

Dr. Ryke Geerd Hamer

# **LA GÉNESIS DEL CÁNCER**

*“Busqué al cáncer en la célula  
y lo encontré en un error  
de codificación del cerebro”*

(Hamer)

Editado por la ASAC  
Asociación Stop al Cáncer  
29, bd Gambetta 73000 CHAMBÉRY FRANCE  
Tél. 79 62 13 04

# Prólogo

Las páginas que siguen son un extracto de un libro de más de 500 páginas que apareció en alemán al principio de 1.984. Para facilitar la lectura, proponemos como un hilo de Ariadna, un resumen muy esquemático **del descubrimiento del Dr. Hamer, que nos lleva esencialmente a la génesis del cáncer**. Hace diez años, haciendo un resumen de este descubrimiento en una comunicación en la universidad de Tübingen, escribió: “Busqué al cáncer en la célula y lo encontré en un error de codificación del cerebro”. Constatando que el cáncer (en el que se comprende las leucemias agudas) se ajusta siempre a ciertas reglas, él ha formulado la Ley de fierro del cáncer, que se enuncia así:

1. Todo cáncer se desencadena por un chock síquico brutal, un conflicto agudo y dramático que se vive en el aislamiento, que no le permite a uno abrirse a otros y que continúa obsesionando al paciente día y noche de una manera duradera. Es el síndrome DIRK-HAMER (DHS).

2. El sentido subjetivo del conflicto, es decir, la forma en que el paciente lo siente en el momento del DHS, su coloración, el día en el que se le presenta, en el momento en el que recibe ese golpe en la mandíbula, determina a la vez:

- La localización del cáncer (pulmón, pecho, hígado, huesos...)
- La localización del área cerebral que bajo el imperio del chock que se ha recibido, sufre una ruptura de campo. (Albergue de Hamer).

3. Hay una correlación exacta entre la evolución del conflicto, la evolución del cáncer en el órgano y la del Albergue de Hamer en el cerebro. **“La tríada psique, cerebro, órgano está constantemente sincronizada”**.

Una vez que el conflicto se ha resuelto, el Albergue de Hamer se regenera formando un edema perifocal, mientras que las células cuya proliferación anárquica se debía a un error de codificación del cerebro-ordenador, dejan de ser invadidas por codificaciones erróneas y se para al cáncer.

Se le da mucha importancia a la **terapia** : es lo que interesa más al enfermo que sufre un cáncer. Consiste esencialmente en ayudar al enfermo a resolver su conflicto, origen de ese “cortocircuito en el cerebro”. El diagnóstico exacto juega un papel capital aquí. De ahí la importancia de que tanto el enfermo como el médico conozcan bien el sistema para llegar mejor a descubrir la piedra que le ha hecho tropezar.

# ¿Qué es el cáncer?

## Notas históricas

El cáncer es tan viejo como el cerebro humano y el animal. Si las plantas tuvieran un cerebro ¿podrían también entonces ser capaces de provocar cánceres? Aún no puedo responder a esta pregunta.

Lo que es seguro es que el cerebro del hombre y del animal está construido como un gran ordenador y que transmite códigos a las células del cuerpo, estando cada una de éstas prácticamente ligada a una **área cerebral específica**. Pero estas áreas cerebrales — lo mismo que las partes más antiguas, tronco cerebral y cerebelo, y el cerebro propiamente dicho más reciente en la historia de la evolución cerebral — pueden ser objetos de una ruptura de campo, de un cortocircuito, que desarregla el ordenador cerebral. Las células que corresponden al cuerpo reciben codificaciones erróneas y proliferan de manera anárquica : degeneran en **células cancerosas**. No se puede provocar el cáncer de manera artificial en una parte del cuerpo que haya sido separada del cerebro. ¿Nos hemos preguntado el por qué ? Esa es la primera de las tres preguntitas que tengo por costumbre hacer a mis amigos cancerólogos.

Hace tiempo, los tumores eran rarísimos. A mitad del siglo pasado, la edad media de nuestros antepasados no iba más allá de los 30 a 35 años. También hoy en día es la edad en la que se encuentran menos cánceres. A parte de los cánceres genitales, engendrados por conflictos cuya intensidad disminuye con la sexualidad, la frecuencia de la mayoría de los cánceres aumenta con la edad. Como consecuencia, se observan menos cánceres cuando los hombre mueren más jóvenes.

El aumento de frecuencia del diagnóstico “cáncer” se explica también por el perfeccionamiento de los métodos para detectarlo. Hace 20, 30 años, sólo se diagnosticaban los cánceres bastante grandes o los que provocaban síntomas clínicos alarmantes, tales como hemorragias, fuertes toses, oclusiones intestinales, etc.

Pero si una persona mayor llegaba a morir de cáncer, se decía que habla muerto por el peso de los años. No había posibilidades de hacer una autopsia.

Sin embargo, hoy en día, es cada vez más frecuente que un médico diagnostique cáncer donde lo que hay son pequeños **tumores desactivados** desde hace mucho tiempo y que solo pueden descubrirse con la ayuda de un scanner o de los rayos x : hace tiempo que han dejado de producir molestias por los que en otros tiempos jamás se hubiera diagnosticado cáncer, mientras que hoy en día, estas pequeñas bolas inofensivas desencadenan una enorme maquinaria, que generalmente no para hasta que el enfermo, recortado sucesivamente como un chorizo, ha sido terapizado hasta la muerte.

En otras palabras, el cáncer solo ha tomado las dimensiones de un gran flujo en el momento en el que la esperanza de vida ha aumentado en los países civilizados, la frecuencia global del cáncer está progresando rápidamente, mientras que la estadística nos demuestra que la frecuencia a la misma edad es sensiblemente igual hoy en día que en la época de nuestros abuelos, por supuesto con la condición de no comparar más que los cánceres cuyos diagnósticos se han establecido a través de síntomas clínicos incontestables.

No creo que haya progresión en la frecuencia absoluta de los conflictos, quiero decir chocks síquicos violentos y dramáticos, vividos en el aislamiento (Síndrome Dirk-Hamer, DHS), portadores de un estado de conflicto verdadero. Lo que ocurre es que toda revolución social provoca también desniveles en la frecuencia de determinados conflictos : así por ejemplo, a partir de la liberación de las costumbres sexuales, de la desaparición de ciertos tabúes, los conflictos sexuales son mucho más escasos y la frecuencia del cáncer en el cuello del útero disminuye rápidamente en los últimos 10 años en los países occidentales, mientras continúa haciendo estragos en los países del Tercer Mundo, donde las costumbres en este tema no han vivido la misma revolución. Por el contrario, el cáncer de pecho, que traduce un conflicto de nido, generalmente un **conflicto madre-hijo**, aumenta en los países en que las estructuras familiares se distienden cada vez más, mientras que apenas aumentan en los países en que la familia ha conservado sus estructuras tradicionales.

Desde siempre los médicos se han preguntado sobre la naturaleza de los tumores que descubrían en el cuerpo por aquí y por allá. No es cuestión aquí de hacer una exposición histórico-médica. Casi siempre se le ha buscado al cáncer una causa local, esforzándose siempre en encontrar una explicación, por ejemplo, un desarreglo de los humores, mientras que otros, sospechando causas mágicas, veían la obra de espíritus malignos. Cuando se piensa que



hace tiempo estaban mucho menos informados sobre el cerebro, esas interpretaciones no eran tan erróneas, a pesar de que en el plan terapéutico tuvieron naturalmente efectos catastróficos, comparables por ejemplo, a los desastres que causan hoy la quimioterapia y la bomba de cobalto. Pero ya se discutían en esos tiempos sobre las posibles correlaciones entre el cáncer y el siquismo. Así, hace 200 años, un médico inglés decía estar convencido de que el cáncer de pecho podía ser el resultado de sufrimientos síquicos.

La medicina moderna, que pretende ser científica, de nuevo ha cometido el error de buscar una explicación local al cáncer. Para seguir mejor el crecimiento del cáncer se ha dotado de microscopios cada vez más poderosos y precisos. Pero lo más grave han sido los dogmas que se han proclamado ex cathedra y que el dudarlos supone hoy en día todavía una excomunión ipso facto.

El primero de estos **dogmas** sostenía que al cáncer le hacen falta decenas de años para crecer, porque se desarrolla siempre a partir **de una sola célula “transformada”**. Cuando más adelante se vió que la mayoría de los cánceres son tumores mixtos, que no presentan una formación histológica ni estructura homogénea, el dogma se había anclado ya tan sólidamente en las mentes, que ya no había manera de desactivarlo.

Incluso cuando más adelante se rechazó este dogma demostrando que por ejemplo, en el cuello del útero, había de manera general una aparición **de islotes cancerosos** rodeados por todas partes de tejido sano, lo que contradecía de manera absoluta la tesis de la **génesis unicelular**, el dogmatismo de los cancerólogos no consiguió ser desmontado.

Para consolidar sus certezas, emitieron **la hipótesis** de que los islotes cancerosos se propagan a toda velocidad por el organismo a través de la **inseminación hematogena**, es decir por vía sanguínea (teoría de Virchow, 1976).

Este dogma de la inseminación hematogena es indispensable para los cancerólogos para fundar la existencia de las pretendidas metástasis, albergues de células cancerosas desarrollándose a distancia de un cáncer preexistente, llamado primitivo. Por tanto, con el tiempo que hace que los cancerólogos apuntan hacia estas células hijas dirigidas vía sanguínea, ¿cómo es que jamás las han descubierto en el flujo sanguíneo ? (excepto en el postoperatorio). Es la segunda de mis tres preguntitas que mis amigos cancerólogos dejan sin respuesta.

Esta noción de metástasis, que no existe, se ha anclado de tal manera en las mentes, que se llega incluso a hablar de **metástasis generalizadas**, lo que es una manera de decir al paciente que no tiene ninguna posibilidad de sobrevivir.

Siendo que el dogma de **la inseminación hematógena** es irrefutable, irrevocable y perentorio, como todos los dogmas, no hay más remedio que inventar dogmas complementarios para que sea **concebible** y plausible esta hipótesis. Del hecho de aferrarnos a mordiscos al dogma de la inseminación hematógena, aunque desde el punto de vista histológico las manchas redondas del pulmón son siempre y sin excepción **adenocarcinomas**, ha habido que inventar un nuevo dogma : a lo largo de su migración por vía sanguínea, que nunca jamás ha observado nadie, las pequeñas células malignas deben de sufrir una me<sup>ta</sup>morfosis (!facultativa!). Si se trataba antes de carcinomas de epitelio pavimentoso, tendrán que metamorfosearse a lo largo de la migración en adenocarcinomas. Por el contrario, si ya eran adenocarcinomas, no tienen necesidad de metamorfosearse.

De ahí surge mi **tercera preguntita** : ¿Cómo puede ser que todas las células cancerosas, sea cual sea su origen histológico, lleguen al término de una migración intrasanguínea postulada con tanto más celo cuanto que no se le ha visto jamás, a fijarse en el pulmón bajo forma de adenocarcinoma, mientras que las mismas células (jamás aún visualizadas), que se quedan agarradas por azar a un tejido óseo nunca se convierten en adenocarcinomas?

Otro dogma : el cáncer es un **proceso que va consumiendo**, un parásito al que hay que extirpar de raíz, cauterizar y envenenar, como si se tratara de un exorcismo medieval. Un contrasentido : el cáncer es totalmente inofensivo, por lo menos en lo que se refiere al tumor, ya que no produce molestia mecánica. En efecto, al estar constituido por las mismas células que su anfitrión no toca para nada al sistema inmunitario. Esto se observa a partir del hecho de que tumores inactivados y enquistados viven en el cuerpo muy pacíficamente durante decenios, sin alterar en los más mínimo al sistema inmunitario. La explicación es muy simple : el cáncer es una reacción excesiva (mórbida) del cerebro (ruptura de campo) intentando resolver el conflicto. El sistema de codificación del organismo entero está excesivamente afectado, de manera suicidaria, a una **“simpaticotonía” permanente**. O bien el organismo acaba con el adversario, o éste termina con él: es un tipo de selección biológica.

La solución es tan simple como coherente : se ayuda al organismo a **desembarazarse** del conflicto. Y resulta que el cerebro conecta de nuevo al organismo con la vagotonía y empieza a restablecerse como es debido. Se derrocha enormes cantidades de dinero en vano para descubrir las presumibles correlaciones entre los valores de laboratorio, los parámetros del sistema inmunitario y la enfermedad cancerosa : una pena. La solución más simple no se le ha ocurrido a nadie: que pueda el alma provocar la génesis del cáncer y que sea también capaz de pararlo de nuevo, que la enfermedad propiamente dicha sea pura y simplemente, pero con toda evidencia una **avería de enervación**, ni más ni menos. Precisamente, el cáncer es un estado de simpacotonía permanente, una incapacidad del organismo de invertir el sistema de enervación, de conectar con la vagotonía. El paciente termina por morir de “cachexie”, de agotamiento total, porque desde hace meses sólo vive en estado de stress, no llega a dormir, no tiene apetito, no digiere, pierde peso. El conjunto del metabolismo se ha bloqueado por el hecho de que e organismo está totalmente ocupado en ser **el vencedor del conflicto**. Cuanto más tiempo dedica a su adversario, más se arruina. Es así de simple.

Debido al hecho que en estos últimos tiempos se descubren cada vez más cánceres que según el nuevo sistema de la Ley de fierro del cáncer deben ser considerados como **viejos carcinomas dormidos o inactivados**, pero que aparentemente no encajan con ninguno de los sistemas hasta aquí en vigor, se ha terminado por no encontrar la menor huella de sistematología en el conjunto de la **cancerología**. Además, el sólo hecho de bautizar como cancerología a este conjunto disparatado y confuso como sí se tratara de una ciencia sistemática, demuestra un eufemismo que llega hasta la arrogancia. A fuerza de multiplicar las hipótesis científicas o semicientíficas, simplemente se ha olvidado al alma, al siquismo. Si se le niega al alma el carácter científico es porque no aparece medible ni ponderable. Pero desde que hemos encontrado los albergues de Hamer, también el alma se ha hecho fotografiable, o al menos, sus conflictos.

Desde el verano del 81 me he dado cuenta que para percibir el **misterio del cáncer** y, como se ve, sin duda en toda la medicina, hacía falta llegar a comprender los **“carcinomas dormidos”**. En aquella época dije a mis colegas: “si llegamos a explicar por qué duermen habremos descubierto el secreto del cáncer”. Mis colegas no me tomaron en serio, no podían imaginarse que pudiera existir interés alguno en buscar febrilmente en todas las secciones de esta clínica cancerológica “carcinomas dormidos” con la esperanza de encontrar un denominador común.

Este denominador común lo terminé de encontrar, pero como ocurre a menudo, lo encontré en otro lado. En la tesis doctoral del tercer ciclo que presentaba yo en Octubre del 81 en la Universidad de Tübingen, resumí mis trabajos de investigación en esta pequeña frase : “busqué el cáncer en las células y lo encontré en forma de una **codificación errónea del cerebro**”.

A partir de mi experiencia personal y de la de cientos de pacientes de los que me he ocupado como Jefe de Servicio de Medicina Interna en muchas clínicas universitarias alemanas, he podido establecer que todo cáncer empieza por un chock síquico brutal, un conflicto dramático, vivido en el aislamiento y he dado a ese conflicto virulento inicial el nombre de **Dirk-Hamer-síndrome** (DHS), el nombre de mi hijo Dirk, cuya muerte trágica fue el origen de mi propio cáncer. Los cientos y millares de casos examinados desde entonces me han llevado a formular lo que he llamado **La Ley de fierro porque jamás ha sido contradicha** y siempre se ha verificado en cada uno de los millares de casos de cáncer que he seguido en estos últimos años. He declarado públicamente a la televisión alemana que colgaría inmediatamente la toalla si se encontraran tres casos que no cumplieran esta Ley de fierro. He pedido a la Orden de Médicos que reuniera un jurado compuesto de especialistas inminentes alemanes y extranjeros para juzgar de cerca. Estos médicos, que habían sido invitados a llevar a sus propios pacientes y a pronunciarse sobre unos doscientos casos que yo tenía para presentarles, debían decir si esta Ley de fierro se verificaba o no en todos ellos. El 6 de diciembre de 1983, se examinaron los dosiers en presencia de los pacientes y al cabo de 9 horas de debate el jurado que no había podido pillarme en falta, decidió que no había por qué quitarme el permiso de ejercer la medicina.

Después de haber expuesto los principios de este sistema, los voy a ilustrar con varios ejemplos escogidos entre los casos sometidos al examen de este jurado internacional que me dió luz verde.

# La génesis del cáncer

## Una tríada constantemente sincronizada

La medicina moderna ha concentrado sus esfuerzos en el estudio del cuerpo humano para poder curarlo mejor el día que cae enfermo. Este **camino era incompleto por principio**. En efecto, en la euforia del descubrimiento de los encadenamientos mecánicos y bioquímicos, había olvidado al siquismo y al cerebro. De igual manera, nuestros antepasados han rechazado por razones dogmáticas el admitir el lugar central del sol, imaginándose por error que los planetas describían trayectorias en espiral alrededor de la tierra, lo que no solamente no tenía sentido, sino que complicaba además los cálculos astronómicos. Una vez que **Galileo** descubrió que el sol es el astro central de nuestro sistema planetario, las trayectorias de nuestros planetas se han vuelto a convertir en órbitas simples alrededor del sol.

Los médicos de los siglos o de los milenios pasados, de los que nuestros médicos modernos hacen caso omiso, subrayando su falta de espíritu científico, basaban generalmente su diagnóstico y su terapia en el contexto síquico. Por supuesto, no estaban en situación de apoyar sus conocimientos con los descubrimientos de las ciencias modernas en el plan anatómico, síquico y bioquímico, su experiencia era sobre todo el fruto de un camino sicointuitivo, que se juzga hoy en día como “insignificante”.

Estas dos aproximaciones son tanto la una como la otra incompletas, dejan más o menos de lado al **cerebro**, pero en todo caso, es el camino sicointuitivo el que mejor responde a la realidad. Vemos en efecto, las consecuencias desastrosas de una medicina dogmática, centrada únicamente en el organismo.

Por otra parte, sí no se incluye el conjunto del campo orgánico, no hay evidentemente manera alguna de llegar a una sinopsis sistemática y reproducible. En realidad, no hay por qué hablar de distinción rigurosa entre el siquismo, el cuerpo y el cerebro, porque de hecho es una **tríada** constantemente sincronizada.

### Siquismo - Cerebro - Órgano

Todos los procesos y fenómenos síquicos están ligados y coordinados con el cerebro, que es de alguna manera el **ordenador** de nuestro organismo. El siquismo es el **programador**, mientras que el cuerpo y el siquismo constituyen el conjunto del órgano-diata. En efecto, en caso de una

programación óptima, el cuerpo y el siquismo se mantienen en un estado de armonía, la clásica armonía griega, y en caso de una programación equivocada, el cuerpo queda afectado y también el siquismo; el primero bajo forma de enfermedad, el segundo de alguna forma retroactiva, por ejemplo, bajo forma de depresión, de pánico, de mal humor, etc. Además, la programación no es en un sólo sentido y si, por un lado, el siquismo programa al cerebro y al organismo, ocurre también que el cuerpo, a raíz de ser herido, de fracturas, etc. está en situación de **inducir** una programación automática al cerebro y al siquismo.

Para entender los mecanismos de los que se va a tratar en esta exposición, tendremos que tener constantemente en cuenta esta interacción entre el siquismo, el cerebro y el cuerpo, siendo el cerebro el superordenador, que ha necesitado millones de años para desarrollarse.

## Los vínculos de causa y efecto en el cáncer

La enfermedad del cáncer es una enfermedad particularmente dramática y grave, tanto de nuestro siquismo como de nuestro cerebro y de nuestro cuerpo. Se conforma siempre a la Ley de ferro del cáncer, que se enuncia así:

1. Todo cáncer se desencadena por un síndrome Dirk-Hamer (DHS), es decir, por motivo de un conflicto agudo y dramático, vivido en un estado de completo aislamiento, y que continúa obsesionando al paciente día y noche.
2. El sentido subjetivo del conflicto, es decir, la forma en que el paciente lo siente, el día en que se le presenta el golpe en la mandíbula, determina a la vez la localización del cáncer en el organismo y la ruptura de campo, el cortocircuito que se produce a nivel de cerebro, el albergue de Hamer.
3. Hay una correlación exacta entre la evolución del conflicto, la del cáncer en el organismo y la del albergue de Hamer en el cerebro.

## La topografía del cerebro

La carta topográfica del cerebro, que he diseñado por primera vez en agosto-septiembre de 1983, indica en cada área cerebral el órgano que le corresponde en el cuerpo y precisa la naturaleza, el sentido del conflicto que corresponde a cada órgano.

Así, por ejemplo, el **hígado** corresponde a un área bien determinada del **tronco cerebral** y el sentido del conflicto que es origen de un cáncer de hígado es una fuerte contrariedad, lo más a menudo de **origen familiar**. Una vez que se reúnen las condiciones del síndrome Dirk-Hamer (DHS), es decir, si esa contrariedad se ha vivido como un golpe en la mandíbula, si es un conflicto dramático, una crisis aguda vivida en el aislamiento, el paciente es alcanzado en ese lugar preciso del tronco cerebral que a su vez desencadena un cáncer de hígado. A nivel síquico es el pánico, el paciente está obsesionado día y noche por su contrariedad, pierde peso rápidamente, hasta que se le resuelve el conflicto.

## La solución del conflicto

Una vez que se resuelve el conflicto síquico, el área que responde en el cerebro — en el ejemplo anterior hubiera sido el tronco cerebral — empieza a repararse, es decir a curar, acompañándose de una tumefacción provocada por una infiltración edematosa. En ese mismo instante el cáncer se para en el órgano alcanzado, en este caso el hígado. Allá también hay, sea una reparación más o menos integral con formación de edema, sea un enquistamiento. En el plan síquico una vez que se ha resuelto el conflicto, hay una inversión del sistema de enervación motril autónomo, el paciente pasa de la simpaticotonía a la vagotonía, recupera el sueño, el peso, se siente bien aunque un poco cansado, debido a la vagotonía.

## El aspecto conflictual

Para que haya un DHS hace falta que el d recto a la mandíbula, el golpe que va a desencadenar el cáncer, sea un acontecimiento conflictivo, una oposición vivida por el individuo. No es un golpe del destino, por ejemplo, un acontecimiento en el que de cualquier manera el paciente no hubiera podido cambiar nada, incluso la muerte de otro, la de un ser querido, solo es conflictiva cuando uno se hace reproches al respecto.

Este aspecto, queda bien ilustrado por la historia de una paciente cuidada en la clínica de ginecología de CHU de Kiel. Precisemos : no fumadora. Radiografía de tórax antes del conflicto.

