

Aus dem Buch: Dr. Waltraut Fryda „Adrenalinmangel als Ursache der Krebsentstehung“, 6te verbesserte Auflage 2004, Erstveröffentlichung 1982

S. 42

Der pH-Wert

Spricht man von „ph-Wert“, „Acidose“, „Alkalose“ usw., dann muß man eigentlich erst einmal klarstellen, wo sich die jeweils gemessenen Veränderungen abspielen. Im Blut? Im Gewebe? Im Urin?

Es ist keineswegs einerlei, wo man den pH-Wert misst, denn es gibt bestimmte Gesetze im Stoffwechsel, die einfach in der Medizin nicht zur Kenntnis genommen werden, dabei aber eine grundlegende Bedeutung haben und eigentlich bei jeder Therapie berücksichtigt werden müssten.

Eines dieser Gesetze, von mehreren Autoren schon lange propagiert (Aschoff, Szylvay, Seeger), besagt, dass der pH-Wert des Blutes dem des Gewebes jeweils umgekehrt proportional läuft, d.h., wenn der pH-Wert des Blutes saurer wird, dann wird der Gewebe-pH alkalischer und umgekehrt.

Im Normalzustand, d.h. im gesunden Zustand, findet man im menschlichen Organismus einen Blut-pH-Wert von ca. 7,4 und einen etwas alkalischeren Gewebe-pH-Wert bis ca. 7,7. Beim Gesunden werden diese Werte mit Hilfe komplizierter Stoffwechselforgänge (z.B. Pufferung, Bildung von Salzen usw.) unter allen Umständen aufrechterhalten, wodurch garantiert ist, dass alle Zellen in ihrem ungeheuer fein ausgewogenen Zusammenspiel reibungslos funktionieren.

Länger dauernde Schädigungen des Säure-Basen-Gleichgewichtes aber, die nicht mehr durch die zur Vergärung stehenden Hilfsfaktoren beherrscht werden können, müssen geradezu notgedrungen zur Schädigung verschiedener Zellen führen.

Kommt es also durch Noxen wie zum Beispiel durch extreme Säurebildung im Darm (pathologische Zusammensetzung der Darmflora, Ernährungseinflüsse u.a.) zu einer langandauernden Übersäuerung des Blutes, so werden diese überschüssigen sauren Stoffwechselprodukte im Gewebe abgelagert, um so wenigstens den normalen Blut-pH-Wert zu erhalten, und führen dort, nämlich im Gewebe, zu einer Übersäuerung, die den Gewebezellen schadet.

U.a. führt eine Ansäuerung des Gewebes zur Einschränkung der Zellatmung (Warburg, Seeger u.a.) und damit zu einer Verlangsamung der Zell-Stoffwechsel-Vorgänge mit Anfall pathologischer Stoffwechselprodukte.

Nach dem Gesetz der semipermeablen Membran, welches besagt, dass bei Vorhandensein einer solchen ein Stoffwechselfaustausch nur möglich ist, wenn zwischen den getrennten Medien u.a. ein pH-Wert-Unterschied besteht, läuft auch der Stoffwechsel zwischen Bindegewebe und Blut- bzw. Lymphsystem ab.

Der pH-Wert des Blutes von 7,4 wird aber so weit wie möglich gehalten, wobei überschüssige Säuren, die nicht auf normalem Wege – nämlich über die Atemluft, Nieren oder Haut – abtransportiert werden können, im Bindegewebe gelagert werden. Die schädliche Übersäuerung desselben versucht der Organismus dann dort durch Abpufferung, also Bildung von Salzen (vorwiegend mittels Calcium) zu beheben. Es ergeben sich die typischen „Mikrocalcificationen“ beim Mamma-Karzinom, Calcium-Inseln im geschädigten Herzmuskel, Ablagerungen von Kalk-Kristallen in atheromatös veränderten Blutgefässen, sowie Nieren- und Gallensteine.

Um diesen Zustand zu ändern, also den Gewebe-pH-Wert zu erhöhen, bzw. das Gewebe zu entsäuern, wäre es nun völlig falsch, alkalische Substanzen zuzuführen. Diese würden zwar neu hinzukommende Säuren im Blut abpuffern, aber dabei auch verbraucht und nicht ins Gewebe transportiert werden, bzw., falls sie dieses erreichen würden nur zu weiteren Ablagerungen, aber nicht zur Entsäuerung führen. Die einzige Möglichkeit, den Normalzustand, also das gesunde Verhältnis zwischen Gewebe- und Blut-pH wieder herzustellen, ist eine Ansäuerung des Blutes zu erzielen. Da aber alle Säuren mit Ausnahme der physiologischen Rechtsmilchsäure abgepuffert werden, muss diese beim Kranken lang genug zugeführt werden. Weniger Schwerkranke könnten dies allerdings auch durch forcierte körperliche Bewegung erreichen. Abgesehen davon, dass nach einer solchen „Entschlackung“ des Bindegewebes vielen chronischen Leiden, besonders aber den malignen Tumoren, der Boden entzogen wird, auf dem sie sich wohlfühlen, ist eine Regulation des Gewebe-pH auch wichtig für die physiologische Wirkung von Hormonen, da die meisten von ihnen, und ganz besonders Adrenalin, extrem pH-Wert-abhängig sind (Labhard).

