Dr Suzanne **HUMPHRIES**
& Roman **BYSTRIANYK**

VACCINATION, LA GRANDE DÉSILLUSION!

Maladies infectieuses, épidémies et vaccins :
LA RÉALITÉ DES CHIFFRES OFFICIELS
incontestables qu'ils vous ont toujours cachés!

Résurgence
Médecine & Société

Dissoudre les illusions

La maladie, les vaccins et l'histoire oubliée

Suzanne Humphries, M.D.
& Romain Bystrianyk

Rassemblement de la Ligue anti-vaccination du Canada, Ancien hôtel de ville

13 novembre 1919

Ceux qui ont dû prêter une attention particulière aux accidents de vaccination de ces dernières années savent que pour connaître la vérité sur ce qui a vraiment mal tourné, il faut généralement les ressources de quelque chose comme les services secrets.

– Charles Cyril Okell, MC, MA, ScD, FRCP, 1938

J'ai souvent souhaité que ce travail, pour lui-même et pour les grands enjeux impliqués, soit entre des mains plus compétentes et moins occupées, mais les résultats de toute enquête sur les effets de la vaccination sont donnés avec le fervent espoir qu'au moins, ils peuvent favoriser l'investigation, provoquer une considération impartiale et élucider la vérité sur une question aussi importante qui touche à la santé publique.

– JT Biggs, membre du conseil municipal de Leicester et de son comité sanitaire pendant plus de 22 ans. 1912

La tendance fatale des hommes à ne plus penser à une chose quand elle n'est plus douteuse est la cause de la moitié de leurs erreurs.

– Moulin John Stuart (1806–1873)

Notes des auteurs

Le format de ce livre est quelque peu non conventionnel, car il est rempli de nombreuses citations directes d'une grande variété de sources historiques et médicales. Nous avons choisi ce format pour vous donner des informations non filtrées qui vous aideront à mieux comprendre la véritable histoire de la maladie et de la vaccination.

Souvent, chaque citation raconte une histoire unique et autonome qui peut mettre en évidence la réalité du passé bien mieux qu'un résumé distillé.

Le livre contient plus de 50 graphiques basés sur des données méticuleusement recherchées. Chaque graphique liste les références sur lesquelles les données sont basées. Les graphiques fournissent, dans la plupart des cas, une vue inédite de l'histoire de la maladie des années 1800 aux années 1900. Ils fournissent des preuves fondamentales pour les points présentés dans le texte.

Le livre comprend également de nombreuses photographies extraites de nombreuses sources historiques. La plupart des photographies sont présentées avec les légendes exactes qui figuraient dans l'œuvre originale.

Tout au long du livre, le texte en gras indique quelque chose qui, selon nous, mérite une attention particulière.

Pour plus d'informations sur le livre, rendez-vous sur[www.dissolventillusions.com.](http://www.dissolventillusions.com)Vous pouvez y voir des photos, des graphiques en couleur et d'autres informations qui apparaissent dans ce livre.

Dédicaces

À Bryan, Kyle et Dylan, dont l'entrée dans ce monde a inspiré cette enquête, et à Meryl, dont le soutien indéfectible, l'aide et l'amour ont permis à ce projet d'avancer.

– Roman Bystrianyk

A tous ceux qui continuent d'avancer avec la Vérité, malgré la tyrannie qui leur mordille les talons.

– Suzanne Humphries, M.D.

Remerciement spécial

Nos remerciements vont à un grand nombre de personnes, dont les suivantes :

Le personnel de la New York Academy of Medicine Rare Book and History of Medicine

Collections pour fournir des documents extrêmement précieux.

La bibliothèque médicale Harvey Cushing / John Hay Whitney à Yale pour ses livres historiques exceptionnels et la richesse de ses informations statistiques.

Gary Null, qui a inspiré Roman à penser de manière indépendante et à "poursuivre la vérité, peu importe où cela peut vous mener".

Clifford G. Miller, qui a fourni d'excellents documents historiques.

John Scudamore pour avoir fourni certaines des données brutes originales sur la mortalité pour l'Angleterre et le Pays de Galles.

Heather H. Georghiou, bibliothécaire d'histoire locale, et d'autres à la Newburgh Free Library, qui ont aidé à acquérir des informations historiques.

Joseph Lieby pour ses recherches méticuleuses sur Arthur Smith Jr.

À nos nombreux amis qui ont contribué à faire de ce livre ce qu'il est, dont Sandy Lefebvre; Alisa Hunt, PhD; Marshall P. Johnson ; et Robert Mariano.

Cindy M. Nicholas, inf., pour sa vérification exceptionnelle des informations et ses paroles de sagesse et de soutien.

Les chers amis de Suzanne, Serena et Petros, pour leur sagesse et leurs conseils.

Dre Jennifer Craig et Dr JF pour leur aide inestimable.

JT Biggs, dont le dévouement à la santé publique et la poursuite acharnée de la vérité ont culminé dans son livre de 784 pages écrit en 1912 sur la question de la vaccination et de l'assainissement.

Les scientifiques et les chercheurs qui, au fil des ans, ont fait beaucoup de travaux importants auxquels nous avons pu faire référence.

Les quelques scientifiques universitaires d'aujourd'hui qui prennent les risques impliqués dans la divulgation de la vérité sur les vaccins et les composants des vaccins.

Table des matières

Notes des auteurs 4

Dédicaces 5

Avant-propos du Dr Jayne LM Donegan 12

Présentation des auteurs 19

Suzanne Humphries, M.D. 24

1. Les jours pas si bons du passé 32

Logement dangereux 35

Nourriture malade 49

2. Souffrez les petits enfants 53

3. La maladie — un mode de vie 74

La fièvre typhoïde 77

Choléra 80

Dysenterie 84

La fièvre typhoïde 85

Diphtérie 87

Coqueluche 89

Scarlatine 90

Rougeole 92

La fièvre jaune 93

Consommation 95

Fièvre puerpérale 97

4. La variole et le premier vaccin 102

La croyance éclipse la réalité 104

Combattre le monstre moucheté 112

Vaccination obligatoire et pandémies subséquentes 123

5. Vaccins contaminés....145
Fièvre aphteuse....146
6. La grande démonstration....163
7. L'expérience rebelle....173
8. Le pouvoir de l'État....189
Eugénisme et vaccination....196
Conclusion....207
9. Le cas d'Arthur Smith Jr.....208
10. La révolution de la santé....214
11. L'incroyable déclin....230
Le grand tueur s'estompe....231
La fièvre typhoïde....238
Scarlatine....240
Coqueluche et rougeole....242
Diphtérie....252
Tuberculose....261
Diarrhée....270
Hôpitaux....272
12. La «disparition» de la poliomyélite....275
Prévalence de la poliomyélite, 1912-1969....278
Poliovirus naturel (sauvage)....281
Qu'était la poliomyélite et où elle se trouve maintenant....284
Si la poliomyélite est toujours là, pourquoi ne la voyons-nous pas ?....291
Le poumon d'acier et la myélite transverse....295
Empoisonnement au DDT : une cause de maladie semblable à la poliomyélite....298
Poliomyélite par empoisonnement à l'arsenic....308

Syphilis non diagnostiquée 312
Morbidité de la poliomyélite, hier et aujourd'hui 313
Laboratoire et sources vaccinales des épidémies 319
Poliovirus synthétique 322
Regarder au-delà de Cutter 328
Contamination par le virus du singe 335
L'histoire se répète 338
Conclusion 344
13. Coqueluche 348
Événements indésirables 350
Baisse du taux de maladie : réalité et fiction 371
Promesses non tenues 374
Péché antigénique originel commis par vaccination 379
Conclusion 385
14. Rougeole 392
Introduction 393
Rougeole induite par le vaccin : Off the record 413
Le plan raté 416
Planifier un futur échec 421
Vitamines A et C 449
SSPE 456
Amélioration de la maladie rénale après la rougeole 459
Conclusion 461
15. Famine, scorbut et vitamine C 464
famine 465
Scorbut et Vitamine C 470

16. Remèdes perdus 487
Herbes 489
Jicama 496
Jus frais 497
vinaigre de cidre de pomme 500
huile de foie de morue 503
Argent 505
17. Croyance et peur 507
pour cent. 531
à 1910. 547
à propos des auteurs 577
Plan du document 661

Avant-propos du Dr Jayne LM Donegan

La vaccination est considérée comme l'avancée sanitaire la plus importante du XXe siècle par la plupart des professionnels de la santé et des profanes. Bien que les diminutions spectaculaires de la morbidité et de la mortalité dues aux maladies survenues au cours du XXe siècle aient été attribuées à l'introduction de vaccins spécifiques, l'amélioration des conditions sociales n'a guère été reconnue.

Malgré la remise en question de la sécurité et de l'efficacité de la vaccination par des médecins réputés depuis son introduction, le débat a été et est de plus en plus découragé.

Les informations publiées dans des revues scientifiques sont utilisées pour étayer cette position, les autres points de vue étant considérés comme « non scientifiques ».

C'était un « article de foi » reçu pour moi et mes contemporains, que la vaccination était l'intervention de santé la plus utile qui ait jamais été introduite. Avec tous mes collègues médecins et infirmiers, on m'a appris que les vaccins étaient la raison pour laquelle les enfants et les adultes ont cessé de mourir de maladies pour lesquelles il existe des vaccins.

On nous a dit que d'autres maladies, telles que la scarlatine, le rhumatisme articulaire aigu, le typhus, la typhoïde, le choléra, etc., pour lesquelles il n'existe pas de vaccins à l'époque, ont diminué à la fois en incidence et en mortalité (capacité de tuer) en raison de meilleures conditions de vie.

On pourrait penser - en tant qu'étudiants en médecine censés être **modérément intelligents** - que certains d'entre nous auraient demandé : « Mais si les décès dus à ces maladies ont diminué en raison de l'amélioration des conditions sociales, celles pour lesquelles il existe des vaccins n'auraient-elles pas également diminué en même temps, pour la même raison ?

Mais nous ne l'avons pas fait.

Le programme médical est tellement surchargé d'informations qu'il vous suffit d'apprendre ce que vous entendez, comme vous l'entendez : les maladies non vaccinables dans la boîte des conditions sociales et les maladies vaccinables dans la boîte des vaccins, puis au sujet suivant.

Tout ce qu'on m'a enseigné et lu dans les manuels scolaires, à la fois avant d'obtenir mon diplôme de médecin et tout au long de ma formation post-universitaire, a renforcé ce point de vue.

Comme la plupart des médecins, je considérais les parents qui ne vaccineraient pas leurs enfants comme ignorants ou, sinon ignorants, sociopathes, pour avoir retenu ce que je croyais être une intervention vitale et mis tout le monde en danger en réduisant l'immunité collective.

En effet, dans des cliniques spécialisées dans les années 1980, j'avais l'habitude de conseiller les parents qui ne feraient pas vacciner leurs enfants contre la coqueluche, qui était considérée comme le vaccin problématique à l'époque. J'ai reconnu qu'il y avait des dangers associés au vaccin. J'étais un médecin véridique, mais je leur ai dit la ligne officielle : que la maladie était 10 fois plus susceptible de causer la mort ou l'invalidité que le vaccin, donc toute personne sensée choisirait de se faire vacciner.

Qu'est ce qui a changé?

En 1994, il y a eu une campagne massive de vaccination contre la rougeole et la rubéole au Royaume-Uni. Sept millions d'écoliers ont été vaccinés contre la rougeole et la rubéole pour les protéger d'une épidémie de rougeole, dite imminente.

À cette époque, il n'y avait qu'un seul vaccin contre la rougeole dans le calendrier - c'est un vaccin viral vivant et était censé être comme le virus de la rougeole sauvage. On nous a dit : « Une dose et vous êtes immunisé à vie. Je me suis rendu compte qu'un vaccin, cependant, ne protégerait peut-être pas tous les enfants - aucun vaccin n'est efficace à cent pour cent - mais le médecin-chef a déclaré que même deux injections de ce "vaccin à injection

unique" ne protégeraient pas nécessairement les enfants lorsque l'épidémie sont venus et qu'ils auraient besoin d'un troisième. Il a également déclaré que la meilleure façon de vacciner les enfants était en masse pour "briser la chaîne de transmission".

Cela m'a laissé dans un dilemme. De toute évidence, le rapport risques-avantages du vaccin était en faveur du vaccin s'il était plus sûr que la maladie et s'il empêchait votre enfant de contracter la maladie. C'est ce que la plupart des parents s'attendent à voir arriver et certainement ce qu'ils sont encouragés à croire.

Mais si les enfants peuvent recevoir le vaccin à injection unique deux fois et attraper quand même la maladie, ils doivent donc recevoir une troisième injection, cela signifie qu'ils peuvent être exposés à tous les risques du vaccin deux ou trois fois… et en même temps, tous aussi les risques de la maladie. Ai-je besoin de réévaluer ce que j'avais dit aux parents ?

De plus, si le meilleur moyen de "briser la chaîne de transmission" d'une maladie infectieuse était de vacciner en masse, pourquoi avons-nous vacciné les bébés avec tous ces différents vaccins à l'âge de deux, trois et quatre mois (calendrier britannique) ? Pourquoi n'avons-nous pas simplement attendu deux ou trois ans puis vacciné tous ceux qui étaient nés entre-temps en masse pour briser la chaîne de transmission ?

Ce fut le début de mon long et lent voyage de recherche sur la vaccination et l'écologie des maladies et d'apprentissage d'autres modèles et philosophies de santé et d'hygiène naturelle tels que ceux utilisés par les grands pionniers qui ont nettoyé nos villes et construit des systèmes d'approvisionnement en eau potable et d'égouts.

J'ai passé des heures dans des bibliothèques à regarder des revues et des manuels archivés et l'Office for National Statistics (ONS) à sortir des volumes poussiéreux du milieu du 19ème siècle pour faire des graphiques des taux de mortalité des maladies pour lesquelles nous avons des vaccins mais qui, pour une raison

quelconque , n'ont pas été dessinés ou mis à la disposition des médecins ou des parents par l'ONS ou le ministère de la Santé.

J'ai lu ce que des hommes de science éminents, des médecins de la santé et des médecins ont écrit sur la vaccination et ses séquelles qui n'ont jamais fait partie des manuels d'aujourd'hui, et j'ai découvert ce que savait quiconque ayant même une connaissance passagère des figures de la maladie des 19e et 20e siècles. Par exemple, dans les années 1950, lorsque le vaccin contre la coqueluche a été introduit, les données ont montré que la coqueluche ne tuait que 1 % du nombre de personnes qui mouraient en Angleterre et au Pays de Galles 50 ans auparavant.

Les données officielles ont montré que la même chose s'est produite avec la rougeole. En effet, lorsque le vaccin contre la rougeole a été introduit au Royaume-Uni en 1968, le taux de mortalité a continué de baisser régulièrement, même si l'absorption initiale du vaccin n'était que de 30 % et n'a dépassé 50 % que dans les années 1980.

Même la réussite tant annoncée de la vaccination contre la variole n'était pas ce qu'elle semblait être. L'application de la loi sur la vaccination obligatoire contre la variole en 1867, alors que le taux de mortalité était déjà en baisse, s'est accompagnée d'une augmentation des décès de 100 à 400 décès par million.

Après avoir surmonté énormément de peur, je me suis progressivement rendu compte que c'était vrai ce que les gens de l'extérieur m'avaient dit, que "la santé est la seule immunité". Nous n'avons pas besoin d'être protégés de autrement.

Nous attrapons des maladies infectieuses lorsque notre corps a besoin d'un nettoyage périodique. Les enfants, en particulier, bénéficient des éruptions cutanées de l'enfance, ou « exanthèmes », comme on les appelle, à des moments appropriés afin de faire des sauts de développement, tant qu'ils sont traités de manière appropriée. D'après mon expérience, les pires complications des infections infantiles sont causées par un

traitement médical standard, qui implique la suppression de tous les symptômes.

Cette connaissance a-t-elle aidé ma carrière? Cela m'a certainement permis de mieux conseiller les parents sur le traitement des maladies infantiles et d'être en mesure de fournir aux parents suffisamment d'informations pour donner un consentement vraiment éclairé à des interventions médicales telles que la vaccination.

Mes recherches m'ont également amenée à être sollicitée, en 2002, comme témoin expert pour les mères de deux enfants non vaccinés dont les pères absents demandaient au tribunal une ordonnance d'exécution de vaccination. J'ai rédigé un rapport basé sur mes recherches, entièrement référencé, en utilisant soigneusement les méthodes et les résultats des études que j'ai citées pour donner mon avis, plutôt que les conclusions des auteurs, qui ne sont souvent pas étayées par leurs résultats.

Les experts pour les pères et les enfants étaient membres du Comité mixte de vaccination et d'immunisation (JCVI). Ils ont recommandé la vaccination pour les deux enfants. S'ils avaient indiqué que la vaccination n'était pas nécessaire pour ces enfants individuels, ils auraient été considérés comme contredisant la politique de santé du gouvernement basée sur les recommandations du JCVI, ce qui est un conflit d'intérêts qui n'a pas été exploré dans le cas.

Le juge a décidé que mon opinion était moins valable que la leur et les mères ont perdu leur cause. Lorsqu'il est allé en appel, l'un des juges d'appel a qualifié mes preuves de "science indésirable", et sur cette base, j'ai été accusé de faute professionnelle grave par le General Medical Council (GMC) du Royaume-Uni, ce qui aurait pu entraîner ma radiation. le registre médical, interdit d'exercer en tant que médecin et perdant mon gagne-pain.

En 2007, après une longue affaire qui a duré trois ans et demi, le panel GMC m'a complètement disculpé. Ils ne m'ont pas simplement acquitté, mais ont dit qu'ils étaient "sûrs que dans les

rapports que vous avez fournis, vous n'aviez pas manqué d'être objectifs, indépendants et impartiaux".

Nonobstant l'issue favorable, l'affaire a eu un impact inévitable et lourd sur mes enfants, notre famille et ma vie professionnelle.

Dans leur livre méticuleusement documenté, le Dr Suzanne Humphries et M. Roman Bystrianyk vous ramènent aux racines de la maladie et au lien entre les conditions de vie, la nutrition et la santé.

Ils rassemblent systématiquement les informations nécessaires pour percer le mythe selon lequel la vaccination est ce qui nous a sauvés des fléaux infectieux du passé. Plus inquiétant encore, ils montrent également comment les vaccins peuvent jouer un rôle déterminant dans la création d'une hydre à plusieurs têtes de maladies manifestes et secrètes, qui est à peine reconnue, à peine comprise et qui pourrait bien avoir d'immenses conséquences pour nos enfants et les générations futures.

Avec toutes ces informations là, attendant d'être trouvées, pourquoi n'y a-t-il pas plus de médecins qui vont les chercher ?

Pourquoi les médecins n'envisagent-ils même pas la possibilité que le programme de vaccination universelle de l'enfance ne soit pas le succès absolu qu'il est décrit comme étant ?

Pourquoi les médecins ne considèrent-ils même pas qu'il peut y avoir d'autres moyens d'atteindre la santé qui sont meilleurs et plus durables ?

À mon avis, le plus grand obstacle à la recherche et à la réflexion indépendantes est la conséquence professionnelle de sortir des sentiers battus et d'être perçu comme différent - comme je le sais à mes dépens.

Comme le dit George Bernard Shaw dans sa préface à « The Doctor's Dilemma » 1906 :

Les médecins sont comme les autres Anglais : la plupart d'entre eux n'ont ni honneur ni conscience : ce qu'ils confondent généralement avec eux, c'est la sentimentalité et une peur intense de faire quelque chose que tout le monde ne fait pas, ou d'omettre de faire quelque chose que tout le monde fait.

Alors la prochaine fois que vous êtes dans le cabinet de votre médecin et que vous dites : « Je m'inquiète pour la sécurité de la vaccination », et qu'on vous dit : « Vous ne comprenez pas, vous n'êtes pas médecin… » rappelez-vous que, si vous êtes médecin et dites : « Je m'inquiète pour la sécurité de la vaccination », on vous dira : « Nous vous accusons de faute professionnelle grave… »

Dre Jayne LM Donegan, MBBS, DRCOG, DFFP, DCH, MRCGP, MFHom

13 juin 2013, Londres, Royaume-Uni

Présentation des auteurs

Romain Bystrianyk

Mon voyage a commencé il y a de nombreuses années avec la naissance de mes enfants. J'ai toujours voulu m'assurer qu'ils avaient ce que je pouvais offrir de mieux : une nourriture saine, un endroit sûr où vivre, beaucoup de jouets et beaucoup d'attention, de rires et d'amour. Quand est venu le temps de les faire vacciner, j'avais supposé, comme la plupart des parents, que c'était une bonne idée. Cela devait être le cas - les gouvernements, les professionnels de la santé et à peu près tout le monde étaient d'accord pour dire que les vaccins étaient l'une des plus grandes découvertes médicales de tous les temps. La rougeole, la coqueluche, la variole et toutes sortes d'autres horribles maladies infectieuses étaient introuvables grâce aux vaccins.

Je suis par nature une personne curieuse et interrogative, et quelque chose ne me convenait pas à propos de la vaccination. Une voix intérieure lancinante me disait que je devrais en savoir plus sur ces injections dans ma famille. D'une manière ou d'une autre, je savais que je ne devais pas accepter complètement et aveuglément que les vaccins étaient sûrs et efficaces. À ce stade, je ne savais presque rien sur les vaccins, mais au fur et à mesure que je commençais à lire, j'ai trouvé des informations dérangeantes qui se sont appuyées sur mon appréhension de base.

Mais à cause de la pression des médecins et de ma femme à l'époque, mes enfants avaient reçu des vaccins. Dans le passé, je me sentais énormément coupable après avoir accepté de permettre à mes fils de se faire injecter, et j'espérais qu'aucun effet secondaire terrible ne se produirait. Je me souviens d'être restée éveillée la nuit, me sentant bouleversée après avoir accepté de leur faire une injection et espérant qu'il ne leur arriverait rien de grave. J'étais submergé d'inquiétude, me demandant si j'avais bien fait de succomber à la pression de les faire vacciner. Rien de manifeste ne semblait se produire, et ils semblaient en sortir essentiellement indemnes. Bien qu'on m'ait dit que les vaccins

étaient inoffensifs, j'avais toujours le sentiment que j'avais peut-être mal agi.

J'ai commencé à conserver des fichiers avec les informations que je trouvais dans une tentative de donner un sens à tout cela.

Finalement, je suis tombé sur un livre de Neil Z. Miller. Dans ce document, Miller a montré un graphique des décès dus à la rougeole qui avaient diminué de 95 % avant que le vaccin contre la rougeole ne soit généralisé. Je ne pouvais pas y croire ! La baisse des décès dus à la maladie n'était-elle pas le titre de gloire des vaccins ? N'était-ce pas la principale raison de vacciner ? Ce graphique pourrait-il être correct ?

Ce graphique m'a laissé une question ennuyeuse, mais simple : les vaccins étaient-ils vraiment responsables de la baisse de la mortalité due aux maladies infectieuses et de l'éradication de certaines maladies ? Il était important pour moi de rester objectif. Mon but était d'arriver à la vérité. Il semblait qu'il devait être facile de répondre à cette question évidente. Après tout, les vaccins existent depuis plus de cent ans. Le CDC ou une organisation médicale aurait sûrement une grande base de données des taux de mortalité et de maladie disponible. J'ai été étonné que ce ne soit pas le cas. Les données que je cherchais n'étaient pas si faciles à trouver. J'ai pensé qu'il était étrange que les données ne soient pas exposées au public pour que le monde puisse les voir, surtout si les vaccins avaient vaincu les maladies infectieuses mortelles du passé. Où était la preuve ?

J'ai continué à faire des recherches sur la vaccination et j'ai passé d'innombrables heures à la bibliothèque médicale de Yale ainsi que dans d'autres bibliothèques de recherche. J'ai trouvé des données sur la mortalité et j'ai commencé à rassembler des statistiques provenant de différentes sources et j'ai tout saisi dans un tableur informatique. Peu de revues médicales ont fait référence à des données historiques sur la mortalité, et celles qui l'ont fait n'ont fait aucune mention de quelque chose qui est maintenant devenu clair pour moi.

En regardant les données des États-Unis à partir de 1900, le taux de mortalité par rougeole avait diminué de plus de 98 % avant l'introduction du vaccin ! Encore plus choquant, les mêmes données ont révélé que la mortalité due à la coqueluche avait diminué de plus de 90 % avant l'introduction du vaccin DTC ! J'ai été stupéfait que personne de ma connaissance, y compris les médecins de mes fils, n'ait examiné attentivement cette croyance fondamentale selon laquelle les vaccins étaient responsables de la baisse massive des décès dus à la rougeole et à la coqueluche.

J'ai maintenant réalisé que la croyance que les vaccins étaient essentiels pour éliminer la menace d'au moins ces deux maladies était basée sur un mythe. Il doit y avoir eu d'autres facteurs qui ont conduit à une baisse aussi spectaculaire de la mortalité avant l'introduction du vaccin.

J'ai présenté beaucoup d'informations à la mère de mes enfants. Même si elle était une infirmière instruite, elle trouvait impossible d'accepter ce que je lui montrais. Un week-end peu de temps après, j'ai remarqué que mes trois enfants étaient très malades. Je les ai examinés de plus près et j'ai vu qu'ils avaient tous de fortes fièvres et des yeux extrêmement rouges. Je ne pouvais pas imaginer pourquoi ils étaient tous si malades. J'ai appelé leur mère et j'ai découvert qu'ils avaient, à mon insu ou sans mon consentement, reçu le DTP, le ROR et la poliomyélite en une seule visite. Une vague d'émotions m'envahit. J'étais en colère, contrarié, inquiet et dévasté. L'une des décisions de santé les plus importantes concernant mes enfants m'avait été retirée. Les enfants ont été très malades tout le week-end.

À cette époque, j'avais accumulé une grande quantité d'informations et de données concrètes. Il semblait plus probable que nous avions été induits en erreur en croyant que la vaccination était responsable de l'élimination des maladies notoires et de la dévastation du passé. Je me demandais comment les statistiques et les informations des revues médicales étaient complètement ignorées. Cela m'a amené à comprendre avec quelle facilité les gens peuvent être piégés dans un système de croyances

défectueux. La plupart des gens avaient besoin d'entendre les assurances des autorités médicales selon lesquelles, par amour et par responsabilité, les parents devraient faire vacciner leurs enfants. J'ai compris qu'il y avait une croyance sociétale sous-jacente dans les vaccins qui n'était pas basée sur l'histoire ou des preuves. Cette croyance est entretenue par un public qui reste fondamentalement soumis et obéissant aux hiérarchies gouvernementales et médicales qui ne méritent peut-être pas leur confiance.

Plusieurs années après que mes enfants aient eu cette réaction au vaccin, l'un d'eux s'est effondré. Les tracés EEG (électroencéphalogramme) ultérieurs reflétaient des ondes cérébrales anormales compatibles avec des crises. D'après mes recherches, je ne pouvais m'empêcher de soupçonner que les vaccins avaient causé des dommages neurologiques. Le neurologue m'a dit que rien ne pouvait être fait sur le plan nutritionnel pour aider avec les crises. Ne voulant pas accepter cela, j'ai fait mes propres recherches et trouvé des études dans des revues médicales qui montraient que certains nutriments pouvaient faire une différence significative. J'ai mis mon fils sur un protocole d'acides gras oméga-3, de complexe B, de magnésium et d'autres nutriments et sur une alimentation biologique. Heureusement, après quelques mois, l'EEG n'a révélé aucune activité convulsive ! Non seulement j'étais ravie que l'état de santé de mon fils se soit amélioré, mais l'expérience m'avait de nouveau montré la puissance des systèmes de croyance. Dans ce cas, la croyance que les nutriments et l'alimentation n'avaient aucun effet sur la santé du cerveau était absolument fausse. Les revues médicales conventionnelles contenaient des informations sur l'utilisation des nutriments pour arrêter les crises, mais étonnamment, les informations n'étaient tout simplement pas utilisées par la profession médicale.

Chacune de ces expériences m'a poussé à poursuivre mes recherches. J'ai obtenu des données de nombreuses sources qui m'ont amené à solidifier et à compléter mon hypothèse selon laquelle les vaccins n'étaient pas responsables de la baisse des

décès dus aux maladies infectieuses. Maintenant, je me suis retrouvé avec de nouvelles questions. Qu'est-ce qui a causé le déclin des maladies infectieuses ? Pourquoi y avait-il une croyance aussi solide que le roc que les vaccins étaient responsables ? Quelle était la véritable histoire ?

J'ai continué à parcourir des centaines de revues médicales et des livres, magazines et journaux longtemps ignorés des années 1800 et du début des années 1900. J'ai trouvé des milliers de pages qui ont peint une nouvelle image. J'ai été étonné qu'une histoire étonnante et passionnante ait été jetée dans les sous-sols des bibliothèques et peut-être perdue à jamais. Cette nouvelle information m'a révélé une vision radicalement différente de la vie dans les années 1800.

J'ai aussi découvert à quel point la science peut mal tourner. Nous pouvons facilement être capturés par un système de croyances construit sur une base fragile et imparfaite. Combien de fois croyons-nous en quelque chose, non pas parce que nous avons fait des recherches approfondies à ce sujet, mais parce que des figures d'autorité nous disent que c'est la vérité ?

Et si ce que nous croyons n'était qu'une illusion ?

J'espère que vous trouverez les informations contenues dans ce livre - graphiques, chapitres remplis de citations, etc. - un ajout intéressant à ce que vous croyez. Je pense que les pages de chaque chapitre fourniront un aperçu unique et éclaireront différemment ce qui est vraiment un passé caché. Pour certains d'entre vous, cela pourrait être un point de départ pour commencer à remettre en question ce que vous avez innocemment accepté comme la vérité. Pour d'autres, l'information peut combler de grandes lacunes et répondre à des questions que vous avez peut-être posées mais que vous ne saviez jamais où chercher. Pour moi, cela a été un processus enrichissant de dissolution des illusions que j'aimerais partager avec vous.

Suzanne Humphries, M.D.

Il peut sembler étrange qu'un médecin de 19 ans d'expérience se soit passionnément détourné de la pratique de la vaccination. Il peut sembler encore plus étrange qu'avec une carrière réussie en tant que néphrologue, elle fasse ses valises médicales et quitte l'hôpital sans se retourner. Au sommet de son art, elle a laissé derrière elle une pratique très lucrative et une brillante réputation. J'aimerais partager mon histoire sur la façon dont cela est arrivé et comment j'ai fini par être un paria du système médical conventionnel.

Il serait faux de dire que j'ai jamais cru complètement à la nécessité et à la sécurité de la vaccination. J'ai longtemps eu un dégoût intuitif pour les vaccins. Comme la plupart des médecins, j'ai reçu un bref résumé du calendrier de vaccination des enfants et des adultes et on m'a dit que les vaccins sont sûrs et efficaces et qu'il fallait les administrer dans les délais. Au cours de ma résidence médicale, j'ai vu de nombreuses maladies auto-immunes et je me suis silencieusement demandé si les vaccins pouvaient jouer un rôle. Mais je me suis rendormi encore quelques années et j'ai continué mes études.

Le sens donné par Dieu dont j'étais doté a été temporairement remplacé par une médecine supposée fondée sur des preuves et des règles, protocoles et directives insensés. Mais cela s'est effondré sous un examen minutieux. Après près de deux décennies de danse médicale, bien que souvent en décalage, plusieurs choses ont convergé pour m'arracher les œillères et me lancer dans une nouvelle façon de penser. Je n'aurais jamais prédit que l'établissement médical se présenterait à moi comme un violeur flagrant de la vie ou un conflit avec mes principes moraux et spirituels… mais il l'a fait.

L'événement le plus mémorable s'est produit au cours de l'hiver 2009, lorsque le vaccin contre la grippe H1N1 a été administré séparément du vaccin contre la grippe saisonnière. De nombreux médecins étaient sceptiques quant à la pratique de la vaccination

antigrippale, et nombre de mes collègues hospitaliers ont signé le formulaire d'exemption et ont esquivé le vaccin pour eux-mêmes. Cependant, il y avait des patients confiants qui n'avaient pas le discernement nécessaire pour refuser, et j'ai pu voir le résultat potentiel de la vaccination sur leurs reins.

Cet hiver-là, trois patients en succession rapprochée ont été transportés dans la salle d'urgence de mon hôpital avec un arrêt total des reins. Quand je suis arrivé pour leur parler, chacun s'est porté volontaire pour moi : « J'allais bien jusqu'à ce que j'aie reçu ce vaccin. Tous les trois avaient une fonction rénale normale au départ, selon leurs dossiers ambulatoires. Tous les trois ont nécessité une dialyse aiguë, deux ont finalement récupéré et un est décédé de complications plusieurs mois plus tard, soi-disant de ses autres maladies. Après cette série d'événements, j'ai commencé à prendre les antécédents vaccinaux de chacun de mes patients et j'ai été surpris par les liens qui pouvaient être établis simplement en demandant : « À quand remonte votre dernier vaccin ? À mon avis, de nombreux cas de maladie rénale supposée idiopathique (un terme médical pour inconnu) ne sont pas du tout idiopathiques.

Pendant les semaines de dialyse des trois patients insuffisants rénaux, j'ai croisé le chef de la médecine interne dans le couloir. C'était quelqu'un avec qui j'avais toujours eu de bonnes relations et nous étions en excellents termes. Il m'a demandé comme d'habitude : « Comment vas-tu ? Comment se passe la pratique de la néphrologie ? J'ai décidé de lui dire ce qui se passait et comment je pensais que le vaccin contre la grippe causait des problèmes.

Après avoir transmis une petite partie de mes observations, il est devenu raide, son visage s'est tendu, son langage corporel a changé et il m'a demandé pourquoi je blâmais le vaccin. « Ils viennent d'attraper la grippe et le vaccin n'a pas eu le temps de faire effet », a-t-il répondu sèchement. J'ai répondu en soulignant le fait que je n'avais jamais, dans ma carrière de néphrologue et d'interniste, vu un cas de grippe s'accompagner d'une insuffisance rénale à moins que le patient ne soit devenu sévèrement

déshydraté et/ou n'ait pris de grandes quantités d'ibuprofène, ni de ce que ces patients avaient fait. Ce qui est encore plus frappant, c'est que les patients en discussion n'avaient pas de symptômes de grippe avant de développer une insuffisance rénale.

La conversation a continué. Nous avons fini par discuter du problème de la méningite chez les adolescents et les étudiants. J'ai suggéré que les médicaments, les vaccins, le manque de repos et la mauvaise alimentation de ces enfants peuvent les rendre vulnérables à une bactérie contre laquelle ils auraient autrement une défense. Après tout, je savais que les bactéries méningococciques se trouvaient souvent chez des personnes en parfaite santé. Quelque chose d'autre doit contribuer à la situation de ceux qui tombent malades. Il s'est moqué de moi et m'a dit: "Alors tu penses que le régime cause la méningite?" Il a poursuivi en me rappelant que "la variole a été éradiquée par les vaccins, et la poliomyélite a été éradiquée aux États-Unis par les vaccins". À cette époque, j'ignorais l'histoire de la variole et de la poliomyélite sauf que, six ans auparavant, on m'avait demandé de me faire vacciner contre la variole afin d'être un premier répondant.

Quant à la poliomyélite, les images d'enfants infirmes, de poumons de fer et des terribles jours d'attaques vicieuses de poliovirus ont marqué ma conscience comme celle de la plupart des autres. Je pensais que Jonas Salk était un grand héros américain. C'est drôle comme les événements de 1954 ont été programmés en moi, puisque je suis né en 1964. Je n'aurais même pas pu penser à la poliomyélite avant 1969 au plus tôt. Ainsi, lorsque ce médecin m'a fait ses derniers commentaires, j'étais sans voix et incapable de répondre. Je me suis senti fustigé.

Plus tard, plusieurs patients ont été admis avec des reins normaux et leur santé s'est détériorée dans les 24 heures suivant la vaccination. Même ces cas bien définis et documentés ont été niés comme vaccin induit par la plupart de mes collègues. Il y avait le rare médecin qui était d'accord avec moi dans le noir ou l'infirmière qui venait me remercier et était d'accord avec moi

alors que personne n'écoutait. C'était un temps solitaire et certainement une nuit sombre pour mon âme.

Au cours des mois suivants, je me suis d'abord attaché à découvrir tout ce que je pouvais sur les essais d'innocuité des vaccins chez les patients insuffisants rénaux. J'ai été choqué de constater qu'il n'y avait pas d'essais sur ces types de patients. On m'a dit qu'ils pouvaient tolérer les vaccins parce qu'ils sont « sûrs et efficaces ». En voyant que la sécurité des vaccins chez les patients gravement malades (insuffisance cardiaque active, septicémie, cancer, maladie auto-immune) et les patients en néphrologie chronique était un mythe, j'ai décidé de rechercher les hypothèses du chef de la médecine interne sur le vaccin contre la grippe, la variole et l'histoire de la poliomyélite. Ce que j'ai rencontré m'a jeté dans une chute libre qui m'a finalement conduit à devenir un militant pour la vérité sur la vaccination.

Je me suis rendu compte que les directives, les preuves et les opinions des dirigeants n'étaient pas fondées et ne conduisaient PAS les troupeaux à une santé authentique. Ce qui m'a le plus déconcerté, c'est la façon dont j'ai été traité lorsque j'ai essayé de protéger mes propres patients souffrant d'insuffisance rénale contre la vaccination, surtout lorsqu'ils étaient malades.

Après avoir tenté de faire en sorte que l'hôpital reporte la vaccination contre la pneumonie et la grippe jusqu'au jour de la sortie de l'hôpital au lieu de l'admission, on m'a dit de ne pas interférer avec le protocole de vaccination.

Encore plus scandaleux, on m'a continuellement dit que si je voulais que mes opinions soient crédibles, je devais mener ma propre étude pour prouver que les vaccins provoquaient une insuffisance rénale. La charge de la preuve m'a été en quelque sorte imposée pour obtenir l'approbation et le financement de l'IRB (Institutional Review Board) et mener une étude statistiquement significative que ceux qui doutaient de mes preuves de préjudice croiraient.

La charge de la preuve ne devrait-elle pas incomber aux fabricants de vaccins et à ceux qui vantent leur sécurité ? Après tout, il n'y avait aucune donnée pour étayer l'hypothèse selon laquelle les vaccins ne provoquaient pas d'insuffisance rénale et de nombreuses raisons de croire qu'ils le pouvaient. Pour moi, il était évident que personne ne regardait, et donc les connexions n'étaient pas faites.

C'était la première fois de ma carrière que mon opinion concernant l'insuffisance rénale n'était pas respectée. Chaque fois que j'ai suggéré qu'un médicament était responsable de lésions rénales, ce médicament a été immédiatement arrêté - sans poser de questions. Cela se produit régulièrement avec certains médicaments contre l'hypertension, les antibiotiques, les analgésiques, etc. Parfois, les reins peuvent réagir aux médicaments de manière allergique - à n'importe quel médicament à tout moment - et ce médicament aurait été arrêté. Certains médicaments provoquent une toxicité directe sur les reins, et dans le passé, si je suggérais de les arrêter ou de les éviter, ils étaient toujours évités. Mais maintenant, j'étais incapable de protéger mes propres patients souffrant d'insuffisance rénale des vaccins administrés à l'hôpital.

Interroger les vaccins a semblé ouvrir une boîte de Pandore entière qui avait apparemment du ruban médico-légal jaune sur la serrure, ainsi que le message « Ne traversez pas ». J'ai rencontré un double langage - autorisé à rédiger une ordonnance pour arrêter un vaccin qui devait être administré si j'arrivais à temps, mais on m'a également dit que je le faisais trop souvent et que je ne devais pas interférer avec la politique de vaccination de l'hôpital .

Lorsque j'ai signalé le lien entre les vaccins et l'aggravation ou l'apparition d'une insuffisance rénale à quelques collègues ouverts d'esprit, ils ont compris, ont commencé à prendre des antécédents de vaccination et ont vu ce qui se passait. Pourtant, ils sont restés silencieux. La plupart des médecins continuent de pratiquer avec une confortable indifférence. Certains voient les erreurs, les

dégâts et les limites de leurs pratiques mais marchent toujours au pas avec le troupeau et protègent la fraternité. Je ne sais pas ce qu'il faudra pour que ces médecins résistent aux diktats qui les gouvernent. J'ai eu beaucoup plus de succès à raisonner avec des parents et des personnes intelligentes qui ne sont pas attachées à des traditions nuisibles et non scientifiques. Ce livre est destiné à ceux qui veulent lire ce que j'ai découvert, après des années de recherche, pour être une description beaucoup plus précise de l'histoire de la vaccination.

Terminologie

*Inoculation:*Le fait d'introduire une substance antigénique (stimule la production d'anticorps) dans le corps pour produire une réaction du système immunitaire à une maladie spécifique.

*Variolisation :*Procédure qui consiste à inoculer à une personne sensible du matériel prélevé sur une vésicule (une cloque formée dans ou sous la peau) d'une personne atteinte de la variole (virus orthopox variolique), pour tenter de prévenir la variole chez la personne sensible.

Vaccination:

a) De vacca, le mot latin pour vache : Inoculation du virus de la variole de la vache (orthopox virus de la vaccine) dans le but de protéger contre le virus de la variole. Aussi connu sous le nom de cowpoxing.

b) Aujourd'hui, le terme a été utilisé pour décrire de nombreux autres types d'inoculations : Une préparation d'un agent pathogène affaibli ou tué, comme une bactérie ou un virus, ou d'une partie de la structure de l'agent pathogène qui, lors de l'administration, stimule la production d'anticorps ou immunité humorale contre l'agent pathogène.

*Immunisation:*Processus qui induit une réponse immunitaire à une maladie spécifique en exposant l'individu à un antigène naturel ou dérivé de laboratoire. Le but du processus est de produire des anticorps dirigés contre un antigène spécifique.

Vous pouvez être vacciné, mais s'il n'y a pas d'immunité, vous n'êtes pas immunisé. Vous pouvez ne pas être vacciné, mais si vous avez eu la maladie et que vous êtes protégé, vous êtes immunisé. vous êtes donc immunisé.

PAO: Vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche qui utilisait la totalité de la cellule bactérienne après qu'elle ait été tuée.

Il s'agissait de la version originale du vaccin contre la coqueluche qui était hautement antigénique mais plus problématique du point de vue de la sécurité. Ce vaccin est souvent appelé vaccin à cellules entières. Il est encore utilisé dans les pays en développement.

DTaP: Vaccin diphtérie, tétanos, coqueluche acellulaire. La partie coqueluche de ces vaccins n'utilise pas la cellule entière mais contient la toxine coquelucheuse seule ou en combinaison avec des fragments d'autres facteurs de virulence de la cellule. Ce sont les vaccins utilisés aux États-Unis, au Royaume-Uni et dans la majeure partie de l'Europe aujourd'hui. On pense qu'ils sont beaucoup plus sûrs mais qu'ils sont beaucoup moins antigéniques. Ils sont également plus chers.

1. Les jours pas si bons du passé

Alors que nous passions le long des berges puantes de l'égout, le soleil brillait sur une étroite bande d'eau. Dans la lumière vive, il apparaissait la couleur d'un thé vert fort, et avait l'air aussi solide que du marbre noir dans l'ombre - en fait, il ressemblait plus à de la boue aqueuse qu'à de l'eau boueuse ; et pourtant, on nous a assuré que c'était la seule eau que les misérables habitants avaient boire.

Alors que nous le contemplions avec horreur, nous vîmes des drains et des égouts y déverser leur sale contenu ; nous avons vu toute une rangée de cabinets sans porte sur la route ouverte, communs aux hommes et aux femmes, construits dessus; nous avons entendu seau après seau de crasse y éclabousser…

– Henry Mayhew (1812–1887), 24 septembre 1849

En longeant une berge accidentée, parmi des piquets et des cordes à linge, on pénètre dans ce chaos de petites huttes à un étage, à une pièce, dont la plupart n'ont pas de sol artificiel ; cuisine, salon et chambre à coucher tout en un… Partout devant les portes résidus et abats [déchets] ; que n'importe quelle sorte de trottoir posé en dessous ne pouvait être vu mais seulement ressenti, ici et là, avec les pieds.

–Friedrich Engels (1820–1895), 1844

Beaucoup d'entre nous ont une image des années 1800 colorée par une myriade de filtres qui donnent une vision nostalgique et romantique de cette époque. Vous pouvez imaginer un moment où des gentlemen appelants arrivaient pour rencontrer une dame bien habillée dans un salon finement meublé. Une époque où les gens descendaient tranquillement une rivière sur un bateau à roue à aubes tout en sirotant des juleps à la menthe. Un temps de voyage plus élégant à bord d'un train à vapeur traversant la belle campagne, ou une femme élégante vêtue d'une longue robe fluide, descendant d'une élégante calèche avec l'aide d'un compagnon pimpant dans un chapeau haut de forme. Vous pensez peut-être à

ces temps où la vie était simple et ordonnée - une utopie apparente, exempte des nombreux malheurs qui affligent la société moderne.

Mais si ces filtres sont supprimés et qu'une lumière plus objective est projetée sur ce moment, une image différente émerge. Imaginez plutôt un monde où les lieux de travail n'auraient pas de lois sur la santé, la sécurité ou le salaire minimum.

Les années 1800 ont été un siècle où les gens consacraient 12 à 16 heures par jour aux travaux subalternes les plus fastidieux.

Imaginez des bandes d'enfants errant dans les rues de manière incontrôlable parce que leurs parents travaillaient de longues journées. Les enfants étaient également impliqués dans des travaux dangereux et démoralisants. Imaginez la ville de New York entourée non pas de banlieues mais d'anneaux de décharges et de bidonvilles fumants. Des villes où les porcs, les chevaux et les chiens et leurs déchets étaient monnaie courante dans les rues. De nombreuses maladies infectieuses sévissaient dans le monde, en particulier dans les grandes villes. Ce n'est pas une description du tiers monde, mais une grande partie de ce qu'étaient les États-Unis et d'autres pays occidentaux civilisés il y a seulement un siècle environ.

Photos 1.1 :Syracuse, NY—Shanties Retour à un égout à ciel ouvert. (1901)*Le « bon vieux temps », où tout, en particulier la santé humaine, était censé être meilleur qu'aujourd'hui, est un mythe. L'histoire documentée de la civilisation occidentale décrit une lutte sans fin et non romantique contre la maladie et la mort, une mortalité infantile tragiquement élevée et la mort prématurée de jeunes adultes. Des épidémies meurtrières attaquaient les communautés sans défense presque aussi souvent que l'été et l'hiver arrivaient, et étaient suivies toutes les quelques années de catastrophes majeures. Dans l'Angleterre victorienne, l'âge moyen de décès parmi les citadins pauvres était de 15 à 16 ans.**{1}**

Au cours des années 1800, le nombre d'usines a augmenté parallèlement à une population en augmentation rapide, ce qui a entraîné un afflux de personnes de la campagne vers les villes et les villes à la recherche de travail. La population de la ville de Londres, en Angleterre, a été multipliée par près de neuf au cours du XIXe siècle.