Una paciente de 48 años había perdido a su marido como consecuencia de un chock anestésico en el transcurso de una laparoscopia. Ella insistentemente había desaconsejado al marido que se prestara a tal intervención debido a los presentimientos que albergaba. Para que la paciente no se reprochara nada

a si misma y también porque desconfiaban de sus posibles reacciones, los padres del marido, quienes le habían animado a someterse a este examen visual de la cavidad abdominal, supuestamente inofensivo, le ocultaron la causa de la muerte y le dijeron que su marido había muerto de repente en la clínica como consecuencia de un infarto. La paciente aceptó resignadamente este golpe del destino: contra el infarto no se puede hacer nada.

Unos dos meses después, la paciente había casi superado el primer dolor cuando una persona allegada le confesó que su marido había muerto durante la laparoscopia, de la que ella tanto le había disuadido. “Al saber la verdad”, cuenta la paciente, “todo mi cuerpo se convirtió en un bloque de hielo. Era incapaz de pronunciar una sola palabra, como si me hubiera caído un rayo. Me invadió una espantosa cólera contra los míos, al saber que me habían ocultado la verdad”.

A lo largo de los meses siguientes la paciente se mantuvo como inmóvil, no podía hablar a nadie, alimentando una cólera sin límites contra todos los suyos, reprochándose siempre amargamente el no haber insistido más a su marido, le hubiera podido salvar la vida, ya que la laparoscopia no había revelado ningún tumor maligno.

Estaba obsesionada por el conflicto, por los reproches que se hacía de noche y de día y por la cólera que le aislaba completamente.

Dos meses más tarde se descubrió un bulto en el pecho: cáncer. Se le quitó el pecho. Le dieron radiaciones, etc. una radiografía de tórax que se hizo en esta misma ocasión lo dice: nada a resaltar. La paciente no fumaba.

Cuando vino a buscarme algún tiempo después, me señaló esto como esencial : “doctor, desde el instante en el que se me dijo que tenía el cáncer me invadió un pánico mortal de pensar que yo también iba a morir como mi marido. Desde entonces, sigo haciéndome reproches sobre la muerte de mi marido, pero lo que es mucho peor desde entonces es la obsesión angustiada de que voy a tener que morir. Sois la primera persona a quien lo digo. Hoy todavía soy incapaz de hablar de ello con nadie”.

Siete meses exactos después del conocimiento del diagnóstico, una nueva radiografía de tórax reveló múltiples manchas redondas en el pulmón. El cáncer de pecho había progresado.

Por mi cuenta propongo someterla a una terapia hipnótica inmediata. En lugar de esto se la “trató” con antibióticos. En este caso las manchas redondas en el pulmón eran un nuevo cáncer autónomo, que se conformaba exactamente



a la Ley de hierro del cáncer. Siete meses antes, la radiografía efectuada en la clínica indicaba : nada que señalar.

Según la Ley d'Airain del cáncer se hubiera **podido** parar el cáncer del pecho desde el primer día de la enfermedad y predecir las manchas redondas del pulmón el mismo día del DHS si se hubieran molestado en preguntar a la paciente que contara lo que sentía.

La muerte de su marido era un golpe duro del destino, una fatalidad cruel, pero sin embargo, no era conflictiva, no provocó el DHS y por tanto no provocó el cáncer. Solo cuando unos meses más tarde a la muerte del marido fue la ocasión de un nuevo choque, pero esta vez **conflictivo**, y, no lo olvidemos, un chock sufrido en el aislamiento, aquí fue cuando la paciente hizo un DHS y un cáncer. La primera vez la muerte del marido no la vivió en el aislamiento, ya que toda la familia la consolaba. Ella podía derramar todas las lágrimas de su cuerpo y debía incluso este consuelo al ignorar la verdadera causa de la muerte. Pero unos meses más tarde, cuando el DHS auténtico, ella se encontraba totalmente sola con su nuevo dolor impotente, con los reproches que le abrumaban y la cólera que alimentaba contra los familiares que habían aconsejado a su marido hacerse operar. En el intervalo había perdido el bono de compasión de su entorno. Se encontraba completamente aislada, no podía hablar de ello con nadie y tragaba todo su sufrimiento.

## Una piedra milenaria

### **La Ley de hierro del cáncer exige que el DHS ocurra en cada caso de una enfermedad de cáncer.**

El DHS es un síndrome descubierto de manera totalmente empírica. Es la piedra angular de la Ley de hierro del cáncer, la base de una concepción revolucionaria, no sólo del cáncer sino de toda la medicina. Ya que la medicina no puede entenderse sólo en el sentido tradicional del **tratamiento** de un paciente con bisturí, a las radiaciones, y a la química, que el paciente debe de sufrir pacientemente: hay que concebirla más bien como una terapia compleja, socio-individual, integrada.

Si el DHS significará sólo que transformaciones físicas pueden ser el resultado de conflictos síquicos, no sería tan revolucionaria.

Pero el DHS va mucho más lejos : afirma que todo cáncer ocurre cuando interviene una constelación síquica determinada y que al mismo tiempo esta constelación induce a una constelación cerebral determinada, la **ruptura**

**del campo** en el cerebro. Hay siempre una simultaneidad rigurosa en la triada siquismo-cerebro-órgano, una **simultaneidad de la génesis, de la modificación y de la evolución**.

El DHS es una piedra milenaria, debido a que pone en evidencia la estrecha interdependencia del siquismo, del cerebro y del órgano corporal, cuyas relaciones se rigen por una ley rigurosa. No es sólo una revolución desde el punto de vista médico, sino que nos hace tomar consciencia de la interrelación sito-cerebro-corporal; el cuerpo deja de ser para nosotros un simple soporte del libre acontecer, del principio inmaterial que es la mente : no es más materialista el imaginar al alma ligada con el cerebro que al alma ligada con el cuerpo. Desde el momento en que llegamos a percibir nuestros conflictos del alma en el tejido cerebral, después de un DHS y que llegamos incluso a sentirlos en la periferia de nuestro cuerpo como nódulos cancerosos engendrados por la codificación errónea, no sería muy hábil por nuestra parte, si separáramos rigurosamente esas pretendidas "formas" del ser. no tenemos que preocuparnos, de momento, en saber en qué medida esos fenómenos son reversibles o incluso paralelamente reversibles. El DHS no se limitará tampoco a las diferentes variedades del cáncer hasta aquí conocidas, porque se aprenderá a reconocer cánceres en enfermedades que hasta el presente solo se conocían sintomáticamente (por ejemplo, las arteriosclerosis coronaria) y se descubrirá que enfermedades sólo conocidas de manera sintomática vean la luz según un principio generador análogo al DHS. De una manera general, el DHS será el centro a partir del cual aprenderemos a descubrir en el cerebro el origen y el sitio de todas las enfermedades no infecciosas y de intentar curarlas en función de esta nueva perspectiva. Será el principio de una **encefalología** a escala mundial.

## **¿En que momento empieza el cáncer?**

La experiencia adquirida por el examen de millares de casos me permite contestar a esta pregunta con gran precisión : empieza en el instante mismo en el que el paciente es golpeado de lleno por un chock síquico brutal, un conflicto agudo, extremadamente dramático vivido en un aislamiento síquico completo. El puñetazo le cae encima de repente, con la rapidez de un cortocircuito. La medicina convencional ha defendido mucho tiempo el dogma según el cual un cáncer necesita 20 años y más para lograr el estadio de visibilidad. Es lo que ha dado a esta enfermedad su carácter fatídico. Se imaginaba que en un momento dado, a lo largo de la infancia o más tarde, una célula se transformaba, degeneraba en célula cancerosa, luego proliferaba en divisiones celulares, tal y como es la serie de transformación

que sufre el huevo fecundado que termina con la formación del embrión. Si no le hacen falta más de 15 días a un embrión de ratón para llegar a tener 1 cm ¿por qué hacían falta 20 años y más para una célula cancerosa? He tenido que tratar cientos de casos, apoyándome en las radiografías, en las que manchas redondas en el pulmón pasan en el espacio de cuatro a seis semanas de tener 0 a tener 2 cm: antes de esas cuatro semanas no había la menor huella ni sobre las radiografías ni sobre los centigramos. Por otra parte hay millares de casos (yo mismo tengo toda una serie) en los que controles extremadamente precisos permiten seguir día a día el crecimiento milimétrico de esas manchas redondas en el pulmón.

## ¿Cuándo puede uno percibir su cáncer?

El cáncer empieza siempre y sin excepción con un cortocircuito en el cerebro provocado por un choque brutal, un conflicto dramático vivido en el aislamiento (DHS). En principio, si los métodos de examen que disponemos estuvieran más perfeccionados, podríamos desde el primer minuto descubrir y medir el cáncer, tanto en el cuerpo como en el nivel cerebral que le corresponde. Esto no impide que un médico con experiencia, que conozca bien a su paciente, pueda darse cuenta si éste se encuentra en un estado anormal de simpaticotonía permanente. Tras haber verificado si ha habido abiertamente un DHS y hacer que se le precise el sentimiento subjetivo del conflicto, está en situación de localizar el cáncer. Me he encontrado una vez en tal situación. Se trataba de una joven enfermera, de la que yo sabía absolutamente que había tenido un DHS. El conflicto tenía como objeto su niño y ella debía tener un cáncer en el pecho. En el espacio de unas horas fuí capaz de resolver su conflicto. Esa liberación se acompañó de verdaderos torrentes de lágrimas y la paciente se durmió. A su despertar, dos horas más tarde, tenía dificultad al hablar, sufría de una paresia (parálisis ligera) semifacial y dolor de cabeza — signos manifiestos de un edema cerebral. Al cabo de tres horas todo se había hecho normal.

Pero ¿en qué momento puede darse cuenta el propio paciente de su cáncer? Después de su DHS está de tal manera envuelto en su conflicto, está tan prisionero, que no es capaz de observarse objetivamente. Y además no es recomendable. La cuestión es sólo el saber cuando se da cuenta de manera **normal** de su cáncer.

Los retrasos de manifestación son valores puramente empíricos y no tienen más que una precisión aproximativa. En efecto, la Ley de fierro del cáncer nos dice que hay un paralelismo riguroso entre la evolución del conflicto y

de la enfermedad. Esta progresará tanto más deprisa cuando el conflicto sea más activo y más intenso. Como se trata de procesos psico-cerebro-funcionales, hay naturalmente márgenes de oscilación que hay que tener en cuenta en el diagnóstico. Ocurre así que un paciente cuyo conflicto — el miedo a la muerte — es extremadamente activo e intenso, puede ya toser y sentir una incomodidad respiratoria al cabo de tres meses, las manchas redondas en el pulmón alcanzan ya el tamaño de una moneda de 5 pesetas, mientras que normalmente cuando el conflicto es menos intenso, el retraso de la manifestación es alrededor de siete meses.

Por el contrario, los conflictos humanos de orden general en el hombre y ocasionalmente en la mujer que ha tenido la menopausia, que están en el origen del cáncer bronquial de epitelio pavimentoso y del cáncer peribronquial micro-celular (cáncer de mediastino), son pocas veces tan fulminantes y de una intensidad tan prolongada, de manera que la mayoría de los casos se necesitan varios meses para que el paciente sea alertado. De manera diferente del cáncer peribronquico microcelular, que a partir del hile se desarrolla en el mediastino alrededor del bronquio y termina por estrangularlo en un periodo de 5 a 14 meses comprimiéndolo desde el exterior, en cáncer intrabronquial de epitelio pavimentoso prolifera en el interior del canal bronquial, que se obtura al cabo de 18 a 19 meses. Este retraso tiene un margen de un mes o dos según la sensibilidad del paciente, que determina el momento en el que va en busca del médico para hacerse una radiografía del pulmón.

A veces, el cáncer peribronquial microcelular llega a estrangular el bronquio desde el exterior muy de prisa, pero a veces eso sólo ocurre mucho más tarde, cuando el cáncer ha tomado ya una gran fuerza.

Otro ejemplo : una paciente atenta a su cuerpo, con pequeños pechos blandos, descubrirá su cáncer en el pecho en dos meses a más tardar, cuando tiene 0,7 cm.

Sin embargo, puede ocurrir que una paciente muy pudorosa, que por pudor no se palpa casi nunca el pecho, no se dé cuenta más que pasados uno años de un nódulo de 2,5 cm. Una de mis pacientes de 80 años, cuyo conflicto se había resuelto al cabo de 5 meses, se dió cuenta por casualidad al lavarse, que tenía un nódulo de 2,5 cm que estaba inactivo y dormía tranquilamente desde hace cuatro años en su pequeño y blando pecho.

En general hay que tener en cuenta también los diferentes tamaños y consistencias de los pechos de las pacientes; y luego la localización del nódulo que puede ser más periférico (exterior) o más central (interior).

Todas las divergencias influyen en el retraso de la manifestación y hay que tenerlas presentes en la mente cuando una paciente precisa la fecha en la que se ha dado cuenta de su nódulo y del tamaño que tiene.

Otro ejemplo : un cáncer en el orificio de salida del estómago se detecta generalmente bastante pronto debido a que obtura el píloro y provoca en seguida síntomas como por ejemplo el vomitar tras las comidas, etc. Por el contrario, puede ocurrir que un cáncer que se sitúa en el fondo gástrico, el conducto grueso del estómago, puede llegar al tamaño de un doble puño antes de que sea detectado. Sin embargo, la hemorragia del orificio del cuello uterino ocurre en la mayoría de los casos exactamente doce meses después del DHS. Por supuesto, ahí también se producen diferencias en el retraso de la manifestación, cuando es a continuación de un embarazo, de lesiones mecánicas o irritaciones anormales debidas a la cohabitación, a infecciones o manipulaciones, tal hemorragia entonces se provoca prematuramente. De todos modos, esas distancias son generalmente bastante pequeñas.

En lo que se refiere al cáncer de la mucosa de la cavidad bucal, que igual que el carcinoma intrabronquial y el del orificio del cuello uterino, es un epiteloma, la distancia en el retraso de la manifestación se hace a veces considerable según, por ejemplo, que el cáncer se desarrolle en la mucosa blanda de la parte interior de las mejillas — y se descubre entonces bastante tarde debido a que no molesta nada —, o en el maxilar, en el que se produce a continuación de una tensión sobre los huesos de los maxilares, de manera que el paciente ya lo percibe al cabo de algunas semanas.

Para establecer un diagnóstico de cáncer, hay que tener una visión muy precisa de la topografía y de la anatomía del cuerpo humano, comprender perfectamente las funciones de los órganos. Tenemos que formar médicos que sepan distinguir, comparar y apreciar la interacción y la unión de todos estos componentes tanto físicos como psico-cerebrales.

Por ejemplo, el nódulo de un cáncer de estómago visible en un scanner, nos nuestra como mucho, que de hecho ha habido un nódulo en ese lugar en un momento dado. El scanner no precisa cuando ha aparecido por primera vez. Pero ese **“cuando”** es capital : de eso depende de hecho, lo que debe, lo que puede o lo que no debe venir a continuación, si se trata de un cáncer desactivado que se remonta con toda seguridad a varios años atrás.

Pero incluso en ese caso sería importante alumbrar este viejo talón de aquiles y en caso de fracaso avisar al paciente del riesgo que corre al encontrarse de nuevo con ese conflicto o con un conflicto similar de ese sector conflictual.

En el presente estamos en posición de discernir por ejemplo, entre manchas redondas en el pulmón en un radio al cabo de cuatro a seis semanas, pero que están aún lejos de provocar ningún desarreglo, malestar o molestia de tono subjetivo bajo forma de tos, etc. Naturalmente el paciente se encuentra en simpaticotonía, pero sólo los médicos muy experimentados se dan cuenta de esto.

El scintigrama, que nos sirve prácticamente de escala graduada para la actividad metabólica de diversos órganos del cuerpo, nos permite descubrir albergues cancerosos relativamente pronto, al cabo de una a tres semanas. Sin embargo, en este estadio precoz deja aún la puerta abierta a todo tipo de diagnóstico. En efecto, no es aún más que una zona o un sector de actividad metabólica.

Apreciación de todos estos resultados supuestamente objetivos, que además no son tan objetivos como parecen, debido al hecho que sólo la apreciación de esos resultados les da importancia, debería de confiarse a un médico que tenga la mayor cantidad de experiencia posible, tanto en el plano médico como humano. Y lo que es **capital**, es decir, **la forma** en la que el médico va a contar al paciente los resultados objetivos y cual es la apreciación de estos resultados, apreciación que depende a su vez de la forma en la que el médico interprete los datos anamnésicos subjetivos que le ha contado el paciente, y la forma en que se relacionará con el paciente tanto como médico y como amigo en quién tiene confianza.

Llegará un día en que los pacientes habiendo aprendido a estar atentos a los síntomas, que hoy en día aún nadie es consciente, se podrá diagnosticar con mayor premura y tratar ciertos cánceres en función de una su otras localizaciones o naturalezas del conflicto. Como en el caso que he citado anteriormente, en el que yo supe enseguida que había habido un DHS y que tenía que haber un cáncer como resultado. El cuadro de retrasos en la manifestación debe de ayudar sólo a encontrar las normas o reglas de costumbres en el retraso de la manifestación por un lado y por otro lado a darse cuenta a partir de los márgenes que se indican que toda localización puede tener lugar también sobre el órgano individual con localizaciones diferentes, que a su vez corresponden a retrasos de manifestación variables, sin hablar naturalmente de las diferencias de intensidad y de extensión del conflicto, que se reflejan de alguna manera en el crecimiento del cáncer en el órgano. Por ello es tan importante que el paciente — y en tanto sea posible los pacientes juntos — se familiaricen con el conjunto del mecanismo de este **sistema**, para que no tengan más miedo y encuentren un hilo de Ariadna en este laberinto.

## El segundo cáncer sobre la cicatriz del primero

Una vez que se ha resuelto el conflicto y que el cáncer correspondiente para de progresar, se puede preguntar si el paciente no corre el riesgo de crear un nuevo conflicto próximo a su 'talón de aquiles', justo al lado de la vieja **cicatriz conflictual**. Yo tendría tendencia a creerlo, no solo en base a razones psicológicas, sino también basándome en la experiencia empírica de los casos que he tenido que tratar hasta aquí.

A principios de julio de 1976, dos meses después de un conflicto humano bastante dramático con motivo de la construcción de su casa, un paciente hace un cáncer de pecho, lo que es un caso muy raro, el nódulo de 8 mm es extirpado, la casa se acaba como se había previsto y el conflicto que no había durado más que dos o tres meses se resuelve.

En octubre de 1979, se produjeron dos cosas, o más exactamente tres, la casa era demasiado grande, la deuda excesiva y los medios de financiación tan justos que hacia falta absolutamente que 'no ocurriera nada'. Entonces precisamente estas tres cosas se produjeron al final de septiembre, principios de octubre.

1. La esposa del paciente queda en el paro, el programa de financiación de la casa queda comprometido.
2. Un médico tiene la idea sangrienta de aconsejar al paciente sin la menor razón (tres años después del cáncer de pecho) que se quite los dos testículos como medida profiláctica, (es decir, que se castré) y el paciente acepta, la operación tiene lugar a principios de octubre.
3. El paciente ahora está castrado, es un **canceroso** y su mujer está en el paro, lo que es un desastre para la financiación de la casa.

En ese contexto se enraza el DHS por primera vez sobre la vieja cicatriz conflictual : a mediados del mes de octubre del 79 los bancos comunican que no tragan más y tienen que vender la casa. El paciente **se hunde**, él que ya se siente desvalorizado por la castración se desmorona. Un control de rutina scintigráfica muestra a mediados de noviembre los primeros signos de actividad en las vértebras lumbares y en la pelvis.

El paciente se obsesiona noche y día con los problemas financieros. En la primavera del 80 los albergues óseos son visibles en la radiografía.

En el mes de abril del 80 se presenta una ocasión de vender la casa a un precio interesante. El conflicto se resuelve. El paciente se mejora, recupera su peso normal, se siente de nuevo en plena forma.

Inconsciente, el paciente hace en ese momento lo único que nunca tendría que haber hecho : en abril del 81 se mete a construir una nueva casa. En diciembre del 81 nuevo DHS, la casa está a medio terminar, el paciente está agobiado por las deudas, es una recesión económica : reincidente, el nuevo conflicto se enraíza exactamente sobre la antigua cicatriz conflictual. En primavera del 82 se vuelve a activar el cáncer de los huesos, cuando no se había observado ningún crecimiento entre la primavera del 80 y la primavera del 82.

El paciente vino a buscarme en noviembre del 82. La quimioterapia y los rayos no habían hecho ningún efecto.

Terapia propuesta: vender la casa inmediatamente. La mujer del paciente toma el asunto por su mano y lo lleva a cabo perfectamente. El paciente se siente en seguida mucho mejor, tiene buen apetito, se va de vacaciones a Tenerife. Todo parece andar sobre ruedas. Ya no se constata actividad alguna en los albergues óseos, se han recalcificado ya.

Pero en enero de 1983 hay un nuevo DHS : el paciente está extremadamente contrariado por el (único) comprador, que quería pagar el precio relativamente alto porque ha vuelto por tercera vez sobre el trato exigiendo cada vez una rebaja de 30.000 marcos sobre el precio convenido. El paciente se obsesiona por la maldad del comprador, que aprovecha la situación precaria en que se encuentra el paciente para presionarle.

El **tema de la casa** ha vuelto a ser el tema del conflicto, del DHS, pero el sentimiento del conflicto se ha desplazado. Situándose siempre en la proximidad de la antigua cicatriz conflictual, toca ahora otra esfera de la sensibilidad del paciente, de lo que siente subjetivamente : tiene un cáncer de hígado que progresa rápidamente, tiene un conflicto indigesto.

En marzo, el paciente debe de sufrir una transfusión sanguínea como consecuencia hemolítica, nuevamente se desvaloriza. A partir de abril se nota de nuevo una progresión en los albergues óseos.

A final de mayo del 83, cuando el paciente está en artículo de muerte, su mujer consigue eliminar el conflicto : hizo creer a su marido que el comprador habla aceptado de forma definitiva de comprar la casa al precio



convenido. Con gran extrañeza de los médicos, el paciente se levantó a la mañana siguiente y quiso encargarse de la mudanza. Murió dos días más tarde de una hemorragia cerebral.

Este ejemplo muestra que el paciente ha sido víctima la primera vez de un conflicto relativamente anodino, que a decir verdad puede producirse bastante frecuentemente : al no haber previsto a tiempo la pavimentación de la construcción de la casa, tuvo que interrumpir los trabajos, lo que le supuso duras recriminaciones por parte del encargado de obra, a la vez que él se acusaba muchísimo por esa negligencia.

Luego, cuando el **tema de la casa** era su punto vulnerable, su talón de aquiles, los cuatro DHS siguientes, los cuatro conflictos fueron viniendo cada vez a anclarse en esa cicatriz, incluso si en enero del 83 el sentimiento conflictual ya no era exactamente el mismo : ese desfase en la experiencia vivida del conflicto ha llevado a un desplazamiento en la localización orgánica (hígado). El tema del conflicto no es idéntico al sentimiento subjetivo del conflicto vivido, tal y como el paciente lo siente o elabora en el momento del DHS. En el primer caso se trataba de un conflicto humano de orden general, en los casos 2 - 3 y 5 de una desvalorización de si mismo y en el caso 4 de una contrariedad indigesta.

