

Uma Terapia do Câncer
Resultados de Cinquenta Casos

A Cura do Câncer Avançado pela Terapia da Dieta

5 - A Teoria

Um Resumo de Trinta anos de Experimentação Clínica

Max Gerson, M.D.

Veja este livro em *inglês-português*¹

Veja o livro original em *inglês*²

¹**Livro:** “Uma Terapia do Câncer - A Cura do Câncer Avançado pela Terapia da Dieta”.

²**Livro:** “A Cancer Therapy - The Cure of Advanced Cancer by Diet Therapy”.

Sumário

5 A Teoria

37

Capítulo 5

A Teoria

Não apresento a minha teoria para dar uma explicação científica genérica do problema do câncer, nem para compará-la com as muitas teorias e explicações existentes. Pretende ser um guia que ajude médicos a aplicar adequadamente o tratamento. A teoria derivou de observações clínicas durante as quais foi registrado o que era mais característico da doença e o que pareceu o mais decisivo no curso do tratamento. Em suma, é esta: o que é essencial não é o crescimento em si ou os sintomas visíveis, é o dano do metabolismo inteiro, incluindo a perda de defesa, imunidade e poder de cura. Isso não pode ser explicado nem reconhecido por uma ou outra causa isolada.

Em minha opinião, o câncer não é um problema de deficiências em hormonas, vitaminas e enzimas. Não é um problema de alergias e infecções com um vírus ou qualquer outro microrganismo conhecido ou desconhecido. Não é um envenenamento por meio de alguma substância metabólica intermédia ou qualquer outra substância oriunda de uma substância assim chamada carcinogênea externa. Todos esses podem ser agentes causadores parciais no homem, elementos contribuintes, chamados de infecções secundárias, etc. O câncer não é um problema celular único; é uma acumulação de numerosos fatores prejudiciais combinados na deterioração do metabolismo inteiro, depois que o fígado foi progressivamente prejudicado nas suas funções. Portanto, tem que se separar dois componentes básicos no câncer: um geral e um local. O componente geral é principalmente um sintoma muito lento, progressivo, imperceptível causado por envenenamento do fígado e, simultaneamente, um enfraquecimento de todo o trato intestinal, mais tarde produzindo o aparecimento de consequências vitalmente importantes por todo o corpo. O processo no pré-estágio do câncer não foi provado clinicamente. Isso pode ser muito difícil, até mesmo impossível, já que o dano no fígado é muito provavelmente uma predisposição para muitas outras doenças degenerativas. No câncer, uma ou outra das funções do fígado pode estar predominantemente mais danificada ou combinada com algum outro distúrbio em outro órgão. No entanto, deveríamos estar atentos ao fígado já que os primeiros experimentos de Yamagiva e Itchikawa demonstraram que o câncer se desenvolveu depois que o *fígado*, os rins e glândulas linfáticas exibiram alterações patológicas. No envenenamento do fígado, os sintomas clínicos não são perceptíveis por um longo período de tempo, até por muitos anos.

“O fígado é o maior órgão singular do corpo e nenhum o ultrapassa na multiplicidade e importância de suas diversas atividades fisiológicas. Correspondentemente, o estado do fígado e o nível de sua eficiência funcional são de grande significado para a economia corporal geral tanto na saúde quanto na doença”.²⁶ O fígado pesa de 3,5 a 5 quilos e tem uma capacidade funcional que excede de longe as necessidades ordinárias. Antes que as reservas funcionais se esgotem, é muito difícil detectar uma deterioração do funcionamento do fígado. O fígado é um órgão dinâmico e ativo e tem diversas funções. A maioria delas está intimamente associada e correlacionada com as atividades dos outros órgãos. É impossível testar um fígado por uma simples função, até mesmo por várias, para achar o grau de deterioração hepática. Essa é a razão por que o desenvolvimento inicial do câncer permanece oculto

