

Article Walter Last

Jusqu'à quel point les traitements orthodoxes du cancer sont-ils scientifiques?

Les études techniques et analyses statistiques impartiales montrent que les traitements anticancéreux orthodoxes tels que chirurgie radicale, chimiothérapie ou radiothérapie n'ont aucun fondement rationnel et sont souvent plus nocifs que bénéfiques.

Le milieu médical s'enorgueillit de la rigueur des recherches scientifiques qui étayent son approche des traitements du cancer. Le patient diagnostiqué cancéreux subit une énorme pression de la part du système de soins, l'incitant à commencer sur le champ un protocole de soins médicaux impliquant diverses combinaisons de chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie. Effrayés et sous le choc, la plupart des gens qui se retrouvent dans cette situation ne font pas le poids face au pouvoir écrasant des autorités médicales.

Comment réagiriez-vous dans un tel cas ? Peut-être avez-vous tendance à vous tourner vers les thérapies naturelles lorsqu'il s'agit de problèmes de santé bénins, mais pour une chose aussi grave que le cancer, vous vous sentiriez sans doute davantage rassuré par les méthodes éprouvées des traitements médicaux reconnus. Néanmoins, puisque vous en avez l'occasion, lisez ce qui suit avant d'asseoir un jugement définitif. Vous pourrez peut-être ainsi vous faire une meilleure idée des traitements plus naturels.

Dans cet article, j'ai voulu rassembler les faits les moins connus de cette science qui sous-tend les traitements conventionnels. Dans la recherche sur le cancer, le succès – estimé sur un taux de survie supérieur ou égal à cinq ans – est établi en comparant d'autres formes et associations de traitements avec les résultats de la seule chirurgie. Toutefois, le taux de succès de la chirurgie n'a été que rarement comparé au taux de survie de patients non traités et n'a jamais été comparé à celui de patients ayant opté pour des thérapies naturelles. Par conséquent, l'estimation des traitements orthodoxes n'est au fond que peu scientifique. Ce taux global et supposé de guérison n'est pas supérieur à celui pouvant s'expliquer par des rémissions spontanées et l'effet placebo.

Pour étayer ma position, je vais vous faire part de quelques conclusions et déclarations clés extraites de publications médicales et scientifiques.

" Les études semblent montrer qu'il est utile d'intervenir tôt, parce qu'on inclut dans les ablations précoces les lésions précancéreuses qui, souvent, ne deviendraient pas cancéreuses si on n'y touchait pas [l'emphase a été mise par l'auteur]. "

En d'autres termes, l'intervention précoce semble utile parce qu'on élimine des lésions non cancéreuses mais comptabilisées comme telles, améliorant les statistiques de survie. " En outre, peu importe qu'on enlève une grosse ou une petite partie du sein; le résultat est toujours le même. "1 Cette déclaration indique bien que la chirurgie n'augmente pas les chances de survie, suggérant l'absence de différence de résultat entre mastectomie radicale et l'ablation de la tumeur.

Des chercheurs ont qualifié de purement complaisante l'attitude encourageant la soumission d'au moins 70 % des femmes atteintes d'un cancer du sein à une vaine procédure de mutilation.² En outre, il n'existe aucune preuve montrant qu'une mastectomie précoce a une incidence sur le taux de survie; si les patientes le savaient, elles refuseraient très probablement la chirurgie.³

En 1993, l'éditeur de la revue *Lancet* soulignait que, malgré diverses modifications apportées aux traitements du cancer du sein, les taux de mortalité étaient restés inchangés. Il reconnaissait que, en dépit des découvertes "miraculeuses" annoncées quasi hebdomadairement, la profession médicale, avec son extraordinaire faculté d'aveuglement (c'est lui qui le dit, pas moi !) s'était en vérité fourvoyée. En même temps, il rejetait le point selon lequel le mieux consiste à augmenter la chimiothérapie post-chirurgicale jusqu'au seuil juste inférieur au seuil léthal. Il s'interrogeait alors : " Ne serait-il pas plus scientifique de se demander pourquoi notre approche a échoué ? " Il était temps de s'interroger après avoir mutilé des femmes pendant un siècle, non ? Le titre de cet éditorial, fort approprié, est " Cancer du sein : nous sommes-nous fourvoyés ? "4

