

THE CANCER INDUSTRY



Crimes, complot
et la mort de ma mère



MARK SLOAN

THE CANCER INDUSTRY

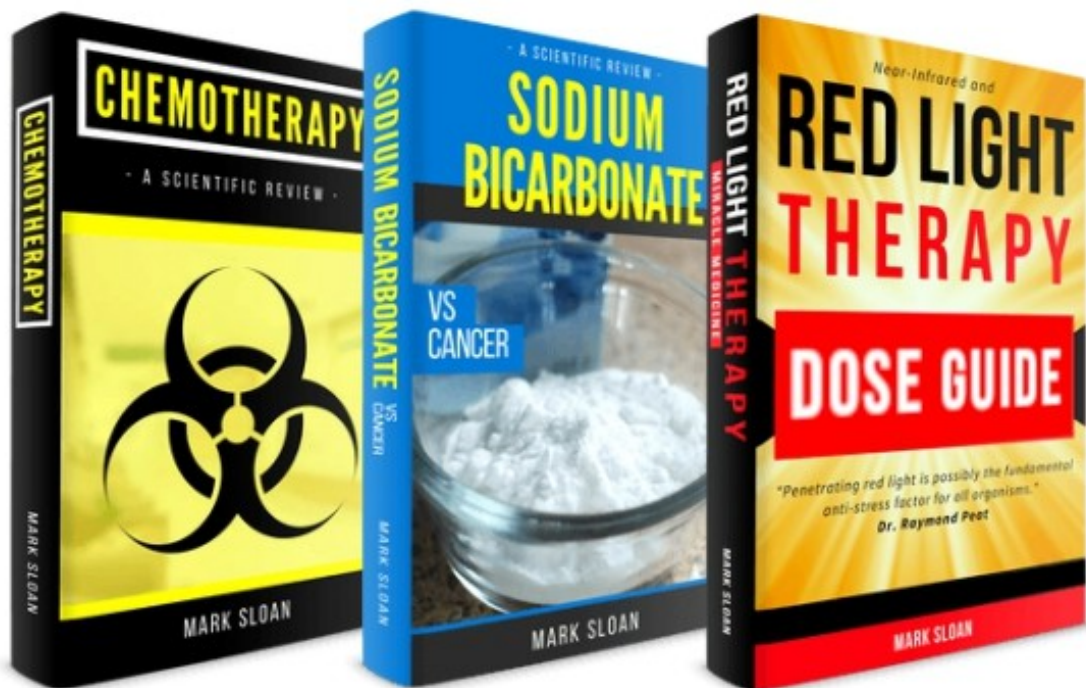


Crimes, complot
et la mort de ma mère



MARK SLOAN

TÉLÉCHARGEZ **GRATUITEMENT** LE GUIDE DE DOSAGE DE LA
THÉRAPIE PAR LA LUMIÈRE ROUGE ET DEUX
AUTRES LIVRES !



LISEZ D'ABORD CECI

Pour vous remercier d'avoir acheté mon livre, j'aimerais vous offrir 3 ebooks
absolument GRATUITS !

CLICK HERE

L'INDUSTRIE DU CANCER

CRIMES, COMLOTS ET LA MORT DE MA MÈRE

MARK SLOAN

Copyright © 2018 EndAllDisease Publishing

POURQUOI VOUS DEVRIEZ LIRE CE LIVRE

Cela s'est produit à maintes reprises : Une personne que nous connaissons se voit diagnostiquer un cancer, subir une intervention chirurgicale, une chimiothérapie et une radiothérapie, puis meurt.

Cela est arrivé à ma mère lorsque j'12 ans, et j'ai écrit ce livre pour m'assurer qu'aucun enfant n'ait plus jamais à vivre ce que j'ai vécu.

Pourquoi supposons-nous que c'est le cancer qui tue les gens et non les couteaux, les injections de poison et les radiations ionisantes que l'industrie du cancer utilise sur ses patients ? Le cancer est-il vraiment la menace ou est-ce l'industrie du cancer à but lucratif qui nous tue ?

Selon les statistiques gouvernementales, 50 % des personnes en vie seront diagnostiquées avec un cancer au cours de leur vie. Je pense qu'il est temps de jeter un regard ouvert et honnête sur l'industrie du cancer et de changer de cap avant qu'il ne soit trop tard.

Vous êtes sur le point de faire l'expérience de la recherche scientifique la plus complète jamais menée sur l'industrie du cancer, qui comprend plus de 1000 études scientifiques et cliniques et qui a été rendue si simple que même un enfant peut la comprendre.

Vous apprendrez :

- La chirurgie, la chimiothérapie et la radiothérapie sauvent-elles réellement des vies ?
- Le surdiagnostic et le surtraitement choquants causés par deux tests courants de dépistage du cancer
- La manipulation statistique utilisée par l'industrie du cancer pour dissimuler nombre de décès causés par les traitements classiques du cancer
- Comment se protéger des erreurs médicales et des procédures préjudiciables ? et les blessures ou décès provoqués par un médecin
- La chose la plus puissante que vous puissiez faire pour vous assurer qu'on ne vous diagnostique jamais un cancer

DE LA TRAGÉDIE À L'ESPOIR

Lorsque j'avais 12 ans, ma mère est morte d'un cancer. Après avoir découvert une lésion de la taille d'un ongle sur son col de l'utérus, les médecins l'ont emmenée d'urgence pour qu'elle reçoive des traitements anticancéreux classiques. L'effet immédiat a été un déclin dramatique de sa santé. Comme beaucoup de personnes traitées de cette manière, ma mère a subi d'horribles effets secondaires qui l'ont laissée dans une douleur extrême et dans l'incapacité de marcher, de parler ou de manger des aliments solides.

Je me souviens m'être couchée tard dans la nuit et l'avoir entendue pleurer dans le salon en dessous, luttant pour se taire afin que ma sœur et moi puissions dormir sans être dérangées. Je ne pense pas qu'elle le savait à l'époque, mais je pouvais entendre chaque sanglot, chaque gémissement et chaque appel à Dieu pour qu'il mette fin à ses souffrances.

Pourquoi cela se produit-il ? Je pensais que nous avions certains des meilleurs médecins du pays qui utilisaient les meilleurs traitements disponibles pour la guérir, mais tout ce que les médecins avaient fait n'avait fait qu'empirer les choses. Je me sentais en colère et confuse.

Quelques mois plus tard, mon père nous a fait asseoir, ma sœur et moi, sur le canapé du salon et, les larmes aux yeux, nous a annoncé que notre mère était partie.

RÉDEMPTION

Bien que le traumatisme de cet événement soit encore présent aujourd'hui, 15 ans après la mort de ma mère, j'ai eu une prise de conscience qui a changé ma vie pour toujours. J'ai compris que sa mort n'était pas une tragédie, mais une opportunité : Elle m'a donné une histoire à raconter qui pourrait émouvoir les gens et un esprit qui pourrait trouver les réponses que le monde mourait littéralement d'envie de connaître. J'ai compris que ma mère était morte pour que ma vie ait un but.

En échange de ce cadeau, je lui ai promis au fond de mon cœur de trouver la cause et le remède du cancer afin qu'aucun enfant n'ait plus jamais à vivre ce que ma sœur et moi avons vécu. Je savais qu'une fois que j'aurais trouvé les réponses et que je les aurais partagées avec le monde, l'héritage de ma mère passerait d'une victime du cancer à une héroïne qui aurait inspiré son fils à sauver des vies et à changer le monde.

Il s'agit du premier livre.

CLAUSE DE NON-RESPONSABILITÉ

Aucune partie de cette publication ne peut être reproduite, dupliquée ou transmise sous quelque forme que ce soit sans l'accord écrit de l'auteur. Tous droits réservés.

Les informations présentées ici sont l'opinion de l'auteur et ne doivent pas se substituer à un avis médical.

Les déclarations faites dans ce livre concernant les traitements de santé conventionnels et alternatifs n'ont pas été évaluées par Santé Canada. N'utilisez pas ce livre pour diagnostiquer, traiter ou guérir une maladie ou un problème de santé. Si vous avez un problème médical ou si vous pensez en avoir un, contactez votre médecin ou votre prestataire de soins de santé.

TABLE DES MATIÈRES

[POURQUOI VOUS DEVRIEZ LIRE CE LIVRE](#)

[AVIS DE NON-RESPONSABILITÉ](#)

[PRÉFACE INTRODUCTION](#)

[CHIRURGIE](#)

[CHIMIOTHÉRAPIE](#)

[RADIOTHÉRAPIE](#)

[LE DÉPISTAGE PRÉCOCE SAUVE-T-IL DES](#)

[VIES ? LA BATAILLE POUR LA VÉRITÉ](#)

[CONCLUSION](#)

[À PROPOS DE L'AUTEUR](#)

[PLUS DE LIVRES](#)

[RÉFÉRENCES](#)

PRÉFACE

"...Je ne pense pas qu'elle le savait à l'époque, mais je pouvais entendre chaque sanglot, chaque gémissement et chaque appel à Dieu pour mettre fin à ses souffrances."

Mon entrée dans ce monde s'est faite le jour de la fête des mères, au printemps 1985, et de manière épique. Le cordon ombilical de ma mère étant étroitement enroulé autour de mon cou, les infirmières et les médecins se sont précipités pour me libérer du cordon ombilical avant qu'il ne soit trop tard. Je ne peux qu'imaginer ce que mes parents ont dû ressentir en voyant le médecin me sortir du ventre de ma mère et...

Les médecins se sont précipités pour dérouler le cordon de mon cou.

Heureusement, les efforts du personnel médical ont porté leurs fruits et ma mère et mon père ont eu un tout nouveau fils.

Grandir dans l'Ontario, au Canada, avec mes parents et ma sœur n'était pas très différent d'une famille typique de deux enfants, mais nous étions uniques à certains égards.

L'une des choses qui nous distinguait du troupeau était que mon père dirigeait sa propre entreprise, qu'il avait créée de toutes pièces après avoir appris que ma mère et lui allaient avoir leur premier enfant. Il savait que le travail qu'il avait ne pouvait pas

Il voulait offrir la vie qu'il souhaitait à sa famille, alors il a tout risqué et a fait en sorte que cela se produise. Tout en travaillant jour et nuit à la construction d'une entreprise prospère, ma mère passait son temps à cuisiner, à faire le ménage et à s'occuper de ma sœur et de moi à la maison.

J'avais un groupe d'amis formidables. Je me souviens avoir joué au hockey de rue avec eux comme si c'était hier. Après avoir posé les crosses, nous jouions au chat et à la souris,

Nous nous baignions, allumions des feux et, la plupart du temps, nous faisons du vélo à trois roues. En hiver, nous creusions des tunnels dans la montagne de neige empilée en haut de notre rue et nous nous envoyions des boules de neige. Outre l'obligation de se lever tôt pour aller à l'école et l'inconfortable réalité que la réussite scolaire semblait consister à répéter sans réfléchir ce que nous

Les choses se passaient bien, à ce qu'on disait. Mais comme nous l'apprenons tous un jour, la vie est fragile et les choses peuvent changer en un instant.

Par une froide matinée de la septième année, mon père nous a fait asseoir, ma sœur et moi, sur canapé du salon et nous a dit qu'il avait une annonce à faire.

Même si j'espérais entendre parler de prochaines vacances en famille

Quelque part chaud, je savais à son expression que les nouvelles n'allaient pas être bonnes.

Il nous a dit que notre mère avait un cancer.

Le cancer était situé sur le col de l'utérus et n'avait que la taille d'un ongle de bébé ; et bien que je ne connaisse pas grand-chose au cancer à l'époque, le fait d'entendre que

Le fait que les médecins aient détecté le cancer à un stade précoce et qu'ils s'apprêtent à l'opérer et à lui faire subir une radiothérapie m'a donné de l'espoir.

Puis notre père nous a dit que c'était trop pour lui de gérer une entreprise et d'être un père et une mère pour nous en même temps, alors il a fait venir notre tante Kim de l'Alberta pour nous aider pendant plusieurs mois pendant que maman se rétablissait. Ma sœur et moi étions toutes deux de grandes admiratrices de notre tante Kim et de notre oncle Bob de l'Ouest, et nous avions l'impression d'avoir gagné à la loterie.

Après une opération et des traitements de radiothérapie, les médecins nous ont assuré qu'ils avaient "tout " et que ma mère n'avait plus de cancer. Mon père voulait s'assurer que

Il l'a donc emmenée chez le meilleur naturopathe qu'il connaissait, qui lui a prescrit un certain nombre de compléments alimentaires. Mon père a également fait quelques recherches de son côté et a découvert l'Essiac - le célèbre mélange de tisanes à quatre herbes que l'infirmière Renée Caisse de Bracebridge, en Ontario, avait utilisé pour prétendument guérir les patients atteints de cancer pendant environ 50 ans, jusqu'à sa mort en 1978. Il a commandé les herbes et les a infusées en suivant scrupuleusement les instructions et les a administrées à ma mère à plusieurs reprises.

Malheureusement, après les traitements chirurgicaux et de radiothérapie de ma mère, les coupes budgétaires de l'hôpital nous ont empêchés de faire d'autres tests. d'évaluer son état de santé. Huit mois plus tard, lorsque nous avons enfin pu avoir un enfant, nous avons décidé de le mettre au monde.

Les médecins effectuent des examens de suivi et découvrent un cancer agressif dans la région de la hanche : ils recommandent une chimiothérapie et des radiations supplémentaires.

Effrayés et à court d'options, nous l'avons à nouveau emmenée en urgence pour un traitement

Le déclin dramatique de sa santé à la suite des traitements de chimiothérapie et de radiothérapie était évident. À l'âge de 11 ans, je me souviens d'avoir été couché tard dans la nuit, l'entendant faire les cent pas dans le salon en contrebas, s'efforçant de ne pas pleurer pour que nous puissions dormir sans être dérangés. Je ne pense pas qu'elle le savait à l'époque, mais je pouvais entendre chaque sanglot, chaque gémissement et chaque appel à Dieu pour qu'il mette fin à ses souffrances.

Pourquoi ma mère souffrait-elle ? Je pensais que nous avions certains des meilleurs médecins du pays qui utilisaient les meilleurs traitements disponibles pour la guérir, et pourtant tout...

Les mesures prises par les médecins n'ont fait qu'aggraver la situation. Je me suis sentie en colère et désorientée.

Après quelques mois longs et difficiles, je me suis réveillée un matin avec, dans mon salon, une scène que je n'oublierai jamais : les larmes aux yeux, mon père nous a fait asseoir, ma sœur et moi, sur le canapé à côté de tante Kim et nous a annoncé que notre mère n'était plus là. Je me suis sentie choquée et accablée. Je me souviens avoir retenu ma respiration pour essayer d'éviter de ressentir les émotions intenses qui montaient en moi.

Papa a raconté la scène qui s'est déroulée à l'hôpital, le matin même, juste avant la mort de notre mère. Avec sa mère et son père, ses cinq frères et sœurs et un prêtre de notre église locale, ils ont formé un cercle autour de son lit d'hôpital et ont prié. Tante Kim nous a dit que la présence qu'elle avait ressentie dans la chambre pendant ces derniers instants ne ressemblait à rien de ce qu'elle avait connu auparavant. Le père était d'accord. Alors qu'elle était allongée sur son lit d'hôpital, la toute dernière chose que ma mère a faite - quelques secondes avant d'expirer son dernier souffle - a été de lever les bras vers le ciel pour être accueillie par Dieu.

Perdre ma mère, c'est comme perdre mon plus grand fan ; c'est l'échec ultime de mon développement, et cela s'est produit au pire moment. Je n'ai jamais eu l'occasion de me sentir aussi mal que possible - juste avant d'entrer à l'école secondaire. Pire encore, chaque fois que j'étais entourée de gens, j'avais l'impression que mes émotions devaient rester secrètes, que je devais faire semblant d'aller bien et que si quelqu'un comprenait vraiment ce que je ressentais, il n'aurait pas envie de me côtoyer parce que ce serait trop inconfortable pour eux.

Avec ma famille, nous avons essayé de suivre une thérapie, mais je savais que le thérapeute n'était là que pour se faire payer, et cela a fini par me mettre encore plus en colère. J'avais besoin de ma mère, pas d'un imposteur qui prétendait s'occuper de moi. Mes émotions refoulées n'avaient pas d'endroit où aller, alors elles sont restées à l'intérieur. J'ai accepté un prix pour ma *diligence et ma détermination* lors de la remise des diplômes de 8e année et je suis passée à l'école secondaire.

Au lycée, je passais le plus clair de mon temps dans la salle de musculation ; chaque midi, chaque pause, et parfois je sautais même la classe pour m'entraîner. J'adorais cette salle ! J'avais l'impression d'avoir à nouveau un groupe d'amis en qui je pouvais avoir confiance, des amis qui partageaient le même intérêt pour le fitness et qui s'efforçaient de devenir meilleurs. La musculation m'a permis de

me mettre continuellement au défi et dépasser mes propres limites. C'est au gymnase que j'ai découvert pour la première fois que, bien qu'il y ait beaucoup de gars plus grands que moi, aucun d'entre eux ne pouvait me surpasser. Je me souviens qu'en onzième année, je ne pesais que 160 livres et que mon record d'épaulé-jeté était de 110 livres dans chaque main pour 8 répétitions.

Mais bien plus que les muscles ou la force que j'ai pu acquérir, la salle de musculation a été le premier endroit que j'ai connu où il était à la fois sûr et bénéfique pour moi d'exprimer ma colère. J'avais enfin trouvé un moyen de canaliser le stock d'émotions qui palpitait en moi pour en faire quelque chose d'utile, quelque chose qui me serait bénéfique et qui pourrait peut-être inspirer d'autres personnes.

Après avoir obtenu mon diplôme de fin d'études secondaires, je suis allé à l'université et j'ai obtenu un diplôme en sciences du feu. En cours de route, j'ai appris plusieurs choses : Tout d'abord, très peu de ce qui était enseigné dans ce cours était réellement utile pour me préparer à travailler en tant que pompier. Entrer dans une structure en béton à 100 % avec un équipement de pompier et pulvériser de l'eau sur une caisse en acier contenant du bois en train de brûler ne reflète pas vraiment la réalité d'une scène d'incendie. Deuxièmement, même si j'étais le plus rapide, je n'ai pas pu me préparer à travailler comme pompier.

Lorsque j'ai couru dans les escaliers avec un tuyau sur le dos pendant les essais pour le *Firefighter Combat Challenge*, j'ai appris que la lutte contre les incendies est un jeu d'hommes politiques - et comme je ne joue pas aux jeux, c'est quelqu'un de plus lent qui a obtenu la place dans l'équipe. Enfin, les leçons les plus précieuses de l'université sont les suivantes

appris en dehors des cours. En dernière année, l'un de mes colocataires m'a montré un documentaire qui m'a fait remettre en question toute ma réalité et le monde qui m'entoure. Je ne savais pas si les informations étaient vraies ou non, mais je savais que je devais les découvrir.

Dès mon plus jeune âge, j'ai été attirée par les livres de développement personnel et de nutrition. J'aimais le fait de pouvoir lire des théories différentes et les tester moi-même pour voir ce qui fonctionnait et ce qui ne fonctionnait pas. L'amélioration constante et sans fin était le chemin que je suivais depuis le début et je n'ai jamais eu le moindre doute sur le fait que je pouvais changer le monde ou accomplir tout ce que je voulais dans la vie.

Avec l'ère de l'internet qui bat son plein, je me suis soudain retrouvée en quête de vérité, élargissant mes horizons et explorant de manière obsessionnelle tous les aspects de la vie en ligne.

J'ai étudié toutes les pistes de recherche que je pouvais trouver - dans des livres, des articles et des documentaires - pendant 8, 10, parfois 12 heures ou plus par jour. J'ai également passé beaucoup de temps à intégrer ces nouvelles connaissances dans mes propres articles et documents.

Je me suis ensuite mis à partager mon travail avec tous ceux que cela intéressait grâce à mon site web et à la puissance des médias sociaux. Près de dix ans après le début de ma quête de vérité, j'ai eu un déclic.

J'ai réalisé que la mort de ma mère n'était pas une tragédie, mais une opportunité. Elle m'a donné une histoire à raconter qui pourrait émouvoir les gens et un esprit qui pourrait trouver des solutions à ses problèmes. les réponses que le monde mourait littéralement d'envie de connaître ; j'ai réalisé que ma mère était morte pour que ma vie ait un but.

En échange de ce cadeau, je lui ai promis au fond de mon cœur de trouver la cause et le remède du cancer afin qu'aucun enfant n'ait plus jamais à vivre ce que ma sœur et moi avons vécu. Je savais qu'une fois que j'aurais trouvé les réponses et que je les aurais partagées avec le monde, l'héritage de ma mère passerait de celui d'une victime du cancer à celui d'une héroïne qui aurait inspiré son fils à sauver des vies et des vies humaines. changer le monde.

INTRODUCTION

Cela fait près de 50 ans que *la guerre contre le cancer* a été déclarée, et pourtant le nombre de personnes diagnostiquées avec un cancer et mourant de cette maladie n'a jamais été aussi élevé⁽¹⁾.

Je trouve extraordinairement difficile de croire qu'après avoir dépensé 500 milliards de dollars pour la recherche sur le cancer depuis 1970⁽²⁾, l'establishment du cancer n'a littéralement rien trouvé d'utile pour prévenir ou guérir la maladie. Si c'est vrai, ils sont incompétents et leur étonnante absence de progrès est sans aucun doute l'échec le plus spectaculaire de l'histoire de l'humanité. Mais si des remèdes ou des traitements efficaces ont été systématiquement cachés au public, alors leurs actions sont de nature criminelle et le sang de plus de 530 millions de personnes³ pourrait se retrouver sur leurs mains. Quoi qu'il en soit, j'ai l'intention de le dire clairement.

Jusqu'à présent, dans la quête de l'humanité pour vaincre le cancer, notre principale erreur a été de confier aux mêmes personnes qui tirent profit du traitement du cancer le soin de nous fournir un remède. Je n'ai jamais parlé à quelqu'un qui ne comprenait pas ce concept : Il n'y a pas d'argent dans un remède. Pourquoi une industrie qui génère plus de 125 milliards de dollars par an⁴ se mettrait-elle en faillite ? Elle ne le ferait pas.

Alors, vers qui nous tournons-nous pour trouver des réponses ?

En 1947, le jeune physicien américain Ernest Sternglass écrit une lettre à Albert Einstein pour lui faire part de ses travaux visant à réduire les doses de radiation lors de la radioscopie. À sa grande surprise, Einstein se montre très intéressé par ses travaux et invite le jeune homme de 23 ans à le rencontrer à l'université de Princeton, où ils s'entretiennent pendant cinq heures. "Cela a eu un effet énorme sur ma vie. Il m'a notamment encouragé à poursuivre ma théorie et j'ai fini par la publier", se souvient Sternglass.⁵

À la fin de leur conversation, Einstein a lancé un avertissement très important : "Ne retournez pas dans le monde universitaire", a-t-il dit. "Ils tueront toute trace d'originalité en vous. Pour devenir professeur à part entière, vous devez approuver à tous les niveaux et vous ne pouvez pas non plus remettre en question les idées existantes".

beaucoup, sinon tu ne seras pas promu... avoir un travail de cordonnier pour le reste de ta vie, afin que tu puisses faire quelque chose d'utile pour l'humanité".

Mon objectif en écrivant ce livre est d'explorer la possibilité que - caché parmi l'énorme quantité d'informations qui dérivent dans les vastes étendues du cyberspace - un remède contre le cancer a déjà été trouvé. Alors qu'un médecin pourrait craindre de perdre sa licence médicale ou son emploi pour avoir réalisé un tel travail, un profane sans formation médicale comme moi peut sans crainte tirer une conclusion controversée lorsque les preuves justifient. Cette curiosité pure et sans entrave, associée à la discipline et à l'intention de simplifier des informations complexes, donnera un produit final à pointe de la science, qui pourra être compris par ceux qui en ont besoin.

CAR LE TEMPS EST VENU

L'American Cancer Society estime que près de la moitié des personnes vivant aujourd'hui développeront un cancer à un moment ou à un autre de leur vie⁶, et l'Organisation mondiale de la santé prévoit une augmentation de 50 % du nombre de diagnostics de cancer d'ici 2020⁽⁷⁾.

Si nous ne trouvons pas ce qui alimente cette explosion des taux de cancer et si nous ne changeons pas de cap, le temps viendra où plus personne n'échappera aux ravages de cette maladie. L'avenir de la civilisation humaine est en jeu et une seule chose est sûre : si les réponses existent, elles seront trouvées.

Avant de commencer, j'aimerais vous demander, une fois que vous aurez lu ce livre, de ne pas oublier de laisser un petit commentaire sur Amazon. Je lis moi-même toutes les critiques et vos commentaires aideront énormément ce livre.

Maintenant, !

CHIRURGIE

Le premier réflexe d'un chirurgien lorsqu'il voit un patient atteint d'une tumeur est de prendre son scalpel et de l'extirper. Il est donc facile de supposer que les patients bénéficient du traitement, mais l'ablation d'une tumeur n'est pas simplement un phénomène local sans autres conséquences biologiques.

Bien que l'ablation chirurgicale d'une tumeur soit aujourd'hui largement reconnue comme bénéfique et nécessaire, il n'y a pas si longtemps, l'attitude du public à l'égard de la résection tumorale (et des autres traitements anticancéreux utilisés aujourd'hui) était si désapprobatrice et hostile qu'il peut être difficile pour les gens de l'imaginer. "Il devrait être interdit et sévèrement puni d'enlever le cancer en coupant, brûlant, cautérisant et autres tortures diaboliques", écrivait Paracelse, médecin de la Renaissance du XVe siècle.

Que vous ayez été coupé par un criminel dans la rue parce que vous avez refusé lui donner votre portefeuille, ou par un chirurgien sur une table d'opération parce que vous lui avez donné votre portefeuille, l'acte de couper dans le corps est traumatisant et inflige des dommages.

Dans ce chapitre, nous allons étudier l'impact de la chirurgie sur la santé et déterminer si l'ablation d'une tumeur est bénéfique pour une personne atteinte d'un cancer. Mais tout d'abord, un peu d'histoire sur le sujet de la chirurgie du cancer.

HISTOIRE DE LA CHIRURGIE DU CANCER

L'essor rapide de la chirurgie du cancer est parfaitement illustré par les débuts de ce qui s'appelle aujourd'hui le Memorial Sloan-Kettering Cancer Center à New York, a écrit le Dr Ralph Moss dans son livre *The Cancer Industry (L'industrie du cancer)*.

Un "médecin pour femmes" du 19e siècle, J. Marion Sims, est le fondateur spirituel du Memorial Sloan-Kettering Cancer Center. Sims a reçu une formation médicale très brève avant de commencer à pratiquer des opérations chirurgicales. Alors que certains tatoueurs développent leurs compétences en s'exerçant sur la peau de porcs ou même sur la peau poreuse d'un pamplemousse, Sims a commencé sa formation sur un groupe femmes esclaves du sud des États-Unis. Dans un "hôpital" improvisé derrière sa maison, Sims a entrepris des dizaines de procédures expérimentales sur ces femmes. Certaines d'entre elles ont subi jusqu'à trente opérations en une seule fois.

période de quatre ans. Selon son biographe, ces opérations étaient "presque meurtrières".

Lorsqu'il s'est senti prêt à passer à autre chose, Sims s'est installé à New York où il a fondé le Women's Hospital, qui existe encore aujourd'hui. Sims s'est constitué une clientèle de choix, composée de femmes riches et d'immigrantes européennes, sur laquelle il a continué à pratiquer un grand nombre d'interventions chirurgicales.

Selon le Dr Moss, les directrices (administrateurs) de l'hôpital étaient convaincues que "la vie de tous les patients de l'institution était menacée par... des expériences mystérieuses". Sims a été expulsé de l'hôpital, mais a été réintégré peu de temps après.

En 1884, Sims a fondé le premier hôpital privé pour cancéreux aux États-Unis, le New York Cancer Hospital, connu aujourd'hui sous le nom de Memorial Sloan-Kettering Cancer Center. Sims devait devenir le premier directeur de l'hôpital, mais il est décédé avant d'avoir pu occuper le poste.

QUATRE OPÉRATIONS CHIRURGICALES CHOQUANTES CONTRE LE CANCER

Si l'histoire de la chirurgie du cancer vous a choqué, attendez de découvrir les quatre opérations les plus grotesques du passé. Les quatre chirurgies que nous allons examiner maintenant s'appellent *le Commando*, *l'intervention chirurgicale sur le cancer* et *l'intervention chirurgicale sur le cancer*.

Whipple, *l'exentération totale* et *l'hémi corporectomie*.

LE COMMANDO

Le Commando a été pratiqué sur des patients qui un cancer de la langue avait été diagnostiqué et a nécessité l'ablation chirurgicale de la totalité de la mandibule ou de la mâchoire du patient. Pourriez-vous imaginer vivre après avoir subi l'ablation de la moitié de votre visage ?

Selon un chirurgien, le Commando "a été largement accepté parce qu'il rappelait l'attaque tranchante des commandos de la première guerre mondiale" (Crile, 1974).

LE WHIPPLE

Le Whipple est un type de chirurgie du cancer mis au point pour le traitement du cancer du pancréas par le président de l'American Surgical Association et le Dr.

directeur clinique de l'hôpital Memorial, le Dr Allen Oldfather Whipple.

Cette chirurgie effroyable impliquait l'ablation de nombreux organes adjacents à la glande affectée, selon la théorie qu'ils pouvaient abriter des nids de cellules cancéreuses (National Cancer Institute, 1976).

EXENTÉRATION TOTALE

En 1948, le Dr Alexander Brunshwig du Memorial Hospital a inventé une opération appelée exentération totale. Cette opération consiste à retirer tous les organes et parties internes du corps suivants :

- Le rectum
- L'estomac • La vessie
- Partie du foie • L'uretère
- Tous les organes reproducteurs internes • Le plancher et la paroi pelviens
- Le pancréas • La rate
- Le côlon
- Nombreux vaisseaux sanguins

Dans un article du New York Times daté du 8^{avril} 1969, le Dr Brunshwig lui-même a qualifié l'opération de "procédure brutale et cruelle".

L'HÉMICORPORECTOMIE

La dernière, mais certainement pas la moindre, de notre liste de quatre procédures cruelles et brutales de lutte contre le cancer est l'hémi-corporectomie. Cette opération implique littéralement l'ablation de la moitié du corps.

L'hémi-corporectomie a été mise au point par le Dr Theodore Miller - un autre chirurgien du Memorial Hospital - pour le traitement des tumeurs malignes de la vessie ou du bassin. Cette opération impliquait l'amputation de tout ce qui se en dessous du bassin. Il n'est pas surprenant que de nombreux patients aient préféré mourir plutôt que de se soumettre à l'opération de Miller (New York Times, 30 novembre 1969).

La chose la plus étonnante à propos quatre opérations chirurgicales que nous venons de couvrir est la suivante :

Toutes ces opérations sont encore pratiquées aujourd'hui. Oui, toutes les opérations mentionnées ci-dessus sont encore au menu des chirurgiens. Aucune n'a été interdite. Recherchez-les et vous trouverez des articles récents sur des personnes qui les ont subies ces dernières années. Un chirurgien cancérologue peut (et peut) vous recommander l'une ou l'autre de ces opérations si vous le consultez.

UN MESSAGE DU DR. IAN HARRIS

Je me rends compte qu'il s'agit d'une petite digression, mais est importante et apportera un peu de réconfort après cette information très dérangeante avant de poursuivre.

En 2018, j'ai eu le plaisir d'interviewer le Dr Ian Harris, chirurgien australien, auteur du livre *Surgery : The Ultimate Placebo*. À la fin de l'entretien, je lui ai demandé quel était le message le plus important qu'il aimerait que tout le monde sache, et il a répondu :

"L'efficacité de la médecine est surestimée par ceux qui prennent les décisions et les inconvénients sont sous-estimés. Les médecins qui vendent surestiment les avantages et les inconvénients de ces produits. sous-estimer les effets néfastes. Pour y remédier, il faut que les médecins fassent preuve d'une plus grande rigueur scientifique dans ce qu'ils font et que le public soit sensibilisé à ce qu'on lui fait subir. N'ayez pas peur de rechercher des preuves. Posez des questions à votre médecin. La question la plus simple de toutes, qui peut paraître stupide, mais qui aurait permis d'éviter tant d'interventions inutiles, est la suivante une seule question : Quelle preuve avez-vous que cette procédure est meilleure que de ne pas l'appliquer ?"

DES MILLIONS D'OPÉRATIONS INUTILES CHAQUE ANNÉE

Le bon sens nous dit que si une intervention chirurgicale n'est pas nécessaire, elle ne doit pas être pratiquée. Pourtant, certaines études estiment que jusqu'à 30 % de certaines interventions chirurgicales sont pratiquées inutilement¹, et d'autres affirment que les chiffres sont en réalité beaucoup plus élevés.

Un rapport publié en 1995 par Milliman & Robertson, Inc. a conclu que près de 60 % de toutes les opérations chirurgicales pratiquées sont médicalement inutiles², mais même ce chiffre est considéré comme faible par le Dr Robert Mendelsohn, pédiatre américain aujourd'hui décédé, qui a écrit : "Mon sentiment est qu'environ 90 % des opérations chirurgicales sont une perte de temps, d'énergie, d'argent et de vie"⁽³⁾.

La recherche sur les interventions chirurgicales inutiles a débuté en 1974, après qu'un rapport du Congrès américain a estimé que 2,4 millions d'interventions chirurgicales inutiles étaient pratiquées chaque année, entraînant la mort de près de 12 000 patients⁽⁴⁾. Ce rapport a attiré l'attention de Lucian Leape, professeur à Harvard et ancien chirurgien, qui a suivi cette ligne de recherche depuis lors.

Le point de vue de Leape aujourd'hui ? "Les choses n'ont pas beaucoup changé." ⁵

En 2016, une revue des dernières recherches sur les interventions chirurgicales inutiles indique que "chaque année, dans le monde entier, des millions de patients passent sous le bistouri, mais beaucoup d'entre eux endurent de grandes douleurs et déboursent des milliers et des dollars pour des opérations dont ils n'ont pas vraiment besoin"⁽⁶⁾.

Non seulement de nombreuses personnes passent inutilement sous le bistouri, mais le Dr Ian Harris, chirurgien australien de renom, affirme que de nombreuses opérations couramment pratiquées aujourd'hui "ne valent pas mieux qu'un placebo"⁽⁷⁾.

Dans son livre intitulé *Surgery, The Ultimate Placebo*, le Dr Harris énumère un certain nombre de "chirurgies placebo", notamment l'arthrodèse vertébrale pour les douleurs dorsales, l'arthroscopie du genou, la pose d'endoprothèses coronaires, certaines opérations de l'épaule et l'ablation de l'appendice, la laparoscopie pour les adhérences intestinales et les réparations de tendons rompus et de certaines fractures.

PONTAGE AORTO-CORONARIEN

L'une des interventions chirurgicales les plus courantes et les plus coûteuses pratiquées aujourd'hui en Amérique est le pontage coronarien, une procédure qui consiste à greffer une nouvelle veine à la place d'une veine endommagée qui alimente le cœur. Selon les docteurs Mark Hyman et Mark Liponis dans leur livre *Ultraprevention*, "les pontages sont l'intervention chirurgicale inutile la plus couramment pratiquée dans le pays". J'ai passé en revue la littérature scientifique pour vérifier si cette affirmation était étayée, et les preuves semblent aller dans le même sens⁽⁸⁻¹⁰⁾.

REGARDER DE PLUS PRÈS...

- Le tout premier essai clinique sur le pontage aorto-coronarien a été publié dans *The Lancet* en 1977 et a comparé des patients atteints de maladies cardiaques ayant subi un pontage aorto-coronarien à des patients n'ayant reçu qu'un traitement médicamenteux. Les résultats ont montré que le taux de survie à quatre ans était inférieur de 3 % chez les patients ayant subi une intervention chirurgicale. ⁸
- Dans l'étude sur le pontage des artères coronaires de 1984, 780 personnes souffrant de maladies cardiaques ont été interrogées.

Les patients ont été répartis au hasard entre un traitement chirurgical et un traitement médicamenteux et ont été évalués cinq ans plus tard. "La probabilité à cinq ans de rester en vie et de ne pas subir d'infarctus était de 82 % chez les patients ayant reçu un traitement médical et de 83 % chez les patients ayant subi une intervention chirurgicale (non significatif). ⁹

- Une étude publiée en 1999 dans la revue *Circulation* a comparé les L'efficacité de l'angioplastie coronaire, du pontage aorto-coronarien et du traitement médicamenteux sur les patients atteints de maladies cardiaques. Après un suivi de 5 ans, les chercheurs ont constaté que les trois traitements "produisaient une incidence similaire d'infarctus aigu du myocarde et de décès". ¹⁰
- Bien qu'il soit clairement établi que le pontage cardiaque n'apporte aucun bénéfice aux patients, plus de 200 000 interventions sont pratiquées chaque année aux États-Unis. ¹¹ Une étude de 2016 publiée dans *The American Journal of Cardiology* a demandé à 101 hôpitaux américains ce qu'ils facturaient pour pontage coronarien. Sur les 53 hôpitaux qui ont répondu, le coût moyen de l'intervention était de 151 271 dollars, allant de 44 824 dollars à 448 038 dollars. Attention : l'étude n'a trouvé "aucune preuve suggérant que les hôpitaux qui pratiquent des prix plus élevés offrent une meilleure qualité de soins".

Il s'avère que l'ouverture de la poitrine et le découpage des artères restent une source de revenus précieuse pour les chirurgiens, alors que les patients se retrouvent sans le sou et pas en meilleure santé qu'ils ne l'étaient avant l'intervention. Et si l'on considère que le pontage coronarien s'accompagne de complications potentielles graves telles que l'impuissance¹³, des lésions cérébrales, des dysfonctionnements d'organes⁽¹⁴⁾, voire la mort, les preuves suggèrent que l'on fait beaucoup plus de mal que de bien.

Qu'en est-il de la chirurgie du cancer ?

CHIRURGIE ET CANCER

L'étude la plus complète jamais entreprise sur l'efficacité de la chirurgie du cancer a été menée en 1844 par le Dr Leroy d'Etoilles de Paris, France, et publiée dans *l'Académie française des sciences*.

Après avoir étudié, sur une période de 30 ans, 2 781 patients atteints de cancer et ayant subi soit une intervention chirurgicale, soit une caustique (application d'un produit chimique qui détruit les tissus), soit aucun traitement, le Dr d'Etoilles a constaté que la survie moyenne des patients après une intervention chirurgicale était d'un an et cinq mois.

Fait remarquable, deux ans après le diagnostic du cancer, les personnes ayant refusé la chirurgie et les caustiques avaient un taux de survie supérieur de 50 %⁽¹⁵⁾.

Des recherches récentes ont validé le travail de pionnier du Dr d'Etoilles, en montrant l'ablation d'une tumeur n'apporte aucun bénéfice aux patients^{16,18} ou augmente la mortalité^{17,143,144}. Plus le corps est coupé, plus le résultat semble être mauvais.

LA CHIRURGIE DU CANCER FAVORISE LES MÉTASTASES

Les métastases cancéreuses sont la cause principale de la plupart des décès dus au cancer²⁰⁻²², et pourtant le public ignore presque totalement que l'on sait depuis plus de 100 ans que l'ablation chirurgicale d'une tumeur peut provoquer des métastases cancéreuses.

En 1910, des chercheurs ont implanté des tumeurs chez des souris et ont constaté que lorsqu'ils ne touchaient pas aux tumeurs, il n'y avait presque jamais de métastases. En revanche, lorsqu'ils coupaient les tumeurs de manière incomplète, les métastases apparaissaient fréquemment⁽²³⁾.

Quelques années plus tard, une expérience similaire a été menée sur des tumeurs fortement métastasées et les résultats ont été les mêmes : résection de la tumeur.

augmentent les métastases cancéreuses par rapport aux souris témoins dont tumeurs n'ont pas été touchées⁽²⁴⁾.

Ce même phénomène a été démontré chez l'homme par le Dr Warren Cole de l'Université de l'Illinois en 1974. Dans une série d'expériences publiées dans les *Annales de l'Académie des sciences de New York*, le Dr Cole a écrit : "Dix de nos patients ont subi une tentative infructueuse d'ablation de la tumeur par un chirurgien. Tous les chirurgiens savent que cette procédure est généralement suivie d'une croissance accrue de la tumeur... les métastases se développent si souvent après l'excision de la tumeur primaire"⁽²⁵⁾.

Ernst H. Krokowski, professeur allemand de radiologie, a fourni d'autres preuves que la chirurgie, et même la palpation et la biopsie des tumeurs, favorisent la propagation du cancer. Dans une étude de 1979, le Dr Krokowski écrit : "... la manipulation de la tumeur, telle qu'une palpation sévère, une biopsie ou une intervention chirurgicale, entraîne une augmentation soudaine du nombre de cellules tumorales libérées dans la circulation sanguine. "

Le Dr Krokowski a également déclaré qu'environ 90 % des patients meurent de métastases ou de tumeurs secondaires et que "les thérapeutes et les patients devraient donc être très préoccupés par le fait qu'il y a déjà plus de 30 ans, il a été démontré de manière concluante que la chirurgie du cancer est la principale cause de métastases. Cependant, cette recherche a été complètement ignorée par la profession, car elle était tout simplement trop horrible à envisager, et les patients n'ont jamais pu en prendre connaissance"⁽²⁶⁾.

Depuis 1996, le Dr Michael Retsky de l'université de Harvard et son équipe internationale de collègues étudient les mécanismes physiologiques à l'origine des métastases cancéreuses induites par la chirurgie. Dans une revue de leurs travaux publiée en 2010, ils affirment que les tumeurs ne sont pas en croissance continue comme on le pensait auparavant. Au lieu de cela, elles traversent des périodes de dormance, où elles restent inoffensives, et "la chirurgie pour enlever la tumeur primaire met souvent fin à la dormance, ce qui entraîne des rechutes accélérées"⁽²⁷⁾.

Des études menées dans le monde entier ont démontré de manière cohérente et répétée que l'ablation chirurgicale d'une tumeur met souvent fin à la dormance et entraîne des métastases cancéreuses⁽²⁸⁻³⁴⁾. En outre, il a été constaté en 2015 que l'ablation chirurgicale des ganglions lymphatiques (lymphadénectomie), qui est une pratique courante après l'ablation d'une tumeur pour le cancer du sein et de la peau, augmentait "la croissance de tumeur primaire et des vaisseaux sanguins associés, et favorisait la survie et la dissémination des cellules cancéreuses"⁽¹⁹⁾.

Même l'ancien directeur de l'Institut national du cancer, Vincent J. Davita Jr., a écrit sur les métastases cancéreuses induites par la chirurgie dans le manuel d'oncologie qui fait autorité dans le monde, *Cancer : Principes and Pratique de l'oncologie* en 1982. "Il semble y avoir peu de doute sur le fait que le cancer peut se propager du site primaire vers des tissus distants. Les manipulations chirurgicales peuvent en être responsables de nombreuses façons".

LE STRESS DE LA CHIRURGIE

Peu de gens, à l'exception des chirurgiens, sont conscients que le stress induit par la chirurgie peut entraîner des complications graves, voire mortelles. Comme toutes les formes de stress, la chirurgie active le système nerveux sympathique de "fuite ou de combat"³⁵, qui augmente les hormones de stress pour libérer le glucose du foie et dégrader les graisses et les muscles en tant que sources d'énergie supplémentaires pour répondre aux exigences du combat à venir⁽³⁶⁾.

Même lorsqu'un chirurgien effectue une opération avec succès et sans erreur, le stress causé par une coupure dans une région du corps peut entraîner des lésions dans une autre. Les complications du stress chirurgical comprennent, mais ne sont pas limitées à :

Santé du sang :

- Le stress chirurgical entraîne perte d'albumine sanguine ³⁷

Santé des os :

- Le stress chirurgical entraîne une perte osseuse (ostéoporose) ^(38,39)

Santé du cerveau :

- Le stress chirurgical provoque le délire ⁴⁰
- Le stress chirurgical provoque un dysfonctionnement cognitif⁴¹
- Le stress chirurgical provoque des troubles de la mémoire ^{42,78}
- Le stress chirurgical provoque des lésions nerveuses ⁴⁴
- Le stress chirurgical provoque des accidents vasculaires cérébraux ⁴⁵
- Le stress chirurgical provoque des crises d'épilepsie ⁴⁶

- Le stress chirurgical provoque la paralysie ⁴⁷

Santé dentaire :

- Le stress chirurgical provoque des caries dentaires ⁴⁸⁾

Dépression :

- Le stress chirurgical provoque l'anxiété et la dépression ^{(43,49).}

Le diabète :

- Le stress chirurgical provoque une résistance à l'insuline ⁵⁰

Santé digestive :

- Le stress chirurgical augmente la perméabilité intestinale ⁵¹
- Le stress chirurgical réduit l'apport sanguin (ischémie) au côlon ⁴⁷
- Le stress chirurgical provoque des ulcères gastriques ⁵²
- Le stress chirurgical provoque des saignements gastriques ⁵³

Exercice :

- Le stress chirurgical entraîne une perte de masse et de force musculaires ⁵⁴

Santé des yeux :

- Le stress chirurgical entraîne une perte de vision ⁵⁵

Santé des cheveux :

- Le stress chirurgical provoque la chute des cheveux (alopécie) ⁽⁵⁶⁾

Guérison :

- Le stress chirurgical nuit à la cicatrisation des plaies ⁵⁷

Audition :

- Le stress chirurgical provoque une perte d'audition ⁵⁸

Santé cardiaque :

- Le stress chirurgical provoque des crises cardiaques ^{59,60}
- Le stress chirurgical provoque une insuffisance cardiaque ^{61,62}

Système immunitaire :

- Le stress chirurgical affaiblit le système immunitaire ⁶³
- Le stress chirurgical supprime l'immunité antitumorale ⁶⁴
- Le stress chirurgical augmente le risque d'infection ⁶⁵

Santé des reins :

- Le stress chirurgical provoque un dysfonctionnement rénal ⁴⁷

Santé du foie :

- Le stress chirurgical provoque un dysfonctionnement du foie ⁶⁶
- Le stress chirurgical provoque la défaillance de plusieurs organes ⁵³

Santé pulmonaire :

- L'effort chirurgical provoque un affaissement des poumons (atélectasie) ⁽⁶⁷⁾

Santé sexuelle :

- Le stress chirurgical provoque des troubles de l'érection ⁶⁸
- Le stress chirurgical diminue de manière significative les niveaux de testostérone dans le sang ⁽⁶⁹⁾.

