

Infos Pratiques

Table des matières :

- **Je vous invite à lire ce livre du Dr Michel Moiro**t (1912-1997), chirurgien français et psychosomatien. Michel Moiro
t a été chef de clinique à l'Hôtel-Dieu de Paris.- Origine des cancers - Le début du livre est à la page 33**
- **Antoine Béchamp VS Pasteur : page 19**
- **Vaccinations : page 29**
- **Relation médecins / Malades : page 31**
- **La méthode BOST : révolution en dentisterie : page 61**
- **Cholestérol, la grande arnaque : page 63**

Origine des cancers - Le début du livre est à la page 32

Chapitre 8

Incompatibilité entre cancer et autres maladies.

Dans son livre « le Cancer », le Dr Emile-G. Peeters mentionne que les obèses sont signalés comme très sensibles à la cancérisation mais que, par contre, les artérioscléreux graves ne présentaient que rarement des cancers.

Comme contre-épreuve, les autopsies de patients décédés d'un cancer se trouvent relativement indemnes d'artériosclérose.

Le Dr Peeters essaye d'expliquer ce double état de choses en disant que, sans vouloir préjuger de la cause profonde de ces maladies aux symptomatologies tellement différentes, il semble que, à un certain stade de déséquilibre biologique, l'organisme se trouve placé devant une alternative entre l'artériosclérose et le cancer, il paraît alors devoir opérer un choix, et un choix exclusif.

Peeters, qui, par ailleurs, dit (p. 43) que “de nombreux cancers se manifestent un certain temps après un choc nerveux ou psychique grave”, cherche une explication purement organiciste et pense au déséquilibre biologique, puis, au sujet des obèses, il présente les excès alimentaires alors que nous savons que ces gens sont des malades particulièrement anxieux et atteints de conflits de frustration.

Des chocs graves, des commotions violentes ont pu déclencher des obésités, comme par exemple des accidents de voitures.

Je suis obligé de citer ici l'expérience de Tannenbaum dont il parle et qui date de 1940 sur des élevages de souris.

Les cancers expérimentaux sont moins nombreux et apparaissent plus tardivement chez les animaux carencés que dans le groupe où l'alimentation est normale.

De plus, Moreshi, en 1909, avait constaté que si l'on diminue la quantité de nourriture de souris cancéreuses, leurs tumeurs croissent plus lentement.

“L'explication de ce phénomène est fort malaisée”, dit Peeters ! Je pense, sans vouloir m'étendre sur des explications compliquées, que la diminution de l'apport nutritif freine, chez tout être vivant, son activité vitale, diminue son potentiel énergétique, ce que Bleuler appelait “psychokym”, et je dois ajouter qu'un cancer expérimental ne repose pas tout à fait sur le même conditionnement affectivo-sensoriel et biologique que le cancer spontané, c'est-à-dire non induit par des produits chimiques.

J'ai exposé ce qui se passait chez les cancéreux des camps de concentration et n'y reviens pas.

En ce qui concerne les artérioscléreux peu ou pas cancérisables, la notion d'équilibre ou plutôt de “déséquilibre biologique” de Peeters est, à mon avis, un peu rapide et insuffisante, et l'auteur semble d'ailleurs le reconnaître modestement, mais je pense que l'angle de vision psychosomatique peut donner l'explication de l'incompatibilité entre cancer et artériosclérose.

La sclérose exprime, au point de vue “existentiel”, une non-malléabilité, une non-fonction puisque c'est un durcissement des parois vasculaires. Le scléreux est un sujet fixé dans ses structures orga-

niques, qu'il s'agisse de n'importe quel tissu. La sclérose est une stagnation, un refus de fonctionner et d'évoluer. C'est l'inamovibilité !

Si l'on conçoit que le cancer exprime le rejet d'un organe inutile parce que sa fonction, contrariée par le type de conditionnement du patient, ne peut plus s'adapter à la situation vécue, il est facile d'admettre que la sclérose représentant la tendance fixée, quel que soit le milieu, le sujet artérioscléreux soit caractérisé "existentiellement" par l'inamovibilité psychosomatique !

Il peut donc difficilement, se rapprochant du robot, faire de l'autodestruction existentielle !

Les cancéreux n'étant pas artérioscléreux, il est possible d'expliquer le phénomène de la même façon puisque son besoin de vivre dans une ambiance satisfaisante l'oppose à la fixité des artérioscléreux qui restent ce qu'ils sont et cela où qu'ils puissent se trouver.

La sclérose ovarienne est l'expression du refus de fonctionner de cet organe et tout durcissement (Scleros = dur) exprime la même tendance quel que soit l'organe ou le tissu touché.

Tuberculose et cancer.

Lorsque l'on compare ces deux affections, on peut constater qu'elles ont beaucoup de points communs. Toutes deux sont chroniques, évolutives, avec des alternatives d'aggravation et de régression, et je cite la phrase connue de Racamier (hôpital psychiatrique de Prémontre) concernant la tuberculose : "L'enjeu de la tuberculose est la mort, et par conséquent le médecin psychosomaticien n'aura pas compris son malade s'il n'a pas compris ce que la mort représente pour lui !".

Il est apparu nettement, tout au long de mon exposé, que le cancer a la même raison d'exister chez un malade cancéreux que la lésion bacillaire chez un tuberculeux, car le même enjeu est présent.

Si l'on étudie en s'y attachant un peu profondément la vie de Laënnec, on s'aperçoit qu'il est mort en négligeant beaucoup sa santé lorsqu'il fut atteint de cette "phtisie" qui était devenue sa raison de vivre, et sa négligence avait peut-être pour objectif final de se prouver à lui-même et à ses collègues que le bacille de Koch tue toujours ceux qu'il a choisis ! Laënnec s'est pratiquement laissé mourir malgré les injonctions permanentes de ses amis et confrères le suppliant de se reposer. J'associe ce cas du célèbre Laënnec à celui d'une pauvre femme qui fut hospitalisée à Valence (Drôme) en 1973 et opérée d'un cancer de l'estomac après avoir été tuberculeuse pulmonaire double dans sa jeunesse, ainsi que touchée par cette même affection à la colonne vertébrale et à la hanche.

Elle était orpheline de père et de mère à 7 ans et fut "placée" (c'est-à-dire employée de maison), me dit-elle, à Hauteville-Lompnes (Ain). Surmenée et ne se sachant aimée de personne, elle devint tuberculeuse pulmonaire à 18 ans, puis eut un mal de Pott qui imposa une greffe d'Albee, et souffrit enfin d'une coxalgie pour laquelle on fit des curages osseux.

Un médecin lui dit : "Il ne faudra jamais vous marier, car vous êtes infectée par un méchant microbe tenace ! Vous contamineriez votre mari !"

Pour cette jeune fille privée de tendresse et d'amour, ce fut une émotion-choc insurmontable.

Elle ne se maria donc pas et vécut dans les sanatoriums et les hôpitaux où elle parvint finalement à guérir.

Mais lorsque je l'ai vue à l'hôpital de Valence, elle avait 63 ans et aucun espoir de quelque nature que ce fût ne la soutenait pour lui donner le goût de vivre.

Elle présenta donc un cancer gastrique dont elle mourut. Dire qu'elle n'eut pas dans son enfance et sa jeunesse un conditionnement autopunitif serait certes mentir, car elle grandit sans parents depuis l'âge de 7 ans.

Ce serait mentir également que d'affirmer que le "terrain" était purement organique !

Ce cas me paraît susceptible d'illustrer le phénomène de culpabilisation qui se "somatise" au moyen du bacille de Koch, puis enfin au moyen de la cancérisation. En ce qui a trait au conditionnement affectif des bacillaires, qu'il me soit permis de citer ce qu'en dit Joyce Mac Dougall (p. 136 de l'ouvrage le Psyché-Soma) et le psychanalyste-Gallimard 1974 (in Nouvelle revue de psychanalyse, n° 10, automne 1974).

"Au fil des années, j'ai pu constater que, malgré la très grande diversité des structures et de problèmes névrotiques présentée par ces analysés, il y avait une dimension commune en ce qui concerne le moment où la maladie se déclara, ainsi qu'une forme particulière de relation à autrui.

En particulier, les relations amoureuses et sexuelles de ces patients étaient destinées à réparer une brèche dans la relation primordiale à la mère-sein ; la relation sexuelle, lourde de plusieurs sens, accusait parfois une dimension compulsive.

Presque tous ces analysés ont été atteints de la tuberculose à une époque où ils subissaient une perte objectale importante, mais tout en étant, la plupart du temps, inconscients de l'étendue de leur détresse – comme de l'ambivalence envers l'objet qui faisait défaut.

On pourrait soutenir qu'au lieu d'ouvrir leur cœur au deuil de l'objet manquant, ils ont ouvert, à la place, leurs poumons au bacille de Koch, comme si le corps avait une dépression indicible et archaïque, reliquat d'un amour respiratoire inassouvi.”

Cette citation renferme les notions triples de :

- MOMENT où la maladie se déclara,
- forme particulière de RELATION à AUTRUI,
- PERTE OBJECTALE importante.

Pour le troisième élément, Mac Dougall ajoute que les tuberculeux étaient, à la suite de leur choc affectif, la plupart du temps inconscients de l'étendue de leur détresse.

Nous retrouvons chez les cancéreux à peu près les mêmes éléments de base, à savoir que, pour les religieux par exemple, leur vocation peut dépendre d'un besoin de protection particulier dans un certain environnement, ce qui implique une relation particulière à autrui, puisqu'il existe une perte objectale importante (deuil, choc frustrant comme par exemple l'obligation de “demeurer cloîtrée” chez une tourière, ou mort simultanée de la compagne de tour et de la propre sœur de la religieuse, etc.).

Il y a toujours une charge affective émotionnelle dépassant les possibilités d'acceptation. C'est ce que l'on remarque au démarrage d'un processus de cancérisation, et enfin on rencontre ce que je viens d'énumérer avant le moment où la maladie se déclare.

Je pense que, dans la tuberculose, il y a peut-être avant tout, chez le sujet susceptible de se réfugier dans la maladie, un immense besoin d'être aimé et protégé par des substituts parentaux. Cela explique la naturelle propension des jeunes gens frustrés, mal aimés, sous-alimentés, à devenir des réceptacles tout indiqués par les bacilles de Koch.

La tendance létale du bacillaire est à long terme et la maladie attire la pitié de l'entourage, sa commiseration et son respect.

“La maladie, affirme Jean-Paul Valabrèga, procure au malade un avantage sur le plan social.” Le cancer est plus sournois et se développe en profondeur, insidieusement, à l'abri du “conscient” des malades.

Le déséquilibre, la désadaptation sont secrets, cachés, et la mort se profile sans que le sujet soit apeuré par son spectre qui n'apparaît pas, et dont le malade n'aura peut-être jamais connaissance !

Tout ce lent travail psychobiologique se passe entre l'inconscient et le corps.

La tuberculose peut quitter le malade et ce dernier est apparemment guéri pendant toute sa vie, mais aussi parfois pendant quelques années, et le cancer peut prendre le relais si la vie que mène le sujet ne trouve pas de solution satisfaisante.

On cite de nombreux cas, dans la littérature médicale, de tuberculoses viscérales qui ont guéri, puis le cancer a fait son apparition.

J'ai vu personnellement, à Quillan, une tuberculose du côlon sigmoïde se poursuivre plus de quinze années et par la suite donner un cancer de ce même segment colique. La lésion bacillaire était évidemment tarie depuis longtemps.

On peut penser que cette lésion bacillaire étant disparue, le cancer apparaît sur une lésion résiduelle cicatricielle.

C'est exact, mais ne suffit pas, car, pourquoi après la guérison de toute lésion tuberculeuse, un cancer n'apparaît-il pas en quelque sorte systématiquement ?

Il y a le “terrain”, rétorquera-t-on. Je suis entièrement de cet avis, mais il convient alors de commencer par définir ce “terrain”, et j'ai précisé ce terme en disant qu'il est l'ensemble psychosomatique composant l'individu humain. J'évoque, au sujet du cancer prenant parfois le “relais” de la tuberculose, les intéressants travaux de Lederer à la Faculté d'Orsay sur l'action antileucémique du BCG (bacille Calmette-Guérin). Comme il s'agit d'études mettant en jeu des expériences menées à la fois sur des êtres humains et sur des animaux, et cela au moyen de produits chimiques et de médicaments, il serait peut-

être plus logique de placer cet exposé au chapitre “Biologie” qui suivra prochainement, mais je pense que le caractère spécifiquement axé de ces travaux sur l'ensemble “tuberculose + cancer” m'autorise à les relater ici. Le lecteur me pardonnera, je pense, cette relation.

Cancer, leucémie et BCG, Le Pr Lederer se base sur des travaux de chercheurs américains, notamment sur ceux de Benacerraf et sur des statistiques.

Le résultat est que les enfants vaccinés par le BCG font moitié moins de leucémies que ceux qui n'ont pas reçu de vaccin.

Il déduit de cela que le BCG et le bacille de Kock ont une action anticancérigène. C'est certainement là une manière plutôt statistique de constater un résultat, je crois, et que le Pr Lederer ne s'en formalise pas, mais, mon angle de vision étant différent du sien puisque je tiens compte toujours du point de vue psychosomatique, mon interprétation de ses travaux ne peut pas être la même que la sienne. Ce que nous dit Lederer peut, effectivement, prouver que le BCG possède sans doute un pouvoir antileucémique ou même anticancérigène en général mais, si cela est, je veux savoir pourquoi, car il ne peut y avoir, pour le psychosomaticien, de motivations uniquement chimiques dans un organisme psychosomatique, le psyché-soma étant lié.

Je demeure toujours dans la position rigoureuse du psychosomaticien et par conséquent je m'y tiens ici, comme dans toutes les études qu'il m'est donné de conduire.

Voici les chiffres cités par Lederer : sur 100 000 enfants de moins de 15 ans non vaccinés avec le BCG, il y a, par exemple en 1960-1963, un nombre de morts qui est de 55,87 % tandis que sur 100 000 enfants vaccinés, il y a seulement le chiffre 23,50 %. Or le BCG est une souche de bacille de Kock atténuée chimiquement.

Elle est donc censée provoquer l'apparition d'anticorps (donc antibacille de Kock !) – les expériences de laboratoire sont les suivantes :

1. Des souris inoculées par la leucémie lymphoïde syngénique, mais ayant reçu du BCG, voient leur survie augmenter avec le type de vaccin *Mycobacterium kansasii*.
2. Chez le rat, le BCG inhibe les sarcomes (L. Old et B. Benacerraf - USA).
3. Chez le rat également, le BCG inhibe la croissance d'une tumeur transplantée.
4. L'injection du BCG in situ dans les mélanomes et les sarcomes peut faire régresser ces tumeurs (Eiber et Morton D.).

A part cette dernière expérience pratiquée sur des mélanomes et sarcomes irradiés et concernant des malades dont on ne sait rien, toutes les autres expériences ont été effectuées sur des animaux avec des tumeurs d'origine expérimentale chimiquement induites (au moyen d'uréthane, par exemple, en ce qui concerne les tumeurs pulmonaires). Quant aux enfants vaccinés, cela peut indiquer que soit les parents soit des substituts des parents se sont sans cesse occupés d'eux et de leur santé et que, par conséquent, on a le droit de supposer que jamais ils ne se sentirent abandonnés.

De ce fait, ils ne subissent pas un conditionnement culpabilisant à effet autodestructeur, ce qui est le lot habituel des orphelins.

J'ai dit que le vaccin déclenchait la formation d'anticorps. La vaccination habitue le sujet à lutter contre quelque chose et l'on peut dire qu'elle renferme 3 éléments :

1. L'ordre de ne jamais faire la maladie contre laquelle on a été vacciné.
2. La sollicitude de l'entourage affectif et la certitude consciente de l'efficacité de la vaccination. Tout geste thérapeutique, toute manœuvre utilisant un protocole précis, bien orchestré, pratiqués sur un être humain contient toujours, pour lui, une valeur surajoutée de rite initiatique.

J'ai déjà signalé l'importance de la “pensée magique” qui subsiste dans le tréfonds de l'âme humaine et explique l'engouement des gens pour les magiciens, pour les phénomènes occultes et pour tout geste rituel.

On a signalé que les guérisons à Lourdes avaient toujours lieu à la suite d'un geste, d'un rite.

L'enfant surtout, ne l'oublions pas, demeure très longtemps inféodé à la structuration d'aspect “magique”, car elle vit pendant un temps assez long dans les abysses de son inconscient.

Une cérémonie, un geste rituel ont un impact intense sur lui.

3. Le déclenchement d'anticorps généralement spécifiques, mais parfois à caractère polyvalent.

Il y a donc peu de chance pour que le conditionnement du vacciné puisse autoriser la survenue d'un cancer puisque ce dernier semble se présenter comme une intense autodestruction de l'individu !

La disparition d'un cancer semble corollairement liée à la disparition de cette autodestruction.

Opposition tuberculose/cancer.

On a dit qu'il y avait opposition, incompatibilité entre tuberculose et cancer (Rokitansky). C'est apparemment exact car la plupart des tuberculeux ne deviennent pas cancéreux. Toutefois, il existe des tuberculeux qui font des cancers en même temps que se développe le processus bacillaire.

J'ai vu le cas dont je parle à Valence. Généralement une "somatisation" s'effectue par le moyen d'un élément vectoriel qui est, d'une part, l'organe choisi comme bouc émissaire et, d'autre part, cet organe est choisi parce qu'il remplit certaines conditions adéquates à la situation vécue par le sujet.

Enfin, il existe un élément facilitant la somatisation qui peut être un germe microbien, un traumatisme et tout ce qui n'est ni normal ni utile et se trouve dans les structures biologiques de l'organe ou du tissu. Je m'abstiens toutefois de donner une opinion au sujet des virus, car leur responsabilité dans toute cancérisation spontanée me paraît être bien minime.

J'ai signalé les cancers du cuir chevelu chez les moines musulmans se rasant le crâne avec des rasoirs ébréchés.

Une "somatisation" par la tuberculose suffit donc à satisfaire la tendance existentielle du patient.

Si la bacillose régresse pour des raisons qui sont fatalement psychosomatiques (car l'homme n'est ni un robot programmé, ni une machine dépourvue de besoins affectifs) et que des phénomènes d'autodestruction apparaissent quelques années plus tard, ou réapparaissent s'ils avaient disparu, car le conditionnement est une réalité assez inamovible, l'organe déconnecté du circuit se cancérise.

La tuberculose ne "construit" pas, malgré les "tubercules", un organe neuf et inutile à l'harmonie de l'ensemble comme le fait presque le cancer. Le poumon du tuberculeux demeure anatomiquement un poumon ; mais il est rongé. Toutefois, il n'est pas coupé du circuit.

Si la tuberculose s'oppose (chimiquement) à la vie ou à la naissance d'un cancer, c'est, disent les organicistes, parce qu'il existe une incompatibilité organique, matérielle, immunologique, entre les deux affections, et, par conséquent, entre bacille de Kock (BK) et cancer.

Dans ces conditions, pourquoi un enfant vacciné avec le BCG, qui déclenche des anticorps BK, n'est-il pas chimiquement sensible à l'apparition de cellules leucémiques ? La chimie et l'organicisme purs ne peuvent résoudre le problème.

Ou c'est le BK qui crée l'incompatibilité, ou c'est l'anticorps qui, s'opposant aux bacilles, s'opposerait aussi aux cellules leucémiques ?

Les injections in situ de BCG dans les tumeurs provoquées ne prouvent rien car justement elles sont provoquées, et cela au moyen d'uréthane qui n'est pas un produit chimique existant normalement dans l'organisme.

Une tumeur transplantée n'est pas non plus apparue normalement. C'est là une vérité de La Palice.

2. On peut signaler que les animaux ne sont pas attachés à un rite ou à la pensée magique, mais les vaccins sont toujours mis au point quand l'épidémie a disparu.

On peut admettre à ce moment-là que les anticorps préparés dans l'organisme par le BCG avant la stimulation chimique (avec l'uréthane) ont une action de défense générale.

Si l'on introduit chez un sujet des possibilités de réaction contre un polluant exogène introduit dans l'organisme, cette réaction, cette lutte par conséquent est valable pour tout ce qui est de même nature et se trouve greffé, transplanté, induit : on donne l'ordre à l'organisme de se défendre !

L'injection in situ a un effet chimique, mais également attaché à l'injection elle-même en tant qu'elle est un acte matériel investi par la psyché d'une valeur symbolique manifestement curative.

De plus, je ne sais rien, je le répète, des sujets mentionnés par Eiber et Morton. Le BK, c'est-à-dire le BCG a la possibilité de léser les tissus et particulièrement ceux qui ne se défendent pas et, partant les mélanomes et sarcomes puisqu'ils sont des "ersatz", des éléments différenciés, donc autonomes, et qui n'ont pas la possibilité de se défendre contre les agresseurs. Un cancer greffé à un sujet sain ne peut se développer !

Dans ces conditions, il est difficile d'apporter des éléments nouveaux dans la compréhension de cette opposition entre tuberculose et cancer !

Néanmoins, une réflexion doit être faite au sujet des incompatibilités qui existent entre plusieurs maladies chroniques, c'est qu'une maladie étant une expression existentielle dont le sujet malade a besoin afin de maintenir son "devenir" en équilibre, il n'est nulle obligation pour lui de devoir présenter plusieurs maladies à la fois !

Enfin, chaque personne tombe malade de la manière qui satisfait ses propres structures caractérielles, affectives par rapport à l'environnement !

Diabète et cancer.

On a dit qu'il existait également une incompatibilité entre diabète et cancer, ce qui est souvent vrai, mais ne l'est pas d'une manière radicale.

Il me faut rappeler ici une méthode de traitement des cancéreux, présentée par un médecin de Paris, il y a plus de vingt ans, qui consistait à déclencher un diabète sucré chez les cancéreux en leur injectant d'une manière régulière de l'acide alloxanique. La méthode portait d'ailleurs le nom de "diabétothérapie alloxanique".

Le médecin qui inventa ce procédé avait remarqué, comme beaucoup d'observateurs l'ont fait, que le cancer survenait très rarement chez les diabétiques.

Si l'on admet, d'après Otto Warburg (1923), que les cellules cancéreuses se caractérisent par une glycolyse aérobie intense, il serait logique de supposer, puisque le cancer utilise beaucoup de glucose, qu'en le privant de son aliment indispensable, il ne pourrait plus vivre. Sa lyse cellulaire complète serait alors certaine !

Il faut constater que cette méthode donne des résultats, mais l'arrêt des injections d'acide alloxanique s'accompagne de reprise du phénomène cancéreux dans beaucoup de cas. Toutefois je manque de statistiques, m'étant borné à assister à la conférence faite par ce médecin à la Société française des médecins parisiens.

Le raisonnement qui consiste à supposer que cette "diabétothérapie" agit seulement par suite du phénomène dont je viens de parler (élimination de sucre chez le diabétique) me semble passablement simpliste ! Un diabète peut s'accompagner d'hyperglycémie s'il est spontané, mais, dans le diabète provoqué, c'est différent.

Comme je l'ai dit au sujet de la tuberculose, on n'a nul besoin de présenter plusieurs maladies à la fois, car généralement une seule suffit pour satisfaire les exigences de l'inconscient du patient.

Le diabète, comme toute maladie, a été étudié dans ses composantes d'aspect psychosomatique.

Dans le livre de Weiss et English, « Médecine psychosomatique » édité chez Delachaux et Niestlé, différents auteurs sont cités. Ainsi Hewlett, Fl. Dunbar, Minkower constatent que le diabète des enfants coïncide avec la carence maternelle et l'arrivée au foyer d'inconnus. Le sucre est, pour l'enfant, le symbole vivant de l'amour de la mère qui matérialise cet amour au moyen de différents véhicules de même nature, c'est-à-dire les bonbons, le sucre d'orge, les friandises. Et l'enfant a également énormément besoin d'un apport glucidique important.

Cancer et hypertension artérielle.

L'hypertendu est envahi par des problèmes qu'il n'est pas apte à résoudre.

D'après Wolf (1955), il est incapable de s'affirmer et de s'engager, et Hambling dit ceci : "Il y a maintien de l'élévation diastolique chaque fois que le sujet se trouve en face d'une situation frustrante échappant à son contrôle".

A propos des cancéreux, j'ai constaté dans mes enquêtes que le sujet présente une incapacité de maîtriser la situation qui le rejette de son univers. Il se trouve sans parade possible, comme l'hypertendu, avec la différence que ce dernier réagit au stress actuel par la pression diastolique alors que le cancéreux est en permanence bloqué, sans réponse à l'ensemble de la situation vécue.

Si je me penche de nouveau sur les expériences, déjà relatées, réalisées sur les animaux et que je recherche les similitudes entre cancer et hypertension, voici ce qui apparaît : Petrova, Mühlboch et Andervont sur les souris CH3 constatent que les tumeurs croissent plus vite chez les animaux en cages individuelles séparées.

Rashkis (1952) avec la cage-navette constate que ce "stress" augmente le temps de survie des souris inoculées avec de l'ascite de tumeurs, et le méthylchloranthrène.

Marsh fit des expériences semblables où il y avait LUTTE de la part de l'animal.

Newton rapporte que les souris ayant des tumeurs mammaires présentaient une diminution de leur volume si elles avaient accès au tambour tournant appelé "lopping wheel".

J'ai dit que Gutmann et Newton expliquaient la diminution des tumeurs par l'action de l'exercice musculaire, et qu'il s'agissait d'une illusion.

Ce n'est pas seulement cela, en effet, mais la vie de mouvement qui plaît à l'animal. L'hypertendu NE PEUT PAS AGIR et se trouve donc obligé de reporter contre lui-même cette action au moyen d'un symptôme psychosomatique.

Le cancéreux se trouve dans un état à peu près équivalent, mais la situation est irrémédiable, comme je l'ai dit. Le sujet ne peut plus réagir. Le Dr Di Vittorio, psychanalyste, distingue très justement ce qui est "vasculaire" et brutal de ce qui est "cellulaire" et lent.

Les deux types de malades se ressemblent. Toutefois, l'hypertension est une alarme, une sorte de cri angoissé du malade, tandis que, chez le cancéreux, il n'y a plus de cri à pousser. L'univers est définitivement mort.

L'animal ne fait pas décroître sa tumeur par l'exercice musculaire seul, mais, comme je l'ai dit, cet exercice est une activité qui occupe l'animal et lui procure une raison de vivre. IL FAIT quelque chose qui se trouve conforme à ses besoins existentiels normaux : agir !

Il ne se sent donc pas contraint. Avant de clore ce chapitre, il me faut parler du médicament classique donné aux hypertendus et qui a été signalé par l'Ordre des médecins comme susceptible d'être cancérogène.

Il s'agit d'un extrait du Rauwolfia serpentina.

Je ne pense pas que ce médicament soit chimiquement cancérogène, mais il fait baisser la tension artérielle.

D'après ce que j'ai dit, l'hypertension est un symptôme d'alarme chez le sujet bloqué en présence de situations frustrantes.

La femme hypertendue à 45 ans réagit contre un "devenir existentiel" pénible. Si l'on bloque sa réaction d'alarme et son cri d'angoisse exprimé par le système vasculaire, on lui interdit de s'exprimer organiquement.

C'est alors un autre type de réaction qui se déclenche, chez les sujets qui deviennent cancérisables, et l'analogie considérable qui existe chez le cancéreux et l'hypertendu oblige ce dernier à faire "un cancer" si l'on neutralise le symptôme qu'il avait choisi, évidemment sans le désirer consciemment, pour s'exprimer. Il m'est possible de signaler un sujet qui, soigné vers les années 1937-1939 pour hypertension artérielle avec du Micelliodé que l'on prescrivait couramment à cette époque, ainsi qu'au moyen de saignées par truchement de sangsues médicinales, vit sa tension artérielle tomber, mais fit rapidement un cancer prostatique.

Si l'on refuse à l'hypertendu le moyen qu'il a de s'exprimer parce qu'il souffre profondément, cet "interdit" présenté à l'expression corporelle (proposant un accord possible, à condition que la doléance soit entendue et écoutée) a pour effet de lui signifier que l'on demeure sourd à son cri d'angoisse.

Le résultat est que cette négation, ce refus de reconnaître la nature profonde des besoins du malade est ressenti comme le rejet de son "devenir" en face du monde. Il n'est donc pas étonnant que certains se cancérisent !

Chapitre 9

Expériences de biologie.

Certaines expériences effectuées en laboratoire sont de nature à s'intégrer d'elles-mêmes au sein de la conception psychosomatique de la cancérisation.

J'ai déjà mentionné les expériences d'Itchikawa et Yamagiva en 1915 et répétées il y a une vingtaine d'années par Champy et Coujard sur les souris badigeonnées au goudron, et exposé leurs conclusions.

Le goudron détruit le système grand sympathique avant l'arrivée des faisceaux nerveux au niveau du tissu qui se cancérisé alors parce qu'il ne reçoit plus d'ordres trophiques.

Le rôle majeur du grand sympathique est en effet de diriger et de contrôler la trophicité du tissu ; il va de soi, par conséquent, que sa destruction livre le tissu à lui-même et, s'il se cancérisé, on comprend

logiquement qu'il puisse régresser vers l'archaïsme cellulaire. Il n'est plus, en effet, soumis aux dépendances physiologiques imposées par l'économie générale de l'organisme auxquelles il était attaché. Cette expérience se plaque d'elle-même sur celle présentée par le Pr Luc Montagnier (p. 58, vol. 1, de La Recherche, mai 1970) concernant les cultures de cellules âgées.

“En effet, dit-il, les cellules transformées par des virus, mais aussi celles provenant de cancers induits par des cancérogènes chimiques ou simplement apparaissant après une longue période de culture, ne sont pas ou sont moins sensibles à de telles inhibitions.”

Ce texte est précédé d'un exposé concernant une technique de “décapage” de la surface cellulaire au moyen de trypsine. “Les cellules cultivées qui se multiplient le mieux dans ces conditions sont les conjonctives, mais leur prolifération est limitée dans l'espace car lorsque deux cellules se rencontrent, leur contact modifie leur mouvement, et finalement empêche qu'elles se divisent à nouveau.” Et plus loin Luc Montagnier conclut, après avoir parlé des cellules transformées et de celles qui apparaissent après une longue période de culture en disant : “Elles croissent en tout sens, se chevauchent et forment plusieurs couches. En outre, leur adhérence entre elles et au support est diminuée”.

Les “inhibitions” dont parle l'auteur sont simplement caractérisées par l'arrêt de la division cellulaire si deux cellules entrent en contact l'une avec l'autre.

Ce phénomène ne peut pas se produire chez les “cellules transformées”. Ce terme signifie “cellules cancéreuses” lorsqu'il s'agit de culture de cellules.

Il va de soi qu'une semblable constatation revêt une énorme importance, puisque nous nous rendons compte que des cellules auparavant normales se trouvent, après une longue période de culture, en présence de cellules qui affectent le comportement de cellules cancéreuses analogues à celles apparues spontanément ou contaminées par des virus, et par conséquent provenant de la même souche !

Il semble logique d'en déduire que, plus une cellule appartenant à une lignée donnée se trouve éloignée, dans le temps, de la cellule-mère dont cette lignée est issue, plus cette cellule a perdu les caractéristiques du tissu dont elle provient, et par conséquent plus elle a tendance à dégénérer et à se différencier.

Il n'y a là, d'ailleurs, que l'évidence car un tissu qui n'a plus de fonction autonome précise au sein de l'organisme hiérarchisé perd ses caractères initiaux.

On comprend, de ce fait, que la cancérisation puisse être expliquée par l'abandon du tissu (qui se cancérisé) de ses liens avec le système nerveux dont le rôle est à la fois trophique et coordinateur de l'ensemble de l'organisme.

Je répète que le tissu livré à lui-même reprend l'aspect archaïque et se différencie.

Expérience de Barsky.

Barsky, à Villejuif, est parvenu à provoquer la formation de cellules hybrides en inoculant à des souris des cellules cancéreuses humaines injectées directement dans leur péritoine. Cette inoculation a provoqué l'union, la symbiose des cellules cancéreuses humaines et des cellules de la souris.

On a extrait de certaines cellules “transformées” (cancérisées in vitro) des substances capables d'inhiber la réplication virale dans les cellules normalement permissives (qui se laissent “lyser” par le virus).

Ce phénomène rejoint la conception psychosomatique puisque tout dépend de l'état dans lequel se présente la cellule en contact avec les virus, et l'expérience que j'ai citée de Merrill, Gerar et Petriccioni confirme cette idée.

Ces considérations sur le rôle cancérogène supposé des virus m'amène à envisager la leçon que l'on peut tirer d'une constatation effectuée par Kissen concernant les cancers pulmonaires des fumeurs qui inhalent ou non la fumée du tabac. Une fois de plus le résultat ne correspond pas à ce que la conception organiciste suppose.

Les fumeurs de D.M. Kissen (Glasgow).

Kissen est directeur de la recherche psychosomatique à Glasgow (Ecosse). Il nota les travaux de Doll et Hill, de Schwarz et Spicer qui avaient remarqué (British Medical Journal, 1962) que quelques-uns des schémas montraient que les grands fumeurs qui n'inhalent pas la fumée ont plus de risques de faire un cancer que d'autres (cancer pulmonaire).

