

NA ILE NAUKOWE SĄ KONWENCJONALNE TERAPIE ANTYRAKOWE?

**Badania naukowe
i bezstronne
analizy statystyczne
dowodzą, że
w ortodoksyjnych
metodach leczenia
raka, takich jak
radykalne
interwencje
chirurgiczne,
chemioterapia
i radioterapia, brak
jest naukowych
podstaw i że te
metody często
czynią więcej złego
niż dobrego.**

Walter Last
Copyright © 2004

www.health-science-spirit.com

Tytuł oryginalny: „How Scientific Are Orthodox Cancer Treatments?”, (Nexus, vol. 11, nr 4)

Medycyna jest bardzo dumna z rygorystycznych metod badawczych stanowiących podstawę leczenia raka. Jeśli u kogoś zdiagnozowano raka, osoba ta z miejsca staje przed ogromnym naciskiem ze strony systemu ochrony zdrowia, który wymusza na niej natychmiastowe rozpoczęcie terapii, w której skład wchodzi interwencja chirurgiczna, chemioterapia i napromieniowanie w różnych kombinacjach. Większość przestraszonych i zaszokowanych tą sytuacją ludzi nie jest w stanie przeciwstawić się potęgze medycznego autorytetu.

Jak zareagowalibyśmy w takiej sytuacji? Być może niektórzy z nas w przypadku prostych problemów ze zdrowiem byłiby skłonni do zaufania terapii naturalnej, ale w przypadku czegoś tak poważnego jak rak czulibyśmy się bezpieczniejsi ze sprawdzonymi metodami medycyny ortodoksyjnej. Jeśli ktoś natknie się na ten artykuł przed podjęciem ostatecznej decyzji co do metody leczenia, niech go uważnie przeczyta. Być może pomoże mu lepiej zrozumieć naturalne metody leczenia raka.

W artykule tym przedstawiam kilka mało znanych faktów dotyczących naukowych podstaw kryjących się za tradycyjnymi metodami leczenia raka. W badaniach nad rakiem sukces – za który uważa się pięcioletni okres przeżycia – jest określany poprzez porównanie innych metod i form leczenia z interwencją chirurgiczną, natomiast przeżywalność będąca skutkiem interwencji chirurgicznej rzadko jest porównywana z przeżywalnością pacjentów nie poddawanych żadnej terapii, a już na pewno nie jest porównywana z przeżywalnością pacjentów leczonych metodami naturalnymi. Jak z tego wynika, ortodoksyjna metoda leczenia raka jest z gruntu nienaukowa. Ogólna liczba przypadków udanej terapii nie jest większa od uzyskiwanej w wyniku wyleczenia spontanicznego lub efektu placebo.

Jako potwierdzenie mojego stosunku do medycyny ortodoksyjnej przedstawiam następujące stwierdzenia i wnioski zaczerpnięte z medycznych i naukowych publikacji:

„Badania **zdają się** dowodzić, że wczesna interwencja chirurgiczna jest pomocna, ponieważ przedrakowe zmiany są włączone do usuniętej części, takie które **nie** stałyby się rakowymi, gdyby je zostawić nietknięte [*podkreślenia autora artykułu*]”. Innymi słowy, wczesne interwencje chirurgiczne **wydają się** skuteczne, ponieważ zostają usunięte zmiany, które nie są zmianami rakowymi, i w ten sposób poprawia się statystykę przypadków wyleczonych.¹

„Nie ma również znaczenia, jak duża część piersi zostaje usunięta – wynik jest zawsze taki sam”.² To stwierdzenie dowodzi, że interwencja chirurgiczna nie wpływa na polepszenie szans wyzdrowienia, w przeciwnym wypadku byłaby różnica między radykalną chirurgią a wycięciem tylko guzka.

Badacze stwierdzają, że dalsze poddawanie około 70 procent kobiet daremnym w skutkach okaleczeniom jest arogancją.³ Co więcej, nie ma żadnych dowodów na to, że wczesna amputacja sutka (mastektomia) wpływa na przeżywalność – gdyby pacjentki wiedziały o tym, najprawdopodobniej nie zgodziłyby się na zabieg chirurgiczny.⁴

W roku 1993 redaktor *Lanceta* podkreślał w artykule redakcyjnym, że mimo wielu modyfikacji i wariacji metod leczenia raka piersi śmiertelność spowodowana tą chorobą nie zmieniła się. Przyznaje, że mimo niemal cotygodniowych relacji mówiących o przełomowych odkryciach medycyna, przy swej nadzwyczajnej możliwości samooszukiwania się (to jego słowa, nie moje), pogubiła się. Jednocześnie odrzuca poglądy tych, którzy uważają, że zbawienie nadejdzie ze strony intensyfikacji chemioterapii po zabiegu chirurgicznym do poziomu tuż poniżej zabójczego dla pacjenta. Zadaje pytanie: „Czy nie byłoby bardziej naukowe zastanowienie się, dlaczego nasze podejście zawiodło?” Powiedziałbym, że niezbyt szybko doszliśmy do takiego pytania, biorąc pod uwagę stuletni okres okaleczania kobiet. Tytuł tego artykułu wstępnego brzmi właściwie: „Rak piersi – czy się zagubiliśmy?”⁵

W zasadzie wszystkie rodzaje i kombinacje konwencjonalnych metod leczenia raka piersi dają w dłuższej perspektywie ten sam stosunek przeżywalności. Jedyne wnioski, jakie można wysnuć, mówi, że konwencjonalne metody leczenia nie dają żadnej poprawy przeżywalności w dłuższym okresie czasu.

