

# El infarto, enfermedad del alma.

Doctor **Ryke Geerd Hamer**.

Conferencia impartida en la Universidad de Viena el 6 de diciembre de 1984.

Posteriormente el Doctor Hamer ha descubierto la 5ª ley biológica y seis reglas biológicas que modifican parcialmente algunos de los conceptos que se manejan en este texto.

## Resumen de las cinco leyes biológicas.

1. Ley de Hierro del Cáncer (3 criterios: Síndrome Dirk Hamer, coloración, evolución del conflicto en tres niveles).
2. Ley del carácter bifásico de las enfermedades con solución de conflicto.
3. Ley del sistema ontogénico de tumores y enfermedades equivalentes.
4. Ley del sistema ontogénico-dependiente de los microbios.
5. Ley de la comprensión de las llamadas enfermedades como procesos con sentido biológico, especialmente programados por la naturaleza.

## Las seis reglas biológicas son: (podrán llegar a ser leyes o no, según si se presentaran ocasionalmente excepciones).

1. Regla biológica de la crisis epiléptica o epileptoide en todo proceso de curación, (especialmente en recidiva de conflicto de corta duración).
2. Lateralidad (diestro o zurdo) y su significado en cuanto a la localización de los Foco de Hamer en el cerebro y sus correspondientes síntomas orgánicos.
3. Regla biológica de la «constelación depresiva» («empate» hormonal y conflicto activo de territorio, temor o contrariedad de territorio), o la «constelación maníaca» («empate» hormonal y conflicto activo femenino de frustración sexual, identidad o de miedo-susto).
4. Regla de la aparición simultánea de los Focos de Hamer en la fase activa de conflicto en cerebelo y cerebro propiamente dicho.
5. Regla de manifestación de constelación esquizofrénica a través de 2 conflictos activos de los Focos de **Hamer** regidos por el córtex.
6. Regularidades biológicas del proceso de curación en órganos regidos por la sustancia blanca, por ejemplo en la fase de curación del cáncer de huesos (leucemia).

El Dr. **Hamer** ha denominado al impacto que pone en marcha el conflicto biológico, que es el origen de todo cáncer, con el término Síndrome Dirk Hamer por el nombre de su hijo Dirk, cuya muerte trágica en 1978 fue el origen de su propio cáncer y de los estudios llevados a cabo en las clínicas universitarias alemanas, que le han permitido verificar el origen de millones de cánceres.

Los descubrimientos científicos a los que alude este texto, se encuentran entre otros en los siguientes títulos.

Krebs, Krankheit der Seele.  
Vermächtnis einer Neuen Medizin.  
Kurzfassung der Neuen Medizin.  
Celler Dokumentation.

---

### **El infarto, enfermedad del alma.**

La medicina moderna intensifica el estudio del cuerpo humano para estar mejor preparada para curarlo cuando cae enfermo. Voy a mostrar cómo este proceso, desde su inicio era incompleto. Con la euforia del descubrimiento de cadenas mecánicas y bioquímicas se había descuidado el psiquismo y el cerebro. De igual forma, nuestros antepasados rechazaron largo tiempo admitir el lugar central del Sol, por razones dogmáticas, pensando equivocadamente que los planetas describían trayectorias en espiral alrededor de la Tierra, lo cual no sólo no tenía sentido, sino que además complicaba los cálculos astronómicos. Desde que Galileo redescubrió que el Sol era el astro central de nuestro sistema planetario, las trayectorias de los planetas volvieron a ser órbitas muy simples alrededor del Sol.

Los médicos de siglos o milenios pasados, de los que los actuales médicos, los continuadores, hacen poco caso, fundaban su diagnóstico y su terapia generalmente sobre el contexto psíquico. Evidentemente no estaban en condiciones de apoyar sus conocimientos en los descubrimientos de las ciencias modernas sobre el plano anatómico, físico y bioquímico. Su experiencia era, sobre todo fruto de un proceso psicointuitivo, considerado hoy en día «insignificante». Estos dos planteamientos son ambos incompletos, ya que dejan más o menos de lado al cerebro, pero, después de todo, es aún la interpretación psicointuitiva la que responde mejor a la realidad. Hoy vemos las consecuencias de una medicina dogmática limitada, centrada únicamente sobre el organismo.

Es necesario incluir el conjunto del terreno orgánico, si no, no hay modo de llegar a una sinopsis sistemática y reproducible. No hay, hablando con propiedad, distinción rigurosa entre el psiquismo, el cuerpo y el cerebro. De hecho es una tríada constantemente sincronizada:

### **Psique-Cerebro-Órgano.**

Todos los procesos y fenómenos psíquicos están unidos y coordinados por el cerebro, que de alguna manera es el gran ordenador de nuestro organismo.

La psique es el programador y el cuerpo y la psique constituyen el conjunto de órgano-objeto. En caso de óptima programación, el cuerpo y la psique se mantienen en un estado de armonía -la armonía clásica griega- y en caso de programación errónea, el cuerpo, al igual que la psique, están afectados, el primero bajo forma de enfermedad, el segundo en cierto modo con feedback, por ejemplo en forma de depresión, pánico, mal humor, etc. Además la programación no es en un sólo sentido. Si la psique programa el cerebro y el organismo, ocurre también que el cuerpo, como consecuencia de sus heridas, fracturas, etc., está en condiciones de inducir una programación automática del cerebro y de la psique.

Para comprender bien los mecanismos que va a hacer hincapié esta exposición, necesitaremos tener en mente constantemente esta interacción entre la psique, cerebro y cuerpo, en la que el cerebro es el gran ordenador, que ha tardado millones de años en evolucionar.

### **Génesis de la enfermedad del cáncer.**

La enfermedad del cáncer es una enfermedad particularmente dramática y grave, tanto para nuestra psique como para nuestro cerebro y nuestro cuerpo. Se adapta siempre a la Ley de Hierro del Cáncer, que se enuncia como sigue:

1. Todo cáncer se desencadena por un Síndrome Dirk-Hamer (DHS), con ocasión de:
  - a. el mayor conflicto que uno jamás haya conocido,
  - b. un conflicto agudo, dramático, un impacto violento,
  - c. la persona se encuentra siempre en un estado de aislamiento.
2. Es la naturaleza del conflicto la que determina la localización del cáncer en el organismo, así como la localización de la ruptura de campo, el cortocircuito, que se produce a nivel del cerebro el «Foco de Hamer».
3. La evolución del conflicto corresponde exactamente a la evolución del cáncer en el organismo. Al mismo tiempo corresponde a la evolución del Foco de Hamer en el cerebro.

#### La topografía del cerebro.

El mapa topográfico del cerebro, que redacté por primera vez entre agosto-septiembre de 1983, indica para cada área cerebral, el órgano correspondiente en el cuerpo y muestra la naturaleza del contenido del conflicto correspondiente a cada órgano.

Así por ejemplo el hígado corresponde a un área bien determinada del tronco cerebral y el contenido de conflicto que origina el cáncer de hígado es una viva contrariedad, a menudo de origen familiar. Una vez reunidas las condiciones del Síndrome Dirk Hamer, es decir, si esa contrariedad ha sido dada como un «golpe a palo seco», si es un conflicto dramático, una crisis aguda vivida en aislamiento, el paciente está aquejado en ese preciso lugar del tronco cerebral que desencadena a su vez un cáncer de hígado. A nivel psíquico, el paciente, siente pánico, está obsesionado día y noche por su contrariedad, pierde rápidamente peso, hasta que el conflicto se resuelva.

#### Solución del conflicto.

Desde que el conflicto psíquico está resuelto, la zona correspondiente del cerebro -el tronco cerebral en el ejemplo precedente- comienza a repararse, es decir a curar con un proceso de inflamación. En ese mismo instante, el cáncer se detiene, en el órgano afectado, aquí el hígado. Se produce también reparación más o menos integral, con formación de edema o enquistamiento. Desde que el conflicto se resuelve en el plano psíquico, hay inversión del sistema de inervación motriz autónomo, el paciente pasa de la simpaticotonía a la vagotonía, recobra el sueño, vuelve a coger peso, se siente bien, aunque un poco cansado, debido a la vagotonía.

