

Dr. Christa Todea-Gross

VACCINURILE:
PREVENȚIE SAU BOALĂ

Coperta:
Larisa Barbu

© **Dr. Christa Todea-Gross** – 2012

© **A. F. M. C. «Christiana»**
pentru prezenta ediție

Editura Christiana

Str. Theodor Sperantia 104,

bl. S26, ap. 66, sector 3, București, cod 030939;

tel.: 021/3225798; e-mail: editurachristiana@yahoo.com;

www.editurachristiana.ro

Director literar:

Răzvan Codrescu

Consilier editorial:

Gabriela Moldoveanu

ISBN 978-973-1913-56-8

«S.O.S. MEDICAL»

DR. CHRISTA TODEA-GROSS

**VACCINURILE:
PREVENȚIE SAU BOALĂ?**

O nouă patologie pediatrică

Cu o prefață de
Prof. Univ. Dr. Pavel Chirilă



EDITURA CHRISTIANA

București – 2012

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

TODEA-GROSS, CHRISTA

Vaccinurile : prevenție sau boală? : O nouă patologie pediatrică / dr.

Christa Todea-Gross ; pref.: prof. univ. dr. Pavel Chirilă. - București : Editura Christiana, 2012

Bibliogr.

ISBN 978-973-1913-56-8

I. Chirilă, Pavel (pref.)

615.371

Dedic această carte

*Tuturor copiilor
care au suferit și suferă
în urma vaccinurilor,
părinților care au trebuit
să trăiască până acum
cu incertitudini și întrebări fără răspuns,
precum și minunaților mei colegi
din Federația Organizațiilor Ortodoxe
Pro-Vita din România.*

Dr. Christa Todea-Gross

Cuvânt înainte

Dragă cititorule,

Ești în fața unei cărți care aduce în literatura medicală românească cea mai mare provocare din ultima jumătate de secol.

Vaccinurile sunt bune sau rele?

- Au făcut mai mult bine sau mai mult rău?
- Au rezolvat într-adevăr marile epidemii sau este un mit lipsit de orice rigoare științifică?
- Fabricile care le produc și guvernele care le promovează sunt sincer îngrijorate de bolile popoarelor infectate cu miliardele de doze sau există un interes economic în promovarea lor?

Cartea autoarei Dr. Christa Todea-Gross încearcă să răspundă la aceste întrebări pentru toți – părinți, medici și studenți – cei care o citiți.

Literatura medicală și jurnalistică au dovedit în ultimii ani că industria de medicamente este una dintre cele mai profitabile afaceri în lume. Orice conștiință profesională trebuie să se întrebe dacă un tratament este sau nu prescris abuziv, numai pentru a se obține un profit, și dacă nu cumva reacțiile adverse depășesc beneficiile.

Idei contestate asupra teoriei vaccinaliste au fost încă de la începutul folosirii vaccinurilor. Pe măsură ce au trecut anii cercetătorii au acumulat date statistice și istorice importante, care îi ajută acum să judece și să precizeze mai bine fenomenul. Iată doar câteva exemple:

- România este cea mai vaccinată țară europeană contra tuberculozei și are cea mai multă tuberculoză între țările europene (în statistica anului 2004, de 10 ori mai multă tuberculoză decât media europeană); pe de altă parte, țările nordice nu și-au vaccinat niciodată populația contra tuberculozei și astăzi se pot mândri cu o statistică 0 (zero) cazuri.
- Lansarea vaccinului “contra cancerului de col uterin” a fost o farsă științifică, juridică și procedurală deoarece între *human papiloma virus* și cancerul de col uterin nu există nici o legătură, așa cum se vede din statistica următoare: peste 6 milioane de femei americane sunt infectate anual cu *human papiloma virus*; dintre ele doar 0,16 % au și cancer de col uterin; pe de altă parte, din cele 3700 de femei americane care decedază anual de cancer de col uterin, 70% sunt infectate cu *human papiloma virus*; aceste cifre demonstrează cu tărie că nu *human papiloma virus* dă cancer, ci cancerul, o

dată apărut, se infectează foarte repede cu *human papiloma virus* din cauza vulnerabilității celulelor colului uterin.

- Toate analizele de sănătate publică menționează că incidența maximă a cancerului de col uterin este între 35-55 ani); este cel puțin hazardat să susții, după o urmărire de 2 ani, că vaccinul administrat fetelor de 9 ani previne cancerul la 55 ani!
- Fabricanții nu au putut garanta la lansare că vaccinul lor nu are efecte oncogene, nici mutagene.

Date importante despre inutilitatea vaccinurilor, reacțiile adverse și patologia pediatrică nou creată (boli noi induse) de vaccinuri veți găsi între copertele acestei cărți (ADHD, autism, leucemii, forme rare de cancer etc.).

Desigur, părinții sunt liberi să-și vaccineze sau nu copiii. Libertatea de a acționa asupra propriei persoane este sacră și este un dar al Creatorului. Ea este însă adeseori încălcată de oficialii Ministerului Sănătății și Învățământului, care dau dispoziții contradictorii și viclene: „Vaccinarea nu este obligatorie, dar cine nu se vaccinează trebuie să semneze pe propria răspundere”; „vaccinarea nu este obligatorie, dar directorii de școli nu au voie să primească copii nevaccinați și, dacă încalcă această regulă, vor fi amendați”, motivându-se că elevii nevaccinați ar fi un pericol contaminant pentru copiii vaccinați. În felul acesta ei recunosc singuri că vaccinarea nu este protectoare și că degeaba au făcut-o!

În urmă cu câțiva ani, am intervenit în presă cu câteva texte lămuritoare asupra vaccinurilor. Un ziarist-medic m-a atacat vehement. Văzând că textul lui nu a avut nici un ecou și nici o urmare, m-a reclamat la Colegiul Medicilor (din ziarist liber a devenit un ziarist delator). Colegiul Medicilor m-a chemat la Comitetul de Disciplină și m-a judecat pentru un delict de opinie, contrar tuturor statutelor și codurilor deontologice din țările europene. Riscam retragerea dreptului de liberă practică...

Dr. Christa Todea-Gross este un model de medic care își iubește profesia și bolnavii. Desigur că își asumă la rândul său riscul de a fi contestată de cei care nu respectă axioma profesiei noastre: *primum non nocere*.

Prof. Univ. Dr. Pavel Chirilă

Introducere

De peste 100 de ani, numeroase studii medicale și experiența practică demonstrează că vaccinurile din copilărie reprezintă un atac grav asupra imunității imature a copilului, provocând numeroase boli cronice grave, nevindecabile, urmate uneori de deces.

Ne confruntăm la ora actuală cu o adevărată avalanșă de boli cronice grave la copii, dar mai ales cu *o patologie pediatrică nouă*, apărută în urma vaccinării în masă din ultimii ani, și la care medicina “modernă” asistă neputincioasă și, deseori, dureros de indiferentă. Avem sindroame noi și boli noi, pentru care nu există tratament. Despre etiologia lor se spune doar că este *necunoscută*. În felul acesta, medicina nu mai este obligată să dea niciun fel de explicații, ci, în cel mai bun caz, ipoteze, menite deseori “să ne țină în ceață”.

Manipularea părinților a fost necesară și ușor de realizat. Bolile contagioase sau “bolile copilăriei” au devenit afecțiunile cele mai de temut și trebuiau prevenite cu orice preț. Nimeni nu le-a explicat părinților că banalele infecții și “bolile copilăriei” sunt necesare în viața unui copil, pentru a-și dezvolta o imunitate naturală și sănătoasă. Imunitatea naturală, câștigată după “bolile copilăriei”, va fi asemenea unui scut protector, atât față de o reinfecție, cât mai ales față de o serie de afecțiuni mult mai grave din viața copilului, și apoi a adultului și a vârstnicului (boli renale grave, infecții, alergii, tumori, cancer etc.). Cu toate acestea, medicina modernă încearcă să prevină de la început riscul mic, aproape inexistent, al acestor boli, prin intermediul vaccinurilor. Apariția reacțiilor adverse necesită deseori medicamente: antiinflamatoare, antibiotice etc. În felul acesta, medicina intervine în mod brutal, de fiecare dată, în evoluția sistemului imun al copilului, pe care o perturbă grav. În “încercarea” de a preveni bolile banale, acute și contagioase la copii (vaccinarea a eșuat și în acest caz, fiindcă nu sunt prevenite bolile copilăriei, ci doar amânate, până la o vârstă mai mare, când pot fi cu adevărat grave), *s-a ajuns la distrugerea lentă, sistematică a sistemului lor imun, cu provocarea unei game variate de boli cronice, grave și nevindecabile: encefalite, meningite, paralizii, boli autoimu-*

ne, autism, ADHD, leucemie, cancer, sindromul morții subite la sugar, diabet zaharat, astm bronșic, artrita juvenilă etc.

Numeroși medici și oameni de știință, care nu au crezut în ipotezele false din tratatele de medicină, au reușit, în urma multor studii, să facă legătura dintre vaccinuri și aceste boli cronice, autoimune în majoritatea cazurilor. Deși stau mărturie numeroase cărți și articole, ai căror autori sunt din Europa, SUA, China, Japonia, Australia și din aproape toate colțurile lumii, afacerea cu vaccinurile continuă ca și când nimic nu s-ar întâmpla, iar presiunile făcute de către autoritățile sanitare asupra părinților cresc, pe an ce trece. Copiii noștri au devenit adevărați cobai pentru marile companii farmaceutice și nu se găsește deocamdată nicio ieșire din acest cerc vicios. Singurii care vor putea schimba ceva sunt părinții, când nu se vor mai supune unor tratamente preventive, false și neobligatorii. În Occident, se cunosc multe cazuri când părinții ai căror copii suferă de complicații grave postvaccinale (paralizii, encefalopatie, autism etc.), sau chiar au murit, ajung în instanță pentru a-și cere puținele drepturi care să le aline suferința: recunoașterea adevărului (în primul rând) și compensații pentru daunele provocate. *În SUA spre exemplu, tot mai mulți părinți, ai căror copii au murit în urma vaccinurilor sau suferă de complicații grave postvaccinale, precum autismul, au dat statul în judecată, primind despăgubiri. Din surse oficiale ale conducerii SUA, doar în 2010, au murit în urma complicațiilor postvaccinale, 2.699 de copii iar alți 101 au fost diagnosticați cu autism.¹ De curând, și în Italia, a fost recunoscută legătura dintre autism și vaccinul ROR.^{2,3} Deși multe procese au fost câștigate în țările din Occident, știm bine că nicio compensație financiară nu va mai reda sănătatea sau viața acestor copii. Se observă și în România o schimbare timidă, dar eficientă, a mentalității părinților. Dacă în trecut aceștia, în special mamele, își duceau copiii la vaccinat, fără ca să pună întrebări, având o încredere deplină în cadrele și autoritățile medicale (a fost și cazul meu), nu același lucru se întâmplă în ziua de azi, când părinții cu studii medii sau superioare, având la dispoziție numeroase surse despre vaccinuri și efectele lor secundare, pun tot mai des întrebări despre eficiența sau ineficiența vaccinurilor, dar mai ales despre pericolul unor eventuale complicații grave. Din nefericire, nu primesc întotdeauna un răspuns sincer, fiindcă, în spatele*

¹ "Safe" vaccines kill 2,699 children in a year – and 101 develop autism, US government admits, <http://tinyurl.com/3qbo75q>

² <http://www.dailymail.co.uk/news/article-2160054/MMR-A-mothers-victory-The-vast-majority-doctors-say-link-triple-jab-autism-Italian-court-case-reignite-controversial-debate.html>

³ www.huffingtonpost.com

unei publicități tot mai agresive a vaccinurilor, nu se află altceva decât o goană după bani, la care nu este dispusă să mai renunțe vreodată cunoscuta Big Pharma. În Germania, nu mai există obligativitate la vaccinurile din copilărie, încă din anul 1982⁴. Același lucru îl constatăm și în celelalte țări ale Uniunii Europene, unde vaccinurile nu mai sunt de multă vreme “obligatorii”, ci doar “recomandate”. Cu toate acestea, în ultimii ani, și aici se duce o propagandă pro-vaccin tot mai intensă, pe toate căile posibile: emisiuni TV și radio, publicitate intensă, cărți, pliante și afișe care vor să dovedească eficiența maximă a vaccinurilor și mai ales gravitatea bolilor de copilărie. Dr. Buchwald dezvăluie scopul ascuns al consultațiilor gratuite, periodice la copii, așa-zisele “bilanțuri”: “...mamele cred că li se face un mare bine ...dar autoritățile sanitare din Germania au cerut medicilor pediatrii să controleze la fiecare consult carnetul de vaccinare a copilului și să-l vaccineze imediat cu vaccinul care lipsește din carnet...”⁵ Aceste “bilanțuri” se fac și la noi, de către medicii de familie și apoi de medicii școlari.

În România, din analiza legilor în materie, nu rezultă în mod expres că vaccinurile sunt obligatorii (d.p.d.v. legal, nu există niciun articol care să instituie în mod expres obligativitatea vaccinurilor: vezi Anexa). Poziția medicală este una opusă, ca și când vaccinurile ar fi obligatorii. Dezinformarea începe încă din maternitate, unde nou-născuții sunt vaccinați imediat după naștere, fără acceptul în scris al mamei (fiind încălcat grav dreptul pacientului la “consimțământul informat”), apoi continuă la cabinetul medicului de familie. Presiunile făcute de către autoritățile sanitare asupra medicilor de familie, pentru a-i vaccina pe toți copiii, sunt transmise de către aceștia mai departe părinților, cu convingerea că “imunizarea” face doar bine. La medicul de familie, bolile copilăriei le sunt deseori prezentate ca fiind boli foarte periculoase, de care uneori se poate muri. Alteori, părinții sunt amenințați cu scoaterea copilului de pe lista de asigurat (am întâlnit asemenea cazuri), sau că vor fi denunțați la DSP (Direcția de Sănătate Publică). Unii dintre părinți, sub avalanșa presiunilor, cedează în cele din urmă. *Intimidarea părinților, rămâne în continuare o armă foarte eficientă la noi în țară.* Dacă ulterior copilul va prezenta afecțiuni sau complicații postvaccinale, ele nu sunt recunoscute de cele mai multe ori și se găsește mereu o explicație: “este doar o coincidență” etc. Este de așteptat acest lucru, deoarece atât studentul cât și

⁴ <http://www.kindergesundheit-info.de/fuer-eltern/impfungen/impfungen4/das-impf-system-in-deutschland/>

⁵ G. Buchwald, *Impfen. Das Geschäft mit der Angst*, emu-verlag, 4. Auflage 2008, Germany, 57.

medicul de familie, pediatru sau generalist, nu este învățat în timpul facultății, respectiv al rezidențiatului, să recunoască toate complicațiile postvaccinale, ci doar câteva banale reacții adverse, punându-se accentul exclusiv pe efectele pozitive ale vaccinurilor. Nu se schimbă nimic când copilul ajunge la grădiniță, și în final la școală, unde va fi supus altor vaccinuri “obligatorii.” Fără “carnetul de vaccinare complet, cu toate vaccinurile,” deseori este refuzată înscrierea copilului în Instituțiile de stat. În acest caz, părinții își pot cere drepturile care le sunt din nou încălcate (vezi Anexa). Statul continuă să folosească modelul comunist și nedemocratic, chiar și după 23 de ani de la Revoluție. Cu toate acestea, *nicio propagandă falsă nu-i mai poate păcăli pe părinții ai căror copii au devenit victime ale vaccinurilor, dar nici pe cei care doresc să cunoască adevărul despre vaccinuri. În Occident, există la ora actuală multe asociații de părinți ai căror copii suferă de boli grave, postvaccinale. Este de dorit să fie înființate astfel de asociații și în România, fiindcă, din nefericire, există și la noi mulți copii care suferă de astfel de afecțiuni. Bolile postvaccinale nu sunt încă nici cunoscute și nici recunoscute de către majoritatea medicilor români, care, în virtutea inerției, nu doresc o schimbare în atitudinea lor și resping în mod constant orice carte sau studiu despre aceste boli. Puțini sunt medicii care se îndoiesc de binele pe care-l fac vaccinurile, dar aspectul financiar și teama de a-și pierde serviciul îi determină și pe aceștia să-i vaccineze pe copii. Rămâne totuși “o mână” de medici pe care nimic nu-i poate opri să spună adevărul despre vaccinuri... În ultimii ani am observat la generația tânără de medici (care sunt deseori și părinți), o deschidere pentru astfel de probleme, fiind interesați în aflarea adevărului despre vaccinuri.*

Nu am făcut excepție “de la regulă” nici eu, atunci când am absolvit, în anul 1989, Facultatea de Medicină, secția Pediatrie, din Cluj-Napoca. Credeam, asemenea colegilor mei, că tot ceea ce învățăm este adevărat și nu aș fi contestat nici măcar un singur rând din tratatele groase de Medicină, sau din cursurile predate la Facultate. *Deși aveam deja o oarecare experiență cu vaccinurile după 2 ani de stagiatură, nu puneam absolut nicio boală pe seama acestora.* Nici nu aveam cum. Puținele rânduri scrise în cărțile de Boli Infecțioase și învățate în mod conștiincios, aproape pe de rost, nu aveau cum să mă determine să fac o legătură între vaccinuri și unele boli cronice: astm bronșic, artrita reumatoidă juvenilă, diabet zaharat tip 1, encefalopatii, tumori ș.a. Învățasem că unele dintre ele sunt boli autoimune (când dăm vina pe un sistem imun dezechilibrat, fără a cunoaște cauzele acestui fenomen), sau cu o predispoziție genetică (fără ca acest lucru să explice o serie de boli),

sau pur și simplu sunt boli cu o etiologie necunoscută. *Acum sunt medic primar de Medicină de Familie, dar cunoștințele mele despre vaccinuri nu s-au îmbogățit decât după ce (și o spun cu regret) au suferit și propriii mei copii de complicații postvaccinale.* Acum îmi este foarte clară legătura dintre numeroasele boli cronice, etichetate deseori ca fiind “de cauză necunoscută”, și vaccinurile “obligatorii” ale sugarului și copilului mic.

Cu toate că am început să îmi pun numeroase întrebări, ele au rămas fără răspuns multă vreme, fiindcă *în România nu există la ora actuală nicio carte sau studiu în legătură cu această cauzalitate reală și atât de evidentă, ci doar cărți care arată marele beneficiu al vaccinurilor, minimalizând întotdeauna efectele lor secundare.* S-a făcut o singură traducere pe această temă, din limba franceză, fiind vorba de cartea doctorului Louis de Brouwer m.d., intitulată *Vaccinarea: eroarea medicală a secolului.* Singura soluție a fost să le caut în Occident (Germania, Franța, Belgia, SUA etc.), unde am găsit o bibliografie destul de bogată. Folosindu-mă doar de experiența mea de medic și mamă, nu aș fi putut scrie niciodată o carte care să convingă pe cineva de existența acestor complicații postvaccinale, motiv pentru care am folosit nu mai puțin de 23 de cărți (în limba germană, engleză și franceză), precum și sute de articole, scrise de medici și oameni de știință renumiți (fără să epuizez nici pe departe bibliografia existentă în Occident) și care și-au adus aportul, în măsura în care au fost lăsați să o facă (deseori cu mari sacrificii), la elucidarea unui adevăr ascuns cu atâta dibăcie. Așa cum știm cu toții, adevărul nu poate fi ascuns la nesfârșit și cândva trebuie să iasă la suprafață. Am constatat cu mirare că, *în ultimii 100 de ani, s-au făcut zeci de mii de studii, editate în cărți, reviste, ziare, anuare etc., care atestă fără niciun dubiu că vaccinurile sunt un adevărat atac asupra sistemului imun al omului, pe care-l pot distruge lent și ireversibil, provocând cele mai grave boli cronice, nevindecabile, inclusiv sindromul morții subite la sugar.*

Prin intermediul acestei cărți nu doresc să aduc un prejudiciu vreunui medic, profesor, om de știință sau oricărei alte persoane din sistemul medical sau din vreun alt domeniu, ci nădăjduiesc să trezesc interesul oamenilor, al părinților și mai ales al medicilor, pentru acest subiect, pentru un studiu mai aprofundat al sistemului imun și al efectului devastator al vaccinurilor asupra acestuia. *Cred că în primul rând imunologiei, epidemiologiei, infecționiștii, geneticienii și biologiei își vor putea aduce cea mai mare contribuție la cunoașterea și răspândirea acestui adevăr. Colaborarea lor cu medicii neurologi și cu pediatrii este o necesitate.* Cred, de asemenea că, orice medic, indiferent de specialitatea lui, se poate implica în această problemă, având dreptul să in-

tervină și, când situația o cere, *are obligația s-o facă, conform jurământului lui Hipocrat pe care l-a depus la terminarea Facultății și, nu în ultimul rând, în fața conștiinței sale de om și creștin, care vrea binele aproapelui său, cu atât mai mult al unui copil nevinovat, care nu poate lua singur o decizie.* Într-un viitor cât mai apropiat, medicii specialiști în domeniu și oamenii de știință din țara noastră vor trebui să recunoască deschis că efectele vaccinurilor asupra sistemului imun sunt cu bătaie lungă, de ani de zile, putând provoca boli cronice grave, mai mult sau mai puțin cunoscute de noi, și care nu vor mai putea fi etichetate ca fiind de “etiologie necunoscută”.

Singura soluție pe care o văd în viitor este renunțarea la vaccinuri. Prin continuarea programului național de vaccinare în masă a sugarilor și copiilor din România, vom avea în curând un tineret bolnav, suferind de boli netrababile, iar vinovați de această situație ne facem în primul rând noi, medicii. Statisticile arată că la ora actuală, în țările dezvoltate (fără ca situația să fie diferită de cea din țara noastră, după constatările făcute), *unul din doi copii suferă de alergii, tot al treilea copil suferă de dermatita/eczema atopică și unul din zece, de astm bronșic*⁶. Niciuna dintre aceste boli nu are un tratament etiologic, ci doar unul simptomatic, adică ameliorează simptomele, dar nu vindecă (specific al bolilor cronice, inclusiv al celor alergice). *Este paradoxul zilelor noastre: copii tot mai puțini și tot mai bolnavi, cu toate că au crescut mijloacele de terapie și mai ales condițiile de trai.*

Se preconizează că, în decurs de 30 de ani, toți copiii vor suferi de o boală alergică⁷. Nu vor mai suferi de banalele boli eruptive, infecto-contagioase (rubeolă, rujeolă etc.), tratabile și vindecabile în 3-7 zile, și care au menirea să le întărească sistemul imun, ci vor suferi o viață întregă de boli cronice, ireversibile, de cele mai multe ori debilizante.

În ceea ce-i privește pe părinți, am speranța că vor avea mai mult curaj de acum încolo de a lupta pentru drepturile lor și ale copiilor lor, ca astfel, prin renunțarea la vaccinuri, să-i crească sănătoși, fără să-i expună la cele mai grave boli cronice. Legislația este de partea lor (vezi Anexa). Am încercat, pentru ei, o simplificare maximă a unor probleme medicale atât de complexe. Lor mă adresez cu mare dragoste și răspundere în același timp, știind că ei vor fi posibile victime, alături de copiii lor. Copiii cu poliomielită postvaccinală, encefalită postvaccinală, epilepsie și alte boli cronice, debilizante, provocate de vaccinuri, trăiesc în mijlocul nostru, și doar unii dintre

⁶ Friedrich P. Graf, *Die Impfentscheidung. Ansichten, Überlegungen und Informationen – vor jeglicher Ausführung*, sprangsrade verlag, 1. Auflage 7 –2007, Germany, 65.

⁷ *Ibidem*.

ei au avantajul de a trăi într-unul dintre puținele Centre pentru persoanele cu dizabilități existente în țara noastră. Statul nu are timp și niciun interes să se ocupe de aceste victime nevinovate, dar are timp să facă propagandă unei “profilaxii” agresive și foarte scumpe, cum este vaccinarea în masă a copiilor. De cele mai multe ori, părinții sunt cei care fac și acest sacrificiu, suportând costurile mari ale vaccinurilor. Companiile de medicamente și vaccinuri stau liniștite și fericite că și-au atins scopul, iar de 200 de ani încoace nimeni nu le poate sta împotriva, într-un climat mondial în care totul este o afacere. Până nu vor fi informați părinții, studenții de la Medicină și toți medicii, indiferent de specialitate, despre pericolul real al vaccinării în masă a sugarilor și copiilor, *atât noi, cât și copiii noștrii rămânem în continuare victimele “unui marketing perfect al industriei farmaceutice, al unor experimente corupte și a ignoranței autorităților care fac tot posibilul pentru a-și atinge scopul: acela de a deveni cândva cu toții pacienți”*⁸. Atât de “eficientă” a fost și este Campania de vaccinare, generatoare de teamă, încât fiecare se lasă vaccinat, pentru ca apoi să se îmbolnăvească...

Este nevoie de o mare reformă în Medicina Preventivă. Ultimul lucru de care are nevoie lumea este o prevenție care... îmbolnăvește.

Dr. Christa Todea-Gross

14.09.2012

⁸ Bert Ehgartner, *Lob der Krankheit. Warum es gesund ist ab und zu krank zu sein*, Bastei Lübbe Taschenbuch Verlag, 1. Auflage, Februar 2010, Germany (coperta).

CAPITOLUL 1

Sistemul imun sănătos și dezechilibrul provocat de vaccinuri

Rezumat

*Pe parcursul a mii de ani, sistemul nostru imun s-a adaptat la existența microorganismelor din mediu, care sunt nenumărate, multe fiind încă necunoscute. Organismul uman este el însuși un mare rezervor de microorganisme indispensabile pentru o viață sănătoasă. Puținele microorganisme nocive pentru om pot fi, în majoritatea cazurilor, anihilate de către arma noastră biologică naturală: un sistem imun sănătos și performant. Pe acesta, copilul îl dobândește în parte de la mamă, la naștere, iar apoi și-l perfecționează pe al lui, în mod natural, prin contactul cu răceli ușoare, boli infecto-contagioase (“bolile copilăriei”) etc. Până la vârsta de 2 ani, când dispare imunitatea moștenită de la mamă, copilul își dezvoltă un sistem imun sănătos. Acest lucru se întâmplă doar dacă nu se intervine din afară cu mijloace care să scadă sau să modifice în mod negativ sistemul de apărare al copilului (vaccinuri, antibiotice, cortizon, antiinflamatoare nesteriodiene etc.). **Din nefericire, câteva epidemii din trecut (izbucnite mai ales în timpul războaielor) au generat invenția vaccinurilor și astfel s-a pornit un atac fără precedent asupra sistemului imun al omului de 200 de ani încoace. Nu s-a luat deloc în seamă cel mai important aspect al vaccinurilor: faptul că sistemul imun al omului nu este adaptat la forme noi, artificiale, de microorganisme, cu care în mod normal el nu s-a întâlnit niciodată în natură și pentru care nu are o “memorie imună”. Dacă mai adăugăm și existența în vaccin a unor substanțe alergizante, metale grele, proteine străine, antibiotice și, nu în ultimul rând, combinația mai multor virusuri, ne dăm seama că șansele formării unui sistem imun sănătos și performant la copil este practic nulă. Îl distrugem deja “din fașă”. Consecințele dezastruoase ale vaccinurilor s-au observat abia în anii ’60, când, în America, după ce s-a triplat numărul de vaccinuri,***

*a apărut un număr foarte mare de cazuri de autism la copii, până atunci fiind doar câteva cazuri răzlețe, tratate în Clinicile de Psihiatrie. Efectele adverse evidente ale vaccinurilor “obligatorii” la copii fac victime în scurt timp și în Europa, unde se copiază modelul american de vaccinare. România nu face excepție. Bolile cronice grave, dar și decesele provocate de vaccinuri sunt total ignorate de cei care ridică în slăvi “cea mai mare eroare medicală a secolului: vaccinurile” (dr. Louis De Brouwer). Au trecut doar 50 de ani (maximum 2 generații) de la declanșarea acestui război biologic împotriva unui sistem imun vulnerabil, imatur, al sugarului, cu grave repercusiuni și după zeci de ani, și este imposibil să nu observăm o creștere explozivă, fără precedent, a bolilor cronice grave, unele cunoscute, dar extrem de rare în trecut, altele noi, incurabile, atât la copii, cât și adolescenți (alergii grave, autism, sindromul ADHD, boli autoimune, sindroame neurologice noi etc.), la adulți și vârstnici (boala Alzheimer, diverse forme de cancer, boli autoimune etc.). Cu toate acestea, cei care produc vaccinurile, nu vor avea niciodată vreun interes să spună adevărul, profitul lor material fiind enorm, iar studiile lor fiind în mod intenționat și sistematic falsificate. **Vaccinurile, în loc să prevină, ne îmbolnăvesc.** Se depun în schimb eforturi mari și aproape inutile de a produce tot mai multe medicamente paleative (care tratează, dar nu vindecă). Se profită în continuare de cunoștințele insuficiente cu privire la mecanismele complexe de apărare a sistemului imun în fața unei infecții, reducându-se totul la măsurarea anticorpilor (lucru de altfel contestat de mulți imunologi, de zeci de ani încoace). Sistemul imun este un “puzzle” care nu a fost terminat de către imunologi, lipsind încă foarte multe piese, dar până la rezolvarea lui, sănătatea copiilor noștri riscă să fie distrusă iremediabil. **Principiul pe care se bazează vaccinarea este ineficient și cu multe capcane pentru sistemul imun al ființelor vii, inclusiv a omului, consecința fiind o îmbolnăvire cronică și deseori ireversibilă.***

I. Lumea microbiană din noi și din mediul înconjurător

Noi trăim într-o lume plină de microbi pe care nu-i vedem cu ochiul liber, dar, privind la microscop, ni se descoperă o lume nouă, cea a microorganismelor. Purtăm cu noi, de fapt, o adevărată “grădină zoologică”. “Pe pielea unui singur om sunt mai multe bacterii decât numără populația întregului

glob”¹. Să fie toate aceste microorganisme dușmanii noștri? Nicidecum, ci dimpotrivă...

Virusul constituie “*un microorganism aparte, care nici nu poate fi considerat un organism viu, deoarece nu poate trăi și nu se poate hrăni singur. Nu posedă nici măcar o celulă, ci o capsulă în care se află un material genetic. La unele virusuri, această capsulă este învelită cu proteine și lipide (grăsimi). Virusurile folosesc celule străine pentru a se înmulți, pe care apoi le distrug... Dar numai puține virusuri folosesc o astfel de «tactică», deoarece, pe de o parte, sunt nevoite să își caute altă gazdă după ce o distrug, iar, pe de altă parte, fiindcă sunt distruse după ce stimulează sistemul imun al organismului uman... Majoritatea virusurilor folosesc un stil de viață «mai puțin radical», precum virusurile herpetice și papilomavirusurile, care preferă infecțiile cronice... Sute de alte virusuri există în genele noastre doar ca material informativ. Ele dorm, fiind în stare de latență, și nimeni nu știe dacă și când «se vor trezi», pentru a se înmulți și a deveni patogene pentru om... Virusurile din organismul uman au un trecut comun, având la bază relații prin care s-au influențat reciproc... Capacitatea sistemului imun de a învăța și de a se adapta la stimuli nu ar fi fost posibilă fără existența acestor virusuri. Capacitatea virusurilor de a provoca mereu mutații a dus la evoluția în timp sistemului imun al omului și, deci, la o viață mai îmbunătățită”².*

Bacteriile au devenit și ele în timp dependente de celula umană, unde s-au adaptat și de unde se hrănesc. “*Majoritatea trăiesc cu noi, în simbioză. Ele profită de noi că le merge bine, iar noi profităm de ele. Un real pericol îl reprezintă doar foarte puține bacterii*”³.

La naștere, copiii au un intestin steril, dar, din primul minut după naștere, acesta se colonizează cu bacterii. “*Colonizarea nu se face după un tipar anume, ci după motto-ul «fiecare își caută un loc, după cum ajunge». Nu s-a pus în evidență un model identic de colonizare, nici măcar la doi bebeluși. Doar la gemenii, care împart aceleași condiții, mănâncă același lapte etc., s-a observat o colonizare asemănătoare a intestinului cu bacterii. În felul acesta, intestinul devine unul din cele mai importante organe ale sistemului imun și va fi locul unde vom găsi 70% din celulele imune. Peste 400 de specii de microbi își găsesc aici locul...*”⁴. Primele și cele mai îndrăgite bacterii sunt

¹ Bert Ehgartner, *Lob der Krankheit. Warum es gesund ist ab und zu krank zu sein*, Bas-tei Lübbe Verlag, Germany, 2010, 25.

² *Ibidem*.

³ *Ibidem*, 26-27.

⁴ C. Palmer et al., “*Development of the Human Infant Intestinal Microbiota*”, *PloS Biol* 2007;5 (7):77, doi:10.1371/journal.pbio.

lactobacilii și bacteriile Bifidus, care asigură de la început un mediu prielnic pentru digestia laptelui și neprielnic pentru bacteriile nocive. S-a dovedit că există un “model de bază” prin care se formează și se stimulează sistemul imun al intestinului. Astfel, în 2006, la Universitatea Maastricht⁵, s-au luat în studiu peste 1000 de copii, în vârstă de o lună, la care s-a analizat flora bacteriană intestinală și s-a observat că, la copiii care se nasc prin operație cezariană, flora intestinală este mult mai săracă în lactobacilli și Bifidus decât la cei care se nasc pe cale naturală. S-au găsit și multe bacterii patogene, la copiii născuți prin cezariană. Dar și nou-născuții care au fost alimentați de la naștere cu lapte praf (nu lapte matern) aveau o floră microbiană nesănătoasă. O situație mult mai îngrijorătoare s-a observat atunci când era nevoie de o mai lungă spitalizare a copilului în secția de nou-născuți. Cele mai bune condiții pentru dezvoltarea unui sistem imun sănătos al copilului se realizează atunci când nașterea are loc acasă, cu ajutorul unei moașe, sau în case de nașteri speciale, cum este obiceiul în Olanda. Aici, oamenii de știință au observat existența unui număr impresionant de mare, record chiar, de bacterii Bifidus în intestinal nou-născuților și astfel ei își vor începe viața cu o sănătate viguroasă⁶. Potrivit AFP, circa 30% dintre olandeze aleg să nască acasă. Datele contrastează puternic cu cele din Germania, Franța, Marea Britanie, Belgia și țările scandinave, unde numai 2% din nașteri au loc acasă⁷. Este posibil ca și în România nașterea la domiciliu să devină o metodă nouă, benefică atât pentru mamă, cât și pentru copil, dar deocamdată nu avem un sistem medical suficient de bine pregătit, atât cu moașe specializate, cât mai ales cu dotarea aparaturii necesare (de resuscitare a nou-născutului etc.).

În cursul primului an de viață, se schimbă des flora microbiană intestinală. În special antibioticele o modifică sau o distrug și adeseori este nevoie de o nouă colonizare a intestinului cu lactobacili și Bifidus. Dar și alte condiții modifică flora intestinală, cum ar fi trecerea de la lapte la o alimentație solidă. Părinții observă și ei acest lucru prin schimbarea mirosului scaunului. Doar la sfârșitul primului an de viață dispare treptat diferența dintre bebeluși și adult în ceea ce privește flora intestinală, începând să semene tot mai mult cu cea a adultului. “*Intestinul matur, al adultului, are o lungime de aproximativ 6 metri, iar mucoasa care căptușește intestinul are suprafața unui teren de*

⁵ J. Penders et al., “Factors Influencing the Composition of the Intestinal Microbiota in Early Infancy”, *Pediatrics* 2006;118:511-521.

⁶ B. Ehgartner, *op. cit.*, 28.

⁷ <http://www.evz.ro/detalii/stiri/nasterea-la-domiciliu-revine-la-moda-455386.html>

tenis, fiind astfel cel mai mare organ al corpului uman”⁸. Intestinul conține, alături de numeroase vase de sânge, care absorb substanțele nutritive, și un sistem limfatic abundent. Noduli limfatici din intestin formează un adevărat rezervor pentru celulele imune. Apendicele face și el parte din sistemul imun al intestinului.

Anticorpul de la mamă reprezintă “vaccinul natural ideal” și care-l apără pe nou-născut, imediat după naștere, împotriva microbilor nocivi (antigene), până ce acesta își va forma o competență imună. Imunitatea moștenită de la mamă scade treptat și dispare până la un an de viață (după alți autori, până la 2 ani de viață).

II. Imunitatea nespecifică (înnăscută) și imunitatea specifică (dobândită)

Sistemul imun este foarte complex și nu este încă pe deplin cunoscut nici în ziua de azi. Cu toate acestea, știind că mă adresez în special unui public fără cunoștințe medicale, am încercat să descriu, pe scurt, principalele mecanisme imune, fără a minimaliza unele aspecte imunologice, fără de care nu poate fi înțeleasă acțiunea vaccinurilor.

Sugarul dispune, ca orice ființă vie, de un sistem imun propriu, înnăscut, care este în stare să facă diferența dintre celulele proprii și cele străine și periculoase. Această strategie este destul de simplă: *“Fiecare celulă are un fel de «carte de identitate» prin care este recunoscută ca fiind parte a unui organism. Dacă apare o celulă care nu are acest «buletin», ea va fi considerată un intrus, fără să fie distrusă, decât dacă mai îndeplinește o condiție: aceea de a reprezenta un real pericol pentru organism. Altfel am distruge chiar și alimentele pe jumătate digerate. Dar pentru asta există o serie de celule imune, specializate în apărare, numită imunitate nespecifică, înnăscută, sau prima linie de apărare a organismului”*⁹. *“Aceste mecanisme imune nespecifice sunt prezente de la naștere și până la sfârșitul vieții, la toate ființele vii”*¹⁰.

⁸ B. Ehgartner, *op. cit.*, 29.

⁹ *Ibidem.*

¹⁰ Victor Cristea, Monica Crișan, Mircea Mițariu, *Imunologie Generală și Oro-Faringiană*, Editura Medicală Universitară “Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca, 2011, 24.

Prima barieră naturală față de agenții patogeni (bacterii, virusuri etc.) este reprezentată de *factorii tisulari*: pielea, descuamarea continuă, aciditatea pielii, mucoasele, mucusul, enzimele digestive, speciile microbiene nepatogene de la nivelul mucoasei bucale și a colonului etc. Dacă această barieră este depășită, intră în acțiune cea de-a doua, și anume *factorii umorali* (din sânge: peroxidazele, interferonul, sistemul complement etc.). Dacă este depășită și cea de-a doua barieră, intervin *factorii celulari*. Aceștia din urmă au rolul principal în apărarea imediată, inițială, față de infecții. Este vorba de celulele fagocitare: polimorfonucleare (PMN) și mononucleare (macrofage)¹¹, care fac parte din categoria globulelor albe (leucocite/granulocite). Potrivit imunologilor, “aproximativ 90% dintre infecțiile organismului pot fi recunoscute și combătute de către sistemul imun înăscut al copilului”¹². Același lucru îl aflăm de la dr. Victor Cristea și colab.: “Celulele seriei granulocitare (PMN) acționează nespecific în procesul apărării imune, fiind, în mod normal, capabile să distrugă orice agresor microbial, indiferent de natura acestuia”¹³. [PMN ingeră rapid agresorii străini, prin fagocitoză, care apoi sunt “digerăți” cu ajutorul unor enzime. PMN circulă în sânge, dar pot trece și în țesuturi și constituie principalul component al puroiului, în inflamații. Datorită lor, se pot elimina bacterii (gram-pozitive, gram-negative), ciuperci și chiar unele virusuri. Macrofagele (celulele fagocitare mononucleare), mai puține ca număr decât PMN, circulă și ele în sânge, după care trec în țesuturi, fiind denumite după localizare: celule Kupfer (în ficat), celule microgliale (în sistemul nervos central), macrofage alveolare (în plămâni), osteoclaste (în oase) etc. Macrofagele fagocitează (“mănâncă”) particule străine (microbi) și celule proprii, lezate sau moarte (hematii îmbătrânite etc.), fiind un fel de “gunoieri” ai organismului. Mai sunt și alte celule care intervin în apărarea imună nespecifică: eozinofile, bazofile și mastocite, trombocite, celule citotoxice NK (*natural killer*), celule K (*killer*) etc.]¹⁴.

Doar prin întâlnirea cu microbi, la început de viață, celulele sistemului imun al sugarului vor putea activa mecanismele cele mai adecvate și necesare, menite să-l apere. Celulele învață să facă diferența dintre microbi nocivi și particulele neutre. Această diferențiere este foarte importantă și-l va ajuta pe copil să nu reacționeze în mod exagerat, dar nici să fie lipsit de

¹¹ *Ibidem*, 24-36.

¹² B. Ehgartner, *op. cit.*, 31.

¹³ V. Cristea et al., *op. cit.*, 36.

¹⁴ *Ibidem*, 39-50.

reacție de apărare. “*Dacă sistemul imun al unui sugar nu va avea posibilitatea să învețe această diferențiere, în primele luni de viață, nu va putea să se apere*”, explică imunologul londonez Graham Rook¹⁵. Același lucru care se întâmplă cu sistemul imun, se întâmplă și cu centrul nervos al văzului, al auzului etc., când acestea nu primesc stimulii necesari pentru a se putea dezvolta. Un sugar cu care nu se vorbește deloc, sau care este ținut în întuneric, nu va putea să învețe niciun limbaj, dar nici ochii lui nu se vor putea obișnui cu lumina, rămânând cu handicapuri severe.

A doua linie de apărare a organismului uman este una mult mai performantă și este denumită “Imunitatea dobândită sau specifică”. Ea cuprinde două compartimente: umorală (limfocitele B) și celulară (limfocitele T) și se clasifică în¹⁶:

- a. *imunitate activă: naturală (postinfecțioasă) și artificială (postvaccinală);*
- b. *imunitate pasivă: naturală (transplacentară) și artificială (cu ser imun).*

Toate celulele imunocompetente provin din celula sușă/stem, multipotentă, din măduva osoasă hematogenă: limfocitele B, formatoare de anticorpi și limfocitele T.

Limfocitele B, reprezintă 15-29% din totalul limfocitelor periferice, având *o durată de viață scurtă*, sunt puțin recirculante și se găsesc în oase, ganglioni limfatici și splină. **Limfocitele T** reprezintă 60-80% din totalul limfocitelor periferice, *au o durată lungă de viață (ani sau zeci de ani)*, sunt intens recirculante și se împart în mai multe subpopulații: T helper (Th), T citotoxice (Tc), T supresoare (Ts) etc.¹⁷ Limfocitele T helper (Th) se diferențiază în limfocite Th1 care conferă imunitate față de infecțiile cu agenți patogeni intracelulari, numită din acest motiv *imunitate celulară*, și limfocite Th2, care activează limfocitele B, producătoare de anticorpi, și conferă *imunitatea umorală*. Mai există însă unele **incertitudini**: unii autori consideră că “*limfocitele Ts și Tc sunt de fapt unele și aceleași, dar care acționează în mod diferit (citotoxicitate sau supresoare), în funcție de particularitățile răspunsului imun la un moment dat...*”¹⁸. Se știe că o dereglare a limfocitelor Ts poate duce la leucemie, boli autoimune etc.

¹⁵ G. A. Rook, “*Educating the Immune System*”, *Science & Medicine* 1999; July/August:54-63.

¹⁶ V. Cristea et al., *op. cit.*, 50.

¹⁷ Maria Irina Brumboiu, Ioan Stelian Bocșan, *Vaccinuri și vaccinări în practica medicală*, Editura Medicală Universitară “Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca, 2005, 13.

¹⁸ *Ibidem*, 15.

Ne punem întrebarea: *cum putem ști* “exact” *efectul vaccinurilor asupra reacțiilor imune la fiecare “moment dat”, când nu cunoaștem încă întregul mecanism al sistemului imun?*

După sinteza și maturarea lor, limfocitele B (LB: *bone marrow* – măduva osoasă), migrează din măduvă în organele limfoide secundare: ganglioni limfatici, splina, intestin (plăcile Peyer), amigdale, apendice, aglomerările limfoide de la nivelul pielii și al mucoaselor. Limfocitele T (LT) migrează în timus, care este un organ limfatic cu un rol esențial la începutul vieții (a sugarului), deoarece asigură maturarea imunologică normală a limfocitelor T. Aici, în timus, limfocitele T “învață” să distingă *self*-ul de *non-self* (propriul de străin), după care ele vor migra în circulația sanguină și apoi în organele limfoide secundare (ganglioni limfatici etc.). Cooperarea LB cu LT are loc aici, în ganglionii limfatici, unde ele se întâlnesc cu încă un grup de celule imune: DC (celule dendritice, prezentatoare de antigen)¹⁹.

Inițierea răspunsului imun. Am văzut că atunci când organismul este informat că a pătruns un antigen străin și periculos, el va iniția răspunsul imun. *Prima linie de apărare, nespecifică, o constituie PMN și macrofagele*, care, după ce “au învățat diferențierea” și au recunoscut un microorganism ca fiind nociv (virus, bacterie etc., denumit și “antigen”), îl fagocitează (“mănâncă”) și apoi îl prezintă limfocitelor T. Este motivul pentru care sunt denumite și *celule prezentatoare de antigen (CPA)*. Este necesar acest “salut” al microbilor, pentru ca celulele imune (limfocitele T) să devină active. Mai este un grup de celule prezentatoare de antigen, numite *celule dendritice (DC)*, care, la rândul lor, vor “captura” și ele antigenul, pe care apoi îl prezintă limfocitelor T. Celulele dendritice sunt în stare să recunoască, din milioanele de limfocite T, pe cea care are receptorul pentru acel antigen (virus, bacterie etc). Exemplu: dacă este vorba de un streptococ, patogen, el va fi recunoscut doar de acel limfocit T care are receptorul pentru streptococ. *În felul acesta, dintr-un limfocit T inactiv, acesta devine un limfocit activ, “T helper” (Th1), răspunzător de imunitatea celulară*, care dă informația mai departe și limfocitelor B, care se află și ele în nodulul limfatic. *Limfocitele B, fiind activate (Th2), devin mature și încep producția de anticorpi (împotriva streptococului), răspunzătoare de imunitatea umorală* și care se termină după 3 zile. De aceea ne simțim mai bine din a 3-a zi de boală, fără ca să ne tratăm²⁰. În final (aflăm din cărțile de specialitate), **“antigenele vor fi distruse prin colaborarea perfectă a celor două sisteme**

¹⁹ *Ibidem*, 55-65.

²⁰ B. Ehgartner, *op. cit.*, 33.

imune: sistemul imun celular, Th1 (prin fagocitoză și citotoxicitate directă) și sistemul imun umoral, Th2 (prin anticorpi și citokine)”²¹. După 6-8 zile, se atinge nivelul maxim de limfocite T, când, de altfel, se vindecă majoritatea bolilor. Știm că limfocitele T, responsabile de imunitatea celulară (Th1), distrug ceea ce se găsește “în celule” și este străin și periculos pentru om. Or, “virusurile și unii paraziți se găsesc în celule, fiind distruse de LT. Tot LT sunt cele care distrug celulele canceroase”²². În timpul reacției imune, o mare parte din limfocitele “T helper” mor, dar o altă parte rămân ca celule de “memorie” și vor avea de acum încolo “datoria” de a recunoaște oricând “vechiul dușman”, când acesta se reîntoarce. O parte din limfocitele B rămân și ele pe post de “celule de memorie”, pentru a fi pregătite oricând să producă din nou anticorpi²³. Ca urmare, vom putea vorbi de un răspuns imun primar și unul secundar, acesta din urmă datorându-se celulelor cu memorie. “Memoria imună” este mereu înflorită prin contactul cu lumea microbiană, cu fiecare virus, și doar în felul acesta poate fi eficientă, devenind tot mai perfecționistă pe parcursul vieții.

Vaccinurile produc un dezechilibru între cele două sisteme imune (umoral și celular). Ele stimulează imunitatea umorală (Th1), formatoare de anticorpi, în detrimentul imunității celulare, Th2 (care, după cum am văzut, prin intermediul limfocitelor T, poate distruge celule canceroase, dar și virusuri și bacterii din celule). Se întâmplă deseori ca *răspunsul imun să fie exagerat*, când pot fi distruse și celulele sănătoase ale organismului, cum se întâmplă în *alergii* (eczema atopică, dermatite de contact etc.) și *bolile autoimune* (ex.: în encefalita postvaccinală, mielina care învelește nervii devine “antigenul” împotriva căreia se vor îndrepta anticorpul și o vor distruge).

Protecția copilului cu anticorpii de la mamă se pierde până la vârsta de 2 ani. Renumitul imunolog elvețian Dr. Rolf Zinkernagel, premiat cu Premiul Nobel, descrie anticorpii materni ca fiind “*vaccinul natural ideal*” al nou-născutului, care îl vor apăra de infecțiile virale și bacteriene până ce se dezvoltă sistemul lui imun, astfel încât să se poată apăra singur. El atrage atenția asupra unui lucru foarte important: “*Fetele trebuie să se imunizeze natural împotriva tuturor infecțiilor periculoase până la pubertate*” (să treacă prin toate bolile copilăriei), deoarece numai în felul acesta

²¹ V. Cristea et al., *op. cit.*, 231.

²² Martin Hirte, *Impfen Pro&Contra. Das Handbuch für die individuelle Entscheidung*, MensSana Verlag, Germany, 2008, 62.

²³ B. Ehgartner, *op. cit.*, 33-35.

vor avea un sistem imun eficient pentru ele și viitorii lor copii. Această “memorie imunologică înăscută” va fi la femei – spre deosebire de bărbați – mult întărită de către hormoni, astfel încât în timpul sarcinii va exista un nivel suficient de mare de anticorpi care să treacă la copil prin intermediul placentei. Faptul că nu se nasc copiii cu un sistem imun complet maturizat are două motive bine întemeiate: să nu intre anticorpii copilului în conflict cu “celulele străine ale mamei”, pe de o parte, și, pe de altă parte, pentru că un sistem imun flexibil, care învață și este pe cale să se perfecționeze, face mai bine față condițiilor de mediu decât un sistem imun rigid, gata format²⁴. Procesul de învățare pe care îl parcurge sistemul imun al unui copil, începând de la naștere, ne arată că orice infecție a organismului are, pe lângă aspectul neplăcut al bolii, și unul pozitiv: *“Fiecare reacție febrilă la copil arată că au loc studii superioare serioase în cadrul sistemului imun care exersează. Sistemul imun al copilului se maturizează în lupta cu virusuri blânde, de răceală ușoară, sau cu bolile copilăriei... Primul an de viață pare să fie anul cel mai prielnic și parcă planificat de a învăța să se apere împotriva factorilor infecțioși din natură... Ca urmare, infecțiile sunt de folos sugarului, care astfel va profita și va dezvolta un sistem imun sănătos... În felul acesta vor fi evitate defecte ale sistemului imun... Dacă noi intervenim din afară, prin vaccinuri, și tulburăm formarea sistemului imun, încă de la naștere, vor apărea și defecte serioase ale acestuia. Unul dintre nenumăratele exemple îl constituie leucemia limfatică acută, cea mai frecventă formă de cancer la copil (cu un vârf la 4 ani), când are loc o dezvoltare anarhică a leucocitelor tinere”*²⁵.

Bolile infecțioase, ale copilăriei, oferă o protecție imună naturală, eficientă și durabilă. După majoritatea bolilor contagioase ale copilăriei, se formează o imunitate naturală, extrem de eficientă față de o nouă îmbolnăvire, comparativ cu imunitatea artificială, dobândită după vaccinare. Motivul este acela că, după contactul natural cu antigenul (virusuri/bacterii), au loc procese mult mai complexe decât în cazul unei vaccinări (când este stimulată doar producția de anticorpi). Antigenul ia contact la început cu mucoasele, care reprezintă o adevărată barieră imunologică (prima barieră imună, naturală) pentru virusuri și bacterii. Doar dacă antigenul va reuși să învingă această barieră și se va înmulți foarte mult, va ajunge și în sânge. *“În cazul unei vaccinări, antigenul va ocoli prima barieră, iar reacția imună va fi una extrem de scăzută. Ca urmare, are loc o producție mică*

²⁴ *Ibidem*, 40-41.

²⁵ *Ibidem*, 41-42.

*de anticorpi, care în timp dispar. Este și motivul pentru care se fac mereu rapeluri (revaccinări), pentru a stimula formarea de noi anticorpi*²⁶. Am văzut că viața limfocitelor B, din care se formează anticorpii, este foarte scurtă.

Spre deosebire de anticorpii artificiali, formați în urma unui vaccin, cei naturali se produc de fiecare dată când noi venim în contact cu un bolnav de rujeolă, rubeolă etc., asemenea unui “*rapel natural*” sau “*revaccinare naturală*”.

Exemplu: presupunem că am avut rujeolă în copilărie; la fiecare “re-întâlnire” cu virusul rujeolic, noi profităm de un nou “contact infecțios”, fiindcă în acest fel este reîmprospătată “memoria” celulelor imune; fiecare contact cu un copil care are rujeolă va fi asemenea unei revaccinări naturale, deoarece celulele noastre imune, “cu memorie”, recunosc adversarul și vor activa formarea de anticorpi (naturali și durabili), care ne vor apăra de rujeolă. *Fiindcă s-a introdus în lume vaccinarea, iar bolile copilăriei s-au amânat până la vârsta adultă, sistemul imun nu mai vine în contact cu infecțiile naturale, și, în timp, își pierde din memorie.* De aceea, este posibil ca adulții, chiar și cei care au avut boala, să o facă din nou, fiind lipsiți de o reîmprospătare a memoriei imune. Aceste cazuri, din fericire, sunt foarte rare. Mai riscant este pentru cei care au fost vaccinați în copilărie și nu fac boala decât la vârsta de adolescent sau de adult. La o vârstă mai înaintată, rujeola (și toate bolile copilăriei) este suportată mai greu, cu posibile complicații, deoarece organismul nu mai are un sistem imun flexibil, asemenea unui copil. *Cu adevărat periculos este pentru femeile însărcinate, care au fost vaccinate în copilărie și care nu au făcut boala. Ele riscă să o facă în timpul sarcinii și să nască copii bolnavi.* La femeia gravidă, anticorpii produși în urma vaccinării, scad până la dispariție, iar despre eficiența unei revaccinări nu se știe deocamdată nimic. La ora actuală, în România, a crescut numărul de cazuri de rujeolă la sugari, deoarece mama nu mai are suficienți anticorpi ca să-l apere de rujeolă. Acesta reprezintă doar unul dintre multiplele motive pentru care ar trebui sistată vaccinarea antirujeolică.

Alta este situația în cazul varicelei. Boala naturală dă o imunitate durabilă, pentru toată viața. Virusul varicelei (este și agentul etiologic al “zonei zoster”) face parte din familia herpes-virusuri (sunt retro-virusuri, cu neurotropism, care rămân în organism toată viața). După ce se vindecă varicela, virusul rămâne în organism. El “se ascunde” la nivelul ganglionilor nervoși și a nervilor cranieni, unde “hibernează” (se află într-o stare

²⁶ M. Hirte, *op. cit.*, 67.

latentă). De cele mai multe ori, virusul varicelei nu se mai “trezește”. Când acest lucru se întâmplă totuși, în special la adulții și vârstnicii cu un sistem imun scăzut (stress, boală cronică, tratamente care scad imunitatea etc.), apare boala numită *zona zoster (herpes zoster)*, cu o erupție caracteristică și foarte dureroasă. Bolnavul, în acest stadiu, este contagios, putând provoca varicelă la alți contacti care nu au imunitate față de virus, dar nu poate provoca și zona zoster (nu este transmisibilă)²⁷. “*Interesant este faptul că un contact al adulților cu copii bolnavi de varicelă menține virusul în stare de «hibernare» și-i ferește de zona zoster... Un studiu englez a dovedit acest lucru*”²⁸. Concluzia este una îngrijorătoare: dacă prin vaccinare se reduce frecvența varicelei la copii, vor crește cazurile cu zona zoster la adult. În SUA se întâmplă acest fenomen de câțiva ani încoace, deoarece aici există o rată foarte mare a vaccinării împotriva varicelei la copii, conform noii reguli “*no vaccination – no school*”²⁹. Oamenii de știință de la Universitatea Harvard din Boston³⁰ au studiat evoluția celor două boli (varicela și zona zoster) din anii trecuți și au constatat un asemenea fenomen, care se va accentua în viitor: în timp ce s-au redus cazurile de varicelă, de la 16,5 la 3,5 /1000 de locuitori/an în perioada 1998-2003, s-au dublat în schimb cazurile de zona zoster, crescând de la 2,8 cazuri la 5,3 cazuri/an în aceeași perioadă. În SUA există la ora actuală mai multe cazuri de zona zoster decât de varicelă. Cei mai afectați sunt oamenii trecuți de 65 de ani. În ultimul timp se observă o afectare tot mai frecventă cu zona zoster și a oamenilor mai tineri, cu vârsta cuprinsă între 25 și 44 de ani.

Fenomenul de “hibernare” îl întâlnim și la virusurile *herpes simplex* (o altă categorie de virusuri herpetice), iar atunci când virusurile “se trezesc,” ele devin active și provoacă herpesul febril la nivelul buzelor³¹. Aceste virusuri se localizează și la nivelul organelor genitale și este știut faptul că *herpesul genital* este o boală cu transmitere sexuală (BTS), deloc de neglijat, deoarece se poate transmite de la mamă la făt, cu producerea de malformații. *Papilomavirusul uman (HPV)* face și el parte din familia de retrovirusuri și provoacă o serie de boli genitale, cu transmitere sexuală

²⁷ B. Ehgartner, *op. cit.*, 37-38.

²⁸ S. L. Thomas et al., “*Contacts with varicella or with children and protection against herpes zoster in adults: a case-control study*”, *Lancet* 2002; 360: 678-82.

²⁹ B. Ehgartner, *op. cit.*, 39.

³⁰ W. K. Yih et al., “*The incidence of varicella and herpes zoster in Massachusetts as measured by the Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) during a period of increasing varicella vaccine coverage, 1998-2003*”, *BMC Public Health* 2005; 5: 68-77.

³¹ B. Ehgartner, *op. cit.*, p. 37-38.

(vezi cap. 4). În România, vaccinul împotriva varicelei nu este inclus în Programul național de vaccinări.

III. Principiul vaccinării este ineficient și are multe capcane

Vaccinarea se bazează pe următorul principiu: “În organismul uman este introdus un antigen străin (bacil, bacterie, virus etc.), la care organismul reacționează, «la nevoie», prin formare de anticorpi; în caz de infecție, acești anticorpi vor preveni boala; în final, omul devine imun, ceea ce înseamnă că el rămâne sănătos”³². Din definiția dată vaccinurilor aflăm că “vaccinurile sunt preparate imunobiologice care conțin o suspensie de microorganismse (bacterie, virusuri, rickettsii etc.) vii, inactivate (omorâte), sau fracțiuni ale acestora, care se administrează cu intenția de a induce imunitate în scopul prevenirii unor boli sau a consecințelor acestora”³³. Cu alte cuvinte, sistemul imun al sugarului este nevoit să recepționeze noile antigene (virusuri inactivate, bacterii atenuate, etc.), să le “memoreze” și să învețe să le respingă la un nou contact cu ele, prin formarea de anticorpi. Este un principiu simplist, dar ineficient, fiind un model “artificial”, bazat pe alte legi decât cele naturale, la care, după cum o dovedesc studiile și practica medicală, sistemul nostru imun nu se adaptează, ci se îmbolnăvește.

Compoziția vaccinurilor. Compoziția vaccinurilor a suferit câteva modificări în timp, care nu au adus însă îmbunătățiri reale, ci, dimpotrivă, combinațiile de vaccinuri și aditivii toxici folosiți (metale grele, adjuvanți noi) au agravat și înmulțit într-un mod dramatic complicațiile postvaccinale.

Vaccinurile conțin:

a) **Imunogene active** (antigene virale, bacteriene, acizi nucleici etc.): constituie partea principală a vaccinului, care ar trebui să provoace o reacție din partea sistemului imun. Pentru ca să se obțină un astfel de răspuns, este nevoie de substanțe adjuvante, menite să stimuleze sistemul imun. Imunogenele sunt “inactivate” sau “atenuate”, tocmai pentru a nu provoca boala pentru care este vaccinat copilul.

³² G. Buchwald, *Impfen. Das Geschäft mit der Angst.*, emuverlag, 4.Auflage 2008, Germany, 5.

³³ M. I Brumboiu et al., *op. cit.*, 32.

Numeroși oameni de știință (Oswald T. Avery și alții) au studiat, au produs și au demonstrat, încă din anii '40-'50, că *“fiecare antigen viral (fie un virus viu, fie unul omorât) administrat prin intermediul vaccinului se poate transforma înapoi într-un antigen virulent (periculos)”*. S-a dovedit demult faptul că nu mai are niciun rost să se discute despre virusuri așa-zise “atenuate”, “inactivate” sau “omorâte”, fiindcă virusurile au o mare capacitate de a produce mutații și de a deveni rezistente în medii vitrege pentru a putea supraviețui, iar acest lucru este valabil pentru toate vaccinurile. *“Noi știm că virusurile posedă o posibilitate extraordinară de a supraviețui; deși teoretic sunt «omorâte», ele își pot reveni, dar sub altă formă”*, ne spune Dr. Reinhardt. Nimeni nu este în stare să “omoare” virusurile și să le folosească pentru vaccin. Tot el afirmă că *“virusurile care în mod normal nu sunt periculoase (patogene) pentru om, se pot combina cu alte virusuri în organismul uman și să devină foarte periculoși! Procesul se numește **polimorfism**, când virusuri latente se pot reactiva și pot deveni înalt patogene”*. Acest lucru ar trebui să fie o contraindicație absolută pentru vaccinurile multiple (asociate), folosite atât de des la sugari și copii. Virusurile latente se pot reactiva și deveni patogene în organismul uman nu doar când vin în contact cu un virus, ci și când vin în contact cu diferite substanțe fizice sau chimice, sau în condițiile unei imunități scăzute din pricina unei boli, administrare de antibiotice, Cortizon sau alte substanțe imunosupresoare (chimioterapie, vaccinuri etc.). *Din acest moment ar trebui oprit orice fel de vaccinare*³⁴.

La ora actuală s-au introdus vaccinurile “conjugate” și “antigene modificate genetic”, care încarcă și mai mult sistemul imun al copilului și-l predispun la boli alergice și boli autoimune.

b) **Aditivii**: sunt materiale care se adaugă imunogenelor active și se descriu 3 tipuri: adjuvanți, conservanți și stabilizatori.

- *Adjuvanții imunologici*: sunt substanțe care, introduse în vaccin, ar trebui să crească răspunsul imun. Cele mai uzuale sunt: hidroxidul sau fosfatul de aluminiu, emulsia microfluidizată MF59 și lipidul A monofosforilat obținut din endotoxina unui mutant de Salmonella Minnesota. Mecanismul de acțiune al adjuvanților imunologici constă în creșterea duratei eliberării și prezentării antigenelor (virale, bacteriene), inducerea de substanțe imunomodulatorii și creșterea activității celulelor dendritice, prezentatoare de antigen³⁵.

³⁴ Joachim-F. Grätz, *“Sind Impfungen sinnvoll?”*, F. Hirshammer Verlag GmbH, 8.Auflage 2005, 62-64.

³⁵ M. I. Brumboiu et al., *op. cit.*, 39.

Autori străini au dovedit faptul că adjuvanții imunologici provoacă o serie de reacții adverse și boli grave (vezi cap. 3).

- *Conservanții*: se adaugă la vaccin pentru a preveni multiplicarea bacteriilor sau a fungilor în urma unei eventuale contaminări a vaccinului, în timpul utilizării sau a fabricării acestuia. Riscul de contaminare este mai crescut în cazul flacoanelor multidoză. Cele mai utilizate substanțe cu rol de conservanți sunt: thiomersal (sau thimerosal), fenolii și fenoxietanolul³⁶.

Studiile din Occident arată că acești conservanți constituie o adevărată otravă pentru organismul uman, provocând boli neurologice grave (Sindromul ADHD, autismul etc.) și boli autoimune (vezi cap. 3).

- *Stabilizatorii*: sunt substanțe cu rol de protecție a imunogenelor dintr-un vaccin față de variațiile de temperatură și/sau pH care pot să apară în timpul fabricării (deshidratare-congelare) sau tratare la căldură, precum și în perioada de transport și depozitare până la administrare. Stabilizatorii cei mai folosiți sunt: *glucide* (lactoză, sucroză), *aminoacizi* (glicină, acid glutamic), *proteine* (ser uman, gelatin de origine bovină sau porcină) sau săruri minerale (clorură de magneziu, sulfat de magneziu). Produsele de origine umană și animală creează riscul de contaminare cu germeni care se transmit pe cale sanguină, precum și riscul unor reacții de tip alergic³⁷.

Am tratat aceste “riscuri” la fiecare boală în parte.

c) **Substanțele reziduale**: rezultă din procesul de fabricare a vaccinului. Ele pot fi: *substanțe de inactivare* (formol, peroxid de hidrogen etc.), *substanțe de detoxifiere* (formol), *antibiotice* (streptomicină, neomicină, gentamicină), *mediu de cultură* (proteine animale, ouă embrionate, culturi cu fibroblaști de găină, drojdie de bere, Vero-linie celulară continuă de origine simiană/maimuță), medii nutritive, medii tamponate, lipopolizaharide bacteriene etc.³⁸.

Aceste substanțe nu sunt deloc lipsite de pericolozitate, fiind alergizante și o *cauză importantă a suprainfectării cu virusuri simiene cancerigene, tumorale, VRS (virus respirator sincițial), SIDA* (vezi cap. 2).

Diferența dintre o injecție și un vaccin. În mod normal, după orice injecție administrată unui om bolnav, în scop terapeutic (ex.: antispastice în colici, antibiotice în infecții bacteriene, etc.), reacția locală este una minoră și rapid trecătoare, iar reacția generală este una benefică, spre ameliorare sau

³⁶ *Ibidem.*

³⁷ *Ibidem.*

³⁸ *Ibidem*, 40.

vindecare, nicidecum spre o altă îmbolnăvire. Nu același lucru se întâmplă în cazul unui vaccin. Dimpotrivă, *vaccinurile pentru copii sunt injecții traumatizante, date unui pacient sănătos (o condiție obligatorie pentru orice vaccin) și imatur, care nu-și poate da acordul la un astfel de tratament, iar rezultatul nu este unul benefic, așa cum dorim să credem, ci este unul patogenetic, provocând o infecție subclinică, care deseori provoacă alte infecții și boli acute sau cronice, cu consecințe necalculate, insuficient studiate și cunoscute, asupra sistemului imun.*

Vaccinurile oferă o protecție scăzută și de scurtă durată față de “boliile copilăriei”. Răspunsul imun primar al sugarului este acela de a recepționa noile antigene (virusuri inactivate, bacterii atenuate etc.), de a le “memora” și de a le respinge, fără ca să facă boala. La un nou contact cu aceste antigene, răspunsul imun al copilului va fi unul secundar, mulțumită celulelor cu “memorie”, care au reținut antigenul și încearcă să-l elimine (principiul vaccinării, amintit anterior).

Ce se întâmplă în cazul unei vaccinări? Am văzut ce se întâmplă în cazul unei infecții naturale, de rujeolă, când imunitatea este eficientă și îndelungată. În cazul unui vaccin, deși virusurile din unele vaccinuri sunt vii (ex.: virusul rujeolic), virulența lor este atenuată sau supraatenuată prin diferite metode. Este normal să fie așa, altfel ar induce boala. De aceea, vaccinurile induc o stare de imunitate mai scăzută (mai puțini anticorpi, deseori ineficienți) și pentru un timp mult mai scurt decât cel dat de boală. Se întâmplă uneori ca vaccinurile să nu inducă deloc formarea de anticorpi (așa-zisele “scăpări”). Imunitatea dată de vaccin va scădea progresiv cu anii. “Memoria imunologică” dată de vaccinuri este foarte slabă și de scurtă durată, iar contactul cu un bolnav de rujeolă nu va produce un titru suficient de crescut de anticorpi care să anihileze boala. Ei se pot îmbolnăvi. Este motivul pentru care, deși vaccinat în copilărie, adolescentul sau omul adult poate face boala. O revaccinare durabilă nu este posibilă.

*Nu același lucru se întâmplă la cei nevaccinați, care fac boala cu virusul natural, sălbatic. Ei își dezvoltă o imunitate durabilă, iar contactul cu un bolnav de rujeolă nu va fi pentru ei un pericol, ci le va reîmpropșa memoria imunologică, prin formare de anticorpi durabili și eficienți. Pe de altă parte, dacă ei fac boala în copilărie (spre exemplu rujeola) și nu sunt vaccinați, studiile arată că se formează anticorpi naturali, de durată, care apără copilul nu doar de o reîmbolnăvire, ci îi oferă și o protecție pentru alte boli cronice, grave (sindrom nefrotic etc.). “Dacă la un copil cu un **sindrom nefrotic** s-a*

*indus o rujeolă, s-a observat deseori vindecarea sindromului... Boli autoimune, precum astmul bronșic, Lupus eritematos sau eczeme, s-au vindecat sau s-au ameliorat, după ce copilul a făcut rujeolă*³⁹.

Atunci ne întrebăm *care este rostul unui vaccin?* El doar va amâna boala, cu câțiva ani, la vârsta de adolescent sau de adult, când scad anticorpii și apare boala. La această vârstă, sistemul imun este mai puțin flexibil iar boala poate avea o evoluție mai severă.

Vaccinurile scad imunitatea la sugari și-i predispun la boli acute și cronice grave, soldate uneori cu deces. Sistemul imun al sugarului, în special *imunitatea celulară (Th1) este în plină dezvoltare* când începe administrarea vaccinurilor, la vârsta de 2-3 luni. Prin vaccinare este stimulată imunitatea umorală (Th2, formatoare de anticorpi). Până acum acesta a fost principiul de bază al vaccinării. Noile cercetări arată că, pentru a stimula într-un mod mai eficient imunitatea prin intermediul vaccinurilor, este nevoie și de stimularea imunității celulare (Th1)^{40, 41}. Pe de altă parte, o stimulare exagerată a imunității celulare poate induce apariția bolilor autoimune, lucru binecunoscut imunologilor. În final, echilibrul dintre Th1 și Th2, se rupe și întregul sistem imun al sugarului va avea de suferit⁴². *“Alterarea echilibrului dintre răspunsurile Th1 și Th2 față de antigenele proprii (self) poate induce formarea de autanticorpi...”*⁴³. Bolile autoimune provocate de vaccinuri sunt boli cronice grave, nevindicabile, cu debut încă din copilărie: diabet zaharat tip 1, astm bronșic alergic, celiachie, boala Crohn, sindrom ADHD, autism etc. Moartea sugarului rămâne cea mai gravă complicație postvaccinală, când vorbim de *“Sindromul morții subite la sugar” (SIDS), provocat cel mai des de vaccinul DTP (diftero-tetano-pertussis).* Un exemplu grăitor în acest sens îl vedem în Japonia, unde *“vaccinarea contra tusei convulsive (cu DTP) se face doar după vârsta de 2 ani, când sistemul imun este mai dezvoltat, iar de atunci, în Japonia, «sindromul morții subite a sugarului» practic nu mai există”*⁴⁴. Numeroase studii au arătat că trivaccinul DTP este cauza acestei

³⁹ Viera Scheibner, *Impfungen. Immunschwäche und Plötzlicher Kindstod*, Hirthammer Verlag, 2000, Germany, 27.

⁴⁰ P. G. Holt, P. D. Sly, *“Allergic respiratory disease: strategic targets for primary prevention during childhood”* [editorial]. *Thorax* 1997, 52 (1):1-4.

⁴¹ S. Koppen, R. de Groot, H. J. Neijens, N. Nagelkerke et al., *“No epidemiological evidence for infant vaccinations to causer allergic disease”*, *Vaccine* 2004, Febr.:1-11.

⁴² M. Hirte, *op. cit.*, 65.

⁴³ V. Cristea et al., *op. cit.*, 316.

⁴⁴ Tinus Smits, *Das Impfschaden-Syndrom*, Narayana Verlag, 2. Auflage 2007, p. 36.

morți la sugari (vezi cap. 3 și 4). În America și Europa, vaccinarea cu DTP începe de la 2 sau 3 luni, iar în primul an de viață el este administrat de 4 ori, în combinație cu alte vaccinuri. În România vaccinarea cu DTP se face la 2, 4, 6 și 12 luni, conform Programului național de vaccinare⁴⁵.

Vaccinurile administrate la femeile gravide, Știm că sarcina este o situație unică cunoscută în medicină, când organismul suportă o grefă străină, respectiv fătul, fără ca s-o respingă. Motivul este “o toleranța imunologică fiziologică”, adică lipsa unei reacții imune specifice față de un țesut străin, cum este cel al fătului, prin scăderea imunității celulare (Th1), benefică în acest caz. Adjuvanții noi și moderni, din vaccinurile actuale, inclusiv din cele administrate femeilor gravide, precum Thiomersal, Squalena sau altele, stimulează imunitatea celulară TH1, prin care fătul poate fi respins și avortat. *S-au și întâmplat astfel de avorturi spontane*⁴⁶. *Adjuvanții folosiți în vaccinuri (mercur, aluminiu ș.a.), trec ușor prin placentă la făt.* Mercurul este un metal greu, neurotoxic, afectând celula nervoasă a copilului, provocând boli neurologice autoimune grave: autism, ADHD, tulburări de concentrare și memorie, astenie marcată etc. Cel mai afectat este primul copil născut. *“Alergiile la copii (eczema atopică), bolile alergice (astmul bronșic) și bolile autoimune (colita ulceroasă, boala Crohn etc.) sunt boli provocate de intoxicația cu metale grele...Interesant este faptul că nu doar mamele transmit mai departe primului copil o mare parte din mercur și alte metale grele, ci și bărbații joacă un rol important în aceste cazuri de intoxicații... Dacă el a acumulat cantități mari de metale grele în organism (prin intermediul plombelor cu amalgam sau/și al vaccinurilor), copilul își poate pierde capacitatea de a elimina mercurul din organism...Dacă tatăl are plombe cu amalgam ce conțin o mare cantitate de mercur organic (foarte toxic), copilul va moșteni un deficit în eliminarea metalelor grele”*⁴⁷.

Vaccinul tetanic se administrează în România la femeile însărcinate, în luna a 7-a, cu scopul de a preveni tetanosul la nou-născut. Acest vaccin con-

⁴⁵ Ord. MS/ CNAS nr. 1591/1110/2010, http://www.sant.ro/informatii-utile/prevenire-si-control-boli-transmisibile/vaccinarea/legislatie-in-vigoare-1/OMS_CNAS%201591_1110_2010.pdf/view

⁴⁶ Torsten Engelbrecht, Claus Köhnlein, *Virus-Wahn, Schweinegrippe, Vogelgrippe, SARS, BSE, Hepatitis C, AIDS, Polio*, emu-Verlag, 6., erweiterte Auflage, 2010, 304.

⁴⁷Vortrag 2: *Schwermetalle und ihre Wirkung auf unsere Gesundheit*. Vortrag von Dr. med. Dietrich Klinghardt, M.D., Ph. D. und Dr. Patricia Kane, Ph. D. Auszüge aus der Vorlesung an der ETH Zürich (Fachpublikum), April 2003, Germany, <http://www.power-for-life.com/Schwermetall-Ausleitung/vortrag2.html>

ține o substanță toxică, atât pentru mamă, cât și pentru făt: *fosfat de aluminiu*. Studiile arată că “*Adjuvanții cu aluminiu afectează neuronii motori la animalele de experiență (șoareci) și pot induce boli autoimune din cauza dezechilibrului creat între imunitatea celulară (Th1) și imunitatea umorală (Th2)... Folosirea acestor adjuvanți în vaccinurile hepatitic A și B, tetanos, difteric și pertussis pot duce la tulburări neurologice*”⁴⁸.

Dacă femeia gravidă este vaccinată *pentru tetanos și difterie* (cazuri speciale), cu vaccinul diftero-tetanic pentru adulți, ea va primi, alături de aluminiu și o cantitate mare de *mercur (Thiomersal)* și nu se știe unde se va acumula această substanță toxică: în sistemul nervos sau în rinichii fătului⁴⁹. Cert este că poate provoca la copil bolile neurologice autoimune amintite anterior.

Vaccinul gripal, conform recomandărilor OMS, este indicat gravidelor din trim. II și III de sarcină, fiind considerată o grupă “cu risc”. La femeile gravide vaccinate antigripal nu s-a putut dovedi niciodată o protecție a copilului, spun mai mulți autori⁵⁰. Statistic, nu s-a constatat o diferență între gravidele care au făcut gripă în primul trimestru de sarcină și celelalte gravide⁵¹. La femeia însărcinată, așa cum am văzut, adjuvanții din vaccinul gripal (Thiomersal, Squalena sau altele) stimulează imunitatea celulară TH1, prin care fătul poate fi respins și avortat.

Combinățiile de vaccinuri. Din motive financiare (vaccinurile fiind o mare sursă financiară), dar mai ales pentru a putea fi “ascunse” reacțiile adverse grave postvaccinale, cunoscute și contestate deseori de către medici și oameni de știință (când apar reacții adverse după trivaccinul DTP, spre exemplu, nu se poate spune cu exactitate care dintre cele trei vaccinuri le-a provocat), se încearcă combinații a tot mai multor vaccinuri: tetravaccin, pentavaccin, hexavaccin (soldat cu numeroase decese), iar unde se vor opri producătorii de vaccinuri, nu știm. Administrarea concomitentă a mai multor vaccinuri înmulțește riscul apariției bolilor grave postvaccinale. *Sugarii din România primesc în primele 6 luni de viață 19 de vaccinuri în diferite combinații, iar până la*

⁴⁸ www.impfschaden.info

⁴⁹ PUBLIC HEALTH :”*Scientists applaud move away from use of mercury*”, by Roger Highfield, Science Editor, The Telegraph, UK, August 10, 2004 <http://health.groups.yahoo.com/group/-AuTeach/message/2414>)

⁵⁰ E. K. France, , R. Smith-Ray, D. McClure, S. Hambidge et al., “*Impact of maternal influenza vaccination during pregnancy on the incidence of acute respiratory illness visits among infants*”, *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006, 160 (12): 1277-1283.

⁵¹ Gh. Marin Voiculescu, *Boli infecțioase*, vol. II, Editura Medicală, București, 1990, 173.

vârsta de un an numărul vaccinurilor ajunge la 27⁵². În acest stadiu, sistemul lor imun nu este încă suficient de dezvoltat și foarte ușor lezabil. Tocmai în acest timp, scade numărul anticorpilor moșteniți de la mamă, iar copilul își formează propriul său sistem imun. Nu este de mirare că sugarul nu poate face față unor atacuri atât de agresive și numeroase precum vaccinurile, care nu conțin doar virusuri modificate, ci și substanțe chimice (antibiotice, aluminiu sau mercur etc.)⁵³. Scăderea sistemului imun îl predispune pe sugar și la numeroase infecții, precum otite, infecții digestive, urinare etc., pentru care nu este pregătit. Se va începe inevitabil o terapie precoce cu antibiotice, care nu face altceva decât să suprimă în continuare sistemul imun. Se naște un cerc vicios, din care sugarul va ieși în final cu un sistem imun dezechilibrat, predispus la boli cronice, alergice, autoimune, neurologice ș.a.

Prin combinarea vaccinurilor, fiecare vaccin în parte își poate modifica antigenitatea, devenind *fie mai agresiv, fie mai puțin activ*. Spre exemplu, s-a constatat că după tetravaccinul DTP-HIB (s-a adăugat doar un singur vaccin nou, respectiv HIB), reacții adverse, precum “țipătul encefalitic”, au fost de 10 ori mai frecvente decât în cazul trivaccinului DTP⁵⁴. “*«Țipătul encefalitic» ne arată o reacție encefalitică postvaccinală, care poate provoca o encefalită acută demielinizantă postvaccinală și în final sindromul ADHD, autism sau alte afecțiuni neurologice grave... De asemenea, hexavaccinul «Hexavac» a provocat efecte secundare mai numeroase (febră, somnolență etc.) decât pentavaccinul «Pentavac»*”⁵⁵. Hexavac a provocat numeroase decese și a fost retras de pe piață în Germania. Interesant este faptul că pentru prima dată s-a introdus și în România un hexavaccin în luna mai 2012, și constat că atât medicii, cât și părinții consideră un avantaj faptul că acum sugarul va fi înțepat o singură dată, la 4 și la 6 luni, fără să cunoască (probabil) reacțiile lui adverse, constatate în Occident. Sunt sugarii noștri mai rezistenți ca alții? Va fi studiat un eventual deces postvaccinal...?

Prin introducerea “pentavaccinului”, în SUA a izbucnit o “epidemie” cu diverse infecții, cu stări febrile, neexplicabile la acești copii tratați ambulator sau în spitale, necesitând tratamente cu antibiotice⁵⁶.

⁵² Programul Național de vaccinare din România, conform Ord. MS/ CNAS nr. 1591/1110/2010.

⁵³ Tinus Smits, *op. cit.*, p. 39.

⁵⁴ O. Mansoor, P. I. Pillans, “*Vaccine adverse events reported in New Zealand: 1990-1995*”, *N.Z. Med J* 1997, 110 (1048): 270-272.

⁵⁵ Aventis Pasteur MSD: Hexavac Produktmonographie 2000.

⁵⁶ L. A. Thompson, M. Irigoyen, L. A. Matiz, P. S. Larussa et al., “*The Impact of DTaP-IPV-HB Vaccine on Use of Health Services for Young Infants*”, *Pediatr Infect Dis J*. 2006, 25: 826-831.

Nu există la ora actuală niciun studiu oficial privitor la reacțiile adverse apărute după un interval mai mare de timp, după vaccinurile combinate. *Cele mai evidente ar fi studiile comparative făcute la copiii vaccinați și cei nevaccinați*⁵⁷.

Dezavantajele vaccinurilor combinate:

- Reacțiile secundare ale vaccinului monovalent (ACT-Hib) nu au fost studiate în mod sistematic iar acest lucru nu se va mai întâmpla nici de acum încolo deoarece vaccinul monovalent tinde să dispară din comerț; de aceea *“nici nu se va mai afla vreodată ce reacții secundare ar putea provoca componentele vaccinului Hib, care acum nu se mai găsește decât în combinațiile cu alte vaccinuri... Când vor apare reacții adverse după pentavaccin sau hexavaccin nu vom ști care dintre componente le-a provocat”*⁵⁸.

- În urma combinațiilor mai multor vaccinuri, *nu se formează suficienți anticorpi*. Acest lucru s-a observat chiar și la combinații mai mici, precum trivaccinul sau tetravaccinul⁵⁹. Institutul Paul-Ehrlich (IPE) din Germania a recunoscut că, la vaccinurile combinate, *“pe lângă heterogenitatea vaccinurilor, prin combinarea mai multor substanțe active, se pot produce schimburi și interacțiuni fizice și chimice între antigene. Aceste modificări, chiar dacă le putem măsura imediat, ele devin evidente uneori mult mai târziu... Modificările imunologice, chimice și fizice nu au fost încă suficient studiate. După legea combinării, se pot produce un număr însemnat de modificări în activitatea antigenică a fiecărui vaccin în parte... Aceste rezultate arată că va fi nevoie de metode noi de evaluare ale acestor modificări”*⁶⁰. Din nefericire, mai târziu, nu se mai fac astfel de măsurători. Academia Americană de Pediatrie (AAP: American Academy of Pediatrics) a recunoscut că *“acțiunea și posibilele efecte secundare ale antigenelor combinate, nu au fost încă studiate. Datorită unor posibile schimburi și interacțiuni fizice și chimice între vaccinuri (fiecare vaccin având alt virus, conservanți etc.), se impune studierea activității fiecărei componente antigenice în parte, atât singură, cât și în combinație cu altele”*⁶¹. La ora actuală constatăm exact contrariul: apariția

⁵⁷ M. Hirte, *op. cit.*, 71.

⁵⁸ *Ibidem*, 192.

⁵⁹ J. Buttery, A. Riddell, J. McVernon, T. Chantler et al., *“Immunogenicity and Safety of a Combination Pneumococcal–Meningococcal Vaccine in Infants: A Randomized Controlled Trial”*, JAMA 2005, 293:1751-1758.

⁶⁰ A. Zott, *“Für un Wieder von multikomponenten Impfstoffen”*. Bundesgesundheitsblatt, 1997, 12:498-501.

⁶¹ M. Jorge, , M. D. Quinonez, *“Pediatric Infectious Disease Issues: Smallpox, Combination Vaccines and Methicillin-resistant Staphylococcus aureus”*, American Academy of

de noi combinații, cu tot mai multe semne de întrebare. Dacă în Occident se administrează unui sugar concomitant și câte 7 vaccinuri, *în România se administrează copilului în vârstă de 12-15 luni, o combinație de 8 vaccinuri: DTPa-VPI-Hib** Simultan ROR (CALENDARUL DE VACCINARE 2010, ORDIN NR.1.318 DIN 19.10.2009)*⁶².

Sistemul imun nu este pe deplin cunoscut nici la ora actuală. Reacția la vaccin variază de la individ la individ.

Exemplele pot continua, dar un lucru ar trebui să ne dea de gândit: *“Sistemul imun nu este pe deplin cunoscut nici la ora actuală, cu atât mai puțin la sugari și adolescenți, când organismul se află într-un proces de dezvoltare continuă”*⁶³. O recunosc imunologii, oameni de știință, cercetători și medici pediatri. Este previzibil faptul că în perioada de sugar se deschid niște “porți unice” care duc la dezvoltarea și perfecționarea sistemului imun și care ulterior nu mai sunt accesibile. În același timp există și faze de maximă vulnerabilitate la agenți externi, când pot debuta o serie de boli cronice. *“Ar fi prea simplu să se pună aceste faze vulnerabile doar pe seama unei predispoziții genetice sau a unei boli moștenite, știind că până la ora actuală genele încă nu sunt bine studiate”*, afirmă Erika von Mutius⁶⁴. A fost o surpriză să se constate la “descifrarea” genomului uman că *“cele 35000 de gene pe care le moștenim fiecare în parte de la părinții noștri sunt identice în procent de 99,9% cu cele ale tuturor oamenilor de pe planetă. Se poate reduce întreaga noastră personalitate sau talentul, slăbiciunile etc. la acel procent infim de 0,1%? Să depindă individualitatea fiecăruia dintre noi de această mică diferență genetică? Desigur că nu, ar fi absurd”*⁶⁵. Cu atât mai puțin se cunoaște efectul vaccinurilor asupra sistemului imun și asupra genelor. *“Sistemul nostru imun ne poate apăra, dar ne poate și îmbolnăvi, atacând organele interne. Din nefericire, noi nu observăm ce se întâmplă cu sistemul nostru imun decât atunci când acesta nu mai reacționează sau o face în detrimentul nostru, prin refuzul unui rinichi transplantat sau respingerea unei tumori sau atunci când apare o boală autoimună ori o alergie gravă care vor transfor-*

Pediatrics (AAP) Annual Meeting November 2003, New Orleans, Louisiana, <http://www.medscape.com/viewarticle/466494>.

⁶² <http://www.emedic.ro/Legislatie/434.htm>

⁶³ E. Von Mutius, “Asthma and allergies in rural areas of Europe”, *Proc Am Thorac Soc* 2007; 4: 212-16.

⁶⁴ *Ibidem*.

⁶⁵ B. Ehgartner, *op. cit.*, 64-65.

*ma viața omului într-un adevărat chin*⁶⁶. Doar în ultimele două decenii s-a pus mai mult accent pe cercetarea mecanismului de funcționare a sistemului imun. Cu toate acestea, apar mereu alte teorii. Imunologii atrag mereu atenția asupra teoriei “igienice”, conform căreia igiena este necesară și uneori a salvat mai multe vieți decât alte intervenții medicale. Cu toate acestea, o igienă exagerată nu este deloc benefică la copii, al căror sistem imun se dezvoltă bine doar dacă va veni în contact cu microbi. Înlăturarea microbilor nu este deloc dificilă pentru sistemul imun al copiilor, care este foarte flexibil, și recunoaște în microorganisme niște “prieteni vechi”, ai căror receptori (puncte de legare) sunt înscrise în genele noastre de mii de ani. Acest contact cu microbi trebuie doar reînnoit la copii și atunci nici reacția sistemului imun nu va mai fi una agresivă, ci una blândă, obișnuindu-se cu microbul “vecin”. Dacă însă copilul va fi izolat cât mai mult de acești microbi, de contactul cu noroiul străzii, nefiind lăsat să-și murdărească mâinile etc., sistemul lui imun va reacționa foarte agresiv la contactul cu microbi și organismul lui va avea de suferit. Copiii cu un sistem imun sănătos se vor descurca foarte bine cu diferitele infecții și, de fiecare dată, va fi o nouă experiență prin care imunitatea lor are de câștigat. Această teorie a stârnit însă și unele controverse, deoarece specialiștii în Igienă și-au văzut răsturnate teoriile conform cărora doar microbi și infecțiile sunt cauza bolilor cronice. Cu toate acestea, trebuie urmărit doar un singur interes: ca omul să fie cât mai sănătos. Nici virusurile, nici bacteriile, nici ciupercile nu doresc “să-l mănânce pe om”, ci dimpotrivă, omul trăiește într-o mare de microbi, fără să se afle într-un război constant împotriva acestora. *“Nici nu trebuie ca omul să tindă să fie aproape steril, când de fapt el duce cu sine mereu peste 1 kg de bacterii, indiferent unde se află sau cât de mult este dezinfectată camera în care va sta. Trebuie să lăsăm sistemul imun să lucreze. În fiecare zi mor o serie de celule îmbătrânite în organismul nostru, iar altele, tinere și sănătoase, le iau locul. Același lucru se întâmplă și cu celulele canceroase. Se spune că zilnic în organism se formează și celule precanceroase care sunt stopate și apoi distruse... Intestinul este unul dintre cele mai importante organe ale sistemului nostru imun, fiind gazda unui număr de microbi de 10 ori mai mare decât numărul total de celule din organismul nostru. Rareori aceste bacterii devin patogene, se înmulțesc și atacă organele. De obicei, microbii trăiesc în simbioză cu noi... Bacteriile “noastre” nu lasă în mod normal ca alte bacterii străine (intruși) să atace mucoasele pentru a intra apoi în sânge, ci le anihilează destul de*

⁶⁶ *Ibidem*, 70.

ușor, fără ca sistemul nostru imun să fie activat”⁶⁷. Se naște întrebarea “de ce totuși, având un sistem imun atât de perfecționat, în ultimele decenii infecțiile ușoare ale copilăriei sunt înlocuite cu boli cronice, grave, nevindicabile?”. Răspunsul trebuie căutat la cele care distrug – încet, dar sigur – sistemul imun al copiilor: vaccinurile.

Fiecare individ reacționează altfel la vaccin, în funcție de anumiți factori: *predispoziție genetică, vârstă, boli asociate, deficite imunologice, tratamente, stress etc.*

- În funcție de **predispoziția genetică**: fiecare om posedă o moștenire genetică complexă, individuală. **Complexul HLA** (*Human Leucocyte Antigen*, descoperit inițial pe suprafața leucocitelor, pentru care prof. Jean Dausset a primit Premiul Nobel) este harta genetică a omului. Se mai numește **Complexul major de histocompatibilitate (MHC)**. Complexul HLA se află la om pe cromozomul 6 și, cu toate că reprezintă aproximativ doar a mia parte din genomul uman (după alți autori 1/3000)⁶⁸, are un număr foarte mare de antigene⁶⁹. El diferă de la om la om, fiind o adevărată carte biologică de identitate, și reprezintă baza pentru histocompatibilitate, dictând și modul în care va reacționa organismul în cazul unui transplant. *Pot exista miliarde de tipuri de HLA*, iar posibilitatea ca doi indivizi, care nu sunt rude, să posedă același tip HLA este practic nulă. Prin studierea ei, putem cunoaște, într-o anumită măsură, la care boli omul este predispus, precum și bolile împotriva cărora prezintă o imunitate naturală. *În felul acesta se pot afla, cel puțin orientativ, care dintre vaccinuri pot provoca boli, mai mult sau mai puțin grave (boli autoimune ș.a.)*. Dacă omul respectiv are un HLA cu un locus B35, el va fi predispus la artroze și artrite secundare, cu infecții repetate aparținând claselor A, G sau C. Diverse infecții virale (rujeolă, oreion, infecții cu virus Cocksackie etc.), care pot afecta pancreasul, pot provoca în timp, la un copil foarte sensibil, un diabet zaharat. S-a observat că în special vaccinurile joacă un rol important în provocarea unui diabet, căci prin ele se introduc în organism agenți infecțioși, modificați genetic. Nu mai este o noutate faptul că *diabetului zaharat la copii apare frecvent după vaccinurile hepatitic B și Hib*. Este motivul pentru care sunt total contraindicate vaccinurile împotriva acestor infecții la cei care au o predispoziție genetică la diabet zaharat, posedând un HLA –DR3 și/sau DR4, B8 și/sau B15. *O persoană care posedă*

⁶⁷ *Ibidem*, 92-95.

⁶⁸ V. Cristea et al., *op. cit.*, 383.

⁶⁹ S. Delarue, *op. cit.*, 42.

markerul HLA B7 în genomul ei poate dezvolta un astm bronșic, dar nici nu va reacționa deloc la vaccinul BCG. Nu trebuie insistat pe imunizarea oamenilor, care rămâne negativă după mai multe vaccinuri cu BCG, deoarece, din punct de vedere genetic, ei nu au capacitatea de a reacționa. În schimb, li se inoculează în mod repetat cantități mari de bacilli Koch. În *Le Quotidien du Médecin* din 1976, găsim un articol despre *Simpozionul Internațional cu tema "HLA și Bolile"*, unde s-ar fi luat în discuție problema inutilității vaccinului BCG la unii oameni, dar care a lăsat rece pe cei responsabili de producerea vaccinului. Nu s-a observat nicio intenție de a schimba ceva în acest sens⁷⁰. *O persoană cu HLA-CW3 este predispusă la boli autoimune în urma tuturor vaccinurilor care conțin virusuri, iar cine are un HLA-DR3 reacționează exagerat la orice fel de imunizare*⁷¹ (Dr. Corniks, "Médecine Predictive – un fantastique espoir").

- La Conferința din octombrie 1980, prof. Dausset afirma: "**Vaccinurile administrate acum copiilor o să ajungă cândva de domeniul trecutului**", deoarece este cu totul inutilă vaccinarea copiilor împotriva unor boli deloc periculoase. Cu toate acestea, nici după 20 de ani, nu se observă pe plan mondial o astfel de tendință⁷². Literatura de specialitate recunoaște existența unei asocieri între bolile autoimune și antigenele HLA. Tabelul de mai jos arată incidența bolilor autoimune la persoanele cu un anumit HLA, comparativ cu incidența la persoanele fără tipul respectiv de HLA, cu specificarea că valorile variază de la o populație la alta⁷³:

Boala autoimună	Alela HLA	Risc relativ
<i>Spondilita anchilozantă</i>	B 27	87, 4
<i>Uveita acută anterioară</i>	B 27	10, 04
<i>Sindromul Reiter</i>	B 27	37, 0
<i>Sindromul Goodpasture</i>	DR 2	15, 9
<i>Lupus eritematos sistemic</i>	DR 3	5, 8
<i>Diabet zaharat juvenil</i>	DR 3, DR 4	3, 2
<i>Scleroza multiplă</i>	DR 2	4, 8
<i>Tiroidita Hashimoto</i>	DR 3	3, 2
<i>Miastenia gravis</i>	DR 3	2, 5
<i>Poliartrita reumatoidă</i>	DR 4	4, 2
<i>Psoriazis vulgar</i>	DR 4	14, 4

⁷⁰ *Ibidem*, 46.

⁷¹ *Ibidem*, 43.

⁷² *Ibidem*, 43-44.

⁷³ V. Cristea et al., *op. cit.*, 320.

Luăm ca exemplu diabetul zaharat juvenil, tip I: observăm că el apare cu doar 3,2% mai frecvent la copiii cu o predispoziție genetică, adică cu alelele HLA, DR 3 și DR 4, față de copiii care nu le au. Predispoziția genetică este practic neglijabilă în cazul diabetului, iar la apariția lui contribuie și o serie de factori externi: infecții cu virusuri cu afinitate pentru pancreas, alimentația etc. Observăm însă că au crescut cu 80% cazurile de diabet zaharat la copiii care au primit vaccinurile hepatitic B și Hib. Vedem că jumătate din bolile autoimune menționate în tabel au aproximativ aceeași incidență. Concluzia nu poate fi decât una: cauza bolilor autoimune la copii trebuie căutată nu atât la predispoziția genetică (dar nici neglijată total), cât mai ales la imunizarea lor artificială, cu vaccinuri. Spondilita anchilozantă (SA) *“este foarte rară înainte de 15 ani, cât și după 50 de ani. Vârsta tânără este mai des afectată (între 15 și 30 de ani), cu un maximum între 2-30 de ani... Raportul bărbați/femei, de ordinul 10/1 din trecut, s-a redus mult, ajungând la 2,5/1 la ora actuală (Călin, 1992)...Etiologia bolii este necunoscută. Numeroase studii au relevat intervenția Klebsiellei, a Plasmodiilor, precum și a altor materiale genetice extracromozomiale, care provin din bacilii enterici, gramnegativi. Acești factori de mediu, mai mult sau mai puțin cunoscuți, interferează cu factorul genetic în patogenia SA...Intervenția factorului ereditar a fost demonstrată de studiile care arată că 10-20% din indivizii HLA B27 pozitivi dezvoltă SA, în prezența anumitor factori de mediu...Nu este cunoscută relația între antigenul HLA B27 și SA”*⁷⁴. Deși predispoziția genetică în asemenea cazuri este mai evidentă, nu putem exclude nici în aceste situații un posibil rol al vaccinurilor, știind că vaccinurile au “bătaie lungă”, putând provoca boli autoimune și la vârsta de adult, cu atât mai mult cu cât factorii externi care intervin în apariția bolii sunt microbi, bacterii, materiale genetice ale unor bacterii etc. Bolile subliniate în tabel apar cu o frecvență mare după vaccinuri, conform studiilor mai multor autori (vezi cap. 3).

Trebuie știut faptul că există două tipuri de gene, la om și la animale, care intervin în reglarea reacției imune: genele Ir (responsabile de reacția imună) și genele Is (responsabile de supresia imună). Deși se știe de existența lor, ele nu au putut fi localizate încă la om, ci doar la șoareci, pe cromozomul 17. În prezența unui antigen (virus, bacil, bacterie sau toxină din vaccin), reacția imună normală la om, descrisă anterior, în urma activării limfocitelor B, va duce la formarea de anticorpi IgM (Imunglobuline M), de fază acută, și reprezintă răspunsul imun umoral primar. Sub influența genelor Ir, va avea loc o

⁷⁴ L. Gherasim, *Medicină Internă. Bolile aparatului respirator și locomotor*, vol. 1, Editura Medicală, București, 1998, 501.

nouă reacție imună, constând în răspunsul imun umoral secundar, cu formare de anticorpi IgG (Imunglobuline G)⁷⁵. Vaccinurile ar trebui să inducă formarea unor astfel de anticorpi IgG (conform principiului vaccinării). Aceste Imunglobuline G constituie anticorpii protectori care neutralizează toxinele bacteriene, facilitează fagocitoza etc. și reprezintă majoritatea imunglobulinelor din ser (70-75% din total), fiind singurele imunglobuline care trec prin bariera placentară, cu exercitarea protecției antiinfecțioase la făt, și apoi la nou-născut⁷⁶. IgG sunt cele care vor preveni o reinfecție cu rujeolă, rubeolă etc. Tot ele ar trebui să prevină infecțiile pentru care sunt vaccinați copiii. Dar sub influența genelor Is (imunosupresoare), prezente doar la unele persoane și codate de către limfocitele T supresoare (Ts), reacția imună nu trece de primul răspuns imun. În felul acesta nu are loc răspunsul imun secundar, deci nici formarea de IgG. *Rezultatul este un sentiment de o falsă siguranță după vaccinare. Ca urmare, oamenii care posedă aceste gene Is, vor fi vaccinați, dar nu și imunizați.* Așa se explică de ce un procent de 7-10% dintre oamenii vaccinați nu reacționează spre exemplu la vaccinul antidifteric, sau 5-6 din 100.000 de oameni vaccinați antipolio nu reacționează prin formare de anticorpi. Observăm această lipsă de reacție în special la cei cu markerul HLA B7. La acești indivizi este nevoie de prevenție și tratament, dar nu de vaccinuri. Producătorii de vaccinuri găsesc mereu un răspuns la astfel de probleme și nu fac excepții pentru nimeni⁷⁷. Predispoziția genetică este doar unul dintre multiplele motive pentru care nu ar trebui efectuate vaccinările la sugari și copiii mici, vaccinurile asemănându-se cu un “glonte tras în întuneric” (Harris Coulter), fără să știm unde țintim, dacă el și-a atins ținta și mai ales urmările pe care le va avea în timp, “rana” provocată.

- **La nou-născut**, ar trebui dozate în mod obligatoriu Imunglobulinele E (IgE): *“Acești anticorpi, se găsesc în ser, dar, datorită nivelelor serice foarte mici (0,03-0,05mg% sau 60 UI.ml), nu pot fi puse în evidență decât prin metode speciale (imunoenzimatice)... Nivelul lor crește foarte mult în bolile alergice: astm alergic, rinită alergică, eczemă atopică etc. Le găsim crescute și în parazitoze”*⁷⁸. Nivelul crescut al IgE este o contraindicație absolută pentru orice vaccin. Ele arată și o predispoziție la boli autoimune. Deseori, aceste imunglobuline sunt dozate la sugar doar la 4-5 luni, cu ocazia debutului eczemei atopice sau a alergiei la lapte, când nivelul IgE depășește 200UI/ml,

⁷⁵ S. Delarue, *op. cit.*, 47.

⁷⁶ V.Cristea et al., *op. cit.*, 129.

⁷⁷ S. Delarue, *op. cit.*, 47-48.

⁷⁸ V. Cristea, *op. cit.*, 136.

fiind nevoie de un tratament susținut (corticoterapie) și deseori cu repercusiuni grave asupra sistemului imun. Doar când copiii noștri vor suferi ulterior de un diabet zaharat, de un ARJ (artrită reumatoidă juvenilă), de un astm bronșic, de sindromul ADHD, de autism sau o altă boală autoimună, nevindecabilă, ni se va spune, când este prea târziu: boala aceasta are o predispoziție genetică care nu poate fi prevenită, iar “de vină” este din nou părintele, cu “bagajul său genetic”. Nou-născutul, așa cum am arătat la început de capitol, are anticorpi de la mamă și aceștia pot bloca formarea altor anticorpi după vaccinare. În SUA, s-a observat că vaccinul antirujeolic nu a dus la formarea de anticorpi la sugari, fiindcă anticorpii primiți de la mamă au oprit formarea acestora. Omul, în general, își formează foarte greu anticorpi după vaccinare.

- În funcție de **unele deficite imune**: La unii dintre copii pot exista deficite imune, cum ar fi disglobulinemiile: deficitul de IgG (Imunglobuline G: anticorpi) sau deficit de IgA (Imunglobuline A: anticorpi) sau ambele. Acești copii nu vor forma anticorpi, nici după boală și nici după vaccinare⁷⁹. Asemenea boli erau rare în trecut, dar în ultimii ani a crescut mult incidența lor. Nu este o noutate faptul că vaccinurile pot induce sau agrava un deficit imun.

- În funcție de **bolile din trecut (antecedente)**: Copiii care au suferit de infecții urinare la vârste mici nu vor reacționa la vaccinul antitetanos sau foarte puțin (Conferința internațională despre tetanos)⁸⁰.

- În funcție de diverse **tratamente**: Medicamente (corticoizi și alte medicamente care scad imunitatea), iradiații, boli parazitologice etc. pot duce la scăderea imunității și implicit a formării de anticorpi.

- În funcție de **alimentație**: *“Subnutriția duce la lipsa de vitamine și proteine (necesare pentru sinteza unor enzime importante pentru organism). Lipsa lor va duce la o reacție imunologică modificată. Este și cazul sugarilor care nu sunt alimentați la sân, ci sunt alimentați artificial, cu lapte praf. Ei vor avea o imunitate scăzută și vor reacționa altfel la vaccin decât cei alimentați natural”*⁸¹. Campaniile de vaccinare făcute la copiii din țările lumii a treia constituie un adevărat pericol pentru aceștia.

- În funcție de **stress**: O emoție mare sau o traumă puternică (un deces în familie etc.) pot influența sistemul imun (este vorba de copii mai mari sau de adulți). S-a observat apariția bolilor autoimune sau a bolilor maligne în astfel de cazuri, din cauza dereglării sistemului imun. Un vaccin administrat într-o astfel de perioadă nu poate decât să contribuie la apariția sau la agravarea lor⁸².

⁷⁹ S. Delarue, *op. cit.*, 30 (Dr. Kalmar, “Le carnet immunologique”).

⁸⁰ *Ibidem*.

⁸¹ *Ibidem*, 31.

⁸² *Ibidem*.

- În funcție de **starea de sănătate fizică** a persoanei vaccinate: Existența unei boli concomitente (infecție, viroză respiratorie etc.) scade producția de anticorpi și poate agrava boala existentă, prin apariția de complicații: meningite, encefalite etc. De exemplu, dacă un sugar are o bronșită și este vaccinat împotriva rujelei, boala lui se poate complica cu o meningită sau encefalită. Prin scăderea imunității, vaccinul poate provoca la copil boala pentru care este vaccinat⁸³. Am cunoscut în practica medicală astfel de cazuri, iar diagnosticul pus în asemenea cazuri este cel al complicației infecției respective (menigoencefalită, epilepsie, Sindrom West etc.) și nu cel de “complicație postvaccinală”.

- În funcție de **vârstă**: La vârstnici, sistemul imun este mai rigid ca la copii și nu se mai formează suficienți anticorpi. Un studiu realizat cu 336 de persoane trecute de 60 de ani, și care au primit 3 doze de vaccin tetanic, a evidențiat că la 118 de persoane nu a crescut suficient titrul de anticorpi (A 8-a Conferință Internațională de tetanos, 1987). Cu cât omul este mai în vârstă, cu atât sistemul lui imun reacționează mai slab la un vaccin⁸⁴.

Prezența anticorpilor înseamnă și prezența unei imunități eficiente?

Anticorpii sunt proteine din clasa globulinelor aflate în sânge. De aceea se mai numesc imunoglobuline (Ig), fiind clasificate în 3 tipuri: IgA, IgG și IgM. Producția de anticorpi depinde de antigenul (virus, bacterie etc.) cu care organismul vine în contact și poate reacționa sau nu. *Anticorpii reprezintă doar o parte din întregul complex de apărare al organismului.* Din nefericire, pentru cei care impun și fac imunizările, producția de anticorpi este cea mai importantă, reprezentând singurul lor argument pentru a demonstra eficiența unui vaccin. **Cu toate acestea, nu rare sunt cazurile când, în urma vaccinului, deși oamenii posedă un titru suficient de mare de anticorpi (sau chiar foarte mare), care să-i protejeze de boală, ei totuși o fac.** La un Congres din Niamey, din 31 ianuarie 1987, la care au fost prezentate programele de vaccinare și rezultatele lor din “lumea a treia”, Dr. Jacques Drucker, Director al Institutului de Cercetare APMP, a făcut o constatare amară: *“Încă nu am cunoscut niciodată un asemenea eșec al protecției serologice (prin intermediul anticorpilor), despre care s-a afirmat mereu că este sigură și corespunde realității”*⁸⁵. Redau două dintre exemplele care vin să întărească afirmațiile de mai sus:

⁸³ *Ibidem.*

⁸⁴ *Ibidem*, 32.

⁸⁵ *Ibidem*, 34.

a) **Tetanos.** S-au făcut mai multe studii pentru a urmări reacția sistemului imun la vaccinul tetanic, prin măsurarea anticorpilor formați și prezenți în sânge. *S-a constatat că au existat decese după tetanos inclusiv la cei care au avut o cantitate suficientă de anticorpi*⁸⁶. Un titru mare de anticorpi se observă și la cei vaccinați cu alte vaccinuri, și care totuși fac boala. Protecția împotriva tetanosului este o problemă complexă, în care intervine atât imunitatea umorală, cât și a cea celulară. *“Se cunosc suficiente date despre reacția sistemului imun față de antigene dar, despre mecanismele sistemului imun care sunt implicate direct în lupta împotriva unui virus cauzator al infecției, precum și reacția de apărare, rapidă și complexă în același timp, împotriva respectivei infecții, nu se cunoaște aproape nimic...”*⁸⁷. La Congres s-a pus accent și pe reacțiile imune, aparent paradoxale în cazul tetanosului, după cum putem citi: *“Studiile au arătat că au murit de tetanos oameni care aveau un titru crescut de anticorpi în sânge (deci o protecție suficientă), iar, pe de altă parte, persoane care nu au fost imunizate față de tetanos, dar aveau bacilul în sânge, nu au făcut și boala”*⁸⁸. Exemplele pot continua, fiind frecvente și în situația altor imunizări, dar, din nefericire, nu reprezintă interes pentru cei care promovează vaccinurile.

b) **Rujeola.** După o epidemie de rujeolă din Sett City, Kansas (SUA), s-au examinat 47 de copii care au făcut boala. Un procent de 89% dintre ei, aveau anticorpi pentru rujeolă, însă s-a constatat că aproape 1/3 dintre ei (15 cazuri) fuseseră vaccinați înainte. Despre acest rezultat uimitor, Merklen și Berthaux scriau: *“S-a observat că în organismul celor vaccinați era prezent un număr mare de virusuri, cauzatori ai rujeolei, cu toate că în sânge exista o cantitate mare de anticorpi, fără ca să se instaleze imunitatea (apărarea față de infecție). De ce? Se știe că, în timpul unei infecții naturale, provocate de virusul natural, este suficient un număr mic de anticorpi pentru realizarea unei imunități eficiente împotriva bolii, pe când prin vaccinare, se poate produce un titru mare de anticorpi, fără ca să se instaleze însă și imunizarea (apărarea față de boală)”*⁸⁹. Cu alte cuvinte, anticorpii pe care organismul îi sintetizează după vaccinuri pot fi ineficienți. Nu putem spune decât că este un alt eșec al principiului vaccinării.

⁸⁶ S. Delarue, *op. cit.*, 30 (Die 8-Internationale Tetanuskonferenz 1987).

⁸⁷ S. Delarue, *op. cit.*, 34.

⁸⁸ *Ibidem.*

⁸⁹ *Ibidem*, 35 (*Heures de France*, 1967).

Lipsa anticorpilor este identică cu lipsa imunității?

În cazul infecțiilor virale, anticorpilor naturali care ne protejează își fac apariția doar în momentul în care începe deja vindecarea. *Producția de anticorpi este ultima armă folosită de organism în lupta cu bolile* (Dr. Wendel O. Belfield).

Exemple⁹⁰:

a) M. Fasquelle scrie în revista *La médecine moléculaire*, referitor la poliomielită: *“Este de remarcat faptul că, în cazul poliomielitei (forma paralizantă), începe vindecarea înainte ca să apară anticorpilor (neutralizanți, anti-N). În timpul bolii, se formează pentru început anticorpilor de tip anti-H (împotriva antigenului viral neinfecțios). Acești anticorpi apar în ziua a 6-a. După 8-15 zile, apar și anticorpi neutralizanți, anti-N (împotriva antigenelor virale cu caracter infecțios), dar într-un număr destul de mic. La sfârșitul convalescenței mai rămân doar anticorpilor neutralizanți, anti-N.”*

b) Merklen și Berthaux au constatat că *“în timpul unei infecții, până când încă nu s-au sintetizat anticorpi, poate apărea o rezistență împotriva unei revaccinări. În alte cazuri, putem observa o imunitate foarte bună față de infecție, cu toate că nu s-a putut detecta nicio urmă de anticorpi, folosind chiar și cele mai sensibile tehnici”*. Este o altă “lacună” a principiului vaccinării.

Ce rol joacă cu adevărat anticorpilor?

Dr. Kalmar relatează: *“Momentul în care în mod normal apar anticorpilor, ne demonstrează faptul că aceștia joacă doar un rol secundar în apărarea imună față de infecții. Se pare că anticorpilor au funcția de a curăța organismul de antigenele care circulă în sânge. Funcțiile și rolul anticorpilor trebuie studiat mai în profunzime, dar sigur este faptul că rolul lor nu este atât de important și exclusivist, așa cum doresc să ne convingă de acest lucru fanaticii producători de vaccinuri, pentru a-și comercializa un produs identic cu o fantezie, cel puțin în cazul infecțiilor virale”*⁹¹.

Unii dintre imunologi, precum Fasquelle, merg chiar mai departe și afirmă că anticorpilor nu fac altceva decât să scoată în evidență existența unui atac infecțios asupra organismului: *“Dacă anticorpilor sunt cu adevărat responsabili de toate reacțiile imune ce au loc în prezența unui antigen, fie el natural sau artificial (din vaccin), înseamnă că acești anticorpi joacă un rol încă de-*

⁹⁰ *Ibidem*, 36.

⁹¹ *Ibidem*.

*loc cunoscut de către noi. Se pare că, de multe ori, prezența anticorpilor este doar dovada că există o infecție în organism sau că ea a existat recent*⁹².

Poate provoca vaccinul boala pe care ar trebui s-o prevină?

Exemplu: prin vaccinul tetanic și difteric, vom introduce în organism toxinele acestora, care sunt “atenuate” atât cât să nu producă boala, dar să provoace o reacție imună eficientă. *Sub această limită a “patogenității”, vaccinul nu ar avea niciun sens (patogenitate însemnând capacitatea de a produce o formă de boală, în acest caz o formă ușoară). Știm însă că nici toxinele, nici virusurile din vaccinuri nu ating acest “prag al patogenității”, motiv pentru care este nevoie de adjuvanți. În cazul vaccinurilor care conțin virusuri (rujeolic, rubeolic, varicelă, hepatic, gripal, poliomielitice etc.), agentul patogen este fie un virus viu și atenuat, fie un virus “omorât”, care, la fel ca și toxinele, nu vor putea provoca o reacție imună decât cu ajutorul adjuvanților. Riscul ca un virus viu și atenuat să devină din nou agresiv și puternic patogen este întotdeauna posibil. Pentru a “rezolva” acest inconvenient, s-a încercat folosirea unor “fragmente” de virusuri, la care se adaugă stimulenți imuni, cu rolul de a crește efectul lor patogen. Adjuvanții nu sunt deloc lipsiți de pericol. Se complică mult lucrurile când ne gândim că, “deși in vitro (în laborator) este posibil să distrugem aceste virusuri sau celulele infectate, rămâne un lucru foarte dificil de realizat, dacă nu chiar imposibil, să se întâmple același lucru și in vivo (în organismul viu)”⁹³ (Grundlagen und Anwendungen der Immunologie – trad.: Bazele Immunologiei aplicate).*

Se poate întâmpla ca omul să facă boala împotriva căreia a fost vaccinat, dacă în acel vaccin se află un virus viu atenuat, spre exemplu: poliomielita postvaccinală cu vaccin oral Sabin, rujeola, rubeola, oreioul etc., mai ales la persoanele cu deficiențe imune. Aceste cazuri sunt mai rare. *Cele mai frecvente cazuri de boală postvaccinală sunt cele atipice, cum ar fi: Polioliike (“asemănătoare” cu poliomielita), Pertussislike (“asemănătoare” cu tusea convulsivă) etc. Deși aceste afecțiuni sunt mai frecvente, ele deseori nu sunt diagnosticate sau sunt confundate cu o altă boală. “Cel mai frecvent observăm asemenea afecțiuni în urma vaccinului ROR, când pacienții fac forme atipice de rujeolă”⁹⁴. Un*

⁹² *Ibidem*, 37.

⁹³ *Ibidem*, 38.

⁹⁴ J. D. Cherry, R D. Feigin, L. A. Lobes Jr, P. G. Shackelford, “Atypical measles in children previously immunized with attenuated measles virus vaccines”, *Pediatrics*, 1972, Nov; 50(5):712-7 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5084185>); Fulginiti VA, Eller J, Downie AW, Kempe CH: “Altered reactivity to measles virus”, *Jama*, 18 Dec. 1967; 202 (12):1075-80. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6072745>)

medic cu mai puțină experiență nu va recunoaște formele atipice de boală. Trebuie știut faptul că, în cazul infecțiilor virale, naturale, boala poate fi una *acută, recidivantă sau latentă* (virusuri latente, care “dorm”, pot redeveni active și pot provoca boala în anumite condiții), sau poate fi una *subclinică* (boala acută sau cronică, fără simptome). Ca urmare, “*și virusurile din vaccinuri pot provoca diferite forme de boală (acute, recidivante sau latente). Virusurile latente pot fi și ele reactivate în urma unui vaccin*”⁹⁵.

Omul vaccinat, deși nu face boala, poate fi uneori contagios pentru ceilalți oameni. Un om vaccinat cu un virus viu poate fi contagios pentru oamenii cu care vine în contact. Spre exemplu, un copil vaccinat antipolio cu vaccinul oral Sabin poate fi contagios pentru mama lui, care este mereu în contact cu el⁹⁶. Din fericire, aceste cazuri (*poliomielita de contact, cu virusul vaccinal*) sunt foarte rare.

Orice vaccin îl face pe om susceptibil pentru alte boli. Fenomenul de hipersensibilitate este tratat în cap. 3.

Modul în care afectează adjuvanții din vaccinuri integritatea sistemului imun al sugarului și copilului este descris în cap. 3.

Febra și rolul ei benefic în infecții. Am abordat această temă aici, fiindcă modul cum tratăm febra în toate afecțiunile virale, fie ele boli eruptive sau nu, este foarte important. *Febra este o reacție de apărare a organismului, iar rolul ei în infecții este incontestabil:*

- *Febra crește circulația sanguină în ganglionii limfatici, ajutând celulele imune din sânge să ajungă mai repede în acest loc (se dublează timpul de circulație)*⁹⁷.

- *Ganglionii limfatici sunt, după cum am văzut, adevărate centre de comunicare unde se inițiază răspunsul imun într-o infecție. Un grup de experți imunologi, condus de Dr. Sharon Evans de la Institutul Oncologic Roswell Park din Buffalo, New York, accentuează rolul important al ganglionilor limfatici în inițierea răspunsului imun*⁹⁸. Acest medic a publicat de curând rezultatele efectuate pe animale, care redau în mod explicit efectele bene-

⁹⁵ S. Delarue, , *op. cit.*, 39.

⁹⁶ *Ibidem.*

⁹⁷ *Ibidem.*

⁹⁸ B. Ehgartner, *op. cit.*, 79.

fițe ale febrei în lupta împotriva bolii⁹⁹. Experiența pe șoareci – care au o temperatură asemănătoare cu cea a omului – arată că *febra a dus la dublarea numărului de celule imune, ce au pătruns apoi în ganglionii limfatici*. Fagocitele din ganglioni (care “mănâncă” microbii), așa cum am văzut, reușesc să distrugă o mare parte din antigenele străine, iar apoi prezintă fragmentele rămase drept “studiu” celui de-al doilea val de celule imune: limfocitelor B și T din ganglioni, care vor duce până la capăt acțiunea de distrugere a intrusului. Limfocitele T, ai căror receptori posedă proprietatea de a recunoaște, fixa și anihila antigenele străine, încep să se înmulțească rapid, în timp ce limfocitele B încep producerea de anticorpi. Este și motivul pentru care tumefierea ganglionilor precede febra. “*Scăderea febrei cu ajutorul medicamentelor este un lucru greșit, deoarece reducem apărarea imună. Doar când febra este foarte mare trebuie intervenit*”¹⁰⁰, avertizează Dr. Evans.

a) Febra la sugar și copil

- În trecut febra însemna boală; începând cu anul 1868, medicul Carl Wunderlich din Leipzig emite pentru prima dată ipoteza conform căreia “*febra constituie doar un simptom, nu și boala însăși*”¹⁰¹.

- fobia febrei este specifică părinților și deseori aceștia intră în panică văzând efectele ei la copilașii lor: facies roșu, transpirații abundente, somnolență. Febra este deseori motivul principal pentru care ei se prezintă de urgență cu copilul la spital¹⁰². Dr. Iwan Blumenthal, realizând un chestionar despre “*ce cred părinții despre febră*”¹⁰³, la 400 de părinți ai căror copii au fost aduși la spitalul unde lucrează, a aflat că “*1/3 dintre părinți nici măcar nu cunosc care sunt limitele normale ale temperaturii, o altă 1/3 dintre părinți administrează antitermice copiilor imediat ce mercurul termometrelor crește peste 37 grade Celsius. Cei mai mulți părinți își trezesc copilul noaptea ca să-i administreze medicamente antitermice. Peste 80% dintre părinți erau de*

⁹⁹ C. C. Butler et al., “*Understanding the culture of prescribing: qualitative study of general practitioners and patients*”; Chen Qing, Daniel T. Fisher, Kristen A. Clancy, Jean-Marc M Gauguier, Wan-Chao Wang, Emily Unger, Stefan Rose-John, Ulrich H von Andrian, Heinz Baumann, S. Sharon, Q. Evans et al., “*Fever-range thermal stress promotes lymphocyte trafficking across high endothelial venules via an interleukin 6 transsignaling mechanism*”, *Nature Immunology* 7, 1299 – 1308 (2006)

<http://www.nature.com/ni/journal/v7/n12/full/ni1406.html>

¹⁰⁰ *Ibidem*.

¹⁰¹ B. Ehgartner, *op. cit.*, 80.

¹⁰² *Ibidem*, 81

¹⁰³ Ivan Blumenthal, “*What Parents think of fever*”, *Family Practise* 1998; 15:513-18.

păreră că, dacă nu este tratată febra, copiii lor vor suferi de convulsii febrile sau chiar de leziuni cerebrale. Un procent de 7% credeau că va crește febra în continuare sau chiar va muri copilul dacă nu sunt administrate întotdeauna antitermice... **Adevărul este tocmai contrariul!** Cu toate că nu există studii făcute pe om, ci doar pe animale (veverițe, iepuri, șobolani și reptile), s-a putut demonstra faptul că **riscul unui deces într-o infecție nu este dat de o febră ridicată, crescândă, ci de tratamentele cu antitermice precum Aspirină, Ibuprofen, Paracetamol & Co, cu care s-a scăzut rapid febra**¹⁰⁴. Experiența medicală din cabinetele medicale vine să dovedească acest lucru. Un medic care pune accent pe rolul febrei în vindecarea infecțiilor este și Burke A. Cunha, șeful secției de Boli Infecțioase a Spitalului Universitar Winthrop din New York. El este împotriva folosirii medicației antitermice, excepție făcând doar situații excepționale, dar foarte rare. El afirmă că *“febra este un mijloc eficient de apărare a organismului. Dacă scad febra, nu doar îl lipsesc pe bolnav de propriul său ajutor, dar mă lipsesc și eu ca medic de informații importante necesare punerii unui diagnostic*¹⁰⁵. Curba termică ne descoperă deseori date foarte importante despre boală, despre evoluția și tratamentul ei. *“Este cunoscut faptul că erupția (ex.: pustulelele din varicelă) din cadrul bolilor contagioase se vindecă mult mai greu dacă administrăm antitermice*¹⁰⁶.

*Răspândirea acestei idei se face din păcate foarte încet în întreaga lume, inclusiv în România. Cu toate că părinții nu mai administrează cu atâta ușurință tablete sau supozitoare cu Paracetamol, Ibuprofen sau Aspirină copiilor lor, la majoritatea dintre ei se instalează teama când febra depășește 38 grade Celsius, crezând că efectele ei secundare vor fi mai mari decât cele ale medicamentelor antitermice. “Excepție o fac acei părinți care au câștigat experiență, văzând că, deși nu au administrat copiilor lor antitermice, când febra a depășit 38 grade Celsius, nu s-a întâmplat nimic. Ei sunt acei părinți care rămân calmi când le răcesc copiii, **tratându-i corect, cu împachetări și comprese pe frunte și la picioare când le crește febra***¹⁰⁷. Frecățiile cu spirt sanitar pe trunchi și membre sunt, de asemenea, indicate.

- Grupul de cercetători imunologi australieni amintiți, au remarcat faptul că *medicii și asistentele greșesc la fel de mult ca și părinții, când este vorba*

¹⁰⁴ F: Shann, “Antipyretics in severe sepsis”, *Lancet* 1995; 345:338.

¹⁰⁵ Burke A. Cunha, “Should fever be treated in sepsis?”, *The Sepsis Text*, Springer 2002.

¹⁰⁶ B. Ehgartner, *op. cit.*, 82.

¹⁰⁷ *Ibidem*, 83.

de copiii din familiile lor, administrând acestora antitermice, când termometrul indică 37 grade Celsius. Câtă vreme ei vor face aceeași greșeală și nu vor fi un exemplu pentru alți părinți, nu se va schimba ceva în mod radical. Cadrele medicale trebuie să știe că febra din banalele infecții virale nu trebuie tratată, fiindcă ea trece repede și ușor. Dacă ar explica acest lucru și părinților, aceștia nu ar mai ajunge noaptea panicați la spital cu copiii lor.

- *Febra, în sine, nu este un pericol.* “Un sugar sau un copil mic, suportă cel mai bine temperaturile mari, chiar și peste 40 grade Celsius... Se știe că deseori, la o febră de 40, copilașii se joacă și nu arată ca fiind foarte bolnavi”¹⁰⁸.

- *Convulsiile febrile* sunt simptomele de care se tem cel mai mult părinții. Un procent de 5% dintre copii fac astfel de convulsii, iar pentru părinți sunt destul de neplăcute. “Este principalul motiv pentru care se administrează la ora actuală antitermice. Cu toate acestea, *teama de a nu face ulterior epilepsie nu are nicio bază științifică, fiindcă până la ora actuală nu s-a putut demonstra o astfel de legătură.* Este și motivul pentru care, după simple convulsii febrile, nu se recomandă o altă medicație”¹⁰⁹. Convulsiile febrile se instalează de obicei când febra crește brusc, iar centrii termici din hipotalamus suferă de un “scurtcircuit”. De aceea se recomandă părinților să monitorizeze febra și să încerce o echilibrare a ei în felul următor: când simt că la copil îi arde fruntea, să-i pună comprese reci, iar dacă are picioare reci, să i le încălzească cu sticle cu apă caldă.

b) Febra la omul adult

La adult, febra are alte caracteristici. Gripa și virozele sunt cele mai tipice boli febrile la adulți. Când e vorba de boli eruptive, precum rujeolă sau varicelă, omul adult le suportă incomparabil mai greu decât un sugar sau copil. Adultul descrie deseori o stare gravă, insuportabilă, uneori chiar cu teama de a muri. “*Dacă în copilărie bolile eruptive (contagioase) nu amenință viața, la adult ele devin cu adevărat un pericol*”¹¹⁰. Asta nu înseamnă că adultul nu ar trebui să facă deloc febră. *Posibilitatea unei creșteri febrile ne arată existența unui sistem imun sănătos, flexibil, și este bine ca el să fie păstrat astfel până la o vârstă cât mai mare.* Stress-ul poate contribui și el la apariția febrei, ceea ce ne arată cât de complex este acest proces. Mult timp știința

¹⁰⁸ *Ibidem.*

¹⁰⁹ T. Jones, Sj. Jacobsen, “*Childhood Febrile Seizures. Overview and Implications*”, *Int J Med Sci* 2007; 4:110-114.

¹¹⁰ B. Ehgartner, *op. cit.*, 85.

a considerat că febra este o reacție pasivă, provocată de bacterii. E adevărat că și bacteriile contribuie la creșterea temperaturii, dar important este faptul dacă sistemul nostru imun ia în serios aceste bacterii și dacă le consideră un pericol pentru organism sau nu. Doar atunci apare febra când sistemul imun reacționează la bacteriile care vin din exterior și le consideră un pericol. *“În acest caz intră în acțiune sistemul imun care atenționează sistemul nervos și cere insistent creșterea temperaturii”*, ne spune Hans Reul din München, neurolog și om de știință de la Facultatea Bristol¹¹¹. Răspunsul dat de sistemul nervos se face, fie prin intermediul sângelui (mediator chimic), fie pe o cale directă, prin intermediul celulelor imune și al celulelor nervoase. Neuronii și limfocitele (celule imune) sunt vecini neutri până apare un caz “urgent”. Din acest moment, aceștia intră în acțiune, trimițând informații la centrul termic din hipotalamus. Dr. Reul a putut demonstra, cu experimentele sale, cât de sensibile sunt legăturile dintre sistemul nervos și sistemul imun: *“Dacă animalele experimentale sunt supuse unui stress puternic, în mod repetat, ele nu mai sunt în stare să reacționeze cu febră mare la o infecție, așa cum o fac celelate animale care nu sunt supuse stress-ului. Stress-ul cronic duce în timp la o reacție inadecvată a centrului de termoreglare din hipotalamus și la o scădere a imunității organismului”*¹¹².

REPERE BIBLIOGRAFICE

Introducere și capitolul 1

- 1.) Safe” vaccines kill 2,699 children in a year – and 101 develop autism, US government admits (<http://tinyurl.com/3qbo75q>)
- 2.) <http://www.dailymail.co.uk/news/article-2160054/MMR-A-mothers-victory-The-vast-majority-doctors-say-link-triple-jab-autism-Italian-court-case-reignite-controversial-debate.html>
- 3.) www.huffingtonpost.com
- 4.) <http://www.kindergesundheit-info.de/fuer-eltern/impfungen/impfungen4/das-impfsystem-in-deutschland/>
- 5.) Dr. Friedrich P. Graf, *Die Impfscheidung. Ansichten, Überlegungen und Informationen – vor jeglicher Ausführung*, sprangsrade verlag, 1. Auflage 7 –2007, Germany.
- 6.) Bert Ehgartner, *Lob der Krankheit. Warum es gesund ist ab und zu krank zu sein*, Bastei Lübbe Taschenbuch Verlag, 1. Auflage, Februar 2010, Germany.
- 7.) Chana Palmer, Elisabeth M. Bik, Daniel B. DiGiulio, David A. Relman, Patrick O. Brown (June 26, 2007): *”Development of the Human Infant Intestinal Microbiota”*. (<http://www.plosbiology.org/article/info:doi/10.1371/journal.pbio.0050177>)
- 8.) John Penders, Carel Thijs, Cornelis Vink, Foekje F. Stelma, Bianca Snijders, Ischa Kummeling, Piet A. van den Brandt, Ellen E. Stobberingh: *”Factors Influencing the*

¹¹¹ *Ibidem*.

¹¹² *Ibidem*, 87.

- Composition of the Intestinal Microbiota in Early Infancy”, *Pediatrics 2006 Journal*. (<http://pediatrics.aappublications.org/content/118/2/511.abstract>)
- 9.) <http://www.evz.ro/detalii/stiri/nasterea-la-domiciliu-revine-la-moda-455386.html>
 - 10.) Victor Cristea, Mircea Mițariu, Monica Crișan, *Imunologie Generală și Oro-facială*, Editura Medicală Universitară “Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca-2011 (ed. a II-a).
 - 11.) Graham A. Rook “*Educating the Immune System*”, Science & Medicine 1999; Volume 6 Number 4: Page 54 (August 1999). (<http://www.sciandmed.com/sm/journalviewer.aspx?issue=1043&article=588>).
 - 12.) Maria Irina Brumboiu, Ioan Stelian Boșșan, *Vaccinuri și vaccinări în practica medicală*, Editura Medicală Universitară “Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca, 2005.
 - 13.) Martin Hirte, *IMPFEN Pro&Contra. Das Handbuch für die individuelle Impfscheidung*, MensSana Verlag, 2008, Germany.
 - 14.) S. L. Thomas, J. G. Wheeler, Andrew J. Hall: “*Contacts with varicella or with children and protection against herpes zoster in adults: a case-control study*”, *Lancet* 2002; 360: 678-82. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC344263/>).
 - 15.) W. K. Yih, D. R. Brooks, S. M. Lett, A. O. Jumaan, Z. Zhang, K. M. Clements, et al., “*The incidence of varicella and herpes zoster in Massachusetts as measured by the Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) during a period of increasing varicella vaccine coverage, 1998-2003*”, *BMC Public Health* 2005; 5: 68-77. (<http://www.australianprescriber.com/magazine/30/5/artid/906>).
 - 16.) Dr. med. G. Buchwald, *IMPFEN. Das Geschäft mit der Angst*, emuVerlag, 4. Auflage 2008, Germany.
 - 17.) Simone Delarue, *Impfschutz. Irrtum oder Lüge? Vorwort und Anhang für die deutsche Ausgabe von Dr.med.Gerhard Buchwald*. 3. Auflage 1997, Hirthammer Verlag, Germany.
 - 18.) Joachim-F. Grätz, *Sind Impfungen sinnvoll? Ein Ratgeber aus der Homöopathischen Praxis*, F.Hirthammer Verlag GmbH, 8. Auflage 2005, Germany.
 - 19.) Viera Scheibner, *Impfungen, Immunschwäche und Plötzlicher Kindstod. 100 Jahre Impfforschung und Impferfahrung beweisen, dass Impfungen einen medizinischen Angriff auf das Immunsystem darstellen und die Hauptursache für den plötzlichen Kindstod (SID) sind*. Hirthammer Verlag, 2. Auflage 2000, Germany
 - 20.) Patrick G Holt, Peter D Sly : Allergic respiratory disease: strategic targets for primary prevention during childhood [editorial]. *Thorax* 1997, 52 (1):1-4. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1758399/pdf/v052p00001.pdf>)
 - 21.) Tinus Smits. *Das Impfschaden-Syndrom*, Narayana Verlag, 2.Auflage 2007, Germany
 - 22.) Ord. MS/ CNAS nr. 1591/1110/2010, (http://www.sant.ro/informatii-utile/prevenire-si-control-boli-transmisibile/vaccinarea/legislatie-in-vigoare-1/OMS_CNAS%201591_1110_2010.pdf/view)
 - 23.) Torsten Engelbrecht, Claus Köhnlein, *Virus-Wahn, Schweinegrippe, Vogelgrippe, SARS, BSE, Hepatitis C, AIDS, Polio*, emu-Verlag, 6. erweiterte Auflage 2010, Germany.
 - 24.) Vortrag 2: *Schwermetalle und ihre Wirkung auf unsere Gesundheit*. Vortrag von Dr. med. Dietrich Klinghardt, M.D., Ph. D., und Dr. Patricia Kane, Ph. D., Auszüge aus der Vorlesung an der ETH Zürich (Fachpublikum), April 2003, Germany, (<http://www.power-for-life.com/Schwermetall-Ausleitung/vortrag2.html>).
 - 25.) PUBLIC HEALTH. “Scientists Applaud Move Away From Use Of Mercury – Says Thimerosal Collects in the Brain.” [By Roger Highfield for the Daily Telegraph, UK. Despite the US’s Institute of Medicines strong recommendation that no further research be done regarding a possible vaccine – autism connection, this team is doing some nonetheless, with arguably some more “smoking gun” evidence in support of the hypothesis. This team

- is in Canada.], (<http://www.telegraph.co.uk/news/main.jhtml?xml=/news/2004/08/10/nvacc210.xml>) și <http://health.groups.yahoo.com/group/-AuTeach/message/2414>).
- 26.) www.impfschaden.info.
 - 27.) Erik K. France, Renae Smith-Ray, MA; Davit McClure, PhD; Simon Hambidge, MD, PhD; Stanley Xu, PhD; Kristi Yamasaki, PharmD, David Shay, MD, MPH; Eric Weintraub, MPH; Alicia M. Fry, MD, MPH; Steve B. Black, MD; Henry R. Shinefield, MD; John P. Mullooly, PhD; Lisa A. Jackson, MD, MPH; for the Vaccine Safety Datalink Team: *Impact of maternal influenza vaccination during pregnancy on the incidence of acute respiratory illness visits among infants*. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine 2006. (<http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=205855>).
 - 28.) Marin Gh. Voiculescu, *Boli Infecțioase*, vol. II, Editura Medicală, București, 1990-
 - 29.) Ord. MS/ CNAS nr. 1591/1110/2010, *op. cit.*
 - 30.) O. Mansoor, , P.I. Pillans: *Vaccine adverse events reported in New Zealand 1990- 1995*. The New Zealand Medical Journal (<http://ukpmc.ac.uk/abstract/MED/9269289>).
 - 31.) Aventis Pasteur MSD: Hexavac Produktmonographie 2000, (<http://www.individuelle-impfentscheide.de/index.php/stellungnahmen-mainmenu-13/26-impfstoffsicherheit-in-deutschland>).
 - 32.) L. A. Thompson, M. Irigoyen, L. A. Matiz, P.S. La Russa et al., *The Impact of DTaP-IPV-HB Vaccine on Use of Health Services for Young Infants*. (Division of General Pediatrics, University of Florida, Gainesville, FL 32608, USA.) *The pediatric Infect Disease Journal* 2006 Sep;25 (9):826-831. Division of General Pediatrics, University of Florida, Gainesville, FL 32608, USA. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16940842>)
 - 33.) Jim P. Buttery, FRACP; Anna Riddell, MRCPCH; Jodie McVernon, PhD; Tracey Chantler, RN; Laura Lane, RN; Jane Bowen-Morris, RN; Linda Diggle, MSc; Rhonwen Morris, MPH; Anthony Harnden, FRCPCH; Steven Lockhart, DM; Andrew J. Pollard, PhD; Keith Cartwright, FRCPATH; E. Richard Moxon, FRCPJ: *Immunogenicity and Safety of a Combination Pneumococcal –Meningococcal Vaccine in Infants: A Randomized Controlled Trial*. JAMA 2005, 293 (14): 1751-1758. (<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=200691>).
 - 34.) A. Zott, *Für un Wieder von multikomponenten Impfstoffen*. Bundesgesundheitsblatt 1997, 12:498-501, publicat am: 1.12.1997, Autor: A. Zott, Quelle: Springer-Verlag, 1997, DOI: 10.1007/BF03042935, (<http://www.springermedizin.de/fuer-und-wider-von-multikomponenten-impfstoffen/34774.html>).
 - 35.) M. Jorge, M. D. Quinonez, *Pediatric Infectious Disease Issues: Smallpox, Combination Vaccines and Methicillin-resistant Staphylococcus aureus*. (“New Combination Vaccines for Childhood Diseases”). American Academy of Pediatrics (AAP) Annual Meeting November 2003, New Orleans, Louisiana. (<http://www.medscape.com/view-article/466494>).
 - 36.) Ord. MS/ CNAS nr. 1591/1110/2010. (http://www.sant.ro/informatii-utile/preveni-re-si-control-boli-transmisibile/vaccinarea/legislatie-in-vigoare-1/OMS_CNAS%201591_1110_2010.pdf/view).
 - 37.) Erika Von Mutius : “*Asthma and allergies in rural areas of Europe*”, *Proceedings of the American Thoracic Society* 2007; 4: 212-16.(University Children’s Hospital, Munich, Germany). (<http://pats.atsjournals.org/content/4/3/212.full.pdf+html>).
 - 38.) L. Gherasim. *Medicină internă. Bolile aparatului respirator și aparatului locomotor*, vol.1., Editura Medicală, București, 1998.
 - 39.) J. D. Cherry, R. D. Feigin, L. A. Lobes Jr, P. G. Shackelford, “Atypical measles in children previously immunized with attenuated measles virus vaccines”, *Pediatrics*, 1972, Nov; 50(5):712-7.

- (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5084185>); V. A. Fulginiti, J. Eller, A. W. Downie, C. H. Kempe, "Altered reactivity to measles virus", *Jama*, 18 Dec. 1967;202 (12):1075-80. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6072745>).
- 40.) Chen Qing, Daniel T. Fisher, Kristen A Clancy, Jean-Marc M. Gauguet, Wan-Chao Wang, Emily Unger, Stefan Rose-John, Ulrich H von Andrian, Heinz Baumann & Sharon S Evans et al., "Fever-range thermal stress promotes lymphocyte trafficking across high endothelial venules via an interleukin 6 transsignaling mechanism", *Nature Immunology* 7, 1299 – 1308 (2006). (<http://www.nature.com/ni/journal/v7/n12/full/ni1406.html>).
- 41.) Ivan Blumenthal, "What Parents think of fever", *Family Practise* 1998; 15:513-18. (<http://www.straightdope.com/columns/read/2924/why-do-babies-run-a-fever-when-teething-or-do-they>).
- 42.) F. Shann, "Antipyretics in severe sepsis", *Lancet*, 11 Feb 1995; 345(8946):338 (Intensive Care Unit, Royal Children's Hospital, Melbourne, Victoria, Australia). (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7845113>).
- 43.) Dr. med. Burke A. Cunha, "Should fever be treated in sepsis?", in *The Sepsis Text*, Springer 2002. (<http://www.draloisdengg.at/zitate/48.htm>)
- 44.) Tonia Jones, T. Steven, J. Jacobsen, "Comment on Childhood Febrile Seizures: Overview and Implications", *International Journal of Medicine and Medical Sciences* 2007, ISSN 1449-1907 www.medsci.org 2007 4(5):247-248. (<http://medsci.org/v04p0247.pdf>).

CAPITOLUL 2

Cum au dispărut epidemiile în lume. Apariția primelor “vaccinuri”: prevenție sau experiment?

Rezumat

Marile epidemii care decimau populația în trecut (lepra, ciuma, holera ș. a.) au dispărut din cauza îmbunătățirii condițiilor de viață, a introducerii canalizărilor de apă, a toaletelor, prin dezinfecția apei de băut și, în general, prin dezvoltarea socio-economică a țărilor lumii, fără să fi existat vreodată un vaccin împotriva lor.

*În cazul altor boli infecțioase, “ale sărăciei”, precum tuberculoza, difteria, variola și tusea convulsivă, legătura dintre îmbunătățirea condițiilor de trai și regresia acestor boli a putut fi dovedită, dar mai anevoios. Însuși renumitul Dr. Buchwald recunoaște că “timp de 20 de ani a strâns dovezi și a investit o mare sumă de bani pentru investigațiile necesare ca să poată răspunde la întrebarea: cum au dispărut epidemiile în lume?”¹. **Vaccinurile și statistica legată de dispariția epidemiilor nu a putut explica acest fenomen. Graficele arată exact contrariul.** Pentru studiile sale, Dr. Buchwald a luat în calcul următoarele date: apa de băut și cea reziduală, numărul de băi/familie în Germania, numărul de locuințe, suprafața locuinței/persoană, folosirea săpunului etc. Cu toate îmbunătățirile civilizației, mai lipsea “un element important care-i scăpa”. Cel care l-a ajutat, a fost englezul Thomas McKeown, profesor la Medicina Socială de la Universitatea din Birmingham și care a arătat că motivul principal al regresiei acestor boli infecțioase a fost în primul rând “dorința unui trai bun al oamenilor”, în speță a hranei. **Ca urmare, regresia marilor epidemiilor a început cu 200 de ani în urmă,***

¹ Gerhardt Buchwald, *Impfen. Das Geschäft mit der Angst*, emu-verlag, 4.Auflage 2008, Germany, 194.

înainte de a fi introdus orice fel de vaccin. Cauza principală (fără să fie neglijată îmbunătățirea condițiilor de locuit și a apei de băut) a fost **combaterrea foamei**. Doar o dată cu dezvoltarea agriculturii, a producerii unei cantități suficiente de hrană pentru întreaga populație, începând cu sec. XVIII, pentru marea majoritate a oamenilor foamea era de domeniul trecutului. În Germania, Friedrich der Grosse (1740-1786), a introdus cultivarea cartofului pe arii extinse. În țările din sud, cultivarea porumbului a jucat același rol. Curând după terminarea celui de-al doilea război mondial, s-a ajuns, atât în Germania, cât și în întreaga Europă de Vest, la un nivel de trai care nu s-a atins niciodată în lume. În aceste condiții, frecvența bolilor infecțioase, “ale copilăriei”, au început să dispară în Europa de Vest. Faptul că foamea are o legătură evidentă cu “bolile copilăriei” pare greu de crezut, fiindcă oamenii din ziua de azi nu se mai pot pune în situația celor din trecut. Dr. Buchwald își amintește că, pe vremea copilăriei sale, 1/3 dintre elevi primeau “o gustare de la școală” și consta în pâine și lapte. Cu doar 60 de ani în urmă, 1/3 dintre elevii din Occident erau foarte săraci. Statisticile din Anglia, arătate de McKeown, privind regresia bolilor contagioase, sunt asemănătoare cu cele din Germania, folosite de Buchwald în cărțile sale².

Despre România putem spune același lucru, cu o întârziere de câțiva ani buni...

Vaccinarea copiilor din țările africane, ca și din alte regiuni unde populația este subnutrită, nu le aduce niciun beneficiu. Dimpotrivă, le sunt induse o serie de boli virale noi, cu care nu s-a confruntat niciodată organismul lor; și care nu vor putea stimula un sistem imun slăbit. În schimb, vor provoca cu mare ușurință boli cronice și o serie de complicații postvaccinale, nerecunoscute de cei care fac, cu bună știință, campaniile de vaccinare în masă. Oare există o diferență între copiii “de mâna a doua”, pe care experimenta Jenner; în trecut, vaccinul antivariolic, și acești copii din lumea a treia? Mă tem că nu.

Cu toate acestea, producătorii de vaccinuri și corpul medical, susțin sus și tare că vaccinurile au dus la eradicarea epidemiilor, atribuindu-și un merit care nu este a lor.

În cele ce urmează, am descris **modul în care a început “era vaccinurilor”, în care trăim și la ora actuală și care cunoaște o “înflorire” fără precedent.** Dacă primele epidemii au trecut fără să fi existat vreodată un vaccin (un fenomen deloc scos în evidență în cărțile de Epidemiologie și de Boli Infecțioase), cele care au urmat, nu au mai cunoscut un curs firesc de dispa-

² Ibidem, 197-198.

*riție, ci, din pricina vaccinurilor, introduse de obicei în “plină epidemie”, au cunoscut fluctuații, s-au răspândit uneori cu mai multă repeziciune, sau au apărut altele noi. Vaccinurilor le datorăm modificări (creșteri) importante ale indicilor de morbiditate și mortalitate pentru bolile infecțioase, precum și apariția unor boli și complicații noi, necunoscute până atunci de lumea medicală: cele postvaccinale (poliomielită postvaccinală și de contact, encefalitele postvaccinale etc.), soldate cu nenumărate decese, pentru care ar trebui să fie introdus un nou indice de statistică: cel al **mortalității infantile postvaccinale**.*

I. Epidemiile de lepră, ciumă, tifos exantematic și holeră

Lepra a jucat un rol important în Evul Mediu, iar cunoscutele “leprosării”, dintre care unele nu au fost încă dărâmate, ne mai amintesc de această boală cumplită. Lepra nu este o boală atât de contagioasă, dar incubația ei este foarte lungă și pe vremea aceea un număr mare de oameni trăia în aceeași încăpere, deoarece, din cauza zidurilor care încercuiau orașele, clădirile oamenilor nu puteau fi extinse. Epidemiile de lepră au dispărut datorită îmbunătățirii condițiilor de trai, fără să fi existat vreodată un vaccin.

Ciuma “este o boală infecțioasă care are nevoie de un vector pentru a fi transmisă și acela este puricele șobolanilor. În vremurile de demult, patul era un privilegiu al oamenilor bogați. Marea majoritate a oamenilor trăia în căsuțe din pământ, dormind pe fân, așternut direct pe podea. Aici, șobolanii erau musafiri permanenți. O dată cu construirea caselor din cărămidă și piatră, și folosirea patului pentru dormit, în toate țările, au dispărut și șobolanii din case. Ca urmare, epidemiile de ciumă s-au rărit. Au existat și alte îmbunătățiri ale condițiilor de viață care au dus la regresia bolilor contagioase”³. Nu a existat niciodată un vaccin pentru ciumă.

Tifosul exantematic este o boală infecțioasă acută, dată de *Rickettsia prowazekii*, și se transmite de la om la om, prin intermediul păduchelului. În trecut, era deseori confundată cu febra tifoidă. Epidemiile de tifos erau răspândite în Europa, Asia, Africa și America. Agentul etiologic a fost descoperit doar în 1916. Clinic, se manifestă cu febră, stare tifică, erupție macu-

³ G. Buchwald, *op. cit.*, 194.

lo-peteșială, tulburări circulatorii și nervoase⁴. Tifosul mai este prezent în câteva zone endemice din Asia, Africa, Mexic, America de Sud și America Centrală. *Incidența bolii este în scădere continuă pe întregul glob, datorită îmbunătățirii condițiilor de trai*, iar pediculoza o mai găsim doar la anumite categorii de oameni. Este și motivul pentru care, la ora actuală, mai sunt doar cazuri sporadice. În România, nu s-au mai relatat cazuri după 1945⁵.

Exemplu: între anii 1870-1964, statisticile din Hamburg/Germania privind *mortalitatea infantilă dată de tifos, variolă și holeră* arată o creștere a cazurilor până în anul 1892, când avem un “vârf”, iar din acest moment curba scade destul de repede, înregistrând încă două “vârfuri”: unul mic, în timpul primului război mondial, și altul, mai mare, în timpul celui de-al doilea război mondial. În 1956, mortalitatea infantilă scăzuse mult, fiind sub 2%. *“Dacă în 1982, un «om de știință» ar fi descoperit un vaccin, acum, în piața primăriei din Hamburg, ne-am uita la statuia acestuia”*, spune Buchwald. Nu a fost însă vorba de o descoperire a Medicinii, ci de începutul unui proces de filtrare a apei de băut, din râul Elba. De atunci, frecvența holerei, a tifosului și a variolei a scăzut. Același lucru îl putem spune și despre poliomielită, lucru recunoscut și de către autoritățile sanitare (*“Gesundh.-Wes.”* 54, S.714, 1992): *“Una dintre măsurile care au dus la regresia epidemiei de poliomielită a fost igienizarea apei de băut și a celei deversate”*⁶.

