

La Leucemia

capítulo 17 del libro

La Nueva Medicina

Dr. Ryke Geerd Hamer

La leucemia aguda y crónica.

La leucemia figura evidentemente en el número de las enfermedades del mesodermo, es decir, de la membrana embrionaria media. Esta enfermedad, que a decir verdad no es una enfermedad independiente, sino solamente el proceso de curación de una enfermedad antecedente de la médula ósea, deriva su nombre del griego *leuco* (blanco) y *heima* (sangre), lo que equivale a la enfermedad de la sangre blanca o, dicho de otro modo, significa que hay de sobra glóbulos blancos en la sangre. Es verdad, salvo que en el hombre, en sí, no tiene ninguna importancia para la enfermedad. He tenido la ocasión de estudiar centenares de casos de leucemia entre mis pacientes, y he podido constatar esto:

Ley de la leucemia:

1. Toda fase leucémica es precedida de una fase leucopénica.
2. En toda fase leucémica, el número absoluto de leucocitos normales es siempre normal. Los leucocitos normales no están desordenados por el número elevado de blastos, es decir, células jóvenes, que no llegan a madurar.
3. La fase leucopénica precedente a la fase leucémica equivale a la fase activa de un conflicto de desvalorización de sí mismo y de reabsorción del tejido óseo -osteolisis- sobre el plano orgánico. La solución de este conflicto de desvalorización de sí mismo, la conflictolisis, vuelve a lanzar la hematopoyesis de la sangre blanca y de la roja, que estaba detenida hasta ahí: la de la sangre blanca, de los leucocitos muy rápidamente, la de la sangre roja, de los eritrocitos y de los trombocitos, con un retraso de 3 a 6 semanas, que llamamos retraso eritropoyético.

No oculto que en 1984, en el momento de la aparición del libro de bolsillo «El cáncer, enfermedad del alma», creía aún que la leucemia era una enfermedad viral. Después, los casos estudiados me han permitido corregir este error. La leucemia es una segunda parte de un proceso canceroso.

En razón de las numerosas cuestiones que se presentan ahora sobre vuestros labios, voy a comenzar por los dogmas que profesaba hasta aquí la medicina tradicional.

La leucemia bajo la perspectiva tradicional.

Los dogmas de la medicina clásica -que son muchos- y de los que se atribuyen el monopolio de una medicina titulada conforme a las reglas de la escuela, son muy contradictorias.

Se cree que las «células madres» es decir, las células de la médula ósea que fabrican los glóbulos blancos de la sangre, sufren una «alteración cancerosa» ocasionando una producción anárquica

de glóbulos blancos, arrasando el organismo por fenómenos secundarios y «metástasis leucémicas», susceptibles de producir entonces cánceres completamente normales.

Uno se imagina que la leucemia es variable, que puede tener alternancia de leucemia linfática, mieloide y monocitaria.

Es más, se está convencido que puede haber en el mismo paciente alternancias de leucemias aleucémicas y leucémicas.

Según la medicina tradicional, ni el psiquismo ni el cerebro, ni los huesos juegan un rol cualquiera en la génesis de la leucemia.

La confusión de los médicos que se atribuyen la etiqueta de conformidad a las reglas de la escuela es total cuando se habla de tú a tú. Admiten sinceramente no conocer nada.

En la clínica pediátrica de Colonia, un jefe de servicio quería hacer creer a un padre de familia que desde las estadísticas era posible mantener actualmente con vida hasta el 90% de los pacientes afectados de leucemia. Respuesta del padre: «pero doctor, es más bien lo contrario de lo que veo aquí en vuestra clínica. Por mi conocimiento no puede usted hacer profesión del 10% de curaciones, y en la clase de la edad de mi hijo (9 años) no hay ni uno sólo que se libre». El jefe de la clínica le respondió: «sí, en fin, a esta edad, casi seguro».

Mientras que se persigue imperturbablemente test de nuevos tratamientos con quimio, ningún médico prueba sobre sus propios hijos. Y durante este tiempo, cuando eso debería saltar a la vista, no ven ante la idea de nadie que los hijos, según su edad, manifiesten divergencias psíquicas en función de su desarrollo. ¿Es verdaderamente tan difícil de tener en cuenta en el caso de los pequeños pacientes las diferencias que la medicina constata todos los días en sus propios hijos?. Un bebé, un crío, no es «un niño pequeño» y un niño no es «un pequeño adulto».

Lo único que se consiente es escribir sobre las alteraciones psíquicas en los leucémicos: trabajos sádicos sobre los tormentos sufridos por los pacientes «pronosticados» de muerte, pasando de una desesperación a otra, de un pánico peor a las ansias de la muerte, hasta ahí los que parten en fin, «como se esperaba». Entonces, encogiéndose de hombros, los médicos dicen: «De todas maneras estaba condenado, no había nada que hacer, puesto que según las estadísticas... ¡mueren todos!».

Sobre el plano terapéutico no se ha descubierto aún ningún medicamento que manifieste una superioridad estadística cualquiera sobre otro. Si bien cuando un nuevo medicamento es lanzado al mercado todo el mundo se precipita sobre él. Se llega hasta someter a los pobres pacientes a los tratamientos quimioterapéuticos intralumbares por vía de inyecciones o de perfusión. Y, naturalmente, ningún medicamento puede tener efecto, de hecho justamente se contenta de cuidar los síntomas, en lugar de conocer las causas y de definir el tratamiento en consecuencia.

En efecto, la causa es una desvalorización psíquica de sí mismo. Y sólo el diagnóstico fulminante «leucemia» no puede más que aterrar de nuevo al paciente que comienza todo a remitirse de su desvalorización y a recuperar la confianza. ¿Cómo es posible, pues, que esta generación de médicos no haya podido imaginárselo?.

Es humillante que los ex-colegas no dominen el diagnóstico corporal. Por eso en ninguna clínica alemana se ha mandado hacer un escáner cerebral a los pacientes leucémicos, y con mayor motivo una radiografía del esqueleto. Un día que reclamaba en la Universidad de Bonn un escáner cerebral, los médicos no hicieron más que mover la cabeza: ¿Para qué un examen excéntrico y tan inútil?. Ahora bien, hace falta saber que ningún paciente manifiesta más síntomas cerebrales (ganas de vomitar, vértigo, cefálea, obnubilación, etc.) que los leucémicos.

Es pasmoso también que tantos especialistas altamente cualificados no se hayan percatado jamás de que la evolución de la leucemia no es, sino precisando mejor, el proceso mórbido de una enfermedad, sino más bien de un convalesciente, que sale de su enfermedad.

Es que la «medicina moderna arrogante» no se interesa por las diversas inervaciones vegetativas, tales como la simpaticotonía o la vagotonía. Mira con condescendencia a los médicos de la selva virgen, que precisamente nada les interesa tanto como las cosas psíquicas.

Argumentos en contra del caos dogmático.

1. 1. Si las células inmaduras, los «blastos», que se encuentran en la sangre, son verdaderas células cancerosas, continuarían presentando mitosis. ¡Evidentemente, no la hacen!. Le falta en consecuencia el criterio que el dogma de la medicina tradicional exige de una célula cancerosa, a saber, que puede proliferar por división.
2. 2. No encontramos en ninguna parte del cuerpo «focos cancerosos de leucocitos metastásicos» procedentes de leucocitos diseminados habiendo recuperado la facultad de multiplicarse por división.
3. 3. Sin embargo, de auténticos focos cancerosos, por ejemplo, las manchas redondas en el pulmón, que tanto como los carcinomas son de origen endodérmico, son calificadas claramente de «metástasis leucémicas». Es completamente absurdo: en efecto, ¿cómo se podría el que los blastos de origen mesodérmico, de quien se sabe por marca radioactiva que no hacen jamás más división en el cuerpo, puedan producir a elección cánceres de origen endodérmico o ectodérmico?. Es el que pare de un ternero.
4. 4. Jamás se ha visto morir a un hombre de blastos, por numerosos que fuesen. En efecto, los blastos mueren al cabo de unos días. Entre los centenares de pacientes que se han hecho tratar según mis consejos, el número elevado de leucoblastos durante la fase de curación recaen espontáneamente a los valores normales, sin el menor problema y la menor complicación, una vez terminada esta fase de curación. En realidad, el paciente había tenido estos «valores normales» de «leucocitos normales» durante la fase leucémica.
5. 5. Cualquiera que sea el número de blastos contenidos en la sangre, el resto de «leucocitos normales» es casi siempre, en número, suficiente para rechazar una infección bacteriana. ¿Qué hay por consiguiente perturbación de los blastos?. Esto no son más que desechos inofensivos, el acento está puesto sobre el carácter inofensivo.
6. 6. Los fenómenos observados a propósito de los blastos concuerdan con la Ley de Hierro del Cáncer, en virtud de lo cual los leucoblastos circulan por la sangre, y por consiguiente separados nerviosamente del cerebro, no pueden más manifestar la tendencia a la mitosis.
7. 7. Así, por consiguiente, las «pruebas negativas» son irrefutables, y por lo demás no podría multiplicarse indefinidamente. Pero además estoy en situación de hacer la demostración de pruebas positivas en número ilimitado, porque cada caso debe desarrollarse como sigue:
 - a. a. Cada paciente leucémico debe haber sufrido antes un conflicto de desvalorización de sí mismo con D.H.S. seguido de una fase de conflicto activo con simpaticotonía.

Cada paciente debe encontrar una solución a su conflicto, una conflictolisis (CL), porque ¡la fase leucémica es el mejor síntoma de la fase de curación!.

- b. Todo paciente debe tener un foco de Hamer más o menos circunscrito (caso de los niños: generalizado) en la médula del cerebro, en el lugar preciso el cual señala la parte del esqueleto correspondiente al tenor del conflicto (ver el dibujo de un niño pequeño acostado en el capítulo 8: «El principio de la enfermedad cancerosa según la Ley de Hierro del Cáncer»).

