



Hoe Wetenschappelijk zijn Orthodoxe Kankerbehandelingen?

door Walter Last

Onderzoekstudies en onbevooroordeelde statistische analyses tonen aan dat er geen wetenschappelijke basis bestaat voor orthodoxe kankerbehandelingen zoals radicale chirurgie, chemotherapie en bestralingstherapie en dat deze behandelingen vaak meer kwaad doen dan goed.

De medische beroepsgroep is erg trots op het rigoureuze wetenschappelijke onderzoek dat ten grondslag ligt aan haar benadering van de behandeling van kanker. Iemand die recentelijk de diagnose kanker heeft gekregen wordt geconfronteerd met de enorme druk vanuit het gezondheidszorgsysteem, om onmiddellijk te beginnen met het wetenschappelijke, medische behandelprogramma, dat chirurgie, chemotherapie en bestraling in verschillende combinaties omvat. Omdat ze zo bang en geschokt zijn, zijn de meeste mensen in deze situatie niet opgewassen tegen de overweldigende druk van de medische autoriteit.

Hoe zou jij reageren in deze situatie? Je neigt er misschien naar om voor eenvoudige gezondheidsproblemen natuurlijke therapieën in te zetten, maar voor zoiets ernstigs als kanker voelt je je misschien veiliger bij de beproefde en bewezen methoden van de orthodoxe medische zorg. Leest u niettemin, als u de kans heeft, toch het volgende artikel, voordat u uw definitieve beslissing neemt. Mogelijk geeft u dat een beter inzicht in de natuurlijke behandeling van kanker.

In dit artikel heb ik een aantal minder bekende feiten verzameld over de wetenschap achter de orthodoxe kankerbehandeling. Bij kankeronderzoek wordt succes – uitgedrukt in een vijfjaarsoverleving – vastgesteld door andere vormen en combinaties van behandeling te vergelijken met de resultaten van alleen een operatie. Het succespercentage van een operatie is echter zelden vergeleken met de overlevingspercentages van onbehandelde patiënten en nooit met patiënten die natuurlijke therapieën hebben gevolgd. Daarom is de orthodoxe behandeling van kanker feitelijk onwetenschappelijk. Het totale veronderstelde genezingspercentage is niet hoger dan kan worden verklaard door spontane remissies en het placebo-effect.

Ter ondersteuning van mijn standpunt bied ik de volgende belangrijke uitspraken en conclusies aan, die te vinden is in medische en wetenschappelijke publicaties.

“Studies lijken aan te tonen dat vroege interventie nuttig is, omdat precancereuze weefselbeschadigingen worden meegenomen in vroege verwijderingen, die vaak niet kankerverwekkend zouden worden als ze onaangeroerd zouden zijn gebleven [nadruk van de auteur].”

Met andere woorden, vroegtijdige interventie lijkt nuttig te zijn, omdat weefselbeschadigingen worden verwijderd die niet kankerachtig zijn, maar wel als kanker worden beschouwd, wat de overlevingskansen verbetert. “Bovendien maakt het niet uit hoeveel of hoe weinig van een borst wordt verwijderd; de uitkomst is altijd hetzelfde.”¹ Deze uitspraak geeft aan dat chirurgie de overlevingskansen niet verbetert, anders zou er een verschil zijn tussen radicale chirurgie en een borstbesparende operatie (lumpectomie).

Onderzoekers stellen dat het nuttig is om minstens 70% van de vrouwen met borstkanker te blijven onderwerpen aan een nutteloze verminkingsprocedure.² Bovendien is er geen bewijs dat vroege borstamputatie de overleving beïnvloedt; als patiënten dit wisten, zouden ze hoogstwaarschijnlijk een operatie weigeren.³

In 1993 wees de redacteur van *The Lancet* erop dat de sterftcijfers, ondanks diverse aanpassingen in de behandeling van borstkanker, onveranderd zijn gebleven. Hij beweert dat, de bijna wekelijkse publicaties van “wonderdoorbraken” ten spijt, de medische professie met haar buitengewone vermogen tot zelfbedrog (zijn woorden, niet de mijne), in werkelijkheid de weg helemaal kwijt is. In zijn betoog laakt hij de opvatting van diegene die geloven dat de redding zal komen uit het maximaal verhogen van de chemotherapie na een operatie, tot het niveau waarop de patiënt er bijna aan zou overlijden. “Zou het niet wetenschappelijker zijn om de vraag te stellen waarom onze aanpak heeft gefaald? Dat lijkt me, na een eeuw van vermindering van vrouwen, zelfs aan de late kant”. De titel van dit hoofdartikel is toepasselijk: “Borstkanker: zijn we de weg kwijt?”⁴

