

Què tan Científics són els Tractaments Ortodoxos contra el Càncer?

per Walter Last

Els estudis de recerca i les anàlisis estadístiques imparcials mostren que no hi ha cap base científica per als tractaments ortodoxos del càncer com la cirurgia radical, quimioteràpia i radioteràpia i que aquests tractaments sovint fan més mal que bé.

La professió mèdica està molt orgullosa de la investigació científica rigorosa que sustenta el seu enfocament al tractament del càncer. Algú recentment diagnosticat de càncer s'enfronta a una pressió enorme del nostre sistema sanitari per iniciar immediatament un programa de tractament mèdic científic que inclou cirurgia, quimioteràpia i radiació en diverses combinacions. Sent temorós i en estat de xoc, la majoria de persones en aquesta situació no són rivals per al poder aclaparador de l'autoritat mèdica.

Com reaccionaries en aquesta situació? És possible que estigüeu inclinant-vos cap a teràpies naturals per a problemes de salut senzills, però per a una cosa tan greu com el càncer és possible que us sentiu més segur amb els mètodes provats d'atenció mèdica ortodoxa. No obstant això, si teniu l'oportunitat, llegiu el següent abans de prendre la vostra decisió final. Aleshores, podeu apreciar millor el tractament natural del càncer.

En aquest article he reunit alguns fets poc coneguts sobre la ciència darrere del tractament ortodox del càncer. En la investigació del càncer, l'èxit, expressat com una taxa de supervivència de cinc anys, s'estableix comparant altres formes i combinacions de tractament amb els resultats de la cirurgia només. No obstant això, la taxa d'èxit de la cirurgia poques vegades s'ha comparat amb les taxes de supervivència de pacients no tractats i mai amb pacients que van adoptar teràpies naturals. Per tant, el tractament ortodox del càncer és bàsicament poc científic. La suposada taxa de curació global no és superior a la que es pot explicar per les remissions espontànies i l'efecte placebo.

En suport de la meua posició, ofereixo les següents declaracions clau i conclusions de publicacions mèdiques i científiques.

“Els estudis semblen demostrar que la intervenció primerenca és útil, perquè les lesions precanceroses s'inclouen en les extirpacions primerenques que sovint no es convertiren en canceroses si no es toquen [èmfasi de l'autor]”.

En altres paraules, la intervenció primerenca sembla ser útil perquè s'eliminen les lesions que no són canceroses però que es compten com a càncer, i això millora les estadístiques de supervivència. “A més, no importa quant o poc d'un pit s'extreu; el resultat és sempre el mateix”.¹ Aquesta afirmació indica que la cirurgia no millora les possibilitats de supervivència, en cas contrari hi hauria una diferència entre la cirurgia radical i la tumorectomia.

Els investigadors han dit que és complaent seguir sotmetent almenys el 70% de les dones amb càncer de mama a un procediment de mutilació inútil.² A més, no hi ha proves que la mastectomia precoç afecti la supervivència; si els pacients ho sabessin, molt probablement rebutjarien la cirurgia.³

L'any 1993, l'editor de *The Lancet* va assenyalar que, malgrat diverses modificacions del tractament de càncer de pulmó, les taxes de mortalitat es van mantenir sense canvis. Va reconèixer que, malgrat els llançaments gairebé setmanals d'avenços-miracles, la professió mèdica amb la seva extraordinària capacitat d'enganyar-se (les seves paraules, no les meves) en veritat ha perdut el seu camí. Al mateix temps, va rebutjar la visió d'aquells que creuen que la salvació vindrà de l'augment de quimioteràpia després de la cirurgia a un ritme just per sota de la taxa en què mata el pacient. Va

preguntar: "No seria més científic preguntar-se per què el nostre enfocament ha fallat?" No és massa aviat per fer aquesta pregunta després d'un segle de mutilació de dones, diria. El títol d'aquest editorial, adequadament, és "Càncer de mama: hem perdut el camí?"⁴