- c. Cada paciente presenta durante la fase activa del conflicto (fase Ca) osteólisis óseas del sistema esquelético, o bien (en los casos sin gravedad) del sistema linfático, con depresión simultánea de la hematopoyesis de la sangre roja como de la sangre blanca.

Cuando interviene una conflictolisis, se produce entonces una recalcificación de osteólisis acompañada de una fuerte edematización del tejido óseo y de fuertes dolores provocados por la tensión del periostio. Después de la conflictolisis, al principio de la fase pcl, la hematopoyesis arranca con un fuerte empujón. Hay desde luego producción excesiva de leucocitos, en su mayor parte inutilizables (blastos). Después el retraso eritropoyético habitual de 4 a 6 semanas, hay paralelamente el arranque de producción de eritrocitos y trombocitos, que ahí además comienza por un gran número de células de calidad inferior, por ejemplo eritrocitos con menor capacidad de absorción del oxígeno, entrando una «anemia retardada con leucemia simultánea» entre la conflictolisis y la normalización de la sangre roja.

- d. Todas las numeraciones efectuadas en la sangre periférica durante la fase leucémica son objetivamente falsas, por la simple razón de que «la medicina de escuela» no tiene en cuenta el hecho de que la vagotonía es, cualitativamente, una fase completamente particular. De hecho, no toma en consideración que durante la fase vagotónica los vasos sanguíneos periféricos tienen mucho más volumen que durante la fase simpaticotónica o normotónica. El hematocrito, por ejemplo, es el informe de los eritrocitos de la sangre en su volumen total. Pero este cálculo no vale en tanto como que el volumen vascular pueda ser estimado igual o comparable a los de otros pacientes. ¡Ahora bien, este no es el caso!. Haría falta poner al hematocrito en relación con el volumen total de la sangre circulante, con la cantidad absoluta de eritrocitos en la sangre periférica. Es sólo la comparación lícita, la sola relación viable. Así, un niño leucémico está convalesciente, es decir en vagotonía, y si la numeración indica 2,5 millones de eritrocitos/mm³, hace falta tener en cuenta el hecho de que los vasos en vagotonía están largamente dilatados y que por consiguiente hay un volumen sanguíneo dos veces más elevado en la periferia. De suerte que en realidad este pequeño leucémico tiene, en cifra absoluta, tantos eritrocitos en su sistema vascular como una persona «normal»: pero hasta aquí, por tanto, era juzgado «gravemente anémico». Su fatiga condicionada por la vagotonía llegaba a ser por error de interpretación, una «fatiga anémica», se le administraba transfusiones cuando en realidad no había necesidad, de la que no tenía necesidad más que por «razones dogmáticas». En efecto, no es del todo necesario que el paciente sepa en la medida de suministrar el buen resultado de pruebas psíquicas que él no puede efectuar mientras no es encuentre en vagotonía: hace falta, al contrario, que repose y atienda la fase de curación, que se cuide como lo hace también todo animal. Los valores tan «objetivos» de la fórmula hematológica eran en realidad una piadosa impostura porque no tenían en cuenta el factor más importante.

Ahora espero naturalmente de vuestra parte, queridos lectores, toda una salva de cuestiones, el que de vosotros tiene más corazón: ¿por qué, el qué o de qué mueren pues las personas acometidas de leucemia?.

Respuesta: casi nadie muere de leucemia en nuestra casa. El 90% de pacientes muere por «razones yatrogénas», es decir, de una pretendida terapia, que de hecho no es más que una pseudoterapia, o bien por no tratamiento yatrogéno de complicaciones normales. Prácticamente ningún animal muere de leucemia cuando se le deja en paz.

En efecto, la leucemia, hace falta que insista de nuevo en esto, es de hecho el mejor signo de curación del conflicto probable de desvalorización de sí mismo. Es absurdo considerar una curación como una enfermedad.

Pero, ¿que es del resto de las complicaciones?.

Así pues, mientras que la leucemia tiene ya la conflictolisis tras ella -sino no sería leucémica-, los conflictos de desvalorización aún en estado activo tienen esta conflictolisis delante de ellas. Una vez que se está en presencia de una leucemia, la complicación resultante de la imposibilidad de resolver un conflicto de desvalorización de sí mismo, no se presenta, es precisamente la solución del conflicto la que ha transformado la depresión de la médula ósea en «leucemia», es decir, en producción frondosa de elementos figurados de la sangre durante la fase de curación.

Admitiendo, o suponiendo que la solución del conflicto permanezca constante, es decir que no tenga reincidencia, ni no más desvalorización provocada por un diagnóstico y un pronóstico pesimista, quedan esencialmente tres tipos de complicación:

1. Anemia y trombopenia.

El retraso eritro-trombopoyético en el curso de las 6 primeras semanas consecutivas a la conflictolisis:

Es posible que el paciente muera en el curso de la fase de curación (fase pcl) de una anemia o de una hemorragia debido a una trombopenia. Bajo las condiciones clínicas de un hospital, estas complicaciones no constituyen normalmente un problema. Por el momento esto no es más que un problema de ignorancia.

2. Fractura espontánea.

Si el conflicto de desvalorización de sí mismo ha durado mucho tiempo, puede ser que las osteólisis del sistema esquelético hayan tomado tales proporciones que se produzcan fracturas espontáneas. Las más temibles a mi parecer son aquellas que entrañan una lesión del periostio. Se producen entonces los llamados sarcomas, una proliferación ósea en el tejido, que si bien es inofensiva en principio, puede suscitar problemas mecánicos considerables. Pero a condición de establecer un diagnóstico correcto y de tener la competencia requerida, esto no deberá pasar de problemas insuperables. Por eso, el problema mayor es el de la ignorancia de los médicos.

3. Tumefacción cerebral en la médula.

En el curso de la fase de curación vemos -en toda enfermedad cancerosa- una tumefacción cerebral en la zona del foco de Hamer, a saber por una analogía exacta con las partes del esqueleto concernientes, en la médula del cerebro. Esta tumefacción puede conducir pasajeramente a un estado precomatoso o propio comatoso en el paciente (cerebral). Este estado interviene tanto más fácilmente el paciente, como es corriente actualmente, es saciado de líquido 24 horas seguidas (perfusión). Pero estas complicaciones de tipo pasajero son clínicamente fáciles de controlar por los productos simpáticomiméticos, como la cortisona, la penicilina, etc. También allí, la ignorancia de los médicos es el más grande handicap.

Luego por simple ignorancia o malevolencia se interviene en el proceso biológico de curación por intoxicación química y bomba de cobalto, infligen también perjuicios duraderos en la médula ósea y en las glándulas genitales, se multiplican las posibilidades de complicación, de hecho además de

la depresión hematopéyica debido a los conflictos, la médula ósea debe aún lograr las lesiones tóxicas extremadamente graves provocadas al nivel de las células madre de la médula ósea. Todo esto se hace pensar hoy día en los suplicios más cínicos infligidos por los verdugos de la Inquisición. El que ha inventado este instrumento de tortura que es la quimio, merece que se le levante un monumento en el infierno: ¡querer curar a un hombre enfermo poniéndole más enfermo aún!, y todo esto por una ignorancia cínica.

La castración toxicógena y radiógena tiene un efecto particularmente desvalorizante.

Imaginemos -el lector podrá bien excusarme por este ejemplo- un ciervo, dueño de su territorio, que ha sido castrado y que debería a pesar de todo encontrar su seguridad, la consciencia de su propio valor. Es imposible. Es igualmente imposible el hecho de defender el territorio que le pertenecía hasta allí. Si, por una razón u otra, había perdido su seguridad primero, después de una desvalorización de sí mismo, este conflicto va aún a acrecentarse, a elevarse con fuerza. Ocurre lo mismo en los humanos. Sólo una medicina ignorante, que creía poder aplicar a las enfermedades un tratamiento sintomático en función de los síntomas y veía en el cáncer un tumor diabólico, que se procedía a extirpar por cauterización, el veneno y el bisturí, como en tiempos de la Inquisición medieval: sólo una «medicina primitiva» sintomática podría practicar este citodiagnóstico enfático y primitivo, sin tener en cuenta el psiquismo y el cerebro de los pacientes.

Cuando estaba estudiando, se nos había enseñado que los pacientes atacados de leucemia tenían siempre el mismo tipo de célula, es decir una leucemia linfoblástica, una leucemia mieloblástica, una leucemia indiferenciada, una leucemia promielocitaria, una leucemia monocitaria, etc. Todo esto era inexacto, como se puede verificar hoy día en no importa cuál manual. Los tipos de células varían. ¿Por qué es así?. No hago más que hacer conjeturas. Presumo que eso depende de la constelación del conflicto y de la localización que es seguida de la osteólisis. Lo que nadie llega a comprender es porqué esta consonancia, que está ahora generalizada, no ha incitado hace tiempo a los hematólogos y cancerólogos a reconocer públicamente el fallo y lo absurdo de sus dogmas. En efecto, si la leucemia era declarada por una «célula hecha anárquica» se tiene la pena de comprender porqué esta célula madre engendraba invariablemente en los diferentes niños. Estos dogmas de la medicina supuestos conforme a las reglas de la escuela no constituyen un sistema, como nos quieren hacer creer aquellos que se conforman, pero un «no sistema», absurdo, esos famosos «vestidos nuevos del emperador», a los que todo el mundo cree, sin jamás haberlos visto, tanto como las células cancerosas circulan en la sangre, que nadie jamás ha visto, pero del cual todo el mundo está sin embargo obligado a creer que deben producir la supuesta «metástasis», a saber ¡metástasis siempre totalmente diferentes desde el punto de vista histológico y derivando del mismo modo hojas embrionarias totalmente diferentes!.

Fase Ca.

