

**Mise en pratique de la
prévention active du cancer
du Dr André Gernez**

**Par le Docteur Jacques Lacaze
et
le Docteur Pierre Delahousse**

prevention-cancer.net

Sommaire

Présentation

La prévention active

Informations importantes à lire en priorité

Fiche 1 – Régime conseillé durant la cure

Fiche 2 – Médications initiales

Fiche 3 – Médications terminales

Proposition « HISTORIQUE » du docteur Pierre Delahousse

Foire aux questions

Actualité

Lettre au Président de la République à diffuser largement

Biographie du Dr André Gernez

Présentation

Mise à jour : 16/03/2015

La quasi-totalité d'entre nous, est concernée par le cancer, dans sa famille ou son entourage amical ou professionnel.

La prévention du cancer est un thème important de la lutte contre cette maladie. Malgré le fait avéré qu'il y a de nombreuses variétés de cancers, concernant l'organe sur lequel un cancer se développe, les moyens de le diagnostiquer, les caractéristiques anatomiques et anatomo-pathologiques, les moyens pour le traiter etc, je conserve le singulier LE CANCER. Ceci car existe un processus unique conduisant à la constitution de la maladie. Ce sujet sera abordé dans ce site et surtout dans le site 2IAG.

Cette notion de prévention a été longtemps assimilée à celle de détection. Il importe de préciser les termes. Selon l'OMS, la prévention primaire est l'ensemble de toutes les mesures à mettre en œuvre pour empêcher qu'une maladie se développe. La prévention secondaire est précisément la détection précoce qui conduit au traitement. L'OMS propose un 3ème niveau : la prévention tertiaire qui rassemble les moyens à mettre en œuvre pour empêcher la maladie de ré apparaître et pour améliorer l'état de santé de la personne suite aux traitements, ce qui revient en partie à revenir à la prévention primaire. Il semble plus logique de parler de prévention quand on évoque les mesures à mettre en œuvre pour empêcher une maladie d'apparaître et de détection précoce quand on recherche si une personne est déjà porteuse d'une maladie.

En ce qui concerne le cancer la prévention a consisté à inviter les personnes de ne pas s'exposer aux facteurs cancérogènes. D'où les campagnes contre le tabac et l'alcoolisme, campagnes qui avaient donc pour cible la responsabilité individuelle de chacun. Bien entendu, les industriels du tabac en particulier ont multiplié les pressions sur les pouvoirs publics pour faire croire aux populations

que le tabac était sans danger. Ce n'est que dans les années 50 que cette notion a été admise et s'est traduit par des campagnes anti-tabac.

D'autres facteurs ont progressivement été mis en évidence, en particulier dans l'alimentation, les produits d'usage courants, la pollution industrielle et liée à la circulation automobile. Ils ont été inclus dans les campagnes de prévention pour obtenir des mesures des pouvoirs publics et des industriels.

Le rôle de l'alimentation a été mis en évidence, celui des carences en certaines vitamines et sels minéraux en particulier, des habitudes alimentaires, des aliments industriels etc. Les travaux abondent sur ces sujets. La responsabilité de produits ou de méthodes de travail dans la survenue de cancers ont aussi été démontrée, comme l'amiante, les goudrons et de très nombreux produits chimiques.

Ce type de prévention est, bien entendu, à développer. Il faut continuer à faire des observations auprès des populations mais aussi des entreprises, des expérimentations, mener des campagnes d'information etc etc. Nos conditions de vie dans les entreprises et les villes sont particulièrement à la source de la détérioration de la santé. L'augmentation du nombre de cancers chez les enfants est malheureusement une conséquence dramatique.

De nombreuses associations y participent.

La prévention active

La politique de prévention des maladies en général et du cancer en particulier, par la suppression des facteurs de risques, au travail, dans les villes, des produits de la vie quotidienne, le changement des comportements, bref ce qui est désigné classiquement sous le nom de causes, peut être appelé par prévention passive. C'est ce que proposait André Gernez (23 janvier 1923 – 8 janvier 2013).

Ceci par opposition à la notion de PREVENTION ACTIVE, qui elle consiste à intervenir médicalement pour empêcher une maladie d'advenir. La mise en place de ce type de prévention, implique que les mécanismes qui conduisent à la maladie soit connu : et pas simplement les causes favorisant sa survenue.

Depuis un siècle, la recherche biologique et médicale est centrée sur le gène. Tout est attribué à un gène ou un groupe de gène depuis nos caractéristiques physiques, jusqu'à notre longévité et nos risques de maladies en passant par la fidélité (si, si, on trouvé le gène de la fidélité !). Cette voie de recherche et d'explication a permis de comprendre de nombreux mécanisme mais a eu en dehors de son utilisation par la police peu de retombées.

Concernant le cancer, une autre voie a été ouverte par le biologiste allemand : Otto Warburg au début des années 20 du siècle passé. Mais n'a pas été suivie du fait que la radiothérapie se développait puis la chimiothérapie. Elle connaît depuis peu d'années, un remarquable renouveau. Elle offre la perspective de thérapeutiques efficaces et sans contre-indication contrairement aux thérapeutiques classiques.

La voie des cellules souches et de la cinétique cellulaire ouverte par André Gernez fin des années 60 et début des années 70, propose un mécanisme, de la carcinogenèse et de la cancérisation, très convaincant. De nombreux travaux de recherches fondamentales, d'observation sur les populations vont tout à fait dans le sens de cette voie : la VOIE GERNEZ.

La voie Gernez ouvre la possibilité de la prévention active du cancer : c'est le fait majeur.

LE BUT DE CE SITE, est de proposer cette prévention active, en expliquant comment et à quelles conditions un cancer peut se développer à partir d'une cellule mutée, et partant par quels moyens simples il est possible de décancériser son organisme régulièrement par une cure annuelle.

Ce site a vocation de proposer ces moyens très concrètement. Nous soulignerons au passage les entraves mises sur les propositions d'André Gernez, ses travaux, les interdictions et actions stupides et révoltante visant à empêcher cette prévention active d'être expérimentée et proposée par les pouvoirs publics. Il s'adresse donc explicitement aux personnes qui n'ont pas de cancer et qui souhaitent éviter d'en être victime.

Il n'est pas dans les possibilités des auteurs qui ont travaillé depuis plus de 45 ans avec André Gernez d'intervenir sur les questions de cancers diagnostiqués.

Cependant, André Gernez a publié un ouvrage sur les principes du traitement des cancers diagnostiqués avec des solutions concrètes. Malheureusement, elles ne peuvent être mis en application que par des services hospitaliers spécialisés, ce qui de fait interdit en France.

La balle est donc dans le camp des usagers, des professionnels de santé : il y a dans le domaine de la santé des Bastilles à faire tomber. Seule l'action de tous le permettra.

Mais beaucoup de choses bougent : vous le verrez en vous reportant aux sites et ouvrages qui seront signalés dans les chapitres du site.

Informations importantes à lire en priorité

Mise à jour : 05/03/2015

– Des travaux universitaires très important paraissent sur le jeûne thérapeutique et l'alimentation cétogène. Ces pratiques sont très anciennes et utilisées en particulier dans des pays comme l'Allemagne, a Russie, les USA et par des naturopathes. Les travaux de recherche ouvrent de nouvelles possibilités qu'il faut prendre en compte. Nous allons y travailler collectivement de manière à pouvoir élargir le champ d'action de la prévention active, tout en restant basé sur les notions démontrées par André Gernez dans ses travaux, en particulier la nécessité d'une cure annuelle de 40 jours.

C'est pourquoi il faut commencer par informer son médecin traitant (réfèrent donc) habituel. Il faut lui montrer la brochure qui est en livre disposition sur ce site.

– A propos de la demande d'une adresse de médecin pouvant prescrire la cure de Prévention active (PA). Beaucoup de médecins sont intéressés par les propositions concernant la prévention active des cancers, issue des travaux d'André Gernez, mais seulement une dizaine d'entre eux, accepte de prescrire. Ils sont avec la politique stupide des gouvernants, mise en place depuis déjà plusieurs décennies, surbouqués et ne souhaitent pas se donner du travail supplémentaire. Par exemple ils sont quelques-uns à prescrire à leurs patients seulement Ceci s'explique surtout par la restriction mise à la formation de médecins (numerus clausus, qui entraîne une baisse régulière du nombre de médecins généralistes) et par le système du médecin réfèrent. Ce système fait que les médecins ne souhaitent pas accueillir en consultation d'autres personnes que celles qu'il a sur ses listes

– C'est le Docteur Pierre Delahousse qui a formalisé le protocole de cure annuelle (« le protocole « historique » du Dr Delahousse » envoyé avec les 3 fiches pratiques). Ses principes et ses bases scientifiques, sont exposés dans l'ouvrage d'André Gernez « *La*

carcinogénèse. Mécanisme et prévention. Essai sur la dynamique des populations cellulaires ». Voir :

<http://www.2iag.org/anciensite/3.html>

NB : le Docteur Delahousse est un médecin classique. Il propose une procédure avec des médicaments classiques. En particulier avec des médicaments anti mitotiques parmi les plus courants et parfaitement éprouvés. Il faut insister sur le fait que les doses proposées pour la colchicine, la cortisone ou l'anti mitotique, n'ont strictement rien à voir avec les doses utilisées en traitement d'un cancer évolué : elles sont beaucoup plus faibles.

– *L'hydrate de chloral*, a été utilisé comme sédatif chez les nourrissons et les enfants (sirop de Teyssédre) durant des décennies. Il est encore utilisé pour certaines opérations chez l'enfant. Comme il a de faibles propriétés anti mitotiques André Gernez l'avait proposé dans les cures de PA. Il ne faut pas perdre de vue par ailleurs, qu'André Gernez proposait de commencer la PA à partir de 40 ans. Commencer plus tard change tout une partie du problème. Faut-il voir une relation de cause à effet dans le fait que ce produit a été déclaré extrêmement dangereux très peu de temps après ? On peut se poser la question. Les raisons invoquées et les expérimentations effectuées sont très fragiles voire suspectes. Concrètement, il n'est plus disponible en France.

– *A propos du tarissement de la sécrétion l'hormone de croissance par irradiation de l'hypophyse*. André Gernez a travaillé sur le mécanisme des maladies dégénératives à partir de la théorie de la cinétique cellulaire fondée sur le concept de cellule souche qu'il a fondé scientifiquement (et qui comme vous l'avez sans doute vu est reprise par l'ensemble de la communauté scientifique, sans en reconnaître la paternité à André Gernez). Il a clairement démontré que sa proposition centrale de bloquer la sécrétion d'hormone de croissance pour arrêter l'évolution des maladies dégénératives (cancers et maladies neurodégénératives) est valide.

Malheureusement il est de fait interdit en France d'intervenir sur l'hypophyse (qui sécrète cette hormone) pour bloquer l'évolution de

ces maladies, soit par radiothérapie conventionnelle soit par gamma unit (la meilleure solution simple et anodine). Aucun pays d'Europe n'accepte ce moyen. Nous avons fait des recherches dans ce sens. Des universitaires ont demandé pour leur propre compte de bénéficier de ce moyen, etc ... Le refus est total.

Mon interprétation est très simple: guérir ou du moins arrêter l'évolution d'une maladie dégénérative – les lésions acquises ne sont en général pas récupérables – n'est pas acceptable pour big pharma: ces maladies sont la poule aux œufs d'or et il s'agit de très très gros œufs. Et malheureusement, beaucoup de médecins sont dans ce coup, du moins et massivement, les grands leaders. Pensez simplement à un seul exemple: le scandale du baclofène. On sait depuis pas loin de 10 ans que ce produit, parfaitement connu et utilisé depuis des décennies contre les contractures musculaires permet à haute dose d'aider à guérir un malade alcoolique dans un pourcentage de cas non négligeable. L'autorisation de le prescrire dans cette indication comme ça été dit à la télé et dans la presse a été accordée début 2014. Les laboratoires commercialisant les produits concurrents, qui n'ont jamais guéri personne, se sont battus jusqu'au bout. La question est combien de milliers de morts prématurés, de souffrances, ont été générées par cette entreprise criminelle? La responsabilité des pouvoirs publics dans l'affaire est écrasante Et c'est un exemple entre mille. Et bien sûr, le scandale des maladies dégénératives du cancer en particulier

– La formule d'une préparation à partir de teintures mères (TM) homéopathiques figure dans le fiches 3. Elle est très intéressante car elle regroupe plusieurs de ces TM, qui ont des propriétés anti cancer, et de ce fait la préparation a un spectre d'action très large. Malheureusement, les TM sont pour la plupart supprimées par les pouvoirs publics, posant d'ailleurs des problèmes insolubles aux homéopathes et aux phytothérapeutes. Cette mesure fait partie des très nombreuses mesures prises pour attaquer les médecines différentes.

– Les prescriptions de cures de PA sont HORS NOMENCLATURE, donc non remboursables par les organismes sociaux. Il faut en tenir compte, car il peut s'en suivre des difficultés.

Il est parfaitement facile à comprendre par ailleurs que l'offensive en cours de la part de l'Ordre National des Médecins contre les Professeurs Even et Debré, deux immenses personnalités de la médecine auteurs d'un livre totalement irréfutable et parfaitement documenté, présage le pire contre tous les dissidents « *Guide des 4 000 médicaments utiles, inutiles ou dangereux* ».

(Note : le docteur Michel Garretta a été condamné à 4 ans de prison pour sa responsabilité dans l'affaire dite du sang contaminé par le virus du SIDA. Il sera rayé de l'Ordre des médecins, puis rapidement ré intégré, et il poursuivra une carrière de « chasseur de tête » à Paris dans un cabinet de recrutement d'origine américaine spécialisé dans l'industrie pharmaceutique. Deux poids et deux mesures ??).

Nous sommes donc obligés de nous adapter en permanence. Et ceci d'autant plus que les travaux sur « un savoir ancestral objet de nouvelles recherches » qu'est le jeûne thérapeutique, confirment les travaux d'André Gernez et d'autres travaux sur le métabolisme de la cellule cancéreuse, ouvrent de nouvelles perspectives de prévention active du cancer. Voir le film de Sylvie Gilmann et Thierry de Lestrade (et lire le livre de Thierry de Lestrade: « *Le jeûne une nouvelle thérapie* »).

Docteur Jacques Lacaze

Fiche 1 – Régime conseillé durant la cure

Mise à jour : 05/03/2015

Il a autant d'importance dans la prévention de la dégénérescence cancéreuse et artérielle qu'il en a dans sa survenue où il intervient pour 40% chez l'homme et 60% chez la femme.

- Il comporte une restriction alimentaire avec réduction – et de préférence suppression – des sucres lents et surtout rapides, du sel et des matières grasses d'origine animale (beurre...).
- Cette restriction alimentaire est destinée à induire dans l'organisme un état d'acidification incompatible avec le métabolisme glucidique des cellules cancéreuses. Son observance peut être difficile les premiers jours. Il a été observé que le jeûne intermittent diminuait la formation des cancers.
- Cette restriction alimentaire temporaire majore l'effet de la médication.
- Concrètement, il faut réduire d'un tiers la ration alimentaire habituelle pour obtenir en trente jours une diminution du poids corporel de l'ordre de 3%.
- Une bonne solution est de ne prendre qu'un repas complet et une collation chez les sédentaires. S'il y a prise de 3 repas, veiller à ce qu'au repas du soir, il y ait éviction totale des sucres lents (pain pâtes, riz etc.) et rapides (sucreries limonades etc.). Ces deux façons de procéder mettent le pancréas au repos. La sécrétion d'insuline est améliorée.
- Nb : chez les personnes âgées de plus de 65 ans, limiter la perte de poids à 1%

Aliments préconisés : les crucifères (chou, chou-fleur, chou-rouge, brocoli), ail, persil, préparations vinaigrées.

Aliments à consommer : poissons maigres, viandes maigres cuites au gril, légumes rouges, légumes cuits, salades, fromage blanc 0%, lait écrémé, yaourt nature 0%.

Aliments à consommer de manière très modérée : pain (complet de préférence), céréales complètes, riz complet, pâtes, soupes de légumes peu salées, lentilles, pois, oignons, artichauts, pommes de terre, champignons, fromages maigres non salés, compotes non sucrées.

Aliments déconseillés, à proscrire si possible : tous les aliments fumés, gras (charcuterie, sauces, mayonnaise, vinaigrette, frites, chips), salés, sucrés (pâtisserie, glaces, confitures, sodas, limonades, chocolat) et les conserves à l'exception des surgelés.

Boissons : eau urbaine ou eau adoucie remplacées par eau de source de préférence riche en silicium et sélénium (ex: eau de Châtelguyon et de la Roche-Posay), vin rouge à haut degré (1 à 2 verres aux repas en moyenne), chicorée, ginseng ou thé vert, infusions non sucrées.

Préparation culinaire : Sont limités à l'indispensable : le sel (sel marin non affiné ou mieux sel de potassium), le sucre (sucre de canne), l'huile (huile d'olive, de germe de blé, de tournesol ou de soja ; L'idéal mélange d'huiles vierges, par exemple : olive + colza, colza + noix ...), les matières grasses (beurre frais ou margarine à l'exclusion des fritures et graisses cuites), condiments: ail, oignon, persil, curcuma, vinaigres non colorés, thym, sauge, menthe ... à utiliser largement .

Exclure le barbecue, la surchauffe en auto-cuiseur, les aliments comportant des colorants ou pesticides,

Durée minimale du repas de trente minutes.

Des professionnels de santé, comme les diététicien(nes) les naturopathes ... dont à même de vous donner des conseils. Ne pas hésiter à les consulter.

Hygiène d'accompagnement: l'oxygénation est un facteur défavorable aux cellules cancéreuses très important.

Au cours de la procédure préventive, respecter une hygiène de vie comportant, pour les sédentaires, une activité physique modérée quotidienne (une heure de marche en forêt, campagne, bord de mer,

avec exercices respiratoires profonds) et, pour les fumeurs, l'abstention si le sevrage est facile et sans accroissement de l'appétit et du poids (dans le cas contraire, éviter l'inhalation de la fumée par usage de la pipe, du cigare et la préparation personnelle de la cigarette, en aidant la réduction tabagique par les produits actuellement disponibles en pharmacie).

Une bonne méthode est l'oxygénothérapie bio-catalytique (bol d'air Jaquier). Pour information sur cette méthode s'adresser à la société Holiste : www.holiste.com

Conseils complémentaires : que faire en dehors des cures.

- Consommer fruits et légumes de saison de préférence. La qualité dite bio est à rechercher.
- Magnésium. Il est conseillé de faire une cure de magnésium par exemple 15 jours par mois en continu.
- Silicium organique. Même conseil : très bon ralentisseur du vieillissement en particulier des articulations. A associer pour optimiser les effets au sélénium.
- Flavonoïdes. Ce sont des substances naturellement présentes dans les fruits, les légumes, les céréales, le thé et le vin. Il en existe plus de 4 000 variétés regroupées en 4 principaux groupes : *les flavones*, dont fait partie la quercétine (oignon, brocoli, pomme), le flavonoïde le plus étudié, *les flavonones* (citron), *les catéchines* (thé vert et noir, vin rouge) et *les anthocyanines* (fruits rouges, raisin, vin). Il faut donc consommer largement ces produits. Pour les femmes et les fumeurs, qui sont à risque important de faire un cancer (sein et poumon) il est conseillé de faire régulièrement une cure de cémaflavone : une ampoule matin et soir 20 jours par mois (2 boîtes). La micro circulation est améliorée au niveau des organes et donc, l'oxygénation des tissus, ce qui constitue un facteur important de prévention des cancers, démontré statistiquement.

Fiche 2 – Médications initiales

Mise à jour : 05/03/2015

Durée : 20 jours

1) Les médicaments à utiliser EN CHOISIR UN DANS CHAQUE CATEGORIE

– Aspirine : Aspégic 250 1 sachet le matin. En pharmacie

– Vitamine A :

- A 313 : 2 capsules molles une fois par semaine. En pharmacie, **ou**
- Béta carotène, 1 capsule par jour.

– Vitamine C :

- 1 comprimé d'acérola 1000 bio, **ou**
- 2 comprimés d'acérola plus, **ou**
- Vitamine C 1000 du commerce .

– Vitamine E 500 1 capsule par jour

- en pharmacie : plusieurs marques,

– Vitamine D3

- Uvédose 100 000 u : 1 ampoule 1^{er} et 10^{ème} jour, **ou**
- Vitamine D3 huile du labo D.Plantes : 3 gouttes par jour, **ou**
- D3 biane (labo PiLeJe) : 2 capsule le matin

– Flavonoïdes

- Cémaflavone : 2 ampoules le soir. En pharmacie **ou**
- Daflon : 1 comprimé par jour. En pharmacie

– Magnésium :

- Delbiase : 2 cp matin. En pharmacie **ou**
- Chlorumagène : 2 cuillère à café rases délayée dans un peu d'eau, matin à jeun.
-

– Sélénium

- Granions de Se : 1 ampoule, (en pharmacie) ou
- Proselem : 2 comprimés par jour (CRP)

– Produits associant plusieurs vitamines et/ou oligoéléments :

- Selenium ACE Richelet : 2 comprimés le matin. Cette préparation contient en outre les vitamines A, C et E. **Si vous choisissez cette préparation : ne pas prendre de vitamine A, C et E.**
-

2) Il est conseillé d'ajouter:

– Elimination :

- différents produits existent : desmodium pour le foie, le pissenlit (taraxacum), l'artichaut. Voir avec son pharmacien ou son magasin de produits naturels

– Comme antiscléreux :

- Extranase : 3 comprimés 3 fois par jour, **ou**
- Maxilase : 2 comprimés matin et soir.

3) On peut aussi ajouter avec profit :

– Silicium organique

- Trianox 1 gélule matin et soir (CRP), **ou**
- G5, par flacon de 500 ml : 1 dose par jour, **ou**
- Silanoral, **ou**
- Capsilice, **ou**

4) Oxygénation

- Faire une marche matinale au grand air.
- Oxygénothérapie biocatalytique. Laboratoire Holiste. S'il existe un professionnel Bol d'Air Jacquier prêt de chez vous, c'est l'idéal.

Adresses utiles :

- CRP (Centre de Recherche Biologique)- BP 12294 31322 Castanet Tolosan Cedex, site : crp31@orange.fr)
- Laboratoire PiLeJe : 7 rue des deux Provinces 49270 St-Laurent-des-Autels. Tél 02 40 83 93 93 Site : www.pileje.fr
- Laboratoire Holiste : La Port – 71110 Artaix Renseignements : contact@holiste.com Tél : 03 85 25 2 29 27 – Site : www.holiste.com
-

Remarques :

Il est conseillé – en dehors de la cure – de prendre

- du magnésium 10 à 15 jours par mois ainsi que du silicium organique 15 jours par mois. Pour plus de commodité, on peut alterner les deux : 15 jours l'un, 15 jours l'autre
- des bioflavonoïdes

Fiche 3 – Médications terminales

Mise à jour : 05/03/2015

Elle succède à la période initiale de 20 jours. Elle doit faire l'objet d'une prescription médicale et d'un suivi par un médecin.

Note : selon plusieurs études, la seule mise en œuvre de la première partie de la cure (modification du régime alimentaire et complémentation en vitamines et sels minéraux) apporte une réduction de risque de cancer de 35% à 70%. On peut donc en rester à la première partie de la cure. La prévention atteint 93% avec cette troisième partie.

1) Durant 7 jours, prendre le matin : l'une de ces 2 propositions

- Colchimax 1mg : un comprimé le matin avec un grand verre d'eau Il existe plusieurs marques, **ou** :
- (*Vinca rosea TM* + *vaccinum myrtillus TM*) ââ qsp 1 flacon : 50 gouttes matin et soir dans un verre d'eau

2) Cortisone sous forme de Cortancyl 1mg,

Les 7 et 8 éme jour le soir (Le premier comprimé en même temps que la dernière prise de colchicine, et le 2eme en même temps que le premier jour du produit anti mitotique).

3) Les produits antimitotiques.