W rzeczywistości jest jeszcze gorzej. Dr Michael Baum, czołowy brytyjski chirurg, specjalista od raka piersi, odkrył, że interwencje chirurgiczne w przypadkach raka piersi zwiększają szanse nawrotu w ciągu trzech lat. Wiąże również interwencje chirurgiczne z przyspieszeniem tempa rozwoju raka w wyniku stymulacji formowania się przerzutów w innych częściach ciała.⁶

Wcześniejsze niemieckie badania dowodzą, że kobiety po menopauzie z nie leczoną formą raka piersi żyją dłużej od poddanych kuracji i zalecają zaniechanie leczenia w takich przypadkach.⁷ Ten wniosek jest zgodny z ustaleniami Ernsta Krokowskiego, niemieckiego profesora, radiologa. Wykazał on, że przerzuty są zazwyczaj wywoływane przez medyczną interwencję i tylko niekiedy przez biopsję lub zabieg chirurgiczny nie związany z rakiem.⁸ Zakłócenie guza powoduje wzrost liczby komórek rakowych, które dostają się do krwioobiegu, zaś większość farmaceutycznych terapii, zwłaszcza chemioterapia, powoduje uwstecznienie układu immunologicznego. Ta kombinacja to recepta na katastrofę. To właśnie przerzuty zabijają, podczas gdy oryginalne nowotwory, zwłaszcza piersi, mogą być stosunkowo mało szkodliwe. Te ustalenia zostały potwierdzone przez najnowsze badania, które dowodzą, że interwencje chirurgiczne, nawet te nie związane z rakiem, mogą wyzwolić gwałtowny proces formowania się przerzutów i prowadzić do przedwczesnej śmierci.⁹

Jeszcze wcześniej ukazały się doniesienia mówiące, że operacyjne leczenie raka prostaty może również prowadzić do przerzutów. W rzeczywistości to właśnie rak prostaty był badany w pierwszych klinicznych próbach losowych, jakie w ogóle prowadzono nad rakiem. Po 23 latach okazało się, że nie ma żadnych różnic w okresach przeżywalności między pacjentami poddanymi interwencji chirurgicznej a osobami, których nie poddano żadnej terapii, przy czym operowani cierpieli dodatkowo z powodu impotencji lub nietrzymania moczu.¹⁰

Nieżyjący już profesor fizyki medycznej H.B. Jones był czołowym statystykiem raka w Stanach Zjednoczonych. W przemówieniu wygłoszonym w roku 1969 do członków Amerykańskiego Towarzystwa Raka (American Cancer Society) oświadczył, że żadne z badań nie potwierdziło wydłużenia okresu przeżywalności w następstwie wczesnej interwencji chirurgicznej. Co więcej, jego badania dowiodły, że pacjenci z nie leczonym rakiem żyją prawie cztery razy dłużej, wiodąc życie charakteryzujące się znacznie wyższą jakością niż leczeni.¹¹ Nie muszę chyba dodawać, że już nigdy więcej nie poproszono go o zabranie głosu.

NACIĄGANE STATYSTYKI

Epidemiologiczne badania potwierdzają wątpliwą wartość konwencjonalnej terapii. W ich konkluzji mówi się: „medyczne interwencje związane z rakiem mają marginalny wpływ, jeśli w ogóle jakikolwiek, na przeżywalność”.¹² Nawet konserwatywny periodyk medyczny *New England*

Journal of Medicine zamieścił artykuł pod znamienym tytułem „Rak niepokonany”.¹³

Pospolity sposób przekształcania medycznych statystyk na bardziej korzystne wygląda następująco: pacjenci, którzy umierają w czasie przedłużonej terapii przy zastosowaniu chemioterapii lub radioterapii, nie są włączani do obliczeń statystycznych pod pretekstem niezyskania pełnego zakresu terapii, natomiast w grupach kontrolnych liczeni są wszyscy, którzy umierają.

Co więcej, miarą sukcesu jest procent guzów zanikających, bez względu na to, czy pacjent przeżyje. Kiedy jednak dochodzi do porównania długości okresu przeżycia, wówczas uwzględnia się tylko przypadki wyleczone z pominięciem śmiertelnych. Generalnie nie podaje się, ilu pacjentów zmarło wskutek samej terapii.

Obecny trend polega na bardzo wczesnym wykrywaniu objawów przedrakowych i leczeniu ich jako raka. Chociaż statystycznie zwiększa to liczbę ludzi chorych na raka, to jednocześnie sztucznie wydłuża czas przeżycia i obniża śmiertelność, a tym samym czyni terapie medyczne bardziej wiarygodnymi. W tym wydłużeniu czasu przeżywalności może mieć jednak swój udział pewien czynnik, a mianowicie to, że rosnąca liczba pacjentów sięga dodatkowo po terapię naturalną.

