



VRAGEN I.V.M. DE “METASTASENTHEORIE”

Caroline Markolin, Ph.D.

“Hoe kankercellen kunnen metastaseren blijft een mysterie”

Yale Universiteit (2008)

De metastasentheorie beweert dat kankercellen zich losmaken van een primaire tumor, dat zij zich door het bloedvaten- en lymfsysteem verplaatsen en zich willekeurig aan andere organen hechten, waar zij een tweede kankergroei veroorzaken. Men neemt aan dat dit proces buiten controle is geraakt, dat gemuteerde, “kwaadaardige” cellen hun eigen gang gaan, tegen de normale orde en intelligentie van het lichaam in.

Een kort historisch perspectief

In de zeventiende en achttiende eeuw werden infecties en tumoren gezien als “ziekmakend materiaal” dat zich, als het niet op de normale wijze door het lichaam werd uitgescheiden of afgetapt, kon ophopen, “kwaadaardig” worden en dodelijk 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 “metastase” genoemd. Medische therapieën, zoals het chirurgische verwijderen, reiniging, bevordering van blaarvorming, 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 metastasentheorie ondersteunde. In de twintigste eeuw werden zogenaamde muterende kankercellen toegevoegd aan de lijst, die als ziekmakers meededen met bacteriën, schimmels en virussen.

Door de eeuwen heen kreeg het “ziekmakende materiaal” verschillende namen, maar de onderliggende theorie bleef dezelfde.

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

“Door de millennia heen was de mensheid min of meer ervan bewust dat alle ziekten uiteindelijk een *psychologische oorsprong* hebben. Dit werd een “wetenschappelijk” begrip dat vast verankerd is in het erfgoed van universele kennis”

Ryke Geerd Hamer

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

Het bio-elektrische brein

De metastasentheorie houdt er totaal geen rekening mee dat de functie van elke lichaamscel vanuit het brein wordt bestuurd; in plaats daarvan behandelt zij elke cel als voelend organisme dat zijn eigen ding doet. Een eeuw medisch onderzoek heeft aangetoond dat het brein het “coördinerende bio-elektrische centrum” is dat de biochemische processen van het lichaam bestuurt, 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 bewezen is dat zelfs het doen en laten van microben door het brein wordt bestuurd.

Steunend op het wetenschappelijke feit dat het brein functioneert als biologisch controlecentrum van het lichaam, ontdekte dr. Hamer de psyche als derde component, die gelijktijdig interageert met het brein 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 breincellen 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. Op een hersenscan is de inslag van elk conflict zichtbaar als een reeks scherpe concentrische ringen.

Door vergelijking van tienduizenden hersen-CTs 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) werd gecoördineerd. Als resultaat van dit baanbrekende onderzoek kon hij de “Wetenschappelijke Tabel van de German New Medicine” opstellen.

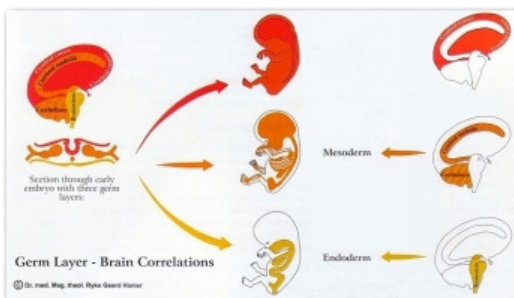
Dr. Hamer's ontdekkingen, die sterk worden ondersteund door de wetenschap van de embryologie, leveren het wetenschappelijke bewijs van deze door het brein bemiddelde verbinding tussen psyche en lichaam in elk organisme. Dat heet dat *alle* wezens op een “doodsangstconflict” reageren met longkanker, op een “existentieconflict” (als men zich voelt als een ‘vis op het droge’) met nierkanker of 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 vervolgd 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 bewijst, gezien vanuit een puur biologisch standpunt, dat wij ALLEN uit dezelfde bron komen!

