



REMISE EN QUESTION DE LA THÉORIE DES MÉTASTASES

Caroline Markolin, Ph.D.

« Comment les cellules cancéreuses deviennent métastatiques demeure encore un mystère. »

Université de Yale (2008)

La théorie des métastases est l'un des dogmes les plus persistants de la médecine moderne. Selon cette théorie, une « métastase » se produit lorsque les cellules cancéreuses d'un cancer primaire s'en détachent et migrent par la circulation sanguine ou le système lymphatique vers un autre organe où elles génèrent une nouvelle tumeur cancéreuse.

Un bref historique

Aux 17^e et 18^e siècles, les tumeurs étaient considérées comme une « substance morbide » qui, si elle n'était pas normalement excrétée, pouvait s'accumuler, devenir « maligne » et provoquer la mort si elle se propageait à d'autres parties du corps. Lorsque le cancer était considéré s'être propagé d'un organe à un autre, on parlait alors de « métastase ». Les pratiques médicales telles que la ponction, la purge, l'application de ventouses, la saignée et l'empoisonnement étaient utilisées pour faciliter le drainage de ces substances « mortelles ».

Au 19^e siècle, les micro-organismes ont été intégrés au catalogue des « substances morbides », et la théorie microbienne de Pasteur s'est imposée comme le fondement de la théorie des métastases. Au 20^e siècle, les cellules cancéreuses malveillantes et supposées avoir muté ont été ajoutées à la liste, rejoignant ainsi les bactéries, les champignons et les virus comme agents pathogènes. De nos jours, la médecine, qu'elle soit douce ou allopathique, considère toujours que les cellules cancéreuses et les microbes agissent contre l'organisme humain.

Aujourd'hui encore, le corps humain est considéré en guerre *contre* des forces maléfiques qui tentent de lui nuire et de le détruire (voir la théorie du système immunitaire). Le principal axiome sur lequel repose cette théorie médicale reste enraciné dans les peurs et les superstitions moyen-âgeuses, ignorant l'intelligence créatrice qui imprègne la nature et le corps humain.

LA THÉORIE DES MÉTASTASES À LA LUMIÈRE DES DÉCOUVERTES DU DR HAMER

La relation psychisme - cerveau - organe

La théorie des métastases ne tient absolument pas compte du fait que chaque cellule du corps humain est contrôlée par le cerveau ; au contraire, elle traite chaque cellule comme un organisme intelligent qui agit de son propre chef. Un siècle de recherche médicale a confirmé que le cerveau est le « centre de coordination bioélectrique » qui gère tous les processus biochimiques, y compris les modifications « pathologiques » des organes et des tissus. Même les « maladies infectieuses » ne peuvent poursuivre leur développement lorsque les nerfs de l'organe affecté sont sectionnés (Robert H. Walker : *Functional Processes of Disease* [Le principe de fonctionnement de la maladie], 1951), ce qui démontre que même l'activité des microbes est contrôlée par le cerveau.

