la pregunta de si los afectados han tenido algún conflicto biológico psíquico en un periodo de tiempo en cuestión, entonces tendría que avisar de los resultados de la considerada estadística de los cuestionarios: como ya sabemos ahora mediante los conocimientos de la NUEVA MEDICINA, no es por fuerza la pérdida de un compañero que desencadena un DHS con conflicto biológico, sino que se vuelve relevante la forma y manera en que esta pérdida se llevó a cabo y cómo de inesperadamente afectó al individuo. Aquí se decide si se va a desencadenar un conflicto biológico o no.

Con el conocimiento de las cinco leyes biológicas, se puede considerar que la mayor parte de las estadísticas sobre datos psíquicos en pacientes no tiene ningún valor, sobre todo si los datos obtenidos de una forma tan errónea han sido relacionados con la aparición de la enfermedad.

Para los no fumadores, se ha inventado la figura del fumador pasivo, para el humo de un cigarro que se compone de más de 1200 sustancias diferentes que están igualmente presentes en cantidad de productos y compuestos químicos que inhalamos todos los días.

15.1.5 La “estadística de los éxitos”

Toda clase de médicos esperan de mí una y otra vez, que alguna vez debiera documentar los “casos de éxito”, mis “mejores casos”. Entonces todos nosotros, cada uno para sí, se sacaría veinte éxitos de la manga y seríamos todos iguales. Además, no resultaría si el “caso de éxito” fuera igualmente bien documentado por otros 10 terapeutas donde cada uno cree que fuera “su medicamento” lo que ha llevado al éxito.

Para un **sistema de leyes** biológicas científicas naturales no hay ningún éxito o fracaso. El sistema, si se basa en leyes biológicas, es por **fuerza inmanente**.

¡Según las cinco leyes biológicas de la NUEVA MEDICINA, también el denominado fracaso terapeutico es por **fuerza consecuente!**

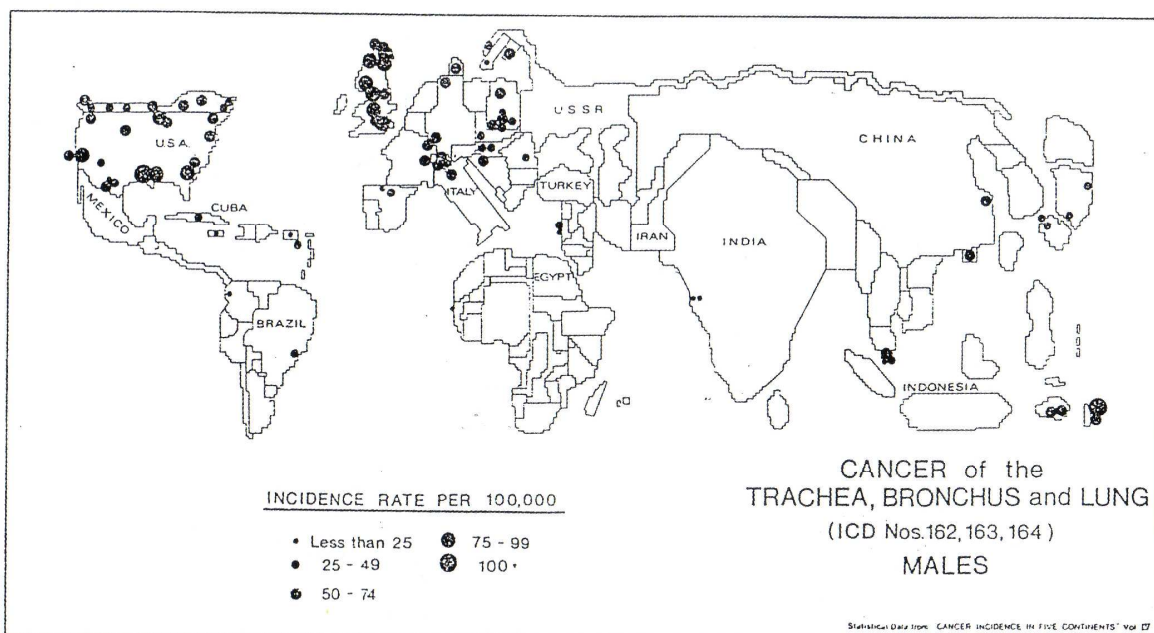


Fig. 1.3 Cancer of the trachea, bronchus and lung, global incidence 1973-77: males. No comparable data available for the blank areas shown on this map and on Figs. 1.5, 1.7-1.9, 1.11, 1.13-1.15, 1.17, 1.19, 1.21 & 1.23-1.24.

16 Correlaciones entre psique-cerebro-órgano, supuestas antes de 1981

16.1 Retrospectiva histórica

En todos los tiempos han tenido las personas la intuición de que hubiera una relación entre conflictos psicológicos, emociones, acontecimientos, vivencias grabadas y conmociones en la vida de los humanos, como la muerte de un compañero o de un hijo, etc. Incluso nuestra lengua da un testimonio elocuente en innumerables locuciones y expresiones. Las personas se han acercado en parte mucho en su forma de expresión a los conflictos biológicos, en su naturaleza y contenido, tal como yo lo entiendo, que seguidamente se abordan brevemente:

Modos de expresión respecto a la vivencia de impacto biológico, DHS:

Me sentí como si me partiera un rayo (quedé fulgurado)

Me llevé un golpe

Me quedé helado

Actividad conflictual permanente:

No consigo olvidarlo

Algo que no trago

Estoy pillado por el problema

Todavía me da vueltas

Este asunto me da todavía malas noches

No lo he superado

Nivel cerebral:

Tengo la cabeza como un bombo

Me va a reventar la cabeza

Conflictos arcaicos “del bocado, presa”, amígdalas:

No poder tragar algo

No conseguir obtener algo

Querer cobrar algo

Conflictos indigestos de estómago – intestino, contrariedad indigesta:

No lo aguanto, lo tengo atravesado

Todavía no lo he digerido

Todavía lo tengo en el estómago

Conflicto existencial, colectores de riñón:

Lo tengo en los riñones

Conflicto de miedo-susto, relación con la laringe:

Me quedé sin palabra

Me quedé mudo

Me quedé sin aire

Me quedé con la palabra en la boca

Conflictos de miedo-susto con componente de conflicto de motricidad:

Me quedé paralizado

No podía ni para adelante ni para atrás

Quedé anclado

Me quedé de piedra

Me quedé como una estatua de sal

Conflicto sexual (femenino) y (masc. sex.) de territorio afectando vasos coronarios:

Se le rompe a uno el corazón

Hace sangrar el corazón

Conflictos de contrariedad territorial, rel. con estómago, hígado-biliar:

De rabia, echar veneno y bilis por la boca

Me ha dado en la boca del estómago

Ponerse verde y amarillo de rabia

Enrabiarse hasta enfermar

Conflicto de miedo en la nuca, rel. retina:

No poder sacudirse el problema

El problema lo tengo a mis espaldas

Ese pensamiento me persigue

Conflictos de desvalorización de sí mismo, rel. huesos:

Partirse en dos

No poder sostener o soportar algo

Conflicto del olfato, mucosa nasal:

Me huele mal

Estar hasta las narices

Conflicto de oído, tinitus:

No creo lo que oyen mis oídos

Todavía me suena el oído

Conflictos de separación-piel, ojos,etc.:

Perder a alguien de vista

Arrancarlo de mi lado

El contacto se rompió

Este conocimiento intuitivo, que según mi entender constituye un sorprendente acercamiento al fondo de la cuestión, dejó de ser considerado en el siglo XX por parte de los médicos y científicos.

