

Les traitements conventionnels du cancer sont-ils vraiment scientifiques?

par Walter Last

Les recherches et les analyses statistiques objectives montrent que les traitements conventionnels du cancer comme la chirurgie radicale, la chimiothérapie et la radiothérapie n'ont pas de fondement scientifique, et que ces traitements font souvent plus de mal que de bien.

La profession médicale est très fière de la rigoureuse recherche scientifique qui soutient son approche du traitement du cancer. Une personne qui vient de recevoir un diagnostic de cancer fait face à une énorme pression de la part du système de santé pour commencer sans retard un programme de traitements médicaux qui comprend la chirurgie, la chimiothérapie et la radiothérapie dans des combinaisons variées. Effrayés et en état de choc, la plupart des gens dans cette situation ne peuvent résister à la puissance écrasante de l'autorité médicale.

Quelle serait votre réaction dans ces circonstances? Vous avez peut-être le réflexe de vous tourner vers les médecines douces pour les problèmes de santé bénins, mais pour quelque chose d'aussi sérieux que le cancer, vous vous sentez peut-être plus en sécurité en utilisant les méthodes testées et éprouvées des soins médicaux conventionnels. Tout de même, si vous en avez la possibilité, lisez ce qui suit avant de prendre votre décision finale. Cela pourra vous donner une meilleure connaissance du traitement naturel du cancer.

Dans cet article, j'ai recueilli quelques faits peu connus sur la science qui sous-tend le traitement conventionnel du cancer. Dans la recherche sur le cancer, le succès - exprimé en taux de survie après cinq ans - est établi en comparant les autres formes et combinaisons de traitement avec les résultats de la chirurgie seule. Cependant, le taux de succès de la chirurgie est rarement comparé aux taux de survie des patients non traités, et il ne l'est jamais avec ceux des patients qui ont choisi les thérapies naturelles. Par voie de conséquence, les traitements conventionnels du cancer sont essentiellement non scientifiques. Dans son ensemble, le taux de guérison présumé n'est pas plus élevé que celui qui résulterait d'une rémission spontanée et de l'effet placebo.

Pour étayer mon opinion, voici des déclarations importantes et des conclusions tirées de publications médicales et scientifiques.

«Les études semblent montrer que l'intervention précoce est bénéfique, parce que les lésions précancéreuses sont incluses dans les chirurgies précoces qui souvent ne deviendraient pas cancéreuses si on les avait laissées en place.»

En autres mots, l'intervention précoce semble être bénéfique parce qu'on excise des lésions qui ne sont pas cancéreuses, que l'on compte néanmoins comme cancéreuses, et que cela améliore les statistiques de survie. «De plus, la quantité de tissu mammaire enlevé n'a pas d'importance; le résultat est toujours le même.»¹ Cette déclaration indique que la chirurgie n'améliore pas les chances de survie, autrement, il y aurait une différence entre la chirurgie radicale et l'ablation de la tumeur seule.

Des chercheurs ont déclaré qu'il est arrogant de continuer à soumettre au moins 70% des femmes qui souffrent du cancer du sein à une procédure mutilante et inutile.² De plus, il n'y a pas de preuves qu'une mastectomie précoce améliore le taux de survie; si les patientes le savaient, elles refuseraient probablement la chirurgie.³

En 1993, l'éditeur du journal médical *The Lancet* a fait remarquer que, malgré les différentes modifications du traitement du cancer du sein, le taux de mortalité est resté le même. Il a reconnu qu'en dépit de l'annonce hebdomadaire de percées miraculeuses, la profession médicale, avec sa capacité extraordinaire d'aveuglement (c'est lui qui le dit), a vraiment perdu le nord. En même temps, il rejetait l'opinion de ceux qui croient que le salut viendra d'une chimiothérapie post-chirurgicale plus agressive, juste en-dessous du niveau qui tue le patient. Il se demandait s'il n'était pas plus scientifique de s'interroger sur l'échec de notre approche. Je pense qu'il n'est pas trop tôt pour se poser cette question après un siècle de mutilation des femmes. L'éditorial avait un titre très pertinent: «Le cancer du sein: avons-nous perdu le nord?»⁴

