



I - Mort subite du nourrisson

LA DYNAMIQUE DES JOURS CRITIQUES

La mort subite du nourrisson touche des milliers d'enfants chaque année et reste, jusqu'à ce jour, inexpliquée. Dans les années 90, Viera Scheibner, chercheuse australienne, avait mis au point, avec l'aide de son mari ingénieur, un appareil de monitoring capable de surveiller la respiration des bébés afin de prévenir ce phénomène. Ses études montrent une dynamique de jours critiques après chaque injection vaccinale, du premier au quarante-huitième jour suivant l'« immunisation »...

Par Viera Scheibner, docteur en sciences naturelles © 2004

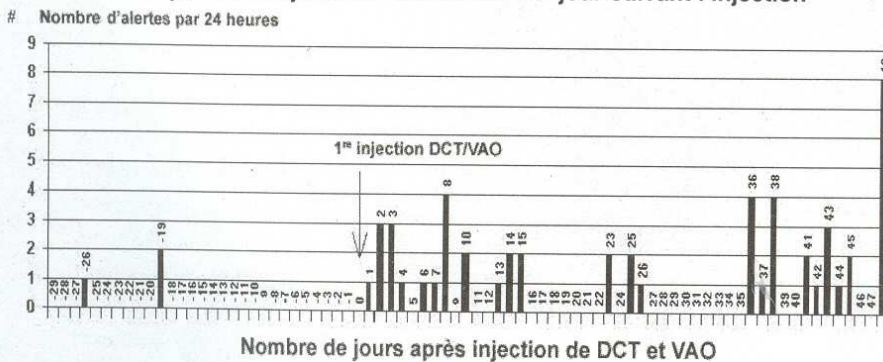
Entre 1987 et 1988, j'ai mené avec Leif Karlson, ingénieur en électronique biomédicale, des études sur la respiration des bébés, à l'aide du moniteur respiratoire Cotwatch. Cet appareil permettait une expérimentation sans contact, car il était muni d'un bloc sensoriel placé sous le matelas (et rien n'était attaché au corps de la personne surveillée). Son système électronique distinguait les battements du cœur et la respiration, ne tenant compte que de cette dernière fonction. Les informations renvoyées par le moniteur domestique standard rendaient compte des alertes respiratoires (figure n° 1), tandis que l'ordinateur imprimait les données de l'enre-

gistrement sous forme d'histogrammes empilés ou de barres verticales (figures n° 2, 3), dont la longueur reflétait directement le degré de stress comme intégrales de la densité pondérée apnée-hypopnée.

L'enregistrement sur une période de cinq mois et demi (entre octobre 1987 et mars 1988) des alertes chez un bébé (figure n° 1) révèle que le rythme respiratoire élevé provoqué par le stress ne s'est pas ralenti pendant les 21 jours suivant la vaccination : il a continué par intermittence (selon les jours critiques) deux mois et demi à trois mois plus tard. Avant de s'être vraiment remis de la première injection, l'enfant a reçu une seconde dose de vaccin DCT (vaccin antidiphtérique, antitétanique et anticoquelucheux) et de vaccin antipoliomyélitique oral (VAO).

Cotwatch a alors enregistré des apnées (pauses dans la respiration) et des hypopnées (respiration à faible amplitude, c'est-à-dire, moins de 5 % du volume d'une respiration non stressée normale). Ces phénomènes ont fait l'objet d'une pondération logarithmique.

Fig 1a : Enregistrement des alertes du 29^e jour précédant la première injection DCT/VAO au 48^e jour suivant l'injection

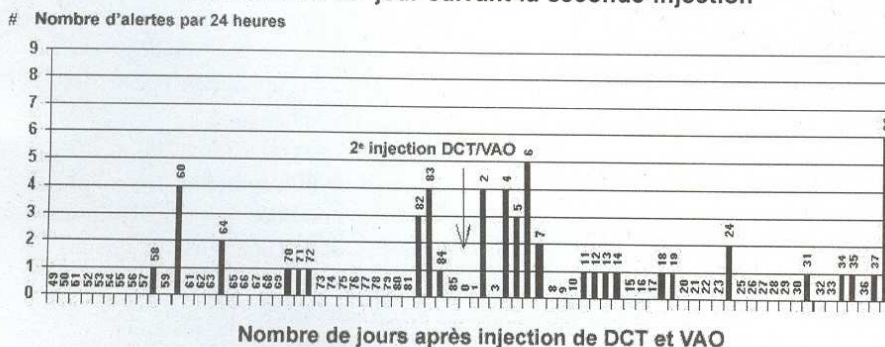


Cinq pics enregistrés

Les deux premiers graphiques de la figure n° 2 montrent les relevés des phénomènes observés dans la respiration de deux bébés : le bébé n° 1, à qui l'on a administré une troisième injection de DCT et le VAO ; et le bébé n° 2, à qui l'on a injecté une première dose de DCT et le VAO. Plus la barre verticale est haute, plus le degré de stress dans la respiration est élevé ; le troisième graphique montre les poussées de respiration provoquées par le stress jour après jour, depuis la date d'administration des vaccins jusqu'au 17^e jour.

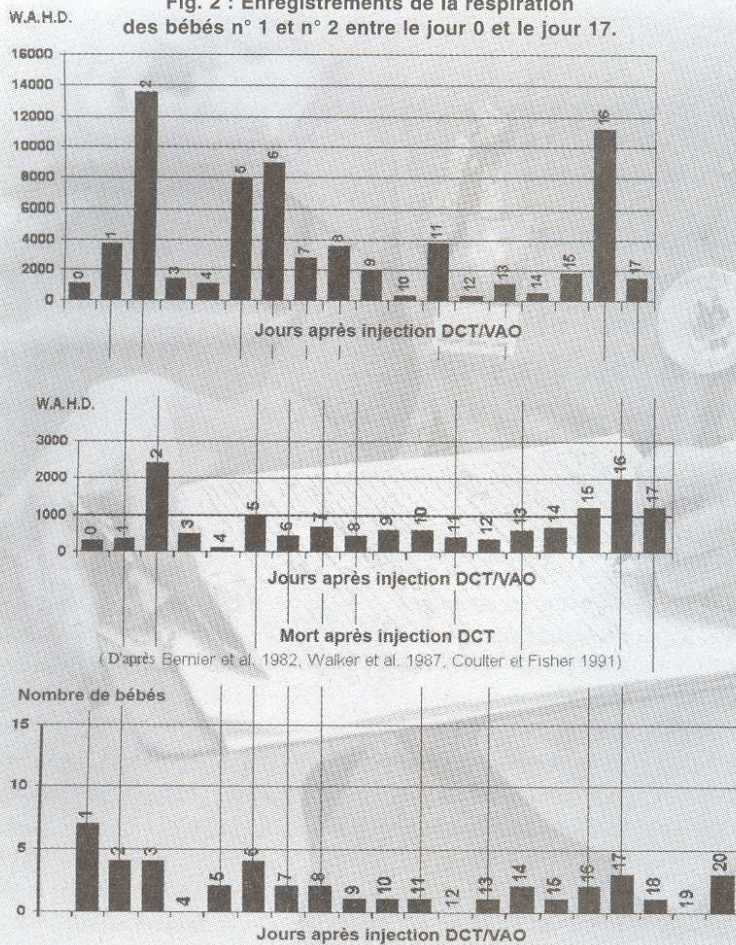
On constate immédiatement que, même si le bébé n° 1 a réagi bien plus fort que le bébé n° 2, les poussées de respiration stressée ont suivi le même schéma de jours critiques, le plus important de ces jours étant le 2^e, après lequel le degré de stress est retombé pour recommencer à grimper entre les 5^e et 7^e jours, puis a diminué de nouveau avant de remonter entre les 14^e et 16^e jour, rediminuant puis regrimpant entre

