

Le Cancer

Dynamique et éradication

A. GERNEZ

A Messieurs Pasteur - Vallery - Radot
Charles Gernez - Rieux
Charles L. Dunham
et aux Maîtres qui, par leur
encouragement, m'ont amené à oser
présenter une vision nouvelle d'un
problème biologique non résolu :
le Cancer

Le Cancer

A, GERNEZ

Nous remercions les membres de l'Académie de Médecine, des Instituts de Recherche et des Centres anti-cancéreux dont les encouragements ont soutenu notre cheminement.

Arrivés au pied du pic terminal, le cancer évolué, nous proposons au lecteur d'en gravir la cime.

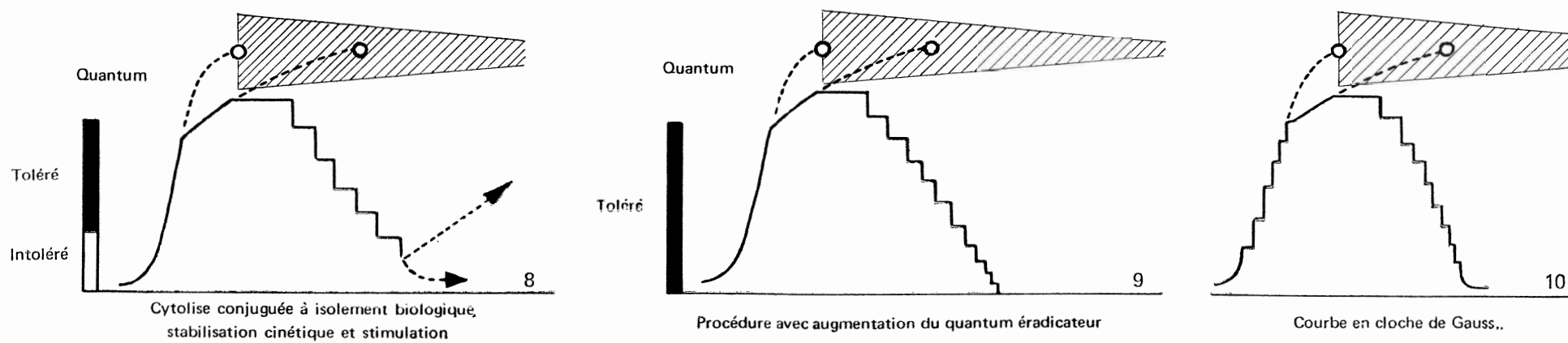
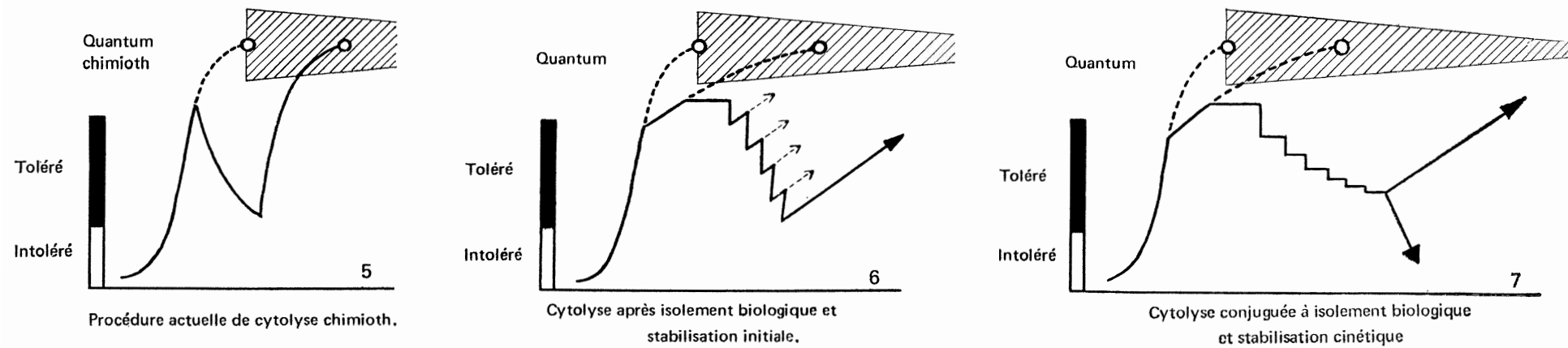
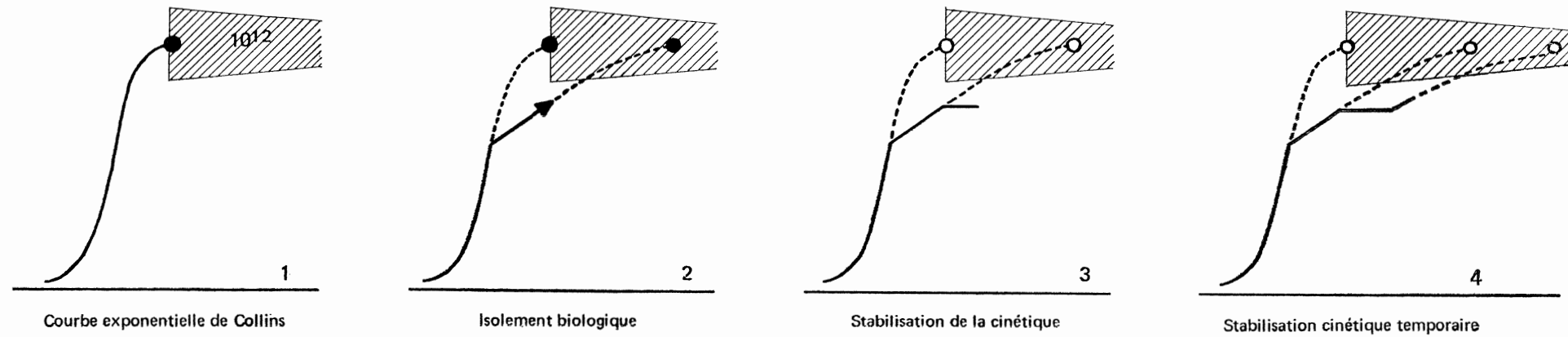
L'escalade doit progresser d'évidence en évidence, s'appuyer sur les données statistiques, s'écarter de l'instabilité des hypothèses, ne pas dévier du chemin tracé par les règles de la biologie générale. Elle doit surtout éviter la pente, qui conduit aux précipices, de pathogénies opposées aux mécanismes biologiques fondamentaux.