Aunque naturalmente las expresiones de tiempos pasados implicaban una forma global y vaga y faltara sistematización, se había llegado al problema de la relación entre psique y surgimiento del cáncer mucho más cerca que en nuestro siglo XX con su fijación en los procesos fisiológicos e investigación sobre datos del nivel corporal o físico.

En la antigüedad, los griegos desarrollaron con sus Asklepios una cultura para la superación de conflictos psíquicos. Los sacerdotes de Asklepios preguntaban a los consultantes por sus sueños de la noche anterior y deducían sus problemas psíquicos y las dolencias físicas.

En el siglo II después de Cristo el médico Galeno afirmó que las mujeres alegres tenían menos inclinación hacia el cáncer que las melancólicas.

Es probable que muchos pueblos en nuestra tierra poseyeran tal saber tan grande e intuitivo sobre las enfermedades, por ej los indios norteamericanos. Sólo que este conocimiento no nos ha sido transmitido. También en los últimos siglos hubo una serie de médicos que creían que el cáncer derivase de los golpes del destino:

Así escribía el médico inglés Gendron en su tratado publicado en 1701. “Enquiries into nature, knowlegde, and cure of cancer”, decía que el cáncer derivaba de “una desventura que originaba mucha fatiga y preocupación”. En sus ejemplos se acerca ya fuertemente a la relación de impacto vivencial conflictivo y dolencia cancerosa.

Estos conocimientos vienen a expresarse de forma más pronunciada en el libro: “The nature and Treatment of cancer” publicado en 1846 por el Dr.W.H.Walshe. Incluso el conocimiento del verdadero desencadenante, el shok vivencial (DHS) parece ya sonarle cuando cita el momento del hecho imprevisto: “ya se ha escrito mucho sobre la influencia del dolor psíquico de los golpes del destino inesperados o de un temperamento melancólico, en la transmisión de sustancias carcinomatosas. Siempre y cuando los autores precedentes puedan ser sistemáticamente creíbles, cualquier fenómeno es causa que influye ampliamente en el cáncer...Se podrían hacer observaciones muy convincentes con respecto a la influencia de la mente sobre el origen de este mal. Yo mismo he tenido casos en los que dicha relación era tan evidente que...ponerla en duda significaba resistirse a la razón del sentido común”.

Hay que preguntarse seriamente cómo es que en lo sucesivo ha sido posible alejar por completo estos conocimientos de la consciencia de los médicos, pero no es el tema de este trabajo.

H.Snow examinó estas relaciones sistemáticamente en el London Cancer Hospital en 250 pacientes internas afectadas de cáncer de mama o cáncer de cuello de útero. En 1893 afirmó en su libro “Cancer and the cancer process”, que de estas pacientes, más de 200 podían confirmar haber tenido problemas psíquicos, sufrimientos y trastornos antes de enfermar.

H. Snow prosigue concluyendo: De todas las causas del desarrollo del cáncer en cualquiera de sus formas actual, se revelan como los más potentes los agentes neuróticos; lo más habitual bajo las causas predominantes es el dolor del alma. Después el agotamiento y las privaciones. Corresponden a las causas directamente cancerígenas, tienen una influencia muy grave y predisponen a su posterior desarrollo. Es muy raro encontrar casos de cáncer en deficientes y enajenados mentales”.

Durante el siglo XX estos conocimientos se perdieron cada vez más y se concentraban en los nuevos procedimientos de la cirugía, anestesia, radioterapia, etc.

Es curioso que a partir del comienzo del psicoanálisis de Freud, se ha perdido aparentemente el sentido de los golpes del destino sentidos de forma natural. Nadie podía o quería ya someter a un examen serio estas observaciones hechas por médicos inteligentes desde siglos. Sorprende la “perseverancia “con que nos apartamos de la meta.

En cuanto a lo que respecta en la **relación entre cerebro y dolencias de (cáncer)**, que ya se sospechaba anteriormente, valga decir que aquí nos encontramos claramente todavía frente a una “mancha blanca en el mapa”.

De todos modos había zonas en el cerebro que yo no he descubierto, sino que se conocían desde hace tiempo, por ej el denominado homúnculus. El homúnculo era claramente correlacionado con el centro cortical motor, el gyrus praecentralis de ambos hemisferios cerebrales y el centro cortical sensorial en el gyrus postcentralis así como la corteza visual. Es decir no se sabía exactamente en la corteza visual qué punto de la retina estuviera correlacionado, pero por lo menos se sabía el hecho de que un trastorno de la capacidad visual en la retina, afectaba también la corteza visual. En el centro cortical motor y sensorial conocíamos ya tiempo atrás la correlación orgánica o inervación orgánica. Por ej se sabía dónde estaba controlada en el cerebro la musculatura estriada de la pierna derecha o del lado desrecho de la espalda o demúsculo pectoral derecho, De la misma manera se conocía la sensibilidad de la piel y su relé de control en el centro cortical sensorial de ambos hemisferios cerebrales.

Desgraciadamente estos conocimientos se fueron perdiendo pues los neurólogos buscaban la esclerosis en placas siempre incomprensiblemente en la médula cerebral encontrando estos “focos de demielinización” representados en el TAC cerebral o en la resonancia magnética donde encontraban estas pequeñas placas o densidades gliales y las mantenían como causa de la denominada esclerosis múltiple. Era obviamente un error. Correcto es que pacientes, que tienen una parálisis motora y sufren por ello habitualmente conflicto de desvalorización. Si finalmente se han acostumbrado a su parálisis y han solucionado o compensado su conflicto de desvalorización, entonces se encuentran estos pequeños nódulos gliosos como restos de estos relés de los huesos en la médula. Podemos afirmar, que la esclerosis en placas no existe en el sentido que creíamos. Es por lo que en la NUEVA MEDICINA hoy no hablamos ya de esclerosis múltiple sino de parálisis motoras o sensoriales, que podemos correlacionar exactamente en el homúnculo en el centro cortical motor y sensor.

Tampoco conocíamos por ej qué venía enervado desde el gran centro cortical postsesorial de nuestros hemisferios cerebrales. Creo haberlo descubierto y por cierto es el periostio, dicho más exactamente son los nervios sensoriales que se encuentran encima del periostio, que originariamente colocados en la mucosa del epitelio pavimentoso, y por no tener más funcionalidad y ser supérfluos han sido reformados. En la 3 y 4 semanas de vida del embrión podemos ver todavía este epitelio pavimentoso. El conflicto correspondiente es un conflicto de separación brutal.

Podemos decir que hasta ahora se conocía sólo una pequeña parte del cerebro y sus correlaciones con los órganos.

16.2 Diferenciación de la psicología

S. Freud el fundador del psicoanálisis desarrolló un sistema teórico global sobre el origen y la eliminación de trastornos psíquicos. Naturalmente no podía asegurar por no decir demostrar sus teorías como por ej de la libido y sexuales en cerebro o a nivel orgánico. Así en él y en sus alumnos se mezclan de continuo observaciones correctas (por ej sobre el subconsciente), con medias verdades y explicaciones totalmente erróneas. La psique aparece en total, como algo

separado del cuerpo y del cerebro, cuyas características se marcan por acontecimientos desde la primera infancia, y a la que uno sólo se puede acercar con teorías complicadas.