Por la experiencia que he tenido hasta aquí, parece que un nuevo conflicto tenga tendencia a echar raíces sobre un viejo **tema de conflicto** : como lo hemos visto no es idéntico al viejo conflicto tal y como se ha vivido, solo vuelve a abrir la herida del viejo tema del conflicto. Se diría que el paciente tiene una propensión suicidaria hacia su viejo tema de conflicto. Es precisamente eso lo que hace que sean tan peligrosos los **puntos vulnerables**, los talones de aquiles de un paciente. Este se ve empujado a cometer de nuevo el mismo error que la primera vez.

Una paciente que había tenido un conflicto grave con su marido, conflicto que se había resuelto, hizo un DHS, un conflicto dramático que tiene como sentimiento una angustia mortal, cuando el marido, juez de familia, declaró con motivo de un proceso contra su propia mujer — que en aquel momento se sentía mejor que nunca — que se esperaba que ella muriera en algunos meses. Aunque el marido no tenía la menor calificación médica, el hecho de que fuera él (!) el que lo dijera, la golpeó brutalmente. El conflicto fue tan dramático y virulento que la paciente se encontró tres meses más tarde en artículo de muerte (disnea máxima, masivas manchas redondas en el pulmón). El conflicto pudo resolverse a través de una hipnosis sugestiva en un **torrente de lágrimas**. La paciente se recuperó, pudo dar pequeños

paseos por el bosque. Murió dos meses más tarde súbitamente de una supuesta embolia pulmonar, pero en realidad era una apoplejía cerebral, en el hospital: el jefe médico me habla prohibido la entrada para que no pudiera hacer dudar a mi paciente sobre las buenas bases de la medicina convencional.

También en este caso el conflicto era el mismo (el tema del marido), pero el sentimiento del conflicto era levemente diferente. Cuando ocurrió el conflicto precedente con su marido, la paciente había tenido un conflicto de subsistencia al saber por el juez del divorcio que el marido solo tenía que pagarle 130 marcos por la pensión alimentaria. Me dijo que había sentido un verdadero pánico de pensar que se iba a morir de hambre : se trataba de un conflicto agudo, extremadamente dramático, que se podía asegurar que existía ya un minuto después. Esta angustia, emparentada con la angustia de la muerte, había provocado unas pequeñas manchas redondas en el pulmón, cuyo crecimiento se había parado inmediatamente una vez que el conflicto habla podido resolverse.

La segunda ya no era la subsistencia la que estaba en juego y la que era objeto de su conflicto, sino una verdadera angustia mortal, de la que no era capaz de dar una explicación racional. Soñaba de noche que su marido la mataba. También esta vez podía ver la existencia del DHS al minuto siguiente. La solución también se hizo manifiesta la paciente ya no tuvo necesidad de oxígeno.

# La terapéutica del cáncer

## A. La solución del conflicto

Los dioses han puesto **al diagnóstico** como anterior a la terapia. Esta máxima que se inculcaba antaño a los estudiantes de medicina de primer curso es válida evidentemente para el cáncer.

Debido a la compleja interacción de la triada siquismo, cerebro y cuerpo, y debido a la extrema sensibilidad de los pacientes que se doblan bajo se carga, es conveniente ante todo respetar estos dos principios primordiales : ser muy consciente y preciso al establecer el diagnóstico y, de la manera en el que se les comunica a los pacientes, hacerlo como si se trataran miembros de nuestra familia.

Es importante que el médico sea **una persona de corazón**, compasivo, con el que el paciente se sienta cómodo, sienta confianza total y no dude en **abrirse**. Hace falta que sepa sondear las profundidades del alma humana, teniendo siempre muy buen sentido **práctico**. En efecto, los conflictos de nuestros pacientes son problemas concretos y tangibles que se refieren a la mujer y a la suegra, al gatito y a la vaca, la pobreza y el portero, pero también conflictos por uno mismo, es decir, la angustia de la muerte, la desvalorización de si mismo, la revuelta contra la injusticia o la obsesión de la enfermedad de la que no se termina de descubrir la causa.

En conjunto se pueden distinguir cinco ejemplos de terapia de conflictos:

1. Los conflictos a los cuales se les pueden encontrar una solución práctica.
2. Los conflictos que se pueden resolver con una entrevista.
3. Los conflictos que solo se pueden resolver a través de la sugestión.
4. Los conflictos cuya solución exige una sugestión permanente por parte de los otros pacientes o de los miembros de la familia.
5. Los conflictos cuya solución requiere una reconversión socio-familiar.

Esos puntos diferentes no se excluyen los unos a los otros, sino que se entrelazan a menudo y se superponen. Eso se hace particularmente complicado cuando hay dos cánceres y un cáncer doble, es decir, cuando se han provocado dos cánceres por el mismo motivo pero son vividos por el paciente como dos conflictos.

Ejemplo:

Una paciente se entera que tiene un cáncer de pecho **muy avanzado**. Inundada de pánico tiene una angustia mortal y le salen manchas redondas

en el pulmón. Tres días más tarde le amputan el seno, curas auxiliares, desfiguración de la axila. Mirándose en el espejo se desvaloriza a si misma de este modo : a partir de ese momento empiezan a desarrollarse albergues en la parte superior de la columna vertebral: no es un verdadero conflicto doble, los dos acontecimientos conflictuales, los dos directos en la mandíbula que han provocado un DHS han tenido tres días de intervalo.

Ocurre a menudo que el diagnóstico no se comunique al paciente más que tras la operación. Los dos acontecimientos conflictivos se conjugan entonces en un super directo a la mandíbula, pero la paciente lo siente como dos conflictos distintos : el miedo a la muerte y la propia desvalorización. En mi opinión este conflicto doble y el doble cáncer que resulta como consecuencia, son más frecuentes que lo que diagnosticamos debido precisamente a la imprecisión de nuestro diagnóstico, que descubre sucesivamente la existencia de dos cánceres al tiempo.

En efecto, las manchas redondas del pulmón son visibles ya en la radiografía al cabo de algunas semanas, mientras que es necesario que pasen varios meses para descubrir las lesiones óseas. Como consecuencia, éstas dan la impresión de “llegar” más tarde, aunque de hecho hayan comenzado a crecer al tiempo. El scintigrama sería aquí, evidentemente de una gran ayuda.

Pero el asunto se complica todavía : la progresión de una lesión ósea no depende solo del momento en que ha empezado, sino también de la evolución del conflicto. Por lo tanto, hay que llevar a la paciente a recordar con gran precisión cual ha sido para ella el **orden prioritario** de los conflictos. Llegar a saber si por un motivo o por otro una de las dos en un momento dado **se ha debilitado**, si de repente ha ganado intensidad, o si por lo contrario ha podido resolverse totalmente.

Con la aparición de un nuevo albergue, que se supone no había existido antes, hay que preguntarse siempre si de hecho no se trata de un “viejo” cáncer inactivado desde hace varias semanas y que por lo tanto no necesita de terapia, puesto que el conflicto se había resuelto ya. Por ejemplo, a lo largo de un examen de rutina se descubre en una señora mayor una mancha redonda solitaria en el pulmón que no aparecía en la radiografía de un año atrás. Para comprender hay que saber que a lo largo del año anterior ella se había hecho un DHS: vivió intensamente debido a la identificación, el miedo mortal de su gatito, que ella quería por encima de todo, pero tuvo que, en medio de un conflicto atroz, permitir que el veterinario le pusiera una inyección para ahorrarle el sufrimiento de un mal incurable. El conflicto se resolvió un mes más tarde cuando los vecinos inquietos de ver el estado en el que se encontraba la

anciana le pidieron que se ocupara de unos gatitos que habían perdido a la madre. Al haberse resuelto el conflicto, ya no había necesidad de terapia. La mancha solitaria del pulmón, signo de una angustia mortal por otro, queda visible en la radiografía, pero ya no es una enfermedad, es sólo una vieja cicatriz.

En otros tiempos, me hubiera imaginado que un paciente cuyo conflicto era objetivamente insoluble, por ejemplo, un conflicto grave con un miembro de su familia, era insalvable. Pero más tarde, he aprendido a establecer la siguiente distinción

- a) Se puede resolver íntegramente un conflicto deshaciéndose del problema, por ejemplo, reconciliándose con su adversario.
- b) Si no hay posibilidad de resolver completamente el problema, se puede sobrevivir con la condición de eliminar el carácter conflictual que tenga. Lo que entiendo aquí es que el paciente puede acomodarse a su problema, tomar partido si es capaz de extirpar el aspecto conflictivo, si puede hablar de ello. Así en mi caso personal, ya que yo mismo he tenido cáncer, mi problema fue la muerte de mi hijo Dirk. Es un problema irresoluble, pero el aspecto conflictivo, lo que provocó un DHS, fue el que me reprochara amargamente no haberle sacado del ambiente inhumano de la clínica en que había muerto. Fue mi mujer, médico también la que me ha ayudado a sobrepasar el aspecto conflictivo y por lo tanto a parar el cáncer.

En el scanner del cerebro, vemos que en el **primer caso** el albergue de Hamer se ha regenerado totalmente, ha encontrado el tejido **transparente cerebral que le rodea**, de manera que ya nada permite distinguirlo del tejido que lo envuelve, y en el **segundo caso** el albergue de Hamer se encuentra aún en una fase de regeneración pero e' edema perifocal ha desaparecido totalmente o casi totalmente. Mientras que el problema se mantiene, la reparación no está terminada, pero el área cerebral a quién concierne ya no envía más códigos erróneos.

## **B. Desactivación del cáncer**

El cáncer para de progresar en el mismo instante en el que se resuelve en conflicto.

Hay una inversión de los tres componentes que han desencadenado el cáncer en el momento del DHS.

1. 'La ruptura de campo en el cerebro (albergue de Hamer) queda reparada por la formación de un edema.
2. El tumor deja de progresar (carcinostasis), se repara (edema peritumoral), se enquistá, se transforma o se expulsa. Esta regeneración se acompaña a menudo de dolores y de estos edemas peritumorales, por ejemplo ascitis (acumulación de líquido en la cavidad peritoneal), encharcamiento pleural, edema periostal, etc.
3. Debido a la inversión nerviosa, del paso a la vagotonía, todo el organismo comienza una larga fase de recreación con una tumefacción edematosa en todo el cuerpo (como la preñez en la mujer), normalización del sueño, recuperación del apetito y aumento real del peso, sentimiento de bienestar percibido por el paciente, aunque la fatiga, la laxitud típica de la vagotonía pueda inducir a error a un médico inexperienced, que concluirá en una degradación del estado general del paciente.

Hay que decir sin embargo, que la carcinostasis, es decir, la parada de crecimiento del cáncer, no es tan anodina como se puede pensar. La **desaparición** pura y simple del cáncer sólo se produce, según mis conocimientos, en los casos de cáncer de la mucosa, en la que las ulceraciones cancerosas se evacuan por los orificios, pero donde quedan a menudo cicatrices que continúan. Entre otras lesiones cancerosas distinguimos las que no tienen ninguna importancia para la sobrevivencia del organismo y aquellas que por el contrario molestan seriamente a su funcionamiento.

Entre las primeras figuran por ejemplo, carcinomas más o menos pediculados en el abdomen, cuando su volumen no es demasiado grande, y si no estrangulan un conducto sanguíneo o alguna sección del intestino, no provocan por su presión ninguna molestia insoportable, resumiendo, los tumores que en el plano funcional no presentan un inconveniente vital.

A la vez también hay tumores, por ejemplo en los huesos especialmente en la columna vertebral, que pueden provocar en ella una reabsorción de tejido óseo, una osteolisis con destrucción más o menos amplia de huesos que llevan por ejemplo a una paraplejía. En este tipo de osteolisis de la columna vertebral se observa bien en el estadio de reparación tras la solución del conflicto una recalcificación de las lesiones osteolíticas, por lo menos en toda la primera parte de esa fase de reparación se produce un amontonamiento. A lo largo de la segunda parte, estas vértebras amontonadas quedan poderosamente recalcificadas.

También en el abdomen hay tumores, por ejemplo, los tumores intestinales, susceptibles de provocar una oclusión o una preoclusión, de origen mecánico, del que el paciente puede morir, incluso si el propio cáncer ha sido parado (carcinostasis).

De una manera general puede decirse que se producen siempre algunos síntomas en la fase de reparación, tras la solución del conflicto.

- a) El cuerpo forma un edema alrededor del tumor.
- b) El tumor se modifica en función de su localización, sea a través de encogerse en una cicatriz (en el abdomen), sea por una reconstrucción (en los huesos, recalcificación) o por expulsión (en la cavidad bucal, en la vagina, etc.).

Ocurre a menudo que los edemas que se producen en la zona del cáncer que se ha parado (ascitis, encharcamiento pleural) molestan hasta tal punto a las funciones vitales que el cuerpo puede morir por ello (por ejemplo, ascitis con oclusión intestinal, encharcamiento pleural, reducción de la capacidad pleural de los pulmones). No hay que subestimar estas complicaciones debidas a un edema peritumoral local. Pueden limitar la vida del paciente, incluso en la fase de regeneración. Para qué le sirve al paciente curarse en principio si va a morir de las complicaciones. Es evidente que hay que poner en marcha todas las medidas de tratamiento intensivo que dispone hoy en día la medicina, incluyendo las operaciones, para resolver estas complicaciones.

Los encogimientos cicatrizales de un tumor (por ejemplo, en el caso del cáncer bronquial), igual que el edema periostal en la columna vertebral pueden provocar dolores tan intensos que el paciente reclame imperiosamente poderosos calmantes. Luego, el médico experimentado debe saber que estos dolores se paran generalmente de manera espontánea entre 8 semanas y tres meses y que la mayor parte del tiempo no se hacen intolerables más que en una fase de 4-6 semanas.

Hasta aquí los médicos se conformaban a la ley no escrita de que no hacía falta que el paciente sufriera. Estos dolores, considerados como el último y terrible síntoma inmediatamente precedente a la muerte, convenía suprimirlos o atenuarlos con poderosos analgésicos, y en último caso con la morfina.

Esta opinión muy extendida debe ser relativizada en el sentido que la algestesia, la sensibilidad al dolor, no es la misma cuando el paciente siente que es nada más que una fase provisional, mientras que se le decía antes que los dolores iban a convertirse cada vez más insoportables hasta la muerte. Antaño no había, por decirlo así, ni una esperanza de escapar a la muerte próxima, que se le

decía inevitable, de manera que lo más frecuente era reclamar en seguida los más poderosos calmantes con el fin de acabar lo más rápido posible con un tormento supuestamente interminable.

He constatado que los pacientes a los cuales había hecho comprender que los dolores sólo eran en una fase provisional de la curación, conseguía no necesitar casi calmantes, aunque tuvieran siempre a su disposición analgésicos de todo tipo. Hay que concluir diciendo que el pánico de la desesperación + acrecienta el dolor hasta hacerlo insoportable, mientras que el paciente, cuando ve el otro extremo del túnel y tiene la esperanza justificada de recobrar la salud está totalmente capacitado para renunciar por su propio gusto a los analgésicos.

Se comprende, que un sicólogo, como cualquier hombre con buen sentido, sea capaz de ayudar al paciente a resolver su conflicto pero que no le es posible salir al paso de todas las complicaciones que pueden aparecer en la fase de curación.

## **C. Formación y regresión del edema cerebral**

La solución del conflicto es una obra maestra de la terapia del cáncer. Sabemos que antes de la solución del conflicto, el albergue de Hamer, aunque presente, es pocas veces visible en el scanner. Luego, empieza a tumefactarse, más tarde se manifiesta con una actividad metabólica acrecentada. Se ve limpiamente como se desarrolla de igual manera el edema perifocal, cuyos contornos al principio no están muy bien delimitados. Por tanto, se acentúa cada vez más y circunscribe el albergue como el andamiaje de una casa en reparación. El que el albergue de Hamer se regenera también en el interior de ese edema.

Estos albergues de Hamer se colocan siempre en lugares muy determinados del cerebro, que tienen correlación con el sentimiento del conflicto y con la localización del cáncer en el cuerpo. Puede ocurrir que un sólo y único conflicto tenga una doble localización cerebral (dos albergues de Hamer) : uno, que corresponde a un conflicto más instintivo, en la parte más antigua del cerebro, el otro que responde a un conflicto reflexionado, racional, en el propio cerebro.

Al cabo de algún tiempo, el edema hace una regresión, la sensibilidad del albergue de Hamer a los productos de contraste se normaliza y por fin en



caso favorable ya no se distingue más donde estaba el albergue de Hamer. Duran, te esta fase de reparación el paciente siente al tacto un gran calor en la piel del cráneo que se sitúa justo por encima del albergue de Hamer y del edema perifocal.

**En principio** las cosas ocurren así. Pero también es normal que a lo largo de la fase de reparación del albergue de Hamer puedan producirse todo tipo de complicaciones cerebrales en función de su localización en el cerebro. Los más anodinos son la cefalea, el vértigo, la náusea, la diplopía o percepción de dos imágenes de un mismo objeto.

Además se pueden producir síntomas cerebrales más difíciles de controlar en forma de parálisis (como la parálisis de los nervios oculomotores, de los nervios de la cara, la hemiplejía, la apoplejía, etc.). Pero todas estas complicaciones son aún controlables comparadas con las complicaciones en el tronco cerebral, en el mesencéfalo y el cerebelo, las partes más antiguas de nuestro cerebro.

Sabemos ahora bastante bien que el cáncer tiene **su** albergue en tal o tal parte del cerebro, en qué momento los distintos albergues de Hamer tienen su extensión edemática máxima y las mayores complicaciones. Los albergues más peligrosos son los situados en el mesencéfalo — cerebro medio — y en el tronco cerebral, porque edematizan centros vegetativos vitales y de esa manera son capaces de perturbar su funcionamiento. Entonces asistimos a alteraciones del centro de la temperatura (subidas repentinas de temperatura por encima de los 40 grados), del centro de la respiración (molestias respiratorias, en casos extremos apnea, parada temporal de la respiración), del centro circulatorio (colapso cardiovascular), etc.

Si estas complicaciones no deben minimizarse, es sin embargo posible controlarlas a través de una vigilancia permanente con exámenes tomodensimétricos, que permiten descifrar con gran precisión la localización de los albergues de Hamer y la importancia de los edemas periféricos. Además es inútil haber recurrido a productos de contraste.

La experiencia adquirida a lo largo de los últimos años nos ha permitido reducir considerablemente la importancia de estas complicaciones frenando la vagotonía con diversos métodos, el primero, negativo, debe ser evidentemente abstenerse de todo alcohol, comprendido el vino, lo que no es algo evidente para todo el mundo. La cortisona, los diuréticos, el café, los anti-inflamatorios, y el hielo aplicado según los casos en la nuca o en la coronilla (permanentemente), si ha fracasado el agua helada en la

cabeza, permitiendo reducir sensiblemente los efectos de una vagotonía que interviene de manera demasiado brutal, sobre todo cuando hay una conjunción de varios albergues y por tanto de varios edemas simultáneos. En esos casos convendrá reducir al máximo la absorción exagerada de líquido.

En el futuro, ya que sabemos que tras solucionar el conflicto todos los pacientes tienen síntomas cerebrales más o menos pronunciados, no hay por qué inquietarse por fenómenos pasajeros, tales como cefaleas, náuseas, vértigos, diplopía, etc., que antes podían hundir al enfermo en el pánico, cuando se trataban de signos infalibles de curación y por tanto de esperanza.

## Ejemplos de conflictos

Podemos distinguir de manera general tres tipos de conflictos que corresponden a la Ley de hierro del cáncer:

1. Conflictos con otros.
2. Conflictos en base a una inquietud por los otros.
3. Conflictos con uno mismo.

Por supuesto, se tratan de acontecimientos **conflictivos** agudos y dramáticos, de conflictos que duran. No son conflictos de tipo freudiano, que se explican a través de una infancia y cuyo aspecto conflictivo se manifiesta progresivamente, sino de choques conflictivos violentos, dramáticos y vividos en el aislamiento en el momento del DHS, conflictos que duran y mantienen al sistema de enervación conectado a la simpacotonía.

### I. Ejemplo de conflicto con otros

Es una historia de una vanalidad desoladora, cuyo interés es precisamente el hecho de que se reproduce todos los días en miles de ejemplos, sin que los 'héroes' de esos episodios sospechen para nada que una nimiedad pueda poner en marcha un proceso de consecuencias dramáticas.

Se trata de una paciente austriaca de 45 años que tiene un cáncer en el pecho derecho y en los ganglios linfáticos auxiliares derecho. La interrogué en presencia del jefe médico de la clínica, de un ginecólogo, de un psiquiatra y de otro colega. La paciente contó que desde hace un año la tensión aumentaba en la pareja. No se trataba — lo subrayó de manera expresa — de ninguna tensión de tipo sexual, sino de diferencias en el plano humano. Su marido quería impedir que desarrollara su propia personalidad.

Tres meses antes del descubrimiento del cáncer en el pecho se había producido — entre cantidad de pequeñas fricciones — una disputa extremadamente violenta que no habla sido sólo verbal. Ella no había vivido nunca un conflicto tan terrible. Su marido se había desahogado contra sus pequeñas ollas de cobre de la cocina, aquellas pollitas que ella quería tanto, tras haberlas tirado por el suelo las había esparcido con grandes patadas por todo el apartamento, para humillarla y molestarla. Había sido terrible. No pudo hablar de ello con nadie, al tener demasiada vergüenza de ese salvajismo de su marido, que nunca se había comportado así. Desde entonces, no paraban de pelear, era horrible, ella sufría con esto terriblemente.

Antes de que yo empezara a interrogar a la paciente, el siquiatra había opinado que la paciente no podía tener un conflicto de tipo freudiano. Por eso, todos los médicos presentes se impresionaron mucho. Efectivamente, jamás se les había ocurrido **“que fuera posible hacerse un cáncer de pecho por culpa de unas pequeñas cazuelas de cobre”**. Estas pequeñas cazuelas representaban algo más, simbolizaban la voluntad de la paciente de realizar, de llevar a cabo su personalidad individual. Si el marido las había agredido tan salvajemente era nada más que porque la paciente las quería tanto, se había apegado a ellas. Ella sintió entonces esta agresión de su marido hacía sus ollitas de cobre como una agresión hacia su propia personalidad.

El jefe médico dió órdenes para que en el futuro todas las pacientes fueran interrogadas por el siquiatra de la clínica con el fin de verificar si habían tenido anteriormente conflictos de ese tipo.

## **2. Ejemplo de conflicto-preocupación por los otros**

El verdadero conflicto-preocupación por los otros, implica casi siempre una identificación del paciente con aquel por el que se inquieta. El paciente se pone también en el lugar de la persona o de la cosa en cuestión, que se asimila a ella. Se trata generalmente de niños, de próximos, de amigos y también de animales a los que se quiere. También ahí es necesario que se trate de un verdadero conflicto, es decir, que el paciente se vea sacudido por dos consideraciones, imperativos, opciones o decisiones contrarias y antagonistas, que pone en la balanza, o que se reprocha a continuación por no haber tomado la decisión como se debía.

