

**Michel MOIROT**

# **Origines des cancers**

**Traitement et prévention**

**© Andrillon**

*Cette deuxième  
édition numérique  
a été réalisée par Josiane Andrillon,  
au mois de janvier 2008 à partir  
des notes manuscrites confiées  
par le Dr Michel Mairoi  
à Pierre Andrillon.*

*Je tiens à exprimer mes remerciements à tous ceux et celles qui m'ont aidé patiemment dans mes recherches et mes travaux. Principalement le docteur Di Vittorio, mesdames Nicole François et Marie-Françoise Pons.*

*Je remercie également Alain Grandemy, Françoise Lapôtre et les professeurs Henri Pradal et Jean Duranton.*

*Docteur Michel Moiro*



## Préface

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

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

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

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

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

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

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

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

*Le docteur Moiroto semble avoir trouvé le moyen d'expliquer logiquement ce problème en faisant concorder les expériences de laboratoire et nos connaissances en biologie avec les faits cliniques présentés dans son livre. Il tient énormément compte des phénomènes de préparation de la cellule à sa mitose et fait état des différents niveaux cellulaires où des régulations, des répressions ont lieu afin d'adapter la nouvelle née à son contexte tissulaire voué à telle ou telle fonction. Il a constaté entre autres choses que dans certaines membranes cytoplasmiques l'ARN-messenger, chargé de transmettre l'information génétique, n'était pas traduit, décodé et demeurait à l'état stable (donc absence de décodage en chaînes protéiques de l'information porté sur ce “messenger” !). Il en déduit que, si le “décodage” est différé, c'est que les membranes ont enregistré certaines perturbations ambiantes dans le tissu et celles-ci peuvent bloquer la mitose. Or, comme nous savons que les cellules privées d'ordres conditionnant la trophicité peuvent donner des cellules transformées d'après ce que nous dit le professeur Montagnier, ce blocage de la mitose est gros de conséquences.*

*Il s'agit certes d'une hypothèse mais le docteur Moiroto ayant constaté que le cancer traduisait l'autodestruction d'un sujet, somatisé dans un organe-vecteur capable d'incarner cette destruction, il établit logiquement que le processus se déclenche lorsque l'autodestruction est devenue irréversible*

*et, qu'à ce moment-là, des perturbations se produisant dans la vie de certains tissus, il en résulte l'apparition de déficiences prémitotiques.*

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

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

*Ce livre est à ma connaissance l'effort le plus remarquable qu'on ait fait concernant l'étiologie psychosomatique de la cancérisation, ce qui a apporté à notre connaissance une dimension non encore étudiée sérieusement et digne d'un intérêt qu'il faudrait être de mauvaise foi pour négliger. En effet, cette dimension nous permet de voir clair là justement où il le faut et, comme le dit l'auteur lui-même, de nombreuses chimères se dissipent !*

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

7 - 1 - 1974

*L.-J. Delpech  
Professeur à la Sorbonne  
Président de la Société française  
de cybernétique*

## Avant-propos

Dans ce travail, je me suis efforcé de présenter, en partant d'une méthode de recherche personnelle éliminant les facteurs exogènes, des observations précises où ne resterait à étudier que le conditionnement affectif vécu des malades.

En effet, pour parvenir à prouver si le cancer est d'origine psychosomatique, qu'il a réellement cette origine, il était primordial de n'avoir à ma disposition que le seul terrain psychosomatique. Il était donc indispensable pour éliminer les influences de polluants dans l'esprit du chercheur (par "polluants" j'entends, par exemple, 3-4 Benzopyrène, diméthylbenzanthracène, ou les carences ou les excès d'ions Cuivre, Magnésium, ou de produits dits "cancérogènes" dont la recherche étiologique est saturée) de m'adresser à des groupements humains soumis aux mêmes influences écologiques pendant la durée de leur vie.

De plus, il était nécessaire d'étudier des sujets ayant l'esprit axé sur la recherche d'un même objectif, car cela implique la mise en action des moyens pour y accéder.

Il était donc indispensable d'analyser un "devenir existentiel" apparemment commun en tenant compte des événements ayant jalonné la vie de chacun.

Une seule méthode allait permettre de mener à bien cette recherche : choisir des sujets habitant depuis de longues années au même endroit, sur le même sol, vivant ensemble de la même façon, mangeant les mêmes aliments, buvant la même eau et soumis aux mêmes influences telluriques, atmosphériques, climatiques. Chacun sait que la physique et la chimie étudient toujours un phénomène dans les mêmes conditions de température et de pression ! Il fallait donc agir comme le physicien et le chimiste.

Toute recherche effectuée dans d'autres conditions eût été suspecte sur le plan de la logique formelle.

Il fallait étudier ce que la phénoménologie existentielle nomme DASEIN ou "être là, au monde" dans le monde en y projetant ce qu'on y a puisé, digéré mentalement depuis qu'on est à ce monde qui nous a marqué.

Je serai contraint de me répéter au début de ce livre en relatant l'évolution de ma pensée et m'en excuse auprès du lecteur, mais je fais ici le point afin de résumer ma méthodologie.

Je me suis adressé aux communautés religieuses, en tenant d'abord compte de la différence entre cloîtrés et non cloîtrés car leurs conditions d'existence varient et leurs options caractérisent des motivations mentales assez différentes.

Les faits ayant été isolés et la preuve faite du rôle capital joué par les tendances affectives des individus dans la genèse des cancers, j'ai tenté, à partir du juin 1973, de divulguer mes travaux dont la portée humanitaire devrait être connue.

Malheureusement, les organismes auxquels je me suis adressé ne s'intéressaient pas à ce que j'avais pu découvrir et refusaient même d'en prendre connaissance.

Monsieur le doyen Bois, de la Faculté de médecine de Montréal, et l'Ambassadeur de France à Washington, par l'intermédiaire de son attaché culturel, me donnèrent des adresses d'organismes dans leur pays respectif.

J'ai donc écrit mes recherches et envoyé un "digest" à Bethesda, centre de recherches de l'Université de Baltimore.

Le 4 novembre 1973, je reçus une réponse de Robert Avery junior, de Bethesda, me remerciant de ma description sommaire et me réclamant un résumé du résultat de mes travaux.

Ces travaux, comprenant la méthode, les statistiques et les résultats déduits, furent donc adressés à Bethesda qui m'en accusa réception le 7 janvier 1974, et Robert Avery me dit avoir transmis mes recherches à son équipe étant donné qu'elles étaient utilisables.

En France, je reçus une approbation du Dr Bernard Bordes, directeur d'une revue médicale, du Dr Pierre Schnetzler, psychiatre des hôpitaux de Grenoble, et du Dr Jacques Lacan, président de l'Ecole freudienne de Paris (EFP) aux dates du 12 décembre 1973 et du 11 février 1974.

Le Pr L.-J. Delpach, professeur de psychologie sociale à la Sorbonne, prit contact avec moi beaucoup plus tard, grâce à des amis communs.

Différents échanges de correspondance eurent lieu entre la Belgique, le Canada et moi-même avec diverses interprétations des motivations des scripteurs, et je possède tout un dossier à ce sujet.

Le Pr Georges Mathé a eu mes travaux en main le 23 septembre 1976.

Finalement, sans que ces travaux aient été divulgués, des statistiques calquées sur les miennes avec les mêmes éléments existentiels parurent dans la revue *Science et Vie* de janvier 1977.

Caroline Bedell-Thomas, de Baltimore, avait relevé sans doute des caractéristiques dont certaines étaient analogues à celles de mes enquêtes dans les couvents en étudiant des tests de personnalité de 43 cancéreux provenant d'une liste de 1 337 étudiants en médecine de Baltimore testés de 1960 à 1964, disait *Science et Vie* !

L'auteur des documents en question (C. Bedell-Thomas) signalait que William Worden et Avery Weisman, psychiatres au Massachusetts Hospital de Boston, avaient constaté que les cancéreux qui avaient eu de mauvais contacts avec leur entourage vivaient moins longtemps que les autres. Cela me semble logique d'après ce que mes enquêtes m'ont révélé, car plus le passé conditionnant du cancéreux est pénible plus les tendances masochistes s'accroissent, ce qui active, en cas de cancer, la différenciation cellulaire.

Les Etats-Unis, je l'ai appris seulement en août 1975 grâce au livre de Kissen et Leshan (éditeurs à Edimbourg), avaient effectué des recherches de 1960 à 1964 sur les structures caractérielles des cancéreux hospitalisés et cela grâce aux tests projectifs de Hermann Rorschach (par Bahnson, Nemeth et Mézei, Booth).

Ces recherches, très intéressantes, montraient que les cancéreux avaient des sentiments ambivalents, de base narcissique, avec fixation à la mère et masochisme. Je l'avais constaté en effet. Comme ces composantes se retrouvent chez beaucoup de non cancéreux, la preuve de l'étiologie psychosomatique n'était pas faite, hélas !

Cela explique sans doute l'intérêt des Américains de Bethesda-Baltimore pour la méthode que j'ai utilisée et ses résultats précis qui leur furent communiqués.

Les réponses d'Avery junior ne laissent subsister aucun doute à ce sujet et je ne puis que le remercier de son appréciation.

Ils ont donc utilisé une méthode analogue à la mienne, mais avec des résultats moins probants, et surtout n'impliquant pas un semblable "devenir existentiel" ni l'élimination complète des influences écologiques.

Néanmoins, les défections parentales et quelques chocs aliénants semblables sont signalés par Caroline Bedell-Thomas le 1<sup>er</sup> janvier 1977. Aucune théorisation n'est marquée dans son article paru dans *The Lancet*, repris par Gérard Messadié de *Science et Vie*.

Je n'ai eu connaissance des travaux des Soviétiques que le 23 avril 1976 par le Pr Henri Laborit à qui j'avais adressé les miens.

Il me répondit d'ailleurs que j'avais probablement raison et que, dès 1948, Jones et Miller avaient également présenté des études cliniques à ce sujet.

Toutefois, Henri Laborit pensait que le monde scientifique n'était pas apte à admettre l'origine psychosomatique des cancers. J'apporte donc mes preuves personnelles.

Elles sont confirmées par les travaux des équipes américaines. Toutefois, se pencher sur la psychologie est angoissant pour ceux qui ne trouvent un terrain solide que dans "l'organique", et, de plus, le cancer est un tabou. Il suscite des réactions de crainte qui empêchent certains chercheurs d'analyser sans appréhension le mécanisme psychologique dont il procède.

Enfin, l'imprévu de mes études et de ma conclusion ont amené l'Académie des Sciences à reconnaître l'intérêt de mes recherches tout en souhaitant que soit élargi le domaine de mes investigations.

Qu'il me soit permis de dire que la comparaison qui s'imposait entre le cancéreux et les internés des camps de concentration se fonde sur 12 millions d'individus ! Je me permets également de dire que des statistiques américaines, faites au moyen du test de Rorschach, portent sur un grand nombre de cas, ce qui n'a pas empêché les chercheurs de Baltimore de reprendre à leur compte ma méthode statistique sur un petit nombre de sujets.

En effet, toute analyse portant sur des milliers de cas s'adresse fatalement à un éparpillement d'individus appartenant aux milieux les plus polymorphes. Ce qui fait l'intérêt de l'étude effectuée dans les couvents cloîtrés, c'est justement l'isolement des personnes testées au sein d'une écologie uniforme.

La preuve ne réside que là.

Je remercie les éditions les Andrillon de s'être intéressés à mes travaux, et cela s'explique par leur souci humanitaire de dépasser un conformisme parfois stérile et de s'opposer à ce compartimentage des disciplines déjà dénoncé par Albert Einstein comme responsable d'un appauvrissement moral, intellectuel et spirituel de l'humanité.-



# Chapitre 1

## Depuis des millénaires

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

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

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

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

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

Une espèce semble naître lorsqu'elle a un rôle à jouer pour contribuer à l'équilibre de la vie de toutes les autres espèces sur un territoire donné. Mais comment de telles espèces apparaissent-elles ? On connaît les raisons pour lesquelles certaines d'entre elles disparaissent : à cause de la chasse exagérée ou lorsque les conditions d'habitat deviennent défavorables. Ainsi les dinosaures, iguanodons, tricératops du crétacé disparurent à l'approche de la période glaciaire.

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

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

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

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

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

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

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

Et pourquoi les virus auraient-ils été les premiers éléments de la vie ? On en arrive à penser :

“Au commencement était le verbe”, mais cela ne résout rien, tout au moins pour un cerveau épris de logique... Car c'est l'irrationnel qui se trouve à l'origine de la vie, que l'on croie en Dieu ou non ! Les causes premières échappent au raisonnement humain.

Méditons sur l'histoire d'Adam et Eve et du fameux serpent de la Genèse enroulé autour de l'Arbre de la Connaissance :

Cet arbre enraciné peut montrer que toute vie se forme en prenant ses racines dans la matière, et cette matière est toujours la terre, l'Eretz hébraïque, mais les fruits de cette terre ne peuvent exister que si le serpent, qui est le principe de vie, se trouve présent.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Derrière cette apparente boutade bien des vérités se révèlent, et dois-je citer celle-ci :

"A notre époque, dit Fanti, l'homme est demeuré inlassablement, à la fois intellectuellement, psychologiquement et spirituellement... absolument semblable à l'homme des cavernes" !

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

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

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

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

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

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

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

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

## Chapitre 2

### **Le corps et l'esprit sont indissociables**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

la petite enfance par tout être humain.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dans cette attitude, il faut inclure le rôle contraignant d'un “Sur-moi” qui pousse le religieux à tenter de sauver son âme. Or, si nous lisons l'Évangile, nous y trouvons noir sur blanc ceci :

“Car celui veut sauver sa vie la perdra ;

mais celui qui perdra sa vie pour moi la suvera.” (Luc 9, 18-24).

L'ésotérisme de ces phrases est évident.

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

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

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

Pour Pierre Daco, analyste d'obédience jungienne<sup>1</sup>, un homme castré (moralement, affectivement) peut renoncer à la sexualité et à la femme sous prétexte par exemple du vœu de chasteté, de pureté (= purification des sentiments de culpabilité). En faisant cela, il se place sous la protection du père (céleste) afin de n'être plus castré par lui (c'est-à-dire afin de ne pas être rejeté par lui le jour du Jugement Dernier).

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

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

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

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

Certes, cette notion de péché représente un véritable état névrotique à base de très importants conflits. La peur de la damnation éternelle peut en effet motiver certaines attitudes religieuses. Si l'on comprend le phénomène religieux non plus sous l'angle exotérique mais sous celui de l'ésotérisme, il ressort de ce point de vue que le “Royaume de Dieu” est un état intérieur plutôt qu'un lieu géographique<sup>2</sup>, et c'est un état caractérisé par

1. *Les Tromphes de la psychanalyse*, par Pierre Daco, Edit. Marabout-Université, pp. 433-415.

2. L'un n'empêche pas l'autre, cet “autre” étant infini, cosmique et, de ce fait, englobant l'ensemble des adeptes..

la fusion des oppositions qui, habituellement, écartèlent un être humain dont le comportement est tributaire d'oppositions non fusionnées.

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

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

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

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

Un "mondo"<sup>3</sup> zen sur l'enfer en dira plus à ce sujet que ce que je pourrais tenter de faire saisir avec de longues phrases :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cet exposé succinct sur la culpabilité dans son behaviourisme étant terminé, je dois maintenant aborder un autre thème qui ne satisfait point, mais que je suis obligé de prendre en considération puisqu'il s'agit de faits erronés présentés par certains théoriciens. Ces faits risquent d'installer dans l'esprit du grand public une idée fausse concernant l'étiologie des cancers, et de marquer même le corps médical...

Certains théoriciens de l'étiologie des cancers ont supposé que l'hydrate de chloral était sans doute prescrit aux aliénés par les médecins des hôpitaux psychiatriques afin de leur procurer le sommeil, mais le chloral, étant aussi antimototique, était cancérogène !

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

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

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

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

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

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

Quant à moi, je savais que là ne résidait pas, selon toute vraisemblance, la non-cancérisation des aliénés. Toutefois j'ai pris soin d'en obtenir la preuve écrite en présentant le problème aux chefs de services des hôpitaux psychiatriques.

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

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

Le Pr de Gaëtani, de Modène, avait déjà constaté ce fait il y a une vingtaine d'années sur plus de 1 000 cas.

Et les enquêtes faites par un médecin d'Athènes sur plus de 6 000 cas en Angleterre, en Ecosse, au Pays de Galles, en URSS ont apporté les statistiques suivantes : de 0,1 % à 0,2 %. J'y reviendrai.

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

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

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

## Chapitre 3

### Particularités spécifiques des collectivités monastiques au regard de notre étude

A Clervaux, un moine était allé à Lourdes où il guérit d'un cancer du testicule métastasé à l'intestin.

Une correspondance s'établit alors entre le Père Abbé et moi-même à cause de l'importance du problème étudié, et le religieux m'étonna lorsqu'il me dit que les cancers étaient fatalement plus nombreux dans une société décadente... !

Il semblait donc non seulement admettre une interférence psychosomatique dans le processus de cancérisation, mais il acceptait de supposer que des perturbations de caractère éthologique avaient peut-être des incidences dans ce processus.

Ce moine, guéri à Lourdes d'un cancer du testicule, ne pouvait que m'inciter à effectuer des recherches poussées dans tous les couvents de France et des pays étrangers où j'aurais accès au point de vue linguistique.

J'ai alors touché 52 départements français où vivent des carmélites et des clarisses, puis j'ai touché les couvents cloîtrés masculins (chartreux, trappistes) et non cloîtrés (carmes, rédemptoristes) et enfin les non cloîtrés (femmes).

Mes investigations ont également été poursuivies en Espagne et en Israël où j'ai vécu quatre mois. Voici le résultat chiffré :

Sujets observés	Mode de vie	Sexe	Nombre de décès récents	Cancers guéris ou non	%
Carmélites et Clarisses	cloîtrées	F	626	130	20,76
Religieuses ordres divers	non cloîtrées	F	135	19	14,07
Moines	cloîtrés	H	179	22	12,29
Religieux (autres)	non cloîtrés	H	215	10	4,65

Il est facile de voir sur ce petit tableau que les chiffres sont caractéristiques et que, d'une part, le pourcentage de décès par cancers chez les **cloîtrés** hommes et femmes est **plus grand** que chez les **non-cloîtrés**.

On trouve en effet :

chez les femmes cloîtrées : **20,76 %**

chez les hommes cloîtrés : **12 %**

Chez les hommes, le pourcentage est moindre mais avec le même décalage entre **12 %** chez les cloîtrés et **4 %** chez ceux qui ne le sont pas.

D'autre part, le pourcentage de décès par cancers des femmes cloîtrées est très supérieur à celui des hommes, et leur pourcentage pour les non-cloîtrés dépasse de **2 %** celui des hommes non-cloîtrés.

Cela prouve certainement que les motivations sont plus profondes chez les femmes.

De toute manière, les cloîtrés ayant beaucoup plus de cancéreux, il était capital de tenter d'en saisir la raison !

Pourquoi le croyant choisit-il le cloître ou pourquoi préfère-t-il garder le contact avec l'organisation sociale dite "profane" ? Il y a là déjà une motivation qui à priori est digne d'être prise en considération ! On choisit le cloître pour se réfugier dans un monde à part, en dehors du monde où l'on avait vécu jusqu'alors.