Vanwege onze diepe verbondenheid met alle leven spreekt men in de GNM liever van biologische conflicten dan van psychologische conflicten.

Kankercellen overschrijden de wefseldrempel niet

In de loop van zijn onderzoek ontdekte dr. Hamer ook dat de wijze, waarop de individuele hersenbesturingscentra in het brein zijn gerangschikt, een prachtige natuurlijke orde toont. 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 bestuurd vanuit de hersenstam; alle mesodermale weefsels worden bestuurd vanuit de kleine hersenen of het merg van de grote hersenen; alle ectodermale weefsels worden bestuurd 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 het brein 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 bestuurt. 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 bestuurd, 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 het brein het Biologische Speciaalprogramma (SBS) heeft 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 of

- a) in de conflictactieve fase ontwikkelt in organen die door de oude hersenen worden bestuurd, waarbij de tumor een biologische betekenis heeft, omdat hij de functie van het orgaan versterkt om een conflictoplossing te vergemakkelijken; of
- b) een kanker ontwikkelt zich in de genezingsfase in organen die door de grote hersenen worden bestuurd, waar de tumor het resultaat is van een natuurlijk genezings- en herstelproces, nadat het betrokken conflict is opgelost.

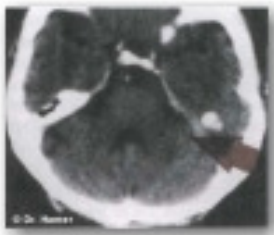
Hoe dan ook – en dit is de kern van dr. Hamer’s ontdekkingen – **is kanker altijd onderdeel van een zinvol biologisch proces en kan daarom niet langer worden gezien als “ziekte”, laat staan als een “kwaadaardige ziekte”.**

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 voort uit *gelijktijdige* of *nieuwe* conflictschoks, die het orgaan treffen dat biologisch verbonden is met de respectievelijke conflicten. Dat geldt, zonder uitzondering, voor *elk* kanker geval.

Volgens het National Cancer Institute [het Nationale Kankerinstituut van Canada] zijn de meest voorkomende “metastase”-kankers 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.



Longkanker in
pcl-fase A

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

Is het een wonder, gezien het feit dat zich elke dag duizenden kankerpatiënten letterlijk doodschrikken bij een kankerdiagnose of negatieve prognose (“U heeft nog maar drie maanden te leven”) dat longkanker “Killer Nr. 1” is?

Gebaseerd op het biologische samenspel van psyche-brein-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 **biologische** aard van “ziekten” verklaart, waarom longkanker tegenwoordig de meest voorkomende kankersoort is. Dit verduidelijkt ook de discrepantie tussen een toename van longkanker ondanks een wezenlijke afname van het aantal rokers. De toxische stoffen in sigarettenrook kunnen de genezingsfase echter zeer bemoeilijken, vooral wanneer het een genezingsproces in het ademhalingsstelsel betreft.

Dieren, zoals onze huisdieren, krijgen zelden longkanker, niet omdat zij niet roken 😊, maar omdat zij de diagnose niet begrijpen. Nancy Zimmermann, directrice van de medische ondersteuningspost in Banfield, het Hospitaal voor Kleine Huisdieren, een van de grootste dierenartspraktijken in de wereld, zegt: “Het is belangrijk te beseffen dat er geen absoluut direct verband bestaat tussen roken en kanker bij huisdieren.” (*National and Oregon Health and Wellness Information and Medical News*, 19 januari 2009). – Zie ook de carginoëntheorie.

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 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 lever tumor *als* een niertumor ontwikkelen. Nadat het conflict is opgelost (b.v. als men een nieuwe baan krijgt) zullen beide tumoren op natuurlijke wijze helen.

Botkanker heeft, volgens dr. Hamer’s ontdekkingen, te maken met “inbreuk op het gevoel van eigenwaarde-conflicten”, die kankerpatiënten ervaren omdat zij zich “niets waard” voelen.