Bàsicament, tots els tipus i combinacions de tractament convencional del càncer de mama semblen donar lloc a les mateixes baixes taxes de supervivència a llarg termini. L'única conclusió que se'n pot extreure és que el tractament convencional no millora les taxes de supervivència a llarg termini. Encara pitjor, Michael Baum, MD, un cirurgià Britànic líder en càncer de mama, va trobar que la cirurgia de càncer de mama tendeix a augmentar el risc de recaiguda o mort en tres anys. També va relacionar la cirurgia amb l'acceleració de la propagació del càncer estimulant la formació de metàstasis en altres parts del cos.⁵

Després de 23 anys, no hi va haver cap diferència en les taxes de supervivència dels que es van operar [càncer de pròstata] i dels controls que no...

Una comparació Alemanya anterior va trobar que les dones post-menopàusiques no tractades amb càncer de pulmó viuen més temps que les dones tractades, i la recomanació era no tractar les dones post-menopàusiques per càncer de mama.⁶ Aquesta conclusió confirma una troballa d'Ernst Krokowski, un professor Alemany de radiologia. Va demostrar de manera concloent que la metàstasi sol ser provocada per una intervenció mèdica, fins i tot de vegades per una biòpsia o una cirurgia no relacionada amb el càncer.⁷ L'alteració d'un tumor fa que un nombre molt més gran de cèl·lules canceroses entrin al torrent sanguini, mentre que la majoria de la intervenció mèdica (especialment quimioteràpia) suprimeix el sistema immunitari. Aquesta combinació és una recepta per al desastre. Són les metàstasis les que maten, mentre que els tumors primaris en general, i els de la mama en particular, poden ser relativament inofensius. Aquestes troballes han estat confirmades per investigacions recents que mostren que la cirurgia, encara que no estigui relacionada amb el càncer, pot desencadenar una propagació explosiva de metàstasis i conduir a un final inoportun.⁸

Això segueix els informes anteriors que la cirurgia radical per al càncer de pròstata també tendeix a propagar la malaltia. De fet, el càncer de pròstata es va investigar en els primers assaigs clínics aleatoris per a qualsevol tipus de càncer. Després de 23 anys, no hi havia cap diferència en les taxes de supervivència dels qui es van operar i dels controls que no es van operar, però els que van ser operats van patir més morbiditat com la impotència o la incontinença.⁹

El difunt H.B. Jones, Professor de Física Mèdica, va ser un dels principals estadístics del càncer dels Estats Units. Va dir en un discurs davant la Societat Americana del Càncer el 1969 que cap estudi ha demostrat que la intervenció primerenca millori les possibilitats de supervivència. Al contrari, els seus estudis van demostrar de manera concloent que les víctimes de càncer no tractades viuen fins a quatre vegades més i amb millor qualitat de vida que les tractades.¹⁰ No cal dir que no el van tornar a convidar.

Amassant les Estadístiques

Un estudi epidemiològic va confirmar el valor qüestionable de la teràpia convencional en concloure que "les intervencions mèdiques per al càncer han tingut un efecte insignificant o nul en la supervivència".¹¹ Fins i tot el conservador *New England Journal of Medicine* va tenir un article amb el títol "Cancer Undeafated".¹²

Les maneres habituals de fer que les estadístiques mèdiques semblin més favorables són les següents. Pacients que moren durant un tractament prolongat amb quimioteràpia o radioteràpia no es comptabilitzen a les estadístiques perquè no han rebut el tractament complet. En el grup control es comptabilitzen tots els que moren.

A més, l'èxit es jutja habitualment pel percentatge de tumors que es redueixen, independentment de la supervivència del pacient; però si es mesura la taxa o la durada de la supervivència, sol ser només en termes de mort per la malaltia tractada. Normalment no es mostra quants dels pacients moren a causa del tractament en si.