Desvalorización de sí mismo.	Proc. cerebral médula.	Pammielotisis.
------------------------------	------------------------	----------------

Fase pcl.	Reval. por solución del conflicto.	Edema de la médula del cerebro, signo de curación.	Panematopoyesis con retraso de la sangre roja.
-----------	------------------------------------	--	--

Vamos ahora a recorrer sistemáticamente los diferentes estados de evolución de la desvalorización de sí mismo, de los focos de Hamer correspondientes en la médula del cerebro y de la osteólisis de los huesos. Pero antes conviene mencionar una particularidad importante del hecho de que la leucemia es tratada en la práctica médica como un capítulo autónomo, en razón justamente de su gran importancia, aunque falta, a decir verdad, el tratar todo simplemente entre las enfermedades cancerosas de la membrana embrionaria media.

La membrana embrionaria media, o mesodermo, es en efecto la que en todo el cuerpo es responsable de la cicatrización de las heridas. Por consiguiente, lo mismo cuando se trata de tumores cancerosos derivados del endodermo o del ectodermo, la curación por cicatrización, encapsulamiento, etc. es asumida por el tejido conjuntivo del mesodermo. «Sola» la curación propiamente dicha por edematización pericarcinomatosa está asegurada por la membrana embrionaria correspondiente.

La facultad de «regeneración cicatricial» o de formación queloide es propio de todas las células mesodérmicas. Es la razón por la que el conjunto de enfermedades cancerosas de los órganos de la membrana embrionaria media evoluciona de manera netamente diferente de las otras dos membranas embrionarias. En el caso de los huesos, por ejemplo, durante la fase del conflicto activo de osteólisis, hay reabsorción de células, del tejido óseo mientras que cuando se trata de cánceres de la membrana embrionaria interna o externa, se observa durante esta fase activa una multiplicación de células por proliferación celular. Lo que hay de típico en la fase del activo del cáncer de huesos es la necrosis, entonces, en cambio, durante la fase de curación (fase pcl) se asiste a proliferación muy bien organizada de células de callo. A ello sólo, la preparación histológica no permite a los histólogos establecer una distinción entre el callo que suelda los dos fragmentos de un hueso fracturado y la recalcificación de la osteólisis por el cáncer de huesos.

Como me aseguraba recientemente un profesor de patología, la decisión es tomada en función de las radiografías: lo mismo que decir que el examen histológico es prácticamente superfluo. De hecho, la proliferación de las células conjuntivas o de las células óseas en el curso de la fase de curación es todo un hecho normal. Sin embargo, los histólogos hablan entonces de sarcoma, sobre todo cuando esta proliferación del tejido conjuntivo es superabundante y poco excesiva (v. sarcoma).

En realidad -tengo a bien el especificar-, esta proliferación exagerada no tiene en principio nada de patológica: en la medida en que no molesta, no tiene problema mecánico coincidiendo en no estrangular nervios, arterias, etc., es antes una cuestión de orden cosmético y estético, que no compromete el bienestar y la salud del paciente. En el fondo, es como una gruesa cicatriz, un queloide cicatricial. Sobre el plano psíquico, muchos hombres tienen el mal de soportar un «exceso» anodino, que por lo demás, no molesta prácticamente jamás a los animales.

Así, la leucemia es, a pesar de todo, una manera de proliferación sarcomatosa de células sanguíneas. Tiene esta diferencia después que las células en exceso e inmaduras presentan deficiencias cualitativas, son eliminadas del organismo al cabo de algunos días. Durante la fase activa del conflicto (fase Ca), el estado de simpaticotonía provocado por el cortocircuito en el cerebro hace que las células madre de la médula ósea permanezcan largo tiempo en depresión hematopéyica, si bien acaban por no producir del todo células sanguíneas. Llamamos a eso una pammielotisis, es decir una tisis de la médula ósea. La conflictolisis destruye el vértigo. Los frenillos son desbloqueados o aflojados, una fuerte impulsión hace arrancar la producción de la médula ósea. Pero esta hematopoyesis, al principio, se pone a suministrar principalmente mercancía de desecho, los blastos, es decir células jóvenes e inmaduras, ¡las más anodinas y más inofensivas que existen!. Afirmar lo contrario sería una contraverdad, porque no se puede citar un solo perjuicio causado por los blastos. Con el tiempo, la calidad de estas células, que desde luego dejaban mucho que desear, va mejorando cada vez más y, al cabo de algunos meses, la médula ósea tiene de nuevo dominada la eritropoyesis. A condición, sobre todo, que la solución del conflicto aguante y que se dominen las complicaciones posibles (anemia pasajera, tumefacción cerebral, ostialgias).

Si las fases del conflicto activo y las fases pcl alternan frecuentemente y en corto plazo, como es a menudo casos en la vida cotidiana, frente a las realidades imprevisibles, entonces los hematólogos hablan -naturalmente, sin poder explicárselo- de «leucemia aleucémica», lo que quiere decir: los primeros signos de un impulso leucopoyético aparecen ya bajo la forma de blastos, sobre todo en la médula ósea, pero el número de leucocitos es en el conjunto bastante reducido. Los

hematólogos aún no han comprendido esta singular combinación, lo que no tiene nada de extraño por otra parte, porque a menos de tener en cuenta la situación conflictual, nadie puede orientarse.

N.B.

La leucemia es la segunda parte de una enfermedad, a saber la fase de curación (pcl) después de la solución del conflicto.

En el plano psíquico: estado después del conflicto de desvalorización.

En el plano cerebral: foco de Hamer en la médula del cerebro.

En el plano orgánico: curación después de la osteólisis de huesos y el carcinoma de los ganglios linfáticos, proliferación del tejido conjuntivo después de la herida, que constituye una clase de desvalorización localizada.

El osteosarcoma y el linfosarcoma son una clase de curación excesiva, lujurante, después de la desvalorización o la herida propia.

El sarcoma conjuntivo corresponde a la evolución leucémica, sin modificación de la célula sanguínea.

Este esquema no es un modelo, un programa intelectual, es rigurosamente verificable y demostrable en cada caso individual. Es pues una ley biológica. En otros términos, eso significa sobre el plano:

ontogénico:

Todos los sarcomas derivan de la membrana media del embrión, del mesodermo, constituyen por consiguiente una unidad.

psíquico:

Todos los sarcomas del tejido conjuntivo y de los huesos son la fase de curación consecutiva a la solución de un conflicto de desvalorización de sí mismo. Los conflictos más fuertes provocan osteólisis, los menos fuertes conflictolisis de los ganglios linfáticos, o linfosarcomas. Los más débiles habían provocado alteraciones de los vasos y tejidos conjuntivos.

cerebral:

Las áreas correspondientes son todas localizadas en la médula: pero la localización es craneal en el organismo, frontal en el cerebro (médula), caudal en el organismo, occipital en el cerebro. Así, la cabeza y los brazos tienen sus áreas correspondientes en una región frontal, las piernas en una región occipital.

orgánico:

Al número de órganos atacados figuran todos los órganos de sostén que derivan de la membrana media, el mesodermo. Tienen todas sus áreas correspondientes en la médula del cerebro. Todos están atacados facultativamente en el momento de una desvalorización, en función de la asociación que se produce en este momento: huesos, ganglios linfáticos, vasos, tejidos conjuntivos.

Del mismo modo, la distinción entre leucemias agudas y crónicas no se comprende si no se tiene en cuenta en cada caso la situación conflictual especial: las leucemias resultan de un conflicto de desvalorización de sí mismo agudo y dramático, se trata generalmente de un proceso o de un problema único, que permanece conflictual durante un cierto tiempo, mientras que las leucemias crónicas resultan de conflictos que en el intervalo no tienen un tema de actualidad y pasan a segundo plano, pero que salen a la superficie de vez en cuando. Voy a poner algunos ejemplos.

Renuncio deliberadamente a pasar revista a las diferentes formas de leucemia al estilo practicado hasta aquí en los manuales clásicos, tanto más como que los diferentes tipos de leucemia pueden variar, como he dejado ya mencionado. Si sé un día qué diferencias de orden psíquico y cerebral invitan a buscar -suponiendo que haga falta buscar- por detrás, me ocuparía muy gustoso. Mientras tanto, presumo simplemente que las leucemias agudas y crónicas están estrechamente emparentadas en el sistema linfático, que son generalmente por causa de una desvalorización de sí mismo en un menor grado de profundidad.

A notar por otra parte que la médula del cerebro es la única región que he descubierto hasta aquí, donde las transiciones entre el conflicto de desvalorización de sí mismo producido por un D.H.S. y una desvalorización de sí mismo más progresiva son corrientes. Esta manera de desvalorizarse es lo que se llama también descalcificación o desmineralización. En los adultos, se llega aún a establecer poco más o menos una distinción, de hecho que en el caso de la desvalorización de sí mismo producido por un D.H.S., el área de la médula edematizada durante la fase de curación está circunscrita, cuando la desmineralización está más difusa. La distinción es más difícil cuando se trata de un niño o de jóvenes pacientes, de los cuales las reacciones son frecuentemente más generalizadas, lo mismo cuando se trata de una desvalorización de sí mismo producida por un D.H.S.: hace falta decir que en este caso el área conflictual no está bien circunscrito, pero generalizada, lo que corresponde más bien a la sensibilidad infantil. («Mamá me ha zurrado, me ha cogido con gripe, soy su bestia negra»).

La terapia de la leucemia.

La terapia de la leucemia puede ser dividida en dos grupos importantes:

1. La terapia durante la fase preleucémica del conflicto activo, o dicho de otro modo: la terapia del cáncer de huesos en la fase del conflicto activo, lo que se traduce sobre el plano hematopoyético por:

- La anemia.
- La leucopenia = pammielotisis (tisis de la médula ósea o depresión).
- La trombopenia.