II. Apariția primelor “vaccinuri”: prevenție sau un experiment fatal? Cui se datorează eradicarea variolei?

1) Apariția primelor vaccinuri este strâns legată de apariția epidemiei de variolă

Nu se cunoaște data primei epidemii de variolă, dar se știe de existența unor astfel de *epidemii încă din Evul Mediu*, când izbucneau, cel mai frecvent, în orașele mari. Primele epidemii au apărut, cel mai probabil, în Asia (India și China), iar apoi s-au răspândit și în Orientul Mijlociu, Africa, Europa, America de Nord și în sec. al XVI-lea în Mexic⁷. Începând cu sec.

⁴ Gh. M. Voiculescu, *Boli Infecțioase*, vol. II, Editura Medicală, București, 1990, 656.

⁵ *Ibidem*, 657.

⁶ G. Buchwald, *op. cit.*, 196.

⁷ Gh. M. Voiculescu, *op. cit.*, 89.

XVIII, se cunosc mai multe date despre aceste epidemii, care cuprindeau mii de oameni, cu numeroase cazuri de deces. Epidemiile apăreau în valuri, după care urmau pauze de zeci de ani. Nu se cunoșteau atunci motivele dispariției epidemiilor⁸.

Cea mai veche formă de profilaxie în variolă (așa-zisa “variolizare”), prin inoculare intranasală sau intracutanată de cruste, a fost utilizată de milenii în China, apoi introdusă și în Europa, în 1674⁹.

Pentru prima dată se vorbește despre complicații “postvaccinale”, corect spus “post-variolizare”, la începutul sec. XVIII, în Europa, când, în anul 1714, medicul grec Timoni începe în Constantinopol “vaccinarea” a mii de oameni, folosind această formă de vaccinare primară, numită “variolizare”. Tehnica era simplă: cu ajutorul unui ac era înțepată pustula unui om bolnav care suferea de o formă ușoară de variolă, iar conținutul purulent, denumit și “limfă vaccinală”, era aplicat pe pielea omului sănătos, după o scarificare superficială. Scopul era de a provoca o formă ușoară de boală, pentru a preveni ulterior o formă gravă de variolă. În curând au apărut și efectele negative postvaccinale: între cei care se îmbolnăveau după “vaccin” erau multe cazuri grave, inclusiv decese. Oriunde era folosită o asemenea tehnică, apăreau cazuri noi de boală, iar în următorii ani au murit, doar la Londra, 25.000 de oameni “vaccinați”¹⁰.

2) Noul “vaccin” provocă focare endemice și epidemice

Când “variolizarea” a fost introdusă și în Weimar/Germania, în 1781, de către medicul Hufeland, a izbucnit o epidemie gravă de variolă, soldată cu numeroase cazuri de deces. Epidemii asemănătoare, au izbucnit și la Hamburg și Berlin, în anii 1794 și 1795, după introducerea noului vaccin, numit și “dermovaccin”. Este motivul pentru care s-a oprit orice altă “vaccinare” în celelalte orașe din Germania, fiind chiar pedepsită în mod legal o astfel de tentativă¹¹.

3) Dermovaccinul lui Jenner – o confuzie fatală

“La sfârșitul sec XVIII, un medic englez de la țară, Edward Jenner (1749-1823), descoperă o altă modalitate de vaccinare, cu care credea că va

⁸ G. Buchwald, *op. cit.*, 19.

⁹ Gh. M. Voiculescu, *op. cit.*, 89.

¹⁰ G. Buchwald, *op. cit.*, 20-21.

¹¹ *Ibidem*, 21.

putea preveni variola la oameni”¹². Pentru a înțelege gândirea lui Jenner, trebuie cunoscute câteva aspecte legate de boala variolică la om și la animale. Astăzi se știe că există mai multe virusuri care fac parte din aceeași familie (*Poxviridae*), iar bolile provocate sunt diferite:

a) *Variola* este o boală infecto-contagioasă provocată de virusul variolei (*Poxvirus variolae*) și o fac doar oamenii și maimuțele. Ea nu se transmite și la alte animale¹³.

b) *Vaccina* sau *cowpox* este o boală specifică bovideelor (greșit denumită în trecut și “variola bovideelor”), cauzată de virusul *cowpox* (*Poxviridae bovis*)¹⁴. *Vaccina* sau *cowpox* se poate transmite și la om, dar este total diferită de variolă. Până aici este corect ce scrie în literatura de specialitate, dar din acest punct apar divergențele, iar medicina, inclusiv cartea de *Boli Infecțioase* din care am citat, nu recunosc ceea ce a urmat, mai ales confuziile făcute de Jenner. În “*experimentul*” lui, Jenner a confundat virusul *cowpox*, specific bovideelor, cu virusul variolic, specific omului. El a crezut că, folosind virusul bovideelor pentru “vaccin”, poate preveni variola la om, ceea ce este imposibil. Din acest motiv, Jenner nu a putut sintetiza un vaccin care să prevină variola la om. Ceea ce a urmat era inevitabil: experimentul lui a dus la multe decese, pe care nu le-a recunoscut niciodată (confuzia nu a fost recunoscută nici în mod oficial, deși au trecut de atunci 200 de ani)¹⁵.

c) *paravaccina* (nodulul mulgătorilor) este determinată de un virus ADN (*Poxvirus paravaccinae*), care se transmite la om de la bovinele bolnave și are o evoluție favorabilă, tratamentul fiind doar unul simptomatic¹⁶.

d) alte tipuri de virusuri din această familie, care se pot transmite de la animal la om, și care provoacă ocazional boli (zoonoze), diferite de variolă¹⁷.

Jenner credea că oamenii, care fac o formă ușoară de vaccină, luată de la vaci, erau feriți de variolă. Astăzi se știe că nu este adevărat, iar una nu o poate preveni pe cealaltă. El a folosit drept “vaccin” conținutul unui nodul infectat, denumit “limfă vaccinală”, de la o femeie bolnavă de vaccină (sau *cowpox*, boală transmisă de la vaci, dar diferită de variolă), pe care apoi a “inoculat-o” la oameni voluntari, sănătoși. Este o formă de *dermovaccin*, de la om la om.

¹² *Ibidem*.

¹³ Gh. M. Voiculescu, *op. cit.*, 90.

¹⁴ *Ibidem*, 106.

¹⁵ G. Buchwald, *op. cit.*, 21.

¹⁶ Gh. M. Voiculescu, *op. cit.*, 108.

¹⁷ *Ibidem*. [Ultimele două exemple (c și d) nu sunt importante în acest context, dar le-am amintit pentru a evidenția varietatea acestei grupe de virusuri, de care nu știa Jenner la vremea sa (n. n.)]

Ulterior a folosit și “limfă vaccinală” direct de la vaci, inoculând-o la oameni sănătoși, fiind un *dermovaccin pentru animale, dar administrat la om* – o greșeală fatală. La locul inoculării apăreau imediat pustule, cu conținut purulent, din care Jenner colecta material și-l folosea în continuare pentru “vaccinarea” altor oameni voluntari. La început a separat cele două tipuri de vaccinuri – umane și bovine –, ca apoi să le amestece. În felul acesta l-a vaccinat în anul 1790 pe fiul său, în vârstă de 10 luni. Opt ani mai târziu îi vaccinează și pe un băiat de 5 ani și pe o femeie însărcinată în 8 luni. Cei doi copii și femeia gravidă au fost primele sale victime. Inevitabil au apărut complicații mari. La fiul lui apare imediat după vaccin un regres în dezvoltarea psihică (fiind încă sugar) și va muri la vârsta de 21 de ani, cu retard psihic grav. Băiatul de 5 ani – John Baker – a murit la scurt timp după vaccin, iar femeia însărcinată în 8 luni a simțit că, din ziua a 23-a de la vaccin, copilul “nu se mai mișcă”, și după alte 12 zile îl naște mort, pielea acestuia fiind acoperită cu pustule, asemănătoare celor din cowpox/vaccina. Deși mulți au făcut legătura între vaccinul lui Jenner și cele două decese postvaccinale – al lui John Baker și al nou-născutului –, nu s-a pus și moartea fiului lui Jenner pe seama vaccinului. Cu toate că a fost un experiment fatal, Jenner trimite noul său “vaccin” (amestec de “limfă vaccinală umană și bovină”) la toate curțile de boieri din Anglia, iar în decurs de 18 luni reușește să trimită încă 20.000 de “doze de vaccin” în străinătate. Boierii din Anglia folosesc acest vaccin în special la copiii orfani, de la care colectează alte “doze”, pe care le trimit apoi în țară și în străinătate. În felul acesta rezulta un “amestec de vaccin” pe care apoi îl copiază mulți alții: medici, farmaciști, moașe, pastori, frizeri etc., fără să existe o distribuție legală a “dermovaccinului”. Rezultă diferite amestecuri de “limfă” (“vaccin”), iar în final se poate vorbi de *un experiment care scapă de sub control*. Pentru prima dată apare în anul 1807 o “lege” a vaccinării în Landul german Hessen, iar apoi și în Bavaria. La sfârșitul vieții sale, Jenner este martor la mai multe epidemii de variolă în Anglia. Acum se constată faptul că cei “vaccinați” de el nu erau deloc feriți de adevărata variolă. Se spune că Jenner a fost chinuit la sfârșitul vieții sale de gândul dacă a făcut un bine sau un mare rău¹⁸.

4) Cele 5 “crize” ale vaccinului antivariolic¹⁹

Nereușita primului ‘vaccin’, respectiv a variolizării prin “inoculare”, preluată din Orient, a fost desemnată în istorie ca fiind **prima criză** a vaccinului

¹⁸ G. Buchwald, *op. cit.*, 22.

¹⁹ *Ibidem*, *op. cit.*, 22-24.

antivariolic, cu toate că experimentul aplicat omenirii a fost unul total greșit. **Cea de-a doua criză** a fost insuccesul lui Jenner. În majoritatea cazurilor au fost vaccinați copiii orfani, de la care apoi se colecta limfă și se crea noul vaccin (vaccin de la om la om). Ulterior s-a constatat cu mare îngrijorare că s-au transmis prin această tehnică toate bolile cu transmitere sanguină, cea mai gravă fiind sifilisul. Din acest motiv, vaccinul trebuia să conțină de acum încolo doar material bovin. În curând s-a constatat însă că oamenii inoculați cu acest vaccin nu erau feriți deloc de adevărata variolă (în realitate erau două tipuri de virusuri total diferite). Lucrul acesta era ascuns în mod voit, fiind vehiculat un neadevăr: vaccinarea cu material bovin previne o formă gravă de variolă la om, nu însă și o formă ușoară de boală. S-a inventat chiar și un termen nou pentru respectiva formă ușoară de boală: *Varioleus*. Tehnica folosită era următoarea: vițeii erau rași la nivelul abdomenului, erau făcute sute de scarificații superficiale, unde erau inoculate virusurile. La locul inoculării se formau o serie de abcese (colecții cu puroi), din care se recolta “limfa vaccinală”. Animalele erau apoi legate în așa fel încât să nu se poată culca și ultimele lor zile de viață erau un adevărat chin. Toate erau omorâte, motiv pentru care se auzeau tot mai multe voci care cereau ocrotirea animalelor. De asemenea, tot mai mulți oameni luau apărarea copiilor orfani, care nu puteau fi considerați oameni de “mâna a doua”, pe care să se facă experimente. Mai târziu, această perioadă a fost denumită **cea de a treia criză** a vaccinului antivariolic. **Cea de-a patra criză** a fost perioada de după primul război mondial, când au fost recunoscute pentru prima dată complicațiile neurologice ale “vaccinului”, prin leziunile pe care le provoca la nivelul creierului. Profesorul Luksch din Praga este cel care descrie această complicație ca fiind o “encefalită postvaccinală”²⁰. Ulterior această afecțiune va fi recunoscută ca fiind o complicație dată, atât de dermovaccinul descris anterior, cât și de ovovaccin (apărut mai târziu, fiind un vaccin cultivat pe ou embrionat). A urmat și **cea de-a cincea criză**, provocată de proaspetele cunoștințe aduse de o nouă știință medicală: *Virusologia*. Medicii au constatat că în așa-zisul “vaccin antivariolic” nu exista nici poxvirusul bovin și nici virusul variolei umane, ci un alt virus, nou și necunoscut până atunci, denumit ulterior *Poxvirus Vaccinia*. S-a ivit un adevărat scandal între medici. Unii au presupus că, “prin cultivarea virusului variolic”, acesta a suferit o mutație genetică și s-a transformat în alt virus.²¹ Această variantă o găsim și în cartea de *Boli Infecțioase* (Dr. Voiculescu) din București: “*Virusul vaccinal (Poxvirus officinale) este o*

²⁰ *Ibidem*, 23.

²¹ *Ibidem*.

mutantă a virusului cowpox (poxvirus bovis)''²². Alții susțineau că este vorba de două virusuri total diferite. Astăzi se știe că nu este posibilă producerea unui vaccin antivariolic din poxvirusul bovin, dar nu s-a schimbat nimic în declarațiile oficiale, fiind menținut același neadevăr despre vaccinul variolic. Asta dovedește faptul că toți "cercetătorii" din trecut, inclusiv Jenner, care au crezut că au creat un vaccin din poxvirusul bovin, s-au înșelat. Concluzia tristă este că "timp de peste 100 de ani copiii noștri au fost vaccinați cu un vaccin care conține un virus ce nu există în natură și a cărui proveniență nu este cunoscută, pierzându-se într-un trecut îndepărtat..."²³.

5) Vaccinul antivariolic fals (*Poxvirus vaccinia*) nu a putut duce la eradicarea variolei, dar a provocat noi epidemii

În Germania. Aici, există, începând cu anul 1816, o statistică a deceselor provocate de variolă care arată că vaccinul antivariolic (fiind vorba de un vaccin fals, dar nu se știa atunci) nu a influențat deloc mortalitatea, în sensul că nu a dus la reducerea acesteia. Datorită numeroaselor decese provocate de epidemia din anii 1870-1871 (din timpul războiului), statul german a impus o *revaccinare obligatorie a populației*. Această nouă lege, prin care populația este obligată să se vaccineze, este introdusă în Germania în anul 1874 și aplicată începând cu 1.IV.1875, prin vaccinarea tuturor copiilor în vârstă de 12 ani. Se pune întrebarea: *De ce a izbucnit epidemia de variolă în perioada 1870-1871, știind că de fapt aproape întreaga populație era deja vaccinată?* S-a observat că, de fiecare dată, primele cazuri izbucneau în rândul soldaților francezi, care și ei fuseseră vaccinați, dar trăiau în condiții igienice foarte precare, în lagărele de prizonieri. După terminarea războiului, soldații francezi au fost urgent repatriați și cazurile de variolă au scăzut drastic²⁴. Graficul²⁵ (**Fig. 1**) arată cum pe parcursul a 10 ani (1865-1875) nu a fost influențată mortalitatea, deși populația fusese vaccinată. Pe grafic se mai observă că revaccinarea obligatorie, aminitită anterior, a fost introdusă când deja era în scădere mortalitatea dată de boală. Oficial, desigur că se spune cu totul altceva... Cu toate că populația germană a fost vaccinată de două ori, au existat mereu noi cazuri de va-

²² Gh. M. Voiculescu, *op. cit.*, 107.

²³ G. Buchwald, *op. cit.*, 24.

²⁴ *Ibidem*.

²⁵ *Ibidem*, 26 ("Pocken und Impfstatistik im Hdb. Der Pockenbekämpfung und Impfung von Lenz und Gins, Berlin 1927").

riolă, în special în Prusia și în Sachsen. Acest lucru dovedește *ineficiența vaccinului*²⁶ sau mai corect spus, “*un vaccin fals*”.

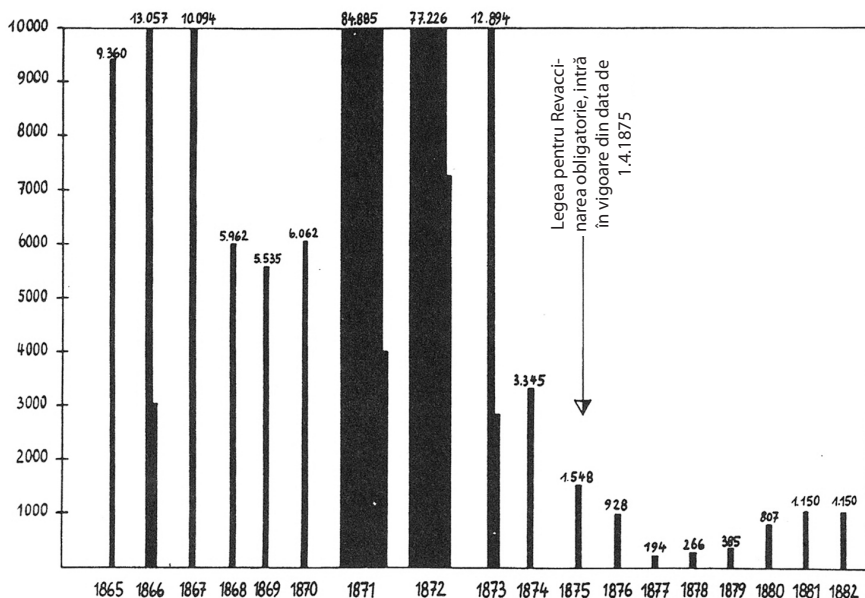


Fig. 1. Cazurile de mortalitate provocate de variolă în Germania Federală, după Berger: Variola și statistica bolii în urma programului de vaccinare obligatorie împotriva variolei, Berlin 1927 (von Lentz u.Gins).

Deși s-au folosit pentru vaccin și alte culturi de celule (pe ou embrionat etc.), pentru evitarea scandalurilor apărute din cauza animalelor sacrificate, nu s-a schimbat nimic esențial în compoziția și mai ales în “eficiența” vaccinului.

După război, au continuat să apară în Germania noi cazuri de variolă, pe care dr. Buchwald le-a numit “cele 11 valuri de variolă”:

- 6 cazuri în 1947, dintre care 5 au fost vaccinați;
- 1 caz în 1957, vaccinat;
- 20 cazuri de îmbolnaviri în 1958/59, dintre care 19 au fost vaccinați; 2 pacienți au murit;
- 4 cazuri în 1961, apărute la oameni vaccinați, dintre care unul a decedat;
- 34 de îmbolnăviri în 1962, toate după vaccin, dintre care 1 caz mortal;
- 2 cazuri în 1965, la adulți care au fost vaccinați în copilărie;
- etc.

²⁶ G. Buchwald, *op. cit.*, 26.

De reținut este faptul că **peste 90% din cei care s-au îmbolnăvit sau au murit, au fost vaccinați**. Cei nevaccinați și care s-au îmbolnăvit (2 cazuri) erau rude apropiate.

Cu toate acestea, se continuă vaccinarea în masă și se creează o adevărată panică atunci când se anunță că vor fi vaccinați 100.000 de oameni. Este momentul când Dr. Buchwald își propune eșuarea unei astfel de campanii. În emisiunea “Report” de la Televiziunea din Stuttgart, din 2.II.1970, Dr. med. G. Buchwald atrage atenția asupra pericolului acestui vaccin din cauza căruia doi oameni au murit. La sfârșitul reportajului său, Dr. Buchwald a mai afirmat că *“asistenta Barbara Berndt din Meschede nu a murit din cauza variolei, ci a vaccinului”*, motiv pentru care a fost atacat în mod dur de către un jurnalist medical, Dr. Wehren. Nu era pentru prima dată când Dr. Buchwald era amenințat de jurnaliști, și mai ales de către medici²⁷. *Efectul a fost că a scăzut drastic vaccinarea, procentul celor vaccinați fiind sub 10% (23.000 din 100.000). Între cei nevaccinați, în număr de 270.000, nu s-a îmbolnăvit niciunul de variolă!*²⁸

La cel de-al 11-lea Congres al O.M.S., din 1958, s-a vorbit despre un “program de eradicare al variolei în decurs de 4 ani”. Fiindcă în continuare izbucneau numeroase cazuri de variolă, programul s-a prelungit la 10 ani, vaccinarea în masă împotriva variolei făcându-se în anii 1952, 1957, 1958, 1963, 1967, 1973 și 1974. Cu toate acestea, se declarau mereu noi cazuri de variolă. *După fiecare campanie de vaccinare în masă, creștea incidența variolei*. În cele din urmă, O.M.S. a “învățat” din aceste greșeli și a “modificat” programul de eradicare a variolei. Nu se mai efectua o vaccinare în masă, ci una “controlată”: doar la persoanele care veneau în contact cu bolnavul de variolă. Toți contactii erau izolați și toate obiectele și casa lor erau dezinfectate. *“Doar după ce OMS a făcut legătura între izbucnirea cazurilor de variolă și condițiile precare de igienă, și a luat măsurile necesare de igienizare, s-a observat o scădere a incidenței bolii”*²⁹.

După mai multe emisiuni TV, realizate la Stuttgart, în care Dr. Buchwald vorbește pentru prima dată de “encefalita postvaccinală”, *sugarii nu mai sunt vaccinați în Germania, împotriva variolei*. Se observă, de asemenea, pe zi ce trece, o reticență tot mai mare la vaccinul antivariolic. În 10 iulie 1973, în urma invitației făcute de către Autoritățile “Sănătății Publice”, Compartimentul “Igienă Mediului și Centrul Epidemiologic”, Dr. Buchwald va ține renumitul

²⁷ *Ibidem*, 24-26.

²⁸ *Ibidem*, 28-55.

²⁹ *Ibidem*, 53-54.

său referat despre inutilitatea vaccinului antivariolic, afirmând în final: **“Oare poate un vaccin care conține virusul vaccinal (cu un virus necunoscut) să prevină variola dată de alt virus, și anume virusul variolic vera (adevărat)?”**. După acest referat, a scăzut drastic rata vaccinărilor în masă a copiilor și, în cele din urmă, se va renunța la obligativitatea acestui vaccin în Germania, în 1983. **“Făcând o evaluare a numărului de oameni care nu s-au vaccinat (270.000), s-a constatat că nu a existat niciun caz de variolă!”**³⁰.

Cu toate că din anul 1970 sugarii nu mai sunt vaccinați împotriva variolei, cazurile de boală sunt tot mai rare, la fel și cazurile de “encefalite postvaccinale”. Cum se explică acest lucru? Medicina nu a găsit niciun răspuns, deși este cât se poate de evident: oprirea vaccinurilor a dus la scăderea cazurilor de îmbolnăviri, inclusiv a encefalitei postvaccinale. La copilul vaccinat, encefalita nu este evidentă de la naștere, ci doar la vârsta de 3-4 ani, când devin evidente anumite tulburări neurologice sau psihice precum tulburări de vorbire, de comportament etc. Deși Medicina nu mai recunoaște, după o perioadă atât de lungă, faptul că encefalita ar putea fi o complicație postvaccinală, nu ar fi fost greu de calculat numărul de encefalite infecțioase provocate de variolă înainte de 1975, când încă erau vaccinați sugarii, și după 1976, când s-a sistat vaccinarea³¹.

Deși “se spune că variola a fost eradicată în anul 1977, ultimul bolnav de variolă din lume fiind un om din Somalia”³² (bucătarul somalez, Ali Moaw Maalin), se ascunde în continuare adevărul: vaccinarea în masă nu a contribuit la eradicarea (dispariția) variolei în lume. De abia acum, când nu mai era vaccinat nimeni, se putea vorbi despre complicațiile postvaccinale. Dr. Theodor Nasemann, dermatolog din Hamburg, descrie cele mai grave complicații postvaccinale: “encefalite, bronșiectazii, boli de colecist și mai ales tumori canceroase ale pielii la locul vaccinării”³³.

În România, vaccinarea antivariolică a fost introdusă în anii imediat următori după descoperirea lui Jenner, fiind apoi legiferată. Imunitatea postvaccinală era apreciată la cel puțin 3 ani. Vaccinarea primară se efectua în mod uzual la toți copiii, în al doilea an de viață iar revaccinarea se efectua conform unui “calendar de vaccinări”: la intrarea în școală și apoi la interval de 7-10 ani. Dintre complicațiile vaccinului antivariolic, literatura de specialitate, enumerează câteva, dar cu specificarea că “ele sunt foarte rare”: re-

³⁰ *Ibidem*, 55.

³¹ *Ibidem*, 56.

³² Gh. M Voiculescu, *op. cit.*, p. 89.

³³ Th. Nasemann, *NATUR* 11/88, 107

acții locale și generale puternice, exantemul postvaccinal, vaccina localizată, keratita vaccinală, vaccina de autoinoculare, vaccina generalizată, vaccina hemoragică sau gangrenoasă, suprainfecțiile bacteriene ale vaccinei și encefalita postvaccinală. Aceasta din urmă constituie complicația cea mai gravă a vaccinului antivariolic. În România s-a renunțat la vaccinarea antivariolică în 8 mai 1980, după recomandările O.M.S. Ultima epidemie de variolă din țara noastră a apărut în cursul primului război mondial (1918)³⁴. De ce? Răspunsul îl putem deduce din concluziile lui Buchwald: apariția epidemiilor în timpul războaielor mondiale are legătură cu lipsa condițiilor de igienă elementară, la care se adaugă vaccinarea în masă³⁵.

În prezent, se spune că variola este eradicată pe întregul glob. Cea de-a 33-a Adunare a Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) *“declară, în mod solemn, că planeta și toate popoarele sale au fost eliberate de variolă [...], o realizare fără precedent în istoria sănătății publice”*³⁶.

Așa să fie? Valurile epidemice pot reapărea în condiții de război și, așa cum au constatat oameni de știință din Occident, vaccinarea în masă nu a avut și nici nu va da rezultate în cazul epidemiilor de variolă. Soluția va fi doar o îmbunătățire a condițiilor de viață.

Conform Recomandărilor OMS din 8 mai 1980, se încetează vaccinarea antivariolică, cu excepția celor care lucrează în condiții de risc³⁷. Ne întrebăm însă dacă acești oameni “cu risc”, fiind vaccinați, nu vin și ei în contact cu oameni sănătoși, nevaccinați? Pe de altă parte, vaccinarea antivariolică este menținută de unele state în forțele armate. Din nou se pune aceeași problemă...

Conservarea virusului variolic se face în două laboratoare speciale, respectiv în SUA. și în Rusia, în condiții de strictă izolare și de control internațional, prin decizia O.M.S. Astfel se dorește a fi evitate noi cazuri de îmbolnăvire, cum au fost cele două cazuri de variolă din anul 1978 în laboratorul din Birmingham, Anglia, dintre care unul mortal. Ca măsură de prevedere, O.M.S. are un stoc de rezervă de 200 de milioane de doze de vaccin antivariolic, pe lângă stocurile adiționale ale fiecărei țări, precum și sămânța de virus vaccinal³⁸.

³⁴ Gh. M. Voiculescu, *op. cit.*, 89-104.

³⁵ G. Buchwald, *op. cit.*, 55.

³⁶ Rezoluția O.M.S., 8 V 1990, Geneva.

³⁷ Gh. M. Voiculescu, *op. cit.*, 104.

³⁸ *Ibidem*, 92.

III. Difteria. Vaccinul antidifteric. Disparația epidemiilor de difterie

1) Difteria

- Este o boală infecțioasă și contagioasă, provocată de bacilul *Corynebacterium Diphtheriae*, prin intermediul **toxinei difterice**. Bacilul difteric – denumit și bacilul *Löffler* după autorul care l-a descoperit – este un bacil gram-pozitiv, care, local (piele, mucoase), provoacă o depunere de fibrină, formând cunoscutele pseudomembrane (membrane false), dar de importanță majoră pentru patologie sunt *toxinele* și *alergenele*, eliminate de bacil și care afectează în special miocardul și sistemul nervos³⁹.

- Bacilul rămâne cantonat la poarta de intrare (mucoase: faringo-amigdaliană, laringiană, nazală, conjunctivală, anogenitală; plăgi tegumentare etc.), unde se multiplică și provoacă o inflamație locală și *membrane false* (formate din celule necrozate și fibrină, fiind de culoare alb-cenușie sau brună, uneori hemoragice, și pot cuprinde istmul faringian, mucoasa nazală, laringele, iar uneori întregul arbore respirator). Cu toate acestea, bacilul nu are nicio putere invazivă, ci *numai exotoxina foarte puternică* pe care o difuzează în organism și care provoacă fenomene toxice la distanță, ce alcătuiesc tabloul clinic al difteriei⁴⁰.

- Difteria este răspândită pe întregul glob; în regiunile tropicale, majoritatea infecțiilor sunt inaparente și cutanate, iar în regiunile temperate domină angina și crupul difteric sever (laringita difterică); *“în ultimul timp, s-a remarcat un fenomen de deplasare a morbidității date de difterie spre grupele mai mari de vârstă, din cauza vaccinurilor antidifterice (DTP), care se fac în prima copilărie”*⁴¹.

- *Receptivitate și imunitate*: copiii născuți din mame imune au anticorpi care-i feresc de boală, timp de 4-6 luni (imunitate pasivă, de la mamă); în populație, starea de imunitate activă rezultă după infecții latente; *Testul Schick* ne arată starea de receptivitate (test pozitiv) sau de imunitate (test negativ) față de difterie: *când testul este negativ, există imunitate față de infecție*, prin existența în sânge de antitoxină difterică, cu un titru de peste 0,03 U.A.I./ml⁴². Cu toate acestea, Medicina recunoaște faptul că un test

³⁹ G. Buchwald, *op. cit.*, 104.

⁴⁰ Gh. M. Voiculescu, *op. cit.*, 229-233.

⁴¹ *Ibidem*, 231.

⁴² *Ibidem*, 232.

negativ, adică o imunitate certă, conform titrului de anticorpi, “*nu constituie o siguranță absolută de rezistență față de difterie; infecția difterică se poate produce chiar în prezența unui titru antitoxic protector, mai ales cu tulpini foarte toxigene*”⁴³. Același lucru îl observăm și la tetanos, când prezența de anticorpi nu dovedește neapărat și o apărare față de boală. Concluzia este că *prezența anticorpilor nu înseamnă neapărat și imunitate față de boală*, așa cum am menționat în cap.1. Mecanismele sistemului imun sunt mult mai complexe, insuficient cunoscute. Imunitatea celulară joacă probabil un rol important în apărarea imună antitetanică și antidifterică. Prin intermediul vaccinurilor însă, accentul se pune exclusiv pe imunitatea umorală, formatoare de anticorpi. Cu toate că există atâtea necunoscute, vaccinul combinat DTP se află “în fruntea” vaccinurilor (sugarul primește 4 doze de DTP până la vârsta de un an).

- *Incubația* (perioada de la infecție și până la apariția primelor simptome) durează 2-6 zile⁴⁴.

- *Forme clinice*: angina difterică, difteria laringiană (crupul difteric), nazală, conjunctivală, otică, anală, vulvo-vaginală, cutanată⁴⁵.

- *Complicații*: miocardita difterică, paralizii sau nevrite periferice (a vălului palatin, ocular, faringiene, faciale, a nervilor, a diafragmului etc). Nevritele periferice au o evoluție favorabilă, cu retrocedare completă⁴⁶.

- *Tratament*: formele ușoare și medii sunt tratate la domiciliu, în condiții de izolare (10 zile la cei tratați cu antibiotice, 4 săptămâni la cei netratați), bolnavii fiind lăsați cât mai mult în aer liber. La pat se țin doar copiii mici, în perioada febrilă. Formele severe și complicate sunt spitalizate, mai ales copiii sub 2 ani⁴⁷.

2) Epidemiile de difterie au dispărut pe cale naturală, nu din cauza vaccinurilor

Difteria apare sporadic, endemic și epidemic.

La ora actuală, deși se spune că nu mai sunt cazuri de difterie datorită vaccinurilor, decât sporadic, totuși apar deseori focare endemice sau chiar epidemice, fără să se cunoască cauza izbucnirii acestora: în perioadele fără

⁴³ *Ibidem*, 233.

⁴⁴ *Ibidem*, 235.

⁴⁵ *Ibidem*, 235-237.

⁴⁶ *Ibidem*.

⁴⁷ *Ibidem*, 250.

epidemii, purtătorii de microbi numără doar 1% din populație, iar în perioadele epidemice procentul acestora crește la 50%⁴⁸.

În trecut, difteria era o boală severă, cu o mortalitate crescută, în special la copii.

În Germania, statistica mortalității provocate de difterie în perioada 1906-1933 ne arată că, înainte de primul război mondial, s-au înregistrat 15.000 de decese/an, ca apoi să crească în timpul războiului. După terminarea acestuia, curba verticală arată o scădere drastică a deceselor, iar în următorii 5 ani (1920-1925), deși nu a existat niciun vaccin, mortalitatea a scăzut în continuare. De abia în 1925, când nu mai erau aproape deloc cazuri de difterie și mai ales decese, este introdus vaccinul antidiftric. După acest moment, se înregistrează o creștere a cazurilor de boală (anul 1930)⁴⁹. Ce se întâmplă? Când un vaccin este administrat unei populații în care o boală infecțioasă este încă destul de frecventă, cum era și difteria, este de așteptat să fie vaccinați și cei care sunt deja infectați. Or, când un copil vaccinat se află în perioada de incubație a bolii, în primele 7 zile, el se confruntă cu o dublă infecție: difteria naturală, aflată în stadiul de incubație, și infecția difterică indusă artificial, prin vaccinare. Toți acești copii se îmbolnăvesc grav și sunt foarte contagioși, infectând cu ușurință și pe alții. Este lesne de înțeles că, în asemenea condiții, atât morbiditatea, cât și mortalitatea cresc. Ce rezultate dezaastroase a avut vaccinarea se poate observa nu doar în particular, printr-o mortalitate crescută la copii, ci mai ales în context epidemic. Graficul⁵⁰ (**Fig. 2**) arată o scădere foarte clară a incidenței bolii până în 1925, când este introdus vaccinul antidiftric. Din acest moment se înregistrează o creștere a cazurilor de difterie, declanșându-se o adevărată epidemie, cu un apogeu în 1946. În 1926, s-au înregistrat 30.000 de cazuri de difterie, ajungând în 1937 la 147.000 de bolnavi⁵¹, iar în 1946 s-a atins apogeul de 153.335 de cazuri (vaccinarea era obligatorie sub conducerea lui Hitler). După aceea, o dată cu terminarea celui de-al doilea război mondial, se înregistrează o scădere constantă până în 1970. Interesant este faptul că în doar 5-6 ani (1946-1952), când nu s-a făcut deloc vaccinarea, a scăzut numărul de cazuri la 20.905, deci cu 86%! Unul dintre motive este și acela că, după războiul pierdut de către armata germană, din lipsă de fonduri, nu s-a mai putut continua vaccinarea⁵².

⁴⁸ G. Buchwald, *op. cit.*, 104.

⁴⁹ *Ibidem*, 105.

⁵⁰ *Ibidem*.

⁵¹ Simone Delarue, *Impfschutz: Irrtum oder Lüge?*, 3. Auflage 1997, Hirthammer Verlag GmbH, Germany, 107.

⁵² *Ibidem*, 118.

Între anii 1970 și 1978, când au avut loc din nou campanii de vaccinare în masă în Germania, se constată o ușoară creștere a cazurilor de difterie, curba înregistrând un nou “vârf”, dar incomparabil mai mic decât cel din timpul epidemiei⁵³ (Fig. 3).

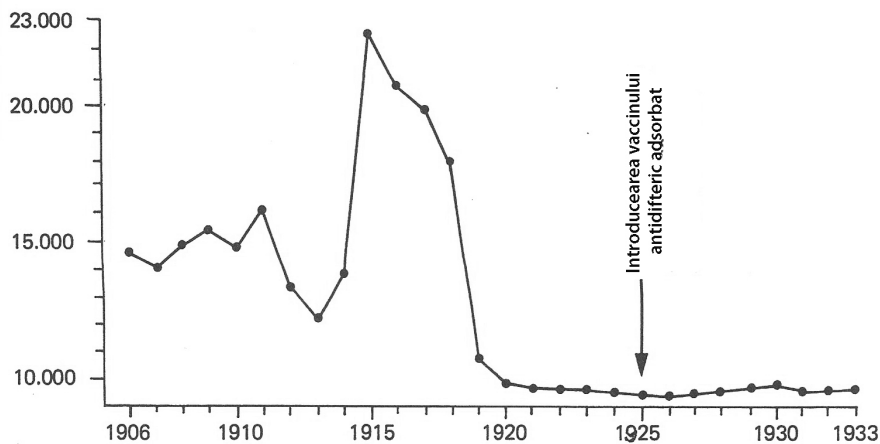


Fig. 2. Cazurile de deces (mortalitatea) date de difterie în Germania, în perioada 1906-1933

Sursa: Biroul Federal de Statistică Wiesbaden, Grupa VII D

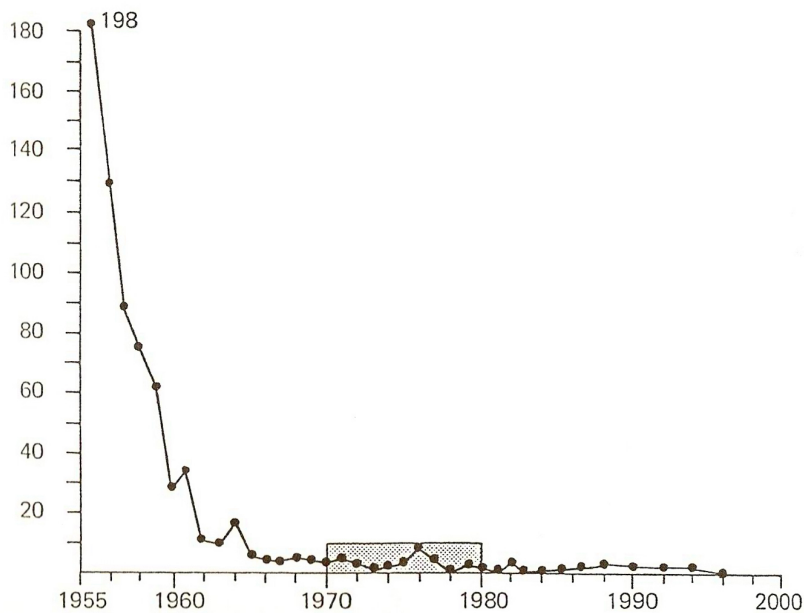


Fig. 3. Mortalitatea dată de difterie în Germania începând cu anul 1955 până în prezent

Sursa: Biroul Federal de Statistică Wiesbaden, Grupa VII D

⁵³ *Ibidem.*

În America, în vremea respectivă, din cauza numeroaselor complicații post-vaccinale, producătorii de vaccinuri erau pedepsiți de lege și deseori erau nevoiți să plătească despăgubiri de milioane de dolari. Acest lucru a dus la falimentarea micilor producători de vaccinuri, iar firmele mari, pentru a evita pierderile financiare substanțiale și pentru a putea plăti despăgubirile, conform legislației în vigoare în America, au crescut mereu costurile vaccinurilor. Nu același lucru se întâmplă în Germania și în alte țări europene, unde despăgubirile nu le plătesc producătorii de vaccinuri, costurile fiind suportate de către întreaga populație. Este motivul pentru care Firma SmithKline din America și-a mutat sediul în Germania. Explicația falsă pe care a dat-o este aceea că în Germania a izbucnit o epidemie de difterie cu cazuri de deces. Același lucru l-a declarat aceeași firmă când s-a stabilit în Suedia. De fapt, în Germania fusese vorba de un singur caz de deces, al unui copil de un an, din Reutlingen, bolnav de difterie, și fusese un caz social. În Suedia, puținele cazuri de difterie apăruseră într-un grup de alcoolici, despre care s-a scris în ziarele suedeze (“Cazuri de difterie izbucnite între alcoolicii suedezi”), doar că acest lucru nu a fost specificat de către firma respectivă⁵⁴.

În România nu putea să fie o statistică mult diferită de cea din alte țări, unde vaccinarea a început în același timp, în același mod și cu același tip de vaccin. Graficul care arată morbiditatea difteriei în țara noastră este incomplet, curba acoperind doar anii 1960-1988⁵⁵ (**Fig. 4**) și ceea ce este interesant, *ea se suprapune aproape de tot cu cea din Germania, din aceeași perioadă* (vezi Fig. 3). *Graficul nu arată însă ce a fost înainte de anii '60*. Dacă a început vaccinarea antidifterică în România în 1930, noi nu aflăm practic nimic din ceea ce s-a întâmplat în cei 30 de ani (1930-1960), nici indiciile de morbiditate și nici cel al mortalității infantile, care ne-ar fi putut completa tabloul evolutiv al epidemiilor și influența reală a vaccinurilor asupra acestora. În timpul celui de-al doilea război mondial a existat peste tot o creștere a cazurilor de difterie, cu toate că se practica și vaccinarea, însă cu vaccinaul antidifteric monovalent (D), nu cu trivaccinul DTP, folosit în ziua de azi (nu că ar fi mai eficient sau cu complicații postvaccinale mai puține, dimpotrivă...). După război, s-a constatat peste tot o scădere accentuată a cazurilor de difterie. Un nou “vârf”, mai mic, care se observă pe graficul nostru între anii 1965-1970, se vede și pe graficul din Germania, după care cel de-al doilea “vârf”, între anii 1970-1980, este mult mai mare în Germania decât cel din România. În acea perioadă, spune Dr. Buchwald, în Germania s-a intensificat campania de vaccinare antidifterică, ceea ce nu este specificat și în cărțile

⁵⁴ G. Buchwald, *op. cit.*, 113.

⁵⁵ Gh. M. Voiculescu., *op. cit.*, 231.

noastre. Pe graficul nostru mai este un mic “vârf” între anii 1982-1985. *Concluzia este că, asemenea altor țări europene, nu putem atribui vaccinării în masă dispariția difteriei în țara noastră.*

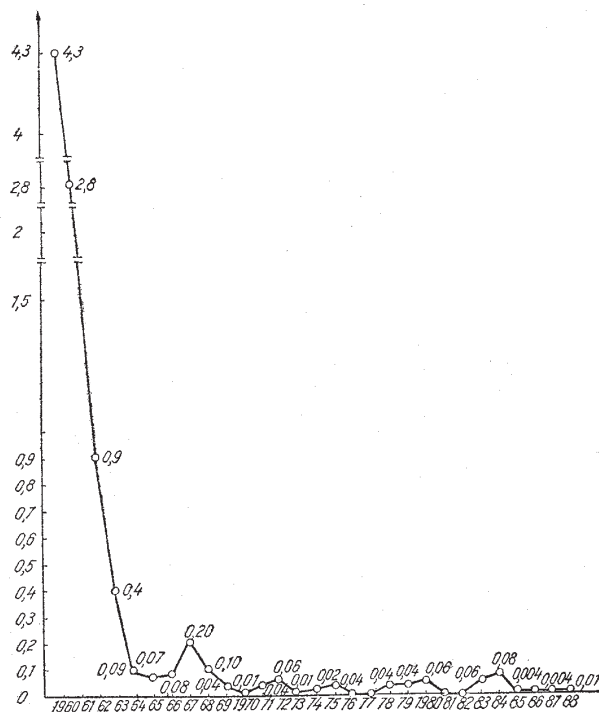


Fig. 4. Curba morbidității prin difterie în România în perioada 1960-1988

Ungaria este prima țară europeană unde s-a făcut vaccinarea în masă la copii, împotriva difteriei, începând cu anul 1928, în zonele rurale, exceptând Budapesta. Timp de 3-4 ani, s-a constatat același regres al cazurilor de difterie, atât în zonele vaccinate (zona rurală), cât și în cele nevaccinate (Budapesta), graficele fiind aproape identice⁵⁶ (Fig. 5).

Comparând graficele care arată morbiditatea prin difterie în **Olanda**, unde au fost vaccinați copiii împotriva difteriei, ce cele din **Suedia**, unde nu s-a efectuat vaccinarea, constatăm că sunt și ele, practic, identice⁵⁷ (Fig. 6). Cazurile de difterie au cunoscut același regres, indiferent că a fost sau nu vaccinată populația.

⁵⁶ S. Delarue, *op. cit.*, 111-112.

⁵⁷ *Ibidem*, 115.

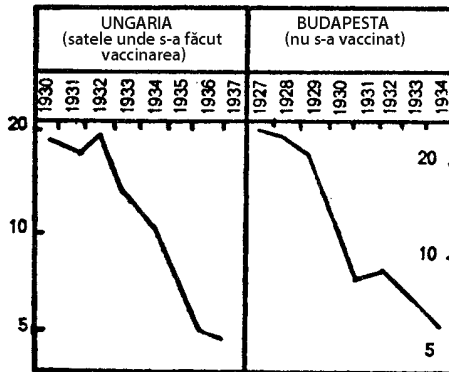


Fig. 5. Regresia difteriei, comparativ între teritoriile rurale (vaccinate) ale Ungariei cu Budapesta (unde nu s-a făcut vaccinarea). Mortalitatea este calculată la 100.000 de cetățeni. Măsura folosită: logaritmică

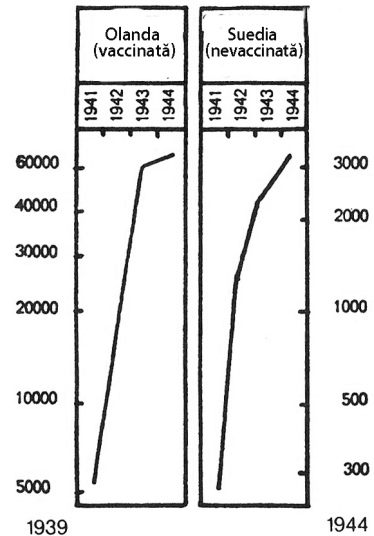


Fig. 6. Cazurile de îmbolnăviri (difterie) în Olanda (vaccinată) comparativ cu Suedia (nevaccinată), în perioada 1941-1944. Cazurile declarate. Măsura logaritmică

În Franța, introducerea vaccinului antidifteric, dar mai ales a obligativității lui, a dus la extinderea epidemiei. Graficele arată că înainte de vaccin media anuală a cazurilor de difterie era de 12.000, iar începând cu 1923, când a fost introdusă vaccinarea cu anatoxină difterică, numărul de cazuri anuale a atins cifra de 20.000. De-abia în anul 1938, când vaccinarea a devenit obligatorie în Franța, s-a extins epidemia⁵⁸ (**Fig. 7**). Găsim în cartea lui Hector Grasset, *Le Transformisme Médical*, informații legate de modul în care pot fi falsificate statisticile, prin comparația unor elemente ce nu pot fi comparate: “În trecut clinicienii defneau drept angină difterică doar pe acelea care erau foarte toxice, cu pseudomembrane, asemănătoare crupului difteric. La ora actuală, diagnosticul de angină difterică se pune tuturor anginelor la care poate fi identificat bacilul difteric. Dar este cunoscut faptul că bacilul Löffler este prezent, chiar și în forma lui cea mai virulentă, la 15% dintre bolnavii cu scarlatină și la 25% dintre oamenii sănătoși (Heubner) sau chiar 40% (Variot), ceea ce înseamnă că și cele mai simple angine, chiar și cele benigne, cu membrane albicioase, pot fi clasificate drept difterice... De aici decurge **creșterea falsă a cazurilor de difterie, în numeroasele statistici**. Cazurile care se vindecau de la sine și fără tratament (anginele difterice benigne nu se complicau niciodată, decât cu excepția acelor care erau tratate cu serul antidifteric) erau conde-

⁵⁸ *Ibidem*, 103.

rate a fi succesul tratamentului... Dovada unei falsificări evidente a statisticilor din spitale o constituie faptul că, în 25% din cazurile de angină difterică toxică, urmate de deces, nu s-a evidențiat bacilul difteric... Anginele streptococice și stafilococice (presupuse difterice) au provocat, în realitate, multe din aceste decese. Pe de altă parte, sunt falsificate și statisticile privitoare la complicațiile postvaccinale: toți pacienții care mor sunt trecuți în alte statistici”⁵⁹, ca și când ar fi fost provocate de alte boli, nu de vaccinul antidifteric. Este lesne de înțeles că lumea se lăsa vaccinată de teama nenumăratelor decese “provocate de difterie”, dar și fiindcă nu știa de existența unor complicații postvaccinale. În ziua de azi, se întâmplă exact același lucru, în toate țările din lume, când complicațiile postvaccinale grave (indiferent de vaccinul administrat) nu sunt recunoscute, ci sunt considerate “boli de sine stătătoare”, de “cauză necunoscută”: epilepsie, sindromul morții subite la sugari, paralizii, surditate, cecitate etc., fără a fi căutată etiologia lor. J. Tissot, profesor de Psihologie, cunoscut prin lucrarea sa *La Catastrophe des vaccinations obligatoires*, punctează ceea ce au observat și autorii mai sus menționați: “Vaccinarea antidifterică a început în Franța în 1923. De atunci, vaccinul a fost cauza a numeroaselor complicații grave postvaccinale, dar niciodată nu s-a ținut cont de acest lucru”. Când, în 1925, a izbucnit o epidemie de difterie în Germania, în

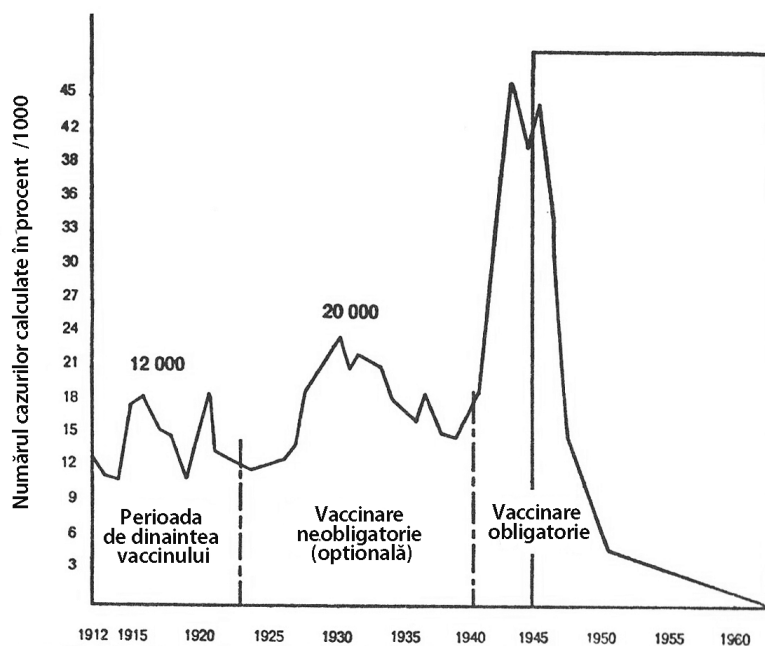


Fig. 7. Doar partea de grafic încadrată este luată în seamă de Oficialități pentru statistică

⁵⁹ *Ibidem.*

armata de pe Rhein, s-a introdus și aici vaccinarea antidifterică. Medicul german Zöller, din Mainz, realizase atunci primul lui test de control al vaccinului: *“A vaccinat 305 de recruți cu anatoxina difterică, de două ori, la un interval de 3 săptămâni. Un alt grup de 700 de recruți nu au fost vaccinați, fiind grupul de control. Dintre cei 305 de soldați vaccinați, s-au îmbolnăvit 11, iar la cei nevaccinați nu s-a înregistrat un singur caz... **Rezultatul a fost unul catastrofal.** La cei vaccinați îmbolnăvirea a fost de 11 ori mai frecventă decât la cei nevaccinați. Acest rezultat trebuia să ducă de pe atunci la interzicerea vaccinului... Dar acest lucru nu s-a întâmplat, căci producătorii de vaccinuri ar fi fost nevoiți să oprească vaccinarea, care începuse deja de doi ani”*⁶⁰. Atunci, au falsificat statisticile: au spus că s-au îmbolnăvit 11 dintre cei vaccinați fiindcă nu au fost suficient imunizați, intervalul de 3 săptămâni fiind prea scurt. Din acest motiv, ei puteau fi considerați la fel ca și cei neimunizați... Ca urmare, cele 11 cazuri au fost trecute la grupul de control, adică la cei nevaccinați. Rezultatul, evident fals, a fost: nu s-a îmbolnăvit nimeni dintre cei vaccinați, dar au fost 12 cazuri la cei nevaccinați... *“Argumentul acesta nu poate fi decât unul fals și fără logică pentru orice cititor... iar toate aceste date sunt istoric dovedite și s-au petrecut în anul 1925”*, ne mai spune J. Tissot⁶¹. Dacă s-ar fi sistat atunci vaccinarea, s-ar fi putut preveni o serie de alte catastrofe. Cu toate acestea, un asemenea argument fals este folosit și în ziua de astăzi, pentru a pune pe piață vaccinuri sau pentru a continua folosirea lor, cum s-a întâmplat și în cazul vaccinului poliomieltic. Prof. Debre a folosit un asemenea argument pentru a primi aprobarea folosirii vaccinului antipolio și pentru a demonstra eficiența acestuia, cu ocazia unei epidemii de poliomieltită ce izbucnise în Saint-Brieuc⁶².

În 6 decembrie 1927, Academia de Medicină din Franța declară vaccinul antidifteric (până atunci toxina difterică fiind folosită doar ocazional), ca fiind necesar din cauza *“răspândirii în ultimii ani a tot mai multor cazuri grave și toxice de difterie... și că este nevoie de o vaccinare sistematică a copiilor, în special a elevilor...”*⁶³ (Anexa din Protocolul celei de a doua ședințe din Camera Deputaților, din 11 iulie 1930). Cu toate acestea, încă nu este introdusă vaccinarea obligatorie în Franța, ci doar *“recomandată”*. Între anii 1927-1938, anatoxina difterică a fost cauza unor serii de complicații postvaccinale, multe dintre ele letale⁶⁴. *S-a putut lesne observa că cei vaccinați se îmbolnăveau mai grav de difterie decât cei nevacci-*

⁶⁰ *Ibidem*, 104.

⁶¹ *Ibidem*, 105.

⁶² *Ibidem*.

⁶³ *Ibidem*, 106.

⁶⁴ Louis De Brouwer, *Nous sommes tous des cobayes. L'imposture de la biologie et de la médecine. Le Triomphe de la Désinformation Permanente*, Guy Tredaniel Editeur 2000, Paris, 27-41.

nați, motiv pentru care au protestat mulți medici, dar fără niciun rezultat. Vaccinurile au fost cumpărate cu sume enorme de bani, Parlamentul francez aprobând o asemenea investiție. Din 1938, vaccinul antidifteric devine obligatoriu, ceea ce va duce la izbucnirea celei mai mari epidemii de difterie din Franța. Începând cu anul 1940, cazurile cresc de la an la an, iar din 1943, anual se numărau peste 40.000 de cazuri de difterie. În perioada 1940-1946, s-au înregistrat 150.000 de cazuri de difterie, dintre care peste 15.000 de cazuri mortale. *Mortalitatea la copiii vaccinați era de 4 ori mai mare decât la cei nevaccinați*⁶⁵.

Disparația difteriei nu a putut fi pusă nicidecum pe seama vaccinului. Comparând graficele din țările unde s-a făcut vaccinarea cu țările în care nu s-a făcut, în aceleași perioade, observăm că ele se suprapun: Germania de Vest (fără vaccin) și alte 19 țări europene (cu vaccin) în perioada 1946-1952⁶⁶ (**Fig. 8**). Datele false arată că în Anglia vaccinarea antidifterică a dus la scăderea drastică a cazurilor de difterie în perioada 1940-1952 (12 ani!). Observăm din grafic că în Germania de Vest s-a ajuns la același rezultat în timp de doar 6 ani, prin nevaccinare⁶⁷!

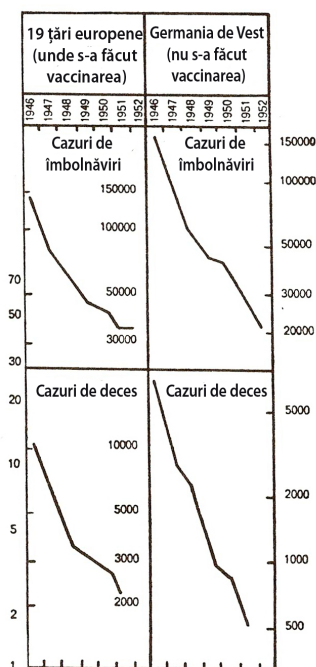


Fig. 8. Regresia difteriei comparând cele 19 țări europene vaccinate cu Germania de Vest, unde nu s-a făcut vaccinarea, în perioada 1946-1952. Morbiditatea și mortalitatea. Masură logaritmică

⁶⁵ S. Delarue, *op. cit.*, 108.

⁶⁶ *Ibidem*, 115.

⁶⁷ *Ibidem*, 116-117.

3) Vaccinul difteric

Generalități:

- Testul Schick (amintit anterior) a fost descris pentru prima dată în 1913, dar abia în 1923 este descoperită anatoxina difterică de către Ramon⁶⁸.

- Primele imunizări pe scară largă au fost făcute în Franța, SUA, Canada și România, în 1930⁶⁹.

- În Germania, vaccinarea a început în 1925⁷⁰.

Vaccinurile D, DT și DTP:

- Vaccinul difteric monovalent (D) nu mai este în uz la noi. El conține toxina difterică, în formă purificată, atenuată cu aldehidă formică și adsorbită pe aluminiu. Doza de vaccin: 0,5 ml = 75 UI (unități internaționale) Toxoid Difteric⁷¹.

- În România, conform Programului național de vaccinare⁷², sugarul este vaccinat împotriva difteriei (în combinație cu vaccinul tetanos și pertussis) cu 3 doze de vaccin trivalent, DTP, câte o doză la interval de 2 luni (2, 4 și 6 luni), iar apoi revaccinarea I se face la 12 luni, revaccinarea a II-a la 30-35 luni, iar a III-a și a IV-a se fac cu bivaccin (DT): la 7 ani (cl. I), respectiv la 14 ani (cl. a VIII-a). După vârsta de 3 ani, componenta "pertussis" este scoasă din vaccin, din cauza gravelor complicații. Vaccinurile produse de Institutul Cantacuzino sunt: *vaccinul bivalent DT* (VCDT: vaccin combinat diftero-tetanic adsorbit) și *vaccinul trivalent DTP* (VCDTP: vaccinul combinat diftero-tetano-pertussis adsorbit).

Reacțiile adverse și complicațiile postvaccinale (DTP) sunt descrise în cap. 4.

IV. Epidemia de poliomielită. Tipuri de vaccin antipolio și ineficiența lor. Poliomielita postvaccinală

Rezumat

Epidemiile de poliomielită au dispărut, iar numărul cazurilor de îmbolnăviri a înregistrat o scădere importantă în anii 1955-1956, înainte ca să fie

⁶⁸ Gh. M. Voiculescu, *op. cit.*, 229.

⁶⁹ G. Buchwald, *op. cit.*, 104-105.

⁷⁰ *Ibidem.*

⁷¹ *Ibidem.*

⁷² Ord. MS/ CNAS nr. 1591/1110/2010.

introduse vaccinurile antipolio (1957). După aceea au izbucnit noi focare endemice și epidemice de poliomielită. Vaccinurile antipolio au fost un mare eșec, provocând numeroase decese. **Reaparția epidemiilor de poliomielită este corelată și cu introducerea altor vaccinuri (“poliomielita provocată”):** în Germania și SUA, apariția epidemiilor de poliomielită este direct legată de introducerea vaccinului antivariolic; în Marea Britanie, se extind cazurile de poliomielită după introducerea vaccinului DP (diftero-pertussis), fiind oprită administrarea lui în 1950.

Dispariția epidemiilor de poliomielită nu s-a făcut datorită vaccinurilor antipolio, ci datorită îmbunătățirii condițiilor de viață⁷³. Au contribuit și mulți alți factori: oprirea vaccinării antivariolice și altor vaccinuri⁷⁴ și, după unii autori, retragerea pesticidului DDT de pe piață⁷⁵.

Poliomielita, dată de virusul natural (sălbatic), este o boală care, practic, a dispărut din Europa. Cazurile de boală existente la ora actuală (destul de rare) sunt cele date de vaccinuri: “poliomielită postvaccinală” și, foarte rar, “poliomielită de contact” (la părinții copiilor care au primit vaccinul oral Sabin).

Cu toate acestea, mai izbucnesc focare endemice în diferite regiuni ale lumii: în 2004, au reapărut cazuri de poliomielită în 10 țări ale Africii. În 2005, au urmat focare endemice în alte trei țări: Yemen, Indonezia și Somalia⁷⁶. **Tot mai mulți experți sunt sceptici și recunosc că nu este posibilă eradicarea acestei boli.** Ei arată că ar fi mai bine ca banii folosiți pentru programele extinse de vaccinare să fie investiți în tratamente curative, atât de necesare în aceste țări și în întreaga lume⁷⁷.

1) Poliomielita sau “paralizia infantilă”

Istoric

Boala a fost descrisă pentru prima dată în Anglia, în anul 1784, de către Michael Underwood. În 1840, Heine remarcă sechelele bolii, denumind-o

⁷³ Thomas McKeown, *Die Bedeutung der Medizin. Traum, Trugbild oder Nemesis?*, Aus dem Englischen von Cornelia Rülke und Bernahrd Badura. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, 1982, 109.

⁷⁴ G. Buchwald, *op. cit.*, 124-125.

⁷⁵ Torsten. Engelbrecht, Claus Köhnlein, *Virus-Wahn. Schweinegrippe, Vogelgrippe, SARS, BSE, Hepatitis C, AIDS, Polio*. Emuverlag, 6 Auflage 2010, Germany, 75.

⁷⁶ M. Hirte, *op. cit.*, 164.

⁷⁷ D. A. Henderson, “Countering the post-eradication threat of smallpox and polio”, *Clin Investig Med* 2002, 34: 79-83.

“paralizie spinală”. Kussmaul este cel care o va numi “poliomielită anterioară acută”⁷⁸ (grecește: *polios* = gri/cenușiu; *myelos* = măduvă).

Din pricina condițiilor igienice mai precare, copiii aveau contact cu virusul poliomieltic sălbatic, natural încă din primul lor an de viață. La această vârstă ei erau protejați împotriva bolii datorită anticorpilor moșteniți de la mamă. Imunitatea proprie se instala treptat și era mereu înprospătată printr-un nou contact cu virusul. Este motivul pentru care existau doar cazuri “ocasionale” de boală, forme așa “minore” (neparalitice), fără să fie vorba de epidemii.⁷⁹ Formele paralitice, “majore”, erau foarte rare, mai puțin de 1% din cazuri. O statistică asemănătoare (0,5%) găsim și la autorii români: *“Infecția cu virus poliomieltic rămâne, în imensa majoritate a cazurilor, subclinică (200 de cazuri de infecție subclinică pentru un caz paraltic). Tabloul de neuroviroză paraltică, constituie un aspect cu totul parțial (deși cel mai grav) al incidenței reale a infecției poliomieltice”*⁸⁰.

În prezent, datorită condițiilor igienice mult mai bune, contactul cu virusul poliomieltic sălbatic este tot mai rar și tot mai puțini oameni își formează încă din copilărie anticorpi protectori împotriva bolii⁸¹.

Generalități

- Poliomielita este o boală infecțioasă dată de virusul poliomieltic, care posedă 3 tipuri antigenic distincte: *tipul 1 (tulpinile Brunhilde, Mahoney etc.)*, *tipul 2 (Lansing Mef 1)* și *tipul 3 (Leon, Saukett)*. Virusul polio face parte din familia Picornaviridae, genul Enterovirus. Tipul 1, predominant epidemic, era întâlnit în 80-90% din cazurile de poliomielite paralitice. Tipul 2, foarte răspândit, determină frecvent forme subclinice. Tipul 3, apare rar (3%)⁸².

- A fost numită “paralizie infantilă”, fiindcă este mai frecventă în copilărie, iar cazurile paralitice, deși foarte rare, sunt grave și lasă sechele.

- Boala apare într-o societate cu condiții socio-economice precare⁸³.

- Se transmite de la om la om: virusul se află în scaunul omului bolnav, iar prin intermediul mâinilor murdare, duse la gură sau la nas, acesta pătrunde în organism; aici se înmulțește la nivelul intestinului sau a sistemului limfatic,

⁷⁸ Gh. M. Voiculescu, *op. cit.*, 308.

⁷⁹ Atkinson, 2008, 101 <http://www.mayoclinic.com/health/polio/DS00572/DSECTION=symptoms>

⁸⁰ M. Gh. Voiculescu, *op. cit.*, 308.

⁸¹ Martin Hirte, *Impfen Pro&Contra. Das Handbuch für die individuelle Entscheidung*, MensSana Verlag, Germany, 2008, p. 163.

⁸² Gh. M. Voiculescu, *op. cit.*, p. 309.

⁸³ G. Buchwald, *op. cit.*, p.120.

de unde pătrunde în sânge și afectează nervii de la nivelul măduvei spinării⁸⁴; virusul este patogen pentru maimuță, dar nu și pentru alte animale.

- În 90-95% din cazuri, infecția trece neobservată, fără simptome clinice.

- Doar 5% dintre bolnavi fac forma “minoră” de boală, având simptome asemănătoare gripei și scaune diareice.

- Incubația durează 3-14 zile (perioada de la infecție și până la apariția primelor simptome);

- Imunitatea dată de boală este pe viață⁸⁵.

- *La un procent de sub 1% din cei infectați, este vorba de o adevărată poliomielită (0,5%, după Gh.Voiculescu), cu simptome tipice, ce apar în zilele 11-17 de boală, cu afectare musculară, tradusă prin dureri musculare, rigiditate musculară sau paralizii, când vorbim de “boala majoră”. În majoritatea cazurilor, simptomele dispar. Doar în unele cazuri boala nu se vindecă complet și rămân sechele: pareze și paralizii. Când sunt afectați mușchii respiratori, se poate ajunge la deces. Nu se cunoaște un tratament medical pentru această boală, iar rezultatele obținute după tratamente homeopate nu sunt recunoscute oficial⁸⁶. La Dr. Buchwald găsim aceeași statistică: “La un procent de 0,1-1% dintre cei infectați, apar simptome specifice de poliomielită, cea mai frecventă fiind forma paralică spinală (cu paralizia membrilor), dar cu regresia în majoritatea cazurilor a simptomelor în decurs de un an”⁸⁷. Făcând un calcul, la 1 caz de poliomielită clinică, cu paralizie, avem între 100-1000 (0,1-1%) de cazuri inaparente clinic (fără simptome)⁸⁸.*

Poliomielita postvaccinală, dată de virusul viu din vaccinul antipolio, este o realitate și survine la unii dintre copiii vaccinați antipolio pe cale orală (cu vaccinul Sabin).

Poliomielita de contact survine la contactii receptivi⁸⁹.

Poliomielita provocată a fost studiată și dovedită de către mulți cercetători, și survine după alte vaccinuri (antidifteric, antipertussis, antitetanos, antivariolic, etc.) sau din cauza unor substanțe toxice: mercur, arsen, plumb, pesticidul DDT.

⁸⁴ M. Hirte, *op. cit.*, 162.

⁸⁵ G. Buchwald, *op. cit.*, 120-121.

⁸⁶ M. Hirte, *op. cit.*, 160.

⁸⁷ G. Buchwald, *op. cit.*, 121.

⁸⁸ *Ibidem*.

⁸⁹ Gh. M. Voiculescu, *op. cit.*, 311.

2) Primele vaccinuri antipolio (“Kobrowski”, “SALK” și “Sabin”) și eșecurile lor: poliomielita postvaccinală, SIDA, leucemie, cancer și retrovirusuri simiene

Primele vaccinuri împotriva poliomielitei s-au sintetizat din măduva infectată a maimuțelor, cu virusul poliomielitic, cu care au fost vaccinați, în anii 1935-1936, un număr de 20.000 de cetățeni americani (SUA). Vaccinurile au provocat cel puțin 12 cazuri de poliomielită postvaccinală. Greșeala a fost aceea că virusul poliomielitic nu a fost “inactivat” suficient. Cu toate acestea, producătorii de vaccinuri au repetat aceeași greșeală și cu un alt vaccin⁹⁰.

Din cauza numeroaselor cazuri de poliomielită izbucnite în țările vestice, industrializate, în perioada postbelică producătorii de vaccinuri au încercat să producă un nou vaccin. *“Ei au lucrat «din umbră», trimițându-și așa-zii «oameni de știință» în linia întâi”⁹¹:*

a) Hillary Koprowski a fost printre cei care, în 1946, a încercat să sintetizeze un vaccin cu virus poliomielitic viu, în laboratoarele Lederle din New York. Virusul a fost cultivat pe ou embrionat de găină. S-au sacrificat în această perioadă multe animale, din diferite specii, necunoscându-se atunci care era țesutul propice pentru cultivarea virusului vaccinal (fiecare virus se poate cultiva doar pe anumite țesuturi). Au fost sacrificate cu acest scop un număr mare de maimuțe, motiv pentru care, în anul 1955, India interzice exportul lor. Într-un final, americanii au primit Premiul Nobel, fiindcă au descoperit faptul că virusul se poate cultiva cel mai bine pe *rinichi de maimuță Rhesus (RhM), din India*. Ulterior s-a constatat că poate fi cultivat și pe *țesut de maimuța verde (GM), din Africa*. Începând cu anul 1957, Koprowski, creează un vaccin antipolio oral, cu virus viu, cultivat pe rinichi de maimuță verde din Africa, iar primul test l-a efectuat în Congo, unde a vaccinat 240.000 de oameni. În 1958, el continuă să vaccineze 75.000 de copii în Leopoldville (acum Kinshasa/Zair). Ulterior s-a constatat că *acest vaccin era infectat cu virusul simian SV40, cauzator de tumori la hamster și cancer la om*. În 1959, israelianul Albert Sabin (care testează și el un vaccin oral, începând cu 1956) face pentru prima dată afirmația conform căreia vaccinul lui Koprowski era infectat cu un virus necunoscut. Vaccinul a fost retras de pe piață. Până în 1960, când M. R. Hilleman și B. H. Sweet au descoperit un “virus străin”

⁹⁰ G. Buchwald, *op. cit.*, 288.

⁹¹ *Ibidem*, 122.

în culturile de celule renale de maimuțe rhesus (RhM), provenite din India și folosite pentru prepararea vaccinurilor antipolio cu virus viu, fuseseră vaccinați deja un număr de 325.000 de congolezi. Este vorba de un virus Simian, amintit anterior, denumit SV40 (S = lat. Simian = maimuță și V = virus), care, în mod normal se găsește în rinichiul maimuțelor, într-un procent de 70%, fără să provoace boli sau cancer la această specie⁹².

Este locul și momentul când, a început și răspândirea bolii HIV/SIDA (după 3 decenii), dar cu un alt virus simian (SIV). Cum au decurs lucrurile? În 1980, a început să se răspândească o nouă boală între americanii homosexuali, cunoscută ulterior sub denumirea de SIDA. În 1983, virusul HIV (virusul imunodeficienței umane, cauzator al bolii SIDA) a fost descoperit și izolat de către Luc Montagnier, la Paris. Se punea întrebarea: de unde provenea acest virus? În 1985, niște cercetători descoperă virusul HIV și la cetățenii din Kemu, Zairul de Est, unde Koprowski testase primul său vaccin antipolio oral, cu virus viu. În 1991, când se vorbea de un nou virus Simian, necunoscut până atunci, s-a descoperit că acesta este identic cu virusul HIV-II, care a provocat boala SIDA în Africa de Vest⁹³. Cel care a reușit să dovedească cel mai bine legătura dintre vaccinul antipolio oral al lui Koprowski și boala SIDA este Louis Pascal, un cercetător independent, fără nicio legătură formală cu vreun Institut de Cercetare sau cu vreo Universitate. A scris despre studiul său într-un articol intitulat *“Ce se întâmplă când știința degenerază? Corupția științei și apariția bolii SIDA. Analiza unei sinteze spontane”*, care a apărut într-un număr editorial al Universității Wollongong (Nr.9/1991). În articolul său, *Pascal arată cum SIDA este consecința directă a unui vaccin antipolio oral, infestat cu virusul imunodeficienței Simiene (SIV)*, și care a fost administrat oamenilor din Congo. *“Toate tulpinile virusului antipolio din vaccin, a căror virulență neurologică a fost «atenuată», dar care pot induce o reacție imună, au reușit ca prin trecerea de la un individ la altul să își recâștige virulența și, ce este mai important, modul de preparare al vaccinului a înlesnit contaminarea vaccinului cu virusuri străine, care nu au mai putut fi omorâte, fiindcă altfel ar fi fost distrus însuși virusul polio și vaccinul ar fi fost ruinat”*⁹⁴. Pascal citează cazul lui Hillary Koprowski, care a folosit vaccinul infestat în campaniile de vaccinare în masă, atât în Congo-ul Belgian (Leopoldville), cât și în Ruanda-Urundi, și care nu a analizat deloc virusul antipolio viu din vaccin, altfel ar fi constatată cu siguranță că, alături

⁹² *Ibidem*, 122-123.

⁹³ *Ibidem*, 123.

⁹⁴ V. Scheibner, *op. cit.*, 182.

de acesta, mai există în toate preparatele vaccinului încă un virus străin, cel de la maimuță. Se știe, adaugă Pascal, că *“virusuri noi care apar la o populație tânără (sugari) și fără experiență imunologică, pot deveni patogene și foarte virulente”*⁹⁵. În 1985, a fost descoperit primul virus al imunodeficienței simiene (SIV) la maimuțele Rhesus, unul dintre cele trei animale care pot fi folosite pentru cultivarea virusului poliomieltic. Virusul SIV a fost găsit apoi și la celelalte două tipuri de maimuțe (maimuța verde africană și maimuța Java). Se pune întrebarea: *virusul SIV este unul și același cu virusul HIV?* Aflăm răspunsul tot de la Pascal. Toate aceste virusuri simiene sunt înrudite între ele, chiar și cu virusul HIV/SIDA (a nu se confunda virusul simian cancerigen, SV40, descoperit în 1960, cu virusul imunodeficienței simiene, SIV, descoperit în 1985, ambele fiind virusuri simiene, dar diferite). Pascal arată că unul dintre aceste virusuri al imunodeficienței simiene (SIV) a fost “transferat” la om, provocând SIDA. *Cu alte cuvinte, un virus simian SIV, a putut deveni actualul virus HIV*. Pascal a tratat și aspectele etice și morale, aducând în discuție faptul că niciun om de știință sau jurnalist nu a scos la iveală adevărul atâta timp, deși ar fi putut preveni răspândirea bolii SIDA și a altor boli. Cu toate acestea, multe vaccinuri administrate copiilor din întreaga lume conțin *“celule Vero din rinichi de maimuță”* drept mediu de cultură pentru virusurile din vaccin. În 1992, Meyers și colaboratorii săi au emis ipoteza (aceeași cu a lui Pascal) conform căreia *este posibil ca virusul HIV să nu fie altceva decât virusul SIV, care s-a adaptat omului (printr-o mutație genetică)*. Este o ipoteză care devine, pe timp ce trece, tot mai plauzibilă, spune Goldberg (1992). În 1991, Kyle publică în *Lancet* un articol în care arată legătura dintre vaccinul antipolio contaminat cu virusuri simiene, administrat unor bărbați homosexuali care aveau herpesul genital, și apariția multor cazuri de SIDA la acești homosexuali din America. Analizând vaccinurile antipolio, se constată o contaminare a vaccinurilor cu virusuri simiene⁹⁶.

b) Un alt om de știință, **Jonas Salk**, a sintetizat un vaccin injectabil, folosind un virus poliomieltic “omorât” (“atenuat”), cultivat pe rinichi de maimuță. L-a denumit *vaccinul injectabil “SALK”*.

Ineficiența vaccinului Salk. În perioada 1 mai – 1 decembrie 1954, la Universitatea din Michigan, Ann Arbor (Francis et al., 1955) a făcut un experiment cu vaccinul Salk polivalent, pe care l-a administrat la peste 1.000.000 de copii. Pentru experiment, un vaccin “s-a împărțit” la 5 copii. S-au folosit pentru fieca-

⁹⁵ *Ibidem*,183.

⁹⁶ *Ibidem*,180.

re copil seringi separate, pentru a nu se contamina cu alte boli, pecum hepatita B etc. Unii dintre medici au criticat experimentul, deoarece vaccinul conținea țesut de rinchi prelevat de la maimuțe moarte, dar nu au fost luați în seamă. În timpul experimentului, au apărut 129 cazuri de poliomielită, în special după cea de-a treia doză de vaccin (pe parcursul a 3 săptămâni), dintre care 90 de cazuri la cei vaccinați și 39 de cazuri la grupa de control (nevaccinați). Dintre cei 749.236 de copii din grupul de control, un număr de 428 au făcut boala. Dintre cei 1.080.680 de copii vaccinați, au făcut boala 585 de copii. Făcând un calcul, autorii au ajuns la concluzia că, din 100.000 de copii vaccinați, 57 au făcut poliomielită și, din același număr de copii nevaccinați, s-au îmbolnăvit 54. Concluzia este că rata îmbolnăvirilor a fost ceva mai mare la copiii vaccinați, ceea ce arată în mod evident *ineficiența totală a vaccinului Salk*. Fie că erau vaccinați, fie nu, poliomielita a afectat aproximativ același număr de copii⁹⁷.

Incidentul “Cutter”. În aprilie 1955, șase firme farmaceutice obțin licența pentru producerea unui vaccin antipolio “atenuat”. Acesta urma să producă anticorpi în sânge, dar virusul din vaccin fiind insuficient “atenuat”, a dus la cazuri grave de boală, incidentul fiind cunoscut în SUA sub denumirea de “incidentul Cutter”, după numele producătorului. Experimentul s-a efectuat în perioada aprilie – iunie 1955. În primele 14 zile de la administrarea vaccinului, s-au îmbolnăvit 260 de oameni de poliomielită paralică: 94 sugari (poliomielita postvaccinală), 126 de părinți (poliomielita de contact) și alte 40 de persoane (contacti)⁹⁸. Dintre cei 260 de bolnavi, 11 au murit. Cu toate că în 1958 vaccinul a fost retras de pe piață, în 1960 el este reintrodus în Germania (vaccin trivalent, cu virus viu “atenuat”), unde are loc un “incident” asemănător cu incidentul Cutter: în Berlinul de Vest vaccinarea s-a făcut în masă, la 281.000 de oameni, dintre care 24 au făcut poliomielita postvaccinală și alți 24, poliomielita de contact. Doi părinți care și-au îngrijit copiii au murit. După acest incident, vaccinul a fost retras⁹⁹.

Boala PESS este transmisă de vaccinul Salk. În 1973, Baguley și Glasgow relatau despre apariția unei boli grave, în perioada 1956-1966, în partea de nord a insulei Noua Zeelandă. Era vorba de Panencefalita Subacută Sclerozantă (PESS), cunoscută medicilor și considerată o complicație rară, dar foarte gravă, a rujeolei. Până atunci se credea că PESS apare doar la bolnavii cu rujeolă. Frecvența ei în această zonă era de sute de ori mai mare decât era de așteptat. Izbucnirea cazurilor de PESS s-a pus pe seama vaccinării în masă a elevilor din școlile primare cu vaccinul antipolio Salk, deoarece *vaccinul era contaminat cu*

⁹⁷ G. Buchwald, *op. cit.*, 121-123.

⁹⁸ V. Scheibner, *op. cit.*, 177.

⁹⁹ G. Buchwald, *op. cit.*, 288-289.

virusul simian SV40. Autorii au ajuns la concluzia că “*administrarea vaccinul Salk a dus la frecvența crescută a cazurilor de PESS... Aceste concluzii arată în mod evident că rujeola nu poate fi considerată singura cauză a bolii PESS*”¹⁰⁰.

Contaminarea vaccinului Salk cu virusul cancerigen SV40. În 1960, Hillemann și Sweet descoperă prezența virusului simian SV40 în toate culturile de celule renale de maimuțe rhesus (RhM), utilizate pentru fabricarea vaccinurilor antipolio cu virusuri vii (vaccinurile Koprowski și Salk), ceea ce înseamnă că *milioane de persoane au fost vaccinate timp de decenii cu un vaccin infestat*^{101, 102}. Virusul simian SV40, care se găsește în mod normal la aceste maimuțe africane, fără să provoace vreo boală, dar este cancerigen pentru alte animale și pentru om, “*a fost depistat în tumori cerebrale umane și pus în legătură cu producerea și altor forme de cancer: limfomul non-Hodkin...*”¹⁰³. S-a constatat că virusul SV40 provoacă sarcoame (forme agresive de cancer) și la hamster. Faptul că virusul “modificat” din vaccin – și nu virusul sălbatic – a fost găsit la 25% dintre tumorile cerebrale la om (Krieg et al., *Proc. Ant. Acad. Sci.*, 78-6646-1981) atestă că virusul SV40 este cauza tumorilor¹⁰⁴. De asemenea, în 1966, prof. Lwoff a observat că virusul SV40 are capacitatea să formeze, împreună cu adenovirusul tip 7 (un virus gripal), un hibrid foarte cancerigen. *Guvernul american a fost obligat să retragă de pe piață urgent toate vaccinurile antipolio contaminate cu virusul simian SV40*. Legat de acest grav incident, putem citi, într-un articol din *National Cancer Institut Monograph* din 29 decembrie 1968, următoarele: “*Faptul că SV40 favorizează o dezvoltare accentuată a unui adenovirus uman, precum și formarea unor hibrizi prin combinarea celor doi virusi (adenovirus și SV40) în culturile de celule pe rinichi de maimuță, arată că este posibil să se formeze și alți hibrizi periculoși...*”¹⁰⁵. Se știe că virusurile cancerigene, precum SV40 și adenovirusuri izolate de la animale, nu sunt cancerigene pentru specia lor, dar devin cancerigene dacă trec de la o specie la alta. Conclu-

¹⁰⁰ Viera Scheibner, *Impfungen, Immunschwäche und Plötzlicher Kindstod*, Hirthammer Verlag, München, 2000, 180.

¹⁰¹ Docteur Louis De Brouwer, *Vaccinations: erreur médicale du siècle. Les Dangers des Vaccinations et leurs consequences*. Atra, janvier 1996, Suisse, 214.

¹⁰² H. Sweet und M. R. Hilleman, 1960, “The vacuolating virus, SV40”, în *Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicine*. (New York, N.Y.), 105:420-427.

¹⁰³ E. Geissler, “SV 40 and human brain tumors”, *Progress in Medical Virology* 1990: 37: 211-222; M. Carbone, H. I. Pass, L. Miele, M. Bocchetta, “New developments about the association of VS 40 with human mesothelioma”, *Oncogene* 2003, 22 (33):5173-5180.

¹⁰⁴ Docteur L. De Brouwer, ATRA, 1996, *op. cit.*, 216.

¹⁰⁵ *Ibidem*.

zia este că “virusurile SV40 și adenovirusurile nu sunt cancerigene pentru maimuțe, dar sunt cancerigene pentru alte specii animale și pentru om. Nu vom putea ști niciodată câte persoane vaccinate au dezvoltat un cancer la câțiva ani de la vaccin, dar este foarte probabil ca acest număr să fie unul important”¹⁰⁶. Cu toate că se cunosc 40 de tipuri de virusuri simiene, care au fost numerotate începând cu SV1 până la SV40, acesta din urmă a fost cel mai bine studiat, fiindcă este cancerigen. Melnick și Stinebaugh (1962), precum și alți autori, au atras atenția asupra faptului că “virusul SV40 este o sursă continuă de poluare pentru toate vaccinurile cu virusuri vii sau «atenuate», cultivate pe rinichi de maimuțe Rhesus și Java. Vaccinurile antipolio cu virusuri «atenuate» prin formolizare (vaccinul Salk, la care formolizarea nu a dus la atenuarea VS40) au infectat milioane de sugari și, probabil, un număr la fel de mare a fost infectat cu vaccinul antipolio cu virus viu (vaccinul oral al lui Koprowski)”¹⁰⁷. Melnik a dat o nouă definiție unui grup de virusuri în care se găsește și SV40. El a denumit *papova-virusuri* cele 3 categorii de virusuri: *pa* de la virusul *Papilloma* (cunoscutul virus HPV, tratat în cap.4.), *po* de la virusul *Polyoma* și *va* de la virusul *vacuolar* SV40. Toate trei sunt virusuri ADN și au capacitatea de a dezvolta tumori lente, iar prin dezvoltarea lor intracelulară au posibilitatea de a dezvolta infecții latente, cronice, ale gazdei. Melnik și colaboratorii săi au recunoscut faptul că “au crescut cazurile de leucemie, soldate cu deces, între anii 1955-1959, la copiii cu vârsta cuprinsă între 5-9 ani și 10-14 ani, care au primit vaccinuri contaminate cu SV40, comparativ cu copiii la care s-a administrat un vaccin necontaminat”¹⁰⁸.

Oamenii de știință au observat că maimuțele sunt purtătoare de multe alte virusuri: arbovirusuri, virus respirator sincițial (VRS), virusuri asemănătoare cu cel rujeolic, virusul LCM etc.¹⁰⁹. Ei au constatat că aceste virusuri provoacă boli respiratorii asemănătoare cu cele ale adulților (care s-au oferit voluntar pentru studii). Este lesne de înțeles că aceste virusuri au contaminat și vaccinurile antipolio administrate copiilor la care s-au putut detecta apoi virozele respiratorii mai sus menționate. Parrot și alții au publicat rezultatele unor teste serologice efectuate pe parcursul a 34 de luni, la copii cu bronșio-

¹⁰⁶ V. Scheibner, *op. cit.*, 180.

¹⁰⁷ J. L. Melnick und S. Stinebaugh, 1962: “Excretion of vacuolating SV-40 virus (*papova virus group*) after ingestion as a contaminant of oral poliovaccine”, *Proc. Soc Exp Biol Med*; 109: 965-968.

¹⁰⁸ J. L. Melnik: “*Papova virus group*”, *Science*; 1962 Mar 30; 135(3509):1128-1130.

¹⁰⁹ J. A. Morris, R. E. Blount Jr. und R. E. Savage, “Recovery of Cytopathogenic Agent from Chimpanzees with Goryza”, *Proc Soc Exp Biol Med*, July 1956, 92:544-549.

lite, pneumonii sau alte infecții respiratorii virale mai puțin grave. Concluzia a fost că “VRS (*virusul respirator sincițial*) cauzează boli relativ grave ale căilor respiratorii inferioare”¹¹⁰. Chanock și colaboratorii săi¹¹¹ au găsit virusul respirator sincițial (VRS) la 57% dintre copiii examinați care sufereau de bronșiolite sau pneumonii. Boala a durat între 3 și 5 luni. Ei au constatat că VRS este un factor intens patogen în primele luni de viață. În scurt timp, acest virus s-a extins rapid și a fost detectat și în afecțiunile respiratorii ușoare la adulți¹¹². *În zilele noastre, VRS (virusul respirator sincițial) a rămas agentul etiologic de temut al infecțiilor respiratorii la sugar și copilul mic, iar acest lucru îl datorăm vaccinurilor (preparate pe țesut de maimuțe), care au favorizat “trecerea” VRS la om.*

c) În 1956, *Albert Sabin*, un om de știință israelian, testează un vaccin antipolio cu virus viu, sub formă de soluție orală, numit *vaccinul oral “Sabin” (VPO)*, care conține 3 tipuri de virus poliomielitice “atenuat”, cultivate pe rinichi de maimuță. Deoarece se administrează oral, vaccinul ar trebui să producă anticorpi și la nivelul mucoasei intestinale. Cu toate că a fost suspectat și acest vaccin de infestarea cu virusuri simiene, el este administrat în continuare, și în ziua de azi, inclusiv în România, în anumite situații. “În SUA, vaccinurile antipolio primeau licența dacă infestarea era de până la 100 de virusuri străine simiene/doză, deși este știut că mult după introducerea acestor obligativități, în 1976, vaccinurile antipolio, fabricate de firmele *Ledrele din SUA*, erau infestate cu până la 1000 de virusuri simiene”¹¹³. Cu toate că vaccinul are multe reacții adverse, nu s-a renunțat încă la el.

Reacții adverse grave ale vaccinului oral Sabin (VPO):

- poliomielita postvaccinală,
- Sindromul Guillain-Barre,
- encefalomielite,

¹¹⁰ R. H. Parrott, A. J. Vargoslo, Hyun Wha Kim, , C. Cumming, H. Turner, R. J. Huebner, R. M.Chanock: “*Respiratory syncytial virus. II. Serologic studies over a 34-month period of children with bronchiolitis, pneumonia, and minor respiratory diseases*” , *JAMA*, 1961 May 27; 176 :653-657.

¹¹¹ R. M. Chanrock, H. Wha Kim, A. J. Vargosko, A. Deleva, K. M. Johnson, C. Cumming und R. H. Parrott, “*Respiratory syncytial virus. I. Virus recovery and other observations during 1960 outbreak of bronchiolitis, pneumonia, and minor respiratory diseases in children.*” *JAMA*, 1961 May 27, 176:647-653.

¹¹² V. V., A. Ketler. und M. R. Hilleman, 1961, Nov: “*Recovery of new viruses (coryza-virus) from cases of common cold in human adults*”, *Proc. Soc Exp Biol Med*; 108:444-453.

¹¹³ W. S. Kyle, “*Simian retroviruses, poliovaccine and origin of AIDS*”, *Lancet*, 1992, 339:600 f.

- scleroza multiplă,
- epilepsie,
- imunodeficiență,
- deces.

Poliomielita postvaccinală. S-au relatat numeroase astfel de cazuri, dar producătorul vaccinului, Sabin, le-a negat mereu... *OMS (Organizația Mondială a Sănătății) a recunoscut într-un târziu, în 1982, "legătura dintre paralizia acută spinală și vaccinul antipoliomielitic"*. Au existat mereu reclamații legate de cazuri de poliomielită postvaccinală (cu tipul antigenic 3) și de poliomielită de contact (cu tipul antigenic 2). Neurovirulența virusului vaccinal, nu va putea fi nici apreciată și nici calculată, după cum afirmă și autorii¹¹⁴.

Exemple:

În perioada aprilie 1982-iunie 1983, 4 copii cu vârsta cuprinsă între 3 și 24 de luni, au dezvoltat anormalități neurologice, care aveau simptome asemănătoare cu o poliomielită postvaccinală (Gaebler u. a., 1961). La toți acești copii a fost izolat un virus poliomielitic vaccinal și la toți s-au dezvoltat simptome de boală care au durat minimum 6 luni: trei copii au prezentat o paralizie a piciorului stâng iar la doi dintre ei s-a evidențiat o hipogamaglobulinemie (o funcție anormală a imunității). La 3 din cei 4 copii, s-a găsit tipul antigenic 3 (tipul epidemic, paralitic). La unul din cei paralizați, evoluția a fost spre spasticitate, atrofie cerebrală progresivă și deces¹¹⁵.

În Indiana, 3 copii, care au primit vaccinul VPO, au prezentat anormalități neurologice. La primul copil, simptomele au debutat la 22 de zile după prima doză de vaccin DTP și VPO. Al doilea copil s-a îmbolnăvit la 2 săptămâni după a 4-a doză de vaccin DTP și VPO. Al treilea copil a devenit apatic la 7 luni și jumătate, după ce a primit a doua doză de vaccin DTP și VPO la 6 luni. Acesta din urmă nu își mai putea mișca brațul și piciorul stâng. La 8 luni a fost diagnosticat cu "*retard psiho-motor și paralizie cerebrală de etiologie necunoscută*". În secreția faringiană și în scaun s-a pus în evidență virusul poliomielitic tip 2. La vârsta de 19 luni, la examinarea TC, se evidențiază "*o atrofie cerebrală bilaterală*". După agravarea simptomelor, copilul moare la vârsta de 21 de luni¹¹⁶.

Cazuri clinice:

Caz 1: Kirstin s-a născut în 15.I.1977. Înainte de vaccin era un copil sănătos. A fost vaccinată antipolio (VPO), în 24.V.1977 (la vârsta de 4 luni).

¹¹⁴ V. Scheibner, *op. cit.*, 198.

¹¹⁵ *Ibidem*, 198-199.

¹¹⁶ *Ibidem*, 199.

Din acel moment, au apărut complicațiile, motiv pentru care urmează o serie de internări în Clinicile din Germania și în diverse Centre pentru copiii epileptici. Părinții încep un proces și doar după 6 ani și jumătate (în 11.V.1984), cazul a fost recunoscut drept o “complicație postvaccinală, cu drept la despăgubire”. Ea suferă în continuare de **epilepsie**, formă majoră, greu controlată medicamentos.

Caz 2: Birgit S., născută în 3.II.1966, a fost vaccinată antipolio în anii 1966, 1969, 1970 și 1977. După ultima doză de vaccin antipolio oral (VPO), administrată în 13.XI.1977, a urmat o reacție alergică gravă: după o zi de la vaccin, mama observă la copil o inflamație a degetului mediu al mâinii drepte, care apoi a evoluat spre o **artrită reumatoidă juvenilă** (ARJ)(vezi cap.3), care a necesitat internări și consultații ani de zile, necesitând costuri mari. Deși cazul din Berlin a fost recunoscut ca fiind o complicație postvaccinală antipolio și despăgubit, nu același lucru s-a întâmplat ulterior cu multe alte cazuri asemănătoare¹¹⁷.

Caz 3: Christian R., născut în 27.IV.1988, după o sarcină normală și Apgar 10, a fost vaccinat la 2 zile după naștere împotriva tuberculozei (BCG). În continuare, se dezvoltă normal și este un copil sănătos când mama lui se prezintă la vaccin. I se administrează vaccinul DTP, urmat de vaccinul antipolio oral (VPO). Deja din prima zi, copilul devine agitat, iar în ziua următoare începe să țipe neconținut, fără niciun motiv (lucru considerat ca fiind “o reacție normală la vaccin”). Spre deosebire de perioada de dinainte de vaccin, acum copilul nu mai doarme nicio noapte liniștit, se trezește speriat, tresare fără niciun motiv. La 8 zile de la vaccin, mama se prezintă cu el la medic, care consideră că este vorba de o simplă dispepsie (tulburare de digestie). În continuare, copilul nu crește, nu ia în greutate, iar stările de teamă, cu tresărarea caracteristică, nu dispar. Când, în mai 1990, crizele devin “stări epileptice” evidente, părinții caută experți și urmează de acum înainte tratamente antiepileptice costisitoare. Este tratat cu Cortizon, care va duce la tulburări hormonale, respectiv la Sindromul Cushing. După întreruperea cortizonului, reapar **crizele epileptice**. Strabismul este întotdeauna un semnal de alarmă și poate fi un semn al complicațiilor neurologice postvaccinale (arată o reacție patologică a creierului). Christian nu poate articula niciun cuvânt și are un **retard psihic sever**. (Părinții au început procesul, dar când a fost redactată cartea, afecțiunea lui Christian încă nu era recunoscută drept o complicație postvaccinală¹¹⁸.)

¹¹⁷ G. Buchwald, *op. cit.*, 332.

¹¹⁸ G. Buchwald, *op. cit.*, 298-303.

d) Vaccinul antipolio nou, inactivat (“omorât”): VPI. În anul 1998, virusul poliomielitit viu, din vaccin, a fost supus unei inactivări puternice, pentru a nu fi infecțios și pentru a fi evitată *poliomielita de contact*. Vaccinul este asemănător vaccinului Salk, dar cu unele modificări. Se spune că vaccinul realizează imunitate, la 95% din cazuri prin formare de anticorpi și nici nu conține adjuvanți precum aluminiu și Thiomersal (substanță cu mercur)¹¹⁹. Cu toate acestea, vaccinul fiind sub formă injectabilă, ocolește *tractul gastro-intestinal, bariera cea mai importantă de apărare a organismului în cazul unei infecții naturale*. Virusul din vaccin va fi introdus direct în sânge, împreună cu proteine străine și alte substanțe chimice, posibil alergice, iar singura barieră de apărare a organismului mai rămâne doar cea umorală, formatoare de anticorpi, a căror eficiență este discutabilă.

Prezentare:

În România este folosit *vaccinul VPI, injectabil, IMOVAX Polio*, produs de firma Sanofi Pasteur S.A., France și conține¹²⁰:

- virus poliomielitit inactivat, cu cele 3 tipuri de antigene (tip 1, 2 și 3), cultivat pe celule Vero¹²¹;

- alte ingrediente: 2-fenoxietanol, aldehydă formică, reziduuri proteice;

- urme de antibiotice: Streptomycină, Neomicină, Polymyxină B.

În Germania este folosit *vaccinul IPV-Merieux*, cu o compoziție asemănătoare.

Combi-nații: *vaccinul VPI* a fost combinat cu alte vaccinuri, care sunt administrate sugarului: *tetravaccin, pentavaccin și hexavaccin*. Această combinație de vaccinuri elimină totodată posibilitatea de a recunoaște eventualele reacții adverse ale unuia dintre vaccinuri. Interesant este faptul că a rămas aceeași doză de vaccin antipolio și în aceste vaccinuri combinate. Cu toate că nu există studii legate de eficiența vaccinului antipolio la sugari și copii mici, acestora li se administrează nu mai puțin de 4 doze în primul an de viață (2, 4, 6 și 12 luni)¹²². Tetravaccinul (Tetraxim) conține DTP și VPI, Pentavaccinul conține DTP, VPI și Hib, iar Hexavaccinul are în plus vaccinul antihepatitic B. Combi-națiile de vaccin administrate copiilor de peste 5 ani sunt Revaxis și Td-Vaccinol, care conțin VPI și DT (antitetanos și antidifteric)¹²³.

¹¹⁹ M. Hirte, *op. cit.*, 166.

¹²⁰ *Agenda Medicală 2012*, Ediția de buzunar, 866.

¹²¹ Celulele Vero sunt celule extrase din rinichi de maimuță verde, din Africa, la fel ca în cazul vaccinului Salk și Sabin (n. n.).

¹²² M. Hirte, *op. cit.*, 167.

¹²³ *Ibidem*, 166.

În România sunt uzuale toate aceste tipuri de vaccinuri combinate. La vârsta de 12 luni (!), alături de pentavaccin, i se va administra și ROR (un vaccin trivalent: rujeolă, oreion, rubeolă), astfel că putem vorbi de **8 vaccinuri**, atunci când sunt administrate simultan (ROR se poate administra, conform Programului național de vaccinare, până la 15 luni)¹²⁴.

Cu toate că acest vaccin s-a dorit a fi “foarte sigur”, s-a constatat că nu este așa. S-au raportat o serie de *reacții locale*, precum și *complicații post-vaccinale medii sau severe*¹²⁵:

- reacții locale;
- alergie, șoc anafilactic;
- vasculite;
- purpură trombocitopenică;
- pareză facială;
- convulsii;
- parestezii
- cefalee;
- somnolență;
- Sindromul Guillain-Barre;
- reacții alergice;
- SM (scleroza multiplă)¹²⁶;
- ARJ (artrita reumatoidă juvenilă).

La Institutul Paul-Ehrlich, din Germania, au fost raportate multe reacții alergice, crize epileptice și 22 de cazuri de paralizii, dintre care cele mai frecvente au fost *Sindromul Guillain-Barre* și *paralizii ale nervilor faciali*¹²⁷. În Germania au fost raportate, între anii 1999-2003, o serie de complicații postvaccinale și la *Arznei-Telegramm (AT)*¹²⁸:

- vasculită;
- purpură hemoragică;
- edeme hemoragice;
- epilepsie;
- pareză facială;
- parestezii, tulburări de sensibilitate, dureri inexplicabile;
- cefalee;

¹²⁴ Ord. MS/ CNAS nr. 1591/1110/2010.

¹²⁵ M Hirte, *op. cit.*, 167-168.

¹²⁶ F. und S. Delarue, *Impfungen, der unglaubliche Irrtum*, 7. Auflage, Hirthammer Verlag 1998, Germany, 119.

¹²⁷ M. Hirte, *op. cit.*, 168.

¹²⁸ *Ibidem*, 166.

- somnolență;
- țipăt encefalitic;
- artrită hemoragică.

Rămâne în continuare aceeași problemă nerezolvată: *lipsa recunoașterii complicațiilor postvaccinale*.

În SUA a fost recunoscut un singur caz de *șoc alergic*¹²⁹.

Deși au fost și *cazuri de decese*, ele nu au fost recunoscute ca atare, ci atribuite altor boli. Un astfel de caz este relatat mai jos:

Dominik R., născut în data de 13.X.1994, a fost vaccinat în 13 februarie 1995, cu un pentavaccin (conține 5 vaccinuri, inclusiv antipolio). *În 16 februarie, după doar 3 zile de la vaccin, a murit*. Medicul pediatru a scris pe certificatul de deces: *“Sindromul morții subite la sugar”*, pentru a rezolva cazul cât mai simplu. Părinții nu s-au lăsat însă înșelați. Copilul lor fusese bolnav în momentul în care i s-a administrat vaccinul. Deși mama l-a atenționat pe medicul de familie, acesta nu a ținut cont de starea de sănătate a copilului și l-a vaccinat fără să dea nicio explicație mamei. Trecuseră deja 5 luni de când murise Dominik, când s-a cerut exhumarea lui, în vederea efectuării autopsiei. Așa cum era de așteptat, nu s-a găsit nicio cauză de deces... Chiar și cele mai complexe analize au dus la aceleași rezultate. Părinții s-au judecat în continuare cu medicul care-l vaccinase pe copil deși acesta fusese bolnav în momentul respectiv, lucru total contraindicat. Cu toate că medicul a greșit și nici nu a dat niciun fel de explicații, s-a luat hotărârea că el este nevinovat. S-a tras concluzia (pe care, din păcate, o auzim de fiecare dată) că nu există nicio legătură între vaccin și moartea copilului, iar acesta a murit de o moarte naturală care se cheamă *“Sindromul morții subite la sugar”*¹³⁰.

3) Epidemiile de poliomielită

a) Primele epidemii de poliomielită

Primele epidemii de poliomielită au apărut în nordul Europei și în SUA la jumătatea secolului XIX, apoi și în alte țări din lume, și au durat până la jumătatea secolului XX. Vaccinurile au fost introduse de abia în 1957, după dispariția epidemiilor. Au reapărut apoi alte focare endemice și epidemice, provocate de vaccinurile antipolio Salk și Sabin.

¹²⁹ HRSA (Health Resources and Services Administration): *Vaccine Injury Table February 2007*, <http://www.hrsa.gov/vaccinecompensation/table.htm>

¹³⁰ G. Buchwald, *op. cit.*, 297-298.

Nu se cunoaște cauza apariției epidemiilor de poliomielită, dar Nathanson și Martin (1979) consideră că *“multe aspecte legate de epidemiile de poliomielită sunt cel puțin suspecte...Denumirea de poliomielită nu exista încă pe vremea aceea, fiind cunoscută sub numele de «boală paralytică a copilului»... Cert este faptul că poliomielita este o «boală a copilăriei» și fiecare om va veni cândva în contact cu virusul poliomielitit, în timpul vieții lui”*¹³¹.

Pentru datele statistice, se iau în considerare doar cazurile paralytice de poliomielită. Este logic să fie așa, motiv pentru care toate graficele care arată evoluția poliomielitei sau mortalitatea iau în calcul doar cazurile paralytice, nu și pe cele ușoare, benigne, cu evoluție spre vindecare în timp scurt.

În ambele zone epidemice (SUA și Europa), frecvența bolii a început să scadă, în special indicele de mortalitate. S-a mai înregistrat un “vârf” între anii 1945-1954¹³², când crește incidența cazurilor grave de poliomielită. Explicația cea mai plauzibilă este introducerea de noi vaccinuri în masă, în acea perioadă, ducând la așa-zisa **“poliomielită provocată”**¹³³. *Se știe că poliomielita poate fi provocată de diferite injecții sau vaccinuri*¹³⁴. *Paralizii, asemănătoare cu cele din poliomielită, sunt provocate de intoxicații cu metale grele (mercur, plumb, arsen) sau de pesticide (DDT)*¹³⁵. Introducerea unor asemenea pesticide periculoase (DDT) în anul 1945 în SUA, și apoi în întreaga lume, a provocat multe cazuri de paralizii și alte afecțiuni grave (motiv pentru care s-a decis retragerea lor), care au fost confundate cu poliomielita. Mulți cercetători și oameni de știință au observat că leziunile provocate de poliomielită la nivelul măduvei spinării sunt practic identice cu cele din paralizii provocate de aceste substanțe toxice. În renumitul *Tratat de Medicină Internă* a lui Harrison citim: *“Paralizii sunt adesea urmările intoxicației cu metale grele, iar din punct de vedere clinic este foarte dificil de făcut o diferențiere a acestora de poliomielită”*¹³⁶. Este și motivul pentru care, în trecut, multe cazuri de paralizii erau atribuite poliomielitei (după unii autori, majoritatea cazurilor de intoxicații cu pesticidul DDT care a dus la paralizii, au fost atribuite poliomielitei, ceea ce a dus la o statistică falsă)¹³⁷.

¹³¹ N. Nathanson und J. R. Martin, 1979: *“The epidemiology of poliomyelitis: enigmas surrounding its appearance, epidemicity, and disappearance”*, *Am J Epidemiology*;110 (6): 672-692.

¹³² V. Scheibner, *op. cit.*, 176.

¹³³ G. Buchwald, *op. cit.*, 124-125.

¹³⁴ *Ibidem.*

¹³⁵ Torsten Engelbrecht, Claus Köhnlein, *“Virus-Wahn”*, Emuerverlag, 6. Auflage 2010, 72.

¹³⁶ *Ibidem*, 72 (128).

¹³⁷ *Ibidem.*

b) Epidemiile de poliomielită au dispărut înainte de introducerea vaccinurilor. Noi epidemii sunt provocate prin introducerea vaccinurilor

În Franța scăderea cazurilor de poliomielită este tradusă printr-o curbă descrescătoare, care atinge cel mai scăzut nivel (câteva sute de cazuri) în anii 1955-1956, înainte de introducerea vaccinului Salk¹³⁸ (**Fig. 9**). Vaccinul antipolio este introdus în 1956, după care cresc brusc cazurile de poliomielită, curba înregistrând o creștere spectaculoasă (un alt “vârf”). În acest an, s-a înregistrat un număr de 1.150 de cazuri de boală. În anul următor, se înregistrează 4.109 de cazuri. A fost nevoie de încă 6 ani (până în 1962) ca să scadă curba și să revină la nivelul din 1956, înainte de introducerea vaccinului¹³⁹. Totodată, se constată că, *după introducerea vaccinului, crește din nou mortalitatea*, repetându-se ceea ce s-a întâmplat și în alte țări, precum Anglia și Brazilia, unde, deși poliomielita era inițial o boală destul de benignă, confundată adeseori cu o simplă angină acută, ea a devenit, din cauza vaccinării în masă, o boală soldată frecvent cu paralizii sau chiar cu decese¹⁴⁰. Începând cu anul 1962, curba revine la aspectul de dinaintea introducerii vaccinului. În 1970, în orașul Niort, izbucnește o epidemie de poliomielită gravă, cu paralizii, cu toate că a fost vaccinat un procent de 90% din populație, cu vârsta cuprinsă între 1 și 32 de ani (conform declarațiilor Autorităților Sanitare către revista *Le Parisien Libéré* din 13.XII.1969). Să fie doar o coincidență faptul că boala a început să dispară după înlocuirea conductelor de apă curentă, învechite?¹⁴¹

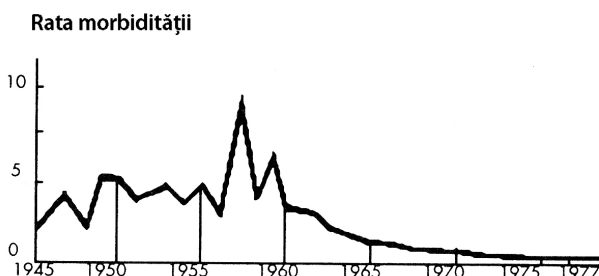


Fig. 9. Evoluția morbidității dată de poliomielită în Franța, în perioada 1945-1977 (după Inserm)

În Germania prima epidemie de poliomielită apare în anii '50. Se înregistrează între 3500 și 9500 de cazuri/an¹⁴². Un procent de 80-90% dintre cei afectați au fost copii sub 5 ani. Încă nu fusese introdus vaccinul antipolio, dar se știe că

¹³⁸ Simone Delarue, *Impfschutz.Irrtum oder Lüge?*, Hirthammer Verlag, D-München, 3. Auflage 1997, 130.

¹³⁹ *Ibidem*.

¹⁴⁰ *Ibidem*, 129-130.

¹⁴¹ *Ibidem*, 130-131.

¹⁴² F. C. Sitzmann et al., *Impfungen – Aktuelle Empfehlungen*, Hans Marseille, München 1998.

această perioadă coincide cu introducerea vaccinului antivariolic, atât în Germania, cât și în SUA. Datele pe care le aflăm de la Dr. Buchwald sunt următoarele¹⁴³: (Fig. 10 și Fig. 11):

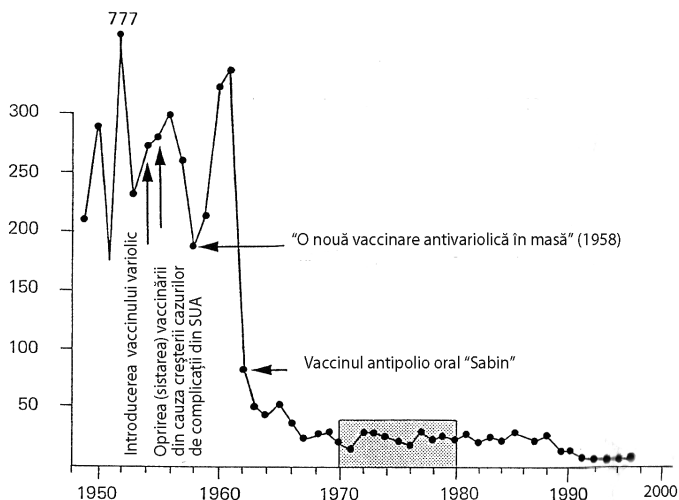


Fig. 10. Mortalitatea dată de poliomielită în Germania începând cu anul 1949
Sursa: Biroul Federal de Statistică Wiesbaden, grupa VII D

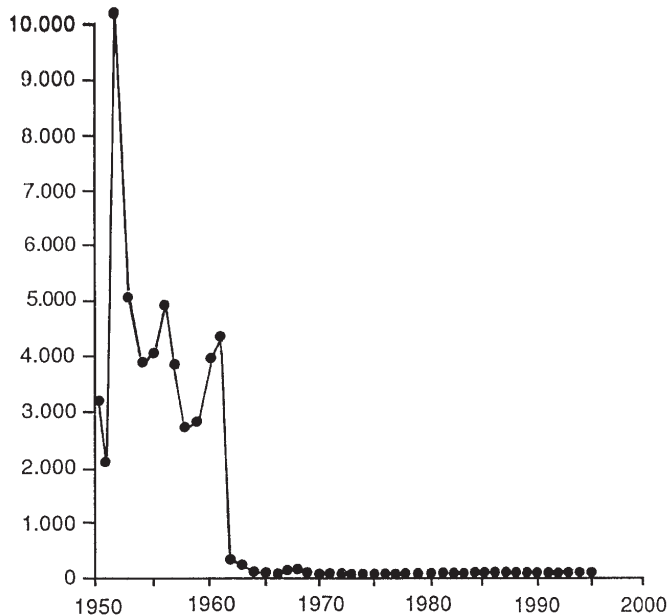


Fig. 11. Cazurile de poliomielită în Germania, după 1950

¹⁴³ G. Buchwald, *Impfen. Das Geschäft mit der Angst*, Emuverlag, 4 Auflage, 2008, Deutschland, 124.

- în 1954, o dată cu introducerea vaccinului antivariolic, a crescut numărul de decese provocate de poliomielită;

- în 1955, o dată cu oprirea vaccinării antivariolice, din cauza numeroaselor incidente din SUA, a scăzut și numărul de decese date de poliomielită;

- în 1958, după noile campanii de vaccinare antivariolică, a crescut din nou incidența mortalității, dată de poliomielită până în 1960, ca apoi să scadă din nou;

- în 1961, când este introdus vaccinul antipolio oral "Sabin", mortalitatea dată de poliomielită era deja foarte scăzută, curba înregistrând o pantă descendentă, motiv pentru care nu poate fi considerată vaccinarea antipolio cauza regresului cazurilor de poliomielită;

- ultimul caz de poliomielită din Germania a fost la un copil, în anul 1978; de atunci nu au mai existat decât cazuri de poliomielită postvaccinală (forma paralică)¹⁴⁴. Având în vedere că de atâția ani nu s-a mai îmbolnăvit niciun copil din Germania de poliomielită, se pune desigur întrebarea dacă mai este necesară vaccinarea antipolio, cu atât mai mult cu cât reacțiile secundare, deși rare, pot fi foarte grave. Nu mai trăim în anii '50, când încă mai existau cazuri de boală¹⁴⁵.

În Anglia mortalitatea provocată de poliomielită a început să scadă înaintea introducerii vaccinului antipolio. A existat un "vârf" în anul 1946, când s-a introdus vaccinul antidifteric¹⁴⁶ (**Fig. 12**). Din acest an se raportează multe cazuri de poliomielită paralică, până în 1950, când este oprită vaccinarea antidifterică. *Poliomielita provocată* de alte vaccinuri, inclusiv de cel difteric, este un fapt cunoscut și dovedit de oamenii de știință. În următorii 6 ani (1950-1956), până la introducerea vaccinului antipolio, s-a înregistrat o reducere drastică a cazurilor de boală. O dată cu introducerea vaccinului antipolio, a crescut din nou numărul de cazuri de poliomielită, ca apoi să scadă încet și curba să revină, în 1960, la starea de dinaintea vaccinărilor. Făcând un studiu comparativ între cazurile de mortalitate date de poliomielită de dinainte și după vaccin, ne-am aștepta ca reducerea cazurilor să se facă proporțional cu creșterea numărului de persoane vaccinate, ceea ce nu s-a întâmplat. *Dimpotrivă, în 1960 mortalitatea a crescut cu 72%, iar datele din anii 1961, 1962 și 1963 arată un adevărat eșec al vaccinului: în loc să scadă, curba*

¹⁴⁴ *Ibidem*, 127.

¹⁴⁵ *Ibidem*.

¹⁴⁶ *Ibidem*.

crește ușor. Concluzia este că cel puțin mortalitatea dată de poliomielită nu a putut fi redusă de vaccin¹⁴⁷.

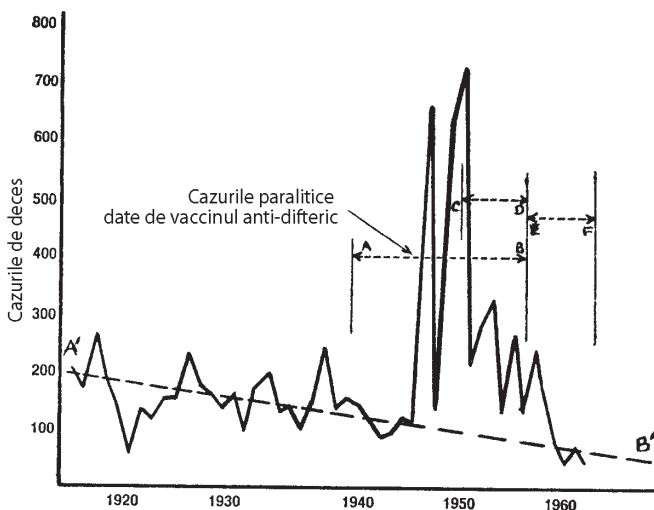


Fig. 12. Cazurile de deces (mortalitatea) din Marea Britanie, date de poliomielită în perioada 1916-1962
Sursa: Office of Population Censuses

Epidemia de poliomielită din orașul Blackburn: inutilitatea vaccinării antipolio a putut fi demonstrată și cu ajutorul unui studiu comparativ, efectuat pe două loturi de oameni, vaccinați și nevaccinați, din orașul Blackburn, unde a izbucnit o epidemie de poliomielită. La o populație de 105.100 de oameni, erau expuși îmbolnăvirii un număr de 63.000 de oameni. Dintre aceștia, 14.000 erau vaccinați și 49.000 erau nevaccinați. S-au îmbolnăvit, conform statisticii, 5 oameni din lotul celor vaccinați și 15 dintre oamenii nevaccinați. Făcând un alt calcul simplu, constatăm că la cei vaccinați avem de fapt 1 caz de boală la 2.800 de oameni, iar la cei nevaccinați, 1 caz de boală la 3.266 de oameni¹⁴⁸. *S-au îmbolnăvit mai mulți oameni vaccinați decât nevaccinați.*

“Mulți își mai amintesc, sau cel puțin au auzit, de epidemia de poliomielită din anii 1949-1950, care a izbucnit în Australia și multe alte țări din lume. Cei care promovează vaccinurile se folosesc de amintirea acestor epidemii pentru a-i speria pe părinți și a-i convinge să-și vaccineze copiii. Chiar și cei care nu-și vaccinează copiii împotriva altor boli precum difterie, tetanos, tuse convulsivă, rujeolă etc., fac o excepție când vine vorba

¹⁴⁷ Simone Delarue, *op. cit.*, 131-135.

¹⁴⁸ *Ibidem*, 138.

de vaccinul antipolio. Doar puțini oameni cunosc însă adevărata cauză a acestei epidemii”, spune Viera Scheibner¹⁴⁹. În 1950, Dr. McCloskey, a scris în *Lancet* un articol intitulat ”Legătura dintre vaccinuri și poliomielită”, în care relatează: ”La începutul epidemiei de poliomielită, ne-au atras atenția pacienții care au fost vaccinați cu puțin timp înainte cu vaccinul antipertussis (împotriva tusei convulsive) sau cu vaccinul combinat DP (antidifteric și antipertussis). Părinții ai căror copii erau bolnavi de poliomielită puneau vina pe aceste vaccinuri, dar medicii lor, fie că se grăbeau să respingă orice legătură dintre boală și vaccinuri, fie spuneau că nu e vorba de poliomielită, ci mai probabil de o radiculonevrită postvaccinală”¹⁵⁰.

Există, din fericire, destule dovezi care arată o legătură evidentă între diverse vaccinuri profilactice și apariția poliomielitei. În anul 1950, în *British Medical Journal*, apare un articol despre ”Vaccinuri și poliomielita provocată”, scris de Hill și Knowelden. Ei descriu cazuri sporadice de paralizii apărute după campanii de vaccinare împotriva difteriei: ”Paralizia afectează uneori un singur picior, cel în care s-a făcut vaccinul. Uneori a dus și la alte forme de paralizii. În cele mai multe cazuri s-a pus diagnosticul de poliomielită”¹⁵¹. În același ziar, găsim un alt articol, scris de MacCallum, despre ”Forme clinice de poliomielită, apărute după diverse vaccinuri profilactice”, din care citez: ”La mai puțin de 21 de zile după apariția poliomielitei, s-au luat probe din scaun de la 5 copii. S-a izolat virusul poliomielitic din toate cele 5 probe...Înainte de apariția bolii, copiii au fost vaccinați toți împotriva difteriei, tetanosului și a tusei convulsive (DTP)”¹⁵². În 1950, un articol asemănător apare și în America, scris de Leake, în *Journal of the American Medical Association*. Autorul relatează despre numeroase cazuri de paralizii apărute după diferite injecții, dar mai ales după vaccinurile împotriva difteriei, a tusei convulsive, a febrei tifoide și a febrei paratifoide¹⁵³. Tot în anul 1950 apare și un studiu american făcut de Anderson și Skaar, care concluzionează: ”La pacienții cu poliomielită, care au primit cu o lună înaintea bolii un antigen (virus), se poate constata

¹⁴⁹ Viera Scheibner, *Impfungen, Immunschwäche und plötzlicher Kindstod*, F. Hirthamer Verlag, München, 2008, 169.

¹⁵⁰ Bertram P. McCloskey, ”The Relation of Prophylactic Inoculation to the Onset of Poliomyelitis”, *Lancet*, 1950, 18. April:659-663.

¹⁵¹ B. A. Hill und J. Knowelden, ”Inoculation and poliomyelitis. A statistical investigation in England and Wales in 1949”, *Br Med J*. 1.Jul i1950:1-6.

¹⁵² MacCallum FO, ”Clinical poliomyelitis in association with peripheral inoculation of prophylactics”, *Br Med J*. 1950, 1 July, 6-7.

¹⁵³ James P. Leake, M.D., ”Anterior Poliomyelitis and Pertussis and Diphtheria Immunization”, *JAMA*. 1950, sept.16. 144 (3): 259-260.

că există o legătură evidentă între vaccin și boala paralizică”¹⁵⁴. Mulți autori atrag atenția asupra faptului că, în cazul poliomielitei, organismul se apără în mod eficient împotriva bolii doar în mod natural, prin intermediul mucoasei nazo-faringiene, apoi a tractului intestinal, cât și prin formarea de anticorpi eficienți împotriva bolii. Organismul este sensibilizat, iar datorită “memoriei imune”, când va veni din nou în contact cu virusul poliomieltic, se va apăra în mod eficient. În schimb, printr-o imunizare artificială, activă (vaccinare), nu se formează anticorpi eficienți împotriva bolii (când putem vorbi de vaccinare, dar nu și de imunizare), dar *poate fi lezată bariera hematoencefalică* și în acest fel să fie distruși factorii de rezistență împotriva virusului poliomieltic. Din acest motiv, dozele subletale de virus infecțios pot deveni letale, scoarța cerebrală fiind și ea lezată în urma vaccinelor. *Acest fenomen poate explica apariția formelor paralizice de poliomielită după o vaccinare anterioară cu alte virusuri*¹⁵⁵.

La Madeira, vaccinul antipolio s-a introdus doar în 1964. Până atunci, boala era practic necunoscută. Aflăm de la prof. Rentchnick, din *Médecine et Hygiène* (Nr. 1021, 30 august 1972), date despre efectuarea vaccinării: în 1965 au fost vaccinați 7000 de tineri sub 20 de ani, în special copii mici; în 1966, au fost vaccinați încă 40.000 de copii cu vaccinul oral Sabin, trivalent (cu toate cele trei tipuri antigenice); s-a continuat vaccinarea și revaccinarea la copii. Primul caz de poliomielită este înregistrat în 10 martie 1972, iar până pe data de 1 august existau deja 81 de cazuri la copii (cazuri staționare), a căror vârstă era cuprinsă între 15 luni și 4 ani și jumătate, iar alți 12 copii au murit de paralizie bulbară. Interesant este faptul că *poliomielita a cuprins mulți copii care erau vaccinați*, iar dintre cele 12 cazuri de decese, 4 au fost de vaccinați. Deci 1/3 dintre cei care au murit au primit vaccinul oral Sabin trivalent. Unul dintre copiii paralizați a fost vaccinat de 4 ori în ultimii doi ani! Cu toate acestea, în loc să oprească vaccinarea, autoritățile consideră (în mod greșit) că este vorba de o epidemie care trebuie “oprită”, motiv pentru care, începând cu luna iunie, au mai fost vaccinați 93.000 de copii!¹⁵⁶

La Rio de Janeiro (Brazilia) se numărau aproximativ 80 de cazuri de poliomielită/an înaintea introducerii vaccinului. Era vorba de cazuri ușoare, benigne, fără forme paralizice. Boala evolua ca și un catar ușor sau o angină acută. După ce s-au efectuat 5 ani de zile (1956-1961) campanii de vaccinare

¹⁵⁴ G. W. Anderson und A. E. Skaar, 1951: “*Poliomyelitis nach Antigen-Injektionen*”, *Pediatrics*; 7(6):741-759.

¹⁵⁵ V. Scheibner, *op. cit.*, 175-176.

¹⁵⁶ S. Delarue, *op. cit.*, 1977, 143-144.

în masă cu vaccinul injectabil Salk, iar apoi cu vaccinul oral Sabin, a crescut numărul cazurilor de poliomielită la 700/an, inclusiv cazuri paralizante. Cu toate că autoritățile erau mai mult decât supărate și l-au chemat pe Dr. Sabin să le dea explicații, cuvintele liniștitoare ale celui care a sintetizat vaccinul periculos nu au putut opri creșterea în continuare a cazurilor grave de boală, la 1.200¹⁵⁷.

În SUA incidental “Cutter” din 1955 este provocat de introducerea vaccinului injectabil Salk, când s-au îmbolnăvit 250 de oameni, îmbolnăvire soldată cu 11 decese¹⁵⁸. Între anii 1975-1984 au apărut 118 cazuri de poliomielită, dintre care: 10 cazuri epidemice, 85 de cazuri endemice (dintre care 14 neasociate cu vaccinul poliomielitice și 71 cazuri asociate cu vaccinul poliomielitice), 12 cazuri de “import” și 11 cazuri la imunodeficienți¹⁵⁹.

OMS s-a folosit de statistici incorecte, luând în calcul doar cazurile cu paralizii începând cu anul 1957, adică în perioada de după administrarea vaccinului. Înaintea introducerii vaccinului, OMS a “numărat” toate cazurile de poliomielită, inclusiv cele ușoare. Este motivul pentru care graficul ne arată o scădere falsă a cazurilor de poliomielită, lucru foarte departe de adevăr¹⁶⁰.

În Africa și America Latină, OMS recunoaște în rapoartele sale că, din 34 de țări vaccinate cu virus viu, 24 au relatat o creștere a cazurilor de poliomielită. Luându-se în considerare toate cele 70 de țări din zonele tropicale și subtropicale, se constată că în 1966 a crescut numărul cazurilor de poliomielită cu 300%!¹⁶¹

În Italia “vaccinul injectabil Salk a fost introdus în anul 1958. Anul următor, se constată o creștere spectaculoasă a cazurilor: 4.110, dintre care 630 mortale. În 1960, se numără 3.555 de cazuri, dintre care 451 mortale (L. Bevere, C. Cocchini, *La vaccinazione antipoliomielitica in Italia*, Ministero de la Santé, Rome, novembre 1966). Timp de 3 ani, în perioada 1961-1963, s-au înregistrat un număr de 9.509 de cazuri, din care 1.078 mortale, iar 8.431 au supraviețuit paraliziei (Giulio Maccacaro, *Per una medicina da rinnovare*, Feltrinelli, 1979, p. 216)¹⁶².

În lumea a treia, cazurile de poliomielită au cunoscut un regres, deși nu au existat campanii de vaccinare în masă împotriva bolii. Apoi, după introducerea vaccinurilor antipolio, mai ales în țările sărace, cu condiții socio-economice precare, apar mereu cazuri noi de poliomielită, ceea ce arată inefici-

¹⁵⁷ *Ibidem*.

¹⁵⁸ M. Hirte, *op. cit.*, p. 163.

¹⁵⁹ Gh. M. Voiculescu, *op. cit.*, p. 312.

¹⁶⁰ S. Delarue, *op. cit.*, 1977, 147.

¹⁶¹ Docteur Louis De Brouwer, ATRA, 1996, *op. cit.*, 219.

¹⁶² *Ibidem*.

ența vaccinului. În Africa de Sud, “a izbucnit o epidemie de poliomielită în anul 1982, în Gazankulu, deși un procent de 61% dintre copiii sub 2 ani erau vaccinați, având o «imunitate completă față de boală», după cum s-a constatat. La fel, se întâmplă în Natal și Kwa Zulu, unde izbucnește o epidemie de poliomielită în anul 1988, deși au fost vaccinați 200.000 de copii. Dintre copiii decedați în spitale, la 30% s-a constatat, în urma analizelor efectuate, o «imunitate eficientă pentru boală» (titru suficient de anticorpi ce s-au format în urma vaccinului), iar la alți 30% dintre cei decedați, o «imunitate incompletă»”¹⁶³. În literatura din străinătate, precum *JAMA*, *Lancet* și *Bull. Welt. Health Org.*, sunt relatate multe cazuri de poliomielită izbucnite în țări unde s-a făcut o vaccinare în masă¹⁶⁴.

“OMS începe un program de vaccinare împotriva poliomielitei în întreaga lume, cu scopul de eradicare a bolii”¹⁶⁵, cu toate insuccesele înregistrate în atâția zeci de ani, inclusiv în țările în curs de dezvoltare (aici, poliomielitea paralytică este cea mai invalidantă boală cunoscută la ora actuală, fiind cauza multor decese infantile). Rezultatele nu s-au lăsat mult timp așteptate: în anul 2004, în 10 țări ale Africii reapar cazuri de poliomielită. În 2005 au urmat alte 3 țări: Yemen, Indonezia și Somalia¹⁶⁶. OMS nu a dat nicio explicație transparentă și mai ales credibilă, ci a pus incidentul pe seama întreruperii vaccinării în aceste țări, din motive politice. Nu s-a mai căutat însă alt motiv... *Tot mai mulți experți sunt sceptici și recunosc că nu este posibilă eradicarea acestei boli. Ei arată că ar fi mai bine ca banii folosiți pentru programele extinse de vaccinare să fie investiți în tratamente curative, atât de necesare în aceste țări și în întreaga lume*¹⁶⁷.

Cazuri de poliomielită s-au relatat și în țări dezvoltate precum Finlanda, Norvegia și Olanda. Din august 1984 și până în ianuarie 1985, în Finlanda au fost declarate 9 cazuri de poliomielită, formă paralytică, și un caz, formă neparalytică, după ce, timp de 20 de ani, poliomielitea a fost considerată eradicată... A fost identificat virusul poliomielitice tip 3 (epidemic, paralytic). Să fie vorba de o mutație a virusului polio? S-a observat că “*anticorpii detectați la oamenii vaccinați nu pot neutraliza virusul, ceea ce ne duce la gândul că s-au dezvoltat noi tipuri antigenice virale*”. Pe de altă parte, să ne amintim din cap. 1 ce spun mai mulți autori despre rolul aproape neglijabil al anti-

¹⁶³ G. Buchwald, *op. cit.*, 128.

¹⁶⁴ *Ibidem*, 129.

¹⁶⁵ M. Hirte, *op. cit.*, 164.

¹⁶⁶ *Ibidem*.

¹⁶⁷ D. A. Henderson, “*Countering the post-eradication threat of smallpox and polio*”, *Clin Investig Med* 2002, 34:79-83.

corpilor neutralizanți în poliomielită. Este motivul pentru care oamenii au devenit sceptici și în privința vaccinului antipolio injectabil. *“Eu, ca medic, nu recomand acest vaccin copiilor, și mai ales nu înainte de vârsta de 3 ani. Deoarece nu mai avem în Germania cazuri de poliomielită, nici nu mai există posibilitatea de contagiozitate... În cazul în care vaccinul este totuși administrat începând cu al 3-lea an de viață, reacțiile adverse ale vaccinului nu doar că vor fi mult mai ușor de recunoscut, dar vor fi și mult mai puține”*¹⁶⁸, spune Dr. Buchwald.

S-a observat că amigdalectomia favorizează apariția poliomielitei¹⁶⁹. Este un motiv în plus să nu ne grăbim în a recomanda o astfel de intervenție chirurgicală copiilor.

4) Experții avertizează că eradicarea poliomielitei nu este posibilă. Vaccinarea poate răspândi boala și provoca noi epidemii

a) Virusul vaccinal poate redeveni virulent și poate provoca “poliomielita postvaccinală” și “poliomielita de contact”. O dată cu scaunul, se elimină virusul din vaccin în apele de canalizare care se varsă în fluvii. *Virusul își recâștigă virulența (dar nu revine la forma lui sălbatică) și poate reinfecta oamenii, provocând epidemii, așa cum s-a întâmplat în Haiti și în Republica Dominicană*¹⁷⁰. Este vorba de *poliomielita postvaccinală, cu virusul vaccinal*. Oamenii, de teama poliomielitei, se vaccinează pentru a nu face poliomielita cu virusul sălbatic; or, acesta nu se găsește în scaunul celor vaccinați. Ideea care se vehiculează între oameni, că virusul vaccinal se retransformă în cel sălbatic și doar vaccinul mai poate preveni boala, este eronată. La oamenii cu un sistem imun slăbit, se observă o eliminare a virusului vaccinal și după 10 ani de la vaccinare¹⁷¹.

Virusul din vaccin își poate recâștiga **neurovirulența** trecând prin intestinul omului, și devenind în felul acesta din nou patogen, putând provoca poliomielita postvaccinală, atât după vaccinul injectabil Salk, cât și după

¹⁶⁸ G. Buchwald, *op. cit.*, 129.

¹⁶⁹ Michel Georget, *Vaccination. Les veritables indesirables*, p 215, p. 281, rev. 58 a 62, et Bickel, *Vaccination: la grande illusion*, avr. 2008, France, 45.

¹⁷⁰ O. Kew, V. Morris-Glasgow, M. Landaverde et al., *“Outbreak of poliomyelitis in Hispaniola associated with circulating type 1 vaccine-derived poliovirus”*, *Science* 2002, 296: 356-359.

¹⁷¹ P. E. Fine, I. A. Carneiro, *“Transmissibility and persistence of oral polio vaccine viruses: implications for global poliomyelitis eradication initiative”*, *Am J Epid* 199, 150:1001-1021

vaccinul oral Sabin. Acest lucru era cunoscut încă din anul 1962, când Friedman și colaboratorii săi au arătat, în urma unui studiu, că la maimuțe virusul vaccinal poliomieltic tip 3 (paralitic) își crește virulența după ce trece prin intestinal uman. Ei au analizat și modificări asemănătoare la virusul poliomieltic tip 1, care este foarte important pentru epidemiologia bolii. Au observat că acest tip de virus are o neurovirulență variabilă la maimuță, dar, trecând prin intestinul uman, ea crește, fără a fi influențată de durata infecției intestinale. Nu este de mirare că au apărut cazuri de poliomielită postvaccinală. În 1963, un pacient din Michigan moare la 16 zile după vaccinul Salk, în urma unei meningite diseminate, iar altul moare după vaccinul oral Sabin, tip 3, în urma unei meningoencefalite diseminate¹⁷². Alte 87 de cazuri de poliomielită postvaccinală, apărute după vaccinul oral Sabin, s-au raportat în zone neepidemice. Boala a apărut între zilele 4 și 30 după vaccin. Cu toate acestea, s-a recomandat în continuare vaccinarea¹⁷³.

Este cunoscut faptul că virusul vaccinal poate infecta și pe cei nevaccinți, atât copii, cât și adulții. Este vorba de **poliomielită de contact**. Patterson și Bell (1963) au descris două cazuri la copii, de la o grădiniță din Glasgow: primul caz a apărut la 5 luni după a doua doză de vaccin “inactivat”, la un copil de 4 ani; în același timp, s-a îmbolnăvit în aceeași grădiniță, încă un copil, dar acesta era nevaccinat; virusul poliomieltic tip 1 a fost găsit în scaun, la amândoi copiii¹⁷⁴. Stolley și alții (1968) au descris un caz de poliomielită paralitică la un sugar de 6 luni și care fusese în contact cu un verișor de-al lui, vaccinat cu vaccinul oral Sabin, tipul 2, în urmă cu 33 de zile¹⁷⁵.

b) Ce se întâmplă cu copiii care nu sunt vaccinați?

Nimeni nu a evaluat vreodată gradul de protecție împotriva poliomielitei la copiii care, deși nu au fost vaccinați, nu au făcut boala. Dacă s-ar fi făcut acest lucru, s-ar fi observat că există alți factori care contribuie la răspândirea infecțiilor, inclusiv a poliomielitei¹⁷⁶.

¹⁷² R. M. Friedman, R. L. Kirschstein, G. S. Borman und F. Robbins, “*Characteristics of Sabin type I poliovirus after gastrointestinal passage in newborn infants. I. Monkey neurovirulence and temperature marker findings*”, *Am J Hyg.* 1962; 76:137-143.

¹⁷³ V. Scheibner, *op. cit.*, 2000, 192.

¹⁷⁴ W. J. Patterson, und E. J. Bell, “*Poliomyelitis in a nursery school in Glasgow*”, *Br Med J.*, 1963 Jun 15; 1574-1576.

¹⁷⁵ P. D. Stolley, J. M. Joseph, J. C. Allen, G. Deane und J. H. Janney, “*Poliomyelitis associated with type-2 poliovirus vaccine strain. Possible transmission from an immunised child to a non-immunised child*”, *Lancet* 1968. 30;1(7544):661-3.

¹⁷⁶ V. Scheibner, *op. cit.*, 2000, 193.

c) Imunosupresia provocată de vaccinurile “obligatorii”. Poliomieli-ta provocată. Sindromul postpoliomielitice.

În 1979, Nathanson și Martin fac publică o analiză a epidemiologiei poliomielitei. Ei afirmă că, deși s-au dus campanii intense de vaccinare timp de 100 de ani cu diverse vaccinuri antipolio și s-au făcut studii aprofundate ale epidemiologiei legate de această boală, cu toate acestea, nu s-a găsit încă răspunsul la multe întrebări legate de unele aspecte ale epidemiologiei bolii. Unul dintre aceste aspecte îl reprezintă creșterea bruscă a cazurilor de îmbolnăviri poliomielitice în anumite perioade pentru care autorii nu au niciun răspuns, dar se pare că sunt direct legate de introducerea unor noi vaccinuri: între anii 1945-1954 s-au introdus vaccinurile DTP (antidifteric, antitetanos și antipertussis). În alte țări s-a remarcat acest lucru după introducerea vaccinului antivariolic (Germania, SUA). Este vorba de **poliomielita provocată**. Fenomenul prin care o boală poate fi provocată, prin suprimarea altor simptome, este binecunoscut¹⁷⁷.

Caz clinic: Williams și colab., au descris cazul unui pacient care suferea de *Lichen plan*: simptomele acestuia au dispărut după tratamentul cu Cortizon, atât local (topic), cât și pe cale generală; după o lună au apărut noduli roșii la nivelul pielii, care s-au extins rapid pe întregul corp; la nivelul plămânilor s-au evidențiat zone reticulo-nodulare și s-a pus diagnosticul unei leucemii limfocitare cu celule T; la pacient s-au găsit anticorpi împotriva virusului leucemic cu celule T (HTLV). Autorii au recunoscut că există o legătură clară între leucemia animală (deci posibil și umană) și retrovirusuri. Din pricina imunosupresiei și a infecției latente cu retrovirusuri (care au contaminat vaccinurile), leziunile s-au manifestat ca și un lichen plan. Prin tratarea cu Cortizon, a fost provocată o *leucemie*¹⁷⁸. S-a constatat ulterior că vaccinurile antipolio au fost contaminate cu SV40 (virus simian, un retrovirus), care poate provoca tumori maligne și leucemie. *La ora actuală se știe că există o legătură evidentă între epidemiile de SIDA și vaccinul antipolio* (după unii autori, și cu vaccinul antivariolic). Și în aceste cazuri, imunosupresia și contaminarea vaccinurilor antipolio cu virusuri siminene (SIV) au dus la declanșarea bolii SIDA). Ne întâlnim mereu cu aceași principiu: *prin suprimarea unei boli (cu vaccinuri sau imunosupresive), o provocăm pe alta.*

¹⁷⁷ N. Nathanson und J. R. Martin, 1979: “*The epidemiology of poliomyelitis: enigmas surrounding its appearance, epidemicity, and disappearance*”, *Am J Epidemiology*;110 (6): 672-692.

¹⁷⁸ C.K.O. Williams, G. O. Alabi, T. A. Junaid, C. Saxinger, R. C. Gallo, D. W. Blayney, W. A. Blattner, M. F. Greaves, “*Frequency of adult T-cell leukaemia/lymphoma and HTLV-I in Ibadan, Nigeria*”, *British Journal of Cancer*. 05/1993; 67(4):783-6.

În anii '70-'80, au apărut în literatura medicală o serie de date legate de un nou sindrom: **Sindromul post-poliomielitic** (SPP). Era vorba de un sindrom asemănător cu poliomielita, **asociat cu astm bronșic, denumit "Sindromul Hopkins"**. La toți copiii bolnavi, s-a constatat o ușoară deficiență imună, iar în copilărie au primit toate vaccinurile antipolio, orale. Mai mulți autori au pus acest sindrom pe seama unei imunodeficiențe celulare (Th1). Astmaticii au, în comparație cu neastmaticii, o reacție imunologică redusă. Toți copiii vaccinați și care au suferit o criză gravă de astm au prezentat o formă de paralizie la câteva zile după criză. La niciunul dintre ei nu s-a putut evidenția virusul poliomi- elitic. Autorii vorbesc de o etiologie necunoscută a sindromului, dar recunosc totodată că toți cei care suferă de sindrom au primit anterior toate vaccinurile antipolio. *Este posibil ca această imunodeficiență să fie provocată tocmai de vaccinuri*, așa cum se întâmplă deseori și la copii sănătoși. Ulterior, un virus latent (vaccinal) sau un virus oportun a putut afecta măduva spinării, provocând paralizia. Este și motivul pentru care virusul poliomi- elitic nu a putut fi găsit în intestinul copiilor. Este posibil ca acești copii să fi primit și trivaccinul DTP, care ar fi putut provoca astmul bronșic. *Tratarea crizelor de astm cu Cortizon a dus în cele din urmă la apariția paralițiilor*¹⁷⁹. La ora actuală există tratamente alternative pentru astm, mult mai eficiente și mult mai indicate decât "*vechiul Cortizon, care este un cuțit cu două tăișuri*".

REPERE BIBLIOGRAFICE

Capitolul 2

- 1.) Gerhardt Buchwald, *Impfen. Das Geschäft mit der Angst*, emu-verlag, 4. Auflage 2008, Germany.
- 2.) Marin Gh.Voiculescu, *Boli Infecțioase*, vol. II, Editura Medicală, București, 1990.
- 3.) Dr. Theodor Nasemann, *NATUR* 11/1988: "...Erst jetzt könne man über die Nebenwirkungen der Pokenimpfung sprechen". (www.naturkost.de), (<http://www.yasni.de/theodor+nasemann/person+information/natur>).
- 4.) Rezoluția O.M.S., 8 mai 1990, Geneva. http://whqlibdoc.who.int/publications/9241544465_rum.pdf
- 5.) Simone Delarue, *Impfschutz:Irrtum oder Lüge?*, 3. Auflage 1997, Hirthammer Verlag GmbH, Germany.
- 6.) Louis De Brouwer, *Nous sommes tous des cobayes. Le Triomphe de la Desinformation Permanente*, Guy Tredaniel Editeur, 2000, Paris.
- 7.) Ord. MS/ CNAS nr. 1591/1110/2010, (http://www.sant.ro/informatii-utile/preveni-re-si-control-boli-transmisibile/vaccinarea/legislatie-in-vigoare-1/OMS_CNAS%201591_1110_2010.pdf/view).

¹⁷⁹ V. Scheibner, *op. cit.*, 2000, 195-197.

- 8.) Thomas McKeown: “*Die Bedeutung der Medizin. Traum, Trugbild oder Nemesis?*”, Aus dem Englischen von Cornelia Rülke und Bernahrd Badura. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, 1982.
- 9.) Torsten. Engelbrecht, Claus Köhnlein, *Virus-Wahn. Schweinegrippe, Vogelgrippe, SARS, BSE, Hepatitis C, AIDS, Polio*. Emuverlag, 6 Auflage 2010, Germany.
- 10.) A. Donald, M. D. Henderson, MPH: “*Countering the post-eradication threat of smallpox and polio*”, *Clin Investig Med* 2002. <http://publichealth.sdsu.edu/miscfiles/henderson.pdf>.
- 11.) Atkinson, 2008, 101. <http://www.mayoclinic.com/health/polio/DS00572/DSECTION=symptoms>
- 12.) Martin Hirte, *IMPFFEN Pro&Contra. Das Handbuch für die individuelle Impfsentscheidung*, MensSana Verlag, 2008, Germany.
- 13.) Viera Scheibner, *Impfungen. Immunschwäche und Plötzlicher Kindstod. 100 Jahre Impfforschung und Impferfahrung beweisen, dass Impfungen einen medizinischen Angriff auf das Immunsystem darstellen und die Hauptursache für den plötzlichen Kindstod (SID) sind*. 2. Auflage 2000, Hirthammer Verlag GmbH, Germany.
- 14.) Dr. Louis De Brouwer, “*Vaccinations: erreur médicale du siècle. Les Dangers des Vaccinations et leurs consequences*”,. *Atra*, janvier 1996, Suisse.
- 15.) B. H. Sweet und M. R. Hilleman, 1960: “*The vacuolating virus, SV40*”, Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicine. (New-York, N.Y.),105.. <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Risk/sv40>.
- 16.) E. Geissler, “*SV 40 and human brain tumors*”, *Progress in Medical Virology* 1990, <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Risk/sv40>, Michele Carbone, Harvey. I. Pass, L. Miele, M. Bocchetta, “*New developments about the association of VS 40 with human mesothelioma*”, *Oncogene* 2003.
- 17.) J. L. Melnick, S. Stinebaugh: “*Excretion of vacuolating SV-40 virus (papova virus group) after ingestion as a contaminant of oral poliovaccine.*” *Proc.Soc Exp Biol Med* 1962, 109. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14472428>.
- 1.) J. L. Melnik, 1962, Mar 30: “*Papova virus group*”, *Science*; 135. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14472429>.
- 2.) J. A. Morris, R. E. Blount Jr. und R. E. Savage: “*Recovery of Cytopathogenic Agent from Chimpanzees with Goryza*“, *Proc Soc Exp Biol Med, July 1956*. <http://ebm.rsmjournals.com/content/92/3.authorindex>., <http://ebm.rsmjournals.com/content/92/3/544.full.pdf+html>.
- 3.) R. H. Parrott, A. J. Vargoslo, Hyun Wha Kim, , C. Cumming, H. Turner, R. J. Huebner, R. M.Chanock: “*Respiratory syncytial virus. II. Serologic studies over a 34-month period of children with bronchiolitis, pneumonia, and minor respiratory diseases*”, *JAMA*, 1961. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13732993>
- 4.) R. M. Chanrock, H. Wha Kim, A. J. Vargosko, A. Deleva, K. M. Johnson, C. Cumming und R. H. Parrott, 1961: “*Respiratory syncytial virus. I. Virus recovery and other observations during 1960 outbreak of bronchiolitis, pneumonia, and minor respiratory diseases in children*”, *JAMA*, 1961 May 27, 176:647-53.<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13692354>
- 5.) V. V., A. Ketler und M.R. Hilleman: “*Recovery of new viruses (corzavivirus) from cases of common cold in human adults.*” *Proc. Soc Exp Biol Med*;1961. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13904225>
- 6.) Waler. S. Kyle, “*Simian retroviruses, poliovaccine and origin of AIDS*”, *The Lancet*, Volume 339, 7 March 1992, Pages 600–601. [http://dx.doi.org/10.1016/0140-6736\(92\)90876-5](http://dx.doi.org/10.1016/0140-6736(92)90876-5).
- 7.) Agenda Medicală 2012, Ediția de buzunar, 866.
- 8.) F. und S. Delarue, *Impfungen, der unglaubliche Irrtum. Vorwort und Anhang für die deutsche Ausgabe von Dr.med. Gerhard Buchwald, 7.Auflage*,Hirthammer Verlag 1998, Germany.

- 9.) HRSA (Health Resources and Services Administration): *Vaccine Injury Table Februar 2007*, <http://www.hrsa.gov/vaccinecompensation/table.htm>.
- 10.) N. Nathanson und J. R. Martin, 1979: "The epidemiology of poliomyelitis: enigmas surrounding its appearance, epidemicity, and disappearance." *Am J Epidemiology*;110 (6): 672-692. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/400274>.
- 11.) F. C. Sitzmann FC (Hrsg): *Impfungen. State of the Art und aktuelle Empfehlungen*. Hans Marseille Verlag GmbH, München, 1998, 47 – 53. http://www.ggebund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gasts&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=4200::Dekubitus.
- 12.) Bertram P. MacCloskey : "The Relation of Prophylactic Inoculation to the Onset of Poliomyelitis". *Lancet*.1950 April. 18. http://www.whale.to/v/bertram_mccloskey.html.
- 13.) B. A. Hill und J. Knowelden, July 1, 1950: "Inoculation and poliomyelitis. A statistical investigation in England and Wales in 1949", *Br Med J*. <http://www.impfkritik.de/efvv/bericht/Appendix-5-Bibliography.pdf>.
- 14.) F. O. MacCallum, "Clinical poliomyelitis in association with peripheral inoculation of prophylactics", *Br Med J*. 1950, 1 July. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15426790>.
- 15.) P. James, M. D Leake: "Anterior poliomyelitis and pertussis and diphtheria immunization", *JAMA*. 1950 Sept 16. <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=295896>.
- 16.) G. W. Anderson und A. E. Skaar, "Poliomyelitis occurring after antigen injections."(*Poliomyelitis nach Antigen-Injektionen*), *Pediatrics*, 1951, Jun. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14843793>
- 17.) Donald A. Henderson, MD, MPH "Countering the post-eradication threat of smallpox and polio", *Clin Investig Med* 2002. <http://publichealth.sdsu.edu/miscfiles/henderson.pdf>.
- 18.) Michel Georget, *Vaccination: Les veritable indesirables*. Bickel: *Vaccination: la grande illusion*, avr.2008, France.
- 19.) O. Kew, V. Morris-Glasgow, M. Landaverde et al., "Outbreak of poliomyelitis in Hispaniola associated with circulating type 1 vaccine-derived poliovirus", *Science* 2002, Apr.12. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11896235>.
- 20.) P. E. Fine, I. A. Carneiro, "Transmissibility and persistence of oral polio vaccine viruses: implications for global poliomyelitis eradication initiative", *Am J Epid*. 1999 Nov. 15; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10568615>.
- 21.) R. M. Friedman, R. L. Kirschstein, G. S. Borman und F. Robbins, 1962: "Characteristics of Sabin type I poliovirus after gastrointestinal passage in newborn infants. I. Monkey neurovirulence and temperature marker findings." *Am J Hyg*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13895288>.
- 22.) W.J. Patterson, und E. J. Bell, "Poliomyelitis in a nursery school in Glasgow", *Br Med J*,1963 Jun 15. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13941922>.
- 23.) P.D. Stolley, J.M. Joseph,, J. C. Allen, G. Deane und J. H.Janney, "Poliomyelitis associated with type-2 poliovirus vaccine strain. Possible transmission from an immunised child to a non-immunised child", *Lancet* 1968. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4170650>.
- 24.) C. K. O. Williams, G. O. Alabi, T. A. Junaid, C. Saxinger, R. C. Gallo, D. W. Blayney, W. A. Blattner, M. F. Greaves, "Frequency of adult T-cell leukaemia/lymphoma and HTLV-I in Ibadan, Nigeria", *British Journal of Cancer* 1993. http://www.researchgate.net/publication/14728749_Frequency_of_adult_T-cell_leukaemia/lymphoma_and_HTLV-I_in_Ibadan_Nigeria

CAPITOLUL 3

Reacții adverse, boli și complicații postvaccinale

Rezumat

După 200 de ani de la apariția primelor vaccinuri, Medicina refuză în continuare să aducă suficiente explicații legate de reacțiile postvaccinale. Rezultatul este unul dramatic: o nouă patologie pediatrică: **boli autoimune, boli neurologice, ADHD, autism, boli atipice, encefalitele postvaccinale, sindromul postencefalitic (epilepsie, paralizii, tulburări de vedere, auz și vorbire etc.)**. Vaccinurile din copilărie au deschis o “poartă” și pentru alte boli cronice, nevindecabile, cu care se confruntă deja întreaga omenire, în special copiii: leucemii, cancere rare etc. Americanul Harris Coulter împreună cu Leo Kanner și numeroși alți autori au dovedit legătura evidentă dintre vaccinuri și aceste afecțiuni. *Modul în care vaccinurile transformă copiii în bolnavi cronici* face și subiectul cărții lui Rene Prümme (Kleine Opfer. Wie aus Kindern chronisch Kranke werden, 2011, Germany).