Badanie historii chorób 1,2 miliona pacjentów z rakiem ujawniło, że śmiertelność przypisywana przyczynom

pozarakowym i występująca wkrótce po leczeniu na raka była o 200 procent większa od występującej normalnie. Po dwóch latach od zdiagnozowania raka i terapii ten nadmiar śmiertelności spada o 50 procent. Najczęstszym powodem nadmiaru zejść śmiertelnych była niewydolność serca i układu oddechowego. Oznacza to, że zamiast umierać przez kilka lat na raka pacjenci ci umarli w wyniku **efektów leczenia** i znacznie pomogli w poprawieniu statystyk dotyczących raka, ponieważ rak nie był

bezpośrednią przyczyną ich śmierci.¹⁴ Tego rodzaju zafałszowane doniesienia dotyczące śmierci z powodu raka zrodziły żądania wprowadzenia bardziej uczciwych statystyk.¹⁵

Analiza wielu szeroko zakrojonych badań mammograficznych pokazuje, że mammografia prowadzi do bardziej agresywnej terapii bez żadnych dodatnich skutków, jeśli chodzi o przeżywalność pacjentek. W rezultacie nawet redaktor *Lanceta* musiał przyznać, że brak jest wiarygodnych danych wynikających z rozległych losowych prób mammograficznych, które świadczyłyby na korzyść mammografii.¹⁶ Znaczenie tego oświadczenia wykracza daleko poza samą mammografię.

Orędownicy medycyny konwencjonalnej otwarcie przyznają, że nie znają terapii mogącej pomóc w przypadkach zaawansowanych form raka. Do dzisiaj lansuje się hasło: „Aby można było to wyleczyć, należy wykryć to wcześniej”. Badania dotyczące mammografii dowodzą, że nie ma znaczenia, kiedy wykryje się raka – metody konwencjonalne są zawsze bezużyteczne, a co za tym idzie, bezużyteczny jest ogromny, wielomiliardowy przemysł raka (to mój wniosek).

W ramach prowadzonych w Kanadzie przez trzynaście lat badań, które objęły 40 000 kobiet, dokonano porównania tych z nich, które badano metodami fizycznymi,

Wcześniejsze niemieckie badania dowodzą, że kobiety po menopauzie z nie leczoną formą raka piersi żyją dłużej od poddanych kuracji i zalecają zaniechanie leczenia w takich przypadkach.

z tymi, którym zaaplikowano dodatkowo mammografię. Okazało się, że w grupie z badaniem mammograficznym wystąpiło znacznie więcej przypadków wycięcia guzka piersi i zabiegów chirurgicznych (przy współczynniku śmiertelności wynoszącym 107) niż w grupie, w której zastosowano tylko badanie fizyczne (przy współczynniku śmiertelności – 105).¹⁷

Rak przewodowy miejscowy (DCIS) jest pospolitą, nieinwazyjną formą guza piersi. W większości przypadków jest wykrywany przy pomocy mammografii. U młodych kobiet 92 procenty wszystkich rodzajów raka wykrywanych za pośrednictwem mammografii należą do tego typu, tym niemniej średnio w 44 procentach, a w niektórych przypadkach w 60 procentach, tych przypadków stosuje się amputację sutka (mastektomię). Ponieważ większość z nich jest nieszkodliwa, te niepotrzebne zabiegi znacznie poprawiają statystyki dotyczące przeżywalności.¹⁸

Podczas gdy konwencjonalne diagnozy mają charakter inwazyjny i mogą sprzyjać przerzutom raka, jest pewien nieszkodliwy rodzaj elektroskórnych badań o nazwie „test biopola”, który opracował zespół złożony z badaczy ośmiu europejskich szpitali i uniwersytetów. Jak doniósł *Lancet*, jest on w 99,1 procenta dokładny w diagnozowaniu złośliwości guzów piersi.¹⁹

Obszerna analiza wyników radioterapii w przypadkach raka płuc wykazała, że po dwóch latach w grupie, w której oprócz interwencji chirurgicznej zastosowano radioterapię, wystąpiła o 21 procent większa śmiertelność niż w grupie, która miała wyłącznie zabieg chirurgiczny. Magazyn *Lancet* zamieścił artykuł²⁰, w którym mówi się, że zabicie wszystkich komórek rakowych, jakie pozostały po zabiegu chirurgicznym, jest racjonalne, lecz fakty, niestety, nie potwierdzają tej teorii.

CHEMIOTERAPIA – MEDYCZNA ROSYJSKA RULETKA

Chemioterapia w przypadkach białaczki u dzieci i choroby Hodgkina (ziarnica złośliwa) stanowi typowy przykład jedynie pozornego sukcesu ortodoksyjnej terapii antyrakowej. Prowadzone obecnie kolejne długoterminowe badania dowodzą, że w późniejszym okresie u takich dzieci powstaje osiemnaście razy więcej wtórnych złośliwych guzów. Co gorsze, u dziewczynek występuje 75-krotny wzrost ryzyka (7500%) zachorowania na raka piersi w wieku około 40 lat.²¹ Głównym problemem wydaje się być rozwój głębokich lub układowych infekcji bakterią *Candida albicans* (bielnik biały) wkrótce po rozpoczęciu chemioterapii.²² Jeśli ta infekcja nie jest odpowiednio leczona, następuje pogorszenie lub jest bardzo prawdopodobne wystąpienie w przyszłości problemów ze zdrowiem.