²⁶26 W.A.D. Anderson, *Pathology [Patologia]*, 1948, p. 861.

por tanto tempo. Este intervalo pode ser chamado o “período pré-canceroso ou pré-sintomático”. Se uma pessoa fica nervosa, se sente mais fraca, tem menos energia e perde peso durante esse tempo, nenhum médico pode fazer um diagnóstico específico já que não existe um teste para o câncer e não há nenhum complexo de sintomas específicos precoce. O médico e o paciente têm que aguardar até que um tumor esteja suficientemente desenvolvido em uma ou outra área do corpo para exibir sintomas ou sinais localizados que não mais possam ser negligenciados clinicamente. É aqui que utilizamos todo o equipamento moderno, como exames de raios X, broncoscopia, cistoscopia e testes Papanicolaou em todo lugar em que possamos alcançar os diferentes órgãos. Tais sintomas podem ser causados por destruições menores ou maiores com secreções ou sangramentos dos pulmões, estômago, trato intestinal, rins, bexiga, útero e outros órgãos ou glândulas metastáticas. Pode haver uma grande variedade de sinais especiais do cérebro, medula espinal, ossos e outros sintomas. Finalmente, em alguns casos, um diagnóstico pode ser estabelecido apenas com a ajuda de cirurgias exploratórias.

O método cientificamente aceito é que estes sintomas por si só sejam tratados localizadamente onde quer que surjam. Isso é o que os médicos aprendem e como são treinados em clínicas universitárias. Todo o trabalho de pesquisa dedica-se principalmente a estes sintomas localizados. Em minha opinião, essa é a razão porque tem sido retardado um progresso decisivo no tratamento do câncer, especialmente nos últimos cinquenta anos, durante os quais a medicina moderna fez progressos notáveis em muitos outros campos.

O componente local, em minha opinião, é causado por células anormais, células imaturas, células antes danificadas, células transicionais quando decaem ou são forçadas a cair de volta para um tipo de vida embrionária, porque não mais são suficientemente sustentadas pelos minerais ativado (ionizados) do grupo do potássio e uma quantidade suficiente de enzimas oxidantes reativadas simultaneamente, unidas com as regulações normais das hormonas, vitaminas e o impulso de um sistema nervoso visceral com um funcionamento normal. Finalmente, as funções do tecido celular linfático subcutâneo e reticular e o sistema reticulo-endotelial estão diminuídos em função e capacidade defensiva.

Como mencionado acima, o componente geral é importante, e será tratado. Ele abrange principalmente a deterioração dos órgãos essenciais do trato digestivo, predominantemente o fígado. Aí, o dano é feito por um envenenamento diário permanente criado pela nossa civilização moderna. Isto começa com o solo, o qual é desnaturalizado por fertilizantes naturais e erosão, reduzindo assim gradualmente o solo superficial. Adicionalmente, o solo é contaminado por sprays com DDT e outros venenos. Como consequência, nossa nutrição fica prejudicada por uma diminuição no importante conteúdo do grupo-**K** de frutas e legumes cultivados num tal terreno contaminado. Além disso, as substâncias alimentares ficam danificadas quando são refinadas, engarrafadas, branqueadas, transformadas em pó, congeladas, defumadas, salgadas, enlatadas e coloridas com corante artificial. As cenouras são vendidas em sacos de celofane depois de terem sido tratadas para uma melhor preservação. Outros alimentos contêm preservativos prejudiciais; finalmente, gado e galinhas são alimentados ou injetados com dietilestilbestrol para adquirirem maior peso e ficarem rapidamente “prontos para colocar no mercado”.