C'est simple: tous les types et les combinaisons de traitement du cancer du sein conventionnels semblent avoir pour résultat le même bas taux de survie à long terme. La seule conclusion qu'on peut en tirer est que le traitement conventionnel n'améliore pas les taux de survie à long terme. Encore pire que cela, le Dr Michael Baum, un éminent chirurgien britannique du cancer du sein, a découvert que la chirurgie du cancer du sein a tendance à augmenter le risque de rechute et de mort dans les trois ans suivant le diagnostic. Il a aussi fait un lien entre la chirurgie et l'accélération de l'extension du cancer par la stimulation de la formation de métastases dans d'autres parties du corps.⁵

Après 23 ans, il n'y a pas de différence entre les taux de survie de ceux qui ont eu une chirurgie [du cancer de la prostate] et les patients contrôle, qui ne l'ont pas eue...

Une comparaison faite en Allemagne a permis de découvrir que les femmes post-ménopausées souffrant de cancer du sein qui n'étaient pas traitées vivent plus longtemps que celles qui sont traitées; on recommandait donc de ne pas traiter les femmes post-ménopausées pour le cancer du sein.⁶ Cette conclusion confirme les conclusions de Ernst Krokowski, professeur allemand de radiologie. Il a démontré de façon concluante que les métastases sont souvent déclenchées par l'intervention médicale, quelquefois même par la biopsie ou une chirurgie non reliée au cancer.⁷ Le fait de déranger une tumeur fait qu'un bien plus grand nombre de cellules cancéreuses entre dans le flot sanguin, alors que la plupart des interventions médicales (surtout la chimiothérapie) déprime le système immunitaire. Cette combinaison est une assurance de catastrophe. Ce sont les métastases qui tuent, alors que les tumeurs primaires en général, et celles du sein en particulier, peuvent être relativement sans danger. Ces découvertes ont été confirmées par la recherche récente qui démontre que la chirurgie, même non reliée au cancer, peut déclencher une extension explosive des métastases et conduire à une mort prématurée.⁸

Ceci vient à la suite de rapports antérieurs qui mentionnent que la chirurgie pour le cancer de la prostate a aussi tendance à répandre la maladie. En fait, le cancer de la prostate a été étudié dans les premiers essais cliniques randomisés pour tout type de cancer. Après 23 ans, il n'y avait pas de différence dans les taux de survie de ceux qui avaient subi une chirurgie et les patients contrôle qui n'en avaient pas eu, mais ceux qui été opérés avaient plus de problèmes comme l'impuissance ou l'incontinence.⁹

H. B. Jones, professeur de physique médicale, était un éminent statisticien américain du cancer. Il a dit dans un discours devant l'American Cancer Society en 1969 qu'aucune étude n'avait prouvé qu'une intervention précoce augmentait les chances de survie. Au contraire, ses études prouvaient de façon concluante que les victimes du cancer non traitées vivaient jusqu'à 4 fois plus longtemps et avaient une meilleure qualité de vie que ceux qui avaient été traités.¹⁰ Bien sûr, il ne fut plus jamais invité.

L'art de triturer les statistiques

Une recherche épidémiologique a confirmé la valeur douteuse de la thérapie conventionnelle en concluant que «les interventions médicales pour le cancer ont un effet négligeable ou pas d'effet du tout sur la survie.»¹¹ Même le conservateur *New England Journal of Medicine* a publié un article portant ce titre: «Le cancer vaincu».¹²

Les façons habituelles de présenter plus favorablement les statistiques médicales sont les suivantes. Les patients qui meurent durant un traitement prolongé de chimiothérapie ou de radiothérapie ne sont pas comptabilisés dans les statistiques parce qu'ils n'ont pas reçu le traitement complet. Dans le groupe contrôle par contre, tous ceux qui meurent sont comptabilisés.

De plus, le succès est jugé sur le pourcentage de tumeurs qui régressent, sans égard pour la survie du patient; mais si le taux ou la durée de la survie est mesuré, ce n'est habituellement qu'en rapport avec la maladie traitée. On ne parle pas du nombre de patients qui meurent à cause du traitement lui-même.