O critică serioasă, oficială a vaccinărilor în lume nu există la ora actuală fiindcă, pe de o parte, nu există un institut științific care să aibă atribuția de a răspunde la întrebări privitoare la siguranța calității vaccinurilor, sau de a arăta necesitatea unor anumite vaccinuri, și, pe de altă parte, fiindcă *mass-media* nu arată interesul de a trata aceste subiect din punct de vedere neutru și în mod obiectiv. De obicei mesajele sunt tendențioase și se observă intenția de a transmite un mesaj subiectiv. Criticii vaccinurilor sunt invitați de obicei doar pentru a arăta că există și o opoziție în această problemă. Dar asta nu înseamnă că acești critici ai vaccinurilor nu au lăsat amprente în populație și observăm acest lucru în special în țările germanice, unde există deja un număr mare de oameni care nu își vaccinează copiii, în comparație cu SUA sau țările scandinave, unde refuzul vaccinurilor este destul de neînsemnat¹.

¹ Bert Ehgartner, *Lob der Krankheit. Warum es gesund ist ab und zu krank zu sein*, Bas-tei Lübke Taschenbuch Verlag, 2008, Germany, 239.

“**Sindromul postvaccinal**” (ISS: “Impfschadensyndrom”) cuprinde reacțiile/bolile secundare ale vaccinurilor, despre care nu se vorbește în mod oficial. Denumirea a fost dată de criticii vaccinurilor din Occident, majoritatea fiind medici, care încearcă să dea *un semnal de alarmă*. Cu toate acestea, sindromul nu este recunoscut nici la ora actuală, deoarece numai efectele secundare ce apar în primele zile după vaccin (maximum 42 zile) pot fi considerate eventuale reacții secundare. Or, în cadrul sindromului postvaccinal este vorba, în majoritatea cazurilor, de boli/reacții cronice, care apar după un timp mai îndelungat de la administrarea vaccinurilor (ani și zeci de ani). *Se închid ochii în fața problemei esențiale: a consultațiilor și supravegherii copiilor cu astfel de reacții. De aceea, statisticile oficiale privind efectele secundare ale vaccinurilor sunt inutile.* De cele mai multe ori, cel care transmite Comisiei o statistică a reacțiilor secundare este chiar membru al acestei Comisii și o face în mod verbal. Majoritatea reacțiilor adverse sunt silențioase, fără acuze acute subiective, cu un debut tardiv, și este nevoie de o “reconstruire a cazului”, care desigur nu se face².

În România

Pentru România avem statistici alarmante în ceea ce privește bolile rare și cazurile de autism la copii. Prof. dr. Iuliana Dobrescu este alarmată de numărul semnificativ de mare de copii pe care îi diagnostichează cu **autism** în Clinica de Psihiatrie a Copilului și Adolescentului din cadrul Spitalului Clinic de Psihiatrie Prof. Dr. “Alexandru Obregia”, pe care o conduce: “**Cred că avem circa 100 de cazuri pe lună. Este o nenorocire! Noi am ajuns să avem 10 cazuri noi pe săptămână și să internăm până la 15 copii, cazuri vechi și noi, pe săptămână, cu boala aceasta. Trei copii pe săptămână aveam acum 4-5 ani**”, afirma Domnia Sa³.

Vaccinurile din copilărie au deschis o “poartă” și pentru alte boli cronice, nevindecabile, cu care se confruntă deja întreaga omenire, în special copiii. “*Peste un milion de români suferă de o boală rară... Statisticile arată că 75% dintre pacienții cu boli rare sunt copiii*”, conform datelor Alianței Naționale pentru Boli Rare, România. “*Bolile rare apar la 3-4% dintre nașteri, potrivit statisticilor Comisiei Europene. Bolile rare au cauză genetică (80%), dar pot*

² *Ibidem*, 301.

³ Mihaela Stoica, *Adevărul*, 22 nov 2010: “*Am ajuns să avem până la 10 cazuri noi de autism pe săptămână. Este o nenorocire!*” ; <http://www.psihologiaonline.ro/component/fireboard/?func=view&catid=23&id=998&start=84>

fi și dobândite. Acestea pot fi boli autoimune, metabolice, malformații congenitale, boli toxice și infecțioase, boli pulmonare, leucemii sau alte cancere rare. La nivel european, peste 30 de milioane de oameni suferă de afecțiuni rare, ceea ce reprezintă peste 8% din populație, iar incidența acestor boli este de 0,05% (5/10,000 europeni). **Până în prezent au fost identificate între 6.000 și 8.000 de tipuri de boli rare la nivel mondial**⁴. Eforturile făcute de o țară destul de săracă cum este România, de a-i trimite pe acești copii la tratamente foarte costisitoare, în țările occidentale, unde poate au o șansă de supraviețuire, sunt imense, dar ele nu acoperă decât o foarte mică parte din nevoi: “9 din 10 pacienți nu beneficiază de un tratament adecvat, pe fondul lipsei diagnosticului sau diagnosticării tardive”, aflăm din aceleași surse. În mod cert, nu asta-i soluția. Pe toți nu-i putem trimite, oricât de bogați (sau săraci) am fi... Nu se caută rezolvarea acolo unde trebuie. O mare parte din aceste boli pot fi prevenite prin sistarea vaccinurilor.

Ce aflăm din literatura de specialitate despre reacțiile adverse postvaccinale?

În cartea *Vaccinuri și vaccinări în practica medicală*, autorii definesc reacțiile adverse postvaccinale ca “fiind un eveniment medical indezirabil, temporal asociat cu vaccinarea și care poate fi sau nu cauzat de vaccin sau vaccinare. Criteriul asocierii incidentului sau a accidentului observat cu vaccinarea, este apariția acestuia în *primele 4 săptămâni* (cu excepția unor reacții adverse după vaccinarea BCG) după administrarea preparatului vaccinal. Majoritatea reacțiilor adverse nu sunt patognomonice, *relația cauzală se poate stabili rar și doar cu siguranță relativă*”⁵. Cu alte cuvinte, *majoritatea reacțiilor adverse care apar după un vaccin nu vor putea fi recunoscute și demonstrate decât într-o măsură “relativă” și nici nu poate fi învinovățit nimeni... Atunci, ne întrebăm: unde este siguranța copiilor noștri? Ce atitudine, profesională și morală, poate lua un medic, știind că oricare dintre vaccinuri, poate provoca reacții adverse severe la copil, pe care nu le poate preveni, și nici dovedi ulterior. Este un act medical care, deși nu este unul curativ (deci nu este necesar!), comportă un risc mare, pe care medicul nu-l poate estima... Cel mai grav este faptul că nu există vindecare pentru cele mai severe reacții adverse (Sindromul Guillain-Barre, encefalopatii, epilepsii etc.).*

⁴ <http://www.gandul.info/news/peste-un-milion-de-romani-suferă-de-o-boala-rara-75-dintre-acestia-sunt-copii-9351697>

⁵ M. I. Brumboiu, I. S. Bocșan, *Vaccinuri și vaccinări în practica medicală*, Editura Medicală Universitară “Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca, 2005, 58.

Există la ora actuală în România “un sistem de supraveghere, introdus în anul 1996, în cadrul căruia, reacțiile adverse postvaccinale se declară către autoritățile medicale de sănătate publică. Definițiile standard de caz utilizate în țara noastră pentru supravegherea reacțiilor adverse postvaccinale corespund celor elaborate de OMS în anul 1991, dintre acestea fiind următoarele⁶:

- abcesul la locul injectării vaccinului;
- limfadenita;
- reacția locală severă: eritem/tumefiere;
- Sindromul Guillain-Barre;
- encefalopatia;
- convulsiile febrile sau afebrile;
- starea de colaps sau șoc cu hipotonie, hiporeflexie;
- plânsul persistent;
- sindromul de șoc toxico-septic.

“După cauzele reacțiilor adverse postvaccinale, ele se clasifică în 4 categorii: asociate programului de vaccinare, induse de vaccin, coincidențe sau necunoscute”⁷. Pentru noi, de un real interes sunt doar cele *induse de vaccin, din a 3-a categorie* (primele fiind considerate “o eroare de administrare”, iar ultimele două nu ne ajută la rezolvarea cauzelor reacțiilor adverse). Reacțiile adverse, induse de vaccin, sunt “manifestări cauzate de **reacția particulară a unui individ la un anumit vaccin**, ca de exemplu reacția febrilă, erupții cutanate, convulsii sau reacții locale cu eritem, sensibilitate și durere la locul injectării”⁸. Dacă doar la atât s-ar rezuma toate complicațiile postvaccinale, nu s-ar mai fi scris atâtea documente, cărți etc. de peste 100 de ani și nici nu ar fi anual sute de procese pe rol, în țările occidentale, din cauza reacțiilor adverse postvaccinale grave. Asupra “reacției particulare la vaccin” voi reveni pe parcursul capitolului.

Conform “Listei definițiilor **RAPI** – reacții adverse postvaccinale”⁹, toate reacțiile adverse următoare vor fi raportate dacă sunt asociate temporal cu imunizarea. *Acestea includ toate acele evenimente care apar în primele 4 săptămâni după administrarea vaccinului:*

1) Reacții adverse locale

Abces la locul injectării: apariția unei leziuni fluctuante sau supurative la locul injectării, cu sau fără febră.

⁶ *Ibidem*, 58-59.

⁷ *Ibidem*.

⁸ *Ibidem*, 59-60.

⁹ http://www.amfms.ro/din_presa/627.html ; <http://emedic.ro/Legislatie/58.pdf>

Bacterian: prezența de puroi, semne de inflamație, febră, germeni Gram pozitivi, culturi pozitive sau predominanța neutrofilelor care susține diagnosticul de abces bacterian, fără ca absența acestor semne să infirme acest diagnostic.

Steril: absența semnelor de infecție bacteriană la investigație.

Limfadenita (inclusiv limfadenita supurată).

Apariția unuia dintre simptomele următoare:

(1) cel puțin un ganglion limfatic de 1,5 cm (un lat de deget de adult) sau mai mare;

(2) un ganglion limfatic fistulizat.

Este cauzată, aproape în exclusivitate, de BCG și apare la 2-6 luni după vaccinare, situată pe aceeași parte cu inocularea (frecvent axilară).

Toate reacțiile adverse următoare vor fi raportate dacă sunt asociate temporal cu imunizarea. Acestea includ toate acele evenimente care apar *în primele 4 săptămâni* după administrarea vaccinului.

Reacție locală severă

Eritem și/sau tumefacție centrată pe locul injectării, acompaniate de unul sau mai multe dintre următoarele semne :

(1) tumefacție care se extinde până la o articulație vecină;

(2) durere, eritem și tumefacție care durează peste 3 zile;

(3) semne care necesită spitalizare.

În mod curent, după administrarea vaccinurilor injectabile apar reacții locale de intensitate mai redusă, în general fără consecințe. Pentru obiectivele supravegherii se acordă prioritate numai reacțiilor locale severe descrise mai sus.

2) Reacții postvaccinale care afectează sistemul nervos central

Paralizia acută

Paralizia poliomieltică asociată cu vaccinarea: paralizia acută flască cu debut la 4-30 de zile după primirea de vaccin polio oral (VPO), sau la 4-75 de zile după contactul cu un recipient de VPO, cu deficit neurologic care persistă la 60 de zile după debut, sau deces.

Sindrom Guillain-Barre (SGB): afecțiune caracterizată prin debut acut de paralizie flască simetrică, rapid progresivă, ascendentă, fără febră la debutul paraliziei și cu pierderea sensibilității. Cazurile de SGB sunt diagnosticate prin examenul lichidului cefalorahidian (LCR) care arată disociație albumino-citologică.

SGB care debutează până la 30 de zile după o imunizare trebuie raportat.

Encefalopatia

Encefalopatia este o afecțiune majoră cu debut acut, asociată temporar cu imunizarea și caracterizată prin minimum două din următoarele 3 condiții:

- (1) convulsii;
- (2) conștiența grav alterată pe o perioadă de o zi sau mai mult;
- (3) modificări distincte de comportament cu o durată de cel puțin o zi.

Cazurile de encefalopatie care survin în primele 72 de ore după o vaccinare se raportează.

Encefalita

Encefalita se caracterizează prin apariția simptomelor descrise mai sus, având în plus semne de inflamație cerebrală, în cele mai multe din cazuri caracterizate prin pleiocitoză sau/și izolare de virus din lichidul cefalorahidian (LCR). *Cazurile de encefalită care survin la 1-4 săptămâni după imunizare trebuie raportate.*

Meningita

Afecțiune gravă caracterizată prin apariția brusca de febră, redoare de ceafă, semne meningeale (Kernig, Brudzinski). Simptomele pot fi discrete sau similare celor din encefalită.

Examenul LCR constituie metoda de diagnostic cea mai importantă: pleiocitoza (hiperleucocitoza) și/sau depistarea de germeni (colorați Gram sau izolați).

Convulsii

Convulsii care durează de la câteva minute până la peste un sfert de oră, neacompaniate de simptome sau semne neurologice de focar; a) convulsii febrile sau b) convulsii afebrile.

Convulsiile apărute în primele 3 zile după administrarea vaccinului DTP (diftero-tetano-pertussis) implică precauțiuni în administrarea dozelor următoare de DTP – Ord. MS nr. 1349 / 13.07.1995.

3) Alte efecte secundare

Reacții alergice

Prezența unuia sau mai multora dintre următoarele simptome: 1) erupție cutanată (ex.: urticarie, eczemă); 2) wheezing; 3) edem al feței sau generalizat.

Reacție anafilactoidă (hipersensibilitate acută)

Reacție acută exagerată, care apare în primele 2 ore după imunizare, caracterizată prin una sau mai multe dintre următoarele condiții: 1) wheezing sau respirație superficială din cauza bronhospasmului; 2) laringospasm/edem

laringian; 3) una sau mai multe manifestări cutanate (ex.: urticarie, edem facial sau edem generalizat).

Șoc anafilactic

Colaps cardiovascular (nivel de conștiență alterat, scăderea tensiunii arteriale, absența sau diminuarea pulsului periferic, facies vultuos și transpirație abundentă), cu sau fără bronhospasm sau laringospasm/edem laringian, ducând la insuficiență acută respiratorie, intervenite imediat după vaccinare.

Artralгии

Dureri articulare care afectează în general articulațiile mici periferice.

A. Persistente

Durerea articulară durează peste 10 zile.

B. Pasagere

- Durerea articulară durează sub 10 zile.
- Infecție BCG diseminată
- Infecția diseminată se manifestă la 1-12 luni după vaccinarea BCG și este confirmată prin izolarea tulpinii BCG de *Mycobacterium bovis*.

Febra:

A. Febra ușoară

Temperatură de 38°C – 38,5°C (măsurată rectal).

B. Febră înaltă

Temperatură de 39°C – 40,4°C (măsurată rectal).

C. Hiperpirexie

Temperatură –40,5°C (măsurată rectal).

D. Febră nespecificată

Temperatura presupusă a fi înaltă, dar nemăsurată.

Se raportează numai febra înaltă și hiperpirexia.

Colaps – șoc cu hipotonie, hiporeflexie: sindrom caracterizat prin paloare survenită brusc, pierderea sau diminuarea reactivității, pierderea sau diminuarea tonicității musculare (se manifestă în primele 24 de ore după vaccinare). Puseul este tranzitoriu și autolimitat.

Colapsul (șocul cu hipotonie, hiporeflexie) apărut în primele 48 de ore după administrarea de DTP implică precauțiuni la administrarea dozelor subsecvente de DTP – Ord. MS nr. 1349/13.07.1995.

Osteita/osteomielita: inflamație osoasă consecutivă vaccinării BCG (apărută la 8-16 luni după vaccinare) sau având altă etiologie bacteriană.

Plâns persistent: plâns continuu, inconsolabil, care durează peste 3 ore, însoțit de geamăt caracteristic.

Plânsul persistent apărut în primele 48 de ore după administrarea de DTP implică precauțiuni la administrarea dozelor subsecvente de DTP – Ord. MS nr. 1349/13.07.1995.

Septicemie: maladie severă generalizată cu debut brusc, datorată unei infecții bacteriene confirmată prin hemoculturi pozitive.

Sindrom toxico-septic: maladie gravă caracterizată prin debut brusc, cu febră, vomă și diaree apoasă survenită la câteva ore după imunizare și ducând frecvent la deces în 24-48 de ore.

4. Alte reacții secundare grave și neobișnuite care se produc până la 4 săptămâni după imunizare (nespecificate mai sus)

Se vor raporta toate decesele survenite în primele 4 săptămâni după imunizare, cărora nu li s-a stabilit altă cauză. Se vor raporta, de asemeni, toate efectele secundare postvaccinale neobișnuite¹⁰.

Consider că lista RAPI (reacții adverse postvaccinale) este incompletă din următoarele motive:

1. Perioada până când complicațiile postvaccinale sunt recunoscute este extrem de scurtă. *O serie de complicații postvaccinale debutează după 4 săptămâni* (așa cum reiese din studiile ce sunt prezentate în acest capitol).

2. Sunt recunoscute oficial doar o parte din reacțiile postvaccinale, *cele mai severe fiind omise*.

3. *Lipsa de informare a medicilor* despre reacțiile adverse postvaccinale “atipice”, apărute înainte și după 4 săptămâni. *Este motivul pentru care nici părinții nu vor fi informați* despre complicațiile postvaccinale “tipice” și “atipice”, medii și severe. Lista definițiilor RAPI, așa cum este ea (incompletă, dar cel puțin există...), ar trebui arătată părinților înainte de fiecare vaccinare. *Notele privind “precauțiunile” pentru o nouă vaccinare cu DTP în cazul apariției convulsiilor sau a plânsului persistent sunt insuficiente. Formularea “toate efectele secundare postvaccinale neobișnuite” este, de asemenea, vagă.*

Conform anexei la Ord. MS/ CNAS nr. 1591/1110/2010 pentru aprobarea normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate pentru anii 2011-2012, **unul din** obiectivele Programului Național de Imunizări este

¹⁰ http://www.amfms.ro/din_presa/627.html

realizarea imunizărilor conform calendarului național de vaccinare (b). Calendarul de vaccinare 2011, prevăzut în ordin este¹¹:

Vârsta recomandată	Vaccin	Comentarii
Primele 24 de ore	Hep B	În maternitate
2-7 zile	BCG	
2 luni	DTPa-VPI-Hib, Hep B,	Simultan,
4 luni	DTPa-VPI-Hib	Simultan
6 luni	DTPa-VPI-Hib, Hep B,	Simultan
12 luni	DTPa-VPI-Hib, RRO	Simultan
4 ani	DTPa	
7 ani (în cls I-a)	RRO	Campanii școlare
9 ani (în cls III-a)	VPI,	Campanii școlare
14 ani (în cls VIII-a)	dT	Campanii școlare

Abrevieri: DTPa = vaccin diftero-tetano-pertussis acelular; VPI = vaccin polio inactivat; Hep B = vaccin hepatitic B; DTPa-VPI-Hib = vaccin diftero-tetano-pertussis acelular-poliomielitic-Haemophilus B; RRO = vaccin rujeolic-rubeolic-oreion; BCG = vaccin de tip Calmette Guerrin; dT = vaccin diftero-tetanic pentru adulți; DTPa-VPI-Hib = vaccin diftero-tetano-pertussis acelular-poliomielitic-Haemophilus B

Din tabel rezultă că, până la vârsta de 6 luni, un sugar din România primește 19 vaccinuri, iar până la un an, un total de 27 de vaccinuri (!). La acestea se mai adaugă încă 7 vaccinuri până la vârsta de 9 ani, însumând 34 de vaccinuri, fără ca să adăugăm și altele, “opționale”: antigripale, antimeingococic, anti-rotavirus, anti-pneumococic etc.

În Occident

Aici, datele despre reacțiile adverse postvaccinale sunt mult mai variate, dar lista este de asemenea incompletă și inexactă.

După Ute Quast, un vaccin poate provoca *reacții, boli sau complicații postvaccinale*¹².

¹¹ http://www.sant.ro/informatii-utile/prevenire-si-control-boli-transmisibile/vaccinarea/legislatie-in-vigoare-1/OMS_CNAS%201591_1110_2010.pdf/view

¹² Ute Quast et al., *Impfreaktionen. Bewertung und Differentialdiagnose*. 2. Auflage, Hippokrates, Stuttgart, 1977 Januar

Boala postvaccinală este însăși boala pentru care se face vaccinul și apare numai în cazul vaccinurilor cu virusuri vii (rujeolă, varicelă etc.), care sunt “atenuate” și pot, la anumite persoane, cu o imunitate modificată, să provoace boala pentru care au fost vaccinați cu virusul vaccinal: rujeolă postvaccinală, varicelă postvaccinală etc.¹³. Toți sugarii au o imunitate imatură, în curs de formare și perfecționare, motiv pentru care și ei sunt expuși unor asemenea boli postvaccinale, cu atât mai mult copiii prematuri sau cei cu deficiențe imune. **Deoarece la sugari, înainte de a fi vaccinați, starea de sănătate este apreciată doar clinic (Diagnostic: “clinic sănătos”), nu și paraclinic (cu efectuarea testelor de laborator pentru un deficit imun, o stare de alergii, teste genetice pentru evidențierea unor anumite “predispoziții genetice” etc.), noi riscăm să accentuăm afecțiunile subclinice (deficite imune etc.) sau să le provocăm alte boli (alergice, autoimune, leucemie etc.), și, nu în ultimul rând, bolile pentru care au fost vaccinați.** Deși efectuarea unor astfel de analize, foarte scumpe, tuturor sugarilor, ar reduce substanțial incidența reacțiilor adverse la vaccinuri, știm că este o utopie... De asemenea, un medic cunoaște faptul că, oricâte analize ar efectua, nu va putea afirma niciodată despre un sugăr că are o stare perfectă de sănătate. “Reacția particulară a acestuia” față de vaccinuri nu rezultă din nicio analiză și nici nu poate fi prevăzută.

Reacțiile adverse, mai ușoare sau mai grave, sunt considerate a fi “*fenomene trecătoare*”. *Reacțiile ușoare* sunt: înroșire și/sau tumefiere locală, febră, astenie marcată, agitație nervoasă. *Reacțiile adverse severe*: apatie (stare de absență) sau hiperexcitabilitate (“strigăt ascuțit”), crize convulsive, abcese locale, artralgiile, crize de apnee, diverse reacții alergice: rinita alergică, astm bronșic alergic, șocul alergic¹⁴.

Complicațiile postvaccinale sunt grave, soldate deseori cu sechele definitive. Dintre ele amintim *bolile autoimune ale sistemului nervos*: meningite, encefalite, polinevrite, Sindromul Guillain-Barre, scleroza multiplă (SM), autismul etc.; *boli autoimune ale aparatului osteoarticular*: poliartrita reumatoidă (PR); *boli autoimune ale aparatului digestiv*: diabet zaharat tip 1 etc.¹⁵.

Pentru reacțiile adverse postvaccinale (ușoare și grave), dar mai ales pentru complicațiile postvaccinale (inclusiv decese), nu au fost date explicații satisfăcătoare nici până la ora actuală. Sunt amintite doar câteva *cauze posibile*¹⁶:

¹³ M. Hirte, *Impfen. Pro&Contra, Das Handbuch für die individuelle Impfentscheidung*, MenSana 2008, 83.

¹⁴ *Ibidem*.

¹⁵ *Ibidem*

¹⁶ *Ibidem*.

- o reacție toxică la adjuvanții din vaccin: aluminiu, mercur (Thiomersal);
- reacții alergice de tip imediat sau întârziat, la substanțele din vaccin: gelatină, proteine animale, drojdie sau antibiotice;
- o “schimbare” a reacției sistemului imun: de la imunitatea celulară (Th1) la cea umorală (Th2, formatoare de anticorpi), datorată antigenului viral și/sau adjuvanților (aluminiu, mercur);
- reacții autoimune, prin care organismul își pierde toleranța față de propriile țesuturi (self) pe care le atacă.

Reacțiile adverse grave, precum țipătul ascuțit, crize de apnee (oprirea respirației), crize epileptice sau chiar decese, nu au fost explicate până acum. Este foarte probabil ca nici în viitor să nu existe o mai mare transparență privind vaccinurile, din cauza celor care doresc să ascundă adevărul printr-o “imunizare globală”, fără dreptul la refuz și, mai ales, la cunoașterea adevărului.

În SUA, în 1994¹⁷, a fost dată oficialității *lista complicațiilor postvaccinale recunoscute* (lista fiind “copiată” și folosită de unele țări europene):

- șoc anafilactic după vaccin;
- țipăt prelungit după vaccinul antipertussis (împotriva tusei convulsive), urmat de encefalopatie;
- leziuni nervoase (nevrita plexului brachial etc.) după vaccinul antitetanos și DTP (diftero-tetano-pertussis);
- encefalopatie acută după vaccinul DTP;
- encefalopatie și deces după vaccinul antirujeolic;
- artrită acută după vaccinul antirubeolic;
- artrită cronică (ARJ) după vaccinul ROR (rujeolă, oreion, rubeolă);
- trombocitopenie după vaccinul ROR.

Condiția ca aceste complicații să fie recunoscute drept complicații postvaccinale este aceea ca debutul lor să aibă loc într-o anumită perioadă de timp¹⁸:

- 0-4 ore de la orice vaccin, pentru șoc anafilactic;
- 0-3 zile de la vaccinul antipertussis, pentru encefalopatie;
- 2-28 de zile de la vaccinul antitetanos, pentru nevrita plexului brahial;
- 5-15 zile de la vaccinul ROR, pentru encefalită/encefalopatie;

¹⁷ K. R. Stratton, C. J. Howe, R. B. Johnston (Hg.), *Adverse Events Associated with childhood vaccines. Evidence Bearing on Causality*. Vaccine Safety Committee, Institute of Medicine. National Academy Press, Washington D.C., 1994, 316.

¹⁸ M. Hirte, *op. cit.*, 84-85 (Redbook, 2000).

- 7-30 de zile de la vaccinul antirujeolic, pentru trombocitopenie și purpură hemoragică;
- 7-42 de zile de la vaccinul antirujeolic, pentru artrita cronică (ARJ).

Observăm că perioada până când sunt recunoscute anumite complicații postvaccinale este mai mare decât în România, cu câteva zile.

Nu sunt recunoscute și nu se acordă despăgubire în cazul multor altor boli, deoarece, autoritățile sanitare consideră că nu există nicio legătură plauzibilă între acestea și administrarea vaccinului. Acestea sunt¹⁹:

- diabetul zaharat tip 1, după vaccinul hepatitic B, antipertussis, anti-oreon, și anti-Hib;
- boli reumatice după vaccinul hepatitic B;
- infecții intestinale cronice după vaccinul antirujeolic;
- leziuni nervoase după vaccinul hepatitic B și vaccinul FSME;
- boli alergice și boli autoimune etc.

Cei care nu au crezut în afirmațiile false venite din partea autorităților sunt numeroși oameni de știință, medici, cercetători, profesori, care, prin intermediul unor studii independente, au reușit să demonstreze adevărata cauză a complicațiilor postvaccinale, cea care face și subiectul acestui capitol. Ei trag un mare semnal de alarmă privind bolile autoimune la copii, care, în majoritatea cazurilor, sunt provocate de vaccinurile din copilărie și a căror incidență crește dramatic, pe an ce trece.

Schimbarea unora dintre vaccinuri cu altele noi sau combinarea diverselor vaccinuri, de-a lungul celor 200 de ani, nu a adus nicio îmbunătățire reală. Principiul vaccinării a rămas același. Puținele modificări făcute în timp nu au putut rezolva, în esență, problemele grave pe care le creează vaccinurile “obligatorii”, deoarece principiul în sine nu poate fi îmbunătățit: un vaccin fără aditivi este inutil, iar aditivii sunt toxici pentru organism (mercur, aluminiu etc.); imunogenele (virale, bacteriene ș.a.) nu sunt naturale și nu sunt introduse în organism pe cale naturală, cu provocarea unei reacții imune naturale și sănătoase, ci sunt create artificial, introduse pe cale artificială în organism, direct în sânge (ocolind bariera de apărare a mucoasei digestive), provocând un atac artificial și agresiv asupra unui sistem imun imatur și de loc adaptat filogenetic, de-a lungul a mii de ani, la o asemenea agresiune. Răspunsul organismului nu poate fi decât unul pe măsură: dezechilibrul grav al sistemului imun la sugar, începând din prima lui zi de viață (în România), sau de la vârsta de 2 –3 luni (în alte țări), și care are o bătaie lungă, pentru ani și zeci de ani, când copilul, adolescentul sau omul adult se va confrunta

¹⁹ M. Hirte, *op. cit.*, 85.

cu apariția unor boli cronice grave, autoimune sau cancer. Suntem oare conștienți că sacrificăm sănătatea copiilor noștri pe altarul necunoștinței (sau inconștienței) noastre?

I. Alergii, boli alergice și boli autoimune provocate de vaccinuri

Istoric. Generalități

În anul 1819, medicul englez John Bostock scrie într-un articol despre o afecțiune care apare în mod periodic, afectând ochii și plămâni. El însuși suferea de această boală, care se manifesta o dată pe an, la începutul lunii iunie, și dura aproximativ 2 luni. Boala se manifesta printr-o secreție lacrimală abundentă, rinoree seroasă, strănut frecvent, tulburări respiratorii și o stare generală modificată. Atunci apare pentru prima dată în Medicină denumirea de "*reacția de strănut la fân*" (actual: "*rinita alergică*") dată acestei afecțiuni. Medicul englez a considerat că nu este o denumire corectă, deoarece afecțiunea apare și în alte condiții (contact cu animale, reacție la polen etc.). Ea a mai fost numită și "*Bostocks Katarrh*", după numele lui. Mai mulți medici observă că boala *apare mai frecvent la oamenii cu studii, și mai rar la fermieri, săraci și oameni de culoare*²⁰.

În a doua jumătate a sec. XIX, tabloul clinic al acestei afecțiuni se conturează tot mai bine, iar în SUA se observă o adevărată explozie a cazurilor de boală. Pentru prevenirea ei, medicii recomandau medicamente foarte variate: chinină, cocaină, arsen sau inhalare de fum de țigară. Interesant este faptul că *majoritatea medicilor din sec. XX leagă această afecțiune de astmul bronșic*, cu mult timp înainte de a fi descoperită alerggia ca atare, ambele boli fiind afecțiuni alergice²¹.

Meritul descoperirii alergiei îi aparține medicului pediatru vienez Clemens von Pirquet, care face legătura între cele două boli, dar și cu alte afecțiuni asemănătoare. Într-un articol editat în *Münchener Medizinische Wochenschrift*, din 1906, el descrie această reacție modificată ca fiind o "*alergie*". Termenul este nou, introdus pentru prima dată de el, provenind din două

²⁰ Bert Ehgartner, *Lob der Krankheit. Warum es gesund ist ab und zu krank zu sein*, Bastei Lübbe Taschenbuch 2008, Germany, 103.

²¹ *Ibidem*.

cuvinte grecești: *allos* (altele) și *ergon* (reacție)²². Această denumire urma să fie folosită pentru o serie de reacții biologice: sensibilitate crescută la înțepături de insecte, alergie la fân (rinita alergică), astm bronșic, reacții alergice alimentare și **reacții alergice după imunizare prin vaccinuri** (ex.: antidifteric și antitetanos). Nou era faptul că acest medic considera că și o vaccinare poate provoca reacții alergice. A continuat cercetările și a observat că “*boala serului*” este o afecțiune de temut, care *apare în cazul imunizărilor cu toxinele din vaccinuri: toxina tetanică și toxina difterică*. Pentru tratarea bolii, s-a făcut primul antidot, numit “*Antitoxină*”, din serul cailor injectați cu o doză mică, neletală, de toxină difterică. Pentru această descoperire, realizată într-un laborator al renumitului Robert Koch din Berlin, *Emil von Behring* primește Premiul Nobel. Serul era injectat cu succes tuturor copiilor cu difterie. În curând s-au arătat și *efectele secundare*, mai ales după administrări repetate de Antitoxină, prin apariția unor simptome caracteristice: febră, erupție, dureri articulare și creșteri bruște ale tensiunii arteriale, uneori soldate cu deces. Emil von Behring a denumit aceste reacții ca fiind “*de hipersensibilitate*”. În schimb Clemens von Pirquet vede în aceste simptome o reacție imunologică, de respingere a unui corp străin, și se preocupă foarte mult de reacția antigen-anticorp. El observă că reacțiile sus-amintite nu sunt provocate doar de bacterii și virusuri (antigene), ci ele apar și ca o reacție de apărare a organismului, iar la o reinfecție cu aceeași bacterie, organismul formează mult mai repede anticorpi. Ne-a rămas de la acest medic un principiu nou, potrivit căruia “**anticorpii pot provoca o boală în organism, nu doar să-l apere**. Din nefericire, acest principiu nu a fost acceptat de către colegii lui”²³. În prezent, se știe că *principiul lui Clemens von Pirquet este unul corect*, bolile autoimune fiind o reacție greșită a sistemului imun, atunci când acesta nu mai recunoaște structurile lui proprii (*self*), ci le va considera străine (*non-self*), le va ataca și le va distruge.

Mecanismul imun, implicat în dezvoltarea reacțiilor alergice (de hipersensibilitate) și reacțiilor autoimune postvaccinale, nu poate fi înțeles fără cunoașterea câtorva aspecte legate de “hipersensibilitate” (descrise de Gell și Coombs, în 1975, care au propus o clasificare a hipersensibilității în 4 clase: tip I, II, III și IV) și de “autoimunitate”²⁴:

²² *Ibidem*.

²³ *Ibidem*, 105-106.

²⁴ M. I. Brumboiu, I. S. Bocșan, *op. cit.*, 27-31.

A.) **Reacțiile de hipersensibilitate** constau într-un răspuns anormal al sistemului imun față de un agent străin, cu apariția unei leziuni inflamatorii, acute sau cronice. Acestea sunt:

- a.) *Hipersensibilitatea tip I*: este un răspuns imun anormal față de un agent străin, datorat unei producții crescute de *anticorpi IgE*, și care se poate manifesta sub formă de *șoc anafilactic sau alergie*. Bolnavii prezintă de obicei un teren atopic (alergic).
- b.) *Hipersensibilitatea tip II* sau citotoxică: este rezultatul reacției anormale a sistemului imun prin formarea unor *anticorpi citotoxici față de țesuturi străine* (posttransfuzional etc.) *sau proprii* (consecință a modificărilor antigenelor în cauză prin “mimetism” molecular etc.). *Rezultă o inflamație acută, cu vasodilatație locală și distrugere de țesut.*
- c.) *Hipersensibilitatea tip III*: este un răspuns imun umoral anormal, caracterizat printr-o *hiperproducție de anticorpi, în contextual unei hiperimunizări care se instalează în urma contactelor repetate cu antigenul* (virus, bacteria etc.) După primul contact se formează *anticorpi IgM*, în concentrații reduse, atât în sânge cât și în țesuturi. La al doilea contact cu același antigen, apare un răspuns imun umoral secundar, cu producere de *anticorpi IgG*, care vor trece în circulația sanguină, unde, fiind “diluata”, nu va crește concentrația lor în țesuturi. La al treilea contact cu antigenul, răspunsul imun secundar este mai amplu și, pe măsură ce contactele se repetă, crește și cantitatea de anticorpi IgG, până când, la al 6-lea sau al 7-lea contact, concentrațiile mari de anticorpi din țesuturi se vor “uni” cu cantitățile mari de antigene (virus, bacteria etc.), administrate în același loc, formând “*complexe imune*” în exces. Ele nu vor putea fi eliminate din organism, depășind capacitatea de “curățire” a acestuia, și se vor depune în vasele renale, cutanate, plexurile coroide, articulații, corpii ciliari (ochi) etc, unde vor provoca leziuni tisulare și vasculare, cu apariția de microhemoragii locale și cu formare de microtrombi plachetari, care agravează hemoragiile. Bolile în care au loc astfel de reacții sunt: *boala serului, glomerulonefrita acută difuză, purpura Henoch-Schönlein* etc.
- d.) *Hipersensibilitatea tip IV*: este un “*răspuns imun celular de intensitate mare, însoțit de leziuni tisulare severe și apare față de antigene cu structuri complexe, care nu pot fi prelucrate decât lent*” de către celulele imune. După inducerea reacției imune (vezi cap. 1), antigenul, considerat periculos de către organism, este fagocitat (“mâncat”)

și apoi captat de către celulele prezentatoare de antigen (CPA), care trec în ganglionii limfatici regionali, unde prezintă antigenul imfocitelor Th (helper) și Tc (citotoxice). Acestea fiind activate se transformă în limfocite T, cu memorie. Rezultă un proces inflamator acut sau cronic, cu leziuni tisulare, fiind cunoscute mai multe afecțiuni: *hipersensibilitatea de contact* etc.

Alergiile și bolile alergice au la bază, *tipul I de hipersensibilitate*, care este datorat, după cum am văzut, Imunglobulinelor E (IgE sunt anticorpi care induc “degranularea” mastocitelor, cu eliminare de histamină). Ca urmare, vasele sanguine se dilată, pentru a lăsa să pătrundă și celelalte componente ale sistemului imun, provocând inflamația și leziunea tisulară. *“Putem compara fenomenul cu un șantier de lucru unde asfaltul este scos și se înlătură cele mai mari stricăciuni. D.p.d.v. medical, o privim ca pe o infecție care, în funcție de țesutul lezat, se va exterioriza sub forma unei erupții tegumentare (eczemă atopică), rinită alergică sau o criză de astm”*²⁵. La nou-născut ar trebui dozate în mod obligatoriu Imunglobulinele E (IgE). Acești anticorpi *“se găsesc în ser, dar, datorită nivelelor serice foarte mici (0,03-0,05mg% sau 60 UI/ml), ele nu pot fi puse în evidență decât prin metode speciale (imunoenzimatică). Nivelul lor crește foarte mult în bolile alergice: astm alergic, rinită alergică, eczemă atopică etc. Le găsim crescute și în parazitoze”*²⁶. **Nivelul crescut al IgE este o contraindicație absolută pentru orice vaccin.** Ele arată deseori și o predispoziție la boli autoimune. De cele mai multe ori, aceste imunglobuline sunt dozate la sugari doar la 4-5 luni, cu ocazia debutului eczemei atopice, a alergiei la lapte etc., *când nivelul IgE depășește 200 UI/ml*, fiind nevoie uneori de un tratament susținut (corticoterapie) și cu repercusiuni grave asupra sistemului imun al sugarului.

B.) Autoimunitatea: constă într-un răspuns imun umoral și/sau celular anormal față de propriile structuri (*self*) și determină apariția de **boli autoimune**.

Există și reacții automine “normale”, când sunt eliminate celule și elemente proprii alterate, dar ele sunt de o intensitate redusă.

Toleranța imunologică, normală, față de antigenele proprii, este înăscută și este menținută cu ajutorul limfocitelor T supresoare (Ts). *“Când se rupe toleranța înăscută, limfocitele T devin autoreactive...Caracterul patologic*

²⁵ B. Ehgartner, *op. cit.*, p. 125.

²⁶ V. Cristea et al., *op. cit.*, 136.

*este dat de amploarea reacțiilor și persistența acestora. Răspunsul imun este de obicei combinat, umoral și celular, cu prezența în circulație a limfocitelor B și T care nu prezintă toleranță față de antigenele proprii și care nu au fost distruse... **Factorul infecțios pare să fie implicat în bolile autoimune prin inițierea proceselor imune, prin modificarea structurilor antigenice proprii sau prin asemănarea parțială cu antigenele proprii... Una dintre manifestările postvaccinale este encefalita demielinizantă indusă de vaccinul rabic preparat pe creier de șoarece nou-născut**”²⁷.*

Studii epidemiologice și experimentale

Orice vaccin poate provoca o reacție alergică acută: de la o rinită alergică, sau o criză de astm alergic, până la un șoc anafilactic, care poate pune în pericol viața omului.

Șocul anafilactic (anafilaxia) este o reacție postvaccinală rară și este recunoscut ca fiind o posibilă complicație postvaccinală, dacă survine în primele 4 ore de la vaccin (după cum arată lista de mai sus).

*Bolile alergice și bolile autoimune postvaccinale sunt complicații postvaccinale frecvente. Cu toate acestea, **legătura dintre vaccinuri și aceste boli nu este reunoscută la ora actuală, etiologia lor fiind în continuare etichetată drept “necunoscută” sau având o posibilă “predispoziție genetică”.***

Studiile ultimelor decenii arată în mod evident că vaccinurile sunt un real atac asupra sistemului imun al sugarului, provocând boli alergice și autoimune grave:

- Se știe că *vaccinurile stimulează imunitatea pe o altă cale decât o infecție naturală*; în timp, se creează un dezechilibru între cele două forme de apărare a sistemului imun (umoral și celular), apărând, încă din timpul copilăriei, boli alergice sau boli autoimune^{28,29}.

- *Studii experimentale făcute pe animale și pe oameni voluntari, au demonstrat că vaccinurile provoacă o creștere a Imunglobulinelor E (IgE sunt anticorpi responsabili de reacția alergică, după cum am văzut anterior, prin-*

²⁷ *Ibidem.*

²⁸ G. A Rook, J. L Stanford, “Give us this day our daily germs”, *Immunol. Today* 1998, 19 (3):113-116.

²⁹ F. Mascart, M. Hainaut, A. Peltier, V. Verscheure,, J. Levy, C. Loch, “Modulation of the infant immune responses by the first pertussis vaccine administrations”, *Vaccine* 2007, 25 (2):391-398.

tr-o hipersensibilitate tip I)^{30,31} (Dahlback 1983). Acest lucru se datorează în special aluminiului din vaccinuri cu virusuri omorâte³², dar s-a observat același fenomen și în cazul vaccinului ROR care conține virusuri vii³³. După vaccinul antitetanos se formează anticorpi care sunt cauza unor reacții alergice cronice (atacă mastocitele, provocând “descărcarea” lor, cu eliminare de Histamină)³⁴ (vezi pct. 5).

- Un studiu australian, făcut la peste 8000 de adulți cu boli alergice precum *astm bronșic alergic*, *dermatite alergice* și *alergii alimentare*, atestă o legătură evidentă între aceste boli și vaccinurile din copilărie, în special DTP și antipolio³⁵.

- S-a observat că, prin amânarea cu câteva luni a vaccinului DTP, a scăzut frecvența astmului bronșic cu peste jumătate³⁶.

- Studii comparative, la copiii vaccinați și nevaccinați:

a) copiii nevaccinați suferă mult mai rar de alergii decât copiii vaccinați³⁷;

b) la copiii vaccinați cu DTP, până la vârsta de 16 ani, se dublează numărul bolilor alergice comparativ cu copiii nevaccinați³⁸;

c) un studiu din Austria, efectuat pe 581 de copii nevaccinați, arată următorul bilanț: doar 2,9% sufereau de o formă de alergie (fără niciun caz de

³⁰ H. Odelram, M. Granstrom, S. Hedenskog, K. Duchon, B. Bjorksten, “*Immunoglobulin E and G responses to pertussis toxin after booster immunization in relation to atopy, local reactions and aluminium content of the vaccines*”, *Pediatr. Allergy Immunol.* 1994, 5 (2): 118-123.

³¹ F. Imani, K. E. Kehoe, “*Infection of human B lymphocytes with MMR vaccine induces IgE class switching*”, *Clin. Immunol.* 2001, 100 (3):355-361.

³² R. K. Gupta, B. E. Rost, E. Relyveld, G. R. Siber, “*Adjuvant properties of aluminium and calcium compounds*”, *Pharm Biotechnol* 1995, 6: 229-248.

³³ J. M. Brewer, M. Conacher, C. A. Hunter, M. Mohrs, F. Brombacher, J. Alexander, “*Aluminium hydroxide adjuvant initiates strong antigen-specific Th2 responses in the absence of IL-4-or IL-13-mediated signaling*”, *J Immunol.* 1999, 163:6448-6454.

³⁴ F. Mascart et al., *loc. cit.*

³⁵ K. Nakajima, S. C. Dharmage, J. B. Carlin, C. L. Warton et al., “*Is childhood immunization associated with atopic disease from age 7 to 32 years?*”, *Thorax* 2007, 62 (3):270-5.

³⁶ K. L. McDonald, S. I. Huq, L. M. Lix et al., “*Delay in diphtheria, pertussis, tetanus vaccination is associated with a reduced risk of childhood asthma*”, *J Allergy Clin. Immunol.* 2008, 121 (3):626-31.

³⁷ R. Enriquez, W. Addington, F. Davis, S. Freels et al., “*The relationship between vaccine refusal and self-report of atopic disease in children*”, *J Allergy Clin Immunol.* 2005, 115 (4):737-44.

³⁸ E. L. Hurwitz, H. Morgenstern, “*Effects of diphtheria-tetanus-pertussis or tetanus vaccination on allergies and allergy-related respiratory symptoms among children and adolescents in the United States*”, *J Manipulative Physiol. Therap.* Feb 2000, 23 (2): 81-90.

astm bronșic!) și doar 1,3% aveau o ușoară atenție deficitară. Procentele sunt foarte mici comparativ cu “statistica națională din Austria”, care ia în calcul toți copiii, indiferent că sunt sau nu vaccinați (majoritatea fiind vaccinați), și care arată că 25% dintre școlari suferă de o formă de alergie și 10% de sindromul ADHD³⁹.

Statistici îngrijorătoare în lume: *atât numărul cât și varietatea alergiilor cunoaște o creștere fără precedent în toate țările industrializate: jumătate dintre americani suferă de diferite tipuri de alergii⁴⁰: alergii cutanate (dermatite alergice); alergii ale căilor respiratorii (rinita alergică; astm bronșic alergic); alergii alimentare (alergie la proteinele din laptele de vacă etc). În România, unele boli alergice, la copii, s-au dublat în ultimii 10 ani⁴¹, iar frecvența lor crește în continuare într-un mod îngrijorător.*

1. Bolile alergice

Un sistem imun sănătos reacționează împotriva agenților patogeni, infecțioși, și, cu toate că va provoca febră, frison și alte fenomene neplăcute, prin distrugerii tisulare locale, *“daunele produse sunt pe deplin compensate de rezultatele obținute – vindecare și/sau prevenirea reîmbolnăvirii”⁴²*. Când reacția imună este îndreptată împotriva unor antigene inofensive sau a antigenelor proprii, *ea devine dăunătoare, cum se întâmplă în reacțiile alergice. De la reacții alergice până la boli autoimune este doar un pas...*

Reacțiile alergice sau de hipersensibilitate, așa cum am văzut, survin la persoane imunizate anterior față de un antigen, în momentul reexpunerii la același antigen, doar că reacția este una exagerată ca intensitate și este îndreptată împotriva unui antigen inofensiv. Deci vedem că în producerea bolilor alergice este incriminată în special imunitatea umorală, cu participarea limfocitelor B, formatoare de anticorpi. Prin intermediul vaccinurilor, este stimulată tocmai această imunitate.

³⁹ P. Cortiel, “Fragebogen zu meinem ungeimpften Kind – Auswertung”, 5.6.2004, www.impf-portal.de/aktuell/fragebo/fraboaus10.doc

⁴⁰ L. H Coulter, *Impfungen. Der Grossangriff auf Gehirn und Seele*. 5. Auflage 2004, Hirthammer Verlag, Germany, 159

⁴¹ V. Cristea et al., *op. cit.*, 298.

⁴² *Ibidem*, 269.

a) Eczema atopică (dermatita atopică)

Este una dintre cele mai frecvente alergii cutanate care afectează sugarul la ora actuală.

Autorii români arată și ei o incidență crescută a acestei afecțiuni: *“într-un singur deceniu, s-a ridicat de la 5% la 10%”*⁴³, cu specificarea că ea apare la persoane atopice (alergice) și cu antecedente familiale. Afecțiunea, este mai frecventă la copiii sub 5 ani, dar cel mai adesea debutul este semnalat la 4-6 luni, concomitant cu introducerea alimentației solide... Cu toate acestea, spun ei, cauzele sunt mai puțin cunoscute, unele dintre ele fiind: alergeni alimentari (lapte de vacă), pneumoalergeni (praf de casă, plen etc.), factori iritanți (săpunuri, parfumuri, detergenți etc.). Interesantă este concluzia la care ajung și unii dintre autori români: *“Deoarece severitatea leziunilor cutanate nu se corelează cu expunerea la alergenii la care bolnavul prezintă răspunsuri pozitive, iar terapia de desensibilizare este inefficientă, se consideră că patogenia bolii este mai complexă decât a alergiilor expuse anterior, asociind elemente de autoimunitate”*⁴⁴.

Ceea ce este mereu omis este faptul că la 2-4 luni începe și vaccinarea sugarului. Cu toate că medicina alopată nu face legătura dintre eczema atopică și vaccinurile administrate sugarului, oameni de știință din Occident au putut dovedi prezența unor elemente de autoimunitate la acești sugari, așa cum bine au remarcat și profesorii români. *Cercetătorii occidentali consideră eczema atopică ca fiind o boală autoimună, de o gravitate deloc de neglijat, în care “sistemul imun se află într-un foc continuu”*⁴⁵. *“Tratamentul clasic, simptomatic, cu Cortizon, antibiotice, fototerapie, psihoterapie etc., nu este unul eficient. Din acest motiv, părinții nu sunt mulțumiți și recurg de cele mai multe ori la terapii alternative, care s-au dovedit a fi mult mai eficiente, deoarece nu tratează simptomele, ci refac sistemul imun intestinal prin diferite metode”*⁴⁶:

- refacerea florei normale a intestinului;
- detoxifierea ficatului și a rinichilor, prin eliminarea metalelor neurotoxice și alergizante (plumb, mercur, aluminiu);

⁴³ *Ibidem*, 298.

⁴⁴ *Ibidem*, 98.

⁴⁵ <http://www.yorktest.ro/pdf/24-neurodermitis.pdf>. Dr.rer.nat.Sabine Paul, *Möglichkeiten der differenzierten Ursachensuche für eine nachteilige Therapie*.

⁴⁶ Dr. med. Dietrich Klinghardt, M. D., Ph. D., und Dr. Patricia Kane, Ph. D., Vortrag 2: Schwermetalle und ihre Wirkung auf unsere Gesundheit. Auszüge aus der Vorlesung an der ETH Zürich, (Fachpublikum), April 2003, Germany, http://www.power-for-life.com/Schwermetall_Ausleitung/vortrag2.html

- tratamentul local a pruritului și a inflamației;
- eliminarea din alimentație a produselor alergice (lapte de vacă, substanțe chimice ș.a.).

*Tablou clinic:*⁴⁷

- aproape întotdeauna boala debutează la copiii mici, de 3-6 luni;
- erupția este pruriginoasă și apare simetric la nivelul feței, pe obraji, la extremități, iar uneori devine diseminată (pe tot corpul);
- la copiii mari și la adulți apare mai ales la gât și pe porțiunile flexoare;
- gratajul creează condiții de suprainfecție (infecții bacteriene, cu stafilococ) și virale (herpes).

Literatura de specialitate mai consideră drept cauză și “o predispoziție a individului afectat, de a dezvolta un prurit, iar leziunile de grataj pot juca un rol major în patogenia eczemei atopice... Mai există și anomalii chimice ale pielii”⁴⁸. Este o ipoteză învechită, infirmată și de rezultatele pozitive obținute în urma tratamentelor alternative, cum ar fi cel de detoxifiere a organismului de metale grele. *Pentru o vindecare completă a eczemei atopice, vaccinarea este contraindicată, deoarece vaccinurile nu doar agravează eczema, ci o și provoacă, prin conținutul în metale (aluminiu, mercur) și alte substanțe alergizante.*

b) Rinita alergică

Încă în anii '80, prof. Dr. Geormăneanu scria despre *rinita alergică, ca fiind cea mai frecventă tulburare alergică atopică, afectând circa 10% din populația generală. Boala se poate manifesta în tot cursul anului (neperiodic) sau periodic/sezonier (“febra de fân”), dar poate fi și “mixtă”, când, pe un fond de rinită permanentă, apar exacerbări ale bolii. Aflăm din aceleași surse că boala “poate apare la orice vârstă, inclusiv la sugarul din primele luni de viață, dar de obicei debutează către sfârșitul primului an sau în primii ani de viață”*⁴⁹. Se produce printr-un mecanism imun: hipersensibilitate de tip I, cu anticorpi IgE circulanți. Alergenele (antigenele) care induc această alergie sunt: *praful de cameră, părul de animale și polenul. Trebuie înțeles faptul că nu alergenul sunt cauza bolii, ci “reacția imună exagerată”, adică un sistem imun dezechilibrat.* În mod obișnuit, alimentele nu fac parte dintre aceste alergene. Anticorpul IgE vor induce o tumefacție și roșeața mucoasei

⁴⁷ V. Cristea, *op. cit.*, 298-299.

⁴⁸ M. Geormăneanu, I. Gherghina, *Imunitatea și Bolile imunitare la copii*, Editura Medicală, București, 1983, 193.

⁴⁹ *Ibidem*, 171.

nazale. Clinic, simptomele constau în *obstrucție nazală*, cu sau fără secreție seroasă (rinoree). Mulți bolnavi cu rinită alergică prezintă și hiperreactivitate bronșică (HRB), cu obstrucția bronhiilor mici, dar 50% dintre aceștia nu au semne de astm bronșic⁵⁰. Atât în forma sezonieră cât și în cea neperiodică, simptomele sunt mai accentuate dimineața, cu strănut, înroșirea ochilor, senzația de uscăciune în gât, iar țesutul limfatic regional este “inflat”: ganglionii limfatici, “polipi nazali” și amigdalele. Complicațiile frecvente sunt: sinuzita și otita medie seroasă, cu scăderea auzului. Tratamentul alopatic constă în antihistaminice și corticosteroizi pentru uz topic (local), iar în cazuri severe Prednison (Cortizon) oral⁵¹. Există tratamente alternative pentru rinita alergică, iar părinții apelează tot mai des la asemenea terapii, fără efecte secundare nedorite.

c) Astmul bronșic

Astmul este o boală cronică, obstructivă și difuză a bronhiilor mici, care se caracterizează prin crize repetate, reversibile de dispnee (tulburare respiratorie), cu un “zgomot” caracteristic (*wheezing*) și tuse. Astmul poate fi alergic (extrinsic), când reacțiile alergice joacă un rol important sau nealergic (intrinsic), când nu avem crescute IgE, iar testele cutanate la alergene sunt negative. Această ultimă formă a mai fost denumită “dispnee astmatiformă”. Există și forme “mixte”, care sunt mai frecvente la vârste foarte mici. În anii ’80, incidența astmului era deja crescută la 3% dintre copiii din țară, fiind *una dintre cele mai frecvente boli cronice ale copilăriei*, afirmă Dr. Geormăneanu⁵².

De atunci și până la ora actuală, frecvența astmului bronșic a înregistrat în întreaga lume o creștere dramatică, mai ales în rândul copiilor:

- în Europa, frecvența a crescut de 4 ori;

- în Germania, în ziua de azi, după studiile dr. Milly Schär-Manzoli și Dr. Friedrich Graf, **suferă unul din 15 copii de astm bronșic! 2 din 3 copii care încep școala (6 ani) suferă de o alergie!**⁵³;

- în America, mortalitatea dată de astm a crescut de aproape două ori între anii 1977-1991⁵⁴.

⁵⁰ *Ibidem*.

⁵¹ *Ibidem*, 172.

⁵² *Ibidem*, 173.

⁵³ Dr. Ing. Joachim Grätz, *Encephalopathie – Unabdingbare Folgen von Impfungen*, Tisani Verlag, Germany.

⁵⁴ WHO: *Help our children breathe-first world asthma day launched*. WHO 1998b. Press release 92. <http://www.who.int/inf-pr-1998/en/pr98-92.html>

Cauzele astmului bronșic

Medicina clasică a încercat să explice cauzele posibile ale astmului, dar nici la ora actuală nu se cunoaște care sunt acestea, existând doar “ipoteze”:

- “*factorii genetici*” ar avea un rol important, alături de alți factori externi, în apariția bolii⁵⁵;

- astmul poate fi “provocat” de o mare varietate de factori (fără ca acestea să constituie cauza bolii): “*substanțe iritante, exercițiul fizic, infecția și factorii emoționali*” (D. S. Pearlman, 1980)⁵⁶;

Toate aceste ipoteze, precum și altele mai recente: “ipoteza igienei”, “ipoteza suprasolicitării sistemului imun prin poluarea aerului, a apei” etc., nu pot explica nici pe departe creșterea exponențială a cazurilor de astm din ultimii ani, ci un procent maxim de 30-50%, restul fiind de altă natură.

Cauza cea mai frecventă a astmului alergic la copii rămân vaccinurile. Un copil care are un deficit imun, sau are un titru crescut de IgE, nu ar trebui vaccinat niciodată. *Dar și la copii sănătoși, numărul mare de vaccinuri poate provoca în timp orice boală alergică, inclusiv astmul bronșic alergic (vezi cap. 4).*

Folosind inhalatii cu Glutation, Dr. Klinghardt a vindecat cu succes multe cazuri de astm bronșic, tratamentul fiind de 3 săptămâni. *Glutationul fixează mercurul din neuronii de la nivelul plămânului și-l elimină, vindecând astmul bronșic.* Aceasta este încă o dovadă clară că și astmul bronșic este o boală autoimună provocată deseori de intoxicația cu mercurul conținut în vaccinuri⁵⁷.

d) Boli alergice alimentare

Generalități

Alergiile alimentare, caracterizate printr-un răspuns imun exagerat la alergenii ingerați, se clasifică, după reacția imunologică, în două categorii⁵⁸:

a) *mediate de IgE, cu debut rapid : hipersensibilitate tip I;*

b) *non-IgE, de cauze imunologice (anticorpi, autoanticorpi, complexe imune), biochimice (toxice, iritative etc.), psihologice.*

Observăm la această clasificare, că alergiile alimentare au la bază reacții imune anormale, dintre cele mai grave (!), inclusiv reacții autoimune (b: non-IgE), care afectează întregul organism. Este motivul pentru care *reacțiile*

⁵⁵ M. Geormăneanu, *op. cit.*, 173.

⁵⁶ *Ibidem.*

⁵⁷ Dr. med. Dietrich Klinghardt , et al., *op. cit.*, April 2003.

⁵⁸ V. Cristea, *op. cit.*, 299.

adverse la alimente pot provoca nu doar manifestări digestive, ci și simptome cutanate, respiratorii și neurologice.

S-a observat că sugarii mici au un deficit fiziologic de IgA secretor (anticorpi care se află la nivelul intestinului și-l apără de antigene străine), înlesnind penetrarea mucoasei intestinale de către alergene, dacă există și un teren atopic⁵⁹. Sugarul sintetizează anticorpii IgA deja din a 3-a săptămână, dar foarte încet, astfel că ei ating 75% din valorile normale a adultului abia la sfârșitul celui de-al doilea an de viață⁶⁰. Ceea ce au observat autorii străini este faptul că *“la deficitul fiziologic al sugarului, se adaugă și un deficit câștigat/dobândit de IgA secretor, care se datorează în special metalelor (mercur, aluminiu, plumb etc.) din vaccinuri. La toate acestea se pot adăuga virusurile și bacteriile folosite în vaccinuri”*⁶¹, iar faptul că metalele grele “substanțe imunotoxice”), infecțiile virale (retrovirusuri, virus rujeolic etc.) și bacteriene cronice (BCG etc.) pot fi o cauză a deficitului câștigat de IgA secretor, este recunoscut și de către autorii români (Tabelul 10-VII).⁶² Mucoasa intestinală a sugarului fiind “descoperită” în fața microbilor, a toxinelor și a metalelor grele din vaccinuri, din cauza deficitului de IgA secretor, nu va mai putea exercita rolul ei de barieră în fața acestora, iar sugarul se va îmbolnăvi. *Un sugar care nu a fost alergic la lapte de vacă, poate deveni alergic la lapte după vaccinare*, afirmă Harris Coulter.

Alergia la proteinele din laptele de vacă: este cea mai frecventă alergie alimentară la sugari și se manifestă prin⁶³:

- dureri abdominale, grețuri, vărsături și diaree (uneori cu sânge) apărute la 30-60 minute după ingerarea laptelui. În forme grave, în timp de 1-3 ore, bolnavul devine hipotensiv, prezintă stare de șoc și poate să moară prin stop cardiorespirator;

- la sugari și copii mici, expunerea în continuare la lapte de vacă, duce la anemie, prin pierdere de sânge prin scaun, edeme generalizate, anorexie, scaune voluminoase și rău mirositoare, malabsorbție, pierdere în greutate și întârziere în creștere.

“S-a constatat că nu este suficientă întreruperea alimentației cu lapte de vacă a sugarului, pentru ameliorarea simptomelor digestive și revenirea la normal a curbei ponderale și staturale, ci este necesară întreruperea

⁵⁹ *Ibidem*, 300.

⁶⁰ M. Geormăneanu, *op. cit.*, 141.

⁶¹ Dr. med. Dietrich Klinghardt, et al, *op. cit.*, April 2003.

⁶² V. Cristea, *op. cit.*, 254.

⁶³ *Ibidem*, 302.

vaccinurilor, care cresc în continuare riscul la alte boli alergice. Alți copii nu sunt alergici de la naștere la laptele de vacă, dar devin alergici după vaccinare. În ambele situații, ei vor dezvolta alergii noi când vor crește și vor veni în contact cu diferiți alergeni din mediul înconjurător”⁶⁴.

Vaccinurile, nu doar accentuează alergia la lapte de vacă, ci o și provoacă.

Exemplu: “Mi-am dus copilul la medic fiindcă tușea foarte tare. I s-au făcut teste și s-a constatat că era alergic la laptele de vacă. A fost nevoie să-i schimbăm atunci laptele de vacă cu lapte de soia. Dar nu l-a suportat nici pe acesta, așa că am trecut pe lapte de capră. Doar după vaccinul cu DTP a devenit alergic la lapte”⁶⁵ (vezi cap. 4).

Concluzie: observăm că alergiile și bolile alergice sunt deseori o “trecere” spre bolile autoimune. Majoritatea bolilor alergice au și elemente autoimune. Prevenirea lor este cea mai indicată prin sistarea vaccinurilor. Dacă acestea s-au efectuat deja, tratarea și vindecarea alergiilor și bolilor alergice încă de la debut este foarte importantă pentru a preveni apariția unei boli autoimune. S-a observat că o boală autoimună atrage după sine de obicei și alte boli autoimune (asociate), nevindecabile de regulă cu tratamente alopate.

2. Bolile autoimune

Autoimunitatea este o reacție imună dobândită, dirijată împotriva propriilor antigene. Atunci când această reacție provoacă leziuni ale țesuturilor, vorbim de *boli autoimune*⁶⁶. Cu alte cuvinte, sistemul imun al organismului nu mai recunoaște structurile lui proprii (*self*), ci le va considera străine (*non-self*), le va ataca și le va distruge. Când reacția autoimună este îndreptată împotriva unui singur țesut sau organ, cu lezarea acestora, vorbim de *boală autoimună organ-specifică*, iar când este îndreptată împotriva mai multor tipuri de celule, aparținând unor țesuturi sau organe diferite, vorbim de *boală autoimună sistemică sau nespecifică de organ*⁶⁷. Cauzele sunt “multifactoriale”, conform literaturii de specialitate. Printre aceste cauze nu se enumără și vaccinurile.

Vindecarea bolilor autoimune este de regulă imposibilă. Tratamentul este unul paleativ (tratează, dar nu vindecă). Terapia acestor boli a rămas

⁶⁴ H. L. Coulter, *op. cit.*, 2004, 160.

⁶⁵ *Ibidem*.

⁶⁶ V. Cristea, *op. cit.*, 315.

⁶⁷ *Ibidem*, 323.

nemodificată până în zilele noastre, când se administrează imunodepresive (Cortizon etc.), tratându-se doar simptomele, nu și cauza. Pentru un timp scurt, ele sunt medicamente extraordinare, care acționează rapid și eficient, dar “*pentru o perioadă mai lungă de tratament și în doze mari, ele sunt distrugătoare*”, relatează biologul Ulrich Bahnsen, care a urmat un astfel de tratament⁶⁸.

Deși incidența bolilor autoimune este într-o creștere continuă în ultimii ani, răspândirea lor pe glob este neuniformă. Se observă o creștere alarmantă a bolilor autoimune în țările dezvoltate industrial⁶⁹, în special în rândul copiilor. Este vorba de diabetul zaharat tip 1, boala Crohn, scleroză multiplă, boli reumatice cronice ș.a.

În producerea bolilor autoimune, rolul cel mai important îi revine sistemului imun celular, *Th1 (a limfocitelor T)*. Spre deosebire de alergie sau boală alergică, “*autoimunitatea este un fenomen foarte riscant și nu-l mai putem compara cu un șantier de lucru unde se repară o stricăciune, ci este vorba de o adevărată explozie care se extinde peste tot*”⁷⁰. Aflăm din cărțile noastre de Imunologie un lucru deja cunoscut: “*Mecanismele care stau la baza reacțiilor autoimune nu sunt încă suficient studiate*”⁷¹. Așa cum ne-am obișnuit deja, cărțile de medicină sunt pline de ipoteze, iar bolile autoimune nu fac excepție de la regulă. Poate mai mult decât în cazul oricărei alte afecțiuni, au fost emise mai multe ipoteze/teorii pentru bolile autoimune: “*teoria mimetismului molecular*” (spre exemplu, peretele streptococului și țesutul cardiac se aseamănă imunologic iar o reacție încrucișată va duce la febra reumatică/RAA)⁷², “*teoria deficitului imunologic*” ș.a. Am amintit doar aceste două teorii, care pot explica cel mai bine fenomenul autoimunității. O asemănare imunologică (conform teoriei “mimetismului molecular”) “*poate exista și între antigenele din vaccin și diferite țesuturi ale organismului, ceea ce duce la un «atac» împotriva propriilor structuri și apariția bolilor autoimune*”^{73,74}. Referitor la “*teoria deficitului imuno-*

⁶⁸ Ulrich Bahnsen, “*Die Angst vor der Dunkelheit*”, *Die Zeit* 22/04.

⁶⁹ J. F. Bach, “*The Effect of Infections on Susceptibility to Autoimmune and Allergic Disease (Review)*”. *N Engl J Med* 2002, 347:911-920.

⁷⁰ B. Ehgartner, *op. cit.*, 126.

⁷¹ V. Cristea, *op. cit.*, 322.

⁷² *Ibidem*.

⁷³ H. Brandis, H. J. Eggers, W. Köhler, *Medizinische Mikrobiologie*, Gustav-Fischer-Verlag, Stuttgart. 7. Auflage 1994.

⁷⁴ A. Burton, S. Waisbren, “*Acquired autoimmunity after viral vaccination is caused by molecular mimicry and antigen complementarity in the presence of an immunologic adju-*

logic”, personal cred, în urma citirii a numeroaselor studii, timp de câțiva ani, că este cea mai în măsură să explice ceea ce provoacă vaccinurile și mai ales ce se întâmplă într-o boală autoimună. Aflăm din literatura de specialitate că această teorie, presupune ceea ce au observat și autorii străini: celulele imune autoagresive, nu mai sunt blocate (se pierde toleranța imunologică) și vor ataca propriile structuri, cu inducerea bolii autoimune⁷⁵. Știm despre “*toleranța imunologică*” că este un proces activ care duce în mod normal la inactivarea limfocitelor autoreactive (prin eliminarea lor ireversibilă sau prin inhibiția lor) și previne astfel reacțiile și bolile autoimune. Rolul limfocitelor autoreactive “*a fost demonstrat experimental prin inocularea la animale de antigene proprii, cum a fost cazul fragmentelor de tiroidă sau a proteinei mielinice bazice (MBP) urmate de instalarea tiroiditei sau encefalitei autoimune și de prezența de celule autoreactive în organismele animalelor inoculate*”⁷⁶. Mai citim că “*mecanismele care stau la baza reacțiilor autoimune nu sunt încă suficient cunoscute. Dacă toleranța este starea normală, cum este ea dărmată în bolile autoimune? Au fost emise diferite ipoteze care încearcă explicarea lor, dar niciuna nu este susținută în totalitatea ei de dovezi categorice*”⁷⁷.

Răspunsul la această întrebare, s-a găsit de mult, dar de către o minoritate de oameni de știință, medici și cercetători. El nu este recunoscut de cei care finanțează marea majoritate a studiilor medicale (sau poate toate.): industria chimică și farmaceutică.

Cauzele bolilor autoimune le constituie deseori vaccinurile din copilărie: - Vaccinurile, așa cum am văzut, produc o schimbare (răsturnare) forțată a răspunsului imun celular; de la LTh1 la LTh2, adică, de la răspunsul imun celular (LTh1 sunt celule limfocitare T, care activează răspunsul imun celular) la răspunsul imun umoral/sanguin (LTh2 sunt limfocite T, care activează limfocitele B, producătoare de anticorpi, prezente în sânge). Dezechilibrul dintre cele două tipuri de imunitate este indus de prezența antigenului (viral, bacterian, etc), al adjuvanților (aluminiiu, mercur, etc.), dar și al celorlalte componente străine din vaccin. Când se strică acest echilibru și predomină imunitatea umorală, are loc inducerea unui răspuns imun exagerat, cu formare de anticorpi în exces (hiperimunizare) cu riscul de a nu recunoaște

vant and specific HLA patterns”, *Medical Hypotheses* 2008, 70:346-348.

⁷⁵ V. Cristea et al., *op. cit.*, 323.

⁷⁶ *Ibidem*, 318-319.

⁷⁷ *Ibidem*, 322.

nici substanțele proprii, dar nici pe cele străine și inofensive, sau chiar utile, precum alimentele obișnuite (lapte), anumite particule din aer etc.⁷⁸ În felul acesta se produc bolile alergice și bolile autoimune.

- *Martinuc Porobic* (2005) a observat la studenți sănătoși, vaccinați împotriva hepatitei B, o creștere a unor autoanticorpi în primele luni după administrarea vaccinului. După acest vaccin, mai mulți autori au constatat o creștere a bolilor autoimune neurologice, mai ales *scleroza multiplă*. Wahlberg (2003) observă că după vaccinul Hib copiii în vârstă de 1 an dezvoltă anticorpi (GADA, IA-2A) împotriva celulelor pancreatice care secretă insulina, cu rol în reglarea glicemiei. Scăderea secreției insulinice duce la apariția *diabetului zaharat tip I*⁷⁹. Copiii cu o predispoziție genetică, dezvoltă în urma vaccinerilor, frecvent, boli autoimune neurologice^{80,81}. Așa cum vom vedea în continuare, chiar și fără o predispoziție genetică, vaccinurile pot induce boli autoimune, inclusiv neurologice.

- *Adjuvanții din vaccinuri*, precum aluminiul și MF59 din vaccinul antigripal, pot provoca boli autoimune^{82,83,84,85}. Ravel scrie într-un rezumat al studiului său: “*Rezultatele noastre susțin ipoteza conform căreia vaccinurile cresc riscul apariției bolilor autoimune la indivizii cu o predispoziție genetică*”. Pe

⁷⁸ M. Hirte, *op. cit.*, 63.

⁷⁹ J. Wahlberg, J. Fredriksson, O. Vaarala, J. Ludvigsson et al., “*Vaccinations May Induce Diabetes-Related Autoantibodies in One-Year-Old Children*”, *Ann NY Acad Sci* 2003, 1005:404-408.

⁸⁰ M. Montinari, *Role of immunogenetics in the Diagnosis of Postvaccinal CNS Pathology*. Presentation in Neapel, 9.5.1996, to the Associazione per la Libera Università Internazionale di Medicina Omeopatica, “Samuel Hahnemann” (LUIMO). <http://www.trufax.org/vaccine/coulter3html>.

⁸¹ J. Bradstreet, *Biological evidence of significant vaccine related side-effects resulting in neurodevelopmental disorders*, Presentation to the Vaccine Safety Committee of the Institute of Medicine. The National Academics of Science, 9. 2.2004. <http://www.nationalautismaassociation.org/pdf/IOM-Bradstreet.pdf>

⁸² T. G. Kimman, “*Risks connected with the use of conventional and genetically engineered vaccines*”, *Veterinary Quarterly*, 1992, 14/3:110-118. 1992. Quak, T.: *Impfung und Impffolgen*, 1999.

<http://ourworld.compuserve.com/homepages/POSchneider/Links/impfungen.pdf>

⁸³ M. Satoh, Y. Kuroda, H. Yoshida, K. M. Behney, “*Induction of lupus autoantibodies by adjuvants*”, *J Autoimmun* 2003, 21 (1):1-9.

⁸⁴ G. Ravel, M. Christ, F. Horand, J. Descotes, “*Autoimmunity, environmental exposure and vaccination: is there a link?*”, *Toxicology* 2004, 196 (3):211-216.

⁸⁵ S. Havarinasab, P. Hultman et al., “*Immunosuppressive and autoimmune effects of thimerosal in mice*”, *Toxicol Appl Pharmacol* 2005 Apr 15;204(2):109-21. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15808517>

de altă parte, chiar și fără nicio predispoziție genetică, sistemul imun al sugarului poate reacționa într-un mod exagerat față de vaccinuri, provocând boli autoimune⁸⁶. Imunologi renumiți, precum Shoenfeld (2000) și Tishler (2004), vorbesc despre “*partea urâtă a vaccinurilor*” și atrag atenția asupra faptului că vaccinurile joacă un rol important ca și “*actori în mozaicul autoimunității*”. Review von Vial (2004) ajunge și el la concluzia că “*o posibilă legătură dintre vaccinuri și bolile autoimune nu poate fi exclusă de noi la infinit și ar trebui analizată cu o mai mare atenție de către producătorii de vaccinuri*”⁸⁷.

Bolile autoimune (cele mai frecvente) induse de vaccinuri:

a) **Boala celiacă** (Celiachia/Enteropatia cu alergie la gluten/sprue netropical ș.a.)

- Are mai multe definiții, date după principalele simptome ale bolii, cea mai des folosită fiind cea de “*alergie la gluten*”. Glutenul este o proteină de origine vegetală, întâlnită preponderent în cereale precum *grâu, orz și secară*.

- Este o boală autoimună mediată de limfocitele T (LT); se caracterizează prin lipsa absorbției intestinale de gluten (“malabsorbție”), cu modificări patologice ale mucoasei intestinale (jejunale, în special); atât malabsorbția cât și leziunea mucoasei intestinale/jejunale se ameliorează dacă este înlăturat glutenul din dietă și reapar o dată cu reintroducerea acestuia; diagnosticul cert se pune doar prin biopsie intestinală.

- *Clinic*: sugarul prezintă scaune diareice care apar la vârsta de 6-12 luni (diagnosticul se pune de obicei la 18 luni); inițial diareea este intermitentă, ca apoi să devină continuă, cu caracter steatoreic (grăsimi nedigerate), iar în fază avansată se asociază cu anorexie, dureri abdominale și iritabilitate, cu abdomen destins, vărsături etc.⁸⁸.

- Din literatura de specialitate aflăm că: “Mecanismul prin care glutenul aduce prejudicii mucoasei intestinale nu este bine cunoscut... Au fost «speculate» două teorii: deficitul enzimatic [...] și aberația sistemului imun.” Se știe că intestinul este un organ imunocompetent, capabil să producă anticorpi împotriva antigenelor, inclusiv a glutenului. În perioada activă a bolii, sistemul imun local al intestinului este stimulat iar mucoasa intestinală, conține complexe imune “IgA-antigen” după provocarea cu gluten⁸⁹. S-a căutat și pentru

⁸⁶ H. Reiber, B. Davey, “*Desert-storm-syndrome and immunization*”, *Arch Internal Med* 1996, 156:217

⁸⁷ M. Hirte, *op. cit.*, 97.

⁸⁸ M. Geormăneanu, I. Gherghina, *op. cit.*, 306-307.

⁸⁹ *Ibidem*, 310

această afecțiune, existența unei “predispoziții genetice” și s-a constatat că la cei cu un HLA–A8 boala este un pic mai frecventă⁹⁰. **În același timp se ignoră în continuare numeroasele studii din Occident care arată existența unei “enterite/enterocolite autoimune”, provocate de vaccinuri, și care, în final, duce la celiachie.** Afecțiunea apare la 6 luni, în urma ruperii echilibrului sistemului imun al sugarului datorită vaccinurilor.

b) **Boala Crohn**

- La ora actuală (Imunologie, 2011), boala Crohn, alături de rectocolita hemoragică, este considerată o boală autoimună mediată de limocitele T (LT)⁹¹.

- Cauza bolii este “nedeterminată”, dar sunt implicați “factorii genetici”, aflăm din *Medicina Internă* (L.Gherasim). Interesant este faptul că se știa deja în urmă cu 13 ani că la baza bolii stă o dereglare imună și anume o “scădere a factorilor antiinflamatori”: scăderea limfocitelor Th2 etc. De asemenea, se presupunea că *autoanticorpii* sunt cei care pot întreține inflamația cronică intestinală, caracteristică bolii⁹². Între timp, imunologii au confirmat autoimunitatea bolii Crohn⁹³.

- Debutul este *în a doua decadă a vieții*; dacă în trecut era o afecțiune foarte rară, acum se constată *o creștere fără precedent a cazurilor la adolescenți. Personal, am constatat și eu acest lucru (fiind medic de familie pentru studenți)*.

- *Clinic*: boala afectează *intestinul subțire și colonul*, dar poate fi implicată orice porțiune a tractului digestiv; *debutul* este cu pierdere ponderală, după care se instalează durerile abdominale, diaree, febră, oboseală, vărsături, sângerări rectale, anemie și apoi “falimentul creșterii”; boala are *o evoluție cronică, impredictibilă, cu remisiuni și exacerbări, și numeroase complicații sistemice*⁹⁴.

- *Tratamentul* este unul paleativ (tratează simptomele, dar nu vindecă); atacurile severe sunt întotdeauna urgențe chirurgicale; se recurge la nevoie, la folosirea opiaceelor, Cortizonului etc.⁹⁵, medicamente cu grave repercusiuni asupra sistemului imun al pacientului.

- **Vaccinurile** au “bătaie lungă”, de ani și zeci de ani, cu apariția bolilor autoimune, inclusiv digestive, la adolescenți și adulți; una dintre aceste afecțiuni este

⁹⁰ *Ibidem*, 311

⁹¹ V. Cristea et al., *op. cit.*, 332.

⁹² L. Gherasim, *Medicină Internă*, vol. 3: *Bolile digestive hepatice și pancreatice*, Editura Medicală, București, 1999, 503- 519.

⁹³ V. Cristea et al., *op. cit.*, 332.

⁹⁴ M. Geormăneanu, I. Gherghina, *op. cit.*, 314-315.

⁹⁵ *Ibidem*, 317.

și boala Crohn (Morbus Crohn), după cum arată studiile⁹⁶; este o boală debilitantă și care poate fi prevenită, în majoritatea cazurilor, prin oprirea vaccinurilor.

c) Diabetul zaharat tip 1

- Este o boală autoimună, organ-specifică, mediată de limfocitele T (LT), în care antigenul țintă pentru autoanticorpi îl reprezintă celulele “B” din pancreas, ce secretă insulina⁹⁷.

- Deși literatura de specialitate vine să ne demonstreze că, în diabetul juvenil, o pondere importantă o are “*susceptibilitatea genetică*”, observăm în același timp că nu se cunosc aproape deloc cauzele reale ale acestei afecțiuni autoimune, caracterizată printr-o exagerare a reacțiilor imune: “*Prima fază în apariția diabetului de tip 1 este reprezentată de o susceptibilitate genetică, identificată cel mai adesea prin prezența unor mutații în structura mai multor gene, dintre care cele mai cunoscute sunt cele aparținând sistemului HLA («Human Leucocyte Antigen»), de care depinde reglarea răspunsului imun a organismului, aflat pe brațul scurt al cromozomului 6... Modul în care acționează diferite alele HLA cu potențial diabetogen este legat probabil de o reacție imună exagerată față de unele antigene, de natură proteică și de origine endogenă sau exogenă... În a doua etapă a bolii, se presupune intervenția unor factori de mediu virali, toxici sau alimentari, care pot modifica structura proteinelor din compoziția celulei B-pancreatice, astfel încât ele să poată deveni antigenice și, în consecință, împotriva lor vor fi produși anticorpi, capabili să distrugă progresiv celulele pancreatice B-secretoare*”⁹⁸.

- Studiile au arătat că vaccinurile hepatitic B^{99,100} și Hib^{101,102,103} pot provoca DZ tip 1 la copil (vezi cap.4).

⁹⁶ M. Hirte, *op. cit.*, 96.

⁹⁷ Ibidem, 325

⁹⁸ L. Gherasim, *Medicina Internă. Bolile cardiovasculare și metabolice*, vol.2, Editura Medicală, București, 1998, 1184-1186.

⁹⁹ J. B. Classen, “*Diabetes epidemic follows hepatitis B immunization program*”, *New Zealand Medical Journal* 1996, 109:195.

¹⁰⁰ K. Poutasi, “*Immunization and diabetes*”, *New Zealand Medical Journal* 1996, 109 (1026):283.

¹⁰¹ T.M. Dokheel, *An epidemic of childhood diabetes in the United States Diabetes Care*, 1993, 16:1606-1611.

¹⁰² S. Gardner et al., “*Rising incidence of insuline dependent diabetes in children under 5 years in Oxfrrod region :time trend analysis*”, *BMJ* 1997, 315:713-716

¹⁰³ J. B. Classen, D. C. Classen, “*Clustering of cases of type diabetes mellitus occurring 2-4 years after vaccination is consistent with clustering after infections and progression to type 1 diabetes mellitus in autoantibody positive individuals*”, *J Ped Endocrinol Metab* 2003, 16 (4): 495-508

d) Artrita reumatoidă juvenilă (ARJ)

- Este o boală autoimună, nespecifică de organ, mediată de limfocite T (LT); este o boală inflamatorie cronică, multifactorială, sistemică, ce afectează în primul rând articulațiile (sinovită cronică), dar și alte organe: piele, inimă, plămâni¹⁰⁴.

- *“Etiologia bolii este necunoscută...Dintre factorii predispozanți, se citează existența «terenului genetic». ...Au fost incriminate virusuri lente sau alți agenți infecțioși (Mycoplasma, Clamydia, bacilii difteroiți și virusul rubeolei). Unii dintre acești agenți infecțioși au fost izolați din lichidul sinovial (articular)”. În anii '80, prof Geormăneanu afirma că “toate teoriile patogenice asupra acestei boli acceptă că în artrita reumatoidă mecanismul imunologic joacă un rol considerabil. Se discută rolul unei reactivități particulare a sistemului imun în această afecțiune. Natura stimulului antigenic [...] nu este precizată... Pare a fi o reacție de hipersensibilizare sau o reacție imună la un antigen neidentificat”¹⁰⁵. La ora actuală se știe că este o boală autoimună, dar despre etiologia bolii și a mecanismelor patogenetice, nu se cunoaște nimic în plus. Nu se caută acolo und ar trebui: la dezordinele imunologice ale sugarului și copilului mic, provocate de vaccinuri. Este de o importanță covârșitoare reacția particulară a fiecărui copil la vaccinuri, conform particularităților individuale a fiecărui sistem imun în parte, lucru necunoscut și neprevăzut de nimeni. Este însă prea târziu, când apare boala, să mai căutăm “o posibilă reacție particulară” a unui sistem imun afectat deja în mod ireversibil.*

- *Clinic: durerile reumatismale sunt cauzate de inflamația cronică a țesutului conjunctiv, articular, în urma reacțiilor imune locale (complexe imune); artrita afectează de obicei o singură articulație.*

- Diagnosticul se pune pe prezența factorului reumatoid (FR), care este un autoanticorp (din clasa IgM, îndreptat împotriva IgG) și constituie un marker al bolii¹⁰⁶. *“Complexele imune sunt găsite în țesuturile sinoviale (articulare) afectate. FR nu are totuși specificitate absolută pentru boală, fiind prezent și în alte afecțiuni. Se pare că nu FR inițiază fenomenele inflamatorii articulare din ARJ, dar perpetuează și amplifică acest proces”¹⁰⁷.*

- *Tratamentul este unul simptomatic și patogenetic: antiinflamtoare steroidiene (Cortizon) și nesteroidiene (salicilați) etc., care tratează, dar nu vindecă.*

Vaccinurile hepatitic B și rujeolic (ROR), sunt cauza frecventă a bolilor reumatice cronice, inclusiv ARJ și PR (vezi cap. 4.)

¹⁰⁴ V. Cristea, *op. cit.*, 327.

¹⁰⁵ *Ibidem*.

¹⁰⁶ *Ibidem*, 328.

¹⁰⁷ M. Geormăneanu, I. Gherghina, *op. cit.*, 232.

e) Poliartrita reumatoidă (la adult)

- “Deși este considerată echivalentul pediatric al artritei reumatoide a adultului, în unele privințe boala are mult specific la vârsta copilăriei. Altfel spus, diferențele dintre artrita reumatoidă a adultului și cea a copilului sunt la fel de importante ca și asemănările”¹⁰⁸. Este un lucru cât se poate de firesc, deoarece organismul unui copil este imatur (la fel și sistemul imun) și reacționează diferit față de cel al adultului, la care procesul de maturare al aparatelor și sistemelor (osteo-articular, nervos, imun etc.) s-a încheiat.

- *Tabloul clinic*: Este o boală autoimună caracterizată printr-o inflamație cronică a sinovialei articulare iar clinic, se exprimă prin artrită prezentă la mai multe articulații (de unde și denumirea)¹⁰⁹.

- “Cauza bolii este necunoscută. Un rol important în etiologia bolii îl joacă **factorii de mediu** care interacționează cu un **genotip susceptibil**. Dintre factorii de mediu cei mai importanți sunt cei **infecțioși**. Microorganismele implicate în etiologia poliartritei sunt multiple...dintre acestea sunt de reținut: *Clostridium perfringens*, micoplasme, virusuri...Susceptibilitatea genetică este argumentată de studii familiale și de corelări cu antigenele de histocompatibilitate... HLA DR 4 se întâlnește mai frecvent la bolnavii cu PR”¹¹⁰.

- *Mecanismul de producere a bolii nu este pe deplin cunoscut*. Procesul inflamator articular (fiind practic identic cu cel din ARJ) este provocat de reacțiile imune locale: existența anticorpilor, din clasa IgM (numit factor reumatoid: FR), îndreptate împotriva anticorpilor IgG. În lichidul sinovial (articular) se găsesc, alături de o serie de alte celule, limfocite T și B, dar *predomină limfocitele T helper*. Acestea, la rândul lor, stimulează activitatea limfocitelor B, responsabile de secreția de factor reumatoid (FR). În urma reacției FR-IgG, se formează *complexe imune*, care provoacă un lanț de procese imune, ce vor duce la inflamație acută și leziunile caracteristice din articulații¹¹¹.

- *Tratamentul urmărește reducerea inflamației și durerilor articulare, oprirea evoluției leziunilor distructive ale osului și cartilajului și corectarea mecanicii și funcției articulare*¹¹².

- Evoluția bolii este cronică, în pusee, fără vindecare.

- *Deși poliartrita reumatoidă este una din cele mai frecvente boli postvacinale a adolescentului, literatura de specialitate nu recunoaște acest fapt.*

¹⁰⁸ *Ibidem*, 231-232.

¹⁰⁹ L. Gherasim, *Medicină Internă. Bolile aparatului respirator și locomotor*, vol. 1, Editura Medicală, București, 1998, 485-486.

¹¹⁰ *Ibidem*.

¹¹¹ *Ibidem*.

¹¹² *Ibidem*, 494.

f) Vitiligo

- Este o boală cronică, cu depigmentarea pielii. *Etiologia este necunoscută*, conform literaturii de specialitate, motiv pentru care au fost elaborate mai multe teorii, dintre care redau câteva:

- “*Teoria autoimună* propune alterarea imunitatii umorale și celulare cu distrugerea melanocitelor în vitiligo. Afecțiunile tiroidei, mai ales tiroidita Hashimoto și boala Graves, alte endocrinopatii, cum este boala Addison și diabetul zaharat, alopecia areată, anemia pernicioasă, boala intestinală inflamatorie, psoriazis și sindromul poliglandular autoimun, sunt asociate cu vitiligo. *Cea mai convingătoare evidență a unei patogeneze autoimune este prevalența anticorpilor circulanți la pacienții cu vitiligo.* Rolul imunității umorale este susținut de observarea melanocitelor distruse în grefele de piele sănătoasă la un pacient cu vitiligo. În plus față de implicarea mecanismelor autoimune umorale în patogeneza vitiligo se indică și implicarea imunității celulare. Distrugerea melanocitelor poate fi direct mediată de limfocitele T (CD8)... Nicio terapie unică pentru vitiligo nu dă rezultate bune la toți pacienții. Răspunsul la terapie este variabil. Tratamentul trebuie individualizat, iar pacientul trebuie avertizat de riscurile asociate cu terapia”¹¹³.

- “Vitiligo este o boală cronică, cauzată de *distrugerea totală sau parțială a celulelor care produc pigmentul pielii (melanina), acestea nemaifiind recunoscute de către sistemul imun ca aparținând organismului.* Cauzele pot fi multiple, însă sunt incomplet înțelese. *Debutul are ca vârstă medie 20 de ani și se asociază deseori cu alte afecțiuni autoimune,* cum ar fi: disfuncții ale glandei tiroide, diabet zaharat de tip 1, anemie pernicioasă (carența de vitamina B12), alopecia areată, lupus eritematos sistemic, psoriazis sau poliartrita reumatoidă. Boala nu este contagioasă și nu se moștenește, însă poate fi moștenită *predispoziția către ea. Dintre factorii care pot determina declansarea ei sunt citați stresul psihic, traumatismele, arsurile solare severe sau afecțiunile sistemice, lista nefiind epuizată...* *Leziunile de vitiligo apar sub forma unor zone depigmentate circumscrie la nivelul pielii și al mucoaselor,* locurile de predilecție fiind fața, gâtul și organele genitale. Regiuni frecvent afectate sunt cele supuse la traumatisme repetate, cum ar fi zonele frecate zilnic de bretelele de la sutien sau încheietura la care este purtat ceasul. *Vitiligo la nivelul scalpului se asociază cu depigmentarea firelor de păr,* care poate merge de la o şuviță izolată până la albirea completă a părului, acest fapt fiind un indicator de evoluție nefavorabilă a bolii... *Tratament: în funcție de extensia leziunilor, se poate opta pentru repigmentare sau pentru depigmentarea completă,* rata de vindecare fiind cu atât

¹¹³ http://www.paginamedicala.ro/boli-afectiuni/Vitiligo_219/

mai mare cu cât tratamentul este început mai devreme”¹¹⁴. Trebuie specificat faptul că tratamentul de bază pentru repigmentare se face cu produse pe bază de *Cortizon*, fie tratament sistemic în vitiligo extins, fie corticoterapie locală în vitiligo localizat, ceea ce provoacă grave efecte secundare organismului.

- “*Vitiligo poate fi provocat de un cumul de factori – autoimuni, stres oxidativ (exces de peroxid de hidrogen), neurotrofic (interacțiunea dintre melanocite și sistemul nervos) și toxic (substanțe care intervin în procesul normal de producere al melaninei sunt de fapt toxice melanocitelor). Mecanismul implică distrugerea progresivă a anumitor melanocite probabil de către limfocitele citotoxice. Alții sunt de părere ca vitiligo este un tip de dereglare autoimună în care sistemul imun al organismului vede celulele pigmentare ale pielii ca pe niște corpuri străine pe care le atacă. Baza acestei dereglări autoimune se crede că este tot de natură genetică. Stresul, evenimentele traumatice, rănilor și arsurile solare grave pot declanșa apariția unui vitiligo în cazul celor susceptibili*”¹¹⁵.

- *Vitiligo la copii și adolescenți (debutul fiind cel mai frecvent până la vârsta de 20 de ani) este considerată de autorii străini ca fiind deseori consecința vaccinurilor; în special a vaccinului hepatitic B, care provoacă tulburări ale funcțiilor hepatice. Mecanismul patogenetic la vitiligo este practic același ca în orice boală autoimună*¹¹⁶. Găsim în AT (*Arznei-Telegramm*) reclamații din partea părinților, după vaccinul hepatitic B, fiind vorba de complicații postvaccinale grave precum Boala Crohn și Colita hemoragică, dar și boli de piele: *Vitiligo și Lichen roșu plan*¹¹⁷. O predispoziție genetică nu este exclusă, însă nu există niciodată o predispoziție pentru vitiligo, ci pentru alergii sau boli autoimune, printr-o reacție particulară la vaccin a pacientului. Așa cum am văzut, nu poate fi anticipată o asemenea reacție particulară la vaccin, dar nici nu există interes din partea autorităților de a evita vaccinurile în familiile cu boli autoimune sau alte boli alergice, cronice.

g) Psoriazis

- La un simpozion din Stuttgart, Dr. med. Georg Kneissl, abordând tema ”Ce trebuie să fac pentru sănătatea copiilor mei?”, vorbește despre complicațiile postvaccinale severe. Alături de eczema atopică (germană: *Neurodermitis*), el descrie *psoriazisul* și alte complicații postvaccinale grave: “*Neurodermatita* este una dintre bolile grave datorate vaccinurilor. Este vorba de

¹¹⁴ “*Vitiligo – ce este și cum se tratează*”, <http://www.eva.ro/sanatare/medicina-generala/vitiligo-ce-este-si-cum-se-trateaza-articol-12828.html>

¹¹⁵ <http://www.vitiligo.ro/info/cauzele-vitiligo>

¹¹⁶ <http://f3.webmart.de/f.cfm?id=357215&r=threadview&t=2076445&pg=1>

¹¹⁷ *Arznei-telegramm* (AT), 12/2001, Seite 122 und 4/97, Seite 46.

leziuni foarte grave ale pielii la copii. Am observat că această leziune apare în special după *Hexavaccinul* administrat copiilor. Unul dintre primele cazuri care s-a prezentat la mine la cabinet a fost un băiat de 3-4 ani la care boala a debutat la vârsta de 2-3 luni. Fața îi era plină de răni, dar era și extrem de agitat, deoarece suferea și de sindromul ADHD (*Deficit de Atenție/Tulburare Hiperkinetică*), fiind nevoie de 3 adulți ca să poată fi ținut sub control. Multe asemenea cazuri grave s-au prezentat la mine la cabinet, la care a eșuat orice tratament medical făcut în diferite Instituții Medicale din țară și străinătate. Am inițiat la toți acești copii un tratament naturist. *Psoriazisul* este o altă consecință a vaccinurilor. Am observat forme foarte extinse și foarte grave la copii. Se știe că această afecțiune este cronică și nu există un tratament alopatic eficace... *Contractiile musculare necontrolabile* (asemănătoare cu cele din tetanos) reprezintă o altă afecțiune gravă care apare după Hexavaccin. La o fetiță din Viena aceste contractii au apărut după a doua doză de Hexavaccin, la vârsta de 6 luni. Avea *peste 50 contractii /zi*, un retard motor și psihic grav, nu se putea comunica deloc cu ea. După tratament au dispărut în timp aceste contractii, iar fetița, care are acum 8 sau 9 ani poate să șadă în fund și chiar merge susținută, dar nu există nici o șansă de comunicare cu ea”¹¹⁸.

Personal, am văzut cazuri de psoriazis tratate la debut și vindecate în urma tratamentelor de detoxifiere de metale grele (mercur). Se știe că vaccinurile conțin mercur și alte metale grele, care pot provoca boli autoimune, inclusiv psoriazis.

h) Anemie pernicioasă Biermer.

i) Anemie hemolitică.

j) Trombocitopenie ș. a. (pentru acestea din urmă, vezi cap. 4).

II. Boli neurologice (autoimune) provocate de vaccinuri

Scleroza multiplă și Sindromul Guillain-Barre sunt recunoscute în literatura de specialitate ca fiind boli autoimune, motiv pentru care le-am tratat ca atare. *Sindromul Guillain-Barre este singura boală autoimună recunoscută ca și complicație postvaccinală*, dar în cazuri foarte rare. Există la ora actuală

¹¹⁸ Dr. med. Georg Kneissl, “*Hat Impfen Sinn?*”, 16 Juli, 2009, Stuttgart, <http://embedr.com/playlist/5-6-stuttgarter-impfsymposium>)

părinți a căror copii au fost victime ale unor astfel de complicații și care au câștigat în instanță, cu drept la despăgubire.

Nu același lucru îl pot spune despre marele grup de boli neurologice post-vaccinale, autoimune, “de ultimă oră”, care nu sunt recunoscute de literatura modernă ca fiind boli autoimune și, desigur, nici postvaccinale: *autism, sindrom ADHD, Demența infantilă, boala Alzheimer* etc. Ele figurează în continuare în tratatele de medicină ca fiind boli de cauză necunoscută... Cu toate acestea, miile de studii din ultimii zeci de ani (!) dovedesc acest adevăr care nu mai poate fi contestat de nimeni...

Boala Alzheimer și boala Parkinson, deși deseori sunt provocate de vaccini, în special de metalele grele pe care le conțin, sunt boli specifice adultului și omului vârstnic și nu le voi trata pe fiecare în parte, ci doar le voi aminti pe parcurs.

*Bolile neurologice autoimune postvaccinale au la bază formarea de anticorpi împotriva mielinei (autoanticorpi) care învelește nervii (sau/și a unor limfocite autoreactive împotriva țesutului nervos). În consecință, nervii periferici, măduva spinării sau creierul vor fi afectate de această reacție autoimună care va duce la demielinizare*¹¹⁹. Mecanismul de producere este încă insuficient cunoscut. Teoriile sunt mai multe și au fost descrise în cap.1.

1.) Scleroza multiplă (SM)

Este o boală autoimună, organ-specifică, în care antigenul țintă pentru autoanticorpi, este *mielina* (proteină bazică, mielinică) din creier și măduvă¹²⁰; “*este o boală cronică demielinizantă care survine la adultul tânăr (este extrem de rară sub vârsta de 10 ani) și se caracterizează prin multe manifestări neurologice [...] și perioade de remisiune și exacerbare. Forma cronică, cu recidive, se întâlnește atât la adult, cât și la copil. Debutează de obicei acut*”¹²¹.

Etiopatogenia nu este bine cunoscută... A fost creat un “model experimental de encefalomielită alergică, demielinizantă, considerându-se că boala experimentală este produsă de un proces imunopatologic... Rolul infecției virale a fost reluat în discuție”¹²².

Evoluția este imprezvizibilă și prognosticul este rezervat; tratamentul constă în ameliorarea simptomelor și tratarea complicațiilor¹²³.

¹¹⁹ M. Hirte, *op. cit.*, 102.

¹²⁰ V. Cristea et al., *op. cit.*, 325.

¹²¹ M. Geormăneanu, I. Gherghina, *op. cit.*, 371.

¹²² *Ibidem*, 372.

¹²³ *Ibidem*.

Vaccinurile pot induce scleroza multiplă:

- multe cazuri de scleroză multiplă au apărut *după* vaccinul hepatitic B, ceea ce a dus în Franța la renunțarea administrării vaccinului la adolescenți¹²⁴;
- un studiu efectuat în Marea Britanie a dovedit legătura dintre vaccinul hepatitic B și Scleroza multiplă, frecvența acestei afecțiuni triplându-se după vaccin¹²⁵;
- “S-a ridicat mult praful când a fost descoperită o nouă afecțiune autoimună postvaccinală, respectiv **Miofascita Macrofagică**, care evoluează deseori spre Scleroza Multiplă”¹²⁶.

2.) Sindromul Guillain-Barré (SGB) /Polinevrita mediată imun

Este o boală autoimună organ-specifică, în care autoanticorpii se îndreaptă împotriva antigenului țintă, reprezentat de *nervii periferici*¹²⁷. “Se caracterizează prin inflamația segmentară și **demielinizarea nervilor periferici și a rădăcinilor nervoase din măduvă**”¹²⁸.

Debutul neurologic constă în apariția unei senzație de “amortire” (alteori de “furnicături”) a degetelor, mâinilor și picioarelor; apoi apare slăbiciunea musculară în membre și paralizii care progresează continuu sau în trepte, pe o perioadă de 2-30 de zile; pot fi afectați nervii cranieni III, IV și VI etc.¹²⁹.

Etiopatogenia nu este pe deplin cunoscută, dar se ia în discuție “rolul infecției virale, modificările imunologice, interreacțiile imun-virale și antigenele de histocompatibilitate. În majoritatea cazurilor există o infecție recentă în antecedente: rujeolă, rubeolă, oreion, gripă, infecții cu virus respirator sincițial... *Apariția bolii a mai putut fi corelată cu vaccinări atât cu virus viu, cât și cu virus mort (mai frecvent a fost raportată vaccinarea antigripală)*¹³⁰. Alți autori români afirmă că “acest sindrom raportat după vaccinarea antigripală și antihepatitică B nu a putut fi asociat cu certitudine acestor vaccinuri”¹³¹.

După vaccin, afecțiunea poate debuta la câteva săptămâni sau chiar luni! Este motivul pentru care de cele mai multe ori nu se face nicio legătură

¹²⁴ M. Hirte, *op.cit.*, 103.

¹²⁵ M. A. Hernan, S. S. Jick, M. J. Olek, H. Jick, “Recombinant hepatitis B vaccine and the risk of multiple sclerosis: A prospective study”, *Neurology* 2004, 63:723-772.

¹²⁶ F. J. Authier, P. Cherin, A. Creange, B. Bonnotte, “Central nervous system disease in patients with macrophagic myofasciitis”, *Brain* 2001 Mai, 124:974-983. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11335699>

¹²⁷ V. Cristea, *op. cit.*, 326.

¹²⁸ M. Geormăneanu, I. Gherghina, *op. cit.*, 372-374.

¹²⁹ *Ibidem.*

¹³⁰ *Ibidem.*

¹³¹ M. I. Brumboiu, *op. cit.*, 59.

între vaccin și boală. După boală, care durează câteva săptămâni, pot rămâne sechele. Mortalitatea este de 6% la adolescenți și adulți și crește o dată cu vârsta. Vaccinurile care pot provoca SGB sunt: *vaccinul gripal, hepatitic B, FSME și rujeolic*¹³².

Faptul că acest sindrom este o reacție adversă severă postvaccinală este menționat în prospectele vaccinurilor și este un lucru dovedit științific. De asemenea, au fost câștigate numeroase procese de către părinții ai căror copii au fost victime ale vaccinurilor, suferind sau murind în urma acestui sindrom¹³³.

Problema care rămâne și pe care am menționat-o la început de capitol este faptul că după 4 săptămâni (în cazul SGB, până la 30 de zile maximum, în România) nu mai este recunoscută nicio complicație postvaccinală, deci nici SGB.

3.) Miofascita macrofagică

Aceasta afecțiune a fost descrisă pentru prima dată în 1998¹³⁴. Între timp au fost raportate în Franța sute de cazuri, *majoritatea după vaccinul hepatitic B și o parte din cazuri după vaccinul tetanic*¹³⁵. Debutul bolii este cu dureri mari și persistente la locul injecției. În următoarele luni sau chiar ani, se dezvoltă o slăbiciune musculară și apoi dureri difuze musculare și articulare. Apar și alte tulburări neurologice, precum tulburări de vedere, senzitive, de echilibru, enurezis. Literatura de specialitate presupune ca întotdeauna, o predispoziție genetică, în special spre boli autoimune. În sânge nivelul enzimelor musculare este crescut (CK: creatinkinaza). Mulți pacienți suferă și de tulburări psihice și oboseală cronică, iar la unul din trei boala evoluează spre o scleroză multiplă (SM) atipică¹³⁶.

Ceea ce este interesant la această boală autoimună postvaccinală este faptul că *poate fi dovedită printr-o puncție-biopsie din țesutul muscular de la locul injecției!* În ultimii ani s-au înregistrat tot mai des *cazuri la sugari (!)*, caracterizate prin hipotonie musculară, tulburări în dezvoltarea psiho-moto-

¹³² M. Hirte, *op.cit.*, 102-103.

¹³³ Th. Quast, *Impfungen und Impffolgen*, <http://www.med.uni-muenchen.de/fach-schaft/homeopathy/>

¹³⁴ R. K. Gherardi, M. Coquet, P. Cherin, F. J. Authier et al., "Macrophagic myofasciitis: an emerging entity", *Lancet* 1998, 352:347-352.

¹³⁵ R. K. Gherardi, "Lessons from macrophagic myofasciitis: towards definition of a vaccine adjuvant-related syndrome", *Rev. Neurol* 2003, 159(2): 162-164 (Review).

¹³⁶ F. L. Authier et al., *op. cit.*, 2001, 124: 974-983.

rie, tulburări neurologice^{137, 138}. Deoarece afecțiunea nu este bine cunoscută, se presupune că este vorba de o cifră mare la sugari¹³⁹. *Această afecțiune autoimună gravă nu este încă recunoscută ca fiind o complicație postvaccinală*. La orice sugar care are astfel de simptome ar trebui dozate enzimele musculare din regiunea unde a fost vaccinat.

4.) Mielita transversă

Este o afecțiune a măduvei spinării ce constă în demielinizarea fibrelor nervoase medulare¹⁴⁰. Simptomele constau în crampe musculare, dureri mari la nivelul coloanei vertebrale, paralizii. Prognosticul este destul de rezervat, datorită sechelelor neurologice. *Mielita transversă poate evolua deseori spre o scleroză multiplă (SM)*. Vaccinurile care pot provoca boala sunt: *tetanic, hepatic B, rubeolic, rujeolic și varicelic*¹⁴¹.

5.) Autism/ Tulburare de spectru autist (TSA)

“Primele victime ale atacului Medicinii asupra creierului (prin intermediul vaccinurilor) au fost copiii americani”, spune Harris Coulter în cartea sa *Vaccination, Social Violence and Criminality: the Medical Assault on the American Brain* (trad.: *Vaccinurile, violența socială și criminalitatea: marele atac asupra creierului americanilor*). În renumitul său articol, din anul 1943, Leo Kanner – medic psihiatru cu renume mondial – scria despre boli noi, apărute în rândul copiilor și tinerilor. Este vorba de cel puțin 11 cazuri pe care le definește ca fiind “*tulburări afective cu spectru autist*” și despre care notează: “Simptomele diferă radical de toate celelate simptome cunoscute până la ora actuală”¹⁴². Fenomenul a fost denumit în scurt timp “Autism infantil timpuriu” (*Early Infantile Autism*) sau pur și simplu “Autism”¹⁴³.

¹³⁷ A. G. Lacson, C. A. D’Cruz, E. Gilebert-Barness, L. Sharer, S. Jacinto, R. Cuenca, “*Aluminium phagocytosis in quadriceps muscle following vaccination in children :relationship to macrophagic myofasciitis*”, *Pediatr Dev Pathol* 2002, 5 (2): 151-158.

¹³⁸ A. DiMuzio, M. Capasso, A. Verrotti, D. Trotta, S Lupo et al., “*Macrophagic myofasciitis :an infantile Italian case*”, *Neuromuscul Disord* 2004, 14 (2): 175-177.

¹³⁹ M Hirte, *op. cit.*, 100.

¹⁴⁰ *Ibidem*, 103.

¹⁴¹ *Ibidem*.

¹⁴² Leo Kanner, “*Autistic Disturbances of Affective Contact*”, *The Nervous Child II* (1942-1943), 250.

¹⁴³ Leo Kanner, “*Early Infantile Autism*”, *J Pediatrics* 25 (1944), 211.

După primele articole scrise de Leo Kanner, mai mulți cercetători au căutat studii și cazuri care să ateste existența autismului în trecut, dar ei nu au găsit astfel de date, boala fiind cu adevărat necunoscută până atunci. *În 1958, Kanner număra 150 de cazuri. În anii '50-'60, o dată cu noul program de vaccinare din America (prin creșterea numerică a vaccinurilor, dar și prin combinarea lor), se constată o creștere spectaculoasă a cazurilor de autism la copii.* Psihiatri renumiți, precum Goodwin ș.a., scriau: "*Autismul la copii era o raritate în spitalele de psihiatrie infantilă înainte de anul 1964*". În perioada 1952-1964, s-au înregistrat doar 6 cazuri. De aceea nu erau deloc pregătiți când, la un moment dat, s-au confruntat cu un număr de 65 de cazuri. Această explozie de cazuri de autism, spun ei, se corela cu perioada în care a început noul program de vaccinare la sugarii din SUA¹⁴⁴.

Același paralelism, între debutul autismului și noul program de vaccinare, se poate observa și în alte țări. În Japonia, primul copil diagnosticat cu autism, s-a născut în 1945. Una din condițiile obligatorii impusă Japoniei de către americani care tocmai ocupaseră țara, era un program obligator de vaccinare împotriva tusei convulsive. În Franța, Chile, Austria, Olanda și Scandinavia, primele cazuri de autism apar la începutul anilor '50. Tot în acest timp s-a introdus pentru prima dată vaccinul pertussis (împotriva tusei convulsive). Când, în Londra, 1962 se pun bazele primei *Societăți naționale pentru copiii autiști din Marea Britanie*, se constată că aproape toți s-au născut în perioada când s-a început vaccinarea antipertussis (la sfârșitul anilor '50), și numai câțiva dintre copiii autiști se născuseră la începutul anilor '50¹⁴⁵. În Anglia numărul copiilor autiști era mult mai mic decât cel din SUA, probabil datorită faptului că vaccinul pertussis nu era obligatoriu, ci voluntar, fiind regiuni unde se vaccinau doar 30% dintre copii.¹⁴⁶

Cine au fost primii copii vaccinați? Primele cazuri de autism au apărut la copii din familii înstărite, dar mai ales din familii de intelectuali, părinții fiind medici, avocați, profesori etc. Vedem că primele victime nu au fost copiii muncitorilor sau a oamenilor săraci, ci *copiii oamenilor cu studii superioare*, cu mame exagerat de grijulii, pentru care niciun sacrificiu nu era prea mare, având în vedere că *acest vaccin era și foarte scump*. Kanner ne relatează: "*Până acum nu avem niciun caz de autism la copii ai căror părinți să nu fie cu studii medii sau superioare... Din primele 100 de cazuri de copii cu autism, 87 dintre tați și 49*

¹⁴⁴ Mary Stewart Goodwin and W. Campbell, "In a Dark Mirror", *Mental Hygiene* 53:4 (Oktober 1969), 558.

¹⁴⁵ P. Margaret, "The National Society for Autistic Children in Britain", *J. Autism* 3 (1973), 278.

¹⁴⁶ L. Harris Coulter and Barbara Fisher, *DTP: A Shot in the Dark*, New York, Harcourt Brace Jovanovich, 1985, 200-204, 235.

dintre mame aveau studii superioare, restul având cel puțin un colegiu”¹⁴⁷. Alte studii arată de asemenea că, toți copiii autiști provin din familii cu un statut aparte în ceea ce privește inteligența și personalitatea părinților. Acest lucru era cu totul ieșit din comun având în vedere că, în cazul celorlați copii, cu alte afecțiuni psihice, doar un procent mic (19%) dintre părinți, absolviseră facultatea¹⁴⁸. *Motivul a fost că părinții copiilor din categoriile sociale defavorizate, nu și-au permis vaccinul scump, antipertussis*. Așa se explică de ce, în primul deceniu, vedem o răspândire inegală a autismului între copii. *Dar, după extinderea unui program obligatoriu de vaccinare, în aproape toate țările, au beneficiat copiii din toate categoriile sociale de vaccinul DTP (diftero-tetano-pertussis). Din acest moment autismul se va răspândi în mod egal la copii, iar cercetătorii au considerat (în mod total greșit) că, din acest motiv, primele statistici ar fi fost false! “Astăzi putem compara evoluția autismului cu cea a unui arbore bolnav. Din primele ramuri, respectiv cele 11 cazuri descrise de Kanner în 1943, au crescut alte 200.000 doar în SUA”*¹⁴⁹. La ora actuală, acest arbore a “crescut” asemenea unei “pandemii” în întreaga lume, inclusiv în România.

a) Manifestările clinice ale autismului

Înstrăinarea de sine și de lume, slăbiciunea “eu”-lui (Ich-schwäche). Denumirea autismului vine din grecescul *autos*, care înseamnă “propriu” sau “eu însumi”; Kanner descrie această înstrăinare ca fiind “incapacitatea copilului de a avea relații normale cu oamenii încă de la naștere... Chiar de la început vedem o înstrăinare extremă”¹⁵⁰. Acești copii trăiesc în lumea lor și nu lasă pe nimeni să se apropie de ei. Sunt “absenți” și nu pot zâmbi. Nu le place nicio atingere, uneori nici de la părinții lor, iar față de străini se poartă cu nervozitate și deseori cu ură. Ei suferă de un “sindrom afectiv disproporționat”¹⁵¹. *Caz: Jerry Goldsmith, un băiat de 18 ani, cu autism, “funcționează ca o mașină, fără sentimente, și se raportează la lumea din jur doar cu mintea (intelectul)... La 14 ani, fiind plecat cu părinții într-o excursie*

¹⁴⁷ Leo Kanner, “*To What Extent is Early Infantile Autism Determined by Constitutional Inadequacies?*”, în *Genetics and the Inheritance of Integrated Neurological and Psychiatric Patterns* (Baltimore: Williams and Wilkins, 1954), being Vol. 33 of the Proceedings of the Association for Research in Nervous and Mental Disease, 1954, 382.

¹⁴⁸ Mary Coleman (ed.), *The Autistic Syndromes*. Amsterdam, North Holland Publishing Company, 1976, 12.

¹⁴⁹ *American Psychiatric Association*, 1987, 36-37: Figures also supplied by National Society of Autistic Children and Adults.

¹⁵⁰ Leo Kanner, *op. cit.*, 1942/1943, 250.

¹⁵¹ Leon Eisenberg, “*The Autistic Child in Adolescence*”, *A. J. Psychiatry* 112, (January-June, 1956), 609-611.

în Mexic, nesuportând la un moment dat mirosurile dintr-o piață, a dispărut pur și simplu și a mers pe jos cei 16 km până la motel, fără ca să spună ceva părinților”¹⁵².

O formă aparte de “egoism”. Copilul autist crede că doar el există pe lume, dar acest sentiment nu este unul de “mândrie” (cum apare la oamenii sănătoși), ci este unul patologic, amestecat deseori cu un “complex de inferioritate”. La prima vedere, pare un paradox, fiindcă în mod normal, nu pot fi compatibile cele două trăsături, dar ele trebuie privite ca niște extreme ale uneia și aceleiași afecțiuni. În cel mai bun caz, copilul nu își vede rostul în lume și nu se simte în stare de nimic. *Un autist nu are conștiința eu-lui.* El se identifică cu întreaga lume. “Se spune despre el, că nu știe unde începe el, unde se termină și unde începe altcineva. Totodată, el crede că toată lumea se învârte în jurul lui. El nu realizează că are semenii. Se vede ca fiind singurul și cel mai important «obiect» din lume și îl interesează doar repercusiunile pe care le pot avea asupra lui situațiile din jur”¹⁵³. *Caz:* Ronald, cu o formă moderată de autism, ne relatează: “Nu am știut până la vârsta de 7 ani că există oameni pe lume. Dar chiar și acum trebuie să îmi aduc uneori aminte că mai există și oameni pe lumea asta”. I se întâmplă acest lucru mai ales când este într-o relație cu oamenii: “Se retrage brusc și pleacă în mijlocul unei conversații, ca și când acel om ar fi murit brusc”¹⁵⁴.

Sentimentul de teamă sau frică îi însoțește în permanență pe copiii autiști. Fața lor exprimă o teamă continuă. Le este teamă să-și piardă “lumea lor” pe care și-au creat-o și în care “poate să intervină oricând cineva de afară”¹⁵⁵. Teamă aceasta nu este altceva decât o altă exteriorizare a “slăbiciunii eu-lui”, descrisă anterior. Vedem pe fețele copiilor autiști, “o teamă permanentă, cauzată probabil de o posibilă intervenție, nedorită, a omului adult în viața lui... Le este teamă de toate și de toți: animale, zgomote, arme, frigider, sobă, o pată pe perete, dar mai ales de întuneric”¹⁵⁶. Tony M., cu o formă ușoară de

¹⁵² J. Bemporad, “*Adult Recollections of a Formerly Autistic Child.*”, *J. Autism* 9:2, 1979, 195.

¹⁵³ H. L. Coulter, *op. cit.*, 2004, 24.

¹⁵⁴ Donald J. Cohen, “*The Pathology of the Self in Primary Childhood Autism and Gilles de la Tourette Syndrome*”, *Psychiatric Clinics of North America* 3:3, December 1980, 388.

¹⁵⁵ Leo Kanner, *op. cit.*, 1944, 217.

¹⁵⁶ H. L. Coulter, *op. cit.*, 2004, 25.

autism, scria într-o autobiografie: “Eu trăiam într-o lume a viselor și a fricii. Nu mă interesau oamenii din jurul meu. Îmi era teamă de toate!”¹⁵⁷.

Teorii false (teoria “mamelor reci” și “teoria emoțională/psihogenetică”):

Atât psihiatrii cât și psihologii au recunoscut, cu o oarecare resemnare, că nu pot face față noii afecțiuni numite “autism”, pe care nici măcar nu o puteau explica. Până acum, spun ei, nu au putut găsi niciun remediu. Ei au ajuns la concluzia falsă că părinții, în special mamele, sunt responsabile pentru “înstrăinarea copilului”, pentru “slăbiciunea eu-lui” și pentru teama permanentă a acestuia. Inclusiv Leo Kanner a acceptat la început ideea lor, spunând că părinții copiilor autiști sunt rareori “părinți iubitori” și își punea întrebarea în ce măsură climatul rece și formal din astfel de familii a putut contribui la apariția autismului la copii¹⁵⁸. Deoarece copiii autiști erau supuși unei psihoterapii, despre care se credea că este eficientă, Bettelheim și alții credeau că etiologia autismului este una psihologică, posibil “emoțională”. Ca urmare, ei susțineau (și o fac și în ziua de azi...) “ipoteza emoțională”¹⁵⁹. Ipoteza este însă contrazisă de către Kanner. El constată că, la copiii cu autism, care au urmat “terapii psihiatrice intensive, ameliorarea a fost net inferioară celor care nu au fost tratați niciodată. De asemenea, copiii autiști, care au ajuns să urmeze o școală, nu au fost niciodată tratați de către medici”¹⁶⁰. Acest lucru este valabil și în ziua de azi: *milioanele de ore de terapie psihoterapeutică și psihiatrică a copiilor autiști, din ultimele decenii nu a avut niciun rezultat*. La un număr redus de autiști, se observă o ușoară ameliorare o dată cu înaintarea în vârstă, dar acest fenomen se datorează dezvoltării în timp a sistemului nervos¹⁶¹.

Atât teoria “psihogenetică”, cât și cea a “mamelor reci” au ridicat mult “praf” timp de câteva decenii și au reprezentat “o perioadă întunecată din istoria Medicinii”, așa cum o caracterizează Rimland¹⁶².

În 1964, situația era ceva “mai bună”, dar chiar și acum, nenumărate încercări de a explica autismul prin prizma unor teorii, care mai de care ciudate, se fac la diferite intervale de timp. Spre exemplu, Nikolaas Tinbergen, profesor la Oxford, în Cercetarea Comportamentală, a primit în 1973, Premiul

¹⁵⁷ Fred R. Volkmar and Donald J. Cohen, “The Experience of Infantile Autism: A First-Person Account by Tony W.”, *J. Autism* 15: 1 (1985), p. 49-50,

¹⁵⁸ Leo Kanner, *op.cit.*, 1944, 217.

¹⁵⁹ Rimland, Bernard, *Infantile Autism: The Syndrome and Its Implications for a Neural Theory of Behavior*, New York, Appleton Century Crofts, 1964, 17, 49.

¹⁶⁰ *Ibidem*

¹⁶¹ W. and M. DeMeyer, “Infantile Autism”, *Neurologic Clinics* 2:1 (1984), 151.

¹⁶² Edward Ritvo and B. J. Freeman, “A Medical Model of Autism : Etiology, Pathology, and Treatment”, *Pediatric Annals* 13:4 (1984), 299.

Nobel pentru Psihologie și Medicină, iar în discursul său a ținut să precizeze că va relua studiul ipotezei “emoționale” a autismului, care, după părerea lui, a fost mult discreditată. El a mai adăugat că “*autismul nu este provocat de o anormalitate genetică sau de o leziune a sistemului nervos, ci din cauza unor influențe sociale timpurii. Autiștii sunt, în majoritatea cazurilor, ca și părinții lor, victime directe ale unor situații de tensiune în mediul în care trăiesc*”¹⁶³. Cât de falsă este o asemenea teorie aflăm din studiile făcute în anii următori.

Teoria neurologică a autismului (teoria reală):

Descoperirea unor simptome neurologice care apar în autism, și care nu sunt cuprinse în prima definiție a lui Kanner, arată complexitatea acestei afecțiuni.

Lucrările lui Rimland, dovedesc etiologia neurologică a autismului. Asemeni altora, el a observat că autiștii suferă de o serie de tulburări: *retard psihic, epilepsie, paralizie cerebrală etc.* Numeroși oameni de știință au început și ei cercetările lor, deoarece au crezut dintotdeauna în etiologia neurologică a autismului.

Kanner a crezut că autiștii erau oameni cu o inteligență normală sau chiar peste normal, dar studiile ulterioare au dovedit că “*75% dintre autiști au retard psihic iar 40% au un IQ sub 50%*”¹⁶⁴. William și Marian DeMeyer scriau în 1984 că “*nu există o graniță între retardul psihic și autism. Regula este aceea că, cu cât copilul are un retard psihic mai mare, cu atât are mai multe «trăsături autistice»*”¹⁶⁵.

O altă descoperire importantă a fost *legătura strânsă dintre autism și epilepsie*. Chiar dacă Kanner a observat în 1943 prezența unor modificări EEG și crize epileptice la un copil cu autism, nu i-a dat importanță¹⁶⁶. În 1963, Richard J. Schain și Herman Yannet, de la Facultatea de Medicină din Yale, au consultat 50 de copii autiști dintr-un Institut de Psihiatrie din Connecticut și au găsit, spre marea lor surprindere, că aproape 50% dintre ei (21 copii) suferă de epilepsie și de alte afecțiuni neurologice, alături de simptomele autiste. Autorii au constatat cu uimire că “*rezultatele obținute în urma analizelor, sunt străine de ceea ce scrie în literatura de specialitate... Alți autori nu s-au exprimat în legătură cu ceea ce am aflat*”¹⁶⁷. “*Un procent de 20-30% dintre autiști suferă, așa cum este cunoscut, de*

¹⁶³ Nikolaas Tinbergen, “*Ethiology and Stress Diseases*”, *Science* (July 5, 1974), 23

¹⁶⁴ American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third Edition, Washington D.C., 1980, 88.

¹⁶⁵ W. and M. DeMeyer, *op. cit.*, 1984, 14.

¹⁶⁶ Leo Kanner, *op. cit.*, 1942/1943, 24.

¹⁶⁷ R. Schain and H. Yannet, “*Infantile Autism: An Analysis of 50 Cases and a Consideration of Certain Relevant Neurophysiologic Concepts*”, *J. Pediatrics* 57 :4 (1960), 563- 564.

*diferite crize convulsive: epilepsie, spasme clonice, spasmul sugarului, Hypsarritmie, epilepsie temporală lobară, epilepsie psihomotorie, epilepsie forma majoră («Grand-mal») sau forma minoră («Petit-mal»), «privire fixă» și diferite combinații ale acestora*¹⁶⁸. Uneori aceste crize debutează doar în adolescență. Totodată, crizele epileptice sunt frecvente la cei cu retard psihic, cu un IQ sub 50, pe când la cei cu o inteligență normală, sunt rare. Un procent de 56% dintre auțiști au un EEG anormal și prezintă frecvent modificări ale reflexelor și tonusului muscular: hipotonie sau hipertonie, ROT (reflexe osteo-tendinoase) accentuate, clonusul piciorului, etc.¹⁶⁹. Un simptom tipic de hipotonie la auțiști este acela de a nu-și folosi mâinile. Sugarul apucă obiectele cu piciorușele și se ferește să prindă mingea. Acești copii au dificultate de a umbla “în patru labe”. Unii dintre ei nu vor reuși niciodată să umble altfel decât pe vârfuri, ceea ce arată o hipertonie musculară generalizată. Copiii mai mari nu dau mâna cu alții etc.¹⁷⁰. Ei au tulburări de somn: *coșmaruri, scrâșnesc din dinți în timpul somnului, uneori și ziua, în stare de veghe etc.*¹⁷¹.

Paralizii ale nervilor cranieni

Teoria neurologică a autismului a reușit în cele din urmă să explice principalul “simptom” al autismului: înstrăinarea copilului de lumea înconjurătoare. Cauza nu putea fi decât o afectare a nervilor cranieni, care reglează funcțiile auditive, vizuale, olfactive, gustative și a celor care coordonează activitatea musculaturii feței. Uneori este lezat și organul de simț (ochiul, urechea). Cel mai frecvent însă, sunt afectați nervii, de la leziuni ușoare până la paralizii. În acest ultim caz, organul de simț este normal dezvoltat, dar nu poate transmite mai departe informația. Pentru ca să putem trăi și să ne integrăm în lumea înconjurătoare, avem nevoie de informații din mediul înconjurător, pe care le culegem și apoi le prelucrăm. Prin intermediul organelor de simț, sunt preluate toate aceste informații și trimise creierului, care le prelucrează. În felul acesta putem să trăim în mod normal și armonios. Dacă însă nu putem asimila aceste informații, calitatea vieții noastre este deja afectată¹⁷².

La copiii auțiști, lezarea unui nerv cranian duce la o varietate de aspecte clinice:

¹⁶⁸ L. Wolf and B. Goldberg, “Autistic Children Grow Up: An Eight to Twenty-Four Year Follow-up Study”, *Canadian J. Psychiatry* 31 (1986), 550-555.

¹⁶⁹ E. M. Ornitz and E. R. Ritvo, “The Syndrome of Autism: A Critical Review”, *A. J. Psychiatry* 133:6 (June 1976), 616.

¹⁷⁰ Mary S. Goodwin and T. Campbell, 1969, 559.

¹⁷¹ Leo Kanner, 1942/1943, 237.

¹⁷² H. L. Coulter, *op. cit.*, 2004, 39.

- *Văzul* poate fi afectat în mai multe moduri: orbire, lipsa coordonării mișcării globilor oculari, strabism, Keratokonus etc.¹⁷³; uneori, ochii nu au niciun defect, dar sunt lezați nervii optici, când vorbim de “Dislexie”; o altă tulburare este “Hiperlexia”, când copilul autist citește fluent, dar nu înțelege nimic¹⁷⁴.

- *Auzul* poate fi afectat în diverse grade, până la surditate. Autiștii suferă deseori de otite medii infecțioase, care pot fi și ele cauze de surditate¹⁷⁵. În unele cazuri, deși urechea este sănătoasă, iar copilul “aude”, conform testului audiometric, el totuși nu reacționează deloc, ca și cum nu ar înțelege nimic, fiindcă informațiile nu sunt prelucrate la nivelul creierului. În 1951, Isaak Karlin atrage atenția asupra unui fenomen pe care l-a denumit “*surditate verbală înăscută*”: un copil autist, deși avea o pierdere a auzului de 98%, putea diferenția anumite sunete muzicale, legate de jucăriile lui preferate, și chiar învățase să articuleze câteva cuvinte și să lege propoziții. La un astfel de rezultat nu se aștepta nimeni¹⁷⁶. Alți copii nu aud anumite tonuri, cum ar fi vocea mamei, sau zgomotul închiderii unei uși etc., dar pot auzi alte zgomote, cum ar fi: desfacerea hârtiei de pe o bomboană sau melodia preferată a unei publicități TV. El poate auzi tonurile înalte, dar nu și pe cele joase. Termenul de “surditate verbală înăscută” mai poate fi înlocuit cu alte denumiri: “defect central de prelucrare a informațiilor”, “defect periferic de prelucrare a informațiilor” etc.¹⁷⁷. Uneori se observă la acești copii, un auz exagerat, numită *hiperacuzie*, când ei reacționează în mod exagerat, patologic la zgomote normale, pe care un om normal nici nu le bagă în seamă: zgomotul unui uscător de păr, închiderea unei uși etc. *Motivul este că acești copii nu au posibilitatea de a face diferența dintre informațiile importante și zgomotul de fond. Autiștii sunt întotdeauna fascinați de muzică, majoritatea fiind chiar talentați în acest domeniu.* Unii cunosc pe de rost anumite melodii sau chiar cântece auzite la TV, pe care le recită apoi, fără nicio greșeală. Alții au un auz muzical perfect, cântă arii întregi la pian¹⁷⁸.

- *Vorbirea* este afectată. Deși copilul poate vorbi, el nu o face uneori, fiindcă nu vrea. Alteori vorbește doar în șoaptă. Sunt cazuri în care autiștii vorbesc neîntrerupt, dar fără niciun sens (hiperlalie), sau repetă cuvintele și frazele pe care le aude, asemenea unui papagal, mimând și tonalitatea (ecolalie). Ei mai pot repeta anumite versuri, numele unor persoane, în mod mecanic, când vor-

¹⁷³ *Ibidem*.

¹⁷⁴ D. Withehouse and J. C.Harris, “Hyperlexia in Infantile Autism”, *J.Autism* 13:3 (1984), 281-289.

¹⁷⁵ Leo Kanner, 1942/1943, 237.

¹⁷⁶ Isaac Karlin, “Congenital Verbal-Auditory Agnosia”, *Pediatrics* 7 (1951), 60-68.

¹⁷⁷ M. Rutter, “*Childhood Schizophrenia Reconsidered*”, *J. Autism* 2, 1972, 330.

¹⁷⁸ H. L. Coulter, *op. cit.*, 2004, 41.

bim de *stereotipii*¹⁷⁹. În felul acesta, chiar dacă are voce și poate vorbi, copilul autist nu își va folosi vocea pentru a învăța să vorbească, cu propriile cuvinte, ci doar pentru a repeta cuvintele altora. Alteori, vocea lor este foarte înaltă, ca și un țuit, fiindcă este lezat nervul cranian XII (hipoglos), care enervează limba¹⁸⁰. Putem vorbi și la autiști de cunoscutele afecțiuni, “afazie” sau “disfaziie”, despre care se știe că sunt consecința unei leziuni a sistemului nervos din timpul copilăriei. Unii cercetători cred că cele două tulburări de vorbire nu sunt două afecțiuni distincte, ci sunt “continuarea” uneia singure. Or, aceste caracteristici sunt specifice autismului. *Dacă vom recunoaște că “autismul” nu reprezintă altceva decât o “stare patologică” (cu o mare varietate de tablouri clinice), spre care a evoluat sindromul postencefalitic, atunci ceea ce trebuie studiat este chiar acest sindrom,*¹⁸¹ spune Harris Coulter.

- Lezarea nervilor care coordonează musculatura feței va duce la un facies cu o expresie fixă, “înghețată”, numit “Sindromul Moebius”.

“Toate aceste defecte ale organelor de simț pot, până la un anumit grad, să fie compensate de către un simț tactil și un miros foarte bine dezvoltat... Copiii autiști miros și ling adeseori diferite obiecte pentru a putea înțelege măcar o fărâmbă din ceea ce-i înconjoară... Ei pot fi foarte sensibili și pot reacționa extrem de puternic la anumite mirosuri și alimente^{182,183,184}.

- Afectarea nervului vag (sau pneumogastric) poate duce la variate tulburări de respirație, denumite “mecanisme respiratorii stereotipe”: scurte perioade de apnee, hiperventilație, inspirații profunde urmate de expirații însoțite de un oftat, încercarea de a expira fără a inspira, provocând un leșin etc. Deoarece aceste tulburări de respirație însoțesc în mod frecvent o criză epileptică, ele pot fi chiar o componentă a epilepsiei¹⁸⁵.

¹⁷⁹ Leo Kanner and Leon Eisenberg, “*Early Infantile Autism: 1943-1955*”, Psychiatric Research Reports 7, 1957, 56.

¹⁸⁰ George M Realmuto and Bart Main, “*Coincidence of Tourette’s Disorder and Infantile Autism*”, J. Autism 12:4, 1982, 368; Jules R. Bemporad, “*Adult Recollections of a Formerly Autistic Child*”, J. Autism 9:2, 1979, 182.

¹⁸¹ H. L. Coulter, *op. cit.*, 43.

¹⁸² Jules R. Bemporad, *op. cit.*, 1979, 192.

¹⁸³ Junko Komoto and J. Hirata, “*Infantile Autism and Affective Disorder*”, J. Autism 14:1, 1984, 82.

¹⁸⁴ Mary Coleman, “*New Research Findings and Concepts in Autism*”, *Proceedings, 1980 Annual Meeting and Conference of the National Society for Autistic Children*. Washington D.C., 1980, 17.

¹⁸⁵ H. Gastaut, B. Zifkin and M. Rufo, “*Compulsive Respiratory Stereotypies in Children with Autistic Features: Polygraphic Recording and Treatment with fenfluramine*”, J. Autism 17:3, 1987, 391-405.

Caz: Harvey a fost vaccinat cu DTP în 13 ianuarie 1972. După 2 zile, începând de dimineață, sugarul plânge foarte tare și fără întrerupere, având probleme respiratorii, care o sperie pe mamă. De câte ori observă pauze respiratorii la copil, mama îl ține ridicat. Ea observă că își revine copilașul și începe să respire când îl pune peste umerii ei și-l bate pe spate. Speriată, se prezintă cu copilul la medic, care recomandă internarea. A doua zi, copilul a început să se simtă mai bine și este externat. Tatăl copilului este convins că tocmai a scăpat copilul lui de “Sindromul morții subite” (SIDS). Băiatul a crescut și acum suferă de autism, formă medie. Concluzia este că *cele două afecțiuni – autismul și “Sindromul morții subite la sugar (SIDS) – au o etiologie comună, cea de encefalită postvaccinală, în majoritatea cazurilor*¹⁸⁶. Exemple de acest fel sunt nenumărate.

Tulburări digestive

O dată cu avansarea cercetărilor legate de autism, s-a constatat că și alte simptome sunt direct legate de această afecțiune. Dacă la debut, simptomele erau puse pe seama unor cauze “emoționale”, astăzi se știe că ele sunt de origine neurologică.

“Autiștii în general nu au poftă de mâncare și acuză dureri de burtă. De cele mai multe ori sunt etichetați ca fiind «problematici» la mâncare”¹⁸⁷. La primele 6 din cele 11 cazuri ale lui Kanner, s-au observat mari probleme de alimentație. Din cazurile pe care le relatează Kanner, acești copii nu se hrănesc suficient și refuză atât sânul, cât și biberonul: *ei nu cresc în greutate decât foarte încet; unii stagnează în greutate și la vârsta de un an refuză orice mâncare; alții, refuză mâncarea deja de la vârsta de 5 luni*.^{188,189,190} Diagnosticul este unul bine cunoscut în ziua de azi, fiind vorba de “anorexie nervoasă”. Deseori, părinții se plâng și de alte simptome la copiii lor autiști, cum ar fi vărsături incoercibile, diagnosticate apoi ca “vărsături psihosomatice”. Se poate întâmpla și invers, când copilul mănâncă excesiv și când vorbim de “bulimie”. În 1985, Christopher Gillberg, un creșterător din Suedia, a descoperit pentru prima dată că exis-

¹⁸⁶ H. L. Coulter, *op. cit.*, 2004, 44.

¹⁸⁷ Ruth Christ Sullivan, “Hunches on Some Biological Factors in Autism”, *J. Autism* 5:2 (1975), 177-186.

¹⁸⁸ Philip I. Markowitz, “Autism in a Child with Congenital Cytomegalovirus Infection”, *J. Autism* 13:3, 1983, 250.

¹⁸⁹ Barbara J. Betz, “A Study of Tactics for Resolving the Autistic Barrier in the Psychotherapy of the Schizophrenic Personality”, *A. J. Psychiatry* 104, 1947, 269

¹⁹⁰ Leo Kanner, *op. cit.*, 1942/1943, 237.

tă o legătură între autism și anorexia nervoasă¹⁹¹. Autiștii au și alte tulburări de alimentație, specific persoanelor cu retard psihic grav: reînghițirea alimentelor vărsate, etc.¹⁹². Ei mănâncă “tot ce le iese în cale”, nu doar alimente, ci și din gunoi, sau chiar excremente de animale etc. Cercetători din Rusia au găsit la autiști, odată cu înaintarea în vârstă, o tendință spre obezitate, iar Gillberg constată același lucru la 1/3 dintre adulții autiști^{193,194}. Așa cum anorexia este frecventă la autiști, tot așa și excesul de mâncare. Imediat după ce au mâncat, începi la autiști problemele de digestie, în special colici intestinale mari, care nu cedează. Este motivul pentru care sugarii autiști plâng și țipă mult timp după fiecare supt sau biberon. După ce sunt diagnosticați cu autism, medicul află că acești copii au suferit în primul an de viață de probleme de digestie, colici prelungite și mai târziu de “sindroame dispeptice gastrice”. *Diareea* (cu scaune apoase, foarte urât mirositoare) și *constipația* sunt alte simptome frecvente ale sugarului autist. O mare parte dintre autiști suferă de *celiachie* (o boală autoimună, descrisă anterior)^{195,196,197}. Afecțiuni precum *enuresis* (lipsa controlului micțiunii) și *encompresis* (lipsa controlului defecației) sunt, de asemenea, frecvente la autiști, atât ziua, cât și noaptea.

Cefalee

Cefaleea sau *durerile de cap* reprezintă unul dintre simptomele autismului, care a fost analizat, de la caz la caz, dar niciodată într-un mod sistematic¹⁹⁸. Neurologul Bernard Rimland a construit în San Diego un Institut pentru cercetarea comportamentului copilului (*Institute for Child Behavior Research*), în care se găsesc fișele medicale a peste 10.000 de copii autiști. El a constatat că *acești copii suferă mult mai des de cefalee decât alți copii*¹⁹⁹.

¹⁹¹ Christopher Gillberg, “Are Autism and Anorexia Nervosa Related?”, *B. J. Psychiatry* 143, April, 1983, 428 (a); C. Gillberg, “Autism and Anorexia Nervosa: Related Conditions?”, *Nord. Psychiatry Tidsskr.* 39, 1985, 307-312 (a).

¹⁹² *Ibidem*.

¹⁹³ S. S. Mnukhin and D.N. Isaev, “On the Organic Nature of Some Forms of Schizoid or Autistic Psychopathy”, *J. Autism* 5, 1975, 106.

¹⁹⁴ Christopher Gillberg and S. Steffenburg, “Outcome and Prognostic Factors in Infantile Autism and Similar Conditions: A Population-Based Study of 46 Cases Followed Through Puberty”, *J. Autism* 17:2, 1987, 282.

¹⁹⁵ Mary Stewart Goodwin and M. A. Cowan, “Malabsorption and Cerebral Dysfunction: A Multivariate and Comparative Study of Autistic Children”, *J. Autism* 1, 1971, 61.

¹⁹⁶ Mary Coleman (ed.), *The Autistic Syndromes*. Amsterdam. North Holland Publishing Company, 1976, 19, 221.

¹⁹⁷ Ruth Christ Sullivan, *op. cit.*, 1975, 177, 180.

¹⁹⁸ *Ibidem*, 181.

¹⁹⁹ H. L. Coulter, *op. cit.* p. 51 (Personal communication from Bernard Rimland, Ph D.).

*Exemple*²⁰⁰: Harvey Jackson avea dureri de cap (cefalee frontală) atât de mari, încât i se făcea deseori rău. La fel și Tony W., care se plângea de “*dureri mari, insuportabile, de cap*”. La un sugar, care nu ne poate comunica ce-l doare, cefaleea intensă va provoca manifestări care ne atrag atenția: *își mișcă capul dintr-o parte în alta, se lovește cu capul de pătuț, de perete sau de podea. Se trage de păr sau de urechi, se ghemuiește sau își întinde mereu gâtul (hiperextensie). Toate aceste simptome le găsim și la autiști și sunt manifestări tipice când au cefalee.* În 1982, Norman Geschwind și Peter Behan și-au editat lucrarea referitoare la *relația dintre autism și boli precum celiachia, dislexia, bâlbâiala, migrenele etc., toate fiind simptome specifice sindromului postencefalitic.* Articolul lor i-a surprins pe toți cei din cercul lor științific, fiindcă nimeni nu putea să-și închipuie care era legătura dintre boli atât de diferite²⁰¹.

b) Criterii false de diagnostic pentru autism. Sindromul Rett și Sindromul Asperger

În 1971, Kanner consultă încă o dată cei 11 copii cu autism din prima lui grupă. A observat existența unui spectru foarte larg de simptome, de la cele mai ușoare la cele mai grave. A concluzionat că orice boală, oricât de complexă ar fi, se poate manifesta în diferite grade, de la lipsa simptomelor (boală subclinică) până la cele mai grave și complicate crize (nu era o noutate, fiind valabilă pentru toate bolile cunoscute). Același lucru, spune el, ar putea fi valabil și în cazul autismului încă din prima lui fază, probabil subclinică. Or, acest aspect era o noutate în cazul autismului²⁰².

Zece ani mai târziu, Rimland demonstrează cât de complex este fenomenul autismului. El pune diagnosticul de autism la 445 de copii și compară apoi rezultatele sale cu cele ale altor medici care au consultat aceiași copii. Rezultatul a fost că niciun copil nu fusese diagnosticat cu autism de către ceilalți medici²⁰³! Descoperirea făcută de Rimland s-a confirmat încă o dată. Nu este ușor să pui diagnosticul de autism, având în vedere că sunt multe

²⁰⁰ *Ibidem.*

²⁰¹ Norman Geschwind and Peter Behan, “*Left-handedness: Association with immune disease, migraine, and developmental learning disorder*”. *Proc. National Academy of Sciences USA* 79, August, 1982, 5097-5100; Gina Kolata, “*Math Genius May Have Hormonal Basis*”, *Science* 222, December 23, 1983, 1312.

²⁰² Leo Kanner, “*Follow-Up Study of Eleven Autistic Children Originally Reported in 1943*”, *J. Autism* 1, 1971, 144-145.

²⁰³ Nikolaas Tinbergen, “*Ethology and Stress Diseases*”, *Science*, July 5, 1974, 20.

afecțiuni neurologice care se “suprapun” cu acesta (de fapt, îl însoțesc): retard psihic, epilepsie, paralizie crebrală²⁰⁴.

În 1981, Hetzler și Griffin scriau: “Tabloul clinic la autiști este extrem de heterogen. Asta arată existența unei varietăți mari de disfuncții ale sistemului nervos central, ceea ce duce implicit la o serie de simptome care se suprapun”²⁰⁵. În același an, Deborah Fejn constată că există păreri diferite în formularea criteriilor de stabilire a diagnosticului de autism și nu se știe cu siguranță până unde aceste simptome ale autismului se suprapun cu alte tulburări neurologice²⁰⁶.

Lipsa unor criterii eficiente și clare de stabilire a diagnosticului de autism a dus deseori la imposibilitatea recunoașterii lui. De ce? Fiindcă *autismul este doar o parte a sindromului postencefalitic*. Este și motivul pentru care exactitatea unui diagnostic este mereu ștearsă de prezența altor caracteristici ale sindromului postencefalitic. Ne întrebăm, atunci, de ce specialiștii în domeniu insistă asupra faptului că autismul este o boală de sine stătătoare și nu are nicio legătură cu alte tulburări și afecțiuni neurologice? Răspunsul l-a dat un specialist la Conferința Societății Naționale pentru copii autiști, în 1980: “Autismul nu este o boală specială! ... Să nu cădem în capcană și să credem că autismul este o boală care poate fi tratată cu un singur medicament... În realitate, vorbim de un întreg spectru!”²⁰⁷. *Unii psihologi, psihanalisti și medici psihiatrii, continuă cu încăpățânare să atribuie autismului un status autonom, din motive de interes propriu, fiindcă profitul pe care-l scot în urma tratării bolnavilor de autism este unul substanțial*²⁰⁸. Din 1971, ei se bucură de “lista cu criteriile care definesc diagnosticul de autism”, care cuprinde 14 puncte, cu recomandarea: “Este nevoie de minimum 7 criterii din cele 14, pentru a putea fi diagnosticat autismul”. Chiar dacă a apărut o nouă clasificare a bolilor în 1987, criteriile de diagnostic pentru autism au rămas practic aceleași: “Pentru diagnosticul de autism este nevoie de minimum 8 din cele 16 puncte”²⁰⁹. Această clasificare este

²⁰⁴ Eric Schopler and M. Rutter, “Editorial :Change of Lournal Scope and Title”, *J. Autism* 9:1, 1979, 4.

²⁰⁵ Bruce Hetzler and Judith Griffin, “Infantile Autism and the Temporal Lobe of the Brain”, *J. Autism* 11:3, 1981, 317.

²⁰⁶ Deborah Fejn, B. Skoff and A. F. Mirsky, “Clinical Correlates of Brainstem Dysfunction in Autistic Children”, *J. Autism* 11:3, 1981, 312.

²⁰⁷ Richard J. Reichler, “Diagnosis and its Implications”, *Proceedings. 1980 Annual Meeting and conference of the National Society for Autistic Children*. Washington D.C., 1980, 95-96, 126.

²⁰⁸ H. L. Coulter, *op. cit.*, 53.

²⁰⁹ American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third Edition—Revised, Washington D.C., 1987, 38

expusă unei erori foarte mari, spune Harris Coulter. Fiecare simptom al autismului este indispensabil. Michael Rutter și Eric Schopler scriau despre autism (1987), că “o identificare a cazurilor de autism pe baza unor astfel de criterii, ar fi posibilă doar dacă există niște simptome patognomonice (specifice) pentru autism... Or, ele nu există...”²¹⁰. Există în schimb copii perfect normali, dar care pot îndeplini unele dintre aceste criterii de diagnostic pentru autism, ceea ce poate duce la un diagnostic fals pozitiv. Un specialist remarcă următorul fapt: “Am consultat o serie de copii cu diferite probleme și care aveau simptome comune cu copiii autiști. Dar aceștia nu pot fi sub nicio formă diagnosticați cu autism. Doi dintre copii, aveau o mare rigiditate în ceea ce privește menținerea la fel a lucrurilor, iar la schimbarea celui mai mic lucru, oricât de neînsemnat era, reacționau urât de tot. Ei erau însă foarte sociabili, aveau relații bune cu cei din jur, o inteligență normală și nu erau autiști. Atunci, în ce categorie pot fi încadrați acești copii? Am cunoscut și copii cu un comportament stereotipic. Ei nu sunt autistici, sunt copii inteligenți și normal dezvoltați, dar prezintă o înclinație spre anumite stereotipii, cum ar fi «legănarea», «baterea din palme» etc. Sincer să fiu, nu știu unde să-i clasific, dar precis nu au autism”²¹¹. *Doar atunci când medicii vor fi pregătiți să recunoască faptul că autismul este o parte a sindromului postencefalitic – iar la sutele de simptome, există combinații nenumărate –, ei vor putea renunța la încercările lor imposibile de a diagnostica și trata autismul după astfel de criterii false*²¹², afirmă Coulter.

Sindromul Rett este o formă severă de autism, care a fost observată pentru prima dată în 1965 și este “cu mare probabilitate, un alt aspect al sindromului postencefalitic, provocat de aceeași factori, respectiv, de vaccinurile din copilărie”²¹³.

Sindromul Asperger, descris în 1944, de psihiatrul vienez Asperger, este o formă moderată de autism, care a mai fost denumită “psihopatie autistă”. Bolnavii cu acest sindrom, sunt oameni cu o inteligență peste medie. Simptomele au fost descrise pentru prima dată de Van Krevelen în 1971: “Personalitatea pacientului este anormală, determinată mai mult prin intermediul rațiunii decât al sentimentelor. El are doar o singură deschidere spre lume:

²¹⁰ M. Rutter and Eric Schopler, “Autism and Pervasive Developmental Disorders: Concepts and Diagnostic Issues”, *J. Autism* 17:2, 1987, 172.

²¹¹ Richard J. Reichler, “Diagnosis and its Implications”, *Proceedings. 1980 Annual Meeting and Conference of the National Society for Autistic Children*. Washington D.C., 1980, 96.

