



KRITISCHE VRAGEN OVER DE UITZAAIINGSTHEORIE

Caroline Markolin, Ph.D.

“Hoe kankercellen kunnen uitzaaïen blijft een mysterie.”

Yale Universiteit (2008)

De uitzaaïingstheorie is een van de meest hardnekkige dogma's van de moderne geneeskunde. Ze stelt dat kankercellen zich losmaken van een primaire tumor, zich vervolgens door het bloedvaten- en lymfsysteem verplaatsen en zich willekeurig aan andere organen hechten, waar zij een tweede kankergroei veroorzaken.

Een kort historisch perspectief

In de zeventiende en achttiende eeuw werden infecties en tumoren gezien als “ziekmakende materie” dat zich, als het niet op de normale wijze door het lichaam werd uitgescheiden, kon ophopen, “kwaadaardig” worden en dodelijk kon zijn als het zich naar andere gebieden van het lichaam zou verspreiden. Als men dacht dat de kanker of infectie zich van het ene orgaan naar het andere had verspreid, werd dat een “uitzaaiing” genoemd. Medische therapieën, zoals chirurgische verwijdering, reiniging, spoeling, verhitting, aderlating en vergiftiging moesten helpen bij de afvoer van de “dodelijke” substanties.

In de negentiende eeuw werden micro-organismen opgenomen in de catalogus van “ziekmakers” en won Pasteur's ziekteverwekkertheorie veld, die de uitzaaïingstheorie ondersteunde. In de twintigste eeuw werden zogenaamde muterende kankercellen toegevoegd aan de lijst, die zich als ziekmakers voegden bij de bacteriën, schimmels en virussen.

In de hedendaagse geneeskunde – en dat geldt voor zowel de allopathische als de natuurgeneeskundige – wordt nog steeds *aangenomen* dat kankercellen en microben zich *tegen* ons lichaam keren en dat het organisme dit proces niet in de hand heeft. Tot op heden denkt men dat het menselijk lichaam een strijd voert tegen kwade krachten, die het lichaam schade willen berokkenen en vernietigen. De grondstelling van de medische theorie blijft daarmee geworteld in de donkere middeleeuwen van angst en bijgeloof. Ze heeft geen weet van de creatieve intelligentie die de natuur en het menselijke lichaam doordringt.

DE UITZAAIINGSTHEORIE IN HET LICHT VAN DR. HAMER'S ONTDEKKINGEN

De psyche–hersenen–orgaan relatie

De uitzaaïingstheorie houdt er totaal geen rekening mee dat de functie van elke lichaamscel vanuit de hersenen worden aangestuurd. In plaats daarvan behandelt zij elke cel als een zelfstandig organisme dat zijn eigen ding doet. Een eeuw medisch onderzoek heeft aangetoond dat de hersenen het

“coördinerende bio-elektrische centrum” zijn, die de biochemische processen van het lichaam aansturen, inclusief “pathologische” veranderingen in organen en weefsels. Zelfs “infectieziekten” kunnen zich niet uitbreiden wanneer de zenuwen naar het aangedane orgaan worden doorgesneden (Robert H. Walker: *Functional Processes of Disease*, 1951), waarmee is aangetoond dat zelfs het doen en laten van microben door de hersenen worden gecontroleerd.