Essentiellement, tous les types et toutes les combinaisons de traitements conventionnels contre le cancer du sein semblent présenter les mêmes faibles taux de survie à long terme. La seule conclusion qui peut être tirée de tout cela est que le traitement conventionnel n'améliore pas les taux de survie à long terme. Pire encore, Michael Baum, MD, grand chirurgien britannique spécialiste du cancer du sein, a découvert que dans le cas d'atteinte de cet organe, la chirurgie avait tendance à augmenter le risque de rechute ou de décès dans un délai de trois ans. Il a également établi que la chirurgie accélérait le développement de la maladie en stimulant la formation de métastases dans d'autres parties de l'organisme.⁵

Au bout de 23 ans, aucune différence n'est observée entre les taux de survie des patients ayant subi une chirurgie [pour le cancer de la prostate] et les autres...

Une étude comparative allemande antérieure a révélé que les femmes ménopausées atteintes d'un cancer du sein et ne suivant aucun traitement vivent plus longtemps. L'étude recommandait donc à celles répondant à ce cas de figure de s'abstenir. ⁶ Cet avis confirme la découverte d'Ernst

Krokowski, professeur de radiologie allemand qui démontra de façon concluante que la métastase était généralement provoquée par une intervention médicale, dont parfois la seule biopsie ou une chirurgie sans rapport avec le cancer.⁷ L'intervention sur une tumeur fait passer un nombre beaucoup plus important de cellules cancéreuses dans le sang, tandis que la plupart des procédures médicales (en particulier la chimiothérapie) détruisent le système immunitaire. En associant ces différents traitements, on court droit au désastre. Ce sont les métastases qui tuent, alors que les tumeurs primitives en général, et celles du sein en particulier, peuvent s'avérer relativement inoffensives. Ces découvertes sont confirmées par de récentes recherches qui montrent que la chirurgie, même si elle n'avait rien à voir avec le cancer, pouvait déclencher une propagation explosive de métastases et entraîner une mort prématurée.⁸

Cette analyse fait écho aux rapports antérieurs d'une tendance à la progression de la maladie dans les cas de cancers de la prostate traités radicalement par chirurgie. À vrai dire, les premiers essais cliniques aléatoires ont porté sur le cancer de la prostate, représentatif de n'importe quel type de cancer. Au bout de 23 ans, aucune différence n'est observée entre les taux de survie des patients ayant subi une chirurgie et les autres. Mais ceux qui s'étaient fait opérer avaient davantage de problèmes de santé tels que ceux liés à l'impuissance ou l'incontinence.⁹

Feu H. B. Jones, professeur de physique médicale et célèbre statisticien américain spécialiste du cancer, déclarait lors d'un discours prononcé devant l'American Cancer Society en 1969, qu'aucune étude n'avait prouvé l'augmentation des chances de survie par une intervention précoce et qu'au contraire, les données recueillies montraient de façon concluante que les patients cancéreux non traités vivaient jusqu'à quatre fois plus longtemps et avaient une qualité de vie bien meilleure que ceux ayant suivi un traitement.¹⁰ Inutile de préciser qu'on ne l'a jamais réinvité !

Manipulations des statistiques

Une étude épidémiologique a confirmé la valeur contestable de la thérapie conventionnelle en concluant que " les interventions médicales contre le cancer ont un effet négligeable voire nul sur la survie ".¹¹ La revue médicale conservatrice *New England Journal of Medicine* a même publié un article intitulé, " Le cancer vaincu ".¹²

Voyez plutôt comment on parvient à rendre les statistiques médicales plus favorables. Les patients qui meurent au cours d'un traitement de chimiothérapie ou de radiothérapie prolongé ne sont pas comptabilisés dans les statistiques parce qu'ils n'ont pas reçu l'intégralité du traitement. Dans le groupe témoin, par contre, chaque victime est comptabilisée.

En outre, le succès d'une méthode est généralement mesuré au pourcentage de tumeurs en régression, sans tenir compte du taux de survie des patients;

mais si l'on mesure le taux ou le temps de survie, alors cela ne concerne en général que les décès liés à la maladie traitée proprement dite. On ne tient habituellement pas compte du nombre des patients qui meurent à cause du traitement lui-même.