Letzten Endes kann man sagen, dass alle chronischen Leiden durch Veränderungen des Quotienten Blut-pH-Wert/Gewebe-pH-Wert entstehen. Ganz besonders trifft dies aber für maligne Erkrankungen zu und das Wissen darum, dass maligne Gewebe grosse Mengen von Linksmilchsäure erzeugen, ist seit Warburg längst Allgemeingut geworden.

S. 64

Und wie sollte nun eine solche interne Tumorthherapie aussehen?

Legt man die Hypothese zugrunde, dass maligne Tumoren durch Adrenalinmangel entstehen, dann ergibt es sich von selbst, daß eine entsprechende Diät eingehalten werden muß, die das chromaffine System nicht belastet; Depot-Kohlenhydrat-freie,

S. 65

Depot-Fett-frei, milchsäurereiche und an Vitaminen und Spurenelementen reiche Kost, reichlich Flüssigkeit zur Eliminierung der Toxine, wobei sich Obstsaften wegen ihres Gehalts an Vitaminen und Puffersubstanzen besonders gut eignen, wenig Fleisch, um eine Ansäuerung des Gewebes nicht zu verstärken, aber viel Vollkorn-Getreide-Produkte, die wegen ihres Schlackenreichtums und des Gehaltes an Vitaminen der B-Gruppe zur Darmsanierung beitragen.

Zur Ansäuerung des Blutes muß monate-, ja jahrelange rechtsdrehende Milchsäure in stabiler Form, z.B. RMS-Petrasch 20%ig, gegeben werden [RMS = RechtsdrehendeMilchSäure]. Und dies auch zur Eliminierung saurer Stoffwechselschlacken aus dem Gewebe sowie zur biologischen Neutralisierung der Tumor-Links-Milchsäure zu racemischer Milchsäure.

Erfahrungsgemäß dauert es genau 5 Wochen, bis es bei Krebskranken zum Umkippen des pH-Wertes kommt, das heißt, bis der Blut-pH-Wert saurer ist als der Gewebe-pH. Ich kann aber bis jetzt nicht erklären, warum es gerade 5 Wochen dauert. Bei Gesunden und Allergikern dauert es bis zur Umstimmungsreaktion interessanterweise nur 14 Tage.

Bei beiden Gruppen aber treten um diese Zeit die gleichen Symptome auf: Der Patient fühlt sich schlecht, wird aggressiv und depressiv, die Ausscheidungen werden extrem übelriechend und früher vorhandene Schmerz- oder andere Symptome können noch einmal auftreten.

Offensichtlich ist dies der Zeitpunkt, zu welchem die Säuren aus dem Gewebe in großen Mengen im Blut erscheinen, da sie nicht schnell genug eliminiert bzw. abgepuffert werden können und zu dieser Zeit, die meist genau 3 Tage dauert, ist der Patient eben „stocksauer“, wie der Volksmund richtig sagt.

Ist dann nach Ausleitung der im Blut kreisenden toxischen Säuren das Blut wieder frei geworden, so sorgt die zugeführte Rechtsmilchsäure für eine weiterhin unproblematische und physiologische Aufrechterhaltung eines Blut-pH-Wertes von 7,4.

S.66

Und bereits durch diesen Blut-pH-Wert ist die Voraussetzung für eine wesentlich bessere Funktionieren des Stoffwechsels gegeben, die von Schlacken gereinigten Nieren und die Leber können ihre

Entgiftungsfunktionen wieder aufnehmen und damit die Grundlage schaffen, um zum Beispiel auch später anfallende Abbauprodukte eines malignen Tumors sicher zu entfernen.

Beim Zerfall von Tumorzellen entstehen aber außer sauren Abfallprodukten zusätzlich großmolekulare Eiweißpartikel, die schwer zu eliminieren sind und oft zum wohlbekanntem toxischen Tumor-Fieber führen.

Da dieses Fieber aber selten hoch genug ist, um eine wirklich zerstörende Wirkung auf die malignen Zellen ausüben zu können, schwächt es nur den Organismus ohne ihm zu helfen. Um die Zerstörung dieser Partikel zu erleichtern, empfiehlt es sich, kombinierte Präparate von Enzymen zu verordnen, Wobenzyl oder ähnliche. Krebskranke leiden ja sowieso meist an einem Mangel solcher Enzyme und durch die orale Applikation wird somit auch noch die Aufschließung der Nahrung gefördert. Eine Zufuhr der bereits abgehandelten Vitamin A, B und C ist ebenfalls zu empfehlen, wobei die Meinungen über die Zufuhr von Vitamin B12 geteilt sind. Ernstzunehmende Arbeiten berichten über eine tumorfördernde Wirkung von Vitamin B12 und man sollte daher eine künstliche Zufuhr dieses Vitamins vorerst vermeiden. Es ist auf alle Fälle besser, die natürliche Bildung durch Sanierung der Darmflora und Regulierung der Magensekretion zu fördern.