L'industrialisation a rapidement multiplié les menaces pour la santé en raison de l'énorme croissance simultanée des villes.

En 1750, environ 15 % de la population vivait dans les villes ; en 1880, un pourcentage stupéfiant de 80 % était urbain. En 1801, un ouvrier sur cinq était employé dans l'industrie manufacturière et les professions connexes; en 1871, ce chiffre était passé à deux sur trois. Plus grande ville du monde occidental, Londres comptait environ 800 000 habitants en 1801 ; en 1841, sa population avait augmenté d'un million d'habitants et, à la mort de la reine Victoria en 1901, le cœur de l'empire [Londres] comptait sept millions d'habitants.{2}

Logement dangereux

Les logements ne pouvaient pas accueillir l'explosion démographique, ce qui entraînait un surpeuplement et une accumulation remarquable de déchets humains et animaux. Dans certains cas, de grands bâtiments, construits à l'origine pour des brasseries ou des raffineries de sucre, ont ensuite été divisés en de nombreuses petites pièces sombres où les familles pouvaient vivre.{3}Ces conditions ont contribué à des taux élevés de maladie et de mortalité.

Les puanteurs des « caves horriblement nauséabondes » avec leur « système infernal d'égouts » doivent nécessairement empoisonner les locataires jusqu'au cinquième étage... l'ornière usée du wagon mort et l'ambulance jusqu'à la porte, pour le les locataires y mouraient comme des mouches en toutes saisons, et un dixième de sa population était toujours hospitalisé.{4}

Longtemps après, la Tenement House Commission a appelé la pire des casernes "abattoirs pour nourrissons" et a montré, en se référant aux listes de mortalité, qu'elles tuaient un bébé sur cinq qui y naissait..{5}

S'il y a un espace ouvert entre eux [les immeubles], il n'est jamais plus d'une fente d'un pied ou plus de large, et devient le réceptacle des ordures et des ordures de toutes sortes ; de sorte que toute

ouverture faite aux fins de ventilation devient une source de danger plus grand que s'il n'y en avait pas.{6}

Photos 1.2 :rue Jefferson. La grange remise à droite contient trois chevaux. La grange suivante en vue contient six chevaux et deux chèvres. La maison au centre de l'image est pleine de familles italiennes et ne présente aucun élément rédempteur. Sur la gauche se trouvent d'autres immeubles pleins de familles. (1911)

Bien que des progrès aient été réalisés au début des années 1900, beaucoup vivaient encore dans des conditions sanitaires épouvantables.

Certains immeubles étaient meublés d'installations intérieures, mais ils étaient souvent partagés par plusieurs familles. Les histoires de désespoir et de souffrance étaient monnaie courante parmi les travailleurs pauvres. La lutte pour la survie était une affaire quotidienne. Les gens étaient souvent proches de l'effondrement financier et physique.{7}

Photos 1.3 :Une soi-disant pièce d'un immeuble de trois pièces, mais ce n'est qu'un placard de grande taille avec un plafond incliné, situé sous l'escalier d'entrée principal du bâtiment. Ici, dans un lit trois-quarts, dorment le père et la mère et un petit enfant. Le reste de la famille dort dans le salon et la cuisine. Cette "pièce" n'a absolument aucune lumière ni ventilation. (1916)

Une mauvaise planification avec le nombre toujours croissant d'entreprises et de population a conduit à une organisation urbaine désordonnée. Des entreprises de tous types, y compris l'un de leurs sous-produits environnementaux dangereux, ont été construites à côté de quartiers d'habitation surpeuplés. L'absence de réglementation sanitaire et de règles de zonage a créé un environnement dangereux et démoralisant pour la classe

ouvrière. Un article de 1861 sur les villes et les parcs américains dans l'Atlantic Monthly décrit la situation dans les villes.

Des rues étroites et tortueuses, le manque d'égouts et de ventilation appropriés, l'absence de prévoyance dans la fourniture d'espaces ouverts pour la récréation des gens, l'autorisation d'enterrements intra-muros [dans les murs d'un bâtiment] et de nuisances fétides, telles que les abattoirs et fabriques d'étoffes offensives, ont converti les villes en enclos pestilentiels et ont gardé le dicton de Jefferson - "Les grandes villes sont de grandes plaies" - vrai dans le sens le plus littéral et le plus mortifiant.{8}

Un grand nombre de familles vivaient dans des maisons mal construites. Il n'y avait ni eau courante ni toilettes. Une rue entière partagerait une pompe extérieure et quelques chambres fortes ou dépendances extérieures.

Photos 1.4 :L'insalubrité générale qui entoure les maisons des deux côtés de la ruelle. La première maison à droite est une petite maison à ossature délabrée. Au-delà se trouvent

trois immeubles plus grands. Les dépendances à gauche sont toutes délabrées et contiennent des toilettes en mauvais état. Il n'y a pas assez de poubelles pour subvenir aux besoins, et celles fournies sont si rarement nettoyées que les familles jettent leurs slops et leurs ordures dans la ruelle. (1901)

En 1934, le professeur Arthur Cole a décrit comment certains habitants de New York et de Boston dans les années 1850 vivaient dans des caves sombres envahies par la vermine.

Alors que les grandes villes possédaient de beaux quartiers résidentiels dans lesquels les rues étaient pavées et maintenues propres et les égouts correctement entretenus, il y avait aussi des quartiers étrangers surpeuplés, véritables ruches d'humanité dépourvues du confort ordinaire et souvent même du nécessaire.

New York en 1850 comptait 8 141 caves abritant 18 456 personnes. Là, comme à Boston, environ un vingtième de la population vivait dans des souterrains humides, sombres, mal aérés et infestés de vermine. À la fin de la guerre [US Civil War], quinze mille immeubles avaient été construits à New York, dont beaucoup n'étaient guère plus que des « nids de fièvre ».{9}

Les classes ouvrières habitaient les logements les plus déplorables, qui ont été décrits par Friedrich Engels en 1844. Engels a visité les bidonvilles à Manchester, en Angleterre, et a noté les horreurs qu'il a observées. Il a décrit les gens qu'il a rencontrés à Londres et dans d'autres villes d'Angleterre.

…ces fantômes pâles, maigres, aux yeux creux et à la poitrine étroite, qu'on croise à chaque pas, ces visages flasques et langoureux, incapables de la moindre expression énergique, j'en ai vu en si grand nombre.{dix}

Des hordes de gens se pressaient sous les toits fumants et pourris par l'eau, ou s'enfouissaient parmi les rats des caves moites.{11}Roy Porter, un historien britannique réputé pour ses travaux sur l'histoire de la médecine, a écrit sur le sort de millions de personnes dans les villes nouvellement industrialisées.

Photos 1.5 :L'état des allées jonchées d'immondices, des cours et des cours jonchées d'ordures, des étables malodorantes et des boîtes à fumier trouve son paroxysme et en partie sa cause dans l'accumulation des ordures. (1901) Pendant des millions, des vies entières - bien que souvent très courtes - se sont écoulées dans de nouvelles villes industrielles d'une nuit épouvantable avec une socio-pathologie trop typique : logements insalubres, souvent dans des caves inondées, surpeuplement grossier, pollution atmosphérique et de l'approvisionnement en eau , puisards

débordants, pompes contaminées, misère, faim, fatigue et abjection partout. De telles conditions, comparables à celles des bidonvilles ou des camps de réfugiés du tiers monde d'aujourd'hui, ont engendré des maladies endémiques de toutes sortes. Une mortalité néonatale, infantile et juvénile effroyable accompagne l'abomination du travail des enfants dans les mines et les usines ;{12}

Les écrivains contemporains de l'époque ont tenté d'attirer l'attention sur le sort des pauvres misérables et leurs terribles conditions de vie. Andrew Mearns et William C. Preston ont écrit sur les pauvres dans leur livre de 1883 The Bitter Cry of Outcast London: An Inquiry into the Condition of the Abject Poor .

Rares sont ceux qui liront ces pages qui auront la moindre idée de ce que sont ces colonies humaines pestilentielles, où des dizaines de milliers de personnes s'entassent au milieu d'horreurs qui rappellent ce que nous avons entendu du passage médian du navire négrier. Pour y accéder, il faut pénétrer dans des cours empestées de gaz toxiques provenant de l'accumulation d'eaux usées et d'ordures éparpillées dans toutes les directions et coulant souvent sous vos pieds ; des cours, dont beaucoup ne sont jamais pénétrées par le soleil, qui ne sont jamais visitées par une bouffée d'air frais, et qui connaissent rarement les vertus d'une goutte d'eau purificatrice. Vous devez gravir des escaliers pourris, qui menacent de céder sous chaque marche, laissant des vides qui mettent en péril les membres et la vie des imprudents. Il faut tâtonner dans des passages sombres et crasseux grouillant de vermine. Puis,{13}

Les conditions extrêmement stressantes vieillissaient rapidement les pauvres de la classe ouvrière. Ceux qui ont échappé à la mort à la suite d'une maladie ou d'un handicap à un âge précoce n'ont souvent vécu que jusqu'à la trentaine ou la quarantaine.

Parmi les classes ouvrières, l'espérance de vie est restée partout faible - un peu plus de trente ans - et à partir des années 1830, des photographies montrent des travailleurs ayant l'air vieux dans la trentaine et la quarantaine, alors que la mauvaise alimentation, la

maladie, les mauvaises conditions de vie et le surmenage brut ont fait des ravages.{14}

L'eau et les égouts et tous les abats

L'eau potable, le traitement approprié des eaux usées et l'air frais n'existaient pas dans ces zones. Sans aucune infrastructure sanitaire, les déchets humains et animaux couleraient dans les rues, se retrouvant dans les ruisseaux et les rivières locales, qui se trouvaient être également la principale source d'approvisionnement en eau de la population. Les installations sanitaires conçues pour les petites populations ont échoué. Les puisards ont débordé et se sont infiltrés dans les réserves d'eau locales.

Photos 1.6 :Water-closet utilisé par quatorze familles. (1916)*La manière dont la grande multitude des pauvres est traitée par la société aujourd'hui est révoltante.*

Ils sont entraînés dans les grandes villes où ils respirent une atmosphère plus pauvre qu'à la campagne ; ils sont relégués dans des quartiers qui, en raison du mode de construction, sont moins ventilés que tous les autres ; ils sont privés de tout moyen de propreté, de l'eau elle-même, puisque les canalisations ne sont posées que moyennant paiement, et les rivières si polluées qu'elles

sont inutiles à ces fins ; ils sont obligés de jeter tous les abats et ordures, toute l'eau sale,

souvent tous les drainages et excréments dégoûtants dans les rues, étant sans autre moyen de les disposer; ils sont ainsi obligés d'infecter la région de leurs propres habitations.{15}

Au milieu des années 1800, les approvisionnements publics en eau du comté de McLean, dans l'Illinois et de Chicago ont été décrits comme étant contaminés par des déchets humains et animaux. La Chicago Medical Society a fréquemment critiqué l'approvisionnement en eau de la ville, qui, après 1853, était tirée du lac Michigan au moyen d'une entrée en bois brut de 600 pieds de long, près de l'endroit où la rivière Chicago remplie d'eaux usées se vidait.{16}

Avant les années 1870, toutes sortes d'ordures et de déchets humains et animaux avaient été jetés dans ce qui est devenu connu

sous le nom de « North and South Sloughs », à l'origine de petits ruisseaux se jetant dans Sugar Creek. Au fil des ans, les marécages « sont devenus... une mare détrempée de puanteur qui était le foyer de maladies... parce qu'elle drainait les eaux usées dans la principale source d'eau de la communauté, Sugar Creek."{17}

Photos 1.7 :Salle publique et évier. Évier soutenu uniquement par de la ficelle et des accessoires en bois fragiles. Sol du hall recouvert de matières fécales et d'eaux usées. (1903)

La mauvaise gestion des déchets s'est poursuivie à Paris même après la Première Guerre mondiale, de nombreux puisards de la ville étant toujours utilisés.

Contrairement aux Londoniens, la plupart des Parisiens s'approvisionnaient encore en 1870 à des fontaines ou à des marchands d'eau et jetaient leurs déchets dans des fosses de cour. Paris était une ville de 85 000 puisards ; beaucoup sont restés jusqu'après la Première Guerre mondiale.{18}

Edwin Chadwick, un réformateur social anglais qui a travaillé pour améliorer les conditions sanitaires et la santé publique, croyait que la maladie engendre la pauvreté. Il a fait appel à trois médecins favorables aux réformes sanitaires - Neil Arnott, James Phillip Kay-Shuttleworth et Thomas Southwood Smith. Leur rapport de 1838 a révélé la misère à Londres.

"La chambre d'un patient fiévreux, dans un petit appartement chauffé à Londres, sans perflation [soufflage] d'air frais, est parfaitement analogue à la mare stagnante en Ethiopie pleine de corps de criquets morts", a déclaré Southwood Smith. « Le poison généré dans les deux cas est le même ; la différence est simplement dans le degré de sa puissance."{19}

Animaux : morts et vivants, dangereux et malades

Parce qu'il n'y avait pas de lois environnementales, les industries rejetaient simplement leurs déchets dans l'air et dans l'eau. Dans les années 1850 à Londres, l'environnement était rempli de saleté

qui s'échappait des usines. Si les déchets humains et animaux dans les rues de la ville n'étaient pas assez révoltants, les gens ont résisté à un ajout encore pire au scénario répugnant - des cadavres d'animaux en putréfaction.

Dans les villes manufacturières, les cheminées des usines crachaient de la suie et tout était recouvert de saleté et de crasse. La fumée était un ingrédient majeur du célèbre brouillard de Londres, qui non seulement réduisait la visibilité, mais posait de graves risques pour la santé. Déchets, y compris les cadavres en décomposition de chiens et de chevaux, jonchent les rues de la ville. En 1858, la puanteur des eaux usées et autres pourritures à Londres était si putride que la Chambre des communes britannique a été forcée de suspendre ses sessions.{20}

Les animaux se trouvaient en grand nombre dans les villes, soit en liberté, soit dans les abattoirs. Le rapport annuel du Metropolitan Board of Health en 1866 décrit des abattoirs qui étaient mêlés à des logements locatifs.

La souffrance causée aux animaux par le système d'abattage actuel est une source de douleur et d'agacement pour toutes les personnes vivant à proximité de ces établissements. Les animaux sont rarement nourris depuis leur arrivée jusqu'à leur mise à mort et expriment constamment leur souffrance.

De nombreux abattoirs sont situés au centre de blocs d'immeubles de grande hauteur, et l'activité d'abattage, vue des fenêtres adjacentes, est au plus haut degré démoralisante dans ses effets sur les jeunes.{21}

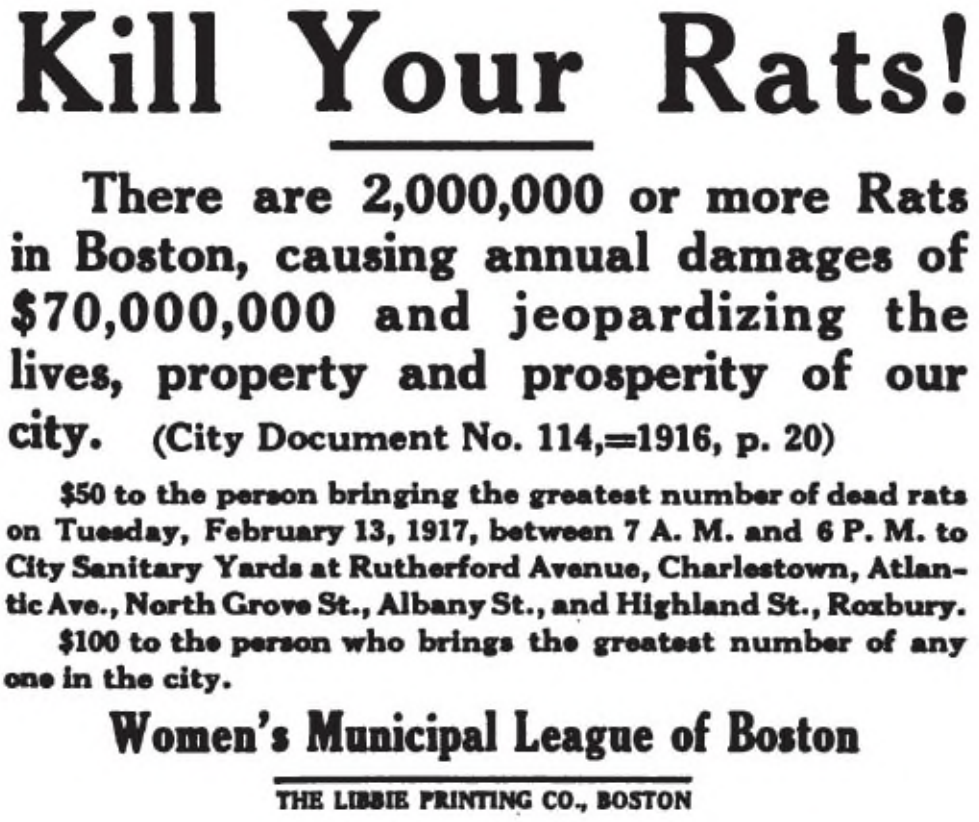
Les gens jetaient leurs ordures dans les rues de la ville, où elles étaient consommées par les cochons, les chiens et les rats. La saleté dans les rues de New York s'était accumulée à une profondeur de deux à trois pieds en hiver.

Les ordures ménagères et les déjections animales des chevaux et des autres animaux se mêlaient aux rues boueuses.

...presque toutes les villes - de la capitale nationale à certaines porkopolis occidentales en herbe - avaient leur nuisance porcine ou un équivalent. Les rues, les places et les parcs se résumaient à des enclos publics, des trous de porc offensant l'œil et le nez à chaque tournant... À l'automne 1853, les porcs étaient plus nombreux dans les rues de Springfield [Illinois] que dans les enclos du parc des expositions de l'État.

La ville voisine d'Urbana avait un record de plus de porcs que de personnes, et ils avaient au moins les mêmes droits que les citoyens dans les rues.{22}

Avec l'accumulation de déchets est venue l'augmentation inévitable de la vermine comme les rats, qui est devenue une partie acceptée de la vie urbaine. Les insectes porteurs de maladies de tous types, y compris les cafards, étaient monnaie courante dans les immeubles.



Kill Your Rats!

There are 2,000,000 or more Rats in Boston, causing annual damages of $70,000,000 and jeopardizing the lives, property and prosperity of our city. (City Document No. 114,=1916, p. 20)

$50 to the person bringing the greatest number of dead rats on Tuesday, February 13, 1917, between 7 A. M. and 6 P. M. to City Sanitary Yards at Rutherford Avenue, Charlestown, Atlantic Ave., North Grove St., Albany St., and Highland St., Roxbury.

$100 to the person who brings the greatest number of any one in the city.

Women's Municipal League of Boston

THE LIBBIE PRINTING CO., BOSTON

Image 1.8 :Affiche Tuer les rats. (1917)

Les prisons, les chantiers navals et les quais ont été célèbres pour la multitude et l'ampleur des rats qui les infestent, et la cruauté de leurs attaques voraces contre les détenus de ces réceptacles de vermine.{23}

En 1916, les villes de New York et de Boston étaient infestées de millions de rats, causant d'énormes dégâts.

Le département bactériologique du conseil de santé de Boston estime que 72 000 000 $ de dégâts sont causés chaque année par les 2 000 000 de rats qui infestent Boston. Environ 91 250 000 $ de dommages sont causés chaque année par des rongeurs à New York.{24}

Au milieu des années 1800, les hôpitaux étaient insalubres et surpeuplés. Le public américain les regardait avec peu d'égard, les considérant comme un endroit où les malades et les pauvres allaient mourir. Un article de 1860 intitulé « Rats in the Hospital » publié dans Harper's Weekly, une revue de premier plan de l'époque, exposait les conditions horribles à l'hôpital Bellevue à New York. L'article a été inspiré par l'incident d'un bébé qui a été mangé par des rats dans cet hôpital.

Ce jour, l'enquête menée sur le corps du nourrisson qui a été mangé par des rats à l'hôpital Bellevue, à New York, a été conclue. Le témoignage de Mary O'Connor, la mère de l'enfant, et celui de nombreux autres témoins, ont été recueillis... et ont recommandé que des moyens appropriés soient pris pour débarrasser l'hôpital des rats qui infestent maintenant l'établissement.{25}

Nourriture malade

Les sources limitées d'aliments consommés par la population étaient souvent de mauvaise qualité ou contaminées.

L'absence de lois ou des lois non appliquées et une chaîne d'approvisionnement alimentaire systémiquement corrompue ont conduit à une situation sanitaire catastrophique pour ceux qui mangent des aliments malades. Les tentatives d'amélioration de la situation se sont presque toujours heurtées à l'opposition des particuliers et des entreprises impliqués dans les infractions, car cela a eu un impact sur leurs résultats. À Chicago et à New York, le lait était de si mauvaise qualité qu'il causait la mort de milliers d'enfants chaque année.

*… le lait vendu à Chicago provenait de vaches « nourries de slops de whisky avec le corps couvert de plaies et de queues toutes rongées », une circonstance qui a permis à l'éditorialiste d'expliquer « Pourquoi tant d'enfants meurent à Chicago ». L'approvisionnement en lait de New York était également en grande partie un sous-produit des distilleries locales et les marchands de lait ont été accusés du crime grave d'avoir tué chaque année huit mille enfants.**{26}*

[Vaches] enfermées, sans exercice convenable ni air pur, le lait est nécessairement malade et est la cause d'une mortalité importante chez les jeunes enfants et les nourrissons. Outre les déchets malsains, les légumes pourris, les abats aigres et putrides et les restes de cuisines, sont ramassés pour la nourriture de ces animaux; dont la conséquence est qu'ils deviennent malades…{27}

Photos 1.9 :Un cas d'intoxication aiguë par le lait avec vomissements, diarrhée, selles muqueuses et sanglantes, émaciation générale, choléra infantile aigu et dysenterie. (1914)

Dans l'Angleterre des années 1860, les inspecteurs de la ville ont tenté de contrôler la vente et l'utilisation de viandes malades. Pour éviter les pertes financières, la viande malade était transformée en saucisses, marinée et séchée pour le jambon et le bacon, pour être vendue à un public sans méfiance. La viande qui était trop malade pour même la saucisse était donnée aux porcs, qui seraient plus tard mangés par les humains.

Les marchés de la viande morte sont contaminés par les carcasses d'animaux malades de toutes provenances... rien que sur les marchés de la Ville, ses inspecteurs saisissent chaque semaine une à deux tonnes de viande malade ; et des saisies similaires, mais dans une moindre mesure, sont effectuées dans les boucheries et les abattoirs à l'extérieur de la ville par les médecins hygiénistes et leurs assistants. À Édimbourg [Angleterre], M. Gamgee nous dit que 100 à 200 bovins malades sont vendus chaque semaine sur le marché de la viande morte, les carcasses étant introduites en contrebande la nuit même depuis les porcheries voisines. De cette façon, les meilleurs bouchers, dans l'ignorance "peuvent servir et servent de la viande malade aux plus riches du pays."... Les porcs sont en grande partie nourris de viande malade qui est trop loin même pour le fabricant de saucisses, et cela dit un grand accord; et

en règle générale, les porcs malades sont marinés et soignés pour le bacon, le jambon, etc.[{28}]

Les gens consommaient souvent des régimes pauvres en nutriments et des aliments contaminés qui les affaiblissaient et les rendaient vulnérables aux maladies. Ce rapport de 1865 parle de l'état déplorable de la nourriture dans la ville de New York. Les aliments pourris et malades étaient souvent vendus aux classes ouvrières, ce qui les laissait dans une condition physique affaiblie.

La qualité de la nourriture vendue dans les dépanneurs et les boucheries de ce quartier mérite un avis plus long qu'elle ne peut en recevoir ici. Un examen superficiel montre qu'une grande partie est impropre à la subsistance humaine. La viande malsaine, en particulier le slunk veal [chair du fœtus d'un veau, trouvée lors de l'abattage de sa mère], est constamment vendue et consommée.

Des tas de harengs marinés sont exposés à l'air jusqu'à ce que la masse approche d'un état de putridité ; et cette nourriture visqueuse, avec des légumes flétris et pourris, des saucissons pas au-dessus de tout soupçon, et d'horribles pâtés, composés de fruits rassis et pas mûrs, dont aucun estomac humain ne peut digérer, trouvent tout de suite acquéreurs. Ces restes d'animaux et de végétaux en décomposition sont quotidiennement ensevelis dans les estomacs protubérants de milliers d'enfants, dont les visages pâles et inexpressifs et les membres rétrécis sont les attributs familiers de l'enfance dans ces localités.[{29}]

L'aperçu que nous venons de prendre des dessous de la culture occidentale dans les années 1800 aux années 1900 n'est jamais discuté en termes de problèmes médicaux et de maladies de cette époque notoirement malade. Pourtant, ce sont les aspects les plus importants de la sensibilité et de la propagation de la maladie.

Ce ne sont pas seulement les adultes qui ont souffert de ces conditions épouvantables. Souvent, les enfants aussi vivaient une existence impensable. Leurs vies étaient souvent assaillies non seulement de conditions de vie pitoyables et d'aliments malades

et avariés, mais aussi de longues heures de travail ardu et démoralisant, qui ont tous pesé lourdement sur leur immunité.

2. Souffrez les petits enfants

Je travaille depuis moins de trois ans pour le compte de mon père : il me descend à deux heures du matin et je me lève à deux heures le lendemain après-midi. Je me couche à six heures du soir, pour être prêt à travailler le lendemain matin. Je dois porter mon fardeau [fardeau] quatre pièges ou échelles avant d'arriver à la route principale, qui mène au fond du puits. Ma tâche est de quatre ou cinq cuves ; chaque bac contient 4 ½ quintaux [1 quintal. ou quintal = 112 livres]. Je remplis cinq baquets en vingt voyages. Je suis très content lorsque ma tâche est accomplie, car cela fatigue mal.

– Ellison Jack, fillette de 11 ans, charbonnière, années 1840

Mais les jeunes, jeunes enfants, ô mes frères !

Ils pleurent amèrement.

Ils pleurent dans la récréation des autres Au pays des libres.

"Pour oh!" disent les enfants, nous sommes fatigués,

Et nous ne pouvons ni courir ni sauter.

Si nous tenions à des prés, c'était simplement pour y tomber et dormir.

Ils lèvent les yeux avec leurs visages pâles et enfoncés, Et leur regard fait peur à voir.

– Elizabeth Barrett Browning (1806–1861), « Cri des enfants », 1842

Dans le monde occidental, de nombreux enfants profitent de ce que nous en sommes venus à définir comme une enfance normale. Ils se lèvent généralement le matin et prennent un petit déjeuner raisonnable, puis, pendant la majeure partie de l'année, vont à l'école. Dans les écoles publiques et privées, ils sont éduqués en mathématiques, en sciences, en langues et dans d'autres domaines d'études. Pendant qu'ils sont à l'école, ils sont nourris et tous leurs

besoins de base sont généralement satisfaits. Ils ont souvent l'occasion de faire l'expérience de l'art, de la musique et de l'éducation physique et de jouer à des jeux pendant la récréation.

Pendant le reste de la journée, ils peuvent interagir avec leurs amis, jouer à des jeux, faire du sport, regarder la télévision, jouer avec leurs animaux de compagnie ou s'adonner à toute une série d'autres activités de loisirs. La nuit, ils dorment dans un environnement relativement sûr. Pendant les mois d'été, ils profitent souvent de longues journées de loisirs et peuvent même prendre des vacances avec leur famille.

Bien que cette vie ne soit pas appréciée de tous et qu'elle ne soit pas parfaite, elle est beaucoup plus courante dans le monde développé qu'elle ne l'était auparavant. Au cours des années 1800 et jusque dans les années 1900, la vie de nombreux enfants aux États-Unis et en Angleterre était celle de longues et brutales heures de dur labeur et de pauvreté. Leurs vies n'étaient pas remplies de joie et de rires, mais souvent de souffrance et de misère écrasante.

De la fin des années 1700 aux années 1800, les machines ont fréquemment remplacé le travail manuel pour la production de la plupart des produits manufacturés. Avec le grand nombre d'usines, les propriétaires avaient besoin de sources de main-d'œuvre bon marché, souvent sous la forme d'enfants. De nombreuses machines n'avaient pas besoin de la force d'un adulte pour fonctionner, de sorte que les enfants pouvaient être embauchés à moindre coût que les adultes. Le travail des enfants en usine était abusif et démoralisant.

Des enfants à partir de sept ans étaient engagés par centaines de Londres et d'autres grandes villes et mis au travail dans les filatures de coton du nord. Comme il n'y avait pas d'autres facilités pour les loger, des "maisons d'apprentis" furent construites pour eux, à proximité des usines, où ils furent placés sous la garde des surintendants ou des matrones...

Ils étaient situés à l'écart, à l'écart de l'observation de la communauté, livrée aux fardeaux d'un labeur sans relâche sous la dureté de petits maîtres ou contremaîtres. Leurs heures de travail étaient excessives. Lorsque les demandes du commerce étaient actives, ils étaient souvent organisés en deux équipes, chaque équipe travaillant douze heures, une le jour et une autre la nuit, de sorte que c'était un dicton courant dans le nord que "leurs lits ne refroidissaient jamais, ” un ensemble grimpant dans le lit pendant que l'autre sortait. Lorsqu'il n'y avait pas de travail de nuit, le travail de jour était le plus long.

Ils étaient poussés à leur travail et souvent maltraités.{30}

Le rapport de 1816 du comité spécial sur la situation des enfants employés dans l'industrie manufacturière détaillait la détresse endurée par les enfants. Ils travaillaient de longues heures jusqu'à l'épuisement. Ceux qui ont survécu ont souffert d'une dépression physique à cause des conditions difficiles qu'ils ont endurées.

Des enfants de tous âges, jusqu'à trois et quatre ans, ont été trouvés dans le travail le plus dur et le plus douloureux, tandis que les bébés de six ans étaient généralement trouvés en grand nombre dans de nombreuses usines. Le travail de douze à treize et souvent seize heures par jour était la règle. Les enfants n'avaient pas un instant de libre, sauf pour arracher un repas hâtif ou dormir du mieux qu'ils pouvaient. Dès leur plus jeune âge, ils ont travaillé jusqu'à un point d'épuisement extrême, sans exercice en plein air, ni aucun plaisir, mais ont grandi, s'ils ont survécu, faibles, exsangues, misérables et, dans de nombreux cas, des infirmes déformés et des victimes de presque chaque maladie.{31}

Photos 2.1 :Mineurs de charbon de garçon. (1914)

Certains enfants ont commencé à travailler à l'âge de quatre ans. Un rapport de 1843 de John W. Parker détaillait l'âge des enfants employés pour travailler.

*Que des cas se produisent dans lesquels**Les enfants sont emmenés dans les mines pour travailler dès l'âge de quatre ans, parfois à cinq ans, et entre cinq et six ans, assez souvent entre six et sept ans, et souvent de sept à huit ans, tandis que de huit à neuf ans est l'âge ordinaire à début de l'emploi dans ces mines. Qu'une très grande partie des personnes employées à l'exécution des travaux de ces mines a moins de treize ans ; et une portion encore plus grande entre treize et dix-huit ans. Que dans plusieurs districts, les filles commencent à travailler dans les mines au même âge que les garçons.{32}*

Au milieu des années 1800, le travail des enfants était reconnu comme un problème majeur. En Angleterre, une commission a été nommée en 1840 pour enquêter.

Ce garçon est un spécimen pitoyable d'une classe très durable de garçons de la mine [mine souterraine], dont la subsistance dépend de leurs propres efforts, souvent prématurément stimulés, soit d'être privés de leurs pères par la mort, soit de travailler sous la malédiction d'ivrognes, dissolus , et des parents insensibles, qui verraient apathiquement leurs enfants s'asservir, plutôt que de

contribuer à leur confort par un seul acte d'abnégation. Ces êtres délaissés sortent le matin, emportant avec eux un maigre sac de vivres, pour être mangés dans les entrailles de la terre, où ils peinent leur allocation quotidienne de huit ou dix heures ; puis retournent dans une maison sans confort, prenant leur chance d'un bon repas, d'un mauvais ou pas du tout. Pour lit, ils se contentent d'un vieux sac à charbon posé sur de la paille, ou occupent la partie qu'ils peuvent obtenir d'un lit de famille, {33}

Une enquête publique a révélé des situations pénibles qualifiées par certains d'esclavage par les mines.{34}

*Les enfants ont commencé leur vie dans les mines de charbon à cinq, six ou sept ans. Les filles et les femmes travaillaient comme les garçons et les hommes ; ils étaient moins qu'à moitié vêtus et travaillaient aux côtés d'hommes complètement nus. Il y avait de douze à quatorze heures de travail dans les vingt-quatre heures, souvent de nuit. Des petites filles de six ou huit ans faisaient dix à douze voyages par jour sur des échelles abruptes jusqu'à la surface, portant sur leur dos une demi-centaine de poids de charbon dans des seaux en bois à chaque voyage. Des jeunes femmes se présentaient devant les commissaires lorsqu'elles étaient appelées de leur travail, vêtues simplement d'un pantalon, trempées par l'eau de la mine, et déjà fatiguées du travail de la journée à peine commencé.**{35}***

Fig. 13.

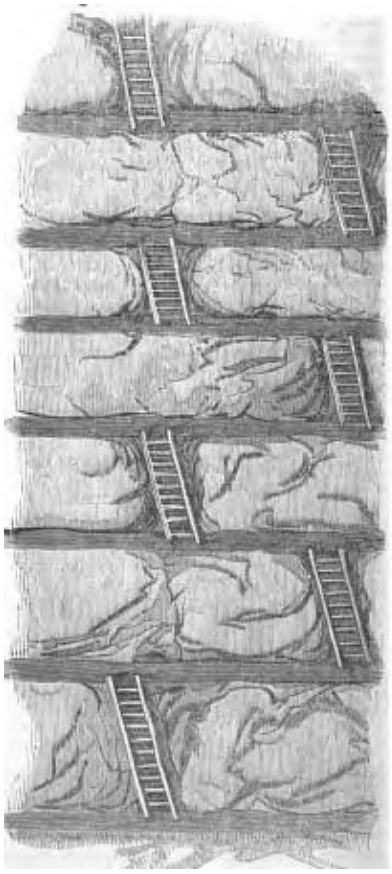
Fig. 14.

Photos 2.2 :Fille et fille plus âgée à l'aide d'un cantre pour déplacer le charbon. (1842) Le témoignage d'une jeune fille nommée Ellison Jack illustre les difficultés de sa vie de mineure.

Elle descendait une échelle de fosse avec un dispositif en forme de panier, ou cantre, sur son dos qui permettait aux morceaux de charbon de se reposer sur son dos et ses épaules. Avec cet appareil, elle pouvait remplir quatre ou cinq bacs de charbon pendant sa journée de travail. Chaque cuve contenant environ 500 livres signifiait qu'elle déplaçait entre 2 000 et 2 500 livres de charbon par jour. Étant donné que chaque baignoire lui a fait quatre voyages, chaque charge qu'elle transportait pesait environ 125 livres.

De gros morceaux de charbon sont ensuite placés sur le cou, puis elle commence son voyage vers le fond de la fosse, en accrochant

d'abord sa lampe au tissu qui lui traverse le front. Dans le cas de cette fille, elle doit d'abord parcourir quatorze toises quatre-vingt-quatre pieds, depuis la paroi jusqu'à la première échelle ; cette échelle a dix-huit pieds de haut. De cette échelle, elle procède le long de la route principale, qui est probablement de trois pieds six pouces à quatre pieds six pouces de haut, et ainsi de suite jusqu'à la deuxième échelle, qui a dix-huit pieds de haut, et ainsi de suite jusqu'aux troisième et quatrième échelles, jusqu'à ce qu'elle atteint le fond de la fosse, où elle jette sa charge.{36}



Photos 2.3 :Passage typique parcouru par un charbonnier. (1842) Les blessures et les maladies étaient monnaie courante. De nombreux enfants sont morts de maladies telles que le typhus, et les femmes ont également eu des mortinaissances en raison des conditions stressantes.{37}

Photos 2.4 :Enfant tirant corve. (1842)

D'autres travaux miniers, bien que moins intensifs en main-d'œuvre, étaient également ennuyeux et mornes. L'une des tâches des garçons consistait à attendre toute la journée pour ouvrir et fermer les portes des traîneaux en bois, ou corves, qui servaient à transporter le charbon.

Les trappeurs s'assoient dans un petit trou creusé pour eux dans le côté des portes derrière chaque porte, où ils s'assoient avec une ficelle dans leurs mains attachée à la porte, et l'ouvrent au moment où ils entendent les corves à portée de main; et au moment où elle passe, ils laissent tomber la porte, ce qu'elle fait de son propre poids... Ils n'ont rien d'autre à faire que leur office doit être accompli du passage de la première au passage de la dernière corve pendant la journée, ils sont dans la fosse pendant tout le temps qu'elle est travaillée, souvent plus de douze heures par jour. C'est une chose des plus douloureuses que de contempler la vie morne de cachot que ces petites créatures sont condamnées à passer - une vie, pour la plupart, passée dans la solitude, l'humidité et l'obscurité. Ils n'ont pas droit à la lumière, mais parfois un charbonnier de bonne humeur leur accordera un peu de bougie en guise de friandise.{38}

Photos 2.5 :Le garçon trappeur solitaire. (1914)

Au début des années 1900, des enfants étaient encore employés par l'industrie minière. Même si les enfants de moins de 14 ans étaient officiellement interdits de travail, certains dès l'âge de 9 ou 10 ans pouvaient être trouvés employés dans les mines. En raison de l'amélioration des machines, les garçons étaient principalement employés comme briseurs de charbon, ramassant l'ardoise du charbon au fur et à mesure qu'elle était déversée dans les wagons de la mine. Dans les broyeurs où le charbon était séché, la poussière de charbon était si dense que, même par temps clair, la lumière ne pénétrait pas. Les garçons briseurs devaient porter des lampes de mine sur leurs casquettes pour leur permettre de voir le charbon à leurs pieds. Bien que des mesures de sécurité aient été prises, des enfants ont parfois subi des morts horribles.

Il est vrai que nous entendons parfois parler d'un petit garçon dans la mine renversé par un wagon à charbon, ou tué à coups de pied par une mule, ou mortellement blessé par la chute d'un morceau d'ardoise. Et dans les broyeurs à charbon, les petits garçons sont parfois broyés dans de grands broyeurs qui cassent le charbon, pris dans les roues ou d'autres machines, ou enterrés dans un flux de charbon - la mort subie récemment par le petit garçon à Pittston [Pennsylvanie].{39}

Dans les années 1800, les enfants employés dans la fabrication du verre travaillaient de longues heures dans des conditions

extrêmement difficiles. Ils souffraient d'une grande variété de problèmes physiques.

*Dans la fabrication du verre... le dur labeur, l'irrégularité des heures, le travail de nuit fréquent, et surtout la grande chaleur du lieu de travail (100 à 190 Fahrenheit), engendrent chez les enfants une débilité et des maladies générales, un retard de croissance, et surtout les affections de l'œil, les affections intestinales et les affections rhumatismales et bronchiques. Beaucoup d'enfants sont pâles, ont les yeux rouges, souvent aveugles pendant des semaines, souffrent de nausées violentes, de vomissements, de toux, de rhumes, de rhumatismes... Les souffleurs de verre meurent généralement jeunes de débilité ou d'infections pulmonaires.**{40}***

Un article de 1906 d'Owen R. Lovejoy parlait du travail des enfants dans la fabrication du verre. Les garçons travaillaient près de la chaleur torride du four et effectuaient de nombreux travaux. Parce que la fabrication du verre pouvait fonctionner en continu, les garçons étaient également employés pour travailler la nuit. Après avoir travaillé de longues heures dans une chaleur excessive, ils ont été renvoyés chez eux tôt le matin.

Il est significatif que dans beaucoup de serres on trouve à peine l'enfant d'un souffleur de verre. Un ouvrier qui a passé sa vie dans la serre, lorsqu'on lui en a demandé la raison, a répondu : « Je préférerais envoyer mes garçons directement en enfer plutôt que de les envoyer par la serre. Un jeune ami, dont le caractère et la famille sont bien connus, a déclaré récemment que sur les 175 garçons avec lesquels il travaillait dans une usine de l'Indiana il y a deux ans, il n'y en avait que dix à la fin de l'incendie qui n'étaient pas des buveurs confirmés de substances intoxicantes.{41}

Photos 2.6 :Garçons dans la fabrication de flacons de médicaments. (1914) Au début des années 1900, dans l'État de New York, des enfants travaillaient dans l'industrie de la conserverie pendant des heures interminables. Les logements fournis à ces travailleurs saisonniers étaient insuffisants et insalubres. Pas moins de huit personnes ont été retrouvées vivant dans une petite pièce. Les dépendances étaient d'une saleté indescriptible. Il n'y avait pas de moustiquaires couvrant les ouvertures des fenêtres, permettant aux nuées de mouches de voyager de la crasse des dépendances aux petites pièces qui contenaient de la nourriture exposée. Les conserveries ont blâmé Dieu pour le terrible sort des enfants et des femmes.

« C'est la faute du Seigneur ; nous ne pouvons pas contrôler la maturation des récoltes », que les conserveurs ont donné en 1912, comme les années précédentes, comme excuse pour commencer le travail des garçons de 12 ans à 3 A.

M., pour le travail des filles de 10 ans 14 heures et demie par jour, pour les femmes qui travaillent jusqu'à 100 heures par semaine.*{42}*

Photo 2.7 (ci-dessus) : Enfants coupant des haricots dans le Maryland. (1913)

Des filles de huit ans bouchaient les canettes. Ils ont placé un petit disque d'étain qui a été soudé au couvercle sur les boîtes de fruits et légumes remplies, en bouchant 40 boîtes par minute. Un enfant avait du mal à suivre ce rythme.

Photos 2.8 :À une machine de capsulage dangereuse. (1913)

Dans d'autres industries, les conditions de travail difficiles et sales, les longues heures de travail et l'exposition à des toxines telles que le plomb ont créé une variété d'incapacités physiques chez de nombreuses personnes.

... les femmes et les enfants en dentelle étaient souvent maintenus au travail pendant la haute saison jusqu'à neuf, dix et même douze heures du soir; que les filles des teintureries qui transportaient des marchandises humides sur leur dos dans des séchoirs à une température aussi élevée que 110, puis dans les champs d'herbe, étaient souvent appelées à travailler à quatre ou cinq heures du matin; qu'il y avait plus de 2 000 enfants de moins de dix ans au travail dans l'industrie de la quincaillerie de Birmingham, dont un quart avait moins de huit ans; et que la vue faible, la cécité et l'empoisonnement au plomb étaient répandus dans les poteries et autres industries, qui étaient exercées dans des conditions scandaleusement insalubres.{43}

Un livre de 1890 sur le travail des enfants décrit la fabrication de boîtes en papier. Comme tout autre travail en usine, cela impliquait de longues heures interminables de travail abrutissant.

Les plafonds étaient bas et crasseux, la lumière souvent insuffisante. Chaque ouvrier est alors muni d'une lampe à huile dont la fumée et les émanations se mêlent aux odeurs du pot à colle et des water-closets négligés pour rendre la pièce close plus nuisible. Des piles de papiers inflammables et des piles de boîtes n'attendent qu'une étincelle pour allumer un feu qui balayerait le bâtiment avant que les détenus étourdis ne puissent se précipiter vers les escaliers sombres et dangereux, pour trouver le chemin barré par des caisses d'emballage. Dans de tels pièges mortels, des milliers d'enfants travaillent. Les boiteux et les bossus choisissent la fabrication de boîtes comme travail léger leur permettant de s'asseoir. Leurs silhouettes déformées et leurs traits marqués par la douleur se détachent tristement dans la pénombre derrière de longues tables empilées de manière grotesque avec des formes de boîtes.{44}

Photos 2.9 :Un enfant employé comme peigneur. (1914)

Un article de 1913 dans Good Housekeeping détaille le travail des enfants dans les filatures de coton.

*... la majorité des travailleurs des filatures de coton ont moins de 16 ans et leur âge descend jusqu'à 6 et 7 ans. Les filles sont utilisées comme « fileuses » et, pour la plupart, elles marchent de long en large entre les métiers à filer et nouer des fils qui cassent; et les garçons sont employés comme « peigneurs » - pour remplacer les bobines vides par des pleines. Les heures que ces enfants travaillent sont presque incroyables. Soit ils travaillent de six heures du matin à six heures du soir, soit de six heures du soir à six heures du matin... Il est vrai aussi que l'équipe de jour est fréquemment sollicitée pour travailler deux ou trois nuits par semaine, de sorte qu'il y a jours où l'enfant travaille dix-sept heures d'affilée.**{45}**

Photos 2.10 :Enfants de 6, 8 et 2 ans de 12 ans fabriquant des supports de tuyaux à la lumière d'une lampe. (1913) Les enfants pouvaient également être employés à la maison, effectuant des travaux fastidieux dans ce qu'on appelait les industries locatives. Ce travail impliquait la production de vêtements ou d'autres produits que les usines louaient pour être fabriqués à domicile. Un rapport du Comité du travail des enfants du Massachusetts de 1913 décrit les conditions de travail difficiles et les effets sur les enfants.

Il [le travail] se fait dans des pièces fermées et mal aérées, souvent dans des cuisines sales et dans des maisons insalubres... Les enfants travaillent de longues heures et souvent tard le soir à la lumière des lampes. Les petits enfants de cinq, sept et neuf ans travaillent en position penchée jusqu'à neuf ou dix heures.

*C'est mauvais pour les yeux, provoque une tension nerveuse, interfère avec la scolarité de l'enfant. Les enfants anémiques, fatigués, nerveux, surmenés sont poussés jusqu'à crier contre les abus... Une fillette de sept ans avait travaillé assise en plein soleil alors qu'elle était atteinte de la rougeole. Le manque de soins à cette époque fut suivi de sa mort...**{46}***

L'effondrement des systèmes familiaux sains et la négligence infantile qui en a résulté ont largement contribué à la maladie au cours des 200 dernières années. Les femmes et les filles étaient souvent obligées de travailler pour survivre.

Selon le recensement anglais de 1901, sur les 13 millions de femmes de plus de 10 ans, 4 millions travaillaient. Les conditions de travail difficiles ont souvent entraîné des pannes physiques, laissant une population d'enfants souvent négligée.

Les mères employées dans les usines sont, sauf aux heures du dîner, absentes de chez elles toute la journée, et la garde de leurs nourrissons pendant leur absence est confiée à de jeunes enfants, des nourrices à gages, parfois âgées de huit ou dix ans au plus...{47}

Le manque de connaissances concernant les soins appropriés aux enfants, combiné à la pauvreté, aux conditions de travail stressantes, à une mauvaise alimentation, à une mauvaise hygiène et à un mauvais assainissement, a entraîné un grand nombre de décès d'enfants.

