

TESIS 1

(parte 2)

CAPITULO 4

ACTUALES FUNDAMENTOS CIENTIFICOS DE LA BIOELECTROGRAVIA. 83

#### 4. ACTUALES FUNDAMENTOS DE LA BIOELECTROGRAFIA

4.1. ACTUALES FUNDAMENTOS CIENTIFICOS FISIOLÓGICOS: FISIOPATOLÓGICOS DEL DIAGNOSTICO BIOELECTROGRÁFICO

4.2. DE LA INFECCIÓN – NODO LINFÁTICO LLEGANDO AL DIAGNOSTICO BIOELECTROGRÁFICO.

Figura nº. 38. Las células (macrófagos), en el interior del ganglio linfático ingieren, digieren en los fagolisosomas, y defecan por exocitosis. Las partículas de células de la inflamación: neutrófilos, linfocitos, macrófagos; pedazos de las células residuales, y bacterias infecciosas vivas o muertas. Sustancias que entraran por el vaso linfático aferente, salen de la ulcera que está siendo drenada.

Saldrán del ganglio linfático por el vaso linfático eferente, las partículas y algunos antígenos solubles, sustancias ahora inofensivas para el organismo. Producto del trabajo realizado en el ganglio linfático. Por las células dendríticas. También por los plasmocitos, que antes eran linfocitos B: realizaran la mitosis, se multiplicaran y diferenciaran plasmocitos.

Fuente del esquema: Anatomía y fisiología humana (grato). Todas estas sustancias ahora inofensivas (partículas) entraran, en la circulación sanguínea, en las venas subclavias. Pudiendo circular por todo el cuerpo, en la circulación sanguínea sistémica, antes de ser excretadas. Las partículas excretadas son: catabolitos. Son sustancias no útiles al organismo.

Serán excretadas fuera del cuerpo, a través de la orina, las heces o el sudor, siendo el cometido del plasma sanguíneo liberar esas partículas, a través de las porosidades de los capilares, al líquido intracelular de las células secretoras de las glándulas sudoríparas, estas células secretoras reciben las partículas del líquido intercelular, excretándolas fuera del cuerpo, a través del sudor, las partículas inofensivas para el organismo, que antes fueron bacterias origen de infección en la piel, eran células inflamatorias del sistema inmunitario y células del tejido de la piel destruidas por la acción lesiva de las bacterias infecciosas. El sudor es un filtrado del plasma sanguíneo, liberado por la porosidad de los capilares, para el líquido intracelular, de las células secretoras de las glándulas sudoríparas. Estas células secretoras de las glándulas sudoríparas realizan el trabajo, recibiendo del líquido intracelular las partículas liberadas por el plasma sanguíneo, formando el sudor que ahora es portador de las partículas, producidas en el ganglio linfático por los macrófagos dendríticos que las fagocitan y defecan.

Al mismo tiempo las células secretoras de las glándulas sudoríparas, ayudadas por las células mioepiteliales, trabajan para que el sudor sea liberado del cuerpo, a través de los ductos excretores de las glándulas sudoríparas. El sudor contiene las partículas producto del trabajo realizado, por las células dendríticas y por los plasmocitos en el

ganglio linfático. Los plasmocitos secretan anticuerpos, que se unen a los epítomos de los antígenos de la superficie de la membrana de las bacterias vivas, neutralizando la acción lesiva de las bacterias vivas infecciosas, drenadas de la úlcera el ganglio linfático. Los restos de estas bacterias serán ingeridas, digeridas y defecadas por los macrófagos dendríticos presentes en el ganglio linfático, las bacterias son trituradas como partículas, las cuales saldrán por el vaso eferente del ganglio linfático a la circulación venosa entrando en la vena subclavia. El sudor transporta las partículas, secretado por las células secretoras de las glándulas sudoríparas formaran en la superficie de la piel la bioatmosfera-gaseosa. La bioatmosfera-gaseosa colocada sobre el electrodo de la bioelectrografia, absorbiendo la descarga electromagnética queda excitada-ionizada. La bioatmosfera-gaseosa excitada-ionizada es un estado físico de bioplasma. Es la bioelectrografia. Cuya herramienta de trabajo, que es la bioelectrografia, nos da la posibilidad de observar en ella las partículas liberadas del ganglio linfático, ahora, están en estado físico bioplasma, nos revelan las figuras de las partículas (pequeñas partes) llegadas de la infección/inflamación.

Figura nº 39. Observamos en la bioelectrografia las figuras de infección (dos flechas) Habitualmente en forma de árbol. Esta bioelectrografia no revela la infección de la piel. Esta aquí para mostrarnos las figuras de infección, ya sea de la piel o cualquier otra infección.

#### 4.3. DE LA INFECCION-INFLAMACION AL DIAGNOSTICO BIOELECTROGRAFICO.

Cuando los tejidos de nuestro cuerpo son invadidos por microorganismos patogénicos, ocurre el inicio de una infección en el organismo. Las plaquetas células sanguíneas detectan la infección. Aglutinadas junto a la lesión, liberan una sustancia química, o sea, los factores de crecimiento provenientes de las plaquetas (FGDP), estimulan la visita de las células de defensa del organismo (sistema inmunitario). Normalmente los primeras en llegar son los fagocitos, células neutrofilas, y después los linfocitos B: por mitosis se multiplican diferenciándose en plasmocitos productores y secretores de anticuerpos, cuyos anticuerpos van a unirse a los epítomos de los antígenos en la superficie de la membrana del cuerpo de las bacterias infecciosa, con los fragmentos del complemento, originando la lisis (descomposición del cuerpo de las bacterias). Los tejidos infectados liberan las sustancias químicas: histaminas, quininas, prostaglandinas, leucopenos. Las cuales originan el efecto de dilatar el interior de las arterias y aumentar el volumen de sangre en la zona infectada. Aumenta la permeabilidad de los capilares facilitando así el tránsito de las células de defensa del cuerpo, para actuar sobre el tejido de la lesión. Los plasmocitos que secretan los anticuerpos los cuales se unen a los epítomos de los antígenos, de la superficie de las bacterias infecciosas, siguiendo el sistema de cerradura, desactivan las bacterias infecciosas. Los macrófagos y los neutrofilos fagocitan (comen) los microorganismos infecciosos, pedazos de células de tejido dañado y células de la inflamación (inmunitarias) que morirán en combate.

Cuando hay peligro de lesión del tejido corporal por toxinas, bacterias, virus. Nuestro organismo (sistema inmunitario) activa una inflamación. La relación interactiva de muchos ejecutores, por ejemplo las interleucinas, permite la activación de las

funciones inmunológicas de la unidad funcional inmunitaria: respuesta tumoral, respuesta celular. En lugar de la infección aumenta el volumen de sangre transportando los neutrófilos, plasmocitos, fagocitos (macrófagos) y linfocitos, se produce una especie de combustión. En la función de drenaje. Los ganglios linfáticos satélites reciben de los vasos aferentes, la linfa aferente, compuesta por células de tejido corporal muertas, bacterias muertas y vivas, toxinas de estas y células inactivas, donde el o los ganglios linfáticos satélites, serán todas trituradas como partículas, por la función digestiva de los macrófagos, después defecadas por exocitosis. Al mismo tiempo en el lugar de la infección podrán ser destruidas las bacterias, por la acción del complejo anticuerpo-antígeno, ligados al componente complementario C3d, o aislados, opsonizan las bacterias uniéndose a los receptores específicos en la superficie de la membrana de los fagocitos neutrófilos o macrófagos, facilitando la fagocitosis: ingestión, digestión de las bacterias por los fagocitos neutrófilos, o macrófagos. Cuyos detritos serán defecados por exocitosis. Serán de esta forma desactivadas las toxinas y bacterias que consiguieran entrar en el cuerpo del huésped, originando la infección.

Las células de defensa después de destruir las bacterias infecciosas y limpiar los detritos, secretan las sustancias quimioquina, prostaglandinas, histaminas, las cuales nutren las células saludables en formación, reconstruyendo los tejidos sanando la lesión. Por tanto las infecciones no son una dolencia, si no, un proceso activo de autocuración, ejecutado por nuestro sistema inmunitario, solo cuando es saludable. Solo debemos aceptar una infección como dolencia cuando los virus, bacterias, toxinas, vencen la capacidad de trabajo de la unidad funcional del sistema inmunitario. Esto es, cuando el sistema inmunitario está débil, en otras palabras: existe la dolencia de la persona, en la unidad de su sistema funcional inmunitario, vencido por la infección.

