



CUESTIONANDO LA TEORÍA DE LA METÁSTASIS

Caroline Markolin, Ph.D.

“Continúa siendo un misterio cómo se convierten las células cancerosas en células metastásicas”.

Universidad de Yale (2008)

La teoría de las metástasis propone que células cancerosas se desprenden de un tumor primario, viajan a través del torrente sanguíneo y del sistema linfático y de forma azarosa se adhieren a otros tejidos, en donde producen un segundo crecimiento canceroso. Se cree que el proceso con células mutadas, “malignas” y “pillas” que actúan por su cuenta, es incontrolable frente al orden normal e inteligencia del cuerpo.

Una breve perspectiva histórica

En los siglos dieciocho y diecinueve las infecciones y los tumores eran considerados “material mórbido”, que si no era excretado o drenado de forma normal por el cuerpo se podía acumular, volverse “maligno”, y producir la muerte si se esparcía a otras áreas del cuerpo. Cuando se pensaba que el cáncer o la infección se habían esparcido de un órgano a otro, se le llamó “metástasis”. Se creía que las terapias médicas tales como perforaciones, purgas, sangrías, abrasiones y uso de sustancias venenosas ayudaban al drenaje de las sustancias “mortíferas”.

En el siglo XIX, los microorganismos fueron incluidos en el catálogo de los “materiales mórbidos”, y la teoría de los gérmenes de Pasteur se convirtió en la forma de pensar prevaleciente que soportaba la teoría de las metástasis. En el siglo XX, células cancerosas supuestamente mutantes y pillas fueron añadidas a la lista, uniéndose a las bacterias, hongos y virus como agentes causantes de enfermedad.

En la medicina de hoy día, ambas alopática y naturópata, se asume todavía que las células cancerosas y los microbios actúan en contra de nuestro cuerpo, y que nuestro organismo no tiene control sobre el proceso. Hasta el día de hoy, se cree que el cuerpo humano esta constantemente en guerra contra fuerzas maléficas que tratan de dañarlo y destruirlo. Los axiomas más básicos sobre los que se basa la teoría médica actual permanecen arraigados al miedo y superstición característicos de la edad del oscurantismo, ignorantes de la inteligencia creativa y cuidadosa que regula a la naturaleza y al cuerpo humano.

LA TEORIA DE LAS METÁSTASIS A LA LUZ DE LOS DESCUBRIMIENTOS DEL DR. HAMER

La relación psique-cerebro-órgano

La teoría de la metástasis descarta por completo el hecho de que cada célula del cuerpo humano está controlada desde el cerebro; en cambio, trata a cada célula como un organismo sensible que hace lo suyo. Un siglo de investigación médica ha confirmado que el cerebro es el “centro bioeléctrico coordinador” que regula todos los procesos bioquímicos, incluidos los cambios “patológicos” en órganos y tejidos. Incluso las “enfermedades infecciosas” no pueden progresar cuando se cortan los nervios del órgano afectado (Robert H. Walker: *Functional Processes of Disease*, 1951), lo que demuestra que las actividades de los microbios también están dirigidas por el cerebro.

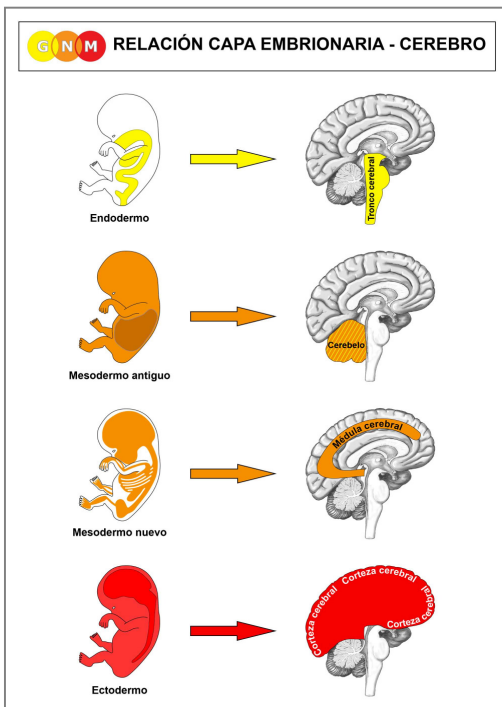
El Dr. Hamer descubrió la psique como un tercer componente que interactúa con el cerebro y el órgano correlativo. A través del análisis de los escáneres cerebrales de sus pacientes, descubrió que un “choque de conflicto” (DHS) ocurre no solo en la psique sino que impacta simultáneamente en el área del cerebro que se correlaciona con el conflicto particular. En el momento en que las células cerebrales registran el conflicto, la información se transmite inmediatamente al órgano correspondiente y en ese instante se activa un Programa Especial Biológico Significativo (SBS) para asistir al organismo, tanto a nivel psicológico como físico, durante esa crisis. Por lo tanto, cada cáncer o crecimiento tumoral es una respuesta biológica significativa a una situación de conflicto muy específica. Al comparar decenas de miles de tomografías computarizadas del cerebro de sus pacientes con sus registros médicos y sus historias personales, el Dr. Hamer pudo identificar la ubicación exacta en el cerebro desde donde se controla cada tipo de cáncer.