Cette anomalie n'avait pas été expliquée. Kissen fit des recherches chez tous les fumeurs et chez ceux qui étaient atteints soit de cancer du poumon, soit d'autres cancers dits "de la poitrine". Ses pourcentages sont les témoins d'une plus grande proportion de cancers chez les NON-INHALEURS !

Voici, par exemple, une comparaison (En pourcentage)

NON-INHALEURS Poumon (cancer) 05 Poitrine id 005

INHALEURS Poumon (cancer) 001 Poitrine id 05

POUMON (cancer)

Inhaleurs 001

Non-inhaleurs 05

Il semble a priori étrange que, chez les inhaleurs, les taux se rejoignent tout en étant paradoxaux, qu'il s'agisse de cancers du poumon ou de la poitrine !

Mais, dans l'ensemble, les cancers du poumon sont beaucoup plus fréquents chez les non-inhaleurs !

L'explication fournie est que "le trait caractéristique" du patient cancéreux du poumon est la pauvreté de la décharge émotionnelle que cette inhalation est parfois supposée provoquer (Kissen).

S'il était vrai que le cancer fût le seul résultat d'une intoxication par le tabac cancérogène, on aurait logiquement des scores opposés !

Cette constatation me paraît donc de nature à démontrer que ce n'est peut-être pas le tabac qui est cancérogène, car le tableau nous montre que le cancer de la poitrine (autre que le poumon) est plus fréquent chez l'INHALEUR... que celui du poumon !

De plus, il est aussi clairement indiqué dans la 3^e statistique que les NON-INHALEURS font plus de cancers du poumon que les INHALEURS.

Ce qui paraît donc découler de ces faits, c'est que le cancérogène paraît être plutôt le déséquilibre psychologique du fumeur qui N'OSE PAS ALLER JUSQU'AU BOUT DE L'EFFET SOUHAITE (par culpabilité induite par une crainte irrationnelle qui est peut-être celle de la possible toxicité du tabac sur le plan logique, et dont la motivation latente serait le refus d'une décharge émotionnelle.)

Le tabac et les "hydroxylases".

Les chercheurs organicistes disent que les radiations ionisantes agissent sur les cellules en provoquant la formation de radicaux libres brisant l'ADN.

Mais les cellules touchées sont réparées par les LIGASES, enzymes recollant les fragments brisés de cet ADN.

On sait que les hydrocarbures dits cancérogènes (ex : benzopyrène) du tabac, et des fumées sont transformées dans le corps à cause d'un enzyme : "l'hydroxylase".

Certains fumeurs fument fort peu et font plus de cancers broncho-pulmonaires que d'autres fumant beaucoup. Ceux qui ont une forte quantité d'hydroxylase ont un pourcentage 36 fois supérieur à ceux qui ont cet enzyme à faible dose dans le sang.

Qu'est-ce que l'hydroxylase ? C'est un enzyme qui agit sur l'"hydroxyle" ou radical OH de l'eau, et cette eau + des oxydes métalliques, et l'alcool.

Alors comment se fait-il que certains fumeurs aient beaucoup d'hydroxylase dans le sang d'une part, compte tenu du contenu de l'eau et de ses oxydes métalliques ou de l'alcool, et d'autre part manquent de ligases ? Ces ligases recollent les ADN brisés. Pourquoi cette réparation n'a-t-elle pas lieu ?

C'est parce que le sujet est conditionné par le phénomène autodestructeur qui rend possible la brisure de l'ADN mais empêche l'existence ou l'action des ligases.

Chapitre 11

Mieux vaut prévenir que guérir.

Si, laissant de côté les termes de la psychanalyse (et cela pour cerner le problème d'aussi près que possible), nous nous penchons pour un temps sur une autre discipline expérimentale qui est la Phénoménologie existentielle, nous pouvons concevoir d'une autre manière l'étiologie des cancers, ou plutôt nous pouvons nous servir d'un autre moyen d'expression.

Edmond Husserl rejoint le zen. C'est une constatation. Il a d'ailleurs lui-même dit à la fin de sa vie que sa "science des essences" n'était autre que le zen.

En effet, le but du zen est de tenter, par tous les moyens possibles, de provoquer le satori ou égalité de vision, chez les adeptes, c'est-à-dire l'objectivité totale dans la compréhension de ce qui, pour tout le monde, est "objectal".

C'est donc une tentative pour saisir l'en-soi. Autrement dit, c'est comprendre que ce que nous visualisons et croyons voir dans sa réalité objective n'est, la plupart du temps, que le support de nos projections subjectives.

Ainsi tel objet nous plaît ou nous déplaît en vertu de ce qu'il évoque en nous du point de vue affectif.

Alan W. Watts dit ceci : "Dans tout l'univers au-dedans et au-dehors, il n'y a rien à saisir et personne pour saisir quoi que ce soit : voir clair pour le zen, c'est jauger la position humaine telle qu'elle est, c'est-à-dire une poursuite de buts exigeant toujours d'autres buts, un désir d'objet que la fuite du temps rend aussi insubstantiels que le vent".

Je ne désire pas le moins du monde rebuter le lecteur avec ces citations qui semblent à première vue assez étrangères au problème de l'étiologie du cancer ; mais si je cite certains aphorismes, c'est que mon objectif est justement de montrer que le cancer apparaissant lorsque le sujet ne peut plus s'adapter au monde sur lequel il se projette, il existe des philosophies qui ont toujours pensé que les misères de l'homme proviennent de ce besoin qu'il a d'approuver, un monde qui l'approuve parce qu'il s'y trouve fixé par ses conditionnements.

Ce donné culturel va nous faciliter la tâche dans l'objectivation d'un essai thérapeutique.

"Il arrive un moment, dit Alan Watts, où la prise de conscience du piège fatal pour lequel nous sommes à la fois le piègeur et le piégé, atteint son dénouement. On pourrait presque dire qu'il se produit une maturation et soudain on assiste à ce que le "lankavatara sutra" appelle : une rotation au plus profond de la conscience."

Le but de la science des essences de Husserl épouse celui du zen. Il est, comme pour cette doctrine, une tentative de saisie de l'essence des choses ou "éidos", c'est-à-dire une saisie qui n'enveloppe plus les dites choses dans un "halo" d'aspect très subjectif ; je regarde cette pomme et ne vois-je que le fruit appelé pomme ?

Certes non, car j'éprouve un sentiment plus ou moins marqué en regardant ce fruit. Ce sentiment provient d'une foule de souvenirs emmagasinés dans mon inconscient et qui sont liés à l'objet "pomme". La psychanalyse n'a jamais d'ailleurs dit autre chose lorsqu'elle envisage la technique des associations libres.

Les conceptions du Pr Tatossian sur les structures existentialistes des cancéreux hospitalisés et soignés chirurgicalement sont intéressantes car le Pr Tatossian, qui est un phénoménologue, a constaté chez eux l'existence d'un univers qui n'est pas "normomorphique".

Tatossian ne s'est pas occupé de l'étiologie des cancers, mais de l'état d'âme et de la phénoménologie de leurs perceptions cénestopathiques lorsque le cancer dont ils sont porteurs les a amenés à l'hôpital.

Il s'est aperçu que le syndrome existentiel du cancéreux se rapproche de celui des internés des camps de concentration. On trouve, dans ces syndromes, deux constantes : l'amorphisme et la rareté des suicides.

L'analogie entre l'univers du cancéreux et l'univers du camp de concentration est une "essence". Dans les deux cas, les individus vivent dans un monde qui est un autre monde. Car si l'interné est puni et surveillé par des gardiens, ce qui l'oblige à se méfier d'eux et à subir son sort en espérant s'en tirer au plus vite, le cancéreux tout au contraire obéit à ses "gardiens" intérieurs qui le traquent obsessionnellement.

Dans le premier cas, la culpabilité est neutralisée et, dans le second, elle est vécue car attachée à l'objet perdu dont le souvenir se pérennise...

Le cancéreux ne peut plus être là, au monde qui est toujours le sien mais d'où il se sent rejeté confusément par le jeu de forces indéfinissables.

Il n'est plus à ce monde (Dasein). Où peut-il être alors, si ce n'est dans un "no man's land" ?

Si donc, on reconnaît au cancer une origine psychosomatique, qu'elle peut être alors la thérapeutique du cancéreux ?

Il faut avant tout tenter évidemment de comprendre ce que représente pour lui, d'une part, le cancer et, d'autre part, la mort.

Il n'y a rien à saisir, comme dit Alan Watts ! Certes, mais cette évidence ne s'impose qu'au yogi, au sage qui s'est appliqué à une telle recherche, et ce n'est pas l'option de la majorité des individus. Cette recherche et la sagesse qu'elle implique permettent d'interpréter en termes philosophiques, pour nous chercheurs, **le sens de la cancérisation**.

La condition humaine nous aligne tous en face des communes misères de l'Humanité et nous, médecins, nous cherchons des remèdes, chacun avec notre intelligence et notre cœur, à défaut de produit chimique. Il n'y a rien "à saisir" certes, mais nous cherchons tous avec, bien sûr, les illusions ou les fantasmes qui nous habitent, à saisir quelque chose, sans savoir très bien que ce sont des fantômes.

Notre désir est de soulager, de prévenir, d'aider les autres, cet "autrui" humain semblable à nous, identiquement semblable, à guérir.

Que faire puisque les cancéreux sont attachés à des objets qui les ont meurtris en se détachant d'eux, laissant au fond d'eux-mêmes une ombre mortelle ?

Le principe exprimé dans son livre par Simone Laborde est le suivant : "Il n'est pas nécessaire de connaître les causes d'une maladie pour la traiter".

Il s'agit là, peut-être, d'une assimilation du cancer à toutes les autres maladies puisqu'on en guérit généralement avec (théoriquement !) un traitement après l'application duquel il y a rétrocession de l'état morbide.

Je ne cherche pas à analyser ici le rôle exact joué ou non par le médicament prescrit, et par la présence bienveillante et active du médecin dans le tandem médecin/malade. Je me borne à penser : "Je le pansai et Dieu le guérit !", en raisonnant comme tout le monde le fait. Ce que je veux dire c'est que Simone Laborde a sans doute comparé le cancer à toutes les autres affections que soigne le médecin et ignorait certainement qu'il était le résultat d'une tendance létale du sujet ! Comprendre cela ne peut que modifier l'attitude du thérapeute en présence d'un malade cancéreux.

On pourrait supposer que l'adage de Simone Laborde recouvre un aveu d'ignorance ou simplement ne fait qu'entériner une constatation générale : "on soigne le malade et le malade guérit". En fait, elle ne suppose pas que l'affectivité ait son mot à dire dans le phénomène "cancérisation".

Il s'agit donc, pour le thérapeute, de comprendre le malade et de détecter, comme Racamier l'a fait pour les tuberculeux, "ce que la mort représente pour lui". J'ai réadapté des schizophrènes au moyen de la technique intitulée "narco-analyse". C'est là un fait. Il y a d'autres techniques. Quand je l'ai dit, on ne m'a pas cru car on a dit ce que l'on dit toujours dans de tels cas : "Si le malade a guéri c'est qu'il n'était pas vraiment schizophrène !"

Proposer des médicaments dont l'action codifiée peut se formuler par : supprimer les difficultés de contact avec l'entourage, la perte d'intérêt pour quelque chose étant à la base du conditionnement affectif me semble valable mais non majeur ni surtout spécifique de l'état psychologique des cancéreux. Citons quelques modifications de l'état physique des sujets déprimés :

1. Chlorhydrate de N (3-diméthylaminopropyl) imino-dibenzyle ou imipramine.
2. Diméthylamino-3 propylène 11 dihydro-6-11 (b e) oxépine chlorhydrate.
3. Ethyl 3 (diméthyl amino 3 méthyl propyl 10 phénothiazine chlorhydrate).

Certes, je ne donne pas ces indications en les entourant d'une auréole de certitude. Je ne crois guère en leur pouvoir pharmacodynamique, si pouvoir il y a, mais je crois peut-être un peu à ce qu'ils peuvent représenter pour le malade qui veut se soigner et qui a envie de guérir ! **Un cancéreux qui veut à tout prix guérir n'est déjà plus un vrai cancéreux !**

Je ne crois guère en l'action d'une drogue miracle susceptible de modifier la tendance intérieure d'un individu, son "devenir existentiel", son comportement.

Quant aux morphinomimétiques, ils ne sont que des poisons qui tuent à bref délai. Ces produits, comme les opiacés, élèvent considérablement le seuil de la douleur (J.D. Hardy, H.G. Wolff, Coedell). Ils agiraient au niveau des connexions cortico-corticales qui permettent l'algognosie en rapportant le stimulus au "stock mémoriel", à l'expérience vécue.

Leur action, à ce niveau, pourrait s'expliquer par un double mécanisme :

- a) modification de la qualité de la connaissance nouvelle,
- b) modification de l'intégration de notre connaissance dans le stock des connaissances anciennes (J. Jacob).

La morphine diminue la composante réactionnelle affective à la douleur, nous dit Kornstary, établissant une véritable lobotomie frontale (T. Sollman).

Il s'agit là d'une action particulièrement intéressante puisque le mode d'action de la morphine nous oblige, en quelque sorte, à faire de la psycho-physiologie !

En effet, la morphine induit une déviation de la connaissance d'un stimulus douloureux. C'est donc une action psychodysleptique, c'est-à-dire une reconnaissance de la perception qui n'est plus admise comme ce qu'elle est vraiment.

Au niveau du cortex cérébral, la morphine pourrait agir de telle sorte qu'un individu normal ayant fait l'expérience de la douleur pourrait faire abstraction de son apprentissage.

Si je m'étends quelque peu sur cette étude des morphiniques, c'est parce qu'elle fait penser que le mode d'action des opiacés s'apparente fonctionnellement aux maïeutiques, aux procédés de self-libération des peuples orientaux : yogis et lamas, bonzes et fakirs qui parviennent à supprimer la douleur au moyen de techniques de maîtrise de soi basées sur une abstraction du stock mémoriel (P. Viars).

La psychothérapie est-elle alors possible ?

Il me semble qu'il serait possible de créer des centres d'analyse et de rééducation psychologique (psychagogiques) des cancéreux où seraient utilisées des techniques à la fois d'investigation et de traitement des malades. Les tests de Hermann Rorschach (déjà employés aux USA par Bahnson, Nemeth et Mezei, C. Booth) tout autant que ceux de Murray ("projectifs" ou "TAT" = Thematic Aperception Test), de Symonds et Szondi seraient évidemment de précieux moyens d'investigation.

La règle d'or de la psychologie étant que "ce qui est analysé s'abolit", il serait nécessaire que l'opinion publique soit avertie, dans tous des détails, du mécanisme auquel obéit la cancérisation.

Puisque je parlais des cancéreux et des déportés vivant dans un monde différent du nôtre, le premier étant celui du malade, et l'autre celui du camp où l'on ne contracte pas de cancer mais au contraire où l'on en guérit s'il existait avant d'y pénétrer, une leçon doit être tirée de ces faits : l'homme est conditionné dans le monde où il a été structuré et le cancer n'existe que par rapport à lui. S'il vit dans un monde différent, ce conditionnement demeure interne et ne se projette plus de la même façon sur l'ambiance qui lui est étrangère dans la somme de ses composantes.

J'ai déjà présenté cette idée, mais il faut tenir compte de cet enseignement pour étudier l'application d'une thérapeutique inspirée du mécanisme de régression des tumeurs dans les camps de concentration. Il conviendrait, je pense, de donner au cancéreux un autre univers mais comme il ne pourrait que difficilement être punitif (à moins d'exercer des sévices... thérapeutiques ?) on pourrait agir par le truchement d'une psychothérapie de groupe de manière à modifier l'Innenwelt.

Un Américain, le Dr Simonton, obtient des rémissions spectaculaires chez les cancéreux en utilisant la relaxation et l'imagerie mentale.

Je ne sais pas sur quels principes repose sa thérapeutique ni si elle est assise sur des bases psychologiques solides, mais l'univers du malade est, semble-t-il, normalisé pour un temps par sa méthode.

Je crois qu'il est possible, pour les cancéreux qui ne sont pas parvenus au stade le plus avancé qui est alors sans espoir (à moins de les convaincre d'aller à Lourdes s'ils y sont réceptifs), de créer des centres psychagogiques.

Doit-on prescrire des médicaments ?

La chimiothérapie tend à être abandonnée et l'on se rabat sur l'activation de la défense immunitaire en oubliant qu'elle dépend du cerveau.

Penser qu'une sorte de drogue-miracle puisse agir n'est pas impossible en tenant compte du fait que tout médicament est le véhicule d'un ordre de guérir émanant d'autrui, avec tous les fantasmes qui s'attachent à cet "autrui".

L'effet appelé "placebo" joue dans toute prescription médicamenteuse, avec plus ou moins de bonheur selon que le malade reçoit plus ou moins de garanties d'origine exogène, et surtout si son inconscient demeure dominé par la pensée dite "magique". Les individus "rationalistes", très versés sur tout ce qui renferme des conceptions d'allure scientifique, les "scientistes" sont très sensibles au véhicule matériel porteur de guérison.

D'autres croient au Destin et, de ce fait, sont incrédules ou ambivalents. Quoi qu'il en soit ne guérissent que ceux dont les structures sont assez labiles pour le permettre, à moins de bénéficier d'une réorganisation de leur univers dominé par l'objet perdu qui peut être "retrouvé" (peut-être sous une autre forme ?) mais il s'agit là d'autre chose. J'y reviendrai.

Que penser du BCG ?

L'exemple de vaccination par le BCG laisse supposer qu'il y a là un moyen d'action, mais je ne le pense pas à cent pour cent pour les raisons déjà exposées car "soma et psyché" sont liés. Tout dépend de la malléabilité du "devenir" des sujets et de leur conditionnement.

La prévention de l'état cancéreux est-elle réalisable ?

J'ai eu, en 1973, un entretien avec un psychanalyste de Lyon. Il approuva mes conclusions et, au fur et à mesure que je lui exposais mes résultats selon les régions en insistant sur les grandes différences qui existaient entre le Nord et le Sud, les attribuant à l'éthologie, il fut immédiatement de mon avis et devint que je rendais l'instance surmoïque responsable.

Il me répondit alors ceci : "Supposons que l'on découvre un jour un moyen de guérir les cancéreux et que cette découverte soit de notoriété publique, le résultat sera qu'au bout d'un certain temps, lorsque tout le monde saura cela avec certitude les gens ne feront plus de cancers !"

Il ajouta : "Une autre maladie apparaîtra sans nul doute, mais quoi, c'est ce que nous ignorons totalement !"

Il voulait évidemment dire que l'inconscient choisit toujours un état organique, un moyen d'expression de son "devenir" (en cas, bien sûr, de désignation d'un "vecteur" somatique) susceptible de correspondre aux desiderata de ses structures.

Si, au moyen du cancer, l'autodestruction corporelle souhaitée par cet inconscient n'est plus possible parce que le cancer est vaincu, à quoi bon le choisir ? penserait alors l'inconscient (si toutefois cette formation de la personne humaine dans ses contenus affectifs est douée de pensée !) ? L'inconscient a son langage mais ne pense pas.

(Notons néanmoins que le "vécu" peut être considéré comme appartenant à l'inconscient et constitue par conséquent son langage ! Peu importe d'ailleurs la manière dont le mot "inconscient" puisse être conçu).

Je n'irai pas aussi loin que ce psychanalyste mais comme la cancérisation est déclenchée par un rejet du sujet de son univers, indispensable à sa vie, le problème ne se pose pas pour la souris qui se borne à constituer un amas cellulaire sans but fonctionnel si l'organe princeps est vecteur, mais ne peut-il pas se poser pour l'être humain doué d'une intelligence qui appréhende les causalités et suppute les conséquences tout autrement que ne peut le faire un simple petit rongeur ? Je veux dire "avec plus de précision".

On a constaté qu'actuellement la tuberculose ayant régressé, c'est le cancer qui a pris le relais.

Les religieuses l'ont également constaté car c'est maintenant le cancer qui est présent dans les statistiques où figurait la tuberculose il y a trente ou quarante ans.

J'ai dit que le cancer peut prendre le relais d'une tuberculose si cette dernière régresse, et qu'au bout de plusieurs années le malade est guéri de ses lésions d'origine bacillaires permettant alors la reprise de son autodestruction sous une forme organique différente.

Cela semble donc donner raison à cet analyste de Lyon, car des sujets ont fait une tuberculose alors qu'ils auraient peut-être fait du cancer si la tuberculose avait été en voie de disparition à cette époque-là ?

Le sujet choisit, je le répète, ce qui convient à ses structures, et, dans cet ordre de choses, qu'il me soit permis de relater un fait historique :

Lorsque Louis Pasteur, le père de la microbiologie attendait la mort entouré des amis très chers qui avaient suivi tous ses travaux, et parmi lesquels se trouvait Claude Bernard (qui définit les principes de la recherche scientifique), il appela cet ami et confident et lui dit, comme pour se soulager d'un poids qu'il redoutait d'emporter dans la tombe : "Claude, il me faut te dire quelque chose d'important car je me suis trompé, oui ! L'important ce n'est pas le germe microbien, c'est le TERRAIN !"

Louis Pasteur "passant aux aveux, in extremis", si je puis m'exprimer ainsi, sur son lit de mort, parce qu'il se refusait à laisser derrière lui une erreur grave planer sur toute la science et sur l'humanité qu'il

allait quitter, nous enseigne plus de choses que ses remarquables recherches sur la microbiologie qui l'ont rendu célèbre.

Cet aveu à son grand ami Claude Bernard contient d'ailleurs un résumé tacite de certaines de ses réflexions procédant au même type de remarques lorsque, citant Louis Pasteur au sujet du "miasme" fantasmatique auquel on croyait à son époque et dont il avait combattu l'idée, je rapporte qu'il parlait du "microbe" puis du "terrain" et du "dessous des choses" qui nous échappe !

Ce dessous des choses montre qu'il est question d'autres valeurs plus importantes, peut-être, et plus insondables que le microbe car l'inconscient est une réalité que l'on perçoit souvent confusément et que l'on attribue diversement soit au destin, soit à ce qui est fortuit ou encore aux impondérables, mais que l'on ressent comme inéluctable et qu'avant Freud d'autres savants, tel Spinoza, avaient déjà constaté sous l'aspect d'une réalité avec quoi il faut compter sérieusement.

La découverte de ces "marqueurs" du chromosome H2 de la souris et HLA de celui de l'homme ne doit pas, comme on commence à le faire déjà, servir de support au rejet de tout ce qui se présente sous un possible aspect psychosomatique et dire que toute maladie est imputable à ces marqueurs !

La psychologie fait peur à beaucoup et l'option pour l'organicisme implique le rejet systématique de ce qui n'est pas matière, car la matière se voit et se touche et ne renferme pas, en apparence, d'incertitudes promotrices d'angoisse !

N'oublions pas que le phénomène appelé "projection" a été présenté par Freud lui-même comme une défense contre l'angoisse !

Qu'un psoriasis puisse être, comme je l'ai dit, "autorisé" ou "favorisé" par des "marqueurs", je le veux bien certes, mais à condition que le sujet se trouve placé dans des dispositions affectives requises pour cela !

Qu'est-ce qui explique, par exemple, l'origine du tout premier psoriasis de l'humanité chez, sans doute, un homme des cavernes, et toutes les modalités réactionnelles du corps car il y eut un "premier" cas de chaque lésion pour chacune des affections organiques décrites dans la littérature médicale !

La même maladie réapparaît lorsque les mêmes structures psycho-organiques sont soumises aux mêmes éléments déclenchants, que le "terrain" soit déjà sensibilisé ou non.

Ce que j'ai dit en analysant le tableau des chocs cancérogènes et que les chercheurs de Baltimore ont confirmé trois ans plus tard, après m'avoir dit que mes recherches étaient utilisables, ce dont je les remercie car ils pouvaient s'abstenir de me confirmer leur intérêt, laisse peu de place aux seuls facteurs organiques !

On ne tombe pas malade sans raison, ou simplement parce qu'un microbe ou un polluant nous agressent !

Quant au cancer, je pense avoir dit assez de choses pour montrer que son origine génétique se soutient très mal et qu'il s'agit plutôt d'un retour à l'archaïsme cellulaire lorsque le tissu se trouve privé d'ordres nerveux destinés à maintenir la continuité harmonieuse de l'organisme.

Notre devoir de médecins, faut-il le dire, est d'essayer de comprendre le "pourquoi" de la disparition de cette harmonie chez les cancéreux et de tenter d'étudier chaque cas particulier afin de tout mettre en œuvre pour qu'il puisse, si c'est réalisable, la retrouver au sein d'un univers habitable pour lui.

N'est destiné à mourir que celui qui s'accroche à la mort prématurément. Au sujet du problème capital de la prévention, la preuve que nous possédons du phénomène de substitution du cancer à la tuberculose, d'après les statistiques globales que nous possédons, m'incite à tenir compte de l'hypothèse de l'analyste de Lyon.

L'inconscient choisissant toujours ce qui l'arrange et comble ses tendances, même si l'enjeu est la mort parce qu'elle est propice à la satisfaction autodestructive du corps, il est remarquable de s'apercevoir que la maladie dont on guérit a peu de chances d'être choisie pour incarner le besoin légal.

Toute maladie renferme la satisfaction d'une culpabilité, et le cancer étant le mal maudit, à aspect de tabou, qui frappe inéluctablement sans rémission, il faut comprendre là que c'est le conditionnement du sujet par rapport à la société où il vit qui impose la malédiction attachée au cancer.

Le cancer étant incurable, comme l'était jadis la tuberculose, c'est aussi indiquer à l'inconscient qu'on est marqué par le destin si l'on est atteint de cancer semble dire l'impossible curabilité de ce fléau social aux structures inconscientes.

Mais si la société peut guérir les sujets atteints, c'est bien là la preuve, toujours pour la manière de percevoir les événements ambiants par l'inconscient, que la culpabilité attachée au mal jadis maudit n'est plus celle de Judas !

Il y a donc déculpabilisation immédiate des candidats à la cancérisation dès que le remède est trouvé par cette société vis-à-vis de laquelle ils se sentaient coupables. Puisque la société pardonne et guérit, pourquoi choisir ce qui ne guérit pas ?

Le problème est un peu plus complexe, certes, mais partant aussi du fait signalé plusieurs fois dans cet ouvrage :

“Ce que l'on analyse s'abolit”, je pense qu'il est indispensable d'avertir la société dans tous ses détails de ce mécanisme de la cancérisation si longtemps ignoré, et de même que la lecture d'ouvrages de psychanalyse est “psychanalytique”, la compréhension claire des mécanismes cachés utilisés par l'inconscient pour apporter la maladie peut juguler dans l'œuf la mise en action de ce mécanisme.

Le cancéreux avancé qui vit néanmoins avec un projet en tête peut mourir subitement si ce qu'il espère se réalise.

Conditionné pour échouer, il ne supporte pas de réussir.

Traitement et prévention.

Le cancer étant psychosomatique, il est évident qu'excepté les cas d'urgence où la chirurgie s'impose (occlusion intestinale par tumeur ou lésion avancée d'un organe comprimant l'intestin) le traitement repose logiquement sur la liquidation des causes profondes attachées au “devenir existentiel” du malade.

Le cancéreux est donc justiciable de la psychothérapie et parfois même la psychanalyse s'impose si sa “libido” est malléable et si son âge le permet.

Vaugrante de Novince, à Rennes, a guéri plusieurs cancéreux par la seule psychanalyse. Il n'est pas le seul, mais il est évident que, généralement, les cancéreux ne sont pas induits à concevoir leur état sous l'angle de la psychologie, et sont moins encore susceptibles de s'adresser à un psychanalyste !

Il y a six points importants à respecter, bien que le succès de l'analyse dépende, bien sûr, du patient lui-même :

1. Savoir à partir de quel choc, perçu comme irréversible, le cancer s'est développé ou plutôt s'est cliniquement manifesté.
2. Etudier dans le passé du malade vers quelle date, vers quel âge (en général vers 5 ou 6 ans) des stress précis et les fantasmes y afférents ont pu amorcer un blocage, un appel au mutisme, au repli sur soi reposant sur un rejet de l'entourage concernant sa propre personne.
3. Laisser le malade prendre conscience de l'importance de son émotion-choc, et comprendre comment il y a réagi, soit dans le domaine social, soit par contact avec les événements ou les éléments électivement déterminants (pour lui).
4. Etudier le degré de capacité fantasmatique du sujet, car parfois cette capacité n'atteint pas un degré intense. Toutefois, dans les faibles pourcentages de cancéreux sans jeunesse très perturbée, il faut tenir compte de la possibilité de fantasmer d'une manière négative, autopunitive à la suite de stress précis du candidat au cancer.
5. Le malade doit parvenir à neutraliser ses tendances négatives, s'apercevoir qu'il n'est ni puni par Dieu, par la société, par son propre comportement, mais victime de son comportement autopunitif, auto défensif, réactionnel et des affabulations qui l'ont motivé sans qu'il ait pu s'en apercevoir clairement.

On devient cancéreux par rapport au milieu qui a structuré le “moi”, le “surmoi”, et la preuve en est, entre autres, la guérison des cancéreux dans les camps de concentration sans aucun traitement médical ou autre !

Il est donc indispensable d'amener tout cancéreux à devenir une personne autonome, réellement adulte, débarrassée de “dadas” infantiles et de puissants “hobbies” à moins de les remplacer par d'autres si ces derniers sont trop ancrés dans le “devenir existentiel” du malade !

6. Si l'on ne peut pas compter sur la possible transformation de la personnalité, il est indispensable de rendre au malade cet “objet perdu” auquel il s'était raccroché et dont la disparition l'a cancérisé. Cela

n'est alors possible que sous une forme qu'il puisse accepter et qu'elle devienne vraiment pour lui sa raison de vivre.

Conclusion : De toute façon, seul un psychothérapeute expérimenté est susceptible de prendre en main un cancéreux, opéré ou non, et comprendre, en l'aidant à y parvenir lui-même sans le brusquer, le fonctionnement de son psychisme perturbé à son insu.

Il s'agit donc d'un dialogue, d'un certain type de communication qui échappe à ce que l'on appelle habituellement une "conversation" ou un "échange de vues" dans le plan dit "conscient".

Il s'agit de saisir les motivations inconscientes du "devenir existentiel" du malade qui remontent souvent aux vexations ressenties dans sa prime enfance. Toute attitude étant réversible, une prise de conscience réussie est un élément capital pour la guérison ou la suppression de toute récurrence.

J'ai parlé de l'attitude toujours réversible du malade.

Il s'agit là d'une loi qui se rapporte à tout ce qui vit, qu'il s'agisse d'un être humain, d'un animal ou d'une simple cellule !

Voici l'exemple classique. Les cellules du tératocarcinome de la souris replacées dans un organisme d'une souris saine abandonnent leur malignité et redeviennent des cellules normales.

Il s'agit là d'une loi, celle de la "réversibilité" fort connue, notamment de l'Ecole de la cause freudienne de J. Lacan où j'ai exposé mes travaux il y a de longues années.

Il faut débarrasser le malade de fâcheuses attitudes, de ses fantasmes négatifs à base de sentiments de crainte, de rejet, de castration et lui permettre de trouver en lui-même de solides raisons de vivre débarrassées de dadas et de hobbies, à moins de les remplacer par d'autres, si toutefois ces derniers sont trop ancrés dans le devenir existentiel du malade.

Souvent, il est utile de tenter de modifier la nature de l'ensemble de l'environnement socio-affectif.

Le mécanisme de la cancérisation doit être exposé clairement à la société car, ainsi que je l'ai dit dans tous mes écrits : "Ce que l'on peut analyser s'abolit".

Rien n'est plus dangereux que l'ignorance qui implique une soumission aveugle à ce que l'on nomme "destin" et qui n'est autre que le résultat d'un conditionnement dans le milieu même où la personnalité s'est structurée mi-consciemment et mi-inconsciemment.

Il serait utile que, vers l'âge de 17 ou 18 ans, voire 20 ans, toute personne subisse des tests dits de "personnalité", par exemple Rorschach, TAT de Murray, De Symmonds, voire Szondi, analyses de rêves, etc., afin de savoir s'il n'existe pas sous roche une autodestruction latente, une tendance masochiste larvée, et certaines fixations dangereuses sur différents objets attirants ou sur diverses situations perturbatrices ou susceptibles de le devenir.

Il est donc nécessaire de connaître en quelque sorte le "profil psychologique" du sujet d'une manière précoce. Certaines attitudes dites "extraverties" peuvent recouvrir une grave frustration affective, un besoin d'être aimé, compris, ce qui peut parfois déclencher certaines attitudes théâtrales qui se rencontrent chez certaines vedettes de la chanson et de l'écran. Dans ce cas, le talent réel et même le génie de l'acteur peuvent cacher ce qui sous-tend son métier et le choix de ce dernier.

Réflexions concernant la difficulté d'amener le médecin qui se veut organiciste à accepter l'origine psychologique d'une maladie telle que le cancer.

Si le médecin admet qu'un psychothérapeute ou même un psychanalyste puisse aider un cancéreux, il ne peut admettre que le psychothérapeute ait une importance thérapeutique supérieure à la sienne (basée sur la prescription de médicaments).

L'organiciste admet l'action du psychologue, mais comme adjuvant, comme facilitateur dont le rôle doit se limiter à contribuer à débarrasser le malade d'une angoisse liée à la peur déclenchée par le fait qu'il est averti de la présence d'une tumeur dans son corps.