Peu de faits reçoivent un soutien plus unanime de ceux qui sont intimement liés à cette question que l'ignorance et l'insouciance des mères à l'égard de la conduite des nourrissons. Une telle ignorance se manifeste non seulement par de mauvaises méthodes d'alimentation artificielle, mais par l'exposition de l'enfant à toutes

sortes d'influences nuisibles, à une gestion malpropre et à la négligence.

La mort dans l'enfance est probablement plus due à de telles ignorances et négligences qu'à presque toute autre cause, comme cela devient évident si l'on se souvient que la diarrhée épidémique, les convulsions, la débilité et l'atrophie, qui sont les causes les plus fréquentes de décès, sont provoquées en grande partie. mesure en raison d'une mauvaise alimentation ou d'un sevrage inopportun; la bronchite et la pneumonie sont dues assez souvent à une exposition imprudente; et les décès dus à la rougeole et à la coqueluche sont largement dus à une mauvaise gestion des soins infirmiers.{48}

En raison des conditions de travail extrêmes - de longues heures, des environnements révoltants, peu de repos, une mauvaise alimentation - la santé des enfants qui en résultait était déplorable. Leurs constitutions affaiblies les rendaient extrêmement sensibles aux maladies de toutes sortes.

Les témoins médicaux déclarent que l'état de santé général est fortement détérioré ; que les enfants sont pâles, maigres, délicats, faibles, retardés de croissance, plus que d'habitude sensibles à certaines maladies redoutables, et beaucoup moins capables que d'habitude de résister aux causes ordinaires de la maladie. Les plaintes prédominantes sont une faiblesse générale, équivalant souvent à des évanouissements, des douleurs dans la tête, les côtés, le dos et les reins, des palpitations, des nausées, des vomissements et une perte d'appétit, une courbure de la colonne vertébrale, des scrofules et la consommation. La santé féminine, en particulier, apparaît constamment et gravement perturbée.{49}

Les enfants qui ont commencé à travailler si tôt dans la vie, ont été soumis à de si longues heures de travail, n'ont pas grandi si rapidement, ni atteint leur pleine taille, ni conservé leur vigueur si tard dans la vie, comme la population en dehors des usines.{50}

En matière de santé, aussi, il n'y a pas d'occupation qu'un enfant puisse exercer toute la journée et tous les jours sans se blesser... En

*effet, il y a un pourcentage considérable d'accidents dans les moulins, et un taux élevé de mortalité par tuberculose. Mais, nous le répétons, ces dangers accessoires pourraient tous être éliminés sans affecter le fait que la tension mentale impliquée dans le bruit du moulin et la tension musculaire pure de tout mouvement simple répété au-delà du point de fatigue affaiblissent sérieusement l'enfant qui grandit. . Même lorsqu'il n'y a pas de blessure décelable immédiatement, il y a toujours un effet indirect par lequel l'enfant est rendu plus vulnérable à l'infection.**{51}***

Photo 2.11(Ci-dessus) : Travailleurs de l'usine du Massachusetts. (1914)

Photo 2.12(Ci-dessus) : Enfants ouvriers d'usine. (1913)

Les enfants dans les industries ont également été exposés à un certain nombre de matières toxiques qui ont eu un impact sur leur santé et leur système immunitaire.

...s'accroupir à l'abri des regards derrière des balles de papier où l'arsenic est utilisé ; exposé au poison du plomb, du mercure, du phosphore, du cuivre et d'autres influences toxiques ; et les maux de l'humidité artificielle essentielle à la filature du coton, du lin, de la laine et de la soie. La difficulté est de les « surprendre », de les découvrir réellement au travail, et ensuite de prouver qu'ils n'ont pas l'âge requis par la loi, car, comme le disent eux-mêmes ces petites gens, « il est facile de fixer le Conseil de santé certificat si vous savez seulement comment. L'empoisonnement au plomb, ou plombisme, provoque le déchaussement et la chute des dents, des coliques affreuses, la cécité, la paralysie et parfois la mort par convulsions. Le phosphore ulcère les gencives, provoque la décomposition des os, de terribles défigurations, la cécité et la paralysie des poignets, et souvent la mort. Le mercure provoque l'anémie, ou l'absence de sang, aux gencives spongieuses, aux dents desserrées et à la parésie [mouvement altéré] des membres. L'acide

nitrique, utilisé pour le nettoyage, peut causer la mort instantanée. Les germes du trismus résident dans les peaux, la laine et la fourrure.{52}

Photo 2.13 :Seulement une boîte pour une maison et une cour de chemin de fer pour une aire de jeux. (1919)

Au début des années 1900, de nombreux enfants de travailleurs pauvres vivaient dans des immeubles surpeuplés sans cours.

Quand ils avaient du temps libre, leurs terrains de jeux étaient les rues de la ville ou pire. Un article de 1920 dans Good Housekeeping indiquait que 250 000 enfants mouraient chaque année aux États-Unis en raison de la pauvreté.

Il n'y a pas d'échappatoire à la conclusion que les États-Unis, la nation la plus riche du monde, permettent chaque année à un quart de million de ses propres enfants d'être tués par la pauvreté. Toutes les autres causes se ramènent, en dernière analyse, à celle-là.{53}

Le monde dont nous jouissons aujourd'hui est construit en partie sur les travaux incessants des enfants du passé. Les conditions dans lesquelles ils travaillaient et vivaient étaient tout aussi horribles que celles des adultes de l'époque.

Des conditions de travail extrêmes, une mauvaise alimentation et le manque d'assainissement et d'hygiène ont laissé de nombreux enfants dans un état de santé déplorable. Malheureusement, de nombreux enfants ailleurs dans le monde sont aujourd'hui soumis à des conditions de travail et de pauvreté similaires.

3. La maladie — un mode de vie

Comme des bêtes, comme des fous, le peuple leur tombait dessus... Il n'y a pas de spectacle plus affreux qu'une telle colère populaire assoiffée de sang et étranglant ses victimes sans défense... Dans la rue Vaugirard, où deux hommes furent tués... J'ai vu un de ces malheureux lorsqu'il respirait encore et les vieilles sorcières retiraient simplement les sabots de leurs pieds et le frappaient sur la tête avec jusqu'à ce qu'il soit mort. Il était complètement nu et ensanglanté et écrasé ; ils avaient arraché non seulement ses vêtements mais ses cheveux, son sexe et son nez, et un voyou a attaché une corde aux pieds du cadavre et l'a traîné dans les rues en criant constamment : "Voilà le Cholera-morbus !"

– Heinrich Hein (1797–1856), épidémie de choléra à Paris en 1832

… la cupidité [extrême cupidité] des propriétaires les avait tentés de construire des ruelles étroites avec de petits immeubles en bois, qui, coûtant peu et étant loués à de nombreuses familles, rapportaient d'immenses profits. L'allée n'a souvent pas plus de six pieds de largeur, est pavée de pierres rondes et ne dispose que de moyens très insuffisants pour évacuer l'eau. Il n'est pas rare dans de telles situations de trouver un ou deux appartements dans chaque maison entièrement sous terre. Pouvons-nous nous demander si, dans un tel état de choses, nous trouvons la maladie morale aussi bien que physique, le vice aussi bien que la maladie ? Pouvons-nous attendre des hommes qui vivent ainsi qu'ils soient sobres et ordonnés, ou que les femmes soient propres et domestiques ? Dans de telles situations, pendant les mois d'été, la diarrhée et la dysenterie sont monnaie courante et mortelles chez les enfants.

– Le médecin new-yorkais Benjamin McCready (1813–1892), 1837

Les maladies infectieuses étaient une terreur constante au cours des années 1800. Avec des populations de plus en plus denses, des guerres et une pauvreté abjecte, les maladies de toutes sortes ont

fait des ravages épouvantables. Les masses misérables ont porté le poids des assauts incessants de ces maladies, mais aucune classe n'a été épargnée. Des épidémies et des pandémies périodiques ont balayé le monde, faisant des ravages et tuant des millions de personnes, rivalisant avec les horreurs de la guerre. Des conditions d'assainissement, d'hygiène, de nutrition et de travail et de vie catastrophiques, combinées à un sentiment de désespoir absolu, ont jeté les bases de la dévastation.

L'assainissement n'était pas un nouveau concept. À l'époque de l'Ancien Testament, des règles bibliques claires régissaient la gestion et l'élimination des déchets humains dangereux et des ordures en dehors des villes et loin des sources d'eau. La Grèce et Rome ont également mis au point des systèmes de santé publique bien réglementés. Au cours de l'âge des ténèbres, ces idées ont tout simplement disparu de la mémoire collective dans de nombreuses régions du monde.

Au Royaume-Uni, à la suite de l'Enclosures Act qui a chassé les gens des terres communes et de la révolution industrielle, les personnes dépossédées se sont soudainement massées dans les villes. Les gens vivaient jusqu'à la taille dans leurs propres tas d'ordures dans des taudis surpeuplés, buvant de l'eau sale et polluée et mangeant de la nourriture épouvantable. Ces conditions de vie étaient le seul facteur commun qui a conduit à des épidémies endémiques.

Le Dr French a noté les influences des conditions de vie sur la maladie dans un article publié en 1888.

Les influences déprimantes de l'extrême pauvreté, de la saleté sous toutes ses formes et de la surpopulation des grandes villes sont de grands promoteurs de contagion, entraînant des épidémies, des fléaux et des pestes; tandis que la propreté stricte, l'air frais, l'eau pure et la vie hygiénique; ont tendance à limiter considérablement sa propagation et à prévenir ces résultats... Le taux de mortalité chez les nourrissons et les jeunes enfants est particulièrement influencé par les cinq

principales maladies contagieuses ou infectieuses aiguës, à savoir la rougeole, la scarlatine, la variole, la diphtérie et la coqueluche.{54}

Le tractus gastro-intestinal est connu pour contenir environ 70% de l'immunité d'une personne.

Avec des insultes à un système digestif sain de toxines, d'infections et de parasites dans l'eau et la nourriture, il est facile de voir comment une myriade de maladies ont pu s'installer.

La fièvre typhoïde

La fièvre typhoïde est causée par des aliments ou de l'eau contaminés par la bactérie Salmonella typhi.

Les symptômes de la fièvre typhoïde comprennent la fièvre, un malaise général et des douleurs abdominales. Au fur et à mesure que la maladie progresse, la personne éprouve une forte fièvre accompagnée d'une diarrhée sévère. Comme le choléra et la dysenterie, la fièvre typhoïde était une maladie qui a évolué à partir d'un assainissement inadéquat et d'une civilisation défectueuse.{55}

*Mais s'il est vrai à la fois historiquement et en tant que fait d'aujourd'hui, que la fièvre typhoïde est une maladie de civilisation, il faut bien comprendre que ce n'est qu'une maladie de civilisation défectueuse, car il est progressivement devenu notoire que la ou l'apparition fréquente de fièvre typhoïde dans n'importe quelle communauté doit être due, d'une manière ou d'une autre, à un assainissement défectueux; et un assainissement défectueux signifie une civilisation défectueuse.**{56}***

Comme d'autres maladies liées à un mauvais assainissement, la fièvre typhoïde a tué des milliers de personnes. De la fin des années 1800 au début des années 1900, on estimait que 40 000 à 50 000 personnes mouraient chaque année de la maladie aux États-Unis..{57}

De janvier 1907 à octobre 1911, il s'est produit en Russie 283.684 cas de choléra asiatique. Cela comprenait l'épouvantable épidémie de 1910. Selon une estimation prudente, il s'est produit aux États-Unis au cours de la même période un million et quart de cas de fièvre typhoïde, soit plus de quatre cas de fièvre typhoïde aux États-Unis pour chaque cas de choléra. en Russie. Nous avons beaucoup entendu parler des ravages du choléra en Italie en 1910-11, mais au cours de ces deux années, il s'est produit en Italie environ 16 000 cas de choléra et environ 6 000 décès et aux États-Unis au cours de la

*même période, nous avons eu plus de la moitié millions de cas de fièvre typhoïde et 50 000 décès.**{58}***

La maladie a fait des ravages dans l'armée et a été le principal tueur de soldats américains pendant la guerre hispano-américaine. C'était épidémique dans les campements nationaux, représentant 86,8% du total des décès dus à la maladie pendant la guerre.{59}La guerre civile a également été en proie à la typhoïde.

*Bien que la typhoïde ait eu un taux de mortalité élevé (36,9 %) pendant la guerre civile, la diarrhée et la dysenterie, surnommées le « pas rapide du Tennessee », ont causé plus d'invalidités et de décès parmi les soldats de l'Union et des Confédérés que toute autre maladie. Les dossiers de l'hôpital Chimborazo à Richmond, en Virginie, et des chirurgiens de l'armée confédérée suggèrent qu'au moins 90 % des soldats avaient la diarrhée et que, tout au long du conflit, peu ont connu une selle normale. S'exprimant au nom de l'Union, Walt Whitman a noté que la guerre avait été "environ neuf cent quatre-vingt-dix-neuf parties de diarrhée pour une partie de gloire". Comme la plupart des soldats l'ont compris très tôt, "les bons tripes étaient plus importantes pour un bon soldat que les bons cerveaux". **{60}***

Les aliments contaminés étaient également une source d'épidémies de maladies. En juillet 1879, dans un canton de Zurich, en Suisse, un grand nombre de personnes contractèrent ce qui était considéré comme de la fièvre typhoïde, que certains appelaient l'empoisonnement à la saucisse.

513 personnes de tous âges se sont assises pour une collation froide de veau et de jambon, tous deux de qualité inférieure.

De ce nombre, 421 furent par la suite atteints d'une maladie fébrile aiguë qui était alors considérée comme typhoïde. Trente-quatre autres personnes qui s'étaient procuré de la viande chez le même boucher ont également été attaquées avec des symptômes similaires; et par la suite, un autre nombre de onze sur quinze qui avaient également été fournis par le même boucher. Ces cas semblent avoir déclenché une épidémie de ce qui a été décrit comme

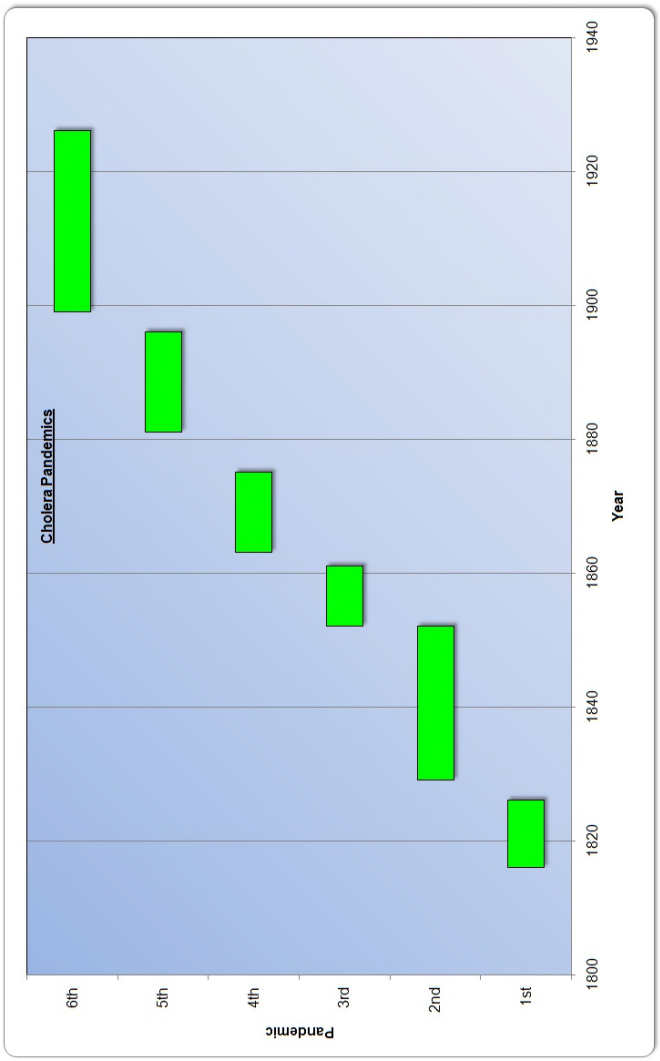
la fièvre typhoïde. Les symptômes étaient ceux d'une grave irritation gastro-intestinale, avec forte fièvre, délire, stupeur, congestion des poumons et grande prostration… En référence à cette épidémie, la remarque significative se produit : « Mais de grands doutes ont été exprimés quant à savoir s'il était vraiment fièvre typhoïde, ou une forme d'empoisonnement ressemblant à l'empoisonnement à la saucisse.{61}

Choléra

Le choléra est une maladie de mauvaise hygiène et de surpeuplement. Il s'agit d'une infection bactérienne de l'intestin grêle qui entraîne une diarrhée aqueuse abondante et des vomissements et entraîne la mort avec des crampes douloureuses et une déshydratation. Les nourrissons, les enfants et les adultes ont tous été ses victimes lors de pandémies qui ont fait un nombre énorme de malades et de morts.

L'augmentation des échanges commerciaux et des voyages, combinée à des conditions d'hygiène atroces dans le monde entier, a provoqué six pandémies de choléra dans les années 1800. La première pandémie a débuté en 1816 et la dernière s'est terminée en 1926 (graphique 3.1).

Graphique 3.1 (ci-dessous) :Six pandémies de choléra. La première pandémie a commencé en 1816 et la dernière s'est terminée en 1926.



Graphique 3.1 (ci-dessus) :Six pandémies de choléra. La première pandémie a commencé en 1816 et la dernière s'est terminée en 1926.

On estime que plus de 15 millions de décès dus au choléra en Inde se sont produits entre 1817 et 1860... La maladie atteint la Russie, provoquant des émeutes de choléra dans les rues des grands centres urbains... En 1849, une deuxième vague de choléra se produit à Paris et à Londres. Ce fut la pire épidémie de l'histoire de Londres, faisant 14 137 morts, plus du double de l'épidémie de 1832. On estime que l'épidémie de choléra de 1849 en Irlande a tué autant de personnes que pendant la famine irlandaise. Le choléra a également suivi les colons vers la ruée vers l'or californienne, avec 6 000 à 12 000 morts en 1849. La Russie a été touchée au début de cette pandémie de choléra (3e pandémie), avec plus d'un million de

*morts... En Amérique du Nord, 3 500 personnes (5,5 % de la population de Chicago) est mort du choléra en 1854, avec jusqu'à 150,****morts... L'épidémie de 1883-1887 fit 250 000 morts en Europe et, en se propageant, tua au moins 50 000 en Amérique, 267 890 en Russie, 120 000 en Espagne, 90 000 au Japon, 60 000 en Perse et plus de 58 000 en Égypte... Le major russe les villes ont signalé plus de 500 000 décès dus au choléra au cours du premier quart du 20e siècle.****{62}*

En 1832, le choléra sévissait en France et fit dans l'année 120 000 morts dont 7 000 à Paris en l'espace de dix-huit jours..{63}

Le choléra a frappé les États-Unis en 1849, laissant un large chemin de dévastation. La maladie est apparue dans le sud au début du printemps et s'est propagée rapidement dans tout le pays, causant des dizaines de morts dans de nombreuses villes et villages. Pour tenter d'arrêter l'épidémie et de purifier l'atmosphère, d'énormes tas de bois ont été brûlés. La fumée planait bas dans l'air lourd du milieu de l'été.

Des milliers de personnes fuyaient affolées devant le fléau, tandis que des jours de jeûne, d'humiliation et de prière étaient fixés en vue de son avènement probable... Les rues étaient vides à l'exception des médecins qui se précipitaient de victime en victime, et des cercueils et pompes funèbres qui suivaient de près leurs talons.{64}

Déchets humains et animaux vidés en permanence dans la seule source d'eau pour la population. Le manque de connaissances en matière d'hygiène de base et d'assainissement primitif ou inexistant a alimenté ces pandémies presque ininterrompues de choléra au cours des années 1800 et au début des années 1900.{65}Les gens étaient assiégés par des produits chimiques et des toxines qui désavantageaient énormément leur système immunitaire affaibli.

... l'eau potable représentait un problème croissant. Les déversements des abattoirs et des usines de colle, les produits chimiques des fabricants commerciaux et toutes les eaux usées brutes de Chicago avaient commencé à contaminer l'eau potable.

Les habitants de Chicago avaient enduré l'épidémie de choléra de 1848, une épidémie causée par l'eau polluée ; Le lac Michigan voisin était beaucoup plus contaminé dans les années 1850.{66}

Dysenterie

La dysenterie est une inflammation de l'intestin causée par une bactérie ou une amibe. Elle se caractérise par une diarrhée sévère avec du sang et du mucus dans les selles. Comme le choléra, la dysenterie se transmet par la contamination fécale des aliments et de l'eau, généralement dans les zones pauvres où l'assainissement est médiocre. Ces maladies de mauvaise hygiène ont entraîné une perte de vie monstrueuse.

L'armée de l'Union pendant la guerre civile (1861-1865) a perdu 186 216 hommes à cause de la maladie, soit le double du nombre de morts au combat ; près de la moitié étaient atteints de typhoïde et de dysenterie.{67}

Pendant la guerre civile américaine, la vie dans les palissades des prisons était épouvantable. Ceux qui sont morts ont souvent été enterrés sans cercueil dans des fosses communes. Les conditions pour les détenus malades étaient épouvantables, les « hôpitaux » n'offrant que peu de confort ou d'espoir d'aide.

*L'hôpital lui-même était un groupe de tentes usées, dont beaucoup fuyaient et certaines n'avaient pas de parois. Il n'y avait pas de couchettes et peu de paille. Des centaines de patients gisaient sur le sol nu. Leur nourriture différait peu de celle des prisonniers à l'intérieur de la palissade, bien que le chirurgien responsable ait pu obtenir de petites quantités de farine et d'arrow-root. Les maladies les plus répandues étaient le scorbut, la diarrhée, la dysenterie et la gangrène hospitalière.**{68}***

La fièvre typhoïde

La fièvre typhus est différente de la fièvre typhoïde et est causée par une bactérie rickettsie le plus souvent transmise par la piqûre du pou de corps, qui se nourrit du sang des humains lorsqu'il propage la maladie. Elle est considérée comme une maladie de la crasse et survient là où l'hygiène et l'assainissement sont médiocres. La vitalité des germes augmente en proportion directe du surpeuplement et d'une ventilation inadéquate.{69}Le typhus était une autre maladie qui a tué un nombre énorme de personnes à différents moments et à différents endroits de l'histoire.

*Comme la guerre elle-même, le typhus a commencé en Serbie, avec 10 000 cas dès novembre 1914 ; en six mois, les décès avaient bondi à 150 000. Avec la révolution de 1917 et la guerre civile, le typhus se déchaîna en Russie : entre 1917 et 1921, la Russie compta 25 millions de cas et jusqu'à 3 millions de morts.**{70}***

…Henry P. Davison, président de la Ligue des associations de la Croix-Rouge, qui a déclaré qu'il y avait 230 000 cas de fièvre typhus en Pologne… Selon les informations transmises par le colonel E.

R. Gilchrist, chef de l'unité médicale des États-Unis en Pologne, 95 % de la population a été ou souffre actuellement du typhus. La mortalité est passée de 15 à 60 %.{71}

Sir David Henderson, directeur général de la Ligue des sociétés de la Croix-Rouge nouvellement créée, dont le siège est à Genève, en Suisse, a déclaré hier soir que la ligue, au début de son organisation, était confrontée à l'un des fléaux les plus graves depuis le Moyen Âge— l'épidémie de typhus en Europe de l'Est… Il y a eu plus de 120 000 cas rien qu'en Pologne en juillet, et les conditions s'aggravent. Nous approchons de la pire saison pour le typhus maintenant. Le typhus va avec la saleté, et notre principale difficulté est de garder les gens propres. Nous avons envoyé du savon, mais il n'y avait pas de charbon pour chauffer l'eau. Nous avons envoyé des vêtements frais, mais nous n'avons pas pu en fournir suffisamment. Il y a un

grand manque de matériel, les hôpitaux ne sont pas équipés et il n'y a qu'un médecin pour 10 000.{72}

Diphtérie

La diphtérie est un terme utilisé pour décrire un type particulier de maladie des voies respiratoires supérieures. Le déterminant de la maladie diphtérique clinique n'est pas la bactérie Corynebacterium diphtheriae, mais plutôt un virus toxigène (bactériophage) qui infecte certaines des bactéries. La grande majorité des bactéries diphtériques ne sont en fait jamais envahies par un bactériophage. Cependant, lorsque les bactéries sont envahies, il existe une possibilité de maladie clinique grave. Le virus active les gènes de la toxine bactérienne, ce qui entraîne des symptômes tels que la sécrétion épaisse et coriace semblable à du parchemin qui peut recouvrir l'arrière de la gorge et gêner la respiration et la déglutition.

Dans les cas graves, la toxine est distribuée aux organes distants par le système circulatoire et peut provoquer une paralysie et une insuffisance cardiaque congestive. À l'ère des bidonvilles et de la mauvaise alimentation, comme pour d'autres maladies infectieuses, un nombre considérable de personnes sont mortes de la diphtérie.

Les cas de diphtérie sont en moyenne soixante par jour, selon les statistiques du ministère de la Santé. Le commissaire à la santé, Royal S. Copeland, a déclaré hier qu'un stade épidémique se rapprochait. Depuis le début de l'année, il y a eu 2 773 cas de la maladie et 274 décès... "Un décès par diphtérie doit être condamné aussi sévèrement qu'un décès par fièvre typhoïde", indique le communiqué. "Les deux sont totalement inutiles et représentent ce qui est en fait un crime sanitaire..." ***{73}***

Une maladie infectieuse, redoutée dans l'enfance, mais qui touche aussi les adultes, est la diphtérie. Le nombre de décès causés par elle [la diphtérie] parmi les dix millions d'habitants des grandes villes d'Allemagne au cours des dix années 1882-1891 s'est élevé à 111 021 et sur mille décès, 45 sont dus à la maladie. En 1892, le taux de mortalité par diphtérie était de 12 361 ou 41 pour 1 000.{74}

Rarement une communauté n'a été aussi alarmée que le sont les ruraux le long des comtés de Berks et de Lehigh, où deux comtés se rejoignent et où la diphtérie fait rage sous une forme épidémique aussi violente. Rien de tel n'a jamais affecté une partie similaire du pays dans cette section avec des résultats aussi fatals. De nombreuses familles ont perdu leurs enfants. Une estimation faite aujourd'hui du nombre de funérailles tenues place les décès dans les limites de 10 miles carrés à pas moins de 60 et probablement plus.{75}

Coqueluche

La coqueluche, communément appelée coqueluche, est une maladie bactérienne à médiation toxinique qui peut provoquer une toux incontrôlable et violente, bien pire chez les personnes sous-alimentées. La coqueluche commence comme un rhume, avec un enrouement ; larmoiement des yeux et du nez; une toux courte et sèche; et fièvre.

La fièvre cède et la toux courte et sèche peut être suivie d'une coqueluche qui caractérise souvent, mais pas toujours, cette maladie.

La coqueluche est épidémique dans toutes les parties de Philadelphie, et des dizaines de milliers de petits enfants souffrent de la maladie. C'est dans les foyers des riches comme des pauvres, et dès qu'un enfant sur une place est attaqué, tous les enfants de la même rue sont touchés.

La pneumonie et la bronchite suivent souvent à sa suite, et dans les cas graves qui ont été négligés, les poumons sont tellement affaiblis que le malade offre un terrain fertile pour les germes de la consomption [tuberculose].{76}

Des chiffres significatifs concernant les maladies infantiles ont été donnés par le Dr Royal S. Haynes…

« La coqueluche », a déclaré le Dr Haynes, « tue plus de bébés de moins d'un an que toute autre maladie contagieuse. Il y a presque autant de décès dus à la coqueluche qu'à la typhoïde. Il a donné des statistiques surprenantes montrant les maladies « inoffensives ». Les décès à New York en 1910 dus à la rougeole étaient de 785 ; scarlatine, 953; coqueluche, 461 ; diphtérie, 1 715; et la variole seulement 5… La même année, la redoutable typhoïde n'a causé que 558 décès. {77}

Scarlatine

La scarlatine est une autre maladie bactérienne à médiation par une toxine. Les bactéries impliquées sont Streptococcus pyogenes, également connu sous le nom de streptocoque du groupe A. La maladie tire son nom de l'éruption cutanée rouge qui apparaît sur la peau, principalement sur la poitrine et l'abdomen, qui peut ensuite se propager à tout le corps. Chez les personnes sensibles, les symptômes sont causés par des toxines que les bactéries produisent à la suite d'un bactériophage spécifique (virus) qui peut s'intégrer dans le génome du streptocoque, ordonnant aux bactéries de produire la toxine.

Chez certaines personnes, des complications graves telles que des maladies cardiaques et rénales peuvent survenir. Ces complications sont en fait le résultat d'une réaction auto-immune de l'anticorps produit en réponse à l'infection. On pense que les anticorps sont bons, mais en réalité, ils peuvent causer des problèmes, qu'ils soient induits par un vaccin ou une infection.

L'idée que les antibiotiques ont éliminé la maladie est une erreur. La scarlatine existe toujours, mais la mortalité n'est plus comme avant et a diminué bien avant les antibiotiques. En fait, les antibiotiques semblent augmenter la libération de toxines par les bactéries.{78}

Dans les années 1800 et au début des années 1900, lorsque les gens étaient sous-alimentés et maladifs, la scarlatine a entraîné de nombreux décès.

Au cours des quinze années 1847-1861 inclusivement, les décès par scarlatine et diphtérie en Angleterre et au Pays de Galles se sont élevés à 262 429, et à Londres seulement à 38 890. En d'autres termes, un décès sur vingt-trois survenus à Londres était dû à la scarlatine... Le lecteur dont la propre famille a été visitée par le destructeur meurtrier peut se faire une idée de l'énorme quantité de misère humaine que ces chiffres impliquent. Bien qu'il ne soit pas rare que la maladie ait une évolution si bénigne qu'un traitement

médical soit presque inutile, il est, d'autre part, mais trop vrai, que de très nombreux cas ne se prêtent à aucun traitement.{79}

Hempstead, Long Island, 20 novembre 1884—La scarlatine fait rage à Smithville Sud et dans les environs à un point tel que les écoles ont été fermées à cause de cela. Trois décès dus à la maladie sont survenus...{80}

Canandaigua, NY, 29 avril 1884 - Il y a eu 16 décès dus à la scarlatine dans ce village en huit jours. Le Conseil de la santé a émis une ordonnance interdisant les funérailles publiques et se félicitant de l'adoption d'autres réglementations sanitaires alors que l'épidémie se poursuit.{81}

Rougeole

Contrairement aux maladies évoquées jusqu'à présent, la rougeole est une infection virale. Les premiers symptômes comprennent l'écoulement nasal, la toux sèche, une forte fièvre et des douleurs. La rougeole se caractérise par de petites taches rouges de forme irrégulière avec des centres blancs qui apparaissent sur la peau. Comme d'autres maladies, les épidémies de rougeole ont entraîné de nombreux décès.

La mortalité surprenante chez les enfants due à la maladie peu considérée de la rougeole a été indiquée aujourd'hui par une déclaration publiée par le Département d'État de la Santé, montrant qu'en 1906, il y avait eu 1 463 décès, dont 1 240 d'enfants de moins de 5 ans. Rien qu'en décembre, 2 807 cas de la maladie ont été signalés et une recherche dans les dossiers montre qu'elle tue 2,5 fois plus d'enfants que la scarlatine.{82}

Des milliers d'indigènes de l'île Herschel sont le long de la côte arctique meurent de la rougeole...

Ils meurent comme des lapins, et il semble qu'il n'y ait rien pour vérifier le taux de mortalité. La marche de la civilisation a augmenté le taux de mortalité de Nome au nord. Il y a deux ans, la dévastation a commencé, et elle continue depuis. Lorsque les indigènes ont commencé à porter des vêtements d'homme civilisé et à boire du whisky d'homme blanc, leur déclin a alors commencé. La pneumonie, les rhumatismes, l'adhérence et toutes les maladies imaginables ont fait leur apparition parmi eux et se sont répandus le long de la côte avec des résultats épouvantables.{83}

La fièvre jaune

La fièvre jaune est une maladie virale aiguë transmise par des moustiques infectés. En 1855, la fièvre jaune a dévasté les villes de Norfolk, Portsmouth et Gosport, en Virginie, et les régions environnantes. La peste était implacable, tuant des milliers de personnes et laissant les villes avec les taux de mortalité les plus élevés presque désertes.

... la principale rue commerçante de la ville était totalement silencieuse. Pas un magasin n'était ouvert ; seules deux pharmacies ont donné des preuves de vie. Les voies de circulation autrefois bruyantes de l'agitation du commerce sont maintenant silencieuses comme minuit, leur immobilité n'est interrompue que par les pas des infirmières se précipitant chez l'apothicaire pour les médicaments. Quelques semaines ont suffi pour transformer une population d'au moins vingt mille, résidant dernièrement à Norfolk et dans sa banlieue, à peine trois mille restes... Un spectacle courant dans les rues est un chariot chargé de cercueils, qui sont déposés dans une rue commode. coin, et enlevé par conséquent par les pompes funèbres à mesure que l'occasion l'exige. Trois ou quatre de ces cercueils se tiennent souvent ensemble. Les morts sont immédiatement sortis des maisons et déposés sur les trottoirs : une bande ou un parchemin portant le nom,

Les morts ici ont été récemment numérotées cinquante, soixante, soixante-dix - oui, presque quatre-vingts par jour dans notre reste d'une population d'environ six mille, au plus sept mille ! Les riches, les pauvres, les vieux et les jeunes, les blancs et les métis, tous ont été indistinctement nivelés par la maladie qui sévit désormais de manière effrayante dans notre ville autrefois heureuse, dans les rues, les avenues et les places de laquelle règnent un silence et une désolation qui sont écoeurant et oppressant au-delà de toute description.{84}

L'article du New York Times décrit une scène d'insectes grouillants couvrant des cercueils, qui ressemble plus à un roman d'horreur moderne qu'à un reportage.

Peu de temps après l'attaque, la peau du patient blanc prend une teinte jaunâtre, semblable à celle d'un citron ou d'une orange. Les patients noirs subissent une métamorphose similaire - leur teinte passe au bronze. Dans tous les cas, la progression de la fièvre est très rapide et très souvent mortelle... Depuis que l'épidémie mortelle sévit dans notre ville, une mouche d'aspect des plus singuliers a fait son apparition... son corps a à peu près la taille d'une mouche commune, d'un couleur jaunâtre... Ils volent ensemble en essaims et peuvent être vus en grand nombre sur les figuiers - mais leur grand point d'attraction semble être les cercueils dans lesquels reposent les victimes malheureuses de "Yellow Jack".

Hier, nous nous sommes promenés dans ce Golgotha des lieux de sépulture, Potters Field, et avons été intensément horrifiés en voyant de nombreux cercueils qui gisaient sur le sol, éparpillés, en attente d'internement, littéralement noirs de ces petits insectes répugnants, qui se tortillaient les uns sur les autres si épais qu'ils excluent entièrement le cercueil de la vue.{85}

Les villes du sud des États-Unis étaient habituées à de fréquentes épidémies et étaient parfois frappées par plusieurs maladies en même temps, provoquant une panique généralisée.

Memphis en 1873 fut attaquée des trois quarts à la fois par la fièvre jaune, la variole et le choléra. Les gens ont fui dans la panique, laissant la moitié des maisons vacantes.{86}

Consommation

De nombreuses autres maladies ont tourmenté les gens des années 1800 et du début des années 1900. La tuberculose est une infection bactérienne qui affecte les poumons. Il était autrefois connu sous le nom de « consommation » parce qu'il gaspillait ou consommait ses victimes.

L'un des facteurs les plus puissants dans la production de la consommation, et en particulier dans les immeubles, est le surpeuplement et la pollution de l'air qui en résulte. « La respiration de l'air impur », dit une grande autorité sur la tuberculose, « affaiblit directement les forces vitales, affaiblit le système nerveux, déprime l'appétit, dérange les sécrétions et conduit à la rétention de matières caduques dans le sang."{87}

Ensemble, la pneumonie et la tuberculose étaient de loin les plus grands tueurs de l'époque.

*... la tuberculose et la pneumonie sont en tête, causant respectivement des taux de mortalité de 1,16 et 1,02 pour 1 000 habitants, suivis de décès par violence, maladies cardiaques et carcinomes... La consommation et la pneumonie sont loin en tête, causant ensemble environ un cinquième du nombre total de décès.**{88}***

Les simples déclarations selon lesquelles pas moins de 700 000 hommes et femmes en âge de travailler dans ce pays sont affligés d'une maladie évitable et curable et que plus de 92 000 d'entre eux meurent chaque année de cette maladie sont surprenantes. C'est le cas, et la tuberculose est la maladie. Pourtant, les 92 000 travailleurs ou plus qui meurent de la tuberculose ne représentent que 70 % du nombre total de décès dus à cette maladie.-

Au cours de l'année écoulée, 132 000 personnes de tous âges sont mortes de la tuberculose aux États-Unis.{89}

Bien que ces maladies infectieuses soient souvent considérées comme des maladies distinctes, elles peuvent frapper ensemble ou peu de temps après l'autre.

La diphtérie, lorsqu'elle est épidémique, complique aussi fréquemment la rougeole. Une grande partie de la mortalité due à la rougeole dans cette ville, depuis l'année 1858, était due à cette cause.{90}

Au foyer Eurana Schwab près de Huguenot, SI, d'abord connu sous le nom de St. Joseph's-by-the-Sea, une épidémie de rougeole avec scarlatine et pneumonie, a sévi parmi les 300 jeunes enfants, au cours de laquelle vingt sont morts de plus de 150 qui ont été touchés… « Les enfants qui viennent à nous, souvenez-vous, sont les enfants indésirables du monde », a-t-elle dit [Sœur Teresa].

«Ils ne reçoivent pas les soins appropriés. Ils sont toujours faibles et fragiles quand nous les obtenons. Il n'est pas étrange que lorsque la maladie éclate, 20 personnes sur 150 périssent.{91}

…l'une des combinaisons les plus graves est celle de la rougeole avec la diphtérie. Je ne peux pas échapper à l'impression que l'organisme attaqué par la rougeole résiste moins à l'intoxication et à l'infection par la diphtérie… lorsque la rougeole succède à la diphtérie avec une infection presque simultanée, les deux maladies peuvent s'influencer de manière très inquiétante. Un garçon vigoureux âgé de sept ans, en bonne condition, pris le 18 février d'une diphtérie qui prit rapidement des dimensions dans le pharynx. Le 20 février, il a reçu 600 unités d'antitoxine, et le 21 février, après que je lui ai rendu visite pour la première fois, il en a immédiatement reçu 1 500 de plus… Le 2 mars, une éruption de rougeole est apparue, à la fois une apathie sévère et une asthénie [perte de force] s'est produite ; rythme du galop… Dans la nuit du 8 au 9 mars, la mort est survenue..{92}

Fièvre puerpérale

L'un des chapitres les plus laids, les plus tragiques et les plus évitables de l'histoire de la médecine est celui de la fièvre puerpérale. La fièvre puerpérale est le nom donné à une infection mortelle qui a touché de nombreuses mères dans la période post-partum immédiate. Des douleurs intenses, des abcès pelviens, une septicémie, une forte fièvre et une mort atroce ont été provoqués par une infection ascendante introduite par les mains contaminées des médecins et des instruments médicaux non stériles. Il n'y a pas un seul type de micro-organisme responsable, bien que la bactérie la plus courante isolée après le développement de la théorie des germes soit le streptocoque bêta-hémolytique, Lancefield groupe A.

Aux États-Unis, en Europe, en Nouvelle-Zélande, en Suède et partout où la pratique de sage-femme conventionnelle a été abandonnée et reprise par les nouveaux sages-femmes connus sous le nom d'obstétriciens et d'étudiants en médecine, la fièvre puerpérale a suivi.

La profession de sage-femme était un domaine de pratique incertain mais de plus en plus à la mode et parfois très lucratif pour les médecins; c'est peut-être pour cette raison qu'il s'agissait d'un domaine dans lequel les idées sur la théorie et la pratique étaient particulièrement contestées. La pratique de sage-femme, jadis l'apanage des femmes, recevait de plus en plus d'attention de la part des médecins, tant des médecins que des chirurgiens, au cours du XVIIIe siècle. Au sein de ce domaine de pratique, les chirurgiens occupent une place prépondérante, pour qui la pratique de sage-femme est considérée comme un prolongement naturel de leurs activités.

Les chirurgiens étaient traditionnellement appelés pour les accouchements difficiles par les sages-femmes, généralement lorsqu'il était nécessaire d'extraire un fœtus déjà mort de l'utérus afin de sauver la vie d'une mère.

Au XVIIIe siècle, les chirurgiens ont de plus en plus trouvé des moyens d'étendre leur pratique dans le domaine de l'accouchement normal. Les hommes-sages-femmes, bien que reconnus par la société comme occupant des postes respectables et possédant une expertise, ont trouvé leur statut limité par la nature « pratique » de leur travail. Néanmoins, en termes sociaux plus larges, l'homme sage-femme pourrait être considéré comme un domaine d'opportunités financières et professionnelles. Ces ambiguïtés et incertitudes au sein du statut des hommes-sages-femmes ont pu contribuer à l'intensité et à la concurrence des débats que l'on retrouve dans leurs écrits..{93}

La fièvre puerpérale, également connue sous le nom de fièvre de l'enfant, était une maladie médiée par l'arrogance du médecin. Le Dr Oliver Wendell Holmes des États-Unis et le Dr Ignaz Semmelweis d'Autriche étaient des défenseurs éminents et endurants des femmes, qui ont essayé d'amener la profession médicale à se laver les mains et à pratiquer davantage comme le faisaient les sages-femmes traditionnelles. Les deux ont été ignorés et même attaqués professionnellement pour leurs opinions. Après des années d'angoisse mentale, à regarder des femmes mourir inutilement, elles ont quitté le domaine de la médecine avec dégoût. Le Dr Holmes est devenu écrivain. En 1865, le Dr Semmelweis a été trompé en entrant dans un asile d'aliénés et lorsqu'il a tenté de s'échapper, il a été sévèrement battu par des gardes. Une blessure gangreneuse à la main, probablement causée par les coups, a entraîné sa mort prématurée deux semaines plus tard.

La raison pour laquelle il est important de ne jamais oublier l'histoire de la fièvre puerpérale est que la perte massive de la vie maternelle a eu un impact sur les maris, les nourrissons survivants, les enfants survivants plus âgés, la cellule familiale, la société… et les statistiques sur l'espérance de vie. Pourtant, nous entendons rarement les mots «fièvre puerpérale» mentionnés ou discutés.

L'épidémie de décès de femmes et de bébés est documentée à partir de documents datant de 1746, où plus de 50 % des mères qui ont accouché dans un hôpital parisien sont décédées..{94}Cependant, les écrits les meilleurs et les plus complets sur le problème sont venus du Dr Ignaz Semmelweis dans son livre, Etiology, Concept, and Prophylaxis of Childbed Fever. Après avoir constaté que les mères soignées par des médecins avaient un taux de mortalité plus de trois fois supérieur à celles soignées par des sages-femmes et que celles qui n'étaient pas examinées en interne vivaient, il suspecta un agent contagieux. Les médecins passaient souvent du contact avec des cadavres infectés dans le laboratoire de dissection de cadavres à la maternité, où ils examinaient les femmes et mettaient au monde des bébés sans se laver les mains.

Le Dr Semmelweis a ordonné aux médecins de son hôpital d'utiliser une solution de lyme chlorée sur leurs mains avant de toucher les femmes. Lorsque les médecins et les étudiants en médecine se sont conformés, le taux de mortalité maternelle est passé d'un sommet de 32 % à zéro. Utilisant une technique antiseptique similaire, le Dr Breisky de Prague a rapporté en 1882 qu'il avait accouché de 1 100 femmes successivement sans un seul décès.{95}

Le Dr Semmelweis a occupé plusieurs postes séquentiels et, partout où sa méthode d'hygiène était suivie, les taux de mortalité maternelle ont chuté. Mais la plupart de ses contemporains ont ignoré ces « absurdités » scandaleuses et offensantes.

Les médecins ont été insultés à la suggestion que leurs mains étaient salesy{96},et beaucoup ont eu l'arrogance de continuer à ignorer les preuves factuelles montrant qu'elles étaient la cause de la souffrance et de la mort maternelles jusqu'aux années 1940, lorsque les antibiotiques ont été inventés.

Après l'invention des antibiotiques, la fièvre puerpérale a chuté de manière significative, mais les dossiers de Semmelweis et Breisky ont prouvé que les médecins auraient pu empêcher presque tous

les décès par fièvre puerpérale de se produire dans les années 1700 s'ils s'étaient seulement lavé les mains et leurs instruments et avaient cessé d'utiliser des accouchements inutilement invasifs. techniques.

Un autre exemple, britannique, était l'utilisation généralisée du chloroforme et des forceps par les médecins généralistes lors d'accouchements sans complications entre 1870 et les années 1940. Cela a été décrit par un observateur comme une tendance « un peu moins meurtrière » et a entraîné de nombreux décès inutiles.{97}

Considérant qu'un cinquième de la population était composé de femmes en âge de procréer et qu'un taux de mortalité maternelle supérieur à 30 % n'était pas rare, l'impact sur la société, les statistiques d'espérance de vie et le taux de maladies infectieuses (les nourrissons dont la mère est décédée au moment de l'accouchement avaient un risque quatre fois plus élevé de mourir, le plus souvent d'infections) était énorme. Pourtant, les passionnés de vaccins ne mentionnent jamais cette tragédie dans leur évaluation de l'histoire et des maladies infectieuses. Au lieu de cela, les vaccins sont salués comme le grand cadeau fait à l'humanité alors qu'en fait, si les médecins s'étaient simplement lavés les mains, ils auraient évité d'innombrables millions de décès et augmenté considérablement la courbe de l'espérance de vie.

Les erreurs médicales évitables sont bien documentées dans le monde entier et constituent la troisième cause de décès aux États-Unis (225 000 décès par an*), avec des chiffres similaires partout où les mêmes paradigmes médicaux sont mis en œuvre.

Pourtant, chaque fois qu'une personne non vaccinée entre dans leur bureau, des médecins pro-vaccins zélés négligent avec arrogance la vérité selon laquelle le risque d'une personne de mourir ou d'être mutilé à cause de la pratique médicale acceptée qu'ils proposent est de loin, beaucoup plus élevé que tout décès ou mutilation possible à cause d'un soi-disant vaccin. -maladie évitable.

*Barbara Starfield, MD, MPH, « La santé aux États-Unis est-elle vraiment la meilleure au monde ? » Journal de l'Association médicale américaine, vol. 284, non. 4, 26 juillet 2000, p. 483–485.