Apoyados firmemente por la ciencia de la Embriología, los descubrimientos del Dr. Hamer proveen la prueba científica de que ésta correlación entre la psique y el cuerpo mediada cerebralmente es inherente a cada organismo. Eso es decir que todas las especies responden a un “conflicto de miedo de la muerte” con cáncer de pulmón, a un “conflicto de existencia” (sentirse como un “pez fuera del agua”) con cáncer de riñón, o a un “conflicto de preocupación en el nido” (mamíferos y humanos) con cáncer de mama.

La razón por la cual todas las criaturas responden al mismo tipo de conflicto con el mismo órgano es porque, sea pez, reptil, mamífero o humano, todos los órganos de todas las especies pueden ser trazados a una de las tres capas embrionarias germinales que se desarrollan muy temprano durante el periodo de la etapa embrionaria. Para ser exactos, los pulmones, corazón o huesos de cada ser vivo son formados a partir del mismo tipo de capa germinal y son, por lo tanto, del mismo tipo de tejido. Debido a nuestra profunda interconexión con todas las formas de vida, en la GNM hablamos de conflictos biológicos más que de conflictos psicológicos.

Las células cancerosas no cruzan el umbral de tejidos

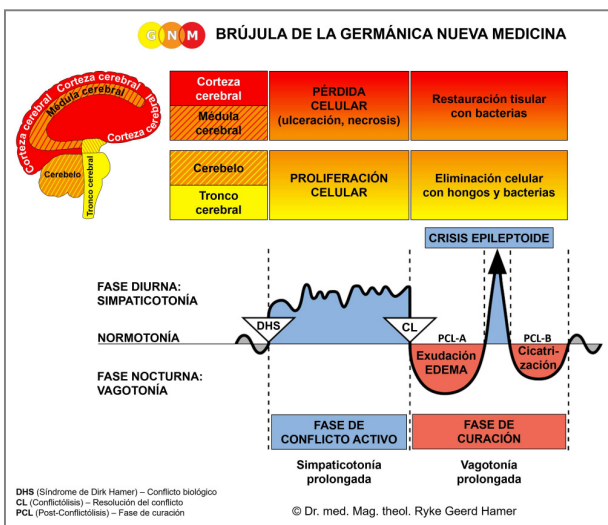
En el curso de esta investigación el Dr. Hamer también descubrió que la forma en que se encuentran dispuestos individualmente los centros de control cerebrales siguen un bello orden natural. La localización de los centros de control cerebral muestra que todos los tejidos que derivan de la misma capa germinal son controlados desde la misma área del cerebro.



Todos los órganos y tejidos que derivan del endodermo son controlados desde el tronco cerebral; todos los tejidos mesodérmicos son controlados desde el cerebelo o desde la sustancia blanca; todos los tejidos ectodérmicos son controlados desde la corteza cerebral.

Por lo tanto, cada cáncer implica siempre un sitio cerebral específico que controla el órgano o tejido relacionado con un conflicto. Bajo ninguna circunstancia, las células cancerosas son capaces de “metastatizar” a un órgano o tejido controlado por un sitio de relevo cerebral diferente y no afectado en sí mismo, ni tampoco se pueden “esparcir” a un tipo de tejido que derive de una capa germinal distinta. Las células cancerosas, la actividad de los microbios, y otros síntomas de enfermedad están unidos de manera absoluta a órganos o tejidos específicos, para los cuales el cerebro ha activado el Programa Especial Biológico (SBS).