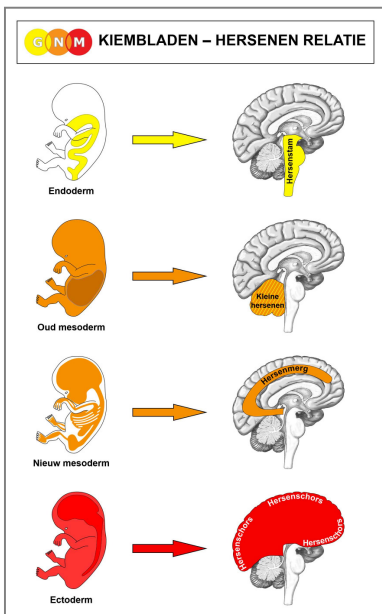
Dr. Hamer ontdekte de psyche als een derde component die gelijktijdig interacteert met de hersenen en de lichaamscellen. Tijdens de analyse van hersenscans van zijn patiënten ontdekte dr. Hamer dat zich een “conflictschok” (DHS) niet alleen voordoet in de psyche, maar dat hij gelijktijdig inslaat in het hersengebied dat biologisch overeenkomt met het specifieke conflict. Zodra de hersencellen het DHS registreren wordt de informatie onmiddellijk doorgegeven aan het overeenkomstige orgaan en op hetzelfde moment wordt een Biologisch Speciaalprogramma (SBS) geactiveerd om het organisme tijdens die crisis te ondersteunen op zowel psychologisch als fysiek gebied. Zodoende is elke kanker of tumorgroei een *zinvol* biologisch antwoord op een zeer specifieke conflictsituatie. Door vergelijking van tienduizenden hersen-CT's van zijn patiënten, samen met hun medische dossiers en persoonlijke verhalen, kon dr. Hamer de precieze locatie in de hersenen vaststellen, van waaruit elk Biologisch Speciaalprogramma (SBS) wordt gecoördineerd.

Stevig verankerd in de wetenschap van de embryologie leveren de ontdekkingen van dr. Hamer het wetenschappelijke bewijs van een door de hersenen bemiddelde verbinding tussen de psyche en het lichaam, die voorkomt in ieder organisme. Hierdoor kunnen we zeggen dat *alle* wezens op een “doodsangstconflict” reageren met longkanker, op een “existentieconflict” (als men zich voelt als een “vis op het droge”) met nierkanker en op een “nest-zorgconflict” (bij zowel zoogdieren als mensen) met borstkanker.

De reden waarom alle wezens op hetzelfde conflicttype met hetzelfde orgaan reageren is dat – of het nu gaat om een vis, reptiel, zoogdier of mens – alle organen van alle wezens terug kunnen worden herleid naar een van de drie embryonale kiembladen, die zich in de allereerste periode van de embryonale fase ontwikkelen. Om het preciezer te zeggen: de longen, het hart of de botten van elk levend organisme worden gevormd uit hetzelfde kiembladtype en zijn dus van hetzelfde weefseltype. Dit is waarom we binnen de GNM spreken over biologische conflicten, in plaats van psychologische conflicten.

Kankercellen overschrijden de weefseldrempel niet

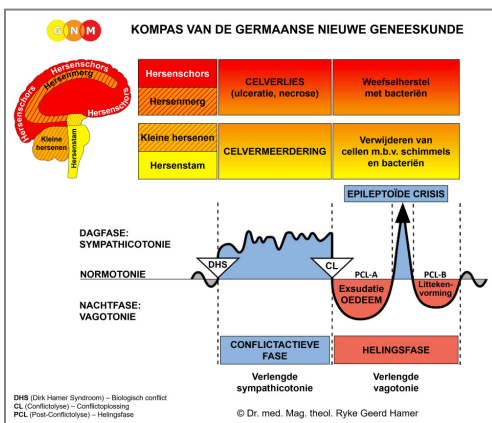
In de loop van zijn onderzoek ontdekte dr. Hamer ook dat de wijze waarop de individuele hersenbesturingscentra in de hersenen zijn gerangschikt, een prachtige natuurlijke orde vertoont. De localisatie van de hersenrelais toont aan dat alle weefsels, die van hetzelfde kiemblad afstammen, door hetzelfde hersengebied worden bestuurd (zie GNM diagram).