Le résultat final de la fièvre puerpérale était des millions d'enfants sans mère relégués à mourir, ou à vivre une vie de malnutrition et de maladie, souvent forcés de travailler dans des mines, des usines et des ateliers clandestins. La fièvre puerpérale a alimenté un feu de joie social qui a laissé d'énormes dégâts sur son passage. Si ces nourrissons avaient des mères pour les allaiter et les aimer et que les frères et sœurs plus âgés avaient une mère à la maison pour subvenir à leurs besoins, la maladie et la misère des années 1700 à 1900 auraient été beaucoup moins importantes. Aujourd'hui, les médecins pensent que les vaccins auraient réduit ces maladies, alors qu'ils ignorent le fait que leurs propres prédécesseurs ont créé l'une des situations qui ont entraîné des taux de maladie élevés et une faible espérance de vie.

Il existe de nombreuses sources fiables qui démontrent clairement comment l'amélioration des conditions de vie, des aliments plus nutritifs, de meilleurs soins obstétriques et d'autres éléments non vaccinaux étaient responsables de la baisse des taux de mortalité par maladies infectieuses. Malgré ces preuves évidentes, les partisans du vaccin d'aujourd'hui

prétendent continuellement et à tort que les vaccins sont la principale raison de l'augmentation de l'espérance de vie dont nous bénéficions aujourd'hui.

Dans les pages qui suivent, vous pourrez décider par vous-même ce qui a le plus de sens. Était-ce les vaccins ? Ou y avait-il d'autres facteurs qui correspondaient au moment de la baisse des taux de mortalité ? Si oui, sont-ils à remercier pour notre espérance de vie plus longue ? Si la réponse est que ce n'était pas les vaccins, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) devrait-elle travailler dans une direction différente aujourd'hui, dans des pays pauvres qui reflètent les conditions de notre passé ?

4. La variole et le premier vaccin

… ils se couchent sur leurs nattes dures, la vérole se brisant et s'imposant, et se heurtant l'une à l'autre, leur peau s'accrochant aux nattes sur lesquelles ils reposent; ils les tournent, tout un côté s'enfuit à la fois.

–William Bradford (1590–1657), 1634

Des vésicules fraîches se sont ensuite formées autour des poches de vaccination, fusionnant avec elles et provoquant leur propagation. Ils se sont également développés sur le visage, la tête, le corps et dans la bouche, ce qui a ensuite empêché l'enfant de téter et il est mort épuisé le 45e jour après la vaccination.

– Cas d'un enfant sain après vaccination, 13 mars 1891

Essayez la revaccination - cela ne vous fera jamais de mal,

Car la revaccination a cette grande vertu :

S'il vous blesse ou vous tue chaque fois que vous le recevez,

Nous sommes tous prêts à refuser d'y croire.

– Extrait d'une circulaire signée « Les Médecins », 1876

La variole humaine, également connue sous le nom d'Orthopox variola, était une entité virale infectieuse notoire qui provoquait une maladie fébrile et des lésions cutanées douloureuses et suintantes (variole) à ses victimes. La maladie a non seulement défiguré, mais a souvent entraîné la mort.

La caractéristique la plus meurtrière des villes nouvelles était la proximité des êtres humains les uns avec les autres. Par exemple, le rapport d'un officier de santé de Darlington dans les années 1850 a trouvé six enfants, âgés de 2 à 17 ans, atteints de variole dans un logement d'une pièce partagé avec leurs parents, un frère aîné et un oncle. Ils dormaient tous ensemble sur des chiffons à même le sol, sans lit. Des millions de cas similaires pourraient être cités, les

conditions s'aggravant encore à mesure que les victimes de la maladie sont décédées et que leurs cadavres sont restés en décomposition parmi les familles dans des chambres individuelles pendant des jours, alors que la famille rassemblait les sous pour les enterrer. {98}

La variole a complètement disparu des États-Unis en 1949 et du monde entier en 1980. La plupart des gens croient aujourd'hui que la menace infectieuse a été vaincue par la puissance d'un vaccin.

La croyance éclipse la réalité

Lorsque Jenner a publié son article en 1798 revendiquant une immunité à vie contre la variole et faisant la promotion de sa technique, de nombreux médecins qui avaient vu la variole suivre la cowpox ont contesté sa doctrine lors d'une réunion de la Medico-Convivial Society.

*Mais il [Jenner] n'en a pas plus tôt parlé qu'ils en ont ri. Les docteurs des vaches auraient pu lui raconter des centaines de cas où la variole avait succédé à la cow-poil...**{122}***

En 1799, le Dr Drake, un chirurgien de Stroud, en Angleterre, a mené une expérience pour tester le nouveau vaccin préventif de Jenner obtenu directement d'Edward Jenner. Les enfants ont ensuite été mis au défi avec une inoculation contre la variole pour voir si la procédure de cowpox avait été efficace.

Chez trois d'entre eux, un garçon âgé de dix-sept ans et deux des enfants Colborne (un de quatre ans, l'autre de quinze mois), les vésicules de cowpox sont arrivées à maturité précoce et se sont croûteuses sous le temps habituel. Le garçon a été inoculé de la variole le 20 décembre, étant le huitième jour de sa vaccination, et les deux enfants le 21, étant de nouveau le huitième jour.

***Ils ont tous développé la variole**, à la fois les pustules locales et l'éruption générale avec fièvre.{123}*

Le Dr Hughes, un autre médecin de Stroud, a rapporté que les enfants avaient ensuite développé la variole et a suggéré que la technique de vaccination avait échoué. Jenner a reçu le rapport mais a décidé d'ignorer les résultats.

Plus tard en 1799, le Dr Woodville, directeur du Smallpox Inoculation Hospital de Londres, a commencé à utiliser largement l'inoculation de la cowpox. Il a obtenu son matériel vaccinal d'une vache appartenant à une laiterie de Gray's Inn Lane à Londres et a vacciné sept personnes. À peine cinq jours plus tard, en utilisant ces sept personnes, il a appliqué la technique de vaccination bras

contre bras contre la variole bovine sur des centaines d'autres. Le Dr Woodville a reconnu qu'il y avait de sérieux problèmes associés à cette procédure.

... dans plusieurs cas, la cowpox s'est révélée être une maladie très grave. Dans trois ou quatre cas sur 500, le patient a été en grand danger, et un enfant est effectivement décédé.{124}

La communauté médicale a continué à adopter le vaccin de Jenner malgré de nombreux récits qui ont réfuté ses avantages, décrivant tous de nombreux cas qui avaient la variole naturelle ou qui ont été vaccinés et sont toujours morts de la variole.

En 1801, on estime que 100 000 personnes ont été vaccinées en Angleterre.

En 1809, le Medical Observer a rapporté une série de patients démontrant l'échec de la cowpox naturelle ou de la vaccination pour se protéger de la variole :

1. Un enfant a été vacciné par M. Robinson, chirurgien et apothicaire, à Rotherham, vers la fin de l'année 1799. Un mois plus tard, il a été inoculé avec de la variole sans effet, et quelques mois plus tard a pris la variole confluente et est mort. 2. Une servante de M. Gamble, de Bungay, dans le Suffolk, a eu la variole de la vache de manière occasionnelle après avoir été traire.

Sept ans plus tard, elle devint infirmière à l'hôpital de Yarmouth, où elle attrapa la variole et mourut. 3 et 4. Elizabeth et John Nicholson, trois ans, ont été vaccinés à Battersea à l'été 1804. Tous deux ont contracté la variole en mai 1805 et sont morts... 13.

L'enfant de Monsieur R mourut de la variole en octobre 1805. Le malade avait été vacciné, et les parents étaient assurés de sa sécurité. Le nom du vaccinateur a été caché. 14. L'enfant de M. Hindsley au bureau de M. Adam... est mort de la variole un an après la vaccination.{125}

L'article médical après l'article médical a clairement souligné que l'exposition à la cowpox fournissant une immunité à vie contre la variole était une théorie non prouvée.

Le Medical Observer de 1810 contient des détails sur 535 cas de variole après vaccination, 97 cas mortels, 150 cas de blessures vaccinales, avec les adresses de dix médecins, dont deux professeurs d'anatomie, qui avaient souffert dans leur propre famille de la vaccination.{126}

Un article du London Medical Repository Monthly Journal and Review de 1817 a montré une fois de plus qu'un grand nombre de personnes qui avaient été vaccinées souffraient encore de la variole.

La variole, surtout, continue et propage une contagion dévastatrice. Aussi douloureux qu'il soit, c'est pourtant un devoir que nous devons au public et à la profession de les apprécier, que le nombre de tous les grades souffrant de la variole, qui ont déjà subi la vaccination par les praticiens les plus habiles, est actuellement alarmant. Ce sujet est si grave et engage si profondément les intérêts les plus chers de l'humanité, ainsi que ceux d'ordre médical, que nous ne manquerons pas d'y porter toute notre attention.{127}

En 1818, Thomas Brown, un chirurgien avec 30 ans d'expérience à Musselburgh, en Écosse, a décrit comment personne dans la profession médicale "ne pouvait me surpasser en zèle pour promouvoir la pratique des vaccins". Mais après avoir vacciné 1 200 personnes et découvert que beaucoup contractaient encore et mouraient même de la variole, sa conscience ne pouvait plus supporter la vaccination.

L'expérience a aussi montré, que les varioles naturelles ont fait leur apparition, alors que la ponction vaccinale avait auparavant existé, entourées de l'aréole de l'aspect le plus parfait depuis plus de deux jours, et non pas le moins modifiée, mais dans le confluent au plus haut degré, suivi de la mort. Des pustules de variole existaient aussi dans l'aréole même de la ponction vaccinale... Les récits de toutes les parties du monde, partout où la vaccination a été introduite... les

cas d'échecs sont maintenant multipliés dans une proportion alarmante ; et d'après un examen juste et impartial, où la contagion de la variole a accès pour opérer sur des cas vaccinés de plus de six ans, et la contagion appliquée sous une forme concentrée et durable, la quasi-totalité de ces cas cédera à l'influence de la contagion de la variole.{128}

De nombreuses autres revues médicales ont détaillé comment la variole pouvait encore infecter ceux qui avaient auparavant la variole et que ceux qui étaient vaccinés pouvaient également être infectés.

*… pendant les années 1820, 1 et 2 [1820–1822], il y eut un grand brouhaha autour de la variole. Elle a éclaté avec la grande épidémie au nord… Elle s'est pressée près de la maison du Dr Jenner lui-même… Elle a attaqué beaucoup de ceux qui avaient eu la variole auparavant, et souvent gravement ; presque à mort; et de ceux qui avaient été vaccinés, il en laissa quelques-uns seuls, mais tomba sur un grand nombre.**{129}***

Les chirurgiens et les médecins étaient bien payés pour effectuer la vaccination et l'ont adoptée comme une nouvelle forme de revenu. Il est donc tout à fait significatif que tant de médecins aient écrit dans des revues médicales au sujet de leurs expériences. Cependant, tout comme aujourd'hui, les croyants ont ignoré les voix des dissidents médicaux, ce qui a conduit des gens ordinaires à s'exprimer dans les médias profanes.

En 1829, William Cobbett, fermier, journaliste et pamphlétaire anglais, a écrit sur l'échec de la vaccination à protéger les gens de la variole. Cobbett considérait la vaccination comme une pratique médicale non prouvée et frauduleuse. Sa référence à 20 000 livres fait sans aucun doute référence au montant monétaire que le gouvernement britannique avait avancé à Edward Jenner en 1822 pour de nouvelles expériences sur le vaccin antivariolique.

Au milieu de tout ce travail insensé, auquel les médecins, après avoir trouvé en vain de résister, avaient cédé, la vraie variole, dans sa pire forme, éclata dans la ville de Ringwood, dans le Hampshire, et

emporta, Je crois, plus d'une centaine de personnes, jeunes et vieux, dont chacun avait eu la variole de la vache "si bien!" Et qu'est-ce qui se disait maintenant ? Le charlatanisme a-t-il éclaté, et les donneurs des vingt mille livres ont-ils honte de ce qu'ils ont fait ?

*Pas du tout : l'échec a été imputé à des opérateurs malhabiles ; à la périodicité de l'affaire ; à ce qu'il ne soit pas de qualité authentique… que savons-nous maintenant ? Pourquoi, que dans des centaines de cas, des personnes atteintes de la variole de JENNER LUI-MÊME [l'emphase capitale de William Cobbett], ont attrapé la vraie variole par la suite, et sont soit mortes de la maladie, soit ont échappé de justesse à leur vie !**{130}***

La vaccination rend-elle la maladie plus bénigne ?

Lorsqu'il était clair que le vaccin contre la variole n'était pas en mesure de prévenir la maladie, la profession médicale a tenté de justifier la vaccination en changeant les critères d'une immunité «parfaite» à vie à une «maladie plus bénigne». Un dogme similaire est répété en 2013 pour justifier le fait que les vaccins contre la coqueluche et la grippe ne protègent pas non plus les receveurs. Mais la vaccination contre la variole a-t-elle vraiment réduit le taux de mortalité et réduit-elle la maladie ?

Lors de l'épidémie de variole de 1844, environ un tiers des personnes vaccinées ont contracté une forme bénigne de variole, mais environ 8 % des personnes vaccinées sont encore décédées et près des deux tiers avaient une maladie grave.{131}

Une lettre à un journal en 1850 affirmait qu'il y avait plus d'admissions au London SmallPox Hospital en 1844 que pendant l'épidémie de variole de 1781 avant le début de la vaccination. L'auteur a également noté qu'un tiers des décès dus à la variole concernaient des personnes qui avaient déjà été vaccinées.

L'expérience quotidienne montre malheureusement aujourd'hui un état des choses altéré : la variole, malgré la vaccination, est en augmentation rapide... Il y eut plus d'admissions au London SmallPox Hospital en 1844 que lors de la célèbre épidémie de variole de 1781 avant l'introduction de la vaccination. Je sélectionnerai également les déclarations du registraire de l'un des districts de la campagne (Bradford) pour montrer le peu de protection offerte par la vaccination au cours du dernier trimestre de cette année 1844 : 118 [181 ?] décès dus à la variole ont été enregistrés, 60, soit près d'un- troisième, dont avait été vacciné.{132}

Les journaux ont constamment rapporté des décès dus à la variole chez des citoyens correctement vaccinés, ainsi que des décès dus à d'autres conditions après la vaccination. Par exemple, une affection cutanée appelée érysipèle était une façon particulièrement prolongée et douloureuse de mourir.

... un garçon de Somers-town, âgé de 5 ans, « variole confluente, non modifiée (9 jours) ». Il avait été vacciné à l'âge de 4 mois ; une cicatrice... la femme d'un ouvrier, de Lambeth, âgée de 22 ans, « variole confluente, non modifiée (8 jours) ». Vacciné en bas âge dans le Suffolk; deux bonnes cicatrices... le fils d'un marinier, âgé de 10 semaines, et le fils d'un boulanger sucrier, âgé de 13 semaines, sont morts d'« érysipèle général après vaccination, épanchement du cerveau."{133}

Une fille, âgée de 4 mois, est décédée d'un érysipèle après vaccination.{134}

8 décès ont été tabulés sous variole, dont deux attribués à « l'érysipèle après vaccination » et un aux « effets de la vaccination ».{135}

Deux enfants, tous deux âgés de six mois, sont morts d'érysipèle après vaccination. Dans un cas, l'érysipèle a commencé quinze jours après l'opération.{136}

Les décès dus à la vaccination n'étaient souvent pas signalés en raison d'une allégeance à la pratique.

Souvent, une personne vaccinée était enregistrée comme étant décédée d'une autre maladie telle que la varicelle ou répertoriée à tort comme non vaccinée, ce qui devait avoir un impact considérable sur la validité des statistiques du jour.

...les décès dus à la vaccination et à la revaccination sont étouffés... M. Henry May, écrivant à la Birmingham Medical Review, janvier 1874, sur les « certificats de décès », déclare : mentionner l'érysipèle de la vaccination et la fièvre puerpérale. Un décès de première cause s'est produit il n'y a pas longtemps dans ma pratique, et bien que je n'aie pas vacciné l'enfant, cependant, dans mon désir de préserver la vaccination de tout reproche, j'ai omis toute mention de celle-ci sur mon certificat de décès.{137}

Une enfant, Elizabeth Sabin, âgée de 4 ans, avec six bonnes notes de vaccination réussie, a attrapé la variole et trois semaines et trois

jours après avoir été vaccinée, et est décédée. Son cas a été exclu de la liste des vaccinés dans les statistiques du Dr Bond. Les statistiques cuisinées de cette manière ne pouvaient pas être acceptées comme exactes. Il se souvient d'un cas à Birmingham où un homme du nom de William Wood Warner est mort de la variole maligne en huit jours et a été classé par le médecin de l'hôpital comme non vacciné. Par le plus grand des hasards, il apprit par la veuve et la sœur de l'homme que cette dernière l'avait vu vacciné.{138}

En 1898, le Dr Wilder a également noté que pendant la pandémie de 1871–1872, les vaccinés avaient souvent contracté la variole sévère plus rapidement que les non vaccinés.

*Jamais, cependant, la foi dans la vaccination n'a reçu un choc aussi brutal que lors de la grande épidémie de variole de 1871 et 1872. Chaque pays d'Europe a été envahi avec une sévérité plus grande qu'on n'en avait jamais vu au cours des trois siècles précédents. En Angleterre, le nombre des décès dus à la maladie passa de 2 620 en 1870 à 23 126 en 1871 et 19 064 en 1872, retombant à 2 634 en 1873. Sur le Continent, particulièrement en France et en Allemagne, la fréquentation fut encore plus sévère. En Bavière, par exemple, avec une population plus vaccinée que tout autre pays d'Europe du Nord, à l'exception de la Suède, qui a connu la plus forte qu'on ait jamais connue. Ce qui était encore plus significatif, de nombreuses personnes vaccinées dans presque tous les endroits ont été attaquées par la variole avant que toute personne non vaccinée ne contracte la maladie.**{139}***

Combattre le monstre moucheté

La première tentative visant à prévenir la variole dans le monde occidental a commencé avec Lady Mary Wortley Montagu en 1717. Elle est revenue de l'Empire ottoman avec la connaissance d'une pratique appelée variolation, qui impliquait de prélever une petite quantité de matériel d'une lésion de variole humaine et de la gratter. dans la peau d'une autre personne.{99}Si tout se passait bien, le receveur subirait une légère attaque de variole et deviendrait alors immunisé contre la maladie. L'espoir d'infecter les gens avec la variole à un moment et dans un cadre de leur choix était que, dans un environnement contrôlé tout en étant en santé optimale, ils s'en tireraient mieux contre la maladie que de laisser l'infection au hasard.

Deux problèmes avec la variolation étaient qu'elle pouvait entraîner la mort et que la procédure propageait la maladie dans les communautés environnantes.

*L'attaque de variole qui s'ensuivit et qui la protégea n'était en aucun cas toujours bénigne; on a compté que deux ou trois personnes mouraient sur cent inoculées. De plus, beaucoup soupçonnaient à juste titre que l'inoculation, même si elle pouvait protéger l'individu par une attaque bénigne, propageait plus largement la maladie en multipliant les foyers d'infection. Pour ces raisons, l'inoculation est tombée dans le discrédit général en Europe après 1728.**{100}***

James Kirkpatrick est arrivé à Londres en provenance de Charleston, en Caroline du Sud, et a décrit l'épidémie de 1738, soulignant que l'inoculation avait eu un succès remarquable. Grâce à son enthousiasme, l'inoculation retrouve les faveurs de toute l'Europe :

À Londres, après le renouveau des influences de Kirkpatrick en 1743, l'inoculation devient une branche lucrative de la pratique chirurgicale... presque exclusivement parmi les classes aisées. L'opération n'était pas aussi simple qu'elle en avait l'air. Il fallait

l'intelligence combinée d'un médecin, d'un chirurgien et d'un apothicaire ; tandis que la préparation du patient à recevoir la matière était une affaire de semaines et de beaucoup de médecine et de régime. L'inoculation a longtemps été le privilège de ceux qui pouvaient se le permettre.{101}

Au cours d'une épidémie de variole de 1752 à Boston, certains chiffres ont montré que plus de personnes mouraient lorsqu'elles étaient exposées à la variole naturelle que lorsqu'elles contractaient la variole par inoculation. Cela indiquait que l'inoculation pourrait éventuellement être utile, en particulier pour les Blancs.

La variole des pays froids est plus mortelle aux noirs qu'aux blancs. Dans la variole de Boston de 1752, il mourut naturellement environ un Blanc sur onze, par inoculation un sur quatre-vingts ; noirs par voie naturelle un sur huit, par inoculation un sur vingt.{102}

Le succès de la variolation dépendait de l'opérateur et de la technique, ainsi que d'une foule d'autres facteurs qui ne pouvaient pas toujours être contrôlés.

Un article de 1764 indiquait clairement que le résultat involontaire de l'inoculation était une augmentation du taux de mortalité par variole.

Il ne suit pas L'inoculation est une pratique favorable à la vie... C'est incontestablement comme la peste une maladie contagieuse, ce qui tend à arrêter le progrès de l'infection tend à diminuer le danger qui l'accompagne ; ce qui tend à propager la contagion, tend à augmenter ce danger ; la pratique de l'inoculation tend manifestement à répandre la contagion, car une maladie contagieuse est produite par l'inoculation là où elle ne se serait pas produite autrement ; le lieu où elle est ainsi produite devient un foyer de contagion, d'où elle ne se répand pas moins fatalement ou largement qu'elle ne se répandrait d'un foyer où la maladie se produirait d'une manière naturelle ; ces foyers de contagion sont manifestement très multipliés par l'inoculation...{103}

Selon l'auteur, au cours des 38 années précédant le début de l'inoculation en 1721, les décès dus à la variole par rapport au nombre de nés étaient de 90 pour 1 000 et par rapport au nombre d'inhumations de 64 pour 1 000. Au cours des 38 années qui ont suivi le début de l'inoculation, les décès dus à la variole par rapport au nombre de naissances ont augmenté à 127 pour 1 000 (une augmentation de 41 %) et par rapport au nombre d'inhumations à 81 pour 1 000 (une augmentation de 27 %).

L'opération médicalement sanctionnée était aussi susceptible de déclencher une épidémie que d'en arrêter une.{104}

Du mamelon de la vache

On disait parmi les laitières que l'infection par la cowpox pouvait protéger de la variole. En 1774, un fermier du nom de Benjamin Jesty a fait des égratignures sur sa femme et ses deux fils à l'aide d'une aiguille à repriser, puis leur a frotté du matériel provenant de la poche d'une vache infectée. Apparemment, lorsque les fils de Jesty ont ensuite été délibérément exposés à la variole, ils n'ont pas attrapé la maladie.

En 1796, croyant ces histoires, Edward Jenner a soumis un garçon de huit ans nommé James Phipps à une expérience. Il a pris de la maladie qu'il croyait être la variole des vaches à partir de lésions sur les mains de la laitière Sarah Nelmes et a vacciné James avec. L'enfant a ensuite été délibérément exposé à la variole afin de tester la propriété protectrice de l'inoculation de cowpox. Lorsque le garçon n'a pas contracté la variole clinique, on a supposé que la vaccination contre la variole était efficace et qu'elle fournirait également une protection à vie contre la variole.

L'immunologie était si rudimentaire que la connaissance de l'immunité préexistante ou de l'infection subclinique ne faisait pas partie de la conception expérimentale de Jenner. Même si ses affirmations étaient basées sur un échantillon d'une méthode scientifique et aucune, cela a alimenté la croyance qu'une fois qu'une personne était exposée à la cowpox, une protection à vie contre la variole était possible.

La demande de Jenner a ensuite été remplacée par des estimations variables allant de 10 ans à aussi peu qu'un an.

Un article de 1908e{105}a conclu qu'une certaine immunité limitée ne durait qu'environ trois ans.

...on constate que tous les enfants non revaccinés de plus d'un an et demi ou à peu près, et toutes les personnes revaccinées dont les revaccinations ont plus de trois ans, soit la grande majorité de l'ensemble de la population, ne sont pas protégés.{106}

Un autre praticien du nom de Dr Olesen a affirmé que la revaccination devrait être effectuée chaque année.

Une vaccination réussie récente est une protection absolue contre la variole. La protection dure de six mois à douze mois et souvent beaucoup plus longtemps. Une revaccination est conseillée une fois par an.{107}

Le Dr Creighton a publié un livre en 1889 qui critiquait fortement Edward Jenner et la vaccination.

Il a observé que les personnes qui avaient été exposées au virus de la cowpox avaient souvent reçu auparavant une inoculation de la variole. En raison de la nature anecdotique de ses expériences, Jenner pourrait arriver à

quelle que soit la conclusion correspondait à son résultat prédéterminé. Le Dr Creighton résume :*La seule véritable expérience dans l'article sur la cowpox, telle qu'elle a été proposée à l'origine à la Royal Society, était l'inoculation de James Phipps; les résultats en furent, on l'a vu, rapportés avec une brièveté qui permit à Jenner de supprimer le vrai et de suggérer le faux. Il est absurde de prétendre que la douzaine d'anciens cas de trayeurs cowpoxed, qui ont ensuite été inoculés avec la variole, comme des expériences ; il y avait beaucoup de trayeurs cowpoxés... qui se soumettaient à l'inoculation avec d'autres, chaque fois qu'une inoculation générale était en cours ; et les cas de Jenner n'étaient que quelques-uns, favorables à son affirmation... il représente lui-même l'homme qui "décide péremptoirement de la vérité ou de la fausseté d'une théorie, sur l'autorité supposée de quelques instances solitaires".{108}*

Depuis la fin des années 1700, la profession médicale a soutenu la vaccination, même s'il n'y a jamais eu d'essai où un groupe a été vacciné et comparé à un autre groupe de même taille qui n'a pas été vacciné.{109}

Le CDC admet que, même maintenant, le niveau d'anticorps qui protège contre l'infection par la variole est inconnu.{110}Lorsque

les auteurs de Dissolvent Illusions grandissaient aux États-Unis, les enfants étaient considérés comme vaccinés et immunisés simplement en révélant la cicatrice de la vaccination des années après la procédure.

Vaccinia : le virus mystérieux créé par l'homme

Il existe une confusion sur l'origine du virus appelé vaccine. Jenner a nommé son produit d'après le nom latin de la vache, vacca, mais il croyait que la véritable maladie de la cowpox provenait d'une maladie des chevaux appelée la graisse. Certains praticiens ont utilisé la lymphe vaccinale d'autres animaux, comme les chèvres.

L'extrait suivant de 1829 du Lancet est intéressant :

La lymphe dont se servait alors le docteur Jenner, et qu'il avait maintenue en circulation trois ou quatre ans autour de Berkeley, avait été prélevée par lui, non sur la vache, mais sur le cheval, et n'avait jamais traversé la constitution. En fait, la maladie est une variole équine, et non un vaccin [vache], comme il l'a constaté de manière décisive avant sa mort, obtenu à partir des vésicules qui se forment sur la peau des jambes du cheval, à la suite d'une affection érysipéenne-lateuse excitée par le question de graisse... J'ai extrait un récit de quelque pays d'une variole caprine, qui ressemblait tellement au vaccin, que les médecins l'ont inoculé, et l'ont trouvé un conservateur égal. Or, cette lymphe équine du Dr Jenner produisit une vésicule, qui, déclara-t-il, ressemblait précisément à la vésicule naturelle de cowpox sur le trayon de la vache...{111}

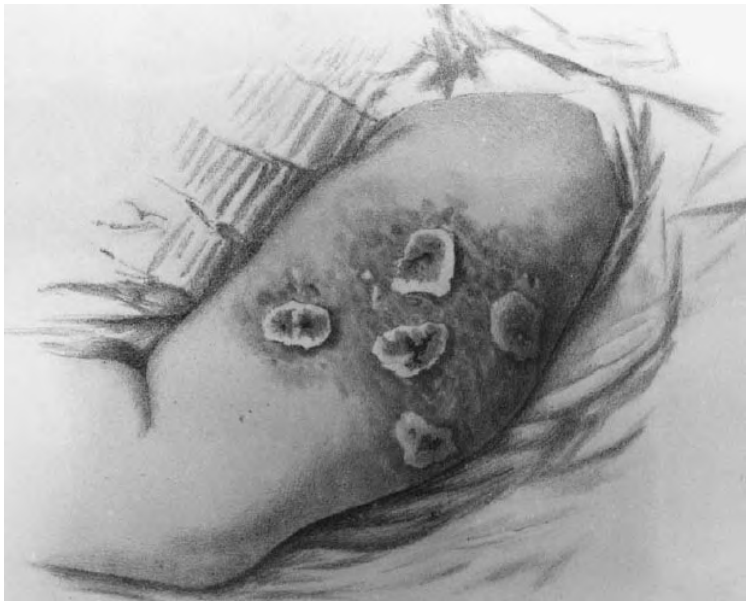
Après des années à mélanger différents virus animaux et à les faire passer à travers les humains et à nouveau dans les vaches, un article de 1834 a jeté le doute sur la quantité de virus vaccinal provenant même des vaches. En raison de la confusion concernant le contenu des vaccins, le matériel utilisé pour la vaccination était parfois appelé « virus vaccinal ».

Trois opinions existent quant à l'origine du virus vaccinal. 1er. Celle de Jenner, qui supposait qu'elle provenait d'une maladie du cheval, appelée la Grease, qui était contagieuse, et donnait aux vaches cette forme de maladie dénommée cow-pox. 2ème. Celui du docteur Robert de Marseille, qui pensait que le virus vaccinal n'était rien de moins que le poison de la variole communiqué aux vaches, et modifié par transition. 3ème. L'opinion que cette maladie est aussi

naturelle aux vaches que la pourriture aux moutons, la variole, la rougeole ou la scarlatine à l'homme… Le Dr Fiard exprime, comme son opinion, que la cow-pox est une maladie particulière aux vaches ; qu'il est très rare en Angleterre, chez ces animaux ; et qu'en France rien ne prouve qu'il ait jamais été produit.{112}

Parce que l'utilisation de matériel de variole directement à partir de vaches était initialement désagréable pour les gens, Jenner a développé un «vaccin humanisé contre la variole de la vache». Cette méthode utilisait encore pour la première fois le matériel pathologique d'un animal, en inoculant le pus brut à l'homme.{113}

La procédure de vaccination consistait alors à frotter la lymphe pustuleuse de la variole de la poche d'un humain inoculé à une coupure dans le bras du receveur humain suivant et était appelée «vaccination bras à bras». Une autre méthode d'inoculation consistait à placer de nombreuses croûtes de variole humaine dans un bocal, à le remplir d'eau et à secouer. Le pus résultant a été utilisé comme matériel vaccinal pour une ville.



Photos 4.1 :Vaccination à sites multiples de 1898, montrant un «bras généralement bon».

Les personnes étaient considérées comme vaccinées et immunisées simplement en révélant la cicatrice de la vaccination

après avoir développé une ampoule au site d'inoculation. Souvent, plusieurs sites ont été utilisés pour tenter d'assurer une protection maximale.{114}On pensait que la vaccination réussie s'était produite par une «bonne prise» après avoir blessé jusqu'à quatre parties du bras en une seule séance. Cette pratique consistant à vacciner plus d'un site s'est poursuivie dans diverses parties du monde jusqu'en 1975.

De toute évidence, de nombreuses autres maladies des vaccinés se sont propagées par cette voie, mais la vaccination bras à bras a été utilisée pendant environ 100 ans, jusqu'à ce qu'elle soit interdite en 1898. En 1939, le Dr AW Downie a montré que bien que le virus de la vaccine soit immunologiquement lié à la cowpox et la variole, il avait des différences immunologiques distinctes, qu'il attribuait au processus mentionné ci-dessus.{115}

...la variante blanche sur la propagation artificielle répétée du virus cowpox sur la peau des veaux ou des moutons dans la préparation de la lymphe vaccinale ou dans la peau humaine lors de la vaccination bras à bras qui a été pratiquée au cours du siècle dernier. De telles conditions peuvent avoir fourni une opportunité à l'apparition de souches de la vaccine telles que nous les connaissons aujourd'hui à partir d'une variante de cowpox telle que celle décrite ici.{116}

La standardisation et la pureté des vaccins contre la variole étaient médiocres même après l'éradication de la variole aux États-Unis. Les déclarations du Dr Beddow Bayly en 1952 devraient laisser tout le monde se demander comment un tel vaccin aurait pu être responsable de l'éradication de n'importe quelle maladie : Quand on se rappelle que la lymphe vaccinale est dérivée, en premier lieu, soit d'un cadavre de variole, soit de la mamelle ulcérée d'un vache, ou les plaies de talons d'un cheval malade, le choix dépendant du pays d'origine et de l'entreprise qui le fabrique, il n'est guère étonnant qu'il ait des effets néfastes de grande envergure sur la constitution humaine. Il y a des années, le Lancet a déclaré qu'"aucun praticien ne sait si la lymphe qu'il emploie est dérivée de la variole, de la variole du lapin, de la

variole assienne ou de la variole du mulet".{117} Notre propre ministère de la Santé a longtemps avoué ignorer complètement la source ultime de son propre approvisionnement en lymphe ; mais l'année dernière, le Dr A. Downie a déclaré dans le British Medical Journal que "la souche du virus de la vaccine utilisée pour la préparation de routine de la lymphe dans ce pays [Angleterre] serait dérivée d'un cas de variole à Cologne au cours de la dernière siècle." Cela, bien sûr, élimine toute la théorie de la vaccination contre la variole de la vache.{118}

Même les vaccins modernes contre la variole ne contiennent pas réellement de cowpox ou de virus de la variole, mais un agent hybride humain/animal qui n'a jamais existé dans la nature jusqu'à l'ère de la vaccination. Il a été cultivé au fil du temps en faisant passer du matériel de la variole entre les animaux et les humains. Maintenant, la vaccine peut infecter des animaux sauvages comme le buffle d'eau,{119}ainsi que les humains.

Certains des animaux qui ont été utilisés pour transmettre le virus vaccinal d'aujourd'hui comprennent des lapins, des souris, des chèvres, des vaches, des chevaux, des moutons et des humains.

Dryvax, breveté par la société qui deviendra plus tard Wyeth, est le plus ancien vaccin contre la variole et est utilisé depuis la fin des années 1800. Les méthodes utilisées pour propager Dryvax ont abouti à des mélanges de virus communément appelés « quasi-espèces ». En 2011, Qin et al. a caractérisé génétiquement le Dryvax moderne et a déclaré que toutes les marques de vaccins contre la variole avant la fin des années 1990 étaient rarement soumises à une purification clonale. Ils ont conclu que Dryvax était d'origine virale équine et humaine, décrivant le vaccin comme un "fossile moléculaire":

Ces observations soulèvent des questions intrigantes sur le degré de diversité génomique que l'on peut trouver dans les anciens vaccins antivarioliques. Dans cette communication, nous avons profité des progrès récents des technologies de séquençage de l'ADN pour explorer cette question plus en détail. Nos résultats illustrent la

*complexité remarquable des quasi-espèces qui caractérisent les stocks d'anciens vaccins antivarioliques non purifiés et suggèrent que les virus qui ont été isolés à ce jour ne représentent qu'une petite fraction de la diversité des virus dans ces préparations.**{120}***

Qui, alors, sait de quoi était faite la « plus grande fraction » des vaccins « anciens et impurs » ? Dire qu'il y a et qu'il y a toujours eu beaucoup de confusion quant à la nature des virus contenus dans les vaccins contre la variole est un euphémisme grossier.

En 2008, après plus de 100 ans d'utilisation, les Centers for Disease Control (CDC) ont appelé à la mise en quarantaine et à la destruction de tous les Dryvax restants.{121}

Vaccination obligatoire et pandémies subséquentes

En 1840, alors que les médecins et les citoyens se rendent compte que la vaccination n'est pas ce qu'elle est promise, les refus de vaccination se multiplient. Les gouvernements ont adopté diverses lois pour obliger les gens à se faire vacciner. La vaccination a été rendue obligatoire en Angleterre en 1853, avec des lois plus strictes adoptées en 1867. Aux États-Unis, le Massachusetts a créé un ensemble de lois complètes sur la vaccination en 1855.

... en 1855, le Massachusetts a pris la position la plus avancée jamais prise par l'un des États et a promulgué une loi qui obligeait les parents ou les tuteurs à faire vacciner tous les enfants avant l'âge de deux ans et interdisait l'admission de tous les enfants dans les écoles publiques de tout enfant qui n'avait pas été dûment vacciné. Les élus des villes, bourgmestres et échevins des villes devaient « imposer la vaccination de tous les habitants » et exiger la revaccination chaque fois qu'ils jugeaient que la santé publique l'exigeait ; tous les employés des entreprises manufacturières, tous les pensionnaires des hospices, écoles de correction, asiles d'aliénés, et autres lieux où sont reçus les pauvres et les malades, ou maisons de correction, geôles, prisons, de toutes les institutions soutenues en tout ou en partie par l'État devaient fournir les moyens de vaccination aux personnes incapables de payer.{140}

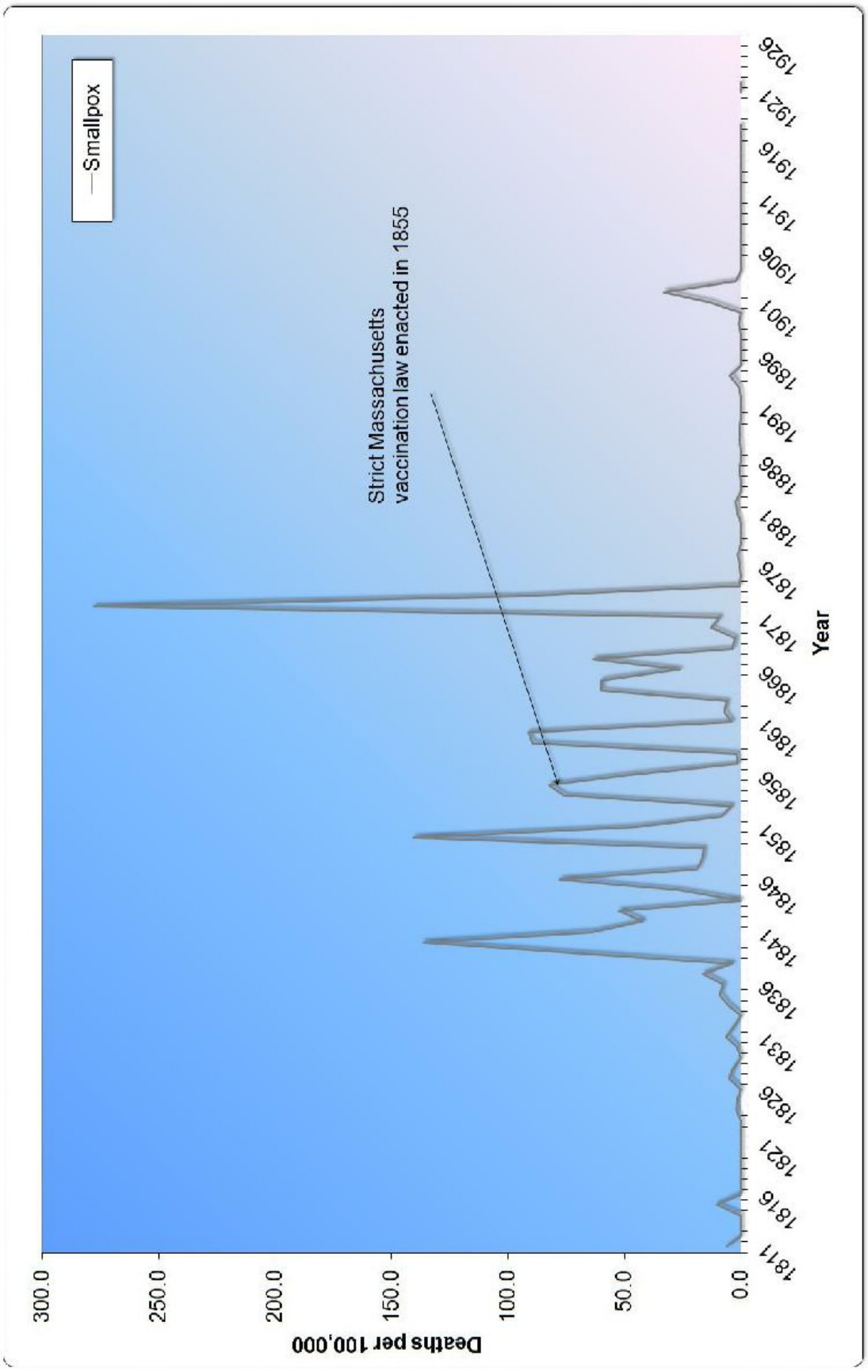
Lemuel Shattuck a souligné la nécessité de la vaccination et a fait pression pour que la vaccination à domicile soit appliquée par les autorités de la ville de Boston dans un rapport de 1856.

Existe-t-il un remède efficace qui puisse être appliqué pour éliminer ce grand mal [la variole] ? Au jugement du soussigné il y a; et ce remède est la vaccination obligatoire. La Ville a déjà prévu qu'aucun enfant non vacciné ne sera admis dans les écoles publiques ; et pour la classe des personnes intéressées, c'est un excellent règlement. Il a également prévu la vaccination gratuite des personnes qui peuvent s'adresser au médecin de la ville à cette fin..{141}

Les lois sur la vaccination obligatoire n'ont rien fait pour endiguer le problème de la variole. Les données de Boston commencent en 1811 et montrent qu'à partir de 1837 environ, il y a eu des épidémies périodiques de variole (graphique 4.1).

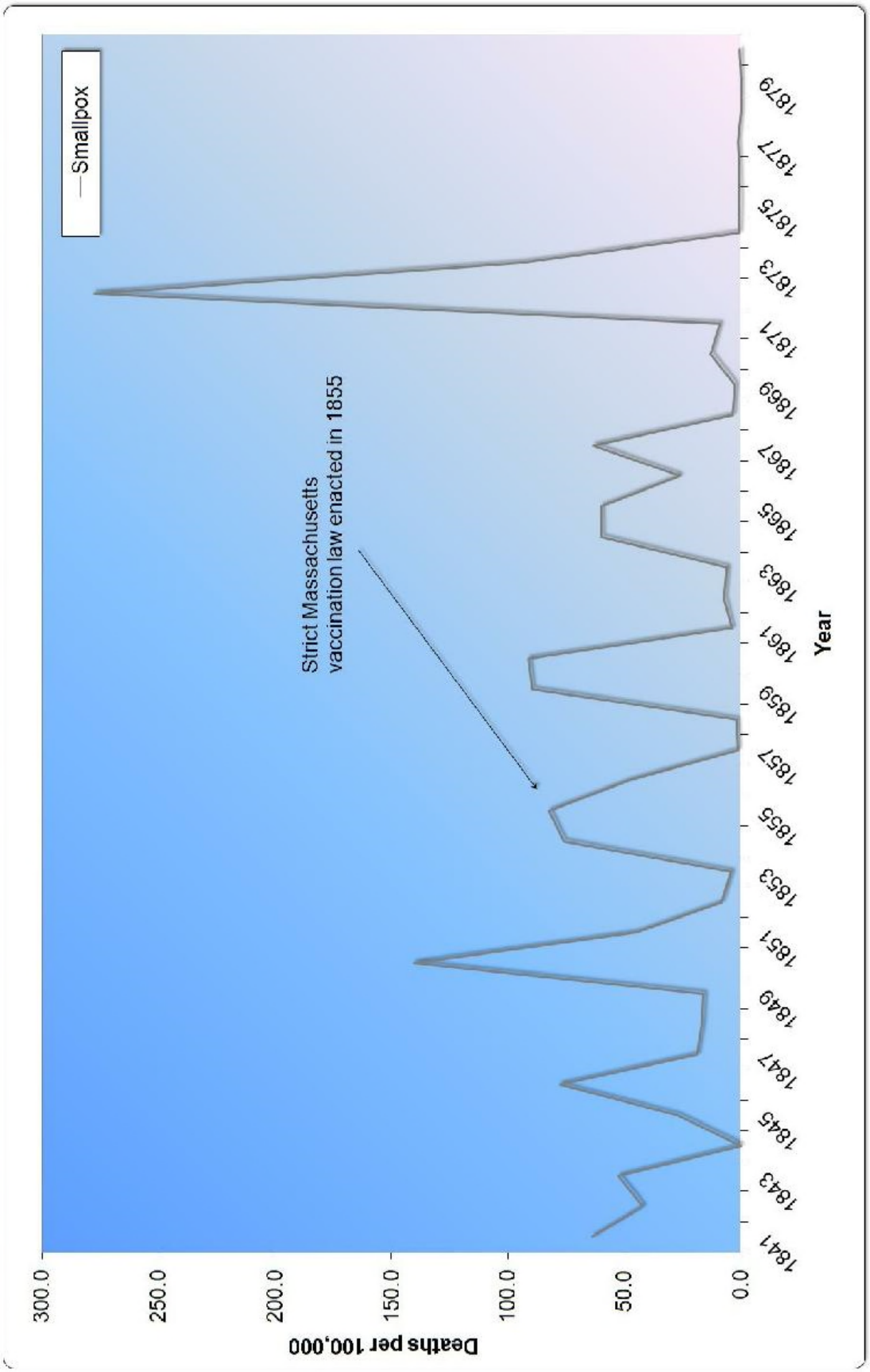
Après les mandats de 1855, il y eut des épidémies de variole en 1859-1860, 1864-1865 et 1867, culminant avec la tristement célèbre épidémie de 1872-1873. Ces épidémies de variole à répétition ont montré que les lois strictes de vaccination instituées par le Massachusetts n'avaient aucun effet bénéfique (graphique 4.2).

Graphique 4.1 (ci-dessous) :Taux de mortalité par variole de Boston de 1811 à 1926.



Graphique 4.1 (ci-dessus) :Taux de mortalité par variole de Boston de 1811 à 1926.

Graphique 4.2 (ci-dessous) :Taux de mortalité par variole de Boston de 1841 à 1880.



Graphique 4.2 (ci-dessus) :Taux de mortalité par variole de Boston de 1841 à 1880.

En fait, plus de personnes sont mortes de la variole dans les 20 années qui ont suivi les lois obligatoires strictes que dans les 20 années précédentes.

*...la variole, après avoir presque totalement disparu de notre communauté pendant les trente ou quarante années qui suivirent l'introduction de la vaccination en 1800, reprit peu à peu pied à Boston, où elle continua à sévir presque sans interruption, bien qu'avec une intensité variable, à partir de 1839, date à laquelle la maladie a pris pour la première fois la forme d'une épidémie distincte, jusqu'en 1873. Au cours de cette période de trente-cinq ans, l'évolution de la variole a été marquée par une succession de paroxysmes épidémiques, généralement à intervalles de plusieurs années, au cours desquels un nombre variable de cas sporadiques a témoigné de la présence plus ou moins constante de la maladie. La dernière épidémie celle de 1872-1873, ayant fait 1040 morts, fut la plus grave qu'ait connue Boston depuis l'introduction de la vaccination.**{142}*

Le même schéma d'épidémies plus graves devait se répéter parmi les populations hautement vaccinées du monde occidental.