Se abordarmos o problema do câncer de um ponto de vista mais prático - o lado clínico - baseados no conceito de totalidade, aprendemos duas coisas: primeiro, temos que viver próximos à natureza,²⁷ conforme o nosso desenvolvimento natural. Segundo, a ciência não pode ajudar-nos a resolver a causa profunda e subjacente do câncer.²⁸

“A propriedade mais básica do coração é ser um músculo, e a propriedade principal do músculo é que não a compreendemos. Quanto mais soubermos sobre ele, menos entendemos, e parece como se em breve fôssemos saber tudo e não entender nada.” A situação é semelhante em quase todos

²⁷27 Ver G. W. Beadle, Science [Ciência], 04 de janeiro de 1957, Vol. 125, No. 3.236.

²⁸28 Ver Albert Szent-Gyorgyi, “Bioenergetics [Bioenergética],” Science [Ciência], 2 de novembro de 1956, Vol. 124, No. 3227.

os outros processos biológicos e condições patológicas, tal como as doenças degenerativas (câncer). Isto sugere que estão faltando algumas informações muito básicas. A história da miosina pode ilustrar este ponto. Parece que entendemos pouquíssimo sobre as “substâncias promotoras da vida” (Lebensstoffe) - como W. Kollath as chamou,²⁹ reconhecendo sua enorme importância.

Albert Schweitzer reconheceu a grandiosidade da “reverência pela vida” ou a necessidade de ter o mais profundo respeito por tudo o que é vivo (“Die Ehrfurcht vorm Leben”). O ser vivo, quer seja grande ou pequeno, planta ou animal, é em todos os aspectos criado ou desenvolvido com perfeição, em todas as suas funções e em todas as suas partes, quanto mais em sua totalidade.

Todos respeitam e precisam da ciência, da pesquisa e do trabalho laboratorial, mas suas conclusões não deveriam ser sobrevalorizadas. Particularmente, a direção da ação terapêutica deveria sempre estar baseada na ideia do corpo como uma entidade, a qual tem que ser suportada e restaurada em sua perfeição silente.

É desnecessário entender a vida na totalidade e suas partículas mínimas e efeito - mas é necessário que, para o problema da terapia, o organismo humano doente por inteiro seja atacado em sua totalidade, especialmente nas doenças degenerativas. Seria um grande erro aplicar a terapia somente na medida em que entendamos as reações biológicas correspondentes ou na medida em que possam ser comprovadas em experimentos com cobaias animais. Em particular, nas doenças degenerativas e no câncer, não deveríamos aplicar um tratamento sintomático ou apenas um que possamos entender integralmente; precisamos de um tratamento que abranja o corpo inteiro na medida em que saibamos ou possamos imaginar. Estes pensamentos eram bem conhecidos dos físicos da Grécia e de Roma; os antigos físicos sabiam que não há doenças, mas somente seres humanos doentes (ver o capítulo sobre Paracelso). Os melhores farmacologistas percebem quão difícil é entender as ações dos fármacos, e frequentemente têm que fazer uso de experiência prática ou clínica.

A tecnologia moderna tem possibilidades quase ilimitadas, mas não consegue transferir estas realizações para a biologia do ser humano. Em *The Failure of Technology*, o Rev. Juenger vê nossa civilização moderna como desastrosa, quase de modo oposto ao ponto de vista do Dr. Norbert Wiener, o qual tem esperança de realizações bem mais grandiosas.³⁰ No entanto, no final desse livro, ele diz que “há muito que devemos deixar, quer gostemos ou não, para o método narrativo ‘científico’ do historiador profissional”.

Este livro não propõe discutir outras teorias sobre o câncer, mas eu gostaria de mencionar a perspectiva de Jesse Greenstein.³¹ Ele chega mais perto de uma assunção geral de que “o câncer é um fenômeno coexistente com o processo vital, que estará presente por mais algum tempo”, ou, em outras palavras, “o câncer não é um sistema isolado do universo vivo”. Apesar de todos estes conceitos gerais, ele chega a uma conclusão algo na contramão para o trabalho de pesquisa - nomeadamente que “essa ênfase deve ser colocada sobre um estudo direto no local da própria enfermidade”. Na edição de 1947, ele é muito pessimista quanto ao futuro ao dizer que “o câncer apenas pode ser prevenido ao prevenir os seres humanos”.³² Não admira que tais pontos de vista, os quais são mais ou menos geralmente aceitos, impeçam os médicos de verem o problema do câncer senão por trás da barreira dos sintomas - envolto em escuridão eterna.