La tendance actuelle est de détecter précocement les maladies pré-cancéreuses et de les traiter comme des cancers. Bien que cela augmente statistiquement les cas de cancer, cela prolonge aussi artificiellement les durées de survie et diminue les taux de mortalité, faisant ainsi mieux paraître les traitements médicaux. Cependant, il peut aussi y avoir un véritable élément de survie améliorée, car un nombre croissant de patients cancéreux optent pour des thérapies naturelles complémentaires.

Un examen des dossiers de 1,2 million de patients cancéreux a révélé que le taux de mortalité attribué à une mort non reliée au cancer peu après le traitement était de 200% plus élevé que ce qu'on aurait pu attendre normalement.

Deux ans après le diagnostic et le traitement, ce taux de mortalité excessif était tombé à 50%. La cause la plus répandue de ce taux de mortalité excessive était la défaillance cardiaque et respiratoire. Cela signifie qu'au lieu de mourir de cancer plusieurs années plus tard, ces patients sont morts des effets du traitement et ont grandement aidé à améliorer les statistiques du cancer parce qu'ils ne sont pas morts de cancer à strictement parler.¹³ Cette façon trompeuse de rapporter les décès dus au cancer a provoqué une demande pour des statistiques plus honnêtes.¹⁴

Après qu'une analyse de plusieurs grandes études de dépistage par mammographie ait trouvé que la mammographie menait à un traitement plus agressif sans avantages pour la survie, même l'éditeur du journal *The Lancet* a dû admettre que ces grands essais randomisés n'apportent pas de preuves fiables pour appuyer les programmes de dépistage par mammographie.¹⁵ La signification de cette déclaration a une portée bien plus grande que l'utilisation de la mammographie.

Les partisans de la médecine conventionnelle admettent ouvertement qu'il n'y a pas de façon efficace d'aider les patients en phase de cancer avancé. Jusqu'à maintenant, le slogan avait toujours été: «Déteecté précocement, on peut le traiter.» Ces études d'évaluation de la mammographie démontrent que le moment où le cancer est déteecté n'a pas d'importance; les méthodes conventionnelles sont inutiles, comme toute l'industrie multimilliardaire du cancer (c'est ma conclusion).

Une recherche canadienne de 13 ans portant sur 40,000 femmes a comparé l'examen physique des seins avec cet examen complété d'une mammographie. Le groupe ayant bénéficié de l'examen et de la mammographie a eu plus de résections de tumeurs et de chirurgies, avec un taux de mortalité de 107, comparativement aux 105 décès du groupe n'ayant eu que l'examen physique.¹⁶

Le carcinome intracanalair in situ (sigle anglais, DCIS) est une forme commune et non-invasive de tumeur mammaire. La plupart des cas de DCIS sont déteectés par la mammographie. Chez les femmes plus jeunes, 92 % de tous les cancers déteectés par mammographie sont de ce type. Cependant, en moyenne 44% - et dans certains endroits 60% - de ceux-ci sont traités par mastectomie. Puisque la plupart de ces tumeurs sont sans danger, ce traitement inutile améliore indûment les statistiques de survie.¹⁷

Alors que le diagnostic conventionnel est invasif et peut entraîner la propagation du cancer, une sorte de dépistage électrodermal - appelé test de «biochamp» - développé par une équipe de 8 hôpitaux et universités européens, a donné des résultats précis à 99,1% pour le diagnostic du degré de malignité de tumeurs cancéreuses du sein, selon *The Lancet*.¹⁸

Une grande méta-analyse de résultats de radiothérapie pour le cancer du poumon a montré qu'après deux ans, il y avait 21% plus de décès dans le groupe qui avait subi la radiothérapie en plus de la chirurgie, comparativement à ceux qui n'avaient eu qu'une chirurgie. L'article de la revue *The Lancet*¹⁹ affirmait que la raison en était de tuer les cellules cancéreuses qui restaient après la chirurgie, mais il est dommage que les faits ne correspondent pas à cette théorie.