Dormir :

- Le stress chirurgical réduit la qualité du sommeil ⁷⁰

Santé de la thyroïde :

- Le stress chirurgical diminue la fonction thyroïdienne ⁷¹

LE MICROENVIRONNEMENT TUMORAL

La zone entourant une tumeur, communément appelée microenvironnement tumoral, est l'un des domaines les plus importants de la recherche sur le cancer. Son importance tient au fait que les substances qui y sont présentes sont en interaction constante avec les cellules cancéreuses et peuvent déterminer le sort d'une tumeur.

Vous trouverez ci-dessous une liste des changements qui se produisent dans le microenvironnement de la tumeur à la suite d'une intervention chirurgicale.

- Le stress chirurgical augmente les radicaux libres ⁸⁹
- Le stress chirurgical augmente la protéine high mobility group box 1 ⁷³
- Le stress chirurgical augmente le facteur de nécrose tumorale alpha ⁷⁵
- Le stress chirurgical augmente l'interleukine-1beta ⁷⁷
- Le stress chirurgical augmente l'interleukine 4 ⁷⁴
- Le stress chirurgical augmente l'interleukine-6 ^{75,76}
- Le stress chirurgical augmente l'interleukine 8 ⁷⁵
- Le stress chirurgical augmente le facteur nucléaire kappa b ⁷²
- Le stress chirurgical augmente le cortisol ⁷⁸
- Le stress chirurgical augmente l'adrénaline ¹²²
- Le stress chirurgical augmente la prolactine ³⁵
- Le stress chirurgical augmente le facteur de croissance de l'endothélium vasculaire ⁷⁹
- Le stress chirurgical augmente le facteur de croissance épidermique ⁸⁰
- Le stress chirurgical augmente l'oxyde nitrique ⁸²
- Le stress chirurgical augmente l'acide lactique ¹⁰⁰

- Le stress chirurgical augmente les œstrogènes ¹⁰¹
- Le stress chirurgical augmente les prostaglandines ¹⁰²
- Le stress chirurgical augmente la sérotonine ¹⁰³
- Le stress chirurgical augmente l'histamine ¹⁰³

16 FAÇONS DONT LA CHIRURGIE PROVOQUE LE CANCER

En étudiant chaque facteur individuel présent dans le microenvironnement tumoral, nous pouvons mettre en évidence de nombreuses façons dont la chirurgie cancéreuse favorise la croissance et la propagation du cancer.

1. Oxyde nitrique - Chaque fois qu'un tissu est blessé, l'oxyde nitrique et d'autres facteurs de croissance sont libérés pour signaler aux cellules de croître et de se diviser afin de remplacer les cellules perdues⁽⁸³⁾. Chez une personne atteinte d'un cancer, les cellules tumorales prises dans le feu croisé de la signalisation de l'oxyde nitrique recevront également un signal de croissance, ce qui explique pourquoi l'oxyde nitrique est un promoteur bien connu de l'angiogenèse et de la progression des tumeurs⁸⁴⁻⁸⁷.

2. Oxyde nitrique - Il a également été démontré que l'oxyde nitrique déclenche l'adhésion des cellules tumorales circulantes (comme celles libérées lors d'une chirurgie du cancer) aux tissus de l'organisme, ce qui constitue la première étape de la formation d'une nouvelle tumeur⁸⁸.

3. Facteur de croissance de l'endothélium vasculaire - Semblable à l'oxyde nitrique, le VEGF est une protéine qui signale la croissance pour aider à réparer les tissus blessés⁽¹²⁴⁾. Des taux sanguins élevés de VEGF ont été associés à la croissance et à la progression du cancer⁽¹²⁵⁾.

4. Facteur de croissance épidermique - L'EGF, comme l'oxyde nitrique et le VEGF, favorise la croissance, l'invasion et la métastase des tumeurs⁽¹²⁶⁾. Des niveaux élevés d'EGF sont associés à un mauvais pronostic chez les patients atteints de cancer⁽¹²⁷⁾.

5. Radicaux libres - Les radicaux libres sont des molécules hautement réactives qui sont équilibrées par le système antioxydant de l'organisme. En excès, les dommages oxydatifs causés par les radicaux libres entraînent le vieillissement, les maladies cardiovasculaires, le cancer et d'autres maladies chroniques¹⁴⁸.

6. Adrénaline - L'adrénaline, hormone du stress, est l'un des principaux déclencheurs de la dégradation des graisses à des fins énergétiques (lipolyse).¹²³ A tout moment

les acides gras insaturés pénètrent dans la circulation sanguine, ce qui entraîne la formation de prostaglandines⁽⁹⁰⁾ qui sont cancérogènes.^{9 1}

7. Cortisol - Les personnes atteintes d'un cancer ont des niveaux de cortisol plus élevés que les personnes sans cancer⁹², et un certain nombre d'études ont montré que les patients atteints de cancer ayant les niveaux de cortisol les plus élevés ont le plus grand risque de mourir de la maladie^(93,94).

8. Œstrogènes - La présence de cortisol dans le sang entraîne une augmentation de la production d'œstrogènes⁹⁵⁻⁹⁷. La célèbre étude Women's Health Initiative des années 1990 a testé les effets d'une supplémentation en œstrogènes sur les femmes, mais elle a dû être interrompue prématurément après que les participantes ont commencé à développer des maladies cardiovasculaires, des accidents vasculaires cérébraux, des démences et des cancers⁽⁹⁸⁾.

9. Sérotonine - Étant donné que l'action fondamentale du cortisol est de cataboliser le tissu musculaire et que la viande musculaire contient des niveaux élevés d'acide aminé tryptophane (un précurseur de la sérotonine), le stress augmente la production de sérotonine¹⁰⁴. Bien que la plupart des gens considèrent la sérotonine comme une "hormone du bonheur", cette croyance culturelle semble erronée, car la sérotonine n'est pas une hormone et son abaissement peut soulager la dépression⁽¹²⁰⁾. La sérotonine fait partie de la réponse au stress de l'organisme et de nombreuses études ont montré qu'elle favorisait la croissance des tumeurs⁽¹⁰⁴⁻¹⁰⁸⁾.

10. Histamine - L'histamine est un médiateur inflammatoire généralement connu pour son rôle dans les réactions allergiques.^{109,110} Les substances qui inhibent l'histamine préviennent la croissance et la progression du cancer.¹¹¹⁻¹¹³

11. Acide lactique - L'acide lactique est produit par les cellules qui ne reçoivent pas ce dont elles ont besoin pour produire de l'énergie efficacement. L'acide lactique supprime le système immunitaire⁽¹¹⁴⁾, favorise la croissance du cancer et les métastases¹¹⁵ et déclenche également la libération de cortisol⁽¹¹⁶⁾, perpétuant ainsi le cycle du stress.

12. Prolactine - Des concentrations sanguines élevées de l'hormone prolactine déclenchent une inflammation en amplifiant la production de cytokines inflammatoires,¹¹⁷ et favorisent la formation et la progression de nombreux types (de cancer).^{118,119,121}

13. Facteur de nécrose tumorale alpha - Le TNFalpha est une cytokine inflammatoire libérée par les macrophages en réponse à des toxines ou à d'autres facteurs de stress⁽¹²⁹⁾. En raison de son extrême toxicité, il a été démontré que le TNFalpha tue les cellules cancéreuses¹³⁰.

Le reste de l'organisme est gravement endommagé au cours de ce processus⁽¹³¹⁻¹³³⁾.

Le TNFalpha favorise l'inflammation, participe à la croissance du cancer et à la formation de métastases, et sa présence dans l'organisme augmente avec l'âge,¹³⁴ tout comme celle du cancer.¹³⁵

14. Facteur nucléaire Kappa b - Le TNFalpha déclenche la production de NFkB.⁽¹³⁶⁾ une protéine qui signale l'inflammation¹³⁷ et joue un rôle clé dans la formation, la croissance et la propagation des tumeurs^(138,139). De nombreux médicaments naturels anciens, efficaces contre le cancer, inhibent le NFkB¹⁴⁰.

15. Interleukine 6 - L'IL-6 est une cytokine pro-inflammatoire hautement toxique^{141,142} qui joue un rôle clé dans la formation de nombreux types de cancer, notamment colorectal,¹²⁸ pancréatique,¹⁴⁶ hépatique¹⁴⁷ et de la prostate.⁸¹

16. Protéine High-Mobility Group Box 1 - HMGB1 est une protéine pro-inflammatoire qui signale l'activation du système immunitaire en réponse à une blessure.¹⁴⁹ La surexpression de HMGB1 favorise l'inflammation, la carcinogenèse, l'angiogenèse et les métastases. "Nos études et celles de nos collègues suggèrent que HMGB1 joue un rôle central dans le cancer"⁽¹⁴⁵⁾.

En conclusion, l'ablation chirurgicale d'une tumeur déclenche la libération d'un assortiment de substances qui jouent chacune un rôle important dans la croissance, la progression et la métastase du cancer. Par conséquent, non seulement la chirurgie du cancer favorise la croissance et la propagation du cancer, mais *toutes les formes de chirurgie* favorisent la croissance et la propagation du cancer - même chez les personnes qui n'ont pas de cancer⁹⁹.

CITATIONS INTEMPORELLES

"Un jour, la chirurgie moderne du cancer sera considérée avec la même horreur que l'utilisation des sangsues à l'époque de George Washington.

- Dr. Robert Mendelsohn

"La maladie réapparaît toujours après l'ablation, et l'opération ne fait qu'accélérer sa croissance et sa fin fatale.

- Alfred-Armand-Louis-Marie Velpeau, chirurgien (1795-1867)

"Je ne désespère pas de voir le carcinome guéri quelque part dans l'avenir. je crois que cette réalisation bénie ne sera jamais accomplie par le couteau du chirurgien".

- Hayes Agnew (1818-1892)

CHEMOTHERAPIE

La chimiothérapie est un traitement du cancer dans lequel des produits chimiques hautement toxiques sont injectés aux patients dans le but de tuer les cellules cancéreuses.

Le premier agent chimiothérapeutique jamais utilisé, qui est encore administré à ce jour, est un dérivé de l'arme chimique qu'est le gaz moutarde, appelé moutargen.

Les États-Unis ont beaucoup appris sur le gaz moutarde pendant la Seconde Guerre mondiale, où les lésions de la moelle osseuse et des tissus lymphatiques observées dans les autopsies des soldats exposés ont révélé la cible principale de l'arme : le système immunitaire.¹ On en a appris encore plus sur les effets du gaz moutarde lorsque le gouvernement américain a mené une série d'essais secrets sur 60 000 de ses propres troupes. *La National Public Radio* a révélé l'affaire en 2015,

"Soixante mille soldats américains ont servi de cobayes et environ 4 000 ont été utilisés dans des tests extrêmes que des études gouvernementales ont associés à des maladies telles que le cancer de la peau, la leucémie et des problèmes respiratoires chroniques. Les sujets ont été tenus au secret jusqu'à ce que le programme soit officiellement déclassifié en 1993. À cette date, les plus jeunes vétérans de la Seconde Guerre mondiale avaient entre 60 et 70 ans. Beaucoup d'hommes ayant participé aux expériences n'ont jamais partagé les détails avec leurs familles".²

DU CHAMP DE BATAILLE À LA CLINIQUE DU CANCER

Que fait-on après avoir découvert une arme chimique qui détruit le système immunitaire, provoque le cancer et fait littéralement tomber peau exposée ? Naturellement, on s'en débarrasse - de la manière la plus sûre possible - et on en arrête définitivement la production. Mais alors que le gaz moutarde a été interdit sur les champs de bataille par des traités internationaux³, au lieu de laisser ce poison dévastateur derrière nous, comme un sombre vestige de notre passé qui ne sera revisité que dans les livres d'histoire, le gouvernement a décidé de commencer à l'injecter à des malades atteints de cancer.

Après la fin de la Seconde Guerre mondiale, le ministère américain de la défense a financé le Dr Goodman et le Dr Gilman de l'université de Yale pour administrer du gaz moutarde à des rats et observer ses effets sur les tumeurs. Leurs tumeurs ont régressé. Ils ont testé

La communauté médicale était tellement stupéfaite qu'un médicament puisse provoquer la régression d'une tumeur que cela ne semblait pas avoir d'importance et que le patient est décédé au bout de quelques mois.

Il est intéressant de noter qu'à la même époque, le Dr Gerson - un médecin américain célèbre pour son approche nutritionnelle du cancer, qui comprend des jus de fruits et de légumes frais, des injections d'extraits de foie, des hormones thyroïdiennes, des lavements au café et d'autres nutriments - a présenté au congrès américain des cas de patients cancéreux qu'il avait guéris grâce à sa thérapie nutritionnelle⁽⁷⁾.

Le monde de la médecine était à la croisée des chemins, explique le Dr Nicholas Gonzales, "il aurait pu s'orienter vers des traitements naturels, il aurait pu s'orienter vers des traitements synthétiques. Mais grâce à cette réponse extraordinaire chez un seul patient, qui a duré quelques semaines, toute l'industrie de la chimiothérapie a vu le jour"⁽⁸⁾.

ÉTIQUETTE D'AVERTISSEMENT POUR MUSTARGEN

"Ce médicament est HAUTEMENT TOXIQUE et la poudre et la solution doivent être manipulées et administrées avec précaution. L'inhalation de poussières ou de vapeurs et le contact avec la peau ou les muqueuses, en particulier celles des yeux, doivent être évités. Éviter l'exposition pendant la grossesse. En raison des propriétés toxiques de la méchloréthamine (par exemple, corrosivité, cancérogénicité, mutagénicité, tératogénicité), des procédures de manipulation spéciales doivent être examinées avant la manipulation et suivies avec diligence. L'extravasation du médicament dans le Les tissus sous-cutanés sont le siège d'une inflammation douloureuse. La zone devient généralement indurée et une desquamation peut se produire". ¹⁸

CHIMIOTHÉRAPIE CONTRE CANCER

Il suffit d'un peu de bon sens pour comprendre qu'injecter du poison dans les veines d'une personne malade 1) ne la guérira pas et 2) aggravera probablement son état de santé.

Une étude publiée dans *The Lancet* en 1980 a montré que sur 78 patients ayant reçu une chimiothérapie, la survie "n'était pas meilleure que celle des 80 patients n'ayant pas reçu de chimiothérapie". En outre, la régression des tumeurs a été constatée

n'a pas eu d'impact sur la survie et "la survie peut même avoir été raccourcie chez certains patients ayant reçu une chimiothérapie", rapporte l'étude.⁹

L'étude la plus complète jamais réalisée sur l'efficacité de la chimiothérapie a été menée par le Dr Ulrich Abel, épidémiologiste et biostatisticien allemand. Le magazine d'information le plus populaire d'Europe, *Der Spiegel*, qui vend plus d'un million d'exemplaires par semaine, a présenté la publication du Dr Abel dans un article de 2004 intitulé *Useless Poisonous Cures (Giftkur ohne Nutzen)*¹⁰.

Afin d'obtenir toutes les études et tous les essais cliniques jamais publiés sur la chimiothérapie, le Dr Abel a envoyé des lettres à plus de 350 centres médicaux à travers le monde ; son examen a porté sur des milliers d'études et a duré deux ans.

Le Dr Abel a déclaré qu'en dépit des nouveaux poisons de plus en plus coûteux utilisés en chimiothérapie, "les patients ne vivent pas un jour de plus" qu'il y a 25 ans. Les taux de réussite globaux de la chimiothérapie dans le monde sont, selon lui, "épouvantables" et "pour la plupart des cancers internes, il n'existe aucune preuve que la chimiothérapie, en particulier celle qui est administrée à des doses de plus en plus élevées, augmente l'espérance de vie ou améliore la qualité de vie". Le Dr Abel estime qu'au moins 80 % des chimiothérapies administrées dans le monde sont totalement inutiles¹¹.

Un groupe de scientifiques australiens a publié en 2004 une étude suggérant que *Bien plus* que 80 % des chimiothérapies administrées sont inutiles. Lors d'un suivi de patients cancéreux 5 ans après avoir reçu une chimiothérapie, les chercheurs ont déterminé que seuls 2,1 % des patients aux États-Unis et 2,3 % des patients en Australie étaient encore en vie - révélant ainsi l'étonnant taux d'échec de 98 % de la chimiothérapie¹². *Je me demande combien de ces patients auraient été en vie 5 ans après avoir reçu une chimiothérapie.*

Cherchant à mieux comprendre ce qui se passe à l'intérieur du corps après une injection de chimiothérapie, des scientifiques de la Harvard Medical School et de l'Université du Massachusetts ont testé 88 médicaments chimiothérapeutiques actuellement utilisés sur des mouches des fruits en 2013. Michelle Markstein, biologiste moléculaire et co-auteur de l'étude, a rapporté que "...plusieurs chimiothérapies qui stoppent les tumeurs à croissance rapide ont l'effet inverse sur les cellules souches du même animal, les amenant à se diviser trop rapidement"⁽¹³⁾.

En réduisant la masse tumorale initiale, la chimiothérapie trompe les médecins en leur faisant croire que les patients bénéficient du traitement, alors qu'en réalité, elle accélère la croissance et la propagation du cancer.

Une autre façon d'analyser les effets de la chimiothérapie sur la santé humaine est d'examiner les personnes qui ont participé à sa production en temps de guerre. Des retraités japonais travaillant dans des usines de gaz toxique ont été évalués 57 ans après avoir fabriqué du gaz moutarde pendant la Seconde Guerre mondiale. L'étude a révélé que l'exposition au gaz moutarde "augmente de manière significative le risque à long terme de décès par cancer des voies respiratoires et par bronchite/emphysème chronique"⁽⁸⁴⁾.

Pour la première fois, des chercheurs ont étudié les décès induits par la chimiothérapie dans un certain nombre d'hôpitaux au Royaume-Uni. Publiée en 2016 dans la prestigieuse revue *Lancet Oncology*, l'étude a révélé que 8,4 % des personnes soumises à une chimiothérapie pour un cancer du poumon et 2,4 % des personnes traitées pour un cancer du sein au niveau national ont été tuées par le traitement dans les 30 jours suivant son administration.

En examinant les chiffres de l'hôpital de Milton Keynes, ils ont découvert un chiffre encore plus surprenant : 50,9 % des patients atteints d'un cancer du poumon ont été tués par la chimiothérapie dans les 30 jours suivant le traitement¹⁴.

HISTOIRES DE RÉUSSITE ?

L'EXPÉRIENCE DE LA CHIMIOTHÉRAPIE D'UNE PATIENTE ATTEINTE D'UN CANCER

"Ce liquide hautement toxique était injecté dans mes veines. L'infirmière qui l'administrait portait des gants de protection parce qu'il aurait brûlé sa peau au moindre contact avec une petite goutte. Je n'ai pas pu m'empêcher de me demander : "S'il faut prendre de telles précautions à l'extérieur, qu'est-ce que cela me fait à l'intérieur ? À partir de 19 heures ce soir-là, j'ai vomi solidement pendant deux jours et demi. Pendant mon traitement, j'ai perdu mes cheveux par poignées, j'ai perdu l'appétit, la couleur de ma peau, la joie de vivre. J'étais la mort sur pattes", comme le décrit un patient atteint d'un cancer dans le livre *Now and Then* de Bob Madison.

LES FEMMES S'EFFORCENT DE MENER UNE VIE NORMALE APRÈS UNE CHIMIOTHÉRAPIE

Des milliers de femmes ayant reçu une chimiothérapie pour un cancer du sein luttent pour mener une vie normale, selon une étude publiée en 2016 dans la revue *Cancer* .

Un an seulement après le traitement, 20 % des femmes âgées de plus de 65 ans étaient tellement affaiblies qu'elles ne pouvaient plus accomplir des tâches quotidiennes de base telles que traverser une pièce, effectuer des travaux ménagers légers, faire des courses, s'agenouiller ou se tenir debout suffisamment longtemps pour prendre une douche⁽¹⁵⁾.

UN PATIENT ATTEINT D'UN CANCER SURVIT À DES DÉCENNIES DE CHIMIOTHÉRAPIE

La patiente ayant survécu le plus longtemps à un cancer du sein a été diagnostiquée à l'âge de 45 ans et a vécu jusqu'à l'âge de 93 ans. Après le diagnostic, elle n'a reçu aucun traitement pendant 22 ans, puis les médecins ont découvert un cancer métastatique dans ses poumons et l'ont mise sous traitement inhibiteur d'œstrogènes.

14 ans plus tard, ils ont découvert un cancer de la colonne vertébrale et l'ont mise sous un autre inhibiteur d'œstrogènes. Des années plus tard, les médecins ont découvert un cancer dans son foie et ont finalement décidé d'essayer la chimiothérapie.

Après avoir reçu deux cycles de chimiothérapie à base de capécitabine, elle a refusé de poursuivre le traitement en raison d'effets secondaires intolérables et est décédée deux ans plus tard⁽¹⁶⁾.

AUTRES EFFETS SUR LA SANTÉ

Malgré le respect d'un ensemble strict de protocoles de sécurité pour la manipulation des médicaments de chimiothérapie, y compris l'utilisation d'équipements de protection individuelle, plus de la moitié des infirmières et des pharmaciens interrogés dans le cadre d'une étude réalisée en 2016 se sont plaints vertiges simplement parce qu'ils travaillaient avec des médicaments de chimiothérapie⁽¹⁷⁾.

Les effets secondaires de la chimiothérapie incluent, mais ne sont pas limités à :

Santé du sang :

- La chimiothérapie diminue les globules rouges (anémie)⁽¹⁹⁾
- La chimiothérapie diminue les globules blancs (leucopénie)⁽²⁰⁾
- La chimiothérapie diminue les plaquettes sanguines (thrombocytopénie)⁽²¹⁾

Santé des os :

- La chimiothérapie provoque la mort des os (ostéonécrose)⁽²²⁾

- La chimiothérapie entraîne une perte de densité minérale osseuse (ostéoporose).

23,24

Santé du cerveau :

- La chimiothérapie est toxique pour le cerveau (neurotoxique)⁽²⁵⁾
- La chimiothérapie provoque des troubles durables de la concentration, des oublis et un ralentissement de la pensée, appelés "chimio-cerveau" (26,27).
- La chimiothérapie provoque des troubles de la conscience ²⁸
- La chimiothérapie provoque une dégénérescence de la substance blanche du cerveau (leucoencéphalopathie) ²⁸
- La chimiothérapie provoque des lésions nerveuses (neuropathie)⁽²⁸⁾
- La chimiothérapie provoque des crises d'épilepsie ²⁸
- La chimiothérapie provoque la paralysie ²⁸
- La chimiothérapie provoque des accidents vasculaires cérébraux (infarctus cérébral)⁽²⁸⁾

Santé digestive :

- La chimiothérapie provoque des diarrhées ³⁶
- chimiothérapie provoque des inflammations et des ulcérations douloureuses dans le tube digestif (mucosite intestinale)⁽⁴¹⁾.
- La chimiothérapie provoque "des lésions intestinales importantes à la fois chez les hommes et chez les femmes".
le jéjunum et le côlon" ³⁷

Exercice :

- La chimiothérapie réduit la force de préhension ³⁸
- La chimiothérapie entraîne un dysfonctionnement musculaire et une perte de force globale ⁽³⁹⁾.

Santé des yeux :

- La chimiothérapie entraîne une perte de vision sévère et une altération de la vision des couleurs ⁴⁰
- La chimiothérapie provoque une cécité complète ⁴¹

Santé des cheveux :

- La chimiothérapie provoque la chute des cheveux ⁵⁰

Guérison :

- La chimiothérapie entrave la cicatrisation des plaies ⁵¹

Audition :

- La chimiothérapie provoque une "perte auditive sévère à profonde" ⁵²
- La chimiothérapie provoque des bourdonnements d'oreille chroniques (acouphènes) ⁽⁵²⁾

Santé cardiaque :

- La chimiothérapie endommage le cœur ⁵³
- La chimiothérapie provoque des maladies cardiaques ⁵⁴
- La chimiothérapie provoque une insuffisance cardiaque ⁵⁵
- La chimiothérapie provoque des crises cardiaques (infarctus du myocarde) ⁽⁵⁶⁾

Système immunitaire :

- La chimiothérapie cause des dommages à long terme au système immunitaire ^{57,58}
- La chimiothérapie exacerbe les infections existantes de l'hépatite C ⁵⁹
- La chimiothérapie réactive le virus de l'hépatite B ⁶⁰
- La chimiothérapie altère la réponse immunitaire anti-tumorale ⁶¹

Santé des reins :

- La chimiothérapie provoque une insuffisance rénale ⁶⁵

Santé du foie :

- La chimiothérapie provoque des lésions hépatiques ⁶⁶

Santé pulmonaire :

- La chimiothérapie provoque des maladies pulmonaires ⁶⁷

Santé mentale :

- La chimiothérapie "diminue les fonctions émotionnelles et sociales et augmente la détresse" ⁽²⁹⁾.
- La chimiothérapie provoque la dépression ³⁰
- La chimiothérapie est source d'anxiété ³¹

Santé bucco-dentaire :

- La chimiothérapie provoque des caries dentaires graves ³²
- La chimiothérapie provoque une sécheresse de la bouche (xérostomie), des ulcères et des plaies buccales ⁽⁶⁸⁾.
- La chimiothérapie provoque une infection orale à candida (champignon) ⁽³³⁾
- La chimiothérapie provoque une inflammation douloureuse et des ulcérations dans la bouche (mucosite buccale) ⁽³⁴⁾
- La chimiothérapie provoque "un spectre varié de changements bucco-dentaires qui sont généralement attribués à l'immunosuppression et aux tendances hémorragiques" ³⁵

La douleur :

- La chimiothérapie provoque des douleurs neuropathiques, des sensations de brûlure ou de froid, des fourmillements, des engourdissements et des démangeaisons ⁽⁶⁹⁾.
- La douleur liée à la chimiothérapie persiste un an après le traitement ⁷⁰

Qualité de vie :

- La chimiothérapie entraîne des difficultés à avaler (dysphagie)⁽⁷¹⁾
- La chimiothérapie provoque des nausées et des vomissements (vomissements)^(72,73).
- La chimiothérapie entraîne une altération de la sensation gustative⁷⁴
- La chimiothérapie provoque des migraines⁷⁵

Santé sexuelle :

- La chimiothérapie provoque la stérilité et l'insuffisance ovarienne prématurée ;^{42,43} jusqu'à 66% des femmes⁴⁴
- La chimiothérapie provoque l'absence de règles (aménorrhée)⁽⁴⁵⁾
- La chimiothérapie provoque des symptômes ménopausiques⁴⁵
- La chimiothérapie endommage les spermatozoïdes et le tissu testiculaire"
- ^{46,47} La chimiothérapie réduit le poids des organes reproducteurs, le nombre de spermatozoïdes et la mobilité des spermatozoïdes⁽⁴⁶⁾.
- La chimiothérapie provoque "une baisse significative de la testostérone sérique"⁴⁶
- La chimiothérapie provoque des troubles de l'érection^{48,49}

La peau :

- La chimiothérapie provoque des dermatites : démangeaisons, rougeur de la peau ou éruption cutanée⁽⁷⁶⁾.

Dormir :

- La chimiothérapie réduit la qualité du sommeil⁷⁷

Santé de la thyroïde :

- La chimiothérapie "affaiblit la fonction thyroïdienne"⁷⁸

- La chimiothérapie entrave la synthèse et la sécrétion des hormones thyroïdiennes par la glande thyroïde ⁽⁷⁹⁾.
- Les hormones thyroïdiennes "...ont été remarquablement modifiées après chaque cycle de chimiothérapie entraînant un déclin de la fonction thyroïdienne..." ⁸⁰

MICROENVIRONNEMENT TUMORAL :

- La chimiothérapie augmente les radicaux libres ⁸⁵
- La chimiothérapie augmente le taux de cortisol ⁸⁵
- La chimiothérapie augmente l'adrénaline ⁹³
- La chimiothérapie augmente la prolactine ⁹⁴
- La chimiothérapie augmente les œstrogènes ⁶⁴
- La chimiothérapie augmente le facteur de nécrose tumorale alpha ⁶²
- La chimiothérapie augmente l'interleukine 1- beta ⁶²
- La chimiothérapie augmente l'interleukine-6 ⁹¹
- La chimiothérapie augmente l'interleukine-8 ⁹²
- La chimiothérapie augmente le facteur nucléaire kappa b ⁶²
- La chimiothérapie augmente les prostaglandines ⁸⁶
- La chimiothérapie augmente l'oxyde nitrique ⁴⁶
- La chimiothérapie augmente le facteur de croissance de l'endothélium vasculaire ⁹⁵
- La chimiothérapie augmente le facteur de croissance épidermique ⁹⁶
- La chimiothérapie augmente l'acide lactique ⁽⁸⁷⁾• La chimiothérapie augmente la sérotonine ⁸⁸• La chimiothérapie augmente l'histamine ⁸⁹
- La chimiothérapie augmente la protéine high-mobility group box 1 ⁹⁰

Santé urinaire :

- La chimiothérapie provoque du sang dans les urines (hématurie) ⁸¹
- La chimiothérapie provoque des mictions douloureuses (dysurie) ⁽⁸¹⁾

Perte de poids :

- La chimiothérapie provoque une fonte musculaire (cachexie)⁽⁸²⁾
- "La perte de poids sévère (cachexie) est une cause fréquente de décès chez les patients atteints de cancer et est exacerbée par la chimiothérapie ⁽⁸³⁾.

CITATIONS INTEMPORELLES

"La plupart des patients atteints de cancer dans ce pays meurent de la chimiothérapie. La chimiothérapie n'élimine pas les cancers du sein, du colon ou du poumon. Ce fait est documenté depuis plus d'une décennie, mais les médecins continuent d'utiliser la chimiothérapie pour ces tumeurs."

- Dr. Allen Levin, La guérison de Cancer

"En tant que chimiste formé à l'interprétation des données, il m'est incompréhensible que les médecins puissent ignorer les preuves évidentes que la chimiothérapie fait beaucoup, beaucoup plus de mal que de bien".

- Alan Nixon, Ph.D., ancien président de l'American Chemical Society

"La chimiothérapie et la radiothérapie feront paraître relativement avancée l'ancienne méthode consistant à percer des trous dans la tête d'un patient pour permettre à des démons de s'échapper. La chimiothérapie toxique est un canular. Les médecins qui l'utilisent sont de meurtriers prémédités, et l'utilisation du cobalt et d'autres méthodes de traitement du cancer en vogue aujourd'hui ferme effectivement la porte à la guérison."

- Ernst T. Krebs Jr, biochimiste américain (1911-1996)

Vendre la chimiothérapie comme une "thérapie" est très probablement la plus grande tromperie de l'histoire de la médecine. Celui qui a conçu cette chimio-torture mérite un monument en enfer".

- Dr. Ryke Geerd Hamer, M.D.

RADIOTHERAPIE

La radiothérapie est un traitement dans lequel des rayons X et gamma ionisants sont dirigés vers les tumeurs et utilisés pour tuer les cellules cancéreuses.

L'irradiation des cellules cancéreuses les empêche de croître et de se multiplier, mais elle endommage également toutes les autres cellules sur son passage et une cascade d'effets physiologiques négatifs qui peuvent persister pendant plusieurs générations.

Aujourd'hui, jusqu'à 60 % des patients atteints de cancer reçoivent une radiothérapie dans le cadre de leur traitement¹ et pourtant, la plupart d'entre eux ne sont jamais pleinement conscients des risques liés à l'exposition aux rayonnements ionisants.

LA DÉCOUVERTE DES RAYONS X

Les rayons X ont été découverts pour la première fois en 1895 par le professeur de physique allemand Wilhelm Röntgen. En 1901, Röntgen a reçu le prix Nobel pour découverte et, ironiquement, lui et sa femme ont fini par mourir d'un cancer causé par l'exposition aux rayons X.²

Avec l'avènement d'une machine capable de produire des rayons X, l'industrie médicale disposait soudain d'un nouveau moyen impressionnant de détruire les cellules, autre que la cautérisation ou la brûlure à l'acide ; et en l'espace de quelques années, les rayonnements ionisants ont été utilisés sur les patients atteints de cancer. Cependant, un certain nombre d'effets secondaires courants sont rapidement apparus, notamment des brûlures, des maladies de la peau et la formation de tumeurs, mais la société n'a pas pris ces avertissements au sérieux et, en 1922, plus de 100 radiologues et de nombreuses autres personnes travaillant dans l'industrie médicale étaient décédés des suites d'un cancer causé par les rayons X³.

Et pourtant, l'ignorance a continué...

FLUOROSCOPES À RAYONS X ADAPTÉS AUX CHAUSSURES

Dans les années 1920, les magasins de chaussures se sont dotés d'appareils portatifs à rayons X qui permettaient aux clients de voir les os de leurs pieds afin de déterminer les chaussures qui leur convenaient - et les enfants les adoraient !⁴

À l'apogée de leur popularité aux États-Unis, au moins 10 000 fluoroscopes à rayons X pour chaussures étaient utilisés, et malgré l'exposition massive aux rayonnements (équivalente à plus de 1 000 radiographies du thorax) et les effets néfastes sur la santé de l'exposition aux rayonnements ionisants, il n'était pas possible de les utiliser.

En raison de la quantité importante de rayonnements diffusés par ces "boîtes à cancer", le gouvernement et la communauté médicale ont largement ignoré la nature terrifiante de cette technologie.

Dans les années 1970, l'incidence du cancer du pied a augmenté de façon spectaculaire et les effets négatifs ne pouvaient plus être niés⁽⁵⁾. Les fluoroscopes utilisés dans les magasins de chaussures depuis une cinquantaine d'années ont été officiellement interdits.

LES FLUOROSCOPES COMME DIVERTISSEMENT

Après la Seconde Guerre mondiale, tous les médecins américains ont été incités à avoir un fluoroscope à rayons X dans leur cabinet et aucun examen n'était considéré comme complet si les patients n'étaient pas examinés au fluoroscope⁽⁶⁾. Dans les années 1940, certains pédiatres utilisaient des fluoroscopes pour examiner les bébés tous les mois pendant les deux premières années de leur vie⁽⁶⁾. Les médecins exhibaient leurs fluoroscopes fantaisistes aux patients comme une source de divertissement, ce que le Dr Raymond Peat, endocrinologue, physiologiste et historien des sciences, a décrit comme "une combinaison d'ignorance et d'arrogance"⁽⁷⁾. Il semble que la société était obsédée par la technologie, de la même manière que nous le sommes aujourd'hui avec les ordinateurs, les téléphones portables et autres gadgets.

RADIOTHÉRAPIE VS. CANCER

Lors de la catastrophe nucléaire de Tchernobyl en 1986, des quantités massives d'isotopes radioactifs se sont répandues dans l'atmosphère avant de retomber sur la majeure partie de l'Europe - et personne exposé aux retombées de cette catastrophe n'a été guéri du cancer.

En fait, l'étude de mortalité la plus importante et la plus complète réalisée à ce sur la catastrophe de Tchernobyl, qui a pris en compte des données provenant de plus de 1000 études publiées et de plus de 5000 publications Internet et imprimées, a conclu qu'entre 1986 et 2004, la radioactivité libérée par cet événement a causé 985 000 décès, principalement dus au cancer⁸.

LA RADIOTHÉRAPIE ADMINISTRE UNE DOSE CINQ FOIS PLUS ÉLEVÉE QUE LA DOSE MORTELLE

Wade Allison, professeur émérite de physique à l'université d'Oxford, a brièvement évoqué la radiothérapie dans un rapport de 2012 sur la technologie nucléaire⁽⁹⁾. En un mois, écrit-il, "la tumeur reçoit plus de 40 000 mSv [millisieverts] et les tissus sains périphériques jusqu'à 20 000 mSv, soit cinq fois la dose mortelle reçue par certains travailleurs de Tchernobyl". En d'autres termes, si les doses de radiothérapie n'étaient pas sur un mois ou plus, tous les patients qui en bénéficient mourraient instantanément.

RADIOTHÉRAPIE ET CANCER DU SEIN

Depuis l'apparition de la radiothérapie, la norme de soins pour les femmes atteintes d'un cancer du sein était l'ablation chirurgicale du sein (mastectomie radicale) suivie d'une radiothérapie. Toutefois, à l'époque où ce régime a été mis en pratique, la recherche scientifique n'avait pas encore établi qu'il était bénéfique pour les patientes et, jusqu'en 1960, un grand nombre d'études contradictoires avaient été publiées :

- Certaines études ont indiqué que la radiothérapie après une mastectomie radicale donnait de bons résultats ¹⁰⁻¹⁴
- D'autres n'ont rapporté aucun bénéfice du traitement ⁽¹⁵⁻⁾⁽²³⁾
- Et plusieurs ont suggéré que la radiothérapie était nocive ^{24,25}

L'Institut national du cancer a répondu à cette incertitude en 1961 en lançant le *National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project* (NSABP). Dans le cadre de ce projet, le scientifique américain Bernard Fisher et ses collègues ont comparé l'efficacité de la mastectomie seule à celle de la mastectomie suivie d'une irradiation. Publiée dans les *Annals of Surgery* en 1970, l'étude a révélé que la radiothérapie *diminuait la survie de toutes les patientes*. "La survie des patientes a été déterminée 3, 4 et 5 ans après l'opération... À chaque fois, la survie des patientes irradiées était légèrement inférieure à celle des patientes témoins"⁽²⁶⁾.

En 1974, des chercheurs de l'Institut suisse de recherche expérimentale sur le cancer ont examiné les taux de survie de femmes ayant participé à six essais cliniques et ayant subi soit une mastectomie radicale, soit une mastectomie radicale suivie d'une irradiation pour un cancer du sein. Publiée dans *The Lancet*, la conclusion des scientifiques est la suivante : "Une mortalité accrue dans le cancer du sein précoce peut être corrélée avec la mastectomie radicale.

à l'utilisation systématique de l'irradiation locale postopératoire. La diminution de la survie est statistiquement significative. Parmi les essais cliniques contrôlés publiés à ce jour, les six, incluant plus de 3 400 patientes, démontrent une diminution de la survie de 1 à 10 % chez les patientes irradiées par rapport à celles traitées par mastectomie seule"⁽⁷⁾.

En 1995, une méta-analyse de 64 essais randomisés a été réalisée pour déterminer si l'irradiation après une mastectomie ou une tumorectomie améliorerait la survie des patientes atteintes d'un cancer du sein. Publiée dans le *New England Journal of Medicine*, l'étude rapporte que "l'ajout de la radiothérapie à la chirurgie n'a entraîné aucune différence significative dans la survie à 10 ans"⁽²⁸⁾.

Jusqu'à présent, les données suggèrent qu'au mieux, la radiothérapie n'améliore pas la survie des patientes atteintes d'un cancer du sein, et qu'au pire, la radiothérapie tue les patientes plus rapidement qu'elles ne seraient mortes sans elle. Si l'on ajoute à ces résultats des constatations similaires concernant la radiothérapie après une opération du cancer du poumon, il semble probable que la dernière hypothèse soit la bonne.

RADIOTHÉRAPIE ET CANCER DU POUMON

En 1998, une revue de neuf essais randomisés a comparé les taux de survie de 2 128 patients atteints d'un cancer du poumon ayant reçu une radiothérapie après une intervention chirurgicale à ceux de patients ayant reçu une intervention chirurgicale seule. Publiés dans *The Lancet*, les résultats ont montré que les patients ayant reçu une radiothérapie après une intervention chirurgicale présentaient un risque de décès accru de 27 %. Les chercheurs ont conclu que "la radiothérapie postopératoire est préjudiciable aux patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) complètement réséqué à un stade précoce et qu'elle ne devrait pas être utilisée de manière systématique pour ces patients"⁽²⁹⁾.

En 2005, des scientifiques du Royaume-Uni ont mené une étude approfondie sur l'efficacité de la radiothérapie après une intervention chirurgicale chez des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules. Publiés dans la revue *Lung Cancer*, ils ont écrit : "Les résultats continuent de montrer que la PORT [radiothérapie postopératoire] est préjudiciable, avec une augmentation relative de 18 % du risque de décès"⁽³⁰⁾.

UN DÉNONCIATEUR RÉVÈLE LES STATISTIQUES DE MORTALITÉ PAR CANCER

L'une des déclarations les plus fascinantes du dénonciateur, le Dr Ralph Moss, dans son livre *The Cancer Industry*, est que les statistiques officielles de mortalité par cancer sont intentionnellement manipulées afin de faire croire que les traitements contre le cancer sont meilleurs qu'ils ne le sont en réalité.

Comme la radiothérapie endommage tous les organes et systèmes du corps, y compris le cerveau,⁽⁹⁶⁻⁹⁹⁾ le cœur,⁽¹¹⁰⁻¹¹⁵⁾ le foie,⁽¹²⁸⁻¹²⁹⁾ les reins,¹²⁷ la thyroïde,⁽¹⁵⁷⁾ le système immunitaire,^{116- 125} et entrave le processus de guérison,⁽¹⁰³⁻¹⁰⁵⁾ il y a une infinité de façons dont ses effets secondaires peuvent finir par tuer une personne. L'une des plus courantes est la maladie cardiaque ;¹¹⁰⁻¹¹⁵ le Dr Moss faisait donc référence au fait que si un patient reçoit une radiothérapie, fait une crise cardiaque et meurt une semaine, un mois ou même quelques années plus tard, la cause de son décès sera considérée comme une crise cardiaque plutôt qu'un décès dû à un cancer en raison de l'échec du traitement ; par conséquent, le public n'apprend jamais à quel point la radiothérapie est un échec.

Les études qui font état d'une diminution du nombre de décès dus au cancer tout en signalant une augmentation du nombre de décès non dus au cancer après un traitement par radiothérapie en sont la preuve (28,32,33).^{28,32,33}

En 1993, des chercheurs texans du Anderson Cancer Center de Houston ont remis en question la validité des statistiques officielles du gouvernement sur la mortalité due au cancer en examinant les décès non liés au cancer de 470 000 patients atteints de cancer. Publiée dans le *Journal of the National Cancer Institute*, l'étude a révélé que 27 % des patients déclarés morts pour des raisons autres que le cancer étaient décédés dans l'année qui avait suivi le diagnostic, ce qui suggère qu'ils ont probablement été tués par leurs traitements ; "...il semble que cet excès ait été causé par le traitement du cancer".³¹ En d'autres termes, les traitements contre le cancer sont moins efficaces qu'on ne le dit et le nombre réel de décès dus au cancer est en fait beaucoup plus élevé qu'on ne le dit.

LA RADIOTHÉRAPIE AUGMENTE LE RISQUE DE CANCER AU COURS DE LA VIE

Que le traitement par radiothérapie soit utilisé pour l'acné, les ulcères gastroduodénaux, la teigne du cuir chevelu ou le cancer, nous constatons universellement un risque élevé de cancer qui persiste jusqu'à la fin de la vie du patient³⁴. Par exemple, un homme de 36 ans traité par radiothérapie et chimiothérapie pour une maladie de Hodgkin en 1972 a développé un cancer du côlon 18 ans plus tard⁽³⁵⁾.

"En effet, les jeunes patients traités par chimiothérapie et surtout par radiothérapie ont un risque élevé de développer des cancers secondaires. La chimio-radiothérapie semble également augmenter plus significativement le risque"⁽³⁶⁾. De plus, le risque de développer des cancers secondaires plus tard dans la vie est encore plus élevé pour les personnes traitées pendant l'enfance : "Les risques de cancer liés aux radiations sont les plus importants pour les personnes exposées tôt dans la vie, et ces risques semblent persister tout au long de la vie"⁽³⁷⁾.