2. La terapia de la fase leucémica postconflictológica, la fase de curación después de la solución del conflicto de desvalorización, la fase de recalcificación después del cáncer de huesos, lo que se traduce sobre el plano hematopoyético por:

- a. Primer estadio: directamente después de la CL hay aún anemia, leucopenia y trombopenia.
- b. Segundo estadio: aún hay anemia, pero ya de leucocitosis aunque todavía hay trombopenia. Es en este estadio cuando la mayor parte de las leucemias son descubiertas, de hecho los pacientes están abatidos y cansados.
- c. Tercer estadio: de 4 a 6 semanas después del principio de la leucemia, la producción de eritrocitos y trombocitos comienza a entrar en línea de espera, pero una gran parte de las células rojas son aún inmaduras y, por consiguiente, su capacidad funcional es deficiente.

- d. Cuarto estadio: producción excesiva de células sanguíneas blancas y rojas, pan-policitemia vera.
- e. Quinto estadio: normalización de las condiciones tanto en la sangre periférica como en la médula ósea.

Estos son los estadios habituales de evolución: en principio, esto pasa así para todo conflicto de desvalorización de sí mismo desencadenado por un D.H.S. y seguido de un período de conflicto activo con fase postconflictológica, por tanto hay una solución del conflicto. Por lo demás, la última fase es la condición indispensable para que intervenga la «suerte de una leucemia». Estos estados de evolución son en principio idénticos para el hombre y el animal. Se trata de la evolución biológica en el caso más favorable. Una vez que se conoce este modo de evolución biológica, la terapia de la leucemia es relativamente simple y coronada de éxitos. No tardaréis en descubrirlo vosotros mismos. Sin embargo, no es juicioso querer tratar la segunda parte de la enfermedad, es decir la fase de curación, estando aún dada la primera parte, a saber la fase activa del conflicto, la cual puede volver en todo momento. Por otra parte, la duración del conflicto, por ejemplo, y la intensidad del mismo, nos dice mucho sobre la duración probable de los estados leucémicos, si tenemos la suerte, nosotros los médicos, de caer sobre una leucemia -donde el individuo tiene ya resuelto él mismo su conflicto de desvalorización de sí mismo. Hace falta que sepamos todo con precisión: ¿en qué época ha tenido lugar el D.H.S., cuál era en particular el contenido del conflicto? ¿Cuánto tiempo ha durado el conflicto, cuál era su intensidad? ¿Ha tenido antes ya fases de solución del conflicto, que fueron seguidos de nuevas recidivas del conflicto? ¿En qué momento ha tenido lugar la última solución del conflicto? ¿El conflicto está resuelto definitivamente? ¿Cuándo ha vuelto a tener el paciente apetito? ¿A partir de cuándo ha podido dormir de nuevo? ¿Desde cuándo tiene de nuevo las manos calientes? ¿A partir de cuándo ha tenido la sensación de compresión cerebral (la cabeza que estalla)? Conviene recoger cuidadosamente los datos clínicos para tener un resumen lo más completo posible. Y es un mandato imperativo en todo esto, porque es verdad: «sobre todo no tener pánico. La mayor parte sobrevive, siempre que se tome como hace falta». En efecto, el paciente leucémico es ya un rey, pues evidentemente ya tiene resuelto su conflicto.

Vamos pues a ocuparnos seriamente de cada una de las tres fases y de los estadios, porque sé muy bien hasta qué punto, queridos lectores, ardéis por aprender con detalle cómo se debe pasar.

Pero antes vamos a exponer esquemáticamente cómo funciona la hematopoyesis:

Célula madre.

Eritropoyesis.	Eritrocitos.
	Neutrófilos.
Granulocitopoyesis.	Eosinófilos.
	Basófilos.
Monocitopoyesis.	Monocitos.
Megacariopoyesis.	Trombocitos.
	Células T.
Sistema linfático.	

Células B.

El esquema anterior demuestra que todas las células sanguíneas provienen de la misma célula madre. Esta célula madre se encuentra en la médula ósea, el centro de fabricación de la sangre de nuestro organismo. El conjunto del proceso se llama hematopoyesis (de *haima*, sangre, y *poiein*, hacer).

Aún hoy no se está del todo de acuerdo hasta qué punto se sabe exactamente dónde y porqué son fabricados los linfocitos. Los linfocitos se consideran que nacen en el sistema linfático (hay quien añade que en el bazo y los ganglios linfáticos y sin sentido en el timo), pero a partir de las células madre inmigradas de la médula ósea. Tampoco se está aún de acuerdo sobre el lugar de fabricación de la sangre en el curso de la ontogénesis. Entre el segundo y el octavo mes de embarazo, el hígado y el bazo participan también en la hematopoyesis, pero en seguida son reemplazados definitivamente por la médula ósea. Y aunque en los períodos donde la médula ósea es considerada incapaz de fabricar sangre, el hígado y el bazo habrían tomado el relevo hematopoyético. Es lo que se imaginaba hasta aquí. Pero estimo que sobre un cierto número de puntos esta concepción es errónea. Desde el comienzo, la hematopoyesis ha sido siempre una tarea adjudicada a la membrana embrionaria media, y sin embargo ocurre lo mismo ahora. El bazo y los ganglios linfáticos son órganos derivados del mesodermo. Que ellos hayan sido o estén capacitados para fabricar células madre es completamente comprensible. Pero no puedo comprender en cuanto al hígado y al timo, que son ambos órganos del endodermo. En efecto, que células madres mesodérmicas puedan inmigrar a un órgano endodérmico es cierto, teóricamente posible, ya que de hecho los vasos sanguíneos de origen mesodérmico han inmigrado también en cada órgano, pero me cuesta trabajo concebirlo respecto a la determinación funcional.

Sea lo que fuere, es una discusión puramente académica. Y para nuestro propósito da lo mismo saber si todas las células sanguíneas son fabricadas en la médula ósea, o si los linfocitos derivan del tejido linfático, suponiendo precisamente que la médula ósea y los ganglios linfáticos son cerebralmente vecinos desde el doble punto de vista de los conflictos y de la localización de los focos de Hamer en el cerebro.

Todas estas células sanguíneas derivadas de la célula madre pueden ser numéricamente excesivas. Hasta aquí no se había advertido ni se sabía que este exceso no era más que pasajero y que la mayor parte de las células excesivas eran inmaduras, presentaban una deficiencia funcional y, por consiguiente no eran más que desecho. En efecto, como ya hemos advertido a propósito de los leucocitos de constitución morfológica normal en el cuadro de la leucemia, parece que el organismo cuida constantemente de que haya suficientes leucocitos normales, cualquiera que sea el número de blastos en suplemento.

Encontramos pues:

- Una eritrocitemia: cuando hay muchos eritrocitos.
- Una leucemia mieloide: cuando hay muchos granulocitos.
- Una leucemia monocitaria: cuando hay muchos monocitos.
- Una leucemia linfocitaria: cuando hay muchos linfocitos.
- Una trombocitosis: cuando hay muchos trombocitos (muy raros, juzgados infensivos hasta aquí).

Por consiguiente, además de la multiplicación de los leucocitos, es decir leucemia, también hay multiplicación de eritrocitos, es decir eritrocitemia o eritremia, que también es considerada como una enfermedad, pero que en realidad no es más que la fase de curación excesiva de la sangre roja, mientras que una vez resuelto el conflicto de desvalorización de sí mismo, la anemia ha dado lugar a la eritremia y a la leucemia. Esta acumulación de las dos que se produce habitualmente al menos a corto plazo al final de todo proceso de curación, es lo que se llama pan-policitemia: la medicina tradicional lo ve igualmente como una enfermedad y prescribe en consecuencia un tratamiento con citostáticos, demostrando así una total ignorancia de las relaciones de causa-efecto.

Esta divagación, que me ha traído a pasar revista a las concepciones defendidas oficialmente por la medicina tradicional, no tenía otro fin más que ayudarlos a clasificar medianamente los diagnósticos de los cuales se os advierte desde hoy. En realidad, estos diagnósticos son, naturalmente, absurdos y los pronósticos efectuados ignorando las relaciones de causa-efecto, lo

son, evidentemente, aún mucho más: para la medicina tradicional, todo lo que es excesivo o insuficiente denota enfermedad. Pero de hecho, es verdad que todavía no se puede calificar de normal una fase de curación, ni de mórbido. En efecto, todo proceso de curación es en principio un acontecimiento positivo, muy regocijante, del mismo modo si, en razón de la ignorancia médica se puede morir de las complicaciones, particularmente de complicaciones yatrogénicas, es decir provocadas por el médico.

Después, os daréis cuanta mejor en qué punto era insensato querer establecer una clasificación puramente morfológica de una supuesta enfermedad en función de un excedente o de una insuficiencia de cualquier tipo de células, sin contar que el tipo de célula era capaz de cambiar enseguida, metamorfosearse en la misma persona (pasando por ejemplo de la leucemia mieloide a la linfocitaria y viceversa), e imaginarse enseguida que hacía falta «normalizar» por la fuerza, en lugar de atender pacientemente, tras la larga sequía de la médula ósea provocada por la fase activa del conflicto con depresión de la misma, la producción excesiva de células inmaduras y defectuosas, durante la fase de curación se esté calmado y que la médula ósea sea remitida sabiamente, como en el pasado, a no producir más que células «normales». ¡Pero para eso haría falta desde luego saber que la leucemia es una fase de curación benéfica!. ¡Y por eso haría falta comenzar por saber lo que es una vagotonía de curación!. Y por eso haría falta saber lo que dice la Ley de Hierro del Cáncer. ¡Pero hace 6 años que esta ley es boicoteada sistemáticamente y hecha objeto de un placaje total!.

1. La terapia en la fase activa del conflicto, la fase preleucémica.

N.B.