Alle organen en weefsels voortkomend uit het endoderm worden aangestuurd vanuit de hersenschors; alle mesodermale weefsels worden aangestuurd vanuit de kleine hersenen of het hersenmerg en alle ectodermale weefsels worden aangestuurd vanuit de grote hersenen. Op orgaangebied valt deze structuur niet meteen op, omdat organen met hetzelfde weefseltype in het lichaam niet altijd bijeen liggen, en vaak zelfs ver uiteen, b.v. het rectum en het strottehoofd. In de hersenen liggen de hersenrelais van hetzelfde weefseltype echter volledig geordend naast elkaar.

Om die reden heeft elke ziekte altijd te maken met een zeer specifiek hersenrelais dat het overeenkomstige bij het conflict betrokken orgaan of weefsel aanstuurt. In geen geval zijn kankercellen in staat om naar een orgaan of weefsel te “uit te zaaien” dat door een ander, niet betrokken hersenrelais wordt aangestuurd, noch kunnen kankercellen zich “verspreiden” naar een weefseltype dat voortkomt uit een ander kiemblad. Kankercellen, de activiteit van microben en andere ziektesymptomen, zijn absoluut gebonden aan het specifieke orgaan of weefsel, waarvoor de hersenen het Biologische Speciaalprogramma (SBS) hebben geactiveerd.

De Derde Biologische Wet levert, voor het eerst in de geneeskunde, een betrouwbaar systeem om alle ziekten te kunnen classificeren volgens hun weefseltype. Voor wat kanker betreft toont het “Ontogenetische Systeem van Tumoren” aan dat een kanker zich:



a) in de conflictactieve fase ontwikkelt in organen die door de oude hersenen worden bestuurd, waarbij de tumor een biologische zin heeft, omdat hij de functie van het orgaan versterkt om een conflictoplossing te vergemakkelijken; of

b) een kanker ontwikkelt zich in de helingsfase in organen die door de grote hersenen worden bestuurd, waar de tumor het resultaat is van een natuurlijk helings- en herstelproces, nadat het betrokken conflict is opgelost.

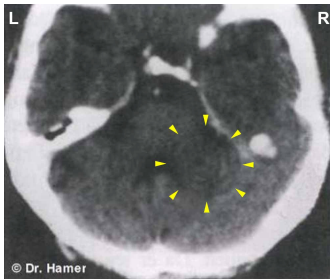
Hoe dan ook – en dit is de kern van dr. Hamer’s ontdekkingen – is kanker altijd onderdeel van een zinvol biologisch proces en kan daarom niet langer worden gezien als “ziekte”, laat staan als een “kwaadaardige ziekte”.

Verklaring van secundaire kankergezwellen vanuit GNM-zicht

De Germaanse Nieuwe Geneeskunde betwist het bestaan van tweede of meervoudige kankers niet. Maar, zoals we nu begrijpen worden secundaire kankers niet veroorzaakt door “verspreiding” van kankercellen, maar komen zij voort uit *gelijktijdige* of *nieuwe* conflictschokken, die het orgaan treffen dat biologisch verbonden is met de respectievelijke conflicten. Dat geldt, zonder uitzondering, voor *elk* kankergeval.

Volgens het National Cancer Institute [het Nationale Kankerinstituut van Canada] zijn de meest voorkomende “uitzaaiingen” die, die zich hebben “verspreid” naar de longen, lever, botten, lymfknoepen of hersenen. In het licht van dr. Hamer’s ontdekkingen ziet men duidelijk waarom dit zo is.

Longkanker heeft in biologische zin te maken met een “doodsangstconflict”. Als secundaire kanker is longkanker meestal het resultaat van een diagnose- of prognoseschok, die men als doodvonnis ervaart. Wanneer je je bedenkt dat iedere dag duizenden mensen in paniek worden gebracht door een kankerdiagnose of een negatieve prognose (“U hebt nog slechts drie maanden te leven”), kan het niet als een verrassing komen dat longkanker, in onze moderne geneeskundige termen, doodsoorzaak nummer één is.