La tendència actual és detectar les condicions pre-canceroses molt aviat i tractar-les com a càncer. Tot i que això augmenta estadísticament el nombre de persones amb càncer, també allarga artificialment els temps de supervivència i redueix les taxes de mortalitat, fent que els tractaments mèdics semblin tenir més èxit. Tanmateix, també pot haver-hi un component genuí de millora de la supervivència, ja que un nombre creixent de pacients amb càncer opten per teràpies naturals addicionals.

Una investigació dels registres d'1,2 milions de pacients amb càncer va revelar que la taxa de mortalitat atribuïda a morts no-per-càncer poc després del tractament era un 200% més alta del que s'esperaria normalment.

Dos anys després del diagnòstic i tractament, aquest excés de mortalitat havia caigut al 50%. La causa més comuna de l'excés de mortalitat va ser la insuficiència cardíaca i respiratòria. Això vol dir que, en comptes de morir diversos anys després de càncer, aquests pacients van morir pels efectes del tractament i van ajudar a millorar molt les estadístiques de càncer perquè no van morir estrictament de càncer.¹³ Aquest informe enganyós de morts per càncer ha provocat demandes d'estadístiques més honestes.¹⁴

Després d'una anàlisi de diversos estudis de cribatge de mamografies grans va trobar que la mamografia condueix a un tractament més agressiu sense beneficis per a la supervivència, fins i tot l'editor de *The Lancet* va haver d'admetre que no hi ha proves fiables d'assaigs aleatoris grans per donar suport als programes de cribatge de mamografia.¹⁵ La importància d'aquesta afirmació va molt més enllà de l'ús de mamografies.

Els defensors de la medicina convencional reconeixen obertament que no tenen cap manera eficaç d'ajudar els pacients amb càncer avançat. Fins ara, el clam sempre ha estat "Detecta'l aviat, després es pot curar". Aquests estudis d'avaluació de mamografies demostren que no importa quan es detecti el càncer; els mètodes convencionals són inútils, com ho és tota la multimilionària indústria del càncer (la meva conclusió).

Un estudi canadenc de 13 anys que va incloure 40.000 dones va comparar els exàmens físics de mama amb els exàmens i les mamografies. El grup de mamografia més examen va tenir moltes més tumorectomies i cirurgies, amb una taxa de mortalitat de 107 en comparació amb les 105 morts del grup d'exploració física.¹⁶

El carcinoma ductal in situ (DCIS) és una forma comuna i no invasiva de tumor de mama. La majoria dels casos de DCIS es detecten mitjançant l'ús de la mamografia. En dones més joves, el 92% de tots els càncers detectats per mamografia són d'aquest tipus. No obstant això, de mitjana, el 44% —i en algunes zones el 60% — són tractades per mastectomia. Com que la majoria d'aquests tumors són inofensius, aquest tractament innecessari fa que les estadístiques de supervivència semblin millors del que són realment.¹⁷

Si bé el diagnòstic convencional és invasiu i pot ajudar a propagar el càncer, una mena de cribatge electrodermic, anomenada prova *Biofield*, desenvolupada per un equip de vuit hospitals i universitats europees, es va informar al *The Lancet* que tenia una precisió del 99,1% en el diagnòstic de malignitat en tumors de mama.¹⁸

Una gran meta-anàlisi de resultats de radioteràpia per a càncer de pulmó van demostrar que després de dos anys hi va haver un 21% més de morts en el grup que va rebre radioteràpia a més de la cirurgia en comparació amb els que es van operar sols. L'article de *The Lancet* 19 va afirmar que la raó és matar les cèl·lules canceroses que quedin després de la cirurgia, però és una llàstima que els fets no estiguin d'acord amb aquesta teoria.

