

**Ich lebe
und
es geht mir gut**

**Die Erfahrung eines Arztes mit Ernährung
in der Behandlung von Krebskranken**

Dr. med. Philip E. Binzel jun.

Zur Person des Autors:



Philip E. Binzel, beheimatet in Bowling Green, Kentucky, war über 40 Jahre als Mediziner aktiv tätig. Er war Absolvent der medizinischen Fakultät der St. Louis Universität in Missouri und machte sein praktisches Jahr an der Christ-Klinik zu Cincinnati, Ohio. Seit 1955 ist er in einer Hausarztpraxis zu Washington Court House, Ohio, tätig.

1974 begann er damit, den Einfluss der Ernährung bei menschlichen Beschwerden zu erforschen und kam zu dem Schluss, dass dies ein bedeutendes Wissensgebiet ist. Behutsam brachte er dieses Wissen in seine ärztliche Behandlung mit ein und entwickelte auf der Grundlage persönlicher Erfahrung eine hoch effiziente Methode zur Behandlung einer großen Spannweite an Funktionsstörungen, einschließlich Krebs.

Dies führte ihn in einen Konflikt mit der etablierten Medizin (*in Bezug auf die Krebsbehandlung*), die daran festhält sich auf Chemotherapie, Chirurgie und Bestrahlung zu fokussieren. Er musste um das Recht kämpfen, Medizin im Einklang mit seinem Gewissen zu praktizieren, und er entschied sich dafür, das zu tun, was seines Erachtens das Beste für seine Patienten war, ungeachtet des Druckes, den die orthodoxe Medizin mit ihren engen vorgeschriebenen Grenzen ausübt.

Dr. Binzel verstarb am 6. Juni 2003 im Alter von 77 Jahren.

Dieses Buch ist meiner Ehefrau Betty gewidmet, die mir in all den Unannehmlichkeiten beistand, die ihr in diesem Ausmaße erspart geblieben wären, wenn sie mich nicht geheiratet hätte.

Titel der amerikanischen Originalausgabe: *Alive And Well*

Fünfte Ausgabe:	Mai	2005
Vierte Ausgabe:	Mai	2000
Dritte Ausgabe:	Mai	1998
Zweite Ausgabe:	April	1996
Erste Ausgabe:	Oktober	1994

© Copyright 1994 by Philip E. Binzel, M.D.

Originalausgabe herausgegeben von: American Media
PO Box 4646
Westlake Village
California 91359-1646
ISBN 0-912986-17-4

Aus dem Amerikanischen übersetzt von: Dr. R. Moser
Deutschland, März 2009

Internetrechte erteilt von G. Edward Griffin, Januar 2009
Internet rights granted by G. Edward Griffin, January, 2009

Download deutsche Internetversion von <http://www.strophantus.de/>
Originalausgabe Buch von <http://www.realityzone.com/alivewell.html>

Vorwort des Übersetzers:

Im Frühjahr des Jahres 2006 begann ich damit, mich in das Gebiet der alternativen Krebstherapie mit Vitamin B17 einzulesen, deren Gesamtkonzept hoch dosierte Vitamine (u. a. B17 =Amygdalin) und Enzyme verwendet sowie eine ganz überwiegend vegetarische Rohkost, um einen optimalen, dauerhaften Heilerfolg zu ermöglichen. Alles sind natürliche Ernährungs-Bestandteile („Nutrazeutika“).

Als ich damals das Buch von Dr. Binzel zur Hand nahm, war ich sofort von der Klarheit, Präzision und Treffsicherheit der Aussagen fasziniert. Kurz und knapp erzählt er seine Schwierigkeiten mit der amerikanischen Zulassungsbehörde (FDA) und dem medizinischen Establishment (Gesundheitsbehörde), von jenem Zeitpunkt an, als er begann, seine Patienten mit der ganzheitlichen B17-Methode zu behandeln, wider der statuierten medizinischen Lehrmeinung.

Während die Schulmedizin den Ansatz vertritt, Krebs wäre eine lokale Erkrankung und daher nur den Tumor symptomatisch behandelt mit OP, Chemotherapie, Bestrahlung, sagt Dr. Binzel, gemäß der Lehre von Dr. Krebs jun., dies sei im wesentlichen nutzlos, da der Tumor nur eine einzelne Ausprägung der eigentlichen Erkrankung sei. Vielmehr sei Krebs eine ganzheitliche Erkrankung des Organismus, die erst dann kontrolliert werden könne, wenn alle vorhandenen Defizite beim Krebskranken beseitigt würden und die normalen Kontrollfunktionen über Krebs wieder intakt wären. Dies sei aber nur möglich, indem man dem Kranken genügend Vitalstoffe mit einer zu > 80% vegetarischen Rohkost zuführe und sämtliches tierische Eiweiß (zumindest in der Heilungsphase von 6-12 Monaten) meide, ferner seien alle zuckererhaltigen Lebensmittel zu meiden, da sie die Krebsentwicklung beschleunigen.

Heute ist bekannt, dass Mikrotumoren kein Problem sind, solange die körpereigenen Kontroll- bzw. Abwehr-Funktionen funktionieren: Eine Autopsie nicht an Krebs Verstorbener der Altersgruppe 40-50 Jahre zeigte, dass 98% aller Personen Mikrotumoren in der Schilddrüse hatten, 33% der Frauen in der Brust und 40% der Männer in der Prostata - siehe Tabelle** :

Wir sind alle Tumorträger		
Organ	Bei Autopsie diagnostizierte Tumoren	Klinisch diagnostizierte Tumoren
Brust (40- bis 50-jährige Frauen)	33%	1%
Prostata (40- bis 50-jährige Männer)	40%	2%
Schilddrüse	98%	0,1%

Demzufolge ist Krebs ständig präsent, aber kein Problem, sofern er vom Organismus kontrolliert wird. Gute Ernährung kontrolliert den Krebs. Krebszellen entstehen auch beim gesunden Menschen.

Es klingt plausibel, dass Krebs nur heilbar sei, sofern alle regulativen Defizite behoben werden, was recht gut mit einer vegetarischen Vollwerternährung und zusätzlichem Vitamin B17 und Enzymen möglich ist. Daran setzt das Heilprinzip von Dr. Binzel an, der seinen Patienten intravenöses Vitamin B17 gab, aber erst dann, wenn sie zuvor für mindestens 10 bis 14 Tage die Ernährung umgestellt hatten, ansonsten spreche es nicht so gut an. Intravenöses B17 (3 bis zu 15 g/Tag = 1 - 5 Ampullen á 3 g) wirke gemäß neuerer Erfahrungen angeblich am besten als langsame Infusion in einer 5%igen Glucose-Lösung, was wohl ein IPT-Effekt sein mag (**Insulin Potenzierte Therapie**: Der Zucker fordert Insulin, das die Nährstoffschleusen der Krebszellen für B17 weit öffnet, da sie 6x mehr Insulinrezeptoren haben als normale Zellen); vgl. <http://www.insulinbeikrebs.at/> .

Dr. Joseph Issels erkannte bereits 1950 Krebs als eine ganzheitliche Erkrankung des Organismus und behandelte seine Patienten entsprechend. Dafür wurde er 1960 von der Bayerischen Ärztekammer auf das Heftigste attackiert. Dies ist unverständlich, da die klassische Medizin in der BRD damals wie heute nicht gut dasteht mit einem Krebstodesanteil von 25,6 % gemäß offizieller Bundes-Todesstatistik 2007 (= 211.765 sog. bösartige Neubildungen). So vieles, was besser wirkt, wird bekämpft, da es das Geschäft negativ beeinflussen könnte. Ebenso wurde der hervorragende Wiener Allgemeinmediziner und Krebsarzt Dr. Thomas Kroiss, der 1997 gar die EU Ehrenmedaille für seine erfolgreiche ganzheitliche Krebstherapie erhielt, im Frühjahr

2005 heftig attackiert und zu Unrecht zunächst mit Berufsverbot bestraft, wahrscheinlich weil er in seinem 5 Monate zuvor erschienenen Buch „Heilungschancen bei Krebs“ die Schulmedizin mit ihrer Fixierung auf OP, Chemo und Bestrahlung kritisierte.

Man sagt den Patienten meist nicht die Wahrheit, etwa dass bei Krebs mit Metastasen schulmedizinisch nur etwa 0,1% Überlebenschance (1 von 1000) für die folgenden 5 Jahre besteht. Hingegen bietet das Programm der B17-Therapie Überlebenschancen bis zu 60%, vgl. Grafik S. 126 (bei erheblicher Schädigung des Organismus durch vorab durchgeführte Chemotherapien/ Bestrahlungen ggf. nur 20%).

Nunmehr - 3 Jahre später - weiß ich, dass die B17-Methode ohne Nebenwirkungen funktioniert und eine hervorragende Chance für Betroffene ist. Die Beschaffung des erforderlichen Vitamin B17 mag ein Problem darstellen, ist aber möglich. Der wichtigste Baustein ist - dies sei betont - die von Binzel präzise beschriebene Rohkost-Ernährung, die weitgehend der *Schnitzer-Intensivkost* entspricht, siehe dazu <http://www.dr-schnitzer.de> (Büchershop, Schnitzer Intensivkost - Schnitzer Normalkost). Dr. Schnitzer bestätigte mir, dass sich bereits viele allein durch Umstellung auf seine Intensivkost selbst von einer Krebserkrankung heilen konnten. Auch der schulmedizinisch aufgebene Autor *Franz Konz* hat sich selbst geheilt mit seiner vegetarischen *Urkost* – ähnlich der Schnitzerkost.

Der Vollständigkeit halber muss ich erwähnen, dass es neben der B17-Methode noch weitere gute Mittel zur Heilung gibt, etwa Ukrain (Dr. Nowicky) oder Alpha-F.-M. (Furfural, Dr. Dr. Drobil) und andere. Alles, was wirklich gut ist, wird entweder diffamiert oder unterdrückt.

Mit dieser Übersetzung möchte ich meinen Beitrag zur Aufklärung leisten. Ich bin seit dem Sommer 2007 bei mehreren Verlagen gescheitert, dieses Buch als deutsche Ausgabe herausgeben zu lassen. *Man ist vorsichtig!* Herrn G. Edward Griffin danke ich daher, dass er seine Erlaubnis zu diesem E-Book gab und für mind. 1,5 Jahre den kostenlosen Download zugesichert hat, ferner und vor allem aber für seine jahrzehntelangen Bemühungen, dieses Wissen zu erhalten.

Dr. R. Moser
März 2009

Danksagung

Ich danke meinen sechs Kindern für ihre Unterstützung und selbstlose Hilfe in vielerlei Hinsicht: Mary, Anne und Kathy, die ihre Zeit opferten, um Pflichten im Haushalt zu erledigen, so dass mich meine Frau Betty begleiten konnte auf meinen Reisen zu Interviews, Anhörungen und Besprechungsterminen; Nancy danke ich für ihre herausragende Forschungsarbeit „Ernährungstherapie“, die als Broschüre gedruckt und über meinen Schwager Philip S. May jun. privat vertrieben wurde.

Bill danke ich für seinen unschätzbaren rechtlichen Beistand in einer sehr schweren Zeit; Rick danke ich dafür, dass er mir einen Computer bereitstellte und mich in dessen Bedienung einwies, um statistische Analysen machen zu können, und meinem Sohn Ed sei Dank, dass er mein größter Fan war.

Und mein tiefster Dank gilt folgenden Personen:

Dr. Ernst Krebs jun., der mir mit großer Geduld alles beibrachte was ich über Ernährung weiß.

G. Edward Griffin: Ohne sein Drängen hätte ich dieses Buch niemals begonnen und ohne seine Ermutigung vermutlich niemals fertig gestellt.

Inhaltsverzeichnis

Widmung	2
Vorwort des Übersetzers	3
Danksagung	6
Vorwort (Dr. Binzel)	9
Einleitung (G. Edward Griffin)	10
Fotos	58
Sachregister	142

Kapitel

1. Klage abgewiesen	13
2. Zusammenhang mit der Ernährung	19
3. Neuer Arzt im Distrikt	27
4. Vorbereitung für den Kampf	33
5. Der Kampf beginnt	39
6. Laetrile und Cyanid	47
7. Entlarvung der Gegenspieler	51
8. Der Fall Joey Hofbauer	67
9. Die Medien	77
10. Staatliche Gesundheitsbehörde meldet sich wieder	85
11. Das ganzheitliche Ernährungsprogramm	97
12. Langweilige Statistiken und erstaunliche Fälle	107
13. Die Qualität des Lebens	127
14. Behandle die Ursache, nicht das Symptom!	133

*Leben bedeutender Menschen erinnern uns alle daran,
Dass man sein Leben erhaben machen kann.*

*Und wenn wir aus dem Leben gehn,
Bleiben Fußspuren im Sande der Zeit zu sehn.*

Spuren, die vielleicht ein anderer erblicket,

*Vom Leben auf die hohe See geschicket.
Schiffsbrüchig und verlassen,*

Durch diese wieder Mut zu fassen.

Aus dem Psalm des Lebens von Longfellow

Vorwort

Zunächst einmal möchte ich bemerken, dass alles was nun folgt allein auf G. Edward Griffin zurückzuführen ist.

Jene von uns, die so lange darum gekämpft haben die uns von der Verfassung garantierten gottgegebenen Rechte zu erhalten, kämpften meistens einen verlorenen Kampf. Die oberste Regierung mit ihrer Horde an Bürokraten hat den „kleinen Mann“ in die Unterwerfung gezwungen. Er muss all jene Regeln des Gewerbes, seines Lebens und sonstige Bestimmungen beachten. Für gewöhnlich verliert er, sofern er gegen die übermächtige Regierung ankämpft.

Bei meinen Versuchen, die Ernährungstherapie anzuwenden, die die Verabreichung von Laetrile (= *hoch dosiertes Vitamin B17 intravenös*) in der Behandlung von Krebs mit einschließt, wurde ich oft konfrontiert mit dem Amt für Arzneimittelzulassung (*Pendant der amerikanischen FDA in Deutschland: BfArM, Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte*) und der Staatlichen Gesundheitsbehörde. Ich habe gekämpft und mit Gottes Hilfe gewonnen. Viele Jahre bedrängte mich Ed Griffin, ein Buch zu schreiben. Er äußerte sich so: „Wir haben einige Siege errungen und die Menschen sollten darüber Bescheid wissen.“

Daher wurde dieses Buch geschrieben, um von all diesen Siegen zu berichten (und um endlich Ruhe vor Ed zu finden). Sofern Ihnen dieses Buch oder Teile davon missfallen, beklagen Sie sich nicht bei mir. Wenden Sie sich an Ed Griffin. Er drängte mich, dies zu tun!

Die Fakten in diesem Buch sind korrekt. Die Namen sind authentisch (ausgenommen wo ich bemerke, dass sie es nicht sind). Die Datierungen mögen nicht vollständig korrekt sein, aber sie sind so gut wie ich mich daran erinnern konnte.

Einleitung

Sie werden sehen, dass der Autor dieses Buches kein gewöhnlicher Arzt ist. Er ist einer jener seltenen Vögel, die in der Lage sind den Schwarm zu verlassen und alleine zu fliegen. Er hat die Bequemlichkeiten und Vorzüge der Anpasstheit verlassen und stattdessen den unbequemen Weg der Rechtschaffenheit gewählt. Die Ausübung seines Arztberufes, so wie es ihm sein Gewissen abverlangte, brachte ihn buchstäblich in Konfrontation mit dem gesamten medizinischen Establishment. Und es war, wie Sie sehen werden, ein ungleicher Kampf. Das Establishment hatte keine Chance.

Dr. Binzel's Motivation dieses Buch zu schreiben, erscheint unglaublich in der heutigen Zeit: Er möchte lediglich sein Wissen vermitteln, damit Leben gerettet werden kann. Am Ende einer langen und erfolgreichen Karriere kommt es ihm nicht etwa darauf an Patienten anzulocken. Tatsächlich ist er mittlerweile offiziell im Ruhestand. Er berät Patienten und deren Ärzte hin und wieder, üblicherweise aber ohne Honorar. Seine derzeitige Rolle ist die eines Wegbereiters und Lehrers.

Binzel stammt aus einer kleinen Stadt in Washington Court House in Ohio. Er ist ein typischer Landarzt, und genau in diesem Stil schreibt er. Aber fühlen Sie sich nicht hintergangen. Er bewegt sich hart am Rande des medizinischen Wissensstandes, und es gibt nur wenige Personen der Wissenschaftssparte, die sich - ungeachtet ihrer eindrucksvollen Zeugnisse - ein zweites Mal bereit erklären mit ihm zu diskutieren. Sein umgänglicher Stil und seine aufrichtige Bescheidenheit sind erfrischend, aber er versteht sein Geschäft außerordentlich gut.

Der Titel seines Buches „Ich lebe und es geht mir gut“ (bzw. „Gesund und Munter“) ist aus dreierlei Gründen angemessen. Zunächst gibt es einen erfreulichen Bericht über Patienten, denen Dr. Binzel's Fürsorge zuteil wurde. Vielen von ihnen wurde von ihren vorherigen Ärzten mitgeteilt, dass es keine Hoffnung auf ein Überleben gäbe, dass ihre

Krebserkrankung unheilbar wäre und sie allenfalls nur noch wenige Lebensmonate hätten. Für sie hat viele Jahre später die Redewendung „Ich lebe und es geht mir gut“ (oder „Gesund und Munter“) eine Bedeutung, die nur jene vollends zu schätzen wissen, die bereits einmal dem Tod ins Auge geschaut haben.

Eine weitere Bedeutung des Titels ist die Tatsache, dass die Verwendung von Laetrile in der Behandlung von Krebs ebenso „gesund und munter“ ist (auch noch 2009 in der BRD), trotz der Tatsache, dass es nicht mehr erwähnt wurde in überregionalen Mitteilungen seit dem Gipfel seiner Kontroverse in den späten siebziger Jahren. Da es nicht mehr Thema in den Abendnachrichten war, meinten viele Leute, diese Behandlungsmethode würde nicht mehr angewendet. Allerdings zeigt diese Geschichte, dass nichts weiter entfernt ist von der Wahrheit als jener Eindruck (vgl. etwa <http://www.laetrile.com.au/>).

Schließlich ist die Tatsache zu nennen, dass Dr. Binzel selbst gesund und munter ist in dem Sinne, dass er ein unglaubliches Repertoire an Angriffen durch das medizinische Establishment überlebt hat. Das ist tatsächlich ein bedeutender Teil dieser Geschichte. Sofern man sich nicht der politischen Macht bewusst ist, die die arzneimittelorientierte Medizin ausübt und wie diese Macht gegen jeden Arzt gerichtet wird, der die (B17)-Ernährungstherapie anwendet, kann man nicht begreifen, wieso diese Ernährungstherapie keine allgemeine Anwendung für die breite Bevölkerung findet.

Dr. Binzel verwendet nicht den Begriff „geheilt“, um den Zustand seiner Patienten zu beschreiben, die nach der Behandlung zu einem normalen Leben zurückkehren konnten. Das ist mehr eine Frage der Wortbedeutungslehre als der Substanz. Es ist eine Tatsache, dass eine Person, die einmal eine fortgeschrittene Krebserkrankung von klinischem Status erlitten hat, eine überproportionale Anfälligkeit hat erneut Krebs zu entwickeln, auch wenn alle Symptome verschwunden sind. Das unterstellt allerdings, dass sie wieder zu ihrem ursprünglichen Lebensstil und ihren Essgewohnheiten zurückkehrt. Andererseits können sie dieses Handicap vergessen, sofern sie weiterhin den Ernährungsregeln dieses Buches folgen.

Es bleibt also die Frage - sind sie geheilt? - (vgl. Vorwort des Übersetzers: „wir sind alle Tumorträger“) - Was macht es aus, welcher Begriff verwendet wird, wenn der Patient lebt und es ihm gut geht?

Innerhalb der Schulmedizin spricht man oft von Heilungen (von Krebs), aber die Patienten sind verstorben! Bezug nehmend auf den Totenschein, starben sie nicht an Krebs, sondern an Herzversagen, Lungenversagen, Lebersversagen oder an einer schweren Blutung. Aber wodurch wurde dies hervorgerufen? Dies sind Nebeneffekte der Krebsbehandlungen. „Wir haben sie alle erwischt“, ist eine übliche Floskel. „Ich kann Ihnen die erfreuliche Mitteilung machen, dass wir ihn von dieser Krankheit heilen konnten – kurz bevor er verstarb.“ Das ist nicht wirklich ein Spaß. Es ist die Realität der konventionellen Krebstherapie.

Was Sie erwartet, ist eine radikale Abkehr von jenem Szenario. Seien Sie gespannt auf eine ordentliche Brise an frischem Wind.

G. Edward Griffin

Klage abgewiesen

Kapitel eins

Es war Anfang Dezember 1977. Meine Bürokraft Ruthie Coe teilte mir über die Gegensprechanlage mit, dass Sie ein Gespräch in der Leitung hätte von einem Herrn Robert Bradford aus Kalifornien. Sie wollte wissen, ob ich das Gespräch übernehmen oder ihn zurückrufen wolle. Ich kannte Bob Bradford seit etwa drei Jahren. Er war Vorsitzender einer Organisation, die bekannt war als Komitee für Entscheidungsfreiheit zur Krebstherapie. Ich hatte verschiedene Seminare über Ernährung mit ihm zusammen absolviert. Ich sagte Ruthie, dass ich den Anruf direkt übernehmen wolle.

Bob sagte mir, dass die Zulassungsbehörde für Lebensmittel und Medizinprodukte (die FDA) ein Verfahren beim Bundesgericht beantragt hätte, um den Import von Laetrile in die USA zu untersagen, weil es giftig sei. Er sagte, dass er einen hervorragenden Toxikologen; Dr. Bruce Halstead, gefunden hätte, der gegen die FDA aussagen wolle; aber er brauche zusätzlich einen niedergelassenen Arzt, der Laetrile anwende und wollte von mir wissen, ob ich Zeuge sein wolle. Ich sagte ihm zu.

Bob sagte mir, dass die Anhörung in etwa zehn bis zwölf Tagen in der Stadt Oklahoma sein werde am Gericht von Richter Luther Bohanon.

Ich rief unser örtliches Reisebüro an und fragte nach einer Flugreservierung für mich und meine Frau Betty. Ich wusste ohne vorherige Rücksprache, dass Betty sich diesen Spaß nicht entgehen lassen wollte. Die Dame vom Reisebüro rief mich wenige Minuten später zurück.

Sie sagte, dass sie kein Problem hätte einen Hinflug nach Oklahoma zu bekommen, aber ein großes Problem mit dem Rückflug. Die Anhörung war meines Wissens auf einem Donnerstag. Ich wollte Mittwoch nachmittag eintreffen. Unwissend wie lange die Anhörung dauern würde, dachte ich, es wäre passend, die Abreise für Freitag morgen einzuplanen. Das Problem mit den Fluggesellschaften war, dass die Universität zu Oklahoma und alle umliegenden Hochschulen an jenem Freitag in die Weihnachtspause gehen würden. Es gab in unsere Richtung keine freien Plätze bei irgendeiner Fluggesellschaft bis zum folgenden Montag. Der letzte freie Flieger aus Oklahoma in unsere Richtung ging Donnertag nachmittag um 15 Uhr. Ich nahm diese Reservierungen.

Betty und ich flogen zunächst von Columbus in Ohio nach St. Louis. Von dort nahmen wir einen Flug nach Oklahoma. Auf unserem Flug nach Oklahoma (selbstverständlich Touristenklasse) bemerkte ich, dass lediglich 3 Männer erster Klasse flogen. Zu jener Zeit war, so meine ich, das Wort Klon noch nicht erfunden. Wäre das der Fall gewesen, so hätte ich diese drei Männer als Klone ein und derselben Person beschrieben. Sie waren alle in etwa von gleicher Größe, gleichem Gewicht, gleicher Haarfarbe und alle hatten den gleichen Haarschnitt. Sie hatten alle das gleiche blässliche Aussehen, trugen dieselben schwarzen Anzüge und kastanienbraunen Krawatten und hatten dieselben Aktenkoffer dabei.

Zeitig am nächsten Morgen trafen Bob Bradford, Dr. Halstead, Betty und ich uns mit dem Rechtsanwalt Ken Coe (der in keiner verwandtschaftlichen Beziehung zu meiner Bürohilfe Ruthie Coe stand). Ich erzählte Herrn Coe von unserem Dilemma mit der Rückflugbuchung. Er versicherte mir, dass er dies mit dem Richter besprechen und helfen wolle, was möglich sei.

Während wir zusammen saßen, erhielt Herr Coe einen Anruf. Es war wohl so, dass es in New York ein junges Mädchen gab, das ein

Döschen mit Amygdalin-Tabletten (= *orales Laetrile* = B17) von ihrem Vater in die Hände bekommen und eine unbekannte Anzahl dieser eingenommen hatte. Sie wurde in ein Krankenhaus gebracht und in den folgenden 2 Tagen wurde eine Reihe von Bluttests gemacht. Das Mädchen entwickelte keine Symptome, aber - aus welchem Grunde auch immer - entschieden ihre Ärzte am dritten Tag, ihr das Gegenmittel zu Zyanid zu verabreichen. Das Mädchen starb am folgenden Tag.

Soweit ich weiß, nahm die FDA Kontakt auf zu der Mutter des Mädchens und wollte, dass sie eine Aussage macht zur Giftigkeit von Laetrile. Sie wies dies zurück und sagte, stattdessen wolle sie gegen die FDA aussagen. Früh an jenem Donnerstagmorgen hatte sie mit einem Flieger New York verlassen und sollte etwa um neun Uhr früh in Oklahoma eintreffen. Sie war es, die anrief, um uns mitzuteilen, dass etwa zwei- oder dreihundert Meilen von New York entfernt jemand im Flugzeug einen Herzanfall erlitten hätte. Der Flieger wendete und flog zurück nach New York. Es wäre ihr daher nicht möglich, nach Oklahoma zu kommen. Herr Coe sagte: „Gut, also verwenden wir das, was wir haben.“

Wir erreichten den Gesichtssaal kurz vor neun Uhr. Das Erste, was mir auffiel, waren die drei „Klone“, die ich im Flugzeug einen Tag zuvor gesehen hatte. Sie waren Rechtsanwälte der FDA. Warum waren sie zu dritt? Ein Freund von mir erklärte es mir einige Zeit später. Er sagte, dass, sollten sie den Fall verlieren, jeder Anwalt die Schuld den anderen zweien zuweisen würde! Was mich am meisten ärgerte war, dass Betty und ich unsere Auslagen selbst zu begleichen hatten und Touristenklasse flogen. Meine Steuerabgaben finanzierten ihre Auslagen, und sie flogen „First Class“.

Richter Bohanon betrat den Gerichtssaal. Wie versprochen, meldete sich Herr Coe unmittelbar zu Wort und erhielt die Erlaubnis zum Richterpult zu kommen. Er erklärte dem Richter das Problem, das Betty und ich mit der Flugreservierung hatten. Richter Bohanon willigte in sehr freundlicher Weise ein, den Ablauf des Verfahrens zu ändern und der Verteidigung den Vorrang zu erteilen.

Ich sagte als erster aus. Auf Herrn Coe's Frage hin bestätigte ich, dass ich Laetrile bei einigen hundert Patienten angewendet hatte, sowohl oral als auch als intravenöse Injektion, und dass ich bei keinem jener Patienten irgendeine toxische Reaktion festgestellt hätte. Im Kreuzverhör mit den FDA-Anwälten fragte man mich, ob ich vertraut wäre mit dem Begriff „agmpxyztpwrquos“ (oder einem ähnlichen). Ich antwortete mit „nein. Dann fragte er, ob ich den Begriff „mvchrtonlxty“ (oder so ähnlich) kenne. Wieder antwortete ich mit „nein“. Danach wurde ich aus dem Zeugenstand entlassen. Bis heute kenne ich nicht die Bedeutung dieser Begriffe. Der FDA-Anwalt erläuterte zu keinem Zeitpunkt deren Definition. Ich habe diese Begriffe niemals zuvor gehört und auch niemals danach. Ich vermute fast, dass sie diese zwei Begriffe erfunden haben, um zu sehen, ob ich anbeißen würde.

Dann kam Dr. Halstead in den Zeugenstand. Er hatte ein Buch bei sich, das er auf seinem Schoß ablegte. In der direkten Befragung von Herrn Coe erläuterte Dr. Halstead, in welcher Form alle der Menschheit bekannten Substanzen giftig sein können. Er erläuterte, dass eine gewisse Menge an Sauerstoff zur Lebenserhaltung nötig wäre, aber zuviel an Sauerstoff fatal sein könne. Die gleichen Zusammenhänge erklärte er für Wasser, Salz und andere Substanzen. Dann zeigte er Milligramm für Milligramm auf, dass Aspirin, Zucker und Salz toxischer wären als Laetrile. Ferner wies er Milligramm für Milligramm darauf hin, dass Chemotherapeutika, die allgemein für die Behandlung von Krebs angewendet würden, einige hundertfach toxischer wären als Laetrile.

Im Kreuzverhör fragte der FDA-Rechtsanwalt Dr. Halstead nach der Toxizitätskennzahl einer Substanz (ich erinnere mich nicht welche es war). Dr. Halstead sagte, indem er auf das Buch in seinem Schoß zeigte, ohne es aber jemals aufzuschlagen: „Auf Seite 311 dieses Buches, Tabelle 2, finden Sie die Toxizität dieser Substanz beschrieben“...(was immer es für eine Substanz war). Der FDA-Rechtsanwalt nannte dann eine weitere Substanz und fragte nach dessen Toxizitätskennzahl. Dr. Halstead antwortete: „auf der Seite 419

finden Sie es in der Tabelle 3“ (was immer es für eine Substanz war). Der Anwalt versuchte es ein drittes Mal. Einmal wieder benannte Dr. Halstead die Seite des Buches, die Nummer der Tabelle und die Giftigkeit.

Die drei FDA-Anwälte starrten sich für eine Minute gegenseitig an, dann sagte einer von ihnen: „Woher wissen Sie dies alles?“ Dr. Halstead antwortete ruhig: „Weil ich das Buch geschrieben habe.“ „Unmöglich!“ kreischten die Anwälte. Ohne ein Wort zu sagen, nahm Dr. Halstead das Buch von seinem Schoß auf und reichte es Richter Bohanan. Der Richter schlug die erste Seite des Buches auf und las folgendes vor: „Lehrbuch der Toxikologie, von Dr. Bruce Halstead, in Auftrag gegeben von der FDA-Zulassungsbehörde der Vereinigten Staaten.“ Der Richter sagte zu den FDA-Rechtsanwälten: „Ihr Mannbilder hättet das wissen sollen. Ihr habt eure Hausaufgaben nicht besonders gut gemacht.“ Die FDA-Rechtsanwälte hatten genug von Dr. Halstead. Sie entließen ihn aus dem Zeugenstand.

Als Herr Coe Richter Bohanan informierte, dass die Verteidigung ihre Zeugenaussage abgeschlossen hätte, wandte sich der Richter an die FDA-Anwälte und sagte: „Das Gericht ist nun bereit ihre Aussage anzuhören und die Beweisführung zu prüfen. Ein FDA-Anwalt antwortete: „Euer Ehren, wir haben keine vorzubringen.“ Der Rest des Dialoges verlief etwa in folgender Weise:

Richter: „Sie sagen mir, dass Sie an diesem Gericht ein Verfahren beantragt haben, Laetrile als toxisch einzustufen und Sie haben keinen einzigen Zeugen oder einen Fetzen an Beweisführung, der ein solches Verfahren rechtfertigt?“ Rechtsanwalt: „Das ist korrekt, Euer Ehren.“ Richter: „Warum haben Sie dann solch ein Verfahren beantragt?“

Rechtsanwalt: „Weil, Euer Ehren, Laetrile gefährlich sein kann.“

Richter: „Gefährlich für wen?“

Rechtsanwalt: „Gefährlich für die Bundesregierung.“

Richter: „Wieso kann Laetrile möglicherweise gefährlich sein für die Bundesregierung?“

Rechtsanwalt: „Weil, Euer Ehren, die Regierung die Kontrolle darüber verlieren könnte.“

Hierauf, nun offensichtlich erzürnt, schlug der Richter seinen Hammer nieder und sagte: „Der Fall ist abgewiesen!“

Als Herr Coe, Dr. Halstead, Bob Breadford, Betty und ich das Gericht verließen, sahen wir an der Wand der Eingangshalle ein Poster der Größe 1,80 x 1,20 m. Dort war in Großbuchstaben zu lesen: „Hüten Sie sich vor Laetrile! Es ist giftig!“ In der Fußzeile stand in kleinen Buchstaben die Anweisung: „Auf Anordnung der FDA[#] auszuhängen in allen Regierungsgebäuden.“

Ist es möglich, dass die FDA^{**} die Leute belügt?

[#] *Pendant in Deutschland etwa: des Bundesamtes für Arzneimittel und Medizinprodukte*

^{**} *Food and Drug Administration: etwa „Amt für Lebensmittel- u. Arzneimittel-Zulassung“*

Zusammenhang mit der Ernährung

Kapitel zwei

Nun, wie konnte es überhaupt erst passieren, dass ein Hausarzt einer Kleinstadt in Ohio in einen Konflikt mit der FDA verwickelt wurde? Sofern Sie das Vorwort lasen, kennen Sie bereits die Antwort. Dies ist allein Herrn G. Edward Griffin zuzuschreiben.

1973 war ich in meiner medizinischen Hausarztpraxis in Washington Court House/ Ohio tätig. Ich hatte 1953 mein Studium an der Medizinischen Fakultät der St. Louis Universität abgeschlossen. Es folgte ein praktisches Jahr und ein Jahr Aufenthalt als Allgemeinmediziner an der Christ-Klinik zu Cincinnati. 1955 eröffnete ich dann meine Privatpraxis als Hausarzt in Washington Court House. Ich war sehr zufrieden mit dem, was ich tat, bis zu dem Tag als ein Freund von mir, Charles Pensyl, mich und eine Anzahl anderer Personen einlud in sein Fotogeschäft, um einen neuen Film anzuschauen, den er gerade hereinbekommen hatte. Der Titel des Filmes war „*Eine Welt ohne Krebs*“ **.

„*Eine Welt ohne Krebs*“ hatte eine Spieldauer von etwa 50 Minuten. Er war über eine Substanz namens Laetrile und wie diese Substanz Krebskranken helfen könne. Ich hatte einen sehr Zweifel behafteten Eindruck von diesem Film, weil ich das Gefühl hatte, dass er viele Behauptungen enthielt, für die es keine stützenden medizinischen Beweise gab. Der Film wurde produziert und kommentiert von G. Edward Griffin.

Dies brachte mich unmittelbar in eine Zwickmühle. Als langjähriges Mitglied der John Birch Gesellschaft hatte ich praktisch alles gelesen, was Ed Griffin geschrieben hatte. Ich hatte sein Buch *„Der ängstliche Lehrmeister – ein zweiter Blick auf die Vereinten Nationen“* gelesen. Ich hatte verschiedene von ihm verfasste Artikel aus der Zeitschrift *American Opinion* gelesen. Er hatte einige Filme gedreht *„Die große Kunst“* und *„Tödlicher als Krieg“*. All dies, wie ich wusste, wurde extrem sorgfältig recherchiert.