En varios tejidos del cuerpo, macrófagos (fagocitos), esperan ser activados por determinados estímulos químicos (interleucinas), como por ejemplo, por los interferones (leucoproteínas del sistema inmunitario). Debido a las características de su superficie los macrófagos (fagocitos) serán aptos para descubrir que los antígenos son moléculas patológicas. Los macrófagos (fagocitos) rastrean el patógeno y lo engullen al interior del macrófago, en sus fagolisosomas, las bacterias y los demás patógenos son digeridos por diversas enzimas como la lisina.

Los macrófagos células dendríticas (fagocitos) en el interior de los ganglios linfáticos satélites que drenan los detritos de la infección, ingieren, digieren y defecan por exocitosis las partículas de los patógenos. (Los macrófagos cuando están en los tejidos, hasta pueden defecar los restos no digeridos). Del interior del ganglio linfático, satélite de la infección, son expulsadas las partículas y antígenos solubles a través de los vasos eferentes, para la circulación linfática y de esta para la circulación sanguínea entrando en las venas subclavas y de ahí a toda la circulación sanguínea sistémica. Llevadas a las vías urinarias: filtradas por los glomérulos renales o a las células. O a las heces, siendo el caso de las partículas liberadas de los ganglios linfáticos serán liberadas al plasma sanguíneo, por la porosidad de los capilares, en el líquido intracelular, de las células secretoras de las glándulas sudoríparas, estas células secretoras reciben del líquido intracelular, las partículas, las cuales en el sudor (un filtrado del plasma), serán excretadas fuera del organismo, por las células excretoras de las glándulas sudoríparas,

a lo largo de los poros, formando la bioatmósfera-gaseosa en la superficie de la piel. Serán vaciados así, los ganglios linfáticos, de las sustancias patogénicas drenadas de la lesión infección. Y, de partículas de los microorganismos patogénicos, digeridos y defecados por los macrófagos células dendríticas (fagócitos), trabajo realizado en el interior de los ganglios linfáticos (en estas situaciones patológicas).

Durante el tiempo que dura la infección/inflamación de los glóbulos blancos inactivos, células residuales muertas y bacterias infecciosas, forman un líquido tipo cremoso, es el pus, que es descompuesto por disolventes y proteínas (enzimas) especializadas. Estos, grandes o pequeños depósitos de pus, habitualmente, son expulsados para el exterior del cuerpo. El pus expulsado del organismo, cuando es liberado por la porosidad de los capilares, en el líquido intracelular, es recibido por las células secretoras de las glándulas sudoríparas, siendo expulsado por estas a través del sudor, fuera del organismo. Formando una bioatmósfera-gaseosa. La bioatmósfera-gaseosa colocada sobre el electrodo de la cámara bioelectrográfica, absorbiendo la descarga electromagnética queda excitada-ionizada. La bioatmósfera-gaseosa excitada-ionizada es un estado físico bioplasma. Es la bioelectrografía. Cuya herramienta de trabajo es la bioelectrografía, nos da la posibilidad de observar en ella, las partículas: pus liberado del ganglio linfático, ahora, en estado físico bioplasma, revelando-nos las figuras de las partículas (pequeñas partes) llegadas de la infección/inflamación.

Con el tiempo, la lesión originada por la infección, va a ir curándose, los pequeños vasos sanguíneos penetran en el área lesionada. Se crean pequeñas verrugas carnosas dentro de la zona herida. Donde sea que este la lesión en nuestro cuerpo saturándose progresivamente de tejido conjuntivo, hasta acabar el proceso de cura, formando una cicatriz, la cual cierra la herida curada.

Los factores de coagulación: fibrillas, plaquetas, vitamina k y calcio, forman moléculas grandes que producen coágulos, los cuales ejecutan el concierto de las paredes de los vasos sanguíneos, afectados por la dinámica de la infección, curándose. Nuestro "médico interno" (el timo), ordena el fin del estado de emergencia, el paciente entra progresivamente, en un estado, de salud y la infección fue vencida.

Aunque, los vigilantes leucocitos continúan en estado de alerta y prestos al ataque. Por fin la persona está sana. Ya que el vencedor fue la salud de la unidad funcional: psíquica-neuronal-endocrina-inmunitaria. El efecto sería otro, en el caso de que la unidad funcional continuase enferma, incapaz de realizar el trabajo que le lleva a vencer la infección. Es importante no estar en estado de estrés: no activar la secreción de las hormonas noradrenalina y glicocorticoides. Ya que estas desorganizan e inhiben el trabajo eficaz de nuestro sistema inmunitario. Afectando los centros neuropsíquicos de comandos. Si se prolonga por muchos años. Curada la infección no hay inflamación, ni secreciones realizadas, tampoco por las células secretoras de las glándulas sudoríparas, de partículas llegadas de la infección/inflamación. Terminado el diagnóstico bioelectrográfico con figuras de partículas, llegadas de la infección/inflamación en el estado físico del plasma observada en la bioelectrografía. Observamos a través de la bioelectrografía que la infección terminó. Ver la bioelectrografía (fig. 41).

#### 4.4. FUNCION INMUNITARIA OPTIMA: NO HAY INMUNODEFICIENCIA

Figura nº 40. Drenaje de la infección en la piel hecha en el ganglio linfático, por las células dendríticas, macrófagos, representadas en el diseño de la derecha.

Fuente: Esquema del macrófago. Michael J. Pelczar Jr. E.C.S. Chan. Noel R. Krieg. Microbiología y Conceptos Aplicados. (Grato).

Ganglio Linfático satélite drenando a través de la linfa la infección. Vaso aferente. La fagocitosis ejercida por los macrófagos digiere y defeca en la linfa cerca del 99% de los microorganismos patogénicos, (bacterias y antígenos). Células de la inflamación (inmunitarias) muertas y pedazos de células residuales destruidas, por las bacterias infecciosas. Así acontece con los antígenos específicos del cáncer.

Tenemos 1-3% de la población de plasmocitos en los ganglios linfáticos no estimulados por la infección. Aunque este porcentaje aumenta mucho en los ganglios linfáticos estimulados por el proceso de la infección. También por eso los ganglios se inflaman. El macrófago dendrítico (fagócito) digiriendo las bacterias vivas, o muertas y defecando los restos microbianos: ejerce esta función cuando están en los tejidos corporales y en el interior de los ganglios (ver la izquierda). Los microorganismos patógenos digeridos en los fagolisosomas en el interior del macrófago son defecados como partículas. Así sucede con los antígenos específicos del cáncer. Los cuales son expulsados de nuestros cuerpos por las vías urinarias, heces y glándulas sudoríparas a través del sudor. Los macrófagos (fagocitos) están presentes de forma activa en muchos órganos y tejidos de nuestro cuerpo. Por ejemplo: en los pulmones como macrófagos alveolares. 92

#### BIOELECTROGRAFIA PATRON SALUD

Figura nº 41. Observamos la bioeletrografia de una persona que goza de buena salud. En ella, no se revela la infección/inflamación o fractura de cáncer. 93

#### 4.5. PRESENTACION DE UNA MUESTRA DE INFECCION SIFILIS: OBSERVADA EN EL DIAGNOSTICO BIOELECTROGRAFICO

Hice 1960 diagnósticos bioelectrograficos, a lo largo de 24 años de trabajo clínico como osteópata. Utilizando la bioeletrográfica. De este número, tengo diagnósticos bioelectrograficos de 121 pacientes, portadores de cáncer en el tejido, confirmado por los diagnósticos histopatológicos.

Ver muestras en esta tesis (Ver fig. 43 y 44).