In principe lijken alle soorten en combinaties van conventionele borstkankerbehandelingen te resulteren in dezelfde lage overlevingskansen op de lange termijn. De enige conclusie die hieruit kan worden getrokken is dat conventionele behandeling de overlevingskansen op de lange termijn niet verbetert. Sterker nog, de vooraanstaande Britse borstkankerchirurg Michael Baum MD ontdekte dat borstkankeroperaties het risico op terugval of overlijden binnen drie jaar zelfs vergroten. Hij koppelde chirurgie ook aan een versnelde verspreiding van kanker, omdat ze de vorming van uitzaaiingen in andere delen van het lichaam bevorderen.⁵

Na 23 jaar was er geen verschil in de overlevingskansen van degenen die een [prostaat] operatie hadden ondergaan en de controlegroep die dat niet had gedaan ...

Uit een eerdere Duitse vergelijking bleek dat onbehandelde, postmenopauzale vrouwen met borstkanker langer leven dan behandelde vrouwen, waarbij de aanbeveling was om postmenopauzale vrouwen niet te behandelen voor borstkanker.⁶ Deze conclusie bevestigt de bevinding van Ernst Krokowski, een Duitse hoogleraar radiologie. Hij toonde onomstotelijk aan dat uitzaaiingen vaak worden veroorzaakt door medisch ingrijpen en soms zelfs door een biopsie of een operatie die helemaal geen verband houdt met de kanker.⁷ Het verstoren van een tumor zorgt ervoor dat een sterk verhoogd aantal kankercellen in de bloedbaan terechtkomt, terwijl de meeste medische ingrepen (vooral chemotherapie) het immuunsysteem onderdrukken. Deze combinatie is het recept voor een rampscenario. Het zijn de uitzaaiingen die dodelijk zijn, terwijl primaire tumoren in het algemeen en die in de borst in het bijzonder, relatief onschadelijk kunnen zijn. Deze bevindingen worden bevestigd door recent onderzoek, waaruit blijkt dat een operatie, zelfs als deze geen verband houdt met de kanker, een explosieve verspreiding van metastasen kan veroorzaken en tot een vroegtijdig einde kan leiden.⁸

Dit volgt op eerdere berichten dat radicale chirurgie bij prostaat]kanker eveneens de neiging heeft om de ziekte verder te verspreiden. Voor prostaat]kanker geldt zelfs dat deze in de eerste gerandomiseerde klinische onderzoeken voor alle vormen van kanker werd onderzocht, waarbij er na 23 jaar geen verschil was in de overlevingspercentages van degenen die een operatie hadden ondergaan en de controles die geen operatie hadden ondergaan, terwijl degenen die een operatie hadden ondergaan met meer ziekteverschijnselen te maken kregen, zoals impotentie of incontinentie.⁹

Wijlen H. B. Jones, hoogleraar medische natuurkunde, was een vooraanstaand kankerstatisticus in de VS. In een toespraak voor de American Cancer Society in 1969 stelt hij dat geen enkele studie heeft bewezen dat vroege interventie de overlevingskansen verbetert. Integendeel, uit zijn onderzoeken bleek onomstotelijk dat onbehandelde kankerslachtoffers tot vier keer langer leven en een betere levenskwaliteit hebben dan behandelde mensen.¹⁰ Het is wellicht overbodig om te zeggen dat hij niet opnieuw werd uitgenodigd.

Omgaan met statistieken

Een epidemiologisch onderzoek bevestigde de twijfelachtige waarde van de reguliere behandeling, door te concluderen dat “medische interventies voor kanker een verwaarloosbaar of geen enkel effect op de overleving hebben gehad”.¹¹ Zelfs de conservatieve *New England Journal of Medicine* had een artikel met de kop: “Cancer Undefeated”.¹²

Veelgebruikte manieren om medische statistieken er gunstiger uit te laten zien zijn de volgende. Patiënten die overlijden tijdens een langdurige behandeling met chemo- of radiotherapie worden niet meegeteld in de statistieken, omdat zij niet de volledige behandeling hebben gekregen. In de controlegroep wordt iedereen die overlijdt wel geteld.