Was mein Problem noch verstärkte, ich kannte Ed persönlich. Von 1968 bis 1972 arbeitete ich als Arzt für die Jugendcamps der John Birch Gesellschaft in Michigan und Indiana. Betty war meine Assistentin. In dem ersten Camp, wo wir tätig waren, war Ed Griffin der Abschlussprecher. Er sollte Freitagnacht seine Ansprache halten. Er kam Donnerstag ins Camp. Die Mannschaft des Camps war in einem Gebäude untergebracht. Es war üblich bei der Mannschaft zusammen zu kommen, nachdem die „Lichter aus waren“ für die Camper, um verschiedene Möglichkeiten zu diskutieren, die sich ihnen an diesem Tag geboten hatten (Sie müssen wissen, es gab nicht etwa so etwas wie ein Problem. „Dies waren Gelegenheiten sich auszutauschen.“). Ed Griffin nahm an beiden Sitzungen teil, Freitagnacht und Samstagnacht. Ich lernte ihn sehr gut kennen und war beeindruckt von der Tiefe seines Wissens in einem weiten Rahmen von Themen.

So, nun können Sie mein Problem verstehen. Ich war nicht der Meinung, dass der Film *„Eine Welt ohne Krebs“* medizinisch korrekt war, aber er wurde erstellt und kommentiert von einem Mann, dem ich meinen größten Respekt zollte. Ich hatte das Gefühl, dass er etwas wusste, was ich nicht wusste. Ich dachte, er hätte nicht den Film gedreht, wenn da nicht eine größere Sache dahinter gestanden hätte als er in einem 50-minütigen Film in der Lage war darzustellen. Drei Monate lang schwankte ich, einerseits sicher, dass er falsch lag, andererseits, dass er einfach Recht haben könnte. Schließlich sagte ich mir, dass dieser innere Zwiespalt behoben werden müsse. Ich hatte einen guten Freund namens Steve Michaelis, der Apotheker war. Ich rief Steve an, um zu fragen, was ihm über

dieses „*Laetrile*“ bekannt wäre. Er war mir weit voraus. Er sagte mir, dass er vor einigen Monaten die Literatur über *Laetrile* ausgiebig studiert hätte und überzeugt davon sei, dass etwas dran wäre. Er schlug mir vor, eine Gruppe in Kalifornien zu kontaktieren, die sich „Komitee für Freiheit der (Therapie)-Wahl“ nannte. Ich befolgte dies. Ich sprach mit einer jungen Frau am Telefon über meine Zweifel an dieser ganzen Sache, sagte aber, dass ich, sofern Informationen erhältlich wären, diese unvoreingenommen studieren wolle.

Innerhalb einer Woche erhielt ich vom „Komitee für Freiheit der Wahl“ ein Päckchen mit Material, das etwa 6 Zoll dick war (*15 cm*). Es enthielt Kopien von Artikeln der hiesigen Autoren Dr. Ernst Krebs jun., Dr. Dean Burk, von Dr. Hans Nieper aus Deutschland, Dr. Ernesto Contreras aus Mexiko, Dr. Manuel Navarro von den Philippinen, Dr. Shigeaki Sakai aus Japan und anderen. Die meisten dieser Artikel wurden in ausländischen Medizinjournalen publiziert und übersetzt wie nachgedruckt. Einige dieser Artikel waren aus den frühen fünfziger Jahren. Ich benötigte acht Monate, um alles zu lesen und die Bedeutung dessen zu verstehen, was diese Autoren getan hatten.

Seit jener Zeit, als Krebs erstmalig beschrieben wurde (vor einigen hundert bis fünfhundert Jahren), bis heute behandelte der Berufsstand der Ärzte diese Krankheit unter der Annahme, der Tumor sei die Erkrankung. Diese Theorie sagte, dass - sofern Sie den Tumor entfernen oder ihn zerstören können – die Krankheit geheilt wäre. Die Doktoren Krebs, Burk, Nieper und andere sagten im wesentlichen, dies sei „**Falsch!**“ Diese hatten tausende von Krebspatienten sterben sehen. Sie erkannten, dass fünfundneunzig Prozent dieser Patienten ihre Tumoren behandeln ließen mit OP und/oder Bestrahlung und/oder Chemotherapie. Es erschien ihnen offensichtlich, falls die Entfernung oder Zerstörung des Tumors die Krankheit heilte, 95% dieser Personen gesund und munter sein würden. Es war daher gleichsam offensichtlich für sie, dass die Entfernung oder Zerstörung des Tumors die Krankheit nicht heilte. Dies bedeutete naturgemäß, dass der Tumor

nicht die Ursache der Erkrankung war, sondern lediglich ein Symptom der Erkrankung (*Vergleich „Maulwurfhügel im Garten“: Ein solcher Erdhügel ist das Symptom = eine Auswirkung des Problems, die bleibende Ursache ist der Maulwurf*).

Erlauben Sie mir den Vergleich mit einer Blinddarmentzündung. Der Patient mit einer Blinddarmentzündung beklagt sich wegen seiner Schmerzen. Die Schmerzen sind ein Symptom der Erkrankung. Ich kann dem Patienten eine hinreichende Menge Morphium oder Demerol (*Narkotikum ähnlich Morphin*) geben, um die Schmerzen zu unterdrücken. Sagen Sie dann dem Patienten „Ihre Schmerzen sind verschwunden – Sie sind geheilt!“ Nein! Mir ist bekannt, dass die Schmerzen wiederkehren werden, weil ich nichts getan habe, um Zustand innerhalb des Körpers zu beheben, der den Schmerz hervorgerufen hat. Ich muss den entzündeten Blinddarm entfernen, um die Ursache zu behandeln. Jene Forscher wandten dieselbe kausale Folge an - sie sagten, falls man nur den Tumor entfernt und nicht die Ursache innerhalb des Organismus, die dem Tumor überhaupt erst gestattete zu wachsen, so wird Tumor wiederkehren. Natürlich haben sie Recht! Der Tumor kommt stets wieder.

Diese Leute forschten tiefer greifend. Während ein jeder von ihnen unabhängig arbeitete, waren sie froh, ihre Erkenntnisse mit jemandem zu teilen, wer auch immer ihnen zuhörte. Sobald einer etwas entdeckte, sandte er es den anderen. Einer würde etwas hinzufügen und es verteilen. Das Ergebnis all dieser Arbeit war, dass diese Forscher herausfanden, dass der Körper üblicherweise einen Abwehrmechanismus gegen Krebs hat und dass sie in der Lage wären zu beschreiben, wie dieser Abwehrmechanismus funktioniert.

Sie fanden heraus, dass sich die Krebszelle mit einer Proteinhülle umgibt und dass diese Proteinhülle die normale Immunabwehr davon abhält an die Krebszelle zu gelangen. Sie fanden, dass sofern man diese Proteinhülle um die Krebszelle auflösen vermag, die normale Körperabwehr, die Leukozyten (weiße Blutkörperchen), die Krebszelle zerstören würde. Sie erkannten, dass die Auflösung der Proteinhülle um die Krebszelle sehr gut vonstatten geht durch zwei körpereigene Enzyme: Trypsin und Chymotrypsin. Diese Enzyme

werden von der Bauchspeicheldrüse freigesetzt.

Folglich, so sagten sie, bildeten die Enzyme Trypsin und Chymotrypsin die erste Verteidigungslinie des Körpers gegen Krebs. Was ist ein Enzym? Ich wusste, dass Sie dies fragen werden! Ein Enzym ist ein Katalysator. Was ist ein Katalysator? Rückblickend auf ihr Schulwissen in Chemie, wurde Ihnen die Definition eines Katalysators gelehrt. Ich bin mir sicher, dass niemand von Ihnen diese Definition vergessen hat. Nur für den Fall, dass Ihnen diese Definition entfallen ist (sicher nur momentan), es ist folgende: Ein Katalysator ist eine Substanz, die bewirkt, dass eine chemische Reaktion stattfindet, ohne selbst bei dieser Reaktion verbraucht zu werden. Sehen Sie, ich wusste, dass Sie sich erinnern! Es gibt zahlreiche Enzyme innerhalb des Organismus, die für hunderte von chemischen Reaktionen verantwortlich sind, die erfolgen müssen, damit der Körper normal funktioniert. Sie haben nun den Physiologiekurs 101 absolviert.

Neben der Entdeckung, dass Trypsin und Chymotrypsin die erste Verteidigungslinie des Körpers gegen Krebs bildeten, fanden Dr. Krebs et al., dass der Körper eine zweite Verteidigungslinie gegen Krebs hat. Diese zweite Verteidigungslinie umfasst eine Gruppe von Substanzen, die als Nitriloside bekannt sind. Die Krebszelle enthält ein Enzym namens Beta-Glukosidase, das, sofern es in Berührung kommt mit Nitrilosiden, diese Nitriloside spaltet in zwei Moleküle Glukose, ein Molekül Benzaldehyd und ein Molekül Blausäure. Ursprünglich dachte man, dass nur die Blausäure giftig wäre für die Krebszelle. Kürzlich konnte bewiesen werden, dass - während Blausäure eine gewisse Giftwirkung ausüben mag - es der Benzaldehyd** ist, der extrem giftig ist für die Krebszelle.

Was daran so bedeutsam ist, ist die Tatsache, dass dies eine zielspezifische Reaktion ist. Innerhalb des Organismus enthält die Krebszelle und nur die Krebszelle das Enzym Beta-Glukosidase. Daher können der Benzaldehyd und die Blausäure in der Gegenwart

der Krebszelle gebildet werden und nur der Krebszelle. Folglich sind sie giftig für die Krebszelle und nur für die Krebszelle. Die normalen Zellen enthalten das Enzym Rhodanese, das die Nitriloside in Nahrung umwandelt.

Diese Forscher fanden heraus, dass ein Jeder von uns wahrscheinlich häufig Krebs innerhalb seiner Lebensspanne aufweist. Sofern unsere Abwehrmechanismen normal funktionieren, tötet der Körper die Krebszellen ab und wir merken es niemals, dass dies passierte (*vgl. Vorwort des Übersetzers – zwischenzeitlich sicher bewiesen*). Falls aber dieser Abwehrmechanismus versagt, wenn sich Krebszellen bilden, gibt es nichts, was das Wachstum jener Krebszellen verhindern könnte und alsbald tritt ein Tumor auf (*ganz, ganz wichtige Aussage – der Leitsatz !!*).

Was bewirkt einen Zusammenbruch des Abwehrmechanismus? Betrachten wir eine Person, die große Mengen an tierischem Eiweiß verspeist. Sie benötigt große Mengen an Trypsin und Chymotrypsin, um das tierische Eiweiß abzubauen (zu verdauen). Es ist möglich, dass diese Person all das Trypsin und Chymotrypsin, oder nahezu alles, aufbraucht für Verdauungsprozesse. Es bleibt nichts übrig für den Rest des Körpers. Daher hat diese Person ihre erste Verteidigungslinie gegen Krebs verloren.

Nehmen wir an, diese Person hat in ihrer Ernährung wenig oder keine Nitriloside. Dies ist gut möglich. Hirse, die einen hohen Gehalt an Nitrilosiden hat, war als Grundnahrungsmittel gebräuchlich. Wir gingen von Hirse zu Weizen über, der keine Nitriloside enthält. Unsere Rinder weideten große Mengen an Gräsern, die einen hohen Gehalt an Nitrilosiden aufweisen. Nun geben wir unseren Rindern Körnerfutter. Diese Körner enthalten keine Nitriloside.

So, nun haben wir es mit einer Person zu tun, die aufgrund ihres hohen Verzehrs an tierischem Eiweiß ihre erste Verteidigungslinie gegen Krebs verloren hat und die wegen ihrer geringen Aufnahme von Nitrilosiden keine zweite Verteidigungslinie gegen Krebs hat. Sofern sich Krebszellen zu dieser Zeit bilden, gibt es nichts, was ihr Wachstum aufhalten kann. Was ist das Ergebnis? Ein Tumor!

Wie Dr. Krebs et al. betonten, kann man den Tumor entfernen, aber sofern Sie nicht die Mängel im Abwehrmechanismus jener Person beheben, wird der Tumor wiederkehren (*ganz wichtige Leitaussage !!*).

Dies bedeutet, dass Sie bei diesen Personen merklich den Verzehr von tierischem Eiweiß reduzieren und dies durch pflanzliches Eiweiß ersetzen müssen. Pflanzliches Eiweiß erfordert zur Verdauung nichts an den Enzymen Trypsin und Chymotrysin. Daher können Sie diese Enzyme freistellen von seinen Aufgaben zur Verdauung, sie dem Organismus wieder zur Verfügung stellen und die erste Linie der Verteidigung gegen Krebs wieder aufbauen.

Dies bedeutet, dass Sie ebenso die zweite Verteidigungslinie des Körpers gegen Krebs wiederherstellen müssen, indem Sie bei diesen Personen ein angemessenes Niveau an Nitrilosiden aufbauen. Zwar gibt es mehr als 1.500 Nahrungsmittel, die Nitriloside enthalten, die Forscher fanden aber heraus, dass der schnellste Weg, um den Nitrilosid-Pegel aufzubauen, die Verwendung von Laetrile (*Vitamin B17*) war. Sie bezeichneten Laetrile nicht als „Wunderdroge“ oder „Krebsheilmittel“, sondern beschrieben es lediglich als eine konzentrierte Form von Nitrilosiden, die in der Lage war, den Nitrilosidpegel rasch anzuheben und so die zweite Verteidigungslinie des Körpers gegen Krebs wieder aufzubauen.

Was mich vielleicht am meisten beeindruckte in dieser Fülle von Material, die ich aufzunehmen versuchte, war, dass all diese Forscher die Botschaft hervorhoben, Krebs sei eine multi-variable Erkrankung.

Eines unserer Probleme im Arztberuf ist, dass wir für gewöhnlich chronische Stoffwechselerkrankungen (Erkrankungen, die sich innerhalb des Organismus entwickeln, wie Diabetes, Skorbut, perniziöse Anämie, Pellagra und Krebs) als mono-variable Erkrankungen ansehen. Zum Beispiel ist bei Diabetes der mono-variable Mangel Insulin, bei Skorbut ist es Vitamin C und bei

perniziöser Anämie ist es B12. Krebs ist eine multi-variable Mangelkrankung.

Diese Forscher zeigten auf, dass es beim Krebskranken eine Reihe von Mängeln geben könne. Das bedeute ihrer Meinung nach nicht, dass ein Krebspatient alle diese Mängel aufweist, aber jeder einzelne Krebskranke könne sechs oder acht oder zehn dieser Mangelerkrankungen haben. Sie fanden beispielsweise, dass Zink der Transportmechanismus für Nitriloside war. Sie bemerkten, dass man Laetrile geben könne bis es dem Patienten aus den Ohren herauskäme, aber, falls der Patient keinen hinreichenden Vorrat an Zink hätte, würde nichts von dem Laetrile in die Körpergewebe eindringen.

Ebenso erkannten sie, dass nichts innerhalb des Körpers heilt ohne eine ausreichende Menge an Vitamin C. Sie fanden, dass Mangan, Magnesium, Selen, Vitamin B, Vitamin A, etc., alle eine wichtige Rolle spielten, um den Abwehrmechanismus des Körpers aufrecht zu erhalten. Die wichtigste Aussage, die sie betonten war, dass sie nicht dem Patienten zu helfen vermögen, wenn sie nicht alle diese Mangelerkrankungen behöben. Daher sprachen sie von einem umfassenden Ernährungskonzept (*B17-Ernährungsgesamttherapie*). Sie sprachen von einem Programm, das aus (*einer vegetarischen*) Diät, Vitaminen, Mineralien, Enzymen und Laetrile (*B17*) bestand.

Neuer Arzt im Distrikt

Kapitel Drei

Nachdem ich jene acht Monate damit zugebracht hatte all das mir von dem Komitee für Freiheit der (*Therapie*)-Wahl zugesandte Material zu studieren, war ich noch nicht vollständig davon überzeugt, dass dieser Ernährungsansatz zur Behandlung von Krebs auch tatsächlich funktionieren würde.

Ich rief meinen befreundeten Apotheker Steve Michaelis an und hörte von ihm, dass Dr. med. Lawrence P. McDonald aus Atlanta, Georgia, diese Behandlungsmethode regelmäßig anwenden würde. Ich kannte Larry McDonald zu jener Zeit nicht, aber ich hatte von ihm gehört. Ich hörte, dass er ein Mitglied des Nationalrates der John Birch Gesellschaft und ein bekannter Urologe in Atlanta war. (Dies war allerdings derselbe Lawrence P. McDonald, Mitglied des Kongresses, der mit dabei war auf dem Korean Airlines Flieger 007, als er abgeschossen wurde – am 1. September 1983, keine Überlebenden.) Steve Michaelis kannte ihn sehr gut. Steve rief ihn an, um ihm anzukündigen, dass ich anrufen würde.

Als wir schließlich miteinander sprachen, hätte Larry nicht freundlicher sein können. Wir diskutierten einige Zeit über das von ihm angewendete Programm. Meine abschließende Frage war: „Funktioniert es?“ Larry's Antwort war: „Wenn es nicht funktionieren würde, würde ich es nicht anwenden!“

Während mir Larry sicherlich einen Schubs in die richtige Richtung gab, konnte ich mich noch nicht endgültig entscheiden, bis ich folgende Frage zu beantworten vermochte: „Sofern ich Krebs hätte,

oder meine Frau hätte Krebs oder eines meiner Kinder hätte Krebs, wie würde ich dies behandeln?“ Ich wurde mir dessen bewusst, dass meine Antwort war: „Ich würde die Ernährungstherapie anwenden.“ Dies war der Schlüsselpunkt, als ich entschied, meine Patienten mit derselben Methode zu behandeln.

Einige Wochen bevor ich zu diesem Entschluss gekommen war, fragte mich ein sehr guter Freund, ob ich willens wäre seiner Schwägerin Laetrile zu geben. Dies war ein hoffnungsloser Fall. Die Frau hatte Brustkrebs. Trotz oder vielleicht wegen (abhängig von der Betrachtungsweise) aller Operationen, Bestrahlung und Chemotherapie, die bei dieser Frau angewendet wurden, hatten sich Metastasen gebildet in der Leber, der Lunge und im Gehirn. Sie wurde vom Columbus Ohio Hospital heimgeschickt und ihr mitgeteilt, dass sie innerhalb ein oder zwei Wochen sterben würde. Sie wurde mein erster Patient. Ich wünschte, ich könnte sagen, dass sie anschließend glücklich weiterleben konnte. Das war nicht der Fall. Aber sie lebte noch ungefähr vier Monate mit minimalem Schmerz und Leiden.

Innerhalb einer Woche, als ich begann diesen ersten Patienten zu behandeln, erhielt ich Anrufe von Krebspatienten in weitem Umkreis, die mich fragten, ob ich sie behandeln würde. Bis heute weiß ich nicht woher jene Personen wussten, dass ich Ernährungstherapie anwendete. Ich fragte niemals danach, und sie sagten es niemals.

Die meisten meiner ersten Patienten hatten all das an Operationen, Bestrahlung und Chemotherapie erhalten, was ihnen zumutbar war und ihre Tumoren wuchsen immer noch. Ich tat für diese Patienten das Beste, was ich zu tun vermochte.

Mein größtes Problem zu dieser Zeit war, die Ernährung zu verstehen. In vier Jahren Mediziner Ausbildung, einem Jahr Praktikum und einem Jahr in einer Allgemeinpraxis hatte ich nicht einmal einen einzigen Vortrag über Ernährung gehört. Wie ich das Laetrile, die Vitamine und die Enzyme anzuwenden hatte, war kein Problem. Wie ich die Leute anleiten sollte bezüglich einer angemessenen Ernährung, war ein großes Problem. Sofern Sie selbst sehr wenig über Ernährung wissen, wie sollen sie dann ihre Patienten anleiten? Ihnen schlichtweg

ein Infoblatt mit Diätregeln zu geben und zu sagen „essen Sie dies, aber essen sie nicht jenes“ funktioniert nicht. In den Jahren, als ich es mit Patienten mit Gewichtsproblemen zu tun hatte, machte ich die Erfahrung, dass man dem Patienten niemals ein Infoblatt mit Diätregeln geben sollte. Sie müssen dem Patienten erklären, warum es erforderlich ist gewisse Dinge zu essen und andere zu meiden. Sofern der Patient dies erst einmal verstanden hat, so ist ihnen dann seine volle Kooperation gewiss.

Nachdem ich einige Monate das Ernährungsprogramm angewendet hatte, wurde ich von dem Komitee für *Freiheit der Wahl der Krebstherapie* eingeladen, an einigen Seminaren über Ernährung teilzunehmen (und ich hab keinen Schimmer woher sie wussten, dass ich Ernährungstherapie anwendete). Dort traf ich erstmals Dr. Ernst Krebs. Nachdem ich ihm einige Minuten zugehört hatte, erkannte ich, dass dieser Mann mehr über Ernährung wusste als irgendjemand, dem ich bisher begegnet war.

Zu sagen, dass ich mich der Gutmütigkeit dieses Mannes bediente, war die Unterstellung des Jahrhunderts. Ich erzählte ihm was ich tat und wie wenig ich über Ernährung wusste.

Diese Seminare dauerten für gewöhnlich drei Tage, mit zwei Übernachtungen. Nach dem ersten abendlichen Beisammensein lud mich Dr. Krebs auf sein Zimmer ein. Ich war dort bis zu den frühen Stunden des Morgens und ein zweites Mal bis zu den frühen Stunden des folgenden Morgens, um etwas über Ernährung zu lernen. Wenn ich daran denke wie viel banale Fragen ich stellte, so kann ich nicht begreifen, warum Dr. Krebs mich nicht am Kragen fasste und hinauswarf. Aber ich begann Ernährung zu verstehen.

Das zweite Seminar war nur wenige Wochen nach dem ersten. Betty begleitete mich auf dieser Reise. Wir waren zunächst irgendwo in Cleveland und flogen dann nach St. Louis, um weiteres zu erleben. Es war dann so, dass Betty, Dr. Krebs und ich uns jede Nacht auf Dr. Krebs Zimmer trafen, um mit meiner Unterrichtung in Ernährung fortzufahren.

Diese Seminare setzten sich noch einige Monate fort. Aufgrund der großen Geduld von Dr. Krebs bekam ich mehr Übung darin, meine Patienten aufzuklären zu versuchen, was eine gute Ernährung beinhaltet.

Als ich mit der Anwendung dieses Ernährungsansatzes begann, hatte ich keinen Schimmer einer Ahnung, ob dies funktionieren würde oder nicht. Ich fing damit an mit vollständiger Unvoreingenommenheit. Ich entschied, es für ein Jahr zu versuchen. Wenn es funktionierte, wäre es gut und ich würde es beibehalten. Sofern es nicht funktionierte, würde ich es nicht mehr anwenden.

Das erste was mir auffiel, war, dass sich die Patienten innerhalb weniger Wochen „besser fühlten“. Sie hatten weniger Schmerzen und aßen besser. Während ich mir nicht sicher war, dass die Behandlung für diese Patienten eine Lebensverlängerung darstellte, war ich mir sicher, dass sie die Qualität ihres Lebens verbesserte.

Einige der schönsten Briefe, die ich erhielt, kam von den Angehörigen der Patienten, die verstorben waren. Sie beschrieben wie wunderbar es war, dass ihre Mutter (oder Schwester oder Bruder oder Frau) frei von Schmerzen waren und in der Lage waren, in einer angenehmen häuslichen Atmosphäre zu sterben statt in einem Hospital. Das war ermutigend, also machte ich weiter. Zu Ende dieses ersten Jahres bemerkte ich etwas Weiteres. Ich stellte fest, dass eine Reihe von Patienten, die mich aufgesucht hatten und angeblich innerhalb weniger Monate sterben sollten, noch am leben waren. Sicherlich, sie hatten noch ihre Krankheit, aber sie lebten noch! Einige von ihnen konnten nun aufstehen und umherlaufen und an familiären Aktivitäten teilnehmen. Einige arbeiteten wieder in ihrem Blumengarten. Also machte ich wieder einmal weiter.

Erlauben Sie mir, an dieser Stelle die Geschichte zu unterbrechen und die Begriffe „primärer Krebs“ und „Krebs mit Metastasen“ zu erklären. Primärer Krebs ist Krebs an einer Stelle des Körpers. Die übliche Entwicklung dieser Erkrankung ist, dass sie sich ausbreitet in

andere Bereiche des Körpers. Wenn sich die Erkrankung von seiner primären Stelle ausbreitet in andere Bereiche, so spricht man von Krebs mit Metastasen.

Entschuldigen Sie die Unterbrechung, aber sie war notwendig. Nun zurück zur Geschichte.

Mein größtes Erstaunen widerfuhr mir am Ende des dritten Jahres. Zu dieser Zeit nahm ich mir die Zeit, alle Aufzeichnungen jener Patienten auf Ernährungstherapie zu durchforsten. Zu meinem Erstaunen fand ich heraus, dass nicht ein einziger Patient, der mich mit primärem Krebs konsultiert hatte, Krebs mit Metastasen entwickelt hatte (*eine ganz wichtige Aussage !!*). Mit orthodoxer Behandlung sollte dies zu dieser Zeit bei den meisten der Fall gewesen sein. Dies war der Punkt, als ich erkannte, dass ich etwas in der Hand hatte!

Sie mögen denken, dass ein Kleinstadtarzt, der mit wenigen Krebspatienten und einem neuen Ansatz in der Krebsbehandlung arbeitet, unbeachtet und allein belassen bliebe? Ist es so?

Falsch!

Vorbereitung für den Kampf

Kapitel Vier

Nach meinem besten Wissen gab es kein Gesetz im Staate Ohio, das mir verbieten würde Laetrile zu verwenden. Ich hatte dies geprüft mit Hilfe verschiedener befreundeter Rechtsanwälte. Ich hatte sie gebeten zu prüfen, was die Gesetzgebung hierzu sagt. Sie berichteten, es gäbe keine Gesetze im Staate Ohio in Bezug auf die Verwendung von Laetrile.

Ich rief die Staatliche Gesundheitsbehörde zu Ohio an. Eine Frau war am Telefon. Unser Gespräch verlief etwa folgendermaßen:

„Ich würde gern etwas erfahren über den aktuellen rechtlichen Status von Laetrile in Ohio.“

„Laetrile ist illegal“, wurde mir mitgeteilt.

„Wenn Laetrile illegal wäre, so müsste es eine Verordnung geben, die besagt, dass es illegal sei. Würden sie mir bitte die Nummer dieser Verordnung geben, so dass mein Rechtsanwalt sie für mich durchsehen kann.“

„Laetrile ist illegal“, wurde mir wieder mitgeteilt.

„Ja, ich begreife, aber was ist die Nummer der Vorschrift, die es für illegal erklärt?“

„Laetrile ist illegal“, wurde mir zum dritten Mal mitgeteilt.

„Sie haben mir dies nun dreimal gesagt, aber sie haben mir nicht das treffende Gesetz genannt, das es für illegal erklärt.“

„Nun, es ist nicht freigegeben durch die FDA“ (*Pendant etwa in Deutschland: durch das BfArM = Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte*).

„Wird es dadurch illegal?“

„Nein.“

„Warum sagen Sie mir dann dreimal, dass es illegal wäre?“

„Weil mir dies aufgetragen wurde zu sagen, falls irgendeiner anfragen würde wegen Laetrile“, war ihre Antwort.

Sie können sich meine Überraschung vorstellen (das Wort Schock würde es eher treffen) als ich im Herbst des Jahres 1976 ein offizielles Schreiben von der Gesundheitsbehörde des Staates Ohio erhielt, indem man mich aufforderte, binnen zwei Wochen bei der Behörde zu einer Anhörung zu erscheinen, weil ich Laetrile verwenden würde. Das erste, was ich tat, war, das „Komitee für freie (*Therapie-*)Wahl“ in Kalifornien anzurufen. Ich erinnere mich nicht mit wem ich sprach, aber es war wahrscheinlich Bob Bradford. Mir wurde geraten, einen Rechtsanwalt namens George Kell zu kontaktieren.

Herr Kell war der Rechtsanwalt, der Dr. John Richardson verteidigte bei seinen andauernden und komplizierten Rechtsstreitereien mit dem Staat Kalifornien bezüglich der Anwendung der Ernährungstherapie und Laetrile. Die Geschichte von Dr. Richardson und sein Kampf für das Recht seiner Patienten, die Behandlungsmethode zu wählen, die sie wünschten, wurde ein Bestseller mit dem Titel „Laetrile Fallbeispiele“. ** Nach meiner Ansicht ist Dr. John Richardson einer der großen Helden der Medizin.

Infolge seiner Tätigkeit für Dr. Richardson war George Kell vermutlich zu jener Zeit der best informierteste Rechtsanwalt in Bezug auf Ernährung und Laetrile. Ich rief Herrn Kell an, und wir sprachen eine Weile miteinander. Er nannte mir einige Dinge, die ich tun sollte und andere, die ich vermeiden sollte. Er nannte mir eine

**Siehe „*Laetrile Case Histories; die Erfahrung der Richardson Krebs-Klinik, von Dr. med. John A. Richardson und Patricia Griffin. Originalausgabe von American Media und später von Bantam. Das Buch wird derzeit nicht aufgelegt (Bemerkung: derzeit wieder erhältlich).*“

Reihe von Dingen, die mein Rechtsanwalt tun oder nicht tun sollte. Schließlich sagte er: „Das beste wäre, wenn ich dort mit dabei wäre.“

Unter anderem empfahl Herr Kell, dass wir in den zwei verbleibenden Wochen mit so vielen Patienten wie möglich Kontakt aufnehmen sollten und sie darum bitten, in meiner Sache die Gesundheitsbehörde des Bundesstaates anzuschreiben. Die nächsten fünf Tage und Nächte kümmerten wir uns nur darum. Ich hatte in meiner Praxis zwei Telefonanschlüsse. Meine Bürokraft Ruthie Coe und ich kamen jeden Abend wieder ins Büro (ohne zusätzliche Bezahlung, Gott segne sie), um etwa bis 22.00 Uhr Telefongespräche zu führen.

Mittlerweile hatte Betty eine eigene Patientenliste und telefonierte von daheim. Die Resonanz war überwältigend! Ich weiß nicht wie viele Briefe tatsächlich an die Gesundheitsbehörde gesendet wurden. Ich weiß aber, dass etwa vierzig bis fünfzig Patienten so freundlich waren, mir eine Kopie ihrer versendeten Briefe zu schicken. Die von Herrn Kell angewiesene Grundlagenarbeit war erledigt.

Die Anhörung war auf einen Donnerstagmorgen terminiert. George Kell traf am Vorabend um 22.30 Uhr am Flughafen zu Columbus, Ohio, ein. Wir blieben auf bis zu den frühen Morgenstunden und diskutierten die Strategie. Herr Kell erklärte mir, dass er versuchen wolle, die Gesundheitsbehörde zu verärgern, um deren Groll von mir fernzuhalten.

Während der Anhörung war Herr Kell damit außerordentlich erfolgreich. Bei zumindest vier Gelegenheiten teilte er den Mitgliedern der Behörde mit: „Sofern Sie sich entscheiden diese Sache vor Gericht zu bringen, so werden Sie es mit mir zu tun haben.“ Wie sich die Dinge entwickelten, wurde es offensichtlich, dass die Gesundheitsbehörde des Staates Ohio nicht wünschte, es mit George Kell zu tun zu bekommen. Für diese wunderbare Leistung bin ich ihm ewig dankbar.

Für jene, die sich fragen mögen, was es wohl kostet einen Rechtsanwalt von Kalifornien herzuholen, um mich zu verteidigen, möchte ich erwähnen, dass Herrn Kell's Rechnungsstellung extrem kostengünstig war. Er berechnete mir lediglich seine Flugkosten (Economy-Class natürlich) und seinen Zeitaufwand bei der Gesundheitsbehörde. Dies belief sich auf etwa 700 US \$. Es gibt noch einige Menschen auf dieser Welt, denen das Prinzip (*der Gerechtigkeit*) wichtiger ist als das Geld. George Kell ist einer von ihnen.

Es vergingen einige Monate bis ich etwas hörte von der Staatlichen Gesundheitsbehörde. Dann erschien ohne vorherige Anmeldung ein Zwangsvollstrecker der Behörde, wie er sich nannte, in meiner Praxis und bestand darauf, mich augenblicklich sprechen zu wollen. Sobald ich fertig war mit dem damaligen Patienten, ließ ich ihn zu mir vor. Er wollte wissen, ob ich immer noch Laetrile (*B17*) anwenden würde. Ich versicherte ihm, dass ich es noch anwendete. Er teilte mir mit, dass die Gesundheitsbehörde mir die Approbation entziehen wolle. Ich sagte ihm, das wäre mir bekannt; für sie würde es bedeuten, dass sie den Rechtsweg gehen müsste. Ich teilte ihm mit, dass ich auf einem Jury-Schwurgerichtsverfahren bestehen würde und dass ich dieser Jury alle jene Patienten vorführen würde, die Briefe an die Gesundheitsbehörde geschrieben hätten. Er sagte: „Oh, nein, nein, nicht doch! Wir wollen nicht in so etwas verwickelt werden.“ Ich versicherte ihm, dass es genau damit die Behörde zu tun bekäme und dass sie erneut mit Herrn George Kell konfrontiert würde.

Genau an diesem Punkt gab er klein bei. Wir diskutierten einige unwichtige Dinge. Dann sagte er: „Ich wollte Ihnen nur mitteilen, dass die Staatliche Gesundheitsbehörde nicht glücklich ist mit dem was sie tun.“ Ich sagte zu dem Zwangsvollstrecker: „Ich kam nicht auf diese Welt, um der Staatlichen Gesundheitsbehörde zu gefallen. Ich kam auf die Welt, um Gott zu dienen. Ich weiß, dass das Ernährungs-Programm, das ich anwende, weitaus mehr leistet für die Qualität und Quantität des Lebens eines Krebspatienten als es irgendetwas zu tun vermag, was die orthodoxe Medizin (*die Schulmedizin*) zu bieten hat. Daher bin ich Gott verpflichtet, zu tun, was ich für richtig halte. Ob

die Staatliche Gesundheitsbehörde dem zustimmt oder nicht, ist nicht wichtig. Es ist allein wichtig das zu tun, was Gott gefällt, weil ich im Augenblick meines Todes von Gott gerichtet werde und nicht von der Staatlichen Gesundheitsbehörde.“

Außer einem Brief im Jahre 1978 war dies das letzte, was ich vierzehn Jahre lang (bis 1990) von der Gesundheitsbehörde des Staates Ohio hörte. Ich werde Ihnen später davon berichten.