#### Descubrimiento de las causas del infarto.

Nuestros mapas topográficos del cerebro están aún incompletos, sobre todo en los detalles, presentan todavía zonas en blanco, como esos mapamundi de finales del siglo XVI. Estudiando el mapa del cerebro que lentamente tomaba forma como un mosaico, no llegaba a correlacionar el lóbulo temporal derecho. Mientras que entre las mujeres habíamos podido localizar en lóbulo temporal izquierdo la correspondencia cerebral del cáncer de cuello de útero, estaba siempre a la búsqueda de un carcinoma que tuviera siempre su origen en el lóbulo temporal derecho. Mis investigaciones resultaron vanas durante mucho tiempo. A finales de septiembre de 1983, conseguí descubrir lo que buscaba. La radiografía de cráneo de un paciente revelaba un «tumor» cerebral en el lóbulo temporal derecho. Ahora bien, este paciente había hecho un grave infarto en la pared anterior poco después que su hijo, hospitalizado varios meses a consecuencia de un accidente de moto, volvió curado a casa. El infarto había ocurrido después de la solución del conflicto. Verificada la hipótesis de una relación causa-efecto en una veintena de casos, puse al

infarto en la lista de enfermedades cancerosas, en las que había identificado el área cerebral y la reflejé sobre la carta topográfica del cerebro en el lóbulo temporal derecho.

#### El Foco de Hamer en el cerebelo derecho.

Había constatado ya para un cierto número de carcinomas la aparición simultánea de una ruptura de campo, de un Foco de Hamer, en varias partes del cerebro y lo había puesto en mi lista, conforme a mis descubrimientos -lista de febrero de 1984-. La mayoría de las veces se trataba de un Foco de Hamer en el cerebro propiamente dicho, combinado con otro foco en el tronco cerebral o en cerebelo. Esto era para mí un enigma, pero no había lugar a dudas. En el caso del conflicto provocado por la angustia ante la muerte, había encontrado un Foco de Hamer a la vez en tronco cerebral y en corteza: por consiguiente había creído poder subdividir el contenido del conflicto. Así tendría que ver con un conflicto biológico correspondiente a un miedo existencial innato, que yo localizaba en el tronco cerebral y con un conflicto pensado, intelectual, imaginario que creía localizar en el córtex, donde siempre lo encontraba.

Durante mis exámenes sistemáticos y, retrospectivamente al examinar todos los escáneres de pacientes con infartos, encontré igualmente un Foco de Hamer en la parte lateral del cerebelo derecho, que al inicio sólo podía constatar, sin estar en condiciones de explicarlo. Este foco era aparente o realmente idéntico al foco que presentaba siempre una paciente aquejada de cáncer en mama izquierda.

#### El conflicto de territorio.

Para descubrir el conflicto esencial, origen del infarto de miocardio, me conduje exactamente como para los carcinomas: comencé por aclarar el mayor número posible de casos de infartos, después me esforcé en descubrir el criterio esencial -el común denominador- de estos conflictos. Lo que me ayudó y me puso sobre la pista, fue que el lóbulo temporal derecho masculino debía presentar lógicamente una cierta oposición al lóbulo temporal izquierdo femenino, donde yo había encontrado el área cerebral correspondiente al cáncer de cuello de útero, cuyo conflicto específico era siempre el conflicto sexual femenino. Suponía pues, que el conflicto, origen del infarto de miocardio, debía ser típicamente masculino o incluso tener un contenido sexual específicamente masculino.

Una mirada sobre el reino animal nos ayudará a comprenderlo mejor: el ciervo que ha adquirido en la lucha, un territorio del que se ha convertido en jefe, considera a todas las ciervas de ese territorio como de su propiedad. Cuando un rival viene a hacer incursión en su territorio, todo el mecanismo de territorio se encuentra perturbado: de hecho, si el ciervo no llega a defender su territorio, será expulsado. Como también el territorio comporta el derecho y el deber para el ciervo de cubrir a sus ciervas, el conflicto de territorio es para él un conflicto sexual. El ciervo puede igualmente sufrir ese conflicto si una cierva sale de su territorio y él no consigue hacerla volver.

Brevemente: el conflicto de territorio de un ciervo, con todo lo que ello implica, es el conflicto sexual del ciervo. Por analogía ocurre lo mismo con el ser humano. El hombre manifiesta un comportamiento típicamente «territorial», el territorio puede «representar formas diversas» (casa, trabajo, familia, poder, autoridad, etc.). La mujer también puede ser el objeto de un conflicto de territorio.

#### Conflicto de nido.

Continuando mis investigaciones sobre el conflicto de territorio y su correlación cerebral en el lóbulo temporal derecho, así como de la porción lateral del cerebelo derecho, pasé revista a los conflictos origen de todos los cánceres de mama izquierda y de mama derecha en la mujer. Tuve la suerte de descubrir para los conflictos origen del cáncer de mama izquierda un común

denominador, el «conflicto de nido», que es casi siempre un conflicto madre-hijo. También aquí fue suficiente echar una mirada sobre el reino animal, donde vemos que una perrita pachón no duda en enfrentarse, aún a costa de su vida, con un perro de gran tamaño que se acerque a sus cachorros. Una madre, cuyo hijo esté amenazado por un agresor, se lanzará sobre él con verdadera furia. Evidentemente se trata de comportamientos biológicos que se remontan al origen de las especies, viejos programas inscritos en las zonas más antiguas de nuestro cerebro, en este caso en la parte lateral del cerebelo derecho.

Designando el conflicto de nido, casi idéntico al conflicto madre-hijo, por el término «conflicto de territorio restringido», podemos decir que el conflicto del hombre es un «conflicto de territorio ampliado». Estos dos conflictos de territorio tienen en común la ruptura de campo, el Foco de Hamer en la zona lateral del cerebelo derecho. El «conflicto de territorio ampliado» del hombre presenta además una ruptura de campo suplementario, un Foco de Hamer, en el lóbulo temporal derecho.

Es por otro lado comprensible: a lo largo de millones de años de evolución, la naturaleza ha «sobreañadido» a un viejo programa de ordenador un elemento suplementario en nuestro cerebro, destinado a cubrir una función análoga más amplia. El viejo programa de ordenador estaba localizado en el cerebelo derecho. La naturaleza, de alguna manera ha dotado al hombre, al macho de un mecanismo más perfeccionado respondiendo a las nuevas condiciones a las cuales sólo era capaz de hacer frente: no se trataba sólo de defender el nido, sino un territorio más vasto.

Eso corresponde además de hecho a nuestras experiencias clínicas: durante sus años de madurez sexual, mientras dura la ovulación, las mujeres no suelen tener infartos de miocardio. Por el contrario, después de la menopausia o tras una castración, sí pueden hacer un infarto, que presenta entonces los mismos síntomas psíquicos, cerebrales y orgánicos que en el hombre.

#### Nociones generales sobre el infarto.

El infarto de miocardio es una enfermedad que se creía e imaginaba bien conocida, pero de la que no se sabía nada de forma precisa. Conocemos gran número de «factores de riesgo» coronarios, miocárdicos y otros, de los que nos hacemos eco pasivamente, sin reflexionar, aunque jamás haya sido posible aportar verdaderamente la prueba. Otras veces culpamos al estrés, como la mayor causa del infarto; al día siguiente hacemos responsable al exceso de peso, al tercer día es el colesterol el que ocupa el punto de mira: su nivel elevado en sangre, la hipercolesterolemia, favorece los depósitos arteriales, la obstrucción de las coronarias, luego la atención se fija sobre innumerables noxas alimentarias, de las que no se acaba de descubrir el papel infartógeno, como esos pretendidos cancerígenos, carcinógenos y otros supuestos oncógenos que favorecen o provocan la formación de tumores. Es una verdadera pléthora de falsas pistas.