Figura nº42.Observo la bioeletrografia (izquierda) hecha a un hombre infectado por bacterias treponema pallidum durante 7 días. Al inicio de la dolencia infecciosa sífilis. Observo las bacterias blancas (tres) en campo oscuro de microscopio, (a la derecha). Observamos las figuras geométricas de la infección/inflamación. En forma de tela de araña, y de árbol, (dos flechas). Observadas en la Bioeletrografía. Un paciente de sexo masculino con 28 años de edad quedo infectado por la bacteria treponema pallidum, siete días antes de visitarme. Resultado de una relación sexual. El paciente presento un test MHA: es un test de hemoaglutinación pasiva, en cuyo test una pequeña cantidad de suero del paciente, es mezclado con una suspensión de glóbulos rojos, antes revestidos con antígenos de Treponema Pallidum, en el caso de que el suero contenga anticuerpos contra el Treponema Pallidum, estos causaran la aglutinación de los glóbulos rojos. No presentaba durante el diagnostico de bioelectrografia ninguna señal exterior en los órganos genitales, o en la piel, típico de sífilis. La sífilis estaba en el

comienzo de la fase 1. Pero, era portador de anticuerpos en la sangre que reaccionaban a los antígenos de la bacteria *Treponema Pallidum*.

#### 4.6. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO FISIOLÓGICO: FISIOPATOLÓGICO QUE DA FUNDAMENTO AL DIAGNÓSTICO BIOELECTROGRÁFICO. APLICADO EN INFECCIONES

Como es sabido, las bacterias *Treponema pallidum* a semejanza de otras bacterias o células cancerosas, producen moléculas en su interior, las cuales son traídas a la superficie de sus membranas. Las moléculas producidas en el interior de las bacterias o células cancerosas son antígenos, ligados a la molécula (proteína): HLA-1 (antígeno leucocitario humano-1) son incorporados en la superficie de ellas membranas de las bacterias infecciosas o en la superficie de las membranas de las células cancerosas y traídas a la superficie de sus membranas. Los virus parasitan en el interior de las células codifican proteínas que son traídas a la superficie de la membrana de la célula, por la molécula HLA-1 (antígeno leucocitario humano-1). Estas moléculas de la superficie de la membrana ligadas al HLA-1, son antígenos. Los antígenos son identificados por las células del sistema inmunitario, como cuerpos extraños y por eso como invasores y agresores del cuerpo enfermo. Los antígenos dependientes de su actividad inmune activan más o menos la respuesta de las células del cuerpo, para destruirlas antes de que ellas destruyan el cuerpo. El enfermo fue diagnosticado con Bioelectrografía, hace siete días que tiene todo el cuerpo lleno de las bacterias *Treponema pallidum*, transportadas por la circulación sanguínea y linfática. Las bacterias están vivas y activas y harán los estragos iniciales en el cuerpo del paciente. Pero el paciente tiene su sistema inmunitario trabajando para eliminar la acción lesiva de las bacterias *Treponema pallidum*. Los linfocitos B activados por los linfocitos T auxiliares, cuyos linfocitos T 96 auxiliares fueron activados por los macrófagos presentadores de antígenos procesados (semi digeridos), los linfocitos B aumentan el número de su mitosis, se multiplican y se diferencian en plasmocitos y células de memoria, los plasmocitos producen y segregan los anticuerpos (inmunoglobulinas) específicos, los cuales se unen a los antígenos de las bacterias *Treponema pallidum*, más específicamente, se unen a los epítomos del antígeno. Neutralizando la acción lesiva de estas bacterias sobre el cuerpo (células del cuerpo) del paciente. Son los epítomos específicos del antígeno, son los antígenos que estimulan los anticuerpos específicos se unirán a los epítomos, así, los anticuerpos anulan la actividad infecciosa de los antígenos. (De las bacterias). El sistema complementario es activado liberando quimotoxinas (c5a), que activan los fagocitos neutrofilos. Los anticuerpos: el complejo anticuerpo-antígeno, y el componente complementario alternativo c3b, juntos o aislados, ejecutan el proceso de opsonización de la bacteria. Cuando se unen a los epítomos de los antígenos de las bacterias, los complejos anticuerpo-antígenos aislados, unidos a los epítomos de los anticuerpos de las bacterias, con el complemento alternativo aislados o juntos, se unen a los receptores específicos del neutrófilo fagocitario unido a las bacterias, en la superficie del fagocito neutrófilo, facilitando la fagocitosis de las bacterias *Treponema pallidum*, ejecutada por los macrófagos y neutrófilos. Es una acción interactiva, facilitando la fagocitosis de las bacterias *Treponema pallidum*, que serán ingeridas, digeridas y defecadas por los macrófagos y por los neutrófilos fagocitos. En esta interacción en la defensa de la salud del cuerpo,

muchas veces los macrófagos presentadores de antígenos, presentan los antígenos incompletos sin epítomos, solo con la molécula transportadora que determina que determina la 97 inmunogenicidad, unidos a la molécula: antígeno leucocitario humano (HLA-II), en muy buenas condiciones a los linfocitos T auxiliares, estos activan los linfocitos B que por mitosis se multiplican, se diferencian en plasmocitos, estos secretan anticuerpos (inmunoglobulinas) que van a unirse con los componentes del complemento a los epítomos de los anticuerpos de las bacterias treponema Pallidum destruyéndolas. Los linfocitos T citotóxicos, activados por los linfocitos T auxiliares, o por los macrófagos presentadores de antígenos semi digeridos (procesado) destruyen las células treponema pallidum, a través de sus agujeros citotóxicos. Los linfocitos T citotóxicos de la rama celular inmunitaria, como vimos, atacan y destruyen las células treponema pallidum, u otras, de cualquier infección, de forma diferente a los linfocitos B. Los linfocitos B de la rama inmunitaria humoral, después de ser activados, por mitosis se multiplican diferenciados en plasmocitos, estos secretan anticuerpos que se unen a los epítomos de los antígenos de las bacterias anulando sus acciones infecciosa, que destruirían las células y tejidos del cuerpo. Los anticuerpos específicos se unen a los epítomos específicos, cuyos epítomos dan singularidad al antígeno así los anticuerpos anula la acción infecciosa de la bacteria treponema pallidum, atacándolas. Los linfocitos T citotóxicos son estimulados por las macromoléculas del antígeno, que son las que portan el gen de la inmunidad y transportan los epítomos, procesadas y presentadas por los macrófagos presentadores de antígenos. El antígeno completo está constituido por el epítomo y por el transportador. El terreno de este combate en el cuerpo del paciente infectado por las bacterias treponema pallidum, origen de la sífilis, ocurre en la sangre, en la linfa, en los tejidos de todo el cuerpo. Incluyendo los ganglios (ver fig. 38, 40 y 42). 98.

En el interior de los ganglios linfáticos los macrófagos células dendríticas digieren, y defecan el 99% del producto de desecho (catabolitos), llegados de la infección/inflamación que son drenados de los líquidos intracelulares (intersticiales) o drenados directamente de la infección/inflamación para los ganglios linfáticos satélites. Los catabolitos (producto de desecho) drenados en los líquidos intracelulares (intersticiales), son transportados por la linfa en los vasos linfáticos de todo el cuerpo, entran en los ganglios por los vasos aferentes, transitando lentamente el interior del ganglio, los catabolitos son destruidos: digerido y defecados, por los macrófagos dendríticos. También por la acción de anticuerpos secretados por los plasmocitos, los anticuerpos se unen a los epítomos de los antígenos de las bacterias con los componentes del complemento destruyéndolas. El número de plasmocitos aumenta mucho en el interior del ganglio, es por eso que el ganglio se inflama.

Las bacterias que entran en el ganglio enteras o en pedazos, por el vaso aferente, saldrán del ganglio por el vaso eferente como partículas, por efecto de digestión y defecación del macrófago, en el interior del ganglio, en el interior de millares de ganglios distribuidos por todo el cuerpo. Los ganglios son órganos del sistema linfático e inmunitario muy importantes, en funciones inmunitarias de defensa del organismo. El paciente puede estar “descansado”, ya que millares de bacterias treponema pallidum serán destruidos, también, en el interior de los ganglios.