Si nous lisons encore les textes bibliques, nous y remarquons dans Luc (XVII - 21-22) ceci :

“Le Royaume de Dieu ne vient point de manière à frapper les regards. On ne dira point : Il est ici ou là, car voici : le Royaume de Dieu est au-dedans de vous”...

Que l'on comprenne ce texte comme on voudra, c'est-à-dire que l'on fasse de l'exotérisme (religion) ou de l'ésotérisme (initiation de type “yoga” ou “zen” japonais ou que l'on se penche sur n'importe quel bouddhisme : tantrique, védantique, mahayanique), la recherche de ce “Royaume” ne peut s'effectuer dans le monde actuel fait de sentiments égoïstes, de défenses du “moi”, etc.

L'adepte d'une religion croit que ce royaume procède d'une transformation intérieure (le terme biblique : **au-dedans de nous**, est interprété comme un sauf-conduit en quelque sorte et renferme tacitement la notion de mérite, c'est-à-dire que le “Royaume” nous est offert si nous pouvons acquérir une certaine disposition intérieure qui plaît à Dieu).

Cette “disposition” ouvre la porte, après la mort du corps, du ciel géographique, c'est-à-dire d'un lieu de délices où l'on voit Dieu et ce lieu se trouve situé dans les hauteurs cosmiques...

L'adepte d'une philosophie initiatique pense que ce royaume est intérieur et se trouve donc bien au-dedans de nous. Il repose également sur une certaine “disposition intérieure” qui permet l'obtention de l'état dit de “samahdi” (terme hindou) ou de “satori” (terme du zen) et cet état où les oppositions sont anéanties est superposable à la notion de royaume des Evangiles.

Il s'agit donc, pour l'ésotérisme, d'une équilibration de soi qui repose, comme de bien entendu, sur la pratique d'une ascèse.

De toute manière, il importe de se transformer soi-même, et cela ne peut se faire en partageant les conditionnements imposés par la société dite “profane”.

Le moine chrétien quitte donc le monde et va au monastère pour s'y dépouiller de ses fausses visions attachées à ce monde où il a été conditionné avec une certaine option de pensée.

Il fait cela par humilité, par suite d'une poussée intérieure où il perçoit consciemment le désir de plaire à Dieu afin d'aller au **ciel**<sup>1</sup>.

Le philosophe féru d'ésotérisme sait ou pense qu'il s'agit de trouver la vérité en soi-même en se débarrassant de la vision qu'on avait des choses, vision consécutive à notre passé conditionné par les contacts avec le monde extérieur... profane, manichéen et cultivant le “moi”.

Ces religieux cherchent donc refuge dans un couvent où des règles très sévères sont établies pour permettre l'accès à ce “Royaume”.

Ici je me permets un détour, mais il me semble important pour la compréhension de ce chapitre de rapporter aux lecteurs quelques règles en vigueur dans les couvents.

## **Carmélites**

Chaque couvent est autonome et certaines particularités sont locales mais insignifiantes par rapport à ce que l'on appelle “la règle de fond”.

Cette règle a été établie par saint Albert et reprise par Thérèse d'Avila, puis modifiée récemment par Vatican II.

De toute façon, la règle spirituelle de base est évidemment inchangée et repose sur deux principes dont l'un peut être compris comme facteur “statique” tel le “je suis cela” des hindous, et l'autre comme facteur “dynamique” impliquant un combat passionné.

Ces deux principes sont extraits du *Livre des rois* du prophète Elie. Voici les principes :

1. “Il est vivant le Seigneur en qui je me tiens.”
2. “Je brûle de zèle pour le Seigneur, le Dieu des armées.”

La vie de carmélite est à la fois solitaire et communautaire, en ce sens que chaque religieuse a sa propre vie intérieure et, de ce fait, ne parle jamais de ses problèmes aux autres religieuses.

Toute demande de contact avec une compagne doit être accréditée par la mère supérieure, cette dernière étant souvent présente à l'entretien s'il est accordé.

On prie ensemble et l'on accomplit ensemble les travaux manuels.

Un troisième principe peut être ajouté à ceux du *Livre des rois* et repose sur une simple évidence, à savoir que chacune apporte ce qu'elle est.

A la question posée : “Pensez-vous que le cancer puisse être envoyé par Dieu ?”, la réponse a toujours été, sous diverses formes : “Il ne faut pas tout lui mettre sur le dos !”

La notion de maladie-punition se trouve refusée consciemment par les carmélites qui estiment que “de nombreux facteurs peuvent être incriminés et notamment des facteurs psychologiques”.

## **Trappistes**

La vie du trappiste repose sur une recherche de l'équilibre intérieur basé sur une règle monastique comportant cinq éléments se divisant en trois activités et deux principes de comportement.



1. Activités :

- Office divin commun,
- Lecture,
- Travail commun.

Les principes sont les mêmes que ceux des carmels.

2. Comportement :

- Vie communautaire,
- Méditation.

La vie communautaire du trappiste est la plus communautaire qui existe au monde. Elle exige de tout partager avec autrui et de renoncer à l'égoïsme. Il s'agit d'un dépouillement de soi.

La méditation est capitale et se fonde sur le principe bénédictin centré sur la liturgie et la "lectio divina" ou réflexion sur la Bible. C'est la règle proposée par saint Benoît.

Le trappiste doit penser à Dieu partout où il se trouve et accepter la loi du SILENCE qui est capitale. On ne parle que pendant le travail. Le moine doit suivre un chemin intérieur.

Quel que soit le motif de l'entretien avec un autre moine, il doit être présenté au supérieur et recevoir son acquiescement.

Il m'a été précisé que le cheminement du moine représente toujours une aventure, ce qui va évidemment de soi...

Si l'isolement du monde est total, la faculté d'accueil doit être en permanence active chez chacun pour recevoir les visiteurs, accepter les sollicitations d'où qu'elles puissent venir, les demandes de consolation, etc.

Les journaux et la télévision sont interdits. L'idéal est purement contemplatif.

Le principe communautaire élimine la vie en cellule et les moines dorment dans des boxes.

La viande est interdite.

Les cancers des trappistes sont à vecteur particulièrement sexuel. J'ai relevé les localisations suivantes de cancer, dans un de leur monastère :

Un cancer des vésicules séminales

Un cancer de la verge (suivi d'amputation)

Un cancer du testicule

Un cancer du sein (gynécomastie)

Trois cancers de la prostate.

Le fait que ces moines ont été mariés et que certains ont mené, d'après ce que l'un d'eux m'a dit..., "une vie de patachon" explique peut-être cette localisation. La "conversion" impliquerait un rejet du péché commis dans le passé, et la liquidation de l'élément vectoriel de ce "péché" tomberait sous le sens... !

L'opposition semble manifeste entre les trappistes, les chartreux (qui mènent une existence très dure et sont même parfois considérés comme assujettis à une vie "inhumaine" par les trappistes) et les bénédictins qui ne sont pratiquement pas cloîtrés et bénéficient d'une application très large de la règle.

## **Bénédictins**

La règle de saint Benoît appliquée dans les communautés est la même que celle des trappistes, mais, pour le bénédictin, les contacts sociaux sont d'une importance capitale et doivent toujours être recherchés. La notion d'hospitalité constitue une sorte de loi.

Il n'y a donc pas d'isolement radical et ce fait s'oppose à ce qui a lieu à la fois chez les trappistes et les chartreux.

Je souligne que mes enquêtes ont révélé chez les bénédictins un taux de zéro cancer sur 30 décès.

## **Chartreux**

Les chartreux sont contemplatifs dans la solitude et le silence et vivent en cellule, bien qu'ils aient trois pièces à leur disposition ainsi qu'un petit jardin de cent mètres carrés condamné pendant l'hiver.

Ils affirment eux-mêmes que le tempérament du chartreux est plus intellectuel que celui d'autres moines appartenant à des Ordres également contemplatifs comme celui des trappistes.

Il est indispensable d'être "psychiquement solide", disent eux-mêmes les chartreux contactés, pour pouvoir supporter cet état.

De plus, la viande est interdite et tous les offices religieux ont lieu la nuit de 23 heures 30 à 3 heures et 4 heures du matin, ce qui implique une grande solidité psychosomatique (ce terme est employé par les moines eux-mêmes).

L'un d'eux m'a même dit que le cancer avait sans doute quelque rapport avec le... péché originel transmis par contacts affectifs dans les rapports familiaux !

Il y a une opposition manifeste, ainsi que dit plus haut, entre les chartreux et les ordres tels que celui des bénédictins. Ces derniers, ainsi que les carmes, les dominicains et les franciscains sont membres d'ordres

qualifiés de “mendiants”.

Ils doivent avoir des contacts humains permanents. Ils sont donc “au monde” et évitent la fermentation en bouillon de culture qui peut désorganiser un sujet complexé, et le rendre de plus en plus coupable et autodestructeur si son conditionnement est mauvais.

## **Clarisses**

Exemple : “les colettines” de saint François.

Il existe une différence avec les carmélites en ce sens que l'ordre des clarisses est plus sévère physiquement. Les offices ont lieu la nuit entre minuit et demi et une heure et demie du matin.

La PAUVRETE et l'humilité sont les principes de base et s'adjoignent la loi dite “du silence” qui, toutefois, se trouve de moins en moins respectée depuis ces dernières années.

Mes recherches ayant eu lieu en 1971-1972, il est avéré que cette loi se trouvait encore en vigueur, et l'était d'une manière draconienne chez les religieuses (carmélites et clarisses) découvertes au cours de mes enquêtes.

Actuellement, les religieuses ont l'autorisation de parler à leurs compagnes, mais brièvement.

Quant à l'alimentation carnée, la viande était encore interdite lors de mes enquêtes, mais est maintenant autorisée trois fois par semaine.

Je signale que le taux de 43,7 % de cancers chez les cloîtrés se situe dans un monastère de clarisses à Bastia <sup>1</sup>.

Et je signale aussi que, chez les religieuses, le cancer du sein atteint l'énorme pourcentage de 33,33 % alors que ce pourcentage se limite chez l'ensemble de la population féminine à 13,5 % seulement.

Là encore c'est l'organe sexuel qui ne sert plus à rien qui se cancérisse.

Le larynx peut également somatiser un conflit et l'exemple des religieuses présentant 9 % de cancers du larynx par rapport à tous les cancers féminins, alors que cette localisation est rarissime chez les laïques, est assez significatif.

Le larynx est l'organe de la parole et la loi dite de silence des couvents cloîtrés peut expliquer que cet organe devenu le vecteur d'un interdit... puisse finalement se cancériser !

Le religieux cherche donc à se débarrasser d'un passé conditionné.

Cet abandon du passé s'effectue à son insu et progressivement.

Son humilité l'induit à accepter ce qui lui avait toujours paru désagréable, mais en envoyé par Dieu afin de l'éprouver.

Le monastère lui semble donc l'élément, l'outil irremplaçable qui lui permettra d'obéir à ce qu'il perçoit comme un appel de Dieu, et cet “appel” s'intègre de soi-même à sa foi.

L'humilité dont je parlais lui paraît indispensable et c'est grâce à elle qu'il accepte spontanément ou s'efforce d'accepter les idées d'autrui, attitude qui comporte de toute façon, le risque de s'apercevoir que ses idées personnelles ne sont pas nécessairement les meilleures...

Par ce moyen, l'évolution s'avère possible puisqu'il s'agit bien d'une ascèse dont le but n'est autre que vaincre les erreurs qui gênent la vision vraie de la réalité.

Mais si ce passé conditionné a été vécu dans la culpabilité, un moine peut très bien faire revivre ce passé, par le biais du masochisme.

Le dépouillement de soi-même prêché par les mystiques se transformera chez le masochiste par une détérioration progressive de soi-même qui touchera tout autant l'ivraie que le bon grain !

“Qui ne naît de nouveau”, dit l'Evangile, “n'entrera pas au royaume des cieux.” Cette conversion symbolique avec le personnage appelé Nicomède implique évidemment qu'il faut mourir à soi-même afin de renaître. Tout réside par conséquent dans ce que peut ou doit être cette mort.

Une ascèse effectuée par un sujet “normalement constitué affectivement”, je veux dire par là : ne présentant pas de conflit par trop intense, aboutira sans doute peu à peu à certaines modifications “valables”, c'est-à-dire dans le sens de la doctrine.

Un excès d'humilité pourra s'apparenter à des phénomènes autodestructeurs qui aboutiront à la mort, en effet, mais à une mort totale, sans appel et sans possibilité de renouveau. L'individu entier sera détruit, à moins que son corps n'ait pu prendre en charge sa transformation et la réaliser sous une forme purement “somatique”. Nous ne sommes pas loin, par conséquent, de la cancérisation.

Tous les moines devenus cancéreux que j'ai découverts au cours de mes enquêtes avaient vécu pendant leur enfance un conditionnement culpabilisant.

Freud a d'ailleurs dit : “Ce sont les moines qui pratiquent l'ascèse la plus dure qui se sentent les plus coupables.”

Il me semble donc opportun de me pencher de nouveau sur la notion de culpabilité.

1. D'autres religieuses vivant dans d'autres monastères étant d'origine Corse, le taux monte à 50 %.

Freud est certain que c'est l'image du meurtre du père qui est pour lui le nœud de la culpabilité et, pour ainsi dire, le lieu où l'on pourrait la dénouer.

La culpabilité, pour Freud, est donc liée au meurtre fantasmatique du père, elle est attachée à l'Œdipe et a pour motif le phallus.

Jacques Lacan précise que le phallus, dans Freud, n'est pas un fantasme. Il n'est pas non plus un objet bon ou mauvais et encore moins l'organe pénis ou clitoris. Pour Lacan, "c'est un signifiant dont la fonction dans l'économie intrasubjective de l'analyse soulève peut-être le voile qu'il tenait dans les mystères. Toutefois le phallus est le signifiant privilégié où la part du logos se conjoint à l'avènement du désir." (*Ecrits*)

"Ce n'est qu'un artifice, dit Lacan, d'invoquer un acquis mnésique héréditaire, non pas seulement parce que celui-ci est lui-même discutable, mais parce qu'il laisse le problème intact : quel est le lien du meurtre du père au pacte de la loi primordiale s'il y est inclus que la castration soit la punition de l'inceste ?" (*Ecrits*)

Gérard Mendel étudie ce problème, page 15 de son ouvrage *La Révolte contre le père*, en citant un texte de Freud, *Moïse et le monothéisme*, et y revient plusieurs fois, notamment à la page 145 du chapitre "Transmission culturelle de l'acquis inconscient".

Pour Freud, dit Mendel, tout en admettant que... "Nous n'avons comme preuve de ces traces mnésiques dans notre hérédité archaïque que les manifestations recueillies au cours des analyses, manifestations qui doivent être ramenées à la phylogénèse, ces preuves nous paraissent cependant suffisamment convaincantes, pour nous permettre de postuler un pareil état de choses."

J'abandonne pour le moment la très intéressante interprétation de Gérard Mendel pour étudier ce que nous dit Pierre Daco.

Au paragraphe "l'homme coupable", page 287 de son ouvrage de vulgarisation intitulé *Les Triomphes de la psychanalyse*, Pierre Daco dit ceci : "Une culpabilité sourde, absurde, gênante habite l'homme depuis toujours au même titre que l'angoisse. On peut considérer qu'il existe un archétype de la culpabilité." Il ajoute : "Il s'agit d'un sentiment lourd, vague, d'être coupable de quelque chose." Coupable de quoi ? D'exister ? De penser ? D'être un peu plus conscient ? Il conclut (page 289) : "On s'est perdu en recherches sur les causes de cette culpabilité humaine et généralisée."

Que dit Jung lui-même concernant la culpabilité : "L'homme est un être moralement responsable qui, s'étant donné lui-même une morale bon gré mal gré, courbe l'échine sous le poids et sa propre création." (Page 201 de *L'Homme à la découverte de son âme*.)

Il semble donc tout à fait explicable que la culpabilité étant le primum moyen non seulement d'un phénomène d'autodestruction qui se somatise, mais pour être plus précis de la cancérisation ; que ce soient les religieux cloîtrés qui fassent plus de cancers que les non-cloîtrés parce que l'option qu'ils ont faite en désirant le cloître peut reposer sur une autodestruction latente facilitée par une règle monastique très dure.

Il y a donc plus de candidats inconscients à l'autodestruction qui choisissent le monastère cloîtré ou non-cloîtré.

Je vais maintenant revenir aux couvents en tenant compte de cette étude de la culpabilité et vais extrapoler vers d'autres considérations dont les rapports sont précis avec l'agence surmoïque (ou surmoi).

## Chapitre 4

### Situation départementale des événements existentiels

Il me faut donc maintenant indiquer les études que j'ai faites dans toute la France, dans 52 départements y compris la Corse, chez les religieuses cloîtrées. Les taux de mortalité par cancers croissent du sud au nord dans la proportion de 0 à 60 % ; les régions côtières sont exemptes de cancers, ou à pourcentage faible, la Corse exceptée, seul pays du sud où les règles sont aussi sévères que dans le nord.

#### Cancérisations par départements chez les religieuses cloîtrées (en pourcentage)

Aisne .....	0
Drôme .....	0
Deux-Sèvres .....	0
Charente-Maritime .....	0
Côte-d'Or .....	0
Côtes-d'Armor .....	0
Hérault .....	0
Landes .....	0
Lot .....	0
Loire .....	0
Morbihan .....	0
Saône-et-Loire .....	0
Manche .....	5,5
Vendée .....	8
Alpes-Maritimes .....	8,3
Marne .....	9
Oise .....	10
Moselle .....	11
Haute-Savoie .....	12,5
Mayenne .....	16,6
Yonne .....	17
Finistère .....	22,4
Haute-Vienne .....	22,7
Tarn .....	23,8
Calvados .....	26
Ille-et-Vilaine .....	26,8
Orne .....	32
Région parisienne .....	32
Nord .....	37,8
Indre-et-Loire .....	40
Bas-Rhin .....	40
Corse <sup>1</sup> .....	43,7
Loire Atlantique .....	44
Meurthe-et-Moselle .....	60
Meuse .....	60

1. Exactement 50 % car plusieurs religieuses ayant vécu en France continentale étaient d'origine corse.

Le littoral méditerranéen ou atlantique donne aussi de faibles cancérisations chez les religieuses cloîtrées.

Le type de correspondance épistolaire varie chez les religieuses de l'Est, du Nord, du Sud, selon leur conditionnement (éthologique) régional.

Dans les régions situées au nord-est de la France, le souci de précision est énorme. On perçoit facilement une crainte de ne pas être digne de l'honneur que l'on fait aux couvents s'ils ne fournissent pas toutes les précisions paraissant s'imposer dans les moindres détails.

Il y a dans l'Est ce que les analystes nomment "le surmoi religieux hypersévère". Les populations de l'Est sont plus dures, plus exigeantes, plus intransigeantes que celles du midi, car elles ont toujours vécu dans une région victime des invasions, où le climat est dur, l'hiver très rigoureux et où l'existence des habitants est conditionnée par les industries du fer comme à Frouard, Pompey, Briey et Longuyon, Longwy..., et cette existence a toujours été difficile !

J'ai assisté d'ailleurs, il y a quelques années, à une émission télévisée où un colloque entre juristes était présenté. Tous les interlocuteurs étaient d'accord pour constater que les jurés des tribunaux étaient beaucoup plus sévères dans les régions situées au-dessus de la Loire qu'au-dessous.