La chimiothérapie: une roulette russe médicale

La chimiothérapie pour les enfants atteints de leucémie et de la maladie de Hodgkin est la vitrine fièrement affichée du succès apparent, mais controversé, de la thérapie conventionnelle du cancer. Maintenant, une étude de suivi à long terme montre que ces enfants développent 18 fois plus de cancers malins secondaires plus tard dans leur vie. Encore pire, les filles courent un risque 75 fois (7500%) plus grand de cancer du sein à l'âge de 40 ans.²⁰ Le développement d'infections systémiques ou des organes internes à *Candida albicans* peu après le commencement de la chimiothérapie semble être un problème important.²¹ Si ces infections ne sont pas traitées de façon appropriée, des rechutes ou des problèmes de santé futurs sont à craindre.

«Plusieurs oncologistes prennent pour acquis qu'une réponse positive à la thérapie prolonge la vie, opinion qui est basée sur une idée fautive et qui n'est pas appuyée par des études médicales.»

Une étude sur le cancer de l'ovaire a trouvé que le risque de développer une leucémie après la chimiothérapie augmentait de 21 fois (2100%). Cet effet de la chimiothérapie a montré un lien évident avec la dose administrée; les leucémies déclenchées doubleraient entre les groupes à dose faible et

les groupes à dose moyenne, et elles quadruplaient entre les groupes à dose moyenne et les groupes à forte dose. De plus, d'autres tumeurs se développent souvent après le traitement de chimiothérapie.²² Dans un essai portant sur le myélome multiple, il a été constaté que l'usage de la chimiothérapie n'a apporté aucun bénéfice, comparé à l'absence de traitement.²³

Le réputé biostatisticien allemand Ulrich Abel a présenté une analyse comparative portant sur plus de 3000 essais cliniques sur la valeur de la chimiothérapie pour les carcinomes de stade avancé (par exemple, le cancer du sein). (Les oncologistes ont tendance à utiliser la chimiothérapie parce que cela peut provoquer une diminution temporaire de la tumeur, qu'on appelle la réponse; cependant, cela a aussi tendance à donner des effets secondaires désagréables.) Le professeur Abel a conclu qu'il n'y a pas de preuve évidente que la chimiothérapie prolonge la vie dans ces cas. Il a affirmé ceci: «Plusieurs oncologistes prennent pour acquis qu'une réponse positive à la thérapie prolonge la vie, opinion qui est basée sur une idée fautive et qui n'est pas appuyée par des études médicales.»²⁴

Le Dr Ralph W. Moss dans son livre *Questioning Chemotherapy* (La chimiothérapie remise en question) fournit une analyse détaillée de ce sujet. La conclusion générale de ce livre est qu'il n'y a pas de preuves, pour la majorité des cancers, que la chimiothérapie prolonge la vie.²⁵

Cependant, même si la chimiothérapie pouvait prolonger la vie de quelques mois, qu'en est-il de la qualité de cette vie? Tom Nesi, un ancien directeur des affaires publiques chez le géant pharmaceutique Bristol-Myers-Squibb, a écrit dans le *New York Times* au sujet du traitement réussi de sa femme, qui a prolongé sa vie de trois mois.²⁶ Deux semaines après le traitement, elle a griffonné sur un bloc-notes: «déprimée - je n'en veux plus - de grâce». Je ne suis pas surpris d'entendre dire que la plupart des oncologistes ne soumettraient pas les membres de leur famille à l'un de ces traitements.

Traitement complet

Dans son livre *Cancer: A New Breakthrough* (Cancer: Une percée nouvelle), Virginia Livingston (plus tard Livingston-Wheeler), remarquable chercheuse sur le cancer et thérapeute, raconte l'histoire d'une de ses nombreuses patientes, qui n'était venue la voir qu'après avoir reçu le traitement médical complet pour son cancer du sein.²⁷

«Après avoir découvert une petite masse dans son sein, elle a eu une mastectomie radicale. Aucun des ganglions lymphatiques enlevés de l'aisselle n'était impliqué; tout le cancer avait bien été enlevé. Pour s'assurer qu'il n'y aurait pas de croissance nouvelle dans les cicatrices, elle a reçu une radiothérapie, et ses ovaires ont aussi été enlevés.