Le but du cheminement est bien défini : Est-il théoriquement possible, et existe-t-il une voie de réalisation pratique avec les moyens actuels, d'obtenir une éradication du cancer évolué ?

Parfaitement conscients du caractère insolite et dubitatif impliqué dans le simple énoncé du problème, gravissons le chemin avec la sérénité que donne une conscience biologique tranquille.

Au préalable, allégeons nous du poids de la bibliographie. Pour ce faire, admettons de nous référer exclusivement à des travaux n'excédant pas 18 mois et de recourir plus particulièrement au bilan clair et concis de nos connaissances actuelles sur la "maladie cancéreuse", établi en 1968 par P. Denoix et Coll.

Représentation graphique de la procédure



Introduction

Ce qu'il y a de plus surprenant dans une évidence, c'est le délai nécessaire pour qu'elle soit reconnue.

L'homme de Cro-Magnon observant le jet sanguin jaillissant de l'animal blessé, ou des carotides de l'ennemi égorgé, pouvait déjà, par une réflexion simple, être amené à admettre que le sang n'est pas statique mais mobile.

Des millénaires furent nécessaires pour qu'une conclusion aussi évidente s'imposât (Harvey 1628). Elle échappa même à de géniaux observateurs et Vinci put observer, disséquer, analyser, figurer tout le réseau vasculaire sans suspecter une circulation que la moindre plaie artérielle, la moindre pulsation périphérique, la moindre auscultation cardiaque suggérait.

Observons une autre évidence, non décelée parce que trop simple probablement. Qu'est-ce qu'un cancer, au sens biologique du terme ?

C'est, quelle que soit sa nature histologique, une glande endocrine. Dès le moment où la première cellule dysplasique est devenue aberrante, elle acquiert un statut endocrine. Ses élaborats métaboliques sont nécessairement et directement injectés dans la circulation, de même que ses déchets cellulaires, qui constituent des cyto-nécro-hormones.

Et c'est tout le drame. L'organisme n'est pas adapté à cette novation endocrinienne, à cette glande surnuméraire.

L'apport direct dans la circulation de secrétat chloro-peptique gastrique, de mucus bronchique, de cadavres cellulaires cutanés, de mélanine naevique, perturbe le rigoureux équilibre homéostatique interne.

Cette novation endocrinienne est monstrueuse, parce que l'organisme n'y est pas adapté. "On conçoit mal pourquoi l'organisme est si affecté par la prolifération de cellules, parfois les plus inutiles à la vie" (Imbert). Simplement parce qu'on ne réalise pas le statut biologique que comporte l'aberrance anatomique cancéreuse, qui constitue pour l'organisme une révolution par l'apport, imprévu par l'Evolution, d'un organe fonctionnel nouveau.