Dit plaatje van een hersen-CT toont de impact van een doodsangstconflict in het hersenrelais dat de longen aanstuurt. Op het moment waarop de doodsangst in de hersenen inslaat, vermenigvuldigen zich onmiddellijk de longblaasjes, die de zuurstof verwerken, omdat doodsangst in biologisch opzicht wordt gelijkgesteld met het niet meer kunnen ademen. De biologische zin van de celvermeerdering – de longkanker – bestaat daarin om de longcapaciteit te vergroten, zodat de persoon beter in staat is om met de doodsangst om te gaan.

Longkanker in PCL-A

Gebaseerd op het biologische samenspel van psyche-hersenen-orgaan **kan roken niet de oorzaak zijn van longkanker**, tenzij het roken van sigaretten verbonden is met een onverwachte doodsangst (“dit zal u doden”). De toxische stoffen in sigarettenrook kunnen de helingsfase echter zeer bemoeilijken, vooral wanneer het een genezingsproces in het ademhalingsstelsel betreft.

Meervoudige kankers kunnen ook voortkomen uit een DHS met méér dan een aspect. Als een man b.v. onverwacht zijn baan verliest, kan hij *gelijktijdig* een “verhongeringsconflict” (“ik kan niet meer voor mezelf zorgen”) en een “existentieconflict” (“mijn levensonderhoud staat op het spel”) lijden. Elk conflict slaat in, in het bij het conflict betrokken hersenrelais, en in dit geval zullen er *twee* Biologische Speciaalprogramma’s worden geactiveerd. Bij een hevige conflictactiviteit zullen zich in de conflictatieve stressfase *zowel* een levertumor *als* een niertumor ontwikkelen. Nadat het conflict is opgelost (b.v. als men een nieuwe baan krijgt) kunnen beide tumoren op natuurlijke wijze helen.

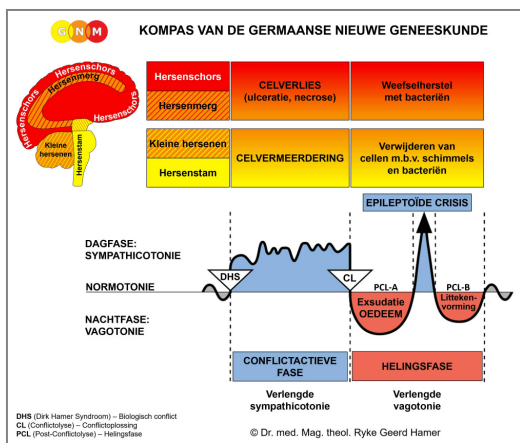
Botkanker heeft volgens dr. Hamer’s ontdekkingen te maken met “inbreuk op het gevoel van eigenwaarde”, die kankerpatiënten ervaren omdat zij zich “niets meer waard” voelen. Tijdens de conflictactieve fase ontstaat in het bot of de botten of in het gewricht in in de gewrichten die het dichtst in de buurt liggen van waar men zich “minderwaardig”, “ziek” of “ontoereikend” voelt, een *verlies* van botweefsel (“osteolytische botkanker” genaamd). Dit verklaart waarom mannen na een diagnose prostaatkanker vaak botkanker in het bekken of de lendewervels krijgen, die zich het dichtst bij de prostaat bevinden (60% van alle “uitzaaiingen in de botten” bij mannen hebben te maken met de prostaat). Op eenzelfde wijze krijgen vrouwen, die een verlies van eigenwaarde ervaren door een diagnose borstkanker of een ontsierende borstampuatie, botkanker in de ribben of het borstbeen

(70% van alle “uitzaaiingen in de botten” bij vrouwen hebben te maken met borstkanker). Als men zich het fysieke en sexuele minderwaardigheidsgevoel realiseert dat mannen met prostaatkanker vaak hebben en dat vrouwen vaak hebben als zij te maken krijgen met het verlies van een borst, is het duidelijk waarom conflictschokken, die de botten in de genoemde gebieden treffen, zo vaak voorkomen. Hetzelfde geldt voor de ontwikkeling van **lymfomen** (typisch in de lymfknoopen van de oksels ten gevolge van een “minderwaardigheidsgevoel t.a.v. de borst” of in het bekkengebied i.v.m. prostaatkanker).