«À son grand désarroi, un an plus tard, plusieurs petits nodules sont apparus dans la vieille cicatrice du sein. Elle a encore une fois reçu une radiothérapie. D'autres masses sont apparues dans son cou, qui ont encore exigé une radiothérapie. De plus, elle a reçu une thérapie d'hormone masculine: elle se mit à faire de l'acné, et ses poils faciaux se sont mis à pousser de façon exagérée. Mais les nodules sont revenus. Maintenant, elle recevait une chimiothérapie, avec les effets secondaires habituels.

«Avant que ses cheveux n'aient pu repousser, une douleur dans ses os a été diagnostiquée comme un cancer des os. On espérait l'aider avec plus de chimiothérapie et une hormonothérapie. Mais plusieurs mois plus tard, les lésions osseuses ont empiré et l'ablation de ses glandes surrénales a

été recommandée et effectuée. On espérait que cela prolongerait ses douleurs encore une autre année. Après cela, l'ablation de sa glande pituitaire pourrait lui donner encore de 3 à 6 mois à vivre.

«À présent, sa confiance en ses médecins était suffisamment ébranlée pour qu'elle se tourne vers le Dr Livingston afin qu'elle l'aide. Elle a demandé à être examinée en l'absence de son mari, pour lui épargner la vue de son corps nu, mutilé, déformé et ratatiné, de son ventre exagérément gonflé et de ses jambes amaigries. Finalement, elle a chuchoté: «Docteur, est-ce que je devrais me suicider?»

Conspiration du silence

Pourquoi font-ils cela? (Quand je dis «ils», je fais référence à ce qu'on appelle communément «l'establishment du cancer»). Je crois que la réponse a été donnée par un éminent commentateur médical et ancien éditeur du *New Scientist*, le Dr Donald Gould, dans un article marquant intitulé: «Le cancer: une conspiration du silence».²⁸ Le sous-titre résume sa position: «Les cancers les plus courants sont aussi résistants au traitement aujourd'hui qu'ils l'étaient il y a 40 ou 50 ans. On ne gagne rien à prétendre que la bataille contre le cancer se gagne lentement mais sûrement.»

Cette vérité a été délibérément cachée au public. Selon Gould, c'est l'argent qui motive cette conspiration du silence. Le public doit continuer à croire que l'«establishment du cancer» va gagner la bataille, pour continuer à l'arroser d'argent. L'un des scientifiques cités a dit qu'avec ces dizaines de milliers de radiologistes, et leurs millions de dollars en équipement, il faut bien continuer à administrer des radiothérapies, même si une étude après l'autre montre que cela fait plus de mal que de bien.

Gould pense aussi que les patients qui, sans traitement médical, pourraient être confortables jusqu'à leur mort inévitable, souffrent à cause du traitement médical, dans une vaine tentative pour repousser leur mort de quelques malheureuses semaines. Mais bien sûr, c'est à ce moment que la plus grande partie de l'argent est engrangé. Gould a le sentiment qu'ils empoisonnent leurs patients avec des médicaments et des radiations, et qu'ils les mutilent par une chirurgie inutile, dans une tentative désespérée de traiter ce qui ne se guérit pas.

Il n'y a pas grand chose qui ait changé depuis que Gould a écrit cet article en 1976. Dans une récente édition de *The Moss Reports*, on peut lire que la survie à long terme pour les cancers courants comme celui de la prostate, du sein, le cancer colorectal et le cancer du poumon «n'a presque pas bougé depuis les années 70.»²⁹ En résumé, cela signifie qu'il n'y a pas eu d'amélioration significative des taux de survie du cancer dans les 70 à 80 dernières années.

Les fondements scientifiques de l'approbation des médicaments

Il est aussi intéressant de connaître le fondement scientifique pour l'approbation des médicaments contre le cancer. À l'origine, la plupart de ces médicaments viennent des États-Unis. Dans le passé, une compagnie devait soumettre deux essais cliniques randomisés positifs pour obtenir l'approbation de la FDA (Food and Drug administration) américaine. «Positif» signifie qu'il doit y avoir un certain taux de diminution de la tumeur, et ce pendant au moins un mois. Il n'était pas nécessaire de montrer que le traitement prolongeait la vie, non plus que de soumettre les résultats des essais négatifs pour le même médicament.