²¹² H. L. Coulter, *op. cit.*, 54.

²¹³ M. Y. Segawa Nomura and M. Hasegawa, “Rett Syndrome-Clinical Studies and Pathophysiological Consideration”, *Brain and Development* 6:5, 1984, 475-486.

cea a rațiunii. Lui îi lipsește înțelegerea pentru sentimentele semenilor săi și capacitatea de a se comporta corect față de ele. El este practic forțat să ia în considerare doar aspectul rațional al tuturor lucrurilor, pe care trebuie să le analizeze pe fiecare în parte, să studieze fiecare gest și să caute un răspuns pentru fiecare mimică a fețelor celor din jur. El nu își dă seama când partenerul lui glumește sau vorbește serios, la fel cum nu-și dă seama dacă cuvintele lui îi rănesc pe cei din jur sau nu. În același timp are un umor aparte, dacă putem vorbi de așa ceva. El nu realizează când îi calcă pe nervi pe cei din jur... Psihopatia autistă devine evidentă în primii ani de școală, dar deseori deja din perioada de grădiniță, când părinții nu reușesc să se adapteze la comportamentul copilului lor... Regulile stricte din școală descoperă rapid pe un elev care este «altfel»... Comportamentul unui autist este una total neobișnuită. El vorbește în fața colegilor săi ca și în fața «unui Parlament», a unei adunări unde nu vorbește liber, ci le citește o prelegere... La el găsim trei probleme grave de adaptare. În primul rând, el nu este în stare să învețe ceva de la alții. Copilul urmează propriile sale metode iar pe cele ale învățătorului, le ignoră. Este motivul pentru care nu-i place școala, dar este destul de inteligent ca să găsească rezolvări originale în anumite situații. În al doilea rând, el nu posedă acea parte a intelectului care se cheamă «o minte omenească sănătoasă». În al treilea rând, copilul are tendința de a se ocupa de aspecte ale unor domenii științifice, cum ar fi astronomia, studiul strămoșilor săi și, în general, de ceea ce înseamnă «viață»^{214, 215, 216}.

Van Krevelen a denumit “incapacitatea” caracteristică celor cu Sindromul Asperger “*o lipsă a intuiției*”: “Copiii cu o formă ușoară de autism pot fi foarte enervanți pentru cei din jur. Aceștia vorbesc prea mult, mai ales când sunt interesați de un subiect. Ei nici nu observă când cei din jur nu sunt deloc interesați de ceea ce spune... Un astfel de monolog nu poate fi oprit atât de ușor, și nici nu poate fi direcționat în altă parte... Alteori, în cel mai bun caz, stă și ascultă puțin timp ceea ce spun alții. De obicei însă, autistul nici nu realizează când cineva vorbește cu el”²¹⁷. Van Krevelen a diagnosticat la doi frați cele două forme de autism: autismul obișnuit și Sindromul Asperger.

²¹⁴ D. A. Van Krevelen, “*Early Infantile Autism and Autistic Psychopathy*”, *J. Autism* 1, 1971, 83-84.

²¹⁵ Lorna Wing, “*Asperger’s Syndrome: a Clinical Account*”, *Psychological Medicine* 11, 1981, 115-129.

²¹⁶ Lorna Wing, “*Clarification on Asperger’s Syndrome*”, *J. Autism* 16:4, 1986, 513-515.

²¹⁷ M. Dewey and M. Everard, “*The Near-Normal Autistic Adolescent*”, *J. Autism* 4, 1974, 348-349.

Toate cele trei forme de autism (autism obișnuit, sindromul Rett și Sindromul Asperger) au în comun “înstrăinarea”. Despre trei pacienți autiști diagnosticați de el, Van Krevelen spune: “Acești trei adulți autiști (deși fiecare avea altă formă de autism) sufereau de o profundă și întunecată singurătate, cu convingerea că nu sunt în stare de o relație care să-i mulțumească”²¹⁸. În cazul lor, “emoționalul” este mai accentuat tocmai datorită inteligenței lor care-i ajută să recunoască situația. Ronald (autist) spunea: “Nu am avut niciodată un prieten. Nici nu știu ce ar trebui să fac cu el, chiar dacă aş avea unul”²¹⁹. Totodată, autiștii sunt în stare și de mult dispreț față de alții, cărora le întorc spatele. Jerry Goldsmith (autist) scria în testele sale psihologice doar “povești pline de agresiune față de tată și despre numeroase decese ale altor persoane... Autistul cu un IQ mai mare dă dovadă de agresivitate verbală”²²⁰.

Dacă autismul este cauza unui sindrom postvaccinal (și asta dovedesc numeroasele studii), atunci consecințele sunt de-a dreptul șocante. Simptomele care apar cu o atât de mare intensitate la un număr restrâns de oameni ar trebui să existe într-o formă mai atenuată la un număr foarte mare de oameni. “*Ne întrebăm atunci în ce măsură contribuim la o «înstrăinare» tot mai mare a oamenilor care lucrează în birourile din actuala industrie modernă?*”²²¹.

Boli neurologice care însoțesc autismul

Se știe că autismul este însoțit adeseori și de alte tulburări neurologice: *retard mental, epilepsie, paralizie cerebrală* ș.a. Un procent de 20-30% dintre copiii cu autism suferă de convulsii, spasmul sugarului, epilepsie formă minoră (*petit mal*) sau majoră (*grand mal*), pierderi scurte ale cunoștinței etc.²²².

c) Sindromul MBD și autismul.

Există cauze comune?

În paralel cu autismul, medicii se confruntă cu încă un sindrom (mai “benign” decât autismul), pe care nu știu exact unde să-l “situeze”. Unii specialiști consideră că există o legătură între cele două afecțiuni, amândouă având la început o manifestare subclinică a creierului (care trece neobserva-

²¹⁸ Donald J. Cohen, “*The Pathology of the Self in Primary Childhood Autism and Gilles de la Tourette Syndrome*”, *Psychiatric Clinics of North America* 3:3, December, 1980, 389.

²¹⁹ *Ibidem*, 388.

²²⁰ H. L. Coulter, *op. cit.*, 2004, 57.

²²¹ *Ibidem*, 58.

²²² L. Wolf and B. Goldberg, “*Autistic Children Grow Up: An Eight to Twenty-Four Year Follow-up Study*”, *Canadian J. Psychiatry* 31, 1986, 550-555.

tă, neavând manifestări clinice), care apoi, în timp, dau naștere la simptome psihiatrice²²³.

Alții se întrebă “*care ar putea fi cauzele care duc la asemenea tulburări neurologice masive?*”²²⁴.

Inevitabil, se pune întrebarea: ar putea fi o encefalită postvaccinală, din copilărie, cauza sindromului MBD și a autismului?

Răspunsul îl aflăm în cele descrise mai jos.

6.) Sindromul cu leziuni cerebrale minime (MBD)

După ce au ajuns la concluzia că afecțiunea care arată o “leziune cerebrală minimă”, nu este doar o tulburare simplă, ci este un sindrom, medicii specialiști psihiatri l-au denumit *MBD (Minimal Brain Damage) Syndrom*: “Sindromul cu leziuni cerebrale minime”.

După un deceniu, acest sindrom a devenit o mare problemă în școlile din America, dar mai ales pentru Psihiatria Infantilă. Paul Wender, o autoritate în acest domeniu, scria în 1971, că “*acest «sindrom» este în legătură cu absolut toate categoriile de «tulburări psihice» din perioada copilăriei, ba chiar poate să stea la baza acestora... ceea ce este grav, dar adevărat... Acest sindrom este, se pare, cel mai răspândit fenomen întâlnit în Clinicile de Psihiatrie*”^{225,226}. Profesorii de Pediatrie de la Universitatea Yale au recunoscut și ei (1984) că Sindromul cu leziuni cerebrale minime “*este cea mai răspândită problemă și care consumă cel mai mult timp în practica unui medic pediatru*”²²⁷. La băieți sindromul este de 5-10 ori mai frecvent ca la fetițe. În trecut, era considerată o boală pur bărbătească. Motivul a fost găsit doar în ultimii ani: la băieți testosteronul – hormonul masculin – blochează eliminarea de metale grele (mercur), aflate în exces în organismul sugarilor vaccinați și datorită neurotoxicității lor, pot provoca encefalita postvaccinală, cauza autismului și a sindromului MBD. *Incidența reală a sindromului*

²²³ M. Rutter, “*Syndromes Attributed to Minimal Brain Dysfunction in Childhood*”, *A. J. Psychiatry* 139:1, January, 1982, 31.

²²⁴ Frank A. Elliot, “*Historical Perspective on Neurobehavior*”, *Psychiatric Clinics of North America* 9:2, June, 1986, 231.

²²⁵ Paul H. Wender, *Minimal Brain Dysfunction in Children*. New York, Wiley Interscience, 1971, 31.

²²⁶ M. Rutter, “*Brain – Damage Syndromes in Childhood: Concepts and Findings*”, *J. Child Psychol. Psychiatr.* 18, 1977, 1.

²²⁷ Sally E. Shaywitz and A. Bennet, “*Diagnosis and Management of Attention Deficit Disorder: A Pediatric Perspective*”, *Pediatric Clinics of North America* 31:2, April, 1984, 42.

nu este cunoscută, deși multe voci spun că se apropie de 15-20%. Kathleen Long și David McQueen, care în 1984 au realizat o statistică în Maryland și în Districtul Columbia, au observat că un procent de 13% dintre cei care suferă de Sindromul cu leziuni cerebrale minime (MBD) nu este deloc cunoscut și nici diagnosticat, fiind total ignorat de către sistemul școlar²²⁸. În România ne confruntăm cu aceeași situație.

Ca și la autism, când s-a încercat o definiție a sindromului cu leziuni cerebrale minime, s-a observat că și *acesta are multe simptome în comun cu alte tulburări neurologice*, cu care este de fapt în strânsă legătură. Chiar și *hipoactivitatea* se află în acest grup de tulburări. Peste zi, copilul este letargic și doarme foarte mult²²⁹. În general, la copiii cu sindromul MBD este foarte scăzută capacitatea de concentrare. Chiar și cei cu un IQ normal sau peste media normală, au rezultate slabe la școală, fiindcă își pierd repede atenția și nu reușesc să își termine la timp tema sau lucrarea. Acești copii sunt deseori descriși ca fiind “absenți”, cu gândul în altă parte²³⁰.

În căutarea cauzelor acestui sindrom, spre surprinderea psihologilor și medicilor psihiatri, ei constată că *în sindromul MBD, la fel ca și în autism, apar și sechele neurologice*: convulsii, paralizii, retard psihic etc., care *nu pot fi încadrate în tulburări psihice minime, respectiv în “tulburări emoționale sau de comportament”*. Manualul de Diagnostic și Statistică (*Diagnostic and Statistical Manual*) arată că, la un procent de 5% dintre copiii cu Sindrom MBD, sunt prezente și simptome grave²³¹. În realitate, cifra este una mult mai mare, spune Coulter, deoarece atunci când un copil se internează cu două afecțiuni, spre exemplu epilepsie și sindrom MBD, el va fi tratat pentru boala mai gravă, respectiv epilepsie, iar afecțiunea ușoară va fi practic ștearsă din datele statistice²³². *Există o legătură strânsă între sindromul MBD și alte afecțiuni neurologice*. Spre exemplu *“la copiii cu MBD, avem un procent mare de afecțiuni neurologice: epilepsie, ticuri nervoase, tremor, grimase,*

²²⁸ Kathleen A. Long and D. V. McQueen, “*Detection and Treatment of Emotionally Disturbed Children in Public Schools: Problems and Theoretical Perspectives*”, *J. Clinical Psychology* 40:1, January, 1984, 378.

²²⁹ Paul H. Wender, *Minimal Brain Dysfunction in Children*, New York, Wiley Interscience, 1971, 212; J. G. Millichap, “*The Hyperactive Child*”, *Practitioner* 217, 1976, 61.

²³⁰ S. D. Clements and J. E. Peters, “*Syndromes of Minimal Brain Dysfunction*”, în P. Black (ed.), *Brain Dysfunction in Children: Etiology, Diagnosis and Management*, New York, Raven, 1981, 189.

²³¹ American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third Edition, Washington D. C., 1980, 42.

²³² M. Rutter, D. Shaffer, M. Sheppard, *A Multi-Axial Classification of Child Psychiatric Disorders*, Geneva: World Health Organization, 1975, 11.

*spasmul sugarului etc., și invers, la un copil cu epilepsie observăm deseori și prezența sindromului MBD, cu tulburări de concentrare și de învățare*²³³.

Deși mulți copii cu MBD nu suferă de epilepsie, totuși *la jumătate dintre ei se observă tulburări neurologice "subclinice"*: o electroencefalogramă anormală (EEG) și hiper- sau hipotonie musculară, sau mici deficite motorii: un scris foarte dificil și neciteț, tulburări de echilibru, un ușor strabism, mers greoi, imposibilitatea de a sări într-un picior și tendința de a umbla pe vârfuluri²³⁴. Tulburările de somn sunt o regulă la cei cu sindrom MBD²³⁵. Ei dorm foarte neliniștit, au coșmaruri, scrâșnesc din dinți, transpiră abundant. De obicei dorm ziua, iar noaptea sunt hiperactivi. Chiar dacă adorm seara, se trezesc repede și se joacă apoi în pat, cântă sau fug prin casă²³⁶. Enurezisul este des întâlnit la acești copii, care deseori nu se vindecă până la adolescență²³⁷. Se presupune că la ora actuală 11 milioane de americani, adulți, au tulburări de micțiune, iar cauzele nu se cunosc²³⁸. Copiii cu MBD au probleme de alimentație. Sugarii nu au uneori reflexul suptului²³⁹. Alteori, suferă de anorexie nervoasă, când refuză laptele, în mod voit, deși sunt flămânzi. De anorexie suferă și aproximativ 1% dintre fetele adolescente, între 12 și 18 ani. *"Mult mai frecvent, copiii cu MBD suferă de bulimie"*²⁴⁰. *"Pareze și paralizii ale*

²³³ Dorothy O. Lewis (ed.), *Vulnerabilities to Delinquency*. New York, SP Medical and Scientific Books, 1981, 45, 61; J. B. Green and R. A. Mercille, "Psychiatric Complications of Epilepsy", *Neurologic Clinics* 2:1, February, 1984, 105; G. Stores, J. Hart and N. Piran, "Inattentiveness in Schoolchildren with Epilepsy", *Epilepsia* 19, 1978, 169-175

²³⁴ Frank A. Elliot, "Neurological Findings in Adult Minimal Brain Dysfunction and the Dyscontrol Syndrome", *J. Nervous and Mental Disease* 170:11, 1982, 682.

²³⁵ M. W. Laufer and E. Denhoff, "Hyperkinetic Behavior Syndrome in Children", *J. Pediatrics* 50, 1957, 464.

²³⁶ Bonnie J. Kaplan (Professor of Pediatrics University of Calgary, Calgary, Alberta) et al., "Sleep Disturbance in Preschool-Aged Hyperactive and Nonhyperactive Children", *Pediatrics* 80:6; Dec. 1987, 839-844.

²³⁷ Paul H. Wender, *Minimal Brain Dysfunction in Children*, New York, Wiley Interscience, 1971, 204-205; F. A. Elliot, "Neurological Findings in Adult Minimal Brain Dysfunction and the Dyscontrol Syndrome", *J. Nervous and Mental Disease* 170:11, 1982, 684; G. K. Fritz and J. Armbrust, "Enuresis and Encompresis", *Psychiatric Clinics of North America* 5:2, August 1982, 286.

²³⁸ *The Washington Post*, September 2, 1987.

²³⁹ S. W. Freeman, *Does Your Child Have a Learning Disability?*, Springfield, Thomas, 1974, 4-5; E. D. Witt et al., "Learning Deficits in Adolescents with Anorexia Nervosa", *J. Nervous and Mental Disease* 173:3 (1985), 182-184.

²⁴⁰ Kathrine A. Halmi, "Pragmatic Information on the Eating Disorders", *Psychiatric Clinics of North America* 5:2 (August, 1982), 371-377

nervilor cranieni”²⁴¹ sunt frecvente la acești copii (tulburări de vedere, de auz, de vorbire etc.).

Sindromul MBD și autismul

Faptul că există o strânsă legătură între autism și sindromul cu leziuni cerebrale minime (MBD), că *ambele au la bază “leziuni cerebrale subclinice”*, care dau apoi naștere unor simptome psihice, este o realitate de care și-au dat seama în ultimii ani și specialiștii ²⁴².

Rimland a atras atenția în 1964 asupra unei legături dintre autism și *“posibile leziuni cerebrale”*, descrise de oamenii de știință încă din anii ’30-’40.²⁴³

La sfârșitul anilor ’70, s-au observat asemănări între autism și hiperactivitate²⁴⁴. În 1981, Deborah Fejn constată la rândul-i că o serie de simptome din autism apar și în alte *“tulburări grave de dezvoltare ale copilului”*²⁴⁵. Un studiu din anul 1984 arată că, la copiii care suferă de autism, hiperactivitate și alte tulburări de dezvoltare neuro-psihică, se observă încă un aspect comun, și anume un dismorfism al feței: *cap mare, urechi neuniforme, spații mari interdentare etc.*²⁴⁶. În 1984, William și Mariana DeMeyer, de la Universitatea Indiana, constată că *“autismul este o «continuare» a tulburărilor de dezvoltare neuro-psihică, diagnosticate și tratate separat, ca «retard psihic», «paralizie cerebrală», «tulburări de învățare» [...], dar care au o etiologie comună”*²⁴⁷.

Michael Rutter și Eric Schopler, autorii unui articol din 1987 despre autism, arată legătura acestuia cu alte afecțiuni: retard psihic, schizofrenie, *“psihoză degenerativă”*, *“tulburări în dezvoltarea limbajului”*²⁴⁸.

²⁴¹ Sam D. Clements and John E. Peters, “Syndromes of Minimal Brain Dysfunction”, în P Black (ed.), *Brain Dysfunction in Children :Etiology, Diagnosis and Management*, New-York, Raven, 1981, 187

²⁴² M. Rutter, *“Syndromes Attributed to Minimal Brain Dysfunction in Childhood”*, *A. J. Psychiatry* 139:1, January, 1982, 31.

²⁴³ Bernard Rimland, *Infantile Autism: The Syndrome and Its Implications for a Neural Theory of Behavior*, New York: Appleton Century Crofts, 1964, 60.

²⁴⁴ M. Rutter, *op. cit.*, 30.

²⁴⁵ Deborah Fejn, B. Skoff and A. F. Mirsky, *“Clinical Correlates of Brainstem Dysfunction in Autistic Children”*, *J. Autism* 11:3, 1981, 312.

²⁴⁶ P. Firestone and S. Peters, *“Minor Physical Anomalies and Behavior in Children: A Review”*, *J. Autism* 1983, 422

²⁴⁷ W. and M. DeMeyer, *“Infantile Autism”*, *Neurologic Clinics* 2:1, 1984, 139, 145.

²⁴⁸ M. Rutter and E. Shopler, *“Autism and Pervasive Developmental Disorders: Concepts and Diagnostic Issues”*, *J. Autism* 17:2, 1987, 159-186.

În 1985, Victoria Shea și Gary Mesibow, de la Universitatea North Carolina, atrag și ei atenția asupra suprapunerii patologiei celor două stări patologice: autismul și “tulburările de dezvoltare”²⁴⁹.

Rămâne întrebarea: “Care sunt motivele care duc la asemenea tulburări neurologice masive? Ce anume îi afectează în așa măsură pe 10-15% dintre copiii americani (și nu numai), încât să nu mai fie în stare să învețe să citească și să scrie?”²⁵⁰.

7.) Encefalita postvaccinală

Răspunsul la întrebare este următorul: simptomele comune ale autismului și ale sindromului MBD arată că au o cauză comună: encefalita postvaccinală, fie o formă clinic manifestă, fie o formă subclinică. Sechelele rămase definesc Sindromul postencefalitic²⁵¹.

A fost o neglijență a americanilor, să nu recunoască etiologia comună a celor două afecțiuni, timp de 20-30 de ani, deși cunoșteau și tratau de mult timp cazuri de encefalită. Inclusiv psihiatrul Leo Kanner a comis greșeala să spună despre autism că are simptome necunoscute până atunci, când de fapt nu a recunoscut simptomele neurologice care indicau existența în mod cert a unei encefalopatii. La el este acceptabil acest lucru, deoarece nu era neurolog. Dar când în anii '60 medicii psihiatri se confruntau deja cu simptome neurologice foarte evidente (retard psihic, paralizii, convulsii epileptice etc.) atât la autiști, cât și la cei cu sindromul MBD, ei ar fi trebuit să recunoască legătura evidentă a acestor afecțiuni cu o encefalită, mai ales că erau cunoscute cazurile de encefalite postvaccinale. “Dar tocmai aici găsim motivul pentru care medicii psihiatrii închideau ochii... Trebuia ascuns cu orice preț faptul că vaccinurile, care erau tot mai la modă, puteau duce la complicații precum encefalita!”²⁵².

Indiferent de cauza encefalitei (infecțioasă, posttraumatică, postvaccinală), interesant este faptul că se manifestă cu o multitudine de simptome psihice, neurologice, mentale, emoționale, care vor forma “sindroame clinice foarte variate de encefalită”²⁵³. Acest lucru s-a observat mai ales la cazurile

²⁴⁹ V. Shea and G. B. Mesibow, “Brief Report: The Relationship of Learning Disabilities and Higher-Lever Autism”, *J. Autism* 15, 1985, 425, 427.

²⁵⁰ Frank A. Elliot, “Historical Autism Perspective on Neurobehavior”, *Psychiatric Clinics of North America* 9:2, June, 1986, 231

²⁵¹ H. L. Coulter, *op. cit.*, 2004, 111.

²⁵² *Ibidem*, 122.

²⁵³ H. H. Merritt, *Textbook of Neurology*, Sixth Edition. Philadelphia: Lea and Febiger, 1979, 104.

de tuse convulsivă (tuse măgărească) complicată cu encefalită. “Dar și după vaccinul împotriva tusei convulsive (*Pertussis*) apar encefalite cu aceleași manifestări, ceea ce dovedește că vaccinul le poate provoca... Dintre toate vaccinurile, cel mai periculos a fost considerat pe vremea aceea vaccinul împotriva tusei convulsive. Este vorba despre o bacterie «întreagă», ceea ce înseamnă că bacteria conținută în vaccin (*Bordetella pertussis*) este identică cu antigenul care provoacă boala”²⁵⁴. Margaret Pittman, specialist renumit în boli infecțioase, scrie despre această bacterie că “se deosebește de celelalte prin marea ei capacitate de a influența reacțiile biologice ale organismului”²⁵⁵. Dacă bacteria poate provoca astfel de reacții polivalente în organism, cu certitudine o va face și vaccinul care conține această bacterie²⁵⁶. Au urmat vaccinurile DTP, ROR și altele, despre care, s-a dovedit că pot provoca și ele encefalite postvaccinale. Spre exemplu, aceleași simptome, date de encefalitele infecțioase acute la sugari (din cadrul bolilor infecțioase, ale copilăriei), precum “febră mare, somnolență extremă, otită, diaree, vărsături, tuse, țiștă, stări de leșin, convulsii, spasmul sugarului, tulburări de respirație, alergii, le observăm și după vaccinul DTP, drept reacții adverse”²⁵⁷.

Encefalita postvaccinală este una dintre numeroasele complicații postvaccinale la sugari. Ea face parte din categoria reacțiilor adverse postvaccinale neurologice, alături de Sindromul Guillain-Barre, scleroză multiplă, etc.

Cauzele encefalitei postvaccinale²⁵⁸: este vorba de o encefalită acută demielinizantă (ADEM) caracterizată prin infecția sistemului nervos în perioada cuprinsă între 6 zile și 2 luni după administrarea vaccinului (Murthy 2002). Encefalita apare mai frecvent după vaccinurile pertussis, hepatitic B și rabic, dar poate fi provocată de orice vaccin. În sânge sunt detectați întotdeauna anticorpii antimielinici, ceea ce denotă o reacție autoimună (vezi pct. 10). În cazul autismului, autorii cred că este vorba de o encefalită cronică, provocată de substanțele toxice din vaccinuri: mercur, aluminiu ș.a. Aceste metale distrug mielina, având la bază o posibilă reacție autoimună. Ulterior s-a dovedit că autorii au avut dreptate.

Simptomele encefalitei postvaccinale la sugari (tablou clinic):

Din cursul german, *Beiträge zur pathologischen Anatomie*, Nr.119/59, aflăm că “**Encefalopatia postvaccinală (spre deosebire de encefalita**

²⁵⁴ H. L. Coulter, *op. cit.*, 114.

²⁵⁵ Margaret Pittman and C. B. Cox, “*Pertussis Vaccine Testing for Freedom-from-Toxicity*”, *Applied microbiology* 13:3; May 1965, 447.

²⁵⁶ H. L. Coulter, *op. cit.*, 2004, 114.

²⁵⁷ *Ibidem*, 115.

²⁵⁸ M. Hirte, *op. cit.*, 104.

infecțioasă) nu prezintă simptome tipice acestei boli, neputând fi recunoscută de către medicii pediatri sau medicii de familie". Trei ani mai târziu, în revista medicală *Die Deutsche Medizinische Wochenschrift*, Nr 87/62, Herrlich arată că, în cazul unei encefalite postvaccinale, au loc modificări lente la nivelul sistemului nervos, cu o expresie clinică minimă sau chiar absentă. Cu alte cuvinte, de cele mai multe ori, **această encefalită nu poate fi detectată pe baza simptomelor clinice, care sunt atipice, greu de recunoscut, motiv pentru care sunt tratate greșit**^{259, 260}:

- *Hiperpirexie: Febră 40,5-41 grade Celsius* (tratată cu antipiretice de medicul de familie, fără ca acesta să bănuiască ceva grav).

- *Somnolență accentuată, cu schimbarea ritmului de somn*. Ex.: "Imediat după vaccin, părinții observă că sugarul doarme în orele când el era treaz și își aștepta mâncarea. Deși se hrănește când este trezit, adoarme imediat înapoi și cade într-un somn profund. După câteva săptămâni, sugarul își schimbă ritmul somnului și doarme ziua, în timp ce noaptea este treaz". La unii dintre copii, ritmul schimbat al somnului rămâne definitiv, *alături de hiperactivitate și tulburări de concentrare*.

- *Plâns continuu, nemotivat*.

- *Strigăt sau "țipăt nemotivat"* (din cauza durerilor de cap și a colicilor).

- *"Se lovesc cu capul de perete sau podea"* (dureri de cap).

- *Tuse* (tratată deseori greșit ca o infecție banală...).

- *Convulsii* (rezistente la tratament).

- *Alergii* (eczema atopice, alergii alimentare :lapte de vacă, gluten).

- *Tulburări respiratorii*: sunt atipice la sugar și debutează cu "o tuse spastică, respirație superficială, rapidă, apoi tot mai rară, lipsă de aer, fiind descrise ca **atacuri de apnee**, și apoi ritmul devine din nou rapid... Aceste tulburări durează uneori ore"²⁶¹. Atacurile de apnee apar cel mai des după vaccinul DTP și sunt cauza cunoscutului "Sindrom al morții subite la sugar" (SIDS). Acest sindrom face subiectul cărții scrise de H. L. Coulter și B. Fisher (vezi cap. 4).

- *Otite* (își freacă urechile).

- *Diaree sau constipație, enuresis, balonare, vărsături* (tratate greșit de medic ca un "sindrom dispeptic") sunt simptome specifice encefalitei acute

²⁵⁹ G. Buchwald, *op. cit.*, 213-214.

²⁶⁰ H. L. Coulter, *op. cit.*, 204, 115-120.

²⁶¹ Josephine B. Neal, *Encephalitis: a Clinical Study*, New York; Grune and Stratton, 1942, 347.

postvaccinale și apar frecvent *după vaccinul DTP*^{262,263} (ex: Gary reacționa cu diaree la fiecare vaccin, iar acum, la 6 ani, încă nu își poate controla, nici micțiunea, nici scaunul, adică suferă de enuresis și incompresis) și *după vaccinul ROR* (ex.: Alberto García, un copil sănătos de 15 luni, prezintă după vaccin, scaune diareice frecvente, verzui, urât mirositoare... După câteva luni, încetează să mai vorbească și, în cele din urmă este diagnosticat cu autism)²⁶⁴.

- *Poziția de "opistotonus"*: este un spasm prelungit al mușchilor spatelui, ducând la poziția "de arc" a bolnavului care se află culcat pe spate, sprijinindu-se pe ceafă și călcâi; poziția este tipică pentru tetanos^{265,266}; această modificare de atitudine (patologică, forțată) este deseori atribuită de către MF, în mod greșit, *durerilor de stomac*; poziția este frecvent observată *după vaccinul DTP* (diftero-tetano-pertussis).

Vaccinul DTP a fost folosit drept model pentru encefalita postvaccinală, dar toate celelalte vaccinuri pot provoca, la rândul lor, prin mecanismele deja descrise, o encefalită postvaccinală, vindecabilă sau nu (când vorbim de "sindromul postencefalitic").

Caz 1: Mama unei fetițe vaccinate la 2 luni povestește: "*După o oră de la vaccinul cu DTP*, fetița a adormit și nu s-a trezit timp de 24 de ore. Pur și simplu nu o puteam trezi... Tot ce îmi amintesc este că după ce s-a trezit se purta ciudat, altfel ca înainte, chiar și plânsul era modificat. Apoi a adormit la loc. Aceste stări de somn apărute brusc au continuat mult timp... La vârsta de 4 luni a început să scoată brusc țipete puternice și ciudate, încât ne-am speriat cu toții. Se purta de parcă cineva ar fi atacat-o. O strigam pe nume până s-a trezit, s-a învinețit la față, după care s-a albit. Ne-am gândit că va muri". Fetița, astăzi în vârstă de 16 ani, suferă de *hiperactivitate*, are mari tulburări de concentrare, stări de somnolență extremă (manifestarea principală a "Encefalitei letargice")²⁶⁷. Encefalita letargică este, de asemenea, o complicație postvaccinală.

Caz 2: Este cazul unui băiețel, care s-a îmbolnăvit *după al doilea vaccin cu DTP* (la 4 luni), despre care mama povestește: "Bebelușul a devenit flasc,

²⁶² Randolph K. Byers. and F. C. Moll, "*Encephalopathies Following Prophylactic Pertussis Vaccine*", *Pediatrics* 1:4, 1948, 454.

²⁶³ Anna-Lisa Annell, "*Pertussis in Infancy – A Cause of Behavioral Disorders in Children*", *Acta Societatis Medicorum Upsaliensis LXVIII*, Supp. 1, 1953, 20, 49.

²⁶⁴ L.H. Coulter, *op. cit.*, 117.

²⁶⁵ H. D. Boloșiu, *Semiologie Medicală*, Medex, Cluj-Napoca, 1998, 41.

²⁶⁶ *Dicționarul explicativ al limbii române* (DEX), ed.a II-a, Editura Univers Enciclopedic, București, 1996, 722.

²⁶⁷ H. L. Coulter, *op. cit.*, 2004, 115.

pupilele i s-au mărit, nu mai putea să mănânce, nu mai reacționa. Am chemat un alt medic care ne-a spus că se extinde nevul pigmentar pe care îl are la cap și l-a internat.... Mai târziu copilul se trântea deseori cu capul de perete sau chiar de podea. Alteori se lovea în cap cu picioarele. Dacă îl întrebam de ce face așa ceva, îmi răspundea că îi face plăcere... Nici la vârsta de 4 ani, când se manifesta astfel, nu știa să îmi explice de ce²⁶⁸.

Știm că infecția creierului se însoțește de inflamația acestuia și este imposibil să nu provoace dureri mari de cap, dar sugarii și copiii mici nu au cum să-și exprime durerea, decât prin aceste reacții ciudate. Alteori vedem că sugarii și copiii mici se tot trag de ureche, reacție cauzată, de asemenea, de durerile de cap²⁶⁹.

Caz 3: Despre un alt copil *vaccinat cu DTP*, mama lui ne povestește: “*Copilul avea vărsături și scaune diareice. Nu vărsase până atunci, decât foarte rar. După a 5-a injecție (vaccin) cu DTP, Garry nu mai putea să-și controleze reflexul de a urina (enuresis) și nici scaunul (encompresis). Se «scăpa» pe el și era foarte supărat din acest motiv. Îmi spunea că pur și simplu nu simțea nevoia să meargă la WC*”²⁷⁰. *Simptomele digestive* sunt frecvente în encefalita postvaccinală.

Caz 4: Cazul unui copil *vaccinat cu ROR* (rujeolă-oreion-rubeolă): Alberto García a fost vaccinat la vârsta de 15 luni. Ziua următoare, febra a urcat la 40 grade Celsius și de 17 ori pe zi avea un scaun diareic, galben-verzui, uleios, și a fost diagnosticat drept “o infecție cu Salmonella”. După o lună de zile nu mai vorbea, iar apoi au apărut *simptomele de autism*²⁷¹.

Caz 5: Vaccinul DTP, descris de Barbara Fisher și Harris L. Coulter în 1985 ca fiind asemenea unui “glonte tras în întuneric”, provoacă și alte reacții grave precum *atacul de apnee* (oprirea respirației pentru un timp scurt). Cazul lui Harvey Jackson este relevant în acest sens, iar tatăl acestui copil relatează: “*În 13 ianuarie 1972 copilul meu a fost vaccinat cu DTP... În 15 ianuarie, copilul plânge neîncetat de dimineața, iar pe la orele 13-14 are mari dificultăți de respirație. De două ori i s-a oprit respirația pentru un timp scurt și doar după ce l-am pus pe umerii mei și l-am lovit pe spate a început iar să respire. Ne-am dus la medic și l-a internat. Între timp și-a revenit și acum are 3 luni*”. Acest copil a “scăpat” în mod fericit de o moarte subită (SIDS)... După ce a mai crescut, au început simptomele unui *autism*

²⁶⁸ *Ibidem*, 117.

²⁶⁹ *Ibidem*, 60.

²⁷⁰ *Ibidem*, 117.

²⁷¹ *Ibidem*.

*de gravitate medie*²⁷². Aceasta demonstrează încă o dată că atât autismul, cât și moartea subită a sugarului au o cauză comună: *encefalita postvaccinală*.

Concluzia la care au ajuns autorii, este următoarea: “Dacă copiii cu atacuri de apnee nu mor subit și supraviețuiesc, ei vor putea dezvolta ulterior o formă de autism”²⁷³.

Tabloul clinic al unui atac de apnee: de obicei, pacientul respiră tot mai frecvent și mai adânc până la un moment dat, când i se oprește respirația. Gura rămâne larg deschisă, mușchii feței sunt contractați. Atacul poate fi atât de grav încât copilul se poate cianoza sau să facă convulsii. Respirația se reia treptat, dar mușchii se relaxează doar după câteva minute, uneori ore²⁷⁴. Atacurile de apnee pot fi uneori fatale provocând complicația cea mai gravă a vaccinurilor: *moartea subită a sugarului* (SIDS). Literatura de specialitate descrie sindromul în multe tratate de medicină, cu specificarea că nu se cunoaște cauza...

Caz, descris de un părinte: “În urmă cu opt săptămâni, seara, după ce i-am dat de mâncare bebelușului nostru, l-am culcat. În dimineața următoare l-am găsit mort în pătuțul lui. Vă scriu aceste rânduri pentru a trage un semnal de alarmă legat de un sindrom care curmă viața a mii de bebeluși în fiecare an: unul din 500 moare! După moartea copilului nostru, am obținut ajutor și numeroase informații de la *Institutul SIDS*. În felul acesta, am aflat că moartea copilului nostru a fost provocată de «o boală specială care nu poate fi prevenită», deoarece nu are simptome premergătoare. Acest lucru ne-a ușurat un pic, deoarece ne reproșam mereu că ar fi fost o posibilă greșeală de-a noastră”²⁷⁵. Acest Institut este descris de părinți ca fiind o organizație de binefacere, pe care o laudă cu toții. Dar, dacă ar fi așa, oare nu ar folosi această organizație toate mijloacele de care dispune pentru a afla care este cauza morții sugarului, pentru a o putea preveni? Dacă ar face legătura dintre atacurile de apnee și vaccinuri (!), ar descoperi rapid că “SIDS nu este consecința unei boli speciale care nu poate fi prevenită”. În schimb, ar găsi numeroase cazuri în care sugarii (precum cel al lui Harvey Jackson descris la pct. e), suferă de atacuri de apnee după vaccinarea cu DTP²⁷⁶.

Fiindcă nu este recunoscută encefalita postvaccinală ca fiind o complicație a vaccinurilor, literatura de specialitate i-a dat o altă denumire: “*Demența infantilă*” sau “*Boala Heller*”.

²⁷² *Ibidem*, 44.

²⁷³ *Ibidem*.

²⁷⁴ *Ibidem*, 118.

²⁷⁵ *Ibidem*, 119.

²⁷⁶ *Ibidem*.

8.) Demența infantilă sau Boala Heller

“Demența infantilă” se aseamănă foarte mult cu autismul. Această boală a fost observată pentru prima dată de către Weygand, apoi de Zappert și ulterior de Heller. “Este vorba de copii care se dezvoltă inițial perfect normal, nu au tulburări de vorbire, dar la care apare la un moment dat, destul de brusc (în decurs de câteva luni) și fără o cauză cunoscută, un regres intelectual grav. În scurt timp, un copil vesel și sănătos, devine un copil bolnav mintal, catalogat ca fiind idiot”. Austriacul Heller a numit boala “**Demență juvenilă/infantilă**” și, pentru a recunoaște meritele concetățeanului său, Zappert a denumit-o și “**Boala Heller**”²⁷⁷.

Tablou clinic:

- debut la 3-4 ani;
- apariția tulburărilor de vorbire, ca prim simptom;
- copilul este agitat;
- demența se instalează rapid, în decurs de câteva luni;
- expresia feței nu este a unui copil cu idioteție, ci a unui copil normal, chiar inteligent;
- lipsesc simptomele de afectare nervoasă;
- sistemul motor funcționează normal²⁷⁸.

Cauza bolii era necunoscută. Nu au fost găsite leziuni ale sistemului nervos. O legătură cu demența precoce este exclusă de la început de către prof. Julius Zappert din Viena. Deși simptomele semănau foarte mult cu o “encefalită post-vaccinală”, cei trei autori nu aveau cum să le recunoască fiindcă, la data respectivă, nici în Austria, nici în Germania, nu se vorbea încă despre complicațiile post-vaccinale. *Doar în 1923 a fost introdus pentru prima dată termenul de **Encefalită postvaccinală***, de către profesorul Lucksch din Praga, pentru descrierea cazurilor de decese după vaccinul antivariolic. *Începând cu anul 1938, Zappert și Kaiser, descriu pentru prima dată existența unor complicații postvaccinale.* În decurs de un an, ei au descris 240 de cazuri în Austria. *De-abia după terminarea războiului mondial a fost recunoscută pentru prima dată existența unor astfel de boli, apărute la copiii vaccinați, în primul și al doilea an de viață.* Deși în Austria vaccinarea copiilor era recomandată în al 3-lea și al 4-lea an de viață, părinții au fost aceia care insistau ca să fie vaccinați mai repede, mai ales că în acea vreme, vaccinarea antivariolică era cunoscută drept un mare “succes medical”. Astfel de vaccinuri își puteau permite doar oamenii bogați, care își vaccinau copiii în al doilea an de

²⁷⁷ Gerhard Buchwald, *Impfen. Das Geschäft mit der Angst*, emuverlag, 2008, Germany, 240-241.

²⁷⁸ *Ibidem*, 241-242.

viață. Heller descrie 6 cazuri, dintre care 3 sunt copii de medici. Se spunea atunci că vaccinarea este cel mai bine suportată de către copii, în anul doi de viață. Astăzi se știe că nu este deloc adevărat²⁷⁹. *Între timp, medicii pediatrii (neurologi) au recunoscut faptul că simptomele unei encefalite nu pot fi recunoscute decât foarte greu sau deloc, la sugar și copilul mic, astfel încât boala poate avansa în doar câteva luni la o formă gravă de encefalopatie.* Ei sunt acei copii care, deși erau sănătoși, după câteva luni sunt declarați cu idiotenie. Este vorba de aceeași afecțiune de care prof. Julius Zappert scria în 1922 în *Revista medicală de pediatrie* ca fiind “*Demența infantilă*”. Nu avea cum să știe atunci că acei copii sufereau de *encefalită postvaccinală*, și, cu toate că nu s-au mai făcut studii legate de acele cazuri, se presupune că acei copii au fost vaccinați înainte. Ulterior, această afecțiune a fost descrisă în 1959 de către medici patologi, iar în 1960 și de către medici clinicieni, fiindcă au existat și cazuri în care copiii au supraviețuit²⁸⁰.

În concluzie, trebuie spus că *nu există boala Heller, de etiologie necunoscută. Există doar “Encefalita postvaccinală”* și, cu siguranță, toți acei copii care au ajuns să fie internați și tratați în Centre speciale au fost vaccinați înainte. Doar atunci s-ar putea vorbi de boala Heller, dacă s-ar putea demonstra faptul că și copii nevaccinați suferă de această boală. Mai trebuie spus și faptul că Heller nu era medic, ci psihopedagog care conducea un Centru pentru copii cu dizabilități în Austria²⁸¹.

9.) Sindromul postencefalitic (postvaccinal)

Encefalita postvaccinală a sugarului, simptomatică sau asimptomatică (cea mai frecventă), se poate vindeca sau poate rămâne cu sechele grave, neurologice. *O dată sechelele instalate, este tardiv pentru a mai pune un diagnostic retroactiv, etiologic, și mai ales pentru un tratament eficient. Este motivul pentru care, simptomele atipice, dar frecvente, ale encefalitei postvaccinale la sugar, trebuie să fie cunoscute și recunoscute din timp de către medicul de familie și medicul pediatru, iar apoi, tratate corespunzător.*

Sindromul postencefalitic, cuprinde sechelele encefalitei postvaccinale. Vaccinul DTP, primul cu care fac “cunoștință” sugarii la vârsta de 3 luni în America (în România vaccinul DTP se administrează pentru prima dată la vârsta de 2 luni), a fost cel mai bine studiat de Coulter și Fisher, care au scris renumita carte *DPT: A shot in the Dark* (trad.: *DTP: Un glonte tras în întuneric*). În cartea lor găsim descrise cu lux de amănunte toate sechelele encefalitei

²⁷⁹ *Ibidem*, 243.

²⁸⁰ *Ibidem*, 244.

²⁸¹ *Ibidem*, 245.

postvaccinale (sindromul postencefalitic) după vaccinul DTP. De aceea, am luat ca model pentru sindromul postencefalitic vaccinul DTP. Având în vedere că encefalita postvaccinală este dată și de alte, vaccinuri, este evident că vom găsi aceleași sechele (sindrom postencefalitic) și după alte vaccinuri: ROR etc.

a) *Paralizii nervoase*: vaccinul DTP poate provoca toate felurile de leziuni ale nervilor, cu consecințe mai mult sau mai puțin grave: *orbire, surditate, tulburări de vorbire, dislexie, bâlbâit* etc.²⁸². Exemple: uneori, ei au o privire “fixă”, nefiind în stare să își schimbe privirea;²⁸³ alți medici pun diagnosticul de “pareză a nervului oculomotor” sau “ptoză palpebrală;”²⁸⁴ un alt copil, descris de autor, după al doilea vaccin DTP, prezintă hiperpirexie (febră mare, 40 grade), țipă tare și neîntrerupt. Mai târziu se constată că a orbit. Din nefericire, atunci când un copil este diagnosticat ca fiind “nevăzător”, el este deja vaccinat cu DTP de 2-3 ori. Câți copii nevăzători sunt diagnosticați ca fiind “orbi din naștere”, când de fapt cauzele îmbolnăvirii au fost vaccinurile din primele luni de viață? *Strabismul* este una din cele mai frecvente sechele ale encefalitei postvaccinale. La fel și *nistagmusul*.

b) *Dislexia* apare mai frecvent după vaccinul antipertussis²⁸⁵ (DTP);

c) *Lipsa vorbirii sau mutitatea* este o altă sechelă, observată mai ales după vaccinul DTP; ex.: *Paul Galloway a reacționat puternic la vaccinul DTP, iar la 18 luni, după cel de-al 4-lea vaccin, și-a pierdut de tot vorbirea, ca apoi să fie diagnosticat cu autism. Același lucru s-a întâmplat și cu alți copii care, deși puteau să articuleze câteva cuvinte înainte de vaccin, și-au pierdut apoi vocea*²⁸⁶;

d) *Disfagie* (greutate la înghițire);

e) *Modificări ale gustului*;

f) *Pareze faciale*;

g) *Disfuncția centrelor de termoreglare*²⁸⁷ (copiii manifestă extreme: fie devin prea sensibili, fie insensibili la variațiile de temperatură);

²⁸² H. L. Coulter, *op. cit.*, 124.

²⁸³ M. Kulenkampff, J. S. Schwartzman and J. Wilson, “*Neurological Complications of Pertussis Inoculation*”, *Arch. Disease in Childhood* 49:1, January 1974, 48.

²⁸⁴ Robert C. Woody and M. E. Blaw, “*Ophthalmoplegic Migraine in Infancy*”, *Clinical Pediatrics* 25:2, February, 1986,82.

²⁸⁵ Anna-Lisa Annell, “*Pertussis in Infancy – A Cause of Behavioral Disorders in Children*”, *Acta Societatis Medicorum Upsaliensis LXVIII*, Supp. 1, 1953, 67, 199.

²⁸⁶ H. L. Coulter, *op. cit.*, 2004, 127.

²⁸⁷ Constantine Von Economo, *Encephalitis Lethargica; its Sequelae and Treatment*, London, Oxford University Press, 1931, 123.

h) *Anorexia*, care poate duce la cașexie și în final la deces^{288,289,290};

i) *Bulimia*, care duce la creștere în greutate, cu dezechilibre hormonale importante (hipofizare, hipotalamice), denumită “*obezitate postencefalică*”²⁹¹;

j) *Dureri de cap, migrene*;

k) *Inversarea ritmului de somn*;

l) *Retard psihic*: este cu atât mai accentuat cu cât vârsta copilului este mai mică. Frank R. Ford, profesor de Neurologie la Institutul John-Hopkins, scria în 1937: “*La copii foarte mici, dezvoltarea mentală este blocată complet iar evoluția poate fi spre idiotie sau debilitate mentală*”²⁹²; adolescenții și adulții rămân normali sau cu un foarte mic deficit mental; encefalitele postvaccinale, după vaccinul antipertussis, erau atunci pe primul loc; encefalitele provocate de actualul vaccin DTP lasă și ele astfel de sechele;

m) *Epilepsie*^{293,294}: este una dintre cele mai frecvente sechele ale encefalitei postvaccinale (forma minoră sau majoră de boală);

Caz 1: După al doilea vaccin DTP, un sugar de 7 luni (Judy Glick) a făcut o criză de epilepsie, formă majoră (*Grand-mal*). Mai târziu, a mai avut două crize, iar acum este sub tratament antiepileptic. Majoritatea cazurilor de epilepsie nu sunt recunoscute ca fiind complicații postvaccinale din primele luni de viață.

Caz 2: După al doilea vaccin DTP, copilul Paul Hamill face febră ușoară, iar în a 6-a zi, în timpul mesei, face prima criză convulsivă, de aprox. 30 secunde. A doua zi crizele se repetă de 3-4 ori. A treia zi dimineața, începe să țipe dintr-o dată foarte tare, după care devine neliniștit, ca apoi să nu mai reacționeze deloc. Devenise “moale”. Totul durează vreo 30 secunde, după care își revine. După o lună, medicul îi administrează și a 3-a doză de vaccin, după care crizele devin mai frecvente, până la 100/zi, cu toate că era sub tratament antiepileptic (5 medicamente). La ora actuală, are un

²⁸⁸ Frank R. Ford, *Diseases of the Nervous System in Infancy, Childhood, and Adolescence*. Springfield:C. C. Thomas, 1937, 356; *Nervous and Mental Disease* 113:2, 1951, 110.

²⁸⁹ Christopher D Ward, “*Encephalopathy Lethargica and the Development of Neuropsychiatry*”, *Psychiatric Clinics of North America* 9:2,1986, 219.

²⁹⁰ Frank R. Ford, *op. cit.*, 355.

²⁹¹ Walter R. Kirschbaum, “Excessive Hunger as a Symptom of Cerebral Origin”, *J. Nervous and Mental Disease* 113:2, 1951, 110.

²⁹² Frank R. Ford, *op. cit.*, 356.

²⁹³ H. L. Coulter and Barbara Fisher, *op. cit.*, 1985, 69-84, 110-132

²⁹⁴ D. G. Hirtz, K. B. Nelson and J. H. Ellenberg, “*Seizures Following Childhood Immunizations*”, *J. Pediatrics* 102:1, January, 1983, 14-18.

retard psihic, are manifestări de autism și încă mai prezintă uneori crize epileptice²⁹⁵.

În trecut, când creștea mult frecvența cazurilor de epilepsie, se punea “vina” pe encefalitele epidemice (infecțioase), iar Annell adaugă la un astfel de comentariu, un adevăr neluat în seamă: “*Medicii ar mai putea spune că epilepsiile sunt deseori și urmarea vaccinurilor*”²⁹⁶. Majoritatea cazurilor de epilepsie nu sunt recunoscute ca fiind complicații postvaccinale din primele luni de viață. *Sindromul West sau spasmul infantil* este o formă “particulară” de epilepsie, fiind o sechelă a encefalitei postvaccinale. În 1964, Jeavons și Bower, după consultarea a 112 de copii cu acest sindrom, au constatat că “*Sindromul spasmului infantil sau Sindromul West este provocat de o encefalită alergică postvaccinală, după DTP*”²⁹⁷ (vezi cap. 4);

n) *Hipotonia membrelor*

Caz 1: După primul vaccin DTP, Alan Dombrowski reacționează puternic și se îmbolnăvește, fiind un caz tipic de hipotonie: “Când merge și se împiedică, nu poate reacționa, nu își poate întinde mâinile ca să se prindă de ceva. El cade pur și simplu pe față”.

Caz 2: “Winford Mills, născut în 1982, se îmbolnăvește după prima doză de vacin DTP, prezentând tulburări gastro-intestinale, otite și infecții ale căilor respiratorii timp de 6 săptămâni. În tot acest timp se observă un regres psihic și motor important, iar în ziua de azi are același IQ, al unui nou-născut, este mut și hipoton, și rămâne ca o păpușă de stofă, oriunde-l pui, culcat sau în fotoliu”²⁹⁸. Există și cazuri mai ușoare de hipotonie, când mamele observă după primul vaccin DTP modificări ale tonusului muscular, spre exemplu o accentuare a reflexului Moro, urmat la o lună de apariția “spasmelor sugarului”, etc.²⁹⁹;

o) *Boala Parkinson:* este o sechelă binecunoscută, încă din trecut, când s-a observat că ea survine la 1/3 dintre bolnavii encefalitici, mai ales după epidemia de gripă (porcină) din 1918³⁰⁰; Von Economo îl descria astfel: “Pacientul cu Parkinson, cu gura întredeschisă... era o apariție tipică, binecunoscută, a unei encefalite cronice”³⁰¹; același lucru îl observăm și după encefalita postvaccinală;

²⁹⁵ H. L. Coulter, *op. cit.*, 2004, 130.

²⁹⁶ Anna-Lisa Annell, “*Pertussis in Infancy – A Cause of Behavioral Disorders in Children*”, *Acta Societatis Medicorum Upsaliensis LXVIII*, Supp. 1, 1953, 69.

²⁹⁷ H. L. Coulter und Barbara Fisher, *op. cit.*, 1996, 132-136.

²⁹⁸ H. L. Coulter, *op. cit.*, 2004, 131.

²⁹⁹ *Ibidem*.

³⁰⁰ C. D Ward, “*Encephalopathy Lethargica and the Development of Neuropsychiatry*”, *Psychiatric Clinics of North America* 9:2, 1986, 216.

³⁰¹ Constantine Von Economo, *Encephalitis Lethargica; its Sequelae and Treatment*, London: Oxford University Press, 1931, 123.

p) *Spasticitatea, Hemiplegie, Hemipareză, Paraplegie, Tetraplegie* sau *Tetrapareză* se numără între sechelele encefalitei postvaccinale^{302,303}.

La majoritatea cazurilor găsim o combinație a cel puțin două afecțiuni: hipotonie și retard psihic, epilepsie cu retard psihic etc.

Evoluția encefalitei postvaccinale poate fi spre vindecare, fără sau cu sechele (cele enumerate mai sus), dar *de cele mai multe ori este spre o boală autoimună, neurologică*: autism, Sindrom MBD, scleroză multiplă, Sindrom Guillain-Barre etc.

10.) Legătura dintre stările alergice, encefalita postvaccinală și sindromul MBD

Pentru mulți mediciști, nu era o noutate ceea ce afirma Harris Coulter, și anume că *“o encefalită postvaccinală poate provoca boli alergice, așa cum și o predispoziție pentru boli alergice poate provoca, la un copil vaccinat, o encefalită”*. Doar că acum fenomenul devine cunoscut în mod oficial. Legătura care există între alergice, vaccinuri și encefalite a fost studiată încă din anii '30^{304,305,306,307,308}. *S-a observat că, din nefericire, nu era luată în calcul existența unei “hipersensibilități anafilactice” la cei care fac encefalite postvaccinale*³⁰⁹. La Universitatea de Medicină din Stanford, un studiu făcut în 1983 arată că *la copiii alergici, există o reacție de hipersensibilitate la vaccinul antipertussis*^{310,311}. Un specialist în Imunologie Pediatrică, din San Francisco, și un critic al vaccinului DTP, a făcut un experiment, arătând că și la animale există o reacție diferită la vaccinul DTP: unii reacționează într-un mod exagerat, alții nu reacționează deloc. Dacă

³⁰² H. L. Coulter and Barbara Fisher, *op.cit.*, 1985, 69-84, 110-132.

³⁰³ D. G. Hirtz, K. B. Nelson and J. H. Ellenberg, “*Seizures Following Childhood Immunizations*”, *J. Pediatrics* 102:1, January, 1983, 14-18.

³⁰⁴ K. H. Finley, “*Pathogenesis of Encephalitis Occurring with Vaccination, Variola, and Measles*”, *AMA Archives of Neurology and Psychiatry* 39, 1938, 1047-1054.

³⁰⁵ H. G. Miller and J. B. Stanton, “*Neurological Sequelae of Prophylactic Inoculation*”, *Q. J. Medicine* 24: 89, 1954, 1-27.

³⁰⁶ W. R. Warren, “*Encephalopathy Due to Influenza Vaccine*”, *AMA Archives Int. Med.* 97, 1956, 803-805.

³⁰⁷ Josephine B. Neal, *Encephalitis :a Clinical Study*, New York:Grune and Stratton, 1942, 77.

³⁰⁸ H. Bakwin, “*Cerebral Damage and Behavior Disorders in Children*”, *J. Pediatrics* 34, 1949, 376

³⁰⁹ H. G. Miller and J. B. Stanton, *loc. cit.*

³¹⁰ H. L. Coulter and Barbara Fisher, *op. cit.*, 1985, 132.

³¹¹ L. Steinman, Siram N. E. Adelman, S. Zamvil, H. O. McDevitt and H. Urich, “*Murine Model for Pertussis Vaccine Encephalopathy: Linkage to H-2*”, *Nature* 299, October 21, 1982, 738-740.

însă, înainte de a fi vaccinați, se injectează la șoarecii care nu reacționau o doză de histamină (care alergizează), ei reacționau apoi puternic la vaccin și mureau în urma unor convulsii epileptice, datorate encefalitei postvaccinale³¹².

Autismul este strâns legat de bolile alergice și alte anomalități ale sistemului imun. 4/5 dintre copiii și adulții cu autism, au boli alergice grave^{313,314,315,316}. *“Concentrația mare de serotonină (substanță ce provoacă stări alergice și anafilactice) la bolnavii cu autism, este dovada unei alergii cronice”*³¹⁷. Durerile abdominale, diareea sau constipația cronică pe care le observăm la autiști, sunt provocate în mod sigur de alergii alimentare. *Acești copii prezintă deja din primele zile de după naștere, colici accentuate, hipocalcemie și intoleranță la lapte*^{318,319,320}. Alte manifestări sunt: *gastroenterite, balonări, diaree alternând cu constipație etc.*^{321,322,323,324}. Cea mai gravă formă a unei astfel de alergii alimentare este *celiachia*. În anul 1953, când autismul încă nu era definit și se confunda cu schizofrenia, Lauretta Bender observase o creștere spectaculoasă a cazurilor de celiachie la așa ziii copii “schizofrenici”. *Rimland a fost primul care a făcut legătura dintre autism și celiachie*. El a sesizat încă din anul 1967 faptul că *“autiștii au frecvent tul-*

³¹² H. L. Coulter and B. Fisher, *op. cit.*, 1985, 208.

³¹³ B. J. Freeman and E. R. Ritvo, “*The Syndrome of Autism :Establishing the Diagnosis and Principles of Management*”, *Pediatric Annals* 13:4, April 1984, 286.

³¹⁴ S. M. Baker, “*Diagnostic and Therapeutic Strategies in an Autistic Child with a Positive Response to Taurine*”, in *Proceedings*, Annual Conference of the National Society for Children and Adults with Autism, Washington D.C., 1984, 14.

³¹⁵ E. G. Stubbs, M. L. Crawford, D. R. Burger and A. A. Vandenbark, “*Depressed Lymphocyte Responsiveness in Autistic children*”, *J. Autism* 7, 1977, 50.

³¹⁶ M. and W. Goodwin, “*In a Dark Mirror*”, *Mental Hygiene* 53:4, October 1969, 559, 563.

³¹⁷ Mary Coleman, *op. cit.*, 1980, 11.

³¹⁸ Mary Coleman, *op. cit.*, 1976, 202-204, 214, 222.

³¹⁹ P. Bergman and S. R. Escalona, “*Unusual Sensitivies in Very Young Children*”, *Psychoanalytic Study of the Child* 3-4, 1949, 337.

³²⁰ S. R. Lewis and S. van Ferney, “*Early Recognition of Infantile Autism*”, *J. Pediatrics* 56:4, April 1960, 510.

³²¹ Christopher Gillberg et al., “*The Sex Chromosomes-One Key to Autism?An XYY Case of Infantile Autism.*”, *Applied Research in Mental Retardation* 5, 1984, 355.

³²² E. G. Stubbs, E. Ash and C. P. S. Williams, “*Autism and Congenital Cytomegalovirus*”, *J. Autism* 14:2, 1984, 186.

³²³ S. S. Mnukhin, and D. N. Isaev, “*On the Organic Nature of Some Forms of Schizoid or Autistic Psychopathy*”, *J. Autism* 5, 1975, 106.

³²⁴ Mary Stewart Goodwin. and M. A. Cowan. “*Malabsorption and cerebral Dysfunction: A Multivariate and Comparative Study of Autistic Children*”, *J. Autism* 1, 1971, 48-62.

burări gastrointestinale”³²⁵. Un alt medic care a publicat studiile sale despre legătura dintre autism și celiachie este Mary Coleman, medic în Washington D.C.: “Din 78 de autiști, 8 aveau celiachie, deci cu puțin peste 10%. Alți 7 pacienți aveau simptome asemănătoare celor din celiachie”^{326,327}.

Hiperactivitatea și Sindromul MBD sunt însoțite frecvent de manifestări și boli alergice grave^{328,329,330}. Doris Rapp, medic specialist pediatru și alergolog din Buffalo, în urma unui interviu luat de Harris Coulter, relatează că “2/3 dintre copiii hiperactivi sau cu Sindromul MBD, suferă de alergii grave”. Dr Rapp mai adaugă: “În repetate rânduri am observat un regres după vaccinul DTP la copiii mici pe care i-am tratat pentru alergii. Înainte de vaccin, evoluția alergiilor fusese favorabilă, iar copiii învățau să vorbească și să umble. După vaccin, s-au agravat din nou alergiile, iar copiii nu au mai vorbit și nu au mai umblat de atunci”³³¹. Găsim aceste relatări descrise și în cele două cărți ale autoarei: *Copilul imposibil și Copilul hiperactiv și alergiile*^{332,333,334}.

Bolile autoimune precum bolile cronice reumatice, rinita alergică, celiachia, anemia pernicioasă Biermer ș.a., au ajuns la un loc de frunte în anii '50. *Norman Geschwind este cel care găsește într-un timp relativ scurt, o legătură strânsă între autism, bolile autoimune și dislexie.*^{335,336,337,338}. Alți autori

³²⁵ Ruth Christ Sullivan, “Hunches on Some Biological Factors in Autism”, *J. Autism* 5:2, 1975, 180.

³²⁶ Mary Coleman, *op. cit.*, 1976, 197-205, 214-215.

³²⁷ D. O'Banion, B. Armstrong, R. A. Cummings and J. Stange, “Disruptive Behavior: A Dietary Approach”, *J. Autism* 8, 1978, 327.

³²⁸ Norman. Geschwind, “Why Orton Was Right”, *Annals of Dyslexia* 32, 1982, 19.

³²⁹ D. K. Routh, Book Reviews in *J. Autism* 7, 1977, 417-421; B. J. Kaplan et al., “Physical Signs and Symptoms in Preschool-Age Hyperactive and Normal Children”, *Journal Devolepmental and Behavioral Pediatrics* 8:6, December 1987, 305-310.

³³⁰ Z. M. Backman, “The Relationship Between Learning Disabilities and Behavioral Manifestationwith Toxicity and Cerebral Allergy”, *The Digest of Chiropractic Economics*, May/June, 1985, 18-19

³³¹ H. L. Coulter, *op. cit.*, 2004, 162 (Interview with Doris J. Rapp, M.D., October, 1989).

³³² Doris J. Rapp, *Allergies and the hyperactive Child*, New York : Sovereign Books, 1979.

³³³ Doris J. Rapp, D. L. Bamberg, *The Impossible Child: in School, at Home*, Buffalo:Practical Allergy Research Foundation, 1986.

³³⁴ T. J. Randolph and Ralph W. Moss, *Allergies: Your Hidden Enemy*, Wellingborough, Northamptonshire:Turnstone Press , 1981.

³³⁵ Geschwind, Norman et al. “Why Orton Was Right?” *Annals od Dyslexia* XXXII, 1982. 19.

³³⁶ D. K. Routh, Book Review in *J.Autism* 7, 1977, 421.

³³⁷ B. J. Kaplan et al., *op. cit.*, 1987, 309.

³³⁸ Z.M. Backman, “The Relationship Between Learning Disabilites and Behavioral Manifestations with Toxicity and Cerebral Allergy”, *The Digest of Chiropractic Economics*, mai/june, 1985, 18-19.

au mers până acolo încât au considerat autismul ca fiind o boală autoimună. Oameni de știință din Israel, au constatat că *“la copiii autiști se dezvoltă o reacție imună, celulară, împotriva țesutului nervos. Acest lucru arată existența unui posibil mecanism patogenic autoimun în autism”*^{339,340,341}.

Demielinizarea și/sau mielinizarea insuficientă a nervilor are loc în urma unei agresiuni neurologice datorate vaccinurilor. Mielina este învelișul alb, lipidic, care învește nervii, izolându-le și având o funcție asemănătoare cu cea a unui gard electric. Dezvoltarea sistemului nervos a fătului (intrauterin), iar apoi a sugarului după naștere, are loc în două faze: la început apar fibrele nervoase, iar apoi începe procesul de mielinizare, de învelire a lor. *“Înainte de mielinizare, fibrele nervoase sunt expuse și foarte ușor lezabile, putând exista chiar și scurtcircuite între ele”*³⁴². *“Mielinizarea începe la naștere. La unii dintre nervi, începe doar din luna a 8-a, la alții mai târziu”*^{343,344}. *“În funcție de fiecare sector neurologic, mielinizarea continuă încă timp de 15 ani, iar la unii dintre nervi, se dezvoltă până la 45 de ani.”*³⁴⁵. Tot ceea ce perturbă procesul de mielinizare, va influența negativ dezvoltarea neurologică și psihică a copilului. Dacă mielina nu se formează la nivelul fibrelor nervoase sau dacă va fi distrusă de pe suprafața lor, după ce se formase deja (proces numit demielinizare), sistemul nervos al copilului va rămâne nedevelopat și imatur. Un nou-născut, și mai ales un prematur, este foarte expus unui astfel de pericol^{346,347}. *Cu alte cuvinte, o encefalită postvaccinală la sugar, provocată de vaccin, poate duce la demielinizarea nervilor și ca urmare, la leziuni neurologice.* Charles M. Poser

³³⁹ Ruth Christ Sullivan, *op. cit.*, 1975, 178.

³⁴⁰ Mary Coleman, *op. cit.*, 1976, 4.

³⁴¹ A. Weizman et al., *“Abnormal Immune Response to Brain Tissue Antigen in the Syndrome of Autism”*, *A. J. Psychiatry* 139:11, 1982, 1462-1465.

³⁴² R. D. Ciaranello et al., *“Intrinsic and extrinsic Determinants of Neuronal Development: Relation to Infantile Autism”*, *J. Autism* 12:2, 1982, 136.

³⁴³ *Ibidem*, 137; John. Dobbing, *“Effects of Experimental Undernutrition on Development of the Nervous System”*, în N. S. Scrimshaw and J. E. Gordon (eds), *Malnutrition, Learning and Behavior*, Cambridge: MIT Press, 1968, 184.

³⁴⁴ R. B. Dietrich et al., *“MR Evaluation of Early Myelination Patterns in Normal and Developmentally Delayed Infants”*, *Am J. Roentgenol.* 1988 Apr. 150 (4): 889-896.

³⁴⁵ John. Dobbing, *“Effects of Experimental Undernutrition on Development of the Nervous System”*, în N. S. Scrimshaw and J. E. Gordon (eds), *Malnutrition, Learning, and Behavior*, Cambridge: MIT Press, 1968, 184, 196; R. B. Dietrich, *op. cit.*, 1988, 893.

³⁴⁶ C. Amiel-Tison, *“Neurologic Disorder in Neonates Associated with Abnormalities of Pregnancy and Birth”*, *Current Problems of Pediatrics* III:3, January, 1973,6; John Dobbing, *op. cit.*, 1968, 196.

³⁴⁷ F. J. Menolascino and M. L. Egger, *Medical Dimensions of Mental Retardation*, Lincoln: University of Nebraska Press, 1978, 247.

de la secția de Neurologie a Facultății de Medicină Harvard, scrie: “*Aproape fiecare vaccin poate provoca o reacție inflamatorie, neinfecțioasă, la nivelul sistemului nervos... Are loc în final o lezare a vaselor... ce precede o demielinizare a nervilor*”³⁴⁸. Nu puțini autori (Isaac Karlin, Roland Ciaranello, Rosalind B. Dietrich etc.) au pus tulburarea de vorbire la copii pe seama unei încetiniri a mielinizării centrilor nervoși din scoarța cerebrală^{349, 350, 351, 352, 353, 354}.

Encefalomielia alergică experimentală (EAE)³⁵⁵

*Legătura dintre sindromul postencefalitic și demielinizarea sau mielinizarea insuficientă a sistemului nervos, este un adevăr de necontestat iar faptul că orice encefalită, indiferent de etiologie (postvaccinală, infecțioasă), poate duce la demielinizare, a fost demonstrat încă din anii '20*³⁵⁶.

Mecanismele care stau la baza acestui proces și ce rol joacă reacția alergică în producerea encefalitei au putut fi demonstrate abia în 1935, în urma unui experiment realizat de renumitul om de știință american *Thomas Rivers*. Până atunci, medicii au presupus că encefalita este provocată de o infecție virală sau bacteriană a sistemului nervos, cu intervenția directă a microbului asupra țesutului nervos. Când, în anii '20, s-au căutat acești presupuși agenți patogeni, ei nu au fost găsiți. “*Abia când Thomas Rivers a indus o encefalită la maimuțe prin injectarea acestora, de extracte sterile de substanță nervoasă de la iepure, a fost dezlegat acest mister*”³⁵⁷. Este vorba de “*encefalomielita alergică experimentală*”. Chiar și în ziua de azi, acest experiment a rămas ca model, folosit pentru cercetarea bolilor autoimune, a evoluției acestora și a consecințelor asupra sistemului nervos³⁵⁸.

³⁴⁸ C. H. Poser, “*Neurologic Syndromes That Arise Unpredictably*”, *Consultant*, January, 1987, 45-46.

³⁴⁹ Isaac Karlin, “*A Psychosomatic Theory of Stuttering*”, *J. Speech Disorders* 12, 1947, 319-322.

³⁵⁰ Isaac Karlin, “*Congenital Verbal –Auditory Agnosia*”, *Pediatrics* 7, 1951, 66.

³⁵¹ R. D. Ciaranello, “*Neurochemical Models of Infantile Autism*”, *Proceedings*, 1981 International Conference of the National Society for Children and Adults with Autism . Washington D.C., 1981, 187.

³⁵² R. D. Dietrich et al., *op. cit.*, 1988, 889-896.

³⁵³ R. D. Ciaranello, et al, *loc. cit.*

³⁵⁴ *Ibidem*, 137.

³⁵⁵ H. L. Coulter, *op. cit.*, 164-167.

³⁵⁶ R.D. Adams and M. Victor, *Principles of Neurology*, Second Edition. New York :McGraw-Hill, 1981, 658; Lauretta Bender, “*Burn Encephalopathies in Children*”, *Arch . Pediatrics* 60, 1943, 75.

³⁵⁷ Thomas M. Rivers and F. F. Schwentker, “*Encephalomyelitis Accompanied by Myelin Destruction Experimentally Produced in Monkeys*”, *J. Exp. Med.* 61, 1935, 689-702.

³⁵⁸ B. Arnason, “*Neuroimmunology*”, *New England J. Med.* 316:7, 1987, 406; John H. Menkes, *Textbook of Child Neurology*, Philadelphia Lea and Febiger, 1980, 375.

Deseori, encefalita este precedată de o erupție alergică din cadrul bolilor infecțioase sau de administrarea unui vaccin^{359,360}. În felul acesta, experimentul lui Rivers a putut explica și aceste fenomene. *De atunci, encefalita nu a mai fost considerată ca fiind cauzată de o infecție virală sau bacteriană a sistemului nervos. În felul acesta, a fost explicat și sindromul postencefalitic*³⁶¹.

Encefalita alergică experimentală este identică, ca mecanism de producere, cu encefalita care apare după rujeolă (cazuri rare) sau tusea convulsivă, sau după vaccinuri (foarte frecvent), când mielina joacă rolul “antigenului”^{362,363}.

În mod normal, în cazul encefalitei, este afectată o parte a sistemului nervos: meningele/encefalul/ trunchiul cerebral/ măduva spinării/ nervii sau o combinație a lor (ex.: meningoencefalita).³⁶⁴ În cazul encefalitei postvaccinale, la autopsie, se găsesc multiple leziuni mici, de culoare galben-roșietice în substanța albă din creierul mare, cerebel, trunchi cerebral și măduva spinării. *Leziunea caracteristică este lipsa mielinei*. Probele colorate arată o distrugere parțială sau totală a mielinei. Nervii (structura internă) sunt mult mai puțin afectați decât tecile de mielină care le învelesc³⁶⁵.

Dacă înainte de primul război mondial, existau cazuri foarte puține de encefalite postinfecțioase (după rujeolă, tuse convulsivă etc.), după anul 1920 medicii constată o creștere accentuată a acestora”. *Se știa că vaccinul antipertussis poate provoca deseori asemenea encefalite: un caz la 750 de copii vaccinați, cu o mortalitate de 20%*³⁶⁶. În 1959 s-a descoperit că acest vaccin provoacă alergii grave la toate tipurile de animale experimentale, motiv pentru care a fost folosit pe post de “adjuvant” în provocarea unei encefalite alergice experimentale³⁶⁷.

Encefalite postvaccinale au fost observate și după alte vaccinuri, mai ales după vaccinul antirujeolic.

³⁵⁹ Josephine B. Neal, *Encephalitis: a Clinical Study*, New York:Grune and Stratton, 1942, 461-462, 477.

³⁶⁰ Anna-Lisa Annell, *op. cit.*, 1953, 131.

³⁶¹ *Ibidem*, 77; Harry Bakwin, “Cerebral Damage and Behavior Disorders in Children”, *J. Pediatrics* 34, 1949, 376.

³⁶² B. Arnason, “Neuroimmunology”, *New England J. Med.* 316:7, 1987, 406.

³⁶³ T. Hemachudha et al., “Myelin Basic Protein as an Encephalitogen in Encephalomyelitis and Polyneuritis Following Rabies Vaccination”, *New England J. Med.* 316:7, 1987, 369-374.

³⁶⁴ R. D. Adams and M. Victor, *op. cit.*, 1981, 659.

³⁶⁵ H. H. Merritt, *Textbook of Neurology*, Sixth Edition. Philadelphia: Lea and Febiger, 1979, 102-103

³⁶⁶ R. Bannister, *Brain's Clinical Neurology*, Fifth Edition. Oxford:University Press, 1978, 408; R. D. Adams and M. Victor, *op. cit.*, 1981, 658.

³⁶⁷ J. Cherry et al., “Report of the Task Force on Pertussis and Pertussis Immunization”, *Pediatrics* 81:6 Part II, June, 1988, 943

La întrebarea, pusă tot mai des de părinți, “*de ce copiii din ziua de azi sunt mult mai alergici decât erau copiii în trecut?*”, putem răspunde că “*motivul este o intensificare a vaccinărilor efectuate în copilărie, mai ales în primul lor an de viață*”. Cu toate că nu infecțiile provoacă encefalitele (decât foarte rar), ci vaccinurile (DTP, ROR), Medicina folosește în ziua de azi, mai mult ca oricând, un argument fals pentru promovarea vaccinurilor și exploatează la maximum teama părinților față de niște boli infecțioase ușoare și banale, cum sunt “bolile copilăriei”, afirmând că ele sunt boli grave și periculoase.

Predispoziție genetică?

Numeroși cercetători au observat că, în aceeași familie apar deseori cele două forme de boli neurologice: autismul și sindromul MBD. Ei au luat în studiu 23 de familii. În 8 familii s-au găsit câte doi copii cu retard psihic (16 copii), dintre care 12 copii (6 perechi) aveau autism. Dintre cei 12 copii auțiști, șapte sufereau de tulburări gastro-intestinale. Din 4 familii, 5 copii au fost diagnosticați cu autism, schizofrenie sau celiachie^{368,369,370,371}. Autorii constată că, într-o singură familie există o patologie variată de boli autoimune: autism, schizofrenie, celiachie, eczeme cronice, tulburări de atenție și învățare.

Numeroase alte studii dovedesc că autismul este însoțit de o gamă variată de alte afecțiuni (“tulburări”), care debutează de obicei în primul an de viață sau în copilărie, iar ele se regăsesc în aceleași familii sau la alte persoane, înrudite cu ele. *Ceea ce aveau în comun aceste familii, erau alergiile, iar apoi bolile autoimune*³⁷². Este motivul pentru care au fost continuate cercetările legate de factorii genetici, care ar putea determina astfel de boli. “*Dar ei se află pe o cale greșită, fiindcă factorul genetic care trebuie cercetat este acela al unei ‘reacții particulare’ la vaccinuri, nu predispoziția genetică la autism*”, spune Harris Coulter. Niciun copil care se naște din părinți sănătoși, și după o sarcină cu o evoluție normală, nu este predispus să facă autism. Dar un copil perfect sănătos poate, prin constituția lui, să fie susceptibil la vaccinuri. Este adevărat că există

³⁶⁸ Mary Stewart Goodwin and M.A.Cowan, “*Malabsorption and Cerebral Dysfunction :A Multivariate and Comparative Study of Autistic Children*”, *J. Autism* 1, 1971, 49.

³⁶⁹ S. Folstein et al., “*Autism: Familial Aggregation and Genetic Implications*”, *J. Autism* 18:1, 1988, 3-26.

³⁷⁰ M. Coleman, *op. cit.*, 1976, 215, 221.

³⁷¹ Leo Kanner, “*To What Extent is Early Infantile Autism Determined by Constitutional Inadequacies?*”, în *Genetics and the Inheritance of Integrated Neurological and psychiatric Patterns*, 1954, 381.

³⁷² R. C. Sullivan, *op. cit.*, 1975, 177; F. C. Dohan, “*Coeliac Disease and Schizophrenia*”, *Lancet*, April 25, 1970, 897-898; J. N. Money, Bobrow and F. C. Clarke, “*Autism and Autoimmune Disease: A Family Study*”, *J. Autism* 1, 1971, 146-160

și o susceptibilitate genetică, iar familiile cu numeroase astfel de cazuri sunt dovada clară. *Dar la membrii acestor familii există o predispoziție genetică, de a reacționa exagerat și patologic la vaccinuri, după cum reiese din studiile lui Steinmans*³⁷³. ”*Dacă am elimina acești factori, iar copiii nu ar fi vaccinați, nu ar mai exista un număr atât de mare de boli autoimune în aceste familii și ar rămâne doar un rest mic de persoane cu asemenea tulburări neurologice*”³⁷⁴.

11.) Hiperactivitatea/Sindrom hiperkinetic/ Sindrom psihoorganic/Sindrom ADHD/MBD

De la apariția primelor simptome și până în prezent s-au încercat mai multe definiții și clasificări ale hiperactivității, fără să se ajungă la o definiție adecvată, motiv pentru care găsim în literatura de specialitate mai mulți termeni.

În anul 1930, Kahn și Cohen scriu despre o afecțiune nouă la copiii cu activitate hiperkinetică, agitați, incapabili de a sta cuminți, cu tulburări de concentrare, care le amintește de o *encefalită infecțioasă*. În 1947, Gerhard Gesell, un renumit psiholog pediatru, crede că anumite tulburări ale copilului preșcolar și școlar, au la bază *“leziuni cerebrale minime”*. Studiul acestor tulburări denumite ulterior *“disfuncții cerebrale minime”* (DCM) s-a intensificat.

În jurul anului 1955, la 10 ani de la apariția autismului, atenția medicilor pediatrii din America este și ea acaparată de noua manifestare patologică apărută la copiii școlari, sub forma unei tulburări nervoase, pe care o denumesc *“Hiperactivitate”*³⁷⁵. Copiii sunt mereu hiperactivi, depășind limita normalului. Părinții spun despre aceștia că sunt precoce, mergând în două picioare mai devreme decât alți copii³⁷⁶. Cu toate acestea, nu pot fi atenți, nu sunt interesați mai mult timp de un lucru, vorbesc continuu, la școală sau acasă, sunt extrem de nervoși, iar pentru cei din jur sunt insuportabili³⁷⁷. Acești copii se bat între ei, sunt mereu certați cu alții, fug ca sălbaticii, prin casă și pe stradă³⁷⁸. Un copil hiperactiv poate dormi toată ziua sau este fără vlagă, iar când se apropie seara devine tot mai activ și mai neliniștit. Noap-

³⁷³ L. Steinman, *“Murrine Model for Pertussis Vaccine Encephalopathy: Linkage to H-2”*, *Nature* 299, October 21, 1982, 738-740.

³⁷⁴ *Ibidem*; Connaught Laboratories, 1986.

³⁷⁵ H. L. Coulter, *op. cit.*, 78.

³⁷⁶ M.W. Laufer and E. Denhoff, *“Hyperkinetic Behavior Syndrome in Children”*, *J. Pediatrics* 50, 1957, 463.

³⁷⁷ H. L. Coulter, *op. cit.*, 122.

³⁷⁸ Annell, *op. cit.*, 1953, 75-76.

tea, copilul este extrem de agitat, râde, strigă și adoarme doar spre dimineață³⁷⁹. Harris Coulter arăta o statistică îngrijorătoare: “Numărul copiilor cu «tulburări de învățare», din școlile oficiale, a crescut de la 830.000 în anul 1958, la 3.234.000 în 1980 (National Center for Education Statistics), și crește în continuare, deși numărul elevilor scade...Este pură întâmplare că a crescut numărul acestor copii bolnav, tocmai în cele trei decade când s-a administrat vaccinul antipertussis?”³⁸⁰. În 1982, Vincent Fulginiti afirma: “Eu nu cunosc alt motiv care să fi dus la aceste tulburări grave de învățare, decât cele ale vaccinului DTP. Este normal ca, atunci când copilul face o encefalită, să rămână sechele de acest gen”³⁸¹. În anul 1963, în America, specialiștii numără în jur de 100 de semne și simptome care se asociază cu hiperactivitatea, motiv pentru care termenul de “Hiperactivitate” se schimbă în cel de “Disfuncție cerebrală minimă” (MCD). Profesorii de pediatrie de la Facultatea Yale scriau în 1984 despre aceste manifestări patologice că “ele au reprezentat în perioada respectivă cea mai răspândită tulburare psihică din Spitalele de Psihiatrie Infantilă”³⁸². Procentul copiilor școlari care suferă de această tulburare este estimat de unii autori la 15-20%³⁸³! Cu toate acestea, termenul de “Disfuncție cerebrală minimă” a fost considerat impropriu și a fost înlocuit, așa cum s-a văzut, cu denumirea de “Sindrom cu leziuni cerebrale minime sau MBD (Minimal Brain Damage Syndrome)”.

În Germania constatăm un lucru asemănător. În 1969, Manfred Müller-Küppers, în broșura *Das leicht hirngeschädigte Kind* (trad.: *Copilul cu o disfuncție cerebrală minimă*), scria, cu îngrijorare: “Numărul copiilor cu astfel de tulburări neurologice, crește iar manifestările clinice sunt foarte variate și mult mai complexe decât s-a crezut”. Elevii păreau să fie cei mai afectați, motiv pentru care și în Germania tulburările neurologice au luat denumirea de “hiperactivitate”, iar popular “*der Zappelphilipp*” (“Filip care țopăie”). Ei sunt copii agitați, se poartă zgomotos și sunt agresivi. Se vorbește uneori de ei ca fiind “copii foarte greu de educat”. În fosta RFG, în 1990, un număr de 1,4 milioane de copii sub 12 ani au fost tratați de către medicii

³⁷⁹ Frank R Ford, *op. cit.*, 1937, 355.

³⁸⁰ H. L. Coulter, B. Fisher, *op. cit.*, 1996, Germany, S. 197.

³⁸¹ *Ibidem*, 197-198.

³⁸² Sally E Shaywitz and A. Bennet, “*Diagnosis and Management of Attention Deficit Disorder: A Pediatric Perspective*”, *Pediatric Clinics of North America* 31:2, April, 1984, 429.

³⁸³ U. S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. National Institutes of Health “*Facts About Childhood Hyperactivity*”, Reprinted from *Children Today*, July-August, 1984; V. S. Cowart, “*Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Physicians Helping Parents Pay More Heed*”, *J. Amer. Med. Assoc.* 259:18, May 13, 1988 (b), 2647.

psihiatri pentru “Hiperkinezie”³⁸⁴. Părinții unui astfel de copil își amintesc: “*Fiul nostru se enerva foarte des și tare, arunca cu obiecte în jur, o mușca pe educatoare și nu se juca cu niciun alt copil*”. Alți părinți relatează: “*În primii 4 ani de viață, băiatul nostru era un copil vesel, sănătos, sociabil, cu o afectivitate normală. Pentru a-l înscrie la grădiniță, a fost nevoie să-i fac Penta-vaccinul (conține 5 vaccinuri). După aceea, comportamentul său s-a schimbat brusc și copilul a devenit de nerecunoscut. Mai târziu, la școală, aveam mereu reclamații din cauza lui: era agitat, nu era atent deloc, nu se concentra, nu își făcea temele...La fel este și acasă: hiperactiv, foarte dezordonat, fură, consumă multe dulciuri*”³⁸⁵. Ca și în America, termenul de “Hiperactivitate” a fost înlocuit la un moment dat cu cel de “Sindrom cu disfuncție cerebrală minimă” (MCD: *Minimale Cerebrale Dysfunction*). Joachim Grätz, în articolul său “*Encefalopatia – cauza directă a vaccinurilor*” (trad.) arată o statistică recentă din Germania, conform căreia un număr de 1,5 milioane de copii sunt tratați pentru Hiperactivitate (ADHD), asociată cu agresivitate, cu medicamente psihotrope³⁸⁶.

La un simpozion din Stuttgart, despre ADHD și cauzele acestuia, *Friedrich Klammrodt*, organizatorul simpozionului, prezintă un scurt istoric al vaccinurilor³⁸⁷ (asemănător cu cel al tuturor țărilor europene, inclusiv România):

- În anul 1972 existau 5 vaccinuri obligatorii la sugari! Toate vaccinurile erau administrate separat. Tot în acest an ia ființă organizația națională STI-KO în Germania (Comisia permanentă pentru vaccinuri).

- În anul 1975 încă nu se știa de sindromul ADHD!

- În 1976 crește numărul vaccinurilor deja la 12 și este pentru prima dată când se administrează simultan 2 vaccinuri.

- În continuare a crescut numărul vaccinurilor la 14, apoi la 32!

- În 1995 se folosește trivaccinul (3 vaccinuri combinate), apoi tetravaccinul (4 vaccinuri combinate).

- În 2006 s-a ajuns la 40 de vaccinuri la un singur copil, dozele fiind administrate între 1-6 ani! În 2006 se introduce pentru prima dată hexavaccinul la sugar (6 vaccinuri simultan!). Din acest an, frecvența sindromului ADHD crește foarte mult.

³⁸⁴ G, Buchwald, *op. cit.*, 2008, 245.

³⁸⁵ *Ibidem*, 246

³⁸⁶ Dr. Ing. Joachim F. Grätz, *Encephalopathien-Unabdingbare Folge von Impfungen*, Tisani Verlag.

³⁸⁷ Friedrich Klammrodt, “*Hat Impfen Sinn?*”, 16 Juli, 2009, Stuttgart, <http://embedr.com/playlist/5-6-stuttgarter-impfsymposium>)

În România hexavaccinul s-a introdus pentru prima dată în mai anul curent (2012).

În toate țările industrializate se constată probleme asemănătoare. În Elveția, în primăvara anului 1974, se vorbește despre “Sindromul Psiho-Organic” (PO), în cadrul unei întâlniri a Asociației ELPOS (Asociația părinților pentru copii și tineri cu tulburări funcționale psihoorganice ușoare). Sindromul “PO” se referă la un grup de simptome: agresivitate nemotivată, hiperactivitate, lipsa de concentrare. După o emisiune TV, cu participarea acestei Asociații ELPOS, au fost trimise peste 18.000 de întrebări din partea părinților.

Nu în toate țările termenul de “Sindromul MCD” a fost înlocuit cu “Sindrom MBD”.

Sindromul ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*: Deficit de Atenție și Tulburare Hiperkinetică) este denumirea nouă care le va înlocui pe cele trei: MCD, MBD și PO. Pe an ce trece, frecvența sindromului ADHD crește în întreaga lume, inclusiv în România.

Legătura dintre Hiperactivitate/ADHD și vaccinuri

Numeroase studii au demonstrat că între Hiperactivitate și vaccinuri este o strânsă legătură.

Există o legătură strânsă între Thiomersal (conservant cu mercur organic conținut în unele vaccinuri) și Sindromul ADHD, afirmă mai mulți oameni de știință. Modul în care mercurul poate provoca ADHD și alte boli neurologice autoimune este descris mai jos (vezi pct.12). La ora actuală, cazurile de ADHD depășesc cu mult pe cele de autism. “Aproximativ 5% dintre copiii născuți/an, suferă de Sindromul ADHD iar 1-2 copii dintr-o clasă au acest sindrom. Situația e și mai gravă în SUA, unde 9% dintre copii cu vârsta cuprinsă între 8 și 15 ani suferă de ADHD”³⁸⁸. O treime dintre acești copii (2,4 milioane) necesită medicamente, iar o altă treime medicamente “la nevoie”. Psihologii îi tratează pe acești copii cu ajutorul “terapiilor comportamentale”. Medicamentul cel mai folosit este *Ritalin*, care la adulți este folosit ca și antidepresiv... Cu Ritalin se dorește reglarea secreției crescute dopaminergică din creier la copii, liniștirea lor și creșterea puterii de concentrare și atenție. Ce efect vor avea pe termen lung aceste medicamente, nu este însă cunoscut, iar o vindecare a sindromului nu va fi posibilă.

³⁸⁸ T. E. Fröhlich et al., “Prevalence, recognition and treatment of Attention – Deficit/Hyperactivity Disorder in a national sample of US children”, *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*2007;161(9):857-864.

În trecut, epidemiile se soldau cu numeroase cazuri de encefalită infecțioasă iar simptomul cel mai frecvent la acești bolnavi, aflați în convalescență, era hiperactivitatea.³⁸⁹ Se credea atunci că tulburările de hiperactivitate vor trece o dată cu vârsta și copilul se va vindeca până va ajunge la vârsta adultă.

Astăzi se știe că acest lucru se întâmplă foarte rar și numai în cazurile ușoare. Hiperactivitatea este cea care uneori mai cedează, în schimb alte simptome, precum lipsa de atenție și concentrare, rămân, fără să existe un tratament alopatic³⁹⁰. Important de menționat este faptul că și în trecut s-a remarcat faptul că hiperactivitatea este o sechelă a encefalitei infecțioase. Dar hiperactivitatea poate fi la fel de bine și sechela unei encefalite postvaccinale.

Caz: Steven s-a născut sănătos și s-a dezvoltat normal până la vârsta de 2 luni și jumătate, când i s-au administrat *vaccinurile DTP* și *antipolio oral*. Noaptea, temperatura i-a crescut la 40 grade și țipa puternic, neîntrerupt. Aceste țipete au continuat, timp de 4 zile și 4 nopți. Medicul le-a spus părinților că este ceva trecător și să-i administreze Tylenol (Paracetamol), ceea ce au făcut, dar fără niciun rezultat. Cu timpul sugarul s-a mai liniștit, dar era în general mai agitat și altfel decât înainte de vaccin. După 3 luni i s-a administrat a doua doză de vaccin DTP. Din nou a făcut febră mare și scotea iar țipete stridente, timp de aproape 4 zile. Apoi, a început să se tragă de ureche și era mereu agitat. Uneori plângea fără niciun motiv. Tatăl său l-a dus la spital, unde s-a constatat că are otită. După o lună a primit și cea de-a treia doză de vaccin DTP. Reacția a fost aceeași: febră, plâns și otită, tratate cu antibiotice. În următoarele luni, Steven a devenit foarte agitat, se freca de frunte, apoi a început să facă strabism și avea uneori o privire fixă. Nu a stat în șezut decât la 10 luni. Chiar și la un an, mai prezenta aceste crize de țipete care durau timp de 30 de minute, de mai multe ori pe zi, fără niciun motiv. Nu vroia să fie ținut în brațe și se bătea cu capul de pereți. Cu toate că era aproape tot timpul sub tratament cu antibiotice, nu îi trecea otita... La vârsta de 16 luni, Steven încă nu umbla. Medicii îi linișteau pe părinți, spunând că unii copii sunt mai leneși și merg mai târziu, iar infecțiile acute ale căilor respiratorii superioare (IACRS) sunt ceva obișnuit. A tratat-o pe mamă ca pe o persoană isterică... După primul său vaccin, Nathan, fratele mai mic al lui Steven, nu a avut reacții adverse, ceea ce i-a bucurat pe părinți, dar i-a și surprins. La fel a fost și după celelalte vaccinuri... Când Steven avea 3 ani și jumătate, mama lui a început un regim alimentar special pentru copiii hiperactivi și cu tulburări de comportament. S-a observat imediat o ameliorare. Starea lui

³⁸⁹ A. L. Annel, *op. cit.*, 1953, 75-76.

³⁹⁰ H. L. Coulter, *op. cit.*, 77.

a necesitat însă terapie psihologică, de 3 ori/săptămână. Nu a putut urma o școală normală, a avut nevoie de un învățător privat...³⁹¹.

12.) Sindromul postencefalitic, autismul și sindromul MBD/ADHD

În urma studiilor sale, Harris Coulter a reușit să demonstreze că *cele două stări patologice, "Autismul" și "Sindromul MBD/ADHD", sunt sechele ale Encefalitei postvaccinale*, deci fac parte din "Sindromul postencefalitic, postvaccinal". Dovada este și paralelismul dintre simptomele acestor stări patologice, în care *partea afectată este sistemul nervos central (în special nervii cranieni), aparatul digestiv și sistemul imun*³⁹²:

- a. *Tulburările neurologice* cele mai frecvente, care au fost descrise în acest capitol, constau în: retard psihic, epilepsie, hipertonie sau hipotonie musculară, paralizie cerebrală, hiperactivitate și o tendință de a fi "stângaci" (bolnavul își folosește mâna stângă). Dacă sunt afectați nervii, vor exista defecte ale organelor de simț (ochi, urechi), vorbirea și respirația ("crize de apnee, cauza sindromul morții subite la sugar")³⁹³. Cele mai evidente tulburări neurologice datorate leziunilor nervilor cranieni sunt *dislexia și alte tulburări de învățare care aduc sistemul școlar american aproape de un colaps*. Alte simptome "restante" ale encefalite postvaccinale sunt cefaleea și tulburările de somn. Tulburările neurologice grave nu apar doar în cazurile când este evidentă o reacție postvaccinală acută sau o encefalită postvaccinală acută, ci mai ales în cazurile de encefalită postvaccinală subacută sau cronică.
- b. *Tulburările digestive* (de digestie și ale apetitului), asociate cu encefalitele postvaccinale, reprezintă cel puțin una dintre multiplele cauze de anorexie, bulimie și obezitate, apărute în America la sfârșitul sec. XX – începutul sec. XXI.
- c. *Tulburările sistemului imun* datorate sindromului postencefalitic.

Tulburările intelectuale și morale sunt la fel de importante. Chiar și pacienții afectați foarte puțin prezintă simptome precum: *egoism, narcism, "înstrăinare", impulsivitate, agresivitate, labilitate emoțională, teamă, paranoia, crize de furie, depresii, tendințe spre suicid*.

"Indivizii cu sindrom postencefalitic, suferă de 'fragmentarea gândirii', iar memoria lor este foarte slabă. Din acest motiv, ei nu pot gândi logic, și

³⁹¹ H. L. Coulter und B. Fisher, *op. cit.*, 1996, 228-241.

³⁹² H. L. Coulter, *op. cit.*, 2004, 155.

³⁹³ *Ibidem*.

ca urmare, nu au o “judecată sănătoasă”. Deseori ei își dau seama de acest defect major și încearcă să-l compenseze prin diferite forme de agresiune față de alții, prin tendința spre hipersexualitate, homosexualitate, suicid, dependență de alcool sau droguri. Este posibil ca toate aceste manifestări să fie o consecință directă a tulburărilor nervoase. Ele sunt tot mai frecvente în SUA în zilele noastre, dar și în celelalte țări occidentale”³⁹⁴.

România nu face excepție: au crescut cazurile de hiperactivitate/ADHD în rândul copiilor preșcolari și școlari. Numărul elevilor /adolescenților/tinerilor, cu tendințe spre suicid, agresiune (viol, crime), droguri și alcool, a crescut, de asemenea, în mod îngrijorător. Cu toate acestea, nimeni nu pune aceste “tulburări neurologice” (nu doar de comportament!) pe seama sindromului postencefalitic, provocat de vaccinurile din copilărie.

Cu toate că programul de vaccinare nu este vinovat de toate defectele neurologice și problemele sociale existente, totuși el aduce o contribuție enormă la apariția și extinderea lor rapidă, în întreaga lume. “Consecințele dezastruoase ale vaccinărilor, se vor vedea în următoarele decenii, dar adevărul nu va ieși la iveală decât dacă va exista interes în studierea lor... Până la ora actuală, legătura dintre tulburările neurologice și sindromul postencefalitic, încă nu este una oficială, fiindcă nu se dorește acest lucru, iar oamenii nu pot concepe că aceste vaccinuri pot fi cauza encefalitelor clinice și subclinice, atât de numeroase în lume”³⁹⁵.

Marele merit a lui Harris Coulter (decedat în 2008) este acela că și-a dedicat viața pentru a căuta acolo unde alții nu au dorit s-o facă... Renumita lui carte *Vaccination, Social Violence and Criminality. The Medical Assault on the American Brain* (din care am folosit traducerea în limba germană) cuprinde și alte capitole cu dovezi cutremurătoare, care nu fac subiectul acestei cărți, dar care ar trebui citite de fiecare dintre noi.

În paralel cu dovezile lui Coulter și ale celorlalți autori privind autismul și adevărata lui cauză, voi prezenta și “actuala” clasificare și definiție a tulburărilor cu spectru autist:

DSM III (*Diagnostical and Statistical Manual: Manualul de Diagnostic și Statistică*) include autismul infantil la capitolul “Tulburări pervazive de dezvoltare” (*Pervasive Developmental Disorders: PPD*).

DSM III introduce termenul de „pervaziv” pentru a sublinia natura serioasă și caracterul invadant al acestei tulburări care apare în procesul de dezvoltare al copilului, afectând atât comportamentul, cât și înțelegerea, limbajul, jocul și relațiile sociale.

³⁹⁴ Ibidem, 156.

³⁹⁵ Ibidem, 156-157.

În DSM-III R (revizuită), termenul de *autism* a fost înlocuit cu cel de *tulburare autistă*, în 1987.

În 1992, ICD 10 include și tulburarea Asperger în sistemul de clasificare. Se utilizează denumirea de tulburare pervazivă de dezvoltare (autismul infantil, autismul atipic, Sindromul Rett, tulburarea dezintegrativă a copilăriei, Sindromul Asperger). Același lucru se întâmplă în 1994, când, în DSM IV, apoi DSM IV-TR, se adaugă acestor tulburări a cincea formă: tulburarea pervazivă de dezvoltare fără altă specificație (PDD-NOS sau *autismul atipic*).

În 2002 se introduce termenul de *tulburare de spectru autist* (TSA), de către Wing și Cohen, iar în 2005 Miles vorbește de *autism complex* și *autism esențial*, cu grade de severitate și prognostic diferite. “Tulburările de spectru autist” (TSA) sunt un grup de tulburări incluse în tulburările de dezvoltare pervazivă.

Tulburările de dezvoltare pervazivă (PDD) sunt caracterizate printr-o deteriorare calitativă, severă și pervazivă în diverse arii de dezvoltare. Aceste tulburări sunt vizibile de regulă încă din primii ani de viață. Secțiunea tulburărilor de dezvoltare pervazivă (după DSM IV TR) cuprinde:

- tulburarea autistă;
- tulburarea Asperger;
- tulburarea Rett;
- tulburarea dezintegrativă a copilăriei;
- tulburarea pervazivă de dezvoltare fără altă specificație (PDD-NOS sau autism atipic).

TSA (tulburările cu spectru autist) includ:

- tulburarea autistă (autismul tipic);
- tulburarea Asperger;
- PDD-NOS (autismul atipic).

Termenul „tulburare de spectru autist” implică faptul că cele trei tulburări împart caracteristici comune, dar au și caracteristici unice, care le diferențiază. Severitatea deficitelor variază între cele trei diagnostice și la nivelul fiecărui individ diagnosticat cu TSA.³⁹⁶

III. Boli maligne provocate de vaccinuri

O parte din bolile maligne – respectiv **tumorile maligne și leucemiile** – au fost descrise în cap. 2, pct. 2: “*Primele vaccinuri antipolio și eșecurile lor*”.

Toate vaccinurile pot provoca cancer, constată autorii străini: “Dacă noi intervenim din afară, *prin vaccinuri*, și tulburăm formarea sistemului

³⁹⁶ <http://www.pulsmedia.eu/inpage/tulburarea-de-spectru-autist-la-copil/>

imun încă de la naștere, vor apărea și defecte serioase ale acestuia. Unul dintre nenumăratele exemple îl constituie leucemia limfatică acută, cea mai frecventă formă de cancer la copil (cu un vârf la 4 ani), când are loc o dezvoltare anarhică a leucocitelor tinere³⁹⁷. Această temă importantă, pe care nu o dezvolt aici, poate fi subiectul unei cărți.

IV. Adjuvanți și conservanți: otrava din vaccinuri

Am ales să tratez unul din cele mai importante subiecte, respectiv adjuvanții și conservanții din vaccinuri, în acest capitol, fiind strâns legat de patologia encefalitei postvaccinale.

Am văzut că “encefalita postvaccinală” este cauzată de “reacțiile toxice” date de adjuvanții și metalele din vaccinuri (mercur, aluminiu), alături de “schimbarea /dezechilibrul răspunsului imun” și de “reacțiile alergice” provocate de proteinele străine din vaccinuri, antibiotice etc. La această concluzie s-a ajuns destul de recent, fiindcă *în trecut nu au existat studii legate de “aditivii” toxici din vaccinuri*, motiv pentru care nu au putut fi implicați în producerea complicațiilor postvaccinale, inclusiv a encefalitei postvaccinale.

Unii dintre autorii studiilor amintite, printre care-l amintesc și pe Harris Coulter, au intuit foarte bine existența unei encefalite postvaccinale, neinfecțioase, cu o componentă alergică, posibil autoimună, dar au pus-o doar pe seama unei “*reacții particulare*” la vaccin (în special la antigenele modificate din vaccin), implicat fiind sistemul imun al copilului. Alții au demonstrat existența unei *encefalite demielinizante*, provocate prin mecanisme autoimune, în care sunt implicați adjuvanții din vaccinuri, metale grele, proteine străine alergizante etc., dar nu au putut explica modul în care are loc acest fenomen.

Recent, medici și cercetători din Occident au demonstrat că encefalita alergică postvaccinală poate fi indusă/provocată și de metalele neurotoxice din vaccin (mercur, aluminiu), chiar și în absența unei “reacții particulare” la vaccin. Este motivul pentru care cazurile de encefalite postvaccinale, iar apoi ale sechelelor acestora (sindromul postvaccinal), cresc în continuare în mod îngrijorător, de la an la an, în întreaga lume. Lanțul patologic este unul lung, iar modul în care substanțele neurotoxice din vaccin, respectiv metalele grele (mercur și aluminiu), contribuie la apariția unor astfel de boli cronice,

³⁹⁷ B. Ehgartner, *op. cit.*, 41-42.

neurologice, a fost descris de mai mulți autori: *Dr. med. Klaus Hartmann* (a lucrat timp de 10 ani la Institutul Paul-Ehrlich din Germania iar la numeroase conferințe unde participă, relatează despre experiența lui în domeniul vaccinurilor, punând accent mai ales pe efectele secundare ale componentelor din vaccinuri), *Dr. med. Harald Banzhaf* (de la Medicina Mediului, din Bisinger), *Dr. Joachim Mutter* (de la Medicina Mediului, Universitatea din Freiburg), *Dr. Dietrich Klinghardt* (neurolog german, practicant în America) care a pus bazele a trei mari și importante metode terapeutice moderne: Psiho-Kinesiologia, Terapia cu substanțe ortomoleculare și Dezintoxicarea de metale grele (mercur etc.) etc.³⁹⁸. Jurnalistul pe probleme medicale *Bert Ehgartner* are mai multe publicații despre efectul adjuvanților din vaccinuri, iar lista poate continua.

Robert F. Kenedy Jr. a fost și el interesat de acest subiect, când a aflat despre apariția autismului la mii de copii americani, provocat de mercurul din vaccinuri. În iunie 2000, un grup de oameni de știință ai conducerii s-au întâlnit cu autoritățile sanitare ale SUA (CDC, FDA ș.a.), în Simpsonwood Conference Center din Norcross/Georgia. La Adunare au participat și o serie de reprezentanți ai Ministerului Industriei, pentru a discuta despre studii noi, legate de efectul substanțelor toxice din vaccinuri asupra sănătății copiilor, în special a sugarilor. Era vorba despre Thiomersal (cu mercur organic, neurotoxic) care a contribuit în mod covârșitor la creșterea cazurilor de autism. Studiul se făcuse pe 100.000 de copii vaccinați. Unul din simpozanți declara că “ceea ce văzuse îl consternase”. Efectul neurotoxic al Thiomersalului declanșase un lanț de sindroame neurologice grave, ireversibile: tulburări de vorbire, deficit de atenție, hiperactivitate și autism! Începând cu anul 1991, de când CDC și FDA au adăugat Thiomersal la 3 tipuri de vaccin administrat sugarilor, incidența autismului crescuse de 15 ori, respectiv de la 1 caz din 2.500 de copii, la 1 caz din 166! S-a ajuns la concluzia că “Epidemia de autism” ar fi putut fi prevenită

³⁹⁸ Dr. Dietrich Klinghardt este fondatorul Academiei Americane de Terapie Neurologică, director medical al Institutului de Neurologie și șef de clinică la Centrul de Medicină Integrată, toate în Bellevue, Washington, SUA. De asemenea, este fondator și director al Academiei Klinghardt (Marea Britanie), al Institutului de Neurobiologie (Germania) și al CYNIK (Elveția). Klinghardt a studiat Medicina (1969-1975) și Psihologia (1975-1979) în Freiburg, Germania, susținându-și doctoratul cu o cercetare a implicării sistemului nervos autonom în afecțiunile autoimune. Au urmat câteva publicații. De la începutul carierei sale l-au preocupat sechelele rămase în urma intoxicațiilor cronice, în special cu plumb, mercur, poluanți din mediu și câmpuri electromagnetice. În perioada în care lucrat în India ca medic, a făcut cunoștință cu concepția răsăriteană a etiologiei bolilor, pe care a combinat-o cu pregătirea sa apuseană. Pe această bază și-a dezvoltat sistemul cu cinci nivele al Medicinii Integrative. (După <http://www.klinghardtaacademy.com/BioData/Dr-Dietrich-Klinghardt.html>)

dacă nu s-ar fi introdus această “otravă” în vaccinuri. Un senator republican, Ken Veenstra, care a controlat studiul, afirma: “După ce am studiat timp de 3 ani toate materialele studiului, am ajuns la concluzia că există într-adevăr o legătură strânsă între mercur și apariția autismului...Singur faptul că a fost o creștere cu 700% a cazurilor de autism în Iowa, în anii '90, imediat după înmulțirea vaccinurilor la sugari, este în sine o dovadă solidă”³⁹⁹.

A) Mercurul sau “otrava pentru nervi” – o altă cauză a bolilor neurologice autoimune

Generalități

Mercurul a fost folosit pentru prima dată de către medicul Girolamo Fracastoro din Verona – colegul medicului german Paracelsius – în terapia sifilisului. Tratamentul era cumplit, pacienții având dureri foarte mari, fără ca să poată fi salvați de această boală venerică. Majoritatea mureau de sifilis sau rămâneau cu sechele nervoase (tremor accentuat etc.). *Însuși Fracastoro, în anul 1546, atrage atenția asupra pericolului pe care-l prezintă toxicitatea mercurului.* Cu toate acestea, până în sec. XX, când se descoperă antibioticele, mercurul rămâne ca tratament de bază în tratarea sifilisului⁴⁰⁰.

Folosirea mercurului în componența vaccinurilor, devine un obicei începând cu sec. XX: în anul 1930 Compania Farmaceutică Eli Lilly din SUA folosește pentru prima dată Thiomersal drept conservant, la fabricarea vaccinului antidifteric. Un procent de 49,6% din această substanță conține mercur organic, neurotoxic. Pe vremea aceea vaccinurile nu erau individualizate, ci erau ținute în recipiente mai mari, de unde medicul folosea atât cât era necesar, după care se stocau în continuare în frigider. De aceea era nevoie de un conservant. Toxicitatea mercurului trebuia să apere vaccinul de bacterii și mucegaiuri. S-a luat această măsură fiindcă în anul 1928, imediat după vaccinare, au murit 11 copii. Deși era un lucru binecunoscut pentru cei de la Compania Eli Lilly, că și noul conservant va putea fi periculos pentru organism, ei au continuat să creadă că o doză mai mică de mercur nu ar putea fi toxică pentru sistemul nervos. *Această eroare a dus la folosirea timp de zeci de ani a mercurului drept conservant pentru majoritatea vaccinurilor. Singurele vaccinuri care nu conțin mercur sunt cele care au virusuri vii, precum vaccinul antirujeolic, antipolio etc., deoarece acesta ar distruge virusurile*⁴⁰¹.

³⁹⁹ Torsten Engelbrecht, Claus Köhnlein, *Virus-Wahn*, emuVerlag, 6. Auflage 2010, 253-265.

⁴⁰⁰ B. Ehgartner, *op. cit.*, 176-178.

⁴⁰¹ *Ibidem.*

În tot acest timp s-au auzit multe voci care atenționează asupra pericolului pe care îl reprezintă mercurul din vaccinuri, fiind o adevărată otravă pentru nervi. Doar la mijlocul anilor '90, Direcțiile de Sănătate din SUA, în urma unor studii legate de efectul mercurului asupra organismului, constată că Thiomersal reprezintă o reală problemă pentru sănătate. Deoarece numărul vaccinurilor s-a triplat între anii 1980-2000, a crescut mult și doza mercurului folosit la prepararea lor, depășind cu mult doza maximă acceptată de către OMS (Organizația Mondială a Sănătății) și de EPA (*Environmental Protection Agency*) din SUA. Un bebeluș de 5 kg nu poate primi o doză mai mare de 34 micrograme de mercur, conform EPA, și 159 micrograme, conform OMS (mult mai "îngăduitor"). *Un sugar care primește toate vaccinurile prescrise în primele 14 săptămâni de viață, adună în organism o cantitate de 187,5 micrograme de mercur. Or, această intoxicație a organismului are loc tocmai în perioada când se dezvoltă sistemul nervos al copilului*, extrem de sensibil în această fază. Pericolul cel mai mare s-a constatat la copiii născuți înainte de termen, cu o greutate mai mică decât normal. O lucrare arată că *este de ajuns vaccinul hepatitic B, care, administrat unui sugar mic (în România, el este administrat imediat după naștere!), depășește de 10 ori doza de mercur acceptată de către EPA*⁴⁰². Oficialitățile din SUA nu au tras nici atunci concluzia corectă, conform căreia ar trebui exclus mercurul din toate vaccinurile pentru sugari. În cele din urmă, în vara anului 1991, OMS atrage atenția producătorilor de vaccinuri ca de acum încolo să nu mai folosească Thiomersal pentru vaccinuri, cele din stoc fiind folosite însă în continuare... Același lucru l-au făcut, din pură comoditate, și cei din Uniunea Europeană... *În consecință, doar din anul 2001 (după 10 ani!) au început să apară pe piață vaccinuri pentru sugari, fără să conțină Thiomersal. Acest deziderat a fost mai greu de îndeplinit în cazul vaccinurile contra gripei. Cu toate acestea, nu a fost respectată decizia, iar în ziua de azi se produc în continuare vaccinuri cu Thiomersal, în special cele care au un termen de folosință mai îndelungat pentru conservarea lor: antigripale și antitetanos. Acest lucru se întâmplă conform recomandărilor exprese ale OMS-ului*⁴⁰³.

1) Acțiunea alergică a mercurului

Toate vaccinurile care conțin Thiomersal provoacă reacții alergice. Cel mai alergizant vaccin folosit recent, care a "sensibilizat aproape întreaga Austrie"

⁴⁰² G. V. Stajich et al., "Iatrogenic exposure to mercury after hepatitis B vaccination in preterm Children", *J. Pediatr.* 2000; 136:679-81.

⁴⁰³ B. Ehgartner, *op. cit.*, 179.

(Wolfgang Maurer, Wien), a fost cel împotriva FSME (boală bacteriană, provocată de înțepătura de căpușă) și împotriva meningitei meningococice.

2) *Legătura dintre mercur și bolile neurologice autoimune*

Legătura dintre dozele mari de mercur folosite pentru vaccinuri și creșterea accelerată a cazurilor de tulburări neurologice, în special autismul în rândul copiilor mici, este evidentă și nu mai poate fi ascunsă. *Când, în anul 1943, psihiatrul Leon Kanner, de la Spitalul Johns Hopkins din Baltimore, descrie primele cazuri de autism la copii, Thiomersal era folosit deja de un deceniu drept conservant pentru fabricarea vaccinurilor*⁴⁰⁴, însă nu era încă studiată neurotoxicitatea lui. Acesta este motivul pentru care *Leo Kanner credea că autismul este provocat în special de proteinele animale din vaccinuri*, la care copilul avea o “reacție particulară”. Ulterior se va demonstra că nu doar aceste proteine străine poartă “vina” sindromului postencefalitic la copii, ci și substanțele toxice din vaccinuri, în special metalele: mercur și aluminiu.

De mult timp nu se mai caută cauza autismului la o “genă defectă”. Unii autori au ajuns la concluzia că este nevoie de un “factor extern” (*trigger*) care să provoace boala. *“Este posibil ca acest trigger să fie Thiomersal. Ca urmare, trebuie studiată reacția particulară la vaccinuri a acestor copii (începând de la naștere!) care au și o posibilă predispoziție genetică. Noi însă căutăm doar gena, și asta prea târziu, când deja s-a instalat boala. Studii arată că «explozia» cazurilor de autism din SUA a avut loc între anii 1987-1992, când au fost introduse noi vaccinuri la sugari, cu un conținut în mercur de 3 ori mai mare ca înainte”*⁴⁰⁵.

3) *Studii:*

a) Despre efectele mercurului din vaccinuri aflăm din renumitul studiu american de la Universitatea din Calgary/California: *How Mercury Causes Brain Neuron Degeneration?* (trad.: *Modul în care mercurul provoacă o degenerescență nervoasă*), studiul fiind unul privat, finanțat de către Facultate, fără contribuția unor instituții de interes, precum companii farmaceutice, industria chimică etc. Studiul a fost realizat în anul 1997 și publicat în *Medical Journal*, unde a trezit interesul multor oameni de știință. Se arată în studiu cum în mod normal în primul an de viață al unui animal se dezvoltă neuronii și axionii (celulele nervoase și prelungirile lor), precum și sinapsele neuronale (conexiunile

⁴⁰⁴ *Ibidem*, 180-181.

⁴⁰⁵ Cj. Newschaffer et al., “National autism prevalence trends from United States special education data”, *Pediatrics* 2005, 115: 277-282.

dintre neuroni), prin stimularea acestui proces de însăși celulele nervoase. *În momentul în care se introduce o cantitate de mercur (mult mai mică decât cea conținută în vaccinuri!), se observă cum aceste conexiuni nu mai înaintează, ci dimpotrivă, se rup, fiind un proces definitiv!* Ca urmare, nu se mai dezvoltă un număr mare de conexiuni nervoase care nu pot avea decât un efect dezastruos asupra dezvoltării sistemului nervos la animal⁴⁰⁶. S-a observat că Thiomersalul se descompune în componentele lui (mercur + GTP) la nivelul creierului, unde mercurul fiind eliberat, acționează în același mod descris anterior asupra celulelor nervoase (Klinghardt). Descrierea studiului, dar și a rezultatelor și concluziilor, este foarte bine realizată de Dr. Klinghardt: “Univeristatea din Calgary/Canada a efectuat un studiu pe animale, la care au implantat plombe cu mercur radioactiv, care ulterior a putut fi vizualizate radiologic. În decurs de 24 de ore, întreaga coloană vertebrală era impregnată cu mercur, la fel și creierul, glandele suprarenale, ovarele (sau testiculele) și peretele intestinal. După 6 luni s-a făcut o noua radiografie la animale și s-a constatat ca mercurul nu se eliminase deloc....O parte din oi au fost sacrificate si s-a constatat ca toate aveau rinichii foarte bolnavi, aproape de o insuficiență renală... Când, în sfârșit, Conducerea a reacționat la acest studiu care a fost făcut public, și care părea că va revoluționa știința medicală, surpriza nu a fost una așteptată. Concluzia lor a fost: «A da, oi... Acestea sunt din punct de vedere genetic foarte departe de om». Ca urmare, nu a fost acceptat studiul ca fiind unul important raportat la om. Atunci a fost ales un alt model, mai apropiat omului: maimuța. Au fost din nou implantate plombele radioactive cu mercur și apoi radiografiate. După 24 de ore, efectul a fost același: mercurul era deja prezent în rinichi, glande suprarenale, ficat, perete intestinal și creier... Fritz Lohrscheider, un renumit profesor de fiziologie din Austria, a participat la acest studiu, alături de Murray Vimy, și care a fost făcut public într-o revistă medicală renumită, cunoscută sub numele de FASEB, tradusă și publicată în multe țări din lume. Mercurul, având o foarte mare neurotoxicitate, poate provoca toată gama de boli neurologice, inclusiv la persoanele tinere: *scleroză multiplă (SM), scleroză laterală amiotrofică, boala Alzheimer, boala Parkinson, tulburări de memorie, depresii cronice, migrene, tulburări de vorbire (bâlbâit), deficit de atenție, tulburări de vedere, tulburări de auz* etc. (Observăm că afecțiunile sunt aceleași ca și în sindromul postencefalitic postvaccinal!). Alte tulburări organice menționate sunt: *afecțiuni renale cronice, leucemie, tumori maligne* etc. Aproape fiecare tumoră examinată de cei doi autori conțineau o cantitate mai mare de mercur decât țesuturile din jur. Se presupune că tumorile pot fi o cale de “stocare și eliminare” a mercurului în

⁴⁰⁶ <http://www.youtube.com/watch?v=XU8nSn5Ezd8>

organism. Mercurul poate provoca și *tulburări psihice*. *Sistemul imun* este de asemenea grav afectat de mercur. Cei doi autori au observat că oamenii care au plombe cu mercur, prezintă o rezistență față de antibiotice⁴⁰⁷.

b) Oamenii de știință au cerut părinților “smocul de păr” al bebelușilor pentru a efectua studii toxicologice⁴⁰⁸. Ce s-a constatat a fost pentru început un paradox pentru toți: “În părul copiilor sănătoși cantitatea de mercur era de 8 ori mai mare decât la cei cu autism!”⁴⁰⁹. Cu cât autismul era mai grav, cu atât cantitatea de mercur din păr era mai mică. Acest lucru demonstrează faptul că “*acești copii cu autism nu pot elimina mercurul din organism, nici prin urină și nici prin păr. În schimb, metalul greu se acumulează în organism. O serie de studii arată că toți copiii cu autism au o concentrație mult mai mare de metale grele în organism decât cei sănătoși*”⁴¹⁰. Administrând copiilor cu autism medicamente care elimină metalele grele, mercurul era depistat imediat. Nivelul mercurului eliminat prin urină era de 3 ori mai mare (chiar de 6 ori) la copiii cu autism față de copiii sănătoși, luați în studiu. Acesta provine din Thiomersalul conținut în vaccinuri⁴¹¹. Martha Herbert, medic specialist în Neurologie Infantilă la Universitatea Harvard, a căutat o explicație. Studiind creierile acestor copii bolnavi de autism, a constatat că greutatea lor este mult mai mare decât normal. Cauza nu putea fi decât un exces de metale grele, care la rândul lor provoacă inflamații și infecții cerebrale⁴¹². În SUA, autismul este o afecțiune foarte răspândită. CDC (Centrul de Control al Bolilor din SUA) a făcut o statistică: dacă în anii '70 se înregistrau 1-2 cazuri la 10 000 de copii, la începutul noului mileniu, **1 copil din 166 suferă de autism!** Băieții sunt mai frecvent afectați: unul din 60, pe când fetițele mai rar: una din 250. Deși oficialitățile recunosc gravitatea situației, consideră în continuare că nu se știe exact cauza, iar mercurul singur (din vaccinuri) nu poate fi responsabil de acest lucru, deoarece omul ingeră acest metal din diferite alimente (spre exemplu pește) într-o cantitate mult mai mare decât există în vaccinuri. Total greșit. Ei trec cu vederea că este o diferență foarte mare între mercurul conținut în alimente și cel din vaccinuri. Thomas Burbacher, profesor la Facultatea de la Washington, Seattle, specializat în Medicina Muncii și a Mediului,

⁴⁰⁷ <http://www.hpz.com/insider/VortragKlinghardt.pdf>

⁴⁰⁸ B. Ehgartner, *op. cit.*, 183.

⁴⁰⁹ A. S. Homes et al., “Reduced levels of mercury in first baby haircuts of autistic children”, *International Journal of Toxicology* 2003; 22: 277-285

⁴¹⁰ R. Natf, et al., “Porphyrinuria in Childhood autistic disorder: Implications for environmental toxicity”, *Toxicology and Applied Pharmacology* 2006; 14:99-108.

⁴¹¹ J. Bradstreet et al., “A case-control study of mercury burden in children with autistic spectrum disorders”, *Journal of American Physicians and Surgeons* 2003; 8:76-79.

⁴¹² B. Ehgarner, *op. cit.*, 184.

a făcut cercetări pe maimuțe, studiind efectul mercurului alimentar și al celui din vaccinuri asupra sistemului nervos. *În vaccinuri mercurul din Thiomersal se află sub formă de etil-mercur, iar în alimente sub formă de metil-mercur.* Acest aspect foarte important nu a fost deloc studiat zeci de ani, deoarece se considera că mercurul din vaccinuri este rapid eliminat din organism. Unde s-a greșit? Eliminarea din sânge nu înseamnă și eliminarea din organism. Metalele grele dispar din sânge, dar ele se pot depune în organe! Profesorul Thomas Burbacher a constatat următorul lucru: etil-mercurul din vaccinuri nu se mai găsea în sânge deja după 8,5 zile de la vaccin, în schimb metil-mercurul din alimente dispărea din sânge mai târziu, doar după 21,5 zile. S-ar zice că într-adevăr, mercurul din vaccin se elimină mai repede decât cel din alimente. Dar calea de eliminare a mercurului în cele două situații era diferită: “Mercurul din alimente (metil-mercur) se elimină preponderent prin scaun și bilă și se regăsește în creier doar într-un procent de 10%, ca mercur anorganic (mai puțin toxic). *Mercurul din vaccinuri (etil-mercur) se elimină astfel: o parte prin urină și o altă parte trece din sânge în creier, transformat în mercur metalic, într-un procent de 71% (foarte toxic)...* S-a observat, de asemenea, că eliminarea mercurului metalic din creier se face de câteva ori mai încet decât din sânge. Acesta este și motivul pentru care mercurul toxic se stochează în creier”⁴¹³.

c) Intoxicația cronică cu mercur

Cum a fost dovedită neurotoxicitatea mercurului, aflăm de la Dr. Klinghardt, în urma numeroselor sale *studii*, despre care relatează cu ocazia mai multor Conferințe din Germania și SUA. În lucrarea de față am folosit materialele a două Conferințe din Germania (noiembrie 1996 și aprilie 2003)^{414,415}: “...Mercurul, fie că provine din vaccinuri, fie din plombe, trece cu ușurință în țesutul nervos și apoi îl distruge, fiind un metal neurotoxic. Nervul se aseamănă cu un cablu electric, dar care trăiește, se hrănește, deci este viu. În interiorul lui circulă substanțe hrănitoare, anticorpi și *neuropeptide* (substanțe secretate de celulele nervoase, cu rol în reglarea hormonală, în modularea informațiilor nervoase etc., fiind cunoscute la ora actuală cel puțin 100

⁴¹³ T. M. Burbacher et al., “*Comparision of blood and brain mercury levels in infant monkeys exposed to methylmercury or vaccines containing thiomersal*”, *Environmental Health Perspectives*, published online 21. April 2005.

⁴¹⁴ Dr. med. Dietrich Klinghardt et al. *op. cit.*, 2003, Germany.

⁴¹⁵ Dr. med. Dietrich Klinghardt, *Vortrag nr.1 : Schwermetalle Vergiftung-Entgiftung*, gehalten am 20. November 1996 auf Schloß Elmau bei Garmisch-Partenkirchenim Rahmen eines Seminars über Psycho-Kinesiologie, Germany, <http://www.power-for-life.com/Schwermetall-Ausleitung/vortrag1.html>

de neuropeptide). Aceste substanțe sunt transportate (“curg”) spre capătul lui și se varsă în sânge. Dacă mercurul pătrunde în nerv, sunt distruse toate aceste funcții, rămânând intactă doar electricitatea. În final, nervul poate muri. Celulele nervoase (neuronii) sunt conectate între ele prin acești nervi. Neuronii sunt celulele vii care au propriul metabolism, eliminând resturile prin tuburile nervoase. Ele secretă în spațiul presinaptic, niște substanțe care transmit informația nervoasă între neuroni, numite neurotransmițători (o grupă mare de substanțe care cuprind și neuropeptidele amintite anterior). Dintre cele mai importante sunt 4 substanțe: Dopamina, Noradrenalina, Sreotonina și Endorfinele, care formează un adevărat “cocktail mesager”, fără de care creierul nostru nu ar putea prelucra și transmite nicio informație. Ele joacă rolul cel mai important în tot ceea ce înseamnă sentimente pozitive (“al fericirii”, “al binelui” etc.), gândire, simțire, luarea unor decizii etc. *Scăderea secreției acestor substanțe este legată de apariția unor boli: boala Parkinson, Schizofrenie, sindromul ADHD ș.a.* Nervii intoxicați cu mercur nu mai pot îndeplini funcția de excreție a produselor reziduale din celulele nervoase și în final, celulele se vor intoxica (autointoxica) cu propriile resturi metabolice. *În consecință, în loc să iese din celule substanțele nocive, vor intra altele, la fel de toxice și care nu vor mai putea ieși: dioxina, aldehida formică (conținută și în vaccinuri) etc.* Din nefericire, toată lumea se concentrează în ziua de azi numai asupra acestor toxine care se găsesc în nervi, nu și asupra mercurului, care este singurul metal cu capacitatea de a “reține” în celulă o serie de toxine. Tot mercurul este cel care, o dată eliminat din celule, “va antrena”, împreună cu el, toate celelalte metale și substanțe toxice. S-a făcut un studiu la două grupuri de oameni care au avut aproximativ aceeași vârstă și care au decedat: unii de boala Alzheimer, alții de alte afecțiuni. S-a analizat creierul celor decedați, și anume conținutul lor în metale grele. S-a constatat un lucru uimitor: concentrația în zinc, cupru și aluminiu era aproximativ aceeași la toți cei decedați, în schimb *concentrația în mercur era de 4 ori mai mare la cei care au murit de Alzheimer....*

Simptomele intoxicației cronice cu mercur (fie datorată vaccinurilor, fie a plombelor cu mercur) sunt: *artrită cronică, dureri musculare, insomnie, migrene, tulburări de concentrare, tulburări digestive (constipație), candidoză digestivă* (mercurul este “fixat” de către levuri/ciuperci în intestin și o dată cu eliminarea mercurului din organism este tratată eficient și candidoza, dar nu și invers; prin tratarea candidozei, mercurul este pus în libertate și va trece în țesuturi și organe, cu precădere în creier). Dacă femeia gravidă are o intoxicație cronică cu mercur (fie din plombe, fie din vaccinuri, sau ambele),

60% din acest metal trece prin placentă la făt, la care poate provoca: autism, deficit de atenție și învățare, alergii, dermatită atopică, astm bronșic. La intoxicația fătului participă în mare măsură și tatăl copilului. Dacă acesta are o intoxicație cronică cu mercur (plombe cu amalgam ce conțin mercur etc.), se poate pierde la copil posibilitatea de a elimina mercurul. Plombele din aur conțin, alături de acest metal prețios, și multe alte metale care intoxica organismul: platină, cupru, argint, nichel și paladiu. (Coroana de "aur" a dinților conține în jur de 8-12 metale grele și 20-30 de resturi ce provin de la alte metale. Toate acestea pot provoca alergii.) Din studiile suedeze, știm că cele mai alergizante metale sunt nichelul și cuprul, mercurul fiind pe locul trei. **Bolile autoimune** – precum Lupus eritematos, sclerodermie, poliartrita reumatoidă, bolile tiroidiene, migrenele, colita ulceroasă, boala Crohn etc. – **sunt urmarea intoxicației cu metale grele.** Ce se întâmplă? Metalele grele, inclusiv mercurul, ajung în peretele intestinal și apoi în sânge. De aici ajung în celulele din ficat, rinichi, intestin, creier etc. Metalul este o *haptentă*, adică o substanță care se fixează pe celulă, după care aceasta nu mai este recunoscută de sistemul imun și va fi considerată o celulă străină (*non-self*), care trebuie distrusă. *Se vor forma anticorpi* împotriva acestor celule, denumiți *autoanticorpi*, deoarece atacă propriile structuri, respectiv organul intoxicat cu mercur: rinichi, articulație, tiroidă, mielina care învelește nervii (provocând demielinizarea nervilor), intestinul, pielea, țesutul conjunctiv etc. *Același mecanism îl poate provoca și titanul din implanturile dentare.* La pacienții cu astfel de implante s-a observat că la 4-5 ani apar diverse alergii și apoi debutul unei scleroze multiple sau a unei alte boli autoimune...

Un studiu epidemiologic a fost realizat în 1997, pe schelete umane de acum 400-500 de ani și schelete umane din ultimii 10 ani. S-a constatat că scheletele din ultimii ani conțin plumb într-o cantitate de 500-1000 de ori mai mare decât cele ale strămoșilor noștri!

Trebuie reținut un lucru important: intoxicația cu metale grele provoacă infecții cronice în organism cu levuri, microbi, virusuri și mycoplasme. Simptomele sunt, în majoritatea cazurilor, provocate de către aceste infecții. **Cea mai mare greșală pe care o face Medicina astăzi este, să trateze aceste infecții, în loc să fie eliminate mai întâi metalele grele.** Între timp s-a aflat că avem cu toții o gamă variată de neurotoxine în organism și care au împreună un efect sinergic, adică efectul lor crește foarte mult când acționează împreună și nu separat. Cu alte cuvinte, sinergie înseamnă că 1+1 poate fi 1000, ceea ce se întâmplă și în cazul neurotoxinelor. O dată cu eliminarea mercurului, toate celelalte metale grele sunt eliminate împreună cu

el. Neurotoxinele, adică metalele grele, care ajung în sânge, sunt mereu eliminate din ficat, prin bilă, ajungând în intestin. Într-un procent de 100%, ele sunt reabsorbite și ajung din nou în ficat, iar acest ciclu se repetă la nesfârșit, menținând organismul într-o stare de infecție cronică. Doar prin eliminarea metalelor grele pot fi tratate infecțiile și are loc vindecarea...

Incidența autismului la copii este în continuă creștere, numărul cazurilor se dublează tot la câțiva ani. Se știe că la autiști intestinul este puternic afectat. În “spatele” acestei infecții se află un sistem imunitar alterat din cauza vaccinurilor și a metalelor grele. Tratamentul este același: eliminarea metalelor grele și apoi instituirea unui regim alimentar. Este posibil tratamentul autismului, al epilepsiei și al tulburărilor de atenție încă din prima lor fază, de debut, cu ajutorul celor trei substanțe: *Chlorella*, *leurdă* și *coriandru*. Mercurul provoacă modificări ale metabolismului lipidic și leziuni importante ale mielinei (învelișul lipidic la nervilor). Prin ingestia anumitor uleiuri poate fi refăcut sistemul nervos lezat....”.

Observație: Dr. Klinghardt a vindecat 14 copii cu autism și numeroși pacienți cu scleroză multiplă, boala Alzheimer și boala Parkinson, migrene cronice etc. La ora actuală lucrează cu o echipă de medici în America, unde tratamentul lui a fost adoptat de către mulți alți medici, atât din America, cât și din Germania și multe alte țări europene. Nu avem decât de câștigat de pe urma studiilor acestui medic care a experimentat tratamentul pentru prima dată pe el însuși, reușind să se vindece de boli grave neurologice, provocate de o intoxicație cronică cu mercur (din amalgam). Metoda de eliminare a mercurului organic, neurotoxic, din creier și din întregul organism, o voi descrie în continuare, fiind o noutate în medicină.

Numeroși alți medici din Occident, vorbesc despre intoxicația cronică cu mercur din plombele cu amalgam, care poate provoca boli neurologice, în special boli autoimune. Efectul mercurului asupra creierului imatur al sugarului este desigur și mai mare. *Cantitatea de mercur din plombe este mult mai mică decât cea introdusă prin intermediul vaccinurilor.* Grav este faptul că “mercurul intoxică nu doar celulele nervoase, ci toate celulele din organism: mușchi, țesut osos, toate organele. La unii dintre oameni provoacă dureri extrem de mari la nivelul coloanei vertebrale, la alții provoacă migrene, la alții boli autoimune. Testele de sânge nu pot dovedi existența unei intoxicații cu mercur, deoarece acesta se află în țesuturi. Este nevoie de mobilizarea lui din țesuturi și eliminarea lui prin urină. Pentru asta există teste speciale, precum testul DMPS. Dar Asigurările medicale din Occident, inclusiv OMS, nu recunosc intoxicația cronică cu mercur, deci nici testele.” De ce? “Fiindcă fără test nu

există dovezi, iar fără dovezi nu există asigurare medicală – și implicit plata acestor teste”, afirma Dr. Banzhaf, în cadrul unei emisiuni TV din Germania. Pacienții suportă plata testelor DMPS. Dezintoxicarea cu perfuzii cu DMPS se face, de asemenea, pe banii pacienților. Dr. Joachim Mutter (de la Medicina Mediului, Universitatea din Freiburg), la aceeași emisiune TV, a răspuns și el la întrebări legate de intoxicația cronică cu mercur, afirmând că *“mercurul este cel mai toxic element din lume, după substanțele radioactive. Mercurul se difuzează din plombe direct în creier, de unde nu poate fi eliminat. Bolile autoimune pe care le provoacă sunt scleroza multiplă, poliartrita reumatoidă, scleroza laterală amiotrofică, boala Crohn ș.a., dar apar și depresii, tulburări de concentrare, insomnie, infertilitate, migrene etc. Un procent de 70% din aceste boli pot fi tratate prin dezintoxicația cu mercur. Cât despre boala Alzheimer, provocată de mercur; statistica este total inimaginabilă: în Germania, tot al doilea vârstnic care trece de 80 de ani are Alzheimer⁴¹⁶!*

d) Detoxifierea organismului. Eliminarea mercurului și a altor metale grele din organism⁴¹⁷

Eliminarea mercurului din organism a dus întodeauna la ameliorarea simptomelor și uneori la vindecarea bolilor neurologice. Acest lucru demonstrează, alături de numeroase studii, că mercurul și alte metale grele stau la originea bolilor cronice grave, cu precădere a bolilor neurologice.

Detoxifierea constă în eliminarea metalelor cu ajutorul unor substanțe care le leagă, numite “chelatoare”. Mercurul este principalul metal greu care trebuie legat și eliminat. *Substanțele chelatoare folosite în trecut, dar și cele aflate în uz la ora actuală, nu fac altceva decât să disperseze mercurul în organism, fără a-l elimina.* Pentru a evita circuitul inutil, hepato-entero-hepatic a mercurului, *Dr Klinghardt folosește o algă, numită Chlorella Pyrenoidosa, care leagă metalele grele, inclusiv mercurul, și le elimină din organism.* Chlorella este o algă a cărei membrană absoarbe, asemenea unui burete, metalele grele, pe care apoi le fixează. Alga fixează toate tipurile de metale, inclusiv Dioxina, aldehida formică și insecticide, ingerate o dată cu alimentele. O dată fixate de Chlorella, metalele nu mai pot fi reabsorbite la nivel intestinal și sunt eliminate. Alga conține două componente: una din ele mobilizează metalele din țesuturi, mai ales din celula nervoasă (!), care trec apoi în sânge; cea de-a doua componentă este o membrană care fixează metalele din intestin, ajunse aici din sânge.

⁴¹⁶ Interview mit Dr. med. Harald Banzhaf, Umweltmediziner, Bisinger (www.dr-banzhaf.de) über Amalgam und Auswirkungen auf den Organismus, 09.04.2009, <http://www.youtube.com/watch?v=T8EGj5wSQ-4&feature=related>

⁴¹⁷ Dr. Klinghardt, *op. cit.*, Vortrag 2, April 2003, Germany.

Analizând scaunul eliminat de pacientul care consumă alga (având intoxicație cronică cu metale grele), găsim în el cantități mari de metale grele. Mecanismele prin care alga poate mobiliza metalele din țesuturi, nu sunt cunoscute. Se presupune că prima componentă conține aminoacizi care sunt resorbite în sânge, trec apoi în țesuturi, de unde mobilizează metalele. Cealaltă componentă, membrana, rămâne în intestin, unde fixează metalele ajunse aici din sânge. Dacă administrăm doze mici de Chlorella, riscăm să mobilizăm cantități mai mari de metale decât putem fixa și elimina. Din acest motiv apar simptome ca: *dureri de cap, grețuri* etc., fiindcă o parte din mercur circulă în sânge, fără să poată fi fixat. Mercurul mobilizat vine în contact cu nervii, provocând dureri. Este motivul pentru care Dr. Klinghardt administrează doze mari de Chlorella, stabilite după anumite criterii stricte. Doar un medic cu experiență (cunoscând și studiind foarte bine cursurile lui Klinghardt) poate efectua un astfel de tratament. *Înainte de a fi descoperită această algă, nu a existat niciun produs care să mobilizeze mercurul din creier și orice fel de țesut nervos.* Medicina a folosit până acum o serie de substanțe chelatoare pentru mercur: DMPS, Penicilamina și DMSA, care sunt niște aminoacizi sau substanțe chimice ce conțin sulf. Aceste substanțe nu pot mobiliza mercurul din creier, ci doar din alte țesuturi, pe care-l elimină apoi prin rinichi. În trecut se credea că DMSA poate pătrunde în creier și mobiliza mercurul, dar s-a constatat ulterior că acest lucru nu se întâmplă. D-Penicilamina a fost folosită pentru eliminarea cuprului dar s-a constatat că este foarte toxică și poate pătrunde doar într-o cantitate foarte mică în creier, insuficientă pentru a mobiliza metalul greu.

Dr. Omura, din New York, a realizat un studiu pe voluntari, cărora le-a injectat o cantitate mică de metale radioactive, care pătrund în creier. A doua zi a observat că la una din persoane se eliminase deja întreaga cantitate de metal din creier, fără ca să-i fi administrat vreun medicament. A aflat apoi că acesta consumase cu o zi înainte o plantă numită coriandru (“pătrunjelul chinezesc”). După luni de studii, efectuate de data aceasta împreună cu Dr. Klinghardt, cei doi medici constată cu surprindere că această plantă are o capacitate extraordinară de a scoate metale grele din creier, ba chiar ajută la “repararea” celulei nervoase și a nervului lezat, după ce metalul le părăsește. *Au observat totodată că, o dată ce iese mercurul din nervi, atrage după sine și celelate metale grele: aluminiu, cupru, zinc, staniu*, dar și alte substanțe toxice: *dioxina, aldehida formică* etc. Întregul organism este practic “inundat” de aceste substanțe toxice, care nu puteau fi detectate înainte. Cei doi medici (Klinghardt și Omura) folosesc la ora actuală o tinctură de coriandru, administrând-o împreună cu Chlorella. După ce toxinele ies în sânge, apar

uneori simptome, deoarece la nivel de țesut mercurul vine acum în contact cu SNV (sistemul nervos vegetativ, simpatic și parasimpatic), provocând dureri de cap, dureri renale, musculare, dar și alte simptome: diaree, oboseală cronică, tulburări ușoare de vedere (senzația de oboseală). După ce metalele grele ajung în sânge, ele trebuie eliminate din organism. DMPS are această proprietate, fixând metalul, pe care apoi îl elimină prin rinichi. Ceea ce nu poate realiza DMPS este scoaterea mercurului din celula nervoasă. În Germania, calea cea mai des folosită, “elegantă”, este administrarea de DMSP, care se poate injecta intramuscular sau intravenos. Dr. Klinghardt a făcut un studiu și a injectat DMPS (în combinație cu un anestezic) *paraombilical, subcutan*, având în vedere că intestinul este locul unde se adună cea mai mare cantitate de mercur. Metoda este una nouă, dar foarte eficientă, deoarece elimină cantități de metale de sute de ori mai mari decât prin perfuzia generală.

Caz clinic: Un medic stomatolog avea tulburări neurologice grave. Dr. Klinghardt i-a administrat DMPS intravenos, dar s-a eliminat o cantitate foarte mică de mercur: 2 micrograme mercur/litru de urină. Atunci a injectat DMPS subcutan, paraombilical, după care a măsurat cantitatea de mercur din urină și a constatat cu mirare că *s-au eliminat 1.500 micrograme (1,5 mg!) mercur/ litru de urină*. Dacă cineva ar bea această cantitate de mercur, spune el, ar muri. Alte avantaje mari ale administrării de DMPS subcutan este doza necesară foarte mică și faptul că nu este afectat întregul organism. DMPS poate elimina din sânge (nu și din celulele nervoase!) metale precum mercur, arsen, staniu, cupru. Dr. Klinghardt a realizat un studiu în America, în colaborare cu 1000 de medici, care au folosit DMPS la 15-20 pacienți/zi, și în decursul celor 3 ani de studiu nu s-a constatat niciun fel de incident. Totul s-a făcut sub stricta lui supraveghere, prin măsurarea periodică a concentrației de metale eliminate prin păr (sunt analizate firele de păr) etc. Este motivul pentru care Dr. Klinghardt a introdus metoda și în SUA, după ce a acumulat experiență în Germania, unde, spune el, nu se folosește întotdeauna în mod eficient și corect această substanță și au existat uneori mici incidente. Cu toate acestea, spune Klinghardt, detoxifierea cu DMPS este o metodă excelentă și trebuie folosită de Medicină. Există și alte substanțe pe care le folosește la detoxifiere cum ar fi *Glutationul*, care este un antioxidant natural și pe care îl folosesc la ora actuală mulți medici în locul DMPS. *Cu Glutation, Dr. Klinghardt a vindecat cu succes multe cazuri de astm bronșic, tratamentul fiind de 3 săptămâni (prin inhalație). Glutationul fixează mercurul din neuronii de la nivelul plămânului și-l elimină, vindecând astmul bronșic. Aceasta este*

încă o dovadă clară că și astmul bronșic este o boală autoimună provocată deseori de intoxicația cu mercur, conținut în vaccinuri.

În urmă cu 200 de ani, nu se știa încă nimic despre metalele grele. O dată cu dezvoltarea industriei, cu începerea forărilor, au fost scoase la suprafață aceste metale în apa mărilor, râuri, lacuri, pânza freatică, alimente, fiind apoi folosite în producerea vaccinurilor, pe post de “adjuvanți”, dar și la carburanți etc. Spre exemplu, cantitatea de cadmiu eliminată din gazele de eșapament, este foarte mare. Nu există om, spune Dr. Klinghardt, care să nu fie intoxicat cu cadmiu, doar dacă nu a trecut niciodată pe lângă o mașină. Cadmiul “trăiește” în măduva osoasă și intoxicația cu cadmiu este una din cauzele leucemiei și osteoporozei la femei. O alternativă la DMPS este leurda sau “usturoiul sălbatic”. Dr. Klinghardt folosește *tinctura de leurdă, în combinație cu cea de coriandru și Chlorella, ca și cel mai simplu tratament de detoxifiere a organismului de metale grele.*

Caz clinic: “O pacientă avea dureri cronice de cap, de 12 ani, denumite «migrene». Cu toate acestea, simptomele nu arătau a fi o migrenă și i-am administrat 8 picături de coriandru într-o singură doză la cabinetul meu. I-au trecut durerile de tot, după doar o singură doză”⁴¹⁸, spune Dr. Klinghardt. Dr. Omura, care a descoperit acest tratament, l-a folosit în multe cazuri de cancer. Prin mobilizarea mercurului din tumori, sistemul imun se reface și reușește să învingă boala. Dr. Klinghardt a studiat efectul DMPS pe propria lui persoană, timp de 6 ani, pas cu pas, deoarece nu exista niciun studiu în acest sens. **Aflăm din literatura de specialitate că la ora actuală nu există niciun tratament alopatic care să scoată mercurul sau alte metale grele din creier**, ci doar câteva încercări eșuate, folosind DMSA.

Cele trei substanțe folosite de Dr. Klinghardt pentru detoxifiere – Chlorella, leurda și coriandrul – acționează sinergic (la fel cum acționează sinergic și metalele grele în organism). Este nevoie de un regim bogat în aminoacizi când se face detoxifierea, motiv pentru care, tratamentul la oamenii vegetarieni, poate fi periculos. A fi vegetarian, nu este o soluție, deoarece toate plantele posedă capacitatea de a absorbi substanțele toxice, inclusiv metalele grele. Dr. Klinghardt spune că toți cei care au folosit schema lui de tratament au eliminat o cantitate mare de mercur – prin aerul expirat, prin piele, păr, scaun și urină. Dacă una din cele trei componente ale tratamentului lipsește, nu se elimină practic nimic! **În efectul lor sinergic constă succesul tratamentului.** După fiecare 6 săptămâni de detoxifiere, Dr. Klinghardt face analize din păr, pentru a vedea cât mercur se elimină. Prin detoxifiere, mercurul

⁴¹⁸ *Ibidem.*

este scos din creier, de unde ajunge în sânge și apoi în păr. Aici, porțiunea de păr de 2,5 cm, măsurată de la rădăcină, corespunde ultimelor 6 săptămâni. Dacă cantitatea de mercur din păr crește continuu în aceste 6 săptămâni, știm că tratamentul este eficient.

“Nu este deloc indicată dezintoxicarea cu terapie prin biorezonanță și nici tratamente homeopate, respectiv mercur homeopat, fiindcă mercurul homeopat deschide membranele celulei pentru mercur și, în loc să iese mercurul din celulă, se întâmplă fenomenul invers: conform gradientului osmotic, va pătrunde în celulă mercurul, care se află în spațiul extracelular într-o concentrație mult mai mare decât în celulă”, afirmă Dr. Klinghardt. El a observat acest fenomen la majoritatea pacienților tratați de către terapeuți homeopați și cu biorezonanță.”⁴¹⁹ (Dr.Klinghardt are competență în homeopatie).

4.) Poziția Medicinii moderne

În România aceste tratamente nu sunt cunoscute și probabil nu vor fi nici recunoscute în curând, dar nu putem ignora la nesfârșit astfel de succese mari în tratarea bolilor neurologice grave, cum este autismul ș.a., provocate de mercur și alte metale conținute în vaccinuri, plombe etc. Cât timp însă, în laboratoarele noastre, nu se dozează (!) mercurul din sânge, păr, urină, scaun sau alte produse biologice, nu putem diagnostica o intoxicație cronică cu mercur și, desigur, nici s-o tratăm. În Germania, aproape că nu există mamă care să nu fi auzit de Chlorella!

Personal, am început studiul unui asemenea tratament de detoxifiere.

*Institutul de Medicină din SUA (una dintre cele mai înalte Instanțe Medicale) a recunoscut o posibilă legătură de ordin “biologic” între mercurul din vaccinuri și tulburările neurologice*⁴²⁰. Trei ani mai târziu “experții” consideră că nu există o astfel de legătură și că nu mai este nevoie de alte studii. *Dr. Thomas Burbacher* consideră că este cel puțin ciudată o astfel de atitudine, având în vedere că nu se cunoaște aproape deloc efectul toxic al Thiomersalului asupra sistemului nervos aflat în stadiu de dezvoltare și de maturizare. Să nu uităm că este vorba de o substanță toxică care se injectează la milioane de sugari chiar și la ora actuală! El își încheie articolul astfel: “Metil-mercurul (din alimente) nu este substanța de referință corectă prin care se poate studia și cunoaște efectul toxic al mercurului asupra sistemului nervos uman”⁴²¹. *Ar trebui folosit etil-mercurul din vaccinuri...*

⁴¹⁹ *Ibidem.*

⁴²⁰ Institute of Medicine, Immunization Safety Review-Thiomersal-containing vaccines and neuro-developmental disorders, *The National Academy of Sciences*, 2001.

⁴²¹ B. Ehgartner, *op. cit.*, 187.

Astfel de voci au rămas în minoritate. Cele mai multe studii epidemiologice în acest sens s-au făcut în Danemarca, unde s-a interzis folosirea Thiomersalului la fabricarea vaccinurilor încă din anul 1992⁴²².

Renunțarea la vaccinuri cu Thiomersal, dar nu de tot...

După ce a fost făcută publică descoperirea, în urma unui control de rutină, că există un exces de mercur în organismul sugarilor care au primit vaccinuri ce conțin Thiomersal, oficialitățile au reacționat, în sfârșit, și au pus la dispoziție bani suficienți pentru a studia mercurul cu care s-au vaccinat până acum sugarii și ce efect a avut asupra sănătății lor. Studiile lui Burbacher, care datează încă din 2005, sunt luate în considerare doar acum. Ca urmare, OMS interzice de acum încolo folosirea Thiomersal-ului la fabricarea vaccinurilor, dar numai în țările industrializate, pe când în țările în curs de dezvoltate, îl recomandă în continuare⁴²³!

Situația în care se afla OMS nu era una tocmai comodă. Trebuia să aleagă. Pe de o parte, creștea numărul de asociații de părinți cu copii autiști care acuzau producătorii de vaccinuri de greșelile lor fatale (era de înțeles că va fi vorba de sume mari legate de procese iminente), iar pe de altă parte, Industria Farmaceutică amenința că se va retrage de tot din producția de vaccinuri dacă nu va fi apărată de Lege. *În aceeași situație era și Știința Medicală. Era însă imposibil să te întorci în trecut și să recunoști că Medicina a greșit atâta timp...* Un nou studiu despre legătura dintre mercur și tulburările nervoase trebuia, deci, evitat. De aceea există acest compromis de a produce în continuare vaccinuri cu Thiomersal, dar numai pentru anumite țări...⁴²⁴

În România, vaccinurile antitetanos, antihepatitic A și B, conțin mercur organic, neurotoxic. Vaccinul antitetanos, administrat femeilor gravide în luna a 7-a de sarcină, conține aluminiu. Se știe că metalele trec prin placentă, putând provoca la făt numeroase boli renale (malformații sau boli autoimune) și boli neurologice. Vaccinul antihepatitic B este un vaccin "obligatoriu" și se administrează sugarului imediat după naștere. Vaccinurile antigripale conțin de asemenea astfel de metale toxice.