En el caso que viene a continuación, el paciente se ha casado con el conflicto vivido por su hijo T. Tres semestres antes del diploma previo en electrónica en la Universidad técnica de Berlín, T. tuvo que abandonar sus estudios porque su mujer, que había perdido su trabajo al nacer el primer hijo, esperaba un

segundo. Al enterarse de este desastre en marzo del 81, el paciente tuvo un chock terrible, se quedó como petrificado y **no llegaba a comunicar** su angustia : por la mañana al levantarse, a la noche al acostarse, solo tenía una idea en la cabeza, una pregunta insistente: ¿qué va a pasar con T.?

18 meses más tarde, una tos persistente, fiebre, esputos a veces sanguinolentos, pérdida de 8 kg, le llevaron a consultar con un médico. Diagnóstico: epitelio pavimentoso, carcinoma bronquial, bronquio principal derecho inoperable.

Solo había una posibilidad de salvar al paciente era conseguir que la Universidad permita a su hijo, haciendo una excepción, reinscribirse para el quinto semestre y preparar su examen en junio del 83 para poder así alimentar a su familia. La Universidad aceptó la petición del médico. Se resolvió el conflicto el 3 de noviembre del 82, fecha de la respuesta positiva. El paciente se recuperó, recobró peso, mientras que la radiografías indicaban un encogimiento cicatrizante del área alcanzada por el cáncer.

El principio dramático del conflicto, el retraso de la manifestación en 18 meses, la localización en los bronquios conforme al sentido del conflicto — conflicto humano general — el hecho que la enfermedad haya parado el mismo día en que el padre, que llevaba la carta del médico, recibiera del rector la respuesta positiva, todas las condiciones que se cumplen exactamente, verifican la Ley de fierro del cáncer.

### 3. Ejemplos de conflictos consigo mismo

Mientras el conflicto-problema con los otros es de alguna manera un conflicto híbrido, es decir, un **conflicto debido a otro**, y también **conflicto con uno mismo**, este último es algo muy diversificado : se pueden distinguir tres grupos:

1. Conflicto con uno mismo debido a principios, conceptos morales, decisiones de conciencia, conflictos religiosos.

2. Desvalorización de uno mismo en el sentido más amplio: conflictos de desdoro, polución, vejación y humillación, que atente a la integridad física, complejo de inferioridad que va hasta el conflicto grave de la propia desvalorización de uno mismo como origen de un cáncer de huesos. También ahí, la frontera con el primer grupo y con el tercero es algo bastante variable.

2. Los conflictos del miedo.

El grupo de los conflictos del miedo es algo todavía bastante difícil, tanto en el plan terapéutico como en el del pronóstico, debido a los conceptos actuales sobre la enfermedad del cáncer. Conocemos miedos de todo tipo y de toda intensidad, y el peor es el miedo de vernos privados de los medios de existir y el miedo a la muerte, es decir, la angustia mortal sentida por la preocupación del otro, por la identificación con un ser querido (paciente invadido de una angustia mortal por su gatito a quién se le va a poner una inyección para librarlo de una enfermedad incurable). Lo que tiene de particularmente grave estos miedos es que a menudo no hay manera de razonarlos, de eliminarlos con argumentos racionales, lógicos, porque están profundamente anclados en el inconsciente, por decirlo así en el corazón de la naturaleza humana y desencadenan angustias primitivas cuyo asiento se encuentra en el tronco cerebral. La angustia, el miedo a la muerte provoca siempre el miedo de ahogarse, de no poder respirar, provoca siempre **manchas redondas en el pulmón** (el miedo a la muerte por identificación con otro, conflicto-problema, produce un albergue solitario, una sola mancha redonda en el pulmón). La terapia del miedo a la muerte requiere un médico , muy experimentado, con una personalidad sugestiva muy fuerte y que esté en situación de liberar al paciente de su angustia a través de la hipnosis por sugestión verbal.

**El sentido del conflicto puede derivar también :** una paciente que se había hecho un cáncer de pecho porque no había contestado al teléfono y a la mañana siguiente se había enterado que su hermana había muerto de repente, al darse cuenta que sin duda había sido ella la que había querido llamarle, se provocó dos brotes reincidentes sobre el mismo lugar como consecuencia de un conflicto único con la hija de su hermana. Tenía mala conciencia respecto a su hermana e identificaba a la sobrina con la hermana.

## Casos de cáncer

Cáncer de esófago

M.R. 45 años

DHS en abril de 81 el paciente encuentra al volver de unas vacaciones de pascua que su puesto en la fábrica había sido ocupado por un joven soplador (obrero que moldea el cristal en caliente) que era aprendiz suyo. Peor aún el patrón le había prometido que podría hacer su examen de maestría, y de hecho ejercía en la práctica las funciones de un maestro en su empresa. Y ahora se le exigía que obedeciera a su aprendiz, que a nivel de calificación

profesional no le llegaba a la punta de los talones. A esto siguió una dura disputa con el patrón y su traslado como medida disciplinaria a un puesto de trabajo desconsiderado por la empresa. Según su propia expresión, el paciente se lo había tragado, tragado, tragado su afrenta..., estaba fuera de sí. El epitelio, 7 cm inoperable, se situaba en el tercio mediano del esófago. El conflicto había sido muy activo desde abril de 81 a mayo del 82, es decir, hasta que lo despidieron. Pero el asunto continuó preocupándole hasta que supo en junio del 82 que la empresa estaba a punto de ser declarada en suspensión de pagos. El paciente se sintió revivir. Un mes después la empresa quebraba. Hasta el mes de junio del 82, el paciente había perdido 20 kg, la quiebra la hizo recuperar 4. Volvió a encontrar su serenidad. A partir de junio del 82 el cáncer de esófago dejó de progresar. El conflicto se había resuelto.

Se le había dicho al paciente que era inoperable que no se podía hacer nada con él. No me ocupé de él durante mucho tiempo, porque ya no necesitaba tratamiento. En efecto, estaba seguro que su conflicto no volvería a aparecer. Le observé aún durante 6 meses: podía comer normalmente, seguía recuperando peso, el cáncer se retraía. El paciente se sentía bien. Se recuperó sin operación, sin radiaciones y sin quimioterapia.

Cáncer de cuello uterino

Sra. Z. de 50 años.

DHS en marzo del 81, estadio dos b. Descubierta en mayo del 82, demora en la manifestación 13 meses.

Hace 22 años la paciente había sufrido graves humillaciones sexuales por parte de su marido en Polonia. El marido tuvo que ir un año a la cárcel. Trece meses antes de la manifestación de la enfermedad, ella había recibido a través de la Cruz Roja una carta en la cual su marido, a quién no había visto desde hacia 22 años, le anunció su deseo de volver al oeste. Muerta de miedo, la mujer se obsesiona con el recuerdo de aquella noche fatídica, en la que su marido había abusado salvajemente de ella. Las cartas se multiplican, ella no sales del pánico. En mayo del 82 primera manifestación, a la paciente se le declara inoperable e incurable, cuando me vino a ver tomaba 10 ampollas de morfina al día, se le había dicho que sólo le quedaban 4 días de vida, no podía tumbarse, entendía difícilmente lo que se le decía.

La eliminación del conflicto consistió en una carta que a petición mía, había escrito la hija a su padre el 26 de noviembre del 82, pidiéndole que se quedara en Polonia. Desde entonces reducción rápida de las dosis de

opiáceos. Recuperación del peso, la paciente se sentía bien de nuevo, lograba hacer varios cientos de metros andando, tenía buen apetito.

La Ley de fierro del cáncer se había verificado en todos los puntos : conflicto agudo, dramático, en el aislamiento (la paciente no podía hablar de ello). Localización correspondiente al sentimiento (sexual) del conflicto, evolución paralela del conflicto y de la enfermedad, que se paró el 26 de noviembre.

Tres semanas después de volver a casa invitaron a la paciente a cenar en casa de unos parientes cercanos, que querían festejar como es debido esa vuelta "inesperada". ¿Se bebió mucho ? El alcohol no se aconseja en tanto que el edema perifocal no haya disminuido en el cerebro. Ya que la regeneración del área cerebral alcanzada necesita aproximadamente tanto tiempo como ha durado el conflicto, es decir, en este caso 19 meses, de marzo del 81 (DHS) a finales de noviembre del 82 (solución del conflicto). A la mañana siguiente la paciente no se despertó. En el hospital no entienden por qué había perdido el conocimiento. Todos los datos de laboratorio eran norma es. La paciente muere una semana más tarde si haber recobrado la consciencia. Mi diagnóstico : hemorragia cerebral causada por el albergue de Hamer con edema perifocal en la fase consecutiva a la solución del conflicto.

### Carcinoma testicular

El carcinoma testicular que se engendra por un conflicto de pérdida, por ejemplo, un conflicto paterno con motivo de la pérdida de un hijo, puede aparecer también en un hijo cuyo conflicto está estrechamente ligado a la muerte del padre.

En junio del 84 tuve la ocasión de encontrar a un joven de unos 30 años, había sido obligado hacia algunos años a abandonar precipitadamente con su mujer y sus hijos un país de régimen dictatorial en el que había sido hecho prisionero y torturado. Se había expatriado a pesar suyo, ya que dejaba el país de su viejo padre y al alargarse la dictadura, dudaba que jamás le pudiera volver a ver. Al recibir una carta que le anunciaba la muerte repentina del padre en septiembre del 83, el chock fue extremadamente brutal. El joven se hundió en su dolor, condenado a la soledad por sus ocupaciones profesionales. Me explicó que había pasado 9 meses torturándose con los reproches: si me hubiera quedado, mi padre no hubiera muerto en la soledad. Desde setiembre del 83 no había dormido más de una sola noche tranquilo.

Con la ayuda inteligente de su mujer le fue posible resolver su conflicto. Lo llevó un mes de vacaciones y le ayudó a salir de la soledad dolorosa en la

que giraba en redondo desde hacia 9 meses, agotado de una simpaticotonía que le minaba. Cuando le volví a ver 6 meses más tarde, se había repuesto completamente, había recuperado peso y dormía normalmente, pero se quejaba de dolores de estómago y de vómitos periódicos, acompañados de dolores de cabeza violentos. Al escucharlo me di cuenta que esos malestares le atacaban de manera regular cuando le invitaban los amigos a sus casas. Le sosegó mucho el descubrir los lazos de causa y efecto entre los reencuentros con sus compatriotas y los episodios de molestias. Entre su DHS en septiembre del 83 y la solución del conflicto en junio del 84, habían pasado 9 meses, por lo tanto, había que contar por le menos con el mismo tiempo antes de la regeneración completa del área cerebral que había sido objeto de una rotura de campo, de un cortocircuito, y la reabsorción del edema intra y perifocal, que acompaña a esta curación. Al no beber nunca alcohol en épocas normales, sólo tenía estos inconvenientes en los aperitivos y comidas bien regados de casa de sus amigos. Entendiendo que arriesgaba mucho, este joven que llegaba de tan lejos, decidió no cometer jamás imprudencias tan próximas al fin. He sabido recientemente que nunca más fue molestado por vómitos o dolores de cabeza.

Cáncer de la parte supravaginal y vaginal -II  
Sra. M. 43 años. Scanner pág. 66

Madre de cuatro niños, la señora M. empleada en un parvulario, quedó profundamente impactada el 23 de septiembre del 82 cuando su marido, con el que se entendía de maravilla, le declaró al final de una noche particularmente hermosa, que se sorprendía de ver la importancia que ella daba a las relaciones sexuales. Esa manera de minimizar, ridiculizar lo que para ella era sacro-santo, ese tortazo de pasada, la sacudió hasta tal punto que se quedó desde ahí completamente frígida. Después de este DHS, que le había 'roto', ya no podía tener relaciones con su marido y no tardó en separarse de él. En julio del 83 se resolvió el conflicto, cuando la paciente descubrió, con gran sorpresa suya, que era capaz de tener relaciones con otro hombre. A continuación de esta "conflictolisis" el cáncer, que evolucionaba desde hacia 9 meses, dejó de progresar, hubo hemorragias. Este cáncer desactivado fue diagnosticado en octubre de 1983 de una manera completamente inútil.

La paciente declara a su ginecólogo que no tiene intención de operarse ya que el conflicto se ha resuelto y que es completamente improbable que el cáncer vuelva a proliferar. Ella está bien, ha recuperado peso, se encuentra en vagotonía, tiene las manos calientes, se siente bien, puede tener nuevamente relaciones sexuales. La separación de su marido parece ser definitiva.



A petición suya envió el 21 de octubre del 83 la siguiente carta a su ginecólogo : “con referencia a la Sra. M., cáncer de cuello uterino 1 a 2, establecido por examen histológico.

Querido colega la Sra. M. .. me ha pedido que os escriba. Ha venido a pedirme consejo sobre la operación total que ustedes le recomiendan.

Según el sistema de la Ley de fierro del cáncer, un grave conflicto conyugal es el origen de la enfermedad de la paciente. La disputa ocurrió el 23 de septiembre del 82.

El conflicto sexual que se siguió se resolvió mas tarde, el mes de julio del 83, y al mismo tiempo hubo un paro en la progresión del cáncer del cuello del útero, conforme a la Ley de fierro. Por tanto, he desaconsejado abiertamente una operación y me dispongo a asumir la responsabilidad ante cualquier acontecimiento, ya que estoy completamente seguro de lo que digo.

Si se diera el caso que quisieran tener más precisiones sobre la Ley de fierro del cáncer, sería para mi un placer enviarles documentación sobre este tema. Por lo demás, una comisión internacional de profesores se reunirá el 6 de diciembre bajo la protección de la Orden Médica para pronunciarse sobre mi Ley de fierro del cáncer.

Aceptad, querido colega, la expresión de mis más distinguidos sentimientos”.

El colega de ginecología no se dignó contestarme, en lugar de ello se dirigió al presidente de la Orden de Médicos, con el cual como se ve en la carta, ya tenía relación a través de un tercer intermediario.

5/ 12/83

Sr. Presidente, querido colega,

Con referencia a la fotocopia adjunta de la carta del Dr. Hamer del 21 de octubre del 83 me dirijo a vosotros con la esperanza de proveerlos de nuevos argumentos contra las actuaciones médicas del susodicho...

En la extracción de la porción supravaginal y vaginal se ha encontrado un epiteloma no corneo de proliferación infiltrante... La Sra. M. ha sido puesta al corriente del resultado y de todas las consecuencias que se imponen. A pesar mío y de los consejos apremiantes de que empiece un tratamiento inmediato en un hospital, hasta ahora no lo ha hecho. El fin de semana siguiente visitó al susodicho. La Sra. M. esta convencida del buen fundamento de los métodos del Dr. Hamer, que en opinión mía merecen en este caso el reproche de homicidio por imprudencia, ya que el resultado de las palpaciones y a

juzgar por su estado general, tiene al menos una posibilidad de curación en el momento presente. Los argumentos del Dr. Hamer muestran con toda evidencia que no tiene noción alguna de lo que es el cáncer de cuello uterino: Dios sabe que no ha sido engendrado por una contrariedad y que no desaparece cuando se encuentra la serenidad...

He informado a mi paciente a fondo sobre las consecuencias de su actuación. Ella esta convencida que su cáncer habrá desaparecido el año que viene, también he puesto al corriente a su marido, que tampoco ha conseguido convencerla hasta ahora. En la situación en la que me encuentro en relación a mi paciente, me siento un poco desamparado, ya que ella no parece comprender la naturaleza de su enfermedad, prohibiéndome además que informe a otros miembros de su familia. Que yo sepa no hay ningún texto jurídico que permita obligarla a tomar las medidas que se imponen : la Sra. M. es totalmente lúcida, bien informada y además según su marido una cristiana convencida.

Sin embargo, yo pienso que sería mejor ocuparnos del Dr. Hamer. La Ley de fierro del cáncer no se me ha enseñado al estudiar medicina, sólo parece ser que conduce inevitablemente a la muerte. Es muy loable que los colegas se ocupen de la cancerología que examinen también el aspecto humano. Pero es intolerable que se abuse de la angustia de esas gentes para llevarles a su perdición, sobre todo cuando con toda evidencia no se sabe de la cuestión.

Sería conveniente tomar las medidas que se imponen para proteger la reputación del cuerpo médico.

Con mis mejores deseos.

Cuando el jurado médico internacional se reunió el 6 de diciembre del 83, el presidente de la Orden de Médicos leyó la carta de este colega y todos los miembros del jurado exhortaron insistentemente a la paciente a someterse a una operación total, comprendida la castración, como estaba previsto. La paciente rechazó, afirmando que estaba totalmente convencida del sistema del Dr. Hamer. Todos los profesores intentaron disuadirla al menos durante una media hora, diciéndole que sin esto no había ninguna posibilidad, que el cáncer iba a continuar y a proliferar de cualquier modo, con o sin el sistema del Dr. Hamer.

Al finales de diciembre la paciente se hizo un examen a fondo, con frotis, en una clínica universitaria de Alemania Occidental.

Resultado: ninguna huella de cáncer frotis negativo.

Sin embargo, la paciente es un caso de “curación fortuita, inexplicable”. Nadie se acuerda que el Dr. Hamer había predicho sistemáticamente y fijado oficialmente en su escrito esta “curación fortuita inexplicable”, por eso el representante de la Orden de Médicos había prometido que en caso de que la Sra. M. muriera de cáncer él se ocuparía de “desautorizarlo a nivel europeo” Mis colegas prefieren ahora creer en el milagro.

Los casos tan espectaculares de desaparición completa del cáncer no se observan, según mi experiencia más que en los epitelomas. Y aún con la condición de que no haya habido un deterioro sustancial, es decir, que el cáncer no haya progresado demasiado. Pero en general, esto no tiene mucha importancia. Sólo digo a los pacientes que su cáncer dejará de proliferar. Los casos como este son por tanto “pequeñas sorpresas” especialmente agradables.

## La coloración del conflicto

Hipernefroma y manchas redondas en el pulmón. El jurado internacional reunido el 7 de diciembre del 83 para establecer un estatuto sobre la Ley de fierro del cáncer, fue confrontado también con un caso de un ingeniero de la marina, que volvía de muy lejos.

Responsable de las máquinas de un super petrolero, navegaba a principios del mes de marzo a lo largo de las costa de España, cuando por una razón desconocida se averiaron las máquinas. Hubo pánico a bordo: el super petrolero cargado a tope, derivaba irresistiblemente hacia los arrecifes de la costa, la catástrofe era inminente. El ingeniero trabajada febrilmente, en el límite de la tensión nerviosa. En el último instante las máquinas se volvieron a poner en marcha, justo a tiempo para evitar los arrecifes. **Esta coloración del conflicto, el día en que se presenta a la imaginación del paciente, el momento del DHS, que va a determinar la ruptura de campo electro fisiológico en un área específica del cerebro, y de manera correlativa, la localización del cáncer en el cuerpo.** Desde entonces, su sueño está lleno de pesadillas, sueña todas las noches que el barco se estrella contra los arrecifes, que la tripulación muere en el oleaje de esa marea negra. Se despierta sudando. Estas pesadillas lo van a perseguir en las noches de todo un año, hasta la primavera de 1983. **El conflicto ha terminado,** el ingeniero mecánico ha recuperado su apetito de antaño, se siente bien de nuevo, tiene las manos calientes y, **como expresión de la fase de reparación,** tiene por primera vez en julio del 83 una aparición de sangre en la orina, desde primeros de agosto dolores en la región lumbar. El doce de agosto empieza una nefrorragia, con retención urinaria consecutiva

en la vejiga. El paciente que se encuentra en África, está aterrado, tiene una angustia mortal, una fiebre muy alta, necesita diez días para volver a Alemania en tren y en avión, se cateteriza él mismo. **El pánico termina el 22 de agosto del 83 cuando se hospitaliza en Wesermunde**, donde le diagnostican una hipernefroma, de origen nefrorágico.

Las radiografías muestran que las manchas del pulmón debidas a la angustia mortal son estacionarias. A nivel cerebral no hay ninguna huella en octubre del 83 de ningún albergue de Hamer. Los pronósticos según los cuales el paciente no tenía ninguna posibilidad de sobrevivencia son completamente falsos. En los dos cánceres se ha verificado la Ley de hierro.

Histología

1. Asegurado por el hipernefroma.
2. Evidencia en la radiografía por las manchas redondas del pulmón.

Terapia

Operación del hipernefroma de la izquierda, el 30 de agosto del 83, ni radio ni quimio.

Hace mucho tiempo que el paciente ha vuelto a la mar, con plena salud.

**Esta correlación entre la manera en que el paciente siente su conflicto en el momento del DHS y la localización del cáncer en el organismo, queda bien ilustrado también en los ejemplos siguientes.**

Un chofer de una cooperativa lechera, que desde 1975 a 1983 había hecho sucesivamente tres DHS como consecuencia de altercados violentos con su padre, propietario de la granja, que posponía desde hacía años la prometida cesión — DHS que se traducía en un carcinoma de mediastino con albergue de Hamer en el lóbulo temporal derecho (localización cerebral de los conflictos de territorio) —, tuvo la desgracia de derramar por una inadvertencia un **centenar de litros de leche** fuera de la cisterna. El incidente debió ser super dramático a juzgar por los gritos y voces intercambiados entre el responsable y el nuevo jefe de la cooperativa. El paciente había quedado muy afectado, y sobre todo porque el patrón no perdía ocasión — todos los días durante 6 meses — de amonestarle vivamente. Cansado de las broncas, el chofer fue afectado en otro circuito, donde no tenía nada que ver con el patrón de la lechería. En el mes de agosto de 1983 se diagnosticó un **hipernefroma** por casualidad, por motivo de una prueba de hemocultura. La nefrogtomía ocurrió el 31 de agosto del 83. **También esta vez el líquido había sido la idea dominante que iba a determinar la coloración “del conflicto del momento del DHS”.**

Con motivo de una reunión a la que habían sido invitadas las directoras de grupos de post-curación cancerosa, dos mujeres jóvenes de unos 40 años, operadas **una del pecho izquierdo, la otra de un riñón**, tenían dificultad en creer esa correlación entre la coloración subjetiva del conflicto y la localización del cáncer. Pregunté a la primera cuál había sido su conflicto, me dijo riendo que en su vida sólo había habido un conflicto : mi marido bebe, pero no es de hoy, hace 20 años que lo viene haciendo. Insistí : qué año se os amputó el pecho. Ella no tuvo dificultad en precisar la fecha de la operación, son acontecimientos que no se olvidan nunca. Y dos o tres meses antes, ¿cuál fue el golpe brutal que os convulsionó hasta el fondo de las entrañas ? Reflexionó durante unos 20 segundos y luego gritó más que decir : “por supuesto, fue en el momento en el que ami niño lo atropelló un coche en un cruce. Lo llevamos inanimado al hospital. Yo estaba más muerta que viva. Tenía una fractura de cráneo. Hasta que no salió de peligro, **yo me torturaba de día y de noche**, llenando mi conciencia de amargos reproches : nunca había enseñado a mi niño a señalar con la mano cuando cambiaba de dirección en la bici”.