- La radiothérapie de la teigne du cuir chevelu provoque des carcinomes basocellulaires multiples chez environ 40 % des patients, jusqu'à 50 ans plus tard. ³⁸
- La radiothérapie pour l'acné est fortement associée à l'apparition de cellules basales. carcinome survenant dans le champ d'irradiation. ³⁹
- La radiothérapie du lymphome de Hodgkin chez l'enfant multiplie par 24 le risque de cancer du sein. ⁴⁰
- La radiothérapie pour le lymphome de Hodgkin augmente le nombre de cancers de l'estomac
risque 3,4 fois. ⁴¹
- La radiothérapie pour le lymphome de Hodgkin augmente le risque de cancer du sein, "...le risque augmentant de façon spectaculaire plus de 15 ans après la thérapie." ⁴²
- La radiothérapie pour le cancer du testicule augmente le risque de cancer du pancréas 2,9 fois, persistant pendant plus de 20 ans. ⁴³
- La radiothérapie du cancer du testicule multiplie par 5,9 le risque de cancer de l'estomac et persiste "pendant plusieurs décennies". ⁴⁴
- La radiothérapie pour le cancer du sein augmente significativement le nombre de cancers
dans l'autre sein (controlatéral). ³³
- La radiothérapie pour les ulcères gastroduodénaux augmente le risque de cancer ; "La mortalité par cancer est restée élevée jusqu'à 50 ans, ce qui indique que les dommages causés par les radiations peuvent persister jusqu'à la fin de la vie." ⁴⁵

Que se passe-t-il à l'intérieur du corps à la suite d'une exposition à des rayonnements ionisants qui causent des dommages à vie ?

EFFETS DES RADIATIONS SUR LES SPECTATEURS

À ce jour, la théorie dominante affirme que les radiations tuent les cellules cancéreuses en endommageant directement l'ADN⁽⁴⁶⁾. Cependant, en 1992, des chercheurs de Harvard ont fait une découverte qui a remis en question toute cette théorie :⁴⁷ lorsqu'une cellule est irradiée, la cellule lésée émet un gaz qui transfère les mêmes dommages aux cellules non irradiées - c'est ce qu'on appelle l'"effet de proximité"⁴⁸.

En 2006, des chercheurs de l'université McMaster, dans l'Ontario (Canada), ont fait une démonstration colorée de l'effet de proximité : la scientifique Carmel E. Mothersill et ses collègues ont irradié des truites arc-en-ciel (dose de 0,5 Gy) et les ont ensuite placées dans des récipients remplis d'eau avec des poissons non irradiés. Deux jours plus tard, ils ont découvert que les dommages avaient été transférés des poissons irradiés aux poissons non irradiés - un effet qui aurait été causé par la "sécrétion d'un messenger chimique dans l'eau"⁴⁽⁹⁾.

L'effet de spectateur a également été démontré chez les animaux,⁵⁰⁻⁵² chez les humains,^{53,54} et même chez les plantes⁵⁵.

REGARDER DE PLUS PRÈS...

- Des chercheurs chinois ont irradié les racines de jeunes plants d'*Arabidopsis thaliana* pour déterminer si cela pouvait avoir des effets secondaires.
Au fur et à mesure de la croissance de la plante, les chercheurs ont trouvé des preuves de dommages causés par les radiations "dans chaque vraie feuille au cours du développement de la rosette". Ils ont même constaté des dommages sur des plantes non irradiées qui se trouvaient à proximité.
55
- En 2008, des chercheurs de l'Alberta (Canada) ont irradié la tête souris "alors que le reste du corps était complètement protégé par un bouclier de qualité médicale". Ils ont découvert des lésions de l'ADN, une altération de la croissance cellulaire et une mort cellulaire dans les cellules de la rate protégées par un bouclier. ⁵²
- En 2004, des scientifiques de l'université de Washington ont étudié les effets des rayons X dentaires sur les femmes enceintes et leur progéniture. Bien que les femmes aient été entièrement protégées par des tabliers en plomb pendant les radiographies, les dommages causés par l'irradiation ont été constatés.

Le transfert de l'hormone de croissance au fœtus a entraîné une insuffisance pondérale à la naissance.⁵⁴

Quel est le messager chimique libéré par les cellules irradiées qui provoque des effets secondaires ?

Bien qu'au moins un autre facteur soit impliqué,⁵⁶ l'oxyde nitrique (NO) est de loin le principal facilitateur des effets secondaires. Les effets de l'oxyde nitrique comprennent l'instabilité génomique,⁽⁵⁷⁾ les erreurs génétiques,⁽⁵⁷⁾ les cassures double brin de l'ADN,⁽⁵⁸⁾ la mort cellulaire (apoptose),⁽⁵⁹⁾ l'inflammation,⁵⁹ et finalement, la cancérogenèse.^{78,79} La réduction des niveaux d'oxyde nitrique (par exemple, en complétant avec un colorant bleu médicinal peu coûteux appelé bleu de méthylène⁶⁰) peut "désactiver" les effets de proximité et arrêter le cycle auto-entretenu des dommages.⁶¹

Il est intéressant de noter que les effets des radiations ionisantes ne semblent pas pouvoir être distingués de ceux des œstrogènes⁶², et comme les œstrogènes augmentent rapidement les niveaux d'oxyde nitrique dans l'organisme^{63,64}, la réduction des œstrogènes est probablement un moyen plus fondamental d'interrompre les effets indirects.

Lorsqu'une partie du corps est exposée à des rayonnements ionisants, même aux faibles doses couramment utilisées pour les radiographies médicales⁶⁵, les effets secondaires médiés par l'oxyde nitrique transfèrent les dommages aux parties du corps non exposées - mais cela ne s'arrête pas là.

En 2010, des chercheurs du Texas ont découvert que les ondes millimétriques - une forme de rayonnement beaucoup moins intense souvent utilisée aux points de contrôle de sécurité des aéroports - peuvent également avoir des effets sur les passants⁽⁶⁶⁾.

En 2013, le biochimiste Martin Pall, de l'université de l'État de Washington, a testé des fréquences encore plus basses pour voir si elles pouvaient induire des effets secondaires. Dans une publication parue dans la revue *Bioelectromagnetics*, Pall a découvert que les micro-ondes et même les rayonnements à très basse fréquence (ELF) - ceux émis par les téléphones portables et autres appareils sans fil - induisent tous deux la synthèse de l'oxyde nitrique⁶⁷. Cela suggère que les micro-ondes non ionisantes et les rayonnements ELF auront certains des mêmes effets que les rayonnements ionisants. Et en effet, il existe de nombreuses preuves dans la littérature scientifique associant l'utilisation du téléphone portable au cancer, y compris les tumeurs cérébrales⁽⁶⁸⁻⁷³⁾, le cancer de la bouche,⁽⁷⁴⁾ le lymphome,⁽⁷⁵⁾ le cancer du sein⁷⁶ et le cancer de l'œil.⁷⁷

HISTOIRES DE RÉUSSITE ?

EFFETS SECONDAIRES PERSISTANTS APRÈS LA "GUÉRISON" PAR RADIOTHÉRAPIE

Un an après avoir reçu une radiothérapie pour un cancer des amygdales, Richard Wayman, 59 ans, a commencé à ressentir des "picotements douloureux" dans les jambes. Quelques semaines plus tard, il avait du mal à marcher et a été admis à l'hôpital pour des radiographies, des scanners et d'autres examens. "Les scanners ont révélé des lésions sur mes poumons, ce qui a fait craindre une propagation du cancer. J'ai donc été admis dans un autre hôpital pour une biopsie et, en conséquence, j'ai contracté une [infection] SARM et une pneumonie.

Au cours de son séjour à l'hôpital pour traiter sa maladie, Richard a perdu environ 15 kilos. "J'ai cru que je ne sortirais jamais de là", remarque-t-il. Finalement, les médecins ont diagnostiqué que ses lésions pulmonaires étaient un effet secondaire de la radiothérapie, mais ses problèmes ont continué.

Après s'être fait arracher une dent par son dentiste, l'os autour de la dent extraite "a commencé à s'effriter et à s'infecter".

Quelques mois plus tard, il présentait une plaie ouverte partant de l'extérieur de la joue, traversant l'os de la mâchoire et pénétrant dans la bouche, appelée nécrose osseuse - un autre effet secondaire de la radiothérapie⁽⁹¹⁾.

SURDOSES ACCIDENTELLES DE RADIATIONS ENTRAÎNANT LA MORT

Chaque fois qu'une technologie est impliquée, il existe un risque de dysfonctionnement. Bien que rares, erreurs se sont produites lors de l'administration de la radiothérapie et les résultats ont été désastreux.

Scott Jerome-Parks, patient atteint d'un cancer, a reçu une surdose de radiations qui l'a laissé brûlé, sourd, malvoyant, avec des ulcères dans la bouche, des dents qui tombent, incapable d'avaler ou de respirer et mort plusieurs semaines plus tard dans des conditions pénibles.

Autre victime de l'échec technologique, Alexandra Jn-Charles, 32 ans, atteinte d'un cancer du sein, a reçu pendant 27 jours des doses excessives de radiations qui ont brûlé sa poitrine et laissé une plaie béante si douloureuse qu'elle envisagé de se suicider. ⁹³

AUTRES EFFETS SUR LA SANTÉ

Voici une liste des effets secondaires de la radiothérapie rapportés dans la littérature scientifique.

Santé des os :

- La radiothérapie endommage la moelle épinière ⁹³
- La radiothérapie provoque des fractures osseuses ⁹⁴
- La radiothérapie provoque une dégénérescence des os et des articulations ⁹⁵

Santé du cerveau :

- La radiothérapie diminue le QI ⁹⁶
- La radiothérapie altère la mémoire, l'attention et les fonctions exécutives ^{97,98}
- La radiothérapie augmente le risque d'accident vasculaire cérébral au cours de la vie ⁹⁹

Santé des yeux :

- La radiothérapie entraîne une perte de vision ¹⁰⁰
- La radiothérapie provoque une cécité complète ¹⁰¹

Santé des cheveux :

- La radiothérapie provoque une chute complète des cheveux (alopécie) ⁽¹⁰²⁾

Guérison :

- La radiothérapie ralentit la cicatrisation des plaies ¹⁰³⁻¹⁰⁵

Audition :

- La radiothérapie provoque une surdité immédiate ¹⁰⁶ chez 45,71% des patients.

- La perte auditive due à la radiothérapie continue de s'aggraver avec le temps^{108,109}

Santé cardiaque :

- La radiothérapie provoque des lésions microvasculaires au niveau du cœur¹¹²
- La radiothérapie le cœur, les vaisseaux sanguins entourant le cœur et rétrécit les artères⁽¹¹³⁾.
- La radiothérapie augmente de manière significative la mortalité d'origine cardiovasculaire
décès plus de 15 ans après¹¹⁰⁻¹¹⁵

Système immunitaire :

- La radiothérapie supprime le système immunitaire¹¹⁶
- La radiothérapie inhibe l'immunité antitumorale¹¹⁶
- La radiothérapie augmente significativement le risque d'infection¹¹⁷⁻¹²⁴
- "L'immunité des jeunes adultes ayant survécu à une leucémie infantile [qui ont reçu une chimiothérapie et/ou une radiothérapie] est similaire à celle des personnes âgées plutôt qu'à celle des témoins appariés selon l'âge"¹²⁵

Inflammation :

- La radiothérapie provoque une inflammation immédiate¹²⁶

Santé des reins :

- La radiothérapie provoque une insuffisance rénale¹²⁷

Santé du foie :

- La radiothérapie provoque une maladie du foie¹²⁸
- La radiothérapie provoque une insuffisance hépatique¹²⁹

Santé mentale :

- La radiothérapie provoque des troubles mentaux, de l'anxiété, de la dépression et de la détresse ^(131,132).
- La radiothérapie est à l'origine d'une "détérioration significative de la santé mentale", pendant et 1 an après la RT [radiothérapie] par rapport à la population normale". ¹³³

Perte musculaire :

- La cachexie induite par les radiations fait perdre aux primates jusqu'à 50 % de leurs muscles squelettiques ⁽¹³⁴⁾.

Santé bucco-dentaire :

- La radiothérapie provoque des caries ¹³⁵
- La radiothérapie provoque la mort des os de la mâchoire (ostéoradionécrose) ⁽¹³⁶⁾
- La radiothérapie provoque un dysfonctionnement permanent des glandes salivaires ¹³⁷
- La radiothérapie provoque une restriction de l'ouverture de la bouche (trismus) ⁽¹³⁰⁾
- La radiothérapie provoque une gêne buccale, une mucosite buccale, des modifications du goût, une augmentation des infections buccales et des difficultés de déglutition (dysphagie) ⁽¹³⁸⁾.

Stress post-traumatique :

- La radiothérapie provoque un état de stress post-traumatique ¹³⁹

Qualité de vie :

- La radiothérapie provoque de la fatigue chez près de 90 % des patients ⁽¹⁴⁰⁾.
- La radiothérapie provoque des nausées, des vomissements et des maux de tête intractables (non traitables) ⁽¹⁴¹⁾.

- La radiothérapie provoque des modifications imprévisibles du goût et de l'odorat chez 48% des patients ; certains avaient un goût sucré plus prononcé, d'autres un goût salé plus prononcé et d'autres encore un odorat plus faible ⁽¹⁴²⁾.
- La radio-chimiothérapie oblige 64 % des patients à recourir à l'alimentation par sonde comme principal moyen de s'alimenter ⁽¹⁴³⁾.
- La radiothérapie nuit considérablement à la qualité de vie globale ^{144,145}

Santé sexuelle :

- La radiothérapie entraîne "...une augmentation de l'incidence des anomalies chromosomiques sexuelles numériques et un risque élevé de maladies génétiques et reproductives..." ¹⁴⁶
- L'irradiation corporelle totale provoque un "taux extrêmement élevé de dysfonctionnement gonadique" ¹⁴⁷
- La radiothérapie est à l'origine d'un pourcentage élevé d'infertilité dans les cas de cancer du col de l'utérus.
- et les patients atteints de cancer du testicule ¹⁴⁸
- La radiothérapie provoque des troubles sexuels chez 78% des femmes traitées pour un cancer du col de l'utérus ⁽¹⁴⁹⁾.
- La radiothérapie provoque une carence en testostérone ¹⁵⁰
- La radiothérapie provoque des troubles de l'érection chez 93,9 % des hommes après une irradiation de la prostate ⁽¹⁵¹⁾.

La peau :

- La radiothérapie provoque un épaissement et une cicatrisation de la peau et des tissus conjonctifs ⁽¹⁵²⁾.
- Les fluoroscopes adaptés aux chaussures provoquent une dermatite avec ulcération sur le pied

153

Dormir :

- La radiothérapie provoque des troubles du sommeil chez près de la moitié des patients ¹⁵⁴

- La radiothérapie provoque de graves apnées obstructives du sommeil ¹⁵⁵

Discours :

- La radiothérapie provoque une dégénérescence de la voix et de la parole ¹⁵⁶

Santé de la thyroïde :

- La radiothérapie provoque une hypothyroïdie chez environ 53 % des patients ¹⁵⁷

Microenvironnement tumoral :

- La radiothérapie augmente les radicaux libres ¹⁶⁴
- La radiothérapie augmente le taux de cortisol ⁸⁰
- La radiothérapie augmente l'adrénaline ¹⁶⁵
- La radiothérapie augmente les œstrogènes ⁶²
- La radiothérapie augmente la prolactine ¹⁶⁶
- La radiothérapie augmente l'oxyde nitrique ⁸¹
- La radiothérapie augmente le facteur de croissance de l'endothélium vasculaire ⁸²
- La radiothérapie augmente le facteur de croissance épidermique ⁸³
- La radiothérapie augmente le facteur de nécrose tumorale alpha ⁸⁸
- La radiothérapie augmente l'interleukine-1 bêta ⁸⁸
- La radiothérapie augmente l'interleukine-4
- (84)• La radiothérapie augmente l'interleukine-6 ⁸⁸• La radiothérapie augmente l'interleukine-8 ⁸⁵
- La radiothérapie augmente le facteur nucléaire kappa b ⁸⁶
- La radiothérapie augmente les prostaglandines ⁸⁷
- La radiothérapie augmente l'acide lactique ¹⁶⁷
- La radiothérapie augmente la production de cellules souches ^{89,90}
- La radiothérapie augmente l'histamine ¹⁶¹

- La radiothérapie augmente la sérotonine ¹⁶²
- La radiothérapie augmente la protéine high-mobility group box 1 ¹⁶³

Santé urinaire :

- La radiothérapie provoque des mictions involontaires chez les femmes ¹⁵⁸ et les hommes ¹⁵⁹
- La radiothérapie du cancer du rectum provoque une incontinence à long terme et des troubles importants de la fonction intestinale ⁽¹⁶⁰⁾.

CITATIONS INTEMPORELLES

"Je ne ferais pas de chimiothérapie ni de radiothérapie parce que je ne suis pas intéressé par les thérapies qui paralysent le système immunitaire et, à mon avis, pratiquement toutes les thérapies de ce type ne sont pas efficaces. de garantir l'échec de la majorité des patients atteints de cancer".

- Dr Julian Whitaker, M.D.

"Un spécialiste du cancer du cerveau s'est assis dans mon salon et m'a dit qu'il ne prendrait jamais de radiations s'il avait une tumeur au cerveau. Je lui ai demandé : "Mais vous envoyez des gens en radiothérapie ?" et il m'a répondu : "Bien . Si je ne le faisais pas, je serais chassé de l'hôpital".

- Dr. Ralph Moss

LE DÉPISTAGE PRÉCOCE SAUVE-T-IL DES VIES ?

Comme toutes les entreprises, l'industrie du cancer a besoin d'un flux régulier de clients pour générer des revenus. Elle y parvient en popularisant l'idée que la détection et le traitement du cancer à un stade précoce améliorent les chances de survie. Le slogan "La détection précoce sauve des vies" est une stratégie de marketing utilisée pour motiver les personnes qui ne présentent aucun signe ou symptôme de cancer à se soumettre à un dépistage régulier.

L'Organisation mondiale de la santé affirme que "la mortalité due au cancer peut être réduite si les cas sont détectés et traités à un stade précoce"¹ et l'American Cancer Society déclare que "la plupart des médecins estiment que les tests de détection précoce du cancer du sein permettent de sauver des milliers de vies chaque année. Beaucoup plus de vies pourraient probablement être sauvées si un plus grand nombre de femmes et de professionnels de la santé profitaient de ces tests"⁽²⁾.

Si la détection et le traitement précoces permettent effectivement de sauver des vies, il s'agit alors d'une proposition judicieuse, mais le problème de la "détection précoce" est que, pour qu'elle soit bénéfique, le "traitement précoce" qui en découle doit être efficace.

Et sur la base de nos investigations sur les traitements orthodoxes du cancer dans les chapitres précédents, il semble incroyablement improbable que le fait d'infliger de graves dommages à une personne malade *à n'importe quel* stade de sa maladie puisse améliorer son état de santé.

Mais plutôt que de spéculer, examinons de plus près deux des tests de dépistage du cancer les plus populaires et décidons par nous-mêmes si nous pensons que la détection précoce sauve des vies.

LE TEST PSA - DÉPISTAGE DU CANCER DE LA PROSTATE

Pour un homme, le chemin vers le diagnostic du cancer de la prostate commence par un test sanguin appelé test de l'antigène prostatique spécifique (PSA). Un urologue peut prétendre que le test PSA est un moyen précis de détecter le cancer de la prostate, mais lorsque nous y regardons de plus près, nous sommes confrontés à une réalité inconfortable : Le PSA ne permet pas de diagnostiquer le cancer de la prostate.³

Le Dr Richard Ablin, l'homme qui a découvert l'antigène prostatique spécifique en 1970, qualifie l'utilisation abusive et généralisée du test PSA de "catastrophe de santé publique".

Dans son livre *The Great Prostate Hoax*, le Dr Ablin révèle que l'antigène prostatique spécifique - une protéine sécrétée par la prostate - n'est pas spécifique au cancer. En d'autres termes, le PSA est sécrété par toutes les prostates - qu'elles soient saines ou cancéreuses - et son utilisation comme outil de dépistage du cancer de la prostate est donc totalement inappropriée.

Si le taux de PSA d'un homme est égal ou supérieur à 4, le médecin l'adressera à un urologue pour une biopsie, qui constitue l'étape suivante de la chaîne de montage vers la radiothérapie ou l'ablation chirurgicale de la prostate (prostatectomie radicale). Mais comme le taux de PSA augmente avec l'exercice physique, l'éjaculation et le stress quotidien, l'utiliser pour déterminer si un homme présente ou non un risque de cancer n'est pas mieux qu'un jeu de pile ou face. "On peut faire une biopsie selon qu'un homme a les yeux bleus ou les yeux verts et obtenir à peu près les mêmes résultats qu'en fonction du PSA", écrit l'urologue Thomas Stamey, docteur en médecine. "Il est essentiel de comprendre qu'un homme peut avoir un PSA de 0,5 et souffrir d'un cancer de la prostate, alors qu'un autre homme dont le PSA est de 11, un chiffre alarmant, peut ne pas avoir de cancer", explique le Dr Ablin.

Le Dr Thomas Stamey et ses collègues de l'université de Stanford ont étudié des tissus de la prostate prélevés sur une période de 20 ans, depuis l'apparition du test PSA au début des années 1990. Leur étude de 2004 a attiré l'attention de la communauté scientifique sur ce que le pionnier du test PSA, le Dr Richard Ablin, disait depuis des décennies : le test PSA est pratiquement sans valeur pour déterminer si les hommes ont un cancer de la prostate ; "le test n'indique rien de plus que la taille de prostate", a déclaré le Dr Stamey, "l'ère de l'antigène spécifique de la prostate aux États-Unis est terminée".⁴

En 2011, le groupe de travail américain sur les services préventifs (U.S. Preventive Services Task Force), un groupe indépendant d'experts nationaux en matière de prévention et de médecine factuelle, est revenu sur sa position antérieure et a recommandé de ne pas utiliser le dépistage du PSA avec "une certitude modérée ou élevée que le service ne présente pas de bénéfice net ou que les inconvénients l'emportent sur les avantages"⁽⁵⁾.

REGARDER DE PLUS PRÈS...

- Des scientifiques de Rockville, dans le Maryland, ont mené une étude actualisée sur le dépistage par le PSA en 2011. Les résultats ont montré que "après environ 10 ans, le dépistage basé sur le PSA permet de détecter davantage de cas de cancer de la prostate, mais ne réduit que faiblement, voire pas du tout, la mortalité spécifique au cancer de la prostate". ⁶
- 76 685 hommes âgés de 55 à 74 ans ont été examinés pour la prostate. L'étude The Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial (PLCO) de 2012 a montré que le dépistage du cancer de la prostate, du poumon, du côlon et de l'ovaire n'avait pas d'effet bénéfique sur la mortalité après un test PSA. Publiée dans le Journal of the National Cancer Institute, l'étude n'a trouvé "aucune preuve d'un bénéfice en termes de mortalité pour le dépistage annuel organisé [du PSA]" après 13 ans de suivi. En fait, la mortalité par cancer de la prostate a légèrement augmenté dans le groupe dépisté : 3,7 pour 10 000 années-personnes, contre 3,4 pour les hommes non dépistés. ⁷
- Une étude de 2012 publiée dans The New England Journal of Medicine a comparé l'efficacité de la chirurgie par rapport à l'absence de traitement chez les hommes dont le cancer de la prostate a été diagnostiqué par le test PSA. L'étude a conclu que "la prostatectomie radicale [chirurgie] n'a pas réduit de manière significative la mortalité toutes causes confondues ou par cancer de la prostate, par rapport à l'observation, pendant au moins 12 ans de suivi". ⁸

Malgré les preuves évidentes que le dépistage du PSA ne réduit pas la mortalité due au cancer de la prostate⁶⁻⁸ et la recommandation du groupe de travail contre l'utilisation du test PSA, des campagnes de marketing séduisantes, soutenues par des célébrités et prônant la "sensibilisation au cancer de la prostate", continuent aujourd'hui encore à inciter les hommes à faire tester leur PSA⁹. Une fois que le train de l'argent a commencé à rouler, il peut être difficile de l'arrêter.

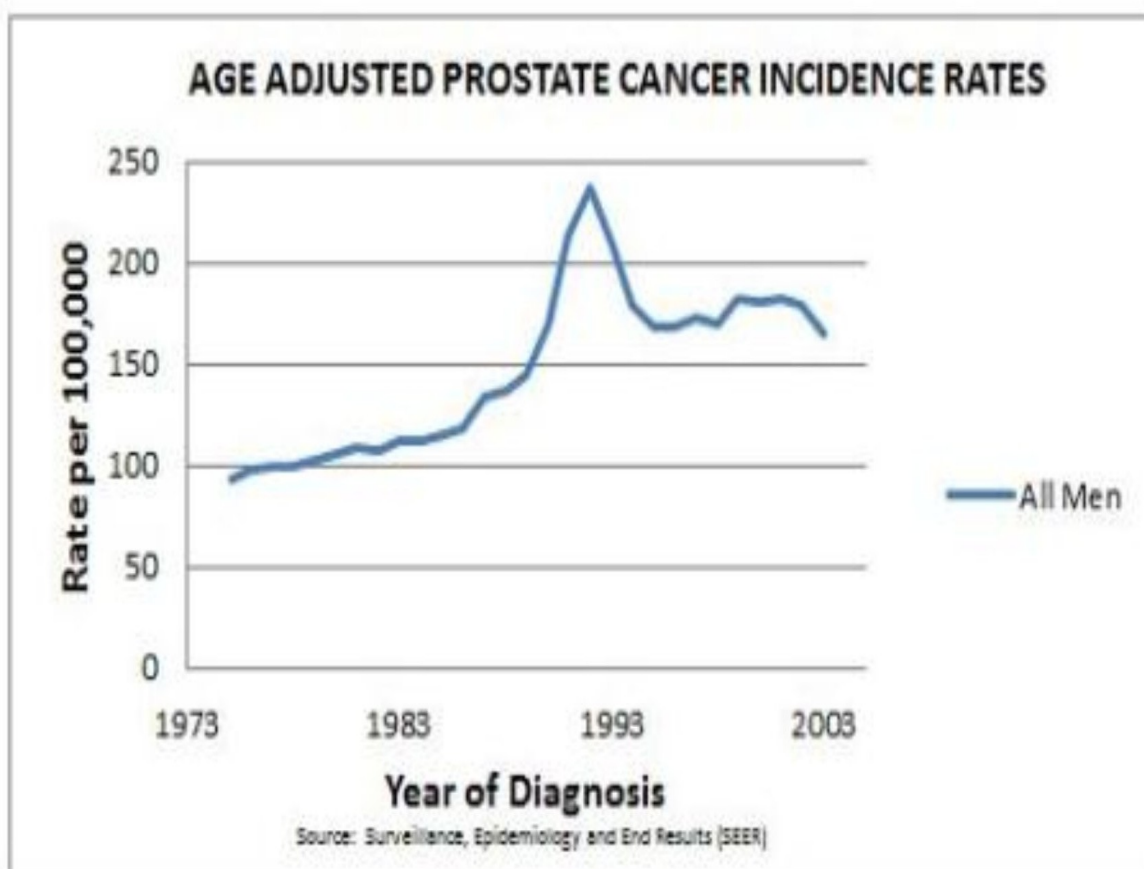
"La prostate est à l'épicentre d'une crise mondiale de plusieurs billions de dollars. Le test PSA en est la cheville ouvrière... Si le test n'était plus pertinent, une industrie s'effondrerait".

- Dr. Richard Ablin

SURDIAGNOSTIC ET SURTRAITEMENT

Sur les 3,7 millions d'hommes chez qui un cancer de la prostate a été diagnostiqué aux États-Unis entre 1986 et 2005, "notre étude estime qu'environ 1,3 million sont uniquement attribuables au test... et ne se seraient pas manifestés sans lui", a déclaré le Dr H. Gilbert Welch à propos de son étude publiée en 2009 dans le *Journal of the National Cancer Institute*⁽¹⁰⁾.

Si le test PSA ne détectait que les cancers problématiques, explique le Dr Welch, le nombre de nouveaux cas de cancer de la prostate serait resté le même au début des années 1990, après l'introduction du test. Mais au lieu de cela, le nombre de cas de cancer diagnostiqués a grimpé en flèche, et le taux est toujours plus élevé qu'auparavant. "Cela ressemble plus à un graphique boursier qu'à un graphique sur la biologie du cancer", explique M. Welch. "Il s'agit des graphiques les plus erratiques qui soient en matière de cancer"⁽¹¹⁾.



En raison de l'utilisation du test PSA pour détecter le cancer de la prostate, autant de personnes que d'hommes ont été infectées par le cancer de la prostate.

85 % des hommes diagnostiqués avec cette maladie n'ont rien qui puisse les tuer ou même leur nuire^{12,13}.

Ce qu'ils ont ne devrait même pas être appelé cancer et, tragiquement, beaucoup d'entre eux finissent par recevoir des traitements anticancéreux inutiles qui entraînent souvent des effets secondaires graves qui changent la vie.

UN GRAND PRIX À PAYER

Lors d'une biopsie de la prostate, un urologue enfonce une aiguille de calibre 18 à travers la paroi rectale d'un homme dans sa glande prostatique 6 à 12 fois, des tissus pour les examiner. Il est bien établi que les biopsies suppriment le système immunitaire et favorisent les métastases du cancer¹⁴⁻¹⁷, mais il existe un certain nombre d'autres raisons pour lesquelles un homme peut vouloir éviter une biopsie de la prostate.

Une biopsie de la prostate peut provoquer des douleurs résiduelles, du sang dans les urines, des saignements rectaux⁽¹⁸⁾, des troubles de l'érection¹⁹ et des infections potentiellement mortelles^{20,21}.

Cela est probablement dû au fait que l'aiguille de biopsie d'abord dans le rectum avant de traverser la paroi rectale et de pénétrer dans la prostate, entraînant avec elle les bactéries et les matières fécales. "Le risque d'hospitalisation dans les 30 jours suivant une biopsie de la prostate était significativement plus élevé que dans une population témoin"⁽²²⁾.

Mais les dommages causés par la perforation de la prostate sont mineurs par rapport à l'irradiation ou à l'ablation chirurgicale de la prostate.

Les deux complications les plus courantes associées à l'irradiation ou à l'ablation de la prostate sont la miction involontaire (incontinence urinaire) et les troubles de l'érection. *Le New England Journal of Medicine* a publié en 2013 une étude indiquant que la dysfonction érectile était "presque universelle" chez les patients 15 ans après le traitement du cancer de la prostate ; "87,0 % de ceux du groupe prostatectomie et 93,9 % de ceux du groupe radiothérapie ont signalé une incapacité à obtenir une érection suffisante pour avoir des rapports sexuels". En outre, tous les hommes ont connu une diminution de la continence urinaire qui s'est aggravée avec le temps. Certains hommes ont dû porter des couches pour éviter les fuites urinaires pendant toute la période de suivi de 15 ans et probablement pour le reste de leur vie²³.

Malgré le fait que le test PSA ne permet pas de détecter le cancer de la prostate et le risque extraordinaire de voir un homme privé de sa sexualité et de sa dignité à la suite de ce test, près de 66 % des hommes qui subissent le test PSA n'en sont même pas conscients²⁴ ; leurs médecins le font simplement dans le cadre de leur examen médical de routine, sans leur consentement et sans les informer des implications potentielles⁽²⁵⁾.

MAMMOGRAPHIE - DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Introduite pour la première fois dans les années 1970²⁶, la mammographie est une procédure de radiographie qui capture une photographie du sein humain utilisée pour détecter le cancer du sein.

Alors que ceux qui ont investi dans des appareils de mammographie coûteux ou qui vivent du dépistage du cancer du sein vous assureront que la mammographie réduit les taux de mortalité par cancer du sein, un certain nombre d'études à grande échelle ont démontré que la mammographie n'apporte aucun bénéfice en termes de mortalité⁽²⁷⁻²⁹⁾.

REGARDER DE PLUS PRÈS...

- *L'étude nationale canadienne sur le dépistage du cancer du sein 1* a porté sur 50 000 femmes âgées de 40 à 49 ans et a comparé des femmes ayant bénéficié pendant cinq ans d'un dépistage annuel par mammographie et d'un examen physique des seins à des femmes n'ayant bénéficié que d'un seul examen physique des seins. L'étude a révélé que cinq mammographies et examens des seins annuels chez les femmes âgées de 40 à 49 ans n'entraînaient "aucune réduction de la mortalité par cancer du sein". ²⁷
- *L'étude nationale canadienne sur le dépistage du cancer du sein 2* a porté sur 40 000 femmes âgées de 50 à 59 ans et a comparé les femmes qui ont bénéficié pendant cinq ans d'un examen physique des seins et d'un dépistage par mammographie à celles qui n'ont bénéficié que d'un examen physique. L'étude a conclu que chez les femmes âgées de 50 à 59 ans, "l'ajout d'un dépistage mammographique annuel à l'examen physique n'a pas d'impact sur la mortalité par cancer du sein". ²⁸
- Le suivi combiné sur 25 ans de *L'étude nationale canadienne sur le dépistage du cancer du sein 1 et 2* a été l'une des études les plus vastes et les plus méticuleuses jamais menées sur la mammographie. Publiés dans le *British Medical Journal* en 2014, les résultats ont montré que "la mammographie annuelle chez les femmes âgées de 40 à 59 ans ne réduit pas le risque de cancer du sein".

de la mortalité due au cancer du sein au-delà de l'examen physique..."²⁹

SURDIAGNOSTIC ET SURTRAITEMENT

L'une des principales lacunes de la mammographie est la fréquence des erreurs de diagnostic du cancer du sein.

Sur 10 mammographies, les femmes aux États-Unis ont entre 58 et 77 % de chances de recevoir un faux diagnostic de cancer du sein³⁰. Une autre étude a montré que pour les femmes présentant de multiples facteurs de risque de cancer du sein, comme des antécédents familiaux importants, l'utilisation prolongée de la pilule contraceptive, etc. - celles qui sont le plus fortement incitées à passer des mammographies annuelles - le risque cumulé sur 10 ans d'être faussement diagnostiquées est "aussi élevé que 100 %"(³¹).

Et bien sûr, la plupart d'entre eux finiront par subir des traitements inutiles et souffriront des horribles effets secondaires et mutilations associés à la chirurgie et à la radiothérapie.

Une étude publiée en 2012 dans le *New England Journal of Medicine* a conclu qu'une femme sur trois (33 %) chez qui un cancer du sein a été diagnostiqué à la suite d'une mammographie a fait l'objet d'un diagnostic erroné, et que 1,3 million de femmes ont été surdiagnostiquées par mammographie au cours des 30 dernières années(³²).

UN GRAND PRIX À PAYER

Bien que le test PSA et la mammographie n'atteignent pas leur objectif de prolongation de la vie, le test PSA n'implique qu'un échantillon de sang alors que la mammographie expose les patients à des radiations ionisantes et à d'autres procédures nocives.

Tout d'abord, le sein est fortement (et souvent douloureusement³³) comprimé entre deux plaques d'imagerie. Si un cancer est présent dans le sein pendant cette compression, il peut entraîner des métastases(³⁴). Ensuite, l'image radiographique est prise et la patiente reçoit une dose de 10 mSv (millisievert) de rayonnements ionisants, soit environ "1000 fois plus que celle d'une radiographie du thorax", selon le Dr Samuel Epstein.³⁵

LES DANGERS DES FAIBLES DOSES DE RAYONNEMENTS IONISANTS

Le gouvernement américain a longtemps soutenu que de faibles doses de rayonnements ionisants ne sont pas dangereuses pour la santé humaine,³⁶ mais depuis le début des années 1950, la recherche scientifique a indiqué à plusieurs reprises que de faibles doses de rayonnements, comme celles administrées aux patients lors de l'imagerie par rayons X, provoquent en fait une augmentation des taux de cancer.³⁷⁻⁵³

REGARDER DE PLUS PRÈS...

- En 2010, des chercheurs de l'Université de Californie ont étudié la relation entre l'exposition aux rayons X au début de la vie et la leucémie infantile. "L'exposition aux rayons X de diagnostic post-natal est associée à un risque accru de leucémie infantile aiguë, a conclu l'étude."⁵³
- Une étude publiée en 1981 dans *The Lancet* s'est penchée sur l'incidence du cancer chez des ouvrières d'usine qui produisaient de la peinture contenant un élément radioactif, le radium. Les ouvrières ont reçu des doses de rayonnement de 1 à 4 mGy (milligray) par semaine et l'étude a révélé que "celles du groupe qui avaient moins de 30 ans lorsqu'elles ont commencé à travailler présentent un risque significativement accru de mourir d'un cancer du sein".⁴⁶
- En 1989, des scientifiques d'Atlanta (Géorgie) ont étudié 1 030 femmes atteintes de scoliose et ayant subi de multiples radiographies pendant leur enfance. Publiée dans le *Journal of the National Cancer* Après un suivi moyen de 26 ans, l'étude a révélé une incidence de cancer supérieure de 83 % chez les femmes par rapport à la population générale. Il est important de noter que le taux de cancer augmente avec le temps : les femmes évaluées plus de 30 ans plus tard présentaient une incidence de cancer supérieure de 140 % à celle de la population générale.⁴³

LES FAIBLES DOSES SONT PIRES QUE LES DOSES PLUS ÉLEVÉES

Des recherches révolutionnaires, menées principalement sur des survivants de la bombe atomique et des travailleurs du secteur nucléaire, commencent à révéler un détail surprenant : non seulement de faibles doses de

de radiations ionisantes suffisantes pour provoquer un cancer, mais de faibles doses peuvent en fait être *plus nocives* que des doses plus importantes.⁵⁴⁻⁵⁷

E.B. Burlakova, directeur du comité de radiobiologie de l'Académie russe des sciences, a publié un certain nombre d'études montrant que la véritable dose-réponse des rayonnements ionisants est *biphasique*, c'est-à-dire que les dommages augmentent à partir de la dose zéro, puis diminuent et augmentent à nouveau⁽⁵⁸⁾.

REGARDER DE PLUS PRÈS...

- Une étude japonaise de 2008 a comparé la prévalence du cancer chez les survivants de la bombe atomique d'Hiroshima à celle d'une population non exposée. L'étude a révélé un risque de cancer significativement élevé dans la population exposée, "même pour les catégories de doses faibles et très faibles".
56
- Des chercheurs italiens ont exposé un groupe de souris à 1 Gy (gris) de rayonnements ionisants et un autre groupe de souris à 0,1 Gy de rayonnements ionisants et ont comparé les effets. Les résultats ont été publiés dans l'*International Journal of Radiation Biology* en 2008 et ont révélé que "chez les souris exposées à 1 Gy, les dommages génétiques étaient initialement élevés et ont diminué pendant la durée de l'expérience, tandis que dans le groupe exposé à 0,1 Gy, les dommages, d'abord faibles, ont persisté et ont légèrement augmenté".⁵⁴
- En 2016, des chercheurs allemands et lettons ont remis en question la validité du modèle mondial actuel de risque d'irradiation en étudiant les risques génétiques liés à l'exposition à de faibles doses de rayonnement. L'étude a révélé que "presque tous les types de défauts héréditaires ont été trouvés à des doses aussi faibles que 1 à 10 mSv" et a conclu que le modèle de risque mondial actuel pour les effets génétiques des rayonnements ionisants n'est pas sûr. Il est important de noter que leurs travaux "confirment l'existence d'une relation dose-réponse non linéaire, biphasique ou supralinéaire (hogs-back), et qui, dans une large mesure, sature ou tombe au-dessus de 10 mSv".⁵⁷

Comment une dose plus faible de rayonnements ionisants peut-elle *être plus* nocive qu'une dose plus importante ?

"Le cancer survient lorsque l'ADN des cellules est endommagé, mais que les cellules ne sont pas tuées. Les doses de rayonnement plus élevées sont plus susceptibles de tuer des cellules. Les doses plus faibles sont donc cancérogènes de manière disproportionnée", explique le Dr.

Chris Busby⁵⁹

J'ai posé la même question au Dr Ray Peat, qui m'a répondu : "L'effet le plus important par dose à faible dose est en quelque sorte analogue à celui d'une voiture dont la consommation d'essence est bonne à faible vitesse et avec une faible résistance au vent, alors qu'elle est médiocre à 80 ou 100 miles par heure, avec une résistance au vent considérable. Ce n'est pas surprenant si l'on pense en termes d'"excitation électronique relativement légère", produisant des signaux inflammatoires chroniques, plutôt qu'en termes d'événements mutagènes "tout ou rien".

L'IMAGERIE PAR RAYONS X VAUT-ELLE LA PEINE D'ÊTRE UTILISÉE ?

Un certain nombre de scientifiques au franc-parler sont parvenus à des conclusions surprenantes concernant l'utilisation de l'imagerie médicale, que le monde doit connaître.

En 1971, le Dr Robert W. Gibson et ses collègues de l'Université de Buffalo ont mené une étude sur les effets sur la santé du rayonnement à faible dose provenant de l'imagerie radiographique. Les chercheurs ont conclu que le fait de subir moins d'une douzaine de radiographies médicales de routine sur la même partie du corps augmente le risque de leucémie d'*au moins* 60 %⁶⁰.

Le Dr Irwin Bross a dirigé l'étude Tri-State Leukemia Study dans les années 1970 afin de déterminer les causes de l'augmentation alarmante des cas de leucémie à l'époque. L'expérience a porté sur 16 millions de personnes de New York, du Maryland et du Minnesota, et après avoir exploré un large éventail de facteurs - notamment les antécédents de santé, les antécédents professionnels, les antécédents résidentiels, les antécédents familiaux, la cause du décès des parents et des grands-parents, l'exposition aux animaux de ferme, la possession d'animaux de compagnie, le fait que les animaux de compagnie aient été malades ou non - le Dr.

Bross a conclu que les radiations médicales sous forme de radiographies médicales diagnostiques étaient la *principale cause* de l'augmentation des taux de leucémie⁶¹.

Le Dr John Gofman, physicien médical de l'université de Californie, est devenu porte-parole de la Commission de l'énergie atomique des États-Unis dans les années 1940 et a passé près de 30 ans à voyager pour glorifier l'utilisation des rayons X et d'autres formes de rayonnement tout en niant que les rayonnements ionisants

n'avait pas d'effets nocifs. Puis, au beau milieu d'un de ses discours, à la fin des années 1960, il s'est rendu compte que ce qu'il disait depuis trois décennies était insensé :

"Le grand moment de ma vie s'est produit alors que je donnais une conférence sur la santé à des ingénieurs nucléaires. Au milieu de mon discours, j'ai été frappé ! Qu'est-ce que je suis en train de dire ? Si vous ne savez pas si de faibles doses sont sûres ou non, vous avez tort de continuer. À ce moment-là, j'ai complètement changé de position".

Le Dr Gofman est soudainement passé du statut de "tête parlante" du gouvernement et de l'industrie nucléaire à celui de l'une de leurs plus grandes menaces. Il s'est retrouvé à faire campagne contre l'utilisation des technologies nucléaires et de radiologie médicale et à écrire un certain nombre d'ouvrages novateurs.

La conclusion la plus importante à laquelle est parvenu le Dr Gofman après toute une vie de recherches sur les effets biologiques des rayonnements X à faible dose est que l'exposition aux rayonnements accumulés lors des diagnostics médicaux est *la cause principale* de plus de 50 % des décès par cancer, de 60 % des décès par maladie cardiaque et de plus de 80 % des décès par cancer du sein aux États-Unis.

Tout en reconnaissant l'existence d'autres causes de cancer telles que le tabagisme, la mauvaise qualité de l'alimentation et les toxines environnementales, le Dr Gofman affirme que plus de la moitié des décès dus au cancer et aux maladies cardiaques n'auraient pas eu lieu sans les radiographies médicales⁽⁶²⁾.

entendu, aucune des preuves ci-dessus ne peut être officiellement reconnue, car cela signifierait la mort de l'ensemble de l'industrie nucléaire : énergie, armes et imagerie médicale.

DÉPISTAGE DU CANCER : UN DÉSASTRE POUR LA SANTÉ PUBLIQUE

Si la mammographie révèle une anomalie que le médecin soupçonne être un cancer, une biopsie sera pratiquée. Et si la biopsie révèle ce que le médecin interprète comme un cancer, la femme devient soudain une patiente atteinte d'un cancer du sein et recevra tout ce qu'il faut - chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie.

Bien qu'il soit prouvé que l'ablation chirurgicale d'un ou des deux seins (mastectomie) entraîne une augmentation des récurrences tumorales et une mortalité plus élevée⁶³ ou, au mieux, n'apporte aucun avantage supplémentaire⁶⁴, le nombre de mastectomies a augmenté au cours des dernières années⁶⁵.

REGARDER DE PLUS PRÈS...

- Une étude de 1995 publiée dans le New England Journal of Medicine a suivi des patientes atteintes d'un cancer du sein 10 ans après avoir subi une mastectomie (ablation chirurgicale d'un ou des deux seins) ou une simple tumorectomie (ablation chirurgicale de la tumeur et de certains tissus environnants) suivie d'une irradiation de l'ensemble du sein. Les patientes ayant subi une mastectomie présentaient davantage de récurrences tumorales et un taux de mortalité plus élevé 10 ans après le traitement que celles ayant subi une tumorectomie moins invasive.⁶³
- Cette tendance s'explique en grande partie par l'augmentation spectaculaire du nombre d'infractions à la législation sur les droits de l'homme.