B) Aluminiul, "micul secret murdar" al imunologilor (*dirty little secret*)

Dacă în cazul mercurului se știa cu siguranță că era folosit în vaccinuri drept conservant, tocmai datorită toxicității lui, iar în cazul unei contaminări cu bacterii sau ciuperci, trebuia de la bun început să "le taie pofta", adică să

⁴²² K. M. Madsen et al., "Thiomersal and the occurrence of autism: Negative ecological evidence from Danish population-based data", *Pediatrics* 2003;112:604-606.

⁴²³ B. Ehgartner, *op. cit.*, 189

⁴²⁴ *Ibidem*, 191-192.

le distrugă, nu același lucru se poate spune despre aluminiu care este “*un metal ce se găsește în 2/3 din toate vaccinurile de pe piață și despre efectul cărui nu se știe practic nimic, dar fără de care vaccinul pur și simplu nu funcționează*”⁴²⁵. Charles Laneway Jr., imunolog la Universitatea Yale de la New Haven, denumește aluminiul, din aceste motive, drept “*dirty little secret*” (*micul secret murdar*) al imunologilor⁴²⁶.

Deși aluminiul este un metal “ușor”, din cauza toxicității lui, dar și a înlesnirii explicațiilor din carte, el este încadrat. împreună cu mercurul și alte metale, în categoria “metalelor grele”.

Folosirea aluminiului drept adjuvant (de la latinescul *adjuvare* = a sprijini) în vaccinuri are un istoric la fel de lung ca și mercurul. În anul 1931, *Alexander Thomas Glenn* publica deja descoperirea noului vaccin antitdiferic, pentru care a folosit aluminiu drept adjuvant. Cu toate că a trecut atâta timp de când este utilizat acest metal toxic la fabricarea vaccinurilor, *nu se cunoaște încă mecanismul lui de acțiune*⁴²⁷.

În anul 2006, apare pentru prima dată un articol scris de către imunologul scoțian James M. Brewer, intitulat “*Cum funcționează adjuvanții din aluminiu?*”⁴²⁸. În articol, el își exprimă mirarea că, *deși aluminiul este folosit de peste 70 de ani ca adjuvant, nu se cunoaște aproape nimic despre reacția chimică dintre acesta și antigenul din vaccinuri și nu există nici studii legate de efectul biologic al aluminiului în organism*. Singurul lucru cunoscut este că, în mod sigur, el crește răspunsul imun al organismului față de antigenul din vaccin. Acest lucru se realizează prin mai multe mecanisme: “*În primul rând, antigenul se leagă de adjuvant și este blocat în felul acesta prin efectul de depozit. De aici, antigenul se eliberează încet și în felul acesta, un număr mai mare de celule imune vine în contact cu antigenul, răspunsul imun fiind mai amplu (prin intermediul macrofagelor, celulelor dendritice și a limfocitelor)*”⁴²⁹. Rolul folosirii adjuvantului este de a amplifica efectul imun împotriva antigenului, fără a induce însă și o reacție imună împotriva lui însuși. După aceea adjuvantul ar trebui să fie eliminat din organism. Până aici este teorie... Dar experiența arată că, până la ora actuală, s-au folosit aproape în exclusivitate săruri anorganice, greu dizolvabile, care eliberează destul de greu antigenul. *Cele mai folosite sunt sărurile de aluminiu: fosfat de aluminiu și hidroxid de aluminiu*. “Avantajul” aluminiului (spune medicina) este că favorizează o producție mare de anticorpi, deci imunitatea umora-

⁴²⁵ *Ibidem*, 192-193.

⁴²⁶ Charles Janeway Jr., “*Approaching the asymptote Evolution and revolution in immunology*”, *Cold Spring Harb Symp Quant Biol* 1998; 54 Pt 1:1-13.

⁴²⁷ B. Ehgartner, *op. cit.*, 193.

⁴²⁸ James M. Brewer “(How) do aluminium-adjuvants work?”, *Immunology Letters* 2006; 102:10-15.

⁴²⁹ B. Ehgartner, *op. cit.*, 193.

lă (Th2, formatoare de anticorpi), dar nu și imunitatea celulară (Th1, cu implicarea limfocitelor T). Există vaccinuri care nu necesită adjuvanți, cum ar fi vaccinurile cu virusuri vii (*antirujeolic* etc), deoarece au suficientă “putere” ca să inducă o imunitate. Virusurile vii sunt deci propriii lor adjuvanți. Dar nici vaccinurile cu virusuri omorâte nu necesită de obicei adjuvanți, putând induce formarea de anticorpi (ceea ce nu înseamnă neapărat și imunizare). În schimb, vaccinurile care conțin doar “particule dintr-o bacterie” sau “proteine antigenice de suprafață” nu pot induce un titru suficient de anticorpi și necesită folosirea adjuvanților, respectiv a sărurilor de aluminiu.

Care este acțiunea sărurilor de aluminiu?

Sărurile de aluminiu *provoacă o infecție la locul injecției* care va fi un semnal de alarmă pentru sistemul imun. Sistemul nostru imun reacționează uneori într-un mod cu totul neașteptat, cum nu și-l doresc imunologii. *Este știut faptul că aluminiul provoacă deseori reacții alergice și chiar boli autoimune*. Nu sunt de neglijat nici reacțiile locale, provocate de aluminiu, fiind uneori foarte greu vindecabile. Sărurile de aluminiu se dizolvă greu, rămânând o iritație locală care provoacă mult timp dureri la locul injecției. Cu toate acestea, imunologii nu au găsit nici până la ora actuală o alternativă mai bună pentru aluminiu. O alternativă ar fi doar mercurul, un alt impediment... De aceea instituțiile oficiale preferă să nu facă studii care să descopere adevăratele efecte ale aluminiului asupra organismului. Producătorii de vaccinuri sunt cu atât mai puțin interesați să inițieze astfel de studii, periclitându-și vânzarea produselor atât de profitabile⁴³⁰.

Yehuda Shoenfeld, de la Centrul de Boli autoimune de la Universitatea din Tel Aviv, a publicat o serie de lucrări legate de cauzele acestor boli și a organizat un Congres în 2006, la care s-a luat în discuție și potențialul risc al vaccinurilor. El a prezentat modalitățile prin care vaccinurile pot provoca o autoagresiune și în consecință boli autoimune⁴³¹. În centru se află un mecanism (amintiti și în cap. 1), denumit “mimare moleculară”: molecule aflate la suprafața antigenelor seamănă sau pot fi chiar identice cu molecule proprii organismului. Poate fi o tactică a antigenului, dar poate fi și o pură întâmplare. Ea devine însă o problemă atunci când sistemul nostru imun reacționează și atacă celulele proprii. Așa se dezvoltă boala autoimună. Aici intră uneori în acțiune și aluminiul, care păcăleşte sistemul imun și orien-

⁴³⁰ *Ibidem*, 194.

⁴³¹ Moshe Tishler, Yehuda Shoenfeld, “*Vaccination may be associated with autoimmune diseases*”, *IMAJ* 2004;6:430-432, și Vered Molina, Yehuda Shoenfeld, “*Infection, vaccines and other environmental triggers of autoimmunity*”, 2005; 38(3):235-245.

tează celulele imune către niște proteine proprii ale organismului (self), care nu sunt de pe suprafața unor antigene (virus, bacterie) din vaccinuri. Atunci apare pericolul ca celulele imune să reacționeze împotriva propriilor celule. Un exemplu concret: un grup de cercetători de la Universitatea pentru Cercetare Vancouver din Canada au studiat efectul adjuvanților din vaccinuri pe cobai⁴³². Studiul s-a realizat în special pentru a căuta cauzele bolii, care a fost denumită apoi “*Sindromul războiului din Golf*”, de care au suferit mii de soldați care au luptat în primul război din Golf (1990-1991). “*Cauza suferinței nu erau nici armele cu Uraniu folosite la război și nici gazele neurotoxice din Irak, ci programul foarte sofisticat de vaccinare aplicat acestor soldați înainte de plecarea lor în Golf. Una din dovezi a fost apariția sindromului, atât la soldații plecați în Golf cât și la cei care nu au mai plecat la război și au rămas acasă, dar care au fost cu toții vaccinați. Cele mai grave simptome au fost cele nervoase, cu leziuni neuro-musculare importante (ex. Sindromul Lou Gehrigs = A.L.S.) Soldații francezi, nefiind tratați cu astfel de vaccinuri, nu au suferit de Sindromul Războiului din Golf*”⁴³³. Oamenii de știință din Canada au studiat atunci efectul aluminiului conținut în aceste vaccinuri pe două loturi de cobai: la primul lot s-a injectat o cantitate de aluminiu identică, raportată desigur la greutatea lor, iar la cel de-al doilea lot (martor) s-a injectat o soluție apoasă, neutră. S-a observat o diferență esențială în ceea ce privește forța musculară, ea fiind scăzută la jumătate, la cobaii vaccinați cu aluminiu. De asemenea s-a mai observat și o scădere accentuată a memoriei la acești cobai. “*La analiza celulelor nervoase din creier și măduva spinării, s-a constatat un adevărat dezastru. În centrele nervoase din creier, care au un rol esențial în coordonarea mișcărilor și în controlul muscular, **au murit un procent de până la 35% dintre neuroni**, iar un alt număr mare de neuroni din creier și măduva spinării erau pe cale de distrugere... Hidroxidul de aluminiu a provocat tulburări de mers și de comportament, observându-se prezența unui număr mare de neuroni aflați în apoptoză (stadiul premergător morții) în diferite regiuni ale sistemului nervos central și un mare număr de neuroni motori distruși din măduva spinării*”⁴³⁴. Oamenii de știință canadieni au prezentat cu această ocazie și multe alte studii făcute pe oameni și animale, care arată efectul dezastruos al sărurilor de aluminiu pentru sănătatea omului, prin activarea nu doar a bolilor nervoase, ci și a bolilor autoimune

⁴³² M. S. Petrik et al., “*Aluminium adjuvant linked to gulf war illness induces motor neuron death in mice*”, *Neuromolecular Med* 2007; 9 (1): 83-100.

⁴³³ B. Ehgartner, *op. cit.*, 197.

⁴³⁴ *Ibidem*, 198.

și a diferitelor alergii. Ei atenționează mai ales asupra pericolului pe care îl reprezintă aluminiul din vaccinuri pentru sugari: “*Utilizarea în continuare a adjuvanților cu aluminiu în diferite vaccinuri (hepatitic A și B, DTP = diftero-tetano-pertussis etc.) va putea avea repercusiuni grave pentru sănătatea copiilor pentru un timp îndelungat. Până nu se vor face studii despre siguranța vaccinurilor, și anume studii de control pentru o perioadă lungă în care să se studieze efectul lor asupra sistemului nervos, mulți dintre cei vaccinați se vor putea îmbolnăvi*”.

Se pune inevitabil întrebarea dacă riscul vaccinurilor nu este cu mult mai mare decât boala care trebuie prevenită. Din păcate, afirmă oamenii de știință canadieni, ei nu au primit nici o cerere legată de astfel de studii de la producătorii de vaccinuri sau alte firme farmaceutice. Studiile lor au fost finanțate de către două firme particulare de cercetare din Canada⁴³⁵. Așa cum am văzut la mercur, la fel se întâmplă și cu aluminiul când intră în nervi: va provoca distrugerea lor, motiv pentru care celulele analizate se află în faza de “apoptoză”, adică în faza de dinaintea morții lor. Se știe că acumularea de aluminiu în organism este corelată cu apariția demenței Alzheimer,⁴³⁶ având însă un rol secundar. Intoxicația cu mercur rămâne principala cauză a bolii Alzheimer.

C) Adjuvanți noi

Cei mai mulți adjuvanți noi, incluzând **MF59, ISCOMS, OS21, AS02 și AS04**, sunt mai toxici decât hidroxidul de aluminiu.

Care este motivul introducerii de noi adjuvanți?

Imunologii au realizat faptul că stimularea imunității umorale, formatoare de anticorpi, nu este poate atât de importantă ca și stimularea imunității celulare. Spre deosebire de “adjuvanții vechi”, cei noi nu stimulează doar imunitatea umorală (Th2, care atacă microbii din sânge), ci și imunitatea celulară (Th1, care atacă celulele modificate, îmbolnăvite). Celulele imune din ultima categorie (Th1) atacă orice fel de celulă care nu poate dovedi, cu ajutorul proteinelor de înveliș, că este proprie organismului (*self*) sau care dă semnale că produce proteine străine, împotriva organismului. Ca urmare, vor avea loc reacții exagerate, autoimune, cu formare de autoanticorpi și, în final, cu apariția bolilor autoimune⁴³⁷. Grav este faptul că riscurile la care este expus organismul uman din cauza noilor adjuvanți nu este încă bine cunoscut. Studiile sunt insuficiente și inexacte. Cu toate că imunitatea este stimulată doar

⁴³⁵ *Ibidem*, 198-199.

⁴³⁶ *Ibidem*..

⁴³⁷ Torsten Engelbrecht, Claus Köhnlein, *Virus-Wahn*, emuVerlag, 6. Auflage 2010, 304.

cu ajutorul acestor adjuvanți, *experții nu au putut dovedi faptul că anticorpii atacă doar antigenele (virale/bacteriene) și nu atacă și adjuvanții legați de aceste antigene, sau chiar celulele proprii organismului*. Se pune întrebarea: “Ce specificitate au anticorpii pentru diferiți agenți patogeni, respectiv pentru diferite boli? Se pare ca este suficient să injectăm adjuvanți vechi (hidroxid de aluminiu) sau o emulsie uleioasă cu Squalena, pentru a obține toate tipurile posibile de anticorpi”⁴³⁸.

Fățul este și el un corp străin, non-self, pentru sistemul imun, dar în mod normal, el nu este atacat, deoarece imunitatea celulară a mamei este redusă mult în timpul sarcinii (“toleranță imunologică”). Adjuvanții noi din vaccinuri “distrug” această toleranță imunologică și fățul poate fi respins de către organismul mamei și avortat^{439,440}.

1. Adjuvantul MF59 “a fost sintetizat în 1990, de către Compania farmaceutică Ciba-Geigy, care aparține la ora actuală Concernului Farmaceutic Novartis. MF59 este o emulsie uleioasă care conține Squalena, Polisorbat (Tween 80) și Sorbitantrioleat (Span 85)”⁴⁴¹. Studiile efectuate pe șoareci au arătat că adjuvanții uleioși induc probleme motorii și paralizii⁴⁴².

În literatura medicală găsim numeroase cazuri de boli autoimune care afectează vasele sanguine și rinichii – vasculite –, puse pe seama unor componente din vaccinul antigripal (Yanau-Berar 2002, Tavadia 2003)⁴⁴³; adjuvantul MF59, conținut în vaccinul antigripal, poate induce lupusul eritematos (Satos 2003)⁴⁴⁴. Numeroase alte complicații nervoase sunt puse pe seama vaccinului antigripal: la gravide, așa cum amintit naterior, stimulează imunitatea celulară TH1 prin care va fi respins fățul și avortat. S-au și întâmplat astfel de avorturi spontane. Squalena este un astfel de adjuvant⁴⁴⁵.

2. Adjuvantul ASO3 este prescurtarea “Adjuvantului System 03”, produs de către Compania Farmaceutică GlaxoSmithKline, și este o emulsie uleioasă. O doză de 0,5 ml de vaccin pandemic Pandemrix, conține 10, 69 mg Squalena, 11,86 mg vitamina E și 4,86 mg emulgator Polisorbat (Tween 80)⁴⁴⁶. S-a dovedit că Squalena a cauzat *numeroase boli autoimune* și “Sin-

⁴³⁸ <http://www.impfkritik.de/adjuvans/>

⁴³⁹ Torsten Engelbrecht, Claus Köhnlein, *op. cit.*, 2010, 305-307.

⁴⁴⁰ <http://www.impfkritik.de/adjuvans/>

⁴⁴¹ *Ibidem.*

⁴⁴² *Ibidem.*

⁴⁴³ T. Engelbrecht, C. Köhnlein, *op. cit.*, 305.

⁴⁴⁴ *Ibidem.*

⁴⁴⁵ <http://www.youtube.com/watch?v=AAvAPbdkkBU>

⁴⁴⁶ T. Engelbrecht, C. Köhnlein, *op. cit.*, 303.

dromul Războiului din Golf"⁴⁴⁷. Adjuvanții Scalena și Tween80 provoacă și *infertilitate la animale*^{448,449}, iar *Tween 80 este cancerigen și mutagen, prin producerea de mutații genetice*.

3. Borat de sodiu

Institutul Național pentru Sănătate al Americii consideră această substanță o otrăvă periculoasă. Ea a fost folosită în trecut pentru dezinfecție, până când a survenit moartea persoanelor care intrau în contact cu substanța. Efectele adverse ale sodiului borat sunt: *starea de vomă, diareea, urticarea, problemele respiratorii, dureri de cap și insomnii, febră, scăderea tensiunii, scăderea urinării, spasme ale mușchilor faciali, tremur al mâinilor și picioarelor, stare de confuzie mentală, convulsii și comă*. Efectele pe termen lung nu sunt cunoscute, deoarece până de curând sodium borat era considerat suficient de otrăvitor ca să se mai pună problema folosirii lui în alimentație sau în industria farmaceutică⁴⁵⁰.

Concluzie: *adjuvanții din vaccinuri, cu precădere cele care conțin metale grele, sunt responsabili de complicațiile grave postvaccinale, nu doar acute, ci mai ales cronice, autoimune, maligne etc., care pot debuta la orice vârstă (vârsta preșcolară, școlară și mai ales în adolescență, când au loc modificări hormonale importante în organism, cu implicarea sistemului imun), când nimeni nu mai este interesat să accepte sau să recunoască legătura lor cu vaccinurile "obligatorii" din copilărie.*

REPERE BIBLIOGRAFICE

Capitolul 3

1. Bert Ehgartner, *Lob der Krankheit. Warum es gesund ist ab und zu krank zu sein*, Bas-tei Lübbe Taschenbuch Verlag, 2008, Germany
2. Mihaela Stoica, *Adevărul*, 22 nov 2010: "Am ajuns să avem până la 10 cazuri noi de autism pe săptămână. Este o nenorocire!" <http://www.psihologiaonline.ro/component/fireboard/?func=view&catid=23&id=998&start=84>
3. <http://www.gandul.info/news/peste-un-milion-de-romani-sufer-a-de-o-boala-ra-ra-75-dintre-acestia-sunt-copii-9351697>

⁴⁴⁷ *How to stop bir flu instead of the vaccine-antiviral model*", *Science in Society* 35. 40-42, 2007, și "Vaccines may be linked to Gulf War Syndrome", *Chiroweb.com*, June 12, 2000.

<http://www.chiroweb.com/mpacms/dc/article.php?id=31730>

⁴⁴⁸ <http://www.swinefluupdate.us/%E2%80%9Cswine-flu%E2%80%9D-vaccine-has-adjuvants-that-impair-fertility.php> și http://infertility.suite101.com/article.cfm/polysorbate_80-causes_infertility

⁴⁴⁹ <http://www.impfkritik.de/zusatzstoffe/squalen.htm>

⁴⁵⁰ Torsten Engelbrecht, Claus Köhnlein, *Virus-Wahn*, EmuVerlag, 6. Auflage 2010, 310.

4. Maria Irina Brumboiu, Ioan Stelian Bocșan, *Vaccinuri și vaccinări în practica medicală*, Editura Medicală Universitară “Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca, 2005
5. Lista definițiilor RAPI – reacții adverse postvaccinale. http://www.amfms.ro/din_presa/627.html
6. Calendarul național de vaccinare din România – Ord. MS/ CNAS nr. 1591/1110/2010. http://www.sant.ro/informatii-utile/prevenire-si-control-boli-transmisibile/vaccinarea/legislatie-in-vigoare-1/OMS_CNAS%201591_1110_2010.pdf/view
7. Ute Quast et al., *Impfreaktionen. Bewertung und Differentialdiagnose*. 2. Auflage, Hippokrates, Stuttgart, 1977 Januar. <http://www.amazon.de/dp/3777310670/ref=nosim/?tag=yasni-21>
8. Martin Hirte, *IMPFFEN Pro&Contra. Das Handbuch für die individuelle Impfscheidung*, MensSana Verlag, 2008, Germany
9. K. R. Stratton, C. J. Howe, R. B. Johnston (Hg.), *Adverse Events Associated with childhood vaccines. Evidence Bearing on Causality*. Vaccine Safety Committee, Institute of Medicine. National Academy Press Washington D.C., 1994
10. Victor Cristea, Mircea Mițariu, Monica Crișan, *Imunologie Genrală și Oro-facială*, Editura Medicală Universitară “Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca, 2011 (ed. a II-a)
11. Graham A. Rook “*Educating the Immune System*”, *Science & Medicine* 1999; Volume 6 Number 4: 54-63 .<http://www.sciandmed.com/sm/journalviewer.aspx?issue=1043&article=588>
12. F.Mascart, M. Hainaut, A. Peltier, V. Verscheure, J. Levy, C. Loch, “*Modulation of the infant immune responses by the first pertussis vaccine administrations*”, *Vaccine*, 2007 Jan 4. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17116347>
13. H. Odelram, M. Granstrom, S. Hedenskog, K. Duchon, B. Bjorksten, “*Immunoglobulin E and G responses to pertussis toxin after booster immunization in relation to atopy, local reactions and aluminium content of the vaccines*”, *Pediatric Allergy and Immunology*, 1994
14. F. Imani, K. E. Kehoe, “*Infection of human B lymphocytes with MMR vaccine induces IgE class switching*”, *Clin Immunol*. 2001 Sep.(Division of Clinical Immunology, Department of Medicine, The Johns Hopkins University School of Medicine, Asthma and Allergy Center, 5501 Hopkins Bayview Circle, Baltimore, Maryland 21224, USA). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11513549>
15. R. K. Gupta, B. E. Rost, E. Relyveld, G. R. Siber, “*Adjuvant properties of aluminium and calcium compounds*”, *Pharm Biotechnol* 1995. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7551219>
16. J. M. Brewer, M. Conacher, C. A. Hunter, M. Mohrs, F. Brombacher, J. Alexander, “*Aluminium hydroxide adjuvant initiates strong antigen-specific Th2 responses in the absence of IL-4-or IL-13-mediated signaling*”, *J Immunol*. 1999. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10586035>
17. R. M. Bernsen, J. C. Van der Wouden, “*Letters: Is childhood immunization associated with atopic disease from age 7 to 32 years?*”, *Thorax* 2007.<http://thorax.bmj.com/content/62/10/925.2.extract>

18. K. L. Mc Donald, S. I. Huq, L. M Lix et al., "*Delay in diphtheria, pertussis, tetanus vaccination is associated with a reduced risk of childhood asthma*", *J Allergy Clin. Immunol.* 2008 Mar. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18207561>
19. R. Enriquez, W. Addington, F. Davis, S. Freels et al., "*The relationship between vaccine refusal and self-report of atopic disease in children*", *J Allergy Clin Immunol.* 2005 Apr. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091674905000266>
20. E. L. Hurwitz, H. Morgenstern, "*Effects of diphtheria-tetanus-pertussis or tetanus vaccination on allergies and allergy-related respiratory symptoms among children and adolescents in the United States*", *J Manipulative Physiol. Therap.* Feb 2000
21. P. Cortiel, *Fragebogen zu meinem ungeimpften Kind-Auswertung*, 5.6.2004. www.impf-portal.de/aktuell/fragebo/fraboaus10.doc
22. Harris L. Coulter, *Impfungen, der Grossangriff auf Gehirn und Seele. Vorwort und Anhang für die deutsche Ausgabe von Dr. med. Gerhard Buchwald*, 5. Auflage 2004, Hirthammer Verlag, Germany. Autorisierte Übersetzung : Dr.Konrad Dietzfelbinger
23. Harris Coulter (orig.), "*Vaccination. Social Violence and Criminality. The Medical Assault on the American Brain*", North Atlantic Books Berkeley, California. Center for Empirical Medicine Washington D.C., 1990.
24. Dr. rer. nat. Sabine Paul, "*Möglichkeiten der differenzierten Ursachensuche für eine nachteilige Therapie*" <http://www.yorktest.ro/pdf/24-neurodermitis.pdf>.
25. Dr. med. Dietrich Klinghardt, M.D., Ph. D. und Dr. Patricia Kane, Ph. D. *Vortrag 2 : Schwermetalle und ihre Wirkung auf unsere Gesundheit. Auszüge aus der Vorlesung an der ETH Zürich (Fachpublikum)*, April 2003, Germany, <http://www.power-for-life.com/Schwermetall-Ausleitung/vortrag2.html>
26. M. Geormăneanu, I. Gheorghina, *Imunitatea și Bolile Imunitare la copii*, Editura Medicală, București, 1983
27. Dr. Ing. Joachim-F. Grätz, *Encephalopathie – Unabdingbare Folgen von Impfungen*, Tisani Verlag, Germany . <http://www.tisani-verlag.de/Encephalopathie.pdf>
28. WHO: "*Help our children breathe-first world asthma day launched.*", *WHO* 1998 b. Press release 92. <http://www.who.int/inf-pr-1998/en/pr98-92.html>
29. Ulrich Bahnsen, "*Die Angst vor der Dunkelheit*", *Die Zeit* 22/2004, Germany
30. Jean-François Bach, M.D., D. Sc., "*The Effect of Infections on Susceptibility to Autoimmune and Allergic Disease (Review)*", *The New England Journal of Medicine*, 2002. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra020100>
31. H. Brandis, H. J. Eggers, W. Köhler, *Medizinische Mikrobiologie*, Gustav-Fischer-Verlag, Stuttgart. 7. Auflage 1994.
32. A. Burton, S. Waisbren, "*Acquired autoimmunity after viral vaccination is caused by molecular mimicry and antigen complementarity in the presence of an immunologic adjuvant and specific HLA patterns*", *Medical Hypotheses* 2008
33. J. Wahlberg, J. Fredriksson, O. Vaarala, J. Ludvigsson et al., "*Vaccinations May Induce Diabetes-Related Autoantibodies in One-Year-Old Children*", *Ann NY Acad Sci* 2003. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14679101>
34. M. Montinari, "*Role of immunogenetics in the Diagnosis of Postvaccinal CNS Pathology*", Presentation in Neapel, 9.5.1996, to the Associazione per la Libera Università Internazionale di Medicina Omeopatica, Samuel Hahnemann(LUIMO). <http://www.trufax.org/vaccine/coulter3html>

35. J. Bradstreet, "Biological evidence of significant vaccine related side-effects resulting in neurodevelopmental disorders", Presentation to the Vaccine Safety Committee of the Institute of Medicine. *The National Academics of Science*, 9. 2.2004. <http://www.nationalautismaassociation.org/pdf/IOM-Bradstreet.pdf>
36. T. G. Kimman, "Risks connected with the use of conventional and genetically engineered vaccines", *Veterinary Quarterly*, 1992. <http://ourworld.compuserve.com/homepages/POSchneider/Links/impfung.pdf>
37. M. Satoh, Y. Kuroda, H. Yoshida, K. M. Behney et al., "Induction of lupus auto-antibodies by adjuvants. (MF59)", *J Autoimmun* 2003. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12892730>
38. G. Ravel, M. Christ, F. Horand, J. Descotes, "Autoimmunity, environmental exposure and vaccination: is there a link?", *Toxicology* 2004
39. S. Havarinasab, P. Hultman et al., "Immunosuppressive and autoimmune effects of thimerosal in mice", *Toxicol Appl Pharmacol* 2005 Apr 15. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15808517>
40. H. Reiber, B. Davey, "Desert-storm-syndrome and immunization", *Arch Internal Med* 1996
41. L. Gherasim, *Medicină Internă. Bolile digestive hepatice și pancreatice*, vol. 3, Editura Medicală, București, 1999
42. L. Gherasim, *Medicină Internă. Bolile cardiovasculare și metabolice*. vol. 2, Editura Medicală București, 1998
43. J. Barthelow Classen, MD, "Diabetes epidemic follows hepatitis B immunization program", *New Zealand Medical Journal* 1996.
44. K. Poutasi, "Immunization and diabetes", *N. Zealand Medical Journal* 1996
45. M. Dokheel Thomader, "An epidemic of childhood diabetes in the United States?", *Diabetes Care* 1993. <http://care.diabetesjournals.org/content/16/12/1606.full.pdf>
46. S. G. Gardner et al., "Rising incidence of insulin dependent diabetes in children under 5 years in Oxford region : time trend analysis", *BMJ* 1997. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9314756>
47. J. B. Classen, D. C. Classen, "Clustering of cases of type diabetes mellitus occurring 2-4 years after vaccination is consistent with clustering after infections and progression to type 1 diabetes mellitus in autoantibody positive individuals", *J Ped Endocrinol Metab* 2003 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12793601>
48. Gherasim, L., *Medicină Internă. Bolile aparatului respirator și locomotor*, vol. 1., Editura Medicală, București, 1998
49. Vitiligo. http://www.paginamedicala.ro/boli-afectiuni/Vitiligo_219/
50. Vitiligo – ce este și cum se tratează, <http://www.eva.ro/sanatate/medicina-general/vitiligo-ce-este-si-cum-se-trateaza-articol-12828.html>
51. <http://www.vitiligo.ro/info/cauzele-vitiligo>
52. <http://f3.webmart.de/f.cfm?id=357215&r=threadview&t=2076445&pg=1>
53. Arznei-Telegramm (AT), Nr.12/2001 ; Nr 4/1997
54. Dr. med. Georg Kneissl, "Hat Impfen Sinn?", 16 Juli, 2009, Stuttgart, <http://embedr.com/playlist/5-6-stuttgarter-impfsymposium>
55. M. A. Hernan, S. S. Jick, M. J. Olek, H. Jick, "Recombinant hepatitis B vaccine and the risk of multiple sclerosis: A prospective study", *Neurology* 2004

56. Theodor Quast, "Impfungen und Impffolgen". <http://www.med.uni-muenchen.de/fachschaft/homeopathy/>
57. R. K. Gherardi, M. Coquet, P. Cherin, F. J. Authier et.al., "Macrophagic myofasciitis (MMF): an emerging entity", *Lancet* 1998
58. http://vaccinesafetyconference.com/pdf/Gherardi/Gherardi_PPT.pdf
59. R. K. Gherardi, "Lessons from macrophagic myofasciitis: towards definition of a vaccine adjuvant –realated syndrome", *Rev. Neurol* 2003
60. F. L. Authier, P. Cherin et al., "Central nervous system disease in patients with macrophagic myofasciitis", *Brain* 2001 Mai. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11335699>
61. A. G. Lacson, C. A. D'Cruz, E. Gilebert-Barness, L. Sharer, S. Jacinto, R. Cuenca, "Aluminium phagocytosis in quadriceps muscle following vaccination in children : relationship to macrophagic myofasciitis", *Pediatr Dev Pathol* 2002
62. A. DiMuzio, M. Capasso, A. Verrotti, D. Trotta, S. Lupo et al., "Macrophagic myofasciitis :an infantile Italian case", *Neuromuscul Disord*, 2004
63. Kanner, Leo, "Autistic Disturbances of Affective Contact." *The Nervous Child II* (1942-1943). http://www.neurodiversity.com/library_kanner_1951.html
64. Leo Kanner, "Early Infantile Autism", *J Pediatrics* 25, no. 3, 1944 (DOI: [10.1016/S0022-3476\(44\)80156-1](https://doi.org/10.1016/S0022-3476(44)80156-1))
65. P. Margaret, "The National Society for Autistic Children in Britain", *J. Autism* 3; 1973
66. Harris L. Coulter and Barbara L. Fisher, *DTP: A Shot in the Dark*, New York: Harcourt Brace Jovanovich, 1985
67. Leo Kanner, "To What Extent is Early Infantile Autism Determined by Constitutional Inadequacies?", in *Genetics and the Inheritance of Integrated Neurological and Psychiatric Patterns* (Baltimore: Williams and Wilkins, 1954), being Vol. 33 of the *Proceedings of the Association for Research in Nervous and Mental Disease*, 1954
68. Mary Coleman, *The Autistic Syndromes*, Amsterdam: North Holland Publishing Company, 1976
69. American Psychiatric Association, 1987. Figures also supplied by National Society of Autistic Children and Adults
70. Leon Eisenberg, "The Autistic Child in Adolescence", *A. J. Psychiatry* 112, January-June, 1956
71. J. R Bemporad, "Adult Recollections of a Formerly Autistic Child.", *J. Autism* 9:2, 1979. <http://lib.bioinfo.pl/pmid:479101>
72. Donald J. Cohen, "The Pathology of the Self in Primary Childhood Autism and Gilles de la Tourette Syndrome", *Psychiatric Clinics of North America* 3:3 , December 1980
73. Fred R. Volkmar and Donald J. Cohen, "The Experience of Infantile Autism: A First-Person Account by Tony W.", *J. Autism* 15: 1 ; 1985
74. Bernard Rimland, *Infantile Autism: The Syndrome and Its Implications for a Neural Theory of Behavior*, New-York , Appleton Century Crofts, 1964. <http://garfield.library.upenn.edu/classics1981/A1981LQ21000001.pdf>
75. W. and M. DeMeyer, "Infantile Autism", *Neurologic Clinics* 2:1 ;1984
76. Edward Ritvo and B. J. Freeman, "A Medical Model of Autism: Etiology, Pathology, and Treatment", *Pediatric Annals* 13:4 (1984)
77. Nikolaas Tinbergen, "Ethiology and Stress Diseases", *Science* July 5, 1974

78. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third Edition, Washington D.C., 1980
79. W. and M. DeMeyer, "Infantile Autism", *Neurologic Clinics* 2:1 (1984)
80. R. Schain and H. Yannet, "Infantile Autism: An Analysis of 50 Cases and a Consideration of Certain Relevant Neurophysiologic Concepts", *J. Pediatrics* 57 :4 ;1960
81. L. Wolf and B. Goldberg, "Autistic Children Grow Up: An Eight to Twenty-Four Year Follow-up Study", *Canadian J. Psychiatry* 31 , 1986
82. E. M. Ornitz and E. R. Ritvo, "The Syndrome of Autism: A Critical Review", *A. J. Psychiatry* 133:6 June 1976.
83. Mary Stewart Goodwin and W. Campbell, "In a Dark Mirror", *Mental Hygiene* 53:4 (Oktober 1969)
84. D. Withehouse and J. C. Harris, "Hyperlexia in Infantile Autism", *J. Autism* 13:3 (1984)
85. Isaac W. Karlin, "Congenital Verbal-Auditory Agnosia", *Pediatrics* 7 (1951)
86. M. Rutter, "Childhood Schizophrenia Reconsidered", *J. Autism*, 1972
87. Leo Kanner and Leon Eisenberg, "Early Infantile Autism: 1943-1955", *Psychiatric Research Reports* 7, 1957
88. George M. Realmuto and Bart. Main, "Coincidence of Tourette's Disorder and Infantile Autism", *J. Autism*, 1982.
89. Junko Komoto and J. Hirata, "Infantile Autism and Affective Disorder", *J. Autism*, 1984
90. Mary. Coleman, "New Research Findings and Concepts in Autism", în *Proceedings, Annual Meeting and Conference of the National Society for Autistic Children*. Washington D.C., 1980
91. H. Gastaut, B. Zifkin and M. Rufo, "Compulsive Respiratory Stereotypies in Children with Autistic Features: Polygraphic Recording and Treatment with fenfluramine", *J. Autism* , 1987
92. Ruth Christ Sullivan, "The Burn-Out Syndrome", *J. Autism* 9:1, 1975
93. Philip. I. Markowitz, "Autism in a Child with Congenital Cytomegalovirus Infection", *J. Autism* 13:3, 1983
94. Barbara J. Betz, "A Study of Tactics for Resolving the Autistic Barrier in the Psychotherapy of the Schizophrenic Personality", *A. J. Psychiatry* 104, 1947
95. Albert C. Sherwin, "Reactions to Music of Autistic (Schizophrenic) Children", *A. J. Psychiatry* 109, 1953
96. Christopher Gillberg, "Are Autism and Anorexia Nervosa Related?", *B. J. Psychiatry* 143, April, 1983
97. C. Gillberg, "Autism and Anorexia Nervosa: Related Conditions?", *Nord. Psychiatry Tidsskr.* 39, 1985
98. S.S Mnukhin. and D. N. Isaev, "On the Organic Nature of Some Forms of Schizoid or Autistic Psychopathy", *J. Autism* 5, 1975
99. Christopher Gillberg and S. Steffenburg, "Outcome and Prognostic Factors in Infantile Autism and Similar Conditions: A Population-Based Study of 46 Cases Followed Through Puberty", *J. Autism* 17:2, 1987
100. Mary Stewart Goodwin and M. A. Cowan, "Malabsorption and Cerebral Dysfunction: A Multivariate and Comparative Study of Autistic Children", *J. Autism* 1, 1971

101. Ruth Christ Sullivan, "Hunches on Some Biological Factors in Autism", *J. Autism* 5:2, 1975
102. Norman Geschwind and Peter Behan, "Left-handedness: Association with immune disease, migraine, and developmental learning disorder", *Proc. National Academy of Sciences USA* 79, August, 1982.
103. Gina Kolata, "Math Genius May Have Hormonal Basis", *Science* 222, December 23, 1983
104. Leo Kanner, "Follow-Up Study of Eleven Autistic Children Originally Reported in 1943", *J. Autism* 1, 1971
105. Nikolaas Tinbergen, "Ethology and Stress Diseases", *Science*, July 5, 1974
106. Eric Schopler and M. Rutter, "Editorial :Change of Journal Scope and Title" , *J. Autism* 9:1, 1979
107. Bruce Hetzler and Judith Griffin, "Infantile Autism and the Temporal Lobe of the Brain", *J. Autism* 11:3, 1981
108. Deborah Fejn, B. Skoff, and A. F.Mirsky, "Clinical Correlates of Brainstem Dysfunction in Autistic Children", *J. Autism* 11:3, 1981
109. Richard J. Reichler, "Diagnosis and its Implications", *Proceedings*, 1980 Annual Meeting and conference of the National Society for Autistic Children. Washington D.C., 1980
110. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third Edition–Revised, Washington D.C., 1987
111. M. Rutter and Eric Schopler, "Autism and Pervasive Developmental Disorders: Concepts and Diagnostic Issues", *J. Autism* 17:2, 1987
112. M. Y. Segawa Nomura and M. Hasegawa, "Rett Syndrome-Clinical Studies and Pathophysiological Consideration", *Brain and Development* 6:5,1984
113. D. A. Van Krevelen, "Early Infantile Autism and Autistic Psychopathy", *J. Autism* 1, 1971
114. Lorna. Wing, "Asperger's Syndrome : a Clinical Account", *Psychological Medicine* 11, 1981
115. Lorna Wing, "Clarification on Asperger's Syndrome", *J. Autism* 16:4, 1986
116. M. Dewey and M. Everard, "The Near-Normal Autistic Adolescent", *J. Autism* 4, 1974
117. Donald J. Cohen, "The Pathology of the Self in Primary Childhood Autism and Gilles de la Tourette Syndrome", *Psychiatric Clinics of North America* 3:3, December, 1980
118. L. Wolf and B. Goldberg, "Autistic Children Grow Up: An Eight to Twenty-Four Year Follow-up Study." *Canadian J. Psychiatry* 31, 1986
119. Rutter, M., "Syndromes Attributed to Minimal Brain Dysfunction in Childhood", *A. J. Psychiatry* 139:1, January, 1982
120. Frank A. Elliot, "Historical Perspective on Neurobehavior", *Psychiatric Clinics of North America* 9:2, June, 1986
121. Paul H. Wender, *Minimal Brain Dysfunction in Children*. New York: Wiley Interscience, 1971
122. M Rutter, "Brain – Damage Syndromes in Childhood: Concepts and Findings", *J. Child Psychol. Psychiatr.* 18, 1977

123. Sally E. Shaywitz and A. Bennet, "Diagnosis and Management of Attention Deficit Disorder: A Pediatric Perspective", *Pediatric Clinics of North America* 31:2, April, 1984
124. Kathleen A. Long and D.V. McQueen. "Detection and Treatment of Emotionally Disturbed Children in Public Schools: Problems and Theoretical Perspectives." *J. Clinical Psychology* 40:1, January, 1984
125. Millichap, J. G. "The Hyperactive Child." *Practitioner* 217, 1976
126. S. D. Clements and J. E. Peters, "Syndromes of Minimal Brain Dysfunction", în P. Black (ed.), *Brain Dysfunction in Children: Etiology, Diagnosis and Management*, New York: Raven, 1981
127. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Third Edition, Washington D.C., 1980
128. M. Rutter, D. Shaffer and M. Sheppard, *A. Multi-Axial Classification of Child Psychiatric Disorders*, Geneva: World Health Organization (WHO), 1975
129. Dorothy O. Lewis (ed.), *Vulnerabilities to Delinquency*, New York: SP Medical and Scientific Books, 1981
130. J. B. Green and R. A. Mercille, "Psychiatric Complications of Epilepsy", *Neurologic Clinics* 2:1, February, 1984
131. G., Stores, J. Hart and N. Piran, "Inattentiveness in Schoolchildren with Epilepsy", *Epilepsia* 19, 1978
132. Frank A. Elliot, "Neurological Findings in Adult Minimal Brain Dysfunction and the Dyscontrol Syndrome", *J. Nervous and Mental Disease* 170:11, 1982
133. M. W. Laufer and E. Denhoff, "Hyperkinetic Behavior Syndrome in Children", *J. Pediatrics* 50, 1957
134. Bonnie J. Kaplan (Professor of Pediatrics University of Calgary, Calgary, Alberta) et al., "Sleep Disturbance in Preschool-Aged Hyperactive and Nonhyperactive Children", *Pediatrics* 80:6; Dec. 1987
135. Paul H. Wender, *Minimal Brain Dysfunction in Children*, New York: Wiley Interscience, 1971.
136. F. A. Elliot, "Neurological Findings in Adult Minimal Brain Dysfunction and the Dyscontrol Syndrome", *J. Nervous and Mental Disease* 170:11, 1982.
137. G. K. Fritz and J. Armbrust, "Enuresis and Encompresis", *Psychiatric Clinics of North America* 5:2, August 1982
138. *The Washington Post*, September 2, 1987
139. S. W. Freeman, *Does Your Child Have a Learning Disability?* Springfield, Thomas, 1974; E. D. Witt et al., "Learning Deficits in Adolescents with Anorexia Nervosa", *J. Nervous and Mental Disease* 173:3 (1985).
140. Kathrine A. Halmi, "Pragmatic Information on the Eating Disorders", *Psychiatric Clinics of North America* 1982.
141. Sam D. Clements and John E. Peters, "Syndromes of Minimal Brain Dysfunction", în P. Black (ed.), *Brain Dysfunction in Children :Etiology, Diagnosis and Management*, New-York: Raven, 1981
142. M. Rutter, "Syndromes Attributed to Minimal Brain Dysfunction in Childhood", *A. J. Psychiatry* 139:1, January, 1982

143. Bernard. Rimland, *Infantile Autism: The Syndrome and Its Implications for a Neural Theory of Behavior*, New York: Appleton Century Crofts, 1964
144. M Rutter, "Syndromes Attributed to Minimal Brain Dysfunction in Childhood", *A. J. Psychiatry* 139:1, January, 1982
145. Deborah Fejn, B. Skoff and A. F. Mirsky, "Clinical Correlates of Brainstem Dysfunction in Autistic Children", *J. Autism* 11:3, 1981
146. P. Firestone and S. Peters, "Minor Physical Anomalies and Behavior in Children: A Review", *J. Autism* 1983
147. W. and M. DeMeyer, "Infantile Autism", *Neurologic Clinics* 2:1, 1984
148. M. Rutter and E. Shopler, "Autism and Pervasive Developmental Disorders: Concepts and Diagnostic Issues", *J. Autism* 17:2, 1987
149. V. Shea and G.B. Mesibov, "Brief Report: The Relationship of Learning Disabilities and Higher-Level Autism", *J. Autism* 15, 1985
150. Frank A Elliot, "Historical Autism Perspective on Neurobehavior", *Psychiatric Clinics of North America* 9:2, June, 1986
151. H. H. Merritt, *Textbook of Neurology*, Sixth Edition. Philadelphia: Lea and Febiger, 1979
152. H. L. Coulter and B. Fisher, *DTP: A Shot in the Dark*, R. Ironside, 1985
153. Margaret Pittman and C. B. Cox, "Pertussis Vaccine Testing for Freedom-from-Toxicity", *Applied Microbiology* 13:3; May 1965
154. Randolph .K. Byers and F.C. Moll, "Encephalopathies Following Prophylactic Pertussis Vaccine", *Pediatrics* 1:4, 1948
155. Anna-Lisa Annell, "Pertussis in Infancy – A Cause of Behavioral Disorders in Children", *Acta Societatis Medicorum Upsaliensis LXVIII*, Supp. 1, 1953
156. H. D. Boloşiu, *Semiologie Medicală*, Medex, Cluj-Napoca 1998
157. *Dicţionarul explicative al limbii române*, ed.a II-a, Univers Enciclopedic, Bucureşti, 1996
158. M. Kulenkampff, J. S. Schwartzman and J. Wilson, "Neurological Complications of Pertussis Inoculation", *Arch. Disease in Childhood* 49:1, January 1974
159. Robert C. Woody and M. E. Blaw, "Ophthalmoplegic Migraine in Infancy", *Clinical Pediatrics* 25:2, February, 1986
160. Constantine Von Economo, *Encephalitis Lethargica; its Sequelae and Treatment*, London : Oxford University Press, 1931
161. Frank R. Ford, "Diseases of the Nervous System in Infancy, Childhood, and Adolescence", Springfield, C. C.Thomas, 1937. *Nervous and Mental Disease* 113:2, 1951
162. Christopher D. Ward, "Encephalopathy Lethargica and the Development of Neuropsychiatry", *Psychiatric Clinics of North America* 9:2,1986
163. Walter R. Kirschbaum, "Excessive Hunger as a Symptom of Cerebral Origin", *J. Nervous and Mental Disease* 113:2, February 1951. <http://journals.lww.com/jonmd/toc/1951/11320>
164. D. G. Hirtz, K. B. Nelson and J. H. Ellenberg, "Seizures Following Childhood Immunizations", *J. Pediatrics* 102:1, January, 1983
165. H. L. Coulter, B. Fisher, *DTP: Dreifachimpfung- Ein Schuss ins Dunkle*, Barthel & Barthel Verlag, Germany, 1996

166. C. D. Ward, "Encephalopathy Lethargica and the Development of Neuropsychiatry", *Psychiatric Clinics of North America* 9:2, 1986
167. D. G., Hirtz, K. B. Nelson, and J. H. Ellenberg, "Seizures Following Childhood Immunizations", *J. Pediatrics* 102:1, January, 1983
168. K. H. Finley, "Pathogenesis of Encephalitis Occurring with Vaccination, Variola, and Measles", *AMA Archives of Neurology and Psychiatry* 39, 1938
169. H. G. Miller and J. B. Stanton, "Neurological Sequelae of Prophylactic Inoculation", *Q. J. Medicine* 24: 89, 1054
170. W. R. Warren, "Encephalopathy Due to Influenza Vaccine", *AMA Archives Int. Med.* 97, 1956
171. Josephine B. Neal, *Encephalitis :a Clinical Study*, New York: Grune and Stratton, 1942
172. H. Bakwin, "Cerebral Damage and Behavior Disorders in Children", *J. Pediatrics* 34, 1949
173. H. G. Miller and J. B. Stanton, "Neurological Sequelae of Prophylactic Inoculation", *Q. J. Medicine* 24:89, 1954
174. L. Steinman et al., "Murine Model for Pertussis Vaccine Encephalopathy: Linkage to H-2", *Nature* 299, October 21, 1982
175. B. J. Freeman and E. R. Ritvo, "The Syndrome of Autism: Establishing the Diagnosis and Principles of Management", *Pediatric Annals* 13:4, April 1984
176. S. M. Baker, SM, "Diagnostic and Therapeutic Strategies in an Autistic Child with a Positive Response to Taurine", în *Proceedings*, 1984 Annual Conference of the National Society for Children and Adults with Autism. Washington D.C., 1984
177. E. G. Stubbs, M. L. Crawford, D. R. Burger and A. A. Vandenbark, "Depressed Lymphocyte Responsiveness in Autistic children", *J. Autism* 7, 1977
178. P. Bergman and S. R. Escalona, "Unusual Sensitivities in Very Young Children", *Psychoanalytic Study of the Child* 3-4, 1949
179. S. R. Lewis and S. van Ferney, "Early Recognition of Infantile Autism", *J. Pediatrics* 56:4, April 1960
180. Christopher Gillberg et al., "The Sex Chromosomes-One Key to Autism? An XYY Case of Infantile Autism", *Applied Research in Mental Retardation* 5, 1984
181. E. G. Stubbs, E. Ash and C. P. S. Williams, "Autism and Congenital Cytomegalovirus", *J. Autism* 14:2, 1984
182. S. S. Mnukhin and D. N. Isaev, "On the Organic Nature of Some Forms of Schizoid or Autistic Psychopathy", *J. Autism* 5, 1975
183. Mary Stewart Goodwin and M. A. Cowan. "Malabsorption and cerebral Dysfunction: A Multivariate and Comparative Study of Autistic Children", *J. Autism* 1, 1971
184. Ruth Christ. Sullivan, "Hunches on Some Biological Factors in Autism", *J. Autism* 5:2, 1975
185. D. O'Banion, B. Armstrong, R. A. Cummings and J. Stange, "Disruptive Behavior: A Dietary Approach", *J. Autism* 8, 1978
186. Norman Geschwind, "Why Orton Was Right", *Annals of Dyslexia* 32, 1982. <http://marketing5.net/Norman-Geschwind-pdf.pdf>

187. Z. M. Backman, "The Relationship Between Learning Disabilities and Behavioral Manifestation with Toxicity and Cerebral Allergy", *The Digest of Chiropractic Economics*, May/June, 1985
188. Doris J. Rapp, *Allergies and the hyperactive Child*, New York : Sovereign Books, 1979
189. Doris J. Rapp, D. L. Bamberg, *The Impossible Child: in School, at Home*, Buffalo: Practical Allergy Research Foundation, 1986
190. T. J. Randolph and Ralph W. Moss, *Allergies: Your Hidden Enemy*, Wellingborough, Northamptonshire: Turnstone Press , 1981
191. B. J. Kaplan et al., "Physical Signs and Symptoms in Preschool-Age Hyperactive and Normal Children", *Journal Developmental and Behavioral Pediatrics*. December 1987. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3429668>
192. Z. M. Backman, "The Relationship Between Learning Disabilities and Behavioral Manifestations with Toxicity and Cerebral Allergy", *The Digest of Chiropractic Economics*, mai/june, 1985
193. Ruth Christ, Sullivan, "Hunches on Some Biological Factors in Autism", *J. Autism* 5:2, 1975
194. A. Weizman et al., "Abnormal Immune Response to Brain Tissue Antigen in the Syndrome of Autism", *A. J. Psychiatry* 139:11, 1982
195. R. D. Ciaranello et al., "Intrinsic and extrinsic Determinants of Neuronal Development: Relation to Infantile Autism", *J. Autism* 12:2, 1982
196. R. B. Dietrich et al., "MR Evaluation of Early Myelination Patterns in Normal and Developmentally Delayed Infants", *AJR Am J Roentgenol*. 1988 Apr. 150 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2450448>
197. John. Dobbing, "Effects of Experimental Undernutrition on Development of the Nervous System", in N. S. Scrimshaw and J. E. Gordon (eds), *Malnutrition, Learning, and Behavior*, Cambridge: MIT Press , 1968
198. C. Amiel-Tison, "Neurologic Disorder in Neonates Associated with Abnormalities of Pregnancy and Birth", *Current Problems of Pediatrics* III:3, January, 1973.
199. F. J. Menolascino and M. L. Egger, *Medical Dimensions of Mental Retardation*, Lincoln: University of Nebraska Press, 1978
200. C. H. Poser, "Neurologic Syndromes That Arise Unpredictably", *Consultant* , January, 1987
201. Isaac Karlin, "A Psychosomatic Theory of Stuttering", *J. Speech Disorders* 12, 1947
202. Isaac Karlin, "Congenital Verbal –Auditory Agnosia", *Pediatrics* 7, 1951
203. R. D. Ciaranello, "Neurochemical Models of Infantile Autism", in *Proceedings*, 1981 International Conference of the National Society for Children and Adults with Autism . Washington D.C., 1981
204. R. D. Adams and M. Victor, *Principles of Neurology*, Second Edition. New York : McGraw-Hill, 1981
205. Lauretta Bender, "Burn Encephalopathies in Children", *Arch. Pediatrics* 60, 1943
206. Thomas M. Rivers and F. F. Schwentker, "Encephalomyelitis Accompanied by Myelin Destruction Experimentally Produced in Monkeys", *J. Exp. Med.* 1935.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19870385>
207. B. Arnason, Editorial: "Neuroimmunology", *New England J. Med.* 316:7, 1987.

208. Josephine B. Neal, *Encephalitis: A Clinical Study*, New York: Grune and Stratton, 1942. https://catalyst.library.jhu.edu/catalog/bib_96629
209. T. Hemachudha et al., "Myelin Basic Protein as an Encephalitogen in Encephalomyelitis and Polyneuritis Following Rabies Vaccination", *New England J. Med.* 316:7, 1987. <http://www.whale.to/vaccines/encephalomyelitis.html>
210. H. H. Merritt, *Textbook of Child Neurology*. (Sixth Edition), Philadelphia: Lea and Febiger, 1979
211. R. Bannister, *Brain's Clinical Neurology*, Fifth Edition. Oxford: University Press, 1978
212. James D. Cherry et al., "Report of the Task Force on Pertussis and Pertussis Immunization", *Pediatrics* 81:6 Part II, June, 1988. <http://pediatrics.aappublications.org/content/81/6/933>
213. S. Folstein et al., "Autism: Familial Aggregation and Genetic Implications", *J. Autism* 18:1, 1988
214. Leo Kanner, "To What Extent is Early Infantile Autism Determined by Constitutional Inadequacies?" , in *Genetics and the Inheritance of Integrated Neurological and psychiatric Patterns*, 1954. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13246089>.
215. F. C. Dohan, "Coeliac Disease and Schizophrenia.", *Lancet*, April 25, 1970
216. J. N. Money Bobrow and F. C. Clarke, "Autism and Autoimmune Disease: A Family Study", *J. Autism* 1, 1971
217. L. Steinman, "Murrine Model for Pertussis Vaccine Encephalopathy: Linkage to H-2", *Nature* 299, October 21, 1982
218. M. W. Laufer and E. Denhoff, "Hyperkinetic Behavior Syndrome in Children", *J. Pediatrics*, 1957. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13406705>
219. Sally E. Shaywitz and A. Bennet, "Diagnosis and Management of Attention Deficit Disorder: A Pediatric Perspective", *Pediatric Clinics of North America* , 1984 April.
220. V. S. Cowart, "Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Physicians Helping Parents Pay More Heed.", *J. Amer. Med. Assoc.* May 13, 1988 (b)
221. Friedrich Klammrodt, "Hat Impfen Sinn?", 16 Juli, 2009, Stuttgart, <http://embedr.com/playlist/5-6-stuttgarter-impfsymposium>)
222. T. E. Fröhlich et al., "Prevalence, recognition and treatment of Attention – Deficit/Hyperactivity Disorder in a national sample of US children", *Arch Pediatr. Adolesc. Med.* 2007
223. <http://www.pulsmedia.eu/inpage/tulburarea-de-spectru-autist-la-copil/>
224. Dr Dietrich Klinghardt MD, PhD <http://www.klinghardtacademy.com/BioData/Dr-Dietrich-Klinghardt.html>
225. G. V. Stajich et al., "Iatrogenic exposure to mercury after hepatitis B vaccination in preterm infants", *J. Pediatr.* 2000. <http://www.healing-arts.org/children/holmes-bibliography.htm>
226. Cj Newschaffer et al., "National autism prevalence trends from United States special education data", *Pediatrics* 2005
227. <http://www.youtube.com/watch?v=XU8nSn5Ezd8>
228. <http://www.hpz.com/insider/VortragKlinghardt.pdf>
229. A S. Homes et al., "Reduced levels of mercury in first baby haircuts of autistic children", *International Journal of Toxicology* 2003

230. Robert Nataf et al., “*Porphyria in Childhood autistic disorder: Implications for environmental toxicity*”, *Toxicology and Applied Pharmacology* 214 (2006).
<http://www.hbotnm.com/porphyria.pdf>
231. J. Bradstreet et al., “*A case-control study of mercury burden in children with autistic spectrum disorders*”, *Journal of American Physicians and Surgeons* 2003
232. T. M. Burbacher et al., “*Comparison of blood and brain mercury levels in infant monkeys exposed to methylmercury or vaccines containing thiomersal*”, *Environ Health Perspect.* 2005 Apr. 21. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16079072>
233. Dr.med.DietrichKlinghardt, *Vortragnr 1: Schwermetalle Vergiftung-Entgiftung*, gehalten am 20. November 1996 auf Schloß Elmau bei Garmisch-Partenkirchenim Rahmen eines Seminars über Psycho-Kinesiologie, Germany,
<http://www.power-for-life.com/Schwermetall-Ausleitung/vortrag1.html>
234. Interview mit Dr. med. Harald Banzhaf, Umweltmediziner, Bisinger (www.dr-banzhaf.de) über Amalgam und Auswirkungen auf den Organismus. 09.04.2009
<http://www.youtube.com/watch?v=T8EGj5wSQ-4&feature=related>
235. Institute of Medicine (IOM): “*Immunization Safety Review: Thiomersal-containing vaccines and neuro-developmental disorders*” (2001). <http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309076366>
236. K. M. Madsen et al., “*Thiomersal and the occurrence of autism: Negative ecological evidence from Danish population-based data*”, *Pediatrics* 2003. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12949291>
237. Charles Janeway Jr., “*Approaching the asymptote Evolution and revolution in immunology*”, *Cold Spring Harb Symp Quant Biol* 1998. http://www.medscape.org/view-article/559776_8
238. James M. Brewer “*(How) do aluminium-adjvants work?*”, *Immunology Letters* 102, 2006. <http://drtenpenny.com/wp-content/uploads/2012/07/How-do-aluminum-adjvants-work.pdf>
239. Moshe Tishler, Yehuda Shoenfeld, “*Vaccination may be associated with autoimmune diseases*”, *IMAJ* 2004; Vered Molina, Yehuda Shoenfeld, “*Infection, vaccines and other environmental triggers of autoimmunity*”, *Journal Article* 2005
240. M. S. Petrik et al., “*Aluminium adjuvant linked to Gulf War illness induces motor neuron death in mice*”, *Neuromolecular Med* 2007. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17114826>
241. <http://www.impfkritik.de/adjvants/>
242. <http://www.youtube.com/watch?v=AAvAPbdkkBU>
243. How to stop bird flu instead of the vaccine-antiviral model. *Science in Society* 35, 2007, <http://www.i-sis.org.uk/isisnews/sis35.php>
244. “*Vaccines may be linked to Gulf War Syndrome*”, June 12, 2000
<http://www.dynamicchiropractic.com>
245. <http://www.swinefluupdate.us/%E2%80%9Cswine-flu%E2%80%9D-vaccine-has-adjvants-that-impair-fertility.php> si http://infertility.suite101.com/article.cfm/polysorbate_80_causes_infertility
246. <http://www.impfkritik.de/zusatzstoffe/squalen.htm>

CAPITOLUL 4

Vaccinuri vechi și noi. Bolile pe care nu le previn

Rezumat

Vaccinurile nu previn “bolile copilăriei”, ci doar le amână până la vârsta adultă, când sunt mai grave.

Prin administrarea vaccinului antipertussis (impotriva tusei convulsive), nu vom opri boala. În timp ce boala naturală lasă o imunitate naturală (protecție împotriva unei noi îmbolnăviri) de maximum 10 ani, vaccinul are ca rezultat o protecție nesigură și pentru o perioadă de timp mai scurtă. Ultimul vaccin “acelular”, cu atât mai puțin. “Deja după 4 ani de la ultima vaccinare, crește receptivitatea la boală^{1,2}, observă medicii pediatri. În final, se obține doar o amânare a bolii cu câțiva ani. Statistica per global rămâne neinfluențată, iar bacteria “circulă” în continuare fără probleme în societate. În Suedia, numărul școlărilor care fac boala se apropie de nivelul anilor de dinainte de vaccin³ Și în SUA numărul celor bolnavi de tuse convulsivă crește începând cu 1980 de 10 ori (!), iar astăzi este la nivelul anilor ’50!⁴

¹ S. Lugauer, K. Heininger, J. Stehr, D. Cherry, “Long-term clinical effectiveness of an acellular pertussis component vaccine and a whole cell pertussis component vaccine”, *J . Pediatrics* 2002 Mar;161(3):142-6.

² S. Esposito, T. Agliardi, A. Giammanco et al., “Long-term pertussis-specific immunity after primary vaccination with a combined diphtheria, tetanus, tricomponent acellular pertussis, and hepatitis B vaccine in comparison with that natural infection”. *Infect Immun* 2001, 69 (7): 4516-4520.

³ L. Gustafsson, L. Hessel, J. Storsaeter, P. Olin, “Long-term follow-up of Swedish children vaccinated with acellular pertussis vaccines at 3,5 and 12 months of age indicates the need for a booster dose at 5 to 7 years of age”, *Pediatrics* 2006, 118 (3): 978-984. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16950988>

⁴ M. Hirte, *op. cit.*, 175-176.

În cazul rubeolei “are loc o amânare a bolii, de la vârsta copilăriei (sub 14 ani) la vârsta de adolescent (peste 15 ani). Se știe că, de fapt, nu se are în vedere o prevenire a rubeolei în copilărie, ci o prevenire a rubeolei congenitale... Nu s-a putut realiza acest obiectiv, fiind unul utopic...”⁵. “Rubeola este amânată, prin intermediul vaccinurilor, la o vârstă când nu este deloc dorită o astfel de infecție...”⁶. Vaccinarea antirubeolică este “*un experiment inutil și periculos, care continuă și în ziua de azi*”⁷, spune Viera Scheibner.

Același lucru se întâmplă și în cazul celorlalte boli infecțioase și contagioase.

Excepție face tetanosul care nu este o boală contagioasă. Cu toate acestea, vaccinul tetanic se administrează în mod repetat sugarilor, cu scopul prevenirii bolii. Se mai administrează gravidelor și în cazul plăgilor. În urma studiilor făcute, s-a observat că toxina tetanică din vaccin poate provoca însăși boala. Anticorpii formați în urma vaccinării nu sunt eficienți: “S-a constatat că au existat decese după tetanos inclusiv la cei care au avut o cantitate suficientă de anticorpi”⁸.

Politica eradicării bolilor banale ale copilăriei este și rămâne o utopie. Nu este necesară și nici indicată.

În acest capitol, am adus și o completare la complicațiile postvaccinale, la fiecare vaccin în parte, pentru a scoate în evidență atât ineficiența vaccinurilor, cât mai ales pericolul pe care-l prezintă pentru sănătatea copiilor și a noastră, a tuturor.

I. Tetanosul și vaccinul tetanic

1. Tetanosul

Tetanosul “este o boală infecțioasă acută, având ca agent etiologic bacilul tetanic (*Clostridium tetani*), care determină o infecție localizată la poarta de intrare, de unde toxina difuzează în organism, provocând o stare de contractură tonică a musculaturii și crize de contracturi paroxistice, cu o evoluție

⁵ Viera Scheibner, *Impfungen, Immunschwäche und Plötzlicher Kindstod*, Hirthammer Verlag, 2000, 138.

⁶ *Ibidem*.

⁷ *Ibidem*.

⁸ Simone Delarue, *Impfschutz: Irrtum oder Lüge?*, 3. Auflage 1997, Hirthammer Verlag GmbH, Germany, 30 (Die 8-Internationale Tetanuskonferenz 1987)

gravă, deseori letală”⁹. Bacteria pătrunde la nivelul rănilor. Ea poate forma spori care sunt foarte rezistenți în mediul înconjurător, mai ales la nivelul solului și în excrementele animalelor (în special ale cailor). Cel mai ușor se infectează rănilor provocate prin mușcături, arsuri, înțepături și mai ales rănilor provocate de corpuri străine: lemn, sticlă, metal¹⁰. “O rană sângerândă, fiind bine oxigenată, nu va conține niciodată toxina tetanică... Ea se găsește doar în condiții de anaerobioză (medii fără oxigen)”¹¹. O dată cu apariția mijloacelor de transport moderne, care au luat locul trăsurilor cu cai, au scăzut mult focarele de infecție cu acest bacil.

Infecția este favorizată de boli precum diabetul zaharat și ateroscleroză (ATS), când bolnavii au o circulație deficitară. Este unul dintre motivele pentru care boala apare la vârstnici și practic deloc la sugari și copii. Bacteria se înmulțește foarte bine în condițiile unei circulații deficitare, cu stază vasculară și hipoxie locală. Otrava bacilului, numită “toxina tetanică”, are o mare afinitate pentru sistemul nervos. Ea se propagă de-a lungul nervilor și ajunge la sistemul nervos central (SNC). În funcție de cât de aproape de nervi sau măduvă este rana, se ajunge la boală în timp de 4 zile – 2 săptămâni. Toxina tetanică afectează activitatea motorie (a mușchilor), ceea ce duce la contracții musculare generalizate și foarte dureroase, cu păstrarea cunoștinței. Cele mai periculoase sunt spasmul laringian și contracția musculaturii respiratorii. Tratamentul este unul de urgență. Mortalitatea era mare în trecut. La ora actuală, ea a scăzut foarte mult: 2,3% la vârsta de 20 de ani și 18% la cei trecuți de 60 de ani¹².

După convalescență, pacienții rămân deseori cu o stare de agitație, insomnie, spasme musculare, scăderea libidoului, hipotonie ortostatică și anormalități ale Electroencefalogrammei¹³.

În Germania s-au înregistrat tot mai puține cazuri după 1970, majoritatea înregistrându-se la vârstnici. Din 2001 nu mai este considerată o boală care trebuie raportată în mod obligatoriu. Începând cu anul 1980, nu s-a mai

⁹ Gheorghe Marin Voiculescu, *Boli Infecțioase*, vol. II, Editura Medicală, București, 1990, 572.

¹⁰ R. E. Behrman, R. Kliegman, H. L. Jenson, *Nelson Textbook of Pediatrics*, 16-th Edition, Philadelphia, 1999.

¹¹ Gerhard Buchwald, *Impfen. Das Geschäft mit der Angst*, Emu-Verlag, 4. Auflage 2008, Germany, 121-131.

¹² EB (Epidemiologisches Bulletin): “Zur Situation bei wichtigen Infektionskrankheiten”. *Epidemiologisches Bulletin* 1999, 19:119-141.

¹³ L. S. Illis und F. M. Taylor, “Neurological and Electroencephalographic Sequelae of Tetanus”, *Lancet*, 24 Apr. 1971, 826-830.

înregistrat niciun caz mortal la copiii din Germania¹⁴. Puținele cazuri de tetanos care au fost declarate în Germania s-au înregistrat doar la oameni vârstnici, trecuți de 50 de ani. Motivul este prezența unei circulații venoase deficitare¹⁵.

*Condițiile care favorizează apariția tetanosului*¹⁶ și pe care le găsim în cazul unor plăgi foarte profunde, în zilele 3-20 de la producerea rănii, sunt:

- anaerobioză (lipsa de oxigen);
- o circulație deficitară (la vârstnici, boli ale arterelor și/sau venelor);
- scăderea pH-ului local (în infecții);
- o imunitate scăzută;
- șoc traumatic.

În țările lumii a treia, OMS (Organizația Mondială a Sănătății) “ne asigură” că sunt încă numeroase cazurile mortale de tetanos neonatal, motiv pentru care a recomandat și vaccinarea gravidelor, care transmit copiilor o protecție postnatală de 6 luni¹⁷. În 1974 OMS a lansat în țările în curs de dezvoltare Programul Extins de Vaccinări (PEV), când s-au stabilit măsurile de prevenire a tetanosului neonatal. Cu aceasta ocazie, OMS a stabilit ca țintă “*eliminarea tetanosului neonatal până în 1995... În 1999, s-a reevaluat stadiul la care s-a ajuns în controlul tetanosului neonatal, constituindu-se un parteneriat OMS, UNICEF și United Nations Population Found, care a revizuit obiectivele, stabilind eliminarea tetanosului matern și neonatal până în 2005*”¹⁸. Deși suntem în 2012 și România este în UE, ne aflăm în continuare în aceeași grupă cu țările lumii a treia privind vaccinarea gravidelor...

Cât de sigură este vaccinarea la gravide?

Copiii născuți din gravide vaccinate cu mai multe doze de vaccin pot face tetanos. Maselle ș.a. au diagnosticat peste 9 cazuri la sugari care aveau o concentrație mare de anticorpi și care proveneau de la mame vaccinate de mai multe ori în timpul sarcinii¹⁹. “Supraimunizarea” provoacă boala, nu o previne.

La naștere, este nevoie de o dezinfecție a cordonului ombilical restant al nou-născutului, și de o igienă riguroasă locală timp de 14 zile, după care

¹⁴ Martin Hirte, *Impfen. Pro&Contra. Das Handbuch für die Individuelle Entscheidung*, MensSana 2008, 142.

¹⁵ Friedrich P. Graf, *Nicht impfen- was dann ?*, 2. Auflage 6-2010, sprangrade verlag, 148.

¹⁶ *Ibidem*, 147.

¹⁷ WHO 2000: *History of vaccination*. <http://www.who.int/gpv-dvacc/history/history.htm>

¹⁸ M. I. Brumboiu, , I. S. Bocșan, *Vaccinuri și vaccinari în practica medicală*, Ed Medicală Universitară “Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca, 2005, 96.

¹⁹ V. Scheibner, *op. cit.*, 2000, 270.

nu mai există riscul unei îmbolnăviri. Deoarece mamele nasc la ora actuală în spitale, unde sunt îndeplinite aceste condiții, nu este nevoie de vaccinarea antitetanos din timpul sarcinii. Cu toate acestea, vaccinarea antitetanos a devenit o rutină, inutilă, dar nu lipsită de efecte secundare, atât pentru mamă, cât și pentru făt; o statistică, efectuată în țările industrializate, arată o îmbolnăvire aproape exclusivă a persoanelor vârstnice: *“În țările dezvoltate economic, majoritatea cazurilor apar la persoane în vârstă de peste 60 de ani, după plăgi minore cum sunt cele înțepate...”*²⁰.

La gravide se știe că vaccinul poate stimula imunitatea celulară (TH1) și provoca, asemenea oricărui alt vaccin, avortul. De ce? În sarcină imunitatea celulară (TH1) scade în mod normal pentru a nu rejeta copilul, care este o “grefă străină”. Prin vaccinare, stimulăm imunitatea celulară (TH1), iar reacția față de copil va fi una de respingere, cu *un posibil avort*. Am observat că, spre deosebire de unii medici ginecologi, care nu recomandă gravidelor vaccinul în luna a 7-a, medicii de familie insistă pentru efectuarea lui. Având în vedere că nașterile au loc la spital, în condiții adecvate, fără niciun pericol de infectare a plăgii ombilicale cu bacilul tetanic, este total inutilă vaccinarea gravidelor. O gravidă îmi spunea, pe bună dreptate: *“Doar nu naștem pe câmp. De ce să ne vaccinăm?!”*.

Cum putem preveni tetanosul?

Tetanosul poate fi prevenit dacă rana este imediat tratată și dezinfectată corespunzător. În cazul bolii, inclusiv în țările mai puțin dezvoltate, 93% din pacienții tineri cu o formă de tetanos de gravitate medie pot fi vindecați cu antibiotice: Penicilină și Metronidazol. Renumitul chirurg german, Profesorul Hackethal, scrie despre acest vaccin că *“timp de 30 de ani a încercat să evite vaccinul în cazul plăgilor deschise. Explicând pacienților la ce eventuale riscuri se pot expune după vaccin, aproape niciunul nu s-a mai lăsat vaccinat și, cu toate acestea, nu a avut niciun caz de tetanus”*²¹.

Tratament local²²:

- *nu este recomandată* folosirea dezinfectantelor obișnuite, fiindcă aceste soluții “radicale” pot dăuna;

- *pentru răni superficiale*, tăieturi, zgârieturi, se folosește o soluție salină 1% în amestec cu esență de mușețel: la o cană de apă călduță se adaugă un vârf de cuțit de sare și o linguriță de tinctură de mușețel;

²⁰ M. I. Brumboiu, I. S. Bocșan, *op. cit.*, 2005, 96.

²¹ G. Buchwald, *op. cit.*, 119.

²² F. P. Graf, *op. cit.*, 2010, 149.

- *pentru plăgi profunde*, cu resturi de pământ, sau plăgi datorate unor mușcături, se folosește același amestec de soluție, iar, dacă este nevoie, se intervine și chirurgical; în acest caz, după închiderea plăgii, marginile plăgii cusute se tamponează cu soluții dezinfectante foarte diluate în primele ore;

- *pentru plăgi care sângerează* nu se aplică nicio soluție, ci se lasă să sângereze, dacă este vorba de o sângerare ușoară. Este nevoie de hemostază pentru o sângerare mai mare. Sângele fiind bine oxigenat nu este un mediu propice pentru tetanos.

Prevenție sau boală?

Atât boala, cât și vaccinul antitetanos provoacă reacții imune, respectiv o sensibilizare accentuată, dăunătoare pentru organism, datorată toxinei tetanice²³.

Concluzia la care au ajuns numeroși medici și oamenii de știință este că *mulți dintre cei vaccinați fac tetanos!*

După mai multe studii, Viera Scheibner afirmă că *“mulți sugari care au fost vaccinați cu DT (bivaccin diftero-tetanic) sau DTP (trivaccin diftero-tetano-pertussis), au făcut tetanos, în urma căruia au murit, iar diagnosticul a fost SIDS (Sindromul morții subite la sugar). Simptomele pe care le-au prezentat după vaccinuri au fost caracteristice tetanosului: agitație, contracții musculare (la cele mai mici atingeri sau mișcări), tulburări de somn, tulburări de deglutiție, regurgitații, crize de înec sau chiar fracturi osoase în urma contracțiilor musculare... Mulți dintre sugari au murit după vaccinul DTP, în timpul nopții, din cauza tetanosului”*²⁴. În toate aceste cazuri se pune un diagnostic fals, de cauză necunoscută, acela de “Sindrom al morții subite a sugarului” (SIDS).

2. Vaccinul tetanic

Prezentare

Vaccin tetanic adsorbit (VTA):

- produs de Institutul Cantacuzino;
- conține 20 UB (unități bocante), anatoxină tetanică purificată și 7 mg fosfat de aluminiu în fiecare doză;
- se administrează pentru profilaxia activă a tetanosului (primovaccinare, revaccinare) și pentru profilaxia de urgență;

²³ M. D. Wright, “On the changes effected by anti-typhoid inoculation in the bactericidal power of the blood; with remarks on the probable significance of these changes”, 1901, *Lancet*, 14. Sept.: 715-723.

²⁴ V. Scheibner, *op. cit.*, 2000, 264-265.

- *contraindicații*: boli acute în evoluție, stări febrile, tuberculoză activă, tratament cu imunosupresoare, afecțiuni maligne, cardiopatii decompensate, hipertensiune arterială malignă, nefropatii, sarcină și alăptare;

- *reații adverse*: rar – durere, edem, tumefiere la locul injectiei; foarte rar – reacții generale: indispoziție, febră, cefalee^{25, 26}.

Vaccin combinat diftero-tetanic adsorbit (VCDT)²⁷:

- produs de Institutul Cantacuzino;

- conține anatoxină difterică purificată și anatoxină tetanică purificată și fosfat de aluminiu;

- se administrează pentru profilaxia difteriei și a tetanosului, pentru primovaccinarea și revaccinarea copiilor sub 3 ani;

- *contraindicații*: diabet zaharat decompensat, cardiopatii decompensate, nefropatii grave, boli ale sângelui, antecedente de anafilaxie, sarcină și alăptare;

- *reații adverse*: edem și infiltrație locală, durere spontană, stare de disconfort, febră, frison.

Vaccin diftero-tetanic pentru adulți^{28, 29}:

- produs de Institutul Cantacuzino, cu AUTORIZAȚIE DE PUNERE PE PIAȚĂ NR. 6995/2006/01

- fiecare doză de 0,5 mililitri suspensie injectabilă conține anatoxină difterică purificată ≥ 2 UI, anatoxină tetanică purificată ≥ 20 UI și excipienți: **fosfat de aluminiu, tiomersal, formaldehidă**, clorură de sodiu soluție 0,9%. Indicații: *vaccinarea și revaccinarea diftero-tetanică a gravidelor* în cazul în care se consideră necesară creșterea urgentă a imunității anti-difterie-tetanos; pentru revaccinarea diftero-tetanică a adulților și pentru imunoprofilaxia tetanosului, în plăgile cu potențial tetanigen, la pacienții la care schema de vaccinare anti-difterie-tetanos nu a fost completă sau nu s-a făcut; contraindicațiile sunt aceleași ca și la VCDT.

IMOVAX d. t. pentru adulți³⁰:

- produs de PASTEUR MÉRIEUX SÉRUMS ET VACCINS – FRANȚA;

- conține anatoxină difterică purificată: 2 i. u. (detoxifiată cu formol); anatoxină tetanică purificată: 20 i. u. (detoxifiată cu formol);

²⁵ *Agenda Medicală 2012*. Ediția de buzunar, 887.

²⁶ M. I. Brumboiu, I. S. Bocșan, *op. cit.*, 97.

²⁷ *Agenda Medicală 2012*. Ediția de buzunar, 884.

²⁸ *Ibidem*, 883-884.

²⁹ <http://www.medipedia.ro/Dictionarmedical/Medicamente/tabid/59/prospect/W13370001/VACCIN-DIFTERO-TETANIC-PENTRU-ADULTI-dT.aspx>

³⁰ http://www.sfatulmedicului.ro/medicamente/imovax-d-t-adult-suspensie-injectabila_10501

- excipienți: **hidroxid de aluminiu** (exprimat ca Al) 0,65 mg; **mercuriothiolat** de sodiu 44 mg; soluție tampon q. s. 0,5 ml³¹;
- se administrează adulților peste 18 ani;
- este contraindicat în sarcină și alăptare.

Vaccinul combinat diftero-tetano-pertussis adsorbit (VCDTP) este prezentat la subcapitolul III.

3. Reacții adverse și complicații postvaccinale

Reacțiile adverse sunt date atât de toxina tetanică din vaccin, cât și de adjuvanți și conservanți.

Toxina tetanică din vaccin este inactivată în formol. Ea ar avea o mortalitate de 50 de ori mai mare decât cea naturală, dacă nu ar fi inactivată. Aici însă nu putem vorbi de un virus “viu sau inactivat”, ci de o “toxină inactivată”, fiind o situație aparte.

Adjuvanții din vaccin

Hidroxidul de aluminiu și fosfatul de aluminiu: aceste săruri de aluminiu sunt folosite ca adjuvant pentru vaccinuri. Toxicitatea aluminiului din vaccinuri este explicată în cap. 3. Aluminiul mai este folosit la *pacienții dializați*, drept chelator al fosfatului. S-a observat că, dacă este folosit un timp mai îndelungat, se ajunge la o *toxicitate cerebrală (provocând demența)*, precum și la o *toxicitate osoasă crescută*, motiv pentru care se folosește maximum 4 săptămâni. Adjuvanții cu aluminiu mai pot provoca în timp *Miofascita macrofagică* (descrisă în cap. 3). Într-un studiu realizat de Petrik și colaboratorii săi se arată că adjuvanții cu aluminiu afectează neuronii motori la șoareci și pot induce “*boli autoimune din cauza dezechilibrului creat între imunitatea celulară (Th1) și imunitatea umorală (Th2)... Folosirea acestor adjuvanți în vaccinurile antihepatitic A și B, antitetanic, antidifteric și antipertussis, pot duce la tulburări neurologice*”³².

Thiomersal (engl.), Thimerosal (germ.) sau Mercuriothiolat de sodiu este una și aceeași substanță, care conține un procent de 50% mercur organic și se folosește drept conservant lichid în preparate medicale, precum vaccinurile (vezi cap. 3). Thiomersal este o substanță neurotoxică, putând provoca boli neurologice grave, inclusiv autismul. “*Femeile gravide vaccinate cu un astfel de vaccin primesc o cantitate mare de mercur și nu se știe unde se va acumula această substanță toxică: în sistemul nervos sau în rinichii fătului*”³³.

³¹ http://www.sfatulmedicului.ro/arhiva_medicala/vaccin-tetanos

³² www.impfschaden.info

³³ PUBLIC HEALTH. “Scientists Applaud Move Away From Use Of Mercury – Says Thimerosal Collects in the Brain.” 2004 August 10 [By Roger Highfield for the Daily Tele-

Reacții adverse locale:

- *durere și inflamație* la locul injecției;
- nu rareori se formează la locul injecției *noduli și chiste* care se vindecă greu, în decurs de câteva săptămâni;
- frecvent se inflamează și nodulii limfatici regionali, de la gât și din axilă, uneori foarte dureroși, putând forma *abcese sterile*;
- cauza acestor reacții locale este în principal, *hidroxidul de aluminiu* folosit drept adjuvant în vaccin³⁴;
- “*cu fiecare revaccinare, crește posibilitatea unei astfel de reacții locale*”³⁵; la prima revaccinare a elevilor din Suedia, efectuată la vârsta de 10 ani, s-au putut observa astfel de reacții locale la 73% dintre aceștia³⁶;
- în prima zi după vaccinare, sugarii sunt agitați, plâng și sunt febrili; copiii mai mari acuză o stare generală ușor alterată, cu grețuri și dureri de cap;
- *abcesele postvaccinale*, descrise de Church și colab. (1985), nu sunt rare³⁷;

Alergii:

- *urticaria cronică și simptome astmatice* apar la 1 din 100.000 de cazuri,³⁸
- la 2 săptămâni după vaccin poate apărea o *glomerulonefrită* (afecțiune renală)³⁹;

graph, UK. Despite the US's Institute of Medicines strong recommendation that no further research be done regarding a possible vaccine – autism connection, this team is doing some nonetheless, with arguably some more “smoking gun” evidence in support of the hypothesis. This team is in Canada.]. (<http://www.telegraph.co.uk/news/main.jhtml?xml=/news/2004/08/10/nvacc210.xml>; <http://health.groups.yahoo.com/group/-AuTeach/message/2414>)

³⁴ M. Hirte, *op. cit.*, 147.

³⁵ F. Werner, J. Grimm, “*DT-Impfung*”, *Pädiatr Prax* 1987, 36 (3):433-434.

³⁶ M. Blennow, M. Granström, A. Strandhell, “*Adverse reaction after diphtheria-tetanus booster in 10-year-old schoolchildren in relation to the type of vaccine given for the primary vaccination*”, *Vaccine* 1994, 12 (5):427-430

³⁷ Scheibner, V, *op. cit.*, 2000, 266-268.

³⁸ C. Maiorga et al., “*Immediate allergy to tetanustoxoide vaccine: determination of immunoglobulin E and immunoglobulin G antibodies to allergenic proteins*”, *Ann Allergy Asthma Immunol* 2003, 90 (2):238-243.

³⁹ Ute Quast et al., *Impfreaktionen. Bewertung und Differentialdiagnose*. 2. Auflage, Hippokrates, Stuttgart, 1977 Januar, 122.

- dacă vaccinul este combinat cu unul sau mai multe vaccinuri, crește frecvența cazurilor de alergie; E. L. Hurwitz (2000) arată că *“la copiii vaccinați, alergiile sunt de două ori mai frecvente, comparativ cu copiii nevaccinați (studiul comparativ fiind făcut la copii până la 16 ani)”*;
- modul în care se pot produce reacțiile alergice după vaccinul antitetanos a fost descris de către imunologul italian Adriano Mari în felul următor: după vaccin, organismul produce anticorpi, atât împotriva toxinei anti-tetanice, cât și împotriva unor componente imunologice înrudite de pe mastocite, numite receptori pentru IgE (Imunglobuline E); în final va avea loc degranularea mastocitelor, cu eliminarea unor mediatori care pot provoca reacții alergice (dermatite alergice) și boli autoimune⁴⁰; *“Putem lua în considerare faptul că vaccinul antitetanos a contribuit foarte mult la creșterea frecvenței bolilor alergice din ultimii 30-40 de ani prin marea răspândire a acestuia în întreaga lume”*; afirmă autorul⁴¹; OMS păstrează în continuare tăcerea, nu efectuează astfel de studii și continuă vaccinarea, alergizând întreaga lume...;
- șocul alergic este rar, dar poate fi mortal;

Trombocitopenie:

- este o complicație tot mai frecventă în rândul copiilor vaccinați, caracterizată prin tulburări în coagularea sângelui, care necesită supraveghere medicală și tratament⁴².

Deficite imune tranzitorii:

- Eibl și colaboratorii săi (1984) au descris *limfocite T (celule imune) anormale* la oameni sănătoși, vaccinați cu ser antitetanos; cazuri frecvente de *“limfocitopenie”* au fost descrise la tineri, în zilele 3-14 după vaccin, cu o revenire la normal în următoarele zile⁴³.

Miocardita:

- este o complicație severă, mai ales la sugari, la care poate provoca decesul⁴⁴.

⁴⁰ M. Hirte, *op. cit.*, 148-149.

⁴¹ A. Mari, *“Is there a causative role for tetanus toxoid vaccination in the development of allergy-like symptoms and in the increasing prevalence of atopic diseases?”*, *Med Hypotheses* 2004, 63(5):875-886.

⁴² HRSA (Health Resources and Services Administration): Vaccine Injury Table March 24, 1997 <http://www.hrsa.dhhs.gov/bhpr/vicp/table.htm>.

⁴³ V. Scheibner, *op. cit.*, 2000, 269.

⁴⁴ W. Shye-Jao, S. Shen, L. Jiun-Yi, H. Po-Yuan et al., *“Acute Fulminant Myocarditis after Diphtheria, Polio, and Tetanus Vaccination”*, *Asian Cardiovasc Thorac Ann* 2006, 14:e 111-e 112.

Afecțiuni neurologice:

- cel mai frecvent sunt afectați nervii de la mână: plexul brahial sau nervul median, având ca rezultat *paralizii ale mâinii (uneori definitive) sau tulburări de sensibilitate*, însoțite de dureri accentuate^{45, 46, 47, 48};
- pot fi afectați nervii centrali sau periferici, sau mai mulți nervi deodată (polinevrite);
- *Sindromul Guillain-Barre, mielitele transverse și encefalitele*: sunt complicații mai rare, având debutul între zilele 4 și 14 după vaccin (poate să debuteze și la 2 luni după vaccin); “*Se cunosc cel puțin 6 cazuri, când Sindromul Guillain-Barre a fost recunoscut de către STI-KO din Germania (Comisia permanentă pentru vaccinare) ca fiind o complicație a vaccinului antitetanos*”⁴⁹; legătura dintre vaccin și acest sindrom este una dovedită științific^{50, 51};
- *neuropatia recidivantă, demielinizantă* este o altă complicație postvaccinală, descrisă de Pollard și Selby⁵²;
- *tetanosul*: forme ușoare, medii sau grave de boală, soldate uneori cu deces; este o complicație mai frecventă decât se spune în mod oficial, mai ales după vaccinul combinat DTP, când provoacă SIDS (“Sindromul morții subite la sugar”).

Cazuri de tetanos provocate de vaccin:

Caz 1: Cunningham (1940) descrie cazul unei asistente care s-a oferit voluntar pentru vaccinul tetanic și care, după 3 săptămâni de la vaccin, prezintă brusc frisoane, urmate de o urticarie foarte accentuată și edem al feței,

⁴⁵ HRSA (Health Resources and Services Administration): *Vaccine Injury Table March 24, 1997*. <http://www.hrsa.dhhs.gov/bhpr/vicp/table.htm>,

⁴⁶ Stephen J. Read et al., “*Acute transverse myelitis after tetanus toxoid vaccination*”, *Lancet*, Vol. 339, 2 May 1992, 1111-1112.

⁴⁷ G. K. Schlenka, “*Unusual neurological complication following tetanus toxoid administration*”, *Journal of Neurology* 1977, 215:299-302.

⁴⁸ H. Topaloglu et al., “*Optic neuritis and myelitis after booster tetanus toxoid vaccination*”, *Acta Paediatrica* 1992, 81:887-890.

⁴⁹ W. Ehrengut, “*Felerquellen bei der Begutachtung von Impfschäden*”, *Der med. Sachverst.* 1994, 90: 9-14.

⁵⁰ N. Newton, A. Janati, “*Guillain-Barre syndrome after vaccination with purified tetanus toxoid*”, *Southern Medical Journal* 1987, 80: 1053-1054.

⁵¹ K. R. Stratton, C. J. Howe, R. B. Johnston (Hg), *Adverse Events Associated with childhood vaccines. Evidence Bearing on Causality*, Vaccine Safety Committee, Institute of Medicine. National Academy Press Washington D.C., 1994:316.

⁵² J. D. Pollard et al., “*Relapsing neuropathy due to tetanus toxoid: Report of a case*”, *J. Neurol. Science* 1978, 37:113-125.

simptome care s-au ameliorat doar după administrare de adrenalină. Cu toate acestea, i s-au administrat după 4 săptămâni încă o doză de vaccin, când i s-a injectat simultan și Adrenalină. După 5 minute, a prezentat urticarie și acufene (zgomote în urechi), după care a leșinat. A fost tratată din nou cu Adrenalină, ca în orice șoc anafilactic. După ce și-a revenit, a prezentat frisoane, vărsături și diaree. După primul vaccin, Cunnunigham nu a fost sigur că acesta a provocat o reacție alergică atât de gravă, dar, spune Viera Scheibner, el ar fi trebuit să știe că după orice injecție cu toxine, pot apare astfel de reacții întârziate. Cu toate acestea, asistenta nu prezenta după 3 luni decât un titru foarte mic de anticorpi, de 0,2 UI (o imunitate insuficientă)⁵³.

Caz 2: Bagratuni (1952) descrie cazul unui pacient care a căzut de pe bicicletă, suferind o rană prin tăiere deasupra ochiului stâng. A fost tratat de un medic în prima jumătate de oră de la accident, rana fiind curățită și cusută. Pacientul a primit “profilactic” și vaccinul tetanic. Ziua următoare s-a simțit bine, având doar dureri de cap la locul plăgii cusute. După 9 zile însă, a început să se simtă tot mai obosit și nu-și mai putea închide bine ochiul stâng. Noaptea s-a trezit de două ori datorită unor contracții necontrolate și involuntare ale mandibulei, mușcându-și limba. Dimineța nu-și mai simțea partea stângă a feței, iar în cele din urmă a suferit o paraliză facială stângă, cu trismus. Medicul l-a internat, după care i s-a administrat ser antitetanic intravenos, 200.000 UI, iar intramuscular 100.000 UI. Starea lui generală s-a agravat în continuare, nu mai putea vorbi iar noaptea se trezea mereu fiindcă își mușca în mod involuntar limba. După 8 zile de tratament cu ser, a început să se simtă mai bine și a mai durat 18 luni până au dispărut toate simptomele, cu excepția unei minime asimetrie faciale. *Autoarea este convinsă că pacientul a făcut tetanos după vaccin, nu după rana tăiată la nivelul feței*⁵⁴.

Multe cazuri asemănătoare, sunt descrise și de către alți autori din Occident.

În România nu am aflat despre asemenea cazuri, dar este foarte probabil ca ele să existe și la noi, românii fiind o populație supravaccinată cu vaccinurile T, DT și DTP.

Concluzia este aceeași: vaccinul tetanic provoacă deseori reacții alergice și nu rareori tetanosul, tocmai boala pe care ar trebui s-o prevenim.

La ora actuală nu se ține cont deloc de astfel de reacții imune dăunătoare organismului, atât la adulți, cât mai ales la sugari.

Alte complicații postvaccinale sunt descrise la “vaccinul DTP”, combinat.

⁵³ V. Scheibner, *op. cit.*, 264.

⁵⁴ *Ibidem*, 264-265.

II. Tusea convulsivă (“măgărească”) și vaccinul pertussis

1. Tusea convulsivă

Tusea convulsivă este o boală infecțioasă și contagioasă, determinată de bacteria *Bordetella pertussis*, care se găsește doar la om și care nu supraviețuiește în afara organismului. După o incubatie de una-două săptămâni (timpul scurs de la infecție și până la apariția primelor simptome), apare o stare gripală ușoară, cu tuse care se accentuează pe parcurs, definind așa-zisul “stadiu cataral”. În această perioadă, contagiozitatea este maximă, prin picăturile care sunt împrăștiate prin tuse și când 80% dintre contactii apropiați vor putea fi infectați. În perioada de stare (forma tipică de boală), începe stadiul *convulsiv al tusei*, caracterizat prin: accese de tuse convulsivă, cu un facies congestionat, lăcrimare, însoțite cu senzația de sufocare și uneori cu vărsături. Când pacientul inspiră din nou, o face forțat, cu un zgomot șuierător. Între accese, pacientul se simte bine și nu are aspect de om bolnav. Uneori lipsesc accesesele tipice de tuse și avem de-a face doar cu o tuse seacă, provocată de o senzație de uscăciune/iritare a gâtului care se menține câteva săptămâni. După 2-3 săptămâni, tusea se rarește de obicei și nu mai este provocată decât de un efort fizic (*stadium decrementi*). La trei săptămâni de la debutul primelor accese de tuse bolnavul nu mai este contagios. În cazuri atipice, tusea poate persista uneori luni de zile⁵⁵.

Complicațiile cele mai grave sunt: *pneumonie, bronșită, otită medie acută, encefalopatie* (care se manifestă prin convulsii, comă și posibile sechele nervoase) și *decesul*.

Patologia indusă de bacteria *Bordetella pertussis*, este etichetată și as-tăzi de unii autori ca fiind una aproape deloc cunoscută și “misterioasă”. Dr. John Robbins de la FDA (*Food and Drug Administration* din SUA) recunoștea în 1978 că “*din nefericire, încă nu cunoaștem elementul toxic prin care Bordetella pertussis lezează sistemul nervos central*”, iar Dr. Hans Meyer, tot de la FDA, afirma în 1982 că “*nici la ora actuală nu înțelegem încă pe deplin patologia bolii*”⁵⁶. Cât de “bine” este cunoscută la ora actuală această bacterie, aflăm de la Harris Coulter și Barbara Fisher: “*Ea este formată din sute sau mii de fragmente de proteine, numite antigene. Cea mai mare proteină poate fi văzută la microscop, dar majoritatea nu sunt vizibile. Cu toate că mulți au-*

⁵⁵ M. Hirte, *op. cit.*, 170-171.

⁵⁶ Harris L. Coulter, Barbara Fisher, *Dreifachimpfung – Ein Schuss ins Dunkle*, Barthel & Barthel Verlag, 1996, 38.

*tori cred că au descoperit antigenele care provoacă leziuni ale sistemului nervos și atacă sistemul imun, încă nu se cunosc multe aspecte legate de această bacterie*⁵⁷. În 1980, Dr. Vincent A. Fulginiti scria: “Nu știm nici de ce copiii își revin după tuse convulsivă, nici care dintre antigene produc imunitate față de boală”. La un simpozion al FDA din 1982, un om de știință japonez a atras atenția asupra faptului că “*substanțele toxice pe care le provoacă B. Pertussis sunt răspunzătoare pentru complicațiile neurologice ale bolii, la fel și în cazul vaccinurilor care conțin bacteria pertussis*”⁵⁸.

2. Cum au dispărut epidemiile de tuse convulsivă

Nu există date legate de apariția primelor cazuri de boală (sute de ani sau mai mult), dar primele scrieri despre tusea convulsivă datează din 1578 și le datorăm medicului francez Guillaume Baillou, cu ocazia izbucnirii în acel an, a unei epidemii în Paris. El descrie accesul de tuse ca fiind unul foarte grav, când “*bolnavul pare că se înneacă...tusea este foarte obositoare și provoacă vărsături, sau chiar se sparg vene de la creier, ducând la sângerări... au fost afectați în special copiii*”⁵⁹. Medicul englez Thomas Sydenham, care a trăit în sec. XVII, a denumit boala *Pertussis* (lat.: “tuse puternică”). În 1695, au izbucnit epidemii de pertussis în Roma și Paris. În Scandinavia a izbucnit o epidemie la mijlocul secolului XVIII, iar în Scoția în 1809. Boala, fiind foarte răspândită în toate țările europene, a primit noi termeni, fiecare țară definind-o după una dintre trăsăturile bolii. La noi a fost denumită “tuse măgărească”, în Olanda s-a numit “kindt” (copil), fiind vârsta cea mai mult afectată de boală, în Germania “Keuchhusten”, etc. “*Morbiditatea și mortalitatea cea mai ridicată s-a înregistrat în sec. XIX, în familiile din orașele suprapopulate, unde WC-urile erau comune, în spatele curții, apa pentru gospodăria provenea din fântâni descoperite, iar alimentele erau insuficiente și de proastă calitate*”⁶⁰.

Medicii nu știau cu ce să trateze această afecțiune și, ca atare, nu erau luate niciun fel de măsuri: “...când copiii mergeau la școală, se opreau deseori pe drum ca să tușească, scuipau și apoi își continuau drumul...cei care nu murrau de boală, erau răpuși de complicațiile bolii...”⁶¹. Dr. Sir William Osler spunea că “*dacă e să adăugăm la decesele provocate de boală și complicațiile acesteia, atunci epidemiile de tuse convulsivă sunt cele mai grave epidemii*

⁵⁷ *Ibidem*.

⁵⁸ *Ibidem*, 39-40.

⁵⁹ *Ibidem*, 28.

⁶⁰ *Ibidem*, 28-31.

⁶¹ *Ibidem*.

provocate de vreo boală infectocontagioasă din istorie și de care au murit cei mai mulți copii cu vârsta mai mică de 5 ani”⁶². Otitele medii, pneumoniile și bronșitele erau complicațiile cele mai frecvente, de care deseori mureau copiii. În încercarea de a trata și vindeca boala, medicii au fost foarte “inventivi”, folosind cele mai diverse substanțe, unele foarte periculoase. În 1793, un medic din New Jersey spunea că, în 100 de ani, nu s-a schimbat nimic important. El a administrat bolnavilor mercur, pentru a provoca o diaree “necesară”. Au fost administrate copiilor și produse vegetale în scop de a provoca vărsături, prin care trebuia “eliminată o spută infectată”. Alții au folosit ulei de ricin, opiu sau chinină, în “concentrații adaptate pacientului”⁶³.

Cu toate că nu exista niciun medicament care să amelioreze sau să vindece boala, atât în Europa de Vest, cât și în America, *epidemiile de tuse convulsivă au început să regreseze, în lipsa oricărui vaccin, începând cu mijlocul sec. XIX, și până la mijlocul sec. XX.*

Statisticile arată că în America mortalitatea dată de tusea convulsivă a scăzut de la 210 cazuri/1 milion locuitori în 1870, la 21 cazuri/1 milion locuitori în 1940. Același lucru se constată și în țările vest-europene. În Anglia, în 1940, mortalitatea a scăzut cu 90% față de sfârșitul sec. XIX. În Suedia, între anii 1911-1915 au murit în jur de 800 copii, apoi mortalitatea a scăzut mult, astfel că în perioada 1951-1955 au mai fost doar 10 decese la copii, iar între anii 1977-1979 nu a mai fost niciun caz de deces din cele 19.000 de cazuri de boală. În Germania (Hamburg), între anii 1901-1905, s-au numărat 986 de decese din cele 7.716 cazuri de boală, ca apoi, în perioada 1951-1955 să se numere 33 de decese din 11.123 de cazuri de boală. *Toate aceste regresii mari au avut loc în lipsa oricărui vaccin anti-pertussis, atât în America, cât și în Europa*⁶⁴.

Acest fenomen nu este deloc unul surprinzător, având în vedere că același regres era observat și în cazul celorlalte boli infecțioase: scarlatină, rujeolă, tuberculoză și tifos. Toate aceste boli, care înainte erau foarte frecvente și periculoase, nu mai provocau decese decât foarte rar.

Cauzele regresiei epidemiilor de tuse convulsivă⁶⁵:

- Una din cauzele regresiei acestor epidemii a fost cu siguranță faptul că *populația s-a imunizat în mod natural față de ele*, după ce atâtea generații, atât din America, cât și din Europa, au fost expuse tusei convulsive;

⁶² *Ibidem*, 31-34.

⁶³ *Ibidem*.

⁶⁴ *Ibidem*, 35-36.

⁶⁵ *Ibidem*, 37.

- un al doilea motiv a fost *îmbunătățirea condițiilor de viață*, atât cele igienico-sanitare, cât și alimentația copiilor;
- *introducerea antibioticelor* cu care erau tratate complicațiile bolii este cel de-al treilea motiv al scăderii mortalității la sugari și copii. În comparație cu celelalte boli infecțioase, ale “copilăriei”, regresia tusei convulsive diferă puțin de ele: dacă cazurile de boală scad o dată cu decesele datorate scarlatinei, nu același lucru îl observăm în cazul tusei convulsive, unde, mortalitatea scade mult mai repede decât morbiditatea.

3. Vaccinul Pertussis (“P”)

Generalități

Pentru a înțelege amploarea pe care au avut-o reacțiile adverse grave date de vaccinul antipertussis, cu bacteria “întregă”, trebuie să ne reamintim principiul vaccinării: *toate vaccinurile acționează după principiul stimulării artificiale a imunității prin formare de anticorpi, care vor ataca antigenul introdus în organism (bacterie, virus etc.), cu scopul de a preveni boala, cand organismul va veni din nou în contact cu acelasi antigen*. Imunitatea obținută artificial ar trebui să fie la fel sau cât mai apropiată de cea obținută în mod natural, după o infecție sau boală naturală. După cum am observat între timp, acest lucru este imposibil. Imunitatea nu funcționează după principiile matematicii, ci deseori 1+1 poate fac 100, 1000 sau chiar mai mult. Sistemul imun al organismului uman, atât de complex și atât de puțin cunoscut încă la ora actuală, este redus la o simplă ecuație pe care o poate dezlega orice copil. În realitate, nu este așa. În cazul vaccinului antipertussis, copilul primește un vaccin ce conține o anumită cantitate (controlată) din bacteria pertussis “întregă” și apoi “ruptă” în mai multe bucăți. *Teoretic*, mai multe vaccinuri antipertussis administrate succesiv, cu cantități cunoscute din bacterie, urmau să stimuleze progresiv sistemul imun al copilului. *Rezultatele au fost catastrofale*.

Vaccinurile care trebuiau să apere copiii de boală au dus la complicații grave sau chiar la decese. Așa cum am menționat anterior, “*încă nu se cunoaște care dintre antigenele bacteriei pertussis stimulează sistemul imun spre apărare și care atacă sistemul nervos central*”⁶⁶. La Congresul din 1982, Fulginiti remarcă un lucru cel puțin surprinzător: “*Aceleași structuri chimice ale bacteriei care stimulează imunitatea, au și proprietăți toxice, și este foarte, foarte dificilă separarea celor două elemente și obținerea unei siguranțe în ceea ce privește apărarea copilului și evitarea complicațiilor*. În-

⁶⁶ *Ibidem*, 42-43.

*tâmpinăm mari greutăți în separarea celor două proprietăți ale bacteriei*⁶⁷. **Acesta a fost și rămâne obstacolul principal în crearea oricărui vaccin antipertussis.** Este și motivul pentru care cercetătorii au folosit de la început întreaga bacterie pentru obținerea vaccinului, știind că oricum nu pot separa “binele de rău”. De aici vine și denumirea de vaccin antipertussis “întreg”, folosit atât în SUA, cât și în majoritatea statelor din lume, până la înlocuirea lui cu vaccinul pertussis “acelular”(actual).

Primul vaccin antipertussis “întreg” și “atenuat”, a fost sintetizat în 1912, de către Jules Bordet și Octave Gengou, cu scopul de a-l folosi în Tunisia pentru a opri extinderea bolii în această regiune. Nici ei nu știau cum să despartă cele două tipuri antigenice ale bacteriei și au folosit bacteria “întreagă”. Ei au cultivat bacteria în recipiente mari, au “omorât-o” termic și pentru conservare au folosit aldehidă formică, după care au injectat-o copiilor. Timp de 70 de ani nu s-a schimbat practic nimic în ceea ce privește modul de sinteză a vaccinului, folosindu-se în toți acești ani bacteria “întreagă”, cu ambele tipuri de antigene, “bune”, imunostimulatoare, și “rele”, neurotoxice. Faptul că la sfârșitul anilor ’20, în Tunisia, Londra și Paris, era folosit un vaccinul periculos și nepurificat, nu era un obstacol pentru producătorii de vaccinuri. Tusea convulsivă făcea sute de victime în rândul sugarilor și copiilor, scopul principal fiind obținerea cu orice preț a unei imunități în fața bolii. În felul acesta, sec. XX, urma să marcheze începutul “erei vaccinurilor”, situație pe deplin exploatată de către producătorii de vaccinuri. O astfel de încurajare a dus la apariția pe piață a multor “mici” producători de vaccinuri, atât în SUA, cât și în Europa⁶⁸. La sfârșitul anilor ’30, acest vaccin conținea aceeași formulă, adică bacteria “în întregime”, sub formă “atenuată”. Nu s-au lăsat așteptate efectele secundare care erau multe și îngrijorătoare, precum convulsiile și afectarea SNC. Din acest motiv, vaccinul nu a mai fost recomandat în Germania, începând cu anii ’70. În această perioadă s-au efectuat mai multe studii epidemiologice în Germania, care au evidențiat sute de cazuri cu convulsii și afectarea sistemului nervos din cauza vaccinului folosit. Între anii 1970-1978, s-au înregistrat peste 100 de cazuri soldate cu sechele nervoase/psihice și 9 decese la 25.350 de copii vaccinați^{69,70}.

⁶⁷ *Ibidem.*

⁶⁸ *Ibidem*, 44-45.

⁶⁹ W. Ehrengut, “*Impfeschäden nach Pertussis-Schutzimpfung in der Bundesrepublik Deutschland (1970-1978)*”, *Pädiatr Prax* 1986, 32 (4):674-676.

⁷⁰ W. Ehrengut, “*Biases in evaluating CNS complications following pertussis immunization*”, in U. Fukuyama et al. (Hg), *Modern perspectives of child neurology*, The Japanese Society of Child Neurology, 1991:131-135.

În America, Harris Coulter a atras atenția asupra unor simptome alarmante precum *“febră, somnolența și țipătul ascuțit, apărute după vaccin, care reprezentau debutul unei afectări cerebrale (encefalită postvaccinală) și care, după ani de zile, se va solda cu sechele nervoase/psihice (sindromul postencefalitic): tulburări de concentrare, de comportament, etc.”*⁷¹. Faptul că a avut dreptate Coulter o dovedește și un studiu britanic, denumit *The National Childhood Encephalopathy Study*, în care s-au urmărit, timp de 10 ani, copiii vaccinați antipertussis. Concluzia lui Miller (1993) a fost că *“s-au găsit prea multe cazuri de decese, tulburări neurologice, tulburări de comportament și dificultăți la învățat”*⁷².

Din cercetările lui D. C. Classen rezultă că, *după introducerea vaccinului Hib (Haemophilus Influenza) și a vaccinului împotriva tusei convulsive (“P”), a crescut incidența diabetului zaharat tip I. la copiii din Finlanda, în perioada 1974-1976, cu 64%*^{73, 74}! Mai multe experimente pe animale au arătat că chiar și o doză foarte mică de vaccin pertussis “întreg” poate crește riscul pentru diabet zaharat⁷⁵. Diabetul zaharat tip 1 este o boală autoimună.

În anii 1920-1930, când a existat o perioadă de intensă dezvoltare a vaccinurilor, se dorea vaccinarea sugarului la o vârstă cât mai precoce cu toate vaccinurile, inclusiv cu cel anti-pertussis. Cu toate acestea, numeroși medici erau sceptici în această privință. Dr Louis Sauer din Evanston, Illinois, care era un mare activist pro-vaccin și chiar sintetizase propriul vaccin împotriva tusei convulsive, relatează în anul 1941 că *“doar 27% din 89 de sugari vaccinați sub vârsta de 3 luni au format anticorpi și că nu ar trebui vaccinat împotriva tusei convulsive un sugar sub vârsta de 7 luni, deoarece s-a observat că majoritatea acestor bebeluși nu posedă încă puterea de a-și dezvolta un sistem imun sănătos dacă sunt vaccinați atât de precoce... Sugarii care au probleme de alimentație nu ar trebui vaccinați deloc, în special cei născuți prematuri”*⁷⁶.

⁷¹ H. L. Coulter, B Fisher, *op. cit.*, 1996, 46

⁷² M. Hirte, *op. cit.*, 173.

⁷³ D. C. Classen, J. B. Classen, *“The timing of pediatric immunization and the risk of insulin-dependent diabetes mellitus”*, *Infectious Diseases in Clinical Practice* 1997, 6:449-454.

⁷⁴ J. B. Classen, D. C. Classen, *“Clustering of cases of type 1 diabetes mellitus occurring 2-4 years after vaccination is consistent with clustering after infections and progression to type 1 diabetes mellitus in autoantibody positive individuals”*, *J. Pediatr. Endocrinol. Metab* 2003, 16 (4):495-508.

⁷⁵ I. R. Vandebrie et al., *“Lung pathology and immediate hypersensitivity in a mouse model after vaccination with pertussis vaccines and challenge with Bordetella pertussis”*, *Vaccine* 2007, 25:2346-2360.

⁷⁶ V. Scheibner, *op. cit.*, 2000, 57.

Studiile falsificate a producătorilor de vaccinuri

La începutul anilor '90, începe să-și facă efectul industria vaccinurilor. Cercetările despre vaccinuri, sunt în mare parte acum întreprinse de noua "industrie". În SUA și Germania au apărut primele studii despre vaccinuri sponsorizate tocmai de către producătorii de vaccinuri, iar rezultatul nu putea fi altul decât unul "foarte bun". Brusc se constată că "*vaccinul împotriva tusei convulsive nu provoacă nici convulsii și nici afectarea sistemului nervos*"^{77, 78}. Cu toate că au existat multe voci alarmante în ceea ce privește consecințele grave ale vaccinului împotriva tusei convulsive, vaccinul a fost reintrodus în uz în Germania, începând cu iunie 1991. "*Tragic este faptul că de atunci nici nu se mai pomenește în prospectele vaccinului nimic despre posibile reacții secundare grave*"^{79,80}.

4. Vaccinul pertussis "acelular" (Pa)

Generalități

La mijlocul anilor '90, datorită morbidității și a mortalității crescute cauzate de vaccinul "întreg", s-a sintetizat un nou vaccin împotriva tusei convulsive, folosindu-se de data aceasta doar "anumite fragmente celulare din bacterie". Despre noul vaccin "acelular", cei care îl produc spun că "este mult mai suportabil și are efecte secundare rare". Cu toate acestea, la sugari va trebui să fie administrat de 4 ori: de 3 ori, la intervale mici de timp (între 4-8 săptămâni) și a 4-a oară la un an⁸¹. Alte studii arată cu totul altceva: noul vaccin provoacă și el reacții adverse severe. Motivul este cel descris anterior: "***Aceleași structuri chimice ale bacteriei care stimulează imunitatea, au și proprietăți toxice, și este foarte dificilă separarea celor două elemente și obținerea unei siguranțe în ceea ce privește apărarea copilului și evitarea complicațiilor. Întâmpinăm mari greutăți în separarea celor două proprietăți ale***

⁷⁷ M. R. Griffin et al., "Risk of seizures and encephalopathy after immunization with the Diphtheria-Tetanus-Pertussis vaccine", *J. Am Med Association* 1990, 263:1641-1645.

⁷⁸ K. Stehr et al., "Rehabilitation der Pertussisimpfung", *Pädiatr Pax* 1994, 47:175-183.

⁷⁹ J. L. Gale et al., "Acute neurological illness and DTP. Report of a case-control study in Washington and Oregon", în C. R. Manclark, (Hg): *Sixth International Symposium on Pertussis*, Abstracts, Bethesda, Maryland, Dpt. Health and Human Services, 1990:228-229.

⁸⁰ K. R. Wentz, E. K. Macruse, "Diphtheria-tetanus-pertussis vaccine and serious neurologic illness :an updated review of the epidemiologic evidence", *Pediatrics* 1991, 87:287-297

⁸¹ H. L. Coulter, B. Fisher, *op. cit.*, 1996, 43.

bacteriei”⁸². Acesta a fost și rămâne obstacolul principal în crearea oricărui vaccin antipertussis, celular (“întreg”) sau acelular (“pe bucăți”).

Efectul vaccinului asupra bolii. Prin administrarea vaccinului nu vom opri boala. În timp ce boala naturală lasă o imunitate naturală (protecție împotriva unei noi îmbolnăviri) de maximum 10 ani, vaccinul are ca rezultat o protecție nesigură și pentru o perioadă de timp mai scurtă. Ultimul vaccin “acelular”, cu atât mai puțin. “*Deja după 4 ani de la ultima vaccinare, crește receptivitatea la boală*”^{83,84}, observă medicii pediatri. **În final, se obține doar o amânare a bolii cu câțiva ani.** Statistica per global ramâne neinfluențată, iar bacteria “circulă” în continuare fără probleme în societate. În Suedia, numărul școlarelor care fac boala se apropie de nivelul anilor de dinainte de vaccin⁸⁵! Și în SUA cifrele celor bolnavi de tuse convulsivă cresc începând cu 1980 de 10 ori (!), iar astăzi ele sunt la nivelul anilor ’50⁸⁶! Ne punem atunci întrebarea: **Care este atunci rostul acestui vaccin, deloc inofensiv?**

Efectele secundare ale vaccinului. Noul vaccin, “acelular” (notat “Pa” în loc de “P”) poate provoca reacții secundare severe. Din primul an de la schimbarea vaccinului DTP cu DTPa, Institutul Paul Ehrlich (IPE) din Germania primea deja o serie de sesizări privind reacții secundare după vaccin. Enumerăm pe cele înregistrate în anul 1995 (“Impfreaktionen 1995”):

- *șipăt ascuțit;*
- *reacții alergice;*
- *trombocitopenii;*
- *adenopatii (umflarea ganglionilor);*
- *spasmofilie;*
- *tulburări nervoase (pareze, paralizii);*
- *encefalite;*
- *meningite;*
- *12 decese.*

⁸² *Ibidem.*

⁸³ S. Lugauer et al., *op. cit.*, 2000, 146.

⁸⁴ S. Esposito, T. Agliardi, A. Giammanco et al., “*Long-term pertussis-specific immunity after primary vaccination with a combined diphtheria, tetanus, tricomponent acellular pertussis, and hepatitis B vaccine in comparison with that natural infection*”. *Infect Immun* 2001, 69 (7): 4516-4520.

⁸⁵ L. Gustafsson, L. Hessel, J. Storsaeter, P. Olin, “*Long-term follow-up of Swedish children vaccinated with acellular pertussis vaccines at 3,5 and 12 months of age indicates the need for a booster dose at 5 to 7 years of age*”, *Pediatrics* 206, 118 (3): 978-984.

⁸⁶ M. Hirte, *op. cit.*, 175-176.

Se crede că o componentă a toxinei din vaccinul antipertussis acelular (Pa) poate inhiba semnalele pentru receptori care joacă un rol important în dezvoltarea sistemului nervos la sugari, provocând leziuni nervoase⁸⁷.

Un studiu suedez a fost întreprins între anii 1986-1987, cu două tipuri de vaccin pertussis acelular, sintetizate în Japonia de către Institutul de Stat pentru Sănătate al Japoniei (JNIH), vaccinurile fiind denumite JNIH-6 și JNIH-7. S-au luat în studiu 3.801 de sugari, cu vârsta cuprinsă între 6 și 11 luni. Dintre aceștia, 1.400 au fost vaccinați cu unul din cele două tipuri de vaccin, iar un număr de 954 de sugari au format grupul de control la care li s-a injectat un preparat “placebo”. *Acesta din urmă nu avea antigenul acelular pertussis, dar conținea adjuvanții toxici din vaccin: Thiomersal (mercur), fosfat de aluminiu și o substanță de fixare. Cu alte cuvinte, era un placebo “fals”, deoarece conținea substanțe neurotoxice și alergizante. Avantajul a fost acela că, cu ajutorul lui, s-au putut compara reacțiile adverse date de vaccin, atât din cauza antigenului, cât și din cauza adjuvanților toxici. Rezultatul a fost unul surprinzător: reacțiile adverse erau asemănătoare la cele trei tipuri de grupuri de copii, cu puține variații:*

- *hipotonie musculară*: 0,5% la copiii vaccinați cu JNIH-6, 0,5% la cei vaccinați cu JNIH-7 și 0,6% la grupul “placebo”;
- *convulsii/spasme*: 0,3% la cei cu vaccinul JNIH-6, 0,5% cu JNIH-7 și 0,4% la grupul de control care a primit “placebo”;
- *țipăt strident*, continuu, timp de una sau mai multe ore: 0,3% cu vaccinul JNIH-6, 0,7% cu JNIH-7 și 0,8% la cei cu placebo (!);
- *anorexie*: 7,1% după vaccinul JNIH-6, 6,2% cu vaccinul JNIH-7 și 6,1 la cei cu “placebo”;
- etc.

Care sunt concluziile?

- constatăm că reacțiile adverse apărute sunt destul de frecvente și destul de grave, nicidecum medii sau ușoare;
- reacțiile adverse sunt date nu doar de “bacteria pertussis, fragmentată, acelulară”, ci și de adjuvanții toxici din vaccin, mercur și aluminiu (grupul “placebo” o dovedește);
- cu toate acestea, autorii au considerat rezultatul un “succes”, afirmând că vaccinurile au protejat copiii vaccinați de tuse convulsivă, deși în

⁸⁷ ASM (American Society for Microbiology): Another reason for Whooping Cough – Induced Brain Damage :Are Acellular Vaccine Safe? 16-th general Meeting of the American Society for Microbiology Mai 2006, Orlando, Florida. <http://www.asm.org/Media/index.asp?bid=42799>

- următoarele 30 de zile după vaccin s-au numărat destule cazuri de boală în rândul copiilor vaccinați;
- ne întrebăm, de ce nu au încercat să explice și motivul pentru care, la grupul “placebo”, sute de copii nu s-au îmbolnăvit de boală (tuse convulsivă), dar au prezentat aceleași reacții adverse cu cei vaccinați; vaccinul nu doar că nu a prevenit boala la mulți dintre ei, dar a provocat multe reacții adverse grave, atât din cauza antigenului “acelular”, cât și din cauza adjuvanților neurotoxici din vaccin; *nu a existat nicio corelare între concentrațiile de anticorpi serici și nici nu s-a aflat perioada în care există o eventuală protecție pentru boală;*
 - autoritățile sanitare au concluzionat că *“mecanismele patogene prin care vaccinul poate preveni boala sunt în continuare necunoscute, iar rolul imunității celulare și a anticorpilor secretori trebuie în continuare studiate...”*⁸⁸.

Reacții și complicații postvaccinale

1) *Reacții locale*: roșeață, durere și inflamație la locul injecției, care sunt cu atât mai frecvente, cu cât numărul vaccinurilor administrate concomitent este mai mare (la fel ca în cazul vaccinului tetanic, deoarece se acumulează substanțele toxice și alergice în organism).

2) *Febra*: este o reacție frecventă, produsă de vaccinuri. O febră foarte mare (40, 5 grade), este mai rară (1/15.000 cazuri), dar apare și după noul vaccin, “acelular”⁸⁹.

3) *Convulsii*: ele pot însoți reacțiile febrile intense, când sunt denumite convulsii febrile. Se constată o astfel de reacție la 16.000 de cazuri. Dacă se vor face 4 sau 5 vaccinuri concomitent, acest risc crește de 4, respectiv de 5 ori⁹⁰.

4) *Țipătul ascuțit, necontrolabil, denumit și “țipăt encefalitic”*, este o reacție adversă care arată o afectare a sistemului nervos. Totodată este o reacție cunoscută la vaccinurile antipertussis cu bacterii “întregi”. S-a constatat însă că acest simptom/reacție adversă apare și după noul vaccin pertussis, “acelular”, la 1 din 500 de cazuri⁹¹. În ce măsură această reacție din partea

⁸⁸ V Scheibner, *op. cit.*, 2000, 66-69.

⁸⁹ M. A. Überall, K. Stehr, J. D. Cherry, U. Heininger, S. Schmitt-Grohe, S. Laussucq, T. Eckhardt, “Severe adverse events in a comparative efficacy trial in Germany I infants receiving either the Ledrele/Takeda acellular pertussis component DTP (DTPa) vaccine, the Ledrele wholecell component DTP (DTP) or DT vaccine. The Pertussis Vaccine Study Group”. *Dev Biol Stand* 1997, 89:83-89.

⁹⁰ V. Scheibner, *op. cit.*, 2000, 69.

⁹¹ M. A. Überall et al., *op. cit.*, 1997, 89.

sistemului nervos afectat va lăsa și sechele, nu se știe⁹². Știm însă că “țipătul encefalitic” reprezintă deseori debutul unei *encefalite postvaccinale*, care se poate vindeca sau poate lăsa sechele, când vorbim de *sindromul postencefalitic*, adică sechele, dintre care Harris Coulter amintește “*tulburările de concentrare și de comportament*”⁹³.

5) *Episoade de hipotonie, cu hiporeactivitate*: este vorba de stări asemănătoare unui colaps care, în timp de 48 de ore după vaccinare, se conturează astfel: stare confuză, hipotonie musculară și colorația albăstruie (cianoză) a pielii. Tulburarea cunoștinței atestă o posibilă afectare nervoasă, care poate avea repercusiuni tardive, dar care nu sunt încă studiate suficient. Astfel de episoade s-au observat destul de frecvent după vechiul vaccin, dar apar și la noul vaccin, după unii autori, de 3-4 ori mai puțin frecvente^{94, 95}. Ute Quast vorbește de o frecvență de 1 /1000 – 1/100.000 de cazuri, în funcție de vaccin⁹⁶.

6) *Encefalita postvaccinală*, denumită în termeni de specialitate și “*Encefalită acută demielinizantă*” (*ADEM*), este mai rară, dar cu posibile sechele nervoase severe. Această complicație apare și *după alte vaccinuri: antidifteric, ROR (rujeolă- urlian-rubeolă) și antigripal*. Simptomele pot fi foarte variate: tulburări de mers, paralizii, tulburări de vedere, convulsii, pierderea cunoștinței. În SUA această encefalopatie este recunoscută ca fiind o “*reacție secundară postvaccinală severă*”, *dacă ea apare în primele 3 zile de la vaccin*⁹⁷. Această “încadrare” este total greșită (rigidă), având în vedere că *encefalita poate apare și la câteva săptămâni după vaccin*⁹⁸.

7) *Reacții alergice acute*

⁹² M. Hirte, *op. cit.*, 179.

⁹³ H. .L. Coulter, Review of Marie R. Griffin *DTP study. Unpublished, 1990a*, citat la Neustaetter, 1997.

⁹⁴ D. W. Scheifele, “*Marked reduction in febrile seizures and hypotonic –hy-responsive episodes with acellular pertussis – based vaccines: results of Canada – wide surveillance 1993-1998*”, 37-th Annual Meeting of the infectious Diseases Society of America; Philadelphia, Pa; 18-21.November 1999, *Session 36, Abstract 31*.

⁹⁵ T. S. DuVernoy, M. M. Braun, “*Hypotonic – hyporensponsive episodes reported to the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS), 1996-1998*”, *Pediatrics* 2000, 106 (4):E52.

⁹⁶ Aventis Pasteur MSD:Hexavac Productmonographie 2000.

⁹⁷ HRSA (Health Resources and Services Administration):Vaccine Injury Table March 24, 1997. <http://www.hrsa.dhhs.gov/bhpr/vicp/table.htm>

⁹⁸ J. M. Murthy, “*Acute disseminated encephalomyelitis*”, *Neurol India* 2002, 50: 238-243.

Uneori apare *urticaria*, ca expresie a unei alergii la vaccin⁹⁹. Șocul alergic este mai rar, dar se numără între reacțiile postvaccinale severe, ce pot duce la deces¹⁰⁰.

8) Boli alergice și autoimune

Sistemul imun al sugarului (0-1 an) poate fi afectat de vaccinul pertussis, soldându-se cu *boli alergice și autoimune*. În primele 6 luni de viață sistemul imun al sugarului este în formare și reacționează în mod exagerat la vaccinuri, inclusiv la vaccinul antipertussis nou, “acelular”, prin formarea în exces de anticorpi Ig E și alte substanțe înrudite (citokine, macrofage etc.)¹⁰¹. “Datele noastre arată că profilul citokinelor este modificat la un sugar de 6 luni care până atunci a fost vaccinat la 2, 3 și 4 luni”, afirmă autorii unui studiu. Aceiași autori au cerut autorităților studii aprofundate despre noul vaccin (dar fără niciun rezultat până acum), deoarece *nu există la ora actuală studii despre posibilele boli alergice provocate de vaccinul pertussis acelular la sugar, ci doar la copiii preșcolari*¹⁰².

Animalele pe care s-a experimentat vaccinul pentru tusea convulsivă, au reacționat în mod exagerat când au fost infectați cu bacteria care provoacă boala, aflându-se în plămâniilor lor substanțe pro-alergene. Ar trebui luat în considerare și acest aspect, având în vedere că și copiii vaccinați vor veni în contact cu bacteria care provoacă boala. Un studiu relevant în acest sens este cel al unui grup de cercetători din Olanda, care au observat incidența diferită a bolilor alergice la două loturi de copii, cu vârsta cuprinsă între 8 și 12 ani, dintre care 50% au fost vaccinați împotriva tusei convulsive și 50% nu. Copiii luați în studiu făcuseră cu toții boala (tusea convulsivă) – atât cei vaccinați, cât și cei nevaccinați. Rezultatul a fost că *“un mare procent din copiii vaccinați sufereau de boli alergice precum astm bronșic, rinită alergică, boala «de fân» și alergii alimentare, în timp ce la copiii nevaccinați nu a crescut deloc riscul unor astfel de boli alergice”*¹⁰³. După un alt studiu (britanic), *“copiii vaccinați împotriva tusei convulsive au un risc de 5 ori mai mare ca să dez-*

⁹⁹ M. Sakaguchi, T. S. NakayamaInouye, “Cases of systemic immediate-type urticaria associated with acellular diphtheria-tetanus-pertussis vaccination”, *Vaccine* 1998, 16 (11-12): 1138-1140

¹⁰⁰ HRSA (Health Resources and Services Administration): Vaccine Injury Table March 24, 1997. <http://www.hrsa.dhhs.gov/bhpr/vicp/table.htm>,

¹⁰¹ F. Mascart, M. Hainaut, A. Peltier, V. Verscheure et al., “Modulation of the infant immune responses by first pertussis vaccine administrations”, *Vaccine* 2007, 25 (2):391-398.

¹⁰² M. Hirte, *op. cit.*, 181.

¹⁰³ R. M. Bernsen, N. J. Nagelkerke, C. Thijs, J. C. Van der Wouden, “Reported pertussis infection and risk of atopy in 8- to 12-yr-old vaccinated and nonvaccinated children”, *Pediatr Allergy Immunol* 2008, 19 (1):46-52.

volte ulterior un astm bronșic alergic!”¹⁰⁴. La fel, și studiile din SUA au putut demonstra o legătură evidentă între vaccinul DTP și creșterea exagerată a bolilor alergice până la vârsta de 16 ani¹⁰⁵.

Alături de vaccinul DTP, mai sunt 2 cauze care cresc incidența bolilor alergice la sugari și copii: “folosirea antibioticelor și bolile alergice ale mamei”¹⁰⁶.

În concluzie, “nu este de mirare că numeroasele studii leagă acest vaccin de incidența crescândă a bolilor alergice din lume”¹⁰⁷.

Alte reacții adverse și complicații postvaccinale sunt tratate împreună cu vaccinul combinat, “DTP”.

III. Vaccinul diftero-tetano-pertussis (DTP și DTPa)

Vaccinul difteric a fost descris la cap. 2, iar vaccinurile tetanic și pertussis le descriu în acest capitol. Am lăsat la urmă vaccinul combinat, trivalent, DTP, deoarece a apărut ultimul pe piață, fiind totodată cel mai controversat vaccin la ora actuală, despre care s-a scris cel mai mult, iar cea mai mediatizată carte aparține autorilor Harris Coulter și Barbara Fisher: *DTP: A Shot in the Dark*. O parte a reacțiilor adverse severe ale vaccinului DTP, precum și cazuri clinice, le-am prezentat și în cap. 3.

1. Istoric

Între anii 1930-1950, medicii căutau o metodă prin care să producă un vaccin antipertussis, adecvat unei vârste cât mai mici a sugarului, precum și posibilitatea combinării vaccinului antipertussis cu alte două: anti-tetanos și anti-difteric. Ceea ce s-a adăugat vechiului vaccin antipertussis, sintetizat de Bordet și Gengous, a fost o substanță numită “adjuvant”. Adjuvanții, așa cum am văzut, sunt substanțe chimice (săruri de metale grele: fosfat de

¹⁰⁴ M. R. Odent, “Pertussis vaccination and asthma: is there a link?”, *JAMA* 1994, 272 (8): 592-593.

¹⁰⁵ E. L. Hurwitz, H.: Morgenstern, “Effects of diphtheria-tetanus-pertussis or tetanus vaccination on allergies and allergy-related respiratory symptoms among children and adolescents in the United States”, *J. Manipulative Physiol Therap* Feb 2000, 23 (2): 81-90.

¹⁰⁶ M. Farooqi et al., “Acute neurological illness and DTP: Report of a case-control study in Washington and Oregon!”, în: C. R. Manclark, *Sixth International Symposium on Pertussis. Abstracts*, Bethesda, Maryland: Dpt. Health and Human Services, 1990:228-229.

¹⁰⁷ M Hirte, *op. cit.*, 182-183.

aluminiu, hidroxid de aluminiu) care stimulează sistemul imun să producă anticorpi. Modul în care se produce aceasta “imunostimulare” nu este bine cunoscut nici până în ziua de azi (vezi cap. 3). În 1943, Dr. Pearl Kendrick, care și-a asumat “menirea” de a face cât mai cunoscut vaccinul antipertussis și de a-l propune pentru vaccinarea în masă, în urma unui studiu efectuat la John Hopkins Medical School, în primăvara anului 1932, și apoi a altor studii personale, scrie despre *aluminiu* că este “*metalul care are o astfel de capacitate și, cu «ajutorul» lui, vaccinul antipertussis este mai eficient și poate conține un număr mai mic de bacterii*”¹⁰⁸. După această “constatare”, este introdus în vaccin aluminul ca adjuvant. Tot Dr. Kendrick îi datorăm în mare parte și combinarea vaccinului antipertussis cu alte două – tetanos și difteric – care erau pe piață deja din anii ‘40. În 1942, Kendrick folosea drept “argument” pentru combinarea celor trei vaccinuri “o simplificare” a vieții copiilor, dar și a părinților și a medicilor. S-a mers până acolo încât s-a afirmat că vaccinul antipertussis lucrează ca un “adjuvant” pentru vaccinul difteric, ambele fiind mai active împreună. Din aceleași motive a fost adăugat și vaccinul tetanos. *De atunci există pe piață, în întreaga lume, trivaccinul DTP, așa cum îl cunoaștem în ziua de azi*¹⁰⁹.

Motivul real pentru care au fost combinate cele trei vaccinuri a fost acela ca, atunci când apar reacții adverse grave sau complicații postvaccinale severe, să nu poată fi puse pe seama uneia dintre cele trei componente, mai ales a vaccinului antipertussis, pentru care existaseră deja prea multe tentative de a fi scos pentru totdeauna de pe piață.

Din nefericire, nimeni nu a ținut cont de afirmațiile făcute de Dr. Sauer referitor la interzicerea vaccinurilor la sugarii mai mici de 7 luni. Dimpotrivă, Dr Wallace Sako, din New Orleans, îl contrazice pe Sauer și recomandă medicilor să înceapă vaccinarea cu DTP la vârsta de 2 luni la toți bebelușii, începând cu anul 1945, pe considerentul că, dacă vaccinurile DT (antidifтеріc și antitetanos) pot forma anticorpi la bebeluși, ar fi normal să o facă și vaccinul P (antipertussis). În felul acesta, încetul cu încetul, medicii din America s-au obișnuit cu efectuarea trivaccinului DTP. În SUA, vaccinul DTP este obligatoriu pentru frecventarea instituțiilor de stat (grădinițe și școli)¹¹⁰. Nu s-a considerat a fi de o importanță atât de mare vârsta la care un copil produce

¹⁰⁸ Carolyn G. Shapiro-Shapin, “Historical Review: Pearl Kendrick, Grace Eldering and the Pertussis Vaccine”, *Emerging Infectious Diseases Journal*, August 2010. http://www.wnc.cdc.gov/eid/article/16/8/10-0288_article.htm

¹⁰⁹ H. L. Coulter, B. Fisher, *op. cit.*, 1996, 47.

¹¹⁰ V. Scheibner, *op. cit.*, 79.

anticorpi și poate fi începută vaccinarea, cât a fost de importantă comoditatea medicilor care efectuează vaccinarea. În felul acesta, o dată cu vaccinarea, medicii pediatri efectuau și controlul periodic al sugarului. *Nimeni nu a atras atenția asupra creșterii incidenței reacțiilor adverse neurologice ale vaccinului la o vârstă atât de fragedă sau a morții subite la sugar (SIDS)*. Se uitase un principiu esențial al Pediatriei: *“cu cât greutatea unui copil este mai mică, cu atât doza medicamentului trebuie să fie mai mică”*. Cu toate acestea, un sugar de 2 luni, care cântărește aproximativ 9 livre (1 livră=453,59 grame, 9 livre fiind aproximativ 4,1 kg), primește aceeași doză de vaccin ca și un copil preșcolar cu o greutate de 50 de livre (echivalentul a 23 kg aprox.)! Nu a fost testată deloc toxicitatea vaccinului pertussis la sugarii mici, de 2 luni. Singurele teste au fost cele efectuate în Marea Britanie, la copiii cu vârsta cuprinsă între 6 și 18 luni, majoritatea fiind mai mari de 14 luni! Americanii s-au mulțumit mereu – așa cum o fac și la ora actuală – cu testele efectuate de către englezi¹¹¹. Cu toate că au apărut câteva cazuri de convulsii în primele 72 de ore și numeroase astfel de reacții în decurs de 28 de zile de la vaccin, vaccinul DTP a fost acceptat și apoi administrat sugarilor din Anglia. Până în ziua de astăzi, una dintre “recomandările” Ministerului Sănătății din Anglia este aceea ca, în cazul DTP, vaccinarea să se facă doar începând cu vârsta de 6 luni, dacă se dorește o reacție imunologică mai bună, iar a doua și a treia doză să se facă după 4-6 luni. Cu toate acestea, The American Public Health Service și The American Academy of Pediatrics (AAP) recomandă ca trivaccinul DTP să se administreze sugarilor din America la vârsta de 2, 4 și 6 luni, iar cele două revaccinări la 18 luni și în perioada 4-6 ani¹¹².

În România, recomandările pentru vaccinul DTP sunt: primovaccinarea la 2 luni, urmată de câte o doză la 4 și 6 luni iar revaccinarea la 12 luni și la 4 ani. *În total sunt 5 doze de vaccin DTP* (conform Programului Național de Imunizare).

În 1982, William C. Torch, medic neurolog și director al secției de Neurologie de la Clinica Universitară din Nevada, atrage atenția asupra vaccinului DTP că ar putea provoca moartea subită a sugarului. Concluzia lui a fost: *“datele noastre arată că vaccinul DTP reprezintă una dintre cauzele, încă neștiute până acum, ale morții subite a sugarului. Ca urmare, ar trebui aprofundate studiile despre acest vaccin”*¹¹³.

¹¹¹ H. L. Coulter, B. Fisher, *op. cit.*, 1996, 58-61.

¹¹² *Ibidem*, 62.

¹¹³ M. Hirte, *op. cit.*, 173.

Trei firme private au fost, de 10 ani încoace, cele mai mari producătoare de vaccinuri DTP: *Wyeth Laboratories*, *Lederle Laboratores* (secția companiei americane *Cyanamid*) și *Connaught Laboratories*. La toate trei găsim în prospectul vaccinului, o listă lungă de reacții adverse severe și alta cu contraindicațiile. Firma Wyeth Laboratories a dat un comunicat în 1984 prin care anunța scoaterea componentei pertussis (P) din DTP. Comitetul pentru Bolile Contagioase ale AAP (*American Academy of Pediatrics*) raporta periodic un comunicat scris, numit apoi și “Cartea roșie”, folosit în special de către medicii pediatri privați și care conținea reacțiile adverse severe, precum și contraindicațiile vaccinurilor. Organizația CDC (*Centers for Disease Control*, trad.: Centrul de Control al Bolilor/Epidemiilor din America) emitea, de asemenea, un comunicat periodic cu reacțiile adverse și contraindicațiile vaccinurilor, folosit apoi de către medicii din spitale. Spre exemplu, la întrebarea “*Cât de mare trebuie să fie febra la un copil vaccinat cu DTP?*”, răspunsurile găsite sunt variate: în “Cartea roșie” emisă de AAP, la pag. 11, citim o valoare a temperaturii de 39,5 grade Celsius, pe când la pag. 205 scrie 40,5 grade C, iar în prospectul firmei Wyeth găsim, de asemenea, două valori diferite: 39,5 și 40,5 grade C, în locuri diferite. *O astfel de temperatură ridicată, care apare în primele 24 de ore după vaccin, constituie o contraindicație absolută pentru o nouă vaccinare.* Dacă aici nu se suprapun toate răspunsurile, ele o fac în schimb la AAP și la ACIP (*Advisory Committee on Immunization Practices*), în cazul unor afecțiuni neurologice apărute după vaccinul anti-pertussis, precum: *șipăt ascuțit, convulsii epileptice, encefalite, colaps etc., care sunt contraindicații absolute pentru o altă vaccinare antipertussis.* În schimb, în “Cartea roșie” (1982) este descrisă doar o posibilă apariție a unor reacții adverse, precum febra și starea de rău general, “în primele ore de la vaccin”, dar nu este amintită deloc perioada în care pot apărea simptomele neurologice amintite mai sus: convulsii, encefalite sau stări de colaps/leșin.

Întrebarea care se pune este: “*Ce să facă un medic cu astfel de informații rău definite, ba chiar contradictorii?*”. În unele state din SUA, vaccinul antipertussis este cerut ca obligatoriu, iar medicul știe că un copil, ca să poată frecventa școala, are nevoie de un număr exact de vaccinuri (după legea “*No vaccination, no school*”). Dacă nici producătorii de vaccinuri nu ajung la un consens, cum s-o facă medicul care, de cele mai multe ori, nu va ști care sunt contraindicațiile unui vaccin și pe care nu le-a învățat la Facultatea de Medicină. Un studiu efectuat de către Dr. Janice Cockrell în 1982, la 10 cabinete medicale pediatrice, arată că “*definirea unor reacții adverse medii și grave, după vaccinul DTP, nu erau deloc clare pentru medici, de altfel foarte bine*

pregătiți profesional. Or, acest lucru este destul de grav având în vedere că un medic administrează în medie un vaccin/zi¹¹⁴. Mai grav a fost faptul că acești medici nici măcar nu recunoșteau o “criză convulsivă/epileptică” la sugar (care are anumite particularități, specifice vârstei), după cum reiese din cazul fetei Theresa, unul dintre multe altele, prezentat mai jos (pct. 2).

2. Prezentare

Vaccinul D.T.COQ:

- este produs de SANOFI PASTEUR;
- conține: *anatoxină difterică purificată, anatoxină tetanică purificată, bordetella pertussis*;
- *reacții adverse*: dureri, eritem sau noduli la locul injectiei, febră (38-39 grade Celsius) timp de 1-2 zile. *Rar*: febră 40 grade C, sindromul plânsului encefalitic, convulsii, encefalopatie sau șoc (1: 100.000 vaccinări). În prospect este specificat faptul că “*aceste simptome dispar spontan, dar contraindică alte vaccinări împotriva tusei convulsive*”¹¹⁵.

După cum arată numeroase studii și cazuri relatate în acest capitol, *specificarea este falsă*, deoarece, în multe cazuri, simptomele encefalitelor post-vaccinale “nu dispar”, ci se complică, atunci când vorbim de sindromul postencefalitic, cu sechele postvaccinale tardive: ADHD, autism ș.a.

Vaccinul combinat diftero-tetano-pertussis adsorbit (VCDTP):

- produs de Institutul Cantacuzino din București;
- reacțiile adverse sunt practic aceleași, dar se specifică faptul că “*imunizarea cu VCDTP va fi întreruptă la copiii care au prezentat encefalopatie evolutivă în primele 7 zile de la vaccinare*”¹¹⁶;
- în cartea *Vaccinuri și vaccinări în practica medicală*, autorii români precizează: “**precauțiile vaccinării sunt reprezentate de antecedente cu apariția în primele 48 de ore de la administrarea unei doze de DTP a reacției febrile de peste 40,5 grade Celsius, a stării de colaps, a șocului sau a plânsului persistent (plâns continuu de peste 3 ore), precum și manifestarea în primele 3 zile a sindromului convulsiv. Prezența unor afecțiuni neurologice necesită o decizie individualizată de continuare a vaccinării cu DTP sau renunțarea la acesta și continuarea schemei de**

¹¹⁴ H. L. Coulter, B. Fisher, *op. cit.*, 1996, 317- 323.

¹¹⁵ *Agenda Medicală* 2012, 860.

¹¹⁶ *Ibidem*, 884-885.

vaccinare cu DT"¹¹⁷. Atât "precauțiile" privind antecedentele familiale, cât și "decizia individualizată" de continuare a vaccinurilor sunt două concepte practic deloc cunoscute de părinții copiilor și foarte puțin cunoscute chiar de către medicii de familie din România. Totodată ele sunt destul de evasive iar decizia medicului sau a părintelui va fi una dificilă. Lipsa informării părinților sau chiar dezinformarea lor legată de posibile complicații grave postvaccinale și posibilitatea întreruperii acestora a dus și în țara noastră la apariția bolilor cronice severe la copii. O supraveghere foarte atentă a fiecărui copil vaccinat și oprirea oricărei vaccineri în momentul apariției reacțiilor adverse sus-menționate este datoria medicului de familie. Interesant este faptul că nici specialiștii nu acordă atenția cuvenită reacțiilor adverse severe după DTP, când afirmă că "**vaccinul nu se contraindică în caz de febră sub 40,5 grade Celsius, după o doză anterioară de vaccin, antecedente familiale de convulsii, reacții adverse grave familiale sau decesul subit al unui sugar**"¹¹⁸. Situația din țara noastră seamănă izbitor cu cea din America, iar pentru medicii din România ea rămâne în continuare una confuză. Rămâne ca părinții să decidă dacă-și doresc copii sănătoși sau nu...

Vaccinuri combinate: Tetravaccin, Pentavaccin și Hexavaccin.

Observație: Din cauza numeroaselor complicații postvaccinale, apărute după DTP, acesta a fost combinat la rândul său cu alte vaccinuri, rezultând cunoscutele Tetra-, Penta- și Hexavaccinuri. Prin combinarea DTP cu alte vaccinuri, vor fi "ascunse" posibilele reacții adverse, și astfel nu se va ști care dintre componente sunt responsabile pentru eventualele complicații apărute. Pe de altă parte, se face mereu referire la vaccinul pertussis, care este contraindicat în cazul apariției reacțiilor adverse "rare" (tipăt encefalitic etc.), ceea ce dovedește o recunoaștere "indirectă" a posibilelor complicații severe ale acestuia.

3. Reacții adverse și complicații postvaccinale

În cap. 3, am definit "reacțiile adverse și complicațiile postvaccinale", menționând faptul că unele dintre ele sunt recunoscute de către autoritățile sanitare din SUA și țările europene, altele nu. *Reacțiile adverse și complicațiile care au fost recunoscute ca fiind provocate de vaccinurile antipertussis*

¹¹⁷ M. I. Brumboiu, S. I. Bocșan, *op. cit.*, 2005, 88.

¹¹⁸ *Ibidem.*

(P) și DTP, cu condiția ca ele să apară într-un anumit interval de timp după vaccin, sunt¹¹⁹:

- *împăt prelungit* după vaccinul antipertussis (Pa), urmat de *encefalopatie*;
- *leziuni nervoase* (nevrita plexului brahial, etc.) după vaccinul antitetanos și DTP (diftero-tetano-pertussis);
- *encefalopatie acută* după vaccinul DTP.

Intervalul de timp necesar pentru ca să fie recunoscute complicațiile post-vaccinale este (Redbook 2000)¹²⁰:

- *0-3 zile de la vaccinul antipertussis (și DTP) pentru encefalopatie*;
- *2-28 de zile de la vaccinul antitetanos, pentru nevrita plexului brahial*.

Aceste intervale “impuse” sunt false, așa cum au dovedit-o Harris Coulter și Barbara Fisher, alături de mulți alți autori.

Referitor la vaccinul DTP, în emisiunea TV “*DTP : Ruleta vaccinurilor*”, din 1982, microbiologul Bobby Young spunea: “*Dacă după vaccinul DTP, copilul nu va fi condamnat neapărat la o viață cu un handicap grav, ...câți însă dintre sugari nu vor suferi sau vor suferi, într-o formă sau alta, după vaccinul DTP? Ei toți sunt vaccinați.*” Pentru luarea unei astfel de poziții, Young a fost aspru criticat de către FDA (Food and Drug Administration) și Lumea Medicală din America. Lui Young însă i-a dat dreptate în mod surprinzător, imunologul Dr. Daniel Levitt, PhD, de la Guthrie Research Institute din Sayre, Pennsylvania, spunând: “*Afirmația lui Young reflectă cel mai bine adevărul. Noi într-adevăr nu știm care sunt efectele acestui vaccin asupra sistemului imun decât într-o mică măsură. Este acest lucru îngrijorător? Poate da, fiindcă este vorba de un sugar. Situația este aceeași pentru majoritatea medicamentelor și a vaccinurilor. Noi nu cunoaștem toate efectele lor asupra sistemului imun.*”¹²¹

Copiii reacționează în mod diferit la vaccinuri¹²² (nici nu se poate alfel, deoarece sistemul imun al fiecărui om reacționează diferit, în funcție de foarte mulți factori, care nu sunt cunoscuți în marea lor majoritate, care nu pot fi prevăzuți și, ca urmare, nu va putea exista vreodată un vaccin cu risc “zero” pentru boli grave sau chiar decese):

¹¹⁹ K. R. Stratton et al., Institute of Medicine: *Adverse events associated with childhood vaccines: evidence bearing on causality*, National Academy Press, Washington D.C., 1994.

¹²⁰ M. Hirte, *op. cit.*, 84.

¹²¹ H. Coulter, B. Fisher, *op. cit.*, 1996, 90-91.

¹²² *Ibidem*, 89-90.

- *unii reacționează cu semne și simptome moderate*, printr-o înroșire locală, însoțită de subfebrilitate (febră sub 38 grade Celsius) și o sensibilitate ușoară la locul injecției;
- *Alții (mai puțini), reacționează puternic/exagerat*, la aceștia vaccinul cauzând boli grave, deseori cu sechele grave, nevindecabile, în special neurologice (epilepsie, paralizii) și psihice (retard psihic etc.), cu dizabilități grave și care nu vor putea duce niciodată o viață normală;
- *un alt grup de copii se află între cele două "extreme" descrise anterior*, la care se observă o afectare, în grade diferite, a dezvoltării lor staturo-ponderale, neurologice și psihice. Acești copii vor dezvolta "*boli cronice, tulburări de comportament, de atenție și de concentrare [...], unele dintre ele fiind vizibile doar când încep școala, la 6-7 ani, și când sunt etichetați ca fiind «hiperactivi»*"¹²³.

Un vaccin poate provoca reacții adverse în diferite stadii. Spre exemplu, vaccinul antipertussis poate provoca o reacție acută, locală, imediat după injecție, care poate fi limitată, urmată de o vindecare completă. O reacție acută gravă, care nu se vindecă, poate duce însă și la un handicap îndelungat, fizic, psihic, emoțional și neurologic, care poate persista întreaga viață.

În continuare voi prezenta **toate reacțiile adverse și complicațiile apărute după vaccinul DTP**, constatate și demonstrate de către autorii H. Coulter și B. Fisher în cartea lor *DTP: The Shoot in the Durk* (germ.: *Dreifachimpfung. Ein Schuss ins Dunkle*), din care am preluat aceste studii, dar și de alți autori, oameni de știință și cercetători, profesori de Medicină ș.a. Majoritatea reacțiilor secundare sunt atribuite vaccinului antipertussis. Este și motivul pentru care, uneori, autorii insistă mai mult asupra reacțiilor provocate de componenta pertussis "P" din vaccinul DTP. *Nu putem neglija însă reacțiile adverse (uneori severe) date de toxina tetanică și difterică.*

a) Reacții locale: *înroșire, tumefiere, durere, noduli, abcese locale.* În anumite limite ele sunt normale, dar, *când sunt depășite ca dimensiune și intensitate, prevestesc de obicei complicații grave, mai ales neurologice:* encefalopatie, epilepsie etc., după cum aflăm din exemplele de mai jos.

Caz 1: O mamă povestește despre băiețelul ei care a reacționat atât după prima cât și după a doua doză de vaccin DTP, prin apariția unei inflamații accentuate la locul injecției, sub forma unor noduli roșii, care s-au vindecat foarte încet.. La o săptămână după cel de-al treilea vaccin DTP, au debutat primele *crize epileptice*, care apoi au devenit necontrolabile.