On comprend la rareté comparative des cancers affectant les glandes endocrines. Leur survenue ne constitue pas une réelle novation, mais perturbe simplement un équilibre homéostatique déjà pré-existant. Cette perturbation peut être si légère qu'elle accède au niveau de la symbiose. Leur découverte n'est alors que le fait du hasard : parathyroïdes aberrantes, thyroïse métastatique bénigne, aberrances insulaires pancréatiques, épithélioma hypophysaire.

L'évidence est souvent difficile à percevoir. Mais décelée, elle s'impose car le meilleur des arguments est encore d'avoir raison.

Nous avons proposé, dans Néopostulats biologiques et pathogéniques la révision de plusieurs postulats fondamentaux dont la réalité ne résiste pas à l'analyse.

L'intérêt qui a accueilli cette tentative nous a amené à préciser, dans Carcinogénèse, le mécanisme d'induction du cancer qui est un processus qui obéit, comme tous les autres, aux lois biologiques fondamentales.

On comprend que l'observateur l'ait jusqu'alors considéré comme un phénomène monstrueux et singulier, échappant aux règles, puisqu'il tue. Mais la colonie cellulaire concernée est indifférente à cette vision anthropomorphique. Sa finalité n'est pas la survie de l'individu, mais le maintien réflexe et aveugle d'une fonction ; sa propre survie n'est pas nécessairement liée à celle de l'hôte et s'effectue aussi bien, sinon mieux, in vitro, en culture.

Elle est d'ailleurs incapable d'intégrer des données excédant ses moyens d'information ; et ceux-ci sont limités à des tactismes, suffisants à sa fonction mais limités à celle-ci, auxquels elle répond aveuglément.

*

**

Lorsqu'un problème a résisté à une somme inouïe de recherches, on doit en suspecter les données. Et, pour le repenser, "l'imagination est plus importante que la connaissance" (Einstein). A telle enseigne que le premier observateur qui ait pressenti la réalité du mécanisme fut un naturaliste doublé d'un poète : "Il est probable que la plus cruelle, la plus incurable de nos maladies, le cancer, avec sa prolifération désordonnée de cellules, n'est qu'une manifestation du zèle aveugle et intempestif d'éléments chargés de la défense de notre vie" (Maerterlinck).

Nous avons défini le mécanisme, biologiquement orthodoxe, de l'induction cancéreuse. Cette nouvelle vision correspond-elle à la réalité ?

Tout le laisse penser :

- elle constitue une simple conjugaison d'évidences.
- elle est cohérente avec les phénomènes d'observation.
- elle les coordonne et les explique.
- elle obéit aux règles fondamentales de la biologie.
- elle aboutit à "une démarche logique très convaincante". A cet égard, on peut admettre qu'un exposé entraîne la conviction plus par sa séduction que par ses fondements. Mais on ne peut retenir cet aléa si les jugements sont convergents et émanent des autorités des diverses disciplines concernées. (Note p. 3).

Ces critères étant acquis, il convient :

A - de définir les moyens d'infléchir le mécanisme pathogénique de la cancérisation dans le sens préventif. Nous en avons schématisé la procédure. (Carcinogénèse p. 139).

L'expérimentation animale est simple et aisée, l'expérimentation humaine requiert le volontariat et de longs délais d'observation.

B - d'examiner :

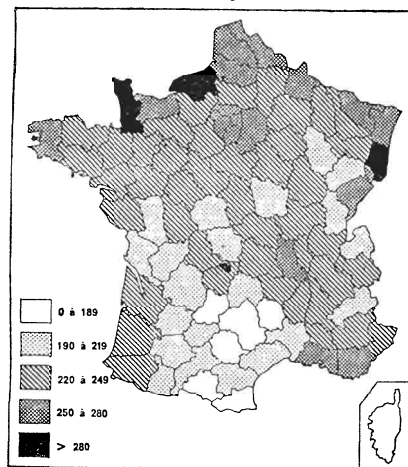
- si l'éradication de la néogénèse évoluée est théoriquement possible et pratiquement réalisable,
- et de définir la procédure la plus apte à l'obtenir.

Nous proposons l'examen de la néogénèse au stade d'essaimage métastatique, ayant dépassé la phase loco-régionale, n'ayant pas atteint la phase cachectique qui interdit toute action en raison du marasme physiologique irréversible.

Note - Pour répondre à une remarque, observons que, comme tous les autres facteurs de l'écologie cancéreuse, "la relation alcoolisme-cancer, l'existence d'aires leucémiques et de zones non leucémiques" procèdent du mécanisme supplétif qui conditionne la néogénèse.