Bovendien wordt succes gewoonlijk beoordeeld aan de hand van het percentage krimpende tumoren, ongeacht de overleving van de patiënt; maar als het overlevingspercentage of de duur van de overleving wordt gemeten, dan gaat het meestal alleen om het aantal sterfgevallen als gevolg van de behandelde ziekte. Normaal gesproken wordt niet getoond hoeveel patiënten overlijden als gevolg van de behandeling zelf.

De huidige trend is om pre-kankeraandoeningen zeer vroeg te diagnosticeren en deze als kanker te behandelen. Terwijl dit statistisch gezien het aantal mensen met kanker doet toenemen, verlengt het ook kunstmatig de overlevingduur en verlaagt het de sterftcijfers, waardoor medische behandelingen succesvoller lijken te zijn. Er kan echter ook sprake zijn van daadwerkelijk verbeterde overlevingskansen, aangezien steeds meer kankerpatiënten kiezen voor aanvullende natuurlijke therapieën.

Uit onderzoek van de gegevens van 1,2 miljoen kankerpatiënten bleek dat het sterftcijfer dat werd toegeschreven aan niet-kankergerelateerd overlijden, kort na de behandeling, 200% hoger was dan normaal gesproken zou worden verwacht.

Twee jaar na de diagnose en behandeling was dit hoge sterftcijfer gedaald tot 50%. Als meest voorkomende oorzaak van het hoge sterftcijfer werd vermeld hart- en ademhalingsfalen. Dit betekent dat deze patiënten, in plaats van enkele jaren later aan kanker te sterven, stierven aan de gevolgen van de behandeling maar dat dit de kankerstatistieken aanzienlijk heeft verbeterd, omdat ze strikt genomen niet aan kanker stierven.¹³ Deze misleidende berichtgeving over sterfgevallen door kanker heeft geleid tot eisen voor eerlijkere statistieken.¹⁴

Nadat uit een analyse van verschillende grote mammografie-onderzoeken bleek dat mammografie leidt tot meer agressieve behandelingen zonder dat ze extra overlevingskansen opleveren moest zelfs de redacteur van *The Lancet* toegeven dat er geen betrouwbaar bewijs uit grote gerandomiseerde onderzoeken bestaat die de screeningsprogramma's voor mammografie legitimeren.¹⁵ De betekenis van deze verklaring gaat veel verder dan het gebruik van mammografieën.

De voorstanders van de conventionele geneeskunde erkennen openlijk dat zij geen effectieve manier hebben om patiënten met vergevorderde kanker te helpen. Tot nu toe was de slogan altijd: “Detecteer het vroeg, dan kan het worden genezen”. De mammogram-evaluatiestudies tonen aan dat het niet uitmaakt wanneer de kanker wordt gedetecteerd; de conventionele methoden zijn nutteloos, net zoals als de miljardenindustrie van de kankerbusiness (mijn conclusie).

In een 13 jaar durend Canadees onderzoek onder 40.000 vrouwen werden fysieke borstsonderzoeken vergeleken met onderzoeken met behulp van mammografieën. De groep van het mammogram-onderzoek onderging veel meer (borstbesparende) operaties, met een sterftcijfer van 107, vergeleken met 105 sterfgevallen in de groep die alleen lichamelijk werd onderzocht.¹⁶

Ductaal Carcinoom In Situ (DCIS) is een veel voorkomende, niet-invasieve vorm van borstkanker. De meeste gevallen van DCIS worden gedetecteerd door middel van mammografie. Bij jongere vrouwen is 92% van alle door mammografie gedetecteerde kankers van dit type. Niettemin wordt gemiddeld 44% – en in sommige gebieden 60% – hiervan behandeld door middel van een borstamputatie. Omdat de meeste van deze tumoren onschadelijk zijn, zorgt deze onnodige behandeling ervoor dat de overlevingsstatistieken beter lijken dan ze in werkelijkheid zijn.¹⁷

Hoewel een conventionele diagnose invasief is en de kanker kan helpen te verspreiden, werd in *The Lancet* gerapporteerd dat een soort elektrodermale screening – de Biofield-test genaamd – ontwikkeld door een team van acht Europese ziekenhuizen en universiteiten, 99,1% accuraat is bij het diagnosticeren van maligniteiten in borstaandoeningen.¹⁸

Uit een grote meta-analyse van de resultaten van radiotherapie bij longkanker bleek dat er na twee jaar 21% meer sterfgevallen waren in de groep die naast de operatie radiotherapie kreeg, vergeleken met degenen die alleen een operatie hadden ondergaan. In artikel 19 van *The Lancet* wordt gesteld dat de grondgedachte is om alle kankercellen die na de operatie achterblijven te doden, maar het is een schande dat de feiten niet met deze theorie overeenkomen.