Los conflictos biológicos son de un tipo completamente distintos a los conflictos psicológicos creados en largo tiempo, así que aquí se habla sólo aparentemente de la misma cosa, cuando los psicólogos hablan de la psique o de conflictos.

En general en el enfoque psicológico hasta el momento no se ha dado relevancia alguna en investigaciones científicas ni a los conflictos agudos, ni a algo así como un DHS ni el modo y la forma con que golpea semejante shock vivencial, y qué sensaciones especiales tuvo el paciente en ese momento justo. Se creía que los conflictos tenían una larga historia y tiempo de desarrollo, y se buscaba en la personalidad biográfica del paciente el motivo para los conflictos y los trastornos. Para los conflictos biológicos no existe una “historia previa”, en ese sentido psicológico; para el diagnóstico de un conflicto de agua (por ej por una desgracia ocurrida en una barca en un temporal), los antecedentes del paciente son irrelevantes en toda regla. El nivel de conflicto biológico y psicológico es muy diferente, aunque se puedan cruzar ocasionalmente. Siempre hay que tener claramente presente, que los animales también pueden sufrir conflictos biológicos!

En la psicología se excluyen por principio muchos sucesos. Situaciones que merecen valoración en sentido psicológico son por ej la pérdida de un pariente o la desunión de un matrimonio.

Que podamos crear un conflicto biológico sólo con la palabra “cerdo” parece a muchos improbable. Que Hamer diga que todo depende de lo altamente dramático que se viva, no estar preparado o inesperado, “a contrapié”, sólo ha suscitado hasta el momento sonrisas compasivas.

Como ya he mencionado, tuve la experiencia de una paciente que perdió a los cuatro parientes más próximos en poco tiempo y no tuvo ningún conflicto biológico, porque sabía que ninguno de ellos, padre, madre, hermano y tío no tenían posibilidades de sobrevivir. Pero cuando supo que su hermana había heredado un preciosísimo arcón de su tío, que éste le había prometido a ella, se puso fuera de sí, “le pilló a contrapié” Enfermó de carcinoma de páncreas. Este caso ya lo mencioné al principio pero lo he presentado brevemente por lo esclarecedor que resulta.

Nadie reconocía las conexiones del cáncer, ya que no se diferenciaba la fase de estrés de conflicto activo con sus síntomas de la fase vagotónica de conflicto resuelto. Las “valoraciones” psíquicas son completamente diferentes en ambas fases! El criterio del aumento celular en el cáncer, por ej en igual medida para el cáncer intestinal, tumores ováricos (quistes), u osteosarcoma, conlleva que se investigaba fases de enfermedad completamente diferentes, y manifestaciones bajo un mismo común denominador, que no podía existir, por desconocimiento del sistema ontogénico de los tumores. Tampoco se diferencia – visto psicológicamente- entre dolencias primarias y consecutivas o viejos carcinomas ya curados que habían sido descubiertos sólo de casualidad. Por ello muchos resultados de tales indagaciones no tienen sentido.

Además hay algo muy importante: en nuestra comprensión de la NUEVA MEDICINA el paciente no debería someterse en general a ninguna psicoterapia, pues lo que tiene que encontrar una solución biológica real, al problema biológico que le concierne. La “power” (energía suplementaria) adicional que confiere al paciente la actividad del conflicto por la actuación de la simpaticotonía, del estrés, está previsto por la naturaleza para dar al individuo un empujón suplementario necesario para la solución del conflicto. Aquí prácticamente todas las formas de terapia psicológica que pasen de largo el meollo de la cuestión, no comprendan e intenten intervenir para bloquearlo o pararlo, son del todo fuera de lugar.

Es necesario prestar mucha atención, me explico:

Según nuestro conocimiento actual de la Nueva Medicina, primeramente tenemos que averiguar con mucha precisión, cuándo ha sido el DHS exactamente, en qué fase de qué conflicto nos encontramos, para hacer conjuntamente con el paciente, lo que yo denomino una terapia biológica específica e individual y evolutiva. Los psicólogos no han sido formados para tal investigación con carácter “detectivesco - criminalista” para poder estudiar las relaciones entre el psiquismo y los órganos y no poseen un bagaje médico-biológico. Esta carencia por parte de muchos psicólogos, en casos extremos, puede suponer la muerte para muchos pacientes: en caso de que por ignorancia se metan todos los conflictos en el mismo saco, sin tener en cuenta su duración. Rápidamente se dejan de atender los planos cerebral y orgánico y es posible que ocurra algo peligroso. Si por ej un conflicto de territorio que lleva varios meses fuera resuelto mediante la terapia de un psicólogo bien intencionado, debemos esperar después de un tiempo, en el punto culminante de la fase de curación, la crisis epileptoide en forma de un infarto de miocardio. En tal caso éste llega naturalmente de forma completamente inesperada para todos los colaboradores, y no pocas veces acaba en muerte, como he podido experimentar algunas veces. Lo mismo es válido para conflicto de larga duración, que se resuelven de improviso mediante terapias sin saber la situación particular y pueden hacer síntomas cerebrales fuertes, como dolores de cabeza, presión cerebral por edema de solución, etc.

Hay muchos conflictos de larga duración que no deben ser solucionados bajo ninguna circunstancia, pues el paciente no podría sobrevivir la fase de curación. Dejándolo en la fase conflictual, puede por el contrario conducirse en una vida relativamente normal, prescindiendo del hecho de encontrarse casi siempre delgado como un fideo y en constante peligro de entrar en constelación esquizofrénica (en caso de los conflictos del córtex cerebral).

Reconozco que se hubiera podido encontrar la NUEVA MEDICINA desde distintas partes, por ej desde la parte embriológica de la particularidad blastodérmica de los grupos singulares de órganos, o desde la histología si a alguien se le hubiera ocurrido que hay un sistema comprendido cuando se compara los grupos orgánicos correspondientes. Quizá también se hubiera podido descubrir desde la etología o desde las localizaciones de los relés en el cerebro correspondientes al grupo de órganos, así como sabíamos sobre el homúnculo.

A través de la muerte de mi hijo Dirk y de mi propia dolencia de cáncer he llegado por “casualidad” mediante las consecuencias conflictuales agudas, quizá por el camino más cercano. Para un clínico práctico en cuerpo y alma, que siempre fui, la confrontación ha resultado inevitable, más con los psicólogos que con los psicósomáticos.

Todavía me acuerdo del radiólogo de nuestra clínica en Oberaudorf que había estudiado psicología algunos semestres. Cuando presenté unas correlaciones a mis colegas de entonces, e intentaba explicarles, que según mis observaciones el cáncer se desencadenaba por tales choques conflictuales altamente dramáticos, él dijo suspirando: “esto es todo un nonstop, nonsense (infinitamente absurdo), no existe en psicología” Por suerte tenía yo algunos años de experiencia en neurología y psiquiatría tras de mí, así que me dejó indiferente. No es la realidad la que debe regirse por teorías psicológicas sino al contrario: en la medida que la medicina reclame la pretensión ser tomada en serio a nivel científico biológico, es el experimento la base de toda consideración o reflexión. En tal medida nuestra psicología enferma de construcciones puramente teóricas, que tienen desgraciadamente la desventaja de no corresponderse con la realidad.