**El pecho izquierdo es en el caso de la madre el órgano por excelencia del “conflicto de nido”,** y generalmente del conflicto madre-hijo. En el momento del accidente, el DHS había estado **dominado de forma natural por la “coloración” materna.** Sin embargo, el ejemplo siguiente muestra que en un caso casi idéntico pueda existir **en el preciso instante del DHS una imagen más explosiva todavía, que según el contexto es capaz de imponerse, de dominar el campo de la conciencia:** la segunda mujer, que me había precisado que le habían operado de un riñón, tomó la delantera y me dijo con un tono medio burlón: pero yo no he tenido nunca nada que ver con un conflicto “líquido”, ni soy lechera, ni petrolera. Le contesté : no lo dudo, pero sin embargo habrá tenido conflictos en la vida. **¿Cuál ha sido el mayor conflicto que pueda acordarse ?** No tardó en contestarme: sólo he tenido uno verdadero, un único gran conflicto en mi vida. Pero ya hace mucho tiempo. Mi hija, que tiene ahora 20 años, en aquel momento tenía dos. Jugaba en el patio a hacer pasteles cerca de un montón de arena. La vigilaba con el rabillo del ojo desde la ventana de la cocina del primer piso, donde yo estaba entretenida cortándome un vestido con una tela nueva. En un momento dado, la niña me dijo : mama, tengo los dedos llenos de arena. Sin parar mi trabajo, le contesté : no tienes más que frotarlos entre ellos, y se marchará sola. Completamente absorta en mi trabajo de costura no le presté atención. Un grito estridente seguido de un ruido seco me arranco de

mis reflexiones... Mi sangre se congeló. Bajé las escaleras de cuatro en cuatro : de rodillas junto a mi niña que yacía inanimada, pero aparentemente sin daño junto al montón de arena, supe lo que había ocurrido : debía de haber trepado despacito hasta el descanso del segundo, y como el grifo estaba demasiado alto para ella, había trepado sobre el borde de la ventana abierta.

Lo que chocó a la asistencia fue que aquella madre que revivía con una intensa emoción el acontecimiento más dramático de su vida, **expresaba de manera inconsciente a través de sus manos, 18 años mas tarde, lo que había sentido inclinándose sobre el cuerpo inerte de su pequeña: repetía infinitamente el gesto de una persona lavándose las manos**

## ¿Qué pensar de los tumores cerebrales?

Desde que ha descubierto la Ley d'Airain del cáncer, me he tenido que cuestionar muchas cosas que anteriormente me parecían caer por su peso. Es en especial el caso de los **tumores cerebrales**. Sin considerarme inexperto en la materia, no me es un territorio desconocido. He trabajado de hecho, durante algún tiempo en neurocirugía, neurología y siquiatria y mi mujer ha hecho su tesis doctoral sobre el diagnóstico de tumores cerebrales a través de la angiografía de la carótida. Por lo tanto, no somos totalmente profanos. Sin embargo, no se me habría ocurrido jamas la idea de dudar de la existencia de los **tumores cerebrales**. En efecto, qué médico se atrevería a poner en duda lo que millones de neurocirujanos y anatopatologistas diagnostican un día tras otro como **tumores cerebrales** con una certeza tan absoluta que basados en la fe de este veredicto millones de personas quedan casi condenadas a muerte: no hay nada más que hacer.

¿Y si se hubieran equivocado totalmente?

¿Es que no se puede negar el que hayan procesos expansivos?

Por supuesto que no, yo tampoco lo dudo ni un instante, es fácil de demostrarlo.

¿Pero qué son los procesos expansivos ? Lo que yo mismo tomaba hace tiempo por tumores cerebrales eran de hecho albergues de Hamer en correlación con diversos carcinomas que en su mayoría no habían sido detectados en el organismo. En estos últimos años, muchísimos **tumores cerebrales** se me han presentado así. Pero no he podido descubrir ni uno solo que fuera verdaderamente un tumor cerebral en el sentido que entendemos hasta aquí. Mirando más de cerca, vemos que siempre se trataron de albergues de Hamer,

estoy capacitado de preveerlos a partir de la solución del conflicto. Lo más a menudo fueron albergues de Hamer con edema perifocal correspondiente a un carcinoma coronario o a un carcinoma muerto o intrabronquial que, por supuesto, provocaba también síntomas expansivos con desviación e inflexión de las arterias medias del lado opuesto, aumento de la presión intracraneal y con todos los síntomas clínicos que se consideran normalmente como los criterios necesarios para la existencia de un tumor cerebral.

¿Pero qué ven los patólogos cuando establecen su diagnóstico ? ¿Un tumor cerebral ? ¿Un tejido cerebral **atípico**?

Si, ven realmente un tejido atípico. Ven también, según la localización del albergue de Hamer con su edema — por supuesto que siempre se trata de él — diversas especies de células cerebrales (astrocitos, oligo-dendrocitos, lioblastos, etc., para no citar más que algunos de sus floridos nombres). Y estas células, que los patólogos encuentran en el caso de uno de esos albergues de Hamer con edema perifocal, son verdaderamente atípicos.

Luego, si el anatómo-patólogo ve células atípicas y si el clínico — en este caso en el neuroradiólogo y el neurocirujano — revela de antemano que desee el punto de vista clínico se trata de procesos expansivos, el diagnóstico para el patólogo es claramente : ¡ **tumor cerebral !**

Reflexionemos bien : ¿qué puede ser el albergue de Hamer desde el punto de vista histórico ? Desde el punto de vista electrofisiológico es una ruptura de campo del cerebro, histológicamente es una célula alterada, es todo un área de millares de células nerviosas o cerebrales alteradas, de manera temporal o duradera. A esas células alteradas los patólogos las han llamado hasta aquí tumores cerebrales, han tenido la sabiduría de no emplear jamás el término de carcinoma cerebral. El pronóstico complementario: tumor de evolución rápida o de evolución lenta se ha verificado también en la mayoría de los casos, por el hecho que en su gran mayoría los pacientes se llenan de pánico al saber el diagnóstico de tumor cerebral, le salen manchas redondas en el pulmón y no viven mucho tiempo.

La aparición de un albergue de Hamer es en si mismo un acontecimiento completamente gozoso : indica en efecto, que se ha resuelto el conflicto y que un carcinoma ha parado de crecer en el cuerpo. Pero también hemos visto que si la fase de curación postconflictológica fuera minimizada podría llevar a la muerte. Es justamente esa evolución problemática la que los neurocirujanos y los neurólogos han tomado hasta aquí como evolución de un tumor cerebral.

¿Qué han hecho los neurocirujanos ? Han intentado extirpar el albergue de Hamer con su edema perifocal.

¿Ha servido para algo ? En algunos casos si, sin duda alguna. En efecto, la extirpación de un cierto volumen del cerebro, a menudo con apertura de los ventrículos laterales y desbloqueo de las vías de flujo del L.C.R. ralentiza el proceso expansivo.

¿Pero entonces, por qué la mayoría de los pacientes se han muerto de todas las maneras?

Respuesta:

a) Si se encontraban varios albergues de Hamer en diferentes partes del cerebro se decía que el tumor continuaba progresando y que había hecho metástasis, y que supuestamente se les había descubierto.

b) Una vez que el paciente estaba lleno de miedo, ya estaba perdido de cualquier manera y moría rápidamente por las manchas redondas del pulmón.

c) Pero si se cerraba el cráneo, el edema perifocal volvía a extenderse por tumefacción y se decía que el tumor continuaba proliferando. Porque en el fondo sólo se habían suprimido los síntomas, mientras que la causa de este síntoma, es decir, la curación del albergue de Hamer continuaba.

d) Si además se encontraba el carcinoma de origen, el paciente, en cuanto al pronóstico, veía como se abrían los abismos bajo sus pies.

Por el contrario, puede haber tumores de las meninges, de las membranas que envuelven totalmente al eje cerebro-espinal : desde siempre se ha sabido que estos meningiomas no hacen metástasis. Porque no se las ha encontrado jamás. Estos meningiomas son benignos en general, en la medida en que no crecen hasta llegar a comprimir el tejido cerebral vecino y de necesitar una extirpación quirúrgica.

## **La leucemia aguda**

Se conforma exactamente a la Ley de hierro del cáncer, tiene por origen un síndrome de Dirk-Hamer (DHS). Es la forma juveno-infantil de un gran problema de autodesvalorización.

Al faltar experiencia suficiente en el tema, empecé por poner entre paréntesis a las leucemias agudas, pensando que se trataba probablemente de enfermedades virales, sobre todo por el hecho de las subidas de fiebre.



Hoy en día sé que figuran entre las enfermedades cancerosas, son de hecho **cánceres de los huesos**, Las subidas de fiebre son en función de las tumefacciones cerebrales.

Se pensaba hasta hoy que las **células que generan\*** la médula ósea, alcanzadas por una degeneración maligna empezaban a producir anárquicamente masas de leucoblastos, o células indiferenciadas, y que el organismo sumergido en esta proliferación anárquica sucumbía ante fenómenos secundarios y pretendidas “metástasis”.

Sabiendo que la tercera parte de las leucemias son **“aleucémicas”**, es decir, tienen demasiados pocos glóbulos blancos en la sangre periférica, no se tenía suficientemente en cuenta los cambios ocurridos al nivel de la médula ósea. Pero sobre todo, no se tenía en cuenta que las formas, o mejor dicho, las **fases aleucémicas** se acompañaban de simpacotonía y las **fases leucémicas** de vagotonía. Y por supuesto, no se percibía que al pasar de la fase aleucémica a la fase leucémica, el paciente salía de la simpacotonía para entrar en la vagotonía.

El error capital era evidentemente, el no dar importancia al siquismo del paciente. Sin embargo, el examen atento de los datos clínicos, debía de haber hecho reflexionar a los hematólogos.

**La fase leucémica**, que corresponde al relanzamiento y a la proliferación de células regenerativas hematopoiéticas, **señala** que el conflicto de origen de la enfermedad ósea queda resuelto y que **la curación está en camino**. Supuesto que el paciente no vuelva a caer en el conflicto inicial de origen de desvalorizarse y evite las otras trampas que le acechan, se recupera fácilmente de la fase leucémica en el sentido de una **normalización** de la ematopoesis — formación de elementos normales de la sangre y sobre todo de glóbulos rojos —, según la Ley de fierro del cáncer, que se verifica en cada caso individual.

De todas las complicaciones posibles, las más graves son la nueva regeneración del conflicto inicial responsable de la propia desvalorización, el nuevo conflicto desencadenado por un diagnóstico brutal, la anemia y la trombopenia (disminución del número de plaquetas sanguíneas con hemorragias) provisionales esperando la reconstrucción de los glóbulos rojos y de las plaquetas, la presión craneal local con los síntomas cerebrales correspondientes del sistema nervioso central, los tratamientos pseudoterapéuticos, tales como la quimioterapia, la irradiación de la médula ósea y del cerebro. De todas las complicaciones posibles **estas últimas** son **con gran diferencia las más**

**peligrosas y las más mortales.** Hay que incluir las complicaciones dudosas consecutivas a la apertura brutal de los llamados “diagnósticos” y “pronósticos”, que caen como un veredicto implacable y son el origen de nuevos DHS.

La leucemia y el cáncer de huesos, incluyendo el plasmocitoma (tumor maligno que se desarrolla sobre las células regeneradoras de la médula ósea y que no afectan en general que a hombres de más de 40 años), son variedades mal delimitadas de una misma enfermedad que conciernen al mismo órgano, el hueso, y de forma más especial a la médula ósea.

En resumen se podría decir que la forma de **reacción juveno-infantil** a un conflicto de desvalorización propia o a un conflicto infantil en el caso de un adulto, es **el cáncer de huesos, con osteolisis débil, seguido de una fase de curación leucémica.** La osteolisis, destrucción progresiva de tejido óseo diagnosticado mal como “metástasis ósea”, es siempre posible. En las personas mayores, la forma de reacción a un grave conflicto de desvalorización propia es la **osteolisis.** Las células regeneradoras hemopoiéticas al ser alcanzadas por la destrucción del tejido óseo, la curación consecutiva a la solución del conflicto se hace por la **calcificación.** Al quedar **esclerosados** los elementos celulares **pierden su función creadora** de los elementos de la sangre, y de manera diferente a la reacción juveno-infantil, de débil osteolisis, la fase de curación consecutiva a la solución de conflicto **no se caracteriza por la forma leucémica,** es decir, **producción masiva de células embrionarias,** indiferenciadas, inmaduras, los leocoblastos.

Entre estas dos formas de reacción hay el **plasmocitoma,** un tipo particular de cáncer de huesos, que también, hace osteolisis, pero en muchos sitios a la vez. La destrucción del tejido óseo es menos grave y a veces es sólo **difuso.** Hay presencia de sustancias proteicas, de Bence-Jones en la orina y la presión sanguínea está constantemente alta.

Estas tres formas de reacción — puede haber más — tienen sus rupturas de campo electro-fisiológicas (albergues de Hamer) localizados en la sustancia gris del cerebro. Cuanto mas grave es la osteolisis, localizada y con una extensión continuada, más limpiamente se localiza el albergue de Hamer y se hace visible por su edema en la sustancia gris del cerebro. Por el contrario, los albergues de Hamer se dispersan más en la sustancia gris cuanto menos graves son las lesiones y más localizables, como es el caso en el plasmacitoma y la forma leucémica juveno-infantil.

## Los conflictos del teleencéfalo

Los dos hemisferios cerebrales, que forman el cerebro propiamente dicho, se componen en términos generales de médula y corteza. Como es la parte más reciente del encéfalo es a quién se le reservan los conflictos síquicos mas diferenciados. El **conflicto de angustia y de miedo a la muerte** se localiza en el córtex cerebral. El **conflicto de la propia desvalorización** en la médula, la sustancia gris de los dos hemisferios.

Ambos por así decir **conflictos reflexivos** sobre uno mismo. A este respecto están estrechamente emparentadas desde el punto de vista conflictual. Es además bastante fácil a través del médico que tiene un cáncer, “un cáncer con metástasis” que se esparcen por todo el cuerpo implica también la toma de conciencia de no ser ya más que una ruina, un ser desvalorizado cuyo entorno hace el duelo desde que le cae el veredicto de cáncer.

En muchos de los conflictos de angustia de muerte, el edema perifocal del albergue de Hamer a lo largo de la fase post-conflictual penetra profundamente en la médula del cerebro. Es presumible que esa médula se afecte hasta un cierto punto, y que por la tanto, se trata en el fondo de un conflicto mixto, en el que el miedo a la muerte se conjuga con la propia desvalorización.

Puede ocurrir que nuestros aparatos no sean lo suficientemente precisos para discernir lesiones óseas aún mas débiles. El scintigrafo es el que conviene más aquí. Pero nunca se sabe si la actividad metabólica que se pone eventualmente en evidencia revela una progresión o un retroceso del cáncer : ambos manifiestan de hecho una actividad metabólica.

En lo que concierne de igual manera al conflicto de territorio, las fronteras de la desvalorización propia no son fijas. La pérdida de un territorio implica a menudo al mismo tiempo un conflicto de desvalorización propia, un sentimiento de inferioridad tras la pérdida de la soberanía.

La parte del lóbulo temporal derecho — idem para el lóbulo izquierdo que se implica en el infarto de ventriculo cerebroquiereo en el cuadro de un conflicto de territorio, aprieta también a la médula del cerebro y por tanto, la zona reacciona ante un conflicto de la propia desvalorización.

Constatamos que algunas cosas que tienen correlación en el plano psicoconflictual se aproximan igualmente al cerebro. Es lo que explica también que veamos tan a menudo “procesos cabalgantes”, es decir, albergues de Hamer que desbordan la frontera de la zona de conflicto.

En cuanto a la leucemia, solo el scintigrama nos revela hasta qué punto la médula ósea del sistema esquelético está tocada. En general, la radiografía no nos enseña nada, ocurre a veces que pone en evidencia osteolitis individuales cuando se trata de un conflicto de desvalorización mixta, es decir, un conflicto en que elementos infantiles se mezclan con elementos adultos. En los casos individuales es difícil de discernir debido a que nos falta experiencia.

He dudado mucho, antes de estar seguro. No quería despertar esperanzas injustificadas entre los más pobres de los pobres, en nuestros pacientes leucémicos. Mientras tanto, he adquirido experiencia suficiente, conozco suficientes casos, de manera que sería un crimen callarme demasiado.

Estoy completamente seguro que las leucemias agudas **se conforman a la Ley de hierro del cáncer**, empiezan todas por un DHS, el sentido del conflicto es siempre una desvalorización de si mismo del tipo juveo-infantil o regresivo-infantil (por ejemplo, a lo largo de una conferencia que reúne a la dirección y al personal se le echa a un paciente como si fuera un colegial), todas ellas comportan una fase de simpacotonía con pérdida de peso, obsesiones, insomnio, así una fase de vagotonía tras la solución del conflicto, con recuperación importante de peso, sueño normal cansancio que va hasta la relajación completa, sentimiento de bienestar sin obsesiones, edema cerebral en la médula del teleencéfalo, la médula ósea produciendo abundancia de leucocitos, de eritrocitos y de trombocitos, apareciendo difícilmente estos dos últimos elementos. Es esta fase de curación vagotónica conflictual a la que hemos llamado hasta aquí leucemia.

En realidad no es una enfermedad, pero, si se quiere, la segunda parte de la enfermedad, la fase de curación, y por tanto, únicamente un síntoma. La tumoración del hueso, que ocasiona a menudo dolores muy fuertes por la **tensión del periostio**, y la forma de reacción leucémica son siempre signos de curación del hueso y de la médula ósea,

Lo que hay de particularmente trágico en este tipo de enfermedad es que no se había comprendido hasta aquí que la leucemia era en el fondo sólo una fase de curación de una enfermedad previa. Hipnotizado por la proliferación anárquica de los leucocitos embrionarios, se han empeñado en destruirlos para evitar accidentes secundarios, cuando nunca se ha muerto nadie de la superproducción de leocoblastos.

**Lo importante** es asegurar la soldadura de los glóbulos rojos y de las plaquetas sanguíneas esperando que las nuevas lleguen a madurar.

## Las localizaciones a nivel de cerebro y del organismo

Mientras que en el **cáncer de los huesos** se observa **osteolisis aisladas con contornos bien delimitados** y en los lugares correspondientes de la médula del teleencéfalo **grandes albergues de Hamer aislados**, con edemas bien circunscritos en la fase pcl, asistimos **en las leucemias a un alcance mas difuso del conjunto de la médula ósea**, o por lo menos de grandes partes de la médula, mientras que una **multitud de minúsculos albergues de Hamer edematosos se diseminan durante la fase pcl en el conjunto de la médula** del teleencéfalo.

## La epilepsia

### Etiología

La epilepsia es un complejo de síntomas, no es una enfermedad propiamente dicha, sino un síntoma de enfermedad. Hace tiempo establecíamos una distinción entre el **gran mal** y el **pequeño mal**, epilepsia cortical parcial (convulsiones jacksonianas) y epilepsia generalizada, entre epilepsia hereditaria y adquirida, epilepsia traumática. Desde el descubrimiento de los **albergues de Hamer**, vemos ahí un poco más claro. Si hacemos abstracción de la epilepsia traumática, parece que en la mayoría de los casos las convulsiones epilépticas estén en relación directa con la solución de una reincidencia del conflicto.

### Dos casos típicos

a) La mujer de un taxista de los alrededores de Breme fue testigo en febrero de 1982 de varios atentados contra su marido : en el espacio de un mes, clientes que habían subido al taxi le amenazaron con una pistola y dispararon contra él. Como había presentado una demanda contra uno de sus agresores al que había reconocido, su mujer se aterrorizó de pensar que iba a venir a vengarse. En el mes de julio y agosto, tuvo dos grandes crisis de alergia con fuertes fiebres. En el mes de octubre del 82, tuvo un nuevo DHS al saber que tenía las manchas redondas en el pulmón. El 16 de agosto del 83, llegó a resolver su conflicto. Inmediatamente después, en presencia de mi secretaria y de mi mismo, tuvo dos calambres clónico-tónicos en el costado derecho (convulsiones jacksonianas). Se durmió durante diez minutos tras la primera crisis y de cinco a diez minutos después de cada una de las tres crisis que se siguieron. El scanner que se efectuó una hora después de la solución del conflicto muestra los albergues de Hamer frescos con edema perifocal en la zona cortical.

b) Una joven de 15 años que reside a unos kilómetros de Bonn tocaba la trompeta en una orquesta de jóvenes músicos dirigida por un trompetista de mucha altura, de la que ella era el mejor discípulo. El 7 de febrero de 1975, al comienzo del primer gran concierto en público, donde los jóvenes van a darse a conocer, el jefe, que ejecuta un solo magistral, que ella retoma a su vez de manera incesante, se desploma a sus pies atacado de una crisis cardíaca. La consternación es máxima entre los jóvenes discípulos. Pero K., su mejor tranpetista, sufre en este instante un chock de una violencia inesperada, cuyos efectos seguirán sintiéndose 10 años más tarde, cada vez que ella se encuentra confrontada a la muerte.

Inconsolable pide y obtiene la trompeta del jefe. Día tras día va a recogerse a su tumba. Cada vez que tiene miedo, reacciona con una crisis de asma. Un año después de la muerte del jefe, asiste al entierro de una inquilina. Ocho días después tiene su primera crisis de epilepsia. Al reaparecer el conflicto — la angustia de muerte — vuelve a la superficie. Dos años más tarde, en 1978 K., que tiene ahora 18 años descubre a su abuela, que ya no contestaba al teléfono, desplomada en su cocina con la cabeza hundida en la nevera abierta. Al creerla muerta, a K. le invade una angustia de muerte, piensa muchísimo en “Willi”, el jefe de orquesta. La abuela sigue viva, el conflicto resuelto. Algunas semanas más tarde, en diciembre de 1978 K. tiene cuatro crisis del **gran mal**. En enero de 1979, en el cuadro de investigaciones sistemáticas, la Universidad de Bonn descubre en un scanner un albergue de Hamer rodeado de un edema perifocal extenso, que naturalmente se interpreta al revés. Nadie llega a entender como una joven de esta edad pueda tener semejante “fenómeno” en el cerebro. Es “examinada a fondo por los especialistas” en la sección neurológica y psiquiátrica de la universidad de Bonn. Pero nunca nadie le ha preguntado sobre el acontecimiento central que la ha **trastornado** hace cuatro años. Eso no encaja con los conflictos freudianos y por lo tanto no tenía interés desde el punto de vista psiquiátrico.

En 1979 la abuela que, hacia un año, tuvo el episodio en la cocina, muere. K. naturalmente está muy triste e impresionada pero su conflicto se resuelve al cabo de una semana, estando todo el mundo de acuerdo en que para ella era una liberación. 15 días mas tarde, nuevas crisis epilépticas, **gran mal**, siempre de noche, en pleno sueño. Mejora progresiva, pero cada vez que tiene miedo le vienen ataques de asma.