A commencer en même temps que le deuxième comprimé de cortisone. Plusieurs solutions.

(N'utiliser qu'une de ces propositions sauf cas particuliers)

- Ganodermax (ACL n° 435 150.6 en France): 2 gélules matin et soir 6 jours. En pharmacie, ou auprès du laboratoire Biophytarom.

- PaoV et RovolV: 2 gélules de chaque matin et soir durant 3 semaines : préconisation du Docteur Janecek. Il s'agit des produits mis au point par le Pr Beljanski. Cette solution est recommandée pour une première cure.
- Produit du Dr Tubéry: Hétérosides flavoniques de Daphné Gnidium, dosés à 1,1 mg par comprimé, 1 flacon de 180 comprimés *2 comprimés matin et soir 5 jours*.
- Endoxan 50: 2 cps avec un grand verre d'eau, matin 2 jours
- Méthotrexate 2,5: 2 cps avec un grand verre d'eau 2 jours
- Hydrate de chloral: Nervifene : 500mg, soit 5 ml le soir au coucher durant 6 jours. Ce médicament est disponible en Suisse sur prescription d'un médecin suisse ou frontalier uniquement. En pratique il est quasiment impossible de se le procurer.
- Préparation magistrale: à faire préparer par un pharmacien* (voir la note ci-dessous)

- He de lémongras 8 gr
- He de citron 7 gr
- Ricinon 100 gr
- Iodure de potassium 1,6 gr
- Chlorure de potassium 2,8 gr
- Gnidia krausiana 1DH 100 gr
- Taxus baccata TM 100 gr
- Vaccinum myrtillus TM 100 gr
- Podophyllum 2DH 100 gr

Eau distillée qsp 1000 1 flacon de 125 ml *100 gouttes matin et soir dans un grand verre d'eau 6 jours*

Jeûne.

Des travaux et des expériences pratiques (Russie, Allemagne entre autres) montrent qu'un jeûne total de 3 à 5 jours, jours facilite l'action d'une chimiothérapie tout en contribuant à préserver les cellules souches saines dans le cas de traitements de cancers évolués. D'autres travaux montrent qu'un tel jeûne équivaut à une cure de chimio. Comme l'action anti-cellules tumorales est fonction du nombre de ces cellules, on peut déduire qu'un jeûne de cette durée (3 à 5 jours) est au moins aussi efficace qu'une chimio légère, ce qu'on obtient avec l'hydrate de chloral.

Cette information mérite d'être donnée pour pouvoir, le cas échéant, choisir cette alternative en lieu et place de la médication terminale.

NOTE : il peut y avoir intérêt à associer 2 ou plusieurs produits, en particulier lors des premières cures. Voir avec votre médecin.

* Proposez à votre pharmacien de faire faire la préparation par un pharmacien adhérent du Syndicat des pharmaciens homéopathes. Mais la suppression administrative des teintures-mères peut faire que ce soit impossible.

Adresses utiles :

- Biophytarom BP 192 L- 2011 Luxembourg
- Produits Beljanski. Natural Source International Ltd East 55 th street 2ND floor. New York, NY 10022 – USA. Site natural-source.com
- Produits du Dr Tubéry : Commander à : FARMACIA LEGNANI – Dr DE ZANETTI Andrea – Via Rasori, 2 – 20145 MILANO – Italie. Téléphone: 0039 0248 013 888 – Courriel: info@farmacialegnani.com. Commander 1 boîte de 20 comprimés.

Proposition « HISTORIQUE » du docteur Pierre Delahousse

Durée de la cure : 30 jours.

Vitamine A : A313 : 1 capsule le premier jour.

Du premier au 20 ème jour, prendre :

- Aspégic 250 : 1 sachet le matin ;
- Vitamine E 500, 1 capsule par jour
- Granion de sélénium : 1 ampoule le matin
- Vitamine C 1000 : 1 comprimé dans la matinée
- Delbiase: 2 comprimés matin (initialement le magnogène était proposé, mais ce produit n'existe plus)
- Cémaflavone : 2 ampoules le matin.

Du 21ème au 27ème jour inclus :

- Colchicine 1 comprimé le matin dans un verre d'eau

Les 27 et 28^{ème} jour :

- Cortancyl 1mg : 1 comprimé au matin dans un demi verre d'eau

Les 28 , 29 et 30^{ème} jours : 2 solutions était proposées par le Dr Delahousse :

- Hydrate de chloral : (difficile à trouver aujourd'hui : en Suisse, en Belgique, au Luxembourg selon nos informations) 500 mg matin et soir. OU :
- Méthotrexate 2,5 mg: 3 cp dans un grand verre d'eau. (cet antimétabolite est préconisé dans le psoriasis et la polyarthrite rhumatoïde)

Note : le Comité de Prévention de la Dégénérence Cancéreuse et Artérielle (1987), proposait une cure terminale de 10 jours, à partir du 28ème jour comportant :

- Matin : Colchicine : 1 cp de 1mg
- Soir : Hydrate de chloral (Sirop du Codex) 1 à 2 gr dilué dans une infusion.

Elle pouvait être prolongée de 10 jours.

Ce protocole garde toute sa valeur pour prévenir l'athérosclérose. Il avait été proposé dans une circonstance où plus de 2000 médecins avaient répondu favorablement à la proposition du Comité. Il était ainsi important de pouvoir effectuer une étude statistique et donc d'avoir un protocole simplifié.

FOIRE AUX QUESTIONS

(Rubrique établie par le Docteur Jacques Lacaze, qui a été un des principaux collaborateur d'André GERNEZ)

Mise à jour : 05/03/2015

QUI EST CONCERNE PAR LA PRÉVENTION ACTIVE

– La masse d'un cancer est visible à partir d'un milliard de cellules : qu'en est-il pour un PET scan et pour les marqueurs ?

Un cancer ne peut être détecté, avec les moyens, d'imagerie médicale, qu'à partir de la masse de 1 gramme, c'est-à-dire 1 cm³, c'est-à-dire 1 milliard de cellules. La plupart des marqueurs biologiques sont modifiés à un stade encore plus avancé. Ils ne sont utiles que pour suivre l'évolution d'un cancer sous traitement.

– Puisque le cancer est indétectable avant la taille d'environ 1 cm c'est-à-dire au bout d'environ 8 ans de développement caché, comment savoir qu'il y a un cancer qui évoluerait depuis par exemple 4 ans ? Et donc comment choisir et doser un traitement ?

La réponse est simple – et elle est donnée dans la brochure sur la prévention active du cancer – il n'y a pas de moyen de savoir si un cancer se prépare avant l'émergence clinique. C'est la raison pour laquelle nous préconisons une prévention active pour tout le monde à partir de 35-40 ans. Cette forme de traitement a été choisie pour non seulement permettre de supprimer d'éventuels micro-cancers, mais aussi pour contribuer à améliorer l'état général. L'antimitotique préconisé: l'hydrate de chloral est tout à fait suffisant pour réaliser cette fonction, la dose nécessaire étant proportionnelle au nombre de cellules cancéreuses à détruire, un nombre encore relativement peu important pour un micro-cancer en formation. Si la prévention débute après cet âge, il est préférable d'utiliser des produits plus actifs.

– A partir de quel âge est-il souhaitable de démarrer le protocole de prévention active du cancer ? J'ai 25 ans, n'est-ce pas trop tôt ?

Des courbes d'incidence des cancers ont été établies. Actuellement, cette courbe décolle – le nombre de nouveaux cancers devient significatif – autour de 35-40 ans. Il faut donc idéalement débiter la cure vers cet âge. Comme de toute façon, la cure a une action de prévention des maladies cardio-circulatoires et incite à s'occuper sérieusement de sa santé, il est bon de la mettre en route vers cet âge. Mais ce n'est pas contre-indiqué plus tôt.

– J'ai 65 ans, et je découvre votre protocole de prévention active du cancer. N'est-il pas trop tard pour le faire ?

Le risque d'avoir un cancer augmente avec l'âge. La mise en place du protocole de prévention active est intéressante à 65 ans. Mais il faut attendre en général 6 à 7 ans pour être sûr qu'aucun cancer n'était en route à sa phase non-détectable au moment de la mise en place du protocole. Et de toute façon, il est bénéfique pour l'état de santé général. Il est recommandé, quand on commence à cet âge, de faire un premier protocole plus actif, au cas où il y aurait déjà des micro-tumeurs à des stades assez avancés, étant donné que la cure préventive qui les aurait éliminées n'a pas été commencée plus tôt.

– Après un cancer qui a été soigné par un traitement classique (chimiothérapie) et qui est considéré comme guéri, est-il intéressant de suivre le protocole de prévention active des cancers pour éviter une récurrence quelques années plus tard ?

Après un traitement d'un cancer, il est tout à fait impératif de suivre un protocole de prévention, mais avec un traitement antimitotique plus actif que l'hydrate de chloral pendant plusieurs années, avant de passer à deux fois 2 ou 3 mois par an (au printemps et à l'automne). Un cancer est détecté à une phase avancée de son évolution. Il a une vie sans être détectable d'au moins 6 ans. Après un traitement classique, on ne le détecte plus avec les moyens classiques, mais ça ne veut pas dire qu'il n'y ait pas encore des cellules cancéreuses qui persistent, d'où les « rechutes » dans la maladie d'un organisme endommagé et affaibli par le traitement classique et ses séquelles.

– Depuis trois ans, je suis en récurrence de mon cancer. Est-ce que le protocole de prévention active peut avoir un quelconque effet ?

Vous ne vous trouvez plus dans le cadre de la prévention active, mais dans celui du traitement. Le Docteur Gernez a préconisé depuis de nombreuses années, en particulier dans ce cas, de tarir la sécrétion d'hormone de croissance, par une radiothérapie à faible dosage sur l'hypophyse. Malgré plusieurs tentatives de la part de personnes concernées, en France cette méthode n'est pas acceptée. Notre mobilisation est nécessaire et des actions doivent être entreprises auprès des autorités, des radiothérapeutes, des services de cancérologie, pour qu'enfin cette méthode soit acceptée.

– Une personne qui pratiquait en grande partie la naturopathie depuis de longues années, alimentation 80% végétale, des jeûnes, des monodiètes, est pourtant morte d'un cancer. Comment peut-on expliquer que le cancer se soit développé ?

C'est l'apport fondamental du Docteur Gernez. La proposition de cures annuelles, avec élimination en fin de cure des micro-cancers que le jeûne n'a pas détruits, repose sur le fait que, en gros, 30 % des cancers ont une origine génétique et que la diététique aussi solide qu'elle soit est impuissante à régler la plupart des cas relevant de ces 30%. D'autre part, même en faisant attention à la prévention passive c'est-à-dire en évitant les produits cancérigènes, une personne peut être malgré tout exposée à une pollution importante et durable, dont la toxicité dépassera l'efficacité des jeûnes et d'une bonne diététique. Alors, et en particulier selon la localisation de la tumeur, l'issue peut être fatale. Les expérimentations sur les animaux, celles dont nous demandons toujours la publication, ont montré que la réduction alimentaire protégeait environ 46 % des animaux du cancer, avec l'ajout de vitamines et d'oligo-éléments, la protection montait à environ 72 % et avec la médication terminale à l'hydrate de chloral, la protection atteignait le chiffre remarquable de 94 %. Vous comprenez alors qu'avec une bonne hygiène de vie et une bonne diététique, la protection ne serait que d'environ 50 %, ce qui est déjà beaucoup, mais demeure insuffisant et peut expliquer pourquoi cette personne pratiquant la naturopathie est malgré tout décédée d'un cancer. Avec les vitamines et les oligo-éléments, la phase médicamenteuse terminale et la cure annuelle répétée chaque année à partir de 35 ans,

la protection est plus importante. C'est la raison pour laquelle, la cure de prévention active du cancer s'adresse absolument à tout le monde.

SUR LA DIÈTE INITIALE

– Un jeûne sur 20 ou 30 jours. Est-ce que je ne risque pas de m'affaiblir et de perdre trop de poids ?

Pas du tout. Il s'agit d'un jeûne relatif, autrement dit d'une diète. Il ne s'agit pas d'une privation complète de nourriture, de ne pas manger du tout, tel que cela se pratique dans un jeûne au sens strict. Il s'agit d'effectuer une réduction alimentaire pour obtenir une perte de poids de l'ordre de 3 à 5% de votre poids actuel. Cette diminution alimentaire, doit surtout porter sur les glucides rapides et lents. Ce qui a pour effet de mettre votre organisme en acidose métabolique. Beaucoup de cellules cancéreuses meurent car l'acidose métabolique empêche l'assimilation du sucre. Et ces cellules cancéreuses ne peuvent vivre qu'en utilisant du sucre.

– Vous proposez un protocole de prévention active du cancer en trois étapes. Est-ce que je peux éviter de faire le jeûne relatif et ne prendre que les vitamines par exemple?

Le jeûne relatif est indispensable. C'est un moyen très important pour défavoriser les cellules cancéreuses dans la compétition avec les cellules normales et donc de renforcer votre organisme.

– Selon les sources d'informations, le jeûne relatif peut aller de 20 jours à 40 jours. Quel est le temps nécessaire pour que l'état d'acidose soit vraiment efficace ?

Le protocole comprend 3 aspects : une réduction alimentaire pour mettre l'organisme en acidose, ce que n'aiment pas les cellules cancéreuses. Au bout d'une vingtaine de jours, il y a déjà une acidose métabolique. L'observation des jeûnes traditionnels de différentes civilisations montre qu'il dure en général 40 jours. Ce n'est sans doute pas par hasard, c'est pourquoi la durée de 40 jours est en général retenue. Le protocole doit être adapté par chacun. Il n'y a pas de règles strictes à édicter. Nous sommes tous différents. Il faut vraiment se

défaire des idées inculquées par la médecine moderne de chiffres, de chiffres et encore de chiffres, sur la tension artérielle, du poids (qui ne se mesure pas en grammes !), sur le cholestérol, sur la glycémie, etc., etc. et de statistiques. Heureusement nous ne fonctionnons pas de cette façon. Il y a des principes à respecter pour réaliser une prévention active et pas de règles strictes. Je rappelle ces principes :

- . une réduction alimentaire permettant une perte de poids d'au moins 3% (mais variable avec la personne : une personne plutôt enveloppée aura intérêt à perdre plus, etc.) pour mettre l'organisme en acidose,
- . une complémentation en vitamines et oligo-éléments qui favorisent les cellules saines et défavorisent les cellules cancéreuses,
- . une éradication avec une très faible dose d'antimitotique pour éliminer les cellules mutées et potentiellement cancéreuses qui se produisent en très grand nombre chaque jour. Pour optimiser l'effet du produit anti mitotique, il est conseillé de prendre un produit qui bloque les divisions cellulaires comme la colchicine, puis un produit qui les fait redémarrer comme la cortisone.

– Je fais 50 kg, combien de temps dois-je faire la restriction alimentaire ?

Encore une fois pas de règles possibles. Il faut tenir compte de votre activité physique, de votre état de fatigue, de l'importance de la perte de poids. En sachant toutefois, qu'une restriction alimentaire modérée comme celle qui est préconisée dans le protocole n'a jamais conduit quelqu'un à l'hôpital.

– Dans la brochure, la réduction alimentaire doit être d'un tiers et dans ce but, on préconise de prendre 1 seul repas et une collation. Ne se rapproche-t-on pas plutôt des 2/3 tiers de la ration alimentaire si on suit ce protocole ?

C'est la quantité et la QUALITE des aliments qui est à prendre en compte. La proposition de faire un seul repas et une collation est là pour donner une idée. Mais la vôtre est tout aussi bonne ! Chacun doit

adapter à ses habitudes, à ses possibilités en fonction de son travail et d'ailleurs l'intensité du travail est à prendre en considération.

– Peut-on prendre deux repas légers par jour, au lieu d'un seul repas et une collation, et respecter quand même le protocole ? Qu'entend-on par collation ?

L'essentiel est de diminuer les apports alimentaires d'une façon suffisante pour obtenir un amaigrissement d'environ 3 à 5% en fonction de la corpulence. Les personnes en excès de poids peuvent bien sûr faire une restriction plus sévère. Parler d'un seul repas et d'une collation est une proposition : à chacun d'adapter. Par collation nous entendons un repas léger. Si bien que « prendre deux repas légers » revient à dire prendre deux collations, c'est-à-dire manger moins que ce que nous proposons ! Nous recommandons bien un repas complet et une collation chaque jour de la cure pendant toute la première période de diète, c'est-à-dire pendant trente jours. Mais si vous êtes en excès de poids et que vous suivez un régime amaigrissant... à chacun d'adapter, sous le contrôle et avec le conseil de son médecin.

– Je fais le protocole depuis plusieurs années et je suis à la lettre les recommandations du protocole. Je constate que ma diminution de poids est en général de 5 à 6 kilos, ce qui représente plutôt une diminution de 8% du poids corporel. Je ne comprends pas comment on peut perdre seulement 3% en suivant le protocole. Comment l'expliquez-vous

Aucun d'entre nous n'est identique à un autre. Le chiffre de 3% est donné comme repère. Nous connaissons tous des personnes qui mangent comme 4 sans jamais prendre un gramme et d'autres qui prennent du poids suite au plus léger « écart ». Et nous avons chacun d'entre nous des habitudes de vie très différentes. Le protocole est aussi une question de bon sens et d'adaptation à la morphologie et à la vie de chacun. Et par ailleurs, un jeûne avec amaigrissement est un excellent moyen d'améliorer sa santé.

– Les amidons sucres lents doivent-ils aussi être réduits ?

Il faut réduire et même si c'est possible supprimer durant la cure tous les sucres rapides en priorité absolue, mais aussi les sucres lents. C'est-à-dire qu'il faut privilégier les aliments ayant l'indice glycémique le plus bas, en évitant au maximum ceux qui ont un indice glycémique élevé. Les cellules cancéreuses ont un besoin vital de sucre pour survivre. De nombreux travaux, montre aujourd'hui que la consommation de lipides est favorable à la santé. Donc, ne pas oublier avocat et huile de coco, durant la cure et toute l'année.

– Le sens de la citation de Warburg de la brochure sur le cancer n'est pas clair : le sucre de canne est-il plus néfaste que le fructose ou le glucose ?

Cette notion, suite aux travaux de Warburg, et reprise par des diététiciens, à que le sucre de canne n'a pas les inconvénients du sucre de betterave : saccharose dédoublé rapidement en glucose doit être relativisée. Au moins pendant la cure, il faut supprimer tous les sucres rapides. Le mécanisme est que les cellules cancéreuses ont besoin de glucose et vivent en anaérobie (sans oxygène). Il faut les priver au maximum de glucose et apporter de l'oxygène qui favorise les cellules saines. L'essentiel est de retenir qu'il importe d'éliminer au maximum de notre alimentation les produits riches en sucre de betteraves, ainsi que les produits à indice glycémique élevé et de privilégier l'utilisation de sucre de canne.

– L'huile et l'alcool sont interdits, mais 1 ou 2 verres de vin à table possibles. Pourrait-on clarifier quelque peu le protocole ?

Une consommation de vin rouge de préférence AUX REPAS est vivement conseillée et est très positive. La campagne anti-vin sous couvert d'agir contre l'alcoolisme est stupide. C'est la consommation d'apéritifs et de boissons alcoolisées en dehors des repas qui est néfaste. Il faut le dire autour de vous : boire deux verres de vin à chaque repas est très favorable à la santé et constitue un bon moyen – à condition de commencer tôt – de prévenir la maladie d'Alzheimer. Ne tombons pas dans le piège imbécile qui consiste, sous prétexte que quelques inconscients roulent à 200 à l'heure sur des routes nationales, à taxer lourdement grâce aux fameux radars les personnes qui roulent à 92 au lieu de 90 km/h. Les campagnes anti-alcool qui

prennent comme prétexte les très gros consommateurs – ceux qu'on appelle alcooliques – pour déconseiller la consommation régulière et aux repas de vin sont aussi stupides et néfastes. Concernant la consommation de lipides, de plus en plus de travaux obligent à changer de point de vue.

– A propos de la cure magnésienne, vous écrivez que l'usage d'alcool est à exclure alors que vous recommandez 1 à 2 verres de vin rouge par repas ?

L'effet du vin rouge durant les repas est démontré par de nombreux travaux. Nous déconseillons, et ceci d'ailleurs d'une façon générale, la consommation de boissons alcoolisée en dehors des repas. Il est démontré que le vin à faible dose et aux repas est favorable voire très favorable. Vous pouvez d'ailleurs lire dans la rubrique Alzheimer, en bas de la page 1, que « l'alcoolisme alimentaire » a un effet préventif de la maladie d'Alzheimer. Le phénomène est universel et connu sous le nom d'hormèse. Claude Bernard formulait la chose de la façon suivante: « rien n'est poison, tout est poison, c'est la dose qui fait le poison ». L'hormèse se traduit par le fait que si on compare en fonction de la dose les effets d'un produit sur un organisme : il y a une phase favorable (ou défavorable) puis une phase de plus défavorable voire délétère (ou inversement, en fonction du produit). C'est une notion extrêmement importante utilisée par les homéopathes en particulier et qui est peu ou pas enseignée.

– Existe-t-il une liste des médecins prescripteurs qui adhèrent au protocole et le proposent à leurs patients ?

Cette question est souvent posée. Il faut mesurer la situation. La prévention va totalement et frontalement à l'encontre des intérêts des industries faisant des profits sur la maladie (industrie pharmaceutique, de fabrication des appareils etc etc), des médecins, des hôpitaux privés etc. Donc elle est soigneusement combattue par les autorités de l'État. Au milieu des années 70 un comité avait été mis en place. Il a recueilli plus de 2000 médecins qui voulaient prescrire ou au moins s'informer. Une violente campagne a été déclenchée et l'affaire en est restée là. L'hydrate de chloral a été interdit. La vaccination qui rapporte des sommes astronomiques est seule politique de prévention

largement favorisée. malgré les critiques formulées contre elle on comprend aisément pourquoi!

Donc, notre action est AUSSI un combat. Il faut aller voir son médecin, essayer de le convaincre. Il n'y a pas d'autres solutions. Si nous nous mobilisons pas, le nombre de personnes atteintes par un cancer ou autres maladies graves (maladie d'Alzheimer etc) va augmenter inexorablement.

A PROPOS DES PRODUITS DE COMPLÉMENTATION

– La médication de compléments alimentaires est-elle vraiment indispensable ?

Il est démontré par différentes études comme SUVIMAX que les sels minéraux, les oligo-éléments et les vitamines ne sont vraiment efficaces qu'à des doses plus élevées que celles que nous procure notre alimentation. Cela pour de nombreuses raisons, la première étant que notre alimentation est carencée.

– Vous proposez de prendre de la vitamine A durant le protocole de prévention active du cancer. J'ai entendu dire que cette vitamine pouvait, à une certaine dose, provoquer des cancers. Qu'en est-il ?

La vitamine A ne provoque pas de cancer. Pour comprendre, nous fabriquons à chaque instant des cellules mutées. Ces cellules disparaissent spontanément pour la quasi-totalité d'entre elles. Un cancer apparaît quand une de ces cellules mutées, dans des conditions exceptionnelles, survie et prospère, et va en se divisant rapidement donner un cancer. Les oligo-éléments, les vitamines agissent en favorisant les cellules normales. Ces produits agissent à des doses thérapeutiques connues qu'il faut respecter. Ces doses sont d'ailleurs supérieures aux doses dites physiologiques. Ils permettent simplement, en quelque sorte, aux cellules normales de supplanter les cellules anormales. Mais quand le cancer est évolué leur action peut devenir négative. L

LA MÉDICATION TERMINALE

– On entend beaucoup de choses sur l'hydrate de chloral, notamment son effet cancérigène. Pourquoi alors l'avoir mis dans un protocole de prévention active du cancer ?