On reconnaît que la découverte du cancer se produit, dans un tiers des cas (chez les laïcs !), dans une somme de difficultés au niveau de son vécu familial, professionnel ou même idéologique. On admet la facilitation, peut-être due au stress dans la manifestation morbide, mais on est loin de penser que, si le cancer existe, le stress n'a agi que parce que l'état ou encore le "profil psychologique" du sujet est le premier responsable.

Le cancer est une "somatisation" qui a précisément pour effet d'éviter l'angoisse due à la vie pathologique du malade.

Dire au cancérisé : “Vous êtes atteint d'un cancer, mais on va vous soigner” active un état d'angoisse que l'organisation de l'état existentiel cancérigène avait masqué.

Le médecin s'attache aux mélanines, aux catécholamines, aux dosages de DOPA et de 5-S cystéinyldopa et se pose des questions sur leur rapport avec l'angoisse du malade qui est atteint, par exemple, de mélanome ou de maladie de Hodgkin et s'étonne de constater l'absence de différence.

On en déduit que l'organiciste a besoin de découvrir une origine chimique à toute manifestation psychique.

Cela explique la difficulté pour un médecin branché sur l'étiologie qu'il veut organique de pouvoir comprendre facilement l'origine psychologique d'un cancer ! Il s'en trouve inévitablement angoissé car ses croyances se renversent !

Les cancérologues ont compris que la chimiothérapie lourde était à revoir et s'attaquent maintenant au système de défense immunitaire. Mais ce système, comme l'ensemble du corps et de ses appareils et organes : globules rouges, leucocytes, etc., dépendent des ordres que leur envoie le cerveau ! Le système grand sympathique joue un rôle trophique ainsi que l'a dit Champy ! Alors comment se borner à traiter seulement le système immunitaire ?

Il faut surtout s'occuper du conditionnement du cerveau !

Réhabilitons le Pr Antoine Béchamp.

Dans l'article que vous pouvez lire, il s'agit de faire la lumière objectivement sur les travaux du Pr Béchamp, face à ceux de Louis Pasteur.

Comment un grand savant français a vu ses travaux détournés par Pasteur et comment Claude Bernard lui-même a pu écrire : «Pasteur s'est trompé»

Pierre, Jacques, Antoine Béchamp était fils du meunier de Bassing, village situé près de Dieuze, en Moselle; il y naquit le 15 octobre 1816.

Un oncle du jeune Antoine, consul de France en Roumanie, remarquant l'intelligence précoce de son neveu, l'emmène en 1822 à Bucarest, où il fera ses études au collège, puis sera élève dans la pharmacie de M. Mausel.

Après la mort de son oncle décédé du choléra ou de la peste au cours de l'épidémie qui sévit pendant 7 ans à Bucarest, Antoine Béchamp revient dans son pays natal en 1834.

UN PHARMACIEN À STRASBOURG

Il a 19 ans, il est pharmacien, mais son diplôme roumain ne lui donne pas le droit d'exercer en France. Il va donc devoir refaire en France toutes ses études. Il s'inscrit à la Faculté de Strasbourg, en même temps qu'il travaille chez un pharmacien de Benfeld, chef-lieu de canton au sud de Strasbourg.

Béchamp fonda une pharmacie à Strasbourg, qui existe encore, elle a seulement été déplacée depuis quelques années, par son successeur le Dr Pierre Bachoffner, président de l'Ordre des Pharmaciens d'Alsace. Voici donc Béchamp pharmacien d'officine, mais les recherches l'attirent

d'avantage. Dix ans après son installation à Strasbourg, un concours d'agrégation pour deux places est ouvert à l'Ecole de Pharmacie de cette ville. Béchamp se présente. Le concours eut lieu du 15 décembre 1850 au 7 janvier 1851.

En janvier 1851, Béchamp, pharmacien de première classe, bachelier ès-mathématiques, est nommé agrégé de l'école pour la section de chimie, de physique et de toxicologie.

UN DOCTEUR ÈS-SCIENCES

En 1853, Béchamp présente sa thèse de physique et devient docteur ès-sciences.

En 1856, c'est le doctorat en médecine qu'il conquiert avec sa thèse sur « *Les substances albuminoïdes et leur transformation en urée* ». Ce travail bouleverse les théories admises jusque-là. Il prouve la pluralité des albuminoïdes et démontre la formation de l'urée dans l'organisme par leur oxydation. Jusque-là, on n'avait qu'une hypothèse physiologique pour interpréter l'origine de l'urée dans l'organisme; on supposait que cette matière résiduelle provenait de la destruction des matières azotées. Le travail de Béchamp fut d'abord très contesté, mais le célèbre J.-B. Dumas avait annoncé la remarquable démonstration du savant lorrain devant l'Académie des Sciences de l'Institut de France, elle donnait la clef de plu-

sieurs problèmes obscurs de la biologie.

C'est la chimie qui va tout d'abord accaparer son génie inventif. En chauffant l'acide arsénique avec l'aniline, Béchamp obtient l'acide para-amino-phénylarsinique que 40 ans plus tard Thomas utilisera contre la trypanosomiase sous le nom d'atoxyl, à cause de sa faible toxicité par rapport à celle des dérivés minéraux. C'est encore le médicament héroïque de la maladie du sommeil. Béchamp est par cette découverte à la base de la thérapeutique par les arsénobenzols.

En 1852, il avait mis au point un procédé économique nouveau pour la production de l'aniline et de ses dérivés colorants. La France refusa de s'en servir. Ce fut l'Allemagne qui s'empara de la méthode et l'appliqua industriellement, ce fut l'origine de la fortune du Pays de Bade. Dans ce procédé, Béchamp utilisait la limaille de fer, peu coûteuse, pour remplacer le zinc employé jusqu'alors comme catalyseur dans la réduction du mélange de nitrobenzène et d'alcool par l'acide chlorhydrique.

L'emploi du polarimètre et de quelques procédés simples, mais très habilement mis en valeur, avait permis à l'heureux chercheur de publier toute une liste de composés définis. Une autre conséquence de ces fertiles recherches lui avait permis d'isoler toute une série de ferments solubles. On ne connaissait encore que la diastase de la salive. Dans son fameux mémoire, Béchamp fut le premier à en faire connaître, à la fois, un grand nombre ; et il révéla toute l'importance de ces produits solubles qui sont des produits de sécrétion émanés des organismes vivants. Il composa le nom générique de « Zymase ». Les contradicteurs tentèrent d'y substituer le mot « Diastase » qui doit rester spécifique. La vérité historique prévaut de plus en plus et on

s'accorde à rendre aux ferments solubles leur véritable nom de Zymases.

LES ÉTUDES SUR LA FERMENTATION

Béchamp va s'intéresser alors aux phénomènes de la fermentation. Il faut se souvenir qu'à la fin du XVIII^e siècle, la fermentation est regardée par certains auteurs (Chaptal, Cogniard-Latour, Mitscherlieff) comme la corrélation du développement d'un organisme végétal ou animal. Le célèbre Dumas en donnait, en 1843, la première théorie exacte, en la comparant à un acte vital. (En passant, notons le rôle primordial de Dumas en politique et dans les sciences. Il était secrétaire perpétuel à l'Académie des sciences en 1868.)

Tandis qu'une école étrangère, guidée par Berzélius, Gerhard et Liébig, prend de plus en plus d'extension, et voit dans la fermentation un phénomène purement chimique, d'action de contact analogue à l'action catalytique de la mousse de platine.

Béchamp, de 1855 à 1857, travaille la question d'intervention du sucre, sous l'influence des moisissures. Fin 1857, il envoie à Dumas un long rapport qui n'est publié en entier que en 1858, dans les « Annales de Chimie et de Physique » au tome LIX ; son titre : « De l'influence que l'eau pure ou chargée de divers sels, exerce à froid sur le sucre de canne », dont voici les conclusions :

« 1. Les moisissures ne se développent pas à l'abri de l'air, et dans ce cas, la dissolution (sucrée) conserve intact son pouvoir rotatoire.

2. La liqueur (sucrée) des flacons qui ont été ouverts, qui ont eu le contact de l'air, a varié avec le développement des moisissures.

3. La créosote, sans le contact ou sous l'influence prolongée du contact de l'air, empêche à la fois la formation des moisissures et la transformation du sucre de canne.

4. Les moisissures agissent à la manière des ferments.

5. Il paraît évident que des germes apportés par l'air ont trouvé dans la solution sucrée un milieu favorable à leur développement, et il faut admettre que le ferment est produit ici par la génération de végétaux mycétoïdes. »

Personne ne comprit à cette époque la portée de ces résultats si ce n'est Brown-Sequart dans son « Journal de physiologie », tome I, page 428 : « M. Béchamp présente un travail dont les conclusions sont que les moisissures qui se développent dans les solutions du sucre, dans l'eau pure ou chargée de sels, ne s'y forment pas en l'absence de l'air ou lorsque la solution contient de la créosote. »

PASTEUR OPPOSÉ AUX THÈSES DE BÉCHAMP

Béchamp mettait ainsi en évidence la panspermie et l'antiseptie, deux découvertes attribuées à Pasteur par les biographes officiels.

Or, en 1860, Pasteur écrivait : « Je ne pense pas qu'il y ait dans les globules de levure aucun pouvoir de transformation du sucre de canne en sucre de raisin ». (Annales de chimie et physique, 3^e série, tome LVIII, page 357). Plus tard, en 1864, dans son mémoire sur la fermentation acétique (Annales de l'Ecole Normale supérieure) : « La fermentation acétique s'accomplit sous l'influence d'un être agissant à la manière du noir de platine. »

Jusqu'en 1876, Pasteur et son école nièrent, contre Béchamp, Berthelot, Schützenberger, la formation des ferments solubles dans les êtres organisés.

Un fait qui fit scandale, en 1878, illustre cette différence d'opinion : Claude Bernard venait de mourir à 65 ans d'une maladie aiguë, qui l'empêcha de terminer un travail auquel il attachait une grande importance, puisqu'en mourant, il confiait : « **C'est dommage, c'eût été bien finir** » confiant à quelques intimes « **Pasteur s'est trompé** ».

A la suite de la publication dans la « Revue scientifique » de quelques notes condamnant les travaux de Pasteur sur la fermentation alcoolique, ce dernier entreprit l'expérience célèbre du raisin cultivé dans la serre d'Arbois, à l'abri de l'air, dans du coton. La conclusion de ces expériences fut : « *La question du ferment soluble est tranchée, il n'existe pas, Bernard s'est fait illusion.* » Pasteur ne signalait pas que les raisins « encotonnés » qui ne fermentèrent pas, n'avaient pas la belle teinte jaune dorée des raisins mûrs.

En familial de son oncle, le Dr Adrien Loir raconte, dans son livre, « A l'ombre de Pasteur », la colère de son oncle quand il apprit l'existence de cet écrit de Claude Bernard. Le scandale fut tel que le jeune préparateur d'Arsonval qui avait trouvé et fait publier, avec Berthelot, ces notes de son maître, garda la mémoire enfouie pendant 50 ans ; peu avant sa mort, il le confia au Dr Léon Delhoume, médecin limousin, historien, qui les passa un jour au Dr Philippe Decourt, avec des documents sur Béchamp, en lui disant : « *Je suis trop vieux maintenant, vous devriez voir cela.* » C'est ce qui nous valut toute l'étude publiée dans « Les Archives Internationales Claude Bernard », sur Antoine Béchamp.

Le Dr François Guérmonprez, qui fut professeur à Lille a fait clairement ressortir les épreuves et les joies réservées à Béchamp, dans sa recherche passionnée de la vérité, il écrit dans son ouvrage « Etudes et Souvenirs » « Béchamp était bon, profondément bon. Il lui a certainement été très pénible de se trouver en contradiction avec Pasteur, mais le caractère de chacun contribuait à augmenter la difficulté ; car celui-ci n'admettait pas la controverse, tandis que Béchamp ne la repoussait jamais : il se montrait précis et intarissable dans ses arguments. La cause profonde des contrastes était dans la préparation scientifique de chacun d'eux. Pasteur était chimiste, physicien, minéralogiste, cristallographe, mais il était étranger aux sciences naturelles. Béchamp n'était pas seulement chimiste et physicien, mais depuis ses débuts naturaliste curieux de toute la biologie et de plus médecin. » (fin de citation).

LA MALADIE DES VERS À SOIE

A chaque instant, les deux anciens collègues de Strasbourg vont se trouver sur le même chemin de recherche. Pendant qu'à Lille, Pasteur s'occupe de la bière, Béchamp, à Montpellier, où il arrive en 1858, continue ses observations sur la fermentation sur les vins et sur la maladie des vers à soie. Depuis une vingtaine d'années, la sériciculture du midi subissait de sérieuses pertes du fait de cette maladie. Dans une lettre de fin août 1866, au président de l'Académie des Sciences de Paris, Béchamp déclare que cette maladie est parasitaire, et causée par un végétal qui attaque le ver, il termine en ajoutant : « J'ai consacré toute

l'année 1866, mon temps et mon argent, mon repos et mes veilles à la démonstration de cette idée. Dans mon ardeur, je faisais part à tout venant des progrès de ma démonstration. »

Il constate l'action de la créosote pour arrêter le développement du corpuscule vibrant, sans dommage pour le ver. Il applique ainsi le principe de l'antiseptie qui fut en vogue à Montpellier dès 1864, tant en chirurgie qu'en médecine externe.

Obligatoirement, il s'intéresse à une autre maladie, plus ancienne, du ver à soie : la flacherie ; pour laquelle le fondateur de la culture du ver, dans le Midi, Olivier De Serres, conseillait déjà au début du XVIII^e siècle de ne pas donner de feuilles mouillées dans la nourriture, d'aérer les chambrées et de se laver soigneusement les mains avant de s'occuper des élevages.

Béchamp établit la complète distinction entre ces deux maladies ; elles n'ont aucun rapport, au moins direct. Les « morts flats » sont des vers dont la race est affaiblie, soit par de mauvaises conditions d'existence, soit par la maladie des corpuscules. Il découvre, en abondance, des petites « molécules mobiles » sur le ver, dans le canal intestinal, et jusque dans la tunique de l'intestin, ce sont les parasites causes de cette maladie, qu'il nomme « microzymas bombyx ». La maladie peut être héréditaire, bien que rarement. Il faut opérer une sélection des « graines » (ce sont les œufs) et suivre les conseils d'Olivier De Serres.

Une longue joute met les deux savants contemporains face à face, Pasteur réclamant à plusieurs reprises être le « premier », alors qu'il avait traité Béchamp et son collègue et ami, le professeur Estor de « fous » quand ils affirmaient la nature parasitaire de la pébrine, et ne se rallia à cette opinion que cinq ans plus tard.

Il mettait les choses au point dans une lettre adressée au Président de l'Académie : *« Il faut que l'on sache bien que je ne me suis pas fait le contradicteur de M. Pasteur, je n'ai ni le temps ni le goût de contrôler ou de critiquer les œuvres d'autrui. Mais lorsque j'entrevois la vérité, je la poursuis. Dans cette affaire, j'ai simplement voulu éteindre le vrai, sans me préoccuper de savoir qui je pourrais contrarier. »*

Grâce aux amis qui firent élever à Béchamp un monument dans sa commune natale, le seul qu'il possède, on y lit, depuis le 18 septembre 1927, que la « maladie des vers à soie » est du nombre de ses travaux.

Toutes ses expériences ont été refaites en 1938 : le XX^e siècle a confirmé exactement les conclusions que Béchamp envoyait à l'Académie des Sciences, le 13 août 1866.

Les travaux de Béchamp ont une telle ampleur qu'il faudrait de nombreuses pages pour décrire les multiples expériences qui l'ont acheminé vers sa théorie fondamentale du *Microzyma*.

LES MICROZYMAS

Après ses premières constatations sur l'intervention du sucre de canne, à Strasbourg en 1855, il va mettre en application son principe selon lequel, *« dans les sciences, il y a souvent des contacts si intimes qu'une question de chimie peut se transformer en sujet de haute physiologie. »* Il approfondira toutes les branches de la médecine et découvrira cet « infiniment petit » qui commande la vie, qu'il va nommer d'abord « petit corps », puis « microzyma », quand il aura déterminé sa fonction, d'où le nom étymologiquement, du Grec : micro, petit ; zymase, ferment.

Quand le sucre s'intervertissait, le microscope lui a montré une foule de petites formes sphériques ou presque sphériques, qu'il appela « petits corps » dans son premier mémoire. C'est lorsqu'il les observa dans la craie des carrières de Sens, qui possède la propriété de faire fluidifier l'empois d'amidon, et même de faire fermenter qu'il employa le mot « microzyma » pour la première fois, en 1866.

Béchamp montre là encore son besoin de rigueur, il écrit : *« J'avais mis dix ans à me convaincre moi-même que je n'étais pas dupe d'une illusion. »* Il les avait faits connaître, sans les nommer, en 1864 à l'Académie des Sciences et de Pharmacie de Montpellier. *« Dans 1 millimètre cube examiné, il entre de certains d'entre eux plus de 15 milliards. On comprend que certains observateurs peuvent ne pas les voir, mais tous ceux qui savent se servir du microscope et y regarder les ont vus. »* Béchamp savait admirablement se servir du microscope, l'ancêtre des microscopes perfectionnés que nous possédons !

Lorsque Béchamp disait que le chercheur *« voit avant d'avoir vu »*, il n'énonçait pas un pur précepte sous la forme élégante d'une formule de rhétorique, disait Paul Pagès, *il édictait une règle applicable à toute recherche scientifique et à laquelle il s'est soumis de la manière la plus rigoureuse. »* Il faudrait le suivre dans ses expériences :

— Sur les plantes : cactus gelés dans le jardin botanique de la faculté de Montpellier, pendant le rigoureux hiver 1867-1868.

— Sur les animaux : petit chat mort gardé momifié, pendant sept ans à l'abri de l'air dans la craie pure.

— Sur les différents organes humains.

— Sur les membres : bras coupé, par

le professeur Estor, son collègue chirurgien, d'un ouvrier accidenté, gangrené.

— Sur les liquides organiques : sang, urine, sueur, et j'en oublie.

LE POLYMORPHISME BACTÉRIEN

Il étudie les microzymas et leur transformation en bactéries, mais écrit Béchamp, dans la troisième conférence de son ouvrage : « Il ne faudrait pas vous imaginer que le microzyma se convertit en bactérie sans aucune transition, on peut au contraire constater plusieurs formes intermédiaires entre le microzyma et la bactérie. »

En voici les étapes, données dès 1868, dans sa neuvième conférence faite à Lyon sur la mère du vinaigre. « Ce petit organisme n'apparaît pas tout d'une pièce, comme le *deus ex machina* ; non, les microzymas qui étaient isolés prolifèrent réellement ; ensuite, on en voit qui sont d'abord comme agglutinés à deux, en 8 de chiffre, puis en chapelets droits, de trois, de quatre et davantage de grains, sans doute par suite d'un bourgeonnement semblable à celui qui préside à la multiplication de la levure de bière ; puis les grains de chapelets de microzymas semblent s'allonger, la bactérie elle-même apparaît comme la fusion, en quelque sorte, de tous ces grains en un tout continu et linéaire qu'on a comparé à un bâtonnet. En même temps que ces transformations s'opèrent, la membrane se désagrège, et son tissu n'apparaît bientôt plus formé que de bactéries. »

Avant ce passage, dans la même conférence, le savant précisait : « Les mi-

crozymas, dans certaines liqueurs douées de viscosité, traversent les filtres les plus serrés et les membranes comme la baudruche et la vessie natatoire. » Cela ne fait-il pas penser à nos « virus filtrants » contemporains ? Son fils Joseph, associé aux travaux de son père, montra que les microzymas de la même glande, dans la même espèce animale, varient suivant l'âge, l'état, le sexe.

COMMENT LES MICROZYMAS SE SONT CHANGÉS EN MICROBES

Nous abordons l'incident qui fit que le microzyma de Béchamp a muté en microbe de Pasteur.

Jusqu'à l'époque des travaux que nous venons de relater, exécutés à Montpellier, par Béchamp et Estor, son collaborateur et ami, la cellule était considérée comme la dernière unité vitale. Béchamp démontre qu'il y a beaucoup plus petit, c'est-à-dire le microzyma qui est la particule vivante existant à l'intérieur de la cellule.

Or, le 7 octobre 1872, Pasteur se ralliait à cette conception en communiquant à l'Académie une note concluant que grâce à ses « idées nouvelles » — les siennes — il ouvrait une nouvelle voie à la physiologie et à la pathologie médicales.

Béchamp et Estor furent absolument indignés en prenant connaissance de cette note, ils s'empressèrent de protester auprès de l'Académie, montrant que depuis fort longtemps, c'étaient eux qui avaient enseigné que tout être, ou plutôt chaque organe dans cet être, ou dans cet organe, un ensemble de cellules, pouvaient se comporter comme des ferments, et

étaient eux qui avaient fait voir les parties qui dans la cellule sont vraiment actives et impérissables.

Dans leur note du 2 décembre 1872, intitulée : « Observations sur la communication faite par M. Pasteur le 7 octobre 1872, les deux collaborateurs montpellierrains, se référant à quelques-unes de leurs expériences précisaient :

« Après Bichat, nous avons dit à notre tour : la cellule est un agrégat d'un nombre infini de petits êtres, ayant une vie indépendante, une histoire naturelle à part. Cette histoire naturelle, nous l'avons faite toute entière. Nous avons vu le microzymas des cellules animales s'associer deux à deux ou en plus grand nombre, s'allonger jusqu'à devenir des bactéries ou même des bactérioides... Nous avons ensuite étudié la rôle de ces microphytes ferments en physiologie, en pathologie et après la mort ; nous avons d'abord constaté leur importance dans le fonctionnement des appareils sécréteurs, et ce fonctionnement n'est, après tout, qu'un mode particulier de la nutrition. Nous les avons proclamés comme facteurs de cellules... Nous avons aussi insisté sur l'importance des microphytes en pathologie. Dans la fièvre typhoïde, disions-nous en 1869, dans la gangrène, dans les maladies charbonneuses, l'existence des bactéries a été constatée dans les tissus et dans le sang, et l'on était fort disposé à voir là un fait de parasitisme ordinaire. Il est évident, d'après ce que nous avons dit, qu'au lieu de soutenir que l'affection a pour origine et pour cause l'introduction dans l'organisme et l'action consécutive de germes étrangers, on doit affirmer qu'on n'a eu affaire qu'à une déviation de fonctionnement des microzymas, déviation indiquée par le changement qui s'est opéré dans leur forme. » (Congrès médical de Mont-

pellier, 1869. Congrès médical janvier 1870.)

Cette protestation véhémement des deux chercheurs nous valut la transformation du « microzyma » en « microbe », de sorte que Béchamp a pu dire : « La théorie microbienne est celle du microzyma vue à l'envers. »

L'ÉLÉMENT PRIMORDIAL

Nous le comprenons quand nous avons saisi que le microzyma est l'élément primordial de la cellule, que c'est un ferment qui sert à l'accomplissement de ses fonctions vitales, quand elle meurt, chaque microzyma reprend sa liberté et vit pour son propre compte, que dans certaines conditions il peut devenir pathogène. Lorsque les cellules des corps organisés subissent la destruction, leurs microzymas vivants se dispersent et forment les germes, que l'on a appelés microbes, qui pullulent dans les airs, dans les eaux, le sol et peuvent dans certaines conditions évoluer en bactéries, en vibrions.

Après 20 ans de recherches fécondes, menées de front avec son enseignement, fort goûté de ses étudiants languedociens, Béchamp accepta de partir à Lille le 2 novembre 1876 prendre le premier poste de doyen de la Faculté catholique.

Son fils Joseph, professeur à Montpellier, l'accompagne, et continuera de participer à ses travaux, jusqu'à sa mort prématurée. Car Béchamp eut la triste part de survivre à sa femme et à ses quatre enfants.

La controverse va s'amplifier à la suite de la parution de son ouvrage « Les microzymas dans leurs rapports avec : l'hétérogonie, l'histogonie, la physiologie et la pathologie », dans lequel Bé-

champ relate tout son enseignement au cours de sa carrière.

Sa décision de publier cet ouvrage fut prise à la suite de l'affront que Pasteur lui infligea en 1881, dans une séance de section du Congrès médical international de Londres.

Le « Times » du 8 août 1881 relate les faits.

« Pasteur parlait le premier, il accusa Béchamp d'être sectateur de l'hétérogonie, puis il ajouta que, « s'il y avait quelque chose de juste dans la manière de voir de Béchamp, celui-ci ne l'avait conçu qu'en s'assimilant ses travaux et en modifiant ses idées d'après les siennes... etc. »

Béchamp qui devait parler ensuite ne put se contenir, il se leva, indigné, pour mettre Pasteur au défi de prouver ses assertions, et qu'il allait, lui, Béchamp, apporter les preuves contraires.

Pasteur quitta la séance!

C'était refuser à Béchamp la justification publique et, de plus, devant un étranger.

UNE RECHERCHE TRÈS FÉCONDE

Nous ne pouvons pas terminer cet historique sans faire quelques rapprochements que vous avez peut-être déjà faits, entre le microzyma de Béchamp et les apports de la génétique, de l'immunologie de notre siècle.

Comme le pharmacien brésilien, Julio Ximénès, le Prof. Paul Pagès a, depuis longtemps, discerné une identité quasi-parfaite entre le microzyma et le gène défini par Jean Rostand. Ce dernier a posé la question: « Béchamp, par sa théorie du microzyma, n'a-t-il pas prévu cette transformation du gène en virus? » Pour Béchamp,

le microzyma est l'atome vital. Les généticiens disent atome des biologistes. Les deux éléments sont représentés comme pérennes, éventuellement réversibles.

Ce « petit corps » du savant lorrain préexiste à la cellule qu'il « tisse », à laquelle il survit, après avoir contribué à la dissolution cadavérique. Il se trouve dans le noyau de la cellule germinale, tout comme le gène.

Le gène agit comme une enzyme ou diastase, c'est une substance qui produit certaines altérations chimiques à l'intérieur d'un composé, sans souffrir elle-même aucune altération. Les gènes sont des corps vivants, capables de se reproduire, ils sont la dernière unité de la vie.

Pour Béchamp, le microzyma est la dernière unité de la vie dont la pérennité en fait ce micro-organisme qu'il retrouve dans la craie des carrières de Sens, dans les poussières des rues, dans les terres cultivées, ce microzyma « cretae » qui lui fut encore contesté et attribué à Van Tieghem. Ce sont, aujourd'hui, les microbes nitrificateurs, oxydants, les bactéries des terrains carbonifères.

Et, comme suivant leur nutrition, les microzymas se transforment en bactéries, en passant par plusieurs formes intermédiaires, ils peuvent devenir pathogènes, ce sont eux qui peuvent devenir les agents propagateurs des maladies.

Paul Pagès le rappelait en 1958: « Nombre d'infections qui sont expliquées de nos jours par l'exaltation d'un pouvoir pathogène sous l'influence des causes physiques, par exemple, ou par le recours à l'intervention de porteurs de germes, ou par la rupture d'une sorte de symbiose, pourraient résulter d'une induction en éléments microbiens de ferments organisés normaux. »

Les virologues, encore réticents sur

- - -

l'endogenèse des virus, disent cependant qu'on pourrait admettre qu'ils résultent d'un trouble fonctionnel. Tout cela a été écrit, expliqué, contrôlé par Béchamp.

Les savants thérapeutes ne perdent-ils pas leur temps en s'accrochant à la spécificité? Tout comme les ingénieurs agronomes en oubliant la vie micro-organique du sol?

De plus en plus, on admet que tout est affaire de milieu, de terrain, rejoignant Béchamp, qui suivait Hippocrate et s'accordait avec Hahnemann, dont les tenants de l'homéopathie, par leurs résultats, montrent la justesse de sa conception de l'individu perturbé dans sa totalité, lorsque un symptôme vient tirer la sonnette d'alarme.

DES DÉCOUVERTES RESTÉES IGNORÉES

Ses travaux ont embrassé tant de disciplines qu'il est impossible de les examiner tous. Cependant, en homéopathe que je suis devenue, je veux relever qu'il a constaté l'influence des doses infinitésimales de certaines substances minérales, phosphore, potassium, magnésium, soufre, manganèse, zinc; sur le développement des moisissures. Dans la seconde conférence de son ouvrage, il décrit: « N'est-il pas remarquable que l'*aspergillus niger* ait besoin, non pour son développement, mais pour la plénitude de son existence, d'une si faible proportion de sulfate de zinc, que la quantité qu'en contient le mélange, rapportée à l'unité, soit à peine 44 micro-grammes? La plante peut vivre sans cela, sans doute; elle peut se multiplier, fructifier et se reproduire, mais enfin elle ne donne les plus abondan-

tes récoltes que lorsque le zinc se trouve dans le milieu de sa culture. Certainement l'analyse ne découvrirait pas le zinc dans un pied complet de la petite plante. Qui sait si tous les milieux où l'*Aspergillus niger* croît, une tranche de citron, par exemple, ne contient pas du zinc que l'analyse est impuissante à déceler?

Nous touchons ici à l'action puissante des oligo-éléments en agriculture et en thérapeutique.

Au fur et à mesure que nous prenons connaissance des découvertes des biologistes modernes, nous remarquons que les conclusions de Béchamp s'affirment magistralement. En 1950, dans une conférence sur « le compromis des virus », le Prof. Harant disait qu'il « est possible que les deux origines exogènes et endogènes des virus soient un jour justifiées, ainsi un virus bloqué pourrait devenir un agent de mutation ».

Il précédait de 25 ans le Professeur Jean Bernard, entendu en novembre 1975, commencer salle Gaveau, une conférence publique sur la leucémie par: « Si on n'a pas, dans la lutte contre le cancer, avancé aussi vite que dans beaucoup d'autres domaines, c'est probablement parce qu'on s'est trop attaché aux théories de Pasteur. » Après avoir développé, avec brio, son sujet qu'il touche malheureusement tous les jours, prononçant souvent le mot virus, parlant de l'influence des pollutions de notre siècle, l'éminent spécialiste conclut, sans citer le nom de Béchamp, dont il n'ignore pas les travaux, par cette phrase: « Et puis, ces virus sont-ils bien à l'extérieur de nous? Ne viendraient-ils pas de nos organismes traumatisés? Je sursautais, aurait-il l'intention de s'attribuer une découverte vieille d'un siècle? »

Marie NONCLERCQ
Docteur en pharmacie.

LE MAÎTRE AUX ÉTUDIANTS

Voici ce que Béchamp, professeur de médecine, enseignait à ses élèves, futurs médecins :

« Messieurs, fort de la conviction scientifique que tant d'expériences et de faits confirmatifs ont fait pénétrer dans mon esprit, d'accord avec la manière de voir des vrais médecins, je vous répète avec assurance : veillez sur votre malade, ne le perdez jamais de vue pour courir après... un aventureux « *microbe* » : écarter de lui toutes les mauvaises influences extérieures ; mais en agissant contre les germes de l'air, n'oubliez pas que ce sont les microzymas des malades et des opérés qu'il s'agit de soigner en même temps que leurs états diathésiques.

La théorie du microzyma, qui explique tout ce qui trouble et égare les parasitistes, vous mettra en garde contre leurs systèmes ; elle vous rappellera que la cause première de leurs erreurs vient de ce qu'ils ne voient rien de vivant par lui-même, dans l'être organisé, mais une masse de matière sans spontanéité ; elle vous fera souvenir qu'il n'y a pas de « *germes* », de « *microbes* » originellement créés morbides, pour rendre malades hommes et bêtes ; mais que la cause première de nos maladies est en nous, toujours en nous, et qu'il faut sans cesse veiller pour conserver leur intégrité fonctionnelle aux éléments anatomiques et aux micro-zymas qui les ont formés.

Pour conserver la santé, ce bien si fragile, il faut éviter surtout les excès, les passions et les habitudes dont l'action porte précisément sur les microzymas du système nerveux, ce régulateur qui fait converger vers l'unité et la conservation. Vous n'oublierez pas que la maladie étant survenue, il ne faut pas attendre, et immédiatement aller au secours du microzyma pour l'aider à revenir au mode normal ; que, devenu décidément morbide, il peut émaner de l'homme ou de l'animal malade, communiquer la maladie qui est en lui à l'homme ou à l'animal, chacun selon son espèce ; vous n'oublierez pas enfin que l'art possède les moyens de rendre le microzyma morbide *inoffensif*, et qu'il devient naturellement, grâce à cette prévoyance qui l'a doué de la propriété de changer de fonction. »

POUR EN SAVOIR PLUS

Marie Nonclercq a consacré sa vie à la reconnaissance de Béchamp. Elle est l'auteur d'un livre, édité à compte d'auteur et distribué par Maloine, intitulé « *Antoine Béchamp, l'homme et le savant. Originalité et fécondité de son œuvre.* » Elle a également fait rééditer l'œuvre-maîtresse de Béchamp, parue en 1883, « *Les Microzymas* », un livre de 1000 pages. Vous pouvez la contacter à l'adresse suivante : 33, avenue Foch, 78800 Houilles. Tél. 39.68.60.91.

Vaccinations.

Comment remédier aux conséquences néfastes possibles des vaccins ?

La vaccination. Pour ou contre ?

Voilà un débat ouvert il y a bien des années et qui n'est pas prêt d'être terminé. Bien au contraire.