La couverture médiatique des mastectomies de célébrités depuis 2004, ont écrit des scientifiques de l'université du Michigan. "Le traitement chirurgical était significativement plus susceptible d'être mentionné [dans les médias] lorsqu'une célébrité avait subi une mastectomie bilatérale qu'une mastectomie unilatérale ou une conservation du sein", ont conclu les auteurs de l'étude. ⁶⁶

- L'un des effets secondaires qu'un chirurgien omettra probablement de mentionner avant de pratiquer une mastectomie est la baisse quasi universelle de l'estime de soi que les femmes connaissent à la suite de l'intervention. ^{67,68} "Les patientes qui ont subi une mastectomie se sentent moins attirantes, moins désirables sexuellement et ont davantage honte de leurs seins. Elles ont également éprouvé moins de plaisir dans leurs relations sexuelles qu'avant le traitement". ⁶⁹ Pour lutter contre ce désespoir, de nombreuses femmes retournent chez leur chirurgien pour se faire poser des implants mammaires qui, malheureusement, ne font qu'aggraver une situation déjà difficile.

Les implants mammaires après une mastectomie ont été associés à multiplication par 3 du risque de suicide. ⁷⁰

Revenons maintenant à la question initiale posée au début de ce chapitre : La détection et le traitement précoces du cancer sauvent-ils des vies ?

Nous avons examiné un certain nombre d'études montrant que ni le test PSA ni la mammographie n'apportent le moindre bénéfice en termes de mortalité aux hommes et aux femmes qui s'y soumettent. Au lieu de sauver des vies, la généralisation du dépistage du cancer de la prostate et du cancer du sein n'a fait qu'augmenter le nombre d'hommes et de femmes diagnostiqués et traités pour un cancer.

Si cette situation est manifestement lucrative et gratifiante pour l'industrie du cancer, le surdiagnostic et le surtraitement massifs qui soutiennent cette industrie en plein essor ont un prix considérable : on dit souvent aux patients qu'ils ont un cancer alors qu'ils n'en ont pas, et on les traite souvent de manière agressive pour des maladies qu'ils n'ont pas.

C'est peut-être la raison pour laquelle le Dr Dean Burk a dit un jour de l'American Cancer Society : "Ils mentent comme des vauriens" ou que le Dr James Watson, l'homme qui a découvert l'ADN, a déclaré devant la commission de la santé de l'assemblée californienne en 1976 : "On vend au public américain une sale facture sur le cancer... Aujourd'hui, les communiqués de presse de l'Institut national du cancer ont toute l'honnêteté de ceux du Pentagone".

CITATIONS INTEMPORELLES

"Il est totalement absurde de prétendre que le fait de détecter les symptômes du cancer suffisamment tôt augmente les chances de survie du patient : aucun scientifique ni aucune étude ne l'a prouvé de quelque manière que ce soit.

- Dr. Hardin B. Jones

"Il n'y a tout simplement aucune preuve que la détection précoce du cancer de la prostate améliore la santé des patients.

- Dr. Steven H. Woolf, conseiller scientifique de l'US Preventive Services Task Force

"Nous regarderons ce siècle en arrière et nous en rirons mais nous allons d'abord pleurer. C'est l'une des périodes les plus barbares. C'est

*L'âge des ténèbres de la médecine".
- Dr. Richard Shulze*

LA BATAILLE POUR LA VÉRITÉ

Un jugement monumental a été rendu par un tribunal fédéral américain en 2006, lorsqu'un juge a déclaré les fabricants de cigarettes *coupables* de conspiration, de fraude et de racket. "Ils savaient que les cigarettes provoquaient le cancer et ils ont menti à ce sujet. Ils savaient que la nicotine créait une dépendance, et ils ont menti sur ce point également.

Ils ont manipulé les niveaux de nicotine dans les cigarettes pour maintenir la dépendance du fumeur. Et ils l'ont nié, tout en sachant que c'était faux. Ils ont menti sur le marketing auprès des jeunes", a déclaré le Dr David Kessler, principal témoin du gouvernement dans cette affaire.¹

Aujourd'hui, la plupart des gens ne devraient pas être surpris d'apprendre que l'industrie du tabac a conspiré pour vendre ses produits nocifs, mais ce qui pourrait être surprenant, c'est qu'en dépit des 100 millions de décès provoqués par la cigarette au 20^e siècle², le juge n'a imposé que des sanctions mineures aux entreprises, sans les frapper durement au portefeuille, a rapporté *le Los Angeles Times*⁽³⁾.

LA PSYCHOLOGIE DES RICHES

Pour la plupart d'entre nous, l'idée d'assassiner plus de 100 millions de personnes dans un but lucratif est incompréhensible. Les scientifiques qui analysent cette psychologie déconcertante depuis plusieurs décennies sont parvenus à la conclusion qu'une classe sociale élevée "prédit un comportement contraire à l'éthique plus important"⁽⁴⁻⁶⁾.

Une étude de 2012 sur le sujet a montré que les individus de classe supérieure étaient plus susceptibles d'enfreindre la loi, de voler, de mentir, d'approuver des comportements contraires à l'éthique et de tricher pour augmenter leurs chances de remporter un prix.

Avec un "prix" annuel de 35 milliards de dollars en jeu pour l'industrie du tabac⁷, nous pouvons peut-être maintenant commencer à comprendre les motivations qui sous-tendent leur terrible conduite, et aussi pourquoi l'industrie du cancer - avec son "prix" annuel de 125 milliards de dollars - pourrait se rendre coupable de crimes similaires.

LE SAC À MALICES DE L'INDUSTRIE DU CANCER

L'industrie du cancer a recours à un certain nombre de stratagèmes simples pour accroître ses profits et à d'autres qui ont nécessité plus d'efforts pour être orchestrés. Pour commencer, une étude réalisée en 2015 a révélé qu'entre 1995 et 2013,

le prix moyen de lancement des nouveaux médicaments anticancéreux a augmenté en moyenne de 8 500 dollars (10 %) par an⁽⁸⁾. Certains des médicaments les plus récents contre le cancer peuvent coûter aux patients plus de 150 000 USD pour une année de traitement⁹.

Les coûts de production de ces nouveaux médicaments ont-ils augmenté ? Non. Les médicaments sont-ils plus efficaces ? Non.

Les laboratoires pharmaceutiques font payer plus cher les médicaments anticancéreux simplement parce qu'ils le peuvent.

Une étude de 2016 intitulée "*Overspending driven by oversized single dose vials of médicaments anticancéreux*"¹⁰ simple fait de vendre des flacons de chimiothérapie à taille unique contenant bien plus que ce dont la plupart des patients ont besoin permet de générer 3 milliards de dollars supplémentaires chaque année en vendant des produits qui finissent par ne pas être utilisés.

DES REMÈDES CONTRE LE CANCER SUPPRIMÉS ?

La plupart des personnes à qui j'ai parlé soupçonnent l'industrie du cancer d'avoir participé à la suppression des traitements contre le cancer. Des raids armés contre la ***clinique Burzynski*** au Texas à l'extinction politique de la clinique de cancérologie de Renée Caisse au Canada, en passant par l'incroyable histoire de Krebiozen, la suppression active de médicaments qui ont menacé les profits de l'establishment du cancer n'est pas rare. L'un des récits les plus fascinants nous vient du Dr Stan Monteith, qui a récemment révélé, grâce à la loi sur la liberté de l'information, une histoire qui avait été cachée au public pendant plus de 50 ans.

Dans les années 1950, un homme nommé Charles Tobey Jr. s'est vu diagnostiquer un cancer et a appris qu'il lui restait moins de deux ans à vivre. Mais au lieu de se soumettre traitements orthodoxes toxiques qui lui étaient recommandés par ses médecins, Tobey Jr. a découvert une approche alternative pour laquelle il a opté. Ce traitement est connu sous le nom de "*traitement Lincoln*".

Mis au point par le Dr Robert Lincoln, médecin à Medford (Massachusetts), le traitement Lincoln consistait à prélever des échantillons de virus et de bactéries sur les patients, à les cultiver, puis à les leur administrer à l'aide d'un nébuliseur. Le Dr Lincoln n'a jamais demandé plus de 5 dollars pour ce traitement et, selon Tobey Jr, il a permis de guérir de nombreuses personnes. "J'ai vu

J'ai vu des centaines de personnes qui allaient mieux ; j'ai vu des centaines de maris et de femmes qui sentaient qu'ils avaient un nouvel espoir, et qui sentaient qu'ils allaient vers quelqu'un qui essayait honnêtement de les aider". Tobey Jr. a suivi le traitement Lincoln, s'est complètement rétabli du cancer et reconnaît que le traitement lui a sauvé la vie⁽¹¹⁾.

Après avoir appris que son fils n'avait pas de cancer et vu les autorités sanitaires américaines refuser d'enquêter sur le traitement de Lincoln, son père - l'éminent sénateur américain Charles Toby - a lancé une enquête officielle sur l'établissement de cancérologie. Pour ce , Toby a nommé l'enquêteur Benedict Fitzgerald de la Commission du commerce inter-États des États-Unis (US Interstate Commerce Commission). Ses conclusions, intitulées *The Fitzgerald Report*, ont été présentées au Sénat américain en 1953, mais celui-ci n'a pris aucune mesure et l'enquête n'a jamais été rendue publique⁽¹²⁾. Voici quelques conclusions de son enquête, finalement rendue publique en 2007 :

"L'enquête que j'ai menée jusqu'à présent devrait convaincre cette commission qu'il existe une conspiration visant à empêcher la libre circulation et l'utilisation, dans le commerce interétatique, de médicaments qui ont prétendument une valeur thérapeutique solide. Des fonds publics et privés ont été jetés comme des confettis dans une foire de campagne pour fermer et détruire des cliniques, des hôpitaux et des laboratoires de recherche scientifique qui ne conformement pas au point de vue des associations médicales.

Il y a lieu de croire que l'AMA [American Medical Association] a fait preuve de précipitation, de caprice, d'arbitraire et de malhonnêteté pure et simple... dans le cadre d'un projet de réforme de la santé.

une conspiration interétatique aux proportions alarmantes. Derrière et au-dessus de tout cela se trouve le conglomerat le plus étrange de motifs corrompus, d'intrigues et d'égoïsme,

jalousie, obstruction et conspiration que je n'ai jamais vues".

- Benedict F. Fitzgerald, Jr, Le rapport Fitzgerald

RECHERCHE FRAUDULEUSE SUR LE CANCER ?

L'un des stratagèmes utilisés par l'industrie du tabac pour tromper le public américain sur la sécurité des cigarettes consistait à payer des scientifiques pour qu'ils fabriquent des preuves déclarant que les cigarettes n'étaient pas nocives.¹³ Est-il possible que l'industrie du cancer ait elle aussi été impliquée dans la fabrication de preuves scientifiques pour dénaturer la sécurité et l'efficacité de ses outils de dépistage ou de ses traitements contre le cancer ?

Une étude citée à plusieurs reprises par l'industrie ces dernières années comme "l'exemple parfait" des avantages de la mammographie a été menée au Danemark et publiée en 2005. En examinant les effets du dépistage par mammographie sur les femmes de Copenhague pendant les dix premières années suivant son introduction en 1991, l'étude a montré que la mammographie avait réduit la mortalité de 25 %¹⁴.

Cependant, en 2010, des scientifiques du Centre nordique Cochrane au Danemark ont réanalysé les résultats de ce groupe et sont parvenus à des conclusions surprenantes.

En élargissant le champ de l'étude pour inclure les données de mortalité par cancer du sein 10 ans avant l'introduction du et 10 ans après sa mise en pratique dans des régions qui n'y recouraient pas, ils ont découvert des failles importantes dans le travail original. Publiée dans le *British Medical Journal*, l'étude a conclu que le cancer du sein avait en fait légèrement *augmenté à la suite* du dépistage par mammographie⁽¹⁵⁾.

Avec environ 48 millions de mammographies réalisées chaque année aux États-Unis, ¹⁷ à des prix allant de 43 dollars à 1 989 dollars pour l'examen, ¹⁸

La mammographie représente entre 2 et 91 milliards de dollars de chiffre d'affaires. de revenus annuels pour l'industrie du cancer, sans parler des traitements qui en découlent.

J'ai contacté le Centre nordique Cochrane et lui ai demandé s'il avait connaissance d'un financement industriel derrière ce travail original. Il m'a répondu : "L'étude du BMJ à laquelle vous faites référence n'a pas été financée par l'industrie. Le problème réside dans la partialité intellectuelle, qui est parfois un problème d'une ampleur similaire.

Ce que l'industrie du cancer a fait dans ce cas, c'est exploiter une recherche erronée pour vendre un service qui provoque souvent des mutilations inutiles et une augmentation des décès, ce qui n'est pas moins immoral. Il existe un certain nombre d'autres études qui pourraient avoir été financées par l'industrie pour brouiller délibérément la question de la sécurité et de l'efficacité de la mammographie. Je les présenterai et nous laisserons le juge décider.

L'une des études les plus accablantes jamais réalisées sur le dépistage et le traitement du cancer a été publiée dans la revue *Medical Hypotheses* en 1996¹⁶.

Pou

r cette étude, les scientifiques ont réexaminé 7 essais randomisés de dépistage par mammographie, communément cités comme ayant apporté la preuve d'une réduction du cancer du sein.

Les chercheurs ont analysé la mortalité due au cancer afin de déterminer si la détection précoce permet ou non de sauver des vies. Leurs conclusions sont les suivantes :

- **Détection précoce :**

"Aucune corrélation n'a été trouvée entre la réduction de la mortalité due au cancer du sein et une intervention chirurgicale plus précoce. En fait, l'essai dans lequel l'intervention chirurgicale était la plus précoce présentait la réduction la plus faible de la mortalité, et celui dans lequel l'intervention chirurgicale était la moins précoce présentait la réduction la plus importante de la mortalité. Cela démontre que l'hypothèse d'un diagnostic plus précoce n'est pas valable".

- **Chirurgie du cancer :**

"La conclusion de l'analyse précédente, selon laquelle il n'a pas été démontré que la chirurgie réduisait la mortalité, quelle que soit la forme de cancer, reste donc valable.

- **Radiothérapie :**

"Une certaine corrélation a été établie entre la réduction de la mortalité et la réduction de l'utilisation de la radiothérapie..."

En examinant les sept essais de dépistage par mammographie, les chercheurs ont identifié jusqu'à cinq facteurs variables dans chaque essai, ce qui a faussé les résultats. La réduction du nombre de décès attribués au dépistage mammographique dans les sept essais résulte de l'utilisation de données statistiques erronées qui ont permis de reclasser un certain nombre de décès dus au cancer du sein "comme des décès d'autres causes à la suite de lésions cardiaques ischémiques causées par la radiothérapie". En d'autres termes, les personnes décédées par radiothérapie à la suite d'une détection précoce par mammographie ont été étiquetées comme mortes pour des raisons autres que le cancer du sein, ce qui a donné l'impression fautive d'une réduction du nombre de décès dus au cancer du sein et, par conséquent, d'un bénéfice en termes de mortalité à la fois pour le traitement et pour le dépistage. Cela vous rappelle quelque chose ?

Vous vous souviendrez qu'au chapitre de la radiothérapie, comme l'a révélé le Dr Ralph Moss, les statistiques officielles de mortalité par cancer ont été modifiées pour faire croire que les traitements contre le cancer sont plus efficaces qu'ils ne le sont en réalité.¹⁹⁻²²

En mettant en place un système dans lequel les statistiques de mortalité par cancer sont calculées à partir des certificats de décès, on a préparé le terrain pour que même des scientifiques impartiaux tirent des conclusions favorables aux programmes inefficaces de dépistage du cancer et aux traitements orthodoxes - en dissimulant la vérité sur leurs dangers et en contournant temporairement l'effondrement inévitable de l'industrie du cancer.

LA BATAILLE POUR LA VÉRITÉ

La bataille incessante qui se joue devant nous oppose les individus à la recherche de la vérité empirique et ceux qui recherchent le gain monétaire. La façon dont les personnes et les organisations réagissent aux critiques formulées à l'encontre des outils de dépistage et des traitements du cancer révèle de quel côté elles se trouvent.

Lorsque le groupe de travail américain sur les services préventifs a publiquement recommandé en 2011 de ne pas pratiquer le dépistage du PSA "avec une certitude modérée à élevée", estimant que ses inconvénients l'emportaient sur ses avantages, la communauté urologique - qui compte sur l'afflux constant de patients atteints d'un cancer de la prostate, pour la plupart mal diagnostiqués, fourni par le test PSA pour rester en activité - s'est défendue.

Mais au lieu de chercher des failles dans les preuves utilisées par le groupe de travail pour formuler sa recommandation, la communauté des urologues a réagi avec émotion, qualifiant leur décision de "cynique", "irréfléchie" et "déraisonnable"⁽²³⁾. Skip Lockwood, directeur général de l'organisation à but non lucratif ZERO, spécialisée dans le cancer de la prostate, est même allé jusqu'à dire que cette décision équivaldrait à une condamnation à mort pour des milliers d'hommes chaque année. "La décision du gouvernement américain de ne pas accorder sa confiance au test PSA condamne des dizaines milliers d'hommes à mourir cette année et chaque année à l'avenir..."⁽²⁴⁾

Peter Gotzsche, éminent professeur danois, statisticien et directeur du Nordic Cochrane Center, étudie la mammographie depuis plus de vingt ans. Non seulement les mammographies ne contribuent guère à réduire le nombre de décès dus au cancer du sein, mais parce qu'on n'a pas dit la vérité aux femmes sur les risques de la mammographie, explique-t-il, certaines subissent un défigement douloureux et un traitement totalement inutile qui aurait pu raccourcir leur vie⁽²⁵⁾.

En 2000, le Dr Gotzsche et son collègue ont réalisé une méta-analyse de huit essais randomisés sur le dépistage par mammographie⁽²⁶⁾. Les six essais qui avaient fait état d'un bénéfice du dépistage en termes de mortalité présentaient des déséquilibres ou des incohérences dans la manière dont ils avaient été randomisés, et sur les deux essais qui avaient été randomisés, un seul avait été randomisé, et un autre avait été randomisé.

Dans les autres essais qui avaient été randomisés de manière adéquate, aucun n'a fait état d'un bénéfice en termes de mortalité, ce qui a amené les chercheurs à conclure que "le dépistage du cancer du sein par mammographie n'est pas justifié". L'étude a été publiée dans *The Lancet* et ses résultats ont suscité une réaction furieuse.

À l'instar d'une industrie qui lutte pour son existence, les profiteurs de la mammographie et du traitement du cancer du sein n'ont pas contesté la validité des conclusions du Dr Gotzsche, mais ont plutôt choisi de l'attaquer personnellement. "Souvent, les attaques ne remettaient même pas en cause mes recherches, elles étaient simplement personnelles. On a dit de moi que j'étais ignorant, négligent et en croisade contre le dépistage", a déclaré le Dr Gotzsche. Les "experts" de l'industrie ont exhorté les femmes à ignorer le rapport, les "autorités" gouvernementales ont affirmé qu'il ne reposait sur aucune preuve et Laszlo Tabar - auteur de l'un des essais analysés dans l'étude - a qualifié Gotzsche de "haïsseur de femmes"⁽²⁵⁾.

L'acharnement contre les scientifiques qui dénoncent l'inefficacité et les dangers des dépistages et des traitements du cancer représente une lutte désespérée de ceux qui profitent des dépistages et des traitements du cancer pour empêcher le public de réaliser leur plus grande crainte : *il vaut mieux s'en passer*.

DE NOMBREUX "CANCERS" NE SONT MÊME PAS NOCIFS

Dans une étude publiée en 2016 dans le *Journal of the American Medical Association*, un groupe international de médecins a déclaré qu'un type de cancer de la thyroïde, appelé Variante folliculaire encapsulée du carcinome papillaire de la thyroïde, n'est plus un cancer²⁷. Bien que ces tumeurs aient été diagnostiquées comme des cancers et traitées pendant des décennies, il s'est avéré qu'elles ne produisaient jamais de symptômes ou de problèmes pour les patients lorsqu'elles n'étaient pas traitées.

Le Dr Yuri E. Nikiforov, de l'université de Pittsburgh, a été à l'origine de la demande de reclassification lorsqu'on lui a demandé son avis sur une petite tumeur de la thyroïde chez une jeune femme de 19 ans. "J'ai dit au chirurgien, qui était un bon ami, 'il s'agissait d'une tumeur de très faible grade. Vous n'avez rien d'autre à faire". Mais le chirurgien m'a répondu que les directives l'obligeaient à retirer toute la glande thyroïde de la jeune femme et à la traiter à l'iode radioactif. J'ai dit : "Ça suffit. Il faut que quelqu'un prenne ses responsabilités et mette fin à cette folie".

Grâce à l'initiative réussie du Dr Nikiforov, "...des milliers de patients n'auront pas à subir l'ablation de leur thyroïde, un traitement à l'iode radioactif et des examens réguliers pour le reste de leur vie..." a rapporté le *New York*

Times.²⁸ Mais ce type particulier de tumeur thyroïdienne n'est pas le seul type cancer inoffensif et nécessitant une reclassification.

CANCER DE LA PROSTATE

Le plus étonnant dans l'industrie mondiale du cancer de la prostate, qui pèse un billion de dollars²⁹, c'est que, même sans traitement, presque aucun homme diagnostiqué avec un cancer de la prostate ne mourra de la maladie.

En 1992, des chercheurs ont suivi des patients atteints d'un cancer de la prostate non traité, dix ans après le diagnostic, afin de déterminer leur taux de survie. Les résultats ont montré que seuls 8,5 % des patients étaient morts du cancer de la prostate. Certains patients sont morts d'autres causes, mais le taux de survie global des patients atteints d'un cancer de la prostate non traité à 10 ans était de près de 90 %³⁰.

Mais il y a un hic : certains patients ont reçu l'hormone œstrogène comme traitement, ce qui a probablement été justifié par la croyance erronée que le cancer de la prostate est causé par la testostérone^{31,74-77}. L'œstrogène étant officiellement classé parmi les substances cancérigènes, le taux de survie à 10 ans des patients atteints d'un cancer de la prostate non traité - qui ne reçoivent pas d'œstrogènes - est probablement encore plus élevé. J'ai recherché d'autres études sur les taux de survie à long terme des patients atteints d'un cancer de la prostate non traité et j'ai trouvé ce qui suit.

En 2010, des chercheurs suédois ont publié dans le *Journal of the National Cancer Institute* une étude portant sur le nombre d'hommes atteints d'un cancer de la prostate non traité qui en meurent. Dix ans après le diagnostic d'un cancer de la prostate à un stade précoce, les résultats ont montré que seuls 2,4 % des hommes sont morts de la maladie.³²

"Sur l'ensemble des hommes chez qui un cancer de la prostate est diagnostiqué chaque année, le risque de décès par cette maladie au cours de leur vie n'est que de 3 %, ce qui signifie, bien entendu, qu'un homme a 97 % de chances de survivre à un diagnostic de cancer de la prostate...", explique le Dr Richard Ablin.

À cause de l'utilisation abusive d'un simple test, des millions d'hommes ont dû déboursier entre 20 000 et 50 000 dollars, voire plus⁽³³⁾, pour des traitements qui les ont rendus impuissants

et de devoir porter des couches - parfois pour le reste de leur vie - tout cela pour traiter un "cancer" qui n'a jamais été une menace.

CANCER DU SEIN

Aux États-Unis, plus de 60 000 femmes se voient diagnostiquer chaque année un type de cancer du sein à un stade précoce appelé carcinome canalaire in situ (CCIS).³⁴ Entre 1983 et 2003, le nombre de femmes diagnostiquées avec un DCIS a augmenté de 500 %⁽³⁵⁾, et la plupart d'entre elles ont subi des interventions chirurgicales préjudiciables et inutiles⁽³⁶⁾. De même que pour le cancer de la prostate, pratiquement aucune femme diagnostiquée avec un DCIS ne mourra si son "cancer" n'est pas traité^{27,39}.

Une étude publiée dans le *Journal of the American Medical Association* en 2015 a examiné les taux de mortalité à 20 ans de plus de 108 196 femmes ayant reçu un diagnostic de carcinome canalaire in situ. Les résultats ont montré que 20 ans après le diagnostic, qu'elles aient été traitées ou non, seules 3,3 % des femmes sont décédées d'un cancer du sein⁽³⁷⁾.

Les résultats de cette étude ont incité Laura Esserman, M.D., et sa collègue Christina Yau, Ph.D., de l'Université de Californie, à rédiger un éditorial dans lequel elles déclarent : "Étant donné le faible risque de mortalité lié au cancer du sein, nous devrions cesser de dire aux femmes que le DCIS est une urgence et qu'elles doivent programmer une intervention chirurgicale définitive dans les deux semaines qui suivent le diagnostic"⁽³⁸⁾. Alors que les femmes diagnostiquées avec un CCIS sont régulièrement effrayées pour qu'elles suivent rapidement un traitement, cette étude suggère que le meilleur traitement pour ces patientes est l'absence de traitement.

DE NOMBREUX AUTRES CANCERS

L'un des messages essentiels du Dr Peter Gotzsche est que de nombreuses tumeurs occultes détectées lors du dépistage du cancer du sein³⁹ et de la prostate⁴⁰ peuvent ne jamais atteindre un stade suffisamment avancé pour nuire aux patients. Par conséquent, des milliers de personnes qui seraient restées en parfaite santé - parce que leur cancer n'aurait jamais posé de problème - deviennent des patients cancéreux.

"C'est une réalité biologique que nous ne pouvons pas éviter le cancer en vieillissant", déclare le Dr Gotzsche. "Le cancer est si courant que presque toutes les personnes d'âge moyen en présentent des signes et que la plupart d'entre elles meurent sans avoir eu le moindre symptôme"⁽²⁵⁾.

Depuis des années, de nombreux cancérologues demandent la reclassification des petits cancers du sein et de la prostate, du poumon, du cerveau, de la thyroïde, de la peau et du rein²⁷. De plus en plus d'expériences menées par des scientifiques avant-gardistes montrent que lorsque nous évitons de nuire à l'organisme par des traitements destructeurs, de nombreux cancers peuvent en fin de compte subir une régression spontanée.

RÉGRESSION SPONTANÉE DU CANCER

La régression spontanée, ou la disparition complète du cancer en l'absence de traitement, a été documentée pour la première fois dans la littérature médicale en 1742⁴¹. Depuis lors, la régression spontanée a été documentée dans pratiquement tous les types de cancer, y compris le cancer du sein,⁽⁴²⁾ le cancer de la prostate,⁽⁴³⁾ le sarcome,⁽⁴⁴⁾ le séminome,⁽⁴⁵⁾ le mélanome,⁽⁴⁶⁾ le carcinome basocellulaire,⁽⁴⁶⁾ la leucémie,⁽⁴⁷⁾ l'estomac,⁽⁴⁸⁾ le rein,⁽⁴⁷⁾ le côlon,⁽⁴⁹⁾ le col de l'utérus,⁽⁵⁰⁾ le foie,⁽⁵¹⁾ le poumon⁵¹ et le cerveau.⁵²

Au début et au milieu du siècle dernier, on estimait la fréquence de la régression spontanée du cancer à 1 patient sur 80 000 à 100 000⁶¹, mais la recherche moderne montre que la régression spontanée est beaucoup plus fréquente. "L'une des raisons pour lesquelles la régression spontanée des tumeurs semble si rare est sans aucun doute que la plupart des tumeurs sont rapidement éliminées par les chirurgiens", a écrit le Dr Ray Peat.

Lorsque les patients ne sont pas effrayés à mort et que leur médecin ne les pousse pas à suivre un traitement, les taux de régression spontanée peuvent atteindre 7 % chez les patients atteints de carcinome rénal⁶², jusqu'à 15 % chez les patients atteints de mélanome⁶³ et jusqu'à 20 % chez les patients atteints de lymphome de bas grade⁶⁴.

Certaines études ont enregistré des taux de régression spontanée encore plus élevés⁽⁶⁵⁻⁶⁸⁾.

REGARDER DE PLUS PRÈS...

- Une étude réalisée en 1984 par le New England Journal of Medicine a examiné les taux de survie de 83 patients atteints de lymphome non hodgkinien avancé et n'ayant pas reçu de traitement. Les résultats ont montré que 83 % des patients étaient en vie à 5 ans et 73 % à 10 ans.

et, fait remarquable, "des régressions spontanées se sont produites chez 19 patients non traités (23 %)".⁶⁵

- Une étude américaine de 2008 a examiné la prévalence des maladies invasives. cancer du sein chez 100 000 femmes ayant bénéficié soit d'un dépistage par mammographie, soit d'aucun dépistage. Le premier groupe a subi un dépistage tous les deux ans (six mammographies supplémentaires par femme en moyenne) et le groupe témoin a subi un seul dépistage à la fin de la période d'observation de six ans pour évaluer la présence d'un cancer. Au bout de six ans, l'étude a révélé que 22 % de femmes en plus dans le groupe de dépistage avaient un cancer du sein invasif par rapport au groupe de contrôle, ce qui suggère que 22 % des cancers détectés par un dépistage mammographique répété avaient spontanément régressé en l'absence de dépistage. En d'autres termes, en évitant simplement les doses répétées de rayonnements ionisants administrées pendant la mammographie, on donne à l'organisme une chance de guérir par lui-même, ce qu'il fait souvent.⁶⁶
- En 1997, des scientifiques de l'hôpital Royal Prince Alfred en Australie ont étudié la prévalence de la régression spontanée des tumeurs cutanées. Publiée dans The Australasian Journal of Dermatology, l'étude a révélé que 25 % des mélanomes et 50 % des carcinomes basocellulaires régressaient spontanément. En outre, dans deux autres types de tumeurs cutanées appelées kératoacanthome et épithélioma, "presque toutes les tumeurs régressent complètement".⁶⁷

Un certain nombre d'études ont suggéré que la régression spontanée est médiée par le système immunitaire de l'organisme ;⁵³⁻⁶⁰ "L'analyse des tumeurs en régression a révélé une forte infiltration de lymphocytes T par rapport aux tumeurs qui ne régressent pas", ont conclu des scientifiques de l'Université du Koweït en 2005.⁶⁰

Étant donné que seulement 2 % des patients survivent 5 ans après une chimiothérapie, il suffit de rejeter les traitements orthodoxes nocifs contre le cancer,

les taux de survie peuvent être multipliés par 5, 10, voire 25. Imaginez maintenant les perspectives de survie si le rejet des méthodes orthodoxes de traitement du cancer

Les traitements s'accompagnent de l'utilisation de médicaments à la fois sûrs et efficaces.

LE PLUS GRAND SECRET DE L'INDUSTRIE DU CANCER

Ce n'est pas pour rien que les femmes et les hommes ne sont jamais pleinement informés dangers et des implications potentielles du dépistage par mammographie, du dépistage du PSA, de la chirurgie, de la chimiothérapie ou de la radiothérapie - car s'ils l'étaient, personne n'accepterait jamais de s'y soumettre.

Les médecins constatent directement que la chirurgie, la chimiothérapie et la radiothérapie multiplient généralement par 100 le taux de métastases du cancer.⁽⁷⁸⁾ et c'est pourquoi près de 90 % des médecins ont déclaré qu'ils refuseraient ces traitements pour eux-mêmes s'ils étaient en phase terminale et mourants.⁽⁷⁹⁾

Dans le chapitre précédent, nous avons présenté trois grandes études sur le dépistage par mammographie, qui n'ont toutes fait état d'aucun bénéfice en termes de mortalité. Un examen plus approfondi des données de deux de ces études révèle que la mortalité a en fait *augmenté* chez les femmes qui ont subi un dépistage par mammographie^(69,70).

REGARDER DE PLUS PRÈS...

- Lors du suivi à 7 ans de l'étude nationale canadienne sur le dépistage du cancer du sein 1, les chercheurs ont constaté une augmentation de 36 % de la mortalité chez les femmes du groupe dépistage par mammographie ; "38 femmes du groupe mammographie et 28 femmes du groupe soins habituels sont décédées d'un cancer du sein".⁶⁹
- Lors suivi à 25 ans de l'étude *nationale canadienne* sur le *cancer du sein*. Dans les études de dépistage 1 et 2, les chercheurs ont constaté que 180 femmes sont décédées.

de cancer du sein dans le groupe de dépistage par mammographie et seulement 171 femmes dans le groupe de contrôle. ⁷⁰

- Une autre étude à grande échelle sur la mammographie a été réalisée dans le cadre de l'étude Malmö

Essai de dépistage mammographique de 1988. L'étude de Malmö a porté sur plus de 40 000 femmes et visait à déterminer si un dépistage mammographique répété réduisait la mortalité due au cancer du sein. Après un suivi moyen de 9 ans, les résultats ont montré que chez les femmes de moins de 55 ans ayant subi un dépistage par mammographie, le nombre de décès par cancer du sein *a augmenté de 29 %*. ⁷¹

LES PERSONNES NON TRAITÉES VIVENT PLUS LONGTEMPS

En 1979, le Dr Maurice Fox, biologiste américain, a publié dans le *Journal of the American Medical Association* un article comparant les taux de survie de patientes atteintes d'un cancer du sein et traitées par des méthodes orthodoxes à ceux de patientes non traitées. Après avoir examiné les données d'études menées à l'École de santé publique de Harvard, le Dr Fox a conclu que "celles qui ont refusé les procédures médicales avaient un taux de mortalité inférieur à celles qui s'y sont soumises"⁽⁷²⁾.

Le Dr Hardin B. Jones, professeur de physique médicale à l'université de Californie à Berkeley et statisticien américain de premier plan dans le domaine du cancer depuis plus de 30 ans, a provoqué une onde de choc lors d'un séminaire organisé en 1969 pour l'American Cancer Society, lorsqu'il a annoncé les résultats de son étude de 25 ans⁷³ comparant les taux de survie des patients cancéreux traités à ceux des patients cancéreux non traités :

"Mes études ont prouvé de manière concluante que les victimes de cancer non traitées vivent jusqu'à quatre fois plus longtemps que les personnes traitées. Si une personne atteinte d'un cancer choisit ne rien faire du tout, elle vivra plus longtemps et se sentira mieux que si elle subit des radiations, une chimiothérapie ou une intervention chirurgicale, sauf en cas d'utilisation immédiate".
des situations qui mettent la vie en danger".

En 1975, deux fois plus de femmes ont été diagnostiquées avec un cancer du sein qu'en 1935 et deux fois plus de femmes en sont décédées⁽⁷²⁾, ce qui démontre ce qui semble être la vérité la plus vile, la plus effroyable et la plus méprisable que les acteurs de l'industrie du cancer aient jamais connue.

a travaillé avec tant d'acharnement pour le dissimuler : *Le nombre de décès dus au cancer a augmenté parallèlement au nombre de personnes traitées.*

CITATIONS INTEMPORELLES

*"Nous avons une industrie de plusieurs milliards de dollars qui tue des gens, à droite et à gauche, juste pour le gain financier.
- Dr. Glen Warner*

*"Si je contractais un cancer, je ne me rendrais jamais dans un centre de traitement standard. Les victimes du cancer qui vivent loin de ces centres ont une chance."
- Professeur Charles Mathe*

*Tout le monde devrait savoir que la "guerre contre le cancer" est en grande partie une fraude.
- Linus Pauling, PhD, deux fois lauréat du prix Nobel*

*"Vous voyez, ce n'est pas le cancer qui tue la victime. C'est l'effondrement du mécanisme de défense qui finit par entraîner la mort. Pour tout patient atteint d'un cancer qui se maintient en excellente forme physique et qui prend soin de sa santé pour renforcer sa résistance naturelle, il y a de fortes chances que l'organisme trouve son propre mécanisme de défense.
défense contre le cancer. Il est possible qu'il lui reste de nombreuses années à vivre en bonne santé. Il ne devrait pas les gâcher en devenant un invalide désespéré par une intervention radicale qui n'a aucune chance de prolonger sa vie".
- Dr. Hardin B. Jones, Ph.D*

*"Il est préférable de ne pas appliquer traitement dans les cas de cancer occulte, car si l'on ne peut pas le faire, on ne peut pas le faire.
S'ils sont traités, les patients meurent rapidement, mais s'ils ne sont pas traités, ils résistent longtemps".
- Hippocrate (460-370 av. J.-C.)*

*"C'est de la nature que vient la maladie, et c'est de la nature que vient le remède, et non des médecins.
- Paracelse (1493-1541)*

CONCLUSION

Lorsqu'un être humain est atteint d'un cancer, il mérite les médicaments les plus sûrs et les plus efficaces jamais découverts. Point à la ligne.

Pourtant, dans ce monde, les patients atteints de cancer sont régulièrement conduits en urgence dans des centres d'oncologie où les médecins les envoient à la mort en utilisant des traitements qui font passer les abattoirs industriels pour humains.

Lorsque quelqu'un survit à l'assaut total de la chirurgie, de la chimiothérapie et de la radiothérapie, il n'a pas survécu parce que ces armes de guerre l'ont guéri d'une manière ou d'une autre ; il a survécu *malgré* ces soi-disant traitements parce qu'il est extraordinairement fort.

En écrivant ce livre, je me suis rendu compte que ce que je soupçonnais depuis longtemps au sujet de la mort de ma mère était en fait vrai : Ma mère n'est jamais morte du cancer. Elle a été assassinée à des fins lucratives par une industrie qui se soucie davantage de gagner de l'argent que de sauver des vies.

Que peut-on attendre d'autre d'une entreprise qui prétend qu'en massacrant des malades au couteau, en les empoisonnant au gaz moutarde et en les brûlant avec des radiations ionisantes, on améliore leur état de santé ?

La monstrueuse industrie du cancer, qui pèse 126 milliards de dollars et qui tient à préserver ses profits à tout prix, poursuit aujourd'hui encore son carnage. L'esprit de la bête s'emballe à l'idée que 50 % des êtres humains en vie seront un jour atteints d'un cancer. Seule une informée, prête à se défendre et à prendre ses propres décisions en matière de santé, peut mettre fin au règne de terreur de l'industrie du cancer.

Avec ce taureau enragé qui fonce directement sur l'humanité, la question reste posée :

Allons-nous continuer à laisser l'industrie du cancer nous anéantir, nous et tous ceux que nous aimons, jusqu'à ce qu'il n'y ait plus personne, ou allons-nous nous défendre nous-mêmes et

regarder cette bête plonger dans les profondeurs éternelles et ardentes de l'enfer ?

L'INDUSTRIE DU CANCER S'EFFONDRE

Si notre objectif en tant que société est de réduire la souffrance dans ce monde et de créer un avenir meilleur pour tous les êtres humains, il est clair que les tests de dépistage actuels ne sont pas suffisants.

et les traitements proposés par l'industrie du cancer n'ont plus leur place ici.

Si, comme moi, vous avez décidé de ne jamais vous soumettre aux tests diagnostiques de l'industrie du cancer ou à ses soi-disant traitements, faites en sorte que cette décision soit claire pour vous et votre entourage. Exprimez-vous à ce sujet. Dites la vérité.

N'ayez jamais peur de vous affirmer et de dire "*non*" à votre médecin ou à toute personne essayant de vous vendre un produit ou un service. N'oubliez pas qu'il s'agit de votre corps et de votre choix.

C'est littéralement tout ce qu'il faut pour que nous éliminions à jamais la pratique insensée consistant à utiliser des armes de guerre sur les plus malades d'entre nous. Comme tous les produits et services qui ne sont pas achetés, ils cesseront rapidement d'être produits.

GUÉRIR LE MONDE ET METTRE FIN AU CANCER

Nous savons que nos chances de survie au cancer sont considérablement accrues simplement en disant "*non*" aux tests de dépistage inutiles et aux traitements classiques du cancer tels que la chirurgie, la chimiothérapie et la radiothérapie. Imaginez maintenant notre pronostic si nous associons l'élimination de ces traitements nuisibles à des protocoles de guérison qui améliorent réellement la vitesse et la qualité de la guérison sans effets secondaires.

C'est la prochaine étape de notre enquête sur le cancer. Il est tout aussi essentiel de comprendre que l'industrie du cancer fait plus de mal que de bien que de savoir par quoi remplacer ce vide.

Dans le prochain livre de la *série Guérir le cancer*, nous étudierons la physiologie humaine pour déterminer et finalement résoudre certains des plus grands mystères du cancer, notamment :

- Qu'est-ce que le cancer ?
- Quelles sont les causes du cancer ? • Qu'est-ce qu'une tumeur ?
- Quels sont les moyens les plus sûrs et les plus efficaces pour prévenir et faire reculer le cancer ?

Je vous remercie de votre lecture. J'espère que vous avez appris beaucoup de choses précieuses vous permettront de prendre vos propres décisions en matière de santé et de vivre une vie longue et saine. Ne manquez pas de partager ce livre avec quelqu'un que vous aimez.

RÉFÉRENCES

INTRODUCTION

1. L'AMERICAN CANCER SOCIETY. (2017). ALL CANCER FACTS & FIGURES. DISPONIBLE :
[HTTPS://WWW.CANCER.ORG/RESEARCH/CANCER FACTS-STATISTICS/ALL-CANCER-FACTS-FIGURES.HTML](https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures.html). [31 JANVIER 2017].
2. LIZZIE PARRY. (2014). LA GUERRE CONTRE LE CANCER POURRAIT NE JAMAIS ÊTRE GAGNÉE" : LA GUÉRISON "POURRAIT ÊTRE IMPOSSIBLE" PARCE QUE LA MALADIE EST TRÈS ÉVOLUÉE. MAIL ONLINE. DISPONIBLE :
[HTTP://WWW.DAILYMAIL.CO.UK/HEALTH/ARTICLE-2731765/THE-WAR-CANCER-NEVER-WON-CURE- IMPOSSIBLE-DISEASE-HIGHLY-EVOLVED.HTML](http://www.dailymail.co.uk/health/article-2731765/the-war-cancer-never-won-cure-impossible-disease-highly-evolved.html). [31 JANVIER 2017].
3. KELSEY CAMPBELL-DOLLAGHAN. (2013). INFOGRAPHIE : COMMENT LES GENS SONT MORTS AU 20E SIÈCLE. DISPONIBLE :
[HTTPS://WWW.FASTCODESIGN.COM/1672161/INFOGRAPHIC-HOW-PEOPLE-DIED-IN-THE-20TH-CENTURY](https://www.fastcodesign.com/1672161/infographic-how-people-died-in-the-20th-century). [31 JANVIER 2017].
4. MARIOTTO AB, YABROFF KR, SHAO Y, FEUER EJ, BROWN ML. PROJECTIONS OF THE COST OF CANCER CARE IN THE UNITED STATES : 2010-2020. J NATL CANCER INST. 2011;103(2):117-28.
5. LA DISSIMULATION NUCLÉAIRE MONDIALE : ERNEST STERNGLASS. BERKELEY, 2006. R3VOLT23. YOUTUBE. DISPONIBLE :
[HTTPS://WWW.YOUTUBE.COM/WATCH?V=CLW2ISDX9EO](https://www.youtube.com/watch?v=CLW2ISDX9EO). [31 JANVIER 2017].
6. L'ÉQUIPE MÉDICALE ET ÉDITORIALE DE L'AMERICAN CANCER SOCIETY. (2016). RISQUE DE CANCER AU COURS DE LA VIE

DE DÉVELOPPER UN CANCER OU D'EN MOURIR. DISPONIBLE :
[HTTP://WWW.CANCER.ORG/CANCER/CANCERBASICS/LIFETIME-PROBABILITY-OF-DEVELOPING-OR-DYING- FROM-CANCER](http://www.cancer.org/cancer/cancerbasics/lifetime-probability-of-developing-or-dying-from-cancer). [31 JANVIER 2017].

7. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. LES TAUX DE CANCER DANS LE MONDE POURRAIENT AUGMENTER DE 50 % POUR ATTEINDRE 15 MILLIONS D'ICI 2020. DISPONIBLE :
[HTTP://WWW.WHO.INT/MEDIACENTRE/NEWS/RELEASES/2003/PR27/EN](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr27/en). [31 JANVIER 2017].

CHIRURGIE

1. LEAPE LL. CHIRURGIE INUTILE. SERVICE DE SANTÉ RES. 1989;24(3):351-407.
2. RONDBERG, T.A. 1998. SOUS L'INFLUENCE DE LA MÉDECINE MODERNE. CHIROPRACTIC JOURNAL, 156 PPS.
3. MENDELSON, R.S. 1979. *CONFESSIONS OF A MEDICAL HERETIC*. MCGRAW-HILL EDUCATION, NEW YORK CITY, NY, 197 PPS.
4. LEAPE LL. UNNECESSARY SURGERY. ANNU REV PUBLIC HEALTH. 1992;13:363-83.
5. EISLER, P. ET HANSEN, B. (2013). *LES MÉDECINS PRATIQUENT DES MILLIERS D'INTERVENTIONS CHIRURGICALES INUTILES*.
USA TODAY.
[EN LIGNE.] DISPONIBLE :
[HTTP://WWW.USATODAY.COM/STORY/NEWS/NATION/2013/06/18/UNNECESSARY-SURGERY-USA-TODAY-INVESTIGATION/2435009](http://www.usatoday.com/story/news/nation/2013/06/18/unnecessary-surgery-usa-today-investigation/2435009) [1ER DÉCEMBRE 2016].
6. TAYADE MC, DALVI SD. FUNDAMENTAL ETHICAL ISSUES IN UNNECESSARY SURGICAL PROCEDURES. J CLIN DIAGN RES. 2016;10(4):JE01-4.