Tous les produits actifs contre les cancers sont cancérigènes. Les médicaments anti-cancer sont cancérigènes. L'action d'un produit est fonction de la masse du cancer ou du micro-cancer (avant l'étape de l'émergence clinique). Un anticancéreux léger comme l'hydrate de chloral qui serait insuffisant dans le traitement d'un cancer évolué est suffisant pour annihiler un micro-cancer avec une toxicité quasi nulle. Rappelons que ce produit a été donné, des décennies durant, aux nourrissons, car il composait le sirop Teyssedre, utilisé très largement par les mamans. Et encore chez le jeune enfant comme sédatif avant une opération.

– La prescription d'hydrate de chloral est différente selon les sources. 1 gramme par jour pour J. P. Willem, 500 mg par jour dans Enquêtes de santé (Revue) et 50 mg dans un protocole trouvé sur Internet. Pourrait-on clarifier les choses ?

Nous sommes en présence de doses de toute façon très basses. L'action d'un antimitotique est fonction de la masse du cancer à éliminer. En matière de prévention, nous sommes devant des masses très très faibles. D'autre part, il faut tenir compte de la dose totale. De toute façon à ces doses l'hydrate de chloral n'a pas de toxicité. Il a été administré à des centaines de milliers d'enfants sous la forme du sirop Teyssedre que nous avons proposé avant son interdiction, sans la moindre anomalie de notée. Encore une fois, il faut respecter la méthode et non le chiffre. La dose de 500mg matin et soir semble être celle à privilégier.

– Quels sont les risques liés à la prise des différents produits du protocole de prévention active du cancer ? Doit-on s'attendre à quelques désagréments (maux de tête, nausée, malaise, etc.) ?

Considérons les 3 volets de la cure anti-cancer : la réduction alimentaire, la complémentation et la chasse terminale des micro-

cancers ayant éventuellement résisté aux deux premières étapes. Les deux premiers volets ne présentent aucune difficulté. Le 3ème se résume à l'utilisation de produits actifs, mais à des doses très faibles par rapport aux doses habituellement prescrites. Leurs effets secondaires sont donc en général négligeables. Si une allergie est connue à l'un des produits utilisés, en tenir compte et en parler à son médecin. Mais cette phase est nécessaire pour assurer le nettoyage annuel des cellules mutées..

– Que pensez-vous de la médication terminale proposée par J.P. Willem dans son livre « Prévenir et guérir le cancer » pour remplacer l'hydrate de chloral, la cortisone et la colchicine ?

Pour le docteur Willem, il s'agit de prendre durant les 10 derniers jours, Aroma nutriment n° 7, 2 gélules matin et soir, Kito-MFP 2 fois 2 gélules, et OAKY : 1 dose matin et soir. Leur propriété antimitotique est déduite de la pratique traditionnelle. A ma connaissance, il n'existe pas de travaux qui l'établisse.

– Quels sont les antimitotiques alternatifs ?

Les plus connus sont les produits de Solomidès, de Beljanski, les plantes africaines introduites en France par le Docteur Tubéry, *Gnidia krausiana*. Mais aussi des plantes comme *Taxus baccata* TM, *Vaccinium myrtillus* TM, *Podophyllum* TM. Il y en a d'autres. Malheureusement, les autorités ont interdit ces teintures mères. Un protocole de base est proposé dans la brochure. Nous établirons des variantes possibles, de façon à ce que chacun l'adapte à sa façon de vivre, à ses idées. Rien n'est figé. Il n'y a pas de recettes miracles. Il faut simplement respecter les principes énoncés.

– Peut-on remplacer la cortisone par une plante cortisone like, comme le cassis en macérât glycérine ?

En général, les plantes de ce type ont une action douce et prolongée. Elles sont remarquablement utiles dans les infections respiratoires en particulier surtout chez l'enfant. Leur utilisation relève de l'expérience des médecins phytothérapeutes. Je n'ai pas d'éléments irréfutables

pour affirmer qu'elles sont capables de relancer les divisions cellulaires qui est l'effet recherché.

SUR L'HORMONE DE CROISSANCE.

– N'y a-t-il pas des conséquences différées à l'inhibition par irradiation de l'hypophyse qui ont empêché la généralisation de cette méthode pour lutter contre les maladies dégénératives ? Avons-nous des résultats d'expériences de longue durée sur les animaux ou sur l'homme prouvant l'efficacité et l'absence de conséquences collatérales néfastes ?

Cette action est très documentée en ce que dans des cas de complications du diabète l'irradiation de l'hypophyse a été réalisée sur de nombreuses personnes et depuis très longtemps. La dose est parfaitement établie : 13 grays et les conséquences sont connues. Seule la partie de l'hypophyse sécrétant l'hormone de croissance est concernées par l'irradiation. La chute de sécrétion est progressive et dure plusieurs mois. Les autres hormones hypophysaires continuent à être sécrétées. Comme son nom l'indique, cette hormone est indispensable à notre croissance de l'œuf fécondé à la puberté. Ensuite son action n'est plus indispensable. Par contre, elle peut faire croître les cellules souches normales et/ou potentiellement cancéreuses. C'est cette propriété qui est analysée par le Docteur Gernez.

En cas de déficit en cette hormone durant la croissance un nanisme est observé. Rien de particulier n'est observé après la fin de la croissance.

Nous avons demandé, en vain, à plusieurs reprises que le devenir des personnes ayant bénéficié de cette thérapeutique soit étudié : taux de survenue d'un cancer, en particulier, ce qui donnerait des indications très précieuses. Une action au niveau du Sénat (question écrite) avait abouti à la promesse que cette étude serait effectuée.

Aujourd'hui, les appareils disponibles permettent d'effectuer cette action très facilement d'une façon ambulatoire et sans complication. Une telle action face au devenir d'une personne atteinte d'un cancer et devant subir chimiothérapie, radiothérapie et chirurgie souvent lourdes et mutilantes, me paraît tout à fait licite. Le vrai problème est que les

services qui disposent de l'appareil ne veulent pas intervenir par exemple dans les cas de malades pour lesquels il n'y a plus de ressources thérapeutiques.

ACTUALITE

Mise à jour : 12/03/2015

LETTRE AUX AMI(E)S POUR UNE ACTION URGENTE,

des Docteurs Pierre Delahousse et Jacques Lacaze, collaborateurs
d'André Gernez

Bonjour à tous.

Vous recevez ce courriel car, pour différentes raisons, vous avez été intéressé par les propositions d'André Gernez et vous avez pris contact avec nous, avec l'APAG en particulier. Nous pensons que ce qui se joue autour de la prévention du cancer nous concerne tous. C'est pourquoi il faut réagir à la publication de l'article de Sciences & Vie de mars 2015 qui évoque « un vaccin contre le cancer ». Ce thème est d'ailleurs très à la mode en ce moment. Le problème même de la prévention du cancer est de fait posé clairement par ce mensuel. Mais la solution n'est pas réaliste et ne verra pas le jour à notre avis.

Par contre, une vraie solution : la PREVENTION ACTIVE DU CANCER proposée par André Gernez aux académies, de Médecine, des Sciences, Vétérinaire, ainsi qu'aux institutions scientifiques, et aux pouvoirs publics, dès la fin des années soixante peut être en toute sécurité mise en route, immédiatement. Le silence, une action de dénigrement et d'occultation, ont été instauré contre les propositions pratiques d'André Gernez. C'est inadmissible.

Nous joignons à cette lettre une autre lettre adressée à Monsieur le Président de la République, Monsieur le Premier ministre, Madame le Ministre de la Santé et Monsieur le directeur de Direction Générale de la Santé. Nous vous proposons de diffuser massivement cette lettre.

IL FAUT QUE CHACUN D'ENTRE NOUS DIFFUSE A TOUT LE MONDE ET PARTOUT CETTE LETTRE RESPONSABLES DE

L'ETAT. EN PARTICULIER A TOUS LES ELUS, AUX MEDECINS, AUX CHERCHEURS, AUX JOURNAUX, AUX REVUES, AVEC LES SITES ET BLOGS DISPONIBLES. LES TRAVAUX DE RECHERCHE FONDAMENTAUX ET CLINIQUES SUR CETTE VOIE INAUGUREE PAR ANDRE GERNEZ SONT ACTUELLEMENT BLOQUES PAR LES POUVOIRS PUBLICS. CES OUKASES DOIVENT ETRE LEVEES. LES EQUIPES QUI LE SOUHAITENT DOIVENT POUVOIR SANS ETRE SANCTIONNEES SE LANCER DANS CES TRAVAUX. C'EST URGENT.

La revue de vulgarisation scientifique « Sciences et vie » de mars 2015 qui vient de paraître , publie un article tonitruant avec comme titre en 1ère page : « Vaccin contre le cancer. Les premiers tests sur l'homme » et qui débute par la phrase : « C'est peut-être une des grandes révolutions médicales de l'histoire ! »

Quelques phrases choisies :

- Le cancer « pouvait être prévenu par de simples piqûres »
- « Tous les médecins s'accordent à dire que la prévention est la meilleure arme contre le cancer ». Un grand merci de nous le dire ! Mais est-ce aussi vrai ? Les grands leaders médicaux qui pilotent la cancérologie en France ont en réalité intérêts liés avec l'industrie pharmaceutique et roulent pour elle !
- « Malgré les progrès thérapeutiques, près de la moitié des patients décèdent encore en France »
- Actuellement, « cette prévention n'est que d'ordre comportemental : manger sain, modérer sa consommation d'alcool, supprimer le tabac, faire de l'exercice, se protéger du soleil ». Ce qui est un peu léger, les polluants alimentaires et environnementaux en particulier ne sont pas évoqués ; pas plus que le stress lié au travail etc etc ...

– « La stratégie envisagée aujourd'hui est révolutionnaire et s'applique à tous les cancers ». Bigre, ce serpent de mer hante les équipes de recherche en cancérologie depuis au moins 30 ans et rien de concret n'en est sorti ni en matière de traitement ni en matière de prévention ! Et ceci pour une raison simple, qu'un enfant de 8 ans comprends d'emblée: un cancer démarre d'une de nos cellules qui a mutée c'est à dire de nous. Le système immunitaire nous défend contre ce qui n'est pas nous, comme les bactéries, les virus, les protéines étrangères etc. La voie proposée est: « apprendre au système immunitaire à reconnaître l'ennemi et à le détruire dès son apparition ». C'est-à-dire celle qui échoue depuis plus de 30 ans ! Et qui va continuer à échouer ...

– Mais la revue nous met en garde (c'est heureux) et évoque « le risque d'effets dévastateurs ».

D'ailleurs – et heureusement – « l'écrasante majorité des chercheurs a donc choisi de ne pas jouer avec le feu », sauf une équipe étasunienne d'un certain Louis Weiner (et quelques autres es semble t il) à qui Sciences et vie offre une tribune inespérée.

POURQUOI, LA PREVENTION DU CANCER EST-ELLE POSSIBLE ?

Il faut se reporter à la fin des années 60 et aux travaux d'André Gernez (1923 – 2014), un immense chercheur mais surtout découvreur. Il a établi la notion de cellule souche et construit la théorie de la cinétique cellulaire. La notion de cellule souche est aujourd'hui adoptée par la communauté des biologistes, et des chercheurs. Depuis le début des années 90 en trouvent dans tous les tissus : 30 après les publications d'André Gernez ...

Et surtout ces notions – ces concepts comme disent les scientifiques – ont permis à André Gernez de proposer un mécanisme d'apparition et de développement du cancer (en grande partie reconnu de fait par la communauté médicale et biologique). Et partant de proposer en matière de cancer les principes d'une méthode de prévention active mais aussi du traitement des cancers, qui comme dit plus haut ont été totalement occultés.

La prévention active (notion proposée par André Gernez en opposition à la prévention habituelle qui consiste à proposer l'élimination des facteurs pouvant favoriser l'apparition d'un cancer (ce qu'on appelle « les causes », prévention qu'il qualifiait de passive).

Un protocole pratique a été mis au point par l'un d'entre nous (le Docteur Pierre Delahousse avec l'accord d'André Gernez). Il est disponible sur le site : voir les Fiches pratiques de la page Prévention active. Reportez vous aussi à la page DE QUOI S'AGIT -IL ? pour écouter l'appel du Docteur Pierre Delahousse)

A Roubaix et Loos-en-Gohelle le 10 mars 2015,

Docteur Pierre Delahousse et Docteur Jacques Lacaze

Qui ont collaboré avec André Gernez durant respectivement 50 ans et plus de 40 ans, et qui ont en charge l'héritage scientifique du grand chercheur.

Lettre au Président de la République à diffuser largement

Le Docteur Pierre Delahousse

Le Docteur Jacques Lacaze

S'adressent solennellement à :

Monsieur le Président de la République

Monsieur le Premier Ministre

Madame le Ministre de la Santé

Copie à Monsieur le Directeur Général de la Santé

Roubaix et Loos-en-Gohelle le mardi 10 mars 2015.

Monsieur le Président,

Madame et Messieurs les ministres

Nous sommes de simples médecins généralistes retraités. Nous avons collaboré avec André Gernez, qui a été médecin radiologue à Roubaix, ancien chercheur à la Fondation Curie de Paris, ancien chef de travaux au CHR de Lille et qui a passé sa vie à faire des recherches en biologie et médecine.

Très scrupuleusement , André Gernez a envoyé tous ses travaux aux académies, des Sciences, de Médecine et Vétérinaire, qui ont pour fonction essentielle de conseiller les responsables du Gouvernement de la République. Il a, bien entendu, également adressé ses propositions et travaux aux autorités médicales nationales (et internationales) et politiques, qui se sont succédé au gouvernement, durant cette longue période. Ses travaux et propositions sont donc parfaitement connus. D'ailleurs, ils ont à chaque publication retenu l'attention, en particulier, de nombreux académiciens et

professionnels, qui se sont manifesté par des commentaires élogieux et très élogieux, en souhaitant que des recherches fondamentales et cliniques valident ces propositions et permettent un déploiement dans le système de santé publique de notre pays.

En particulier, il a établi qu'une cure annuelle d'un mois associant, 3 éléments : 1) une diminution de la ration quotidienne, avec l'interdiction de certains aliments et l'ajout d'autres dont les propriétés anticancéreuses sont connues, provoquait un état d'acidocétose défavorable aux cellules cancéreuses; 2) l'ajout de compléments vitaminiques durant la même période renforçait l'action défavorable aux cellules cancéreuses ; 3) l'utilisation de médicaments anti mitotiques était proposé en fin de la période d'un mois. Il pouvait s'agir du sirop de Teyssédre contenant de l'hydrate de chloral donné durant des décennies aux nourrissons et enfants mais qui brusquement fut interdit, ou du méthotrexate un produit anti - cancéreux utilisé aussi en dermatologie contre le psoriasis ou les rhumatismes. La dose proposée par André Gernez, était de 5mg par jour, 2 jours par an. Pour le traitement du psoriasis (maladie qui non seulement n'est pas mortelle mais est selon l'expression courante dans le corps médical « un passeport de longue vie ») varie de 390 mg par an soit 39 fois plus à 1300mg par an soit 130 fois plus ! La proposition d'André Gernez d'utiliser ce produit a été critiqué pour sa toxicité ! Nous pensons que, s'il n'y a pas eu une ignorance assez surprenante, on pourrait évoquer une malveillance peu compatible avec l'honnêteté scientifique la plus élémentaire.

Le principe de cette cure annuelle de décancérisation reposait sur l'idée – aujourd'hui reconnue par la plupart des cancérologues - qu'un cancer a une vie cachée s'étendant de 8 ans (sein) à 15 ans (poumon). Durant cette vie cachée, à l'heure actuelle aucun moyen d'imagerie médicale ou de biologie ne permet un diagnostic. Et au stade où ce diagnostic commence à être possible (1gr de cellules

cancéreuses) le nombre de cellules est évalué à 1 milliard et nous sommes déjà devant une maladie grave.

Nous ajoutons que le premier volet de la cure annuelle a été confirmé par de nombreux travaux sur le jeûne thérapeutique, que le 2ème a été validé par beaucoup de travaux également et en particulier la longue étude connue sous le nom de SUVIMAX.

Par ailleurs dans le service de Toxicologie de Paris à l'époque où le Professeur René Truhaut le dirigeait, un chercheur, Monsieur Jean-Claude Gak a mené sur le rat une expérimentation en 3 bras, avec les 3 niveaux proposés par André Gernez. Les deux premiers bras retrouvaient des chiffres connus allant de 30% à 70% de protection contre un cancer très grave : le cancer primitif du foie spontané. Le 3ème bras, trouvait une protection de l'ordre de 93%. Ces informations ont été transmises par téléphone à André Gernez, mais n'ont pas été publiées. L'ensemble des travaux semblent avoir été remis à la DGS. Il semble que Monsieur Gak affirme n'avoir jamais effectué ce travail. Des documents en provenance de René Truhaut les attestent pourtant. Et Mr Gak, alors que ces faits ont été publiés et diffusés très largement par livres, journaux, DVD, conférences publiques etc, semble contester l'existence de ces travaux. Des universitaires et nous-mêmes avons demandé au Directeur Général de la Santé en poste à différentes périodes des informations sur ces faits. Nous n'avons jamais reçu la moindre réponse en retour.

L'actualité scientifique, médicale et grand public se porte sur la notion de prévention contre le cancer par la vaccination. A notre avis, cette solution n'a jamais abouti depuis plus de 30 ans de recherches, et n'aboutira jamais, pour des raisons évidentes : la cellule cancéreuse fait partie de notre moi, est mise en route par notre organisme, le système immunitaire ne fait que s'attaquer au non-moi, à ce qui m'est étranger. Il n'est pas en mesure de s'attaquer aux cellules cancéreuses. Mais nous retenons que **le mot prévention** est désormais largement popularisé et l'attachement des médecins à la prévention fait florès.

L'exemple du dernier numéro de la revue de vulgarisation scientifique « Sciences et vie » le démontre, on ne peut mieux , en publiant un long article : « Vaccin contre le cancer. Les premiers tests sur l'homme ».

Nous pensons qu'il est nécessaire que le gouvernement prenne la décision de mettre en place un groupe de travail pour étudier sereinement les propositions d'André Gernez et proposer une méthode d'évaluation. C'est la santé de nos concitoyens qui est en jeu, et l'audience de la France sur un sujet majeur de santé publique.

Croyez, Monsieur le Président, Monsieur le Premier Ministre, Madame la Ministre de la Santé à nos sentiments respectueux.

Docteur Pierre Delahousse
2 8 Avenue Gustave Delory
59100 Roubaix

Docteur Jacques Lacaze
24 rue des Acacias
62750 Loos-enGohelle

Biographie du Dr André Gernez

On peut aujourd'hui vaincre le cancer, l'artériosclérose, la sclérose en plaques, la schizophrénie, la myopathie de Duchenne et contrôler d'autres maladies dégénératives telles que la maladie de Parkinson et la maladie d'Alzheimer.

Cette assertion triomphante dans un domaine où les succès sont l'exception ne résulte pas d'un point de vue présomptueux ; elle s'appuie sur les travaux du docteur André Gernez, cancérologue et physiopathologiste reconnu mondialement, mais curieusement occulté en France. Qui est le docteur André Gernez ?

Né en 1923, brillant élève, bachelier à quinze ans, il sera en 1944, à 21 ans, le plus jeune médecin de France. Après un engagement volontaire au service militaire, il devient attaché au prestigieux institut français du cancer, la Fondation Curie, à Paris.

L'idée pastorienne domine alors la médecine, de sorte que la cancérisation est considérée comme le résultat d'une agression, présumée virale, qui finit par déborder la défense immunitaire de l'organisme.

Cette approche paraît d'emblée incohérente à Gernez. En effet,

- le cancéreux ne présente pas de déficience immunitaire.
- La voie d'essaimage du cancer est précisément celle de l'organisme la plus riche en cellules de défense.
- Cellules cancéreuses et cellules de défense coexistent dans une indifférence réciproque totale dans les ganglions lymphatiques.
- Les cultures de cellules saines, cultivées aseptiquement, se cancérisent couramment.

Gernez en déduit que la voie pastorienne est inadaptée ; il suivra donc une démarche différente.

Voici la chronologie de ses découvertes :

1946-1949

Sa recherche porte alors sur une maladie exceptionnelle en France, mais fréquente en Suède. La maladie de Plummer-Vinson (ou Brown-Kelly-Paterson) présente la particularité de contenir des cellules cancéreuses qui disparaissent si on lui applique une simple procédure correctrice des conditions qui l'engendrent.

André Gernez, mandaté par son maître le professeur Porcher, étudie cette affection en Angleterre (Radcliff's, Oxford), en Suède (Karolinska, Stockholm), aux Etats-Unis (Presbyterian Hospital, New York).

Il en revient avec une double conviction :

- D'une part, à l'inverse de ce que l'on pense, la cancérisation n'est nullement un processus agressif à l'encontre de l'organisme, mais procède au contraire d'un mécanisme supplétif tout à fait normal, à savoir une hyperplasie compensatrice qui intervient dans une population cellulaire quand elle devient incapable de faire face à ses obligations fonctionnelles. Elle mobilise alors des individus cellulaires tarés – des mutants – qui dans les conditions normales sont inviables, de la même manière qu'une armée décimée ou confrontée à un ennemi supérieur en nombre incorpore des individus peu valides qui dans des conditions normales seraient rejetés dans la réserve ou exclus de l'armée.

Le cancer, c'est « l'hyperplasie compensatrice du pauvre. »

- D'autre part, à l'inverse de ce que l'on pense, la cellule cancéreuse n'est pas un mutant anarchique d'apparition rare, mais résulte d'un processus constant, alors que la cancérisation est exceptionnelle.

La cancérogénèse est permanente alors que la cancérisation est exceptionnelle.

De surcroît, cette cellule cancéreuse n'est aucunement résistante mais au contraire fragile, instable, vulnérable à la moindre modification de son biotope.

Ces conclusions furent publiées en 1949. Cette nouvelle approche du problème, noyée dans les 600 000 publications annuelles sur le cancer, était irrecevable à l'époque. Elle était en effet opposée à une quantité de notions dogmatiques que Gernez répertoria pour les soumettre à la synthèse.

Reprenant à la base toute la cytologie, il constata avec stupéfaction que le fondement même de la théorie cellulaire, qui commande toute la biologie, était erroné et que cette erreur interdisait la solution du problème posé par les maladies dégénératives.

1950-1964

Ces notions évidentes mais nouvelles se heurtèrent au conformisme et au dogmatisme des milieux universitaires et de la recherche.

Le Docteur André Gernez, écarté d'une brillante carrière, vint s'établir en cabinet de radiologie à Roubaix. Ces années passées loin de l'agitation parisienne furent propices à la réflexion et à la « cristallisation » des idées novatrices de ce découvreur. **Révision du dogme du double cycle cellulaire.**

1963-1970

Il avait été admis au début du siècle dernier que la cellule exerce alternativement un rôle fonctionnel et un rôle générateur de cellules-filles, comme l'homme qui exerce ce double rôle.

1963

En réalité, les cellules qui travaillent et les cellules qui se divisent ne sont pas les mêmes. Au modèle anthropomorphique il fallait substituer

le modèle animal, comme celui d'un essaim d'abeilles où la reine est génératrice et sans activité alors que les ouvrières sont fonctionnelles et infécondes. L'autoradiographie par fixation de tritium sur l'ADN cellulaire confirma que « en processus normal une cellule-mère se divise en deux cellules-filles dont une seule pourra se diviser par la suite. » Ce bouleversement du principe fondamental de la biologie cellulaire fut validé par une note discrète qui passa inaperçue dans la presse scientifique (PM 12-X-1968). La même méthode démontrait aussi que la cellule cancéreuse donne naissance à deux cellules-filles qui, comme les cellules embryonnaires, sont toutes deux génératrices. Gernez crut que l'évidence était contraignante et que, confirmation expérimentale acquise, le bouleversement scientifique s'imposerait de lui-même. Ce ne fut pas le cas.

1965

En 1965, Madame Escoffier-Lambiotte, chroniqueuse médicale très connue en France, le pressa de publier car les implications de cette découverte sur la pathogénie, la prévention et la thérapie des cancers étaient importantes.