- Constatons d'abord la corrélation positive **alcoolisme-cancérisation**. Elle est établie.
- "Récemment, deux études de pathologie géographique, l'une en France, l'autre portant sur 19 pays, ont montré l'incidence particulièrement élevée de certains cancers dans les régions de forte consommation d'alcool ou dans lesquelles la mortalité par cirrhose et par alcoolisme aigu et chronique est spécialement élevée" (Denoux).
- On a conclu "à l'existence d'une relation entre l'alcoolisme et les cancers des voies aéro-digestives supérieures et de l'oesophage". Ce qui se conçoit en raison du caractère irritatif de l'agent, mais ces localisations ne suffisent pas à expliquer l'augmentation générale des taux d'incidence dans ces régions.
- Les régions de France où la mortalité par cancer atteint un niveau record correspondent aux aires géographiques d'alcoolisme chronique, et particulièrement à celles des bouilleurs de cru et de consommation élevée d'alcool de fabrication privée et sans contrôle quantitatif réel.

La carte donne une illustration des taux de mortalité annuels pour 100.000 habitants par cancer selon le département.



Mortalité par cancer selon le département (1966) d'après l'I.N.S.E.R.M.

- Cette corrélation positive entre l'alcoolisme et la cancérisation apparaît comme une nécessité biologique.

L'alcoolisme chronique associe en effet les deux facteurs qui interviennent sur le biotope cellulaire pour favoriser la lignée dysplasique : l'hypomagnésinémie et l'alcalose.

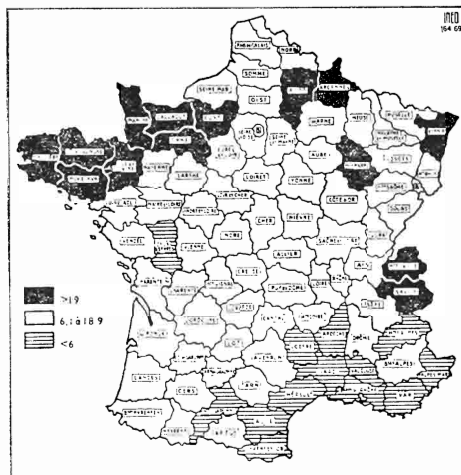
Ces facteurs sont connus et leur influence établie. A telle enseigne qu'ils constituent les fondements de théories pathogéniques, la théorie de Delbet et celle de Reding qui, comme les autres, retiennent un facteur étiologique comme mécanisme pathogénique exclusif. (Carcinogénèse. Théorie de Delbet p. 101 ; théorie de Reding p. 109 et 160).

L'association de ces deux facteurs, dont les effets conjugués se renforcent, favorise la lignée dysplasique dans la compétition cellulaire. Il est naturel qu'un biotope cellulaire dysplasiant favorise la promotion et la fixation de dysplasies et ait une traduction statistique dans les aires d'alcoolisme caractérisé.

- L'existence de ces facteurs est bien définie chez l'alcoolique
 - a - "La cirrhose s'accompagne d'une hypomagnésinémie constante".

Cette hypomagnésinémie favorise la néogénèse générale au même titre qu'une carence d'origine alimentaire comme en Belgique, aire qui détient elle aussi un record de cancérisation.

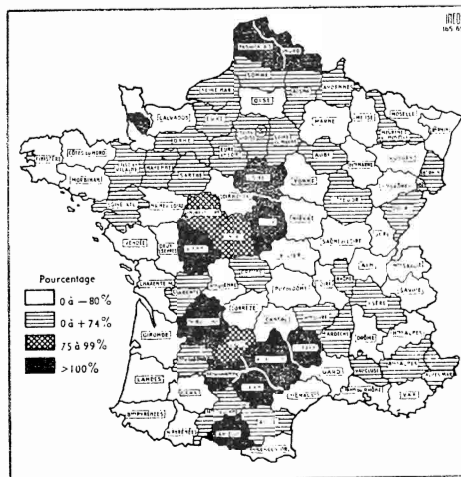
Que cette carence soit due à une insuffisance de fixation ou à une insuffisance d'apport importe peu. la colonie cellulaire y répond simplement en mobilisant ses individus constitutifs les plus capables de s'y adapter pour maintenir son potentiel de réceptivité. Si les mutants, comme c'est le cas, sont moins exigeants et sélectifs et tolèrent des catalyseurs de substitution à l'ion magnésien nécessaire aux cellules orthoplasiques, ce sont eux qui sont favorisés. Un gène ou un génotype "sont favorables ou défavorables en fonction du moment, du milieu et pour une combinaison génétique donnée" et "la sélection naturelle n'est pas un simple filtre qui rejette les mauvais gènes et garde les bons".



Mortalité actuelle par alcoolisme.

- b - Le second facteur dysplasiant, "l'alcalose métabolique, n'est pas spécifique des comas hépatiques et qui, régulièrement, pratique des dosages de l'équilibre acido-basique chez les cirrhotiques, ne peut qu'être frappé par l'importance de l'alcalose de certains sujets dont l'état clinique n'est nullement préoccupant" (A. Quinton. PM 6-XII-69).