Fig. 1b : Enregistrement des alertes du 49^e jour après la première injection DCT/VAO au 38^e jour suivant la seconde injection



Alertes enregistrées par une mère à l'aide du moniteur Cotwatch. Le jour 0, qui apparaît 2 fois, correspond à la première et à la deuxième injection.

Fig. 2 : Enregistrements de la respiration des bébés n° 1 et n° 2 entre le jour 0 et le jour 17.



En haut, enregistrement de la respiration du bébé n° 1 (ayant reçu une troisième injection de DCT/VAO) ; au milieu, celui du bébé n° 2 (ayant reçu une première injection). En bas, répartition sur vingt jours de 41 décès consécutifs à une injection de DCT/VAO.

les 19^e et 24^e jours, période après laquelle il a chuté une nouvelle fois pour réaugmenter autour du 28^e jour, et ainsi de suite, suivant étroitement le schéma des alertes enregistré par la mère de l'un des bébés (figure n° 1). Les 10^e ou 11^e jours apparaissaient aussi comme des jours critiques chez les bébés qui ont réagi fortement, comme le bébé n° 1. Inutile de dire que l'intensité accrue des réactions après le troisième vaccin DCT et le VAO reflète le phénomène de la sensibilisation. Dans ce contexte, celle-ci signifie une réponse immunologique perturbée accrue ou anaphylaxie ; et dans le cas des vaccins, cela signifie aussi une vulnérabilité accrue aux maladies que les vaccins sont supposés prévenir et à une multitude d'autres infections bactériennes et virales (Parfenjev, 1955 ; Craighead, 1975 ; Daum et al., 1989).

Le troisième graphique de la figure n° 2 représente 41 décès effectifs listés au hasard après l'injection du DCT et du VAO ; on voit que la répartition des décès suit étroitement la dynamique des poussées de respiration stressée des bébés n° 1 et n° 2 après

L'intensité accrue des réactions après le troisième vaccin DCT et le VAO reflète le phénomène de la sensibilisation.

l'administration du vaccin DCT (Bernier et al., 1982, Walker et al., 1987, Coulter and Fisher, 1991).

La figure n° 3 montre les données qui mesurent le degré de stress chez chaque bébé avant et après la vaccination). Pendant un certain nombre de jours, on constate un degré de stress nul dans la respiration, puis vient le jour n° 0 où le vaccin est administré et suivi des réactions des bébés jour après jour.

Une marge d'un jour ou deux

Cette figure représente deux bébés (bébé n° 1 et bébé n° 3) et l'on perçoit les différences individuelles de réaction : le bébé n° 3 a réagi dans les premières 24 heures et a manifesté un stress critique au 7^e jour, alors que ce fut le cas aux 5^e et 6^e jours pour le bébé n° 1. Mais cela n'est pas étonnant, car les bébés sont des individus à part entière, tous différents. Il faut également tenir compte du fait que, dans les statistiques, on a toujours une légère marge d'un jour ou deux avant ou après les jours critiques. En d'autres termes, la nature n'opère pas nécessairement de façon soudaine et radicale mais par intensification et affaiblissement.

La figure n° 3 illustre aussi le caractère personnel de la réaction de stress après le 16^e jour : le bébé n° 3 a eu une réaction différée significative autour du 24^e jour, tandis que le bébé n° 1 n'a présenté qu'un degré de stress légèrement accru autour du 24^e jour.

Des recherches immunologiques fournissent une autre explication aux légères différences observées et enregistrées dans la dynamique quotidienne de la réaction de stress maximale. Takacs et al. (1997) ont étudié sur des souris les possibles mécanismes sous-jacents du schéma cyclique d'encéphalomyélite allergique expérimentale (EAE) avec rechute/rémission. À travers une étude longitudinale, ils ont mis en corrélation la reconnaissance d'un épitope et la production d'une cytokine par les cellules des ganglions lymphatiques drainants, les splénocytes et les cellules infiltrantes du système nerveux central (SNC) avec l'apparition d'une EAE avec rechute/rémission. Les réponses des cellules des ganglions lymphatiques et des splénocytes ont été uniformes en ce qui concerne la libération d'épitopes autoantigéniques. Cependant, il y a eu une dynamique quotidienne intéressante au niveau de la chronologie des réactions des lymphocytes T dans les ganglions lymphatiques.

L'EAE a été provoquée avec 200 microgrammes de PPL (protéine protéolipidique) 139-151, de PPL 178-191 ou de PBM (protéine basique de la myéline) 87-106, émulsifiés dans l'adjuvant de Freund incomplet, enrichis de 200 microgrammes de *Mycobacterium tuberculosis* et *M. butyricum* 8:1 et administrés par voie sous-cutanée les jours 0 et 7. Tout de suite après cette « immunisation » et 48 heures plus tard, les souris ont reçu 200 nanogrammes de toxine *Bordetella pertussis* (par voie intrapéritonéale) dans du sérum

de la myéline) 87-106, émulsifiés dans l'adjuvant de Freund incomplet, enrichis de 200 microgrammes de *Mycobacterium tuberculosis* et *M. butyricum* 8:1 et administrés par voie sous-cutanée les jours 0 et 7. Tout de suite après cette « immunisation » et 48 heures plus tard, les souris ont reçu 200 nanogrammes de toxine *Bordetella pertussis* (par voie intrapéritonéale) dans du sérum

protéiné. La rechute était définie comme une perte de poids et l'aggravation clinique se caractérisait par une détérioration clinique d'au moins un grade après une guérison stable, révélée par une prise de poids et une amélioration clinique d'au moins un grade.

On a détecté une forte prolifération en réaction au peptide PPL 178-191 utilisé pour provoquer la maladie dès le 4^e jour suivant l'« immunisation », avec un pic les jours 9 à 11. Au moment de la rémission, les jours 15-16, on a détecté une réduction considérable de la capacité proliférative des cellules des ganglions lymphatiques. La production d'INF gamma (interféron gamma) suivait le même schéma ; on a observé une certaine variabilité entre les souris, mais on a mesuré une concentration relativement élevée durant les 11 premiers jours, diminuant par la suite. La plus forte concentration

d'INF gamma a été mesurée au moment du déclenchement de la maladie, le jour 11. La réaction au PLP 178-191 a progressivement diminué et a atteint son plus bas niveau le jour 17, jour correspondant à une phase silencieuse de la maladie chez presque toutes les souris. Les jours 22 à 25 se caractérisaient par une nouvelle augmentation de la production d'INF gamma : c'est le moment qui, chez la plupart des souris, précédait une rechute décelable.