La psicología se resiente sobre todo naturalmente de que no sólo le faltan los conocimientos médicos sino la práctica médica, cosa que debiera recordarse en la nueva ley de los psicoterapeutas.

Los médicos paralelamente se especializan cada vez más sobre el plano orgánico, como se establecerá en la nueva ley de los psicoterapeutas. La psique se la quieren dejar a los psicólogos. Como hemos visto hasta aquí no se puede subdividir al individuo en piezas sueltas.

E Evans, 1926 y Le Shan intentaron tratar a los pacientes de cáncer con ayuda de la indagación sobre su desarrollo personal. En estos intentos de “comprender el desarrollo errado del paciente”, Mars, Fritz Zorn 1977) se llega naturalmente por parte de los terapeutas a especulaciones arriesgadas (descabelladas), en tanto que querían dar terapia a un paciente con un considerado “linfoma maligno”, haciéndolo enfermar de nuevo con su terapia, cuando el linfoma maligno en realidad es una inflamación de ganglios linfáticos muy benigna en la fase de solución – reparación. Como puede verse, médicos psicoanalistas y psicólogos trabajan de modo ampliamente sin preocuparse los unos de los otros, en los que los psicólogos toman siempre los diagnósticos de los médicos por moneda válida y se la revenden a los pacientes.

Se sospechaba hipotéticamente (Engel, 1954, Grinker 1966, Bahnson 1966, 1969, 1979, Baltrusch 1975, Schmale 1977, Fox 1978) que la dolencia cancerígena se comprendía como influencias psicosociales premórbidas y de la personalidad de los enfermos de cáncer.

Engel (1961) analizó la influencia en el cáncer de la pérdida y aflicción (duelo), donde define como pérdida la privación de un objeto preciado, como una persona en cercana relación, una propiedad de valor, del puesto de trabajo, del hogar, de la patria, de un ideal o de una parte del cuerpo, etc.

Tales investigaciones son típicas psicológicas y tienen poco que ver con conflictos biológicos. En el ámbito biológico sólo se puede tener un conflicto de pérdida sólo de una persona o por un individuo de la especie. Pero aquí también depende de si en el momento del DHS se ha vivido como conflicto de pérdida. Podría ser experimentado también como conflicto de territorio (heredero de la propiedad) o ni siquiera vivirlo como conflicto biológico, si se esperaba la muerte. O si la pérdida ocurre con pelea, puede ser vivido por una mujer en vez de con un carcinoma ovárico con un cáncer de mama. Si la pérdida se ha sentido como conflicto de separación, entonces encontramos en el conflicto biológico con DHS una parálisis sensorial o depende de si con hijo, madre o compañero, con un ca. ulcus ductal en mama izquierda o derecha, lo que no se nota nada al principio en la fase ca. El lado se dirige según si la paciente es zurda o diestra. Tratándose de la pérdida de un hogar, su propia casa, se puede tratar entonces de un conflicto biológico de territorio, pero también puede ser un conflicto de fugitivo (refugiado) con ca de túbulos colectores de riñón en la fase ca. Si el paciente junto con la casa pierde su patrimonio, puede sufrir de conflicto de morir de hambre, siempre entendido con DHS.

¡Como puede verse, somos mundos diferentes! También para el animal, para el que las cinco leyes biológicas deben encontrar aplicación de forma análoga, es por cierto la “pérdida de un bocado – presa”, algo bien diferente que la pérdida de un compañero cercano de especie.

De la misma manera las investigaciones de tipo psicológico sobre si la tristeza o aflicción fuesen enfermedad (Engel 1977) o de si por falta de duelo, pudieran desembocar en “desamparo y desesperanza” son cuestiones psicológicas, de forma puramente teórica, especulativa, que no tienen nada que ver con la realidad biológica.

Una tristeza normal por la muerte de un pariente allegado sin DHS, naturalmente no es ninguna enfermedad, sino un proceso muy normal. Pero si se hubiera llegado a un DHS con un previo conflicto de territorio con amalgama hormonal, entonces el paciente padecerá de un conflicto de territorio con una auténtica depresión. El mismo síntoma puede tener una paciente zurda con DHS de contenido de conflicto sexual. Desamparo y desesperanza son conceptos ideológicos

irrelevantes desde el punto de vista biológico, que no tienen significación biológica por sí mismos, aunque pueden ser interpretados en cierta medida en una depresión.

Quiero decir: todos estos estudios psicológicos y sus resultados aparentes o reales no son importantes desde el punto de vista biológico.

En dicho contexto tenemos otro ejemplo que puede ser interesante: Green (1954, 1956, 1958, 1966) reconoció a 132 pacientes con leucemia e inflamaciones de ganglios linfáticos. Había creído descubrir que estas dolencias surgían en el punto en el que el paciente debía enfrentarse con un gran número de pérdidas y separaciones, y como consecuencia se sentía aprisionado por miedo, cólera y desesperación. Ahora bien, según la NUEVA MEDICINA se puede demostrar que la leucemia es la fase-pcl de un conflicto biológico de desvalorización de sí mismo, así como el linfoma, con osteolisis óseas y necrosis de ganglios linfáticos previas respectivamente en el nivel orgánico. En dicha fase-pcl, el paciente tiene a menudo fuertes dolores del periostio que el psicólogo quizá pueda interpretar como rabia. Se siente además cansado y sin energía, lo que el psicólogo quizá interprete como desesperanza. Pero por lo demás se encuentra muy bien, tiene buen apetito, duerme bien, mientras no le produzcan pánico, que el psicólogo interpretaría entonces como miedo. El psicólogo, como lego en materia médica, no diferencia entre vagotonía y desesperanza. De todos modos, se debe considerar como justificación que los pacientes examinados estaban todos metidos en el “molino” de la quimioterapia, por lo que reciben continuamente momentos de pánico, así como la sintomatología de envenenamiento por los citostáticos.

Uno de los estudios epidemiológicos más notorios contiene que Japón tiene el cáncer de mama más bajo de los grandes estados industriales. Las japonesas emigran a Estados Unidos y sufren cuatro veces más cáncer de mama, aunque mucho menos cáncer de estómago. Antes, se argumentaba que esto era por motivos raciales o venía de la alimentación. Hoy, esto no se lo cree nadie.

También la investigación sobre el estrés inespecífico en relación con el cáncer confunde en la mayoría de los casos causa con efecto, ya que todos los pacientes de cáncer sufren de estrés en la fase-ca (estrés permanente).

Para concluir, quisiera exponer brevemente las diferencias entre la NUEVA MEDICINA y una apreciación psicológica de la comprensión del cáncer, con el ejemplo de L. LeShan, Stuttgart, 1993.

El autor es psicoterapeuta. Basándose en encuestas y entrevistas a quinientos pacientes de cáncer llega a la conclusión de que en todos los pacientes de cáncer se encuentran factores de personalidad determinados que favorecen la aparición de la dolencia. Esto significa, según la comprensión de la NUEVA MEDICINA, que con seguridad esta distorsionado, porque los pacientes entrevistados, han sufrido con toda probabilidad un montón de conflictos y carcinomas correspondientes.

El objetivo de LeShan es detectar una personalidad “cancerígena” determinada, con lo que seguramente va demasiado lejos, ya que la personalidad de la mayoría de los pacientes de cáncer solo muestra una semejanza en el transcurso de la terapia y prognosis y no antes de la dolencia.