¹²³ *Ibidem.*

Caz 2: O altă mamă descrie apariția unui nodul roșu, de 2 mm, la locul unde fetița ei, în vârstă de trei luni, a primit vaccinul DTP, care apoi s-a extins. Reacția a fost asociată cu apariția unui *atac cerebral* pe care fetița l-a suferit după acest vaccin.

Caz 3: O mamă observă la băiețelul ei în primele 24 de ore de la vaccin, apariția unui nodul roșu, cald și tare, de mărimea unei nuci, care a persistat timp de 2 luni. Reacția puternică locală a fost pusă pe seama afectării sistemului nervos, cu leziuni cerebrale importante și apariția *crizelor epileptice necontrolabile*¹²⁴.

Mii de pagini s-au așternut cu astfel de cazuri, dar, cu toate acestea, vaccinul DTP a rămas un vaccin obligatoriu (pentru a frecventa instituțiile de stat) și în ziua de azi în SUA. *În România, din analiza legilor în materie, nu rezultă în mod expres că vaccinurile sunt obligatorii (d.p.d.v. legal, nu există niciun articol care să instituie în mod expres obligativitatea vaccinurilor: vezi Anexa). Cu toate acestea, părinții sunt lăsați să creadă că vaccinurile sunt obligatorii, inclusiv vaccinul DTP.*

b) Febra este o altă reacție normală după vaccinul DTP. Se știe că febra este o reacție naturală a organismului față de un corp străin, fie că este o bacterie vie, fie că este un vaccin care conține bacterii “omorâte”. În ambele cazuri, sistemul imun al organismului este provocat să se apere, formând și anticorpi (formarea de anticorpi este doar una dintre componentele de apărare a organismului). *Febra mare, dată de infecțiile naturale la copii, pot provoca convulsii febrile, dar care nu afectează sistemul nervos, așa cum s-a crezut până acum.*

Cu totul altceva se întâmplă în cazul unui stări febrile (hiperpirexie, cu febră mai mare sau egal cu 45,5 grade Celsius), provocată de encefalita postvaccinală, indusă de vaccinul DTP (sau alte vaccinuri). *Convulsiile febrile, în contextul bolii, al encefalitei postvaccinale, pot cauza leziuni cerebrale și epilepsie.*

Caz 1: O mamă povestește cum băiețelului ei de 2 luni i s-a umflat și i s-a înroșit întreg piciorușul (unde a primit injecția) în decurs de 10 ore de la primul vaccin DTP. Totodată el scotea un țipăt ascuțit, strident, iar febra îi crescuse la 40,5 grade Celsius. Mama l-a sunat pe medic, care i-a recomandat Tylenol și i-a spus să-i țină piciorușul în apă caldă. Baia caldă i-a provocat copilului însă un frison accentuat și apoi și-a dat ochii peste cap.

¹²⁴ *Ibidem*, 93.

Astfel de crize se repetau des, la fel și țipătul ascuțit. Astăzi, el este un copil “hiperactiv” și *suferă de retard fizic și psihic.*

Caz 2: O mamă își amintește cum a reacționat fetița ei, în 1954, la al 3-lea vaccin DTP. În timp de câteva ore, i-a crescut febra la 41,1 grade Celsius, țipa strident, după care devenea rigidă și îi cădea capul pe spate... Se albea de tot, iar privirea îi era ațintită la tavan, nu se mișca și părea că-i incoștientă mult timp. Fetița a continuat să facă astfel de *crize epileptice, forma “petit mal”* (crize minore), și numai la vârsta de 10 ani i s-a pus în mod oficial diagnosticul. Acum, este în continuare sub tratament antiepileptic, pentru prevenirea crizelor ¹²⁵.

c) Vărsături, crampe intestinale, diaree¹²⁶

În 1984, Sato și colegii lui au descris, alături de alte reacții adverse după vaccinul pertussis, frecvente tulburări digestive, precum *vărsături și diaree;*

Trebuie menționat faptul că niciun medic nu poate diferenția crampele intestinale postvaccinale de “crampele fiziologice” ale sugarului, la vârsta de 2-3 luni. Medicul le pune toate pe seama crampelor “fiziologice/normale” pe care le tratează ca atare, cu produsele cunoscute din comerț și total ineficiente.

Ström amintește și el în studiile sale din 1964 despre vaccinul DTP ca fiind cauza frecventă a tulburărilor digestive.

Cercetătorii de la FDA amintesc și ei despre vărsături și diaree ca fiind posibile reacții adverse apărute după DTP, fără să le dea însă importanță.

Caz 1: Mama unei fetițe din Michigan își amintește că după cel de-a doilea vaccin DTP, în decurs de o jumătate de zi, au debutat crampele intestinale, care durau ore întregi. Până atunci, când avea deja 5 luni, fetița fusese perfect sănătoasă. Diareea a persistat timp de 2-3 săptămâni, scaunele fiind de un galben ciudat și foarte urât mirositoare.

Caz 2: la o oră de la primul vaccin DTP, un bebeluș de 2 luni, prezintă țipete ascuțite, urmate de o somnolență accentuată. La 24 de ore de la vaccin, apar vărsături în jet și scaune diareice frecvente, cu un miros ciudat. Diareea a durat timp de 6 săptămâni.

Caz 3: Douglas, un sugar de 2 luni, a murit la doar o zi și jumătate după primul vaccin DTP. Mama lui povestește cum bebelușul plângea când îi schimba scutecele și-l ridica. Scaunele aveau un aspect modificat, format doar din mucus, iar pata de pe scutec, dimprejurul scaunului, era galbenă.

¹²⁵ *Ibidem*, 96-97.

¹²⁶ *Ibidem*, 98-100.

Aspectul era precum cel de lapte acru care se strânge la fierbere și mirosea îngrozitor.

Caz 4.: Fetița mea Flavia-Maria, după prima doză de vaccin DTP (la 3 luni), a început să țipe și își încorda întregul corp, luând poziția asemănătoare cu cea de “opistotonus”. (Poziția de opistotonus, apare în tetanos și meningite sau leziuni cerebrale grave, cu contractura musculaturii dorsale și sprijinirea corpului pe calcâie și cap, în formă de arc.) Poziția “asemănătoare” cu cea de opistotonus apare în mod frecvent după vaccinul DTP. Unii autori atribuie această reacție toxinei tetanoce, alții o crampelor intestinale mari. Alți autori descriu numeroase astfel de cazuri, la copiii autiști¹²⁷. Atunci nu-mi puteam explica aceste simptome apărute la fetița mea (“crampe”, țipătul prelungit, nopți întregi, timp de două luni etc.) și mai ales cauza lor. Desigur, nu pot exclude o reacție meningeală sau o reacție la vaccinul tetanic sau pertussis¹²⁸.

Autorii menționează că toți sugarii care au murit la doar câteva zile după vaccinul DTP au prezentat, alături de complicațiile grave care au dus la deces, și scaune diareice încă din primele ore de după vaccin.

Medicii de familie și medicii pediatri consideră deseori, în mod greșit, că aceste simptome sunt debutul unei enterocolite virale sau bacteriene a sugarului și le tratează ca atare. Un tratament cu antibiotice nu este însă indicat, dimpotrivă. Se formează un cerc vicios: antibiotice, diaree, anemie, deficit staturo-ponderal, la care se adaugă deseori și alergiile alimentare, iar cercul se reia: dietă, anemie, deficit staturo-ponderal, reinfecție, antibiotice etc.

d) Accesele de tuse, otite și alte infecții acute ale căilor respiratorii superioare (IACRS)¹²⁹

Ceea ce scria Wallace Sako, unul dintre oamenii de știință care s-au implicat în cercetarea vaccinului pertussis, în 1945, a rămas valabil: “După vaccinul antipertussis, unii dintre copii prezintă accese de tuse care seamănă cu tusea convulsivă și care trec la un moment dat”.

Coulter și Fisher descriu numeroase cazuri de IACRS apărute după vaccinul DTP, în special otite și congestia căilor aeriene superioare.

Cele mai frecvente simptome descrise de mame după vaccinul DTP sunt: *febră, țipăt ascuțit și prelungit, strănut frecvent, respirație dificilă, durere accentuată la locul injecției (prezența unui nodul) etc.*

¹²⁷ Harris Coulter, *Impfungen, der Grossangriff auf Gehirn und Seele.*, 5. Auflage, Hirt-hammer Verlag 2004, 117.

¹²⁸ Autoarea: mărturia despre fiica mea, după primul vaccin DTP.

¹²⁹ H. Coulter, B. Fisher, *op. cit.*, 1996, 100-105.

Caz 1: Un sugar de 2 luni a prezentat imediat după vaccin accese de tuse, pe care mama le descrie ca fiind accentuate și prelungite, până la 30 de minute, asemănătoare cu cele din tusea convulsivă. Accesesele de tuse se terminau cu vărsături, iar copilul trebuia ținut mereu în șezut, chiar și când dormea, ca să nu se înece.

Caz 2: O mamă își amintește cum băiețelul ei a făcut otită imediat după vaccin și care apoi s-a cronicizat. În cele din urmă a trebuit să i se introducă în urechi mici tuburi de dren. În continuare a prezentat frecvent IACRS.

Caz.3: Un sugar de 2 luni este consultat de către medicul pediatru, care, stabilind că-i “sănătos clinic”, îi administrează vaccinul DTP. După 48 de ore, bebelușul este diagnosticat cu otită bilaterală, dar prezintă și stări de leșin, scaune diareice și vărsături. La internare, medicul pediatru îi spune mamei că fetița este grav bolnavă și că probabil este “alergică” la vaccinul DTP. Diareea a cedat doar după câteva săptămâni.

e) Țipăt ascuțit și plâns prelungit¹³⁰

Aceste două simptome sunt cele mai ignorate, spune Coulter, deși apar destul de frecvent după vaccinul antipertussis sau după DTP. La început, țipătul este mai atenuat și slab iar apoi devine tot mai ascuțit și mai puternic, când seamănă foarte mult cu “*țipătul encefalitic*”, cunoscut de medici, și poate dura ore întregi.

Explicația dată de medici este în general aceeași: este o reacție “normală” după vaccinul DTP, după cum reiese din următoarele cazuri:

Caz 1: O mamă din Montana relatează despre copilul ei că, la 3 ore după cel de-al doilea vaccin DTP, piciorul unde a fost vaccinat i s-a umflat și înroșit până la șold, iar copilul a început să țipe timp îndelungat, până a leșinat. După ce își revenea, o lua iar de la capăt. Țipătul era altfel decât cel obișnuit, sau când îi era foame. Nu vroia să fie luat în brațe sau mângâiat. Când mama l-a sunat pe medic, acesta i-a recomandat Tylenol, spunând că se va liniști până la urmă. Cu toate că timp de trei luni sugarul se trezea de două-trei ori pe noapte și scotea țipete ascuțite, medicul nu s-a arătat îngrijorat. Când împlinise 7 luni și mama l-a dus la medic, *copilul cântărea doar 7 kg și era anemic. Era alergic la laptele de vacă.* Deși medicul era mirat de starea copilului, el a vrut să-i administreze a treia doză de vaccin, dar mama nu a fost de acord, fiindcă își dăduse seama că toate se întâmplau din cauza vaccinului DTP. Când a împlinit 2 ani, Mark avea doar puțin peste 9 kg, dar psihic se dezvoltase normal. **Medicul s-a convins că este contraindicată o altă**

¹³⁰ *Ibidem*, 105-113.

vaccinare doar când și propriul lui copil a reacționat la vaccin cu țipete ascuțite. De-abia acum medicul i-a dat dreptate.

Cauza țipătului ascuțit este o afectare a sistemului nervos, lucru recunoscut și de către Autoritățile americane în 1982, când Vincent Fulginiti scria: “... *acest țipăt ascuțit este un simptom specific encefalopatiei*”. De aceeași părere a fost și Wyeth-Laboratories, cunoscuta firmă producătoare a vaccinului DTP, motiv pentru care la contraindicații găsim: “țipetele ascuțite, prelungite și alte țipete neobișnuite ale copilului, fără ca să poată fi liniștit”.

Caz 2: O mamă relatează despre apariția unui țipăt ascuțit la copilul ei vaccinat cu DTP. După acest țipăt, devenea brusc hipoton (moale), iar după aproximativ o oră se repetau simptomele. Țipătul era atât de cumplit încât “ne îngheța sângele în vene”.

Caz 3: o altă mamă descrie reacția fiului ei la vaccin în felul următor: “*Noi locuim la 13 mile depărtare de medicul nostru de familie. Încă nu plecasem de 5 minute de la cabinetul său, când fiul meu a început să țipe de parcă avea dureri foarte mari. După 5 ore i-a crescut temperatura la 40 grade C. și avea crampe intestinale*”.

La copii de 5 ani, care pot exprima ceea ce simt, asemenea țipete apărute după vaccinul DTP s-au datorat unor *dureri foarte mari de cap* (după cum relatează ei), asemănătoare cu cele din meningită sau chiar identice), însoțite de teamă exagerată și nemotivată, asemănătoare cu “atacurile de panică” a adulților. Durerile mari, stările de temă și halucinațiile febrile lasă deseori o amprentă emoțională puternică asupra acestor copii. Observăm la acești copii încă mult timp stări de furie necontrolată.

f) Colaps, stare de șoc sau “stare cu hipotonie și hiporesponsivitate”¹³¹

- Toate cele trei denumiri încearcă să definească una și aceeași stare, observată frecvent după vaccinul DTP (nu trebuie confundată această stare de șoc cu șocul anafilactic, care este o reacție alergică gravă ce apare în primele momente de după vaccin).
- În urma unui studiu britanic despre reacțiile adverse ale vaccinului DTP, aceste stări sunt descrise în felul următor: “La aproximativ 3 ore de la vaccin, bebelușul își schimbă brusc culoarea pielii, care devine marmorată și rece, copilul rămânând în această stare 15-30 de minute; după aceea copilul mai rămâne ore întregi palid și agitat. Unele mame descriu aceste stări ca fiind urmate frecvent de leșin, ba unele chiar credeau că le-a murit copilul. Dacă acești sugari sunt consultați la

¹³¹ *Ibidem*, 116-117.

- aproximativ un an de la incident, par să fie sănătoși, deși este grea excluderea unei afectări permanente a sistemului nervos. Până la sosirea medicului, în cele mai multe cazuri, starea de colaps a trecut și nu mai poate fi constatată nicio stare patologică” (Dick, 1967).
- Starea sau sindromul de șoc/colaps după DTP este decrișă în 1969 și de către Dr. Charlotte A. Hannik, o cercetătoare în domeniu: *“Toate mamele care descriu aceste stări folosesc expresii asemănătoare, precum «alb ca varul», «alb ca un cearșaf», «ca cenușa», prin care își exprimă totodată și teama de o moarte iminentă a copilului lor”*.
 - Studiul UCLA al FDA arată că starea de șoc/colaps, apare după vaccinul DTP, la 1 caz din 1750, dar, după cum remarcă Dick, *“este posibil ca aceste cazuri să fie mult mai frecvente, deoarece mamele nu le observă întotdeauna”* (1967).
 - Dr. E. A. Mortimer de la Facultatea de Medicină “Case Western Reserve University”, afirma că *“nu se cunoaște aproape nimic despre patogenia acestui Sindrom de colaps/șoc după DTP”*.
 - *Cu toate că acest sindrom este încadrat la “reacții avdorse grave” și ar trebui să fie o contraindicație absolută pentru orice revaccinare, medicii nu-l recunosc adeseori și continuă vaccinarea copiilor afectați; mulți dintre copiii care au murit după vaccinul DTP au prezentat înainte o astfel de stare de colaps.*

Exemple:

Caz 1: După al 4-lea vaccin DTP, o fetiță în vârstă de 18 luni a intrat în stare de colaps. Mama ei povestește: *“La o zi după naștere, piciorul vaccinat a devenit rigid, și nu-l mai putea mișca... Noaptea s-a trezit și a scos un țipăt groaznic. Fața ei exprima teamă. Tatăl ei a ridicat-o din pătuț și am observat că era albă, doar la gură era cianotică și devenise flască. Credeam că va muri...”*.

Caz 2: Alexander K. M. (pseudonim) s-a născut în mai 1983. Este o altă victimă a vaccinului DTP, dar părinții nu au dorit să i se dea numele... La 4 luni i s-a administrat vaccinul DTP (septembrie 1983), după care, începând cu a 4-a zi, părinții lui au observat că este foarte agitat, are febră și scoate țipete ascuțite, îndelungate. Copilul își “dădea ochii peste cap”, avea tresăriri ciudate ale musculaturii feței și devenise “moale” (hipoton), motiv pentru care l-au internat în aceeași zi la spital. Diagnosticul a fost: “encefalită”. Ulterior a fost etichetată ca fiind *“o encefalită postvaccinală”* de către Clinica Universitară din Würzburg/Germania. Astăzi, copilul este nevăzător, cu te-

trapareză spastică și retard psihomotor grav (grad 1), cu distrugere cerebrală majoră, după cum arată TC cerebral (Tomograf Computerizat)¹³².

Caz 3: “La doar o oră de la cel de-al 3-lea vaccin DTP, copilul meu, Cristian-Teofil, s-a albit brusc, s-a învinețit la buze și a leșinat. Mi-am dat seama că nu mai respiră și, speriată, l-am ridicat din pat și l-am scuturat puțin, dar nu a reacționat. Eram în vizită la o prietenă care se speriasse și ea. Am încercat amândouă să-l reanimăm. Mi-era teamă că va muri. La un moment dat a început să respire, s-a mai colorat puțin și apoi, extenuat a adormit și nu s-a mai trezit ore întregi, nici ca să mănânce. Timp de câteva zile a fost mai somnolent. Cu toate acestea, nu am primit nicio explicație... Probabil că tocmai scăpase de “moartea subită”. Fiul meu cel mai mic, Ioan-Vasile, a fost vaccinat la vârsta de 4 luni, cu DTP și antipolio, acasă (în lipsa mea...), deși era în convalescență după o bronșiolită... Desigur nu aș fi fost de acord, dar nu am fost anunțată, iar soțul meu nu s-a putut impune în fața asistentei medicale... După câteva ore, spre seară, “și-a dat ochii peste cap”, a prezentat vărsături “in jet” și l-am internat de urgență la o Clinică de Pediatrie din Cluj. Diagnosticul a fost: “*meningită*”... Mulțumesc lui Dumnezeu că și-a revenit și este sănătos. Greșelile însă se repetă. Deși știa că nu-i dau voie să fie vaccinat, nu a îndrăznit să se opună când, în clasa a 8-a, a primit vaccinul DT (fără să fiu înștiințată) și a prezentat reacții adverse locale și generale: febră ridicată timp de 2 zile, edem, roșeață și dureri intense la locul injecției (brațul stâng), cu impotență funcțională. Era atins probabil plexul brahial (reacție adversă specifică vaccinului tetanic). De data aceasta nu l-am internat, fiindcă, după câteva zile de tratament, durerile s-au redus treptat și s-a însănătoșit¹³³. Nu am mai cerut și căutat nicio explicație la medicul de familie sau pediatru. Oricum, nimeni nu a contraindicat copiilor mei vaccinarea... Vaccinurile au fost mereu laudate de către medici și mai ales “obligatorii”.

g) Somnolență accentuată¹³⁴

- Acest simptom este recunoscut de literatura de specialitate ca fiind o reacție postvaccinală după DTP, încă din 1949;
- Laboratoarele Lederle menționează “*somnolența accentuată*” ca fiind una dintre *contraindicațiile pentru altă vaccinare cu DTP*;

¹³² F. und S. Delarue, *Impfungen, der unglaubliche Irrtum*, 7. Auflage, Hirthammer Verlag 1998, Germany, 157-158 (caz 1 și 2).

¹³³ Autoarea: mărturie despre complicațiile postvaccinale la cei doi fii ai mei, Cristian-Teofil și Ioan-Vasile.

¹³⁴ H. Coulter, B. Fisher, *op. cit.*, 1996, 116-119.

- alți producători de vaccinuri din America nu consemnează acest simptom la “reacții adverse” și nici nu apare ca o contraindicație a vaccinului DTP; este vorba de “ACIP” și “Cartea roșie” (*Redbook*) a AAP, care menționează că sugarii care prezintă un astfel de simptom “probabil” nu ar trebui să mai primească vaccinul antipertussis; în Medicină nu ar trebui să existe decât “da” sau “nu” când este vorba de vaccinuri;
- “*somnolența profundă*” postvaccinală este o stare patologică, asemănătoare cu un leșin, care seamănă cu un somn profund din care copilul nu poate fi trezit de părinți, oricât ar încerca aceștia s-o facă.

Caz 1: O mamă descrie cum fiica ei, Linda, la o oră după vaccin a adormit și nu a mai putut-o trezi. A dormit timp de 24 de ore. Cu puțin timp înainte de a adormi, a reacționat în mod ciudat, scoțând un țipăt ascuțit, puternic, pe care mama ei nu-l mai auzise până atunci, după care a adormit... Nu s-a trezit când i-a schimbat scutecele, nici când a încercat s-o gâdile la piciorușe, nici când a încercat s-o hrănească... După 24 de ore când părinții o duceau la spital, s-a trezit. Medicii le-au spus că își fac prea multe griji și să-și ducă copilul sănătos acasă. Atitudinea lor era una indiferentă... Deoarece medicii nu au recunoscut un astfel de simptom ca fiind o reacție postvaccinală, provocată de componenta antipertussis, Linda a mai fost vaccinată de încă 4 ori. A continuat să aibă stările de leșin/somnolență profundă după fiecare vaccin, până la vârsta de 3 ani, dar niciun medic nu a tratat aceste “crize”. Cu toate că era un copil “hiperactiv”, după vârsta de 3 ani nu s-au mai repetat aceste stări. Când a primit și cel de-al 5-lea vaccin DTP, pentru a putea frecventa grădinița, mama și-a dat seama că aceste injecții sunt responsabile de stările fiicei ei. Imediat după acest ultim vaccin, Linda a avut un comportament ciudat, neobișnuit, timp de 24 de ore. Cea care era un copil hiperactiv, de necontrolat uneori, acum devenise un copil pasiv. Toată ziua avea o privire fixă, dezinteresată, și se deplasa de parcă era în transă.. Testele alergice arătau că este alergică la polenuri și lapte. *Copilul a rămas unul “hiperactiv”, cu tulburări emoționale și de concentrare. Sunt zile când părinții nu o pot trimite la școală, din cauza agitației.*

h) Crize convulsive (convulsii, epilepsie și convulsii febrile)¹³⁵

- *crizele convulsive* sunt reacțiile adverse severe, fiind cel mai des menționate de către literatura de specialitate;
- Studiul UKLA al FDA, arată că 1 caz din 1750 de copii prezintă astfel de convulsii, în primele 48 de ore de la vaccinul DTP; mulți părinți însă

¹³⁵ *Ibidem*, 119-128.

nu recunosc o astfel de stare convulsivă la sugari, și, din nefericire, nici unii dintre medici; crizele sunt foarte variate, de la simple “clipiri rapide”, “tresăriri ale degetelor” sau “privire în gol”, până la “contractții ale musculaturii întregului corp”;

- Orice convulsie postvaccinală este considerată o *contraindicație pentru o altă vaccinare*;
- unii dintre copii au avut o serie de simptome neurologice după primele vaccinuri cu DTP, cum ar fi “țipete ascuțite” sau “somn profund”, înainte de a reacționa cu convulsii severe după un alt vaccin.

Exemple:

Caz 1: O mamă descrie o astfel de criză apărută la fetița ei după vaccinul DTP, în felul următor: *“Ea privea fix înainte, cu ochii mari, cu gura deschisă; buzele ei erau albastre iar întreagul corp era contractat; partea dreaptă a corpului tremura...”*

Caz 2: La fetița Sharon, medicii nu au recunoscut, după primul vaccin DTP, existența unor semne neurologice grave, motiv pentru care nu i-au interzis vaccinarea în continuare. Dacă ar fi refuzat următoarele doze de vaccin DTP, fetița nu ar fi ajuns la crize convulsive epileptice permanente, necontrolabile. Sharon a început deja la 7 ore de la vaccin să prezinte țipete ascuțite, după care corpul ei a devenit rigid/contractat, după care a căzut într-un “somn profund”, timp de 16 ore. Când s-a trezit, părea că și-a revenit complet. Mama relatează toate aceste simptome medicului, care le ignoră și îi administrează și cel de-al doilea vaccin DTP... La 12 ore de la vaccin, încep țipetele ascuțite, după care debutează **crizele epileptice tonico-clonice (generalizate)**, care durează 4 ore și jumătate. A fost transportată la două spitale diferite până au reușit medicii să-i oprească crizele. Imediat după aceea a prezentat scaune diareice, iar infecțiile s-au ținut lanț: otită medie acută, bronșiolite, apoi astm bronșic alergic, alergie la lapte de vacă... Cu toate că primește tratament antiepileptic, continuă să facă crize convulsive minore, având până la 12 crize/zi... Crizele erau mai frecvente în prezența polenului și când consuma lapte. Nu a mai prezentat nicio criză majoră/generalizată până când a fost testată pentru alergii. Tstetele alergologice i-au provocat o criză tonico-clonică ce a durat ore întregi. Părinții relatează: *“Cu toate că la mai mulți medici le-am spus de vaccinul DTP, ca fiind cauza acestor crize, ei nu ne-au dat dreptate. Doar 2 medici tineri s-au interesat de cazul fetiței noastre și ne-au sprijinit în încercarea de a face legătura bolii cu vaccinul DTP... Ceilalți medici ne spuneau că «precis are o predispoziție pentru convulsii», dar noi nu am crezut într-o astfel de explicație fiindcă până la cel*

de-al doilea vaccin nu a avut nici măcar o răceală... Cu toate acestea este interesant faptul că medicii au fost de acord ca fetița să primească doar bi-vaccinul DT". La ora actuală Sharon prezintă în continuare crize convulsive, astm bronșic alergic, pneumonii frecvente și are un retard staturo-ponderal¹³⁶.

Majoritatea medicilor nu vor să creadă sau să recunoască faptul că vaccinul DTP provoacă crize convulsive, motiv pentru care mulți copii cu astfel de crize sunt vaccinați în continuare și în România. Starea lor se agravează de fiecare dată. Sunt multe astfel de cazuri, dar lipsa de spațiu nu îmi permite să le descriu.

Cu toate că este contraindicată vaccinarea DTP la cei care prezintă convulsii postvaccinale, în ultimii 45 de ani, nici producătorii de vaccinuri, nici autoritățile de Sănătate Publică nu au ajuns la o concluzie clară referitoare la perioada în care poate debuta o astfel de criză după vaccinul DTP, încât să poată fi considerată o reacție adversă din cauza componentei antipertussis. Este motivul pentru care medicii sunt lăsați să decidă ei! Deoarece medicii sunt învățați că astfel de reacții sunt foarte rare după vaccinul DTP, unii dintre ei nici nu cred că este posibilă o asemenea reacție, dacă ea nu apare în primele minute sau ore de la vaccin. Dacă se întâmplă ca sugarul să facă și febră, criza convulsivă este pusă întotdeauna pe seama ei. Nu se știe câți copii și câți adulți au suferit și suferă încă de epilepsie, retard psihic, hiperactivitate și alte afecțiuni neurologice din cauza vaccinului antipertussis, doar fiindcă politica americană a fost una greșită și nu s-a dorit recunoașterea acestei reacții adverse grave postvaccinale. Doar în 1983, când AAP și Dissatisfied Parents Together (Asociația părinților nemulțumiți) au dat statul în judecată din pricina complicațiilor postvaccinale grave după DTP, AAP a fost de acord ca perioada în care, după vaccinul DTP, mai pot debuta crize convulsive din cauza acestuia să fie de 7 zile. Cu toate acestea, sunt citate în literatura de specialitate cazuri în care crizele convulsive au apărut și la 14 zile de la vaccin¹³⁷.

Indiferent de denumirea atribuită în ultimele decenii crizelor convulsive, *toate acestea sunt, în realitate, manifestări ale unor leziuni cerebrale*¹³⁸.

Spasmul infantil a fost și el inclus de către mulți autori în această categorie, fiind o formă particulară de convulsie, cauzată de o afectare cerebrală, postvaccinală sau posttraumatică.

¹³⁶ *Ibidem.*

¹³⁷ *Ibidem*, 122.

¹³⁸ *Ibidem*, 128.

i) Spasmul infantil sau Sindromul West (formă atipică de epilepsie generalizată)

Literatura de specialitate enumeră drept cauze ale “spasmului infantil” mai mulți factori: “*traume craniene, traume perinatale (la naștere), infecții și vaccinuri iar o serie de cauze rămân necunoscute*”¹³⁹.

Aproape orice formă de spasm a sugarului și care seamănă cu crizele convulsive, epileptice, a fost atribuită complicațiilor date de *vaccinul anti-pertussis*. Au avut loc multe discuții contradictorii în legătură cu o astfel de cauzalitate, dar cea mai controversată criză spastică a sugarului a rămas până în ziua de astăzi “*spasmul infantil*”.

“Spasmul infantil” a fost denumit inițial “*Sindrom West*”, fiindcă a fost descris pentru prima dată de către medicul britanic Dr. W. J. West, în 1941, când boala s-a manifestat la fiul său.

Nu i s-a dat o mare importanță Sindromului West până în anul 1946, când, Dr. Douglas Buchanan, profesor de Neurologie la Universitatea de Medicină din Chicago, observând că nu sunt diagnosticate corect aceste crize ale sugarului, relatează despre spasmele sugarului următoarele: “*Ele sunt un fel de crize convulsive mari, generalizate, ale sugarului, dar care nu sunt recunoscute de obicei ca atare, și se manifestă prin căderea în față a capului, cu aducția și flexia brațelor. Aceste crize sunt foarte scurte și apar în reprize scurte. Ele sunt cu adevărat niște «convulsii fulger» și apar la copiii mai mici de 2 ani. Sunt greu sau deloc controlabile și sunt asociate cu diverse grade de agenzie cerebrală și retard psihic*”¹⁴⁰. Buchanan nu descrie și cauzele acestui sindrom, pe care le considera ca fiind necunoscute. De atunci sindromul este denumit “*Spasmul infantil*”¹⁴¹.

În 1951, “Spasmul infantil” a fost descris și în Buenos Aires/Argentina, unde vaccinarea antipertussis, “în masă”, fusese introdusă cu câțiva ani înainte. De atunci, Vaquez și Turner relatează despre apariția unui nou sindrom epileptic, denumit de ei “*flexie generalizată*”, simptom caracteristic crizei convulsive, când sugarul își flectează brusc capul, mâinile și picioarele, însoțite sau nu de un strigăt puternic. Criza durează foarte puțin, dar ea revine de mai multe ori într-o zi, cu un EEG atipic. Traseul electroencefalografic atipic, caracteristic acestor crize, a fost denumit în 1952, *hipsaritmie* (din franceză: *hypsaritmie* = “extrem de dezordonat, haotic”) de către Frederic

¹³⁹ *Ibidem*, 128.

¹⁴⁰ *Ibidem*, 129.

¹⁴¹ *Ibidem*.

și Erna Gibbs, de la Universitatea de Medicină din Illinois. Cei doi medici au suspectat la început o infecție virală sau bacteriană intrauterină¹⁴².

În următoarele decenii, s-a observat că una dintre caracteristicile sindromului, acceptată de toți cei care l-au descris, este aceea că el *debutează întotdeauna la copii mai mici de un an și care au fost cu toții sănătoși înainte!* Oamenii de știință au constatat că acest sindrom apare de obicei la sugari de 6 luni care fuseseră sănătoși înainte, motiv pentru care, căutând să vadă ce fel de procedură le este aplicată la această vârstă, au ajuns la concluzia că nu poate fi decât vaccinul antipertussis¹⁴³. Primii cercetători care au dat “vina” pe vaccinul DTP au fost Henry Baird și Leatrice Borofsky, din Philadelphia. Ei au consultat un număr de 80 de copii cu *hipsaritmie*, după care au constatat că vaccinul antipertussis este o posibilă cauză a sindromului. Dacă până în 1950, cazurile au fost foarte rare, respectiv 62 de cazuri între anii 1941-1948, ele au crescut la 1.453 între anii 1950-1963, iar în 1964 erau declarate deja mai mult de 3.000 de cazuri. În Franța, Gastaut și Grimaud, căutând cauzele acestui sindrom, au aflat că, jumătate dintre copiii dintr-un centru de “epileptici”, care aveau sub 3 ani, sufereau de fapt de “*Spasme infantile*”. În 1964, Jeavons și Bower, după consultarea a 112 de copii cu acest sindrom, au constatat că “**Sindromul Spasmului infantil**” este provocat de o **Encefalită alergică postvaccinală, după DTP**. În 1966, Kringelbach și Sensius au descris 3 cazuri de boală, iar în 1967 Ström relatează despre 167 de cazuri din Suedia, cu reacții adverse grave, postvaccinale (DTP): “*Doi dintre copii au prezentat Hipsaritmie în primele 3 zile de la vaccin, iar alți doi copii în timp de o săptămână. În 1979, Gordon T. a observat că 25% dintre copiii vaccinați antipertussis pe care i-a consultat, sufereau de Sindromul West (sau Spasmul infantil, după noua denumire)*”. În același an, Jeffrey P. Koplan, de la CDC, afirma: “*Rata unor reacții adverse grave constatate după vaccinul antipertussis este de 1/34.000 copii vaccinați și constau în crize convulsive, Hipsaritmie și meningite grave*”. La fel și AMA (despre evaluarea medicamentelor) recunoaște că “*spasmul infantil, epilepsii cronice sau encefalpatii pot fi reacții adverse ale vaccinului DTP*”. Nici în urma numeroaselor concluzii științifice din ultimii 35 de ani, politica americană nu a dorit să recunoască o posibilă legătură dintre vaccin și bolile neurologice grave amintite¹⁴⁴.

Caz 1: Laura, fiind un copil prematur, a primit primul ei vaccin DTP cu o lună întârziere, respectiv la vârsta de 3 luni. Mama ei nu a observat nicio

¹⁴² *Ibidem*, 130-131.

¹⁴³ *Ibidem*.

¹⁴⁴ *Ibidem*, 132-136.

reacție mai deosebită, dar după cel de-al doilea vaccin DTP, care i s-a administrat la un interval de doar o lună (în loc de două), au început reacțiile adverse. Deși mama i-a dat Tylenol, fetița a făcut febră mare (39, 5 grade C) timp de 24 de ore și țipa într-un mod ciudat. Era un țipăt ascuțit, strident, cum nu-l mai auzise până atunci. Fetița și-a revenit treptat și învățase să stea în șezut. După încă o lună a primit și cea de-a 3-a doză de vaccin. La ora 11 dimineata, i s-a administrat vaccinul DTP, iar la ora 14 au început spasmele. Mama relatează: “Își arunca brusc mâinile în față și își întindea în același timp picioarele; mâinile îi erau încleștate și își ținea respirația timp de câteva secunde; apoi scoatea un țipăt strident; doar 10 secunde mai târziu, crizele se repetau, până la un număr de 25”. Mama Laurei s-a dus cu ea la medic, care i-a spus că are probabil dureri de stomac... și i-a schimbat laptele cu unul dietetic. La 6 zile de la vaccin, mama s-a prezentat din nou la medic cu fetița. De aici a fost trimisă la spital pentru efectuarea unei electroencefalogramme (EEG). A făcut o nouă criză în timpul testului. EEG arăta o *hipsaritmie puternică*, iar diagnosticul a fost: “*Spasm infantil*”. Medicul fetiței nu a vrut să recunoască nicio legătură a bolii cu vaccinul DTP. *Deși a urmat terapie cu ACTH (Cortizon) și antiepileptice, crizele nu au putut fi oprite, ci doar ameliorate*. Chiar și sub tratament, fetița prezenta în continuare câteva crize/zi. Totodată, ea mai are o hipotonie musculară marcată (tonus muscular scăzut), motiv pentru care nu poate sta în picioare. Nu poate să stea în genunchi, ridicându-se pe pat doar cu ajutorul mâinilor. În continuare scoate uneori sunete ascuțite¹⁴⁵.

*Caz 2: M. A., născută în România (inițialele au fost modificate), se dezvoltă normal până la vârsta de 4 luni, când este vaccinată simultan cu DTP și cu vaccinul antipolio oral Sabin (VPO). Cu o săptămână înainte de vaccin, fetița fusese diagnosticată cu o infecție acută a căilor respiratorii superioare (IACRS), tratată cu antibiotice de către medicul de familie. Atât asistenta, cât și medicul de familie insistă ca mama să aducă fetița la cabinet pentru a fi vaccinată. Mama se prezintă cu fetița la cabinetul medicului, cu rugămintea să nu i se facă vaccinul, deoarece fetița încă nu se vindecase... Cu toate acestea, MF insistă să se facă vaccinul, deoarece se încheia perioada de vaccinare antipolio, iar vaccinurile trebuiau restituite, fetița riscând să rămână nevaccinată. Mama ne relatează că s-a administrat *vaccinurile DTP și antipolio oral (Sabin)* copilului, fără acordul ei. În aceeași zi, după doar câteva ore de la vaccin, fetița prezintă febră mare (41 grade Celsius) și “devine moale”, nu își mai mișcă mâna și piciorul stâng, ca apoi să nu mai reacționeze deloc la*

¹⁴⁵ *Ibidem*, 137-140.

stimuli. Speriată, mama se adresează din nou medicului de familie. Acesta îi recomandă internarea de urgență, în aceeași zi, într-o Clinică de Pediatrie. Mama ajunge într-un timp foarte scurt la spital, unde fetița este internată imediat, dar amamei I se refuză internarea. Deși mama insistă să fie internată, nu i se va împlini dorința decât după 7 zile, când recurge la schimbarea medicului de salon. Acesta îi spune că fetița are o meningoencefalită, de cauză necunoscută, probabil virală, și că este în stare foarte gravă, cu șanse mici de supraviețuire. Nu i se pune diagnosticul de meningoencefalită postvaccinală (nici nu era de conceput așa ceva pe vremea comunismului). Fetița supraviețuiește și, după 2 luni, se văd sechelele meningoencefalitei: nu stă în șezut, nu-și ține capul, iar hemiplegia stângă este evidentă. Este externată și urmează un tratament fizioterapic. Deoarece tratamentul nu dă rezultate, copilul este internat la o Clinică de Neurologie infantilă. Aici, în urma unui EEG și a examenului clinic, i se pune diagnosticul de **“Sindrom West”** (o formă aparte de epilepsie, care apare și după vaccin, descrisă în cap. 3) pentru care va fi tratată de acum înainte până la vârsta de 4 ani. În tot acest timp, mama se internează frecvent în spital, pentru analize și tratament (Cortizon, antiepileptice, crizele fiind necontrolabile...). Deoarece la vârsta de 4 ani, fetița nu prezintă nicio ameliorare/recuperare, părinții se adresează unui alt neurolog, din alt oraș. Fetița are sechele neurologice evidente: hemipareză stângă, retard psihic, dismorfism cranio-facial. Medicul, în urma analizelor efectuate, îi schimbă tratamentul. După o lună de tratament susținut, fetița face progrese și va sta pentru prima dată în șezut. După alte 3 luni, medicul recomandă un aparat de susținere a picioarelor, care să-i permită mersul. La vârsta de 5 ani (după un an de când schimbase medicul), fetița merge pentru prima dată, susținută, ca orice hemiplegic. Tot acum, la vârsta de 5 ani, medicul neurolog constată în urma unei examinări, că fetița are un debut de hidrocefalie, motiv pentru care este trimisă în București pentru intervenție (drenaj). Având în vedere că în acea vreme nu existau suficiente drenuri, pacienții erau trecuți pe o listă de așteptare. La fel s-a întâmplat și cu fetița, care a avut de așteptat 2 ani de zile. A primit drenul și a fost operată în ziua în care împlinea 7 ani. Era cadoul de ziua ei de naștere... Deși medicul din București nu i-a dat multe șanse de supraviețuire, boala fiind deja mult avansată, totuși Dumnezeu a vrut ca acest copil să trăiască. Operația a reușit, iar fetița se putea întoarce acasă și să se bucure, împreună cu părinții ei, de prima ei zi de școală, fiind înscrisă la o Școală ajutătoare din orașul natal. La ora actuală, când a trecut de vârsta de 20 de ani, M. A., chiar dacă a rămas încadrată în grupa de handicap grav (1), este o domnișoară cuminte, frumoasă, mereu zâmbitoare și foarte sociabilă,

care se deplasează greu (suștinută), dar pe picioarele ei și care se bucură de viață, așa cum este ea¹⁴⁶.

j) Pareze și paralizii musculare

Parezele și paraliziiile musculare, fie doar pe o parte a corpului (hemipareze, hemiplegii), fie paraplegii (paralizia picioarelor), fie tetrapareză (la ambele mâini și ambele picioare), au fost descrise în literatura de specialitate ca fiind *reații adverse grave ale vaccinului antipertussis*¹⁴⁷.

Caz 1: În 1970, Hannik descrie cazul unei fetei care, în a 4-a zi după vaccinul DTP, prezintă o hemiplegie stângă. Sub tratament, își revine încet, iar doi ani mai târziu, încă se mai observă o *pareză ușoară a piciorului stâng*, care este ceva mai scurt decât cel drept.

Caz 2: În 1978, A. H. Griffith descrie cazul unei fetei care a devenit “moale, letargică” după a 4-a zi de la vaccinul DTP... Este internată la spital unde i se pune diagnosticul de “Hemiplegie stângă totală și Hemiplegie dreaptă parțială”. Sechelele rămase sunt: *hemiplegie stângă medie și retard psihic*.

Caz 3: În 1983, Cindy este vaccinată pentru prima dată la vârsta de 6 luni. Mama ei, care era terapeută și lucrase cu copii cu dizabilități, a amânat vaccinarea deoarece fetița se născuse prematur și i-a fost teamă de o posibilă reacție la vaccin. Medicul a liniștit-o, spunând că “riscul de a face tuse convulsivă este mai mare decât riscul unei reacții adverse la vaccinul antipertussis”. Total greșit... În cele din urmă, mama a fost de acord cu vaccinul. La câteva ore după vaccin, Cindy a făcut febră 38,5 grade C, dar abia dimineața mama a observat că fetița ei nu se poate ridica în șezut și nici să se întoarcă de pe o parte pe alta. Mama povestește cum toată musculatura mâinilor și a picioarelor era contractată, pumnii strânși, nu își întindea deloc mâinile. Deși mama îl sunase pe medic ca să-i descrie starea lui Cindy, acesta a liniștit-o, spunându-i că o să se facă bine în maximum o săptămână. Mama însă, fiind foarte îngrijorată, s-a dus cu fetița la medic, pentru a-i arăta starea fetei și pentru a fi notată starea ei în fișa medicală. Mama ei, fiind terapeută, a putut să lucreze zilnic cu fetița. La un an după vaccin, fetița a început din nou să meargă și nu dădea semne de retard psihic. Medicul a fost în sfârșit de acord să nu o mai vaccineze pe Cindy¹⁴⁸.

¹⁴⁶ Relatare făcută de către mama fetei, cu probe și cu acordul ei.

¹⁴⁷ H. Coulter, B. Fisher, *op. cit.*, 1996, 141.

¹⁴⁸ *Ibidem*, 142-144.

În 1977, Stewart a publicat un studiu realizat pe 170 de copii vaccinați cu DTP și care au prezentat reacții adverse. El relatează că o parte din aceste reacții au fost “pareze și paralizii”¹⁴⁹.

k) Encefalitele postvaccinale

Țipătul encephalitic descris în acest capitol este cauzat de o afectare a sistemului nervos, lucru de altfel recunoscut și de către Autoritățile americane în 1982, când Vincent Fulginiti scria: “*Acest țipăt ascuțit este un simptom specific unei encefalopatii*”¹⁵⁰. Coulter a remarcat și el faptul că acest simptom, deși este destul de frecvent după vaccinul pertussis, inclusiv după DTP, este cel mai ignorat, alături de “somnolența profundă” (un alt simptom care arată o afectare a sistemului nervos)¹⁵¹.

Au fost descrise numeroase cazuri de meningite, encefalite și meningoencefalite provocate de vaccinul DTP, din care redau două exemple:

- În Anglia, Griffith este cel care studiază în 1978 un astfel de caz. El a observat simptomele unei meningite la un copil vaccinat cu DTP. După 3 zile de la internare, i s-a pus diagnosticul de meningoencefalită, iar la o lună de la vaccin, a murit.
- În 1979, medicii Jack Jacob și Frank Manning, din America, scriau, în *American Journal of the Disease of Children*, despre cazul unui copil care, la 24 de ore de la vaccin, prezintă o bombare a fontanelei, cauzată de o hipertensiune intracraniană (specific encefalitei). Fetița era copilul unui medic pediatru și fusese vaccinată cu a 3-a doză de DTP, la vârsta de 7 luni. Imediat după vaccin, i-a crescut temperatura și a devenit foarte agitată. Părinții au recunoscut simptomele, văzând fontanela bombată și pulsatilă, au internat-o și au tratat-o imediat¹⁵².

Copiii care fac encefalită se pot vindeca complet sau pot rămâne cu sechele grave: retard psihic, epilepsie etc.

l) Boli sanguine, autoimune: trombocitopenie și anemie hemolitică

1. Trombocitopenia

Se caracterizază prin scăderea trombocitelor sub 100.000/mm³ (trombocitele au un important rol în coagularea sângelui) și cu o erupție caracteristică.¹⁵³

¹⁴⁹ *Ibidem*, 142.

¹⁵⁰ H. Coulter, *Impfungen. Der Grossangriff auf Gehirn und Seele*. 5. Auflage 2004, Hirshammer Verlag, Germany, 105-113.

¹⁵¹ *Ibidem*.

¹⁵² H. Coulter, B. Fisher, *op. cit.*, 146-150.

¹⁵³ Mircea Maioreșcu, *Tratat de Pediatrie*, vol. 5, Editura Medicală, București, 1986, 351.

Este una dintre afecțiunile care reprezintă o *contraindicație absolută pentru vaccinul antipertussis*, dacă citim prospectul marilor producători de vaccinuri (Lederle, Wyeth, Connaught)¹⁵⁴.

Literatura de specialitate recunoaște că “*cele mai multe cazuri de trombocitopenie la nou-născut sunt de etiologie infecțios-imunologică*”¹⁵⁵.

2. Anemia hemolitică

Este o afecțiune care se caracterizează printr-o scădere drastică a numărului de hematii (globole roșii) și imposibilitatea măduvei spinării de a produce globole roșii noi; *cauzele pot fi de natură genetică sau dobândită: în urma unor infecții, chimioterapie sau prin autoimunizare (boală autoimună)*¹⁵⁶. Nu sunt specificate și vaccinurile și implicațiile acestora în patologia anemiei hemolitice, deși, dintre infecțiile care pot provoca trombocitopenie, cele mai frecvente sunt citate rubeola și herpesul congenital, adică virusuri care există și în vaccinuri...

Anemia hemolitică este o contraindicație pentru vaccinul antipertussis, deci și pentru DTP, după cum putem citi în prospectul Laboratoarelor Coonaught din 1984. Hotărârea s-a luat în urma unui studiu făcut în Scandinavia în 1978, când s-a făcut legătura dintre vaccin și această afecțiune gravă. Cu toate acestea, AAP (Academia Americană a medicilor pediatri), nu a recunoscut legătura dintre vaccin și apariția trombocitopeniei. Același lucru îl “constată” și ACIP. Este motivul pentru care părinții copiilor afectați de această boală nu au primit despăgubiri postvaccinale, cerute în instanță în 1983¹⁵⁷.

Caz: La 6 zile după cea de-a 4-a doză de vaccin DTP, Paul devenise foarte agitat, nu mai mânca decât foarte puțin, după care a făcut febră și prezenta vărsături. Devenise foarte palid, și somnolent. La 2 săptămâni de la vaccin, slăbise foarte mult... Medicul s-a gândit la o leucemie sau o altă formă de cancer. A fost internat la spital, unde i s-au făcut timp de 7 zile analize de sânge... Medicii spuneau că nu au mai văzut un astfel de caz la un copil, căci avea o anemie extrem de severă (Hemoglobina=3, Hematocrit=10). Părinților li s-a spus că este posibil să moară. Dar, după trei transfuzii de sânge, Paul a supraviețuit... Medicii au pus diagnosticul de “*Anemie hemolitică*” și au dat vina pe părinți că nu își hrănesc bine copilul... După ce medicii i-au prescris vitamine și un regim cu calorii necesare, copilul a fost externat. Era din nou sănătos, până la cel de-al 5-lea vaccin DTP... La 6 zile după vaccin, s-au repetat simptomele... După alte 2 săptămâni de spitalizare i s-a pus din nou diagnosticul de anemie hemolitică.

¹⁵⁴ H Coulter, B. Fisher, *op. cit.*, 151.

¹⁵⁵ M. Maiorescu, *op. cit.*, 1986, 352.

¹⁵⁶ H. Coulter, B. Fisher, *op. cit.*, 152.

¹⁵⁷ *Ibidem*, 152.

Cu toate că era din nou foarte grav, valorile sanguine nu mai erau atât de mici. De data aceasta a făcut doar două transfuzii de sânge pentru a-și reveni... Din acel moment părinții s-au documentat și au aflat că există o legătură între boală și vaccinul antipertussis... *Cu toate acestea, medicul copilului nu a recunoscut nicio astfel de cauzalitate, legată de vaccinul DTP... De câte ori tatăl încerca să le vorbească medicilor despre acest subiect, ei nu-l ascultau*¹⁵⁸.

m) Diabetul zaharat tip I (insulinodependent) și hiperglicemia

Tusea convulsivă este o boală care afectează secreția de insulină, prin scăderea secreției acesteia de către celulele B din pancreas. Se știe că insulina este responsabilă de menținerea unei glicemii normale. Vaccinul antipertussis are aceleași proprietăți, putând duce la o scădere a secreției de insulină. O cantitate insuficientă de insulină va duce la creșterea glicemiei (hiperglicemie)¹⁵⁹.

În 1977, Stewart observă că *“vaccinul antipertussis, mai mult ca oricare alt vaccin, poate provoca o hiperglicemie, datorită scăderii sintezei de insulină”*. În 1978, Hannik și Cohen ajung la aceeași concluzie: *“Sugarii care dezvoltă reacții adverse puternice după vaccinul antipertussis, suferă de incapacitatea de a menține un nivel glicemic constant”*. În Germania, Quast și Hennessen au găsit nivele crescute ale glicemiei la 59 din cele 149 de cazuri cu reacții adverse la vaccinul antipertussis¹⁶⁰.

Patru oameni de știință din Germania, Franța și Anglia au scris în 1982 un articol în care au arătat rolul pe care-l joacă vaccinul DTP în producerea diabetului zaharat la copil. Au descris cazul unei fete de 16 luni, cu predispoziție la diabet, care suferea de o infecție virală ce-i ataca pancreasul. Ei au tras concluzia că *la dereglarea insulinei au contribuit mai mulți factori: un virus insulinotrop (care atacă insulina), predispoziția genetică și vaccinul DTP*¹⁶¹. Fără vaccin, probabil nu ar fi făcut diabet... Este un alt motiv pentru care este nevoie de studii comparative între copiii vaccinați și nevaccinați, cu și fără predispoziții genetice la diabet, însă nu există un asemenea interes din partea lumii medicale și a Big Pharma.

n) “Sindromul morții subite a sugarului”: SIDS (SIDS = Sudden Infant deat Syndrom).

Decesul provocat de DTP (vaccinul vechi) și de DTPa (vaccinul actual) a fost prima complicație postvaccinală – și, desigur, cea mai gravă – luată în discuție.

¹⁵⁸ *Ibidem*, 152-154.

¹⁵⁹ *Ibidem*, 156.

¹⁶⁰ *Ibidem*.

¹⁶¹ *Ibidem*, 157.

Pentru prima dată, aflăm despre astfel de cazuri în 1933, de la Thorwald Madsen, din Danemarca, care a scris un articol în care relatează două cazuri de decese intervenite la sugari, la doar câteva ore de la vaccinul DTP. Înainte de deces, unul din copii a prezentat o cianoză ușoară, iar cel de-al doilea suferi de spasme. Cauza morții nu a fost precizată, ci încadrată în sindromul SIDS, adică o moarte subită a sugarului, de cauză necunoscută. “*Sindromul morții subite la sugari*” (SIDS), numit și “*moartea în fașă*”, este cel mai controversat “sindrom, de cauză necunoscută”. Mulți alți medici relatează apoi și alte cazuri asemănătoare, apărute după vaccinul antipertussis¹⁶².

Conform FDA, în ziua de azi, unul din 500 de sugari moare de SIDS!¹⁶³. Făcând un calcul, aprox. 7000 de sugari din cei 3,5 milioane de nou-născuți din America, mor de cauze “necunoscute”. Numărul lor crește imediat după prima lună de viață, atingând apogeul la 2-4 luni, și apoi descrește. Mai mulți cercetători, în încercarea de a găsi cauza acestor decese, inexplicabile, au observat că ele au loc în perioada când începe vaccinarea cu DTP. Unii producători de vaccinuri amintesc în prospectele lor despre vaccinul antipertussis, despre SIDS, cum ar fi Wyeth Laboratoires, care scriau despre această posibilitate încă din anul 1984: “*Ar trebui să ne atragă atenția faptul că trei doze de vaccin DTP se fac între 2 și 6 luni, iar 85% dintre cazurile de SIDS apar în această perioadă, cu un vârf între 2 și 4 luni*”¹⁶⁴.

Cei care au făcut legătura dintre SIDS și vaccinul DTP spun că vaccinul este “ultima picătură” dintr-un lanț de fenomene care-l afectează pe un sugar, la început de viață, și insuficient dezvoltat. Mulți cercetători cred că deseori *la baza SIDS stă un posibil stop respirator, numit apnee, care seamănă cu Sindromul de colaps/șoc, descris în acest capitol, și este cauzat de vaccinul pertussis*. Ei consideră că sistemul cardiovascular al sugarului este supra-solicitat iar acesta intră în șoc, adică se oprește din respirație, devine “moale/hipoton” și leșină. În cazurile fericite, când părinții sau medicii sunt la fața locului și reușesc să-l reanimeze pe copil, criza a fost denumită “SIDS întrerupt”. Astfel de cazuri, când copilul nu moare de SIDS, fiind reanimat de către părinți, sunt descrise de către aceștia ca fiind asemănătoare cu un colaps, când brusc, copilul devine cianotic sau se albește, după care nu mai respiră. Toți părinții au avut senzația, în astfel de momente, că le va muri copilul¹⁶⁵.

¹⁶² *Ibidem*.

¹⁶³ *Ibidem*, 158.

¹⁶⁴ *Ibidem*.

¹⁶⁵ *Ibidem*.

Așa cum am amintit anterior, eu personal l-am reanimat pe unul din băieții mei (Christian-Teofil) când a făcut o criză de apnee după vaccinul DTP, criză pe care aș îndrăzni s-o numesc un “SIDS întrerupt”.

Studii:

În 1979, FDA a ținut o ședință extraordinară, în care s-a pus problema existenței unei legături între SIDS și vaccinul DTP. Dr. Daniel Shannon, Director al Spitalului General de Pneumologie Pediatrică din Massachusetts, relatează despre astfel de cazuri: *“Avem părinți a căror copii și-au revenit bine după un prim episod de «SIDS întrerupt». La scurt timp însă, medicul lor le-a administrat un nou vaccin DTP sau antipolio, uneori chiar simultan, după care, în decurs de 24 de ore, au avut un nou episod de apnee, moment în care suna alarma «monitorului» și uneori era nevoie ca părinții să-i reanimeze, ceea ce nu se mai întâmplase de la ultimul episod pe care l-au avut în urmă cu aproximativ o lună. Fie că recomandăm părinților întreruperea vaccinului sau nu, nu mai are acum nicio importanță, că oricum aceștia nu mai sunt de acord cu noi. Părinții nu își mai doresc să vadă vreun medic pediatru, dar o fac doar din motivul ca să aștepte de la noi, când copiii lor sunt în afara oricărui pericol... Avem suficiente date, de la aproximativ 200 de sugari pe care i-am consultat”*¹⁶⁶.

Dr. William C. Torch, Director al secției de Neurologie Pediatrică de la Universitatea de Medicină din Nevada, la cea de-a 34-a Adunarea Anuală a Academiei Americane de Neurologie din 1982 (*American Academy of Neurology*), a făcut un studiu în care a arătat legătura dintre vaccinul DTP și cazurile de SIDS. După ce a avut 4 cazuri de SIDS, apărute la sugari în primele 18 ore de la administrarea vaccinului DTP, Torch a început un studiu despre legătura dintre vaccin și cazurile de SIDS din Nevada (peste 200 de cazuri!), pe care apoi l-a prezentat cu ocazia Adunării Anuale. *Leziunile tipice pentru SIDS, observate la autopsie, au fost: “edem pulmonar, pneumonie și edem cerebral”*. La o conferință de presă, Torch a fost aspru criticat din cauza acestui studiu, despre care spuneau criticii că prezintă date “anecdotice” și concluzii nerealiste. Unul dintre cei mai aprigi critici a fost un alt neurolog, Dr. Gerald M. Fenichel, directorul secției de Neurologie al Universității “Medical Center” Vanderbilt, care și-a exprimat dorința *“să nu fie luat în seamă un astfel de studiu”*¹⁶⁷.

¹⁶⁶ *Ibidem*, 161.

¹⁶⁷ *Ibidem*, 162-164.

Dr. Larry Baraff, coordonatorul studiilor UKLA al FDA, face oficial un studiu în 1983, legat de cazurile de SIDS din Los Angeles. Împreună cu echipa lui, a luat legătura cu părinții a 145 de sugari, care au murit de acest sindrom în perioada ianuarie 1979 – august 1980. Dintre aceștia, 53 au fost vaccinați cu DTP, dintre care 6 au murit în primele 24 de ore de la vaccin, iar alți 11 au murit în decurs de o săptămână. Concluzia a fost: *“Numărul cazurilor cu SIDS a fost mai mare decât ne-am așteptat, dacă am lua în considerare că nu ar exista nicio legătură între vaccin și SIDS. Dacă alte studii vor ajunge la aceeași concluzie, ar fi de dorit ca vaccinul DTP să fie amânat până după ce sugarul depășește perioada cea mai expusă riscului pentru SIDS, adică după ce împlinește 6 luni”*¹⁶⁸.

Un exemplu grăitor în acest sens îl vedem în Japonia, unde vaccinarea contra tusei convulsive (cu DTP), se face doar după vârsta de 2 ani iar de atunci, în Japonia “sindromul morții subite al sugarului” practic nu mai există¹⁶⁹.

Aceeași idee o observăm la Cherry și colaboratorii săi (1988), care afirmă că *SIDS este provocat, atât de vaccinul DTP, varianta folosită în trecut cu pertussis celular, cât și de vaccinul DTPa, forma actuală, cu pertussis acellular*. El a observat că decesul (SIDS) nu mai apare la copii când aceștia sunt vaccinați, cu oricare dintre cele două variante, după 24 de luni de viață!¹⁷⁰.

După rezultatele lui Karlsson și Scheibnerova din 1991, dar și ale lui Viera Scheibner, din același an, SIDS apare la copii în urma unui “Sindrom de Stress Nespecific”, denumită apoi în Germania “*Moarte prin stress nespecific*” sau SIBP. Conform acestor autori, SIDS sau SIBP poate fi provocat de mai mulți factori: *“injecții, vaccinuri, infecții ale căilor respiratorii etc.”*¹⁷¹.

Relația dintre vaccinul DTP/DTPa și apariția SIDS/SIBP a fost demonstrată și prin monitorizarea respirației copiilor vaccinați. Oamenii de știință au constatat la copiii cu o tendință spre SIDS, probleme respiratorii în timpul somnului. A fost creat un “*Monitor al respirației*”, la care este conectat copilul în timpul somnului, iar alarma atașată, se declanșează când frecvența cardiacă scade sub 80/minut sau pauza respiratorie crește peste 10 secunde. Pentru studiu au fost monitorizați respirator, doi sugari, care au primit vaccinul DTP: Baby nr. 1 era după cel de-al 3-lea vaccin DTP, iar Baby nr. 2, la prima doză (primovaccinare). Apoi, cele două grafice au fost corelate cu graficele altor 41 de copii care au murit la un anumit interval de timp

¹⁶⁸ *Ibidem*.

¹⁶⁹ Tinus Smits, *Das Impfschaden-Syndrom*, Narayana Verlag, 2.Auflage 2007, 36.

¹⁷⁰ V. Scheibner, *op. cit.*, 92.

¹⁷¹ *Ibidem*, 91.

după vaccinul DTP. Graficele obținute prin monitorizarea celor doi bebeluși, aveau modificări similare cu cele ale copiilor care au decedat... Tipul de respirație era cel al unui *sindrom de stress nespecific* și se instalase imediat după vaccin. Informațiile legate de cele 41 de decese au fost obținute din articolele autorilor: Von Bernier ș.a. (1982), Walker ș.a. (1987) și H. Coulter și B. Fisher (1991)¹⁷².

Cu toate acestea, mulți medici ignorau orice studiu și le explicau părinților că nu există nicio legătură dintre vaccinul DTP/DTPa și decesul copiilor care intervenise la câteva ore sau zile după vaccin. **Dar cum poți convinge pe toți acei părinți cărora le moare copilul la câteva ore după vaccin, deși înainte fusese sănătos, că vaccinul nu are nicio legătură cu decesul lor?**

Caz 1: Tami a murit de SIDS. La naștere, fetița era sănătoasă, fiind cel de-al doilea copil din familie. S-a dezvoltat normal, mânca foarte bine, dar plângea mereu seara înainte de culcare, după ce își terminase sticluța cu lapte. Părinții nu știau atunci că fetița lor suferea probabil de alergie la lapte de vacă, deși ei aveau în familie un astfel de caz, când, copilul fiind alergic la lapte de vacă, a fost nevoit să bea lapte de capră până la vârsta de 2 ani; acel copil reacționa și la vaccinul DTP, prin crize astmatice. Revenind la Tami, ea a primit primul ei vaccin DTP la vârsta de aproape 3 luni, într-o Clinică, deși avea o rinofaringită, care ar fi trebuit să fie o contraindicație pentru vaccin. Cu toate că asistenta i-a atras atenția medicului asupra rinitei, i s-a făcut totuși vaccinul. Mama povestește: “După masă, am lăsat-o pe Tami doar 15 minute cu un Babysitter. La 3 ore de la vaccin, Tami s-a trezit din somn cu un țipăt puternic și ciudat. Acel Babysitter ne-a explicat că bebelușul striga ca și cum ar fi avut dureri foarte mari, dar tonul era ciudat, foarte înalt, cum nu mai auzise niciodată la un sugar. Nu a putut-o liniști cu nimic și doar după 5-10 minute a încetat”. Mama a culcat bebelușul imediat după masa de la prânz, iar la aproximativ 30 de minute, când s-a dus să-l vadă, acesta era în colaps. Tami era moale, leșinată, și nu mai respira. Era foarte palidă, cu ochii închiși. Mama a chemat în ajutor vecinii, iar aceștia au chemat salvarea. Între timp părinții au început s-o resusciteze prin respirație gură la gură. Tami a fost dusă la spital, dar 10 minute mai târziu a fost declarat *decesul*. La un an după moartea lui Tami, părinții ei au auzit la o emisiune TV că, după vaccinul DTP, este posibilă reacția pe care a avut-o fiica ei, urmată de moarte prin SIDS¹⁷³.

Caz 2: Douglas, unul din doi gemeni, a murit de SIDS. La vârsta de 2 luni, era sănătos, zâmbea, gângurea și nu plângea când era sătul. I se dădea lapte

¹⁷² *Ibidem*, 95.

¹⁷³ H. Coulter, B. Fisher, *op. cit.*, 166-168.

de soia, deoarece era alergic la lapte de vacă, la fel ca și sora lui geamănă și sora lor mai mare. Împreună cu sora lui geamănă, au primit primul lor vaccin DTP, după ce medicul i-a consultat și a declarat că sunt “sănătoși clinic”. La 5 ore după vaccin, mama a observat că Douglas nu-și deschide gura pentru a bea laptele. Nici la masa de noapte, de la ora 4, când l-a trezit, nu a vrut să mănânce. La ora 9 dimineața, mama observă că Douglas este foarte palid, are o privire ciudată, apatică și după ce i-a deschis gurița, a înghițit laptele atât de repede, încât a crezut că se va îneca. Scaunele diareice au speriat-o și mai mult pe mamă, care a fugit cu el la spital. Aici i-au făcut spălătură gastrică, crezând că a înghițit ceva periculos. A făcut însă un stop cardio-respirator. A fost resuscitat și, după ce a început din nou să respire, medicii au constatat semnele unui posibil atac cerebral. A intrat în comă și de atunci nu și-a mai revenit. A fost transportat în alt spital, iar în ambulanță a mai avut un stop cardiac, după care a făcut hemiplegie dreaptă (paralizia părții drepte a corpului). În spital a făcut un nou stop cardiac. A murit la aproximativ 28 de ore de la vaccin. Rezultatul autopsiei a fost “Bronhopneumonie bilaterală”, ceea ce a nemulțumit-o pe mamă, știind că vaccinul a avut o legătură sigură cu moartea copilului. Medicul din spital i-a mai spus că a avut în final meningită spinală, ceea ce nu era consemnat în certificatul autopsiei. *Un membru al CDC a spus mamei la telefon că a murit de o reacție provocată de vaccinul DTP.* Deși părinții lui Douglas au căutat un avocat pentru a-și cere drepturile în instanță, toți le-au spus că în cazul unui deces sunt limitate despăgubirile, spre deosebire de o complicație postvaccinală, cum ar fi o encefalopatie, când copilul rămâne în viață, cu sechele, când are apoi nevoie de o îngrijire permanentă¹⁷⁴.

o) Sechele postvaccinale

Un număr necunoscut de copii dezvoltă reacții adverse grave după vaccinul DTP, care apoi vor afecta, în mod definitiv, organe importante.

1. Sechele neurologice: *Hiperactivitatea (ADHD), autism, Sindromul cu leziuni cerebrale minime (MBD), tulburări de atenție și memorie, pareze și paralizii, epilepsie, paralizie cerebrală, surditate* ș.a. sunt doar câteva dintre complicațiile grave ale vaccinului DTP (vezi cap. 3).

Se știe la ora actuală că vaccinul antipertussis are o mare afinitate pentru sistemul nervos central. Bacteria care provoacă tusea convulsivă a fost folosită în diverse experimente pe animale pentru a provoca o encefalită acu-

¹⁷⁴ *Ibidem*, 171-173.

tă. Nu este deloc surprinzător faptul că vaccinul antipertussis poate provoca și el encefalopatii¹⁷⁵.

2. Reacții și boli alergice. *Toxina pertussis este responsabilă de o serie de reacții și boli alergice.* Ea mai fost denumită “*Factor de sensibilizare histaminică (HSF)*”, ceea ce înseamnă că reacția la histamină a organismului crește. Histamina provoacă dilatarea capilarelor sanguine, bronhoconstricție și creșterea evacuării gastrice, toate fiind elementele unei reacții alergice sau de hipersensibilitate. Acesta este și motivul pentru care sunt prescrise medicamente antihistaminice, la toți cei care suferă de alergie, fie copii, fie adulți¹⁷⁶.

Un copil care este foarte alergic, are un sistem imun foarte sensibil. El va reacționa imediat la o substanță alergizantă, fie ea un aliment, o plantă sau poluanți din mediul înconjurător. Este cunoscut faptul că vaccinul pertussis provoacă formarea de anticorpi IgE sau reagine care sunt responsabile pentru reacția alergică. Alergiile și bolile alergice induse de vaccinul pertussis sunt: “*rinita alergică, eczema atopică, urticarie, alergie la lapte de vacă, alergie la fructe (portocale), alergie medicamentoasă, în speță la antibiotice etc.*”¹⁷⁷.

IV. Rujeola și vaccinul rujeolic (“R”)

1. Rujeola

Rujeola este o boală acută, infecțioasă, foarte contagioasă, provocată de virusul rujeolic, care a fost izolat pentru prima dată în 1954 și face parte din familia Paramixoviridae¹⁷⁸.

*În trecut, în România, înainte de introducerea vaccinului, rujeola era foarte răspândită*¹⁷⁹:

- peste 90% dintr-o populație nevaccinată, făceau boala până la vârsta adultă;
- statistica din 1964 arată că 80% din cazurile de rujeolă se numărau la copiii cu vârsta cuprinsă între 1 și 9 ani și numai 1% din cazuri la cei trecuți de 15 ani;

¹⁷⁵ *Ibidem*, 220.

¹⁷⁶ *Ibidem*, 221.

¹⁷⁷ *Ibidem*, 223-227.

¹⁷⁸ Gh. M Voiculescu, *op. cit.*, 45.

¹⁷⁹ *Ibidem*.

- în populația urbană, boala apărea endemo-epidemic, cu valuri epidemice la 2-3 ani;
- incidența rujeolei arăta un maxim în lunile de primăvară (aprilie-mai) și un minim în august și septembrie.

La ora actuală, la fel ca în toate țările europene, și în România, după zeci de ani de vaccinare în masă a copiilor, statistica s-a schimbat mult, dar nu în mod favorabil:

- *prin vaccinare, s-a amânat rujeola la vârsta de adolescent (peste 15 ani) sau cea de adult*, când simptomele pot fi mai accentuate; același lucru se întâmplă în cazul femeilor însărcinate; la adult, sistemul imun este mai puțin flexibil și pot să apară complicații;
- *imunitatea obținută în mod artificial, după vaccinare, nu este durabilă și eficientă*, motiv pentru care femeile însărcinate riscă să facă boala și, din lipsa anticorpilor, nu mai oferă protecție pentru nou-născuții lor; observăm la ora actuală o creștere a cazurilor de rujeolă la sugari, cu urmări grave;
- *eradicarea este imposibilă*, lucru de care și-au dat seama cei care au folosit-o drept argument pentru vaccinarea în masa a copiilor din întreaga lume; pe de altă parte, nu este nici necesară, deoarece rujeola previne la copii o serie de boli cronice (renale etc.). iar prin vaccinare ei vor fi lipsiți de această protecție.

Tablou clinic:¹⁸⁰

Incubația este în medie de 10 zile.

Perioada de invazie:

- stadiul preeruptiv durează 3-4 zile;
- debutul este gradat, cu febră, cefalee, și fenomene catarale, respiratorii și conjunctivale;
- *semnul Koplik* este un semn caracteristic rujeolei și constă în micropapule albe, așezate pe o zonă roșie, a mucoasei bucale, lângă ultimii molari de obicei; el apare în a 2-a zi de la debut și dispare la 1-2 zile după erupție;
- tulburări digestive: dureri abdominale moderate, diaree, uneori vărsături;
- simptome nervoase: iritabilitate, cefalee;
- adenopatie cervicală (ganglioni măriți),

¹⁸⁰ *Ibidem*, 50.

Perioada eruptivă:

- febra crește din nou;
- *erupția rujeolică*: apare la început la ceafă și în spatele urechilor, la frunte, în obraji, ca apoi, după o zi, să cuprindă tot trunchiul și extremitățile mâinilor și picioarelor; există variații ale erupției; după 2 zile, petele pălesc și dispari, în ordinea în care au apărut.

Perioada posteruptivă (convalescență):

- temperatura revine la normal, iar bolnavul se însănătoșește.

Evoluția rujeolei

- este de obicei *benignă*.

Complicații:

- apar de obicei în epidemii, la o populație subnutrită, cu rezistență scăzută;
- sunt mai frecvente la sugari, la copii cu rahitism, la distrofici, la cei cu focare infecțioase preexistente.

Complicații ale sistemului nervos:

- *reacții meningiene*, fără expresie clinică și în absența unei encefalite;
- *encefalita rujeolică*, cu evoluție severă, mai ales la sugari: este o complicație foarte rară, care lasă sechele neuropsihice, uneori fiind letală.
- *Panencefalita subacută sclerozantă (PESS)* este o afecțiune foarte rară, ce apare tardiv, ca o complicație a rujeolei.

Alte complicații: *otită medie supurată, miocardită, gastroenterite etc.*

2. Aspectul pozitiv al rujeolei la copiii nevaccinați

Rujeola este o boală infectocontagioasă care are un efect pozitiv asupra sistemului imun al copilului:

- S-a observat o *scădere a îmbolnăvirilor* copilului după ce a trecut prin această boală¹⁸¹.
- În lumea a treia, rujeola lasă o *imunitate îndelungată și față de malarie*¹⁸².
- Copiii care au avut rujeolă în copilărie, *nu suferă decât foarte rar de boli alergice*, cum ar fi alergia la praful din casă¹⁸³.

¹⁸¹ K. H. Kummer, *Masernverlauf in einer Kinderarztpraxis. Der Merkurstab*, 1992, 3: 180-189.

¹⁸² I. B. Rooth, "Suppression of plasmodium falciparum infections during measles or influenza", *Am J Trop Med Hyg* 1992, 47 (5):675-681.

¹⁸³ E. Kucukosmanoglu, F. Cetinkaia, F. Akcay, F. Pekun, "Frequency of allergic diseases following measles", *Allergol Immunopathol* 2006, 34(4):146-9; H. Rosenlund, A.

- Un alt efect pozitiv al rujeolei este acela de *vindecare al unor afecțiuni cronice grave precum Sindromul nefrotic (o boală cronică gravă de rinichi) și Psoriazis*¹⁸⁴. Chiar și epilepsia se poate vindeca uneori după rujeolă,¹⁸⁵ la fel și *Eczema atopică care a fost provocată de alergii alimentare*¹⁸⁶.
- Este indicat ca toți copiii să treacă prin aceste boli infectocontagioase, denumite pe bună dreptate “bolile copilăriei”, fără ca ei să fie vaccinați. Rezultatul va fi o “*diminuare a riscului pentru cancer, inclusiv boala Hodkin, cancerul de sân și limfomul malign*”^{187, 188, 189}. “*Chiar și scleroza multiplă este mai rară la oamenii care au avut rujeolă în copilărie*”¹⁹⁰.

Vaccinul antirujeolic nu oferă o asemenea protecție¹⁹¹. Studiul “Parsifal” cu peste 4000 de copii de la școlile Waldorf și peste 2000 de elevi de la școlile de stat din Suedia, arată că Neurodermatita (dermatita atopică/alergică) este mai rară la copiii care au avut rujeolă, iar copiii care au fost vaccinați împotriva rujeolei (ROR) suferă frecvent de rinită alergică.¹⁹² Un studiu mai

Bergström, J. S. Alm, J. Swartz et al., “*Allergic diseases and atopic sensitization in children in relation to measles vaccination and measles infections*”, *Pediatrics* 2009, 123(3): 771-8.

¹⁸⁴ V. S. Chakravati et al., “*Measles induced remission of psoriasis*”, *Annals of Tropical Pediatrics* 1986, 6: 293-294.

¹⁸⁵ H. Yamamoto, T. Yamano, S. Nijima, J. Kohyama, H. Yamanouchi, “*Spontaneous improvement of intractable epileptic seizures following acute viral infections*”, *Brain* dec. 2004, 26 (6): 377-9;

¹⁸⁶ N. Kondo, O. Fukuromi, T. Ozawa, H. Agata et al., “*Improvement of food-sensitive atopic dermatitis accompanied by reduced lymphocyte responses to food antigen following natural measles virus infection*”, *Clin Exp Allergy* 1993, Jan, 23 (1): 44-50.

¹⁸⁷ H. Albonico et al., “*Febrile infections childhood diseases in the history of cancer patients and matched controls*”, *Med hypotheses* 1998, 51 (4) : 315-320.

¹⁸⁸ S. L. Glaser, T. H. Keegan, C. A. Clarke, M. Trinh et al., “*Exposure to childhood infections and risk of Epstein-Barr virus-defined Hodgkin’s lymphoma in women*”, *Int J Cancer* 2005, 115 (4): 599-605.

¹⁸⁹ M. Montella, L. D. Maso, A. Crispo, R. Talamini et al., “*Do childhood diseases affect NHL and HL risk? A case – control study from northern and southern Italy*”, *Leuk Res* 2006, 30 (8): 227-229.

¹⁹⁰ J. Kesselring, “*Zur Pathogenese der Multiplen Sklerose*”, *Schweiz Med Wochenschrift* 1990, 120: 1083-1090.

¹⁹¹ S. O. Shaheen et al., “*Measles and atopy in Guinea-Bissau*”, *Lancet* 1996, 347: 1792-1796.

¹⁹² H. Flöistrup, J. Swartz, A. Bergstrom, S. J. Alm et al., “*Allergic disease and sensitization in Steiner school Children*”, *J Allergy Clin Immunol* 2006:117(1): 50-66.

vechi arată rezultate asemănătoare: copiii vaccinați împotriva rujeolei suferă mai des de “alergia la fân” decât copiii nevaccinați¹⁹³.

3. Politica fenomenului de “eradicare (dispariție) a rujeolei”

După ce am văzut că beneficiile rujeolei, sunt cu mult mai mari și mai importante decât infecția în sine, nu putem decât să ne dorim ca toți copiii să facă boala naturală, pentru a-și întări sistemul imun și pentru a fi feriți de alte boli. Cu toate acestea, *se dorește în continuare eradicarea ei, inutilă și deloc indicată*.

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) dorește cu orice preț eradicarea rujeolei. Chiar și Germania a fost de acord cu această “măsură” extremă, luată de OMS, cu ocazia “Conferinței Consens”, organizată de către Producătorul de vaccinuri Chiron Behring¹⁹⁴. România nu a făcut excepție, iar vaccinarea în masă continuă și la noi. Pentru realizarea acestui deziderat este nevoie ca cel puțin 95% din populația globului să fie vaccinată. Acest lucru nu va putea fi posibil decât dacă se vor face presiuni extreme asupra medicilor și părinților, fără ca aceștia să aibă un cuvânt de spus. Atingerea acestui scop este puțin probabilă. Tocmai țările sărace, unde frecvența acestor boli este mai mare, nu au la dispoziție resursele financiare necesare, deși prețul este relativ mic: 33 cenți americani/ vaccin de la Unicef¹⁹⁵. Una din condițiile grele de obținut este și păstrarea vaccinului la rece. Pe de altă parte, dacă sunt vaccinați copiii din țările sărace, ei nu vor mai fi feriți de malarie.

Un alt obstacol în eradicarea rujeolei este faptul că, chiar și după efectuarea vaccinurilor, *“virusul rujeolei circulă în continuare în mediul înconjurător și poate fi transmis de la cel vaccinat la altul, de asemenea vaccinat!”*¹⁹⁶. *“Se pare că în curând întreaga lume atârnă ca și un «cobai» în lațul Industriei Farmaceutice care, pe această cale, obține profituri de miliarde”*¹⁹⁷, afirmă cu sarcasm medicul homeopat Hans-Jürgen Achtzehn.

¹⁹³ S. A. Lewis, J. R. Britton, “Measles infection, measles vaccination and the effect of birth order in the aetiology of hay fever”, *Clin Exp Allergy* 1998, 28 (12): 1493-1500;

¹⁹⁴ EB (*Epidemiologisches Bulletin*) 1998/11.

¹⁹⁵ WHO (World Health Organization): Measles. Fact Sheet N. 286. Januar 2007, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs286/en/index.html>

¹⁹⁶ B. Damien, S. Huiss et al., “Estimated susceptibility to asymptomatic secondary immune response against measles in late convalescent and vaccinated persons”, *J Med Virol* 1998, 56 (1):85-90.

¹⁹⁷ H. J. Achtzehn, “Impfschäden aus homöopathischer Sicht”, *Homöopathische Einblicke*, 1998, 33:19-24.

CDC (Centrul de Control al Bolilor din SUA) are datoria (prin definiție) de a cere producerea de vaccinuri, de a emite programe de vaccinări și de a supraveghea siguranța acestor vaccinuri. *“Pentru CDC însă, studiile care nu sunt favorabile vaccinurilor, nu sunt binevenite. Acest lucru ar duce la prea puține vaccinări (!), deci la ratarea scopului propus. Dacă ar trebui să facă legătura dintre vaccinuri și toți copiii care suferă de autism (un adevăr de necontestat), nu s-ar simți deloc în largul lor. Cui i-ar place să recunoască o asemenea catastrofă? Dar tocmai asta se cere în mod normal de la CDC. De aceea s-au creat relații tot mai strânse în ultimii ani între CDC și producătorii de vaccinuri”*¹⁹⁸.

Chiar dacă s-ar vaccina 90% din populație cu două doze de vaccin anti-rujeolic, tot ar rămâne anual 10% din copii fără imunitate care ajung apoi la vârsta de adolescent sau adult când se pot îmbolnăvi, la un nou contact cu virusul. Asta ar însemna că în Germania în fiecare an vor fi 70.000 de oameni care se pot îmbolnăvi oricând de rujeolă¹⁹⁹.

Înainte de a se introduce vaccinul rujeolic, 99% dintre adolescenții de 15 ani făcuseră rujeolă și aveau o imunitate durabilă, pe viață²⁰⁰.

Imunologul finlandez Heinonen afirmă că *“întreruperea aproape completă a circulației virusului datorată vaccinărilor, va crea o nouă problemă: **cei vaccinați** au o șansă foarte mică la o nouă rememorare (booster effekts) de către sistemul imun și în consecință lipsa formării de noi anticorpi. Aceștia, se pot reîmbolnăvi. În aceste condiții a devenit o realitate lipsa imunității pe durată lungă a celor vaccinați, adică **eșecul secundar**”*²⁰¹. Situația nu este cu mult diferită pentru cei nevaccinați: dacă nu vin în contact cu virusul natural în copilărie, nici ei nu se vor îmbolnăvi și, în consecință, nu vor avea o imunitate naturală. Este doar unul dintre motive pentru care ar trebui sistată vaccinarea antirujeolică.

4. Vaccinul rujeolic

a) Generalități

În 1918 se folosește pentru prima dată serul de convalescent, iar în 1963 se introduce vaccinul rujeolic pentru prima dată **în SUA**. Este vorba de un

¹⁹⁸ D. Weldon, Letter to July Gerberding, Director of the CDC, 31.10.2003. <http://www.nationalautismassociation.org/pdf/Weldon.pdf>

¹⁹⁹ M. Hirte, *op. cit.*, 257.

²⁰⁰ *Ibidem*.

²⁰¹ O. P. Heinonen, M. Paunio, H. Peltola, “Total elimination of measles in Finland”, *Ann Med* 1998, 30 (2): 131-3.

vaccin cu virus viu atenuat, cultivat pe ou embrionat sau celule renale de la câine sau cobai. **În România**, în trecut se utiliza un vaccin viu supraatenuat, liofilizat, preparat cu *tulpina Schwartz*, produs de Institutul Dr. I. Cantacuzino din București și era administrat sugarilor începând cu vârsta de 9 luni²⁰². La ora actuală se folosește trivaccinul ROR, începând cu vârsta de 1 an, conform Programului național de vaccinare.

În Germania, vaccinul antirujeolic a apărut pe piață doar în 1974, iar trivaccinul MMR (echivalent cu ROR), în 1980, când STIKO din Germania îl administrează sugarilor în vârstă de 11-13 luni. La sugarii din creșe este administrat deja de la 9 luni. Vaccinul se administrează de două ori, cea de-a doua doză cel devreme la 4 săptămâni după prima doză²⁰³. Vaccinul antirujeolic conține, în funcție de preparat, urme de gelatină, antibiotice (de obicei Neomicină), precum și alte substanțe: polisorbit, fenilsulfonftaleină, Dextran, albumină umană²⁰⁴.

Se vorbește despre anticorpi protectori (față de boală), de tip IgG, la un titru al acestora de peste 200 mIU/ml de sânge. Dar, concentrația de anticorpi nu este o dovadă clară de protecție în fața rujeolei: *10% din cei care au după vaccin anticorpii necesari în sânge se pot îmbolnăvi de rujeolă*. Este denumit “eșecul primar”, când copilul nu devine imun după prima doză de vaccin. *Cea care dovedește o imunitate după vaccin este imunitatea celulară (Th1), care nu poate fi măsurată prin metodele obișnuite. Se consideră că a doua doză de vaccin ar putea oferi o siguranță mai mare*²⁰⁵. Practica medicală arată că nu este tocmai așa: un studiu efectuat la studenți din Belgia arată că, după 15 ani de la a doua doză de vaccin, 22% din adolescenți nu mai aveau nicio protecție față de rujeolă. Este denumit “eșecul secundar”²⁰⁶. Dar tocmai aceste “eșecuri” împiedică eradicarea rujeolei. În viitor, ne putem aștepta la tot mai multe “eșecuri secundare”, fiindcă cei vaccinați vin tot mai rar în contact cu virusul natural al rujeolei (scade incidența ei), lucru care în mod normal ar ajuta sistemul imun la o “rememorare”, prin formare de noi anticorpi. Acesta este și motivul pentru care, chiar și mamele care au fost

²⁰² Gh. M. Voiculescu, *op. cit.*, 45, 61, 63.

²⁰³ STIKO: Impfempfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut, Stand März 1997; *Deutsches Ärzteblatt* 1997, 94 (26) suppl:4-19.

²⁰⁴ M. Hirte, *op. cit.*, 253.

²⁰⁵ *Ibidem*, 253-254

²⁰⁶ C. Vandermeulen, M. Rölunds, G. Leroux-Röls, P. Van Damme, K. Hoppen-Brouwers, “*Long-Term persistence of antibodies after one or two doses of MMR-vaccine*”, *Vaccine* 2007.doi:10.1016/ J. Vaccine 2007.07.008 2007).

vaccinate în copilărie, nu mai pot oferi copilului protecție împotriva bolii, pierzând imunitatea din pricina lipsei memorării sus menționate²⁰⁷.

Imunitatea dată de boala naturală este de lungă durată, de obicei pentru întreaga viață. Imunitatea dată de vaccin este de scurtă durată și incertă. Vaccinarea înlătură efectul pozitiv al bolii naturale și provoacă o serie de reacții adverse nedorite, uneori foarte grave.

b) Prezentare

VVR (Vaccinul rujeolic monovalent)²⁰⁸

- este un vaccin antirujeolic, monovalent (necombinat cu alte vaccinuri), sintetizat de către Institutul Cantacuzino;
- o doză de vaccin conține virusul rujeolic atenuat, *tulpina Schwarz*, cultivată pe fibroblaști de embrioni de găină²⁰⁹;
- este folosit pentru vaccinarea copiilor.

c) Reacții adverse și complicații postvaccinale

Sunt descrise împreună cu cele ale vaccinului combinat ROR/MMR (pct. VII).

V. Parotidita epidemică (oreion) și vaccinul urlian

1. Parotidita epidemică sau oreionul este o boală infecțioasă acută și contagioasă, determinată de virusul urlian, caracterizată clinic prin afectarea glandelor salivare, precum și a altor glande și țesuturi: pancreas, sistem nervos, testicul²¹⁰. Este mult mai benignă decât rujeola.

În trecut, înaintea introducerii vaccinului, cei mai afectați erau copiii cu vârsta cuprinsă între 4 și 6 ani. În Germania spre exemplu, 90% dintre copiii sub 15 ani, aveau anticorpi protectori, ceea ce înseamnă că făcuseră cu toții boala, fie clinic, fie subclinic. La un procent de 20%, infecția este subclinică (fără simptome clinice), alți 40-50% fac o formă ușoară de boală, asemenea unei viroze ușoare. Doar 30-40% fac forma clasică de boală, cu inflamația

²⁰⁷ M. Hirte, *op. cit.*, 256.

²⁰⁸ *Agenda Medicală 2012*, Ediția de buzunar, 890.

²⁰⁹ M. I. Brumboiu, I. S. Bocșan, *op. cit.*, 103.

²¹⁰ Gh. M. Voiculescu, *op. cit.*, 204.

glandelor salivare, maxilare²¹¹. În România, ca și pe întregul glob, boala se transmite endemic sau epidemic.

După vaccinarea în masă a copiilor cu vaccinul combinat ROR, la fel ca în cazul rujeolei, s-a amânat oreionul la vârsta adultă, când boala este mai gravă.

Imunitatea lăsată de boala naturală este permanentă. Este motivul pentru care sugarii născuți din mame care au avut boala, vor fi protejați în primele luni de viață, prin anticorpii primiți transplacentar.

Transmiterea bolii: se face prin saliva infectată (strănut, tuse), fiind mult mai puțin contagioasă decât rujeola sau rubeola.

Tabloul clinic²¹²:

Incubația bolii: durează 2-3 săptămâni.

Debutul: este relativ brusc, cu febră, cefalee, mialgii, senzație de tensiune dureroasă a lojii parotidiene, de obicei bilateral, lipsa poftei de mâncare, stare generală ușor alterată. Tumefierea parotidei dă un aspect caracteristic de “pară”, al feței, deoarece îmbracă unghiul mandibulei și ramura ei ascendentă. Pielea este destinsă, lucioasă, iar, la palpare, glanda are o consistență păstoasă și este ușor dureroasă. Simptomele durează în medie 7-10 zile, când cedează și tumefacția, fără să supureze. Pot fi afectate concomitent și alte glande salivare: glanda submaxilară și sublinguală.

Evoluția este mai ușoară la copil. După pubertate și la vârsta adultă, evoluția este de obicei mai severă, cu febră înaltă, stare generală alterată (seamănă cu starea tifică), și cu afectarea altor glande: *pancreas și testicul.*

Complicații:

- *Orhita urliană*, uni- sau bilaterală, apare începând de la pubertate. *Ea este extrem de rară sub 14 ani* (nu se cunosc decât 5 cazuri sub 12 ani). Testiculul este tumefiat și dureros, iar scrotul este edemațiat și roșiat. Regresiunea survine în circa 10 zile cu *restitutio ad integrum*, în peste 50% din cazuri; în restul cazurilor rămâne un grad variat de atrofie testiculară, azoospermia fiind rară (1-2%), iar sterilitatea numai în caz de orhită bilaterală, cu azoospermie.
- *Oooforita:* este o inflamație a ovarului și *nu este o complicație severă*, fiind mult mai rară decât orhita.

²¹¹ CDC (Centers for Disease Control):Mumps, 2000. www.cdc.gov/nip/publication/pink/mumps.pdf

²¹² Gh.M. Voiculescu, *op. cit.*, 206-211.

- *Mastita*: este o inflamație a sânilor, care poate să apară atât la femei, cât și la bărbați.
- *Pancreatita*: se manifestă cu dureri în abdomenul superior și sensibilitate la presiune. Poate fi afectat și pancreasul endocrin, cu apariția unei toleranțe scăzute la glucide. Este o complicație comună în orhită, dar *trecătoare și nu lasă sechele*. Rolul ei diabetogen, incriminată în diabetul juvenil, a fost mult discutată, dar nu s-a putut dovedi acest lucru.
- Afectarea sistemului nervos: este frecventă, dar *trecătoare*, deseori fără manifestări clinice. Formele clinice sunt : meningita, encefalita și mielita urliană. *Evoluția lor, spre vindecare, este o regulă.*

Diagnosticul pozitiv se poate pune prin detectarea anticorpilor în primele zile de boală. Virusul este detectat în urină deja cu 6 zile înainte de tumefierea glandei salivare.

Tratament: izolarea pacientului timp de 14 zile, la domiciliu sau la spital (în formele severe), repaus la pat, dietă nutritivă și fără restricții deosebite; dietă lichidă și semisolidă în perioada de tumefacție, iar în caz de pancreatită, un regim fără multe glucide, grăsimi și făinoase.

2. Vaccinul urlian

Pretextul pentru ca vaccinul să fie administrat copilului în vârstă de 1 an sau peste un an, singur, sau în asociere (ROR), este acela de a preveni o complicație a oreionului, și anume orhita (inflamație a testiculelor), care ar fi urmată uneori de sterilitate. Cu timpul, **acest pretext a fost abandonat**, deoarece pe de o parte, orhita devine periculoasă doar după pubertate, iar pe de altă parte, afecțiunea este de obicei unilaterală. Noul argument folosit este acela că boala ar provoca otite medii cu posibilă afectare a auzului, lucru care nu fost dovedit. Un alt argument este acela că virusul parotiditei epidemice afectează pancreasul și poate induce un diabet zaharat tip I (insulinodependent), prin afectarea sistemului imun. *“Adevărul este că, vaccinul o face cu o mai mare probabilitate, deoarece, virusul vaccinal este introdus în organism în mod artificial și rămâne aici, în comparație cu boala naturală, când oreionul lasă o imunitate permanentă, cu vindecare completă și eliminarea virusului”*²¹³.

Vaccinul urlian monovalent, singur, este un vaccin cu virus viu atenuat, introdus din 1967²¹⁴. La ora actuală, se administrează în combinație cu vaccinul rujeolic și rubeolic: ROR.

Reacțiile adverse și complicațiile postvaccinale sunt descrise la vaccinul ROR.

²¹³ F. P. Graf, *op. cit.*, 2000, 99.

²¹⁴ Gh. M. Voiculescu, *op. cit.*, 212.

VI. Rubeola și vaccinul rubeolic

1. Rubeola²¹⁵

Este o boală infecțioasă, foarte contagioasă, provocată de virusul rubeolic, caracterizată clinic prin manifestări catarale respiratorii ușoare, adenopatii, erupție micromaculoasă și cu o evoluție benignă. Virusul rubeolic a fost izolat în 1962, fiind un virus ARN, din familia Togaviridae. *Se cultivă pe celule renale provenite de la maimuța africană.*

Are o răspândire universală, care apare sporadic *sau în epidemii*. Cu toate acestea, cazurile epidemice nu pot fi sesizate toate, *multe fiind forme atipice, fără erupție*; nu este o boală declarabilă, motiv pentru care nu este bine cunoscută morbiditatea ei. Nu s-au înregistrat cazuri de deces din cauza rubeolei. *Boala este puțin mai severă la adult.*

Sursa de infecție este omul bolnav, cu infecție clinică și subclinică.

Transmiterea este prin aer, prin secreții nazofaringiene.

Imunitatea dată de boală este de lungă durată; se cunosc rare cazuri cu reîmbolnăviri, de obicei sunt subclinice; *reinjecțiile sunt mai frecvente la persoanele cu imunitate artificială, postvaccinală.*

Tabloul clinic

Incubația variază între 14 și 21 de zile.

Perioada preeruptivă: debutul este insidios, cu febră ușoară, fenomene catarale nazale, conjunctivale, cefalee ușoară și inidispoziție. "Primul și ultimul semn al rubeolei" este tumefierea ganglionilor limfatici occipitali (cea mai frecventă), laterocervicali, submaxilari etc. Splina este ușor mărită.

Perioada eruptivă:

- erupția este asemănătoare cu cea rubeolică: macule de culoare roz, care nu confluează, lăsând între ele porțiuni de piele sănătoasă; erupția apare inițial după ureche și pe frunte, apoi, în timp de o zi, cuprinde fața, trunchiul și membrele; mâncărimea (prurit) este ușoară la copil și mai accentuată la adult, la care erupția este mai intensă;

- tumefierea ganglionilor persistă și în această perioadă.

Evoluția

- **la copii:** *boala este foarte ușoară*, erupția lipsind deseori;

- **la adult:** *boala este uneori mai severă*, cu artralгии (dureri articulare) și erupție mai intensă;

²¹⁵ *Ibidem*, 65-69.

- în mod normal, erupția trece în 2-3 zile, la fel și febra care deseori lipsește.

Complicații

- **sunt foarte rare: otite, angine, pneumonii, suprainfecții bacteriene;**
- *artrita rubeolică: apare îndeosebi la adolescenți și adulți;* este mai frecventă în epidemii și se manifestă prin dureri articulare și periarticulare; apare o dată cu erupția sau imediat după aceea și poate dura 2-3 săptămâni²¹⁶.

Rubeola la gravide și rubeola congenitală

Rubeola nu prezintă un pericol pentru sănătatea mamei, după cum s-a văzut. Singurul pericol există atunci când, femeia însărcinată face rubeolă în primele 3 luni de sarcină, putând afecta fătul. Este indicat ca toate fetele să facă rubeolă în copilărie, care le lasă o imunitate îndelungată, de cele mai multe ori pe viață, inclusiv pe timpul sarcinii, și să nu se vaccineze împotriva rujeolei, deoarece nu lasă o imunitate îndelungată. Dimpotrivă, există șanse mari să facă boala la vârsta adultă, inclusiv în timpul sarcinii; *vaccinul ROR nu este doar ineficient, ci comportă și multe riscuri:*

- apariția rubeolei congenitale depinde de starea de receptivitate a populației feminine aflate la vârsta fertilă; în trecut, 10-30% dintre adolescente erau susceptibile la rubeolă²¹⁷;

- nu am găsit nicio statistică care să arate la ora actuală, starea de receptivitate la adolescente și nici la femeile aflate la vârsta fertilă, din România; este posibil ca procentul să se fi schimbat foarte mult datorită vaccinurilor din copilărie, care nu lasă o imunitate îndelungată; la noi, vaccinului ROR se administrează la vârsta de 1 an la toți sugarii (indiferent de sex, ceea ce nu este explicabil, știind că rubeola este cea mai benignă infecție contagioasă, iar la băieți nu-și are rostul...);

- reinfecțiile de rubeolă în graviditate, deși posibile, nu afectează fătul²¹⁸, afirmă Dr. Voiculescu;

- **copiii ale căror mame au contractat rubeola înainte de cea de-a 11-a săptămână de sarcină, fără ca acestea să aibă imunitate pentru rubeolă (se dozează anticorpilor), vor putea fi afectați, prezentând malformații;** *la copiii născuți din mame care au făcut rubeolă după a 16-a săptămână de sarcină, nu se constată nicio malformație;* între săptămâna a 11-a

²¹⁶ *Ibidem.*

²¹⁷ *Ibidem*, 70.

²¹⁸ *Ibidem.*

și a 16-a, rubeola poate provoca la făt defecte congenitale în 35% din cazuri; rubeola la gravide mai poate provoca avort spontan și nașteri premature²¹⁹;

*Manifestările cele mai frecvente ale rubeolei congenitale sunt:*²²⁰

- **oculare: cataracta, iridociclită, glaucom, retinopatie etc.;**
- **auditive: surditatea;**
- **cardio-vasculare, neuro-psihiice etc.**

2. Vaccinul rubeolic

a) Generalități. Studii

- *Primul vaccin rubeolic a fost sintetizat în 1969 în SUA, cu tulpina "Cemdehi PP", dar au fost puse sub semnul întrebării, atât eficiența, cât și siguranța acestuia. Cu toate acestea, s-au administrat peste 80 milioane de doze de vaccin în SUA. Începând cu anul în care a fost introdus vaccinul, s-a înregistrat o creștere a cazurilor de rubeolă, la adolescenți și adulți, deoarece, așa cum remarca Cheryl, în 1980, "are loc o amânare a bolii, de la vârsta copilăriei (sub 14 ani) la vârsta de adolescent (peste 15 ani)... Se știe că, de fapt, nu se are în vedere o prevenire a rubeolei în copilărie, ci o prevenire a rubeolei congenitale". Nu s-a putut realiza acest obiectiv, fiind unul utopic. Rubeola congenitală a scăzut în SUA, datorită scăderii numărului de nașteri, nu datorită vaccinului. Cheryl a reușit în final să accentueze unele probleme importante legate de acest vaccin: "Rubeola nu poate fi eradicată prin vaccinare, așa cum s-a dorit inițial, deoarece reinfecția poate avea loc atât după boala naturală, cât și după vaccin... rubeola este amânată, prin intermediul vaccinurilor, la o vârstă când nu este deloc dorită o astfel de infecție... Cazurile de rubeolă congenitală au scăzut datorită creșterii numărului de avorturi provocate!"²²¹.*
- Despre vaccinarea antirubeolică, Viera Scheibner afirmă că este "*un experiment inutil și periculos care continuă și în ziua de azi*"²²².
- *Un studiu important despre vaccinul antirubeolic s-a efectuat în Australia, de către Dr. Beverly Allan, în 1973. Acesta a administrat unor recruți din armată, la care nu s-au evidențiat anticorpi față de boală (deci nu aveau imunitate..), vaccinul anti-rubeolic. El a observat că "după*

²¹⁹ *Ibidem.*

²²⁰ *Ibidem.*

²²¹ V. Scheibner, *op. cit.*, 2000, 138.

²²² *Ibidem.*

- ce soldații au fost vaccinați cu Cendvax (vaccin cu virus rubeolic viu, atenuat) și trimiși într-un lagăr unde era o epidemie de rubeolă, în decurs de 3-4 luni, 80% dintre soldații vaccinați s-au îmbolnăvit de rubeolă. În urma altui experiment, făcut pe copii cu dizabilități din diverse Centre speciale, a demonstrat același lucru: ineficiența vaccinului*²²³.
- În Londra, Sir Henry Yellowlees, a trimis o scrisoare către toți medicii din Londra, iar apoi a scris și în ziarul *London Daily Telegraph*, din 26 februarie 1976, despre ineficiența vaccinului antorubeolic: cu toate că se face o campanie intensă de vaccinare în masă, cazurile de rubeolă congenitală nu au scăzut deloc. Alți autori arată că un procent de 5% dintre cei vaccinați, nu prezintă seroconversie, adică nu formează anticorpi, deci nu au nici imunitate față de boală (după cum ne arată Literatura de specialitate), lucru deloc surprinzător²²⁴.
 - *Campaniile de vaccinare în masă au declanșat deseori epidemii de rubeolă: în 1973, Klock și Rachelefsky descriu o astfel de epidemie (peste 1000 de cazuri), care a izbucnit în Caspar/Wyoming, în perioada ianuarie – mai 1971, la doar 9 luni după o campanie de vaccinare în masă, antirubeolică, când au fost vaccinați 83% din elevii școlilor primare și 52% din copiii preșcolari. A fost greșită ipoteza conform căreia, prin vaccinarea copiilor preșcolari și pre-pubertari, și dobândirea unei imunități înalte la această vârstă, se va putea evita răspândirea rubeolei la restul populației*²²⁵. Același lucru se întâmplă și în ziua de azi, când observăm apariția unor focare epidemice la adolescenți și adulți (inclusiv femei însărcinate), după vaccinarea copiilor și elevilor mai mici. În Cluj-Napoca, a izbucnit o epidemie de rubeolă iarna trecută (2011-2012), la doar 2-3 luni de la vaccinarea elevilor din clasa I și a II-a, cu vaccinul ROR. Epidemia a atins în special studenți și adulți tineri, inclusiv studente însărcinate, pe care i-am tratat, fiind medic de familie pentru studenții de la Facultatea UTC din Cluj-Napoca. Unii dintre ei prezentau complicații (pneumonii, artrite), iar studentele însărcinate au avut nevoie de consiliere.
 - În Canada, în 1983, recomandarea din partea Oficialităților era următoarea: “*Vaccinul rubeolic ar trebui să fie administrat în mod sistematic*

²²³ *Ibidem*, 140.

²²⁴ M. A. Menser, J. M. Forrest, “*Maternal infections and the developing foetus*”, *Med J Aust* 1973, Mar 3,1(9):445-452. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4350773>

²²⁵ L. E. Klock und G. S. Rachelefsky, “*Failure of rubella herd immunity during an epidemic*”, *N Engl J Med* 1973. Jan 11;288 (2):69-72. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4681979>

tuturor copiilor, indiferent de sex, începând cu vârsta de un an sau imediat după aceea, în combinație cu vaccinul rujeolic și urlian (un trivaccin ROR/MMR)... Vaccinul rubeolic ar trebui administrat tuturor tinerelor și femeilor tinere... exceptând cazurile care dispun de imunitate... Nu sunt cunoscute reacții adverse ale vaccinului la femei”. Cu toate acestea, vaccinul antirubeolic a fost contraindicat la femeile gravide... Viera Scheibner critică în mod vehement o astfel de “politică” specific unui regim totalitarist²²⁶.

- În România, la copii, este folosit vaccinul combinat ROR.

b) Prezentare

RUDIVAX²²⁷: este un vaccin rubeolic monovalent, sintetizat de SANOFI PASTEUR și conține virus viu atenuat, tulpina WISTAR RA27/3M.

c) Reacții adverse și complicații postvaccinale:

- *Adenopatie*: inflamația ganglionilor
- *Artrite* (inflamația articulațiilor): au fost descrise artrite de Cooper ș.a., în 1969²²⁸; Kilroy ș.a.,²²⁹ descriu în 1970 dureri accentuate apărute la nivelul mâinilor și a genunchilor, uneori soldate cu sechele, precum deformări ale acestora.
- *Mieloradiculonevrite*: în 1972, Gilmartin ²³⁰ ș.a. au relatat despre 36 de cazuri cu acest sindrom după o campanie de vaccinare în masă cu vaccinul antirubeolic, a copiilor. Cu aceeași intensitate, au apărut cazuri de mieloradiculonevrite și la copiii vaccinați cu HPV (virus papiloma uman), tipurile HPV-77-DK12 și HPV-77-DE5. Cei mai afectați au fost copiii preșcolari. Reacțiile adverse la ambele tipuri de vaccin (rubeolic și HPV) au apărut la majoritatea copiilor în primele 2-7 săptămâni de la vaccin, la alții mai târziu.

²²⁶ V. Scheibner, *op. cit.*, 143.

²²⁷ *Agenda Medicală 2012*, Ediția de buzunar, Editura Medicală, 876.

²²⁸ L. Z. Cooper, P. R. Ziring, H. J. Weiss u.a., “*Transient arthritis after rubella vaccination*”, *Am J Dis Child*; 1969 Aug; 118:218-225. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5794817>

²²⁹ A. W. Kilroy, W. Scheffner, W. F. Fleet, L. B. Lebkowitz Jr., D. T. Karzon and G. M. Fenichel, “*Two Syndromes Following Rubella Immunization Clinical Observations and Epidemiological Studies*”, 1970, *Am med Ass*; 214 (13):2287-2292. <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=358853>

²³⁰ R. C Gilmartin, . J. T. Jabbour und D. A. Duemas, “*Rubella vaccine myeloradiculoneuritis*”, 1972, *J Pediatr*. 80 (3):406-412. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4334176>

Ineficiența vaccinului antirubeolic a devenit destul de repede una din temele cele mai discutate în acea perioadă. În cele din urmă, “s-a convenit” la combinarea lui cu vaccinul rujeolic și vaccinul urlian, rezultând vaccinul trivalent ROR/MMR.

VII. Vaccinul ROR (rujeolic-urlian-rubeolic)

1. Generalități

Studiile care se fac la ora actuală (în mod oficial), se întind pe 3 săptămâni după vaccinul antirujeolic, iar un timp mai lung este considerat inutil, deoarece viremia postvaccinală (virusul din sânge) poate fi dovedită doar în a doua săptămână de la vaccin. Majoritatea studiilor s-au făcut cu vaccinul antirujeolic simplu, nu cu trivaccinul ROR/MMR. Perioada de 3 săptămâni este cu totul insuficientă, deoarece *“ne putem aștepta la reacții secundare de la vaccin după luni sau ani de zile, datorită existenței unor virusuri restante (virusuri latente)”*²³¹.

Legat de această problemă, renumitul epidemiolog canadian Spitzer se arată îngrijorat de faptul că *“nu se face nimic pentru a demonstra siguranța vaccinului MMR/ROR. În timp ce multe studii arată efectele favorabile ale vaccinului, nu am putut găsi niciun studiu care să ateste siguranța lui privind efectele secundare și bolile post-vaccinale”*²³², afirma el.

*Studiile făcute până acum nu arată deloc siguranța acestui trivaccin. Nu s-a făcut niciun studiu comparativ cu cei nevaccinați. Se știe că virusurile vii, combinate, pot duce, prin schimbări de gene între ele, la modificări ale proprietăților virale. Dacă are loc o scădere a imunității prin unul dintre virusurile din vaccin, celelalte două virusuri existente pot provoca o infecție latentă sau o reacție autoimună. La pacienții cu o afecțiune hepatică autoimună s-au putut detecta în ficat virusuri din vaccin încă mulți ani după ce au fost vaccinați împotriva rujeolei*²³³.

²³¹ M. Hirte, *op. cit.*, 259.

²³² W. Spitzer, “The Real scandal of the MMR debate”, *Daily Mail* 18.12.2001. <http://www.vaccinationnews.com/DailyNews/March2002?RealScandalMMR.htm>

²³³ H. Kawashima et al , “Polymerase chain reaction detection of the hemagglutinin gene from an attenuated measles vaccine strain in the peripheral mononuclear cells of children with autoimmune hepatitis”, *Arch Virol* 1996, 141 (5): 877-884.

*La copiii cu autism, s-a putut dovedi existența virusului vaccinal în leucocite, mucoasa intestinală și lichidul cefalorahidian (LCR) încă după ani de zile de la vaccin*²³⁴.

În SUA, între anii 1990-2000, s-au raportat mai mult de 40 000 de plângeri legate de efectele secundare ale vaccinului MMR (ROR). În 1994, în Marea Britanie, autoritățile din domeniu au raportat 530 de cazuri grave în urma vaccinării a 7 milioane de copii cu trivaccinul MMR (ROR), dintre care *multe cazuri de meningoencefalite și artrite cornice. Raportul este de 1 caz grav la 13.000 de vaccinați*^{235, 236}.

Sugarii mamelor vaccinate cu ROR nu prezintă doar o apărare scăzută față de rujeolă, ci și față de un alt virus care este înrudit cu cel rujeolic: *virusul respirator sincițial (VRS)*, responsabil de numeroase infecții respiratorii grave la sugari. În țările industrializate a crescut îngrijorător de mult frecvența și gravitatea bronșitelor cu acest virus, în timp ce în țările cu vaccinări puține rata infecțiilor respiratorii cu VRS este scăzută²³⁷.

Eliminarea virusului: *“Virusul poate fi eliminat de către cei vaccinați încă timp de 2 săptămâni”*²³⁸. *“Pentru oamenii sănătoși acest lucru este lipsit de pericol, dar pentru cei cu un sistem imun deficitar poate deveni o problemă”*²³⁹.

Combinarea celor trei vaccinuri s-a făcut din mai multe motive: OMS “declară” că scopul este eradicarea celor trei boli. Problema unei false eradicări, a fost tratată la vaccinul rujeolic. Se știe la ora actuală că acest obiectiv nu poate fi atins și nici nu este necesar. O știu și cei de la OMS. Orice boală naturală, inclusiv cele trei descrise aici, lasă în urmă o imunitate naturală îndelungată, care va proteja organismul în viitor și de alte boli, în special de boli cronice grave (leucemie, boli renale, ș.a.). Trebuie remarcat faptul că, înainte de a exista vaccinurile, cele trei boli nu erau considerate ca fiind periculoase. Dimpotrivă, erau etichetate drept boli benigne ale copilăriei. Cu

²³⁴ J. Bradstreet, *“Biological evidence of significant vaccine related side-effects resulting in neurodevelopmental disorders”*, Presentation to the Vaccine Safety Committee of the Institute of Medicine. The National Academics of Science, 9.2.2004. <http://www.nationalautismassociation.org/pdf/IOM-Bradstreet.pdf>

²³⁵ J. Fletcher, *“Safe or Sorry?”*, *Health visitor* 1996, Vol.69, No.5:200.

²³⁶ AT (Arznei – Telegramm): zur Verträglichkeit der Masernimpfung. AT 1996, 2:22.

²³⁷ J. A. Weigl, W. Puppe, O. Belke, J. Neussuset et al, *“The descriptive epidemiology of severe lower respiratory tract infections in children in Kiel, Germany”*, *Klin Pädiatr* 2005, 217(5): 259-267.

²³⁸ C. Miller, *“Live measles vaccine: a 21 year follow up”*, *BMJ* (Clin Res Ed) 1987, 295 (6589) : 22-24. <http://webpages.netlink.co.nz/ias/measles.htm>

²³⁹ M. Hirte, *op. cit.*, 262.

toate acestea, publicitatea făcută vaccinurilor și mai ales teama indusă populației, că cele trei boli ar putea provoca boli grave și chiar moartea copilului nevaccinat a dus la o vânzare fără precedent a vaccinurilor. Dr. Friedrich Graf arată că în cei 25 de ani de practică medicală nu a avut nici măcar un singur caz de deces cauzat de una dintre cele trei boli. Același lucru îl spun și colegii lui, medici pediatri. Dr. Graf relatează că a văzut foarte multe epidemii de rujeolă, iar puținele cazuri severe, aveau în antecedente fie o evoluție dificilă după alte vaccinuri, fie din cauza unei supravegheri neatențe a bolii, fie o tratare inadecvată a febrei. În toate aceste cazuri mai grave, “vina” era pusă mereu pe seama refuzului vaccinului²⁴⁰. Nu este nevoie de o dovadă scrisă sau verbală a medicilor despre adevăr, căci dovadă stau părinții și bunicii noștri care nu se temeau de bolile copilăriei, știind că nu erau periculoase. Rarele complicații ale bolilor contagioase nu se pot compara cu actualele complicații postvaccinale, care sunt mult mai grave și mult mai numeroase.

2. Prezentare²⁴¹

a) PRIORIX (a înlocuit vaccinul ROR)

- Este sintetizat de GLAXO SMITHKLINE
- Este un vaccin folosit pentru imunizare activă față de rujeolă, oreion și rubeolă.
- Conține tulpina rujeolică Schwarz, tulpina urliana RIT și tulpina rubeolică Wistar RA.

b) PRIORIX TETRA

- Are aceeași compoziție ca și PRIORIX, având în plus tulpina varicelo-zosteriană OKA.

c) MMR-II

- Sintetizat de MERCK-SHARP & DOHME.
- Este un vaccin cu virusuri vii: rujeolic, urlian și rubeolic.
- Este utilizat cu precădere în SUA și în alte țări europene.

3. Reacții adverse și complicații postvaccinale

a) *Boala postvaccinală subclinică*

O febră care persistă mai multe zile, între zilele 7-14, apare la un procent de 5-15% dintre vaccinați. În acest interval de timp, copilul prezintă deseori

²⁴⁰ Friedrich P. Graf, *op. cit.*, 2007, 96-97.

²⁴¹ *Agenda Medicală 2012*, Ediția de buzunar, Editura Medicală, 869, 873.

“o formă «trunchiată» de boală (rujeolă): febră, stare generală ușor alterată și uneori erupție cutanată. Simptomele apar mai frecvent după trivaccinul MMR (ROR, decât după vaccinul antirujeolic simplu”²⁴². Cu alte cuvinte, un procent destul de mare dintre copiii vaccinați (nu și imunizați!) fac o formă subclinică de rujeolă.

b) Crize convulsive febrile

La 6-14 zile după vaccin, pot apare convulsii febrile cu o frecvență de 2:1 000 de cazuri²⁴³. Ele nu au repercusiuni ulterioare la copiii sănătoși, în schimb la cei care au avut și în alte situații convulsii febrile, sau au rude care le-au avut în antecedente, este crescut riscul de a avea consecințe, motiv pentru care este necesar ca medicul de familie să informeze părinții copilului în legătură cu aceste probleme²⁴⁴.

Uneori, convulsiile febrile apărute după vaccin, pot fi primul simptom al unei encefalite postvaccinale²⁴⁵. Encefalita postvaccinală este o afectare a sistemului nervos și poate fi provocată de orice vaccin, inclusiv ROR.

c) Reacții alergice și anafilaxie

La 1 din 65 000 de cazuri, s-au observat cazuri grave de alergii²⁴⁶. Având în vedere că ambele vaccinuri (antirujeolic și ROR), conțin Neomicină, gelatină ca rol de stabilizator și celule embrionare de pui, alergiile pot fi provocate de oricare dintre aceste componente. Se observă apariția diverselor forme de alergii: rinite alergice, crize de astm bronșic sau chiar șoc alergic. Aceste reacții grave “sunt pur și simplu ignorate de către Ute Quast în cartea ei “Reacții postvaccinale” (Ute Quast et al., Impfreaktionen. Hippokrates, 2 Auflage, Stuttgart 1997) și care a fost distribuită gratuit de către producătorul de vaccinuri Chiron Behring, în toate cabinetele medicale”²⁴⁷.

Între timp se știe că “vaccinul antirujeolic, datorită conținutului în gelatină, provoacă alergii încrucișate cu alimente precum ou, lapte de vacă sau

²⁴² M. R. Geier, D. A. Geier, “Pediatric MMR vaccination safety”, *International Pediatrics* 2003, 18;203-208

²⁴³ C. Miller, E. Miller, B. Rowe, C. Bowie, M. Judd, D. Walker, “Surveillance of symptoms following MMR vaccine in children”, *The Practitioner* 1989, 233:69-73

²⁴⁴ M. Hirte, *op. cit.*, 262.

²⁴⁵ W. Ehrengut, “Measles Encephalitis: Age disposition and vaccination”, *Archiv ges Virusforsch* 1965, XVI (1-5):311-313.

²⁴⁶ AT (Arznei – Telegramm):zur Verträglichkeit der Masernimpfung. AT 1996, 2:22.

²⁴⁷ M. Hirte, *op. cit.*, 263.

carne de pui”²⁴⁸. Mulți părinți nu-și pot explica de ce copiii lor nu mănâncă carne în primii ani de viață sau până merg la școală. Explicația există, dar nu le este oferită, fiindcă deseori nici medicii nu o știu. Se vorbește doar despre alergia la ou, la lapte de vacă ș.a.

Reacțiile alergice, după cum am văzut, sunt induse de IgE (anticorpi/reagine). Virusurile din vaccinul MMR (ROR) pot modifica “in vitro” limfocitele umane în așa măsură încât să formeze anticorpi alergici (Ig E)²⁴⁹. După un studiu efectuat în Danemarca, “vaccinul ROR crește de două ori riscul pentru Neurodermatita (dermatita sau eczema atopică/alergică) până la vârsta de 15 ani!”²⁵⁰.

d) Trombocitopenie. Purpura trombocitopenică

La 1 din 22 000 de cazuri, după 6 săptămâni de la vaccinul ROR, apare o purpură trombocitopenică (boală datorată trombocitopeniei, care duce la scăderea coagulării sângelui cu apariția hemoragiilor).²⁵¹ Primele simptome sunt niște puncte cutanate hemoragice sau la nivelul mucoaselor și în cel mai rău caz, se poate ajunge la hemoragii interne. La 58% din cazuri cu trombocitopenie postvaccinală înregistrate în Franța, numărul trombocitelor era sub 10.000/mm cub, iar la peste 10% din cazuri, evoluția a fost cu complicații²⁵². În practica mea medicală, am văzut deseori cazuri de trombocitopenie apărute la scurt timp după vaccinul ROR, dar nu se caută cauza bolii, ci se pune accent doar pe tratament.

e) Ataxie

În a doua săptămână după vaccin s-a observat la unii dintre copii o disfuncție a creierului mic (cerebel). Simptomele tipice constau în “tulburări de mers, de coordonare a mișcărilor, a mâinilor, care durează de obicei câteva

²⁴⁸ A. Patja, S. Makinen-Kiljunen, I. Davidkin et al., “Allergic reactions to measles-mumps-rubella vaccination”, *Pediatrics* 2001, 107 (2): E27.

²⁴⁹ F. Imani, K. E. Kehoe, “Infection of human B lymphocytes with MMR vaccine induces IgE class switching”, *Clin Immunol* 2001 (3):355-361.

²⁵⁰ A. B. Olesen, S. Juul, K. Thestrup-Pedersen, “Atopic dermatitis is increased following vaccination for measles, mumps and rubella or measles infection”, *Acta Derm Venereol* 2003- 83 (6): 445-450.

²⁵¹ E. Miller, P. Waight, C. P. Farrington et al., “Idiopathic thrombocytopenic purpura and MMR vaccine”, *Arch Dis Child* 2001, 84 (3): 227-229

²⁵² D. A. Geier, M. R. Geier, “A comparative evaluation of the effects of MMR immunization and mercury doses from thiomersal-containing childhood vaccines on the population prevalence of autism”, *Med Sci Monit* 2004, 10 (3): PI33-9. Epub 2004 Mar 01.

zile. Raportul este de 8 cazuri la 100.000 de vaccinați”²⁵³. Nu s-a dat o altă explicație acestei afecțiuni, decât o posibilă infecție a creierului. Mai probabil, afecțiunea are același mecanism patogenetic ca și encefalita postvaccinală.

f) Boala Crohn

Boala Crohn (descrisă în cap. 3) este o boală autoimună a intestinului gros, cu diaree cronică, dureri abdominale și scădere în greutate, care a înregistrat o creștere spectaculoasă în ultimii zeci de ani²⁵⁴. În Scandinavia, între anii 1990-2001, frecvența bolii a fost de 5 ori mai mare.

Această afecțiune este pusă în legătură cu vaccinul antirujeolic. La copiii cu boala Crohn s-au găsit virusul vaccinal în intestinul acestora²⁵⁵.

Copiii care sunt infectați cu virusul rujeolic de la mamă în viața intrauterină sau în primele luni de viață, vor avea un risc crescut de a dezvolta ulterior boala Crohn.

În România, se constată o creștere îngrijorătoare a bolii Crohn în rândul adolescenților și adulților tineri, fără ca să fie implicate în etiologia lor vaccinurile...

g) Boli neurologice

În primele 4 săptămâni de la vaccinul ROR, crește riscul bolilor neurologice²⁵⁶:

- Encefalite,
- Mielite transverse,
- Sindromul Guillain-Barre,
- Autism,
- Pareze, paralizii etc.

Allerdist arată în 1979, o statistică total diferită de cea oficială: “1 caz cu complicații neurologice grave la 2.500 de copii vaccinați”²⁵⁷.

²⁵³ A. M. Plesner, F. J. Hansen, K. Taudorf, L. H. Nielsen, C. B. Larsen, E. Pedersen, “Gait disturbance interpreted as cerebellar ataxia after MMR vaccination at 15 months of age: a follow-up study”, *Acta Paediatr* 2000, 89 (1): 58-63.

²⁵⁴ ESPED (Erhebungseinheit für seltene pädiatrische Erkrankungen in Deutschland)-Jahresbericht 1998. <http://www.public.rz.uni-duesseldorf.de/-esped/jabe1998.htm>

²⁵⁵ H. Kawashima, T. Mori, Y. Kashiwagi et al., “Detection and sequencing of measles virus from peripheral mononuclear cells from patients with inflammatory bowel disease and autism”, *Dig Dis Sci* 2000, 45 (4): 723-729.

²⁵⁶ M. Hirte, *op. cit.*, 265.

²⁵⁷ H. Allerdist, “Neurological complications following measles vaccination”, *Dev Biol Stand* 1979, 43:259-264.

Mai multe cazuri de inflamație a nervului optic sunt descrise în literatura de specialitate, unele soldându-se cu *grave tulburări de vedere*²⁵⁸.

h) Sindromul Guillain-Barre (SGB)

SGB este, alături de mielitele transverse ale măduvei (afecțiuni inflamatorii ale măduvei), o complicație neurologică severă, soldată uneori cu deces. La Institutul Paul-Ehrlich din Germania au fost raportate 5 cazuri în perioada 2001-2006²⁵⁹.

Caz: Maria B., născută la 10 mai 1981, este o victimă a vaccinului MMR (ROR). (Autorii au modificat numele fetei, la dorința părinților.) În 1984, fetița era sănătoasă și tocmai împlinise vârsta de 4 ani, când trebuia să fie vaccinată. La 4 zile după ziua ei de naștere (în 14 mai), i s-a administrat vaccinul ROR. La 5 zile după vaccin, părinții observă o poziție ciudată a piciorușului drept. Ziua următoare nu mai avea deloc putere în picior. Situația s-a agravat (deși a fost internată și tratată), iar la finele anului, fetița era paralizată, atât la mâini cât și la picioare (tetraplegică). Starea de sănătate nu s-a îmbunătățit nici anul următor, iar membrele i s-au atrofiat. Apoi, încetul cu încetul, a început să prezinte o ușoară revenire, deși, după 3 ani de la vaccin, în 1987, încă nu putea sta singură în șezut și nu își ținea capul. În octombrie 1987 cântărea doar 13,5 kg, cu o importantă atrofie musculară, fiind necesară o îngrijire permanentă. Diagnosticul pus, a fost "*Sindrom Guillain-Barre*". Se știe că acest sindrom este unul din complicațiile neurologice postvaccinale severe. La ora actuală, Maria B. este o fetiță mică și slăbuță, cu atrofie musculară importantă, fiindu-i vizibile oasele bazinului, ale mâinilor și ale picioarelor, astfel încât dă impresia unui schelet acoperit cu piele. Articulația genunchilor este blocată complet, nu poate merge și se joacă din poziție culcată (lateral) pe covor. Cu mult efort, se târăște prin cameră, dar este singura modalitate de a se deplasa cât de puțin prin casă. La toaletă, are nevoie de ajutor. *Este un copil inteligent, normal dezvoltat psihic și conștientizează handicapul ei*²⁶⁰.

i) Encefalita postvaccinală

Este o afecțiune acută a creierului, care apare după vaccin și constă în demielinizarea acută (distrugerea învelișului nervilor) provocată de o reacție

²⁵⁸ G. S. Marshall et al., "*Diffuse retinopathy following measles, mumps and rubella vaccination*", *Pediatrics* 1985, 76 (6): 989-991; V. L. Stevenson et al., "*Optic neuritis following measles/rubella vaccination in two 13-year-old children*", *Br J Ophthalmol* 1996, 80 (12): 1110 f.

²⁵⁹ M. Hirte, *op. cit.*, 266.

²⁶⁰ F. und S. Delarue, *op. cit.*, 159.

autoimună. Este rezultatul unei reacții exagerate a sistemului imun față de vaccin (vezi cap. 3). Afecțiunea apare între ziua a 6-a și a 15-a de la vaccin și mai este denumită “Encefalită demielinizantă”²⁶¹.

Prognoza encefalitei postvaccinale nu este favorabilă. Un studiu arată că “din 48 de copii care au făcut encefalită în primele 15 zile de la vaccin, 8 dintre ei au murit, iar toți ceilalți au rămas cu sechele neurologice sau psihice definitive”²⁶².

Între anii 1991-1996, în SUA s-au înregistrat 166 cazuri de encefalită după vaccinul antirujeolic²⁶³.

În Germania, în aceeași perioadă, s-au înregistrat doar 16 cazuri, dar, conform Centrului de cercetare pentru sănătatea copilului din Germania, cifrele oficiale sunt subestimate. Se pare că nu sunt raportate decât 5-10% din cazuri, dar chiar și atunci riscul unei encefalite rămâne de 1: 35.000 și 1: 50 000. Asta înseamnă că riscul unei encefalite postvaccinale nu este mai mic decât cel al encefalitei din cadrul rujeolei (ca și complicație a bolii) la copiii mici. În schimb, “o dată cu creșterea copilului, crește și riscul unei encefalite postvaccinale”²⁶⁴. Tocmai această statistică arată pe ce “bază nesigură” se sprijină indicațiile vaccinării antirujeolice.

j) PESS postvaccinal

Panencefalita subacută sclerozantă (PESS) este o afecțiune foarte rară ce apare tardiv, ca o complicație a rujeolei. Până în ziua de azi “nu există nicio dovadă că vaccinarea poate preveni PESS”^{265, 266}. S-a observat însă că la unii dintre sugari PESS apare la foarte scurt timp după vaccin. Cu toate acestea, în literatura de specialitate PESS este considerată o complicație rară, postrujeolică, dar nu și postvaccinală.

²⁶¹ M. Hirte, *op. cit.*, 2008, 266.

²⁶² R. E. Weibel, V. Caserta, D. E. Benor et al., “Acute encephalopathy followed by permanent brain injury or death associated with further attenuated measles vaccines: a review of claims submitted to the National Vaccine Injury Compensation Program”, *Pediatrics* 1998, 101 (3,1): 383-387

²⁶³ CDC (Centers for Disease Control): Measles, Mumps, and Rubella-Vaccine Use and Strategies for Elimination of Measles, Rubella and Congenital Rubella Syndrome and Control of Mumps: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR* 1998, 47 (RR-8), 1-57.

²⁶⁴ K. Gritz, *MMR-Impfung: Vorurteile-Fakten*. *Kinderarzt* 1999, 30:10 f.

²⁶⁵ V. Uhlmann, C. M. Marin, O. Sheils, L. Pilkington et al., “Potential viral pathogenic mechanism for new variant inflammatory bowel disease”, *J Clin Pathol* 2002, 55:0-6.

²⁶⁶ R. Sandall, *MMR rip ?* *Times Online*, 14. Dezember 2003. http://www.timesonline.co.uk/article/0,,100009-941849_1,00.html

k) Autismul

Autismul este o tulburare psihică și emoțională, nevindecabilă, care apare în primii 3 ani de viață. Copiii se retrag și se izolează în “lumea lor” și dezvoltă un comportament bizar (boala este tratată pe larg în cap. 3).

La mijlocul anilor '90, în Marea Britanie, părinții copiilor autiști au bănuțit că există o legătură dinre vaccinul ROR/MMR și boală²⁶⁷. În anul 1998, medicul gastroenterolog Wakefield scria în revista medicală *Lancet* despre 11 cazuri de autism la copiii care sufereau în același timp și de infecții intestinale cronice, o posibilă cauză a autismului fiind vaccinul ROR²⁶⁸. El descrie boala ca fiind o “enterocolită autistă”, adică o infecție intestinală cronică (cu evoluție spre boala Crohn sau rectocolita ulcero-hemoragică), combinată cu autism. Wakefield relatează: “Am descoperit la copii o enterocolită cronică asociată cu tulburări neuro-psihice. În cele mai multe cazuri simptomele apar după vaccinul MMR (ROR). Este nevoie în continuare de studii pentru a demonstra legătura dintre acest sindrom și vaccinul MMR (ROR)”²⁶⁹.

Din analiza “VAERS” (Sistemului American de Statistică al SUA) reiese faptul că există un risc crescut pentru autism la copiii care sunt vaccinați cu toate cele trei vaccinuri simultan: rujeolic, urlian și rubeolic (ROR/MMR). Riscul pentru autism este de 1,5 cazuri la 1 milion de vaccinați cu ROR, conform unui studiu făcut de Sistemul VAERS al SUA. Din acest procent, 1,4 rămân cu retard psihic și 0,7 cu leziuni cerebrale²⁷⁰. În Japonia sunt relatate rezultate asemănătoare²⁷¹.

După teoria lui Wakefield, vaccinul ROR produce reacții încrucișate între tipurile variate de virusuri vaccinale și sistemul imun al copilului, care induc boli autoimune cronice cu o evoluție nefavorabilă, chiar dezastruoasă. Se pare că unii oameni au un sistem imun particular (cu o predispoziție genetică) care reacționează greșit la vaccinuri și alți factori externi, provocând în final boli autoimune, inclusiv autismul. De aceea în unele familii autismul afectează

²⁶⁷ M. Hirte, *op. cit.*, 268.

²⁶⁸ A. J. Wakefield et al., “*Ileal-lymphoid –nodular hyperplasia , non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children*”, *Lancet* 1998, 351 (9103):637-641.

²⁶⁹ A. J. Wakefield, A. Anthony, S. H. Murch, M. Thomson et al., “*Enterocolitis in children with developmental disorders*”, *Am J Gastroenterol* 2000, 95 (9):2285-2295.

²⁷⁰ D. A. Geier, M. R. Geier, “*A comparative evaluation of the effects of MMR immunization and mercury doses from thiomersal-containing childhood vaccines on the population prevalence of autism*”, *Med Sci Monit* 2004, 10 (3): PI33-9. Epub 2004 Mar 01.

²⁷¹ H. Takahashi, S. Suzumura, F. Shirakizawa, N. Wada et al., “*An epidemiological study on Japanese autism concerning routine childhood immunization history*”, *Jpn J Infect Dis* 2003, 56 (3):114-7.

mai mulți membrii²⁷². **Concluzia este că nu există o predispoziție la autism (!), ci la o reacție imună exagerată sau particulară la vaccin.**

La aceeași concluzie au ajuns mulți alți autori (J. Bradstreet, 2004 ș.a.). Rezultatele analizelor efectuate la copiii cu autism arată o înmulțire dramatică a virusurilor în organism, cu formarea unor anticorpi atipici, total ineficienți. Analizele arată următoarele modificări patologice^{273, 274, 275, 276}:

- anticorpi anti-ROR *atipici (anormali)*, la nivelul peretelui intestinal;
- titru (concentrație) foarte mare de anticorpi antirujeolici *atipici* în sânge;
- material genetic viral rujeolic în LCR (lichid cefalorahidian),
- etc.

După ce Wakefield își enunță teoria conform căreia vaccinul MMR este în strânsă legătură cu debutul autismului la copii, a scăzut dramatic vaccinarea la copiii din Anglia, în special cu MMR. Drept urmare, Wakefield a fost atacat în mod vehement de către unii dintre colegii săi, dar mai ales de către autoritățile sanitare din Anglia. În final, Wakefield își pierde serviciul de gastroenterolog de la *Royal Free Hospital* din Londra și se vede nevoit să emigreze în SUA. Unii dintre colegii săi care au fost coautori la revista *Lancet*, se distanțează de el și își retrag afirmațiile. Între timp s-au “găsit” împotriva lui și alte “dovezi” conform cărora el ar fi primit sume mari de bani de la un Birou de avocați care coordonează și despăgubește părinții afectați și păgubiți. Ei spuneau că Wakefield ar fi primit aceste sume drept recompensă pentru activități de consiliere și alte binefaceri²⁷⁷. O serie de studii au fost făcute pentru ca teoria lui Wakefield să fie combătută, printre care și un studiu danez, folosindu-se actele medicale a 500.000 de copii²⁷⁸, dar rezultatele ob-

²⁷² A. M. Comi, A. W. Zimmermann, V. H. Freye, P. A. Law, J. N. Peeden, “*Familial clustering of autoimmune disorders and evaluation of medical risk factors in autism*”, *J Child Neurol* 1999, 14 (6): 388-394

²⁷³ V. K. Singh, R. L. Jensen, “*Elevated levels of measles antibodies in children with autism*”, *Pediatr Neurol* 2003, 28 (4): 292-4.

²⁷⁴ H. Kawashima, T. Mori, Y. Kashiwagi et al., “*Detection and Sequencing of measles virus from peripheral mononuclear cells from patients with inflammatory bowel disease and autism*”, *Dig Dis Sci* 2000, 45 (5):773-729.

²⁷⁵ V. Uhlmann, C. M. Marin., O. Sheils, L. Pilkington et al., “*Potential viral pathogenic mechanism for new variant inflammatory bowel disease*”, *J Clin Pathol* 2002, 55:0-6.

²⁷⁶ R. Sandall, MMR rip? Times Online, 14.Dezember 2003. http://www.timesonline.co.uk/article/0,,10009-941849_1,00.html

²⁷⁷ H. Kaulen, “*Masern-Mumps-Röteln-Impfung:Wie ein Impfstoff zu Unrecht in Misskredit gebracht wurde*”, *Dtsch Ärztebl* 2007, 104 (4):A-166.

²⁷⁸ K. M. Madsen, A. Hviid, M. Verstergaard, D. Schendel et al., “*A population-based study of measles, mumps, and rubella vaccination and autism*”, *NEJM* 2002, 347 (19):1477-1482.

ținute au fost refuzate categoric spre publicare de către cele două mari reviste medicale: *JAMA* și *Lancet*.

Un alt studiu a fost făcut și finanțat de către conducerea Marii Britanii²⁷⁹. Concluziile la care s-a ajuns sunt lesne de înțeles: nu există nicio cauzalitate între autism și vaccinul ROR.

Peter Fletcher, fostul director al secției pentru cercetare al Ministerului Sănătății și membru al Comitetului pentru vaccinuri, caracterizează conducerea Marii Britanii în legătură cu descrierea vaccinului ROR, în *Mail on Sunday* din 5 februarie 2006, ca fiind de o “*indiferență absolută și de neînțeles*”. Ca întotdeauna, reacțiile secundare foarte rare rămân necunoscute, fără studii medicale. Fiind lipsite de o bază științifică, ele nu pot fi nici dovedite... În schimb, tot mai multe date clinice și științifice arată că “*virusurile vii din vaccinul ROR pot produce, la o anumită categorie de copii, grave modificări la nivelul creierului, a intestinului și a sistemului imun. Este ușor de înțeles că sistemul imun, la o anumită categorie de copii, este total depășit prin prezența a trei virusuri vii, la care se adaugă vaccinurile tot mai multe din ultimii ani*”²⁸⁰.

Am văzut că și Harris Coulter face legătura între autism și vaccinul DTP, iar apoi și cu ROR (vezi cap.3). El afirmă că modificările produse de virusuri la nivelul creierului produc o “*encefalită autoimună*” în urma căreia, copiii pot rămâne cu sechele nervoase (ADHD, autism etc.), încadrate în Sindromul postencefalic.

După studiile lui Harris Coulter au urmat multe alte studii (mai ales în ultimii 8-10 ani) ai căror autori au demonstrat că la baza acestei “encefalite autoimune postvaccinale” stau atât modificările produse de către virusurile vii (cum s-a crezut și până atunci), de metale (aluminiu și mercur) și de substanțele alergizante din vaccinuri²⁸¹. Toate împreună alergizează sugarul și afectează în mod grav sistemul imun al acestuia, provocând reacții alergice (la nivelul creierului, al intestinului, al organelor limfatice) care se cronicează și, în final, duc la boli alergice (astm bronșic) sau boli autoimune: digestive (boala Crohn, celiachia, colita ulcero-hemoragică etc.), neurologice

²⁷⁹ V. Demicheli, T. Jefferson, A. Rivetti, D. Price, “*Vaccines for measles, mumps and rubella in children*”, *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005 Issue 4

²⁸⁰ The Mail: Former science chief: MMR fears coming true. *Mail on Sunday* 22.3. 2006. <http://www.mailonsunday.co.uk/pages/live/articles/health/healthmain.html>

²⁸¹ Vortrag 2: *Schwermetalle und ihre Wirkung auf unsere Gesundheit*, Vortrag von Dr. med. Dietrich Klinghardt, M.D., Ph. D. und Dr. Patricia Kane, Ph. D. Auszüge aus der Vorlesung an der ETH Zürich (Fachpublikum), April 2003, Germany, <http://www.power-for-life.com/Schwermetall-Ausleitung/vortrag2.html>

(scleroză multiplă, autism, ADHD etc.), reumatice (ARJ la copii și poliartrita reumatoidă la adult) ș.a.

Nu este nevoie întotdeauna de o reacție “particulară” la vaccinuri din partea sistemului imun a copilului ca să se producă aceste boli. Ele se pot produce și la copiii cu un sistem imun sănătos. Aceștia pot deveni alergici din pricina dezechilibrului sistemului imun care este suprasolicitat de atâtea virusuri, dar este și intoxicat de metalele grele și alte substanțe chimice din vaccin. Doar o dată cu înmulțirea vaccinurilor și combinarea acestora (trivaccin, tetravaccin, pentavaccin, hexavaccin) din ultimii 40-50 de ani, ne confruntăm cu boli noi, apărute la copii și adulți, și mai ales cu o explozie a cazurilor de boli rare și cronice. Bolile acute sunt tratate cu mult “succes” cu ajutorul antibioticelor tot mai numeroase și mai variate (nelipsite și ele de atâtea efecte secundare), dar pentru bolile cronice nu este vindecare... În schimb, se fac eforturi mari în continuare pentru obținerea de medicamente paliative (care tratează, dar nu vindecă) și mai ales pentru noi vaccinuri, “de viitor”.

Este o realitate de necontestat că există o legătură între vaccinul MMR (ROR) și autism, iar faptul că există părinți care au câștigat în instanță este o dovadă în plus. Dacă în America există astfel de cazuri deja de câțiva ani, în Italia pentru prima dată o familie a câștigat un asemenea proces: *de curând, judecătorul Lucio Ardigò a concluzionat că boala de autism a micuțului Valentino este direct legată de administrarea vaccinului MMR (ROR): Valentino s-a dezvoltat normal până la vârsta de 14 luni, când i s-a administrat vaccinul MMR(ROR). După aceea a prezentat scaune diareice, anorexie, agitație, plâns etc. Simptomele s-au agravat, a devenit alergic la alimente (specific copiilor cu autism) și în final i s-a pus diagnosticul de autism. La ora actuală are 9 ani și nu comunică verbal. Cazul a avut martori experți care au aprobat faptul că există o probabilitate științifică mare ca vaccinul ROR să fi declanșat boala lui Valentino. Judecătorul Lucio Ardigò a concluzionat că autismul este direct legat de administrarea acestui vaccin²⁸².*

1) Decesul postvaccinal

Sunt descrise mereu cazuri de decese după vaccinul ROR. Ele sunt, după criteriile SUA, o reacție secundară a vaccinului.

²⁸² “MMR: A mother’s victory. The vast majority of doctors say there is no link between the triple jab and autism, but could an Italian court case reignite this controversial debate?” <http://www.dailymail.co.uk/news/article-2160054/MMR-A-mothers-victory-The-vast-majority-doctors-say-link-triple-jab-autism-Italian-court-case-reignite-controversial-debate.html#ixzz23J2LnAf6>,

Cu toate acestea, cazurile de deces sunt rareori recunoscute ca fiind provocate de vaccinul ROR. Spre exemplu, “când în Marea Britanie s-au înregistrat 7 decese la scurt timp după vaccinul ROR, dintre care un caz de status epilepticus și un caz de sindrom Guillain-Barre, doar două au fost recunoscute de către JABS (Justice, Awareness and Basic Support) ca fiind cauzate de vaccinul ROR”²⁸³. “Decesul se datorează uneori reacțiilor alergice grave (șoc anafilactic) sau a unei viremii severe la persoanele cu deficiențe imune grave, înăscute sau dobândite”²⁸⁴, aflăm de la CDC.

Cauzele deceselor postvaccinale sunt mult mai multe, dar nu există niciun interes ca ele să fie recunoscute, cu atât mai mult în cazul unui deces, cum este SIDS (Sindromul morții subite la sugar) ș.a.

VIII. Tuberculoza (TBC) și vaccinul antituberculos (BCG)

1. Tuberculoza (TBC)

Generalități²⁸⁵:

- Tuberculoza este o boală infecto-contagioasă, cu evoluție cronică, produsă de bacilul bacilul Koch, cu manifestări clinice și/sau radiologice.
- Infecția tuberculoasă este o infecție latentă, adică o formă subclinică, fără manifestări clinice, radiologice sau bacteriologice.
- Relația infecție-îmbolnăvire este decalată în timp, numai aproximativ 50% din infecții trec în boală în primul an, restul necesitând interval de până la zeci de ani.
- Bacilul Koch a fost descoperit în 1882 de către medicul german Robert Koch; la ora actuală bK este numit *Mycobacterium tuberculosis* și face parte din genul *Micobacteria*, familia *Mycobacteriaceae*, alături de alte specii patogene și nepatogene (oportuniste și saprofite).

²⁸³ A. Patja, S. Makinen-Kiljunen, I. Davidkin et al., “Alergic reactions to measles-mumps-rubella vaccination”, *Pediatrics* 2001, 107 (2):E27

²⁸⁴ CDC (Centers for Disease Control): Vaccine side effects , adverse reactions , contraindications, and precautions. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices . *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1996, 45 (RR-12):1-35.

²⁸⁵ L. Gherasim, *Medicină Internă. Bolile aparatului respirator și locomotor*. vol.1, Editura Medicală, București, 1998, 263.

- În România, tuberculoza a înregistrat un *declin relativ constant în perioada 1950-1980*. A urmat o *perioadă de stagnare între anii 1981-1988*, după care se înregistrează o *creștere marcată în fiecare an*.
- *Boala are o infecțiozitate redusă*: nu se răspândește într-un interval scurt la populația receptivă.
- *Imunitatea determinată de infecție nu este absolută*; omul se poate reîmbolnăvi
- Mijloacele de combatere a infecțiozității spațiilor locuite de bolnavii contagioși sunt *expunerea la radiații ultraviolete și ventilația amplă și frecventă*.

Imunitatea bolii:

- Tuberculoza este cauzată de un agent patogen, parazit intracelular, față de care *organismul reacționează prin răspuns imun de tip celular, mediat de limfocite T (Th1)*. Există simultan și un răspuns imun de tip umoral, cu formare de anticorpi (*Th2*), dar rolul ei este considerat în prezent ca fiind nesemnificativ.
- Răspunsul imun are două componente (vor fi descrise la “vaccinul BCG”):
 - a.) *Rezistența imună și*
 - b.) *Hipersensibilitatea.*

Tablou clinic: nu va fi expus aici, fiind unul foarte vast. Important de reținut este faptul că la ora actuală există un tratament eficace pentru tuberculoză (cu antibiotice), cu evoluție favorabilă, *cu condiția ca boala să fie depistată la timp*.

Transmiterea tuberculozei pulmonare se face de obicei *pe cale aeriană*, prin picături infectante inhalate (picăturile lui Pflügge); rareori poarta de intrare este cea digestivă (era mai frecventă în trecut).

Forme clinice:

- a) *Tuberculoza pulmonară*: reprezintă 90% din totalul îmbolnăvirilor de TBC, iar plămânul este primul organ afectat. Se cunosc două forme:
 - *Primară*: caracteristică copiilor (primoinfecția ocultă, manifestă, cu complicații benigne sau severe);
 - *Secundară*: caracteristică tinerilor și omului adult.
- b) *Tuberculoza extrapulmonară*:
 - Tuberculoza sistemului nervos cerebral (SNC);
 - TBC ganglionară (periferică);
 - TBC uro-genitală;
 - TBC osteo-articulară;

- TBC a aparatului digestiv;
- TBC cutanată.

Tuberculoza este o boală puțin infectantă: *“Probabilitatea ca o particulă infectantă să ajungă într-un loc și într-u context în care să fie posibilă multiplicarea eficace a bacilului transportat de către ea este mai redusă decât probabilitatea de a ventila aer conținând cel puțin o astfel de particulă”*²⁸⁶.

Sursa infecției sunt bolnavii cu TBC pulmonar: tusea “seacă”, chinuitoare și în accese, prin care se încearcă eliminarea unei serceții reduse și vâscoase, produce mai mult particule infectante, fine, de aerosoli, decât tusea însoțită de expectorație.

Evoluția bolii

- indiferent de poarta de intrare a microbului (aeriană sau digestivă), **la aproape 50% dintre oameni, tuberculoza rămâne într-un stadiu primar**, de afectare a ganglionilor limfatici (adenopatii);
- *evoluția bolii depinde de mai mulți factori:* virulența microbului / rezistența (imunitatea) organismului / anumiți factori sociali: condiții de trai (o subnutriție sau/și aerul poluat favorizează o evoluție nefavorabilă);
- *o dată cu îmbunătățirea condițiilor de trai în țările occidentale, boala devine tot mai rară, la fel și decese.*

2. Tuberculina și vaccinul BCG

a) Tuberculina – primul “vaccin” antituberculos

Medicul german Robert Koch (1843- 1910), după ce descoperă bacilul tuberculos, reușește să sintetizeze *tuberculina*, primul “vaccin” antituberculos. Tuberculina lui Koch nu conține altceva decât compuși de degradare și substanțe toxice ale bacilului tuberculos²⁸⁷. Koch observase apariția unei reacții alergice, de hipersensibilitate întârziată, la cobaii infestați în mod repetat cu bacilul tuberculos. *“El a folosit tuberculina în ideea că, va provoca o reacție alergică asemănătoare la om (cu necroză și cazeificare solidă) și cu o evoluție favorabilă în cazul unei noi infestări cu bacilul tuberculos”*²⁸⁸. *Raționamentul, conform căruia, hipersensibilitatea întârziată trebuia să consti-*

²⁸⁶ *Ibidem.*

²⁸⁷ G. Buchwald, *Impfen. Das Geschäft mit der Angst*. Emu-verlag, 4.Auflage 2008, 78.

²⁸⁸ Docteur Louis De Brouwer, *Vaccinations: erreur médicale du siècle. Les Dangers des Vaccinations et leurs consequences*, ATRA-AG STG, janvier 1996, 173.

tuie un element sigur de protecție împotriva bacililor tuberculoși s-a dovedit a fi greșit, mulți dintre cei “vaccinați” îmbolnăvindându-se de forme grave de TBC, motiv pentru care s-a sistat noua formă de imunizare. Sunt specificate în Literatura de specialitate cele două forme de tuberculină sintetizate de Koch: “*old-tuberculin*” (1891), aminită mai sus, care conține, pe lângă multe componente antigenice specific bacilare și antigene străine, responsabile de reacții nespecifice, și “*new-tuberculin*” (1901), obținută prin suspendarea într-un amestec de apă-glicerină a majoratului fin de corpi bacilari, uscați în vid²⁸⁹. Nu este specificat de ce s-a sistat folosirea lor, dar este cunoscut și în ziua de azi “*fenomenul Koch*”, care nu este altceva decât experimentul pe cobai descris mai sus.

Tuberculina a fost apoi folosită (la fel ca în ziua de azi) la decelarea infecției tuberculoase. Literatura de specialitate definește tuberculina ca fiind “*un amestec complex și relativ bine standardizat de antigene micobacteriene (solubile și insolubile), larg disponibil, utilizat curent pentru decelarea infecției tuberculoase, individual (diagnostic) sau populațional (stabilirea incidenței și prevalenței infecției)*”.

După Koch, au fost sintetizate noi forme de tuberculină²⁹⁰:

- *Tuberculina PPD-S*, derivatul proteic purificat SEIBERT, care a fost preparat de autorul cu același nume în 1941;
- *Tuberculina PPD-RT 23*, este o altă tuberculină purificată în 1958 și se utilizează curent 2 UI/doză, echivalentul a 5 UI PPD-S;
- *Sensitine*, un preparat de tip antigenic obținut din culturi de micobacterii “atipice” (oportuniste sau saprofite). Sunt utilizate în cercetări epidemiologice.