La tendance actuelle consiste à détecter des états précancéreux très tôt et à les traiter comme des cancers. Même si cela augmente statistiquement le nombre de personnes atteintes d'un cancer, cela prolonge aussi artificiellement les temps de survie et fait diminuer les taux de mortalité, faisant ainsi paraître les traitements médicaux plus efficaces. Toutefois, il existe peut-être un facteur authentique à l'origine d'une meilleure survie, étant donné que de plus en plus de patients atteints de cancer optent pour des thérapies naturelles complémentaires.

Un examen des dossiers de 1,2 million de patients atteints de cancer révèle que le taux de mortalité attribué à une cause autre que le cancer lui-même peu de temps après le traitement est supérieur de 200 % au taux auquel on aurait pu normalement s'attendre.

Deux ans après le diagnostic et le traitement, ce taux de mortalité excessif était tombé à 50 %. La cause la plus fréquente de ce taux de mortalité excessif était un arrêt cardiaque ou respiratoire. Cela signifie que, au lieu de mourir plusieurs années plus tard du cancer, ces patients mouraient des effets du traitement et contribuaient grandement à améliorer les statistiques, la maladie du cancer à proprement parler n'étant pas retenue comme cause du cancer.¹³ Cette façon trompeuse de présenter les décès liés au cancer a conduit à réclamer un peu plus d'honnêteté dans les statistiques.¹⁴

Après qu'une analyse de plusieurs vastes études du dépistage par mammographie eut révélé que la mammographie conduisait à un traitement plus agressif, sans aucun avantage en matière de survie, l'éditeur de la revue *Lancet* lui-même fut obligé d'admettre que les vastes essais aléatoires menés n'avaient apporté aucune preuve fiable venant appuyer les programmes de dépistage par mammographie.¹⁵ L'importance de cette déclaration dépasse largement cette procédure de dépistage.

Les partisans de la médecine conventionnelle reconnaissent ouvertement ne disposer d'aucun moyen efficace pour aider les patients atteints d'un cancer avancé. Jusqu'à présent, le slogan a toujours été " Plus un cancer est détecté tôt, plus il a de chances de guérir ". Ces études sur l'utilité de la mammographie démontrent que le moment où le cancer est détecté n'a aucune importance; les méthodes conventionnelles sont inefficaces au même titre que l'industrie de la cancérologie qui pèse plusieurs milliards de dollars (ma conclusion).

Une étude canadienne réalisée sur 13 ans et impliquant 40 000 femmes a comparé des femmes ayant subi un simple examen clinique du sein et des femmes ayant subi un examen plus une mammographie. Le groupe ayant

subi un examen et une mammographie a connu beaucoup plus d'ablations et d'interventions chirurgicales que l'autre, avec un taux de mortalité de 107 contre 105 dans le groupe n'ayant subi qu'un simple examen clinique.¹⁶

Le carcinome canalaire in situ (CCIS) est une forme fréquente, non infiltrante, de tumeur mammaire. La plupart des cas de CCIS sont détectés grâce à la mammographie. Chez les femmes les plus jeunes, 92 % des cancers détectés par mammographie sont de ce type. Néanmoins, en moyenne, 44 % – et parfois jusqu'à 60 % – de ces tumeurs sont traitées par une mastectomie. Étant donné que la plupart d'entre elles sont inoffensives, ce traitement inutile suscite des statistiques fallacieuses.¹⁷

Tandis que le diagnostic conventionnel gagne du terrain et peut contribuer à étendre le cancer, un autre genre d'examen électrodermal – le test Biofield – développé par une équipe de chercheurs issus de huit universités et hôpitaux européens, a été présenté dans *Lancet* comme fiable à 99,1 % pour le diagnostic de la malignité des tumeurs mammaires.¹⁸

Une vaste méta-analyse des résultats de la radiothérapie dans le cas du cancer du poumon a montré qu'après deux ans, le groupe ayant subi une radiothérapie post-chirurgicale affichait 21 % de décès en plus que celui n'ayant subi que la chirurgie. L'article de *Lancet*¹⁹ rappelait que le principe retenu est bien celui de la nécessité de tuer toute cellule cancéreuse restante après la chirurgie; dommage que les faits ne confirment pas cette théorie.