Y además está el ECG, el electrocardiograma, del que se dice que es capaz de indicar con precisión la localización del infarto, la isquemia, lugar donde es insuficiente o donde se para el riego sanguíneo, donde presuntamente se produce el infarto de miocardio. Nadie puede probarlo verdaderamente, de modo que numerosos médicos dicen irónicamente, que puede implicar la economía circulatoria. Por último está la angiografía coronaria, que permite descubrir si un lugar cualquiera del sistema coronario está estenosado. Se busca establecer una relación entre la estenosis y el infarto de miocardio a lo que llegan en ocasiones, pero a menudo descubren también que no hay relación causa-efecto. Estas estenosis coronarias son frecuentes y no está confirmado que provoquen una disminución del riego sanguíneo de las zonas dístales correspondientes. Lo que pasa es que nadie muere y si hay un fallecimiento, se debe a la inflamación del Foco de Hamer en el cerebro a nivel del lóbulo temporal derecho.

Existe también la escintigrafía de corazón, gracias a la cual se pueden descubrir áreas con menor riego sanguíneo, lo que no está del todo probado, pero de ningún modo ha permitido establecer una relación, una unión causa-efecto absolutamente significativa, con el infarto de miocardio. Por

último tenemos las alteraciones químicas de la sangre en el momento de un infarto agudo de miocardio, la presencia de enzimas miocárdicas como la CPK=creatin-fosfo quinasa, la GOT=glutamato-oxalacetato transaminasa y la LDH=lactato deshidrogenasa, que eran hasta ahora, el signo más seguro de un infarto agudo de miocardio.

No me río en absoluto de mis colegas, pero es un hecho que los signos más seguros de un infarto de miocardio son hasta ahora, los síntomas clínicos: un dolor sordo retroesternal acompañado a menudo de presuntas irradiaciones hacia el brazo izquierdo, que, se pensaban venían del corazón. Salvo estos síntomas cardiacos, reales o supuestos, son sobre todo los síntomas cerebrales los que se manifiestan en el momento del infarto de miocardio: náusea, vértigo, dolor de cabeza, diplopía, sensación de desvanecimiento, pánico.

Parece increíble que tantos médicos, dotados de todos los aparatos posibles e imaginables, hayamos podido estar hasta tal punto ciegos, a niveles clínico y psíquico, como para que en presencia de esta enfermedad, la más frecuente entre los hombres, jamás nos hubiéramos preguntado, si el infarto de miocardio no será más bien una enfermedad del cerebro que una verdadera enfermedad del corazón. Lo que en definitiva aparece, como la causa de la muerte es la línea cero, el trazado plano del electrocardiograma es decir la parada cardiaca, pero, ¿por qué entonces esta parada del corazón no es debida a un fallo del cerebro? Ahora desde que hay evidencia de esto, muchos cardiólogos estiman que es posible, y algunos, en casos de infarto comienzan por un examen tomodensitométrico (TDM) o incluso mejor aún por una RNM resonancia nuclear magnética antes del ECG.

¿Qué cardiólogo no ha tenido que ver a pacientes que presentan una obstrucción total de una o incluso dos de las tres grandes arterias coronarias y que a pesar de eso, viven bien, y son además capaces de trabajar?. Incluso cuando las arterias están obstruidas, la irrigación sanguínea del corazón está asegurada por colaterales. Evidentemente no es recomendable que estos pacientes se dediquen al deporte de competición, pero su esperanza de vida les promete una tercera edad prolongada.

Yo he visto casos de este tipo y en disección en vivo, se ha ligado una coronaria bajo anestesia sin que el animal haya hecho un infarto al despertarse. Al cabo de cierto tiempo se puede repetir la experiencia en la segunda y la tercera arterias coronarias. En el intervalo, se forman colaterales que toman el relevo y mantienen la irrigación miocárdica, y el animal no hace infarto. Algún día parecerá incomprensible que ningún investigador se haya parado a cuestionarse sobre este fenómeno, a preguntarse si no podía haber alguna otra cosa en juego que la simple obstrucción de una arteria coronaria. No es que yo discuta de ninguna manera la isquemia del músculo cardiaco a consecuencia de una obstrucción de la arteria coronaria. Sería estúpido. Sabemos también por los patólogos que frecuentemente se puede encontrar una úlcera en una arteria coronaria. Se puede encontrar una úlcera en la proximidad directa e inmediata de una estenosis que manifiestamente, puede representar la forma tardía de tal ulceración. De este modo, una vez conocemos la clave del sistema, todo se ordena de manera simple y racional, lo mismo que las órbitas de los planetas alrededor del Sol, representan un sistema muy simple a diferencia de las trayectorias complicadas en espiral que se imaginaba en la Edad Media, cuando la Tierra era considerada como el centro del Universo.

### **El mecanismo del infarto.**

Según mis constataciones y descubrimientos, ampliamente probados y reproducibles en cada nuevo caso, el infarto de miocardio se desarrolla como sigue:

#### 1. El Síndrome Dirk Hamer.

Todo infarto de miocardio se inicia por un Síndrome Dirk Hamer (D.H.S.), es decir:

- a. un conflicto de territorio bajo la forma de un impacto brutal,
- b. una crisis aguda, dramática,
- c. vivido en aislamiento.

## 2. La duración del conflicto de territorio.

Según mi experiencia, sólo hay manifestaciones clínicas de infarto si el conflicto dura más de 2 a 3 meses o si es excepcionalmente intenso. En este caso es suficiente que el conflicto dure un mes o mes y medio. Si la intensidad del conflicto es menor, en los conflictos cuya duración no excede de tres meses, se desarrollan sin incidentes, en principio el proceso es el mismo, salvo que no es diagnosticado por los médicos dado que los síntomas clínicos no son graves.

Si la duración del conflicto de territorio de intensidad «normal» sobrepasa los 8 ó 9 meses, el paciente muere, normalmente de una tumefacción cerebral aguda, después de la solución del conflicto. Los infartos de la pared anterior son menos graves que los de la pared posterior porque corresponden, en el cerebro a la parte frontal del lóbulo temporal, mientras que el infarto de la pared posterior depende de la parte dorsal del lóbulo temporal derecho. Parece que es en esta porción dorsal del lóbulo temporal, donde esté localizado el centro del ritmo cardíaco.

## 3. La angina de pecho.

La angina de pecho se produce durante la simpaticotonía, es decir, mientras el conflicto de territorio está activo. Hay ausencia subjetiva de trastornos, después de la solución del conflicto, es decir en vagotonía.

Inmediatamente después del Síndrome Dirk Hamer, (D.H.S.) la ruptura de campo, al paciente pueden sobrevenirle accesos de angina de pecho. En este estado, no hay todavía estenosis coronarias, que por otra parte en muchos casos, no se producen, incluso en el momento del infarto de miocardio. Hablamos entonces de accesos funcionales de angina de pecho.

En este periodo el paciente se encuentra en simpaticotonía, en un estado de estrés permanente, provocado por su conflicto de territorio. Es el estrés permanente en el que está sumido el ciervo cuando es expulsado de su territorio y por el que debe movilizar todas sus fuerzas para reconquistarlo.

Durante esta fase, una úlcera se manifiesta en las arterias coronarias, en un lugar determinado, correspondiente 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 del miocardio está sometida a un estrés permanente que provoca a su alrededor la angina de pecho. Los códigos erróneos provienen del lóbulo temporal derecho del cerebro de acuerdo con el cáncer.

Después de la solución del conflicto:

La situación es completamente diferente: el organismo cambia su modo de inervación, pasa de la simpaticotonía a la vagotonía. El vaso coronario ya no recibe códigos erróneos, la úlcera puede curar, el paciente no se queja de dolores de angina de pecho, está en vagotonía en plena euforia, tiene buen apetito, duerme bien, hay tumefacción cerebral. En este mismo periodo se produce una escarificación de la úlcera coronaria, la placa.