1966

Gernez reporta sa décision à 1966, espérant que le Congrès International du cancer, de Tokyo dévoilerait aux chercheurs du monde cette avancée scientifique. Le congrès s'acheva sur un constat d'échec !

Cet appel, enregistré à la télévision, fut interdit d'antenne dans l'heure précédant sa diffusion programmée ; cependant, adressé simultanément à la presse écrite, nationale et internationale, il parut dans quatorze pays. Les murs de la forteresse furent ébranlés et la brèche fut profonde ; elle fut colmatée dans l'urgence et la panique ; les cancérologues-pompiers maîtrisèrent l'incendie qui s'éteignit en six semaines.

1972

En 1972 s'achève la série d'expérimentations animales réalisées par l'INSERM dans le service de toxicologie du professeur TRUHAUT pour vérifier les fondements et les retombées en matière de prévention active du cancer découlant des publications du docteur Gernez.

Le docteur GAK, chargé de ce contrôle, annonce au docteur Gernez qu'elles confirment totalement les bases et les résultats prometteurs annoncés par Gernez. Il précise avoir instruction de les maintenir secrets ; ils seront même ultérieurement officiellement niés.

1973

Après un entretien à Genève avec le directeur de la cancérologie de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Monsieur Charles GEFFROY, dans un opuscule « Comment éviter le Cancer... » tiré à un million d'exemplaires, révèle au public la procédure diététique et médicamenteuse préconisée par le docteur Gernez. Prévalence des individualismes sur l'éthique.

C'est alors que, le docteur J. RIPOCHE, en charge du dossier au ministère de la santé, décide de révéler les résultats des expérimentations réalisées depuis plusieurs années dans le secret.

Le ministre lui-même, initiateur de cette décision, Monsieur Poniatowski, sera censuré et son successeur niera l'existence de ces expérimentations.

La raison invoquée, le 9 décembre 1973, par le directeur général de la santé publique est qu'une application de cette procédure préventive, en accroissant la longévité moyenne de sept années en cas de généralisation, rendrait insoluble le problème déjà difficilement résolu de l'hébergement des gens âgés dans les hospices.

1974

L'année suivante, en 1974, le maire de Florence, où se tient le Congrès International de Cancérologie, décide de dénoncer dans son discours inaugural le « mur du silence et de la honte. »

Il est destitué trois jours avant le congrès et remis dans ses fonctions après le congrès. La brèche faite par la presse italienne dénonçant le scandale est colmatée et sa diffusion par Politika Express en Europe de l'Est fait l'objet d'une intervention diplomatique en Yougoslavie.

Cette même année, le monde politique s'impatiente ; de tous bords politiques, les hommes d'état tentent de remédier à la situation ; devant l'ampleur du « problème » ils abandonnent tous.

Seul, monsieur Alain POHER, Président de la République par intérim et Président du Sénat persista. Il reçut le docteur Gernez et le docteur Delahousse à cinq reprises en trois mois à l'Elysée. Ce scientifique honnête convaincu de mener le dossier à son terme en franchissant un simple obstacle prit conscience au fil des semaines qu'il constituait un « Everest », obstacle insurmontable en France.

Convoqué pour un ultime entretien, le docteur Delahousse remit le dossier en présence du Président Poher, à monsieur Berthouin, ministre plénipotentiaire de France qui partit aux USA.

1975

Peu après, le Président Valéry Giscard d'Estaing, accompagné du professeur Jean Bernard rencontrait le Président des USA Gérald Ford dans une brève entrevue à la Martinique.

Faut-il établir un lien entre le voyage de monsieur Berthouin, du président Giscard d'Estaing, de l'introduction dans le plan national du cancer américain du principe de la prévention active (« prévenir l'établissement de tumeurs à partir de cellules déjà capables de former des cancers »), de l'annonce par les USA que « en matière de cancer, nous sommes entrés dans l'ère de la victoire. »

Est-ce à ce moment que fut décidée la première expérimentation préventive dont le peuple américain bénéficie aujourd'hui ?

Le docteur Gernez et le groupe de biologie n'en surent rien. Pour eux, ce fut le « lock out ».

Dès lors, le docteur Gernez fut soumis à des pressions multiples et même au chantage sur son instrument de travail professionnel. Sans

audience dans la presse médicale ou générale, écrite ou télévisée, il poursuit son combat en entretenant une correspondance avec quelques notabilités médicales qui malgré leurs convictions affichées ne parvinrent pas à rompre le mur du silence.

Reconnaissance internationale

1979

L'étranger ne reste toutefois pas inactif.

Le Japon, après avoir testé la procédure sur 250000 volontaires, la généralise avec pour résultat une décroissance de la morbidité cancéreuse.

Les Etats-Unis abandonnent la voie virale en détruisant le « Hot Laboratory » de recherche du virus cancer et adoptent la voie orthoplasante gernezienne.

En Europe, dans un nouvel effort de rupture du « mur du silence » qui devient insupportable, à l'unanimité du kuratorium composé de Prix Nobel la « Hans Adalbert Schweigart-Medaille » est décernée solennellement le 17 juin 1979 à Salzbourg (Autriche) au docteur André Gernez. Presque toute la presse française en censure l'information.

Les maladies dégénératives

Encore fallait-il ajouter à ces corrections celle d'un autre dogme enchâssé depuis un siècle dans l'enseignement doctrinal et faisant obstacle à tout progrès dans cette voie, à savoir l'absence de neurogénèse après la naissance. **Révision du dogme de la neurogénèse**

Au début du siècle dernier, Ramon y Cajal introduisait en biologie une donnée erronée que son autorité transforma en dogme inviolable, incontesté, pilier de l'enseignement neuro-biologique et ainsi formulé : « les structures nerveuses sont fixées et immuables à la naissance ; tout peut y mourir, rien n'y peut régénérer. »

Dès 1970, Gernez, Delahousse, Lacaze, Dumont (thèse Lille) et Deston récusèrent ce dogme. Ce fut considéré comme une profanation accueillie dans l'incrédulité générale. En 1995, ce « nouveau concept » est validé.

La Sclérose en plaques

Reprenant l'étude pathogénique de cette maladie à la lumière de cette donnée nouvelle, le groupe de biologie définit le mécanisme de la « Sclérose multiple », démontrant que cette affection mystérieuse, véritable « défi à la science », n'est autre que la myélinite mortelle de l'enfance qui acquiert des caractères particuliers quand elle survient chez l'adulte jeune.

Il en découle une procédure de traitement qui, quinze années plus tard et en dépit de l'appui du ministère de la santé (Docteur Reyrole), du président de la National Academy of Sciences (Philip Handler) et de l'inlassable action des malades sclérosés (D. Turbant), n'est ni appliquée ni même publiée.

La Schizophrénie

Parmi les maladies dégénératives, la Schizophrénie est la plus dégradante pour la personne humaine, la plus angoissante pour l'entourage par sa composante héréditaire et la plus lourde pour la société qui finit par avoir la charge de 200 millions de malades mentaux dans le monde, dont plus de 20 millions sont internés. Le groupe démontre que son déterminisme n'est ni physique ni psychique mais structural par viciation des connexions cérébrales se manifestant au terme de l'organogénèse cérébrale.

Cette pathogénie structurale est divulguée au congrès international de Vienne en juillet 1983. La réaction du représentant français à l'OMS est violente mais n'empêche pas la conversion de Bryan Léonard, autorité mondialement connue en la matière.

L'année suivante, ce dernier vient en France annoncer qu'il abandonne la voie chimique qui s'avère incapable de résoudre le

problème posé par la Schizophrénie et qu'il se rallie à la théorie structurale. Celle-ci est officialisée par le professeur Tassin (Collège de France) en 1985. En dépit de l'autorité internationale de ces auteurs, de nouveau un silence concerté s'abat sur ces propositions qui, à peine émises, sont étouffées dans l'information médicale, interdisant la sanction thérapeutique qui en découle.

Myopathie de Duchenne ou myopathie progressive

Le même silence concerté et la même censure de l'information interdisent à des nouveaux-nés de sexe masculin l'accès à un traitement préventif simple de cette effroyable maladie dont l'incurabilité est actuellement totale. Elle finit par les tuer dans un tableau d'asphyxie progressive qui paralyse les muscles respiratoires.

Confondant, pour cette maladie transmise par les filles et frappant les garçons, un facteur conditionnant avec un facteur déterminant, l'establishment scientifique s'applique à définir la viciation du gène féminin en oubliant que c'est le chromosome masculin qui est déclenchant.

Mis en face de sa méprise, il bloque les voies de publication sous des prétextes où, de nouveau, la nécessité de sauver la face prévaut sur celle de sauver le malade. Les actions entreprises par le groupe de biologie et les familles concernées n'arrivent même pas, à ce jour, à franchir le barrage.

Athéromatose

L'obstruction va culminer avec l'athéromatose.

Cette maladie est la cause principale de la mortalité (infarctus du myocarde, ictus cérébral) et la plus grande pourvoyeuse de handicaps majeurs (paralysie, hémiplégie, aphasie). Responsable chaque année de 230 000 décès en France et de 985 000 aux USA, le quart de la population américaine est destinée en 1983 à être affecté par une maladie cardio-vasculaire.

Elle est considérée unanimement comme le résultat d'un encrassement de la paroi interne de l'artère.

Gernez démontre que la lésion initiale n'est nullement située dans cette tunique interne mais bien dans la tunique moyenne de l'artère et que, de surcroît, elle est de nature non pas métabolique mais tumorale. Gernez en réfère alors aux plus grands spécialistes en la matière qui lui enjoignent de publier. Il n'y parvient pas et, à leur grande surprise, ces spécialistes non plus. Cette redécouverte d'une notion classique fait alors l'objet d'un mémoire adressé à l'Académie de Médecine en 1985 (Président Lemaire).

Le professeur MILLIEZ quitte alors le Comité National d'Ethique en 1986 et parvient à faire publier « Cancérisation athéromateuse » dans une revue qui disparaîtra aussitôt (Objectif Santé – Edition Maloine). Le relais sera repris néanmoins en février 1987 par la revue « Tensiologie » : « Cancer, athéromatose, même combat » et l'officialisation finalement obtenue au congrès de Kyoto en 1988.

Curieusement, de cette reconnaissance ne sera tirée aucune application pratique alors que ce bouleversement ouvre enfin la voie à une procédure de prévention active dès lors que le caractère tumoral de la maladie vasculaire rentre dans le cas de la cancérose générale et devient à ce titre justiciable de la même procédure préventive.

On ne peut clore ce mémoire sans évoquer brièvement plusieurs problèmes actuellement pendants dont les solutions acquises supportent des délais d'application que l'expérience démontre être imprévisibles.

Asthme et allergie

L'enfant présente à la naissance une période dite de « tolérance immunitaire » qui permet à l'organisme de reconnaître et de tolérer par la suite sans réagir, tout au long de sa vie, ses propres constituants et ceux de l'environnement avec lequel il est destiné à vivre.

Si pendant cette brève période de quelques semaines on réalise autour du nourrisson une « bulle stérile » éliminant le contact avec

poussières, pollens, spores, acariens, moisissures, poils, plumes, germes, l'enfant réagira ultérieurement à leur présence quand son système immunitaire deviendra mature et fonctionnel.

C'est le fait du modernisme actuel des conditions péri-natales que caractérise une asepsie systématique.

La solution est aussi simple qu'efficace et de surcroît (peut-être faut-il le regretter) sans incidence économique.

Grefe d'organes

Cette même période de « reconnaissance-tolérance » post-natale offre la solution du problème grave et harcelant que constituent les greffes d'organes en attente.

Pour France-Transplant, qui en établit le fichier, « 40 000 donneurs sont nécessaires pour que l'on puisse trouver le donneur compatible avec chaque cas en attente. » Et encore faut-il que ce donneur potentiel accepte.

Autant dire que cette voie aboutit à une impasse.

Plus réaliste et plus simple est de mettre à profit la période de reconnaissance-tolérance immunitaire pour réaliser des greffes d'organes définitivement tolérées sans nécessité de recourir aux immuno-suppresseurs dont les effets à long terme sont connus.

Le Canada (Hospital for sick children. Toronto) vient de confirmer brillamment l'efficacité de cette voie en greffant des cœurs à des nouveaux-nés, sans considération pour les groupes sanguins, sans immuno-suppression, avec une parfaite tolérance.

La proposition d'élargir à l'ensemble de la population adulte le bénéfice de cette tolérance allégée de toute contrainte comporte une procédure simple et anodine. Elle consiste à nantir les individus, à leur naissance, d'un lot de donneurs potentiels volontaires dont la compatibilité des organes leur sera définitivement acquise par le contact post-natal avec un pool des cellules sanguines de ces donateurs volontaires, quel qu'en soit le nombre.

Le ministère souhaite en faire « bon usage » (12-11-2002) ; le directeur de l'Institut de la longévité, chargé de sa réalisation, considère, quant à lui, que « cette approche, quoique séduisante », se heurte à des obstacles financiers et éthiques. Il reste aux candidats à la greffe d'organes à cultiver la patience.

La faillite du clonage. La biologie évolue comme la mode féminine. C'est aujourd'hui le « génomisme » qui a envahi tous ses domaines. Il attribue au génome la commande de la cinétique divisionnelle de la cellule.

La réalité est que le génome a pour seule fonction de différencier la cellule alors que sa division est sous la dépendance du centriole situé dans le cyto-plasme et non dans le noyau auquel il est accolé. De sorte qu'on observe et on obtient des divisions de cytoplasmes sans noyau mais jamais de noyaux sans cytoplasme.

Le clonage, qui consiste à transférer un noyau dans un cytoplasme adoptif devrait réussir dans 95 % des cas avec un rebut expérimental de 5 %. Or on observe le contraire et toutes les équipes s'exaspèrent, parfois jusqu'à la falsification qu'illustre l'actuelle « affaire Hwang » en Corée du Sud.

La réalité, prosaïque, est qu'en aspirant le noyau, il arrive que la pipette aspire en même temps le centriole qui lui est accolé.

Que de temps, d'énergie, de crédits, d'espoirs gâchés par la simple et dérisoire inobservance d'une donnée au demeurant classique, méconnue ou oubliée !

La maladie de Parkinson

La révision dogmatique obtenue en ce qui concerne la neurogénèse post-natale ouvre la voie à la solution de processus figés comme la maladie de Parkinson. Elle deviendra urgente au fur et à mesure que s'accroîtra son incidence avec le développement de la campagne anti-tabac drastique entreprise en Europe, le tabagisme constituant un facteur de protection qui, bien que relatif, est statistiquement établi (50

%), nonobstant tous ses inconvénients, et dont l'éradication doit dorénavant être intégrée à l'urgence actuelle. Or la maladie résulte de l'extinction progressive des neurones sécrétant la dopamine.

L'administration compensatrice de cette substance pallie temporairement cette carence sans stopper la maladie qui se manifeste, majorée après quelques années, dans l'irréversibilité.

Le but est de rétablir l'équilibre de la boucle de régulation qui régit le tonus musculaire (boucle nigro-striée).

La stratégie actuelle y procède en intervenant sur l'élément nigrique de la boucle dont elle compense la carence sécrétoire. Elle y parvient avec un résultat non négligeable mais temporaire du fait que cette substitution provoque, au terme de 5 – 7 années l'extinction de la sécrétion dopaminique naturelle.

La stratégie proposée consiste à intervenir sur l'autre élément de la boucle, le striatum récepteur de la dopamine. Elle ne présente pas l'inconvénient sus-dit et ce contrôle de la régulation n'est ni chirurgical ni chimique mais souple et réglable à volonté.

Des constats chirurgicaux involontaires apportent de manière inattendue une validation de cette stratégie que l'appareillage actuel permet de banaliser.

La maladie d'Alzheimer

Cette maladie va, elle aussi, voir son incidence s'accroître avec l'éradication du tabagisme qui, pour justifiée qu'elle soit, constitue le seul facteur protecteur dont le ratio statistique est de 20 %.

L'accélération de la morbidité qui va en résulter implique de précipiter la solution car, le diagnostic posé, la maladie est et restera incurable.

Elle résulte en effet de la disparition des cellules limbiques porteuses de la mémoire sémantique qui sont irremplaçables ; toute substitution par des neuro-blastes se heurterait à l'atrophie des sites concernés et à l'impossibilité d'en reconstituer l'apprentissage d'une réalité vécue par le malade et à jamais disparue.

Ce tarissement prématuré de la réserve neuroblastique est consécutif à l'accumulation de facteurs neurotoxiques et neurolytiques dont l'élimination est aujourd'hui utopique car elle arriverait trop tardivement pour résoudre le problème posé aux générations actuelles. Lorsque la maladie s'exprime cliniquement, le tarissement muet de la réserve neuro-blastique est en effet en cours depuis des décennies.

Il est alors illusoire, donc inutile, de freiner une cinétique divisionnelle neuro-blastique devenue inexistante.

La solution, la seule qui soit biologiquement cohérente et de surcroît simple d'application, consiste à procéder systématiquement à ce freinage dans les groupes à risque : démence familiale, trisomie 21, traumatismes crâniens, hypothyroïdie, dépression et à l'étendre à la population générale quand l'expérience aura démontré son absence d'effets secondaires et son innocuité.

Conclusion

2005

Les vérités scientifiques finissent toujours par s'imposer, parce que « la vérité ne triomphe jamais, mais ses ennemis finissent par mourir » (Max Planck).

Les révisions dogmatiques introduites par le docteur Gernez et le groupe de biologie accèdent l'une après l'autre au classicisme après un long cheminement nécessaire au maintien de la stabilité professionnelle et sociale considérée comme prioritaire.

C'est ainsi qu'il aura fallu des décennies (1968 – 2005) pour que le fondement même de la biologie, le principe de l'alternance génératrice et fonctionnelle de la cellule, soit officiellement remplacé par le couple cellule génératrice et cellule fonctionnelle inféconde. L'Europe vient de l'officialiser.

Certes, les cheminements ont divergé au cours de cette période probatoire et opaque, aboutissant par exemple à ce que la

cancérisation régresse chaque année de 1,1 % aux USA pendant qu'elle s'accroît de 63 % en France pendant la même période.

Le temps serait-il venu de replacer le malade à la place qui lui revient légitimement, la priorité ?

2006 - 2008

Réalisation de deux films par Jean-Yves Bilien portant sur l'ensemble des travaux du Docteur André Gernez. Ces films ont été intitulés : « Le Scandale du Siècle », en considération du grand nombre de personnes qui auraient dû être soignées depuis les années 1970 grâce aux découvertes et propositions du Docteur André Gernez, et qui sont mortes, tandis que les Pouvoirs Publics et les Autorités Médicales, pourtant régulièrement informées de l'existence de ces solutions, ont obstinément refusées de les prendre en considération. La loi du silence a prévalu et prévaut encore. Mais ces films ont permis de faire connaître le Docteur André Gernez et ses travaux, et de reprendre l'action en vue de leur reconnaissance.

17 novembre 2007

Le Docteur André Gernez a reçu la Médaille d'Or de la Société d'Encouragement au Progrès au Sénat à Paris.

27 juin 2010

Création de l'Association Pour André Gernez (APAG).

7 juin 2011

Création de l'Institut International André Gernez (2IAG).

La maladie d'Alzheimer (suite)

Octobre 2012

Le Docteur André Gernez publie un texte intitulé « Alzheimer – Epilogue », dans lequel il met en évidence une cause majeure de l'épidémie d'Alzheimer.

L'absence d'instruction, d'éducation et de pratique religieuses pendant l'enfance, moment de formation au niveau du cerveau limbique de la fonction religieuse, entraîne une hypoplasie du cerveau limbique, qui favorisera le développement de la maladie d'Alzheimer à la sénescence.

Le Docteur André Gernez indique que le vote et l'application des lois laïques de la fin du XIXème siècle constituent un facteur déclenchant de l'épidémie active sur une large partie de la population, propre à expliquer que l'Alzheimer, maladie rare au XIXème siècle, puisse être maintenant si répandue.

26 octobre 2012

Le Docteur André Gernez a reçu la Grande Médaille d'Or de la Société d'Encouragement au Progrès au Sénat à Paris.

16 novembre 2012

Le 16 novembre 2012, dans le cadre des activités de l'Association Pour André Gernez, un entretien avec le docteur André Gernez, interrogé par le docteur Jacques Lacaze, a été filmé.

Divers sujets ont été abordés et en particulier le dernier texte d'octobre 2012 du Docteur André Gernez, intitulé : Alzheimer - Epilogue, où il met en évidence une cause majeure de l'épidémie d'Alzheimer.

28 février 2013

Le jeudi 28 février 2013 a été organisée une conférence de presse à la Mairie de Marcq-en-Barœul sous le haut patronage de Monsieur Bernard Gérard, Député Maire de la ville. Le Docteur André Gernez a reçu, à cette occasion, la médaille d'honneur de la ville de Marcq-en-Barœul. Aucun journaliste n'a répondu à l'invitation, aucun n'a assisté à la conférence de presse.

25 juin 2013

Ni Légion d'Honneur, ni Prix Nobel pour le Docteur André GERNEZ

Monsieur Pierre CHANOINE-MARTIEL Président de la Société d'Encouragement au Progrès, la Société qui a décerné au Docteur André GERNEZ sa grande médaille d'or 2012, a demandé au Président de la République que la Légion d'Honneur soit donnée au Docteur André GERNEZ et que la France présente officiellement sa candidature pour le Prix Nobel de biologie et de médecine.

L'APAG a répondu à sa sollicitation de soutenir cette demande par la signature de bulletins de soutien, d'autant plus volontiers que certains de nos adhérents nous avaient déjà suggéré d'en faire la demande.

Nous remercions les personnes qui en France et à l'étranger ont souhaité soutenir le Docteur André GERNEZ et lui témoigner leur estime. Environ 450 bulletins ont été recueillis en trois mois et envoyés le 4 juin 2013 au Président de la République.

Le 25 juin 2013, Monsieur Pierre BESNARD, chef de Cabinet du Président de la République, a répondu : « (...) il n'est cependant pas possible d'y réserver une suite favorable ».

Il n'y aura donc ni Légion d'Honneur ni Prix Nobel décerné au Docteur André GERNEZ.

Novembre 2013

Un peu plus d'un an après la publication de l'« Épilogue Alzheimer », le Docteur André Gernez a publié son dernier texte intitulé « Biologie et Pathologie de la Fonction Religieuse ». Dans cet écrit il a synthétisé ses théories sur la Biologie de la Fonction Religieuse et sur la maladie d'Alzheimer. Il a expliqué la cause majeure, mais non unique, ayant conduit à faire d'une maladie rare au XIXème siècle, une épidémie massive au XXème siècle, localisée principalement dans les pays Occidentaux.

Ce texte est paru intégralement le 19 janvier 2015 aux Éditions Fiat Lux.

8 janvier 2014

Décès du Docteur André GERNEZ

Pour plus d'informations :

Sites internet :

gernez.asso.fr/

prevention-cancer.net

Livres :

Pour une politique publique de prévention active des cancers

Editions de la Nouvelle Renaissance

ISBN : 979-10-90630-00-0

Les maladies dégénératives

Editions kontre kulture

ISBN : 978-2-36725-041-0

Biologie et pathologie de la fonction religieuse

Editions Fiat Lux

ISBN : 979-10-91157-07-0

Prévention active du cancer

du Dr André Gernez

Conseils d'alimentation

Le repas s'effectue entre 13 et 15 h (heure solaire) et dure 30 minutes minimum. Bien mâcher.

Boire le moins possible en dehors des repas.

Facultatif :

Ne pas avaler toute la nourriture mâchée.

Aliments à consommer :

- Chou, brocoli, légumes rouges, salade, préparation vinaigrée, avocat, graines germées, fromage blanc et yaourt 0%, ail, persil, menthe, huile de noix et coco, lait d'amande, mélange œuf citron.
- Fruits crus ou secs l'après midi en cas de petite faim.