Même si la majorité de la population occidentale préfère les remèdes naturels, tous les partis politiques promeuvent essentiellement le recours aux médicaments pharmaceutiques.

Ces lignes de conduite «strictement scientifiques» ont été assouplies sous l'administration Clinton, et les compagnies pharmaceutiques peuvent obtenir l'approbation de la FDA à la suite de petits essais préliminaires, même si un grand essai randomisé a pu être négatif.³⁰ Dans une déclaration incroyable au sujet de l'approbation des médicaments, un porte-parole de la FDA a souligné que les délais dans l'approbation ne causait pas de morts inutiles parce que «tous ces traitements pour le cancer avancé ne guérissent pas les gens».³¹

Cela va peut-être plus loin qu'un exemple de traitements tout simplement inefficaces. Un groupe de chercheurs réputés a examiné toutes les preuves statistiques publiées sur le résultat des traitements médicaux, et a montré que le système médical est maintenant la cause principale de mort et de blessures aux États-Unis. Les morts attribuables aux maladies cardiaques en 2001 étaient au nombre de 699,697; pour le cancer, le chiffre était de 553,251, alors que pour les interventions médicales, il était de 783,936 par année! Le titre de cette étude est tout à fait approprié: «Death by Medicine» (La mort par la médecine)³²

Vous pouvez vous demander pourquoi les autorités médicales ferment les yeux devant cette hécatombe, surtout causée par les médicaments, alors qu'elles concentrent leur énergie à interdire les suppléments alimentaires et les remèdes naturels.

La récente saga de la compagnie Pan Pharmaceuticals est un symptôme de cette attitude officielle: en 2003, le gouvernement australien a forcé le plus grand fabricant local de remèdes naturels à faire faillite, en prétendant que ces produits pouvaient provoquer une maladie ou même la mort.

À mon avis, la raison principale de cette attitude officielle se trouve dans le fait que les ministères de la santé et les organismes de réglementation sont dominés par des médecins qui ont été entraînés à croire (en partie avec l'argent des compagnies pharmaceutiques) que les médicaments sont bénéfiques et que les remèdes naturels sont potentiellement dangereux. Même si la majorité de la population occidentale préfère les remèdes naturels, tous les partis politiques promeuvent essentiellement le recours aux médicaments pharmaceutiques.

En conséquence, comme premier pas pour changer ce climat politique oppressant, nous avons un besoin urgent d'un parti politique qui promeut les soins de santé naturels plutôt que le recours aux médicaments.

Nous pouvons trouver un indice de la cause des statistiques navrantes de l'étude «Death by Medicine» dans un éditorial de Richard Smith pour le *British Medical Journal*: «Et encore, il n'y a que 15 % des interventions médicales qui soient appuyées par des preuves scientifiques solides» et aussi «C'est parce que 1% seulement des articles publiés dans les journaux médicaux sont fondés scientifiquement, et en partie parce que plusieurs traitements n'ont encore jamais subi d'évaluation.»³³

Une bonne démonstration de la nature non scientifique de la recherche médicale est illustrée par le récent fiasco de la thérapie de remplacement d'hormone (TRH). Il y a plusieurs décennies, on a démontré dans une recherche «scientifique rigoureuse» qu'elle était sécuritaire et efficace; autrement, on ne l'aurait pas approuvée. Elle a bénéficié d'une forte promotion vantant ses effets

protecteurs contre les maladies cardiaques et le cancer. Maintenant, tous les nouveaux essais montrent que la TRH est dangereuse et augmente le risque de développer des maladies cardiaques et des cancers.

Qu'est-ce qui a mal tourné? Pourquoi cette réalité n'a-t-elle pas été découverte plus tôt? Tout simplement parce que la recherche originale a été faite dans le but de générer des profits, alors que les chercheurs récents n'ont pas accès à ces profits. Donc, je me méfie de toute recherche menée avec le profit en tête. Malheureusement, ceci s'applique actuellement à la plus grande partie de la recherche médicale.