Nous assistons depuis quelques mois à un déferlement d'attaques et de défenses sans précédent. Il faut dire qu'en France les autorités sanitaires font le forcing. On est passé de 3 vaccins obligatoires depuis bien des dizaines d'années à une obligation de huit sous Hollande, et qui dit plus, à 11 sous Macron ! Quand on est « en marche » on ne s'arrête plus !

Il est bien difficile de prendre parti de façon objective. Je pense que le débat entre les « contre » et les « pour » est plus une affaire de sensibilité personnelle, de croyance, qu'une affaire scientifique.

En effet, dans ce débat, la science n'a rien apporté qui pourrait déterminer le plus grand nombre pour la vaccination.

Jusqu'à il y a peu, la vaccination était largement acceptée par la population car elle avait confiance en leurs médecins, ceux-ci croyaient encore à l'action protectrice des vaccins.

En fait, peu à peu le doute s'est emparé des médecins, surtout les généralistes, et cela a touché les mères. Il faut dire que les comparaisons entre les calendriers vaccinaux des différents pays européens ne donnent pas une bonne image de la politique vaccinale française !

Jugez-en.

Prenons le cas du BCG, qui a fait pas mal de dégât. Il date des années 1925. Il était censé protéger de la tuberculose. C'est une invention française (Brevet de Calmette et Guérin), alors cocorico, difficile de le supprimer. Et pourtant c'est un fiasco total et il a fallu attendre plus de 80 ans pour qu'il ne soit plus obligatoire en France.

En 1945, le taux de mortalité par tuberculose était identique en France et aux Pays-Bas. Peu à peu, la maladie a régressé, mais de façon très différente. En Hollande, où la vaccination n'a jamais été généralisée, donc non obligatoire, les taux les plus faibles du monde étaient enregistrés en 1970. Pour la même époque, en France, où la vaccination est obligatoire depuis 1951, les cas étaient sept fois plus nombreux ! Chercher l'erreur !

A cause des complications du vaccin, le BCG a été **interdit** en Suède dès 1971 !

Par ailleurs, dans les pays au faible niveau de vie, de confort et d'hygiène, où règne la malnutrition, la vaccination n'a jamais eu d'effet sensible sur la fréquence de la maladie.

Il n'y a en fait aucune preuve scientifique de l'efficacité des vaccins dans la prévention des maladies. Il y a des chercheurs et des médecins qui avancent des chiffres, des documents en faveur des vaccins. Cela doit suffire pour preuves ! Par contre, les médecins et chercheurs qui contestent la validité de ces pseudo-preuves sont quasiment interdits d'audience médiatique. Ces médias étant la propriété de grands groupes industriels qui ont une prédisposition à « acheter » (corruption) les services de certains médecins peu scrupuleux. Y compris les soi-disant experts qui sont juges et parties, liées aux multinationales pharmaceutiques. Et ce qui est vrai pour les vaccins, l'est aussi pour de nombreux médicaments allopathiques.

Tout repose en fait sur la peur, et ce pour les deux camps.

Pour les « pro-vaccins », je parle de ceux qui y croient vraiment, comme Henri Joyeux entre autres, c'est la peur des maladies qui les guident. Et pourtant, la maladie n'est qu'un message de l'inconscient. Mais là n'est pas le sujet.

Pour les « anti-vaccins », c'est la peur des conséquences parfois graves de la vaccination qui détermine leur opposition. Et c'est bien compréhensible. Pourtant il ne faut rien exagérer et ne pas tomber dans une psychose face aux vaccins.

Certes il y a actuellement, comme nous l'avons vu, une large exagération dans ce domaine chez les partisans des vaccins. La polémique fait rage depuis des mois, même la télé en parle, par toujours objectivement, certes !

Faisons le point. En France trois vaccins sont obligatoires, trois de trop pour un pays qui se prétend garant des libertés. IL s'agit du DTP (diphtérie, tétanos et polio) qui était disponible il y a encore

quelques mois, sans excipient à base d'aluminium, et peu coûteux. Les laboratoires ont cessé sa fabrication, pour des raisons que tout le monde feint d'ignorer. Et comme les parents doivent continuer à faire vacciner avec les trois obligatoires, il est conseillé de le faire avec un hexavalent contenant de l'aluminium.

C'est ce qui se pratiquait sous le gouvernement libéral Hollande malgré des centaines de milliers de personnes ayant signé une pétition (plus d'un million aux dernières infos) pour revenir au statut antérieur. Et ce n'est pas un gouvernement ultra-libéral qui va faire des misères à l'industrie pharmaceutique ! En fait ce ne sont pas des libéraux, car dans libéral, il y a liberté et ici nous sommes dans une obligation, une dictature « capitaliste ».

Tout cela, répétons-le, sans aucune référence de valeur scientifique en faveur de la vaccination.

Ce qui est révoltant dans cette décision, c'est qu'en même temps, la Suède, pays sous-développé bien connu (!), et peu démocratique (!) décidait **d'interdire l'obligation vaccinale**.

Vaccine-t-on pour le bien de la santé de sa population ou pour la bonne santé des actionnaires des multinationales pharmaceutiques ?

La France et la Suède n'ont apparemment pas la même vision de la démocratie et de la volonté de son peuple.

Depuis 10 ans je vis en Suisse, où il n'existe aucune obligation vaccinale à ce jour alors que chacun sait que l'industrie pharmaceutique y est très puissante. Ce qui a créé un changement d'attitude des médecins de plus en plus partisans des vaccinations, par la peur. Mais le conseil fédéral tient bon, pour le moment ! Pas d'obligation.

Comme je l'ai dit, tout est une histoire de peurs. Alors à qui se fier ? A la peur des vaccins ou à la peur des maladies ? La peur est le même poison et chaque groupe se détermine par rapport à cette croyance, la peur !

Voyons la voie du juste milieu, sans être dans la peur, ni des vaccins, ni de la maladie. Soyons pragmatiques, et en même temps préventifs. Il est possible de vivre sans la peur, il faut trouver des solutions à chaque problème, à chaque conflit.

Ce que je vais vous exposer s'applique à toute personne qui sera vacciné de gré ou de force ! Il existe bien les deux cas de figures. Il s'agit effectivement de protéger le système immunitaire des enfants surtout, mis à mal par tant d'actes nécessitant une réponse immunitaire. Or l'immunité des nourrissons se construit pas à pas sur deux ans après la naissance. Il n'est donc pas raisonnable de vacciner avant deux ans. D'autant que les enfants allaités assez longtemps sont protégés.

Ayant exercé la médecine en France où la vaccination a toujours été une obligation, j'ai été confronté quotidiennement à une demande pressante des parents qui craignaient de vacciner leurs enfants. Médecin homéopathe, j'ai alors eu la chance de rencontrer le Dr Jean Elmiger de Lausanne (Suisse) qui avait mis au point une technique homéopathique de désensibilisation, appelée homéopathie séquentielle. Cela m'a permis de ne pas rester dans cette lutte un peu stérile anti ou pro vaccination, qui n'apporte aucune solution fiable aux parents et aux enfants. On peut ne pas être adepte de l'homéopathie, les faits sont là. Grâce à cette pratique j'ai offert aux vaccinés une solution viable dont j'ai pu vérifier les effets pour le plus grand bien de nos enfants. Aucun effet secondaire, aucune complication des vaccinations sur 20 années d'exercice.

En quoi consiste ce traitement préventif ? Certains vont encore ricaner car il s'agit d'homéopathie ! Ces mêmes personnes sceptiques ne proposent rien que de s'opposer à la loi, ce qui ne simplifie pas la vie des gens obligés de pratiquer un acte qu'ils redoutent.

Voici le protocole : la veille de chaque injection, il s'agit de prendre une dose de la souche vaccinale préparée homéopathiquement en basse dilution korsakovienne. Puis après les 2 ou 3 injections du vaccin, prendre la même préparation en 4 dilutions montantes 30-200-1000 et 10.000K.

Ces préparations doivent provenir de laboratoires fiables sur les souches homéopathiques, comme en Belgique ou en Suisse (en France, je ne sais pas).

Cette pratique s'est montrée particulièrement efficace depuis 25 ans que la prescris ou la conseille pour accompagner les vaccinations, et également pour « nettoyer » tout pollution créée par les diverses substances qui affectent le système immunitaire (vaccins, antibiotiques, tabac, alcom, drogues, métaux lourds, chimiothérapies, etc.).

Le fait d'effectuer cette prévention et désensibilisation ne m'empêche pas de penser que la vaccination ne devrait en aucun cas être une obligation.

Vous devez savoir aussi que pour éviter d'éventuels rappels de vaccins, vous pouvez effectuer un dosage des anticorps correspondant à ces vaccins. Si le taux est suffisant, vous n'êtes pas tenus de faire le rappel.

Pour conclure, un conseil : avant de vous faire vacciner ou de vacciner vos enfants, demandez à votre médecin, surtout s'il est partisan des vaccinations, si lui-même est à jour de ses vaccins et ses enfants.

Vous aurez des surprises !

Et demandez-lui pourquoi il ne se vaccine pas contre la grippe, alors qu'il vaccine à tour de bras, et pourquoi non vacciné, le plus souvent il ne « l'attrape pas » !

Jean-Claude Fajeau

Dr en médecine.

Pourquoi les malades ont-ils tant de problèmes avec la médecine et surtout les médecins ?

Si l'on part du postulat, sur lequel je ne reviendrai pas tant il a été discuté, que la guérison ne peut venir que de l'intérieur, que la malade est son propre guérisseur, et que la médecine académique peut être un complément à la prise de Conscience du pourquoi on est malade, pourquoi les malades ont-ils tant de difficultés avec les médecins et pourquoi la médecine a-t-elle si peu de bons résultats sur les malades ?

Voilà une question qui me trotte dans la tête depuis longtemps et je pense que grâce à l'analyse psycho-somatique, j'ai une réponse. Ce n'est peut-être pas la seule, mais elle mérite qu'on y réfléchisse. Comme je l'ai souvent écrit, et dit lors de mes conférences, les médicaments, comme toutes les prothèses médicales, quelles qu'elles soient remettent systématiquement le malade dans son conflit. De la sorte, cela peut apporter un soulagement temporaire, mais à terme ce sera la rechute ou la récurrence, sauf si la personne est en Conscience et dans l'Amour.

Voyons en détail ce qui se passe.

Quand vous êtes myope, c'est que vous viviez un conflit de danger très proche, qui va me tomber dessus, donc n'ayant pas de solution, le cerveau a réglé ma vue pour tenter de dépister, de voir le danger imminent. Nous savons que c'est la paranoïa visuelle. Grâce à la myopie j'y vois de près et peu m'importe d'y voir de loin, le danger est tout près. On me met des verres pour y voir de loin, ce qui en termes biologiques de survie est grave, puisque je dois régler ma vue pour le danger de près. Donc à cause des lunettes (lu-net), la myopie s'aggrave, car pour le cerveau ce qui est inscrit c'est toujours danger de près. Donc inutile d'y voir loin.

Vous avez de l'arthrose à un genou (ou aux deux), c'est que vous refusez de vous mettre à genou devant le seigneur et maître. C'est une dévalorisation de se mettre à genou, de supplier, de prier par peur un Dieu hypothétique de réprimande pour avoir soi-disant péché.

Ce n'est par hasard que l'arthrose du genou touche plus la femme que l'homme. Celui-ci a moins tendance à se soumettre à une autorité, quoi que cela ne soit de moins en moins vrai de nos jours !

Donc cette femme souffre dans les actes banals de la vie quotidienne à cause de ses genoux. On (la médecine) lui propose de lui mettre une prothèse du genou pour la soulager. C'est très bien. Le problème est, que le conflit de dévalorisation de soumission (sous-mission et non père-mission) n'étant pas résolu, apparaissent les complications de l'intervention chirurgicale ou le rejet de la prothèse ou le déplacement des douleurs vers les hanches.

Pourquoi ? Parce qu'il ne faut pas se mettre à genou, alors le cerveau va trouver un autre moyen de solutionner le problème qui l'était par l'arthrose qui permettait de ne plus se mettre à genou.

C'est la même chose avec la prothèse de hanche de la femme (encore elle !) et le refus « d'écarter les cuisses ». C'est tout à fait honorable et légitime de refuser la sexualité après un certain âge, et même avant si l'on veut mais pas à cause de tabous, de raisons artificielles liées au jugement, puisque le corps a parlé : « elle voudrait bien, mais il ne faut pas » ! Grâce à l'arthrose des hanches, elle ne peut pas, ce n'est pas de sa faute, c'est la maladie. On (la médecine) lui met une prothèse, elle peut donc

écarter les cuisses, mais c'est toujours le même tabou, le même interdit, alors le cerveau doit trouver une autre solution pour que l'acte ne se réalise pas. Désinsertion de prothèse, voire des maladies gynécologiques qui viennent remplacer la solution primitive. Parce que le conflit n'est pas solutionné en Conscience, par la Liberté et l'Amour.

Je pourrais multiplier les exemples, comme cette femme qui rechutait de son problème cardiaque trois mois après la pose d'une prothèse de valve cardiaque. Elle avait une valve (aortique) qui ne fonctionnait plus, c'était la solution biologique de son conflit de clan, par rapport à son père. On lui propose de poser une valve aortique de remplacement, et trois mois après, au contrôle, le médecin constate que la valve fuit à nouveau !

Le conflit n'étant pas solutionné, il était normal que cette valve fuit à nouveau, tant que le message n'est pas correctement interprété, analysé et solutionné en Conscience d'Amour.

Les médecins proposaient de recommencer l'intervention cardiaque (et ce n'est pas anodin !) pour remplacer à nouveau la valve.

J'ai vu cette femme deux fois avant la réintervention prévue, et je lui ai permis de solutionner son conflit.

Elle m'a donné des nouvelles pendant deux ans, la valve n'était pas changée, son état cardiaque s'améliorait.

Voyons maintenant le problème avec les médecins.

Le médecin est en fait une prothèse médicale, puisqu'on lui demande de trouver une solution externe à la maladie, et il ne peut proposer que des prothèses inutiles.

Mais cela va plus loin.

Pourquoi un individu décide-t-il de pratiquer la médecine ?

Et pourquoi telle ou telle spécialité ?

Eh bien, c'est son inconscient qui a décidé pour lui et pas vraiment lui-même.

Personnellement, je disais dès l'âge de 5 ans que je voulais être « docteur ». Il est évident qu'un enfant de cet âge ne peut pas savoir pourquoi il dit ça.

J'ai compris bien plus tard par l'analyse de mon arbre pourquoi cette vocation.

Du côté paternel, mes arrière-grands-parents ont eu 8 enfants, 4 sont décédées avant 2 ans par manque de soins ou de nourriture !

C'est cela qui peut conduire à la pédiatrie (ce fut ma thèse de médecine) ou à la médecine générale, médecin de « famille ».

Pourquoi devient-on cardiologue ? Parce que dans l'arbre le ou les drames sont liés à des peines de cœur dans le clan.

Pourquoi devient-on dermatologue ? Parce que les drames sont liés à des séparations tragiques.

Pourquoi devient-on gynécologues ? Parce que les drames sont liés à des frustrations, des infertilités, etc.

Pourquoi devient-on rhumatologue ? Parce que les drames sont liés à des conflits de déplacements.

Pourquoi devient-on urologue, je dirais même testiculologue ? Parce que les drames sont liés aux castrations, à la peur d'être infertile. Le médecin qui propose la castration est lui-même un castrateur ou un castré (loi d'ambivalence).

Un médecin qui propose à une femme de lui faire l'ablation des seins règle un conflit inconscient de mauvais sevrage et transpose sur les femmes son conflit avec sa mère.

Et que dire de l'oncologue, qui est devenu un médecin « spécialiste » de la maladie cancéreuse ? En fait, il est surtout spécialiste du traitement du cancer. Or, le traitement est codifié par des protocoles quasi immuables pour chaque type de cancer. Et qu'il est pratiquement impossible d'y échapper pour le malade, sous peine, en cas de refus, de mettre sa vie en danger. Ce « spécialiste » de la peur, traque la moindre cellule prétendument anormale pour la détruire, en même temps que cela détruit bien plus de cellules normales ! C'est de la persécution, ces médecins sont persécuteurs dans un programme généalogique de persécutés, de paranoïaques. Ces personnes sont dans un programme d'autodestruction qui s'accorde bien avec ce genre de malade qui se laissent détruire. Et s'ils en réchappent, du fait que leur conflit psycho-biologique était solutionné, comme il est difficile de se reconstruire.

Chaque spécialité médicale est exercée par des « humanimaux¹ » qui à travers leur spécialité tentent de solutionner leurs propres conflits.

Je pourrais citer bien d'autres exemples.

Tout vient de l'inconscient. Du malade qui a besoin de vivre ce qu'il vit, et du médecin qui lui aussi cherche inconsciemment à régler ses conflits.

Voilà ce qui perturbe la relation thérapeutique avec la médecine et les médecins.

Vous avez un problème précis qui parle d'un conflit précis, et vous devez consulter une personne qui doit régler un conflit du même type que le vôtre et qui en est le plus souvent incapable, car sinon, il vous renverrait vers vous-même car il aurait lui aussi compris que la guérison ne peut venir que du malade lui-même, et surtout pas de celui qui règle ses propres conflits à travers les malades, tout cela inconsciemment bien sûr. Il n'est pas question de faire le procès de qui que ce soit, c'est un problème général, qui s'applique à la médecine comme il s'applique à toute la société, à la justice, l'éducation, etc., à la vie en général.

Dr Jean-Claude Fajeau

Je vous invite à lire ce livre du Dr Michel Moirot (1912-1997), chirurgien français et psychosomatien. Michel Moirot a été chef de clinique à l'Hôtel-Dieu de Paris.

Origine des cancers

Dans ce livre, le docteur Michel Moirot soutient une thèse relativement audacieuse, à savoir l'origine purement psychosomatique du cancer.

Certes, des auteurs divers en Angleterre, dans un livre de vingt spécialistes anglais sur le psychisme du cancer paru en 1963, et quelques spécialistes au Congrès international de médecine de Rome consacré au cancer, avaient soutenu cette thèse en 1971 ; pourtant l'œuvre du docteur Moirot est fondée sur un ensemble d'investigations (statistiques, enquêtes, déductions, etc.) qui ne sont pas sans troubler profondément, même les adversaires résolus de sa thèse.

Par exemple, la quasi-absence de cancéreux parmi les schizophrènes ! L'auteur ne recule devant aucune forme d'enquête et il n'hésite pas à porter son investigation chez les religieux catholiques des deux sexes, trouvant dans les couvents un milieu où la pollution peut être éliminée méthodologiquement puisque l'écologie est uniforme ; reste donc comme facteur psychosomatique le terrain des individus et surtout leur histoire.

C'est ici que l'on retrouve les recherches réalisées depuis très longtemps sur la psychanalyse du cancer. C'est **Groddeck le premier** qui, à la fin de la Première Guerre mondiale, eut l'idée de ces recherches. J'en eus personnellement connaissance dans une note d'un livre d'Oldekop, le Principe de hiérarchie dans la nature" (1931), où on lisait : “ On ne peut que mentionner ici les tentatives de Groddeck, qui a cherché à éclaircir le problème du cancer par la psychanalyse.”

Préparant, l'année suivante, un diplôme d'études supérieures d'allemand sur les idéaux de l'Orient et de l'Occident d'après Spengler et Kayserling, j'entrais en rapport avec ce dernier et devais rencontrer Groddeck en 1932. La personnalité de celui-ci me fit une forte impression, mais ses idées sur le cancer me parurent un peu trop anthropomorphiques.

Avec le livre du docteur Moirot, on revient à une vision plus précise des choses, d'autant plus que les faits sont entourés d'un appareil rigoureux de documentation et d'une analyse approfondie de cas.

Maintenant un problème se pose : le cancer n'est-il pas un vocable sous lequel se cachent plusieurs entités ?

Et surtout, il y a le problème de la période de maturation de la cellule cancéreuse. A partir de quels moments les facteurs psychiques entrent en jeu et selon quels modes ?

Le docteur Moirot semble avoir trouvé le moyen d'expliquer logiquement ce problème en faisant concorder les expériences de laboratoire et nos connaissances en biologie avec les faits cliniques présentés dans son livre. Il tient énormément compte des phénomènes de préparation de la cellule à la mitose et fait état des différents niveaux cellulaires où des régulations, des répressions ont lieu afin d'adapter la

¹ Terme créé par moi-même pour parler des humains encore trop peu en Conscience que nous sommes.

nouvelle née à son contexte tissulaire voué à telle ou telle fonction. Il a constaté entre autres choses que dans certaines membranes cytoplasmiques l'ARN-messager, chargé de transmettre l'information génétique, n'était pas traduit, décodé et demeurait à l'état stable (donc absence de décodage en chaînes protéiques de l'information porté sur ce "messager" !). Il en déduit que, si le "décodage" est différé, c'est que les membranes ont enregistré certaines perturbations ambiantes dans le tissu et celles-ci peuvent bloquer la mitose. Or, comme nous savons que les cellules privées d'ordres conditionnant la trophicité peuvent donner des cellules transformées d'après ce que nous dit le professeur Montagnier, ce blocage de la mitose est gros de conséquences.

Il s'agit certes d'une hypothèse mais le docteur Moiroit ayant constaté que le **cancer traduisait l'auto-destruction d'un sujet**, somatisé dans un organe-vecteur capable d'incarner cette destruction, il établit logiquement que le processus se déclenche lorsque l'autodestruction est devenue irréversible et, qu'à ce moment-là, des perturbations se produisant dans la vie de certains tissus, il en résulte l'apparition de défauts prémitotiques.

L'organisme tendrait donc toujours à s'adapter aux besoins profonds de l'individu, besoins attachés de toute évidence à son conditionnement idiotypique.

Si le conditionnement se trouve perturbé par des choses irréversibles : mort du père, de la mère, des deux parents, d'un frère, l'enfance malheureuse, l'éducation hypersévère, la domination agressive d'un éducateur, etc., il suffit à l'âge adulte qu'un choc psychique rejette le sujet hors de son univers pour déclencher le processus cancéreux. Un virus ou tout autre élément polluant ne s'impose pas. C'est ce que le docteur Moiroit s'attache à démontrer.

Ce livre est à ma connaissance l'effort le plus remarquable qu'on ait fait concernant l'étiologie psychosomatique de la cancérisation, ce qui a apporté à notre connaissance une dimension non encore étudiée sérieusement et digne d'un intérêt qu'il faudrait être de mauvaise foi pour négliger.

En effet, cette dimension nous permet de voir clair là justement où il le faut et, comme le dit l'auteur lui-même, de nombreuses chimères se dissipent !

Je préface donc ce livre en tant que psychologue du social (le cancer n'est-il pas l'image du monde moderne ?) mais encore en tant que psychanalyste car dans cette dernière catégorie je sais que le docteur Moiroit a reçu des encouragements et des approbations de beaucoup de mes collègues.

7 - 01 - 1974

L.-J. Delpech

Professeur à la Sorbonne

Président de la Société française
de cybernétique

Chapitre 1

Depuis des millénaires.

Depuis des millénaires, l'homme a remarqué que le "moral influence le physique" et que le corps agit sur l'esprit.

Au temps des Esséniens et des thérapeutes, contemporains des rédacteurs grecs des textes bibliques à Ephèse, les "mages-médecins" soignaient non seulement le corps de leurs malades en empruntant leur vertu bénéfique aux plantes et aux minéraux, mais s'attachaient à comprendre l'âme qui anime les corps (d'après Philon l'Ancien).

Aurions-nous donc fortement régressé et la médecine, au lieu d'être un art difficile à manier, serait-elle devenue un simulacre de science exploitée par les industries de produits chimiques ?

Tout ce qui vit a besoin de son univers personnel, tel qu'il a pu se constituer en lui-même depuis sa venue au monde.

Si cet univers ne peut plus s'articuler avec la réalité du monde ambiant, c'est le retour pour l'individu à l'informe, au non-différencié.

Une espèce semble naître lorsqu'elle a un rôle à jouer pour contribuer à l'équilibre de la vie de toutes les autres espèces sur un territoire donné. Mais comment de telles espèces apparaissent-elles ? On connaît les raisons pour lesquelles certaines d'entre elles disparaissent : à cause de la chasse exagérée ou

lorsque les conditions d'habitat deviennent défavorables. Ainsi les dinosaures, iguanodons, tricératops du crétacé disparurent à l'approche de la période glaciaire.

Lorsqu'un animal n'a plus son insertion réussie dans les milieux, il s'adultère, se désagrège et l'espèce finit par disparaître...

C'est alors la reprise de l'informe anarchique dans son organisme, et nous trouvons là le cancer qui est un amas chaotique indifférencié sans adaptation fonctionnelle avec l'ensemble. C'est encore la vie, certes, mais sans ordre ni harmonie.

Quand le tissu différencié en vue d'une fonction voit cette fonction perturbée parce qu'elle incarne un paradoxe en regard de son vécu, il désorganise son trophisme. Dans l'organisme pluricellulaire, c'est la partie la plus désadaptée ou la plus fragile qui sert de bouc émissaire à l'état conflictuel de l'ensemble. L'individu se désagrège quand il ne supporte plus l'environnement qui l'a marqué de son empreinte.

Un individu, une espèce, une race sont présents parce que c'est là que se trouve ce qui leur est indispensable.

A chaque ère sur la terre, des êtres vivants ont existé. D'où venaient-ils ? Problème insoluble auquel tous les biologistes se sont attaqués, y compris Monod. "Le problème majeur, dit-il, c'est l'origine du code génétique et du mécanisme de sa traduction." En fait ce n'est pas de problème dont il faut parler mais d'une véritable énigme. Sa conclusion est donc : omne vivum ex ovo (tout être humain provient d'un germe).

Certes, le problème est herculéen et peut-être ne sera-t-il jamais résolu. Considérer que la nature a fait des êtres vivants de plus en plus complexes au fur et à mesure que la planète devenait propice à la vie de tels êtres n'explique ni la vie ni la structure des êtres vivants depuis la bactérie, l'infusoire... jusqu'aux mammifères supérieurs.

Les virus dont on a tant parlé et dont on parle toujours sont peut-être les premiers éléments manifestés de la vie ? On a pu, dit-on, assister à leur cristallisation... qui aurait, dans d'autres conditions, réadopté la forme virale...

Et pourquoi les virus auraient-ils été les premiers éléments de la vie ? On en arrive à penser : "Au commencement était le verbe", mais cela ne résout rien, tout au moins pour un cerveau épris de logique... Car c'est l'irrationnel qui se trouve à l'origine de la vie, que l'on croie en Dieu ou non ! Les causes premières échappent au raisonnement humain.

Méditons sur l'histoire d'Adam et Eve et du fameux serpent de la Genèse enroulé autour de l'Arbre de la Connaissance : Cet arbre enraciné peut montrer que toute vie se forme en prenant ses racines dans la matière, et cette matière est toujours la terre, l'Eretz hébraïque, mais les fruits de cette terre ne peuvent exister que si le serpent, qui est le principe de vie, se trouve présent.

La pomme sphérique n'est-elle pas le symbole de la matière fécondée par l'Esprit (ou principe vital) et n'indique-t-elle pas que l'homme se nourrit de cette évidence ?

Ne pas admettre cela pourrait peut-être vouloir signifier que l'homme dont je parle n'est alors qu'un animal sans capacité de méditation ?

Quoi qu'il en soit, le caractère de ma démarche, tout en offrant un aspect philosophique inévitable, est d'abord et avant tout pragmatique.

De même que J. Monod, malgré son apport scientifique considérable et très élaboré, se voit contraint de revenir modestement au principe omne vivum ex ovo, je suis obligé de tenir compte de cet autre principe : Mens agitat molem.

Ma démarche renforce donc l'idée que tout ce qui vit ne peut continuer à vivre qu'adapté au milieu.

Mon vœu le plus cher est que le biologiste et le médecin, tout autant que tous les chercheurs, aient au cœur le désir de considérer l'homme (et tout ce qui le constitue) au moyen d'un angle de vision très ouvert (sur tout ce qui sous-tend le "manifesté").

En effet, le conformisme scientifique, moral, intellectuel et doctrinal est un handicap majeur à l'évolution des sociétés, car il est l'obéissance à un conditionnement puissant qui nous asservit à une manière de penser figée et acquise par l'enseignement reçu. Cela constitue un frein qui bloque tout essor d'une idée nouvelle, et d'autant plus fortement qu'autour d'idées et de croyances enracinées se sont constituées des sociétés, des industries et que tout cet ensemble social est axé sur l'économie d'un peuple ou d'un pays.

Serge Fanti a écrit un ouvrage où il montre que le comportement psychotique, s'il est pathologique aux yeux de la société, n'est dû qu'aux violentes contraintes subies par l'individu dans cette société qui s'acharne à le détruire s'il ne respecte pas les blocages dont elle est elle-même la victime.

Fanti intitule paradoxalement son livre : *Le Fou est normal*.

Derrière cette apparente boutade bien des vérités se révèlent, et dois-je citer celle-ci : “A notre époque, dit Fanti, l'homme est demeuré inlassablement, à la fois intellectuellement, psychologiquement et spirituellement... absolument semblable à l'homme des cavernes” !

Si l'on étudie les causes profondes des guerres, il apparaît que la principale expression n'est autre que celle de l'agressivité souvent sous-tendue par un sentiment de manque et qui se trouve surcompensé par un désir plus qu'ardent de domination.

Je suis intimement persuadé que l'être vivant obéit au conditionnement. Il est même possible qu'il y ait là une caractéristique essentielle susceptible de définir la vie, tout au moins dans ce que notre observation peut en retenir pour en tirer des lois approximatives.

Le conditionnement explique, peut-être, qu'il faille beaucoup de temps pour qu'un greffon puisse être toléré par un organisme, car ce dernier n'est pas habilité pour l'assimiler.

L'assimilation du greffon requiert l'acceptation totale du receveur.

Je ne réfute nullement l'action des “substances” dotées d'un pouvoir antirejet, mais je pense que si le cœur de Pieter Schmidt (un des premiers greffés du cœur par le Pr Barnard), par exemple, était malade, la lésion n'était pas due au hasard ayant mis Pieter en contact avec un germe microbien capable de “mordre” ce cœur avec prédilection !

Pour des raisons précises, son cœur a servi de vecteur au besoin qu'avait Pieter d'être malade. Nous touchons là le vrai problème de l'origine de nombreuses maladies.

Freud devait ensuite montrer que les paralysies observées dans de nombreux cas d'hystérie ne s'expliquent par aucune cause organique, mais qu'elles résultent d'une conversion d'affects. Ce terme désigne tout état émotif ou affectif, agréable ou pénible. Très schématiquement, on peut dire que Freud avait compris qu'un sentiment inconscient est en quelque sorte traduit sous une forme corporelle. Cette découverte a permis à la médecine de mieux comprendre le rôle des facteurs psychiques dans certaines maladies.

C'est ainsi qu'est née la médecine psychosomatique.

Chapitre 2

Le corps et l'esprit sont indissociables.

Beaucoup de maladies peuvent être étudiées, aux points de vue étiologique et thérapeutique, au moyen de cette discipline instaurée vers les années 1949-1950. La recherche, à cette époque, était axée sur la psychologie, la psychanalyse, la psychosomatique, et cette préférence intellectuelle était motivée par le bouleversement socio-éducatif qui suivit les faits de guerre dès les années 1945. Mais des blocages se produisirent en réaction à l'excès de littérature d'appartenance psychologique et existentielle et, peu à peu, l'intérêt pour ces disciplines s'émoussa, pour ne demeurer vivant que dans le cadre de certaines écoles ou groupements, assez limités, de philosophes, psychanalystes, psychosomaticiens et psychiatres.

Quoi qu'il en soit, des travaux importants virent le jour à cette époque. Je citerai, pour mémoire, le livre précis et documenté de Weiss et English intitulé « *La Médecine psychosomatique* ».

J'aborde maintenant mon propre travail et qu'il me soit permis de commencer par parler de deux études significatives sur une manière nouvelle d'envisager l'étiopathogénie des maladies chroniques.

Il s'agit d'un livre écrit par J. B. Fortin, de Montréal, paru dans une collection française patronnée par M. le Pr Aboulker.

Dans cet ouvrage, l'auteur affirmait la nature psycho-affective de la maladie de Parkinson.

Des faits précis et très nombreux, réunis par ses soins, avaient montré que le parkinsonien est un sujet de type “contraint”, tiraillé entre ses trophismes vis-à-vis de la société et sa fixation au conjoint.

Le conditionnement des noyaux gris centraux du cerveau, qui règlent et contrôlent les états posturaux, serait le résultat de cette ambivalence permanente installée depuis l'enfance, et ce conditionnement serait, à l'âge mûr, la source d'oscillations indiquant l'hésitation affective du sujet, en relation avec une ambiance faite de rappels ambivalents.

Le tremblement du parkinsonien serait le résultat d'un malaise impliquant le tiraillement entre deux tendances contradictoires.

La seconde étude est celle de Madeleine Cavé : "Psoriasis et mélancolie réversibles" présentée sur un malade de Tinel, dans l'ouvrage déjà cité de Weiss et English.

Le malade présentait alternativement soit un psoriasis soit un état mélancolique, chacune de ces affections remplaçant l'autre une fois le traitement appliqué, aussi bien pour agir sur la lésion organique de la peau que sur l'état mental...