Chemotherapie: Medische Russische Roulette

Chemotherapie voor kinderen met leukemie en de ziekte van Hodgkin is het trotse paradepaardje, het misschien wel enige schijnbare succes, van de orthodoxe kankertherapie. Uit een lange termijn vervolgonderzoek blijkt nu echter dat deze kinderen op latere leeftijd 18 keer vaker secundaire kwaadaardige tumoren ontwikkelen. Sterker nog, meisjes lopen tegen de tijd dat ze veertig zijn een 75 keer (7.500%) zo groot risico op borstkanker.²⁰ Een belangrijk probleem lijkt de ontwikkeling van diepe of systemische *Candida albicans*-infecties te zijn, kort na aanvang van de chemotherapie.²¹ Als deze infecties niet op de juiste manier worden behandeld is de kans groot op terugval of toekomstige gezondheidsproblemen.

“Veel oncologen gaan ervan uit dat een reactie op de therapie de overleving verlengt, een mening die gebaseerd is op een misvatting en die niet wordt ondersteund door klinische onderzoeken.”

Uit een onderzoek naar eierstokkanker bleek dat het risico op het ontwikkelen van leukemie na de behandeling met chemotherapie 21 maal toenam, oftewel 2.100%. Chemotherapie toonde een duidelijke dosisafhankelijkheid aan, waarbij de incidentie van uitgelokte leukemie verdubbelde tussen de groepen met een lage dosis en een groep met een matige dosis en verviervoudigde tussen de groepen met een matige dosis en de groepen met een hoge dosis. Ook ontwikkelen zich vaak andere tumoren na behandeling van maligniteiten door middel van chemotherapie.²² In een onderzoek naar multipel myeloom (ziekte van Kahler) werd geen voordeel gevonden bij het gebruik van chemotherapie vergeleken met geen behandeling.²³

De gerespecteerde Duitse biostatisticus Ulrich Abel presenteerde een uitgebreide analyse, van meer dan 3.000 klinische onderzoeken, naar de waarde van chemotherapie voor gevorderd carcinoom (bijvoorbeeld borstkanker). (Oncologen hebben de neiging chemotherapie te gebruiken omdat dit een tijdelijke inkrimping van de tumor kan veroorzaken, een zogenaamde respons; het heeft echter ook de neiging onaangename bijwerkingen te veroorzaken.) Abel concludeerde dat er geen direct bewijs is dat chemotherapie in deze gevallen de overleving verlengt. Abel verklaarde: “Veel oncologen gaan ervan uit dat de reactie op therapie de overleving verlengt, een mening die gebaseerd is op een misvatting en die niet wordt ondersteund door klinische onderzoeken.”²⁴

Ralph W. Moss PhD geeft in *Questioning Chemotherapy* een gedetailleerde analyse van dit onderwerp. De algemene conclusie van het boek is dat er voor de meeste vormen van kanker geen bewijs is dat chemotherapie het leven verlengt.²⁵

Maar zelfs als chemotherapie het leven met een paar maanden zou kunnen verlengen, hoe zit het dan met de kwaliteit van dit leven? Tom Nesi, voormalig directeur Public Affairs bij de farmaceutische gigant Bristol-Myers Squibb, schreef in *The New York Times* over de succesvolle behandeling van zijn vrouw, die statistisch gezien haar leven met drie maanden verlengde.²⁶ Twee weken na de behandeling krabbelde ze op een notitieblok: “Depressief – niet meer – alsjeblieft”. Berichten over dat de meeste oncologen hun eigen familieleden deze behandelingen niet zouden voorschrijven verbazen me niet.

De volledige behandeling

Virginia Livingston (later Livingston-Wheeler), een opmerkelijke kankeronderzoeker en therapeut, geeft in haar boek *Cancer: A New Breakthrough* een verslag van een van de vele patiënten die ze onderzocht en die pas naar haar toe was gekomen nadat ze de volledige medische behandeling voor borstkanker had ondergaan.²⁷

“Na de ontdekking van een klein knobbelletje in haar borst onderging ze een radicale borstamputatie. Geen van de uit de oksel verwijderde lymfeklieren waren ‘fout’; de kanker was met succes verwijderd. Om er extra zeker van te zijn dat er geen hergroei in de littekens plaats zou vinden werd ze bestraald en werden ook haar eierstokken verwijderd.”