Argumenten tegen de uitzaaiingstheorie in het zicht van dr. Hamer’s onderzoek

De huidige medische theorie stelt dat uitgezaaide cellen *van dezelfde soort* zijn als die in de oorspronkelijke tumor, d.w.z. dat als een kanker in de borst is ontstaan en naar de botten uitzaait, de kankercellen in de botten worden gezien als *borstkankercellen*. In 2006 constateerde dr. Vincent Giguère, een kankeronderzoeker aan het McGill University Health Centre in Montreal, iets heel anders: “Borstkankercellen reizen b.v. vaak naar de botten. Dat is een hele prestatie, “*omdat zij eerst van borstcellen in botcellen moeten veranderen*”, zegt dr. Giguere. “*Hij en zijn collega’s zijn bezig uit te zoeken, hoe zij dat doen.*” (*Globe and Mail*, 28 november 2006).

Op grond van dr. Hamer’s onderzoek kan geen van beide uitzaaiingstheorieën wetenschappelijk worden geïnfirmeerd, omdat beide theorieën aannemen dat kanker *in het lichaam* ontstaat, waar gezonde cellen zogenaamd – plotseling en zonder reden – in “kwaadaardige” cellen muteren. Dit model erkent niet dat kankers, zoals alle lichaamsprocessen, vanuit de hersenen worden aangestuurd en dat alle kankers in werkelijkheid uit de psyche voortkomen, als een integraal onderdeel van het lichaam. Met het oog op dit nieuwe begrip van de natuur en de oorsprong van kanker, kunnen secundaire kankers niet het gevolg zijn van kankercellen die zich via het bloedvaten- of het lymfsysteem verspreiden naar andere organen, omdat kankercellen dit goed onderbouwde biologische systeem in geen geval kunnen ontwijken. De gebruikelijke uitzaaiingstheorieën (afgezien van hun beschamende tegenstrijdigheden) negeren ook het histologische verband van elke kanker met een van de drie embryonale kiembladen.



Laten we b.v. eens kijken naar een intraductale borstkanker en botkanker.

De ectodermale bekleding van de melkgangen, inclusief de intraductale tumoren, worden bestuurd vanuit de hersenschors, terwijl de botten, die voortkomen uit het mesoderm, worden bestuurd vanuit het hersenmerg. Een intraductale borstkanker houdt verband met een “scheidingsconflict” en ontwikkelt zich uitsluitend in de helingsfase, terwijl botkanker altijd een indicatie is voor conflictactiviteit van een “inbreuk op het gevoel van eigenwaarde”. Dus, als de botkanker een secundaire kanker na borstkanker is, kan de botkanker slechts zijn veroorzaakt door een “gevoel van minderwaardigheid” op een tijdstip waarop de *borstkanker al in de helingsfase was!*

Wat de opvatting van “borstkanker, die zich naar de botten verspreidt” nog onlogischer maakt, is dat een zogenaamde “osteoclastische uitzaaiing” (een primaire kanker, zoals borst- of prostaatkanker, die zich “naar de botten heeft verspreid”) per definitie geen tumor is, maar het tegenovergestelde, namelijk een verlies van botweefsel. Hoe borstkankercellen “kankergaten” in botten kunnen maken, zonder betrokkenheid van de hersenen, moet nog worden uitgelegd.

“Uitzaaiingen”-tests onder de loep

“Door de jaren zijn veel stellingen ontwikkeld die de inefficiëntie van het proces van de uitzaaiingstheorie moeten staven, maar geen van deze theorieën verklaren de huidige, klinische observaties volledig.”