Fast immer leiden Tumorkranke aber an einer Eisenmangel-Änämie, und eine Therapie mit Eisenpräparaten erscheint daher in den meisten Fällen angezeigt.

Genau wie Eisen, sollten auch die Mineralien Kalzium, Kalium und Magnesium bei einem nachgewiesenen Mangel zugeführt werden, da erstens der gesunde Zellstoffwechsel wesentlich von der Möglichkeit des Austausches dieser Mineralien abhängig ist, da aber gerade diese Mineralien in

S.67

einem übersäuerten Organismus zur Bildung von Salzen verbraucht werden und sehr häufig fehlen, ebenso Selen – dieses aber nur bei nachgewiesenem Mangel.

Die häufig nachzuweisende Erhöhung des Kupferspiegels im Serum Krebskranker kann zwar durchaus bedeuten, daß dieses Metall im Zellinneren fehlt, genau wie eine Kalzium-Erhöhung im Blut keineswegs bedeutet, daß auch in den Zellen genügend Kalzium vorhanden ist. Jedoch gelingt es bei Kalzium, den Einbau mit Hilfe von Vitamin D, Anabolika und Geschlechtshormonen zu fördern; eine ähnliche Möglichkeit zur Förderung des Kupfereinbaus ist mir aber leider nicht bekannt.

Die Sexualhormone können im übrigen ebenfalls zur Therapie von Tumoren verwendet werden, welche davon abhängig sind, also zur Behandlung von Ovarial-, Uterus- und Mamma-Karzinomen, Prostata- und Hodenkrebsen, und zwar als Mittel zur ständigen Veränderung des Tumormilieus, wobei sich mir die sicher anfechtbare Methode bewährt hat, zum Beispiel 1. Östrogen, 2. Anti-Östrogene (Novaldex), 3. Gelbkörperhormon im regelmäßigen Wechsel von jeweils 1 Woche zu geben. Bei den männlichen Patienten Testosteron und Östrogen im Wechsel.

Ganz offensichtlich können Tumorzellen diese ständige Veränderung des Hormonspiegels nicht ertragen, denn diese Methode hat sich erstaunlich bewährt in den von mir behandelten, zum Teil inkurablen Fällen.

Auch hat es sich sehr häufig bewährt, Patientinnen nach der Menopause, die an anderen Tumoren litten, wie zum Beispiel Magen- oder Kolon-Krebs, eine leichte Substitution mit Östrogenen und Gelbkörperhormon in einem physiologischen Wechsel zu verordnen, da eine solche Therapie nicht nur die Psyche erheblich aufhellen, sondern außerdem noch als Anabolikum wirken und die Bildung von Skelett-Metastasen hintanhaltend kann.

Außerdem muß versucht werden, die Eigenproduktion von Adrenalin wieder in Gang zu bringen. Dies geschieht am

S.68

besten mit geeigneten Zell- oder Organpräparaten, wobei es jedem Therapeuten freisteht, welche er verwenden will. Ich selbst verwende die Regenerese-Ampullen der Fa. Dyckerhoff, Göttingen.

Sehr oft werde ich gefragt, warum ich nicht einfach Adrenalin injiziere, wenn ich von meiner Hypothese so überzeugt bin. Nun, dies hat mehrere Gründe: Erstens gibt es zur Zeit kein Depot-Adrenalin-Präparat, welches länger als eine halbe Stunde wirkt, und die derzeit im Handel befindlichen kreislaufwirksamen Epinephrin-Aufbereitungen können deswegen kaum wirksam sein. Zweitens aber erscheint es mir wenig sinnvoll, Adrenalin zuzuführen, auch wenn es in einer entsprechenden Zubereitung zur Verfügung stünde: Man würde mit der Ersatztherapie, genau wie bei Nebennierenrinden-Insuffizienz mit Cortison, nur erreichen, daß die Eigenproduktion nach Absetzen des Präparats total gelähmt wäre. Und eine dauernde, das heißt lebenslange Ersatztherapie mit Adrenalin, dürfte schon deswegen unmöglich sein, weil kein anderes Hormon im Körper sich so extrem den ständig wechselnden Gegebenheiten von Streß, Muskelarbeit, Anspannung und Ruhe anpassen muß wie Adrenalin.

Das Ziel muß also unter allen Umständen die Anregung der **Eigenproduktion** sein. Ich hoffe allerdings sehr, daß, wenn diese Hypothese sich einmal bestätigen sollte, ein Weg gefunden werden kann,

auf welchem dieses Ziel einfacher als die von mir derzeit recht polypragmatischen und komplizierten Maßnahmen erreicht werden kann.