Los macrófagos digerirán y defecarán por exocitosis partículas de bacterias en otros tejidos y órganos del cuerpo del paciente, como por ejemplo: en los tejidos 99 conjuntivos; en los pulmones, los macrófagos alveolares, en el hígado, los macrófagos células de Kupffer, inclusive en el bazo. En todo el cuerpo. Los macrófagos actúan como barredores de todo lo que sea inútil para el organismo (colector), creado por la infección. Ingeriendo, digiriendo y defecando por exocitosis. El cuerpo se está liberando de las partículas (pequeñas partes) restos de bacterias detritos (catabolitos) presentes en su interior. Que no le son útiles para la salud. Estas partículas drenadas a través de la porosidad de los capilares, al lado de las venitas, llegando de los líquidos intracelulares (intersticiales), llevadas al corazón y los pulmones por la circulación venosa y la arteria pulmonar. O estas partículas drenadas al mismo tiempo, por los capilares de los vasos linfáticos llegando de los líquidos intracelulares y conducidas por la linfa pasando por los ganglios, entrando en la circulación venosa en la vena subclavia. Los restos de las bacterias infecciosa *Treponema pallidum*, partículas de ellas derivadas (catabolitos), serán a través de esta función circulatoria conducidos al sitio donde serán expulsadas fuera del cuerpo.

Las partículas (catabólitos) se expulsaran del cuerpo por las vías urinarias, por las heces, o por el sudor.

En caso de las partículas de las bacterias infecciosa, sean liberadas del plasma sanguíneo, a través de la porosidades de los capilares del lado de las arteriolas, que protegen las glándulas sudoríparas, las partículas son conducidas hacia los líquidos intercelulares de las células secretoras de las glándulas sudoríparas. Serán (secretadas) expulsadas del cuerpo por la células secretoras de las glándulas sudoríparas, llevadas por el filtrado del plasma sanguíneo, que es el sudor, a lo largo de los ductos secretores de las glándulas sudoríparas, formando la 100 bioatmósfera-gaseosa en la superficie de la piel de los dedos. La bioatmósfera-gaseosa colocada sobre el electrodo de la bioelectrográfica absorbe la descarga electromagnética quedando excitada-ionizada, y por este efecto de física queda en estado de plana. Es la bioelectrografía. Tenemos en esta herramienta la oportunidad de observar las figuras geométricas con forma de tela de araña y de árbol, expulsadas del cuerpo por la vía de células secretoras de las glándulas sudoríparas, del sudor. (ver fig. 42)

#### 4.7. PRESENTACION DE DOS MUESTRAS DE CANCER: OBSERVADAS EN EL DIAGNOSTICO BIOELETROGRAFICO.

La paciente, se presentó en la consulta de osteopatía el día 28 de noviembre de 2009. Me conto que su abuela, falleció de cáncer en el estomago, y que su madre actualmente, también sufre de esta dolencia en el estomago. Debido a este factor histórico familiar, acepto hacer un examen bioelectrografico.

Material: Biopsia

“examen requerido exámenes histológicos de mucosa gástrica con búsqueda de *helicobacter pylori*.

Descripción Macroscópica: Producto de biopsia constituido por 2 fragmentos .

Descripción Microscópica: Se observan fragmentos de mucosa gástrica con congestión vascular e infiltrado inflamatorio constituido por linfocitos, plasmocitos y neutrófilos con señales de actividad moderada.

Presencia de atrofia glandular. Ausencia de displasia.  
Presencia de metaplasia intestinal. Ausencia de displasia.  
La búsqueda de microorganismos de tipo Helicobacter pylori fue positiva.  
No hay señal de malignidad”

Diagnóstico:

“Gastritis crónica activa, por La presencia de Helicobacter pylori” 102

Figura nº 43. Observo en La bioelectrografia La fractura de cáncer (seta). Fractura de cáncer de transdiferenciacion pré-displasia. Confirmada La coexistencia de metaplasia (pré-displasia en La bioelectrografia, por el examen histopatológico, hecho AL tejido Del estomago. Transdiferenciacion pré-displasia: (células con lesiones genéticas favorables a un eventual desarrollo de cáncer). A la luz de las fracturas de cáncer, tenemos: el diagnostico precoz de pré-cáncer en el estomago. cáncer de estomago: ES uno de los chancros que tienen origen en una infección/inflamación.

EL OSTEOPATA PRESCRIBIO:

Terapia no convencional:

Fortalecedores Del sistema inmunitario. Normalmente: Equinacea y selênio.

También terapia homeopática: argentium nitricum, magnesium posphoricum y nux vomica. Vitaminas: C, E, A.

La dolencia principal de esta mujer ES: su inmunodeficiencia.

EL MEDICO PRESCRIBIO:

Terapia general de antibióticos para matar el helicobacter pylori. Con su sucesiva disminución, La paciente dejo de tener el dolor habitual en el estomago, un mes después.

El 28 de noviembre de 2009. 103 El paciente me visito para una consulta de Osteopatía, presentando voluntariamente los exámenes de portador de cáncer. Teniendo decidido hacer el examen bioelectrografico.

«Producto:

A – Biopsia Prostática (Lóbulo Derecho).

B – Biopsia Prostática (Lóbulo Derecho)

C – Biopsia Prostática (Lóbulo Derecho)

D – Biopsia Prostática (Lóbulo Izquierdo)

E – Biopsia Prostática (Lóbulo Izquierdo)

F – Biopsia Prostática (Lóbulo Izquierdo)

Microscopia:

«A – B – F – Tejido prostático con adenocarcinoma moderadamente diferenciado (OMS), Score / (3+4) de Gleason. El tumor ocupa cerca de 30% Del total de los fragmentos. No se documenta invasión Peri-neural.

C-D – Tejido prostático sin neoplasia maligna.

E – Tejido prostático con lesiones de prostatitis crónica. Sin tejido de neoplasia maligna.

Diagnostico:

Adenocarcinoma de próstata Score 7 (3+4) de Gleason”104

Figura nº 44. Observo en la bioelectrografia de la izquierda la fractura de cáncer (flecha).

- 1- Observo en la bioelectrografia de la derecha la fractura de cáncer (flechas). Confirmada la coexistencia Del cáncer, en las bioelectrografias, por el examen histopatológico, realizado AL microscopio, con resultado positivo de cáncer en la próstata. Igualmente por el análisis de PSA.

#### SUMARIO

Fue detectado el cáncer en la próstata, en el años 2000, los PSA (antígenos específico de la próstata), fueron aumentados desde el 2000 hasta el 2005. El paciente en el años 2011 tiene 72 años de edad.

Del 2000 al 2005 los niveles de PSA que fueron hallados eran de 7,5/8 ng/ml. Indicio de antigenicidad de cáncer elevada. La bioelectrografia de la izquierda revela la fractura de cáncer. Fue hecha en 2005.

A partir de 2005, los niveles de PSA hallados descendieron hasta 3,05 ng/ml. Valor constante, hasta el día 16 de septiembre de 2011. En esta fecha fue hechas la bioelectrografia de la derecha: revela fractura de cáncer. La bajada del volumen de antígenos específicos de próstata de 2005 a 2011, significa que la antigenicidad (actividad maligna) de cáncer disminuyó. Pero la fractura sigue presente. 105

Observo en el diagnostico bioelectrografico que las fracturas oncológicas, inclusive, cuando el numero de antígenos específicos de la próstata, en circulación en sangre bajo de 7,5/8 ng/ml, a 3,05 ng/ml. No dejan de existir,. Entonces, la fractura sigue presente, ES igual a los cuatro estadios del cáncer siguientes:

1-estadio pró – cáncer: metaplasia = pró – displasia. (Ver muestra fig.43).

2-Cáncer in situ. (Cáncer en un epitelio: en este tejido).

3-cancer invasivo. (Cáncer que se desloca del epitelio, para el tejido conjuntivo vecino).

4-disminucion antigénica del cáncer. (De 2005 a septiembre de 2011. Bajada de:7,5/8 ng/ml, a 3,05 ng/ml). De los antígenos específicos de la próstata: o antígenos específicos de cáncer de próstata, en circulación en sangre.

Las informaciones de los estadios de gravedad patológica de cáncer son reveladas, por el numero de antígenos específicos de determinado cáncer en circulación en sangre. Las fracturas de cáncer perennes en la bioelectrografia, nos informan de la existencia del cáncer en los cuatro estadios arriba referenciados. Contenido: las fracturas no informan en que estadio de cáncer está- referente a uno de los cuatro estadios.