La chimiothérapie : la roulette russe médicale?

La chimiothérapie pour les enfants atteints de leucémie et de la maladie de Hodgkin affiche fièrement ce qui est sans doute le seul succès apparent de la thérapie anticancéreuse orthodoxe. Or une étude prospective à long terme montre que ces enfants développent 18 fois plus de tumeurs malignes secondaires au cours de leur vie. Pire encore, les filles ont un risque de cancer du sein 75 fois (7 500%) supérieur à l'âge de quarante ans.²⁰ L'un des principaux problèmes semble être le développement d'infections profondes ou systémiques par le champignon *Candida albicans* peu de temps après le début de la chimiothérapie.²¹ Si ces infections ne sont pas correctement traitées, il y aura probablement des rechutes ou des problèmes de santé à l'avenir.

" De nombreux oncologues considèrent comme allant de soi qu'une réaction à la thérapie prolonge la survie, opinion qui se base sur un raisonnement faux et n'est étayée par aucune étude clinique. "

Une étude sur le cancer des ovaires a révélé que le risque de développer une leucémie après une chimiothérapie était 21 fois ou 2 100% plus élevé. L'incidence du dosage apparaît ici crucial. Le taux de leucémie s'est avéré doubler entre les groupe ayant reçu de faibles doses ou modérées puis quadruplait entre ce dernier et celui ayant reçu de fortes doses. En outre, il

est fréquent que d'autres tumeurs se développent après un traitement des tumeurs malignes par la chimiothérapie.²² Dans un essai réalisé sur le myélome multiple, l'usage de la chimiothérapie n'a révélé aucun avantage par rapport à une absence de traitement.²³

Le biostatisticien allemand estimé Ulrich Abel a présenté une analyse détaillée de plus de 3 000 essais cliniques sur l'intérêt de la chimiothérapie dans le cas d'un carcinome avancé (par exemple, un cancer du sein) [Les oncologues ont tendance à employer la chimiothérapie parce qu'elle peut réduire temporairement la tumeur, en réaction; elle tend toutefois à manifester aussi des effets secondaires désagréables]. Abel en conclut qu'il n'existait aucune preuve directe montrant que la chimiothérapie prolongeait la survie dans de tels cas. Il déclara : " De nombreux oncologues considèrent comme allant de soi qu'une réaction à la thérapie prolonge la survie, opinion qui se base sur un raisonnement faux et n'est étayée par aucune étude clinique. "24

Dans *Questioning Chemotherapy*, Ralph W. Moss, PhD, offre une analyse détaillée du sujet. La conclusion du livre se résume à l'observation de l'absence de toute preuve d'une prolongation de la vie dans la majorité des cas de cancer.²⁵

Toutefois, même si cela était le cas, quelle serait la qualité d'un tel sursis ? Tom Nesi, ancien directeur des affaires publiques chez le géant pharmaceutique Bristol-Myers Squibb, évoqua dans le *New York Times* le résultat positif du traitement de sa femme, qui lui a permis théoriquement de prolonger sa vie de trois mois.²⁶ Pourtant, deux semaines après sa chimio, elle griffonnait sur un carnet : " déprimée – arrêtez – s'il vous plaît ". Je ne suis pas étonné d'entendre dire que la plupart des oncologues ne laisseraient pas les membres de leur famille suivre ces traitements.

Le traitement complet?

Dans son livre, *Cancer: A New Breakthrough*, Virginia Livingston (plus tard Livingston-Wheeler), remarquable chercheur et thérapeute sur le cancer, raconte le cas de l'une des nombreuses patientes venues vers elle après avoir subi le traitement complet contre le cancer du sein :²⁷

" Après avoir découvert chez elle une petite tumeur mammaire, une mastectomie radicale fut pratiquée sur elle. Aucun des ganglions lymphatiques prélevés sous l'aisselle [n'était] concerné; on avait enlevé avec succès l'intégralité du cancer. Afin de s'assurer qu'il n'y aurait aucune récurrence dans les cicatrices, elle a reçu un traitement aux radiations et ses ovaires furent retirés.