Breast Cancer Research, 2008

Pathologen beweren dat zij de oorsprong van een secundaire kanker kunnen ontdekken via weefselanalyse (biopsieën). De huidige praktijk is om via inkleuring en antilichamen eiwitten te identificeren, die typerend zijn voor een specifieke tumor. Deze methode wordt “immuun-histochemische techniek” genoemd. Een kritische blik op deze methode toont echter al snel aan dat deze procedure *geen* uitgezaaide kankercellen identificeert, maar slechts *eiwitten*, die uit een tumor vrijkomen. In een commentaar op de UCLA-onderwijs-website wordt deze opvallende discrepantie toegegeven: “Hoewel de analyse eenvoudig kan zijn, is de uitkomst vaak niet erg duidelijk of specifiek en biedt zij onvoldoende functiemetingen t.a.v. het gedrag van tumorcellen”. Vanuit het standpunt van de GNM hoort het vrijkomen van eiwitten uit een tumor bij het natuurlijke genezingsproces, in het bijzonder wanneer de tumor in de helingsfase wordt ontleed door tbc-bacillen, b.v. in het geval van glandulaire borstkanker. Als het lichaam de nu overbodig geworden cellen afbreekt, komen eiwitten vrij in de bloedbaan. De immuun-histochemische techniek *spoor slechts deze eiwitten op* en toch wordt ons wijs gemaakt dat men levende kankercellen traceert.

Men heeft nog nooit levende kankercellen in het bloed of lymfevocht van een kankerpatiënt waargenomen. Er werden slechts *antilichamen* gevonden, maar deze bewijzen niet de aanwezigheid van levensvatbare “uitgezaaide” kankercellen (dezelfde methode van “indirect bewijs” wordt gebruikt om het bestaan van virussen “te bewijzen” als oorzaak van “virale infecties”).

Men heeft nooit kunnen traceren dat kankercellen uit een primaire tumor zich op natuurlijke wijze hechten aan een ander orgaan of weefsel en dat daaruit een nieuwe tumor groeide. Nogmaals, bij een secundaire kanker werden slechts “antilichamen” of “eiwitten” getraceerd.

In experimenten waarin onderzoekers miljoenen zich vermenigvuldigende “kwaadaardige” kankercellen uit een groeiende tumor direct in de bloedstroom spuiten, ontstaan zelden secundaire tumoren. “In een model waarin menselijke borstkankercellen werden gekweekt in muizen met een lage immuunstatus, ontdekten we dat slechts een kleine hoeveelheid borstkankercellen in staat was om nieuwe tumoren te vormen” (Dept. of Internal Medicine, Comprehensive Cancer Center, University of Michigan Medical School, Ann Arbor, MI 48109, USA). Bron: *Proceedings of the National Academy of the U.S.A.*, 2003

Vragen, voortkomend uit gezond mensenverstand, die wij zouden moeten vragen:

- Als het waar is dat kankercellen via de bloedbaan verplaatsen, waarom wordt donorbloed dan niet op kankercellen onderzocht en waarom wordt het publiek niet door de gezondheidsautoriteiten gewaarschuwd voor de risico's van contact met bloed van een kankerpatiënt?

“Onderzoekers van de European School of Oncology hebben geconcludeerd dat het **onwaarschijnlijk is dat kanker wordt verspreid door bloedtransfusies van patiënten met niet-gediagnosticeerde kanker** [nadruk toegevoegd].

Voordat gedoneerd bloed wordt gebruikt voor transfusies moet het grondig worden getest om er zeker van te zijn dat het geen ziektes bevat. Hoewel het risico van overdracht van infectieuze agentia bekend is, is het echter **moeiliijk te bepalen** of chronische ziekten zoals **kanker kunnen worden overgedragen van een donor op een ontvanger**.