La condición previa en toda terapia juiciosa de la leucemia es la reconstitución retrospectiva del acontecimiento conflictual, que es desarrollado antes de la fase leucémica. A este efecto es indispensable establecer un cuadro sinóptico de todos los datos y síntomas psíquicos, cerebrales y orgánicos disponibles, ¡relativos a la génesis y a la evolución del acontecimiento conflictual!.

No es posible atender bien una leucemia sin estar al corriente de la enfermedad propiamente dicha, que ha precedido a la leucemia. Este conocimiento me ha suministrado cantidad de datos importantes para orientarme: desde luego, sobre el plano psíquico: ¡el más importante es siempre conocer el D.H.S.!. Me informa sobre la duración máxima del conflicto y sobre su intensidad.

Así que, lo esencial es conocer la evolución del conflicto y, en particular sobre su intensidad.

Lo que cuenta después es saber exactamente en qué momento se produce la conflictolisis. Es necesario que preceda a la leucemia, sino el paciente no tendría leucemia.

A continuación vienen los puntos para orientarse en el cerebro:

Si se dispone de un escáner cerebral, su conocimiento es muy ventajoso. Puede indicar si además de la desvalorización de sí mismo, ha tenido un conflicto de territorio o, por ejemplo, un conflicto de miedo en la nuca, hasta un conflicto central ¡particularmente por comparación con los escáners cerebrales durante la fase leucémica!.

Después los puntos para orientarse en los órganos:

Es muy útil conocer los resultados de los análisis sucesivos de la sangre, la evolución de los valores sanguíneos durante la fase activa, saber a partir de cuando se ha constatado eventualmente una anemia (pasada generalmente desapercibida), en qué sitio se ha observado ya la osteolisis mediante las radiografías del esqueleto, cuál ha sido la importancia de la leucopenia y de la trombopenia. ¡Todo médico debe tener el material de un detective!, ¡Merece la pena hacer este esfuerzo, sin tener en cuenta que es apasionante!. Pero lo esencial es que eso ayuda al paciente favoreciendo una confianza fundada objetivamente. No tarda en cooperar activamente, ¡porque tiene el sentimiento de trabajar útilmente en su propia terapia!.

Importa siempre tener claramente consciencia de ¡«la suerte que es la leucemia»!.

En efecto, qué suerte tiene el paciente leucémico si se le compara con el del conflicto que está aún activo y tiene el cáncer de huesos: ¡ha alcanzado ya la fase postconflictológica!. Es completamente legítimo subrayar el aspecto positivo de esta evolución favorable, porque el paciente tiene con derecho razones para esperar. Las concepciones prescritas de una leucemia considerada como una enfermedad mortal por blastos perniciosos, que hacía falta extirpar como en la Edad Media por la espada, el veneno y el fuego en medio de tormentos, todas estas viejas historias horribles deben ser denunciadas como las secuelas de una época manchada por la necedad y la arrogancia de injustos sin escrúpulos, pero que esperamos, desde este momento, esté definitivamente acabado.

En cuanto a vosotros, médicos, ¡guardaros bien de tomar a la ligera esta primera parte del tratamiento de la leucemia!. Eso tendría consecuencias enojosas para los pobres pacientes a los que creéis justamente ayudar. Mientras que desde hoy no se obligue al portillo para cuidar a los pacientes atacados de leucemia, porque son considerados como consagrados a la muerte -«lo mejor que se extrae de su deseo, es que se termine pronto»-, ¡pronto se verá a los médicos disputarse los «casos» más interesantes como los de un paciente leucémico!.

2. Terapia de la fase postconflictológica, leucemia.

La fase de curación después de la solución del conflicto de desvalorización de sí mismo. La fase de recalcificación después del cáncer de huesos.

El primer estadio.

Inmediatamente después de la CL, hay aún pancitopenia, es decir, una disminución global de eritrocitos, leucocitos y trombocitos, y luego una acumulación de anemia, de leucopenia y trombopenia.

Si este primer estadio es peligroso para los ignorantes, el médico de pura raza está confrontado en una tarea ennoblecida. Muchas veces ocurre que el hemograma del paciente revela una anemia intensa. Hasta los vasos están contraídos en la simpaticotonía permanente.

Los raros eritrocitos y la débil concentración de hemoglobina sufren apenas por este débil volumen vascular.

Pero con respecto a la conflictolisis, el organismo se encuentra ahora posado en vagotonía, los vasos están dilatados y todos los pacientes, los que no tienen anemia también, se sienten muy aplastados en esta fase postconflictológica. Los que además tienen una (grave) anemia, están cansados y agotados que se quedan estirados. El médico no puede constatar que el paciente está enfermo, pues está precisamente recobrando la salud. La tasa de hemoglobina y el número de eritrocitos están aparentemente bajos, pero en realidad no hay disminución de la concentración, la sangre está fuertemente diluida, debido a que el volumen vascular se ha triplicado, o igual quintuplicado en función de la dilatación de los vasos. El déficit volumétrico está colmado por la producción de suero. No hay pues ninguna razón para inquietarse. La sangre no ha disminuido,

solamente está diluida. Para compensar la baja concentración hemoglobínica y obtener así un grado de oxigenación equivalente, hace falta que el corazón lata más rápido, que el consumo cardíaco, el volumen sanguíneo por minuto, sea más elevado. Pero el corazón se niega, porque el conflicto está ahora resuelto, la batalla ha sido librada y el organismo está posado sobre la recuperación porque lo mejor es curar las heridas recibidas en el curso de la batalla.

En sincronización con la solución del conflicto psíquico, el cerebro ordenador tiene también trastornado el vértigo. Ahí la curación también comienza por una tumefacción del o de los focos de Hamer en la médula del cerebro.

Y por más que el paciente tenga cara de agotado y completamente lacio, la conflictolisis coincide exactamente con el relanzamiento de la hematopoyesis en la médula. Este estadio, que aún se caracteriza por la anemia y la leucopenia en la sangre periférica, pero en donde, por punción esternal, ya se puede deducir en la médula ósea los primeros mieloblastos (o linfoblastos), la medicina clásica lo llama hasta aquí «leucemia mieloblástica» o «leucemia linfoblástica». Se habla de una «leucemia aleucémica». En realidad, esto no es el primer estadio de curación, o el arranque del motor de la hematopoyesis.

Complicaciones del primer estadio de curación y terapia:

Os parecerá que puede ser exagerado, seguro que encontrarán hasta ridículo que considere una recidiva del conflicto, o un nuevo conflicto por temor al pánico, con D.H.S., como lo peor de las complicaciones. Sé esto, por tanto, hablo y tengo buenas razones para afirmarlo. Las complicaciones sobre el plano orgánico, y lo mismo sobre el plano cerebral, son relativamente fáciles de dominar desde hoy, gracias al equipamiento moderno de nuestra medicina intensiva. No se está condenado a morir, al menos en la gran mayoría de los casos. Pero la mayor parte de los médicos están generalmente desamparados ante las complicaciones psíquicas. A la mayor parte le cuesta trabajo figurarse que los «datos de laboratorio» considerados tan duros, sólidos e inflexibles, pudiesen ser debilitados, las más de las veces a voluntad, por el psiquismo y del mismo modo endurecidos e implicados de nuevo de la misma manera. No solamente los procesos de curación dependen enteramente del coraje y de la confianza del psiquismo, sino que además este psiquismo no puede permanecer estable como si el conflicto estuviera resuelto, si se llega a añadir uno nuevo que sumerja al paciente en una simpacotonía duradera. Hasta aquí, cuando un paciente leucémico reincidía haciendo un grave conflicto de desvalorización de sí mismo -frecuentemente estando trastornado por el diagnóstico estrepitoso «es leucemia»-, siempre se producía como resultado una caída inmediata del número de leucocitos, porque el paciente se encontraba de nuevo en simpacotonía, con una nueva depresión de la hematopoyesis de la médula ósea. Generalmente, los médicos se alegraban entonces exclamando: «¡Hurra, una remisión!». En realidad, el paciente, que se encontraba ya sobre la vía de curación, había recaído gravemente enfermo oyendo el diagnóstico. Pero si el pobre paciente llegaba, en contra de lo que se esperaba, y a pesar de los tormentos infligidos por el veneno, el bisturí y los rayos X, a resolver una vez más su conflicto de desvalorización de sí mismo -con una nueva leucemia como clave-, o si tardaba, resistiendo a todas las tentativas de envenenamiento por sus verdugos y se quedaba simplemente en la fase de curación de la leucemia, todos los médicos se lamentaban proclamando que no había de aquí en adelante nada que hacer, una nueva reincidencia es sobrevenida oponiéndose a partir. Recurrían entonces a venenos más y más agresivos, hasta que el paciente fulano acababa por hundirse y moría como los otros.

Durante la fase de curación leucémica, el paciente es como una pequeña planta frágil, que no hace falta exponerse al rudo clima de la competición, en materia de valorización. Lo ideal para él sería estar bien atendido en un sanatorio equipado de una pequeña estación de cuidados intensivos, donde se le debería emplear activamente a revalorizar ante sus propios ojos, manteniéndose apartado de todos los problemas, sobre todo de aquellos de la «familia bien intencionada». Ante todo, haría falta que su «cura de reposo» le pareciera completamente adecuada, como para un tuberculoso. «¡Es bueno sentirse cansado y fatigado», es buen signo que los huesos esten mal, un

signo seguro de curación!. «¡No hay porqué tener pánico!». Hay que tomarse el tiempo que sea necesario.