Der Kampf beginnt

Kapitel fünf

Meine erste Konfrontation mit der FDA (*Behörde für Arzneimittelzulassung USA*) ergab sich, als Patrick Mahoney, ein langjähriger Freund, der bei der Birch Forschungsgesellschaft arbeitete, mich kontaktierte. Ein Teil von Patricks Tätigkeit war es, alle bedeutenden Zeitungen und Regierungsdokumente durchzusehen und jegliche Information zu archivieren, die einmal für irgendwelche Neuigkeiten von Wert sein könnten.

Patrick hatte eine Notiz aus dem Bundesregister überflogen, die besagte, dass es in Kansas City, Missouri, am 2.-3. Mai 1977 eine öffentliche Gerichtsverhandlung in Bezug auf Laetrile geben sollte. Eine Erläuterung besagte, dass ein Jeder, der für oder gegen Laetrile sprechen wolle, die dort genannte Adresse anschreiben und den Zeitbedarf für seine Aussage nennen solle. Auf Patricks Drängen schrieb ich dorthin und bat um fünfzehn Minuten Redezeit.

Ich hatte wirklich keine Ahnung worum es dort ging. Aber zu diesem Zeitpunkt hatte ich drei Jahre Erfahrung in der Anwendung von Laetrile als ein Teil des gesamten Ernährungs-Programmes. Ich wusste, dass es ein Teil dessen war, was nötig war, um die Qualität und Quantität des Lebens vieler Krebspatienten zu verbessern. Wieder einmal hatte ich das Gefühl, moralisch dazu verpflichtet zu sein, meine Erkenntnisse bei dieser öffentlichen Gerichtsverhandlung vorzustellen, deshalb gingen Betty und ich dorthin. Es war nicht eher, als bis ich dort eintraf, dass ich verstand, was dort vor sich ging.

Zu Beginn des Jahres 1977 erkrankte Herr Glen L. Rutherford aus Oklahoma City an Krebs. Er entschied sich dafür, nach Mexiko zu

gehen, seinen Krebs zu behandeln, da sie ein Ernährungsprogramm einschließlich Laetril verwendeten. Einige Wochen später, als Herr Rutherford in die Vereinigten Staaten zurückkehrte, beschlagnahmte man sein Laetrile, als er die Grenze überschritt. Dies würde auf eine behördliche Anordnung hin gemacht.

Herr Rutherford erhob daraufhin Klage beim Bundesgericht gegen Joseph A. Califano, Ministerium für Gesundheit, Bildung und Sozialwesen und gegen Donald Kennedy, Bevollmächtigter der Lebens- und Arzneimittelbehörde (*FDA*) und andere, für sein Recht, dieses Laetrile zu besitzen. Ich weiß, dass dies tatsächlich so war, weil ich die gerichtliche Mitschrift habe. Das Nachfolgende kann ich nicht sicher behaupten, weil ich nicht dort war, aber ich möchte Ihnen dies so berichten, wie es mir von Jenen, die dort waren, erzählt wurde.

Das Verfahren zwischen Herrn Rutherford und der Regierung lief einige Wochen weiter. Der Bundesrichter Luther Bohanon hatte den Vorsitz. Täglich brachten *FDA*-Rechtsanwälte dem Gericht vor, dass das *FDA* viele hunderte Studien vorzuweisen hätte, die bewiesen, dass Laetrile nutzlos wäre. Zum Ende des Verfahrens sagte Richter Bohanon zu den *FDA*-Anwälten: „Für morgen, wenn Sie wieder das Gericht betreten, fordere ich Sie auf, alle diese Studien mitzubringen, die das *FDA* über Laetrile angefertigt hat.“

Am folgenden Morgen, als die Verhandlung begann, fragte der Richter nach den Studien. Die *FDA*-Anwälte sagten: „Euer Ehren, wir haben die Studien nicht mitgebracht, da sie hoch wissenschaftlich sind und wir meinen, dass Sie diese nicht verstehen können.“ Sie können sich gut vorstellen, dass dies dem Richter nicht gefiel. Er bestand darauf, dass alle diese Studien am folgenden Morgen in seinem Gerichtssaal vorliegen müssten.

Am folgenden Morgen lagen keine Studien vor. Als der Richter danach fragte warum dies so sei, sagten die *FDA*-Rechtsanwälte, die Studien wären so umfangreich, dass sie sich nicht sicher wären, dass alle diese Studien in den Gerichtssaal passen würden. Der Richter erklärte daraufhin, dass er, falls erforderlich, das gesamte Gerichtsgebäude räumen würde, aber er wolle alle jene Studien

am folgenden Morgen im Gericht vorliegen haben.

Am folgenden Morgen lagen keine Studien vor. Einmal wieder fragte der Richter warum. Die FDA-Anwälte sagten schlichtweg: „Weil es, Euer Ehren, keine Studien gibt.“ Der Richter war selbstverständlich wütend. Die FDA-Rechtsanwälte erklärten, dass sie jeden Abend nach der Verhandlung Washington anrufen würden. Jeden Abend erklärte die FDA-Niederlassung in Washington, dass sie alle diese Studien vorliegen hätten. Als die Rechtsanwälte schließlich die Washingtoner Niederlassung festnagelten, sagten sie, dass sie überhaupt keine Studien zu Laetrile durchgeführt hätten. Dies war der Punkt, als Richter Bohanon eine öffentliche gerichtliche Anhörung anberaumte.

Im weiteren Verlauf der Zeit fand ich allerdings viele glaubhafte Belege, die mir schlüssig erschienen, dass die FDA doch eine große Anzahl von Studien über Laetrile durchgeführt hatte. Das Problem war, dass sie offensichtlich herausgefunden hatten, dass Laetrile - sofern es richtig angewendet wurde zusammen mit Vitaminen, Mineralstoffen, Enzymen und Kostumstellung - sehr heilsam sein könne für viele Krebspatienten. Dies wollte die FDA natürlich nicht eingestehen! Mehr als fünfzehn Jahre hatte sie gesagt, Laetrile hätte keinen Nutzen. Nun damit herauszurücken und zu sagen, sie hätte dies falsch eingeschätzt, war undenkbar.

Der Lärm und Aufruhr seitens der Bürger dieses Landes wäre gewaltig gewesen. Der Kongress hätte rasch gezwungen werden können die FDA abzuschaffen. Für die Regierung hätte dies einen horrenden Schaden bedeutet. Schließlich ist die „höchst bedeutende“ Funktion einer jeden Bürokratie der Regierung, sich selbst aufrecht zu erhalten.

Meiner Meinung nach - und dies ist nur eine Meinung - war es einfacher für die FDA zu sagen, sie hätten keine Studien, als preiszugeben, was ihre Studien tatsächlich ergeben haben. Es war weit weniger gefährlich, sich einer öffentlichen Gerichts-Anhörung zu unterziehen, als zu bekennen, dass sie Unrecht hätten.

Diese öffentlichen Gerichts-Anhörungen waren etwas anderes. Von den vielleicht hundert bis dreihundert Leuten, die dort waren, waren nahezu alle pro-Laetrile. Natürlich waren dort viele Ärzte von der FDA, die gegen Laetrile aussagten. Woran ich mich bei diesen Anhörungen am besten erinnere ist, dass kurz bevor ich aussagte, ein Arzt von der FDA bezeugte, dass, sofern jemand eine Ampulle mit Laetrile öffnete, müsse dies in einem großen Raum erfolgen, mit geöffneten Fenstern, und jeder in dem Raum müsse eine Gasmasken tragen. Anderenfalls, sagte er, würde ein Jeder sterben von den Blausäuredämpfen aus der Laetrile-Ampulle.

Kurz danach sagte ich aus, dass ich etwa vier tausend Laetrile-Ampullen geöffnet hätte. Ich gab an, dass ich sie in einem kleinen Raum geöffnet hätte, mit allen Fenstern geschlossen und weder ich, noch irgendjemand meiner Mitarbeiter hätte eine Gasmasken getragen. Ich versicherte dem Verwaltungsrichter, dass ich und meine gesamte Belegschaft gesund und ziemlich munter wären.

Der Verwaltungsrichter saß zu meiner Rechten und hinter mir. Ich konnte ihn nicht sehen während ich aussagte. Nach den Personen aus dem Zuschauerraum zu urteilen, die ihn sehen konnten, erregte er sich offenbar sehr und wurde rot im Gesicht. Er hatte einem Zeugen der FDA gestattet seine Redezeit zu überschreiten. Genau an dem Punkt, als meine Redezeit abgelaufen war, schlug er seinen Hammer und sagte unfreundlich: „Ihre Redezeit ist abgelaufen!“ Ich versicherte ihm, dass ich in weniger als einer Minute zum Ende käme. Wieder dröhnte sein Hammer und er sagte ärgerlich: „Ihre Redezeit ist um!“ Ich hatte eine getippte Niederschrift meiner vollständigen Aussage, die ich dann dem Schriftführer übergab. In der Mitschrift erschien meine vollständige Aussage.

Die vollständige Aussage eines jedes Zeugen der öffentlichen Gerichts-Anhörung wurde Richter Bohanon zugesandt. Er arbeitete all dieses Material durch. Am 5. Dezember 1977 gab er sein Urteil bekannt im Fall Rutherford gegen die Vereinigten Staaten von Amerika: Herrn Joseph A. Califano, Ministerium für Gesundheit,

Bildung und Sozialwesen; Herr Donald Kennedy, Bevollmächtigter der Lebens- und Arzneimittelbehörde (*FDA*) und andere. Wer von Ihnen Zugang hat zu den Archiven der Rechtsprechung, findet dies unter der Nr. CIV-75-0218-B in der Rubrik des Bezirksgerichtes der Vereinigten Staaten für den westlichen Bezirk von Oklahoma.

In Auszügen traf Richter Bohanon folgende Entscheidung:

Die Maßnahme des Bevollmächtigten der Arzneimittelbehörde vom 29. Juli 1977 wird für unrechtmäßig erklärt und solche Aktionen, Entscheidungen und Beschlüsse werden hiermit annulliert, aufgehoben und für nichtig erklärt.

Dem Ministerium für Gesundheit, Bildung und Sozialwesen und seinen Untergebenen in der Arzneimittelbehörde (*FDA*) wird hiermit dauerhaft untersagt, sich direkt oder indirekt, oder in Absprache mit dem Zoll der Vereinigten Staaten oder anderen einzumischen in Angelegenheiten der Einfuhr, Einlieferung oder Aufgabe zur Einlieferung von Laetrile (Amygdalin) durch eine beliebige Person, zum Zwecke des internationalen Handels...

Dem Ministerium für Gesundheit, Bildung und Sozialwesen und seinen Untergebenen in der Arzneimittelbehörde wird hiermit dauerhaft untersagt, sich einzumischen in Angelegenheiten der Verwendung von Laetrile (Amygdalin) für die Versorgung oder Behandlung von Krebs durch eine Person, die an dieser Krankheit leidet oder meint, dass es so sei;

Dem Ministerium für Gesundheit, Bildung und Sozialwesen und seinen Untergebenen in der Arzneimittelbehörde wird hiermit dauerhaft untersagt, sich einzumischen in das Tun eines approbierten Arztes, der Laetrile (Amygdalin) anwendet für die Versorgung oder Behandlung seiner Krebspatienten.

Als Begründung, die zu seiner Entscheidung führte, zitierte Richter Bohanon die Aussagen der Verwaltungsanhörung vieler von uns. Ich bin stolz darauf sagen zu können, dass er meine Aussage bei vielen Anlässen zitierte.

Das Ergebnis dieses Urteilspruches wurde bekannt als das „Affidavit-System“ (*mit eidesstattlicher Erklärung*). Das System funktionierte wie folgt:

Sofern ein Patient Laetrile wollte, würde er eine eidesstattliche Erklärung unterzeichnen müssen, mit fünf Ausfertigungen und der Bestätigung, dass er es wollte. Er müsste seinen Namen, seine Adresse und seine Rufnummer angeben. Der Arzt müsste dieselbe Erklärung (alle fünf Exemplare) unterzeichnen und bestätigen, dass er das Laetrile verabreichen würde. Beide Teile der Erklärung, die des Patienten und die des Arztes, mussten notariell beglaubigt werden. Dies wurde dann einem Apotheker zugeleitet, der eine Ausfertigung behielt und die übrigen zur Arzneimittelbehörde (FDA) sandte. Die FDA würde den Bestellauftrag nach Mexiko senden, wo Laetrile hergestellt wird. Der Auftrag würde zusammengestellt, verpackt, mit der Adresse des Patienten versehen und von Mexiko an eine FDA-Niederlassung in Kalifornien gesendet. Dort würde er verglichen mit der zugehörigen Erklärung und an den Patienten versendet. Es kam durchaus vor, dass die FDA den Patienten anrief, um sicherzustellen, dass er den Umfang an Laetrile bestellt hätte. Einige Patienten empfanden dies lediglich als störend. Für viele andere war es aber sehr schlimm, weil sie das Gefühl bekamen, dass sie etwas Illegales getan hätten.

Hier ergab sich frühzeitig ein Problem. Die FDA wollte Richter Bohanon's gerichtliche Anordnung nicht befolgen. Nachdem die verpackten und adressierten Bestellungen nach Kalifornien versendet waren, ließ die FDA die Sendungen in der Behörde für viele Tage liegen, bevor sie diese an die Patienten weiterleitete. Ein Apotheker aus Baltimore, Maryland, fand dafür eine Abhilfemaßnahme. Seine Kunden beklagten sich, dass sie ihre Laetrile-Bestellungen nicht erhielten. Er gab ihnen die Rufnummer von Richter Bohanon's Büro. Die Kunden begannen damit, Richter Bohanon's Büro mit Beschwerden zu bombardieren. Der Richter rief die FDA an und für eine Zeitlang liefen die Dinge reibungslos. Innerhalb weniger Wochen trat das Problem allerdings erneut auf. Die Folge waren mehr Anrufe im Büro des Richters. Der Apotheker hier in Ohio, der meine Patienten bediente, war nicht involviert in das Anruf-Prozedere zu Richter Bohanon. Er erhielt allerdings einen Anruf aus dem Büro des

Richters, mit der Bitte, „die Hunde zurückzupfeifen“, weil sich der Richter um die Sache kümmern würde. Was der Richter genau dem Verantwortlichen der Arzneimittelbehörde (FDA) Donald Kennedy sagte, ist mir nicht bekannt. Ich erinnere mich aber, dass diese Verzögerungen sich niemals wieder bei einem meiner Patienten wiederholten.

Richter Bohanon's Entscheidung und das Affidavitsystem verbreiteten sich von einem Gericht zum anderen. Viele Gerichte bestätigten dieses Urteil. Einige taten es nicht. Sein Urteil und sein Affidavit-System wurden schließlich aufgehoben im Februar 1989.

Ich weiß nicht genau wie der rechtliche Status von Laetrile in den meisten Bundesstaaten ist, aber ich kenne den derzeitigen im Staate Ohio. Kein Arzt in diesem Staat darf ein Rezept über Laetrile ausstellen, aber ein jeder Bürger dieses Staates, der Laetrile haben möchte, kann es sich ohne Rezept beschaffen. Falls ein Patient Laetrile kauft und es mitbringt zu seinem Arzt, so darf der Arzt dann das Laetrile dem Patienten verabreichen. Dies ist natürlich Bürokratie auf die Spitze getrieben. Ich darf Penizillin kaufen und es einem Patienten verabreichen. Aber ich darf nicht Laetrile kaufen und es dem Patienten verabreichen. Der Patient kann Laetrile kaufen und es zur mir mitbringen, und dann darf ich es ihm verabreichen.

Wie dem auch sei, im Staate Ohio kann sich ein Patient Laetrile beschaffen und der Arzt darf es ihm verabreichen in angemessener Weise und in einer angemessenen Dosierung. Ich danke Gott für solch kleine Vergünstigungen!

Laetrile und Cyanid

Kapitel sechs

In Kapitel fünf erwähnte ich die Zeugenaussage eines Arztes der Arzneimittelbehörde (FDA), der sagte, dass Laetrile „freie“ Blausäure enthielte und daher giftig wäre. An einer Stelle dieses Buches wollte ich diese falsche Vorstellung korrigieren. Vielleicht ist dies der richtige Moment, dies zu tun.

Laetrile enthält keine „freie“ Blausäure. Wie in Kapitel zwei dargestellt, wird Laetrile in zwei Moleküle Glukose, ein Molekül Benzaldehyd und ein Molekül Blausäure (HCN) gespalten, wenn es in Kontakt kommt mit dem Enzym Beta-Glukosidase. Innerhalb des Körpers enthält die Krebszelle - und nur die Krebszelle - dieses Enzym. Das diesbezügliche Schlüsselwort ist, dass HCN erst GEBILDET werden muss. Es kursiert nicht in freier Form in dem Laetrile, um daraus abgegeben zu werden. Es muss erst produziert werden. Das Enzym Beta-Glukosidase und nur das Enzym ist in der Lage, HCN aus Laetrile herzustellen. Sofern keine Krebszellen im Körper sind, gibt es auch keine Beta-Glukosidase. Ohne Beta-Glukosidase wird aus Laetrile keine Blausäure freigesetzt.

Es ist der Mühe wert etwas zu wiederholen, das ich in Kapitel zwei sagte: 1977 wurde angenommen, dass die aus der oben erwähnten chemischen Reaktion gebildete Blausäure den toxischen Effekt gegen die Krebszelle ausübe. In den danach folgenden Jahren wurden viele

Hinweise gefunden, die belegen, dass diese chemische Reaktion nur eine winzige Menge an Blausäure freisetzt, dass diese Blausäure rasch zu Thiocyanat umgesetzt wird und wahrscheinlich - falls überhaupt - nur einen geringen toxischen Effekt für die Krebszelle hat. Es ist der in dieser chemischen Reaktion gebildete Benzaldehyd[#], der extrem toxisch für die Krebszelle ist.**

Laetrile enthält die Cyanidgruppe (-CN). Diese selbe Cyanidgruppe ist enthalten in Vitamin B12 und in Beeren wie Brombeeren, Blaubeeren und in Erdbeeren. Sie hören niemals davon, dass irgendeiner eine Cyanidvergiftung bekommt von B12 oder von den oben erwähnten Beeren, weil dies nicht vorkommt.

Die gebundene Cyanidgruppierung (-CN) und Blausäure (HCN) sind zwei vollständig verschiedene Verbindungen, etwa wie elementares Natrium (Na) - eine so sehr giftige Substanz - und Natriumchlorid (NaCl), was Speisesalz ist, dies sind vollständig verschiedene Substanzen.

Wenn das obig Gesagte wahr ist, wie konnte es dann verbreitet werden, Laetrile enthielte „freie“ Blausäure? Raten Sie mal! Nein, es war nicht G. Edward Griffin. Es war die Arzneimittelbehörde (FDA).

Ich erinnere mich, in einer Zeitung Ende der sechziger oder zu Beginn der siebziger Jahre eine Veröffentlichung der FDA gelesen zu haben. Diese Veröffentlichung besagte, dass es einige Befürworter einer Substanz namens „Laetrile“ gäbe (ich hatte niemals zuvor davon gehört), die behaupteten, diese Substanz wäre in der Lage, Blausäure in Anwesenheit einer Krebszelle freizusetzen. Weiter hieß es in dieser Veröffentlichung, wenn dies wirklich wahr wäre, hätte man tatsächlich eine Substanz gefunden, die zielspezifisch wäre und großen Wert für einen Krebspatienten hätte.

** Für eine differenziertere Analyse der theoretischen Wirkung von Laetrile gegen Krebszellen lesen Sie bitte G. Edward Griffin, „Eine Welt ohne Krebs“ (Kopp-Verlag, 2005)

[#] (Benzaldehyd ist ein aromatischer Aldehyd, C_6H_5-CHO , gleichwie der in der Struktur sehr ähnliche arom. 2-Furaldehyd = Furfural, C_4H_3O-CHO , ein sehr wirksames Antikrebsmittel)

Aber, so hieß es weiter, die FDA hätte ausgiebige Studien an dieser Substanz „Laetrile“ durchgeführt und keinen Beleg dafür gefunden, dass sie Blausäure enthielte oder in Gegenwart von Krebszellen Blausäure abspalten würde. Daher, sagten sie, wäre Laetrile ohne Nutzen.

Als es einige Zeit später eindeutig bestätigt wurde, dass Laetrile tatsächlich Blausäure in Gegenwart von Krebszellen abspaltet, was meinen Sie wie die FDA reagiert hat? Gaben sie zu, dass sie sich geirrt hätten? Gestanden sie ein, einen schlechten Job gemacht zu haben in der Ausrichtung ihrer Testreihen? Nein! Nun verkündeten sie, dass Laetrile Blausäure enthielte und daher *giftig* wäre!

Halten wir fest, es gibt eine der Regierung zugehörige Abteilung, die kurze Zeit zuvor sagte, Laetrile habe keinen Nutzen, weil es in der Gegenwart von Krebszellen keine Blausäure abspalte. Nun, da bekannt wurde, dass dies aber der Fall ist, sagen sie, es wäre giftig. Als die Möglichkeit vor Gericht angesprochen wurde, Beweise für die Giftigkeit von Laetrile darzulegen, gab sie zu, keine zu haben (siehe Kapitel eins).

Sofern irgendeiner zu Ihnen sagt, Laetrile enthalte „freie“ Blausäure (*Cyanwasserstoff, HCN*), so ist derjenige entweder fehl informiert oder will Sie falsch informieren.

Entlarvung der Gegenspieler

Kapitel sieben

Zwischen 1975 und 1980 geschahen so viele Dinge, dass ich mir sicher bin, mich nicht an alle diese zu erinnern. Einige verliefen gleichzeitig. Diese Geschichten muss ich erwähnen. Während der exakte chronologische Ablauf dieser Geschichten Fehler enthalten mag, so sind die Inhalte aber wahr.

Sicherlich eine der Geschichten, von denen es zu berichten gilt, ist die von Dr. Kanematsu Sugiura. 1975 war Dr. Sugiura , und war es bereits seit einigen Jahren, einer der höchst angesehenen Krebsforscher am Sloan-Kettering-Institut. In seiner Arbeit mit Krebsmäusen fand Dr. Sugiura, dass bei Anwendung von Laetrile sich die Erkrankung bei 77% von ihnen nicht ausbreitete (Krebs mit Metastasen). Er wiederholte diese Untersuchungen wieder und wieder, zwei Jahre lang. Die Ergebnisse waren stets gleich. Dr. Sugiura reichte diese Ergebnisse an die Leitung des Sloan-Kettering-Institutes weiter, aber seine Studie wurde niemals veröffentlicht.

Stattdessen veröffentlichte das Sloan-Kettering Institut die Ergebnisse eines Anderen, der behauptete, dass er Dr. Sugiura's Unterlagen verwendet hätte.

Diese Studie „eines Anderen“ zeigte, dass es bei der Verwendung von Laetrile keine nutzbringenden Effekte gäbe. Dr. Sugiura beanstandete dies. Er wurde gefeuert. Über all diese Vorgänge wurde ein Buch geschrieben mit dem Titel „ Die Analyse einer Vertuschung“. Dieses Buch enthält alle tatsächlichen Ergebnisse von Dr. Sugiura's Arbeit. Diese Ergebnisse zeigen tatsächlich den Vorteil von Laetrile.

Dr. Sugiura sagte in diesem Buch: „Ich bin nach wie vor davon überzeugt, dass Amygdalin Metastasen verhindert.“ Amygdalin ist naturgemäß der wissenschaftliche Name für Laetrile (*Vitamin B17*).

Einige Monate später sagte ein Krebsforscher der Mayo-Klinik in einem privaten informellen Gespräch, dass es sehr unwahrscheinlich wäre, dass irgendein positiver Effekt aus der Anwendung von Laetrile jemals publiziert werden würde, da es „die Kräfte über ihnen so wollen“.

Zu dieser Zeit gab das Nationale Krebsinstitut (NCI) an, dass es eine Studie durchführen wolle, die den Unterschied zeigen solle zwischen Patienten mit orthodoxer Behandlung (OP, Bestrahlung, Chemotherapie) und solchen mit Ernährungstherapie. Ich wurde gefragt, ob ich an dieser Studie teilnehmen wolle. Ich fuhr nach New York, um einen der Ärzte zu treffen, die diese Studie leiteten. Ich nenne ihn mal Dr. Enseeye (natürlich nicht sein realer Name). Dort war eine Gruppe von vielleicht sechs oder sieben von uns, die sich an jenem Abend mit Dr. Enseeye beim Essen trafen. Betty und ich saßen neben ihm.

Dr. Enseeye erklärte mir die Studie. Das NCI würde eine Gruppe von Krebspatienten auswählen und sie mit den schulmedizinischen Methoden behandeln. Diejenigen von uns, die Ernährungstherapie anwendeten nähmen eine ähnliche Gruppe von Patienten, um sie nach unserer Methode zu behandeln. Das NCI würde dann die Ergebnisse vergleichen. Das Gespräch verlief folgendermaßen:

„Welche Kriterien würde das NCI anlegen, um den Erfolg oder Misserfolg dieser Behandlungen zu beurteilen?“ fragte ich.

„Die Tumorgröße“ antwortete Dr. Enseeye.

Ich sagte „Lassen Sie mich sicher sein, dass ich verstanden habe was Sie sagten. Nehmen wir an, Sie hätten einen Patienten mit einem vorhandenen Tumor. Lassen Sie uns annehmen, der Patient würde mit einer dieser zwei Methoden behandelt. Lassen Sie uns annehmen, der Tumor würde in den nächsten drei Monaten in seiner Größe erheblich reduziert, aber der Patient stirbt. Wie würde die NCI dies klassifizieren?“

„Die NCI würde dies als Erfolg klassifizieren.“

„Warum“ fragte ich.

„Weil der Tumor sich verkleinert hat“ gab er zur Antwort.

Ich fragte dann: „Nehmen wir an, Sie haben einen ähnlichen Patienten mit einem ähnlichen Tumor, der mit einer anderen Methode behandelt würde. Nehmen wir weiter an, dass der Patient nach zwei Jahren gesund und munter ist, der Tumor aber nicht kleiner wurde. Wie wird die NCI dies klassifizieren?“

„Sie wird dies als Versagen klassifizieren.“

„Warum?“ fragte ich.

„Weil der Tumor nicht kleiner wurde,“ sagte er. Dr. Enseeye erklärte weiterhin: „In dieser Studie ist die NCI nicht daran interessiert ob der Patienten lebt oder stirbt. Sie ist nur daran interessiert ob der Tumor größer oder kleiner wird.“

Ich entschied mich, nicht an dieser Studie teilzunehmen!

Zu dieser Zeit sandte die FDA Referenten über Land, um über die „Übel“ von Laetrile zu reden. Einer dieser Redner war angekündigt, auf dem Campus der Macalester Akademie zu St. Paul, Minnesota, im Frühjahr 1978 aufzutreten. Es ergab sich zufällig, dass mein Sohn Rick zu jener Zeit an der Macalester Akademie Student im 2. Semester war. Rick kannte sich mit dem Thema Laetrile sehr gut aus.

Als ihm bekannt wurde wann der Vortrag stattfinden sollte, rief er seinen älteren Bruder Bill an, der höherer Angestellter an der Universität zu Wisconsin in LaCrosse war. Bill war ebenso gut informiert über Laetrile und versprach, zu dem Vortrag nach Macalester zu kommen. Rick hatte zudem eine Freundin namens Michelle Kleinrichard engagiert, die Anfängerin auf dieser Schule war und ebenso viel von der Sache verstand wie sie beide.

Diese Drei gingen zu dem Vortrag, aber sie saßen nicht zusammen. Bill saß etwa mittig, zudem von dort im Auditorium halb zurücklaufend positioniert. Rick saß vorne rechts. Michelle saß vorne links.

Alle drei waren der Meinung, dass der Vortragende viel zu wünschen übrig ließ. Es war leicht zu erkennen, dass ihm die Rede vorgelegt worden war, sie abzulesen, und dass er nur oberflächliches Wissen über das Thema hatte. Zu Ende des Vortrages bat er darum, Fragen zu stellen. Zunächst meldete sich Bill (in der Mitte). Es lief etwa folgendermaßen ab:

Bill: „Sie erwähnten, einen Patienten zu kennen, der Krebs hatte und mit Laetrile behandelt worden sei. Sie sagten, dass der Patient verstorben sei, und dies beweise, dass Laetrile wertlos wäre. Hubert Humphrey hatte Krebs und wurde mit Chemotherapie behandelt. Er starb vor drei Monaten. Beweist das nicht, dass auch Chemotherapie wertlos ist? Aber das ist nicht meine Frage. Sie sagten ebenso, dass ein kleines Mädchen aus New York fünf Laetrile-Tabletten einnahm und an einer Cyanidvergiftung starb. Ihre Eltern behaupten nun, dass sie nur eine Tablette einnahm. Drei Tage lang ging es ihr gut. Dann behandelten die Ärzte sie, als hätte sie eine Cyanidvergiftung. Am nächsten Tag starb sie. Wie erklären Sie sich dies?“

Redner: „Ich habe keine Erklärung dafür.“

Bill: „Eine weitere Frage.“

Redner: „Nein, lassen wir jemand anderen zu Wort kommen.“

Damit wandte sich der Redner an einen anderen gut aussehenden jungen Mann zu seiner Linken. Dieser andere gut aussehende junge Mann war Rick (Ich muss sagen, er war „gut aussehend“, da ich sein Vater bin.). Rick hob hervor, der Sprecher hätte behauptet, dass die Arbeit von Dr. Harold Manner, der nur Laetrile anwendete, keine positiven Ergebnisse bei Krebsmäusen gezeigt hätte. Dies, so sagte der Sprecher, würde als wissenschaftlich sehr bedeutsam erachtet. Nachfolgende Arbeiten von Dr. Manner, in der er Laetrile in Kombination mit Bauchspeicheldrüsen-Enzymen und Vitamin A verwendete, hatten hervorragende Resultate gezeigt. Jedoch, so hatte der Sprecher angedeutet, hätten diese späteren Ergebnisse keinen wissenschaftlichen Wert. Ricks Frage war, warum diese späteren

Ergebnisse ignoriert wurden. Der Redner konnte diese Frage nicht beantworten.

Der Redner wandte sich dann seiner rechten Seite zu. Dort stand eine hübsche junge Frau, die ihn anlächelte. Der Redner muss gedacht haben: „Endlich ein freundliches Gesicht.“ Die junge Frau war Michelle. Michelle war Mitglied des Debattiereteams zu Macalester. Der Redner wurde übel demontiert. Sie traf ihn mit zweierlei Geschützen. Sie fragte nach einer umfassenden Erklärung, warum Chemotherapie so gut wäre, wenn daran so viele Personen stürben. Und warum Laetrile so schlecht wäre, wenn sich die Leute damit besser fühlten. Sie fragte, wer festgestellt hätte, dass Dr. Manner's neuere Ergebnisse nicht wissenschaftlich wären. Der arme Referent hatte ein Problem. Er druckste herum, beantwortete aber niemals ihre Fragen. Schließlich sagte er: „Die Zeit für Fragen und Antworten ist um.“ Er wandte sich um und verließ rasch die Bühne. Innerhalb von fünf Minuten hatten Bill, Rick und Michelle die Glaubwürdigkeit seiner fünfundvierzig-minütigen Rede vollständig zerstört.

So, sie fragen, was denn nun aus diesen drei frei denkenden Studenten wurde, die an diesem arglosen FDA-Sprecher diese hinterhältige Tat verübten? (Möglicherweise hätten Sie nicht gefragt, aber ich sage es Ihnen dennoch!)

Bill erlangte seinen Jura-Abschluss an der Capital Universität zu Columbus. Er arbeitete für den Kongress-Abgeordneten Lawrence P. McDonald als dessen juristischer Leiter bis zu dem KAL 007-Flug-Vorfall. Anschließend war er für den Kongressabgeordneten Al McCandliss als juristischer Leiter tätig. Später wurde er Berater für die Republikaner im Hauswirtschafts- Komitee. Seitdem begann er damit, eine eigene Geschäftstätigkeit zu betreiben.

Rick promovierte in Fach Astronomie an der Universität zu Texas. Er ist Professor der Astronomie am Massachusetts Institut für Technologie. Rick war übrigens der erste Astronom, der den Mond um den Planeten Pluto sichtete.

Die Internationale Astronomische Gesellschaft benannte zu seiner Ehre einen Asteroiden (ein kleiner Planet) nach ihm: „Asteroid 2873 Binzel“.

Michelle hat es geschafft, zusätzlich zu ihren Aufgaben als Vollzeit-Hausfrau und Vollzeit-Mutter zweier Kinder, ihre Promotion im Fach Wirtschaftsmanagement abzuschließen. Als diese zwei Kinder Teenager wurden, musste Michelle alle ihre Fähigkeiten in Diskussionsführung anwenden. Ich verstehe nichts von Wirtschaftsmanagement, aber als Vater von sechs Kindern weiß ich natürlich etwas über Diskussionsführung. Ich wünschte, ich hätte es an der Universität ausgewählt.



Frau Polly Todd, die hier mit ihrem Ehemann Jack zu sehen ist, wurde mitgeteilt, dass ihre Chancen gering wären, ihre Brustkrebserkrankung zu überleben. Sie lehnte Chemotherapie und Bestrahlung ab und begann stattdessen mit der Ernährungstherapie. Zwanzig Jahre später ist sie noch gesund und munter (Fall #1)



Oben: Sue Tarbutton's Brustkrebs wurde 1983 entdeckt. Sie entschied sich gegen eine OP und wählte die Ernährungstherapie. Sie ist hier mehr als zehn Jahre später zu sehen, wie sie sich an ihrem ausgefüllten Leben freut (Fall #2).

Unten: Elizabeth Winschel, die hier mit ihren Kindern und Enkelkindern zu sehen ist, erhielt 1976 die Diagnose, dass sie Darmkrebs hätte und darüber hinaus Krebszellen im Bauchraum. Über 17 Jahre erhielt sie Ernährungstherapie und lebte normal weiter (Fall #3).





oben: Beverly Batson wurde 1988 die Hälfte ihres Magens wegen Krebs entfernt. Dann machte sie Ernährungstherapie, ohne Bestrahlung oder Chemotherapie. Sie ist nun 75 Jahre alt und hatte keinen Rückfall (Fall #5).

unten: Bei Herrn Wasley Krogdahl wurde 1978 Blasenkrebs diagnostiziert. Mehrere Tumoren wurden entfernt, und er begann mit Ernährungstherapie. Fünfzehen Jahre später, nun im Alter von 75, hatte er keinen Rückfall seiner Krebserkrankung (Fall #4).





oben: Pauline Wilcox wurde 1983 eine Brust entfernt. Als sie ihre Ernährungstherapie beendete, flammte die Krebserkrankung 1988 erneut auf. Als sie dann zum Ernährungsprogramm zurückkehrte, seitdem erfreut sie sich einer exzellenten Gesundheit (Fall #10).

unten: Jean Henshall erkrankte 1986 an einem Myelom (Knochenkrebs). Sie begann 1987 mit Ernährungstherapie und obwohl diese zunächst nur mäßig anschluss, erfreut sie sich nun einer hervorragenden Gesundheit (Fall #6).