Donc, dans les pays plus froids, où la vie que l'on mène est plus dure, il y a un conditionnement de la personnalité où l'instance psychique coercitive ou agence "surmoïque" est plus contraignante. D'où la sévérité et beaucoup plus d'intransigeance que dans les pays où la vie est plus facile, moins subordonnée à des impératifs implacables.

J'en arrive naturellement à dire que plus la morale pratiquée repose sur des impératifs inamovibles, plus le sentiment de contrainte éprouvé par les personnes qui vivent conditionnées par cette morale est intense.

Cela explique le nombre de cancers par autodestruction chez les cloîtrés, car ils obéissent à des contraintes beaucoup plus fortes à tous les degrés.

A propos d'autodestruction, il faut que je parle de ce qu'on appelle, en médecine psychosomatique "le processus de somatisation", c'est-à-dire du mécanisme par lequel ce qui est éprouvé sensoriellement par un organisme vivant se répercute d'une manière organique dans le corps de cet organisme, dans ses cellules. On sait depuis longtemps qu'il existe des ulcères provoqués, comme l'a prouvé Hans Selye, par des "stress" qui, se transformant parfois en cancers, m'ont quelque peu orienté vers la notion de l'étiologie également psychosomatique des tumeurs néoplasiques.

Je m'occupe, depuis 1949, de médecine et de recherches psychosomatiques, et pour moi, compte tenu de mon expérience, il n'existe pas de maladie particulière que l'on pourrait qualifier au moyen du terme "psychosomatique".

On ne peut réserver ce terme à certaines catégories de maladies parce que toutes les maladies organiques **acquises** au cours du déroulement de la vie de l'individu dans le monde ambiant, à part les intoxications et certains accidents, sont psychosomatiques.

J'ajoute que, dans la plupart des accidents, il existe une participation inconsciente de l'accidenté au traumatisme qu'il subit. Dans certaines manipulations de machines-outils, l'ouvrier s'abstient souvent de mettre en place le système dit de sécurité et, naturellement, il s'ensuit un danger permanent pour l'usager de la machine en question.

Un geste maladroit, une distraction, même de courte durée, suffisent pour que la main soit happée par la "toupie" ou raboteuse. Quant aux accidents de voiture, les soucis quotidiens des conducteurs, l'angoisse qu'ils doivent supporter pour résoudre leurs problèmes professionnels ou pécuniaires, les obligent à effectuer des manœuvres rapides pour ne pas être en retard à leur travail, pour gagner du temps, pour "en sortir" selon l'expression populaire, et, si un autre conducteur venant en sens opposé a les mêmes problèmes, il suffit de quelque erreur minime de part et d'autre pour provoquer une collision.

Le besoin de séduire une compagne entraîne parfois le jeune conducteur à prendre de gros risques pour se valoriser... et le gros risque se solde par une catastrophe. Je ne parle pas de ce comportement fréquent du conducteur dominé par la notion de "destin" auquel on n'échappe pas et qui, placé face à la possibilité de l'accident, le provoquera puisqu'il le croit inéluctable...

Il eût suffi de penser : "Il n'y a pas de destin fatal, mais le croire est le meilleur moyen de perdre la vie".

Un conducteur atteint d'autodestruction latente ne peut être que dangereux pour lui et pour autrui.

On pourrait parler longuement de la participation inconsciente des individus aux événements qui les traumatisent, mais là n'est point actuellement mon propos, et je voulais simplement établir cette donnée fondamentale : les maladies organiques autres que les maladies congénitales, les malformations anatomiques, les intoxications et certains accidents physiques contiennent toujours peu ou prou des motivations étiologiques d'obédience psychosomatique.

Par conséquent, un eczéma, une frigidity féminine, une impuissance masculine, un trouble fonctionnel, et je cite le prurit anal ou vulvaire sont des affections psychosomatiques, mais une pneumonie, une grippe, une sciatique (à condition qu'elle ne soit pas due à la compression d'une racine nerveuse !), un écoulement urétral,

une suppuration incoercible, un psoriasis... sont des maladies psychosomatiques également !

Un être vivant est fait d'un corps organisé pour "fonctionner" dans un contexte économique harmonisé qui s'accorde avec l'ambiance, et la fonction de ce corps est **vivre**.

Par "vivre", j'entends : éprouver des joies, des émotions, poursuivre un but, avoir une activité créatrice, se dévouer à une cause humaine, sociale, scientifique, littéraire..., avoir une vie affective, sexuelle, se nourrir, se distraire, etc.

Si la fonction qui est assumée par un organe se trouve perturbée, l'organe qui en est le substratum se trouve lui-même perturbé peu à peu. Le Pr Jean Delay, en 1953, dans un ouvrage intitulé *Etude de la psychologie médicale*, (PUF - p. 233), dit à ce sujet :

"Sous l'influence d'une manifestation fonctionnelle, la lésion anatomique peut apparaître, représentant alors non la cause du trouble mais sa conséquence.

Les altérations structurales d'abord discrètes et réversibles, deviennent ensuite profondes et irréversibles."

Si donc une fonction se trouve perturbée parce qu'elle sert de vecteur au conflit majeur du sujet (*Théorie vectorielle du processus vital* de Franz Alexander), l'organe substratum de la fonction se détériore, mais si la "Surdétermination étiologique" d'origine psychologique intervient en "brochant sur le tout", l'organe déconnecté se cancérisse.

C'est-à-dire qu'il abandonne la structure organique caractéristique de la fonction qu'il assumait parce qu'elle s'accordait avec l'ensemble de l'économie du sujet, pour adopter un aspect morphologique de plus en plus différencié selon l'intensité du conflit, sans fonction définie.

A l'appui de cette assertion, je me permets dès maintenant de mentionner les expériences du Pr Luc Montagnier sur les cellules de culture âgées. Voici ce que dit ce chercheur :

"Les cellules qui se multiplient le mieux dans ces conditions sont celles du tissu conjonctif. Cependant leur prolifération est limitée dans l'espace, car lorsque deux cellules se rencontrent, leur contact modifie leur mouvement, et finalement empêche qu'elles se divisent à nouveau, lorsque toutes sont ainsi jointives, leur multiplication cesse.

Au contraire, celles qui sont transformées par des virus (mais aussi celles provenant des cancers induits par des cancérogènes chimiques ou simplement apparaissant après une longue période de culture) ne sont pas ou sont moins sensibles à ces inhibitions. Elles croisent en tout sens, se chevauchent et forment plusieurs couches.

En outre, leur adhérence entre elles et au support est limitée." (Luc Montagnier in *La Recherche*, n° 1 de mai 1970, p. 58, vol. 1.)

Ce texte montre bien que les cellules qui sont "transformées" (par des virus ou par des cancérogènes chimiques, donc d'une manière anormale, expérimentale, *in vitro* et par conséquent non spontanée et même en dehors de l'organisme) et celles qui apparaissent mais spontanément après de longues périodes de culture se ressemblent étrangement puisqu'elles se comportent de la même façon !

Les conditions sont remplies pour que la transformation cellulaire soit réalisable lorsqu'un tissu se trouve coupé du système trophique et coordinateur qu'est le grand sympathique.

Le Pr Champy, que j'ai bien connu il y a une vingtaine d'années<sup>1</sup>, avait pu démontrer que la cancérisation des animaux par badigeonnage au goudron repose sur le fait que ce goudron détruit les fibres sympathiques au-dessus du développement consécutif du cancer. C'est l'expérience classique de Yamagiva et Itchikawa effectuée vers 1915. Mais ces auteurs se sont bornés à dire que le goudron était une substance cancérogène.

J'enchaîne cette démonstration avec ce que j'ai trouvé cliniquement chez les religieuses, car ceci est très important, et représente l'intérêt majeur de ma méthode de travail.

Sur un total de 105 religieuses décédées, 39 avaient perdu dans leur jeunesse un de leurs parents ou les deux ; 59 avaient eu soit une enfance très malheureuse soit des chocs affectifs impossibles à liquider, etc. Et 7 étaient schizophrènes et ne moururent d'ailleurs pas d'un cancer.

Voici donc quelques-unes de mes observations ; et je souligne que, dans tous les cas, il s'agit de sujets ayant vécu dans leur enfance des événements existentiels à caractère hautement aliénant.

## Quelques cas cliniques

### 1) Décès familiaux et de proches mal supportés

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

Cette tourière – appelons-la sœur Marie des Anges – avait perdu sa mère très jeune et, en 1962, elle avait

1. Il fut tout à fait d'accord avec moi et ajouta que j'étais plus libre que lui pour démontrer l'origine psychique des cancers.

subi un grave choc psychologique. Précision supplémentaire importante : en conformité avec leurs aspirations religieuses communes, une vive sympathie réciproque rapprochait les deux carmélites qui partageaient la même foi et les mêmes conceptions. En un mot, il y avait identité absolue entre elles.

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

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

En présence de granulations caractéristiques sur l'ensemble de l'intestin, le chirurgien se limita à son exploration et ne tenta aucune résection. La semaine suivante, les histologistes qui avaient pratiqué l'examen anatomo-pathologique révélèrent de façon formelle que le point de départ du cancer était ovarien. On prescrivit alors un traitement chimiothérapique, lequel fut stoppé puis renouvelé en mars et en avril. sans amélioration. sœur Marie des Anges mourut le 5 mai 1972.

## **2) Condamnée à rester cloîtrée**

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

## **3) "Responsable" de la mort de son père**

En conflit avec son père parce qu'il s'opposait à son entrée au couvent, une jeune femme, Isabelle B., était néanmoins devenue carmélite. Trois ans plus tard, ce père déçu "mourait de chagrin" ainsi qu'il me fut affirmé. Dès le moment où Isabelle B. comprit que cette mort était sans doute imputable à la rupture d'avec son père et à sa désobéissance, elle perdit toute appétence pour la vie et "fit" un cancer.

## **4) Mortes après expulsion**

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

## **5) Négligence "coupable"**

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

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

## **6) Vie sacrifiée**

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

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

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

## **7) "Ecrasée" par la famille**

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

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

Un cas identique, mais concernant cette fois une laïque, m'a également été signalé par la supérieure du couvent de Roubaix : il s'agit d'une jeune fille "dominée" par sa famille et tout particulièrement par une sœur aînée considérée comme "très brillante" intellectuellement. Persécutée, malheureuse car sans cesse critiquée

par son entourage, cette jeune fille atteinte de névrose d'échec se réfugia dans deux carmels successifs. Elle mourut d'un cancer à la suite d'une déception qui raviva son passé déplorable.

### **8) Masochisme**

La supérieure d'un autre carmel encore m'a signalé en détail le cas d'une moniale dont le comportement avait frappé ses compagnes car elle ne semblait satisfaite que dans la souffrance.

“L'idéal du carmel, m'écrivit cette supérieure, repose sur l'Amour de Dieu et d'autrui... tandis que chez elle, il n'y avait que la souffrance qui l'attirait ; je dirai même qu'elle semblait la rechercher... à tel point que le désir de souffrir nous apparut comme étant le réel motif de sa vocation (sic) !”

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

Cette carmélite avide de souffrance mourut d'un cancer.

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

### **9) Victime de ses scrupules**

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

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

### **10) Marquée par le sceau de la souffrance**

Religieuse dans un monastère cloîtré, Monique G. avait mené une existence d'enfant martyr ; en outre, de nombreuses difficultés s'étaient abattues sur les membres de sa famille sans que la responsabilité de ses parents pût s'y trouver impliquée. Lorsque cette femme entra au couvent, ces difficultés ne disparurent évidemment pas. Les pénibles nouvelles qu'elle recevait de ses proches la frappaient énormément. A la suite de souffrances supportées de plus en plus difficilement, à la suite de maladies imputables à son enfance marquée par une succession de chocs irréversibles, Monique G. mourut d'un cancer généralisé. En me confiant son cas, la sœur supérieure eut cette exclamation : “Notre sœur Monique était marquée par le sceau de la souffrance et de la Croix !” On ne peut mieux formuler la motivation cancérogène du sujet.

### **11) Voir Jésus**

Une jeune fille, d'origine arabe, appartenant au monastère du Mont-Carmel<sup>1</sup> où elle avait été recueillie après la mort de ses parents, fut opérée d'une hernie qui, en fait, se révéla être un adénosarcome. Au moment où l'issue fatale parut inéluctable, le médecin l'en avertit : “Je suis heureuse, répondit-elle, car je vais aller au ciel avec Jésus” Inconsciemment, cette religieuse n'avait peut-être jamais accepté sa condition d'orpheline.

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

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

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

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

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

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

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

1. Monastère en Israël.



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

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

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

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

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

### **Conclusion**

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

## Chapitre 5

### Au-dehors des couvents, les sociétés humaines

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

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

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

#### Personnages historiques

Plusieurs membres de la famille de Napoléon I<sup>er</sup> moururent de cancers, à commencer par Charles Bonaparte, le père de l'Empereur.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Contagion et identification

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

La notion de "terrain" n'est pas complètement absente de cette conception, mais, à part chez des personnes s'occupant de psychosomatique, de psychanalyse et parfois de psychiatrie, toutes les considérations mettant en jeu le rôle du "terrain affectif" et de son véhicule qui est l'inconscient dans le déterminisme des maladies microbiennes sont totalement ignorées et parfois refusées. Je conçois qu'il est parfois très difficile à un pur organiciste d'admettre qu'une tendance à caractère affectif est capable de se "somatiser" au moyen d'une maladie organique, surtout si cette dernière affecte un aspect clinique bien connu avec un nom précis où l'origine microbienne se distingue avec une évidence certaine.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Disons plus simplement que le sujet s'attache à “l'objet perdu” et que, par conséquent, il ne peut pas guérir. (D'après un texte de Freud par J.-L. Donnet et J.-P. Pinel dans : “l'identification” in revue *L'Inconscient*, PUF, 1968, p. 14). Cet attachement à l'objet perdu, attachement qui repose sur une substitution du “moi” à l'objet du deuil, que ce deuil soit l'éloignement d'une personne ou la perte d'une situation-objet idolâtrée, m'amène à exposer les cas du maréchal de Lattre de Tassigny, de Lindberg et d'Onassis.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le cancer étant motivé par une tendance autodestructive, il est évident que les sujets qui se fixent à un objet sans grande propension à pouvoir s'en séparer et ceux qui sont en quelque sorte atteints d'une inamovibilité psycho-affective sont plus désignés pour devenir cancéreux si brusquement leur univers subjectif se trouve détruit. J'ai signalé la constatation de G. Booth disant que la tumeur est un équivalent organique d'un “pro-

cessus de deuil” où le sujet, d'après mes propres constatations, se comporte comme s'il était coupable d'avoir lui-même provoqué ce deuil.

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

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

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

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

Je viens d'étudier le phénomène d'**identification** à propos de l'hérédité contestable de la cancérisation à l'occasion de l'analyse des causes des cancers de la famille Bonaparte et de celui dont mourut Joséphine de Beauharnais. Etre la veuve d'un supplicié n'est pas aisément supportable. Je puis rapprocher la condition affective de Caroline de celle de la femme de l'un de mes collègues de Nancy qui, chef de réseau dans la Résistance pendant l'occupation allemande, fut décapité à la hache à Cologne. Elle était mère de 6 enfants et mourut d'un cancer de l'utérus plusieurs mois après l'exécution de son mari.

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

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

### **Cancer de Sigmund Freud**

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

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

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

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

Le commentaire de l'auteur est le suivant : “Croit-on que Freud lui-même, s'il s'était agi d'étudier un autre que soi-même, n'aurait pas établi un rapprochement entre ce portrait d'une nature particulièrement destructrice et le cancer de la mâchoire, opéré pour la première fois en 1923, réopéré depuis lors et qui, **froidement, cruellement**, le détruit, et précisément à l'occasion d'une **satisfaction** puisqu'il est difficile de ne pas établir un lien entre ce cancer qui le frappe à 67 ans et le plaisir de fumer proprement toxicomane chez lui (20 cigares par jour !)”.

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

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

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

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

### **Cancer du président Pompidou**

On sait que le président Pompidou fut atteint d'une maladie de Kahler ou “myélome multiple”, c'est-à-dire de cancer de la moelle osseuse.

Comment expliquer l'apparition de cette affection au moyen de l'étiologie psychosomatique ?

Si l'on a compris que le cancer est toujours une autodestruction de l'organisme chez un sujet atteint ou porteur de tendances destructives dans le domaine psycho-affectif, il faut faire intervenir des facteurs qui apparemment nous échappent, puisque parfois nous manquons de précision concernant le curriculum vitae de certains sujets cancéreux.

Or, chez le président Pompidou, il est évident que je ne puis connaître qu'une partie de ce curriculum !

Toutefois, il m'a été donné de savoir, par des personnes ayant à leur avis des notions très précises concernant le "vécu existentiel" de notre président disparu, un certain nombre de choses conditionnantes affectivement et imposant le respect, mais le lecteur comprendra facilement qu'il ne me soit guère possible d'en faire état dans cet ouvrage comme s'il s'agissait, par exemple, de Napoléon I<sup>er</sup> décédé depuis plus de cent cinquante ans.

Les responsabilités qu'assume un professeur de Faculté ne sont pas de même nature que celles qui font partie du comportement d'un homme politique d'envergure internationale.

Quoi qu'il en soit, la notion très précise d'"impossibilité" d'agir se présenta nettement au président Pompidou.

Le phénomène "impossibilité d'action" a été étudié par de nombreux chercheurs à la suite des travaux de Hans Selye et tout particulièrement par Appelzweig et Baudry en 1955, Miller et Ogawa en 1962, Wied en 1967.

Il existe un "système" appelé "SIA" ou "système inhibiteur de l'action" constaté par les physiologistes.

Le Pr Henri Laborit conclut, d'après les travaux des auteurs américains, qu'aussi longtemps qu'un comportement actif n'aura pas résolu le problème environnemental, le SIA continuera d'être activé par la sécrétion des glucocorticoïdes qu'il gouverne.

Les maladies dites "psychosomatiques", dit H. Laborit, ne seraient, dans ce modèle dynamique, que la conséquence de "l'inhibition de l'action gratifiante".

## Chapitre 6

### Les sociétés animales

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

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

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

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

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

On peut y ajouter que l'exercice musculaire permet une décharge d'énergie et procure un bien-être à l'animal. Il fait donc ce qui lui plaît et, dans ces conditions, il ne se sent pas contraint et malheureux.

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

Que devient l'hypothèse génétique pure dans ce cas ?

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

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

Laborit ajoute dans sa conclusion qu'il faut reconnaître que l'augmentation des glucocorticoïdes circulant à la suite d'une agression physique ou psycho-sociale n'a pas encore livré l'explication de sa raison d'être. Admettre que le catabolisme protéique soit susceptible de fournir une source d'énergie en l'absence d'un comportement actif permettant une alimentation normale après une agression exige, dit-il, une attitude finaliste critiquable...

Il conclut en disant qu'il faut, en effet, accepter que cette réponse fasse partie d'une stratégie biologique à long terme de l'organisme agressé. De plus, il suppose, à la fin du travail qu'il m'a adressé sur le "SIA" en réponse à mes travaux sur l'étiologie des cancers dans les couvents, que la libération des glucocorticoïdes prolongerait une réaction vasomotrice périphérique par une mise en alerte des "centres inhibiteurs de l'action" lorsque la fuite ou la lutte auraient été incapables de résoudre les problèmes posés à l'organisme par l'agent agresseur.