Aliments à éviter :

- Sucre lent : pain, pâtes, riz... et sucre rapide : sucreries...
- Sel, matière grasse animale, alcool, thé, café

Préparations :

- Mélange œuf citron : le soir, mettre un œuf propre entier dans un verre et couvrir avec du jus de citron. Laisser agir la nuit. Le lendemain, retirer délicatement l'œuf, mélanger le jus et boire pendant le repas.
- Lait d'amande pour remplacer le lait : Prendre 35 g d'amande blanche (amande sans la peau, retirée par trempage) que l'on mixe avec 200 cl d'eau.

Prévention active du cancer du Dr André Gernez

Cure de 30 jours avec une marche matinale au grand air et une alimentation contrôlée.

Une fois par semaine

- Vitamine A, A313 : 2 capsules molles

Du premier au 20^{ème} jour :

- Aspégic 250 : 1 sachet le matin
- Vitamine E 500 : 1 capsule par jour
- Granion de sélénium : 1 ampoule le matin
- Vitamine C 1000 : 1 comprimé dans la matinée
- Delbiase : 2 comprimés matin
- Cémaflavone : 2 ampoules le matin

Facultatif :

- Maxilase : 2 comprimés matin et soir
- Silicium organique G5 flacon : 1 dose par jour

Du 21^{ème} au 27^{ème} jour inclus :

- Colchicine : 1 comprimé le matin dans un verre d'eau

Les 27 et 28^{ème} jour :

- Cortancyl 1mg : 1 comprimé au matin dans un demi verre d'eau

Les 28 , 29 et 30^{ème} jours :

- Méthotrexate 2,5 mg : 3 cp dans un grand verre d'eau

Déclaration du Docteur André Gernez au sujet du documentaire « Secrets de longévité ».

« Les faits, présentés dans le film, sont issus d'un travail rigoureux et indiscutable. Ils confirment totalement ce que j'ai écrit et proposé depuis la fin des années 60, concernant la prévention et le traitement des maladies dégénératives.

La diminution du facteur de croissance IGF1 peut être très facilement obtenue par une action sur l'hypophyse permettant le tarissement de la sécrétion d'hormone de croissance.

On ne peut plus reculer. Les personnes frappées par un cancer, celles qui démarrent une maladie d'Alzheimer ou une sclérose en plaques ou une schizophrénie en particulier, ont le droit de bénéficier d'une action thérapeutique efficace permettant une guérison définitive.

Une irradiation de l'hypophyse avec une dose très faible de 12,5mCi ou son isodose, permet d'obtenir ce tarissement de l'hormone de croissance. Cette action peut être réalisée en ambulatoire par un radiothérapeute, ou par l'utilisation des appareils de haute technologie: Gamma Unit ou Stéréo GIHF. Cela a été démontré par le Professeur Schaub.

Pour ces millions de personnes, c'est urgent et rien ne peut justifier un attentisme quelconque ».

Dr André Gernez

En 1905, Einstein posait l'équation établissant l'équivalence entre la matière et l'énergie :

$E = mc^2$ dans laquelle E représente l'énergie, m la masse et c la vitesse de la lumière.

Physicien né à Ulm en 1879, naturalisé américain en 1940, ALBERT EINSTEIN est mort en 1955. Il est incontestablement le plus grand savant de notre temps. Sa théorie de la relativité, en particulier, a marqué un important tournant dans l'évolution de la science moderne. Il reçut en 1921 le Prix Nobel de physique.

Dans cet ouvrage sur La Relativité, l'auteur expose les fondements de sa découverte. Il montre comment une théorie de la relativité du temps doit modifier la théorie de la gravitation universelle (Newton) : en effet, le temps n'est pas quelque chose d'absolu et son écoulement n'est pas toujours le même, suivant les systèmes de référence que l'on considère.

ALBERT EINSTEIN

LA RELATIVITÉ

La Théorie de la Relativité restreinte et générale

La Relativité et le problème de l'espace

La règle rigide en mouvement est, par conséquent, plus courte que la même règle au repos, et d'autant plus courte que son mouvement est plus rapide. Pour la vitesse

$$v = c \sqrt{1 - \frac{v^2}{c^2}}$$

serait égale à zéro ; pour des vitesses plus grandes encore, le radical serait imaginaire. Nous en concluons que dans la Théorie de la relativité la vitesse c joue le rôle d'une vitesse limite, qui ne peut être atteinte par aucun corps réel, encore moins dépassée.

Il en tira la conclusion que « les vitesses supérieures à celle de la lumière n'ont aucune possibilité d'exister », rejetant ainsi « toute vitesse dépassant celle de la lumière qui joue le rôle de vitesse limite qu'il est impossible d'atteindre et encore moins de dépasser, insensible aux conditions dans lesquelles elle jaillit comme aux conditions dans lesquelles on la reçoit et qui traverse l'espace à une vitesse constante ».

Pour péremptoire qu'elle soit, cette conclusion se heurte à une évidence ; à savoir qu'on ne peut introduire une impossibilité dans une équivalence.

L'équation fondamentale $E = mc^2$ n'est légitimée et validée que par l'existence d'une vitesse de la lumière de beaucoup supérieure (c^2) à celle qui est postulée comme infranchissable (c).

Curieusement, la conclusion einsteinienne ne tient pas compte de la « relativité » de l'observation.

Il en est en effet de la lumière ce qui en est du son ; c'est une donnée sensorielle spécifique de l'observateur et de son instrumentation.

C'est ainsi que le son audible par l'homme reste perçu par des animaux quand sa fréquence atteint l'ultra-son :

Fréquence (en hertz) des sons audibles : 20 à 20 000.

Infrasons : moins de 20. Ultrasons : 15 000 à 20 000.

(entendus par certains animaux : chat : 40 000 ; chien :

80 000 ; chauve-souris : 120 000).

De même, pour l'observateur, la lumière devient obscurité quand devenant ultra-lumière, elle quitte son champ de perception en progressant de c à c^2 avec une pénétration qui

va de la radiation alpha (arrêtée par une feuille de papier) jusqu'au neutrino (qui traverse la matière sans laisser de trace).

Cette ultra-lumière indécélable constitue l'essentiel de l'univers apparent ou déductible de l'équivalence einsteinienne :

- C'est la **matière noire**, « masse cachée » qui occupe 3 % de l'univers non identifié.

MATIÈRE NOIRE (OU MASSE CACHÉE)

Les observations (depuis Fritz Zwicky (Suisse , 1898-1974) en 1933) des galaxies suggèrent que 90 % de la matière qui compose les rassemblements d'étoiles échappe aux instruments des astronomes. La masse des étoiles et des nuages interstellaires de gaz et de poussières visibles ne représente en effet que 10 % de celle nécessaire pour que les galaxies soient en équilibre dynamique. Cette matière invisible est indispensable pour les empêcher de se disperser.

→ 96 % de l'univers restent non identifiés par les scientifiques

La matière noire hante l'univers

« *Tout se confirme : il y a un problème.* » Le cosmologiste Marc Lachieze Rey, du laboratoire « Plasmas, gravitation, cosmologie » (CEA-CNRS), résume d'une façon lapidaire le brouillard dans lequel erre l'astrophysique contemporaine. Mais de quoi est donc fait l'univers ? Les batteries de détecteurs souterrains, de satellites traqueurs de gerbes cosmiques et autres télescopes ultra-puissants échouent dans leurs missions d'exploration des confins de l'univers. Plus exactement, leurs calculs et mesures visant à palper et peser la masse de l'univers butent sur le même résultat aberrant : l'univers visible, celui fait d'étoiles, de galaxies et d'amas de galaxies, ne représente qu'un minuscule 1 % de la masse de l'univers. À cela, il faut ajouter 3 % de matière invisible mais désormais connue : les planètes, trous noirs, neutrinos, nuages de gaz chauds, etc. Le compte est vite fait : 96 % de l'univers restent non identifiés !

- Ce sont les **trous noirs**, nodules ultra-lumineux hyperdenses de la matière noire, générés par la confluence des courants de l'entropie du milieu.

■ **Trou noir** Région de densité extraordinairement forte : aucun rayonnement, aucune matière ne peut s'en échapper. Les trous noirs eux-mêmes sont donc impossibles à détecter. Mais leur présence se manifeste par l'attraction irrésistible qu'ils exercent sur la matière des étoiles voisines (ils la « pompent »). Quand ils attirent du gaz stellaire, l'accélération auquel il est soumis déclenche l'émission de rayon X. Certaines émissions de rayon X dans l'Univers peuvent donc être considérées comme le signe de la présence d'un trou noir. On ignore ce que devient la matière absorbée par le trou noir : on a avancé qu'elle réapparaîtrait sous forme de « trous blancs » en d'autres régions de l'Univers.

- Ce sont les **galaxies**, formées par la convergence des courants : tornades dont le centre du disque absorbe tout sur son passage jusqu'à ce que le calme de « l'œil du cyclone » en restitue les particules énergétiques à l'univers.
- Ce sont les **étoiles**, naissant de la collision de ces courants dont la vitesse (320 000 km/h) ... excède la vitesse « autorisée » de la lumière (299 792 km/s).

Selon une image enregistrée le 16-10-1994 par *Hubble*, une collision frontale s'est produite dans la galaxie du Chariot à 500 millions d'années de lumière de la Terre dans la constellation du Sculpteur, créant un « tsunami cosmique » se propageant dans l'univers à 320 000 km/h et entraînant la naissance de plusieurs milliards d'étoiles.

[Note de l'APAG : la vitesse de 320 000 km/h est bien entendue nettement inférieure à la vitesse de 299 792 km/s. Nous en avons fait la remarque au Docteur André Gernez qui s'est contenté de répondre : « Il s'agit d'une coquille, c'est 320 000 km/s ».]

Les problèmes annexes, tels la constance de la lumière dans le « vide », son invariance cumulative, le vide lui-même, le décalage spectral, les radiogalaxies et l'univers résiduel échappant à notre perception sensorielle, instrumentale ou indirecte trouvent leur déterminisme dans l'**ultra-lumière**.

Connaître la nature de l'énergie noire

Quelle est l'énergie qui accélère l'expansion de notre univers ?

De quoi sont faits les 90 % de matière qui ne sont pas visibles ?

Nouvelles particules, énergie du vide ou nouvelle physique...

OCTOBRE 2004 – SCIENCES ET AVENIR

« L'**ultra-lumière** répond : **les trois**. »

ULTRA LUMIERE

*

* *

L'ULTRA-LUMIÈRE ®

Au terme d'un siècle (1905) d'investissement conceptuel et matériel colossal, l'astrophysique fait son bilan.

C'est un constat d'échec.

L'univers visible « *ne représente que 1 % de la masse de l'univers* », la matière invisible 3 %, le reste est inconnu.

L'énigme est totale, « *le mystère résiste à toutes les auscultations* » et le doute s'installe sur les fondements même de la discipline.

SCIENCES : Les énigmes du XX^e siècle

La Croix, mardi 3 août 2001. Quotidien n°36809.

« *Tout se confirme : il y a un problème.* » Le cosmologiste Marc Lachieze Rey, du laboratoire « Plasmas, gravitation, cosmologie » (CEA-CNRS), résume d'une façon lapidaire le brouillard dans lequel erre l'astrophysique contemporaine. Mais de quoi est donc fait l'univers ? Les batteries de détecteurs souterrains, de satellites traqueurs de gerbes cosmiques et autres télescopes ultra-puissants échouent dans leurs missions d'exploration des confins de l'univers. Plus exactement, leurs calculs et mesures visant à palper et peser la masse de l'univers butent sur le même résultat aberrant : l'univers visible, celui fait d'étoiles, de galaxies et d'amas de galaxies, ne représente qu'un minuscule 1 % de la masse de l'univers. À cela, il faut ajouter 3 % de matière invisible mais désormais connue : les planètes, trous noirs, neutrinos, nuages de gaz chauds, etc. Le compte est vite fait : 96 % de l'univers restent non identifiés !

Le mystère résiste à toutes les auscultations scientifiques. Il titille jusqu'à l'agacement les astrophysiciens, suscite quantité d'expériences. Et finirait presque par distiller le doute : et si Newton et Einstein s'étaient trompés ? Encore faudrait-il, avant de destituer les maîtres scientifiques de l'univers, élaborer une contre-proposition à leurs théories de la gravité et de la relativité générale. « *Le modèle dit de concordance de l'univers n'est pas vraiment satisfaisant puisqu'on ignore ces fameux 96 %, pour autant les scientifiques considèrent qu'il fonctionne bien ; l'heure n'est pas à sa remise en cause* », tempère Yannick Giraud-Héraud, du laboratoire de physique corpusculaire et de cosmologie (le PCC) du Collège de France et du CNRS.

L'univers visible, fait d'étoiles, de galaxies et d'amas de galaxies, ne représente qu'un minuscule 1 % de la masse de l'univers.

Le mystère résiste à toutes les auscultations. Et finirait presque par distiller le doute : et si Newton et Einstein s'étaient trompés ?

Le désarroi scientifique actuel implique une révision dogmatique.

PREAMBULE

DES QUELQUES PAGES QUE VOUS ALLEZ LIRE DÉPENDRA PEUT-ÊTRE VOTRE VIE.

**IL EST EN TOUT CAS STATISTIQUEMENT CERTAIN QUE
LA SANTÉ ET
LA VIE D'UN DES VOTRES EN DÉPENDRA.
IL S'AGIT DU CANCER.**

*

Actuellement, sur 100 adultes qui meurent 39 ont été tués par lui ; le vieillard complète le tribut payé à la « sale maladie » par 13 morts sur 100.

La mortalité progresse régulièrement et inexorablement. Elle s'est accrue de 20 % dans la décennie 1950-1960 (Statistiques de l'O.M.S.), de 5 % supplémentaires dans l'intervalle 1960-1966. Chaque année, le cancer bat le record de mortalité qu'il atteignait l'année précédente.

Déjà en 1922, le cancérologue anglais Bainbridge écrivait : « Le problème implique, pour l'espèce humaine, la question d'être ou de ne pas être » (« Le Problème du Cancer » Doin, édit).

Aujourd'hui chacun est concerné, non seulement à cause de la progression de la mortalité cancéreuse, mais parce que, ainsi que le constate le cancérologue Peeters, « fait plus grave encore, les jeunes sont de plus en plus frappés par le mal. Par conséquent, l'âge moyen des cancéreux est en baisse continue ».

Cette progression, dans les pays industrialisés, ne doit pas nous surprendre, puisque les facteurs cancérogènes deviennent sans cesse plus nombreux et plus actifs.

Ces facteurs cancérogènes sont innombrables : radiations, corps chimiques, pollutions, tabac, carences de vitamines, d'oligo-éléments ou autres substances vitales, aliments raffinés ou pollués, produits alcalinisant le sang, « stress », moraux, etc. Chacun de ces agents intervient pour une fraction dans la mortalité générale par cancer et cette responsabilité est expérimentalement démontrée.

En fait, nous baignons littéralement, à longueur d'année dans un océan d'influences cancérogènes, à telle enseigne que notre situation est exactement celle des souris de laboratoire soumises systématiquement par les chercheurs à des facteurs de cancérisation, à des fins d'expérience.

La fréquence de cancérisation naturelle de l'homme est d'ailleurs comparable au taux de cancérisation obtenu chez ces souris dont on provoque artificiellement le cancer...

En face de cette situation, devenue de, préoccupante à angoissante, où en est le combat contre le fléau ?

Les plus grands cancérologues mondiaux se réunissent tous les quatre ans pour faire le point. Le dernier congrès international se tint, en 1970, - retenons cette date - en Amérique, à Houston. Quelle était la situation et quelles étaient les prévisions ?

Ce compte-rendu d'un journal professionnel est éloquent :

« Houston 1970 : Xe Congrès international du cancer »

BEAUCOUP DE BRUIT POUR RIEN?

(Extrait de "Médecine Mondiale")

« Six mille cancérologues dont 200 français, 72 nations représentées, 4000 membres associés, 37 hôtels réquisitionnés, 67 salles de conférences simultanément utilisées, 59 tables rondes, 2300 rapports, 4800 communications libres.

« Ces chiffres objectivent le colossal gigantisme dont, durant deux semaines, a souffert le Xe Congrès international du Cancer qui, après quatre années de gestation, dans le morne ennui de Houston (Texas), devait accoucher d'une souris au milieu de 30 000 m² d'exposition de l'Albert Thomas Convention and Exhibit Center.

« À défaut de découverte originale, inhabituelle dans ce genre de Congrès, les participants auraient souhaité des schémas thérapeutiques nets appuyés sur des statistiques indiscutables. Hélas ! les rapporteurs ne se hasardèrent guère au-delà des sentiers battus, n'abandonnant le plus souvent les généralités que pour l'autocritique, la contestation ou pour souligner les embûches qui barraient la voie aux différentes orientations nouvelles.

« Par instants, ce congrès fut même celui du désespoir et du renoncement. On en vint jusqu'à démontrer l'inutilité de l'ensemble des thérapeutiques employées dans le traitement des cancers du sein tout en conseillant (Philip Strax, New York) leur dépistage précoce et systématique, chez les femmes âgées de plus de 40 ans, à la cadence de 10 femmes à »

Ce fut un constat de faillite, portant sur les trois plans :

- Mécanisme de la cancérisation non élucidé,
- Absence de prévention générale du cancer, même sous forme d'ébauche,
- Incapacité de réduire la courbe de mortalité générale du cancer, et même de compenser son accroissement inexorable.

Ce bilan consternant confirmait la prédiction du grand Nicolle, Prix Nobel français, qui, en 1931, constatait que « le secret du cancer resterait bien gardé, puisqu'il dépasse les capacités du cerveau humain ». C'est pourquoi le congrès de Houston de 1970, dit « de la désespérance et du renoncement », renforce l'installation, la plus confortable possible, dans la défaite, de la part de spécialistes ne croyant plus à rien, reportant à l'an 2030 une victoire hypothétique - délai qui n'engage personne... Un autre Prix Nobel publia en Angleterre, fin de cette année 1970, un ouvrage aussi résigné : « Je ne pense pas que les hommes de notre génération verront la guérison du cancer » Pr J.A. Le Figaro du 27/02/1969.

Or, dix-huit mois plus tard, le Président NIXON annonce que : « Nous sommes entrés dans l'ère de la victoire sur le cancer. »

Le responsable de la lutte anti-cancéreuse américaine, le Pr. Lee CLARK, déclare que la courbe de mortalité cancéreuse va s'effondrer de 15 à 25 % dans un premier temps et à court terme.

Un conseiller du Président des Etats-Unis, M. John ROONEY, précise même la date de la victoire sur le cancer: le 4 juillet 1976, faisant coïncider cette date avec le 200^e anniversaire de l'indépendance américaine...

Qu'est-il donc survenu, en quelques mois, qui bouleverse la situation, transformant la désespérance en optimisme prenant date, le renoncement en une assurance inattendue, la faillite en cri de victoire, et cela aux plus hauts niveaux des responsabilités scientifiques et publiques américaines ?

La succession de quelques faits stupéfiants.

En novembre 1971, le Président de l'Ordre des Médecins du Nord de la France dévoile, publiquement, dans un appel solennel, une révolution tenue secrète dans le milieu élevé et clos de la science médicale. Le texte est trop éloquent pour requérir un commentaire :

APPEL SOLENNEL DU PROFESSEUR GELLE DU 4 NOVEMBRE 1971

Président de l'Ordre des Médecins du Nord

Publié dans ("La Voix du Nord" du 5 novembre 1971)

« Le caractère solennel de cet appel est nécessité par la nature grave de la matière. Il s'agit du cancer.

« Parmi les auditeurs adultes qui m'écoutent, et qui mourront dans l'année à venir, 38 % d'entre eux en seront la victime. Il n'est pas question d'un traitement curatif, mais uniquement d'une prévention de ce fléau. Elle est actuellement basée sur des propositions qui ont été jugées, contrôlées et expérimentées sur des animaux depuis plusieurs années. De sorte que toute attitude dilatoire retire toute chance à la fraction de population qui entre dans l'âge de vulnérabilité.

« Il ne s'agit pas de proposer ou de défendre une thèse, mais de rompre un silence volontairement érigé, concerté et maintenu, sans aucune justification d'ordre éthique, et ce, en dépit de toutes les tentatives.

« En conclusion, le public ne peut plus s'attendre à un cheminement naturel, traditionnel, auquel ces propositions ont déjà été soumises.

« Il s'agit d'un S.O.S., d'un sauve-qui-peut pour la fraction de la population en danger imminent.

« Le Président du Conseil de l'Ordre, conscient de la rigueur des exposés, au courant des multiples témoignages émanant des plus hautes autorités en la matière qui en reconnaissent la valeur, a considéré qu'il était de son devoir de donner son concours et sa garantie morale à une action entreprise en vue de la protection de la santé ; c'est du reste une obligation qui lui est imposée par l'article 47 du Code de Déontologie.

« Chacun, maintenant, doit prendre les responsabilités qu'il croit pouvoir assumer et les moyens d'action qu'il pense à sa portée, sans compter sur l'action du voisin qui risquerait fort d'adopter la même attitude.

« C'est la seule façon d'aboutir rapidement à un résultat. »

Qu'en était-il ? Un médecin français, le Docteur André Gernez, dans des exposés présentés à l'Académie des Sciences, dévoilait le mécanisme de la cancérisation, en résolvait toutes les énigmes, et proposait une méthode préventive, capable d'enrayer le cancer.

Il s'agissait de faire avorter le processus de cancérisation, *dès son début*, sans attendre « le dépistage précoce » qui est toujours trop tardif puisque la tumeur ne devient décelable qu'après de nombreuses années de croissance, au cours desquelles elle reste méconnue et au terme desquelles elle devient irréversible. En attaquant le cancer plusieurs années avant qu'il n'« émerge », c'est-à-dire qu'il ne soit médicalement détectable, on aboutissait « à écraser un gland sans attendre qu'il devienne un chêne ».

Le Docteur Gernez complétait, en outre, sa démonstration en décrivant la stratégie à observer pour détruire le cancer évolué, qui, depuis lors, trouva sa confirmation par l'application à des cas désespérés: (Revue scientifique et médicale : "La Nouvelle Presse Médicale" du 24 juin 1972). Enfin, il résolvait le problème de la variabilité de la cancérisation suivant les espèces animales, problème dont la solution est considérée comme la « preuve par 9 » depuis que le grand cancérologue Oberling en fit le critère de la vérité.

L'incroyable était arrivé : la solution du problème du cancer, stupéfiante par son caractère total et inattendu, reconnue par les autorités scientifiques les plus élevées.

L'invraisemblable suivit l'incroyable. Le sens commun veut que toute lumière, tout progrès susceptible d'être utilisé contre un fléau qui tue un Français toutes les 4 minutes, eût dû être diffusé et exploité dans l'urgence la plus extrême. Il n'en fut rien. Après des années, pas un mot sur la « très grande découverte » reconnue dès 1968 par le Président de l'Académie des Sciences (Section biologie), et aboutissant à une proposition de prévention admise par le Président de l'Académie de Médecine.

Mutisme total dans la presse scientifique.

Qu'advint-il ? Un clan, aussi réduit que puissant, décida et concerta LE SILENCE.

Une formidable pression, à tous les niveaux de l'information, pour maintenir ce silence dénoncé par le Président de l'Ordre des Médecins du Nord, dont l'appel fut étouffé, comme si une consigne avait été transmise pour que soit cachée une révolution scientifique, à l'évidence désintéressée et contrastant avec un scandale dont chacun a le souvenir.

Pourtant, les travaux du Dr Gernez représentaient un immense espoir pour l'humanité, une chance inespérée qu'il n'était pas permis de laisser perdre... Dans les mois qui suivirent, le silence fut maintenu,

mais bien des choses changeaient qui restèrent inconnues du public : des reconversions étaient pratiquées (« Le Quotidien du Médecin du 2 avril 1971), des objectifs de recherche étaient modifiés, des positions scientifiques étaient discrètement quittées sur la pointe des pieds, des contrôles expérimentaux étaient pratiqués dont les résultats restèrent sans diffusion.

Entre-temps, paraissait aux Presses de la Cité, sous le titre : « Le Cancer », un exposé de la méthode préventive proposée par le Dr Gernez, rédigé par M. Georges Beau, en langage accessible au grand public et « La Vie Claire » commençait une enquête (Voir « La Vie Claire ». mars 1972, pp. 4 et 5.).