“La persona aquejada de cáncer tiene una tendencia psicológica que hace más probable la dolencia y que le obstaculiza también la lucha por su propia vida, una vez que haya desarrollado un tumor maligno” (pág. 13).

De los citados pacientes que sobrevivieron con su terapia, es significativo que se trata casi siempre de pacientes con cáncer de glándulas linfáticas, Hodgkin y tumores cerebrales, osea, pacientes en la fase-pcl según la NUEVA MEDICINA.

La siguiente deducción también opera desde un punto de vista típicamente psicológico: ante la macabra pregunta: “¿Qué quiere usted realmente hacer con su vida?” muchos pacientes le clavaban los ojos sorprendidos e incapaces de comprender. De ahí LeShan concluyó que los pacientes estaban incapacitados para luchar de forma agresiva por sus propias necesidades, deseos y sentimientos. Hay que sospechar que se trata aquí de un fenómeno secundario previo – yo nunca pude constatar con mis investigaciones tal desesperanza y falta de fe en sí mismo en la vida de los pacientes, antes de sus dolencias. Considero que hablar de una personalidad cancerígena es un planteamiento funesto. En algunas ocasiones cuadros similares son ocasionados por la simpaticotonía o la vagotonía, que intervienen muy intensamente en el cuadro psíquico del paciente.

LeShan ciertamente ha sensibilizado la consciencia de la presencia de causas psíquicas del cáncer. Pero no llegó al meollo de la cuestión, ya que en parte buscaba la causa sólo en la historia precedente lejana y en el desarrollo personal del paciente sin observar los completamente distintos conflictos en sus diferencias. Huelga decir que no se interesaba en los procesos orgánicos y cerebrales.

16.3 Diferenciación de la psicósomática

Mi profesor Thure von Üxküll de Giessen, del que fui médico asistente, escribió un clásico muy voluminoso sobre psicósomática, donde liquida el tema de la simpaticotonía y vagotonía en muy pocas líneas. Menciona que hablar de semejantes trastornos es hablar de “disonía vegetativa”. La psicósomática ciertamente ha tenido una intención acertada, y también ha partido de muchas suposiciones correctas. Sería injusto con muchos autores no apreciar sus grandes méritos en la búsqueda de las relaciones entre psique y órganos. Sin embargo, nunca se pudo trabajar con ellas de forma regular como muestra la NUEVA MEDICINA porque nunca se habían descrito relaciones tan inequívocas y sólidas.

Desde un principio, la psicósomática se ocupa solo de enfermedades en las que un conflicto presumiblemente convertido en crónico, lleva alteraciones somáticas al órgano, a través del sistema nervioso vegetativo. Para dar con estos conflictos crónicos que llevarían a una determinada enfermedad, se sirve uno normalmente del método del psicoanálisis. No es ningún milagro que hasta ahora se intentara en vano encontrar una relación entre trastornos aislados y constelaciones conflictuales concretas. Por añadidura, no se ha encontrado hasta ahora ninguna regla unificada para la selección de los órganos.

Así, es típico que un ataque de asma se interprete como una explosión de lágrimas, una presión sanguínea alta corresponde a un ataque de cólera reprimida, y las úlceras gástricas un conflicto permanente entre tendencias de agresión y de huida. Estos ejemplos quieren mostrar lo alejada que está la psicósomática de la NUEVA MEDICINA.

Lamentablemente esto ha ocurrido por el hecho de que los psicósomáticos han derivado hacia la corriente de los psicólogos en lugar de hacia la base más sólida de la biología y la investigación sobre el comportamiento y sobre los primates. Se discutía interminablemente sobre potenciales de estrés o sobre investigación de estrés, sin darse cuenta de que el estrés es una consecuencia del DHS, un síntoma de la fase-Ca. En los libros de uso corriente sobre psicósomática (Bräutigam, Christian, vom Rad) no se menciona la expresión simpaticotonía ni una sola vez. Quizá he sido siempre demasiado científico para la vaga psicósomática. Soy de la opinión de que la psicósomática no va a tener ningún sitio con la NUEVA MEDICINA, sino que va a ser completada e integrada por ella con leyes biológicas rigurosas.

Grossart-Maticsek (*“Krankheit als Biographie”*, 1979)(*“Enfermedad como biografía”*) se queja de los investigadores psicosomáticos del cáncer: “Los científicos no han podido desarrollar hasta hoy un método para poder diferenciar entre conflictos psicosociales antes de la dolencia y las alteraciones psicosociales tras la dolencia. Esto tampoco es posible en estudios aislados, porque lo que falta es un programa de investigación”.

Grossart-Maticsek ve aquí correctamente una parte cuando dice que tras el diagnóstico difícilmente se diferencia lo que ha podido pasar anteriormente y lo que se ha desencadenado, además por el mazazo del diagnóstico. Naturalmente, pasa por algo por alto, ya que entonces no conocía las leyes biológicas de la NUEVA MEDICINA: el paciente está o en una fase de conflicto activo de simpaticotonía permanente de modo casi fisiológico para solucionar su conflicto biológico, o está en una fase de solución-reparación de vagotonía permanente porque tiene que volver a regenerar su organismo. Ambas cosas sólo se podían entender biológicamente, nunca desde la psicología o la psicosomática.

16.4 Diferenciación de la psico-oncología

Nota:

Me resulta difícil buscar predecesores intelectuales, hasta cierto punto. Se me tomó a mal no haber mencionado autores que hubieran dicho algo alguna vez sobre las presuntas conexiones entre cáncer y psiquismo.

Todo invento y descubrimiento se basa en datos conocidos, en tanto que están comprendidos en una serie evolutiva de la ciencia anterior. Pero lo que es nuevo es la concatenación de estos datos de forma que desde ahora todos se pueden agrupar en una sinopsis total reproducible en cada caso, cuando hasta ahora no se podían ordenar sino sólo recopilar.

En 1981 no se podía encontrar el concepto “psique” en ningún índice de obras estándares sobre tumores. Se prefería buscar agentes cancerígenos y se creía haber encontrado una serie de ellos. La posibilidad del cáncer debida a factores psicológicos era de nuevo dejada en el olvido.

En parte, tenía una valoración simplemente poco seria presentar semejantes posibilidades en congresos o lugares semejantes, solo se recogían ironía y sonrisas despectivas. Sin embargo, se alegraban por ejemplo con teorías tumorales mecánicas biológicas, como el denominado síndrome paraneoplástico, de gran popularidad, con el que se creía haber podido encontrar en muchos casos una manifestación cancerígena de muchos años antes.

Me tuve que comprometer a no citar el nombre de la clínica anexa a la universidad en la que había procedido a mis primeras investigaciones sistemáticas, porque cualquier resultado que pudiera obtener no era considerado serio a priori.

Al final de 1981, tras la publicación de mis resultados apareció un pequeño libro: Meerwin/Adler:”Introducción a la psycho-oncología”. En la primera edición se leía a propósito del origen psicógeno del cancer: ”La idea de comprender el cáncer como intento de regeneración regresiva sobre el nivel biológico por agotamiento, es decir, bloqueo de las posibilidades de expresión psíquica, es parcial y demuestra la falta de comprensión de la complejidad biológica del problema”. En la segunda edición, se podía leer así: ”La idea de comprender el cáncer como intento de regeneración regresiva sobre el nivel biológico por agotamiento, es decir, bloqueo de las posibilidades de expresión psíquica, es fascinante, pero creemos que no permite una explicación global en los conocimientos actuales de la psico-oncología”.