Alguns especialistas do câncer começam a explorar todo novo método de investigação, depois se agarram aos velhos estudos de pesquisa científica. Alexander Haddow, relatando sobre descobertas no Royal Cancer Hospital em Londres, depois de ser incapaz de encontrar qualquer solução promissora, concluiu finalmente: “como em qualquer outro campo, a pesquisa do câncer é não somente dependente de uma estratégia de longo alcance - neste caso centrada na investigação paciente do mecanismo carcinogênico - mas ela também é afetada pela sorte, a observação acidental, ou o princípio

²⁹29 Ver de Kollath *Die Ordnung Unserer Nahrung*. Hippokrates-Verlag 1952, pp. 15-18.

³⁰30 Dr. Norbert Wiener, *Cybernetics [Cibernética]*, edição 11, de 1953.

³¹31 Jesse Greenstein, *Biochemistry of Cancer [Bioquímica do Câncer]*, 1954, p. 589.

³²32 Ver Greenstein, edição de 1947, p. 373.

simplificador inesperado. É impossível dizer o que será provavelmente mais decisivo, porém, cada um é complementar ao outro, e ambos são essenciais no avanço do nosso conhecimento da célula cancerígena.”³³

Aqui, como em todo lado no livro, é expressa a assunção de que o câncer é uma das doenças degenerativas. É difícil provar isto, e ainda é mais difícil descobrir por que um organismo desenvolve esta doença degenerativa e o outro organismo desenvolve ao mesmo tempo um ou diversos tipos diferentes de uma assim chamada degeneração. Em pacientes de câncer, frequentemente, é observada uma combinação de várias doenças degenerativas. Encontrei o câncer frequentemente combinado com osteoartrite crônica, pressão alta ou baixa, sinusite crônica, ou outras infecções crônicas, embora raramente com arteriosclerose, exceto em pessoas mais idosas, ou associado a perturbações cardíacas, diabetes, e raramente com tuberculose, asma, doenças da pele, gota, etc.

Penso que a origem da doença cancerígena é mais provável onde a reativação das enzimas oxidantes, uma das funções do fígado mais admiravelmente desenvolvida, está debilitada.³⁴

Essa pode ser a razão por que indivíduos que herdaram um sistema gastrointestinal mais frágil ficam com câncer em anos mais precoces, de um tipo mais agudo ou maligno, com graves reações alérgicas, mais edemas, menos tendência a proteger o tecido vizinho por uma barreira linfática ou a formar uma cicatriz posteriormente, com e sem calcificação.

A indução experimental de câncer, realizada primeiro por Yamagiva e Itchikawa, esfregando substância de alcatrão nas orelhas de coelhos durante cerca de nove meses, é de importância na medida em que eles descobriram que antes que o câncer começasse a surgir, o fígado ficou danificado e exibiu alterações patológicas, junto com os rins, o baço e o aparelho linfático. O longo período foi necessário para envenenar o fígado, antes que as células danificadas efetuassem a “mutação” para o câncer.