Sobre el plano cerebral, ya que se puede, mirando atentamente, discernir el cebo de un edema de la médula del cerebro, edema que está comúnmente generalizado en el niño y los jóvenes, y la más de las veces circunscrito en las personas de más edad. Pero en este estado, es raro que las complicaciones sean de temor a nivel cerebral. En cambio, si el conflicto ha durado largo tiempo, es decir más de seis meses, conviene además prestar atención a la hipertensión intracraneal. En estos casos es recomendado recurrir «tan tarde como sea posible, pero tan pronto como sea necesario» a la cortisona; en los adultos la hidrocortisona retardada de 20 a 50 mg repartidos en el día y la noche, teniendo particularmente en cuenta la habitual «vago-tonía nocturna» entre las 21 horas y las 3 ó 4 horas de la mañana. En los niños, la dosis es evidentemente menor. Durante la leucemia se recurre tan tarde como sea posible a la cortisona, porque frena la hematopoyesis, lo que naturalmente no es deseable. Se toma para dominar la tensión intracraneal.

Sobre el plano orgánico, ¡las principales complicaciones son la anemia y la trombopenia con su tendencia a las hemorragias!. Es absurdo pretender que la leucemia represente en este estado una «Insuficiencia inmunitaria». Todas las supuraciones y otras infecciones bacterianas que se producen en el curso de esta fase de curación pcl, son expresamente queridos y tolerados por el organismo. Tanto como no se le manipule con citostáticos, el organismo dispone, lo mismo que en la leucopenia, de suficientes leucocitos para asegurar una cooperación armoniosa con sus amigos y auxiliares, las bacterias. Del mismo modo, si el número de leucocitos cae hasta 2.000 ó 1.000 por mm^3 , no hay lugar para el pánico, todavía todo está en orden en este estadio.

Y lo mismo si en este estadio se encuentran ya los primeros blastos en la sangre periférica, hay motivos para felicitarse, repitiendo que la leucemia es «una suerte». El colmo de lo absurdo es querer pretender que los blastos «entorpezcan» la médula ósea: se han olvidado de condecorar al que ha inventado esta tontería.

Pero al primer estadio, todavía no sabemos de esta invasión de blastos en la sangre periférica. Lo que retiene nuestra atención en este momento son, en efecto, la anemia, la leucopenia y la trombopenia.

La anemia.

Hay sin ninguna duda, anemia en este estadio, teniendo en cuenta que todavía la médula ósea está en depresión hematopoyética. Como hemos visto más arriba, el número de hematíes por mm^3 aún desciende sensiblemente, pero únicamente por el hecho de que el sistema vascular está totalmente lleno. De suerte que además la sangre está diluida, además el número de eritrocitos por mm^3 es fiable. La tasa de hemoglobina disminuye generalmente en la misma proporción.

Eso significa que durante esta fase pcl de vago-tonía una tasa de hemoglobina de 6 g% es una concentración de eritrocitos de 2 millones por mm^3 equivale aproximadamente a una hemoglobina de 10 a 12 g% y en 4 millones de eritrocitos por mm^3 , en un estado de vasoconstricción simpaticotónica, disminuyen el volumen vascular. No hay porqué tener pánico. En la fase pcl (fase de curación vago-tónica) el paciente se porta aún bastante bien con una Hb de 6 g%.

Es que el paciente -cuyo conflicto está definitivamente resuelto- continúa verdaderamente sufriendo una disminución real del número absoluto de eritrocitos en la sangre circulante, o bien esta disminución no es más que disimulada por las fluctuaciones de volumen, todavía no lo sabemos bien exactamente. Pero la experiencia adquirida me lleva a creer que es posible que tenga aún una cierta «depresión terminal» de la hematopoyesis, sobre todo si el conflicto previo ha durado largo tiempo. Sin embargo, a partir del momento de la conflictolisis nos encontramos también índices de una hematopoyesis aumentada propia de la sangre roja. Solamente, la dilación

de arranque de la hematopoyesis roja es un poco más larga que la de la blanca. Pero como la anemia está casi siempre acompañada también de una trombopenia que puede entrañar hemorragias muy enojosas, más vale no correr riesgos: cuando la hemoglobina está por debajo de 7 g% y el número de eritocitos es inferior a 2 millones por mm^3 , se debe proceder a una transfusión de sangre -¡siendo además poco posible!. ¡El tiempo no es una preocupación para el paciente!-. Es porque es mejor que no reciba más que una dosis (450 ml) de eritocitos lavados, antes que «hacer el pleno», como se hacía otras veces con pronósticos totalmente diferentes.

La trombocitopenia, o trombopenia, es un factor de complicaciones no despreciable. En los niños, especialmente, tengo siempre observado que el pánico es capaz de hacer caer en poco tiempo el número de trombocitos. Se reestablece muy rápidamente cuando dicho pánico ha pasado, pero la tendencia a las hemorragias está momentáneamente ahí y el paciente está de nuevo temporalmente en simpaticotonía, no come, tiene náuseas, etc. Las hemorragias son particularmente temibles en el tracto gastro-intestinal.

De una manera general se puede decir que un paciente que no se envenene con citostáticos, que se someta lo menos posible a una medicina brutal, pero que se estabilice tanto como se pueda el plano psíquico en el que tiene aislado el pánico, ¡tiene probabilidades óptimas de supervivencia!.

El segundo estadio: todavía anemia y trombopenia, pero ya de leucocitosis, hasta la leucemia.

Es en este estadio cuando son descubiertas la mayoría de las leucemias, de hecho que los pacientes están tan abatidos y fatigados (lo que para la medicina clásica es un muy mal signo).

Es frecuentemente grotesco, sobre todo en los pacientes cuyo conflicto activo no ha sido muy largo: he aquí un enfermo que parece extenuado y agotado, que apenas puede sostenerse sobre sus piernas, tan molido y cansado. Pero que está tumbado y tiene una salud a prueba de bomba, duerme como una marmota y tiene un apetito de leñador. Es esta situación de bienestar, en donde el paciente acaba de resolver con hechos su conflicto de desvalorización de sí mismo, comienza a recuperar la confianza en sí mismo y a revalorizarse ante sus propios ojos, aquí está confrontado brutalmente al diagnóstico: «leucemia», seguido inmediatamente después de un supuesto pronóstico lapidario: «no tiene apenas esperanza...». Y al mismo tiempo a la supervivencia, que le es medida con cuentagotas, no será más que un solo tormento infligido por los verdugos de batas blancas, un suplicio servido por tajadas, de una transfusión a otra, la cabeza pelada por la tortura de citostáticos agresivos y todo esto en la penumbra de salas de tipo laboratorios, someramente alumbradas con neón, en medio de incesantes habladurías sobre las numeraciones de los valores sanguíneos, alrededor las caras compasivas de los vecinos contrastando con la cara funcional y desilusionada del personal sanitario completamente intelectualizado. Y cuando uno se da cuenta que todo eso no era más que una farsa gigantesca, una superchería dogmática impuesta por la fuerza, hay motivos para coger una ictericia, ¡a uno le dan náuseas ante la brutalidad de estos sádicos!.

Y si por casualidad uno de estos pobres sanos y salvos, que ha escapado con acierto a sus verdugos, tiene la suerte de encontrarlos en su camino, ¿por dónde pensáis que haría falta comenzar la terapia?. En ningún caso por un hemograma, por la numeración de valores sanguíneos, porque acaban de terminar precisamente sus torturas. O por los desatinos pendientes, las proyecciones puramente académicas sobre las probabilidades de supervivencia, los pronósticos fundados en estadísticas, que no son más que farsas y supercherías. ¡No, tenéis delante de vosotros a un pobre hombre torturado, un amigo y un hermano, que debéis acoger con piedad!. Pero por piedad, no le habléis en un tono de conmiseración como si dierais la limosna de una buena palabra a un moribundo, del cual esperáis en secreto: «¡que pronto será liberado!».

Pues bien no, ¡este pobre bribón tendrá pronto tan buena salud como vosotros mismos siempre que le tratéis como le hace falta!. No hay la menor razón de compartir con antelación, una muerte que creéis inevitable.

Complicaciones psíquicas.

Los pacientes de este segundo estadio se encuentran en una situación más favorable que los del primer estadio aleucémico. Tienen la suerte de estar ya metidos en la fase leucémica, ¡la «suerte de la leucemia»!. Es lo que debéis decirle y repetir al menos 10 veces por día, manifestando vuestra alegría y vuestra confianza, ¡porque es verdaderamente un muy buen signo que la hematopoyesis haya de nuevo arrancado de pleno!. A la llegada de un auténtico paciente leucémico sería excelente organizar una pequeña fiesta celebrada en su honor, hasta tal punto es divertido ver en un paciente alcanzar este estadio de la leucemia. Y seguid detallándole como se llega a tener confianza en sí mismo, a revalorizarse, ¡felicitadle y no paréis de hablar bien en lo que a él se refiere!. Y si él mismo ha superado las torturas inflingidas por vuestros colegas, sin estar de nuevo mutilado hasta lo más profundo de su ser por el horrible shock de una nueva desvalorización de sí mismo, ¡entonces es verdaderamente un héroe y merece ser tratado como tal!.

Os hace falta descender de vuestro pedestal altanero de «doctor», desde hoy más que nunca, ahora que os ha faltado bien reconocer que años y años sin interrupción habéis engañado a vuestros pacientes con aires de grandeza para camuflar la superchería. Estos pacientes no son «casos», sino seres humanos como vosotros y yo. Y si otros médicos no han sido capaces de tratar a estos seres humanos como se debe, como conviene, ¡es que no están calificados tampoco para la LEY DE HIERRO DEL CÁNCER!. Un profesor ginecólogo en las cercanías de Reeperbahn, en Hamburgo, me preguntó un día si se podía curar el cáncer por tratamientos psíquicos. Le respondí que bajo ciertas condiciones se le podía curar muy bien. Después de reflexionar, dijo que esta clase de terapia no le convenía en absoluto, porque en ese caso le habría hecho falta entretenerse con sus pacientes -que tenían un conflicto sexual y según mi sistema un cáncer de cuello uterino- por sus sucios conflictos sexuales, de sus proxenetas, etc., lo que no podría exigirse de él. Le respondí que de todas maneras no sería humanamente capaz, pero eran seres humanos como él, y seguramente que para estas pequeñas prostitutas sería al menos tan intolerable conversar con él de sus hoyos de golf y que no veía diferencia fundamental, salvo la de la arrogancia.