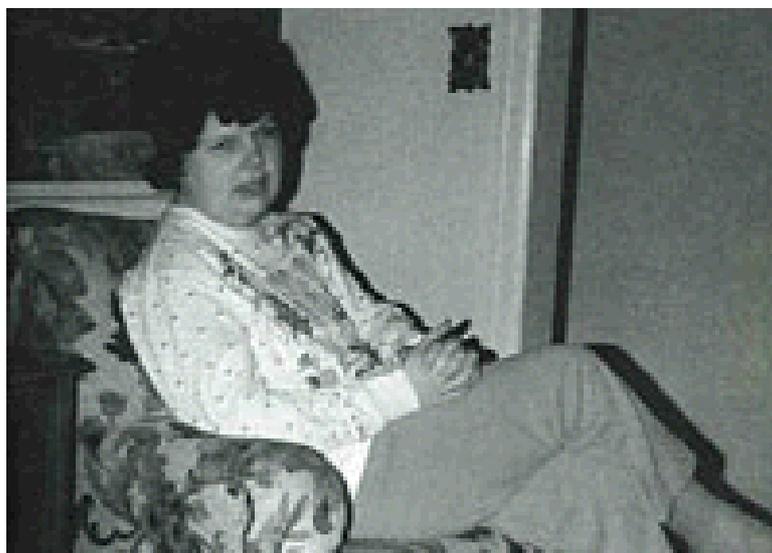


Rex Perry wählte nicht Bestrahlung, um seinen Lymphdrüsenkrebs zu behandeln. Er ist nun seit 15 Jahren auf Ernährungstherapie und hatte kein weiteres Problem mit seiner Erkrankung.



oben: Irene Dirks bekam Gebärmutterkrebs im Jahre 1981. Es erfolgte eine Hysterektomie (Entfernung der Gebärmutter), und sie begann mit Ernährungstherapie. Vierzehn Jahre später, im Alter von 73 Jahren, ist sie gesund und aktiv (Fall #13).

unten: Connie Stork erkrankte 1970 an einem Hirntumor, der teilweise entfernt wurde. Nach einer Strahlenbehandlung musste eine weitere Tumormasse entfernt werden, obwohl noch ein bedeutender Teil des Tumors zurückblieb. Ihr Sehvermögen wurde durch die Tumoren beeinträchtigt und möglicherweise durch die Bestrahlung. Sie ist nun seit 19 Jahren auf Ernährungstherapie und gesegnet mit einem gesunden Verstand und Körper (Fall #11).





oben: Alice Silverthorn wurde wegen einer Krebsgeschwulst 1971 eine Brust entfernt. Nach Bestrahlung und Chemotherapie streute der Krebs über den ganzen Körper. Sie stoppte die Chemotherapie und ging stattdessen über zur Ernährungstherapie. Nun, 18 Jahre später, ist sie gesund und munter (Fall #19).

unten: E.D. erkrankte 1991 an Lungenkrebs. Nach einer Operation wurde er auf Chemotherapie gesetzt, was er ablehnte fortzusetzen. Eine Röntgenaufnahme zeigte, dass große Tumoren in seiner Lunge verblieben waren. 1992 begann er mit Ernährungstherapie. 1993 zeigte eine Röntgenaufnahme, dass die Tumoren verschwunden waren (Fall #21).





oben: Helyne Victor, hier zu sehen mit ihrem Ehemann Joe, begann vor 20 Jahren nach der Krebsoperation beider Brüste mit Ernährungstherapie. Sie ist nun 74 Jahre alt und fühlt sich großartig (Fall #15).

Der Fall Joey Hofbauer

Kapitel acht

An einem Dienstagabend gegen acht Uhr, Ende September 1978, erhielt ich einen Anruf von Professor Francis Anderson, einem Professor an der Albany Akademie für Rechtswissenschaften in Albany, New York. Professor Albany sagte mir, dass er einen acht Jahre alten Jungen namens Joey Hofbauer vertreten würde, bei dem die Hodgkin-Erkrankung (eine Form von Lymphdrüsenkrebs) diagnostiziert wurde. Er sagte mir, dass das Sozialamt des Bezirkes Saratoga versuchen wolle, die Eltern zu zwingen, dass sie der Anwendung von Chemotherapie zur Behandlung seiner Erkrankung stattgeben. Die Eltern wollten nicht, dass ihr Kind eine Chemotherapie bekäme, weil sie bereits begonnen hätten ihn mit Ernährungstherapie zu behandeln. Professor Anderson erklärte, dass es am folgenden Donnerstag eine Anhörung vor Gericht geben würde. Er wollte von mir wissen, ob ich dazu bereit wäre nach Albany zu kommen und für den Jungen auszusagen. Ich sagte ihm, dass ich dies tun würde.

Der Professor erklärte dann, dass die Familie nicht viel Geld hätte und fragte mich, wieviel ich dafür berechnen würde. Ich sagte ihm, ich würde für mein Kommen nichts berechnen. Professor Anderson sagte: „Das ist wunderbar, weil ich ihnen ebenso für meine Dienste nichts berechne.“ Ich sagte ihm, dass, sofern sie es sich leisten könnten meine Auslagen zu bezahlen, dies prima wäre, aber wenn sie dies nicht könnten, würde ich es selbst zahlen.

Er versicherte mir, dass es kein Problem für sie wäre meine Auslagen zu erstatten.

Ich traf in Albany am Mittwoch gegen 22.30 Uhr ein. Am Flughafen traf ich zusammen mit Professor Anderson, Herrn John Hofbauer (Joey's Vater) und zwei Brüdern, die Freunde von John Hofbauer waren und die ich einfach Bob und Harold nennen möchte. Sie brachten mich zum Hotel, und die gesamte Gruppe kam hinauf auf mein Zimmer. Dort erfuhr ich was vorgefallen war. Ich werde ihnen die Geschichte erzählen, so wie es mir in dieser Nacht berichtet wurde.

Vor einigen Monaten wurde bei Joey Hofbauer die Hodgkin-Erkrankung festgestellt. Seine Ärzte sagten, dass Chemotherapie die einzig mögliche Behandlung wäre. Er wollte dies nicht für seinen Sohn. Stattdessen brachte er Joey zu einer Klinik nach Jamaika, um eine Ernährungstherapie zu machen.

Als Joey's Ärzte herausfanden, dass sein Vater ihn nicht nur außer Landes gebracht hatte, sondern ihn zudem nicht mit Chemotherapie behandeln ließ, wurden sie wütend. Sie erstatteten eine Kindesmissbrauch-Anzeige gegen John.

Wenige Wochen später, als John mit Joey nach Albany zurückkehrte, lagen die höheren Mächte in Wartestellung. Weniger als vierundzwanzig Stunden nach ihrer Heimkehr brachen ein Sheriff und einige Begleiter buchstäblich die Haustür der Hofbauer's auf und entführten Joey. Sie brachten ihn in eine Klinik, wo er gemäß dem Sozialamt des Bezirkes Saratoga Chemotherapie erhalten würde, sei es, dass die Eltern dem zustimmten oder auch nicht.

John Hofbauer rief seinen Rechtsanwalt an und erklärte die Situation. Sein Anwalt erklärte ihm, dass er nicht in einen solchen Fall hineingezogen werden wolle. John nahm dann das Telefonverzeichnis und rief fast jeden Rechtsanwalt in Albany an. Die Antwort war stets dieselbe.

„Ich kann Ihnen Ihre Sorge nachempfinden, möchte aber nicht in diese Sache verwickelt werden.“

Es war nun bereits elf Uhr in der Nacht. John hatte alle Rechtsanwälte in Albany durch. Aus schierer Verzweiflung rief er seine Freunde Bob und Harold in Boston an. Bob nahm den Anruf entgegen. John erklärte was geschehen war und berichtete von seinem Unvermögen, einen Rechtsanwalt zu finden, der ihn vertreten würde. Bob sagte ihm, dass er und Harold am folgenden Morgen zu ihm nach Albany kommen würden.

Bob und Harold fuhren die Nacht durch und kamen bei den Hofbauer's um 6 Uhr früh an. Ein Schlachtplan wurde geschmiedet. Um 7 Uhr früh ging Bob aus dem Hause. Er verbrachte den ganzen Tag damit, jede Radio- und Fernsehstation in der Stadt zu besuchen. Er erzählte aber auch jedem Mitarbeiter jener Stationen die Geschichte von Joey Hofbauer, und dass Joey's Vater nicht in der Lage gewesen sei einen Rechtsanwalt zu finden, der bereit war ihn zu vertreten. Am Nachmittag lief diese Story auf jedem Radiosender und jedem Fernsehsender in Albany.

Professor Francis Anderson schaute sich die Sechs-Uhr-Nachrichten an. Er rief sofort John Hofbauer an und sagte ihm, dass er ihn gerne vertreten wolle und dass er dies unentgeltlich täte. Es war zwei Stunden später, als Professor Anderson mich anrief. Bis heute weiß ich nicht wie diese Leute auf meinen Namen kamen. Sie sprachen niemals darüber und ich dachte niemals daran, dies zu hinterfragen.

Wir waren nun bereits in den frühen Stunden des folgenden Morgens. Professor Anderson fragte mich, ob ich jemals in einem solchen Fall eine Aussage gemacht hätte. Ich verneinte dies. Er nahm sich Zeit, alle solche Fragen durchzusprechen, die mir bei einer direkten Befragung gestellt würden. Das war überhaupt kein Problem. Er ging dann dazu über, was ich bei einem Kreuzverhör zu erwarten hätte. In der folgenden Stunde lernte ich vermutlich mehr über das Procedere in einer Gerichtsverhandlung als ich jemals zuvor erfahren hatte. Er sagte mir, welche Fragen an mich gestellt würden und wie ich mit

jenen Fragen umzugehen hätte. Woran ich mich am besten erinnerte ist, dass Professor Anderson mir erklärte, dass die Anwälte der Gegenseite wahrscheinlich eine Anzahl medizinischer Bücher nennen würden und mich fragen würden, ob ich sie gelesen hätte. Er sagte mir, dass ich schlichtweg „nein“ sagen solle, sofern ich sie nicht gelesen hätte. Er erklärte mir, dass das Gericht nicht erwarte, dass jeder Arzt jedes jemals geschriebene medizinische Buch gelesen hätte. Wenn ich das Buch gelesen hätte, solle ich „ja“ sagen. Er meinte, wenn ich „ja“ gesagt hätte, würden sie ein Zitat dem Buch entnehmen und fragen, ob ich mich an dieses Zitat erinnere. Wenn ich mich nicht daran erinnerte, so sollte ich antworten: „Nein, ich erinnere mich nicht an dieses Zitat.“ Meine Angabe war, dass ich das Buch gelesen hätte, aber nicht dass ich mich an das Zitat erinnerte. Allein diese Unterweisung half mir, viele nachfolgende Gerichtstermine zu überstehen.

Als die Neuigkeiten sich über alle Radio- und Fernsehstationen verbreiteten, sickerten Gerüchte durch aus jenem Hospital, wo Joey festgehalten wurde. Die Gerüchte waren, dass das Hospital ihn heimlich in ein anderes Hospital verlegen wolle, so dass man mit seiner Chemotherapie beginnen könne. Harold kümmerte sich darum. Er marschierte in das Hospital mit einem Feldbett unter dem Arm. Er ging zu Joey's Bett und stellte sein Feldbett daneben auf. Dann rief er verschiedene Freunde und Nachbarn der Hofbauer's an, um eine Wache bei Joey zu arrangieren. Zu jeder Minute sollte jemand auf dem Feldbett neben Joey sein, vierundzwanzig Stunden am Tag.

Als wir unser Treffen in meinem Motel-Zimmer schließlich beendeten, sagten mir Bob und Harold, dass sie mich um 7 Uhr früh abholen würden. Ich sagte, das wäre prima. Ich würde auf sein und gefrühstückt haben. Sie informierten mich, dass ich das nicht tun könne. Sie sagten mir, dass Drohungen gegen einen Jeden ausgesprochen worden waren, der gegen das medizinische Establishment aussagen wollte. Mir wurde empfohlen in meinem Zimmer zu bleiben mit verriegelter Tür, bis Bob und Harold mich anriefen. Dies schien mir zu dieser Zeit ein wenig paranoid, aber ich

entschied mich dafür, schlichtweg ihren Instruktionen zu folgen.

Um sieben Uhr in der Früh klingelte mein Telefon. Es war Bob, der von der Lobby des Motels aus anrief. Er sagte mir, ich solle durch den Spion in meiner Tür schauen. Dort sollte ich, so sagte er, Harold sehen. Falls es nicht Harold wäre, sollte ich nicht meine Tür öffnen, sondern umgehend den Motel-Sicherheitsdienst anrufen. Ich legte den Hörer auf und schaute durch den Spion in meiner Tür. Es war Harold.

Wir drei frühstückten zusammen und gingen dann zu dem Hospital, wo Joey festgehalten wurde. Ich war dort, um Joey zu untersuchen. Ich wurde in das Büro der Krankenhaus-Verwaltung gebracht, wo die üblichen Prozeduren abliefen (Approbationsnachweis, persönliche Identifikation, etc.). Ich wurde dann zu einem anderen Arzt gebracht, der von der Leitung instruiert war, mir jede Hilfestellung zu gewähren.

Als Bob, der Arzt und ich uns Joey's Bett näherten, wurden wir sofort von einer Frau angefochten, die sich auf dem Feldbett neben Joey aufhielt. Bob versicherte ihr, dass wir „friedlich“ wären. Der mir zugewiesene Arzt hätte nicht freundlicher sein können. Während er mich niemals aus den Augen verlor, gab er mir umgehend auf meine Nachfrage hin ein Zungenblatt und ein Stethoskop. Ich untersuchte Joey.

Wir gingen vom Hospital zum Gericht. Unterwegs erklärten mir Bob und Harold, dass in der Eingangshalle des Gerichtes eine Anzahl Personen von den Zeitungen und TV-Stationen wären, und dass ich mit niemandem von ihnen sprechen solle. Wir kamen in die Eingangshalle des Gerichtsgebäudes. Dies war mein erstes und einziges Erlebnis, dass ich TV-Kamera-Lichter aufflammen sah und mir gleichzeitig ein Dutzend Mikrophone vor mein Gesicht geschoben wurden. Es war keine angenehme Erfahrung. Bis zu diesem Zeitpunkt hatte ich dies wohl tausend Mal im Fernsehen gesehen, wie es anderen so erging. Ich kann es diesen Leuten nicht verdenken, dass sie sich über einige Zeitungs- und TV-Reporter aufzuregen begannen.

Sie verdienen es! Einer schrie mich an: „Sind Sie der Überraschungszeuge?“ Meine Antwort war: „Ich weiß es nicht?“

Als wir den Gerichtssaal betraten, hatte die Anhörung noch nicht begonnen. Der Richter war dort und sagte, dass ein Jeder von uns, der aussagen würde, keinerlei Stellungnahme an die Presse geben könne, bis sie den Zeugenstand abgeschlossen hätten und vom Gericht entlassen wären. Bob, Harold und ich verbrachten den Rest des Morgens damit zuzuhören, wie die Anklage diesen Fall schilderte. Es hörte sich nicht gut an. Während sie eine Reihe von Onkologen und Kinderärzten in den Zeugenstand riefen, war im Kreuzverhör Professor Anderson stets erfolgreich damit, dass sie zugaben, mit ihrer Form der Behandlung nur sehr mäßigen Erfolg zu haben. Als die Anklage ihren Zeugenstand beendet hatte, ordnete der Richter eine Mittagspause an.

In dieser Mittagspause erfuhr ich wer der „Überraschungszeuge“ war. Es war Dr. Michael Schachter aus Nyack, New York. Mein Eindruck war, dass Dr. Schachter von diesem Fall gehört hatte und sich freiwillig meldete, um für Joey auszusagen. Die Anklage wusste, dass ich aussagen würde, da es mir an diesem Morgen ermöglicht wurde Joey zu untersuchen, aber augenscheinlich wussten sie nichts von Dr. Schachter. Jemand hatte es offenbar zur Presse durchsickern lassen, dass es einen „Überraschungszeugen“ gab. Dr. Schachter begleitete uns zum Mittagstisch. Professor Anderson ging mit ihm dieselben Grundregeln durch, die er mir in der Nacht zuvor beigebracht hatte.

Die Verteidigung begann mit ihrem Zeugenangebot nach der Mittagspause. Ich war der erste Zeuge. Unter Professor Anderson's Lenkung machte ich meine Aussage. Es war nichts Besonderes. Wir gingen die Fakten durch, dass Krebs das Ergebnis eines Ernährungsdefizites war, das den Mechanismus der körpereigenen Immunabwehr davon abhielt normal zu funktionieren. Wir sprachen über die Aspekte der Ernährungstherapie und dessen Fähigkeit, dem

Organismus zu helfen, seine normale Abwehrfähigkeit wieder aufzubauen. Naturgemäß kamen wir zu dem Schluss, dass Joey Hofbauer's Chancen auf eine bessere Qualität und Quantität des Lebens größer wären mit Ernährungstherapie als mit Chemotherapie.

Das Kreuzverhör verlief genau so wie Professor Anderson es vorhergesagt hatte. Die Rechtsanwälte des Bezirkssozialamtes benutzten den üblichen Angriff, mich als Quacksalber und Scharlatan zu bezeichnen. Dies war für mich nichts Neues. In meinen vielen Fernsehdebatten mit Onkologen war ich als etwas Schlimmeres bezeichnet worden als das. Wie ich bereits vorher gelernt hatte und wovor mich Professor Anderson gewarnt hatte, war: „Lassen sie sich nicht aus der Ruhe bringen.“ Ich lächelte nur. Dann gingen sie zur Buchroutine über, ob ich dieses oder jenes Buch gelesen hätte. Ich hatte einige von ihnen gelesen. Als ich ihnen sagte, dass ich ein bestimmtes Buch gelesen hätte, lasen sie ein Zitat aus dem Buch vor und fragten, ob ich mich an dieses Zitat erinnerte. Meine Antwort war schlichtweg so wie es mir Professor Anderson beigebracht hatte: „Nein, ich erinnere mich nicht an dieses Zitat, aber meine Aussage war, dass ich das Buch gelesen hatte. Ich sagte nicht, dass ich mich daran erinnerte.“ Dies war der Abschluss meiner Aussage, soweit ich mich nach bestem Wissen erinnerte.

Dr. Michael Schachter folgte mir in den Zeugenstand. Es war das Kreuzverhör bei Dr. Schachter, das mich am meisten faszinierte. Vielleicht weil er seine Arztlizenz im Staate New York hatte, verfolgten ihn die gegnerischen Anwälte regelrecht. Ich habe niemals zuvor und niemals seitdem jemanden gesehen, der sich im Zeugenstand so geschickt verhielt wie Dr. Schachter. Es tut mir Leid, dass ich mich nicht an die exakten Details der gestellten Fragen und der seinerseits gegebenen Antworten erinnern kann. Woran ich mich erinnere ist, dass Dr. Schachter ab und zu die gegnerischen Anwälte vorführte, ihnen eine Falle stellte und dann zu passender Gelegenheit die Falle zuschnappen ließ. Jedes Mal wenn er dies tat, beendete er dies mit einem breiten Grinsen. Er brachte beides ein, sein Wissen über die Nebeneffekte der Chemotherapie und sein Wissen über

Ernährung. Ich musste gehen, weil entweder Bob oder Harold mir sagten, dass es vier Uhr wäre, und dass wir den Sechs-Uhr-Flug erreichen müssten. Bei all dem Verkehr würde es zumindest eine Stunde dauern, um zum Flughafen zu gelangen. Zudem müssten wir uns noch der Presse außerhalb stellen.

Ich traf auf die Presse in der Eingangshalle des Gerichtes. Mit aufblitzenden Lichtern gab ich den TV-Leuten ein Interview von fünfzehn oder zwanzig Minuten Länge. Schließlich sagten Bob und Harold, dass wir gehen müssten, oder wir würden es niemals rechtzeitig bis zum Flughafen schaffen.

Sie hatten selbstverständlich Recht, was den Verkehr betraf. Ich erinnere mich nicht, wer von den beiden Brüdern fuhr, aber er fuhr wie jemand aus Boston. Die meiste Zeit über saß ich dort, hielt mir die Hände vor meine Augen und sprach ein Ave Maria. Alles was ich hören konnte waren Hupsignale und quietschende Bremsen der Fahrzeuge neben und hinter uns. Wie dem auch sei, wir schafften es zum Flughafen bis etwa eine halbe Stunde vor dem Abflug. Als ich durch das Terminal zum meinem Gate schritt, kam ich an einer jener Bars mit Fernseher vorbei. Ich blickte flüchtig auf den Fernseher und sah ein bekanntes Gesicht. Es war meines. Ich war in den Fünfuhrdreißig-Nachrichten. Es war viel zu laut, um hören zu können was ich sagte und ich war viel zu sehr in Eile, um mein Gate zu erreichen, um zu verweilen und zuzuhören. Aber es ist ein merkwürdiges Gefühl unvermittelt aufzublicken und sich selbst im Fernsehen zu sehen.

Es wäre schön sagen zu können, dass mein Heimflug ohne besondere Vorfälle gewesen wäre. Das war nicht der Fall. Mein Flug sollte von Albany nach Buffalo gehen. Nach kurzem Zwischenaufenthalt sollte es von dort weiter nach Columbus gehen. Wir flogen nach Buffalo in einen der schlimmsten Schneestürme, die ich je erlebt habe. Wie es dem Piloten gelang, den Flieger runter zu bekommen auf die Landebahn, ist mir immer noch ein Rätsel. Als ich zum Schalter ging, um nach meinem Flug nach Columbus zu fragen, konnte der

Angestellte nur lachen. Er sagte uns, dass dies für diese Nacht der letzte gelandete Flieger wäre, und dass keiner vor morgen früh starten würde.

Der Angestellte reservierte für mich den 8:00 Uhr Flug nach Columbus und sagte mir, dass mich die Fluggesellschaft für die Nacht in einem Motel unterbringen würde. Als ich ihm sagte, dass meine Frau auf mich in Columbus warten würde, versicherte er mir, dass er sie erreichen könne. Er rief den Flugschalter in Columbus an. Betty war an dem Schalter. Ich erklärte ihr das Problem. Sie war gerade durch einen fürchterlichen Eissturm gefahren, um nach Columbus zu kommen und hatte kein Verlangen danach, fünfzig Meilen nach Hause zurück zu fahren. Wir waren einer Meinung, dass sie sich ein nahe gelegenes Motel suchen und dort die Nacht verbringen sollte, um mich dann am Morgen vom Flieger abzuholen.

Am nächsten Morgen nahm ich den Motel-Shuttel-Bus zum Flughafen. Es schneite immer noch. Als wir etwa um 7:30 Uhr am Flughafen ankamen, war dort nur ein Angestellter tätig und eine Reihe von etwa fünfzig Leuten. Etwa um 7:55 Uhr rief er aus, dass der Flug nach Columbus nicht mehr zu buchen wäre und in Kürze starten würde. Ein Aufschrei ging von den zwanzig oder mehr Personen aus, die noch in der Warteschlange standen, um den Flug zu bekommen. Gott sei Dank rief er den Flieger unvermittelt zurück und bat ihn zu warten, bis alle diese Leute eingecheckt hätten.

Es schneite nun noch stärker als zum Zeitpunkt meines Eintreffens am Flughafen. Der Flieger rollte hinaus zur Piste, fuhr seine Triebwerke hoch und begann mit dem Startvorgang. Er hatte Probleme Traktion zu bekommen und schlitterte auf der Piste hin und her, bevor er schließlich abhob. Dort war eine kleine fünf oder sechs Fuß hohe Holzbarriere zu Ende der Piste. Wir waren so niedrig, dass, wenn ich mein Fenster hätte öffnen können, hätte ich leicht die Barriere erreichen können. Wir gelangten nach Columbus ohne irgendwelche weiteren Probleme. Meine Frau war dort, mich abzuholen. Unsere Fünfzigmeilen-Fahrt zurück nach Hause war ebenfalls kein Vergnügen. Wir rutschten und schleuderten auf der ganzen Strecke, konnten aber den meisten Gräben ausweichen.

Als ich um zwei Uhr nachmittags in meine Praxis kam, fragte mich

meine Bürokräft (Ruthie): „Wie war Ihre Reise?“ Ich dachte zu diesem Zeitpunkt, es wäre etwa so als ob jemand Custer gefragt hätte als er Pearly Gates erreichte: „Nebenbei gefragt, Herr General, wie war ihr Tag?“

Um sieben Uhr an diesem Abend erhielt ich einen Anruf von Professor Anderson. Der Richter hatte seine Entscheidung am späten Nachmittag des Tages verkündet. Er ordnete an, dass Joey zu seinen Eltern zurückgebracht werden solle, und dass er fortfahren könne mit der Ernährungstherapie. Der Richter erklärte, dass die Ernährungstherapie „einen Platz in unserer Gesellschaft habe“ und dass die Eltern von Joey Hofbauer nicht der Vernachlässigung ihres Kindes schuldig wären, indem sie diese Behandlung für ihren Sohn wählten. Der Rechtsanwalt des staatlichen Gesundheitsamtes sagte, dass er „sehr enttäuscht“ wäre über diese Entscheidung.

Ich wünschte, ich könnte sagen, dass Joey Hofbauer fortan glücklich weiterleben konnte. Das ist nicht der Fall. Ich sah Joey seit jenem Tag niemals wieder und weiß nicht genau was geschah. Ich weiß, dass er für eine Weile in Dr. Schachter's Behandlung war, und ich weiß, dass er etwa zwei Jahre später irgendwo außerhalb dieses Landes starb. Ich bin mir sicher, dass Chemotherapie sein Leben nicht verlängert hätte. Was immer getan wurde, mag hoffentlich die Qualität seines Lebens verbessert haben.

Die Medien

Kapitel neun

Zu Beginn des Kapitels sieben sagte ich, dass in den Jahren zwischen 1975 und 1980 viele Dinge passierten. Lassen Sie mich an dieser Stelle versuchen, Ihnen eine Vorstellung davon zu geben was ich meinte.

Ich war in eigener Praxis als Hausarzt tätig. Obwohl mein erstrangiges Engagement meinen Hausarzt-Patienten galt, versuchte ich, mir drei Tage in der Woche eine Stunde am Morgen und zwei Stunden am Nachmittag Zeit zu nehmen, um mich mit Krebspatienten zu beschäftigen. Meine Wartezeit für die Annahme neuer Krebspatienten zum Ernährungsprogramm betrug drei Monate. Dies war schrecklich, aber zu jener Zeit gab es sehr wenige Ärzte, die Ernährungstherapie anwendeten. Ich war nicht in der Praxis Donnerstag, Samstag oder Sonntag. Nahezu alle meine Donnerstage waren damit ausgefüllt Interviews zu geben, irgendwohin zu gehen zu einem Vortrag oder in einem Fernsehprogramm aufzutreten. Es gab Fahrten nach Columbus, Ohio, um vor der Regierung des Staates Ohio auszusagen und Fahrten nach Jackson, Michigan, um vor der Regierung des Staates Michigan auszusagen. Ich verbrachte viele meiner Wochenenden damit, um an Seminaren über Ernährung teilzunehmen oder dort eine Rede zu halten.

Betty und unsere sechs Kinder benötigten auch etwas von meiner Zeit. Wir hatten während dieser Zeit jedes Jahr Kinder, die ihren Abschluss auf der High School machten, die an der Universität anfangen oder auf der Universität ihren Abschluss machten. Der Anfang und das Ende

eines Universitätsjahres und die Semesterferien sind eine beträchtliche Unklarheit für Betty und mich, was zu tun ist. Keines unserer Kinder besuchte dieselbe Hochschule. Eine Menge ihrer Zeit benötigte Betty um in die eine Richtung aufzubrechen, und ich würde in die andere Richtung aufbrechen, um jemanden abzuholen, hinzubringen oder was immer in dieser Richtung zu tun war. Während dieser Zeit hatten wir zudem die Hochzeiten unseres ältesten Sohnes und unserer ältesten Tochter.

Aus diesen Gründen erinnere ich mich nicht an jedes Zeitungs- oder Fernsehinterview. Ich möchte Ihnen allerdings von einigen wenigen berichten, die in meiner Erinnerung dominant sind.

Es gibt dort draußen einige sehr intelligente Zeitungs- oder Fernsehreporter. Dies sind Personen wie Alice Hornbaker vom *Cincinnati Enquirer*. Dies sind zudem Personen wie die Frau vom Akron-Canton-Bezirk in Ohio, an deren Namen ich mich nicht erinnern kann. Sie hatte einige Jahre zuvor Multiple Sklerose und es geschafft, ihre Krankheit mittels einer guten Ernährung zu kontrollieren. In unseren Interviews verstanden beide dieser Frauen, was ich mit guter Ernährung meinte und schrieben hervorragende Zeitungsartikel darüber, wie Ernährung dem Krebspatienten helfen könnte. Dann gab es eine Frau aus einer der Fernsehstationen in Dayton, Ohio, die offensichtlich ihre Hausaufgaben gemacht hatte bezüglich Ernährung. Mein Fernsehinterview mit ihr war sehr angenehm.

Allerdings gab es auch andere. Meine erste Erfahrung mit „dieser anderen Sorte“ war die mit einer Fernsehstation in Columbus, Ohio. Dies müsste im Frühjahr 1977 gewesen sein. Die Station hatte angerufen, und wir hatten ein exaktes Datum und eine exakte Zeit für das Interview vereinbart. Ich wählte 13:00 Uhr mittags, weil meine Sprechstunde um 14:00 Uhr begann, und ich dachte mir, dass eine Stunde genug Zeit für ein Interview wäre. Die TV Mannschaft traf dreißig Minuten verspätet ein. Vor der Kamera erklärte ich dem Interviewer, dass Laetrile keine Wunderdroge oder ein Krebsvitamin beziehungsweise Krebsheilmittel wäre, sondern vielmehr ein kleiner

Teil eines umfassenden Ernährungsprogramms. Ich erklärte, dass ich es dem Körper ermöglichen könne seine körpereigene Abwehr wieder aufzubauen, indem ich dem Organismus die Ernährungsbestandteile zuführe, die er dafür benötigt. Ich hatte keine Vorstellung davon wie effizient der Organismus eines Patienten jene Ernährungsbestandteile nutzen würde. Daher, so sagte ich, könnte ich keinem Patienten etwas garantieren. Meine einzige Garantie dem Patienten gegenüber wäre, so sagte ich ihr, dass ich alles tun würde was ich vermochte, um dem Patienten ein best mögliches Nahrungskonzept zu vermitteln, um dessen Abwehrmechanismus so gut wie es geht zu aktivieren.

Mittlerweile kamen Patienten in die Praxis, die einen Termin für 14:00 Uhr hatten. Da wir das Interview in meinem Warteraum machten, bestand ich darauf, das Interview in den Nebengang vor meiner Praxis zu verlegen. Dies wurde gemacht. Mit Blick auf die Patienten, die in meine Praxis kamen, bekam die interviewende Frau die brillante Idee, dass das Team Patienten in den Behandlungsräumen filmen sollte während ich ihnen ihre Laetrile-Injektionen gab. Meine Antwort war: „Dies sind kranke Personen. Das ist hier kein Zirkus.“ Dies verstimmte sie sehr, und sie beendete das Interview umgehend.

Betty war dabei als dies alles ablief. Als sie sah wie das Interview an diesem Abend um 23:00 Uhr präsentiert wurde, waren wir beide verblüfft. Die Interviewerin sprach hauptsächlich selbst. *Nichts* in Bezug auf den Ernährungsaspekt all dessen, das ich so sorgfältig durchgegangen war, wurde gezeigt oder zumindest erwähnt. Die Frau beendete dies (und vielleicht benutze ich den Begriff locker) mit dem Begleitkommentar, dass Dr. Binzel garantierte, er könnte jeden Patienten von seiner Krebserkrankung heilen.

Sehr zeitig am folgenden Morgen rief ich den Manager der Station an. Als ich schließlich zu ihm durchkam, war sein Tonfall zumindest hochmütig. Er hätte gerade keine Zeit dafür mich zu treffen. Als ich ihm darlegte, dass es vermutlich weniger Zeit kosten würde mich zu empfangen als meinen Rechtsanwalt, willigte er ein, mir einen Termin

zu geben. Dieser Termin war um zwei Uhr an jenem Nachmittag.

Als Betty und ich zur Verabredung kamen, hätte er nicht freundlicher sein können. Es schien, dass Leute von der Staatlichen Gesundheitsbehörde von Ohio an diesem Morgen dort gewesen wären. Sie sahen sich die Aufzeichnung des Interviews an. Die Wahrheit war in der Aufzeichnung enthalten. Er war so freundlich, uns die gesamte Aufzeichnung zu zeigen. Schließlich sagte er, er wüsste nicht woraus diese Frau eine solche Schlussfolgerung ableiten konnte. Er entschuldigte sich dafür, was diese Frau getan hatte. Ich nahm seine Entschuldigung an, sagte ihm aber, dass ich Schwierigkeiten mit der Staatlichen Gesundheitsbehörde bekommen könnte aufgrund dessen, was sein Sender getan hätte. Er versicherte mir, dass, sofern dies der Fall wäre, würde sich seine Station mehr als glücklich schätzen, für alle Rechtskosten zu zahlen, die mir entstünden und mir alle Unannehmlichkeiten auszugleichen. Ich hörte von der Staatlichen Gesundheitsbehörde von Ohio niemals etwas über dieses Fernsehinterview.

Meine vielleicht merkwürdigste Erfahrung mit den Medien ergab sich mit einer jungen Reporterin einer Zeitung aus Dayton, Ohio. (Ich versuche nicht etwa junge Frauen zu ärgern. Es ergab sich einfach so.) Sie rief mich an und vereinbarte im Sommer 1977 ein Treffen spät an einem Freitagnachmittag. Ich verbrachte etwa zwei Stunden mit ihr, um ihr die Ernährung zu erklären und wieso Ernährung wichtig wäre für den körpereigenen Abwehrmechanismus. Ich besprach mit ihr Laetrile (= *Amygdalin* bzw. *Vitamin B17*) und seine Rolle in einer guten Ernährung. Es war nichts Ungewöhnliches an dem gesamten Interview. Was ungewöhnlich war, war der Artikel, der auf der Titelseite der Dayton-Zeitung am Sonntagmorgen erschien. Es gab absolut keine Ähnlichkeit zwischen dem Artikel und dem Interview des vorherigen Tages. Der Artikel zitierte mich, dass ich gesagt hätte, Laetrile wäre eine Wundermedizin und würde jedermanns Krebs heilen.

Warum war ich so sicher, dass es keine Ähnlichkeit gab? Weil ich mir seit langem angewöhnt hatte, alle Interviews aufzuzeichnen.

Früh am Montagmorgen rief ich meinen langjährigen Freund und allgemeinen Rechtsanwalt John Bath an und erklärte ihm die Situation. John empfahl mir, zunächst den Herausgeber der Zeitung anzurufen und einen Widerruf zu verlangen. Er sagte: „Wenn das nicht läuft und Dein Tonband das enthält, was Du sagtest, kann es für dich und mich damit enden, dass wir Besitzer dieser Zeitung werden.“

Ich rief den Herausgeber an und erklärte meine Beanstandungen. Er versicherte mir, dass der Artikel vermutlich ziemlich korrekt wäre. Ich informierte ihn dann über die Tonbandaufzeichnung und das Gespräch mit meinem Rechtsanwalt. Der Herausgeber versprach mich zurückzurufen. Er tat dies innerhalb einer Stunde. Er sagte mir was geschehen war.