“Tot haar ontsteltenis verschenen een jaar later verschillende kleine knobbelletjes in het oude borstlitteken. Opnieuw werd ze bestraald, maar er verschenen toch meer knobbels in de nek, die meer bestraling vereisten. Daarnaast kreeg ze mannelijke hormoontherapie, wat resulteerde in acne en grover gezichtshaar. Opnieuw kwamen de knobbelletjes terug. Vervolgens kreeg ze chemotherapie, met de gebruikelijke bijwerkingen.”

“Nog voordat haar haar terug groeide werd, door pijn in haar botten, botkanker vastgesteld. De verwachting was dat meer chemotherapie en hormoontherapie zouden helpen. Enkele maanden later werden de botlaesies echter alleen maar erger en werd verwijdering van haar bijniereen aanbevolen en uitgevoerd. Hopelijk zou dat haar lijden met nog een jaar kunnen verlengen. Daarna zou het verwijderen van haar hypofyse nog drie tot zes extra levensmaanden kunnen opleveren.”

“Het vertrouwen in haar medische adviseurs was inmiddels dermate ondermijnd dat ze voor hulp naar Dr. Livingston kwam. Ze vroeg om een onderzoek maar ze wilde niet dat haar man daarbij aanwezig was, omdat ze hem de pijn van het zien van haar naakte, gekrompen, misvormde en verminkte lichaam, met een enorm opgezwollen buik en dunne benen wilde besparen. Ze fluisterde: ‘Dokter, zal ik zelfmoord plegen?’”

Een samenzwering van de stilte

Waarom doen ze dit? (Met “zij” verwijs ik naar wat gewoonlijk “het kanker establishment” wordt genoemd.) Ik geloof dat het antwoord wordt gegeven door de eminente medische commentator en voormalig redacteur van *New Scientist*, Dr. Donald Gould, in een tijdloos artikel genaamd “Cancer : A Conspiracy of Silence”.²⁸ De ondertitel vat zijn standpunt samen: “De meest voorkomende vormen van kanker zijn vandaag de dag net zo resistent tegen behandeling als 40 of 50 jaar geleden. Er wordt geen vooruitgang geboekt door te doen alsof de strijd tegen kanker langzaam maar zeker wordt gewonnen.”

Deze waarheid wordt opzettelijk verborgen gehouden voor het grote publiek. Volgens Gould is er maar één reden voor deze samenzwering van de stilte: geld. Het grote publiek moet het kanker establishment als een winnaar blijven zien, zodat ze geld blijven geven. Een van de door hem geciteerde wetenschappers stelt dat je met tienduizenden radiologen en miljoenen dollars aan apparatuur alleen maar bestraling kunt geven, ook al blijkt uit onderzoek-na-onderzoek dat dit meer kwaad doet dan goed.

Gould is tevens van mening dat patiënten, die de moed hebben om te kiezen voor geen medische behandeling, meer kwaliteit van leven zouden hebben dan mensen die in alle ellende een zinloze poging doen om de dood met een paar ongelukkige weken uit te stellen. Maar natuurlijk wordt op dat moment het meeste geld verdiend. Gould heeft het gevoel dat ze hun patiënten vergiften met medicijnen, ze bestralen en verminken met onnodige operaties, in een wanhopige poging om het onbehandelbare te behandelen.

Er is niet veel veranderd sinds Gould dit artikel in 1976 schreef. In een recente editie van *The Moss Reports* valt te lezen dat de lange termijn overleving van veel voorkomende vormen van kanker, zoals prostaat-, borst-, colorectale- en longkanker “sinds de jaren zeventig nauwelijks is veranderd”.²⁹ Samenvattend betekent dit dat er de afgelopen 70 tot 80 jaar geen significante verbetering is opgetreden in de overlevingskansen van kanker.