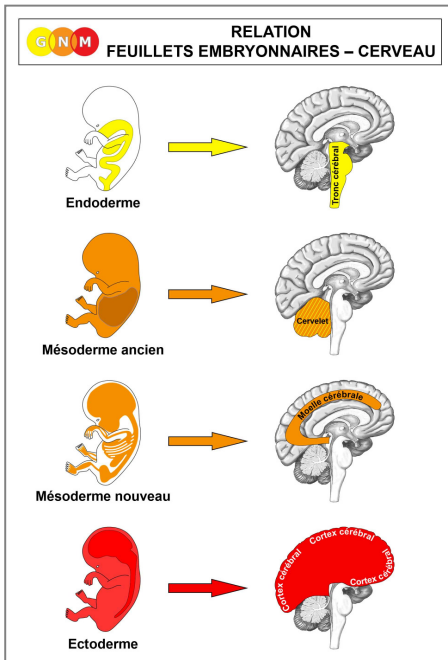
Le Dr Hamer a découvert que le psychisme constituait une troisième composante qui interagit avec le cerveau et l'organe correspondant. Grâce à l'analyse des scanners cérébraux de ses patients, il a découvert qu'en plus de se produire dans le psychisme, le « choc conflictuel » (DHS) impacte aussi une zone du cerveau en corrélation avec le conflit en question. Dès que les cellules cérébrales perçoivent le conflit, l'information est immédiatement transmise à l'organe correspondant et, à ce moment précis, un Programme Biologique Spécial Sensé (SBS) est activé pour aider l'organisme, tant au niveau psychique que physique, durant cette crise. Ainsi, chaque cancer ou tumeur cancéreuse est une réponse biologique et pleine de bon sens à une situation conflictuelle bien spécifique. En comparant des dizaines de milliers de scanners cérébraux de ses patients avec leurs dossiers médicaux et leurs vécus personnels, le Dr Hamer a pu déterminer pour chaque type de cancer, l'endroit exact du cerveau d'où celui-ci est contrôlé.

Fermement ancrées dans la science de l'embryologie, les recherches du Dr Hamer fournissent la preuve scientifique que cette corrélation entre le psychisme et le corps, assurée par le cerveau, est inhérente à tout organisme vivant. En d'autres termes, *toutes* les espèces animales réagissent à un « conflit de peur de la mort » par un cancer du poumon, à un « conflit de morceau indigeste » par un cancer du côlon, à un « conflit d'existence » par un cancer du rein, ou à un « conflit de souci dans le nid » par un cancer du sein (pour les mammifères et les êtres humains).

La raison pour laquelle toutes les espèces répondent au même type de conflit avec le même organe est que, peu importe qu'il s'agisse d'un poisson, d'un reptile, d'un mammifère ou d'un être humain, tous les organes de toutes les espèces peuvent être ramenés à l'un des trois feuillet embryonnaires qui se développent au tout début du stade embryonnaire. Pour être plus précis, les poumons, le cœur ou les os de tout organisme vivant sont formés à partir du même type de feuillet embryonnaire et sont donc constitués du même type de tissu. C'est pourquoi en GNM, nous parlons de conflits biologiques plutôt que de conflits psychologiques.

Les cellules cancéreuses ne franchissent pas les limites du feuillet embryonnaire

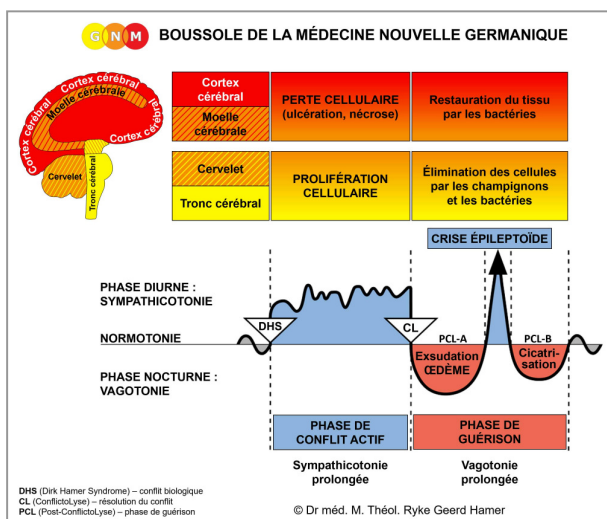
Au cours de ses recherches, le Dr Hamer a également découvert que les différents centres de contrôle cérébraux sont disposés de manière ordonnée dans le cerveau. L'emplacement précis des relais cérébraux montre que tous les tissus qui dérivent du même feuillet embryonnaire sont contrôlés par la même zone du cerveau.