La Tercera Ley Biológica de la GNM ofrece, por primera vez en medicina, un sistema confiable que permite una clasificación de todas las enfermedades según su tipo de tejido. Con respecto al cáncer, el “Sistema Ontogénico de Tumores” muestra que un cáncer (crecimiento tumoral) se desarrolla o



a) en la fase de conflicto activo en órganos controlados por el cerebro antiguo (tronco cerebral y cerebelo), en cuyo caso el tumor tiene un significado biológico, ya que mejora la función del órgano para facilitar la resolución de un conflicto.

b) en la fase de curación en órganos controlados por el cerebro (médula cerebral y corteza cerebral), donde el tumor es el resultado de un proceso natural de curación y recuperación después de que se haya resuelto el conflicto relacionado.

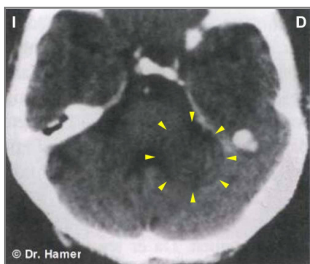
De cualquier modo, y esta es la quintaescencia de los descubrimientos del Dr. Hamer, **el cáncer es siempre parte de un proceso biológico *significativo* y por lo tanto no puede ser considerado más una “enfermedad”, y menos aún una “enfermedad maligna”**.

Comprendiendo los cánceres secundarios desde la perspectiva de la GNM

La Germánica Nueva Medicina no discute la existencia de segundos o múltiples cánceres. Pero, mientras aprendemos ahora a entender, los cánceres secundarios no son producidos como resultado del “esparcimiento” de las células cancerosas, sino que son el resultado de choques de conflictos *simultáneos* ó *posteriores*, involucrando al órgano que está biológicamente ligado a los conflictos respectivos. Esto es aplicable, sin excepción a cada caso de cáncer.

De acuerdo al Instituto Nacional del Cáncer (National Cancer Institute), los cánceres “metastáticos” más comunes son aquellos que se han “esparcido” a los pulmones, hígado, huesos, nódulos linfáticos o el cerebro. Bajo la luz de los descubrimientos del Dr. Hamer, está muy claro por que esto ocurre así.

El cáncer pulmonar está biológicamente unido a un conflicto de “miedo de la muerte”. Como cáncer secundario, el cáncer pulmonar es muy a menudo resultado de un choque del diagnóstico o del pronóstico percibido como una sentencia de muerte. Teniendo en cuenta que cada día miles de pacientes con cáncer están literalmente muertos de miedo por un diagnóstico de cáncer o un pronóstico negativo (“Tienes tres meses de vida”), no debería sorprender que el cáncer de pulmón sea, en términos de la medicina moderna, el “Asesino No. 1”.



Esta imagen de una tomografía computarizada cerebral muestra el FH en el sitio de control cerebral de los pulmones. En el momento en que el conflicto de miedo de la muerte impacta el cerebro, las células de los alvéolos pulmonares, encargadas de procesar el oxígeno, comienzan a multiplicarse inmediatamente, porque en términos biológicos, el miedo a morir es igual a no ser capaz de respirar.

Cáncer de pulmón en PCL-A

Basado en la interacción biológica entre la psique, el cerebro y los órganos, fumar no puede ser la causa del cáncer de pulmón, a menos que fumar cigarrillos esté relacionado con un miedo de la muerte inesperado (“Fumar Mata”). Sin embargo, las toxinas del humo del cigarrillo pueden dificultar mucho la fase de curación, especialmente cuando se está produciendo un proceso de curación en el tracto respiratorio.

Los **Cánceres Múltiples** también pueden ser el resultado de un DHS que tiene más de un aspecto. Si un hombre, por ejemplo, pierde su trabajo inesperadamente, puede sufrir simultáneamente un conflicto de “morirse de hambre/inanición” (“no se de que me voy a alimentar”) y un “conflicto de existencia/abandono” (“mi forma de ganarme la vida está en riesgo”). Cada conflicto impacta en un área cerebral de relevo específica y en éste caso se activarán dos Programas Especiales Biológicos. Si la actividad del conflicto es intensa, un tumor de hígado y un tumor renal se desarrollarán durante la fase de activa de estrés del conflicto. Después de que el conflicto ha sido resuelto (por ejemplo, al obtener otro trabajo) ambos tumores cursarán por un proceso de curación natural.