Quelques mois plus tard, un communiqué américain annonçait que, grâce à de nouvelles méthodes, la mortalité due au cancer allait régresser pour la première fois depuis plus d'un siècle...

Il est stupéfiant de constater qu'une telle information émanant du Pr. Lee Clark, responsable de la cancérologie américaine, annonçant qu'à court terme, dès 1973, des méthodes nouvelles aboutiraient à amputer la courbe de mortalité cancéreuse de 15 à 25 %, alors que celle-ci croissait inexorablement, resta ignorée des services d'information ! Ce communiqué, qui inaugure une ère nouvelle dans la cancérologie, a filtré discrètement dans la presse régionale, plus éloignée et moins soumise aux ukases. On en comprend le caractère furtif quand on songe aux inconcevables responsabilités accumulées par certains depuis des années. (Il est temps de dire clairement et tout haut ce que bien des gens pensent mais ne disent que tout bas.) On prend conscience du même coup de l'inconcevable servilité de certains professionnels de l'information. Comment considérer que le responsable de la cancérologie américaine puisse être censuré !!!

Qu'était-il donc survenu qui justifie une si extraordinaire et si heureuse perspective à court terme, alors que, au même moment, la cancérologie américaine constatait que la mortalité cancéreuse continuait encore sa progression ? ("La Nouvelle Presse Médicale" du 21-10-1972).

Le Plan Américain.

En fait, si les méthodes du Dr Gernez ont été étouffées en France, elles ont visiblement inspiré le « National Cancer Program Plan ». Ce plan américain, qui a reçu l'appui personnel du Président NIXON, avec une dotation supplémentaire gigantesque de crédit, se propose notamment « de réduire l'effet des agents externes dans l'accroissement des probabilités de développement du cancer... », de « bloquer ou contrecarrer le stade initial ou les stades initiaux impliqués dans la transformation des cellules en cellules capables de former des cancers » et... « de prévenir rétablissement de tumeurs à partir de cellules déjà capables de former des cancers ».

Les Américains se lancent donc dans cette offensive formidable contre le cancer, et leur stratégie est entièrement nouvelle : plus question de recherches biologiques sur la nature intime de la transformation maligne. Cet objectif essentiel a disparu du plan. Tout se passe comme si l'on considérait connu le mécanisme de la transformation maligne... Et en avant pour faire avorter la cancérisation à ses débuts !

Extrait de lettre de M. Nihous à M. le Professeur Paul Gellé :

« ... Je ne veux pas vous en présenter toutes les données scientifiques mais surtout vous exposer les raisons méthodologiques et humaines qui ont causé l'échec des recherches entreprises depuis près de cent ans...

La raison est simple. Les recherches actuelles reposent essentiellement sur le concept viral et immunologique qui n'est qu'un prolongement des théories pasteurienues, issues des célèbres recherches sur les germes pathogènes, bacilles, bactéries, virus. Ces théories furent ici dangereusement extrapolées ; alors qu'elles ne devaient être considérées à l'origine que comme une hypothèse de travail qui aurait dû être abandonnée après tant de recherches infructueuses, on en fit un dogme à faire aboutir par tous les moyens.

Cet espèce de postulat consiste à assimiler le cancer à une population de germes nocifs, émettant des antigènes auxquels l'organisme répond par rémission d'anticorps spécifiques. Il y a au départ une erreur

de conception qu'un candidat au bachot dénoncerait facilement. Il se dirait que, contrairement aux maladies provoquées par les germes pathogènes, le cancer n'est pas contagieux ; que dans le cancer humain on n'a jamais trouvé de virus, sauf rarissime exception ; que les maladies bactériennes ou virales sont à déclenchement rapide tandis que le cancer met cinq à quinze ans avant d'émerger ; il n'aurait garde d'oublier que la cellule cancéreuse peut migrer et que sa migration est tolérée même par les ganglions lymphatiques, ces gendarmeries de l'organisme, alors que les germes pathogènes y sont détruits., Enfin il remarquerait encore que le cancer frappe chez l'homme surtout entre 40 et 65 ans, à l'âge où précisément les mécanismes immunitaires sont les mieux établis tandis qu'il sévit beaucoup moins chez l'enfant et chez le vieillard où l'immunité est plus faible soit par immaturation soit par sénescence.

Il faut donc bien constater que cette extrapolation est fausse et qu'elle constitue même un mythe dangereux. Il fallait donc chercher une autre voie. C'est ce qu'à fait le Docteur André Gernez. Il a situé le problème sur son véritable plan, à l'échelle requise, dans le respect du grand principe de l'homéostasie découvert par Claude Bernard, celle de la compétition entre cellules saines et cellules viciées, cancéreuses, là où se trouve précisément, non la cause (elles sont des milliers) mais le déterminisme de la maladie.

Il en a déduit une méthode de prévention tellement simple que cela déroute et semble être une espèce de défi aux cerveaux avides de complexité qui voient dans cette dernière le signe infaillible et nécessaire de la plus haute science. Pour le Docteur Gernez, il s'agit, par des moyens déjà bien connus, de favoriser la lignée saine et de minorer la lignée cancéreuse, aux aptitudes différentes mais bien répertoriées, sous la forme d'un traitement inoffensif, en partie diététique, sans que l'on puisse craindre, contrairement à ce qu'il est si facile d'affirmer, un effet de toxicité que controuvent la faiblesse des doses médicamenteuses employées et le fait que ces médications sont couramment employées à forte dose dans d'autres maladies comme le rhumatisme, considéré comme " un brevet de longue vie "... »

Cette révolution ne procède-t-elle pas d'une simple constatation du bon sens ?

Eh bien, OUI ! Il est clair que tuer le cancer dans l'œuf, sans attendre qu'il lui pousse les ailes pour qu'il prenne son essor, est en effet une constatation de bon sens.

Sur une population de 50 millions de Français, il émerge actuellement 170.000 cancers par an, dont les deux tiers au moins causeront la mort du malade en 2, 3 ou 4 ans. Quand ils sont décelables, ces cancers existent déjà, depuis 8 ans en moyenne, à partir de la première cellule, devenue « maligne » et initiatrice du cancer. Pendant les premières années de développement de la tumeur, sa masse est infime, composée de quelques cellules fragiles et vulnérables, destructibles par la moindre attaque.

C'est à ce stade qu'IL EST FACILE DE LA DETRUIRE, de faire avorter le danger mortel qui menace, à son insu, le candidat au cancer qui sera reconnu plus tard, et généralement trop tard. Cette destruction doit mettre en œuvre des procédés actifs sur tous les cancers, ce qui évite d'avoir -à les localiser.

On peut donc admettre qu'il y a actuellement, en France, plus de un million de personnes qui portent, à leur insu, des tumeurs minuscules, totalement muettes, ne provoquant aucun trouble qui permette de les suspecter, et facilement curables. Toutes ces tumeurs auront franchi le point de non-retour dans 4 ou 5 ans. Autrement dit : chaque jour, des centaines de Français, porteurs inconscients de micro-cancers instables et fragiles leur laissent franchir le cap de l'irréversibilité, FAUTE D'ETRE CONSCIENTS DU DANGER QUI LES MENACE, FAUTE D'ETRE AVERTIS DES MOYENS D'Y PARER.

Sans doute, le programme préventif américain va-t-il un jour nous revenir, le temps de refaire les contrôles déjà faits dans notre pays. Mais entre- temps, combien de milliers de gens auront laissé évoluer librement les micro-cancers vulnérables dont ils sont porteurs, sans rien faire, jusqu'à ce qu'ils soient devenus invulnérables ?

COMMENT NAIT UN CANCER ?

L'organisme, c'est-à-dire l'ensemble des diverses colonies cellulaires qui le composent, s'arrête de croître lorsque la maturité adulte est atteinte : on n'a jamais observé un individu doté d'un foie de plusieurs tonnes ou de membres de plusieurs mètres !

Pourquoi s'arrête-t-il de croître ? Pourquoi, à partir de la première cellule - constituée de la cellule maternelle fécondée par le spermatozoïde -, l'explosion de divisions cellulaires qui va porter l'agglomérat de cellules qui compose chacun de nous à une masse de 513 cellules (50.000.000.000.000) s'arrête-t-elle à un moment donné ? Est-ce parce que les cellules ne se divisent plus ? - Nullement, et, au microscope, les divisions cellulaires se poursuivent et rien n'apparaît qui différencie les cellules d'un adulte dont la masse est stabilisée de celles d'un enfant en période de croissance. On continue à voir des cellules qui se divisent et remplacent celles qui, usées, sont éliminées. Pourquoi donc la masse de l'organisme est-elle stable, stabilité résultant de ce qu'on appelle la constance des parenchymes, c'est-à-dire des organes ?

On a considéré, depuis 150 ans, que cette stabilité était due au fait que les cellules adaptent la fréquence de leur division au nombre de cellules usées qu'il faut remplacer. On considérait que ces cellules, dotées successivement d'un rôle de fonction et de reproduction, se reproduisaient sous l'influence de substances stimulatrices ou inhibitrices qui maintenaient constant le nombre global des cellules de l'organisme.

On a, bien entendu, cherché ces substances. On n'est jamais parvenu à les déceler. Comme en politique on nomme une commission quand un problème ne trouve pas sa solution, on s'est borné, en désespoir de cause, à baptiser ces substances hypothétiques (cytopoïétines), avant de classer le problème pour n'y pas revenir.

Pourquoi ces substances d'équilibration restèrent-elles indécélables ? Simplement parce qu'elles n'existent pas ! Sinon, quand on transfuse du sang d'un animal ou d'un adolescent en cours de croissance à un adulte, les substances véhiculées par le sang transfusé agiraient sur les cellules de l'individu receveur dont la masse s'accroîtrait nécessairement.

Cette évidence de bon sens n'a pas été perçue, mais il en est une autre plus stupéfiante, tellement ahurissante qu'elle accède à l'invraisemblance.

Depuis 1840, des milliers de savants ont examiné au microscope des milliards de coupes de cellules provenant de millions de gens et personne ne s'est rendu compte que les cellules qui se divisent ne sont pas les mêmes que celles qui travaillent, qui assurent une fonction.

En raison d'une vision naïvement anthropomorphique, on a admis, il y a un siècle et demi, que la cellule travaillait et procréait, alternativement, comme l'homme qui assume cette double fonction.

Cette notion d'alternance resta, depuis qu'elle fut émise, un dogme aussi intangible que faux. En fait, l'analogie la plus proche est celle de l'essaim d'abeilles où, à partir d'œufs identiques, une option est prise qui sera irréversible : les uns deviennent reines qui procréent sans pouvoir travailler, les autres deviennent ouvrières mais sont stériles.

Sitôt émise, et, bien entendu étayée par des évidences qui excèdent cet exposé, cette proposition correctrice d'un dogme erroné reçut l'approbation des savants les plus éminents spécialisés en cette matière dans notre pays, comme M. Policard, le spécialiste mondial de ces questions, ou les savants de l'Institut de Pathologie Cellulaire.

Puis vint la confirmation expérimentale, par l'Ecole Américaine, de la réalité de ce bouleversement ("Presse Médicale", 12-10-1968.).

De fait, quand on observe une coupe de cellules, de la peau par exemple, on constate que les cellules génératrices, c'est-à-dire celles qui se divisent, sont localisées uniquement en bas : c'est la couche basale.

Puis, au-dessus, les cellules fonctionnelles, ouvrières, constituent des couches successives dont les dernières, à la surface, meurent et sont desquamées (les pellicules du cuir chevelu, par exemple). Si les cellules fonctionnelles, ouvrières, étaient capables de devenir génératrices, on en verrait en train de se diviser au sein des couches intermédiaires ou superficielles. Or on n'en voit pas, simplement parce qu'elles ne s'y divisent pas.

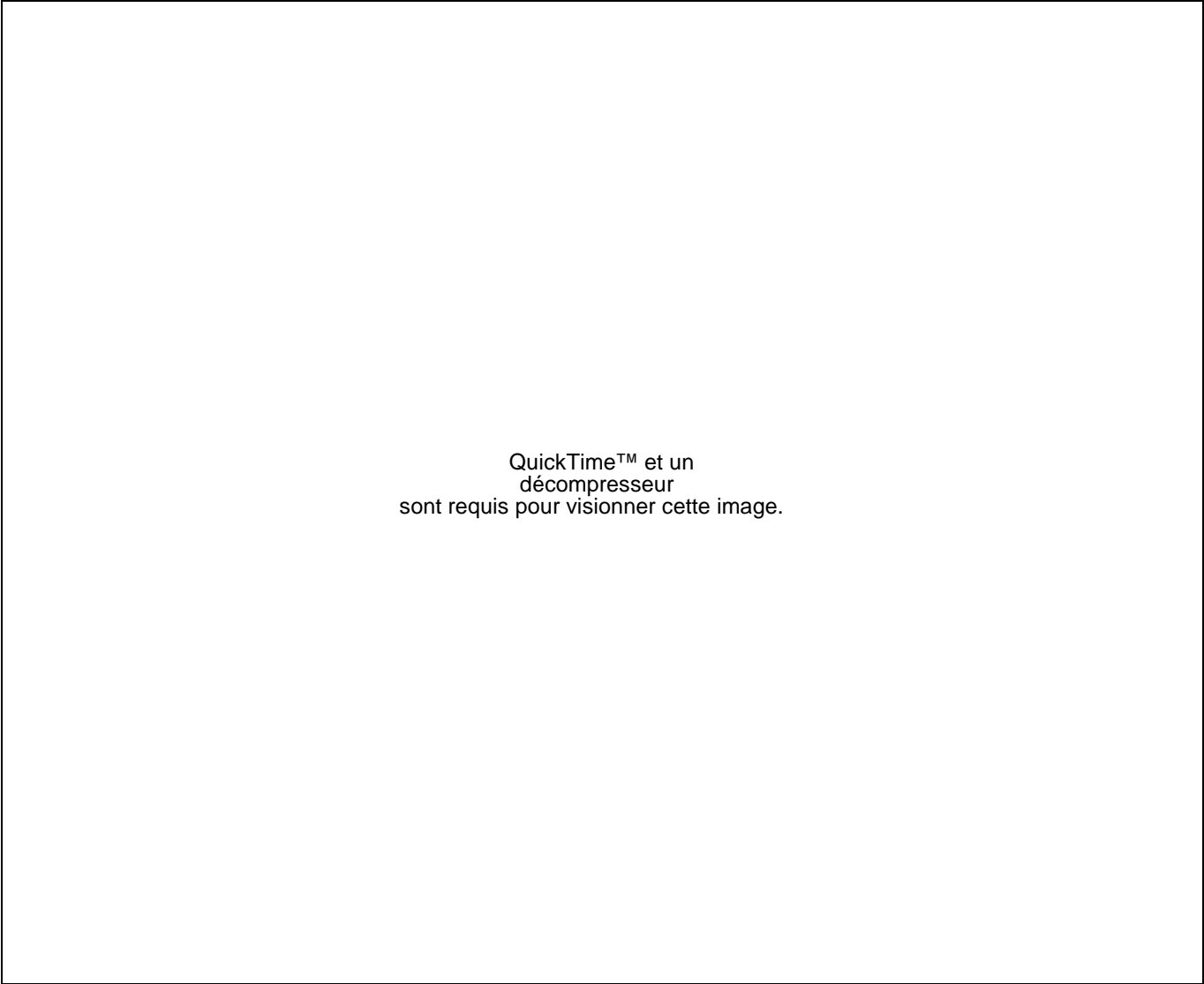
Depuis plus d'un siècle, donc, une énorme erreur de biologie cellulaire empêchait de résoudre une quantité de problèmes dont celui du cancer.

La réalité est qu'une cellule génératrice qui se divise donne naissance à deux cellules filles, dont l'une prend sa place et le rôle de cellule génératrice, et dont l'autre devient fonctionnelle, ouvrière, et est

inféconde, de sorte que simultanément la constance de la masse des organes est maintenue, et le remplacement des cellules ouvrières usées assuré.

La réalité de ce schéma a été confirmée par les contrôles de Fitzgerald. Ces mêmes contrôles ont démontré en outre que la cellule cancéreuse se particularise par le fait que les deux cellules filles sont génératrices ce qui constitue la différence d'avec la cellule saine.

On voit ce qui différencie essentiellement le cancer du tissu sain : le cancer s'accroît suivant une progression géométrique (2, 4, 8, 16, 32, 64, 128, etc.) ; le tissu sain reste stable.



QuickTime™ et un
décompresseur
sont requis pour visionner cette image.

Telle est, dans sa simplicité, la dynamique des cellules normales et celle des cancéreuses expliquant la courbe de Collins que nous allons considérer brièvement car son examen est nécessaire pour comprendre les moyens d'agir.

LA COURBE DE COLLINS.

La première cellule, initiatrice du cancer, est une cellule tarée, anormale- on dit un «mutant». Elle se divise comme les cellules saines. La seule particularité qu'elle détient est que les deux cellules filles qui résultent de sa division vont chacune se diviser en deux cellules et ainsi de suite, alors que la même cellule, quand elle est saine, donne naissance à deux cellules filles dont une seule sera génératrice.

Combien de fois cette première cellule cancéreuse va-t-elle se diviser dans l'année qui suit sa naissance ? Quatre fois pour la majorité des cancers. Cela veut dire que, à la fin de la première année de son évolution, la masse du cancer est de 16 cellules.

Suivons la croissance du cancer au cours des années, en notant quatre chiffres dont nous verrons l'importance.

QuickTime™ et un
décompresseur
sont requis pour visionner cette image.

Quand on reporte ces chiffres sur un graphique, on obtient la courbe dite « Courbe de COLLINS » (Du nom de l'Américain qui constata en 1956 que l'accroissement du cancer s'effectuait suivant cette progression), qui traduit la dynamique de croissance du cancer.

QuickTime™ et un
décompresseur
sont requis pour visionner cette image.

QUAND, LE CANCER EST-IL DECELABLE ?

Le cancer atteint une masse de 1 milliard de cellules (c'est-à-dire 1 gramme ou 1 cm de diamètre) à la 8^e année de son évolution. Cette taille de 1 cm est la taille que tout cancer doit atteindre pour être décelable. En dessous de cette taille, le cancer ne peut être diagnostiqué. Pendant toutes ces années de début, d'évolution, il est ignoré, muet, et ne se traduit par aucun trouble. Le porteur n'en est pas conscient et le médecin ne peut le déceler.

Quand il est décelé, donc décelable, le cancer a donc évolué, sans qu'on ait rien fait pour le détruire, pendant une très longue période (8 ans pour le cancer du sein, 11 ans pour le cancer du poumon, 15 ans pour les sarcomes, etc.). Que de temps perdu quand on considère que plus le cancer est attaqué précocement, plus grandes sont les chances de le détruire, et plus cette destruction est facile.

Considérons les étapes essentielles de la croissance du cancer. Elles ont une signification biologique différente.

- La première est celle où la tumeur compte un millier de cellules, masse qu'elle atteint en moyenne en 3 ans. Jusqu'à cette masse, les cellules cancéreuses sont « récessives », c'est-à-dire qu'elles sont instables et disparaissent spontanément, dans des conditions normales, en raison de la concurrence que leur font les cellules saines avec lesquelles elles sont en compétition. Cette naturelle extinction résulte de la loi de la Sélection naturelle qui veut que les individus tarés sont naturellement inviables lorsqu'ils sont en concurrence avec les individus sains qui, normalement, sont « dominants ». Cette loi de la Sélection naturelle explique que, jusqu'au stade de développement de 10³ cellules, il ne s'agisse pas encore de vrai cancer, mais de tumeurs spontanément réversibles. Cette tumeur est instable et avorte naturellement si les conditions ne lui restent pas favorables.

A chaque instant naissent dans l'organisme de telles cellules anormales dont le destin naturel est de disparaître parce qu'elles sont peu viables et n'ont aucune chance de survie si subsiste la compétition avec les cellules saines qui sont « dominantes ».

- Si les circonstances s'y prêtent, la croissance continue et le cancer atteint 1 million de cellules (10⁶) après 2 à 3 ans supplémentaires. Plus l'organisme vieillit, plus ces circonstances favorables au cancer croissent parce que, non seulement l'organisme s'appauvrit avec l'âge en cellules normales saines et que, de ce fait, la sélection cellulaire joue moins systématiquement en leur faveur, mais encore parce que les cellules saines épuisent le potentiel de division qu'elles détiennent (qui est limité à 70 divisions au total pour toute la vie).

Cette étape de 1 million de cellules est décisive. A partir de cette masse le cancer devient en effet irréversible et cela pour une raison mécanique. Les cellules situées au sein de la tumeur ayant atteint cette taille perdent en effet à tout jamais l'occasion d'un contact avec les cellules saines et la compétition disparaît : la sélection naturelle ne joue plus et ne pourra plus jouer. En effet, la sélection naturelle, c'est-à-dire la compétition entre individus, ne joue que s'il y a contact, donc contiguïté entre les individus en compétition. De sorte que, au fur et à mesure de l'accroissement de la tumeur, la sélection s'effectue en fonction de la surface du cancer (c'est-à-dire suivant une fonction au carré) tandis que la masse du cancer progresse suivant le volume (suivant une fonction cubique) soit beaucoup plus vite. Donc, à partir du moment où, des cellules cancéreuses échappent au contact avec les cellules saines, ce que permet un volume suffisant de la tumeur, aucune contrainte ne s'exerce et ne s'exercera plus à leur développement.

Ce stade de 10⁶ correspond donc à la masse de « non-retour », à partir de laquelle le cancer devient irréversible et progresse inexorablement jusqu'à atteindre le stade suivant, qui est celui où il devient décelable. Cette masse représente 1 milligramme et un volume d'un millimètre cube. Ce volume, pourtant très réduit, est suffisant pour isoler définitivement des cellules cancéreuses des cellules saines voisines.

-- Quand ce stade d'émergence clinique, c'est-à-dire de possibilité de détection est atteint (Excepté pour les cancers de la peau et du col de l'utérus.), trois années supplémentaires se sont encore passées et le cancer atteint alors la masse de 1 g et un volume de 1 cm³. En 3 ans, son volume s'est multiplié par 1.000 et la tumeur compte alors 1 milliard de cellules (10⁹) et végète en moyenne depuis 8 ans. C'est le moment où, dans l'état actuel des choses ont commence, à s'en occuper pour tenter de le détruire.

- Enfin le dernier stade est celui, de 1.000 milliards de cellules: la tumeur et ses diverses localisations (métastases) atteint alors le 1 kg et le sujet qui en est porteur meurt. L'organisme ne peut en effet tolérer une tumeur d'une masse supérieure à 1 kg, quelle que soit sa localisation.

A noter que ces notions de cinétique cancéreuse sont actuellement classiques et admises par tous les spécialistes

L'analyse des étapes de la cancérisation explique l'échec des tentatives de prophylaxie du cancer par une « détection précoce ».

On sait depuis toujours que les chances de guérison d'un cancer sont d'autant plus grandes qu'il est attaqué plus précocement.

Jusqu'à présent, tous les efforts ont porté sur la détection précoce du cancer, dans le but d'accroître les chances de guérison. Or le stade de détection (109) n'a aucun intérêt biologique. Il est bien trop éloigné du stade d'irréversibilité (106) qui est le seul qui importe. Il est illusoire d'espérer, qu'elle que soit l'amélioration éventuelle des procédés d'investigation, qu'on puisse un jour parvenir à réduire de 1.000 fois la masse qui, actuellement constitue le seuil de détection. En effet, si après un siècle effort on ne peut détecter un cancer qu'à partir de 1 gr, il est exclu qu'à terme prévisible on puisse y parvenir alors que cette masse serait 1.000 fois moindre, de 1 mg (106). _

Fixer un objectif sans intérêt biologique aboutit nécessairement à la stérilité. Et c'est ce qui est survenu.