Badania raka jajników dowodzą, że ryzyko wykształcenia się białaczki po chemioterapii rośnie 21-krotnie, czyli o 2100 procent. Chemioterapia wykazuje prostą zależność od dawki – podczas gdy występowanie pobudzonej leukemii podwaja się między grupami, w których zastosowano niską i umiarkowaną dawkę, to między grupami o umiarkowanej i wysokiej dawce wzrasta czterokrotnie. Po zastosowaniu chemioterapii w celu leczenia złośliwych guzów rozwijają się również inne guzy.²³ W próbach ze szpiczakiem (myeloma) nie stwierdzono żadnych

zalet stosowania chemioterapii w stosunku do braku jakiegokolwiek leczenia.²⁴

Ulrich Abel, szanowany niemiecki biostatystyk, przedstawił wyczerpującą analizę ponad 3000 klinicznych prób dotyczących wartości chemioterapii w przypadkach zaawansowanego nowotworu złośliwego (na przykład raka piersi). (Onkolodzy mają inklinację do stosowania chemioterapii, ponieważ może ona spowodować czasowe kurczenie się guza zwane reakcją, jednak i w tym przypadku występują nieprzyjemne efekty uboczne). Abel wynioskował, że brak jest bezpośrednich danych wskazujących na to, że chemioterapia umożliwia w takich przypadkach przedłużenie okresu przeżycia. Twierdzi wprost: „Wielu onkologów uważa za oczywiste to, że reakcja na terapię wydłuża okres przeżycia – jest to opinia, której podstawę stanowi błędne rozumowanie nie poparte żadnymi badaniami klinicznymi”.²⁵

W swojej książce *Questioning Chemotherapy (Wątpliwości wobec chemioterapii)* dr Ralph W. Moss przedstawia szczegółową analizę tego tematu. Ogólny wniosek, jaki wynika z jego książki, mówi, że nie ma danych wskazujących na to, że stosowanie chemioterapii wydłuża w większości przypadków raka okres przeżycia.²⁶

Nawet gdyby chemioterapia mogła przedłużyć życie o kilka miesięcy, to co z jakością tego życia? Tom Nesi, były dyrektor ds. kontaktów z mediami w farmakologicznym gigancie Bristol-Myers Squibb, napisał w dzienniku *New York Times* o udanej kuracji swojej żony, która statystycznie rzecz ujmując przedłużyła jej życie o trzy miesiące.²⁷ Dwa tygodnie po zabiegu jego żona nagryzmoła na kartce z notatnika: „jestem przy-

gnębiona... nie chcę więcej... proszę”. W tej sytuacji wcale nie dziwią mnie doniesienia mówiące, że większość onkologów nie poddałaby tej terapii członków swoich własnych rodzin.

PEŁNA TERAPIA

Virginia Livingston (później Livingston-Wheeler), wybitna badaczka raka i terapeutka, przytacza w swojej książce *Cancer: A New Breakthrough (Rak – nowy przełom)* opis przypadku jednej z wielu pacjentek, które badała. Pacjentka ta zgłosiła się do niej natychmiast po zaaplikowaniu jej pełnego zakresu terapii na raka piersi.²⁸

„Po odkryciu minimalnego guzka piersi poddano ją mastektomii (wycięciu sutka). Zaden z usuniętych spod ramienia węzłów limfatycznych nie był zaatakowany; całość tkanki rakowej została usunięta. Aby mieć pewność, że nie będzie nawrotów na bliznach, poddano ją radioterapii i wycięto jajniki.

Ku jej przerażeniu rok później na bliźnie pooperacyjnej na piersi pojawiły się małe guzki. Znowu poddano ją naświetlaniom i dodatkowo terapii hormonami męskimi, w następstwie czego wystąpił u niej trądzik i szorstki zarost na twarzy. Pomimo to guzki pojawiały się dalej. Obecnie jest poddawana chemioterapii z jej typowymi efektami ubocznymi.

Włosy nie zdążyły jeszcze odrosnąć, kiedy ból w kościach został zdiagnozowany jako rak kości. Spodziewano się, że zwiększenie dawek chemioterapii i terapii hormonalnej pomoże, jednak kilka miesięcy później uszko-

Badania raka jajników dowodzą, że ryzyko wykształcenia się białaczki po chemioterapii rośnie 21-krotnie, czyli o 2100 procent... Po zastosowaniu chemioterapii w celu leczenia złośliwych guzów rozwijają się również inne guzy.

dzenia kości powiększyły się. W rezultacie usunięto jej gruczoły dokrewne. Miejmy nadzieję, że to przedłuży jej cierpienia o rok. Później usunięcie przysadki mózgowej może dać jej kolejnych sześć miesięcy życia.

Obecnie jej wiara w medycynę została tak mocno zachwiana, że zgłosiła się do mnie po poradę. Poprosiła o badanie bez obecności swojego męża, ponieważ chciała mu oszczędzić widoku swojej agonii w postaci nagiego, zniekształconego, okaleczonego ciała z potwornie opuchniętym brzuchem i cienkimi nogami. W końcu wyszeptła: «Pani doktor, czy mam się zabić?»