El día que la LEY DE HIERRO DEL CÁNCER sea divulgada y que en Alemania también sea verificada en la práctica médica, como es desde hoy en el Estado francés, y mientras que la tortura medieval del envenenamiento haya tomado fin, entonces, el paciente leucémico será, en este segundo estado de curación, un «caso fácil» por lo que se ha dicho del psiquismo. En efecto, ha resuelto su conflicto -sino no tendría leucemia- y psíquicamente deberá encontrarse en el cénit, en una fase «súper».

Cerebrales.

En esta segunda fase de curación conviene prestar atención al cerebro. Se tumefacta, como podeis daros cuenta en la coloración fuerte de la médula, así como en la compresión del ventrículo lateral. Pero esto no es más que el caso de una desvalorización de sí mismo generalizada. Cuando se trata de conflictos de desvalorización de sí mismo bien circunscritos (por ejemplo conflicto madre-hijo), no hay por lo común más que áreas bien específicas de la médula en ser alcanzadas, ¡del mismo modo que solo áreas bien específicas del esqueleto eran osteolisadas!. Véis entonces aparecer áreas bien circunscritas de la médula en el escáner en un tono muy fuerte y eventualmente un sólo ventrículo lateral particularmente comprimido. Es por consiguiente un arte encontrar la dosis adecuada de cortisona o de otros simpaticotónicos: tan tarde como sea posible, pero tan pronto como sea necesario. Se puede tener recursos también en la adreno-corticotropina-hipofisaria (ACTH), pero no es tan fácil de administrar por dosis. Pero en principio no hay reservas en formular. Una posología no haría más que complicar las cosas, precisamente cada caso es particular. Cuando el número de leucocitos es elevado, y más intenso ha sido también el conflicto previo, más intensa será igualmente la tumefacción del foco de Hamer en la médula del cerebro. Pero para la medicina actual esto no es del todo un problema insoluble, porque en esta historia puramente medicamentosa la medicina tradicional está de nuevo en su dominio.

Orgánicas.

Desde luego, la leucocitosis, es decir la sumersión de leucocitos (se trata en su mayor parte de blastos) no constituye ningún problema, ni cuantitativo ni cualitativo. En efecto, los blastos desaparecen de la sangre al cabo de unos días, son destruidos y reemplazados por otros. Sin tener en cuenta que no son absoluto capaces de división. Por consiguiente, la expresión «infiltración leucémica» era un bulo propio para ilusionar a los ignorantes. En efecto, desde el momento en que los blastos no pueden dividirse, no están naturalmente en condiciones de hacer infiltraciones (¡se trata de infiltraciones «carcinomatosas»!). Señalar que ya se ha encontrado muy a menudo en el cerebro estas supuestas infiltraciones. Estos focos de Hamer -porque naturalmente no puede tratarse de otra cosa- han sido cogidos por error en los resultados de la leucemia, ¡cuando era en realidad la causa del cáncer de huesos y naturalmente también del proceso de curación en el cerebro-ordenador!. Del mismo modo, sostiene que la proliferación excesiva de leucoblastos puede infartar, obstruir o manchar la médula ósea -lo he mencionado más arriba-, relevo del cuento de hadas médico. Estos no son más que desechos inofensivos, que son destruidos en unos días, hasta que la producción acaba por no abastecer más que células normales. Los blastos no constituyen en absoluto un problema, puesto que hay constantemente de 5.000 a 10.000 leucocitos normales, independientemente del número de blastos en la periferia.

En cambio, es siempre la anemia de las células sanguíneas rojas, de los eritrocitos y trombocitos, quien continua poniendo los problemas en este estado. En este dominio, la situación no está aún modificada con respecto al primer estado. Pero actualmente, estos problemas son dominables por completo, ¡no hay que tener pánico!.

El tercer estadio: principio de la proliferación intensa de eritocitos en la periferia, alrededor de 4 a 6 semanas desde el principio de la proliferación intensa de leucoblastos.

¡Hurra, ahora hay motivos para alegrarse, la superproducción eritrocitaria arranca!. He aquí como se ceba sobre el plano hematopoyético el mismo proceso que comenzó de 4 a 6 semanas antes para los glóbulos blancos. En su gran mayoría, estas células sanguíneas rojas no llegan a madurar, son desechadas: cuando se las reconoce como tales, se les llama normo blastos, si bien se les encuentra en la sangre circulante de los leucoblastos junto a los normoblastos o eritroblastos. Para los hematólogos, esta combinación es doblemente diabólica. Hablan entonces de eritroleucemia y anuncian siempre un fin próximo. Para extirpar o exorcisar estos dos demonios atacan con rabia diabólica en el envenenamiento por los citostáticos más agresivos y ¡llegan casi siempre a envenenar de muerte al paciente que se encontraba ya en el tercer estado de curación!. No os comprometáis más en lo sucesivo en esta lamentable caza de fantasmas diabólicos. Hace seis años, estábamos simplemente ciegos, y reconozco que hace cuatro aún no lo veía claro. Pero ahora hace tres años que es público, y por tanto este descubrimiento continua silenciado, ¡al tiempo que es reprimido sistemáticamente el conjunto de la LEY DE HIERRO DEL CÁNCER!.

¡Atención!. Una gran parte de los eritrocitos inmaduros, los eritroblastos, son desechados, la mayoría funcionalmente ineptos para transportar oxígeno. He aquí porqué la sangre contiene ahora cantidad de leucoblastos junto a leucocitos en cantidad normal, así como muchos eritrocitos inmaduros o eritroblastos, ¡junto a un número todavía reducido de eritrocitos capaces de funcionar normalmente!. Ocurre lo mismo con los trombocitos. De ahí resulta una anemia hiper crónica (la producción hemoglobina/eritrocitos es inferior a lo normal). Sin embargo, esta definición es también inexacta, puesto que no se puede, de hecho, tener en cuenta las células rojas inmaduras.

Plano psíquico:

Sometido a un tratamiento correcto, conforme a la Ley de Hierro del Cáncer, el paciente no tendrá más problemas psíquicos si ha sido tratado inteligentemente durante los dos estados anteriores. Naturalmente ocurre todo lo contrario si un paciente viene a tratarse durante el curso de este tercer estado. Es aún pero si ha tenido hasta aquí un cierto número de sesiones de envenenamiento de

la médula ósea (envenenamiento con citostáticos) y ¡ahora os hará falta curar todas las consecuencias de la pseudoterapia!. Aunque así sea, si el paciente ha alcanzado este estado a pesar de todos los exorcismos del diablo, siguiendo un tratamiento concienzudo no puede pasar gran cosa. He ahí porqué podéis -y debéis- animarle sin reservas, ¡lo que es perfectamente legítimo!.

Plano cerebral:

En este estadio hace falta prestar buena atención al plano cerebral. Para los ignorantes es, cerebralmente, el estado más peligroso. Este peligro existe sobre todo para los niños ante la desvalorización de sí mismos generalizada y, por consiguiente, ante el edema generalizado de la médula y ante la compresión correspondiente de los ventrículos laterales en este tercer estado de curación. Más vale hacer un escáner cerebral de sobra, antes que menos, si existe una duda. Por cierto, también ahí la regla óptima es además la de administrar un poco de cortisona, sólo mientras sea necesario. Pero en este estadio, se os permite aflojar un poco la rienda. Ahora se trata de no correr más riesgos porque habiendo comenzado la proliferación intensa de eritrocitos y leucocitos, también inmaduros, la cortisona no puede dañar mucho más a la médula ósea. Es este estadio conviene trabajar consciente y competentemente. No hay porqué tener pánico, pero éste no es el momento para hacer experimentos. Hace falta que el paciente pueda tener total confianza en vosotros, ¡qué sea convincente que domináis la situación y la podéis dominar!.

Plano orgánico:

Es en este estadio cuando se cometen, orgánicamente hablando, la mayor parte de las tonterías. Todavía es muy comprensible hoy día, ya que el paciente está molesto, de un lado a otro, perseguido constantemente por la inquisición de la medicina clásica. Está particularmente amenazado por los «dolores óseos» que son en realidad dolores provocados por la tensión del periostio. En efecto, el periostio está provisto de una muy buena inervación sensitiva. Mejor preparar a vuestros pacientes ante estos «dolores de curación ósea», a los que hace falta esperar, pero les será fácil superarlos: hasta se puede decir que les aguarda, que se desea que vengan. Por suerte, evitáis el temor y el pánico. Este paciente no tiene necesidad más que de un poco de medicamentos analgésicos. En este estadio, muchos de mis antiguos colegas están desamparados cuando numerosas células sanguíneas comienzan a subir. Se ponen a consultar furtivamente un manual clásico, donde todo se presenta de manera completamente diferente. El paciente se da cuenta inmediatamente, de que el médico se ha quedado obsoleto. Dentro de poco se producirá todavía más desdicha por el hecho de que los médicos y los pacientes gritarán victoria demasiado pronto y llegarán a ser imprudentes. No os fiéis de los eritrocitos por numerosos que sean, prestad mucha atención a los trombocitos. Además, el tercer estadio puede durar bastante tiempo, precisamente en función de la duración del conflicto. He aquí porque muchos pacientes pierden la paciencia durante esta fase, acaban por tener bastante. A decir verdad, esto es ya problema del cuarto estadio.

El cuarto estadio.

De hecho, el cuarto estadio podría ser el más hermoso: el paciente podrá considerarse fuera de peligro. La eritropoyesis comienza a normalizarse a ojos vista. En efecto, mientras que los leucoblastos comienzan a proliferar intensamente más pronto y desaparecen luego más tarde que los eritroblastos, que proliferan después, pero que se normalizan de nuevo más pronto, todo podría, en este estado, seguir su curso, por poco que se comprenda, como hace falta, el proceso de curación. En este estado, los trombocitos no presentan ningún peligro; por suerte, el riesgo permanente de hemorragia interna, o de hemorragia intestinal, ha terminado por desaparecer.