On peut prévoir dès aujourd'hui des remaniements de l'écologie cancéreuse dans les 20 ans qui vont suivre.



Evolution de la mortalité alcoolique (Populations et Sociétés).

Il suffit, au lieu de considérer la situation statique figurée par la carte précédente, d'observer l'évolution de la mortalité alcoolique que reflète la carte suivante.

On perçoit

- que la cancérisation actuelle, dont la fréquence est la plus faible dans le Lot, la Lozère, l'Aveyron, le Tarn et l'Ariège (Denoix), va majorer à brève échéance son incidence dans ces aires.
- que le mouvement est déjà commencé dans le Nord du pays.
- que certaines zones sont destinées à être "privilegiées" par cette majoration, celles où augmente l'incidence cirrhotique. "Trois zones d'aggravation se manifestent: celle du Nord, inquiétante par l'importance de la population con-

cernée, celle de Touraine et celle qui correspond au rebord sud du Massif Central où les taux des décès sont encore modérés, mais l'accroissement est bien supérieur à 100% " (Longone).

Mais l'hypomagnésinémie n'est pas le seul facteur agissant sur le biotope cellulaire. Il est probable que des aires dont le relief favorise l'acidose par le renouvellement de baro-stimulations acidosantes, (Savoie, Haute-Savoie), favorables aux clones orthoplasiques, (Carcinogénèse p. 163) resteront dotées d'une incidence minorée en dépit de leurs mauvaises habitudes alimentaires.

*
**

Observons par ailleurs le facteur essentiel qui différencie les zones leucémiques de celles qui ne le sont pas.

On a pu "délimiter dans certains pays des zones avec leucémies et des zones sans leucémies, ces dernières se distinguant des précédentes par la densité plus basse de la population et leur isolement" (Denoix).

Observons que les chances d'infestations virales par contagé sont proportionnelles à la densité et au contact des individus.

Le caractère moins endémique dans les populations rares aboutit, en fin de compte, à une moindre sollicitation des colonies supportant les défenses immunitaires. Il est naturel, et donc obligé, que le phénomène se traduise dans l'incidence statistique de cancérisation de cette colonie. (Cf : Le cancer lymphoïde. Carcinogénèse p. 46).

*
**

Le mécanisme supplétif permet de discerner le dénominateur commun aux multiples corrélations de l'écologie cancéreuse.

Il est le seul qui offre des ouvertures cohérentes ou éclaire des phénomènes à première vue complexes, obscurs, déconcertants ou sans lien apparent.

Il est exact qu'il doive tout expliquer, ce qui appert à l'observateur qui consent à soumettre les phénomènes au système qui les intègre.

Au demeurant, la pathogénie supplétive est à peine ébauchée et l'exactitude d'une théorie se réduit à expliquer plus de phénomènes qu'une autre. " Le fondement de la théorie c'est la pratique et la théorie à son tour sert la pratique " (Mao-Tsé-Toung).

II

Bilan Actuel

On guérit 1 cancer sur 3. Mais si l'on soustrait les localisations cutanées de diagnostic précoce et qui guérissent dans plus de 90% des cas, le taux est médiocre. Il n'atteint pas pour nombre de localisations viscérales (poumons, estomac) le seuil de 5% qui constitue le pourcentage liminaire requis pour admettre un début d'efficacité de toute technique.

En ce qui concerne notre objet, le cancer évolué au stade métastatique, c'est un constat de faillite : "Il n'est généralement pas possible d'envisager actuellement une guérison pour les malades ayant des métastases à distance" (Denoix 1968).

Et, de fait, abandonnant le critère statistique d'une survie de 5 ans, défini à Genève à une période où l'on croyait aux lendemains qui chantent, les publications actuelles se bornent à comparer des délais mensuels.

Prenons l'exemple du cancer du sein au stade des métastases ganglionnaires

| | Survie moyenne | |
|------------------------------------------------------|----------------|-----------|
| Rayons X (Memorial Hospital) | 8 | mois |
| Rayons X et oestrogènes | — | 14 mois |
| Oestrogènes | — | 15 mois |
| Rayons X et androgènes | — | 9 mois |
| Androgènes | — | 5 mois |
| Surrénalectomie (Yonemoto) | — | 16 mois |
| Hypophysectomie, exerèse, hormonothérapie (Hortling) | — | 23,5 mois |
| Hormonothérapie, cytostatiques (Mannès) | — | 18,5 mois |

Si l'on soustrait de ces délais la survie normale dont jouirait la malade en cas d'abstention thérapeutique, on constate que la procédure actuelle est inefficace et aboutit à un échec.

Mais, à tout le moins, permet-elle d'espérer une amélioration ? Ou l'abord actuel du problème conduit-il à la résignation ?