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

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

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

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

Il est certain que tenter d'expliquer un phénomène d'aspect psychosomatique uniquement par la physiochimie et les interactions organiques et cérébrospinales jumelées, intriquées, est un exploit complexe, car il manque toujours une orientation directrice au départ. Laborit est ainsi obligé d'admettre l'existence d'une

“stratégie à long terme” de l'organisme agressé. Il emploie alors l'expression de “régulation en tendance à rétro-action positive”.

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

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

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

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

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

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

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

Voici d'ailleurs quelques expériences sur les animaux :

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

Cette expérience, tout en montrant que le virus de Bittner peut jouer un rôle cancérogène, (pour le papillome de Shope<sup>1</sup> qui est d'origine virale, le problème est intéressant car on peut l'obtenir expérimentalement sans virus mais par badigeonnage au goudron ! Il s'agit exactement de la même tumeur au point de vue histologique), confirme d'une manière spectaculaire qu'un déséquilibre créé artificiellement chez l'animal résistant à certains cancers peut favoriser l'apparition de ce type de cancer.

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

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

Une expérience faite sur des souris rend compte de l'influence, chez un animal qui se borne évidemment à subir sans pouvoir la comprendre, du milieu extérieur nocif de cette “désarticulation”, dont je viens de parler chez l'homme et qui a été constatée dans toutes les observations cliniques présentées dans cet ouvrage.

Il s'agit d'une constatation plutôt que d'une expérience qui est relatée par Henri de Saint-Blanquat dans le magazine *Science et Avenir* du mois de novembre 1973, n° 321. Voici le texte :

“Sait-on que le déclenchement de maladies purement physiologiques peut être favorisé, sinon provoqué, par le “stress” psychique dû à l'élevage intensif.”

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

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

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

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

1. P. 88, *Le Cancer*, par Emile G. Peeters, Marabout univ. 1966, ouvrage déjà cité,



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Voici les résultats :

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

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

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

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

Le stress a donc une action évidente.

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

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

On a en effet supposé que si l'on parvenait à identifier une "substance" ou à découvrir une méthode capable de cancériser le lombric, ou même à identifier la substance anticancer protégeant ce ver de toute prolifération maligne, on aurait de ce fait obtenu des renseignements majeurs au sujet de la cancérisation en général.

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

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

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

Si le cancer est le résultat d'une désadaptation biologique d'un organisme incapable de vivre dans le monde qui l'a formé, on constate que le ver de terre sectionné en plusieurs tronçons produit autant d'individus entiers

qu'il y a de tronçons ! Que deviennent alors, pour ce ver, les notions de “réalité existentielle vécue” heurtant le “vécu” emmagasiné dans l'organisme depuis la naissance du sujet, puis le “stress” aliénateur irréversible et l'hostilité de l'environnement ? Qu'est-ce que la “réalité vécue” pour le ver de terre ? Il ne ressent donc pas l'agression polymutilante venue du milieu ambiant comme une marque mortelle ? Il serait même judicieux de dire qu'il ressent le couteau qui le sectionne comme une stimulation dont chacun de ses tronçons doit bénéficier !

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Etudes de fait généralement connus mais dont l'interprétation n'a jamais été donnée**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Si certaines similitudes existent entre les cancéreux et les schizophrènes dans le sens d'une incommunicabilité, c'est en vertu des refoulements dont sont victimes les cancéreux et qui bloquent parfois leurs contacts avec autrui quand on les interroge sur eux-mêmes. Ils sont toujours très réservés, pudiques et discrets et ne se livrent pas. Il y a quelque chose en eux-mêmes qui les oblige à respecter une sorte de destin et qui n'est autre que leur fâcheux conditionnement<sup>1</sup>.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il est possible que les souffrances du genre humain contre lesquelles ils ont été impuissants les aient marqués d'une certaine manière, car de tels hommes n'ont plus aucun *ego* au sens où nous l'entendons habituellement<sup>2</sup>.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Cancers du cuir chevelu chez certains moines musulmans**

Il a été signalé que des cancers du cuir chevelu se développaient fréquemment chez les moines musulmans qui se rasaient rituellement la tête dans un but religieux, au moyen de rasoirs souvent ébréchés<sup>3</sup>. Naturellement on a invoqué le fait que les écorchures seules avaient été cancérogènes, comme on l'a constaté pour les cicatrices de brûlures anciennes chez des habitants des hauts-plateaux de l'Himalaya et du Kashmir. Dans ces régions où le froid est vif, les indigènes pauvres, dit Simone Laborde, utilisent pour se réchauffer des paniers d'osier contenant un vase en terre appelé "kangri" rempli de charbons ardents qu'ils appliquent contre l'abdomen. Il en résulte des lésions chroniques de la peau au niveau des cuisses et de l'abdomen, et l'apparition de cancers est fréquente dans les régions anatomiques traumatisées par ce procédé. C'est ce qu'on nomme le "kangri-cancer"<sup>4</sup>.

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Peeteers, *le Cancer*.

4. Simone Laborde, *le Cancer* (PUF).

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

Cette tumeur s'étant, comme on le prévoyait d'ailleurs, révélée inopérable car non extirpable, le chirurgien refermait l'abdomen sans autre forme de procès. Naturellement on n'avouait jamais au malade qu'il avait été impossible de l'opérer.

Dans de tels cas, il est arrivé plusieurs fois que l'opéré ou l'opérée aillent de mieux en mieux et certains ont guéri d'une manière radicale.

Ce fait est paradoxal pour la médecine organiciste et n'a jamais pu, bien entendu, recevoir une explication scientifique. Voici d'ailleurs ce que Peeters a le courage de dire à ce sujet :

“On assiste à une régression progressive des atteintes néoplasiques, à une fonte tumorale, à la disparition des métastases, à une guérison apparente. Tout se passe comme si la laparotomie avait modifié quelque chose dans l'économie biologique de l'individu cancéreux, cette rééquilibration étant telle que les conditions d'apparition et de développement des tumeurs ont fait place à des phénomènes biologiques désormais cohérents.”

L'explication est vague, purement hypothétique et elle ne prétend pas rendre compte d'un phénomène que nous ne sommes pas à même de comprendre.

“Ce qui est certain toutefois, c'est qu'une explication plausible doit exister, que les progrès de nos connaissances mettront un jour en lumière.”

Cet aveu modeste est net. Il traduit l'ignorance, mais il affirme une réalité objective qui ne dissimule pas une constatation, tout inexplicable soit-elle.

Je me rappelle avoir pratiqué plusieurs fois en 1940-1945 ce que l'on appelait des “laparotomies pour exposition aux ultraviolets des lésions à B-K”. On ouvrait l'abdomen et l'on projetait pendant quelques minutes un faisceau de rayons ultraviolets sur les magmas de fausses-membranes ou de granulations tuberculeuses qui envahissaient généralement avec prédilection les organes génitaux féminins.

On se bornait à cela... et parfois les malades guérissaient. Cela se produisait d'ailleurs assez souvent.

Je ne crois pas à l'action brutale ni surtout exclusive des rayons ultraviolets, surtout en si peu de temps. Et parfois on se bornait à exposer les lésions à l'air libre sans y ajouter les rayons ultraviolets.

Cette pratique ressemble à celle des laparotomies blanches pour cancers, bien que la motivation de l'intervention soit différente. Le résultat pratique est le même dans les deux cas.

D'une part, si nous voulons expliquer ce qui se passe chez l'opéré, il y a la foi dans l'action thérapeutique de l'intervention “scientifique” et, d'autre part, il y a le fait qu'elle renferme un “rituel”.

On a souvent comparé le “cérémonial” qui accompagne toute intervention chirurgicale à un rite sacré où le chirurgien vêtu d'une robe, masqué et travaillant sous une lampe énorme envoyant ses rayons lumineux sur le champ opératoire comme un astre céleste..., ressemble au prêtre grand initié d'une religion ou d'une initiation.

Cet aspect environnemental qui accompagne toujours une intervention ne peut qu'agir sur l'inconscient, et c'est d'ailleurs fort heureux !

A ce propos, je me permets de relater le cas du soldat italien Vittorio M. guéri à... Lourdes.

Les documents concernant la guérison inexplicable de Vittorio M. ont été résumés dans le *Bulletin de l'Association médicale internationale de Lourdes*, n° 145 et n° 146. Il s'agissait d'un “sarcome du bassin à cellules fusiformes”.

Le diagnostic posé définitivement par le chirurgien est : “ostéosarcome de l'os iliaque gauche”. La première observation du malade a été établie le 16 avril 1962 au service de chirurgie de l'hôpital de Trente par le Pr Natucci.

Le 7 janvier 1965 et le 18 avril 1969, un compte rendu détaillé du Pr Henri Payan, professeur d'anatomie pathologique à la faculté de médecine de Marseille, qui a étudié les coupes de l'hôpital de Vérone, est le suivant :

“Cellules constituées par un noyau de taille inégale, arrondi ou anguleux, à chromatine assez claire, finement ponctuée, dotées d'un volumineux nucléole ; ces éléments se disposent au sein d'une trame finement fibrillaire ; ils comportent des **mitoses**. Le tissu est parcouru de fins capillaires ; il englobe quelques aires œdémateuses avec dissociation des éléments, sans hémorragie ni nécrose.

Dans les plans périlésionnels, on observe dans certains champs des images d'hyperplasie capillaire assez prononcées. En périphérie, on assiste à l'extension de la tumeur dans le muscle strié, qui se trouve dissocié à ses dépens, hypotrophique et en voie de destruction.

Sur la seconde coupe, des plages néoplasiques se retrouvent en contact des travées ostéoïdes (ou osseuses s'il y a des calcifications préalables). Ces plages sont massives au sein des espaces médullaires ; elles présentent des altérations cytologiques importantes.

Conclusion : Néof ormation maligne manifeste avec muscle strié envahi directement.

On peut dire **angiosarcome** ou **réticulosarcome** vu la présence d'un réseau réticulinique abondant.”

**Histoire de la guérison.** Page 24 du rapport signé “Professeur Michel-Marie Salmon, membre correspondant national de l'Académie de chirurgie et de l'Académie de médecine”. Le soldat Vittorio M. fut plongé avec son plâtre dans la piscine. Dès le bain, il eut faim et **immédiatement** fut arrêtée l'administration de calmants.

Cette affirmation est corroborée par le médecin-colonel Cindolo (cf. document n° 17). Après la guérison, les choses sont nettes et claires. Plus jamais un calmant ne fut prescrit. Un mois après le retour de Lourdes, le soldat Vittorio M., qui avait auparavant la sensation d'avoir un membre inférieur **détaché du bassin**, a eu la certitude de la “consolidation de sa cuisse” qui, de nouveau, paraissait “attachée au bassin” ; il s'aperçut que sa jambe pouvait le porter ; il quitta béquilles et cannes et put marcher. Depuis cette époque aucune complication, de quelque nature que ce soit, n'est survenue.

“En résumé, dit le Pr Salmon, le soldat Vittorio M. fut atteint d'une tumeur **maligne** du bassin avec envahissement de la fesse, destruction de la plus grande partie de l'os iliaque, luxation pathologique de la hanche. Cette tumeur était un sarcome, elle a guéri subitement sans aucun traitement. Le malade a été suivi de très près pendant huit ans.”

**Commentaires :** Ce soldat italien fut atteint de sarcome du bassin alors qu'il était embrigadé dans l'armée pour y accomplir son service militaire.

Il est difficile, dans l'ignorance où nous sommes de son passé affectif, de chercher à établir une étiologie précise faisant intervenir un conditionnement aboutissant à l'autodestruction d'une partie importante du squelette.

On ne peut que supposer l'existence de causes diverses et certainement motivantes. L'armée se caractérise par une augmentation considérable de l'action coercitive du “surmoi” par suite de la discipline que les militaires sont contraints de respecter.

De plus, les supérieurs hiérarchiques sont évidemment des officiers galonnés qui donnent des ordres impératifs sur un ton de commandement...

Un adolescent qui n'a pas liquidé son conflit œdipien peut très bien voir l'instance surmoïque de sa personnalité devenir exagérément punitive, puisque la discipline émane d'hommes galonnés représentant chacun le substitut du père.

Un “œdipien” jeté dans un ensemble coercitif masculin, sans aucun lien affectif de provenance maternelle, peut se sentir rejeté, contraint, voire puni par le milieu ambiant perçu comme élément dominateur...

Pour faire disparaître les contraintes, il est nécessaire que l'instance dominatrice surmoïque soit effacée par une image maternelle puissante, donc capable de “gommer” la précédente.

Cette image est symbolisée au maximum par la “Vierge-Mère” céleste toute-puissante puisqu'elle fait des miracles !

L'image maternelle de la “Sainte Vierge” efface donc les images paternelles menaçantes et supprime tout élément coercitif.

Un événement qui se situe un mois après le retour de Lourdes est tout à fait significatif car le soldat Vittorio M., qui avait auparavant la sensation d'avoir un membre inférieur **détaché du bassin**, a eu la **certitude** de la consolidation de sa cuisse qui, de nouveau, paraissait “**attachée**” au bassin.

Il est nécessaire de faire intervenir dans toutes ces sensations dites “cénesthésiques” ou “cénestopathiques” à caractère particulièrement “proprioceptif” la notion assez récente et capitale de “schéma corporel”.

Ce schéma corporel est la représentation imagée que chacun se fait de son propre corps et résulte d'une élaboration progressive, depuis l'enfance, d'une image qui résulte de l'ensemble des sensations proprioceptives et extéroceptives enregistrées par chacun de nous, au cours de notre conditionnement affectivo-sensoriel.

Il va de soi que ce “schéma” contient de nombreuses données inconscientes et que nos propres conflits s'y trouvent obligatoirement inclus, donc “somatisables”.

En ce qui se rapporte au soldat Vittorio M. il est absolument hors de doute que sa hanche était détachée du bassin dans son schéma corporel pendant tout le temps de la formation du sarcome, et qu'il la réintégra dans le schéma après la certitude de l'action magique émanant du ciel par l'intercession de la “Mère” au superlatif douée de tous les pouvoirs qu'est la Vierge, mère du Sauveur. La peur attachée à la non-fonction d'un membre ou d'un segment corporel détache ce membre ou ce segment de l'ensemble du schéma. Cela pose, de toute façon, la question cruciale du rôle fonctionnel du “vecteur” dans toutes les lésions d'organes spontanément réalisées..., je veux dire en l'absence d'un traumatisme déclenchant venu de l'extérieur.

On peut même se demander ce qui peut se passer lors d'une hémiplégie chez un sujet jeune s'il ne présente aucune lésion vasculaire cérébrale.

J'ai vu le cas tout dernièrement, car un de mes amis âgé de 35 ans présenta subitement une hémiplégie alors qu'il s'entretenait avec sa mère dans l'appartement où il vivait avec elle.

Les ponctions de la région pariétale n'ont ramené aucun élément pathologique figuré ou non susceptible d'expliquer ou de fournir des indications approximatives sur l'étiologie organique de la maladie.

La rapide récupération de la fonction des deux membres paralysés laisse supposer une motivation d'origine affective, sans qu'il soit toutefois possible de l'affirmer.

Au sujet des guérisons de Lourdes, il faut signaler qu'elles sont rares chez les cancéreux... car ils ne vont pas y demander leur guérison. La documentation qui m'a été adressée par le Dr Maugiapan, directeur du Bureau des constatations de Lourdes, ne montre que deux cancéreux guéris depuis l'événement de la grotte de Massabielle où Bernadette Soubirous vit "l'apparition" ou épiphanie de la Vierge<sup>5</sup>. Je n'ai moi-même que deux cas de guérison, dont celui du soldat Vittorio M. qui, d'ailleurs, n'a pas été reconnue comme susceptible d'être classée dans les phénomènes "miraculeux"<sup>6</sup>.

L'Eglise, prudente et sachant très bien que la médecine psychosomatique est une réalité tangible s'appliquant de plus en plus à de nombreuses affections corporelles, n'a pas cru devoir affirmer que cette guérison repose sur un fait surnaturel puisque, sans nul doute, on parviendra, dans un avenir proche, à démontrer ce que je m'efforce de démontrer actuellement. L'Eglise n'a d'ailleurs jamais obligé ses adeptes à croire aux miracles.

La guérison de Vittorio M. eut lieu en 1963. Les autres cas sont celui d'un cancer utérin, au sujet duquel je ne possède aucun renseignement, et celui du moine de l'abbaye Saint-Luc, de Clervaux, au Grand Duché de Luxembourg. Au sujet de ce cas, je vais apporter quelques précisions :

Ce moine fut opéré d'un cancer du testicule par un chirurgien urologue et a guéri à Lourdes d'une métastase intestinale. Dès que l'ablation du testicule fut faite, le chirurgien, qui avait constaté que l'intestin était farci de métastases, avertit le père abbé du monastère qui, lui-même, en fit part à l'opéré.

Ce dernier fut plongé dans une grande anxiété et fut pris de panique. Je pense que l'expression qui s'impose ici peut être : "réactions dissociées". Elles caractérisent un sujet qui, traqué de toutes parts, et ne sachant plus comment retrouver son équilibre, est obligé de faire un geste quelconque pour vaincre son désarroi.

Ce geste fut d'aller à Lourdes afin de guérir, ce qui est paradoxal pour un religieux, car habituellement un religieux accepte ce que Dieu est censé lui envoyer, même s'il s'agit d'un cancer.

Toutefois, ce moine est un bénédictin et les bénédictins ne sont pas cloîtrés, ce qui est important si l'on tient compte de ce que j'ai constaté suivant que les religieux sont cloîtrés ou non.

Ce religieux hollandais revint de Lourdes en parfaite santé et vit<sup>7</sup> toujours depuis neuf ans. L'appartenance des religieux à des monastères non cloîtrés les assimile assez bien à la population normale car ils ne sont pas soumis à une règle monastique sévère comme le sont les chartreux ou les trappistes. Il en résulte automatiquement que la notion de "surmoi" coercitif les domine beaucoup moins que les cloîtrés. Il serait donc intéressant de comparer les motivations des religieux des couvents, et surtout des cloîtrés, aux groupements humains où tous les individus sont soumis aux mêmes conditions de vie, comme par exemple ce fut le cas pour les internés des camps de concentration.

Tous les cancéreux des camps de concentration allemands guérirent spontanément pendant leur détention sans qu'il leur fut prodigué aucun traitement, et de plus aucun de ceux qui franchirent la porte du camp indemnes de cancer ne devint cancéreux pendant son emprisonnement.

Différentes tentatives d'explication ont été présentées concernant ces guérisons paradoxales de cancéreux dans les centres concentrationnaires, mais elles demeurent incomplètes. En effet, si le jeûne, la carence en protides, ou même "la mise en quiescence des colonies cellulaires qui réduit le nombre des cellules en activité de division" (Gernez) peuvent rendre compte de l'arrêt du développement tumoral, cela n'explique ni la guérison radicale de tous les cancéreux internés, ni la présence de cancéreux dans certains couvents, car eux aussi sont soumis à des jeûnes et à certaines carences en protides.

Il faut signaler que certains déportés firent des cancers un an ou deux après leur libération.

Il est bien entendu que les moines ont choisi le cloître, ce qui traduit une tendance profonde particulière, alors que les internés n'ont pas choisi le camp.

Ils sont punis d'une façon injuste, mais "pour l'inconscient le châtement est toujours vécu comme preuve de la culpabilité" (Gérard Mendel). Cette citation s'applique au conditionnement de l'enfant par les "dresseurs parentaux".