Ich darf nur am Rande erwähnen, daß immerhin mit dieser noch sehr komplizierten Behandlungsmethode, die ich nun seit gut 40 Jahren bei ausschließlich inkurablen Patienten angewandt habe, eine so große Zahl geheilt, und zwar für immer geheilt werden konnten, daß ich an der Richtigkeit der grundlegenden Hypothese nicht mehr zweifeln kann. Die Tatsache, daß mir keine wissenschaftlich hieb- und stichfeste Statistik über alle behandelten Fälle vorliegt, sollte darum kein Gegenargument sein. Ich erlaube mir, am Ende des Buches einige Fälle von Patienten aufzuführen, die mir in Erinnerung sind und die zum Teil schon über 20 Jahre gesund leben.

Ein weiterer Grund, diese Therapie nicht fallenzulassen, war für mich die Erfahrung, daß auch Patienten, deren Leben ich nicht retten konnte, geholfen worden war, nämlich dadurch, daß sie bis wenige Tage vor ihrem Tod leistungsfähig und schmerzfrei blieben, so daß ich so gut wie niemals Schmerzmittel verwenden mußte.

Wesentlich scheint mir auch die Tatsache, daß eine solche Therapie den Patienten niemals belastet, mit Ausnahme der 3 Tage der Umstimmungsreaktion; sie ist weder schmerzhaft, noch führt sie zu Erbrechen, Appetitlosigkeit, Blasenblutungen oder anderen von aggressiven Therapien wohlbekanntem Schwierigkeiten.

Außerdem hat sie den Vorteil, daß ihr ein wirkliches Konzept zugrunde liegt, nämlich die Vorstellung, daß maligne Erkrankungen durch Adrenalinmangel entstehen und somit das Behandlungsziel immer klar ist.

Denn daß allein die Zerstörung von Tumorzellen so gut wie nie zu einer echten Heilung führt, ist inzwischen jedem Arzt bekannt. Die Verfolgung aller nur möglichen Forschungsergebnisse aus dem Gebiet des malignen Geschehens in medizinischen Zeitschriften, auf Kongressen, in Krankenberichten hat zudem ergeben, daß alle noch offenen Fragen sich geradezu spielend mit der Theorie vom Adrenalinmangel als wahrer Ursache erklären lassen und es gibt keine in den letzten gut 35 Jahren veröffentlichte Arbeit, die nicht dafür spricht.

Ich möchte daher die Grundlagen der Hypothese anschließend noch einmal kurz zusammenfassen:

S.70

Entwicklung einer malignen Krankheit

Durch Dauerstreß oder intermittierenden Streß verschiedener Art (chemische Reize, Retro-Viren, seelische Belastungen, Fokal-Herde, chronische Entzündungen u.a.) kommt es zum ständigen Missbrauch des Abwehrorgans „chromaffines System“ mit zu häufiger Ausschüttung von Adrenalin, welches Abwehrreaktionen vom akuten Typ in Gang setzen muß, und damit zur Erschöpfung des chromaffinen Systems mit der Folge, daß kein Adrenalin mehr produziert werden kann.

Noradrenalin kann weiter produziert werden, da es an vielen Stellen des Organismus, zum Beispiel auch an den Synapsen der Nervenenden u.a., gebildet werden kann.

Die Folge mangelnder Adrenalinausschüttung ist eine Verlangsamung des Stoffwechsels mit Nachlassen der (Rechtsmilchsäure erzeugenden) Muskeltätigkeit und Nachlassen der Sauerstoffspannung des Gewebes. Dadurch kommt es nun andererseits wieder zum völligen Versiegen der Adrenalinproduktion, da Adrenalin nur bei Blut-pH-7,4 wirksam ist.

Damit liegt die Abwehr vom akuten Typ darnieder. Es kommt zu Abwehrreaktionen vom vagotonen oder lymphatischen Typ und nach Erschöpfung auch dieser Möglichkeiten durch jahrelange Überforderung schließlich auch zum Versiegen der Bildung von glykogenolytischen Ersatz-Hormonen und damit zur kompletten Anergie.

Gleichzeitig treten schwere Störungen im Zuckerstoffwechsel auf. Adrenalin ist der wichtigste Gegenspieler von Insulin. Während Insulin Zucker in Zellen einbaut, holt Adrenalin diesen bei Bedarf wieder aus den Zellen heraus.

Ist kein Adrenalin mehr vorhanden, so kommt es zur zunehmenden Ablagerung von Glykogen und freier Glukose in den Zellen und damit zur Störung des Zellstoffwechsels mit zunehmender Verschlechterung der Zellatmung. Nach Einsatz verschiedener glykogenolytisch wirksamer Ersatzhormone,

S. 71

die jedoch ohne Ausnahme Nebenwirkungen besitzen, welche die wilde Zellteilung fördern, und Erschöpfung auch dieser Hormonsysteme, schaltet die glykogen-gemästete Zelle an einem lokus minoris resistentiae, wo die Bereitschaft zur Zellteilung sowieso groß ist, auf Gärungsstoffwechsel und rasche Zellteilung um, um auf diese Weise das überschüssige Glykogen loszuwerden.