Outro experimento provou que o câncer não é uma doença contagiosa. Mais tarde, aprendemos a transplantar câncer para animais sob condições especiais. Leo Loeb foi o primeiro a ter êxito em inocular sarcoma de rato na glândula tireoide de várias gerações de ratos.³⁵

A pergunta sobre se os seres humanos podem ser imunizados contra o câncer tem que ser respondida negativamente. Não existe qualquer imunização ativa ou passiva imaginável num corpo em que o câncer está crescendo por si mesmo como parte do seu próprio organismo. O tipo de câncer (principalmente tumores virais) contra o qual a imunização resultou não existe de maneira nenhuma nos seres humanos.³⁶

O primeiro médico que tentou transplantar câncer, muito provavelmente, foi o Dr. J. L. Alibert, um famoso cirurgião de Paris na época de Napoleão. Em 17 de outubro de 1808, o Dr. Alibert executou uma extraordinária operação no Hospital de St. Louis, em Paris. Ele removeu material cancerígeno de um tumor de mama de uma mulher, dividiu-o em pequenas partículas e, finalmente, fez uma emulsão que injetou em si mesmo e três de seus estudantes. Surgiu uma grave inflamação febril que durou alguns dias; não houve mais nenhuma reação. Alguns dias depois, o Dr. Alibert repetiu o mesmo experimento em si mesmo e num colega - novamente sem outros resultados.

Sabemos que Napoleão, cujo pai morreu de câncer no estômago, estava muitíssimo interessado no problema do câncer e assumia que iria morrer da mesma doença, o que aconteceu. Ele discutia muitas vezes esse assunto com o seu médico, o Dr. Lucien Corvisart.

Em anos recentes, o Dr. E. Weiss, de Chicago, tentou injetar em pacientes de câncer uma pequena

³³33 Ver o artigo sumário de Alexander Haddow, “The Biochemistry of Cancer [A Bioquímica do Câncer]”, no *Annual Review of Biochemistry [Anuário de Revisão de Bioquímica]*, vol. 24, p. 689.

³⁴34 Ver Rudolf Schoenheimer; *The Dynamic State of Body Constituents [O Estado Dinâmico dos Constituintes do Corpo]*, Harvard University Press, 1942.

³⁵35 J.M. Research 28:15. 1901.

³⁶36 Ver K. H. Bauer, *Das Krebsproblem*, 1949, pp. 438-441

quantidade de extrato aquoso obtido de um tecido humano canceroso, uma vez por semana durante seis semanas consecutivas. O resultado foi um aumento de apetite e um ligeiro ganho de peso somente durante um breve período.

A partir desses primeiros experimentos e numerosos outros posteriormente, aprendemos quão difícil é tornar transplantes de câncer efetivos no mesmo tipo de animal, e quão mais difícil é transplantá-los para outros tipos.

A questão sobre se o corpo *saudável* tem o poder de prevenir sua “absorção” (incorporação) foi negligenciada por um longo tempo, no que respeita ao seguinte: em geral, sabemos que o corpo saudável tem o poder de se defender contra a invasão por corpos estranhos ou bactérias vivas, cocos, vírus, etc. por uma reação defensiva, ou de destruí-los depois que entraram no corpo, por uma reação inflamatória como meio de cura.

Repito - uma reação defensiva ou curadora ocorre no corpo *saudável* quando nele são injetados tecidos cancerígenos ou extratos de câncer. Todavia, a reação foi diferente em pacientes de câncer. Aí, todos os diferentes tipos de experimentos tiveram apenas um efeito mínimo ou temporário, já que o corpo canceroso tinha perdido seu poder defensivo e curador.

Vários autores notáveis, tal como August Bier, Pirquet e von Bergmann, acharam que as enfermidades podiam ser incluídas no problema da inflamação, dado que o corpo canceroso não mais podia criar uma reação de cura por inflamação normal. No início, Rudolf Virchow achou que a inflamação crônica também fosse um processo de degeneração, enquanto que hoje o processo inflamatório é reconhecido como uma reação mesenquimática, a qual pode ocorrer para benefício ou prejuízo do corpo.