... Bavière [Allemagne] en 1871 sur 30 742 cas, 29 429 concernaient des personnes vaccinées, soit 95,7 %, et 1 313 chez des personnes non vaccinées, soit 4,3 %. Dans certaines des petites épidémies locales de ces dernières années, les victimes ont été presque toutes vaccinées (par exemple, à Bromley [Angleterre] en 1881, un total de 43 cas, dont seize confluents, tous vaccinés).{143}

À la fin de 1868, plus de 95 % des habitants de Chicago avaient été vaccinés. Après le grand incendie de 1871 qui a rasé la ville, la vaccination est devenue une condition pour recevoir des secours.{144}Malgré l'adoption de lois strictes sur la vaccination, Chicago a été frappée par une épidémie dévastatrice de variole en 1872. L'idée de vacciner la majeure partie de la population (ce que

l'on appellera plus tard l'immunité collective) n'a pas protégé la population du fléau de la variole.

Mais malgré ces mesures, le taux de mortalité a augmenté de façon inquiétante à la suite de l'incendie. Plus de deux mille personnes ont contracté la variole en 1872, et plus d'un quart d'entre elles sont décédées.

Le taux de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans était le plus élevé jamais enregistré.{145}

La profanation des personnes vaccinées en France, en Allemagne et en Angleterre a été illustrée graphiquement dans un article médical de 1900 :

Toute recrue qui entre dans l'armée française est vaccinée. Pendant la guerre franco-prussienne, il y eut vingt-trois mille quatre cent soixante-neuf cas de variole dans cette armée.

Le London Lancet du 15 juillet 1871 disait : Sur neuf mille trois cent quatre-vingt-douze malades de la variole dans les hôpitaux de Londres, six mille huit cent cinquante-quatre avaient été vaccinés. Dix-sept et demi pour cent des personnes attaquées sont mortes.

*Dans tout le pays plus de cent vingt-deux mille personnes vaccinées ont souffert de la variole… Les déclarations officielles d'Allemagne montrent qu'entre 1870 et 1885 un million de personnes vaccinées sont mortes de la variole.**{146}***

En 1899, le Dr Ruata a fait un rapport sur les décès dévastateurs de la variole dans une Italie sur-vaccinée.

Parmi le grand nombre de petites épidémies qui produisirent les 18 110 décès mentionnés, je ne noterai que les suivantes : Badolato, avec une population de 3 800 habitants, eut 1 200 cas de variole ; Guardavalle avait 2 300 cas avec une population de 3 500; St. Caterina del Jonio avait 1 200 cas (population 2 700); Capistrano avait 450 cas (population 2 500). Tous ces villages sont en Calabre. En Sardaigne, le petit village de Laerru a eu 150 cas de variole en un mois (population, 800) ; Perfugas, aussi, en un mois avait 541 cas

(population, 1 400) ; Ottana a eu 79 décès dus à la variole (population, 1 000) et les décès étaient de 51 à Lei (population, 414). En Sicile, 440 décès ont été enregistrés à Noto (population, 18 100), 200 à Ferla (population, 4 500), 570 à Sortino (population, 9 000), 135 à San Cono (population, 1 600) et 2, 100 morts à Vittoria (population, 2 600) ! Pouvez-vous citer quelque chose de pire avant l'invention de la vaccination ? Et, la population de ces villages est parfaitement vaccinée, comme je l'ai déjà prouvé, non seulement, mais j'ai obtenu des autorités locales une déclaration que la vaccination a été effectuée deux fois par an de la manière la plus satisfaisante depuis de nombreuses années.{147}

L'examen critique de la vaccination du Dr Charles Creighton en 1888 dans l' Encyclopedia Britannica décrivait le taux de mortalité élevé lors de la pandémie de variole prussienne de 1870–1873 , notant qu'environ 60 000 personnes sont mortes de la variole malgré leur strict respect de la vaccination.

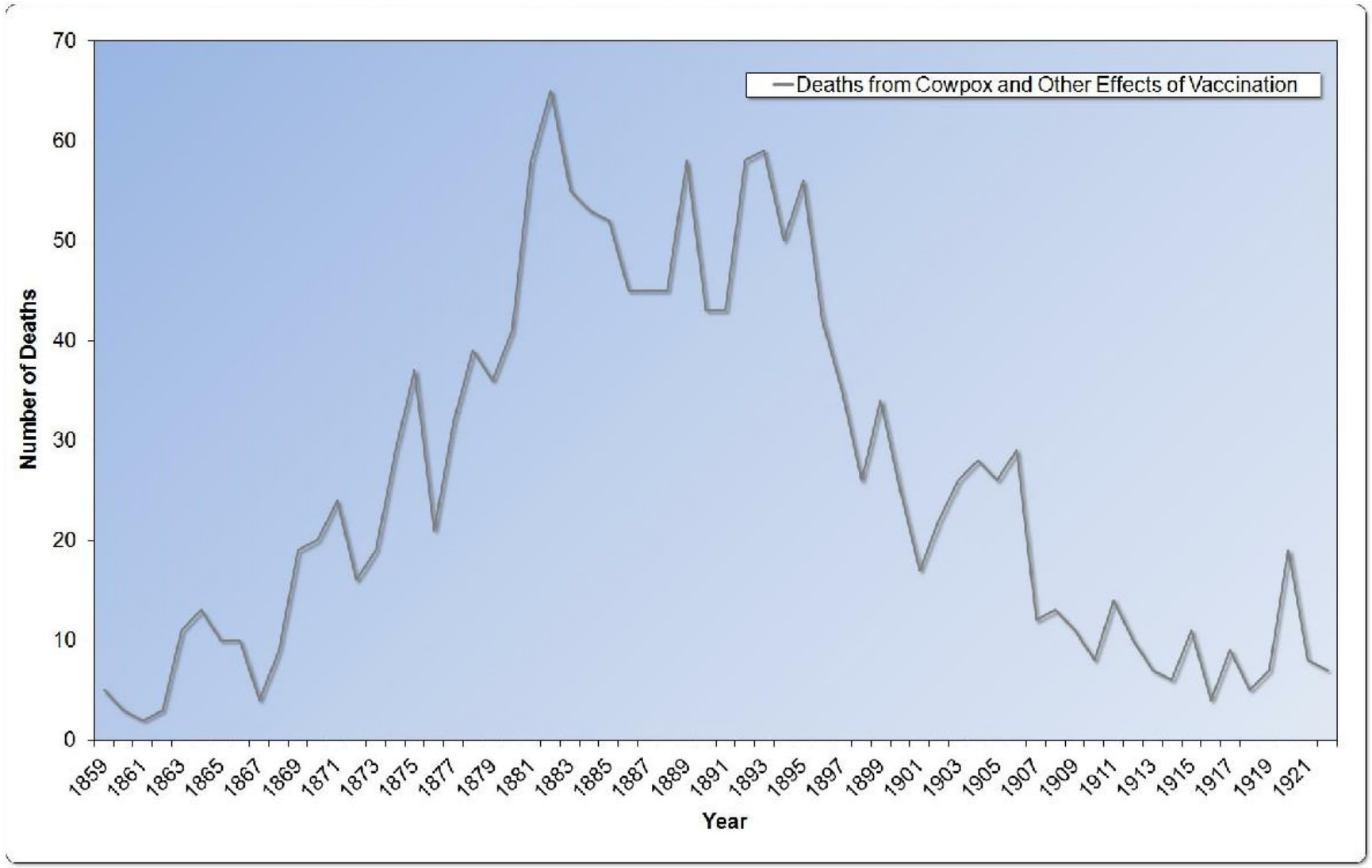
*La pratique de la revaccination a été recommandée pour la première fois en Angleterre par G. Gregory, et en Allemagne pour l'armée par Heim (1829). C'est à peu près la loi en Prusse depuis 1835 ; « La revaccination des écoliers à l'âge de douze ans fait partie intégrante de la loi sur la vaccination. Nonobstant le fait que la Prusse était le pays le mieux revacciné d'Europe, sa mortalité due à la variole lors de l'épidémie de 1871 était plus élevée (59 839) que dans tout autre État du Nord.**{148}***

Le monde oriental ne s'en sort pas beaucoup mieux. La vaccination obligatoire a commencé au Japon en 1872 avec des lois plus strictes en 1885 exigeant une revaccination obligatoire tous les cinq à sept ans. De 1885 à 1892, plus de 25 000 000 de vaccinations et de revaccinations ont été enregistrées, mais les épidémies de variole ont encore fait des ravages chez les Japonais.

…les registres officiels montrent qu'au cours des sept années mentionnées [1885–1892], ils ont eu 156 175 cas de variole et 39 979 décès. Par une loi obligatoire, chaque enfant au Japon devait être vacciné dans la première année de sa naissance et au cas où il

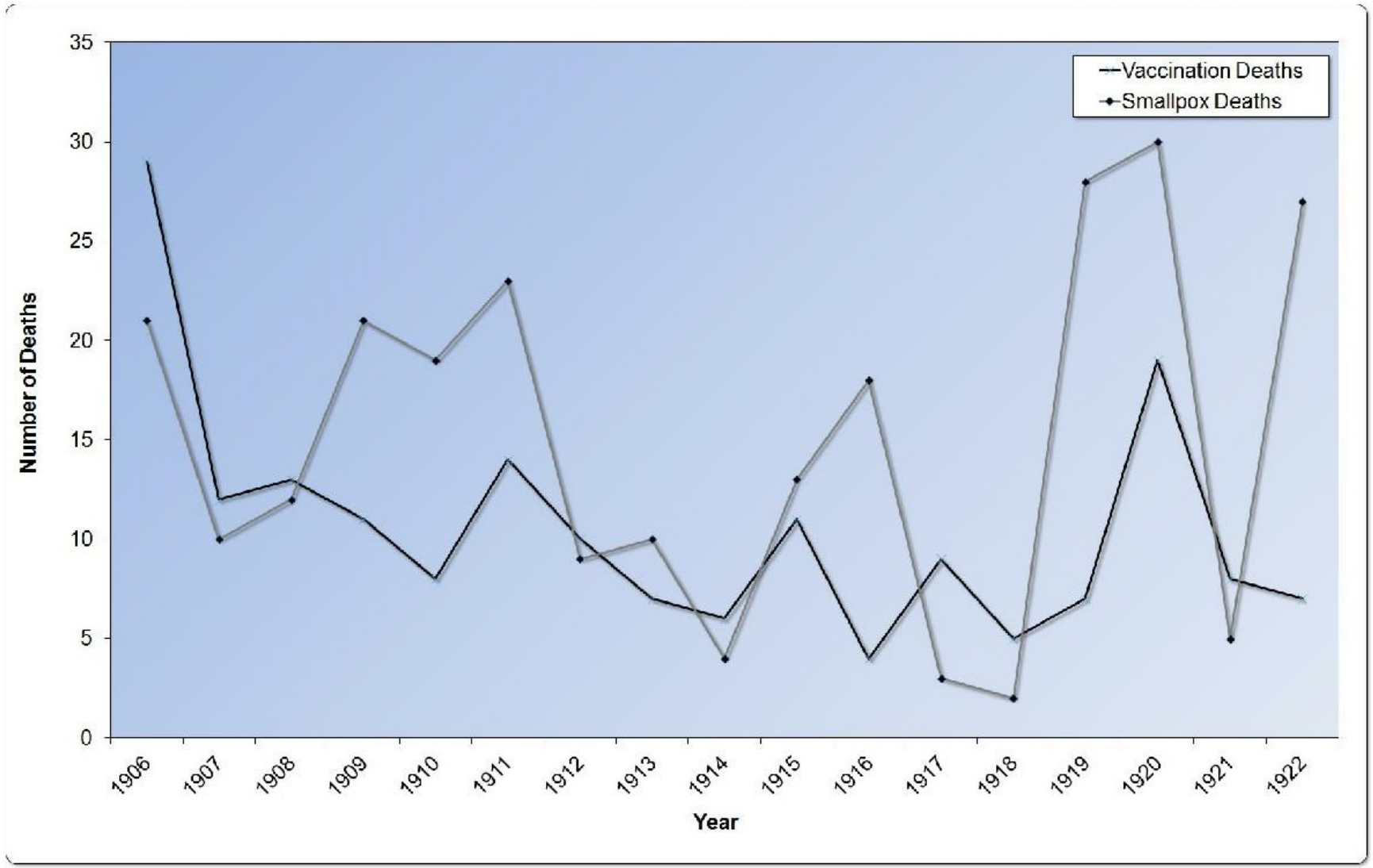
*ne prendrait pas la première fois, trois vaccinations supplémentaires devaient suivre dans l'année, et chaque année jusqu'à sept ans après. En cas d'épidémie de variole, les autorités japonaises appliquaient rigoureusement la vaccination générale. Or, malgré ces précautions, les archives officielles montrent****que de 1892 à 1897, le Japon a enregistré 142 032 cas de variole et 39 536 décès. Une autre loi votée en 1896 rend obligatoire la répétition de la vaccination tous les cinq ans sur tous les sujets, quelle que soit la station ; pourtant, l'année suivante, en 1897, ils ont eu 41 946 cas de variole et 12 276 décès - un taux de mortalité de 32%, près du double de celui de la variole avant la période de vaccination.*****{149}***

Graphique 4.3 (ci-dessous) :L'Angleterre et le Pays de Galles totalisent les décès dus à la cowpox et à d'autres effets de la vaccination de 1859 à 1922.


Deaths from Cowpox and Other Effects of Vaccination
Number of Deaths
Year
0
10
20
30
40
50
60
70
1859
1861
1863
1865
1867
1869
1871
1873
1875
1877
1879
1881
1883
1885
1887
1889
1891
1893
1895
1897
1899
1901
1903
1905
1907
1909
1911
1913
1915
1917
1919
1921

Graphique 4.3 (ci-dessus) :L'Angleterre et le Pays de Galles totalisent les décès dus à la cowpox et à d'autres effets de la vaccination de 1859 à 1922.

Graphique 4.4 (ci-dessous) :Décès de variole en Angleterre et au Pays de Galles par rapport aux décès dus à la vaccination contre la variole de 1906 à 1922.


Vaccination Deaths
Smallpox Deaths
Number of Deaths
Year
0
5
10
15
20
25
30
35
1906
1907
1908
1909
1910
1911
1912
1913
1914
1915
1916
1917
1918
1919
1920
1921
1922

Graphique 4.4 (ci-dessus) :Décès de variole en Angleterre et au Pays de Galles par rapport aux décès dus à la vaccination contre la variole de 1906 à 1922.

Décès et maladies induits par la vaccination

De 1859 à 1922, les décès officiels liés à la vaccination s'élèvent à plus de 1 600 en Angleterre (graphique 4.3). Pourtant, de 1906 à 1922, le nombre de décès enregistrés par vaccination et par variole était à peu près le même (graphique 4.4).

Les déclarations médicales officielles ont toujours annoncé la vaccination comme une procédure très sûre effectuée avec de la "lymphe pure". Exemples de décès par « cowpox et autres effets de la vaccination »{150}étaient courantes et résultaient souvent d'une maladie bactérienne à toxine médiée par les phages très grave, souvent mortelle, appelée érysipèle.

*George Banford a eu un enfant né en 1868. Il a été vacciné et après l'opération l'enfant était couvert de plaies, et il a fallu un temps considérable avant qu'il ne puisse quitter la maison. Encore une fois, M. Banford s'est conformé à la loi en 1870. L'enfant a été vacciné par le Dr Sloanne dans la conviction qu'en allant chez lui, ils obtiendraient de la matière pure. Dans ce cas, l'érysipèle s'est installé et l'enfant est resté sur un lit de malade pendant un certain temps. Dans le troisième cas, l'enfant est né en 1872, et peu de temps après la vaccination, l'érysipèle s'est déclaré et il a pris une si mauvaise évolution qu'à l'expiration de 14 jours, l'enfant est mort.**{151}***

*Il est bien certain que dans les hôpitaux d'enfants trouvés, comme celui de Saint-Pétersbourg, l'érysipèle de la vaccination a été le point de départ d'épidémies désastreuses d'érysipèle affectant l'ensemble des détenus.**{152}***

Photos 4.2 :Madame LH âgée de 27 ans les lésions sont apparues 2 semaines après la vaccination. (1904)

Ce n'est pas surprenant. La vie dans les années 1800 était telle que la pauvreté et le manque d'assainissement et d'eau courante dans les bidonvilles de Londres garantissaient à tout le moins la malnutrition, avec son énorme impact sur le système immunitaire. Les personnes atteintes d'immunodéficience, de scorbut, d'ulcérations cutanées, d'infections fongiques et d'un drainage lymphatique altéré courent un risque accru de surinfection par Streptococcus pyogenes, la bactérie qui a causé l'érysipèle (et la scarlatine) au moyen de sa toxine.

La jaunisse est la coloration jaunâtre de la peau et du blanc des yeux causée par l'hyperbilirubinémie (un excès de bilirubine dans le sang). Cela se développe généralement lorsqu'il y a un processus obstructif ou une maladie hépatique intrinsèque, mais cela a été noté en relation avec la vaccination. Une série de cas représentatifs s'est produite parmi des adultes revaccinés dans un grand chantier naval de Brême, en Allemagne, d'octobre 1883 à avril 1884.

A la suite d'une alerte de variole, 1289 ouvriers furent revaccinés entre le 13 août et le 1er septembre avec la même lymphe humanisée conservée dans de la glycérine ; de ces 191 ont eu la jaunisse à divers intervalles jusqu'au mois d'avril suivant. Des preuves circonstancielles (concordance et divergence) ont clairement fait remonter l'épidémie à la vaccination.{153}

Dans ces cas, il est fort probable que l'hépatite infectieuse aiguë soit le résultat d'une contamination par un vaccin dérivé de la lymphe humaine. D'autres maladies infectieuses attribuées à la vaccination comprennent la tuberculose et la syphilis. En 1863, le docteur Ricord parla devant l'Académie de Paris.

J'ai d'abord rejeté l'idée que la syphilis puisse être transplantée par la vaccination. Mais les faits s'accumulaient de plus en plus, et maintenant je dois admettre la possibilité du transfert de la syphilis au moyen du vaccin. Je le fais avec beaucoup de réticence. A présent je n'hésite plus à reconnaître et proclamer la réalité du fait.{154}

En 1948, il y avait environ 200 à 300 morts{155}à la suite d'une vaccination antivariolique, alors qu'au cours de la même période il n'y avait eu qu'un seul décès dû à la variole.{156}

Photos 4.3 :Photographie post-mortem de l'enfant décrit dans le cas 1.

Les zones de gangrène sont secondairement infectées par Pseudomonas aeroginosa, Micrococcus pyogenes et beta enterococcus. (1958) Une étude de 1958 a détaillé les cas de 9 enfants dont 2 sont morts d'une affection cutanée due à la vaccination, désormais appelée eczéma vaccinatum. L'occurrence de cette maladie a été estimée par les auteurs entre 1 sur 20 000 et 1 sur 100 000, avec un taux de mortalité

de 4 à 40 %. Cependant, ils ont reconnu que la plupart des cas n'étaient pas signalés et qu'il n'y avait pas de comptabilisation précise de cette conséquence de la vaccination. Le premier cas évoqué était un garçon de 15 mois décédé après avoir souffert pendant 13 jours (Photo 4.2) d'un eczéma vaccinatum.

En raison d'une mauvaise surveillance et d'une sous-déclaration des réactions vaccinales, les auteurs d'une étude de 1970 soupçonnaient que le nombre de décès liés au vaccin contre la variole était plus élevé que les rapports ne le reflétaient.

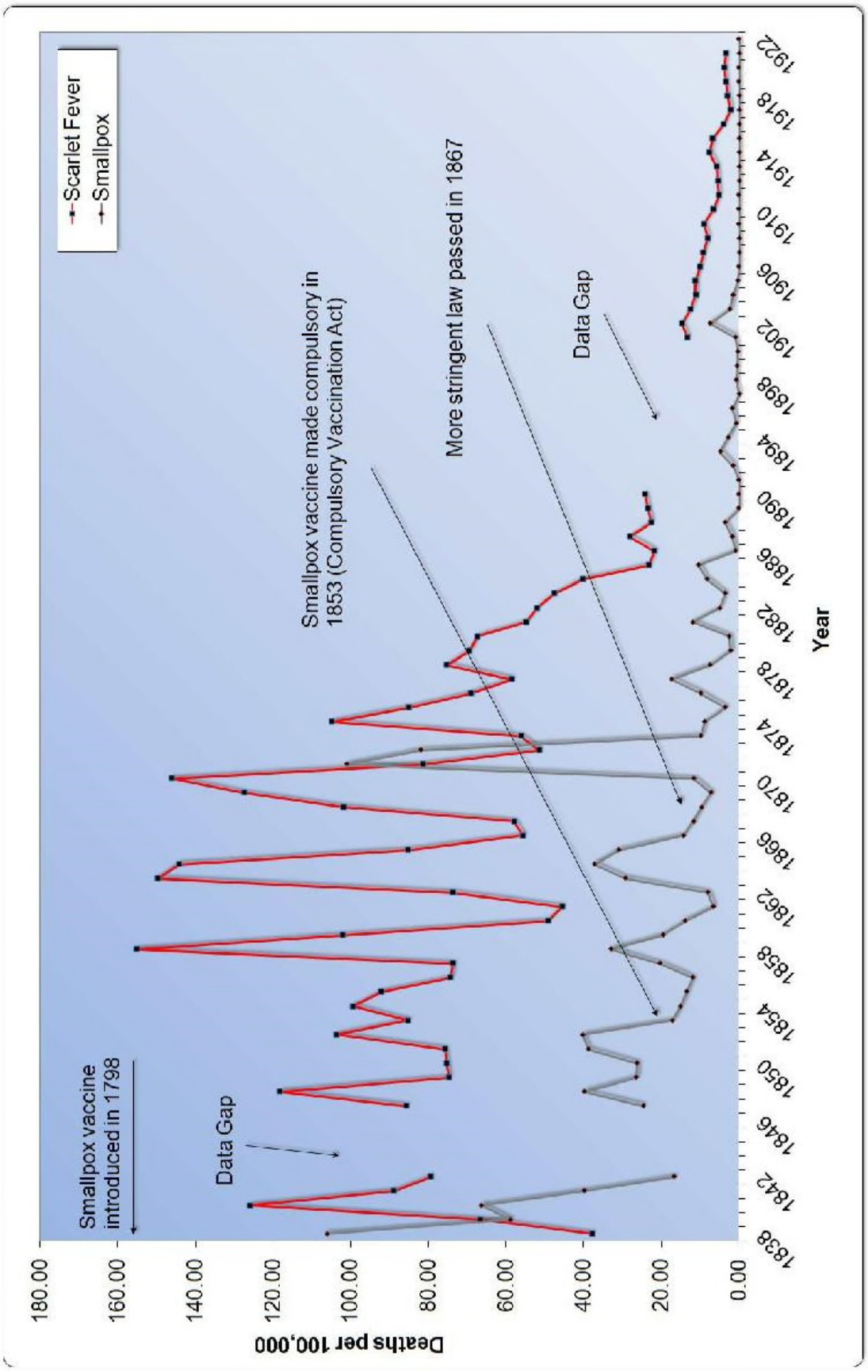
Cette étude n'a examiné que les décès de 1959 à 1968 aux États-Unis. Si les décès étaient aussi élevés dans un pays doté d'un système de santé moderne, quel a été le nombre total de décès dus à la vaccination contre la variole de 1800 à nos jours dans le monde entier ?

Les données présentées ici ainsi que les résultats d'autres études indiquent que les risques de la vaccination contre la variole telle qu'elle est actuellement pratiquée aux États-Unis sont considérables.

La surveillance des complications de la vaccination contre la variole est médiocre et l'étendue de la sous-déclaration est inconnue. L'observation que plusieurs décès dus à des maladies autres que les complications vaccinales ont été mal classés ou signalés à tort comme décès dus à la vaccine soulève la possibilité que les complications vaccinales puissent également être mal diagnostiquées ou mal classées avec d'autres entités pathologiques. Certains patients meurent des effets résiduels des lésions du système nerveux central causées par l'encéphalite post-vaccinale. Leurs certificats de décès peuvent ne mentionner que les causes immédiates qui se sont développées pendant les soins institutionnels et non la cause sous-jacente du décès. Dans nos études sur les complications vaccinales survenues en 1963, trois des sept décès définitivement liés à la vaccination n'apparaissaient pas dans notre recherche de certificats de décès.{157}

Le taux de mortalité par variole a diminué après 1872, mais rien ne prouve que la vaccination ait quoi que ce soit à voir avec cela. Au début des années 1900, les décès dus à la variole ont pratiquement disparu d'Angleterre (graphique 4.5). Fait intéressant, le schéma des décès dus à la variole reflétait presque parfaitement un tueur beaucoup plus important : la scarlatine, une maladie bactérienne à médiation par une toxine. Il existait un vaccin contre la scarlatine, qui n'a jamais été largement utilisé car il avait de graves conséquences pour bon nombre de ses receveurs. Une baisse marquée des décès par scarlatine s'est produite bien avant l'utilisation de tout antibiotique.

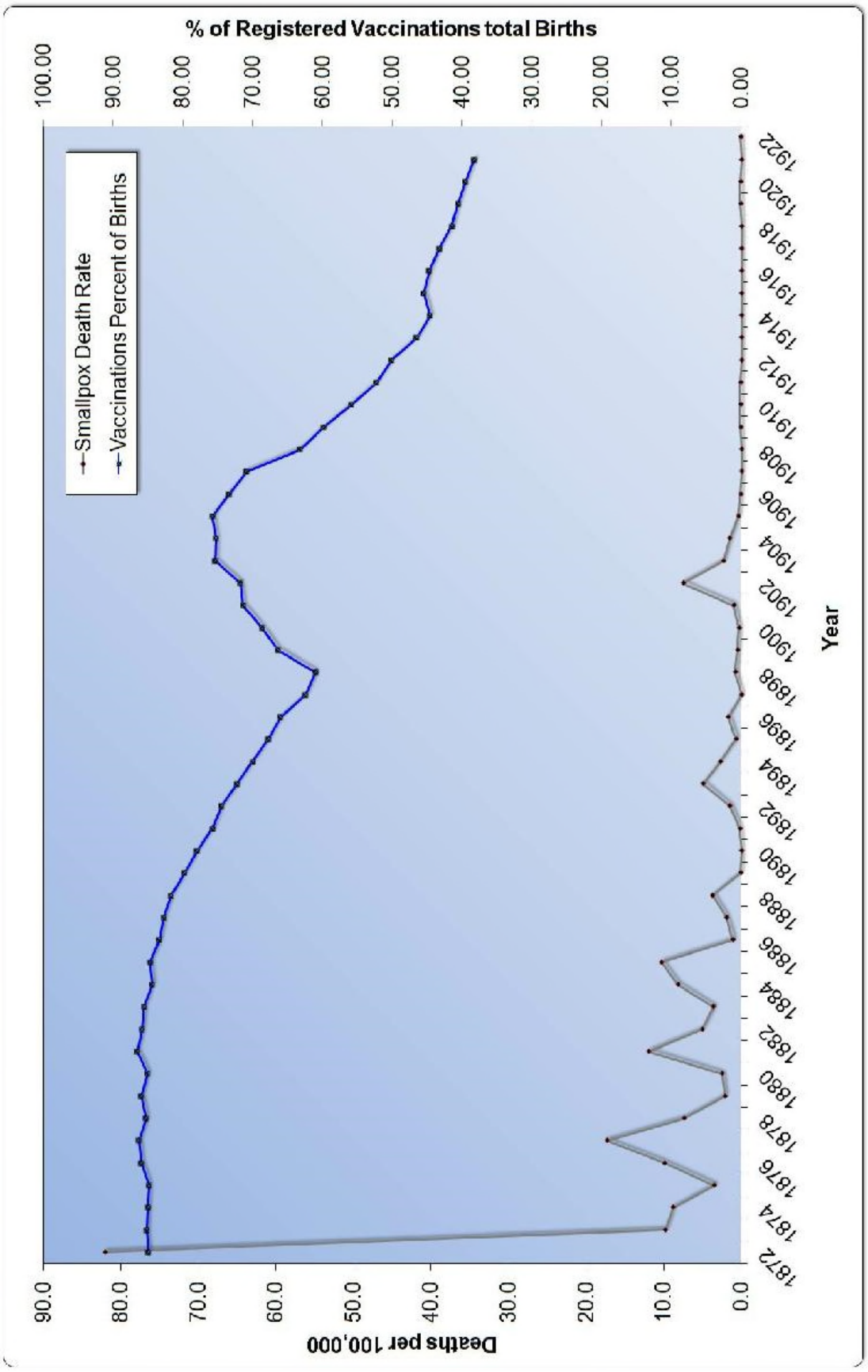
Graphique 4.5 (ci-dessous) :Taux de mortalité par variole et scarlatine en Angleterre et au Pays de Galles de 1838 à 1922.



Graphique 4.5 (ci-dessus) :Taux de mortalité par variole et scarlatine en Angleterre et au Pays de Galles de 1838 à 1922.

Certains peuvent regarder les graphiques et penser que le vaccin a juste eu besoin de plus de temps pour faire effet. Mais après 1872, les taux de couverture vaccinale ont lentement diminué à partir d'un sommet de près de 90 %. Les taux de couverture ont chuté à seulement 40 % en 1909 (graphique 4.6). Malgré la baisse des taux de vaccination, les décès dus à la variole sont restés faibles, tombant à près de zéro après 1906. La vaccination contre la variole a toujours été positivement corrélée aux épidémies dans les pays qui ont collecté des données dans le vain espoir de prouver la valeur du vaccin.

Au dessusGraphique 4.6 (ci-dessous) :Taux de mortalité par variole en Angleterre et au Pays de Galles par rapport aux taux de couverture vaccinale contre la variole de 1872 à 1922.



Au dessus[Graphique 4.6 (ci-dessus) :](#)Taux de mortalité par variole en Angleterre et au Pays de Galles par rapport aux

taux de couverture vaccinale contre la variole de 1872 à 1922.

Le Dr Del Campo a entrepris une enquête de cinq ans sur de nombreuses réponses physiologiques à différentes vaccinations. Son rapport publié en 1967 conclut que la vaccination est un traumatisme d'une intensité considérable, dont les altérations les plus graves surviennent avec les vaccins viraux vivants.{158}Imaginez quel aurait pu être l'impact de la vaccination cent ans plus tôt dans des conditions bien pires qu'en 1967.

Après la pandémie de 1872, encore plus de personnes ont perdu confiance dans la vaccination. Ils ont commencé à se demander si un meilleur assainissement, une meilleure hygiène, un meilleur logement, une meilleure nutrition et l'isolement des cas étaient les meilleurs moyens de lutter contre la variole. Ces idées, qui se heurtaient à la profession médicale et aux lois gouvernementales, ont abouti à une grande manifestation en 1885 contre la vaccination obligatoire dans la petite ville manufacturière de Leicester, en Angleterre. Les gens en avaient assez. Le vent était sur le point de tourner contre la profession médicale et la loi.

5. Vaccins contaminés

Les conséquences sont impitoyables.

–George Elliot (1819–1880)

Le fait que l'homme distingue le bien du mal prouve sa supériorité intellectuelle sur les autres créatures ; mais le fait qu'il puisse faire le mal prouve son infériorité morale à toutes les créatures qui ne le peuvent pas.

– Mark Twain (1835-1910)

Les vaccins contre la variole ont toujours été un bouillon inconnu de centaines de milliers de microbes autres que le cowpox. La pureté n'était pas garantie même lorsque les vaccins contre la variole étaient annoncés comme de la "lymphe pure". Le Dr Bayly discute de la terminologie :

On peut supposer qu'il est dit "pur" car, en vertu de la loi sur les substances thérapeutiques (1943), il ne doit pas contenir plus de 20 000 micro-organismes étrangers par centimètre cube...

selon le British Medical Journal (4 novembre 1950){159} que « Avec les meilleurs soins, une forte contamination bactérienne de la lymphe vaccinale est inévitable lors de sa préparation, et jusqu'à 500 millions d'organismes par ml. peut être présent, en particulier sous les tropiques.

*Ils appartiennent principalement au groupe des cocci, mais peuvent également inclure Bacillus subtilis, Bact. Coli, Pseudomones pyocyanea, levures et champignons ; les organismes anaérobies peuvent aussi être des contaminants occasionnels.**{160}***

Le Dr Bayly parlait en 1952, après que la théorie des germes et l'identification virale et bactérienne aient été possibles. Mais avant que la théorie des germes ne soit largement acceptée, la contamination n'était pas mesurée.

Des infections graves et des décès sont survenus après la mise en place des vaccins antivarioliques. À la fin des années 1700, la réfrigération à chaîne du froid n'existait pas. Les aiguilles étaient réutilisées d'une personne à l'autre et il y avait peu ou pas de conscience de la stérilité. Les ampoules et les récipients contenant le matériel vaccinal n'étaient pas scellés comme ils le sont aujourd'hui.

La vaccination a été introduite à la fin du XVIIIe siècle à une époque relativement sale, en utilisant les méthodes déjà établies pour l'inoculation de la variole (variolation). Le vaccin a été soit inséré sans aucune préparation cutanée, soit la peau a été essuyée avec un chiffon pas trop propre, éventuellement trempé dans de l'eau tout aussi sale ou peut-être de l'alcool.{161}

Ce qui a vraiment contaminé les premiers vaccins est une énigme. Cependant, il existe de nombreux documents et rapports faisant état de graves problèmes de santé après la vaccination.

Fièvre aphteuse

La fièvre aphteuse est une maladie virale aiguë et très contagieuse qui touche principalement les animaux à onglons. Elle se caractérise par des éruptions de cloques sur les muqueuses de la bouche et sur la peau entre les orteils et au-dessus des sabots. Cette maladie a été une préoccupation majeure car elle attaque les bovins, les porcs et les moutons, qui ont été domestiqués par l'homme.

En raison du taux élevé d'infectiosité et du fait que le virus peut être transmis avant l'apparition des signes cliniques, la fièvre aphteuse était l'une des maladies à déclaration obligatoire les plus redoutées chez les mammifères nord-américains. Les épidémies ont entraîné l'abattage de millions d'animaux infectés et non infectés pour empêcher la propagation du virus. La perte financière pour les agriculteurs était considérable. Les restrictions commerciales basées sur les épidémies ont eu des impacts majeurs sur les économies locales et nationales.

Bien que les États-Unis n'aient pas connu d'épidémie de fièvre aphteuse depuis 1929, elle est toujours considérée comme une grave menace. La maladie se propage avec le mouvement des animaux infectés, tels que les porcs et les bovins, ainsi que des objets ou des personnes contaminés. En 1870, 1880 et 1884, les trois premières épidémies se sont produites et étaient relativement mineures.

Les épidémies de 1902 et 1908 étaient graves, avec une encore plus grave en 1914. Fait intéressant, le**les épidémies de 1902 et 1908 ont été déclenchées au cours du processus de fabrication du vaccin. À cette époque, le seul vaccin fabriqué était destiné à être utilisé contre la variole.**

En novembre 1902, la maladie a été découverte dans le Massachusetts et le Rhode Island et a ensuite impliqué le New Hampshire et le Vermont. La source de l'infection était probablement le virus importé du vaccin cowpox contaminé par le virus de la fièvre aphteuse... La maladie est ensuite apparue au début de novembre 1908 chez des bovins près de Danville, en Pennsylvanie. Elle a été retracée dans les parcs à bestiaux d'East Buffalo, NY, et à Detroit, Michigan, et étendu à d'autres points du Michigan, de New York et de Pennsylvanie, et au Maryland. L'enquête a démontré que l'épidémie avait commencé chez des veaux utilisés pour propager le virus vaccinal dans un établissement près de Detroit et que la source de l'infection était un virus vaccinal japonais contaminé.{162}

Les animaux qui ont contracté la maladie ont souffert de manière morbide et certains sont morts.

Dès que la maladie s'est bien établie, le malade ressent de la douleur en essayant de manger; en fait, l'appétit est souvent si sérieusement affecté que toute nourriture est refusée et l'animal ouvre et ferme mal à l'aise la bouche avec un bruit de claquement caractéristique, tandis que des cordes de salive cohésive et filante sont suspendues aux lèvres. Avec l'avancée de la maladie, les vésicules se sont élargies et étendues jusqu'à atteindre un diamètre allant de celui

d'un sou à celui d'un dollar en argent. Celles-ci se rompent peu après leur apparition…

L'attaque sur les pieds d'un animal se manifeste fréquemment dans les quatre pieds à la fois… Lorsque les pieds deviennent sensibles et douloureux, l'animal se couche de manière persistante, et il a été constaté que les escarres se développent avec une rapidité étonnante dans tous ces cas et complètement déconcertant toutes les tentatives de traitement jusqu'à ce que le patient ait retrouvé ses pieds. La maladie peut attaquer certains des organes internes avant d'apparaître sur les tissus externes. Ces cas sont très susceptibles de s'avérer rapidement mortels. L'animal meurt de la paralysie du cœur, en raison de la formation de principes toxiques dans le système, ou il peut suffoquer en raison de l'action de ces mêmes poisons sur les tissus des poumons, ou il peut s'étouffer à mort à la suite de paralysie de la gorge.{163}

Photos 5.1 :Tête de vache atteinte de fièvre aphteuse. (1914) Le taux de mortalité était d'environ 3 % dans les cas bénins, mais pouvait atteindre 30 à 40 % dans les cas malins.

L'épidémie de 1902 dura six mois et infecta 244 troupeaux, dont 4 712 bovins. Des mesures vigoureuses ont été prises et la maladie a finalement été contenue. Des animaux ont été tués et leurs corps ont été brûlés ou enterrés.

Parmi ceux-ci, 205 troupeaux avec 3 872 bovins ainsi que 360 porcs et 220 moutons et chèvres, ont été abattus. Les bovins infectés mais non abattus étaient ceux qui étaient morts ou complètement guéris avant que l'abattage ne puisse être effectué... "Méthode d'abattage et d'enfouissement du bétail." La tranchée est suffisamment profonde pour permettre aux carcasses d'être recouvertes d'au moins 5 pieds de terre. Les animaux sont conduits à la tranchée et y sont tués, généralement par balle. Les peaux sont coupées pour empêcher quiconque d'exhumer des carcasses afin d'obtenir les peaux, et les carcasses sont ouvertes et recouvertes de chaux vive.{164}

Photos 5.2 :De l'écurie, le veau est conduit à la salle d'opération et sanglé sur la table d'opération. Le ventre et les cuisses rasés sont à nouveau lavés puis scarifiés par des incisions linéaires superficielles pratiquées au bistouri. Dans les incisions saignantes faites par le couteau, le virus du vaccin (cowpox) est soigneusement enduit avec un instrument en ivoire ou en métal. (1901)

Au cours d'une épidémie de 1908, les inspecteurs ont effectué plus de cent mille visites dans des fermes, des parcs à bestiaux et d'autres lieux, inspectant et réinspectant environ un million et demi d'animaux. Encore une fois, des mesures sévères ont été mises en place et l'épidémie a été éliminée en cinq mois environ.

Cent cinquante-sept exploitations ont été trouvées infectées et 3 636 animaux (2 025 bovins, 1 329 porcs et 282 moutons et chèvres), évalués à 90 033,18 $, ont été abattus.{165}

La source de cette épidémie a été soigneusement recherchée pour déterminer qu'elle provenait de la fabrication du virus vaccinal. Le virus vaccinal a été produit sur un veau ou une génisse vivant. L'animal était attaché à une table où son ventre était rasé. Ensuite, plusieurs égratignures ou coupures ont été faites, dans lesquelles le virus de la semence a été placé pour se développer. L'animal a été relâché et les infections à cowpox ont pu incuber. Après environ une semaine, du pus infectieux a été extrait des plaies pour être utilisé dans les vaccins contre la variole pour les humains. L'animal malade a été relâché et autorisé à se mélanger au troupeau.

Enfin, il a été abattu et sa viande et ses carcasses ont été soit utilisées, soit détruites.

... les épidémies de fièvre aphteuse en 1902 et 1903 étaient assez étroitement associées au bétail vacciné de l'établissement de la New England Vaccine Company et le Dr E.

Le travail expérimental d'E. Tyzzer avec un vaccin dans une ferme de Wakefield Mass.... l'endroit où on pensait qu'il était originaire était la ferme de M. Owen Clark, qui avait un contrat avec le docteur C., de la New England Vaccine Company, pour louer des veaux pour la propagation du virus vaccinal. Ces veaux ont ensuite été rendus à M. Clark après que le virus du vaccin ait été sécurisé.{166}

...le virus vaccinal propagé par le fabricant B en avril et mai 1908, était contaminé par le virus de la fièvre aphteuse. L'histoire de ce vaccin particulier montre qu'il s'agissait d'une souche japonaise,

importée dans le but d'améliorer le vaccin standard produit par cette société. Le fait que la fièvre aphteuse ait été présente dans le virus vaccinal du fabricant B pendant une si longue période, mais qu'elle n'ait pas été transmise à des bovins extérieurs, était sans doute dû en partie à la pratique de cette entreprise de tuer ses veaux après avoir pris le vaccin virus. Le fabricant A, en revanche, a loué ses veaux et les a remis sur le marché peu de temps après la prise du matériel vaccinal.{167}

Bien qu'aucun lien n'ait jamais été officiellement établi entre les épidémies de fièvre aphteuse de 1870, 1880 et 1884 et la production de vaccins, le fait est que le début de ces épidémies a coïncidé avec la production de vaccins qui a commencé aux États-Unis en 1870.

La lymphe de veau a commencé à être utilisée aux États-Unis en 1870; la lymphe originale a été obtenue de France et inoculée à un troupeau de vaches dans une ferme près de Boston, Massachusetts.{168}

La route présumée de l'épidémie de 1870 était du bétail infecté en provenance du Canada.

Une vaste épidémie en 1870 a été introduite par le Canada, où l'infection a été apportée par une importation de bétail d'Ecosse. Il s'est répandu dans les États de la Nouvelle-Angleterre et à New York et semble avoir été arrêté en quelques mois.{169}

On a d'abord pensé que l'origine de l'épidémie de 1902 était la navigation étrangère, et ce n'est qu'après une enquête approfondie que la production du virus du vaccin antivariolique a été déterminée comme étant la source réelle. Des enquêtes détaillées sur les épidémies de fièvre aphteuse d'avant 1902 n'ont jamais été menées. Bien que cela ne soit pas prouvé, il semble probable que ces précédentes épidémies de fièvre aphteuse pourraient certainement avoir été le résultat de la production de vaccins.

*Le Dr Peters conclut que, comme la fièvre aphteuse prévaut largement en France, en Autriche, en Italie et en Suisse, et aussi dans une moindre mesure, dans d'autres pays européens, il ne semble pas impossible que la maladie ait été importée d'Europe dans un virus frais. apporté à un établissement de vaccins aux États-Unis pour rénover un produit qui perdait sa vitalité.**{170}***

L'une des souches du virus vaccinal à l'origine de deux épidémies de fièvre aphteuse est originaire du Japon, qui avait contaminé les vaccins pendant des années. Même s'il y avait contamination par le vaccin, on a supposé que les virus contaminants ne constitueraient pas un risque d'infection pour l'homme parce que le vaccin n'était introduit que par inoculation cutanée.

Il est douteux que la maladie puisse être transmise à l'homme par inoculation cutanée ou sous-cutanée, bien qu'il soit probable que l'infection puisse être transmise si le virus pénètre directement dans le sang par des blessures de toutes sortes.{171}

... aucun cas de transmission de la fièvre aphteuse à l'homme par le virus vaccinal n'a été enregistré, et il est douteux, au vu des preuves présentées, qu'il soit possible de reproduire la maladie chez lui par l'inoculation cutanée couramment utilisée en cours de vaccination.{172}

Cela n'avait aucun sens, surtout sachant que la cowpox provoque au moins une infection subclinique. Alors pourquoi d'autres virus n'auraient-ils pas la capacité de faire la même chose ? Même une compréhension superficielle de l'anatomie aurait dû révéler que le sang circule constamment via les capillaires à travers la peau.

Les êtres humains ont historiquement été infectés par la voie naturelle de la fièvre aphteuse, mais cela était rare, même en cas d'exposition rapprochée à des animaux infectés. La maladie humaine, lorsqu'elle se produisait, était rarement mortelle et se manifestait généralement par des symptômes bénins. Cependant, des cas plus graves sont documentés :

Les symptômes chez l'homme ressemblent à ceux observés chez les animaux. Il y a fièvre, parfois vomissements, déglutition douloureuse, chaleur et sécheresse de la bouche, suivie d'une éruption de vésicules sur la muqueuse buccale et très rarement de semblables sur les doigts. Les vésicules apparaissent sur les lèvres, les gencives, la joue et le bord de la langue et ont à peu près la taille d'un pois.{173}

L'exposition naturelle aux animaux et à leurs virus ne se manifeste pas de la même manière que l'injection directe de virus animaux au cours du processus de vaccination. Les médecins ont remarqué que des cas de fièvre aphteuse étaient transmis à l'homme par la vaccination contre la variole et, dans ces cas, la maladie n'était pas si bénigne. Un discours du sénateur Money du Mississippi, le 25 février 1909, lors du débat concernant l'épidémie de fièvre aphteuse de 1908, affirme cette vérité.

C'est une question importante en ce qui concerne le bétail, mais elle est beaucoup plus importante pour les êtres humains de ce pays. Ces points de vaccination sont les choses avec lesquelles nous vaccinons les enfants de ce pays contre la variole. Il a été constaté que cela les rend parfois immunisés contre la variole, mais leur donne la fièvre aphteuse, qui est à peu près aussi grave.{174}

Lors d'une réunion de l'American Dermatological Association en 1902, le Dr James Howe de Boston a présenté 10 cas d'une affection cutanée grave survenue entre le 1er juillet 1901 et le 1er juillet 1902.

Pendant ce temps, le conseil municipal de la santé a administré environ 230 000 vaccinations.