Tous les organes et tissus dérivés de l'endoderme (poumons, côlon, foie, pancréas, utérus, prostate) sont contrôlés par le tronc cérébral ; tous les tissus dérivés du mésoderme (glandes mammaires, ovaires, testicules, os, muscles) sont contrôlés par le cervelet ou par la moelle cérébrale ; tous les tissus dérivés de l'ectoderme (peau, bronches, larynx, col de l'utérus, vessie, rectum) sont contrôlés par le cortex cérébral.

Ainsi, chaque cancer implique toujours une zone bien spécifique du cerveau qui contrôle l'organe ou le tissu lié au conflit. En aucun cas, les cellules cancéreuses ne peuvent « métastaser » vers un organe ou un tissu contrôlé à partir d'un relais cérébral différent et non affecté ; de même, les cellules cancéreuses ne peuvent pas « se propager » vers un type de tissu qui dérive d'un feuillet embryonnaire différent. Les cellules cancéreuses sont absolument liées à l'organe spécifique pour lequel le cerveau a activé le Programme Biologique Spécial.

La Troisième Loi Biologique de la GNM fournit, pour la première fois en médecine, un système fiable qui permet de classer toutes les maladies en fonction de leur type de tissu. En ce qui concerne le cancer, le « système ontogénétique des tumeurs » montre qu'un cancer (une tumeur cancéreuse) se développe soit



a) durant la phase de conflit actif dans les organes contrôlés par le cerveau ancien (tronc cérébral et cervelet), auquel cas, le sens biologique de cette tumeur est d'améliorer la fonction de l'organe afin de faciliter la résolution du conflit.

b) durant la phase de guérison des organes contrôlés par le cerveau nouveau (moelle cérébrale et cortex cérébral), où la tumeur est alors la conséquence d'un processus naturel de guérison et de reconstitution se produisant après que le conflit associé ait été résolu.

D'une manière ou d'une autre, et c'est là la quintessence des découvertes du Dr Hamer, **le cancer fait toujours partie d'un processus biologique plein de bon sens, et ne peut donc plus être considéré comme une « maladie », et encore moins comme une « maladie maligne ».**

Le sens des cancers secondaires du point de vue de la GNM

La Médecine Nouvelle Germanique ne conteste pas l'existence de cancers secondaires ou multiples. Comme nous le comprenons maintenant, les seconds cancers ne sont pas causés par la « propagation » des cellules cancéreuses, mais sont la conséquence de conflits simultanés ou subséquents impliquant, pour chacun d'entre eux, l'organe qui lui est biologiquement associé. Cela s'applique, sans exception, à *tous* les cas de cancer.

Selon l'Institut national du cancer, les cancers « métastatiques » les plus courants sont ceux qui se sont « propagés » aux poumons, au foie, aux os, aux ganglions lymphatiques ou au cerveau. À la lumière des découvertes du Dr Hamer, on comprend aisément pourquoi il en est ainsi.

Le cancer du poumon est biologiquement lié à un « conflit de peur de la mort ». Lorsque le cancer du poumon est un cancer secondaire, la plupart du temps, il est la conséquence d'un choc provoqué par un diagnostic ou un pronostic ressenti comme une sentence de mort. Considérant que, chaque jour, des milliers de patients atteints de cancer sont littéralement terrorisés par le choc du diagnostic ou par un pronostic pessimiste (« Il vous reste trois mois à vivre »), il ne faut pas s'étonner que le cancer du poumon soit, pour reprendre les termes de la médecine moderne, le « tueur n° 1 ».



Cancer du poumon en PCL-A

Ce scanner cérébral montre l'impact d'un conflit de peur de la mort dans la zone du cerveau qui contrôle les poumons. Dès l'instant où le conflit impacte le cerveau, les cellules des alvéoles pulmonaires, chargées de métaboliser l'oxygène, commencent immédiatement à se multiplier, car en termes biologiques, la peur panique de la mort est assimilée au fait de ne plus pouvoir respirer. Le sens biologique de cette prolifération cellulaire - le cancer du poumon - est d'augmenter la capacité pulmonaire afin que l'individu soit mieux à même de faire face à sa peur panique de mourir.