Quimioteràpia: Ruleta Russa Mèdica

La quimioteràpia per a nens amb leucèmia i la malaltia de Hodgkin és l'orgullosa mostra de l'únic èxit aparent de la teràpia ortodoxa contra el càncer. Ara un estudi de seguiment a llarg termini mostra que aquests nens es desenvolupen 18 vegades més tumors secundaris malignes més tard a la vida. Encara pitjor, les noies s'enfronten a un risc 75 vegades més gran (7.500%) de càncer de pulmó quan tinguin quaranta anys.²⁰ Un problema principal sembla ser el desenvolupament d'infeccions profundes o sistèmiques per *Candida albicans* poc després de l'inici de la quimioteràpia.²¹ Si aquestes infeccions no són tractades adequadament, donen recaigudes o és probable que es produeixin problemes de salut futurs.

“Molts oncòlegs donen per fet que la resposta a la teràpia allarga la supervivència, una opinió que es basa en una fal·làcia i que no es recolza en estudis clínics”.

Un estudi sobre el càncer d'ovari va trobar que el risc de desenvolupar leucèmia després del tractament amb quimioteràpia va augmentar 21 vegades o un 2.100%. La quimioteràpia va mostrar una clara dependència de la dosi per la qual la incidència de leucèmia desencadenada es va duplicar entre els grups de dosis baixes i dosis moderades i després es va quadruplicar entre els grups de dosis moderada i els grups de dosis altes. A més, altres tumors solen desenvolupar-se després de tractar malalties malignes amb quimioteràpia.²² En un assaig per al mieloma múltiple, no es va trobar cap avantatge en utilitzar quimioteràpia en comparació amb cap tractament.²³

El respectat bioestadístic alemany Ulrich Abel va presentar una anàlisi exhaustiva de més de 3.000 assaigs clínics sobre el valor de la quimioteràpia per al carcinoma avançat (per exemple, el càncer de mama). (Els oncòlegs solen utilitzar quimioteràpia perquè això pot induir una reducció temporal del tumor, anomenada resposta; tanmateix, també tendeix a produir efectes secundaris desagradables). Abel va concloure que no hi ha evidència directa que la quimioteràpia allarga la supervivència en aquests casos. Abel va afirmar: “Molts oncòlegs donen per fet que la resposta a la teràpia allarga la supervivència, una opinió que es basa en una fal·làcia i que no es recolza en estudis clínics”.²⁴

Ralph W. Moss, PhD, a *Questioning Chemotherapy*, ofereix una anàlisi detallada d'aquest tema. La conclusió general del llibre és que no hi ha proves sobre la majoria dels càncers que la quimioteràpia allarga la vida.²⁵

Tanmateix, encara que la quimioteràpia pogués allargar la vida durant uns mesos, què passa amb la qualitat d'aquesta vida? Tom Nesi, un antic director d'Afers Públics del gegant farmacèutic Bristol-Myers Squibb, va escriure al *New York Times* sobre el tractament reeixit de la seva dona, que va allargar estadísticament la seva vida durant tres mesos.²⁶

Dues setmanes després del tractament, va escriure en un bloc de notes: “deprimida, no més, si us plau”. No em sorprenen els informes en que la majoria dels oncòlegs reporten que no farien que els seus propis familiars utilitzessin aquests tractaments.

El Tractament Complet

Virginia Livingston (més tard Livingston-Wheeler), una notable investigadora i terapeuta del càncer, en el seu llibre, *Cancer: A New Breakthrough*, fa un compte d'un dels molts pacients que va veure que havia acudit a ella només després de rebre el tractament mèdic complet per càncer de pulmó.²⁷

“Després de descobrir un petit bony a la mama, li van fer una mastectomia radical. Cap dels ganglis limfàtics extrets de l'aixel·la [estava] implicat; tot el càncer s'havia extirpat amb èxit. Per assegurar-se més que no hi havia creixement a les cicatrius, ella va rebre tractament amb radiació i també li van extreure els ovaris”.