## 4. Infarto de miocardio=Carcinoma coronario.

Por analogía con otros cánceres, podemos considerar el infarto de miocardio como un carcinoma coronario, que se manifiesta bajo la forma de úlcera coronaria descrita en patología. La evolución

de esta úlcera del vaso coronario obedece rigurosamente a la Ley de Hierro del Cáncer, es decir que la evolución del conflicto corresponde a la evolución de esta úlcera en la arteria coronaria. Se comprende mejor este fenómeno, si recordamos que en su origen, los vasos coronarios eran los arcos branquiales, así que desde el punto de vista embriológico, no se distinguen apenas de los órganos donde se encuentran los carcinomas.

Una vez que el conflicto está resuelto, es decir en la vagotonía, la úlcera empieza a cicatrizar formando un engrosamiento hacia el interior, lo que aparece entonces como una estenosis en el angiograma coronario. De ahí la hipótesis errónea de que la estenosis es la que provocaría el infarto de miocardio.

#### 5. El infarto inesperado.

El infarto de miocardio se produce siempre en el curso de la fase consecutiva a la solución del conflicto, o sea cuando hay cambio entre los dos tipos de inervación motriz autónoma, la simpaticotonía que deja lugar a la vagotonía. Después de la solución del conflicto, el paciente entra, durante dos o tres semanas, en una fase de gran euforia, que contrasta con el intenso estrés característico del periodo anterior a la solución. Retoma el sueño y el apetito, está relajado, incluso cansado, o casi extenuado. Mientras que antes vivía en una especie de pánico, podía perder hasta 10, 15, 20 kg. en algunos meses, despertaba por la noche empapado en sudor, presa de pesadillas que rondaban siempre alrededor de su conflicto, una vez resuelto, se transforma y experimenta una sensación de gran bienestar. El paciente que, en lo mejor de esta fase hace un infarto de miocardio, no comprende absolutamente nada. De hecho, al cabo de tres semanas su motor había dejado de rodar a «plena marcha», el estrés se había desvanecido como por encanto, y por lo tanto, según la medicina ortodoxa, debería estar protegido contra un infarto. Por el hecho de que, una vez resuelto el conflicto, los pacientes recuperan a menudo de 5 a 10 kg. en el espacio de quince días a tres semanas, estos kilos suplementarios han llevado a la medicina facultativa a ver en este sobrepeso un factor de riesgo, lo que es absurdo.

Este presunto incidente cardíaco con sus síntomas de náuseas, cefalea, vértigo, diplopía, sensación de desvanecimiento, transpiración abundante sobreviene así siempre en la fase de recuperación generalmente de noche, en el curso del sueño más profundo y benéfico. Para explicar este fenómeno se han creado hipótesis que incriminan a la subida brusca de tensión como responsable del infarto de miocardio, lo que es un sin sentido, dado que en vagotonía, la subida de tensión es normal, sin tener en cuenta que en posición horizontal la vasodilatación y el sueño tranquilo aseguran al cuerpo dormido condiciones de irrigación óptimas, sin déficit de oxígeno.

#### 6. Procesos cerebrales del infarto.

Acontecimiento cerebral: el descubrimiento de los procesos cerebrales del infarto de miocardio fue más apasionante que la mejor novela policiaca. A partir de la primera publicación en febrero de 1984, aproveché todas las oportunidades de someter a un examen tomodensitométrico a los pacientes que habían sobrevivido a un infarto de miocardio. Los síntomas que podía observar en el cerebro eran unas veces masivos, otras menos, masivos o discretos, siempre, no obstante en los mismos lugares: para el infarto de la pared anterior, en la porción frontal del lóbulo temporal derecho, para el infarto de pared posterior, en la porción dorsal del lóbulo temporal derecho y en los dos casos, al mismo tiempo, en la zona lateral del cerebelo derecho. En los casos de infarto de la pared anterior, hemos constatado generalmente sobre el escáner un desplazamiento y un estrechamiento del cuerno anterior derecho y un estrangulamiento de la cisura de Silvio; para el infarto de la pared posterior, el desplazamiento de la cisterna ambiens en sentido medial.

En cada caso se trata de una edematización perifocal, alrededor de una ruptura de campo, un Foco de [Hamer](#), que debe ser interpretado como un signo de curación en curso. Lo mismo que en el resto de nuestro cuerpo, todas las heridas, intoxicaciones, etc., se acompañan en curación de una infiltración de serosidad en los tejidos, igualmente la reparación de una lesión cerebral da lugar

a una edematización perifocal alrededor del foco lesivo. Hay que considerar sin embargo que la edematización no comienza con el infarto de miocardio, pero como hemos podido demostrar con precisión en un paciente, se inicia en el momento de la solución del conflicto, por regla general de dos a tres semanas antes del infarto de miocardio.

La prueba definitiva de los procesos cerebrales me fue proporcionada finalmente por una RNM de un paciente, cuyo examen me había sido confiado por la 1ª clínica universitaria de Munich (Profesor Jahrmärker). El paciente no había tenido síntomas neurológicos y sólo se quejaba de cefalea en el momento del infarto, que se remontaba a cuatro semanas atrás. Sobre este escáner, se ve muy bien, en el corte transversal, que el lóbulo temporal está muy inflamado. Debido a sus particularidades anatómicas, está encastrado en la fosa media derecha del cráneo, de manera que bloquea en dirección medial, lateral, frontal, dorsal, y caudal, no hay otra escapatoria más que en dirección de los lóbulos parietal y frontal. Este mecanismo explica también por qué los signos de rechazo son más bien discretos en los cortes horizontales. Comentario de un neurocirujano, conferenciante en la facultad de medicina de Fribourg: «felicidades, Señor Hamer, ahora veo definitivamente convencido de que tiene razón, es indiscutible, la cuestión está por fin estructurada.»

#### 7. Cuando se descubre el Foco de Hamer.

Tengo la suerte de poder responder a esta pregunta gracias a una feliz coincidencia de circunstancias: un paciente que es un hombre muy sensible, había tenido una confrontación grandísima con su hijo de 17 años. Este conflicto, que le sacó de sus casillas, duraba desde hacía meses y representaba la constelación clásica de un conflicto de territorio. Como tenía, literalmente, temblores en todos sus miembros desde hacía días, el médico de familia, temiendo un caso de Parkinson, le envió a un clínica neurológica donde se le hizo un examen tomodenditométrico, (TDM). Sobre este escáner se distingue netamente a nivel del lóbulo temporal derecho, el contorno preciso de la ruptura de campo electrofisiológico, sobre dos áreas contiguas. Cuando el paciente hizo un infarto, una edematización bien circunscrita se manifestó exactamente alrededor de los dos focos. Es decir, que a partir desde el instante del impacto inicial de este conflicto de territorio DHS, podemos seguir el desarrollo de estos procesos cerebrales hasta después del infarto de miocardio.

#### 8. La Ley de Hierro del Infarto de Miocardio.

Los resultados, constatados en mis pacientes no son fortuitos, insignificantes, es decir, que si un número dado de pacientes es sometido a un escáner cerebral, los síntomas indicados no se manifestarán sólo sobre un cierto porcentaje: antes de cada examen tomodensitométrico de los pacientes, estoy en condiciones de predecir estos síntomas en el cerebro. Y estas predicciones no son verificadas sólo por un cierto número de ellos, sino por todos sin excepción. De manera que a semejanza de otras enfermedades hay que decir que estas alteraciones obedecen a una ley. El diagnóstico relativo a un infarto de la pared anterior o posterior del corazón es más fiable sobre la base de los escáners cerebrales o incluso de una RNM, que sobre la base de un ECG o angiografía de las coronarias.

Reclamo, aún más, exijo que el escáner o la RNM del cerebro corresponda exactamente al momento del infarto de miocardio, o si se prefiere que el proceso de curación esté en correlación con el tiempo transcurrido desde la solución del conflicto. Normalmente el paciente está en condiciones de decirnos, bastante exactamente, hasta incluso de precisarnos el día y la hora en que comenzó su conflicto y cuando terminó. Es importante que lo que procede en el examen del paciente, se controle muy exactamente, estableciendo una anamnesis muy precisa, que debe corresponder exactamente a las constataciones cerebrales.