III

Perspectives

a - En ce qui concerne l'ensemble des cancers, " les études statistiques de ces dernières années montrent que si nous pouvons approcher le taux de 50% de guérison, on ne peut attendre ni de nouvelles améliorations techniques de la chirurgie ou de la radiothérapie, ni d'une plus grande précocité dans le diagnostic des tumeurs, une amélioration substantielle de ce pourcentage " (Denoix).

D'où l'évidence : " Nous pouvons espérer, en utilisant au mieux les moyens qui sont actuellement à notre disposition, nous approcher d'une guérison sur deux, mais nous ne pouvons pas espérer faire plus tant que nous n'aurons pas à notre disposition un nouveau procédé de traitement qui devra être à la fois général et spécifique, pouvant atteindre toutes les cellules malignes, et rien qu'elles, où qu'elles soient " (Denoix 1968).

b - La perspective est peu encourageante. Est-elle au moins meilleure pour les formes dont la progression est la plus foudroyante ?

" Les résultats de la chirurgie d'exérèse des cancers bronchiques ne seront pas améliorés d'une manière significative dans l'avenir, même au prix d'un gigantesque effort de dépistage. Ils plafonnent depuis au moins 15 ans à un taux décourageant : 10 à 20 % du total des cas peut subir une exérèse avec succès. Près de la moitié de ces malades n'atteignent pas 12 mois de survie " (Israël).

c - En ce qui concerne l'objet de notre étude, le cancer métastasé, le verdict a la sécheresse du couperet : " Les malades qui acceptent les métastases et leur permettent de se développer ont, dans l'état actuel de nos moyens, des chances de guérison pratiquement nulles " (Denoix 1968).

d - Et la progression de la mortalité se poursuit, régulière, inexorable, indifférente à la procédure actuelle.

Elle est d'autant plus angoissante qu'il n'est plus possible de se rassurer en invoquant, comme on le pouvait il y a une décade, le fait que l'amélioration des procédés diagnostiques serait responsable de la progression statistique de la morbidité cancéreuse.

On doit aussi abandonner l'espoir que cette progression procède en partie de l'augmentation des longévités maximales.

En fait, c'est la mortalité due aux affections cardio-vasculaires qui profite de ce facteur. (Note).

Note - De surcroît, ce dernier facteur régresse dans certains pays, dont la France, alors que la mortalité cancéreuse y poursuit sa progression.

" L'annuaire des statistiques sanitaires mondiales de l'OMS portant sur l'année 1966 précise que plus de la moitié des cas de mortalité sont dus aux maladies cardio-vasculaires et au cancer, tant aux Etats-Unis qu'en Europe, dans 20 pays sur 23.

Bien que la mortalité générale ait diminué depuis 1962, le nombre absolu des décès dus à ces deux causes, a lui augmenté également aux U.S.A. et en Europe, excepté en Autriche, en France, en Hongrie et en Yougoslavie où les décès cardiaques diminuent " (PM. 18.10.69)

La progression actuelle de mortalité cancéreuse est la suivante :

Taux de mortalité par 100.000 habitants.

| | |
|------|-----|
| 1960 | 198 |
| 1961 | 199 |
| 1962 | 203 |
| 1963 | 204 |
| 1964 | 205 |
| 1965 | 205 |
| 1966 | 208 |

Cette progression contraste avec les efforts titanesques déployés ; ne serait-ce que le contrôle systématique de tous les composés chimiques connus, entrepris par les Américains. Elle aboutit à un sentiment d'inanité : " Notre siècle ne verra pas la guérison du cancer " (J. A.).

- e - Le biologiste doit reconsidérer les données qu'il présente au thérapeute, au chimiste, au physicien, car
 - l'instauration d'une procédure préventive générale s'impose. Une ébauche en a été proposée.
 - il est indispensable et urgent de réviser la procédure actuelle d'éradication du cancer métastasé, puisqu'elle aboutit à une faillite sans même l'espoir d'un concordat.

Quelle est cette procédure ? - La stratégie séquentielle.

"Qu'est-ce qu'une bataille perdue ? -
C'est une bataille qu'on croit avoir perdue "
Joseph de Maistre.

IV

La Stratégie Séquentielle

La procédure actuelle en ce qui concerne le cancer métastasé découle du constat d'échec en dépit des efforts inouïs déployés.

Elle associe la résignation, le fatalisme et la sagesse. Elle consiste à pallier au mieux la dynamique cancéreuse par des actions successives, itératives, séquentielles.

- Elle se définit ainsi : " Avec la plupart des oncologues, nous pensons qu'il est habituellement préférable d'exploiter successivement les diverses possibilités thérapeutiques plutôt que de les utiliser simultanément. Chacune d'elles est appelée à entrer en jeu lorsque la précédente s'avère inopérante " (Juret, Sarrazin).