Dabei entsteht optisch linksdrehende Milchsäure, welche wiederum die Mitoserate in der Zeiteinheit vervielfacht.

Gleichzeitig überwiegt die Wirkung von Insulin, welches ja in ausreichender Menge vorhanden ist. Insulin aber führt dazu, dass die Zellwände durchlässiger werden und dass in den Zellen Schädigungen der Lysosomen und Gene stattfinden können.

Aus Onkogenen werden so aktive Krebsgene, auch die Einwanderung von Viruspartikeln durch die inkompakte Zellwand kann dabei eine wesentliche Rolle spielen, indem der Viruscode nun in die Chromosomen mit eingebaut wird. So kommt es, dass dann die Zelle plötzlich nicht nur auf den primitiven Gärungsstoffwechsel zurückgreift, sondern sich auch sonst rücksichtslos wie ein Einzeller nicht mehr um die Forderungen des Gesamt-Organismus kümmert.

Die erste Krebszelle ist entstanden

Ihre Funktion im Organismus aber ist es, Glykogen abzubauen, das auf andere Weise nicht mehr verbraucht werden kann.

Zuerst wird diese Glykogenpumpe noch klein sein, weswegen es bei genügend vorhandenem Insulin zu einer diabetischen Stoffwechsellage des Patienten kommt (da in den Zellen kein Platz mehr ist für neues Glykogen, verbleibt der Zucker länger im Blut und es besteht eine Insulinresistenz). Später aber wird der wachsende Tumor seine Aufgabe, Glykogen zu vergären, schon besser erfüllen, so dass die Stoffwechsellage des Patienten ausgeglichen ist.

S. 72

Am Ende aber, wenn die Tumormasse oder die Masse von Metastasen extrem groß ist, wird es sogar zum Auftreten von Hypoglykämien im Patienten-Organismus kommen, da die ursprünglich als Retter gedachte Glykogenpumpe Tumor jetzt zur Aufrechterhaltung ihres autonomen Stoffwechsels so riesige Mengen Zucker verbraucht, dass schließlich auch noch Fett- und Eiweiß-Depots des Patienten abgebaut werden müssen, um Betriebsstoff für den Tumor zu liefern, und so führt schließlich die als lebensrettendes Notaggregat gedachte Zucker-Verbrennungsanlage Tumor den von ihr befallenen Organismus zum Tode.

Vielleicht erscheint die Idee, daß der Tumor eigentlich als Lebensretter gedacht war, auf den ersten Blick unglaublich.

Aber sie ist nicht vollkommen von der Hand zu weisen, wenn man sich einmal vor Augen führt, wie sehr sich die Lebensweise der menschlichen Spezies gerade in den letzten 100 Jahren doch von den vorgesehenen Bahnen wegentwickelt hat: schwere körperliche Arbeit, naturbelassene Ernährung, erholsame Ruhestunden, Geborgenheit, liebevolle menschliche Zuwendung, Kreativität, sportliche Betätigung, oder wenigstens die Möglichkeit, einen Streß durch wirkliches Davonlaufen oder einfach einen

Faustkampf abzureagieren, Infekte mit tagelang dauerndem hohem Fieber, hilfreiche Gespräche in seelischen Notlagen – alle diese Dinge sind fast nicht mehr „in“ oder nicht mehr zu haben. Und so kommt es im Organismus zu Störungen wie in einem stehenden Gewässer. Sicher ist der Natur mit der Erfindung eines bösartigen Tumors als Rettung nichts besonders Sinnvolles eingefallen, bedenkt man aber, daß eine Krebskrankheit mit Sicherheit schon viele Jahre besteht, bevor der Tumor überhaupt auftritt, und daß in der Zeit bis zum eigentlich autonomen Zellverband alle Register einer Lebensrettung gezogen worden sind, so erfüllt eine solche Krankheit eben doch ihren Zweck, denn das Leben des Patienten wird auf diese Weise auf alle Fälle verlängert.

S.73

Könnte man also dem Organismus nicht rechtzeitig helfen, sein Ziel, nämlich eine adäquate Glykogenverbrennung, zu einem Zeitpunkt wieder zu erreichen, an welchem noch gar kein Tumor vorhanden ist?

Nun, das ist sicher möglich. Wenn Adrenalinmangel wirklich der Auslöser eines solchen Leidens ist, so muß man eben dafür sorgen, dass das chromaffine System nicht ständig überfordert wird.

Aber das ist leicht gesagt! Wer kann sich heute schon vor Streß hüten? Oder wer kann zumindest bei Streß gleich zum Angriff mit Brachialgewalt übergehen? Oder einfach weglaufen?

Unsere Gesellschaft verbietet nun einmal derartige gesunde Reaktionen, bei welchen ja eben die durch Adrenalin zur Verfügung gestellte Glukosemenge sofort im Muskel verbraucht würden und gleichzeitig eine Wiederanregung des chromaffinen Systems durch rechtsdrehende Milchsäure stattfinden würde.