#### 9. Duración de la modificación cerebral.

La duración de las alteraciones edematosas cerebrales en el lóbulo temporal derecho y en la zona lateral del cerebelo derecho, está en función de la duración del conflicto de territorio. Es más largo si el conflicto de territorio ha durado más tiempo. En general, sólo termina el final de un periodo de resolución de seis meses a un año. No obstante una vez que el proceso de curación ha terminado, no hay «restitutio ad integrum». Parece que quedan en medio, alteraciones cicatriciales. He aprendido a temer las recidivas de conflictos de territorio, las auténticas recidivas, sobre el mismo tema, en el curso del proceso de curación. Incluso si tal recidiva sólo dura de 4 a 8 semanas, es necesario para evaluar el riesgo de mortalidad, añadir siempre el número de meses que ha durado el conflicto primario. Comprendemos mejor, ahora, según nuestras observaciones, por qué un infarto reiterado no ofrece grandes expectativas de sobrevivir.

#### 10. La terapia del infarto.

El paciente que ha hecho un infarto de miocardio, si es posible, incluso antes de que lo haga, y, todavía mejor, si está en la fase activa del conflicto, sólo deberá ser tratado por auténticos médicos, es decir, ni por médicos técnicos sin alma o médicos-aparatchiks, ni por psicoterapeutas intelectuales. Es importante partir del principio de que del paciente, que está al mismo tiempo en un conflicto humano con todo su background incluido, sólo puede hacerse cargo un médico intuitivo y comprensivo, pero al mismo tiempo, todo paciente es un caso de neurocirujano, neurólogo y neurorradiólogo, que debiera ser tratado siempre en función de nuestros últimos descubrimientos y conocimientos en materia de neurocirugía, reanimación y farmacología. En el mejor de los casos, la terapia debería ser confiada a un solo médico. Cuando pensamos en lo que nos espera, nosotros médicos, en lugar de terapia postconflicto, es decir, suavizar conflictos sociales y familiares, podemos imaginar cuán difícil será en el futuro, una terapia verdaderamente juiciosa, que sea óptima, tanto desde el punto de vista técnico como humano.

El hombre jamás muere por un fallo cardiaco, es decir, jamás muere del corazón, si muere es siempre a causa del edema cerebral en el lóbulo temporal derecho. Desde luego, el corazón está sujeto a trastornos de circulación, consecutivos a la úlcera coronaria, o a la placa formada en el vaso por cicatrización de la úlcera y a la estenosis que resulta, pero sabemos bien que un rodeo arterial realizado por un bypass no mejora la probabilidad de supervivencia. Sabemos también que la angina de pecho no es la consecuencia de una estenosis coronaria, pero que siendo de origen cerebral, sobreviene con y sin estenosis, mientras dura el conflicto de territorio y que el cerebro ha programado el conjunto del organismo en simpaticotonía permanente. La angina de pecho desaparece cuando el conflicto está resuelto, haya o no estenosis coronaria.

Conviene insistir sobre este punto, una vez que el conflicto está resuelto, es decir, cuando el organismo se encuentra en vagotonía, el paciente no tiene angina de pecho, aunque exista estenosis coronaria.

Evidentemente, sería exagerado afirmar que en el momento del infarto podemos olvidar el corazón como órgano. No es necesario que acapare nuestra principal atención. Esta debe ser orientada hacia la situación de conflicto y hacia el estado cerebral.

Una de las primeras medidas a tomar es velar para que el paciente no esté demasiado tumbado, no es necesario intentar masajear el corazón. En su lugar es importante que el paciente se apoye sobre sus posaderas para que el edema cerebral pueda fluir y no se obstruya. Lo que es asimismo típico, es que después de la solución del conflicto, un lugar bien determinado de la piel del cráneo, del cuero cabelludo, por encima de la oreja derecha, o sea a nivel del lóbulo temporal derecho, se ponga claramente caliente. Lo que es sorprendente es que ningún médico lo haya notado, aunque el calor desprendido sea muy pronunciado. Es lo mismo para la zona del cuero cabelludo correspondiente al cerebelo derecho, aunque en menor grado.

Sería pues necesario poner una bolsa de hielo sobre la mitad derecha del cráneo, buscando frenar la fuerte vagotonía y administrar al paciente simpaticotónicos. No estoy todavía completamente

seguro de lo que hablando con propiedad, dispara el infarto agudo: previamente el paciente se siente subjetivamente muy bien y después del golpe, del infarto, si sale bien, se encuentra de nuevo bien; parece que la fase crítica sea relativamente corta, puede que haya causas mecánicas (ver [punto 12](#)).

#### 11. Neurohistopatología del infarto.

No pretendo estar en condiciones de responder a todas las preguntas relativas a los fenómenos cerebrales, en el curso del infarto de miocardio, pero, en conjunto, creo saber qué ocurre y de qué manera. Previamente conviene destacar que no existen tumores cerebrales ni metástasis cerebrales. Son errores dogmáticos aceptados y transmitidos sin reflexión debido a que «el catedrático lo dijo». Nadie se preocupó de saber si estaba probado o no. En realidad estos Focos de Hamer que se distinguen, que divergen del dibujo cerebral ordinario, constituyen siempre el mismo fenómeno, el mismo proceso si se descubren en fases diferentes, varían en función del grado y la evolución de la enfermedad.

A veces, el Foco de Hamer puede aparecer muy oscuro, es decir fuertemente edematizado, de manera que antes se hablaba de infarto o de zona hipodensa y de disminución de la densidad tisular. Después si se le administraban sustancias de contraste, nos asombrábamos de que esta misma zona tomase entonces una coloración intensa y adquiriese de repente una densidad superior a la del tejido circundante, cuando antes era inferior. Esto indica sencillamente que se trata de un proceso metabólico activo o caliente. A menudo este Foco de Hamer se rodea de un dobladillo cicatricial bien definido, lo que la medicina oficial diagnostica, hasta ahora, como tumor o metástasis cerebral. Es necesario saber que no puede haber tumor cerebral por el hecho de que las células cerebrales no pueden dividirse, incluso bajo las condiciones de una pretendida metástasis cerebral, que no existe. La única cosa que puede proliferar es una sustancia glial anodina del tejido conjuntivo cerebral, lo mismo que en el cuerpo es completamente normal, que en el lugar de las lesiones se forme más tejido conjuntivo y que por último esas lesiones cicatricen, de igual manera, es completamente normal, que el mismo proceso tenga lugar en el cerebro. Además nadie ha visto crecer esas pretendidas metástasis cerebrales. Por el contrario, el edema perifocal puede en todo momento aumentar en el sentido de hincharse, de tumefactarse.

El tumor cerebral, la pretendida metástasis cerebral es una tumefacción edematosa de las células cerebrales, nada más. En un estado ulterior, una vez que este edema está prácticamente reabsorbido, se produce frecuentemente una cicatrización marginal por células gliales. Las múltiples formas diversas de los focos de Hamer no son en realidad más que un solo y mismo Foco de Hamer, observado, cada vez en un estado diferente de la evolución.

Es necesario insistir aún sobre el hecho de que, aunque las células cerebrales están tumefactas, permanecen sin embargo siempre reconocibles como células, como eran antes y como son, de nuevo, tras la regresión de la tumefacción.

Así pues las células cerebrales evolucionan en función del conflicto. El proceso de una ruptura de campo arranca por un Síndrome Dirk Hamer: el desencadenamiento brutal de un conflicto de territorio, que después de su solución pasa a la fase edematosa durante la curación de esta ruptura de campo electrofisiológico, y que al final de la fase de regeneración, de reparación tisular, si ha habido antes una evolución de conflicto grave, pasa a la fase final de cicatrización glial.