7. CHISHOLM, D. (2016). *DE NOMBREUSES OPÉRATIONS NE VALENT PAS MIEUX QU'UN PLACEBO, AFFIRME UN CHIRURGIEN DE PREMIER PLAN.* L'ÉCOUTEUR. [EN LIGNE]. DISPONIBLE : [HTTP://WWW.NOTED.CO.NZ/HEALTH/HEALTH/MANY-OPERATIONS-ARE-NO-BETTER-THAN-PLACEBO-SAYS- TOP-SURGEON](http://www.noted.co.nz/health/health/many-operations-are-no-better-than-placebo-says-top-surgeon) [DECEMBER 1, 2016].
8. DETRE K, MURPHY ML, HULTGREN H. EFFECT OF CORONARY BYPASS SURGERY ON LONGEVITY IN HIGH AND LOW RISK PATIENTS. REPORT FROM THE V.A. COOPERATIVE CORONARY SURGERY STUDY. LANCET. 1977;2(8051):1243-5.
9. INFARCTUS DU MYOCARDE ET MORTALITÉ DANS L'ESSAI RANDOMISÉ DE L'ÉTUDE SUR LA CHIRURGIE DES ARTÈRES CORONAIRES (CASS). N ENGL J MED. 1984;310(12):750-8.
10. HUEB W, LOPES NH, GERSH BJ, ET AL. FIVE-YEAR FOLLOW-UP OF THE MEDICINE, ANGIOPLASTY, OR SURGERY STUDY (MASS II) : A RANDOMIZED CONTROLLED CLINICAL TRIAL OF 3 THERAPEUTIC STRATEGIES FOR MULTIVESSEL CORONARY ARTERY DISEASE. CIRCULATION. 2007;115(9):1082-9.
11. TEXAS HEART INSTITUTE (2016). *CHIRURGIE CARDIAQUE À ACCÈS LIMITÉ.* [EN LIGNE]. DISPONIBLE : [1ER DÉCEMBRE 2016].
12. GIACOMINO BD, CRAM P, VAUGHAN-SARRAZIN M, ZHOU Y, GIROTRA S. ASSOCIATION OF HOSPITAL PRICES FOR CORONARY ARTERY BYPASS GRAFTING WITH HOSPITAL QUALITY AND REIMBURSEMENT. AM J CARDIOL. 2016;117(7):1101-6.
13. HEATON JP, EVANS H, ADAMS MA, SMITH K, MORALES A. CORONARY ARTERY BYPASS GRAFT SURGERY AND ITS IMPACT ON ERECTILE FUNCTION : A

ÉTUDE RÉTROSPECTIVE PRÉLIMINAIRE. INT J IMPOT RES. 1996;8(1):35-9.

14. DHEIN S, GRASSL M, GERDOM M, ET AL. ORGAN-PROTECTIVE EFFECTS ON THE LIVER AND KIDNEY BY MINOCYCLINE IN SMALL PIGLETS UNDERGOING CARDIOPULONARY BYPASS. NAUNYN SCHMIEDEBERGS ARCH PHARMACOL. 2015;388(6):663-76.
15. WALTER H. WALSHE, THE ANATOMY, PHYSIOLOGY, PATHOLOGY AND TREATMENT OF CANCER, (BOSTON : TICKNOR & CO., 1844).
16. WILT TJ, BRAWER MK, JONES KM, ET AL. RADICAL PROSTATECTOMY VERSUS OBSERVATION FOR LOCALIZED PROSTATE CANCER. N ENGL J MED. 2012;367(3):203-13.
17. JACOBSON JA, DANFORTH DN, COWAN KH, ET AL. TEN-YEAR RESULTS OF A COMPARISON OF CONSERVATION WITH MASTECTOMY IN THE TREATMENT OF STAGE I AND II BREAST CANCER. N ENGL J MED. 1995;332(14):907-11.
18. VILA J, GANDINI S, GENTILINI O. OVERALL SURVIVAL ACCORDING TO TYPE OF SURGERY IN YOUNG (≤ 40 YEARS) EARLY BREAST CANCER PATIENTS : A SYSTEMATIC META-ANALYSIS COMPARING BREAST- CONSERVING SURGERY VERSUS MASTECTOMY. BREAST. 2015;24(3):175-81.
19. PIN YK, KHOO K, THAM M, ET AL. LYMPHADENECTOMY PROMOTES TUMOR GROWTH AND CANCER CELL DISSEMINATION IN THE SPONTANEOUS RET MOUSE MODEL OF HUMAN UVEAL MELANOMA. ONCOTARGET. 2015;6(42):44806-18.
20. LANGLEY RR, FIDLER IJ. INTERACTIONS ENTRE LES CELLULES TUMORALES ET LE MICROENVIRONNEMENT DE L'ORGANISME DANS LA

PATHOGENÈSE DES MÉTASTASES DU CANCER. ENDOCR REV.
2007;28(3):297-321.

21. LANGLEY RR, FIDLER IJ. THE SEED AND SOIL HYPOTHESIS REVISITED- THE ROLE OF TUMOR- STROMA INTERACTIONS IN METASTASIS TO DIFFERENT ORGANS. INT J CANCER. 2011;128(11):2527-35.
22. CHEN LL, BLUMM N, CHRISTAKIS NA, BARABÁSI AL, DEISBOECK TS. CANCER METASTASIS NETWORKS AND THE PREDICTION OF PROGRESSION PATTERNS. BR J CANCER. 2009;101(5):749-58.
23. MARIE P, CLUNET J. FRÉQUENCES DES MÉTASTASES VISCÉRALES CHEZ LES SOURIS CANCÉREUSES APRÈS ABLATION CHIRURGICALE DE LEUR TUMEUR. *BULL ASSOC FRANÇ POUR L'ÉTUDE DU CANCER* 1910;3:19-23.
24. TYZZER EE. FACTORS IN THE PRODUCTION AND GROWTH OF TUMOR METASTASES. J MED RES 1913;23:309-332.
25. COLE WH. RÉGRESSION SPONTANÉE DU CANCER : LE TRIOMPHE MÉTABOLIQUE DE L'HÔTE ? ANN N Y ACAD SCI. 1974;230:111-41.
26. KROKOWSKI, E.H. : IS THE CURRENT TREATMENT OF CANCER SELF-LIMITING IN THE EXTENT OF ITS SUCCESS ? J INT ACAD PREVENTIVE MEDICINE, 6 (1) 23 - 39, 1979.
27. RETSKY M, DEMICHELI R, HRUSHESKY W, BAUM M, GUKAS I. SURGERY TRIGGERS OUTGROWTH OF LATENT DISTANT DISEASE IN BREAST CANCER : AN INCONVENIENT TRUTH ? *CANCERS (BASEL)*. 2010;2(2):305-37.
28. LANGE PH, HEKMAT K, BOSL G, KENNEDY BJ, FRALEY EE. CROISSANCE ACCÉLÉRÉE DU TESTICULE

CANCER APRÈS CHIRURGIE CYTORÉDUCTIVE. CANCER. 1980;45(6):1498-506.

29. DEMICHELI R, RETSKY MW, HRUSHESKY WJ, BAUM M. DORMANCE TUMORALE ET INTERRUPTION CHIRURGICALE DE LA DORMANCE DANS LE CANCER DU SEIN : APPRENDRE DES ÉCHECS. NAT CLIN PRACT ONCOL. 2007;4(12):699-710.
30. RETSKY MW, DEMICHELI R, HRUSHESKY WJ, BAUM M, GUKAS ID. LA DORMANCE ET LA SORTIE DE DORMANCE INDUITE PAR LA CHIRURGIE PERMETTENT D'EXPLIQUER CERTAINES CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES DU CANCER DU SEIN. APMIS. 2008;116(7-8):730-41.
31. GOLDSTEIN MR, MASCITELLI L. SURGERY AND CANCER PROMOTION : ARE WE TRADING BEAUTY FOR CANCER ? QJM. 2011;104(9):811-5.
32. HANIN L, BUNIMOVICH-MENDRAZITSKY S. RECONSTRUCTION OF THE NATURAL HISTORY OF METASTATIC CANCER AND ASSESSMENT OF THE EFFECTS OF SURGERY : GOMPERTZIAN GROWTH OF THE PRIMARY TUMOR. MATH BIOSCI. 2014;247:47-58.
33. HANIN L, PAVLOVA L. A QUANTITATIVE INSIGHT INTO METASTATIC RELAPSE OF BREAST CANCER. J THEOR BIOL. 2016;394:172-81.
34. SANO F, UEDA K, MURAKAMI J, HAYASHI M, NISHIMOTO A, HAMANO K. ENHANCED TUMOR GROWTH IN THE REMAINING LUNG AFTER MAJOR LUNG RESECTION. J SURG RES. 2016;202(1):1-7.
35. DESBOROUGH JP. THE STRESS RESPONSE TO TRAUMA AND SURGERY. BR J ANAESTH. 2000;85(1):109- 17.

36. HOOLI 1 RS, GAVIMATH CC, RAVISHANKERA BE. STUDY TO ASSESS STRESS AMONG CARDIAC SURGICAL PATIENTS. INTERNATIONAL JOURNAL OF PHARMACEUTICAL APPLICATIONS. 2012 ; VOL 3, ISSUE 1, 2012, PP 282-288.
37. GIBBS J, CULL W, HENDERSON W, DALEY J, HUR K, KHURI SF. PREOPERATIVE SERUM ALBUMIN LEVEL AS A PREDICTOR OF OPERATIVE MORTALITY AND MORBIDITY RESULTS FROM THE NATIONAL VA SURGICAL RISK STUDY. *ARCH SURG*. 1999;134(1):36-42.
38. KIM WK, KE K, SUL OJ, ET AL. CURCUMIN PROTECTS AGAINST OVARIECTOMY-INDUCED BONE LOSS AND DECREASES OSTEOCLASTOGENESIS. J CELL BIOCHEM. 2011;112(11):3159-66.
39. YU EW, BOUXSEIN ML, ROY AE, ET AL. BONE LOSS AFTER BARIATRIC SURGERY : DISCORDANT RESULTS BETWEEN DXA AND QCT BONE DENSITY. J BONE MINER RES. 2014;29(3):542-50.
40. KRONZER VL, AVIDAN MS. PREVENTING POSTOPERATIVE DELIRIUM : ALL THAT GLISTERS IS NOT GOLD. LANCET. 2016;388(10054):1854-1856.
41. BENSON RA, OZDEMIR BA, MATTHEWS D, LOFTUS IM. A SYSTEMATIC REVIEW OF POSTOPERATIVE COGNITIVE DECLINE FOLLOWING OPEN AND ENDOVASCULAR AORTIC ANEURYSM SURGERY. ANN R COLL SURG ENGL. 2016;;1-4.
42. FIDALGO AR, CIBELLI M, WHITE JP, NAGY I, MAZE M, MA D. SYSTEMIC INFLAMMATION ENHANCES SURGERY- INDUCED COGNITIVE DYSFUNCTION IN MICE. NEUROSCI LETT. 2011;498(1):63-6.
43. KUMAR N, SINGH JG. ETUDE DU STRESS CHIRURGICAL CHEZ FEMMES. DISPONIBLE :

[HTTPS://WWW.RESEARCHGATE.NET/PUBLICATION/279471510_A_STUDY_OF_SURGICAL_STRESS_IN_FEMALE_PATIENTS](https://www.researchgate.net/publication/279471510_A_STUDY_OF_SURGICAL_STRESS_IN_FEMALE_PATIENTS)
[1 DÉCEMBRE 2016].

44. STAFF NP, ENGELSTAD J, KLEIN CJ, ET AL. POST SURGICAL INFLAMMATORY NEUROPATHY. BRAIN. 2010;133(10):2866-80.
45. EGIDO JA, CASTILLO O, ROIG B, ET AL. IS PSYCHO-PHYSICAL STRESS A RISK FACTOR FOR STROKE ? A CASE-CONTROL STUDY. J NEUROL NEUROSURG PSYCHIATR. 2012;83(11):1104-10.
46. SCHACHTER SC. IATROGENIC SEIZURES. NEUROL CLIN. 1998;16(1):157-70.
47. PERDRIZET GA, LENA CJ, SHAPIRO DS, REWINSKI MJ. PREOPERATIVE STRESS CONDITIONING PREVENTS PARALYSIS AFTER EXPERIMENTAL AORTIC SURGERY : INCREASED HEAT SHOCK PROTEIN CONTENT IS ASSOCIATED WITH ISCHEMIC TOLERANCE OF THE SPINAL CORD. J THORAC CARDIOVASC SURG. 2002;124(1):162-70.
48. FUKUDA M, HIROTA M, SATO S. BONE LESIONS AND DENTAL CARIES AFTER GASTRECTOMY--EVALUATION OF MILK INTOLERANCE AND OPERATIVE PROCEDURE. JPN J SURG. 1986;16(1):36-41.
49. CARR EC, NICKY THOMAS V, WILSON-BARNET J. PATIENT EXPERIENCES OF ANXIETY, DEPRESSION AND ACUTE PAIN AFTER SURGERY : A LONGITUDINAL PERSPECTIVE. INT J NURS STUD. 2005;42(5):521-30.
50. THORELL A, NYGREN J, LJUNGQVIST O. INSULIN RESISTANCE : A MARKER OF SURGICAL STRESS. CURR OPIN CLIN NUTR METAB CARE. 1999;2(1):69-78.

51. RAMACHANDRAN A, BALASUBRAMANIAN KA. PROTEASE ACTIVATION DURING SURGICAL STRESS IN THE RAT SMALL INTESTINE. J SURG RES. 2000;92(2):283- 90.
52. BRIUSOV PG, OSIPOV IS. [ULCÈRES DE STRESS DU TRACTUS GASTRO-INTESTINAL CHEZ LES PATIENTS CHIRURGICAUX]. VOEN MED ZH. 1998;319(1):30-8.
53. MARTIN LF, BOOTH FV, REINES HD, ET AL. STRESS ULCERS AND ORGAN FAILURE IN INTUBATED PATIENTS IN SURGICAL INTENSIVE CARE UNITS. ANN SURG. 1992;215(4):332-7.
54. WATTERS JM, CLANCEY SM, MOULTON SB, BRIERE KM, ZHU JM. IMPAIRED RECOVERY OF STRENGTH IN OLDER PATIENTS AFTER MAJOR ABDOMINAL SURGERY. ANN SURG. 1993;218(3):380-90.
55. PIERCE V, KENDRICK P. ISCHEMIC OPTIC NEUROPATHY AFTER SPINE SURGERY. AANA J. 2010;78(2):141-5.
56. WIENER DJ, RÜFENACHT S, KOCH HJ, MAULDIN EA, MAYER U, WELLE MM. ALOPÉCIE INDUITE PAR L'ESTRADIOL CHEZ CINQ CHIENS APRÈS CONTACT AVEC UN GEL TRANSDERMIQUE UTILISÉ POUR LE TRAITEMENT DES SYMPTÔMES POST-MÉNOPAUSIQUES CHEZ LES FEMMES. VET DERMATOL. 2015;26(5):393- 6, E90-1.
57. WEST JM. WOUND HEALING IN THE SURGICAL PATIENT : INFLUENCE OF THE PERIOPERATIVE STRESS RESPONSE ON PERFUSION. AACN CLIN ISSUES CRIT CARE NURS. 1990;1(3):595-601.
58. PERTE AUDITIVE NEUROSENSORIELLE RÉVERSIBLE APRÈS UNE CHIRURGIE NON OTOLOGIQUE SOUS ANESTHÉSIE GÉNÉRALE. POSTGRADUATE MEDICAL JOURNAL. 2000;76(895):304.

59. BADNER NH, KNILL RL, BROWN JE, NOVICK TV, GELB AW. INFARCTUS DU MYOCARDE APRÈS UNE CHIRURGIE NON CARDIAQUE. ANESTHESIOLOGY. 1998;88(3):572-8.
60. NITO I, WASPADJI S, HARUN S, MARKUM HM. CORRÉLATION ENTRE LES NIVEAUX DE CORTISOL ET LA MORTALITÉ PAR INFARCTUS DU MYOCARDE CHEZ LES PATIENTS DE L'UNITÉ DE SOINS INTENSIFS CORONARIENS AU COURS DES SEPT PREMIERS JOURS D'HOSPITALISATION. ACTA MED INDONES. 2004;36(1):8-14.
61. GALLERANI M, MAIDA G, BOARI B, GALEOTTI R, ROCCA T, GASBARRO V. HIGH OUTPUT HEART FAILURE DUE TO AN IATROGENIC ARTERIO-VEINUS FISTULA AFTER LUMBAR DISC SURGERY. ACTA NEUROCHIR (WIEN). 2007;149(12):1243-7.
62. GÜDER G, BAUERSACHS J, FRANTZ S, ET AL. COMPLEMENTARY AND INCREMENTAL MORTALITY RISK PREDICTION BY CORTISOL AND ALDOSTERONE IN CHRONIC HEART FAILURE. CIRCULATION. 2007;115(13):1754-61.
63. XIE ZB, ZHU SL, PENG YC, ET AL. POSTOPERATIVE HEPATITIS B VIRUS REACTIVATION AND SURGERY-INDUCED IMMUNOSUPPRESSION IN PATIENTS WITH HEPATITIS B-RELATED HEPATOCELLULAR CARCINOMA. J SURG ONCOL. 2015;112(6):634-42.
64. XU P, ZHANG P, SUN Z, WANG Y, CHEN J, MIAO C. SURGICAL TRAUMA INDUCES POSTOPERATIVE T-CELL DYSFUNCTION IN LUNG CANCER PATIENTS THROUGH THE PROGRAMMED DEATH-1 PATHWAY. CANCER IMMUNOL IMMUNOTHER. 2015;64(11):1383-92.
65. GOLDFARB Y, SORSKI L, BENISH M, LEVI B, MELAMED R, BEN-ELIYAHU S. IMPROVING POSTOPERATIVE IMMUNE STATUS AND RESISTANCE TO

MÉTASTASES CANCÉREUSES : UNE APPROCHE
PÉRIOPÉRATOIRE COMBINÉE D'IMMUNOSTIMULATION ET DE
PRÉVENTION DES RÉPONSES EXCESSIVES AU STRESS
CHIRURGICAL. ANN SURG. 2011;253(4):798-810.

66. NAKATANI T, KOBAYASHI K. [SURGICAL STRESS AND ORGAN DYSFUNCTION : LIVER]. NIHON GEKA GAKKAI ZASSHI. 1996;97(9):752-8.
67. MASSARD G, WIHLM JM. ATÉLECTASIE POSTOPÉRATOIRE. CHEST SURG CLIN N AM. 1998;8(3):503-28, VIII.
68. MOGOS V, MOGOS S. IATROGENIC ERECTILE DYSFUNCTION AFTER PELVIC SURGERY : PROSTATECTOMY, COLONIC AND RECTAL SURGERY. DISPONIBLE : [HTTPS://WWW.RESEARCHGATE.NET/PUBLICATION/267398060_IATROGENIC_ERECTILE_DYSFUNCTION_AFTER_PELVIC_SURGERY_PROSTATECTOMY_COLONIC_AND_RECTAL_SURGERY](https://www.researchgate.net/publication/267398060_IATROGENIC_ERECTILE_DYSFUNCTION_AFTER_PELVIC_SURGERY_PROSTATECTOMY_COLONIC_AND_RECTAL_SURGERY). [1ER DÉCEMBRE 2016].
69. CANBAZ S, EGE T, SUNAR H, CIKIRIKCIOGLU M, ACIPAYAM M, DURAN E. THE EFFECTS OF CARDIOPULMONARY BYPASS ON ANDROGEN HORMONES IN CORONARY ARTERY BYPASS SURGERY. J INT MED RES. 2002;30(1):9-14.
70. YASUMA F, OKADA T. [SLEEP DISTURBANCES COMPLICATED BY SURGICAL STRESS ; A QUESTIONNAIRE SURVEY OF 50 PATIENTS]. MASUI. 1989;38(1):66-70.
71. GEJROT T, NOTTER G. EFFECTS OF SURGICAL STRESS ON THYROID FUNCTION IN MAN. ACTA OTOLARYNGOL. 1962;55:1-10.
72. LI RL, ZHANG ZZ, PENG M, ET AL. L'ALTÉRATION POSTOPÉRATOIRE DES FONCTIONS COGNITIVES CHEZ LES SOURIS ÂGÉES : A

RÔLE POSSIBLE DE LA NEUROINFLAMMATION MÉDIÉE PAR HMGB1, S100B ET RAGE. J SURG RES. 2013;185(2):815-24.

73. TERRANDO N, YANG T, WANG X, ET AL. SYSTEMIC HMGB1 NEUTRALIZATION PREVENTS POSTOPERATIVE NEUROCOGNITIVE DYSFUNCTION IN AGED RATS. FRONT IMMUNOL. 2016;7:441.
74. HELMY SA, WAHBY MA, EL-NAWAWAY M. THE EFFECT OF ANAESTHESIA AND SURGERY ON PLASMA CYTOKINE PRODUCTION. ANAESTHESIA. 1999;54(8):733- 8.
75. HILDEBRAND F, PAPE HC, KRETTEK C. [IMPORTANCE DES CYTOKINES DANS LA RÉACTION INFLAMMATOIRE POST-TRAUMATIQUE]. UNFALLCHIRURG. 2005;108(10):793-4, 796-803.
76. THAETER M, KNOBE M, VANDE KERCKHOVE M, ET AL. PERIOPERATIVE INFLAMMATORY RESPONSE IN MAJOR FRACTURE : DO GERIATRIC PATIENTS BEHAVE DIFFERENTLY ? EUR J TRAUMA EMERG SURG. 2016;42(5):547-551.
77. CIBELLI M, FIDALGO AR, TERRANDO N, ET AL. ROLE OF INTERLEUKIN-1BETA IN POSTOPERATIVE COGNITIVE DYSFUNCTION. ANN NEUROL. 2010;68(3):360-8.
78. SUN L, JIA P, ZHANG J, ET AL. PRODUCTION OF INFLAMMATORY CYTOKINES, CORTISOL, AND AB1-40 IN ELDERLY ORAL CANCER PATIENTS WITH POSTOPERATIVE DELIRIUM. NEUROPSYCHIATR DIS TREAT. 2016;12:2789-2795.
79. MANIWA Y, OKADA M, ISHII N, KIYOOKA K. VASCULAR ENDOTHELIAL GROWTH FACTOR INCREASED BY PULMONARY SURGERY ACCELERATES

LA CROISSANCE DES MICROMÉTASTASES DANS LE CANCER
DU POUMON MÉTASTATIQUE. CHEST. 1998;114(6):1668-75.

80. TAGLIABUE E, AGRESTI R, CARCANGIU ML, ET AL.
ROLE OF HER2 IN WOUND-INDUCED BREAST CARCINOMA
PROLIFERATION. LANCET. 2003;362(9383):527-33.
81. NGUYEN DP, LI J, TEWARI AK. INFLAMMATION AND
PROSTATE CANCER : THE ROLE OF INTERLEUKIN 6 (IL-6). BJU
INT. 2014;113(6):986-92.
82. KOOGUCHI K, KOBAYASHI A, KITAMURA Y, ET AL.
ELEVATED EXPRESSION OF INDUCIBLE NITRIC OXIDE
SYNTHASE AND INFLAMMATORY CYTOKINES IN THE
ALVEOLAR MACROPHAGES AFTER ESOPHAGECTOMY. CRIT
CARE MED. 2002;30(1):71-6.
83. MORBIDELLI L, DONNINI S, ZICHE M. ROLE OF NITRIC
OXIDE IN THE MODULATION OF ANGIOGENESIS. CURR
PHARM DES. 2003;9(7):521-30.
84. MORBIDELLI L, DONNINI S, ZICHE M. ROLE OF
NITRIC OXIDE IN TUMOR ANGIOGENESIS. CANCER
TREAT RES. 2004;117:155-67.
85. ZICHE M, MORBIDELLI L. NITRIC OXIDE AND
ANGIOGENESIS. J NEUROONCOL. 2000;50(1-2):139-48.
86. MORBIDELLI L, DONNINI S, ZICHE M. ROLE OF
NITRIC OXIDE IN TUMOR ANGIOGENESIS. CANCER
TREAT RES. 2004;117:155-67.
87. GALLO O, MASINI E, MORBIDELLI L, ET AL. ROLE OF
NITRIC OXIDE IN ANGIOGENESIS AND TUMOR
PROGRESSION IN HEAD AND NECK CANCER. J NATL
CANCER INST. 1998;90(8):587-96.
88. VIDAL MJ, ZOCCHI MR, POGGI A, PELLEGATTA F,
CHIERCHIA SL. IMPLICATION DE L'OXYDE NITRIQUE
DANS

L'ADHÉSION DES CELLULES TUMORALES AUX CELLULES
ENDOTHÉLIALES ACTIVÉES PAR LES CYTOKINES. J
CARDIOVASC PHARMACOL. 1992;20 SUPPL 12:S155-9.

89. KLAUNIG JE, KAMENDULIS LM, HOCEVAR BA.
OXIDATIVE STRESS AND OXIDATIVE DAMAGE IN
CARCINOGENESIS (STRESS OXYDATIF ET DOMMAGES
OXYDATIFS DANS LA CANCÉROGENÈSE). TOXICOL PATHOL.
2010;38(1):96-109.
90. SHAVIT Y, WEIDENFELD J, DEKEYSER FG, ET AL.
EFFECTS OF SURGICAL STRESS ON BRAIN
PROSTAGLANDIN E2 PRODUCTION AND ON THE
PITUITARY-ADRENAL AXIS : ATTENUATION BY
PREEMPTIVE ANALGESIA AND BY CENTRAL
AMYGDALA LESION. BRAIN RES. 2005;1047(1):10-7.
91. WOLFLE D. ENHANCEMENT OF CARCINOGEN-
INDUCED MALIGNANT CELL TRANSFORMATION BY
PROSTAGLANDIN F2A. 2003 ; VOLUME 188, NUMÉROS 2-3,
PAGES 139-147.
92. FABRE B, GROSMAN H, GONZALEZ D, ET AL.
PROSTATE CANCER, HIGH CORTISOL LEVELS AND
COMPLEX HORMONAL INTERACTION. ASIAN PAC J
CANCER PREV. 2016;17(7):3167-71.
93. KIM HM, HA KS, HWANG IC, AHN HY, YOUN CH.
RANDOM SERUM CORTISOL AS A PREDICTOR FOR
SURVIVAL OF TERMINALLY ILL PATIENTS WITH CANCER :
A PRELIMINARY STUDY. AM J HOSP PALLIAT CARE.
2016;33(3):281-5.
94. COHEN L, COLE SW, SOOD AK, ET AL. DEPRESSIVE
SYMPTOMS AND CORTISOL RHYTHMICITY PREDICT
SURVIVAL IN PATIENTS WITH RENAL CELL CARCINOMA :
ROLE OF INFLAMMATORY SIGNALING. PLOS ONE.
2012;7(8):E42324.
95. SCHMIDT M, LÖFFLER G. INDUCTION OF AROMATASE IN
STROMAL VASCULAR CELLS FROM HUMAN BREAST

DU TISSU ADIPEUX DÉPEND DU CORTISOL ET DES FACTEURS DE CROISSANCE. FEBS LETT. 1994;341(2-3):177-81.

96. WANG WS, LIU C, LI WJ, ZHU P, LI JN, SUN K. INVOLVEMENT OF CRH AND HCG IN THE INDUCTION OF AROMATASE BY CORTISOL IN HUMAN PLACENTAL SYNCYTIOTROPHOBLASTS. PLACENTA. 2014;35(1):30-6.
97. WANG W, LI J, GE Y, ET AL. CORTISOL INDUCES AROMATASE EXPRESSION IN HUMAN PLACENTAL SYNCYTIOTROPHOBLASTS THROUGH THE CAMP/SP1 PATHWAY. ENDOCRINOLOGY. 2012;153(4):2012-22.
98. INITIATIVE POUR LA SANTÉ DES FEMMES. DISPONIBLE : [HTTPS://WWW.NHLBI.NIH.GOV/WHI/ESTRO_ALONE.HTM](https://www.nhlbi.nih.gov/whi/estro_alone.htm). [1ER DÉCEMBRE 2016].
99. GOLDSTEIN MR, MASCITELLI L. SURGERY AND CANCER PROMOTION : ARE WE TRADING BEAUTY FOR CANCER ? QJM. 2011;104(9):811-5.
100. WATERS JH, MILLER LR, CLACK S, KIM JV. CAUSE DE L'ACIDOSE MÉTABOLIQUE EN CAS DE CHIRURGIE PROLONGÉE. CRIT CARE MED. 1999;27(10):2142-6.
101. MACNIVEN E, DECATANZARO D, YOUNGLAI EV. CHRONIC STRESS INCREASES ESTROGEN AND OTHER STEROIDS IN INSEMINATED RATS. PHYSIOL BEHAV. 1992;52(1):159-62.
102. SHAVIT Y, WEIDENFELD J, DEKEYSER FG, ET AL. EFFECTS OF SURGICAL STRESS ON BRAIN PROSTAGLANDIN E2 PRODUCTION AND ON THE PITUITARY-ADRENAL AXIS : ATTENUATION BY PREEMPTIVE ANALGESIA AND BY CENTRAL AMYGDALA LESION. BRAIN RES. 2005;1047(1):10-7.
103. SINGH, M. STRESS RESPONSE AND ANESTHESIA : ALTERING THE PERI AND POST-OPERATIVE

MANAGEMENT. INDIAN J. ANAESTH. 2003 ; 47 (6) : 427-434.

104. SOLL C, JANG JH, RIENER MO, ET AL. SEROTONIN PROMOTES TUMOR GROWTH IN HUMAN HEPATOCELLULAR CANCER. HEPATOLOGY. 2010;51(4):1244-54.
105. GURBUZ N, ASHOUR AA, ALPAY SN, OZPOLAT B. DOWN-REGULATION OF 5-HT1B AND 5-HT1D RECEPTORS INHIBITS PROLIFERATION, CLONOGENICITY AND INVASION OF HUMAN PANCREATIC CANCER CELLS. PLOS ONE. 2014;9(8):E105245.
106. PAI VP, MARSHALL AM, HERNANDEZ LL, BUCKLEY AR, HORSEMAN ND. ALTERED SEROTONIN PHYSIOLOGY IN HUMAN BREAST CANCERS FAVORS PARADOXICAL GROWTH AND CELL SURVIVAL. BREAST CANCER RES. 2009;11(6):R81.
107. SIDDIQUI EJ, SHABBIR MA, MIKHAILIDIS DP, MUMTAZ FH, THOMPSON CS. THE EFFECT OF SEROTONIN AND SEROTONIN ANTAGONISTS ON BLADDER CANCER CELL PROLIFERATION. BJU INT. 2006;97(3):634-9.
108. SUI H, XU H, JI Q, ET AL. 5-HYDROXYTRYPTAMINE RECEPTOR (5-HT1DR) PROMOTES COLORECTAL CANCER METASTASIS BY REGULATING AXIN1/B-CATENIN/MMP-7 SIGNALING PATHWAY. ONCOTARGET. 2015;6(28):25975-87.
109. KOH KJ, PEARCE AL, MARSHMAN G, FINLAY-JONES JJ, HART PH. TEA TREE OIL REDUCES HISTAMINE-INDUCED SKIN . BR J DERMATOL. 2002;147(6):1212- 7.
110. ADLESIC M, VERDRENGH M, BOKAREWA M, DAHLBERG L, FOSTER SJ, TARKOWSKI A. HISTAMINE IN RHEUMATOID ARTHRITIS. SCAND J IMMUNOL. 2007;65(6):530-7.

111. LEFRANC F, YEATON P, BROTCHE J, KISS R. CIMETIDINE, AN UNEXPECTED ANTI-TUMOR AGENT, AND ITS POTENTIAL FOR THE TREATMENT OF GLIOBLASTOMA (REVIEW). INT J ONCOL. 2006;28(5):1021- 30.
112. HSIEH HY, SHEN CH, LIN RI, ET AL. CYPROHEPTADINE EXHIBITS ANTITUMOR ACTIVITY IN UROTHELIAL CARCINOMA CELLS BY TARGETING GSK3B TO SUPPRESS MTOR AND B-CATENIN SIGNALING PATHWAYS. CANCER LETT. 2016;370(1):56-65.
113. HARRIS AL, SMITH IE. REGRESSION OF CARCINOID TUMOUR WITH CYPROHEPTADINE. BR MED J (CLIN RES ED). 1982;285(6340):475.
114. CHOI SY, COLLINS CC, GOUT PW, WANG Y. CANCER-GENERATED LACTIC ACID : A REGULATORY, IMMUNOSUPPRESSIVE METABOLITE ?. J PATHOL. 2013;230(4):350-5.
115. DHUP S, DADHICH RK, PORPORATO PE, SONVEAUX P. MULTIPLE BIOLOGICAL ACTIVITIES OF LACTIC ACID IN CANCER : INFLUENCES ON TUMOR GROWTH, ANGIOGENESIS AND METASTASIS. CURR PHARM DES. 2012;18(10):1319-30.
116. WAHL P, ZINNER C, ACHTZEHN S, BLOCH W, MESTER J. EFFECT OF HIGH- AND LOW-INTENSITY EXERCISE AND METABOLIC ACIDOSIS ON LEVELS OF GH, IGF-I, IGFBP-3 AND CORTISOL. GROWTH HORM IGF RES. 2010;20(5):380- 5.
117. BRAND JM, FROHN C, CZIUPKA K, BROCKMANN C, KIRCHNER H, LUHM J. PROLACTIN TRIGGERS PRO- INFLAMMATORY IMMUNE RESPONSES IN PERIPHERAL IMMUNE CELLS. EUR CYTOKINE NETW. 2004;15(2):99-104.

118. TWO ROGER SS, ELIASSEN AH, ZHANG X, ET AL. A 20- YEAR PROSPECTIVE STUDY OF PLASMA PROLACTIN AS A RISK MARKER OF BREAST CANCER DEVELOPMENT. CANCER RES. 2013;73(15):4810-9.
119. CLEVENGER, C.V. ROLE OF PROLACTIN/PROLACTIN RECEPTOR SIGNALING IN HUMAN BREAST CANCER. BREAST DISEASE. 18(1):75.
120. RECCHIONE C, GALANTE E, SECRETO G, CAVALLERI A, DATI V. ABNORMAL SERUM HORMONE LEVELS IN LUNG CANCER. TUMORI. 1983;69(4):293-8.
121. CAPURON L, RAVAUD A, NEVEU PJ, MILLER AH, MAES M, DANTZER R. ASSOCIATION BETWEEN DECREASED SERUM TRYPTOPHAN CONCENTRATIONS AND DEPRESSIVE SYMPTOMS IN CANCER PATIENTS UNDERGOING CYTOKINE THERAPY. MOL PSYCHIATRY. 2002;7(5):468-73.
122. HÅKANSON E, RUTBERG H, JORFELDT L. EFFECT OF ADRENALINE ON EXCHANGE OF FREE FATTY ACIDS IN LEG TISSUES AND SPLANCHNIC AREA. A COMPARISON WITH THE METABOLIC RESPONSE TO SURGICAL STRESS. CLIN PHYSIOL. 1986;6(5):453-63.
123. COPPACK SW, JENSEN MD, MILES JM. IN VIVO REGULATION OF LIPOLYSIS IN HUMANS. J LIPID RES. 1994;35(2):177-93.
124. LEE CG, LINK H, BALUK P, ET AL. VASCULAR ENDOTHELIAL GROWTH FACTOR (VEGF) INDUCES REMODELING AND ENHANCES TH2-MEDIATED SENSITIZATION AND INFLAMMATION IN THE LUNG. NAT MED. 2004;10(10):1095-103.
125. MANZOOR H, QADIR MI, ABBAS K, ET AL. VASCULAR ENDOTHELIAL GROWTH FACTOR (VEGF) IN CANCER.

JOURNAL AFRICAIN DE PHARMACIE ET DE
PHARMACOLOGIE. 2014;8(37):917-923.

126. SASAKI T, HIROKI K, YAMASHITA Y. THE ROLE OF
EPIDERMAL GROWTH FACTOR RECEPTOR IN CANCER
METASTASIS AND MICROENVIRONMENT. BIOMED RES INT.
2013;2013:546318.
127. KOENDERS PG, BEEEX LV, KIENHUIS CB, KLOPPENBORG PW,
BENRAAD TJ. EPIDERMAL GROWTH FACTOR RECEPTOR AND
PROGNOSIS IN HUMAN BREAST CANCER : A PROSPECTIVE
STUDY. BREAST CANCER RES TREAT. 1993;25(1):21-7.
128. WALDNER MJ, FOERSCH S, NEURATH MF. INTERLEUKIN-6--A
KEY REGULATOR OF COLORECTAL CANCER
DEVELOPMENT. INT J BIOL SCI. 2012;8(9):1248- 53.
129. LENTZ EK, CHERLA RP, JASPERS V, WEEKS BR, TESH VL.
ROLE OF TUMOR NECROSIS FACTOR ALPHA IN DISEASE
USING A MOUSE MODEL OF SHIGA TOXIN- MEDIATED
RENAL DAMAGE. INFECT IMMUN. 2010;78(9):3689-99.
130. MOCELLIN S, ROSSI CR, PILATI P, NITTI D. TUMOR
NECROSIS FACTOR, CANCER AND ANTICANCER
THERAPY. CYTOKINE GROWTH FACTOR REV.
2005;16(1):35-53.
131. Ulich TR, DEL CASTILLO J, NI RX, BIKHAZI N, CALVIN
L. MECHANISMS OF TUMOR NECROSIS FACTOR ALPHA
INDUCED LYMPHOPENIA, NEUTROPENIA, AND BIPHASIC
NEUTROPHILIA : A STUDY OF LYMPHOCYTE
RECIRCULATION AND HEMATOLOGIC INTERACTIONS OF
TNF ALPHA WITH ENDOGENOUS MEDIATORS OF
LEUKOCYTE TRAFFICKING. J LEUKOC BIOL. 1989;45(2):155-67.

132. CLARK GC, TAYLOR MJ. TUMOR NECROSIS FACTOR INVOLVEMENT IN THE TOXICITY OF TCDD : THE ROLE OF ENDOTOXIN IN THE RESPONSE. EXP CLIN IMMUNOGENET. 1994;11(2-3):136-41.
133. DEGASPERI GR, ROMANATTO T, DENIS RG, ET AL. UCP2 PROTECTS HYPOTHALAMIC CELLS FROM TNF- ALPHA- INDUCED DAMAGE. FEBS LETT. 2008;582(20):3103-10.
134. HAN D, HOSOKAWA T, AOIKE A, KAWAI K. AGE- RELATED ENHANCEMENT OF TUMOR NECROSIS FACTOR (TNF) PRODUCTION IN MICE. MECH AGEING DEV. 1995;84(1):39-54.
135. SCHMIDLIN K, SPOERRI A, EGGER M, ET AL. CANCER, A DISEASE OF AGING (PART 1) - TRENDS IN OLDER ADULT CANCER MORTALITY IN SWITZERLAND 1991- 2008. SWISS MED WKLY. 2012;142:W13637.
136. PINNA F, SAHLE S, BEUKE K, ET AL. A SYSTEMS BIOLOGY STUDY ON NFKB SIGNALING IN PRIMARY MOUSE HEPATOCYTES. FRONT PHYSIOL. 2012;3:466.
137. WANG S, LIU Z, WANG L, ZHANG X. NF-KAPPAB SIGNALING PATHWAY, INFLAMMATION AND COLORECTAL CANCER. CELL MOL IMMUNOL. 2009;6(5):327-34.
138. SAKAMOTO K, MAEDA S, HIKIBA Y, ET AL. CONSTITUTIVE NF-KAPPAB ACTIVATION IN COLORECTAL CARCINOMA PLAYS A KEY ROLE IN ANGIOGENESIS, PROMOTING TUMOR GROWTH. CLIN CANCER RES. 2009;15(7):2248-58.
139. BHARTI AC, AGGARWAL BB. NUCLEAR FACTOR- KAPPA B AND CANCER : ITS ROLE IN PREVENTION AND THERAPY. BIOCHEM PHARMACOL. 2002;64(5-6):883-8.

140. OLIVIER S, ROBE P, BOURS V. NF-KAPPAB CAN BE A TARGET FOR NOVEL AND EFFICIENT ANTI-CANCER AGENTS ? BIOCHEM PHARMACOL. 2006;72(9):1054-68.
141. WEBER J, YANG JC, TOPALIAN SL, ET AL. PHASE I TRIAL OF SUBCUTANEOUS INTERLEUKIN-6 IN PATIENTS WITH ADVANCED MALIGNANCIES. J CLIN ONCOL. 1993;11(3):499-506.
142. WEISS GR, MARGOLIN KA, SZNOL M, ET AL. A PHASE II STUDY OF THE CONTINUOUS INTRAVENOUS INFUSION OF INTERLEUKIN-6 FOR METASTATIC RENAL CELL CARCINOMA. J IMMUNOTHER EMPHASIS TUMOR IMMUNOL. 1995;18(1):52-6.
143. SHALOWITZ DI, EPSTEIN AJ, BUCKINGHAM L, KO EM, GIUNTOLI RL. SURVIVAL IMPLICATIONS OF TIME TO SURGICAL TREATMENT OF ENDOMETRIAL CANCERS. AM J OBSTET GYNECOL. 2016.
144. BETHUNE R, SBAIH M, BROSNAN C, ARULAMPALAM T. WHAT HAPPENS WHEN WE DO NOT OPERATE ? SURVIVAL FOLLOWING CONSERVATIVE BOWEL CANCER MANAGEMENT. ANN R COLL SURG ENGL. 2016;98(6):409- 12.
145. TANG D, KANG R, ZEH HJ, LOTZE MT. HIGH-MOBILITY GROUP BOX 1 AND CANCER. BIOCHIM BIOPHYS ACTA. 2010;1799(1-2):131-40.
146. OKADA S, OKUSAKA T, ISHII H, ET AL. ELEVATED SERUM INTERLEUKIN-6 LEVELS IN PATIENTS WITH PANCREATIC CANCER. JPN J CLIN ONCOL. 1998;28(1):12-5.
147. TIAN G, MI J, WEI X, ET AL. CIRCULATING INTERLEUKIN-6 AND CANCER : A META-ANALYSIS USING MENDELIAN RANDOMIZATION. SCI REP. 2015;5:11394.

148. LOBO V, PATIL A, PHATAK A, CHANDRA N. FREE RADICALS, ANTIOXIDANTS AND FUNCTIONAL FOODS : IMPACT ON HUMAN HEALTH. PHARMACOGN REV. 2010;4(8):118-26.
149. CHEN Q, GUAN X, ZUO X, WANG J, YIN W. LE RÔLE DE HIGH MOBILITY GROUP BOX 1 (HMGB1) DANS LA PATHOGENÈSE DES MALADIES RÉNALES. ACTA PHARM SIN B. 2016;6(3):183-8.

CHIMIOTHÉRAPIE

1. (2014). ÉVOLUTION DES TRAITEMENTS DU CANCER : CHEMOTHERAPY. [EN LIGNE] DISPONIBLE : [HTTP://WWW.CANCER.ORG/CANCER/CANCERBASICS/TH E HISTORY OF CANCER/ THE-HISTORY-OF-CANCER- CANCER-TREATMENT-CHEMO](http://www.cancer.org/cancer/cancerbasics/the-history-of-cancer/the-history-of-cancer-cancer-treatment-chemo). [28 NOVEMBRE 2016].
2. DICKERSON, C. (2015). *LES FAMILLES RÉAGISSENT AU REPORTAGE DE NPR SUR LES ESSAIS SECRETS DE GAZ MOUTARDE*. [EN LIGNE]. DISPONIBLE : [HTTP://WWW.NPR.ORG/2015/11/03/453962074/FAMILIES- REACT-TO-NPRS-REPORTING-OF-SECRET-MUSTARD- GAS- TESTING](http://www.npr.org/2015/11/03/453962074/families-react-to-nprs-reporting-of-secret-mustard-gas-testing). [28 NOVEMBRE 2016].
3. (2011). UN SPÉCIALISTE DES ARMES CHIMIQUES AIDE UN VÉTÉRAN DE LA SECONDE GUERRE MONDIALE À TROUVER UN TRAITEMENT EFFICACE CONTRE LES SYMPTÔMES DU GAZ MOUTARDE. [EN LIGNE]. DISPONIBLE : [HTTP://WWW.CDC.GOV/NCEH/STORIES/MUSTARD _GAS.H TML](http://www.cdc.gov/nceh/stories/mustard_gas.html). [28 NOVEMBRE 2016].
4. GILMAN A. APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES DES AGENTS DE GUERRE CHIMIQUE. FED PROC. 1946;5:285-92.
5. GOODMAN LS, WINTROBE MM. THÉRAPIE À LA MOUTARDE AZOTÉE ; UTILISATION DE CHLORHYDRATE DE MÉTHYL-BIS (BÊTA-CHLOROÉTHYL) AMINE ET DE TRIS (BÊTA-CHLOROÉTHYL) AMINE ; UTILISATION DE TRIS (BÊTA-CHLOROÉTHYL) AMINE.

CHLOROETHYL) AMINE HYDROCHLORIDE POUR LA MALADIE DE HODGKIN, LE LYMPHOSARCOME, LA LEUCÉMIE ET CERTAINS TROUBLES CONNEXES ET DIVERS. J AM MED ASSOC. 1946;132:126-32.