D'après la relation psychisme - cerveau - organe, le fait de fumer ne peut pas être la cause du cancer du poumon, à moins que fumer des cigarettes ne soit lié à une peur de la mort (« Fumer tue »). Les toxines contenues dans la fumée de cigarette peuvent toutefois rendre la phase de guérison beaucoup plus difficile, en particulier lorsque le processus de guérison se déroule dans les voies respiratoires.

Les cancers multiples se produisent également lorsqu'un DHS présente plusieurs aspects. Si par exemple, un homme perd son travail de façon inattendue, il peut simultanément vivre un « conflit de famine » (« je ne sais pas comment subvenir à mes besoins ») et un « conflit d'existence » (« ma vie est en jeu »). Chacun des conflits impacte le relais cérébral correspondant et, dans le cas présent, deux Programmes Biologiques Spéciaux seront activés. Si alors, l'activité conflictuelle est intense, une tumeur du foie et une tumeur du rein se développent durant la phase de conflit actif. Une fois le conflit résolu (par exemple, par l'obtention d'un nouvel emploi), les deux tumeurs seront soumises à un processus naturel de guérison.

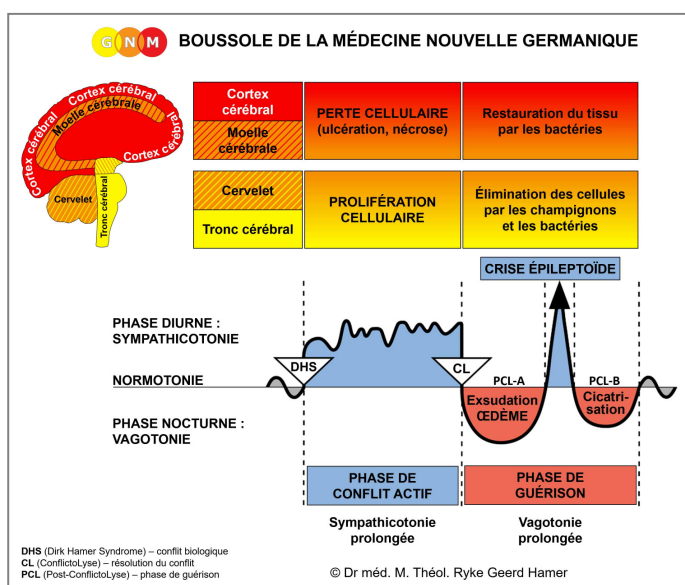
Selon les découvertes du Dr Hamer, **le cancer des os** est lié à un « conflit de dévalorisation de soi », que les patients atteints de cancer vivent généralement lorsqu'ils se sentent « inutiles ou sans valeur ». Durant la phase de conflit actif, les os ou les articulations les plus proches de l'endroit où l'on se sent « inutile », « souffrant » ou « inapte » génèrent une perte de tissu osseux (appelée « cancer ostéolytique »). Cela explique pourquoi, après un diagnostic de cancer de la prostate, les hommes développent souvent un cancer des os au niveau du bassin ou des vertèbres lombaires, qui sont les plus proches de la prostate (60 % de toutes les « métastases osseuses » chez les hommes sont liées à la prostate). De la même manière, les femmes qui ressentent une perte d'estime de soi à la suite d'un diagnostic de cancer du sein ou d'une mastectomie défigurante développent un cancer des os au niveau

des côtes ou du sternum (70 % de toutes les « métastases osseuses » chez les femmes sont liées au cancer du sein). Lorsque l'on considère la dévalorisation physique et sexuelle que les hommes ressentent souvent lorsqu'ils sont confrontés au cancer de la prostate ou bien celle des femmes lorsqu'elles sont confrontées à la perte d'un sein, on comprend pourquoi les conflits qui affectent les os sont si fréquents dans ces régions. Il en va de même pour le développement de lymphomes se produisant généralement dans les ganglions lymphatiques axillaires à la suite d'une « dévalorisation de soi » au niveau du sein ou dans ceux de la région du bassin lorsque la dévalorisation de soi porte sur la prostate.