“Per a la seva consternació, un any després van aparèixer diversos nòduls petits a la vella cicatriu del pit. De nou va rebre radiació. Van aparèixer més grumolls al coll que demanaven encara més radiació. A més, va rebre un teràpia hormonal masculina, resultant en acne i pèl facial gruixut. Tot i així els nòduls van tornar. Ara va rebre quimioteràpia amb els efectes secundaris habituals”.

“Abans que el seu cabell pogués tornar a créixer, se li va diagnosticar dolor als ossos com càncer d'os. S'esperava que ajudessin més quimioteràpia i teràpia hormonal. No obstant això, uns quants mesos més tard, les lesions òssies van empitjorar i es va recomanar i realitzar l'extirpació de les seves glàndules suprarenals. Amb sort, això allargaria el seu patiment un any més. Després d'això, l'extirpació de la seva glàndula pituïtària podria donar-li de tres a sis mesos més de vida”.

“A hores d'ara, la seva fe en els seus assessors mèdics estava prou sacsejada que va acudir al doctor Livingston per demanar ajuda. Va demanar que l'examinaren sense que el seu marit fos present, ja que volia estalviar-li l'agonia de veure el seu cos nu, deformat, mutilat i encongint amb un abdomen immensament inflat i unes cames primes. Finalment va xiuxiuejar: ‘Doctor, m'he de suïcidar?’”

Una Conspiració de Silenci

Per què fan això? (Per “ells”, em refereixo al que comunament s'anomena “l'Establishment del Càncer”.) Crec que la resposta la va donar l'eminent comentarista mèdic i antic editor de *New Scientist*, en Dr. Donald Gould, en un article atemporal anomenat “Càncer: Una conspiració de silenci”.²⁸ El subtítol resumeix la seva posició: “Els càncers més comuns són tan resistents al tractament avui en dia com ho eren fa 40 o 50 anys. No s'hi guanya res fent veure que la batalla contra el càncer s'està guanyant a poc a poc”.

Aquesta veritat ha estat deliberadament oculta al públic en general. Segons Gould, el motiu d'aquesta conspiració de silenci són els diners. El públic ha de seguir veient l'Establishment del Càncer com un guanyador per continuar aportant diners. Un dels científics citats va dir que amb desenes de milers de radiòlegs i milions de dòlars en equips, només es fa un tractament amb radiació, encara que estudi rere estudi demostrï que fa més mal que bé.

Gould també opina que els pacients que podrien sentir-se còmodes sense tractament mèdic fins a la seva inevitable mort, amb tractament mèdic es fan miserables en un intent inútil de posposar la mort unes setmanes infeliços. Però, és clar, és quan s'estan guanyant la major part dels diners. Gould sent que ells enverinen els seus pacients amb drogues i raigs i mutilacions amb innecessàries cirurgies en un intent desesperat de tractar allò que no es tracta.

No ha canviat gaire des que Gould va escriure aquest article l'any 1976. En una edició recent de *The Moss Reports*, podem llegir que la supervivència a llarg termini de càncers comuns com ara la pròstata, la mama, el colorectal i el pulmó “a penes s'ha mogut des de la dècada de 1970”.²⁹ En

resum, això significa que no hi ha hagut cap millora significativa en les taxes de supervivència del càncer en els darrers 70 a 80 anys.

La Base Científica per a l'Aprovació de Medicaments

També és interessant conèixer les bases científiques per a l'aprovació de fàrmacs contra el càncer. La majoria d'aquests medicaments provenen inicialment dels EUA. En el passat, una empresa havia de presentar dos assaigs aleatoris grans i favorables per obtenir l'aprovació de la Food and Drug Administration (FDA) dels EUA. "Favorable" significa que hi ha d'haver una certa taxa de contracció del tumor que duri almenys un mes. No va ser necessari demostrar que el tractament prolongava la supervivència i no va ser necessari presentar els resultats de cap assaig desfavorable per al mateix fàrmac.

Tot i que la majoria de les poblacions Occidentals prefereixen els remeis naturals, bàsicament tots els partits polítics promouen la dependència dels fàrmacs.