ZMOWA MILCZENIA

Czemu oni to robią (przez „oni” rozumiem medyczny „establishment raka”)? Wydaje mi się, że odpowiedzi na to pytanie udzielił medyczny komentator i były redaktor magazynu *New Scientist*, dr Donald Gould, w ponadczasowym artykule zatytułowanym „Cancer: A Conspiracy of Silence” („Rak – zmowa milczenia”).²⁹ Jego podtytuł podsumowuje pogląd autora: „Najpospolitsze rodzaje raka są dziś równie odporne na leczenie, jak 40-50 lat temu. Nic nie zyskamy, udając, że szala zwycięstwa w walce z rakiem powoli i systematycznie przechyla się na naszą stronę”.

Powyższa prawda jest rozmyślnie ukrywana przed społeczeństwem. Według Goulda ta zmowa milczenia ma związek z pieniędzmi. Społeczeństwo musi postrzegać medyczny establishment specjalizujący się w raku jako ten, który wygrywa, inaczej nie da mu pieniędzy. Jeden z wcześniej cytowanych naukowców stwierdził, że przy dziesiątkach tysięcy radiologów i milionach dolarów zainwestowanych w sprzęt, wciąż aplikuje się radioterapię, mimo iż badania wskazują, że powoduje ona więcej szkód, niż daje korzyści.

Gould uważa również, że pacjenci, którzy czuliby się dobrze bez leczenia aż do nieuniknionej śmierci, podawani terapiom stają się z powodu tych bezsensownych prób odwleczenia ich zgonu o kilka tygodni nieszczęśliwi. Rzecz w tym, że na tym etapie zarabia się najwięcej. Gould uważa, że lekarze trują swoich pacjentów lekami i promieniowaniem i okaleczają ich niepotrzebnymi zabiegami chirurgicznymi w desperackiej próbie leczenia czegoś, co jest nieuleczalne.

Od roku 1976, w którym Gould napisał ten artykuł, niewiele się zmieniło. W ostatnim wydaniu *The Moss Reports* można przeczytać, że długoterminowe przeżycie w przypadkach pospolitych raków, takich jak rak prostaty, piersi, jelita grubego i płuc, „ledwie drgnęło od lat siedemdziesiątych”.³⁰ W ostatecznym rozrachunku oznacza to, że w ostatnich 70-80 latach nie nastąpiło znaczące wydłużenie okresu przeżywalności w następstwie konwencjonalnego leczenia raka.

NAUKOWE PODSTAWY AKCEPTACJI LEKÓW

Warto również poznać zasady akceptacji leków stosowanych w leczeniu raka. Większość z nich pochodzi z USA. W przeszłości firma wytwarzająca lek musiała dostarczyć dwie duże losowe próby z pozytywnymi wynikami, aby uzyskać akceptację Urzędu ds. Żywności i Leków (Food and Drug Administration; w skrócie FDA), który zajmuje się dopuszczaniem leków. Słowo „pozytywny” oznacza

w tym przypadku skutek w postaci określonego tempa zmniejszenia się guza, które utrzymuje się przez co najmniej jeden miesiąc. Nie było wymogu wykazania, że lek przedłużał okres przeżycia, nie wymagano również przedłożenia wyników nieudanych prób tego leku.

Te „ostre naukowe” kryteria jeszcze bardziej złagodzone w czasie prezydentury Clintona, dzięki czemu producenci leków mogli uzyskać aprobatę FDA, nawet gdy duża losowa próba wypadła niekorzystnie.³¹ W doniosłym oświadczeniu dotyczącym akceptacji leków, rzecznik FDA podkreślił, że jakiegokolwiek opóźnienie akceptacji niekoniecznie oznacza czyjąś śmierć, ponieważ „żadna z tych zaawansowanych kuracji form raka nie leczy ludzi”.³²

Przypuszczalnie sprawa ma się jeszcze gorzej niż w przypadku nieefektywnej terapii. Grupa liczących się badaczy dokonała przeglądu całości opublikowanych materiałów statystycznych dotyczących medycznych skutków terapii i wykazała, że system medyczny jest obecnie główną przyczyną zgonów i okaleczeń w USA. Zgonów związanych z zawałami serca w roku 2001 było 699 697, z rakiem – 553 251, natomiast z medycznymi interwencjami – 783 936! Właściwy tytuł tych badań powinien brzmieć: „Śmierć zadana przez medycynę”.³³

Ktoś mógłby zastanawiać się, dlaczego władze resortu zdrowia udają, że nie widzą tych masowych zgonów, w większości spowodowanych lekami, i koncentrują swoje wysiłki na ograniczaniu dostępu do dodatków do żywności i naturalnych leków.

Objawem tego rodzaju oficjalnego nastawienia są niedawne działania wymierzone w Pan Pharmaceuticals, w następstwie których rząd australijski zmusił naj-

większego producenta naturalnych leków do ogłoszenia bankructwa, rzekomo z powodu tego, że jego produkty mogłyby wywołać choroby, a nawet doprowadzić do zgonów.

Moim zdaniem główną przyczyną tego wypaczonego oficjalnego stanowiska jest to, że wydziały zdrowia i władze nadzorcze są zdominowane przez lekarzy, którzy zostali wyszkoleni (częściowo za pieniądze koncernów farmaceutycznych), aby wierzyć, że leki farmaceutyczne są zbawienne a naturalne szkodliwe. Mimo iż większość zachodnich społeczeństw woli leki naturalne, niemal wszystkie partie polityczne promują uzależnienie od leków farmaceutycznych.