" A sa grande consternation, un an plus tard, plusieurs petits nodules sont apparus dans l'ancienne cicatrice du sein. Elle reçut à nouveau de la radiation. D'autres tumeurs apparurent dans le cou, nécessitant encore de la

radiation. En outre, on lui a administré une thérapie hormonale avec des hormones mâles, entraînant de l'acné et une sévère pilosité faciale. Cela n'empêcha pas les nodules de revenir. Maintenant elle reçut une chimiothérapie, avec tous les effets secondaires habituels.

" Avant que ses cheveux ne repoussent, elle se plaignit de douleurs osseuses. Le diagnostic est tombé : cancer des os. Un supplément de chimiothérapie et de thérapie hormonale était supposé l'aider. Toutefois, plusieurs mois plus tard, les lésions osseuses ont empiré et on recommanda l'excision des glandes surrénales ce qui fut fait. Avec un peu de chance, cela allait prolonger ses souffrances pendant un an de plus. Ensuite, en lui enlevant l'hypophyse, elle aurait trois à six mois de plus à vivre.

" Sa confiance en ses médecins étant désormais suffisamment ébranlée, elle s'est tournée vers le Dr Livingston. Elle demanda à être examinée sans que son mari soit présent, car elle voulait lui épargner la vision atroce de son corps nu, déformé, mutilé et ratatiné, avec un abdomen affreusement gonflé et des jambes toutes maigres. Elle finit par murmurer : 'Docteur, dois-je en finir moi-même ?' "

L'Omerta médicale

Pourquoi font-ils ça ? (par " ils ", je fais référence à ce que l'on pourrait appeler communément " le petit monde de la cancérologie ") Je pense que la réponse a été donnée par l'éminent commentateur médical et ancien éditeur du New Scientist, le Dr. Donald Gould, dans un article toujours d'actualité intitulé " Cancer: A Conspiracy of Silence ".²⁸ Le sous-titre résume sa position : " Les cancers les plus fréquents sont aussi résistants au traitement aujourd'hui qu'il y a 40 ou 50 ans. On n'a aucun intérêt à prétendre que la lutte contre le cancer est en train d'être gagnée lentement mais sûrement. "

Cette vérité a été délibérément cachée au grand public. Selon Gould, la raison de cette conspiration du silence n'est autre que financière. Le monde de la cancérologie doit conserver une image de gagnant aux yeux du public afin de continuer à en percevoir les subsides. L'un des scientifiques cités affirmait qu'étant donnés les dizaines de milliers de radiologues et les millions de dollars de matériel, on prescrit de la radiation même si les études successives montrent que cela fait plus de mal que de bien.

Gould pense également que les patients pourraient avoir une vie confortable jusqu'à leur mort inévitable s'ils ne suivaient aucun traitement médical. Or le traitement leur fait vivre un enfer dans une vaine tentative de retarder leur mort de quelques malheureuses semaines. Mais, bien entendu, c'est là que l'on se remplit le plus les poches. Gould a l'impression qu'on empoisonne les patients avec des médicaments et des rayons et qu'on les mutile avec une chirurgie inutile dans une tentative désespérée de traiter l'intraitable.

Peu de choses ont changé depuis que Gould a écrit cet article en 1976. Dans une édition récente de The Moss Reports, nous pouvons lire que la survie à long terme après des cancers courants, tels que ceux de la prostate, du sein, du poumon ou encore le cancer colorectal, " a à peine bougé depuis les années 1970 ".²⁹ En résumé, cela signifie qu'il n'y a pas eu d'amélioration significative dans ce domaine au cours de ces 70 à 80 dernières années.

La base scientifique de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) des médicaments?

Il est également intéressant de connaître la base scientifique de l'autorisation des médicaments anticancéreux. La plupart de ces médicaments viennent au départ des Etats-Unis. Par le passé, une compagnie devait soumettre deux vastes essais aléatoires favorables pour obtenir l'autorisation de la Food and Drug Administration (FDA). " Favorable " signifie qu'il doit y avoir un certain taux de régression des tumeurs pendant au moins un mois. Il n'était pas nécessaire de démontrer une prolongation de la vie pas plus que de faire état des résultats défavorables issus d'autres essais.