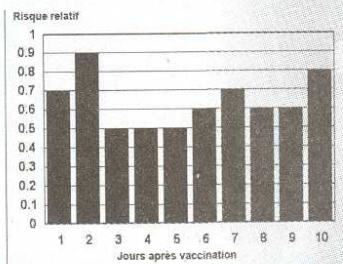
Un degré de stress accru les jours 42 et 48

Tout aussi intéressante est la dynamique de la période immunologique de Takacs et al. des jours 42 à 48, telle qu'elle est établie par notre contrôle de la réaction de stress à la vaccination chez les bébés. En effet, cette période présente un degré de stress accru dans la respiration et un nombre accru de décès après la vaccination. La dynamique perte de poids/prise de poids accompagnant le défi immunologique ci-dessus concerne également les bébés après la vaccination.

Mes propres études et celles de Leif ont confirmé la validité du concept selon lequel le syndrome de stress non spécifique (ou d'adaptation générale) de Hans Selye était une réponse caractéristique mais non spécifique des mammifères à toute substance nocive, agression ou atteinte de toute sorte (Selye, 1978). Toutefois, notre enregistrement de la respiration ayant été effectué à l'aide d'une technologie médicale sans contact, nous avons pu procéder à des enregistrements de façon longitudinale pendant de longues périodes (enregistrement heure après heure ou jour après jour), alors que Selye a étudié la dynamique de l'activité corticosurrénale et a été obligé d'effectuer des analyses de sang invasives qui ont limité la densité des données collectées. Ses recherches n'ont démontré la dynamique de la réaction de stress qu'en termes très généraux, sous forme d'une réaction d'alarme (48 heures après l'agression), d'une phase de résistance (un nombre indéterminé de

Les chercheurs étudiant la MSN n'examinent pas ce qui est arrivé aux bébés les jours précédant leur décès.

Fig. 4 : Tableau de décès consécutifs aux vaccins DCT/VAO d'après l'étude de Mitchell et al.



On retrouve une nette concentration de décès autour des jours critiques.

jours après les premières 48 heures) et d'une phase d'épuisement (une autre réaction de type réaction d'alarme) après la phase de résistance (d'une durée indéterminée) correspondant approximativement au 16^e jour. Notre enregistrement bien plus détaillé de la réaction de stress a établi qu'elle était biphasique et incluait deux pics de respiration stressée, le 2^e jour et entre les 5^e et 7^e jours, suivies d'environ sept jours correspondant à la phase de résistance, puis du niveau de stress accru autour du 16^e jour, phase d'épuisement.

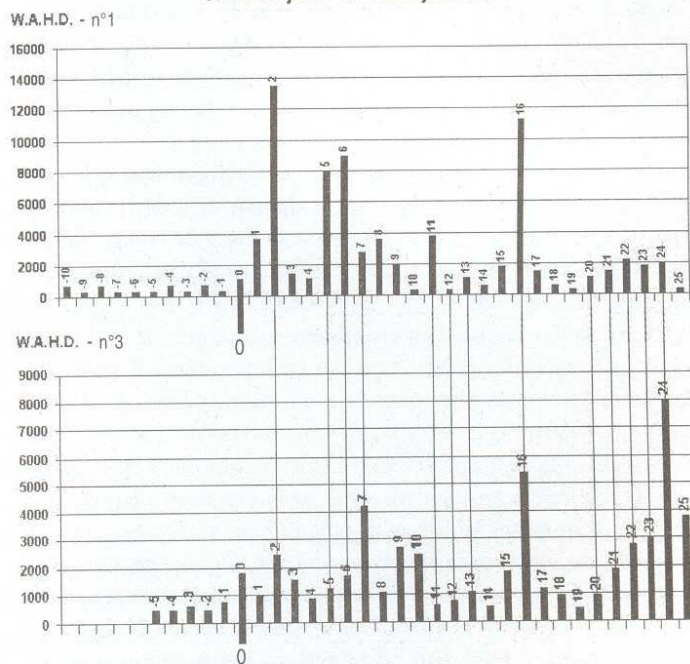
La figure n° 4 représente un tableau des données brutes sur les décès consécutifs aux vaccins DCT et antipoliomyélique publiées par Mitchell et al. (1995).

Ces auteurs néo-zélandais ont

conclu qu'« il y avait un risque réduit de SMSN [syndrome de la mort subite du nourrisson] dans les quatre jours suivant l'immunisation » et donc que celle-ci « pouvait même réduire le risque de SMSN » tout en précisant quand même qu'ils n'étaient pas en mesure de l'affirmer avec certitude).

Cependant, loin de montrer que la vaccination protège de la mort subite du nourrisson, les données de Mitchell et al. révèlent que

Fig. 3 : Enregistrements de la respiration des bébés n° 1 et n° 3 entre le jour -10 et le jour 25



Les différences entre le graphique du bébé n° 1 (en haut) et celui du bébé n° 3 (en bas) montrent le caractère personnel de la réaction au stress.

le décès de tous les bébés qu'ils ont étudiés a été la conséquence directe de l'administration d'un vaccin DCT et d'un VAO, montrant une nette concentration autour des jours critiques. Le risque « réduit » de SMSN dans le groupe « immunisé » est trompeur, car seuls ceux ayant été vaccinés à la date prévue sont considérés comme étant « immunisés ». De toute évidence, cela suggère à tort que ce groupe est constitué d'enfants relativement mieux portants, puisque l'une des principales raisons de ne pas administrer de vaccin en temps voulu, voire pas du tout, c'est que l'enfant est souffrant, du moins à la date prévue pour l'injection, si ce n'est constamment. Alors, ironiquement, un enfant qui a souffert d'effets indésirables visibles des précédents vaccins risque de se retrouver dans la catégorie « non immunisés » de cette étude, même si on lui a administré d'autres vaccins.

D'une façon générale, l'erreur fondamentale commise par les chercheurs étudiant la mort subite du nourrisson est qu'ils n'examinent pas ce qui est arrivé aux bébés les jours précédant leur décès, et préféreraient essayer d'identifier l'entité insaisissable des bébés « à risque ». Les mesures pneumographiques sont effectuées sans tenir compte de ce qui arrive aux bébés dans les six et/ou douze ou dix-huit premiers mois de leur vie, lorsqu'on leur administre le premier vaccin DCT, le vaccin Hib, le vaccin antipoliomyélique, le premier vaccin ROR (vaccin antirougeoleux, antiourlien et antirubéoleux) et/ou les vaccins de rappel...

Des symptômes de « mauvais traitement » peuvent apparaître dans les 21 jours.