Tak więc pierwszym krokiem zmierzającym do zmiany tego opresyjnego klimatu politycznego jest konieczność utworzenia partii politycznej promującej metody naturalnych terapii a nie uzależnienie od leków.

W artykule redakcyjnym *British Medical Journalu*, którego autorem jest Richard Smith, można znaleźć wskazówkę wyjaśniającą przyczynę tych alarmujących statystyk zawartych w „Śmierci zadanej przez medycynę”: „Jak dotąd jedynie 15 procent medycznych interwencji ma wsparcie w solidnej wiedzy naukowej” i „jest tak dlatego, że tylko 1 procent artykułów pojawiających się w medycznych periodykach ma naukowe uzasadnienie, a częściowo z powodu tego, że wielu terapii nigdy nie próbowano nawet oceniać”.³⁴

Dobrym przykładem nienaukowej natury badań medycznych jest ostatnie fiasko zastępczej terapii hormonalnej

Grupa liczących się badaczy dokonała przeglądu całości opublikowanych materiałów statystycznych dotyczących medycznych skutków terapii i wykazała, że system medyczny jest obecnie główną przyczyną zgonów i okaleczeń w USA.

(Hormone Replacement Therapy; w skrócie HRT). Kilka- dziesiąt lat temu była ona przedstawiana jako wynikająca z „rygorystycznych badań” medycznych oraz bezpieczna i efektywna, ponieważ w przeciwnym wypadku nie została- by zaaprobowana. Kurację tę zalecano jako zapobiegającą zawałom serca i rakowi. Przeprowadzone obecnie badania dowodzą, że HRT jest niebezpieczna i zwiększa ryzyko zachorowania właśnie na zawał serca i raka.

Co zawiodło? Cemu nie wykryto tego wcześniej? To oczywiste, pierwotne badania były prowadzone pod kątem uzyskania maksymalnych zysków, podczas gdy obecnie badacze nie mają już w nich żadnego udziału. Z tego względu nie wierzę żadnym badaniom prowadzonym pod kątem uzyskania dochodów. Niestety, takie podejście do- minuje obecnie w większości badań medycznych.

DROGA KU PRZYSZŁOŚCI

Minęły już 32 lata od momentu, kiedy prezydent Nixon wypowiedział wojnę rakowi. Od tamtego momentu wyda- no 2 biliony dolarów na konwencjonalne leczenie raka, a rezultat tego jest taki, że więcej osób niż kiedykolwiek przedtem umiera na raka.³⁵ Chociaż wykonano wiele badań, których celem było ustalenie wartości różnych składników odżywczych w odniesieniu do różnych rodza- jów raka, z tych dwóch bilionów dolarów nie przydzielono ani grosza na przeprowadzenie prób z holistycznymi tera- piami raka. Naturalni terapeuci musieli stawiać czoło stuletniemu okresowi oskarżeń i wielu z nich zawleczono na salę sądową, w rezultacie czego skończyli w więzieniu.

Czy nie byłoby bardziej naukowe bezstronne ocenienie metod leczenia raka stosowanych przez naturalnych tera- peutów zamiast wsadzanie ich do więzienia? Większość amerykańskich klinik alternatywnych musiała przenieść się do Meksyku. (Zainteresowanych ich listą odsyłam na stronę internetową <http://www.cancure.org>).

Holistyczne podejście do leczenia raka obejmuje dos- konale odżywianie, zioła, elektromedycynę oraz medycynę wibracyjną lub energetyczną, uzdrawianie emocjonalne, a także terapię umysłową. Jedyne znane badania, które są bliskie podejściu holistycznemu, dotyczą terapii Gersona i były przeprowadzone w celu oceny pięcioletniego okresu przeżywalności 153 pacjentów cierpiących na czerniaka. Wykazały one, że 100 procent pacjentów z fazą I i II poddanych terapii Gersona przeżyło, podczas gdy tylko 79 procent poddanych terapii konwencjonalnej. W odniesie- niu do przypadków w III fazie raka (z przerzutami w blis- kim regionie) liczby te przedstawiały się odpowiednio: 70 procent i 41 procent, zaś z fazą IV (przerzuty w rejonach odległych) – 39 procent przy stosowaniu terapii Gersona i 6 procent w przypadku terapii konwencjonalnej.³⁶

Wielu naturalnych terapeutów raka twierdzi, że w po- nad 90 procentach przypadków udało się im odnieść sukces w zahamowaniu rozwoju raka, a nawet cofnięciu się go, ale tylko wtedy, gdy pacjenci nie byli wcześniej poddani terapii konwencjonalnej. Według nich najbardziej dewas- tującymi metodami są chemioterapia i radioterapia.