Réfutation des théories des métastases par les travaux du Dr Hamer

La théorie actuelle de la médecine veut que les cellules qui forment une métastase soient du même type que celles de la tumeur d'origine, c'est-à-dire que si un cancer se développe dans le sein et « métastase » dans les os, les cellules cancéreuses dans les os sont présumées être des cellules du cancer du sein. Cependant, en 2006, le Dr Vincent Giguère, chercheur en cancérologie à l'Université McGill de Montréal, a affirmé le contraire : « Les cellules du cancer du sein, par exemple, migrent souvent vers les os. C'est un véritable exploit car étant des cellules mammaires, elles doivent d'abord se transformer en cellules osseuses », a déclaré le Dr Giguère. « Avec ses collègues, il essaie de comprendre comment elles y parviennent » (*Globe and Mail*, 28 novembre 2006).

D'après les découvertes du Dr Hamer, aucune des deux théories des métastases ne peut être vérifiée scientifiquement, car toutes deux supposent que le cancer prenne naissance dans l'organisme, où des cellules saines sont censées se transformer - soudainement et sans raison - en cellules « malignes ». Ce concept ne tient pas compte du fait que les cancers, comme tous les processus corporels, sont contrôlés à partir du cerveau et que ceux-ci trouvent en réalité leur origine dans le psychisme, qui fait partie intégrante de la biologie humaine. Compte tenu de cette nouvelle compréhension de la nature et de l'origine du cancer, les cancers secondaires ne peuvent pas être le résultat d'une propagation de cellules cancéreuses vers d'autres organes par le biais du système sanguin ou lymphatique, car les cellules cancéreuses ne sont en aucune circonstance capables de contourner ce système biologique bien établi. Les théories classiques en matière de métastases (outre leurs contradictions embarrassantes) ignorent également et totalement l'association histologique de chaque cancer à l'un des trois feuilletts embryonnaires.



Regardons, par exemple, le cancer intracanalair du sein et le cancer des os :

La muqueuse ectodermique des canaux galactophores, tout comme les tumeurs intracanales, sont contrôlées par le cortex cérébral, tandis que les os, qui dérivent du mésoderme, sont contrôlés par la moelle cérébrale. Un cancer intracanalair du sein est lié à un « conflit de séparation » et se développe exclusivement durant la phase de guérison, tandis que le cancer des os témoigne d'une activité conflictuelle relative à un « conflit de dévalorisation de soi ». Ainsi, si le cancer des os est un cancer secondaire consécutif à un cancer du sein, le cancer des os ne peut être causé que par une « dévalorisation de soi », vécue à un moment où le cancer du sein est déjà en phase de guérison !

Ce qui rend le concept de « propagation du cancer du sein vers les os » encore plus irrationnel, c'est qu'une « métastase dite ostéoblastique » (un cancer primaire, tel qu'un cancer du sein ou de la prostate, qui s'est « propagé vers les os ») n'est par définition aucunement une croissance tumorale mais le contraire, à savoir une perte de tissu osseux. La manière dont les cellules du cancer du sein sont censées créer des trous « cancéreux » dans les os sans l'intervention du cerveau n'a pas encore été expliquée.