C'est pourquoi:

- * Tous les instituts créés pour une détection précoce ont fermé leurs portes aux Etats-Unis ;
- * En France, les efforts de la Sécurité Sociale en vue d'une détection précoce systématique ont abouti, en 1965, à déceler quelques dizaines de cancers de la gorge et de cancers digestifs, dont un nombre encore moindre était curable ;
- * Pour un seul cancer, celui du poumon, par exemple, il faut 2 millions d'examens radiologiques systématiques pour aboutir à déceler 14 cancers dont les chances de guérison n'atteignent pas 10 % ;
- * Le cancer du sein est parmi les quelques-uns dont la réputation est la moins sinistre. Il est présenté régulièrement comme la preuve rassurante d'une possibilité d'action généralement efficace. Or même quand il est opérable, le praticien ne partage pas cet optimisme : «- J'ai opéré actuellement 800 cancers du sein et je suis certain qu'à peine la moitié a survécu cinq ans et que bien des survivantes continuent de mourir de métastases bien au-delà de cette limite» (Dr H. Robert, « Le Concours Médical » du 25-11-1972).

L'intérêt d'une telle détection précoce (précocité toute relative puisque aussi précoce qu'elle soit cette détection n'est possible qu'après des années d'évolution cachée) est totalement illusoire pour des cancers comme ceux de l'œsophage, du pancréas, de l'estomac, dont les chances de guérison n'atteignent pas 5 %

Résumons les stades de la courbe

de végétation cancéreuse qui présentent un intérêt :

- * Le stade de 1 cellule: C'est-à-dire la naissance de la cellule initiatrice ;
- * Le stade de 10³ (ou 1.000 cellules): en dessous duquel le cancer n'a pas droit à ce nom et correspond à des cellules viciées qui comportent à l'état permanent toute colonie cellulaire ;
- * Le stade de 10⁶ (ou 1 million de cellules) : stade d'irréversibilité, à partir duquel le cancer évoluera inexorablement ;
- * Le stade de 10⁹ (ou 1 milliard de cellules): stade où le cancer devient décelable ;
- * Le stade de 10¹² (ou 1.000 milliards de cellules) : stade auquel le porteur du cancer meurt.

PRINCIPE DE LA POSSIBILITE D'UNE PREVENTION GENERALE DU CANCER.

Considérons de nouveau la «courbe de COLLINS» qui représente la végétation du cancer.

Faut-il attendre pour agir le « stade d'émergence », c'est-à-dire le stade où le cancer a atteint la dimension de 1 cm (1 milliard de cellules) qui le rend décelable ? Ce stade est atteint après 8 ans en moyenne et est bien proche de celui où la masse totale du cancer atteint 1 kg qui est un arrêt de mort.

Il est évident qu'il faut attaquer le cancer à son stade initial, dès le début de sa courbe de végétation.

Le cancer du sein, par exemple, a 16 cellules en fin de première année d'évolution. Il est absurde d'attendre qu'il en ait 1 milliard pour s'en occuper.

En fixant l'objectif de la prophylaxie du cancer, comme on le fait actuellement, à un préalable qui est l'émergence clinique, c'est-à-dire à 1 milliard de cellules on agit sur le dernier stade de la végétation du cancer avec les résultats que l'on connaît, en ayant laissé végéter ce cancer, pendant les premiers 3/4 de la courbe de Collins sans aucunement intervenir. Or la période de début de la courbe est précisément celle où le cancer est le plus instable, le plus fragile, massivement le plus réduit et corollairement le plus vulnérable. Attendre, c'est laisser à un mutant «récessif» la possibilité de devenir «dominant». Autrement dit, c'est laisser passer la chance de terrasser un avorton fragile pour le retrouver 8 ans plus tard sous la forme d'un gangster déterminé que l'on affronte dans un combat incertain. Le sens commun veut qu'il soit plus facile d'écraser un gland qu'un chêne.

Mais comment attaquer un cancer à une période où il est encore invisible ?

Attaquer un ennemi alors qu'on ignore sa localisation est une action quotidienne en médecine et est la règle en prévention.

C'est ainsi qu'administrer un anticoagulant à un malade pour éviter le risque d'une embolie n'implique nullement de connaître l'endroit où s'organiserait le caillot. De même, à longueur de pratique, les médecins utilisent des antibiotiques pour faire avorter les infections dont ils ignorent la nature exacte du microbe incriminé; ils le font quand l'infection naissante risque de devenir dangereuse, et sans attendre qu'elle le soit devenue et que le germe responsable puisse être étiqueté.

Ce que fait le médecin au moyen d'antibiotiques (anti-infectieux) contre les pullulations microbiennes représentant un danger il peut le faire avec des anti-mitotiques (anticancéreux) pour les pullulations cellulaires représentant un danger encore plus grand.

La condition est de disposer d'un produit simple ou composé, dont la gamme d'action porte sur l'ensemble des divers cancers, comme pour les infections. La condition est de disposer d'un antibiotique unique ou associé, dont la gamme d'action soit assez large pour couvrir la totalité des microbes communs.

Une autre condition est que cette administration soit sans risque, ou comporte un risque négligeable en regard du résultat obtenu. Or, tous les produits médicamenteux, antibiotiques compris, comportent des inconvénients et des dangers si l'administration en est massive ou prolongée. Les anti-cancéreux n'échappent pas à la règle. Mais une loi de cancérologie veut que la destruction du cancer nécessite une dose de médicament anticancéreux proportionnelle à la masse atteinte par le cancer. Il est évident que la dose nécessaire pour détruire un cancer qui est composé de 16 cellules, masse qu'il représente en moyenne à la fin de sa première année d'évolution, est infime et négligeable par rapport à celle qui est nécessaire pour le détruire quand il devient décelable, c'est-à-dire quand il comporte au minimum 1 milliard de cellules.

Les produits anticancéreux agissent au niveau de la cellule comme les rayons X, dont on connaît le danger à fortes doses. Personne n'hésite néanmoins à utiliser ces rayons pour une radiographie d'organe, parce que la dose nécessaire est négligeable en regard de l'intérêt de l'examen. La radiographie systématique annuelle est même obligatoire chez les travailleurs.

Autrement dit, si l'organisme est capable de supporter l'administration régulière et prolongée pendant des années de produits destinés à lutter contre un cancer dont on a attendu qu'il soit décelable (donc totalisant plus d'un milliard de cellules), à plus forte raison peut-il supporter la dose adaptée à la destruction des 16 cellules que compte un cancer âgé de moins d'un an. Suivant la célèbre formule de Claude Bernard : « Rien n'est poison ; tout est poison; c'est la dose qui fait le poison. »

Il est clair aussi qu'en soumettant l'organisme, à partir de l'âge auquel les individus entrent dans la période dangereuse de cancérisation (voir fig. ci-dessous), à une purge des micro-cancers dont ils sont susceptibles d'être porteurs, on aboutit à une protection résultant de la destruction de ces embryons de cancer. En renouvelant annuellement le nettoyage de l'organisme de ses mini-cancers, on n'affronte chaque année, que ceux qui auraient pu naître l'année précédente, c'est-à-dire des cancers dont la masse serait limitée à quelques cellules.

A-t-on la confirmation de l'efficacité d'une telle méthode?

QuickTime™ et un
décompresseur
sont requis pour visionner cette image.

- Quand on applique des produits anticancéreux à des animaux que l'on cancérisé volontairement , la statistique de cancérisation obtenue s'effondre. C'est le cas par exemple de certaines race de souris dont la cancérisation de la mamelle survient spontanément, même sans être provoquée, chez plus de 95 % des femelles. Si l'on soumet ces animaux, qui se distinguent pourtant par un effroyable taux de cancérisation, à des produits anticancéreux, plus de 80 % d'entre eux échappent à une telle fatalité.

Il y a quelques années, Rudali, un chercheur de la Fondation Curie, a démontré en outre que, chez de telles souris, on pouvait interdire la cancérisation par des produits non toxiques qui favorisent simplement la fraction saine des cellules mammaires, dans une proportion notable des cas. D'autre part, il a montré que si l'on utilisait des produits anticancéreux, la statistique d'apparition du cancer s'effondrait.

En fait, dès le début des expérimentations de cancérisation provoquée de l'animal, on avait constaté ce phénomène. Dès 1930, l'expérimentation habituelle consistait à provoquer le cancer de l'oreille du lapin par badigeonnage par goudron cancérogène. Si l'on adjoignait un anticancéreux (« moutarde à l'azote ») la cancérisation n'était pas obtenue (BERENBLUM, DELOOF). On ne vit pas la portée de cette constatation.

Depuis, des expériences similaires, avec des résultats identiques, se sont multipliées, sans d'ailleurs que l'évidence d'une portée pratique n'ait été perçue. Ce n'est plus le cas. Le plan américain anti-cancer vient d'inclure l'attaque préventive du cancer, à ses stades initiaux, comme objectif fondamental.

Chez l'homme, la preuve de l'efficacité de cette méthode est fournie par une observation fortuite celle des malades mentaux internés. Ces malades constituent la fraction de population la moins frappée par le cancer. Or, on leur administrait comme calmant de l'hydrate de choral, qui se trouve être un produit anticancéreux. Chez les plus agités les schizophrènes, les plus soumis à cette médication le taux de cancérisation est réduit à ce point qu'on ne décelé jamais de cancer.

Cette méthode ne peut évidemment être pratiquée que sous contrôle médical, car elle met en œuvre l'utilisation de substances qui, mal dosées ou mal administrées, ne seraient pas sans inconvénient.

Ce nettoyage chimique de l'organisme des embryons de cancer dont il peut être porteur, qui implique d'être formulé par le médecin et appliqué sous son contrôle, cette attaque directe des micro-cancers potentiels de l'organisme doit intervenir à la fin d'une cure préparatoire destinée à placer l'organisme dans un état défavorable à la cancérisation.

C'est cette cure que nous allons considérer. Elle suffit par elle-même à détruire les cancers les plus instables et le nettoyage chimique terminal n'est destiné qu'à accroître le taux de protection. D'une innocuité totale, elle est applicable par tous.

ELEMENTS DE LA CURE ANTI-CANCEREUSE.

En matière de prévention, quand l'agresseur est faible, le simple renforcement des défenses de l'organisme suffit.

Pour reprendre l'exemple de l'agression par des microbes, le médecin n'utilise pas d'anti-infectieux majeurs (antibiotiques) chaque fois qu'il se trouve devant une petite plaie infectée, une discrète angine ou une banale bronchite. Il lui suffit alors de renforcer les défenses naturelles de l'organisme par un traitement local ou un adjuvant de l'état général. Autrement dit, il n'utilise pas un marteau pour tuer une mouche.

La possibilité d'une prévention du cancer par un simple renforcement des défenses de l'organisme contre la cancérisation résulte du caractère fragile et spontanément réversible qui est l'état naturel des premières cellules cancéreuses.

« Sur les 50.000 milliards de cellules qui forment un individu, écrit BEAU, 3 % meurent et sont remplacées à chaque instant. Sur ce nombre de naissances cellulaires, environ 1 pour 1.000. qui est le "taux mutatif", est composé de cellules mal venues, mutées, tarées. Cette lie d'avortons constitue une cour des miracles d'individus inviables mais qui est constamment renouvelée. Ce qui est constaté au niveau des espèces animales, c'est-à-dire la naissance d'un certain pourcentage d'anormaux, se retrouve donc dans les espèces cellulaires, et pour strictement la même raison, à savoir l'acquisition d'une tare au niveau des chromosomes de la cellule » (« Le Cancer », G. BEAU ed. des Presses de la Cité).

Dans chaque individu apparaissent donc chaque jour plusieurs millions de mutants.

Ce pourcentage naturel d'éclosion de cellules mal venues, de mutants, peut être accru par l'effet de divers facteurs comme les radiations, certains produits chimiques, les virus, les poisons cellulaires, des anomalies constitutionnelles des chromosomes, etc., mais un pourcentage minimal est inévitable.

Rappelons que l'avenir naturel des mutants réside dans leur disparition. C'est leur destin normal parce que la loi de la Sélection naturelle veut que les tares disparaissent immédiatement ou après quelques divisions. Rappelons aussi que, pour qu'un individu taré réussisse à survivre, il faut qu'il trouve des conditions favorables qui permettent cette survie. La cellule cancéreuse étant un mutant ne peut, comme tel, survivre que si des conditions particulières et prolongées lui permettent d'échapper à son destin naturel qui est l'extinction. Si elle y parvient assez longtemps pour que les cellules filles qui résultent de sa division atteignent le nombre de 10⁶ cellules, le cancer devient irréversible parce qu'à partir de cette masse ses cellules centrales quittent le contact des cellules saines voisines. La compétition disparaît alors et la sélection naturelle ne joue donc plus, laissant le champ libre à un développement du cancer qui est devenir irréversible.

Cette masse de non-retour, de cancer définitif, est atteinte, en moyenne en 5 ans pour l'ensemble des cancers. C'est un délai très long pendant lequel le cancer doit trouver des conditions qui se maintiennent favorables sous peine de disparition. Cela explique que, alors que la naissance de cellules cancéreuses est permanente, le cancer soit comparativement exceptionnel. En fait, il ne survient que 170.000, fois en France chaque année (en France en 1970), représentant la réussite de 170.000 cellules qui sont parvenues à atteindre cette masse de non-retour, alors que naissent chaque jour, dans un seul individu, bien plus de mutants capables d'aboutir à former des cancers si les conditions s'y prêtaient pendant une période suffisamment prolongée.

Il importe donc de rompre régulièrement ces conditions, pour interdire aux cellules cancéreuses d'atteindre la masse qui les transforme en cancer irréversible, et leur restituer ainsi leur destin normal qui est l'extinction.

Les principales de ces conditions sont connues depuis longtemps, et notamment depuis les travaux de WARBURG, REDING, DELBET, OBERLING, et de tous les savants qui réussirent chacun à découvrir une de ces conditions et qui démontrèrent que chacune d'elles était responsable d'une fraction du taux de cancérisation. Ils en firent la démonstration expérimentale et prouvèrent qu'en corrigeant chacune de ces conditions favorables au cancer on diminuait le taux de cancérisation.

La première erreur fut que chacun de ces auteurs, ayant démontré la responsabilité d'un facteur de cancérisation, en généralisa la portée et tendit à l'admettre comme responsable exclusif, ce que controuvaient les expérimentations de l'expérimentateur suivant qui démontrait, lui aussi, d'une manière tout aussi probante, la responsabilité d'un autre facteur.

La seconde erreur fut de croire que la correction de ces facteurs responsables, qui entraînait l'échec de la cancérisation provoquée pouvait agir au stade du cancer devenu décelable, c'est-à-dire ayant dépassé le stade à partir duquel, il devient irréversible. Le souffle qui éteint l'allumette est incapable, quelque multiplié et renouvelé qu'il soit, de produire le même effet au stade de l'incendie.

En fait, dès que le cancer a atteint la masse d'irréversibilité, le point de non-retour, il évolue inexorablement, que les conditions qui lui ont été favorables au début subsistent ou non (*Le taux de guérison spontanée du cancer diagnostiqué est négligeable : 1 cas sur 90.000*).

Appliquer ces découvertes au traitement du cancer cliniquement décelé, donc devenu irréversible, ayant franchi depuis plusieurs années (2 à 3 en moyenne) le stade de non-retour, était voué à l'échec, alors que leur efficacité est démontrée, et donc exploitable au stade de début de la végétation cancéreuse. On retrouve la permanente méprise qui est de déceler le cancer, donc d'attendre qu'il soit décelable, comme préalable à son attaque.

Il convient d'associer tous ces facteurs antagonistes de la cancérisation dans une cure annuelle qui renforce leurs effets réciproques et qui permette d'alléger, voire de supprimer dans certains cas et âges, le nettoyage chimique que nous avons considéré.

Quelles sont les principales de ces conditions ?

Réduction alimentaire:

«Tous les expérimentateurs ont remarqué depuis longtemps que la cancérisation volontairement provoquée chez les animaux est réduite lorsque leur régime est quantitativement allégé d'aliments, pourvu que ceux-ci restent équilibrés. Depuis un demi-siècle, tous les chercheurs ont constaté ce phénomène.»

Le Pr. WALFORD, Prix Nobel, constatait encore récemment que lorsqu'on réduit d'un tiers la ration alimentaire des animaux d'expérience (en maintenant une ration complète de vitamines et aliments essentiels), ils contractent 10 à 60 % de cancers en moins (Réf : "La Presse Médicale" du 6-11-1971).

L'homme ne diffère pas des autres mammifères. On sait, depuis qu'existent les statistiques des compagnies d'assurance que les gens pléthoriques contractent plus fréquemment le cancer.

Corollairement et cela a été la surprenante constatation d'une expérimentation humaine involontaire, le taux de cancérisation fut quasi nul dans la population des camps de concentration qui sévirent pendant une décennie.

La réduction quantitative des aliments au cours de la cure annuelle de décancérisation est première condition .

Le mécanisme de cet effet d'un régime appauvri en calories s'explique par le fait que cette réduction, en allégeant la sollicitation métabolique des cellules de l'organisme, tend maintenir ou à rétablir la relation anabolisme < ou = réceptivité qui conditionne l'extinction des cellules mutées, dont les cellules cancéreuses ; elle constitue en outre le seul moyen - hors pathologie - de provoquer une acidose durable de l'organisme, par consommation de ses réserves, dont nous verrons l'influence.

Excès de consommation de sucre :

Du point de vue alimentaire, c'est le sucre qui présente le plus d'importance. Le tissu cancéreux est avide de sucre. Il en consomme d'autant plus qu'il végète plus activement et tous les expérimentateurs ont remarqué que la réduction des sucres rend plus difficile la cancérisation provoquée. Avec une réserve toutefois. L'illustre savant allemand, Warburg, Prix Nobel attira l'attention sur le fait que le cancer était incapable d'utiliser le sucre de canne. »

Aliments riches en cholestérol et viandes crues :

« D'après les effets constatés chez les animaux, les viandes crues ou peu cuites et les aliments riches en cholestérol favorisent l'éclosion des cancers provoqués.» Cette progression est observée dans l'espèce humaine chaque fois qu'une population accroît son niveau socio-économique, qui s'accompagne d'un accroissement parallèle de consommation de ces aliments. Voyons-en la constatation la plus récente: "La Nouvelle Presse Médicale" du 18-11-1972 signale "l'alarmante progression du cancer chez les Noirs américains", en 18 ans avec augmentation du taux de 138 à 182 pour 100.000 (J. Amer. Med. Ass. 1972, 221» 345-347), alors que dans la population blanche, cette mortalité n'a progressé que de 149 à 154 (Official Vital Statistics of the USA)

L'alcalose:

-«L'acidose constitue un état défavorable au développement de la cellule cancéreuse, l'alcalose contribuant à son éclosion ». Le savant Reding établit cette règle.

Warburg fut le premier à en faire l'observation et à l'expliquer. A partir d'un certain degré d'acidification le cancer ne peut plus utiliser le sucre dont il est friand.

Les statistiques montrent que les records mondiaux de non-cancérisation sont détenus par les groupements d'individus qui se singularisent par un record d'acidose, quelle qu'en soit l'origine :

- conditions de vie (concentrationnaires),
- habitudes alimentaires (monastiques),

- maladies : urémie; artério-sclérose: chez les artérioscléreux (chez qui une hypermagnésinémie anormale est par ailleurs constante), le taux de cancérisation passe de 35,7 % à 18,7 (Elkeless). Il en est de même dans la néphrite azotémique; le diabète grave. Cette corrélation négative entre cancer et diabète, constatée anciennement lorsque le diabète n'était pas corrigé, est retrouvée de nos jours chez les Indiens d'Amérique du Nord, chez qui la grande fréquence du diabète est associée à un très faible taux de cancérisation (5897 décès de 1950 à 1967).

- habitudes sociales (groupes asiatiques).

Il en est de même pour les groupements cellulaires qui constituent l'organisme, et pour la même raison. Le taux le plus bas de cancérisation est détenu par le tissu; le plus acidotique, le muscle (pH<7) qui ne se cancérisé pratiquement jamais et qui est si peu favorable à la cancérisation que les métastases (extensions lointaines) des cancers des autres organes sont incapables de s'y greffer, alors que tous les autres tissus, même l'os, les hébergent.

Les rares cancers dont la guérison est spontanée (1 cas sur 90.000) guérissent toujours à la suite d'une fièvre intense et prolongée dont la traduction sur le milieu cellulaire de l'organisme est une acidose. L'utilisation, depuis 30 ans, de médicaments anti-infectieux majeurs (antibiotiques) et antipyrétiques a éliminé ces épisodes acidotiques provoqués par le banal cortège des infections fébriles (angines abcès, etc.) qui sont combattues maintenant dès leur apparition. La disparition de ces périodes acidotiques spontanées participe à l'accroissement de la cancérisation, l'effet de ces phases acidotiques étant d'autant plus important que les cellules cancéreuses sont peu développées.

Les carences en « substances vitales » :

- Carence en Magnésium.

«Au début du siècle, le Pr Pierre DELBET compara la fréquence du cancer et la teneur en magnésium du sol. Il apparut que les pays, comme la Belgique, dont le sol est pauvre en magnésium, détiennent des records de cancérisation.»

L'antagonisme entre magnésium et cancer était tellement évident qu'on crut, à une certaine époque, que la carence en magnésium était la seule cause, du cancer. En fait, il s'agissait d'une des carences dont l'existence défavorisant la cellule saine dans la sélection cellulaire. Depuis lors, on découvrit d'autres carences favorisant également la concurrence que les cellules anormales font aux cellules saines et favorisent donc la cancérisation. C'est ainsi qu'une carence en fer favorise une forme de cancer de la gorge en Suède, une carence en cuivre, le cancer de l'estomac en Angleterre, alors qu'au Japon, qui détient le record du cancer de l'estomac, la carence porte sur la vitamine B.

L'insuffisance de ces éléments nécessaires à la cellule saine pour soutenir victorieusement la concurrence des cellules anormales favorise la survie et l'implantation des cellules cancéreuses.

Mais le magnésium présente toutefois une importance particulière parce qu'il est indispensable à toutes les cellules de l'organisme pour que leurs divisions s'effectuent normalement, alors que les cellules cancéreuses se satisfont, pour leurs divisions, de catalyseurs de substitution. Une insuffisance de magnésium constitue donc un facteur spécialement favorable à l'ensemble des cellules cancéreuses de l'organisme dans la sélection cellulaire,

Pourquoi cette carence a-t-elle une portée générale ?

Quand on considère le schéma de la synthèse de l'ARN (acide ribonucléique, un des deux acides observés dans les noyaux de la cellule), une particularité frappe l'observateur. A presque toutes les étapes du schéma, on remarque les lettres Mg. C'est le magnésium. Il est nécessaire pour que s'organise l'ARN terminal. Or l'ARN est l'acide qui règle la division cellulaire. Le magnésium intervient directement pour que les cellules effectuent normalement leur division.

Vient-il à manquer? La division s'effectue tout de même, mais moins bien. La cellule y procède en substituant à ce catalyseur naturel un ersatz : le potassium par exemple. Cette substitution ne gêne pas la cellule cancéreuse qui, au contraire de la cellule saine, est beaucoup moins difficile et utilise indifféremment d'autres catalyseurs de moindre qualité.

La carence magnésienne qui agit, dans un sens favorable à la cellule cancéreuse dans la sélection cellulaire, est un phénomène qui, autrefois limité à certaines régions qui en sont géologiquement

démunies, tend à s'universaliser en raison d'apports surabondants, eux aussi substitutifs, comme les engrais potassiques, dans les habitudes culturelles modernes.

Rapports et congrès se multiplient à ce sujet, dont le récent « symposium » international sur le déficit magnésique en pathologie humaine (Colloque de Vittel de 1971). Egalement : Dr Jean BARGHEOM : « Rôle du magnésium en pathologie humaine » (éd. Boissière), montrant le rôle du magnésium dans la coagulation sanguine et son importance dans les cas d'infarctus, phlébite, etc.