C'est " le combat d'arrière-garde à l'encontre du cancer, plutôt que le barrage d'artillerie ou l'engagement total " (Mac Donald).

- Elle est ainsi motivée : " Un programme thérapeutique ne doit pas être décidé en considérant que l'emploi du maximum thérapeutique donne le maximum de chance au malade. Il faut s'efforcer à tout prix de ne pas aggraver la situation fonctionnelle du malade si cette survie doit être courte ". En bref, " il faut se résigner pour un avenir incertain " (Denoix).

- Elle se traduit ainsi dans la pratique : " Lorsque la tumeur est suffisamment disséminée pour que l'exérèse chirurgicale ou/et la radiothérapie ne puissent être éradicatrices, le chirurgien s'abstient toujours d'intervenir, le radiothérapeute le plus souvent ; ils passent la main au chimiothérapeute. Non moins conventionnellement, celui-ci prescrit une administration de drogues telle qu'elle n'entraînera que le minimum de complications " (Mathé 1969).

- Elle est un pis-aller de résignation. " S'agissant de la durée de contrôle des lésions, la supériorité de cette manière de procéder n'est aucunement démontrée. Mais sur le plan du confort physique et moral il paraît raisonnable de ne pas soumettre d'emblée le malade au feu convergent de tous les moyens thérapeutiques de l'heure. Cette stratégie du traitement, à la demande, est moins traumatisante. Elle a d'autre part l'avantage de ne pas laisser le cancérologue à court d'argument ni la malade (cancer du sein) à court d'espérance face à une nouvelle offensive de la maladie " (Juret, Sarrazin).

On juge d'un arbre à ses fruits.

Il importe de récuser cette procédure actuelle pour plusieurs raisons évidentes :

- 1° Il n'est pas d'exemple qu'un combat d'arrière-garde ait jamais gagné une bataille.
- 2° Une telle attitude, aboutissement d'une suite ininterrompue de déceptions, conclusion naturelle d'un constat de faillite, est au surplus inhibitrice de toute nouvelle tentative. Elle aboutit fréquemment à admettre l'ultima ratio : les analgésiques.
- 3° Sa justification morale, dont elle procède essentiellement, est même contestable : Le confort physique ne peut être assuré que par la guérison, le confort moral par l'espoir de chances statistiques réelles.
- 4° Transformant un échec en abdication, officialisant en système une capitulation, elle induit un sentiment d'inanité s'opposant à la révision d'une stratégie inadaptée à un agresseur qui ne consent aucun armistice.

Pourquoi cette stratégie est-elle inadaptée ?

V

Causes de l'Échec

L'échec provient essentiellement du fait que l'on néglige deux évidences.

1° LE STATUT BIOLOGIQUE DU CANCER.

C'est celui d'une culture de cellules ayant statut endocrine. Et ce statut est immédiat. Il est contemporain de la première cellule qui, rompant la basale, se place en aberrance anatomique.

a) Dès ce moment, son clone est déconnecté de toute régulation nerveuse de l'ethnie originelle. Il végète comme une **culture artificielle** de cellules placée dans des conditions thermique et nutritive optimales. Et ces conditions ne sont même pas celles de la colonie mère, mais celles de la colonie-hôte parasitée.

Négligeant ce fait, on néglige un facteur de différenciation avec la cellule orthoplasique. La végétation néoplasique, en aberrance, est identique à celle d'une culture artificielle, le lavage du milieu étant assumé par le jeu des émonctoires et le renouvellement plasmatique. On se prive par le fait même des possibilités d'action sur sa cytopoïèse, alors qu'il est possible de la stimuler ou de l'inhiber en modifiant la concentration plasmatique qui la commande.

b) Il en est de même du **caractère endocrinien** du statut cancéreux. Il est aussi immédiat parce que le clone cancéreux, dès son aberrance, décharge directement dans la circulation ses élaborats métaboliques et les cyto-nécro-hormones que constituent ses déchets cellulaires.

Négligeant ce fait, on se prive des possibilités d'action qu'offre ce statut endocrinien. Et il est pourtant précieux car la lignée cancéreuse répond directement et exclusivement aux stimulations véhiculées par voie humorale. Celles-ci ne sont pas tamponnées par la régulation nerveuse qui régit la lignée orthoplasique.

En tant qu'organe endocrine, la colonie cancéreuse équilibre sa propre homéostasie. Que celle-ci soit une novation pour l'organisme ou qu'elle soit préexistante est accessoire.

