



SPØRGSMÅLSTEGN VED METASTASE TEORIEN

Caroline Markolin, Ph.D.

„Hvordan kræftceller bliver metastatiske er fortsat et mysterium.“

Yale Universitet (2008)

Metastaseteorien fremsætter, at kræftceller løsriver sig fra en primær svulst, rejser gennem blodstrømmen og lymfesystemet, og tilfældigt hægter sig på andre organer, hvor de forårsager en sekundær kræftvækst. Processen regnes for at være ukontrolleret, med muterede, „ondsindede“, uberegnelige/defekte celler, der handler helt på egen hånd, i modstrid med kroppens normale orden og intelligens.

Et kort historisk perspektiv

I det 17. og 18. århundrede blev svulster og infektioner anset for at være „sygeligt materiale“, som, medmindre det blev normalt udskilt eller ledt væk fra kroppen, kunne akkumulere, blive „ondartet“, og medføre døden hvis det spredte sig til andre områder af kroppen. Når kræften eller infektionen ansås for at ha spredt sig fra et organ til et andet, blev det kaldt „metastase“. Medicinske terapier så som gennemboring, udrensning, fremkaldelse af vabler, blødning og forgiftning havde til hensigt at fremme bortledningen af de „dødbringende“ substanser.

I det 19. århundrede blev mikroorganismer inkluderet i kataloget over „sygelige materialer“, og Pasteur's bakterie-/mikrobeteori blev den fremherskende logiske begrundelse der støttede teorien om metastaser. I det 20. århundrede blev tilsyneladende mutante, uberegnelige kræftceller føjet til listen med bakterier, svampe og vira, som sygdomsfremkaldende agenter. Ned gennem århundrederne blev de „sygelige materialer“ givet forskellige betegnelser, men den underliggende teori er imidlertid forblevet den samme til den dag i dag.

I dagens lægepraksis, både allopatisk og naturopatisk, *antages* det stadigt, at kræftceller og mikrober handler *i modstrid med* vores krop og at vores organisme ikke har kontrol over processen. Indtil den dag i dag anses den menneskelige krop for at være i krig mod onde kræfter, der prøver at skade og ødelægge den. De mest grundlæggende aksiomer (selvindlysende sandheder) som medicinske teorier bygger på, er altså fortsat forankret i formørkede tidsaldres angst og overtro, uvidende om den kreative kærlige intelligens der gennemstrømmer naturen og den menneskelige krop.

METASTASE TEORIEN I LYSET AF DR. HAMERS OPDAGELSER

Psyke-hjerne-organ-forholdet

Metastaseteorien ser fuldstændig bort fra, at hver eneste kropcelles funktion kontrolleres fra hjernen. I stedet behandler den hver celle som en sansende organisme, der gør hvad der passer den. Men et helt århundredes medicinsk forskning bekræfter, at hjernen er det „koordinerende bio-elektriske center“ der regulerer kroppens biokemiske processer, inklusiv „patologiske“ forandringer i organer og væv. Selv „smitsomme sygdomme“ kan ikke udvikle sig når nerver til det smittede organ er revet over (R. H. Walker: *Functional Processes of Disease*, 1951), hvilket beviser at selv mikrobers aktiviteter styres fra hjernen.

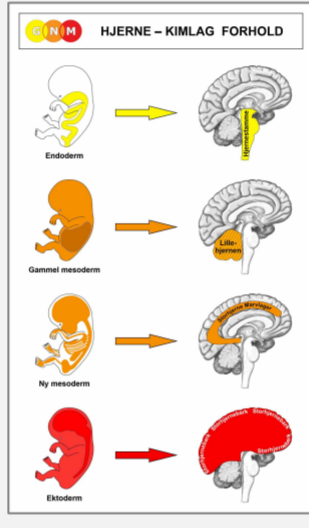
Baseret på den videnskabelige kendsgerning at hjernen fungerer som kroppens biologiske kontrolcenter, opdagede Dr. Hamer psyken som en tredje komponent, der samtidigt arbejder sammen med både hjernen og kroppens celler. Via analyse af sine patienters hjerneskanninger opdagede Dr. Hamer, at et „konfliktchok“ (DHS) opstår ikke kun i psyken, men anfægter samtidigt det hjerneområde der biologisk hænger sammen med den specifikke konflikt. I samme øjeblik at hjernecellerne registrerer DHS'et overføres informationen omgående til det tilhørende organ, og i det øjeblik aktiveres et Signifikant Biologisk Specialprogram (SBS) for at hjælpe organismen gennem krisen, både på det psykologiske og fysiske plan. Enhver kræft eller svulstvækst er således en meningsfuld biologisk respons på den helt specifikke konfliktsituation. På et hjerneskan er hver konflikts indvirkning/anslag synlig, som et sæt koncentriske ringe (som på en skydeskive).