S'entendre sur la notion de fausse alerte

Les études sur la MSN font généralement peu de cas de la vaccination. Lors de notre expérience, le moment choisi pour effectuer les mesures pneumographiques est déterminé par la possibilité de passer une nuit dans un laboratoire du sommeil plutôt que par l'examen de ce qui a pu arriver au bébé juste avant qu'il ne manifeste des symptômes de stress ou ne se mette à déclencher des alertes sur son moniteur.

La notion de fausse alerte, largement utilisée par ceux qui contrôlent la respiration des bébés, a également retardé la compréhension de la situation. On considère comme de fausses alertes celles qui surviennent lorsque le bébé surveillé n'a pas arrêté de respirer mais respire très faiblement. Leif et moi-même les appelions des « alertes d'avertissement » parce qu'elles se déclenchaient lorsque les bébés surveillés commençaient à avoir des épisodes de plus en plus longs de respiration à faible amplitude, ce qui correspond au véritable rythme respiratoire provoqué par le stress. Un bébé ayant développé une pneumonie a eu ce genre de « fausses alertes » pendant deux semaines avant de présenter les symptômes typiques de la pneumonie. Cela s'est produit environ six semaines après le vaccin DCT-polio de six mois. Lorsque des réactions ou des décès surviennent six semaines après une vaccination, on refuse de considérer qu'ils sont dus à la vaccination. Pourtant, nos enregistrements démontrent un niveau de stress accru dans la respiration plus de six semaines après la vaccination.

Les décès post-vaccinaux

Les données de Griffin et al. (1988) sur les décès post-vaccinaux sont également dignes d'intérêt. Même si les auteurs ont conclu que leurs données ne montraient pas le lien causal, une mise en tableau adéquate de leurs données brutes examinant quatre groupes de bébés décédés après un vaccin DCT et antipoliomyélique, révèle les informations suivantes : le groupe 1 incluait des bébés âgés d'un mois et demi à deux mois et demi (aux États-Unis, les vaccinations débutent à 6-8 semaines). La majorité de ces bébés sont morts dans les 8 à 14 jours suivant la première dose ; le groupe 2 incluait des bébés âgés de 2 mois et demi à 4 mois, morts pour la plupart entre 15 et 30 jours après la seconde dose de vaccin DCT et de VAO ; le groupe 3 incluait des bébés âgés de 4 à 8 mois, morts après la troisième dose, dont la majorité sont morts plus de 31 jours après la vaccination ; le groupe 4 incluait des bébés morts à l'âge de 8 à 12 mois, correspondant à ceux qui avaient survécu à la troisième dose.

Loin de montrer une absence de preuve du lien causal avec l'administration du vaccin DCT et du VAO, les données brutes de Griffin et al. présentées sous forme de tableaux révèlent trois phénomènes observés importants :

- 1) Les bébés les plus jeunes sont morts plus tôt que les bébés plus âgés, plus gros, qui ont résisté plus longtemps.
- 2) Sensibilisation : il y a eu une réaction immunologique accrue (anaphylaxie) après des doses ultérieures de vaccins.
- 3) Une augmentation du nombre de décès à mesure que l'on s'éloigne de la date de la vaccination : c'est-à-dire des réactions différées, qui sont la règle plutôt que l'exception.

Fait intéressant, Torch (1982, 1986) a, de son côté, fait la même observation que Leif Karlson et moi-même : celle d'une augmentation du nombre de décès plus on s'éloignait de la date d'administration du vaccin, plus on avait fait d'injections et plus l'âge était avancé. Torch (1982) a écrit : « Les données préliminaires sur les 70 premiers cas étudiés montrent que les 2/3 avaient été immunisés dans les 21 jours précédant leur décès... Dans le groupe SMSN ayant reçu le vaccin DCT 6,5 % sont morts dans les 12 heures ayant suivi l'inoculation, 13 % dans les 24 heures, 26 % dans les 3 jours, et 37 %, 61 % et 70 % dans les 1, 2 et 3 semaines respectivement. Une concentration significative de MSN s'est produite dans les 2 à 3 premières semaines suivant l'injection du vaccin DCT 1, 2, 3 ou 4. L'âge du groupe DCT allait de 59 jours à 3 ans... »

L'un des nombreux points que je tiens à faire remarquer ici, c'est que les receveurs d'un vaccin tel que le DCT ou le VAO peuvent réagir pendant plus de 21 jours après l'administration des vaccins, élément d'information nouveau venant s'ajouter à celles publiées par Innis (2004). Innis met en avant la période des 21 jours suivant la vaccination comme une période à risque pour le déclenchement de symptômes pouvant conduire à des allégations de mauvais traitements, d'après les 22 cas qu'il a analysés à ce jour. C'est d'ailleurs à ces symptômes que nous allons nous intéresser particulièrement dans la suite de ce dossier. □



II - BÉBÉ SECOUÉ OU BÉBÉ VACCINÉ ?

Les symptômes présentés par les bébés victimes du SBS (syndrome du bébé secoué) évoquent le scorbut, avec notamment des fractures, des hémorragies et un profond dérèglement du système immunitaire qui surviennent après la vaccination. Pour de plus en plus de chercheurs, la plupart des décès par SBS ne seraient donc pas dus au secouage, mais aux vaccins, déclencheurs d'un dérèglement de tous les systèmes du corps.

Par Viera Scheibner, docteur en sciences naturelles © 2004

Les vaccins comme celui contre la coqueluche sont en fait utilisés pour provoquer ce que l'on appelle l'encéphalomyélite allergique expérimentale (Levine et al., 1966 ; Levine and Sowinski, 1979 ; Steinman et al., 1982 ; et bien d'autres). Steinman et al. ont décrit un modèle animal pour l'encéphalopathie associée à la vaccination contre la coqueluche. Ils ont injecté à des souris le vaccin *Bordetella pertussis* tué par la chaleur, combiné à de l'albumine bovine. Ils en ont conclu que la neuropathologie de leur modèle souris ressemblait à celle observée chez les cas humains dans lesquels un décès survenait après un vaccin DCT : une congestion vasculaire diffuse et une hémorragie parenchymateuse à la fois dans le cortex et la substance blanche. Les neurones corticaux présentaient des changements ischémiques, et les méninges des zones d'hypercellularité évidentes.

B. pertussis présente un large éventail d'effets physiologiques parmi lesquels une production accrue d'immunoglobulines E (IgE), une vulnérabilité accrue au choc anaphylactique, une lymphocytose et une hyperinsulinémie. Sa capacité à produire une perméabilité vasculaire accrue peut expliquer sa tendance à provoquer des hémorragies. La pertinence du modèle murin [c'est-à-dire associé aux souris] de l'encéphalopathie liée au vaccin contre la coqueluche est prouvée par la plupart des bébés en contact avec du lait de vache (même chez les bébés nourris au sein) en raison d'un anticorps anti-albumine bovine préexistant. Cette sensibilisation à l'albumine bovine peut déclencher une cascade similaire d'événements suite à une vaccination contre la coqueluche chez les bébés humains génétiquement vulnérables.