Testul la tuberculină: este metoda cea mai des folosită la ora actuală, pentru a stabili existența și amploarea reacției de hipersensibilitate la antigenele tuerculinice, a unei persoane, deci în scop de diagnostic. În România, se folosește tehnica injectării intradermice (Mantoux), a soluției PPD IC-65. Rezultatul se citește după 72 de ore, măsurând diametrul pe direcție transversală față de axul antebrațului, al zonei inflamate. Se consideră ca fiind pozitive, reacțiile cu diametrul mai mare sau egal cu 10 mm. Clasificarea indivizilor, în pozitivi și negativi, la testul tuberculinic, ajută la stabilirea extinderii infecției în populație (prevalența infecției). Cu toate acestea, rezultatele sunt inexacte, fiind perturbate de mai mulți factori, printre care și de vaccinarea BCG, a cărei “preț” a fost creșterea rezistenței față de o infecție naturală

²⁸⁹ L. Gherasim, *op. cit.*, 1998, vol. 1, 279.

²⁹⁰ *Ibidem*, 279.

virulentă în populație și instalarea unei sensibilități tuberculinice. Pe plan individual, testul poate fi negativ în urma unor vaccinări recente sau a unor boli (infecții virale, bacteriene, micotice severe, boli cronice etc.), a unor tratamente medicamentoase cu corticosteroizi, la malnutriții etc. În concluzie, un test tuberculinic negativ poate fi întâlnit și la bolnavi cu tuberculoză. El nu infirmă tuberculoza primară, mai ales la vârsta mică, la copii cu deficit ponderal etc. Un test pozitiv, care înainte fusese negativ, se mai numește “viraj tuberculinic” și poate arăta o primoinfecție naturală, recentă și virulentă, dar poate fi și rezultatul unei vaccinări BCG, mai ales într-o populație supusă unei vaccinări generalizate, când se numește “salt tuberculinic”²⁹¹.

Datele epidemiologice, dar și date importante despre boală, diagnostic și vaccinul BCG, pe care le aflăm din literatura de specialitate, sunt contrazise, de zeci de ani, de numeroși autori, medici și oameni de știință. Cu toate acestea, manualele și tratatele medicale care folosesc drept bibliografie pentru studenți și medici rămân practic aceleași.

b) Vaccinul BCG (cu bacteria Calmette-Guerin)

În 1921, Calmette și Guerin au sintetizat vaccinul BCG care conține bacterii vii, de tuberculoză bovină²⁹². Rolul acestui vaccin cu bacili vii era să inoculeze o adevărată tuberculoză, dar “atenuată”, pentru a evita ulterior o formă gravă de tuberculoză. Protecția pe care vaccinul trebuie să o asigure se bazează pe reacția de hipersensibilitate întârziată. După vaccinare, are loc așa-zisa “dermoreacție la tuberculină”.

Este adevărat că, în tuberculoză, se creează o stare foarte accentuată de hipersensibilitate, dar aceasta nu reprezintă o protecție față de boală, după cum ne relatează în cursul său de Imunologie, I. G. Cordelier: “**Hipersensibilitatea întârziată nu pare să fie un element de protecție împotriva mării majorității a bacteriilor. În tuberculoză are loc o reacție de hipersensibilitate foarte accentuată care poate fi favorabilă** (când are loc o cazeificare solidă a țesuturilor la contactul cu bacteriile, producând un mediu slab sau deloc oxigenat și care nu lasă să se înmulțească bacili tuberculoși), **dar, de cele mai multe ori, este nefavorabilă** (când are loc o cazeificare lichidă, ce accentuează diseminarea bacteriană, inclusiv în țesuturile sănătoase ale organismului)”²⁹³.

²⁹¹ *Ibidem*.

²⁹² G. Buchwald, *op. cit.*, 65.

²⁹³ Louis De Brouwer, *op. cit.*, 1996, 174.

Cu toate acestea, spune Dr Louis De Brouwer, “*studenții din Franța, cărorora le stau la dispoziție aceste cursuri, nu vor ține cont de ele când, medicii fiind, vor fi nevoiți să vaccineze populația, fiind obligați de lege*”²⁹⁴.

În noiembrie 1928, dr. Calmette, în urma mai multor incidente neplăcute ce au avut loc după vaccinarea cu BCG, a fost obligat să prezinte două statistici:

- Statistica legată de cei 845 de nou-născuți vaccinați și ținuți sub control, timp de 2 ani la Leagănul de copii din zona minieră Bethune, când el relatează despre o rată foarte scăzută a mortalității, de 3,5%, dată de TBC, în timp ce, cu doar 2 ani înainte, procentul era de 8,5% pentru întreaga țară (Franța);
- Statistica legată de cei 3607 nou-născuți din Franța, vaccinați în perioada 1 iulie 1924-1 iulie 1928, când Dr. Calmette a raportat o mortalitate de 12,5% la copiii vaccinați față de 21% la cei nevaccinați, concluzia lui fiind următoarea: “*Este evident că vaccinarea reduce cu 2/3 mortalitatea prin tuberculoză, iar mortalitatea generală la jumătate. Copiii vaccinați cu BCG rezistă mai bine decât cei nevaccinați la bolile copilăriei*” (A, Calmette, *Le BCG*, Vigot, Paris, 1929)²⁹⁵.

Aceste statistici au fost aspru criticate de către prof. Lignieres, în cadrul conferinței din data de 18 decembrie 1928, intitulată “*Valoarea protecției în tuberculoză și insuficiența sa în profilaxia acestei maladii*”, în care afirma: “*Ce comparație serioasă se poate face între cazurile de mortalitate provocate de TBC la minerii din Bethune și cele care au avut loc în urmă cu doi ani în întreaga țară? Ca să nu mai socotim că statistica profesorului Calmette nu ține deloc seama de un factor determinant: la începutul anilor ’20 s-au creat condiții de igienă mult mai bune pentru mineri, precum și o calitate mai bună a îngrijirilor medicale, astfel încât mortalitatea infantilă aproape dispăruse cu mult timp înaintea introducerii vaccinării cu BCG. Rata mortalității infantile scăzuse cu 17% în 1922 și se limita la 5,1% în 1926, înaintea vaccinării*”²⁹⁶. La această Conferință, prof. Lignieres îi citează pe prof. Wallgreen, medic pediatru din Suedia, și pe prof. Greenwood, expert în Epidemiologie și în statistici demografice de la Universitatea din Londra, dar și pe prof. Ascoli, directorul Institutului de Vaccinare BCG, precum și pe alți specialiști, care declară toți că “*profesorul Calmette folosește atât de*

²⁹⁴ *Ibidem*,

²⁹⁵ *Ibidem*, 177.

²⁹⁶ *Ibidem*.

prost metoda statistică încât nu se putea acorda credibilitate nici datelor și nici concluziilor sale”²⁹⁷.

În 1930 (după doar 2 ani), un eveniment tragic avea să confirme afirmațiile profesorului Lignieres: la Spitalul din Lübeck (Germania), 72 de nou-născuți mor în urma vaccinării cu BCG. Tulpina pentru vaccin a fost furnizată de către Institutul francez Pasteur, dar ancheta efectuată imediat nu a mai putut constata cauzele dezastrului, deoarece personalul medical distrusese toate flacoanele de BCG, astfel că tribunalul a atribuit decesul acestor nou-născuți unor erori comise de persoane necunoscute... Cu toate acestea, profesorul Calmette a recomandat în continuare folosirea vaccinului BCG în primele 10 zile de după naștere, cu motivația că “doar în aceste zile bacilul tuberculos bovin este absorbit corect de către intestin”. Dar, el se contrazicea singur, fiindcă atunci nu ar mai fi fost nevoie de rapeluri (revaccinări cu BCG) la 1 an, 3 ani, 7 ani și 15 ani, iar apoi tot la 5 ani, până la vârsta adultă.

*Acest non-sens al vaccinării cu BCG este aspru criticat și de către D-na Schnär-Manzoli, autoarea cărții Inutilitatea vaccinurilor (ATRA, ianuarie 1995): “Vaccinările repetate cu BCG, recomandate de către Calmette, au provocat adenopatii cervicale purulente și uneori soldate cu septicemie și deces”. Este vorba de o tuberculoză generalizată prin intermediul limfei, putând provoca meningită, osteomieliță, otite purulente, leziuni renale grave, cecitate (orbire) etc.*²⁹⁸. Autoarea cărții arată că “efectul cel mai frecvent al BCG este cu certitudine acela de a declanșa tuberculoza, în loc să o prevină”. În cartea ei, D-na Schnär-Manzoli îl citează pe profesorul Mandé, care, la 24 octombrie 1967, denunță deschis neajunsurile vaccinului BCG, la aproape 50 de ani de la descoperirea lui. De asemenea, profesorul Stephani, de la Universitatea de Medicină din Geneva, a reunit 104 de lucrări, scrise de 82 de autori, despre daunele produse de BCG, în care scrie: “Acest bacil viu invadează sistemul limfatic, unde se instalează conform obiceiului strămoșului său (bacilul tuberculozei bovine). Nimeni nu poate spune astăzi care va fi evoluția sa în următoarele decenii. Cauza tuberculozei limfatice generalizate este încă necunoscută”²⁹⁹.

În urma vaccinării BCG, au fost diagnosticate 104 cazuri de otită purulentă, unele din ele fiind complicate cu osteită locală purulentă, cauză frecventă a surdității. Profesorul de Microbiologie Jean Basset accentuează

²⁹⁷ *Ibidem*, 177-178.

²⁹⁸ *Ibidem*, 178

²⁹⁹ *Ibidem*.

și el, alături de mulți alți oameni de știință, complicațiile frecvente și grave ale vaccinului BCG. Prof. Lignieres concluzionează:³⁰⁰

- *Tuberculoza este cel mai des provocată de însuși vaccinul BCG;*
- *Tuberculoza a fost una dintre primele boli provocate de vaccinarea contra variolei.* După afirmațiile DR. Joquelin de la Spitalul Necker, ultima vaccinare antivariolică din Franța a agravat evoluția cazurilor latente, inactive de TBC. Renunțarea la vaccinul contra variolei a coincis cu regresia tuberculozei din țările respective (Marea Britanie, Elveția, Germania, Franța etc.). Medicul grec, Leon Grigoraki, profesor la Universitatea de Medicină din Atena și Director al Centrului de Cercetări din Clinica Sotiria, afirmă că *“în Grecia numărul cazurilor de tuberculoza s-a dublat între anii 1950-1962, adică în perioada în care 3 milioane de doze de BCG au fost administrate populației”*. Existența unei faze latente și inactive este o caracteristică binecunoscută a tuberculozei, motiv pentru care vaccinarea cu BCG la acești bolnavi nu face altceva decât să provoace o suprainfecție și implicit o agravare a bolii.
- La scăderea cazurilor de TBC a dus, alături de îmbunătățirea condițiilor de viață (a măsurilor de igienă și sociale), și încetarea vaccinării antivariolice;
- *Asistăm în ultimul timp la o creștere a cazurilor de TBC* din cauza deficiențelor sistemului imun al copilului și apoi al adultului, din cauza vaccinurilor în masă la care nu mai face față, dar și a tratamentelor abuzive cu antibiotice.

Dr. Hiroshi Nakajima, director general al OMS, afirma în aprilie 1996, în revista *Impact Medecin*, că *“până în 2005, vor fi anunțate 4 milioane de decese anuale și vor fi infectate cu TBC mai mult de 2 miliarde de persoane, dacă nu se va aplica un program de tratament sub supraveghere strictă (Tsd). Acest «Tsd» constă în a obliga bolnavii să ia medicamentele antituberculoase în prezența unui îngrijitor. Din 1992, acest program a făcut posibilă, la New York, o scădere cu 21% a TBC și cu 25% a numărului de cazuri de chimio-rezistenți”*. Se pune întrebarea: *“Cum este posibil ca directorul general al OMS să poată prezenta asemenea cifre pentru TBC? Ample campanii de vaccinare cu BCG au fost organizate de mulți ani pentru toate națiunile planetei. Declarațiile acestui medic demonstrează ineficacitatea acestui vaccin presupus că va eradica tuberculoza”*³⁰¹.

³⁰⁰ *Ibidem*, 179.

³⁰¹ *Ibidem*, 180.

Dr. Scohy se opune nu doar vaccinului BCG, dar și principiului vaccinării (ceea ce i-a adus multe ne cazuri...), motivele fiind expuse în revista Des clefs pour vivre (nr 4, august 1994)³⁰²:

- *Primul pericol* al vaccinului BCG constă în capacitatea sa de provoca ulterior, în mod frecvent cazuri de tuberculoză, majoritatea fiind grave.
- *Un alt pericol* este acela că “antrenează la sugari, automat, o formă atenuată de **tuberculoză cutanată**, care evoluează timp de 6-9 luni, manifestându-se cu o stare de subfebrilitate și o **scădere importantă a imunității organismului**”. În tot acest timp, sugarul mai suportă și alte vaccinuri, care pot dezechilibra și mai mult sistemul lui imun. Este motivul pentru care, la majoritatea dintre copiii vaccinați la naștere sau cât mai devreme după naștere cu BCG, se observă o **predispoziție la diverse infecții acute**: rinofaringite, otite, laringite sau bronșite repetate. Se știe că tuberculoza, fie că este dată de vaccin sau nu, **deschide calea afecțiunilor reumatice**. Mulți se nasc în zilele noastre cu o predispoziție genetică la afecțiuni reumatice, la care se adaugă și infecția TBC, agravându-le.
- *După vaccinarea cu BCG, nu mai este posibilă depistarea precoce a infecțiilor tuberculoase (!), ci doar într-o fază tardivă, mult mai gravă*. La ora actuală există tratamente eficiente pentru TBC și, dacă ar fi depistate de la început, aceste infecții ar putea fi vindecate cu antibiotice, fără alte complicații.
- *Infecțiile tuberculoase depistate la cei vaccinați cu BCG, sunt mult mai grave și mai contagioase decât la cei nevaccinați*, din cauză că acest vaccin provoacă o reacție de hipersensibilitate întârziată defavorabilă, cu o cazeificare sub formă lichidă, de cele mai multe ori, care diseminează în întregul organism.
- Vaccinarea sistematică din Franța nu a dus la eradicarea acestei boli, ci dimpotrivă, la o creștere a cazurilor de TBC.

În Franța, de mulți ani, profesori de Medicină cer *renunțarea la vaccinul BCG*. Doi dintre acești medici sunt: profesorul J. Chrétien, pneumoftiziolog la Spitalul Laennec, Paris, și profesorul J. P. Derenne, pneumolog la Spitalul Saint-Antoine, Paris, ambii exprimându-și dorința de mai multe ori în revista medicală *Le Concours Médical*³⁰³.

În Țările de Jos, după cel de-al doilea război mondial, existau numeroase cazuri de tuberculoză, fiind condiții precare de viață. *Cu toate că nu*

³⁰² *Ibidem*, 175.

³⁰³ *Ibidem*.

*s-a practicat deloc vaccinarea în aceste țări, tuberculoza a fost eradicată*³⁰⁴. Interesant este faptul că aceste țări prezintă cel mai mic procent de îmbolnăviri cu TBC. **Cazurile de TBC din Europa sunt cele mai numeroase în țările în care se practică vaccinarea BCG obligatorie.** În Buletinul nr.1 din 1974 al Ministerului Sănătății Publice și Asigurărilor Sociale se observă că acolo unde se practică vaccinarea BCG obligatorie, în țări ca Bulgaria, Cehoslovacia, Polonia și Portugalia, cazurile de TBC sunt în creștere. De 5 ani, același lucru se întâmplă și în Franța³⁰⁵.

România nu face excepție: deși se face vaccinarea în masă “obligatorie” cu BCG încă de la naștere, observăm o creștere marcată a cazurilor de TBC (inclusiv la tineri).

În SUA, Dr. Mendelsohn, medic pediatru și profesor la Universitatea de Medicină din Illinois, cunoscut ca fiind unul dintre primii critici ai Medicinii moderne, afirmă, după cei 30 de ani de experiență, că **“Părinții copilor vaccinați au dreptul să ceară dovezile legate de eficiența vaccinurilor. Dovezile trebuie să fie clare, fără niciun dubiu, ceea ce nu corespunde adevărului în cazul testului cutanat la tuberculină. Academia Americană de Pediatrie (AAP), care numai rareori dezaprobă actele medicale, a publicat un articol în care critică testul la tuberculină. Diverse studii recente au lansat o îndoială în ceea ce privește unele teste folosite în prevenirea sau depistarea tuberculozei. [...] Testele la tuberculină nu sunt perfecte iar medicii trebuie să țină seama de posibilitatea unor reacții fals pozitive sau fals negative. [...] Acest lucru înseamnă că, copilul poate avea TBC deși reacția la tuberculină este negativă și poate să fie sănătos, deși reacția este pozitivă. Consecințele sunt grave, deoarece copilul poate fi iradiat în repetate rânduri în vederea examinării plămânilor sau poate fi supus unor tratamente destul de periculoase timp îndelungat, de luni sau ani de zile”**³⁰⁶.

Pe plan mondial. Studiul OMS

- certurile repetate legate de vaccinul BCG au determinat Organizația Mondială a Sănătății să facă un studiu în India, între anii 1968-1971. OMS a ales un număr de 209 de localități, însumând 360.000 de persoane. Toate persoanele au fost testate la tuberculină iar cele cu o reacție negativă (nevaccinați) au fost împărțite în două grupe: una a fost vaccinată și alta nu, ca apoi să fie urmărite timp de 7 ani și jumătate. Raportul OMS, *Rapport du groupe scientifique ICMR/OMS, numero*

³⁰⁴ *Ibidem.*

³⁰⁵ *Ibidem.*

³⁰⁶ *Ibidem*, 176-177.

651- Geneve, 1980, a fost următorul: “*Vaccinul BCG nu conferă nicio protecție în termenul celor 7 ani și jumătate de supraveghere, iar tuberculoza a atins mult mai des persoanele care reacționaseră inițial la tuberculină, după vaccinare, decât pe cei care nu prezentaseră nicio reacție*”³⁰⁷. Cu alte cuvinte, cei care aveau reacția la tuberculină pozitivă prezentau o reacție de hipersensibilitate întârziată care nu-i proteja de TBC, pe când cei care nu reacționaseră la tuberculină nu prezentau această alergie întârziată și erau mult mai apărați împotriva tuberculozei.

- Dr. Louis De Brouwer remarcă faptul că “*Republica Federală Germană nu se așteptase la un astfel de raport și, din 1971, suspendase practica vaccinării cu BCG*”³⁰⁸. Nu același lucru îl vor face Franța, România și alte țări.

În Germania (perioada când încă se practica vaccinarea BCG):

- În perioada 1906-1934, cazurile de deces datorate tuberculozei au cunoscut o creștere importantă, cu un apogeu în timpul *primului război mondial*. După aceea începe să scadă ușor numărul cazurilor de boală³⁰⁹. Nu s-a găsit nicio explicație pentru răirea cazurilor de boală, știind că încă nu se descoperise vaccinul.
- După introducerea vaccinului BCG – printr-o campanie de vaccinare în masă desfășurată între anii 1920-1925 – se observă din nou o ușoară creștere a cazurilor de TBC, după care scăderea lor continuă să fie ca înainte. Acest lucru ne arată că *vaccinul BCG administrat în masă, nu a influențat deloc incidența tuberculozei în rândul populației*. Nu se observă nici în anii următori o modificare în acest sens, dar se constată un lucru evident: costurile acestor vaccinuri. În Germania s-au alocat 280 milioane de mărci germane pentru vaccinarea în masă a populației cu BCG³¹⁰.
- Decesele provocate de TBC au scăzut sistematic, fie că s-a vaccinat sau nu, populația: dacă în anul 1750 se înregistrau 10.000 de decese datorate diferitelor boli, dintre care *71 de cazuri din cauza tuberculozei*, în anul 1955 se mai numărau *doar 5 cazuri*. Statistica a fost efectuată de către prof. Weise de la Ministerul Sănătății din Berlin care remarcă faptul că, deși după descoperirea agentului etiologic al tuberculozei (b.Koch), în

³⁰⁷ *Ibidem*, 175-176.

³⁰⁸ *Ibidem*, 176.

³⁰⁹ G. Buchwald, *op. cit.* 65.

³¹⁰ *Ibidem*, 64.

anul 1875 s-au introdus diverse tratamente balneare (*sanatoriile TBC*) și preventive (*vaccinul BCG*), nu a putut fi influențată epidemia de tuberculoză. Asta înseamnă că *chiar dacă nu se făcea nimic împotriva tuberculozei, astăzi am fi avut aceeași situație epidemică*³¹¹, spune Dr. Buchwald.

- *Înainte de 1970*, vaccinurile s-au efectuat de către Direcțiile de Sănătate, timp în care ei au făcut un *lobby* eficient, folosindu-se de practicieni și medicii pediatri. “*Dar, după rezultatele dezastruoase datorate vaccinului contra variolei, se încerca acum o evitare a unei vaccinări «obligatorii»*”³¹².
- *În perioada 1970-1980* s-a făcut un nou compromis și s-a efectuat a doua vaccinare în masă, a populației din Germania. Statistica arată în mod evident că, vaccinul BCG, nici de data aceasta, nu a influențat în niciun fel evoluția bolii, a incidenței TBC. Dimpotrivă, graficele efectuate arată o stagnare a curbei, după care devine ușor ondulantă, ceea ce demonstrează un efect negativ al vaccinărilor împotriva tuberculozei³¹³. Decesele provocate de TBC în această perioadă nu arată o modificare, comparativ cu situația de dinainte și de după vaccinare³¹⁴.
- Deși în urma studiului OMS din India, *Germania a renunțat, începând cu anul 1971, la obligativitatea vaccinării BCG*, medicii pediatri au continuat vaccinarea copiilor din Germania până în anul 1998. De aici rezultă faptul că, în cazul unor complicații postvaccinale, nu statul se face răspunzător de ele, ci medicul care a administrat personal vaccinul BCG³¹⁵.
- *Până în anul 1995*, statistica arată – fără vaccinare – o scădere continuă, constantă, a cazurilor de TBC în Germania³¹⁶.
- *Din anul 1998, în Germania, vaccinul BCG aparține trecutului*³¹⁷.

Am prezentat acest scurt istoric al evoluției tuberculozei din Germania, fiindcă am putea trage o concluzie importantă pentru țara noastră și să oprim vaccinarea BCG.

³¹¹ *Ibidem*, 66.

³¹² *Ibidem*, 66-67.

³¹³ *Ibidem*, 65.

³¹⁴ *Ibidem*, 69.

³¹⁵ *Ibidem*, 72.

³¹⁶ *Ibidem*.

³¹⁷ *Ibidem*, 305.

c) Reacțiile adverse și complicațiile vaccinului BCG:

- *Abcese locale*: apar la locul inoculării, la aproximativ 6 săptămâni de la vaccinare și sunt considerate ca fiind o complicație, dacă diametrul leziunii măsoară peste 0,6 cm.
- *Adenopatii*: la 13 săptămâni de la vaccin, se constată o inflamație a ganglionilor regionali, care deseori se infectează, formându-se abcese.
- *Osteite și osteomielite*: inflamația și infecția oaselor, în special a oaselor lungi, care pot apare între 6 luni și 4 ani de la vaccinare (în medie 12 luni).
- *TBC*: forme grave, diseminate, uneori complicate cu *meningită tuberculoasă* și *deces*³¹⁸.
- *Otite purulente*, soldate uneori cu *surditate*³¹⁹.
- *Infecții frecvente* ale căilor aeriene superioare și inferioare: *laringite*, *rinofaringite*, *otite*, *bronșite*³²⁰.
- *Afecțiuni reumatice*³²¹.
- *Scăderea imunității*³²².
- *Decesul*³²³.

În concluzie, nu este deloc recomandată vaccinarea BCG a sugarilor, motivele fiind concludente. **România este singura țară din UE unde se mai efectuează vaccinarea BCG la naștere!** (vezi Anexa).

IX. Infecțiile cu *Haemophilus Influenzae* tip b și vaccinul Hib

1. Infecțiile cu Hib

Haemophilus Influenzae tip b (*Hib*) este o bacterie care se găsește și la oameni sănătoși, la nivelul nasului și al gâtului, și doar în condiții speciale (sistem imun scăzut) devine patogenă, provocând infecții, uneori foarte grave (meningite, encefalite etc.). Un procent de 2-5% din populație sunt purtători sănătoși cu Hib³²⁴. Tipul “b” se deosebește de celelalte tipuri de Ha-

³¹⁸ *Ibidem*.

³¹⁹ L. De Brouwer, *op. cit*, 176.

³²⁰ *Ibidem*.

³²¹ *Ibidem*.

³²² *Ibidem*.

³²³ *Ibidem*, 177.

³²⁴ M. Hirte, *op. cit.*, 187.

emophilus Influenzae (tip c etc.) prin faptul că deține o capsulă care este greu de recunoscut și de atacat de către sistemul imun al sugarului.

Infecțiile cu Hib sunt: laringite acute, meningite, encefalite, osteomielite, septicemie. Un procent de 90% dintre infecțiile cu Hib se produc la copiii sub 5 ani, iar un procent de 60%, la sugari (copii sub un an), cu un vârf în lunile 6-7 de viață. *Oamenii de știință suedezi au observat “un procent foarte redus al acestor infecții la copiii alăptați la sân”³²⁵. “Cu fiecare săptămână în plus de alăptare, scade riscul la aceste infecții și se menține scăzut și după oprirea alăptării, până la vârsta școlară... De asemenea, la copiii dintr-un mediu unde se fumează (fumători pasivi) riscul infecțiilor crește de 6 ori” (Nordheim, 1992).*

2. Vaccinul Hib

Generalități. Ineficiența vaccinului

Primul vaccin a apărut pe piață în 1985, în SUA, cu denumirea de “PRP” (Haemophilus B Polysaccharid, Polyribosylribitol-Phosphat). Licența a fost obținută în urma “*experimentului din Finlanda*”, din 1977, și nu în urma studiilor americane. În SUA, s-a făcut doar un studiu clinic, legat de eficiența vaccinului, pe un lot de 16.000 de copii, cu vârsta cuprinsă între 2 luni și 5 ani. S-a constatat că eficiența lui este de doar 69%³²⁶. Cu alte cuvinte, la doar 69 din 100 de copii se formează anticorpi, ceea nu echivalează și cu o imunitate certă.

Din cauza unei reacții imune insuficiente (recunoscută în cele din urmă) și a multor reacții adverse noi, postvaccinale, apărute ulterior și care nu erau specificate în prospect, în SUA s-a sintetizat un nou vaccin, în 1987, în urma unui alt “*experiment finlandez*”. De data aceasta, vaccinul a fost “*îmbunătățit*”, fiind vorba de un “*vaccin conjugat*”: PRP-D, licențiat de către FDA. Experimentul finlandez³²⁷ s-a făcut pe un lot de 30.000 de copii, dar dozarea anticorpilor rezultați în urma vaccinării, s-a efectuat la *doar 99 de copii*, ceea ce este cu totul insuficient, raportat la un lot atât de mare. Cu toate acestea, “*eficiența*” afișată a fost de 83%. Au fost descrise și multe reacții adverse,

³²⁵ S. A. Silfverdal, “*Protective effect of breastfeeding on invasive Haemophilus influenzae infection: a case-control-study in Swedish preschool children*”, *Int J Epidemiol* 1997,26(2):443-450.

³²⁶ V. Scheibner, *op. cit.*, 151.

³²⁷ J. Eskola, H. Peltola, A. K. Takala et al., “*Efficacy of Haemophilus influenzae type b polysaccharide-diphtheria toxoid conjugate vaccine in infancy.*”, *N Engl J Med* 1987 Sep 17; 317 (12):717-722. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3306379>

printre care 3 cazuri de infecții Hib severe, la 3 copii care au primit trei doze de vaccin. *Trei studii americane întreprinse în 1988, de către Black, Harrison și Shapiro, au evidențiat o stimulare scăzută a imunității, în urma vaccinării cu PRP-D.* Black ș.a. au scris despre un procent de 69%, iar la reacții adverse, au descris 35 de cazuri cu infecții Hib, apărute în primele 4 săptămâni de la vaccin. O altă problemă pe care a pus-o vaccinul și pe care au observat-o mulți alți cercetători, a fost *existența unei “ferestre” de 7-14 zile de la vaccin, timp în care nu se formează anticorpi, iar lotul de sugari, dar și cel de animale, folosit pentru studiu, era foarte receptiv la infecții Hib*^{328, 329, 330}. Au fost analizate de către FDA, 228 de reclamații, fiind vorba de copii de peste 24 de luni care au prezentat infecții severe Hib, deși au fost vaccinați și ar fi trebuit să fie imuni la această vârstă. *Majoritatea îmbolnăvirilor s-au observat în primele 2 luni de la vaccin*³³¹.

Drept scuză pentru primele eșecuri, producătorii de vaccinuri au spus că a fost dificilă crearea vaccinului Hib, deoarece copiii cu vârsta de 0-18 luni nu răspund la vaccinuri ce conțin particule din capsula virală sau bacteriană (Hib este un vaccin inactivat, ce conține particule din capsula bacteriei). Cauza o constituie lipsa proteinelor din vaccin, care în mod normal stimulează sistemul imun ca să formeze anticorpi. De aceea, spun ei, este nevoie de un adaus de proteine străine, animale, fie din toxina tetanică, fie difterică (vaccinul PRP-D, amintit anterior), pe care să se fixeze aceste particule din capsula bacteriană, stimulând astfel răspunsul imun al copilului. Vaccinul rezultat se numește “*vaccin conjugat*”. Astfel de vaccinuri se folosesc tot mai des la copiii cu vârsta cuprinsă între 2 luni și 2 ani. Doar în acest fel sistemul imun poate fi “păcălit”, spun ei, pentru ca un copil de 2-3 luni să răspundă la vaccin, motiv pentru care vaccinul Hib a fost combinat cu alte vaccinuri care conțin proteine animale și de care se va lega antigenul Hib: *vaccinul antitetanos care conține toxina tetanică / vaccinul antidifteric care conține toxina difterică / bacterii meningococice etc.*³³². Cu toate acestea, așa cum

³²⁸ S. K. Sood, J. R. Scheiber, G. R. Siber et al., “*Postvaccination susceptibility to invasive Haemophilus influenzae type b disease in infant rats*”, *J Pediatr*, 1998 Nov; 113(5):814-919 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3263486>

³²⁹ R. S. Daum, S. K. Sood, M. T. Osterholm et al., “*Decline in serum antibody to the capsule of Haemophilus influenzae type b in the immediate postimmunization period*”, *J Pediatr*. 1989 May; 114(5):742-747

³³⁰ E. E. Hiner, und C. E. Frasch, “*Spectrum of Disease Due to Haemophilus Influenza Type B Occurring in Vaccinated Children*”, *J Infect Disorder*, 1988 Aug; 158(2): 343-348.

³³¹ V. Scheibner, *op. cit.*, 152-154.

³³² M. Hirte, *op. cit.*, 189.

o dovedesc studiile întreprinse cu noul vaccin, sistemul imun al sugarului nu s-a lăsat “păcălit” nici cu o asemenea metodă. Viera Scheibner afirmă că “toate studiile efectuate în vederea cunoașterii eficienței vaccinului Hib au evidențiat faptul că el nu oferă imunitate copiilor sub 18 luni”³³³. După un studiu făcut în Alaska de către Ward și colaboratorii săi, folosind vaccinul PRP-D la 2.102 copii, s-a constatat eșecul total al acestuia: “Copiii care nu au luat parte la studiu au prezentat mai puține infecții Hib, rata infecțiilor fiind asemănătoare cu cea din grupa «placebo»; au fost mai multe cazuri de meningite aseptice și de moarte subită la sugar (SIDS) în grupul celor vaccinați decât în grupul de control”³³⁴. Cu toate acestea, vaccinul PRP-D, a fost licențiat în SUA și este folosit la sugarii de 2,4 și 12 luni³³⁵! Multe alte studii au fost făcute cu *Pentavaccinul*, care conține alături de Hib, încă 4 vaccinuri: DTP (trivalent) și antipolio. Rezultatul a fost același: “Vaccinul era ineficient și cu multe reacții adverse”³³⁶.

Ineficiența vaccinului Hib actual este evidentă, constatându-se o creștere, de la an la an, a cazurilor cu infecții Hib, multe dintre ele fiind severe: în Alaska s-au înmulțit infecțiile cu acest tip de bacterii începând cu anul 1996³³⁷. Același lucru se observă în Olanda, iar în Marea Britanie s-au triplat infecțiile cu Hib între anii 1996-2000.^{338, 339} Exemplele pot continua (SUA etc.), iar România nu va face excepție. La noi, un sugar este vaccinat de 4 ori împotriva infecției cu Hib: la 2, 4, 6 și 12 luni!

Eșecul vaccinului a fost total. Apariția de noi tulpini patogene

Cu toate că acest vaccin urma să prevină infecțiile grave la copii cu bacteria *Haemophilus Influenzae* tip B (laringite, meningite, encefalite), “s-a observat în ultimii ani că s-au înmulțit foarte mult infecțiile cu alte tipuri de bacterii, denumite «*Haemophilus non-B*», pe care vaccinul nu le previne... Doar în provincia canadiană Manitoba, s-au găsit 60 de astfel de

³³³ V. Scheibner, *op. cit.*, 154.

³³⁴ J. Ward, G. Brenneman, G. W. Letson and W. L. Hayward, “*The Alaska H. influenzae Vaccine Study Group. Limited efficacy of a Haemophilus influenzae type b conjugate vaccine in Alaska native infants*”, *N Engl J Med.* 1990;323:1393–1401.

³³⁵ V. Scheibner, *op. cit.*, 154.

³³⁶ *Ibidem*, 156.

³³⁷ K. Galil, R. Singleton, O. S. Levine et al., “*Reemergence of invasive Haemophilus influenzae type b disease in a well-vaccinated population in remote Alaska*”, *J. Infect Dis* 1999, 179 (1): 101-106.

³³⁸ G.T. Rijkers, P. Vermeer-de Bondt, L. Spanjaard, M. A. Breukels, E.A.M. Sanders, “*Return of Haemophilus influenzae type b infections*”, *Lancet* 2003, 31:1563-4

³³⁹ K. Pushparajah, P. Ramnarayan, A. Maniyar, R. Paget, J. Britto, “*Continued threat of Haemophilus influenzae type B disease in the U.K.*”, *Lancet* 2003, 361:90

infecții”^{340, 341, 342}. În Germania, s-au dublat infecțiile cu tulpini Hib patogene noi între anii 1998-2002³⁴³. Acest lucru schimbă radical epidemiologia acestor bacterii și pune sub semnul întrebării rostul vaccinului Hib³⁴⁴.

Copiii mai mari, adolescenții și adulții, datorită vaccinării în masă, au mai rar contact cu bacteria Hib, motiv pentru care își pierd în timp imunitatea (care nu mai este reactualizată prin formare de anticorpi). De aceea, ei riscă să facă infecții grave. S-au relatat astfel de infecții, la adolescenți de peste 15 ani, în Anglia și Wales³⁴⁵.

Prezentare:

a) Actualul vaccin Hib se găsește în comerț fie *sub formă monovalentă*, numit ACT-HIB (conjugat cu toxina tetanică, produs de Sanofi Pasteur) și HIBERIX (conjugat cu toxina tetanică, produs de GLAXO SMITHKLINE), fie *combinat* cu mai multe vaccinuri: *Tetravaccin*, *Pentavaccin* și *Hexavaccin*. Tetravaccinul folosit este TTRACT-HIB (DTP+Hib, de Sanofi Pasteur). Pentru Pentavaccin, există 3 produse: INFANRIX+HIB (DTP+antipolio+Hib), PENTAXIM (DTP+polio+Hib, de Sanofi Pasteur) sau PENTActHib (DTP+polio+Hib, de Aventis Pasteur). Pentru hexavaccin există HEXAVAC (DTP+polio+Hib+hepatitic B, produs de Aventis Pasteur) și INFANRIX HEXA (DTPA-HBV-IPV+HIB, produs de GLAXOSMITHKLINE BIOLOGICALS SA – BELGIA), folosit de curând și în România (mai 2012), la sugarii de 2 și 6 luni.

³⁴⁰ G. S. Ribeiro et al., “Prevention of *Haemophilus influenzae type b* (Hib) meningitis and emergence of serotype replacement with type a strains after introduction of Hib immunization in Brazil”, *J. Infect Dis* 2003, 187:109-116.

³⁴¹ P. Bajanca, M. Canica and the Multicenter Study Group, “Emergence of nonencapsulated non-b-type invasive *Haemophilus influenzae* isolates in Portugal (1989-2001)”, *J Clin Microbiol* 2004, 42:807-810

³⁴² R. S. Tsang, S. Mubareka, M. K. Sill, J. Wylie et al., “Invasive *Haemophilus influenzae* in Manitoba, Canada, in the postvaccination era”, *J Clin Microbiol* 2006, 44 (4): 1530-5.

³⁴³ ESPED (Erhebungseinheit für seltene pädiatrische Erkrankungen in Deutschland): Jahresbericht 2004. <http://www.esped.uni-duesseldorf.de/jabe2004.pdf>

³⁴⁴ J. C. Butler, “Nature abhors a vacuum, but the public health is loving it: the sustained decrease in the rate of invasive *Haemophilus influenzae* disease”, *Clin Infect Dis* 2006, 40:831-833.

³⁴⁵ J. McVernon, C. L. Trottell, P. E. Slack, M. E. Ramsay, “Trends in *Haemophilus influenzae type b* infections in adults in England and Wales: surveillance study”, *BMJ* 2004, 329:655-658.

b) În Germania, vaccinarea Hib, se face începând cu vârsta de 3 luni și se administrează 4 doze. Vaccinul este administrat copiilor sub 5 ani³⁴⁶.

c) În România vaccinarea începe de la 2 luni și se administrează tot 4 doze: la 2,4,6 și 12 luni. Vaccinul Hib a fost introdus în România în 1999, fiind “opțional” până în 2010, de când a devenit un vaccin “obligatoriu”, conform noului Program Național de Vaccinări din România, după ORDINUL NR.1.318 DIN 19.10.2009³⁴⁷. Cu toate acestea, din punct de vedere juridic, el rămâne la fel ca toate vaccinurile: unul opțional.

3. Reacții adverse și complicațiile postvaccinale

Concentrația mare de *endotoxine* din vaccin face ca acesta să fie mult mai greu suportabil decât vaccinurile antitetanos, antipolio sau antidifteric³⁴⁸.

CDC (Centru de Control al Bolilor din SUA) dă următoarele date despre reacțiile adverse postvaccinale: la unul din 4 au loc *reacții locale* cu înroșirea pielii, durere și inflamație; la unul din 100 se produc simptome precum: *febră, vărsături, diaree sau țipăt prelungit*³⁴⁹ (“țipătul prelungit” ne duce cu gândul la “țipătul encefalitic”, frecvența lui fiind destul de mare).

Reacțiile secundare ale vaccinului monovalent (ACT-Hib) nu au fost studiate în mod sistematic, lucru ce nu se va mai întâmpla nici de acum încolo, deoarece vaccinul monovalent tinde să dispară din comerț; de aceea nici nu se va mai afla vreodată ce reacții secundare ar putea provoca componentele vaccinului Hib, care acum nu se mai găsește decât în combinațiile cu alte vaccinuri. Când vor apărea reacții adverse după pentavaccin sau hexavaccin nu vom ști care dintre componente le-a provocat³⁵⁰.

În anii '90 au fost raportate la Institutul Paul-Ehrlich din Germania o serie de reacții adverse după vaccinul monovalent ACT-Hib: *reacții alergice, tulburări de coagulare a sângelui (trombocitopenie), complicații neurologice (convulsii, paralizii, meningite, encefalite, sindromul Guillain-Barre) și decese* (“Impfreaktionen”, 1995). La cei afectați de Sindrom Guillain-Barre s-a

³⁴⁶ M. Hirte, *op. cit.*, 189-190.

³⁴⁷ <http://www.ms.gov.ro>

³⁴⁸ M. Ochiai, M. Kataoka, H. Toyozumi, A. Yamamoto, “*Endotoxin content in Haemophilus influenzae type b vaccine*”, *Jpn J Infect Dis* 2004, 57 (2):58 f.

³⁴⁹ CDC 1999 a:FAQs about Hib. Meningitis Foundation of America, 1997. <http://www.musa.org/Hib2.htm>

³⁵⁰ M. Hirte, *op. cit.*192.

constatat un titru foarte mare de anticorpi îndreptați împotriva proteinelor din vaccin³⁵¹... Este vorba de “hiperimunizarea” de care am mai amintit.

Infecții grave cu Hib au fost observate deseori la copiii vaccinați. Dacă un copil primește vaccinul Hib într-un moment în care el este infectat cu acest microb (lucru pe care nu-l știm), nivelul anticorpilor poate să scadă dramatic în zilele sau orele de după vaccinare și infecția cu Hib poate avea o evoluție foarte gravă. O stare generală alterată, cu febră ridicată după vaccinare trebuie întotdeauna să ne dea de gândit. În SUA o astfel de infecție gravă este recunoscută în mod oficial ca o *complicație postvaccinală*^{352,353}.

Astm bronșic

- după vaccinarea anti-Hib, riscul de a face un astm bronșic până la vârsta de 6 ani, crește cu 7%, potrivit unui studiu³⁵⁴.

Diabet zaharat tip I (insulinodependent)

- vaccinul anti-Hib, conform unor studii epidemiologice, crește riscul la copii de a face diabet zaharat tip I^{355,356,357}. Acest tip de diabet este o boală autoimună prin care sunt distruse celulele pancreatice care secretă insulină. În lipsa insulinei, glicemia crește necontrolat și copilul poate intra în comă diabetică. Tratamentul constă în administrarea de insulină zilnic, sub formă injectabilă, pe tot parcursul vieții. Diabetul zaharat tip I este o boală cronică, nevindecabilă.

- “După vaccinul Hib, administrat copiilor la vârsta de 1 an, se observă în mod frecvent formarea a două tipuri de anticorpi îndreptați împotriva celulelor pancreatice (IA-2A, GADA) secretoare de insulină”³⁵⁸. “Tot al doilea

³⁵¹ P. E. Klass et al., “Therapy of bacterial sepsis, meningitis and otitis media in infants and children: 1992 poll of directors of programs in pediatric infectious disease”, *Pediatric Infectiol Dis J*, 1992, 11: 7-2-705.

³⁵² E. Basson et al., “Haemophilus influenza meningitis following vaccination. Consequence or coincidence”, *Arch Pediatr* 1996, 3 (4):342-344,

³⁵³ HRSA (Health Resources and Services Administration): Vaccine Injury Table March 24, 1997. www.hrsa.dhhs.gov/bhpr/vicp/table.htm

³⁵⁴ F. DeStefano et al., “Childhood vaccinations and risk of asthma”, *Pediatr Infect Dis J* 2002, 21 (6):498-504.

³⁵⁵ T. M. Dokheel, “An epidemic of childhood diabetes in the United States”, *Diabetes Care* 1993, 16:1606-1611.

³⁵⁶ S. Gardner et al., “Rising incidence of insulin dependent diabetes in children under 5 years in Oxford region: time trend analysis”, *BMJ* 1997, 315: 713-716.

³⁵⁷ D. C. Classen, J. B. Classen, “The timing of pediatric immunization and the risk of insulin-dependent diabetes mellitus”, *Inf Dis Clin Pract* 1997, 6:449-454.

³⁵⁸ J. Wahlberg, J. Fredriksson, O. Vaarala, J. Ludvigsson et al., “Vaccinations May Induce Diabetes-Related Autoantibodies in One-Year-Old Children”, *Ann NY Acad Sci* 2003, 1005:404-408

copil care prezintă aceste tipuri de anticorpi se va îmbolnăvi de diabet zaharat în următorii 6 ani”³⁵⁹.

- În SUA și multe alte țări din Europa de Vest, după introducerea vaccinului Hib, a crescut foarte mult incidența diabetului zaharat tip I la copii: în Germania cu 40% între anii 1993-2001³⁶⁰, în Finlanda cu 60%, iar în SUA cu 20.000-27.000 de cazuri în decurs de 10 ani³⁶¹. “Rezultatele arată că studiile din trecut privind vaccinul Hib sunt greșite, fiindcă ele nu arată o legătură dintre acest vaccin și boli autoimune, precum diabetul zaharat tip I”³⁶². Classen afirmă că boala debutează la 24-36 de luni după vaccinare^{363, 364} și riscul este de 1 : 1700, crescând la 1:50, când în familie sau la rudele apropiate mai există un caz de DZ tip I³⁶⁵. La cei nevaccinați, riscul de a face diabet tip I este de 1: 100.000³⁶⁶...

O concluzie importantă la care au ajuns oamenii de știință (dar se lovesc în continuare de o lipsă totală de reacție din partea Autorităților) este aceea că “proteinele străine din vaccin, în loc să imunizeze organismul, oferindu-i protecție împotriva infecțiilor, ele îl sensibilizează și cresc receptivitatea la infecții...Este timpul să se retragă toate vaccinurile Hib, despre care s-a dovedit că nu previn nicio infecție...Așa cum în 1979, vaccinul pertussis «întreg» a fost retras, deoarece nu prevenea tusea convulsivă, dar provoca cazuri grave de boală și avea o serie de efecte secundare grave, inclusiv encefalite^{367, 368}, din aceleași motive s-a cerut și retragerea vaccinului pertussis actual, «acelular»...Una dintre caracteristicile vaccinurilor este aceea că ele cresc foarte mult receptivitatea la infecții grave,

³⁵⁹ N. Siegmund-Schultze, “Diabetes mellitus typ 1: Gezielte Vorhersage”, *D Ärzteblatt* 2007, 104, (11):a-706.

³⁶⁰ ESPED, Jahresbericht 2002. http://www.esped.uni-duesseldorf.de/jabe2002_r.htm#hii

³⁶¹ M. Hirte, *op. cit.*, 193.

³⁶² Classen, *op. cit.*, 1997.

³⁶³ J. B. Classen, D. C. Classen, “Association between type 1 diabetes and Hib vaccine:causal relation is likely”, *BMJ* 1999a, 319:1133.

³⁶⁴ D. C.:Classen, “Letters:Public should be told that vaccines may heva long term adverse effects”, *BMJ*. 1999b, 318:193.

³⁶⁵ Classen, J.B:Risk of vaccine-induced diabetes in children with a family history of type 1 diabetes. *The Open Pediatric Medicine Journal* 2008, 2:7-10

³⁶⁶ M. Hirte, *op. cit.*, 194..

³⁶⁷ J. Storsaeter, P. Olin, B. Renemar u.a., 1988: “Sterblichkeits-und Krankheitshäufigkeit bei invasiven bakteriellen Infektionen während einer klinischen Untersuchung axelulärer Keuchhusten-Impfstoffe in Schweden”..

³⁶⁸ J. Strom, 1960: “Ist Allgemeinimpfung gegen Keuchhusten immer gerechtfertigt?”, *Brit Med J.*; 22.Oktob: 1184-1186.

invazive... Obligarea populației de a-și vaccina în mod sistematic sugarii și copiii nu trebuie să influențeze alte țări să ia o decizie corectă și sănătoasă. Este vorba de viața și sănătatea copiilor noștri!"³⁶⁹, afirmă Viera Scheibner.

Statisticile din întreaga lume, inclusiv din România, privind frecvența cazurilor de diabet, tip 1 și 2, sunt îngrijorătoare:

- "În 1988 erau trei cazuri noi de diabet anual la o sută de mii de copii, iar în 2008 sunt nouă cazuri noi la o sută de mii de copii... Aproape 2.500 de copii sunt dependenți de insulină, 500 au diabet de tip 2 și obezitate. Aproape 42 la sută dintre diabetici au între 0 și 5 ani, iar 58 la sută au între 6 și 18 ani", a declarat prof. dr. Constantin Ionescu-Târgoviște, președintele Asociației Medicale Române. Acesta a mai adăugat că "au fost depistați cu diabetul de tip 2 și copii în vârstă de 5 ani. În România sunt aproape 3.000 de copii diabetici"³⁷⁰.

- "În prezent, diabetul afectează un număr estimat la 246 milioane de oameni din toată lumea, dintre care aproximativ 48 de milioane în Europa. În viitor ne vom confrunta cu o adevărată epidemie", spune doctorul Radu Lichiardopol, președintele Societății Române de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice. *În România, aproximativ 1,25 de milioane de oameni suferă de diabet*, dar doar 481.000 sunt luați în evidență de Casa națională a asigurărilor de sănătate, potrivit datelor CNAS. În plus, 30% dintre persoanele care suferă de diabet nu sunt diagnosticate. "Creșterea glicemiei nu doare și de aceea foarte mulți pacienți cu diabet sunt diagnosticați târziu, când boala este deja cronică", explică doctorul Lichiardopol³⁷¹ (Congresul Național de Diabet, Sibiu, 2010).

Am observat că în România cresc cazurile de diabet zaharat tip 1 și la studenți, nu doar la copii, dar nu există studii legate de vaccinul Hib și apariția cazurilor de diabet. Centrele de Diabet și Clinicile de Pediatrie ar fi în măsură să efectueze asemenea studii, în colaborare cu medicii de familie, medicii școlari și medicii pentru studenți. Accentul se pune doar pe obezitate, alimentație incorectă, dar nu se caută și alte motive, precum vaccinurile Hib, hepatitic B și DTP (componenta pertussis).

³⁶⁹ V. Scheibner, *op. cit.*, 162.

³⁷⁰ "Numărul de copii bolnavi de diabet s-a triplat în ultimii douăzeci de ani" <http://www.ziare.com/articole/imbolnaviri+diabet+copii>

³⁷¹ "Epidemie de diabet în douăzeci de ani": <http://www.romanalibera.ro/stil-de-via-ta/sanatate/epidemie-de-diabet-in-20-de-ani-188096.html>

X. Hepatita B și vaccinul hepatitic B

1. Hepatita B

Generalități³⁷²

- Hepatita B este o boală infecțioasă determinată de virusul hepatitic B (HBV);
- a fost identificată pentru prima dată în 1944, ca urmare a unei epidemii de icter, apărute în amata engleză și cea americană, în urma vaccinării trupelor cu un vaccin antiamaril (împotriva febrei galbene, o boală endemică din Africa) care folosise ser uman, recoltat de la persoane aparent sănătoase. *Serul fusese infectat cu un virus hepatitic necunoscut.* În 1947, Mac Callum va clasifica virusurile hepatitice în tipul A pentru hepatita epidemică și tipul B pentru agentul etiologic al hepatitei serice (B), clasificare ce va fi acceptată apoi pe plan mondial³⁷³.
- *Modul de transmitere: calea percutană (injecții, acupunctură, stomatologie, piercing, tatuaj, droguri administrate intravenos etc.), prin sânge și derivate de sânge (transfuzii etc.), de la mamă la făt, în timpul nașterii și prin intermediul fluidelor (secreții, salivă, spermă, lichid vaginal).*
- *Sursa de infecție: omul bolnav de hepatită B, forma aută și forma cronică, cu AgHbs pozitiv; purtătorii aparent sănătoși de Ag Hbs; bolnavi cu alte hepatopatii cronice care sunt și purtători de Ag Hbs*³⁷⁴.

Tablou clinic³⁷⁵:

- *Incubația* (perioada dintre infecție și apariția primelor simptome) variază între 60-90 de zile, cu limite între 45 și 160 de zile, perioadă în care pacientul este contagios.
- *Perioada preicterică*: debut insidios, de 2-3 săptămâni, cu astenie, dureri articulare, tulburări digestive.
- *Perioada icterică*: icterul se instalează lent, durează câteva săptămâni, și se asociază uneori cu manifestări extrahepatice variate: digestive/pleurale/ cardiace/vasculare etc.

Infecția la gravide:

- Riscul de infecție a fătului variază după vârsta sarcinii: *este foarte mic dacă femeia face hepatită în primele 6 luni de sarcină; riscul crește*

³⁷² Gh. M. Voiculescu, *op. cit.*, 260.

³⁷³ *Ibidem*, 370.

³⁷⁴ *Ibidem*, 375.

³⁷⁵ *Ibidem*.

*când infecția apare în ultimele 3 luni de sarcină; infecția se face mai frecvent în cursul nașterii și în perioada postnatală*³⁷⁶.

Prognostic:

- Boala se vindecă complet la un procent de 85-90% din cazuri (90-95% după alți autori) iar imunitatea este pe viață.
- La 11-15% din cazuri (5-10% după alți autori) boala se cronicizează.
- *La copil, evoluția este mai favorabilă decât la adult datorită puterii mari de regenerare a ficatului*³⁷⁷.

2. Riscul real al hepatitei B pentru sugari și pentru adulți

- Auzim destul de des pe medici spunând: “Dacă nu îți vaccinezi copilul, acesta poate muri!”. Atunci nu ne mirăm de ce și hepatita B a devenit peste noapte o boală cu un “potențial letal” pentru bebeluși, dar și pentru adulți... S-a mers până acolo încât la toate mamele li s-au făcut analize sanguine pentru depistarea virusului HBV, “letal” (ceea ce nu-i adevărat)³⁷⁸.

- Literatura de specialitate descrie următoarele *grupe de risc pentru hepatita B: prostituate, bărbați homosexuali, oameni dependenți de droguri pe care și le administrează intravenos, copii și adulți din cămine, cadrele medicale, pacienții dializați, soldații*. La restul oamenilor există un risc minim de a contracta boala³⁷⁹.

Studiu:

- Dienstag și Ryan (1982), au analizat 624 de aparținători ai cadrelor medicale care lucrau în laboratoare sero-epidemiologice și au constatat o creștere a markerilor serologici pentru HBV (Ag HBs+), în funcție de anumite criterii: contact frecvent cu sânge infectat, vârsta mai înaintată, anii de serviciu, antecedente patologice cu alte afecțiuni hepatice; în mod surprinzător, nu a crescut incidența după contactul cu bolnavii de hepatită B! Concluzia la care au ajuns autorii a fost aceea că *aparținătorii celor care lucrează în asemenea laboratoare sunt imunizați față de hepatita B, printr-o infecție ușoară, tranzitorie (cu o pozitivare tranzitorie cu AgHbs), fără a face boala*. Incidența bolii ar trebui să fie foarte mare dacă infecția ar fi atât de contagioasă³⁸⁰.

³⁷⁶ *Ibidem.*

³⁷⁷ *Ibidem.*

³⁷⁸ V. Scheibner, *op. cit.*, 33.

³⁷⁹ Gh. M. Voiculescu, *op. cit.*, 372.

³⁸⁰ V. Scheibner, *op. cit.*, 34.

3. Vaccinul hepatitic B

Generalități. Ineficiența vaccinului

Ceea ce afirmă Viera Scheibner este valabil și pentru sugarii din România (care sunt vaccinați în primele 24 de ore de la naștere): *“Toate vaccinurile conțin antigene străine, care atacă organismul. La fel se întâmplă și în cazul vaccinului hepatitic B, când este atacat ficatul nou-născutului. Vaccinul se administrează în maternitate, în primele 24 de ore (!), iar în următoarele 14 zile (sau mai mult) funcțiile ficatului sunt perturbate”*³⁸¹. Dacă mai adăugăm și hexavaccinul (DTP+polio+Hib+Heptatitic B), administrat la 2 luni de viață, agresiunea sistemului imun pentru unii sugari este mult prea mare. *“Din fericire există un «coș de gunoi» pentru Sistemul medical, numit «Sindromul morții subite al sugarului», care va rezolva mereu asemenea incidente”*, spune Viera Scheibner³⁸².

La sugarii din România agresiunea este mult mai mare, deoarece, așa cum am văzut, alături de vaccinul hepatitic B, li se administrează nou-născuților încă din maternitate, în zilele 2-7 de la naștere, și vaccinul BCG, care antrenează la aceștia o formă atenuată de tuberculoză cutanată, care evoluează timp de 6-9 luni, manifestându-se cu o stare de subfebrilitate și o scădere importantă a imunității organismului.

Ineficiența vaccinului hepatitic B este pe larg relatată într-un articol publicat în 1992, în revista *Medicul clinician* (54, nr. 2, p. 21), intitulat *“Impfprogramme für Hochrisikogruppen haben versagt”* (Programele de vaccinare pentru grupele cu risc crescut au dat greș). În articol se recunoaște faptul că, *după mai mult de 20 de ani de vaccinare împotriva hepatitei B, nu s-a remarcat nicio reușită*. În loc să se renunțe la vaccin, se caută în continuare cauzele nereușitei. *Nu mai este demult acceptată ideea că hepatita B se transmite în mod frecvent prin contact sexual*. Atunci ar trebui să fie foarte frecventă la adolescenți și tineri...

Chiar și în aceste condiții, experții OMS au recomandat vaccinarea tuturor copiilor! În Germania, Dr. Johannes F. Hallauer de la Ministerul Sănătății, explică acest lucru, afirmând că s-au înregistrat anual 4500 de boli noi de hepatită B și 160 de decese datorate bolii. De aceea este recomandată și vaccinarea acestor grupe de vârstă, considerate ca fiind “grupe de risc”. Pe atunci un vaccin costa 150 DM în Germania, deci 450 DM toate cele 3 vaccinuri (fosta RFG)... Vom constata că este o adevărată afacere³⁸³.

³⁸¹ *Ibidem*, 33.

³⁸² *Ibidem*.

³⁸³ G. Buchwald, *op. cit.*, 2008, 153-156.

Motivele pentru care în SUA sunt vaccinați sugarii împotriva hepatitei B sunt pur și simplu absurde:³⁸⁴

- *Grupurile de oameni cu risc mare nu au acceptat vaccinul sau sunt foarte greu accesibili;*
- *copiii sunt întotdeauna accesibili;*
- *costurile vaccinurilor pentru copii sunt mai mici decât cele pentru adulți;*
- *etc.*

Pentru părinți, asemenea “motive” ar trebuie să ridice un mare semn de întrebare, dar ei nu sunt de obicei informați, ci doar intimidați.

Comitetul pentru Bolile Infecțioase din America a recunoscut faptul că o încercare de a imuniza tinerii de 25 de ani și mai în vârstă, și care sunt grupul cel mai expus, ar fi sortită eșecului de la început. Atunci se pune întrebarea: *“Se teme sistemul medical să impună vaccinarea unor oameni adulți care pot vorbi și pot descrie reacțiile adverse postvaccinale?”*³⁸⁵. Același Comitet recunoaște că *“nu se știe pentru cât timp, cele trei doze de vaccin oferă imunitate copiilor...Unul din motive este de fapt **necunoașterea particularității sistemului imun al sugurilor**. Se spune că la adult este nevoie de o revaccinare după 5-9 ani”*³⁸⁶.

Din cauza unei “hiperimunizări” a nou-născutului, prin vaccinarea “obligatorie” împotriva hepatitei B, va crește numărul de cazuri cu “Sindromul morții subite la sugari”, după cum se constată deja în SUA și Australia. România, probabil, nu va face excepție. Probele hepatice ale sugarului nu au timp să revină la normal până la 2-3 luni, când este din nou agresat cu alte vaccinuri (hexavaccin). Alături de reacțiile adverse, imediate ale vaccinurilor, vor exista și cele tardive, datorate hiperimunizării: *diabet zaharat, astm bronșic, leucemie, diverse forme de cancer* etc. Însuși producătorii de vaccinuri pun la îndoială eficiența vaccinului hepatitic B când afirmă că *“costurile celor trei doze este de aproximativ 100 \$, iar perioada de imunizare este în jur de 5 ani, dar nu suntem absolut siguri”*. Un studiu al CDC, pe un lot de peste 500 de persoane vaccinate, a arătat că *“nivelul anticorpilor scade în mod constant după 3 ani, iar riscul unei infecții crește în aceeași proporție... dar o infecție cu HBV va fi una mai ușoară”*³⁸⁷. *Este aceeași poveste veche,*

³⁸⁴ V. Scheibner, op. cit, 38 (Citat din revista NVIC, august 1992, Washington D.C., referitor la expunerea motivelor vaccinării sugurilor împotriva hepatitei B, de către Dr. George Peter, președintele AAP (Academia Americană de Pediatrie), la Conferința de Boli Infecțioase a medicilor pediatri, din 12 iunie 1992).

³⁸⁵ *Ibidem*, 39.

³⁸⁶ *Ibidem*.

³⁸⁷ *Ibidem*.

pe care o știm și cu alte vaccinuri, cum ar fi vaccinul DTP.... Niciun vaccin nu oferă imunitate pentru toată viața, iar dacă se face boala, ea nu va fi o «formă ușoară», așa cum arată atâtea dovezi»³⁸⁸, spune Viera Scheibner. Una din aceste dovezi este faptul că, deși se face o vaccinare în masă împotriva hepatitei B de atâtea ani, incidența bolii a crescut cu 37% în SUA (1993: *Pediatrics*, 91 (4): 699-702). **Tipuri de vaccin hepatitic B, vechi și noi:**

Vaccinuri preparate cu AgHbs (de suprafață), obținute din plasma purtătorilor de AgHbs. Ele au fost introduse după 1975 și s-au făcut milioane de vaccinări, cu schema de 4 doze: 0, 1, 2 și 12 luni, cu vaccinul **HEVAC B (HEVAC-B Pasteur)**³⁸⁹. Virusul se cultivă pe *rinichi de câine*. Până în 1983 s-a folosit și *plasmă umană* de la voluntari (în SUA) sau diferiți factori plasmatici: factorul VIII – concentrat sau combinat cu albumină. Din 1983, Germania a refuzat vaccinul HEVAC B “ Pasteur” din Franța, deoarece s-a constatat că factorul VIII, folosit și la hemofilici, a fost infestat cu virusul HIV/SIDA³⁹⁰. Actualmente se folosește *antigen recombinat*.

Vaccinul hepatitic ADN recombinat (Recombivax HB), preparat prin inginerie genetică, s-a introdus în 1986.

La ora actuală sunt folosite următoarele *vaccinuri cu antigen recombinat*, reacțiile adverse amintite fiind cele din prospect:

- **ENGERIX B**, fabricat de GlaxoSmithKline, pentru copii (10 micrograme/0,5 ml) și adulți (20 micrograme/0,5 ml). *Reacțiile adverse comune*, la locul inoculării: durere tranzitorie, eritem, indurație. *Reacții adverse rare*: febră, astenie, simptome pseudogripale. SNC: amețeli, cefalee, paretezii. *Aparat digestiv*: grețuri, vărsături, diaree, dureri abdominale. *Ficat și vezicula biliară*: testele funcționale hepatice modificate. *Sistem musculo-scheletic*: dureri articulare, dureri musculare. *Piele și anexe*: erupție, prurit, urticarie. *Foarte rare*: șoc anafilactic, boala serului, sincopă, hipotensiune arterială, paralizie, neuropatie, nevrită optică, scleroză multiplă, sindrom Guillain-Barre, encefalită, encefalopatie, meningită, artrită, angioedem, vasculită³⁹¹. Este un vaccin obținut prin tehnologia ADN recombinat, adsorbit pe *hidroxid de aluminiu*³⁹².

- **EUVAX-B pediatric și EUVAX-B adult**, fabricate de LG Life Science, Polonia. *Reacții adverse*: eritem, durere, tumefiere, febră ușoară. *Rare*: hipertermie (peste 38,5 grade C), reacții sistemice, amețeli, astenie, cefalee, vărsături, mialgii, artrite, erupții cutanate, transaminaze crescute tranzitor.

³⁸⁸ *Ibidem*, 40.

³⁸⁹ Gh. M Voiculescu, *op. cit.*, 407.

³⁹⁰ M. Hirte, *op. cit.*, 157.

³⁹¹ *Agenda Medicală* 2012, 862.

³⁹² <http://www.pcfarm.ro/prospect.php?id=1201>

*Foarte rare: nevrita optică, pareze faciale, sindrom Guillain-Barre*³⁹³. Euvax B Pediatric “conține antigen de suprafață al virusului hepatitic B (AgHBs) purificat 10 micrograme și excipienți: **hidroxid de aluminiu gel, tiomersal, fosfat de potasiu monobazic, fosfat de sodiu dibazic, clorură de sodiu, apă pentru preparate injectabile... Este un vaccin obținut prin tehnologie ADN recombinantă din culturi celulare pe levuri de *Saccharomyces cerevisiae*... Euvax B se injectează numai intramuscular....Acest vaccin conține tiomersal ca și conservant și, de aceea, pot să apară reacții alergice...**La copii** (nou născuți, sugari și copii cu vârsta < 15 ani) doza recomandată este de 0,5 ml și conține 10 micrograme Ag Hbs (AUTORIZAȚIE DE PUNERE PE PIAȚĂ NR. 7018/2006/01-02-03)”³⁹⁴.**

- **HBVAXPRO** pentru copil și adult (de 5 și 10 micrograme/ml), fabricat de SANOFI PASTEUR. Vaccinul conține antigen hepatitic B de suprafață, adsorbit pe aluminiu (sub formă de *sulfat hidroxifosfat amorf de aluminiu*). *Reacții adverse:* reacții locale: inflamație tranzitorie, eritem, indurație³⁹⁵.

- **HB-VAXPRO**, fabricat de Merck Sharp Dohme (Elveția), conține suspensie de antigen hepatită B.

- **HEPAVAX GENE** și **HEPAVAX GENE TF** (Berna Biotech SRL, Italia): conțin antigen recombinant de suprafață a virusului hepatitic B³⁹⁶.

- **FENDRIX**, fabricat de GlaxoSmithKline³⁹⁷.

Combinatii cu alte vaccinuri:

- **TRITANRIX HEP B**, fabricat de GlaxoSmithKline(Belgia), este un tetravaccin care conține DTP+HEP B.

- Celelalte combinații (**pentavacin, hexavaccin**), au fost prezentate la vaccinul Hib.

Din toate tipurile noi de vaccinuri se administrează câte 3 doze, după schema: 0-2-6 luni.

4. Reacții adverse și complicații postvaccinale

Vaccinul hepatitic B (recombinat, obținut din plasmă etc.), s-a dovedit a fi unul dintre cele mai periculoase vaccinuri administrate sugarului! Este motivul pentru care în unele țări s-a renunțat la el, fiind dat doar la cererea părinților. În România, este primul vaccin cu care “face cunostință” sugarul

³⁹³ *Agenda Medicală* 2012, 862.

³⁹⁴ <http://www.medipedia.ro/Dictionarmedical/Medicamente/tabid/59/prospect/W13367001/EUVAX-B-PEDIATRIC-vaccin-hepatic-B-recombinat.aspx>

³⁹⁵ *Ibidem*, 864.

³⁹⁶ *Memo Med* 2009, Ed. 15, Editura Minesan, 619.

³⁹⁷ *Ibidem*.

când se naște, fiindu-i administrat deja în maternitate, în prima lui zi de viață. Dacă vaccinul ENGERIX-B conține aluminiu, EUVAX – B pediatric conține, alături de **aluminiu, și mercur** (Tiomersal). *Metalele grele din aceste vaccinuri sunt (vezi cap. 3) motivul principal al complicațiilor neurologice grave și al bolilor autoimune postvaccinale la copil.* Sugarii noștri sunt intoxicați deja, din prima zi de naștere, cu metale grele.

Studii:

a) Conform studiilor, riscul postvaccinal pentru boli grave, inclusiv mortale, dat de vaccinul hepatitic B, este de 3 ori mai mare decât riscul de a face boala care trebuie prevenită³⁹⁸.

b) Un studiu realizat de Shaw și colaboratorii săi³⁹⁹ arată că “noul vaccin hepatitic B, obținut din plasmă, provoacă o serie de complicații grave... După vaccinarea a 850.000 de persoane, au fost relatate, într-un timp scurt, un număr de 41 de reacții adverse:

- 5 cazuri cu crize convulsive,
- 10 pareze faciale,
- 9 cazuri cu Sindrom Guillain-Barre,
- 5 cazuri cu reticulopatie,
- 3 cazuri cu neuropatie a plexului brachial,
- 5 cazuri cu neuropatie oculară
- 4 cazuri de mielită transversă.

Jumătate din cazuri au apărut după prima doză de vaccin⁴⁰⁰.

Autorii sunt convingși că nu au fost relatate toate reacțiile adverse, postvaccinale.

Reacții adverse severe s-au observat și după vaccinul hepatitic B recombinat. ADRAC (*Adverse Drug Reactions Bulletin*), din Australia, a primit în august 1990, 203 reclamații legate de reacții adverse, postvaccinale, de la reacții ușoare și medii (*febră, erupție, grețuri, dureri abdominale, dureri articulare, dureri musculare etc.*) până la complicații grave: *2 cazuri de nevrită optică și un caz cu Sindrom Guillain-Barre.* În acest Buletin, ADRAC

³⁹⁸ „J. Orient: Statement of the Association of American Physicians Surgeons to the Subcommittee on Criminal Justice, Drug Policy, and Human Resources of the Committee on Government Reform U.S. House of Representatives: Hepatitis B Vaccine. 14.6.1999. <http://www.aapsonline.org/testimony/hepbcom.htm>

³⁹⁹ F. E. Shaw, D. J. Graham, H. A. Guess, J. B. Milstien, J. M. Johnson, G. C. Schatz, S. C. Hadler, J. N. Kuritsky, E. E. Hiner, D. J. Bregman et al., “*Postmarketing surveillance for neurologic adverse events reported after hepatitis B vaccination. Experience of the first three years*”, *Am J Epidemiol.* 1988 Feb;127(2):337–352. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2962488>

⁴⁰⁰ V. Scheibner, *op. cit.*, 36.

se arată îngrijorat de apariția reacțiilor negative neurologice, postvaccinale, afirmând că “și-ar dori să primească de la fiecare cititor orice informație, prin intermediul unei «cărți poștale», legată de reacția de demielinizare postvaccinală”⁴⁰¹.

Exemple:

a) **Reacții acute** în primele 4-5 zile după vaccin: în 10-15% din cazuri, se dezvoltă reacții locale (durere, roșeață, inflamație), febră, dureri de cap și dureri articulare, oboseală⁴⁰².

b) **Miofascita macrofagică**: poate fi provocată de o reacție locală mai puternică, caracterizată prin dureri intense, musculare și articulare, oboseală accentuată. *Miofascita poate dezvolta la rândul ei, după câteva luni, scleroză multiplă*⁴⁰³.

c) Boli neurologice:

- Sindromul Guillain-Barre ^{404, 405, 406, 407};
- mielite transverse ^{408, 409, 410, 411};
- scleroza multiplă⁴¹²;

⁴⁰¹ *Ibidem*.

⁴⁰² K. R. Stratton et al., Institute of Medicine: *Adverse events associated with childhood vaccines: evidence bearing on causality*, National Academy Press, Washington, D.C., 1994..

⁴⁰³ R. K. Gherardi, “Lessons from macrophagic myofasciitis: towards definition of a vaccine adjuvant-related syndrome”, *Rev Neurol* (Paris) 159: 162-164, 2003.

⁴⁰⁴ F. E. Shaw et al., “Postmarketing surveillance for neurologic adverse events reported after hepatitis B vaccination”, *Am J Epidemiology* 1998, 127 (2): 337-352; Herroelen 1991, Stratton 1994, Souayah 2007.

⁴⁰⁵ L. Herroelen, J. De Keyser, G. Ebinger, “Central-nervous system demyelination after immunization with recombinant hepatitis B vaccine”, *Lancet* 1991, 338:1174.

⁴⁰⁶ Stratton, *op. cit.*, 1994.

⁴⁰⁷ N. Souayah, A. Nasar, M. Farred, K. Suri et al., “Guillain-Barre syndrome after vaccination in United States—a report from the CDC/FDA vaccine adverse event reporting system”, *Vaccine* 22. Mai 2007, Epub

⁴⁰⁸ A. Senejoux et al., “Acute myelitis after immunization against hepatitis B with recombinant vaccine (letter)”, *Gastroenterologie Clinique et Biologique* 1996, 20 (4): 401-402.

⁴⁰⁹ F. Trevisani et al., “Transverse myelitis following hepatitis B vaccination”, *J Hepatol* 1993, 19:317f.

⁴¹⁰ L. M. Tartaglino et al., “MR imaging in a case of postvaccination myelitis”, *Am J Neuroradiol* 1995, 16:581 f.

⁴¹¹ J. L. Renard, J. S. Guillamo, J. M. Ramirez, H. Taillia, D. Felten, Y Buisson, “Myelite transverse aigue cervicale après vaccination contre le virus de l’hépatite B. Evolution serologique des anticorps anti-HBs”, *Presse Med* 1999, 28 (24):1290-1292.

⁴¹² F. J. Authier, P. Cherin, A. Creange, B. Bonnotte, “Central nervous system disease in patients with macrophagic myofasciitis.”, *Brain* 2001, 124:974-983.

- nevrita optică^{413,414,415,416,417,418,419,420}.

d) **Boli autoimune:** neuropatii, nevrite, mielite, vasculite, trombocitopenii, boli digestive, scleroza multiplă, artrita reumatoidă⁴²¹. În *SUA s-a vorbit chiar de o epidemie de artrită reumatoidă (ARJ) la copii*⁴²².

e) **Diabet zaharat insulinodependent (DZ tip. I):** În perioada 1989-1991, o dată cu introducerea vaccinului hepatitic B, la 6 luni de la naștere, s-a observat o creștere a frecvenței DZ tip I cu 60%⁴²³! Alt studiu arată că la 2 luni de la vaccinare are loc o dublare a cazurilor de diabet zaharat tip I^{424,425}.

Statistic, între anii 1995-2000, Institutul Paul-Ehrlich din Germania relatează peste 1000 de reacții secundare apărute după acest vaccin. Au fost reclamate la Institut cazuri grave precum: reacții alergice grave, tulburări în coagularea sângelui, afecțiuni musculare și articulare (artrite, miozite), afecțiuni ale ochiului (nevrită optică, orbire) și *16 cazuri de moarte subită a sugarului (SIDS)*⁴²⁶.

⁴¹³ R. Riikonen, "The role of infection and vaccination in the genesis of optic neuritis and Multiple sclerosis in children", *Acta neur Scand* 1989, 80:425-431

⁴¹⁴ E. J. Van de Gijn et al., "Bilateral optic neuritis with branch retinal artery occlusion associated with vaccination", *Documenta ophth* 1994, 86:403-408

⁴¹⁵ IOM (Institute of Medicine): *Adverse effects associated with childhood vaccines: evidence bearing on causality*. National Academy Press, Washington, D.C., 1994.

⁴¹⁶ N. Berkman et al., "Bilateral neuro-papillitis after hepatitis B vaccination", *Presse Medicale* 1996, 25 (28): 1301.

⁴¹⁷ S. Albitar et al., "Bilateral retrobulbar neuritis with hepatitis B vaccination", *Nephrol Dial Transplant* 1997, 71:53-56.

⁴¹⁸ B. S. Dunbar, *Rede bei der Second International Public Conference on Vaccination in Arlington, Virginia, September 2000*. <http://64.41.99.118/vran/vaccines/hepatitis/dunbar.htm>

⁴¹⁹ I. Grotto et al., "Major adverse reactions to yeast-derived hepatitis B vaccine – a review", *Vaccine* 1998, 16:329-334.

⁴²⁰ H. Hamard, P. Hamard, P. Gohier, B. Roussat, D. Doummar, M. T. Iba-Zizen, "«Idiopathic» acute optic neuropathies in children", *Bull Acad Natl Med* 2000, 184 (7):1511-9.

⁴²¹ M. R. Geier, D. A. Geier, A. C. Zahalsky, "A review of hepatitis B vaccination", *Expert Opin Drug Saf* 2003, 2,(2):113-122.

⁴²² J. E. Pope et al., "An epidemic of rheumatoid arthritis linked to hepatitis B Vaccinations From Birth", *Pediatr Infect Dis J* 2004, 23 (7):650-655.

⁴²³ J. B. Classen, "Diabetes epidemic follows hepatitis B immunization program", *New Zealand Medical Journal* 1996, 109-195.

⁴²⁴ CDC :Pharmacoepidemiology and Drug Safety 1998, 6 (suppl 2):60.

⁴²⁵ K. Poutasi, "Immunization and diabetes", *N. Zealand Med J* 1996, 109 :283.

⁴²⁶ K. Hartmann, B. Keller-Stanislawski, "Rekombinate Hepatitis-B-Impfstoffe und Verdachtsfälle unerwünschter Reaktionen", *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 2002, 45:355-363.

Aceste cifre nu reprezintă decât vârful “Eisberg-ului” în ceea ce privește complicațiile postvaccinale severe.

5. Scandalul infestării vaccinului hepatitic B cu virusul HIV/SIDA

Aflăm că scandalul legat de infestarea vaccinului hepatitic B “a început în Italia”, dintr-un articol publicat de Elisabeth Schellenberg la Roma, în 1993, în revista *Raum & Zeit*: “*Industria Farmaceutică trece printr-un nou scandal. Compania americană Multi Merck Sharp and Dhome din SUA a creat un vaccin, deloc inofensiv, împotriva hepatitei B și încearcă cu ajutorul OMS-ului să-l răspândească în populație...Este adevărat faptul că primii 6500 de bărbați homosexuali din San Francisco, la care s-a făcut prima doză de vaccin, nu au supraviețuit testului, dar ei oricum sufereau de SIDA*”. A fost “scuza” producătorilor, deși se știe că în 1978, când s-au făcut aceste teste, încă nu era cunoscută boala SIDA⁴²⁷!

În iulie 1983, a fost învinuit Institutul Louis Pasteur din Franța că a importat din SUA sânge infectat cu HIV, pe care apoi l-a folosit la vaccinul HEVAC-B, fără ca CDC (Centrul de Control al Bolilor din SUA) să verifice suficient aceste produse de sânge. Vaccinurile de la Institutul Pasteur au ajuns și în alte țări din Europa, inclusiv în România.

Cu toate acestea, *vaccinul devine obligatoriu în Italia, începând cu anul 1991*, printr-un Ordin Ministerial (nu o lege!) pentru 2 grupe de vârstă: sugari și copii de 11 ani. În februarie 1992, o revistă italiană contestă obligativitatea vaccinării și o publică într-un articol intitulat “*Virusuri destinate sănătății*”⁴²⁸ (trad). Ei fac aici o remarcă sinistră: “dacă toți oamenii ar fi sănătoși, din ce ar mai trăi companiile farmaceutice, medicii, epidemiologii etc.? Da, nu există nicio lege în Italia care să-i oblige pe părinți să-și vaccineze copiii minori”⁴²⁹. *Italia și România sunt singurele țări din Europa unde acest vaccin este considerat “obligatoriu”*. Conform legilor noastre, vaccinul poate fi refuzat în maternitate (vezi Anexa).

OMS vaccinează copiii din Africa, Brazilia și alte țări, cu speranța să fie eradicată boala până în 2010⁴³⁰! Ne aflăm în anul 2012 și constatăm că nu s-a eradicat boala. Dimpotrivă, incidența ei este în creștere.

⁴²⁷ G. Buchwald, *op. cit.*, 2008, 159.

⁴²⁸ *Ibidem*, 160.

⁴²⁹ *Ibidem*, 160-161.

⁴³⁰ *Ibidem*, 162.

XI. Gripa și vaccinul gripal

1. Gripa (*Influenza*)

Gripa este o boală infecțioasă acută, foarte contagioasă, determinată de virusul gripal, (serotipuri A, B, C), caracterizată clinic prin manifestări respiratorii și generale, deseori severe. Apare sporadic, în epidemii sau pandemii. Primele epidemii de gripă s-au descris în secolul al XIV-lea ⁴³¹.

Virusul gripal, izolat pentru prima dată în 1933 (Smith Andrewes, Laidlaw) a fost identificat ca fiind tipul A. Tipul B a fost izolat în 1940 (Francis, Magill), iar în 1951, tipul C. Pentru a supraviețui, *virusul gripal este foarte bine adaptat, fiind unic prin variabilitatea lui antigenică*, în special a antigenelor de suprafață (H, N). Este motivul pentru care, în mod periodic, se declanșează epidemii, populația nefiind imună⁴³².

Virusul gripal tip A afectează atât omul, cât și animalele. Tipurile B și C afectează doar omul: tipul B determină numai variante antigenice minore, iar tipul C nu prezintă variații antigenice.

Gripa de tip A este cea mai frecventă și mai gravă formă de boală.

Paricularitățile “adaptării” perfecte a virusului gripal sunt foarte bine punctate de către *Hans Tolzin*, cu ocazia conferinței cu tema “Gripa porcina și vaccinul antigripal” (“Die Schweinegrippeimpfung”) din Stuttgart/Germania: “*Virusul gripal tip A (comun omului și animalelor) conține un lanț unic, ARN (acid ribonucleic) cu polaritate negativă, compus din 8 fragmente care codifică 10 proteine virale (ce constituie materialul genetic al virusului). Fragmentele de ARN au un înveliș proteic comun. La exterior se află o membrană lipidică iar la suprafața virusului se găsesc antigenele de suprafață: 2 glicoproteine: hemaglutinina (H) și neuraminidaza (N), care oferă virusului specificitatea de subgrup. Până la ora actuală se cunosc 16 subtipuri antigenice ale hemaglutininei (H1...H16) și 9 subtipuri ale neuraminidazei (N1..N9). La om sunt 6 tipuri de H :H1,H2,H3, H5,H7,H9, la porc 3: H1,H2,H3 iar la cal doar 2: H3, H7. La păsări sunt cele mai multe subtipuri de H, în număr de 15 (H1..H15). Combinațiile posibile dintre aceste subtipuri sunt în număr de 144 (!). Deci avem în total 144 de subtipuri de virusuri gripale tipA [...]. Fiecare virus este în sine un «individ», diferit de alt virus. La fiecare om se manifestă altfel. Au loc mereu mutații ale virusului. De exemplu, dacă la mine se întâlnește un virus gripal tip AHIN1 (agentul etiologic al*

⁴³¹ Gh. M Voiculescu, *op. cit.*, 161.

⁴³² *Ibidem*, 161-162.

«gripei porcine») cu tipul AH5N1 (agentul etiologic al «gripei aviare»), ei se combină și schimbă între ei fragmente din genom, rezultând și mutații. Să zicem că eu încep acum să tușesc, mi se face un test de sânge și sunt găsit cu un nou virus, deci sunt acum contagios. Mi se ia o probă care este notată cu numele meu și orașul unde locuiesc etc. (ex.: virus AH1N1 Tolzin /Stuttgart...), se cultivă virusul și astfel se obține un nou tip de virus! Pentru acest nou tip poate va fi nevoie de un nou vaccin. Virusul nou se poate răspândi fără a provoca neapărat o infecție. Acest lucru se poate întâmpla mereu, și se pare că asta s-a și întâmplat în Mexic (de unde a pornit așa-zisa «Pandemie de gripă porcină»), unde s-au combinat 4 tipuri de virus la un om. Dar mutații virale au loc mereu, se realizează mereu alte combinații. Poate exista oare un test de laborator pentru miliarde de astfel de combinații virale? Medicina, însă, este în sine foarte comodă și preferă să dea vina doar pe un virus decât să propună o schimbare a stilului de viață. Dacă doar virusul este de vină și nu stressul meu la servici sau hrana mea insuficientă sau săracă în principii nutritive, lipsa de mișcare, etc, asta este foarte convenabil pentru mine dacă nu trebuie să îmi schimb stilul meu de viață, dar este convenabil și pentru șefii mei, dar mai ales pentru medicii care urmăresc doar combaterea bolii”⁴³³ (despre gripa “porcină” și “aviară”, vezi articolul:”Epidemii și Pandemii false”, la adresa: www.pentruviatacluj.ro). După cum ne explică Tolzin, gripele virale cu tipul A nu vor putea fi oprite cu vaccinuri, fiindcă asta ar însemna să sintetizăm anual zeci sau sute de vaccinuri, ceea ce este imposibil. Noi nu putem cunoaște toate mutațiile care se produc cu fiecare subtip de virus... Cu toate că medicii recomandă la început de fiecare iarnă, vaccinul gripal, pentru prevenirea gripei “sezoniere”, tulpinile virale pentru vaccinul folosit, sunt cele din anul precedent.. Referitor la “eficiența” vaccinurilor antigripale în caz de epidemie, găsim scris în literatura de specialitate: “Trebuie subliniat faptul că nu s-a descoperit până acum soluția ideală. Dificultăți mari persistă din cauza variabilității antigenice a virusului gripal....Vaccinurile gripale pentru a fi eficace, trebuie preparate cu tulpinile de virus implicate în epidemia respectivă, ceea ce necesită timp...**Din această cauză, până acum nu s-a reușit încă oprirea unei epidemii de gripă prin vaccinare**”⁴³⁴. Atunci, cu atât mai puțin o pandemie...

⁴³³ Hans Tolzin, auf Einladung des Stuttgarter Stammtisches, referierte am 1.10.09, zum Thema “Impfentscheidung”.Die Schweinegrippeimpfung. <http://www.youtube.com/watch?v=fz2kbIV6y9Q>

⁴³⁴ Gh. M. Voiculescu, *op. cit.*, 176.

*Tabloul clinic*⁴³⁵

- *Incubația*: 1-3 zile;
- *Debut*: brusc, cu febră ridicată (39-40 grade), frisoane, mialgii, cefalee, astenie marcată;
- *Perioada de stare*: durează 3-5-7 zile și domină semnele și simptomele generale toxice, menționate anterior, la care se adaugă manifestări respiratorii (catar, bronșite etc.), cardiovasculare (tendință la bradicardie și hipotensiune), tulburări digestive (inapetentă, greață, uneori vărsături, limbă uscată etc.);
- *Evoluție*: favorabilă în gripa simplă, cu scăderea febrei în 3-5 zile și dispariția simptomelor în perioada de stare; în formele severe, toxice, poate provoca decesul, mai ales la vârstnici și alte grupe cu risc (imunitatea scăzută etc.);
- *Convalescență*: persistă câteva zile o stare de astenie, tuse seacă, iar bolnavul este receptiv la suprainfecții bacteriene.

Complicații: *pneumonie, miocardită acută virală, meningită, encefalită, nevralgii, otite, etc.*

Diagnosticul pozitiv: Nu există date clinice specifice gripei (patognomonice). Este și motivul pentru care diagnosticul clinic al gripei sporadice este dificil, chiar imposibil. Ea este diagnosticată în funcție de simptome (diagnostic de probabilitate): “viroză respiratorie”, “gastroenterite virale”, “IA-CRS”, ”otite” etc. *Un diagnostic cert se pune doar pe analizele de laborator (virusologie și serologie) și care nu se fac de rutină.*

Tratament: Nu există un tratament etiologic al gripei. Gripa simplă se tratează la domiciliu, cu medicamente simptomatice, în condiții de izolare și repaus și nu se folosesc antibiotice! Ele vor fi administrate doar în gripa complicată, care necesită internare.

2. Vaccinul gripal

a) *Generalități. Ineficiența vaccinului gripal*

Primul vaccin gripal a fost sintetizat în 1940, folosind un virus gripal cultivat pe ou embrionat de pui.

Vaccinurile actuale, conțin virus gripal, inactivat prin formol, dar conțin adjuvanți toxici (aluminu sau mercur) și substanțe alergizante (antibiotice, proteine străine etc.).

⁴³⁵ *Ibidem*, 169-175.

Tamiflu (un medicament antigripal) a fost un experiment nereușit. După administrarea de Tamiflu, în rândul adolescenților din Japonia a crescut mult numărul de sinucideri. Se știe că acest medicament scurtează doar cu o zi boala (!)⁴³⁶, dar poate curma o viață. Dacă în pandemia de gripă porcină a dat greș Tamiflu, s-a încercat cu *vaccinul antigripal*. Dar “*în cazul unei pandemii adevărate, nu o să avem nicio șansă*”, ne spune Johannes van der Wouden, expert în Epidemiologia gripei de la Universitatea Erasmus (Rotterdam). El se referă la faptul că la ora actuală se folosește același mod de preparare a vaccinului antigripal ca și în trecut: virusul gripal este cultivat pe embrioni vii, de găină. Se știe că un virus cu adevărat agresiv ar distruge imediat aceste organisme vii și foarte mici. “*Dacă virusul ar fi chiar atât de agresiv și le-ar omorî, e posibil ca oamenii angajați, să nu mai ajungă la servicii a doua zi*”, afirmă Van der Wouden⁴³⁷.

Van der Wouden critică și modul în care OMS (Organizația Mondială a Sănătății) controlează și supraveghează evoluția și prevenirea gripei, folosindu-se de 112 regulamente în 83 de țări! De îndată ce apar primele cazuri de gripă sezonieră, experții “se pun imediat pe treabă” pentru a afla cât de periculoasă este, dacă sunt aceleași tipuri de virusuri ca în anul precedent sau sunt altele. Din probele luate se va face un nou vaccin antigripal. Afirmarea lui Van der Wouden seamănă izbitor cu cea a lui Tolzin...

OMS recomandă vaccinul gripal la următoarele grupe de oameni, fiind considerate “*persoane cu risc*”:

- persoanele în vârstă de peste 65 ani;
- persoanele (copii, tineri, adulți vârstnici) cu afecțiuni medicale cronice (pulmonare și cardiovasculare),
- persoanele (copii, tineri, adulți, vârstnici) cu boli metabolice cronice (diabet zaharat, disfuncții renale, hemoglobinopatii, imunosupresii);
- personalul medical;
- lucrătorii din serviciile comunitare esențiale: vameși, pompieri, polițiști, militari etc., precum și elevi, studenți și alte persoane ce locuiesc în dormitoare comune;
- familiile celor afectați;
- gravidele din trim. II și III de sarcină.

⁴³⁶ Torsten Engelbrecht, Claus Köhnlein, *Virus-Wahn*. Emuerverlag, 6.Auflage 2010, 229-236.

⁴³⁷ Bert Ehgartner, *Lob der Krankheit. Warum es gesund ist und zu krank zu sein*. Bastei 1.Auflage, Februar 2010, 277.

*Studiile care există la ora actuală arată cu totul altceva. S-au efectuat o serie de studii pe grupele de vârstă “cu risc” (copii mici și vârstnici) de către renumitul grup Cochrane, care a publicat rezultatele în jurnalul de specialitate The Lancet. Tom Jefferson, coordonatorul grupului, rezumă astfel: “Pentru copiii de sub 2 ani vaccinurile au efect de placebo (efect zero) iar pentru oamenii vârstnici este mai indicat să se spele cât mai des pe mâini și să aibă un stil de viață sănătos decât să meargă la medic ca să se vaccineze”⁴³⁸. Jefferson spune lucrurilor “pe față”: “Ar fi momentul ca cei care fac Lobby în cadrul OMS-ului și a Ministerului Sănătății din SUA să fie îndepărtați, fiindcă experții din domeniul gripei (Influenza) recomandă populației produsele lor – așa cum o fac și cei care își vând aspiratoarele pentru a scăpa de marfă – de parcă am fi cu toții o gloată de idioți”⁴³⁹. Jefferson vrea să accentueze, prin această declarație dură pe care o face, și lipsa unor studii de calitate, în special la oamenii trecuți de 65 de ani, studii pe care le-a folosit la analizele sale. Rezultatele arată două lucruri care se contrazic: “Pe de o parte la cei vaccinați protecția față de gripă este practic zero (!) iar pe de altă parte, vaccinarea ar scade riscul de deces. Dar asta ar însemna că vaccinul de fapt îi apără pe bătrâni de alte boli precum diabet zaharat, AVC, etc, **nu însă și de gripă, ceea ce este un nonsens!**”⁴⁴⁰. Jefferson mai spune că studiile sunt făcute într-un mod cu totul disproporționat: “Cei vaccinați sunt în majoritatea cazurilor oameni sănătoși, iar grupa de control (cei nevaccinați) o reprezintă în majoritatea cazurilor, bătrâni bolnavi de gripă care se simt prea slăbiți și bolnavi pentru a se deplasa la medic. Deci nu este de mirare că decesele sunt multe la acest grup de oameni”⁴⁴¹. Ajung și ei la aceleași rezultate ca și Jefferson. Dacă ar fi să existe o eficiență a vaccinului antigripal la vârstnici, ea ar trebui dovedită, dar la ora actuală nu există niciun studiu pe care să ne putem baza cu adevărat. Studiile pe care le avem arată că doar un procent de 5% din decese la vârstnici sunt provocate de gripă, dar în același timp se vorbește de o prevenire cu 50% a mortalității... deci un nonsens.⁴⁴² Statisticile din SUA din ultimii 20 de ani*

⁴³⁸ *Ibidem*, 278.

⁴³⁹ *Ibidem*.

⁴⁴⁰ Tom Jefferson, Carlo Di Pietrantonj, “Inactivated influenza vaccines in the elderly-are you sure?”, *Lancet* 2007; 370:1199-1200.

⁴⁴¹ L Simonsen et al., “Mortality benefits of influenza vaccination in elderly people: an ongoing controversy”, *Lancet Infect Dis* 2007; 7:658-666

⁴⁴² B. Ehgartner, *op. cit.*, 2004, 279.

arată că **“vaccinul antigripal nu a influențat deloc mortalitatea la vârstnici. Nu există niciun indiciu în acest sens... Deși oamenii bătrâni se lasă mult mai des vaccinați în ziua de azi și procentul celor vaccinați împotriva gripei a crescut de la 15% în 1980, la 65% în anul 2000, nu s-a observat o scădere a cazurilor de boală. Dimpotrivă, ea a crescut ușor”**⁴⁴³. Acest lucru nu este un “fenomen american”, ci apare în toate țările unde se folosește vaccinul antigripal. Spre exemplu în Italia, o echipă de experți de la Universitatea din Bari arată că, deși procentul vârstnicilor vaccinați a crescut de la 5% în anii ’70, la 65% în 2001, nu s-a constatat niciun efect pozitiv⁴⁴⁴.

După datele oficiale din SUA, vaccinarea este indicată la toți copiii, cu vârsta cuprinsă între 6 și 23 de luni, fiind o “grupă cu risc” în ceea ce privește complicațiile și cazuri grave de boală. Să fie oare așa? Decesele provocate de gripă sunt, din fericire, foarte rare la copii. În Germania statistica arată că, la copii mai mici de 5 ani, a fost un singur deces în 2005 iar în 2004 au fost 2 cazuri. Găsim și la această grupă de vârstă o totală ineficiență a vaccinului anti-gripal. Studiul făcut pe copiii mai mici de 2 ani, de către grupul Cochrane, arată ineficiența vaccinului antigripal, acesta având doar un efect placebo⁴⁴⁵. Pentru Oficialitățile din SUA acest lucru nu a constituit un obstacol în recomandarea vaccinului antigripal tuturor sugarilor sănătoși, în vârstă de 6 luni, și asta fără a avea publicat un studiu de siguranță pentru această grupă de vârstă. Există doar câteva date legate de copiii de peste 3 ani. Din acest motiv, Jefferson și colab. au scris tuturor celor 30 de grupuri de studii și au cerut eventualele reacții secundare ale vaccinului la copii. Unii dintre oamenii de știință le-au răspuns că într-adevăr există astfel de studii dar firma producătoare de vaccinuri, nu a dorit să facă public niciun astfel de studiu. “De aici rezultă că există pericolul ca unele reacții secundare rare ale vaccinului să nu fie încă bine studiate”, critică Jefferson atitudinea producătorilor de vaccinuri⁴⁴⁶.

La femeile gravide vaccinate antigripal:

- “nu s-a putut dovedi niciodată o protecție a copilului⁴⁴⁷;

⁴⁴³ L. Simonsen et al., “Impact of Influenza vaccination on seasonal mortality in the US elderly population”, *Arch Intern Med* 2005;165 (3): 265-272.

⁴⁴⁴ C. Rizzo et al., “Influenza-related mortality in the Italian elderly: no decline associated with increasing vaccination coverage”, *Vaccine* 2006; 24; 6468-6475.

⁴⁴⁵ T. Jefferson et al., “Assessment of the efficacy and effectiveness of influenza vaccine in healthy children: systematic review”, *Lancet* 2005; 365: 773-780.

⁴⁴⁶ T. Jefferson et al., “Safety of influenza vaccines in children”, *Lancet* 2005; 366:803-804.

⁴⁴⁷ E.K. France, R. Smith-Ray, D. McClure, S. Hambidge et al., “Impact of maternal influenza vaccination during pregnancy on the incidence of acute respiratory illness visits among infants”, *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006, 160 (12):1277-1283

- “statistic, nu s-a constatat o diferență între gravidele care au făcut gripă în primul trimestru de sarcină și celelalte gravide”⁴⁴⁸;

- la femeia însărcinată, adjuvanții din vaccinul gripal, fie *Tiomersal*, *Squalena* sau altele, sunt neurotoxice, atât pentru mamă, cât și pentru făt, provocând boli neurologice și boli autoimune; acești adjuvanți, *stimulează imunitatea celulară THI, prin care poate fi respins fătul și avortat.*

Cât de sigur este vaccinul antigripal?

- *Siguranța vaccinului antigripal este practic nulă*; nu există studii care să ne afirme siguranța acestui vaccin: pentru copii există un singur studiu oficial, mai vechi, efectuat la 35 de copii, iar la vârstnici există 5 studii date publicității care se întind doar pe o săptămână după vaccinare și numărul celor vaccinați, luați în studiu, este sub 3000. Având în vedere că anual sunt vaccinați milioane de oameni, acest “*gol imens al unor studii de specialitate este pur și simplu imposibil de acceptat*”⁴⁴⁹.

- Efectele secundare ale vaccinului sunt numeroase și ele se înmulțesc odată cu vârsta și mai ales cu repetarea lor anuală, astfel încât, sunt afectați mai grav 14% dintre oamenii de peste 65 de ani și 30% din cei trecuți de 75 de ani; *având în vedere că anual este nevoie de schimbarea tipurilor de virus din vaccin*, apar și reacții secundare noi, inclusiv cazuri de deces. Spre exemplu în Israel, în 2006, au murit mai mulți oameni vârstnici după vaccinul antigripal din anul respectiv, motiv pentru care s-a sistat vaccinarea. În anul 1976, fiind o epidemie de gripă în SUA, au fost vaccinați 50 de milioane de oameni antigripal și s-au constatat mii de cazuri de Sindrom Guillain-Barre (pareze și paralizii nervoase postvaccinale), motiv pentru care s-a oprit vaccinarea⁴⁵⁰.

b) Prezentare

FLUARIX, fabricat de GlaxoSmithKline, pentru adulți și copii de peste trei ani, cu specificarea că “*datele clinice pentru copii de până la 6 luni și 3 ani sunt limitate*”. Vaccinul conține virus fragmentat, inactivat⁴⁵¹. Reacțiile adverse amintite sunt cele obișnuite, ușoare, locale.

⁴⁴⁸ Gh. M. Voiculescu, *op. cit.*, 173.

⁴⁴⁹ C. Francioni, P. Rosi, A. Fioravanti, F. Megale, N. Pipitone, R. Marcalongo, “*La vaccinazione antiinfluenzale in soggetti affetti da artrite reumatoide:risposta clinica ed anticorpale*”, *Recenti Prog Med* 1996, 87 (4): 145-149.

⁴⁵⁰ Herald Tribune:Israeli Health Ministry halts flu vaccinethree people die.22.Oktober 2006. http://www.ihf.com/articles/ap/2006/10/22/africa/ME_GEN_Israel_Flu_Vaccines.php

⁴⁵¹ *Agenda Medicală* 2012, 862-863.

INFLUVAC, fabricat de Solvay Pharmaceuticals, pentru adulți și copii sub 36 luni. *La copiii între 6-36 luni, datele clinice sunt limitate*⁴⁵².

VACCINUL GRIPAL TRIVALENT, purificat și inactivat, fabricat de Institutul Cantacuzino, ce conține tulpini inactivate de virusuri gripale, pentru copii de 6-35 luni și copii mai mari. Reacțiile adverse rare sunt: *nevralgii, parestezii, convulsii, trombocitopenie tranzitorie*⁴⁵³. Vaccinul conține 2 tulpini de virus gripal tip A (subtipurile H1N1 și H3N2) și o tulpină de virus gripal tip B. Vaccinul conține drept conservant **Tiomersal** 1/10 000, iar ca și stabilizator, are aldehida formică, max. 0,04 mg/0,5 ml.⁴⁵⁴ La “Modul de acțiune” se specifică: “...*Protecția conferită de vaccinul gripal poate să nu fie suficientă pentru a preveni îmbolnăvirea dacă tulpinile circulante de virus gripal sunt diferite antigenic de cele existente în formula vaccinului*”. Deși copiii sănătoși nu sunt considerați o grupă de risc, pot fi și ei vaccinați, începând cu luna a 7-a de viață, dozele fiind adaptate vârstei, *conform recomandărilor OMS*.

Ce altceva înseamnă această “adaptare” la copii, decât că ei sunt pe post de cobai... Cât despre efectele toxice ale mercurului asupra sistemului nervos ale sugarului, nu se amintește nimic.

VAXIGRIP “adult și pediatric” sunt fabricate de Sanofi Pasteur, pentru adult și copii de peste 35 luni și respectiv pentru copii de 6-35 luni. Reacțiile adverse amintite sunt doare cele ușoare care “dispar în general fără tratament, în 1-2 zile”⁴⁵⁵. Găsim această mențiune la toate vaccinurile.

c) Reacțiile adverse și complicațiile postvaccinale

Simptome locale și generale postvaccinale:

- dureri locale;
- simptome asemănătoare gripei: dureri musculare și articulare, oboseală accentuată (astenie), cefalee, febră⁴⁵⁶;
- aceste simptome afectează un procent de 14% la copiii cu vârsta cuprinsă între 11 și 15 ani⁴⁵⁷; *simptomele se înmulțesc o dată cu vârsta și scad toto-*

⁴⁵² *Ibidem*, 869.

⁴⁵³ *Ibidem*, 885-886.

⁴⁵⁴ VACCIN GRIPAL TRIVALENT purificat inactivat, <http://www.pcfarm.ro/prospect.php?id=3010>

⁴⁵⁵ *Agenda Medicală* 2012, 889.

⁴⁵⁶ G. Thurairajan, M. W. Hope-Ross, R. D. Situnayake, P. I. Murray, “*Polyarthropathy, orbital myositis and posterior scleritis: an unusual adverse reaction to influenza vaccine*”, *Br J Rheumatol* 1997, 36 (1): 120-123.

⁴⁵⁷ K. M. Neuzil, K. M. Edwards, “*Influenza vaccines in children*”, *Semin Pediatr Infect Dis* 2002, 13 (3): 174-181.

dată imunitatea față de alte infecții respiratorii și alte boli, consultațiile copiilor la medici de familie înmulțindu-se mult după vaccinul antigripal⁴⁵⁸.

Reacții alergice și tulburări circulatorii:

- vaccinul poate provoca *reacții alergice ușoare până la șoc alergic*, în special la proteinele din oul de găină pe care se cultivă virusul vaccinal; ele apar la cei alergici la ou, dar pot să și inducă o astfel de alergie pentru prima dată⁴⁵⁹;
- *sindromul “oculorespirator”* este o altă formă de alergie la vaccin, care constă în apariția unei forme de conjunctivită, edem al feței și tulburări respiratorii.

Astmul bronșic

- deși nu este dovedit efectul benefic al vaccinului antigripal la bolnavii astmatici, aceștia reprezintă grupul “cu risc” la care este recomandată vaccinarea antigripală, după STIKO și celelalte Instituții Sanitare din lume. Oare așa să fie? Studiile arată că la *adulți* are loc agravarea astmului la cei vaccinați⁴⁶⁰. *La copii*, după vaccinare a crescut frecvența cazurilor de astm: “2 studii făcute pe 1300 de copii vaccinați, arată o creștere a frecvenței cazurilor de astm iar la unul din studii chiar o dublare a bolii comparativ cu lotul de copii nevaccinați”^{461, 462};
- *cazurile de astm bronșic alergic apar și după mai mulți ani de la vaccinare*⁴⁶³.

Boli autoimune și boli neurologice:

- s-a observat că după vaccinare apare uneori o reacție autoimună prin formare de anticorpi împotriva propriilor celule⁴⁶⁴;

⁴⁵⁸ D. P. Hobermann, J. L. Paradise, H. E. Rockette, “Effectiveness of inactivated influenza vaccine in preventing acute otitis media in young children :a randomized controlled trial”, *JAMA* 2003, 290(12):1608-1616.

⁴⁵⁹ N. Yamane-Berar, O. Ben-Itzhak, J. Gree, F. Nakhoul, “Influenza vaccination induced leukocytoclastic vasculitis and pauci-immune crescentic glomerulonephritis”, *Clin Nephrol* 2002, 58 (3): 220-3.

⁴⁶⁰ C. J. Cates, T. O. Jefferson, A. I. Bara, B. H. Rowe, “Vaccines for preventing influenza in people with asthma (Cochrane Review)”, *Cochrane Database Syst Rev* 2000 (4):CD0000364.

⁴⁶¹ M. Hirte, *op. cit.*, 362: 91.

⁴⁶² C. Christy, C. A. Aligne, P. Auinger, T. Pulcino, M. Weitzman, “Effectiveness of influenza vaccine for the prevention of asthma exacerbations”, *Arch Dis Child* 2004, 89 (8):734-5

⁴⁶³ T. Takahashi, N. Yamaguichi, “Influenza vaccines”, *N Engl J Med* 2007, 356 (11): 1172-3.

⁴⁶⁴ L. A. Stepanova, A. Linde, A. N. Naikhin, M. A. Bichurina, M. S. Paramonova, “Specific immune response to vaccination with an inactivated flue vaccine depending on prevaccine status and age of the person vaccinated”, *Voppr Virusol* 2000, 45 (2):26-29.

- în literatura medicală găsim numeroase cazuri de boli autoimune care afectează vasele sanguine (vasculite) și rinichii, puse pe seama unor componente din vaccinul antigripal^{465, 466}; *adjuvantul MF 59* poate induce un *lupus eritematos*⁴⁶⁷, dar și numeroase complicații nervoase sunt puse pe seama vaccinului antigripal;
- prezența de Thiomersal în vaccin, drept conservant (*Thiomersal conține mercur organic, neurotoxic, în procent de 49, 6%!*), este o adevărată *intoxicație pentru sistemul nervos*; prin *acumularea mercurului în celula nervoasă*, an de an, la cei vaccinați (în special la vârstnici) poate induce *boala Alzheimer*, iar la copii *hiperactivitate, autism* etc. Așa cum am văzut în cap. 3, la baza acestor boli stă o intoxicație cu mercur;
- vaccinul antigripal poate provoca *la oamenii cu o predispoziție genetică* (sau o reacție particulară la vaccin), o reacție autoimună împotriva țesutului nervos, ceea ce duce la demielinizarea acestuia; în consecință are loc o lezare mai mult sau mai puțin importantă a nervilor sau a neuronilor (celule nervoase) sau a măduvei spinării; o afecțiune gravă o reprezintă *encefalomielita acută demielinizantă*⁴⁶⁸(ADEM); această encefalită autoimună demielinizantă stă la baza tuturor bolilor neurologice autoimune provocate de vaccin și de metalele neurotoxice (mercur) din vaccin, *chiar și fără să existe o predispoziție genetică sau o reacție particulară la vaccin*;
- s-au descris *infecții ale nervilor*, cu dureri și tulburări funcționale, în special la nivelul mâinilor sau a feței^{469, 470, 471, 472}. Prin afectarea nervului

⁴⁶⁵ N. Yanau-Berar, O. Ben-Itzhak, J. Gree, F. Nakhoul, "Influenza vaccination induced leukocytoclastic vasculitis and pauci-immune crescentic glomerulonephritis", *Clin Nephrol* 2002, 58(3):220-3; Tavadia 2003.

⁴⁶⁶ S. Tavadia, A. Dummond, C. D. Evans, N. J. Wainwright, "Leucocytoclastic vasculitis and influenza vaccination", *Dermatol* 2003, 28 (2):154-6.

⁴⁶⁷ M. Satoh, Y. Kuroda, H. Yoshida, K. M. Behney, "Induction of lupus autoantibodies by adjuvants", *J.Autoimmun* 2003, 21 (1):1-9.

⁴⁶⁸ N. Nakamura, K. Nokura, T. Zettsu, H. Koga et al., "Neurologic complications associated with influenza vaccination :two adult cases", *Intern Infect Dis* 2002, 13 (3):174-181.

⁴⁶⁹ J. K. F elix, R. H. Schwartz, G. J. Myers, "Isolated Hypoglossal Nerve Paralysis Following Influenza Vaccination", *Amer J Dis Child* 1976, 130 (1):82 f.

⁴⁷⁰ W. Ehrengut, H. Allerdist, "Über neurologische Komplikationen nach der Influenza-schutzimpfung", *Münch med Wschr* 1977, 119: 705-710.

⁴⁷¹ T. W. Furlow, "Neuropathy after Influenza Vaccination", *Lancet* 1977, 1: 253-4.

⁴⁷² W. Hennessen, H. Jacob, U. Quast, "Neurologische Affektionen nach Influenza-Impfung", *Der Nervenarzt* 1978; 90-96.

- optic, *apar tulburări de vedere* prin paralizia mușchilor oculari, vedere dublă (diplopie) sau strabism⁴⁷³;
- *Sindromul Guillain–Barre* este o reacție adversă gravă, de temut, a vaccinului antigripal. Legătura între această afecțiune și vaccin a fost dovedită și recunoscută^{474, 475}; între anii 1991-1999, când în SUA au fost relatate 382 de cazuri, majoritatea debutând în primele 2 săptămâni de la vaccinare. În 2004 au fost anunțate 31 de cazuri, care au debutat în primele 6 săptămâni de la vaccin⁴⁷⁶. *Frecvența acestui sindrom este de 4 ori mai mare după vaccinul antigripal decât după DTP*⁴⁷⁷;
 - au fost relatate și alte afecțiuni nervoase, precum disfuncții ale vezicii urinare, tulburări în dinamica sexuală, amețeli și tulburări de mers^{478, 479, 480, 481}.

Câteva concluzii:

- gripa este o boală neplăcută, dar cu o evoluție favorabilă, spre vindecare în 1-2 săptămâni, în majoritatea cazurilor;
- studiile cunoscute la ora actuală nu arată nicio eficiență a vaccinului antigripal; folosirea lui în masă demonstrează un interes pur financiar;
- nu s-a dovedit faptul că vaccinul scade frecvența bolii, a complicațiilor acesteia sau a mortalității; dimpotrivă, vaccinul are efecte secundare în timp, care nu sunt dezvăluite populației;

⁴⁷³ A. Kawasaki, V. A. Purvin, R. Tanq, “*Bilateral anterior ischemic optic neuropathy following influenza vaccination*”, *J.Neuroophthalmol* 1998, 18:56-9.

⁴⁷⁴ J. Bryan, G. R. Noble, “*Guillain-Barre Syndrome after administration of killed vaccines*”, *Genf:Ref:LABS Symposium on Influenza Immunization*, 1.6.-4.6.1977.

⁴⁷⁵ D. N. Juurlink, T. A. Stukel, J. Kwong, A. Kopp et al., “*Guillain-Barre Syndrome After Influenza Vaccination in Adults: A Population-Based Study*”, *Arch Intern Med* 2006, 166 (20):2217-2221.

⁴⁷⁶ N. Souayah, A. Nasar, M. F. Suri, A. I. Qureshi, “*Guillain-Barre syndrome after vaccination in United Staes. A report from the CDC/FDA Vaccine Adverse Event Reporting System*”, *Vaccine* 2007, 25 (29): 5253-5 2007.

⁴⁷⁷ M. R. Geier, D. A. Geier, A. C. Zahalsky, “*Influenza vaccination and Guillain-Barre syndrome*”, *Clin Immunol* 2003, 107 (2):116-121.

⁴⁷⁸ C. E. C. Wells, “*A neurological note on vaccination against influenza*”, *Br Med J* 191, 3 (777):55 f.

⁴⁷⁹ W. Ehrengut, H. Allerdist, “*Über neurologische Komplikationen nach der Influenza-schutzimpfung.*”, *Münch med Wschr* 1977, 119: 705-710.

⁴⁸⁰ C. M. Poser, “*Neurol complications of swine influenza vaccination*”, *Acta Neurol Scand* 1982, 66 (4): 413-431.

⁴⁸¹ R. Bakshi, J. C. Mazziotta, “*Acute tranvesre myelitis after influenza vaccination :magnetic resonance imaging findings*”, *J Neuroimaging* 1996, 6 (4): 248-250

- copiii și astmaticii au de suferit în urma vaccinării;
- prezența unor substanțe toxice în vaccinul antigripal precum mercur (din Thiomersal) sau aldehida formică, provoacă în timp boli grave, neurologice, în special la copii și vârstnici;
- virusurile gripale din vaccin scad imunitatea și predispun spre alte boli, deseori mai grave,
- există suficiente tratamente naturiste care pot preveni gripa, printr-o imunizare eficientă, iar în caz de boală, ele pot preveni complicațiile și grăbi vindecarea. La nevoie, există și suficiente medicamente.

XII. Infecțiile cu meningococi și vaccinul meningococic

1. Infecțiile cu meningococi

Meningococii sunt bacterii care se găsesc la aproximativ 20% dintre oamenii sănătoși, la nivelul tractului respirator. De obicei sunt bacterii inofensive și nu provoacă boli grave. Sunt însă și tulpini patogene care pot provoca boli grave, precum *meningite* sau *septicemie*. La fel ca și pneumococii sau bacteriile Hib, meningococii prezintă în exterior o capsulă care este foarte greu de distrus. În afara organismului uman, bacteriile nu supraviețuiesc. De aceea, ele se transmit doar printr-un contact direct și intim cu omul bolnav, în special prin intermediul sărutului, prin saliva infectată⁴⁸².

Sunt cunoscute 12 familii de meningococ, notate cu litere, cele mai frecvente fiind grupurile A, B și C. Fiecare grup cuprinde mai multe tipuri de meningococ, care au la rândul lor fiecare propriul lor antigen. Majoritatea infecțiilor din Africa, sunt date de grupul A. În Germania predomină cele din grupul B pentru care nu există vaccin, iar grupul C este responsabil de doar 20% din infecții. În alte țări europene, precum Spania, Cehia sau Grecia, predomină tipurile de meningococ din grupul C, pentru care există mai multe tipuri de vaccin⁴⁸³.

În România: “În anul 2011, au fost raportate 95 de cazuri suspecte de boală. Din totalul de 95 cazuri suspecte s-au confirmat 76 (80%).. Boala meningococică a evoluat sub formă de cazuri sporadice... Cele mai multe cazuri (confirmate și probabile) s-au înregistrat în județul Iași (8 cazuri – 10.5%). S-au înfirmat 19 cazuri suspecte de boală meningococică.... La 32

⁴⁸² Martin Hirte, *Impfen.Pro&Contra*, MensSana 2008, 235-236.

⁴⁸³ *Ibidem*, 237.

dintre cazurile confirmate (42.1%) s-a determinat serotipul de meningococ: serotip A – 1 caz, **serotip B – 25 cazuri**, serotip C – 5 cazuri și serotip AYW135 – 1 caz. Distribuția cazurilor de boală meningococică pe grupe de vârstă, a evidențiat predominanța cazurilor la grupa de vârstă de 1-4 ani: 28 cazuri (36.8%). Distribuția cazurilor pe medii de rezidență a evidențiat că majoritatea cazurilor provin din mediul rural – 52 cazuri (72%), în timp ce în mediul urban s-au înregistrat numai 20 de cazuri (28%). Forma de boală a fost: severă în 39.5% din cazuri, medie în 59.2% și ușoară în 1.3%.... Rata mortalității specifice prin boala meningococică pe teritoriul României în anul 2011 a fost de 0, 0.059‰ loc. pe teritoriul CRSP București, 0,064‰ loc. pe teritoriul CRSP Iași și 0.086‰ loc. pe teritoriul CRSP Cluj. *Rata mortalității prin boala meningococică în România a fost de 0.061‰ loc.*⁴⁸⁴ Așa cum am văzut, *pentru tipul B, care este cel mai frecvent în România, nu există vaccin!* Pentru tipul C, *“marea majoritate a infecțiilor date de meningococii din gr C, nu sunt influențate de vaccin la copiii mici, motiv pentru care se recomandă o revaccinare la vârsta adolescentă”*⁴⁸⁵ Deci, mai importantă este recunoașterea la timp a bolii și instituirea unui tratament precoce, decât vaccinarea, care nu oferă nicio protecție față de boală (vezi vaccinul antimeningococic, pct. 2).

Tablou clinic:

Incubația, respectiv perioada de la infecție și până la apariția primelor simptome, durează în medie 4 zile, maxim 10 zile. La persoanele care vin în contact intim cu bolnavul, cu posibilitatea de a se fi infectat prin intermediul salivei, se face profilaxia cu Rifampicină (antibiotic). Nu este pericol de contaminare la cei care vin în contact cu bolnavul aflat în aceeași piscină, sau la toaletă, sau în curtea școlii (la elevi)⁴⁸⁶.

Debutul este relativ brusc, cu :

- febră mare;
- stare generală alterată;
- dureri mari de cap (cefalee intensă);
- rigiditatea cefei (semn de iritare a meningelui);
- erupție tegumentară: pete roșii care, prin presiune nu se decolorează.

Evoluția: este favorabilă la 90-93% din cazuri; la un procent de 7-10% din cazuri, evoluția este nefavorabilă, cu complicații, uneori cu deces. Cei

⁴⁸⁴ [Evoluția bolii meningococice în teritoriul ISP București, www.insp.gov.ro/cnscbt/index.php?option=com...task](http://www.insp.gov.ro/cnscbt/index.php?option=com...task)

⁴⁸⁵ M. Hirte, *op. cit.*, 241.

⁴⁸⁶ *Ibidem*, 237-238.

care supraviețuiesc, pot rămâne cu sechele grave de auz, vâz și la nivelul organelor interne⁴⁸⁷.

*Un tratament corect și precoce duce la vindecare în majoritatea cazurilor. Factorii favorizanți ai infecției meningococice sunt*⁴⁸⁸:

- infecție virală;
- tratament cu antibiotice;
- fumat;
- consum de alcool;
- anotimpurile reci (iarna și primăvara)

La acestea se adaugă vârsta (copii și vârstnici), deficitul imune, etc.

2. Vaccinul meningococic

a) Generalități

- Până în anul 1999 au existat 2 tipuri de vaccin, cu meningococi inactivați din grupurile A, C, W 135 și Y: Mencevac ACWY și Merieux. Aceste vaccinuri sunt administrate copiilor mici doar de la 18 luni, fiindcă înainte de această vârstă nu este posibil un răspuns imunologic⁴⁸⁹.

- Începând cu anul 2000, s-au sintetizat noi vaccinuri (conjugate) antimeningococice care sunt administrate sugarilor începând de la vârsta de 2 luni: Meningitec (firma Wyeth-Lederle), Menjugate (firma Chiron Behring) și NeisVac-C (firma Baxter). Aceste vaccinuri noi nu conțin Thiomersal (mercur) dar conțin aluminiu, responsabil de multiplele efecte secundare. Mecanismul de acțiune al vaccinului este asemănător celui anti-Hib: antigenul din vaccin (meningococul) este conjugat cu toxina difterică, pentru a induce formarea de anticorpi la un sistem imun încă imatur, precum cel al sugarului. Dacă vaccinarea antimeningococică începe în primul an de viață (la sugar), este nevoie de două-trei doze de vaccin (în funcție de vaccin), iar dacă se începe în al doilea an de viață, este suficientă o singură doză de vaccin⁴⁹⁰.

- Începând cu vara anului 2006, în Germania este recomandată de către STIKO vaccinarea copiilor la vârsta de 2 ani. Dacă nu este respectat acest calendar, se recomandă vaccinarea până la vârsta de 18 ani. Vaccinarea sugarilor

⁴⁸⁷ M. N. Theodorou, N. A. Vasilopoulou, E. E. Atsali, A. M. Pangalis, "Meningitis registry of hospitalized cases in children: epidemiological patterns of acute bacterial meningitis throughout a 32-year period", *BMC Infect Dis* 2007, 7: 101.

⁴⁸⁸ EB 2003: *Invasive Meningokokken-Erkrankungen im Jahr 2002*. EB 2003, 50:415-418.

⁴⁸⁹ M. Hirte, *op. cit.*, 239.

⁴⁹⁰ *Ibidem*.

(sub un an) îi protejează doar de un grup restrâns de infecții meningococice. *Grupul C arată, începând cu anul 2002, o tendință de creștere la toate grupele de vârstă*⁴⁹¹. În România vaccinul este opțional.

b) Ineficiența vaccinului antimeningococic

- În Anglia, unde predomină tipul C, cu toate că unii vorbesc de eficiența “pe termen scurt” al vaccinului, acesta este în continuare controversat (eficientă, prin definiție înseamnă un timp mai lung...). În Germania, unde predomină tipul B, nu s-a observat nicio eficiență a vaccinului⁴⁹²;

- pe termen mediu și lung, eficiența vaccinului este îndoielnică, deoarece meningococii prezintă o mare variabilitate antigenică și schimbă frecvent grupul din care fac parte⁴⁹³. Acest lucru s-a observat în Anglia deja din primul an de vaccinare⁴⁹⁴. *“Un alt aspect îl reprezintă imunitatea specifică a copiilor mici la care nivelul anticorpilor scade rapid și deja după un an de la vaccinare protecția față de infecție devine nesigură”*⁴⁹⁵. *“În cazul unei infecții meningococice, titrul mic al anticorpilor rămași, nu va putea opri boala”*⁴⁹⁶. *Marea majoritate a infecțiilor date de meningococii din gr C nu sunt influențate de vaccin la copiii mici, motiv pentru care se recomandă o revaccinare la vârsta adolescentă* (lucru încă discutabil, deoarece va necesita costuri ridicate). În SUA, la ora actuală, vaccinarea copiilor sub 10 ani nu se face decât în cazuri speciale, din următoarele motive: *“Eficiența este mult prea mică și pentru un timp prea scurt, iar costurile sunt foarte mari”*⁴⁹⁷. Aici vaccinarea se face doar la vârsta de 11-12 ani⁴⁹⁸.

⁴⁹¹ *Ibidem*, 240.

⁴⁹² *Ibidem*.

⁴⁹³ AT (Arznei-Telegramm):Neue Konjugat-Impfstoffe Prevenar und Meningitec . AT 2001, 4:38.

⁴⁹⁴ AT (Arznei-Telegramm), 2001:124.

⁴⁹⁵ M. D.,Snape, D. F. Kelly, B. Green, E. R. Moxon et al., *“Lack of serum bactericidal activity in preschool children two years after a single dose of serogroup C meningococcal polysaccharide-protein conjugate vaccine”*, *Pediatr Infect Dis J* 2005, 24:128-31.

⁴⁹⁶ V. I. Spoulou, G. Tzanaki, M. C. Theodorou, *“Conjugate vaccine-induced immunological priming is not protective against acute meningococcal C infection . Letter to the Editor”*, *Vaccine* 2007, 25 (41):7012-3.

⁴⁹⁷ MMWR, Decision not to recommend routine vaccination of all children aged 2-10 years with quadrivalent meningococcal conjugate vaccine (MCV4). MMWR 2008, 57 (17);462-465.

⁴⁹⁸ M. Hirte, *op. cit.*, 241.

c) *Reacții adverse și complicații postvaccinale*

Vaccinul antimeningococic este unul din vaccinurile cele mai greu tolerabile:

- în Australia, apar efecte secundare tot la al 3-lea vaccin⁴⁹⁹;
- francezul Marc Girard, expert în vaccinuri, atrage atenția asupra ratei foarte crescute de *reacții adverse locale* ale vaccinului⁵⁰⁰;
- 42% dintre copiii vaccinați au avut reacții locale, iar 2% au fost excluși din studiu datorită unor reacții locale sau generale foarte severe⁵⁰¹;
- tot al 2-lea sugar (0-1 an) și tot la 5-lea copil mic (1-3 ani), devine *foarte agitat* după vaccin;
- la unul din 20 de copii vaccinați apare o *cefalee intensă*⁵⁰²;
- sunt frecvente simptomele: febră, tulburări de somn, scăderea poftei de mâncare, vărsături și diaree; simptome mai rare: convulsii, colaps, dureri articulare, sângerări tegumentare sau reacții alergice, inclusiv șocul anafilactic; au fost descrise *sindroame alergice grave* (angioedem, Sindromul Stevens-Johnson, purpura Hennoch-Schönlein), *convulsii epileptice* și *encefalite*^{503, 504, 505}.
- în Marea Britanie, după introducerea vaccinului, a izbucnit un scandal legat de complicațiile postvaccinale, aproape toate ziarele britanice scriind despre efectele secundare foarte frecvente ale vaccinului antimeningococic: ziarul *Daily Express* scria în 12.06.2001 despre alarma provocată de vaccinul antimeningococic la copii ("*Children in Meningitis Jabs Aert*"), având în vedere că mii de copii vaccinați suferă de reacții locale severe iar *12 au murit de complicații grave*⁵⁰⁶; cu toate acestea, Ministerul Sănătății din Marea Britanie consideră că vaccinul este "foarte sigur" și că doar la unul din 100.000 de copii vaccinați poate apărea o *complicație severă*, făcând apel doar la măsuri de precauție privind asocierea cu alt vaccin, aceasta fiind contraindicată

⁴⁹⁹ G. Lawrence, I. Boyd, P. McIntyre, D. Isaacs, "*Surveillance of adverse events following immunization: Australia 2002 to 2003*", *Commun Dis Intell* 2004, 28 (3): 324-338

⁵⁰⁰ M. Girard, "Reliability of drug safety data", *BMJ.com* 4.10.2006.

<http://bmj.bmjournals.com/cgi/eletters/333/7568/571>

⁵⁰¹ L. Diggle, J. J. Deeks, A. J. Pollard, "Effect of needle size on immunogenicity and reactogenicity of vaccines in infants: randomized controlled trial", *BMJ* 2006, 333:571.

⁵⁰² DH (Department of Health of the United Kingdom): Meningitis C vaccine. 2000. www.doh.gov.uk/meningitis-vaccine/keypharm.htm

⁵⁰³ M. O. Py, D. Andre, "*Acute disseminated encephalomyelitis and meningococcal A and C vaccine: case report*", *Arq Neuropsiquiatr* 1997, 55 (3B):632-5

⁵⁰⁴ AT 2001, 124

⁵⁰⁵ E. M. Lambert, A. Liebling, E. Glusac, R. J. Antaya, "*Henoch-Schönlein purpura following a meningococcal vaccine*", *Pediatrics* 2-3, 112 (6 Pt 1): e491.

⁵⁰⁶ M. Hirte, *op. cit.*, 242.

(ulterior s-a aflat că expertul în vaccinuri al Ministerului Sănătății era în relații foarte bune și avantajoase cu cel puțin una dintre companiile producătoare de vaccin antimeningococic)⁵⁰⁷;

- *sindromul nefrotic (boală renală gravă)* este o altă complicație a vaccinului⁵⁰⁸, dar survine rar;

- în SUA au fost descrise numeroase cazuri de *Sindrom Guillain-Barre* după vaccinarea tinerilor cu *Menactra* (un vaccin îndreptat împotriva mai multor tipuri de meningococ)⁵⁰⁹.

Caz clinic: cazul fetei Cynthia, cu “*Menigoencefalită postvaccinală*”, cu sechele grave, este tratat în următorul subcapitol (XIII).

XIII. “Meningoencefalita de vară” și vaccinul FSME

Denumirea FSME provine din limba germană: *Frühsummer-Meningoencephalitis* (trad.: “meningoencefalită de vară”).

Nu trebuie confundată infecția virală FSME cu Borelioza (sau Boala Lyme), care este o infecție bacteriană, transmisă tot de căpușă⁵¹⁰.

1. Boala FSME:

- este o *infecție virală*, determinată de virusul FSME, transmisă la om prin înțepătura de căpușă;

- prin înțepătura căpușei, virusul trece din saliva acesteia în leziunea tegumentară (nu se simte înțepătura, fiindcă saliva căpușei conține un anestezic);

- *căpușele care transmit această infecție virală se găsesc doar în anumite zone geografice, fără a migra vreodată de aici:* Rusia, Țările Baltice, sud-estul Suediei, Ungaria, Slovacia, Cehia, Austria și unele zone din Elveția; în Germania există un posibil risc în Baden-Württemberg și Bavaria; La o altitudine mai mare de 1000 m, căpușa nu supraviețuiește⁵¹¹;

⁵⁰⁷ M. Bright, T. McVeight, “*Fresh controversy surrounding Britain’s Meningitis C vaccination programme*”, *Observer* 3.9.2000

⁵⁰⁸ A.S. Abeyagunawardena, D. Goldblatt, N. Andrews, R. S. Trompeter, “*Risk of relapse after meningococcal C conjugate vaccine in nephritic syndrome*”, *Lancet* 2003, 362 (9382):449 f.

⁵⁰⁹ MMWR:Direct and indirect effects of routine vaccination of children with 7-valent pneumococcal conjugate vaccine on incidence of invasive pneumococcal disease- United States, 1998-2003. MMWR Weekly, 16. September 2005/54 (36):893-897

⁵¹⁰ M. Hirte, *op. cit.*, 336.

⁵¹¹ *Ibidem.*

- în medie, una din 300-500 dintre căpușe este purtătoare de virus, dar numai în anumite zone geografice (amintite anterior)⁵¹²;
- incubanța bolii: 7-14 zile, rar 28 zile;
- majoritatea infecțiilor sunt subclinice, fără simptome, *dar cu prezența anticorpilor pe tot parcursul vieții*;
- la 10-30% dintre cazuri, apar simptomele unei “viroze de vară”, cu febră, dureri articulare, cefalee, cu evoluție favorabilă⁵¹³;
- “*Oamenii nevaccinați nu trebuie să se teamă de posibile complicații ale FSME, deoarece boala se manifestă ca și o viroză. Vaccinul este mult mai greu suportabil decât o eventuală complicație a bolii. Complicații neurologice la copii practic nu există*”⁵¹⁴;
- la 5% din cazuri, evoluția este spre o meningoencefalită, cu simptomatologia cunoscută: somnolență până la pierderea cunoștinței, convulsii sau paralizii; la 1-2% din aceste cazuri, este posibil decesul, iar la un procent de 3- 11%, rămân sechele: tulburări de atenție și concentrare, oboseală și cefalee cronică; rar pacienții rămân cu paralizii^{515, 516}; riscul de a face complicații grave crește o dată cu vârsta (peste 50 ani)⁵¹⁷;
- *nu există un tratament specific pentru FSME; cu toate acestea, se vindecă deseori și cazurile grave*⁵¹⁸.

Ex.: la 371 de copii din Slovacia, cu FSME, confirmat serologic, cu vârsta de 0-15 ani, nu s-a relatat niciun caz cu sechele⁵¹⁹. În Germania a fost relatat un singur caz în care un copil de 12 ani cu FSME a rămas cu sechele⁵²⁰.

2. Vaccinul FSME

- Conține virusul FSME “omorât”, cultivat pe celule primare de pui embrionat și având ca adjuvant, *hidroxidul de aluminiu*; conține și *aldehidă formică* și urme de *antibiotice* (Gentamicină, Neomicină).

⁵¹² Friedrich, P. Graf., *Nicht impfen-was dann?*, sprangrade verlag, 2.Auflage, 2010, 178.

⁵¹³ *Ibidem*.

⁵¹⁴ *Ibidem*.

⁵¹⁵ U. Quast et al., *Impfreaktionen.Hippokrates* (2.Auflage), Stuttgart 1997.

⁵¹⁶ EB 1999: Ratg Infektionskrankheiten-Frühsommer-Meningoenzephalitis.

⁵¹⁷ W. Bössenecker, “Durch Zecken übertragene Krankheiten : FSME und Lyme-Borreliose”, *Bayr Ärzteblatt* 2007, 4:182-186.

⁵¹⁸ AT (Arznei-Telegramm): Prophylaxversagen und deletäre Verläufe nach FSME-Immunglobulin. AT 1996, 6:62.

⁵¹⁹ G. Lesnicar, M. Poljak, K. Seme, J. Lesnicar, “*Pediatric tick-borne encephalitis in 371 cases from an endemic region in Slovenia, 1959 to 2000*”, *Pediatr Infect Dis J* 2003, 22 (7):612-7.

⁵²⁰ AT (Arznei-Telegramm) 2001.

- Denumirea comercială: 1) ENCEPUR – copii și ENCEPUR – adulți, Firma Chiron-Behring; 2) FSME Immun Junior și FSME pentru adulți, Firma Baxter.

- Administrare: 3 vaccinuri în decurs de 12 luni, cu protecție de 3-5 ani, după care trebuie revaccinați (rapeluri)⁵²¹.

3. Reacții adverse și complicații postvaccinale:

- Vaccinurile FSME au fost retrase de pe piață de mai multe ori datorită faptului că *sunt foarte greu suportabile*. Ultimul vaccin retras în Germania a fost *TicoVac*, în martie 2001; Institutul Paul-Ehrlich din Germania și EMEA au reacționat cu mare întârziere la numeroasele reclamații făcute de părinții copiilor vaccinați⁵²².

- *Reacții locale și generale*: dureri și inflamație locală, cefalee, amețeli, tulburări de vedere, tulburări de somn, grețuri, vărsături, diaree, dureri articulare și musculare.

- *Reacții alergice*: hidroxidul de aluminiu și antibioticele pot provoca urticarie, astm bronșic și șoc alergic. Proteinele de pui embrionat pot provoca de asemenea reacții alergice. Cele mai multe cazuri au fost la copiii vaccinați cu ENCEPUR K, care a fost retras apoi de pe piață. S-au relatat însă și cazuri după vaccinul ENCEPUR Junior⁵²³.

- *Boli autoimune*: vasculite, artrite, boli reumatice sistemice, lupus eritematos, edeme, diabet zaharat, miocardite, boli oftalmologice etc.⁵²⁴, în patogeniza cărora un rol important îl are **alumiul**.

- *Boli neurologice* (sunt frecvente!): tulburări de vedere, tulburări senzitive, tulburări de mers, Sindromul Guillain-Barre, convulsii, encefalite, psihoze, scleroză multiplă⁵²⁵.

- *Decese*: au fost relatate 7 cazuri la Institutul Paul-Ehrlich din Germania, în perioada 2001-2008: 5 cazuri după vaccinul FSME Immun și 2 cazuri după vaccinul ENCEPUR, în urma unor complicații postvaccinale grave: *encefalite, Sindrom Guillain-Barre, miocardite și boli de sânge*⁵²⁶.

⁵²¹ C. Wittermann, U. Nicolay, A. K. Hilbert et al., "Pediatric tick-borne encephalitis (TBE) vaccines:schedules to optimize protection", *Int J Med Microbiol* 2008, 298 (suppl 1):301-4.

⁵²² AT (Arznei-Telegramm): 14 Monate Tico-Vac-eine Chronik, AT 2001, 4:41-43.

⁵²³ M. Hirte, *op. cit.*, 346.

⁵²⁴ *Ibidem*.

⁵²⁵ *Ibidem*, 347

⁵²⁶ *Ibidem*, 348

Caz clinic: Cazul fetei Cynthia cu Meningoencefalită postvaccinală⁵²⁷ a fost larg mediatizat în Germania și poate fi urmărit pe “youtube”, la adresa de la subsolul paginii. În anul 2003, familia a făcut 2 înregistrări video cu fetița: în 2 septembrie și în 24 decembrie, când Cynthia încă era o fetiță sănătoasă și veselă. *A fost vaccinată apoi cu cele două vaccinuri : 1. Meningococic*, descris anterior, și **2. FSME**. La câteva luni după cele 2 vaccinuri, o vedem pe fetiță grav bolnavă, suferind de sechele severe postvaccinale, cu diagnosticul: “**Meningoencefalită cu sechele severe**”.

XIV. Borelioza sau boala Lyme

Deși borelioza nu intră în categoria “bolilor copilăriei”, am ales s-o descriu în acest capitol, fiind de un real interes pentru toți, și o infecție foarte răspândită la ora actuală, dar prea puțin cunoscută.

1. Generalități⁵²⁸

- Boala Lyme este răspândită în întreaga Europă;
- doar una din 750-1000 de înțepături de căpușă poate provoca infecția, vizibilă pe tegument sub forma unui eritem: *Erytema chronicum migrans*; fără tratament, poate duce uneori, la artrite, miocardite și boli neurologice; borelioza se tratează uneori cu antibiotic (Penicilină G), dar, în majoritatea cazurilor, se vindecă spontan, fără tratament;_

- riscul unor eventuale complicații este mult exagerat de către experți; în SUA, în 1998, s-a pus pe piață un vaccin care a fost recomandat oamenilor din zone cu risc crescut; după doar 4 ani, în 2002, *vaccinul a fost retras de pe piață, după ce au fost reclamate cel puțin 170 de cazuri cu complicații reumatice postvaccinale*; posibilitatea ca un cetățean american să facă boala Lyme este de 0,005 procente, adică 5 cazuri din 100.000.

2. Concepții noi, actuale, despre Borelioză

a) *Ce nu se spune despre boala Lyme...*⁵²⁹

Medicina începe, încetul cu încetul să recunoască că, *bolile cronice* nu sunt boli idiopatice sau doar psihosomatice, ci *sunt provocate de o continuă*

⁵²⁷ <http://www.youtube.com/watch?v=L1f8XTTsrpU>

⁵²⁸ ÄZ (Ärztezeitung): Die einzige Borreliose-Vakzine ist in den USA gescheitert-awren unerwünschte Wirkungen die Ursache? Ärzte –Zeitung Online. 24.5.2002, 33:27.

⁵²⁹ Dr. med. Dietrich Klinghardt. Bellevue, Washington, März 2005, “Die Lyme-Borreliose: Ein Blick jenseits der Behandlung mit Antibiotica.” (trad. “O privire dincolo de

*creștere a toxinelor din organism și a prezenței unor infecții cronice... S-au schimbat în ultimul timp denumirile acestor infecții cronice despre care se credea până de curând (conform literaturii de specialitate) că unele din aceste infecții provoacă bolile cronice autoimune... S-au detectat până la ora actuală peste 12 tipuri de microbi la nivelul articulațiilor afectate de poliartrita reumatoidă (PR). La debutul poliartritei reumatoide, găsim mereu un sistem imun hiperreactiv, care reacționează față de acești microbi. Lista agenților microbieni, răspunzători pentru o serie de boli cronice, cuprinde: *Mycoplasmele*, *virus herpetic tip 6 (HHV 6)*, *Trichomonas*, *Chlamydia pneumonia*, *Toxoplasmoze*, *Rickettsi*, *Leptospiroze*, *forme mutante ale Streptococului*, *bacilul tuberculos*, *Shigelle*, *lamblii ș.a...**

Un nou agent microbial, răspunzător pentru diverse boli cronice, este **Borrelia burgdorferi (BB)**, care, în prezența unor infecții oportuniste (*Candida*), dar și a unor infecții gripale repetate, zona zoster ș.a., se înmulțesc și se extind în întregul organism. Deseori, infecțiile secundare sunt recunoscute și tratate, dar prezența boreliozei este trecută cu vederea. Microbiologul Gitte Jensen a putut dovedi faptul că, odată ce înaintăm în vârstă, ADN-ul nostru conține tot mai multe fragmente ce provin de la aceste bacterii și virusuri, astfel încât, la moarte (la o varsta mai înaintată), ADN-ul nostru este aproape dublu de lung, decât a fost la naștere...

Deoarece *tratamentul boreliozei este unul nespecific*, nu putem spune sigur că, atunci când cineva s-a vindecat după un tratament cu antibiotice, boala respectivă a fost borelioză. Microbii nu există într-o formă fixă, ci se transformă mereu, sub influența mediului înconjurător. Același fenomen se întâmplă și în cazul *Borreliei*, fiind numit *polimorfism*. Sunt cunoscute la ora actuală *peste 300 de tipuri de Borreliei*, dar nu toate sunt patogene pentru om. Cele mai frecvente tipuri de *Borreliei*, care sunt cauza unor boli cronice la om și sunt recunoscute de literatura de specialitate, sunt:

- *Borrelia burgdorferi*;
- *Borrelia garinii*;
- *Borrelia afzelli*.

Date despre *B. garinii*, există deja din anul 1966. Cartea *Lab 257*, apărută în 2003 în America, arată că *B. burgdorferi* este un microb crescut în laborator în 1945. Microbiologul german Taub a condus un laborator biologic în

tratamentul cu antibiotic a bolii Lyme”). (În America Dr.Klinghardt a primit premiul “The Physicians Excellence Award for the Treatment of Lyme-Induced Autism”. Deja din anul 2007, Dietrich Klinghardt a fost ales de către Organizația cunoscută în toată lumea “Global Foundation of Integrative Medicine2” drept “Integrative Physician of the Year”)

timpul celui de-al doilea război mondial, făcând experimente cu *Borrelia*... După război, acest microbiolog a fost chemat în SUA pentru a crea și aici un astfel de laborator biologic, și anume la Plum Island, o mică peninsulă, nu departe de New York. Aici se făceau experimente cu mai mulți microbi, inclusiv *Borrelia*. După acest nou succes, Taub s-a întors în Germania, unde a fost angajat la Universitatea de la Tübingen... Localitatea Lyme, Connecticut/SUA, unde în 1975 a avut loc prima epidemie de borelioză, se află la doar 9 mile depărtare de Plum Island.

Găsim la ora actuală borrelii în mai multe afecțiuni cronice: sarcoidoză, scleroză multiplă (SM), boala Parkinson, scleroză amiotrofică laterală (ALS), autism, artrita reumatoidă, fibromialgie, diverse carcinoame etc.

Legat de *polimorfismul Borrelii*, Dr. Klinghardt relatează despre practica sa medicală din Germania, din 1976, efectuată la Universitatea din Freiburg, cu Prof. Dr. Faust: *"Acest profesor, în funcție de simptomele neurologice ale pacientului, putea să spună cu exactitate din ce localitate sau regiune din Schwarzwald (Pădurea Neagră) era pacientul, fără ca să-l mai întrebe. Borreliile din Schwarzwald au o mare posibilitate de a produce mutații și de a se adapta la condițiile noi de mediu, producând, în funcție de schimbările lor structurale, anumite simptome, specific bolii dintr-o zonă sau alta"*.

Am sintetizat *concluziile* la care ajunge Dr. Klinghardt, după 30 de ani de practică medicală:

- *Borrelia* există în organism sub 3 forme:
 1. spirochete mature;
 2. forme lipsite de membrana celulară;
 3. forme chistice.
- *Borreliile* trăiesc în mod obișnuit în celule, pe care le infectează. Unele forme pot trăi și în afara ei.
- ***Borrelia* infectează limfocitele B și alte componente ale sistemului imun**, responsabile de formarea de anticorpi; testele folosite pentru identificarea *Borrelii*, respectiv, ELISA și Western-Blot, nu vor putea detecta anticorpii pentru a pune un diagnostic pozitiv, deoarece **un organism infectat (cu limfocitele infectate) nu mai produce anticorpi pentru *Borrelii* (!)**.
- *Dovada unei mușcături de căpușă nu mai este un criteriu pentru diagnosticul de Borrelia*. Se știe încă din anul 1986 că în ținuturile endemice din SUA, un procent de 22% dintre muște sunt infectate cu *Borrelii* și cunoscutele *co-infecții* (Mycoplasme, Rickettsii etc.). Un studiu din Cehoslovacia, arăta că în Europa, 12% dintre muștele sunt infectate

cu *Borrelia*. De asemenea, se știe că multe alte insecte, precum păianjeni, purici, păduchi etc., sunt infectate cu *Borrelia*. Statistic vorbind, un cetățean american este infectat 100% cu *Borrelia* dacă va fi înțepat de 5 ori de o muscă.

- Diagnosticul diferențial se face cu alte boli provocate de neurotoxine, fiind cunoscute 4 categorii de boli cu același tip de simptome: intoxicații cu metale grele (mercur, aluminiu, cadmiu, plumb), când se face o dezintoxicare și se dozează tipul și cantitatea de metale grele din eritrocite și eliminate prin păr, etc. (vezi cap. 3); infecții bacteriene cronice cunoscute (co-infecțiile boreliozei, infecții oportuniste); infecții micotice: *Aspergillus*, spori de mucegai; boli provocate de substanțe chimice și toxice din locuințe (podele, mobilă etc.).

Același pacient care suferă de borelioză, are în același timp o intoxicație cronică cu metale grele, dar și o sensibilitate crescută la chimicale.

Cele trei componente ale boreliozei sunt:

1. Prezența agentului microbial *Borrelia*, a co-infecțiilor și a infecțiilor oportuniste.
2. Endotoxinele produse de microbi. Majoritatea sunt neurotoxine.
3. Modificarea sistemului imun (anergie, alergie și reacție autoimună):

- **Anergie** (scăderea imunității)

Unul din mecanismele cele mai cunoscute ale microbilor, pentru a învinge sistemul imun este acela de produce o hipercoagulare. În felul acesta rezultă prea multă fibrină, care va “înveli” microbii din sânge, iar aceștia nu vor mai putea fi recunoscuți de către sistemul imun. Testul de laborator obținut va fi cel de “*monomeri solubili de fibrină*”.

- **Alergie** (exagerarea reacției imune)

Alergia este o reacție imună exagerată, datorită unui dezechilibru dintre limfocitele Th (Thelper, care stimulează sistemul imun) și Ts (Tsupresoare, care-l suprimă). Dacă există mai multe limfocite Th decât Ts, reacția imună este una exagerată. Dacă există mai multe limfocite Ts decât Th, are loc o diminuare a reacției imune. La pacienții cu borelioză, putem observa oricare din cele două situații... majoritatea (80%), având o reacție imună exagerată, deci o alergie.

- **Reacția autoimună**

Toxinele și microbii acționează asemenea unor “haptene” (când se atașează de celulele proprii organismului, iar sistemul imun

nu le mai recunoaște, le atacă și le distruge). *Metalele grele* sau *toxinele bacteriene* se pot atașa și ele de membranele celulare; în felul acesta, vor deveni alergene, iar sistemul imun le va ataca. Acest fenomen stă la baza **mecanismului principal al bolilor autoimune**. În aceste cazuri, tratamentul cel mai indicat este dezintoxicarea de metale grele (descrisă în cap. 3)

Doar de câțiva ani, medicii din Europa au recurs la noile tratamente alternative ale boreliozei, folosindu-se de cărțile americane și “*Homepage-ul lui Joe Burrecano MD*”, pe care le copiază. Novicele se recunoaște ușor, spune Dr. Klinghardt, văzând că *tratează Borelioza cu antibiotice, care acționează doar pentru un timp scurt și deseori fără efect asupra evoluției cronice a bolii Lyme*. Se știe că este nevoie de un tratament îndelungat cu antibiotice, de minim 18 luni, pentru a se ajunge la vindecare. Se constată însă reacții adverse grave după un asemenea tratament agresiv: *insuficiență renală, Tinnitus, dereglări ale imunității* etc. Dacă este să calculăm că în Pădurea Neagră, 22% dintre muște sunt infectate cu *Borrelia*, va dura doar câteva săptămâni până se reinfectează pacientul, tocmai vindecat. Atunci tratamentul cu antibiotice, timp de un an și jumătate, nu-și are rostul... Este indicat un alt fel de tratament, mult mai eficace și fără efecte secundare.

Pacienții cu borelioză au un deficit în minerale și electroliți, precum magneziu, cupru, mangan și litiu. Iodul este și el deseori scăzut. Toate aceste minerale trebui administrate pacientului, dar există la acest capitol mari lacune. Macrofagele necesită cupru, mangan și fier pentru a distruge microbii fagocitați (“înghițiți”). Aceste metale sunt oxidate în timpul procesului de fagocitoză iar când canalele de dezintoxicare sunt depășite, metalele oxidate vor fi depozitate în organism și le depistăm în păr și în țesuturi. Din păcate, când analizele arată prezența cuprului în păr, se interpretează în mod greșit ca fiind o intoxicație cu cupru. Or, acest pacient are nevoie de cupru, dar trebuie ajutat la detoxifiere, prin folosirea antioxidanților. Litiul este un alt metal care trebuie administrat în vederea stabilizării sistemului nervos central și a dispariției, în decurs de câteva zile, a simptomelor neurologice la pacienții cu boala Lyme. Adușul de magneziu este de asemenea necesar. Un deficit de cobalt este deseori remarcat la acești pacienți. Iodul este poate cel mai important element care trebuie suplinit în Borelioză.

Mulți pacienți cu borelioză dezvoltă o afecțiune numită Sarcoidoză sau Morbus Boeck. Din păcate, în Germania încă nu se știa în 2005 că **Morbus Boeck este o afecțiune specific boreliozei**. Ganglionii limfatici infectați cu *Borrelia*, produc cantități anormale de vitamina D. Acești pacienți dezvoltă

forme grave de osteoporoză, mai ales la nivelul coloanei vertebrale, având în același timp simptome tipice de Borelioza. Medicii stomatologi cunosc aceste afecțiuni, deoarece ei observă o calcifiere internă a dinților, cu depunere de calciu în canale, vizibil radiologic. Tratamentul este unul specific, în urma căruia mulți se vindecă și află doar atunci că, de fapt, ei sufereau de borelioza.

Dr. Klinghardt recunoaște că, după 15 ani de experiență în diagnosticarea și tratarea boreliozei, afecțiunea rămâne încă un mister pentru el. Cu toate că a pus bazele a trei mari și importante metode terapeutice moderne – dezintoxicarea de metale grele (tratată în cap.3), psiho-kinesiologia și terapia cu substanțe ortomoleculare –, pentru Dr. Klinghardt diagnosticarea și tratarea boreliozei rămâne în continuare cea mai importantă problemă de rezolvat.

La întrebarea “De ce cazurile de Borelioza iau o asemenea amploare?” nu s-a aflat încă niciun răspuns. Dr. Klinghardt crede că “insectele sunt vectorii boreliozei, motiv pentru care ea se răspândește mult mai ușor în țările cu climă caldă. Prin creșterea temperaturii globale, se înmulțesc și vectorii care transmit boala. Este un alt motiv de îngrijorare, căci ne putem aștepta la epidemii noi, necunoscute până acum”. Având în vedere că trăim de 150 de ani încoace într-o atmosferă tot mai poluată și mai săracă în oxigen, este mult stimulată dezvoltarea mecanismelor anaerobe, ale organismelor primitive, în detrimentul organismelor aerobe, mai evoluate. Antibioticele au fost un eșec în tratamentul unei boli cronice, cum este boala Lyme sau borelioza. Antibioticele nu ne vor ajuta în lupta cu epidemiile care ne așteaptă, mai spune Dr. Klinghardt⁵³⁰.