Menschen, die sich zivilisiert benehmen müssen, haben aber trotzdem die Möglichkeit, sich körperlich zu betätigen, zum Beispiel statt den ständig nörgelnden Chef zu verprügeln, am Abend um den Block zu laufen, den Hund spazieren zu führen oder den Küchenboden zu schrubben.

Man könnte auch das chromaffine System schonen, indem man keine leeren Kohlenhydrate isst, nicht raucht, sich nicht durch Fernsehsendungen aufregen lässt, in denen nicht am Schluß das Gute siegt (was zu einem Affektstau führt) oder man könnte versuchen, einen Freund zu finden, bei dem man sich wenigstens seine Wut von der Seele reden kann. Man könnte, statt am Fließband täglich im Frust zu stehen, als Hausangestellte für weniger Geld aber mit mehr Erfolgserlebnis arbeiten, man könnte sich auch einmal mit Grippe ins Bett legen und das dann einsetzende Fieber einfach ertragen.

Schließlich könnte man auch versuchen, einen seelischen oder körperlichen Schmerz einfach auszuhalten, ohne gleich

S.74

nach Tabletten zu greifen, denn ausgestandene Schmerzen sind ebenfalls Training für das Abwehrsystem.

Aber alle diese Vorschläge sind nun leider einmal unbeliebt

So wird nichts anderes übrig bleiben, als eben zu warten, bis der Tumor da ist und wenigstens dann sein Leben zu ändern.

Zum Glück gelingt es mit einer sinnvollen Therapie ja auch dann noch des öfteren, das Rad wieder rückwärts zu drehen und, wenn auch nur langsam und unter großen Mühen, einen bereits erkrankten Organismus wieder gesunden zu lassen.

In einem gesunden Körper aber gibt es einfach keinen bösartigen Tumor!

In diesem Sinne möchte ich nun meine Ausführungen beenden und spreche die Hoffnung aus, daß die hier vertretene Hypothese endlich einmal wissenschaftlich überprüft und dann nicht nur zum Sieg über Krebs führen möge, sondern vor allem auch in der Lage wäre, die Menschen rechtzeitig von einer Lebensweise zu überzeugen, die sie vor Krebs schützt und ihnen gleichzeitig ein sinnvolles, tieferes und glückliches Dasein bescheren könnte.

+++++

Beispiele für geheilte Fälle

Fall 1

Gertrud S., geb. 1921. Im April 1964 Radium-Einlagen wegen eines inoperablen, in das linke Parametrium infiltrierten Zervixkarzinoms, gute Rückbildung, im August 1966 Beckenwandrezidiv, Aufklärung des Ehemanns darüber, daß die Patientin höchstens noch bis Weihnachten zu leben hätte. Schmierig-blutige Sekretion aus dem Krater, der sich an Stelle des bestrahlten Zervix-Karzinoms gebildet hat. Beginn der üblichen Behandlung, nach 3 Monaten Untersuchung beim Gynäkologen – vollkommene Rückbildung des Infiltrates, rechte Adnexe frei, in der linken Adnexe kleinfingerdicke narbige Veränderung. Patientin lebte bis 1982, starb dann durch Suizid wegen Todes ihres Ehemanns, aber bis dahin völlig gesund.

Fall 2

Wolf Dieter L., geb. 1928. Im August 1969 Operation wegen eines Spindelzell-Sarkoms der Haut über dem Sternum. 3 Monate nach operativer Entfernung Auftreten eines Rezidives mit Achsellymphknoten, die metastatisch befallen waren. Behandlung in der üblichen Weise ca. 8 Monate lang, danach Rückgang der Lymphknotenschwellungen und des Rezidivs. Patient lebt bis heute und ist gesund (2003, lebt in Frankreich).

Fall 3

Christine K., geb. 1915. 1968 Operation eines Zervix-Karzinoms (radikal). Pat. Kommt im März 1977 wegen generalisierter Knochenmetastasierung (röntgenologisch und histologisch nachgewiesen) in meine Behandlung, wird 3 Monate bei mir in der üblichen Weise und weitere 7 Monate durch ihren Hausarzt behandelt, bricht dann die Behandlung ab, nachdem weder röntgenologisch noch klinisch irgendwelche Restzustände der Metastasierung nachweisbar sind. Patientin lebte bis 2001, war völlig gesund, kümmerte sich um ihren pflegebedürftigen Mann und übte ihren Beruf als Schneiderin aus. Starb also mit 86 Jahren.