Die junge Frau, die das Interview gemacht hatte, hatte an jenem Abend eine Verabredung zu einer Strandparty. Sie schrieb ihren Artikel und lieferte ihn ab, bevor sie zu mir (*zum Interview*) kam. Sie ging von meinem Büro zu ihrer Party, ohne irgendetwas an ihrem ursprünglichen Artikel zu ändern. Der Herausgeber sagte mir, dass es einen Widerruf geben würde auf der Titelseite der Dienstausgabe. Er hielt Wort. Es gab dort nicht nur einen vollständigen Widerruf, sondern es wurde die ganze Geschichte berichtet. Der Artikel endete damit zu erwähnen, dass die junge Frau nicht länger bei der Zeitung angestellt wäre. John und ich erhielten niemals unsere Chance eine Zeitung zu besitzen.

Im Jahre 1991 hatte ein Freund von mir die Möglichkeit, einen Kontakt herzustellen zu dem Herausgeber einer Zeitung in Columbus, Ohio. Er sagte dem Herausgeber, dass es eine Geschichte über die Behandlung von Krebs gäbe, die es vielleicht Wert wäre sich anzuschauen. Der Herausgeber sandte eine junge Reporterin in meine Praxis. Ich verbrachte mehrere Stunden mit ihr, um ihr zu erklären warum ich Ernährungstherapie anwendete und um ihr von den erhaltenen Resultaten zu berichten. Ich sagte ihr, dass ich alle nötigen rechtlichen Voraussetzungen schaffen würde, um jemandem von der Zeitung zu ermöglichen, dass er alle meine Patientenaufzeichnungen durchforste, um statistische Auswertungen zu verifizieren. Was ich erreichen wollte war, eine Serie von Artikeln, die Ernährungstherapie erklärten und Ergebnisse aufzeigten, die bei seiner Anwendung

möglich wären. Ich sagte ihr, dass es nicht erforderlich wäre, dass mein Name jemals in den Artikeln erschiene. Was ich wollte, war, dass diese Information allgemein bekannt wurde.

Die junge Frau verstand genau was ich tun wollte. Allerdings sagte sie, ihre Zeitung wäre ein „Establishment-Blatt“, und es würde kaum etwas drucken mit einer alternativen Ansicht. Was ich tun wollte, so sagte sie, wäre ein Angriff auf das medizinische Establishment. Sie denke nicht, dass ihr Herausgeber dies erlauben würde. Sie versprach, darüber mit ihrem Herausgeber zu sprechen und würde mich nur wieder kontaktieren, wenn er „ja“ sagte. (Rufen Sie mich nicht an, ich rufe Sie an.) Sie rief niemals an.

Mein letzter Kontakt mit dem Fernsehen war im Juli 1993. Eine Fernsehstation aus Columbus rief mich an und wollte ein Interview arrangieren. Wir vereinbarten einen Tag und eine Uhrzeit. Das Interview sollte bei mir daheim gemacht werden. Als die Mannschaft eintraf, wollte der Interviewer sofort mit dem Filmen beginnen. Das lehnte ich ab. Ich sagte ihnen, dass wir nicht mit den Aufnahmen beginnen würden bis ich es sagte. Ich verbrachte die folgenden fünfundvierzig Minuten damit zu erklären, was Ernährungstherapie war und warum ich sie anwendete. Ich ging durch das ganze Programm von Laetrile, um hervorzuheben, dass, während es ein wichtiger Teil der Ernährungstherapie wäre, so wäre es dennoch nur ein kleiner Teil des gesamten Programms.

Sie sagte: „Können wir nun filmen?“ Ich sagte ihr, dass wir nicht filmen würden bis wir die Fragen durchgegangen wären, die sie stellen wolle. Sie sagte mir, dass sie keine vorbereiteten Fragen hätte und gerade so fragen würde was ihr in den Sinn käme. Sie log.

Sobald die Kamera lief, wechselte sie zu einer Seite auf ihrem Notebook, die mit vorbereiteten Fragen gefüllt war. Ihre erste Frage war: „Ich entnehme den Worten, die sie sagten, dass Sie die Schaltstelle für den Transport von Laetrile durch den Staat Ohio sind?“ In den vorangegangenen fünfundvierzig Minuten Diskussion mit dieser Frau hatte ich ihr bereits gesagt, dass ich nichts zu tun hätte

mit dem Kauf, Verkauf oder der Verteilung von Laetrile.

Ihre nächste Frage war: „Was berechnen Sie für ihre Dienste?“ Ich sagte ihr, dass ich in all den Jahren, wo ich Krebs-Chirurgen, Onkologen und Radiologen im Fernsehen gesehen hätte, niemals jemanden fragen hörte, was sie für ihre Dienste berechneten. Ich fuhr fort zu erklären, dass ich meine Gebühren nur mit meinen Patienten bespräche, nicht mit Fernsehmitarbeitern.

Es gab einige weitere Fragen zu Laetrile, und dann sagte sie: „Wir möchten Bilder machen von ihren Patientenaufzeichnungen.“ Ich sagte ihr, dass dies nicht erlaubt wäre, und dass ich es nicht einmal in Erwägung zöge es zu tun. Sie sagte, sie wäre nicht überzeugt davon, dass solche Aufzeichnungen existierten, bis sie diese sehen könnte. Ich antwortete: „Es ist mir völlig egal ob Sie überzeugt sind. Sie werden nicht meine Patientendaten zu sehen bekommen.“ Nachdem sie gegangen war, dachte ich, meine Antwort hätte sein sollen: „Nun, ich denke nicht, dass Sie irgendwelche Unterwäsche tragen, und ich bin nicht überzeugt davon, bis Sie mir diese zeigen.“ Ich bin wirklich froh darüber, dass mir dies nicht in den Sinn kam, bis sie gegangen war!

An diesem Abend wurde in den Fernseh-Nachrichten weniger als eine oder eineinhalb Minuten von diesem Interview gesendet. Sie beanspruchte den größten Teil des Gespräches. Nichts wurde über Ernährung gesagt. Ihr abschließender Kommentar war: „Dr. Binzel sagt, dass er gute Resultate mit seiner Behandlung erzielt hätte, aber er hat keinen Beweis.“ Ich verstehe, warum so viele Leute den Medien misstrauen.

Staatliche Gesundheitsbehörde meldet sich wieder

Kapitel zehn

Nach meiner Konfrontation mit der Gesundheitsbehörde des Staates Ohio im Jahre 1976 hörte ich nichts mehr von ihr bis September 1978. Dann erhielt ich folgenden Brief:

Sehr geehrter Herr Dr. Binzel,

wir verstehen, dass Sie einen Patienten mit der Hodgkin-Erkrankung möglicherweise mit Laetrile behandeln möchten. Weiterhin ist uns aber bekannt, dass der Patient in der Diagnose zu 50 bis 60% als heilbar eingestuft wurde unter Anwendung der derzeit allgemein anerkannten Behandlung.

Wie Ihnen bekannt ist, wurde die Anwendung von Laetrile extrem kontrovers beurteilt und unter die Aufsicht der Gerichte gestellt. Wir würden Ihre Kommentare in Hinblick auf diese Angelegenheit begrüßen.

Mit vorzüglicher Hochachtung

William J. Lee
Verwaltungsleiter

Meine Antwort darauf lautete wie folgt:

Sehr geehrter Herr Lee,

In Beantwortung Ihres Schreibens vom 27. September wäre es erforderlich, den Namen des Patienten zu erfahren, auf den Sie sich beziehen, bevor ich die angewendete Behandlung zu kommentieren vermag.

Ich bin mir durchaus dessen bewusst, dass Laetrile gerichtlich überprüft wurde. Mir ist ebenfalls bekannt, dass der rechtliche Status von Laetrile umschrieben wird von der Bundesgerichts-Verordnung #CIV-75-0218-B des Bundesrichters Bohanon zu Oklahoma, vom 8. April 1977.

Hochachtungsvoll
Dr. med. Philip E. Binzel

Die Bundesgerichts-Verordnung #CIV-75-0218-B war das gesetzliche Aktenzeichen der Bundesgerichts-Verordnung von Richter Bohanon, die das Affidavit-System ins Leben rief, welches in Kapitel fünf beschrieben wurde. Nochmals, was dies besagte war, dass ein jeder Patient, der Laetrile anwenden wollte, es haben könne und ein jeder Arzt, der es verwenden wollte, dies tun dürfe, sofern der Patient eine eidesstattliche Erklärung unterzeichnete, die bestätigte, dass er es wolle und der Arzt dieselbe Erklärung unterzeichnete, dass er es verabreichen wolle. Diese Bundesverordnung sagte weiterhin, dass ein jeder Versuch der FDA (= Arzneimittel-Zulassungsbehörde), Patienten daran zu hindern Laetrile zu beschaffen oder ein jeglicher Versuch einer jeden Staatlichen Gesundheitsbehörde, irgendeinen Arzt an der Verabreichung von Laetrile zu hindern, als gerichtlicher Verstoß angesehen würde.

Wie Sie meinem Brief entnehmen können, ließ ich diese Fakten gegenüber der Gesundheitsbehörde nicht unerwähnt. Mein Gedankengang war: „Ich gebe Ihnen die Nummer der Rechtsverordnung und lasse sie selbst hineinschauen.“

Meinen Sie, dass ich jemals eine Antwort auf meinen Brief erhielt?

Es war nicht der Fall bis zum 30. Januar 1990, als mein nächster Konflikt mit der Staatlichen Gesundheitsbehörde in Ohio begann. An jenem Tag kam inmitten meiner Sprechstundenzeit ein Mann in meine Praxis, überreichte Ruthie sein Kärtchen und forderte sie auf, mich sofort sprechen zu wollen. Auf seiner Karte stand, dieser Mann sei ein Vollzugsbeamter der Staatlichen Gesundheitsbehörde zu Ohio. Aus meiner vorherigen Erfahrung mit diesen Leuten würde ich ihn schmoren lassen bis ich eine Pause in meiner Terminierung hätte. Der Vollstrecker, wie ich ihn fortan nennen möchte, sagte mir, dass er von Staatlichen Gesundheitsbehörde zu meiner Praxis geschickt wurde, um sofort eine Liste aller Patienten mitzunehmen, die ich in den

vergangenen fünf Jahren mit Laetrile behandelt hätte. Ich sagte ihm, dass es gesetzeswidrig für mich wäre, irgendeinen Namen, eine Adresse, Rufnummer oder irgendeine andere Information - was auch immer - über irgendeinen Patienten herauszugeben ohne die schriftliche Zustimmung des Patienten. Ich erklärte, dass ich meine Unterlagen durchsehen müsste und jeden Patienten einzeln kontaktieren müsste. Dies würde, so sagte ich, eine beträchtliche Zeitspanne erfordern. Er ging mit den Worten, dass er in wenigen Wochen wiederkommen würde.

Während meines Gespräches mit dem Vollstrecker meinte dieser, dass diese Untersuchung möglicherweise wegen einer Beanstandung der Arzneimittelbehörde (FDA) initiiert wurde. Dann fügte er hinzu: „Die Gesundheitsbehörde will sich sicher aus jeglichem Ärger mit der FDA heraushalten.“ Nachdem ich über diese Bemerkung eine Weile nachgedacht hatte, begann ich zu erkennen wie merkwürdig die ganze Sache war. Schließlich hatten seit 1977 alle Patienten, denen ich Laetrile verschrieben hatte, ihr Laetrile über das Affidavit-System bekommen. Dies bedeutete, dass die FDA bereits die Namen, Adressen und Rufnummern aller solcher Patienten aus den letzten fünf Jahren hatte. Sofern die Staatliche Gesundheitsbehörde diese Information haben wollte, so hätte sie diese ohne Umstände von der FDA erhalten können. Es dämmerte mir dann, dass es möglich war, dass diese Nachforschung nichts zu tun hatte mit den Namen und Adressen, sondern nur als Schikane diente. Nichts von dem, was später durchsickerte, bewirkte eine Änderung meiner Ansicht.

An diesem Abend rief ich meinen Sohn Bill an, der Rechtsanwalt ist. Ich erzählte ihm was geschehen war. Er sagte mir, dass er zwar seit seiner Anwaltsprüfung in Ohio nur in Washington D.C. gearbeitet hätte, aber noch alle Ohio Gesetzesbücher besäße und dies für mich beleuchten würde.

Innerhalb weniger Tage erhielt ich einen Brief von Bill. In diesem Brief zitierte er die präzisen Abschnitte des Gesetzes von Ohio, die sich mit dieser Angelegenheit befassten. Das Gesetz sagte, dass jedem Arzt, der jegliche Information über einen Patienten irgendjemandem

gäbe ohne die schriftliche Zustimmung des Patienten, seine Approbation entzogen würde. Ferner sagte es, dass jede dritte Partei, die versuchte solch eine Information zu bekommen, gegen das Gesetz verstoßen würde.

Bill erläuterte mir, dass ich, da es eine mündliche und nicht eine schriftliche Anfrage wäre, mit dem Gesetz in Konflikt käme, wenn ich mich darauf einließe. Darüber hinaus, so sagte er, fordert das Gesetz, dass der Patient eine „informelle Einwilligung“ gäbe. Für diese Belange musste der Patient über verschiedene Dinge informiert werden, etwa folgende:

1. Die spezielle Art und der Grund für die Nachfrage.
2. Wer ist der Urheber der Nachfrage?
3. Was wird mit der beigestellten Information gemacht?
4. Werde ich kontaktiert? Falls ja, in welcher Weise?
5. Welche spezifische Information möchten Sie von mir wissen?
6. Stehe ich unter irgendeiner Verpflichtung wegen der Nachfrage?
7. Wird diese Information veröffentlicht oder in solch einer Weise benutzt, dass es gleichermaßen wie öffentlich wäre?

Bill legte dies alles und eine Vielzahl anderer Gesetzesformulierungen in einen Brief, den er für mich zusammengestellt hatte, um ihn der Gesundheitsbehörde zuzusenden. Alles was ich zu tun hatte, war, den Brief zu übernehmen, die entsprechenden Namen und Daten einzutragen und ihn dem Präsidenten der Gesundheitsbehörde zu senden. Dies tat ich. Eine Antwort auf diesen Brief erhielt ich niemals. Etwa einen Monat später war der „Vollstrecker“ wieder da. Er benutze die übliche Routine - keine Ankündigung, kam inmitten meiner Sprechstunde, gab an, von der Staatlichen Gesundheitsbehörde zu sein, und er wolle mich *sofort* sprechen! Wieder ließ ich ihn eine Weile warten. Er sagte mir, dass er hier wäre, um die Liste mit den Patientennamen und Adressen abzuholen, um die er mich vorher ersucht hätte. Der Dialog, der folgte, verlief etwa so:

Ich: Ich habe keine Liste. Ich erhielt niemals eine Antwort auf meinen Brief.

Vollstrecker: Was für einen Brief?

Ich: Der Brief, den ich dem Präsidenten der Gesundheitsbehörde sendete.

Vollstrecker: Mir ist nichts über irgendeinen Brief bekannt, aber sie sagen mir ohnehin niemals etwas.

Ich zeigte ihm eine Kopie meines Briefes und fragte ihn dann, ob er begriffen hätte, dass das, was er täte, gesetzeswidrig wäre, da er nichts Schriftliches hätte. Dies verwirrte ihn, daher las ich ihm den Abschnitt des Gesetzes von Ohio vor, der besagte, dass eine dritte Partei, die eine solche Information anforderte, gegen das Gesetz verstoßen würde. Er sagte: „Donnerwetter, das wusste ich nicht! Was versuchen die mir damit anzutun?“ Er verließ mich mit einem sehr betroffenen Ausdruck in seinem Gesicht.

Am 29. März 1990 erhielt ich eine Vorladung von der Gesundheitsbehörde des Staates Ohio, mit der ich aufgefordert wurde, am 19. April 1990 alle Namen, Adressen und Rufnummern aller Patienten vorzulegen, die ich in den letzten fünf Jahren mit Laetrile behandelt hatte. Es war klar, dass ich einen Rechtsanwalt aus der Umgebung benötigte. Mein Stammanwalt John Bath war im Ruhestand, deshalb rief ich die Richterin Evelyn Coffman an. Evelyn und ich waren seit vielen Jahren Freunde. Sie war vierundzwanzig Jahre als Richterin am Gericht für allgemeine Rechtssprechung (*in Ohio: für Kriminal- und Zivilrecht*) tätig. Als sie das Gericht verließ, betrieb sie eine private Rechtskanzlei. Bill kannte sie ziemlich gut und sagte, dass er sich glücklich schätzen würde mit ihr zu arbeiten, was auch immer sie wollte. Ich hätte keine bessere Wahl treffen können.

Als Evelyn die Vorladung las, erkannte sie unmittelbar, dass sie unzulänglich war. Die Vorladung besagte, dass sie ausgestellt wurde „aufgrund der folgenden Vorwürfe.“ Aber dort waren keine Vorwürfe aufgelistet. Evelyn rief die Staatliche Gesundheitsbehörde an, wo man sagte, sie wüssten nicht was die Vorwürfe wären, weil sie vom Anwalt der Zentrale erstellt worden wären. Sie rief das Büro des Anwaltes der Zentrale an, und was sie hauptsächlich zu hören bekam, war ein Herumreichen: „Der und der bearbeitet das, und er ist nicht hier. Er wird Sie zurückrufen.“ Natürlich tat er dies nicht. Evelyn hatte

aufgrund ihrer Jahre bei Gericht einige gute Beziehungen zum Rechtsbüro der Zentrale. Sie brauchte nicht lange, um den Amtsschimmel zu durchdringen. Als bald kam sie durch zu dem Individuum, das diese Sache bearbeitete. Sie sagte ihm, dass die Vorwürfe gegen ihren Klienten auf der Vorladung nicht gelistet wären, und dass sie wissen wollte, was sie waren. Er sagte: „Sie sind geheim.“ Sie sagte, dass sie als mein Rechtsanwalt das Recht hätte zu wissen, welche Vorwürfe gegen mich erhoben würden. Seine Antwort war, dass er die Anordnung hätte dies Niemandem mitzuteilen.

Einige Tage später gelang es Evelyn mit jemand Anderem aus dem Rechtsanwaltsbüro der Zentrale in Kontakt zu kommen. Sie erklärte diesem Individuum, dass es für mich bis zum 19. April unmöglich wäre, alle meine Unterlagen durchzusehen und die geforderten Informationen zu entnehmen. Sie gab ebenso an, dass sie ernsthafte Zweifel an der Rechtmäßigkeit dessen hegen würde, was die Gesundheitsbehörde täte und Zeit benötigte, die Gesetzmäßigkeit zu prüfen.

Sie informierte ihn, dass, sofern das Rechtsbüro der Zentrale auf dem Termin des 19. Aprils bestünde, ihr Klient dann ernste Absichten hätte die Sache vor Gericht zu bringen. Richter Coffman hatte das magische Wort ausgesprochen.

Ich hatte Evelyn bei unserer allerersten Besprechung gesagt, dass ich in diesem Punkt nicht nachgeben würde bis wir es vor Gericht gebracht und verloren hätten. Ich wollte es tatsächlich sofort vor Gericht bringen, aber ihr kühlerer Kopf setzte sich durch. Sobald sie „Gericht“ zu diesem Individuum gesagt hatte, gab er nach. Er stimmte zu, uns soviel Zeit zu geben, wie wir benötigten und uns einen diesbezüglichen Brief zu senden.

Wir hatten Runde Eins gewonnen!

Als ich Evelyn erstmals konsultierte, sagte sie mir, dass ich von nun an Vollstreckungsbeauftragte der Staatlichen Gesundheitsbehörde nicht mehr sehen, sprechen oder einen jeglichen Kontakt mit ihnen haben sollte. Sollte einer aus einem beliebigen Grund in meiner Praxis erscheinen, so möge ich ihn in ihr Büro schicken. Wie erwartet kam ein solcher Vollstrecker am 19. April in meine Praxis, dem Datum der Vorladung. Er wendete dieselbe unangekündigte, aggressive

Kontaktaufnahme an wie jene, die ihm vorangingen. Ich ging hinaus in den Warteraum, um ihn zu treffen. Unser Gespräch verlief etwa wie folgt:

Vollstrecker: „Ich bin hier um die Patientenliste zu holen.“

Ich: „Ich wurde von meiner Rechtsanwältin belehrt, dass, was immer Sie wollen, Sie müssten Sie selbst aufsuchen.“

Vollstrecker: „Ich will die Liste. Hat Sie diese?“

Ich: „Ich wurde von meiner Rechtsanwältin belehrt, dass, was immer Sie wollen, Sie müssten Sie selbst aufsuchen. Ihr Name ist Richterin Evelyn Coffman und dies ist ihre Adresse. Nun lassen Sie sich einen gut gemeinten Rat geben. Stürzen Sie nicht in ihr Büro, so wie Sie es hier getan haben. Sie war mehr als vierundzwanzig Jahre Richterin für Zivilrecht, und sie ist *gemein*. Wenn Sie in ihr Büro stürmen, wird sie Sie möglicherweise inhaftieren lassen.“

Eine Stunde später erhielt ich einen Anruf von Evelyn. Sie sagte: „Was hast Du dem Burschen gesagt, der in deiner Praxis war?“ Ich sagte es ihr. Sie sagte: „Nun, ich hab mich gewundert. Er kam nicht in mein Büro, aber er rief mich an. Ich merkte an seiner Stimme, dass er zu Tode erschrocken war.“ Er wurde nicht informiert über die zeitliche Verlängerung.

Wir hatten Runde Zwei gewonnen!

Der Kampf nahm danach eine Wendung. Das Nächste, was ich hörte, war, dass, weil ich die Abgabefrist zum 19. April nicht befolgt hätte, müsste ich nun die vollständigen Krankenakten (nicht nur die Namen und Adressen) all jener Patienten im Büro der Staatlichen Gesundheitsbehörde zu Columbus, Ohio, vorlegen. Sie sagten, dass sie, wie es ihre Zeit erlaube, Kopien all dieser Unterlagen machen und mir die Kopien zusenden würden. Sie können sich meine Antwort darauf denken! Evelyn rief sie an und erklärte, dass:

- 1) Wegen des schieren Gewichtes dieser Unterlagen wäre es für mich physisch unmöglich diese nach Columbus zu bringen.

- 2) Weil ich die meisten dieser Patienten entweder tatsächlich sehen würde oder sie telefonisch oder schriftlich beraten würde, bedeutete ein Nichtvorliegen der Patientenakten eine Gefahr für die Gesundheit oder das Leben des Patienten.
- 3) Falls die Staatliche Gesundheitsbehörde darauf bestünde, würden wir es vor Gericht bringen.

Evelyn war einmal wieder auf das magische Wort gestoßen. Sie machten sofort einen Rückzieher. Nach verschiedenen Gesprächen vor und zurück, wurde dem zugestimmt, dass die Staatliche Gesundheitsbehörde einen Ermittler in meine Praxis schicken würde, der Kopien aller meiner Laetrile-Unterlagen machte. Allerdings waren daran einige Bedingungen geknüpft. Da ich keinen Kopierer in meinem Büro hatte, hätte die Gesundheitsbehörde ihren eigenen mitzubringen. Die Gesundheitsbehörde hätte die Vergütung für die Sprechstundenhilfe zu zahlen, die ihnen die Unterlagen brächte. Die Gesundheitsbehörde hätte für die Energieversorgung dieses Prozesses zu zahlen. Diese Zahlungen waren *im Vorhinein* an jedem Tag zu begleichen, an dem der Ermittler dort wäre. Falls nicht, würden wir den Fall vor Gericht bringen. Wieder das magische Wort; und einmal wieder machten sie einen Rückzieher.

Ab Oktober 1990 nahm der Kampf wieder eine Wendung. Nachdem sie die Idee fallen gelassen hatte, meine Unterlagen zu kopieren, ging die Gesundheitsbehörde wieder dazu über zu versuchen, eine Liste der Namen und Adressen zu bekommen.

Wegen einer neueren Entscheidung des obersten Bundesgerichtes von Ohio war Evelyn nun der festen Ansicht, der Bill zustimmte, dass ich ihnen möglicherweise die Informationen geben müsste, die sie verlangten. Am 15. Oktober erhielt Evelyn einen Brief von der Staatlichen Gesundheitsbehörde, der besagte, dass ein Ermittler der Behörde „am Freitag, den 26. Oktober 1990 um 10:00 Uhr in ihrem Büro erscheinen würde, um die Namensliste einzusehen, die sich auf die Vorladung vom 29. März 1990 bezöge.“

Evelyn's Antwort vom 18. Oktober 1990 lautete folgendermaßen:

Sehr geehrter Herr Boatright,

aus der Sichtweise seiner Verantwortung gegenüber seinen Patienten berücksichtigt Dr. Binzel aber ebenso seine Verantwortung gegenüber der Gesundheitsbehörde mit Blick auf die überarbeitete Gesetzesschrift von Ohio und entschließt sich daher, dass er eine Liste mit Namen, Adressen und Rufnummern gemäß der Vorladung erstellt, sofern die Behörde so freundlich wäre, das folgende zu tun (und dies würde der Behörde und ihren Ermittlern die Zeit ersparen, die Unterlagen selbst durchzusehen):

1. Bevor die Behörde Kontakt aufnimmt mit einem jeden Patienten, wird sie dies Dr. Binzel zehn Tage zuvor ankündigen, so dass er den Patienten die Nervosität nehmen kann in Bezug auf die Möglichkeit einer Nachfrage. Diese Zusicherung hätte Dr. Binzel gerne schriftlich. Ich bin mir sicher, dass die Behörde Verständnis dafür hat, welches Trauma Krebspatienten bereits durchleben müssen und dass sie keine weiteren Gründe der Unsicherheit benötigen.
2. Sobald Dr. Binzel die vorangehenden Dokumente erhält, wird er alle Namen, Adressen und Rufnummern der Behörde innerhalb von drei Wochen übergeben.

Hochachtungsvoll
Evelyn Coffman

Dieser Brief wurde auf mein Beharren hin geschrieben. Warum? Weil für die meisten Krebspatienten ihre Erkrankung psychologisch sehr traumatisch und als sehr persönliche Sache empfunden wird. Sie wollen dies nicht mit irgendjemandem besprechen. Das Letzte, was sie benötigen, ist, wegen der Behandlung, für die sie sich nach bestem Gewissen entschieden haben, belästigt zu werden. Eine ältere Dame, die auf meiner Liste stehen würde, wäre sehr ängstlich. Ich weiß, falls ein Vollstrecker von der Gesundheitsbehörde ihr gegenüberstehen würde, wäre sie zu Tode erschrocken. Sie wäre der Meinung, dass sie sich auf eine schreckliche Straftat eingelassen hätte. Sie brauchte so etwas nicht.

Ich hatte ebenso einige Patienten, die betonten, dass sie nicht wollten, dass irgendjemand wüsste, dass sie Krebs hätten. Einer war eine Frau

mit drei kleinen Kindern, deren Ehemann sie wenige Monate zuvor verlassen hatte. Dies sei für die Kinder sehr traumatisch gewesen. Sie sagte weiterhin, wenn die Kinder nun herausfänden, dass sie Krebs hätte, wäre es mehr als sie ertragen könnten. Ich könnte mir einen unbesonnenen Vollstrecker von der Staatlichen Gesundheitsbehörde vorstellen, der an ihre Tür klopft. Angenommen eines der Kinder würde die Tür öffnen, könnte er möglicherweise in einem Tonfall, der auf zehn Meilen zu hören ist, sagen: „Ich will mit Deiner Mutter über Ihre Krebserkrankung sprechen!“ Dies wäre verheerend für die Patientin und ihre Kinder.

Ich hatte eine andere Frau, die in einem Großraumbüro arbeitete. Ihr unmittelbarer Vorgesetzter wusste, dass sie Krebs hatte, aber sie wollte nicht, dass es ansonsten jemand wusste im Büro. Wieder kann ich mir bildlich vorstellen, dass ein Vollstrecker von der Gesundheitsbehörde ins Büro käme und vor einer großen Mannschaft sagen würde: „Ich möchte mit Frau So-wie-so über ihre Krebserkrankung sprechen!“

Guten Gewissens könnte ich einfach solche Dinge nicht für einen meiner Patienten zulassen. Ich fühlte mich moralisch verpflichtet, jene Patienten davor zu schützen vor diesem Ausmaß, das das Gesetz zulassen würde. Mit der Zehn-Tages-Frist, so wie im Brief beschrieben, könnte ich mit den Patienten zuerst Kontakt aufnehmen. Ich könnte dann meinen Patienten erklären, dass es ihnen freigestellt wäre der Gesundheitsbehörde jegliche Information zu geben, die sie geben wollten, aber dass sie nicht verpflichtet wären überhaupt eine Information zu geben, falls sie es so wünschten. Dies würde den Patienten, etwa solchen wie oben beschrieben, eine Möglichkeit geben der Behörde zu schreiben oder sie anzurufen und jegliche Erlaubnis zurückzuweisen, in irgendeiner Weise kontaktiert zu werden.

Ich sagte Richterin Coffman, dass dies es wäre, soweit wie ich ginge. Ich wäre bis an meine absolute Grenze geschoben worden. Falls, aus welchem Grund auch immer, die Gesundheitsbehörde ihrem Brief nicht *schriftlich* zustimmen würde, dies das Ende wäre! Es gäbe dann

keine weiteren Briefe oder telefonischen Gespräche. Wir würden es vor Gericht bringen. Evelyn stimmte dem Ganzen von Herzen zu.

Während Richterin Coffman dabei war diesen Brief zusammenzustellen, rief ich meinen Abgeordneten Joe Haines in Columbus an und fragte nach einem Termin, ihn treffen zu können. Er sagte mir, dass er wegen anderer Geschäfte am folgenden Tag in Washington Court House wäre und gerne zu mir nach Hause käme. Wir vereinbarten einen Zeitpunkt. Ich rief Evelyn an. Sie sagte, dass sie Zeit hätte zu kommen, und dass sie und Joe Haines langjährige Freunde wären.

Am nächsten Tag trafen Betty und ich Joe Haines, seine Frau und Richterin Coffman. Ich erklärte kurz meine Methode der Ernährungstherapie und warum ich sie benutzte. Dann erzählte ich von meinem Konflikt mit der Gesundheitsbehörde von Ohio und warum ich nicht die Namen, Adressen und Rufnummern herausgeben wollte, wie sie in ihrer Zwangsmaßnahme gefordert wären. Evelyn informierte Joe Haines über die gesetzlichen Vorgänge, die durchgesickert wären. Joe hörte aufmerksam zu, sagte aber sehr wenig. Er stellte Evelyn einige Fragen diesbezüglicher rechtlicher Aspekte. Allerdings sagte er nicht, dieser oder jener Weg wäre richtig, oder ob er sich überhaupt um diese Sache kümmern würde. Die einzige Stellungnahme, die er abgab war, dass nach seiner Meinung die Gesundheitsbehörde einen großen Fehler begehen würde, diesen Fall vor Gericht zu bringen.

Um 10:00 Uhr am Morgen des 26. Oktobers 1990 tauchte ein Vollstrecker der Gesundheitsbehörde in Richterin Coffman's Büro auf und sagte ihrer Sekretärin, dass er die versprochene Liste mit den Namen, Adressen und Rufnummern abholen wolle. Evelyn war nicht in der Stadt. Die Sekretärin wusste nicht wovon er sprach. Sie rief mich daheim an und sprach mit Betty. Betty sagte ihr, dass sie in meine Mappe geschaut und einen Brief vom 18. Oktober an die Behörde entdeckt hätte. Betty sagte ihr, dass sie keine Antwort auf diesen Brief erhalten hätten. Die Sekretärin erinnerte sich an diesen Brief.

Da ich zu jener Zeit nicht dort war, kann ich mich nur darauf beziehen, wie mir der Vorgang von Richter Coffman's Sekretärin berichtet wurde. Sie sagte, dass sie den Brief dem Vollstrecker vorgelegt hätte. Er las ihn und fragte, ob er das Telefon benutzen dürfe. Sie sagte, aufgrund seines Gespräches wäre es offensichtlich gewesen, dass der Beteiligte am anderen Ende der Leitung von dem Brief wusste. Der abschließende Kommentar des Vollstreckers war: „Warum zur Hölle sagen Sie mir nichts von diesen Dingen, bevor ich mich auf diesen langen Weg hierher aufgemacht habe!“ Damit knallte er den Hörer in die Gabel und ging.

Ich habe seit diesem Tag nichts mehr von der Staatlichen Gesundheitsbehörde von Ohio gehört. Doch ich weiß nicht ob Joe Haines in meiner Sache interveniert hat. Ich sah Joe auf einer Tagung drei oder vier Monate später. Es war weder die Zeit noch der Ort dafür, dies im Detail zu diskutieren. Ich sagte ihm: „Joe, ich habe, seit ich Dich zuletzt sah, nichts mehr von der Gesundheitsbehörde gehört.“ Seine einzige Antwort war: „Nein, und Du wirst auch nichts mehr von ihr hören!“

Das ganzheitliche Ernährungsprogramm

Kapitel elf

In Kapitel 2 erläuterte ich die Arbeiten der Doktoren Krebs, Nieper, Contreras, Navarro und Sakai. Ihre Arbeiten zeigten, dass bei einem Krebspatienten zahlreiche Ernährungsdefizite vorliegen können. Die wichtigste Aussage, die Sie hervorhoben, war, dass sie dem Patienten nicht zu helfen vermögen, solange sie nicht *alle* diese Defizite beheben. Aus diesem Grunde sprachen sie von einem *ganzheitlichen Ernährungsprogramm*. Genau dieses *ganzheitliche Ernährungsprogramm* möchte ich in diesem Kapitel abhandeln.

Es gibt eine alte Weisheit aus der medizinischen Heilkunst, die etwa wie folgt lautet: „Der Arzt, der sich selbst behandelt, hat einen Dummkopf als Arzt und einen Idioten als Patienten“. Oder, wie wir in der medizinischen Ausbildung zu jemandem sagen würden, der Unfug machte: „Er hat eine bilaterale Stupidität mit Metastasen.“

Ich werde in einer allgemeinen Form eine Kurzdarstellung geben zu der von mir angewendeten Behandlung. Für den Einzelnen, der dieses Buch liest und die Entscheidung trifft sich gemäß dem Nachfolgenden selbst zu behandeln, dem möchte ich einschärfen: „Lesen Sie den obigen Absatz bitte ein zweites Mal, ein drittes Mal und ein viertes Mal!“ Wenn Sie berücksichtigen, dass es bereits für einen Arzt von Nachteil ist sich selbst zu behandeln, wie viel schlechter muss es dann sein für Jemanden sich selbst behandeln zu wollen, der wenig oder nichts von Medizin versteht. Gott hat nicht jeden von uns exakt gleich

geschaffen, daher muss die treffende Behandlung individuell auf die Bedürfnisse eines jeden Patienten angepasst werden.