Aquestes directrius "científiques estrictes" es van relaxar a l'era de Clinton i les companyies farmacèutiques poden obtenir l'aprovació de la FDA sobre la base de petits assaigs preliminars, fins i tot si un assaig aleatoritzat gran pot ser desfavorable.³⁰ En una declaració notable sobre les aprovacions de medicaments, un portaveu de la FDA va assenyalar que qualsevol retard en l'aprovació no significava morts innecessàries perquè "tots aquests tractaments per al càncer avançat no curen les persones".³¹

Potser la situació és encara pitjor que un cas de tractaments ineficaços. Un grup d'investigadors respectats va revisar totes les proves estadístiques publicades sobre el resultat dels tractaments mèdics i van demostrar que el sistema mèdic és ara la principal causa de mort i lesions als EUA. Les morts atribuïbles a cardiopaties l'any 2001 van ser de 699.697, per càncer la xifra era de 553.251, mentre que per a les intervencions mèdiques era de 783.936 per any! Per tant, la marea d'aquest estudi és "Mort per Medicina".³²

Potser us preguntareu per què les autoritats sanitàries fan els ulls grossos davant d'aquestes víctimes mortals massives, principalment causades per drogues, mentre concentren les seves energies en la supressió dels suplementos alimentaris i els remeis naturals.

Un símptoma d'aquesta actitud oficial és la recent saga de *Pan Pharmaceuticals*, quan l'any 2003 el govern australià va obligar a declarar en fallida el major fabricant local de remeis naturals, suposadament perquè hi havia la possibilitat que aquests productes poguessin fer que algú emmalaltís o fins i tot morís.

Al meu entendre, una de les raons principals d'aquesta actitud oficial distorsionada és el fet que els departaments de salut i les autoritats reguladores estan dominats per metges que han estat formats (en part amb diners de les companyies farmacèutiques) per creure que els medicaments són beneficiosos i els remeis naturals són potencialment nocius. Tot i que la majoria de les poblacions occidentals prefereixen els remeis naturals, bàsicament tots els partits polítics promouen la dependència dels fàrmacs.

Per tant, com a primer pas per canviar aquest clima polític opressiu, necessitem urgentment un partit polític que promogui la salut natural més que la dependència de drogues.

Podem trobar una pista per a la causa d'aquestes estadístiques horroroses de "Mort per Medicina" en un editorial de Richard Smith al *British Medical Journal*: "Però només el 15% de les intervencions mèdiques estan recolzades per evidències científiques sòlides" i "Això és perquè només l'1% dels

articles de revistes mèdiques són científicament sòlids, i en part perquè molts tractaments no s'han avaluat mai".³³

Una bona demostració de la naturalesa no-científica de la investigació mèdica és el recent fiasco amb la teràpia de substitució hormonal (*HRT*). Fa diverses dècades, es va demostrar en investigacions "científiques rigoroses" que era segura i eficaç; en cas contrari no s'hauria aprovat. Es va promoure fortament com a protecció contra les malalties del cor i el càncer. Ara, cada nou assaig demostra que la *HRT* és perillosa i augmenta el risc de desenvolupar malalties del cor i càncer.

Que ha anat malament? Per què això no es va recollir abans? Senzillament, la investigació original es va fer amb l'objectiu de generar beneficis, mentre que els investigadors recents no comparteixen cap d'aquests beneficis. Per tant, desconfio de qualsevol investigació que es dugui a terme tenint en compte els beneficis. Malauradament, això s'aplica actualment a la majoria de la investigació mèdica.