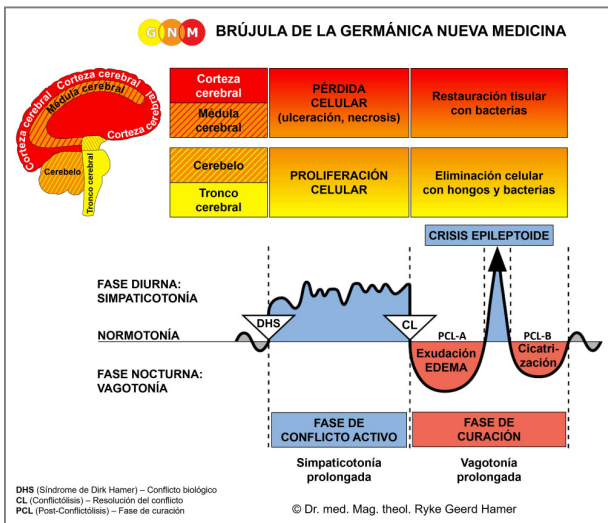
De acuerdo a los descubrimientos del Dr. Hamer, el **cáncer de hueso** está ligado a, “conflictos de desvalorización de sí mismo” mismos que los pacientes de cáncer típicamente experimentan por sentirse “inútiles” o que “ya no sirven”. Durante la fase activa del conflicto el (los) hueso (s) o articulación (es) más próximos a donde uno se siente “inútil”, “enfermo” o “que está mal” desarrolla una pérdida de tejido óseo (llamado “cáncer de hueso osteolítico”). Esto explica porque después de un diagnóstico de cáncer de próstata los hombres desarrollan frecuentemente cáncer de hueso en la pelvis o en la columna lumbar, sitios cercanos a la próstata (60% de todas las “metástasis óseas” en los hombres están relacionadas a la próstata). De forma similar, las mujeres que sufren una pérdida de autoestima debido al diagnóstico de cáncer de mama o por una mastectomía desfigurante, típicamente desarrollan cáncer óseo en las costillas o en el esternón. (70% de todas las “metástasis óseas” en las mujeres están relacionadas con el cáncer de mama). Considerando la desvalorización de sí mismo física y sexual que los hombres sienten frecuentemente cuando lidian con el cáncer de próstata, y la desvalorización de sí mismo que sufren las mujeres a menudo cuando enfrentan la pérdida de un seno, es obvio el porque los choques de conflicto que afectan a los huesos en éstas áreas son comunes. Lo mismo es aplicable al desarrollo de **linfomas** (típicamente en los nódulos ganglionares axilares como resultado de una “desvalorización en la mama” o en el área de la pelvis en conexión con el cáncer de próstata).

Contradiendo las teorías de las metástasis vis-à-vis con la investigación del Dr. Hamer

La teoría médica es que las células metastásicas son del mismo tipo que aquellas del tumor original (primario), por ejemplo, si el cáncer aparece en la mama y metastatiza en los huesos, se cree que las células de los huesos son células cancerosas de mama. Sin embargo, en el 2006, el Dr. Vincent Giguère, un investigador de cáncer del McGill University Health Centre en Montreal, estableció lo contrario: “Las células cancerosas de mama, por ejemplo, a menudo se dirigen a los huesos. Esto es toda una hazaña, debido a que primero tienen que mutar de células de mama a células de hueso”, dice el Dr. Giguère, “Sus colegas y él están tratando de descubrir como lo hacen” (*Globe and Mail*, Noviembre 28, 2006).

Basados en la investigación del Dr. Hamer, ninguna de las dos teorías de la metástasis puede ser verificada científicamente, debido a que ambas teorías asumen que el cáncer se origina en el cuerpo, en donde células supuestamente sanas mutan – de repente y sin razón alguna – en células “malignas”. Éste concepto falla en reconocer que los cánceres, así como todos los procesos corporales, están controlados desde el cerebro y que ¡todos los cánceres se originan en realidad en la psique! En vista de éste nueva forma de entender la naturaleza y origen del cáncer, los cánceres secundarios no pueden ser el resultado de células cancerosas que se esparcen por la sangre o por el sistema linfático a otros órganos, porque las células cancerosas bajo ninguna circunstancia son capaces de eludir este sistema biológico firmemente establecido. Las teorías convencionales de las metástasis (aparte de sus vergonzosas contradicciones) ignoran también la asociación histológica de todos y cada uno de los cánceres a una de las tres capas germinales embrionarias.