La NUEVA MEDICINA no tiene nada que ver con la psico-oncología, es decir en la necesidad de la psico-oftalmología, psico-ortopedia, psico-ginecología, etc.).

La NUEVA MEDICINA es un sistema basado en cinco leyes biológicas válido para toda la medicina y de ninguna manera se trata de una teoría hipotética psicológica para el cáncer.

La denominada psico-oncología no ha puesto nunca en duda los esquemas usuales de tratamiento del cáncer de la actual medicina facultativa.

Sobre este tema es interesante el estudio de Ulrich Abel de Heidelberg, director del departamento de estadística oncológica "*Die zytostatische Chemotherapie fortgeschrittener epithelialer Tumoren*", 1990 ("*Quimioterapia citostática de los tumores epiteliales avanzados*"). Escribe sobre los denominados tumores epiteliales entre los que incluye todos a excepción de linfomas, leucemias, sarcomas y tumores de las células germinales: "Prescindiendo del carcinoma bronquial (sobre todo de células pequeñas) no existe evidencia clara de que la quimioterapia prolongue la vida del paciente tratado". En el prefacio añade: "Por descorazonador que pueda ser el resultado de este trabajo, es el resultado inequívoco de esta empresa, evaluando la literatura relevante sin prejuicios y de forma completa...Y también los reproches que hace la medicina facultativa a los *outsider* de la medicina, seguramente a menudo en su derecho, de que no están en condiciones de cimentar científicamente sus afirmaciones de éxito, recaen sobre ella misma. Se precisa urgentemente una reorientación del pensamiento en cuanto a la terapia y la investigación del cáncer, no solamente por motivos científicos sino sobre todo por interés del paciente".

Para terminar, me gustaría todavía detenerme en uno de los primeros representantes de la llamada psico-oncología: O.C Simonton: "*Getting Well Again*", 1978 ("*Volviendo a sanar*"). Simonton es radiólogo y especialista en radioterapia, quiere explícitamente no sustituir el tratamiento médico actual, sino complementarlo.

Él parte de la voluntad de vivir del paciente, cuya fuerza sería directamente proporcional a la tasa de supervivencia y de esa forma se mediría cuánto se cumplen las prescripciones de los médicos (¡paciente obediente!). Aplica la técnica de la psicología de la motivación, que debe reforzar la voluntad de vivir, así como la visualización como técnica del método *biofeedback*, lo que aparece así: "En pacientes de cáncer, esto significa: debe intentar imaginarse visualmente la proliferación del cancer y su destrucción mediante el tratamiento, pero sobre todo las defensas naturales del cuerpo en la lucha contra el cáncer". La visualización es considerada finalmente como terapia de acompañamiento de la radioterapia, etc. En conjunto, el paciente tiene que concebir los procesos de su cuerpo como batalla campal)(pág 13).

Semejantes imágenes son lamentablemente típicas y alejan cada vez más al paciente de la visión de las conexiones de su dolencia. Si el conflicto no se termina, tampoco ayuda ninguna visualización tan guerrera de una lucha de resistencia contra las malas células cancerosas.

Por lo menos en Simonton es positivo el hecho de que se interese por los problemas psíquicos de sus pacientes que según las nuevas ediciones de sus libros (¡sic!) están establecidos incluso de seis a dieciocho meses antes de la manifestación de sus dolencias cancerígenas! También es meritorio que acentúa que todos los estudios estadísticos sobre el fenómeno de cáncer adolecen del hecho de que "los psicólogos no tienen datos fisiológicos ni los médicos datos psicológicos en sus reconocimientos"! Bajo el punto de vista de la NUEVA MEDICINA, en Simonton encontramos la falta, como también en LeShan, de que deja fuera el nivel cerebral del suceso de cáncer y de que por supuesto no se ocupa de otras dolencias en correlación con los factores de influencia psíquicos.

17 La unidad biológica entre humano, animal y planta. El cosmos autosostenido. Reflexión final

El principio de las ciencias naturales y también de la biología, es recoger primero datos sólidos y fiables, y buscar conexiones reproducibles de dichos datos. Esto lleva al fenómeno de que humanos, animales u organismos en general se organizan en unidades especiales e interdependientes unas a otras, podríamos decir que se encuentran entre sí interconectadas “en red”. Esto se manifiesta especialmente claro (tanto en humano como en el animal) en la relación de madre-hijo o viceversa.

Comprendo esta forma de estar “en red”, especialmente como interconexión de programas de nuestro cerebro con los programas cerebrales de otros animales, unidos también a los fenómenos y formas de comportamiento de organismos inferiores.

Vemos por ejemplo que el humano tiene con los microbios una determinada relación simbiótica, lo que en parte era ya conocido con las colibacterias. Lamentablemente, para las otras bacterias, hasta ahora no lo habíamos reconocido, ya que considerábamos a todos estos microbios como nuestros enemigos.

Vamos a tomar primero como ejemplo esta relación, y vamos a intentar incluirla en la relación madre-hijo. Vemos por ej. que la madre proporciona al niño anticuerpos de sarampión, para que no lo coja durante la lactancia, sino como pronto después de ésta, que duraría de tres a cuatro años. También vemos que la madre le da con la leche bacterias de la tuberculosis, o sea, micobacterias acidorresistentes que no perjudican para nada al lactante, sino que son depositadas como instrumento necesario posteriormente para el organismo.

Ahora bien, los investigadores del comportamiento animal nos muestran un punto importante olvidado por sus colegas estudiosos de los seres humanos, se trata del hecho de que determinadas formas de comportamiento en los animales, son en parte innatas y en parte adquiridas, en todo caso necesarias como equipamiento indispensable de cualquier población animal.

Esto en nosotros los humanos alguna vez fue también realmente así, y lo sigue siendo básicamente visto desde el punto de vista de los conflictos biológicos, solo que nosotros experimentamos ahora estos conflictos biológicos de forma cuasi-cultivada, se podría decir cuasi-paranoica. Ahora sentimos un paquete de acciones como bocado-presa y sufrimos un conflicto biológico cuando lo perdemos. En un contexto natural este fajo de papeles no tendría ningún valor.

Cuando vivíamos de acuerdo y en sintonía con la naturaleza, se regulaba también nuestro comportamiento hacia los animales de modo y manera natural.

Para nuestros parientes los monos, los animales pequeños son presa, lo que demuestran sus dientes caninos, todavía presentes en ellos; pero al mismo tiempo también los monos son presa para otros animales como el tigre y el león.

Para los humanos alguna vez fue también así, y los animales correspondientes con los que ellos tenían que ver, estaban programados en su cerebro-ordenador. Por ejemplo vemos todavía hoy cuando un embrión enferma del denominado síndrome de la sierra circular antes mencionado: el embrión que necesariamente no puede diferenciar el ruido de una sierra circular del rugido de un león, sufre de pánico total, cuando la madre pasa cerca de una sierra que quizá esté cortando en ese momento una rama. Él siente la necesidad de escapar inmediatamente del vientre materno, aunque realmente no puede correr, pero en el nivel de desarrollo en el que se

encuentra en ese momento podría desplazarse en su desarrollo filogenético. O el embrión sufre el conflicto de miedo a la separación porque tiene la sensación de poder ser alejado de su familia a causa de una catástrofe directamente inminente.