De wetenschappelijke basis voor de goedkeuring van medicijnen

Het is tevens interessant om de wetenschappelijke basis te kennen voor de goedkeuring van geneesmiddelen tegen kanker. De meeste van deze medicijnen komen oorspronkelijk uit de VS. In het verleden moest een bedrijf twee voordelige, grote gerandomiseerde onderzoeken indienen om goedkeuring van de Amerikaanse Food and Drug Administration (FDA) te verkrijgen. “Voordelig” betekent dat er een bepaalde mate van tumorafname moet zijn, die minimaal één maand aanhoudt. Het was niet nodig om aan te tonen dat de behandeling het leven verlengde en het was ook niet nodig om de resultaten van eventuele nadelige bevindingen van hetzelfde medicijn in te dienen.

Ondanks dat een meerderheid van de westerse bevolking de voorkeur geeft aan natuurlijke behandelmethoden, bevorderen vrijwel alle politieke partijen de afhankelijkheid van farmaceutische medicijnen.

De “strikt wetenschappelijke” richtlijnen werden tijdens het Clinton-tijdperk versoepeld. Farmaceutische bedrijven kunnen goedkeuring van de FDA krijgen op basis van kleinere, voorbereidende onderzoeken, zelfs als een groot gerandomiseerd onderzoek geen voordelen zou aantonen.³⁰ In een opmerkelijke verklaring over de goedkeuring van geneesmiddelen zegt een woordvoerder van de FDA dat elk uitstel van de goedkeuring niet tot onnodige sterfgevallen zou leiden, omdat “deze behandelingen voor gevorderde kanker mensen niet genezen”.³¹

Maar misschien is de situatie zelfs nog erger dan dat het slechts om een set ineffectieve behandelingen gaat. Een groep gerespecteerde onderzoekers beoordeelde al het gepubliceerde statistische bewijsmateriaal over de uitkomst van medische behandelingen en toonde aan dat het medische systeem op dit moment de belangrijkste oorzaak van overlijden en letsel in de VS is. Het aantal sterfgevallen als gevolg van hartziekten bedroeg in 2001 699.697, voor kanker was dat 553.251, terwijl dat voor medische interventies 783.936 per jaar was! De toepasselijke naam voor deze studie is “Death by Medicine”.³²

Je vraagt je misschien af waarom de gezondheidsautoriteiten een oogje dichtknijpen voor dit enorme aantal dodelijke slachtoffers, veelal veroorzaakt door medicijnen, terwijl ze hun pijlen in plaats daarvan richten op het onderdrukken van voedingssupplementen en natuurlijke behandelmethoden.

Symptomatisch voor deze officiële houding is het recente verhaal van *Pan Pharmaceuticals*, waarbij de Australische regering in 2003 de grootste lokale fabrikant van natuurlijke geneesmiddelen failliet liet gaan, naar verluidt omdat de mogelijkheid zou bestaan dat hun producten ervoor konden zorgen dat iemand ziek zou worden of zelfs zou overlijden.

Naar mijn mening is een belangrijke reden voor deze vertekende officiële houding het feit dat gezondheidsafdelingen en regelgevende instanties worden gedomineerd door artsen die zijn opgeleid (deels met geld van farmaceutische bedrijven) om te geloven dat medicijnen heilzaam zijn en dat natuurlijke behandelmethoden potentieel schadelijk zijn. Ondanks dat een meerderheid van de westerse bevolking de voorkeur geeft aan natuurlijke behandelingen, stimuleren vrijwel alle politieke partijen de afhankelijkheid van farmaceutische medicijnen.

Daarom hebben wij, als eerste stap om dit onderdrukkende politieke klimaat te veranderen, dringend een politieke partij nodig die natuurlijke gezondheidszorg promoot in plaats van medicijnverslaving.

Een aanwijzing voor de oorzaak van deze weerzinwekkende “Death by Medicine”-statistieken kunnen we vinden in een hoofdartikel van Richard Smith in *The British Medical Journal*: “Toch wordt slechts 15% van de medische interventies ondersteund door hard wetenschappelijk bewijs” en “Dit komt omdat slechts 1% van de artikelen in medische tijdschriften wetenschappelijk verantwoord is, deels omdat veel behandelingen nooit zijn beoordeeld.”³³

Een goed voorbeeld van het onwetenschappelijke karakter van medische onderzoeken is het recente fiasco met hormoonsubstitutie therapie (HST). Enkele decennia geleden toonde “rigoureuze wetenschappelijk” onderzoek aan dat het veilig en effectief is; anders zou het niet zijn goedgekeurd. Het werd sterk gepromoot, als bescherming tegen hartziekten en kanker. Maar uit elk nieuw onderzoek blijkt dat HST juist gevaarlijk is en het risico op het ontwikkelen van hartziekten en kanker alleen maar vergroot.