En mayo de 1983 K. pierde a su padre. Su muerte la culpabiliza mucho, como le había culpabilizado el descubrimiento de la abuela con la cabeza en la nevera. Cuatro días después del entierro del padre, nueva crisis tónico-clónica

generalizada clásica, que se reproduce varias veces a lo largo de las semanas siguientes. Continúa teniendo crisis de asma.

En enero de 1984 muerte de la segunda abuela, con la que K. se entendía especialmente bien, pero que debido al miedo no le había visitado en la clínica. Por lo que se culpabiliza nuevamente una vez muerta. Quince días después nueva crisis tónico-clónica generalizada, a pesar de la toma de medicamentos desde 1975, y aunque no hubiera tenido más crisis epilépticas desde junio de 1983.

## Tres notas sobre estos casos

1. Es evidente que este caso se conforma con exactitud a la Ley de fierro del cáncer. Antes de haberme confrontado con las pruebas materiales (scanner) yo estaba seguro que se debía de tratar aquí de un conflicto de angustia mortal, con conflictolosis, albergue de Hamer y edema perifocal — con recaídas auténticas en forma de **conflictos de angustia mortal por identificación o por preocupación, conflicto reincidente.**

2. En este caso, el asma bronquial se manifiesta muy limpiamente y por vez primera tras la muerte del maestro y se va acentuando visiblemente tras cada nueva muerte. El asma sería en consecuencia, la hermana gemela de la angustia de muerte.

El asma sería entonces la forma de reacción menos fuerte del mismo albergue de Hamer para el conflicto de angustia mortal (siempre en el córtex).

3. Por tanto, la crisis epiléptica lo mismo que la crisis de asma serían quizás dos síntomas análogos, aunque diferentes, de un proceso cerebral que pretende frenar un mecanismo de curación excesiva en el cerebro.

Puede ocurrir que en la mayoría de los casos la epilepsia sea una señal de una lesión del córtex debida a un conflicto de angustia mortal. Las manchas redondas del pulmón, que se provocan también, por el miedo a la muerte, pueden pasar desapercibidas durante un cierto tiempo, y las manchas redondas solitarias, que traducen una angustia mortal, sentida por otro, pueden muy bien estar ocultas por la sombra del corazón o que el radiólogo las tome como una proyección de la mama.

Eso explicaría también, por qué se encuentran a menudo cambios en los E.E.G. de los epilépticos, donde no se les puede explorar más que una zona de un cm. por debajo del córtex. Se entiende mejor por qué los calambres y las convulsiones apoplécticas después de un ataque cerebral y las convulsiones

epilécticas, son el fondo una misma cosa. En ambos casos se trata de **albergues de Hamer** con edema perifocal que, por comprensión, provocan una parálisis pasajera o duradera en un sólo lado de la cara o en la mitad del cuerpo. Ciertamente, las epilepsias no parecen diferentes, en principio, pero en realidad son **breves recaídas de conflictos** con solución consecutiva y **reaparición del albergue de Hamer** con edema perifocal, sea una **breve recaída de la enfermedad cancerosa** provocando un albergue de Hamer. Para esto, los dos ejemplos que se citan son totalmente típicos.

En el primer caso vemos que la conflictolisis puede dar lugar a calambres momentáneos, que no podía tratarse todavía de la actuación de grandes edemas capaces de tener un efecto masivo : debía de tratarse de un **efecto específico** o de una **reacción del córtex**. En efecto, en el primero de los casos la paciente tuvo calambres sólo unos minutos tras la solución del conflicto.

Podemos por tanto, resumir estos fenómenos como se sigue:

1. La crisis epiléptica puede producirse inmediatamente después de la solución del conflicto, es decir, cuando el albergue de Hamer y el edema perifocal están todavía **completamente frescos**.
2. El segundo caso nos ha mostrado que **las crisis aparecen siempre tras la solución de un conflicto**.
3. La epilepsia **desaparece tras la regeneración del edema de Hamer** y la regresión de edema perifocal para manifestarse de nuevo tras la solución de la próxima recaída del conflicto.

### **Resumiendo:**

En tanto que no se trata de un traumatismo cerebral o de una malformación congénita, la epilepsia parece ser en la mayoría de los casos una complicación de un albergue de Hamer a continuación de una enfermedad cancerosa aparecida o no, en cualquier caso parada a tiempo. En la mayoría de los casos parece que se trata de conflictos de miedo o de angustia mortal, que han provocado en la periferia (cuerpo) carcinomas de ganglios linfáticos o manchas redondas en el pulmón.

O bien no se había examinado al paciente con suficiente atención, de manera que estos síntomas discretos han pasado inadvertidos, o bien la enfermedad se había parado por solución del conflicto en un estadio tan precoz que los síntomas corporales no podían, o no podían aun, ser descubiertos por los métodos, diagnósticos en vigor.



Hay dos razones para esto:

1. La crisis epiléptica es casi siempre seguida de un estado de tensión simpaticotónico. Pero la propia crisis no se produce nunca en esta fase de tensión, surge siempre en la fase de reposo o de recuperación, normalmente en el transcurso del sueño, sobre todo después de caer en el sueño, es decir, en la vagotonía.

Jamas se ha podido explicar este fenómeno, que era contrario a la concepción tradicional de la epilepsia. Ese es exactamente el comportamiento de las migrañas, que son un tipo equivalente atenuado de la epilepsia.

2. En muchas epilepsias, se encuentran puntas en el E.C.G. pero sabemos que éste no registra la actividad cerebral más que a una profundidad de un cm bajo la superficie del córtex. Lo que significa que la mayor parte de las epilepsias tienen un origen cortical.

Lo que había de igualmente típico era que las epilepsias, menos cuando se manifiestan como **síntomas concomitantes de ataques cerebrales**, no provocan casi nunca inflexiones en las arterias cerebrales, lo que permite concluir de igual manera a un proceso cortical.

Además, **las pequeñas epilepsias que son las migrañas** tienen un comportamiento idéntico.

Los fenómenos epilépticos solo se pueden explicar si

- a) Todas las epilepsias son **rupturas de campo orgánicos** en un área cerebral determinada. Es además verificable en los casos de epilepsias traumáticas y aquellas debidas a malformaciones congénitas.
- b) El resto, es decir, el grueso de las epilepsias, son complicaciones corticales de los albergues de Hamer, manifestándose a lo largo del estadio de reparación, vagótono o recuperador, **como es el caso normal en las complicaciones de los albergues de Hamer.**

Casi todos los fenómenos de epilepsia se explican entonces de una forma comprensiva. Pero significaría también que el grueso de las epilepsias no traumáticas y no congénitas es consecutivo a una enfermedad cancerosa, lo más a menudo abortiva.

Eso nos explicaría tres fenómenos más que hasta aquí, no llegábamos a explicar

1. el por qué una epilepsia surge tan a menudo durante la pubertad, que es el periodo más rico en conflictos, sobre todo de conflictos de angustia.

2. por que una epilepsia puede desaparecer cuando se resuelve el conflicto de **manera definitiva**. Aunque podamos hacernos la pregunta: ¿cuándo entonces se resuelve de manera definitiva un conflicto de angustia profundamente enraizado?
3. El por qué las mujeres preñadas están sometidas a crisis repetidas de convulsiones — **la eclampsia** — el embarazo es una fase vagotónica permanente. Es concebible que esta fase vagotónica acentúe un conflicto vivido en el embarazo, pero también es concebible que de hecho, un albergue de Hamer regenerado sea pasajeramente **reactivado** o edematizado a lo largo de esta fase de vagotonía acentuada y provoque así complicaciones. De cualquier manera, los pacientes míos que han muerto de complicaciones debidas a los albergues de Hamer, tenían síndromes paraeclámpicos con desvanecimientos renales, acumulación de líquido en la periferia, trastornos en la consciencia, parálisis, etc.

Todo esto nos lleva a concluir que la epilepsia es en general una fase especial (post-conflictual) y una complicación o forma de complicación particular de la enfermedad, o más bien de la **curación de cáncer**.

Mutatis mutandis, ocurre lo mismo con la migraña, la forma atenuada de la epilepsia.

Nos queda saber por qué la crisis epiléptica es en general tan breve. Hay una explicación evidente: la crisis epiléptica es por así decir un paso brutal en simpacotonía para frenar una edematización perifocal excesiva debida a la vagotonía. Ese mecanismo desencadena la actividad renal, bombea el líquido de los edemas, en particular el edema intra — y perifocal del albergue de Hamer y se opone así al peligro inminente del “bloqueo edematoso” de las zonas vegetativas vitales del cerebro.

Es probable que nuestra terapia, al menos la de la crisis aguda, haya sido completamente la contraindicada hasta aquí. Siempre hemos intentado calmar al paciente con tranquilizantes y somníferos, como barbitúricos, porque no conocíamos los mecanismos y nos sabíamos tratarlo en función de las causas. Naturalmente, las crisis convulsivas se atenuaban, porque nosotros devolvíamos al paciente a la vagotonía por la fuerza. Pero lo que el organismo intentaba a través de todo este mecanismo, es decir, desinflar el edema intra y perifocal del albergue de Hamer, no se había logrado : le poníamos bastones a las ruedas.

# El infarto

## La mecánica del infarto

Según mis constataciones y descubrimientos, ampliamente probados y reproducibles en cada nuevo caso, como vais a verlo a continuación, el infarto de miocardio se desarrolla de la siguiente manera:

### 1. El síndrome DIRK-HAMER

Todo infarto de miocardio empieza por un síndrome Dirk-Hamer, es decir,

- a) un **conflicto de territorio bajo forma de chock brutal**.
- b) una crisis aguda, dramática,
- c) vivida en el aislamiento.

### 2. Duración del conflicto de territorio

Según mi experiencia, solo hay manifestaciones clínicas de infarto cuando el conflicto dura más de dos o tres meses, o si el conflicto es excepcionalmente intenso. En este caso, basta que el conflicto dure un mes, mes y medio. Si la intensidad del conflicto es normal, los conflictos cuya duración no exceda de tres meses, se desarrollan sin incidentes, es decir, que en principio el proceso es el mismo ya que los síntomas clínicos no son tan graves.

Si la duración del conflicto de territorio de una intensidad normal excede a 8 o 9 meses, el paciente muere normalmente de una tumefacción cerebral aguda tras la solución del conflicto. Los infartos de la pared anterior son menos graves que los de la pared posterior debido a que corresponden en el cerebro a la parte frontal del lóbulo temporal, mientras que los infartos de la pared posterior se relacionan con la parte dorsal del lóbulo temporal derecho. Parece que es en esa posición dorsal del lóbulo temporal donde se localiza el centro del ritmo cardíaco.

### 3. La angina de pecho

— La angina de pecho durante la simpacotonía, es decir, durante el conflicto de territorio activo, ausencia subjetiva de molestias tras la solución del conflicto, es decir, en vagotonía —

Inmediatamente después del síndrome de Dirk-Hamer (DHS), la ruptura de campo, el paciente queda sujeto a accesos de angina de pecho. En este estadio todavía no hay estenosis coronaria, que además a menudo, no se encuentran luego el infarto de miocardio. Se habla entonces de ataques funcionales de angina de pecho.

En este estadio, el paciente se encuentra en simpacotonía, en un estado de stress permanente por su conflicto de territorio. Es el stress permanente al que se ve sometido el ciervo cuando es expulsado de su territorio y debiendo movilizar todas sus fuerzas para volverlo a conquistar.

Durante esta fase, se manifiesta una úlcera en una de las arterias coronarias, en un lugar determinado que corresponde a la naturaleza bien específica de este conflicto. Al mismo tiempo que esta úlcera roe la pared de la arteria coronaria, la parte distal correspondiente al miocardio queda sometida a un stress permanente, que a su vez provoca la angina de pecho. Los códigos erróneos provienen del lóbulo temporal derecho del cerebro, conforme al cáncer.

### **Tras la solución del conflicto**

La situación es totalmente diferente: el organismo ha cambiado la forma de enervación, pasando de la simpacotonía a la vagotonía. Los conductos coronarios ya no reciben códigos erróneos, la úlcera puede curar, el paciente no se queja ya más de dolores de angina de pecho, está en vagotonía, en plena euforia, tiene buen apetito, duerme bien, hay tumefacción cerebral. En ese mismo momento se produce una escarificación de la úlcera coronaria, la place.

## **4. Infarto de miocardio = carcinoma coronario**

Por analogía con otros cánceres podemos considerar al infarto de miocardio como un carcinoma coronario, que se manifiesta bajo la forma de úlcera coronaria descrito obedece rigurosamente a la Ley de fierro del cáncer, es decir, que la evolución del conflicto corresponde a la evolución, de esta úlcera en la arteria coronaria. Se entiende mejor este fenómeno si se recuerda que en su origen, los conductos coronarios eran arcadas branquiales, es decir, que desde el punto de vista embriológico apenas se distinguen de los órganos en los que se encuentran los carcinomas.

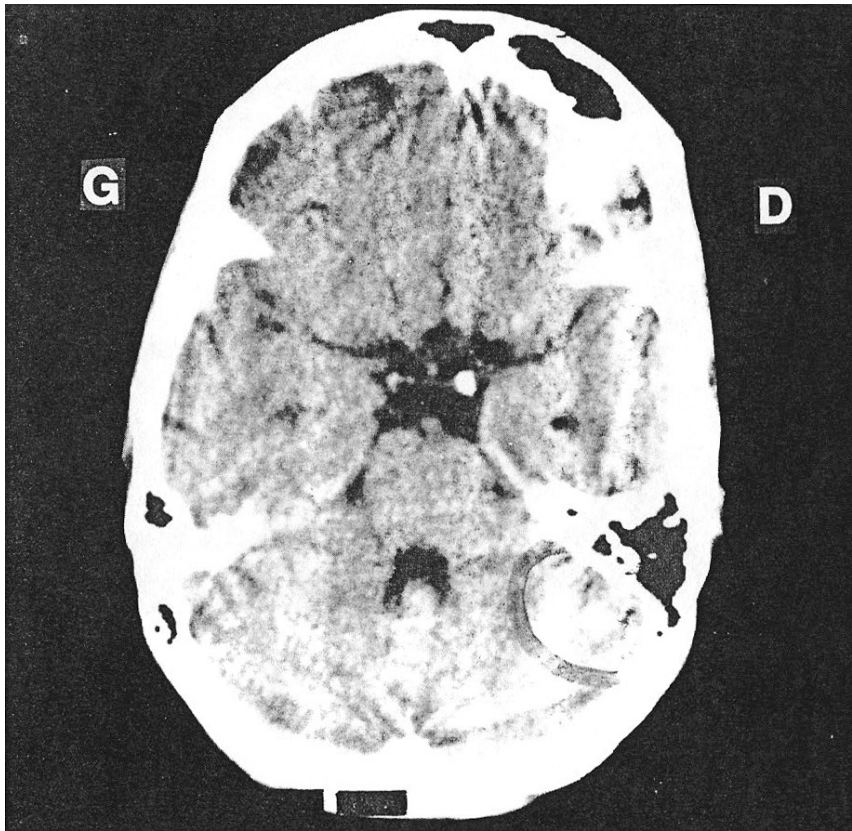
Una vez que se ha resuelto el conflicto, es decir, desde que se pasa a la vagotonía, la úlcera empieza a cicatrizar formando a menudo un engrosamiento hacia

el interior, lo que aparece entonces como una estenosis sobre el angiograma coronario. De ahí surge la hipótesis errónea de aquella estenosis provoca el infarto de miocardio.

## **5. El infarto inesperado**

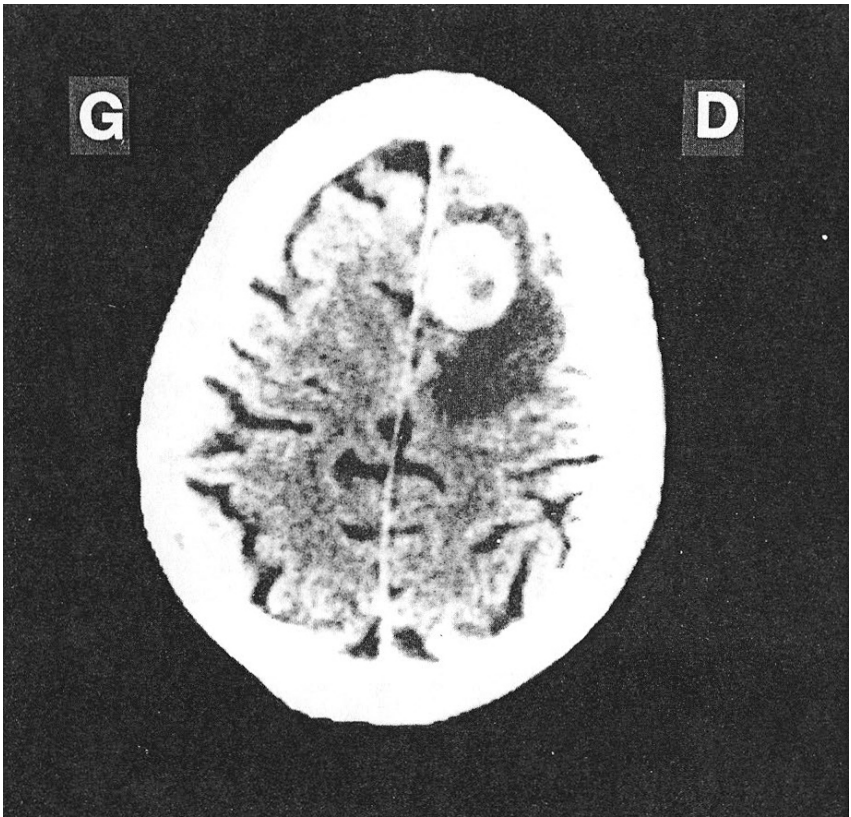
El infarto de miocardio se desencadena siempre a lo largo de la fase consecutiva a la solución del conflicto, es decir, cuando hay una permutación entre los dos tipos de inervación motriz autónoma, dejando la simpacotonía lugar a la vagotonía. Tras la solución del conflicto, el paciente entra a lo largo de dos o tres semanas en una fase de gran euforia, que contrasta con el stress intenso característico del periodo anterior a la solución. Reencuentra el sueño y el apetito, está distendido, incluso cansado y un poco blandito. Mientras que antes vivía en una especie de pánico, perdiendo diez, 15, a veces 20 kg en algunos meses, despertándose por la noche empanado de sudor, víctima de pesadillas dando vueltas alrededor de su conflicto. Una vez resuelto éste, se transforma y siente una sensación de gran bienestar. El paciente que en la mitad de esta fase de euforia repentinamente tiene un infarto, ya no comprende absolutamente nada. En efecto, desde hacia tres semanas su motor había dejado de girar a plena fuerza, el stress se había desvanecido como por encantamiento, y como consecuencia, según la medicina clásica, en principio debiera de estar a salvo de un infarto. Debido al hecho de que una vez resuelto el conflicto los pacientes recuperan a menudo de 5 á 10 kg en el espacio de 1 5 días o 3 semanas, estos kg suplementarios han llevado a la medicina clásica a ver en el peso de más un factor de riesgo, lo que es evidentemente absurdo.

El susodicho accidente cardiaco con sus síntomas de náuseas, cefalea, vértigo, diplopia, apsychie, sensación de desaparición, transpiración abundante y centralización, ocurre casi siempre en la fase de recuperación, es generalmente de noche a lo largo del sueño más profundo y más benéfico. Para explicar este fenómeno, se han andamiado hipótesis culpando a la caída de tensión como responsable del infarto de miocardio. Lo que de igual manera es un sin sentido ya que en la vagotonía la caída de tensión es normal, sin contar que en posición horizontal la vasodilatación y el sueño tranquilo aseguran al cuerpo dormido condiciones de irrigación óptimas sin déficit de oxígeno. (Ver G. Hamer : "el infarto, enfermedad del alma", editado por el ASAC).



Albergue de Hamer en **el cerebelo derecho lateral.**

Provocado por un **conflicto de nido**, generalmente conflicto madre-niño real o virtual. Corresponde a un cáncer en el **pecho izquierdo**. Se trata aquí de una mujer de unos 30 años cuyo conflicto había  **sido un aborto contra su voluntad.**

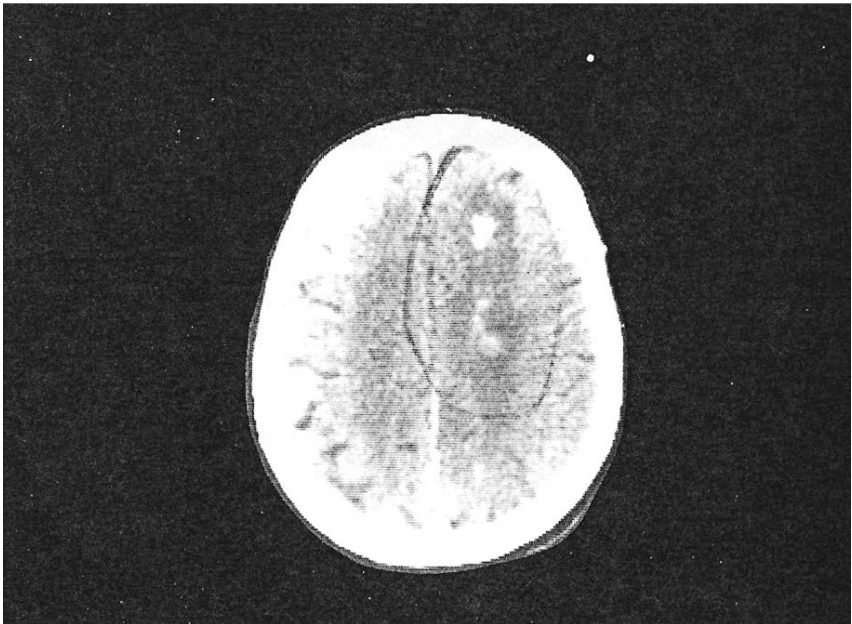


Albergue de Hamer con edema perifocal en el **córtex frontal** (y al mismo tiempo en el tronco cerebral).

Provocados por el miedo, sobre todo el miedo del cáncer, el miedo de tener cáncer, miedo de la progresión del cáncer. Corresponde a los **ganglios linfáticos del cuello**.

La joven, que se había herido levemente al manipularse una verruga anodina en el cuello, se aterrorizó cuando se médico le diagnosticó un tumor.