Aunque el diagnostico bioelectrográfico informa de la existencia de fractura de cáncer, comparado con los Mas, o diagnóstico bioeletrográfico informa a existencia de fractura de cáncer, comparado con los diagnósticos histopatológicos, hechos en anatomía patológica de 121 de mis pacientes con fractura de cáncer en bioelectrografia, a lo largo de 24 años de clínica Osteopatía.

Los Antígenos son macromoléculas con peso molecular de >10.000 daltons. Circulan en la sangre pero no son liberados, a los líquidos intracelulares de las glándulas sudoríparas. En los líquidos intracelulares de las células secretoras de las glándulas

sudoríparas, están presentes partículas de bajo peso molecular. Las partículas derivadas (descendientes) de los antígenos específicos de cáncer son partículas de bajo peso molecular. Hechas partículas por las células macrófagos (fagócitos). En función inmunitaria presentes en la bioatmosfera-gaseosa, detectada en la bioelectrografía.

Terapia no convencional:

Los antígenos específicos de cáncer bajan los valores constantes de 7,5/8 ng/ml. a 3,05 ng/ml. Que es lo que ocurre? El paciente voluntariamente retiro la carne de su alimentación, no fumo nunca, paso a alimentarse con hortalizas, frutas y cereales integrales. Y añadió la siguiente terapia: tomaba caldo de tomate, cebolla y patata.

Una vez hecho el diagnostico Oncológico Bioelectrografio el osteópata prescribió a su paciente la siguiente terapia no convencional: Essiac-helps support immune system (soporte auxiliar para el sistema inmunitario) añadí lo siguiente CELL DROP`S: Food for your cells (comida para tus células). O2 Dietary Supplement 30ml 1oz. The Science of Oxygen, Hydrogen, Amino Acids, Enzymes & Colloidal Minerals in a Liquid Supplemental Form. MAKES OVER 34 QUARTS.

Fue uno de los actos del saber de la medicina Osteopatía de Portugal. Aplicada en el sentido de mejorar el bienestar del paciente. AL abrigo de la ley 45/2003: aplican un proceso específico de diagnostico o terapia propia. El acto osteópata es independiente, artículo 5º de esta ley. De vez en cuando el paciente me visita.

#### 4.8. DESCRIPCION DEL PROCESO FISIOLÓGICO:FISIOPATOLÓGICO QUE DA FUNDAMENTO AL DIAGNOSTICO BIOELETROGRAFICO APLICADO EM CANCER.

¿de dónde viene la fractura oncológica?, viene de los antígenos específicos de las células cancerígenas.

En el capítulo 1 expuse la utilización de la bioelectrografía a través del método experimental y en el soportado, asociándolo a otras investigaciones, observe que la bioatmosfera-ionizada que es la bioelectrografía, es una extensión terminal de la unidad bioelectrolítica de nuestro cuerpo. En las divisiones intracelulares-líquido intracelular-plasma sanguíneo. Para ser más correcto lo escribo así: líquido intracelular – líquido intercelular – plasma sanguíneo – bioatmosfera – gaseosa.

Así, me fue dada la materia biológica de estudio, que es a bioatmosfera-gaseosa cuando esta excitada-ionizada, forma la bioelectrografía: herramienta de observación.

Un tumor maligno solida y profundo, más o menos redondo, se multiplica y crece, fenómeno que prueba su habilidad para vencer el sistema inmunitario.

Cuando llega a 1cm de diámetro supone cerca de 30 multiplicaciones, aproximadamente un billón de celular cancerosas, es detectado por los diagnósticos convencionales. En esta fase de crecimiento el éxito terapéutico puede ser imposible. Billones de células se multiplicaran, para que el tumor llegase a este volumen. Habrá seguramente una metástasis, células originarias del principal tumor, desplazadas en la corriente sanguínea o linfática, a generar un cáncer secundario en otro lugar del cuerpo.

Pero, no todas las células de cáncer se multiplicaran, algunas mueren por deficiencia circulatoria y por efecto, falta de oxígeno y nutrientes, originando retraso en el crecimiento del cáncer. En el ciclo celular, o punto de restricción (R) puede impedirse que las células transformadas entren en la fase (S), continuando el ciclo celular normal. Muchas células permanecen en la fase (S), continuando el ciclo celular normal. Muchas células permanecen en la fase del ciclo cero (0), por un largo período o perpetuamente, sin multiplicarse, no produciendo células ni tejido nuevo aunque fuese cancerígeno.

Volvamos al diagnóstico. Tenemos la excepción del cáncer, en cuello de útero, órgano más fácil, por ser posible a través del canal vaginal, coger de la superficie del tejido epitelial uterino, células escamosas las cuales colocadas en una lamina de vidrio, sueltas al examen histopatológico al microscopio (anatomía patológica) permite detectar este cáncer con 1mm de diámetro, cerca de 20 multiplicaciones. A través de este método de diagnóstico se recibió la información de alteraciones de forma y tamaños de los núcleos de las células de transformación de la estructura del material genético ADN, en el núcleo de la célula, pudiendo se diagnosticas una lesión maligna en fase de displasia (pré-cáncer: neoplasia intermedia).

Hemos detectado un tumor, aun invisible a nuestros métodos de diagnóstico convencionales. Dando la oportunidad de decisión de proceder a la cirugía que por sí misma cura el 90% de estos tumores malignos.

Los pacientes que me visitaron en las consultas de osteopatía portadores de cáncer, más Allá de los síntomas e incapacidades específicas, en la unidad funcional neuromuscular-esquelética (biomotora), encontrada en la consulta Osteopatía. Presentaban el síndrome habitual de las personas portadoras de cáncer: Adelgazamiento, distonia muscular, vértigos, Dolores, tos con expectoración sanguinolenta, enrojecimiento, (el cual es posible encontrarlo en las células cancerígenas) y depresión. Los cuadros de sintomatología de los pacientes de cáncer, no tienen origen solamente en la presión que el volumen del tumor ejerce sobre los órganos por el invadido. La distonia muscular de estos pacientes tiene origen en el hecho de que las células cancerígenas tienen un metabolismo muy acelerado, multiplicándose a gran velocidad. Necesitan de mas energía, no hay glucosa suficiente: consumen el tejido grueso buscando energía, el paciente adelgaza, en un estado avanzado de cáncer buscara los aminoácidos de los músculos, cuando debilidad física del paciente. Los síntomas de estos pacientes tienen origen, también, en las sustancias tóxicas liberadas por las células cancerígenas, en la circulación sanguínea y linfática. Son antígenos específicos de cáncer que circulan por la sangre y la linfa, la célula cancerígena es un antígeno y produce antígenos en su interior .

Las células cancerígenas se multiplican a máxima velocidad, necesitando sintetizar grandes cantidades de proteína, para el crecimiento de las células por mitosis, es por eso que, cuando observadas en histopatología al microscopio, se encuentra gran concentración de ARN, en el citoplasma de la célula cancerígena.

También las células cancerígenas a semejanza de todas las células anormales (enfermas) en el cuerpo, producen sustancias que son antígenos constituidas por epítipo que les da su carácter específico, y por la molécula portadora que es