Fall 4

Frau Rosel H., geb. 1913. Im September 1978, nachdem sich bei der von mir durchgeführten gynäkologischen Untersuchung ein riesiger Ovarialtumor herausgestellt hatte, operative Entfernung eines handballgroßen, teils zystischen, teils soliden Adnextumors, von links ausgehend, Einmauerung des gesamten linken Ureters, peritoneale Aussaat, Wandmetastasen im Bereich des linken Beckens, histologische Diagnose: papilläres Karzinom, vom linken Ovar ausgehend, welches stellenweise dysgerminomartige Differenzierung aufweist. Der Ehemann der Patientin wird darüber aufgeklärt, daß keine Chance für eine Besserung oder Heilung besteht und die Lebenserwartung ca. 3 Monate beträgt. Beginn der Behandlung in üblicher Weise bei mir, völlig komplikationsloser Verlauf, die Patientin ist bis heute gesund (2003), versorgt ihren Haushalt, macht Spaziergänge und hat keinerlei Beschwerden außer einem Tinnitus.

Fall 5

Adolf G., geb. 1958. Er wird im August 1970, also mit 12 Jahren wegen eines Astrozytoms Grad II des Halsmarks zwischen C II und IV operiert, Postoperative Parese des rechten Armes, September 1971 Rezidivoperation, November 1971 Entlastungsoperation, da Tumor inzwischen inoperabel geworden ist, mittels Laminektomie, in diesem Zustand Übernahme des Patienten. Es bestehen spastische Lähmung aller Extremitäten, der Patient ist völlig hilflos, muß gefüttert und gewickelt werden, damals ausgesprochene Lebenserwartung des Operateurs: 3

Wochen. Behandlung in der üblichen Weise bis März 1972, danach ist der Patient wieder in der Lage, seine Arme völlig frei zu bewegen, selbst zu essen und sich anzuziehen, als Restzustand besteht noch eine Peroneusparesis beiderseits, die den Patienten zwingt, mit Krücken zu gehen. Er besucht daraufhin die Schule und bildet sich zum Industriekaufmann aus. 1977 wird gegen meinen Willen unter der Annahme, daß ein Geschwulstrezidiv vorliegt, da der Patient über neuerliche Schmerzen im Halsmarkbereich klagt, eine Nachoperation durchgeführt, bei der sich lediglich ein erbsgroßer Geschwulstrest mit grobscholliger Verkalkung findet. Seitdem ist der Patient wieder an den unteren Extremitäten gelähmt und muß im Rollstuhl sitzen, ist jedoch sonst bis heute am Leben und gesund (2003, lebt in Graz).

Fall 6

Ursula R., geb. 17.2.30. 1997 nicht operiertes oder anders therapiertes Mamma-Karzinom links (Adeno-Ca). Behandlung bei mir in üblicher Weise. Patientin ist bei jährlicher Kontrolle gesund und befindet sich mit ihrem Lebensgefährten ständig auf anstrengenden Abenteuer-Reisen (2003).

Fall 7

Swetlana M.-W., geb. 21.6.66. Juni 1992 Operation wegen Kysto-Karzinom re.Ovar, April 1995 riesiger Rezidiv-Tumor des Peritoneums, inoperabel. Beginn der üblichen Therapie. Rascher Rückgang des Tumors, der aber nach einem Jahr wieder in fast alter Größe tastbar ist. Jetzt aber operabel. Es findet sich ein völlig abgekapselter Tumor, Peritoneum frei von Metastasen, Histologie des Tumors: gutartiges Kystom. Patientin ist gesund bis heute (2003).

Fall 8

Georg E., geb. 25.8.28. September 1983 Feststellung eines Blasen-Karzinoms. Behandlung in Universitäts-Klinik mit cytostatischen Blasen-Spülungen, nach 6 Rezidiven Behandlung bei mir. Auch nach meiner Therapie fünf Rezidive, und schließlich nun nach mehrfachem Wechsel der biologischen Maßnahmen gesund seit 1987.

Fall 9

Manfred B., geb.12.11.35. September 1971 Feststellung und Operation eines Hoden-Teratoms. Biologische Nachbehandlung in der Zabel-Klinik Bad Salzuflen. August 1981 Lymphknoten-Metastasen, Operation, anschließend Nachbehandlung bei mir. Patient ist gesund (2003) und hat Kinder.

Fall 10

Matthias H., geb. 20.6.59. 1997 Operation eines Platten-Epithel-Karzinoms der Zunge. 1998 Rezidiv mit Lymphknoten-Metastasen. Übliche Behandlung bei mir, bis heute (2003) gesund und beschwerdefrei.

+++++

Aus dem Buch "Diagnose: Krebs", 1te Auflage 2003/2004

"Neuerdings schreitet ein Wissenschaftszweig voran, der mit Hilfe biochemischer Untersuchungen bisher noch nicht durch Labortests nachweisbare Zusammenhänge zwischen Zentralnervensystem und vegetativem Nervensystem und den Hormonen aufdeckt und messbar macht. Ein biochemisches Institut in London [Anmerkung: vgl. O.Galkina, Institut Neurotech, London, 2003] hat sich u.a. der hier diskutierten Krebsentstehungs-Hypothese angenommen und bei immerhin einhundert Krebs-Patienten, die nicht zu meinem Patientenkreis gehören, zunächst Adrenalin-Messungen vorgenommen, deren Resultate allesamt die Hypothese untermauern. Dies bestätigt zwar erst einmal nur meine eigenen Erfahrungen bzw. Messergebnisse, aber die Folge war ein gesteigertes Interesse an der Hypothese.