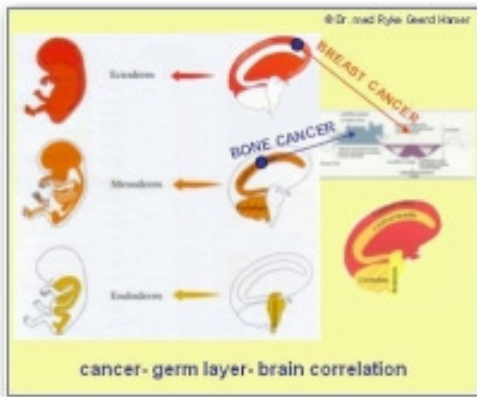
Tijdens de conflictactieve fase ontstaat in het bot of de botten, resp. het gewricht of de gewrichten, die het dichtst in de buurt zijn van waar men zich “nutteloos”, “ziek” of “ontoereikend” voelt, een *verlies* van botweefsel (“osteolytische botkanker” genaamd). Dit verklaart waarom mannen na een diagnose prostaatkanker vaak botkanker in het bekken of de lendewervels krijgen, die zich het dichtst bij de prostaat bevinden (60% van alle “botmetastasen” 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 borstamputatie, botkanker in de ribben of het borstbeen (70% van alle “botmetastasen” 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 conflictschoks, die de botten in 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 metastasentheorie in het zicht van dr. Hamer’s onderzoek

De huidige medische theorie zegt dat metastaserende 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 & Mail, 28 november 2006).

Op grond van dr. Hamer’s onderzoek kan geen van beide metastasentheorieën wetenschappelijk worden geverifieerd, 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 het brein worden bestuurd en dat alle kankers in werkelijkheid uit de psyche voortkomen! 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 lymfsysteem verspreiden naar andere organen, omdat kankercellen dit goed onderbouwde biologische systeem in geen geval kunnen negeren. De gebruikelijke metastasentheorieën (afgezien van hun verwarrende 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 vliezen van de melkgangen, inclusief de intraductale tumoren, worden bestuurd vanuit de hersenschors, terwijl de botten, die voortkomen uit het mesoderm, worden bestuurd vanuit het merg van de grote hersenen. Een intraductale borstkanker heeft te maken 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 metastase” (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 het brein, moet nog worden uitgelegd.

“Metastasen”-tests onder de loep

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 “immuno-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 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 immuno-histochemische techniek *spoort slechts deze eiwitten op* en toch wordt ons wijs gemaakt dat men levende kankercellen traceert.

De metastasentheorie beweert dat kankercellen door de bloedbaan of het lymfsysteem reizen

Men heeft echter 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 hechtten 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.

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?
- 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 lymfsysteem uitzaaien naar andere organen, hoe is het dan mogelijk dat zich in longen of botten (statistisch gezien de meest voorkomende plaatsen voor “uitgezaaide tumoren”) een “metastaserende” kanker ontwikkelt, terwijl deze weefsels geen lymfvocht bevatten?
- Als het waar is dat secundaire tumoren worden veroorzaakt door kankercellen, die door het bloedvaten- of lymfsysteem migreren, waarom verplaatst 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 “hersensmetastase”-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 groeiwaaies in de hersenen zijn, maar gliacellen (hersensbindweefsel), die zich op natuurlijke wijze in de tweede helft van de helingsfase (pcl-fase 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, brein en orgaan zich alle in de genoemde genezingsfase bevinden.

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

Als het waar is dat kankers naar het brein uitzaaien, waarom kunnen kankercellen dan wel de bloed-hersensbarrière 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 German New Medicin is de grootste uitdaging waarmee het medische bedrijf, 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.

Uittreksel uit:

www.LearningGNM.com

Disclaimer

De informatie in dit artikel is geen vervanging voor professioneel medisch advies