El Camí a Seguir

Ara fa 39 anys que el president Nixon va declarar la guerra al càncer (1971). Des d'aleshores, s'han gastat 2 bilions de dòlars en el tractament i la investigació convencionals del càncer, amb el resultat que més persones moren de càncer que mai.³⁴ Tot i que hi ha hagut estudis per avaluar els efectes de diversos nutrients sobre diferents càncers, res d'aquests dos bilions de dòlars no ha estat disponible perquè els terapeutes naturals realitzin assaigs de teràpies holístiques contra el càncer. Els terapeutes naturals han hagut d'afrontar un segle de persecució, molts d'ells arrossegats davant els jutjats i acabant en presó.

No seria més científic avaluar els mètodes dels terapeutes del càncer natural de manera imparcial en lloc de posar els terapeutes a la presó? La majoria de les clíniques alternatives de càncer als EUA s'han hagut de traslladar a Mèxic (per obtenir una llista d'aquestes clíniques a tot el món, vegeu <http://www.cancure.org>).

Un enfocament holístic del càncer inclou una nutrició superior, electromedicina i medicina vibracional o energètica, curació emocional i teràpia mental. L'únic estudi informat que s'acosta a investigar un enfocament holístic implica la teràpia Gerson. En una avaluació de les taxes de supervivència a cinc anys de 153 pacients amb melanoma, aquí, el 100% dels pacients amb teràpia Gerson amb càncers en estadi 1 i 2 van sobreviure, però només el 79% dels supervivents van rebre teràpia convencional. Amb els càncers en estadi 3 (metàstasis regionals), les xifres eren, respectivament, del 70% i del 41%; amb l'etapa 4^a (metàstasis distants), el 39% amb Gerson i el 6% amb la teràpia convencional van sobreviure.³⁵

Molts terapeutes del càncer natural afirmen una taxa d'èxit de més del 90% en la detenció i reversió el càncer, sempre que els pacients no hagin estat sotmesos a tractaments ortodoxos abans. Els tractaments més perjudicials semblen ser la quimioteràpia i la radioteràpia.

Per tant, si us enfronteu al càncer, us suggereixo que us resistiu a actuar per por i sota pressió. La situació gairebé mai és tan urgent que calgui actuar immediatament. En comptes d'això, fes la teva pròpia recerca a partir de llibres, revistes i Internet, i després confia en el sentit comú o la intuïció.

Nexus Magazine, Volum 11, Número 4 (juny-juliol de 2004)

Notas finales

1. Skrabanek, P., "False Premises and False Promises of Breast Cancer Screening", *The Lancet* 2:316-19 (1985)
2. Baum, M., "The Curability of Breast Cancer", *British Medical Journal* 1:43942 (1976)
3. Cunningham, L., "Mastectomy for so-called lobular carcinoma in situ", *The Lancet* 1(8163):306 (February 9, 1980)
4. Editorial, "Breast Cancer Have we lost our way?", *The Lancet* 341:34344 (1993)
5. Baum, M., "Does surgery disseminate or accelerate cancer?", *The Lancet* 347:260 (January 27, 1996)
6. Oregl, A., "Die Lebenserwartung des unbehandelten Mammakarzinoms" [The life expectancy of the untreated mamma carcinoma (breast cancer)], *Klin. Wschr.* 41:676 (1963)
7. Krokowski, EJl, "Is the Current Treatment of Cancer Self-Limiting in the Extent of its Success?", *Int. Acad. Preventive Medicine* 6(1) 23-39 (1979)
8. Tagliabue, E. et al., "Role of HER2 in wound-induced breast carcinoma proliferation", *The Lancet* 362:527-533 (August 16, 2003)
9. Iversen, P. et al., "Radical Prostatectomy versus Expectant Treatment for Early Carcinoma of the Prostate", *Scand. J. Urol. Nephrol.* 172:65-72 (1995)
10. Jones, H.B., Lecture at the American Cancer Society Conference, July 3, 1969
11. McKinlay, J.B. et al., "A Review of the Evidence Concerning the Impact of Medical Measures on Recent Mortality and Morbidity in the United States", *Int. J. Health Services* 19(23):181-208 (1989)
12. Bailar, J.C.m, Gornik, H.L., "Cancer undefeated", *New England Journal of Medicine* 336:1569-1574 (1997)
13. Brown, B.W., Brauner, C, Minnotte, M.C., "Noncancer deaths in white adult cancer patients", *J. Nat. Cancer Inst.* 85:979-987 (1993)
14. Welch, H.G., Black, W.C., "Are Deaths Within 1 Month of Cancer-Directed Surgery Attributed to Cancer?", *J. Nat. Cancer Inst.* 94:1066-70 (2002)
15. Olsen, O., Gotzsche, P.C., "Cochrane review on screening for breast cancer with mammography", *The Lancet* 358:134042 (October 20, 2001) and Editorial, pp. 1284-85
16. Miller, A.B. et al., "Canadian National Breast Cancer Screening Study-2: 13-year results of a randomised trial in women aged 50-59 years", *J. Nat. Cancer Inst.* 92:1490-99 (Sept 20, 2000)
17. Emster, Virginia L et al., "Incidence of and treatment for ductal carcinoma in situ of the breast", *Journal of the American Medical Association* 275(12):913-18 (March 27, 1996)
David L, Jensen, Roy A., "Ductal carcinoma in situ of the breast", *JAMA*, *ibid*