Quand les bébés ont reçu quatre vaccins en une seule fois (DCT et VAO), ils ont développé la pathologie dite minimale : une hémorragie pétéchiiale (ressemblant à des boutons) dans le thymus, le péricarde, les poumons et d'autres organes, et leur décès a été catalogué comme une MSN. Une telle pathologie a été considérée insuffisante pour provoquer la mort, alors que, de toute évidence, elle l'a malheureusement été, des dizaines de milliers de bébés étant morts de cette façon. Selon Hess (1920)

et bien d'autres, l'un des symptômes du scorbut aigu est l'hémorragie pétéchiiale. Pourquoi étudier le scorbut dans le décès post-vaccinal ?



Quand les bébés ont reçu quatre vaccins en une seule fois, ils ont développé la pathologie dite minimale : une hémorragie pétéchiiale.

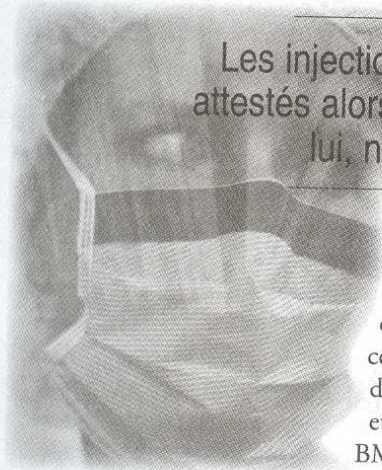
Un cocktail toxique

Les vaccins sont un cocktail de substances toxiques telles que le formaldéhyde (fait intéressant, lorsque Selye a découvert le syndrome de stress non spécifique, la première « substance nocive » qu'il a injectée dans ses rats de laboratoire était du formaldéhyde), le phosphate d'aluminium et l'hydroxyde d'aluminium, des composés du mercure (thimérosal, merthiolate, contenant jusqu'à 49 % de mercure), le phénol, un caloporteur (propane-1,2-diol), de l'huile d'arachide, et bien entendu

des protéines étrangères (antigènes), des virus et des bactéries ou leurs protéines d'enveloppe (telles que le pertussigène, ingrédient toxique actif présent dans tous les vaccins anti-coquelucheux, soit à cellules entières soit acellulaires), pour ne citer que quelques-uns des ingrédients classiques les plus courants contenus dans divers vaccins

Comme le Dr Innis l'a souvent fait remarquer dans le *British Medical Journal* (BMJ) à propos du syndrome du bébé secoué

(SBS), tous les cas de SBS qu'il a étudiés avaient été vaccinés dans les 21 jours précédant l'apparition des symptômes ou le décès. J'appuie cette observation en affirmant avec de légères réserves que parmi les quelque 70 cas de SBS pour lesquels j'ai préparé un rapport, seuls deux étaient des cas de traumatisme de la naissance et n'avaient pas été vaccinés. En outre, quelques-uns des bébés SBS sont morts plus de 21 jours après leur dernière vaccination. Comme on l'a vu plus haut, les jours 42 à 48 après la vaccination représentent d'importants jours critiques où l'on compte un nombre croissant de décès.



Les injections sont des faits attestés alors que le secouage, lui, ne l'est pas.

La plupart de ceux qui ont étudié le SMSN ou le SBS, y compris ceux qui ont participé au débat cathartique actuel et ô combien nécessaire de BMJ.com [British Medical Journal] sur le SBS, se

sont montrés assez réservés ou silencieux à propos des vaccins administrés, même si ces injections sont, en règle générale, les seuls faits attestés.

Le secouage, lui, n'est pas attesté, et relèverait davantage (comme le considère à juste titre le Dr Innis) de l'imagination

galopante des médecins accusateurs, des agences de protection de l'enfance et de la police.

Comme le font remarquer Kirschner et Stein (1985) : « ... les médecins des urgences confondent une maladie virtuellement mortelle ou des artéfacts post-mortem avec des mauvais traitements... Bien que les récits des parents aux urgences aient dans tous les cas été vraies et cohérentes avec les résultats de l'examen physique de l'enfant, les médecins concernés n'ont pas su établir le diagnostic correct. Ces erreurs résultent sans doute non seulement d'un manque d'expérience en ce qui concerne les décès et maladies graves infantiles mais aussi d'une attitude de suspicion et/ou d'hostilité. » Alors, quels sont les causes et mécanismes de ce qui est considéré comme la triade pathognomonique de symptômes par les partisans du SBS, à savoir les hémorragies sous-durales et rétinienne et les os cassés ? Comme je l'ai écrit dans mes précédents articles sur le sujet (*JACNEM2002*; *bmj.com Rapid Responses*, 2 avril 2004 ; et ailleurs), l'idée que les hématomes sous-duraux et les fractures osseuses bizarres résultent de mauvais traitements a été émise par Caffey en 1946. Il considérait les fractures des os longs comme une complication de l'hématome sous-dural infantile associé aux fractures du crâne. Bien que ses propres exemples montrent ce qui est généralement considéré comme des fractures scorbutiques typiques, il a réfuté tout « signe radiologique de scorbut ». Voilà ce qu'a conclu Caffey (1946), sans entrer dans plus de détails : « Les fractures semblent être d'origine traumatique mais les épisodes traumatiques et le mécanisme causal demeurent obscurs ». Il est difficile de comprendre pourquoi les fractures scorbutiques classiques apparaissant sur ses propres photographies ont été mal interprétées. Toutefois, Caffey a confessé dans son article de 1965, « Significance of the history in the diagnosis of traumatic injury in children », « Je n'en reviens toujours pas que Ross

Comment limiter les dégâts ?

Avant ... En France, les vaccins antidiphthériques, antitétaniques, antipolyméllitiques et antituberculeux sont encore obligatoires et le directeur d'un établissement scolaire peut refuser d'accueillir un enfant non vacciné ou dont les vaccins ne sont pas à jour. Les personnels de santé et les militaires de carrière sont également soumis à l'obligation vaccinale. Pour s'informer sur la législation et connaître ses droits, il existe la Ligue nationale pour la liberté des vaccinations. Elle joue un rôle d'information mais aussi de soutien auprès des victimes de la vaccination et des parents qui la refusent, notamment en les accompagnant dans leurs démarches juridiques.

Contact : LNPLV, BP 816, 74016 Annecy cedex. Tél : 00 (33)04 50 10 12 09 ; fax : 00 (33)04 50 52 68 61. E-mail : LNPLV.acy@wanadoo.fr ; Web : www.ctanet.fr/vaccination-information.

Après... En homéopathie, en fonction de la typologie et du terrain du patient, il pourra être prescrit un drainage lymphatique par *Nux Vomica* composé, du *Silicéa* 9 à 15 ch pour le BCG, du *Thuya* 9 à 15 ch pour les autres vaccins. Il est par ailleurs conseillé d'appliquer de l'argile verte à l'endroit de l'inoculation.