Een team van onderzoekers, onder leiding van Gustaf Edgren, vertrouwde op gegevens met betrekking tot transfusies en kankerdiagnoses in Denemarken en Zweden, om te bepalen of er een verband is tussen beide. ... Het team vond **geen bewijs van een verhoogd risico voor patiënten die bloed hadden ontvangen van mensen die een van de kankers hadden waarvan gedacht werd dat ze een verhoogd risico op bloedmetastasen met zich meebrachten** (long, lever, skelet en centraal zenuwstelsel).”

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

Deze waarnemingen bevestigen de bevindingen van Dr. Hamer (Derde Biologische Wet) dat kankercellen de bloedbaan NIET gebruiken als een netwerk om zich te “verspreiden” naar andere organen, noch in een organisme, noch op organen van de ontvanger van een bloeddonatie.

- Als het waar is dat kankercellen via de bloedsomloop migreren, waarom zijn dan kankers van de bloedvatwanden of het hart niet de meest voorkomende kankers, aangezien deze weefsels het meest zouden zijn blootgesteld aan kankercellen die zich via bloed en lymfe verplaatsen?
- Als het waar is dat kankercellen via het lymfesysteem naar andere organen uitzaaien, hoe is het dan mogelijk dat zich een “uitzaaiende” kanker in de botten ontwikkelt (statistisch gezien een van de meest voorkomende plaatsen van “uitgezaaide tumoren”), terwijl de botten geen lymfevocht bevatten?
- Als het waar is dat secundaire tumoren worden veroorzaakt door kankercellen, die door het bloedvaten- of lymfesysteem migreren, waarom verplaatsen kankercellen van een primaire tumor dan zelden naar dichtbijgelegen weefsels, b.v. van de baarmoeder naar de baarmoederhals of van de botten naar het spierweefsel in de buurt?

De “hersenenmetastase”-theorie in het licht van dr. Hamer’s ontdekkingen

Dr. Hamer stelde in de tachtiger jaren vast dat de zogenaamde “hersentumoren” niet, zoals wordt aangenomen, abnormale groeisel in de hersenen zijn, maar gliacellen (hersenslijmweefsel), die zich op natuurlijke wijze in de tweede helft van de helingsfase (PCL-B) ophopen in dat hersengebied, dat op dat tijdstip – parallel met het genezende orgaan – eveneens in heling is. Dat wil zeggen dat dit gliale herstelproces bij ALLE helingsprocessen voorkomt, of het nu gaat om een huiduitslag, aambeien, een verkoudheid, blaasontsteking of kanker. Het is een absolute indicatie voor het feit dat het biologische conflict is opgelost en psyche, hersenen en orgaan zich allen in de genoemde helingsfase bevinden.

Vragen, die wij om die reden ook zouden moeten stellen:

- Als het waar is dat kankers naar de hersenen uitzaaien, waarom kunnen kankercellen dan wel de bloed-hersenbarrière passeren, die normaliter als vitaal filter fungeert, zodat schadelijke substanties niet de hersenen kunnen binnenkomen?
- Waarom horen wij nooit van “hersentumor”cellen, die van de hersenen *naar* een orgaan zijn uitgezaaid, b.v. naar de prostaat, de botten of de borst? Uitgaande van de gangbare leer zou dit b.v. betekenen dat hersenkankercellen longkanker zouden veroorzaken!!

Dr. Hamer’s Germaanse Nieuwe Geneeskunde is de grootste uitdaging waarmee de medische gevestigde orde, inclusief de huidige medische wetenschap en een door winst gedreven medische industrie ooit zijn geconfronteerd. Omdat zij zich van deze dreiging bewust zijn, gebruiken de gezondheidsinstellingen, ondersteund door het rechtssysteem en de media, hun macht om dr. Hamer’s medische ontdekkingen te onderdrukken en hem als ontdekker te vervolgen, te belasteren en in de verdachtenhoek te plaatsen.

Bron: www.LearningGNM.com