portadora de la inmunogenicidad. Estos antígenos producidos en el interior de las células cancerígenas son transportadas del interior de la célula a la superficie de su membrana, por las moléculas (proteínas): antígeno, se presenta una superficie de la membrana de la células cancerígenas. La incorporación, en la superficie de la membrana de la célula cancerígena y de sus antígenos específicos de cáncer, de mayor o menos antigenicidad en mayor o menor tiempo, la célula cancerígena. Dependiendo de la inmunogenicidad y su especificidad de los antígenos, y del tiempo que la célula cancerígena lleva a producir su antigenicidad y esta al ser incorporada en la superficie de su membrana es igual a mayor o menor tiempo en que Ella se está multiplicando, para producir su tumor maligno sin que el sistema inmunitario, sea activado a dar respuesta antigénica, para iniciar la defensa del cuerpo del paciente. Hay un tiempo de ocultación y por ello de gravedad de la célula cancerígena. Hasta que se revelen sus antígenos y su especificidad al sistema inmunitario. El sistema inmunitario es desactivado a dar respuesta después de que se ha revelado su antígeno, para defender el cuerpo enfermo. Los linfocitos T citotóxicos serán activados, por la presentación de los antígenos específicos de la célula cancerosa que la célula cancerosa incorpore en su membrana. Los linfocitos T citotóxicos serán activados, por la presentación de los antígenos específicos de la célula cancerígena que la célula incorpore a su membrana. Los linfocitos T citotóxicos activados, darán la respuesta inmunitaria antigénica destruyendo las células cancerígenas con mayor rapidez y eficacia, siempre dependiendo de mayor o menor antigenicidad de la célula cancerígena, actuando sobre la células cancerígenas con sus erosiones citotóxicas destruyéndolas. La respuesta inmunitaria de los linfocitos T citotóxicos es adquirida antes de la acción de defensa del cuerpo ejecutada, por los linfocitos T citotóxicos. Ya en tiempo anterior la acción inmunitaria de los linfocitos T citotóxicos, las células natural killer (subgrupo de linfocitos y mayores: 12 a 15 micrómetros de diámetro) hacían sus trabajo sin necesidad de sensibilización previa, por el contacto con el antígeno de superficie de la membrana de la célula cancerígena, para atacar las células cancerígenas se unen a ellas penetran en su interior horadando las membranas con sus enzimas destructivas de las membranas de las células cancerígenas. La respuesta inmunitaria de las células natural killer es innata. Aun así no se entiende porque estas células identifican células cancerígenas, como antígenos (extrañas al organismo). Los fragmentos que son los restos de las células cancerígenas destruidas, por la acción inmunitaria también son antígenos específicos del cáncer. En los tejidos, circulando en sangre y linfa y en los ganglios linfáticos, los macrófagos ingieren, digieren y defecan por exocitosis, las partículas de los fragmentos de las células cancerosa. Antígenos específicos de cáncer. Los macrófagos atacan y destruyen células cancerosas. La célula pro-cáncer tiene inicio, en una única célula clon, los protooncogenes reguladores de la división multiplicación celular, van sufriendo lesiones sucesivas originada por sustancias carcinógenas químicas o radiaciones, las más conocidas son las radiaciones ultra violeta. Causa de cáncer melanoma en las células melanocitos de la piel. Hace un tiempo en que las mutaciones genéticas de los protooncogenes son separadas por el gen p53 u otros genes reparadores.

El gen p53 se encuentra en la mitad de las personas con cáncer. Sucede que no siempre estas reparaciones reparan todas las lesiones de los protooncogenes. los que no son reparados pasan a ser oncogenes (onco=cáncer), los oncogenes con lesiones se

van acumulando en el núcleo de la célula alterando la estructura e información de estas.

Las mutaciones genéticas, aumentadas, en las sucesivas proliferaciones (multiplicaciones) celulares, llegan al estadio de cáncer in situ, o invasivo. Pero por definición, un cáncer que vive a lo largo de 4-6 años escondido, es porque tiene la capacidad de vencer el sistema inmunitario, e inclusive anularlo, con sustancias específicas tóxicas. Muchas veces la célula maligna se defiende, creando vesículas que protegen del ataque de los linfocitos. (ver fig. 45).

Cuando, en el sitio del tejido con inflamación, se genera la célula pro-cancerígena. La célula clon pro-cancerígena sintetiza y excreta sustancias tóxicas, que dan continuidad a la inflamación: comenzando por la sustancia cox-2 pero las citoquinas y quimoquinas, que estimulan la proliferación (multiplicación) del tumor cancerígeno. Cuando está en fase de pro-cáncer (células con mutaciones genéticas favorables al desarrollo del cáncer). Cuando en la fase de pro-cáncer, las células con mutaciones genéticas favorables al desarrollo del cáncer consiguen vencer uno de los obstáculos a su desarrollo que es la apoptosis celular, programada genéticamente para matar las células pro-cancerígenas. La célula pro-cáncer ira acumulando mutaciones genéticas hasta formar un tumor maligno (cáncer). Uno de los genes supresores que trabaja en el interior de las células, con sus proteína ejecutoras que origina la apoptosis, es el gen p53 cuando este gen y sus proteínas ejecutoras no consiguen reparar el ADN lesionado (mutación) origina la apoptosis: acorralando los genes mutado en el interior del núcleo de la célula, llevando la célula a la muerte. Dando fin al desenvolvimiento de la célula cancerígena. Cuando las mutaciones en las células pro-cáncer, mutaciones (lesiones) de los protooncogenes que regulan la división (multiplicación) celular, no son reparadas por los genes p53 y sus proteínas ejecutoras, o cuando los genes p53 no originan la apoptosis, los protooncogenes lesionados, llamados oncogenes (onco = cáncer) continúan dando informaciones a sus proteínas ejecutoras de multiplicación sin límite de las células pro-cáncer, la acumulación de mutaciones genéticas, genera alteraciones en la forma de función celular dando le nuevas características. La célula pro-cancerígena continua acumulando mutaciones genéticas, continua multiplicándose, acumulando células cancerígenas hasta formar el tumor maligno (cáncer). Simplemente se desenvuelve la creación de nuevos vasos sanguíneos (angiogenesis) que alimentaran el cáncer de oxígeno y nutrientes. Continuando con la falsa actividad en el sitio de la inflamación, de que está realizándose la cura de los tejidos infectados. Pues la grave realidad es que el procesos de inflamación continua ahora a nutrir el desarrollo de células pro-cancerígenas. Un ejemplo de esta patología es la gastritis o ulcera gástrica en el estomago causado por la bacteria helicobacter pylori (ver fig. 43) o la inflamación crónica en el colon, o el cáncer hepatocarcinoma en hígado causado por el virus de la infección de hepatitis B o C.

Siempre que, por golpe, fricción, veneno o infección, los tejidos son lesionados, las plaquetas detectan la lesión y segregan los factores de crecimiento derivados de las plaquetas (FGDP), estimulando las células inmunitarias la segregaran las sustancias: citoquinas, quimoquinas, prostaglandinas, leucotrienos y tromboxanos. Estas sustancias desempeñan funciones diferenciadas, en función de defensa del cuerpo,

participando en la generación de nuevas células y tejidos, nuevas venas y arterias (angiogenesis) eliminando la lesión del tejido o del órgano.

En el caso de infección por microorganismos, cooperan en la eliminación de las bacterias origen de la infección, eventualmente la célula cancerígena se origina en lugar de la infección. A partir de aquí, el proceso de inflamación se convierte, y pasa a ejecutar el efecto contrario, que es el de alimentar y colaborar en el crecimiento del tumor cancerígeno. La función inflamatoria anterior de construir células normales y saludables en el cuerpo, pasa ahora a alimentar el desarrollo del cáncer con las células inmunitarias engañadas e inofensivas, segregando citoquinas, trabajando a favor de la formación de un tumor cancerígeno que se genera de una célula clon, en el sitio de la inflamación.

En aquel periodo de origen de la célula clon pro-cancerígena (favorable al desarrollo de cáncer) en el lugar del tejido inflamado, el sistema inmunitario en todo el cuerpo no deja de trabajar.

Los macrófagos en los tejidos de los órganos, responden al estímulo de las células pro-cancerígenas, o ya en el estadio de células cancerígenas, atacándolas y destruyéndolas, donde quiera que estén los macrófagos muchas veces actúan como barredores de despojos y restos de células cancerígenas muertas por otras células de defensa del cuerpo. En esta función, los macrófagos fagocitan los antígenos específicos liberados por las células cancerígenas todo este material (basura) : restos de células cancerígenas muertas, y antígenos específicos del cáncer antes ingeridos, digeridos y defecados por exocitosis por los macrófagos, son drenados por la circulación sanguínea y linfática, siendo expulsadas del cuerpo como partículas.

Idénticos destinos tienen los fragmentos de células muertas, por los linfocitos T citotóxicos: por sus perforaciones. Igualmente muertas por los linfocitos natural K.