Wat ging er mis? Waarom werd dit niet eerder opgepakt? Heel eenvoudig: het oorspronkelijke onderzoek werd uitgevoerd met het doel winst te genereren, terwijl de recente onderzoekers op geen enkele wijze deel uitmaakten van deze winsten. Daarom wantrouw ik elk onderzoek dat met een winsttoegmerk wordt uitgevoerd. Helaas geldt dit momenteel voor het meeste medisch onderzoek.

De weg vooruit

Het is op dit moment 39 jaar geleden dat president Nixon de oorlog aan kanker verklaarde (1971). Sindsdien is er 2 biljoen dollar uitgegeven aan conventionele kankerbehandelingen en-onderzoek, met als gevolg dat meer mensen aan kanker sterven dan ooit tevoren.³⁴ Hoewel er allerlei onderzoeken zijn gedaan naar de effecten van verschillende voedingsstoffen op verschillende vormen van kanker, werd niets van die twee biljoen dollar beschikbaar gesteld voor natuurlijke geneeswijzen, om proeven te doen op basis van holistische kankertherapieën. Natuurgeneeskundigen hebben in tegenstelling daartoe een eeuw van vervolging te verduren gehad, waarbij velen van hen zelfs voor de rechter werden gesleept en in de gevangenis belandden.

Zou het niet wetenschappelijker zijn om de natuurlijke behandelmethoden op een onpartijdige manier te evalueren, in plaats van diens therapeuten in gevangenis op te sluiten? De meeste alternatieve kankerklinieken in de VS moesten verhuizen naar Mexico (zie <http://www.cancure.org> voor een lijst van dergelijke klinieken wereldwijd).

Een holistische kankerbenadering omvat superieure voeding, elektrofysiologie en vibratie- of energetische geneeskunde, emotionele genezing en geestelijke therapievormen. De enige gerapporteerde studie die in de buurt komt van een onderzoek vanuit een holistische benadering betreft de Gerson-therapie. Het betreft een evaluatie van de vijfjaarsoverleving van 153 melanoompatiënten. Hier overleefde 100% van de Gerson-therapiepatiënten met kanker in stadium 1 en 2, waarbij slechts 79% van de overlevenden een conventionele therapie ontving. Bij stadium 3 kankers (regionale metastasen) waren de cijfers respectievelijk 70% en 41%; met stadium 4a (metastasen op afstand) overleefde 39% met Gerson en 6% met conventionele therapie.³⁵

Veel natuurlijke kankertherapeuten claimen een succespercentage van meer dan 90% bij het stoppen en omkeren van kanker, op voorwaarde dat patiënten vooraf geen orthodoxe behandelingen hadden ondergaan. De meest schadelijke behandelingen lijken chemotherapie en radiotherapie te zijn.

Daarom stel ik voor dat u, als u met kanker wordt geconfronteerd, niet handelt uit angst of onder druk. Zelden is de situatie zo urgent dat er direct actie moet worden ondernomen. Doe in plaats daarvan uw eigen onderzoek in boeken, tijdschriften en internet en vertrouw vervolgens op uw gezond verstand of intuïtie.

Nexus Magazine, Jaargang 11, Nummer 4 (juni-juli 2004)

Voetnoten

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 (9 Februari 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 (27 Januari 1996)
6. Oregl, A., "Die Lebenserwartung des unbehandelten Mammakarzinoms" [De levensverwachting van onbehandelde mamma carcinoom (borstkanker)], *Klin. Wschr.* 41:676 (1963)
7. Krokowski, E.J., "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 (16 Augustus 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, 3 Juli 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 (20 Oktober 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 (20 September 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 (27 Maart 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 (1 Augustus 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 (25 Juli 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, 4 April 2004, <http://www.ralphmoss.com>
30. Moss, R.W., *The Moss Reports*, no. 86, 7 Juni 2003
31. Moss, R.W., *The Moss Reports*, no. 122, 28 Februari 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 Oktober 1991

34. Begley, Sharon, "New statistics show increase in cancer rates: cancer rates go up, not down", *Wall Street Journal*, 16 Oktober 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 (September 1995)

© **Walter Last**

Vertaling: Arjen Liefers

Bron: www.LearningGNM.com