El síndrome de la sierra circular es todavía hoy en el campo la causa más frecuente de parálisis motoras y sensoriales que vemos en el nacimiento. Este pequeño ejemplo quiere mostrar ampliamente lo estrechamente que estamos unidos, desde millones de años, con estas criaturas compañeras, los animales que están programados, en, y con el programa de nuestro cerebro-ordenador.

Si se deja volar una paloma que no haya visto un halcón, porque haya estado siempre en el palomar, inmediatamente se precipita contra el suelo, cuando descubre una sombra sobre sí. A esto llamaríamos nosotros instinto. El halcón está de alguna manera programado en el cerebro de la paloma, y sin que ella lo haya aprendido, hace instintivamente rápidamente lo correcto. Básicamente, casi todas las especies animales hacen instintivamente lo correcto, porque tanto sus presas como sus cazadores están ya programados en sus cerebros.

Si por ejemplo la lechuza percibe que en primavera habrá pocos ratones, simplemente pone menos huevos para no diezmar los ratones y no morir de hambre ella misma.

Todas estas cosas están en nuestro cerebro, maravillosamente preprogramadas. Y nuestros cerebros están igualmente “en red” con los cerebros de nuestras co-criaturas animales.

Lo mismo ocurre entre animales y plantas. Llamamos a estos nexos equilibrio biológico, que ha resistido maravillosamente durante millones de años hasta que el humano con su orgullo desmesurado lo destruyó.

El humano es realmente de todos los seres vivientes sobre la tierra, el único que ha perdido el control, y ha destruido esta maravillosa creación. Expresivos al respecto son los siguientes versos de Schiller:

*“Peligroso es despertar al león
fatal el diente del tigre,
pero es el humano en su locura
el más aterrador espanto”*

Este capítulo no tiene la intención de anunciar la desgracia biológica del mundo, sino su sentido es buscar el paraíso perdido, en el cual ciertamente tampoco seremos inmortales, pero que nos posibilitaría la armonía con las criaturas que nos rodean.

La armonía consiste en que nuestro cerebro pueda reaccionar de nuevo a aquello para lo que verdaderamente estuvo preparado desde hace millones de años.

Las cosas de la civilización que consideramos como avances enormes, necesitarían un millón de años hasta que pudieran ser integradas en nuestro cerebro. En este millón de años serían ya “antiguallas” y nuestro cerebro “ordenador” no podría seguir la velocidad de nuestros inventos e integrarlos. No tiene ningún sentido considerar esto como una deficiencia de nuestro cerebro, sino que tenemos que preguntarnos si no será que nuestros inventos no nos convienen, es decir no son para nuestro código cerebral.

Las consecuencias que podamos o queramos sacar entonces como individuos, familia, clan, pueblo, ciudad o como humanidad es otra cuestión. Lo que es seguro es que primeramente tendríamos que llevar estas cosas a debate, y rehacer un todo coherente y vivible desde un punto de vista biológico, gracias a los conocimientos extraídos de la NUEVA MEDICINA,

integrando las investigaciones etológicas del comportamiento de los animales y de los vegetales, así como la historia del desarrollo filogenético.

El mundo actual se encuentra en tan grave situación de desorden, que seguramente no ha estado nunca así desde hace millones de años. No importa si al principio personas que expresan semejantes pensamientos son ridiculizadas como soñadores reaccionarios contra la civilización. Todo el movimiento ecologista también fue ridiculizado al principio, hasta que finalmente se ha reparado en la gran importancia que le corresponde.

En el ámbito de la medicina, los médicos del futuro con conocimiento de estas complejas relaciones, sobre todo tendrán la tarea de facilitar en los pacientes la comprensión del sentido más profundo de su dolencia y hacer llegar la posibilidad, mientras se pueda, la solución a nuestros conflictos biológicos.

Aquí se decidirá posiblemente, si nosotros los humanos seremos obligados mediante una catástrofe a reflexionar sobre nosotros mismos. Esto no significa que tengamos que renunciar al conjunto de nuestros logros técnicos para ser coherentes con nuestro código cerebral de millones de años y poder volver reencontrar la armonía con nosotros mismos.

18 Sobre la persona

El Dr. en medicina Ryke Geerd Hamer, nacido en 1935, creció en Frisia, Alemania. Bachiller con dieciocho años, comenzó los estudios de medicina y teología en Tübingen, donde conoció a la que más tarde fue su esposa Sigrig Oldenburg, estudiante de medicina. Con veinte años aprobó el examen previo de medicina, se casó un año después en Erlangen donde aprobó con veintidós años el examen de teología. La joven familia tuvo una hija y un hijo, DIRK, que más tarde jugaría un importante papel. Con veinticuatro años, el Dr. Hamer aprobó el examen estatal de medicina en Marburg. Tras un tiempo de asistente, obtuvo dos años después la aprobación como médico y el grado de doctorado.

Siguieron una serie de años en las clínicas universitarias de Tübingen y de Heidelberg. En 1972 el Dr. Hamer hizo su especialidad en medicina interna.

También trabajaba intermitentemente en una consulta junto a su esposa Dra Sigrig Hamer. Siempre tuvo al lado un *hobby* especial: patentar inventos.

Por ejemplo: el escalpelo de corte no traumático Hamer para cirugía plástica, con el que se corta veinte veces más afilado que con una hoja de afeitarse, una sierra especial para huesos, también para cirugía plástica, o una mesa de masaje acoplable de forma automática al contorno del cuerpo, así como un aparato para el diagnóstico de suero transcutáneo.

Hasta agosto de 1938 la familia Hamer era una familia de médicos muy normal con cuatro hijos (dos niñas y dos niños).

En la mañana del dieciocho de agosto, alrededor de las tres de la madrugada, ocurrió algo terrible: un príncipe italiano enloquecido, Victor Manuel de Saboya, disparó desde la isla Cavallo al hijo del Dr. Hamer, Dirk, que dormía inadvertidamente en una embarcación. Casi cuatro meses se debatió entre la vida y la muerte, teniendo a su padre junto a su lecho día y noche. Dirk murió el 7 de diciembre. Por este motivo el Dr. Hamer, como supo tres años después, sufrió un conflicto de pérdida, desencadenando un cáncer testicular. Más tarde el Dr. Hamer denominó a esta forma de impacto o de shock: “Dirk-Hamer-Syndrome”, un impacto conflictual biológico que nos pilla de forma completamente inesperada, nos pilla a contrapié.

Él mismo enfermó de cáncer testicular. En 1981 el Dr. Hamer creía todavía que estas correspondencias sólo aludían al cáncer, no vislumbraba que la REGLA FÉRREA DEL CÁNCER fuera a ser el descubrimiento central para toda la medicina. En octubre de 1981 presentó sus conocimientos como escrito de habilitación para optar a una cátedra en su universidad, en Tübingen. Este trabajo tenía como principal motivo, que los resultados que el Dr. Hamer había encontrado, fueran verificados lo más rápidamente posible en la universidad, en los casos de pacientes más próximos y pudieran servir para el beneficio de los pacientes!