18. Cuzick, Jack et al., "Electro potential measurements as a new diagnostic modality for breast cancer", *The Lancet* 352:359-63 (August 1, 1998)
19. PORT Meta-analysis Trialists Group, "Postoperative radiotherapy in non-small-cell lung cancer systematic review and meta-analysis of individual patient data from nine randomised controlled trials", *The Lancet* 352(9124):257-63,250-51 (July 25, 1998)
20. Bhatia, S., Robison, LL et al., "Breast cancer and other second neoplasms after childhood Hodgkin's disease", *New England Journal of Medicine* 334(12):745-51 (March 21, 1996)
21. Klingspor, L., Stintzing, G., Tollemar, J., "Deep Candida infection in children with leukaemia", *Acta Paediatr.* 86(1)30-6 (1997)
22. Klein-Szanto, A.J.P., "Carcinogenic effects of chemotherapeutic compounds", *Prog. in Clinical and Biological Research* 374:167-74 (1992)
23. Riccardi, A., Mora, O. et al., "Long-term survival of stage I multiple myeloma given chemotherapy just after diagnosis or at progression of the disease: a multicentre randomised study", *Br. J. Cancer* 82(7):1254-60 (April 2000)
24. Abel, U., "Chemotherapy of advanced epithelial cancer, a critical review", *Pharmacotherapy* 46(10):439-52(1992)
25. Moss, Ralph W., PhD, *Questioning Chemotherapy*, Equinox Press, NY, 1995
26. Nesi, Tom, "False hope in a bottle" (Op. Ed), *New York Times*, 2003
27. Livingston, Virginia, *Cancer: A New Breakthrough*, Cancer Book House, LA, 1972
28. Gould, D., "Cancer A Conspiracy of Silence", *New Scientist*, 2 December 1976
29. Moss, R.W., *The Moss Reports*, no. 127, April 4, 2004, <http://www.ralphmoss.com>
30. Moss, R.W., *The Moss Reports*, no. 86, June 7, 2003
31. Moss, R.W., *The Moss Reports*, no. 122, February 28, 2004
32. Null, G., Dean, C. et al., *Death by Medicine*, Nutrition Institute of America, November 2003,
33. Smith, R. (editor), "The poverty of medical evidence", *British Medical Journal*, vol. 303, 5 October 1991
34. Begley, Sharon, "New statistics show increase in cancer rates: cancer rates go up, not down", *Wall Street Journal*, October 16, 2002
35. Hildenbrand G.L. et al., "Five-year survival rates of melanoma patients treated by diet therapy after the manner of Gerson: A retrospective review", *Alt. Therapies* 1(4):29- 37 (Sept 1995)

© Walter Last

Font: www.LearningGNM.com