6. GILMAN A, PHILIPS FS. LES ACTIONS BIOLOGIQUES ET LES APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES DES AMINES ET DES SULFURES DE B-CHLOROÉTHYLE. SCIENCE. 1946;103(2675):409-36.
7. L'INSTITUT GERSON. *DR. L'HISTOIRE SUPPRIMÉE DE GERSON 1946 CONGRESSIONAL TESTIMONY*. [EN LIGNE]. DISPONIBLE : [HTTP://WHALE.TO/CANCER/DR_GERSON.HTML](http://whale.to/cancer/dr_gerson.html). [28 NOVEMBRE 2016].
8. IHEALTHTUBE.COM, GONZALES, N. (2012). *L'HISTOIRE CHOQUANTE DE LA CHIMIOTHÉRAPIE* . [YOUTUBE]. DISPONIBLE : [HTTPS://WWW.YOUTUBE.COM/WATCH ? V=_TPTKBXQJR4](https://www.youtube.com/watch?v=_TPTKBXQJR4). [28 NOVEMBRE 2016].
9. POWLES TJ, COOMBES RC, SMITH IE, JONES JM, FORD HT, GAZET JC. FAILURE OF CHEMOTHERAPY TO PROLONG SURVIVAL IN A GROUP OF PATIENTS WITH METASTATIC BREAST CANCER. LANCET. 1980;1(8168 PT 1):580-2.
10. BLECH, JORG. (2004). *GIFTKUR OHNE NUTZEN* . [EN LIGNE]. DISPONIBLE : [HTTP://WWW.SPIEGEL.DE/SPIEGEL/PRINT/D-32362278.HTML](http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-32362278.html) [28 NOVEMBRE 2016].
11. ABEL, ULRICH, PHD "CYTOSTATIC THERAPY OF ADVANCED EPITHELIAL TUMORS - A CRITIQUE" LANCET 10 AOÛT 1991.
12. MORGAN G, WARD R, BARTON M. THE CONTRIBUTION OF CYTOTOXIC CHEMOTHERAPY TO 5- YEAR SURVIVAL IN ADULT MALIGNANCIES. CLIN ONCOL (R COLL RADIOL). 2004;16(8):549-60.

13. MARKSTEIN M, DETTORRE S, CHO J, NEUMÜLLER RA, CRAIG-MÜLLER S, PERRIMON N. SYSTEMATIC SCREEN OF CHEMOTHERAPEUTICS IN DROSOPHILA STEM CELL TUMORS. PROC NATL ACAD SCI USA. 2014;111(12):4530-5.
14. WALLINGTON M, SAXON EB, BOMB M, ET AL. 30-DAY MORTALITY AFTER SYSTEMIC ANTICANCER TREATMENT FOR BREAST AND LUNG CANCER IN ENGLAND : A POPULATION-BASED, OBSERVATIONAL STUDY. LANCET ONCOL. 2016;17(9):1203-16.
15. OWUSU C, MARGEVICIUS S, SCHLUCHTER M, KOROUKIAN SM, SCHMITZ KH, BERGER NA. VULNERABLE ELDERS SURVEY AND SOCIOECONOMIC STATUS PREDICT FUNCTIONAL DECLINE AND DEATH AMONG OLDER WOMEN WITH NEWLY DIAGNOSED NONMETASTATIC BREAST CANCER. CANCER. 2016;122(16):2579-86.
16. BAYRAKTAR S, GARCIA-BUITRAGO MT, HURLEY E, GLUCK S. SURVIVING METASTATIC BREAST CANCER FOR 18 YEARS : A CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE. BREAST J. 2011;17(5):521-4.
17. FERNANDES NM, PELISSARI IG, COGO LA, SANTOS FILHA VA. WORKPLACE ACTIVITY IN HEALTH PROFESSIONALS EXPOSED TO CHEMOTHERAPY DRUGS : AN OTONEUROLOGICAL PERSPECTIVE. INT ARCH OTORHINOLARYNGOL. 2016;20(4):331-338.
18. DRUGS.COM. (2013). *MUSTARGEN*. [EN LIGNE]. DISPONIBLE : [HTTPS://WWW.DRUGS.COM/PRO/MUSTARGEN.HTML](https://www.drugs.com/pro/mustargen.html) [28 NOVEMBRE 2016].
19. MOUNTZIOS G, ARAVANTINOS G, ALEXOPOULOU Z, ET AL. LESSONS FROM THE PAST : LONG TERM SAFETY AND SURVIVAL OUTCOMES OF A PREMATURELY

ESSAI CONTRÔLÉ RANDOMISÉ TERMINÉ SUR
L'ADMINISTRATION PROPHYLACTIQUE VS.
L'ADMINISTRATION D'AGENTS STIMULANT
L'ÉRYTHROPOÏÈSE À BASE D'HÉMOGLOBINE CHEZ DES
PATIENTS SOUFFRANT D'ANÉMIE INDUITE PAR LA
CHIMIOTHÉRAPIE. MOL CLIN ONCOL. 2016;4(2):211-220.

20. LI DY, YU TT, BAI H, CHEN XY. [ÉTUDE CLINIQUE SUR
L'EFFET DE LA PRESCRIPTION DE GRANULES COMPOSÉS DU
BULBE DE LA FRITILLAIRE DE THUNBERG DANS LE
SOULAGEMENT DE LA SUPPRESSION DE LA MOELLE
OSSEUSE APRÈS LA CHIMIOTHÉRAPIE CHEZ LES PATIENTS
ATTEINTS DE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU].
ZHONGGUO ZHONG YAO ZA ZHI. 2012;37(20):3155-7.
21. TAMAMYAN G, DANIELYAN S, LAMBERT MP.
CHEMOTHERAPY INDUCED THROMBOCYTOPENIA IN
PEDIATRIC ONCOLOGY. CRIT REV ONCOL HEMATOL.
2016;99:299-307.
22. ANTONUZZO L, LUNGHI A, GIOMMONI E, BRUGIA M, DI
COSTANZO F. REGORAFENIB ALSO CAN CAUSE
OSTEONECROSIS OF THE JAW. J NATL CANCER INST.
2016;108(4).
23. BORDBAR MR, HAGHPANAH S, DABBAGHMANESH MH,
OMRANI GR, SAKI F. BONE MINERAL DENSITY IN
CHILDREN WITH ACUTE LEUKEMIA AND ITS ASSOCIATED
FACTORS IN IRAN : A CASE-CONTROL STUDY. ARCH
OSTEOPOROS. 2016;11(1):36.
24. LEE SW, YEO SG, OH IH, YEO JH, PARK DC. BONE
MINERAL DENSITY IN WOMEN TREATED FOR VARIOUS
TYPES OF GYNECOLOGICAL CANCER. ASIA PAC J CLIN
ONCOL. 2016 ;
25. MATSUOKA A, MITSUMA A, MAEDA O, ET AL.
ÉVALUATION QUANTITATIVE DE LA NEUROTOXICITÉ
PÉRIPHÉRIQUE INDUITE PAR LA CHIMIOTHÉRAPIE À
L'AIDE D'UN TEST D'ADN.

DISPOSITIF DE CONDUCTION NERVEUSE AU POINT D'INTERVENTION. CANCER SCI. 2016;107(10):1453-1457.

26. IARKOV A, APPUNN D, ECHEVERRIA V. POST TREATMENT WITH COTININE IMPROVED MEMORY AND DECREASED DEPRESSIVE-LIKE BEHAVIOR AFTER CHEMOTHERAPY IN RATS. CANCER CHEMOTHER PHARMACOL. 2016;78(5):1033-1039.
27. RENDEIRO C, SHERIFF A, BHATTACHARYA TK, ET AL. LONG-LASTING IMPAIRMENTS IN ADULT NEUROGENESIS, SPATIAL LEARNING AND MEMORY FROM A STANDARD CHEMOTHERAPY REGIMEN USED TO TREAT BREAST CANCER. BEHAV BRAIN RES. 2016;315:10-22.
28. REDDY AT, WITEK K. NEUROLOGIC COMPLICATIONS OF CHEMOTHERAPY FOR CHILDREN WITH CANCER. CURR NEUROL NEUROSCI REP. 2003;3(2):137-42.
29. DUNN J, WATSON M, AITKEN JF, HYDE MK. SYSTEMATIC REVIEW OF PSYCHOSOCIAL OUTCOMES FOR PATIENTS WITH ADVANCED MELANOMA. PSYCHOONCOLOGY. 2016 ;
30. OH PJ, LEE JR. [EFFET DES SYMPTÔMES DU CANCER ET DE LA FATIGUE SUR LES TROUBLES COGNITIFS ET LA DÉPRESSION LIÉS À LA CHIMIOTHÉRAPIE CHEZ LES PERSONNES ATTEINTES D'UN CANCER GASTRO-INTESTINAL]. J KOREAN ACAD NURS. 2016;46(3):420-30.
31. BAEK Y, YI M. [FACTORS INFLUENCING QUALITY OF LIFE DURING CHEMOTHERAPY FOR COLORECTAL CANCER PATIENTS IN SOUTH KOREA]. J KOREAN ACAD NURS. 2015;45(4):604-12.
32. PERETZ B, SARNAT H, KHAROUBA J. CHEMOTHERAPY INDUCED DENTAL CHANGES IN A CHILD WITH

MÉDULLOBLASTOME : A CASE REPORT. J CLIN PEDIATR DENT. 2014;38(3):251-4.

33. ALT-EPPING B, NEJAD RK, JUNG K, GROSS U, NAUCK F. SYMPTÔMES DE LA CAVITÉ BUCCALE ET LEUR ASSOCIATION AVEC LES RÉSULTATS MICROBIOLOGIQUES ET CLINIQUES LOCAUX - UNE ENQUÊTE PROSPECTIVE EN SOINS PALLIATIFS. SUPPORT CARE CANCER. 2012;20(3):531-7.
34. DREIZEN S, MCCREDIE KB, KEATING MJ. CHEMOTHERAPY-INDUCED ORAL MUCOSITIS IN ADULT LEUKEMIA. POSTGRAD MED. 1981;69(2):103-8, 111-2.
35. FARSI DJ. CHILDREN UNDERGOING CHEMOTHERAPY : IS IT TOO LATE FOR DENTAL REHABILITATION ? J CLIN PEDIATR DENT. 2016;40(6):503-505.
36. ABALO R, URANGA JA, PÉREZ-GARCÍA I, ET AL. MAY CANNABINOIDS PREVENT THE DEVELOPMENT OF CHEMOTHERAPY-INDUCED DIARRHEA AND INTESTINAL MUCOSITIS ? EXPERIMENTAL STUDY IN THE RAT. NEUROGASTROENTEROL MOTIL. 2016.
37. FORSGÅRD RA, KORPELA R, HOLMA R, ET AL. INTESTINAL PERMEABILITY TO IOHEXOL AS AN IN VIVO MARKER OF CHEMOTHERAPY-INDUCED GASTROINTESTINAL TOXICITY IN SPRAGUE-DAWLEY RATS. CANCER CHEMOTHER PHARMACOL. 2016;78(4):863-74.
38. KLEPIN HD, TOOZE JA, PARDEE TS, ET AL. EFFECT OF INTENSIVE CHEMOTHERAPY ON PHYSICAL, COGNITIVE, AND EMOTIONAL HEALTH OF OLDER ADULTS WITH ACUTE MYELOID LEUKEMIA. J AM GERIATR SOC. 2016;64(10):1988-1995.
39. GILLIAM LA, LARK DS, REESE LR, ET AL. SUREXPRESSION CIBLÉE DE LA CATALASE MITOCHONDRIALE

PROTÈGE CONTRE LE DYSFONCTIONNEMENT DES MUSCLES SQUELETTIQUES INDUIT PAR LA CHIMIOTHÉRAPIE. AM J PHYSIOL ENDOCRINOL METAB. 2016;311(2):E293-301.

40. GIRALT J, REY A, VILLANUEVA R, ALFORJA S, CASAROLI-MARANO RP. PERTE VISUELLE SÉVÈRE CHEZ UNE PATIENTE ATTEINTE D'UN CANCER DU SEIN SOUS CHIMIOTHÉRAPIE. MED ONCOL. 2012;29(4):2567-9.
41. CLOUTIER AO. EFFETS SECONDAIRES OCULAIRES DE LA CHIMIOTHÉRAPIE : PRISE EN CHARGE INFIRMIÈRE. ONCOL NURS FORUM. 1992;19(8):1251-9.
42. BATCHVAROV IS, TAYLOR RW, BUSTAMANTE-MARÍN X, ET AL. A GRAFTED OVARIAN FRAGMENT RESCUES HOST FERTILITY AFTER CHEMOTHERAPY. MOL HUM REPROD. 2016.
43. CLOWSE ME, BEHERA MA, ANDERS CK, ET AL. OVARIAN PRESERVATION BY GNRH AGONISTS DURING CHEMOTHERAPY : A META-ANALYSIS. J WOMENS HEALTH (LARCHMT). 2009;18(3):311-9.
44. GARRIDO-OYARZÚN MF, CASTELO-BRANCO C. CONTROVERSES SUR L'UTILISATION DES AGONISTES DU GNRH POUR LA RÉDUCTION DE LA GONADOTOXICITÉ INDUITE PAR LA CHIMIOTHÉRAPIE. CLIMACTERIC. 2016;19(6):522-525.
45. LI CY, CHEN ML. [AMÉNORRHÉE INDUITE PAR LA CHIMIOTHÉRAPIE ET SYMPTÔMES DE LA MÉNOPAUSE CHEZ LES FEMMES ATTEINTES D'UN CANCER DU SEIN]. HU LI ZA ZHI. 2016;63(5):19-26.
46. EID AH, ABDELKADER NF, ABD EL-RAOUF OM, FAWZY HM, EL-DENSHARY ES. CARVEDILOL ALLEVIATES TESTICULAR AND SPERMATOLOGICAL DAMAGE INDUCED BY CISPLATIN IN RATS VIA MODULATION OF OXIDATIVE STRESS AND INFLAMMATION. ARCH PHARM RES. 2016.

47. LEVI M, POPOVTZER A, TZABARI M, ET AL.
CETUXIMAB INTENSIFIE LA TOXICITÉ TESTICULAIRE
INDUITE PAR LE CISPLATINE. REPROD BIOMED
ONLINE. 2016;33(1):102-10.
48. HUANG M, LIN J, YU X, ET AL. ERECTILE AND URINARY
FUNCTION IN MEN WITH RECTAL CANCER TREATED BY
NEOADJUVANT CHEMORADIOOTHERAPY AND
NEOADJUVANT CHEMOTHERAPY ALONE : A RANDOMIZED
TRIAL REPORT. INT J COLORECTAL DIS. 2016;31(7):1349-57.
49. ANNAM K, VOZNESENSKY M, KREDER KJ.
COMPRENDRE ET GÉRER LA DYSFONCTION ÉRECTILE
CHEZ LES PATIENTS TRAITÉS POUR UN CANCER. J ONCOL
PRACT. 2016;12(4):297-304.
50. TRÜEB RM. CHEMOTHERAPY-INDUCED ALOPECIA.
SEMIN CUTAN MED SURG. 2009;28(1):11-4.
51. TANAKA S, HAYEK G, JAYAPRATAP P, ET AL. THE
IMPACT OF CHEMOTHERAPY ON COMPLICATIONS
ASSOCIATED WITH MASTECTOMY AND IMMEDIATE
AUTOLOGOUS TISSUE RECONSTRUCTION. AM SURG.
2016;82(8):713-7.
52. FRISINA RD, WHEELER HE, FOSSA SD, ET AL.
COMPREHENSIVE AUDIOMETRIC ANALYSIS OF HEARING
IMPAIRMENT AND TINNITUS AFTER CISPLATIN-BASED
CHEMOTHERAPY IN SURVIVORS OF ADULT-ONSET CANCER.
J CLIN ONCOL. 2016;34(23):2712- 20.
53. TRUONG J, YAN AT, CRAMAROSSA G, CHAN KK.
CHEMOTHERAPY-INDUCED CARDIOTOXICITY : DETECTION,
PREVENTION, AND MANAGEMENT. CAN J CARDIOL.
2014;30(8):869-78.

54. GRANGER CB. PREDICTION AND PREVENTION OF CHEMOTHERAPY-INDUCED CARDIOMYOPATHY : CAN IT BE DONE ? CIRCULATION. 2006;114(23):2432-3.
55. SMITH SA, AUSEON AJ. LA CARDIOMYOPATHIE TAKOTSUBO INDUITE PAR LA CHIMIOTHÉRAPIE. HEART FAIL CLIN. 2013;9(2):233-42.
56. SAKKA S, KAWAI K, TSUJIMOTO I, ET AL. [INFARCTUS AIGU DU MYOCARDE SÉVÈRE AU COURS D'UNE CHIMIOTHÉRAPIE D'INDUCTION POUR UNE TUMEUR GERMINALE RÉTROPÉRITONÉALE : UN RAPPORT DE CAS]. HINYOKIKA KIYO. 2016;62(9):483-487.
57. PERKINS JL, HARRIS A, POZOS TC. IMMUNE DYSFUNCTION AFTER COMPLETION OF CHILDHOOD LEUKEMIA THERAPY. J PEDIATR HEMATOL ONCOL. 2016.
58. VERMA R, FOSTER RE, HORGAN K, ET AL. LYMPHOCYTE DEPLETION AND REPOPULATION AFTER CHEMOTHERAPY FOR PRIMARY BREAST CANCER. BREAST CANCER RES. 2016;18(1):10.
59. LIN JW, CHANG ML, HSU CW, ET AL. ACUTE EXACERBATION OF HEPATITIS C IN HEPATOCELLULAR CARCINOMA PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY. J MED VIROL. 2017;89(1):153-160.
60. QIN L, WANG F, ZOU BW, DING ZY. CHEMOTHERAPY-INDUCED FATAL HEPATITIS B VIRUS REACTIVATION IN SMALL-CELL LUNG CANCER PATIENT. MOL CLIN ONCOL. 2016;5(4):382-384.
61. WU Y, DENG Z, WANG H, MA W, ZHOU C, ZHANG S. REPEATED CYCLES OF 5-FLUOROURACIL CHEMOTHERAPY IMPAIRED ANTI-TUMOR FUNCTIONS OF CYTOTOXIC T CELLS IN A CT26 TUMOR-BEARING MOUSE MODEL. BMC IMMUNOL. 2016;17(1):29.

62. LI W, YAN MH, LIU Y, ET AL. GINSENOSEIDE RG5 AMELIORATES CISPLATIN-INDUCED NEPHROTOXICITY IN MICE THROUGH INHIBITION OF INFLAMMATION, OXIDATIVE STRESS, AND APOPTOSIS. NUTRIENTS. 2016;8(9).
63. EL-NAGA RN. PRE-TREATMENT WITH CARDAMONIN PROTECTS AGAINST CISPLATIN-INDUCED NEPHROTOXICITY IN RATS : IMPACT ON NOX-1, INFLAMMATION AND APOPTOSIS. TOXICOL APPL PHARMACOL. 2014;274(1):87-95.
64. TIONG V, ROZITA AM, TAIB NA, YIP CH, NG CH. INCIDENCE OF CHEMOTHERAPY-INDUCED OVARIAN FAILURE IN PREMENOPAUSAL WOMEN UNDERGOING CHEMOTHERAPY FOR BREAST CANCER. WORLD J SURG. 2014;38(9):2288-96.
65. DUGBARTEY GJ, PEPPONE LJ, DE GRAAF IA. AN INTEGRATIVE VIEW OF CISPLATIN-INDUCED RENAL AND CARDIAC TOXICITIES : MÉCANISMES MOLÉCULAIRES, DÉFIS THÉRAPEUTIQUES ACTUELS ET MESURES DE PROTECTION POTENTIELLES. TOXICOLOGIE. 2016;371:58-66.
66. HIROSHIMA Y, SHUTO K, YAMAZAKI K, ET AL. FRACTAL DIMENSION OF TC-99M DTPA GSA ESTIMATES PATHOLOGIC LIVER INJURY DUE TO CHEMOTHERAPY IN LIVER CANCER PATIENTS. ANN SURG ONCOL. 2016;23(13):4384-4391.
67. LIMPER AH. CHEMOTHERAPY-INDUCED LUNG DISEASE. CLIN CHEST MED. 2004;25(1):53-64.
68. BERGER VELTEN D, ZANDONADE E, MONTEIRO DE BARROS MIOTTO MH. PRÉVALENCE DES MANIFESTATIONS BUCCO-DENTAIRES CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS ATTEINTS DE CANCER ET SOUMIS À UNE CHIMIOTHÉRAPIE. BMC ORAL HEALTH. 2016;16(1):107.

69. GONG SS, LI YX, ZHANG MT, ET AL. NEUROPROTECTIVE EFFECT OF MATRINE IN MOUSE MODEL OF VINCRISTINE-INDUCED NEUROPATHIC PAIN. NEUROCHEM RES. 2016;41(11):3147-3159.
70. HELLERSTEDT-BÖRJESSON S, NORDIN K, FJÄLLSKOG ML, HOLMSTRÖM, ARVING C. WOMEN TREATED FOR BREAST CANCER EXPERIENCES OF CHEMOTHERAPY- INDUCED PAIN : MEMORIES, ANY PRESENT PAIN, AND FUTURE REFLECTIONS. CANCER NURS. 2016;39(6):464- 472.
71. MCNAMARA MJ, ADELSTEIN DJ, ALLENDE DS, ET AL. PERSISTENT DYSPHAGIA AFTER INDUCTION CHEMOTHERAPY IN PATIENTS WITH ESOPHAGEAL ADENOCARCINOMA PREDICTS POOR POST-OPERATIVE OUTCOMES. J GASTROINTEST CANCER. 2016.
72. FAKHFOURI G, MOUSAVIZADEH K, MEHR SE, ET AL. FROM CHEMOTHERAPY-INDUCED EMESIS TO NEUROPROTECTION : THERAPEUTIC OPPORTUNITIES FOR 5-HT3 RECEPTOR ANTAGONISTS. MOL NEUROBIOL. 2015;52(3):1670-9.
73. THAMLIKITKUL L, SRIMUNINNIMIT V, AKEWANLOP C, ET AL. EFFICACY OF GINGER FOR PROPHYLAXIS OF CHEMOTHERAPY-INDUCED NAUSEA AND VOMITING IN BREAST CANCER PATIENTS RECEIVING ADRIAMYCIN-CYCLOPHOSPHAMIDE REGIMEN : A RANDOMIZED, DOUBLE-BLIND, PLACEBO-CONTROLLED, CROSSOVER STUDY. SUPPORT CARE CANCER. 2016.
74. SOZERI E, KUTLUTURKAN S. THE VALIDITY AND RELIABILITY OF TURKISH VERSION OF THE CHEMOTHERAPY-INDUCED TASTE ALTERATION SCALE (CITAS). CLIN NURS RES. 2016.

75. RAJASEKHAR A, GEORGE TJ. SYNDROME DE LEUCOENCÉPHALOPATHIE POSTÉRIEURE RÉVERSIBLE INDUIT PAR LA GEMCITABINE : A CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE. ONCOLOGIST. 2007;12(11):1332-5.
76. ESQUIROL CAUSSA J, HERRERO VILA E. [FACTEUR DE CROISSANCE ÉPIDERMIQUE, INNOVATION ET SÉCURITÉ]. MED CLIN (BARC). 2015;145(7):305-12.
77. BAGHERI-NESAMI M, GOUDARZIAN AH, JAN BABAEI G, BADIOE M, MOUSAVI M, SADEGH SHARIFI M. SLEEP QUALITY AND ASSOCIATED RISK FACTORS IN LEUKEMIA PATIENTS UNDERGOING CHEMOTHERAPY IN IRAN. ASIAN PAC J CANCER PREV. 2016;17 SPEC NO:107- 11.
78. DE GROOT S, JANSSEN LG, CHAREHBILI A, ET AL. THYROID FUNCTION ALTERS DURING NEOADJUVANT CHEMOTHERAPY IN BREAST CANCER PATIENTS : RESULTS FROM THE NEOZOTAC TRIAL (BOOG 2010-01). BREAST CANCER RES TREAT. 2015;149(2):461-6.
79. ANKER GB, LØNNING PE, AAKVAAG A, LIEN EA. THYROID FUNCTION IN POSTMENOPAUSAL BREAST CANCER PATIENTS TREATED WITH TAMOXIFEN. SCAND J CLIN LAB INVEST. 1998;58(2):103-7.
80. KHAN MA, BHURANI D, AGARWAL NB. ALTERATION OF THYROID FUNCTION IN INDIAN HER 2-NEGATIVE BREAST CANCER PATIENTS UNDERGOING CHEMOTHERAPY. ASIAN PAC J CANCER PREV. 2015;16(17):7701-5.
81. DEGENER S, POHLE A, STRELOW H, ET AL. LONG TERM EXPERIENCE OF HYPERBARIC OXYGEN THERAPY FOR REFRACTORY RADIO- OR CHEMOTHERAPY- INDUCED HAEMORRHAGIC CYSTITIS. BMC UROL. 2015;15:38.

82. NISSINEN TA, DEGERMAN J, RÄSÄNEN M, ET AL. SYSTEMIC BLOCKADE OF ACVR2B LIGANDS PREVENTS CHEMOTHERAPY-INDUCED MUSCLE WASTING BY RESTORING MUSCLE PROTEIN SYNTHESIS WITHOUT AFFECTING OXIDATIVE CAPACITY OR ATROGENES. SCI REP. 2016;6:32695.
83. KLOSE R, KRZYWINSKA E, CASTELLS M, ET AL. TARGETING VEGF-A IN MYELOID CELLS ENHANCES NATURAL KILLER CELL RESPONSES TO CHEMOTHERAPY AND AMELIORATES CACHEXIA. NAT COMMUN. 2016;7:12528.
84. MUKAIDA K, HATTORI N, IWAMOTO H, ET AL. MUSTARD GAS EXPOSURE AND MORTALITY AMONG RETIRED WORKERS AT A POISONOUS GAS FACTORY IN JAPAN : A 57-YEAR FOLLOW-UP COHORT STUDY. OCCUP ENVIRONNEMENT MED. 2016.
85. LIMBERAKI E, ELEFThERIOU P, GASPARIS G, KARALEKOS E, KOSTOGLOU V, PETROU C. CORTISOL LEVELS AND SERUM ANTIOXIDANT STATUS FOLLOWING CHEMOTHERAPY. 2012 ; DISPONIBLE À : [HTTPS://WWW.RESEARCHGATE.NET/PUBLICATION/224943223_CORTISOL_LEVELS_AND_SERUM_ANTIOXIDANT_S TATUS_FOLLOWING_CHEMOTHERAPY](https://www.researchgate.net/publication/224943223_CORTISOL_LEVELS_AND_SERUM_ANTIOXIDANT_STATUS_FOLLOWING_CHEMOTHERAPY). [1ER DÉCEMBRE, 2016].
86. LALLA RV, PILBEAM CC, WALSH SJ, SONIS ST, KEEFE DM, PETERSON DE. ROLE OF THE CYCLOOXYGENASE PATHWAY IN CHEMOTHERAPY-INDUCED ORAL MUCOSITIS : A PILOT STUDY. SUPPORT CARE CANCER. 2010;18(1):95-103.
87. KONDO K, FUJIWARA M, MURASE M, ET AL. ACIDOSE MÉTABOLIQUE AIGUË SÉVÈRE ET ENCÉPHALOPATHIE DE WERNICKE SUITE À UNE CHIMIOTHÉRAPIE PAR

5-FLUOROURACILE ET CISPLATINE : RAPPORT DE CAS ET
REVUE DE LA LITTÉRATURE. JPN J CLIN ONCOL.
1996;26(4):234-6.

88. CUBEDDU LX, HOFFMANN IS, FUENMAYOR NT, MALAVE JJ. CHANGES IN SEROTONIN METABOLISM IN CANCER PATIENTS : ITS RELATIONSHIP TO NAUSEA AND VOMITING INDUCED BY CHEMOTHERAPEUTIC DRUGS. BR J CANCER. 1992;66(1):198-203.
89. ESCHALIER A, LAVARENNE J, BURTIN C, RENOUX M, CHAPUY E, RODRIGUEZ M. STUDY OF HISTAMINE RELEASE INDUCED BY ACUTE ADMINISTRATION OF ANTITUMOR AGENTS IN DOGS. CANCER CHEMOTHER PHARMACOL. 1988;21(3):246-50.
90. NGUYEN A, BHAVSAR S, RILEY E, CAPONETTI G, AGRAWAL D. CLINICAL VALUE OF HIGH MOBILITY GROUP BOX 1 AND THE RECEPTOR FOR ADVANCED GLYCATION END-PRODUCTS IN HEAD AND NECK CANCER : A SYSTEMATIC REVIEW. INT ARCH OTORHINOLARYNGOL. 2016;20(4):382-389.
91. CHEUNG YT, NG T, SHWE M, ET AL. ASSOCIATION DES CYTOKINES PRO-INFLAMMATOIRES ET DES LES TROUBLES COGNITIFS ASSOCIÉS À LA CHIMIOTHÉRAPIE CHEZ LES PATIENTES ATTEINTES D'UN CANCER DU SEIN : A MULTI-CENTERED, PROSPECTIVE, COHORT STUDY. ANN ONCOL. 2015;26(7):1446-51.
92. WAUGH DJ, WILSON C. THE INTERLEUKIN-8 PATHWAY IN CANCER. CLIN CANCER RES. 2008;14(21):6735-41.
93. TILIGADA E. CHEMOTHERAPY : INDUCTION OF STRESS RESPONSES. ENDOCR RELAT CANCER. 2006;13 SUPPL 1(SUPPLEMENT 1):S115-24.

94. HINTERBERGER-FISCHER M, OGRIS E, KIER P, ET AL. ELEVATION OF PLASMA PROLACTIN IN PATIENTS UNDERGOING AUTOLOGOUS BLOOD STEM-CELL TRANSPLANTATION FOR BREAST CANCER : IS ITS MODULATION A STEP TOWARD POSTTRANSPLANT IMMUNOTHERAPY ?. AM J CLIN ONCOL. 2000;23(4):325-9.
95. FAN F, GRAY MJ, DALLAS NA, ET AL. EFFECT OF CHEMOTHERAPEUTIC STRESS ON INDUCTION OF VASCULAR ENDOTHELIAL GROWTH FACTOR FAMILY MEMBERS AND RECEPTORS IN HUMAN COLORECTAL CANCER CELLS. MOL CANCER THER. 2008;7(9):3064-70.
96. WANG F, LIU R, LEE SW, SLOSS CM, COUGET J, CUSACK JC. HEPARIN-BINDING EGF-LIKE GROWTH FACTOR IS AN EARLY RESPONSE GENE TO CHEMOTHERAPY AND CONTRIBUTES TO CHEMOTHERAPY RESISTANCE. ONCOGENE. 2007;26(14):2006-16.

RADIOTHÉRAPIE

1. HALL S, RUDRAWAR S, ZUNK M, ET AL. PROTECTION AGAINST RADIOTHERAPY-INDUCED TOXICITY. ANTIOXIDANTS (BASEL). 2016;5(3).
2. NOBEL LECTURES , *PHYSICS 1901-1921* , ELSEVIER PUBLISHING COMPANY, AMSTERDAM, 1967. DISPONIBLE : [HTTP://WWW.NOBELPRIZE.ORG/NOBEL_PRIZES/PHYSICS/LAUREATES/1901/RONTGEN-BIO.HTML](http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/physics/laureates/1901/rontgen-bio.html).(1 DÉCEMBRE, 2016).
3. MOSS, RALPH W. THE CANCER INDUSTRY : THE CLASSIC EXPOSÉ ON THE CANCER ESTABLISHMENT. BROOKLYN, NY : EQUINOX PRESS, 1996. PAGE 64.

4. INGLIS-ARKELL, E. (2011). *QUAND LES RADIOGRAPHIES ÉTAIENT PRATIQUÉES DANS LES MAGASINS DE CHAUSSURES* . GIZMODO [EN LIGNE]. DISPONIBLE : <HTTP://IO9.GIZMODO.COM/5843183/WHEN-X-RAYS- WERE-GIVEN-IN-SHOE-STORES> [24 FÉVRIER 2016].
5. SMULLEN MJ, BERTLER DE. CARCINOME BASOCELLULAIRE DE LA SEMELLE : ASSOCIATION POSSIBLE AVEC LE FLUOROSCOPE D'ESSAYAGE. WMJ. 2007;106(5):275-8.
6. GOFMAN, J. LECTURE. STINSON BEACH, CALIFORNIA. 1999. *RADIOGRAPHIES MÉDICALES ET CANCER DU SEIN*. DISPONIBLE : <HTTPS://WWW.YOUTUBE.COM/WATCH?V=AZW0ZIJKCME> [24 FÉVRIER 2016].
7. PEAT, R. ENTRETIEN AUDIO. 2009. *RADIATION 2* . POLITIQUE ET SCIENCE. DISPONIBLE : <HTTPS://WWW.YOUTUBE.COM/WATCH ? V=7NJCOPYSMZO> [24 FÉVRIER 2016].
8. YABLOKOV AV, NESTERENKO VB, NESTERENKO AV ET AL. CHERNOBYL, CONSEQUENCES OF THE CATASTROPHE FOR PEOPLE AND THE ENVIRONMENT. JOHN WILEY & SONS ; 2010.
9. ALLISON, W. (2009). *PUBLIC TRUST IN NUCLEAR ENERGY* . [EN LIGNE]. DISPONIBLE : <HTTP://DOCPLAYER.NET/21237548-PUBLIC-TRUST-IN- NUCLEAR-ENERGY.HTML>. [1ER DÉCEMBRE 2016].
10. ADAIR, FE. (1943). LE RÔLE DE LA CHIRURGIE ET DE L'IRRADIATION DANS LE CANCER DU SEIN. *JAMA*. 1943;121(8):553-559.
11. GUTTMANN R. RADIOTHERAPY IN THE TREATMENT OF PRIMARY OPERABLE CARCINOMA OF THE BREAST WITH PROVED LYMPH NODE METASTASES : APPROACH AND RESULTS. AM J ROENTGENOL RADIUM THER NUCL MED. 1963;89:58-63.

12. HARRINGTON SW. RÉSULTATS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DU CARCINOME UNILATÉRAL DU SEIN CHEZ LES FEMMES. J AM MED ASSOC. 1952;148(12):1007-11.
13. MARSHALL SF, HARE HF. CARCINOME DU SEIN ; RÉSULTATS DU TRAITEMENT COMBINÉ AVEC LA CHIRURGIE ET LES RAYONS ROENTGEN. ANN SURG. 1947;125(6):688-702.
14. WATSON TA. CARCINOME DU SEIN. STAGE II-- RADIATION RANGE. CAN SURVIVAL BE INCREASED BY POSTOPERATIVE IRRADIATION FOLLOWING RADICAL MASTECTOMY ? JAMA. 1967;200(2):136-7.
15. BUTCHER HR, SEAMAN WB, ECKERT C, SALTZSTEIN S. AN ASSESSMENT OF RADICAL MASTECTOMY AND POSTOPERATIVE IRRADIATION THERAPY IN THE TREATMENT OF MAMMARY CANCER. CANCER. 1964;17:480-5.
16. CANTREL, S. T. ET BUSCHKE, F. : THE ROLE OF ROENTGEN THERAPY IN CARCINOMA OF THE BREAST. WEST. J. SURG. OBSTET. GYNEC. 54 : 369, 1946.
17. CHU FC, LUCAS JC, FARROW JH, NICKSON JJ. DOES PROPHYLACTIC RADIATION THERAPY GIVEN FOR CANCER OF THE BREAST PREDISPOSE TO METASTASIS ?. AM J ROENTGENOL RADIUM THER NUCL MED. 1967;99(4):987-94.
18. EASSON, E. C. : POSTOPERATIVE RADIOTHERAPY IN BREAST CANCER IN SYMPOSIUM ON PROGNOSTIC FACTORS IN BREAST CANCER (EDINBURGH : LIVINGSTON, 1968), PP. 118-127.
19. HAAGENSEN, C. D. ET STOUT, A. P. : LE CARCINOME DU SEIN. I. RÉSULTATS DU TRAITEMENT. ANN. SURG. 116:801, 1942.

20. ELKINS HB, HICKEY RC, KERR HD, TIDRICK RT, WIEBEN EE. CANCER DU SEIN, 1661 PATIENTS. I. CONSIDERATIONS IN FUTURE THERAPY. AMA ARCH SURG. 1956;73(4):654-60.
21. PATERSON, RALSTON ET MARION H. RUSSELL. "CLINICAL TRIALS IN MALIGNANT DISEASE". *JOURNAL OF THE FACULTY OF RADIOLOGISTS* 10.4 (1959) : 175-180.
22. ROBBINS GF, LUCAS JC, FRACCHIA AA, FARROW JH, CHU FC. AN EVALUATION OF POSTOPERATIVE PROPHYLACTIC RADIATION THERAPY IN BREAST CANCER. SURG GYNECOL OBSTET. 1966;122(5):979-82.
23. TREVES N, HOLLEB AI. RAPPORT SUR 549 CAS DE CANCER DU SEIN CHEZ DES FEMMES ÂGÉES DE 35 ANS OU MOINS. SURG GYNECOL OBSTET. 1958;107(3):271-83.
24. DAO, T. L. AND KOVARIC, J. : INCIDENCE OF PULMONARY AND SKIN METASTASES IN WOMEN WITH BREAST CANCER WHO RECEIVED POSTOPERATIVE IRRADIATION. SURGERY, 52:203, 1962.
25. DECOURMELLES, F. : ACTION ATROPHIQUE GLANDULAIRE DES RAYONS X. C. R. ACAD. SCI (PARIS), 140:606, 1905.
26. FISHER B, SLACK NH, CAVANAUGH PJ, GARDNER B, RAVDIN RG. POSTOPERATIVE RADIOTHERAPY IN THE TREATMENT OF BREAST CANCER : RESULTS OF THE NSABP CLINICAL TRIAL. ANN SURG. 1970;172(4):711-32.
27. STJERNSWÄRD J. DECREASED SURVIVAL RELATED TO IRRADIATION POSTOPERATIVELY IN EARLY OPERABLE BREAST CANCER. LANCET. 1974;2(7892):1285- 6.
28. EFFETS DE LA RADIOTHÉRAPIE ET DE LA CHIRURGIE DANS LE CANCER DU SEIN AU STADE PRÉCOCE. UNE VUE D'ENSEMBLE DES

ESSAIS RANDOMISÉS. EARLY BREAST CANCER TRIALISTS' COLLABORATIVE GROUP. N ENGL J MED. 1995;333(22):1444-55.

29. RADIOTHÉRAPIE POSTOPÉRATOIRE DANS LE CANCER DU POUMON NON À PETITES CELLULES : REVUE SYSTÉMATIQUE ET MÉTA-ANALYSE DES DONNÉES INDIVIDUELLES DE NEUF ESSAIS CONTRÔLÉS RANDOMISÉS. PORT META- ANALYSIS TRIALISTS GROUP. LANCET. 1998;352(9124):257-63.
30. BURDETT S, STEWART L. POSTOPERATIVE RADIOTHERAPY IN NON-SMALL-CELL LUNG CANCER : UPDATE OF AN INDIVIDUAL PATIENT DATA ANALYSIS. LUNG CANCER. 2005;47(1):81-3.
31. BROWN BW, BRAUNER C, MINNOTTE MC. NONCANCER DEATHS IN WHITE ADULT CANCER PATIENTS. J NATL CANCER INST. 1993;85(12):979-87.
32. RADIOTHÉRAPIE ADJUVANTE POUR LE CANCER DU RECTUM : UN APERÇU SYSTÉMATIQUE DE 8 507 PATIENTS ISSUS DE 22 ESSAIS RANDOMISÉS. LANCET. 2001;358(9290):1291-304.
33. CLARKE M, COLLINS R, DARBY S, ET AL. EFFECTS OF RADIOTHERAPY AND OF DIFFERENCES IN THE EXTENT OF SURGERY FOR EARLY BREAST CANCER ON LOCAL RECURRENCE AND 15-YEAR SURVIVAL : AN OVERVIEW OF THE RANDOMISED TRIALS. LANCET. 2005;366(9503):2087-106.
34. KARADAĞ O, DEMİRÖZ ABAKAY C, ÖZKAN L, SAĞLAM H, DEMIRKAYA M. EVALUATION OF LATE EFFECTS OF POSTOPERATIVE RADIOTHERAPY IN PATIENTS WITH MEDULLOBLASTOMA. TURK J PEDIATR. 2015;57(2):167-71.
35. KREIKER J, KATTAN J. SECOND COLON CANCER FOLLOWING HODGKIN'S DISEASE. A CASE REPORT. J

MED LIBAN. 1996;44(2):107-8.

36. BOULAÂMANE L, TAZI EL M, GLAOUI M, ET AL. [MALADIE DE HODGKIN ET CANCER SECONDAIRE DU COLON : RAPPORT D'UN CAS]. PAN AFR MED J. 2011;9:25.
37. KLEINERMAN RA. CANCER RISKS FOLLOWING DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC RADIATION EXPOSURE IN CHILDREN. PEDIATR RADIOL. 2006;36 SUPPL 2:121-5.
38. SHORE RE, MOSESON M, XUE X, TSE Y, HARLEY N, PASTERNAK BS. CANCER DE LA PEAU APRÈS TRAITEMENT PAR RAYONS X DE LA TEIGNE DU CUIR CHEVELU. RADIAT RES. 2002;157(4):410-8.
39. KARAGAS MR, NELSON HH, ZENS MS, ET AL. CARCINOME ÉPIDERMOÏDE ET BASOCELLULAIRE DE LA PEAU EN RELATION AVEC LA RADIOTHÉRAPIE ET LA MODIFICATION POTENTIELLE DU RISQUE PAR L'EXPOSITION AU SOLEIL. EPIDEMIOLOGIE. 2007;18(6):776-84.
40. SCHELLONG G, RIEPENHAUSEN M, EHLERT K, ET AL. BREAST CANCER IN YOUNG WOMEN AFTER TREATMENT FOR HODGKIN'S DISEASE DURING CHILDHOOD OR ADOLESCENCE--AN OBSERVATIONAL STUDY WITH UP TO 33-YEAR FOLLOW-UP. DTSCH ARZTEBL INT. 2014;111(1-2):3-9.
41. VAN DEN BELT-DUSEBOUT AW, ALEMAN BM, BESSELING G, ET AL. ROLES OF RADIATION DOSE AND CHEMOTHERAPY IN THE ETIOLOGY OF STOMACH CANCER AS A SECOND MALIGNANCY. INT J RADIAT ONCOL BIOL PHYS. 2009;75(5):1420-9.
42. HANCOCK SL, TUCKER MA, HOPPE RT. BREAST CANCER AFTER TREATMENT OF HODGKIN'S DISEASE. J NATL CANCER INST. 1993;85(1):25-31.

43. HAUPTMANN M, BØRGE JOHANNESSEN T, GILBERT ES, ET AL. INCREASED PANCREATIC CANCER RISK FOLLOWING RADIOTHERAPY FOR TESTICULAR CANCER. BR J CANCER. 2016;115(7):901-8.
44. HAUPTMANN M, FOSSA SD, STOVALL M, ET AL. INCREASED STOMACH CANCER RISK FOLLOWING RADIOTHERAPY FOR TESTICULAR CANCER. BR J CANCER. 2015;112(1):44-51.
45. GRIEM ML, KLEINERMAN RA, BOICE JD, STOVALL M, SHEFNER D, LUBIN JH. CANCER FOLLOWING RADIOTHERAPY FOR PEPTIC ULCER. J NATL CANCER INST. 1994;86(11):842-9.
46. LAWRENCE TS, TEN HAKEN RK, GIACCIA A. PRINCIPLES OF RADIATION ONCOLOGY. IN : DEVITA VT JR, LAWRENCE TS, ROSENBERG SA, EDITORS. **CANCER : PRINCIPLES AND PRACTICE OF ONCOLOGY** . 8TH ED. PHILADELPHIA : LIPPINCOTT WILLIAMS AND WILKINS, 2008.
47. NAGASAWA H, LITTLE JB. INDUCTION OF SISTER CHROMATID EXCHANGES BY EXTREMELY LOW DOSES OF ALPHA-PARTICLES. CANCER RES. 1992;52(22):6394-6.
48. KOTURBASH I, KUTANZI K, HENDRICKSON K, RODRIGUEZ-JUAREZ R, KOGOSOV D, KOVALCHUK O. RADIATION-INDUCED BYSTANDER EFFECTS IN VIVO ARE SEX SPECIFIC. MUTAT RES. 2008;642(1-2):28-36.
49. MOTHERSILL C, BUCKING C, SMITH RW, ET AL. COMMUNICATION OF RADIATION-INDUCED STRESS OR BYSTANDER SIGNALS BETWEEN FISH IN VIVO. ENVIRONNEMENT SCI TECHNOL. 2006;40(21):6859-64.
50. KHAN MA, VAN DYK J, YEUNG IW, HILL RP. IRRADIATION DU POUMON DE RAT EN VOLUME PARTIEL ; ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DE L'IRRADIATION DU POUMON DE RAT.

EARLY DNA DAMAGE IN DIFFERENT LUNG REGIONS AND EFFECT OF RADICAL SCAVENGERS. *RADIOTHER ONCOL.* 2003;66(1):95-102.