... Alors que la vague de vaccination, comme nous pourrions l'appeler, était à son apogée, l'hôpital de Boston a reçu pour traitement une remarquable série de cas de dermatite bulleuse [vésicules remplies de liquide]. Tous ces cas sont apparus chez des personnes récemment vaccinées, à l'exception d'un cas supplémentaire non inclus dans les cas mentionnés ci-dessus... Tous étaient de type sévère, plusieurs se sont avérés mortels, et j'ai un

*grand doute quant à comment bien les classer… Dans les 10 cas qui ont suivi la vaccination il y a eu six décès, une mortalité des plus extraordinaires.**{175}***

Les 10 cas ont été décrits en détail par le Dr Howe. « Cas 1 » était un homme de 43 ans :*Deux semaines après la vaccination, son bras gauche est devenu plutôt douloureux et deux grandes zones rougeâtres sont apparues sur le site de la vaccination. Un jour ou deux plus tard, ces zones rougies étaient recouvertes chacune d'une bulle de la taille d'un morceau de dix centimes… un peu plus de quatre semaines après qu'il ait été vacciné, toutes les douleurs aux bras ayant entre-temps disparu, cultures de bullæ [ampoules], variant d'un pois cassé à un quart de dollar, ont commencé à apparaître sur le visage et le cuir chevelu, également dans les aisselles [aisselles], la face interne des cuisses, et sur le dos et les parois abdominales… Le cuir chevelu est couvert de sang croûtes, les deux yeux sont fermés, gonflés et encroûtés, et une sécrétion purulente baigne les paupières. Il n'y avait ni douleur ni démangeaison. Il y avait des bulles discrètes, variant en taille d'un quart à un demi-dollar, éparpillées ici et là sur les membres inférieurs. La température était à ce moment de 103°… Le 22 [jour]… Sa respiration était rapide et difficile, et, comme il était incapable d'avaler même des liquides, des lavements nutritifs [fournis par voie rectale] lui ont été administrés. Le décès est survenu subitement à 23 heures{176}*

Photos 5.3 :Dermatite bulleuse étroitement liée au pemphigus aigu. (1908) Le Dr Howe a détaillé neuf autres cas similaires - certains qui se sont rétablis après une longue maladie et d'autres qui sont décédés. Il a demandé si cela pouvait être le résultat de la vaccination ou du matériel infectieux introduit au moment de la vaccination ou d'une autre cause. Il n'aurait pas eu connaissance des vaccins contaminés par le virus de la fièvre aphteuse, car ils n'ont été définitivement identifiés dans les vaccins que plusieurs années après la date de cette conférence.

Pour autant que l'on ait pu le savoir, la lymphe animale a été utilisée dans tous ces cas, et elle provenait sans aucun doute d'une source digne de confiance, et avec peut-être une ou deux exceptions, la vaccination a été effectuée par des médecins nommés par le Boston Board of Health.{177}

Le Dr Bowen a signalé plus de cas de dermatite bulleuse chez les enfants après la vaccination. Il a noté dans un cas que le "type de maladie dans le cas est grave, ayant persisté pendant cinq ans".{178}

Au cours de la discussion, le Dr Stelwagon a soulevé ses soupçons d'un lien entre la maladie observée chez les personnes qui manipulaient des produits d'origine animale et les cas décrits par le Dr Howe.

J'ai récemment vu un article de Bulloch et Pernet, dans le British Journal of Dermatology, dans lequel les auteurs rapportaient un certain nombre de cas de pemphigus aigu chez des personnes qui manipulaient des produits d'origine animale, et il me vient à l'esprit que dans les cas décrits par le Dr Howe le matériel infectieux peut avoir été accidentellement obtenu à partir des animaux à partir desquels le vaccin a été obtenu.{179}

Dans un autre article, le Dr Bowen a examiné le cas d'une maladie de peau apparue chez un boucher sous la forme de grosses cloques lors de l'épidémie de fièvre aphteuse de 1902. Il a été étiqueté comme pemphigus.

Le pemphigus est connu aujourd'hui comme une maladie auto-immune{180}de cause inconnue. Ce coupeur de viande en gros a reçu plusieurs coupures à la main qui sont devenues enflées et infectées. Trois semaines plus tard, il entre au Massachusetts General Hospital.

...les lésions sont apparues sur la main, il a commencé à avoir une affection du nez, qui était généralement enflé et encroûté, de sorte que les narines étaient complètement bouchées. Il y a environ huit jours, sont apparues, d'abord sur la tête et les oreilles, de multiples "ampoules" jaunâtres, qui s'étaient régulièrement étendues sur le corps jusqu'à l'heure actuelle... étaient couvertes de grosses et petites bulles sur une base non enflammée, souvent fortement surélevées et très tendue, répartie sur le tronc, les extrémités, le cou et le cuir chevelu. Sur le cuir chevelu, de nombreuses lésions avaient séché en croûtes, qui étaient souvent hémorragiques [saignements abondants]. Sur les deux oreilles, il y avait des croûtes hémorragiques de taille considérable, outre des lésions purement bulleuses. Sur les côtés du cou, de l'abdomen, du dos et des cuisses, il

y avait de nombreuses bulles d'un demi-pouce à un pouce de diamètre.{181}

Le boucher s'est lentement amélioré et a récupéré et est sorti de l'hôpital trois semaines après son arrivée. Dans son article, le Dr Bowen fait le lien entre l'épidémie de fièvre aphteuse de 1902, le vaccin et le pemphigus. Il a noté que juste avant l'épidémie de 1902, les personnes récemment vaccinées ont développé cette affection cutanée grave et parfois mortelle.

Le Dr Tyzzer prouve de manière concluante que la fièvre aphteuse peut se propager au moyen de la vaccination, et que cela s'est réellement produit à l'été 1903. Nous connaissons une affection bulleuse bien définie qui survient chez les bouchers et les personnes qui ont à faire avec produits d'origine animale, et qui est très souvent mortelle. On sait qu'une autre série de cas aux symptômes similaires s'est produite à Boston de janvier à juin 1902, juste avant l'apparition de la fièvre aphteuse, chez des personnes d'occupations diverses, mais qui avaient toutes été vaccinées... Il semblerait qu'il y ait existe-t-il une ressemblance suffisante entre la fièvre aphteuse et le pemphigus aigu pour justifier qu'ils appartiennent au même groupe d'affections, et qu'ils peuvent éventuellement être apparentés.{182}

Le Dr Bowen décrit un certain nombre de cas similaires chez des personnes exerçant différentes professions, notamment boucher, tanneur, forgeron et agriculteur. Tous ont été en contact avec des animaux ou des produits d'origine animale. La plupart avaient des blessures aux doigts ou aux mains. Certains ont récupéré après une longue maladie, et certains sont morts.

Des rapports continus de pemphigus aigu après la vaccination ont été publiés dans diverses revues médicales.

Ces cas étaient graves et parfois même mortels.

À la Nouvelle-Orléans, il y a eu récemment une épidémie de variole et, à la suite d'une vaccination nécessairement extensive, il y a eu de nombreuses éruptions de vaccination. La première éruption de ce

genre qu'il avait remarquée était chez un petit enfant... Les lésions étaient pour la plupart bulleuses. Quelques jours plus tard, il a constaté que les taches étaient devenues hémorragiques. Après plusieurs jours d'hospitalisation, l'enfant est tombé dans le coma... Le cas était en observation depuis deux ans... Il avait vu trois autres cas de ce genre...{183}

Alors que la plupart de ces cas suivent une évolution relativement bénigne, j'ai vu une issue fatale dans un cas d'éruption bulleuse du type pemphigus aigu. Cela s'est produit chez une fille de cinq ans, l'éruption commençant deux semaines après la vaccination. J'ai également vu quatre autres cas d'éruption bulleuse généralisée du type décrit ci-dessus, survenant peu de temps après la vaccination.{184}

Un menuisier nègre, âgé de 60 ans, a été vacciné... le 9 juin 1910... Cette nuit-là, le patient a eu des maux de tête, et le lendemain matin, quatre semaines après sa vaccination, une éruption bulleuse est apparue sur son bras gauche... Au début, les bulles étaient de taille variable. d'un pois à d'autres ayant une base de la taille d'un sou. Ils ont rapidement augmenté de taille, beaucoup devenant aussi gros qu'une noix, voire plus gros. Dès le deuxième jour, les bulles étaient apparues sur les jambes et le tronc, surtout à l'aisselle gauche. Au cours des troisième et quatrième jours, tout le corps s'est couvert de ces bulles, dont la taille varie d'un pois à une noix... Vers la fin de la première semaine, plusieurs bulles se sont développées dans la bouche, une petite sur la langue et une grosse. du côté du pharynx. Ce dernier, lorsqu'il a éclaté, « a failli le noyer », selon sa femme... Pendant deux jours, tandis que les bulles étaient dans sa gorge et sa bouche, il ne pouvait prendre que de la nourriture liquide. Sa température variait de 96° F. à 99,8° F... Entre deux et trois semaines après la disparition de la première récolte de bullæ, ils ont commencé à se reproduire sur les mêmes zones et le dos était couvert d'une seconde récolte de bullæ, gros et petites, quelques-unes confluentes comme auparavant... 9 septembre.—Le patient s'est régulièrement amélioré sous traitement... Quelques autres bulles sont apparues sur le bras gauche, le dos et les fesses. Celles-ci étaient plus petites qu'auparavant et suivaient un cours similaire...

la maladie peut cependant être due à une infection est démontrée par le fait que Pernet et Bulloch rapportent trois cas de pemphigus aigu chez des bouchers, qui avaient tous des plaies qui continuaient à suppurer [forme pus] jusqu'au moment de l'apparition du pemphigus. Sa température variait de 96° F. à 99,8° F... Entre deux et trois semaines après la disparition de la première récolte de bullæ, ils ont commencé à se reproduire sur les mêmes zones et le dos était couvert d'une seconde récolte de bullæ, gros et petites, quelques-unes confluentes comme auparavant... 9 septembre.—Le patient s'est régulièrement amélioré sous traitement... Quelques autres bulles sont apparues sur le bras gauche, le dos et les fesses. Celles-ci étaient plus petites qu'auparavant et suivaient un cours similaire... la maladie peut cependant être due à une infection est démontrée par le fait que Pernet et Bulloch rapportent trois cas de pemphigus aigu chez des bouchers, qui avaient tous des plaies qui continuaient à suppurer [forme pus] jusqu'au moment de l'apparition du pemphigus. Sa température variait de 96° F. à 99,8° F... Entre deux et trois semaines après la disparition de la première récolte de bullæ, ils ont commencé à se reproduire sur les mêmes zones et le dos était couvert d'une seconde récolte de bullæ, gros et petites, quelques-unes confluentes comme auparavant... 9 septembre.—Le patient s'est régulièrement amélioré sous traitement... Quelques autres bulles sont apparues sur le bras gauche, le dos et les fesses. Celles-ci étaient plus petites qu'auparavant et suivaient un cours similaire... la maladie peut cependant être due à une infection est démontrée par le fait que Pernet et Bulloch rapportent trois cas de pemphigus aigu chez des bouchers, qui avaient tous des plaies qui continuaient à suppurer [forme pus] jusqu'au moment de l'apparition du pemphigus. ils ont commencé à se reproduire sur les mêmes zones et le dos était couvert d'une seconde récolte de bulles, grandes et petites, certaines confluentes comme avant... 9 septembre.—Le patient s'est régulièrement amélioré sous traitement... Quelques autres bulles sont apparues sur le bras gauche, dos et les fesses. Celles-ci étaient plus petites qu'auparavant et suivaient un cours similaire... la maladie peut cependant être due à une infection est démontrée par le fait que Pernet et Bulloch rapportent trois cas de pemphigus aigu

chez des bouchers, qui avaient tous des plaies qui continuaient à suppurer [forme pus] jusqu'au moment de l'apparition du pemphigus. ils ont commencé à se reproduire sur les mêmes zones et le dos était couvert d'une seconde récolte de bulles, grandes et petites, certaines confluentes comme avant… 9 septembre.—Le patient s'est régulièrement amélioré sous traitement… Quelques autres bulles sont apparues sur le bras gauche, dos et les fesses. Celles-ci étaient plus petites qu'auparavant et suivaient un cours similaire… la maladie peut cependant être due à une infection est démontrée par le fait que Pernet et Bulloch rapportent trois cas de pemphigus aigu chez des bouchers, qui avaient tous des plaies qui continuaient à suppurer [forme pus] jusqu'au moment de l'apparition du pemphigus.{185}

La production de vaccins, utilisant des animaux également utilisés pour l'alimentation, a été à l'origine d'au moins deux épidémies de fièvre aphteuse aux États-Unis et peut-être à l'origine d'autres épidémies.

Les animaux infectés ont infligé la maladie à un nombre indéterminé de bouchers, de tanneurs, de forgerons et d'autres personnes qui travaillaient avec des produits d'origine animale.

Des vaccins contaminés ont également été utilisés pour vacciner des masses non recensées de personnes. Cela a entraîné la conséquence involontaire de la douleur et de la souffrance et parfois même la mort. La figure suivante montre le lien entre le vaccin, les animaux et les humains.

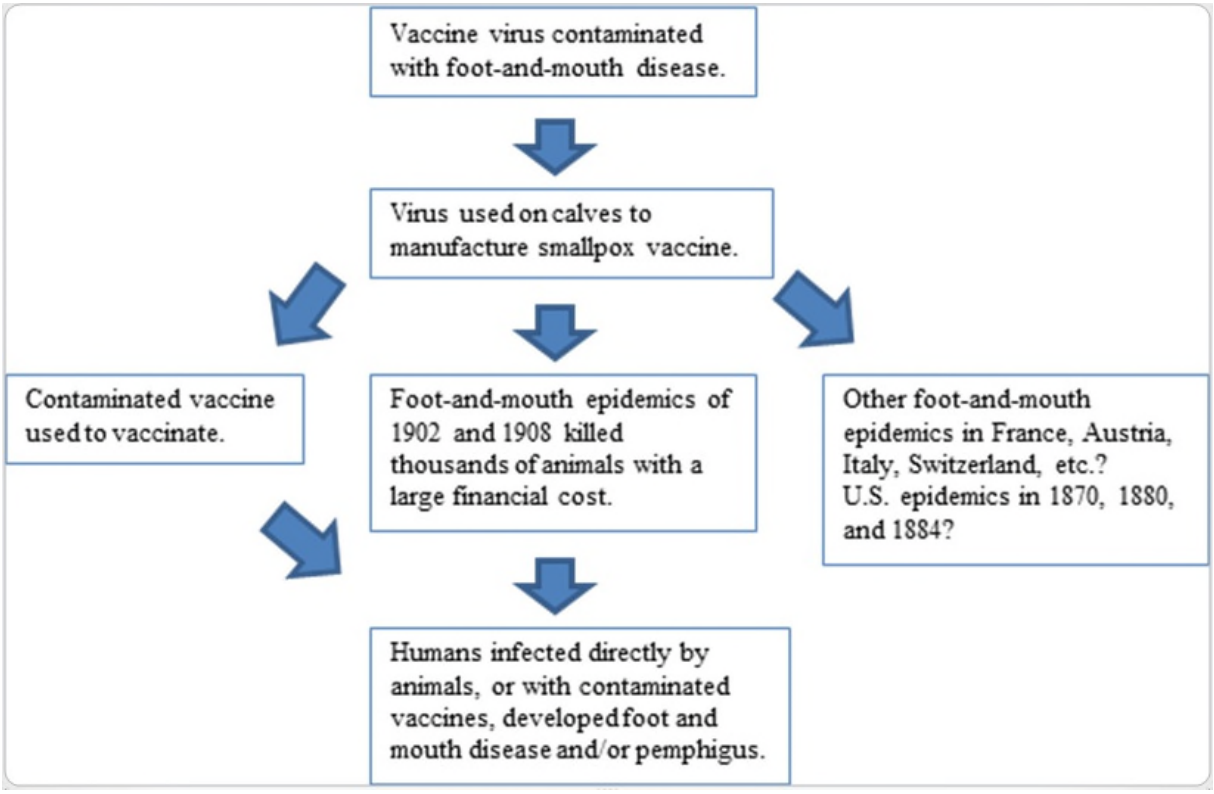


Figure 5.1 :Lien entre les vaccins et la fièvre aphteuse.

Malheureusement, il est difficile de déterminer combien d'autres épidémies de fièvre aphteuse ont pu se produire dans le monde en raison de souches contaminées de vaccins. Si les bouchers et les préposés aux animaux ont développé la fièvre aphteuse simplement en touchant ou en respirant l'air au milieu de ces animaux, quel genre de retombées auraient pu être non calculées après l'injection de ce contaminant avec les vaccins contre la variole ? Nous savons qu'il y avait un nombre élevé de personnes atteintes de maladie vaccinale et de décès liés au vaccin. Combien de décès étaient dus à cette falsification particulière ?

Le plus déroutant est que ce vaccin a longtemps été crédité de la seule éradication d'une maladie de la planète. Connaissant le processus de production des vaccins et ce qu'ils contenaient, est-il vraiment possible que ce vaccin ait éradiqué une maladie ?

De nombreux incidents bien documentés de contamination par des vaccins se sont produits. Même aujourd'hui, un contaminant ne peut pas être détecté à moins que les scientifiques ne soupçonnent sa présence, n'aient conçu un test spécifique et

n'effectuent le test de manière adéquate. Les infections occultes (infections reconnues pour la première fois par des manifestations secondaires) sont connues pour exister à l'intérieur de divers vaccins à l'époque actuelle.{186}Le virus SV-40 était un contaminant connu des vaccins antipoliomyélitiques cultivés sur des cellules rénales de singe jusque dans les années 1980.

Tant que des animaux et des cellules animales seront utilisés pour la fabrication de vaccins, le potentiel d'infection existera. Il n'est pas proposé de mettre fin à l'utilisation d'animaux dans la production de vaccins.

6. La grande démonstration

Le langage convenable et recevable me manque, en faisant allusion à ce qui aurait pu paraître incroyable il y a trente ans : ordonner la vaccination à un deuxième enfant d'une famille, alors que la vaccination a tué le premier ; puis envoyer le père en prison pour refus.

– Professeur émérite FW Newman (1805–1897), 26 octobre 1874

Ceux qui renonceraient à la liberté essentielle pour acheter un peu de sécurité temporaire, ne méritent ni la liberté ni la sécurité.

–Benjamin Franklin (1706–1790)

La liberté n'est jamais donnée volontairement par l'oppresseur ; elle doit être exigée par les opprimés.

– Martin Luther King Jr. (1929–1968)

C'était le 23 mars 1885, et après un hiver long et rigoureux, la ville manufacturière de Leicester, en Angleterre, a connu l'une des premières belles journées de printemps. Des milliers de personnes des environs et des villes environnantes se sont rassemblées pour protester contre ce qu'ils estimaient être une loi injuste imposée par le gouvernement britannique.

Bien que la vaccination contre la variole ait été utilisée depuis l'an 1800, le gouvernement n'a pas commencé à l'appliquer avant les premiers actes en 1840 et 1853. La loi de 1853 a mis en place le mécanisme gouvernemental pour exiger que chaque enfant soit vacciné dans les trois mois suivant la naissance. .

Grâce à une série d'actes juridiques au fil des ans, le gouvernement britannique avait, au moment de la manifestation de Leicester, fait du refus de la vaccination contre la variole un crime passible d'amendes ou d'emprisonnement. Ce qui suit a été rapporté en mars 1884 dans le Leicester Mercury.

Edward Irons a été convoqué pour avoir négligé de se conformer à une ordonnance de vaccination de son fils, âgé de deux ans. Il a déclaré qu'il avait une objection de conscience à se conformer à la loi sur la vaccination et qu'il agissait également sur les conseils de son médecin, qui a déclaré que la vaccination n'était pas favorable à la santé de l'enfant et qu'elle ne lui serait pas bénéfique. L'un de ses enfants avait été vacciné, et elle en avait beaucoup souffert, et il ne pouvait permettre au garçon de courir le même risque. Il a ensuite donné les opinions de plusieurs messieurs médecins sur les méfaits de la vaccination, et a dit qu'il pensait qu'il serait déconseillé pour le banc d'appliquer la loi sur une objection de conscience. Le P résident dit qu'il y a peu de questions qui ont donné lieu à des opinions plus diverses que celle de la vaccination. Il a été prouvé sans aucun doute que la vaccination a provoqué l'apparition de la variole sous une forme beaucoup plus bénigne. Les juges ont été unanimes dans leurs opinions sur la question.

Ils ont agi pour des raisons publiques et ont décidé que l'ordre serait exécuté dans les quinze jours. Si l'ordre n'était pas respecté, le défendeur serait passible d'une amende de vingt shillings. Ce cours serait suivi avec tous les cas qui leur seraient soumis.{187}

La loi de 1867 sur la vaccination a consolidé les lois existantes en matière de vaccination et institué une amende pour les parents qui ne présentaient pas leurs enfants à la vaccination dans les trois mois suivant la naissance.

Le prochain jalon dans l'histoire de la législation vaccinale est la loi de 1867, et c'est à ce jour la loi en vertu de laquelle toutes les peines sont imposées aux incroyants. C'est la loi sur la vaccination en Angleterre [en 1897]...{188}

Malgré les mesures prises par le gouvernement pour assurer un taux de vaccination très élevé, une épidémie massive de variole a frappé non seulement Leicester mais toute l'Angleterre et d'autres parties du monde au début des années 1870. L'épidémie de Leicester a entraîné des milliers de cas de variole et des centaines

de décès, ébranlant profondément la croyance de nombreuses personnes dans les pouvoirs protecteurs de la vaccination.

*... au fil des années, de plus en plus de parents ont entendu parler, vu ou vécu une liste croissante de complications attribuées à la vaccination. L'épidémie de variole de 1871-1872 a donné un exemple frappant aux habitants de la ville, car bien qu'ils aient respecté la loi, quelque 3 000 cas se sont produits et sur ces 358 sont morts, certains d'entre eux vaccinés conformément à la loi.**{189}***

Une lettre parue dans le numéro de juillet 1884 du Leicester Mercury reflétait les sentiments de ceux qui avaient perdu confiance dans la vaccination.

Il doit sembler assez singulier à l'observateur réfléchi que toutes les récentes épidémies de variole aient fait leur apparition parmi des populations où les lois imposant la vaccination ont été rigoureusement et systématiquement appliquées. 96% des naissances à Londres sont protégées par la vaccination. Puis-je me permettre de demander si les médecins qui ont défendu et encouragé un système de procédure médicale dont l'expérience de quatre-vingts ans a démontré un échec désastreux et humiliant ne devraient pas se sentir honorablement tenus pour des raisons publiques de revenir sur leurs pas et d'avouer que la vaccination, comme d'autres jadis les prescriptions populaires d'inoculation, de saignée et de mécurisation, est une bévue grave et malicieuse.{190}

Une vague de gonflement se développait. Les lois ont été initialement adoptées après que les gens ont refusé le vaccin lorsqu'ils ont remarqué les complications négatives. Plus tard, ils se sont soumis à cause des nouvelles lois et ont encore été frappés par des épidémies mortelles de variole. Ensuite, encore plus de gens se sont rebellés.

Bien qu'incongru avec la logique, le gouvernement a pris des mesures pour augmenter encore le taux de vaccination en utilisant des agents de vaccination pour poursuivre les parents qui refusaient de faire vacciner leurs enfants.

Après la grave épidémie de variole de 1870-1, faisant partie de la pandémie qui a balayé l'Europe, la nomination d'agents de vaccination a été rendue obligatoire et les autorités de Leicester, comme ailleurs, ont tenté d'imposer la vaccination plus rigoureusement. Les poursuites dans la ville sont passées de deux en 1869 à plus de 1 100 en 1881, le total pour les douze années étant supérieur à 6 000. Parmi ceux-ci, 64 avaient impliqué l'emprisonnement et 193 saisies [saisie de biens pour obtenir l'argent dû] sur des biens, ces derniers étant souvent effectués avec beaucoup de difficulté en raison de la sympathie populaire avec les accusés. Toutes les classes de la communauté étaient représentées, parmi celles qui défiaient la loi, et celles qui étaient poursuivies étaient considérées comme des martyrs.{191}

Même dès les premiers jours de la vaccination, de nombreuses personnes ont été amenées à s'opposer à la loi car de nombreux enfants ont souffert de graves problèmes de santé et sont décédés à la suite de la procédure.

C'était principalement dû aux séquelles graves et aux atteintes à la santé dont beaucoup de gens avaient personnellement fait l'expérience dans leur propre famille, ou croyaient avoir eu, et qui étaient sans doute beaucoup plus fréquentes à l'époque du bras à bras. la vaccination, alors que l'importance de l'asepsie [l'état d'absence de micro-organismes pathogènes] était inconnue ou mal comprise... Être obligé de faire vacciner un enfant en bonne santé et bien-aimé alors qu'on croyait sincèrement qu'une atteinte à la santé pourrait s'ensuivre semblait à de nombreux parents constituer une atteinte intolérable à la liberté individuelle.{192}

Les sanctions tombaient de manière disproportionnée sur les pauvres qui, s'ils n'avaient pas les moyens de payer l'amende pour non-respect de la loi sur la vaccination, verraient le règlement compensé de force par la saisie et la vente de leurs meubles. Extrait du Leicester Mercury, janvier 1884 :

Un homme du nom d'Arthur Ward a eu deux enfants blessés par la vaccination et a refusé d'en soumettre un autre à l'opération. Une

amende a été infligée et le 24 novembre, deux policiers ont réclamé la sanction ou, à défaut, une contravention à la marchandise. Le mari était au marché et la pauvre femme n'avait pas d'argent pour payer. Les marchandises en bas ont été jugées insuffisantes pour couvrir le montant, et les agents ont exigé de monter à l'étage. La femme a refusé de permettre cela, et une altercation a eu lieu, et un langage dur a été utilisé par les agents, qui ont menacé d'emmener son mari en prison, terrifiant Mme Ward. A cette époque, elle était enceinte, et le choc pour le système, et la peur, étaient d'un tel caractère que des symptômes se sont ensuivis qui ont finalement conduit à un accouchement prématuré, et le 26 décembre, elle a donné naissance à un enfant mort-né. Elle n'a jamais récupéré et la semaine dernière, elle a expiré. Le médecin qui avait soigné Mme Ward a déclaré que, bien qu'il croie en la vaccination, il ne pensait pas qu'il était du devoir d'un homme professionnel d'appliquer les lois de la manière scandaleuse et brutale dont elles étaient appliquées.{193}

En raison des résultats graves et parfois mortels de la procédure et du soutien indéfectible du gouvernement à la vaccination forcée par le biais d'amendes et d'emprisonnement, la population était motivée à se révolter. En grand nombre, ils sont descendus dans les rues de Leicester pour protester. Au moment de la manifestation, des milliers de poursuites étaient engagées contre des parents qui refusaient la vaccination de leurs enfants.

L'opposition généralisée à l'application des clauses obligatoires des lois sur la vaccination qui existe à Leicester a abouti hier à une grande manifestation, qui s'est déroulée avec beaucoup de succès. La position que les habitants de la ville ont prise à l'égard de cette question est due à diverses causes. À l'heure actuelle, plus de 5 000 personnes sont convoquées pour avoir refusé de se conformer à la loi.... les convocations émises en 1884 n'ont atteint que sept, soit un peu plus d'une convocation tous les deux mois, alors qu'à l'heure actuelle quarante-cinq convocations sont entendus et traités chaque semaine. Mais même l'élimination de quarante-cinq accusés chaque semaine n'est pas suffisante pour répondre aux exigences de

l'affaire, et les défaillants et les opposants augmentent plus vite que les affaires ne peuvent être traitées.{194}

La foule s'est rassemblée à Leicester en provenance de différents comtés d'Angleterre et comprenait des personnes de toutes professions.

La manifestation... a attiré des délégués de toutes les régions du pays, tandis que de nombreuses lettres de sympathie ont été reçues non seulement d'Angleterre, d'Écosse et d'Irlande, mais de Jersey, de France, de Suisse, de Belgique, d'Allemagne et d'Amérique. La plupart des grandes villes du royaume ont envoyé des bannières spéciales, le Yorkshire, l'Irlandais et le Scotch étant très en vue. Les anti-vaccinationnistes de Jersey ont envoyé une bannière très élaborée énonçant que les Actes y avaient été vaincus quatre fois, tandis que la bannière belge portait cette inscription en français

—« Ni les amendes ni les peines d'emprisonnement n'empêcheront le vaccin d'être un poison ni les lois sur la vaccination une infamie.{195}

C'était une atmosphère festive avec de la musique et des centaines de drapeaux et de bannières arborant des dictons tels que "La liberté est notre droit d'aînesse, et la liberté que nous exigeons", "Les lois oppressives font des peuples mécontents", "Les mères de l'Angleterre exigent l'abrogation", "Le Trois piliers de la vaccination

— Fraude, Force et Folie » et « Nous ne mendions plus mais exigeons le contrôle de nos enfants ».

Le maire de la ville recevait le cortège, et un membre du conseil municipal présidait. Une effigie de Jenner [considéré comme le père de la vaccination] a été suspendue à la potence et a reçu la "longue chute" à intervalles réguliers au fur et à mesure que la procession avançait. Les hommes qui avaient subi la peine extrême de l'emprisonnement faisaient figure de proue, et d'autres, dont les biens avaient été saisis, montraient des échantillons d'ustensiles autrement plutôt banals aux yeux admiratifs. Les actes

parlementaires désagréables ont été brûlés avec enthousiasme. Un chariot transportant des enfants non vaccinés portait la devise : « Ceux qui sont sains n'ont pas besoin de médecin."{196}

La caractéristique la plus importante était un grand nombre d'hommes qui avaient subi le processus extrême de l'emprisonnement plutôt que de se soumettre à la loi. Vient ensuite un détachement plus important, composé d'hommes dont les biens ménagers sont saisis et vendus aux enchères publiques, des échantillons des biens saisis et vendus étant transportés dans des wagons. Le détachement suivant consistait en un véhicule rempli d'enfants non vaccinés... Il était suivi par un grand nombre de délégués, dont beaucoup venaient de Londres, Leeds, Manchester, Halifax, Blackburn, Keighley, Bedford, Birmingham, Lincoln et Norwich. Parmi les autres caractéristiques de la procession figuraient un cheval et une vache, tirés dans des chariots et exposés comme sources de vaccination.{197}

Les appareils et les devises étaient de l'ordre le plus abondant. L'un des appareils était une effigie du Dr Jenner portant l'inscription "tueur d'enfants" ; un second était un cortège funèbre complet, composé d'un cercueil sur bière ouverte, de pleureuses, etc., et inscrit « une autre victime de la vaccination »...{198}

La grande procession de deux milles de long a marché autour de la ville pendant environ deux heures, recevant des acclamations enthousiastes à divers endroits le long du parcours. Les habitants de la ville ont montré leur soutien en agitant des banderoles avec des drapeaux et des dictons le long de la route. Le cortège s'est poursuivi jusqu'au marché.

... bon nombre d'antivaccinateurs étaient présents, et une escorte se forma, précédée d'une banderole, pour accompagner une jeune mère et deux hommes, qui avaient tous résolu de se livrer à la police et de subir l'emprisonnement plutôt que d'avoir leurs enfants vacciné. La plus grande sympathie a été exprimée pour la pauvre femme, qui a supporté courageusement, et bien que semblant ressentir sa position, a exprimé sa détermination à aller en prison

encore et encore plutôt que de confier son enfant à la « tendre miséricorde » d'un vaccinateur public. Les trois ont été suivis par une foule nombreuse et à Gallowtreegate, trois chaleureuses acclamations leur ont été adressées, qui ont été renouvelées avec une vigueur accrue lorsqu'ils ont franchi les portes des cellules de police..{199}

Les organisateurs de l'événement ont estimé que le nombre de participants se situait entre 80 000 et 100 000.

M. le conseiller Butcher de Leicester a présidé et a félicité la foule pour la présentation magnifique et élaborée. Il a dit:

...la conduite exemplaire des milliers de personnes qui ont assisté à la

démonstration a montré qu'ils étaient déterminés à n'utiliser que des moyens justes et constitutionnels pour provoquer l'abrogation des lois.{200}

Il s'adressa au public :

Beaucoup de personnes présentes avaient été victimes des lois, et tout ce qu'elles demandaient, c'était qu'à l'avenir, elles et leurs enfants soient laissés seuls. Ils vivaient pour autre chose dans ce monde que d'être expérimentés pour éradiquer une maladie particulière. Une partie importante et croissante du public était d'avis que la meilleure façon de se débarrasser de la variole et des maladies similaires était d'utiliser beaucoup d'eau, de bien manger, de vivre dans des maisons claires et aérées et de veiller à ce que la Société garde les rues propres. et les drains en ordre. Si de tels détails étaient pris en compte, il n'y avait pas lieu de craindre la variole, ni aucune de ses apparentées ; et s'ils étaient négligés, ni la vaccination ni aucune autre prescription par acte du Parlement ne pourraient les sauver.{201}

La foule a applaudi. M. William Young, secrétaire de la London Society, a suivi avec une résolution :*Que le principe des actes de vaccination obligatoire est subversif de cette liberté personnelle qui*

est le droit d'aînesse de tout Britannique né libre ; qu'ils sont destructeurs des droits parentaux, tyranniques et injustes dans leur fonctionnement, et doivent donc être combattus par tous les moyens constitutionnels.{202}

Après la démonstration, une réunion en soirée a eu lieu à Temperance Hall sous la présidence du révérend J. Page Hopps. La salle était décorée de drapeaux et de dictons dénonçant la pratique de la vaccination. Il y avait des délégués de plus de 60 villes sur la plate-forme. MW Stanyon a présenté une résolution qui a été adoptée à l'unanimité.

Que les lois sur la vaccination obligatoire, qui font des parents aimants et consciencieux des criminels, les soumettant à des amendes, à la perte de biens et à l'emprisonnement, propagent la maladie et infligent la mort, et en vertu desquelles cinq mille de nos concitoyens sont actuellement poursuivis, sont une honte au Recueil des lois et doit être aboli immédiatement.{203}

La manifestation a été considérée comme un formidable succès par les personnes présentes. Le Dr Spencer T. Hall, un résident de Blackpool âgé de 73 ans, a été submergé par l'émotion en parlant des événements de la journée. Il a dit que ses larmes étaient des larmes de joie d'avoir vécu pour voir la vaccination être si contestée.

Il avait été vacciné à l'âge de deux ans et très gravement blessé ; mais à quatorze ans, il eut une grave crise de variole, qui fut suivie d'une amélioration de sa santé. Il préférerait de loin avoir la variole que d'être vacciné. Il avait payé des amendes pour tous ses enfants. Au cours de sa longue et vaste expérience, il n'avait jamais vu d'aussi mauvais résultats de la variole que ceux de la vaccination.{204}

Ces personnes intrépides voulaient pouvoir prendre leurs propres décisions pour leur santé et celle de leurs enfants et se sont donc battues pour l'autodétermination.

La terrible mortalité due à la variole chez des personnes complètement vaccinées et vraisemblablement bien portantes

Leicester "protégé" pendant les années 1871-2 a eu pour effet de détruire la foi du peuple dans la vaccination "protectrice". Le résultat fut que les pauvres comme les riches, les travailleurs, les aristocrates et les autorités municipales commencèrent à refuser la vaccination pour leurs enfants et pour eux-mêmes. Ce refus persista jusqu'en 1890, où, au lieu de quatre-vingt-quinze pour cent, la vaccination n'atteignit qu'environ cinq pour cent du total des naissances.{205}

Des milliers de personnes courageuses ont déclenché une rébellion historique qui a réussi à contrer une croyance médicale dominante et un régime gouvernemental autoritaire. La profession médicale a proclamé que les habitants de Leicester souffriraient beaucoup de leur décision de tourner le dos à la vaccination. Ils ont pronostiqué que cette ville non vaccinée avec ses "matériaux hautement inflammables"{206}souffrirait de la "maladie redoutable"{207}qui se propagerait comme "une traînée de poudre dans une prairie"{208}et décimer la population.

Mais les dirigeants de Leicester sont restés fidèles à ce qu'ils savaient être juste et ont mis en œuvre avec succès leur plan d'assainissement, d'hygiène et d'isolement au lieu de la vaccination. Leur grande expérience testerait les notions mêmes de liberté de choix, d'autodétermination et le cœur d'une croyance médicale erronée.

7. L'expérience rebelle

On peut aussi bien essayer d'arrêter une épidémie de variole par la vaccination que de prévenir un orage avec un parapluie.

– Dr Druitt, fin des années 1800

Quel acte insensé ce serait d'implanter les produits infectieux d'une maladie indéfinie dans le corps de huit mille enfants en bonne santé afin d'empêcher le développement possible de très peu de cas bénins de variole ! L'absurdité pourrait-elle aller plus loin ?

– Dr JW Hodge, 1911

N'importe quel imbécile intelligent peut rendre les choses plus grandes et plus complexes… Il faut une touche de génie – et beaucoup de courage – pour aller dans la direction opposée.

–Albert Einstein (1879–1955)

Les inquiétudes concernant la sécurité et l'efficacité des vaccins et les atteintes gouvernementales à la liberté et à la liberté personnelles par le biais de la vaccination obligatoire ont attisé les feux du mouvement anti-vaccination. Les gens ont commencé à résister au gouvernement et ont choisi de payer des amendes. Certains ont même accepté l'emprisonnement plutôt que d'autoriser la vaccination pour eux-mêmes ou leurs enfants. La réaction du public a culminé avec la Grande Manifestation à Leicester, en Angleterre, en 1885.

Cette même année, le gouvernement de Leicester, qui avait poussé à la vaccination par le recours à des amendes et à des peines de prison, a été remplacé par un nouveau gouvernement opposé à la vaccination obligatoire. En 1887, les taux de couverture vaccinale étaient tombés à 10 %.

Depuis 1885, il n'y avait pas eu de poursuites, et l'année dernière (1887), croyait-il, le nombre de vaccinations à Leicester ne s'élevait qu'à 11 et 12 % des naissances.{209}

La «méthode Leicester» reposait sur la mise en quarantaine des patients atteints de variole et la désinfection complète de leurs maisons. Ils croyaient que c'était un moyen bon marché et efficace d'éliminer le besoin de vaccination.

La dernière décennie a été témoin d'une diminution extraordinaire de la vaccination, mais, néanmoins, la ville a joui d'une immunité presque totale contre la variole, il n'y a jamais eu plus de deux ou trois cas dans la ville à la fois. Une nouvelle méthode pour laquelle une grande utilité pratique est revendiquée a été imposée par le comité sanitaire de la Corporation pour l'éradication de la variole est l'une des maladies les moins gênantes auxquelles ils ont à faire face. La méthode de traitement, en un mot, est celle-ci : Dès que la variole éclate, le médecin et le maître de maison sont obligés sous peine de signaler immédiatement l'épidémie à la Corporation. Le fourgon antivariolique est immédiatement commandé par téléphone pour prendre toutes les dispositions, et ainsi, en quelques heures, la victime est en toute sécurité à l'hôpital. La famille ***et les pensionnaires de la maison sont placés en quarantaine dans des quartiers confortables, et la maison est soigneusement désinfectée. Le résultat est que dans tous les cas, la maladie a été rapidement et complètement éradiquée à un coût dérisoire. Dans un tel système, la Société a exprimé son opinion que la vaccination n'est pas nécessaire, car elle prétend traiter la maladie d'une manière plus directe et beaucoup plus efficace. Ceci, et une croyance répandue que la mort et la maladie ont résulté de l'opération de vaccination, peut être considéré comme le fondement sur lequel repose l'opposition actuelle aux Actes.{210}***

Même s'il était clair que la méthode Leicester était supérieure à la vaccination, ceux qui soutenaient fermement la vaccination pensaient que l'immunité dont jouissait la ville de Leicester était temporaire et que tôt ou tard la ville subirait une grande épidémie

de variole. Ils étaient convaincus qu'une grande tragédie était inévitable et qu'il y aurait d'énormes souffrances pour les malheureux qui suivraient les dirigeants dans ce qu'ils considéraient comme une aventure malavisée. Ils pensaient que la « gigantesque expérience » entraînerait un terrible « massacre », en particulier chez les enfants « non protégés ».

Sir Duminie Corrigan, MD, lorsqu'il faisait partie du comité en 1871, sur la loi sur la vaccination, a déclaré: «Un enfant non vacciné est comme un sac de poudre à canon qui pourrait faire exploser toute l'école et ne devrait donc pas être admis à un à l'école s'il n'est pas vacciné.{211}

On ne peut s'empêcher de penser que chaque fois que la remarquable immunité dont Leicester aurait joui pendant environ huit ans contre cette redoutable maladie sera brisée... La société ayant abandonné la vaccination est disposée à accorder toute sa confiance à la notification rapide et à l'isolement de chaque cas qui se produit... Ce sont les enfants non protégés sur lesquels le fléau s'abattra le plus lourdement, et le pays environnant souffrira d'une épidémie...{212}

Qu'ils enlèvent le cordon de personnes protégées autour des cas, et leurs arrangements vantés se révéleront une illusion ; les malades seront sans infirmières, et l'industrie même de Leicester sera molestée par une peste qui ébranlera les autorités radicales de l'arrondissement, et amènera les milliers d'habitants non vaccinés et non revaccinés à pleurer pour les bénédictions découvertes par Jenner.{213}

Les antivaccinateurs de Leicester... ayant en grande partie jeté l'armure de la vaccination, mènent un combat désespéré et vaillant, bien que malavisé, contre l'ennemi... Mais à Leicester, quand son heure viendra, nous ne manquerons pas de voir une répétition de des expériences du siècle dernier, et il y aura certainement par la suite moins d'enfants qui mourront de diarrhée. Il faut espérer que, lorsque la catastrophe arrivera, le gouvernement veillera à ce que ses enseignements soient dûment étudiés et enregistrés.{214}

Malgré ces prophéties de malheur de la part de la profession médicale, la majorité des habitants de la ville sont restés fidèles car leur expérience a renforcé leur conviction que la vaccination ne contrôlait pas la variole. La prophétie selon laquelle les habitants de Leicester finiraient par être en proie à un désastre ne s'est jamais réalisée.

Leicester a connu un meilleur succès contre la variole que d'autres villes d'Angleterre hautement vaccinées. Lors de l'épidémie de variole de 1893, le district bien vacciné de Mold dans le Flintshire, en Angleterre, avait un taux de mortalité environ 32 fois plus élevé que Leicester.

*Non seulement des villes bien vaccinées peuvent être touchées par la variole, mais la vaccination la plus complète d'une population qu'il est possible d'imaginer peut être suivie d'une épidémie étendue de la maladie. Cela s'est passé dans le district minier et agricole de Mold, dans le Flintshire… Leicester, avec une population de moins de dix ans pratiquement non vaccinée, avait un taux de mortalité par variole de 144 par million ; tandis que Mold, avec toutes les naissances vaccinées depuis dix-huit ans avant l'épidémie, en avait un de 3 614 par million.**{215}***

Lors de l'épidémie de variole de 1891 à 1894 décrite par le Dr JW Hodge, la ville hautement vaccinée de Birmingham a enregistré 63 cas de variole et 5 décès pour 10 000 habitants, contre 19 cas à Leicester et 1 décès pour 10 000 habitants.

… Leicester avait moins d'un tiers des cas de variole et moins d'un quart des décès en proportion de la population que Birmingham bien vaccinée ; de sorte qu'à la fois la prétendue protection contre les attaques de la maladie et l'atténuation de sa gravité lorsqu'elle attaque, se révèlent non seulement absolument fausses, dans ce cas, à l'absence de vaccination.{216}

Le taux de mortalité par variole pour cent mille à Leicester pendant l'épidémie de 1892–1894 était de 5,7. À Birmingham, il était de 8,0, Warrington de 10,0 et de Middlesbrough de 14,4. Au

fil des ans, le taux de mortalité de Leicester par la variole a encore diminué. Lors de l'épidémie de 1902–1903, le taux de mortalité était de 5,3 et lors de l'épidémie de 1903–1904, il était tombé à 1,2. L'histoire de la variole de Leicester et sa justification réussie de l'assainissement en tant que prophylactique contre la variole feront l'objet d'un examen minutieux. Chaque épidémie successive depuis que la vaccination a diminué, avec une plus grande proportion de population non vaccinée, fournit un taux de mortalité encore plus bas.**{217}**

En 1904, C. Killick Millard, MD, qui était à l'époque ministre de la Santé à Leicester, rapporta ses observations sur la variole et la vaccination. Il croyait autrefois que la vaccination offrait à l'individu une protection complète, quoique temporaire, contre la variole. Mais suite aux événements de Leicester, le Dr Millard a eu un revirement philosophique et a dû réexaminer la relation entre vaccination et protection.

... le fait que ces prophéties, qui ont été faites pour la première fois il y a près de vingt ans, n'ont pas encore été réalisées, est l'une des raisons les plus fortes pour réexaminer la question des influences de l'état vaccinal d'une communauté dans la détermination de l'incidence de la variole .{218}

Après avoir approfondi son expérience et sa compréhension de la variole, le Dr Millard a réfuté le mythe selon lequel les personnes non vaccinées étaient plus à risque de contracter la variole lors d'une épidémie. Fait important, il a noté que les enfants non vaccinés n'étaient pas très sensibles à la variole. Il a également observé que les enfants en général étaient fréquemment infectés par des adultes qui avaient été vaccinés.

Le danger des personnes non vaccinées contractant la variole.—En outre, l'expérience de Leicester au cours de la récente épidémie, comme lors de la précédente épidémie (1892-1893) il y a dix ans, semble montrer que là où des mesures modernes sont prises, les personnes non vaccinées courent moins de risques de contracter la

variole, même en présence d'une épidémie, qu'on ne le suppose habituellement.

Il a été prédit qu'une fois que la maladie aurait atteint les enfants non vaccinés de Leicester, elle "se propagerait comme une traînée de poudre". Je m'y attendais certainement moi-même lorsque je suis arrivé à Leicester pour la première fois, et cela m'a causé beaucoup d'anxiété tout au long de l'épidémie. Pourtant, bien que, pendant les dix mois que dura l'épidémie, 136 enfants (moins de quinze ans) aient été attaqués, infligés en grande partie par des adultes autrefois vaccinés, on ne peut pas dire que la maladie ait jamais eu tendance à "se propager" parmi l'enfant entièrement non vacciné. population... J'en ai assez dit pour montrer que la « méthode Leicester » à Leicester a mieux réussi que prévu.{219}

De plus, le Dr Millard a noté que la vaccination n'était pas la procédure inoffensive qu'on lui vantait souvent. Il a fait l'observation extrêmement importante que, même si la vaccination réduisait la gravité de la variole, elle ne pouvait toujours pas arrêter la propagation de la maladie, car les formes graves et bénignes étaient contagieuses.

Je dirais ici que d'après ce que j'ai moi-même vu de la vaccination à Leicester, je ne peux pas tout à fait la considérer comme l'opération insignifiante que tant de médecins semblent penser. Elle constitue une interférence très certaine, mais généralement seulement temporaire, avec la santé, et parfois elle est responsable d'effets néfastes beaucoup plus graves... Si elle ne fait qu'atténuer, alors puisque la variole la plus bénigne est certes aussi contagieuse que la plus grave, la variole vaccinée n'est pas moins dangereux pour la communauté que non vacciné; il n'y a donc aucune raison, et donc aucun droit, d'imposer la vaccination par la loi.{220}

Six ans plus tard, en 1910, le Dr Millard a conclu que la vaccination infantile jouait un rôle beaucoup plus faible dans la limitation de la propagation de la variole qu'on ne le prévoyait généralement et que les personnes non vaccinées ne constituaient pas un danger

pour la communauté. La vaccination obligatoire n'était donc pas justifiée.