Solidt understøttet af videnskaben om fosterets udvikling, leverer Dr. Hamers opdagelser videnskabeligt bevis for, at denne hjerne-formidlede sammenhæng mellem psyken og kroppen er iboende/naturlig for enhver organisme. Det vil sige at *alle* arter responderer på en „dødsangstkonflikt“ med lungekræft, på en „eksistenskonflikt“ (følen sig som en fisk uden vand) med nyrekræft, eller på en „rede-bekymrings konflikt“ (pattedyr og mennesker) med brystkræft.

Grunden til at alle levende væsner responderer på den samme konflikt med det samme organ er, at uanset om man er fisk, krybdyr, pattedyr eller menneske kan alle organer hos alle arter spores tilbage til et af de embryoniske kimlag, der udvikler sig under selve den allerførste periode af fosterstadiet. For at være helt præcis så bliver lunger eller hjerte eller knogler hos enhver levende organisme skabt ud fra den samme type kimlag, og er derfor af samme vævstype. Dette bekræfter, ud fra et rent biologisk synspunkt, at vi ALLE udspringer af den samme kilde! På grund af vores dybe forbundethed med alt liv taler vi i GNM om biologiske konflikter frem for psykologiske konflikter.

Kræftceller krydser ikke tærsklen til kimlag

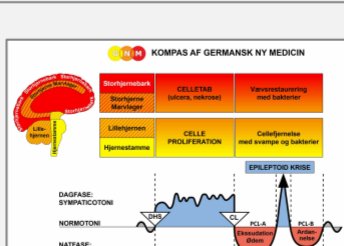
I løbet af denne forskning, opdagede Dr. Hamer desuden, at måden hvorpå de individuelle hjerne kontrolcentre er arrangeret i hjernen følger en smuk naturlig orden. Placeringerne af hjernerelæerne viser, at alt væv stammende fra samme kimlag også kontrolleres fra samme sted i hjernen.



Alle organer og væv, der stammer fra endoderm (lunger, tyktarm, lever, bugspytkirtel, livmoder, prostata) styres fra hjernestammen; alle mesodermale væv (brystkirtler, æggestokke, testikler, knogler, muskler) styres fra lillehjernen eller storhjerne marvlager; alle ektodermale væv (hud, bronkier, strubehoved, livmoderhals, blære, endetarm) styres fra hjernebarken.

Enhver sygdom involverer således altid et helt specifikt hjernerelæ, der kontrollerer det pågældende konfliktrelaterede organ eller væv. Kræftceller er under ingen omstændigheder i stand til at „metastasere“ til et organ eller væv kontrolleret af et andet, upåvirket hjernerelæ, og ej heller kan kræftceller „spredes“ til en vævstype, der udgår fra et anderledes kimlag. Kræftceller, mikrobers aktivitet, og andre sygdomssymptomer er fuldstændigt forbundet med det specifikke organ eller væv, for hvilket hjernen har aktiveret det Signifikante Biologiske Specialprogram (SBS).

Den Tredje Biologiske Lov leverer, for første gang i lægevidenskabens historie, et pålideligt system der muliggør en klassificering af alle sygdomme ud fra deres vævstype. Når det gælder kræft viser det „Ontogenetiske Svulst System“ at en kræft udvikler sig enten i den konflikt-aktive fase eller i løsningsfasen:



a) i gammelhjerne kontrollerede organer udvikler en kræftvækst sig i den konflikt-aktive fase, og svulsten har da en biologisk meningsfuldhed ved at fremme organets funktion, for at lette en løsning af konflikten.

b) i storhjerne kontrollerede organer (storhjerne marvlager og hjernebarken) udvikler kræftvæksten sig i heingsfasen, hvor svulsten er resultatet af en naturlig healing og opfyldningsproces, efter at den pågældende konflikt er blevet løst.