No es necesario insistir sobre el hecho de que esta tumefacción cerebral puede revestir peligro, aunque en realidad señala una evolución favorable en la dirección adecuada.

Puede ser además -y parece que éste es el caso del infarto- que el cerebro, tumefactándose, atraviesa una fase crítica de origen mecánico que nos va a ocupar a continuación.

## 12. El mecanismo de edematización.

El infarto agudo de miocardio, como lo conciben los profanos y la mayor parte de los médicos, es la fase crítica del edema cerebral a nivel del lóbulo temporal derecho. Para mí el infarto comienza por el DHS, por el golpe brutal de un conflicto, bajo la forma de un impacto psíquico y sólo acaba cuando el edema es totalmente reabsorbido en el lóbulo temporal derecho y en la zona lateral del cerebelo derecho. En un gran número de casos el infarto reviste la forma dramática que conocemos, pero puede ser que más a menudo se desarrolle de forma menos dramática y pase desapercibido, a menos que sea descubierto posteriormente.

El 50% de los pacientes sobreviven al infarto de miocardio en el estadio agudo, es decir que se puede suponer actualmente que en el 50% de los casos, el conflicto ha durado más de ocho-nueve meses y ha tenido un resultado fatal, una vez el conflicto se resolvió.

El restante 50% de los pacientes han tenido un conflicto cuya duración estaba comprendida entre cuatro y ocho meses. Un número bien alto de pacientes, la mayor parte, tienen una duración de conflicto inferior a cuatro o a tres meses. Es en estos casos en los que no hay normalmente síntomas dramáticos, aunque en principio pasa exactamente lo mismo, salvo que el edema en el lóbulo temporal derecho no tiene la misma magnitud.

En caso de manifestación de síntomas cerebrales son generalmente tomados por síntomas de gripe o por dolor de cabeza de génesis imprecisa, y tratados de manera inapropiada por comprimidos contra el dolor de cabeza.

¿Qué es pues exactamente el infarto agudo?.

Ya he estado tentado al principio de explicar cuáles son las particularidades anatómicas que juegan un papel en el caso de un edema del lóbulo temporal derecho: éste está muy bien protegido contra eventuales heridas, está alojado, por así decirlo en una cuba, en una bañera, en la fosa media derecha del cráneo que está limitado por paredes óseas de ambos lados, por delante, por detrás y por debajo.

Cuando hay edematización, la parte del lóbulo que está tumefacta no puede dilatarse más que en dirección cefálica. El inconveniente de este sistema mecánico es que el hueso no se puede distender. Si la tumefacción interviene en la zona lateral inferior, el lóbulo temporal puede soportar durante algún tiempo una fuerte presión, que sólo aflojará cuando el lóbulo entero se desplace en dirección fronto-parietal.

Pienso que el infarto agudo se debe a que el lóbulo temporal derecho -sobre todo su parte inferior- está arrinconado entre las paredes óseas de la fosa media derecha del cráneo, a saber, el cuerpo del esfenoides, las alas mayores del esfenoides, parte de la escama mastoidea del temporal y la superficie anterior del peñasco. Lo que tiene de singular y confirma por otra parte mi visión, es que la presión en dirección medial continúa acentuándose durante las semanas posteriores al infarto agudo de miocardio. Así aunque la tumefacción que origina esta presión prosigue y aumenta, los síntomas agudos, característicos del infarto de miocardio ya no se manifestarán más. Eso sólo puede explicarse si el infarto agudo es un edema agudo con limitación local y con causa mecánica, ejerciendo una presión cerebral local bien circunscrita, que bloquea el centro del ritmo cardiaco y conlleva así la parada del corazón.

¡Vemos qué perspectivas se abren a la medicina de reanimación y a la neurocirugía!. El lóbulo temporal derecho es de fácil acceso, de manera que en unos minutos se podría abrir la calota y provocar una descompresión lateral y el desbloqueo del centro del ritmo cardiaco.

## 13. El infarto del ventrículo derecho.

Nuestros manuales nos han enseñado que un infarto de miocardio del ventrículo derecho es tan raro que podemos ignorarlo (pasarlo por alto). Hasta ahora este hecho, bastante asombroso, era admitido, de una vez para siempre, sin que jamás se haya podido explicar.

La explicación la proporciona la historia de la evolución. Embriológicamente, el corazón está constituido por dos tubos musculares enteramente distintos, que en el curso de la evolución, han sido unidos el uno al otro para conjugar la función de bomba que ejercían antes, de forma individual. En el momento de la evolución correspondiente al advenimiento del cerebro propiamente dicho, el sistema coronario, resultado por vía evolutiva de los arcos branquiales y el sistema de conducción del corazón, están acoplados y enlazados alrededor de esos tubos: se han colocado el uno al lado del otro y se han unido para constituir esa unidad orgánica que hoy llamamos corazón.

Evidentemente esta evolución debía permitir al organismo realizar más rápidamente altos rendimientos, por eso el impulso rítmico, la conducción del corazón fue comunicada al cerebro propiamente dicho, que estaba en vías de desarrollo y más especialmente al lóbulo temporal derecho, que corresponde al ventrículo izquierdo del corazón.

Nuestro sistema muscular y óseo está igualmente concebido de manera que permita estos superrendimientos, que aseguran al organismo un mayor campo de acción y mejores condiciones en su lucha por la existencia.

Así como sabemos, la musculatura cardíaca es mitad lisa mitad estriada.

¿Por qué es tan raro que seamos testigos de un infarto de miocardio en el corazón derecho?. Es un hecho que el ventrículo derecho está menos musculado que el izquierdo: la sangre que envía al pulmón por la arteria pulmonar no necesita una presión tan fuerte como la requerida para la circulación mayor.

Pero, en principio, el tejido muscular es prácticamente el mismo, la conducción del corazón tiene un funcionamiento análogo, lo mismo que el riego sanguíneo para las arterias coronarias.

Tengamos presente que el infarto de miocardio del ventrículo izquierdo sólo ocurre en los hombres y en mujeres maduras, pero no en mujeres en edad de procreación. Y recordemos además que el conflicto de territorio, que en los hombres es un conflicto sexual, corresponde en las mujeres al conflicto sexual, origen del cáncer del cuello de útero. Os diré de paso, que desde hace meses busco comprender la significación del Foco de Hamer en ciertos hombres maduros en la parte lateral del cerebelo izquierdo.

En el instituto central de radiología de la Universidad de Viena, asistí recientemente como testigo a un examen práctico a una paciente, casi sexagenaria, que se había desplomado en la calle, a raíz de un desvanecimiento sufrido y cuya cabeza había golpeado el suelo del lado derecho, lo que había provocado un hematoma subdural del lado derecho. La paciente había sido operada en seguida. Sin embargo nadie había buscado la causa de este desvanecimiento. En el escáner de esta paciente descubrí un foco edematoso muy fresco en el lóbulo temporal izquierdo, que nadie podía explicar, más una tumefacción extensa en el lóbulo temporal derecho. La paciente estaba somnolienta de manera que no pude hacer una anamnesis del conflicto, pero ella se encontraba en plena vagotonía con riego sanguíneo en todas las válvulas abiertas (periferia). Pensaba que la paciente debía encontrarse en un estado consecutivo a la solución de un conflicto sexual con cáncer de cuello de útero y que había podido ser víctima de un calambre con descarga cortical o de una ausencia. Pero, hoy en día, tiendo a creer que el cáncer de cuello de útero está siempre más o menos asociado con un infarto del ventrículo derecho.

Por consiguiente, el ventrículo derecho sería por así decirlo el ventrículo femenino, su centro ordenador se situaría en el lóbulo temporal izquierdo y tendría por conflicto, el conflicto sexual femenino.

Vamos pues a asociar el infarto del ventrículo derecho, un cáncer de cuello de útero, así como paralelamente una ruptura de campo, un Foco de Hamer en el cerebelo izquierdo.