En mayo de 1982 la universidad rechazó el trabajo sobre estas conexiones entre psique y dolencias cancerosas, sin que fuera examinado ni un solo caso mediante reproducibilidad, como se reconoció ante el tribunal. Desde entonces se da la grotesca situación de que una universidad se niega a llevar a cabo un examen de verificación.

Desde la muerte de su hijo, el Dr. Hamer y su familia fueron aterrorizados por abogados, agentes, detectives y otros emisarios de la casa Saboya. En los años siguientes, el Dr. Hamer intentó repetidamente abrir un hospital o un refugio similar, con objeto de hacer útiles sus conocimientos para los pacientes. Esto fue impedido cada vez por medio una “acción concertada”.

La esposa del Dr. Hamer murió en 1985 de pena por el fallecimiento de su hijo, desmoralizada por el incesante terror de la familia Saboya.

En 1986 llegó el momento álgido de la persecución, cuando en la Audiencia territorial de Coblenza comienza un proceso agotador con el objetivo de prohibir al Dr. Hamer el ejercicio de su profesión, lo que ocurrió debido literalmente a: “no abjurar de la LEY FÉRREA DEL CÁNCER” y “no convertirse a la práctica de la medicina facultativa”. Esto se ratificó expresamente en una sola vista y bajo prohibición de la revisión de 1990, se citó, entre otras cosas, que el Dr. Hamer carecía la “capacidad de control” así como “la capacidad de visión en la terapia necesaria para el cáncer”.

Desde 1986 el Dr. Hamer no está autorizado ni siquiera a hablar con ningún paciente. Un juez que preside la Audiencia Provincial de Colonia le aconsejó por motivos legales, que (¡con 57 años! debiera buscar otra profesión que no tuviera nada que ver con la medicina.

Por ello se privó al Dr. Hamer de toda base para una investigación científica.

Sin una base financiera, secretaria u otros colaboradores, tuvo que procurarse laboriosamente, para su trabajo de investigación, TACs y documentaciones correspondientes a través de otros médicos. Es inevitable no poder documentar completamente algunos casos, ni disponer de todas las pruebas que él estima necesarias para su propósito. Demasiadas cosas en manos del azar. Si hubiera tenido una clínica, y sólo un mínimo de posibilidades financieras, apenas podríamos imaginar...

En 1986 la Universidad de Tübingen fue instada judicialmente a la continuación del proceso de habilitación. Nada sucedió hasta 1994. El 3 de enero de 1994 fue ejecutada la sentencia contra la Universidad de Tübingen para proseguir la habilitación del Dr. Hamer – ¡un acontecimiento único en la historia de la Universidad! Es bastante improbable que tras 19 años la Universidad de Tübingen examine la NUEVA MEDICINA en los próximos casos clínicos. El 22 de abril de 1994 la universidad anunció: “No obstante, la realización de un examen de verificación en el marco de un proceso de habilitación, no está prevista.” (los lectores que quieran informarse en detalle sobre lo sucedido en cuanto al proceso de habilitación, pueden pedir una documentación al respecto en Amici di Dirk Verlag).

El Dr. Hamer amplió su sistema a 5 leyes biológicas aplicables a todas las dolencias de la medicina.

Dado que se trata de criterios científicos naturales, la comprobación de la NUEVA MEDICINA, como es su nombre, es muy fácil. Ha sido y será siempre comprobada en pacientes por médicos y gremios de catedráticos tanto nacionales como internacionales, y reconocida y suscrita como correcta mediante sus firmas.

19 Referencia bibliográfica

Abel, Ulrich: Die zytostatische Chemotherapie fortgeschrittener epithelialer Tumoren, Stuttgart, 1990.

Bahnsen, C. B., Bahnsen, M. B.: Denial and Repression of primitive impulses and Disturbing Emotions in Patients with malignant Neoplasms. In: Psychosom. Aspects of Neoplastic Disease. Edited by D.M. Kissen and L.L.

Bräutigam, Walter und Christian, Paul: Psychosomatische Medizin Stuttgart 1973 und 1986.

Documenta Geigy. Wissenschaftlichen Tabellen, Basel 1960.

Dontenwill, W. Et al.: Untersuchungen über den Effekt der chronischen Zigarettenrauchinhalation beim syrischen Goldhamster und über die Bedeutung des Vitamin A auf die bei Berauchung gefundenen Organveränderungen, Zeitschrift f. Krebsforschung u. Klin. Onkologie 89, 153-189, 1977.

Eibl-Eibesfeld, Irenäus: Der vorprogrammierte Mensch, Kiel 1985 ders.: Grundriss der vergleichenden Verhaltensforschung. ders.: Ethologie, München 1980 ders.: Menschenforschung auf neuen Wegen, Wien 1976.

Engel, G.L.: Selection of Clinical Material in Psychosomatic Medicine. The Need for a New Physiology. Psychosom. Med. 1954,16:368-373.

Evans, E.: A Psychological Study of Cancer. New York, Dodd, Mead & Co., Inc. 1926, 226 pp.

Evans, R.B. et al.: Some Psychological Characteristics of Men Cancer. Cancer 1964, 17:307-313.

Global Cancerology: New York 1986.

Greene, W.A. jr: Young L.E. Swisher S.N.: Psychological Factors and Reticuloendothelial Disease, II. Observation on a Group of Males with Lymphomas and leukemias. Psychosom. Med. 1954,16:220-230.

Grossart-Maticsek, Ronald: Krankheit als Biographie, Köln 1979 Klinische Onkologie (hrsg. UICC) Berlin 1982.

Kretschman, Hans Joachim und Weinrich, Wolfgang: Klinische Neuroanatomie und kraniale Bilddiagnostik, Stuttgart 1991.

Le Shan. Pitman Medical Publishing Co. Ltd., 1964, p. 42-62.ders. Laurence: Psychotherapie gegen den Krebs, Stuttgart 1993.

Liedloff, Jean: Auf der Suche nach dem verlorenen Glück, München 1988.

Lorenz, Konrad: Verhaltensforschung, Wien 1978 ders.: über tierisches und menschliches Verhalten, Leck 1968.

Mech. L.David: Der weisse Wolf, München 1994 ders.: Auf der Fährte der Wölfe, München 1991.

Meerwein, Fritz: Einführung in die Psycho-Onkologie, Bern 1981 und 1991 Moore, Keith L.: Embryologie, Stuttgart 1985.

Müller, H.E.: Die Infektionserreger des Menschen, Berlin 1989 Munk, Anders: Biologie des menschlichen Verhalten Stuttgart 1972 Neumayr, A. and Weiss, W.: Liver tumors – new aspects, Hepatogastroenterology 28.1., 1981.

Rohwedder, Cl.: Dissertations, Statistische Untersuchung über Bronchial-Karzinom. Hamburg 1978.

Simonton C.O.: Getting well again, L.A..1978.

Simonton, C.O.u. Matthews-Simonton. St.u. Creighton, J.: Wieder Gesund werden, Hamburg 1993:

Spektrum der Wissenschaft: Krebs-Tumoren, Zellen, Gene, Heidelberg 1990.

Thompson, Richard F.: Das Gehirn, Heidelberg 1992.

Üexküll, v. Th.: Grundfragen der psychosomatischen Medizin, Hamburg, 1963 ders.: Psychosomatische Medizin, München 1990.

Der. U. Wesiack: Theorie der Humanmedizin, München 1988.

Warell, D.: Lehrb. Der Infektionskrank, 1990, Artikel v.Citron und Girling.