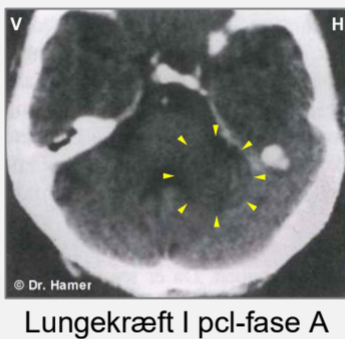
I begge tilfælde, og dette er kvintessensen af Dr. Hamers opdagelser, er **kræft altid del af en meningsfuld biologisk proces, og kan derfor ikke længere anses for at være en „sygdom“, endsiige en „ondartet sygdom“.**

Meningen med sekundær kræft set i GNM perspektiv

GNM afviser ikke eksistensen af sekundære eller multi- kræftforekomster. Men som vi lige er i færd med at lære at forstå, er sekundære kræft forekomster ikke skabt af kræftceller der „spredter“ sig, men derimod resultatet af samtidige eller *yderligere* konfliktchok, involverende det organ der biologisk er knyttet til de respektive konflikter. Dette gør sig uden undtagelse gældende i ethvert kræfttilfælde.

Ifølge The National Cancer Institute er de mest almindelige „metastatiske“ kræftforekomster dem der har „spredt“ sig til lunger, lever, knogler, lymfeknuder, eller hjernen. I lyset af Dr. Hamers opdagelser er det let gennemskueligt hvorfor det forholder sig sådan.

Lungekræft er biologisk forbundet med en „dødsangstkonflikt“. Som sekundærkræft er lungekræft som oftest resultatet af et diagnose- eller prognosechok, oplevet som en dødsdom. I betragtning af at tusindvis af kræftpatienter hver dag bogstaveligt talt bli'r skræmt til døde af kræftdiagnose-chok eller en negativ prognose („Du har kun tre måneder tilbage“), er det ikke så mærkeligt at lungekræft er „Nr. 1 Dræberen“.



Lungekræft I pcl-fase A

Dette billede af et hjerne CT viser HH'n i det hjernerelæ der kontrollerer lungerne. I det øjeblik dødsangsten virker ind på hjernen begynder lunge-alveoli-cellerne, der står for oxygenhåndteringen, øjeblikkeligt at forøges, for biologisk set er dødsangst ensbetydende med ikke at være i stand til at trække vejret. Den biologiske hensigt med den hastige celleforøgelse – lungekræft – er at forøge lungernes kapacitet så individet bedre er i stand til at klare dødsangsten.

Baseret på det biologiske samspil mellem psyke-hjerne-organ kan rygning ikke være årsag til lungekræft, med mindre cigaretrykning har med en uventet dødsangst at gøre („This will kill you!“) Det er „sygdommes“ biologiske natur der forklarer hvorfor lungekræft i dag er den hyppigst forekommende kræft. Dette forklarer også den tilsyneladende uoverensstemmelse mellem voksende hyppighed af lungekræft, og så det faktum, at antallet af rygere er gået væsentligt ned. Giftstofferne i cigaretrøg kan imidlertid gøre healingfasen langt mere vanskelig, især når en healingproces finder sted i luftvejene.

Multikræft forekomst kan også være resultat af DHS der har mere end et aspekt. Hvis en mand f.eks. helt uforberedt mister sit job, kan han på samme tid opleve en „sultkonflikt“ („Jeg ved ikke hvordan jeg skal sørge for mig selv“) og en „eksistenskonflikt“ („mit liv står på spil“). Hver af konflikterne virker ind på det konfliktrelaterede hjernerelæ, og i dette tilfælde vil to SBS'er blive aktiveret. Hvis konfliktaktiviteten er intens vil en leversvulst og en nyresvulst udvikle sig under den konflikt-aktive stressfase. Efter at konflikten er blevet løst (f.eks. ved at manden får et nyt job) vil begge svulster gå gennem en naturlig helbredelsesproces.