Cette alternance obéit à la loi dite de "conversion", fort connue en psychiatrie et en psychosomatique, et qui se manifeste particulièrement chez des sujets hystériques.

Le fait que le sujet ne puisse pas, en même temps, présenter une maladie organique et sa correspondance psychologique diffuse pose un problème crucial.

Le résoudre permettrait de comprendre le sens exact d'une maladie, son "pourquoi" non seulement psychologique mais le choix organique du vecteur capable d'exprimer les desiderata d'ordre affectif.

Ces desiderata appartiennent au "devenir existentiel" du malade et l'utilisation du "vecteur" organique procède de composantes que mes travaux et recherches dans le domaine des interférences psychosomatiques m'ont amené à cerner de très près.

J'ai donc été amené à envisager l'étiologie psychosomatique possible de toutes les maladies organiques, excepté bien sûr celle de maladies à caractère héréditaire, donc génétique, et à me demander en fin de course si le cancer, lui aussi, n'était pas à classer dans la même catégorie !

Découvrir cette vérité, si elle était réelle, apportait à la recherche médicale des éléments de valeur jusqu'à maintenant encore tout à fait embryonnaires.

Ma première démarche date de mai 1971 lorsque j'ai adressé à Rome, à l'occasion d'un congrès, un manuscrit important qui contenait de nombreux cas cliniques et des hypothèses de travail basées sur mon expérience personnelle en médecine psychosomatique.

Le titre de mon étude était "Cancer et précancéroses" et portait de l'ulcère d'estomac dont l'origine psychosomatique était déjà envisagée à cette époque et dont la cancérisation est souvent un fait constaté.

Pourquoi un ulcère donnait-il naissance à un cancer ? Je pensais que le diencéphale était l'organe nerveux central capable d'accumuler des perceptions sensorielles attachées à des situations vécues affectivement depuis la petite enfance par tout être humain.

Ce diencéphale, par la suite, contenait le "devenir existentiel" de l'individu et donnait des ordres en conséquence à tous les organes et tissus de l'organisme en relation avec le milieu ambiant.

Selon que les "articulations" de ce "devenir" étaient satisfaisantes ou non, le diencéphale agissait sur le comportement des tissus et sur leurs métabolismes ainsi que sur leur trophicité de manière à obéir aux sollicitations emmagasinées.

Dans l'ulcère caractérisé, la situation vécue par le sujet ayant provoqué l'ulcère "per primam", il y avait, à mon avis, cancérisation si cette situation d'alarme ne se modifiait pas, et surtout si elle s'aggravait en faisant partie intégrante du "devenir existentiel" du sujet.

Cette étude intéressa les responsables du Congrès et l'on me demanda un résumé de mon travail en langue italienne. Ce résumé parut dans Minerva Medica, à Rome, où je pus constater que cinq collègues de différentes nationalités avaient avancé des conceptions analogues, dans l'ensemble, à la mienne, mais beaucoup moins précises.

Ces conceptions furent présentées par un professeur d'écologie de New York, un Allemand d'Oldenbourg, un Portugais et deux Italiens.

Toutefois, aucun de nous ne prouvait que l'étiologie des cancers pouvait être d'origine psychosomatique, n'apportant pas de statistiques.

C'est alors que je me suis posé la question de savoir par quel moyen je pourrais y parvenir d'une manière rationnelle et irréfutable. J'ai donc réfléchi pendant presque deux ans et, finalement, j'ai compris qu'il était indispensable d'isoler des malades de tout contexte "polluant", habituellement mis en cause en cancérologie, lorsqu'on envisage le problème sous l'angle cancérologique.

Mon choix des couvents reposait aussi sur le fait important que l'on ne peut rencontrer, à ce degré, que chez les religieux, et qui est précisément le "but existentiel" de leur entrée au monastère, but qui ne dévie pas d'un iota tout au long de leur vie monastique.

Il s'agit de leur désir de gagner le Ciel, désir qui peut s'interpréter plus matériellement comme un besoin d'aspect moral, sous-tendu par un obsédant besoin de perfection.

Dans cette attitude, il faut inclure le rôle contraignant d'un "Sur-moi" qui pousse le religieux à tenter de sauver son âme. Or, si nous lisons l'Evangile, nous y trouvons noir sur blanc ceci : "Car celui veut sauver sa vie la perdra ; mais celui qui perdra sa vie pour moi la suvera." (Luc 9, 18-24).

L'ésotérisme de ces phrases est évident.

Toutefois, il semble ressortir de ces deux phrases que, si l'on désire sauver sa vie, il faut accepter de la perdre, et que c'est celui qui la perd qui, en réalité, l'obtient... ou la trouve, ce qui est gros de possibilités d'interprétation...

Pour l'interprétation que je m'efforce de faire maintenant, je pense que le comportement dont je parle concernant le religieux doit être analysé du point de vue de la psychologie des profondeurs.

Que peut contenir le désir conscient d'un moine se conditionnant pour... aller au Ciel ?... et cela dans ses contenus latents, donc subconscients ou totalement inconscients ?... lorsqu'il n'aboutissait qu'au cancer ?

Pour Pierre Daco, analyste d'obédience jungienne, un homme castré (moralement, affectivement) peut renoncer à la sexualité et à la femme sous prétexte par exemple du vœu de chasteté, de pureté (= purification des sentiments de culpabilité). En faisant cela, il se place sous la protection du père (céleste) afin de n'être plus castré par lui (c'est-à-dire afin de ne pas être rejeté par lui le jour du Jugement Dernier).

Il semble donc évident que la peur de l'enfer puisse pousser certains sujets vers le cloître s'ils sont inconsciemment motivés par une culpabilité névrotique.

Chez l'homme et chez la femme, il est concevable que la peur du diable ou du père (céleste) au superlatif puisse contenir un caractère déterminant dans certaines vocations religieuses.

Pierre Daco précise, comme corollaire à son exposé sur la castration du religieux (p. 415 de son ouvrage) que l'on doit distinguer le péché, au sens religieux, de la culpabilité au sens psychologique.

Le péché, dit-il, au sens religieux du terme, est un véritable "poison psychique". Se reconnaître responsable d'une situation ne signifie pas, ajoute-t-il, se haïr soi-même, et, pour que la vérité puisse délivrer, il faut qu'on n'y trouve plus aucune trace de mépris (p. 433).

Certes, cette notion de péché représente un véritable état névrotique à base de très importants conflits. La peur de la damnation éternelle peut en effet motiver certaines attitudes religieuses. Si l'on comprend le phénomène religieux non plus sous l'angle exotérique mais sous celui de l'ésotérisme, il ressort de ce point de vue que le "Royaume de Dieu" est un état intérieur plutôt qu'un lieu géographique.

On choisit l'agréable par contraste avec le désagréable, ce dernier n'étant tel que parce que notre conditionnement nous a amenés à fuir ce qui nous déplaît et contient une frustration pour désirer ce qui plaît et contient une gratification qui nous est prodiguée.

L'enfer est le lieu (ou l'état) de souffrance et le paradis est absence de souffrance ou euphorie.

Le Christ crucifié représente la fusion de tout ce que l'homme non libéré oppose en permanence lorsqu'il vit sur terre en espérant le ciel.

Il se situe donc entre les deux. La peur de l'enfer motive le désir de se soumettre à une déculpabilisation, ce qui ne supprime nullement le besoin d'épanouissement (Royaume des Cieux), et je dirai même que le premier souhait explique le second en ce sens que le coupable (réel ou névrotique) ne se donne pas le droit à la liberté.

Zen sur l'enfer en dira plus à ce sujet que ce que je pourrais tenter de faire saisir avec de longues phrases :

Le Moine

: "Maître je voudrais confesser tous mes péchés. J'ai peur d'aller en enfer !"

Le Maître

: "Donc l'enfer existe pour vous puisque vous avez peur de l'enfer !"

Le Moine

: "Alors vous, Maître, ne croyez pas à l'enfer ?"

Le Maître

: "Bien sûr que si... car j'y crois... et serai même le premier à y aller !"

Conclusion

: Si le Maître, dont l'état psychologique est peut-être celui de Bouddha, affirme qu'il ira en enfer et paraît en être satisfait, qu'est-ce donc que l'enfer ?... ou qu'est-ce que le zen ?

Dans Faust, le personnage Méphistophélès symbolise l'Inconscient... où nous redoutons d'aller..., mais il a d'autres significations.

Il est facile, je pense, d'inférer de ces exposés que la culpabilité fait partie intégrante, à des degrés divers, de la personnalité humaine, et que cette instance pulsionnelle est susceptible de créer des ravages chez ceux qui la ressentent d'une façon profonde à la suite du "dressage" qu'ils ont reçu.

Toutes les religions ont cherché à soustraire l'homme à ce fléau par des contritions, des confessions avec absolution, des expiations en public ou dans un lieu désert, des mortifications, des privations de plaisirs ou de nourriture destinées à constituer des "pénitences".

Qu'est-ce que l'enfer si ce n'est le lieu où la punition permanente démontre que la faute ne doit pas ou ne peut pas être pardonnée ? Cette notion implique, sans doute avec raison, une faille dans la Foi, ou l'intensité de l'instance surmoïque.

Le symbole de Judas, dans la religion catholique, semble bien vouloir indiquer qu'aucune faute n'est réellement impardonnable et que ceux qui se considèrent comme impardonnables manquent de Foi.

Si l'on transpose ce mot "Foi" dans le domaine de la vie quotidienne, il s'agit simplement de croire non au destin extérieur à nous-mêmes, donc à l'Oracle, au "Livre de Dieu", mais à notre destin intérieurement vécu et consécutif à ce qu'ont enregistré nos structures cérébrales depuis notre venue au monde..., et la notion de "destinée" dépend, au fond, de l'impression que nous donne le non-moi perçu comme plus ou moins culpabilisant.

Cet exposé succinct sur la culpabilité dans son behaviourisme étant terminé, je dois maintenant aborder un autre thème qui ne satisfait point, mais que je suis obligé de prendre en considération puisqu'il s'agit de faits erronés présentés par certains théoriciens. Ces faits risquent d'installer dans l'esprit du grand public une idée fausse concernant l'étiologie des cancers, et de marquer même le corps médical... Certains théoriciens de l'étiologie des cancers ont supposé que l'hydrate de chloral était sans doute prescrit aux aliénés par les médecins des hôpitaux psychiatriques afin de leur procurer le sommeil, mais le chloral, étant aussi antimitotique, était cancérigène !

Sans le vouloir, par conséquent, les médecins empêchaient le développement des cancers chez les malades mentaux...

L'argument était de poids, puisque la non-cancérisation des aliénés étant un fait connu, ce état de choses n'étant susceptible de recevoir aucune explication organiciste valable, il s'avérait indispensable de découvrir ce qui bloquait le processus de cancérisation dans un organisme d'aliéné !

Si aucune explication organiciste n'était possible, le chercheur se trouvait acculé à l'explication psychosomatique dont il ne voulait pas...

La distribution systématique de chloral était donc le havre de l'organiciste !

De cette façon, il était possible d'expliquer la rareté de cancers chez les malades de psychiatrie. Il est donc logique que l'inventeur d'une théorie organiciste se soit contenté de l'ouï-dire d'une prescription médicamenteuse régulière puisqu'elle était une pièce à conviction capable de protéger la théorie.

Je n'incrimine pas le théoricien ou les théoriciens qui se sont servi de cet argument et je pense que leur bonne foi était totale.

Quant à moi, je savais que là ne résidait pas, selon toute vraisemblance, la non-cancérisation des aliénés.

Toutefois j'ai pris soin d'en obtenir la preuve écrite en présentant le problème aux chefs de services des hôpitaux psychiatriques.

Des aliénistes réputés et je cite le Dr Bernard (Sainte-Anne), et d'autres comme Royer à Nancy-Laxou, ou à la maison de santé Saint-Maurice de Charenton, m'ont écrit pour me dire que, depuis la découverte des "tranquillisants", le chloral n'était plus prescrit dans les centres psychiatriques depuis vingt ans...

De plus, certains m'ont répondu ne pas avoir trouvé un seul cancer chez les schizophrènes.

Le Pr de Gaëtani, de Modène, avait déjà constaté ce fait il y a une vingtaine d'années sur plus de 1000 cas.

Et les enquêtes faites par un médecin d'Athènes sur plus de 6 000 cas en Angleterre, en Ecosse, au Pays de

Galles, en URSS ont apporté les statistiques suivantes : de 0,1 % à 0,2 %. J'y reviendrai.

Cette mise au point étant faite, je vais relater mes démarches.

Je me suis adressé tout d'abord au couvent de Clervaux, dans le Grand Duché de Luxembourg, car je m'y étais rendu avec des camarades étudiants plusieurs années auparavant afin de visiter la maison.

Les renseignements que m'a fournis le père abbé furent d'une telle précision que je décidai d'étendre mes enquêtes le plus possible.

Quelques cas cliniques

1) Décès familiaux et de proches mal supportés.

Depuis plus de trente ans, une religieuse du carmel de Nancy effectuait ce qu'on appelle “le tour”, c'est-à-dire qu'elle pourvoyait à l'approvisionnement du monastère en victuailles. Une autre carmélite dénommée “compagne de tour”, la secondait dans sa tâche.

Cette tourière – appelons-la sœur Marie des Anges – avait perdu sa mère très jeune et, en 1962, elle avait subi un grave choc psychologique. Précision supplémentaire importante : en conformité avec leurs aspirations religieuses communes, une vive sympathie réciproque rapprochait les deux carmélites qui partageaient la même foi et les mêmes conceptions. En un mot, il y avait identité absolue entre elles.

Subitement, le 11 septembre 1971, sœur Marie des Anges apprit la mort de sa propre sœur de sang, puis, le 23 du même mois, mourait sa compagne de tour. Pour Marie des Anges, le second décès apparut comme la suite inexplicable et fatale du premier ; dès cet instant, elle perdit l'appétit et, quelque temps plus tard, apparut une fatigue insurmontable qui s'accompagna d'une augmentation du volume de l'abdomen. Six mois après le double décès, elle présentait des signes très alarmants faisant redouter une cancérisation.

Au soir du 2 février 1972, le chirurgien décida d'intervenir pensant qu'il s'agissait sans doute d'un cancer intestinal.

En présence de granulations caractéristiques sur l'ensemble de l'intestin, le chirurgien se limita à son exploration et ne tenta aucune résection. La semaine suivante, les histologistes qui avaient pratiqué l'examen anatomo-pathologique révélèrent de façon formelle que le point de départ du cancer était ovarien. On prescrit alors un traitement chimiothérapique, lequel fut stoppé puis renouvelé en mars et en avril. Sans amélioration.

Sœur Marie des Anges mourut le 5 mai 1972.

2) Condamnée à rester cloîtrée.

Une autre tourière qui souhaitait sortir de son carmel se le vit interdire par la supérieure d'une façon irrévocable. La religieuse était condamnée à demeurer, selon l'expression consacrée, “en clôture” tout le reste de son existence. Elle aussi perdit l'appétit, le sommeil et la gaieté qu'on lui connaissait jusqu'alors. Un peu moins de douze mois plus tard, elle présenta un cancer du foie dont on ne put la guérir.

3) “Responsable” de la mort de son père.

En conflit avec son père parce qu'il s'opposait à son entrée au couvent, une jeune femme, Isabelle B., était néanmoins devenue carmélite. Trois ans plus tard, ce père déçu “mourait de chagrin” ainsi qu'il me fut affirmé.

Dès le moment où Isabelle B. comprit que cette mort était sans doute imputable à la rupture d'avec son père et à sa désobéissance, elle perdit toute appétence pour la vie et “fit” un cancer.

4) Mortes après expulsion.

En application de la loi Combes en 1962 (sur la séparation de l'Eglise et de l'Etat), les religieuses de Périgueux avaient été expulsées de leur couvent et durent se réfugier en Espagne. Là, elles vécurent dans la misère et trois d'entre elles, particulièrement choquées par l'expulsion, mais jusqu'alors en bonne santé, moururent rapidement de cancers du foie.

5) Négligence “coupable”.

Dans un cloître, sœur Thérèse était chargée de veiller à l'entretien de la chapelle du Carmel. Par conséquent, elle était responsable des objets sacrés qui s'y trouvaient, parmi lesquels un ciboire en or contenant les hosties consacrées. Au prix intrinsèque de ces objets s'ajoutait évidemment leur inestimable valeur en tant que symboles du culte.

Une nuit, la porte de la chapelle n'ayant pas été fermée à clé par suite d'un oubli, un voleur pénétra dans le lieu saint et s'empara du ciboire ainsi que des hosties. Quand, le lendemain matin, on s'aperçut du vol, sœur Thérèse s'estimant responsable subit un choc dont elle ne se remit jamais. Elle mourut quelques mois plus tard d'une tumeur cancéreuse.

6) Vie sacrifiée.

Plusieurs fois au cours de mes enquêtes dans les couvents, j'ai rencontré des filles aînées de famille nombreuse (de 8 à 10 enfants) qui avaient sacrifié leur vie pour élever leurs frères et sœurs et qui étaient ensuite, vers l'âge de 45 ans, entrées au couvent faute de pouvoir se marier.

Leur devenir existentiel étant compromis et par conséquent leur vie "gâchée", ces femmes considéraient le couvent comme le suprême refuge.

Par un processus que la psychologie explique facilement, sacrifier sa jeunesse pour se consacrer à ses frères et sœurs entraîne un conditionnement autopunitif permanent. L'esprit de sacrifice étant induit et favorisé, il suffit ensuite (au couvent en l'occurrence) d'un événement aliénant brutal pour que ce "vécu" affectif se somatise en quelques mois sous la forme d'une tumeur néoplasique. On ne signalera jamais assez l'énorme importance de l'élément traumatisant qui, rejetant le sujet de son milieu – brutalement et sans échappatoire – précède le processus cancéreux.

7) "Ecrasée" par la famille.

Plusieurs fois aussi, notamment dans un couvent de Roubaix, j'ai vu des religieuses au sujet desquelles la supérieure m'affirmait qu'elles avaient toujours été "écrasées" par leur famille.

Je peux citer le cas d'une religieuse ainsi "écrasée" (surtout par sa sœur plus intelligente qu'elle) qui fit un cancer de la peau.

Un cas identique, mais concernant cette fois une laïque, m'a également été signalé par la supérieure du couvent de Roubaix : il s'agit d'une jeune fille "dominée" par sa famille et tout particulièrement par une sœur aînée considérée comme "très brillante" intellectuellement. Persécutée, malheureuse car sans cesse critiquée par son entourage, cette jeune fille atteinte de névrose d'échec se réfugia dans deux carmels successifs. Elle mourut d'un cancer à la suite d'une déception qui raviva son passé déplorable.

8) Masochisme.

La supérieure d'un autre carmel encore m'a signalé en détail le cas d'une moniale dont le comportement avait frappé ses compagnes car elle ne semblait satisfaite que dans la souffrance. "L'idéal du carmel, m'écrivit cette supérieure, repose sur l'Amour de Dieu et d'autrui... tandis que chez elle, il n'y avait que la souffrance qui l'attirait ; je dirai même qu'elle semblait la rechercher... à tel point que de désir de souffrir nous apparut comme étant le réel motif de sa vocation (sic) !"

Et ma correspondante de conclure : "Elle, c'est la souffrance qui l'épanouissait..."

Cette carmélite avide de souffrance mourut d'un cancer.

"Masochisme" implique "autodestruction". Toutefois, il faut se hâter de préciser que "masochisme" n'implique évidemment pas forcément "cancérisation". Pourtant, "cancer" égale "destruction de soi-même" et aussi "morcellement". Une somatisation au moyen d'un cancer semble souvent aller de soi quand l'état intérieur contient une composante morbide.

9) Victime de ses scrupules.

Annick C., jeune fille élevée très sévèrement, était caractérisée par son intense souci de perfection à propos de tout ce qu'elle entreprenait. Elle devint religieuse mais non cloîtrée car elle ne désirait pas s'isoler du monde, mais demeurer au contact "des choses et des gens". Annick C. fut nommée supérieure d'une communauté dont elle s'occupait, m'a-t-on précisé, "comme s'il s'agissait d'un bijou à ciserler".

Par suite de la guerre et de nombreuses difficultés matérielles dont l'absence de moyens de chauffage, elle ne put faire face aux besoins de l'établissement et sa santé déclina lentement..., lorsqu'elle estima que sa vie était, en fait, un échec. Elle éprouvait un sentiment de culpabilité, de déshonneur auquel s'ajoutèrent bientôt crainte et remords. Cet ensemble névrotique déclencha l'apparition d'un cancer qui évolua rapidement dès lors qu'Annick C. fut contrainte de stopper la direction du couvent qu'elle avait assumée d'une manière "perfectionniste" durant plusieurs années.

10) Marquée par le sceau de la souffrance.

Religieuse dans un monastère cloîtré, Monique G. avait mené une existence d'enfant martyr ; en outre, de nombreuses difficultés s'étaient abattues sur les membres de sa famille sans que la responsabilité de

ses parents pût s'y trouver impliquée. Lorsque cette femme entra au couvent, ces difficultés ne disparurent évidemment pas. Les pénibles nouvelles qu'elle recevait de ses proches la frappaient énormément. A la suite de souffrances supportées de plus en plus difficilement, à la suite de maladies imputables à son enfance marquée par une succession de chocs irréversibles, Monique G. mourut d'un cancer généralisé. En me confiant son cas, la sœur supérieure eut cette exclamation : "Notre sœur Monique était marquée par le sceau de la souffrance et de la Croix !" On ne peut mieux formuler la motivation cancérigène du sujet.

11) Voir Jésus.

Une jeune fille, d'origine arabe, appartenant au monastère du Mont-Carmel où elle avait été recueillie après la mort de ses parents, fut opérée d'une hernie qui, en fait, se révéla être un adénosarcome. Au moment où l'issue fatale parut inéluctable, le médecin l'en avertit : "Je suis heureuse, répondit-elle, car je vais aller au ciel avec Jésus" Inconsciemment, cette religieuse n'avait peut-être jamais accepté sa condition d'orpheline.

Je pourrais poursuivre longtemps une telle énumération, mais elle ne ferait que lasser le lecteur, et il me semble que le moment est venu de savoir s'il est possible de placer ces conceptions sur les faits courants rencontrés dans toutes les sociétés humaines et animales en dehors de ce qui s'est présenté dans les monastères.

Je me permets toutefois, avant d'aborder cet autre chapitre, de résumer brièvement les documents apportés par les couvents.

Tous les faits provenant de l'exploration dans les monastères ont apporté différents éléments précis qu'il convient donc maintenant de rapporter afin d'établir une théorie basée sur la thèse des documents obtenus.

1°) Nous avons pu constater chez les religieuses mortes d'un cancer, la disparition des protecteurs parentaux, ou la rupture avec la famille, ou des chocs impossibles à liquider, une enfance malheureuse ou une éducation sévère.

Par ailleurs le vocable "névrose et psychopathie" indique des perturbations caractérielles graves dont l'origine, bien qu'elle ne soit pas nettement désignée par le conditionnement infantile, renferme des éléments autopunitifs.

2°) Le pourcentage de cancers beaucoup plus élevé chez les cloîtrés des deux sexes que chez les non-cloîtrés a été expliqué comme reposant sur un conditionnement autopunitif plus grand chez les cloîtrés, car ils exigent une règle monastique plus dure.

Le sujet ayant eu une jeunesse heureuse sans chocs aliénants graves et ne souffrant d'aucune tare caractérielle trouve au monastère cloîtré les outils nécessaires à son évolution.

Si, malheureusement, le conditionnement de son enfance a été mauvais, il peut faire un cancer et cela par coercition provenant d'un dressage culpabilisant, tout élément aliénateur surajouté étant susceptible d'amorcer le processus cancérigène.

J'ai mentionné que le moine qui a choisi le cloître le fait soit pour se transformer et "aller au ciel", soit parce qu'il éprouve une sorte de besoin d'autodestruction qu'il confond avec un besoin d'évolution.

3°) Les zones où le pays se caractérise par une morale sévère induite par des difficultés écologiques, industrielles, des invasions ennemies et un sous-développement général des conditions de vie matérielle, ont plus de cancers chez les religieuses cloîtrées que dans les zones où l'ensoleillement est important et où la vie est plus facile.

Apparaît donc la notion de SURMOI coercitif qui fait partie de l'éthologie de chaque pays. Cette notion se renforce par l'exemple de la Corse où la notion d'honneur est très solide.

4°) Les seins des religieuses et les organes sexuels de moines étant inutilisés fonctionnellement se cancérisent d'une manière élective.

Conclusion

Le cancer est donc la somatisation, au moyen d'un vecteur inutile à l'ensemble de l'organisme (donc en dehors du "schéma corporel" !) d'une tendance autodestructive latente chez un sujet mal conditionné au point de vue affectif, et qui se trouve subitement rejeté de la société où il a été élevé.

Commençons par étudier les cas de cancers signalés chez certains personnages historiques pour lesquels nous possédons de nombreux renseignements grâce aux historiens, à la presse ou aux émissions de radio et de télévision.

Puisque le conditionnement des sujets les prédispose parfois à la cancérisation lorsque des chocs aliénants les rejettent hors de leur univers, cherchons ce qu'il est possible de trouver chez ces personnages qui puisse être expliqué au moyen des enseignements apportés par mes enquêtes dans les couvents.

Les personnalités des sujets en question seront étudiées en utilisant la méthode d'obédience behavioriste, à savoir qu'il sera tenu compte du comportement psycho-social et professionnel de chacun.

Personnages historiques.

Plusieurs membres de la famille de Napoléon Ier moururent de cancers, à commencer par Charles Bonaparte, le père de l'Empereur.

Napoléon Ier serait vraisemblablement mort d'un cancer de l'estomac ainsi que deux de ses sœurs. Au demeurant, il est impossible d'affirmer la réalité du cancer en l'absence de biopsie.

Toutefois, Antomarchi fit l'autopsie de Napoléon et découvrit une tumeur gastrique. Ce n'est évidemment pas un critère de valeur suffisant. Mais la réclusion de l'Empereur à Sainte-Hélène le place dans les conditions que j'ai constatées pour constituer une autodestruction somatisée.

Si nous examinons les dates de naissance, de décès et les événements marquants dans les existences des membres de la famille Bonaparte, nous constatons que Napoléon avait 16 ans à la mort de son père Charles Bonaparte, qu'Elisa avait 8 ans, Pauline 5 ans et Caroline 3 ans.

Nous avons donc là le conditionnement des orphelins. Elisa mourut à 40 ans, en 1820 alors que Napoléon était à Sainte-Hélène.

Pauline mourut à 45 ans, donc 5 ans après Napoléon. Caroline mourut en 1839 à 57 ans. Elle avait épousé Joachim Murat qui fut exécuté en 1815. Joséphine mourut à 51 ans. Elle avait épousé Beauharnais qui mourut sur l'échafaud en 1794, et elle se remaria avec Bonaparte deux ans plus tard. On sait qu'elle fut répudiée en 1809 et, cinq ans plus tard, elle fit un cancer.

La chute de l'Empire marqua certainement tous les admirateurs et admiratrices de Napoléon qui furent alors plongés dans un monde de ténèbres. On peut qualifier ce monde en utilisant l'opposition "Umwelt/Innenwelt", c'est-à-dire que le monde intérieur de chaque personne est totalement hors circuit par rapport au monde extérieur de la réalité tangible.

Joséphine ne supporta pas la répudiation qui raviva certainement d'ailleurs le souvenir de l'exécution sur l'échafaud de son premier époux ! Toutefois la mort de Joséphine ne fut pas consécutive à la chute de Napoléon puisqu'elle survint en 1814, c'est-à-dire avant le désastre de Waterloo.

Joséphine mourut d'avoir été répudiée, donc rejetée. Il n'est pas possible de fermer les yeux sur les événements dramatiques qui jalonnent les existences des membres de la famille Bonaparte, d'une part, et de Joséphine, d'autre part, qui ne faisait nullement partie de cette famille par les liens du sang, mais qui néanmoins mourut aussi d'un cancer !

Ce fait peut contribuer à détruire l'idée de l'hérédité du cancer que l'on continue à affirmer très souvent lorsque plusieurs membres (frères et sœurs) de la même famille meurent de cancers.

Au cours de mes enquêtes, j'ai constaté que les trois frères d'une religieuse morte de cancer avaient eu également tous trois des cancers.

Les frères et sœurs vivant ensemble et "dressés" affectivement par des parents communs sont soumis à des conditionnements où jouent non seulement de nombreuses interférences mais également le phénomène très connu en psychologie analytique intitulé "Identification" et décrit par Freud.

Il est inséparable de la conception médicale de "contagion". Je traiterai donc ces deux sujets ensemble.

Contagion et identification.

La notion de contagion sur laquelle repose l'épidémiologie des maladies appelées "infectieuses" depuis L. Pasteur repose sur le fait que la maladie se déclenche lorsque le germe microbien a envahi le sujet et se développe dans son organisme en y créant des manifestations cliniques en rapport avec chaque espèce microbienne.

La notion de "terrain" n'est pas complètement absente de cette conception, mais, à part chez des personnes s'occupant de psychosomatique, de psychanalyse et parfois de psychiatrie, toutes les considérations mettant en jeu le rôle du "terrain affectif" et de son véhicule qui est l'inconscient dans le détermi-

nisme des maladies microbiennes sont totalement ignorées et parfois refusées. Je conçois qu'il est parfois très difficile à un pur organiciste d'admettre qu'une tendance à caractère affectif est capable de se "somatiser" au moyen d'une maladie organique, surtout si cette dernière affecte un aspect clinique bien connu avec un nom précis où l'origine microbienne se distingue avec une évidence certaine.

Qui pourrait nier que la diphtérie, la fièvre typhoïde, la scarlatine et les oreillons ne soient pas dus à des invasions microbiennes ?

Un médecin organiciste, homme pour qui j'ai d'ailleurs le plus grand respect puisque son but est de sauvegarder l'être humain en le débarrassant des maux qui le font souffrir, sera très surpris en apprenant que, peut-être, le "microbe" n'est pas le seul élément causal, entretenant la maladie infectieuse...

Lorsque l'on fait pratiquement de la clinique psychanalytique et que l'on s'aperçoit que les comportements des patients sont affectivement liés à des manifestations cliniques organiques allant du petit symptôme de type "algique", "angoisse respiratoire", "gêne physique localisée ici ou là" ou "sensations cénestopathiques" diverses, jusqu'à des manifestations organiques beaucoup plus importantes dont l'évolution et le caractère de "conversion somatique" sont évidents, on ne peut plus se maintenir dans un rigorisme totalement organiciste.

Les observations fréquentes que l'on est obligé de faire concernant l'évolution, le déclenchement et la disparition des symptômes et des maladies organiques d'autrui, voire de soi-même, s'opposent à l'affirmation selon laquelle les maladies seraient uniquement dues à des hasards inexplicables, à des "détraquements" intérieurs subits et provenant des organes, seuls en cause, fonctionnant tout à coup de travers, sans crier gare.

Pour ceux qui, pendant des années, observent ce qui se passe autour d'eux en ne négligeant aucun facteur connu, l'évidence des interactions à caractère psychosomatique ne fait pas l'ombre d'un doute.

Les notions de "conversion", de "substitution de vecteurs", "d'identification à autrui", "d'autopunition", etc. s'imposent et vont de soi.

Lorsque l'on regarde une pièce de théâtre, on se borne à suivre le jeu des acteurs en admirant ou non le scénario et le déroulement des situations qui s'enchaînent, mais on n'identifie pas souvent, à travers le mouvement des sentiments présentés, quels mobiles et quels motifs profonds les ont suscité dans l'esprit de l'auteur.

Si l'on va un peu plus loin et que l'on connaisse la psychanalyse, il est évident que toutes les tendances humaines sont représentées et que, chaque fois que l'auteur montre un problème psychologique sur la scène ou à l'écran, il cherche à s'exprimer ou à liquider un problème humain qu'il vit personnellement sans doute inconsciemment (en général !).

Après ces quelques considérations qui mettent en vedette l'action de la parole du thérapeute sur l'arrêt des symptômes organiques, il me paraît nécessaire d'étudier ce que dit Freud au sujet des relations entre soma et psyché, car elles éclairent les causes cachées de toutes les maladies organiques.

Freud a particulièrement essayé de saisir quels rapports existent entre le phénomène appelé "Identification" et l'hystérie qui a pour caractère principal d'être un état où l'organique se manifeste d'une manière à coup sûr spectaculaire.

Succinctement, on peut dire que le mouvement par lequel Freud rapproche simultanément et oppose l'identification du rêve et l'identification hystérique garde une valeur structurale qui persiste dans ses travaux ultérieurs.

Dans « Deuil et Mélancolie », il nous décrit, pour expliquer la symptomatologie : "Une identification du "moi" avec l'objet qui est différente de celle qui déclenchait la formation du symptôme hystérique.

Il ne s'agit pas d'une inclusion dans le "moi" mais d'une substitution de l'objet à ce "moi" qui succède à l'investissement de cet objet dans une dynamique régressive.

"Un choix objectal, dit-il, avait eu lieu. Puis, sous l'influence d'une offense ou d'une déception venant de la personne aimée, survient un relâchement objectal."

"Il faut signaler en passant, dit Freud, que le relâchement du lien objectal ne reconnaît pas comme cause unique un défaut, une faillite de "l'objet", mais qu'un défaut dans l'approvisionnement en libido peut éventuellement en déclencher l'accès."