G. von Bergmann, diretor da Clínica Médica Universitária em Berlim e Presidente da Associação de Medicina de Berlim, foi o primeiro a examinar em sua clínica as alterações químicas funcionais em tecido cancerígeno e corpos cancerosos em suas reações, mas ele não se atreveu a usar estas descobertas para experimentos terapêuticos. Ele explicou em seu livro que existem diferenças nos vários tipos de metabolismo inflamatório que foram estudados detalhadamente no seu hospital.³⁷ As células em uma exsudação inflamatória têm glicólise aeróbica ainda maior do que os leucócitos normais, enquanto que os leucócitos na leucemia têm apenas um metabolismo anaeróbico.³⁸

Por causa da importância destes achados para a nova abordagem ao problema do câncer, ou seja, encará-lo como um distúrbio do metabolismo *total* e suas funções essenciais, eu gostaria de citar uma passagem do livro do Dr. Von Bergmann:

“Mesmo se um uso terapêutico sistemático desta ideia for impossível neste momento, um metabolismo do câncer começa onde o corpo já não é mais capaz de produzir uma inflamação curativa. É possível mostrar distintamente a antítese dos dois metabolismos em suas reações. Experimentos são feitos por Ruth Lohmann sob a supervisão do Dr. Kempner que provam que tiras de tecido, retirados dos tumores malignos de ratos ou tecidos cancerosos humanos, são rapidamente mortos em uma exsudação inflamatória simplesmente porque o metabolismo específico da célula cancerígena não pode ser mantido nessas proximidades. Os valores exatos de açúcar, bicarbonato e o grau de acidez medido pelo valor do pH demonstram que nenhuma célula cancerígena pode viver mais tempo ali. (Ver Tabela II, n. 1)”

A Tabela 2 mostra claramente a rápida eliminação das células cancerígenas no fluido inflamatório após algumas horas, enquanto elas eram perfeitamente capazes de viver no soro. Isso significa que onde o metabolismo inflamatório começa, o metabolismo canceroso se detém e as células cancerígenas têm que morrer na área de tal metabolismo inflamatório favorável com elevado poder de oxidação.

³⁷37 G. von Bergmann, *Funktionelle Patologia*, pp. 173-174.

³⁸38 Ver Peschel “Stoffwechsel leukemischer Leukocyten”, *Klin. Wo.*, 1930, No. 23, e Ruth Lohmann “Krebsstoffwechsel”, *Klin. Wo.*, N° 39.

TABELA II - Metabolismo do tecido com sarcoma depois de diferentes períodos de tempo em soro e fluido inflamatório sob condições aeróbicas

1	no soro		no fluido inflamatório	
	<i>QO_?</i>	<i>QH??</i>	<i>QO_?</i>	<i>QH??</i>
0 horas	10,8	23,4	11,2	21,8
6 horas	10,2	21,8	6,9	13,3
10 horas	9,7	18,9	2,8	2,9
14 horas	9,6	17,5	0,0	0,0
2				
0 horas	11,3	17,6	12,0	21,1
12 horas	8,8	16,6	0,0	0,0

Fehleisen (1823), Coley (1892-1919) e outros não conseguiram induzir uma reação inflamatória suficiente ao inocularem infecções ou material infeccioso em pacientes com câncer que produzissem suficiente febre alta para a reação curativa. Os Drs. Alibert, Weiss, Durovic (Krebiozen) e outros tiveram êxito parcial em suas prolongadas tentativas para produzir uma reação defensiva suficiente no corpo ao inocularem tecido canceroso ou extratos de tecidos de câncer, materiais infecciosos, etc.

Assim, começamos a reconhecer a doença do câncer como uma variação degenerativa patológica do metabolismo total, semelhante a variações de outras doenças degenerativas.

Os esforços terapêuticos concentram-se em três itens essenciais:

1. Uma desintoxicação profunda e constante.
2. Uma restauração do metabolismo enteral completo, incluindo o fígado, o mais possível.
3. A restauração do metabolismo parenteral completo necessário para as reações inflamatórias e o poder curativo.

O tratamento é efetivo somente desde que o fígado e o metabolismo sejam restauráveis.