La bonne voie

Cela fait maintenant 39 ans que le président Nixon a déclaré la guerre au cancer (1971). Depuis ce temps, 2000 milliards de dollars US ont été dépensés dans le traitement et la recherche sur le cancer, avec le résultat que plus de personnes que jamais se meurent du cancer.³⁴ Bien qu'il y ait eu des études pour évaluer les effets de divers nutriments sur différents cancers, aucun de ces 2000 milliards de dollars n'a été mis à la disposition des thérapeutes naturels pour faire des essais sur les thérapies holistiques du cancer. Les thérapeutes naturels ont eu à faire face à un siècle de persécution; plusieurs d'entre eux ont été traînés en cour et ont été emprisonnés.

Ne serait-ce pas plus scientifique d'évaluer les méthodes des thérapeutes naturels du cancer plutôt que de les mettre en prison? La plupart des cliniques alternatives du cancer aux États-Unis ont dû déménager au Mexique (Pour une liste de ces cliniques dans le monde, voir <http://www.cancure.org>).

Une approche holistique du cancer inclut l'amélioration de la nutrition, l'utilisation de l'électromédecine et de la médecine vibratoire ou énergétique, une thérapie émotionnelle et une thérapie mentale. La seule étude rapportée qui s'apparente à une investigation de l'approche holistique porte sur la thérapie Gerson. Dans une évaluation du taux de survie à 5 ans de 153 patients atteints de mélanome. Ici, 100% des patients ayant eu la thérapie Gerson, avec des stades de cancer 1 et 2, ont survécu, mais seulement 79% qui avaient eu une thérapie conventionnelle. Avec les cancers de stade 3 (métastases locales), les chiffres sont respectivement de 70% et de 41%; avec un cancer de stade 4 (métastases distantes), le taux de survie est de 39% avec la thérapie Gerson et de 6% pour la thérapie conventionnelle.³⁵

Plusieurs thérapeutes naturels du cancer annoncent des taux de succès de plus de 90% pour arrêter et faire reculer le cancer, pourvu que les patients n'aient pas été soumis à des traitements conventionnels auparavant. Les traitements les plus dommageables semblent être la chimiothérapie et la radiothérapie.

Par conséquent, si vous faites face au cancer, je suggère que vous résistiez à une décision prise sous le coup de la peur et sous la pression. Il n'y a pas de situation si urgente qu'elle exige que vous agissiez sur-le-champ. À la place, faites votre recherche dans les livres, les revues et sur internet, et faites confiance à votre bon sens ou à votre intuition.

Références:

1. Skrabanek, P., "False Premises and False Promises of Breast Cancer Screening", *The Lancet* 2:316-19 (1985)
2. Baum, M., "The Curability of Breast Cancer", *British Medical Journal* 1:43942 (1976)
3. Cunningham, L., "Mastectomy for so-called lobular carcinoma in situ", *The Lancet* 1(8163):306 (February 9, 1980)
4. Editorial, "Breast Cancer Have we lost our way?", *The Lancet* 341:34344 (1993)
5. Baum, M., "Does surgery disseminate or accelerate cancer?", *The Lancet* 347:260 (January 27, 1996)
6. Oregl, A., "Die Lebenserwartung des unbehandelten Mammakarzinoms" ("The life expectancy of the untreated mamma carcinoma [breast cancer]"), *Klin. Wschr.* 41:676 (1963)
7. Krokowski, E.J., "Is the Current Treatment of Cancer Self-Limiting in the Extent of its Success?", *Int. Acad. Preventive Medicine* 6(1) 23-39 (1979)
8. Tagliabue, E. et al., "Role of HER2 in wound-induced breast carcinoma proliferation", *The Lancet* 362:527-533 (August 16, 2003)
9. Iversen, P. et al., "Radical Prostatectomy versus Expectant Treatment for Early Carcinoma of the Prostate", *Scand. J. Urol. Nephrol.* 172:65-72 (1995)
10. Jones, H.B., Lecture at the American Cancer Society Conference, New (Means, July 3, 1969)
11. McKinlay, J.B. et al., "A Review of the Evidence Concerning the Impact of Medical Measures on Recent Mortality and Morbidity in the United States", *Int. J. Health Services* 19(23):181-208 (1989)
12. Bailar, J.C.m, Gornik, H.L., "Cancer undefeated", *New England Journal of Medicine* 336:1569-1574 (1997)
13. Brown, B.W., Brauner, C, Minnotte, M.C., "Noncancer deaths in white adult cancer patients", *J. Nat. Concerto.* 85:979-987 (1993)
14. Welch, H.G., Black, W.C., "Are Deaths Within 1 Month of Cancer-Directed Surgery Attributed to Cancer?", *J. Nat. Can. Inst.* 94:1066-70 (2002)
15. Olsen, O., Gotzsche, P.C., "Cochrane review on screening for breast cancer with mammography", *The Lancet* 358:134042 (October 20, 2001) and Editorial, pp. 1284-85
16. Miller, A.B. et al., "Canadian National Breast Cancer Screening Study-2: 13-year results of a randomised trial in women aged 50-59 years", *J. Nat. Cancer Inst.* 92:1490-99 (Sept 20, 2000)
17. Emster, Virginia L et al., "Incidence of and treatment for ductal carcinoma in situ of the breast", *Journal of the American Medical Association* 275(12):913-18 (March 27, 1996); Page, David L, Jensen, Roy A., "Ductal carcinoma in situ of the breast", *JAMA*, *ibid*, pp. 94849
18. Cuzick, Jack et al., "Electro potential measurements as a new diagnostic modality for breast cancer", *The Lancet* 352:359-63 (August 1, 1998)
19. PORT Meta-analysis Trialists Group, "Postoperative radiotherapy in non-small-cell lung cancer systematic review and meta-analysis of individual patient data from nine randomised controlled trials", *The Lancet* 352(9124):257-63, 250-51 (July 25, 1998)
20. Bhatia, S., Robison, LL et al., "Breast cancer and other second neoplasms after childhood Hodgkin's disease", *New England J. Med.* 334(12):745-51 (March 21, 1996)
21. Klingspor, L., Stintzing, G., Tollemar, J., "Deep Candida infection in children with leukaemia", *Acta Paediatr.* 86(1)30-6 (1997)
22. Klein-Szanto, A.J.P., "Carcinogenic effects of chemotherapeutic compounds", *Prog. in Clinical and Biological Research* 374:167-74 (1992)

23. Riccardi, A., Mora, O. et al., "Long-term survival of stage I multiple myeloma given chemotherapy just after diagnosis or at progression of the disease: a multicentre randomised study", *Br. J. Cancer* 82(7):1254-60 (April 2000)
24. Abel, U., "Chemotherapy of advanced epithelial cancer, a critical review", *Burned. Pharmacother.* 46(10):439-52(1992)
25. Moss, Ralph W., PhD, *Questioning Chemotherapy*, Equinox Press, NY, 1995
26. Nesi, Tom, "False hope in a bottle" (Op. Ed), *New YorkTimesJwx5,m3*
27. Livingston, Virginia, *Cancer: A New Breakthrough*, Cancer Book House, LA, 1972
28. Gould, D., "Cancer A Conspiracy of Silence", *New Scientist*, 2 December 1976
29. Moss, R.W., *The Moss Reports*, no. 127, April 4, 2004, <http://www.ralphmoss.com>
30. Moss, R.W., *The Moss Reports*, no. 86, June 7, 2003
31. Moss, R.W., *The Moss Reports*, no. 122, February 28, 2004
32. Null, G., Dean, C. et al., "Death by Medicine", *Nutrition Institute of America*, November 2003
33. Smith, R. (editor), "The poverty of medical evidence", *British Medical Journal*, vol. 303, 5 October 1991
34. Begley, Sharon, "New statistics show increase in cancer rates: cancer rates go up, not down", *Wall Street Journal*, October 16, 2002, p. B1
35. Hildenbrand G.L. et al., "Five-year survival rates of melanoma patients treated by diet therapy after the manner of Gerson: A retrospective review", *Alt. Therapies* 1(4):29- 37 (Sept 1995)

© Walter Last

www.LearningGNM.com