51. KOVALCHUK A, MYCHASIUK R, MUHAMMAD A, ET AL. LIVER IRRADIATION CAUSES DISTAL BYSTANDER EFFECTS IN THE RAT BRAIN AND AFFECTS ANIMAL BEHAVIOUR. *ONCOTARGET.* 2016;7(4):4385-98.
52. KOTURBASH I, LOREE J, KUTANZI K, KOGANOW C, POGRIBNY I, KOVALCHUK O. IN VIVO BYSTANDER EFFECT : CRANIAL X-IRRADIATION LEADS TO ELEVATED DNA DAMAGE, ALTERED CELLULAR PROLIFERATION AND APOPTOSIS, AND INCREASED P53 LEVELS IN SHIELDED SPLEEN. *INT J RADIAT ONCOL BIOL PHYS.* 2008;70(2):554-62.
53. WHITESIDE JR, MCMILLAN TJ. A BYSTANDER EFFECT IS INDUCED IN HUMAN CELLS TREATED WITH UVA RADIATION BUT NOT UVB RADIATION. *RADIAT RES.* 2009;171(2):204-11.
54. HUJOEL PP, BOLLEN AM, NOONAN CJ, DEL AGUILA MA. ANTEPARTUM DENTAL RADIOGRAPHY AND INFANT LOW BIRTH WEIGHT. *JAMA.* 2004;291(16):1987-93.
55. LI F, LIU P, WANG T, ET AL. THE INDUCTION OF BYSTANDER MUTAGENIC EFFECTS IN VIVO BY ALPHA-PARTICLE IRRADIATION IN WHOLE ARABIDOPSIS THALIANA PLANTS. *RADIAT RES.* 2010;174(2):228-37.
56. SHAO C, FOLKARD M, PRISE KM. ROLE OF TGF-BETA1 AND NITRIC OXIDE IN THE BYSTANDER RESPONSE OF IRRADIATED GLIOMA CELLS. *ONCOGENE.* 2008;27(4):434- 40.
57. YAKOVLEV VA. ROLE OF NITRIC OXIDE IN THE RADIATION-INDUCED BYSTANDER EFFECT. *REDOX BIOL.* 2015;6:396-400.

58. HAN W, WU L, CHEN S, ET AL. CONSTITUTIVE NITRIC OXIDE ACTING AS A POSSIBLE INTERCELLULAR SIGNALING MOLECULE IN THE INITIATION OF RADIATION-INDUCED DNA DOUBLE STRAND BREAKS IN NON-IRRADIATED BYSTANDER CELLS. ONCOGENE. 2007;26(16):2330-9.
59. XIAO L, LIU W, LI J, ET AL. IRRADIATED U937 CELLS TRIGGER INFLAMMATORY BYSTANDER RESPONSES IN HUMAN UMBILICAL VEIN ENDOTHELIAL CELLS THROUGH THE P38 PATHWAY. RADIAT RES. 2014;182(1):111-21.
60. PEER G, ITZHAKOV E, WOLLMAN Y, ET AL. METHYLENE BLUE, A NITRIC OXIDE INHIBITOR, PREVENTS HAEMODIALYSIS HYPOTENSION. NEPHROL DIAL TRANSPLANT. 2001;16(7):1436-41.
61. SOKOLOV MV, SMILENOV LB, HALL EJ, PANYUTIN, BONNER WM, SEDELNIKOVA OA. IONIZING RADIATION INDUCES DNA DOUBLE-STRAND BREAKS IN BYSTANDER PRIMARY HUMAN FIBROBLASTS. ONCOGENE. 2005;24(49):7257-65.
62. SHAO C, FOLKARD M, HELD KD, PRISE KM. ESTROGEN ENHANCED CELL-CELL SIGNALLING IN BREAST CANCER CELLS EXPOSED TO TARGETED IRRADIATION. BMC CANCER. 2008;8:184.
63. BOROUJERDI, A. L'EXPOSITION AUX OESTROGÈNES AUGMENTE RAPIDEMENT LA PRODUCTION D'OXYDE NITRIQUE DANS LES VAISSEaux CÉRÉBRAUX. [EN LIGNE]. DISPONIBLE : [HTTP://WWW.UROP.UCI.EDU/JOURNAL/JOURNAL03/01_A MINBOROUJERDI/BOROUJERDI.PDF](http://www.urop.uci.edu/JOURNAL/JOURNAL03/01_A_MINBOROUJERDI/BOROUJERDI.PDF) [1ER DÉCEMBRE 2016].
64. GARCÍA-DURÁN M, DE FRUTOS T, DÍAZ-RECASENS J, ET AL. ŒSTROGEN STIMATES NEURONAL NITRIC

OXYDE SYNTHASE DANS LES NEUTROPHILES HUMAINS.
CIRC RES. 1999;85(11):1020-6.

65. HAN W, WU L, CHEN S, ET AL. CONSTITUTIVE NITRIC OXIDE ACTING AS A POSSIBLE INTERCELLULAR SIGNALING MOLECULE IN THE INITIATION OF RADIATION-INDUCED DNA DOUBLE STRAND BREAKS IN NON-IRRADIATED BYSTANDER CELLS. ONCOGENE. 2007;26(16):2330-9.
66. SYPNIEWSKA RK, MILLENBAUGH NJ, KIEL JL, ET AL. PROTEIN CHANGES IN MACROPHAGES INDUCED BY PLASMA FROM RATS EXPOSED TO 35 GHZ MILLIMETER WAVES. BIOELECTROMAGNETICS. 2010;31(8):656-63.
67. PALL ML. ELECTROMAGNETIC FIELDS ACT VIA ACTIVATION OF VOLTAGE-GATED CALCIUM CHANNELS TO PRODUCE BENEFICIAL OR ADVERSE EFFECTS. J CELL MOL MED. 2013;17(8):958-65.
68. MYUNG SK, JU W, MCDONNELL DD, ET AL. L'UTILISATION DU TÉLÉPHONE PORTABLE ET LE RISQUE DE TUMEURS : A META-ANALYSIS. J CLIN ONCOL. 2009;27(33):5565-72.
69. HARDELL L, CARLBERG M, SÖDERQVIST F, MILD KH. ÉTUDE CAS-TÉMOINS DE L'ASSOCIATION ENTRE LES TUMEURS CÉRÉBRALES MALIGNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2007 ET 2009 ET L'UTILISATION DE TÉLÉPHONES PORTABLES ET SANS FIL. INT J ONCOL. 2013;43(6):1833-45.
70. MORGAN LL, MILLER AB, SASCO A, DAVIS DL. LES RADIATIONS DES TÉLÉPHONES PORTABLES PROVOQUENT DES TUMEURS CÉRÉBRALES ET DEVRAIENT ÊTRE CLASSÉES COMME CANCÉROGÈNES PROBABLES POUR L'HOMME (2A) (REVUE). INT J ONCOL. 2015;46(5):1865-71.
71. CROCETTI E, TRAMA A, STILLER C, ET AL. ÉPIDÉMIOLOGIE DES MALADIES GLIALES ET NON GLIALES DU CERVEAU

- TUMEURS EN EUROPE. EUR J CANCER. 2012;48(10):1532- 42.
72. COUREAU G, BOUVIER G, LEBAILLY P, ET AL. MOBILE PHONE USE AND BRAIN TUMOURS IN THE CERENAT CASE-CONTROL STUDY. OCCUP ENVIRONNEMENT MED. 2014;71(7):514-22.
 73. BENSON VS, PIRIE K, SCHÜZ J, ET AL. MOBILE PHONE USE AND RISK OF BRAIN NEOPLASMS AND OTHER CANCERS : PROSPECTIVE STUDY. INT J EPIDEMIOL. 2013;42(3):792-802.
 74. SADETZKI S, CHETRIT A, JARUS-HAKAK A, ET AL. CELLULAR PHONE USE AND RISK OF BENIGN AND MALIGNANT PAROTID GLAND TUMORS--A NATIONWIDE CASE-CONTROL STUDY. AM J EPIDEMIOL. 2008;167(4):457-67.
 75. KARIPIDIS KK, BENKE G, SIM MR, ET AL. OCCUPATIONAL EXPOSURE TO IONIZING AND NON-IONIZING RADIATION AND RISK OF NON-HODGKIN LYMPHOMA. INT ARCH OCCUP ENVIRONNEMENT HEALTH. 2007;80(8):663-70.
 76. WEST JG, KAPOOR NS, LIAO SY, CHEN JW, BAILEY L, NAGOURNEY RA. MULTIFOCAL BREAST CANCER IN YOUNG WOMEN WITH PROLONGED CONTACT BETWEEN THEIR BREASTS AND THEIR CELLULAR PHONES. CASE REP MED. 2013;2013:354682.
 77. STANG A, ANASTASSIOU G, AHRENS W, BROMEN K, BORNFELD N, JÖCKEL KH. LE RÔLE POSSIBLE DE LA RADIOFRÉQUENCE DANS LE DÉVELOPPEMENT DU MÉLANOME UVÉAL. EPIDEMIOLOGIE. 2001;12(1):7-12.
 78. LALA PK, CHAKRABORTY C. ROLE OF NITRIC OXIDE IN CARCINOGENESIS AND TUMOUR PROGRESSION. LANCET ONCOL. 2001;2(3):149-56.

79. ENGIN AB. DUAL FUNCTION OF NITRIC OXIDE IN CARCINOGENESIS, REAPPRAISAL. CURR DRUG METAB. 2011;12(9):891-9.
80. SHIMON I, MANISTERSKI Y, KANNER AA. ACUTE CORTISOL RELEASE DURING STEREOTACTIC FRACTIONATED RADIOTHERAPY TO AN ACTH- SECREING PITUITARY MACROADENOMA. PITUITARY. 2012;15 SUPPL 1:S41-5.
81. SONVEAUX P, BROUET A, HAVAUX X, ET AL. IRRADIATION-INDUCED ANGIOGENESIS THROUGH UP-REGULATION OF THE NITRIC OXIDE PATHWAY : IMPLICATIONS FOR TUMOR RADIOTHERAPY. CANCER RES. 2003;63(5):1012-9.
82. HOVINGA KE, STALPERS LJ, VAN BREE C, ET AL. RADIATION-ENHANCED VASCULAR ENDOTHELIAL GROWTH FACTOR (VEGF) SECRETION IN GLIOBLASTOMA MULTIFORME CELL LINES--A CLUE TO RADIORESISTANCE ?. J NEUROONCOL. 2005;74(2):99-103.
83. OZBILGIN MK, AKTAS C, ULUER ET, BUYUKUYSAL MC, GAREVERAN MS, KURTMAN C. INFLUENCE OF RADIATION EXPOSURE DURING RADIOTHERAPY. EVIDENCE FOR THE INCREASE OF VERSICAN AND HEPARIN-BINDING EGF-LIKE GROWTH FACTOR CONCENTRATIONS. ANAL QUANT CYTOPATHOL HISTPATHOL. 2016;38(2):126-32.
84. KIM ES, CHOI YE, HWANG SJ, HAN YH, PARK MJ, BAE IH. IL-4, UNE CIBLE DIRECTE DE MIR-340/429, EST IMPLIQUÉE DANS LE COMPORTEMENT TUMORAL AGRESSIF INDUIT PAR LES RADIATIONS DANS LES CELLULES DE CARCINOME HUMAIN. ONCOTARGET. 2016.
85. TABATABAEI P, VISSE E, BERGSTRÖM P, BRÄNNSTRÖM T, SIESJÖ P, BERGENHEIM AT.

LA RADIOTHERAPIE INDUIT UNE REACTION INFLAMMATOIRE IMMEDIATE DANS LE GLIOME MALIN : A CLINICAL MICRODIALYSIS STUDY. J NEUROONCOL. 2016.

86. YEOH AS, BOWEN JM, GIBSON RJ, KEEFE DM. NUCLEAR FACTOR KAPPA B (NFKAPPA B) AND CYCLOOXYGENASE-2 (COX-2) EXPRESSION IN THE IRRADIATED COLORECTUM IS ASSOCIATED WITH SUBSEQUENT HISTOPATHOLOGICAL CHANGES. INT J RADIAT ONCOL BIOL PHYS. 2005;63(5):1295-303.
87. ZIBOH VA, MALLIA C, MORHART E, TAYLOR JR. INDUCED BIOSYNTHESIS OF CUTANEOUS PROSTAGLANDINS BY IONIZING IRRADIATION. PROC SOC EXP BIOL MED. 1982;169(3):386-91.
88. ONG ZY, GIBSON RJ, BOWEN JM, ET AL. PRO-INFLAMMATORY CYTOKINES PLAY A KEY ROLE IN DEVELOPMENT OF RADIOTHERAPY-INDUCED GASTROINTESTINAL MUCOSITIS. RADIAT ONCOL. 2010;5:22.
89. MCCUE JL, SHEFFIELD JP, PHILLIPS RK. RADIOTHERAPIE ADJUVANTE ET ANASTOMOSE DANS LE CANCER DU RECTUM - PREUVES TROUBLANTES PROVENANT D'ÉTUDES ANIMALES. DIS COLON RECTUM. 1995;38(2):152-8.
90. PRINTZ C. LA RADIOTHÉRAPIE GÉNÈRE DES CELLULES SOUCHES CANCÉREUSES RÉSISTANTES À LA THÉRAPIE À PARTIR DE CELLULES CANCÉREUSES DU SEIN MOINS AGRESSIVES. CANCER. 2012;118(13):3225.
91. WHITCROFT, I. (2008). WHY WON'T OUR DOCTORS FACE UP TO THE DANGERS OF RADIOTHERAPY ? [EN LIGNE]. DISPONIBLE : [HTTP://WWW.DAILYMAIL.CO.UK/HEALTH/ARTICLE-](http://www.dailymail.co.uk/health/article-)

1089091/WHY-WONT-DOCTORS-FACE-DANGERS-RADIOTHERAPY.HTML [DECEMBER 1, 2016].

92. BOGDANICH, W. (2010). LES RADIATIONS OFFRENT DE NOUVEAUX REMÈDES ET DES MOYENS DE NUIRE. NEW YORK TIMES. [EN LIGNE].
DISPONIBLE : [HTTP://WWW.NYTIMES.COM/2010/01/24/HEALTH/24RADIATION.HTML](http://www.nytimes.com/2010/01/24/health/24radiation.html) [24 FÉVRIER 2016].
93. MACBETH FR, WHELDON TE, GIRLING DJ, ET AL. RADIATION MYELOPATHY : ESTIMATES OF RISK IN 1048 PATIENTS IN THREE RANDOMIZED TRIALS OF PALLIATIVE RADIOTHERAPY FOR NON-SMALL CELL LUNG CANCER. THE MEDICAL RESEARCH COUNCIL LUNG CANCER WORKING PARTY. CLIN ONCOL (R COLL RADIOL). 1996;8(3):176-81.
94. KEUS RB, RUTGERS EJ, HO GH, GORTZAK E, ALBUS-LUTTER CE, HART AA. LIMB-SPARING THERAPY OF EXTREMITY SOFT TISSUE SARCOMAS : TREATMENT OUTCOME AND LONG-TERM FUNCTIONAL RESULTS. EUR J CANCER. 1994;30A(10):1459-63.
95. HUTCHINSON ID, OLSON J, LINDBURG CA, ET AL. TOTAL-BODY IRRADIATION PRODUCES LATE DEGENERATIVE JOINT DAMAGE IN RATS. INT J RADIAT BIOL. 2014;90(9):821-30.
96. KAHALLEY LS, RIS MD, GROSSHANS DR, ET AL. COMPARING INTELLIGENCE QUOTIENT CHANGE AFTER TREATMENT WITH PROTON VERSUS PHOTON RADIATION THERAPY FOR PEDIATRIC BRAIN TUMORS. J CLIN ONCOL. 2016;34(10):1043-9.
97. GREENE-SCHLOESSER D, ROBBINS ME, PEIFFER AM, SHAW EG, WHEELER KT, CHAN MD. RADIATION- INDUCED BRAIN INJURY : A REVIEW. FRONT ONCOL. 2012;2:73.

98. FERNANDEZ G, POCINHO R, TRAVANCINHA C, NETTO E, ROLDÃO M. QUALITY OF LIFE AND RADIOTHERAPY IN BRAIN METASTASIS PATIENTS. REP PRACT ONCOL RADIOTHER. 2012;17(5):281-7.
99. DORRESTEIJN LD, KAPPELLE AC, BOOGERD W, ET AL. RISQUE ACCRU D'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL ISCHÉMIQUE APRÈS RADIOTHÉRAPIE DU COU CHEZ LES PATIENTS DE MOINS DE 60 ANS. J CLIN ONCOL. 2002;20(1):282-8.
100. UZUN S, TOYRAN S, AKAY F, GUNDOGAN FC. DELAYED VISUAL LOSS DUE TO RADIATION RETINOPATHY. PAK J MED SCI. 2016;32(2):516-8.
101. ZENG KL, KURUVILLA S, SANATANI M, LOUIE AV. CÉCITÉ BILATÉRALE APRÈS CHIMIORADIATION POUR UN CARCINOME OROPHARYNGÉ LOCALEMENT AVANCÉ. CUREUS. 2015;7(10):E352.
102. METZ JM, SMITH D, MICK R, ET AL. A PHASE I STUDY OF TOPICAL TEMPOL FOR THE PREVENTION OF ALOPECIA INDUCED BY WHOLE BRAIN RADIOTHERAPY. CLIN CANCER RES. 2004;10(19):6411-7.
103. KIANG JG, GARRISON BR, BURNS TM, ET AL. WOUND TRAUMA ALTERS IONIZING RADIATION DOSE ASSESSMENT. CELL BIOSCI. 2012;2(1):20.
104. WANG Q, DICKSON GR, ABRAM WP, CARR KE. ELECTRON IRRADIATION SLOWS DOWN WOUND REPAIR IN RAT SKIN : A MORPHOLOGICAL INVESTIGATION. BR J DERMATOL. 1994;130(5):551-60.
105. TIBBS MK. WOUND HEALING FOLLOWING RADIATION THERAPY : A REVIEW. RADIOTHER ONCOL. 1997;42(2):99- 106.
106. GUIMAS V, THARIAT J, GRAFF-CAILLEAU P, ET AL. [RADIOTHÉRAPIE AVEC MODULATION D'INTENSITÉ POUR LA TÊTE

ET DU COU, CONTRAINTE DE DOSE POUR LES TISSUS NORMAUX : COCHLÉE, APPAREIL VESTIBULAIRE ET TRONC CÉRÉBRAL]. CANCER RADIOTHER. 2016;20(6-7):475-83.

107. UPADHYA I, JARIWALA N, DATAR J. OTOTOXIC EFFECTS OF IRRADIATION. INDIAN J OTOLARYNGOL HEAD NECK SURG. 2011;63(2):151-4.
108. KIRCHMANN M, KARNOV K, HANSEN S, DETHLOFF T, STANGERUP SE, CAYE-THOMASEN P. SUIVI À DIX ANS DE LA CROISSANCE DE LA TUMEUR ET DE L'AUDITION CHEZ DES PATIENTS ATTEINTS D'UN SCHWANNOME VESTIBULAIRE INTRACANALICULAIRE. NEUROSURGERY. 2016.
109. BASS JK, HUA CH, HUANG J, ET AL. HEARING LOSS IN PATIENTS WHO RECEIVED CRANIAL RADIATION THERAPY FOR CHILDHOOD CANCER (PERTE AUDITIVE CHEZ LES PATIENTS AYANT REÇU UNE RADIOTHÉRAPIE CRÂNIENNE POUR UN CANCER CHEZ L'ENFANT). J CLIN ONCOL. 2016;34(11):1248-55.
110. CUOMO JR, SHARMA GK, CONGER PD, WEINTRAUB NL. NOVEL CONCEPTS IN RADIATION-INDUCED CARDIOVASCULAR DISEASE. WORLD J CARDIOL. 2016;8(9):504-519.
111. BOIVIN JF, HUTCHISON GB, LUBIN JH, MAUCH P. CORONARY ARTERY DISEASE MORTALITY IN PATIENTS TREATED FOR HODGKIN'S DISEASE. CANCER. 1992;69(5):1241-7.
112. GYENES G, RUTQVIST LE, LIEBERG A, FORNANDER T. LONG TERM CARDIAC MORBIDITY AND MORTALITY IN A RANDOMIZED TRIAL OF PRE- AND POSTOPERATIVE RADIATION THERAPY VERSUS SURGERY ALONE IN PRIMARY BREAST CANCER. RADIOTHER ONCOL. 1998;48(2):185-90.
113. FONTANELLI A, BERNARDI G, MOROCUTTI G, DI CHIARA A. [A CASE OF RADIATION-INDUCED

OCCLUSION CORONARIENNE TRAITÉE PAR PTCA ÉLECTIF ET D'URGENCE]. G ITAL CARDIOL. 1995;25(7):877-84.

114. ROYCHOUDHURI R, ROBINSON D, PUTCHA V, CUZICK J, DARBY S, MØLLER H. INCREASED CARDIOVASCULAR MORTALITY MORE THAN FIFTEEN YEARS AFTER RADIOTHERAPY FOR BREAST CANCER : A POPULATION-BASED STUDY. BMC CANCER. 2007;7:9.
115. DARBY SC, MCGALE P, TAYLOR CW, PETO R. LONG- TERM MORTALITY FROM HEART DISEASE AND LUNG CANCER AFTER RADIOTHERAPY FOR EARLY BREAST CANCER : PROSPECTIVE COHORT STUDY OF ABOUT 300,000 WOMEN IN US SEER CANCER REGISTRIES. LANCET ONCOL. 2005;6(8):557-65.
116. STANDISH LJ, TORKELSON C, HAMILL FA, ET AL. IMMUNE DEFECTS IN BREAST CANCER PATIENTS AFTER RADIOTHERAPY. J SOC INTEGR ONCOL. 2008;6(3):110-21.
117. GIROD DA, MCCULLOCH TM, TSUE TT, WEYMULLER EA. FACTEURS DE RISQUE DE COMPLICATIONS DANS LES PROCÉDURES CHIRURGICALES DE LA TÊTE ET DU COU PROPRES ET CONTAMINÉES. HEAD NECK. 1995;17(1):7-13.
118. THORGERSEN EB, GOSCINSKI MA, SPASOJEVIC M, ET AL. DEEP PELVIC SURGICAL SITE INFECTION AFTER RADIOTHERAPY AND SURGERY FOR LOCALLY ADVANCED RECTAL CANCER. ANN SURG ONCOL. 2016.
119. LALLA RV, LATORTUE MC, HONG CH, ET AL. A SYSTEMATIC REVIEW OF ORAL FUNGAL INFECTIONS IN PATIENTS RECEIVING CANCER THERAPY. SUPPORT CARE CANCER. 2010;18(8):985-92.
120. CHEUNG JP, MAK KC, TSANG HH, LUK KD. A LETHAL SEQUELAE OF SPINAL INFECTION COMPLICATING SURGERY AND RADIOTHERAPY FOR HEAD AND NECK CANCER. ASIAN SPINE J. 2015;9(4):617-20.

121. SBITANY H, WANG F, PELED AW, ET AL. IMMEDIATE IMPLANT-BASED BREAST RECONSTRUCTION FOLLOWING TOTAL SKIN-SPARING MASTECTOMY : DEFINING THE RISK OF PREOPERATIVE AND POSTOPERATIVE RADIATION THERAPY FOR SURGICAL OUTCOMES. PLAST RECONSTR SURG. 2014;134(3):396-404.
122. LOW WK, RANGABASHYAM M, WANG F. MANAGEMENT OF MAJOR POST-COCHLEAR IMPLANT WOUND INFECTIONS. EUR ARCH OTORHINOLARYNGOL. 2014;271(9):2409-13.
123. DE ARAUJO TB, JUE XU M, SUSARLA SM, ET AL. IMPACT OF PRIOR UNILATERAL CHEST WALL RADIOTHERAPY ON OUTCOMES IN BILATERAL BREAST RECONSTRUCTION. PLAST RECONSTR SURG. 2016;138(4):575-580.
124. HUGHES MA, PARISI M, GROSSMAN S, KLEINBERG L. PRIMARY BRAIN TUMORS TREATED WITH STEROIDS AND RADIOTHERAPY : LOW CD4 COUNTS AND RISK OF INFECTION. INT J RADIAT ONCOL BIOL PHYS. 2005;62(5):1423-6.
125. AZANAN MS, ABDULLAH NK, CHUA LL, ET AL. IMMUNITY IN YOUNG ADULT SURVIVORS OF CHILDHOOD LEUKEMIA IS SIMILAR TO THE ELDERLY RATHER THAN AGE-MATCHED CONTROLS : ROLE OF CYTOMEGALOVIRUS. EUR J IMMUNOL. 2016;46(7):1715- 26.
126. TABATABAEI P, VISSE E, BERGSTRÖM P, BRÄNNSTRÖM T, SIESJÖ P, BERGENHEIM AT. RADIOTHERAPY INDUCES AN IMMEDIATE INFLAMMATORY REACTION IN MALIGNANT GLIOMA : A CLINICAL MICRODIALYSIS STUDY. J NEUROONCOL. 2016.

127. POSKURICA M, PETROVIĆ D, POSKURICA M. [INSUFFISANCE RÉNALE AIGUË CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DU SYNDROME DE LYSE TUMORALE]. SRP ARH CELOK LEK. 2016;144(3-4):232-9.
128. HUANG Y, CHEN SW, FAN CC, TING LL, KUO CC, CHIOU JF. CLINICAL PARAMETERS FOR PREDICTING RADIATION-INDUCED LIVER DISEASE AFTER INTRAHEPATIC REIRRADIATION FOR HEPATOCELLULAR CARCINOMA. RADIAT ONCOL. 2016;11(1):89.
129. KITAJIMA T, FUJIMOTO Y, HATANO E, ET AL. SALVAGE LIVING-DONOR LIVER TRANSPLANTATION FOR LIVER FAILURE FOLLOWING DEFINITIVE RADIATION THERAPY FOR RECURRENT HEPATOCELLULAR CARCINOMA : A CASE REPORT. TRANSPLANT PROC. 2015;47(3):804-8.
130. GEBRE-MEDHIN M, HAGHANEGI M, ROBERT L, KJELLÉN E, NILSSON P. DOSE-VOLUME ANALYSIS OF RADIATION-INDUCED TRISMUS IN HEAD AND NECK CANCER PATIENTS. ACTA ONCOL. 2016;55(11):1313-1317.
131. HERNÁNDEZ BLÁZQUEZ M, CRUZADO JA. A LONGITUDINAL STUDY ON ANXIETY, DEPRESSIVE AND ADJUSTMENT DISORDER, SUICIDE IDEATION AND SYMPTOMS OF EMOTIONAL DISTRESS IN PATIENTS WITH CANCER UNDERGOING RADIOTHERAPY. J PSYCHOSOM RES. 2016;87:14-21.
132. KHALIL A, FAHEEM M, FAHIM A, ET AL. PREVALENCE OF DEPRESSION AND ANXIETY AMONGST CANCER PATIENTS IN A HOSPITAL SETTING : A CROSS-SECTIONAL STUDY. PSYCHIATRY J. 2016.
133. SVEISTRUP J, MORTENSEN OS, BJØRNER JB, ENGELHOLM SA, MUNCK AF ROSENSCHÖLD P, PETERSEN PM. ÉVALUATION PROSPECTIVE DE LA QUALITÉ DE VIE AVANT, PENDANT ET APRÈS L'IMAGERIE

RADIOTHÉRAPIE À MODULATION D'INTENSITÉ GUIDÉE POUR
LE CANCER DE LA PROSTATE. RADIAT ONCOL. 2016;11(1):117.

134. CUI W, BENNETT AW, ZHANG P, ET AL. A NON-HUMAN PRIMATE MODEL OF RADIATION-INDUCED CACHEXIA. SCI REP. 2016;6:23612.
135. DOBROŚ K, HAJTO-BRYK J, WRÓBLEWSKA M, ZARZECKA J. RADIATION-INDUCED CARIES AS THE LATE EFFECT OF RADIATION THERAPY IN THE HEAD AND NECK REGION. CONTEMP ONCOL (POZN). 2016;20(4):287-90.
136. MAESSCHALCK T, DULGUEROV N, CAPARROTTI F, ET AL. COMPARAISON DE L'INCIDENCE DE L'OSTÉORADIONÉCROSE AVEC LA RADIOTHÉRAPIE CONVENTIONNELLE ET LA RADIOTHÉRAPIE À MODULATION D'INTENSITÉ. HEAD NECK. 2016;38(11):1695-1702.
137. SHIP JA, EISBRUCH A, D'HONDT E, JONES RE. PAROTID SPARING STUDY IN HEAD AND NECK CANCER PATIENTS RECEIVING BILATERAL RADIATION THERAPY : ONE YEAR RESULTS. J DENT RES. 1997;76(3):807-13.
138. GRUNDMANN O, MITCHELL GC, LIMESAND KH. SENSIBILITÉ DES GLANDES SALIVAIRES AUX RADIATIONS : DES MODÈLES ANIMAUX AUX THÉRAPIES. J DENT RES. 2009;88(10):894-903.
139. KANGAS M, MILROSS C, TAYLOR A, BRYANT RA. A PILOT RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL OF A BRIEF EARLY INTERVENTION FOR REDUCING POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER, ANXIETY AND DEPRESSIVE SYMPTOMS IN NEWLY DIAGNOSED HEAD AND NECK CANCER PATIENTS. PSYCHOONCOLOGY. 2013;22(7):1665-73.
140. HOFMAN M, RYAN JL, FIGUEROA-MOSELEY CD, JEAN- PIERRE P, MORROW GR. CANCER-RELATED FATIGUE :

L'AMPLEUR DU PROBLÈME. ONCOLOGIST. 2007;12 SUPPL 1:4-10.

141. AHUJA D, BHARATI SJ, GUPTA N, KUMAR R, BHATNAGAR S. POSSIBLE ROLE OF APREPITANT FOR INTRACTABLE NAUSEA AND VOMITING FOLLOWING WHOLE BRAIN RADIOTHERAPY-A CASE REPORT. ANN PALLIAT MED. 2016;5(4):315-318.
142. SPOTTEN L, CORISH C, LORTON C, ET AL. SUBJECTIVE TASTE AND SMELL CHANGES IN TREATMENT-NAIVE PEOPLE WITH SOLID TUMOURS. SUPPORT CARE CANCER. 2016;24(7):3201-8.
143. GRANER DE, FOOTE RL, KASPERBAUER JL, ET AL. FONCTION DE DÉGLUTITION CHEZ LES PATIENTS AVANT ET APRÈS CHIMIORADIATION INTRA-ARTÉRIELLE. LARYNGOSCOPE. 2003;113(3):573-9.
144. PETERS E, MENDOZA SCHULZ L, REUSS-BORST M. QUALITY OF LIFE AFTER CANCER-HOW THE EXTENT OF IMPAIRMENT IS INFLUENCED BY PATIENT CHARACTERISTICS. BMC CANCER. 2016;16(1):787.
145. OATES JE, CLARK JR, READ J, ET AL. PROSPECTIVE EVALUATION OF QUALITY OF LIFE AND NUTRITION BEFORE AND AFTER TREATMENT FOR NASOPHARYNGEAL CARCINOMA. ARCH OTOLARYNGOL HEAD NECK SURG. 2007;133(6):533-40.
146. LE W, HUANG S, GUI Y, ET AL. ASSESSMENT OF NUMERICAL CHROMOSOMAL ABNORMALITIES OF THE SPERMS BEFORE AND AFTER RADIOTHERAPY IN SEMINOMA PATIENT. INT J CLIN EXP MED. 2014;7(3):703- 8.
147. BRIGNARDELLO E, FELICETTI F, CASTIGLIONE A, ET AL. STATUT GONADIQUE CHEZ LES HOMMES À LONG TERME

SURVIVANTS DU CANCER DE L'ENFANT. J CANCER RES CLIN ONCOL. 2016;142(5):1127-32.

148. APPERLEY JF, REDDY N. MECHANISM AND MANAGEMENT OF TREATMENT-RELATED GONADAL FAILURE IN RECIPIENTS OF HIGH DOSE CHEMORADIOTHERAPY. BLOOD REV. 1995;9(2):93-116.
149. ZHOU W, YANG X, DAI Y, WU Q, HE G, YIN G. SURVEY OF CERVICAL CANCER SURVIVORS REGARDING QUALITY OF LIFE AND SEXUAL FUNCTION. J CANCER RES THER. 2016;12(2):938-44.
150. BANDAK M, JØRGENSEN N, JUUL A, ET AL. TESTOSTERONE DEFICIENCY IN TESTICULAR CANCER SURVIVORS - A SYSTEMATIC REVIEW AND META- ANALYSIS. ANDROLOGY. 2016;4(3):382-8.
151. RESNICK MJ, KOYAMA T, FAN KH, ET AL. RÉSULTATS FONCTIONNELS À LONG TERME APRÈS TRAITEMENT DU CANCER DE LA PROSTATE LOCALISÉ. N ENGL J MED. 2013;368(5):436-45.
152. HOJAN K, MILECKI P. OPPORTUNITIES FOR REHABILITATION OF PATIENTS WITH RADIATION FIBROSIS SYNDROME. REP PRACT ONCOL RADIOTHER. 2014;19(1):1-6.
153. KOPP H. RADIATION DAMAGE CAUSED BY SHOE- FITTING FLUOROSCOPE. BR MED J. 1957;2(5057):1344-5.
154. KNOBF MT, SUN Y. A LONGITUDINAL STUDY OF SYMPTOMS AND SELF-CARE ACTIVITIES IN WOMEN TREATED WITH PRIMARY RADIOTHERAPY FOR BREAST CANCER. CANCER NURS. 2005;28(3):210-8.
155. PICCIN O, SORRENTI G, MILANO F. TWO CASES OF SEVERE OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA INDUCED BY

RADIOTHÉRAPIE DU COU TRAITÉE AVEC UN DISPOSITIF ORAL. J MAXILLOFAC ORAL SURG. 2016;15(3):400-403.

156. BERGSTRÖM L, WARD EC, FINIZIA C. VOICE REHABILITATION FOR LARYNGEAL CANCER PATIENTS : FUNCTIONAL OUTCOMES AND PATIENT PERCEPTIONS. LARYNGOSCOPE. 2016;126(9):2029-35.
157. ALBA JR, BASTERRA J, FERRER JC, SANTONJA F, ZAPATER E. HYPOTHYROIDISM IN PATIENTS TREATED WITH RADIOTHERAPY FOR HEAD AND NECK CARCINOMA : STANDARDISED LONG-TERM FOLLOW-UP STUDY. J LARYNGOL OTOL. 2016;130(5):478-81.
158. RAYOME RG, KING C, KING T. PATIENT WITH NOCTURNAL ENURESIS AND STRESS INCONTINENCE AFTER PREVIOUS HYSTERECTOMY AND RADIATION THERAPY FOR CERVICAL CANCER. J WOUND OSTOMY CONTINENCE NURS. 1995;22(1):64-7.
159. FAITHFULL S. "JUST GRIN AND BEAR IT AND HOPE THAT IT WILL GO AWAY" : COPING WITH URINARY SYMPTOMS FROM PELVIC RADIOTHERAPY. EUR J CANCER CARE (ENGL). 1995;4(4):158-65.
160. KOLLMORGEN CF, MEAGHER AP, WOLFF BG, PEMBERTON JH, MARTENSON JA, ILLSTRUP DM. THE LONG-TERM OF ADJUVANT POSTOPERATIVE CHEMORADIOTHERAPY FOR RECTAL CARCINOMA ON BOWEL FUNCTION. ANN SURG. 1994;220(5):676-82.
161. MÜLLER K, MEINEKE V. RADIATION-INDUCED MAST CELL MEDIATORS DIFFERENTIALLY MODULATE CHEMOKINE RELEASE FROM DERMAL FIBROBLASTS. J DERMATOL SCI. 2011;61(3):199-205.
162. MÜLLER K, GILBERTZ KP, MEINEKE V. LA SÉROTONINE ET LES RADIATIONS IONISANTES AFFECTENT DE MANIÈRE SYNERGIQUE LA PROLIFÉRATION ET LES MOLÉCULES D'ADHÉSION

- DES CELLULES DE MÉLANOME MALIN. J DERMATOL SCI. 2012;68(2):89-98.
- 163.SOHUN M, SHEN H. THE IMPLICATION AND POTENTIAL APPLICATIONS OF HIGH-MOBILITY GROUP BOX 1 PROTEIN IN BREAST CANCER. ANN TRANSL MED. 2016;4(11):217.
- 164.AZZAM EI, JAY-GERIN JP, PAIN D. IONIZING RADIATION-INDUCED METABOLIC OXIDATIVE STRESS AND PROLONGED CELL INJURY. CANCER LETT. 2012;327(1-2):48-60.
- 165.BRAVATÀ V, MINAFRA L, RUSSO G, ET AL. HIGH-DOSE IONIZING RADIATION REGULATES GENE EXPRESSION CHANGES IN THE MCF7 BREAST CANCER CELL LINE. ANTICANCER RES. 2015;35(5):2577-91.
- 166.CONSTINE LS, RUBIN P, WOOLF PD, DOANE K, LUSH CM. HYPERPROLACTINEMIA AND HYPOTHYROIDISM FOLLOWING CYTOTOXIC THERAPY FOR CENTRAL NERVOUS SYSTEM MALIGNANCIES. J CLIN ONCOL. 1987;5(11):1841-51.
- 167.JUDGE JL, OWENS KM, POLLOCK SJ, ET AL. IONIZING RADIATION INDUCES MYOFIBROBLAST DIFFERENTIATION VIA LACTATE DEHYDROGENASE. AM J PHYSIOL LUNG CELL MOL PHYSIOL. 2015;309(8):879- 887.

LA DÉTECTION PRÉCOCE SAUVE-T-ELLE DES VIES ?

1. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2017). FICHE D'INFORMATION SUR LE CANCER. DISPONIBLE : [HTTP://WWW.WHO.INT/MEDIACENTRE/FACTSHEETS/FS297/EN](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en). [3 FÉVRIER 2017].

2. SOCIÉTÉ AMÉRICAINE DU CANCER. BREAST CANCER EARLY DETECTION AND DIAGNOSIS. DISPONIBLE : [HTTPS://WWW.CANCER.ORG/CANCER/BREAST-CANCER/SCREENING-TESTS-AND-EARLY- DETECTION.HTML](https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/screening-tests-and-early-detection.html). [15 JANVIER 2017].
3. KURIYAMA M, WANG MC, LEE CL, ET AL. MULTIPLE MARKER EVALUATION IN HUMAN PROSTATE CANCER WITH THE USE OF TISSUE-SPECIFIC ANTIGENS. J NATL CANCER INST. 1982;68(1):99-105.
4. STAMEY TA, CALDWELL M, MCNEAL JE, NOLLEY R, HEMENEZ M, DOWNS J. THE PROSTATE SPECIFIC ANTIGEN ERA IN THE UNITED STATES IS OVER FOR PROSTATE CANCER : WHAT HAPPENED IN THE LAST 20 YEARS ? J UROL. 2004;172(4 PT 1):1297-301.
5. VOLK RJ, WOLF AM. GRADING THE NEW US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE PROSTATE CANCER SCREENING RECOMMENDATION. JAMA. 2011;306(24):2715-6.
6. LIN K, CROSWELL JM, KOENIG H, LAM C, MALTZ A. PROSTATE-SPECIFIC ANTIGEN-BASED SCREENING FOR PROSTATE CANCER : AN EVIDENCE UPDATE FOR THE U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. 2011 ; RAPPORT N° 12-05160-EF-1.
7. ANDRIOLE GL, CRAWFORD ED, GRUBB RL, ET AL. PROSTATE CANCER SCREENING IN THE RANDOMIZED PROSTATE, LUNG, COLORECTAL, AND OVARIAN CANCER SCREENING TRIAL : MORTALITY RESULTS AFTER 13 YEARS OF FOLLOW-UP. J NATL CANCER INST. 2012;104(2):125-32.
8. WILT TJ, BRAWER MK, JONES KM, ET AL. PROSTATECTOMIE RADICALE VERSUS OBSERVATION POUR

CANCER DE LA PROSTATE LOCALISÉ. N ENGL J
MED. 2012;367(3):203-13.

9. ABLIN J.R. 2010. THE GREAT PROSTATE MISTAKE. *THE NEW YORK TIMES*. DISPONIBLE :
[HTTP://WWW.NYTIMES.COM/2010/03/10/OPINION/10ABLIN.HTML](http://www.nytimes.com/2010/03/10/opinion/10ABLIN.HTML). [3 FÉVRIER 2017].
10. WELCH HG, ALBERTSEN PC. PROSTATE CANCER
DIAGNOSIS AND TREATMENT AFTER THE
INTRODUCTION OF PROSTATE-SPECIFIC ANTIGEN
SCREENING : 1986-2005. J NATL CANCER INST.
2009;101(19):1325-9.
11. LANGRETH, R. 2009. LE CÔTÉ OBSCUR DU DÉPISTAGE
DU CANCER DE LA PROSTATE. *FORBES*. DISPONIBLE :
[HTTP://WWW.FORBES.COM/2009/08/31/PROSTATE-
CANCER-
DÉPISTAGE-BUSINESS-HEALTHCARE-
PROSTATE.HTML](http://www.forbes.com/2009/08/31/prostate-cancer-dépistage-business-healthcare-prostate.html). [3
FÉVRIER 2017].
12. AIZER AA, GU X, CHEN MH, ET AL. COST IMPLICATIONS
AND COMPLICATIONS OF OVERTREATMENT OF LOW-RISK
PROSTATE CANCER IN THE UNITED STATES. J NATL COMPR
CANC NETW. 2015;13(1):61-8.
13. SEU K, CASCIOTTI D, BRAVO BFD, CHEN M, JURY NJ.
2016. LES DÉPISTAGES ANNUELS DU CANCER DE LA
PROSTATE SONT-ILS NÉCESSAIRES ? FAUT-IL TRAITER LE
CANCER DE LA PROSTATE À UN STADE PRÉCOCE ? *CENTRE
NATIONAL DE RECHERCHE SUR LA SANTÉ*. DISPONIBLE :
[HTTP://CENTER4RESEARCH.ORG/CHILD-TEEN-
HEALTH/GENERAL-HEALTH-AND-MENTAL-
HEALTH/ARE-
ANNUAL-PROSTATE-CANCER-
SCREENINGS-NECESSARY-
SHOULD-EARLY-STAGE-
PROSTATE-CANCER-BE-TREATED](http://center4research.org/child-teen-health/general-health-and-mental-health/are-annual-prostate-cancer-screenings-necessary-should-early-stage-prostate-cancer-be-treated).
[3 FÉVRIER 2017].

14. HANSEN NM, YE X, GRUBE BJ, GIULIANO AE. MANIPULATION OF THE PRIMARY BREAST TUMOR AND THE INCIDENCE OF SENTINEL NODE METASTASES FROM INVASIVE BREAST CANCER. ARCH SURG. 2004;139(6):634-9.
15. HOOVER HC, KETCHAM AS. TECHNIQUES D'INHIBITION DES MÉTASTASES TUMORALES. CANCER. 1975;35(1):5- 14.
16. MATHENGE EG, DEAN CA, CLEMENTS D, ET AL. CORE NEEDLE BIOPSY OF BREAST CANCER TUMORS INCREASES DISTANT METASTASES IN A MOUSE MODEL. NEOPLASIA. 2014;16(11):950-60.
17. HOBSON J, GUMMADIDALA P, SILVERSTRIM B, ET AL. ACUTE INFLAMMATION INDUCED BY THE BIOPSY OF MOUSE MAMMARY TUMORS PROMOTES THE DEVELOPMENT OF METASTASIS. BREAST CANCER RES TREAT. 2013;139(2):391-401.
18. ROSARIO DJ, LANE JA, METCALFE C, ET AL. SHORT TERM OUTCOMES OF PROSTATE BIOPSY IN MEN TESTED FOR CANCER BY PROSTATE SPECIFIC ANTIGEN : PROSPECTIVE EVALUATION WITHIN PROTECT STUDY. BMJ. 2012;344:D7894.
19. HELFAND BT, GLASER AP, RIMAR K, ET AL. PROSTATE CANCER DIAGNOSIS IS ASSOCIATED WITH AN INCREASED RISK OF ERECTILE DYSFUNCTION AFTER PROSTATE BIOPSY. BJU INT. 2013;111(1):38-43.
20. HWANG EC, YU HS, JUNG SI, PARK HJ. INFECTIOUS COMPLICATIONS AFTER PROSTATE BIOPSY : A PROSPECTIVE MULTICENTER PROSTATE BIOPSY STUDY. UROGENIT TRACT INFECT 2016;11(1):17-24.
21. GALLINA A, SUARDI N, MONTORSI F, ET AL. MORTALITÉ À 120 JOURS APRÈS UNE BIOPSIE PROSTATIQUE : A

ÉTUDE BASÉE SUR LA POPULATION DE 22 175 HOMMES. INT J CANCER. 2008;123(3):647-52.