Tak więc, jeśli ktoś zachoruje na raka, sugeruję, aby oparł się strachowi i naciskom z zewnątrz. Bardzo rzadko zdarza się, że należy podjąć natychmiastowe działanie. Doradzam, aby każdy sam przejrzał dane dostępne w ksią- żkach, magazynach oraz w Internecie, a następnie postąpił zgodnie z własnym zdrowym rozsądkiem i intuicją. ■

O autorze:

Walter Last, obecnie na emeryturze, pracował jako biochemik i chemik na medycznych wydziałach wielu niemieckich uniwer-

sytetów oraz w Laboratoriach Bio-Science w Los Angeles w USA, a później jako żywieniowiec i terapeuta wykorzystujący natural- ne metody leczenia w Nowej Zelandii i Australii, gdzie obecnie przebywa.

Jest autorem licznych artykułów dotyczących zdrowia pub- likowanych w różnych czasopismach, jak również kilku książek, w tym *Heal Yourself (Uzdrow się sam)*, *Healing Foods (Uzdrowia- jące potrawy)* i *The Natural Way to Heal (Naturalny sposób uzdrawiania)*. W numerze 32 (6/2003) *Nexusa* opublikowaliśmy jego artykuł „Nowa medycyna doktora Hamera”.

Zainteresowanych dalszymi informacjami na temat zdrowia odsyłamy na jego stronę internetową poświęconą zdrowiu, nau- ce i duchowości zamieszczoną pod adresem <http://www.health-science-spirit.com>.

Przełożył *Jerzy Florczykowski*

Przypisy:

1. Autor chyba trochę przesadza, podkreślając wyrażenia „zdają się” lub „wydają się”, jako że żaden szanujący się anglojęzyczny naukowiec nie używa stylu afirmatywnego i zamiast powiedzieć „dowodzą” mówi „zdają się dowodzić”, zamiast „są skuteczne” powie „wydają się skuteczne”, zresztą nasi naukowcy postępują podobnie. Podobno należy to do dobrego tonu. – Przep. tłum.

2. P. Skrabanek, „False Premises and False Promises of Breast Cancer Screening” („Falszywe przesłanki i fałszywe nadzieje związane z badaniami przesiewowymi w kierunku raka piersi”), *Lancet*, 2:316-19, 1985.

3. M. Baum, „The Curability of Breast Cancer” („Wyleczalność raka piersi”), *British Medical Journal*, 1:439-42, 1976.

4. L. Cunningham, „Mastectomy for so-called lobular carcinoma *in situ*” („Mastektomia przy tak zwanym miejscowym raku zrazikowym”), *Lancet*, 1(8163):306, 9 lutego 1980.

5. Artykuł redakcyjny, „Breast Cancer: Have we lost our way?” („Rak piersi – czy się zagubiliśmy?”), *Lancet*, 341:343-44, 1993.

6. M. Baum, „Does surgery disseminate or accelerate cancer?” („Czy zabiegi chirurgiczne zwiększają lub przyspieszają proces rozwoju raka?”), *Lancet*, 347:260, 27 stycznia 1996.

7. A. Gregl, „Die Lebenserwartung des unbehandelten Mammakarzi- noms” („Przewidywanie przeżywalności w przypadkach nie leczonego raka piersi”), *Klin. Wschr.*, 41:676, 1963.

8. E.H. Krokowski, „Is the Current Treatment of Cancer Self-Limiting in the Extent of its Success?” („Czy obecna metoda leczenia raka ma charakter samoograniczający w aspekcie jej sukcesu?”), *J. Int. Acad. Preventive Medicine*, 6(1) 23-39, 1979.

9. E. Tagliabue i inni, „Role of HER2 in wound-induced breast carcinoma proliferation” („Rola HER2 w spowodowanej ranami proliferacji raka piersi”), *Lancet*, 362:527-533, 16 sierpnia 2003.

10. P. Iversen i inni, „Radical Prostatectomy versus Expectant Treat- ment for Early Carcinoma of the Prostate” („Radykalne wycięcie stercza (prostatektomia) a oczekiwania w stosunku do wczesnego raka prostaty”), *Scand. J. Urol. Nephrol.*, 172:65-72, 1995.

11. H.B. Jones, Lecture at the American Cancer Society Conference (Odczyt wygłoszony na konferencji Amerykańskiego Towarzystwa Raka), Nowy Orlean, 3 lipca 1969.

12. J.B. McKinlay i inni, „A Review of the Evidence Concerning the Impact of Medical Measures on Recent Mortality and Morbidity in the United States” („Przegląd danych dotyczących wpływu środków medycy- nych na współczynniki śmiertelności i zachorowalności w Stanach Zjed- noczonych”), *Int. J. Health Services*, 19(23):181-208, 1989.

13. J.C. Bailar III, H.L. Gornik, „Cancer undefeated” („Rak niepokona- ny”), *New England Journal of Medicine*, 336:1569-1574, 1997.

14. B.W. Brown, C. Brauner, M.C. Minnotte, „Noncancer deaths in white adult cancer patients” („Śmierć z przyczyn pozarakovych białych pacjentów cierpiących na raka”), *J. Nat. Cancer Inst.*, 85:979-987, 1993.

15. H.G. Welch, W.C. Black, „Are Deaths Within 1 Month of Cancer- Directed Surgery Attributed to Cancer?” („Czy śmierć w ciągu 1 miesiąca po ukierunkowanej na raka interwencji chirurgicznej jest przypisywana rakowi?”), *J. Tan. Cna. Inst.*, 94:1066-70, 2002.