Un nombre important de personnes soumises à des contraintes collectives est généralement déculpabilisé jusqu'à un certain point, car la similitude des destins établit une analogie entre elles.

Aucun individu ne se sent particulièrement visé par une contrainte d'aspect talmudique, tout au contraire le sort commun est accepté et les contraintes imposées font partie de ce sort accepté.

Il en résulte donc qu'étant "punis", les internés ne sont plus soumis à un quelconque processus d'auto-punition susceptible d'être somatisé.

De plus, ils vivent d'espoir et, si le cancer est bien une somatisation d'une autodestruction consécutive à la désadaptation totale du sujet parce que tout espoir est mort pour lui, il est facile alors de comprendre que l'interné se trouve à la fois "puni" (donc n'est plus dépendant d'un phénomène autopunitif attaché à sa structuration affective personnelle) et en même temps "rempli d'espoir".

5. Apparition : épiphanie du grec *epiphaneia*.

6. Dès que l'on a parlé du cancer, l'Eglise n'a pas considéré ce cas sous l'angle du miracle. Pourquoi ?

7. C'était en 1973.



Il est évident que le premier sentiment qui naît chez toute personne en train de franchir la porte d'une prison est l'espoir d'en sortir !

Ce que je dis confirme, à mon sens, le fait que certains déportés ont fait des cancers après leur sortie du camp.

## Expériences sur des volontaires

Je rattache ces faits à la non-cancérisation des détenus du pénitencier de l'Ohio.

Dans ce pénitencier, on isola des volontaires susceptibles de servir la science en se laissant inoculer des cellules cancéreuses prélevées sur des malades atteints de tumeurs malignes. On choisit 14 volontaires absolument sains, indemnes de toute tare, quelle qu'elle soit. On leur inocula des cellules malignes d'un certain type de cancer.

On attendit anxieusement pendant trois semaines le résultat de ces expériences, mais on constata, ce laps de temps écoulé, qu'aucune cellule inoculée n'avait provoqué de tumeur *in situ* et cela chez aucun des 14 sujets s'étant prêtés à l'expérience.

On attendit quelques mois avant de pratiquer sur eux une autre expérience, et, le moment choisi, on leur inocula différents types de cancers.

On ne put que constater... que les sujets inoculés guérirent de l'irritation due à l'inoculation plus rapidement encore que la première fois !

La contre-épreuve consista à greffer des cellules malignes à des cancéreux avérés (n'appartenant pas au pénitencier) souvent opérés à plusieurs reprises chacun et naturellement tous volontaires.

On constata que tous ces malades firent des lésions néoplasiques aux points d'inoculations (15 volontaires et 15 nodules cancéreux !).

Ces trois types d'expérience ne peuvent que prouver que le "terrain cancérigène" existe, et, si les prisonniers de l'Ohio ne firent pas de cancers, c'est vraisemblablement parce qu'ils n'avaient pas besoin d'en faire, étant suffisamment punis, donc déculpabilisés par la réclusion. Par contre, les cellules inoculées "prennent" obligatoirement chez des sujets déjà cancéreux.

Un volontaire parfaitement sain perçoit intuitivement que la greffe ne "prendra" pas. Invoquer les défenses immunitaires qui ne joueraient pas chez les cancéreux avérés me paraît ne rien résoudre ou plutôt ne résout le problème qu'à moitié.

Comment fonctionnent alors ce que l'on appelle "les mécanismes immunitaires" ? Un organisme, quel qu'il soit, est agencé pour se défendre contre tout ce qui est susceptible de le gêner et de perturber le métabolisme, et ce phénomène paraît logiquement dépendre d'un besoin de vivre qui se confond avec le "devenir" de l'individu. Au sujet des détenus des camps de concentration, je parlais des défenses qui cessent de jouer lorsque l'individu n'a plus intérêt à exister et je note le paradoxe des mauvaises conditions de vie des déportés, qui néanmoins semblent bénéficier d'une stimulation de leurs phénomènes de défense.

On peut supposer à priori que, lorsque les défenses cessent de jouer, l'organisme n'a plus intérêt à exister. Et cela se réalise quand l'interdépendance entre l'individu et le milieu ambiant devient paradoxale.

Si l'on part du principe que toute maladie dépend d'un besoin d'être malade et que ce besoin prenne son point de départ dans les abysses de l'inconscient pour des raisons où entrent en jeu, certes des conflits, qui en est totalement exempt ?

Nous devons aussi considérer, en deçà des conflits que la condition humaine exige tout comme pour celle des animaux, une articulation normale avec le monde extérieur. On peut donc comprendre que puissent agir des phénomènes autopunitifs déclenchés par l'hostilité (réelle ou perçue comme telle) du monde ambiant, de l'environnement.

Or l'ambiance des camps de concentration est évidemment mauvaise et devrait déclencher une baisse totale des défenses. C'est le contraire qui apparaît.

Le cancer, comme toute la maladie, reposant sur une somatisation de certaines tendances autodestructrices du sujet cancérisé, on conçoit mal qu'un sérum ou un vaccin ou n'importe quelle "substance" prescrite au malade ait une efficacité thérapeutique réelle.

Je suis donc amené maintenant au problème cher aux immunologistes, et, au fond, à tout l'organicisme : que penser de l'immunologie ?

Si l'on analyse les travaux des immunologistes, on s'aperçoit qu'ils se sont eux-mêmes aperçus de l'extrême difficulté de concevoir les mécanismes immunitaires comme susceptibles d'obéir à des règles précises qui concourent toutes à la défense du malade.

Je cite un texte paru à la page scientifique d'un périodique datant déjà de quelques années et qui exprime une constatation de ce type : "Chez d'autres malades, ce n'est pas, semble-t-il, l'invalidité génétique des défenses cellulaires qu'il faut incriminer, mais le dérèglement de tout l'équilibre immunitaire, lequel se traduit notamment, et comme le montrent de nombreuses observations cliniques, par une sécrétion excessive d'anticorps

entravant l'action des cellules dites "tueuses" ou cellules "T" (lymphocytes appartenant au système immunitaire et appelés "tueurs" et différents des lymphocytes appelés "B" à action humorale sécrétant des anticorps qui se fixent sur les antigènes sous forme de lymphocytes dits "cytotoxiques" ou encore "bloquants")."

Conclusion : "le problème qui se pose alors est de juguler électivement l'activité des cellules B sans entraver l'immunité cellulaire !"

Commentaire : les lymphocytes B se fixent en effet sur les antigènes cancéreux les rendant ainsi inaccessibles aux cellules T.

On s'aperçoit ainsi que ces lymphocytes T appelés à détruire les cellules cancéreuses sont inefficaces parce que les lymphocytes humoraux B sécrètent des anticorps se fixant sur les antigènes et de cette façon les cellules T ne peuvent agir. (8)

On pourrait presque dire en conclusion que le système de défense est paradoxal parce que l'on assiste à un blocage des éléments destinés à tuer le cancer.

Des tentatives d'explication ont été données, et les chercheurs ont supposé que les animaux cancérisables expérimentalement par les virus l'étaient par absence de cellules T.

D'après Benacerraf (Boston), l'antigène cancéreux serait codé par le virus et la transmission des défenses serait héréditaire.

Les travaux que j'expose dans cet ouvrage me permettent de dire que je ne partage pas l'opinion de Benacerraf concernant le "codage" des cellules néoplasiques par des virus. Cette interprétation de l'auteur américain repose sur la croyance classique de l'action parasitaire des cellules cancéreuses.

La capacité de certaines races de souris à faire des leucémies à virus est liée à ce gène "T" découvert par croisements successifs de souris, disent les auteurs. De toute façon, il est compréhensible que certaines races présentent un conditionnement où s'est installé un code de défense avec cellules T et que d'autres races ne le possèdent pas.

Le récepteur des cellules T se serait installé au sein des génomes et serait caractérisé par son immobilité s'opposant au système mobile des cellules B.

Donc, d'après les adeptes de cette conception, les cellules B joueraient un rôle humoral variable, soit de défense, soit paradoxalement d'antidéfense puisque parfois leur anticorps fixés sur les antigènes bloqueraient l'action du système fixe "T".

Il reste à savoir pourquoi cela se passe ainsi, et si tous ces mécanismes perturbés **ne sont que des désordres dus au hasard !**

Le raisonnement purement organiciste évite d'introduire dans son argumentation la moindre allusion à des possibilités non matérielles, ce qui aboutit fatalement à des constatations de faits uniquement descriptifs sur quoi l'on doit se résoudre à plaquer des hypothèses qui découlent de conception déjà acceptées.

La physiologie ne posant aucun problème difficile à résoudre, on tente de donner une explication physiologique en termes bâtis et intriqués de telle façon que l'on demeure toujours dans l'organicisme.

Cette attitude est d'ailleurs parfaitement plausible car, dit Georges Beau, "les savants ne font que timidement appel aux phénomènes qui sortent du domaine de l'observation". (G. Beau, *le Cancer*, édit. Le Seuil, 1961, p. 118).

Si l'on introduit la notion d'interférence ou d'interaction psychosomatique, on parvient d'emblée à comprendre que les paradoxes constatés dans les défenses immunologiques proviennent du fait qu'en évitant de tenir compte des ordres supérieurs que reçoit un tissu, ordres qui traduisent les besoins et tendances profondes du sujet, on assiste à des phénomènes dont le but réel est caché si l'interprétation que l'on veut en donner néglige ces ordres et ces tendances.

Le chercheur essaye d'appliquer ses connaissances organicistes au phénomène qu'il circonscrit au moyen de sa méthode d'investigation. S'il considère la défense immunitaire comme obligatoire parce que toute maladie est, pour lui, un phénomène purement organique totalement indépendant des tendances et besoins affectifs des malades et qu'elle "tombe" toujours à faux sur lui, le surprend en se manifestant soit comme un processus autonome dû au microbe ("agression" microbienne ou "infection"), soit comme un corps étranger (tumeurs supposées procéder de "mutations génétiques" dues au hasard ainsi que l'a expliqué le Pr Jacques Monod), il sera fatalement orienté vers des tentatives d'explication reflétant la finalité d'où provient sa démarche.

Le "décodage" des motivations du fait observé (les causes de la maladie) ne lui fournira que des résultats en rapport avec ce qu'il veut découvrir, mais il reste à prouver que la motivation réelle du mal coïncide bien avec sa croyance personnelle !

Comprendre les causes profondes des maladies, c'est un "décodage" des secrets de la vie et de la Nature. Il est plus difficile de détecter ce que veut la Nature que de construire un appareil, une machine quels que soient leurs complexes rouages, parce que l'ingénieur qui conçoit ces objets mécaniques avait un but précis au départ et a destiné son invention à tel usage particulier et précis.

Ce qui est fabriqué par les hommes est toujours analysable par d'autres hommes (quoique parfois on demeure étonné en face de certaines réalisations dont la finalité nous échappe, comme par exemple les alignements de

Carnac !).

Ehrlich a dit : “J'ai perdu quinze ans de ma vie. Aussi longtemps que la recherche fondamentale n'aura pas découvert les secrets de la vie, les connaissances sur le cancer n'avanceront pas d'un pas !”

La discipline psychosomatique nous apporte des éléments assez précis pour que notre raisonnement tienne compte de ses constatations.

Je conclus donc cette diversion sur l'action immunitaire en disant que les défenses du malade obéissent à des ordres spécialement exécutés pour servir les tendances de l'individu et que le système de défense n'est qu'un effecteur plutôt passif et discipliné et totalement soumis à ces tendances qui sont en réalité les représentants du “devenir” actuel de l'individu.

Si nous avons un dérèglement de tout l'équilibre immunitaire chez le cancéreux et que ce dérèglement dépende non d'une perturbation des défenses elles-mêmes (consécutives à l'absence de cellules T par exemple) mais d'une perturbation beaucoup plus profonde exprimant le “devenir” vivant de l'individu quel “molecular engineering”<sup>7</sup> (J. Monod) pourrait établir la situation ?<sup>1</sup>

Nous pouvons dire comme J. Hamburger dans son livre *l'Homme et les Hommes* (p. 85) citant Pascal : “Nous sommes composés d'âme et de corps, tout ce qui n'est pas l'âme est le corps?” Hamburger ajoute : “Je ne vois pas ce qu'il y aurait d'irrespectueux et de choquant dans la pensée que mon cerveau peut être l'instrument choisi par Dieu pour me donner une âme !”

7. Molecular engineering : technique moléculaire.

## Chapitre 8

# Incompatibilité entre cancer et autres maladies

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

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

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

Peeters, qui, par ailleurs, dit (p. 43) que “de nombreux cancers se manifestent un certain temps après un choc nerveux ou psychique grave”, cherche une explication purement organiciste et pense au déséquilibre biologique, puis, au sujet des obèses, il présente les excès alimentaires alors que nous savons que ces gens sont des malades particulièrement anxieux et atteints de conflits de frustration<sup>1</sup>.

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

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

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

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

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

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

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

La sclérose exprime, au point de vue “existentiel”, une non-malléabilité, une non-fonction puisque c'est un durcissement des parois vasculaires. Le scléreux est un sujet fixé dans ses structures organiques, qu'il s'agisse de n'importe quel tissu. La sclérose est une stagnation, un refus de fonctionner et d'évoluer. C'est l'inamovibilité !

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

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

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

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

### Tuberculose et cancer

Lorsque l'on compare ces deux affections, on peut constater qu'elles ont beaucoup de points communs.

1. Mais le livre de Peeters date de 1966 !

Toutes deux sont chroniques, évolutives, avec des alternatives d'aggravation et de régression, et je cite la phrase connue de Racamier (hôpital psychiatrique de Prémontre) concernant la tuberculose : “L'enjeu de la tuberculose est la mort, et par conséquent le médecin psychosomaticien n'aura pas compris son malade s'il n'a pas compris ce que la mort représente pour lui !”.

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

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

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

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

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

Elle ne se maria donc pas et vécut dans les sanatoriums et les hôpitaux où elle parvint finalement à guérir. Mais lorsque je l'ai vue à l'hôpital de Valence, elle avait 63 ans et aucun espoir de quelque nature que ce fût ne la soutenait pour lui donner le goût de vivre.

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

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

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

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

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

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

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

Cette citation renferme les notions triples de :

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

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

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

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

Je pense que, dans la tuberculose, il y a peut-être avant tout, chez le sujet susceptible de se réfugier dans la maladie, un immense besoin d'être aimé et protégé par des substituts parentaux. Cela explique la naturelle

propension des jeunes gens frustrés, mal aimés, sous-alimentés, à devenir des réceptacles tout indiqués par les bacilles de Koch.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il y a le “terrain”, rétorquera-t-on. Je suis entièrement de cet avis, mais il convient alors de commencer par définir ce “terrain”, et j'ai précisé ce terme en disant qu'il est l'ensemble psychosomatique composant l'individu humain. J'évoque, au sujet du cancer prenant parfois le “relais” de la tuberculose, les intéressants travaux de Lederer à la Faculté d'Orsay sur l'action antileucémique du BCG (bacille Calmette-Guérin). Comme il s'agit d'études mettant en jeu des expériences menées à la fois sur des êtres humains et sur des animaux, et cela au moyen de produits chimiques et de médicaments, il serait peut-être plus logique de placer cet exposé au chapitre “Biologie” qui suivra prochainement, mais je pense que le caractère spécifiquement axé de ces travaux sur l'ensemble “tuberculose + cancer” m'autorise à les relater ici. Le lecteur me pardonnera, je pense, cette relation.

## Cancer, leucémie et BCG

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

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

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

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

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

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

1. Des souris inoculées par la leucémie lymphoïde syngénique, mais ayant reçu du BCG, voient leur survie augmenter avec le type de vaccin *Mycobacterium kansasii*.

2. Chez le rat, le BCG inhibe les sarcomes (L. Old et B. Benacerraf - USA).

3. Chez le rat également, le BCG inhibe la croissance d'une tumeur **transplantée**.

4. L'injection du BCG *in situ* dans les mélanomes et les sarcomes peut faire régresser ces tumeurs (Eiber et Morton D.).

A part cette dernière expérience pratiquée sur des mélanomes et sarcomes irradiés et concernant des malades dont on ne sait rien, toutes les autres expériences ont été effectuées sur des animaux avec des tumeurs

d'origine expérimentale chimiquement induites (au moyen d'uréthane, par exemple, en ce qui concerne les tumeurs pulmonaires). Quant aux enfants vaccinés, cela peut indiquer que soit les parents soit des substituts des parents se sont sans cesse occupés d'eux et de leur santé et que, par conséquent, on a le droit de supposer que jamais ils ne se sentiraient abandonnés.

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

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

1. L'ordre de ne jamais faire la maladie contre laquelle on a été vacciné.

2. La sollicitude de l'entourage affectif et la certitude consciente de l'efficacité de la vaccination. Tout geste thérapeutique, toute manœuvre utilisant un protocole précis, bien orchestré, pratiqués sur un être humain contiennent toujours, pour lui, une valeur **surajoutée** de rite initiatique.

J'ai déjà signalé l'importance de la "pensée magique" qui subsiste dans le tréfonds de l'âme humaine et explique l'engouement des gens pour les magiciens, pour les phénomènes occultes et pour tout geste rituel. On a signalé que les guérisons à Lourdes avaient toujours lieu à la suite d'un geste, d'un rite<sup>2</sup>.

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

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

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

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

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

## Opposition tuberculose/cancer

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les injections *in situ* de BCG dans les tumeurs provoquées ne prouvent rien car justement elles sont **provoquées**, et cela au moyen d'uréthane qui n'est pas un produit chimique existant normalement dans l'organisme. Une tumeur transplantée n'est pas non plus apparue normalement. C'est là une vérité de La Palice.

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

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

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

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

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

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

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

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

## Diabète et cancer

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Cancer et hypertension artérielle

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

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

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

Si je me penche de nouveau sur les expériences, déjà relatées, réalisées sur les animaux et que je recherche les similitudes entre cancer et hypertension, voici ce qui apparaît :

**Petrova, Mühlboch et Andervont** sur les souris CH3 constatent que les tumeurs croissent plus vite chez



les animaux en cages individuelles séparées.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il s'agit d'un extrait du *Rauwolfia serpentina*. Je ne pense pas que ce médicament soit chimiquement cancérogène, mais il fait baisser la tension artérielle.

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

La femme hypertendue à 45 ans réagit contre un “devenir existentiel” pénible. Si l'on bloque sa réaction d'alarme et son cri d'angoisse exprimé par le système vasculaire, on lui interdit de s'exprimer organiquement. C'est alors un autre type de réaction qui se déclenche, chez les sujets qui deviennent cancérisables, et l'analogie considérable qui existe chez le cancéreux et l'hypertendu oblige ce dernier à faire “un cancer” si l'on neutralise le symptôme qu'il avait choisi, évidemment sans le désirer consciemment, pour s'exprimer. Il m'est possible de signaler un sujet qui, soigné vers les années 1937-1939 pour hypertension artérielle avec du Micelliodé que l'on prescrivait couramment à cette époque, ainsi qu'au moyen de saignées par truchement de sangsues médicinales, vit sa tension artérielle tomber, mais fit rapidement un cancer prostatique.