Une autre année s'est écoulée sans qu'aucun cas de variole ne se soit produit à Leicester. Cela fait maintenant quatre ans que l'hôpital de la variole n'a pas été utilisé pour la dernière fois, ou cinq ans si l'on exclut le seul cas de 1906. Comme je l'ai souligné précédemment, l'expérience de Leicester prouve que le danger que des personnes non vaccinées contractent la variole, même en présence d'une épidémie - à condition que les méthodes modernes de lutte contre la maladie soient efficacement appliquées - a été quelque peu surestimé ; tandis que le danger que les personnes vaccinées propagent la maladie - par l'apparition de cas hautement modifiés qui sont si susceptibles d'être « manqués » - n'a pas été suffisamment souligné jusqu'à présent. Il est donc très douteux qu'il soit plus légitime de justifier que la vaccination soit rendue obligatoire,{221}

Même après 30 ans d'expérience réussie de Leicester, il y avait ceux qui croyaient encore que le désastre finirait par s'abattre sur les «imbéciles non protégés» qui préféraient ne pas vacciner. Un article dans le 1914

Le New York Times a déclaré :

... une très grande population non protégée a grandi, presque égale ou même supérieure au nombre de personnes protégées, comme à Leicester où 75% seraient non vaccinés. Jusqu'à présent, il n'y a pas eu de grand désastre, mais d'après l'expérience du Canada, qui a été cruellement flagellé il y a une génération parce qu'il a permis à une grande population sans protection de grandir, nous pouvons prédire avec certitude un bilan épouvantable en Angleterre. Il est peut-être juste d'affirmer que c'est la manière de la Nature d'éliminer les imbéciles qui n'ont pas assez de bon sens pour vivre dans les foules modernes, mais parmi les morts, il y en aura beaucoup qui ont été trompés par des hommes considérés comme des experts dignes de foi. Ceux qui s'opposent ouvertement à la vaccination ou qui disent à

tout le monde d'attendre d'être arrivés au pont du danger avant de le traverser, assument une lourde responsabilité sur leur âme. {222}

La plupart des nourrissons de Leicester sont restés non vaccinés. Bien que certains écoliers aient développé la variole, il n'y a pas eu d'épidémies majeures. Comment les experts médicaux ont-ils pu se tromper à ce point ? En 1893, le professeur EM Crookshank,{223}auteur de History and Pathology of Vaccination et professeur de pathologie comparée au King's College de Londres, a exprimé son point de vue sur la vaccination.

Malheureusement, une croyance en l'efficacité de la vaccination a été tellement imposée dans l'éducation du médecin qu'il est peu probable que la futilité de la pratique soit généralement reconnue dans notre génération, bien que rien ne reviendrait plus [contribuer] au crédit de la profession et témoigner de l'avancée de la pathologie et des sciences sanitaires. Il est plus probable que lorsque, par voie de notification et d'isolement, la variole sera maîtrisée, la vaccination disparaîtra de la pratique, et ne conservera qu'un intérêt historique..{224}

Rétrospectivement, le Dr Crookshank était optimiste en pensant que la futilité de la pratique de la vaccination serait reconnue dans n'importe quelle génération. La vaccination contre la variole a été interrompue près de cent ans plus tard, mais le fait que la pratique était inutile et avait causé des souffrances inutiles et la mort n'a jamais été reconnu ou admis. En fait, malgré tous les graves problèmes qu'il pose et le manque de preuves de son efficacité, il est toujours considéré comme le vaccin exemplaire pour promouvoir la foi vaccinale aujourd'hui.

L'année 1948 a mis fin à la vaccination obligatoire en Angleterre. À ce moment-là, l'expérience de Leicester, qui durait depuis plus de 60 ans, s'est avérée être un grand succès. En 1948, le Dr Millard a déclaré :

... à Leicester, au cours des 62 années écoulées depuis l'abandon de la vaccination des nourrissons, il n'y a eu que 53 décès dus à la variole, et au cours des 40 dernières années, seulement deux décès.

De plus, l'expérience de Leicester est confirmée, et fortement confirmée, par celle de tout le pays.

La vaccination est en baisse constante depuis l'introduction de la « clause de conscience », jusqu'à présent près des deux tiers des enfants nés ne sont pas vaccinés. Pourtant, la mortalité par variole a également diminué jusqu'à présent tout à fait négligeable. Au cours des quatorze années 1933-1946, il n'y a eu que 28 décès sur une population d'environ 40 millions d'habitants, et parmi ces 28, il n'y a pas eu un seul décès d'enfant de moins d'un an.{225}

Dans un article d'histoire médicale de 1980, Stuart M. Fraser a commenté le succès de la méthode Leicester.

Leicester est un exemple, probablement le premier, où des mesures autres que le recours total à la vaccination ont été introduites avec succès pour éradiquer la maladie de la communauté…

Un système de notification immédiate, d'isolement et de mise en quarantaine des contacts s'est avéré particulièrement efficace pour contenir et limiter la variole.{226}

Quarante-deux ans après son rapport de 1904, le Dr Millard, qui avait été ministre de la Santé à Leicester de 1901 à 1935, expliqua pourquoi il croyait que les experts médicaux de l'époque avaient tort. Au cœur se trouvait un ensemble de croyances auto-renforcées dans la vaccination.

Avec le recul, il est intéressant de se demander pourquoi les experts médicaux se sont tellement trompés dans leurs prophéties de catastrophe à venir si la vaccination universelle des nourrissons était abandonnée. C'était probablement dû à la croyance, alors si forte, que c'était la vaccination infantile, et elle seule, qui avait provoqué la grande diminution de la mortalité due à la variole qui avait suivi l'introduction de la vaccination. Qu'il s'agissait clairement d'un cas de cause à effet a été réitéré dans tous les manuels et dans tous les cours de santé publique. Il a été salué, en effet, comme le triomphe exceptionnel de la médecine préventive.

Pas étonnant que les étudiants en médecine l'aient accepté comme un fait scientifique incontestable.{227}

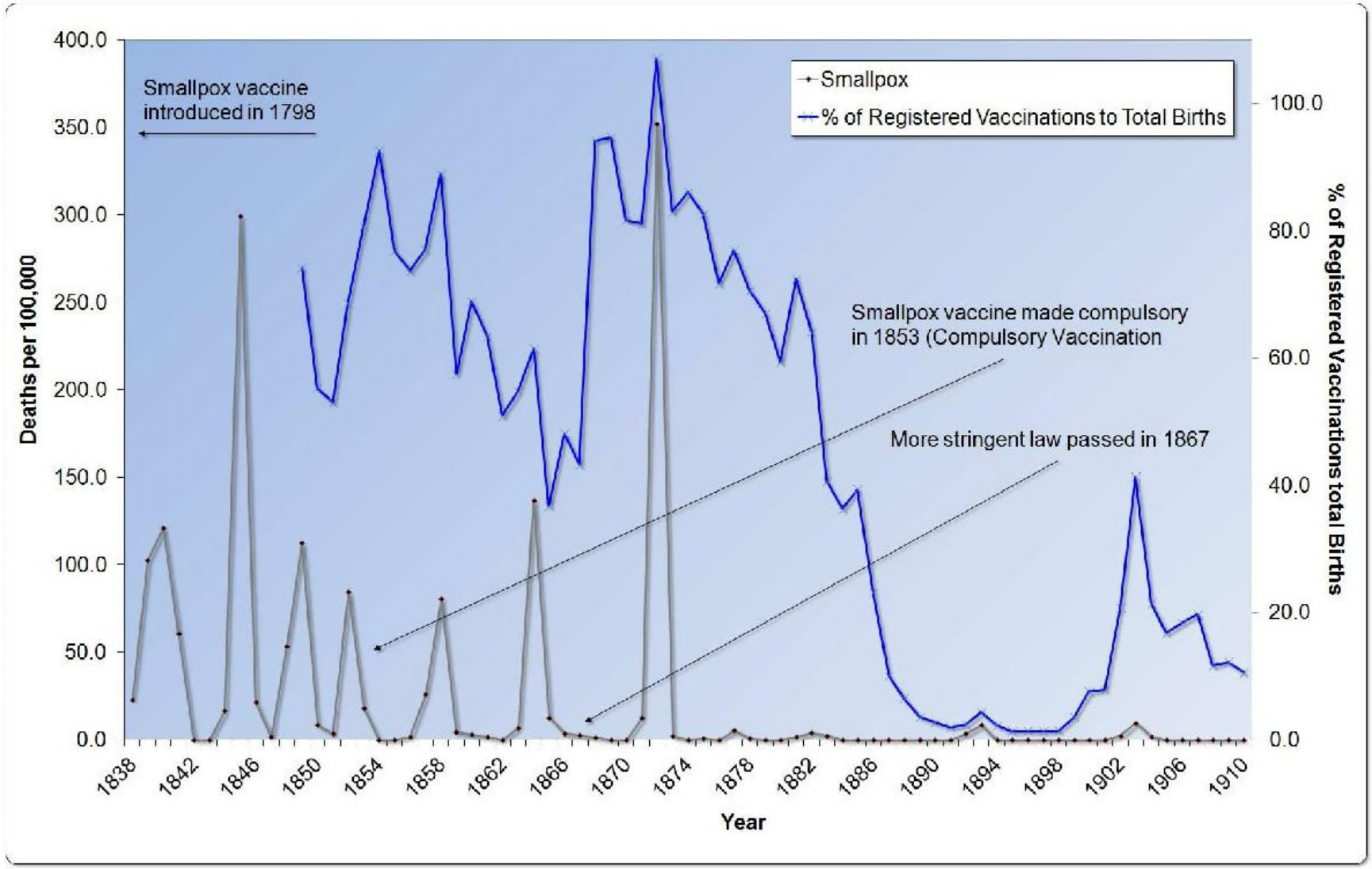
Les autorités médicales ont souvent utilisé des diagrammes pour montrer que l'application de la vaccination était liée à une diminution des décès dus à la variole. Ces diagrammes ont été conçus pour illustrer une corrélation apparente entre le taux de vaccination infantile et la mortalité due à la variole. Mais ces diagrammes étaient défectueux. Encore une fois, le Dr Millard a commenté.

Nous savons maintenant que la corrélation apparente devait être une coïncidence, car la mortalité due à la variole a continué à diminuer même après que la vaccination ait également diminué, et cela durait maintenant depuis 60 ans. De toute évidence, il doit y avoir eu d'autres causes à l'œuvre qui ont entraîné la chute spectaculaire de la mortalité due à la variole depuis le début du XIXe siècle, et dans la mesure où la vaccination a reçu pendant tant d'années plus de crédit - peut-être beaucoup plus - qu'elle n'en avait le droit..{228}

Après l'épidémie de 1872 à Leicester, les taux de vaccination et les décès dus à la variole ont diminué (graphique 7.1). Contrairement à ce que disent aujourd'hui les enthousiastes des vaccins, la mortalité infantile globale a diminué après 1885 tandis que les taux de vaccination ont chuté (graphique 7.2). Il est important de noter que le taux de mortalité des enfants de tous âges n'a commencé à changer que vers 1880.

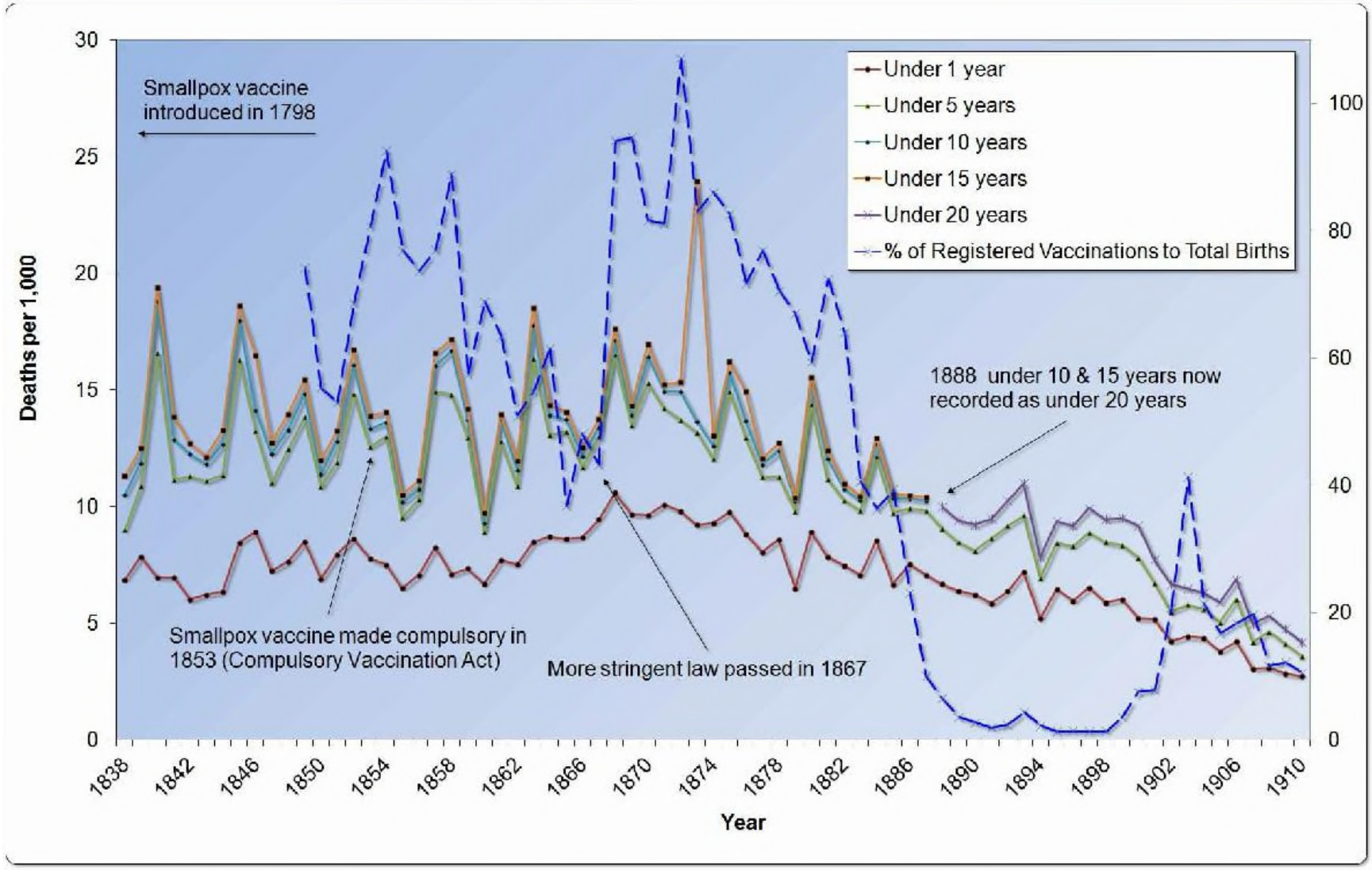
Des décennies de lois strictes sur la vaccination n'ont absolument rien fait pour améliorer l'espérance de vie globale des enfants de tous les groupes d'âge.

Graphique 7.1 (ci-dessous) :Leicester, Angleterre, taux de mortalité par variole par rapport à la couverture vaccinale contre la variole de 1838 à 1910


Smallpox vaccine introduced in 1798
Smallpox
% of Registered Vaccinations to Total Births
Smallpox vaccine made compulsory in 1853 (Compulsory Vaccination
More stringent law passed in 1867
Deaths per 100,000
% of Registered Vaccinations total Births
Year
400.0
350.0
300.0
250.0
200.0
150.0
100.0
50.0
0.0
100.0
80.0
60.0
40.0
20.0
0.0
1838
1842
1846
1850
1854
1858
1862
1866
1870
1874
1878
1882
1886
1890
1894
1898
1902
1906
1910

Graphique 7.1 (ci-dessus) :Leicester, Angleterre, taux de mortalité par variole par rapport à la couverture vaccinale contre la variole de 1838 à 1910

Graphique 7.2 (ci-dessous) :Leicester, Angleterre, taux de mortalité pour divers groupes d'âge par rapport à la couverture vaccinale contre la variole de 1838 à 1910


Smallpox vaccine introduced in 1798
Under 1 year
Under 5 years
Under 10 years
Under 15 years
Under 20 years
% of Registered Vaccinations to Total Births
1888 under 10 & 15 years now recorded as under 20 years
Smallpox vaccine made compulsory in 1853 (Compulsory Vaccination Act)
More stringent law passed in 1867
Deaths per 1,000
Year
0
5
10
15
20
25
30
0
20
40
60
80
100
1838
1842
1846
1850
1854
1858
1862
1866
1870
1874
1878
1882
1886
1890
1894
1898
1902
1906
1910

Graphique 7.2 (ci-dessus) :Leicester, Angleterre, taux de mortalité pour divers groupes d'âge par rapport à la couverture vaccinale contre la variole de 1838 à 1910

Les principes mis au point à Leicester ont joué un rôle déterminant dans le déclin de cette maladie historiquement horrible.

Contrairement à la croyance populaire, la variole n'a pas été éradiquée par la vaccination de masse*. Bien qu'essayé initialement, il s'est avéré difficile à mettre en œuvre dans de nombreux pays et a été abandonné au profit de la surveillance-confinement. Cela impliquait des travailleurs formés à la recherche de cas, avec des récompenses pour ceux qui les trouvaient. Les cas et leurs contacts ont ensuite été isolés ; contacts ont été vaccinés.{229}*

L'expérience de plus de 60 ans a non seulement montré que la méthode était réussie, mais elle a également démontré que la pensée scientifique établie pouvait se tromper. Malgré le succès de Leicester et le changement de l'expression de la variole en une maladie bénigne, les gouvernements ailleurs ont continué à utiliser des mesures musclées soutenues par la force de la loi pour obliger les gens à se faire vacciner.

En 1902, l'échevin Thomas Windley a lu un article lors de la réunion annuelle de l'Institut royal de santé publique à Exeter, en Angleterre. Windley a été président d'un comité sanitaire pendant 47 ans et, dans son discours, il a mis au défi la profession médicale de reconnaître le succès de Leicester.

... [si] les maux qu'ils croient consciencieusement résulteraient de l'absence de vaccination dans une grande ville manufacturière comme Leicester n'ont pas été expérimentés ? On peut justement leur demander de se demander si le moment n'est pas venu où ils peuvent donner un peu de crédit à Leicester pour ce qu'ils ont fait pour éradiquer les épidémies répétées de variole, et pour avoir été les premiers à donner l'exemple des méthodes les plus efficaces dans aux prises avec cette répugnante et terrible maladie infectieuse, suivie depuis par presque toutes les grandes villes du pays.{230}

En 1911, le Dr JW Hodge a publié un article sur la manière dont la variole était contrôlée à Leicester. À cette époque, l'expérience des rebelles avait réussi pendant des décennies.

*L'expérience de Leicester non vacciné est une révélation pour les gens et une plaie pour les pro-vaccinistes du monde entier. Voici une grande ville manufacturière peuplée de près d'un quart de million d'habitants, qui a démontré par un test crucial d'une expérience s'étalant sur plus d'un quart de siècle, qu'une population non vaccinée était beaucoup moins sensible aux la variole et beaucoup moins touchée par cette maladie depuis qu'elle a abandonné la vaccination qu'elle ne l'était à une époque où quatre-vingt-quinze pour cent de ses naissances étaient vaccinées et sa population adulte bien revaccinée.**{231}***

Yougoslavie 16 février-11 avril 1972

L'OMS a été forcée de mettre en œuvre une version de la méthode Leicester dans les dernières étapes de leurs campagnes contre la variole, lorsqu'il est devenu évident pour eux que la vaccination ne protégeait pas de manière fiable.

La Yougoslavie a connu une épidémie de variole à partir de février 1972. Le cas index était un pèlerin haji yougoslave récemment vacciné qui a contracté la maladie lors d'un voyage à travers l'Irak.

Il avait été vacciné en décembre 1971 dans une clinique de santé publique.

Au moment où l'épidémie a été contrôlée en avril 1972, il y avait 175 cas et 35 décès. Il convient de noter que la partie la plus âgée de la population était fortement vaccinée et que la troisième vague de cas concernait presque tous des personnes précédemment vaccinées. Le propre rapport de l'OMS déclare:*Dans la tranche d'âge des 20 ans et plus, 92 patients avaient déjà été vaccinés alors que 21 n'étaient pas vaccinés. Le nombre relativement important de cas précédemment vaccinés parmi les personnes âgées de plus de sept ans indique une diminution substantielle de l'immunité post-*

vaccinale après la primo-vaccination, ainsi qu'un manque de revaccination réussie lorsqu'ils avaient sept et 14 ans.{232}

Le premier décès a eu lieu le 10 mars et les responsables de la santé n'avaient aucune idée que la cause était la variole. Le rapport d'autopsie a indiqué que la cause du décès était l'anaphylaxie à la pénicilline. La vaccination n'a commencé que le 16 mars.

Même s'ils savaient que la vaccination était inefficace, la Commission épidémiologique fédérale yougoslave est allée de l'avant et a vacciné 18 millions de citoyens. La vaccination a dû se poursuivre jusqu'à la fin avril car un grand nombre de vaccinations ont été considérées comme infructueuses et ont dû être répétées. Une question évidente est de savoir combien de vaccins contre la variole au cours des 200 dernières années n'ont pas « pris » non plus ? Pourtant, personne ne le savait… Entre-temps, la méthode Leicester a également été appliquée et tous les cas ont été rapidement mis en quarantaine.

Les contacts ont été placés dans des installations de quarantaine spéciales (par exemple à l'hôpital de Djakovica et dans un motel près de Belgrade). Des installations de quarantaine ont également été mises en place dans des maisons individuelles, ainsi que dans des villages entiers, comme ce fut le cas à Danjane et Ratkovac et dans quelques autres villages.{233}

L'épidémie fut rapidement éteinte.

La vaccination, bien que connue pour être inefficace, devait être mise en œuvre si l'histoire du succès du vaccin devait être confirmée. Mais ce qui a vraiment arrêté l'épidémie, c'est l'utilisation de la méthode Leicester.

8. Le pouvoir de l'État

Aucun homme n'est assez bon pour gouverner un autre homme sans le consentement de cet autre.

– Abraham Lincoln (1809-1865)

J'affirme qu'il est au-delà des fonctions de la loi de dicter une procédure médicale ou d'appliquer une théorie scientifique.

– Professeur émérite FW Newman (1805–1897), 26 octobre 1874

Au milieu des années 1800 et dans les années 1900, le soutien gouvernemental à la vaccination comme seul moyen de contrôler la variole était fermement ancré. Comme on l'a vu en Angleterre à la fin des années 1800, malgré la conviction d'un parent qu'un vaccin avait causé des blessures ou la mort d'un enfant et malgré des avis médicaux divergents, les gouvernements et les tribunaux étaient unanimes dans leur décret selon lequel la vaccination devait être appliquée. Des amendes, la saisie de biens personnels et l'emprisonnement ont été institués pour contraindre la population à se conformer à la loi basée sur le paradigme médical dominant. Des punitions ont été effectuées pour ne pas avoir vacciné.

Angleterre, août 1869 :

En août [1869], Mme Anne Sipple a été condamnée à sept jours de travaux forcés - une peine illégale - et enfermée dans une cellule de pierre avec un nourrisson de dix-huit mois, l'enfant privé de chaussures et de chaussettes et d'un régime de pain et d'eau. uniquement pour les deux.{234}

Atlanta, Géorgie, 17 décembre 1897 :

Mlle L. Miller une modiste [celui qui produit, conçoit ou vend de la mode féminine] de 91 ans

Crew Street, a été condamné à une amende de 25,75 $ [valeur estimée à 680 $ en dollars de 2009] par Recorder Calhoun

aujourd'hui pour avoir refusé de se faire vacciner. Elle n'a pas pu payer le montant et a été condamnée à purger vingt-cinq jours à la prison de la ville. Après avoir été en prison pendant trois heures, Mlle Miller a déclaré qu'elle permettrait à son médecin de famille de la vacciner. Elle a ensuite été vaccinée et libérée.{235}

Boston, Massachusetts, 26 janvier 1902 :

Afin d'éradiquer la variole, qui est semi-épidémique ici, le Conseil de la santé a commencé aujourd'hui la vaccination obligatoire. Le travail a commencé à East Boston, où 125 chirurgiens, chacun accompagné d'un policier, ont fait du porte-à-porte, vaccinant tous ceux qui n'avaient pas été récemment inoculés. Ceux qui ont refusé d'autoriser l'opération seront traduits en justice.{236}

Asheville, Caroline du Nord, 18 mars 1903 :

Le professeur AT Weaver, à la tête d'un établissement d'enseignement de premier plan, a été envoyé en prison parce qu'il a refusé de se faire vacciner et aussi parce qu'il a refusé de payer une amende de 25 dollars pour la même chose. La vaccination a été ordonnée par mesure de précaution contre la variole. Le professeur Weaver, dit-on, peut engager des poursuites judiciaires contre les autorités et porter son affaire devant la Cour suprême de Caroline du Nord.{237}

Avec ses ordres d'imposer la vaccination, le choix personnel et la liberté ont été ignorés par l'État.

En cas de résistance aux vaccins, la police accompagnait parfois les agents de santé, utilisant des tactiques brutales pour atteindre leur objectif de vaccination.

Passaic, New Jersey, 11 avril 1901 :

Il y a eu une période animée dans les travaux de l'American Tobacco Company cet après-midi, lorsque les 350 filles employées se sont opposées à être vaccinées par les médecins envoyés là-bas par les agents de santé... Lorsque les agents de santé se sont rendus à l'usine, les filles ont été informées que toutes d'entre eux devraient

être vaccinés. Certains d'entre eux se sont évanouis, d'autres sont devenus hystériques et il y a eu une rébellion générale. Environ 200 d'entre eux, conduits par Florence Haskell, ont tenté de sortir des travaux, mais ils ont trouvé toutes les issues verrouillées. La police a été appelée et le travail de vaccination a commencé. Certaines des filles ont combattu les officiers et ont été amenées aux médecins en criant, en se débattant et en donnant des coups de pied. La plus grande effervescence régnait et tous les travaux durent être suspendus. À un moment donné, certaines des filles ont menacé de détruire l'usine si elles n'étaient pas autorisées à sortir,{238}

Plomb, Dakota du Sud, 24 avril 1902 :

Il y avait une certaine agitation dans cette ville et Deadwood la nuit dernière lorsque plusieurs centaines de mineurs ont été vaccinés de force. Tant de cas de variole se sont produits dans les deux villes qu'une ordonnance de vaccination impérative a été émise. Les mineurs ont refusé. Hier soir, le shérif, cinq adjoints et quatre policiers ont accompagné le médecin de la ville et quatre assistants dans une rafle des saloons, des théâtres et des tripots... Plusieurs combats ont eu lieu, mais les mineurs ont été intimidés... Au début, les mineurs étaient disposés à être laid, mais l'a finalement éteint dans la gaieté, mais pendant un certain temps la nuit dernière, il a semblé qu'une émeute s'ensuivrait.{239}

Montréal, Canada, 28 septembre 1885 :

et facilement maîtrisé les cinq policiers qui étaient de garde. Toute la façade du bureau a été arrachée et les pancartes antivariolique et le soufre pour désinfecter les maisons ont été entassés au milieu de la rue et incendiés... La police a alors chargé la foule et l'a chassée jusqu'aux limites de la ville. Les gourdins étaient maniés avec vigueur et beaucoup d'émeutiers étaient gravement blessés à la tête.{240}

Aucune profession n'était à l'abri des décisions judiciaires tyranniques. Un juge, dans une décision qui a imposé la vaccination à un enseignant, a déclaré que tout enseignant était

essentiellement un esclave du Conseil de l'éducation et n'avait donc pas le droit de résister.

Philadelphie, Pennsylvanie, 14 novembre 1901 :

Les partisans de la vaccination obligatoire ont remporté une victoire aujourd'hui lorsque le juge Arnold a rendu une décision refusant l'injonction demandée par Mlle Mary Helen Lyndall de la Girls' High School contre le Board of Education, qui l'a suspendue pour avoir refusé de se conformer à son ordonnance se procurer un certificat de vaccination réussie depuis moins de cinq ans ou se soumettre à une vaccination. En plus de refuser l'injonction demandée, le juge décourage l'insubordination en annonçant que la relation d'un enseignant au Conseil de l'Éducation est celle d'un serviteur à un maître.{241}

Une façon d'imposer la vaccination était d'exiger que tous les enfants d'âge scolaire fréquentent l'école, puis d'exiger qu'ils soient vaccinés. Les parents qui tentaient d'éviter la vaccination en gardant leurs enfants à la maison se sont rapidement vus infliger des amendes et des peines d'emprisonnement.

Derby, Connecticut, 26 avril 1902 :

Parce qu'il a décidé de s'opposer en dernier ressort à la vaccination obligatoire de ses enfants, John McGuigan, un habitant de cette ville, a reçu des centaines de lettres de toutes les régions du pays, et de nombreuses missives contiennent des offres d'aide, pécuniaires et autres . McGuigan a été informé qu'il devait faire vacciner ses deux enfants. Il a refusé au motif que l'un des enfants, par une vaccination antérieure, avait souffert de complications graves. Le règlement scolaire interdisait la présence d'enfants non vaccinés et McGuigan gardait ses enfants à la maison. Il a été arrêté sous l'inculpation d'infraction à la loi relative à la bonne scolarisation des enfants et condamné à une amende par le tribunal de police. Il a interjeté appel devant la Cour supérieure et l'affaire est en attente d'assignation à procès.{242}

Les expériences personnelles d'échec des vaccins ou de graves dommages causés par une vaccination précédente n'ont pas empêché l'État de poursuivre ses méthodes oppressives.

Passaic, New Jersey, 8 mars 1912 :

Le commissaire à la santé George Michels de cette ville sera traduit devant le tribunal de police demain sur une accusation technique de conduite désordonnée. La plainte est portée par le Conseil de l'Education, qui accuse M. Michels d'avoir refusé de faire vacciner sa fille, Dorothy, une collégienne. M. Michels a été mis aux arrêts aujourd'hui. "Je quitterais l'État plutôt que d'être obligé de faire vacciner mon enfant", a déclaré M. Michels aujourd'hui. "Mon père est mort de la variole après avoir été vacciné et ma sœur a été paralysée par la vaccination, et il y a de nombreux cas enregistrés dans et hors de la ville de grands dommages et même de décès causés par la vaccination." Il y a deux semaines, Dorothy Michels a été renvoyée de l'école 9 parce qu'elle n'était pas vaccinée. Elle a 11 ans.{243}

Hammonton, New Jersey, 9 novembre 1922 :

Le Conseil d'État de l'éducation a rejeté l'appel de James Adams, Luke Bales et George Ware du canton de Berlin selon lequel la décision du commissaire d'État à l'éducation Enright, à l'effet que les enfants des hommes nommés doivent être vaccinés avant de pouvoir assister au public écoles du canton de Berlin, soit mis de côté. Les enfants se sont vu refuser l'entrée dans les écoles de la commune en mars dernier, car ils n'étaient pas vaccinés. Les parents ont été arrêtés et condamnés à une amende de 10 $ et aux frais, la peine étant suspendue dans l'espoir qu'ils reconsidéreraient leur décision. Cet espoir a échoué et ils ont été emmenés devant le juge Walker et condamnés à une amende de 100 $ chacun, les accusés devant être emprisonnés jusqu'à ce que les amendes soient payées. Ils n'ont purgé qu'un jour ou deux lorsque la Cour a ordonné leur libération dans l'attente d'un appel.{244}

Malgré les tentatives d'affirmer le libre choix personnel, dans l'affaire Zeucht c. King, la Cour suprême des États-Unis a décidé

que les États avaient le droit d'exercer un «pouvoir de police» pour imposer la vaccination. Le tribunal a déclaré que la protection de la « santé publique » l'emportait sur toute considération de choix personnel ou de liberté.{245}

Les vaccinations ont continué à être imposées à la population malgré les objections des médecins, une grande perturbation du système scolaire et de nombreuses personnes tombant gravement malades.

Patterson, New Jersey, 27 mars 1906 :

*Par cet ordre, tous les élèves et enseignants des écoles publiques et paroissiales, soit environ 30 000 personnes en tout, devaient se soumettre à la vaccination. De nombreux médecins d'élèves et d'enseignants ont refusé que leurs patients soient vaccinés, ce qui a entraîné la suspension de vingt enseignants et de plusieurs centaines d'élèves. Pour ajouter à la déconfiture de la commission éducative, beaucoup de vaccinés sont tombés gravement malades. Avant la fin du travail, les médecins estiment que plus de 150 personnes seront frappées d'incapacité.**{246}***

Des affrontements violents se produisaient parfois lorsqu'une personne refusait de se faire vacciner. Dans ce cas tragique, non seulement un policier a été tué mais, ironie du sort, la personne à « protéger » par la vaccination a été traquée et abattue et, très probablement, est décédée.

Macon, Géorgie, 23 décembre 1904 :

Refusant de se soumettre à la vaccination à Sandersville, Boss Garrett a tiré et tué aujourd'hui l'officier spécial Gideon Mathews. Garrett s'est échappé, mais un groupe important de citoyens s'est immédiatement lancé à sa poursuite. L'homme en fuite a été rattrapé à un mile au nord de la ville. Il a tenté de fuir davantage et a reçu une balle dans la cuisse par l'adjoint Marshall Wilson, arrêté et incarcéré dans la prison du comté. Garrett a également subi une grave blessure au côté droit, infligée par l'officier spécial Matthews. On pense qu'il ne vivra pas.{247}

Les anciennes sanctions en cas de refus de se faire vacciner sont choquantes. Il n'est pas possible de savoir à partir d'un article du New York Times si ce soldat s'est opposé à la vaccination en raison de sa croyance dans le libre choix, des problèmes de santé ou d'autres raisons. Il est clair qu'il a payé un prix extrêmement lourd de 15 ans dans une prison militaire à Fort Leavenworth où il a probablement enduré des travaux forcés. Avec une peine aussi sévère, l'Etat faisait manifestement un exemple de ce malheureux.

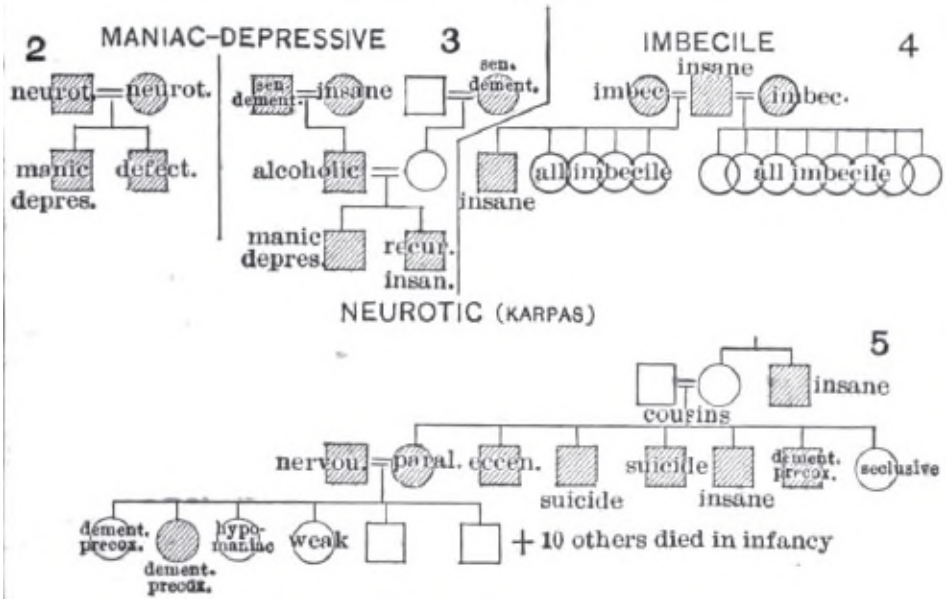
Camp Dodge, Iowa, 1er mai 1918 :

Elmer N. Olson de Goodrich, Minn., un soldat en formation ici, a refusé de se soumettre à la vaccination. Il a été jugé par une cour martiale générale et condamné à quinze ans dans la caserne disciplinaire de Fort Leavenworth.{248}

Eugénisme et vaccination

Les eugénistes croyaient que la société pouvait être améliorée en contrôlant la composition génétique de la population par l'élimination des éléments « dysgéniques » ou indésirables.

Le développement des services médico-sociaux a permis de préserver des centaines de milliers d'individus dysgéniques qui, dans les siècles passés, auraient succombé dans la lutte de la vie. En même temps, des millions de jeunes hommes physiquement mieux équipés sont tués périodiquement dans les guerres. Cela équivaut à une sélection négative et doit finalement entraîner la détérioration de la race. L'eugénisme était un résultat direct des théories darwiniennes.{249}



Photos 8.1 :Partie d'un tableau d'eugénisme. (1910)

Certains croyaient que la stérilisation forcée basée sur l'eugénisme était similaire à la vaccination obligatoire en ce sens qu'elle confirmait la croyance que le «bien» sociétal l'emportait sur toute liberté ou choix personnel. En 1928, le Dr Suren H. Babington a écrit dans California and Western Medicine :

La stérilisation des malades mentaux permet de réduire leur nombre toujours croissant. Considérant à la fois les points de vue scientifiques et humanitaires, la stérilisation est l'un des moyens les

plus précieux non seulement pour améliorer la race humaine et protéger son bien-être, mais aussi pour diminuer le nombre de malheureux à naître qui souffriront intensément toute leur vie pour des fautes qui ne sont pas les leurs. .{250}

Si des individus considérés comme « imbéciles » pouvaient se reproduire, le gouvernement intervenait en utilisant la stérilisation forcée. La science de l'époque considérait que les «défauts» mentaux étaient indésirables et que l'État avait donc le devoir de prendre toutes les mesures nécessaires pour empêcher la propagation de ces gènes défectueux. La stérilisation forcée était justifiée en raison de la conviction que la « race humaine » pouvait en fait être améliorée en supprimant les soi-disant gènes défectueux. Tout cela était enveloppé d'un manteau de prétendue légitimité scientifique.

Le concept d'empêcher les personnes « inaptes » d'avoir des enfants trouve son origine dans la psychiatrie.

En 1886, August Ford, le psychiatre suisse, a stérilisé une femme qui souffrait d'une névrose sexuelle. En 1892, il châtre des individus pour des raisons purement eugéniques.{251}

En 1922, le Dr Harold Gosline a déclaré dans l'American Journal of Psychiatry qu'il croyait que l'eugénisme serait essentiel pour éliminer les maladies mentales et aurait un impact positif sur la pauvreté, la délinquance et la criminalité.

Je réitère que nous pouvons raisonnablement nous attendre à ce que les travaux de routine en laboratoire soient en mesure de prévenir les maladies et les anomalies mentales. Les laboratoires des hôpitaux publics sont les outils les plus tangibles encore placés entre les mains de l'hygiène mentale à cette fin et, avec le temps, ils rendront le même service que les hôpitaux généraux et les laboratoires de recherche ont rendu à la santé publique dont l'hygiène mentale n'est qu'une branche. Je crois que les mesures de santé publique et les mesures eugéniques contribueront grandement à éradiquer les maladies et les défauts mentaux, ainsi que leurs branches connexes de pauvreté, de crime et de délinquance...{252}

Le Dr Suren H. Babington considérait d'un point de vue psychiatrique que les "déficients mentaux" étaient des "fous". Il les considérait comme une menace pour «l'amélioration de la race» car, si rien n'était fait, ils continueraient d'avoir des enfants mentalement déficients.

Nous espérons que le temps viendra où nous stériliserons aussi ces déficients mentaux… Du point de vue du psychiatre, eux aussi sont des « fous » et constituent une menace pour l'amélioration de la race, car ils continuent à propager leur propre espèce. en grand nombre.{253}

En 1910, CB Davenport de la Carnegie Institution de Washington et directeur d'Experimental Evolution publia*Eugénisme : la science de l'amélioration humaine par une meilleure sélection. Il a déclaré: Deux parents imbéciles, qu'ils soient apparentés ou non, n'ont qu'une progéniture imbécile… Je suis au courant, aucun cas enregistré où deux parents imbéciles ont produit un enfant normal. Si défini et certain est le résultat du mariage de deux imbéciles, et si désastreux est la reproduction par un imbécile dans n'importe quelles conditions que c'est une honte de première grandeur que des milliers d'enfants naissent chaque année dans ce pays de parents imbéciles pour remplacer et probablement plus que remplacer les morts dans l'armée d'environ 150 000 déficients mentaux que ce pays soutient. Le pays se doit, pour sa propre conservation, que chaque imbécile*

en âge de procréer doivent être soumis à une telle retenue que la reproduction est hors de question. Si cela s'avère impraticable, alors la stérilisation est nécessaire - là où la vie de l'État est menacée, des mesures extrêmes peuvent et doivent être prises.{254}

Les eugénistes croyaient que l'eugénisme était une forme noble de patriotisme et un outil pour améliorer la race humaine en sélectionnant génétiquement les «délinquants» et les «défectueux». En 1922, le Dr Harry H. Laughlin, associé en

eugénisme au Laboratoire de psychopathie de la Cour municipale de Chicago et directeur de l'eugénisme à la Carnegie Institution de Washington, écrivit Eugenical Sterilization in the United States. Il a déclaré:

L'eugénisme s'oppose aux forces qui travaillent pour la détérioration raciale, et pour l'amélioration et la vigueur, l'intelligence et la fibre morale de la race humaine. Il représente la forme la plus élevée de patriotisme et d'humanitarisme, tout en offrant des avantages immédiats à nous-mêmes et à nos enfants. Par des mesures eugéniques, par exemple, notre fardeau fiscal peut être réduit en diminuant le nombre de dégénérés, de délinquants et d'anormaux pris en charge dans les institutions publiques ; ces mesures renforceront également les garanties contre les crimes commis contre nos personnes ou nos biens.{255}

Photos 8.2 :FeebleMinded à Vineland Colony dans le New Jersey. "Ils ont le corps d'adultes mais l'esprit d'enfants. Il n'est pas dans l'intérêt de l'État qu'ils soient autorisés à se mêler à la population normale ; et c'est tout aussi peu dans leur intérêt, car ils ne sont pas capables de rivaliser avec des gens normaux mentalement. (1918)

Dans une affaire historique de 1926, Buck c. Bell, la Cour suprême des États-Unis, dans une décision de 8 contre 1, a légitimé les lois de stérilisation de Virginie. Cette décision a soutenu l'argument selon lequel l'intérêt des États dans un pool génétique «pur» l'emportait sur l'intérêt d'un individu. Dans son avis sur les lois sur la stérilisation, le juge Oliver Wendell Homes Jr. a invoqué la vaccination obligatoire pour justifier le verdict.

*Il vaut mieux pour tout le monde qu'au lieu d'attendre d'exécuter des rejetons dégénérés pour le crime ou de les laisser mourir de faim pour leur imbécillité, la société puisse empêcher ceux qui sont manifestement inaptes de continuer leur espèce. Le principe qui soutient la vaccination obligatoire est suffisamment large pour couvrir la coupe des trompes de Fallope.**{256}***

Les eugénistes ont utilisé la vaccination obligatoire comme précédent pour leur argument sur la stérilisation pour « protéger » le public. Ils croyaient que la vaccination protégeait les individus et le public de la maladie et que la stérilisation eugénique protégeait la société de la « dégénérescence raciale ».

La vaccination obligatoire est analogue à la stérilisation eugénique obligatoire dans la mesure où les deux sont non punitives et impliquent toutes deux la saisie de l'individu et sa soumission à un traitement chirurgical... La vaccination protège l'individu d'une maladie grave et répugnante dans un avenir plus immédiat ; la stérilisation eugénique protège la société de la dégénérescence raciale dans un avenir plus lointain.{257}

Des dizaines de milliers de personnes considérées par le gouvernement américain comme inaptes ont été stérilisées, principalement dans l'État de Californie.

La loi californienne sur la stérilisation a été adoptée en 1909. Le nombre total d'opérations effectuées jusqu'en mai 1927 était légèrement supérieur à cinq mille, soit quatre fois le nombre effectué dans tout le reste du monde, à notre connaissance, pour

raisons eugéniques dans l'institution gouvernementale de l'État.{258}

Avant 1933, un certain nombre de pays avaient le pouvoir légal d'empêcher des individus manifestement inaptes de procréer, mais la stérilisation était appliquée à très petite échelle.

Aux États-Unis, au 1er janvier 1937, seules 25 403 personnes avaient été stérilisées, la plupart en Californie.{259}

Les eugénistes ont promu et fait pression pour que des lois stérilisent tous ceux qu'ils considéraient comme des déficients génétiques dans la société. Les gouvernements des États ont créé des commissions médicales pour décider qui devait être stérilisé. Ce conseil déterminait si une personne était susceptible d'avoir des enfants susceptibles d'hériter de l'idiotie, de la folie ou de la faiblesse d'esprit ou d'être prédisposés à la criminalité.{260}

Le New Jersey a adopté une loi en avril 1911 qui, comme d'autres lois, appelait à la création d'une commission médicale pour déterminer qui devait être stérilisé.

*... a créé le "**Comité d'examen des débiles d'esprit (y compris les idiots, les imbéciles et les crétins), les épileptiques et autres déficients », dont le devoir sera d'examiner l'état mental et physique des débiles d'esprit, épileptiques, certains criminels et autres détenus défectueux...{261}***

Harry Hamilton Laughlin était un grand défenseur de la stérilisation pour des raisons d'eugénisme. Il a été secrétaire d'un comité nommé par la section eugénique de l'American Breeders' Association.

Sa mission était "d'étudier et de faire un rapport sur les meilleurs moyens pratiques pour couper le plasma germinatif défectueux dans la population américaine". En 1932, lui et d'autres eugénistes de premier plan ont assisté au troisième congrès international d'eugénisme, qui s'est tenu à New York. Les expositions visaient à montrer que l'eugénisme était une "science pure et appliquée". Le

major Leonard Darwin, le fils de Charles Darwin, a également présenté son point de vue lors de la réunion. Le New York Times a rendu compte de l'événement.

Des eugénistes du monde entier participeront au troisième Congrès international d'eugénisme aujourd'hui et demain au Musée américain d'histoire naturelle. Lors d'assemblées générales et de section, ils discuteront des progrès de l'étude de l'amélioration physique et mentale de la race humaine... Il [l'exposition] cherchera à souligner le fait que l'eugénisme concerne principalement la race et la famille-stock, la qualité dans le chiffre d'affaires de la population de génération en génération. "En tant que science pure", dit l'annonce, "l'eugénisme essaie de comprendre les forces qui gouvernent ce chiffre d'affaires, tandis qu'en tant que science appliquée, il s'efforce d'utiliser ces forces dans l'amélioration des souches familiales et des races." ***{262}***

Le pouvoir gouvernemental absolu a été poussé à un extrême encore plus grand avec la montée du pouvoir nazi au début des années 1900. On estime que, dans les premières années du régime nazi, environ un quart de million de personnes ont été forcées d'être stérilisées pour améliorer la « race humaine ». La stérilisation a été effectuée en raison d'une débilité mentale héréditaire, d'une schizophrénie, d'une psychose maniaco-dépressive, d'épilepsie, de la chorée de Huntington, d'une surdité et d'une cécité héréditaires, ainsi que de malformations corporelles transmises génétiquement. Qui serait stérilisé était déterminé par les soi-disant tribunaux de santé héréditaires.