Un apport magnésien de principe doit donc être fourni à l'organisme pour en assurer la recharge de ses cellules. Cette recharge est particulièrement lente, surtout chez les gens qui constitutionnellement fixent difficilement cet élément, et cet apport doit être maintenu pendant la cure.

- Carence en oxygène

(voir « La Bataille du Cancer ». Michel Rémy, éd. La Vie Claire, pp. 53, 56, etc.) :

On sait depuis longtemps que « s'il survient dans un tissu une cause quelconque qui le prive d'oxygène, les cellules capables de se nourrir par fermentation subsistent seules. De cette façon s'opère une sélection entre les cellules qui pourront non seulement continuer à vivre mais encore à se développer plus activement » (Warburg). Or ces cellules qui peuvent se passer d'oxygène en lui substituant une fermentation, ce sont les cellules cancéreuses.

La correction d'une hypoxie (diminution de l'apport d'oxygène au sein des tissus) est donc un facteur favorisant les cellules saines qui sont plus tributaires d'une oxygénation Suffisante que les cellules cancéreuses qui supportent sans inconvénient cet état.

De nombreux moyens favorisent cette oxygénation.

La suppression du tabac pendant la cure: en est le premier. L'oxyde de carbone inhalé par le fumeur se fixe sur les globules rouges du sang en prenant la place de l'oxygène. « Une cigarette dégage 20 à 30 cm³ d'oxyde de carbone et un fumeur a 12% d'oxygène dans le sang » (A.Barch). Si la consommation excède 20 cigarettes cette réduction d'oxygène fixé par le sang persiste même après l'abstention nocturne du tabac.

Aux procédés comme la gymnastique respiratoire s'a joutent le recours à des substances naturelles, comme la vitamine C qui restitue de l'oxygène aux tissus au fur et à mesure de leurs besoins, et à des substances médicamenteuses, comme le cytochrome-oxydase, les anticoagulants (qui liquéfient le sang) et les fibrinolytiques (qui dissolvent la sclérose). Expérimentalement, chez l'animal, ces substances défavorisent l'éclosion ou l'extension du cancer.

Telles sont les principales conditions connues qui favorisent les cellules cancéreuses nouvellement formées dans la compétition qu'elles doivent livrer aux cellules saines environnantes pour survivre et se développer. La correction de chacune d'elles participe à réduire le taux de cancérisation.

Si ces conditions n'existent pas dans l'organisme, les cellules cancéreuses sont condamnées à l'extinction, suivant une loi parfaitement définie en biologie qui veut que, dans des conditions normales, l'individu le plus sain remporte toujours dans la compétition avec l'individu taré et anormal.

C'est le cas de l'organisme jeune qui dispose d'une plus grande abondance de cellules et d'une moindre usure de ces cellules, ce qui aboutit à une dominance pratiquement obligatoire des cellules saines chez l'individu jeune et qui rend - inutile sinon souhaitable - une cure annuelle de décancérisation qui s'imposera dès l'âge quadragénaire.

Notes: Avec l'âge se produit une réduction progressive du stock de cellules capables de se diviser; c'est ce qu'on appelle "la réduction des parenchymes".

La cellule ne peut se diviser que 70 fois, dont 50 avant l'âge adulte ; le nombre de divisions possibles, ce qu'on appelle « le potentiel cinétique intrinsèque », s'épuise donc avec l'âge.

Nous avons vu que, dans une même population, les individus que les circonstances soumettent à une destruction chimique involontaire du cancer sont ceux dont le taux de cancérisation est le plus bas.

On a recherché: aussi qu'elle était, des diverses populations celles dont le taux de cancérisation était le plus bas. Ce taux est détenu par une population asiatique (les Hounza) chez qui les missions médicales qui ont étudié cet étrange phénomène n'ont décelé aucun cancer. Cette population procède de temps immémoriaux à une cure annuelle qui schématise les données que nous venons de considérer.

CONCLUSION

Deux voies d'action sont donc disponibles et complémentaires.

La première est la voie chimique médicamenteuse, de destruction directe des micro-cancers par des produits toxiques, sous réserve que la dose nécessaire soit négligeable ou tolérable. Elle procède de deux lois :

- La première est que tout cancer émergé attaqué à son début, est curable, et qu'on ne peut envisager début plus extrême que les toutes premières divisions, des années avant l'émergence du cancer.
- La seconde est que la dose médicamenteuse nécessaire est inversement proportionnelle au développement du cancer, et que ce qui est tolérable pour le cancer émergé (au moins 1 milliard de cellules) est négligeable quand il en représente une douzaine.

La seconde voie est la voie orthoplasique (qui régularise les divisions cellulaires).

Elle associe des procédés d'hygiène et l'usage de substances naturelles et de produits sans contre indication que l'on systématiser en une cure annuelle dans laquelle leur effet se renforce mutuellement.

Les deux voies sont utilisables isolément ou conjointement, l'une allégeant l'autre.

L'efficacité de chacune de ces voies est démontrée, tant par les expériences sur l'animal, que par les constatations ayant valeur d'expérience pour l'espèce humaine.

Il n'importe pas que ces méthodes de protection atteignent une efficacité absolue. Le progrès est le fruit du temps. Il importe que leur confirmation expérimentale justifie leur application. La maxime : « Il vaut mieux prévenir que guérir » n'a jamais été plus évidente que pour le cancer ; on peut même, pour cette maladie, généralement, la modifier en « Il faut choisir entre prévenir ou mourir ».

Note : Les travaux du Docteur GERMEZ portant sur la guérison du cancer évolué, viennent de trouver leurs premières confirmations et permettent tous les espoirs ("La Nouvelle Presse Médicale" du 28-6-1972), mais des années seront encore nécessaires à leur généralisation, et combien d'entre nous seront morts de cancer entre-temps ?

C'est pourquoi « La Vie Claire », dont c'est le but, et en dépit de son évidente préférence pour la méthode orthoplasique « naturelle », a jugé de son devoir de créer cette chaîne de sauvegarde à laquelle elle convie toutes les personnes de bonne volonté à s'associer et à agir.

LA CURE ANTI CANCER

Lès éléments que nous rapportons ci-dessus (Campagne 73 I et II), d'après les données découvertes ou rassemblées par le Dr Gernez, suffisent pour composer une cure anti-cancer efficace.

Nous pensons néanmoins aider le lecteur en résumant ci-après les principales indications utiles, pour lui faciliter la tâche et lui éviter toute erreur.

1° Il est indiqué de renouveler cette cure annuellement, pour être sûr d'attaquer, dans sa toute première phase, un cancer éventuel en voie de formation, alors qu'il est très vulnérable parce qu'il ne compte encore qu'une douzaine de cellules.

D'autre part, si, pour une raison quelconque, survivaient à la cure quelques cellules, elles seraient de nouveau attaquées l'année suivante alors qu'elles seraient encore très vulnérables,

Le seuil d'irréversibilité du cancer étant de l'ordre de 10⁶ cellules (1 million), et n'étant atteinte en moyenne que 5 à 6 ans après son début, un cancer en formation court ainsi 5 ou 6 fois le risque d'être détruit par les cures annuelles, ce qui est une marge de sécurité très large.

2° La cure doit durer le temps suffisant pour que la majorité des cellules de l'organisme aient le temps de passer par une phase divisionnelle de sorte que celle-ci s'effectue dans des conditions spécifiquement anti-cancéreuses et de sorte aussi que l'action sur les cellules mutées puisse avoir lieu. Cette période correspond biologiquement à 40 jours.

En outre, étant donné qu'il s'agit d'une cure essentiellement bienfaisante à tous les points de vue qui combat les excès et rectifie les déséquilibres caractérisant la vie du civilisé, sa pratique pendant plusieurs semaines constitue secondairement une véritable cure de désintoxication et de rajeunissement, telle qu'autrefois l'observation empirique en avait fait dans tous les peuples une habitude sociale ou religieuse ou telle que les « grands de ce monde » la pratiquent encore dans des cliniques spécialisées pour se remettre en forme et éviter d'autres maladies graves.

Cette pratique du jeûne, résultat probable d'un empirisme millénaire, est constatée de tous temps. Les Phéniciens, les Assyriens, les Perses, les Lacédémoniens, les Gaulois, avaient leurs jeûnes sacrés et la loi s'en retrouve dans toutes les religions, sous forme de ramadan, carême, jeûne brahmanique, jom-kipour... Il n'est jusqu'à certaines justifications qui n'en aient pressenti le déterminisme biologique prémonitoire. «Le carême s'adapte en effet merveilleusement aux lois de la vie et aux mutations qui s'opèrent à rapproche du printemps dans l'organisme humain...»

3° La meilleure époque pour pratiquer la cure anti-cancer est le début du printemps ou la fin de l'hiver, période qui correspond à un rythme biologique que l'homme partage avec les autres mammifères.

4° Elle est surtout indispensable aux personnes des deux sexes âgées de 35-40 ans à 70 ans, ce qui ressort de l'observation de la courbe de mortalité cancéreuse .

Compte tenu du laps de temps moyen de 7 à 8 ans qui s'écoule entre l'éclosion de la première cellule et l'émergence clinique du cancer, il serait imprudent d'attendre l'âge que caractérise une mortalité cancéreuse élevée.

Avant cet âge, le risque de cancérisation est statistiquement peu élevé (sauf dans des groupes prédestinés par leur métier, leur hérédité, etc.). Après 70 ans, la mortalité par cancer tend à diminuer au profit des autres causes... que la cure combat d'ailleurs également, quoique non spécifiquement.

5° Les éléments essentiels de la cure anti-cancer sont les suivants :

* Réduction sensible de la ration alimentaire quotidienne, susceptible de provoquer une perte de poids de l'ordre de 3 %. Cette sous-alimentation tend à installer dans l'organisme un état d'acidose extrêmement défavorable aux cellules cancéreuses, phénomène qui n'est déclenché, en dehors des états pathologiques, que par le jeûne ou la fièvre prolongée .

Note : l'exercice musculaire soutenu est générateur d'acidification par l'acide lactique qu'il provoque (le muscle constitue d'ailleurs un milieu défavorable au cancer, qui y est pratiquement inconnu).

Cette diminution de la ration alimentaire tend en outre à alléger la charge fonctionnelle imposée à l'organisme et cette réduction du métabolisme peut être complétée par une médication appropriée qui est du ressort d'une formulation médicale.

La cure de sous-alimentation pourra utilement débiter par un ou deux jours de jeûnes hydrique; avec purgation. (Cf. Marie-Reine GEFFROY, « Le Jeûne, moyen de Purification totale » éd. La Vie Claire).

Chez les sédentaires, la réduction à un repas par jour est préférable à une réduction quantitative, des divers repas, l'acidose étant provoquée plus rapidement.

Les restrictions alimentaires porteront surtout sur le sucre, sous toutes ses formes, qui est l'aliment spécifique de la cellule cancéreuse (Cf. Michel REMY, « La Bataille du Cancer » éd. La Vie Claire), le sucre de canne non raffiné pouvant être utilisé avec modération.

Les restrictions porteront également sur les viandes peu cuites ou trop grillées (la cuisson au barbecue formant des goudrons cancérigènes) et tous les aliments riches en cholestérol (œufs, beurre, fromages

gras,, laitages, coquillages, graisses animales en tous genres), sur les produits alimentaires faits de farine fortement blutée (pain blanc, pâtisseries, pâtes alimentaires usuelles, etc.), sur les huiles raffinées dites « de table » et les margarines ou autres graisses végétales hydrogénées.

Ces produits seront remplacés par des quantités moindres d'aliments naturels correspondants : pain complet, fruits frais (surtout acides) et fruits secs. huiles dites « vierges », pressées à froid (olive, tournesol, etc.), sel marin non raffiné, fromages maigres frais et élaborations culinaires utilisant les acides fixes .

Note : les acides fixes sont rapidement compensés par là «réserve alcaline» de l'organisme et de leur utilisation ne peut être induite une acidose stable. Par contre, les alcalins comme les « bicarbonates » et produits similaires doivent être proscrits et la cure doit être l'occasion de l'abandon de leur utilisation habituelle. La méthode alimentaire préconisée par « La Vie Claire » sous le nom d'Alimentation Saine et pratiquée depuis 25 ans par des dizaines de milliers de personnes en France, en Belgique et en Suisse, permet - lorsqu'elle est suivie constamment - d'ignorer la maladie. Pour les personnes qui ne désirent pas l'adopter constamment, elle constitue une cure anti-cancer excellente.

- Oxygénation : On recherchera tout ce qui favorise la respiration et l'oxygénation de l'organisme, en particulier les promenades en forêt, en montagne et près de la mer, l'activité physique de plein air (non pollué), la gymnastique respiratoire, la consommation d'aliments riches en vitamine C (agrumes et fruits frais en général), l'ozonisation de l'air des appartements.
- Les médications adjuvantes de l'oxygénation des tissus, soit directement comme la vitamine C ou le cytochrome, soit indirectement comme les fluidifiants sanguins et les sclérolytiques, constituent une large panoplie que le médecin peut utiliser pour renforcer cette action; elles présentent l'avantage d'associer une innocuité complète à la confirmation expérimentale d'un effet protecteur de la cancérisation. Certaines de ces médications sont composées de telle sorte qu'elles associent une action acidifiante complémentaire. .

Corrélativement, on évitera tout ce qui compromet l'oxygénation de l'organisme, par exemple le séjour en atmosphère viciée ou confinée, le tabac, la sédentarité.

* La cure magnésienne: une alimentation comportant les substances vitales (vitamines, oligo-éléments, diastases, etc.) indispensables à la cellule normale est nécessaire à l'autodéfense de l'organisme contre les cellules anormales. Ces substances sont abondamment fournies par une alimentation enrichie de fruits frais, de crudités variées, de pain complet, d'huiles végétales vierges pressées à froid... Seul le magnésium peut être insuffisant et il est indispensable pour assurer la division normale de toutes les cellules de l'organisme ; de ce fait, son importance prévaut sur celle des autres éléments dont l'action peut être limitée à un seul groupement cellulaire. Or, la carence magnésienne est un fait qui s'est généralisé et sur lequel se penchent actuellement commissions et congrès.

Compte tenu du rôle important de ce catalyseur pour assurer aux cellules saines une prévalence sur les cellules cancéreuses, il convient d'en assurer une fixation suffisante dans l'organisme. L'apport alimentaire, largement suffisant si l'on faisait un usage permanent des produits qui en sont riches peut ne pas suffire à combler une carence en quelques semaines, d'autant que la fixation et la recharge cellulaires en ce catalyseur est très lente.

C'est pourquoi il importe tout d'abord d'exclure l'usage des alcools pendant la cure ; l'alcool s'oppose à la fixation magnésienne (chez les cirrhotiques, la teneur sanguine en magnésium reste constamment anormalement basse). La relation positive alcoolisme-cancer vient d'ailleurs de faire l'objet d'une vaste statistique portant sur 19 pays. En France, les régions détenant le record de mortalité cancéreuse sont aussi celles qui détiennent le record de mortalité par cirrhose alcoolique. Le lien procède du fait que l'alcoolisme engendre deux facteurs essentiellement favorisant les cellules cancéreuses: l'hypomagnésinémie , - c'est à dire la perte de la fixation du magnésium - et l'alcalose. On comprend la relation qui lie les mortalités alcoolique et cancéreuse. En fait, l'absence de fixation magnésienne due à l'alcool aboutit au même résultat qu'une carence alimentaire qui entraîne, elle aussi, des records de cancérisation dans les pays où elle sévit, comme la Belgique. La recharge médicamenteuse constitue une garantie de corriger une carence qui peut d'ailleurs procéder autant d'une difficulté de fixation individuelle

que du manque d'un apport suffisant.. Il existe de nombreuses présentations médicamenteuses dont certaines offrent l'avantage d'associer dans leur formule

D'autres éléments nécessaires à la cure, comme la vitamine C par exemple. Notons que certaines de ces présentations médicamenteuses associées provoquent, même utilisées isolément chez l'animal qu'on cancérise, un taux de protection remarquable.

A éviter :

On devra par ailleurs systématiquement éviter au cours de la cure anti-cancer les facteurs susceptibles de favoriser les cellules cancéreuses, en particulier les suivants :

- Le don du sang qui stimule les divisions cellulaires
- Les traitements cortisoniques, pour la même raison
- Le tabac, qui diminue l'oxygénation
- Tout aliment contenant des colorants ou des arômes de synthèse, des conservateurs chimiques, même autorisés (Cf. Communication du Pr. TRUHAUT sur la «-Somme des Effets Cancérogènes» , dans Ann. Ph. Fr., janvier 1955).

En cas de maladie chronique d'un organe, la période de cure doit être celle du soin apporté à mettre au repos fonctionnel maximum cet organe. Gastrite, colite, bronchite, etc., souvent négligées parce que rebelles à un traitement curateur, doivent faire l'objet d'une attention particulière, même si temporaire, pour alléger la charge imposée aux cellules saines résiduelles, d'autant que les maladies chroniques font le lit du cancer.

Tous les cancérologues s'accordent à remarquer l'influence des facteurs moraux dans la genèse des cancers; cela tient au fait que les émotions et les détresses morales sont génératrices d'alcalose. La cure tend à corriger cet effet par une acidification systématisée. Il reste qu'une correction, au moins temporaire, d'un état psychasténique peut être envisagée par voie médicamenteuse euphorisante, si nécessaire.

6° Chasse terminale- des micro-cancers :

Les derniers jours de la cure constituent la période de la destruction directe, par des produits anticancéreux, des cellules anormales qui auraient pu résister à une extinction naturelle quand le biotope cellulaire est rétabli dans un statut qui ne se prête pas à leur survie.

Cette purge des embryons résiduels de cancer encore réduits à quelques cellules (16 en moyenne à la fin de la première année d'évolution), qui pollueraient encore les organes, complète le nettoyage de l'organisme.

Nous avons vu qu'elle implique l'usage de médicaments anticancéreux, à très faible dose (la dose nécessaire à la destruction d'un cancer est proportionnelle au nombre des cellules qu'il contient et cette dose, au stade d'une douzaine de cellules, est négligeable).

L'utilisation de ces produits anticancéreux (qu'on utilise aussi pour d'autres maladies comme le rhumatisme chronique ou le psoriasis) peut toutefois représenter, par leur abus ou un mauvais dosage, un risque de toxicité et ressort donc d'une formulation et d'un contrôle par le médecin.

Ce nettoyage direct terminal complète la cure anti-cancer. Il constitue une garantie complémentaire destinée à accroître le taux de protection. Il parfait le but de la cure, qui est de faire du cancer non pas une maladie bénigne, mais une maladie rare, en appliquant à l'homme la protection anticancéreuse que l'homme réussit sur l'animal.

Note médicale :

La procédure chimique terminale de la cure préventive ne se différencie pas essentiellement de la procédure curative du cancer évolué. La seule différence est qu'elle s'adresse à des cancers constitués de quelques cellules au lieu de cancers émergés et donc constitués d'au moins un milliard de cellules.

La charge médicamenteuse, fonction de la masse cancéreuse, aboutit au négligeable, mais la technique doit se conformer au principe de synchronisation. (Référence : La Nouvelle Presse Médicale du 24-6-72, p. 1757).

La synchronisation consiste à bloquer les cellules en phase mitotique (phase de vulnérabilité) par un premier agent et de donner les jours suivants un agent éradicateur.

L'agent de blocage mitotique (dérivés de colchique, pervenche, chloral, etc.) est administré les 2 premiers jours, l'agent d'éradication suit sans discontinuité les 2 à 4 jours suivants. Il convient de noter que l'agent cytostatique initial aboutit, si la concentration est plus élevée, à une action antimitotique partielle mais suffisante au stade d'évolution paucicellulaire concerné, pouvant remplacer le second agent (cf. André Gernez : « Cancer, dynamique et éradication »). Les contre-indications ressortent des règles usuelles de la pharmacopée; la grossesse et l'allaitement impliquent de limiter la procédure à l'action orthoplasante. La procédure doit intervenir en fin de cure pour que le biotope cellulaire ait été préalablement rétabli dans le sens favorable à l'orthoplasie. Un rappel éventuel implique une latence minimale de un mois.

« Il suffit de bien juger pour bien faire » (Descartes)

On ne manquera pas de se demander si des moyens aussi simples peuvent vraiment vaincre une maladie considérée universellement comme un fléau inexorable.

Il en a toujours été ainsi.

C'est la même interrogation et la même étonnante simplicité qu'on retrouva chaque fois que l'humanité découvrit la parade aux inexorables fléaux d'antan.

La variole tua plus de 60 millions de gens au XVI^{ème} siècle, un médecin de campagne donna la solution en systématisant une pratique paysanne. Le scorbut décima tout le Moyen Age et des générations de marins ; un simple apport alimentaire le fit disparaître quand fut connue son origine. Le rachitisme sévissait à l'état endémique; il fut effacé dès que, son déterminisme compris, on ensoleilla quelque peu les individus. Les maladies infectieuses qui constituèrent la cause primordiale de mortalité pendant des millénaires disparurent pratiquement dès que fut constaté et codifié l'antagonisme des microbes et des moisissures (antibiotiques).

La simplicité n'est pas opposée à l'efficacité ; l'expérience montre que c'en est même le critère. L'expérience montre aussi que toutes les solutions naquirent dans l'étonnement de leur simplicité. La solution du cancer a été pressentie par le plus grand cancérologue français, Oberling, quand, au terme de ses travaux, il écrivait (1954): «Le cancer ne s'installe que rarement d'emblée. Presque toujours il est précédé de troubles qui sont simplement l'expression d'une réactivité anormale à l'égard de certaines influences. C'est dans ce domaine qu'il faut chercher et il est parfaitement concevable que les procédés capables de corriger ces réactions anormales soient extrêmement simples. Et ceci donne de grands espoirs pour l'avenir».

L'espoir s'est concrétisé le jour où un médecin comprit l'inanité d'une prophylaxie qui visait à raccourcir de quelques semaines ou de quelques mois la détection d'une tumeur déjà devenue irréversible depuis plusieurs années. Et qu'il comprit aussi comme tous ses prédécesseurs qui firent progresser la science, qu'avant d'agir sur un mécanisme, il fallait le comprendre.

Ce que l'homme réussit sur les animaux : les protéger du cancer, il peut l'appliquer à lui même et le réussir de la même façon. Souhaitons que les autorités qui ont en tutelle la santé publique, et qui reconnaissent « la portée mondiale » des travaux du Dr Gernez, puissent conformer une action à leur conviction.

RESUME

Pour qu'une cellule tarée donne naissance à un cancer évolutif, il faut qu'elle échappe à des risques majeurs qui la menacent et menacent au même degré sa descendance proche pendant 5 à 6 ans. Ces risques sont tels qu'un nombre infime de cellules réalisent le destin exceptionnel d'un « mutant qui réussit ».

Seule y parvient la cellule tarée qui franchit victorieusement la compétition avec les cellules normales, l'obstacle d'un milieu organique resté sain et celui d'une destruction « accidentelle » par des substances cancérigènes. Il convient de lui interdire ce destin exceptionnel en restaurant ou en renforçant ces obstacles majeurs à partir de l'âge où ils tendent à s'affaiblir.

En fait, alors que chaque individu voit se former en lui, chaque jour, plusieurs millions de « mutants » ou cellules anormales, 170.000 seulement chaque année en France réussissent cet exploit de donner naissance à un cancer.

L'immense majorité de ces germes de cancer avorteraient comme les autres si, comme le propose le Dr GERNEZ, l'ensemble des individus menacés se soumettait chaque année à une cure destinée à rétablir dans l'organisme, pendant les quelques semaines nécessaires, les conditions renforçant les risques d'extinction de tout embryon de cancer en voie de constitution, et de parachever cette action par une destruction, une purge terminale, de ceux qui d'aventure auraient pu échapper.

Ce nettoyage biologique annuel présente, en outre, l'intérêt de rétablir dans l'organisme des conditions bénéfiques à d'autres points de vue que celui du cancer

**Cette brochure d'information a été réalisée avec la collaboration du
COMITE POUR LA PREVENTION ET LE TRAITEMENT DU CANCER
65 rue des Anges 59100 – ROUBAIX.**