Por ejemplo, veamos un cáncer de mama intraductal y un cáncer de hueso:



El recubrimiento ectodérmico de los conductos galactóforos, incluyendo los tumores intraductales, son controlados desde la corteza cerebral mientras que los huesos, que derivan del mesodermo son controlados desde la sustancia blanca. Un cáncer de mama intra-ductal está ligado a un “conflicto de separación” y se desarrolla exclusivamente durante la fase de curación, mientras que el cáncer de hueso es siempre una indicación de que un “conflicto de desvalorización de sí mismo” está activo. Por lo tanto, si el cáncer de hueso es un cáncer secundario después del cáncer de mama, el cáncer de hueso solo puede ser resultado de una “desvalorización”, experimentada en el tiempo en que *¡el cáncer de mama está ya en la fase de sanación!*

Lo que hace más irracional el concepto de “cáncer de mama esparciéndose a los huesos” es que la llamada “metástasis osteoclástica” (un cáncer primario, tal como el cáncer de mama o de próstata que se ha “esparcido a los huesos”) no es por definición un crecimiento tumoral sino el opuesto, una pérdida de tejido óseo. Todavía tiene que explicarse como se supone que las células de cáncer crean “agujeros cancerosos” en los huesos sin involucrar al cerebro.

Exámenes de “Metástasis” bajo escrutinio

“A lo largo de los años, se desarrollaron muchas hipótesis para explicar la ineficiencia del proceso metastásico, pero ninguna de estas teorías explica por completo las observaciones biológicas y clínicas actuales”.

Breast Cancer Research, 2008

Los patólogos afirman que son capaces de detectar el origen de un cáncer secundario a través del análisis de muestras de tejidos (biopsias). La práctica actual es usar tintas y anticuerpos para identificar proteínas que son típicas de un tumor en específico. Éste método es llamado “técnica inmuno-histoquímica”. Sin embargo, una mirada crítica a éste método revela rápidamente que éste procedimiento no identifica células de cáncer metastásicas sino únicamente proteínas liberadas por un tumor. Un comentario en el sitio de internet educacional de UCLA (UCLA educational website) admite sobre ésta obvia discrepancia: “A pesar de que el análisis puede ser simple, éste sufre frecuentemente de baja sensibilidad o especificidad, y no provee medidas funcionales adecuadas en relación al comportamiento de la célula tumoral”. Desde el punto de vista de la GNM, la liberación de proteínas por parte de un tumor es parte natural del proceso de curación, particularmente cuando un tumor es descompuesto por bacterias tuberculares durante la fase de curación, por ejemplo en el caso de un cáncer glandular de mama. Mientras el cuerpo degrada las ahora superfluas células, las proteínas son liberadas al torrente sanguíneo. La técnica inmuno-histoquímica esta rastreando *solamente a estas proteínas*, y aún así, todavía nos es dada la impresión de que se están rastreando células de cáncer vivas.

Nunca se ha hecho una observación de células cancerosas vivas en la sangre o en el sistema linfático de un paciente con cáncer. Solo se han identificado *anticuerpos*, y éstos no prueban la presencia de células cancerosas “metastásicas” viables (el mismo método de “evidencia indirecta” es utilizado para “probar” la existencia de virus como causa de “infecciones virales”).

Nunca se han observado células cancerosas de un tumor primario anexándose de forma natural a otro órgano o tejido y haciendo crecer un nuevo tejido ahí. De nuevo, solamente se han rastreado “anticuerpos” o “proteínas” para un cáncer secundario.

En experimentos en los que los investigadores inyectan millones de células cancerosas “malignas” que están multiplicándose en un tumor, directamente al torrente sanguíneo, raramente aparecen tumores secundarios. “Usando un modelo en el que células de cáncer de mama crecieron en ratones inmuno-comprometidos, encontramos que solo una minoría de las células de cáncer de mama tienen la habilidad de formar nuevos tumores” (Departamento de Medicina Interna, Comprehensive Cancer Center, Universidad de la Escuela de Medicina de Michigan, Ann Arbor, MI 48109, EUA). Fuente: *Proceedings of the National Academy of Science of the USA*, 2003

Preguntas de sentido común que deberíamos hacernos:

- Si es verdad que las células cancerosas viajan a través del torrente sanguíneo, ¿por qué la sangre en donación no se revisa para ver si tiene éstas células?, y ¿por qué el público no es advertido por las autoridades de salud de los riesgos de entrar en contacto con sangre de un paciente con cáncer?