Quoi qu'il en soit, la libido devenue ainsi libre, ne s'est pas déplacée sur un autre objet, mais s'est retirée dans le "moi" où elle sert à établir une identification du "moi" avec l'objet abandonné.

Plus loin, Freud explique que, dans la mélancolie, l'idéal du moi traite le moi comme celui-ci aurait pu traiter l'objet, tandis que dans la schizophrénie le "moi" est totalement l'objet.

Ces données sont importantes pour comprendre le phénomène de cancérisation car lorsqu'un deuil a lieu et que la personne décédée est introjectée par le "moi" de la personne en deuil, il peut s'effectuer alors une substitution du "moi" à l'objet du deuil, c'est-à-dire au disparu.

La mort est donc un objet en permanence vécu par le "moi" qui se substitue à la personne décédée en vertu d'un conflit de culpabilité qui s'entretient en se satisfaisant en permanence d'un destin léthal.

Disons plus simplement que le sujet s'attache à "l'objet perdu" et que, par conséquent, il ne peut pas guérir.

(D'après un texte de Freud par J.-L. Donnet et J.-P. Pinel dans : "l'identification" in revue L'Inconscient, PUF, 1968, p. 14).

Cet attachement à l'objet perdu, attachement qui repose sur une substitution du "moi" à l'objet du **deuil**, que ce deuil soit l'éloignement d'une personne ou la perte d'une situation-objet idolâtrée, m'amène à exposer les cas du maréchal de Lattre de Tassigny, de Lindbergh et d'Onassis.

Le maréchal de Lattre de Tassigny fut nommé commandant en chef et haut-commissaire. Il mourut d'un cancer en 1952, et l'on s'accorde pour constater qu'il ne se remit jamais de la mort de son fils, précisément tué à l'ennemi en Indochine.

Au sujet de la mort d'un fils unique, un père se trouve souvent très angoissé, parce qu'il est brutalement placé en face d'une destruction définitive du prolongement de soi-même incarné dans le devenir existentiel de son fils.

La mort du fils est souvent perçue comme un terrible châtement et, dans le cas du maréchal de Lattre, il ne faut pas méconnaître le fait que ce fut lui qui commandait les Forces françaises en Indochine et que son fils a, en quelque sorte, été tué en lui obéissant.

Cette simple évidence a des conséquences importantes concernant le devenir existentiel d'un père ayant mis tous ses espoirs dans l'avenir de son fils, orienté vers le même idéal et exerçant le même métier induit sans doute par sa présence.

Toutes raisons, pour lui, de continuer à vivre peut disparaître et nous trouvons là la fixation à l'objet perdu doublée d'un sentiment de culpabilité, ce dernier entretenant évidemment l'existence de l'objet intériorisé.

Charles Lindbergh qui, sur son avion baptisé « The Spirit of Saint Louis », traversa l'Atlantique de New York à Paris en 1927, mourut d'un cancer des ganglions lymphatiques.

On sait que son enfant fut assassiné alors qu'il était encore très jeune et que l'assassin mourut sur la chaise électrique.

Lindbergh ne put jamais se remettre de ce double choc et vécut retiré du monde. L'impossibilité de se détacher du souvenir traumatisant et la tendance à ruminer sans cesse les circonstances dans lesquelles l'émotion-choc s'est manifestée semblent caractériser les sujets qui ont eu des cancers.

Avec l'armateur Aristote Onassis, nous retombons dans les mêmes composantes : il tomba malade après la mort de son fils, cette mort provoquant la chute de ce qu'on a pu appeler "l'empire Onassis".

Il mourut peu après d'un cancer à l'hôpital américain de Neuilly.

Dans un ouvrage n° 26 825 qui m'a été rapporté d'Edimbourg en août 1975, il y a une étude de la personnalité des cancéreux par Gotthard Booth de New York.

Booth constate que les tumeurs sont l'équivalent organique d'un "processus de deuil". Deux autres auteurs, C.B. Bahnson et M.B. Bahnson (Philadelphie), constatent que les cancéreux sont atteints de masochisme et qu'ils ont de mauvais contacts avec l'environnement car ils sont guidés par la routine.

Les patients cancéreux, disent ces auteurs, tendent à devenir des personnes rigides, contractées et dont l'orientation est fixée.

Elles ne peuvent pas utiliser leur propre potentiel dans leurs relations avec l'environnement et ces relations se développent dans une routine impersonnelle et vide.

Elles font abstraction de leurs émotions qui semblent dangereuses car elles peuvent se réveiller subitement alors qu'elles demeuraient isolées comme à l'intérieur d'une poche au sein de la personnalité (p. 46 in Psychosomatic Aspects of Neoplasia Disease).

Différents auteurs mettent l'accent soit le narcissisme (Booth), soit sur le masochisme ou la fixation, non liquidée, à la mère et les inhibitions sexuelles.

D'autres auteurs, comme A.J. Coppen et M. Metcalfe (Angleterre) se sont attachés à l'étude des personnalités extraverties ou introverties, mais les résultats ne sont pas spectaculaires.

Ces considérations sont intéressantes, certes, et nous devons en tenir compte pour étudier les cancers, toutefois les éléments caractériels signalés, la propension à la routine appartiennent également à des sujets qui ne font jamais de cancers. Tout ce que l'on peut dire, c'est que les sujets présentant d'une manière caractéristique certains traits de ce genre peuvent être candidats à la cancérisation si certains événements extérieurs ont un impact subit sur leur "moi" en quelque sorte sensibilisé.

Le cancer étant motivé par une tendance autodestructive, il est évident que les sujets qui se fixent à un objet sans grande propension à pouvoir s'en séparer et ceux qui sont en quelque sorte atteints d'une inamovibilité psycho-affective sont plus désignés pour devenir cancéreux si brusquement leur univers subjectif se trouve détruit. J'ai signalé la constatation de G. Booth disant que **la tumeur est un équivalent organique d'un "processus de deuil" où le sujet, d'après mes propres constatations, se comporte comme s'il était coupable d'avoir lui-même provoqué ce deuil.**

On pense immédiatement à cet "objet perdu" dont a parlé Freud et que j'ai mentionné plusieurs fois déjà.

Par ailleurs, j'avais envisagé la possibilité, chez certains cancéreux, de l'existence d'une personnalité paranoïde, étant donné que les cancéreux ne peuvent pas modifier leur attitude au gré des sollicitations objectales.

Le paranoïde tend à être rigide et structuré d'une manière inamovible. On pourrait peut-être donner comme exemple Napoléon Ier et de nombreux personnages historiques. Or je viens de signaler que M. Bahnson et C.B. Bahnson ont précisé que les cancéreux avaient des personnalités rigides et contractées.

Cette rigidité s'attachant, comme je l'ai dit, à "l'objet perdu" qui est introjecté par le "moi", il y a donc identification du sujet à l'objet mort, ce dernier ayant été intériorisé par un mécanisme classique de défense du "moi" tel que l'a décrit Anna Freud.

Je viens d'étudier le phénomène d'identification à propos de l'hérédité contestable de la cancérisation à l'occasion de l'analyse des causes des cancers de la famille Bonaparte et de celui dont mourut Joséphine de Beauharnais. Etre la veuve d'un supplicié n'est pas aisément supportable.

Je puis rapprocher la condition affective de Caroline de celle de la femme de l'un de mes collègues de Nancy qui, chef de réseau dans la Résistance pendant l'occupation allemande, fut décapité à la hache à Cologne. Elle était mère de 6 enfants et mourut d'un cancer de l'utérus plusieurs mois après l'exécution de son mari.

On comprend parfaitement qu'une relation conditionnante ait pu s'établir entre le réceptacle utérin où se développent les "semences" du géniteur et l'exécution de ce géniteur par un "ennemi". Il existe un contraste flagrant entre l'idéal du "moi" que cette mère projetait sur son mari et le résultat pratique, organique de cette attitude sociale et affective.

Sans entrer dans de longues discussions à ce sujet, il demeure évident que cette femme fut, comme Joséphine de Beauharnais, rejetée brutalement de son univers par la déchéance du mari incarnant un mythe.

Cancer de Sigmund Freud.

Comme les enfants musulmans atteints de cancers des mâchoires, localisation signalée par la Faculté d'Alger invoquant la carence des enfants en protéines dans l'étiologie des cancers, Freud lui-même, on le sait, fut également atteint de cancer de la mâchoire avec localisation à gauche.

Il semble assez paradoxal d'envisager pour Freud une possible carence protéique !

Ce cancer de Freud a été étudié par Gérard Mendel aux pp. 166, 167, 168 de son ouvrage paru en 1968 (Edit. P. Payot) et intitulé : « La Révolte contre le père ».

Gérard Mendel relate un texte écrit par Sigmund Freud : "Si la civilisation nous demande de restreindre nos instincts, la nature a sa manière, et particulièrement efficace, de nous restreindre. Elle nous détruit froidement, cruellement, brutalement, d'après nous, et ceci justement à cause de nos satisfactions."

Le commentaire de l'auteur est le suivant : "Croit-on que Freud lui-même, s'il s'était agi d'étudier un autre que soi-même, n'aurait pas établi un rapprochement entre ce portrait d'une nature particulièrement destructrice et le cancer de la mâchoire, opéré pour la première fois en 1923, réopéré depuis lors

et qui, froidement, cruellement, le détruit, et précisément à l'occasion d'une satisfaction puisqu'il est difficile de ne pas établir un lien entre ce cancer qui le frappe à 67 ans et le plaisir de fumer proprement toxicomane chez lui (20 cigares par jour !)".

G. Mendel ajoute que sept ans avant « L'Avenir d'une illusion », en 1920, la Nature n'a-t-elle pas brutalement détruit sa seconde fille Sophie, puis, en 1923, l'être qu'il a peut-être le plus aimé dans toute son existence, son petit-fils Heinz ?

A ces chocs réellement intenses, je puis ajouter que Freud s'est brouillé successivement avec tous ses amis : Brücke, Jung, Adler, Breuer, Bamberger qui le ridiculisa en 1886, Karl Koller qui lui vola ses travaux sur la cocaïne, Meynert qui le fascinait lorsqu'il était étudiant. Il se brouilla avec Fliess, son confident et ami le plus cher...

La psychanalyse plaisait évidemment sur le plan scientifique. Son objet était une révélation pour la médecine, mais, dès que ses vérités heurtaient les collègues de Freud qui se sentaient concernés, les rapports changeaient entre eux...

On peut donc affirmer que Freud, lui-aussi, se sentit rejeté du monde auquel il avait voulu apporter sa science et de la corporation médicale dont il voulait "combler les lacunes". Le phénomène d'autodestruction le toucha donc lui-même dans sa personnalité profonde et déclencha vraisemblablement chez lui le processus cancéreux...

Chapitre 6

Les sociétés animales.

Gutman et Newton ont constaté sur des animaux que l'exercice musculaire diminuait la croissance des tumeurs, mais je pense qu'il s'agit là d'une interprétation volontairement organiciste (dans le but sans doute de n'introduire dans le raisonnement scientifique que des éléments palpables et visibles).

Plus de treize et dix-sept années se sont écoulées depuis l'observation de Gutman et Newton et il faut reconnaître aussi qu'en 1964 l'étiologie psychosomatique des cancers n'était guère envisagée avec beaucoup de foi ! L'opinion du corps médical n'était pas sensibilisée à une telle idée !

Je pense qu'il faut interpréter cette expérience au sujet des mouvements des animaux de la manière suivante :

Un animal occupé, et par conséquent dont l'attention est soutenue grâce aux mouvements qu'il fait, a une raison de vivre car il agit. Il n'est donc pas bloqué, inhibé, réduit à l'inertie. Il ne "s'ennuie" donc pas et le "stress" disparaît...

Mülboch, en 1951, rapporte que l'incidence des tumeurs mammaires était diminuée dans le groupe d'animaux ayant accès au tambour tournant appelé "lopping wheel".

On peut y ajouter que l'exercice musculaire permet une décharge d'énergie et procure un bien-être à l'animal.

Il fait donc ce qui lui plaît et, dans ces conditions, il ne se sent pas contraint et malheureux.

Cela explique de la même façon l'arrêt de l'accroissement tumoral.

Que devient l'hypothèse génétique pure dans ce cas ?

En conclusion, je dirai simplement que l'animal étant bâti pour VIVRE – par ce terme, j'entends agir, manger, rechercher sa nourriture, éprouver des satisfactions sensorielles, se reproduire, se déplacer librement –, toute entrave qui freine ou bloque ses activités essentielles détruit le sens de sa vie.

La conséquence logique veut donc que stopper sa liberté de vivre soit susceptible de se traduire, sur le plan biologique, par une souffrance de ces organes les plus sensibles, ou les plus aptes à exprimer ses impératifs existentiels.

Laborit ajoute dans sa conclusion qu'il faut reconnaître que l'augmentation des glucocorticoïdes circulant à la suite d'une agression physique ou psycho-sociale n'a pas encore livré l'explication de sa raison d'être.

Admettre que le catabolisme protéique soit susceptible de fournir une source d'énergie en l'absence d'un comportement actif permettant une alimentation normale après une agression exige, dit-il, une attitude finaliste critiquable...

Il conclut en disant qu'il faut, en effet, accepter que cette réponse fasse partie d'une stratégie biologique à long terme de l'organisme agressé. De plus, il suppose, à la fin du travail qu'il m'a adressé sur le "SIA" en réponse à mes travaux sur l'étiologie des cancers dans les couvents, que la libération des glu-

cocorticoïdes prolongerait une réaction vasomotrice périphérique par une mise en alerte des “centres inhibiteurs de l'action” lorsque la fuite ou la lutte auraient été incapables de résoudre les problèmes posés à l'organisme par l'agent agresseur.

Laborit montre donc que les centres inhibiteurs de l'action sont en alerte lorsque la fuite ou la lutte n'a pu résoudre les problèmes posés à l'organisme.

Il y aurait, dit-il, une régulation dite à “tendance” expliquant l'origine des maladies dites “psychosomatiques” qui ne seraient que la conséquence de l'inhibition de “l'action gratifiante”.

Tous les mécanismes faisant intervenir les médiateurs chimiques, les sécrétions de corticoïdes, l'ACTH, sont difficiles à interpréter.

Il semble, dit encore Laborit, que, dans les situations d'angoisse, les glucocorticoïdes sont des intermédiaires inefficaces de la réaction de défense, mais “pourraient” par contre avoir une action restauratrice.

Il est certain que tenter d'expliquer un phénomène d'aspect psychosomatique uniquement par la physiochimie et les interactions organiques et cérébrospinales jumelées, intriquées, est un exploit complexe, car il manque toujours une orientation directrice au départ. Laborit est ainsi obligé d'admettre l'existence d'une “stratégie à long terme” de l'organisme agressé. Il emploie alors l'expression de “régulation en tendance à rétro-action positive”.

La sécrétion secondaire de glucocorticoïdes entretient l'inhibition de l'action et la mise en tension du système nor-adrénergique.

Si, comme le dit le Pr Laborit, l'activité hypophyso-surrénale peut être augmentée par le désappointement punitif qui accompagne la diminution de la fréquence de la récompense chez l'animal, on peut très facilement admettre que l'influence de toute situation aboutissant à l'inhibition de l'action gratifiante soit facteur déclenchant de la réponse neuro-endocrinienne, parallèlement au déclenchement de l'angoisse. Une punition a donc une action neuro-endocrinienne...

Le système inhibiteur de l'action, cher à Laborit, m'a paru pouvoir illustrer au mieux l'attitude d'un être humain désireux d'agir, mais paralysé dans son action. La moelle osseuse, élément organique d'une grande richesse au point de vue hématologique et située dans le substratum solide par excellence de l'être humain, à savoir le squelette, peut parfaitement devenir pathologique lorsque l'individu se trouve bloqué dans l'univers où il doit vivre.

Il ne s'agit, certes, que d'une simple explication psychophysiologique, mais elle est basée sur des données scientifiques ayant des appuis solides.

Les expériences de chercheurs de valeur peuvent en témoigner et l'explication peut se plaquer sur l'ensemble de mes constatations cliniques.

Impossibilité de faire ce que l'on voudrait faire, punition, sont des instances analogues, que ce soit chez l'homme ou chez l'animal.

Une instance affective peut toujours être somatisée..., surtout lorsqu'elle est de longue durée.

Voici d'ailleurs quelques expériences sur les animaux :

La souris C-57 BLACK étant immunisée contre le cancer de la mamelle, il a suffi de créer un déséquilibre physiologique chez ces souches de souris pour que ce déséquilibre devienne cancérigène.

Cette expérience, tout en montrant que le virus de Bittner peut jouer un rôle cancérigène, (pour le papillome qui est d'origine virale, le problème est intéressant car on peut l'obtenir expérimentalement sans virus mais par badigeonnage au goudron ! Il s'agit exactement de la même tumeur au point de vue histologique), confirme d'une manière spectaculaire qu'un déséquilibre créé artificiellement chez l'animal résistant à certains cancers peut favoriser l'apparition de ce type de cancer.

Greffer des fragments d'hypophyse sous la peau des souris ne peut que provoquer de graves perturbations dans le “devenir existentiel” de l'animal, d'autant plus que l'hypophyse renferme la sécrétion de l'hormone dite “somatotrope” activant la division cellulaire !

On peut comparer le déséquilibre que subit l'animal que l'on manipule pour l'expérience de greffe (et à qui l'on implante des fragments actifs de stimulant des mitoses !) au déséquilibre d'un être humain se trouvant “désarticulé” dans le monde extérieur qui ne l'attire plus...

Une expérience faite sur des souris rend compte de l'influence, chez un animal qui se borne évidemment à subir sans pouvoir la comprendre, du milieu extérieur nocif de cette “désarticulation”, dont je

viens de parler chez l'homme et qui a été constatée dans toutes les observations cliniques présentées dans cet ouvrage.

Il s'agit d'une constatation plutôt que d'une expérience qui est relatée par Henri de Saint-Blanquat dans le magazine « Science et Avenir » du mois de novembre 1973, n° 321. Voici le texte : “Sait-on que le déclenchement de maladies purement physiologiques peut être favorisé, sinon provoqué, par le “stress” psychique dû à l'élevage intensif.”

“Les souris destinées aux laboratoires développent certains types de cancers dont le déclenchement est en relation avec le nombre des animaux enfermés dans chaque cage.”

“Les porcs à l'engrais développent, eux, des ulcères gastriques en relation avec leur densité. Les poulets industriels, enfin, sont plus sujets que les autres aux infarctus du myocarde.”

Mes travaux étaient terminés lorsque le texte de Saint-Blanquat me fut présenté et mes conclusions établies avec certitude. Les expériences relatées dans le magazine Science et Avenir ne pouvaient évidemment qu'apporter de l'eau à mon moulin. A ce sujet, je dois mentionner qu'il n'était pas nécessaire d'avoir recours à des expériences sur les animaux pour découvrir l'origine psychosomatique de la cancérisation. Il suffisait d'étudier en détail chaque cas clinique et de noter la période exacte de l'apparition des symptômes chez les sujets cancérisés. Toutefois, la preuve formelle de l'influence primordiale des chocs aliénateurs devait être garantie par l'élimination systématique de toute influence écologique. Il n'était possible de parvenir à ce résultat que par l'étude de l'histoire de chaque sujet, ce dernier étant choisi dans un ensemble soumis exactement aux mêmes conditions extérieures de vie, ainsi que j'ai précisé déjà aux premières pages de cet ouvrage.

J'ai relaté, comme le lecteur l'a constaté, dans l'introduction de ce travail, les dates successives qui jalonnent mes démarches et contacts avec les chercheurs axés sur l'étiologie des cancers.

Je répète ici que c'est seulement le 23 avril 1976 que le Pr Henri Laborit m'adressa une note que Samuel A. Corson avait envoyée à l'Académie des sciences de New York le 21 janvier 1966 au sujet des expériences sur les animaux effectuées surtout par les chercheurs soviétiques.

Ces expériences confirment évidemment ce que j'ai découvert au moyen de la clinique et ne sont pas négligeables. Elles apportent une notion eidétique à la compréhension des faits en ce sens que le sens “nucléaire” ou essentiel de la cancérisation est simple chez l'animal. Il est identique chez l'homme et je l'ai mentionné en comparant les souris... aux personnages historiques, notamment aux membres de la famille de Napoléon Ier !

Je vais donc relater ces expériences. Elles ne pouvaient que confirmer les faits précis que j'avais constatés et dont j'ai parlé longuement.

Les premières études cliniques semblent dater de 1948 avec Miller et Jones, d'après ce que m'a écrit Henri Laborit, mais je ne connais pas la nature de ces expériences, puis de 1952 avec Bacon ainsi que de 1964 avec Blumberg.

1°) Voskresenskaia, en 1948, et Petrova, en 1955, constatèrent que l'application cutanée de goudron sur des chiens ayant des névroses expérimentales chroniques favorisait le développement de tumeurs malignes.

2°) Raushenberg, en 1952, et Khaletskiaia, en 1954, obtiennent les mêmes résultats.

3°) Petrova, en 1955, rapporta que les chiens névrosés présentaient spontanément des néoplasmes malins.

4°) Kavetskii, en 1958, conclut que les perturbations dans les fonctions nerveuses supérieures facilitaient le développement des néoplasmes malins.

5°) Andervont, en 1951, rapporta que les souris CH3 porteuses de virus de Bittner se transmettant par le lait de la mère avaient tendance, mises dans des cages séparées, à développer des cancers de la mamelle plus rapidement que celles placées dans des cages de 8.

6°) Marsch, en 1951, rapporta qu'au moyen de la boîte navette d'évitement (avoidance shuttlebox) ou de l'emprisonnement dans une enveloppe écran, on observait une diminution de l'importance des tumeurs induites par la transplantation de tumeur sous-cutanée d'Ehrlich chez la souris. Le confinement implique une lutte musculaire de l'animal.

Ces constatations faites par des chercheurs différents montrent que la névrose des animaux ajoutée à un choc extérieur est un puissant facteur de cancérisation.

Par ailleurs, les animaux placés soit dans des conditions de vie inconfortables (comme le surpeuplement rapporté par de Saint-Blanquat), soit isolés dans des cages individuelles font plus facilement des cancers ou les développent plus rapidement s'ils en étaient déjà porteurs. Seules les observations de Petrova, en 1955, sur les chiens névrosés et de Mühlboch, en 1951, sur les souris en cages séparées montrent que des tumeurs peuvent apparaître spontanément si l'animal se sent malheureux, isolé ou contrarié.

Le Pr Serafino et ses collaborateurs (Dr Fresco, R. Lieutand, G. Meyer et J. et H. Extremet) ont soumis des hamsters dorés inoculés au moyen du virus polyome par greffe tumorale, à des stress acoustiques.

Voici les résultats :

Série I (cancer greffé et stress stimulé) : croissance notamment plus rapide du librosarcome.

Série II (stress initial et greffe tumorale secondaire) : la tumeur semble marquer un retard à l'apparition et se développe moins vite.

Série III (témoin : greffe tumorale seule) : l'évolution clinique du fibrosarcome est habituelle sans modification.

Série IV (stress seul) : aucun développement tumoral n'est, bien entendu, constaté. Le sacrifice des animaux a montré l'atrophie du tissu thymolymphatique et des images constantes d'ulcères intestinaux. Le stress a donc une action évidente.

Toutes ces constatations m'amènent à me préoccuper d'un fait qui a souvent frappé les biologistes : la non-cancérisation du ver de terre.

On n'est jamais parvenu à Cancériser le ver de terre, d'où mise en œuvre de travaux et d'expériences capables de fournir une explication à ce sujet.

On a en effet supposé que si l'on parvenait à identifier une “substance” ou à découvrir une méthode capable de Cancériser le lombric, ou même à identifier la substance anti-cancer protégeant ce ver de toute prolifération maligne, on aurait de ce fait obtenu des renseignements majeurs au sujet de la Cancérisation en général.

Ce type de pensée renferme évidemment le désir de découvrir le primum movens organique de la Cancérisation. Il est en accord avec le principe de l'organicisme qui était en vigueur depuis Claude Bernard... et continue de nos jours à vivre dans de nombreux domaines et différentes disciplines.

La conception psychosomatique pourrait-elle éclairer la non-cancérisation du ver de terre, et du même coup élargir encore nos connaissances ?

Pourquoi le lombric n'est-il pas Cancérisable alors que les acajous d'Australie transplantés en Europe font des cancers ligneux ?

Si le cancer est le résultat d'une désadaptation biologique d'un organisme incapable de vivre dans le monde qui l'a formé, on constate que le ver de terre sectionné en plusieurs tronçons produit autant d'individus entiers qu'il y a de tronçons ! Que deviennent alors, pour ce ver, les notions de “réalité existentielle vécue” heurtant le “vécu” emmagasiné dans l'organisme depuis la naissance du sujet, puis le “stress” aliénateur irréversible et l'hostilité de l'environnement ? Qu'est-ce que la “réalité vécue” pour le ver de terre ? Il ne ressent donc pas l'agression polymutilante venue du milieu ambiant comme une marque mortelle ? Il serait même judicieux de dire qu'il ressent le couteau qui le sectionne comme une stimulation dont chacun de ses tronçons doit bénéficier !

Chez cet animal, l'agression qui serait mortelle pour tout autre ne déclenche pas un phénomène “auto destructeur”, une sidération de l'individu, à condition toutefois que la section des tronçons ait lieu entre les métamères, c'est-à-dire entre les ensembles anatomiques cohérents entre eux, mais constituant chacun une entité viable.

Il résulte de ce fait que le ver de terre n'est sans doute pas Cancérisable parce qu'il ne peut pas percevoir l'agression au moyen d'une UNITE anatomique.

Il est possible également que ce soit parce qu'il est très bas situé dans l'échelle des êtres vivants pluricellulaires macroscopiques, et qu'il lui suffit pour vivre d'avoir de la terre pour s'y enfoncer tout en l'absorbant et d'un peu d'humidité. Le ver de terre est en effet un amas de matière vivante dont les structures organiques sont peu compliquées. Il manque donc d'individualité, et cela confirme le fait que le cancer frappe d'autant plus facilement un sujet que ce dernier a besoin d'un respect plus grand de son “moi”, de son “devenir” adapté à l'ambiance.

Il se passe la même chose chez la planaire, genre de ver des eaux douces étudié par le Dr James Mac Connel, de l'Université de Michigan.

Une partie ne représentant que 1/72^e de la planaire peut reconstituer un ver entier.

Un organisme pluricellulaire évolué dont l'autonomie serait très “idiotypique”, très particulière, ne pourrait supporter une atteinte à cette autonomie provenant du milieu ambiant.

J'ai parlé des acajous d'Australie qui font des cancers ligneux s'ils sont transplantés en Europe. En effet, une plante, un arbre sont des êtres vivants possédant une unité et des organes différenciés comme le tronc, les racines, les branches et les feuilles tandis que le ver de terre ou la planaire sont très simples morphologiquement.

Toutefois, ce qui différencie le végétal au point de vue habitat c'est qu'il vit toujours au même endroit. Il doit donc vivre là où ses racines, ses feuilles et tout ce qui le compose se sentent à l'aise, sinon il se produit un déséquilibre au sein de son économie, et les parties les plus vulnérables de ses constituants organiques dépérissent.

Si l'unité de l'individu ne peut plus se maintenir, il y a dédifférenciation des parties fragiles et que n'entretient plus le tout. Ce fait constitue peut-être une loi biologique et pourrait s'énoncer ainsi :

Lorsqu'un être vivant pluricellulaire, animal ou végétal, se trouve dans un milieu perçu comme hostile et lié au “devenir” procédant de l'espèce à laquelle il appartient, il peut se produire un déséquilibre au sein de l'économie de cet être vivant et ses tissus vulnérables adoptent une structure dédifférenciée mais dont l'interprétation n'a jamais été donnée.

Chapitre 7

Etudes de fait généralement connus.

Comme je l'ai déjà dit les schizophrènes ne font pas de cancer.

Est-ce explicable par le fait que chez eux, comme le dit le psychanalyste Ronald Fairbairn, la substitution des idées aux sentiments est poussée extrêmement loin.

“Lorsque les sentiments s'affirment chez eux, ceux-ci sont souvent absolument en désaccord avec le contenu idéique et ne sont pas du tout adaptés à la situation.”

Souvent ces individus ont plus tendance à construire des systèmes intellectuels d'un style coloré qu'à développer des relations affectives avec autrui sur une base humaine.

L'enfant qui n'est pas aimé pense que c'est sa haine et non son amour qui a détruit l'affection de sa mère.

C'est dans sa haine qu'il est mauvais ; et son amour de la sorte peut rester bon à ses yeux.

C'est cette position qui paraît être à la base de la psychose maniaco-dépressive. En revanche, la position qui serait à la base des développements schizoïdes serait une position introduite au début de la phase orale préambivalente, position dans laquelle l'individu a l'impression que son amour est mauvais puisqu'il lui apparaît destructeur pour ses objets libidinaux ; et l'on peut décrire cette position comme la position schizoïde.

Cette position est absolument tragique, elle fournit le thème des grands drames de la littérature, et un thème de prédilection pour les poètes (Poème de Lucy, par Wordsworth et Ballade de la geôle de Reading, par Oscar Wilde ; exemple : chaque homme tue ce “qu'il aime”). A cette énumération je pense devoir ajouter Carmen de Prosper Mérimée.

Fairbairn précise que les schizophrènes ont du mal à donner affectivement, puis il enchaîne que “le schizoïde a une autre raison de garder son amour à l'intérieur de lui-même, en dehors du sentiment qu'il a que cet amour est trop précieux pour qu'il s'en sépare et s'en remette à ses objets.”

Alors non seulement il garde son amour en lieu sûr, mais il le met en cage. Puisque son amour est mauvais, il a tendance à considérer celui des autres de la même façon.

Il n'y a pas forcément là une projection, mais naturellement il peut toujours recourir à cette technique “défensive”.

Il se contente de sa seule vie intérieure et délaisse tout ce qui lui rappelle sa mère. A l'opposé, la privation qu'il a de sa présence affectueuse lui évite l'effort d'un repli et le conditionne malgré lui à l'habitude de l'isolement.

Son appareil psychique n'étant pas encore mis en place ainsi que le pensent M'Uzan, Fain et Gérard Mendel, il ne peut ressentir les émotions précocement dans leur liaison avec l'affection normale de la mère dont son corps se sépare.

Comme le conditionnement du bébé jusqu'à trois ans est difficilement transformable ensuite, l'enfant devenu adulte refuse tout contact affectif afin de ne pas souffrir.

Le monde extérieur le laisse indifférent. Cela explique très clairement que ce qui se passe autour de lui ne l'affectant en aucune manière, il ne se sent pas concerné par des événements susceptibles de bouleverser les personnes normales.

Cela nous apporte une fois de plus une preuve tangible au sujet de prédispositions dont sont victimes les sujets qui seront plus tard des cancéreux, car ils se raccrochent tout au contraire à des objets sécurisants d'une manière objectale, alors que les schizophrènes fuient ces objets.

Si certaines similitudes existent entre les cancéreux et les schizophrènes dans le sens d'une incommunicabilité, c'est en vertu des refoulements dont sont victimes les cancéreux et qui bloquent parfois leurs contacts avec autrui quand on les interroge sur eux-mêmes. Ils sont toujours très réservés, pudiques et discrets et ne se livrent pas. Il y a quelque chose en eux-mêmes qui les oblige à respecter une sorte de destin et qui n'est autre que leur fâcheux conditionnement.

1. Certains cancéreux sont au contraire expansifs, et même exubérants afin de se faire remarquer, ce qui cache un besoin d'être aimés.

Le cancéreux se cantonne dans sa somatisation puisque personne ne peut la lui ôter en vertu du principe que le cancer est un "mal maudit". On pourrait presque dire que si le cancéreux pouvait devenir fou, il guérirait de son cancer !

Je tiens maintenant à signaler le cas social de la peuplade vivant au Korakoram situé au nord du Kashmir et appelé "Hounza".

Cette peuplade vit dans une région qui a toujours frappé les médecins britanniques chargés de l'administration de ce secteur au point de vue de la santé publique parce que jamais aucune maladie n'a été signalée parmi les autochtones.

Jamais non plus aucun cas de cancer n'a pu être repéré ; à part quelques fractures, la population demeure indemne de toute pathologie. Ces gens vivent simplement, mangent le produit de leur sol très riche en vitamines, et paraissent jouir d'un équilibre psychique parfait. Ils mènent une vie calme, à l'abri des stress. Leur sobriété, leur frugalité ont toujours étonné les visiteurs.

Ces détails ont été signalés par E. G. Peeters dans son ouvrage intitulé « le Cancer » (Marabout-Université à Bruxelles, 1966, p. 98).

Les médecins anglais qui ont constaté ces faits sont : M.C. Garrisson qui fut major général de l'office sanitaire indo-britannique, puis Lorimer qui confirma les faits en 1935, Wrensh en 1938, Cockrill et Vyvyan en 1939, et les observations furent reprises dans un livre de Bircher en 1943.

Emile-G. Peeters signale que le décor dans lequel vit cette peuplade est le cadre grandiose des hauts-plateaux de l'Himalaya dans la région du Karakoram. Si l'on considère les faits que j'ai retenus concernant l'ambiance conditionnante agissant sur la structuration de la personnalité des habitants d'une région, il est logique d'admettre qu'un cadre séduisant et noble ainsi qu'une vie facile puissent agir sur le comportement affectif des autochtones d'une telle région.