Nach weiteren biochemischen Untersuchungen zeigten sich an Krebskranken hochinteressante krankheitsspezifische Veränderungen der Neurotransmitter sowie ihrer Vorstufen, Metaboliten, Derivate und Toxine, die wahrscheinlich eine veränderte Sicht des Krebsgeschehens im Sinne meiner Vorstellungen, wie weiter oben bereits beschrieben, ergeben könnten und nicht zuletzt auch eine genauere Therapie-Verlaufs-Kontrolle möglich machen würden. Einmal als wichtig erkannt, könnten darüber hinaus solche Messparameter in entsprechend modifizierter Form die Grundlage für Langzeitstudien der *Krebsentstehungs*-Phase bilden und die Zusammenhänge auf höherer Ebene (Hormone, Immunlage, Säure-Basen-Haushalt) weiter biochemisch aufklären helfen. Damit wäre zugleich der Blick von der einzelnen Krebszelle mehr in Richtung auf das Gesamtsystem "lebender Organismus" gelenkt.

Denn eines scheint sicher: nur in einem aus der Balance geratenen Biosystem können Dinge geschehen, wie wir sie heute von den malignen Veränderungen kennen - nicht korrigierte Genmutationen, Chromosomenbrüche, überaktive Onkogene und deaktivierte Tumorsuppressorgene, inaktive Mastergene und Aneuploidie."

+++++

S. 83

Sexualhormone

Sexualhormone können ebenfalls zur Therapie von Tumoren verwendet werden.

Bei Sexualhormon-*abhängigen* Neubildungen galt bisher allerdings die Vorstellung, dass Gaben der *gleichgeschlechtlichen* Hormone schädlich sind; man versuchte sogar, die Eigenproduktion zu unterdrücken.

Ich teile andererseits aber auch nicht unbedingt die aktuelle Meinung, dass die Gabe von *gegengeschlechtlichen* Hormonen zur Heilung von Sexualhormon-*abhängigen* Tumoren beitragen könnte, denn in den meisten Fällen befinden sich Krebs-Patienten im vorgerückten Alter, in dem man ohnehin schon weniger eigene Hormone produziert, ganz zu schweigen von einer eventuellen Überproduktion. Ferner sollte man nicht glauben, dass die Gabe gegengeschlechtlicher Hormone reaktionslos vom Organismus akzeptiert wird. Denn abgesehen von der *scheinbaren Unterdrückung* der meist kaum oder nicht mehr vorhandenen Produktion eigener Sexualhormone wird es zu einer Reaktion des Hypophysen-Vorderlappens kommen, *die dann gerade das zur Folge hat, was man verhindern will: eine starke Anregung der Produktion eigener Sexualhormone und eine noch grössere Imbalance im Hormon-System.* Oft genug habe ich bei derartig therapierten Männern ein zu hohes Testosteron, respektive bei Frauen ein zu hohes Östrogen messen können.

Besonders zu bedenken ist aber bei der Gabe von gegengeschlechtlichen Hormonen der Eingriff in die Psyche der Patienten. Mir ist noch kein Mann begegnet, egal welcher Altersgruppe, der sich als Eunuch besonders wohl gefühlt hätte – Disstress schlimmsten Grades und eine grosse Belastung für eine Partnerschaft ist die für den Krankheitsverlauf nicht gerade hilfreiche Folge. Frauen haben ähnliche Probleme und leiden unter Depressionen und Minderwertigkeitsgefühlen, wenn sie ihre Weiblichkeit verlieren.

Neuerdings setzt sich nun glücklicherweise die Meinung durch, die meiner eigenen Vorstellung immer entsprochen hat, dass auch Patientinnen mit Sexualhormon-*abhängigen* Tumoren eine leichte Substitution mit Östrogen und Gelbkörperhormonen in physiologischem Wechsel erhalten sollten, da Untersuchungen ergeben haben, dass damit die Lebenserwartung und die Lebensqualität drastisch verbessert werden konnte. Eine solche Therapie kann nicht nur die Psyche erheblich aufhellen, sondern auch als Anabolikum wirken und ist daher zusätzlich geeignet, die Bildung von Skelett-Metastasen hintan zu halten.

Bei Männern ist man leider noch nicht so weit, Testosteron-Ersatz für sinnvoll zu halten. Ich habe aber zumindest noch nie einen Schaden gesehen, wenn man den Patienten wenigstens ihr noch selbst produziertes Testosteron belässt.

Selbstverständlich muss aber von einer Zufuhr gleichgeschlechtlicher Sexualhormone trotzdem abgesehen werden, wenn der vorhandene Tumor

Rezeptoren dafür aufweist, weil dann das Tumorwachstum tatsächlich beschleunigt werden würde.