Borelioza și intoxicația cu mercur reprezintă doar două cauze ale unor astfel de “epidemii”, la care Medicina de azi nu mai face față!

b) Alte noutăți despre boala Lyme⁵³¹

- În ultimii ani, borelioza a devenit o boală “a civilizației”, care este răspândită nu doar prin intermediul căpușelor, ci și al unor insecte; căpușele s-au înmulțit foarte mult din cauza schimbărilor climatice din întreaga lume⁵³².

- Borelioza nu este diagnosticată de cele mai multe ori, fiind o boală cu o simptomatologie foarte complexă și prea puțin cunoscută. Pe de altă parte, un test de laborator care să evidențieze cu o precizie de 100% borelioza

⁵³⁰ *Ibidem.*

⁵³¹ Dr. med. Eva Dimmendaal, *Borreliose. Das Selbsthilfe-Programm*, Gräfe und unser Verlag GmbH, München, 2.Auflage, 2011.

⁵³² *Ibidem*, 5.

nu există. Orice test poate fi, atât fals pozitiv, cât și fals negativ. Rezultatul poate fi fals pozitiv în afecțiuni precum infecții cu Citomegalovirus, virus Epstein-Barr, infecții date de diverse spirochete și în bolile autoimune. Rezultate fals negative se obțin uneori în urma reacțiilor serologice care au fost efectuate prea devreme pentru depistarea anticorpilor. La toate acestea se adaugă marea variabilitate a Borreliilor. Ele pot rămâne timp îndelungat în celulele sau țesuturile slab oxigenate ale organismului, sub forma unor chiste sau sferoblaști, nefiind recunoscute de către sistemul imun. De asemenea, Borreliile, în funcție de temperatura și mediul în care trăiesc (în organism), își pot modifica mereu antigenele de la suprafață, în așa fel încât să nu fie recunoscute de către anticorpii existenți⁵³³.

- *Stadiul I de boală (faza precoce)*: între zilele 2 și 28 de la infecție, în aproximativ 50% din cazuri, se poate forma unui eritem local, de formă inelară și culoare roșie, mai decolorată în centru, așa-zisa *Erythema migrans*. Se poate extinde și cuprinde părți întregi ale corpului, iar apoi se retrage și în lipsa oricărui tratament, după câteva zile, uneori chiar luni. Nu este dureroasă, dar uneori este însoțită de prurit sau usturime. Dispariția erupției nu are nicio legătură cu evoluția bolii. Singurul simptom care arată o trecere din stadiul I al bolii în stadiul doi este “limfocitumul”, care este o colecție lichidă, subcutană, moale, de culoare roșie-albăstruie, și este localizat de obicei la nivelul urechii, dar se poate forma și la sâni sau la testicule⁵³⁴.

- *Stadiul II de boală*: dacă infecția nu este remarcată din timp, Borreliile se răspândesc în întregul organism, prin intermediul vaselor sanguine și limfatice, și se depun în articulații, mușchi și ligamente, dar și în organele interne, țesut nervos și creier. **Din acest moment, Borreliile sunt în măsură să blocheze sistemul imun.** Pacientul va prezenta simptome tipice, neurologice și vegetative: Sindromul Bannwarth, caracterizat prin infecția nervilor periferici și a rădăcinilor nervilor cranieni. Simptomele sunt în funcție de nervul afectat: *infecția nervului facial poate provoca pareze sau paralizii faciale; infecția nervului oculomotor va afecta vederea etc. Tipice sunt și afecțiunile articulațiilor și ale musculaturii: paretezii, dureri, senzație de amorțeală sau arsură, cu caracter migrator etc. Tulburările vegetative constau în variații ale tensiunii arteriale, ale pulsului, senzația de cald, alternând cu senzația de frig etc. Toate aceste simptome pot dispărea fără niciun tratament*⁵³⁵.

⁵³³ *Ibidem*, 28.

⁵³⁴ *Ibidem*, 32-34.

⁵³⁵ *Ibidem*, 34-35.

- *Stadiul III sau stadiul tardiv*: dacă borelioza evoluează, după luni sau chiar ani de zile, se poate croniciza, când vorbim de *stadiul tardiv*. Din acest moment, ca orice boală cronică, ea va avea perioade de acutizare și de remisie. Perioadele de remisie (asimptomatice) pot dura ani de zile. Alteori, borelioza se poate agrava și poate evolua spre o boală sistemică, afectând întregul organism, având totodată o serie de co-infecții. Ce sunt aceste co-infecții? *Boreliile, o dată ce sug sângele de la un individ, preiau și o serie de bacterii, virusuri, fungi etc., pe care apoi le "transferă" celorlalți indivizi pe care-i "mușcă"*. Co-infecțiile pot fi: cu Chlamydia (Chlamydia pneumonie, Chlamydia trachomatis), care pot provoca infecții grave ale organismului; cu virusul FSME (descriș anterior); cu Coxiella burnetti (care provoacă febra Q); cu Rickettsii; cu Yersinia enterocolitica; cu Babesii; cu Mycoplasme (pneumonie și genitalium) etc.⁵³⁶.

S-a constatat ca Borreliile sunt periculoase nu doar fiindcă eliberează radicali liberi, ci mai ales fiindcă pot produce neurotoxine care eliberează citokine. Acestea la rândul lor vor provoca acidoză și boli autoimune: tiroidita Hashimoto ș.a. Este motivul pentru care, Dr. Eva Dimmendaal recurge la o terapie integrativă, adică a întregului organism, nu doar a simptomelor: detoxifierea organismului, eliminarea radicalilor liberi, scăderea acidozei, etc. Medicina clasică nu poate doza neurotoxinele și nici nu are metode terapeutice adecvate pentru eliminarea acestora. Tratamentul cu antibiotice este o terapie unilaterală, îndreptată doar împotriva bacteriilor, dar nu și a neurotoxinelor, care nu sunt eliminate. La ora actuală încă nici nu este dovedită eficiența terapiei antibacteriene cu antibiotice, indiferent cât de repede a fost începută terapia după înțepătura de căpușe. S-a constatat că majoritatea pacienților, deși au fost tratați cu antibiotice, au ajuns în faza cronică a boreliozei și la co-infecții⁵³⁷. La acest rezultat a ajuns, după cum am văzut, și Dr. Klinghardt.

XV. Infecțiile intestinale cu rotavirus. Vaccinul împotriva rotavirusului

1. Infecțiile cu rotavirus. Generalități

- Este un virus care provoacă infecții intestinale, iar *riscul crește o dată cu înmulțirea tratamentelor cu antibiotice*. Din nefericire, este situația țărilor dezvoltate, iar România nu face excepție. Se constată și la noi o intensificare

⁵³⁶ *Ibidem*, 36-39.

⁵³⁷ *Ibidem*, 43-45.

fără precedent a tratamentelor cu antibiotice. Este cunoscut faptul că *antibioticele modifică flora microbială normală, fiziologică, din intestin, stimulând infecțiile cu virusuri, inclusiv cu rotavirus*.

- “Pentru sugari, protecția cea mai bună în fața acestor enteroviroze, inclusiv cu rotavirus, este alăptarea și nevaccinarea: *laptele matern* oferă imunitate pentru infecțiile cu virusuri, în primii doi ani de viață; *un sugar nevaccinat* va suferi mai rar de infecții, va avea rar nevoie de antibiotice și *nu va avea probleme din cauza rotavirusului*... Alimentația artificială a sugarului, cu lapte praf, crește riscul infecțiilor cu virusuri, copilul fiind mai predispus deshidratărilor, carențelor de săruri etc.”⁵³⁸.

- *Eliminarea riscului de infecții cu rotavirus* nu trebuie să se facă prin intensificarea vaccinărilor, ci printr-o stimulare și conștientizare a mamelor de a-și alăpta sugarii⁵³⁹.

2. Vaccinul împotriva infecțiilor cu rotavirus

- Primul vaccin, sintetizat în 1998, și folosit în țările africane și în America de Sud, a provocat numeroase complicații postvaccinale grave, în special “invaginație intestinală”; este motivul (alături de eficiența lui îndoielnică), pentru care, în 1999, s-a sistat producerea lui⁵⁴⁰; în 1998, când s-a efectuat un control celor de la FDA, s-a constatat că, 3 dintre membri, care au dat “undă verde” pentru producerea *vaccinului Rotateq*, erau finanțați de toate firmele care produceau acest vaccin împotriva rotavirusului. *Vaccinul pentru rotavirus Rotateq de la Merck* a adus un profit financiar de 29 milioane de dolari, lui Paul A. Offit, directorul Spitalului de Pediatrie din Philadelphia, atunci când acesta a vândut licența pe care o avea împreună cu Merck pentru sinteza vaccinului Rotateq⁵⁴¹.

- *Începând cu anul 2006, au apărut pe piață alte 2 tipuri de vaccin, care conțin virus viu, atenuat și modificat genetic*. Din nou, CDC a aprobat vaccinul și l-a recomandat ca fiind eficient. Unul dintre membrii CDC este beneficiar la una din firmele producătoare de vaccinuri⁵⁴².

- În România vaccinul este opțional.

⁵³⁸ Friedrich P. Graf, *Die Impfentscheidung*, sprangsrade verlag 2007, Germany, 117.

⁵³⁹ *Ibidem*.

⁵⁴⁰ *Ibidem*.

⁵⁴¹ *Ibidem*, 286.

⁵⁴² *Ibidem*..

XVI. Infecția cu papilomavirusul uman (HPV). Cancerul de col uterin. Vaccinurile Gardasil și Cervirax

1. Infecția cu papilomavirusul uman (HPV)

Papilomavirusul uman (HPV)

- este un virus ADN dublu catenar, descoperit în 1954;
- sunt peste 100 tipuri de papilomavirus identificate până la ora actuală, fără ca lista să fie epuizată;
- sunt cunoscute 30-40 de tipuri cu afectare ano-genitală, dintre care aprox. 15-20 tipuri sunt *oncogenice* (pot provoca cancer), HPV 16 și 18 fiind cele mai implicate, iar restul sunt tipuri *non-oncogenice*, tipurile HPV 6 și 11 fiind cel mai frecvent asociate cu condiloamele genitale externe (tumori necanceroase)⁵⁴³.

Infecția cu HPV

Infecția cu HPV este, în principal, o boală cu transmitere sexuală (BTS), dar există și *factori favorizanți* care scad imunitatea organismului și predispun la această infecție: diabetul zaharat, sarcina, afecțiuni ale sângelui, tratament cu cortizon, lipsa igienei etc.⁵⁴⁴.

Infecția este foarte frecventă, fiind considerată o “maladie a viitorului”; în SUA, frecvența infecției cu HPV a crescut în ultimii 15 ani cu 500%⁵⁴⁵.

*În România*⁵⁴⁶:

- infecția apare mai frecvent la femei care au și alte boli cu transmitere sexuală: *gonoree, candidoză, trichomoniază*;
- frecvența bolii este de 6% din totalul bolilor cu transmitere sexuală;
- în 2003, în România, au fost înregistrate 3.268 de noi cazuri de cancer de col uterin;
- din 79 de cazuri internate în Cluj, transmiterea sexuală a fost constatată la 42% din cazuri.

⁵⁴³ http://gineco.pulsmedia.ro/article--x-Ginecologie_Cancerul_de_col_uterin_epidemiologie_screening_%C5%9Fi_tratament--5539.html

⁵⁴⁴ Traian Ciucă, *Boli transmisibile pe cale sexuală*, Editura Științifică, București, 1993, 59.

⁵⁴⁵ M. Hirte, *op. cit.*, 322.

⁵⁴⁶ Christa Todea-Gross, Ilie Moldovan, *Îndrumarul medical și creștin despre viață al Federației Organizațiilor Ortodoxe Pro-Vita din România*, Editura Renașterea, Cluj-Napoca, 2008, 330.

Infecția cu HPV a organelor genitale nu provoacă de obicei simptome, iar *în peste 90% din cazuri se vindecă spontan*. Cu cât femeia este mai tânără, cu atât vindecarea naturală este mai frecventă, cu condiția să nu existe factorii favorizanți, care cronicizează boala⁵⁴⁷.

Circa 80% dintre oameni fac în timpul vieții cel puțin o infecție cu HPV, fără să o observe, deoarece în majoritatea cazurilor sistemul imun o face inofensivă.

Când se cronicizează, infecția cu HPV va provoca modificări de diferite grade la nivelul celulelor colului uterin, numite “neoplazii cervicale intraepiteliale” (CIN), gradele I-III. Cu toate acestea există o rată mare de vindecare spontană. În 40% de cazuri cu CIN gr. II, infecția se vindecă fără nicio intervenție. La 10% din infecțiile cronice, modificările celulare continuă și în decurs de 8 ani ajung în stadiul CIN III, fiind o etapă precanceroasă. Dar chiar și aceste modificări celulare se vindecă în timp, în mod natural, în 33% din cazuri⁵⁴⁸. În continuare, este nevoie de încă 8-12 ani până când se trece din CIN gr III (cu grad înalt cancerigen) la cancer. *Mai puțin de 1% dintre femeile care s-au infectat cu un tip de HPV cu “grad înalt cancerigen” vor face în final cancer de col uterin. Deci, și fără vaccin, există statistic o protecție de peste 99%! Chiar dacă, la femeile de până la 45 de ani, este al doilea cancer ca frecvență, el reprezintă doar 3,2% din totalul îmbolnăvirilor de cancer și doar 1, 8% din cazurile de decese la femeile cu cancer. Sunt două perioade de “vârf” pentru acest tip de cancer: între 35 și 55 de ani și după 60 de ani. În anul 2002 s-au îmbolnăvit de cancer de col uterin 6700 de femei și una din 4 (1700 de cazuri) a murit de această boală⁵⁴⁹ (statistica este din Germania).*

În România statistica nu este cu mult diferită față de cea din Germania, dar există și la noi tendințe spre exagerări, în vederea vaccinării fetelor anti-HPV, cu vaccinurile Gardasil sau Cervirax.

2. Cancerul de col uterin

a) Factorii de risc

Pentru ca infecția cu HPV a colului uterin să evolueze spre stadii cronice și mai ales agresive, canceroase, este nevoie de un “col uterin receptiv”, care a fost “pregătit” înainte de anumiți factori determinanți:

⁵⁴⁷ M. Hirte, *op. cit.*, 322.

⁵⁴⁸ E. Kind, M. Kuhlmann, “Zervikale intraepitheliale Neoplasien”, în M. Beckmann, F.Perl, *Frauen-Heilkunde und Geburts-Hilfe*, Basel, 2004.

⁵⁴⁹ GEKID (Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V.): Krebs, în *Deutschland-Häufigkeit und Trends*.5.Aufl. Saarbrücken 2006 <http://www.ekr.med.uni-erlangen.de/GEKID/Doc/kid2006.pdf>

- *prezența unor boli cu transmitere sexuală* (BTS): gonoree, candidoză, trichomoniază⁵⁵⁰;

- *fumat*: autorii germani au ajuns la concluzia că femeile care fumează fac mai frecvent cancer de col uterin, deoarece la ele se produc modificări în celulele întregului organism, inclusiv în celulele de la nivelul colului uterin care devin mai receptive la virusurile oncogene (herpesvirusuri, papiloma-virusuri etc.), transmise pe cale sexuală; tabagismul partenerului mutiplică de 1,5 până la 12 ori riscul neoplasmului de col, prin efectul nicotinei din sperma fumătorilor asupra colului uterin⁵⁵¹;

- *anumite obiceiuri sexuale*: s-a identificat o frecvență relativ înaltă a infecției cu HPV la prostituate (39%) față de femeile căsătorite (14%); la prostituate tipul prevalent este HPV-16 care are risc oncogenic înalt; la femeile căsătorite tipul prevalent este HPV-6 care se asociază cu risc scăzut de cancer cervical; infecția este mai frecventă la femeile tinere, iar reducerea incidenței infecției cu HPV la femeile vârstnice se datorează probabil modificării comportamentului sexual⁵⁵²;

- *consumul de contraceptive*: contracepția hormonală favorizează apariția de boli venerice precum infecțiile cu Chlamidia și Trichomonas (care afectează colul uterin), iar steriletul (spirala avortivă) crește frecvența BTS de 4 ori, conform unui studiu din SUA⁵⁵³. L a noi în țară, Atanasiu și colaboratorii săi (1984) constată Chlamidii la 20, 6% dintre gravide⁵⁵⁴;

- *vârsta mică la primul contact sexual*: colul uterin încă nu este matur și infecția se realizează mai ușor⁵⁵⁵;

- *parteneri multipli*⁵⁵⁶.

“Evoluția spre cancer a leziunilor date de HPV comportă probabil activarea sau inactivarea unor gene necunoscute, poate sub influența unor co-factori ca administrarea de contraceptive orale, tabagism și alți factori mai puțin cunoscuți⁵⁵⁷”, afirmă Dr. Traian Ciucă.

⁵⁵⁰ Christa Todea-Gross., Ilie Moldovan, *op. cit.*, 329-333.

⁵⁵¹ Traian Ciucă, *op. cit.*, 66.

⁵⁵² Dr. Genoveva Tudor, *Bolile homosexualilor – un documentar medical la zi*, Editura Christiana, București, 2005, 102-103.

⁵⁵³ Traian Ciucă, *op. cit.*, 59-66.

⁵⁵⁴ *Ibidem*, 127.

⁵⁵⁵ http://gineco.pulsmedia.ro/article--x-Ginecologie_Cancerul_de_col_uterin__epidemiologie,_screening_%C5%9Fi_tratament--5539.html

⁵⁵⁶ *Ibidem*.

⁵⁵⁷ Traian Ciucă, *op. cit.*, 66.

În concluzie: *modificările produse la nivelul colului uterin, în majoritatea cazurilor datorită unor vicii și a unui comportament iresponsabil, “pregătesc” colul uterin pentru apariția unui cancer. Se pare că nu infecția cu HPV este factorul care declanșează cancerul de col uterin. Dimpotrivă, studiile arată că de fapt cancerul de col uterin este cel care favorizează infecția cu HPV.*

b) Lipsesc studii despre o relație directă între HPV și cancerul de col uterin

Se știe că Institutul Național de Cancer din SUA nu a putut demonstra faptul că există o relație directă între HPV și cancerul de col uterin. Într-un studiu pe un lot de femei de aceeași vârstă și HPV pozitive, un procent de 67% s-au îmbolnăvit de cancer de col uterin și un procent de 43% nu s-au îmbolnăvit. Se pune întrebarea: de ce?

Nicholas Regush scria în Vaccine Madness: “Deja în 1992 se puneau întrebați dacă HPV provoacă cancerul de col uterin. Peter Duesberg și Jody Schwartz, doi specialiști în Biologie Moleculară la Facultatea din Berkeley, California, și-au pus și ei aceeași problemă. Ei au observat că, deși femeile erau HPV pozitive, totuși tumorile canceroase nu conțineau decât rareori și foarte puține secvențe ADN-HPV și gene HPV”. În schimb, au observat că, rareori cancerul poate fi declanșat de către anomalități cromozomiale spontane sau induse chimic, tipice atât în cazurile HPV-pozitive cât și în cele HPV-negative. În final, Duesberg și Schwartz au arătat posibilitatea că “mai degrabă este declanșat cancerul de către alte carcinogene decât de către virus!”. Argumentul central este următorul: “Deoarece celulele canceroase care se dezvoltă haotic, sunt mult mai sensibile la infecții decât celulele sănătoase, virusurile constituie doar un indicator pentru o dezvoltare anormală și nu cauza acesteia!”. Ei mai afirmă că “se exagerează în mod intenționat când se vorbește de «locul doi al cancerului de col uterin la femeile tinere» (15-44 ani) – ceea ce este corect, dar nu se spune faptul că la această vârstă cancerul (în general) are o frecvență foarte scăzută, el fiind apanajul vârstei înaintate”⁵⁵⁸.

Concluzia este că alți factori declanșează cancerul de col uterin. Specialiștii consideră că în peste 80% din cazuri cu leziuni canceroase apariția lor este legată de consumul de nicotină, obiceiuri alimentare,

⁵⁵⁸ <http://www.impf-report.de/zeitschrift/bisherige/impf-report046.htm>

iradiații sau substanțe cancerigene. “Adevărul este că aceste cancerigene pot provoca un cancer și nu virusurile”⁵⁵⁹.

3. Vaccinurile Gardasil/Silgard și Cervirax

- la noi în țară există la ora actuală 2 tipuri de vaccinuri cu virusul HPV-Gardasil și Cervirax-, denumite în mod eronat “vaccinuri împotriva cancerului de col uterin”;

- dacă în Germania s-a recomandat vaccinarea tuturor fetelor cu vârsta cuprinsă între 12-17 ani, începând cu anul 2007, la noi în România a fost recomandată vaccinarea tuturor fetelor sub 13 ani începând cu toamna anului 2008⁵⁶⁰;

- o doză de vaccin costă 155 Euro, deci 3 doze costă 465 Euro; la noi în țară s-a administrat gratuit acest vaccin grupului de vârstă sus-menționat; cu toate acestea, felul în care a fost “recomandată”, ba chiar “ordonată” la un moment dat vaccinarea pentru prevenirea unei boli, care nu este deloc contagioasă și nu reprezintă niciun pericol public, ridică multe suspiciuni la care am încercat să răspund în acest capitol; pentru cei pentru care nu este gratuit, vaccinul poate fi cumpărat în continuare în farmacii; în 2010, prima țară care refuză orice comercializare a vaccinului este Franța, după care au urmat și altele, după apariția de reacții adverse grave și complicații postvacinale severe;

- efectele secundare, trecute în prospect, sunt minimalizate de către producătorii de vaccinuri: “febră și reacții locale de la locul injecției: roșeață, durere, umflătură”⁵⁶¹; în realitate ele sunt foarte numeroase (sunt descrise la pct.c);

- a fost nevoie să apară primele cazuri de deces după vaccin pentru ca să se descopere că el este cu adevărat inefficient și, mai ales, periculos.

Vaccinul Gardasil/Silgard

- este produs de către compania farmaceutică *Merck*;

-conține 4 tipuri de virus HPV: 6, 11, 16 și 18; în vaccin nu sunt conținute virusurile întregi, ci capsulele proteice ale acestora (învelișul), care reprezintă antigenul, adică substanța care ar trebui să inducă formarea de anticorpi;

⁵⁵⁹ <http://www.zentrum-der-gesundheit.de/ia-gebaermutterhalskrebs.html>

⁵⁶⁰ Christa Todea-Gross, Ilie Moldovan, *op. cit.*, 333-334.

⁵⁶¹ <http://www.pcfarm.ro/prospect.php?id=3734>

- conține *adjuvanți*, care au scopul de a crește și prelungi răspunsul imun față de virusul HPV (să formeze anticorpii necesari): *fosfat de aluminiu, borat de sodiu, polisorbit 80 și L-histidină*; fără aceste substanțe, vaccinul practic nu are niciun efect;

- se administrează 3 *doze*: la 0,2 și 6 luni.

Vaccinul Cervirax

- este produs de către compania farmaceutică *GlaxoSmithKline*

- conține capsulele proteice a 2 *tipuri de virus HPV: 16 și 18*;

- conține *un adjuvant nou: AS04*; rolul lui este acela de a stimula activitatea imună a vaccinului și de a o prelungi;

- se administrează 3 *doze*: la 0,1 și 6 luni.

4. Reacții adverse și complicații postvaccinale. Un premiu Nobel controversat

Vaccinul a fost introdus la noi în țară mult mai târziu decât în celelate țări din UE, lucru care a fost un mare avantaj pentru noi, căci am aflat din timp de multiplele complicații date de acest vaccin, motiv pentru care *majoritatea românilor au refuzat să-și vaccineze fetele*.

După complicațiile frecvente, inclusiv două cazuri de deces, apărute în urma administrării vaccinului Gardasil/Silgard (iar apoi Cervarix), nu mai era exclus faptul că putea fi retras vaccinul de pe piață. Pentru a “salva trenul care transporta vaccinul”, de la o posibilă “deraiere”, a fost oferit cu mare grabă, premiul Nobel cercetătorului german Harald zur Hausen, cel care a descoperit faptul că “*HPV este un declanșator ipotetic al cancerului de col uterin*”. Cu toate că acest premiu nu este legat direct de vaccin, el a devenit în cele din urmă legitim. Acest fapt poate constitui un pericol, deoarece în viitor, orice critică adusă vaccinului, este posibil să fie “eliminată” datorită prezenței acestui premiu, care nu a făcut altceva decât să dea o explicație ipotetică, aflată sub semnul întrebării, unei dogme medicale⁵⁶².

Cercetătorului german și medicului oncolog prof. *Harald zur Hausen* i s-a oferit Premiul Nobel pentru Medicină, ne informează Institutul Karolinska din Stockholm, la data de 6 octombrie 2008. Harald zur Hausen primește Premiul Nobel pentru descoperirea virusului papiloma uman (HPV), virus “care poate provoca un cancer de col uterin”. Cealaltă “jumătate” a Premiului

⁵⁶² “impf-report”-nr.46/47, Sept./Oct.2008, von Hans U.P.Tolzin, 4-6. <http://www.impf-report.de/zeitschrift/bisherige/impf-report046.htm>

Nobel a revenit medicilor francezi *Françoise Barre-Sinoussi* și *Luc Montagnier*. Aceștia au reușit – se spune – la începutul anilor 1980 să izoleze virusul de la pacienți grav bolnavi. **Amândouă Premiile Nobel sunt o mare farsă, care se bazează pe ipoteze fără o bază solidă**⁵⁶³. “*Multă vreme Comitetul Premiilor Nobel s-a arătat «imun». În cele din urmă însă «s-a prăbușit sistemul său imun», respectiv puterea lui de apărare împotriva unor «virusuri», care au primit aceste premii... «Titrurile de anticorpi» ai Comitetului, împotriva unui Premiu Nobel pentru descoperirea HPV-ului, au fost atât de mici încât unui virus HPV, cu proprietăți îndoielnice, așa-zise «cancerigene», i s-a acordat un trofeu medical*”⁵⁶⁴, afirma pe bună dreptate Michael Leitner.

Multe întrebări rămân în continuare fără răspuns. În *Manifestul înaintat de către 13 specialiști din Germania* se cere ca STIKO să pună la dispoziția medicilor și populației datele lipsă de la Producătorii vaccinului. Unul dintre producătorii acestui vaccin, respectiv *Institutul Sanofi – Pasteur MSD*, a dat următorul răspuns: “*Cifrele și tabelele care nu au fost date publicității se află doar la dispoziția colegilor care au participat la obținerea rezultatelor, asta însemnând Producătorul din America. Aceste cifre nu ne-au fost puse la dispoziție și este mai mult ca sigur că nici nu se va întâmpla acest lucru*”⁵⁶⁵. Experții mai spun că “*despre Cervirax sunt și mai puține date disponibile. Deși acest vaccin este utilizat în Germania, el totuși nu a fost acceptat pe piață în SUA!*”⁵⁶⁶.

Un număr de 13 cercetători de la diferite Centre de Cercetare din Germania spun că eficiența vaccinului împotriva virusului papiloma uman (HPV) nu a fost suficient de bine studiată. Din acest motiv, ei au cerut Comisiei Permanente pentru Vaccinare din Germania (*STIKO – die Ständige Impfkommision*) o reevaluare a vaccinului și un sfârșit cât mai rapid al erorilor constatate la acest vaccin.

Următorii 13 experți din Germania (de la 6 Universități, un Centru de Cercetare și un Centru Medical pentru Drepturile Pacientului) au cerut o reevaluare a vaccinării împotriva HPV:

- 1.) Prof. Martina Dören,
- 2.) Prof. Wolf-Dieter Ludwig (Charite, Berlin)
- 3.) Prof. Rolf Rosenbrock (WZB, Berlin)
- 4.) Dr. Ansgar Gerhardus

⁵⁶³ Torsten Engelbrecht et al., *op. cit.*, 7-11.

⁵⁶⁴ <http://embedr.com/playlist/5-6-stuttgarter-impfsymposium>

⁵⁶⁵ [Wissenschaftler/innen fordern Neubewertung der HPV-Impfung und ein Ende der irreführenden Informationen](#)

⁵⁶⁶ <http://www.psychophysik.com/h-blog/?p=2795>

- 5.) Prof. Claudia Hornberg
- 6.) Prof. Oliver Razum (Universität Bielefeld)
- 7.) Prof. Petra Kolip
- 8.) Corinna Schach
- 9.) Prof. Norbert Schmacke (Universität Bremen)
- 10.) Prof. Jürgen Windeler (MDS, Essen)
- 11.) Prof. Ferdinand M. Gerlach (Universität Frankfurt)
- 12.) Prof. Michael M. Kochen (Universität Göttingen)
- 13.) Prof. Ingrid Mühlhausen (Universität Hamburg).

După câteva cercetări, experții sus-numiți au ajuns la un rezultat care arată că “eficiența” vaccinului este mult mai mică decât s-a afirmat la început. Ei spun că nici până la ora actuală încă nu s-au aflat multe date despre acest vaccin. O parte din procentele nu sunt evidente și nu pot fi dovedite. De asemenea, se constată că *“informațiile false despre vaccin generează la tinere și femei sentimente de teamă și vinovăție”*⁵⁶⁷.

Complicațiile numeroase apărute după cele două vaccinuri au atras atenția părinților în primul rând, care au anunțat Instituțiile din Germania. *Se constată că ele apar la un procent de 83% din cazuri.* Doar la un procent de 17%, nu au apărut reacții adverse evidente, simptomatice. Unii dintre experți spun că până acum nu a existat niciun vaccin pe piață care să manifeste atât de multe reacții adverse și de o variabilitate atât de mare, putând fi afectate aproape toate aparatele și sistemele organismului uman. Care sunt acestea?

- grețuri : **26%**
- cefalee: **20%**
- amețeli: **18%**
- astenie: **16%**
- dureri: **13%**
- infecții: **11%**
- tulburări sensitive: **10%**
- somnolență/ dureri abdominale/ tulburări circulatorii: **7%**
- crampe abdominale/ vărsături: **4%**
- căderea părului/ diaree/ erupții cutanate/ tulburări de concentrare/ dureri de spate/ tulburări de vedere/ dureri pelviene: **3%**
- lipsa poftei de mâncare/ lipotimii (leșin)/ depresii/ febră/ dureri articulare/ tahicardie/ adenopatii (umflarea ganglionilor)/ dureri de stomac/ dureri musculare/ tremurături/ tulburări menstruale: **2%**
- reacții alergice/ amenoree/ crize de astm/ hipertensiune arterială / balonări/ exanteme/ gastrite/ condiloame/ crize epileptice/ edem ale feței (alergic)/ tulburări de echilibru /convulsii/ tulburări de auz/

⁵⁶⁷ <http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag3/downloads.html>; Informationsdienst Wissenschaft, Pressemitteilung, Torsten Schaletzke, Universität Bielefeld. 26.11.2008.

modificări ale probelor hepatice/ fotofobie/ tuse/ paralizii/ migrene/ prurit (mâncărimi ale pielii)/ acufene (zgomote în urechi)/ tulburări de personalitate/ atacuri de panică/ hipotiroidism/ șoc anafilactic/ tinitus/ tromboze/ metroragii/ bufeuri/ tulburari de deglutiție/ tulburări de orientare/ transpirații/ tulburări de ritm cardiac/ crampe musculare: **1%**.⁵⁶⁸.

Au fost și trei cazuri de deces: în urma autopsiilor s-a evidențiat că *trombembolismul* ar fi cauza a două decese, iar *miocardita*, cauza celui de-al treilea deces. Nu s-a putut face o legătură directă (sau nu s-a dorit...) între deces și vaccin, dar nici nu a fost exclusă o asemenea posibilitate⁵⁶⁹.

Aflăm de la Dr. Jenö Ebert (medic internist din Germania), cu ocazia celui de-al 5-lea Simpozion despre vaccinuri din Stuttgart, din 7 iunie 2008, referitor la reacțiile secundare ale vaccinurilor îndreptate împotriva HPV, următoarele: “*Un studiu din SUA efectuat de către VAERS (Vaccine Adverse Event Reporting System) în legătură cu efectele secundare ale vaccinului creat împotriva HPV arată că în perioada iulie 2006 – aprilie 2009, pe un lot de 13.422 de copii vaccinați împotriva HPV, în 15% din cazuri au fost reacții secundare grave, respectiv: tulburări grave de vedere, paralizii și sindromul Guillain-Barre. De asemenea, statisticile arată că bolile autoimune apar de 3 ori mai frecvente (în comparație cu cei nevaccinați), iar din 42 de gravide vaccinate din greșală (!) au avortat 18! Tot acest studiu VAERS arată că au avut loc decese care s-au datorat acestui vaccin: 22 decese în 2007, 16 în 2008 și 3 în 2009! (Stuttgarter 5. Impf- Symposium: “Macht impfen Sinn?”)*”⁵⁷⁰.

5. De ce vaccinul provoacă o serie de reacții adverse? Complicații posibile în viitor

Adjuvanții noi, folosiți în aceste vaccinuri sunt una din cauzele reacțiilor adverse.

- *Adjuvanții din cele două vaccinuri sunt substanțe chimice, care, injectate direct în sânge, sunt dovedite a fi substanțe toxice, cauzând infertilitate, cancer și alte boli.*

- *Adjuvantul “polysorbate 80” (50 mg), din vaccinul Gardasil a fost testat pe femele de șoareci în laborator și s-a constatat că produce o maturizarea anormală a organelor sexuale și sterilitate. Se va dovedi oare peste 10-15 ani că vaccinul Gardasil a fost un agent de sterilizare și o întregă generație*

⁵⁶⁸ http://www.sanego.de/Medikament_Gardasil

⁵⁶⁹ “impf-report”-nr.46/47, Sept./Oct.2008, von Hans U.P.Tolzin, 4-6 <http://www.impf-report.de/zeitschrift/bisherige/impf-report046.htm>

⁵⁷⁰ <http://embedr.com/playlist/5-6-stuttgarter-impfsymposium>

de fete au fost afectate? – se întreabă cu îngrijorare cercetătorii occidentali. În experiențele pe șoareci s-a constatat, de asemenea, că Polysorbate 80 este *carcinogen* și *mutagen*, prin producerea de mutații genetice. *Adjuvantul ASO3* este prescurtarea “Adjuvantului System 03”, produs de către Compania Farmaceutică GlaxoSmithKline, și este o emulsie uleioasă. O doză de 0,5 ml de vaccin pandemic Pandemrix, conține 10, 69 mg *Squalena*, 11,86 mg vitamina E și 4,86 mg emulgator *Polisorbat (Tween 80)*⁵⁷¹. S-a dovedit că Squalena a cauzat *numeroase boli autoimune* și “*Sindromului Războiului din Golf*”⁵⁷². Adjuvanții Scalena și Tween80 provoacă și *infertilitate la animale*^{573,574}.

Boli autoimune:

- Vaccinul conține *225 mcg aluminiu*. Prin administrarea celor trei vaccinuri se acumulează în corpul femeii o cantitate de 675 mcg de aluminiu. Acest metal se depune în celule, afectând mai ales sistemul nervos central. Se știe că, acumularea de aluminiu în organism este corelată cu apariția bolilor autoimune, inclusiv *demența Alzheimer*⁵⁷⁵. “*Sindromul Războiului din Golf*” este direct legat de acțiunea neurotoxică a aluminiului asupra sistemului nervos: “*Cele mai grave simptome au fost cele nervoase, cu leziuni neuro-musculare importante (ex.: Sindromul Lou Gehrigs = A.L.S.). Soldații francezi, nefiind tratați cu astfel de vaccinuri, nu au suferit de Sindromul Războiului din Golf*”⁵⁷⁶.
- Vaccinurile care conțin *virusul uman papiloma (HPV) tipul 16* (ex.: Gardasil și Cervirax) provoacă *boli autoimune*⁵⁷⁷.

⁵⁷¹ Torsten Engelbrecht, Claus Köhnlein, “*Virus-Wahn*”, EmuVerlag, 6. Auflage 2010, 303.

⁵⁷² 9 Ho MW. “*How to stop bird flu instead of the vaccine-antiviral model*”, *Science in Society* 35. 40-42, 2007.), și “*Vaccines may be linked to Gulf War Syndrome*”, Chiroweb.com, June 12, 2000, <http://www.chiroweb.com/mpacms/dc/article.php?id=31730>

⁵⁷³ <http://www.swinefluupdate.us/%E2%80%9Cswine-flu%E2%80%9D-vaccine-has-adjuvants-that-impair-fertility.php> și <http://infertility.suite101.com/article.cfm/polysorbate-80-causes-infertility>

⁵⁷⁴ Michael Leitner: *HPV Impfung: denn sie wissen nicht was sie tun!* <http://www.impfkritik.de/zusatzstoffe/squalen.htm>

⁵⁷⁵ Moshe Tishler, Yehuda Shoenfeld, “*Vaccination may be associated with autoimmune diseases*”, *IMAJ* 2004;6:430-432, și Vered Molina, Yehuda Shoenfeld, “*Infection, vaccines and other environmental triggers of autoimmunity*”, 2005; 38(3):235-245.

⁵⁷⁶ B. Ehgartner, *op. cit.*, 197.

⁵⁷⁷ D. Kanduc, “*Quantifying the possible cross-reactivity risk of an HPV16 vaccine*”, *J Exp Ther Oncol*. 2009;8(1):65-76. <http://www.impfschaden.info/impfen/hpv-impfung.htm>

Decese: au fost declarate 3 decese după vaccin, dar autoritățile nu le-au recunoscut. Ulterior au mai fost citate câteva cazuri, din care redau cazul unei fete de 17 ani.

Caz: O fetita de 17 ani din Noua Zeelandă a murit în somn, după 6 luni de la cea de-a treia doză de vaccin Gardasil, deși fusese sănătoasă. La autopsie nu s-a găsit nicio afecțiune care să fi provocat decesul, dar în sânge s-a evidențiat virusul-ADN al HPV. Acesta este legat de aluminiu, pentru a crește imunitatea dată de vaccin... Prof. Christopher Shaw de la Universitatea din Columbia a găsit în probele luate din creier, atât ADN viral HPV, cât și aluminiul... Acum FDA din SUA încearcă să mușamalizeze cazul... Nu s-a putut explica cauza decesului, dar se știe că aluminiul poate provoca o serie de boli neurologice grave⁵⁷⁸.

Otrăvire lentă: un alt semn de întrebare îl ridică prezența în compoziția vaccinului Gardasil a 35 mcg de borat de sodiu. Institutul Național pentru Sănătate al Americii consideră această substanță o otrăvă periculoasă. Ea a fost folosită în trecut pentru dezinfecție, până când a survenit moartea persoanelor care intrau în contact cu substanța. Efectele adverse a sodiului borat sunt: *starea de vomă, diareea, urticarea, problemele respiratorii, dureri de cap și insomnii, febră, scăderea tensiunii, spasme ale mușchilor faciali, tremor al mâinilor și picioarelor, stare de confuzie mentală, convulsii și comă*. Efectele pe termen lung nu sunt cunoscute, deoarece până de curând boratul de sodiu era considerat suficient de otrăvitor ca să se mai pună problema folosirii lui în alimentație sau în industria farmaceutică⁵⁷⁹.

Din cauza complicațiilor grave postvaccinale și a studiilor insuficiente ale vaccinului, alte țări interzic vaccinurile anti-HPV. *Dacă în România, până la ora actuală, nu s-a interzis administrarea vaccinului Gardasil, în Franța s-a luat această decizie încă din 2010*⁵⁸⁰. La fel s-a întâmplat și în Spania, unde autoritățile spaniole au retras de pe piață 75.582 doze de vaccin anti-HPV,

⁵⁷⁸ <http://www.impfkritik.de/pressespiegel/2012083005.htm>

⁵⁷⁹ T. Engelbrecht, C.Köhnlein, *op. cit.*, 310.

⁵⁸⁰ Décision du 31 août 2010 interdisant une publicité pour un médicament mentionnée à l'article L. 5122-1, premier alinéa, du code de la santé publique destinée aux personnes habilitées à prescrire ou délivrer ces médicaments ou à les utiliser dans l'exercice de leur art (NOR: SASM1020221S0). Considérant qu'ainsi ce document est contraire aux dispositions des articles L. 5122-2 susmentionnées du code de la santé publique, la publicité susvisée pour la spécialité pharmaceutique GARDASIL est interdite. □ <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?sessionId=?cidTexte=JORFTEXT000022839429&dateTexte&oldAction=rechJO&categorieLien=id>

după ce două studente au necesitat spitalizare imediat după administrarea vaccinului (11 februarie 2009)⁵⁸¹.

Concluzii

- *premisele de la care se pleacă pentru prevenirea cancerului de col uterin le consider gresite, deoarece nu sunt luate în considerare și eliminate cauzele directe ale infecției: relațiile sexuale de la o vârstă fragedă; partenerei multipli; contractarea bolilor cu transmitere sexuală (gonoree etc) care favorizează producerea cancerului de col uterin; efectul nociv al fumatului; folosirea contraceptivelor; prostituția etc. În locul eliminării cauzelor riscăm să ne îmbolnăvim copiii (fetele) cu un vaccin încă insuficient studiat și mai ales cu multe reacții adverse și complicații severe, despre care nu se vorbește;*

- *investiția mare în aceste vaccinuri ar trebui redirecționată spre efectuarea testului Babeș Papanicolau de două ori pe an la toate femeile active sexual. Costul ar fi mai mic, iar eficiența mult mai mare.*

REPERE BIBLIOGRAFICE

Capitolul 4

- 1.) S. Lugauer, K. Heininger, J., Stehr, D. Cherry, "Long-term clinical effectiveness of an acellular pertussis component vaccine and a whole cell pertussis component vaccine", *J. Pediatrics* 2002
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11998910>
- 2.) S. Esposito, T. Agliardi, A. Giammanco et al., "Long-term pertussis-specific immunity after primary vaccination with a combined diphtheria, tetanus, tricomponent acellular pertussis, and hepatitis B vaccine in comparison with that natural infection", *Infect Immun* 2001
- 3.) L. Gustafsson, L. Hessel, J., Storsaeter, P. Olin, "Long-term follow-up of Swedish children vaccinated with acellular pertussis vaccines at 3,5 and 12 months of age indicates the need for a booster dose at 5 to 7 years of age", *Pediatrics* 2006 Sep.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16950988>
- 4.) Martin Hirte, *IMPFEN Pro&Contra. Das Handbuch für die individuelle Impfentscheidung*, MensSana Verlag, 2008, Germany
- 5.) Viera Scheibner, *Impfungen. Immunschwäche und Plötzlicher Kindstod. 100 Jahre Impfforschung und Impferfahrung beweisen, dass Impfungen einen medizinischen Angriff auf das Immunsystem darstellen und die Hauptursache für den plötzlichen Kindstod (SID) sind.* 2. Auflage 2000, Hirthammer Verlag GmbH, Germany
- 6.) Simone Delarue, *Impfschutz.Irrtum oder Lüge?*, Hirthammer Verlag, D-München, 3. Auflage 1997, 30 (Die 8-Internationale Tetanuskonferenz 1987)

⁵⁸¹ http://www.hotnews.ro/stiri-ultima_ora-5405583-spania-vaccinuri-impotriva-hpv-retrase-dupa-doua-internari.htm

- 7.) Gheorghe Marin Voiculescu, *Boli Infecțioase*. vol. II., Editura Medicală, București 1990
- 8.) R. E. Behrman, R. Kliegman, H. L. Jenson, *Nelson Textbook of Pediatrics* 16-th Edition, Philadelphia 1999
- 9.) Gerhardt Buchwald, *Impfen. Das Geschäft mit der Angst*, emu-verlag, 4. Auflage 2008, Germany
- 10.) EB (*Epidemiologisches Bulletin*): “Zur Situation bei wichtigen Infektionskrankheiten”, *Epidemiologisches Bulletin* 1999
- 11.) L. S. Illis und F. M. Taylor, “Neurological and Eurological and Electroencephalographic Sequelae of Tetanus”, *Lancet*, 24 April 1971
[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(71\)91496-6/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(71)91496-6/abstract)
- 12.) Dr. Friedrich P. Graf, *Nicht impfen- was dann ?* 2. Auflage 6-2010, sprangrade verlag, Germany
- 13.) WHO 2000: *History of vaccination*. <http://www.who.int/gpv-dvacc/history/history.htm>
- 14.) Maria Irina Brumboiu, Ioan Stelian Bocșan, *Vaccinuri și vaccinări în Practica Medicală*, Editura Medicală Universitară “Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca, 2005
- 15.) M. D. Wright, “On the Changes Effected by anti-typhoid inoculation in the bactericidal power of the blood; with remarks on the probable significance of these changes”, 1901, *Lancet*, 14. Sept.
[http://www.lancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(01\)72773-0/full-text/exportCitation](http://www.lancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(01)72773-0/full-text/exportCitation)
- 16.) *Agenda Medicală 2012*, Ediția de buzunar, Editura Medicală, București.
- 17.) <http://www.medipedia.ro/Dictionarmedical/Medicamente/tabid/59/prospect/W13370001/VACCIN-DIFTERO-TETANIC-PENTRU-ADULTI-dT.aspx>
- 18.) http://www.sfatulmedicului.ro/medicamente/imovax-d-t-adult-suspensie-injectabila_10501
- 19.) http://www.sfatulmedicului.ro/arhiva_medicala/vaccin-tetanos
- 20.) www.impfschaden.info
- 21.) PUBLIC HEALTH. “Scientists Applaud Move Away From Use Of Mercury – Says Thimerosal Collects in the Brain.” 2004 August 10 [By Roger Highfield for the Daily Telegraph, UK. Despite the US’s Institute of Medicines strong recommendation that no further research be done regarding a possible vaccine – autism connection, this team is doing some nonetheless, with arguably some more “smoking gun” evidence in support of the hypothesis. This team is in Canada.]
(<http://www.telegraph.co.uk/news/main.jhtml?xml=/news/2004/08/10/nvacc210.xml> ;<http://health.groups.yahoo.com/group/-AuTeach/message/2414>)
- 22.) F. Werner, J. Grimm, “DT-Impfung”, *Pädiatr Prax* 1987.
- 23.) M. Blennow, M. Granström, A. Strandhell, “Adverse reaction after diphtheria-tetanus booster in 10-year-old schoolchildren in relation to the type of vaccine given for the primary vaccination”, *Vaccine* 1994
- 24.) Ute Quast et al., *Impfreaktionen. Bewertung und Differentialdiagnose*. 2. Auflage, Hippokrates, Stuttgart, 1977 Januar. <http://www.amazon.de/dp/3777310670/ref=nosim/?tag=yasni-21>

- 25.) A. Mari, "Is there a causative role for tetanus toxoid vaccination in the development of allergy-like symptoms and in the increasing prevalence of atopic diseases?", *Med Hypotheses* 2004
- 26.) HRSA (Health Resources and Services Administration): Vaccine Injury Table March 24, 1997 <http://www.hrsa.dhhs.gov/bhpr/vicp/table.htm>
- 27.) W Shye-Jao, S. Shen, L. Jiun-Yi, H. Po-Yuan et al., "Acute Fulminant Myocarditis after Diphtheria, Polio, and Tetanus Vaccination", *Asian Cardiovascular&Thoracic Annals* 2006
<http://asianannals.ctsnetjournals.org/cgi/content/abstract/14/6/e111>
- 28.) Stephen J. Read et al., "Acute transverse myelitis after tetanus toxoid vaccination", *Lancet* 339, 2 May 1992.
[http://www.lancet.com/journals/lancet/article/PII0140-6736\(92\)90703-6/fulltext](http://www.lancet.com/journals/lancet/article/PII0140-6736(92)90703-6/fulltext).
- 29.) G. K. Schlenska, "Unusual neurological complication following tetanus toxoid administration", *Journal of Neurology* 1977
- 30.) H. Topaloglu et al., "Optic neuritis and myelitis after booster tetanus toxoid vaccination", *Acta Paediatrica* 1992
- 31.) W. Ehrengut, *Felerquellen bei der Begutachtung von Impfschäden. Der med. Sachverst.* 1994
- 32.) N. Newton, A. Janati, "Guillain-Barre syndrome after vaccination with purified tetanus toxoid", *Southern Medical Journal* 1987
- 33.) K. R. Stratton, C. J. Howe, R. B. Johnston, (Hg): *Adverse Events Associated with childhood vaccines. Evidence Bearing on Causality.* Vaccine Safety Committee, Insitute of Medicine. National Academy Press Washington, D.C., 1994
- 34.) J. D. Pollard et al., "Relapsing neuropathy due to tetanus toxoid: Report of a case", *J Neurol. Science* 1978
- 35.) H. Coulter, B. Fisher, *Dreifachimpfung, Ein Schuss ins Dunkle*, Barthel & Barthel Verlag, 1996
- 36.) W. Ehrengut, "Impfschäden nach Pertussis-Schutzimpfung in der Bundesrepublik Deutschland (1970-1978)", *Pädiatr Prax* 1986
- 37.) W. Ehrengut, "Biases in evaluating CNS complications foolowing pertussis immunization", în U. Fukuyama et al. (Hg), *Modern perspectives of chil neurology*, The Japanese Society of ChildNeurology, 1991
- 38.) M. R. Griffin et al., "Risk of seizures and encephalopathy after immunization with the Diphtherai-Tetanus-Pertussis vaccine", *J. Am Med Asociation (JAMA)* 1990.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2308203>
- 39.) K. Stehr et al., "Rehabilitation der Pertussisimpfung", *Pädiatr Pax* 1994
- 40.) J. L Gale et al., "Acute neurological illness and DTP: Report of a case –control study in Washington and Oregon", in C. R. Manclark, *Sixth International Symposium on Pertussis, Abstracts*, Bethesda , Maryland : Dpt. Health and Human Services, 1990
- 41.) K. R. Wentz, E. K: Macruse, "Diphtheria-tetanus-partussis vaccine and serious neurologic illness :an updated review of the epidemiologic evidence", *Pediatrics* 1991
- 42.) ASM (American Society for Microbiology): Another reason for Whooping Cough – Induced Brain Damage :Are Acellular Vaccine Safe? 106-th general Meeting of the American Society for Microbiology Mai 2006, Orlando, Florida. <http://www.asm.org/Media/index.asp?bid=42799>

- 43.) M. A. Überall, K. Stehr, J. D. Cherry, U. Heininger, S. Schmitt-Grohe, S. Laussucq, T. Eckhardt, "Severe adverse events in a comparative efficacy trial in Germany I infants receiving either the Ledrele/Takeda acellular pertussis component DTP (DTPa) vaccine, the Ledrele wholecell component DTP (DTP) or DT vaccine", The Pertussis Vaccine Study Group, *Dev Biol Stand* 1997
- 44.) H. L. Coulter, Review of Marie R. Griffin, *DTP study. Unplubished, 1990a*, zitiert bei Neustaetter, 1997
- 45.) D. W. Scheifele, "Marked reduction in febrile seizures and hypotonic –hy-responsive episodes with acellular pertussis – based vaccines: results of Canada – wide surveillance: 1993-1998", 37-th Annual Meeting of the infectious Diseases Society of America; Philadelphia, Pa; 18-21.November 1999
- 46.) T. S. DuVernoy, M. M. Braun, "Hypotonic – hyporensponsive episodes reported to the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS), 1996-1998", *Pediatrics* 2000
- 47.) Aventis Pasteur MSD:Hexavac Productmonographie 2000
- 48.) J. M. Murthy, "Acute disseminated encephalomyelitis", *Neurol India* 2002
- 49.) M. Sakaguchi, T. Nakayama, S. Inouye, "Cases of systemic immediate-type urticaria associated with acellular diphtheria-tetanus-pertussis vaccination", *Vaccine* 1998
- 50.) F., Mascart, M. Hainaut, A. Peltier, V. Verscheure et al., "Modulation of the infant immune responses by first pertussis vaccine administrations", *Vaccine* 2007
- 51.) R. M. Bernsen, N. J. Nagelkerke, C. Thijs, J. C.:van der Wouden, "Reported pertussis infection and risk of atopy in 8- to 12-yr-old vaccinated and nonvaccinated children", *Pediatr Allergy Immunol* 2008
- 52.) M. R.:Odent, "Pertussis vaccination and asthma:is there a link?", *JAMA* 1994
- 53.) E. L. Hurwitz, H. Morgenstern, "Effects of diphtheria-tetanus-pertussis or tetanus vaccination on allergies and allergy-related respiratpry symptoms among children and adolescents in the United States", *J. Manipulative Physiol Therap* Feb 2000
- 54.) M. Farooqi et al., "Acute neurological illness and DTP: Report of a case-control study in Washington and Oregon", in C. R. Manclark, *Sixth International Symposium on Pertussis. Abstracts*, Bethesda, Maryland:Dpt. Health and Human Services, 1990
- 55.) D. C. Classen, J. B. Classen, "The timing of pediatric immunization and the risk of insulin-dependent diabetes mellitus", *Infectious Diseases in Clinical Practice* 1997, 6:449-454
- 56.) J. B. Classen, D. C. Classen, "Clustering of cases of type diabetes mellitus occurring 2-4 years after vaccination is consistent with clustering after infections and progression to type 1 diabetes mellitus in autoantibody positive individuals", *J Ped Endocr. Metab* 2003.<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12793601>
- 57.) I. R.Vandebrie, E. R. Gremmera, J. P. Vermeulen, S. M. Hellwig et al., "Lung pathology and immediate hypersensitivity in a mouse model after vaccination with pertussis vaccines and challenge with *Bordetella pertussis*", *Vaccine* 2007
- 58.) Pearl Kendrick, Grace Eldering, "Progress Report on Pertussis Immunization", *Am J Public Health Nations*, 1936 Jan.
- 59.) Carolyn G. Shapiro-Shapin, "Historical Review: Pearl Kendrick, Grace Eldering and the Pertussis Vaccine", *Emerging Infectious Diseases Journal*, August 2010.
http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/16/8/10-0288_article.htm

- 60.) Harris L. Coulter. *Impfungen, der Grossangriff auf Gehirn und Seele. Vorwort und Anhang für die deutsche Ausgabe von Dr. med. Gerhard Buchwald*, 5. Auflage, Hirthammer Verlag 2004
- 61.) Autoarea: mărturie despre fiica mea, referitor la complicațiile postvaccinale după DTP
- 62.) F. und S. Delarue, *Impfungen, der unglaubliche Irrtum*. Vorwort und Anhang für die deutsche Ausgabe von Dr. med. Gerhard Buchwald, 7. Auflage, Hirthammer Verlag 1998, Germany
- 63.) Autoarea: mărturie despre complicațiile postvaccinale la cei doi fii ai mei, Christian-Teofil și Ioan-Vasile *Caz clinic: M. A. (România): Relatare făcută de către mama copilului*
- 64.) Mircea Măiorescu, *Tratat de Pediatrie*, vol. 5, Editura Medicală, București, 1986
- 65.) Tinus Smits, *Das Impfschaden-Syndrom*, Narayana Verlag, 2. Auflage 2007
- 66.) K. H. Kummer, *Masernverlauf in einer Kinderarztpraxis*, Der Merkurstab 1992
- 67.) I. B. Rooth, “*Suppression of plasmodium falciparum infections during measles or influenza*”, *Am J Trop Med Hyg* 1992
- 68.) E. Kucukosmanoglu, F. Cetinkaia, F. Akcay, F. Pekun, “*Frequency of allergic diseases following measles*”, *Allergol Immunopathol* 2006;
- 69.) H. Rosenlund, A. Bergström, J. S. Alm, J. Swartz et al., “*Allergic diseases and atopic sensitization in children in relation to measles vaccination and measles infections*”, *Pediatrics* 2009
- 70.) V. S. Chakravati et al., “*Measles induced remission of psoriasis*”, *Annals of Tropical Pediatrics* 1986
- 71.) H. Yamamoto, T. Yamano, S. Nijima, J. Kohyama, H. Yamanouchi, “*Spontaneous improvement of intractable epileptic seizures following acute viral infections*”, *Brain dev* 2004
- 72.) N. Kondo, O. Fukuromi, T. Ozawa, H. Agata et al., “*Improvement of food-sensitive atopic dermatitis accompanied by reduced lymphocyte responses to food antigen following natural measles virus infection*”, *Clin Exp Allergy* 1993
- 73.) H. Albonico et al., “*Febrile infections childhood diseases in the history of cancer patients and matched controls*”, *Med hypotheses* 1998
- 74.) S. L. Glaser, T. H. Keegan, C. A. Clarke, M. Trinh et al., “*Exposure to childhood infections and risk of Epstein-Barr virus-defined Hodgkin’s lymphoma in women*”, *Int J Cancer* 2005
- 75.) M. Montella, L. D. Maso, A. Crispo, R. Talamini et al., “*Do childhood diseases affect NHL and HL risk? A case – control study from northern and southern Italy*”, *Leuk Res* 2006
- 76.) J. Kesselring, “*Zur Pathogenese der Multiplen Sklerose*”, *Schweiz Med Wochenschrift* 1990
- 77.) S. O. Shaheen et al., “*Measles and atopy in Guinea-Bissau*”, *Lancet* 1996
- 78.) H. Flöistrup, J. Swartz, A. Bergstrom, S. J. Alm et al., “*Allergic disease and sensitization in Steiner school Children*”, *J Allergy Clin Immunol* 2006
- 79.) S. A. Lewis, J. R. Britton, “*Measles infection, measles vaccination and the effect of birth order in the aetiology of hay fever*”, *Clin Exp Allergy* 1998
- 80.) EB (*Epidemiologisches Bulletin*) 1998/11
- 81.) WHO (World Health Organization): Measles. Fact Sheet N. 286. Januar 2007, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs286/en/index.html>

- 82.) B. Damien, S. Huiss et al., “*Estimated susceptibility to asymptomatic secondary immune response against measles in late convalescent and vaccinated persons*”, *J Med Virol* 1998
- 83.) H. J.:Achtzehn, “*Impfschäden aus homöopathischer Sicht*”, *Homöopathische Einblicke*, 1998
- 84.) D. Weldon, Letter to July Gerberding , Director of the CDC, 31.10.2003
<http://www.nationalautismassociation.org/pdf/Weldon.pdf>
- 85.) O. P. Heinonen, , M. Paunio, H. Peltola, “*Total elimination of measles in Finland*”, *Ann Med* 1998
- 86.) STIKO: Impfeempfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut, Stand März 1997; *Deutsches Ärzteblatt* 1997
- 87.) C. Vandermeulen, M. Rölands, G. Leroux-Röls, P. Van Damme, K. Hoppen-Brouwers, “*Long-Term persistence of antibodies after one or two doses of MMR-vaccine*”, *Vaccine* 2007 (doi:10.1016/j.vaccine.2007.07.008 2007)
- 88.) CDC (Centers for Disease Control):Mumps, 2000. www.cdc.gov/nip/publication/pink/mumps.pdf
- 89.) M. A. Menser, J. M. Forrest, “*Maternal infections and the developing foetus*”, *Med J Aust* 1973, Mar 3, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4350773>
- 90.) L. E. Klock und G. S. Rachelefsky, “*Failure of rubella herd immunity during an epidemic*”, *N Engl J Med* 1973.<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4681979>
- 91.) L. Z. Cooper, P. R. Ziring, H. J. Weiss u.a., “*Transient arthritis after rubella vaccination*”, *Am J Dis Child*;1969 Aug.<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5794817>
- 92.) A. W. Kilroy, W. Scheffner, W. F. Fleet, L. B. Lebkowitz Jr., D. T. Karzon und G. M. Fenichel, “*Two Syndromes Following Rubella Immunization. Clinical Observations and Epidemiological Studies*”, 1970, *Ammed Ass*;<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=358853>
- 93.) R. C. Gilmartin, J. T. Jabbour und D. A. Duemas, “*Rubella vaccine myeloradiculoneuritis*”, *J. Pediatr.* 1972. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4334176>
- 94.) W. Spitzer: “*The Real scandal of the MMR debate*”, in *Daily Mail* 18.12.2001
<http://www.vaccinationnews.com/DailyNews/March2002?RealScandalMMR.htm>
- 95.) H. Kawashima et al., “*Polymerase chain reaction detection of the hemagglutinin gene from an attenuated measles vaccine strain in the peripheral mononuclear cells of children with autoimmune hepatitis*”, *Arch Virol* 1996
- 96.) J. Bradstreet, “*Biological evidence of significant vaccine related side-effects resulting in neuro developmental disorders . Presentation to the Vaccine Safety Committee of the Institute of Medicine*”, *The National Academics of Science* , 9.2.2004. <http://www.nationalautismassociation.org/pdf/IOM-Bradstreet.pdf>
- 97.) J. Fletcher, “*Safe or Sorry?*”, *Health visitor* 1996, vol. 69, No.5:200
- 98.) AT (Arznei – Telegramm):zur Verträglichkeit der Masernimpfung. *AT* 1996
- 99.) J. A., Weigl, W Puppe, O. Belke, J. Neussuset al., “*The descriptive epidemiology of severe lower respiratory tract infections in children in Kiel, Germany*”, *Klin Pädiatr* 2005
- 100.) C: Miller, “*Live measles vaccine: a 21 year follow up*”, *BMJ* (Clin Res Ed) 1987.
<http://webpages.netlink.co.nz/ias/measles.htm>
- 101.) M. R. Geier, D. A. Geier, “*Pediatric MMR vaccination safety*”, *International Pediatrics* 2003, 18;203-208

- 102.) C. Miller, E. Miller, B. Rowe, C. Bowie, M., Judd, D. Walker, "Surveillance of symptoms following MMR vaccine in children", *The Practitioner* 1989
- 103.) W. Ehrengut, "Measles Encephalitis :Age disposition and vaccination", *Archiv ges Virusforsch* 1965, 16:311-316
- 104.) A. Patja, S. Makinen-Kiljunen, I. Davidkin et al., "Allergic reactions to measles-mumps-rubella vaccination", *Pediatrics* 2001
- 105.) F. Imani, K. E Kehoe, "Infection of human B lymphocytes with MMR vaccine induces IgE class switching", *Clin Immunol* 2001
- 106.) A. B. Olesen, S. Juul, K. Thestrup-Pedersen, "Atopic dermatitis is increased following vaccination for measles, mumps and rubella or measles infection", *Acta Derm Venerol* 2003
- 107.) E. Miller, P. Wright, C. P. Farrington et al., "Idiopathic thrombocytopenic purpura and MMR vaccine", *Arch Dis Child* 2001,
- 108.) D. A. Geier, M. R. Geier, "A comparative evaluation of the effects of MMR immunization and mercury doses from thiomersal-containing childhood vaccines on the population prevalence of autism", *Med Sci Monit* 2004 Mar 1
- 109.) A. M. Plesner, F. J. Hansen, K. Taudorf, L. H. Nielsen, C. B. Larsen, E. Pedersen, "Gait disturbance interpreted as cerebellar ataxia after MMR vaccination at 15 months of age: a follow-up study", *Acta Paediatr* 2000
- 110.) ESPED (Erhebungseinheit für seltene pädiatrische Erkrankungen in Deutschland)-Jahresbericht 1998. <http://www.public.rz.uni-duesseldorf.de/-esped/jabe1998.htm>
- 111.) H. Kawashima, T. Mori, Y. Kashiwagi et al., "Detection and sequencing of measles virus from peripheral mononuclear cells from patients with inflammatory bowel disease and autism", *Dig Dis Sci* 2000
- 112.) H. Allerdist, "Neurological complications following measles vaccination", *Dev Biol Stand* 1979
- 113.) G. S. Marshall et al., "Diffuse retinopathy following measles, mumps and rubella vaccination", *Pediatrics* 1985, 76 (6) : 989-991 ; V. L. Stevenson et al., "Optic neuritis following measles/rubella vaccination in two 13-year-old children", *Br J Ophthalmol* 1996
- 114.) R. E. Weibel , V. Caserta, D. E. Benor, et al., "Acute encephalopathy followed by permanent brain injury or death associated with further attenuated measles vaccines: a review of claims submitted to the National Vaccine Injury Compensation Program", *Pediatrics* 1998
- 115.) CDC (Centers for Disease Control):Measles , Mumps, and Rubella-Vaccine Use and Strategies for Elimination of Measles, Rubella, and Congenital Rubella Syndrome and Control of Mumps:Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), *MMWR* 1998
- 116.) K. Gritz, "MMR-Impfung: Vorurteile-Fakten", *Kinderarzt* 1999
http://www.doktor-quak.de/pdf/rabe_impfinfo.pdf
- 117.) V. Uhlmann , C. M. Marin, O. Sheils, L. Pilkington et al., "Potential viral pathogenic mechanism for new variant inflammatory bowel disease", *J Clin Pathol* 2002
- 118.) R. Sandall MMR rip? Times Online 14 December 2003. http://www.timesonline.co.uk/article/0,,100009-941849_1,00.html
- 119.) A. J. Wakefield et al., "Ileal-lymphoid –nodular hyperplasia , non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children", *Lancet* 1998

- 120.) A. J. Wakefield, A. Anthony, S. H. Murch, M. Thomson et al., "Enterocolitis in children with developmental disorders", *Am J Gastroenterol* 2000
- 121.) D. A. Geier, M. R. Geier, "A comparative evaluation of the effects of MMR immunization and mercury doses from thiomersal-containing childhood vaccines on the population prevalence of autism", *Med Sci Monit* 2004, Mar.
- 122.) H. Takahashi, S. Suzumura, F. Shirakizawa, N. Wada et al., "An epidemiological study on Japanese autism concerning routine childhood immunization history", *Jpn J Infect Dis* 2003
- 123.) A. M. Comi, A. W., Zimmermann, V. H. Freye, P. A.. Law, J. N. Peeden, "Familial clustering of autoimmune disorders and evaluation of medical risk factors in autism", *J Child Neurol* 1999
- 124.) V. K. Singh, R. L. Jensen, "Elevated levels of measles antibodies in children with autism", *Pediatr Neurol* 2003
- 125.) H. Kawashima, T. Mori, Y. Kashiwagi et al., "Detection and Sequencing of measles virus from peripheral mononuclear cells from patients with inflammatory bowel disease and autism", *Dig Dis Sci* 2000
- 126.) V. Uhlmann, C. M. Marin, O. Sheils, L. Pilkington et al., "Potential viral pathogenetic mechanism for new variant inflammatory bowel disease", *J Clin Pathol* 2002
- 127.) R. Sandall, MMR rip? Times Online, 14. Dezember 2003. http://www.timesonline.co.uk/article/O,,10009-941849_1,00.html
- 128.) H. Kaulen, "Masern-Mumps-Röteln-Impfung: Wie ein Impfstoff zu Unrecht in Misskredit gebracht wurde", *Dtsch Ärztezt* 2007
- 129.) K. M. Madsen, A. Hviid, M. Verstergaard, D. Schendel et al., "A population-based study of measles, mumps, and rubella vaccination and autism", *NEJM* 2002
- 130.) V. Demicheli, T. Jefferson, A. Rivetti, D. Price, "Vaccines for measles, mumps and rubella in children", *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005
- 131.) The Mail: Former science chief: MMR fears coming true. Mail on Sunday 22.3. 2006. <http://www.mailonsunday.co.uk/pages/live/articles/health/healthmain.html>
- 132.) Dr. med. Dietrich Klinghardt, M.D., Ph. D. und Dr. Patricia Kane, Ph. D. *Vortrag 2 : Schwermetalle und ihre Wirkung auf unsere Gesundheit*, Auszüge aus der Vorlesung an der ETH Zürich (Fachpublikum), April 2003, Germany, <http://www.power-for-life.com/Schwermetall-Ausleitung/vortrag2.html>
- 133.) MMR: A mother's victory. "The vast majority of doctors say there is no link between the triple jab and autism, but could an Italian court case reignite this controversial debate?" <http://www.dailymail.co.uk/news/article-2160054/MMR-A-mothers-victory-The-vast-majority-doctors-say-link-triple-jab-autism-Italian-court-case-reignite-controversial-debate.html#ixzz23J2LnAf6>
- 134.) A. Patja, S. Makinen-Kiljunen, I. Davidkin et al., "Allergic reactions to measles-mumps-rubella vaccination", *Pediatrics* 2001
- 135.) CDC (Centers for Disease Control): Vaccine side effects, adverse reactions, contraindications, and precautions. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1996
- 136.) L. Gherasim, *Medicină Internă. Bolile aparatului respirator și locomotor*, vol. 1, Editura Medicală, București, 1998
- 137.) Docteur Louis De Brouwer, *Vaccinatio: Erreur médicale du siècle. Les Dangers des Vaccinations et leurs conséquences*, ATRA-AG STG, janvier 1996

- 138.) S. A. Silfverdal, "Protective effect of breastfeeding on invasive *Haemophilus influenzae* infection: a case-control-study in Swedish preschool children", *Int J Epidemiol* 1997
- 139.) J. Eskola, H. Peltola, A. K. Takala et al., "Efficacy of *Haemophilus influenzae* type b polysaccharide-diphtheria toxoid conjugate vaccine in infancy", *N Engl J Med* 1987 Sep 17; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3306379>
- 140.) S. K. Sood, J. R. Scheiber, G. R. Siber et al., "Postvaccination susceptibility to invasive *Haemophilus influenzae* type b disease in infant rats", *J Pediatr*, 1998 Nov; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3263486>
- 141.) R. S. Daum, S. K. Sood, M. T. Osterholm et al., "Decline in serum antibody to the capsule of *Haemophilus influenzae* type b in the immediate postimmunization period", *J Pediatr*. 1989 May
- 142.) E. E. Hiner und C. E. Frasch, "Spectrum of Disease Due to *Haemophilus Influenza* Type B Occurring in Vaccinated Children", *J Infect Disorder*, 1988 Aug.
- 143.) J. Ward, G. Brenneman, G. W. Letson und W. L. Hayward, "The Alaska H. influenzae Vaccine Study Group. Limited efficacy of a *Haemophilus influenzae* type b conjugate vaccine in Alaska native infants", *N Engl J Med*. 1990
- 144.) K. Galil, R. Singleton, O. S. Levine et al., "Reemergence of invasive *Haemophilus influenzae* type b disease in a well-vaccinated population in remote Alaska", *J Infect Dis* 1999
- 145.) G. T. Rijkers, P. Vermeer-de Bondt, L. Spanjaard, M. A. Breukels, E. A. M. Sanders, "Return of *Haemophilus influenzae* type b infections", *Lancet* 2003
- 146.) K. Pushparajah, P. Ramnarayan, A. Maniyar, R. Paget, J. Britto, "Continued threat of *Haemophilus influenzae* type B disease in the U.K.", *Lancet* 2003
- 147.) G. S. Ribeiro et al, "Prevention of *Haemophilus influenzae* type b (Hib) meningitis and emergence of serotype replacement with type a strains after introduction of Hib immunization in Brazil", *J. Infect Dis* 2003
- 148.) P. Bajanca, M. Canica and the Multicenter Study Group: "Emergence of nonencapsulated non-b-type invasive *Haemophilus influenzae* isolates in Portugal (1989-2001)", *J Clin Microbiol* 2004
- 149.) ESPED (Erhebungseinheit für seltene pädiatrische Erkrankungen in Deutschland): Jahresbericht 2004. <http://www.esped.uni-duesseldorf.de/jabe2004.pdf>
- 150.) J. C. Butler, "Nature abhors a vacuum, but the public health is loving it: the sustained decrease in the rate of invasive *Haemophilus influenzae* disease", *Clin Infect Dis* 2006
- 151.) J. McVernon, C. L. Trottell, P. E., Slack, M. E. Ramsay, "Trends in *Haemophilus influenzae* type b infections in adults in England and Wales: surveillance study", *BMJ* 2004
- 152.) <http://www.ms.gov.ro>
- 153.) M. Ochiai, M. Kataoka, H. Toyozumi, A. Yamamoto, "Endotoxin content in *Haemophilus influenzae* type b vaccine", *Jpn J Infect Dis* 2004
- 154.) CDC 1999 a: FAQs about Hib. Meningitis Foundation of America, 1997. <http://www.musa.org/Hib2.htm>
- 155.) P. E. Klass et al., "Therapy of bacterial sepsis, meningitis and otitis media in infants and children: 1992 poll of directors of programs in pediatric infectious disease", *Pediatric infectiol Dis J*, 1992

- 156.) E. Basson et al., "Haemophilus influenza meningitis following vaccination. Consequence or coincidence", *Arch Pediatr* 1996
- 157.) HRSA (Health Resources and Services Administration): Vaccine Injury Table March 24, 1997. www.hrsa.dhhs.gov/bhpr/vicp/table.htm
- 158.) F. DeStefano, D. Gu., P. Kramarz, B. I. Truman et al., "Childhood vaccinations and risk of asthma", *Pediatr Infect Dis J* 2002
- 159.) T. M. Dokkeel, "An epidemic of childhood diabetes in the United States", *Diabetes Care* 1993
- 160.) S. Gardner et al., "Rising incidence of insulin dependent diabetes in children under 5 years in Oxford region: time trend analysis", *BMJ* 1997
- 161.) D. C. Classen, J. B. Classen, "The timing of pediatric immunization and the risk of insulin-dependent diabetes mellitus", *Inf Dis Clin Pract* 1997
- 162.) J. Wahlberg, J. Fredriksson, O. Vaarala, J. Ludvigsson et al., "Vaccinations May Induce Diabetes-Related Autoantibodies in One-Year-Old Children", *Ann NY Acad Sci* 2003
- 163.) N. Siegmund-Schultze, "Diabetes mellitus typ 1: Gezielte Vorhersage", *D Ärzteblatt* 2007, 104, (11):a-706
- 164.) ESPED, Jahresbericht 2002. http://www.esped.uni-duesseldorf.de/jabe2002_r.htm#hii
- 165.) J. B. Classen, D. C. Classen, "Association between type 1 diabetes and Hib vaccine: causal relation is likely", *BMJ* 1999a
- 166.) D. C. Classen, "Letters: Public should be told that vaccines may have long term adverse effects", *BMJ*. 1999b
- 167.) J. B. Classen, "Risk of vaccine-induced diabetes in children with a family history of type 1 diabetes", *The Open Pediatric Medicine Journal* 2008
- 168.) J. Strom, 1960: "Is universal vaccination against pertussis always justified", *British Medical Journal* (October 22)
- 169.) "Numărul de copii bolnavi de diabet s-a triplat în ultimii douăzeci de ani". <http://www.ziare.com/articole/imbolnaviri+diabet+copii>
- 170.) "Epidemie de diabet în douăzeci de ani": <http://www.romanalibera.ro/stil-de-viata/sanata/epidemie-de-diabet-in-20-de-ani-188096.html>
- 171.) Citat din Revista NVIC (National Vaccine Information Center) august 1992, Washington D.C., referitor la expunerea motivelor vaccinării sugarilor împotriva hepatitei B, de către Dr. George Peter, președintele AAP (Academia Americană de Pediatrie), la Conferința de Boli Infecțioase a medicilor pediatrii, din 12 iunie 1992
- 172.) <http://www.pcfarm.ro/prospect.php?id=1201>
- 173.) <http://www.medipedia.ro/Dictionarmedical/Medicamente/tabid/59/prospect/W13367001/EUVAX-B-PEDIATRIC-vaccin-hepatic-B-recombinat.aspx>
- 174.) *Memo Med 2009*, Ed. 15, Editura Minesan.
- 175.) J. Orient, Statement of the Association of American Physicians Surgeons to the Subcommittee on Criminal Justice, Drug Policy, and Human Resources of the Committee on Government Reform U.S. House of Representatives: Hepatitis B Vaccine. 14.6.1999
<http://www.aapsonline.org/testimony/hepbcom.htm>
- 176.) F. E. Shaw, D. J. Graham, H. A. Guess, J. B. Milstien, J. M. Johnson, G. C. Schatz, S. C. Hadler, J. N. Kuritsky, E. E. Hiner, D. J. Bregman und J. E. Maynard, 1988: "Über-

- wachung gemeldeter negativer neurologischer Wirkungen nach Markt-Einführung des Hepatitis –B-Impfstoffs”, *Am J Epidemiol* ;127 (2), 337-352
- 177.) K. R. Stratton et al., Institute of Medicine: *Adverse events associated with childhood vaccines :evidence bearing on causality*, National Academy Press, Washington , D.C., 1994
- 178.) R. K. Gherardi, “Lessons from macrophagic myofasciitis: towards definition of a vaccine adjuvant-related syndrome”, *Rev Neurol (Paris)* no 159; 2003
- 179.) F. E. Shaw et al., “Postmarketing surveillance for neurologic adverse events reported after hepatitis B vaccination”, *Am J Epidemiology* 1998
- 180.) L. Herroelen, J. De Keyser, G. Ebinger, “Central-nervous system demyelination after immunization with recombinant hepatitis B vaccine”, *Lancet* 1991
- 181.) N. Souayah, A. Nasar, M. Farred, K. Suri, et al., “Guillain-Barre syndrome after vaccination in United States-a report from the CDC/FDA vaccine adverse event reporting system”, *Vaccine* 22. Mai 2007
- 182.) A. Senejoux et al., “Acute myelitis after immunization against hepatitis B with recombinant vaccine (letter)”, *Gastroenterologie Clinique ey Biologique* 1996
- 183.) F. Trevisani, et al., “Transverse myelitis following hepatitis B vaccination”, *J Hepatol* 1993
- 184.) L. M. Tartaglino et al., “MR imaging in a case of postvaccination myelitis”, *Am J Neuroradiol* 1995
- 185.) J. L., Renard , J. S. Guillamo, J. M. Ramirez, H. Taillia, D. Felten, Y. Buisson, “Myelite transverse aigue cervicale après vaccination contre le virus de l’hepatite B. Evolution serologique des anticorps anti-HBs”, *Presse Med* 1999
- 186.) F. J. Authier, P. Cherin, A. Creange, B. Bonnotte, “Central nervous system disease in patients with macrophagic myofasciitis”, *Brain* 2001
- 187.) R. Riikonen, “The role of infection and vaccination in the genesis of optic neuritis and Multiple sclerosis in children”, *Acta neur Scand* 1989
- 188.) E.J. Van de Gijn et al., “Bilateral optic neuritis with branch retinal artery occlusion associated with vaccination”, *Documenta ophth* 1994
- 189.) IOM (Institute of Medicine): *Adverse effects associated with childhood vaccines:Evidence bearing on causality*, National Academy Press, Washington D.C., 1994
- 190.) N. Berkman et al., “Bilateral neuro-papillitis after hepatitis B vaccination”, *Presse Medicale* 1996
- 191.) S. Albitar et al., “Bilateral retrobulbar neuritis with hepatitis B vaccination”, *Nephrol Dial Transplant* 1997
- 192.) B. S. Dunbar, Rede bei der Second International Public Conference on Vaccination in Arlington , Virginia, September 2000. <http://64.41.99.118/vran/vaccines/hepatitis/dunbar.htm>
- 193.) I. Grotto et al., “Major adverse reactions to yeast-derived hepatitis B vaccine-a review”, *Vaccine* 1998
- 194.) M. R. Geier, D. A. Geier, A. C. Zahalsky, “A review of hepatitis B vaccination”, *Expert Opin Drug Saf.* 2003
- 195.) J. E. Pope et al., “An epidemic of rheumatoid arthritis linked to hepatitis B Vaccinations From Birth”, *Pediatr Infect Dis J* 2004

- 196.) J. B. Classen, "Diabetes epidemic follows hepatitis B immunization program", *New Zealand Medical Journal* 1996
- 197.) CDC : Pharmacoepidemiology and Drug Safety 1998, 6
- 198.) K. Poutasi, "Immunization and diabetes". *N.Zealand Med J* 1996
- 199.) K. Hartmann, B. Keller-Stanislawski, "Rekombinate Hepatitis-B-Impfstoffe und Verdachtsfälle unerwünschter Reaktionen", *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 2002
- 200.) Hans Tolzin auf Einladung des Stuttgarter Stammtisches, referierte am 1.10.09, zum Thema "Impfentscheidung". Die Schweinegrippeimpfung. <http://www.youtube.com/watch?v=fz2kbIV6y9Q>
- 201.) www.pentruviatacluj.ro
- 202.) Torsten Engelbrecht, Claus Köhnlein, *Virus-Wahn*. EmuVerlag, 6.Auflage 2010
- 203.) Bert Ehgartner, *Lob der Krankheit. Warum es gesund ist tab und zu krank zu sein*. Bastei 1.Auflage, Februar 2010
- 204.) Tom Jefferson, Carlo Di Pietrantonj, "Inactivated influenza vaccines in the elderly-are you sure?", *Lancet* 2007
- 205.) L Simonsen et al., "Mortality benefits of influenza vaccination in elderly people: an ongoing controversy", *Lancet Infect Dis* 2007
- 206.) L Simonsen et al., "Impact of Influenza vaccination on seasonal mortality in the US elderly population", *Arch Intern Med* 2005
- 207.) C. Rizzo et al., "Influenza-related mortality in the Italian elderly: no decline associated with increasing vaccination coverage", *Vaccine* 2006
- 208.) T. Jefferson et al., "Assessment of the efficacy and effectiveness of influenza vaccine in healthy children: systematic review", *Lancet* 2005
- 209.) T. Jefferson et al., "Safety of influenza vaccines in children", *Lancet* 2005
- 210.) E. K. France, R. Smith-Ray, D. McClure, S. Hambidge et al., "Impact of maternal influenza vaccination during pregnancy on the incidence of acute respiratory illness visits among infants", *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006,
- 211.) C. Francioni, P. Rosi, A. Fioravanti, F. Megale, N. Pipitone, R. Marcalongo, "La vaccinazione antiinfluenzale in soggetti affetti da artrite reumatoide: risposta clinica ed anticorpale", *Recenti Prog Med* 1996
- 212.) Herald Tribune: Israeli Health Ministry halts flu vaccine three people die. 22.Oktober 2006. http://www.iht.com/articles/ap/2006/10/22/africa/ME_GEN_Israel_Flu_Vaccines.php
- 213.) VACCIN GRIPAL TRIVALENT purificat inactivat, <http://www.pcfarm.ro/prospect.php?id=3010>
- 214.) G. Thurairajan, M. W. Hope-Ross, R. D. Situnayake, P. I. Murray, "Polyarthropathy, orbital myositis and posterior scleritis: an unusual adverse reaction to influenza vaccine", *Br J Rheumatol* 1997
- 215.) K. M. Neuzil, K. M. Edwards, "Influenza vaccines in children", *Semin Pediatr Infect Dis* 2002
- 216.) D. P. Hobermann, J. L. Paradise, H. E. Rockette, "Effectiveness of inactivated influenza vaccine in preventing acute otitis media in young children : a randomized controlled trial", *JAMA* 2003

- 217.) N. Yamane-Berar, O. Ben-Itzhak, J. Gree, F. Nakhoul, "Influenza vaccination induced leukocytoclastic vasculitis and pauci-immune crescentic glomerulonephritis", *Clin Nephrol* 2002
- 218.) C. J. Cates, T. O. Jefferson, A. I. Bara, B. H. Rowe, "Vaccines for preventing influenza in people with asthma (Cochrane Review)", *Cochrane Database Syst Rev* 2000
- 219.) C. Christy, C. A. Aligne, P. Auinger, T. Pulcino, M. Weitzman, "Effectiveness of influenza vaccine for the prevention of asthma exacerbations", *Arch Dis Child* 2004
- 220.) T. Takahashi, N. Yamaguichi, "Influenza vaccines", *N Engl J Med* 2007
- 221.) L. A. Stepanova, A. Linde, A. N. Naikhin, M. A. Bichurina, M. S. Paramonova, "Specific immune response to vaccination with an inactivated flue vaccine depending on prevaccine status and age of the person vaccinated", *Vopr Virusol* 2000
- 222.) N. Yanau-Berar, O. Ben-Itzhak, J. Gree, F. Nakhoul, "Influenza vaccination induced leukocytoclastic vasculitis and pauci-immune crescentic glomerulonephritis", *Clin Nephrol* 2002
- 223.) S. Tavadia, A. Dummond, C. D. Evans, N. J. Wainwright, "Leucocytoclastic vasculitis and influenza vaccination", *Dermatol* 2003
- 224.) M. Satoh, Y. Kuroda, H. Yoshida, K. M. Behney, "Induction of lupus autoantibodies by adjuvants", *J. Autoimmun* 2003
- 225.) N. Nakamura, K. Nokura, T. Zetsu, H. Koga et al., "Neurologic complications associated with influenza vaccination :two adult cases", *Intern Infect Dis* 2002
- 226.) J. K. Felix, R. H. Schwartz, G. J. Myers, "Isolated Hypoglossal Nerve Paralysis Following Influenza Vaccination. Amer", *J Dis Child* 1976
- 227.) W. Ehrengut, H. Allerdist, "Über neurologische Komplikationen nach der Influenza-schutzimpfung", *Münchmed Wschr* 1977
- 228.) T. W. Furlow, "Neuropathy after Influenza Vaccination", *Lancet* 1977
- 229.) W. Hennessen, H. Jacob, U. Quast, "Neurologische Affektionen nach Influenza-Impfung", *Der Nervenarzt* 1978; 49
- 230.) A. Kawasaki, V. A. Purvin, R. Tanq, "Bilateral anterior ischemic optic neuropathy following influenza vaccination", *J. Neuroophthalmol* 1998
- 231.) J. Bryan, G. R. Noble, "Guillain-Barre Syndrome after administration of killed vaccines", Genf:Ref:IABS Symposium on Influenza Immunization, 1.6.-4.6.1977
- 232.) D. N. Juurlink, T. A. Stukel, J. Kwong, A. Kopp et al., "Guillain-Barre Syndrome After Influenza Vaccination in Adults: A Population-Based Study.", *Arch Intern Med* 2006
- 233.) N. Souayah, A. Nasar, M. F. Suri, A. I., "Qureshi, Guillian-Barre syndrome after vaccination in United Staes. A report from the CDC/FDA Vaccine Adverse Event Reporting System", *Vaccine* 2007
- 234.) M. R. Geier, D. A. Geier, A. C. Zahalsky, "Influenza vaccination and Guillian-Barre syndrome", *Clin Immunol* 2003
- 235.) C.E.C. Wells, "A neurological note on vaccination against influenza", *Br Med J* 191
- 236.) W. Ehrengut, H. Allerdist, "Über neurologische Komplikationen nach der Influenza-schutzimpfung", *Münch med Wschr* 1977
- 237.) C. M. Poser, "Neurol complications of swine influenza vaccination", *Acta Neurol Scand* 1982
- 238.) R. Bakshi, J. C. Mazziotta, "Acute transverse myelitis after influenza vaccination: magnetic resonance imaging findings", *J Neuroimaging* 1996
- 239.) Evolutia bolii meningococice in teritoriul ISP Bucuresti,

- www.insp.gov.ro/cnscbt/index.php?option=com...task
- 240.) M. N. Theodoroiu, N. A. Vasilopoulou, E. E. Atsali, A. M. Pangalis, "Meningitis registry of hospitalized cases in children: epidemiological patterns of acute bacterial meningitis throughout a 32-year period", *BMC Infect Dis* 2007
- 241.) EB 2003: Invasive Meningokokken-Erkrankungen im Jahr 2002
- 242.) AT (Arznei-Telegramm): Neue Konjugat-Impfstoffe Prevenar und Meningitec . AT 2001
- 243.) M. D. Snape, D. F. Kelly, B. Green, E. R. Moxon et al., "Lack of serum bactericidal activity in preschool children two years after a single dose of serogroup C meningococcal polysaccharide-protein conjugate vaccine", *Pediatr Infect Dis J* 2005
- 244.) V. I. Spoulou, G. Tzanaki, M. C. Theodoroiu, "Conjugate vaccine-induced immunological priming is not protective against acute meningococcal C infection. Letter to the Editor", *Vaccine* 2007
- 245.) MMWR, Decision not to recommend routine vaccination of all children aged 2-10 years with quadrivalent meningococcal conjugate vaccine (MCV4). *MMWR* 2008
- 246.) G. Lawrence, I. Boyd, P. McIntyre, D. Isaacs, "Surveillance of adverse events following immunization: Australia 2002 to 2003", *Commun Dis Intell* 2004
- 247.) M.: Girard, "Reliability of drug safety data", *bmj.com* 4.10.2006.
<http://bmj.bmjournals.com/cgi/eletters/333/7568/571>
- 248.) L. Diggle, J. J. Deeks, A. J. Pollard, "Effect of needle size on immunogenicity and reactogenicity of vaccines in infants: randomized controlled trial", *BMJ* 2006
- 249.) DH (Department of Health of the United Kingdom): Meningitis C vaccine. 2000.
www.doh.gov.uk/meningitis-vaccine/keypharm.htm
- 250.) M. O. Py, D. Andre, "Acute disseminated encephalomyelitis and meningococcal A and C vaccine: case report", *Arq Neuropsiquiatr* 1997
- 251.) E. M. Lambert, A. Liebling, E. Glusac, R. J. Antaya, "Henoch-Schönlein purpura following a meningococcal vaccine", *Pediatrics* 2—3
- 252.) M. Bright, T. McVeight, "Fresh controversy surrounding Britain's Meningitis C vaccination programme", *Observer* 3.9.2000
- 253.) A. S. Abeyagunawardena, D. Goldblatt, N. Andrews, R. S. Trompeter, "Risk of relapse after meningococcal C conjugate vaccine in nephritic syndrome", *Lancet* 2003
- 254.) MMWR: Direct and indirect effects of routine vaccination of children with 7-valent pneumococcal conjugate vaccine on incidence of invasive pneumococcal disease—United States, 1998-2003. *MMWR Weekly*, 16. September 2005
- 255.) EB 1999: Ratg Infektionskrankheiten-Frühsummer-Meningoenzephalitis
- 256.) W. Bössenecker, "Durch Zecken übertragene Krankheiten : FSME und Lyme-Borreliose", *Bayr Ärzteblatt* 2007
- 257.) AT (Arznei-Telegramm): Prphylaxever sagen und deletäre Verläufe nach FSME-Immunglobulin. AT 1996
- 258.) G. Lesnicar, M. Poljak, K. Seme, J. Lesnicar, "Pediatric tick-borne encephalitis in 371 cases from an endemic region in Slovenia, 1959 to 2000", *Pediatr Infect Dis J* 2003
- 259.) C. Wittermann, U. Nicolay, A. K. Hilbert et al., "Paediatric tick-borne encephalitis (TBE) vaccines: schedules to optimize protection", *Int J Med Microbiol* 2008
- 260.) AT (Arznei-Telegramm): 14 Monate Tico-Vac-eine Chronik, AT 2001
- 261.) <http://www.youtube.com/watch?v=L1f8XTTsrpU>

- 262.) ÄZ (Ärztezeitung): Die einzige Borreliose-Vakzine ist in den USA gescheitert-awren unerwünschte Wirkungen die Ursache? *Ärzte –Zeitung Online*. 24.5.2002
- 263.) Dr. med. Dietrich Klinghardt. Bellevue, Washington, M□rz 2005, *Die Lyme-Borreliose: Ein Blick jenseits der Behandlung mit Antibiotica*.
- 264.) Dr. med. Eva Dimmendaal: *Borreliose. Das Selbsthilfe-Programm*, GU, Verlag GmbH, München, 2. Auflage, 2011
- 265.) http://gineco.pulsmedia.ro/article--x-Ginecologie_Cancerul_de_col_uterin__epidemiologie,_screening_%C5%9Fi_tratament--5539.htm
- 266.) Traian Ciucă, *Boli transmisibile pe cale sexuală*, Editura Științifică, București, 1993
- 267.) Christa, Todea-Gross, Ilie Moldovan, *Indrumarul medical și creștin despre viață al Federației Organizațiilor Ortodoxe Pro-Vita din România*, Editura Renașterea, Cluj-Napoca, 2008
- 268.) E. Kind, M. Kuhlmann, “Zervikale intraepitheliale Neoplasien”, in M. Beckmann, F. Perl, *Frauen-Heilkunde und Geburts-Hilfe*, Basel, 2004
- 269.) GEKID (Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V.): Krebs in Deutschland-Häufigkeit und Trends.5.Aufl. Saarbrücken 2006 <http://www.ekr.med.uni-erlangen.de/GEKID/Doc/kid2006.pdf>
- 270.) Dr. Genoveva Tudor, *Bolile homosexualilor – un documentar medical la zi*, Editura-Christiana, București 2005
- 271.) <http://www.impf-report.de/zeitschrift/bisherige/impf-report046.htm>
- 272.) <http://www.zentrum-der-gesundheit.de/ia-gebaermutterhalskrebs.html>
- 273.) <http://www.pcfarm.ro/prospect.php?id=3734>
- 274.) “impf-report”-nr.46/47, Sept./Oct.2008, von Hans U.P.Tolzin, 4-6. <http://www.impf-report.de/zeitschrift/bisherige/impf-report046.htm>
- 275.) <http://embedr.com/playlist/5-6-stuttgarter-impfsymposium>
- 276.) Wissenschaftlerinnen fordern Neubewertung der HPV-Impfung und ein Ende der irreführenden Informationen
- 277.) <http://www.psychophysik.com/h-blog/?p=2795>
- 278.) <http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag3/downloads.html>; *Informationsdienst Wissenschaft, Pressemitteilung, Torsten Schaletzke, Universität Bielefeld. 26.11.2008*
- 279.) http://www.sanego.de/Medikament_Gardasil
- 280.) Hans U.P. Tolzin, “Impf-report”, nr. 46/47, Sept./Oct.2008 <http://www.impf-report.de/zeitschrift/bisherige/impf-report046.htm>
- 281.) <http://embedr.com/playlist/5-6-stuttgarter-impfsymposium>
- 282.) How to stop bir flu instead of the vaccine-antiviral model. *Science in Society* 35. 2007; “Vaccines may be linked to Gulf War Syndrome”, Chiroweb.com, June 12, 2000, <http://www.chiroweb.com/mpacms/dc/article.php?id=31730>
- 283.) <http://www.swinefluupdate.us/%E2%80%9Cswine-flu%E2%80%9D-vaccine-has-adjvants-that-impair-fertility.php> și http://infertility.suite101.com/article.cfm/polysorbate_80_causes_infertility
- 284.) Michael Leitner: *HPV Impfung: denn sie wissen nicht was sie tun!* <http://www.impfkritik.de/zusatzstoffe/squalen.htm>
- 285.) Moshe Tishler, Yehuda Shoenfeld, “Vaccination may be associated with autoimmune diseases”, *IMAJ* 2004; Vered Molina, Yehuda Shoenfeld, “Infection, vaccines and other environmental triggers of autoimmunity”, 2005

- 286.) D. Kanduc, “*Quantifying the possible cross-reactivity risk of an HPV16 vaccine*”, *J Exp Ther Oncol*. 2009 <http://www.impfschaden.info/impfen/hpv-impfung.htm>
- 287.) <http://www.impfkritik.de/pressespiegel/2012083005.htm>
- 288.) Décision du 31 août 2010 interdisant une publicité pour un médicament mentionnée à l'article L. 5122-1, premier alinéa, du code de la santé publique destinée aux personnes habilitées à prescrire ou délivrer ces médicaments ou à les utiliser dans l'exercice de leur art (NOR: SASM1020221S0). Considérant qu'ainsi ce document est contraire aux dispositions des articles L. 5122-2 susmentionnées du code de la santé publique, la publicité susvisée pour la spécialité pharmaceutique GARDASIL est interdite. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=?cidTexte=JORFTEXT000022839429&dateTexte&oldAction=rechJO&categorieLien=id>
- 289.) http://www.hotnews.ro/stiri-ultima_ora-5405583-spania-vaccinuri-impotriva-hpv-retrase-dupa-doua-internari.htm

CAPITOLUL 5

Ce soluții avem?

1. Refuzul tuturor vaccinurilor, începând de la naștere

Refuzul unui vaccin sau al oricărui alt tratament, preventiv sau curativ, este un drept fundamental al fiecărui cetățean român, conform legii nr. 46/2003, art. 13.: *“Pacientul are dreptul să refuze sau să oprească o intervenție medicală asumându-și, în scris, răspunderea pentru decizia sa; consecințele refuzului sau ale opririi actelor medicale trebuie explicate pacientului”* (vezi “Baza legală...” din Anexă).

Potrivit Proiectului de Ordin al Ministerului Sănătății privind *aprobarea Carnetului de Vaccinări*, la art. 5, se menționează: *“La înscrierea în colectivitate, se va solicita obligatoriu prezentarea carnetului de vaccinări”*. Această formulare deschide posibilitatea unei interpretări dure, în sensul restricționării accesului persoanelor în colectivități (grădiniță, școală, profesie etc.) în funcție de efectuarea sau nu a schemei integrale de vaccinuri prevăzute în *Carnetul de Vaccinări*. Pentru a afla în ce măsură vaccinurile sunt “obligatorii”, dar și despre carnetul de vaccinări, au fost trimise mai multe petiții de către un părinte (al cărui nume rămâne confidențial) către mai multe Direcții de Sănătate Publică (DSP) din România, inclusiv către Direcția de Sănătate Publică a Județului Ilfov, de la care răspunsul a fost cât se poate de clar: **“... schema de vaccinare este recomandată...”** (vezi Anexa). Cu alte cuvinte, ***nu este obligatorie***. Alte petiții au fost trimise către Inspectoratele Școlare din țară. Răspunsul de la Inspectoratul Școlar al Municipiului București, din 12.01.2012, este următorul: *“Vă informăm că părinții au datoria la înscrierea copilului în colectivitate să prezinte dovada faptului că s-au făcut vaccinurile corespunzătoare vârstei copilului, conform Ord. MS nr.1995/1995.art. 2. În același timp, în situația în care nu s-au realizat imunizările profilactice, părinții vor depune la sediul unității de învățământ o declarație tip, conform Legii nr. 46/2003, privind drepturile pacienților care prevede necesitatea consimțământului informat și exprimat în scris pentru intervențiile medicale (Art. 13), precum și conform Legii 95/2006 privind reforma sănătății, care nu prevede obligația de a fi*

vaccinat. *Articolele 374 și 376 solicită medicului să acționeze respectând voința pacientului, iar art. 649 prevede acordul scris al pacientului pentru diagnosticul și tratamentul cu potențial risc*” (vezi Anexa). Interesant este faptul că unele răspunsuri au fost destul de evazive și doar la insistența părintelui care a trimis petițiile ele au fost reformulate și retrimise în formatul actual, clar și la subiect.

Așadar, presiunile făcute de către Medicii de Familie sau de către Direcțiunile Instituțiilor de Stat (grădinițe și școli) asupra părinților nu sunt întemeiate, iar aceștia pot cere respectarea dreptului la educație al copiilor lor, conform legii în vigoare.

2. Un stil de viață sănătos al gravidei¹

Din timpul sarcinii, femeia poate crea deja un mediu propice viitorului ei copil, astfel încât la naștere acesta să moștenească un sistem imun sănătos, capabil să învingă bolile:

- *Să evite toxicele* (țigări, cafea, alcool).

- *Să nu se vaccineze (antitetanos, antigripal, etc.) în timpul sarcinii*, fiindcă sistemul imun al gravidei suferă mari schimbări, cea mai importantă fiind o toleranță imunologică față de un țesut străin, cum este și cel al copilului, pentru ca acesta să nu poată fi respins și eliminat. *Această toleranță imunologică este foarte benefică pentru gravidă, deoarece și alte disfuncții ale sistemului ei imun se vor estompa acum, cu șanse mari de vindecare. Acesta este motivul pentru care o femeie care naște mai mulți copii își întărește sistemul imun și nu va suferi de boli alergice, autoimune, etc.* Dar câte mame în ziua de azi nasc mai mult de 2 copii? Un vaccin în timpul sarcinii va fi periculos pentru copil. La antigenul din vaccin (virus gripal, toxina tetanică) se adaugă și componentele neurotoxice și alergice pentru copil (aluminii și mercur). Metalele grele, precum mercurul, trec prin placentă în sistemul nervos al copilului, cu riscul apariției autismului și a altor boli neurologice. La gravidă vaccinul va putea provoca reacții alergice.

- *Să nu consume antibiotice, imunodeprimante și alte medicamente care ar putea să modifice sistemul ei imun – și implicit pe cel al copilului.* “*În societatea noastră femeile gravide și copiii sunt cei mai sensibili și mai expuși la medicamente*”², afirmă Ehgartner.

¹ “Anuarul Federației Organizațiilor Ortodoxe Pro-Vita” din România, publicat în Sibiu, 2011, 29-43. http://www.pentruviatacluj.ro/arhiva/Anuar_PV.pdf,

² Bert Ehgartner, *Lob der Krankheit. Warum es gesund ist tab und zu krank zu sein*, Bastei Lübbe Verlag, 1. Auflage 2010, Februar 2010, 63-65

- *Să consume alimente naturale*, fără adaosuri chimicale sau modificate genetic.

- *Nu are nevoie de suplimente cu vitamine și minerale*, iar sarea iodată este total contraindicată; o alimentație sănătoasă acoperă toate aceste necesități.

- Dacă trăiește la țară, *să nu evite* contactul cu animalele și *să consume lapte de vacă (sau de capră) proaspăt și nefiert*, toate acestea întărind sistemul ei imun, dar și pe cel al copilului.

3. După naștere: recomandări pentru mamă și copil

Mama să continue același stil de viață sănătos din timpul sarcinii, la care se mai adaugă două condiții:

- *Să alăpteze copilul* cu orice preț, laptele matern fiind cel mai bun aliment, care oferă sugarului tot ceea ce are nevoie: substanțe nutritive, anticorpi, etc.

- *Să nu se vaccineze*. Un vaccin administrat după naștere poate readuce alergiile sau bolile alergice ale femeii de dinaintea sarcinii și în felul acesta astmul bronșic, eczema alergică sau rinita alergică se vor manifesta din nou, ba chiar se vor putea agrava³.

Copilul va avea mari șanse de a fi sănătos dacă vor fi îndeplinite câteva condiții importante:

- *Să simtă prezența mamei* (contactul fizic, dragostea, liniștea sufletească) în primii 3 ani de viață, primul an fiind cel mai important. Între mamă și copil este o simbioză perfectă.

- *Să fie alăptat la sân minimum 6 luni*. În lipsa alimentației naturale, să fie hrănit cu *lapte de vacă*, proaspăt (nefiert), diluat și îndulcit corespunzător (un medic pediatru cunoaște concentrațiile necesare). Alergia la lapte de vacă (uneori există de la naștere, dar în majoritatea cazurilor apare după vaccinurile din primele luni) trebuie depistată din timp. În acest caz, laptele de vacă va fi înlocuit cu *lapte de capră*, proaspăt (sau acru/lapte bătut/iaurt) nefiert, până la vârsta de 2 ani. Dacă este alergic și la laptele de capră, se consumă *lapte din soia*, preparat acasă (nu din comerț!). Nu se dă sugarului lapte praf (din lapte de vacă sau soia!), care-l alergizează și mai mult. Eczema atopică este deseori un simptom premergător alergiei la lapte de vacă sau chiar o însoțitoare și este deseori consecința vaccinurilor.

³ *Ibidem*, 91.

- *Diversificarea alimentației* se face cu alimente naturale, preparate acasă, cu excluderea obligatorie a semipreparatelor (!) și a oricărui aliment ce conține conservanți (produse din magazine: budinci, diverse produse lactate etc.).

- ***Să nu fie vaccinat.***

- *Dacă are febră* (iar medicul pediatru nu recomandă internarea): copilul va fi hidratat cu ceaiuri, compoturi, sucuri de fructe preparate personal, supe (în funcție de vârstă), iar febra (până la 38 grade Celsius la sugarii sub 7 luni și 39 grade Celsius la cei peste 7 luni) *nu se va combate cu antitermice*, ci prin împachetări. Sunt indicate, de asemenea, frecții cu oțet/spirt sanitar. *Pe cât posibil, să nu se folosească medicamente antitermice, antiinflamatoare (Nurofen), antialgice (Algocalmin), Paracetamol și nicidecum antibiotice.* Organismul se apără prin febră, care este benefică și timp de 3 zile nu se va trata. *Prin tratarea febrei se provoacă o imunosupresie* (vezi cap.1). Apetitul revine după cele trei zile de febră și copilul va fi din nou energic și sănătos. Scutecele gen “pampers” nu sunt indicate în febră, căci rețin căldura. Dacă nu scade febra, este recomandată o investigare mai minuțioasă.

- *Sub vârsta de 6 luni, sugarul nevaccinat*, bine îngrijit, nu are niciun motiv să facă febră, având încă anticorpii de la mamă, iar dacă este alăptat la sân, este foarte bine protejat de infecții. Dacă totuși apare febra, trebuie găsită cauza. *Un sugar vaccinat* face de obicei febră după fiecare vaccin, fiindcă i se induce o stare de infecție. Febra este tratată, din nefericire, în majoritatea cazurilor, cu antitermice, care provoacă imunosupresie. Aceasta, la rândul ei, va predispuce la alte viroze și infecții, care din nou vor fi tratate cu antitermice, antiinflamatorii sau chiar antibiotice. *De la naștere și până la 6 luni un sugar în România primește “doar” 19 vaccinuri.* În felul acesta se formează un cerc vicios, din care copilul va ieși cu un sistem imun bulversat, depășit de situație și predispus la infecții și boli alergice.

- *După vârsta de 6 luni, copilul nevaccinat* nu mai este apărat în totalitate de anticorpii de la mamă (scad treptat până la vârsta de 1-2 ani), dar își formează propriul sistem imun (vezi cap.1). Acum pot apărea infecții ușoare, cu febră, iar tratamentul trebuie să fie unul cât mai puțin agresiv și fără antibiotice (acestea sunt ineficace în viroze și scad imunitatea). Febra apărută din cauza erupțiilor dentare nu va fi tratată cu antitermice⁴. *“Este cunoscut faptul*

⁴ Dr. Friedrich P. Graf, *Nicht impfen-was dann?*, sprangrade verlag, 3 Auflage 7-2007, 119.

că erupția (ex.: pustulelele din varicelă) din cadrul bolilor contagioase se vindecă mult mai greu dacă administrăm antitermice”⁵.

- Să nu trăiască într-un mediu prea “steril”, ci să fie lăsat să se murdărească, pentru a-și dezvolta o imunitate sănătoasă; contactul cu animale este benefic.

- Să fie lăsat să se joace cu alți copii, chiar cu riscul de a face boli ușoare, virale; este indicat să facă “bolile copilăriei”, care îi vor întări sistemul imun, și mai ales îl vor feri de multe alte boli cronice grave (sindrom nefrotic, boli autoimune etc.).

4. Tratamentul bolilor contagioase (după punerea unui diagnostic cert)

- Copilul va fi bine hidratat, ferit de căldură excesivă sau de frig și curent.
- Va fi alimentat natural (la sân), iar în lipsa acestuia cu lapte proaspăt de vacă sau de capră, diluat și îndulcit corespunzător.

- Va fi hidratat cu ceaiuri, compoturi, sucuri de fructe preparate personal și supe mai sărate, deoarece sarea stimulează puțin setea și este mai ușor de hidratat.

- Combaterea febrei: a fost descrisă anterior. Frenciile se fac pe întreg corpul și ajută la scăderea febrei, dar și la provocarea erupției, grăbind vindecarea; în cazul rujeolei, rubeolei și a oreionului, febra durează de obicei 3 zile, după care apare erupția, moment în care starea copilului se ameliorează și scade febra.

- Este evitată baia.
- Este ferit de lumină puternică, zgomot, musafiri.
- Să fie ținut cât mai mult la pat (să se joace în pat).
- Vărsăturile (puține și în cantitate mică) sunt normale la debutul bolii; trebuie rehidratat corespunzător, așa cum am menționat anterior.

- Dacă are frați, să nu fie izolat de ei, ci dimpotrivă, este bine să facă și ei boala, pentru a dobândi o imunitate naturală îndelungată și astfel să-și întărească sistemul imun. “Se știe că la un copil nevaccinat dezvoltarea lui este foarte bună, lipsită de boli grave, iar consultațiile la medic sunt foarte rare”⁶.

- Consultație la medicul de familie sau pediatru la apariția unei complicații.

⁵ B. Ehgartner, *op. cit.*, 82.

⁶ *Ibidem*, 81.

Concluzii:

- Dacă vaccinarea “obligatorie” continuă în același ritm, în curând toate generațiile viitoare vor suferi de boli alergice⁷.

- Un singur vaccin poate provoca una sau mai multe boli. Prin combinarea lor însă (așa cum se întâmplă acum) se înmulțesc bolile, se intercondiționează și se agravează reciproc. Cu cât sunt administrate copiilor mai multe vaccinuri combinate (pentavaccin, hexavaccin), cu atât va fi mai dificilă studiarea reacțiilor secundare și a bolilor pe care le provoacă fiecare vaccin în parte.

- Pentru un singur copil din Uniunea Europeană, părinții scot din buzunar sute de Euro pentru vaccinurile “obligatorii”. Astfel, vaccinarea rămâne o afacere foarte rentabilă pentru Companiile de medicamente și nu numai... și nimeni nu are interesul s-o oprească.

- Părinții sunt singurii care mai pot lua o atitudine, spre binele lor și al urmașilor lor.

⁷ *Ibidem*, 132.

ANEXĂ

Cum se poate refuza vaccinarea copiilor

Nu medicii sunt cei care decid dacă sunt sau nu obligatorii vaccinurile. Ei doar le recomandă, conform legilor din România (Legea nr. 95/2006 privind reforma sănătății, etc.)

Efectuarea sau nu a unui vaccin este *decizia exclusivă a părinților (sau tutorelui) copilului*, iar medicul trebuie să respecte dorința lor. Totodată, medicul, este obligat să ofere explicațiile necesare părinților despre orice tip de vaccin, respectiv toate reacțiile adverse posibile, imediate sau tardive, contraindicațiile vaccinurilor etc. Vaccinurile “recomandate” sugarului și copiilor au fost descrise în capitolul 3. *România este singura țară din UE unde se mai practică vaccinarea la naștere! Este vorba de cele două vaccinuri: BCG și hepatitic B.*

Deoarece, în majoritatea cazurilor, părinții nu își cunosc drepturile și nu știu că vaccinurile așa-zise “obligatorii” pot fi refuzate, **Federația Pro-Vita**, cu ajutorul avocatului Ionuț Doru Blejuscă (București), a întocmit “**Baza legală de refuz a vaccinurilor**”, publicată și în *Anuarul Federației Organizațiilor Ortodoxe Pro-Vita din Romania – 2010*⁸:

Care este baza legală pentru ca un părinte/tutore să poată refuza vaccinarea copilului său

Acest ghid are scopul de a-i sprijini pe părinții care nu doresc administrarea unuia sau altuia dintre vaccinuri copiilor lor. În ciuda obiceiului împă-mântenit de pe vremea comunismului și conform căruia toată lumea *trebuie* să se vaccineze, decizia familiei are prioritate absolută în fața autorităților. Afirmările de genul “Așa e legea” sau “Așa cer regulile comunității”, folosite de medici sau de directorii de școli în sprijinul *vaccinării obligatorii*, sunt

⁸ http://www.pentruviatacluj.ro/arhiva/Anuar_PV.pdf, Sibiu 2011, 45-50.

lipsite de fundament și orice părinte poate, prin cunoașterea câtorva elemente juridice de bază, explicate mai jos, să își impună punctul de vedere.

Prevederi din legislația specifică

Legea nr. 46/2003 **privind drepturile pacienților** prevede clar necesitatea consimțământului informat și exprimat în scris pentru intervențiile medicale.

“*Art. 13.* Pacientul are dreptul să refuze sau să oprească o intervenție medicală, asumându-și, în scris, răspunderea pentru decizia sa; consecințele refuzului sau ale opririi actelor medicale trebuie explicate pacientului”.

Definiția intervenției medicale este dată la art. 1 lit. d) din aceeași lege astfel: “prin intervenție medicală se înțelege orice examinare, tratament sau alt act medical în scop de diagnostic preventiv, terapeutic ori de reabilitare”, cuprinzând așadar și vaccinarea.

Legea nr. 95/2006 privind reforma sănătății nu prevede obligația de a fi vaccinat. Articolele 374 și 376 solicită medicului să acționeze respectând *voința pacientului*, iar art. 649 prevede acordul scris al pacientului pentru diagnosticul și tratamentul cu *potențial risc* (nu se face însă definirea termenului). De asemenea, art. 651 prevede că actul medical se poate face în lipsa consimțământului informat *numai în situații de urgență* în care lipsa acțiunii imediate ar pune în pericol viața pacientului.

“*Art. 374 – (3)* Deciziile și hotărârile cu caracter medical vor fi luate avându-se în vedere interesul și drepturile pacientului, principiile medicale general acceptate, nediscriminarea între pacienți, respectarea demnității umane, principiile eticii și deontologiei medicale, grija față de sănătatea pacientului și sănătatea publică”.

“*Art. 376 – (1)* Cu excepția cazurilor de forță majoră, de urgență ori când pacientul sau reprezentanții legali ori numiți ai acestuia sunt în imposibilitate de a-și exprima voința sau consimțământul, medicul acționează respectând voința pacientului și dreptul acestuia de a refuza ori de a opri o intervenție medicală”.

“*Art. 649. – (1)* Pentru a fi supus la metode de prevenție, diagnostic și tratament, cu potențial de risc pentru pacient, după explicarea lor de către medic, medic dentist, asistent medical/moașă, conform prevederilor alin. (2) și (3), pacientului i se solicită acordul scris.

(2) În obținerea acordului scris al pacientului, medicul, medicul dentist, asistentul medical/moașa sunt datori să prezinte pacientului informații la un nivel științific rezonabil pentru puterea de înțelegere a acestuia.

(3) Informațiile trebuie să conțină: diagnosticul, natura și scopul tratamentului, riscurile și consecințele tratamentului propus, alternativele viabile de tratament, riscurile și consecințele lor, prognosticul bolii fără aplicarea tratamentului”.

“*Art. 650.* – Vârsta legală pentru exprimarea consimțământului informat este de 18 ani. Minorii își pot exprima consimțământul în absența părinților sau reprezentantului legal, în următoarele cazuri:

a) situații de urgență, când părinții sau reprezentantul legal nu pot fi contactați, iar minorul are discernământul necesar pentru a înțelege situația medicală în care se află;

b) situații medicale legate de diagnosticul și/sau tratamentul problemelor sexuale și reproductive, la solicitarea expresă a minorului în vârstă de peste 16 ani”.

“*Art. 651.* – (1) Medicul curant, asistentul medical/moașa răspund atunci când nu obțin consimțământul informat al pacientului sau al reprezentanților legali ai acestuia, cu excepția cazurilor în care pacientul este lipsit de discernământ, iar reprezentantul legal sau ruda cea mai apropiată nu poate fi contactat, datorită situației de urgență.

(2) Atunci când reprezentantul legal sau ruda cea mai apropiată nu poate fi contactat, medicul, asistentul medical/moașa pot solicita autorizarea efectuării actului medical autorității tutelare sau pot acționa fără acordul acesteia în situații de urgență, când intervalul de timp până la exprimarea acordului ar pune în pericol, în mod ireversibil, sănătatea și viața pacientului”.

Conform **OG nr. 53/2000 privind obligativitatea raportării bolilor și a efectuării vaccinărilor**, aprobată prin Legea nr. 649/2001,

“*Art. 1* – (1) Medicii de familie, indiferent de forma de organizare a asistenței medicale primare în cadrul sistemului public sau privat și indiferent de casa de asigurări sociale de sănătate cu care au încheiat contract de furnizare de servicii medicale, au obligația de a asigura vaccinarea corectă a copiilor și de a raporta efectuarea acesteia direcției de sănătate publică județene, respectiv a municipiului București.

(2) Schema de vaccinare recomandată pentru copii și adolescenți este prevăzută în anexa care face parte integrantă din prezenta ordonanță și în Programul național de imunizări aprobat prin ordin al ministrului Sănătății și Familiei”.

Din analiza acestui text de lege rezultă clar că vaccinarea nu este obligatorie, pentru că se folosește termenul “recomandată”. Pentru medicii de familie există obligația profesională să vaccineze corect și să

raporteze anumite boli, ca și situația vaccinărilor (se ține un caiet unic de vaccinare pe persoană și medicul de familie face asemenea raportări), dar de aici nu rezultă nicidecum vreo obligație pentru părinți/copii de a se supune vaccinării.

Concluzii

- Orice pacient are dreptul de a refuza un tratament sau o procedură medicală, inclusiv vaccinarea.
- Orice tratament sau procedură medicală, inclusiv vaccinarea, se pot acorda unui copil *numai* după ce s-a obținut consimțământul părintelui/tutorelui, cu excepția situațiilor de urgență.
- Orice campanie de vaccinare presupune existența unui ordin prealabil al Ministrului Sănătății, așadar – pentru cazuri extreme, cum a fost cel al vaccinului anti-HPV – un act administrativ anulabil în instanță (prin procedura de contencios).

Alte prevederi legale utile

Constituția României

“*Art. 22 – (1) Dreptul la viață, precum și dreptul la integritate fizică și psihică ale persoanei sunt garantate*”.

“*Art. 23 – (1) Libertatea individuală și siguranța persoanei sunt inviolabile*”.

“*Art. 26 – (1) Autoritățile publice respectă și ocrotesc viața intimă, familială și privată*”.

“*Art. 31 – (1) Dreptul persoanei de a avea acces la orice informație de interes public nu poate fi îngrădit*.”

(2) Autoritățile publice, potrivit competențelor ce le revin, sunt obligate să asigure informarea corectă a cetățenilor asupra treburilor publice și asupra problemelor de interes personal”.

Legea nr. 279/2009 – Codul Civil

“*Art. 61 – (1) Viața, sănătatea și integritatea fizică și psihică a oricărei persoane sunt garantate și ocrotite în mod egal de lege*.”

(2) Interesul și binele ființei umane trebuie să primeze asupra interesului unic al societății sau al științei”.

“*Art. 64 – (1) Corpul uman este inviolabil*”.

“*Art. 67 – Nicio persoană nu poate fi supusă experiențelor, testelor, prelevărilor, tratamentelor sau altor intervenții în scop terapeutic ori în scop de*

cercetare științifică, decât în cazurile și în condițiile expres și limitativ prevăzute de lege”.

Alte argumente

Că acordul părinților pentru vaccinarea copiilor este important se subliniază și în articolul “Particularități și dileme etice ale consimțământului informat în oncologia pediatrică”, publicat de *Revista Română de Bioetică*⁹.

“Academia Americană de Pediatrie (AAP) a argumentat că «întreaga doctrină» a consimțământului informat prezintă o aplicabilitate particulară în pediatrie. În consecință, conform AAP, consimțământul poate fi acordat numai de către pacientul «cu capacitate adecvată de decizie și cu împuternicire legală».

Părinții (sau alți aparținători legali) pot acorda consimțământul informat, iar copilului i se solicită să-și dea acordul informat ori de câte ori este nevoie. AAP notează că acordul solicitat are relevanță mai mare când «intervenția propusă nu este esențială pentru viața copilului și/sau poate fi practică fără un risc substanțial»”.

Acest articol citează și din norme ale bioeticii din care nu toate au o valoare juridică explicită. Totuși, principiul este același: minorul nu-și poate da singur consimțământul la tratament, *reprezentantul legal* fiind cel chemat să și-l dea în numele copilului.

Ce trebuie să facă un părinte/tutore care nu dorește să-i fie vaccinat copilul

Părinții pot completa modelul de **declarație** anexat (vezi ultima pagină), pe care să îl depună la secretariatul instituției, insistând pentru o confirmare a primirii acestuia (un număr de înregistrare). Aceasta ar trebui să fie de ajuns.

Dacă metoda de mai sus nu dă roade, părinții pot încerca următoarele:

- Să comunice medicilor și directorului unității că nerespectarea voinței lor va duce la un proces civil, respectiv la o plângere penală sau/și la Colegiul Medicilor, după caz.

- Toate campaniile de vaccinare trebuie să aibă o procedură de aplicare stabilită printr-un ordin prealabil al Ministrului Sănătății. (De exemplu, campania din anul 2010 pentru vaccinare contra gripei cu vaccinul “Cantgrip” s-a realizat conform OMS nr. 3280/24.02.2010.). Părinții să ceară unității de învățământ o copie a ordinului respectiv, pentru a o studia.

⁹ <http://www.bioetica.ro/bioetica/ie2/info.jsp?item=10485&node=1275>

• Să ceară de la DSP (Direcția de Sănătate Publică) locală o adresă din care să rezulte că vaccinarea nu este obligatorie și să i-o arate medicului sau directorului.

În cazul extrem când **copilul nu este acceptat la înscrierea la școală/grădiniță/creșă pe motiv că nu este vaccinat**, părintele/tutorele poate:

• Să solicite conducerii unității decizia scrisă, însoțită de motivarea în fapt și de temeiurile legale.

• Să se adreseze unui cabinet de avocatură pentru consiliere sau servicii de reprezentare¹⁰.

• Să se adreseze cu plângere Consiliului Național pentru Combaterea Discriminării, pe motiv că se încalcă dreptul la educație al copilului.

Părinții pot declara pe propria lor răspundere că nu sunt de acord cu administrarea vaccinurilor.

Refuzul expres al părintelui, exprimat în scris, este un drept conferit în baza următoarelor legi:

- Art. 22, 23, 26, 34 din Constituția României
- Art. 61, 64 și 67 din Legea nr. 279/2009 – Codul Civil
- Art. 13 din Legea nr. 46/2003 privind drepturile pacientului
- Art. 374(3), 376(1) și 649(1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma sănătății.

În spiritul respectării legislației din domeniu, personalului medical îi este opozabilă îndeplinirea – în caz contrar cu riscul sancțiunilor – a prevederilor Legii nr. 649/2001 pentru aprobarea Ordonanței de Guvern nr. 53/2000 (art.1 alin.1, privind obligația asigurării vaccinării corecte a copiilor), inclusiv cu *informarea părinților asupra caracterului **non-obligatoriu** al acestor vaccinuri*, conform Anexei aceluiași act normativ (privind schema de vaccinare *recomandată* pentru copii). (Sursa: http://www.pentruviatacluj.ro/arhiva/Anuar_PV.pdf)¹¹

Legislația în materie de vaccinuri din alte țări ale Uniunii Europene

În **Germania** nu este obligatoriu niciun vaccin, din 1982^{12, 13}, conform IFSG (*Infektionsschutzgesetz*: Legea pentru prevenirea Bolilor Infecțioase).

¹⁰ În București se poate apela la CA “Blejuscă Ionut Doru”, tel. 0766 210 968, email ionut.blejusca@gmail.com

¹¹ http://www.pentruviatacluj.ro/arhiva/Anuar_PV.pdf

¹² Dr. Hubertus Glaser, http://www.navigator-medizin.de/eltern_kind/die-wichtigsten-fragen-und-antworten/impfungen/impfen-ja-oder-nein/467-gibt-es-in-deutschland-eine-impfpflicht.html

¹³ <http://www.kindergesundheit-info.de/fuer-eltern/impfungen/impfungen4/das-impf-system-in-deutschland/>

Sunt recomandate sugarilor și copiilor vaccinurile: DTP, Hib, antipolio, hepatitic B, antivaricelic, antipneumococic și antimeningococic¹⁴. Sugarii nu sunt vaccinați la naștere. Doar în cazuri de risc înalt se recomandă vaccinul hepatitic B la naștere.

În Olanda nu este obligatoriu niciun vaccin, iar vaccinurile recomandate sugarilor și copiilor mici sunt: antipolio, Hib, DTP, hepatitic B și MMR (ROR). Nu intră în schemă vaccinul BCG, iar la naștere nu este obligatoriu/recomandat niciun vaccin¹⁵.

În Luxemburg nu este obligatoriu niciun vaccin. Sunt recomandate copiilor vaccinurile DTP, antipolio, ROR, Hib și hepatitic B, la copii. Vaccinul BCG nu intră în schemă, iar la naștere nu este obligatoriu/recomandat niciun vaccin¹⁶.

În Spania nu este obligatoriu niciun vaccin, iar cele recomandate copiilor sunt: DTP, antipolio (VPI), Hib, hepatitic B, MMR (ROR) și antimeningococic C. Nu intră în schemă vaccinul BCG, iar la naștere nu este obligatoriu/recomandat niciun vaccin¹⁷.

În Anglia nu este obligatoriu niciun vaccin, iar cele recomandate copiilor sunt vaccinurile DTP, antipolio, Hib, ROR și antimeningococic C. Vaccinul BCG este recomandat la vârsta de 10-14 ani și doar în cazuri de risc înalt, la naștere¹⁸.

În Franța vaccinurile DT, antipolio (VPI) și BCG (la vârsta de 6 ani) sunt obligatorii la copii pentru a putea frecventa școala¹⁹. Sunt recomandate copiilor vaccinurile Hib, hepatitic B, MMR (ROR), antipneumococic²⁰. Nu este obligatoriu/recomandat niciun vaccin la naștere.

În Belgia este obligatoriu vaccinul antipolio (VPI) la copii, pentru a frecventa școala. Vaccinurile recomandate copiilor sunt: DTP, Hib, antipolio (VPI), hepatitic B, MMR (ROR), antipneumococic și antimeningococic²¹. Vaccinul BCG nu intră în schemă și nu este obligatoriu/recomandat niciun vaccin la naștere²².

¹⁴ <http://www.impfkritik.de/efvv/bericht/Deutsch.pdf>

¹⁵ *ibidem*

¹⁶ *Ibidem.*

¹⁷ *Ibidem.*

¹⁸ *Ibidem.*

¹⁹ *Ibidem.*

²⁰ *Ibidem.*

²¹ *Ibidem.*

²² *Ibidem.*

În Italia, sunt obligatorii vaccinurile antipolio (VPI), tetanic, difteric și hepatitic B, la copii, începând cu vârsta de 3 luni, dar, conform unei Circulare Ministeriale din 24.09.1998, este permisă înscrierea în școli și a copiilor nevaccinați²³. Cu alte cuvinte, nu sunt obligatorii. La naștere nu se efectuează niciun vaccin.

În Austria: nu este obligatoriu niciun vaccin²⁴.

În Elveția: nu este obligatoriu niciun vaccin²⁵.

În concluzie, România este singura țară din UE unde sugarul este vaccinat la naștere!

Legislația în materie de vaccinuri din Statele Unite ale Americii

o vaccinare obligatorie la copii nu mai există în SUA din timpul primului război mondial²⁶.

Alta este situația când copiii trebuie să fie înscriși la grădinițele și școlile de stat. Conform legii “*No vaccination, no school*”, ei trebuie să prezinte dovada tuturor vaccinurilor “recomandate”. Astăzi, 48 din cele 50 de state din SUA au legi care permit părinților scutirea copiilor de la vaccinurile recomandate, pe motive religioase sau convingeri personale, excepție făcând Mississippi și Virginia de Vest²⁷. Toate statele permit, de asemenea, scutiri din motive medicale: copii cu un sistem imun slăbit sau alergii la una din componentele vaccinului etc.²⁸.

Pentru copiii educați la domiciliu (*home-school*) nu se impune această lege, excepție făcând doar Carolina de Nord, din 2010²⁹.

²³ *Ibidem*.

²⁴ Dr. Hubertus Glaser, http://www.navigator-medizin.de/eltern_kind/die-wichtigsten-fragen-und-antworten/impfungen/impfen-ja-oder-nein/467-gibt-es-in-deutschland-eine-impfpflicht.html

²⁵ *Ibidem*.

²⁶ Vaccine Exemptions. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health – Institute for Vaccine Safety, 2008. Accessed June 14, 2010, at <http://www.vaccinesafety.edu/cc-ecem.htm>

²⁷ The 21 states that allow exemptions for philosophical reasons in school and daycare are: Arkansas, Arizona, California, Colorado, Idaho, Louisiana, Maine, Michigan, Minnesota, New Mexico, North Dakota, Ohio, Oklahoma, Oregon, Pennsylvania, Texas, Utah, Vermont, Washington, and Wisconsin

²⁸ National Network for Immunization Information: <http://www.immunizationinfo.org>

²⁹ The 21 states that allow exemptions for philosophical reasons in school and daycare are: Arkansas, Arizona, California, Colorado, Idaho, Louisiana, Maine, Michigan, Minnesota, New Mexico, North Dakota, Ohio, Oklahoma, Oregon, Pennsylvania, Texas, Utah, Vermont, Washington, and Wisconsin

Model de petiție către DSP

Domnule Director,

Subsemnatul, vă rog să-mi transmiteți în scris dacă vaccinurile prevăzute în Programul Național de Vaccinare din România sunt cu **caracter obligatoriu sau doar recomandate**. **Vă rog să argumentați răspunsul** cu articolele de lege corespunzătoare.

Fax:

Mail:

Adresa poștală

Va mulțumesc

Conform Ordonanței 27 din 30 ianuarie 2002, privind reglementarea activității de soluționare a petițiilor publicată în *Monitorul Oficial* nr. 84, din 1 februarie 2002:

Art. 2

În sensul prezentei Ordonanțe, prin petiție se înțelege cererea, reclamația, sesizarea sau propunerea **formulată în scris ori prin poșta electronică**, pe care un cetățean sau o organizație legal constituită o poate adresa autorităților și instituțiilor publice centrale și locale, serviciilor publice descentralizate ale ministerelor și ale celorlalte organe centrale, companiilor și societăților naționale, societăților comerciale de interes județean sau local, precum și regiilor autonome, denumite în continuare autorități și instituții publice.

Art. 6

(1) Autoritățile și instituțiile publice prevăzute la art. 2 **sunt obligate** să organizeze un compartiment distinct pentru relații cu publicul, care **să primească, să înregistreze, să se îngrijească de rezolvarea petițiilor și să expedieze răspunsurile către petiționari**.

Art. 61

Petițiile greșit îndreptate vor fi trimise în termen de 5 zile de la înregistrare de către compartimentul prevăzut la art. 6 alin. (1) autorităților sau instituțiilor publice care au ca atribuții rezolvarea problemelor sesizate, urmând ca petiționarul să fie înștiințat despre aceasta.

Domnului Director al Direcției de Sănătate Publică



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ JUDEȚEANĂ-CONSTANȚA
Compartimentul de Supraveghere Epidemiologică /Control a Bolilor
Transmisibile

CONSTANȚA , Strada Nicolae Iorga 89, Tel: 0241 / 481630 , Fax : 0241/ 481642
 Nr R-14344 / 07.11.2011 din 14.11.2011

CATRE DOMNUL

Ca raspuns la solicitarea dumneavoastra din petitia cu nr. 14344/07.11.2011, prin care ne solicitati sa precizam în scris daca vaccinurile prevazute in Programul National de Vaccinare din Romania sunt obligatorii sau doar recomandate, va facem cunoscute reglementarile legale in acest sens:

1) conform Legii 95 din 14 aprilie 2006 care reglementeaza domeniului sanatatii publice, **vaccinarile din Programul național de imunizări intra in pachetul minimal de servicii, care se acorda gratuit indiferent de calitatea de asigurat/neasigurat:**

"pachetul minimal de servicii - se acordă persoanelor care nu fac dovada calității de asigurat și cuprinde servicii medicale numai în cazul urgențelor medico-chirurgicale și al bolilor cu potențial endemo-epidemic, inclusiv cele prevăzute în Programul național de imunizări, monitorizarea evoluției sarcinii și a lăuzei, servicii de planificare familială, stabilite prin contractul-cadru"

si contravaloarea acestor servicii se suporta , conform Articolului 223 din aceasta lege, din fondul asigurarilor de sanatate:

"ART. 223

(2) Serviciile medicale profilactice suportate din fond sunt următoarele:

- a) monitorizarea evoluției sarcinii și a lăuzei, indiferent de statutul de asigurat al femeii;*
- b) urmărirea dezvoltării fizice și psihomotorii a sugarului și a copilului;*
- c) controalele periodice pentru depistarea bolilor care pot avea consecințe majore în morbiditate și mortalitate;*
- d) servicii medicale din cadrul Programului național de imunizări;"*

2) conform Ordinului MS nr. 1147 din 8 iulie 2011 privind aprobarea modelului Carnetului de vaccinare, **la înscrierea într-o colectivitate este obligatorie prezentarea carnetului de vaccinari**

ART. 5 La înscrierea în colectivitate se va solicita obligatoriu prezentarea carnetului de vaccinare.

ART. 6 Vaccinările vor fi programate de către medicul de familie, conform calendarului de imunizări din România.

**DIRECTIA DE SANATATE PUBLICA IASI**

Str. VASILE CONTA no. 2-4

Tel. 0232/271687, fax.nr. 0232/ 241963

-e-mail: dsp99@dspiiasi.ro, www: dspiiasi.ro

Operator de date cu caracter personal nr. 11 730**Nr. 12048 din 16.11.2011****CATRE****DOMNUL .**

Referitor la petitia adresata institutiei noastre privind obligativitatea efectuarii vaccinurilor va precizam urmatoarele:

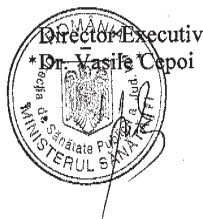
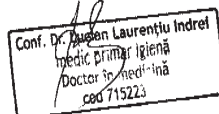
Vaccinul reprezinta modalitatea de imunizare a organismului uman contra afectiunilor de natura infectioasa si este cea mai buna metoda, la ora actuala, de prevenire a unei boli.

In conformitate cu prevederile cuprinse in art. 649 si urmatoarele din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii aveti dreptul de a fi informat cu privire la metodele de preventie , diagnostic si tratament cu potential de risc pentru pacient .

In acest sens, pacientul are dreptul , conform prevederilor cuprinse in Legea nr. 46/2003 privind drepturile pacientului, sa refuze sau sa opreasca o interventie medicala (orice examinare, tratament sau alt act medical in scop de diagnostic preventiv, terapeutic ori de reabilitare) , asumandu-si in scris raspunderea pentru decizia sa.

Consecintele refuzului actelor medicale trebuie explicate de catre personalul implicat in actul medical.

Prin urmare, optiunea dumneavoastra in legatura cu vaccinarea va fi adusa la cunostinta medicului curant din unitatea medicala careia va fi adresati .

**Director Adjunct Sanatate Publica
Conf. Dr. Indrei Lucian**



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
 Directia de Sănătate Publică Timiș
DIRECTIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ
 RO 300024 Timișoara, B-dul V. Babes nr.18
 Tel: 0256-272750, fax: 0256-272743
 e-mail: director_sp@dspptimis.ro

Nr. 2492 din 16.11.2011

Catre,

DI.

FAX: 0332815898

Mall: sevenxmc@yahoo.com

Urmare a adresei Dvs. inregistrata la DSP Timis –Departamentul de Sanatate Publica cu nr. 2492/ 07.11.2011, va comunicam urmatoarele:

- Ord MS nr.1591/30.12.2010, stabileste vaccinarile cuprinse in programul national de imunizari si calendarul de administrare al acestora.
- In Romania copiii beneficiaza in mod gratuit de vaccinarile cuprinse in calendarul national de imunizari si sunt administrate prin intermediul medicului de familie sau maternitati.
- Obiectivul principal al acestor imunizari il constituie protejarea sănătății populației împotriva principalelor boli care pot fi prevenite prin vaccinare.
- Parintii au dreptul sa refuze administrarea vaccinurilor pentru copiii lor, dar in acelasi timp au datoria morala sa-i protejeze impotriva imbolnavirilor prin boli contagioase, a caror evolutie poate de multe ori sa duca spre complicatii si sechele pentru toata viata. In acelasi context copilul nevaccinat care face o boala infectocontagioasa care putea fi prevenita prin vaccinare, constituie un risc major de imbolnavire in colectivitati pentru copiii care au fost contraindicati temporar la vaccinare sau care inca nu au implinit varsta de administrare a acestora.

Director Executiv Adj. SP
 Dr. Viorica Dumitru



Medic Sef. SCBT
 Dr. Melania Arion

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Arion', is written over the name of the medical officer.

THU, 05-APR-00 2:06

DSP ILFOV

2243953



MINISTERUL SANATATII
DIRECTIA DE SANATATE PUBLICA A JUDETULUI ILFOV



Str. Av. Popisteanu nr.46, sect. 1, Bucuresti Tel. 224.45.96 / fax.224.20.61 e-mail: ilfovdsap@yahoo.com

Nr. 4761 / 15.11.2011

Catre,

Urmare a petitei dvs. inregistrata la Directia de Sanatate Publica Ilfov cu nr. 4761 / 11.11.2011, va comunicam urmatoarele :

- conform Ordonantei nr. 53 / 2000, art. 1, alineatul 2, schema de vaccinare **recomandata** pentru copii si adolescenti este prevazuta in anexa care face parte din aceasta Ordonanta si in Programul National de Imunizari, aprobat prin Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 1591 / 1110 / 2010 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor nationale de sanatate pentru anii 2011 si 2012 ; **obiectivul Programului National de Imunizari este acela de a proteja sanatatea populatiei impotriva principalelor boli care pot fi prevenite prin vaccinare**

- conform Legii nr. 649 / 2001, art. 1, alineatul 1, medicii de familie, indiferent de forma de organizare a asistentei medicale primare in cadrul sistemului public sau privat si indiferent de casa de asigurari sociale de sanatate cu care au incheiat contract de furnizare de servicii medicale, au obligatia de a asigura vaccinarea corecta a copiilor si de a raporta efectuarea acesteia directiilor de sanatate publica judetene, respectiv a municipiului Bucuresti.



DIRECTOR EXECUTIV
DR. DANUT CRACIUN

**DIRECTIA DE SANATATE PUBLICA IASI**

Str. VASILE CONTA no. 2-4

Tel. 0232/271687, fax.nr. 0232/ 241963

-e-mail: dsp99@dspiiasi.ro, www: dspiasi.ro

Operator de date cu caracter personal nr. 11 730**Nr. 12048 din 16.11.2011****CATRE****DOMNUL**

Referitor la petitia adresata institutiei noastre privind obligativitatea efectuării vaccinurilor va precizăm următoarele:

Vaccinul reprezintă modalitatea de imunizare a organismului uman contra afecțiunilor de natură infecțioasă și este cea mai bună metodă, la ora actuală, de prevenire a unei boli.

În conformitate cu prevederile cuprinse în art. 649 și următoarele din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății aveți dreptul de a fi informat cu privire la metodele de prevenire, diagnostic și tratament cu potențial de risc pentru pacient.

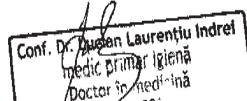
În acest sens, pacientul are dreptul, conform prevederilor cuprinse în Legea nr. 46/2003 privind drepturile pacientului, să refuze sau să oprească o intervenție medicală (orice examinare, tratament sau alt act medical în scop de diagnostic preventiv, terapeutic ori de reabilitare), asumându-și în scris răspunderea pentru decizia sa.

Consecințele refuzului actelor medicale trebuie explicate de către personalul implicat în actul medical.

Prin urmare, opțiunea dumneavoastră în legătură cu vaccinarea va fi adusă la cunoștința medicului curant din unitatea medicală careia va adresati.



Director Adjunct Sanatate Publica
Conf. Dr. Indrei Lucian





INSPECTORATUL ȘCOLAR AL MUNICIPIULUI BUCUREȘTI

MINISTERUL
EDUCAȚIEI
CERCETĂRII
TINERETULUI
ȘI SPORTULUI

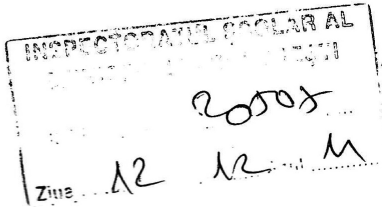
Nr. înreg: 20507/12.12.2011

CĂTRE,**Domnul** _____

În urma adresei dumneavoastră înregistrată la Inspectoratul Școlar al Municipiului București cu numărul 20507/12.12.2011, vă informăm că părinții au datoriat la înscrierea copilului în colectivitate să prezinte dovada faptului că s-au făcut vaccinările corespunzătoare vârstei copilului, conform Ord.MSnr.1995/1995, art.2.

În același timp, în situația în care nu s-au realizat imunizările profilactice, părinții vor depune la sediul unității de învățământ o declarație tip, conform Legii nr. 46/2003 privind drepturile pacienților - care prevede necesitatea consimțământului informat și exprimat în scris pentru intervențiile medicale: *“Art. 13. Pacientul are dreptul să refuze sau să oprească o intervenție medicală asumându-și, în scris, răspunderea pentru decizia sa; consecințele refuzului sau ale opririi actelor medicale trebuie explicate pacientului.” precum și Legii nr. 95/2006 privind reforma sănătății - care nu prevede obligația de a fi vaccinat. Articolele 374 și 376 solicită medicului să acționeze respectând voința pacientului, iar art. 649 prevede acordul scris al pacientului pentru diagnosticul și tratamentul cu potențial risc.*

**INSPECTOR ȘCOLAR GENERAL,
CRISTIAN ALEXANDRESCU****INSPECTOR PENTRU ÎNVĂȚĂMÂNT PREPRIMAR,
CRISTINA BELDIANU**



Domnule Inspector,

*I-ma rog
Christa Todea-Gross*
12 Dec
2011
1809
Christa

Subsemnatul, _____, va multumesc pentru raspunsul acordat cererii inregistrate cu numarul 19207/07.11.2011, insa **va rog sa-l clarificati intrucat este contradictoriu**. Mi-ati argumentat cu 3 legi : OG 53/2000 in care este folosita notiunea de **“vaccinarea recomandata”**. Apoi Ordinul MS 11995/1995 art2 : ...se vor primi numai copii care atesta **efectuarea imunizarilor profilactice obligatorii**. Si de asemenea Ordinul MS 1147/2011 : **“La inscrierea in colectivitate se va solicita obligatoriu prezentarea carnetului de vaccinari”**.

Nu exista notiunea de vaccinare obligatorie ci doar recomandata. La inscriere trebuie adusa dovada efectuarii vaccinurilor obligatorii...cum acestea nu exista rezulta ca orice copil din Romania are vaccinurile obligatorii facute in numar de 0 (zero). Al treilea argument : prezentarea carnetului de vaccinari nu implica si efectuarea vaccinarilor...acast carnet se elibereaza in maternitate insa poate fi gol.

Prin urmare raspunsul dumneavoastra cum ca : **“parintii sunt obligati sa prezinte dovada faptului ca s-au facut imunizarile profilactice obligatorii corespunzatoare varstei copilului”** isi pierde consistenta intrucat nu este definita nicaieri notiunea de **imunizare profilactica obligatorie**.

Va atasez si raspunsul dumneavoastra.

Va rog sa clarificati raspunsul acordat.

Nume:

Va multumesc si va rog sa-mi transmiteti **un numar de inregistrare** pentru aceasta cerere.

Conform Ordonanta 27 din 30 ianuarie 2002, privind reglementarea activitatii de solutionare a petitiilor Publicat in Monitorul Oficial nr. 84 din 1 februarie 2002

Art. 2 In sensul prezentei ordonante, prin petitie se intelege cererea, reclamatia, sesizarea sau propunerea **formulata in scris ori prin posta electronica**, pe care un cetatean sau o organizatie legal constituita o poate adresa autoritatilor si institutiilor publice centrale si locale, serviciilor publice descentralizate ale ministerelor si ale celorlalte organe centrale, companiilor si societatilor nationale, societatilor comerciale de interes judetean sau local, precum si regiilor autonome, denumite in continuare autoritati si institutii publice.

Art. 61. Petitiile gresit indreptate vor fi trimise in termen de 5 zile de la inregistrare de catre compartimentul prevazut la art. 6 alin. (1) autoritatilor sau institutiilor publice care au ca atributii rezolvarea problemelor sesizate, urmand ca petitionerul sa fie instiintat despre aceasta.

Art. 6 (1) Autoritatile si institutiile publice prevazute la art. 2 **sunt obligate** sa organizeze un compartiment distinct pentru relatii cu publicul, care sa primeasca, sa inregistreze, sa se ingrijeasca de rezolvarea petitiilor si sa expedieze raspunsurile catre petitionari.

Domnului Inspector Scolar General al Inspectoratului Scolar al Municipiului Bucuresti

Cu stima,

Data

07 Decembrie 2011

Cuprins

<i>Introducere</i>	9
CAPITOLUL 1: Sistemul imun sănătos și dezechilibrul provocat de vaccinuri	17
I. Lumea microbiană din noi și din mediul înconjurător	18
II. Imunitatea nespecifică (înnăscută) și imunitatea specifică (dobândită)	21
III. Principiul vaccinării este inefficient și are multe capcane	29
CAPITOLUL 2: Cum au dispărut epidemiile în lume. Apariția primelor “vaccinuri”: prevenție sau experiment?	57
I. Epidemiile de lepră, ciumă, tifos exantematic și holeră	59
II. Apariția primelor “vaccinuri”: prevenție sau un experiment fatal? Cui se datorează eradicarea variolei?	60
1) Apariția primelor vaccinuri este strâns legată de apariția epidemiei de variolă.	60
2) Noul “vaccin” provoacă focare endemice și epidemice ..	61
3) Dermovaccinul lui Jenner – o confuzie fatală.	61
4) Cele 5 “crize” ale vaccinului antivariolic	61
5) Vaccinul antivariolic fals (<i>Poxvirus vaccinia</i>) nu a putut duce la eradicarea variolei, dar a provocat noi epidemii	65
III. Difteria. Vaccinul antidifteric. Dispariția epidemiilor de difterie	70
1) Difteria	70
2) Epidemiile de difterie au dispărut pe cale naturală, nu din cauza vaccinurilor.	71
3) Vaccinul difteric	80
IV. Epidemia de poliomielită. Tipuri de vaccin antipolio și ineficiența lor. Poliomielita postvaccinală.	80
1) Poliomielita sau “paralizia infantilă”	81
2) Primele vaccinuri antipolio (“Kobrowski”, “SALK” și “Sabin”) și eșecurile lor: poliomielita postvaccinală, SIDA, leucemie, cancer și retrovirusuri simiene	84
3) Epidemiile de poliomielită	95

4) Experții avertizează că eradicarea poliomielitei nu este posibilă. Vaccinarea poate răspândi boala și provoca noi epidemii	105
CAPITOLUL 3: Reacții adverse, boli și complicații postvaccinale	111
I. Alergii, boli alergice și boli autoimune	
provocate de vaccinuri	123
1. Bolile alergice	129
a) Eczema atopică (dermatita atopică)	130
b) Rinita alergică	131
c) Astmul bronșic	132
d) Boli alergice alimentare	133
2. Bolile autoimune	135
a) Boala celiacă	139
b) Boala Crohn	140
c) Diabetul zaharat tip I	141
d) Artrita reumatoidă juvenilă (ARJ)	142
e) Poliartrita reumatoidă	143
f) Vitiligo	144
g) Psoriazis	145
h) Anemie pernicioasă Biermer.	
i) Anemie hemolitică.	
j) Trombocitopenie	146
II. Boli neurologice (autoimune) provocate de vaccinuri	146
1. Scleroza multiplă (SM)	147
2. Sindromul Guillain-Barré (SGB) /Polinevrita mediată imun	148
3. Miofascita macrofagică	149
4. Mielita transversă	150
5. Autism/ Tulburare de spectru autist (TSA)	150
6. Sindromul cu leziuni cerebrale minime (MBD)	166
7. Encefalita postvaccinală	170
8. Demența infantilă sau Boala Heller	176
9. Sindromul postencefalitic (postvaccinal)	177
10. Legătura dintre stările alergice, encefalita postvaccinală și sindromul MBD	181
11. Hiperactivitatea/Sindrom hiperkinetic/ Sindrom psihoorganic/Sindrom ADHD/MBD	188
12. Sindromul postencefalitic, autismul și sindromul MBD/ADHD	193
III. Boli maligne provocate de vaccinuri	195

IV. Adjuvanți și conservanți: otrava din vaccinuri	196
A) Mercurul sau “otrava pentru nervi” – o altă cauză a bolilor neurologice autoimune	198
1) Acțiunea alergică a mercurului	199
2) Legătura dintre mercur și bolile neurologice autoimune.	200
3) Studii.	200
4. Poziția Medicinii moderne	211
B) Aluminiul, “micul secret murdar” al imunologilor (dirty little secret).	212
C) Adjuvanți noi	216
CAPITOLUL 4: Vaccinuri vechi și noi. Bolile pe care nu le previn	231
I. Tetanosul și vaccinul tetanic	230
II. Tusea convulsivă (“măgărească”) și vaccinul pertussis	243
III. Vaccinul diftero-tetano-pertussis (DTP și DTPa)	255
IV. Rujeola și vaccinul rujeolic (“R”)	286
V. Parotidita epidemică (oreion) și vaccinul urlian	293
VI. Rubeola și vaccinul rubeolic	296
VII. Vaccinul ROR (rujeolic-urlian-rubeolic)	301
VIII. Tuberculoza (TBC) și vaccinul antituberculos (BCG)	313
IX. Infecțiile cu Haemophilus Influenzae tip b și vaccinul Hib.	325
X. Hepatita B și vaccinul hepatitic B	334
XI. Gripa și vaccinul gripal	344
XII. Infecțiile cu meningococi și vaccinul meningococic.	355
XIII. “Meningoencefalita de vară” și vaccinul FSME	360
XIV. Borelioza sau boala Lyme	363
XV. Infecțiile intestinale cu rotavirus. Vaccinul împotriva rotavirusului.	370
XVI. Infecția cu papilomavirusul uman (HPV). Cancerul de col uterin. Vaccinurile Gardasil și Cervirax	372
CAPITOLUL 5: Ce soluții avem?	399
1. Refuzul tuturor vaccinurilor, începând de la naștere	399
2. Un stil de viață sănătos al gravidei	400
3. După naștere: recomandări pentru mamă și copil	401
4. Tratatamentul bolilor contagioase (după punerea unui diagnostic cert).	403
Concluzii.	404
ANEXĂ: Cum se poate refuza vaccinarea copiilor	405