Cette petite peuplade vit dans un cadre inducteur d'euphorie, et la facilité de l'existence ne peut être que le facteur positif d'équilibre mental et affectif. L'absence de pollution, de fumées d'usines n'autorise pas à dire que, tous les cancérigènes les plus dangereux étant absents, là réside uniquement la cause motivante du remarquable état de santé de ces gens ignorant complètement la cancérisation.

L'élément polluant ne peut avoir (si toutefois il a un effet quelconque sur l'homme !) qu'une action favorisante et topique. La cause profonde réside dans le "devenir psycho-affectif" du sujet.

Dans mes observations, j'ai constaté qu'un moine qui a toujours vécu aux îles de Lérins et qui n'a jamais fumé est cependant mort d'un cancer du poumon. De plus, les îles de Lérins ne sont polluées par aucun cancérigène de type 3-4 benzopyrène ou diméthylbensanthracène.

Ces considérations concernant cette peuplade du nord du Kashmir me permettent de citer deux cas de cancers chez des sages hindous (yogis) et cela peut étonner le lecteur à première vue puisque, par définition, les sages dignes de ce nom ont atteint une sorte d'équilibre, de sérénité qui les immunise contre les maladies.

Ces deux sages hindous très connus sont Ramakrishna et Ramana Maharshi de Tirunvannamalai appelé "le sage d'Irunachala" dont la biographie a été faite par Sarma Laksman.

Ramakrishna et le "Maharshi" firent tous deux des cancers, le premier du larynx et le second de la région scapulaire.

Ces hommes étant parvenus à un état d'évolution suprême, pourrait-on dire si l'on utilise le langage "manichéen", on se pose la question de savoir pourquoi ils firent chacun une tumeur cancéreuse !

Comment se fait-il qu'arrivés au stade ultime convoité par les yogis et swamis (moines de leur pays), ces hommes aient pu être atteints de la maladie dont souffrent les gens déçus et les désespérés, et ceux qui présentent de graves conflits autopunitifs ?

Il est possible que les souffrances du genre humain contre lesquelles ils ont été impuissants les aient marqués d'une certaine manière, car de tels hommes n'ont plus aucun ego au sens où nous l'entendons habituellement.

On pourrait presque supposer qu'ils se sont chargés des misères humaines avec le sens que le christianisme pourrait y voir.

Il se peut aussi que, tout à fait en dehors du monde profane fait de contradictions incessantes, leur place dans ce monde se soit présentée à leur intelligence comme définitivement inutile... car on ne peut transformer la société brutalement malgré l'ardent souhait que l'on pourrait en avoir !

Des hommes... d'un autre monde... ne peuvent donc que quitter leur ancien environnement...

Il est à noter que ces deux hommes n'ont pas fait de cancers génitaux. Cela renforce mon opinion concernant le peu de valeur de la théorie hormonale ou de la carence isolée dans la physiologie d'un appareil. Pourquoi ces cancers justement du larynx et de l'épaule ? Il est possible de supposer soit qu'un îlot cancéreux se trouvait là (et pourquoi là ?), soit que l'organe ait servi de vecteur aux tendances du sujet à un certain moment de son évolution, mais... pour des raisons que je ne connais pas dans leurs composantes exactes.

De plus, le Maharshi méprisait son corps. Il le désignait en disant, en anglais : that = celà, ça.

Je dois préciser ici que des autopsies systématiques faites pendant une année sur les cadavres de la ville de Bâle ont révélé, quelle qu'ait été la cause de la mort, la présence d'îlots cancéreux non développés chez 20 % d'entre eux.

Pourquoi existaient-ils, d'une part, et pourquoi ne s'étaient-ils pas développés, d'autre part ? Il est possible qu'ils puissent procéder d'inhibitions diencéphaliques ou cortico-thalamo-striées dans les ordres envoyés aux tissus. Pourquoi se développent-ils ou non ?

Ce n'est certainement pas un problème d'immunité, car pourquoi cette immunité aurait-elle été décuplée chez les internés des camps de concentration ? Je reviendrai plus tard sur ce problème.

Je pense que ces îlots proviennent de phénomènes inhibiteurs, mais transitoires. En effet, l'ignorance où je me trouve des éléments psychologiques qui structuraient le "tuf" de la personnalité de ces deux sages m'empêche de pouvoir élaborer ne serait-ce qu'une ébauche de supposition.

Ramakrishna signale dans ses écrits qu'il éprouvait des sensations cénesthésiques avec un haut degré d'acuité lorsqu'il se trouvait dans certains états dus à la méditation "yogique". Ces sensations se localisaient au niveau du larynx.

Toutefois, il semble bien difficile d'en déduire des affirmations objectivées. Quant au Maharshi, il eut vraisemblablement un cancer de la tête humérale.

Pourquoi ? Tout ce que l'on peut dire, c'est que le squelette, ainsi que je l'ai dit déjà, représente la charpente de l'individu et, de ce fait, il est possible d'inférer que cette charpente représente la base solide qui maintient le sujet debout dans son environnement, et l'épaule = articulation avec le monde... !

Cancers du cuir chevelu chez certains moines musulmans.

Il a été signalé que des cancers du cuir chevelu se développaient fréquemment chez les moines musulmans qui se rasaient rituellement la tête dans un but religieux, au moyen de rasoirs souvent ébréchés. Naturellement, on a invoqué le fait que les écorchures seules avaient été cancérigènes, comme on l'a constaté pour les cicatrices de brûlures anciennes chez des habitants des hauts-plateaux de l'Himalaya et du Kashmir. Dans ces régions où le froid est vif, les indigènes pauvres, dit Simone Laborde, utilisent pour se réchauffer des paniers d'osier contenant un vase en terre appelé "kangri" rempli de charbons ardents qu'ils appliquent contre l'abdomen. Il en résulte des lésions chroniques de la peau au

niveau des cuisses et de l'abdomen, et l'apparition de cancers est fréquente dans les régions anatomiques traumatisées par ce procédé. C'est ce qu'on nomme le "kangri-cancer".

Au sujet des écorchures des moines musulmans, il n'est évidemment pas possible de les rendre seules responsables de phénomènes de cancérisation, mais jusqu'à maintenant les travaux sur l'origine des cancers avaient toujours eu comme objectif la seule recherche d'un élément matériel, organique, servant en quelque sorte d'élément prédisposant, d'épine irritative.

C'est certainement exact, car il existe une loi générale qui veut qu'un traumatisme représente un appel susceptible de faciliter ou d'indiquer une localisation à l'ensemble de l'organisme en train de "préparer" une maladie.

Le point de vue psychosomatique met l'accent sur ce phénomène que tous les organicistes ont constaté plus ou moins fréquemment, mais fait intervenir le "devenir existentiel" du sujet qui choisit un "vecteur" capable d'incarner le conflit instant.

Un sujet prêt à se "cancériser" parce que ses tendances profondes renferment un tel "devenir" le fera tout naturellement si un point précis de son organisme lui "tend la perche"... si je puis m'exprimer ainsi !

Je signale qu'en ce qui se rapporte aux cancers du cuir chevelu des moines musulmans, le rite religieux contient en lui-même une autodétermination à base de culpabilité, en ce sens que le geste rituel respecte un interdit, un tabou.

Pour le religieux, en accord avec sa foi, il est indispensable que le crâne soit rasé, pour plaire à Allah et par respect pour sa divinité, qui aime la modestie et l'humilité par-dessus tout. Il s'agit donc d'une soumission.

Par conséquent, si le moine est atteint d'une tendance autodestructive, comme cela peut être le cas chez nos religieux cloîtrés ainsi que je l'ai dit, le traumatisme dû au rasoir ébréché peut, en créant une lésion, même minime, être le point de départ d'un processus de destruction puisque la lésion est susceptible, pour le croyant musulman, d'être la volonté d'Allah !

J'ai mentionné le "kangri-cancer" des indigènes de l'Himalaya et du Kashmir qui se chauffent, étant pauvres, au moyen d'un procédé vétuste provoquant des brûlures de l'abdomen et des cuisses. Je me permets d'insister sur le fait que ces gens sont pauvres, et que, par conséquent, la vie doit être souvent très dure pour certains d'entre eux... ce qui me donne licence d'en déduire que les plus malheureux sont parfois cancérisables.

Il a été aussi signalé par Peeters que des malades atteints de cancer et que l'on avait considérés comme incurables ont tout de même guéri, mais à la suite d'une simple ouverture de l'abdomen dont le but était simplement de vérifier l'opérabilité ou non de la tumeur.

Cette tumeur s'étant, comme on le prévoyait d'ailleurs, révélée inopérable car non extirpable, le chirurgien refermait l'abdomen sans autre forme de procès. Naturellement on n'avouait jamais au malade qu'il avait été impossible de l'opérer.

Dans de tels cas, il est arrivé plusieurs fois que l'opéré ou l'opérée aillent de mieux en mieux et certains ont guéri d'une manière radicale.

Ce fait est paradoxal pour la médecine organiciste et n'a jamais pu, bien entendu, recevoir une explication scientifique. Voici d'ailleurs ce que Peeters a le courage de dire à ce sujet : "On assiste à une régression progressive des atteintes néoplasiques, à une fonte tumorale, à la disparition des métastases, à une guérison apparente. Tout se passe comme si la laparotomie avait modifié quelque chose dans l'économie biologique de l'individu cancéreux, cette rééquilibration étant telle que les conditions d'apparition et de développement des tumeurs ont fait place à des phénomènes biologiques désormais cohérents."

L'explication est vague, purement hypothétique et elle ne prétend pas rendre compte d'un phénomène que nous ne sommes pas à même de comprendre.

"Ce qui est certain toutefois, c'est qu'une explication plausible doit exister, que les progrès de nos connaissances mettront un jour en lumière."

Cet aveu modeste est net. Il traduit l'ignorance, mais il affirme une réalité objective qui ne dissimule pas une constatation, tout inexplicable soit-elle.

Je me rappelle avoir pratiqué plusieurs fois en 1940-1945 ce que l'on appelait des "laparotomies pour exposition aux ultraviolets des lésions à B-K". On ouvrait l'abdomen et l'on projetait pendant quelques

minutes un faisceau de rayons ultraviolets sur les magmas de fausses-membranes ou de granulations tuberculeuses qui envahissaient généralement avec prédilection les organes génitaux féminins.

On se bornait à cela... et parfois les malades guérissaient. Cela se produisait d'ailleurs assez souvent.

Je ne crois pas à l'action brutale ni surtout exclusive des rayons ultraviolets, surtout en si peu de temps.

Et parfois on se bornait à exposer les lésions à l'air libre sans y ajouter les rayons ultraviolets.

Cette pratique ressemble à celle des laparotomies blanches pour cancers, bien que la motivation de l'intervention soit différente. Le résultat pratique est le même dans les deux cas.

D'une part, si nous voulons expliquer ce qui se passe chez l'opéré, il y a la foi dans l'action thérapeutique de l'intervention "scientifique" et, d'autre part, il y a le fait qu'elle renferme un "rituel".

On a souvent comparé le "cérémonial" qui accompagne toute intervention chirurgicale à un rite sacré où le chirurgien vêtu d'une robe, masqué et travaillant sous une lampe énorme envoyant ses rayons lumineux sur le champ opératoire comme un astre céleste..., ressemble au prêtre grand initié d'une religion ou d'une initiation.

Cet aspect environnemental qui accompagne toujours une intervention ne peut qu'agir sur l'inconscient, et c'est d'ailleurs fort heureux !

A ce propos, je me permets de relater le cas du soldat italien Vittorio M. guéri à... Lourdes.

Les documents concernant la guérison inexplicable de Vittorio M. ont été résumés dans le Bulletin de l'Association médicale internationale de Lourdes, n° 145 et n° 146. Il s'agissait d'un "sarcome du bassin à cellules fusiformes".

Le diagnostic posé définitivement par le chirurgien est : "ostéosarcome de l'os iliaque gauche". La première observation du malade a été établie le 16 avril 1962 au service de chirurgie de l'hôpital de Trente par le Pr Natucci.

Le 7 janvier 1965 et le 18 avril 1969, un compte rendu détaillé du Pr Henri Payan, professeur d'anatomie pathologique à la faculté de médecine de Marseille, qui a étudié les coupes de l'hôpital de Vérone, est le suivant :

"Cellules constituées par un noyau de taille inégale, arrondi ou anguleux, à chromatine assez claire, finement ponctuée, dotées d'un volumineux nucléole ; ces éléments se disposent au sein d'une trame finement fibrillaire ; ils comportent des mitoses. Le tissu est parcouru de fins capillaires ; il englobe quelques aires œdémateuses avec dissociation des éléments, sans hémorragie ni nécrose.

Dans les plans périlésionnels, on observe dans certains champs des images d'hyperplasie capillaire assez prononcées. En périphérie, on assiste à l'extension de la tumeur dans le muscle strié, qui se trouve dissocié à ses dépens, hypotrophique et en voie de destruction.

Sur la seconde coupe, des plages néoplasiques se retrouvent en contact des travées ostéoïdes (ou osseuses s'il y a des calcifications préalables). Ces plages sont massives au sein des espaces médullaires ; elles présentent des altérations cytologiques importantes.

Conclusion : Néoformation maligne manifeste avec muscle strié envahi directement.

On peut dire angiosarcome ou réticulosarcome vu la présence d'un réseau réticulinique abondant."

Histoire de la guérison.

Page 24 du rapport signé "Professeur Michel-Marie Salmon, membre correspondant national de l'Académie de chirurgie et de l'Académie de médecine". Le soldat Vittorio M. fut plongé avec son plâtre dans la piscine. Dès le bain, il eut faim et immédiatement fut arrêtée l'administration de calmants.

Cette affirmation est corroborée par le médecin-colonel Cindolo (cf. document n° 17). Après la guérison, les choses sont nettes et claires. Plus jamais un calmant ne fut prescrit. Un mois après le retour de Lourdes, le soldat Vittorio M., qui avait auparavant la sensation d'avoir un membre inférieur détaché du bassin, a eu la certitude de la "consolidation de sa cuisse" qui, de nouveau, paraissait "attachée au bassin" ; il s'aperçut que sa jambe pouvait le porter ; il quitta béquilles et cannes et put marcher. Depuis cette époque aucune complication, de quelque nature que ce soit, n'est survenue.

"En résumé, dit le Pr Salmon, le soldat Vittorio M. fut atteint d'une tumeur maligne du bassin avec envahissement de la fesse, destruction de la plus grande partie de l'os iliaque, luxation pathologique de la hanche. Cette tumeur était un sarcome, elle a guéri subitement sans aucun traitement. Le malade a été suivi de très près pendant huit ans."

Commentaires :

Ce soldat italien fut atteint de sarcome du bassin alors qu'il était embrigadé dans l'armée pour y accomplir son service militaire.

Il est difficile, dans l'ignorance où nous sommes de son passé affectif, de chercher à établir une étiologie précise faisant intervenir un conditionnement aboutissant à l'autodestruction d'une partie importante du squelette.

On ne peut que supposer l'existence de causes diverses et certainement motivantes. L'armée se caractérise par une augmentation considérable de l'action coercitive du "surmoi" par suite de la discipline que les militaires sont contraints de respecter.

De plus, les supérieurs hiérarchiques sont évidemment des officiers galonnés qui donnent des ordres impératifs sur un ton de commandement...

Un adolescent qui n'a pas liquidé son conflit œdipien peut très bien voir l'instance surmoïque de sa personnalité devenir exagérément punitive, puisque la discipline émane d'hommes galonnés représentant chacun le substitut du père.

Un "œdipien" jeté dans un ensemble coercitif masculin, sans aucun lien affectif de provenance maternelle, peut se sentir rejeté, contraint, voire puni par le milieu ambiant perçu comme élément dominateur...

Pour faire disparaître les contraintes, il est nécessaire que l'instance dominatrice surmoïque soit effacée par une image maternelle puissante, donc capable de "gommer" la précédente.

Cette image est symbolisée au maximum par la "Vierge-Mère" céleste toute-puissante puisqu'elle fait des miracles !

L'image maternelle de la "Sainte Vierge" efface donc les images paternelles menaçantes et supprime tout élément coercitif.

Un événement qui se situe un mois après le retour de Lourdes est tout à fait significatif car le soldat Vittorio M., qui avait auparavant la sensation d'avoir un membre inférieur détaché du bassin, a eu la Certitude de la consolidation de sa cuisse qui, de nouveau, paraissait "attachée" au bassin.

Il est nécessaire de faire intervenir dans toutes ces sensations dites "cénesthésiques" ou "cénestopathiques" à caractère particulièrement "proprioceptif" la notion assez récente et capitale de "schéma corporel".

Ce schéma corporel est la représentation imagée que chacun se fait de son propre corps et résulte d'une élaboration progressive, depuis l'enfance, d'une image qui résulte de l'ensemble des sensations proprioceptives et extéroceptives enregistrées par chacun de nous, au cours de notre conditionnement affectivo-sensoriel.

Il va de soi que ce "schéma" contient de nombreuses données inconscientes et que nos propres conflits s'y trouvent obligatoirement inclus, donc "somatisables".

En ce qui se rapporte au soldat Vittorio M. il est absolument hors de doute que sa hanche était détachée du bassin dans son schéma corporel pendant tout le temps de la formation du sarcome, et qu'il la réintégra dans le schéma après la certitude de l'action magique émanant du ciel par l'intercession de la "Mère" au superlatif douée de tous les pouvoirs qu'est la Vierge, mère du Sauveur. La peur attachée à la non-fonction d'un membre ou d'un segment corporel détache ce membre ou ce segment de l'ensemble du schéma. Cela pose, de toute façon, la question cruciale du rôle fonctionnel du "vecteur" dans toutes les lésions d'organes spontanément réalisées..., je veux dire en l'absence d'un traumatisme déclenchant venu de l'extérieur.

On peut même se demander ce qui peut se passer lors d'une hémiplégie chez un sujet jeune s'il ne présente aucune lésion vasculaire cérébrale.

J'ai vu le cas tout dernièrement, car un de mes amis âgé de 35 ans présenta subitement une hémiplégie alors qu'il s'entretenait avec sa mère dans l'appartement où il vivait avec elle.

Les ponctions de la région pariétale n'ont ramené aucun élément pathologique figuré ou non susceptible d'expliquer ou de fournir des indications approximatives sur l'étiologie organique de la maladie.

La rapide récupération de la fonction des deux membres paralysés laisse supposer une motivation d'origine affective, sans qu'il soit toutefois possible de l'affirmer.

Au sujet des guérisons de Lourdes, il faut signaler qu'elles sont rares chez les cancéreux... car ils ne vont pas y demander leur guérison. La documentation qui m'a été adressée par le Dr Maugiapan, directeur du Bureau des constatations de Lourdes, ne montre que deux cancéreux guéris depuis l'événement

de la grotte de Massabielle où Bernadette Soubirous vit “l'apparition” ou épiphanie de la Vierge. Je n'ai moi-même que deux cas de guérison, dont celui du soldat Vittorio M. qui, d'ailleurs, n'a pas été reconnue comme susceptible d'être classée dans les phénomènes “miraculeux”.

L'Eglise, prudente et sachant très bien que la médecine psychosomatique est une réalité tangible s'appliquant de plus en plus à de nombreuses affections corporelles, n'a pas cru devoir affirmer que cette guérison repose sur un fait surnaturel puisque, sans nul doute, on parviendra, dans un avenir proche, à démontrer ce que je m'efforce de démontrer actuellement. L'Eglise n'a d'ailleurs jamais obligé ses adeptes à croire aux miracles.

La guérison de Vittorio M. eut lieu en 1963. Les autres cas sont celui d'un cancer utérin, au sujet duquel je ne possède aucun renseignement, et celui du moine de l'abbaye Saint-Luc, de Clervaux, au Grand Duché de Luxembourg. Au sujet de ce cas, je vais apporter quelques précisions :

Ce moine fut opéré d'un cancer du testicule par un chirurgien urologue et a guéri à Lourdes d'une métastase intestinale. Dès que l'ablation du testicule fut faite, le chirurgien, qui avait constaté que l'intestin était farci de métastases, avertit le père abbé du monastère qui, lui-même, en fit part à l'opéré.

Ce dernier fut plongé dans une grande anxiété et fut pris de panique. Je pense que l'expression qui s'impose ici peut être : “réactions dissociées”. Elles caractérisent un sujet qui, traqué de toutes parts, et ne sachant plus comment retrouver son équilibre, est obligé de faire un geste quelconque pour vaincre son désarroi.

Ce geste fut d'aller à Lourdes afin de guérir, ce qui est paradoxal pour un religieux, car habituellement un religieux accepte ce que Dieu est censé lui envoyer, même s'il s'agit d'un cancer.

Toutefois, ce moine est un bénédictin et les bénédictins ne sont pas cloîtrés, ce qui est important si l'on tient compte de ce que j'ai constaté suivant que les religieux sont cloîtrés ou non.

Ce religieux hollandais revint de Lourdes en parfaite santé et vit toujours depuis neuf ans. L'appartenance des religieux à des monastères non cloîtrés les assimile assez bien à la population normale car ils ne sont pas soumis à une règle monastique sévère comme le sont les chartreux ou les trappistes. Il en résulte automatiquement que la notion de “surmoi” coercitif les domine beaucoup moins que les cloîtrés. Il serait donc intéressant de comparer les motivations des religieux des couvents, et surtout des cloîtrés, aux groupements humains où tous les individus sont soumis aux mêmes conditions de vie, comme par exemple ce fut le cas pour les internés des camps de concentration.

Tous les cancéreux des camps de concentration allemands guérirent spontanément pendant leur détention sans qu'il leur fut prodigué aucun traitement, et de plus aucun de ceux qui franchirent la porte du camp indemnes de cancer ne devint cancéreux pendant son emprisonnement.

Différentes tentatives d'explication ont été présentées concernant ces guérisons paradoxales de cancéreux dans les centres concentrationnaires, mais elles demeurent incomplètes. En effet, si le jeûne, la carence en protides, ou même “la mise en quiescence des colonies cellulaires qui réduit le nombre des cellules en activité de division” (Gernez) peuvent rendre compte de l'arrêt du développement tumoral, cela n'explique ni la guérison radicale de tous les cancéreux internés, ni la présence de cancéreux dans certains couvents, car eux aussi sont soumis à des jeûnes et à certaines carences en protides.

Il faut signaler que certains déportés firent des cancers un an ou deux après leur libération.

Il est bien entendu que les moines ont choisi le cloître, ce qui traduit une tendance profonde particulière, alors que les internés n'ont pas choisi le camp.

Ils sont punis d'une façon injuste, mais “pour l'inconscient le châtement est toujours vécu comme preuve de la culpabilité” (Gérard Mendel). Cette citation s'applique au conditionnement de l'enfant par les “dresseurs parentaux”.

Un nombre important de personnes soumises à des contraintes collectives est généralement déculpabilisé jusqu'à un certain point, car la similitude des destins établit une analogie entre elles.

Aucun individu ne se sent particulièrement visé par une contrainte d'aspect talmudique, tout au contraire le sort commun est accepté et les contraintes imposées font partie de ce sort accepté.

Il en résulte donc qu'étant “punis”, les internés ne sont plus soumis à un quelconque processus d'autopunition susceptible d'être somatisé.

De plus, ils vivent d'espoir et, si le cancer est bien une somatisation d'une autodestruction consécutive à la désadaptation totale du sujet parce que tout espoir est mort pour lui, il est facile alors de com-

prendre que l'interné se trouve à la fois “puni” (donc n'est plus dépendant d'un phénomène autopunitif attaché à sa structuration affective personnelle) et en même temps “rempli d'espoir”.

Il est évident que le premier sentiment qui naît chez toute personne en train de franchir la porte d'une prison est l'espoir d'en sortir !

Ce que je dis confirme, à mon sens, le fait que certains déportés ont fait des cancers après leur sortie du camp.

Expériences sur des volontaires.

Je rattache ces faits à la non-cancérisation des détenus du pénitencier de l'Ohio.

Dans ce pénitencier, on isola des volontaires susceptibles de servir la science en se laissant inoculer des cellules cancéreuses prélevées sur des malades atteints de tumeurs malignes. On choisit 14 volontaires absolument sains, indemnes de toute tare, quelle qu'elle soit. On leur inocula des cellules malignes d'un certain type de cancer.

On attendit anxieusement pendant trois semaines le résultat de ces expériences, mais on constata, ce laps de temps écoulé, qu'aucune cellule inoculée n'avait provoqué de tumeur in situ et cela chez aucun des 14 sujets s'étant prêtés à l'expérience.

On attendit quelques mois avant de pratiquer sur eux une autre expérience, et, le moment choisi, on leur inocula différents types de cancers.

On ne put que constater... que les sujets inoculés guérissent de l'irritation due à l'inoculation plus rapidement encore que la première fois !

La contre-épreuve consista à greffer des cellules malignes à des cancéreux avérés (n'appartenant pas au pénitencier) souvent opérés à plusieurs reprises chacun et naturellement tous volontaires.

On constata que tous ces malades firent des lésions néoplasiques aux points d'inoculations (15 volontaires et 15 nodules cancéreux !).

Ces trois types d'expérience ne peuvent que prouver que le “terrain cancérigène” existe, et, si les prisonniers de l'Ohio ne firent pas de cancers, c'est vraisemblablement parce qu'ils n'avaient pas besoin d'en faire, étant suffisamment punis, donc déculpabilisés par la réclusion. Par contre, les cellules inoculées “prennent” obligatoirement chez des sujets déjà cancéreux.

Un volontaire parfaitement sain perçoit intuitivement que la greffe ne “prendra” pas. Invoquer les défenses immunitaires qui ne joueraient pas chez les cancéreux avérés me paraît ne rien résoudre ou plutôt ne résout le problème qu'à moitié.

Comment fonctionnent alors ce que l'on appelle “les mécanismes immunitaires” ? Un organisme, quel qu'il soit, est agencé pour se défendre contre tout ce qui est susceptible de le gêner et de perturber le métabolisme, et ce phénomène paraît logiquement dépendre d'un besoin de vivre qui se confond avec le “devenir” de l'individu. Au sujet des détenus des camps de concentration, je parlais des défenses qui cessent de jouer lorsque l'individu n'a plus intérêt à exister et je note le paradoxe des mauvaises conditions de vie des déportés, qui néanmoins semblent bénéficier d'une stimulation de leurs phénomènes de défense.

On peut supposer à priori que, lorsque les défenses cessent de jouer, l'organisme n'a plus intérêt à exister.

Et cela se réalise quand l'interdépendance entre l'individu et le milieu ambiant devient paradoxal.

Si l'on part du principe que toute maladie dépend d'un besoin d'être malade et que ce besoin prenne son point de départ dans les abysses de l'inconscient pour des raisons où entrent en jeu, certes des conflits, qui en est totalement exempt ?

Nous devons aussi considérer, en deçà des conflits que la condition humaine exige tout comme pour celle des animaux, une articulation normale avec le monde extérieur. On peut donc comprendre que puissent agir des phénomènes autopunitifs déclenchés par l'hostilité (réelle ou perçue comme telle) du monde ambiant, de l'environnement.

Or l'ambiance des camps de concentration est évidemment mauvaise et devrait déclencher une baisse totale des défenses. C'est le contraire qui apparaît.

Le cancer, comme toute la maladie, reposant sur une somatisation de certaines tendances autodestructrices du sujet cancérisé, on conçoit mal qu'un sérum ou un vaccin ou n'importe quelle “substance” prescrite au malade ait une efficacité thérapeutique réelle.

Je suis donc amené maintenant au problème cher aux immunologistes, et, au fond, à tout l'organicisme : que penser de l'immunologie ?

Si l'on analyse les travaux des immunologistes, on s'aperçoit qu'ils se sont eux-mêmes aperçu de l'extrême difficulté de concevoir les mécanismes immunitaires comme susceptibles d'obéir à des règles précises qui concourent toutes à la défense du malade.

Je cite un texte paru à la page scientifique d'un périodique datant déjà de quelques années et qui exprime une constatation de ce type : "Chez d'autres malades, ce n'est pas, semble-t-il, l'invalidité génétique des défenses cellulaires qu'il faut incriminer, mais le dérèglement de tout l'équilibre immunitaire, lequel se traduit notamment, et comme le montrent de nombreuses observations cliniques, par une sécrétion excessive d'anticorps entravant l'action des cellules dites "tueuses" ou cellules "T" (lymphocytes appartenant au système immunitaire et appelés "tueurs" et différents des lymphocytes appelés "B" à action humorale sécrétant des anticorps qui se fixent sur les antigènes sous forme de lymphocytes dits "cytotoxiques" ou encore "bloquants")."

Conclusion : "le problème qui se pose alors est de juguler électivement l'activité des cellules B sans entraver l'immunité cellulaire !"

Commentaire : les lymphocytes B se fixent en effet sur les antigènes cancéreux les rendant ainsi inaccessibles aux cellules T.

On s'aperçoit ainsi que ces lymphocytes T appelés à détruire les cellules cancéreuses sont inefficaces parce que les lymphocytes humoraux B sécrètent des anticorps se fixant sur les antigènes et de cette façon les cellules T ne peuvent agir.

On pourrait presque dire en conclusion que le système de défense est paradoxal parce que l'on assiste à un blocage des éléments destinés à tuer le cancer.

Des tentatives d'explication ont été données, et les chercheurs ont supposé que les animaux cancérisables expérimentalement par les virus l'étaient par absence de cellules T.

D'après Benacerraf (Boston), l'antigène cancéreux serait codé par le virus et la transmission des défenses serait héréditaire.

Les travaux que j'expose dans cet ouvrage me permettent de dire que je ne partage pas l'opinion de Benacerraf concernant le "codage" des cellules néoplasiques par des virus. Cette interprétation de l'auteur américain repose sur la croyance classique de l'action parasitaire des cellules cancéreuses.

La capacité de certaines races de souris à faire des leucémies à virus est liée à ce gène "T" découvert par croisements successifs de souris, disent les auteurs. De toute façon, il est compréhensible que certaines races présentent un conditionnement où s'est installé un code de défense avec cellules T et que d'autres races ne le possèdent pas.

Le récepteur des cellules T se serait installé au sein des génomes et serait caractérisé par son immobilité s'opposant au système mobile des cellules B.

Donc, d'après les adeptes de cette conception, les cellules B joueraient un rôle humoral variable, soit de défense, soit paradoxalement d'antidéfense puisque parfois leur anticorps fixés sur les antigènes bloqueraient l'action du système fixe "T".

Il reste à savoir pourquoi cela se passe ainsi, et si tous ces mécanismes perturbés ne sont que des désordres dus au hasard !

Le raisonnement purement organiciste évite d'introduire dans son argumentation la moindre allusion à des possibilités non matérielles, ce qui aboutit fatalement à des constatations de faits uniquement descriptifs sur quoi l'on doit se résoudre à plaquer des hypothèses qui découlent de conception déjà acceptées.

La physiologie ne posant aucun problème difficile à résoudre, on tente de donner une explication physiologique en termes bâtis et intriqués de telle façon que l'on demeure toujours dans l'organicisme.

Cette attitude est d'ailleurs parfaitement plausible car, dit Georges Beau, "les savants ne font que timidement appel aux phénomènes qui sortent du domaine de l'observation". (G. Beau, le Cancer, édit. Le Seuil, 1961, p. 118).

Si l'on introduit la notion d'interférence ou d'interaction psychosomatique, on parvient d'emblée à comprendre que les paradoxes constatés dans les défenses immunologiques proviennent du fait qu'en évitant de tenir compte des ordres supérieurs que reçoit un tissu, ordres qui traduisent les besoins et

tendances profondes du sujet, on assiste à des phénomènes dont le but réel est caché si l'interprétation que l'on veut en donner néglige ces ordres et ces tendances.

Le chercheur essaye d'appliquer ses connaissances organicistes au phénomène qu'il circonscrit au moyen de sa méthode d'investigation. S'il considère la défense immunitaire comme obligatoire parce que toute maladie est, pour lui, un phénomène purement organique totalement indépendant des tendances et besoins affectifs des malades et qu'elle "tombe" toujours à faux sur lui, le surprend en se manifestant soit comme un processus autonome dû au microbe ("agression" microbienne ou "infection"), soit comme un corps étranger (tumeurs supposées procéder de "mutations génétiques" dues au hasard ainsi que l'a expliqué le Pr Jacques Monod), il sera fatalement orienté vers des tentatives d'explication reflétant la finalité d'où provient sa démarche.

Le "décodage" des motivations du fait observé (les causes de la maladie) ne lui fournira que des résultats en rapport avec ce qu'il veut découvrir, mais il reste à prouver que la motivation réelle du mal coïncide bien avec sa croyance personnelle !

Comprendre les causes profondes des maladies, c'est un "décodage" des secrets de la vie et de la Nature. Il est plus difficile de détecter ce que veut la Nature que de construire un appareil, une machine quels que soient leurs complexes rouages, parce que l'ingénieur qui conçoit ces objets mécaniques avait un but précis au départ et a destiné son invention à tel usage particulier et précis.

Ce qui est fabriqué par les hommes est toujours analysable par d'autres hommes (quoique parfois on demeure étonné en face de certaines réalisations dont la finalité nous échappe, comme par exemple les alignements de Carnac !).