Knoglekræft er, I følge Dr. Hamer's opdagelser, knyttet til „selvnedvurderingskonflikt“, som kræftpatienter typisk oplever, fordi de føler sig „værdiløse“. Under den konflikt-aktive fase genererer knoglen(rne) eller leddet(nde) tættest på det sted man føler sig „ubrugelig“, „syg“, eller „utilstrækkelig“ et tab af knoglevæv (benævnt som „osteolytisk knoglekræft“). Dette forklarer hvorfor mænd efter at ha fået diagnosen prostatakræft ofte udvikler knoglekræft i bækkenet eller lænderygraden, der er tættest på prostata (60% af alle „knogle-metastaser“ hos mænd er prostatarelaterede). Tilsvarende udvikler kvinder, der oplever tab af selvværd på grund af en brystkræftdiagnose eller en skamferende brystoperation, typisk knoglekræft i ribbenene eller brystbenet (70% af alle „knogle-metastaser“ hos kvinder er brystkræft-relaterede).

I betragtning af det fysiske og seksuelle mindreværd som mænd ofte føler i forbindelse med prostatakræft, og som kvinder ofte lider under konfronteret med

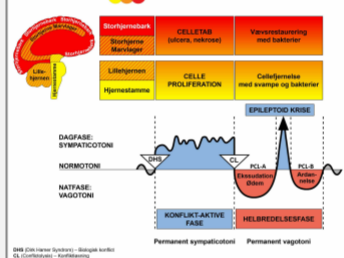
tabet af et bryst, er det indlysende hvorfor konfliktchok der påvirker knoglerne i disse områder er så almindelige. Det samme gør sig gældende i forbindelse med udviklingen af **lymphomer** (typisk i armhule-lymfeknuderne som følge af en „bryst selvnedvurdering“ eller i bækken området i sammenhæng med prostatakræft).

Modstridende metastase teorier over for Dr. Hamers forskning

Nuværende medicinsk teori er, at metastaserende celler er af samme slags som dem i den oprindelige svulst, d.v.s. at hvis en kræft opstår i brystet og metastaserer til knoglerne, er det den gængse opfattelse at kræftcellerne i knoglerne er brystkræftceller. I 2006 slog Dr. Vincent Giguère – en kræftforsker ved McGill Universitetets Sundheds Center i Montreal – imidlertid det modsatte fast: „Brystkræftceller, f.eks., bevæger sig ofte til knoglerne. Dette er noget af et kunststykke, eftersom de først er nødt til gradvist at forvandle sig fra brystceller til knogleceller“, siger Dr. Giguère, „Han og hans kollegaer prøver at finde ud af hvordan de gør det“ (*Globe and Mail*, November 28, 2006).

På grundlag af Dr. Hamers teorier kan ingen af de to metastaseteorier bekræftes videnskabeligt, eftersom begge teorier antager, at kræft opstår i kroppen, hvor man går ud fra at sunde celler – lige pludselig og uden grund – muterer/forandrer sig til „onde“ celler. Denne opfattelse erkender ikke at alle kræftforekomster i virkeligheden har deres oprindelse i psyken! Med denne ny forståelse af kræfts natur og oprindelse kan sekundær kræft ikke anses som værende resultatet af kræftceller der via blod- eller lymfesystemet spreder sig til andre organer, for under ingen omstændigheder er kræftceller i stand til at komme udenom dette veletablerede biologiske system. Standard metastaseteorier ignorerer også (tillige med deres pinlige modsigelser) fuldstændigt den histologiske (vævslæremæssige) forbindelse fra hver eneste kræfttype, til et af de embryoniske (fosterudviklingsmæssige) kimlag.

Lad os f.eks. kigge på mælkegangsbrystkræft og knoglekræft:



Den ektoderme foring af mælkegangene, inklusiv kræft inde i mælkegangene, kontrolleres fra hjernebarken, hvorimod knoglerne som stammer fra det mesoderme blir kontrolleret fra storhjerne marvlager. En kræftforekomst inde i mælkegangene er forbundet med en „adskillelseskonflikt“ og udvikler sig udelukkende under helingsfasen, hvorimod knoglekræft altid er et tegn på konfliktaktivitet i en „selvnedvurderingskonflikt“. Hvis knoglekræften er en sekundærkræft efter brystkræften, kan knoglekræften følgelig kun være fremkaldt af en „selvnedvurdering“, *oplevet på et tidspunkt hvor brystkræften allerede er i healingfasen!*