Les tests des « métastases » scrutés à la loupe

« Au fil du temps, de nombreuses hypothèses ont été développées pour tenter d'expliquer l'inefficacité du processus métastatique, mais aucune de ces théories n'explique complètement les observations biologiques et cliniques actuelles. »

Breast Cancer Research, 2008

Les pathologistes affirment qu'ils sont capables de détecter l'origine d'un cancer secondaire grâce à l'analyse d'échantillons de tissus (biopsies). La pratique actuelle consiste à utiliser des colorants et des anticorps pour identifier les protéines typiques d'une tumeur spécifique. Cette méthode est appelée l'« immunohistochimie ». Toutefois, un regard critique sur cette méthode révèle rapidement qu'elle ne permet pas d'identifier les cellules cancéreuses métastasées, mais *uniquement* les protéines, libérées par une tumeur. Un commentaire sur le site Web éducatif de l'UCLA (Université de Californie à Los Angeles) admet cette divergence manifeste : « Bien que l'analyse puisse être simple, elle souffre souvent d'un manque de sensibilité et de spécificité, et ne permet pas d'obtenir des données fonctionnelles appropriées concernant le comportement des cellules tumorales ». Du point de vue de la GNM, la libération de protéines à partir d'une tumeur fait partie du processus naturel de guérison, notamment lorsque la tumeur est décomposée par des bactéries tuberculeuses durant la phase de guérison, comme dans le cas d'un cancer des glandes mammaires par exemple. Lorsque l'organisme décompose les cellules qui ne sont plus nécessaires, des protéines sont libérées dans la circulation sanguine (ces protéines sont déjà détectables dans le sang durant la phase de conflit actif ; elles constituent les véritables marqueurs tumoraux). Malgré le fait que l'immunohistochimie *ne fasse que repérer ces protéines*, on nous donne l'impression qu'elle permet de pister des cellules cancéreuses vivantes.

Cependant, il n'a encore jamais été observé de cellules cancéreuses vivantes dans le sang ou la lymphe d'un patient cancéreux. Seuls des *anticorps* ont été identifiés, et ceux-ci ne prouvent pas la présence de cellules cancéreuses viables et « métastatiques » (la même méthode de « preuve indirecte » est utilisée pour tenter de « prouver » l'existence de virus comme cause des « infections virales »).

On n'a encore jamais pu observer des cellules cancéreuses provenant d'une tumeur primaire se fixer naturellement sur un autre organe ou tissu et y développer une nouvelle tumeur. Là encore, seuls des « anticorps » ou des « protéines » ont été associés à un cancer secondaire.

Dans les expériences où les chercheurs injectent directement dans la circulation sanguine des millions de cellules cancéreuses « malignes » provenant d'une tumeur en cours de développement, il est rare que des tumeurs secondaires apparaissent. « En utilisant un modèle de cellules cancéreuses du sein humain cultivées dans des souris immunodéficientes, nous avons constaté que seule une minorité de cellules cancéreuses du sein avait la capacité de former de nouvelles tumeurs » (Département de médecine interne, Centre de recherche contre le cancer, École de médecine de l'Université du Michigan, Ann Arbor, MI 48109, États-Unis.). Source : *Proceedings of the National Academy of Science of the U.S.A.*, 2003

Questions de bon sens que nous devrions nous poser :

- S'il est vrai que les cellules cancéreuses transitent par la circulation sanguine, pourquoi les dons de sang ne font-ils pas l'objet d'un dépistage des cellules cancéreuses et pourquoi le public n'est-il pas averti par les autorités sanitaires des risques encourus en cas de contact avec le sang de personnes atteintes d'un cancer ?

« Des chercheurs de l'École Européenne d'Oncologie ont conclu **qu'il est peu probable que le cancer se propage par le biais de transfusions sanguines de patients dont le cancer n'a pas été diagnostiqué** [accentuation ajoutée].