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

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

## Chapitre 9

### Expériences de biologie

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

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

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

Le rôle majeur du grand sympathique est en effet de diriger et de contrôler la trophicité du tissu ; il va de soi, par conséquent, que sa destruction livre le tissu à lui-même et, s'il se cancérisent, on comprend logiquement qu'il puisse régresser vers l'archaïsme cellulaire. Il n'est plus, en effet, soumis aux dépendances physiologiques imposées par l'économie générale de l'organisme auxquelles il était attaché. Cette expérience se plaque d'elle-même sur celle présentée par le Pr Luc Montagnier (p. 58, vol. 1, de *La Recherche*, mai 1970) concernant les cultures de cellules âgées.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### Expérience de Barsky

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

Les cellules hybrides ainsi créées ont pu vivre et se multiplier ! Cette expérience nous prouve qu'une cellule cancéreuse n'est nullement contrainte, afin de pouvoir vivre et se multiplier, d'avoir à sa disposition un

milieu biologique à pH élevé, donc alcalin, ainsi que certains auteurs l'ont affirmé et ont même proposé des traitements pour acidifier l'organisme du cancéreux.

Penser qu'une simple "acidification" suffirait pour guérir les cancéreux me semble témoigner d'une certaine naïveté.

**Le Pr Paul Savy** avait, l'un des premiers, constaté que les cancers s'accompagnaient d'une certaine basicité du milieu, de l'organisme. Cela ne l'a pas empêché de se situer tout à fait à la pointe des conceptions psychosomatiques puisqu'il a dit également : "Comme causes susceptibles de favoriser le développement des cancers, je n'en connais pas de plus certaines que les chagrins profonds et de longue durée". On a relaté cette assertion de Paul Savy d'une autre façon et voici le libellé cité par certains auteurs : "Il n'est pas jusqu'aux causes morales qui, peut-être par un déséquilibre troublant la nutrition cellulaire, ne puissent, dans certains cas, être invoquées comme raisons prédisposantes lorsque, et le cas est relativement fréquent, la tumeur apparaît à la suite de soucis et de chagrins profonds".

Le Pr Savy, clinicien lyonnais remarquablement observateur et dont l'expérience clinique était incontestable et incontestée, avait en effet constaté que les cancers surviennent souvent après des chocs profondément ressentis par ceux qui en étaient les victimes et en avait logiquement déduit qu'ils devaient sans doute jouer un rôle dans l'apparition des cellules cancéreuses, ces dernières étant les conséquences d'un "déséquilibre troublant la nutrition cellulaire".

Pourquoi des recherches fondées sur ces constatations n'ont-elles pas été entreprises à l'époque où Paul Savy les présentait ? Je crois que l'explication est simple et qu'elle est la suivante : à cette époque et encore il y a bien peu de temps, l'emprise de l'organicisme omnipotent sur toute la médecine internationale empêchait que les novateurs axés sur les interactions psychosomatiques puissent avoir gain de cause dans l'étiologie des maladies organiques. Tout devait, pour être "scientifique", être expliqué au moyen de faits expliqués eux-mêmes par d'autres faits vérifiables et mesurables. Il était nécessaire que toute étiologie reposât sur des preuves chimiques, biologiques, organiques. Le mot "psycho" quelque chose troublait profondément les chercheurs.

J'ai moi-même eu beaucoup de mal à communiquer mes travaux et je les avais déposés à l'Académie des sciences il y a plusieurs années. De plus, aucun organisme officiel n'acceptait même de prendre connaissance de mes recherches et, à plus forte raison, de mes conclusions ! Le cancer étant, en outre, un "tabou", le mot suffisait pour bloquer les désirs de recevoir mes écrits.

A l'époque où Savy exerçait ses fonctions à la Faculté de Lyon, il n'était pas question d'envisager sérieusement la possible étiologie psychosomatique de la cancérisation !

### **Expérience de Merrill, Gerar et Petricciani**

Ces trois auteurs ont rapporté dans *Nature*, le 8 octobre 1971, une expérience qu'ils qualifient eux-mêmes d'expérience "extraordinaire". Ils ont utilisé une culture de fibroblastes provenant d'un sujet atteint de galactosurie : ces cellules présentent un déficit congénital en activité alpha-D-galactose 1-phosphate uridyl transférase.

Ils ont alors infecté ces cellules au moyen de deux sortes de lamdabactériophage, l'un transportant l'opéron-galactose<sup>1</sup> complet et l'autre contenant un opéron-galactose atteint d'une mutation qui rend le gène transférase inactif.

Leur expérience a pu démontrer que les cellules humaines (fibroblastes) avaient transcrit en "ARN-messager"<sup>2</sup> une partie du génome du bactériophage, et cela en synthèse protéique ! Des cellules humaines infectées théoriquement par la présence du bactériophage ne s'étaient nullement laissées infecter mais avaient, au contraire, extirpé du noyau du bactériophage les éléments nécessaires pour fabriquer de toutes pièces l'enzyme qui leur manquait pour pouvoir se diviser.

Le gène transférase étant inactif, puisque l'un des éléments opéron-galactose était porteur d'une mutation, une activité transférase de remplacement a été néanmoins produite car les fibroblastes humains se sont servis d'une partie du génome<sup>3</sup> du bactériophage qui devait théoriquement les absorber !

Les cellules ainsi "contaminées" ont vécu une à trois semaines plus longtemps que les cellules galactosémiques non infectées quand elles étaient cultivées dans un milieu contenant du galactose, seule source d'hexose (sucre de formule C<sub>6</sub> H<sub>12</sub> O<sub>6</sub> comme le glucose et le galactose) et du sérum de fœtus de veau dialysé. "De telles expériences, disent les auteurs, ouvrent la porte à la possibilité de rétablir un jour l'intégrité d'un capital génétique altéré par une mutation. Encore faut-il évidemment, ajoutent-ils, pouvoir "tenir" l'œuf pour le "traiter", et qu'aucun effet secondaire défavorable ne s'y associe."

1. Opéron : il est l'ensemble du matériel génétique intervenant dans une même fonction physiologique. Pour le lactose, par exemple, cette fonction est l'utilisation du lactose par l'organisme. (Belaisch, F. Bensaïd et J. Mandelbaum.)

2. ARN-messager : acide ribonucléique qui transmet, lors de la division cellulaire, l'information de l'acide désoxyribonucléique (ADN) du noyau au cytoplasme (au stade de l'interphase prémitotique).

3. Génome : ensemble des gènes cellulaires chromosomiques qui transmettent les caractères héréditaires à la cellule-fille lors de la division ou caryokinèse (prophase, anaphase et télophase).

Cette expérience montre bien que le raisonnement concernant l'étude et l'analyse d'un phénomène biologique et de ses résultantes (après l'expérience) ne peut pas toujours rendre compte de la motivation qui sous-tend ce phénomène.

Les auteurs croyaient de bonne foi, et cela parce qu'ils étaient conditionnés par la notion **d'agression** microbienne, que les bactériophages infecteraient les fibroblastes ! Ce fut évidemment le contraire qui eut lieu, et l'effet produit sur ces chercheurs qualifiant cette expérience au moyen de l'adjectif "extraordinaire" est compréhensible !

La notion d'infection repose en effet sur celle de "miasme" à laquelle on croyait avant Pasteur, car l'être humain est ainsi fait qu'il se déculpabilise en inculpant l'extérieur, le "non-moi". Le miasme avait un sens magique, et Louis Pasteur en indiquant l'objet responsable appelé "microbe" a officialisé ce sens en rendant palpable le fantasme d'où procédait l'idée populaire.

La croyance irrationnelle mais fantasmagique était ainsi objectivée, et de ce fait très solide, car l'inconscient et le conscient allaient de pair pour incriminer toujours un germe exogène dans toute maladie.

L'homme ne comprend que depuis peu de temps qu'une maladie n'est pas le résultat d'un agent extérieur qui l'agresse obligatoirement, mais que le germe microbien n'est qu'un maillon d'une chaîne où le moteur principal est d'abord la disposition intérieure du sujet. Nous vivons entourés de microbes, de virus, de polluants, et sans critiquer ceux qui veulent améliorer le sort des humains en luttant contre la pollution de l'atmosphère, de l'eau et du sol, il faut reconnaître que ces polluants ne sont que des moyens mis en quelque sorte à la disposition des candidats aux maladies, mais ne créent pas la maladie par leur seule existence. Je ne m'oppose d'ailleurs pas du tout à la lutte contre la pollution en général ! Ne déformons pas ce problème.

Ce que je veux dire c'est qu'un choc affectif est souvent plus nocif pour ceux qui les vivent que la pollution atmosphérique !

L'extrapolation que j'ai faite à l'occasion de cette notion d'infection, qui avait motivé la discussion concernant l'expérience de Merrill, Gerar et Petriccioni, me ramène à l'analyse de cette expérience elle-même, car ces trois chercheurs ont été surpris par le résultat de leur expérience, parce que leur raisonnement était tout à fait classique. Ils ne pouvaient pas s'attendre à constater le **contraire** de ce que la Faculté de médecine leur avait enseigné !

Je crois donc pouvoir déduire de cette expérience qu'une cellule obéit à **la motivation profonde qu'elle renferme** et qui promeut son comportement. Peu importe l'origine de l'incitation à laquelle elle obéit.

Une cellule ne devient apte à donner des cellules cancéreuses que si le rôle qu'elle doit jouer au sein du tissu auquel elle appartient ne s'impose plus à sa présence fonctionnelle dans ce tissu.

Je me rappelle, à ce sujet, certains auteurs supposant que la première cellule vivante qui exista sur notre globe était une cellule cancéreuse.

Georges Beau cite ce fait p. 54 de son ouvrage *le Cancer*. Une cellule sans rôle fonctionnel peut, évidemment, s'apparenter à une cellule cancéreuse.

Toutefois, on conçoit mal l'existence d'une cellule qui n'aurait été douée d'aucune fonction, d'aucun brut précis soit dans la biosphère, soit dans le milieu biomarin.

Une cellule ayant donc perdu le conditionnement qu'elle avait à sa naissance ou qu'elle avait acquis au contact des autres cellules du tissu, parce que les ordres reçus ont été perturbés ou absents, se transforme physiologiquement et donne naissance à des cellules qui n'ont plus aucun rôle à jouer dans le tissu.

La cellule reproductrice est évidemment touchée puisque c'est d'elle que naîtront les descendantes filles sans fonction physiologique.

Il est certain que le système nerveux central est en cause et conditionne le tissu dont toutes les cellules sont solidaires ainsi que nous le dit paradoxalement Jacques Monod après avoir, selon moi, affirmé le contraire puisqu'il parle à la page 125 de son ouvrage *le Hasard et la Nécessité* d'un "système fermé sur soi-même et incapable de recevoir un enseignement quelconque de l'extérieur".

Les cellules sont, en effet, solidaires car il faut tenir compte de ce que l'on appelle "les propriétés de membranes" des éléments cellulaires. Les cellules composant un tissu sont en relation les unes avec les autres par contiguïté, et il existe des interactions constantes entre le noyau cellulaire et la membrane cytoplasmique.

## L'information génétique

Il ne m'est pas possible de m'abstenir de parler des phénomènes biologiques concernant l'information génétique d'un organisme, puisque ces phénomènes sont majeurs dans la division cellulaire qui résulte d'une programmation complexe que les travaux de Griffith, en 1928, et poursuivis, en 1944, par Avery, McLeod et McCarty ont peu à peu éclairés.

Au sujet des divisions cellulaires normales, le problème ne présente qu'une valeur documentaire, intéressante certes, et même remarquablement instructive au point de vue scientifique, épistémologique et même

philosophique pur, mais il s'agit d'étudier le cancer, l'intérêt se trouve décuplé parce que comprendre pourquoi on a un cancer, ou plutôt puisque, maintenant nous le savons, je pense, c'est comprendre le mécanisme complet du phénomène appelé "cancérisation".

Comprendre comment une cellule cancéreuse apparaît lorsqu'un sujet somatise une autodestruction me semble capital à la fois dans le domaine de la médecine, dans celui de la science et dans celui de la sociologie, et dois-je y ajouter dans celui de la "Connaissance" tout court, ce mot étant écrit avec un C majuscule.

Etre averti de ce phénomène qui réunit ces deux extrêmes, à savoir la biologie, d'une part, et la psychologie, d'autre part, me semble marquer, ainsi que le dit le Pr Chiurco, de Rome, au sujet de ma communication de mai 1971, une date dans la manière de concevoir la médecine. J'en remercie de tout cœur M. le Pr Chiurco.

Abordons maintenant le problème de l'information génétique normale. Ma contribution sera toutefois modeste et ne s'attachera qu'à souligner quelques faits et leur possible interprétation.

Chaque espèce vivante, on le savait avant Griffith, est caractérisée par un nombre constant de paires de chromosomes. Chaque cellule nouvelle reçoit à son tour une paire de chaque chromosome. Cela n'est possible qu'après réplication de chaque molécule d'ADN ou acide désoxyribonucléique.

Les deux chaînes de la double hélice d'ADN, qui représentaient plusieurs mètres pour chacune, se séparent et chacune sert de moule pour la synthèse d'une chaîne dite "complémentaire".

Cela s'effectue grâce à l'action **d'enzymes** spécifiques, telle la polymérase. Cette **réplique** a lieu entre les périodes de division cellulaire (appelées "interphases").

C'est aussi entre ces interphases qu'a lieu l'information génétique qui s'exprime en termes de fonctionnement cellulaire.

Toutes les cellules d'un même organisme contiennent la même information génétique mais elles ne remplissent évidemment pas toutes la même fonction, d'où certaines modifications dans la même manière dont s'exprime cette information dans chacune d'elles.

Ces "modifications" reposent, en fait, sur une expression plus ou moins limitée selon le type de cellule qui se divise.

A priori ce phénomène est paradoxal car on ne voit pas pourquoi l'information ne s'exprime pas totalement dans chaque cellule, et se voit **limitée**.

On constate, quoi qu'il en soit, des phénomènes dits de "régulation" qui se situent soit dans le noyau cellulaire, soit au niveau du passage de cette information du noyau au cytoplasme, soit enfin dans la membrane cellulaire du cytoplasmique.

Parlons maintenant de l'ARN (acide ribonucléique). Il est essentiellement cytoplasmique et il en existe trois formes :

1. **L'ARN-messager** qui se copie sur l'ADN (acide désoxyribonucléique) et transmet l'information de l'ADN du noyau au cytoplasme.

2. **L'ARN de transfert**, porteur de molécules d'acides aminés.

3. **L'ARN ribosomal**, qui utilise les informations apportées dans le cytoplasme par l'ARN-messager.

**Première étape** : La première étape de l'expression de l'information génétique est la transcription de l'ADN en molécules d'ARN dans le noyau grâce aux enzymes "transcriptases".

La transcription se produit dans deux régions distinctes du noyau et donne deux types d'ARN. L'un de ces types est produit dans le noyau lui-même et c'est le messager.

Il est transcrit sur l'une des deux chaînes de l'ADN de telle façon qu'il soit le négatif de la partie positive de la chaîne qui porte l'information génétique.

L'autre type d'ARN est produit dans le nucléole par l'ADN et, après une maturation dans le noyau, ces molécules en sortent pour s'unir à des protéines basiques et former des **ribosomes** où s'effectuent les synthèses protéiques. La plus grande partie des molécules d'ADN est réprimée.

**Deuxième étape** : Une partie du messager, en se fixant aux ribosomes, apporte au cytoplasme l'information génétique pour permettre les synthèses protéiques **fonctionnelles** de la cellule et, par l'intermédiaire de certaines d'entre elles, les **enzymes**, l'information nécessaire à la synthèse de tous les constituants cellulaires.

Toutes les molécules d'ARN synthétisées dans le noyau ne passent pas dans le cytoplasme. Certaines sont détruites sur place et c'est le second niveau de régulation.

**Troisième étape** : La synthèse des protéines se fait dans le cytoplasme au niveau de ce que l'on nomme les **polysomes** qui résultent de l'assemblage des ribosomes au messager.

De petites molécules d'ARN, chacune spécifique d'un acide aminé (ARN de **transfert**) assurent le décodage, en chaînes protéiques, de l'information portée sur l'ARN-messager. C'est la **traduction**. Elle est parfois différée car l'ARN-messager se trouve parfois sous une forme stable, non traduite dans certaines membranes cytoplasmiques. C'est un troisième niveau de régulation. Cet exposé est rédigé d'après ce que dit Luc Montagnier (*La Recherche* de mai 1970).

Par conséquent, étant donné l'existence de trois niveaux de régulation, c'est-à-dire de **répression** de l'ADN sous forme d'ARN qui se trouve bloqué, détruit ou **non traduit**, on peut supposer que, ces phénomènes

s'effectuant dans les cellules normales, un blocage de la programmation peut très facilement se manifester lorsque le tissu ne reçoit plus d'ordres ou ne reçoit que des ordres perturbés.

Si le messenger est détruit dès le passage du noyau au cytoplasme ou transmet des messages détériorés, puisque c'est dans ce mouvement, ce déplacement que s'effectue l'information nécessaire à la synthèse de toutes les protéines fonctionnelles de la cellule, en se fixant aux **ribosomes**, on comprend facilement que la division cellulaire ne donnera pas une “cellule-fille” qui ressemblera totalement à la cellule-mère dont elle provient.

L'ARN-messenger pourrait très bien ne pas être produit dans le noyau lors de la première étape de l'expression de l'information génétique. Toute ressemblance de la cellule-fille avec la cellule-mère serait alors supprimée d'emblée.

Enfin l'ARN n'étant pas **décodé** dans la membrane cytoplasmique, ce phénomène peut également indiquer quelque chose de précis, car si aucun messenger n'est décodé dans la membrane, où il se rencontre à l'état stable sans avoir été modifié, décodé par les acides aminés portés par l'ARN dit “de transfert” **dans le cytoplasme**, on peut se demander si ce n'est pas parce que la membrane se trouve être le siège de perturbations induites par les cellules voisines.

Dans d'autres textes envoyés à l'Académie des sciences, j'ai essayé d'étudier le rôle de l'**opéron** au sujet de l'expérience de Merril, Gerar et Petricciani. L'opéron est l'ensemble du matériel génétique qui intervient dans une même fonction physiologique.

Arguant de cette définition, le cancer étant susceptible de survenir dans un organe ou tissu dont le rôle fonctionnel se trouve symboliquement perturbé, il est logique d'en inférer qu'il peut y avoir, comme action promotrice de la cancérisation dans l'élément cellulaire perturbé, un trouble au niveau des constituants mêmes de l'opéron.

Chaque élément de cet opéron (gène “opérateur”, gène “régulateur”, gène “promoteur”) joue un rôle particulièrement précis au point de vue fonctionnel. Toutefois si l'opéron existe chez les micro-organismes, on ignore encore s'il existe aussi dans les cellules animales, bien que le phénomène ait pu être établi. Chez des cellules en culture, on pense que la régulation génétique se fait au niveau de la traduction de l'ARN en protéine.

Cette hypothèse concernant la possibilité d'une présence de cet opéron chez les animaux est mentionnée par J. et J.C. Belaisch, F. Bensaïd et J. Mandelbaum dans un opuscule des monographies Choay, fascicule 11, intitulé : “Les maladies héréditaires et leur dépistage”.

De toute façon, la connaissance du mécanisme exact biologique de la cancérisation ne me semble pas présenter une très grosse importance au point de vue de la thérapeutique parce que l'idée maîtresse qui en découlerait serait, bien sûr, d'agir efficacement sur **un maillon de ce mécanisme pour le bloquer !** Mais serait-ce possible ?