Hvad der gør hele „brystkræft-spredende-sig-til-knoglerne“ konceptet endnu mere irrationelt/urimeligt er, at en såkaldt „osteoclastic metastase“ (en primærkræft, så som en brystkræft eller prostatakræft, som har „bredt sig til knoglerne“) ikke pr. definition er en svulstvækst, men det modsatte, nemlig et tab af knoglevæv. Hvordan brystkræftceller regnes for at kunne skabe „kræft“ huller i knoglerne, uden at hjernen er involveret, mangler stadig at blive forklaret.

„Metastase“-undersøgelser under lup

„Gennem årene er der blevet udviklet mange hypoteser for at forklare den metastatiske process ineffektivitet, men ingen af disse teorier forklarer fuldstændigt de nuværende biologiske og kliniske observationer. Hvordan kræftceller bliver metastatiske er fortsat et mysterium.“

Breast Cancer Research, 2008

Patologer hævder at de er i stand til at afsløre oprindelsen af en sekundærkræft via analysen af vævsprøver (biopsier). Den nuværende praksis er at bruge farve- og antistoffer til at identificere proteiner som er typiske for en specifik svulst. Denne metode kaldes den „immuno-histokemiske teknik“. Et kritisk kig på denne metode afslører imidlertid hurtigt, at denne procedure *ikke*

identificerer metastaserende kræftceller, men kun *proteiner* udskilt fra en svulst. En kommentar på UCLA's oplysende hjemmeside indrømmer denne åbenlyse uoverensstemmelse: „Selvom analysen nok er enkel, lider den ofte under lav følsomhed eller tydelighed, og sørger ikke for tilstrækkeligt funktionelle målinger når det gælder kræftcelle adfærd“. Set fra et GNM synspunkt er en svulsts udslip af proteiner et naturligt led i healingprocessen, i særdeleshed når svulsten bliver nedbrudt af tuberkulære bakterier under healingfasen, som i tilfældet med en brystkirtel-kræft f.eks. I det kroppen nedbryder de nu overflødige celler, bliver proteiner frigivet ind i blodstrømmen. Det er blot disse proteiner den immuno-histokemiske teknik opsporer, og dog bliver vi givet det indtryk, at den sporer levende kræftceller.

Der er imidlertid aldrig blevet observeret levende kræftceller i en kræftpatients blod eller lymfevæske. Kun *antistoffer* er blevet identificeret, hvilket ikke beviser tilstedeværelsen af levedygtige, „metastasiske“ kræftceller (den samme „indirekte bevis“ –metode bli'r brugt til at „bevise“ eksistensen af vira, som årsag til „virus infektioner“).

Det er aldrig blevet observeret at kræftceller fra en primær svulst naturligt har hægtet sig på et andet organ eller væv og fået en ny svulst til at vokse frem. Igen, kun „antistoffer“ eller „proteiner“ er blevet sporet til/i forbindelse med en sekundær kræft.

I eksperimenter hvor forskere sprøjter millioner af selvforøgende, „ondartede“ kræftceller fra en voksende svulst direkte ind i blodstrømmen, opstår der sjældent sekundære svulster. „Under anvendelse af en model hvor menneskelige brystkræftceller blev dyrket i immun kompromitterede mus, fandt vi ud af, at kun en lille del af brystkræftcellerne havde evnen til at skabe nye svulster“ (Dept. of Internal Medicine (Afdelingen for Indre Medicin), Comprehensive Cancer Center, University of Michigan Medical School, Ann Arbor, MI 48109, USA., 2003). Kilde: *Proceedings of the National Academy of Science of the U.S.A.*

Sund-fornuftige spørgsmål vi bør stille:

- Hvis det er sandt at kræftceller rejser via blodstrømmen, hvorfor bli'r donorblod så ikke screenet for kræftceller, og hvorfor bli'r befolkningen ikke advaret af sundhedsmyndighederne om risikoen ved at komme i kontakt med blodet fra en kræftpatient?

„Forskere ved European School of Oncology har konkluderet, **at det er usandsynligt, at kræft spredes gennem blodtransfusioner fra patienter med udiagnosticeret cancer** [fremhævet].