Avant d'être utilisé pour des transfusions, le sang donné doit subir des tests rigoureux pour s'assurer qu'il n'est porteur d'aucune maladie. Cependant, si le risque de transmission d'agents infectieux est bien connu, **il est plus difficile de déterminer si des maladies chroniques telles que le cancer peuvent être transmises d'un donneur à un receveur.**

Une équipe de chercheurs dirigée par Gustaf Edgren s'est appuyée sur des données relatives aux transfusions et aux diagnostics de cancer au Danemark et en Suède pour vérifier s'il existait un lien entre les deux. ... **L'équipe n'a trouvé aucune preuve d'un risque accru pour les patients ayant reçu du sang de personnes atteintes d'un des cancers considérés comme présentant un risque accru de métastases sanguines** (poumon, foie, squelette et système nerveux central). »

Comisión Europea, CORDIS, Resultados de investigaciones de la UE, 23 juillet 2007

<https://cordis.europa.eu/article/id/28090-blood-transfusions-unlikely-to-spread-cancer-finds-study/es>

Ces observations confirment les conclusions du Dr Hamer (Troisième Loi Biologique) que les cellules cancéreuses n'utilisent PAS le sang comme voie de « propagation » vers d'autres organes, ni à l'intérieur d'un organisme, ni aux organes d'un receveur de don de sang.

- S'il est vrai que les cellules cancéreuses migrent par la circulation sanguine, pourquoi les cancers des parois des vaisseaux sanguins ou du cœur ne sont-ils pas les cancers les plus fréquents, puisque ce sont les tissus les plus exposés aux cellules cancéreuses qui voyagent dans le sang ?
- S'il est vrai que les cellules cancéreuses métastasent vers d'autres organes en passant par le système lymphatique, comment est-il possible qu'une métastase se développe dans les os (statistiquement l'un des plus fréquents lieux de formation de métastases), bien que ceux-ci ne soient pas alimentés en lymphes ?
- S'il est vrai que les tumeurs secondaires sont causées par des cellules cancéreuses qui migrent par le système sanguin ou lymphatique, pourquoi les cellules cancéreuses d'une tumeur primaire se propagent-elles rarement vers les tissus adjacents, par exemple de l'utérus vers le col de l'utérus ou des os vers le tissu musculaire voisin ?

La théorie des « métastases cérébrales » face aux découvertes du Dr Hamer

Déjà dans les années 1980, le Dr Hamer a démontré que les soi-disant « tumeurs cérébrales » n'étaient pas, comme on le supposait, une prolifération anormale dans le cerveau, mais une accumulation de cellules gliales (le tissu conjonctif du cerveau) qui prolifèrent naturellement au cours de la seconde moitié de la phase de guérison (en PCL-B), précisément dans la zone du cerveau qui est soumise -

parallèlement à l'organe en cours de guérison - à un processus de réparation. Ce processus de restauration au niveau du relais cérébral concerné se produit durant TOUTE phase de guérison, qu'il s'agisse d'une éruption cutanée, d'hémorroïdes, d'un simple rhume, d'une infection de la vessie ou d'un cancer. Cette accumulation de cellules gliales est une indication claire que le conflit a été résolu et que le psychisme, le cerveau et l'organe concerné sont tous en train de guérir en même temps.

Autres questions que nous devrions également nous poser :

- S'il est vrai que les cancers métastasent dans le cerveau, comment se fait-il que les cellules cancéreuses soient autorisées à franchir la barrière hémato-encéphalique, laquelle fonctionne comme un filtre vital empêchant les substances nocives de pénétrer dans le cerveau ?
- Pourquoi n'entendons-nous jamais parler de cellules de « tumeur cérébrale » qui métastasent du cerveau *vers* un organe, comme par exemple la prostate, les os ou le sein ? D'après la doctrine dominante, cela se traduirait, par exemple, par des cellules cérébrales cancéreuses provoquant un cancer du poumon !

La Médecine Nouvelle Germanique du Dr Hamer est le plus grand défi que l'establishment médical, y compris la recherche médicale actuelle et l'industrie pharmaceutique axée sur le profit, n'ait jamais eu à relever. Conscientes de cette menace, les autorités sanitaires, soutenues par la justice et les médias, usent de leur pouvoir pour étouffer les découvertes médicales du Dr Hamer et pour persécuter, vilipender et incriminer son auteur.

Source : www.LearningGNM.com