Le cancer, d'après ce que j'ai constaté, procéderait d'une somatisation de tendances affectives représentant le “devenir” de l'individu. De ce fait, si l'on bloque la somatisation où jouerait le médiateur chimique appelé **cGMP ou guanosine monophosphate cyclique<sup>4</sup>**, à condition qu'une action chimique soit possible sur un élément du mécanisme utilisé par un organisme dans la cancérisation, on contrarie le besoin même que détient le patient de “somatiser” son “devenir” de cette façon. Que peut-il alors se produire ?

Le cancer ne se produirait pas, mais si l'on me permet cet anthropomorphisme assez logique, qu'en penserait alors la “tendance” cancérigène habitant le sujet ?

N'oublions pas que le cerveau est le moteur de tout le fonctionnement d'un organisme évolué ! Il agit au moyen des éléments qui l'ont structuré et conditionné dans l'environnement au niveau du diencéphale (lobe nerveux de l'hypophyse, parois du 3<sup>e</sup> ventricule, thalamus = 1<sup>er</sup> analyseur, hypothalamus).

4. La cGMP, guanosine monophosphate cyclique, a été découverte en 1964 par Illano et Tell.

# Une tumeur cancéreuse peut-elle être d'origine génétique

Ces considérations détaillées concernant les phénomènes de programmation lors de la prédiction de la cellule nous amènent à nous demander si des mutations chromatiques spontanées, accidentelles et dues au hasard ne pourraient pas être incriminées dans le processus de cancérisation.

D'après Benzer, Yanofsky, Brenner et Crick, dit en substance Jacques Monod, voici les types d'altérations accidentelles discrètes que peut subir une séquence de polynucléotides dans la double chaîne d'ADN. On a ainsi identifié diverses mutations comme étant dues à :

1. SUBSTITUTION d'une seule paire de nucléotides à une autre.
2. DELETION OU ADDITION d'une ou plusieurs paires de nucléotides.
3. Divers types de "MASTICS" altèrent le texte génétique par INVERSION, par REPETITION, TRANSLOCATION et FUSION de segments plus ou moins longs.

Jacques Monod, à la page 127 de son ouvrage *Le Hasard et la nécessité* dit ceci : "Nous disons que ces altérations sont accidentelles, qu'elles ont lieu au hasard. Et puisqu'elles constituent la seule source possible de modifications du texte génétique, seul dépositaire à son tour des structures héréditaires de l'organisme, il s'ensuit nécessairement que le HASARD seul est à la source de toute nouveauté, de toute création dans la biosphère !"

J. Monod dit plus loin que cette hypothèse est la seule concevable en biologie. Il paraît par ailleurs se contredire, comme je l'ai déjà suggéré, puisqu'il affirme, page 125 de son ouvrage, que "le système est fermé sur soi-même et incapable de recevoir un enseignement quelconque de l'extérieur"... alors qu'il avait écrit page 77, d'une part, que les "cellules sont en relation les unes avec les autres grâce à des systèmes assurant la coordination à grande échelle des performances de l'organisme, ainsi les fonctions du système nerveux endocrinien" et page 92, d'autre part, il dit que "chez les organismes pluricellulaires, des systèmes spécialisés assurent la coordination entre cellules, tissus et organes".

Jacques Monod conclut en disant : "Il s'agit non seulement du système nerveux et du système endocrine, mais aussi des interactions directes entre cellules. Je n'aborderai pas ici l'analyse de ces systèmes qui échappe encore, presque entièrement, à la description microscopique."

La contradiction est apparente car le terme "système fermé" implique une économie interne avec des relations nombreuses entre les divers constituants du système, mais sans relation avec l'environnement au sein duquel l'organisme pluricellulaire est placé.

Je ne partage cette idée que lorsqu'elle s'applique à la transmission du patrimoine héréditaire.

Est-il possible que des mutations chromatiques (ou "chromosomiques") spontanées, accidentelles et dues au hasard puissent être à la source des tumeurs cancéreuses ?

On a parfois le sentiment que nous sommes en présence d'une transmission héréditaire lorsque plusieurs membres d'une même famille sont atteints.

J'ai parlé de ce problème lors de l'étude des cancers dans la famille de Napoléon I<sup>er</sup> car le cancer de Joséphine de Beauharnais écarte ou contribue à écarter la notion d'hérédité ; puis, j'ai étudié le phénomène d'identification. Je reprends l'étude de cette question concernant l'hérédité des cancérisations, mais vue sous l'angle des théories biologiques.

Il convient de distinguer la théorie génétique par apparition de **mutants anormaux** d'une part et la théorie réellement "génétique" qui consisterait à supposer qu'il existerait une programmation du phénomène de cancérisation, lequel serait transmis par les gènes ou par des "marqueurs de la personnalité" faisant corps avec les gènes.

Concevoir une telle transmission me paraît contraire au bon sens, car un cancer devrait alors être programmé dans l'interphase prémitotique, au moment où la cellule va se diviser.

Admettre qu'une monstruosité comme celle qui engendre, par exemple, des grenouilles à 6 pattes ou à 2 têtes se trouverait "programmée" est l'évidence même.

L'organisme qui se trouve ainsi anatomiquement structuré a obéi à un plan, accidentel sans doute, mais il ne s'agit pas de formations anarchiques sans morphologie précise et sans fonction également précise !

Une tête supplémentaire, accolée à la première chez la grenouille, est une tête, ou une ébauche de tête, et les pattes sont des pattes ou des ébauches de pattes.

Une syndactylie palmée ou non, un bec de lièvre, une fissure palatine, une tétralogie de Fallot, une maladie

bleue, un pied bot, une main bote ou des anomalies méliques ne sont ni des tératomes ni des tumeurs.

Il y a eu soit un plan au départ, soit des accidents, des retards pendant la formation de l'embryon. Je ne cherche pas, ici, à connaître la cause de ces accidents ou de ces retards. Je cherche à savoir si, oui ou non, le cancer peut biologiquement, organiquement, être transmis héréditairement... puisque j'ai la preuve par neuf de son origine psychosomatique.

En ce qui concerne les cellules cancéreuses, nous savons que toutes sont reproductrices, et cela les oppose aux cellules normales qui ne sont reproductrices que dans la proportion de une sur deux.

La tumeur cancéreuse n'a donc rien à voir avec une malformation telles que celles que je viens de citer.

En effet, lorsqu'il s'agit d'un tissu normal, chaque cellule reproductrice donne naissance à deux cellules-filles dont l'une est également reproductrice mais dont l'autre est uniquement à caractère fonctionnel. Quand elle est usée, elle est lysée.

Or le cancer est une prolifération anarchique d'autant plus virulente que ses cellules sont davantage différenciées. Cela signifie, pour moi, que plus l'organe ou le tissu sont privés d'ordres nerveux à l'effet coordinateur ou trophique, plus les cellules sont livrées à la division anarchique, en dehors de l'harmonie de l'organisme et de son schéma corporel.

Cela explique pourquoi les cellules sont uniquement reproductrices, car les fonctionnelles n'ayant plus de fonction à assumer ont peu à peu disparu. Le cancer se présente donc encore sous l'angle d'un tissu privé de fonction physiologique parce que cette fonction a été neutralisée, perturbée, inutile...

Le cancer n'étant pas susceptible d'être le résultat d'un PLAN de l'organisme transmis peut-être héréditairement, ne serait-il pas, pour la conception organiciste, puisqu'elle ne tient pas compte des facteurs psycho-affectifs, le résultat de transmissions (par les chromosomes) de caractères spéciaux attachés à ce que je viens de signaler sous l'appellation de "marqueurs de la personnalité" ?

Le problème doit donc être maintenant étudié.

**Le cas de Peeter Schmidt opéré (greffe) du cœur par Christian Barnard au Cap (hôpital du Mont Sinaï) et dont la greffe a tenu pose un problème : les immunologistes disent que l'organisme rejette les cellules nocives ou étrangères grâce aux cellules T. Dans les opérations de greffes, ces cellules joueraient en détruisant la greffe, tissu étranger. Peeter Schmidt ayant (peut-être) reçu des antirejets s'opposant aux cellules étrangères, sa greffe a tenu mais le cancer s'est développé, et les cellules T détruisent les cellules toxiques. Si Peeter avait un marqueur du cancer, pourquoi a-t-il fait une lésion cardiaque au départ et non un cancer d'emblée**

**Le cerveau commande tout et c'est aussi valable pour le cancer que pour les cellules T.**

**L'interleukine, synthétisée dans certains globules blancs, est utilisée dans l'immunodépression MAIS les cellules cancéreuses s'en servent pour proliférer (Beljanski).**

## Les marqueurs

C'est à cause de ces "marqueurs" que les individus de la même espèce sont différents les uns des autres.

On a fait des expériences sur les souris croisées entre elles dans la même lignée afin d'obtenir une sorte de race consanguine où chaque animal était, au fond, le duplicata de chacun des autres (d'après Little et Tyzzer). Chez ces sujets ainsi obtenus, on a constaté que les greffes de cancers de la mamelle n'étaient plus rejetées. C'est a priori une conséquence de la consanguinité qui diminue les défenses des sujets en les rendant tous identiques et soumis aux mêmes risques.

On sait que les croisements renforcent les défenses naturelles chez les enfants issus de géniteurs appartenant à des races différentes. Ce furent Gorer, Lyman et Snell qui montrèrent, vers l'année 1948, que les "marqueurs" jouant un rôle dans les rejets de greffes se situaient au niveau des régions H2 du chromosome de la souris.

La région H2 renferme des gènes codant la structure de certaines substances du sang. Il y a ce que l'on nomme "gènes de réponse immune". On avait depuis longtemps remarqué chez l'homme que, pour une même maladie, un sujet meurt et l'autre non, ce qui a toujours été l'évidence même !

Guido Biozzi supposa qu'il y avait là des facteurs héréditaires qui présidaient à la nature des défenses. Il classe les souris ayant des réponses + et - et obtint des lignées sélectionnées dans un sens ou dans l'autre.

Benacerraf et Devitt prouvèrent que des gènes de "réponse immune" agissaient sur une substance "S", et pour elle seule, et que ces gènes se situaient dans la région H2. La région qui rejette les greffes est appelée chez l'homme HLA.

Des organicistes ont pu supposer que les allergies, la lèpre<sup>1</sup>, la myasthénie et même... le psoriasis étaient favorisés par ces HLA.

Cela me semble curieux, étant donné la possible disparition du psoriasis avec l'installation d'une dépression

1. Dans la lèpre, il y a le bacille de Hansen qui agit sur le système nerveux qui a la même origine que la peau : ectoderme.



(mélancolie) dont j'ai parlé, et la quasi-impossibilité pour les schizophrènes de se Cancériser.

Toutefois, là n'est pas exactement la question, car ce type de lésion peut être influencé par une disposition génétique telle que HLA si... les conditions psychosomatiques d'apparition sont réalisées.

Il en est de même, peut-être, des maladies semblables chez des sujets différents qui n'ont pas le même impact sur le "devenir" existentiel et dont parle Guido Biozzi.

Néanmoins, au sujet de cette dernière hypothèse, je demeure très réservé car cela paraît s'opposer à l'acquisition des connaissances de la discipline dite "psychosomatique". "Le malade, dit Jean-Paul Valabrèga, liquide par sa maladie un certain passé affectif et se sent régénéré lors de la guérison."

On peut d'ailleurs toujours constater qu'une opération, même bénigne, transforme un individu à un degré dépassant l'intensité morbide, la "gravité" de l'affection pour laquelle il a subi l'intervention.

Nous retombons ici dans la notion dont j'ai plusieurs fois parlé de "rite magique" et d'une "épreuve" subie courageusement, donc déculpabilisante. Elle ouvre la porte au droit de vivre mieux.

Des travaux de Little, Tyzzer, Gorer, Lyman et Snell découle la découverte faite par Jacques Oudin, chef de service à l'Institut Pasteur, de ce qu'il a appelé "les spécificités idiotypiques".

Jacques Oudin a constaté qu'un même antigène<sup>2</sup> peut avoir des affinités différentes avec la région particulière de chaque anticorps avec lequel il est en contact.

Un anticorps ayant, avec la même substance, des réactions différentes, d'un animal à l'autre, cela laisse penser soit qu'il existe un extraordinaire polymorphisme génétique soit que le conditionnement affectif d'un individu varie de telle façon que les réactions de leurs organismes sont infinies<sup>3</sup>.

Le point de vue psychosomatique de conditionnement des anticorps tout au long du conditionnement de l'individu (réaction + ou - avec tel antigène variable avec l'état dans lequel se trouve le sujet au point de vue de sa "tendance existentielle affective") n'est sans doute pas étranger à ce phénomène que Jacques Oudin dit ne pas pouvoir s'expliquer au moyen des raisonnements actuellement admis en biologie.

Cette digression indispensable concernant le rôle possible des "marqueurs", dont je suppose l'importance chez les organicistes, appelle une conclusion.

Je n'ai pas personnellement tendance à croire au conditionnement purement somatique et chimique de l'homme quant à ses infinies modalités réactionnelles, car nous sommes tous des entités, des ensembles multicellulaires munis d'un cerveau et de diverses possibilités de "devenir" qui s'y inscrivent et, par conséquent, le structurent d'une manière idiotypique depuis notre naissance.

A tout moment, à toute seconde de la vie, l'homme demeure un ensemble psychosomatique.

Que certaines maladies puissent être favorisées organiquement par les "marqueurs" n'est pas à rejeter totalement, mais le cas cité par Madeleine Cavé, p. 5, (psoriasis et mélancolie réversibles) et la quasi-impossibilité pour les schizophrènes de se Cancériser, comme je l'ai dit plusieurs fois, montrent bien que soma et psyché sont liés.

A la page précédente, je parle des "gènes de réponse immune".

Certaines souris appelées "souris de Nouvelle-Zélande" sont riches en anticorps de défense contre les cellules provenant d'autres êtres vivants.

Pourtant elles ne vivent jamais longtemps car elles meurent par auto-attaque de leurs propres cellules ! C'est une auto-immunité.

Jean Hamburger suppose que si un sujet possède trop de gènes de réponse-immune aux "marqueurs", il mourra de maladie auto-immune et que si ces gènes sont insuffisants, il sera sensible à certaines agressions, par exemple virales, et il mourra de cancer.

Cette conception est logique, mais elle se fonde sur l'hypothèse de la seule action "somatique" des marqueurs associée à celle des virus considérés comme Cancérisants... par leur seule présence.

Je parlerai un peu plus loin de la conception virale de la Cancérisation. J'aurai la sagesse proposée par J. Hamburger concernant les "marqueurs" et le cancer en disant que c'est aller un peu vite en besogne que d'énoncer pareille théorie. De plus, elle ne cadre nullement avec le résultat concret de mes recherches...

Quoi qu'il en soit, cette étude des "marqueurs" peut laisser supposer que ces éléments chromatiques sont susceptibles d'influencer un certain type de lésion organique si les conditions psychosomatiques d'apparition de cette manifestation somatique sont réalisées. L'organicisme a toujours cherché, et c'était fatal, le moyen d'incriminer un élément exogène dans toute maladie et j'ai déjà parlé du "miasme" objectivé par Louis Pasteur sur les germes microbiens visibles au microscope. A propos de Pasteur, il est utile de citer l'une de ses maximes, fort peu connue pour de nombreuses raisons qu'il est assez facile d'analyser car on retient ce qui n'est pas facteur d'angoisse. Voici cet aphorisme : "Il y a, disait-il, dans les maladies microbiennes le germe microbien, le terrain... et puis il y a le "dessous des choses" que nous ignorons !". Ce "dessous des choses" n'est autre que l'inconscient. Pasteur n'y pensait sans doute pas. Il est mort en 1895 alors que les conceptions

2. Antigène : substance considérée comme agressive pour l'organisme.

3. Le Pr Hamburger dit, page 29 de *L'Homme et les Hommes*, le rôle de l'idotypie dans l'hérédité n'a été démontré que chez le lapin et la souris.

freudiennes datent de 1901 avec *L'Etude des rêves*, 1905 avec les *Trois Essais sur la théorie de la sexualité*, et, par conséquent, Pasteur ne pouvait pas être influencé par Freud ! Ses travaux sur les germes microbiens datent de 1870 à 1886 et Freud ne faisait pas encore beaucoup parler de lui puisque ce fut en 1893 qu'il s'aperçut de l'existence du complexe d'Œdipe... et Pasteur était mort depuis deux ans !

Puisque je parle de Pasteur, il me faut parler des microbes ! Un microbe, le *Micrococcus tumefaciens* a été incriminé, en 1904 et 1905, dans la genèse des cancers par Pierre Delbet et une thèse de médecine fut présentée sur ce sujet à Paris par Jean Hornus le 26 janvier 1905.

Le microbe que Pierre Delbet s'imaginait être responsable de la cancérisation, le *micrococcus* que je viens de citer, servit à préparer un vaccin, et ce vaccin... guérit de nombreux cancéreux !

Que le germe ait été identifié ou non dans les tumeurs, le vaccin avait le même pouvoir..., ce qui alerta certains collègues et peut-être détracteurs de Delbet !

On peut réellement dire, pour employer un dicton populaire, qu'il n'y a que la foi qui sauve..., et ce que je dis est sans doute gros de conséquence concernant la thérapeutique du cancer...

La plus forte tendance organiciste actuelle repose évidemment sur le rôle possible joué par des virus dans la cancérisation.

## Cancer et théorie virale

Les équipes de chercheurs de Washington s'occupant de cette question ont conclu à la quasi-inexactitude de l'hypothèse impliquant le pouvoir des virus dans la cancérisation, ou tout au moins ils ont démontré l'improbabilité de ce pouvoir en général, les virus à ARN et à ADN se comportant apparemment comme des hôtes neutres ayant parfois l'air de cancériser les cellules non permissives<sup>4</sup>, mais se servant d'abord du matériel chromatique des cellules qui les hébergent pour assurer la continuité de leurs propres mitoses.

Il s'est trouvé que fatalement la démonstration de l'importance des virus dans le processus cancéreux n'a pu être faite malgré les efforts pour y parvenir des chercheurs de Washington<sup>5</sup>. Il faut donc louer leur totale impartialité qui prouve la réelle valeur de leur esprit scientifique et non pas seulement "scientiste". Voici des extraits de leurs conclusions : "Malheureusement, il n'existe aucune preuve que le virus EB soit la cause de la cancérisation de ces cellules et ne soit pas là comme un "passager", c'est-à-dire un virus se multipliant à bas bruit, sans provoquer de lésion cellulaire."

**Autre conclusion :** "Les recherches de particules virales dans le sang de sujets leucémiques ont été négatives jusqu'à maintenant."

J'ajoute, quant à moi, que la présence de telles particules ne suffisent pas à prouver qu'elles sont seules responsables de la leucémie, ou même qu'elles aient joué un rôle précis. Il y a toujours la prédisposition affective, le terrain névrotique...

**Expériences sur des singes supérieurs :** "De nombreuses recherches ont été effectuées en injectant des extraits filtrés de tumeurs humaines (donc ne contenant pas de cellules cancéreuses intactes, mais pouvant contenir des virus) à des animaux, en particulier à des singes supérieurs. Les résultats dans l'ensemble ont été décevants."