16. O. Olsen, P.C. Gotzsche, „Cochrane review on screening for breast cancer with mammography” („Cochrane’a przegląd programów badań przesiewowych w kierunku raka piersi przy zastosowaniu mammografii”), *Lancet*, 358:1340-42, 20 października 2001; i artykuł redakcyjny, str. 1284-85.

17. A.B. Miller i inni, „Canadian National Breast Cancer Screening Study-2: 13-year results of a randomised trial in women aged 50-59 years” („Drugie Kanadyjskie Narodowe Badania Raka Piersi – wyniki trzynasto- letnich losowych prób kobiet w wieku 50-59 lat”), *J. Nat. Cancer Inst.*, 92:1490-99, 20 września 2000.

18. Virginia L. Ernster i inni, „Incidence of and treatment for ductal carcinoma *in situ* of the breast” („Występowanie i leczenie przewodowego

miejscowego raka piersi”), *Journal of the American Medical Association*, 275(12):913-18, 27 marca 1996. David L. Page, Roy A. Jensen, „Ductal carcinoma *in situ* of the breast” („Miejscowy rak przewodowy piersi”), *JAMA*, jak wyżej, str. 948-49.

19. Jack Cuzick i inni, „Electropotential measurements as a new diagnostic modality for breast cancer” („Pomiar elektropotencjału jako nowe narzędzie diagnostyczne w przypadkach raka piersi”), *Lancet*, 352:359-63, 1 sierpnia 1998.

20. 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” („Pooperacyjna radioterapia w przypadkach niemałego komórkowego raka płuc – systemowy przegląd i metaanaliza danych dotyczących indywidualnego pacjenta pochodzące z dziewięciu losowych, kontrolowanych prób”), *Lancet*, 352(9124):257-63,250-51, 25 lipca 1998.

21. S. Bhatia, L.L. Robison i inni, „Breast cancer and other second neoplasms after childhood Hodgkin’s disease” („Rak piersi oraz inne wtórne nowotwory po przejściu w dzieciństwie choroby Hodgkina”), *New England J. Med.*, 334(12):745-51, 21 marca 1996.

22. L. Klingspor, G. Stintzing, J. Tollemar, „Deep *Candida* infection in children with leukaemia” („Głębokie infekcje bakterią *Candida* u dzieci z białaczką”), *Acta Paediatr.*, 86(1)30-6, 1997.

23. A.J.P. Klein-Szanto, „Carcinogenic effects of chemotherapeutic compounds” („Rakotwórcze efekty składników chemioterapii”), *Prog. in Clinical and Biological Research*, 374:167-74, 1992.

24. A. Riccardi, O. Mora i inni, „Long-term survival of stage I multiple myeloma given chemotherapy just after diagnosis or at progression of the disease: a multicentre randomised study” („Długotrwałość występowania fazy I szpiczaka mnogiego przy zastosowaniu chemioterapii tuż po diagnozie lub w przypadku postępów choroby – wieloośrodkowe losowe badania”), *Br. J. Cancer*, 82(7):1254-60, kwiecień 2000.

25. U. Abel, „Chemotherapy of advanced epithelial cancer: a critical review” („Chemioterapia w przypadkach zaawansowanego stadium raka nabłonkowego – krytyczne spojrzenie”), *Biomed. Pharmacother.*, 46(10): 439-52, 1992.

26. Dr Ralph W. Moss, *Questioning Chemotherapy (Wątpliwości wobec chemioterapii)*, Equinox Press, Nowy Jork, 1995.

27. Tom Nesi, „False hope in a bottle” („Falszywe nadzieje w butelce”), *New York Times*, 5 czerwca 2003.

28. Virginia Livingston, *Cancer: A New Breakthrough (Rak – nowy przełom)*, Cancer Book House, Los Angeles, 1972.

29. D. Gould, „Cancer: A Conspiracy of Silence” („Rak – zmowa milczenia”), *New Scientist*, 2 grudnia 1976.

30. R.W. Moss, *The Moss Reports*, nr 127, 4 kwietnia 2004, <http://www.ralphmoss.com>.

31. R.W. Moss, *The Moss Reports*, nr 86, 7 czerwca 2003.

32. R.W. Moss, *The Moss Reports*, nr 122, 28 lutego 2004.

33. G. Null, C. Dean i inni, „Death by Medicine” („Śmierć zadana przez medycynę”), Nutrition Institute of America, listopad 2003, <http://www.NutritionInstituteOfAmerica.org>.

34. R. Smith (redaktor), „The poverty of medical evidence” („Ubóstwo danych medycznych”), *British Medical Journal*, vol. 303, 5 października 1991.

35. Sharon Begley, „New statistics show increase in cancer rates: cancer rates go up, not down” („Nowe dane statystyczne dowodzą wzrostu zachorowań na raka – ilość zachorowań na raka rośnie, a nie spada”), *Wall Street Journal*, 16 października 2002, str. B1.

36. G.L. Hildenbrand i inni, „Five-year survival rates of melanoma patients treated by diet therapy after the manner of Gerson: A retrospective review” („Pięcioletni okres przeżywalności pacjentów z czerniakiem leczonych przy zastosowaniu diety zalecanej przez Gersona – spojrzenie retrospektywne”), *Alt. Therapies*, 1(4):29-37, wrzesień 1995.