Evidentemente me apresuro a consultar mis viejos dosieres y en ver escáners antiguos para ver si esta hipótesis se confirma. He encontrado claramente lo que buscaba. Antes mi atención había sido hasta tal punto acaparada por el descubrimiento del foco en el lóbulo temporal izquierdo, que no había reparado en los focos del cerebelo izquierdo. Por tanto el ventrículo derecho, casi paralelamente a la mama derecha de la mujer, corresponde a la zona lateral del cerebelo izquierdo y al lóbulo temporal izquierdo, como al cuello de útero que proviene de él.

El hombre, que no tiene ni vagina ni cuello de útero, no puede tener carcinoma periférico con desarrollo paralelo al infarto, lo mismo que no está sujeto al carcinoma de mama izquierda, que corresponde en realidad al infarto de miocardio en el hombre, ya que las glándulas mamarias sólo tienen un desarrollo rudimentario.

Parecería que las hormonas masculinas protegen al hombre de un infarto del ventrículo derecho consecutivo a un conflicto sexual de frustración, mientras que las hormonas femeninas protegen a la mujer de un infarto de ventrículo izquierdo consecutivo a un conflicto de territorio, que ella no puede tener durante sus años de maduración sexual, en el tiempo que dura la ovulación. No hay nada más apasionante, lógico y racional que la biología, y, que la medicina, mientras sea parte de nuestro cosmos.

Así se explicaría por qué no vemos, o casi no vemos, infartos de ventrículo derecho. Se desarrollan a la sombra del cáncer de cuello de útero de la mujer. El hombre sólo está sujeto a ello en edad avanzada, y entonces, sin correlación cancerosa.

#### 14. Trastornos visuales en la fase de curación.

Calificados generalmente como senopía por los oftalmólogos, son en realidad trastornos cerebrales de tipo pasajero debidos al edema del Foco de Hamer.

Un amigo mío de 48 años ha sufrido un grave Síndrome Dirk Hamer, con conflicto de territorio, cuando su banco le informó, de repente, que iba a poner su chalet a subasta y bloquear, de un día para otro, su cuenta bancaria, así que ya no podía efectuar ni reintegros ni transferencias. Había trabajado toda su vida en esa casita con su mujer y sus dos hijos mayores.

De un día para otro, perdió el sueño y pensaba en todas las combinaciones posibles para escapar de las garras de su voraz banco. Sufría constantemente de angina de pecho, transpiraciones nocturnas, perdió en unos meses 15 kg. y fue presa de un pánico total. Buscó vender, él mismo, su casa, pero no lo consiguió.

Al cabo de cuatro meses y medio de tormento, el banco aceptó una congelación de la deuda. El chalet estaba provisionalmente a salvo, el «territorio» seguro.

A partir de ese día, comenzó de nuevo a dormir, recuperó el apetito, tuvo las palmas de las manos calientes, reencontró su equilibrio normal y cogió rápidamente peso. Las estenocardias no volvieron a aparecer.

Tres semanas más tarde, en el curso de esta maravillosa fase de calma eufórica, se despertó en el transcurso de la noche con violentos dolores retroesternales, sólo podía estar sentado o de pie, la posición de tumbado le suponía una ansiedad precordial y dificultades respiratorias. Todo esto ocurrió a mitad de la noche, en el curso del sueño más profundo. Estaba lívido, pensaba que iba a morir de un instante a otro, transpiraba abundantemente, tenía dolor de cabeza, náuseas y vértigo. El ECG reveló un infarto de la pared posterior del corazón.

A partir de ese momento, le fue necesario llevar gafas para leer porque veía doble y borroso. Tampoco podía ver claramente a distancia. Este estado duró aproximadamente nueve meses. Después me dijo: «Sabes, ya no necesito las gafas, veo de nuevo tan claramente como antes».

Muchos pacientes con infarto de miocardio y también con cáncer tienen el mismo síntoma, que los oculistas atribuyen, sin razón a un repentino envejecimiento de la lente ocular. En la mayor parte de los casos se recupera la vista de nuevo cuando el Foco de Hamer desaparece en el cerebro. A menudo ocurre que el paciente ya se ha habituado a sus gafas y se olvida de verificarlas y adaptarlas, pero en realidad, podría haber recobrado su agudeza visual desde que el Foco de Hamer disminuyera.

Hay dos explicaciones posibles para este fenómeno:

1. Podría ser que la vía óptica o el nervio óptico sufrieran una distorsión por el edema, eventualmente, también el centro óptico, ¡lo que es muy posible sobre todo a raíz del infarto de miocardio!
2. Puede que haya perturbación de los nervios motores oculares o de sus núcleos.

Pero, en cualquier caso, se trata de un síntoma cerebral y eso no tiene nada que ver con una insuficiencia de la lente ocular.

#### 15. La depresión.

La depresión endógena es la expresión de un conflicto de territorio incompleto en las mujeres en climaterio.

Sólo el hombre puede tener un infarto de ventrículo izquierdo, así como un Foco de Hamer en el lóbulo temporal derecho, consecutivo a un conflicto de territorio durante la fase de procreación. Pero las mujeres pueden estar sujetas a este tipo de conflicto después de la menopausia o de la castración.

¿Qué ocurre en el periodo intermedio entre estas dos edades, durante la menopausia, en el curso de la cual las mujeres tienen todavía una función ovárica considerable, pero no la suficiente para una ovulación?.

Un cierto número de casos me ha enseñado que estas mujeres pueden estar sujetas a un conflicto de territorio incompleto, cuyo desarrollo es tan benigno que raramente manifestaran un infarto agudo de miocardio, aunque la tumefacción en el lóbulo temporal derecho sea bastante considerable.

Durante la fase activa del conflicto, las mujeres pueden entonces atravesar una fase de depresión con angina de pecho y durante la curación pueden tener un episodio de «depresión descompresiva». La depresión será por tanto una «decepción maníaca», en el sentido de un conflicto de territorio. En el hombre, se representa el proceso de igual manera: si su conflicto de territorio tiene lugar mientras produce suficientes hormonas sexuales, es más fuerte que si lo hubiera sufrido con edad más avanzada. En este último caso, el conflicto de territorio, tal como él lo

siente subjetivamente, -y eso es lo único que cuenta- es una decepción mayor que desemboca finalmente en una manía cascarrabias.

En general, puede que el esquema de Ernst Krestschmer, para quien la depresión tiene la particularidad de la constitución ciclotímica, también denominada maniaco-depresiva, por el hecho de que tiene una alternancia a la manía, sólo consiste en el fondo, en establecer una comparación entre el tipo maniacodepresivo ciclotímico y el tipo femenino, mientras que el tipo atlético y el carácter leptosómico-tenso se equipararía con el tipo masculino.

Los hombres pícnicos están más próximos al tipo femenino -hasta casi la identificación- que los hombres atléticos, generalmente muy masculinos, o que los hombres con hábito leptosómico, igualmente masculino a su manera (tensa).

El hábito pícnico, más bien femenino-maternal, es sin ninguna duda, típico y conviene más a la embarazada y a la educación de la progenitora. Los hombres pícnicos que tienen las mismas características reaccionan mucho menos en la defensa del territorio que los hombres con el hábito atlético.

Ya se elevaron anteriormente voces para sugerir que se administre, de forma experimental, a los hombre predispuestos al infarto, hormonas sexuales femeninas a título preventivo. Por razones bien comprensibles -riesgo de pérdida de identidad- ese proyecto jamás ha sido puesto en práctica a gran escala. Según lo que he podido constatar, ese tratamiento conllevaría el riesgo natural de provocar depresiones.

#### 16. Infarto y cáncer de mediastino.

Tuve la ocasión de observar, en toda una serie de pacientes, la presencia simultánea de un infarto de miocardio (pared posterior) y un carcinoma de ganglios linfáticos en mediastino, un carcinoma mediastínico microcelular, llamado a menudo con razón carcinoma bronquial.