4.9. EL LINFOCITO T CITOTÓXICO ACTIVADO RESPONDE CON ACCIÓN DESTRUCTIVA DE LA CÉLULA CANCERÍGENA. LA CÉLULA CANCERÍGENA SE DEFIENDE DEL ATAQUE EJECUTADO POR EL LINFOCITO T CITOTÓXICO, CREANDO VESÍCULAS QUE LA ENVUELVE Y PROTEGE

Figura nº 45. Observo que antígenos específicos producidos en el interior de la célula cancerígena fueron presentados e incorporados en la superficie de la membrana de la célula cancerígena.

Transportados del interior de la célula cancerígena por las moléculas HLA-1 (antígenos leucocitarios humanos-1). La cantidad de antígenos en la superficie de la célula cancerígena (antigenicidad): activa la respuesta inmunitaria celular de linfocitos T citotóxicos. El cual intenta destruir la célula cancerígena (flecha) con sus perforaciones. Pero la célula cancerígena crea vesículas que la envuelve y protege (flecha comprimida)

14 Fuente: Prof. Dr. Charles R. Clayman. Combatir el chancro. (Grato).

4.10. MUESTRAS DE DIAGNÓSTICO BIOELECTROGRÁFICO MANDADAS POR LOS MÉDICOS Drs. JULIO GROTT E HELIO GROTT: CÁNCER DE CABEZA DE PÁNCREAS Y CÁNCER DE PULMÓN. FRACTURAS DE



#### CÂNCER: FLECHAS.

Figura nº 46. Observo en las 9 bioelectrografías (arriba) el diagnóstico bioelectrográfico aplicado en oncología por los médicos Drs. Júlio Grott e Hélio Grott con el fin de detectar cáncer encima del fiim nº 1: “paciente de sexo femenino 68 años-tumor maligno de cabeza de páncreas. Debajo del film nº2 paciente de sexo femenino 57 años-tumor maligno de pulmón” de la investigación de los médicos presentados en el Hospital Militar General de Curitiba, Brasil. (Ver anexos 1 y 2). Fueron estas muestras las que los médicos Júlio Grott e Hélio Grott me mandaron en el año 1990. Podemos observar las fracturas de cáncer (flechas), en los campos de bioplasmas que son las bioelectrografías encima. Utilizaban las diapositivas a fin de archivar y documentar su investigación bioelectrográfica aplicada en oncología en el Hospital Militar General de Curitiba. Brasil.

#### 4.11.MUESTRA BIOELECTROGRAFICA QUE MANDE A LOS Drs. JULIO GROTT E HELIO GROTT. CANCER DE PULMON: FLECHAS.

Figura nº 47. Observo fracturas de cáncer en esta bioelectrografía (flecha). Presento una bioelectrografía muestra. Es una de las bioelectrografías, de un total de 6, que mande a los médicos Júlio Grott e Hélio Grott, al Hospital Militar General de Curitiba. Fue el siguiente: el paciente me visito con el diagnóstico médico de que era portador de cáncer de pulmón. Venía decidido a hacer bioelectrografía y la hicimos. En el año 1989 en la Villa de las Mercedes, Lisboa-Sintra. El resultado está frente a nuestros ojos: observamos las fracturas de cáncer indicadas por la flechas. Este Señor tenía la cirugía programada, pero no llegó a operarse. Ya era demasiado tarde. Tenemos aquí otros dos casos de diagnósticos de cáncer, que hizo a lo largo de 24 años, en clínica osteopatía idéntico a los casos de las muestras (ver fig. 43 y 44: capítulo 4) bioelectrografía nos muestra las fracturas oncológicas, solo que hay un detalle muy importante, ya era demasiado tarde. El cáncer iniciado por las lesiones de los genes (mutaciones), origen de la alteración de la información genética en el núcleo de una única célula clon. Las lesiones en los genes reguladores de la división de las células: protooncogenes fueron originados por los carcinógenos. Los protooncogenes lesionados se diferencian en oncogenes (genes que sufrirán las mutaciones (lesiones) origen de posible desarrollo de tumor cancerígeno). En caso de que las lesiones de los genes en el núcleo de las células no serán reparadas, por las proteínas ejecutoras del gen p53 o de otros genes con idéntica función no será activada la apoptosis, en este caso para mantener la célula pro-cancerígena (célula favorable al desarrollo del cáncer, por haber sufrido lesiones genéticas) habrá empezado el proceso progresivo a partir de una única célula desde la que se va a generar el tumor maligno (cáncer), por acumulación de mutaciones genéticas, el tiempo suficiente más rápido o más lento. El cáncer de pulmón de este paciente se desarrolló en silencio, y de forma escondida. Puede ocurrir este fenomenito durante más de cinco años o décadas cuando el cáncer da señales o síntomas de que existe en estos casos ya es muy tarde. Pues el cáncer secundario (metástasis), tuvo tiempo de sobra para existir.

#### CAPITULO 5

LUGAR FISIOLÓGICO DE SECRECIÓN DE LAS PARTICULAS PATOLÓGICAS: DETECTADAS POR EL DIAGNÓSTICO BIOELECTROGRÁFICO.

## 5. LUGAR FISIOLÓGICO DE SECRECIÓN DE LAS PARTÍCULAS PATOLÓGICAS: DETECTADAS POR EL DIAGNÓSTICO BIOELECTROGRÁFICO.

### 5.1. OBSERVO EL LUGAR FISIOLÓGICO DE SECRECIÓN DE LAS PARTÍCULAS PATOLÓGICAS.

Es una unión fisiológica circulatoria: arterias-capilares-líquidos intracelulares-células secretoras de las glándulas sudoríparas. Que la secreción de las partículas (catabolitos) de infección y de las partículas derivadas (descendientes) de los antígenos específicos del cáncer, discurre. En los ductos secretores de las glándulas sudoríparas el sudor transporta las partículas hacia los poros. En la superficie de la piel se forma la bioatmósfera –gaseosa.

Figura nº 48. El esquema muestra la circulación sanguínea de la piel y las glándulas sudoríparas en la piel. Vemos los capilares blancos donde circula la sangre oxigenada, nutrientes y partículas (catabolitos) partículas derivadas de la infección y derivadas de los genes específicos del cáncer. Los capilares blancos y los capilares negros son, una unión de la circulación sistémica. Del corazón parten las arterias-arteriolas-capilares. Estos últimos rodean las glándulas sudoríparas. Los capilares del lado de las arterias liberan las partículas para los líquidos intracelulares de las glándulas sudoríparas (flecha corta). Donde son excretadas hacia fuera del cuerpo por los ductos secretores (flecha larga).

Fuente del esquema: Histología Funcional.

En el caso de las partículas de las bacterias infecciosas. Igualmente las partículas derivadas de los genes específicos de cáncer. Serán liberadas al plasma sanguíneo que es el sudor a lo largo de los ductos secretores de las glándulas sudoríparas, formando la bioatmósfera-gaseosa, en la superficie de la piel de los dedos. La bioatmósfera-gaseosa cuando es excitada-ionizada: es la bioelectrografía de diagnóstico bioelectrográfico de la infección/inflamación o de la fractura de cáncer.

## CAPÍTULO 6

### DISCUSIÓN

#### 6. DISCUSIÓN

##### 6.1. DISCUSIÓN

En todo el capítulo 4 describí los fundamentos científicos del diagnóstico bioelectrográfico. Como Osteópata recurrí a la fisiología de la circulación, acción de los macrófagos dendríticos en el interior de los ganglios linfáticos, donde fagocitan digieren y defecan los detritos, drenados de la infección de la piel. También recorrí la fisiología de la circulación sanguínea y linfática, describí la actividad inmunitaria en las infecciones por bacterias lo suficiente para dar sentido y fundamento científico al diagnóstico bioelectrográfico, aplicado en las infecciones bacterianas y en concreto en el caso de la sífilis ya presentado (como muestra). Siempre orientado en el sentido de fundamentar en fisiología y fisiopatología el diagnóstico bioelectrográfico, aplicado en oncología. Describí la actividad de los linfocitos T citotóxicos y de las células natural killer (tipo de linfocitos mayores) Que atacan y destruyen las células cancerígenas, sin necesidad de previa sensibilización, efectuada por los antígenos específicos de cáncer: producidos en el interior de la célula cancerígena e incorporados en su membrana. Incluyendo los macrófagos por su funciones inmunitarias específicas de ataque y destrucción de células cancerígenas. Mas allá de la destrucción de las células cancerígenas también las comen (fagocitan) y defecan por exocitosis. Así los restos de los anteriores cuerpos extraños presentes en el cuerpo y causantes de enfermedad son