Ehrlich a dit : "J'ai perdu quinze ans de ma vie. Aussi longtemps que la recherche fondamentale n'aura pas découvert les secrets de la vie, les connaissances sur le cancer n'avanceront pas d'un pas !"

La discipline psychosomatique nous apporte des éléments assez précis pour que notre raisonnement tienne compte de ses constatations.

Je conclus donc cette diversion sur l'action immunitaire en disant que les défenses du malade obéissent à des ordres spécialement exécutés pour servir les tendances de l'individu et que le système de défense n'est qu'un effecteur plutôt passif et discipliné et totalement soumis à ces tendances qui sont en réalité les représentants du "devenir" actuel de l'individu.

Si nous avons un dérèglement de tout l'équilibre immunitaire chez le cancéreux et que ce dérèglement dépende non d'une perturbation des défenses elles-mêmes (consécutives à l'absence de cellules T par exemple) mais d'une perturbation beaucoup plus profonde exprimant le "devenir" vivant de l'individu quel "molecular engineering" (J. Monod) pourrait établir la situation ?

Nous pouvons dire comme J. Hamburger dans son livre « l'Homme et les Hommes » (p. 85) citant Pascal : "Nous sommes composés d'âme et de corps, tout ce qui n'est pas l'âme est le corps?" Hamburger ajoute : "Je ne vois pas ce qu'il y aurait d'irrespectueux et de choquant dans la pensée que mon cerveau peut être l'instrument choisi par Dieu pour me donner une âme !"

LA METHODE BOST : une révolution en dentisterie.

Le Bone One Session Treatment (BOST) ou Traitement Parodontal Aérobie (TPA) est une réponse alternative à la parodontose, comprise non plus comme une maladie, mais comme la cicatrisation d'une blessure d'origine émotionnelle. Réalisée en une seule fois et prolongée par une hygiène gingivale particulière, la technique permet de guérir la gencive en profondeur et d'éviter les extractions de dents. Au-delà de ses succès thérapeutiques impressionnants, cette approche préfigure un art dentaire pour le moins révolutionnaire.

Refusez les caries, les abcès, l'ostéoporose de la mâchoire, les inflammations, les douleurs, la mobilité et la perte de vos dents!

Ces maux ne sont pas une fatalité ! Le BONE ONE SESSION TREATMENT (B.O.S.T.) est une technique alternative de soins dentaires pour la reconstruction d'une dentition fonctionnelle, connue actuellement de quelques dentistes seulement. Une approche globale de la personne, corps et esprit, sensible au lien entre souffrance physique et psychique.

S.O.S Parodonte.

Si vos gencives saignent facilement, si vous êtes non-fumeur et que votre miroir vous renvoie quotidiennement leur aspect gonflé, rouge pourpre, si la mauvaise haleine, une gingivite douloureuse et des dents mobiles pourrissent votre vie, si des maux de dents sévères vous accablent, si des fistules ou des abcès vous empêchent de « mordre la vie à pleines dents », cet article vous concerne directement.

Ces maux sont les symptômes d'une atteinte du parodonte, l'ensemble des tissus qui soutiennent les dents : gencives, ligaments et os de la mâchoire. Ces signes sont avant-coureurs d'une « parodontose », processus de destruction des tissus de soutien, que l'on désigne aussi sous le terme d'ostéolyse, car la progression du mal causera la nécrose de l'os. Yvan Micholt explique qu'en conséquence, les dents perdent leur ancrage. On sent parfois d'abord que des dents deviennent mobiles, ou elles peuvent d'abord migrer - c'est-à-dire carrément changer de position.

Une méthode américaine.

Jean-Michel Pelé nous explique l'originalité de sa pratique: « *Le traitement que nous utilisons pour assainir les espaces ouverts autour des dents est issu d'une technique originale que l'on doit à William Hoisington, dentiste à Seattle, aux États-Unis, et qui est connue sous le nom de Bone Ane Session Treatment (B.O.S.T.), traitement de l'os en une séance, car en effet c'est l'os qui doit être traité. Le BOST ou Traitement Parodontal Aérobie (TPA) est avant tout une manœuvre instrumentale, qui enlève tout corps étranger sur les racines ET sur l'os, éliminant le tartre et un biofilm formé par les bactéries anaérobies: ces micro-organismes destructeurs sont condamnés à mort au contact de l'air!* »

Pour mieux les identifier, un prélèvement bactérien peut être réalisé. A la suite de l'intervention principale, l'élasticité naturelle des muqueuses maintiendra la gencive espacée de la racine, le temps que l'organisme « recolle » intimement gencive et tissus conjonctifs de haut en bas le long des racines, ce qui permet à l'oxygène ambiant de pénétrer autour d'elles et empêche les bactéries anaérobies de se développer. Leur véritable vivier, la poche hermétique, auparavant gonflée de pus, disparaît au cours de l'opération et la cicatrisation peut s'effectuer naturellement. « *Sans incision ni suture, nous utilisons de fines curettes pour accéder aux zones enfouies et des instruments ultrasoniques pour terminer le travail. Comme il faut obligatoirement éviter les blessures dues aux frictions de l'intervention, le chirurgien fixera les dents mobiles aux voisines à l'aide de contentions réalisées avec des fibres de verre imprégnées de résine.* »

En résumé, l'accès aux zones affectées par l'inflammation d'une gencive gonflée est rendu possible grâce à l'élasticité de la muqueuse, l'assainissement des tissus par des curettes, l'apport d'oxygène dans la zone à traiter et une hygiène quotidienne réalisée et maintenue par le patient lui-même après l'intervention.

Sans incisions ni médicaments.

Cette technique a considérablement évolué dans son cabinet, nous précise le Dr Pelé. Désormais elle se pratique sans anesthésie et sans douleur, car les tissus sains ne sont pas touchés, mais aussi sans prélèvement bactérien et sans aucune prescription médicamenteuse.

Yvan Micholt et Jean-Michel Pelé s'accordent sur les grands concepts qui font la différence avec un traitement traditionnel:

. Le BOST est effectué en une seule séance éliminant ainsi les risques de réinfection.

. L'hygiène buccale aérobie se pratique à l'aide du manche perio-aid.

Le patient est invité à manipuler quotidiennement des mini cure-dents (coupés en deux) que le Dr Hoi-sington a baptisés aéros. Ce qui a pour effet de retarder le réattachement de la racine au collet de la dent tandis que s'opère un drainage des poches qui éliminera les dernières bactéries, enfermées en profondeur. (Ce kit d'hygiène buccale est donc adapté pour les inhiber par l'introduction d'oxygène dans le sillon de la gencive, comme nous le verrons plus loin). « *Le destin de nos dents est entre nos mains et ce geste quotidien leur crée un ancrage soin, nécessaire pour maintenir la gencive et l'os en état de santé pour une vie entière* », explique Yvan Micholt.

. Le BOST vise également à minimiser les dommages faits aux gencives, en réduisant la mobilité des dents en cours du traitement par un acte de microchirurgie non-invasive, étirant les tissus sans les endommager. « *On favorise une guérison accélérée, il y a moins de douleurs postopératoires, et une attache optimale après la séance* » souligne Yvan Micholt.

Sauvetage des dents.

Ainsi, ces deux chirurgiens-dentistes se font les champions de la préservation de l'organe dentaire. Ils ne craignent pas de prendre en charge des patients qui consultent pour une parodontose (ostéolyse) avancée en leur ouvrant une perspective différente: sauver leurs dents! Le Dr Pelé se bat depuis toujours contre la perte de l'organe dentaire, car, selon lui, aucune prothèse, implant ou bridge traditionnels ne remplacera jamais la qualité de l'organe lui-même. Véritables joyaux de la méthode BOST nous avons déjà évoqué les contentions placées par le dentiste afin de minimiser frictions et blessures au cours du traitement. Ce sont des liens en fibre de verre mêlée de résine, qui relient solidement les dents mobiles ou espacées. Quand une dent vient à manquer, elle sera fabriquée dans ce matériau non-métallique et non-toxique, contrairement aux amalgames. Notons enfin que le coût relativement élevé du traitement - prothèses comprises - ne sera en aucun cas plus élevé que celui généré par la perte des dents à remplacer par des implants, bridges ou prothèses mobiles,

En quête des causes.

Pour Jean-Michel Pelé, il est illusoire en effet de penser régler définitivement un problème parodontal - et médical en général _ sans traiter la ou les causes ! Il ne s'agit pas en effet d'une simple maladie d'origine bactérienne : l'émotionnel, la position des dents, les chocs directs durant la mastication, entraînent des micro-traumas répétés, donc des lésions tissulaires par lesquelles s'infiltrent les bactéries normalement présentes dans la cavité buccale. « *Il est prouvé que les émotions positives renforcent les défenses immunitaires cellulaires, première ligne de défense (...), Il faut en effet attribuer, aux seules réactions immunitaires, la destruction de la plupart des tissus qui entourent la dent, et ce, quelles que soient les bactéries en présence ! (...) Face à ces pertes d'étanchéité (...), l'organisme aura le même type de réaction si on laisse faire le processus jusqu'au bout, il y aura élimination de la dent (...). Or les réactions immunitaires ne constituent pas une maladie, mais bel et bien une réaction de défense et de réparation...* »

En quête des causes, Jean-Michel Pelé s'appuie sur une compréhension fondatrice du mécanisme de la « maladie » parodontale : la perte de la dent, prélude à une cicatrisation de la blessure, est la réaction de survie de l'organisme. Il s'agit bien d'un phénomène de défense immunitaire. Il comprend alors que le phénomène de la perte des dents n'est pas lié à une maladie mais à un processus de cicatrisation, seule solution pour l'organisme afin de fermer une « blessure ouverte », arrêter le passage des bactéries et protéger les organes vitaux sous-jacent.

Une compréhension biologique.

Voici l'explication donnée par le Dr Jean-Michel Pelé : « *L'élimination naturelle d'une dent (ou d'un implant), fait partie des moyens de défense de l'organisme. Nos organes vitaux sont protégés par une enveloppe étanche : la peau à l'extérieur, les muqueuses à l'intérieur. Les dents font partie intégrante de cette enveloppe et doivent assurer elles-mêmes une partie de cette étanchéité. Lors de la mise en place des dents sur les arcades, elles « percent », font un « trou » dans l'enveloppe, un joint d'étan-*

chétité sera alors mis en place prendre en charge des patients qui autour de chacune d'entre elles. Ce joint est constitué par la « matière physique » de la muqueuse, mais aussi les premières cellules de défense, véritables soldats qui nous protègent. C'est cette première ligne de défense qui sera affectée lors d'un choc émotionnel, ou dans une longue période de stress. Toute lésion intéressant l'organe dentaire, soit sous forme de caries, de fractures, ou de lésions parodontales, entraîne une perte locale de l'étanchéité : les micro-organismes pourront alors passer au travers de cette lésion et déclencher une réaction immunitaire, qui tendra à rétablir cette étanchéité ».

Ce processus se réalise par la perte de l'os, et plus tard la chute de la dent en même temps que la fermeture de la lésion. La perte naturelle de l'organe dentaire est donc liée à un processus de cicatrisation, qui a pour but de fermer une lésion à la périphérie ou à l'intérieur de la dent (carie compliquée par l'infection de la pulpe dentaire).

Tout vient de la malposition.

Le remplacement de la dent perdue, impose très souvent la mise en place d'un implant, qui va recréer une zone non étanche, pouvant entraîner une péri-implantite : celle-ci suivra le même processus.

« Cette lésion doit être assimilée à une blessure, plutôt qu'à une maladie. Assimiler les lésions parodontales à une « maladie d'origine bactérienne, implique que la cause de la « maladie » EST la bactérie (ou amibe...), et donc la seule voie possible pour régler le problème est l'hygiène. Or 80 % de la population serait atteinte par cette « maladie bactérienne », 80% de la population serait « attaquée » par ses propres bactéries et perdrait le combat ! Juste difficile à croire d'un point de vue biologique. Par contre il est bien plus sûr que 80% de la population ne présente pas des dents en normoposition, et connaisse ou ait connu au cours de sa vie un choc émotionnel, une période de stress longue, et soit en manque de vitamine C. »

Les dents en malposition entraînent des forces anormales sur les tissus, émail et gencive, ces forces peuvent provoquer, au fil du temps, caries et problèmes parodontaux, autant de micro-fissures par lesquelles vont passer les micro-organismes et si l'immunité baisse la garde à un moment donné, nous aurons les lésions plus profondes que nous connaissons. *« Au travers de cette blessure vont pénétrer des micro-organismes, ils s'organiseront en biofilm sur les différents tissus (racines, gencives, os), déclenchant une réaction immunitaire qui va détruire l'os, soutien de la dent, et sous les forces masticatoires, les dents finiront par être éliminées. La blessure se fermera dans le même temps recréant les conditions d'étanchéité nécessaires à la protection des organes vitaux ».* Si J-M. Pelé identifie que les malpositions sont une cause majeure des problèmes parodontaux, Yvan Micholt s'inscrit dans le prolongement des recherches de Weston A. Price, qui a montré que les malpositions sont elles-mêmes dues à 99% au manque de minéraux de notre alimentation.

Repenser la dentisterie.

Certes, ce propos bouscule la compréhension habituelle de notre principe de causalité : comment accepter que la perte des dents puisse être une phase de guérison ? Sinon en dépassant notre jugement : porter un autre regard en cherchant à comprendre et relier les différents processus à l'œuvre dans la pathologie dentaire.

L'usage quotidien de la brosse à dents préconisé par les dentistes est censé détruire la mince pellicule de bactéries et la plaque dentaire. Il en est de même du détartrage « surfaçage ». Mais ni l'un ni l'autre ne suffisent à empêcher la progression des bactéries au fond des abcès jusqu'à l'os. Certes, dans ces conditions, l'extraction des dents devient le remède absolu ! Que les bactéries destructrices sont anaérobies est un fait connu des praticiens. Pourquoi la dentisterie traditionnelle n'investigue-t-elle pas dans cette compréhension ?

« Notre vision d'une dentisterie pour la nouvelle terre devrait nous aider à sortir de la matrice de l'ancien monde contrôlé et de la pensée contrôlée, vers la réalité et la sagesse qui nous attend aussitôt que nous nous libérons de cet ancien paradigme. Oui, nous aurons encore besoin d'un fauteuil dentaire et d'équipements, mais nous devons nous libérer de l'ancien paradigme selon lequel « dentisterie » est synonyme de fraisage et plombage, et que finalement la plupart d'entre nous finiront avec des fausses dents » plaide Yvan Micholt.

Tandis qu'un postulat dualiste sous-tend la vision classique, il diffère d'une approche holistique émergente. Si la première envoie son armée de produits allopathiques, la seconde sollicite homéopathiquement les bataillons de l'immunité. Le BOST entre bien dans la seconde catégorie. Et puisque des recherches américaines prouvent qu'un parodonte sain prolongera notre vie de 10 ans, serons-nous des Don Quichotte prenant d'assaut amibes et moulins, chargeant l'infiniment petit comme l'infiniment grand, tout armés de rationalité ? Ne vaut-il pas mieux Comprendre ET Agir, Panser et penser - ou Repenser – nos maux dedans ?



Après des études de chirurgie dentaire, **Jean-Michel Pelé** obtient un Doctorat à l'Université de Montpellier en 1983. Il se consacre ensuite à l'exercice de sa profession. En 2002, il rencontre le Dr William Hoisington, professeur dans une université de Floride. Ce dentiste généraliste de Seattle crée et développe une technique de traitement parodontal, non chirurgicale (sans incision) appelée BOST. Celui-ci quitte les Etats-

Unis pour la France et le Dr Pelé travaillera avec lui de 2001 à 2010 jusqu'au décès du professeur américain. Il comprend alors que le phénomène de la perte des dents n'est pas directement lié à une maladie, mais à un processus de cicatrisation. Thérapeute et clinicien, il s'attache en outre à rechercher et régler les causes émotionnelles de cette blessure et publie régulièrement sur ce sujet sur dentoscope.fr et dento-reseau.com

Lien utile : Cabinet du Dr Jean-Michel Pelé, *Une nouvelle vision des problèmes parodontaux*.

<http://traitement-parodontal-aerobie-bost.com>.



Diplômé de l'Université de Leuven en chirurgie dentaire en 1974, **Yvan Micholt** a ouvert son propre cabinet. Dès les années septante, il se forme en parodontologie, puis en orthodontie. En 1986, il s'engage comme membre fondateur de l'Académie Européenne de Dentisterie Esthétique (EAED), suite à une formation en Californie.

Il représente ensuite l'Organisation Internationale de Naturopathie (I.N.O) et donne des conférences en Inde, tout en soignant généreusement les problèmes dentaires des enfants. En 2004, il rencontre William Hoisington, qui le forme personnellement au protocole et à la clinique du traitement BOST. Yvan et William traiteront ensemble une centaine de cas de parodontose jusqu'au décès de ce dernier en 2010. En 2012, Yvan Micholt ouvre un nouveau cabinet multidisciplinaire, la Dental Clinic Micholt à Ninove.

www.dentalclinicmicholt.be

www.periodontalgumdisasetreatment.com

CHOLESTÉROL: LA GRANDE SUPERCHERIE

DOSSIER

Par Pryska Ducoeurjoly

Le marché des médicaments anticholestérol est un commerce juteux pour Big Pharma. Aux Etats-Unis, quelque 25 millions de personnes sont sous traitement, généralement à vie. Elles sont 7 millions en France. En Belgique, une personne sur cinq âgée de plus de 35 ans consomme ces médicaments qui coûtent à l'assurance-maladie annuellement plus de 215 millions d'euros, soit 7% du budget des médicaments hors hôpitaux. Les Belges consomment aujourd'hui 20 fois plus de statines qu'il y a douze ans !⁽¹⁾. Gros bénéfices pour les fabricants, donc. Mais pour les patients ? Malheureusement pour eux, il s'agit encore d'un « dossier » de santé publique reposant sur une énorme intoxic médicale et médiatique. Comme pour les vaccins et d'autres classes de médicaments à visée « préventive », on retrouve le même schéma classique de manipulation de l'opinion publique : désinformation par les experts et les médias, financement par l'industrie pharmaceutique d'études scientifiques biaisées, mise sur le marché de molécules inefficaces, minimisation des effets secondaires graves. Néosanté revient sur cette controverse autour du cholestérol, déclaré ennemi public numéro 1 et bouc émissaire trop commode dans la lutte contre les maladies cardiovasculaires.

Serons-nous bientôt tous sous traitement anti-cholestérol ? Alors que rien ne prouve que le cholestérol soit responsable des accidents cardiovasculaires, comme l'assure le réseau international de scientifiques sceptiques Thinc⁽²⁾, l'industrie pharmaceutique rêve pourtant de mettre la majorité de la population sous médicament anticholestérol : statines, fibrates ou inhibiteurs de l'absorption intestinale du cholestérol (ézetimibe ou colestyramine). Les anticholestérol sont la classe de médicaments la plus vendue au monde, celle qui génère les plus gros bénéfices pour l'industrie pharmaceutique.

Comme nous allons le voir, l'épidémie d'obésité, et le risque cardiovasculaire qui y est attaché, constitue une véritable opportunité pour Big Pharma. Deux faits récents, hallucinants du point de vue des médecins qui innocentent le cholestérol, viennent illustrer cette affirmation. C'est le site *pharmacritique* qui les a analysés pour le public francophone, desservi par une couverture médiatique quasi inexistante...

Dépistage précoce

En 2008, l'Académie américaine de pédiatrie a délivré ses nouvelles directives sur la surveillance du taux de cholestérol et le traitement de la dyslipidémie chez les enfants. « Elles remplacent – et surtout radicalisent ! – celles de 1998... Un dépistage est recommandé à partir de 2 ans chez des enfants dits à risque et un traitement médicamenteux contre le cholestérol est recommandé dès 8 ans. En guise de prévention des maladies cardiovasculaires qui pourraient arriver à l'âge adulte. C'est l'exemple type d'une médecine à la botte des firmes, qui prescrit encore plus et encore plus tôt, au lieu de s'en prendre aux vraies causes que sont la malbouffe et le manque d'exercice, pour simplifier », commente Elena Pasca dans son article du 8 juillet 2008⁽³⁾. Et de détailler les multiples conflits d'intérêt qui ont abouti à cette nouvelle recommandation. Notamment : « L'Académie de pédiatrie tout entière est largement financée par les firmes, comme nous le montre cette page du Center for Science in the Public Interest : Abbott, Wyeth, Procter & Gamble, Merck, GSK, Johnson & Johnson, etc. Sans parler de plusieurs branches de l'industrie agroalimentaire, telles les producteurs de sucre et de viande bovine... On comprend mieux pourquoi les auteurs n'incriminent pas la malbouffe, la vraie cause des risques cardiovasculaires et de diabète... Ils ménagent tout le monde : la malbouffe peut continuer, on traitera le problème par médicaments, comme ça tous les industriels feront du profit. » Un vrai cercle vertueux pour les industries du médicament et de l'agroalimentaire...

Un BigMac aux statines ?

Autre nouvelle édifiante, qui montre que l'Europe a succombé à



l'épidémie de préventionnisme aiguë contre le cholestérol : en 2010, un groupe de cardiologues anglais, membres de plusieurs institutions prestigieuses, a suggéré la possibilité d'introduire dans les hamburgers un peu de statines entre le ketchup et la tranche de bœuf. Leur proposition, parue dans le *American Journal of Cardiology*⁽¹⁾, n'a pas manqué de raviver la controverse, « un pas de plus dans la stratégie globale de surmédicalisation et prévention irrationnelle », note Elena Pasca sur *Pharmacritique*. Mais écoutons plutôt ces doctes cardiologues, animés par un grand souci de prévention : L'accès en routine à des statines dans des établissements proposant de la nourriture impropre à la santé pourrait être un moyen rationnel et contemporain d'éviter le risque cardiovasculaire. Les fast food proposent déjà gratuitement des condiments pour compléter les repas. Un accompagnement contenant des statines offrirait un bénéfice cardiovasculaire, opposé aux effets de condiments salés, sucrés ou riches en graisses (...). Nous suggérons de ne pas rejeter le concept du MacStatine au prétexte qu'il pourrait permettre d'occulter le problème des mauvaises habitudes alimentaires. On ne rejette pas la ceinture de sécurité en voiture au prétexte qu'elle peut encourager la vitesse (malin n'est-ce pas? Ndlr). En fait, cela peut offrir l'opportunité de rester en vie plus longtemps pour quelqu'un qui a décidé de mal manger, et qui rejette les conseils médicaux en faveur d'une meilleure hygiène de vie ». Ces propos pourraient éventuellement être audibles en l'absence d'une double controverse : la première concerne les effets secondaires des statines (neuropathies, troubles musculaires, etc.), la seconde porte sur l'implication du cholestérol lui-même dans les maladies cardiovasculaires...

La face cachée des statines

Dans son ouvrage «Cholestérol, mensonges et propagande», paru en 2008 chez Thierry Souccar, le Docteur Michel de Lorgeril retrace la saga des médicaments anticholestérol. Parmi la classe la plus prescrite, les statines font certes artificiellement baisser le taux de cholestérol, mais elles ne sont pas dénuées d'effets secondaires graves, sans par ailleurs apporter de réels bénéfices sur la mortalité cardiovasculaire. Voici quelques extraits de la réflexion de Michel de Lor-

geril, cardiologue et chercheur au département des sciences de la vie du CNRS et à la faculté de médecine de Grenoble. Une réflexion argumentée sur la base de dizaines d'essais cliniques, effectués sur des dizaines de milliers de patients en bonne santé.

- Toxicité musculaire. « Il est évident que par des mécanismes biologiques variés, les statines sont toxiques pour les muscles. Nul ne saurait le nier, tant les patients s'en plaignent de façon récurrente et quand on fait des biopsies musculaires, on voit que même chez les patients sans symptôme, il existe des signes de toxicité ». Selon le Dr de Lorgeril, 83 % des patients sous statines rapportent des effets indésirables. Un chiffre considérable. Résultat, beaucoup de patients se voient contraints de diminuer leur activité physique, voire de l'arrêter totalement. Ils se retrouvent ainsi en contradiction avec un geste de prévention élémentaire contre les accidents cardiovasculaires ! « Par exemple, chez les diabétiques et les insuffisants cardiaques, les risques de complications cardiaques sont inversement proportionnels à l'aptitude à l'exercice physique ». Au chapitre des troubles musculaires, nombreux sont les internautes qui témoignent sur le blog de Michel de Lorgeril, y compris des médecins, démontrant par l'expérience que ces effets secondaires sont extrêmement courants, mais peu rapportés aux autorités médicales par des praticiens qui n'écourent plus leurs patients : « Une de mes patientes qui a bénéficié d'un stent il y a plusieurs mois s'est vu prescrire, à l'issue de l'intervention, Atorvastatine 10mg/jour, bien qu'elle n'ait jamais eu de cholestérol. Nous avons décidé en concertation d'arrêter ce médicament de façon progressive, après en avoir pris depuis de longs mois. Je viens de la revoir hier et elle m'a déclaré que sa vie avait été transformée depuis. En effet, les douleurs quotidiennes souvent vagues ont disparu; elle peut à nouveau faire de la marche comme elle aimait le faire avant l'intervention. Étant parfaitement conscient des douleurs provoquées sous statines, j'en étais malgré tout surpris. De plus, j'ai pris conscience que je n'avais pas réellement entendu ses doléances concernant «ses douleurs» d'autant que c'est quelqu'un qui se plaint peu. Ce n'est pas la première fois que je suis confronté à cela : les patients sous statines vivent avec des douleurs ou une gêne dont ils ne font pas part à leurs médecins ou que ceux-ci ignorent. Je le prends

Rien ne prouve que le cholestérol soit responsable des accidents cardiovasculaires, comme l'assure un réseau international de scientifiques sceptiques

Indispensable cholestérol !



Fabrique à 70 % par l'organisme et importé à 30 % par l'alimentation, le cholestérol tient un rôle important dans la physiologie humaine. A force de le diaboliser, on oublie de rappeler au grand public ses essentielles fonctions. Il participe à la fabrication de la membrane des cellules, y compris des neurones dans lesquels il permet la synthèse des neurotransmetteurs et donc la propagation de l'influx nerveux. Le cholestérol intervient dans la fabrication des sels biliaires, dont le rôle dans la digestion est essentiel. Le métabolisme du cholestérol est également précurseur de nombreuses molécules : la vitamine D3 qui intervient dans la calcification des os, les hormones stéroïdes (cortisol, cortisone, et aldostérone), les hormones stéroïdes sexuelles (progestérone, œstrogènes, et testostérone), le co-enzyme Q10, entre autres ! Au final, cette substance est bénéfique et toute carence peut s'avérer problématique !



comme une leçon, il faut absolument bien entendre ce que les patients nous disent ».

- Risque accru de cancer ? Les essais cliniques sont généralement trop courts, cinq ans en moyenne, parfois interrompus prématurément, pour apporter la preuve que les statines peuvent engendrer davantage de décès par cancer. Néanmoins le Dr de Lorgeril s'inquiète des nombreux indices qui plaident en faveur de cette hypothèse. Un seul exemple, parmi les études citées par Michel de Lorgeril : « Prosper est un bel essai testant la pravastatine (40 mg) chez des patients d'au moins 70 ans. Près de 6 000 patients ont été tirés au sort – autant d'hommes que de femmes – après une sélection réalisée sur près de 24 000 patients. Malheureusement, les patients n'ont été suivis que trois ans, sans que l'on comprenne pourquoi. (...) On ignore quelle était

Les statines font baisser artificiellement le taux de cholestérol, mais elles ne sont pas dénuées d'effets secondaires graves et n'apportent pas de réels bénéfices sur la mortalité cardiovasculaire.

la durée initialement prévue, ce qui est suspect. La diminution du cholestérol a été de 34 %, la mortalité totale est exactement la même dans les deux groupes : 306 et 298 décès. Les risques d'infarctus non fatal et d'AVC ne sont pas diminués de façon significative. En revanche, on note plus de cancers chez les patients sous statines (245 contre 199) et plus de décès par cancer (115 et 91). Devant ces chiffres, on peut se demander si la surmortalité par cancer n'est pas la vraie raison de l'arrêt apparemment prématuré de l'essai (...). Bien qu'il faille être prudent avec des études qui n'étaient pas organisées pour tester une hypothèse sur les cancers – et il n'y en aura jamais pour d'évidentes raisons éthiques et économiques, nous observons une totale concordance des données sur « statines et cancers » chez les seniors ». Un point de vue partagé par certains experts, comme ceux de la faculté de médecine de la Tufts University à Boston : « les effets bénéfiques des statines sur le risque cardiovasculaire [chose fort contestable, comme le montre le livre de Michel de Lorgeril, ndr] sont annulés par leurs effets cancérigènes »⁽⁶⁾. Les statines, comme les régimes anticholestérol, augmentent la concentration dans le sang et les cellules en acide gras oméga 6, notamment l'acide arachidonique, dont la fonction inflammatoire est désormais bien connue. Cet effet pourrait stimuler la cancérisation, à la différence de l'aspirine qui bloque le métabolisme de l'acide arachidonique.

- Déclin cognitif. Il est avéré qu'un mauvais rapport entre oméga 6 et oméga 3 peut accélérer le déclin cognitif. Les oméga 3, présents en bonne proportion, participent à la protection des neurones. Les statines, qui augmentent démesurément la part des oméga 6, ne

peuvent qu'avoir des effets délétères sur le cerveau. C'est la raison pour laquelle le Wall Street Journal titrait le 12 février 2008, de manière choc : « Les statines rendent les femmes stupides ». Des médecins de renom, n'ayant pas de relation avec l'industrie du cholestérol et des statines, ont en effet alerté l'opinion à propos de la multiplication de plaintes concernant les effets des statines sur la mémoire, en particulier chez les femmes, explique Michel de Lorgeril. « Nous avons en fait deux essais cliniques⁽⁷⁾ spécifiquement dédiés à cette hypothèse (...), publiés en 2000 et 2004 dans l'*American Journal of medicine* (...). Ils sont techniquement très bien conçus (mais à mon avis, ils sont trop brefs – seulement six mois de traitement) et décrivent une altération des fonctions cognitives sous statines. Les auteurs tentent de minimiser leurs résultats, car ils sont visiblement convaincus que, par ailleurs, les statines sont bénéfiques pour le cœur. Selon moi, détecter un effet significatif après un traitement si bref peut être vu comme quelque chose de très inquiétant ».

La vraie prévention

« Le cholestérol est innocent et ne bouche pas les artères. Espérer qu'en diminuant son cholestérol on va améliorer son espérance de vie et réduire le risque de faire un infarctus est une illusion, assure Michel de Lorgeril, en conclusion de « Cholestérol, mensonge et propagande. »

« Les médicaments et les diététiques anti-cholestérol se sont avérés inefficaces et ne sont pas dépourvus d'effets indésirables qui, à long terme, pourraient être tragiques, ou au moins beaucoup plus dangereux que ce que les experts prétendent aujourd'hui ».

Le cholestérol n'a rien à voir avec le risque cardiovasculaire. Deux études fondamentales l'ont démontré, évidemment assez mal accueillies par les partisans de la lutte contre le cholestérol.

Il s'agit de l'étude de Lyon et de l'étude Gissi, qui respectent les règles de l'essai clinique.

> L'étude de Lyon ou les bienfaits du régime crétois

Michel de Lorgeril est le premier auteur de l'étude Lyon diet heart study (publiée dans *The Lancet*, 1994, puis sous forme de rapport définitif en 1999 dans *Circulation*). Elle montre, en post-infarctus, une baisse significative du risque de décès et de récurrence d'infarctus avec un régime crétois (variante du régime méditerranéen), associé à une supplémentation en acides gras oméga 3. De fait, aucun régime anticholestérol n'a été adopté. Les bons résultats confirment l'innutilité de la lutte contre cette substance sécrétée à 70 % par le foie.

« La moitié des volontaires de cet essai, tous victimes d'un infarctus, adoptèrent une alimentation de type méditerranéen, riche en fruits, légumes, pain, céréales, haricots, noix, pauvre en viande rouge, avec une consommation modérée de produits laitiers (uniquement sous forme fermentée), de poisson (deux à trois fois par semaine) et de volaille, le tout agrémenté d'un peu de vin (si le patient en buvait déjà avant son infarctus) et des huiles d'olive et de colza. Une margarine de colza était fournie gratuitement à tous les patients », raconte de Lorgeril. Résultat : une réduction de la mortalité totale et cardiaque de 50%, et une réduction du risque de récurrences fatales et non fatales confondues d'environ 70%, par rapport au groupe témoin composé de 300 personnes, qui suivaient les régimes anticholestérol prescrits par les diététiciens de leur hôpital... Ces chiffres valident les observations épidémiologiques dans les populations méditerranéennes.

Le risque cardiovasculaire est donc moins affaire de génétique (cholestérol familial) que de mode de vie. Le taux de cholestérol sanguin n'a même strictement aucune importance : il était absolument le même dans les deux groupes tout au long de l'essai !

> L'essai Gissi ou l'impact positif des oméga 3

L'étude menée par le Groupe italien pour l'étude de la survie après un infarctus (Gissi), publiée en 1999 dans le *Lancet*, n'avait pas non plus pour but de réduire le taux de cholestérol, mais de mesurer l'impact de la prise d'une gélule d'oméga 3. Là encore les taux san-