**Conclusion de Luc Montagnier :** "Sans méconnaître l'importance de ces résultats, il est à craindre qu'un long chemin ne reste à parcourir avant la reconnaissance formelle du rôle de certains virus dans les cancers humains incriminés."<sup>6</sup>

*La Recherche*, n° 1, mai 1970

Au sujet d'enfants leucémiques, le Pr Georges Mathé a lui-même dit que les enfants hospitalisés ensemble pouvaient guérir et que de telles guérisons étaient rares chez ceux qui étaient isolés.

Le besoin d'incriminer les virus dans le cancer a motivé une foule de tentatives expérimentales telles que celle appliquée à des singes et les techniques qui consistent à infecter des cellules ne sont pas identiques à ce qui se passe dans la Nature spontanément. On sait que le programme de division précoce lors de l'interphase prémitotique du virus est lu avec une partie du programme tardif et cela dans les cellules non permissives qui, ainsi, contiendraient des répresseurs spécifiques s'opposant à l'expression des gènes viraux tardifs. Cela nous

4. Cellule non permissive : ne permet pas au virus la lecture de son ADN en totalité. La presque totalité du programme précoce est lue mais seulement une faible portion de son programme tardif.

5. Y. Aloni, E. Winocour et L. Sachs, K. Oda et R. Dulbecco, M.A. Martinet et D. Axelrod, G. Sauer et H. Koprowsky, Defendi, F.C. Jensen, Z. Steplewsky, S. Hakomori, C. Theater et Andrews, M. Inbar et L. Sachs, R. Losick et P.W. Robbins, D. Bray, Henle, Z.M. Naib et A.J. Nahmias, W.E. Rawis, T.E. O'Connor et P.F. Fischinger, M. Finkel, D.L. Morton et R.A. Malmgren. Ref. revues : *Cancer* (1969), *Journal of Nat. Cancer* (1970), *Science* (162, 1979), *Journ. Molec. Biol.* (30 - 445-455 de 1967 et 457-475), *Biophys. Res. Commun.* (33 - 563) et *Acad. Sci. Wash. (in 1967, 1968 1969)*.

6. La coexistence d'un virus x et d'un cancer ne prouve nullement que le cancer soit la résultante du virus. C'est le "terrain" qui joue

oblige à supposer que la transcription de l'ADN viral dépend de la cellule.

On a extrait de certaines cellules "transformées" (cancérisées in vitro) des substances capables d'inhiber la répllication<sup>7</sup> virale dans les cellules normalement permissives (qui se laissent "lyser" par le virus).

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

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

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

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

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

Voici, par exemple, une comparaison

(En pourcentage)

NON-INHALEURS	
Poumon (cancer)	05
Poitrine id	005
INHALEURS	
Poumon (cancer)	001
Poitrine id	05
POUMON (cancer)	
Inhaleurs	001
Non-inhaleurs	05

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

Mais, dans l'ensemble, les cancers du poumon sont beaucoup plus fréquents chez les non-inhaleurs ! L'explication fournie est que "le trait caractéristique" du patient cancéreux du poumon est la pauvreté de la décharge émotionnelle que cette inhalation est parfois supposée provoquer (Kissen).

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

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

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

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

### Le tabac et les "hydroxylases"

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

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

On sait que les hydrocarbures dits cancérigènes (ex : benzopyrène) du tabac, et des fumées sont transfor-

(7) Réplication : séparation des 2 chaînes d'ADN pendant l'interphase prémitotique.

mées dans le corps à cause d'un enzyme : "l'hydroxylase".

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

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

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

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

### Mieux vaut prévenir que guérir

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

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

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

C'est donc une tentative pour saisir l'en-soi. Autrement dit, c'est comprendre que ce que nous visualisons et croyons voir dans sa réalité objective n'est, la plupart du temps, que le support de nos projections subjectives. Ainsi tel objet nous plaît ou nous déplaît en vertu de ce qu'il évoque en nous du point de vue affectif.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il s'agit là, peut-être, d'une assimilation du cancer à toutes les autres maladies puisqu'on en guérit généralement avec (théoriquement !) un traitement après l'application duquel il y a rétrocession de l'état morbide. Je ne cherche pas à analyser ici le rôle exact joué ou non par le médicament prescrit, et par la présence bienveillante et active du médecin dans le tandem médecin/malade. Je me borne à penser : "Je le pensai et Dieu le guérit !", en raisonnant comme tout le monde le fait. Ce que je veux dire c'est que Simone Laborde a sans doute comparé le cancer à toutes les autres affections que soigne le médecin et ignorait certainement qu'il était le résultat d'une tendance léthale du sujet ! Comprendre cela ne peut que modifier l'attitude du thérapeute en présence d'un malade cancéreux.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En effet, la morphine induit une déviation de la connaissance d'un stimulus douloureux. C'est donc une

action psychodysleptique, c'est-à-dire une reconnaissance de la perception qui n'est plus admise comme ce qu'elle est vraiment.

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

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

### La psychothérapie est-elle alors possible ?

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

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

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

J'ai déjà présenté cette idée, mais il faut tenir compte de cet enseignement pour étudier l'application d'une thérapeutique inspirée du mécanisme de régression des tumeurs dans les camps de concentration.

Il conviendrait, je pense, de donner au cancéreux un autre univers mais comme il ne pourrait que difficilement être punitif (à moins d'exercer des sévices... thérapeutiques ?) on pourrait agir par le truchement d'une psychothérapie de groupe de manière à modifier l'**Innenwelt**.

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

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

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

### Doit-on prescrire des médicaments ?

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

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

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

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

### Que penser du BCG ?

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

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

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

Il me répondit alors ceci : "Supposons que l'on découvre un jour un moyen de guérir les cancéreux et que cette découverte soit de notoriété publique, le résultat sera qu'au bout d'un certain temps, lorsque tout le monde saura cela avec certitude les gens ne feront plus de cancers !" Il ajouta : "Une autre maladie apparaîtra sans nul doute, mais quoi, c'est ce que nous ignorons totalement !"

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

Si, au moyen du cancer, l'autodestruction corporelle souhaitée par cet inconscient n'est plus possible parce que le cancer est vaincu, à quoi bon le choisir ? penserait alors l'inconscient (si toutefois cette formation de la personne humaine dans ses contenus affectifs est douée de pensée !) ? L'inconscient a son langage mais ne pense pas<sup>2</sup>.

(Notons néanmoins que le "vécu" peut être considéré comme appartenant à l'*inconscient* et constitue par conséquent son *langage* !

Peu importe d'ailleurs la manière dont le mot "inconscient" puisse être conçu).

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

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

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

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

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

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

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

Louis Pasteur "passant aux aveux, in extremis", si je puis m'exprimer ainsi, sur son lit de mort, parce qu'il se refusait à laisser derrière lui une erreur grave planer sur toute la science et sur l'humanité qu'il allait quitter, nous enseigne plus de choses que ses remarquables recherches sur la microbiologie qui l'ont rendu célèbre.

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

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

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

La psychologie fait peur à beaucoup et l'option pour l'organicisme implique le rejet systématique de ce qui

2. Jacques Lacan a dit : L'inconscient doit être interprété comme un langage.



n'est pas matière, car la matière se voit et se touche et ne renferme pas, en apparence, d'incertitudes promotrices d'angoisse !

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

Qu'un psoriasis puisse être, comme je l'ai dit, “autorisé” ou “favorisé” par des “marqueurs”, je le veux bien certes, mais à condition que le sujet se trouve placé dans des dispositions affectives requises pour cela ! Qu'est-ce qui explique, par exemple, l'origine du tout premier psoriasis de l'humanité chez, sans doute, un homme des cavernes, et toutes les modalités réactionnelles du corps car il y eut un “premier” cas de chaque lésion pour chacune des affections organiques décrites dans la littérature médicale !

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le problème est un peu plus complexe, certes, mais partant aussi du fait signalé plusieurs fois dans cet ouvrage : **“Ce que l'on analyse s'abolit”**, je pense qu'il est indispensable d'avertir la société dans tous ses détails de ce mécanisme de la cancérisation si longtemps ignoré, et de même que la lecture d'ouvrages de psychanalyse est “psychanalytique”, la compréhension claire des mécanismes cachés utilisés par l'inconscient pour apporter la maladie peut juguler dans l'œuf la mise en action de ce mécanisme.

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

Conditionné pour échouer, il ne supporte pas de réussir.

# Traitement et prévention

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

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

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

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

1. Savoir à partir de quel choc, perçu comme irréversible, le cancer s'est développé ou plutôt s'est cliniquement manifesté.

2. Etudier dans le passé du malade vers quelle date, vers quel âge (en général vers 5 ou 6 ans) des stress précis et les fantasmes y afférents ont pu amorcer un blocage, un appel au mutisme, au repli sur soi reposant sur un rejet de l'entourage concernant sa propre personne.

3. Laisser le malade prendre conscience de l'importance de son émotion-choc, et comprendre comment il y a réagi, soit dans le domaine social, soit par contact avec les événements ou les éléments électivement déterminants (pour lui).

4. Etudier le degré de capacité fantasmatique du sujet, car parfois cette capacité n'atteint pas un degré intense. Toutefois, dans les faibles pourcentages de cancéreux sans jeunesse très perturbée, il faut tenir compte de la possibilité de fantasmer d'une manière négative, autopunitive à la suite de stress précis du candidat au cancer.

5. Le malade doit parvenir à neutraliser ses tendances négatives, s'apercevoir qu'il n'est ni puni par Dieu, par la société, par son propre comportement, mais victime de son comportement autopunitif, autodéfensif, réactionnel et des affabulations qui l'ont motivé sans qu'il ait pu s'en apercevoir clairement.

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

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

6. Si l'on ne peut pas compter sur la possible transformation de la personnalité, il est indispensable de rendre au malade cet "objet perdu" auquel il s'était raccroché et dont la disparition l'a cancérisé. Cela n'est alors possible que sous une forme qu'il puisse accepter et qu'elle devienne vraiment pour lui sa raison de vivre.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le 12 mars 1991

## Synthèse d'un ensemble de cas cliniques

1) **CHAMBERY** : mort à 11 jours d'intervalle de la propre sœur de la malade et de sa compagne de tour depuis trente ans. Choc grave, puis inappétence, grande tristesse et, sept mois plus tard, cancer. Voir observations (ovaires).

2) **ROUBAIX** : épreuve intérieure qu'elle n'a pas supportée. En a parlé à la supérieure et fit un cancer six mois plus tard.

3) **ROUBAIX** : écrasée par sa famille, rejetée : cancer. Même cas chez un laïque : cancer de la peau.

4 et 5) **LOURDES** : a et b : guérison d'un moine hollandais atteint de cancer du testicule métastasé à l'intestin (testicule opéré) et d'un soldat italien atteint de sarcome osseux du bassin. Il a l'impression qu'une fois plongé dans l'eau de la piscine sa tête fémorale rentre dans le bassin (cavité cotyloïde) ce qui est impossible. Au bout d'un an, guérison et se remet à marcher.

6) **ESPAGNOLE** : cancer après refuge au Carmel ; tous ses frères et sœurs étant morts à la guerre d'Espagne et ses parents vivant dans la misère.

7) **EVIAN** : entre au Carmel à la mort de sa mère. Cancer huit mois plus tard.

8) **CAMALDULE** : n'a pu créer puis gérer un couvent cloîtré. Vie désastreuse, donc échec. Meurt d'un cancer.

9) **BLOIS** : entre au couvent malgré l'opposition de son père. Il en meurt de chagrin trois ans plus tard. Dans les mois qui suivent, elle meurt à son tour d'un cancer.

10) **HOSTIES VOLEES** : la sœur responsable de la chapelle s'aperçoit le matin qu'elle a oublié la veille de fermer la porte de la chapelle. Or, elle constate que l'on a fracturé le tabernacle et volé le ciboire en or contenant les hosties consacrées. La sœur s'évanouit et meurt six mois après d'un cancer.

11) **DOCTEUR P.** : son fils unique meurt dans de grandes souffrances, empalé sur les tiges de fer dépassant d'un camion. Ne s'est jamais remis de ce choc et meurt d'un cancer quelques mois plus tard (voir observation).

12) **ACCIDENT DE VOITURE** : dans lequel la femme et le fils aîné du conducteur sont tués. Le malheureux conducteur fait un cancer de la joue. Décès.

13) **FEMME MEDECIN ORL** : croit voir l'ours en peluche de son bébé tomber par la fenêtre. Elle s'aperçoit que ce n'est pas l'ours mais le bébé qui est tombé et mort à la suite de la chute. La mère meurt d'un cancer.

14) **GRANDVILLE** : madame L., cancer du pancréas survenu après expropriation de son étable à laquelle elle était très attachée. Elle aimait beaucoup ses vaches et qualifia son état en disant : "J'ai fait une jaunisse de vaches !" Elle mourut de son cancer.

15) **QUILLAN** : veuve ayant recueilli une jeune fille pupille après plusieurs années. Celle-ci la quitte sans la prévenir. Sans but dans la vie, la veuve fait un cancer intestinal et est opérée, mais elle fait une complication sous la forme d'un volvulus de l'intestin grêle. On l'opère de nouveau. Elle fait subitement une hyperthermie à 41 °C et meurt.

16) **DECAPITE** : à la hache par les Allemands. Sa femme, mère de six enfants, meurt dans l'année d'un cancer utérin.

17) **CAROLINE BONAPARTE** : femme de Joachim Murat meurt d'un cancer semblable après que son mari eut été fusillé en 1815 en Italie.

18) **JOSEPHINE DE BEAUHARNAIS** : qui épousa Bonaparte après la mort de son mari sur l'échafaud. Morte après sa répudiation par Napoléon.

**19) DANS LA SOMME** : une marchande de journaux fit un cancer du sein, sept mois après que son fils unique l'ait quittée pour aller vivre en Irak.

**20) ARISTOTE ONASSIS** : meurt d'un cancer après un accident d'avion survenu à son fils. Ce que l'on a appelé l'empire Onassis s'écroulait.

**21) DE LATTRE DE TASSIGNY** : il fut nommé haut-commissaire en Indochine. Son fils mourut au cours d'une opération commandée par son père. Celui-ci décéda d'un cancer.

**22) VITTORIO DE SICA** : mort d'un cancer du poumon. Ses films traduisent tous une tendance dépressive qui reflète celle de l'Italie : *Le Voleur de bicyclette* et *Les Séquestrés d'Altona*. Son cancer se développa quand il fut supplanté par Rossellini.

**23) PAPILLON** : meurtrier, évadé vers le Mexique. Succès littéraire sans qu'il n'ait écrit le livre. Cancer du corps thyroïde opéré à Madrid.

**24) BRASSENS ET BREL** : s'étaient tous deux mis eux-mêmes hors de la société.

**25) MOSHE DAYAN** : général en chef des armées d'Israël. Héros de la guerre des 6 jours et du Sinaï. Evincé de l'armée en 1973, est nommé ministre de la Guerre. N'a pas supporté d'être rejeté de l'armée. Mort d'un cancer.

**26) REZA PALAHVI SHAH D'IRAN** : son cancer de l'estomac, qui semblait guéri, récidiva après qu'il fut rejeté par son peuple.

**27) DOCTEUR KASTER** : inventeur de la thalidomide, se croyait le sauveur de l'humanité, mais son produit était toxique et eut les résultats que l'on sait. Il fit un cancer et avoua être très heureux de mourir.

**28) A LOMPNESS HAUTEVILLE (AIN)** : une jeune fille orpheline de père et de mère à l'âge de 7 ans fait une tuberculose pulmonaire double. Puis un mal de Pott opéré par greffe d'albee, puis un abcès de la hanche qui nécessite des curages osseux. Son médecin lui dit qu'elle ne doit pas se marier car elle contaminerait son mari. Elle mène une vie de vieille fille et meurt à 63 ans d'un cancer de l'œsophage à l'hôpital de Valence.

**29) PETER SCHMIDT** : vedette internationale de tennis, ancien policier, greffé du cœur par Christian Barnard. La greffe a tenu. Ce qui fut connu du monde entier par la presse et les médias. Il ne peut supporter le succès de la greffe ni la propagande faite à son sujet. Après un tournoi international, dix mois plus tard, il dut être opéré de l'estomac pour cancer. Le cancer se généralisa et il en mourut.

**30) JUIVE** : opérée plusieurs fois de l'abdomen. On l'amène mourante dans un hôpital de Paris. On décide qu'elle est perdue et qu'il convient de prévenir sa famille. Or la vieille dame vivait seule à Paris alors que toute sa famille était partie en Israël. Ce à quoi personne ne s'attendait. Toute sa famille vint la voir et ne la quitta pas d'une semelle. Au bout de quatre mois, elle sortait de l'hôpital sans avoir reçu aucun traitement.

Ces observations se passent de commentaires !

Naturellement ne devient cancéreux que le sujet qui présente un profil de cancérisable, ce que l'on peut détecter très tôt afin d'y remédier.

Doit-on dire psycho-somatique ou épistémo-somatique ?

Je dirai plutôt bon sens de l'attitude scientifique qui pour être vraiment scientifique ne néglige aucun facteur. Ce ne sont pas les chiffres qui mènent le monde mais les sentiments. La mort elle-même dépend des dispositions intérieures par rapport à l'ambiance. Citons le cas de cette religieuse qui avait une dévotion particulière pour Marie médiatrice. Ce terme est évocateur. La religieuse avait une tumeur au cerveau à effet moteur et ne se déplaçait que dans une chaise roulante. Elle mourut sur cette chaise en allant assister à l'office religieux célébrant la fête de Marie médiatrice.

Faut-il fournir une explication ? Toute mort par cancer ou autre chose, à part certains accidents, est déclenchée par des éléments précis de ce type, généralement fantasmés.

A ce sujet, on peut signaler que les tumeurs cérébrales, d'après Ryke Geerd Hamer, ne seraient pas de vraies tumeurs. Ce sont des astrocytomes, astroblastomes ou des gliomes. Chaque tumeur serait une sorte d'œdème cérébral.

Hamer ajoute même que ces œdèmes seraient des tentatives de guérison d'un état conflictuel. Il donne à

ces œdèmes le nom de “foyers de Hamer”. Il précise, page 29 de son livre, que ces foyers sont en corrélation avec la teneur du conflit et avec la localisation du cancer dans le corps. Il se peut, dit-il, qu'un seul et même conflit ait une double localisation cérébrale (double foyer de Hamer), l'une correspondant à un conflit plus instinctif dans la partie la plus ancienne du cerveau, et l'autre correspondant à un conflit réfléchi, rationnel, dans le cerveau proprement dit.

Hamer passant au scanner tous ses hospitalisés pour des maladies diverses découvre toujours, s'il y a un petit cancer dans le corps, une tache blanche au cerveau correspondant à la localisation dans le corps. Ayant liquidé le conflit majeur du sujet, le scanner ne montrait plus de petit cancer du corps ni tache au cerveau.

Travaux de Hamer édités par l'ASAC, 29, boulevard Gambetta, Chambéry, 73000. (Son petit livre (plaquette) de 80 pages est paru en 1986).

Ce que dit Hamer est intéressant si l'on sait que les deux hémisphères du cerveau sont : le gauche rationnel, le droit instinctif, intuitif.

Ayant travaillé chez Clovis Vincent à la Pitié à Paris, j'ai en effet constaté que les tumeurs cérébrales étaient toujours baptisées astrocytomes, astroblastomes, gliomes... mais jamais carcinomes.

**ANDRILLON**  
**44, boulevard de Magenta**  
**75010 Paris**

*Copyright 2008*  
*Tous droits de reproduction et de traduction réservés pour tous pays.*