Bien qu'une majorité des populations occidentales préfère les remèdes naturels, pratiquement tous les partis politiques encouragent la pharmacodépendance.

Ces directives " scientifiques strictes " ont été assouplies sous l'administration Clinton et les laboratoires pharmaceutiques peuvent désormais obtenir l'AMM sur la base de légers essais préliminaires, même si un vaste essai randomisé peut s'avérer défavorable.³⁰ Dans une déclaration marquante sur l'AMM des médicaments, un porte-parole de la FDA a souligné que tout retard dans la procédure d'autorisation n'impliquait pas forcément des morts inutiles parce que " tous ces traitements contre les cas de cancer avancé ne guérissent pas les gens ".³¹

Peut-être la situation est-elle encore pire que cela. Peut-être ne s'agit-il pas simplement de traitements inefficaces. Un groupe de chercheurs respectés a examiné toutes les preuves statistiques publiées sur les résultats des traitements médicaux et a montré que le système médical était désormais la première cause de décès et de préjudices aux Etats-Unis. En 2001, les décès imputables à une maladie cardiaque s'élevaient à 699 697. Pour le cancer, ce chiffre était de 553 251 tandis que pour les interventions médicales il était de 783 936 ! Fort à propos, cette étude s'intitule " Mort sur ordonnance ".³²

Vous devez sûrement vous interroger sur les raisons poussant les autorités médicales à fermer les yeux sur ces décès massifs, la plupart dus aux médicaments, et à préférer concentrer leurs énergies dans la lutte contre les suppléments alimentaires et les remèdes naturels.

La récente saga de Pan Pharmaceuticals illustre bien l'attitude officielle. En 2003, le gouvernement australien a obligé le plus gros fabricant national de

remèdes naturels à déposer le bilan, soi-disant parce que ces produits risquaient de rendre les gens malades voire de les tuer.

A mon avis, cette attitude tendancieuse s'explique par le fait que les services de santé et les autorités de réglementation sont dominés par des médecins en titre qui ont été formés (en partie avec l'argent des compagnies pharmaceutiques) à croire que les médicaments sont bénéfiques et que les remèdes naturels sont potentiellement nocifs. Bien qu'une majorité des populations occidentales préfère les remèdes naturels, pratiquement tous les partis politiques encouragent la pharmacodépendance.

Par conséquent, nous avons besoin de toute urgence d'un parti politique qui encourage les remèdes naturels plutôt que la pharmacodépendance. C'est la première étape indispensable si l'on veut changer ce climat politique tyrannique.

Nous pouvons trouver un indice de la cause de ces statistiques consternantes de " Mort sur ordonnance " dans un éditorial de Richard Smith publié dans le British Medical Journal : " Pourtant seulement 15 % des interventions médicales sont justifiées par des preuves scientifiques solides " et " Cela résulte du fait que seul 1 % des articles publiés dans les revues médicales s'avère scientifiquement fondé et que de nombreux traitements n'ont absolument jamais été évalués ".³³

Le récent fiasco de l'hormonothérapie substitutive (HTS) est un bel exemple de la nature peu scientifique de la recherche médicale. Il y a plusieurs décennies, des recherches " scientifiques rigoureuses " montrèrent qu'elle était sans risque et efficace; sinon, elle n'aurait pas été autorisée. Il a été dit et répété qu'elle protégeait contre les maladies cardiaques et le cancer. Aujourd'hui, chaque nouvel essai révèle que l'HTS est dangereuse et augmente le risque de maladies cardiaques et de cancer.

Qu'est-ce qui a cloché ? Pourquoi ne s'en est-on pas aperçu plus tôt ? L'explication est très simple. Les premières recherches ont été menées dans l'objectif de générer des profits, tandis que les récentes enquêtes ne participent pas à ces bénéfices. Par conséquent, je ne fais pas confiance aux recherches effectuées dans une optique de rentabilité. Malheureusement, c'est aujourd'hui le cas de la plupart des études médicales.

Perspectives d'avenir?