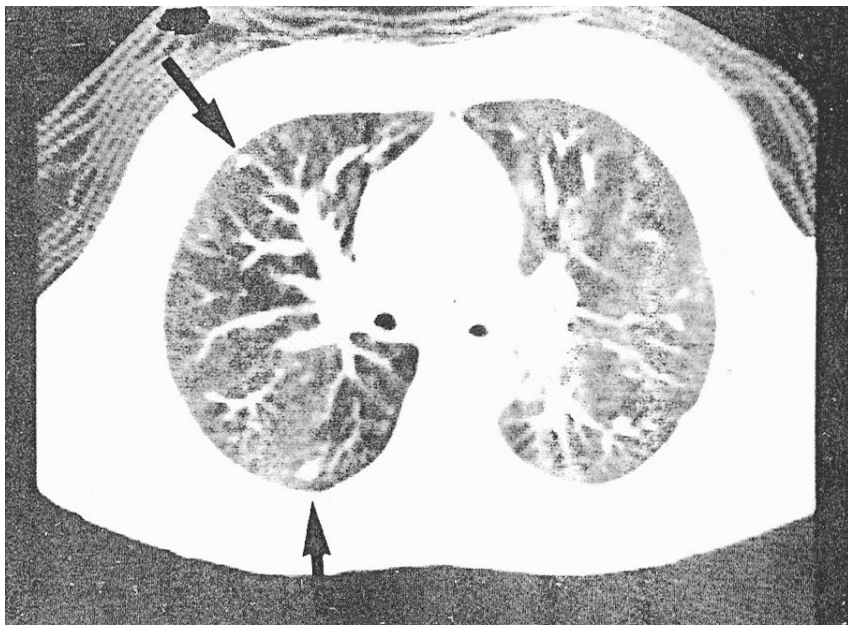




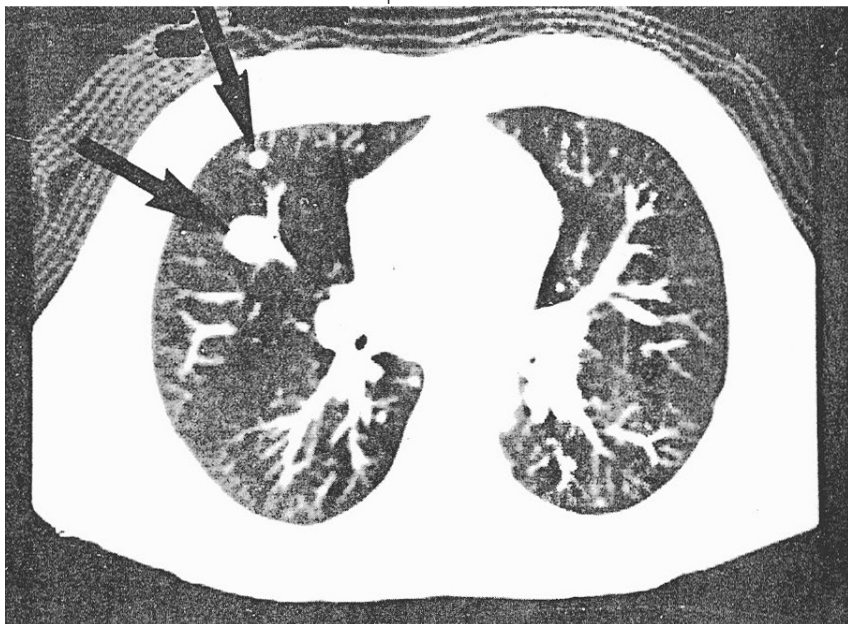




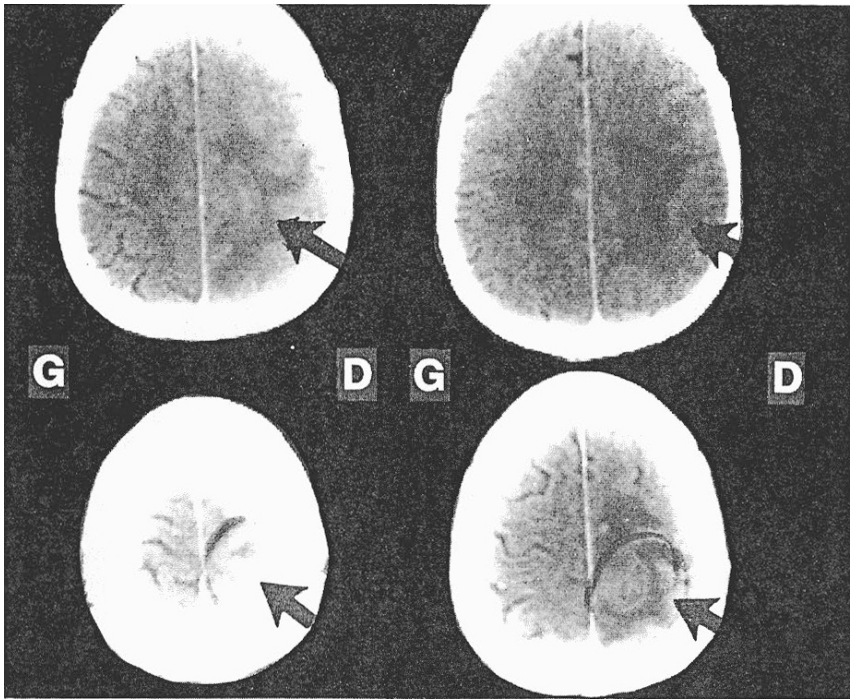
Albergues de Hamer con edema perifocal en la zona cortical (a la izquierda) y en el tronco cerebral (encima), como consecuencia de crisis de epilepsia inmediatas a la solución de conflictos de angustia de muerte (reincidencias).



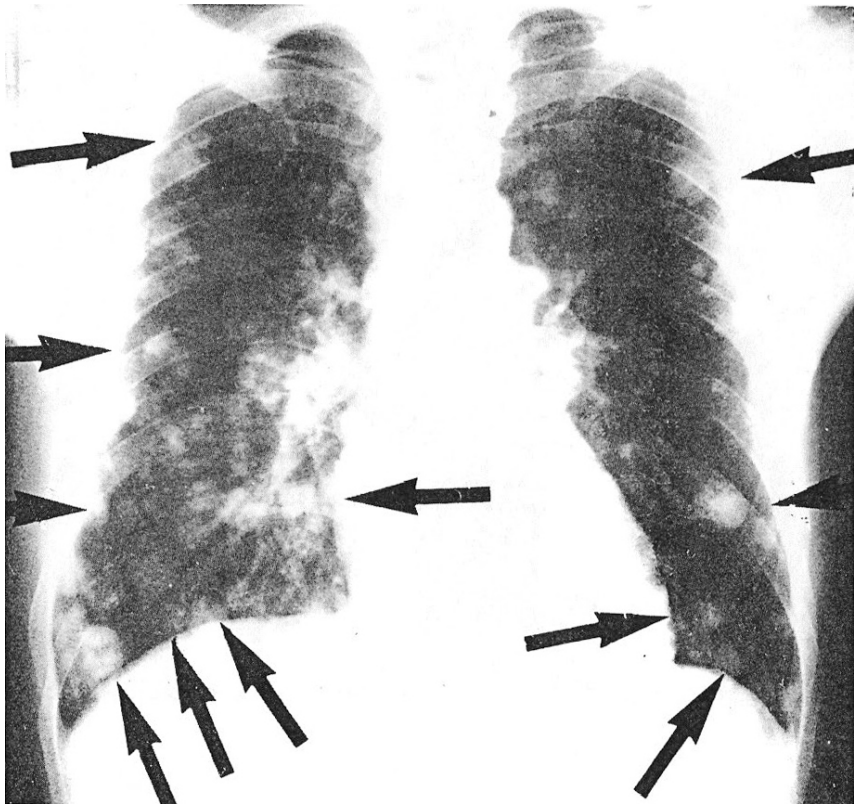
pulmón



pulmón



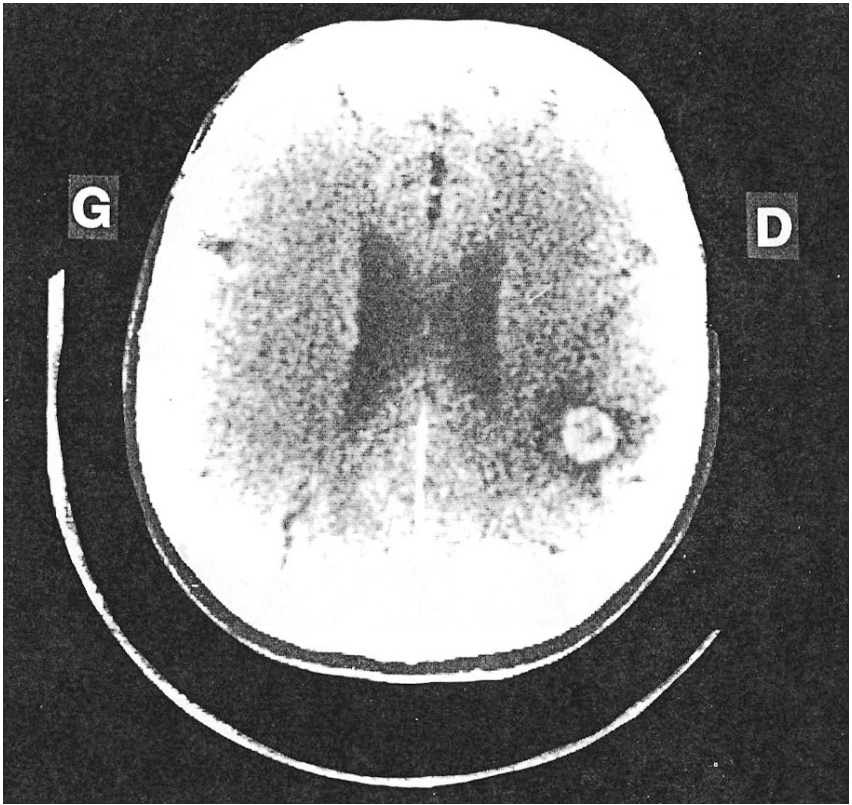
Manchas redondas en el pulmón y albergues de Hamer con edema perifocal en la **zona cortical** correspondientes a un conflicto de **angustia de muerte**. Dos años después de haber sido operado de un melanoma en la espada, un paciente de 34 años, que se siente muy bien, se pasa un control rutinario. Al ver su dossier, el médico le dice : “parece que usted no se da cuenta que no le queda mas que el 30% de probabilidades de sobrevivir”. Aterrado, ya no piensa más que en esta espada de Damocles suspendida sobre su cabeza.



Manchas redondas en el pulmón de un hombre de 30 años a continuación de un diagnóstico equivocado.

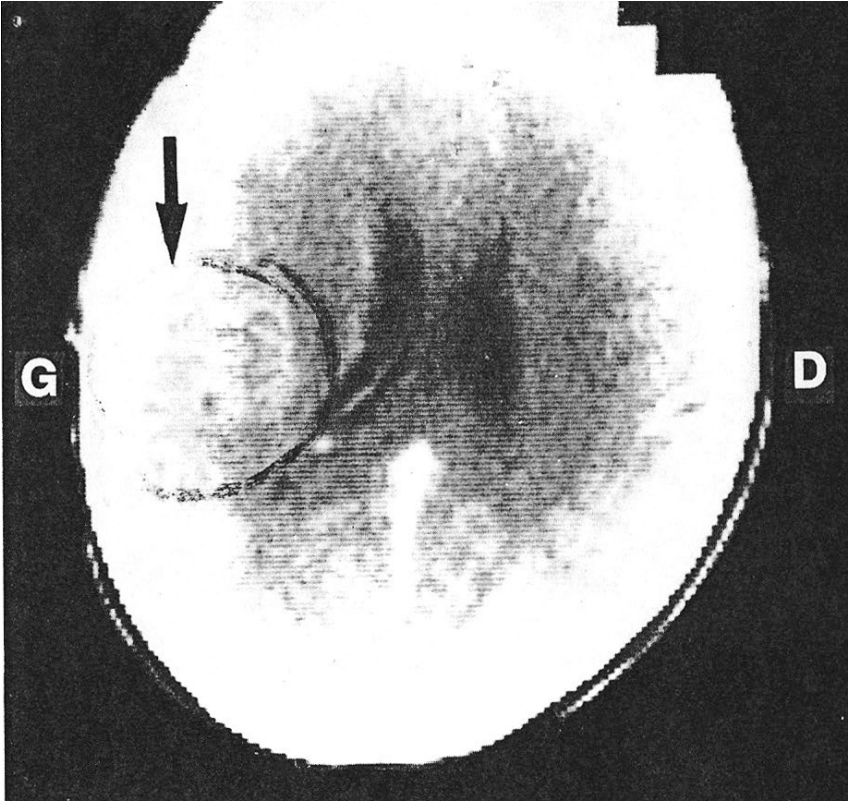
Con 12 años, vió a su mejor amigo atropellado por un coche al atravesar la calle. Conflicto de pérdida: un **carcinoma testicular** abortivo, enquistado en el testículo izquierdo. 1 8 años después al caer desafortunadamente contra la esquina (arista viva) de un remolque : se encuentra con un encharcamiento sanguíneo en el testículo izquierdo. En el hospital, el cirujano descubre el pequeño nódulo enquistado, diagnóstico "un pequeño cáncer, aún en estado inicial". Operación, quimio. El paciente que está aterrado (manchas redondas en el pulmón) murió de miedo tres meses después.

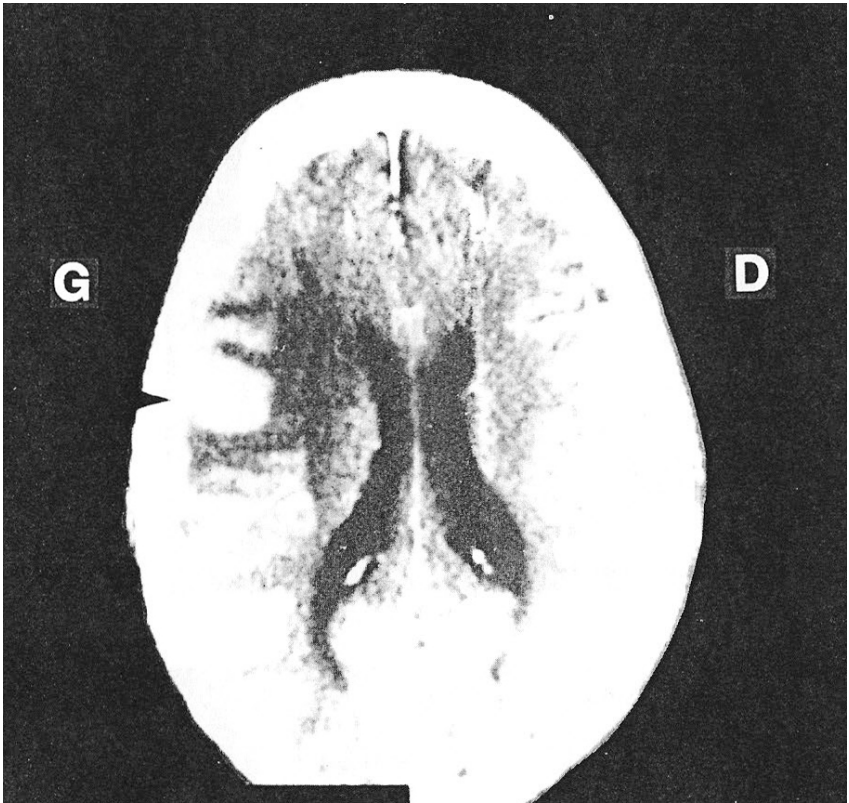




Cáncer peribronquico microcelular.

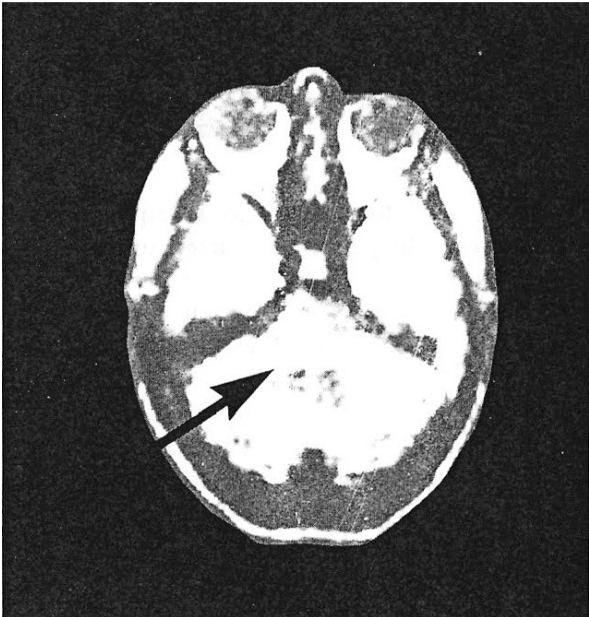
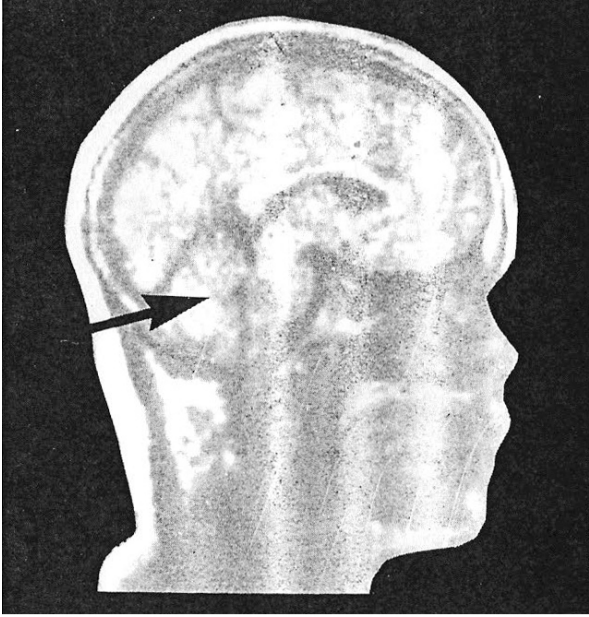
Albergue de Hamer con edema perifocal a la derecha, en el lóbulo temporal, expresando un **conflicto de territorio indirecto** : se queda en el paro, un obrero de la metalurgia de 56 años, perdiendo toda su esperanza de poder acabar la habitación que estaba construyendo para su hijo sabía que su hija mayor se había ido de la casa paterna para tener una habitación para ella. Y ahora que ya no tenía medios financieros para construir, recelaba la marcha del hijo.



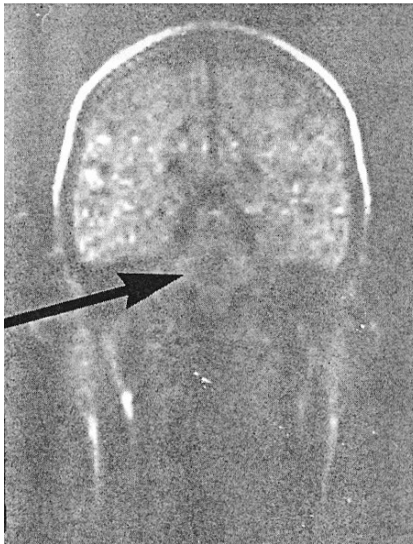
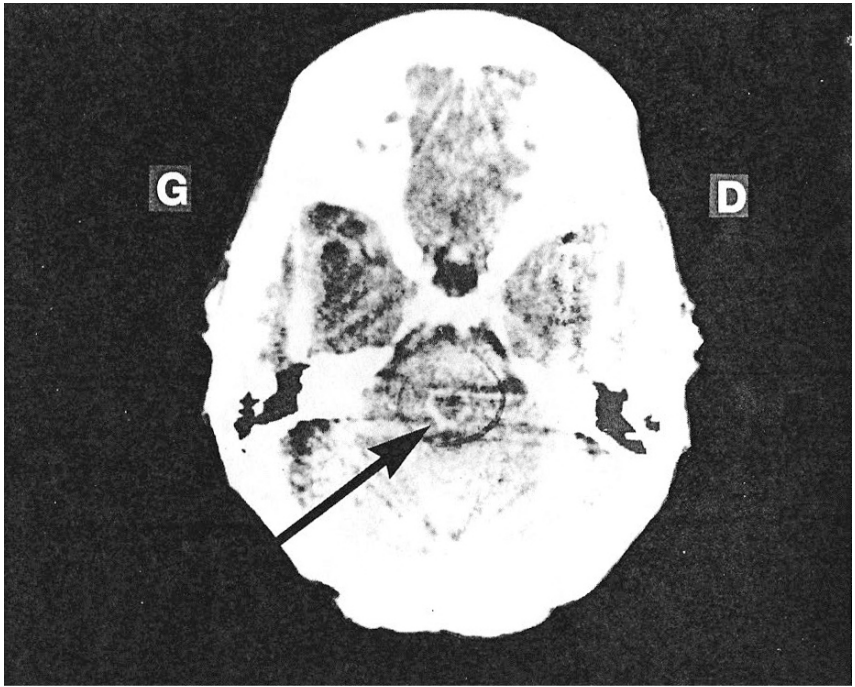


Doble albergue de Hamer en el **lóbulo temporal izquierdo** que corresponde a un **cáncer del orificio y del cuello uterino**, resultante de una frustración sexual: conflicto engendrado por el hecho de “no ser poseído” y de tener la frustración por ello de carecer de un futuro “territorio de nido”. Las dos pacientes, 43 y 34 años, habían resuelto ya su conflicto, como lo muestra el edema perifocal.

La primera (empleada en el parvulario ya citada) : en el segundo caso, su amigo mayor que ella, al que había consagrado 15 años de su vida, la había engañado con su mejor amiga y le había sorprendido en flagrante delito. A continuación de esto se quedó mucho tiempo obsesionada por la siguiente pregunta: “se acuesta siempre con Ursel” ?







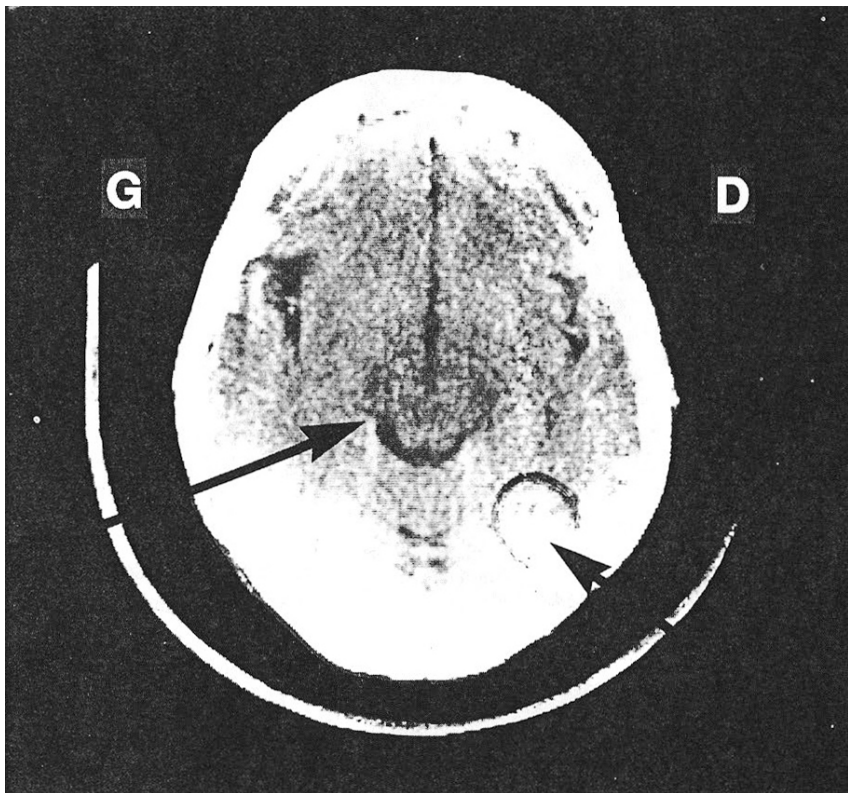
Imágenes de un “conflicto de abuela”.