Ignorer ce statut c'est se priver d'une modalité d'action, portant sur l'équilibre homéostatique. On sait, par exemple, l'effet inhibiteur des extraits thyroïdiens ou de l'hormone thyroïdienne sur le cancer thyroïdien et l'action stimulatrice des anti-thyroïdiens de synthèse dans le même cas.

On connaît par ailleurs l'effet inhibiteur des cyto-nécro-hormones obtenu par les thérapeutiques tissulaires. La plus connue actuellement consiste dans l'injection de cellules lymphoïdes stérilisées dans la leucémie lymphoïde.

La freination obtenue répond biologiquement à un effet d'équilibration par feed-back artificiel. Elle met en jeu le mécanisme homéostatique.

Négliger les moyens biologiques d'intervenir d'une manière différentielle sur la cytopoïèse dysplasique, c'est renoncer aux seuls procédés d'action sélective

Il convient au contraire de les utiliser au maximum, car ils constituent les seuls qui soient disponibles. La procédure et l'arsenal thérapeutique doivent se conformer à ce statut.

Et cette action sélective est indispensable. " La chimiothérapie peut être utilisée en vue d'une action générale, mais son défaut essentiel c'est de n'être toujours pas spécifique car, on le sait, elle agit aussi bien sur les cellules normales que sur les cellules malignes " (Denoix). D'où, " l'intérêt majeur qu'aurait une action spécifique, c'est à dire qui ne s'attaquerait qu'à la cellule maligne, laissant totalement de côté les cellules normales " (Denoix).

Comme il est illusoire d'espérer que l'on puisse découvrir des agents spécifiques de la cellule dysplasique, sa caractéristique fondamentale résidant dans la dysrégulation de sa mitose et son métabolisme ne différant pas essentiellement de celui de la lignée-mère, il convient d'utiliser au maximum les procédés biologiques qu'offre le statut particulier du clone cancéreux pour l'isoler, le filtrer et l'agresser électivement.

Nous examinerons quelles possibilités s'offrent ainsi de spécifier et d'ajuster l'action éradicatrice.

2° TOUTE STRATEGIE IMPLIQUE LA MANOEUVRE, C'EST-A-DIRE L'INITIATIVE.

La stratégie séquentielle la laisse au cancer. Elle suit la dynamique cancéreuse, procède à des actions qui lui sont postérieures, se résigne à intervenir à chaque palier d'évolution, s'adapte avec retard à la courbe de pullulation. Ces actions de retardement aboutissent à l'échec.

Et c'est ce qui se produit pour 2 cancers sur 3.

Dès que l'ennemi a quitté la forteresse, s'est répandu dans le maquis, prolifère en individus dont une partie est camouflée dans la quiescence qui la protège des actions cytolytiques, il devient indestructible car " ou bien le pourcentage de cellules stérilisées est insuffisant, ou bien la multiplication des cellules survivantes entre deux séances d'irradiation ou deux doses de médicaments est telle que la population survivante est capable de restaurer au moins en partie la population d'origine " (Malaise).

La stratégie séquentielle et d'arrière-garde qui est pratiquée au stade métastatique est inadaptée dès lors que la pullulation est telle que la destruction d'une masse dysplasique est insuffisante à rendre à la lignée orthoplasique sa dominance normale en lui restituant sa réceptivité prioritaire.

Dès que ce stade est dépassé, cette procédure doit être abandonnée et le **contrôle de la cinétique cancéreuse devient un préalable** à toute action destructrice. C'est alors une erreur que de maintenir une tactique qui aboutit nécessairement à la défaite. Le thérapeute, comme le pilote, doit prendre conscience qu'il existe un " point de non-retour ", en deçà duquel toute tentative d'arrêt est salutaire, alors qu'au-delà elle devient catastrophique.

Et ce point est précis. Il se situe au stade de développement où toutes les actions conjuguées : réduction de l'anabolisme spécifique, cytolysse maximale de la masse dysplasique, sont incapables de restituer à la lignée orthoplasique sa dominance dans le couple anabolisme-réceptivité*. La dominance de la dysplasie est alors irréversible, la compétition cellulaire a basculé définitivement à son avantage, et la procédure ne peut plus être la même. Car il ne s'agit plus alors d'une bataille à gagner, mais d'un génocide à parfaire.

Et la tactique n'est pas la même. Dans le premier cas, il convient de conjuguer des actions destructrices sur l'objectif ; dans le second cas, il est nécessaire d'isoler les individus, de contrôler leur mouvement, de les cerner, de les rassembler et, seulement alors, de les détruire au fur et à mesure ; ce qui implique en préalable la prise de contrôle de leur cinétique.

Comment prendre le contrôle de la cinétique cancéreuse ?
En commençant par l'analyser.

* Cf. Carcinogénèse p. 63, fig. 4 a ; p. 64, fig. 4 b.