Cela fait maintenant 32 ans que le Président Nixon a déclaré la guerre au cancer. Depuis, on a dépensé 2 billions de dollars US pour la recherche et les traitements anticancéreux conventionnels, avec pour conséquence un nombre plus important que jamais de personnes mourant du cancer.³⁴ Même si de nombreuses évaluations des effets de divers nutriments furent menées sur différents cancers, les naturopathes n'ont eu droit à aucun centime pour réaliser des essais sur des thérapies anticancéreuses

holistiques.? A l'opposé, ils ont dû affronter un siècle de persécution, la plupart s'étant fait traîner devant les tribunaux et ayant fini en prison.

Ne serait-ce pas plus scientifique d'évaluer impartialement leurs méthodes anticancéreuses que de les envoyer en prison ? La plupart des centres anticancéreux alternatifs des Etats-Unis ont été obligés de se réimplanter au Mexique (pour une liste de ces centres dans le monde, voir le site Internet <http://www.cancure.org>.)

L'approche anticancéreuse holistique inclut la nutrition avancée, les plantes, l'électromédecine et la médecine vibratoire ou énergétique, les psychothérapies émotionnelles ou mentales. La seule étude connue d'une approche holistique chercha à évaluer la portée de la thérapie Gerson en mesurant les taux de survie à cinq ans de 153 patients atteints de mélanomes. Ici, 100 % des patients atteints de cancers de stade I et II ont survécu alors que seuls 79 % de ceux ayant suivi une thérapie conventionnelle ont survécu. Avec des cancers de stade III (métastases régionales), ces chiffres étaient respectivement de 70 % et 41 %; avec des cancers de stade IVa (métastases distantes), ils étaient de 39 % et de 6 %.³⁵

De nombreux naturopathes affirment avoir réussi dans plus de 90 % des cas à stopper et à faire régresser le cancer, à condition que les patients n'aient pas suivi de traitement orthodoxe au préalable. Les traitements les plus préjudiciables semblent être la chimiothérapie et la radiothérapie.

Par conséquent, si vous êtes confronté au cancer, je vous invite à ne pas agir sous le coup de la peur ou de la pression. Rares sont les cas où la situation est urgente au point de nécessiter une action immédiate. Effectuez plutôt vos propres recherches dans les livres, les revues et sur Internet puis faites confiance à votre bon sens ou à votre intuition.

Notes de fin

1. Skrabanek, P., "False Premises and False Promises of Breast Cancer Screening", *The Lancet* 2:316-19 (1985)
2. Baum, M., "The Curability of Breast Cancer", *British Medical Journal* 1:439-42 (1976)
3. Cunningham, L., "Mastectomy for so-called lobular carcinoma in situ", *The Lancet* 1 (8163):306 (9 février 1980)
4. Editorial, "Breast Cancer: Have we lost our way?", *The Lancet* 341:343-44 (1993)