R.M.N. y scanner de un **cáncer del cuerpo del útero**.

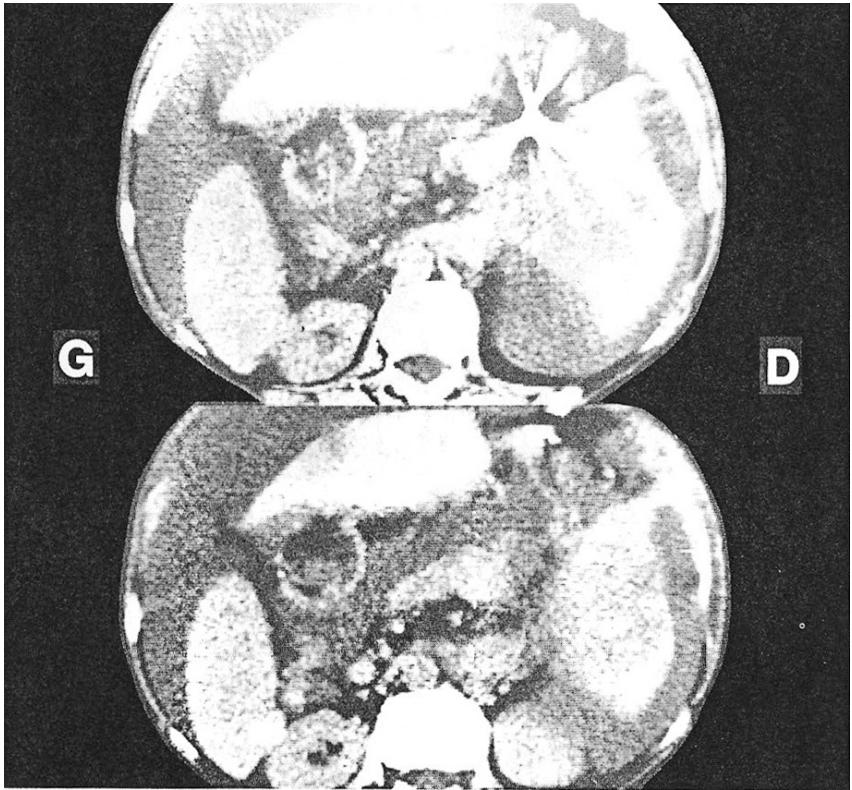
El edema perifocal en el tronco cerebral (puente) se ve de frente y de perfil.

Una abuela se le ponía el pelo blanco desde hacía meses sólo de pensar en todos los “horrores” que le podrían ocurrir a su nieta de 12 años en el extranjero”.

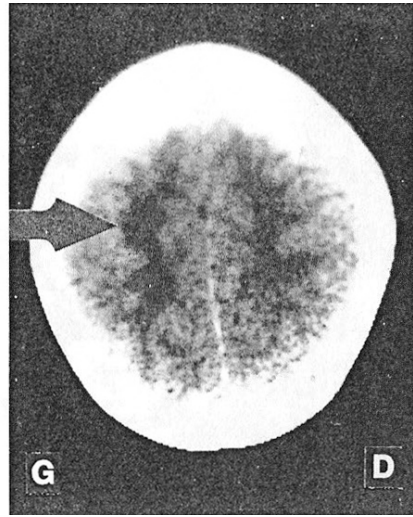
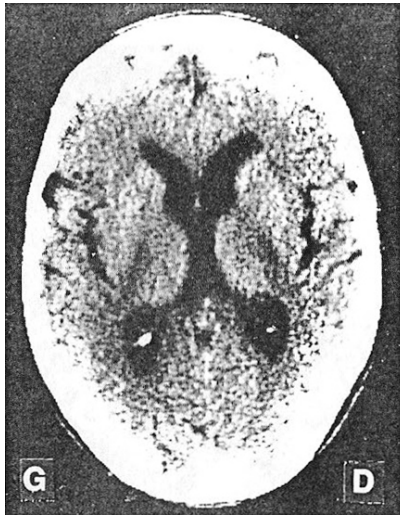
El cáncer se paró en seco el día que la nieta volvió.



Doble albergue de Hamer en el que se muestra en el córtex y en el tronco cerebral la regeneración tras la resolución del conflicto de angustia mortal.



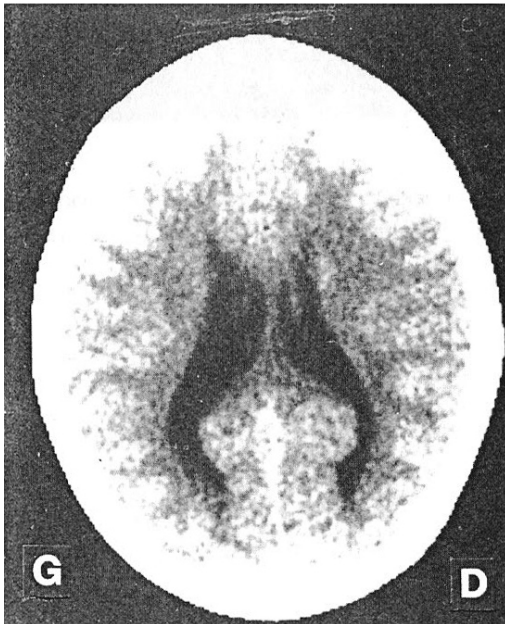
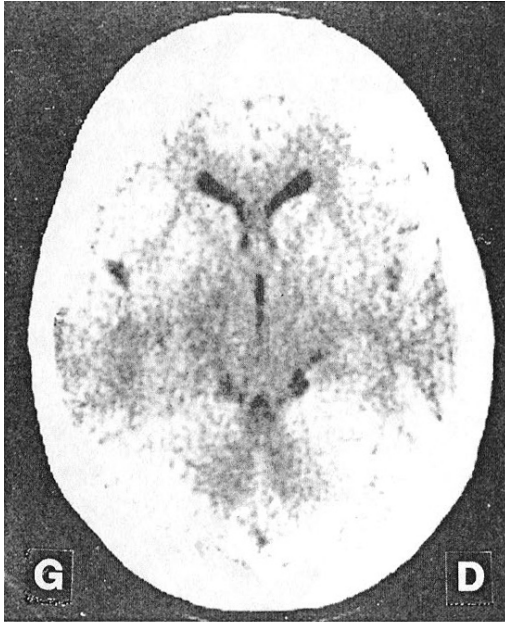
Cáncer de hígado como consecuencia de un conflicto de celos que produce un doble DHS en abril del 82 y en septiembre del 82 (reincidencia). Una pareja preparaba desde hacía mucho tiempo un viaje de bodas de plata a Grecia. El viaje es cancelado. La pareja llega una hora tarde a las inscripciones para el próximo viaje. Un mes más tarde se manifiesta un cáncer de hígado en la mujer. En otoño descubre que hubiera podido ir a Grecia con otra agencia. Repetición. El 11 de noviembre, como consecuencia de los análisis del laboratorio, el hospital aconseja al marido llevarla a casa. "No podemos hacer nada por ella". Tercer DHS. pánico, angustia mortal, manchas redondas en el pulmón. Hasta el 8 de septiembre del 83 las manchas redondas han aumentado claramente de tamaño y de densidad. El 8 de septiembre la paciente ha comprendido enseguida la Ley de hierro del cáncer; desde ese momento se tranquiliza, algunas horas más tarde tenía ya las manos calientes, señal de la vagotonía.



Paciente de 45 años de la clínica universitaria de Hamburgo con leucemia aguda indiferenciada: pequeño albergue canceroso osteolítico en la cavidad craneal. Es decir, un cáncer de la pleura, ganglios linfáticos del cuello, a los dos lados, y exophthalmia de los dos lados (primer caso). DHS fin de marzo de 1981, CI octubre-noviembre del 81. Congestión de los dos ventrículos laterales por compresión del tercer ventrículo por la tumefacción paraventricular de la sustancia gris de los dos lados. Scanner dos años después de CI hemograma normal: a pesar de eso el paciente ha seguido siendo tratado con citostáticos. En el lóbulo frontal, albergue de Hamer con edema perifocal, expresión de un conflicto de miedo resuelto (Ca de los ganglios linfáticos del cuello), que ha debido de ser resuelto recientemente.

Segundo caso: curación típicamente juvenil (leucémica) de un cáncer de los huesos. En la sustancia gris del cerebro muchas manchitas edematosas oscuras (flecha). Corresponden a pequeñas rupturas de campo de la médula de los huesos repartidas en la sustancia gris del cerebro propiamente dicha. La forma juvenil-infantil de curación se distingue de la de personas mayores por el hecho que en el niño la facultad de regenerar la médula ósea se conserva. En las personas mayores, se Produce una recalcificación, una esclerosis de manera que ya no puede haber ematopoesis : es la reacción no leucémica de la persona mayor por calcificación del cáncer osteolítico de los huesos.





Sobre los dos escáneres, 14 meses después de la solución del conflicto pero luego de recaídas no bien conocidas, los ventrículos laterales están comprimidos en la parte anterior y congestionados en la parte posterior. Los escáneres fueron hechos por que el niño se quejaba de dolores de cabeza (compresión cerebral). El radiólogo no encontraba la explicación y diagnosticó una « atrofia de los cuernos posteriores de los ventrículos laterales ». El mismo caso que el escáner en bajo de la página precedente, clínica universitaria Heidelberg.

# LA LEY DE FIERRO DEL CÁNCER

descubierta hace 10 años por el Dr R.G. HAMER  
confirmada el 9 de diciembre de 1988 en la Universidad de Vienna,  
por el Prof. J. BIRKMAYER  
gran patrón de la cancerología austriaca

Folgende 5 Ärzte haben am 9.12.1988 eine gemeinsame Überprüfung  
der Reproduzierbarkeit der EISER-EN REGE<sup>®</sup>, DES KREBS in Wien  
durchgeführt.

Dr. Elisabeth M. Rozkydal

ELISABETH M. ROZKYDAL  
Dr. med. praktischer Arzt  
1950, Schwarzenbergstr. 18/6  
Opf. nach Vereinbarung  
Tel: 42 66 57/39 WIEN

Dr. Jörg Birkmayer

UNIV.-PROFESSOR  
DDR. JÖRG BIRKMAYER  
FACHARZT FÜR LABORMEDIZIN  
A-1090 WIEN, SCHWARZSPANNERSTR. 15  
TEL. 42 23 87, 42 86 97, 42 87 39

Dr. Franz Reinisch, FA f. innere Med.

Dr. Fritz Blanz, Tierarzt

Dr. Ryszard Gieda

Es wurden insgesamt 7 Patienten untersucht. Die Untersuchung hatte  
den ausdrücklichen Zweck, festzustellen, ob alle Krankheitsbilder  
und Krankheitsverläufe dieser Patienten, die an Krebs, Multipler  
Sklerose und Krebsäquivalenten (Morbus Crohn u.a.) erkrankt waren,  
eindeutig nach der EISERNEN REGEL DES KREBS<sup>®</sup> verlaufen waren.

Dies war eindeutig der Fall, und zwar auf allen 5 Ebenen,  
der psychischen, die durch die anwesenden Patienten abgeklärt  
werden konnte (Konfliktanamnese), der cerebralen Ebene, die  
durch die vorliegenden Hirn-CT-Bilder demonstriert werden konnten,  
und der organischen Ebene, die durch vorliegende Röntgenbilder  
und Klinikbefunde gesichert waren.

Die meisten Patienten hatte Herr Dr. Hamer vorher nicht gekannt.

Die Zusammenhänge waren überzeugend.

Wien, den 9. Dezember 1988



Diese Fotokopie stimmt mit dem mir vor-  
liegenden Original vollkommen überein.

WIEN, den zwölften Dezember neunzehn-  
hundertachtundachtzig.-----



Dr. Elisabeth M. Rozkydal  
Dr. Jörg Birkmayer  
Dr. Franz Reinisch  
Dr. Fritz Blanz  
Dr. Ryszard Gieda

## Formulario de la verificación en la Universidad de Viena

**Traducción del formulario protocolar firmado el 9 de diciembre de 1988 por el profesor Jörg BIRKMAYER, doctor en química y doctor en medicina, titular de una cátedra universitaria de medicina química y cancerología, especialista de medicina de laboratorio y jefe del laboratorio médico-químico de la Universidad de Viena ;**

y reprendido por su asistente, el doctor Elisabeth M. ROZKIDAL, generalista, como también por los doctores Franz REINISCH, especialista en enfermedades internas, Fritz EBERZ, médico-asistente y por el D<sup>r</sup> R.G. HAMER.

*El 9 de diciembre de 1988 los cinco médicos infrascritos han procedido conjuntamente a la verificación de la reproductibilidad de la LEY DE FIERRO DEL CÁNCER.*

*En total, han examinado siete pacientes. El examen tenía por objetivo expreso el determinar si el conjunto de certificados de enfermedad, observaciones médicas, procesos, fases y evolución de las enfermedades de estos pacientes aquejados de cáncer, esclerosis en placas o equivalentes del cáncer (Morbus Crohn, etc.), verificarían netamente y sin ambigüedad alguna, la LEY DE FIERRO DEL CÁNCER.*

*Evidentemente este fue el caso y ésto fue verificado en un triple nivel:*

- psíquico, atestiguado por los pacientes presentes (anamnesis),*
- cerebral, demostrado por los encaneres y,*
- orgánico, confirmado por los radiografías y resultados clínicos.*

*Los pacientes en su mayoría eran desconocidos anteriormente.*

*Las relaciones de cause y efecto se han revelado convincentes.*

*En Viena el 9 de diciembre de 1988*

# Cuadro de la Ley de fierro del Cáncer

## Localización del cáncer

1. Seno izquierdo.
2. Seno derecho.
3. Ganglios linfáticos axilares.
4. Pleura.
5. Cáncer bronquial.
6. Cáncer ulcerativo de las coronarias.
7. Cuello del útero.
8. Pericardio.
9. Ovarios, testículos.
10. Riñones.

## Sentido del conflicto

**Conflicto de nido**, generalmente conflicto madre-hijo real o virtual : por ejemplo, marido enfermo (en el caso de una persona que se sirve de su mano derecha).

Conflicto humano en general (en el caso de una persona que se sirve de su mano derecha).

Desvalorización propia, más angustia.

### **Axila derecha :**

Desvalorización en otras relaciones: « Soy una mala madre, ama de casa, un mal obrero... » **Axila**

### **izquierda :**

Desvalorización en la relación madre-hijo (nido) a padre-hijo : « Soy una mala madre, soy un mal padre ».

Miedo pánico de lo que pasa en la caja torácica.

Conflicto humano general, territorio amenazado directamente del exterior y del interior (a).

Conflicto de territorio, más bien, a propósito del territorio mismo (casa, empleo, etc.) que al contenido del territorio (esposa, perro, etc.) (Hombres que usan su mano derecho) (a).

Conflicto de frustración sexual. (En la mujer que usa su mano derecha).

Conflicto de miedo a causa de un problema cardíaco.

Conflicto de pérdida.

Conflicto con el líquido : agua, nieve, jabón, aceite, etc.

## Albergue de Hamer

Cerebelo derecho lateral (lado opuesto al seno).

Cerebelo izquierdo lateral.

A la derecha y a la izquierda en el lóbulo frontal en posición fronto-lateral del cuerno anterior derecho o izquierdo del ventrículo lateral.

Cerebelo paramediano derecho (o izquierdo) del lado opuesto : controlateralidad del cerebro y de órgano.

Cerebelo lateral derecho y área fronto-parietal del hemisferio derecho.

Cerebelo derecho en posición lateral y área peri-insular del cerebro derecho.

Cerebelo izquierdo en posición lateral y área peri-insular del cerebro izquierdo.

Cerebelo derecho e izquierdo.

Parte occipital del cerebro. Sin controlateralidad con respecto al órgano.

En posición basal, de una parte y de otra de la hendidura inter-hemisférica, entre los cuernos posteriores, sin controlateralidad.



## Localización del cáncer

11. Útero (mucosa). Próstata (mucosa).

12. Vejiga (mucosa).

13. Huesos.

14. Melanoma.

15. Branquias (fístulas branquiogéneas laterales).

16. Mandas redondas en los pulmones.

17. Laringe.

18. Mucosa bucal.

19. Mucosa nasal y cavidades maxilares.

20. Estómago cáncer ulcerativo de la curvatura pequeña.

21. Recto.

22. Estómago, carcinoma adenomatoso de la curvatura grande y del tercio inferior izquierdo de esfago.

23. Hígado (vías biliares), vesícula.

## Sentido del conflicto

Conflicto de carácter sexual, a propósito, de una situación dramática relacionada con los hijos (vida de pareja) nietos o semejantes (p. ex. alumnos).

Límite de territorio.

Conflicto grave de desvalorización de sí mismo.

Conflicto de pérdida de la integridad física, de « mancha » : sentirse manchado, abofeteado, ultrajado, difamado, insultado.

Miedo de la enfermedad en sí misma. Hombres que usan su mano izquierda (a).

Miedo de la muerte, miedo arcaico de ahogarse.

Conflicto de miedo mortal, en el caso de una persona que usa su mano derecha (b).

Conflicto en relación con la boca.

Conflicto olfativo a al mal olor » en sentido propio y figurado.

Contraneidad territorial con los miembros de la familia : « Se le atraganta algo en el estómago ».

Conflicto femenino de abandono, de no saber donde situarse, falta de señalización del territorio, en el caso de la mujer que usa su mano derecha (b).

Conflicto en relación con el tipo arcaico de conflicto de la comida ». Miedo antiguo de morir de hambre o de inanición.

Contraneidad territorial, rivalidad territorial, envidia, celos profesionales, rencor a causa de una injusticia. En el caso de un hombre que usa su mano derecha (a).

## Albergue de Hamer

Tronco cerebral (puente).

Posición bilateral peri-insular y al cerebelo.

Médula del cerebro. Controlateralidad.

Áreas dorsales, periféricas, medianas de los dos hemisferios cerebelosos, controlateralidad.

Lóbulo frontal y bulbo raquídeo (tronco cerebral).

Mesoencéfalo.

Área peri-insular, hemisferio izquierdo y cerebelo izquierdo lateral.

Fronto-retro-orbito-basal controlateral y centro gustativo del diencéfalo.

Fronto-retro-orbito-basal controlateral y centro olfativo del diencéfalo.

Parte lateral del cerebelo derecho y área dorso-insular del hemisferio derecho.

Hemisferio izquierdo peri-insular y cerebelo izquierdo lateral.

Tronco cerebral (puente).

Tronco cerebral (puente) a la derecha y área dorso-insular del hemisferio derecho.

### Localización del cáncer

24. Hígado  
(salvo las vías biliares).  
Páncreas.

25. Intestino grueso (colon).

26. Esófago, úlcera (dos tercios (2/3) superiores del esófago, las faces ventrales y derecha del tercio inferior).

### Sentido del conflicto

Miedo de faltar de algo.

Idem.

Gran contrariedad, acción vil « una marranada », imposible de digerir.

Miedo y contrariedad a propósito de la « comida » (no se llega a tragar los pedazos. En tanto que éstos no son comidos, los rivales pueden todavía robarlos). En el caso de hombres que usan su mano derecha (a).

### Albergue de Hamer

Tronco cerebral (puente) a la derecha.

Idem

Tronco cerebral (puente).

Parte lateral del cerebelo derecho y área dorso-insular del hemisferio derecho (esfera territorial derecha).

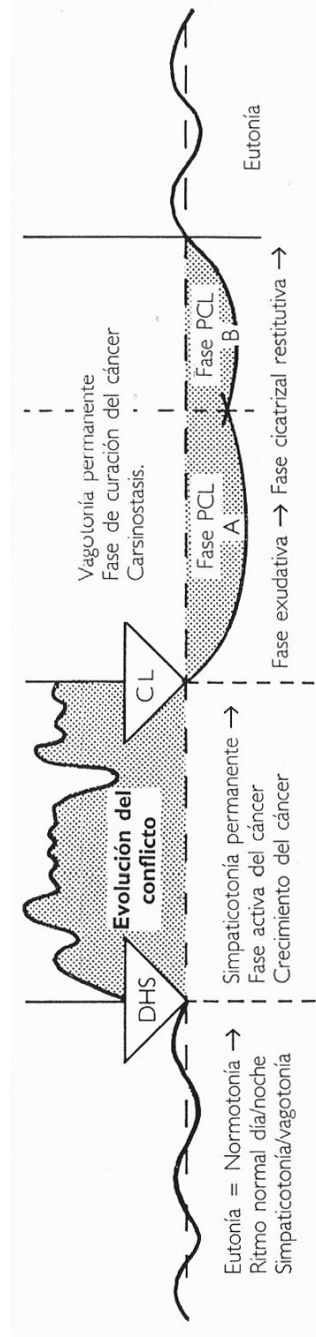
(a) en el caso de hombres que usan su mano derecha.  
en el caso de mujeres zurdas.

en el caso de mujeres que ya no tienen suficientes hormonas femeninas.

(b) en el caso de mujeres que se sirven de su mano derecha.

en el caso de hombres zurdos.

en el caso de hombres que ya no tienen suficientes hormonas masculinas.



El enfermo que ya demasiado a menudo no entiende nada de una medicina cada vez más sofisticada, obligado ciegamente, a ponerse en manos de alguien más competente que él, encuentra de este modo, su dignidad humana y comprende que su mal tiene una explicación, es su asunto personal, asunto que puede tomar él mismo la responsabilidad de curación con la ayuda de un médico.

- ≡ Apoyado de este conocimiento y de su experiencia, ayuda a su vez a otros enfermos a tomar el camino de la curación, a propagar la esperanza.
- ≡ En estas páginas, no sólo encontraréis el descubrimiento esencial del Dr. Hamer, sino también reflexiones y testimonios sacados de sus libros, de sus conferencias, también la narración detallada de varios casos típicos entre los miles que ha examinado y estudiado desde hace cinco años.
- ≡ Sus investigaciones continúan. Vosotros podéis ayudarnos a que se le conozca. Haced que circulen estos escritos, contactadnos.

L'ASAC

Acabado de imprimir en 03/91  
por las prensas del taller Hugueniot  
73490 La Ravoire  
Depósito legal 1<sup>er</sup> trimestre 1991

© ASAC, 1991

ISBN 2-905761-10-5





Dr. Ryke Geerd Hamer

# **LA GÉNESIS DEL CÁNCER**

*“Busqué al cáncer en la célula  
y lo encontré en un error  
de codificación del cerebro”*

(Hamer)



*Dirk Hamer*

ISBN 2-905761-10-5



Dr. Ryke Geerd Hamer

# **LA GÉNESIS DEL CÁNCER**

*“Busqué al cáncer en la célula  
y lo encontré en un error  
de codificación del cerebro”*

(Hamer)

Por los otros documentos del doctor Hamer  
dirigirse a la ASAC, 29 boulevard Gambetta  
73000 Chambéry  
Tél. 79 62 13 04