Si miramos el área correlativa de dos acontecimientos a nivel cerebral, Focos de Hamer, nos sorprendemos al constatar que los focos están muy próximos o incluso imbricados. En este caso los Focos de Hamer se presentan generalmente en posición paraventricular lateral y el correlativo cerebral de infarto, en posición todavía más lateral, en el lóbulo temporal. Los dos fenómenos son contiguos en el plano orgánico (pared posterior de corazón-ventrículo izquierdo, mediastino) y el cerebral. A menudo ocurre que los focos se imbrican y se confunden en un solo gran foco.

Este fenómeno es de una lógica tan fascinante, plausible y evidente que no deja ya la menor duda sobre el hecho de que el infarto, o más bien la ulceración cancerosa de las coronarias y el carcinoma de los ganglios linfáticos mediastínicos constituyen, en el fondo, fenómenos de la misma naturaleza. Así como el carcinoma de ganglios linfáticos axilares y el cáncer de mama son fenómenos similares, ya que se manifiestan sobre el mismo órgano.

Sólo la exploración del cerebro puede darnos la clave de los enigmas de nuestro organismo. ¡Los tumores y pretendidas «metástasis» en cerebro, que parecían totalmente desordenadas y no respondían a ningún sistema, se convierten en centros muy bien organizados y diligentes de nuestro ordenador cerebral!.

#### Esclerosis en placas.

Me han preguntado a menudo en qué se convierten los Focos de Hamer que podemos ver en el cerebro en el curso de la curación de enfermedades cancerosas, una vez que ésta ha finalizado. No me era posible aportar a estas preguntas una respuesta satisfactoria porque los síntomas están lejos de ser idénticos. Unas veces, esos Focos de Hamer desaparecen en apariencia o en realidad,

otras, quedan bajo la forma de restos cicatriciales. Es posible que todos los Focos de Hamer queden bajo esta forma cicatricial pero no sean visibles en el escáner, aunque muchos sí, en RNM (Resonancia Nuclear Magnética).

Estos restos cicatriciales son lo que hemos llamado hasta ahora esclerosis en placas: una cicatriz glial del tejido conjuntivo cerebral que en realidad debería llamarse gliosis múltiple o resto cicatricial-glial-múltiple de Focos de Hamer. Hemos llegado, por cirugía estereotáxica (sacando una muestra de tejido de esas cicatrices Focos de Hamer) a establecer el diagnóstico histológico (Profesor V., director del instituto neuropatológico de la Universidad de Fribourg/Brisg.: gliosis, esclerosis en placas, no tumor, no metástasis).

Para los que todavía no han oído hablar de la «Ley de Hierro del Cáncer» este «descubrimiento» es sensacional. ¡Parece absolutamente increíble que la esclerosis en placas pueda ser la consecuencia o el resto de un «tumor cerebral» curado, más aún, el resto de un conflicto psíquico con una ruptura de campo en el cerebro y cáncer a nivel orgánico!

Para los que conocen el Síndrome Dirk Hamer, la Ley de Hierro del Cáncer y los Focos de Hamer, es al contrario, una conclusión que se impone. Y por el hecho de que los focos y por tanto las cicatrices son múltiples, se producen en numerosos lugares, las deficiencias nerviosas cerebrales son así mismo múltiples. ¡Es decir, que hasta ahora nadie podía discernir un sistema coherente en esta confusión total!.

Recapitemos brevemente:

La Ley de Hierro del Cáncer dice que todo cáncer orgánico está provocado por un Síndrome Dirk Hamer que pone en marcha un conflicto extremadamente grave, dramático, impacto psíquico vivido en soledad, una ruptura de campo, localizada en un área específica del cerebro.

En razón de la imperfección de nuestros aparatos actuales, es difícil visualizar esta ruptura de campo durante la fase activa del cáncer, en general sólo se puede discernir después de la solución de conflicto, durante la fase de solución del conflicto, bajo la forma de un Foco de Hamer metabólico del cerebro. Durante la fase de curación, este foco se hincha, se tumefacta por edematización intra y perifocal, para deshincharse seguidamente, al final de la fase de curación. A menudo sucede que el tejido parece desgarrarse, antes de curarse por cicatrización glial, llamada esclerosis en placas. El foco MS o la cicatriz Foco de Hamer consiste pues en tejido glial cicatricial degenerante, modificado: el tejido conjuntivo del cerebro, gliosis. Sólo hay dos tipos de células en el cerebro: las células cerebrales y las gliales. Las células cerebrales son células nerviosas, ya no se dividen, ni siquiera en el Foco de Hamer (que se llama tumor cerebral).

Por el hecho de que estas células cerebrales nunca proliferan, sino que se modifican temporalmente, provisionalmente y a raíz de la ruptura de campo y durante la fase de curación. Mientras que en esta fase de curación, las células gliales (tejido conjuntivo) se multiplican, podemos considerar la gliosis múltiple (hasta ahora esclerosis en placas) esclerosis múltiple, MS) como una ruptura de campo curada, desde el punto de vista de las células nerviosas cerebrales en la cual la cicatriz glial está insertada como un cuerpo extraño. Mientras que el Foco de Hamer reciente comprende siempre, como lo han confirmado innumerables diagnósticos histológicos:

1. Células nerviosas cerebrales, temporalmente modificadas pero no proliferantes,
2. Células gliales recientes, proliferantes
3. y un edema (intra y perifocal),

la cicatriz Foco de Hamer o el foco MS sólo se compone de una vieja sustancia glial degenerante, la Gliosis.

De ahí viene el diagnóstico histológico: no tumor, no metástasis.

#### Resultados clínicos y de laboratorio.

Los síntomas de las MS, de las cicatrices Focos de Hamer son múltiples y diversos. Hasta ahora, nadie ha podido descubrir en ellos un sistema. Los focos de gliosis que corresponde a restos de los focos de Hamer curados, hacen el efecto de cuerpos extraños en el cerebro. La localización de estos focos de gliosis determina las deficiencias del sistema nervioso central tales como cefaleas, nistagmus, parálisis de todo tipo y grado de gravedad, calambres, migrañas, etc.

Hablamos de presión cuando los fenómenos se acentúan o se añaden nuevos. Las causas pueden ser diversas:

1. Se puede producir una alteración del foco MS provocado por un evento cerebro-órgano, independiente del foco MS.
2. Una recidiva del conflicto, seguido de una fase de solución del mismo (fase de curación) puede dar lugar a una nueva edematización del foco MS.
3. En el transcurso de un proceso normal de envejecimiento, como la esclerosis del cerebro, por ejemplo los fenómenos de deficiencia se pueden acentuar.

De acuerdo con los fenómenos clínicos de deficiencia del sistema nervioso central, con parálisis periféricas, etc., observamos múltiples alteraciones discretas del líquido cefalorraquídeo, que están condicionadas también por la localización de los focos MS. Sería presuntuoso afirmar que estamos en condiciones de discernir perfectamente las relaciones causa-efecto hasta en los menores detalles.

Los neurocirujanos de la Universidad de Fribourg/Brigau, con los cuales he discutido estos resultados, han reconocido que este sistema es perfectamente concebible, negando que sea la única hipótesis plausible. En cualquier caso, no veían mayor objeción.

Este punto de vista es correcto mientras no se tome como base de las relaciones causa-efecto, definidas por la Ley de Hierro del Cáncer, así como la función de los Focos de Hamer en el cerebro. Pero si se les toma como base, entonces la esclerosis en placas es, como ya habíamos mencionado al principio, una consecuencia lógica, casi necesaria, de los Focos de Hamer. También eso han debido reconocerlo los colegas sin rodeos.

Resumiendo:

1. Los Focos de Hamer se componen de células nerviosas cerebrales, no proliferantes, temporalmente modificadas, así como células gliales proliferantes y de edemas intra y perifocales.
2. Por contra, los focos MS o cicatrices Focos de Hamer, sólo comprenden viejas células gliales, o sea gliosis.

Como consecuencia, durante el proceso de curación de los Focos de Hamer, las células nerviosas cerebrales temporalmente modificadas por la ruptura de campo en el momento del Síndrome Dirk Hamer, pueden ser reparadas en gran medida.