- 5.** Baum, M., "Does surgery disseminate or accelerate cancer?", *The Lancet* 347:260 (27 janvier 1996)
- 6.** Gregl, A., "Die Lebenserwartung des unbehandelten Mammakarzinoms" ("L'espérance de vie des carcinomes mammaires non traités [cancer du sein]"), *Klin. Wschr.* 41:67-6 (1963)
- 7.** Krokowski, E.H., "Is the Current Treatment of Cancer Self-Limiting in the Extent of its Success?", *J. Int. Acad. Preventive Medicine* 6(1) 23-39 (1979)
- 8.** Tagliabue, E. et al., "Role of HER2 in wound-induced breast carcinoma proliferation", *The Lancet* 362 : 527-533 (16 août 2003)
- 9.** Iversen, P. et al., "Radical Prostatectomy versus Expectant Treatment for Early Carcinoma of the Prostate", *Scand. J. Urol. Nephrol.* 172:65-72 (1995)
- 10.** Jones, H.B., Lecture at the American Cancer Society Conference, New Orleans, 3 juillet 1969
- 11.** McKinlay, J.B. et al., "A Review of the Evidence Concerning the Impact of Medical Measures on Recent Mortality and Morbidity in the United States", *Int. J. Health Services* 19(23):181-208 (1989)
- 12.** Bailar, J.C. III, Gornik, H.L., "Cancer undefeated", *New England Journal of Medicine* 336:1569-1574 (1997)
- 13.** Brown, B.W., Brauner, C., Minnotte, M.C., "Noncancer deaths in white adult cancer patients", *J. Nat. Cancer Inst.* 85:979-987 (1993)
- 14.** Welch, H.G., Black, W.C., "Are Deaths Within 1Month of Cancer-Directed Surgery Attributed to Cancer?", *J. Nat. Can. Inst.* 94:1066-70 (2002)
- 15.** Olsen, O., Gotzsche, P.C., "Cochrane review on screening for breast cancer with mammography", *The Lancet* 358:1340-42 (20 octobre 2001) et Editorial, pp. 1284-85
- 16.** Miller, A.B. et al., "Canadian National Breast Cancer Screening Study-2: 13-year results of a randomised trial in women aged 50-59 years", *J. Nat. Cancer Inst.* 92 : 1490-99 (20 sept 2000)
- 17.** Ernster, Virginia L. et al., "Incidence of and treatment for ductal carcinoma in situ of the breast", *Journal of the American Medical Association* 275(12):913-18 (27 mars 1996) ; Page, David L., Jensen, Roy A., "Ductal carcinoma in situ of the breast", *JAMA*, *ibid.*, pp. 948-49
- 18.** Cuzick, Jack et al., "Electropotential measurements as a new diagnostic modality for breast cancer", *The Lancet* 352:359-63 (1er août 1998)

- 19.** PORT Meta-analysis Trialists Group, "Postoperative radiotherapy in non-small-cell lung cancer: systematic review and meta-analysis of individual patient data from nine randomised controlled trials", *The Lancet* 352(9124):257-63,250-51 (25 juillet 1998)
- 20.** Bhatia, S., Robison, L.L. et al., "Breast cancer and other second neoplasms after childhood Hodgkin's disease", *New England J. Med.* 334(12):745-51 (21 mars 1996) 2 1 . Klingspor, L., Stintzing, G., Tollemar, J., "Deep Candida infection in children with leukaemia", *Acta Paediatr.* 86(1)30-6 (1997)
- 21.** Klein-Szanto, A.J.P., "Carcinogenic effects of chemotherapeutic compounds", *Prog. in Clinical and Biological Research* 374:167-74 (1992)
- 22.** Riccardi, A., Mora, O. et al., "Long-term survival of stage I multiple myeloma given chemotherapy just after diagnosis or at progression of the disease: a multicentre randomised study", *Br. J. Cancer* 82(7):1254-60 (avril 2000)
- b Abel, U., "Chemotherapy of advanced epithelial cancer: a critical review", *Biomed. Pharmacother.* 46 (10) : 439-52 (1992)
- 24.** Moss, Ralph W., PhD, *Questioning Chemotherapy*, Equinox Press, NY, 1995
- 25.** Nesi, Tom, "False hope in a bottle" (Op. Ed.), *New York Times*, 5 juin 2003
- 26.** Livingston, Virginia, *Cancer: A New Breakthrough*, Cancer Book House, LA, 1972
- 27.** Gould, D., "Cancer: A Conspiracy of Silence", *New Scientist*, 2 décembre 1976
- 28.** Moss, R.W., *The Moss Reports*, no. 127, 4 avril 2004, <http://www.ralphmoss.com>
- 29.** Moss, R.W., *The Moss Reports*, no. 86, 7 juin 2003
- 30.** Moss, R.W., *The Moss Reports*, no. 122, 28 février 2004
- 31.** Null, G., Dean, C. et al., "Death by Medicine", *Nutrition Institute of America*, November 2003, <http://www.NutritionInstituteOfAmerica.org>
- 32.** Smith, R. (editor), "The poverty of medical evidence", *British Medical Journal*, vol. 303, 5 octobre 1991

33. Begley, Sharon, "New statistics show increase in cancer rates: cancer rates go up, not down", Wall Street Journal, 16 octobre 2002, p. B1
Hildenbrand, G.L. et al., "Five-year survival rates of melanoma patients treated by diet therapy after the manner of Gerson: A retrospective review", Alt. Therapies 1 (4) : 29-37 (sept 1995)