On peut également agir, en naturopathie, en éliminant les métaux lourds

comme le mercure ou l'aluminium contenus dans certains vaccins. Il s'agit d'absorber des produits dits « chélateurs » capables de capter les métaux grâce à une polarité électro-négative : *chlorella*, les *alkylglycéros*, la *minaria japonica*, la *zéolite* (roche volcanique), les *pro* et *prébiotiques*, le *glutathion* (anti-oxydant présent dans les avocats, les asperges, le brocoli, les tomates, les pêches, les pommes de terre, les courges, les choux-fleurs, etc.) Certaines substances stimulent l'activité de désintoxication du foie qui joue un rôle important dans le processus de neutralisation des métaux lourds mettant en œuvre les enzymes cytochromes hépatiques P. 450 : sélénium, zinc, soufre, manganèse, silice, vitamines E, B12, B6, B9, C, certains acides aminés soufrés, le *chrysanthemum americanum*, le *desmonium*, le radis noir, l'ail des ours... Les acides gras contenus dans les huiles de noix, colza, périlla, entre autres, contribuent à restaurer et nourrir les cellules nerveuses endommagées par les métaux lourds et toxiques divers. On peut aussi utiliser de l'argile et du charbon actif. Selon une spécialiste, Elke Arod, les intolérances au gluten et à la caséine seraient dues à l'intoxication aux métaux lourds et aux blocages enzymatiques qu'elle entraîne. Elle affirme qu'un régime dénué de ces composés alimentaires permet de résoudre les problèmes neurologiques dus à la vaccination.

Golden m'aît accueilli, moi simple pédiatre sans formation ni expérience formelle ou informelle en radiologie, dans son service de radiologues hautement qualifiés ». Pourquoi l'a-t-il fait, d'ailleurs ?

Caffey a semé une grande confusion qui ne se dissipera qu'avec les années. Plus tôt on rectifiera le tir, mieux ce sera non seulement pour les milliers de victimes de l'étroitesse d'esprit et de l'ignorance manifeste de Caffey mais aussi pour ces radiologues parfaitement compétents qui ont aveuglément suivi ses interprétations erronées.

Un scorbut aigu qui disparaît avec de la vitamine C

Hiller (1972), radiologue australien formé dans les règles, a démontré que les fractures bizarres de Caffey étaient provoquées par le scorbut, sans en découvrir la cause.

En 1920, Hess, très en avance sur son temps, a mis en évidence, à travers son ouvrage de 300 pages sur le scorbut, les insuffisances en vitamine « antiscorbutique » (vitamine C) des aliments pour bébés traditionnels.

Plus tard, Pekarek et Rezabek (1959) ont démontré que l'administration du vaccin DCT à des rats les conduit à développer un scorbut aigu qui disparaît tout seul dans les 24 heures. Toutefois, les bébés humains, contrairement aux rats, n'ont pas la chance de produire leur propre vitamine C ; les humains et d'autres primates comme les roussettes ou les cochons d'Inde, dépendent des aliments pour disposer de la quantité adéquate de cette vitamine importante, pour ne pas dire essentielle.

Quand on administre à des bébés humains le même vaccin DCT que celui injecté aux rats de Pekarek et Rezabek, ils développent un scorbut aigu qui ne disparaît qu'avec l'apport de quantités suffisantes de vitamine C. Bien entendu, cela n'arrive jamais parce que, lorsqu'on admet à l'hôpital des bébés présentant des réactions aux vaccins, on préfère leur donner des antibiotiques, ce qui ne fait qu'aggraver un peu plus leur carence en vitamine C.

Le virus de la polio isolé chez des enfants vaccinés

Le scorbut affecte tous les systèmes de l'organisme. Il provoque une déplétion de collagène qui fragilise la paroi vasculaire, favorise la formation de caillots sanguins et d'autres dérèglements hématologiques causant des bleus ; il entraîne des saignements dans le cerveau, la rétine et d'autres organes et bien d'autres dysfonctionnements, y compris un dérèglement du système de contrôle central de la température, de la tension artérielle, etc.

Injecter directement dans le sang des antigènes étrangers (et d'autres protéines) provoque des dérèglements immunologiques, parmi lesquels l'inversion du rapport T4/T8 (Jefferys, 2001), ce qui entraîne toute cette cascade d'événements malencontreux se soldant par la mort. Je suis surprise que des bébés survivent aux intenses programmes de vaccination auxquels ils sont soumis actuellement.

D'autres chercheurs ont cité la lymphohistiocytose hémophago-

cytaire comme le syndrome qui s'accompagne des mêmes symptômes que le SBS, sans élucider ses facteurs déclenchants.

La médecine est réputée pour rebaptiser sans cesse les anciennes maladies. C'est probablement dû au refus notoire des chercheurs en médecine d'étudier la documentation médicale. Cette situation est d'importance pour l'étude des hémorragies sous-durales et rétinienne du SBS.

Sparacio et al. (1971) ont décrit l'hématome sous-dural aigu chez le nourrisson. Ils ont exposé six cas de nourrissons âgés de trois mois, dix mois, un an, dix mois, six mois et neuf mois, parmi lesquels deux seulement avaient fait une chute consignée au dossier.

Pour leur part, Hart et Earle (1975) ont décrit l'encéphalite



Je suis surprise que les bébés
survivent aux intenses programmes
de vaccinations auxquels
ils sont soumis actuellement.

hémorragique et périveineuse dans une étude clinicopathologique de 38 cas. Ils ont expliqué que la leucoencéphalite hémorragique et l'encéphalite périveineuse post-infectieuse associées aux oreillons, à la rougeole, à la varicelle et à la vaccination chez l'enfant étaient d'importantes maladies du système nerveux central. Graham et al. (1979) ont présenté la leucoencéphalite hémorragique aiguë (également qualifiée de nécrosante) comme une complication de la réaction de Schwartzman généralisée pouvant survenir après une sensibilisation (anaphylaxie) à des médicaments tels que les sulfamides et l'acide para-amino-salicylique, et qui a également fait suite à une vaccination contre la coqueluche et à l'administration du sérum antitétanique.

Levin et al. (1983) ont décrit le choc hémorragique avec encéphalopathie comme un nouveau syndrome associé à une mortalité élevée chez les jeunes enfants. Fait intéressant, les enfants chez qui l'on a isolé le virus de la polio avaient tous été récemment vaccinés. Cela signifie que d'autres cas auraient pu afficher un délai de plus de quelques jours entre la vaccination et la manifestation des symptômes du choc hémorragique.