Plano psíquico:

El paciente se siente aún fatigado, pero aparte de eso, va bien, salvo que en este estadio tiene frecuentemente fuertes dolores óseos causados por la tensión del periostio en torno a la osteólisis en curación o en recalcificación. Estos dolores óseos pueden ser excesivamente fuertes y la influencia de la carga psíquica del paciente es todo un arte. Sobre todo si es de carácter inestable, el enfermo arriesga soltar la presa y exigir calmantes que, por su fuerza, tienen un efecto desastroso sobre la trombocitopenia.

Es muy importante saber esto: el paciente no se imagina los pretendidos dolores óseos, que son provocados por la tensión del periostio, realmente los tiene. Por lo demás, la extensión del periostio se puede verificar muy bien sobre cantidad de tomografías de los huesos. Sin embargo, los dolores no llegan a ser insostenibles si el paciente no coge pánico. Mis pacientes, que habían comprendido los vínculos de causalidad, raramente pedían calmantes («una vez que supe que el dolor es un signo de curación, debían de llevarlo con paciencia, y al contrario, a veces estoy confundido cuando el dolor desaparece, pues tengo miedo de que la curación se pare», me decía un paciente). ¡Un paciente que ha comprendido que el sistema no tiene en absoluto necesidad de morfina!. La cortisona es menos nociva que la mayoría de los calmantes, que tienen generalmente un efecto sedativo, vagotrópico, ¡y por esto todavía acentúan el edema de los huesos y la tensión del periostio!.

N.B.

No hay que practicar jamás una punción sobre un periostio forzado por encima de una osteólisis ósea en vías de curación. Arriesgaríais seguro de provocar un callo perióstico, un «osteosarcoma». ¡Practicar una punción o una incisión sobre semejante periostio es simplemente toda una falta de profesionalidad!.

Plano cerebral:

Es en el curso de este cuarto estadio -a veces también en el tercero- cuando el edema cerebral local alcanza su punto culminante. El paciente puede sufrir una crisis epileptoide, que no se acompaña ni de calambres, ni de disneas, sino que no se nota más que una cierta centralización. El paciente está pálido, tiene sudor frío en la frente, está inquieto. En este caso se recomienda administrar inmediatamente de 50 a 100 mg. de hidrocortisona por vía intravenosa, lentamente. Es el edema cerebral local el responsable de esta centralización. La crisis epileptoide sobreviene en todos los casos, pero la mayoría de las veces no es dramática. Hace falta verificar siempre la tasa de glicemia y mantenerla en el valor normal. A título preventivo está recomendado la administración inicial de glucosa por vía intravenosa y oral. ¡Desconfiad de las perfusiones en este estadio del edema cerebral!. Podríais ahogar literalmente al paciente. Además, se recomienda no poner la cabeza del paciente baja, sino mantenerla alzada, más alta que el cuerpo, de manera que el edema pueda derramarse. Es un medio muy simple de dominar el edema: enfriar el foco de Hamer, cuyo calor es perceptible a través de la piel del cráneo, con un saquito de hielo envuelto en un paño.

Lo esencial es que el paciente no tenga pánico. En efecto, jamás he visto a un paciente morir por semejante crisis epileptoide de desvalorización de sí mismo en tanto no aparezca el pánico.

Plano orgánico:

Igual si en este cuarto estadio los valores sanguíneos comienzan a normalizarse progresivamente, ¡no hace falta ser imprudente!. Esto vale particularmente para los trombocitos. ¡Un solo shock de miedo es capaz de hacer caer momentáneamente los trombocitos!. No sirve de nada decir que una

vez que el paciente se reponga de su shock, se podrán subir de nuevo. En el intervalo se pueden producir muchas cosas. He aquí porqué importa que el paciente pueda curarse inmediatamente «sin pánico», donde no se arriesgue a producir este tipo de shock de pánico. Jamás se podrán eliminar completamente, ¡porque para eso haría falta suprimir el teléfono!.

El quinto estadio: el paso a la normalidad.

Hace falta que este estadio sea el abrigo de toda especie de complicaciones notables. Así pues no se extenderá por más tiempo en este punto.

Si he enumerado todas las complicaciones posibles, tales como las que podrían producirse en los estadios correspondientes, eso no significa que no sean absolutamente inevitables. Por otra parte: una vez que los médicos sepan en qué hace falta prestar atención, generalmente no suceden esos problemas. El principal handicap, hasta aquí, eran los errores de juicio, de los cuales figuraba en primer lugar la puesta entre paréntesis del psiquismo.

OBSERVACIONES PRELIMINARES SOBRE LOS CASOS DE LEUCEMIA.

Los casos de leucemia presentados aquí deben haceros comprender tanto como sea posible el sincronismo de los tres planos psiquismo-cerebro-órgano. Estoy muy seguro de poder exponeros otros ejemplos concretos. ¡Si superáis el trabajo que me ha costado conseguir los escáners cerebrales que necesitaba y las radiografías del esqueleto!. ¡Es que los hematólogos y los cancerólogos juzgan eso absolutamente superfluo!. He hecho falta por ejemplo que los pacientes simulen cefáleas y encuentren un médico comprensivo para conseguir sus peticiones. Es por lo que no me ha sido posible presentar en todos los casos los tres planos. Sin embargo, como ciertos casos valen la pena ser descritos, he cogido una parte de esa laguna. De hecho que por razones financieras me ha sido necesario limitar las ilustraciones, esforzándome siempre por aportar fotos tan típicas como sean posibles, aunque he preferido mostrar series completas recordando la evolución de los casos.

¿Qué es necesario ver en los clichés?.

1. Psiquismo:

Hace falta que el paciente haya tenido un conflicto de desvalorización de sí mismo, que debe estar resuelto, puesto que hay leucemia. En efecto, no existe leucemia sin conflicto resuelto. Conociendo el estado de la leucemia, se puede deducir con certeza la fecha de la conflictolisis. Es importante encontrar el D.H.S. y el contenido especial del conflicto.

2. Cerebro:

Lo que hay de típico en la leucemia, no es solamente que se encuentre un foco de Hamer incrustado en la médula del cerebro, sino que hace falta que sea localizado en un lugar completamente especial, que está en función del contenido del conflicto. Y estas localizaciones cerebrales deben coincidir exáctamente con las de las ostéolisis óseas.

Y del mismo modo, cuando nos encontramos aparentemente con un conflicto de desvalorización de sí mismo generalizado, observamos muchas veces algunos focos de Hamer muy incrustados en el interior de la médula, que es de color oscuro en función del edema generalizado. Por último hay mucha confluencia, pero en ciertos estadios se llega a pesar de todo a distinguirlos.

3. Órgano:

No hay leucemia sin que previamente haya habido un cáncer de huesos en fase activa. Cáncer de huesos significa osteólisis de huesos (ver capítulo sobre el cáncer de huesos). Los reveladores cerebrales de los huesos del esqueleto son ordenados en el cerebro lo mismo que un bebé acostado cuando está enfermo. He añadido aquí la tabla para evitar trasladaros continuamente. La médula derecha corresponde por consiguiente a la mitad izquierda del sistema esquelético y viceversa. A condición de haber fotografiado con bastante precisión en el escáner cerebral, hace falta que a cada una de las osteólisis corresponda un foco de Hamer en el hemisferio opuesto a la médula, a saber exactamente en el lugar habitual de la misma previsto a este efecto.

Bien entendido, hace falta que el hemograma -la hematopoyesis- esté sincronizada, así como lo que concierne a la leucopenia y la anemia en la fase activa del conflicto (y aún en el primer estadio después de la CL), como lo que concierne a la leucocitosis y la eritremia, la eritroleucemia. Teniendo en cuenta la edad del paciente y la duración del conflicto, así como su intensidad, es necesario que todo esté perfectamente sincronizado.

Podré demostraros con la ayuda de los ejemplos siguientes que la leucemia no es una ruleta rusa, donde nadie sabe cómo va a terminar, sino que es muy ingeniosa y muy comprensible. Solamente así me creeréis, cuando comprendáis porqué nos basamos en esperar que en lo sucesivo casi todos los pacientes podrán recobrar la salud. ¡No hay nada en la medicina que esté más conforme a las leyes naturales como esto!

PSIQUISMO.

Naturaleza de la desvalorización de sí mismo.

CEREBRO.	ÓRGANO.	
Localización en la médula del cerebro.	Localización de la osteólisis del esqueleto.	
Desvalorización intelectual-moral.	Médula frontal.	Osteólisis de la bóveda y de las cervicales.
Desvalorización en la relación madre/hijo;	En los diestros frontal: médula derecha;	Osteólisis en el hombro izquierdo.
padre/hijo.	En los zurdos frontal: médula izquierda.	Osteólisis en el hombro derecho.
Desvalorización de sí mismo debido a aptitudes y destrezas manuales.	Médula frontal.	Osteólisis de los huesos del brazo.
Desvalorización central de la personalidad.	Médula lateral.	Osteólisis de las lumbares y dorsales.
Desvalorización de sí mismo por debajo de la cintura.	Médula temporal-occipital.	Osteólisis del bazo.
	En los diestros frontal izquierdo;	Osteólisis del hombro derecho.
Desvalorización de sí mismo en la relación de pareja.	En los zurdos frontal derecho.	Osteólisis del hombro izquierdo.

Desvalorización de sí mismo por no-deportista.

Médula occipital.

Ostéolisis de los huesos de las piernas.

Nota: Hemisferio derecho para el lado izquierdo del esqueleto.
Hemisferio izquierdo para el lado derecho del esqueleto.