Die ganze Zielsetzung dieses Ernährungsprogramms besteht darin, zwei Dinge zu erreichen:

1. Dem Körper jene Ernährungsbestandteile zu geben, die er benötigt, um seiner Immunabwehr wieder zu ihrer normalen Funktion zu verhelfen und
2. von dem Körper jene Dinge fernzuhalten bzw. auszuleiten, die nachteilig sind für ein normales Funktionieren seiner Immunabwehr.

Dieses Programm beinhaltet drei Teile:

1. Vitamine und Enzyme
2. Nitriloside (*cyanogene Glykoside: etwa Amygdalin = Laetril = B17*)
3. Ernährungsumstellung (*etwa „Binzel-Kost“ oder Schnitzer Intensivkost*)

Vitamine und Enzyme

1. Multivitamin-Tabletten - 2 x 1 tgl. (*hochwertiges Präparat!*)
2. Vitamin C - 2 x 1 g tgl.
3. Vitamin E 400 i.E. - 2 x 1 tgl.
4. Megazyme Forte (Kombinationspräparat mit Trypsin, Chymotrypsin, Bromealin und Zink) - 3 x 2 tgl. (*Originalpräparat von Cantron!*)
5. Pangaminsäure (B 15, 2-Dimethylglycin) 100 mg. - 3 x 1 tgl.
6. Emulgiertes Vitamin A (25.000 i.E. Vitamin A pro Tropf.) -5 Tropf. tgl. (= *125.000 i.E. Vit. A*)

Da Vitamine ein Nahrungsbestandteil sind, sollten sie zu den Mahlzeiten oder unmittelbar danach eingenommen werden. Es ist niemals eine gute Idee ein Vitamin auf leerem Magen einzunehmen.

NITRILOSIDE

Um die nötige Zufuhr an Nitrilosiden sicherzustellen, verwende ich Amygdalin (Laetril). Amygdalin/Laetril ist erhältlich in Form von 500 mg Tabletten und als Ampullen (10 ml - 3 g) zur intravenösen Anwendung. Ich verwende beide Darreichungsformen. Die Dosierung, die ich anwende, ist wie folgt:
Das intravenöse Laetril wird drei Wochen lang dreimal wöchentlich verabreicht, mit zumindest jeweils einem Tag zwischen den Injektionen (Montag, Mittwoch, Freitag).

Das Laetril wird nicht verdünnt und direkt i.V. verabreicht innerhalb ein bis zwei Minuten, abhängig von der Dosismenge.

Die Dosierempfehlung für intravenöses Laetril ist folgende:

(Hinweis: heute erhältliche Ampullen mit 3 g B17 auch etwa in 20 ml wässriger Lsg.)

1. Dosis: 1 Ampulle (10 ml - 3 g)
2. Dosis: 2 Ampullen (20 ml - 6 g)
3. Dosis: 2 Ampullen (20 ml - 6 g)
4. bis 9. Dosis: je 3 Ampullen (30 ml - 9 g)

Im Anschluss an die ersten 3 Wochen der i.V.- Injektionen erhält der Patient dann wöchentlich jeweils 1 Ampulle (10 ml - 3 g) drei Monate lang. Sofern der Patient in seinem Befinden einen nennenswerten Unterschied bemerkt bei der Reduzierung der Injektionen auf einmal wöchentlich, dann werden die Injektionen drei Wochen lang erhöht auf zwei- oder dreimal wöchentlich. Die Dosis wird dann wieder reduziert auf einmal wöchentlich. Dies wird so oft wiederholt wie erforderlich, bis der Patient keinen Unterschied mehr bemerkt bei Gabe der reduzierten Dosis.

Das orale Laetril (*Amygdalin*) wird in einer täglichen Dosis von 1 g verabreicht (2 Stck. 500 mg-Tabletten) an jenen Tagen, an denen der Patient kein intravenöses Laetril erhält. Ich empfehle ihnen beide Tabletten zur selben Zeit zu nehmen, und zwar vorm Schlafengehen auf leerem Magen, zusammen mit Wasser. Das Wasser ist wichtig, da in Früchten und Gemüse und deren Säften einige Enzyme enthalten sind, die die Wirksamkeit der Laetrile-Tabletten im Magen reduzieren. Sobald sich der Magen geleert hat, ist dies kein Problem mehr.

Es sollte erwähnt werden, dass ich nicht damit beginne meine Patienten mit Laetril zu behandeln, weder i.V. noch oral, bevor sie nicht bereits für 10 bis 14 Tage ihre Vitamine und Enzyme nahmen und ihre Ernährung umgestellt haben. Ich habe beobachtet, dass Laetril offenbar einen geringen oder keinen Effekt hat, sofern der Organismus nicht vorher mit einer hinreichenden Menge anderer Vitamine und Mineralien versorgt wurde. Zink ist beispielsweise der Transportmechanismus für Laetril. In der Abwesenheit hinreichender Mengen an Zink, gelangt das Laetril nicht in die Gewebe. Der

Körper wird zudem nicht ein beliebiges Gewebe erneuern ohne eine hinreichende Versorgung mit Vitamin C, etc.

Sobald ich mit der intravenösen und oralen Gabe von Laetril beginne, beginne ich auch damit die Dosis an Vitamin C zu erhöhen. Ich empfehle meinen Patienten, jeden dritten Tag ihre Vitamin C-Dosis um 1 Gramm zu erhöhen, bis sie zumindest die tgl. Menge von 6 Gramm erreicht haben. Bei einigen Patienten verwende ich noch höhere Mengen. Ich fand, dass einige Patienten von Magenproblemen oder Durchfall berichteten bei Einnahme größerer Mengen an Vitamin C. Falls diese Symptome auftreten, so kann die Dosis ohne Probleme wieder auf ein verträgliches Maß reduziert werden, sofern man die Menge nur jeden dritten Tag um 1 Gramm erhöht. Die meisten meiner Patienten vertragen sehr gut die höhere Dosis an Vitamin C.

Ich rate meinen Patienten, an den Tagen, an denen sie intravenöses Laetril erhalten, nicht ihr Vitamin A zu nehmen. Es gibt einige Studien, die darauf hindeuten, dass Vitamin A möglicherweise die Verstoffwechslung von intravenösem Laetril beeinflusst. Dies wurde nicht hinreichend gut bewiesen, allerdings habe ich mich (vorsorglich) dazu entschieden, meinen Patienten von der Einnahme der Vitamin A-Tropfen abzuraten an jenen Tagen, wo sie intravenöses Laetril erhalten. Ebenso sage ich meinen Patienten, nicht ihre Laetrile-Tabletten zu nehmen an den Tagen, wo sie ihr intravenöses Laetril erhalten. Sie haben intravenös soviel Laetril erhalten wie ihr Organismus zu dieser Zeit verwerten kann. Es gibt keine nachteiligen Effekte bei Einnahme der Tabletten an jenen Tagen, allerdings ist der Effekt der Tabletten verschwendet.

Der Spiegel an Nitrilosiden im Körper kann verfolgt werden. Bei der Verstoffwechslung von Nitrilosiden entsteht Thiocyanat. Thiocyanat-Spiegel können im Blut gemessen werden. Ich fand, dass es am günstigsten für die Patienten ist, wenn der Thiocyanat Spiegel zwischen 1,2 und 2,5 mg/dl liegt. Dieser Spiegel kann erhöht oder erniedrigt werden durch ein Anheben oder Reduzieren der Dosis an Laetrile-Tabletten.

Ich möchte nicht den Eindruck hinterlassen, dass Laetril die einzige Quelle für Nitriloside ist. Wie in Kapitel zwei dargestellt, gibt es etwa 1500 Nahrungsmittel, die Nitriloside enthalten. Eingeschlossen sind Aprikosenkerne, Pfirsichkerne, Traubenkerne, Brombeeren, Heidelbeeren, Erdbeeren, Sojasprossen, Limabohnen und Macadamianüsse. Der Vorteil der Anwendung von Laetril für den Krebspatienten ist, dass Laetril eine konzentrierte Form von Nitrilosiden ist. Ich kann den Nitrilosidpegel im Körper wesentlich schneller anheben, als es mit einer Nahrungsumstellung allein möglich ist (und damit die zweite Verteidigungslinie des Körpers gegen Krebs reaktivieren).

Ernährung

Die Ernährung, die meine Patienten anwenden, kann folgendermaßen zusammengefasst werden: „Sofern es von einem Tier ist oder aus tierischen Produkten hergestellt wurde, so dürfen sie es nicht essen. (Wie ein Patient sagte: „Sofern es sich bewegt (hat), so darf ich es nicht essen.“). Falls es nicht tierisch ist oder nicht aus Tierprodukten hergestellt wurde, so darf ich es essen, allerdings darf ich es nicht kochen.“ Meinen Patienten ist es untersagt jegliches Fleisch zu essen, Geflügel, Fisch, Eier, Käse, Hüttenkäse (*dto. Quark/Joghurt*) und Milch - alles untersagt.

Der Grund für eine solche Diät^{**} wurde in Kapitel zwei genannt, wo ich sagte, dass Dr. Krebs et al. fanden, dass die Krebszelle eine Maskierungs-Proteinhülle verwendet und dass, sofern der Organismus dieses Protein auflöst, er in der Lage ist die Krebszelle zu vernichten. Sie fanden, dass diese Proteinhülle von den Enzymen Trypsin und Chymotrypsin aufgelöst wird, welche von der Bauchspeicheldrüse freigesetzt werden. Es ist von Bedeutung zu verstehen, dass große Mengen an Trypsin und Chymotrypsin für die Verstoffwechslung von tierischem Eiweiß benötigt werden. Daher wird der Krebspatient, der tierisches Eiweiß isst, wohl alles - oder nahezu alles - an Trypsin und Chymotrypsin für die Verdauung verbrauchen. Dadurch bleibt nichts an diesen wichtigen Enzymen übrig für den Rest des Organismus.

^{**} (*Überschuss an tierisch Eiweiß führt auch zur Krebs fördernden Gewebeübersäuerung*)

Der Patient muss diese Diät (*vegetarische Rohkost*) für mindestens vier Monate durchhalten. In dieser Zeit wird versucht, Trypsin und Chymotrypsin von ihrer Funktion zu Verdauungszwecken freizustellen und sie dem übrigen Organismus wieder zur Verfügung zu stellen, um die erste Verteidigungslinie des Körpers gegen Krebs wieder zu reaktivieren.

Nochmals, der Grund, frische Früchte und frisches Gemüse zu wählen, sind die darin enthaltenen Enzyme. Es gibt in frischem Obst und frischem Gemüse einige Enzyme, die außerordentlich wichtig sind für eine gute Ernährung. Jede Erhitzung über 54° C (*130° F*) zerstört die Enzyme in Früchten und Gemüse. Daher dürfen die Früchte und das Gemüse nicht gekocht und nicht konserviert oder eingemacht werden.

Tiefkühlahrung aus einem Geschäft ist ebenso verboten, da sie meistens in irgendeiner Form behandelt wurde. Sie wurde entweder blanchiert, pasteurisiert oder sterilisiert, so dass die Enzyme zerstört wurden. Wer allerdings selbst daheim einfriert, darf dies tun, solange er die Lebensmittel vor dem Einfrieren nicht blanchiert.

Dies bedeutet eine Ernährung mit einem hohen Anteil an Salaten. Salat-Dressings sind erlaubt, sofern sie nicht etwas enthalten, was dem Patienten untersagt ist. Salatdressings, die Ei oder Zucker enthalten, sind nicht erlaubt. Ich hörte, dass viele meiner Patienten rasch damit beginnen ihre eigenen Salatdressings anzumischen. Dies ist prima, solange sie von einem reinen Pflanzenöl (*Distelöl, Walnussöl, Rapsöl*) ausgehen und keinen (*üblichen*) raffinierten Zucker verwenden.

Ich versuche nicht, bei meinen Patienten die Verwendung von Salz streng einzuschränken, es sei denn sie hätten ein gesundheitliches Problem, was dies nötig machte. Ich sage ihnen, dass Salz in moderater Menge verwendet werden darf, aber es sollte sich um (*vollwertiges*) Meersalz handeln. Der Mineraliengehalt von Meersalz ist dem Gehalt des üblich verwendeten Salzes weit überlegen. Jodiertes Meersalz ist akzeptabel, sofern der Patient dies benötigt. Ich motiviere sie, eine Vielfalt anderer Kräuter und Gewürze zu verwenden, um die

Salatdressings zu variieren, so dass sie nicht das gleiche immer und immer wieder essen.

Den Patienten ist es nicht erlaubt etwas zu essen, das Weißmehl oder weißen (*raffinierten*) Zucker enthält. Vollkornmehl statt Weißmehl darf verwendet werden. Statt Zucker können sie entweder Honig (*eher nicht*) oder Sirup (*z.B. Ahornsirup, auch Stevia, ggf. Vollzucker-Pulver*) verwenden.

Konservierungsmittel enthaltene Nahrungsmittel sind nur in ganz geringer Menge erlaubt.

Ich motiviere meine Patienten, eine größtmögliche Vielfalt an Gemüse zu verwenden. Ich weiß, dass alle Gemüse einander irgendwie ähnlich sind, aber eine jede Art einen besonderen Bestandteil enthält, den kein anderes Gemüse ebenso zu bieten hat. So ermutige ich meine Patienten, innerhalb von vierzehn Tagen zumindest einmal eine jede für die Jahreszeit typische Sorte verzehrt zu haben.

Ich empfehle meinen Patienten zudem eine größtmögliche Vielfalt an Früchten zu essen, ausgenommen (*zu viele*) Zitrusfrüchte. Orangen, Zitronen, Pampelmusen und Tomaten (ja, Tomaten sind Zitrusfrüchte) sollen nicht mehr als 10% ihres Früchte-Verzehrs ausmachen. Andere Früchte wie Äpfel, Pfirsiche und Birnen enthalten viel mehr (*wichtige*) Ernährungsbestandteile als Zitrusfrüchte. Ich rate meinen Patienten, dass sie - ausgenommen von Zitrusfrüchten - stets die Kerne (*oder weichen Kerninhalte*) der Früchte mitessen sollten. Apfelkerne, Weintraubenkerne, Aprikosenkerne, Pfirsichkerne, etc. enthalten einen hohen Anteil an Nitrilosiden (*B17*).

In der Kombination von Früchten und Gemüse empfehle ich meinen Patienten etwa 60% Gemüse zu essen und etwa 40% Früchte. Ich verlange nicht etwa von ihnen, dass sie Früchte und Gemüse wiegen und abmessen, sondern bitte nur darum, dass sie die Gemüseinnahme etwas höher halten als die Obsteinnahme (*bezogen auf den Gewichtsanteil !*).

Eiweiß in der Ernährung ist natürlich absolut notwendig. Jedoch verwende ich pflanzliches Eiweiß anstelle von tierischem Eiweiß^{**}. Pflanzliches Eiweiß benötigt für die Verdauung nichts an Bauchspeicheldrüsen-Enzymen Trypsin und Chymotrypsin. Die

^{**} *Pflanzliches Eiweiß zeigt nicht das Problem der Eiweißspeichererkrankung (Prof. Wendt).*

Nahrungsmittel für die pflanzliche Proteinversorgung können gekocht werden (*falls nötig*). Sie verändern oder verderben durch das Kochen das pflanzliche Eiweiß nicht.

Folgende Nahrungsmittel empfehle ich für die Versorgung mit pflanzlichem Eiweiß:

Vollwertige Getreidekörner

Es ist wichtig, dass die Patienten bei alledem, was sie kaufen, die Inhaltsstoffe der Warenaufkleber nachlesen. Alles, was mit „Vollweizenbrot“ angepriesen wird, ist nicht notwendigerweise aus dem vollen Korn. Viele dieser Brote enthalten nur einen geringen Anteil an vollem Korn und einen großen Anteil an weißem Mehl, Kristallzucker und Konservierungsstoffen (*Bio-Vollkornbrot gut*).

Vollkornbrot ist erlaubt, sofern es keinen Zucker enthält. Viele dieser Sorten enthalten Konservierungsstoffe, aber der Gehalt ist ziemlich gering (*möglichst aber nicht verwenden*). Ich erlaube meinen Patienten etwas fettarme Milch oder Magermilch für die Bereitung ihres Müslis zu verwenden (*von Dr. Schnitzer aber nicht empfohlen, Wasser verwenden!*). Vollkorn-Makkaroni, -Nudeln, -Spagetti, etc. sind ebenso leicht erhältliche und gute Eiweißquellen.

Mais

Dies ist eine hervorragende Eiweißquelle. Meinen Patienten sind Maiskolben erlaubt (die gekocht werden dürfen), Popkorn und Maisgerichte in jeglicher Form. Maisbrei, Maisgrütze und Maisbrot sind erlaubt. Für die Bereitung von Maisbrot ist ein geringer Anteil an Ei und etwas Milch erforderlich. Dies ist kein Problem, da die Anteile an Ei und Milch ziemlich gering sind.

Buchweizen

Dieser enthält viel Eiweiß. Buchweizenpfannkuchen und reiner Ahornsirup sind hervorragend geeignet. Nochmals, um Buchweizenpfannkuchen zu machen, müssen Sie ein wenig Ei und Milch verwenden. Dies ist keine kritische Menge, um ein Problem hervorzurufen (*frisch gemahlener Buchweizen ist gut für Müslibereitung*).

Butter

Butter ist in geringen Mengen erlaubt. Jede verwendete Butter sollte natürliche Butter sein, die besser ist als jegliche Margarine.

Gehärtetes Pflanzenöl ist schädlich in einer guten Ernährung.

Nüsse

Sie sind eine vorzügliche Quelle für Eiweiß. Dies trifft für alle Nüsse zu, außer für Erdnüsse. Geröstete Erdnüsse sind nicht erlaubt wegen der beim Rösten entstehenden Säuren. Dies gilt nicht für beliebige andere Nüsse. Rohe Erdnüsse (*die aus der Schale gepellt werden müssen*) sind erlaubt, aber nicht geröstete.

Trockenfrüchte

Trockenfrüchte wie Datteln, Rosinen (*beide nur in geringer Menge wg. des hohen Zuckergehaltes, Eiweißgehalt gering*)** , Feigen sind eine hervorragende Ernährung und Quelle für pflanzliches Eiweiß.

Bohnen

Einige Gemüse, wie solche aus der Familie der Bohnen und der Familie an braunem Voll-Reis, können nicht roh verzehrt werden. Suppenbohnen, Linsen, Spalterbsen, weiße Bohnen und rote Nierenbohnen sind eine hervorragende Eiweißquelle und sollten einen bedeutenden Teil dieser Ernährung ausmachen. Natürlich müssen sie gekocht werden. Ich wiederhole nochmals, dass alles für die Proteinversorgung gekocht werden darf. Mahlzeiten wie Bohnensuppe und Maisbrot gewährleisten eine umfassende Proteinversorgung, wie auch eine Mahlzeit aus Bohnen und braunem Vollreis. Lassen Sie mich nochmals betonen, dass es notwendig ist rohe Früchte und rohes Gemüse zu essen. Alles was roh gegessen werden kann, sollte auch roh gegessen werden. So viele Dinge, die wir kochen, können auch roh gegessen werden. Zum Beispiel können Brokkoli, Spinat, Kohlrabi/Weißrüben, Kartoffeln und grüne Bohnen allesamt roh gegessen werden.

Getränke

Keinerlei Milch - außer den geringen Mengen für ein Müsli (*geht auch gut mit Wasser*) oder zum Kochen - ist erlaubt. Natürlicher Kaffee-Ersatz und jegliche Kräutertees sind erlaubt.

Meine Patienten folgen dieser Ernährung für mindestens vier Monate. Aus meiner Sicht, resultierend aus einer zwanzigjährigen Erfahrung auf diesem Gebiet, dauert es lange bis die körpereigenen Abwehrmechanismen wieder normal funktionieren. Sofern der Patient zum Ende dieser ersten 4 Monate nicht so gut zurecht ist wie ich es mir vorstelle, verlängere ich diese strikte Diät solange es erforderlich ist. Falls es dem Patienten zum Ende dieser vier Monate gut geht, so liberalisiere ich die Ernährung. Dann erlaube ich den Patienten (*ein wenig*) Huhn, Pute und Fisch dem Speiseplan hinzuzufügen. Neunzig Prozent der Ernährung bestehen dann nach wie vor aus der ursprünglichen strikten Diät plus (*ein wenig*) Huhn, Pute und Fisch. Die übrigen 10% der Ernährung beinhalten rote Fleischsorten, gekochtes Gemüse und Milchprodukte (*vgl. Schnitzer-Normalkost*). Ich ermahne meine Patienten, dass in einem Zeitraum von 2 Wochen rotes Fleisch (*Anmerkung: dies überhaupt sehr sparsam, keinerlei Schweinefleisch!*), gekochtes Gemüse und Milchprodukte (*Milch, Quark, Joghurt, Hüttenkäse, Käse*) niemals 10% ihrer Ernährung übersteigen dürfen.

Meinen Patienten sage ich, dass sie ihre Vitamine, Enzyme und Laetril (*Erhaltungsdosis Amygdalintabletten, etwa 100 - 250 mg/d, + ggf. bittere Aprikosenkerne*) weiterhin nehmen müssen bis sie das Alter von 130 erreicht haben. Sie mögen mich an ihrem 130. Geburtstag anrufen (obwohl ich nicht sicher bin welche Gebietsvorwahl dann gültig ist), und wir werden dann diskutieren, welche dieser Nahrungsergänzungsmittel eventuell reduziert werden können. Dies ist schlicht meine Art, den Patienten das Faktum beizubringen, dass man Krebs nicht wirklich heilen kann. Sie können Krebs unter Kontrolle halten solange der körpereigene Abwehrmechanismus weiterhin normal funktioniert (*Selbst bei gesunden Personen ist dies nicht anders, da Krebszellen immer mal wieder entstehen; aber deren Abwehrmechanismus bedarf ggf. nicht einer so hohen Vitalstoff-Aktivierung.*). Sofern ein Patient zurückfällt auf seine alten Essgewohnheiten, dann wird er bald wieder Probleme bekommen.

(*Hinweis :Auch der Ernährungsplan der Arthrose-Selbsthilfe ist ähnlich und ggf. brauchbar: <http://www.arthroseselbsthilfe.de/>, „Broschüre Arthrose“: Vormittags grüner Tee und fast nur Obst, mittags leicht Gedünstetes + Frisch-Salate, abends Vollkornbrot/Butter, Rohkostgemüse [Kohlrabi, Paprika, Tomaten, Radieschen, Gurke, ...], vegetarische Pastete.)*

Langweilige Statistiken und erstaunliche Fälle

Kapitel zwölf

Nichts von dem in diesem Buch bisher Gesagten hätte irgendeine Aussagekraft, sofern es nicht einige Statistiken gäbe, die zeigen, dass der Ernährungsansatz in der Behandlung von Krebs den Krebspatienten mehr Lebensqualität und -quantität ermöglicht als die sogenannte „orthodoxe“ Behandlung.

Ein Redner, den ich kürzlich hörte, sagte: „Nun, ich werde Sie nicht mit Statistiken langweilen, ich werde es auf eine andere Weise angehen.“ Nun gut, ich werde Sie mit einigen wenigen Statistiken langweilen, weil ich meine, dass sie erforderlich sind, um eine Wirkung zu beweisen.

Lassen Sie mich etwas wiederholen, das ich in Kapitel zwei gesagt habe. Krebs kann in zwei Gruppen unterteilt werden. Die erste Gruppe ist als *primärer* Krebs bekannt. Dies ist Krebs, der sich auf eine Position beschränkt, mit eventuell wenigen benachbarten Lymphknoten, die involviert sind. Die zweite Gruppe ist bekannt als Krebs mit Metastasen. Dies ist *primärer* Krebs, der gestreut hat in andere entfernte Bereiche des Körpers.

Ich bin der Auffassung, dass Krebs mit Metastasen eher eine andere Erkrankung ist als *primärer* Krebs. Ich vergleiche die zwei mit einer Flut. Der Flusspegel steigt, aber der Damm schützt die tiefer liegende Stadt. Einige kleine Bereiche mögen durchbrochen werden, aber die Stadt als Ganzes überlebt recht gut. Diese kleinen Bereiche können

ausgebessert werden. Nehmen Sie nun an, dass der Damm zu brechen beginnt. Wasser fließt in die Stadt. Dies bewirkt nicht nur mehr Schaden, sondern übt zudem auf den Rest des Dammes eine erhöhte Belastung aus. Dies kann den ganzen Damm zerbröckeln lassen, und nun ist die ganze Stadt zerstört. Also, während der primäre Grund für beide der obigen Situationen die Flut war, bewirkt dies zwei gänzlich unterschiedliche Situationen, davon abhängig, ob der Damm hält oder nicht.

Primärer Krebs ist vergleichbar mit dem, was passiert, wenn der Damm hält. Der Schaden ist gering und begrenzt auf ein kleines Gebiet. Mit einer angemessenen Behandlung kann der Körper dies reparieren. Krebs mit Metastasen ist vergleichbar mit dem, was passiert, wenn der Damm ein größeres Leck entwickelt oder ganz bricht. Der Krebs streut in entfernte Bereiche des Körpers. Der Schaden ist für den Körper unermesslich größer, ernsthafter und viel schwieriger zu reparieren. Erfolg oder Nichterfolg in der Behandlung von Krebs mit Metastasen hängen ganz davon ab wie groß das Leck ist, wie lange man braucht, um es zu reparieren und ob der Rest des Dammes stark genug ist zu halten, bis das Leck repariert werden kann. Daher, während beide, *primärer Krebs* und *Krebs mit Metastasen* aus derselben Erkrankung resultieren, bekannt als „Krebs“, können zwei völlig unterschiedliche Situationen entstehen, davon abhängig, ob er (der Damm) die Erkrankung in einem kleinen Bereich zu halten vermag oder ob der Abwehrmechanismus (der Damm) zusammenbricht und der Krankheit erlaubt, dass sie sich weitflächig ausbreitet.

Aus diesem Grunde teile ich *primären Krebs* und *Krebs mit Metastasen* in zwei unterschiedliche Gruppen ein.

Statistiken sind bedeutungslos, bis Ihnen bekannt ist wie jene Statistiken hergeleitet wurden. In meinen Bewertungen durchforstete ich meine Aufzeichnungen zurücklaufend ab 1974 bis zum Ende des Jahres 1991. Alle Patienten, die ich berücksichtigte, wurden - außer von mir - von anderen Ärzten untersucht und ihre Diagnosen durch pathologische Untersuchungen bestätigt. Ich verglich dann meine Ergebnisse mit denen der Amerikanischen Krebsgesellschaft. In diesem Abschnitt möchte ich die Ergebnisse meiner Patientenstudie

mitteilen, die *primären* Krebs hatten. Ich möchte betonen, dass ich in diesem Abschnitt nur jene Patienten betrachtet habe, deren ursprüngliche Diagnose *primärer* Krebs war, ohne Metastasen zu jener Zeit. Die Ergebnisse der Patienten, deren ursprüngliche Diagnose Krebs mit Metastasen war, werde ich später behandeln.

Primärer Krebs:

Von dieser Studie ausgeschlossene Patienten:

Seit einigen Jahren bin ich der Meinung, dass es in der Ernährungstherapie etwa sechs Monate dauert bis der Abwehrmechanismus des Körpers beginnt darauf anzusprechen. Daher schloss ich von meiner Studie alle Patienten mit *primärem* Krebs aus, die innerhalb der ersten sechs Monate der Behandlung starben. Dies waren Patienten, deren Abwehrmechanismus stark geschädigt oder vollständig zerstört wurde durch ihre Erkrankung, durch die Behandlung, die sie erhielten oder durch eine Kombination beider Möglichkeiten. Nahezu alle jene in dieser Gruppe, die ausgeschlossen wurden, waren Patienten, die rasch wachsende Tumoren aufwiesen trotz (oder vielleicht wegen) all der Bestrahlung und/oder der Chemotherapie, die sie erhielten. Ihnen wurde durch ihre Radiologen und/oder ihre Onkologen mitgeteilt, dass ihre Behandlungen versagt hätten und dass man nichts mehr für sie tun könne.

Üblicherweise waren die weißen Blutkörperchen und die Fähigkeit des Organismus weiße Blutkörperchen zu produzieren zerstört. Die weißen Blutkörperchen sind die erste Verteidigungslinie des Körpers gegen Infektionen und sie sind letztendlich, wie in Kapitel zwei erwähnt, verantwortlich für die Zerstörung von Krebszellen. Einige dieser Patienten erlitten schwere Herzschäden, Nierenschäden, etc. infolge ihrer Behandlung.

Darunter waren allenfalls fünf Patienten, die einen plötzlichen und vollständigen Zusammenbruch ihres Abwehrsystems erlitten und innerhalb weniger Wochen große, inoperable Tumoren entwickelten. In diesen Fällen war keine Form der Behandlung von irgendeinem Wert für diese Patienten.

Dem Organismus wurde bereits zuviel Schaden zugefügt. Es war möglich bei einigen dieser Patienten die Qualität ihres Lebens zu verbessern, aber nicht die Quantität.

In diese Studie einbezogene Patienten:

Ich habe in diese Studie von Patienten mit *primärem* Krebs nur jene Patienten eingeschlossen, die ich zumindest zwei Jahre lang betreute und die nach dieser Zeit noch lebten. Es gab eine Anzahl von Patienten, die aus dieser Studie ausgeklammert wurden, denen es aber gut ging als ich sie zuletzt sah; aber ich hatte sie weniger als zwei Jahre in meiner Betreuung. Ich habe ebenso in dieser Studie jene Patienten eingeschlossen, die zumindest sechs Monate überlebten, aber anschließend starben.

Diese Studie beinhaltet 180 solcher Patienten. Dreißig verschiedene Arten von Krebs sind vertreten. Während keine dieser Arten gewöhnlicher Hautkrebs ist, sind 10 von ihnen vom Hautkrebs-Typ eines tödlichen, bösartigen Melanoms. Von 1974 bis 1991 sind insgesamt 42 Patienten verstorben. Dreiundzwanzig dieser Patienten (12,7%) starben aus Gründen, die mit ihrem Krebs zusammenhingen. Drei dieser Patienten entwickelten Metastasen während sie dieses Programm anwendeten und starben. Einer von ihnen lebte 2 Jahre und starb im Alter von 73 Jahren. Einer von ihnen lebte 4 Jahre und starb im Alter von 76 Jahren. Der Dritte lebte 9 Jahre und starb im Alter von 56 Jahren. Fünf andere Patienten entwickelten Krebs mit Metastasen während sie diese Methode anwendeten, leben aber noch.

Neununddreißig dieser Patienten entwickelten mit dieser Therapie keine Metastasen, starben aber. Wie oben erwähnt, starben 23 an Krebs. Zwölf starben aus Gründen, die mit ihrem Krebs nichts zu tun haben. Einige starben an Herzinfarkten und Schlaganfällen. Einer starb infolge Erstickung durch Lebensmittel; einer durch eine aufgebrochene Blinddarmentzündung; und einer starb bei dem MGM-Hotel-Brand in Las Vegas. Sieben starben aus einem „unbekannten Grund“. Diese habe ich eingefügt, da ich mit diesen Personen in Kontakt blieb bis zu einem Zeitpunkt von weniger als zwei Monaten

vor ihrem Tod. Es ging ihnen gut zu diesem Zeitpunkt. Es gelang mir nicht herauszufinden, woran sie exakt verstarben, aber es fällt mir schwer zu glauben, dass diese Personen in dieser kurzen Zeit an Krebs starben.

Ergebnisse:

Was dies alles bedeutet ist, dass von 180 Patienten in einem Zeitraum von 18 Jahren 87,3% nicht an ihrer Erkrankung starben. Selbst wenn ich zubilligte, dass die sieben Patienten, die aus „unbekanntem Grunde“ starben, tatsächlich an Krebs starben, so blieben 16,7% an Patienten, die an Krebs starben und 83,3%, die nicht daran starben. Einhundertundachtunddreißig dieser Patienten leben noch.

Achtundfünfzig dieser Patienten (42%) wurden zwischen zwei und vier Jahren beobachtet. Achtzig dieser Patienten (58%) wurden zwischen fünf und achtzehn Jahren beobachtet. Es ist wichtig zu erwähnen, dass dies fortlaufend ist. Zu Ende des Jahres 1992 kommen einige neue Patienten in die Zwei-Jahre-Kategorie und die der Vier-Jahre-Kategorie würden in die Fünf-Jahre-Kategorie übergehen.

Ich möchte Sie nun bitten, meine Ergebnisse mit den Statistiken der Amerikanischen Krebsgesellschaft für *primären* Krebs zu vergleichen. Die Amerikanische Krebsgesellschaft sagt, dass bei *primärem* Krebs, der frühzeitig erkannt wurde und frühzeitig behandelt wurde mit einem chirurgischen Eingriff, und/oder Bestrahlung und/oder Chemotherapie, fünfundachtzig Prozent (85%) dieser Patienten innerhalb von fünf Jahren an ihrer Erkrankung *sterben*.

Genug gesagt.

Krebs mit Metastasen:

Ja, ich muss Sie mit noch mehr Statistiken behelligen. Alle Patienten aus der folgenden Studie hatten Krebs mit Metastasen als ich sie das erste Mal sah. Nicht ich stellte die Diagnose Krebs *mit Metastasen*. Diese Diagnosen wurden durch andere Ärzte erstellt und durch pathologische Befunde bestätigt.

Von dieser Studie ausgeschlossene Patienten:

Wie ich bereits vorher dargelegt habe, dauert es meiner Meinung nach etwa sechs Monate bis der Abwehrmechanismus des Körpers bei *primärem* Krebs auf die Ernährungstherapie anspricht. Bei Krebs *mit Metastasen* mag dies bis zu einem Jahr dauern. Daher habe ich von meiner Studie alle Krebspatienten *mit Metastasen* ausgeschlossen, die innerhalb des ersten Jahres der Behandlung starben.¹ Der Grund dafür ist derselbe wie vorab dargelegt. Die meisten dieser Patienten hatten während ihrer Bestrahlung und/oder Chemotherapie weit gestreute Metastasen gebildet, und ihnen war mitgeteilt worden, dass man nichts mehr für sie tun könne. Eine nur geringe Anzahl weißer Blutkörperchen lag vor und die Unfähigkeit, weiße Blutkörperchen zu produzieren. Sie hatten eine Herzschädigung, eine Nierenschädigung, etc. Der Gesamtschaden des Organismus war größer als bei *primärem* Krebs und der Zeitbedarf für eine Reparatur des Schadens war größer. Einmal mehr war es bei einigen Patienten möglich, die Qualität ihres Lebens zu verbessern, aber nicht die Quantität.