Før doneret blod bruges til transfusioner, skal det gennemgå strenge tests for at sikre, at det ikke bærer nogen sygdom. Men selvom risikoen for at overføre smitstoffer er velkendt, **er det sværere at afgøre, om kroniske sygdomme som kræft kan overføres fra en donor til en modtager.**

Et team af forskere ledet af Gustaf Edgren stolede på data vedrørende transfusioner og kræftdiagnoser i Danmark og Sverige for at se, om der er nogen sammenhæng mellem de to. ... **Holdet fandt ingen tegn på øget risiko for patienter, der havde modtaget blod fra mennesker, der havde nogen af de kræftformer, der menes at have en øget risiko for blodmetastaser** (lunge, lever, skelet og centralnervesystemet).“

Comisión Europea, CORDIS, Resultados de investigaciones de la UE, 23. juli 2007

Disse observationer bekræfter Dr. Hamers resultater (Tredje Biologiske Lov) at kræftceller IKKE bruger blodet som en vej til at „spredning“ til andre organer, hverken i en organisme eller til organer hos en bloddonationsmodtager.

- Hvis det er sandt at kræftceller vandrer via blodstrømmen, hvorfor er kræft i blodåreneres vægge eller i hjertet så ikke de mest hyppigt forekommende kræfttyper, eftersom det er disse væv der ville være mest udsat for kræftceller på rejse via blod og lymfe?
- Hvis det er sandt at kræftceller metastaserer til andre organer via lymfesystemet, hvordan er det så muligt for en „metastaserende“ kræft at

udvikle sig i knoglerne (statistisk set de mest hyppige placeringer for „metastatiske“ svulster), selvom knoglerne ikke modtager lymfe væske?

- Hvis det er sandt at sekundære svulster forårsages af kræftceller der forflytter sig gennem blodet og lymfesystemet, hvorfor rejser kræftceller fra en primærsvulst da sjældent til nabo-vævet, f.eks. fra livmoderen til livmoderhalsen, eller fra knoglerne til det tilstødende muskelvæv?

„Hjerne-metastase“ teorien over for Dr. Hamers opdagelser

Dr. Hamer fastslog i 1980'erne, at såkaldte „hjernesvulster“ ikke, som ellers antaget, er abnorm vækst i hjernen, men derimod gliale celler (hjerne-bindevæv) der naturligt samler sig/akkumuleres i anden halvdel af healingfasen (pcl-fase B) i det område af hjernen som – parallelt med det healende organ – også er i healing på det pågældende tidspunkt. Det vil sige at denne glia-reparations-proces finder sted under EN HVILKEN SOM HELST healingfase, hvad enten det er hududslet (se min Hud artikel), hæmorider, en almindelig forkølelse, en blæreinfektion, eller en kræft. Det er et ubetinget tegn på, at den biologiske konflikt er blevet løst, og at psyken, hjernen og organet alle er i det sidste stadium af healing.

Spørgsmål vi derfor også bør stille:

- Hvis det er sandt at kræft metastaserer til hjernen, indebærer det at kræftceller får lov at trænge igennem den blod-hjerne-barriere, som ellers fungerer som et livsvigtigt filter m.h.t. at forhindre skadelige substanser i at trænge ind i hjernen. Hvorfor får de lov til det?
- Hvorfor hører vi aldrig om „hjerne-svulst“ –celler metastaserende fra hjernen til et organ, f.eks. til prostata, til knoglerne, eller til brysterne? Baseret på de fremherskende doktriner, ville dette f.eks. udmønte sig i hjernekræftceller fremkaldende lungekræft!

Dr. Hamer's Ny Medicin er den største udfordring det lægelige etablissement – inklusive dagens medicinske videnskab og en profit-styret medicinalindustri – nogensinde er blevet stillet overfor. Klar over denne trussel bruger sundhedsmyndighederne – bakket op af retssystemet og medierne – deres magt til, at lukke munden på Dr. Hamers lægelige opdagelser, og forfølge, bagvaske og kriminalisere deres ophavsmand.

Kilde: www.LearningGNM.com

© LearningGNM.com

ANSVARSRASKRIVELSE: Informationen i denne artikel erstatter ikke lægelig rådgivning.