Les symptômes du choc hémorragique

Dans les années 70 et 80, un certain nombre d'auteurs ont décrit le fameux syndrome hémophagocytaire ou lymphohistiocytose. Les symptômes du choc hémorragique avec encéphalopathie et

de la lymphohistiocytose hémophagocytaire sont très similaires : sensation générale de malaise, fièvre, apathie et vomissements, pâleur, tachycardie, tachypnée, convulsions, hypotension artérielle, syndrome des gants et chaussettes (corps brûlant et extrémités glacées), abdomen distendu, hypertrophie du foie gonflé, fontanelle tendue, hypotonie, larmoyance, diarrhée sanguinolente, hématomèse, du sang liquide qui ne coagule pas (saignement provenant de points de veinopuncture), des problèmes de coagulation avec des temps de prothrombine et de coagulation de la thromboplastine anormaux, taux de fibrinogène très bas et taux de produits de dégradation de la fibrine très élevés, indiquant une grave coagulation intravasculaire disséminée.

de mi (mort à cinq mois et demi) et sept semaines (mort quatre jours après son admission à l'hôpital). Il est clair que tous les cas ont manifesté leurs symptômes après une vaccination, d'après l'âge de leur première admission et la date de réadmission. Certains auteurs ont qualifié la lymphohistiocytose hémophagocytaire de maladie familiale ; toutefois, cette définition reflétait l'habitude familiale de vacciner tous les enfants, plutôt qu'une quelconque prédisposition génétique familiale spéciale autre que celle à réagir violemment aux vaccins (Henter and Elinder, 1991). Liao et Thompson (1997) ont décrit les hémorragies rétiniennees comme des manifestations ophtalmiques du syndrome hémophagocytaire provoqué par un virus.

Henter et Elinder (1992) ont présenté la lymphohistiocytose hémophagocytaire cérébro-méningée comme un trouble immunologique, et Sperling (1997) l'a décrite comme une réaction « d'affolement » du système immunitaire.

Rosen (1997) a cité un certain nombre de vaccins (la vaccine, la polio, la rougeole et le BCG) comme étant les agents causaux de la lymphohistiocytose hémophagocytaire, et a décrit cette maladie comme une immunodéficience combinée grave.

Comans-Bitter et al. (1997) ont considéré que l'immunophénotypage des lymphocytes sanguins chez l'enfant devait être utilisé comme critère de diagnostic des troubles hématologiques et immunologiques.

Bonilla et Oettgen (1997) ont analysé l'article ci-dessus et ont déclaré que les lymphocytes T, les lymphocytes B et les cellules tueuses naturelles (NK) interagissaient les uns avec les autres ainsi qu'avec diverses « cellules accessoires », telles que les cellules dérivées des monocytes, pour générer une réponse immunitaire. Les lymphocytes T peuvent être identifiés par le marqueur CD3 associé au récepteur d'antigène et se subdivisent en deux catégories : les CD4+ et les CD8+.

Les lymphocytes T CD4+ (également connus sous le nom de cellules « cytotoxiques » ou « suppressives ») exécutent d'importantes fonctions effectrices telles que la lyse des cellules hôtes infectées (faisant partie de la réponse immunitaire cellulaire). Suite à une interaction avec les lymphocytes T CD4+, les lymphocytes B donnent naissance à des plasmocytes qui produisent des anticorps (la réponse immunitaire humorale). Les cellules NK sont importantes dans les phases initiales des réponses immunitaires aux virus et malignités.

Puisque les vaccins dérèglent ces acteurs du système immunitaire, il n'est pas difficile de comprendre pourquoi ils apparaissent comme les agents causaux dans toutes ces maladies infantiles modernes, telles que l'asthme et les allergies, un certain nombre de cancers, les troubles gastro-intestinaux, l'autisme et autres troubles du comportement, pour ne citer que quelques-unes de ces maladies soi-disant nouvelles.

En résumé, il existe une profusion de données scientifiques pour démontrer que les vaccins provoquent de graves dérèglements de tous les systèmes organiques, ce qui entraîne des affections graves, voire des décès interprétés à tort, chez les bébés en particulier, comme la conséquence de mauvais traitements. □

Parmi les autres découvertes caractéristiques citons une acidose métabolique sévère (pH inférieur à 7,35 voire inférieur à 7), un faible taux de bicarbonate, un déficit de base avec alcalose respiratoire compensatoire, une détérioration de la fonction rénale, des taux accrus d'urée et de créatinine plasmatiques et tout particulièrement une hyperglycémie, révélatrice d'un diabète insipide central, un œdème cérébral et une hémorragie interne dans le cerveau, la rétine, les poumons et d'autres organes, ainsi que des hémorragies maculaires cutanées diffuses. Des lymphocytes et des histiocytes risquent de s'infiltrer dans tous les organes. À l'autopsie, le cerveau est œdémateux, mou et pratiquement liquide. Les cas plus graves ont une infiltration méningée et périvasculaire des cellules lymphoïdes dans le cerveau.

Un affolement du système immunitaire

Akima et Sumi (1984) ont exposé un certain nombre de cas de bébés âgés de six mois, quatre mois, quatre mois et demi (réadmis à six mois et demi et mort 11 jours après son admission), cinq mois (réadmis à huit mois et mort deux mois plus tard), six semaines avec une récurrence des symptômes à quatre mois et



Références

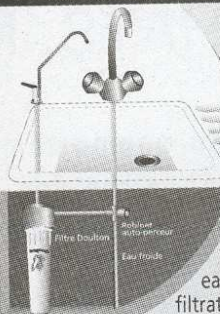
(par ordre d'apparition dans le texte)