In diese Studie einbezogene Patienten:

Ich habe in diese Studie von Krebs *mit Metastasen* nur jene Patienten eingeschlossen, die zumindest zwei Jahre von mir betreut wurden und die zu dieser Zeit noch lebten. Wiederum gab es eine Anzahl von Patienten, die aus dieser Studie ausgeschlossen wurden und denen es gut ging als ich sie das letzte Mal sah; aber der letzte Kontakt erfolgte nach weniger als zwei Jahren (Behandlungszeit). Ich habe alle Patienten in diese Studie eingeschlossen, die zumindest ein Jahr überlebten, aber anschließend starben.

Es gab 108 Patienten in dieser Studie mit 23 verschiedenen Arten von Krebs. Kein normaler Hautkrebs war eingeschlossen, aber 4 der Patienten hatten ein bösartiges Melanom mit Metastasen.

¹ Dies entspricht der üblichen Verfahrensweise. Krebsstatistiken auf der Basis orthodoxer Therapien schließen ebenfalls solche Fälle mit nicht abgeschlossenen Therapien aus.

Ergebnisse:

Im Zeitraum von 1974 bis 1991 starben zweiunddreißig jener Patienten (29,6%) an ihrer Erkrankung. Sieben Patienten entwickelten weitere Metastasen während sie diese Therapie anwendeten. Drei von diesen sieben starben an ihrer Erkrankung, 3 leben noch und 1 starb aus einem Grunde, der mit ihrer Erkrankung nichts zu tun hat. Insgesamt starben 47 Patienten. Wie oben erläutert, starben 32 an Krebs. Sechs starben aus einem Grund, der mit ihrer Krankheit nicht in Zusammenhang steht und 9 starben aus einem unbekanntem Grunde. Nochmals, „unbekannter Grund“ zählt zur selben Kategorie, die ich auch bei meiner Studie über *primären* Krebs benutze. Dies bedeutet, dass von 108 Patienten mit Krebs *mit Metastasen* in einem Zeitraum von 18 Jahren 76 jener Patienten (70,4%) nicht an ihrer Erkrankung starben. Wiederum, selbst wenn ich zugestehe, dass die 9 Patienten, die aus „unbekanntem Grunde“ starben, tatsächlich an Krebs starben, verbleiben 37,9 %, die an ihrer Krankheit starben und 62,1% wo es nicht so war. Einundsechzig von ihnen leben noch. Dreißig jener Patienten (49%) betreute ich zwischen zwei und vier Jahren. Einunddreißig von ihnen (51%) wurden von mir zwischen fünf und achtzehn Jahren beobachtet. Wiederum, Sie müssen bedenken, dass dies ein fortlaufender Vorgang ist, so wie ich es darlegte für meine Patienten mit *primärem* Krebs.

Die Amerikanische Krebsgesellschaft berichtet, dass bei Krebs *mit Metastasen* bei frühzeitiger Diagnose und frühzeitiger Behandlung mit Chirurgie (OP) und/oder Bestrahlung und/oder Chemotherapie nur 0,1% (einer von tausend) jener Patienten 5 Jahre überlebt.

Sofern Sie nur jene Patienten berücksichtigen, die fünf Jahre oder mehr überlebt haben, so bedeutet dies, dass meine Ergebnisse 28.700%^{**} besser sind als jene, die die Amerikanische Krebsgesellschaft benennt für die Behandlung von Krebs *mit Metastasen* allein mittels „orthodoxer“ Methoden.

^{**} Anmerkung: Dr. Binzel meint 31 von 108 Patienten = 28,7%, d.h. sein Erfolg ist mind. um den Faktor 287 höher = 28.700% höher als die 0,1% bei schulmedizinischer Behandlung ! Im Original „Alive And Well“ stand fehlerhaft „nur“ 287% anstatt von 28.700%.

Fallbeispiele:

Es folgen einige Fallbeispiele aus meinen Patientenunterlagen. Sofern die Erlaubnis gegeben wurde, wird der vollständige Name genannt; ansonsten werden die Anfangsbuchstaben des Patienten verwendet.

Fall Nr. 1: Polly Todd

Diese 59 Jahre alte Frau sah ich das erste Mal am 10.01.1975, mit der Vorgeschichte, dass sie einen Monat zuvor ihre linke Brust entfernen ließ wegen einer Krebsgeschwulst. Drei positive Knoten waren entdeckt worden. Ich möchte die Patientin den Rest ihrer Geschichte in eigenen Worten berichten lassen:

„Mir wurde von einem prominenten Arzt empfohlen, dass ich teilnehmen solle an einem (damalig) neuen Chemotherapie-Programm. Um eine zweite Meinung einzuholen, ging ich in eine andere Stadt, wo ich persönlichen Kontakt hatte mit dem Leiter einer großen Klinik. Dort sagten sie mir, dass meine Überlebenschancen gering wären und dass ich mit hohen Dosen Chemotherapie und Bestrahlung behandelt werden sollte. Zu diesem Zeitpunkt erzählte mir ein Freund von dem Laetril-Ernährungsprogramm, für das ich mich entschloss.“

Die Frau wurde zu dieser Zeit auf Ernährungstherapie gesetzt und hielt diese andauernd aufrecht. Sie ist heute 79 Jahre alt, in guter Verfassung, und sie hatte kein Wiederaufflammen ihrer Erkrankung.

In einem kürzlich zugesendeten Brief schrieb die Patientin: „Keine der obigen Personen, die das Chemotherapie-Programm anwendeten, lebte länger als 1,5 Jahre. Freunde, die über unsere Wahl spöttelten, haben nun mehr Respekt, weil andere, die die konventionelle Behandlung wählten, verstorben sind, während ich überlebte!“

Fall Nr. 2: Sue Tarbutton

Diese 50 Jahre alte Frau sah ich das erste Mal am 26.10.1983 mit der Vorgeschichte, dass sie eine Woche zuvor einen Knoten aus ihrer rechten Brust entfernen ließ, der als bösartig identifiziert wurde. Sie wollte keine Brustamputation machen lassen und Ernährungstherapie anwenden.

Sie wendet nun seit zehn Jahren dieses Programm an, hatte kein Wiederaufflammen ihrer Erkrankung und fühlt sich recht wohl.

Fall Nr. 3: Elizabeth Winschel

Diese 51 Jahre alte Frau sah ich das erste Mal am 11.10.1976. Vier Monate zuvor wurde bei ihr Darmkrebs diagnostiziert mit Krebszellen in der Magenflüssigkeit. Sie hatte vier Chemotherapie-Behandlungen, unterbrach diese aber, weil es ihr so schlecht danach ging. Sie wurde auf Ernährungstherapie gesetzt. Nunmehr, siebzehn Jahre später, geht es ihr weiterhin gut, ohne dass an der ursprünglichen Stelle ihrer Erkrankung diese wieder aufflammte, oder dass Metastasen entstanden.

Fall Nr. 4: Wasley Krogdahl

Diesen 60 Jahre alten Herrn sah ich das erste Mal am 20.04.1979. Im November 1977 war bei ihm Blasenkrebs festgestellt worden. Der Tumor wurde entfernt. Im Februar 1979 wurden drei weitere Tumoren entfernt. Er begann mit dem Ernährungsprogramm. Im April 1981 und nochmals im November 1982 wurden aus seiner Blase wenige kleine Tumoren entfernt.

Er und seine Frau besuchten mich kürzlich. Er ist nun 75 Jahre alt. Er hatte kein weiteres Wiederaufflammen seiner Erkrankung. Er sieht gut aus, sagt, dass er sich gut fühle und seine Frau bemerkt: „Er ist noch so eigensinnig wie stets zuvor.“

Fall Nr. 5: Beverly Batson

Diese siebzig Jahre alte Frau sah ich zum ersten Mal am 19.09.1988. Sie hatte einen Monat zuvor wegen Krebs die Hälfte ihres Magens entfernen lassen. Sie war seit fünf Jahren auf dem Ernährungsprogramm. Nun, im Alter von 75 Jahren, geht es ihr nach wie vor gut, ohne ein Aufflammen an der ursprünglichen Stelle oder irgendwelcher Metastasen.

Fall Nr. 6: Jean Henshall

Diese 48 Jahre alte Frau, die ich zum ersten Mal am 08.09.1987 sah, hatte die Vorgeschichte, dass zehn Monate zuvor bei ihr ein bösartiges Myelom (Krebs, der die Knochen befällt) diagnostiziert wurde. Ihre Erkrankung erfasste die Knochen im Beckenbereich. Sie hatte in diesem Bereich einige Bestrahlungen erhalten, die den Schmerz linderten. Sie wurde auf das Ernährungsprogramm gesetzt, mit ziemlich genau dem Vorgehen wie in Kapitel elf beschrieben wurde.

Als sie aber einige Monate keine Laetrile-Injektionen mehr erhielt, spürte sie, dass es ihr nicht mehr so ging wie zu der Zeit, als sie diese noch erhielt. Sie bekam wieder einige Injektionen für wenige Monate und fühlte sich viel besser. Die Injektionen wurden wieder unterbrochen und sie nahm weiterhin Laetril(Amygdalin)-Tabletten. Zu diesem Zeitpunkt spürte sie keinen Unterschied. Sie macht nun dieses Programm seit sechs Jahren, und es geht ihr gut. „Ich mache alles. Selbst Hausarbeit bereitet mir Freude, da ich sie machen *kann*.“

Fall Nr. 7: R.H.

Diese 43 Jahre alte Frau sah ich zum ersten Mal am 26.10.1979. Zwei Monate zuvor war bei ihr Eierstockkrebs mit Metastasen überall im Unterleib festgestellt worden. Sie erhielt zu jener Zeit Chemotherapie. Wir diskutierten über die Ernährungstherapie – was sie leisten könne und was nicht. Ich sah sie am 13.11.1979 wieder. Zu dieser Zeit hatte sie zwei Chemotherapie-Behandlungen erhalten, aber sie hatte sich dafür entschieden, diese abubrechen und auf Ernährungstherapie zu gehen. Sie blieb bei diesem Programm bis 1982, entschied zu jener Zeit, dass sie „geheilt“ wäre und verabschiedete sich gänzlich von diesem Programm. Ich sah sie am 19.06.1984. Zu diesem Zeitpunkt hatte sie einen Tumor, der von der rechten Seite ihres Beckens aufwärts lief bis in den rechten oberen Quadranten ihres Bauchraumes. Sie ging wieder zu ihrem Ernährungsprogramm über. Ich sah sie wieder am 01.08.1984. Sie fühlte sich sehr gut. Die Randbereiche ihres Tumors waren viel weicher und viel schwieriger

auszumachen. Als ich sie am 02.09.1984 sah, waren die Randbereiche des Tumors nochmals weicher als vorher.

Ich sah sie nicht wieder bis zum 20.08.1985. Sie hatte ihr Programm seit 7 oder 8 Monaten beendet. Warum? Das ist eine lange Geschichte und wegen einer „priviligierten Information“ ist es mir nicht erlaubt dies zu diskutieren (*Einflussnahme anderer Ärzte?*). Der Tumor hatte sich vergrößert und bewirkte nun Unterleibsschmerzen und einige Schwellungen im rechten Bein. Ich setzte sie wieder auf ihr Programm, was einige Laetrile-Injektionen einschloss, und ich empfahl ihr, den Tumor chirurgisch entfernen zu lassen. Am 01.10.1985 rief mich die Patientin an, um mir mitzuteilen, dass sie eine OP hatte durchführen lassen. Sie sagte, dass der Chirurg 5 gut abgegrenzte Tumoren entdeckt hätte, die leicht entfernt werden konnten. Die pathologische Untersuchung hätte hauptsächlich „abgestorbene“ Krebszellen entdeckt, sagte sie.

1988 beendete die Patientin ihr Ernährungsprogramm. 1991 entwickelte sich eine Darmverstopfung infolge Krebs, was einen künstlichen Darmausgang erforderlich machte. Sie ging wieder zu ihrem Ernährungsprogramm über und blieb dabei. Innerhalb der drei Jahre, die seitdem vergangen sind, hatte sie kein Wiederaufflammen ihrer Erkrankung.

Fall Nr. 8: Joan Dewiel

Diese 45 Jahre alte Frau sah ich das erste Mal am 28.01.1980, mit der Vorgeschichte, dass im September 1979 bei ihr Darmkrebs entdeckt wurde. Dies wurde operiert, es gab keine Metastasen und sie erhielt keine Bestrahlung oder Chemotherapie. Sie wurde auf das Ernährungsprogramm gesetzt. Das war vor 14 Jahren. Sie ist nun 59 Jahre alt und hatte keinen Rückfall ihrer Erkrankung.

Fall Nr. 9: Rex Perry

Diesen 42 Jahre alten Mann sah ich zuerst am 27.06.1979, mit der Vorgeschichte einer bösartigen Lymphdrüsengeschwulst, die ursprünglich im August 1978 diagnostiziert wurde. Er erhielt 8 Monate Chemotherapie, die er sehr gut vertrug. Seine Ärzte meinten

allerdings, dass noch ein bedeutender Anteil seiner Erkrankung vorhanden wäre. Sie wollten die Chemotherapie noch einige Monate länger beibehalten und eine Ganzkörperbestrahlung folgen lassen. Der Patient wollte dies nicht zulassen wegen seiner Bedenken darüber, was die Auswirkung auf sein Immunsystem sein würde. Er entschied sich stattdessen dafür, die Ernährungsmethode zu versuchen. Es ist nun bereits 15 Jahre her seit er mit der Ernährungstherapie begann. Der höchst zufrieden stellende Teil eines solchen Fallbeispiels ist, dass der Patient keine weiteren Probleme mit seiner Erkrankung hatte. Es geht ihm gut, und er ist sehr aktiv.

Fall Nr. 10: Pauline Wilcox

Diese 58 Jahre alte Frau sah ich zum ersten Mal am 14.06.1985 mit der Vorgeschichte, dass sie 1983 wegen Krebs ihre linke Brust entfernen ließ. Sie erhielt keine Bestrahlung oder Chemotherapie.

Sie wurde zu jener Zeit auf ein Ernährungsprogramm gesetzt. Da sie bereits zwei Jahre ohne Probleme verlebt hatte, benutzte ich nur Laetrile(*Amygdalin*)-Tabletten als einen Teil ihres Ernährungsprogramms. Es ging ihr gut mit diesem Programm bis 1988, als sie ihre Ernährungsrichtlinien verließ und ihre Vitamine, Enzyme und Laetril nur hin und wieder nahm. Im November 1988 bildete sich ein kleines Geschwür an ihrer Brustwand. Dies wurde entfernt und als Streuung ihres Krebses identifiziert. Sie kehrte zu ihrem Ernährungsprogramm zurück, mit der Ausnahme, dass ich zu dieser Zeit eine Serie intravenöser Laetril-Injektionen hinzufügte. Seitdem hatte sie zwei andere kleine Geschwüre von ihrer Brustwand entfernen lassen, die einige Krebszellen enthielten. Ganz wesentlich war, dass bei beiden Gelegenheiten sich Röntgenbilder der Brust und angefertigte Knochen-Scans als normal erwiesen. Sie ist auch heute noch bei guter Gesundheit. Wie diese Patientin kürzlich zu mir sagte: „Mein Arzt ist verblüfft.“

Fall Nr. 11: Connie Stork

Diese 24 Jahre alte Frau sah ich das erste Mal am 26.02.1975. Ihre Vorgeschichte war, dass 1970 bei ihr ein bösartiger Hirntumor festgestellt wurde. Der Tumor wurde teilweise entfernt. Darauf folgten 25 Strahlungsbehandlungen. Im Oktober 1974 wurde eine weitere große Masse an Tumor entfernt, aber viel von dem Tumor blieb noch zurück. Ihr wurde gesagt, dass sie alles an Bestrahlung erhalten hätte was vertretbar war. Sie wurde auf ein Ernährungsprogramm gesetzt.

Nunmehr, etwa 19 Jahre später, hat Connie keine Rückkehr ihres Tumors erlebt. Sie hatte ein stark beeinträchtigtes Sehvermögen als Folge ihrer Tumoren von 1970 und 1974, und dies ist zur Erblindung fortgeschritten. Allerdings ist sie dennoch ziemlich munter und gesegnet mit einem gesunden Geist und einem gesunden Körper.

Fall Nr. 12: Irene Dirks

Diese 59 Jahre alte Frau sah ich zum ersten Mal am 19.08.1980. Ihre Vorgeschichte war, dass - sechs Wochen bevor ich sie sah - bei ihr ein sehr niedriger Hämoglobin-Wert entdeckt wurde (Anämie). Ihr wurde Blut verabreicht. Weitere Untersuchungen zeigten, dass sie ein Magengeschwür hatte, aber es war fraglich, ob eine Blutung an diesem Geschwür auftrat. Ich besprach mit ihr zu jener Zeit ein Ernährungsprogramm, das einige Änderungen in ihrer Ernährung einschloss, einige Vitamine und eine geringe orale Menge Laetril.

Diese Änderungen waren offensichtlich nicht hinreichend, denn im März 1981 begannen bei ihr gelegentliche Vaginalblutungen aufzutreten. Zwei Monate später wurde entdeckt, dass diese Blutung von einem Endometrium-Karzinom herrührte (Krebs der Uterusinnenwandung). Eine operative Entfernung der Gebärmutter wurde vorgenommen, und sie wurde auf das volle Ernährungsprogramm gesetzt. Bis heute, etwa 14 Jahre später, trat bei ihr keine Rückkehr ihrer Erkrankung auf, und sie ist im Alter von 73 Jahren ziemlich gesund und sehr aktiv.

Fall Nr. 13: Doris Dickson

Diese 50 Jahre alte Frau sah ich erstmals am 14.05.1985, mit der Vorgeschichte, dass ihr 1979 von der rechten Seite ihres Nackens ein Knoten entfernt wurde. Davon wurde die Diagnose einer lymphatischen Leukämie abgeleitet. Sie hatte eine Chemotherapie-Behandlung, aber diese machte sie so krank, dass sie diese abbrach. Sie begann selbst mit einem Ernährungsprogramm, wobei sie blieb bis 6 Monate bevor ich sie erstmals sah. Sie berichtete, dass sie sich die vergangenen zwei oder drei Monate nicht gut fühlte, und ein kürzlich erstelltes Blutbild zeigte 21.000 weiße Blutkörperchen (*pro μ l*). Ein Blutbild vom Tage als ich sie sah, ergab 24.000 (Normalbereich von 5.000 bis 10.500 *weiße Blutkörperchen = Leukozyten pro μ l*).

Frau Dickson wurde auf mein Ernährungsprogramm gesetzt. Ich war nicht der Meinung, dass in ihrem Fall intravenöses Laetrile erforderlich war, daher verwendete ich nur Laetril-Tabletten als den Teil ihres Programms. Einen Monat später berichtete Frau Dickson, dass sie sich viel besser fühlte. Die Leukozytenzahl war auf 17.300 gefallen. Ihre Leukozytenzahl fiel weiterhin und war im November 1985 auf 9.700 abgesunken.

Im Juni 1991 klagte Frau Dickson über eine erhöhte Müdigkeit. Ihre Leukozytenzahl war 13.700. Ich beleuchtete ihr Ernährungsprogramm und fand hier und dort einige Nachlässigkeiten, die korrigiert werden mussten. Im Oktober des Jahres war die Leukozytenzahl auf 10.700 gesunken. In einem kürzlich von ihr erhaltenen Brief berichtet Frau Dickson, dass es ihr gut gehe.

Fall Nr. 14: T.P.

Diesen 59 Jahre alten Mann sah ich erstmals am 18.07.1980. Seine Vorgeschichte war, dass ein Monat zuvor ein Routine-Röntgenbild eine Gewebemasse in seiner echten Lunge zeigte. Eine Biopsie zeigte, dass es sich um Krebs handelte. Fünf Bestrahlungsbehandlungen wurden verabreicht, gefolgt von einer Chemotherapie-Behandlung, die ihn so krank machte, dass er das gesamte Programm abbrach. Ich setzte ihn auf mein Ernährungsprogramm.

Eine Röntgenaufnahme im Januar 1981 zeigte, dass der Tumor in seiner rechten Lunge vollständig verschwunden war. Lassen Sie mich aus einem Brief zitieren, den ich von ihm am 23. Januar 1981 erhielt:

„Sie waren hier am [Name des Hospitals ausgespart] überrascht, als sie die Röntgenaufnahme vom letzten Juni mit der soeben erhaltenen verglichen ... Ich hoffe, Sie verstehen, was ich zu sagen versuche. Ich war wirklich hoch erfreut, als ich erfuhr, dass der Tumor verschwunden war, und ich musste unmittelbar an Sie denken. Ich fühle mit meinem Herzen, dass es das Amygdalin (B17) war und werde niemals anderer Meinung sein.“

„Der Arzt, der mich im Juni im Hospital betreute, sagte, es wären vermutlich die 5 erhaltenen Bestrahlungsbehandlungen gewesen. Sie wollen nur nicht zugeben, [dass es das Amygdalin war], nehme ich an.“ Mein letzter Kontakt mit diesem Patienten war im April 1993. Zu diesem Zeitpunkt ging es ihm sehr gut.

Fall Nr. 15: Helyne Victor

Diese 54 Jahre alte Frau sah ich erstmals am 07.06.1974. 1967 hatte sie wegen Krebs ihre rechte Brust entfernen lassen. 1970 ließ sie ihre linke Brust entfernen, ebenfalls wegen Krebs. Sie hatte nach beiden Operationen weder Bestrahlung noch Chemotherapie erhalten. Während die jährlichen Kontrolluntersuchungen negativ waren, eine Streuung ihrer Krebserkrankung anzuzeigen, fühlte sich diese Frau schlichtweg nicht gut und wollte auf ein gutes Ernährungsprogramm gehen. Frau Victor kann ihre Geschichte am besten selbst erzählen. Dies ist aus einem Brief vom 5. April 1975 an die Gesundheitsbehörde zu Ohio:

„Meine Gesundheit war nicht gut, und es war vor etwa einem Jahr, als ich merkte, dass es abwärts ging soweit es meine Gesundheit betraf, unwissend, was ich tun sollte oder zu wem ich gehen sollte, um Hilfe zu erhalten. Mein Mann und ich begannen nachzulesen und nach verschiedenen Wegen einer Ernährungshilfe oder -beratung zu forschen.“ „Ich hatte ein sehr starkes Gefühl, dass meine armselige Gesundheit teilweise mit einer falschen Ernährung zusammenhängen könne. Nachdem ich Unterlagen über eine angemessene Ernährung, etc. gelesen hatte, hörte ich von Dr. Binzel, und dass er Patienten mit

einem Ernährungsprogramm behandelte. Daher rief ich ihn an und machte einen Termin...“

„Nachdem ich das vergangene Jahr der von ihm vorgeschlagenen guten Ernährung gefolgt war und mannigfaltige Vitamine nahm, kann ich nun ehrlich sagen, dass ich mich wie neu geboren fühle. Meine Gesundheit hat sich um 100% verbessert, und ich fühle mich so wie früher und bin außerordentlich glücklich mit den Ergebnissen....“

Frau Victor geht es weiterhin gut. Sie ist nun 74 Jahre alt und in einem kürzlich erhaltenen Brief sagt sie über sich selbst und ihren Mann: „Wir freuen uns unseres Lebens und reisen viel.“

Fall Nr. 16: M.S.

Diese 62 Jahre alte Frau sah ich erstmals am 06.12.1978. Einen Monat zuvor hatte sie sich von ihrem Rücken einen Leberfleck entfernen lassen. Dieser Leberfleck erwies sich als ein bösartiges Melanom. Sie hatte keine Bestrahlung oder Chemotherapie erhalten.

Sie wurde auf ein Ernährungsprogramm gesetzt. Sie ist nun 77 Jahre alt, gut zurecht und ziemlich aktiv. Sie hatte sich aus ihrem Gesicht einen kleinen Hautkrebs entfernen lassen, aber dieser war kein Melanom und hatte keinen Bezug zu ihrer vorherigen Erkrankung.

Ich möchte Sie auf diesen Fall aufmerksam machen, weil ein Melanom eine höchst heimtückische Erkrankung ist, die häufig rasch zu Metastasen in der Leber führt. Diese Frau war eine von 10 Patienten, die ich mit einem primären bösartigen Melanom sah (es hatte in keinen anderen Bereich gestreut). Nach meinem besten Wissen hat keiner jener Patienten Krebs mit Metastasen entwickelt.

Fall Nr. 17: B.D.

Diese 62 Jahre alte Frau sah ich erstmals am 22.05.1984. Im Januar 1980 wurde bei ihr eine bösartige Lymphknotengeschwulst entdeckt. Sie erhielt Chemotherapie von Januar 1980 bis November 1980. Im März 1982 bildete sich bei ihr ein kleines Knötchen in dem hinteren Teilbereich ihrer linken Nackenpartie und wenige Monate später ein größeres Knötchen im rechten Unterkieferbereich. Sie setzte sich zu

jener Zeit auf ein ziemlich gutes Ernährungsprogramm und die Knötchen waren überhaupt nicht mehr in ihrer Größe gewachsen.

Ich verbesserte das Ernährungsprogramm dieser Patientin, indem ich zu dem, was sie bereits anwendete, Vitamin A und Laetrile hinzufügte. Sie wurde in den nächsten zwei Jahren durch ihren Hausarzt eng betreut. Er konnte keine Vergrößerung dieser Knötchen feststellen. Ich sah sie erneut am 30.04.1986. Ich war der Meinung, dass das Knötchen im rechten Unterkieferbereich dieselbe Größe hatte, sich aber fester und beweglicher anfühlte. Ich fand, dass das Knötchen im linken Nackenbereich dieselbe Größe hatte, aber sich viel fester als vorher anfühlte. Das nächste Mal sah ich sie am 18.02.1991. Ich konnte überhaupt keine Knötchen mehr entdecken.

Es ist nun 10 Jahre her seit sie mit ihrem Ernährungsprogramm begann. In einem kürzlich erhaltenen Brief schrieb sie: „Es geht mir gut, und ich führe ein aktives Leben ...ich fahre damit fort all die Vitamine zu nehmen, die Sie mir verschrieben und ließ niemals eine Dosis aus.“

Fall Nr. 18: B.W.

Diese 44 Jahre alte Frau sah ich zum ersten Mal am 06.02.1981. Ein Monat zuvor wurde bei ihr Krebs im absteigenden Dickdarm entdeckt, mit 7 positiven Lymphknoten. Ein künstlicher Darmausgang war nicht erforderlich. Sie erhielt keine Bestrahlung oder Chemotherapie.

Sie wurde auf ein Ernährungsprogramm gesetzt. Nunmehr, etwa 13 Jahre später, hat sie keinen Rückfall ihrer Erkrankung erlebt und führt ein normales, aktives Leben.

Was ist so ungewöhnlich an dieser Patientin? Sie hatte Darmkrebs mit Metastasen. Ihre Chancen, 5 Jahre zu überleben, waren eins zu tausend. Dennoch lebt sie ein normales Leben, ohne ein Wiederaufflammen ihrer Erkrankung nach 13 Jahren.

Fall Nr. 19: Alice Silverthorn

Diese 46 Jahre alte Frau sah ich erstmals am 05.01.1976. Ihre linke Brust war 1971 wegen Krebs entfernt worden. Dem folgte

Bestrahlung und Chemotherapie. Ihr war soeben mitgeteilt worden, dass ihre Erkrankung nun gestreut hätte an den Halswirbel (Nacken), den rechten Brustkorb und an einen tiefer liegenden Rückenwirbel. Ihre Ärzte wollten ihr erneut Chemotherapie verabreichen, aber sie wollte dies nicht. Sie wollte auf ein Ernährungsprogramm gehen.

Als sie mit dem Ernährungsprogramm begann, hatte sie große Schmerzen. Innerhalb eines Monats begann der Schmerz nachzulassen. Im April 1976 steigerte sich der Schmerz in ihrem Brustkorb und an ihrem unteren Rücken. Sie wurde wieder für zwei Wochen dreimal wöchentlich auf intravenöses Laetrile gesetzt. Der Schmerz klang wieder ab. Nun sind 18 Jahre vergangen seit sie erstmals mit ihrem Programm begann. Sie ist 64 Jahre alt, und es geht ihr gut.

Erlauben Sie mir, Ihnen einen Teil eines Briefes mitzuteilen, den ich kürzlich von Frau Silverthorn erhielt:

„Ich erinnere mich nur zu gut an die Angst und Verzweiflung, ja, an die absolute Ohnmacht, die ich verspürte, als mir die Ärzte der (Kliniknamen gelöscht) mitteilten, dass der Krebs an meine Knochen gestreut wäre. Ich war zum „Tode“ verurteilt.

Mir wurde mitgeteilt, dass ich sofort mit Chemo-Behandlungen beginnen müsste. Es war selbst die Rede davon, die Hypophyse zu einem späteren Zeitpunkt zu entfernen. Ich hatte bereits eine radikale Operation der linken Brust durchgemacht und war mit Senfgas, Kobalt und männlichen Hormonen behandelt worden. Ich hatte genug von diesen Torturen!!!“

„Als ein Freund mir von ihrem Ernährungsansatz zur Behandlung von Erkrankungen erzählte, war ich bereit es zu probieren. Obwohl wir beide wussten, dass meine Chancen zu überleben gering waren, waren wir zusammen bereit, die Herausforderung anzunehmen, für mein Leben zu kämpfen. Nun, Gott sei Dank, können Sie mich zu einem ihrer Überlebenden hinzurechnen.“

„Ich hoffe, Sie erwähnen in ihrem Buch wie wir uns fühlen und wie belastend es ausgerechnet für jene von uns ist, von denen man erwartete zu sterben, als der Berufsstand der Ärzte und gut meinende, intelligente Leute vorgeben, dass der einzige Grund unseres Überlebens eine Fehldiagnose war oder die Krankheit wäre aufgrund einer spontanen Remission verschwunden. Die meisten Leute geben uns das Gefühl Psychopaten zu sein. Es ist schwierig Wunder zu erklären, jedoch, das ist es was geschah!

Fall Nr. 20: Grace Laman

Diese 50 Jahre alte Frau sah ich zum ersten Mal am 05.10.1976. Bei ihr wurde sechs Monate zuvor Bauchspeicheldrüsenkrebs diagnostiziert. Es wurde allein operativ ein Röhrchen von ihrem Gallengang nach außen gelegt. Sie erhielt für zwei Monate Chemotherapie, unterbrach diese aber selbst, da es sie so krank machte. Ihr wurde zu jener Zeit gesagt, dass sie nur noch 6 Monate zu leben hätte. Sie wurde auf ein Ernährungsprogramm gesetzt.

Lassen Sie mich einen Teil eines Briefes zitieren, den ich von ihr beinahe zwei Jahre später (23.09.78) erhielt:

„Ich wurde [kürzlich] mit einem neuen Scanner untersucht, der zeigte, dass der Tumor sich auf die Größe eines Tennisballs reduziert hatte. Er hätte das Ausmaß der Hand [des Arztes] gehabt, so sagte sie.“

Nunmehr, 18 Jahre später, ist sie 77 Jahre alt. In einem Brief, der ihrem Foto beilag, sagte sie: „Dies ist mein Activity-Bild beim Essengehen, das ich sehr genoss.“

Hinweis: Mit Chirurgie und/oder Bestrahlung und/oder Chemotherapie sind die Chancen mit Bauchspeicheldrüsenkrebs mehr als ein Jahr zu überleben etwa 1 zu 10.000.

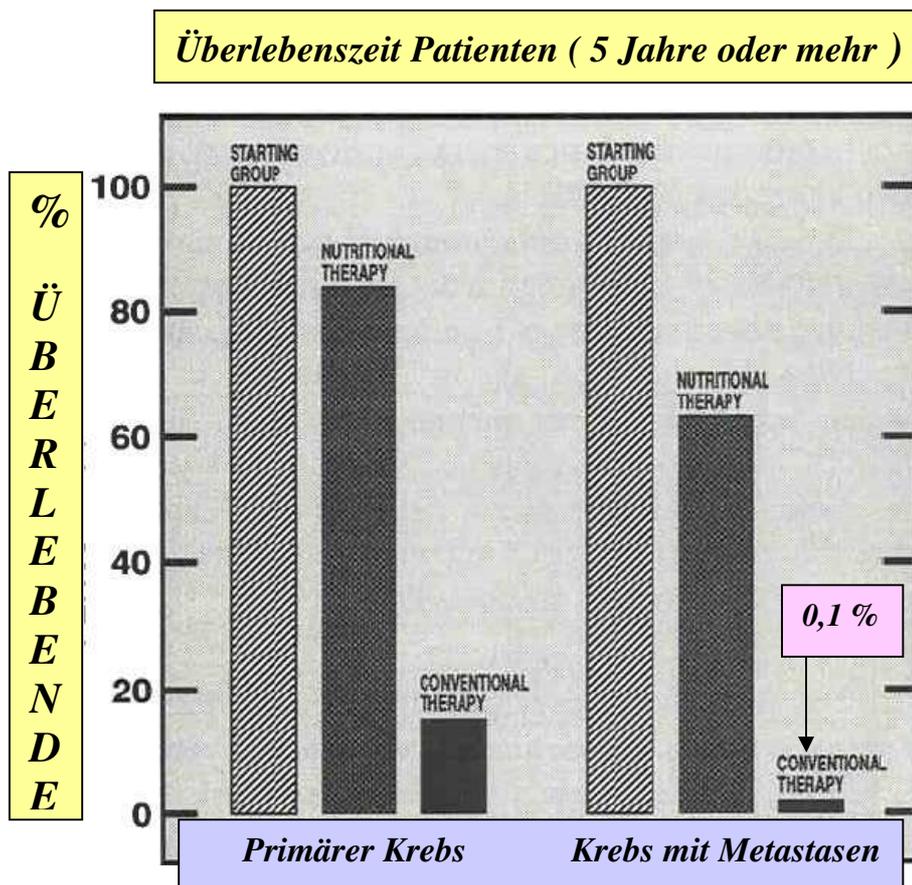
Fall Nr. 21: E.D.

Diesen 57 Jahre alten Mann sah ich erstmals am 28.04.1992 (wurde wg. des späten Zeitpunktes nicht in meine statistischen Studien eingeschlossen) mit der Vorgeschichte, dass 10 Monate zuvor auf seiner linken Lunge Krebs festgestellt wurde. Es erfolgte eine OP,

anschließend eine Chemotherapie-Behandlung. Dies machte ihn so krank, dass er sie unterbrach. Ihm wurden dann 25 Bestrahlungen verabreicht, die im Dezember 1991 beendet wurden. Im März 1992 zeigte eine Röntgenaufnahme ein erhebliches Wachstum der Tumoren in der Lunge. Er wurde auf ein Ernährungsprogramm gesetzt.

Eine Röntgenaufnahme vom Juli 1993 zeigte kein weiteres Wachstum der Tumoren in der linken Lunge. Ein Röntgenbild vom November 1993 zeigte, dass die Tumoren sich in Narbengewebe umgewandelt hatten. In einem kürzlich von ihm erhaltenen Brief gab er an, dass er sich so gut fühle, dass „ich kein Recht habe mich über irgendetwas zu beschweren, etwa dass ich häufig schimpfen muss über Steuern, Politiker, etc.“

Diese Statistiken und Fallbeispiele waren primär fokussiert auf die Verlängerung der Lebensspanne der Patienten. Das ist sicherlich wichtig, aber die Qualität des Lebens ist ebenso bedeutsam. Wir werden dies im nächsten Abschnitt behandeln.