transportados como partículas en la circulación sanguínea y linfática a las heces, la orina y el sudor donde son expulsadas fuera del cuerpo. La fisiología (función) de la circulación sanguínea y linfática por su importancia de llevar las partículas a los sitios del cuerpo donde son expulsadas exigió que hiciese presente en la estructura de esta Tesis, pequeña en el cuerpo pero densa en contenido, la anatomía y la fisiología (ver fig. 48) de este singular proceso de secreción, realizado por las células secretoras de las glándulas sudoríparas expulsando fuera del cuerpo las partículas derivadas de los antígenos específicos del cáncer. Cuyas partículas transportadas por el sudor hacia los poros, forma la bioatmósfera-gaseosa envolviendo la piel. La bioatmósfera-gaseosa al ser excitada-ionizada forma la bioelectrografía, herramienta que nos da a observar las figuras geométricas de árbol o tela de araña, revelando la infección, o dándonos a observar las fracturas de cáncer que los médicos Júlio Grott y Hélio Grott “descubrieron en 100 pacientes con cáncer comprobado en tejido por examen histopatológico” . Ver anexo 4. O en [www.bioeletrografia.com.br](http://www.bioeletrografia.com.br).

## 6.2. HABRA FUNDAMENTO CIENTIFICO FISIOPATOLOGICO: FISIOPATOLOGICO DENTRO DE UN PARADIGMA DE LA MEDICINA OCCIDENTAL: PARA EL DIAGNOSTICO BIOELETROGRÁFICO?

Veamos las respuestas de la histología y fisiología: en las citas-notas a pie de página, abajo: Antes de llegar allí. Las ciencias histología y fisiología son actualmente áreas nucleares del saber de la medicina y de y de otras profesiones de salud, o que investigan en el campo de las ciencias de la salud. Significando el acto de que su saber es científicamente incontestado. A pesar de esto la discusión constructiva continua y debe continuar, en su lugar.

A lo largo de 24 años como osteópata, utilizando la bioelectrografía, hice 1960 diagnósticos bioelectrograficos de este número, fueron diagnosticados 121 pacientes portadores de cáncer por el diagnostico bioelectrografico, comprobados en el tejido por los exámenes histopatologicos hechos al microscopio, por el patólogo. los 121 pacientes traían los historiales de los exámenes histopatologicos, les propuse que hiciesen el diagnostico bioelectrografico, explicándoles cuál es la finalidad y los pacientes aceptaron.

Estadísticamente hablando “fueron 100 pacientes con fractura de cáncer en diagnostico bioelectrografico, hecho por los médicos Drs. Júlio Grott e Hélio Grott comprobados en el tejido, por examen histopatológico” sumando estos 100 pacientes a mis 121 pacientes, con fractura de cáncer en el diagnostico bioelectrografico, comprobado en el tejido por los exámenes histopatologicos, suman: 221 diagnósticos bioelectrograficos comprobados por el único examen seguro de existencia de cáncer, utilizado por los parámetros de la medicina oncológica. Este numero 221 ya es importante, da significado y fundamento científico al diagnostico bioelectrografico, aplicado en oncología al servicio del bienestar de la humanidad, a fin de hacer la detección primaria inclusive, de existencia de precancer: (neoplasia intermedia). Fue una investigación científica ejecutada por dos médicos en el Hospital Militar General de Curitiba, Brasil. Fue mi investigación científica ejecutada por el trabajo clínico de Osteópata. En mis consultorios, trabajo de investigación de sobra mencionado. Cuya investigación evidencio a lo largo de 24 años la investigación ya mencionada de los médicos

Drs. Júlio Grott y Hélio Grott.

#### CITACIONES – NOTAS A PIE DE PAGINA

El fluido encontrado en la luz de las glándulas sudoríparas y principalmente un ultrafiltrado del plasma sanguíneo, derivado de los abundantes capilares localizados en las porciones excretoras. Al salir a la superficie de la piel el sudor se evapora, haciendo bajar la temperatura corporal. La presencia de catabolitos en el sudor muestra que las glándulas sudoríparas participan de la excreción de sustancias inútiles al organismo. Profesores Emerito de la universidad de São Paulo.15 and: L. C. Junqueira: - Research associate in Biology (Honorary) Harvard college, boston. Formerly Research associat, Medical School, University of Chicago.

José Carneiro: - Formerly Research Associat, Department of Anatomy Magill Univrsity, Montreal, Canadá. Formerly Visiting Associat professor, Departmant ofAnatomy, Medical School, University of Virginia, Charlottesville, Virginia16

Las glándulas sudoríparas segregan un liquido acuoso, hipotónico en relación al plasma cuya evaporación desempeña un importante papel en la termoregulacion. El sudor contiene cantidades significativas de iones sodio y cloro algunos otros iones, urea y metabolitos de pequeños peso molecular; así la sudoración puede ser considerada como un modo menos de excreción. El sudor puro contiene los mismos constituyentes inorgánicos de la sangre, pero en concentración mas baja. La principal sal es cloruro de sodio. Los constituyentes organicos en el sudor incluyen urea, acido urico aminoácidos, amoniaco, azúcar, acido láctico y acido ascórbico y lisoenzimas.

15 L. C. Junqueira, y José Carneiro, Histologia Básica, editora Guanabara Koogan 10ª ed., Brasil 2004. P370.

16 L. C. Junqueira. Asociado en Investigación de Biología (Honorário). Harvard College, Bóston. Investigador Formal Asociado, en la Escuela Médica, Universidad de Chicago.

José Carneiro. Investigador Formal Asociado. Departamento de Anatomía Magill Universidad, Montreal, Canadá. Visitante Formal Professor Asociado. Departamento de Anatomía, Escuela Médica, Universidad de Virgínia, Charlottesville, Virgínia.

17 H. George Burkitt, Barbara Young, John W. Heath. Histologia Funcional. Editora Guanabara koogan. 3ªed., Rio de Janeiro, Brasil 1994. P167.

18 Stanley W. Jacob, M.D., F.A.C.S., Clarice Ashworth Francone, Walter J. Lossow, Ph.D. Anatomía y fisiologia Humana, Editora Guanabara, 5ª ed., Brasil 1982.P83/84.132

#### 6.3. ULTIMA CONCLUSION

Después de todo lo que describí en el capítulo 4. Considerando la investigación de los Drs. Júlio Grott e Hélio Grott, en el Hospital Militar General de Curitiba, Brasil. Después de leídas las citasiones – notas a pie de página, números: (15) (16) (17)

(18). Estoy concluyendo que no puede haber dudas, sobre el que el diagnostico bioelectrografico tiene fundamento fisiológico y fisiopatologico. Dentro del paradigma científico de la Medicina Occidental.

Cuál es el significado de toda esta investigación, presentada en el capitula 4? Es que la bioelectrografia debe ser puesta al servicio del bienestar de la humanidad. Aplicada como un valor científico en diagnostico.

#### CONSIDERACIONES

Los verdaderos autores de las citasiones (que transcribo arriba) Son autoridades científicas y académicos. De renombre. En las universidades de su País. Brasil

igualmente en universidades internacionales. La bioelectrografia en Portugal y en Brasil, investigada, comprendido y explicada por las ciencias: histología, fisiología y biofísica; solo pueden expresar una gran gratitud por el trabajo científico realizado por los Exmo. Srs. Doctores autores de las citaciones científicas arriba enumeradas.

El autor de esta Tesis.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Burkitt, H. George, Barbara Young, Heath John W. Histologia Funcional. Editora Guanabara koogan. 3ªed. 1994. Brasil.
2. Heneime, Ibrahim Felipe. Biofísica Básica. Atheneu editora. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte. 2000.
3. Junqueira, Luiz C., Carneiro José. Histologia Básica. Editora Guanabara Koogan. 10ªed. Rio de Janeiro. 2004.
4. Jacob, Stanley W, M.D., Francone Clarisse Ashworth, Lossow Walter J. Ph. D.. Anatomía e Fisiología Humana. Editora Guanabara. 5ªed. Rio de Janeiro. 1984