22. LOEB S, CARTER HB, BERNDT SI, RICKER W, SCHAEFFER EM. COMPLICATIONS AFTER PROSTATE BIOPSY : DATA FROM SEER-MEDICARE. J UROL. 2011;186(5):1830-4.
23. RESNICK MJ, KOYAMA T, FAN KH, ALBERTSEN PC, GOODMAN M, HAMILTON AS, HOFFMAN RM, POTOSKY AL, STANFORD JL, STROUP AM, VAN HORN RL, PENSON DF. RÉSULTATS FONCTIONNELS À LONG TERME APRÈS LE TRAITEMENT DU CANCER DE LA PROSTATE LOCALISÉ. N ENGL J MED 2013;368(5):436-45. DOI : 10.1056/NEJMOA1209978. UROL ONCOL. 2013;32(4):513-4.
24. LAMPLUGH M, GILMORE P, QUINLAN T, CORNFORD P. PSA TESTING : ARE PATIENTS AWARE OF WHAT LIES AHEAD ? ANN R COLL SURG ENGL. 2006;88(3):284-8.
25. JUSTMAN S. UNINFORMED CONSENT : LE DÉPISTAGE DE MASSE DU CANCER DE LA PROSTATE. BIOETHICS. 2012;26(3):143-8.
26. RETSKY M, DEMICHELI R, HRUSHESKY W, BAUM M, GUKAS I. SURGERY TRIGGERS OUTGROWTH OF LATENT DISTANT DISEASE IN BREAST CANCER : AN INCONVENIENT TRUTH ? CANCERS (BASEL). 2010;2(2):305-37.
27. MILLER AB, TO T, BAINES CJ, WALL C. THE CANADIAN NATIONAL BREAST SCREENING STUDY-1 : BREAST CANCER MORTALITY AFTER 11 TO 16 YEARS OF FOLLOW-UP. A RANDOMIZED SCREENING TRIAL OF MAMMOGRAPHY IN WOMEN AGE 40 TO 49 YEARS. ANN INTERN MED. 2002;137(5 PART 1):305-12.
28. MILLER AB, TO T, BAINES CJ, WALL C. CANADIAN NATIONAL BREAST SCREENING STUDY-2 : 13-YEAR

RÉSULTATS D'UN ESSAI RANDOMISÉ CHEZ DES FEMMES
ÂGÉES DE 50 À 59 ANS. J NATL CANCER INST.
2000;92(18):1490-9.

29. MILLER AB, WALL C, BAINES CJ, SUN P, TO T, NAROD SA.
TWENTY FIVE YEAR FOLLOW-UP FOR BREAST CANCER
INCIDENCE AND MORTALITY OF THE CANADIAN NATIONAL
BREAST SCREENING STUDY : RANDOMISED SCREENING
TRIAL. BMJ. 2014;348:G366.
30. VON EULER-CHELPIN M, KUCHIKI M, VEJBORG I.
INCREASED RISK OF BREAST CANCER IN WOMEN WITH
FALSE-POSITIVE TEST : THE ROLE OF MISCLASSIFICATION.
CANCER EPIDEMIOL. 2014;38(5):619-22.
31. CHRISTIANSEN CL, WANG F, BARTON MB, ET AL.
PREDICTING THE CUMULATIVE RISK OF FALSE-
POSITIVE MAMMOGRAMS. J NATL CANCER INST.
2000;92(20):1657-66.
32. BLEYER A, WELCH HG. EFFECT OF THREE DECADES OF
SCREENING MAMMOGRAPHY ON BREAST-CANCER
INCIDENCE. N ENGL J MED. 2012;367(21):1998-2005.
33. KORNGUTH PJ, KEEFE FJ, CONAWAY MR. PAIN
DURING MAMMOGRAPHY : CHARACTERISTICS AND
RELATIONSHIP TO DEMOGRAPHIC AND MEDICAL
VARIABLES. PAIN. 1996;66(2-3):187-94.
34. VAN NETTEN JP, CANN SA, HALL JG. MAMMOGRAPHY
CONTROVERSIES : TIME FOR INFORMED CONSENT ?. J NATL
CANCER INST. 1997;89(15):1164-5.
35. EPSTEIN SE. 2002. MAMMOGRAPHY DOESN'T COME
WITHOUT RISK. *LOS ANGELES TIMES*. DISPONIBLE :
[HTTP://ARTICLES.LATIMES.COM/2002/FEB/25/OPINION/OE-EPSTEIN25](http://articles.latimes.com/2002/Feb/25/opinion/OE-EPSTEIN25) [3 FÉVRIER 2017].

36. EON3. 29 SEPTEMBRE 2015. *PT. 1 - RADIOGRAPHIES MÉDICALES ET CANCER DU SEIN - DR. JOHN GOFMAN*.
DISPONIBLE :
[HTTPS://WWW.YOUTUBE.COM/WATCH?V=AZW0ZIJKCME](https://www.youtube.com/watch?v=AZW0ZIJKCME) [3
FÉVRIER 2017].
37. MODAN B, RON E, WERNER A. CANCER DE LA
THYROÏDE APRÈS IRRADIATION DU CUIR CHEVELU.
RADIOLOGIE. 1977;123(3):741-4.
38. BOICE JD, PRESTON D, DAVIS FG, MONSON RR. FREQUENT
CHEST X-RAY FLUOROSCOPY AND BREAST CANCER
INCIDENCE AMONG TUBERCULOSIS PATIENTS IN
MASSACHUSETTS. RADIAT RES. 1991;125(2):214-22.
39. BAVERSTOCK KF, VENNART J. A NOTE ON RADIUM BODY
CONTENT AND BREAST CANCER IN U.K. RADIUM
LUMINISERS. HEALTH PHYS. 1983;44 SUPPL 1:575-7.
40. BOICE JD, MONSON RR. BREAST CANCER IN WOMEN
AFTER REPEATED FLUOROSCOPIC EXAMINATIONS OF THE
CHEST. J NATL CANCER INST. 1977;59(3):823-32.
41. BOICE JD, ROSENSTEIN M, TROUT ED. ESTIMATION OF
BREAST DOSES AND BREAST CANCER RISK ASSOCIATED
WITH REPEATED FLUOROSCOPIC CHEST EXAMINATIONS
OF WOMEN WITH TUBERCULOSIS. RADIAT RES.
1978;73(2):373-90.
42. HARVEY EB, BOICE JD, HONEYMAN M, FLANNERY JT.
PRENATAL X-RAY EXPOSURE AND CHILDHOOD CANCER IN
TWINS. N ENGL J MED. 1985;312(9):541-5.
43. HOFFMAN DA, LONSTEIN JE, MORIN MM, VISSCHER W,
HARRIS BS, BOICE JD. BREAST CANCER IN WOMEN WITH
SCOLIOSIS EXPOSED TO MULTIPLE DIAGNOSTIC X RAYS. J
NATL CANCER INST. 1989;81(17):1307-12.
44. MILLER AB, HOWE GR, SHERMAN GJ, ET AL.
MORTALITÉ PAR CANCER DU SEIN APRÈS

IRRADIATION PENDANT LES EXAMENS FLUOROSCOPIQUES
CHEZ LES PATIENTS TRAITÉS POUR LA TUBERCULOSE. N
ENGL J MED. 1989;321(19):1285-9.

45. MODAN B, CHETRIT A, ALFANDARY E, KATZ L.
INCREASED RISK OF BREAST CANCER AFTER LOW-
DOSE IRRADIATION. LANCET. 1989;1(8639):629-31.
46. BAVERSTOCK KF, PAPWORTH D, VENNART J. RISKS OF
RADIATION AT LOW DOSE RATES. LANCET.
1981;1(8217):430-3.
47. MYRDEN JA, HILTZ JE. BREAST CANCER FOLLOWING
MULTIPLE FLUOROSCOPIES DURING ARTIFICIAL
PNEUMOTHORAX TREATMENT OF PULMONARY
TUBERCULOSIS. CAN MED ASSOC J. 1969;100(22):1032-4.
48. GILES D, HEWITT D, STEWART A, WEBB J. MALIGNANT
DISEASE IN CHILDHOOD AND DIAGNOSTIC IRRADIATION IN
UTERO. LANCET. 1956;271(6940):447.
49. STEWART A, WEBB J, HEWITT D. A SURVEY OF
CHILDHOOD MALIGNANCIES. BR MED J.
1958;1(5086):1495-508.
50. STEWART A, KNEALE GW. RADIATION DOSE EFFECTS IN
RELATION TO OBSTETRIC X-RAYS AND CHILDHOOD
CANCERS. LANCET. 1970;1(7658):1185-8.
51. ANDRIEU N, EASTON DF, CHANG-CLAUDE J, ET AL.
EFFECT OF CHEST X-RAY ON THE RISK OF BREAST CANCER
AMONG BRCA1/2 MUTATION CARRIERS IN THE
INTERNATIONAL BRCA1/2 CARRIER COHORT STUDY : A
REPORT FROM THE EMBRACE, GENEPSO, GEO-HEBON, AND
IBCCS COLLABORATORS' GROUP. J CLIN ONCOL.
2006;24(21):3361-6.
52. GILES D, HEWITT D, STEWART A, WEBB J. MALIGNANT
DISEASE IN CHILDHOOD AND DIAGNOSTIC

IRRADIATION IN. LANCET. 1956;271(6940):447.

53. BARTLEY K, METAYER C, SELVIN S, DUCORE J, BUFFLER P. DIAGNOSTIC X-RAYS AND RISK OF CHILDHOOD LEUKAEMIA. INT J EPIDEMIOL. 2010;39(6):1628-37.
54. GIOVANETTI A, DESHPANDE T, BASSO E. PERSISTENCE OF GENETIC DAMAGE IN MICE EXPOSED TO LOW DOSE OF X RAYS. INT J RADIAT BIOL. 2008;84(3):227-35.
55. GOTO H, WATANABE T, MIYAO M, FUKUDA H, SATO Y, OSHIDA Y. CANCER MORTALITY AMONG ATOMIC BOMB SURVIVORS EXPOSED AS CHILDREN. ENVIRON HEALTH PREV MED. 2012;17(3):228-34.
56. WATANABE T, MIYAO M, HONDA R, YAMADA Y. HIROSHIMA SURVIVORS EXPOSED TO VERY LOW DOSES OF A-BOMB PRIMARY RADIATION SHOWED A HIGH RISK FOR CANCERS. ENVIRONNEMENT HEALTH PREV MED. 2008;13(5):264-70.
57. SCHMITZ-FEUERHAKE I, BUSBY C, PFLUGBEIL S. GENETIC RADIATION RISKS : A NEGLECTED TOPIC IN THE LOW DOSE DEBATE. ENVIRON HEALTH TOXICOL. 2016;31:E2016001.
58. BURLAKOVA, E.B. 2000. *LOW DOSES OF RADIATION : ARE THEY DANGEROUS ?* NOVA SCIENCE PUB INC. 378 PPS.
59. BUSBY, C. (2016). THE 'GENETICS' LETTER, THE EURATOM SUICIDE CLAUSE, AND THE DEATH OF THE NUCLEAR INDUSTRY . *THE ECOLOGIST* . DISPONIBLE : [HTTP://WWW.THEECOLOGIST.ORG/CAMPAIGNING/2988466/THE_GENETICS_LETTER_THE_EURATOM_SUICIDE_CLAUSE_AND_](http://www.theecologist.org/campaigning/2988466/THE_GENETICS_LETTER_THE_EURATOM_SUICIDE_CLAUSE_AND_)

LA_MORT_DE_L'INDUSTRIE_NUCLEAIRE.HTML. [3 FÉVRIER 2017].

60. R.W. GIBSON, M.D., NATIONAL ENQUIRER, DÉCEMBRE 5, 1971, 11) TEL QUE RAPPORTÉ DANS LE LIVRE INDICTED! : THE PEOPLE VS THE MEDICAL & DRUG CARTEL PAR JAMES HENDERSON. (2009).
61. LESLIE FREEMAN, ED, NUCLEAR WITNESSES : INSIDERS SPEAK OUT, NEW YORK : NORTON, 1982, P.27.
62. PEAT, R. (2011). RADIATION AND GROWTH : INCOHERENT IMPRINTING FROM INAPPROPRIATE IRRADIATION. DISPONIBLE : <HTTP://RAYPEAT.COM/PDF/RADIATION-AND-GROWTH-JANUARY-2011.PDF>. [3 FÉVRIER 2017].
63. JACOBSON JA, DANFORTH DN, COWAN KH, ET AL. TEN-YEAR RESULTS OF A COMPARISON OF CONSERVATION WITH MASTECTOMY IN THE TREATMENT OF STAGE I AND II BREAST CANCER. N ENGL J MED. 1995;332(14):907-11.
64. VILA J, GANDINI S, GENTILINI O. OVERALL SURVIVAL ACCORDING TO TYPE OF SURGERY IN YOUNG (≤ 40 YEARS) EARLY BREAST CANCER PATIENTS : A SYSTEMATIC META-ANALYSIS COMPARING BREAST- CONSERVING SURGERY VERSUS MASTECTOMY. BREAST. 2015;24(3):175-81.
65. KUMMEROW KL, DU L, PENSON DF, SHYR Y, HOOKS MA. NATIONALWIDE TRENDS IN MASTECTOMY FOR EARLY-STAGE BREAST CANCER. JAMA SURG. 2015;150(1):9-16.
66. SABEL MS, DAL CIN S. TENDANCES DANS LES RAPPORTS DES MÉDIAS SUR LES DÉCISIONS DE TRAITEMENT DU CANCER DU SEIN DES CÉLÉBRITÉS. ANN SURG ONCOL. 2016;23(9):2795-801.

67. POLIVY J. PSYCHOLOGICAL EFFECTS OF MASTECTOMY ON A WOMAN'S FEMININE SELF-CONCEPT. J NERV MENT DIS. 1977;164(2):77-87.
68. JOSÉ MANUEL GARCÍA ARROYO ET MARÍA LUISA DOMÍNGUEZ LÓPEZ, "PSYCHOLOGICAL PROBLEMS DERIVED FROM MASTECTOMY : A QUALITATIVE STUDY," INTERNATIONAL JOURNAL OF SURGICAL ONCOLOGY, VOL. 2011, ARTICLE ID 132461, 8 PAGES, 2011.
69. MARGOLIS G, GOODMAN RL, RUBIN A. PSYCHOLOGICAL EFFECTS OF BREAST-CONSERVING CANCER TREATMENT AND MASTECTOMY. PSYCHOSOMATICS. 1990;31(1):33-9.
70. LE GM, O'MALLEY CD, GLASER SL, ET AL. BREAST IMPLANTS FOLLOWING MASTECTOMY IN WOMEN WITH EARLY-STAGE BREAST CANCER : PREVALENCE AND IMPACT ON SURVIVAL. BREAST CANCER RES. 2005;7(2):184-193.

LA BATAILLE POUR LA VÉRITÉ

1. BROWN, J. (2006). *JUDGE FINDS BIG TOBACCO GUILTY OF RACKETEERING, CONSPIRACY*. [EN LIGNE]. DISPONIBLE : [HTTP://WWW.PBS.ORG/NEWSHOUR/BB/LAW-JULY-DEC06-SMOKING_08-18](http://www.pbs.org/newshour/bb/law-july-dec06-smoking_08-18). [3 FÉVRIER 2017].
2. PROCTOR RN. L'HISTOIRE DE LA DÉCOUVERTE DU LIEN ENTRE LA CIGARETTE ET LE CANCER DU POUMON : TRADITIONS EN MATIÈRE DE PREUVES, DÉNI DES ENTREPRISES, BILAN MONDIAL. TOB CONTROL. 2012;21(2):87-91.
3. LEVIN M. (2006). *BIG TOBACCO IS GUILTY OF CONSPIRACY*. LOS ANGELES TIMES. [EN LIGNE]. DISPONIBLE :

[HTTP://ARTICLES.LATIMES.COM/2006/AUG/18/NATION/NA-SMOKE18](http://articles.latimes.com/2006/aug/18/nation/na-smoke18) [5 FÉVRIER 2017].

4. PIFF PK, STANCATO DM, CÔTÉ S, MENDOZA-DENTON R, KELTNER D. HIGHER SOCIAL CLASS PREDICTS INCREASED UNETHICAL BEHAVIOR. *PROC NATL ACAD SCI USA*. 2012;109(11):4086-91.
5. CÔTÉ S, PIFF PK, WILLER R. POUR QUI LA FIN JUSTIFIE-T-ELLE LES MOYENS ? SOCIAL CLASS AND UTILITARIAN MORAL JUDGMENT. *J PERS SOC PSYCHOL*. 2013;104(3):490-503.
6. DUBOIS D, RUCKER DD, GALINSKY AD. SOCIAL CLASS, POWER, AND SELFISHNESS : WHEN AND WHY UPPER AND LOWER CLASS INDIVIDUALS BEHAVE UNETHICALLY. *J PERS SOC PSYCHOL*. 2015;108(3):436-49.
7. BOWERS, S. (2012). *GLOBAL PROFITS FOR TOBACCO TRADE TOTAL \$35BN AS SMOKING DEATHS TOP 6 MILLION*. THE GUARDIAN. [EN LIGNE]. DISPONIBLE : [HTTPS://WWW.THEGUARDIAN.COM/BUSINESS/2012/MAR/22/TOBACCO-PROFITS-DEATHS-6-MILLION](https://www.theguardian.com/business/2012/mar/22/tobacco-profits-deaths-6-million). [FÉVRIER 5, 2017].
8. HOWARD DH, BACH PB, BERNDT ER, CONTI RM. PRICING IN THE MARKET FOR ANTICANCER DRUGS. *J ECON PERSPEC*. 2015 ; 29(1):139-162.
9. (2016). *CES NOUVEAUX MÉDICAMENTS CONTRE LE CANCER AIDENT LES PATIENTS À VIVRE DES ANNÉES DE PLUS*. FORTUNE. [EN LIGNE]. DISPONIBLE : [HTTP://FORTUNE.COM/2016/05/19/CANCER- DRUGS-KEYTRUDA-OPDIVO](http://fortune.com/2016/05/19/cancer-drugs-keytruda-opdivo). [5 FÉVRIER 2017].
10. BACH PB, CONTI RM, MULLER RJ, SCHNORR GC, SALTZ LB. OVERSPENDING DRIVEN BY OVERSIZED SINGLE DOSE VIALS OF CANCER DRUGS. *BMJ*. 2016;352:I788.

11. TOBEY JR, C. *CHARLES TOBEY JR. RAPPORTS SUR LE CANCER ET LA CONSPIRATION MÉDICALE VÉNALE*. WHALE.TO. [EN LIGNE]. DISPONIBLE : [HTTP://WWW.WHALE.TO/P/TOBEY.HTML](http://www.whale.to/p/tobey.html). [5 FÉVRIER, 2017].
12. HON. WILLIAM LANGER, US CONGRESSIONAL RECORD, AUGUST 3, 1953, P. A 5352. DISPONIBLE : [HTTP://WWW.NEWMEDIAEXPLORER.ORG/CHRIS/FITZGERALD%20REPORT%201953.PDF](http://www.newmediaexplorer.org/chris/fitzgerald%20report%201953.pdf) [5 FÉVRIER 2017].
13. DROPE J, CHAPMAN S. TOBACCO INDUSTRY EFFORTS AT DISCREDITING SCIENTIFIC KNOWLEDGE OF ENVIRONMENTAL TOBACCO SMOKE : A REVIEW OF INTERNAL INDUSTRY DOCUMENTS. J EPIDEMIOL COMMUNITY HEALTH. 2001;55(8):588-94.
14. OLSEN AH, NJOR SH, VEJBORG I, ET AL. BREAST CANCER MORTALITY IN COPENHAGEN AFTER INTRODUCTION OF MAMMOGRAPHY SCREENING : COHORT STUDY. BMJ. 2005;330(7485):220.
15. JØRGENSEN KJ, ZAHL PH, GØTZSCHE PC. BREAST CANCER MORTALITY IN ORGANISED MAMMOGRAPHY SCREENING IN DENMARK : COMPARATIVE STUDY. BMJ. 2010;340:C1241.
16. BENJAMIN DJ. L'EFFICACITE DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DU CANCER DU SEIN. MED HYPOTHESES. 1996;47(5):389-97.
17. CASTILLO, M. (2012). *BRA AIMS TO DETECT BREAST CANCER BEFORE MAMMOGRAM*. CBS NEWS. [EN LIGNE]. DISPONIBLE : [HTTP://WWW.CBSNEWS.COM/NEWS/BRA-AIMS-TO-DETECT-BREAST-CANCER-BEFORE-MAMMOGRAM/](http://www.cbsnews.com/news/bra-aims-to-detect-breast-cancer-before-mammogram/). [5 FÉVRIER 2017].
18. FOWLER, E. (2015). *NEW STUDY FINDS HUGE PRICE DIFFERENCES FOR MAMMOGRAMS & OTHER CRITICAL*

PROCÉDURES DE SANTÉ POUR LES FEMMES DANS LES 30 PLUS GRANDES VILLES DES ÉTATS-UNIS . CASTLIGHT HEALTH. [EN LIGNE]. DISPONIBLE :

[HTTP://WWW.CASTLIGHTHEALTH.COM/PRESS-RELEASES/NEW-STUDY-FINDS-HUGE-PRICE DIFFERENCES-FOR-MAMMOGRAMS-OTHER CRITICAL- WOMENS-HEALTH-PROCEDURES-IN-THE-30-LARGEST-U- S-CITIES](http://www.castlighthealth.com/press-releases/new-study-finds-huge-price-differences-for-mammograms-other-critical-womens-health-procedures-in-the-30-largest-u-s-cities). [5 FÉVRIER 2017].

19. EFFETS DE LA RADIOTHÉRAPIE ET DE LA CHIRURGIE DANS LE CANCER DU SEIN AU STADE PRÉCOCE. UNE VUE D'ENSEMBLE DES ESSAIS RANDOMISÉS. EARLY BREAST CANCER TRIALISTS' COLLABORATIVE GROUP. N ENGL J MED. 1995;333(22):1444-55.
20. RADIOTHÉRAPIE ADJUVANTE POUR LE CANCER DU RECTUM : UN APERÇU SYSTÉMATIQUE DE 8 507 PATIENTS ISSUS DE 22 ESSAIS RANDOMISÉS. LANCET. 2001;358(9290):1291-304.
21. CLARKE M, COLLINS R, DARBY S, ET AL. EFFECTS OF RADIOTHERAPY AND OF DIFFERENCES IN THE EXTENT OF SURGERY FOR EARLY BREAST CANCER ON LOCAL RECURRENCE AND 15-YEAR SURVIVAL : AN OVERVIEW OF THE RANDOMISED TRIALS. LANCET. 2005;366(9503):2087-106.
22. BROWN BW, BRAUNER C, MINNOTTE MC. NONCANCER DEATHS IN WHITE ADULT CANCER PATIENTS. J NATL CANCER INST. 1993;85(12):979-87.
23. (2012). *LA DÉCISION DU GROUPE DE TRAVAIL DES SERVICES PRÉVENTIFS DES ÉTATS-UNIS SUR LES TESTS PSA EST UN COUP DUR POUR LA SANTÉ DES HOMMES*. [EN LIGNE]. DISPONIBLE : [HTTP://PINTSFORPROSTATES.ORG/U-S-PREVENTIVE- SERVICES-TASK-FORCE-RULING-ON-PSA-TESTING-A- MAJOR-BLOW-TO-MENS-HEALTH/](http://pintsforprostates.org/u-s-preventive-services-task-force-ruling-on-psa-testing-a-major-blow-to-mens-health/). [5 FÉVRIER 2017].
24. RÉACTIONS DU PUBLIC ET DES PROFESSIONNELS AU GROUPE DE TRAVAIL SUR LES SERVICES PRÉVENTIFS AUX ÉTATS-UNIS

RECOMMANDATIONS SUR LE DÉPISTAGE DU PSA. DR. CATALONA. [EN LIGNE]. DISPONIBLE : [HTTP://WWW.DRCATALONA.COM/QUEST/WINTER2011/ARTICLE2.HTML](http://www.drcatalona.com/quest/winter2011/article2.html). [5 FÉVRIER 2017].

25. BURNE, J. (2012). *THE EXPERT BRANDED A WOMAN HATER FOR SAYING BREAST CANCER SCREENING RUINS LIVES (L'EXPERT TAXÉ DE HAINE ENVERS LES FEMMES POUR AVOIR DIT QUE LE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN RUINAIT DES VIES)*. [EN LIGNE]. DISPONIBLE : [HTTP://WWW.DAILYMAIL.CO.UK/HEALTH/ARTICLE-2120750/THE-EXPERT-BRANDED-WOMAN-HATER- SAYING-BREAST-CANCER-SCREENING-RUINS-LIVES.HTML#IXZZ1QOQWIFWI](http://www.dailymail.co.uk/health/article-2120750/the-expert-branded-woman-hater-saying-breast-cancer-screening-ruins-lives.html#ixzz1QOQWIFWI). [5 FÉVRIER 2017].
26. GØTZSCHE PC, OLSEN O. IS SCREENING FOR BREAST CANCER WITH MAMMOGRAPHY JUSTIFIABLE ? LANCET. 2000;355(9198):129-34.
27. NIKIFOROV YE, SEETHALA RR, TALLINI G, ET AL. NOMENCLATURE REVISION FOR ENCAPSULATED FOLLICULAR VARIANT OF PAPILLARY THYROID CARCINOMA : A PARADIGM SHIFT TO REDUCE OVERTREATMENT OF INDOLENT TUMORS. JAMA ONCOL. 2016;2(8):1023-9.
28. KOLATA, G. (2016). *CE N'EST PAS UN CANCER : LES MÉDECINS RECLASSENT UNE TUMEUR DE LA THYROÏDE*. [EN LIGNE]. DISPONIBLE : [HTTPS://WWW.NYTIMES.COM/2016/04/15/HEALTH/THYROID-TUMOR-CANCER-RECLASSIFICATION.HTML?_R=2](https://www.nytimes.com/2016/04/15/health/thyroid-tumor-cancer-reclassification.html?_r=2). [5 FÉVRIER 2017].
29. ABLIN, R.J. ET PIANA R. 2014. THE GREAT PROSTATE HOAX : HOW BIG MEDICINE HIJACKED THE PSA TEST AND CAUSED A PUBLIC HEALTH DISASTER. ST. MARTIN'S PRESS., NEW YORK, NY.
30. JOHANSSON JE, ADAMI HO, ANDERSSON SO, BERGSTRÖM R, HOLMBERG L, KRUSEMO. TAUX ÉLEVÉ DE SURVIE À 10 ANS CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE,

CANCER DE LA PROSTATE NON TRAITÉ.
JAMA. 1992;267(16):2191-6.

31. SCHWEIZER MT, ANTONARAKIS ES, WANG H, ET AL.
EFFECT OF BIPOLAR ANDROGEN THERAPY FOR
ASYMPTOMATIC MEN WITH CASTRATION-RESISTANT
PROSTATE CANCER : RESULTS FROM A PILOT CLINICAL
STUDY. SCI TRANSL MED. 2015;7(269).
32. STATTIN P, HOLMBERG E, JOHANSSON JE, ET AL.
OUTCOMES IN LOCALIZED PROSTATE CANCER : NATIONAL
PROSTATE CANCER REGISTER OF SWEDEN FOLLOW-UP
STUDY. J NATL CANCER INST. 2010;102(13):950-8.
33. COOPERBERG MR, RAMAKRISHNA NR, DUFF SB, ET AL.
PRIMARY TREATMENTS FOR CLINICALLY LOCALISED
PROSTATE CANCER : A COMPREHENSIVE LIFETIME COST-
UTILITY ANALYSIS. BJU INT. 2013;111(3):437-50.
34. AMERICAN CANCER SOCIETY. (2015). *BREAST
CARCINOMA IN SITU CANCER FACTS & FIGURES*. [EN LIGNE].
DISPONIBLE :
[HTTPS://WWW.CANCER.ORG/CONTENT/DAM/CANCER-
ORG/RESEARCH/CANCER-FACTS-AND- STATISTICS/ANNUAL-
CANCER-FACTS-AND- FIGURES/2015/SPECIAL-SECTION-
BREAST-CARCINOMA- IN-SITU-CANCER-FACTS-AND-
FIGURES-2015.PDF](https://www.cancer.org/content/DAM/CANCER-ORG/RESEARCH/CANCER-FACTS-AND-STATISTICS/ANNUAL-CANCER-FACTS-AND-FIGURES/2015/SPECIAL-SECTION-BREAST-CARCINOMA-IN-SITU-CANCER-FACTS-AND-FIGURES-2015.PDF). [5 FÉVRIER 2017].
35. KERLIKOWSKE K. EPIDEMIOLOGY OF DUCTAL
CARCINOMA IN SITU. J NATL CANCER INST
MONOGRAPHS. 2010;2010(41):139-41.
36. DEMICHELI R, RETSKY MW, HRUSHESKY WJ, BAUM M,
GUKAS ID. LES EFFETS DE LA CHIRURGIE SUR LA TUMEUR

CROISSANCE : UN SIÈCLE D'ENQUÊTES. ANN ONCOL.
2008;19(11):1821-8.

37. NAROD SA, IQBAL J, GIANNAKEAS V, SOPIK V, SUN P. BREAST CANCER MORTALITY AFTER A DIAGNOSIS OF DUCTAL CARCINOMA IN SITU (MORTALITÉ PAR CANCER DU SEIN APRÈS UN DIAGNOSTIC DE CARCINOME CANALAIRE IN SITU). JAMA ONCOL. 2015;1(7):888-96.
38. ESSERMAN L, YAU C. RETHINKING THE STANDARD FOR DUCTAL CARCINOMA IN SITU TREATMENT. JAMA ONCOL. 2015;1(7):881-3.
39. DREW PJ, TURNBULL LW, KERIN MJ, CARLETON PJ, FOX JN. MULTICENTRICITY AND RECURRENCE OF BREAST CANCER. LANCET. 1997;349(9046):208-9.
40. PENSON DF, ALBERTSEN PC. *L'HISTOIRE NATURELLE DU CANCER DE LA PROSTATE* . SPRINGER NETHERLANDS. 2007. DISPONIBLE :
[HTTP://LINK.SPRINGER.COM/CHAPTER/10.1007/978-1-4020-5847-9_2](http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4020-5847-9_2) [5 FÉVRIER 2017].
41. LE DRAN HF. TRAITE DES OPERATIONS CHIRURGIE. PARIS : C. OSMONT ; 1742.
42. LARSEN SU, ROSE C. [RÉMISSION SPONTANÉE DU CANCER DU SEIN. UNE REVUE DE LA LITTÉRATURE]. UGESKR LAEG. 1999;161(26):4001-4.
43. MONZEN Y, NAKAHARA M, NISHISAKA T. SPONTANEOUS REGRESSION OF PRIMARY MALIGNANT LYMPHOMA OF THE PROSTATE. CASE REP UROL. 2013;2013:363072.
44. BANIHANI MN, AL MANASRA AR. RÉGRESSION SPONTANÉE D'UN SARCOME DES PARTIES MOLLES ALVÉOLAIRES : CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW. WORLD J SURG ONCOL. 2009;7:53.

45. TANAKA K, HAMADA T, TAKASAKI H, YOKOYAMA S. RÉGRESSION SPONTANÉE D'UN SÉMINOME MÉDIASTINAL. OAI. 1989.
46. PRINTZ C. SPONTANEOUS REGRESSION OF MELANOMA MAY OFFER INSIGHT INTO CANCER IMMUNOLOGY. J NAT CAN INST. 2001 ; 93 (14) : 1047-1048.
47. PAPAC RJ. RÉGRESSION SPONTANÉE DU CANCER : MÉCANISMES POSSIBLES. IN VIVO. 1998;12(6):571-8.
48. OGAWA D, UEMURA N, SASAKI N, ET AL. RÉGRESSION SPONTANÉE D'UN LYMPHOME MALIN DE L'ESTOMAC. J MED. 1998;29(5-6):381- 93.
49. BIR AS, FORA AA, LEVEA C, FAKIH MG. RÉGRESSION SPONTANÉE DU CANCER COLORECTAL MÉTASTATIQUE AUX GANGLIONS LYMPHATIQUES RÉTROPÉRITONÉAUX. ANTICANCER RES. 2009;29(2):465-8.
50. STEFANI C, LIVERANI CA, BIANCO V, ET AL. SPONTANEOUS REGRESSION OF LOW-GRADE CERVICAL INTRAEPITHELIAL LESIONS IS POSITIVELY IMPROVED BY TOPICAL BOVINE COLOSTRUM PREPARATIONS (GINEDIE®). A MULTICENTRE, OBSERVATIONAL, ITALIAN PILOT STUDY. EUR REV MED PHARMACOL SCI. 2014;18(5):728-33.
51. IWANAGA T. [ÉTUDES SUR LES CAS DE RÉGRESSION SPONTANÉE DU CANCER AU JAPON EN 2011, ET DE CARCINOME HÉPATIQUE, DE CANCER DU POUMON ET DE MÉTASTASES PULMONAIRES DANS LE MONDE ENTRE 2006 ET 2011]. GAN TO KAGAKU RYOHO. 2013;40(11):1475-87.
52. DAVIS T, DOYLE H, TOBIAS V, ELLISON DW, ZIEGLER DS. CASE REPORT OF SPONTANEOUS RESOLUTION OF A CONGENITAL GLIOBLASTOMA (RAPPORT DE CAS DE RÉSOLUTION SPONTANÉE D'UN GLIOBLASTOME CONGÉNITAL). PEDIATRICS. 2016;137(4).

53. ISOBE Y, ARITAKA N, SASAKI M, OSHIMI K, SUGIMOTO K. SPONTANEOUS REGRESSION OF NATURAL KILLER CELL LYMPHOMA. J CLIN PATHOL. 2009;62(7):647-50.
54. CRISCI A, CORSALE I, ABRAMI F, ET AL. [RÉGRESSION SPONTANÉE DES MÉTASTASES PULMONAIRES DU CARCINOME À CELLULES RÉNALES : L'IMPORTANCE DES FACTEURS IMMUNOGÉNÉTIQUES ET UNE REVUE DE LA LITTÉRATURE]. MINERVA UROL NEFROL. 2008;60(2):123-35.
55. BIR AS, FORA AA, LEVEA C, FAKIH MG. RÉGRESSION SPONTANÉE DU CANCER COLORECTAL MÉTASTATIQUE AUX GANGLIONS LYMPHATIQUES RÉTROPÉRITONÉAUX. ANTICANCER RES. 2009;29(2):465-8.
56. PAREDES BE. [RÉGRESSION DANS LE MÉLANOME MALIN. DÉFINITION, ÉTIOPATHOGÉNIE, MORPHOLOGIE ET DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL]. PATHOLOGE. 2007;28(6):453-63.
57. KHAR A, MURALIKRISHNA K, VARALAKSHMI C. HIGH INTRATUMORAL LEVEL OF CYTOKINES MEDIATES EFFICIENT REGRESSION OF A RAT HISTIOCYTOMA. CLIN EXP IMMUNOL. 1997;110(1):127-31.
58. WONG DA, BISHOP GA, LOWES MA, COOKE B, BARNETSON RS, HALLIDAY GM. CYTOKINE PROFILES IN SPONTANEOUSLY REGRESSING BASAL CELL CARCINOMAS. BR J DERMATOL. 2000;143(1):91-8.
59. MUELLER N. OVERVIEW OF THE EPIDEMIOLOGY OF MALIGNANCY IN IMMUNE DEFICIENCY. J ACQUIR IMMUNE DEFIC SYNDR. 1999;21 SUPPL 1:S5-10.
60. SALEH F, RENNO W, KLEPACEK I, ET AL. PREUVES DIRECTES DE LA RÉGRESSION SPONTANÉE DU CANCER HUMAIN À MÉDIATION IMMUNITAIRE : UNE INCITATION POUR LES ENTREPRISES PHARMACEUTIQUES À DÉVELOPPER UN NOUVEAU TRAITEMENT CONTRE LE CANCER.

VACCIN ANTI-CANCER. CURR PHARM DES.
2005;11(27):3531-43.

61. SCHILDER H, DE VRIES MJ, GOODKIN K, ANTONI M. PSYCHOLOGICAL CHANGES PRECEDING SPONTANEOUS REMISSION OF CANCER. ÉTUDES DE CAS CLINIQUES. 2004 ; 3(4):288-312.
62. OLIVER RT, NETHERSELL AB, BOTTOMLEY JM. UNEXPLAINED SPONTANEOUS REGRESSION AND ALPHA-INTERFERON AS TREATMENT FOR METASTATIC RENAL CARCINOMA. BR J UROL. 1989;63(2):128-31.
63. SROUJIEH AS. RÉGRESSION SPONTANÉE D'UN MÉLANOME MALIN INTESTINAL À PARTIR D'UN SITE PRIMAIRE OCCULTE. CANCER. 1988;62(6):1247-50.
64. DROBYSKI WR, QAZI R. SPONTANEOUS REGRESSION IN NON-HODGKIN'S LYMPHOMA : CONSIDÉRATIONS CLINIQUES ET PATHOGÉNIQUES. AM J HEMATOL. 1989;31(2):138-41.
65. HORNING SJ, ROSENBERG SA. THE NATURAL HISTORY OF INITIALLY UNTREATED LOW-GRADE NON-HODGKIN'S LYMPHOMAS. N ENGL J MED. 1984;311(23):1471-5.
66. ZAHL PH, MAEHLEN J, WELCH HG. THE NATURAL HISTORY OF INVASIVE BREAST CANCERS DETECTED BY SCREENING MAMMOGRAPHY. ARCH INTERN MED. 2008;168(21):2311-6.
67. BARNETSON RS, HALLIDAY GM. RÉGRESSION DES TUMEURS CUTANÉES : A COMMON PHENOMENON. AUSTRALAS J DERMATOL. 1997;38 SUPPL 1:S63-5.
68. ZAHL PH, GØTZSCHE PC, MÆHLEN J. NATURAL HISTORY OF BREAST CANCERS DETECTED IN THE

PROGRAMME SUÉDOIS DE DÉPISTAGE PAR MAMMOGRAPHIE :
A COHORT STUDY. LANCET ONCOL. 2011;12(12):1118-24.

69. MILLER AB, TO T, BAINES CJ, WALL C. THE CANADIAN NATIONAL BREAST SCREENING STUDY-1 : BREAST CANCER MORTALITY AFTER 11 TO 16 YEARS OF FOLLOW-UP. A RANDOMIZED SCREENING TRIAL OF MAMMOGRAPHY IN WOMEN AGE 40 TO 49 YEARS. ANN INTERN MED. 2002;137(5 PART 1):305-12.
70. MILLER AB, WALL C, BAINES CJ, SUN P, TO T, NAROD SA. TWENTY FIVE YEAR FOLLOW-UP FOR BREAST CANCER INCIDENCE AND MORTALITY OF THE CANADIAN NATIONAL BREAST SCREENING STUDY : RANDOMISED SCREENING TRIAL. BMJ. 2014;348.
71. ANDERSSON I, ASPEGREN K, JANZON L, ET AL. MAMMOGRAPHIC SCREENING AND MORTALITY FROM BREAST CANCER : THE MALMÖ MAMMOGRAPHIC SCREENING TRIAL. BMJ. 1988;297(6654):943-8.
72. FOX MS. SUR LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DU CANCER DU SEIN. *JAMA*. 1979;241(5):489-494.
73. JONES HB. DEMOGRAPHIC CONSIDERATION OF THE CANCER PROBLEM. TRANS N Y ACAD SCI. 1956;18(4):298- 333.
74. RUBINOW DR, ROCA CA, SCHMIDT PJ, ET AL. TESTOSTERONE SUPPRESSION OF CRH-STIMULATED CORTISOL IN MEN. NEUROPSYCHOPHARMACOLOGY. 2005;30(10):1906-12.
75. BUCHANAN KL, EVANS MR, GOLDSMITH AR, BRYANT DM, ROWE LV. TESTOSTERONE INFLUENCES BASAL METABOLIC RATE IN MALE HOUSE SPARROWS : A NEW COST OF DOMINANCE SIGNALLING ?. PROC BIOL SCI. 2001;268(1474):1337-44.

76. HOFLING M, HIRSCHBERG AL, SKOOG L, TANI E, HÄGERSTRÖM T, VON SCHOULTZ B. TESTOSTERONE INHIBITS ESTROGEN/PROGESTOGEN-INDUCED BREAST CELL PROLIFERATION IN POSTMENOPAUSAL WOMEN. MENOPAUSE. 2007;14(2):183-90.
77. DICKER A, RYDÉN M, NÄSLUND E, ET AL. EFFECT OF TESTOSTERONE ON LIPOLYSIS IN HUMAN PRE- ADIPOCYTES FROM DIFFERENT FAT DEPOTS. DIABETOLOGIA. 2004;47(3):420-8.
78. HANIN L, ZAIDER M. EFFECTS OF SURGERY AND CHEMOTHERAPY ON METASTATIC PROGRESSION OF PROSTATE CANCER : EVIDENCE FROM THE NATURAL HISTORY OF THE DISEASE RECONSTRUCTED THROUGH MATHEMATICAL MODELING. CANCERS (BASEL). 2011;3(3):3632-60.
79. PERIYAKOIL VS, NERI E, FONG A, KRAEMER H. DO UNTO OTHERS : LES PRÉFÉRENCES PERSONNELLES DES MÉDECINS EN MATIÈRE DE RÉANIMATION EN FIN DE VIE ET LEURS ATTITUDES À L'ÉGARD DES DIRECTIVES ANTICIPÉES. PLOS ONE. 2014;9(5).

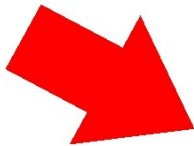
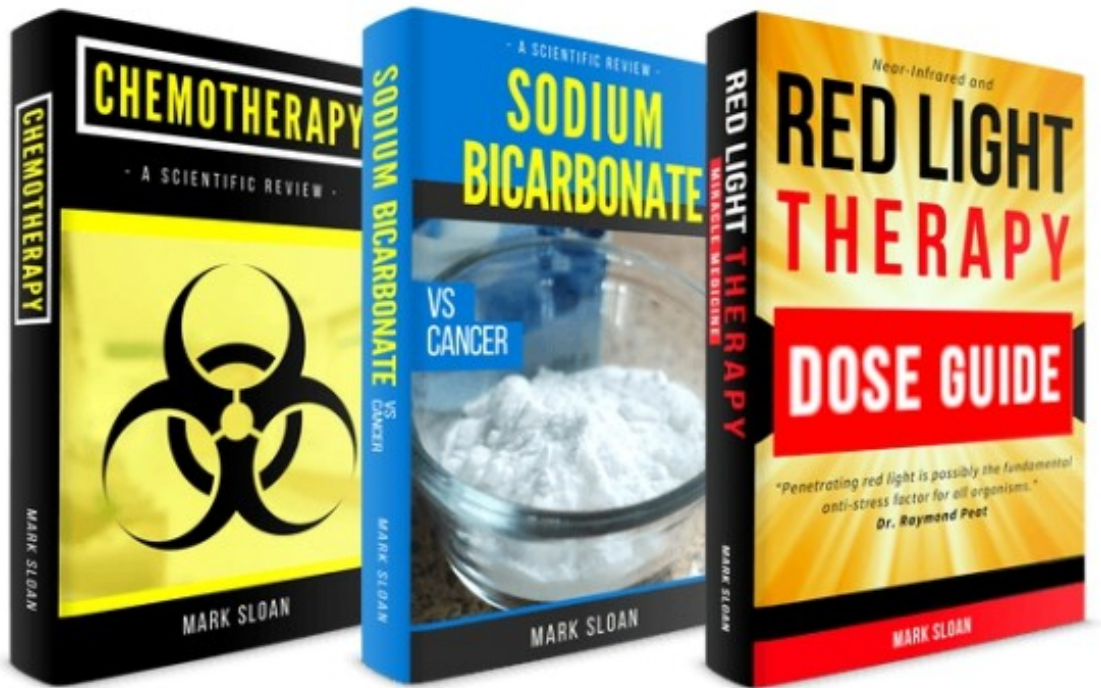
Total des références : 570

À PROPOS DE L'AUTEUR



MARK SLOAN a écrit plus de 300 articles et est l'auteur de *The Cancer Industry* , *Cancer : The Metabolic Disease Unravelled (Le cancer : la maladie métabolique dévoilée)* et du best-seller *Red Light Therapy : Miracle Medicine* . Mark vit dans l'Ontario, au Canada, et son objectif est de construire sa maison à partir de zéro, entièrement hors réseau, et de vivre une vie autosuffisante, résiliente et responsable, comme Dieu l'a voulu. Mark est passionné par l'apprentissage et son but ultime dans la vie est de réduire la souffrance dans ce monde et de créer un endroit meilleur pour chaque être humain vivant et pour les générations futures.

N'OUBLIEZ PAS DE RÉCLAMER VOS 3 LIVRES ÉLECTRONIQUES GRATUITS ET VOTRE LETTRE D'INFORMATION MENSUELLE GRATUITE



Cliquez sur le lien ci-dessous et saisissez votre nom et votre adresse électronique pour accéder instantanément à tous nos livres électroniques. Vous rejoindrez également des milliers de fans et recevoir une lettre d'information mensuelle gratuite par courrier électronique comprenant toutes les de la campagne "End All Disease" (Mettre fin à toutes les maladies).

[Cliquez ici pour obtenir vos Ebooks gratuits](#)

AUTRES LIVRES DE MARK SLOAN

- ♦ [L'industrie du cancer : Crimes, conspiration et la mort de ma mère](#) .
- [Le cancer : La maladie métabolique dévoilée](#)
- [La thérapie par la lumière rouge : une médecine miraculeuse](#)