Die Qualität des Lebens

Kapitel dreizehn

Im vorherigen Kapitel sprach ich vorwiegend über die Quantität des Lebens (die Länge des Lebens), die ich mittels der Ernährungstherapie beim Krebspatienten zu erreichen vermochte. Nun möchte ich von der Qualität des Lebens reden. Die folgenden wenigen Patienten, die ich besprechen werde, sind alle gestorben. Allerdings, selbst obwohl sie starben, konnten sie mit Hilfe der Ernährungstherapie eine viel bessere Qualität ihres Lebens erreichen als sie vernünftigerweise erwarten konnten.

Der erste Fall, den ich besprechen möchte, ist der eines Patienten, den ich „Hr. R.H.“ nennen möchte. Ich sah diesen 73-jährigen Mann das erste Mal im November 1981. Sieben Monate zuvor war bei ihm Prostatakrebs festgestellt worden. Er erhielt 35 Bestrahlungen. Ein Scan vor der Bestrahlung zeigte keine Tumoraktivität in irgendeinem seiner Knochen. Ein Scan wenige Monate nach der Bestrahlung zeigte Tumoraktivität in einigen seiner Knochen. Es war an diesem Punkt als er sich dafür entschied Ernährungstherapie zu machen.

Im August 1982 bekam er in seiner linken Hüfte einige Schmerzen. Mehrere Ärzte sagten ihm, dass sie sicher wären, dass dies von der Streuung seines Krebses käme und wollten ihm mehr Bestrahlung verabreichen. Ich schlug vor, er solle einen orthopädischen Chirurgen aufsuchen und nichts über seinen Prostatakrebs sagen. Der

orthopädische Chirurg fand, dass er eine Bänderdehnung hätte, verordnete ihm einige Übungen, und in wenigen Wochen waren die Schmerzen verschwunden. 1985 bekam er einige Herzprobleme, aber diese waren leicht mit einer Medikation zu kontrollieren.

Herr R.H. starb im Dezember 1993 im Alter von 85 Jahren. Mein letzter Kontakt mit ihm war im Oktober 1991. Zu jener Zeit ging es ihm gut, er reiste viel und freute sich seines Lebens. So, hier habe ich einen Herrn vorgestellt, der Prostatakrebs mit Metastasen hatte und nicht nur 12 weitere Jahre lebte, sondern zumindest 10 Jahre guter Qualität erlebte. Die Amerikanische Krebsgesellschaft sagt, dass die Chance, bei Krebs mit Metastasen 5 Jahre zu überleben, nur etwa 1 zu 1000 ist.

Als nächstes folgt die Geschichte einer Frau, die ich „Frau H.R.“ nennen möchte. Sie war 68 Jahre alt als ich sie erstmals im Juli 1977 sah. Ihre Vorgeschichte war, dass sie 1974 ihre rechte Brust wegen Krebs entfernen ließ. Einige Bestrahlungen wurden appliziert, gefolgt von 2 Jahren Chemotherapie. Nach der Chemotherapie wurde ihre linke Brust entfernt aus Gründen der Vorbeugung. Sie begann nun metastatisierte krebsartige Hautbefunde zu entwickeln und wollte auf Ernährungstherapie gehen. Diese Frau fühlte sich nicht gut. Sie hatte sehr geringe Energie, um irgendetwas zu unternehmen.

Innerhalb eines Monats begann sie sich besser zu fühlen und zwei Monate später rief sie mich an, um mir mitzuteilen, dass sie sich „sehr gut“ fühlte.

In den weiteren 9 Jahren entwickelte sie einige weitere Knötchen auf der Hautoberfläche im Brustbereich. Einige von ihnen wurden unangenehm, und sie ließ sie operativ entfernen. Bedeutend war die Tatsache, dass sie sich während der gesamten Zeit gut fühlte und ein normales Leben führte. Sie lebte bei ihrem Sohn und seiner Familie. Ihre Familie war aus dem Ausland. Jeden Sommer während dieser neun Jahre war sie in der Lage zumindest zwei Monate mit ihrer Familie zu verbringen.

Irgendwann im Jahre 1986 überredete sie jemand dazu, einige Bestrahlungen ihrer Brustwand machen zu lassen. Sie erholte sich niemals wirklich davon, wonach es stufenweise abwärts ging mit ihr und sie im Januar 1987 im Alter von 77 Jahren verstarb. Kurz darauf erhielt ich die folgende Mitteilung von ihrem Sohn:

„Ich bedaure Ihnen mitteilen zu müssen, dass meine Mutter am 18 Januar aufgrund eines Herz-/Lungenversagens verstarb. Ihre Lungen waren vollständig von Krebs befallen. Ich bin davon überzeugt, dass die Bestrahlungstherapie, die sie vor einem Jahr erhalten hatte, der Grund für ihr Ableben war. Jedenfalls möchte ich Ihnen danken, dass Sie ihr 10 Jahre eines würdevollen, gesunden Lebens geschenkt haben, das sie ansonsten nicht gehabt hätte.“

Der dritte Fall, den ich nennen möchte, ist der von „Herrn R.C.“ Ich sah diesen 65 Jahre alten Mann erstmals im November 1976. Zwei Monate zuvor wurde bei ihm Prostatakrebs entdeckt, der bereits gestreut hatte an seine rechten Rippen. Über die Harnröhre war die Prostata drüse operativ entfernt worden. Weder eine Bestrahlung noch eine Chemotherapie war empfohlen worden, weil ihm mitgeteilt wurde, dass die Krankheit bereits zu weit gestreut hätte. Er wurde auf ein Ernährungsprogramm gesetzt.

Dieser Mann machte sich ständig Sorgen. Jede kleine Beschwerde oder einen Schmerz führte er mit Gewissheit auf seinen Krebs zurück. Es erforderte über mehrere Jahre umfangreiche Unterstützung, um ihm bewusst zu machen, dass es eine Reihe von Dingen außer Krebs gab, die diese Beschwerden und Schmerzen hervorrufen konnten. Es war nicht vor Mai 1979 als ich ihn schließlich überzeugen konnte. Zu dieser Zeit hatte er einige tief liegende Rückenschmerzen. Er war sicher, dass dies von der Streuung seines Krebses herrührte. Er suchte einen guten orthopädischen Chirurgen auf, der alles durchtestete und herausfand, dass dieser Schmerz auf ein altes Rückenproblem zurückzuführen war (eine degenerierte Bandscheibe). Mit einigen Einschränkungen seiner Aktivitäten und einigen Übungen verschwand der Schmerz innerhalb eines Monats. Es war erst 11 Jahre später, im Alter von 76 Jahren, als er ernsthafte Probleme bekam. Im Juni 1987

bekam er vielfältige Schmerzen. Ein Knochen-Scan zeigte zu jener Zeit viele „heiße“ Bereiche. Er erhielt im August 1987 zehn Bestrahlungen, die seinen Schmerz deutlich verminderten, ihn aber sehr schwächten. Er starb 5 Monate später.

Auch hier war wieder ein Mann, der Krebs mit Metastasen hatte. Ihm wurde notwendigerweise gesagt, dass man nichts für ihn tun könnte. Sicher, er starb infolge seiner Erkrankung, aber zwischenzeitlich hatte er 11 Jahre eines ordentlichen Lebens.

„Frau A.B.“ war eine 83 Jahre alte Frau als ich sie 1987 erstmals sah. Nur wenige Wochen zuvor hatte sie ein Knötchen von einer Brust entfernen lassen, das sich als bösartig erwies. Bei ihr wurde zu dieser Zeit zudem eine chronische lymphatische Leukämie entdeckt. Sie wollte weder Bestrahlung noch Chemotherapie haben, und ich bin mir nicht sicher, ob sich ihre Ärzte wegen ihres Alters dazu durchringen konnten, bei ihr diese Formen der Behandlung anzuwenden.

Sie wurde auf ein Ernährungsprogramm gesetzt. Sie machte das sehr gut. Sie hatte viele Interessen und war in der Lage, diese mit ihrer üblichen Vitalität fortzusetzen. Sie starb 6 Jahre später im Alter von 89 Jahren, fühlte sich aber die meiste Zeit gut und war aktiv. Es ist schwer zu sagen, ob sie wegen ihres Ernährungsprogramms länger lebte, aber es gibt keinen Zweifel, dass die Qualität ihres Lebens weitaus besser war als es hätte erwartet werden können, wenn sie überhaupt nichts getan hätte.

„Herr N.D.“ war 74 Jahre alt als ich ihn erstmals im August 1979 sah. Ein Monat zuvor wurde bei ihm Krebs im unteren Darmbereich festgestellt. Er lehnte eine Operation ab, da dies einen künstlichen Darmausgang erfordert hätte. Er fürchtete sich vor diesem Gedanken.

Er wurde auf ein Ernährungsprogramm gesetzt. Weiterhin hatte er hin und wieder einige Blutungen im Stuhl, aber dies war niemals ein Problem, als dass es eine Blutarmut bedingt hätte. Er starb 7 Jahre später im Alter von 81 Jahren an einem Herzinfarkt.

Hier ist wieder die Qualität des Lebens so bedeutsam. In der Anschauung dieses Mannes wäre ein künstlicher Darmausgang für ihn

eine schreckliche Sache gewesen. Wenn er einen solchen künstlichen Darmausgang erhalten hätte, so wären, was immer ihm an Lebensjahren verblieben wäre, diese für ihn ruiniert. So wie es war, war er in der Lage, den Rest seines natürlichen Lebens bei körperlichem Wohlbefinden und Frieden im Geiste zu verbringen.

Gott gewähre, dass es uns allen ebenso ergehen möge!

Behandle die Ursache, nicht das Symptom!

Kapitel vierzehn

Die höchst logische Frage für einen Jeden ist, an dieser Stelle zu fragen: „Falls die Ernährungstherapie so erfolgreich ist wie sie sagen, warum wendet sie nicht jeder Arzt in diesem Lande an?“ Die einzig korrekte Antwort wäre allerdings, jeden Arzt in diesem Lande zu fragen. Daher spiegeln die Antworten, die ich auf diese Frage gebe, meine Meinung wider.

Ist die Politik mit einbezogen in die Krebstherapie? Ich habe allen Grund zu glauben, dass dies so ist. Es ist nicht die Zielsetzung dieses Buches sich mit den politischen Aspekten der Krebstherapie zu befassen. Für jene, die dieser Sache in der Tiefe nachgehen möchten, schlage ich vor, dass Sie „*Eine Welt ohne Krebs*“ von G. Edward Griffin lesen. Herr Griffin hat zudem ein hervorragendes Video erstellt zu dem ausgewiesenen Thema „*Die Politik der Krebstherapie*.“ **

Ist Geld ein Einflussfaktor? Für einige Ärzte mag dies so sein. Es ist viel Geld zu machen mit Chirurgie, Bestrahlung und Chemotherapie. Aufgrund meiner zwanzigjährigen Erfahrung weiß ich, dass keine hohen Einkünfte damit zu erzielen sind, einen Patienten einfach auf

** Diese Artikel können von American Media, Postfach 4646, Westlake Village, CA 91359 bezogen werden, oder mittels Anruf unter Nr. (800) 282-2873.

eine gute Ernährung zu setzen, ihm einige Vitamine und Enzyme zu verabreichen, etc. und ihn von Zeit zu Zeit zu untersuchen.

Wichtiger noch, ich bin davon überzeugt, dass die meisten Ärzte in diesem Land engagierte Individuen sind. Sie tun alles, was aus ihrer Sicht den Patienten helfen wird. Allerdings ist das Problem der meisten Ärzte, dass sie „tumor-orientiert“ sind. Sie wurden dafür ausgebildet „Knoten- und Beulen“-Ärzte zu sein, ohne eine Vorstellung davon zu haben, wie Ernährung mit dieser Krankheit zusammenhängt.

Damit meine ich folgendes: Wenn bei einem Patienten ein Tumor entdeckt wird, ist das Einzige, was der Arzt mit diesem Patienten bespricht, was er wegen des Tumors zu tun beabsichtigt. Sofern ein Patient mit einem Tumor Bestrahlung oder Chemotherapie erhält, so ist die einzige Frage, die gestellt wird: „Wie reagiert der Tumor?“ Niemand fragt jemals danach wie es dem Patienten geht. Aus meiner medizinischen Ausbildung erinnere ich mich an gut aussehende Patienten, die Bestrahlung und/oder Chemotherapie erhielten. Der Tumor würde kleiner und kleiner werden, aber der Patient würde kränker und kränker werden. Bei der Autopsie würden wir hören: „Ist das nicht fantastisch! Der Tumor ist verschwunden!“ Ja, das war so, aber so erging es auch dem Patienten. Wie viele millionen Mal wollen wir diese Szenarios wiederholen, bevor wir realisieren, dass wir die falsche Sache behandeln?

Bei primärem Krebs ist der Tumor, von wenigen Ausnahmen abgesehen, weder gesundheitsgefährdend noch lebensbedrohend. Ich wiederhole diese Aussage. Bei primärem Krebs ist der Tumor, bei nur wenigen Ausnahmen, weder gesundheitsgefährdend noch lebensbedrohlich. Was gesundheitsgefährdend und lebensbedrohlich ist, das ist die Streuung dieser Krankheit auf den Rest des Körpers.

Es gibt innerhalb der Chirurgie nichts, was vor der Streuung des Krebses schützt. In der Sektion Bestrahlung gibt es nichts, das die Streuung der Krankheit verhindert. In der Sektion Chemotherapie gibt es nichts, das die Streuung der Krankheit verhindert. Woher wissen

wir das? Schauen Sie nur auf die Statistiken! Es gibt eine Statistik, die unter dem Tenor „Überlebenszeit“ geführt wird. Die Überlebenszeit ist bei einem gegebenen Patienten definiert als das Intervall an Zeit zwischen der ersten Diagnose von Krebs und seinem Tode aufgrund dieser Erkrankung.

In den vergangenen fünfzig Jahren wurden enorme Fortschritte erzielt in der Frühdiagnose von Krebs. In dieser Zeit wurden riesige Fortschritte gemacht in dem operativen Geschick, Tumoren zu entfernen. Gewaltige Fortschritte wurden erzielt in der Anwendung von Bestrahlung und Chemotherapie bezüglich ihrer Fähigkeiten Tumoren schrumpfen zu lassen oder zu zerstören. Aber *die Überlebenszeit des Krebspatienten ist heute nicht größer als sie es vor 50 Jahren war.*

Was bedeutet das? Es bedeutet offensichtlich, dass *wir die falsche Sache behandeln!* Wir behandeln das Symptom - den Tumor, und wir tun absolut nichts dafür, die Streuung der Krankheit zu verhindern. *Das Einzige, was nach heutigem Wissen der Menschheit die Streuung von Krebs innerhalb des Körpers verhindert, ist, dass man dafür sorgt, den körpereigenen Abwehrmechanismus wieder normal funktionieren zu lassen.* Das ist es, was die Ernährungstherapie tut. Sie behandelt den Abwehrmechanismus, nicht den Tumor.

Die Frau mit einem Knoten in der Brust stirbt nicht an diesem Knoten. Der Mann mit einem Knötchen in der Prostata stirbt nicht an diesem Knötchen. Was beide dieser Personen töten kann, ist die Streuung dieser Erkrankung über den Rest ihres Körpers.

Sie bekamen ihre Krankheit infolge des Zusammenbruchs ihres Abwehrmechanismus. Die einzige Sache, die die Streuung ihrer Erkrankung verhindert, besteht darin, das Problem in jenem Abwehrmechanismus zu korrigieren. Erscheint es dann nicht logisch, dass wir uns weitaus weniger darum sorgen sollten „was wir in Hinblick auf den Tumor tun werden“ und uns weitaus mehr damit befassen sollten, was wir in Hinblick auf den Abwehrmechanismus tun werden?

Nehmen Sie bitte meine vorher gemachte Aussage zur Kenntnis: Ernährungstherapie behandelt den Abwehrmechanismus, nicht den Tumor. Ich möchte nicht, dass irgendjemand, der dieses Buch liest, denkt: „Wenn ich Krebs bekomme, werde ich auf ein Ernährungsprogramm gehen und mein Tumor wird wie von Zauberhand verschwinden.“ Nein, das wird er nicht. Sofern ein Tumor einmal im Körper fest etabliert wurde, akzeptiert der Körper den Tumor als normales Gewebe und wird ihn nicht angreifen. Kein Tumor hat jemals mehr als zehn Prozent „Krebs“-Zellen. Mit „Krebs“-Zellen meine ich die höchst bösartigen, undifferenzierten Zellen. Die anderen neunzig Prozent des Tumors bestehen aus, wie ich es nennen will, „Übergangs“-Zellen. Dies sind Zellen, die, während sie das Erscheinungsbild von Krebs zeigen, genug von ihrer eigenen Charakteristik bewahrt haben, um ihre originalen Aufgaben erfüllen zu können. Das heißt, solche Zellen können sich zu Brustgewebe, Lebergewebe oder was immer entwickeln (*wie normale Zellen unseres Reparatursystems*). Aus Gründen, die derzeit nicht vollends verstanden werden, greift der Körper jene „Übergangs“-Zellen nicht an (*weil es eben normale, kontrollierte Reparaturzellen sind*). Der Körper kann die *undifferenzierten Zellen* abtöten, aber diese werden durch Narbengewebe ersetzt. Das ist es, was bei den Patienten aus den Fallbeispielen #20 und #21 geschah. Der Körper greift die „Übergangs“-Zellen nicht an. Daher bleibt der Tumor. Der Körper versucht den Tumor abzugrenzen mit einem feinfaserigen Sack. Das geschah so bei dem Patienten im Fallbeispiel #7.

Ich bin mir sicher, dass es noch einige von Ihnen geben wird, die sich darum sorgen „was man bezüglich des Tumors machen soll“? Es gibt nur drei Situationen, wo ich mich mit dem Tumor befasse:

1. Falls der Tumor - wegen seiner Größe oder seiner Lage - eingreift in einige Vitalfunktionen, so müssen Sie sich mit dem Tumor beschäftigen, welche Mittel auch immer am besten geeignet erscheinen.
2. Sofern der Tumor - wegen seiner Größe oder seiner Lage – Schmerz hervorruft, so müssen Sie sich mit dem Tumor beschäftigen, welche Mittel auch immer am besten geeignet erscheinen.

3. Falls die Gegenwart eines Tumors ein psychologisches Problem bereitet, so lassen Sie ihn entfernen.

Allgemein gilt, falls der Tumor leicht zugänglich ist und falls der Patient dies so wünscht, so mag der Tumor entfernt werden. Nicht alle Ärzte, die Ernährungstherapie anwenden, stimmen dem zu. Ich bin der Ansicht, dass durch die Entfernung des Tumors der Körper eine Sache weniger hat, die er bewältigen muss. Sofern der Tumor entfernt liegend ist, nicht irgendein Problem erzeugt und der Patient dem zustimmt, so lasse ich den Tumor unbehelligt. Nochmals, ich betone die Tatsache, dass der Tumor lediglich ein Symptom ist, nicht die Ursache (*Vergleich: Ein Maulwurfhügel ist nur das Symptom, nicht die Ursache.*). Falls Sie sich um Ihren Körper kümmern, wird sich der Körper um den Tumor kümmern. Das heißt nicht, dass der Tumor verschwinden wird, aber es ist unwahrscheinlich, dass er ein Problem hervorrufen wird. Ich bin nicht dagegen, Bestrahlung zu verwenden. Ich bin nicht dagegen Chemotherapie (*am besten IPT !*) zu verwenden. Es gibt Situationen, wo eine geringe Menge an Bestrahlung für eine kurze Zeit Schmerzen reduzieren kann oder lebensrettend ist für den Patienten. Es gibt Situationen, wo eine geringe Menge an Chemotherapie (*als IPT kaum Nebenwirkungen!*) für eine kurze Zeit das gleiche leisten kann. Es ist nicht deren Anwendung, die ich so vehement ablehne, sondern es ist ihr Missbrauch. In diesem Land wird die Ansicht vertreten, dass, wenn ein wenig etwas Gutes bewirkt, so wird es eine ganze Menge mehr weitaus besser machen. Patienten erhalten Bestrahlung und Chemotherapie, ohne es zu benötigen. Jene, die es benötigen, erhalten oft viel mehr als sie benötigen, womit ihnen weit mehr Schaden zugefügt wird als Gutes getan.

Die ultimative Frage ist: „Funktioniert die Ernährungstherapie?“ Das hängt davon ab wie Sie „funktionieren“ definieren. Sofern Sie tumororientiert sind und etwas suchen, was den Tumor auf magische Weise verschwinden lässt, nein, das tut sie nicht. Sofern Sie etwas suchen, das die Streuung der Krankheit verhindert und das Leben des Patienten rettet, ja, das tut sie.

Ich habe noch nichts über die Kosten der Ernährungstherapie gesagt. Ich habe keine Möglichkeit zu erfahren, was andere Ärzte für ihre Dienste berechnen. Ich kenne die Kosten des Patienten für ihre Vitamine, Enzyme und Laetrile. Ich weiß, dass für meine Patienten

Ihre Gesamtkosten für ein Jahr, meine Dienste eingeschlossen, etwa die Hälfte der Kosten *einer* Bestrahlungsbehandlung betragen und etwa ein Drittel der Kosten *einer* Chemotherapie-Behandlung.

Gibt es Hoffnung, dass die Ernährungstherapie jemals vom Berufsstand der Ärzte akzeptiert werden wird? Meiner Meinung nach ja, es ist keine Frage „dass“, sondern nur eine Frage „wann“ das sein wird. Wie einer meiner Patienten vor einigen Jahren sagte: „Sofern die Ärzte in diesem Lande nicht damit beginnen Ernährung anzuwenden, werden die Patienten damit beginnen, nicht mehr zu den Ärzten zu gehen.“ Die Verwendung von Ernährung in der Verhütung und Behandlung von Erkrankungen wird an der Basis beginnen und nicht von oben nach unten vermittelt werden. Die Leute werden sich zunehmend ernährungsorientiert ausrichten und darauf bestehen, dass ihre Ärzte dem folgen.

In Bezug auf die Behandlung von Krebs mit Ernährungstherapie müssen zwei Dinge passieren, bevor dies zustande kommt:

1. Der Berufsstand der Ärzte muss realisieren, dass sie die falsche Sache behandelt haben. Sie müssen einsehen, dass, solange sie damit fortfahren, nur den Tumor allein zu behandeln, sie weiterhin dieselben armseligen Resultate erhalten werden, die sie stets hatten.
2. Der Berufsstand der Ärzte wird die Tatsache akzeptieren müssen, dass die Qualität und Quantität des Lebens, den ein Krebspatient durch Ernährungstherapie erreicht, dem weit überlegen ist, was man auch immer durch jede beliebige der gegenwärtigen Modalitäten erreichen kann. Einfach ausgedrückt, diese Leute mit Ernährungstherapie fühlen sich besser und leben länger.

Ich möchte allerdings nicht den Eindruck hinterlassen, dass alles, was über Ernährung erforscht werden kann, bekannt ist. Das pure Gegenteil ist der Fall. Wir haben nur gerade damit begonnen an der Oberfläche des Verstehens zu kratzen, was das Verhältnis zwischen Ernährung und Erkrankung betrifft. Meine Meinung ist, dass wir zunächst den Abwehrmechanismus des Körpers verstehen müssen.

Warum reagiert dieser Abwehrmechanismus so rasch in manchen Situationen und so langsam in anderen? Welche Systeme des Körpers sind in den Abwehrmechanismus einbezogen? In welcher Reihenfolge sprechen diese an? Sobald wir die Antwort auf diese Fragen haben, können wir zusammenstellen, welche Ernährungsbestandteile erforderlich sind, um jene Systeme des Körpers normal funktionieren zu lassen.

Die Tatsache, dass wir nicht die Antworten zu den oben aufgeführten Fragen haben, heißt allerdings nicht, dass wir nicht die Informationen nutzen sollten, die wir zwischenzeitlich bis zu seiner Vervollständigung bereits haben. Der reinrassige Medizin-Wissenschaftler wird keine Form der Behandlung anwenden bis er vollständig versteht, warum und wie es funktioniert. Der gute praktische Arzt wird andererseits jede Form von Behandlung anwenden, die wirkt, selbst wenn er nicht exakt versteht, warum und wie sie wirkt.

Es gibt viele Beispiele guter praktischer Ärzte in den Annalen der medizinischen Geschichte. Dr. Semmelweis bestand im Jahre 1860 darauf, dass alle Ärzte ihre Hände waschen müssten bevor sie ein Baby entbinden, weil mit dieser Verfahrensweise das „Kindbettfieber“ beseitigt wird. Er wusste, dass es funktioniert, aber er wusste nicht warum oder wie es funktionierte. Er wurde aus der Krankenhaus-Belegschaft entlassen und von der Ärztegemeinschaft geächtet. Es war nicht eher als etwa zu der Zeit als Dr. Semmelweis 1865 starb, dass Dr. Lister Bakterien entdeckte. Dr. Lister war in der Lage zu beweisen, dass Dr. Semmelweis Recht hatte und warum es so war.

Ich zweifle daran, dass Dr. Fleming im Jahre 1925 wusste, warum er eine Lungenentzündung heilen konnte, indem er den Patienten schimmeliges Brot verabreichte. Er wusste, dass es funktioniert, aber er wusste nicht warum oder wie es funktionierte. Es blieb so, bis er einige Zeit danach einen Pilz in schimmeligem Brot entdeckte, der Bakterien zu töten vermochte. Dieser Pilz wurde irgendwann einmal unter dem Namen Penicillin bekannt. Dr. Fleming wurde für diese Arbeit von dem Ärztestand verspottet. Es dauerte weitere fünfzehn Jahre bis Penicillin zur Anwendung kam. Bis zu diesem Zeitpunkt starben tausende von Patienten an Lungenentzündung.

So ist es auch mit der Ernährungstherapie in der Behandlung von Krebs. Ich hoffe, dass ich in der Lage war Ihnen mit diesem Buch hinreichendes Beweismaterial zu präsentieren, um zu zeigen, dass es wirkt, selbst obwohl wir derzeit nicht exakt wissen warum und wie es wirkt. **

Nach all dem, was gesagt und getan wurde, besteht die wahre Bewertung eines guten Arztes nicht notwendigerweise darin wie viel er weiß. Es ist stattdessen, wie sehr er willens ist, nach welcher Form von Behandlung auch immer zu suchen, sie zu finden und dann anzuwenden, was seiner Meinung nach seinen Patienten die allerbeste Chance ermöglicht, um

GESUND UND MUNTER

zu verbleiben.

** *Von vielen Ernährungsbestandteilen ist heute im Jahre 2009 bereits der wissenschaftliche Nachweis geführt wie aktiv sie gegen Krebs wirken, s., „Krebszellen mögen keine Himbeeren“, Kösel-Verlag 2007. Amygdalin (Vitamin B17) ist ohne Zweifel ein solcher aktiver Bestandteil.*

Sachregister

Amerikanische Krebsgesellschaft:

108, 111, 113, 128

Amygdalin (siehe Laetril)

Anderson, Professor: 67-70,
72-73, 76

Bath, John: 81, 89

Batson, Beverly: 60, 115

Benzaldehyd: 23, 47-48

Bestrahlung: s. orthodoxe
Behandlung

Beta-Glukosidase: 23, 47

Binzel, Betty: 13-15, 18, 20,
29, 35, 39, 52, 75, 77-80, 95

Binzel, Bill: 53-55, 87-89

Binzel, Michelle: 53-56

Binzel, Rick: 53-56

Blausäure (HCN): siehe Zyanid

Bohanon, Luther; Richter: 13, 15,
17-18, 40-45, 86

Bradford, Robert: 13-14, 18, 34

Bromealin: 98

Burk, Dr. Dean: 21-26, 97, 101

Califano, Joseph A.: 40, 43

Chemotherapie: siehe orthodoxe
Behandlung

Chymotrypsin: 22-25, 98, 101-103

Coe, Ken: 14-18

Coe, Ruthie: 5, 13-14, 35, 76, 86

Coffman, Evelyn; Richter: 66, 68,
89-96

Contreras, Dr. Ernesto: 21-26,
97, 101

Dewiel, Joan: 117

Dickson, Doris: 120

Diät: durchgehend

Dirks, Irene: 62-63, 119

Enzyme: 22-26, 28, 47, 54, 98-99,
101-103, 106, 118, 134, 137

Ernährungstherapie: durchgehend

Fallbeispiele: durchgehend, mit
spezifischen Fällen auf 114-126

FDA: siehe unter Lebensmittel- und
Arzneimittelbehörde

Glukose: 23, 47

Griffin, G. Edward: 5, 8, 11, 12,
19-20, 40, 48, 108, 133

Griffin, Patricia: 34

Haines, Joe: 95-96

Halstead, Dr. Bruce: 13-14, 16-18

Henshall, Jean: 61, 116

Hodgkin Erkrankung: 67-68, 85

Hofbauer, Joey: 67-71, 73, 76

Hofbauer, John: 68-69

John Birth Gesellschaft: 20, 27

Karzinom: 60, 114-121, 123, 125

Kell, George: 34-36

Sachregister

- Kennedy, Donald: 40, 43, 45
Komitee für die Freiheit einer freien
Krebstherapie-Wahl: 13, 21, 27, 29, 34
Krebs: durchgehend
- Krebs, jun., Dr. Ernst T.: 5, 21-26
29-30, 97, 101
Krebs, mit Metastasen: 16, 30-31,
51, 107-114, 128, 130
Krebs, primärer: 16, 30-31,
107-114, 134
Krogdahl, Wasley: 60, 115
- Laetril: durchgehend
Laman, Grace: 125-126
Lebensmittel- und Arzneimittel-
Behörde (FDA): 8, 13, 15-19,
39-45, 47-49, 53, 55, 64, 86-87
- Macalester Hochschule: 53-54
Magnesium: 26
Mangan: 26
Manner, Dr. Harold: 54-55
McDonald, Dr. Lawrence P.: 27, 55
Megazyme Forte: 98
Melanom: 110, 112, 122
Michaelis, Steve: 20-21, 27
Myelom: 61, 116
- Nationales Krebsinstitut (NCI):
52-53
Navarro, Dr. Manuel: 21-26,
97, 101
Nieper, Dr. Hans: 21-26, 97, 101
Nitriloside: 21, 23-25, 98, 100-101
- Ohio, Staatliche Gesundheitsbehörde:
8, 34-37, 57, 62-72, 80, 85-96, 121
Orthodoxe Behandlung: (Bestrahlung
Chemotherapie, OP): durchgehend
- Pangaminsäure: 98 (2-Dimethylglycin)
- Perry, Rex: 62, 117-118
Pro-A-Emulsion
- Richardson, Dr. John: 34
- Rutherford, Glen L.: 39-40, 42
- Sakai, Dr. Shigeaki: 21-26, 97, 101
- Schachter, Dr. Michael: 72-74, 76
Silverthorn, Alice: 64-65, 124-125
Sloan-Kettering: 51
- St. Louis Universität, Fakultät
Medizin: 19
Stork, Connie: 62-63, 119
Sugiura, Dr. Kanematsu: 51-52
- Tarbutton, Sue: 59, 114-115
Thiocyanat: 48, 100
Todd, Polly: 58, 114
Trypsin: 22-25, 98, 101-103
- Victor, Helyne: 65, 121
Vitamin A: 26, 54, 100
Vitamin B: 26, 48
- Vitamin B12: 26, 48
- Vitamin C: 25-26, 98, 100
Vitamin E: 98
- Wilcox, Pauline: 61, 118
- Winschel, Elizabeth: 59, 115
Zink: 26, 98-99
Zyanid: 23, 42, 47-49, 54

ADDITIONAL BOOKS ON VITAMIN B17

Available from The Reality Zone

<http://www.realityzone.com>

World without cancer: the story of vitamin B17 by G. Edward Griffin

Mr. Griffin marshals the evidence that cancer is a deficiency disease—like scurvy or pellagra—aggravated by the lack of an essential food compound in modern man's diet. That substance is vitamin B17. In its purified form developed for cancer therapy, it is known as Laetrile. Why has orthodox medicine waged war against this non drug approach? The author contends that the answer is to be found, not in science, but in politics—and is based upon the hidden economic and power agenda of those who dominate the medical establishment. This is the most complete and authoritative treatise available on this topic. 368-page book. A one-hour DVD documentary by the same title is also available.

The Science and Politics of Cancer; A Discourse by G. Edward Griffin

In this presentation, the author of [*World without Cancer; The Story of Vitamin B17*](#) and founder of the [*Cancer Cure Foundation*](#), addresses the following topics:

Two opposed views of cancer. Pancreatic enzymes and food factors in the control of cancer. How the pharmaceutical cartel captured the medical profession. How (and why) Sloan Kettering falsified research to discredit Laetrile. Is there a conspiracy to withhold a control for cancer? 75-minute DVD.

Laetrile Case Histories; The Richardson Cancer Clinic Experience, by John A. Richardson, M.D. & Patricia Irving Griffin, R.N., B.S.

Here are 62 case histories proving beyond any doubt that Laetrile (Vitamin B17) works in the control of cancer. These are not anecdotal stories or cases of people who never had cancer in the first place. Each history is authenticated by a firm diagnosis and meticulous medical documentation. This updated and revised edition includes a follow up 30 years after the patients were diagnosed with incurable cancer. Proof is in the actual life-span of these people who, previously, had been told by their doctors that they had just a few months or weeks to live. This book also recounts the personal battle of Dr. Richardson who incurred the wrath of orthodox medicine when he and his patients elected to use vitamin therapy instead of surgery, drugs, and radiation as the treatment of choice. 280-page book.

The Little Cyanide Cookbook; Delicious Recipes Rich in Vitamin B17 by June De Spain.

A professional nutritionist offers over 300 tasty recipes rich in the cyanide containing substance that many scientists believe is nature's control for cancer. Sorry, Ladies, this is NOT a manual on how to scuttle an over-insured husband! To the contrary, it's a delightful guide for keeping him around – and the rest of the family, too – for many years of health and vigor. 192-page book.

Ich lebe und es geht mir gut

Die Erfahrung eines Arztes mit Ernährung in der Behandlung von Krebskranken

Hier sind die neuesten Erfolgsfallbeispiele Krebskranker, die die Ernährungstherapie gewählt haben. Vielen von ihnen wurde von ihren Ärzten mitgeteilt, dass sie nur noch eine kurze Zeit zu leben hätten. Nun, Jahre später, sind sie gesund und munter!

Dr. Binzel verwendete Laetrile und andere Ernährungs-Therapeutika für die Behandlung Krebskranker seit Mitte der siebziger Jahre. Seine Erfolgsbelege sind verblüffend. Er berichtet von seinem permanenten Krieg mit dem medizinischen Establishment, aber dies ist vorrangig die Geschichte seiner gesunden und munteren Patienten, von denen viele nicht erwartet hatten ihre Krankheit zu überleben.

American Media

P.O. Box 4646

Westlake Village

California 91359