- Parventjev IA (1959). Bacterial allergy increases susceptibility to influenza virus in mice. *Proc Soc Biol Med* 90:373-375.
- Craighead JE (1975). Report of a workshop: disease accentuation after immunization with inactivated microbial vaccines. *J Infect Dis* 131(6):749-54.
- Daum RS, Sood SK, Osterholm MT et al. (1989). Decline in serum antibody to the capsule of *Haemophilus influenzae* type B in the immediate post-immunization period. *J Pediatrics* 114:742-747.
- Takacs K, Chandler P et Altmann DM (1997). Relapsing and remitting experimental allergic encephalomyelitis: a focused response to the encephalitogenic peptide rather than epitope spread. *Eur J Immunology* 27:2927-2934.
- Selye H (1978). *The Stress of Life*. McGill University Press, Montreal.
- Mitchell EA, Stewart AW, Clements M et al. (1995). Immunisation and the sudden infant death syndrome: New Zealand Cot Death Study Group. *Arch Dis Child* 73:498-501.
- Scheibner V (1991). Evidence of the association between non-specific stress syndrome, DPT injections and cot death. *Proc Second National Immunisation Conference*, Canberra, 27-29 mai 1991, pp. 90-91.
- Bernier RH, Frank JA, Dondero T et Nolan TF (1982). Diphtheria-tetanus-pertussis vaccination and sudden infant deaths in Tennessee. *J Pediatrics* 114:419-421.
- Walker AM, Jick H, Perera DR, Thompson RS, Knauss TA (1987). Diphtheria-tetanus-pertussis immunization and sudden infant death syndrome. *Am J Pub Health* 77:945-951.
- Coulter HL et Fisher BL (1991). *A Shot in the Dark*. Avery Publishing Group Inc., NY (246 pp).
- Levine S, Wenk EJ, Devlin HB et al. (1966). Hyperacute allergic encephalomyelitis: adjuvant effect of pertussis vaccine and extracts. *J Immunology* 97(3):363-368.
- Levine S et Sowinski R (1973). Hyperacute allergic encephalomyelitis. *Am J Pathology* 73:247-260.
- Steinman L, Sriram S, Adelman NE et al. (1982). Murine model for pertussis vaccine encephalopathy: linkage to H-2. *Nature* 299:738-740.
- Munoz JJ, Arai H, Bergman RK et al. (1981). Biological activities of crystalline pertussigen from *Bordetella pertussis*. *Infection and Immunity* 33(3):820-826.
- Hess AF (1920). Scurvy, Past and Present, JB Lippincott Company (279pp).
- Kirschner RH et Stein RJ (1985). The mistaken diagnosis of child abuse. A form of medical abuse? *Arch Dis Child* 139: 873-875.
- Caffey J (1946). Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. *Am J Roentgenol & Radium Therapy* 56(2):163-173.
- Caffey J (1965). Significance of the history in the diagnosis of traumatic injury in children. *J Pediatr* 67(5)pt2:1008-1014.
- Silverman FN (1965). Presentation of the John Howland Medal and Award of the American Pediatric Society to Dr John Caffey. *J Pediatr* 67(5)pt2:1000-1007.
- Hiller HG (1972). Battered or not - a reappraisal of metaphyseal fragility. *Am J Roentgenol & Radium Therapy & Nuclear Med* 114(2):241-246.
- Pekarek J et Rezabek K (1959). An endocrinological test for innocuity of the pertussis vaccine. *J Hyg Epidemiol Microbiol Immunol* 3:79-84.
- Jefferys R (2001). T cells and vaccination. *Lancet* 357:1451.
- Sparacio RR, Khatib R et Cook W (1971). Acute subdural hematoma in infancy. *NY State J Med* 15 janvier : 212-213.
- Hart MN et Earle KM (1975). Haemorrhagic and perivenous encephalitis: a clinical-pathological review of 38 cases. *J Neurol Neurosurg and Psychiatry* 38:585-591.
- Graham DJ, Behan PO et More IAR (1979). Brain damage complicating septic shock. *J Neurol Neurosurg and Psychiatry* 42:19-28.
- Levin M, Kay JDS, Gould JD et al. (1983). Haemorrhagic shock and encephalopathy: a new syndrome with a high mortality in young children. *Lancet* ii:64-67.
- Akima M et Sumi SM (1984). Neuropathology of familial erythrophagocytic lymphohistiocytosis. Six cases and review of literature. *Hum Pathology* 15:161-168.
- Henter JI et Elinder G (1991). Familial haemophagocytic lymphohistiocytosis. Clinical review based on the findings in seven children. *Acta Paediatr Scand* 80:269-277.
- Liao PM and Thompson JT (1997). Ophthalmic manifestations of virus-associated hemophagocytic syndrome. *Arch Ophthalmol* 109:777.
- Henter JI et Elinder G (1992). Cerebrospinal haemophagocytic lymphohistiocytosis. *Lancet* 339:104-107.
- Sperling MA (1997). Hemophagocytic lymphohistiocytosis: a lethal disorder of immune regulation. *J Pediatr* 130(3):337-338.
- Rosen FS (1997). Severe combined immunodeficiency: a pediatric emergency. *J Pediatr* 130(3):345-356.
- Comans-Bitter WM, de Groot B, van den Beemd R et al. (1997). Immunotyping of blood lymphocytes in childhood. *J Pediatr* 130:388-393.
- Bonilla FAS et Oettgen HC (1997). Normal ranges for lymphocyte subsets in children. *J Pediatr* 130(3):347-349.
- Kieslich M, Vecchi M, Laverda AM et al. (2001). Acute encephalopathy as a primary manifestation of haemophagocytic lymphohistiocytosis. *Developmental Medicine & Child Neurology* 43:555-

(publicité)

AQUA-TECHNIQUES

Professionnel de l'eau et de l'environnement depuis 1990



Filtres Doulton®

VPC et magasins Bio

L' eau pure... tout simplement

Avec DOULTON c'est disposer pour 0,02 € du litre ou 0,15 € jour et pour 1 an (cartouche céramique + charbon actif 2500L) d'une eau aussi pure et sûre qu'une eau de source pour tous les besoins de la boisson et de la cuisine. Beaucoup plus pratique, plus écologique, plus fiable et moins onéreuse que des eaux en bouteilles où n'importe quel autre système de filtration. DOULTON élimine bactéries, chlore, résidus chimiques, herbicides, pesticides, PPSP (antibiotiques, hormones...) et métaux lourds (plomb, aluminium) tout en conservant sels minéraux et oligo-éléments. Certification internationale NSF et WQA. Norme ISO 9002 DOULTON est disponible en versions SUR EVIER et SOUS EVIER.

FILTRE DOUCHE SPRITE® anti-chlore, anti-calcaire



Le confort d'une eau filtrée... pour la douche et le bain.

Le Filtre Douche élimine le chlore, les produits chimiques et les métaux lourds, il est également bactéricide et réducteur de calcaire.

Composé d'un alliage KDF®+ Chlorgone. Le Filtre Douche SPRITE® est le seul à éliminer le chlore libre et les dérivés chlorés cancérigènes.

Il se fixe en 2 minutes au départ du flexible. durée de la cartouche 1 an 2/3 pers.

Le Filtre Douche est recommandé pour les personnes allergiques au chlore, pour le bain des bébés et la douche des enfants.

Demandez notre documentation : Filtre Doulton

Filtres douche Économiseurs d'eau Anti-tartre Hydron-Cyklon

AQUA-TECHNIQUES BP 77 - 82202 MOISSAC - Tél. 05 63 04 45 67 - aqua-techniques@wanadoo.fr

Nom..... Prénom.....

Adresse.....

Ville..... Code Postal.....

À propos de l'auteur

Viera Scheibner est chercheuse, titulaire d'un doctorat de sciences naturelles. Elle est l'auteur de *Vaccination: 100 Years of Orthodox Research Shows that Vaccines Represent a Medical Assault on the System* et de *Behavioural Problems in Childhood* (2000). Elle a publié plus de 90 articles dans des journaux scientifiques. Celui-ci est paru pour la première fois dans le *Journal of the Australasian College of Nutritional & Environmental Medicine (JACNEM)* 23(3):1-5, en décembre 2004.

Elle mène des recherches sur les vaccins depuis le début des années 80. Certains de ses articles sur ce sujet ont été publiés dans NEXUS : « Adverse Effects of Adjuvants in Vaccines » (NEXUS 8/01-02), « Shaken Baby Syndrome » (5/05) ; « Brain-eating Bugs » (3/03) et (avec Leif Karlsson) « Cot Deaths Linked to Vaccinations » (2/05).

Le Dr Scheibner donne régulièrement des conférences et des avocats lui demandent souvent de fournir des rapports d'expert pour des procès liés aux ravages causés par les vaccins. Elle est intervenue lors de la Conférence NEXUS 2005 qui a eu lieu à Brisbane en septembre.

Viera Scheibner peut être contactée par courrier à l'adresse 178 Govetts Leap Road, Blackheath, NSW 2785, Australia, par téléphone au +61 (0)2 4787 8203 ou par fax au +61 (0)2 4787 8988. Elle se fera un plaisir de vous fournir des références supplémentaires pour cet article ainsi que les schémas qui l'accompagnent sur simple demande.