“Investigadores de la Escuela Europea de Oncología han llegado a la conclusión de que es improbable que **el cáncer se extienda por medio de transfusiones de sangre de pacientes que padecen cáncer sin diagnosticar** [èmfasi afegit].

Antes de que la sangre donada se utilice en transfusiones, debe someterse a unas pruebas rigurosas para asegurarse de que no es portadora de ninguna enfermedad. Sin embargo, aunque se conoce bien el riesgo de transmitir agentes infecciosos, resulta **más complicado determinar si enfermedades crónicas como el cáncer pueden contagiarse de un donante a un receptor.**

Un equipo de investigadores dirigido por Gustaf Edgren se basó en datos relativos a transfusiones y diagnósticos de cáncer en Dinamarca y Suecia para comprobar si hay alguna conexión entre ambos ... El equipo **no encontró ningún indicio de aumento del riesgo para los pacientes que habían recibido sangre de personas que padecieron alguno de los tipos de cáncer que, según se cree, conllevan un mayor riesgo de metástasis por la sangre** (cáncer de pulmón, hígado, esqueleto y del sistema nervioso central)”.

Comisión Europea, CORDIS, Resultados de investigaciones de la UE, 23 de julio de 2007
https://cordis.europa.eu/article/id/28090-blood-transfusio_23_de_julio_de_2023ns-unlikely-to-spread-cancer-finds-study/es

Estas observaciones confirman los hallazgos del Dr. Hamer (Tercera Ley Biológica) de que las células cancerosas NO utilizan la sangre como vía para “propagarse” a otros órganos, ni dentro de un organismo ni a los órganos de un receptor de donación de sangre.

- Si es verdad que las células cancerosas migran a través del torrente sanguíneo, ¿por qué los cánceres de las paredes de los vasos sanguíneos o del corazón no son los más frecuentes, si esos son los tejidos que estarían más expuestos a las células cancerosas que viajan en la sangre y la linfa?
- Si es verdad que las células cancerosas generan metástasis en otros órganos por medio del sistema linfático, ¿cómo es posible que un cáncer “metastático” se desarrolle en los huesos (estadísticamente los sitios mas frecuentes de “tumores metastáticos”) a pesar de que los huesos no son provistos de tejido linfático?
- Si es verdad que los tumores son causados por células cancerosas que migran a través de la sangre o del sistema linfático, ¿por qué las células cancerosas de un tumor primario raramente viajan a tejidos adyacentes, por ejemplo, desde el útero hacia el cérvix o desde los huesos a los tejidos musculares vecinos?

La teoría de las “metástasis cerebrales” vis-à-vis los descubrimientos del Dr. Hamer

El Dr. Hamer estableció en la década de los 80's que los llamados “tumores cerebrales” no son, como se asume, crecimientos anormales en el cerebro, sino más bien células gliales (tejido conectivo cerebral) que naturalmente se acumulan en la segunda fase de la fase de curación (fase PCL-B) en el área del cerebro que está, paralelamente a la curación del órgano, curándose al mismo tiempo. Eso es decir que, éste proceso de reparación glial ocurre durante CUALQUIER fase de curación dada. Ya sea si es una erupción cutánea, hemorroides, un resfriado común, una infección urinaria o un cáncer. Es una indicación absoluta de que el conflicto biológico ha sido resuelto y que la psique, el cerebro y el órgano están todos en la última etapa de curación.

Preguntas que también deberíamos hacernos:

- Si es verdad que los cánceres hacen metástasis al cerebro, ¿por qué les es permitido a las células cancerosas pasar la barrera hematoencefálica que funciona como filtro vital para prevenir que sustancias dañinas entren al cerebro?
- ¿Por qué nunca escuchamos sobre células de “tumor cerebral” haciendo metástasis desde el cerebro hacia un órgano, digamos, a la próstata, los huesos, o la mama? Con base en las doctrinas prevalentes, por ejemplo, esto se traduciría como ¡células cancerosas cerebrales causantes de cáncer pulmonar!

La Germánica Nueva Medicina del Dr. Hamer es el reto más grande que haya enfrentado el “establishment” médico, incluyendo a la ciencia médica de hoy y a la industria médica guiada por el lucro. Conscientes de esta amenaza, las autoridades médicas, apoyadas por el sistema de justicia y los medios de comunicación, están usando su poder para silenciar los descubrimientos médicos del Dr. Hamer y para procesar, perseguir, envilecer y criminalizar a su creador.

Fuente: www.LearningGNM.com