Les Allemands ont décerné un doctorat honorifique à Harry Laughlin en 1936 pour son travail de stérilisation eugénique. Bien que les Allemands aient mis en œuvre la stérilisation à plus grande échelle, l'idée de la stérilisation des personnes inaptes avait ses racines dans les pays scandinaves et les États-Unis, dont les organes dirigeants utilisaient la vaccination forcée comme précédent.

À l'insu de beaucoup aujourd'hui, Margaret Sanger, la fondatrice de Planned Parenthood, croyait que le choix personnel en matière de procréation était vital pour «l'amélioration raciale».

*Avant que les eugénistes et d'autres qui travaillent pour l'amélioration raciale puissent réussir, ils doivent d'abord ouvrir la voie au contrôle des naissances... Bien que je crois personnellement en la stérilisation des faibles d'esprit, des fous et des syphilectiques, je n'ai pas été en mesure de découvrir que ces mesures sont plus que des moyens de dissuasion superficiels lorsqu'ils sont appliqués au flux sans cesse croissant d'inaptes... Seule une maternité libre et autodéterminée peut reposer toute structure inébranlable d'amélioration raciale.**{263}***

L'eugénisme était appliqué aux immigrés. De 1892 à 1954, plus de 12 millions de personnes sont entrées aux États-Unis par la porte d'Ellis Island dans le port de New York. Au début, l'accent était mis sur la détection de maladies infectieuses telles que la typhoïde et la variole chez les immigrants, mais au fil du temps, l'identification de ce qui était considéré comme des défauts mentaux a pris de l'importance.

... l'anomalie mentale a pris une importance croissante, à mesure que l'eugénisme devenait à la mode. Dans de tels processus de sélection, les préjugés ethniques opéraient inévitablement. Les types méditerranéens et les Juifs d'Europe de l'Est étaient largement considérés comme des souches inférieures : "Les passagers de direction d'un bateau de Naples présentent une fréquence affligeante de fronts bas, de bouches ouvertes, de mentons faibles, de traits médiocres, de visages obliques, de crânes petits ou noueux et de têtes sans dos". commentait l'éminent sociologue EA Ross en 1914.{264}

En raison du durcissement des préjugés raciaux, les États-Unis ont adopté en 1924 le Johnson Reed Act pour introduire des quotas d'immigration. Les partisans de l'eugénisme et de la théorie de l'hygiène raciale étaient de fervents partisans de la loi. Calvin Coolidge, le 30e président des États-Unis, a déclaré : L'Amérique

doit rester américaine. Les lois biologiques montrent… que les Nordiques se détériorent lorsqu'ils sont mélangés à d'autres races.*{265}*

En 1922, Harry Olson, juge en chef de la Cour municipale de Chicago, a discuté de son avis juridique sur la constitutionnalité de la stérilisation eugénique. Il soutenait pleinement la législation modèle sur l'eugénisme qui était proposée partout aux États-Unis. Il pensait que tant que des audiences auraient lieu et que la « procédure régulière de la loi » serait respectée, les tribunaux maintiendraient ces lois comme étant constitutionnelles. Sa conviction dans la « science » de l'eugénisme était inébranlable.

Si la science de l'eugénisme est si avancée, comme cela semble être le cas, qu'on peut déterminer que certains individus sont atteints de troubles physiques, nerveux et mentaux héréditaires qui réapparaîtront à la génération suivante ou ultérieure et menaceront la sécurité de la société… alors il ne fait aucun doute que la législation envisagée par la loi type sera une protection efficace pour les générations futures… Non seulement les nations doivent défendre leur avenir contre la dégénérescence raciale de l'intérieur, mais elles doivent limiter l'immigration de stocks défectueux de toutes les autres terres… "The Rising Tide of Color", de Lothrop Stoddard, nous met en garde contre le danger pour la race blanche, mais votre livre [Harry Laughlin] avertit l'humanité de la menace qui pèse sur toutes les races - sur l'ensemble de la race humaine - de dégénérescence raciale.{266}

Même si l'approche nazie était considérée comme extrême, la prémisse d'utiliser le pouvoir du gouvernement pour protéger une plus grande société contre les «imbéciles» et autres défauts génétiques a continué à être défendue.

L'historien et auteur Henry E. Sigerist a écrit en 1943 :

Je pense que ce serait une grave erreur d'identifier la stérilisation eugénique uniquement à l'idéologie nazie et d'écarter le problème simplement parce que nous n'aimons pas le régime allemand actuel et ses méthodes. Les mesures pionnières ont été, après tout, prises

par les États-Unis et la Suisse, et les lois scandinaves sont tout aussi strictes que les lois allemandes. Le problème est grave et aigu, et nous devrons être contraints d'y prêter attention tôt ou tard.{267}

Les gouvernements des États ont mis en œuvre des lois qui conféraient un pouvoir énorme à un petit groupe d'"experts" médicaux qui déterminaient si une personne était, à leur avis, génétiquement "apte".

Le régime nazi allemand a pris l'idée de la stérilisation des "dysgéniques"{268}à une conclusion épouvantable. L'impact horrible de la couverture visuelle et médiatique des camps nazis de l'Holocauste à la fin de la Seconde Guerre mondiale a finalement délogé l'eugénisme en tant que pratique acceptée.

Aux États-Unis, l'eugénisme a finalement perdu l'acceptation scientifique et le soutien du public. De nouvelles découvertes scientifiques ont conduit au rejet des résultats de la recherche eugénique. De plus, les événements dans l'Allemagne nazie des années 1930 et l'étroite coopération entre les eugénistes américains et allemands ont gravement nui à la réputation du mouvement eugéniste américain, et la révélation des crimes nazis dans les années 1940 a discrédité les théories eugénistes.{269}

Le contrôle sévère de l'État a disparu des gouvernements, mais seulement après que beaucoup aient été terrorisés pendant des décennies.

Après la révélation des atrocités de la Seconde Guerre mondiale, l'eugénisme et les mesures oppressives prises par le gouvernement pour le « bien public » ont perdu le soutien populaire, et son histoire a rapidement disparu de la mémoire publique collective. La vaccination obligatoire a pris fin sans ménagement en Angleterre en 1948 peu après la fin de la Seconde Guerre mondiale.

L'année 1948 restera à jamais mémorable dans l'histoire de la vaccination dans ce pays comme celle de la fin de la vaccination obligatoire des nourrissons, une mesure qui a fait l'objet d'une si

vive et amère controverse pendant tant d'années. Compte tenu de la grande importance attachée à la vaccination universelle des nourrissons en tant que « première ligne de défense » et de la ferme conviction que seule la contrainte pourrait y parvenir, il est plutôt surprenant que la proposition d'abolir la contrainte n'ait pas suscité plus d'opposition. . Au cas où l'opposition était presque négligeable.{270}

Conclusion

Le succès de Leicester a jusqu'à ce jour été ignoré par la communauté médicale et les gouvernements.

Ils préfèrent persister non seulement dans leur croyance en la vaccination, mais dans la nécessité de forcer les gens à se faire vacciner, quels que soient les arguments valables sur la sécurité ou la liberté personnelles.

La raison la plus importante d'apprendre l'histoire est peut-être que les pires choses ne se répètent jamais. La possibilité de choisir ce qui est injecté dans notre corps est maintenant supprimée par les États et les lieux de travail.

La perte des exemptions religieuses semblait autrefois impossible, mais la véhémence des pro-vaccins et leur religion civique travaillent efficacement à supprimer toutes les exemptions de vaccins médicaux sauf les plus spécifiques.

Qu'est-ce qui viendra après ça?

9. Le cas d'Arthur Smith Jr.

Premierement ne faites pas de mal.

– Discours médical

La route de l'enfer est pavée de bonnes intentions.

– Proverbe

Les majorités ne sont jamais une preuve de la vérité.

– Dr Walter R. Hadwen (1854–1932), 1896

C'était en 1914. Arthur Smith Jr. était un garçon normal et en bonne santé de 11 ans vivant dans sa maison au 8 John Street à New Windsor, New York, avec son père, Arthur Smith; sa mère, Hilda; et ses deux sœurs, Annie et Jennie. Bien qu'il ne soit pas en tête de sa classe, il réussit bien à l'école.

À l'ouverture du trimestre scolaire d'automne, une lettre a été envoyée à toutes les écoles de l'État de New York. La lettre, rédigée par le Dr Finnegan du Département d'État de l'éducation, appelait le conseil scolaire, y compris chaque commissaire d'école, à appliquer la loi sur la vaccination obligatoire. La lettre indiquait que si un enfant n'était pas vacciné, il ou elle ne pouvait pas aller à l'école. S'ils étaient gardés à la maison pour cette raison, les parents seraient finalement arrêtés et envoyés en prison.

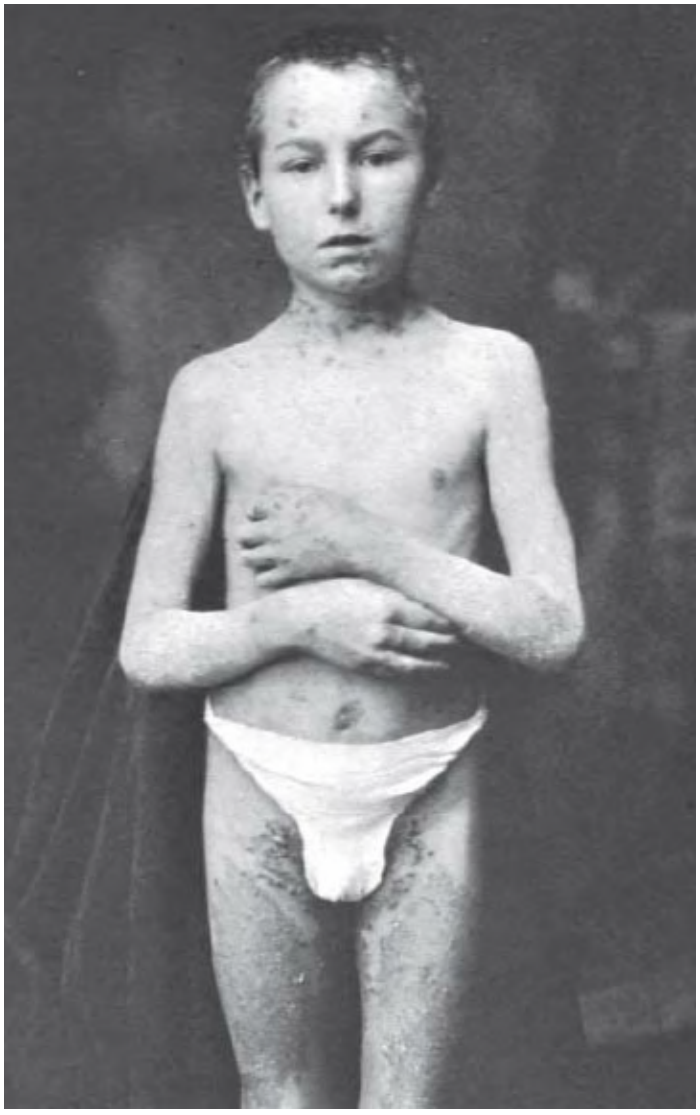
Parmi les documents envoyés aux écoles de tout l'État par le Dr John H. Finley en tant que commissaire à l'éducation, se trouve une notification aux responsables des écoles publiques, paroissiales et privées qu'aucun élève ne sera admis à moins qu'il n'ait été vaccinés, comme l'exige la loi. Le procureur général Carmody a rendu un avis dans lequel il dit :

« Les enfants des écoles paroissiales doivent être vaccinés, tout comme les enfants des écoles financées par l'État… Le but de la loi étant si simple, les bons citoyens ne remettront pas en question son

application, mais en reconnaissance de la déclaration d'une politique y accéderont. "{271}

À l'automne 1914, le directeur de la commission scolaire de New Windsor informe les enfants qu'ils seront tous vaccinés. On leur a dit que s'ils ne se conformaient pas, il leur serait interdit d'aller à l'école et leurs pères seraient arrêtés et condamnés à une amende. Ce dilemme coercitif a été rencontré par la famille d'Arthur Smith.

En disant continuellement aux enfants d'avertir leurs parents qu'ils ne pourraient pas aller à l'école s'ils n'étaient pas vaccinés, ils ont tellement intimidé la mère et moi, que pensant que nous ne pouvions pas lutter avec succès contre l'ordre, nous avons finalement consenti à faire vacciner nos enfants par un médecin de notre propre choix.{272}



Photos 9.1 :Arthur Smith, Jr. août 1915 (environ 1 an après la vaccination)

À ce moment-là, les Smith ont fait vacciner leurs trois enfants. Deux d'entre elles, Annie et Jennie, ont souffert d'un certain malaise et se sont rétablies. Cependant, peu de temps après avoir été vacciné, Arthur a commencé à éprouver de graves complications. En une semaine, ses mains, ses bras, ses pieds et ses jambes avaient enflé à deux fois leur taille normale. Des cloques couvraient tout son corps, et quand elles se sont cassées, du pus jaune a été déchargé et s'est transformé en plaies. Six mois plus tard, ses parents craignaient qu'il ne soit en train de mourir.

Maintenant, il est en train de mourir. Son corps est une masse de plaies qui coulent. Il ne peut porter aucun vêtement. Ses cheveux tombent. Il souffre des tourments indicibles. Au lieu d'aller à l'école ou de jouer avec des enfants de son âge, il doit s'asseoir près du poêle dans la maison, enveloppé de bandages imbibés de pommade et souffrir une agonie indescriptible. Tout ça parce qu'il était vacciné.{273}

La triste vérité était que les administrateurs scolaires, y compris le directeur de l'école, étaient en fait opposés à la loi sur la vaccination obligatoire. Ils ont refusé de faire plus que lire la lettre du Dr Finnegan aux enfants. De nombreux conseils scolaires et administrateurs scolaires de tout l'État de New York ont en fait ignoré la demande de l'État d'appliquer la loi sur la vaccination obligatoire. À New Windsor, rien de plus n'a été fait sauf lire la lettre.

Beaucoup de gens dans la ville étaient en colère contre ce qui était arrivé au garçon Smith. Un homme a déclaré que les souffrances endurées par l'enfant étaient "une torture pire que les tourments des damnés".{274}

Un autre homme, un éminent éducateur qui vivait à New Windsor, a déclaré

Si le garçon Smith meurt, il sera victime de la loi de l'État. Je suis prêt à le mettre plus fort. Il aura été assassiné par le Dr Finnegan uniquement pour faire plaisir à de nombreux fanatiques de la médecine.{275}

Après qu'Arthur ait commencé à montrer les effets négatifs du vaccin, il est resté sous les soins continus d'un médecin. Le médecin vaccinateur d'origine a traité Arthur sans succès. Un autre médecin a été appelé.

Pendant cinq mois, il l'a traité avec des onguents et des médicaments internes, qui n'ont pas réussi à enrayer la maladie inconnue.

En mai 1915, le père d'Arthur l'emmena à Albany, New York, pour voir le Dr Curtis, un spécialiste du sang.

Après examen, il a déterminé qu'Arthur souffrait d'un cas de pemphigus et a noté qu'il n'avait vu qu'un seul autre cas chez un homme de 50 ans décédé des suites de cette maladie. Par coïncidence, et à l'insu de la famille Smith, il avait récemment été déterminé par une enquête de 1915 que les vaccins étaient contaminés par la fièvre aphteuse. Enfin, après trois ans, en décembre 1918, Arthur se rétablit presque complètement.

Je tiens à dire que mon garçon à l'heure actuelle est en assez bonne santé, et il n'y a pas d'éruptions sur son corps et avec chaque année qui suit, l'effet semble s'estomper progressivement. L'été 1917, il a éclaté en éruption assez grave, en particulier ses jambes, étant plus sévère sur les cuisses, et aussi à l'été 1918, mais pas aussi grave que l'été précédent. Il est exempt de toute éruption à l'heure actuelle, mais la partie supérieure de son corps et surtout ses bras sont couverts d'une grande quantité de taches brunes sur la peau où les éruptions ont complètement disparu, mais je pense qu'avec chaque année qui suit , à mesure qu'il devient plus fort, les effets disparaîtront entièrement, à l'exception des taches brunes sur la peau, qui, je suppose, resteront toujours et pour lesquelles il ne peut y avoir de remède.{276}

Arthur Smith a survécu à sa longue épreuve, bien qu'il ait été impossible de dire si les taches qu'il avait sur sa peau à l'âge de 14 ans se sont jamais effacées. Nous ne savons pas non plus quels problèmes de santé résiduels il a pu avoir avant sa mort en 1983.

M. Smith n'était pas le seul enfant à avoir souffert à la suite de l'ordonnance de vaccination obligatoire du Dr Finnegan. La fille de Michael Rossin de New Windsor a été vaccinée à la New Windsor School en octobre 1914.

Une semaine plus tard, son corps a éclaté en plaies, cloques et furoncles. Elle a souffert pendant deux mois avant que les éruptions ne cessent d'apparaître sur son corps. À la suite de la vaccination, sa mentalité a souffert et, bien qu'elle soit de retour à l'école aujourd'hui, sa santé et son cerveau ont été si gravement affectés qu'elle est incapable de suivre ceux de son âge dans son travail scolaire..{277}

Mary McCurry a également été vaccinée à la New Windsor School en octobre 1914.

En une semaine, elle a développé un trouble nerveux qui a rapidement montré tous les symptômes de la maladie connue sous le nom de danse de Saint-Guy [un trouble affectant les enfants et caractérisé par des mouvements saccadés,

mouvements incontrôlables]. Son état est devenu tel que dans les trois semaines suivant le moment où elle a été vaccinée, elle a dû être retirée de l'école. Elle n'est pas revenue depuis. La cicatrice de vaccination est une vilaine marque noire sur son corps. Avant d'être vaccinée, Mary n'avait jamais reçu de traitement médical. Son système nerveux ne montrait aucun signe de panne et elle était exceptionnellement brillante. Elle pesait le jour où elle a été vaccinée 94 livres. Maintenant, l'enfant n'est guère plus qu'une épave nerveuse, elle pèse moins de 70 livres et elle n'a aucun contrôle sur ses muscles qui se contractent et tournent.{278}

Des années plus tôt, le frère de Mary, Thomas McCurry, a également subi une grave réaction à la vaccination. Il avait sept

ans lorsqu'il a été vacciné à la Washington Street School de Newburgh. Peu de temps après avoir été vacciné, des plaies ont commencé à apparaître sur tout son corps. Il a été retiré de l'école et n'y est pas retourné.

Un traitement soigneux et des soins assidus ont réussi à surmonter l'éruption. Ensuite, le garçon a commencé à se plaindre d'étourdissements et, alors qu'il était sous traitement médical, il est devenu aveugle. Il a été totalement aveugle pendant plus d'un an. A peine avait-il recouvré la vue qu'il fut frappé de paralysie et que la colonne vertébrale commença à se tordre. Il est devenu impuissant. Il y a deux ans, il a perdu le pouvoir de la parole et maintenant, tout ce qu'il peut faire, c'est proférer des gutturales inintelligibles. Ses yeux sont tout ce qui reste vivant maintenant et la façon dont il parle avec ses yeux est trop pitoyable et déchirante pour être décrite... M. et Mme McCurry attribuent franchement les souffrances de Mary et Thomas à la vaccination. Ils disent que leurs autres enfants ne seront jamais autorisés à courir le risque de souffrir comme ces deux-là.{279}

Malgré les souffrances de ceux-ci et d'un nombre inconnu d'autres enfants et adultes, les autorités ont maintenu leur soutien indéfectible à la vaccination obligatoire. Ces rapports, qui contrastaient avec la croyance officielle selon laquelle la vaccination était une procédure inoffensive, se sont estompés de la mémoire sociétale. Ce qui restait était le mythe et l'illusion de la sécurité, de la nécessité et de l'efficacité de la vaccination.

10. La révolution de la santé

La négligence ne fait pas partie de la religion. La propreté est en effet à côté de la piété.

– John Wesley (1703–1791)

Puissions-nous être et implorons votre protection et votre pouvoir. Nous sommes Sur, pour ainsi dire, vivant dans Wilderness, pour autant que le reste de Londres sache quelque chose de nous, ou que les riches et les grands se soucient de nous. Nous vivons dans la boue et la crasse. Nous n'avons pas de privilèges, pas de poubelles, pas de drains, pas de canalisations d'eau, et pas de drain ou de sueur dans le trou. La société Suer, sur la place grecque de St. Soho, tous les grands hommes riches et puissants ne prêtent aucune attention à nos plaintes. La Stenche de Gulley-hole est dégoûtante. Nous souffrons tous, et le nombre est malade, et si le choléra vient, Seigneur, aide-nous.

– Une lettre dans The Times, 1849

Il n'est pas étonnant que la santé s'améliore lorsque la population renonce à utiliser les eaux usées diluées comme principale boisson.

– Dr Thurman Rice, 1932

Au milieu des années 1800, les bidonvilles étaient devenus des établissements courants dans le monde occidental. La ville de New York comptait 100 000 habitants de bidonvilles vivant dans 20 000 immeubles d'habitation. Ils étaient une situation difficile et vile. Dans ces bidonvilles insalubres, la mort était omniprésente. Le choléra, la typhoïde, la scarlatine, la variole, le typhus et d'autres maladies infectieuses n'étaient jamais inactifs.

Mais pendant ce temps, les graines du changement ont été semées et ont lentement pris racine. C'était le début de la révolution de l'assainissement. Une nouvelle compréhension que la saleté contribuait à la maladie humaine était apparue. On savait aussi que la pauvreté était souvent le résultat d'une telle maladie et pas

seulement sa cause. Sur la base de cette prise de conscience, des projets d'approvisionnement en eau potable et d'élimination des déchets humains et autres ont progressivement commencé à être mis en œuvre.

Vingt pour cent du paupérisme était dû à la fièvre, et la faute en était à la surpopulation, à l'élimination négligente des déchets, à l'eau sale et à une mauvaise alimentation. La pauvreté ne pourrait pas être abolie, mais la pauvreté due à une maladie évitable pourrait être : Les mesures primaires et les plus importantes, et en même temps les plus praticables, et dans le domaine reconnu de l'administration, sont le drainage, l'enlèvement de tous les déchets des habitations, rues et routes, et l'amélioration de l'approvisionnement en eau.{280}

Pour répondre aux préoccupations de santé publique, le gouvernement local a commencé à établir des normes pour la protection de la santé humaine. Les réformateurs sociaux, les militants, les médecins et d'autres ont poussé à des changements pour améliorer le bien-être général de la population. Les gouvernements ont commencé à se concentrer sur l'élimination des déchets, l'approvisionnement de la population en eau potable et toute une série d'autres problèmes liés à la santé.

*... pour soulager les souffrances des classes ouvrières en Angleterre, une coalition improbable d'activistes sociaux, de réformateurs de prisons, de médecins, de membres du clergé et de scientifiques a commencé à préconiser une réforme sanitaire au début des années 1800. Ils soutenaient que la maladie et la pauvreté résultaient de conditions et de pratiques « insalubres » auxquelles il était possible de remédier. Ce «mouvement sanitaire» a joué un rôle déterminant dans l'adoption d'une législation en Grande-Bretagne dans les années 1850 et 1860 pour créer des autorités de santé publique ayant le pouvoir de réglementer la collecte des eaux usées, l'approvisionnement en eau, les nuisances environnementales et une liste remarquable d'autres questions pertinentes, telles que médecin licences et abus du travail des enfants.**{281}***

Dans la majeure partie du monde au cours des années 1800, il y avait une menace implacable du choléra, qui a entraîné des millions de morts. L'ancienne notion selon laquelle il y avait une génération spontanée de maladies résultant de gaz mystérieux appelés miasmes évoluait vers une compréhension biologique de l'aspect microbien de ces maladies.

En 1854, le médecin anglais John Snow a déterminé que la source de l'épidémie de choléra à Londres était de l'eau contaminée fournie par une pompe de rue. Snow a remarqué que toutes les personnes touchées par le choléra tiraient de l'eau de cette pompe particulière. Il a utilisé des preuves scientifiques pour convaincre le conseil municipal d'interdire l'approvisionnement en eau polluée. La ville a ordonné la fermeture de la pompe et l'épidémie s'est calmée, démontrant que la source de la maladie était quelque chose dans l'eau.{282}

Grâce à des initiatives citoyennes, les gouvernements ont ajouté à la responsabilité de maintenir la santé publique.

Ces efforts ont transformé les villes de cloaques de déchets humains et animaux en lieux propres et hygiéniques où les gens pouvaient prospérer. La ville moderne se dessine peu à peu.

*Suite à la dernière épidémie de choléra à Stockholm en 1853, qui fit 3000 morts, l'opinion publique en faveur d'un meilleur assainissement se traduisit par la création d'un nouveau bureau d'assainissement, chargé de gérer efficacement l'évacuation des excréments et de nettoyer les rues et cours appartenant à la ville... Fabriqué dans les 30 années précédant le début des années 1890, l'élimination des excréments à Stockholm est passée d'un système presque médiéval à une norme d'hygiène acceptable pour le XXe siècle.**{283}***

En 1898, le Dr TW Huntington a commenté les améliorations apportées pour sauver des vies grâce à l'utilisation de la science sanitaire.

En examinant le temps depuis que nous avons quelque chose comme l'histoire, nous constatons que la grande perte de vie a été due aux épidémies. Les décès dus aux blessures, aux accidents, etc. ont été insignifiants par rapport aux énormes pertes de vies humaines qui se sont produites lors des épidémies. J'ai eu récemment l'occasion d'appeler l'attention sur l'épidémie de choléra à Hambourg. Il y a eu environ 18 000 cas, dont plus de la moitié sont décédés. À Altoona, qui tirait son approvisionnement en eau de la même source, l'Elbe, mais l'avait filtrée avant utilisation, il y avait relativement peu de cas.{284}

Un nouveau mouvement de santé publique a commencé en Angleterre, où de grands efforts ont été faits pour améliorer les conditions sanitaires. La construction du système d'égouts de Londres a commencé en 1859. Les travaux se sont poursuivis pendant six ans jusqu'à ce que le système soit achevé en 1865. Diverses lois du Parlement, telles que la loi sur l'utilisation des eaux usées en 1865 et la loi sanitaire en 1866, ont donné au gouvernement le pouvoir de maintenir le réseau d'égouts, réglementer l'approvisionnement en eau et rendre illégal le surpeuplement des résidences. L'Angleterre a donné un exemple qui a été rapidement suivi par d'autres pays. Cependant, ces changements positifs se sont souvent heurtés à la résistance de ceux qui profitaient des bidonvilles.

De grands blocs de bidonvilles appartiennent à des hommes qui ont résisté à toutes les améliorations sanitaires en obtenant du département de la santé de la ville de Tammany des nominations en tant qu '«agents de santé» dans un système de police sanitaire prévu en 1860. En signe de protestation, le «comité de citoyens» a fait appel à l'État. autorités à Albany et obtenu une enquête qui a conduit à un certain soulagement. Il n'est pas surprenant que New York ait le taux de mortalité le plus élevé de toutes les villes américaines.{285}

À la fin des années 1800, de plus grandes infrastructures sanitaires ont été mises en place. Ces projets ont transformé le

paysage de Londres d'une ville de saleté à une ville où les égouts de base et l'eau potable faisaient partie de la vie de la ville.

Le Metropolitan Board of Works a chargé son ingénieur en chef, Joseph Bazalgette, de créer un plan ambitieux de drainage principal, qui a été achevé en 1875. L'eau de Londres était de plus en plus puisée dans les hauteurs de la Tamise et de la vallée de la Lea, et des lits filtrants ont été développés. . La nouvelle infrastructure sanitaire est un triomphe du génie civil.{286}

Au début des années 1900, la nature infectieuse de l'approvisionnement en eau a également été abordée grâce à l'utilisation de la chloration, qui a pratiquement éliminé les maladies d'origine hydrique telles que le choléra, la typhoïde et la dysenterie.

Pour résoudre les problèmes d'eau pure et d'évacuation des eaux usées, toujours aigus dans les villes envahies par la végétation, la bactériologie et la chimie ont continué d'apporter leur aide. Une avancée importante a été réalisée avec la chloration de l'eau, introduite pour la première fois en Amérique en 1908 et rapidement adoptée après 1913. Cette méthode s'est avérée supérieure à la filtration de l'eau comme protection contre les maladies d'origine hydrique..{287}

Au fil du temps, cette eau plus sûre a été acheminée directement aux maisons et aux entreprises. L'innovation des toilettes - un terme utilisé pour décrire une pièce avec des toilettes - a permis une élimination appropriée des déchets humains.

Ainsi, les excréments n'avaient plus à être jetés dans les rues où ils finiraient par se retrouver dans l'eau potable de la population.

Dans les années 1850, les eaux usées étaient déversées dans des fossés à ciel ouvert, certains recouverts de planches ou de pierres... En 1895, il n'y avait que 40 locaux avec toilettes. En 1904, ce nombre était passé à 1 506 et, en 1909, la ville décida d'accorder l'autorisation de raccorder les toilettes au réseau d'égouts municipal. En 1909, un deuxième plan d'assainissement est lancé et

une première usine de traitement des eaux usées est construite.{288}

Comme vingt-cinq ans se sont écoulés depuis la nomination des médecins-hygiénistes dans les districts métropolitains, il peut être utile de jeter un rapide coup d'œil sur les progrès réalisés. Les travaux effectués par le Metropolitan Board of Works... ceux qui connaissaient Londres il y a trente ans qui devrait être un lieu de résidence beaucoup plus sain aujourd'hui qu'il ne l'était alors, même si ses limites ont été très largement étendues et la population augmentée . Non seulement de nombreuses habitations inhabitables ont été supprimées et, dans de nombreux cas, remplacées par des habitations mieux construites, moins surpeuplées, mais de nombreuses rues ont été élargies et de nouvelles rues ont été creusées dans des quartiers pauvres densément peuplés. Un très grand nombre de puisards ont été vidés et remplis, et remplacés par des water-closets reliés aux égouts ; les cours derrière les maisons des pauvres ont été dans la plupart des cas correctement drainées ; les maisons elles-mêmes fréquemment blanchies à la chaux; et autres travaux sanitaires réalisés.{289}

La pression en faveur de changements dans l'hygiène humaine a dû surmonter la pensée sociétale de l'époque. La croyance générale était que le bain n'était pas nécessaire pour la santé ou l'apparence, et que l'odeur corporelle était acceptable. Les partisans de l'hygiène devaient inculquer de nouvelles normes à la population.

La propreté est devenue le postulat principal du mouvement hygiénique des XIXe et XXe siècles. Elle a dû surmonter de nombreux obstacles, notamment la résistance des personnes qui prétendaient que l'utilisation fréquente du savon était nocive pour la peau.{290}

Ces changements fondamentaux en matière d'hygiène étaient bien en cours avant que la théorie des germes de la maladie ne soit généralement acceptée. Même au début des années 1900, de nombreux membres de la profession médicale, des agents de

santé et du public croyaient encore que la saleté émanait de gaz toxiques qui provoquaient des maladies.{291}Cette théorie finira par être rejetée.

*L'un des aspects les plus importants de l'action de santé publique dans une ville moderne est l'assurance de conditions sanitaires générales, notamment en ce qui concerne l'approvisionnement en eau et l'évacuation des déchets. La croissance du mouvement de santé publique au XIXe siècle était en grande partie une question de propagation de l'évangile de la propreté et de la prophylaxie. Bien avant que la théorie des germes ne soit énoncée, les techniciens de l'assainissement et les agents de santé ont cherché à convaincre les communautés de la valeur préventive de la propreté générale..**{292}***

Les années 1880 avaient été « la décennie sombre, désespérée et impossible », avec une malnutrition généralisée parmi la classe ouvrière. Dans les années 1890, les gens avaient de meilleures chances d'améliorer leur nutrition, non seulement parce qu'il y avait plus d'argent pour se nourrir, mais aussi parce que les femmes pouvaient rester à la maison pour cuisiner... pour la santé de la population. Un service de «police sanitaire» a été institué dans le cadre du nouvel accent mis sur l'amélioration de l'hygiène de l'environnement. Cette autorité était chargée d'inspecter les aliments et le lait et de vérifier le respect d'une ordonnance locale imposant la propreté et l'ordre des locaux extérieurs.{293}

Il y avait aussi un appel à l'amélioration des conditions de logement épouvantables. Les propriétaires ont été contraints d'apporter des modifications aux immeubles invivables. Les pires logements, en particulier les caves infestées de vermine, ont été fermés. En 1866, la ville de New York a créé un conseil municipal de santé efficace pour s'attaquer à ces problèmes.

En quatre ans, il avait fermé la quasi-totalité des caves et des sous-sols utilisés pour les logements insalubres.

Il avait terminé une enquête sur les immeubles et ordonné aux propriétaires d'effectuer des modifications les rendant décemment habitables..{294}

Les gouvernements ont institué une planification urbaine pour éliminer diverses entreprises polluantes loin des lieux de vie des gens. Les abattoirs, les usines de conditionnement de viande, les usines de colle, les tanneries et d'autres fabricants ont été ciblés. Ces industries offensantes et polluantes ont été lentement repoussées hors des limites de la ville pour améliorer la santé publique.

Le conseil de 1868 a forcé le déplacement de tous les abattoirs du centre-ville, dont il y en avait vingt-trois dans un seul demi-quartier, vers des points au-dessus de la quarantième rue. Dans le même temps, le premier égout collecteur pour libérer les cales de quai de l'accumulation de déchets est construit, et d'autres suivent rapidement.{295}

...les médecins-hygiénistes locaux, dont les fonctions étaient de réglementer les "métiers offensifs" (abattage, tannage, teinture, etc.), d'éliminer les "nuisances", de réglementer les maisons impropres à l'habitation, de fournir des lieux de sépulture et de s'occuper de l'approvisionnement en eau, des égouts, l'élimination des déchets et d'autres risques environnementaux.{296}

À Chicago, l'industrie de la viande a résisté aux politiques de santé publique. Tout au long de son histoire, l'industrie a déversé des carcasses d'animaux et des produits chimiques dans la rivière Chicago et le lac Michigan. Oscar Coleman DeWolf, commissaire à la santé dans les années 1880 à Chicago, a travaillé pour nettoyer l'industrie de l'emballage de la viande en instituant des inspections des lieux de travail et en tentant de déplacer les abattoirs vers la périphérie de la ville.

L'inspection d'atelier et d'usine a été entreprise pour la première fois pendant son mandat [De Wolf]; des tentatives ont été faites pour démontrer le lien entre les taux de mortalité et les conditions de travail et de vie insalubres. Sa plus grande bataille était avec les usines de conditionnement qui cherchaient à contrecarrer les réglementations sanitaires nécessaires par tous les moyens à leur disposition, justes et immondes. La menace pour la santé des abats

déversés dans la rivière dans le lac, indépendamment des conditions de travail au sein de l'usine, était un grave problème de santé.{297}

En plus de comprendre que les sources de maladies sont dues à une mauvaise manipulation des déchets et de l'eau contaminée, on reconnaît maintenant que la contamination des aliments est un problème majeur. Le lait en particulier était une cause majeure de maladie et de décès. En 1898, le Dr WE Bates commenta l'approvisionnement en lait.

Je suis d'accord avec le Dr Simmons sur l'idée qu'à côté de l'approvisionnement en eau, l'approvisionnement en lait est la principale source d'infection [typhoïde]... cent cinquante cas en six semaines, et ils ont retracé chacun d'eux jusqu'à la seule source... l'approvisionnement en lait. Il a été constaté que les vaches buvaient de l'eau très sale, qui était chargée de germes typhoïdes. Que le lait ait été infecté par les vaches qui le buvaient ou que le laitier l'ait dilué avec l'eau est en cause.{298}

Les interventions comprenaient des normes de propreté plus élevées, une meilleure gestion des déchets humains, une inspection et une manipulation accrues des aliments, de meilleures pratiques d'alimentation des enfants et une éducation sanitaire mettant l'accent sur les pratiques d'hygiène. Ces changements ont tous été mis en place dans tout le monde occidental à peu près au même moment.

Des médecins, des avocats, des scientifiques et des ingénieurs, avec des représentants d'organisations caritatives, ont formé un corps influent qui a pressé les décideurs locaux d'apporter des améliorations favorables à la santé. Ils ont mis l'accent sur l'allaitement et la distribution de lait contrôlé aux nourrissons et aux enfants lorsque l'allaitement n'est pas possible.{299}

Les mères ont allaité presque exclusivement jusqu'au milieu des années 1800, lorsque des formules et du lait en poudre de mauvaise qualité sont devenus disponibles. L'allaitement maternel est devenu de moins en moins populaire dans les années 1900 et a atteint un creux historique dans les années 1940, avec

seulement environ 25 % des nourrissons initialement allaités puis sevrés rapidement.

Cela a contribué à la maladie et à la mauvaise santé générale des nourrissons de l'époque. George Newman, le médecin-hygiéniste de Finsbury, en Angleterre, a promu l'idée que l'allaitement et la pasteurisation du lait réduiraient le taux élevé de mortalité infantile.

Newman a souligné que les nourrissons allaités souffraient moins de diarrhée estivale que les nourrissons nourris au lait artificiel ou au lait de vache. Il considère que le taux élevé de mortalité infantile est principalement un problème de maternité et il met l'accent sur la formation adéquate des mères et la promotion de l'allaitement maternel. La pasteurisation du lait et les laiteries étaient d'autres mesures qu'il proposait pour réduire les taux de mortalité infantile.{300}

La pasteurisation du lait est devenue la norme. Des toxines telles que le formaldéhyde ont été découvertes et éliminées. Grâce à des inspections, cet aliment de base est passé d'une boisson dangereuse et souvent mortelle à une boisson sûre.

... programme de pasteurisation du lait qui est devenu la base de l'ordonnance de pasteurisation obligatoire de Chicago en 1909, la première loi de ce type aux États-Unis. L'inspection du lait avait commencé en 1877, mais la recherche de germes pathogènes n'a été inaugurée qu'en 1893. La présence de poison au formaldéhyde pour prévenir l'acidification a été détectée pour la première fois en 1900 et rapidement éliminée.{301}

La seule méthode praticable pour détruire les bactéries présentes dans le lait est celle connue sous le nom de pasteurisation, qui, lorsqu'elle est correctement effectuée, consiste à chauffer le lait à une température d'environ 60° C (140° F.) pendant environ vingt à trente minutes. Cela suffit à détruire les germes de la tuberculose, de la fièvre typhoïde et de la diphtérie, et de nombreux organismes...{302}

En 1907, le Dr Charles Page a noté qu'il n'était pas nécessaire d'utiliser des injections de matière pathogène pour combattre la diphtérie. L'assainissement, l'hygiène et le changement du niveau de vie seraient utilisés pour vaincre cette maladie et d'autres.

Ce n'est pas en ajoutant maladie sur maladie que l'on combattra le mal de la diphtérie, mais c'est en supprimant les taudis sombres, humides, mal aérés qui infestent nos villes ; en laissant entrer la lumière et l'air dans les habitations surpeuplées et insalubres des pauvres, et en inculquant des leçons de propreté et d'hygiène au peuple.{303}

Dans les années 1900, de plus en plus de gens avaient réalisé que la clé de la défaite des maladies infectieuses d'origine humaine comme le choléra et la typhoïde était une vie plus saine. En outre, la mortalité et la morbidité des maladies lorsqu'elles se produisaient n'étaient pas si élevées lorsque la constitution humaine était soutenue. Directeur des écoles F.

M. Buckley d'Ansonia, Connecticut, a proclamé en 1911 qu'un mode de vie sain éliminait la peur des maladies infectieuses.

*En conséquence, la génération actuelle commence à apprendre et réalisera plus complètement au fil du temps que l'idée fataliste concernant les maladies contagieuses et infectieuses est absolument erronée et que de nombreuses maladies dites inévitables sont positivement évitables. Il n'est pas vrai que chaque individu doit parcourir toute la gamme de la rougeole, de la scarlatine, de la coqueluche, de la diphtérie, de la tuberculose et autres si des mesures de précaution appropriées sont prises dès le départ. Le soleil, l'air frais, une alimentation saine, l'exercice, le repos et le mode de vie hygiénique sont bien plus efficaces que tous les médicaments ultérieurs existants.**{304}*

Le Dr James Gordon Cumming a déclaré dans son article de 1922 dans le Journal of the American Medical Association que l'assainissement éliminerait la menace de la diphtérie. L'utilisation des vaccinations, des sérums, des tests de laboratoire et des quarantaines n'était pas ce qui était vital. Ce qu'il fallait,

c'était déplacer la population pour qu'elle acquière une connaissance intuitive de l'hygiène, de l'assainissement et du soutien immunitaire de base.

L'éradication de la diphtérie ne passera pas par le traitement sérique des malades, par l'immunisation du puits, ou par le diagnostic clinique et biologique précis du cas et du porteur suivi d'une quarantaine ; il sera plutôt atteint grâce à la protection sanitaire de masse de la population pratiquée inconsciemment par le peuple à tout moment.{305}

L'assainissement et l'hygiène n'étaient pas les seuls éléments de la société à subir des changements radicaux. Les conditions de travail brutales ont également commencé à s'améliorer.

Des milliers de femmes travaillaient de longues heures et gagnaient des salaires déplorables dans les magasins et les usines. Sans lois du travail ni syndicats, ils étaient très peu payés et luttaient chaque jour pour survivre.

Rien qu'à New York, il y avait soixante-quinze mille travailleuses qui vivaient au bord de la misère. Au cours de la première année de paix [après la guerre civile], alors que les prix montaient à un niveau sans précédent, quinze mille d'entre eux ou plus, employés dans des magasins et des usines, ne gagnaient que de deux dollars cinquante à quatre dollars par semaine. Pourtant, elles étaient bien plus chanceuses que la couche misérable des femmes employées comme travailleuses aux pièces sur des vêtements bon marché. {306}

Susan B. Anthony est devenue la directrice de la Workingwomen's Protective Association. Les organisations syndicales féminines se sont battues pour apporter des améliorations à celles qui étaient prises dans une vie d'esclavage virtuel dans des ateliers clandestins.

Le mouvement ouvrier est né du désespoir des masses laborieuses.

Des industries telles que la couture comprenaient ce que l'on appelait les «industries en sueur». Celles qui cousaient dans les ateliers de Londres enduraient des conditions de travail difficiles. Pendant plusieurs mois par an, les travailleurs devaient travailler 18 à 20 heures par jour. En raison de la nature saisonnière du travail, les femmes se sont souvent tournées vers la prostitution pour survivre. Les groupes militants, les syndicats et la presse ont lentement imposé des changements dans ces conditions de travail.

La Ligue anti-transpiration, soutenue par les syndicats, a été formée en 1906 et a aidé à forcer le gouvernement libéral à agir. En 1888-1890, une commission spéciale de la Chambre des communes sur la « transpiration » a défini ce travail comme « un travail effectué pour des salaires insuffisants et pendant des heures excessives dans des conditions insalubres », et il était principalement effectué par des femmes. Le travail a été effectué dans des ateliers non réglementés ainsi qu'à domicile. Winston Churchill a introduit la Trades Boards Act en 1909 pour faire face à certains des pires domaines. Des commissions des métiers ont été créées, habilitées à réglementer les salaires et les conditions dans quatre des métiers les plus notoires, dont la couture.{307}

Au cours des années 1880, de nombreuses femmes ont dû travailler pour subvenir aux besoins de leur famille. Dans les années 1930, il y avait eu un changement et ils ne travaillaient que pour fournir des extras plutôt que pour survivre.

Au fil des ans, un certain nombre de lois ont été adoptées en Angleterre qui ont lentement réduit les conditions de travail difficiles des enfants. En 1802, la loi anglaise Health and Morals Apprentices Act limitait le travail des enfants dans les filatures de coton à 12 heures. La loi de 1833 interdit le travail des enfants de moins de 12 ans pendant plus de 8 heures et des enfants de 13 à 18 ans jusqu'à 12 heures maximum. En 1842, il est interdit aux femmes et aux enfants de moins de 10 ans de travailler sous terre dans les mines. En 1874, les enfants de moins de 10 ans n'étaient plus autorisés à travailler dans les usines.

En 1852, le Massachusetts a adopté des lois qui obligeaient les élèves à fréquenter l'école. Au cours des 50 années suivantes, tous les États avaient des lois dans leurs livres pour au moins permettre aux enfants américains de passer leurs années d'école primaire. Cependant, la qualité de ces écoles s'améliorait lentement.

Les conditions de vie de milliers d'enfants pauvres dans des maisons d'habitation sont déjà assez dures. Il est du devoir de la ville de veiller à ce que leur mauvais environnement ne se poursuive pas dans les écoles...

Le Dr William T. Armstrong a suivi et a dit aux médecins de New York que peu importait qui était responsable des maux des écoles. Il était de leur devoir de démontrer ces maux scientifiquement et sans contradiction jusqu'à ce que le sentiment public exige un remède..{308}

Bien que de nombreuses améliorations aient été apportées à la fin des années 1800, il restait encore beaucoup à faire.

*Mais les conditions sanitaires générales de la ville dans les années 1890 étaient encore médiocres selon les normes modernes. Dans les faubourgs et les quartiers périphériques, des pompes et des puits insalubres étaient encore en service ; l'approvisionnement en lait de la ville était au mieux frelaté, au pire contaminé ; de nombreuses rues n'étaient toujours pas pavées; les ordures et les ordures étaient encore déversées dans les ruelles de nombreuses sections, et il était rare qu'une poubelle soit recouverte. De plus, l'approvisionnement en eau de la ville était souvent impur. Le nouveau canal de drainage n'a été ouvert qu'en 1900; les citoyens versaient encore des eaux usées dans le lac Michigan dans les années 1890, puis buvaient l'eau du lac.**{309}***

Ces transformations se sont produites sur plusieurs décennies. Les changements se sont produits lentement et sous de nombreuses formes différentes. Sous la direction du département de la santé de Chicago, des réglementations ont été instituées pour améliorer la manipulation des aliments. Les boulangeries du sous-

sol qui étaient autrefois courantes ont reçu l'ordre de fermer. Des campagnes de protection des bébés ont été lancées au début des années 1900, avec des visites de médecins pour instruire les mères sur les soins appropriés à donner à leurs nourrissons. Des bulletins hebdomadaires ont été diffusés au public, fournissant des informations précieuses sur la santé.

L'évolution de l'opinion publique, le travail des médecins hygiénistes, la création de systèmes d'approvisionnement en eau et d'égouts filtrés, l'élimination des bidonvilles, le travail des militants promouvant l'évangile de la propreté et une myriade d'autres changements souvent mineurs, par exemple la fourniture de poubelles avec couvercles , pour repousser les mouches, combinés pour créer un environnement urbain amélioré.{310}

Aux États-Unis, la grande transformation de l'hygiène personnelle a commencé après que les villes ont institué des «ouvrages d'eau», qui acheminaient de l'eau filtrée directement dans la maison à partir d'un système de distribution central. En 1890, 1,4 % de la population urbaine était ainsi desservie par des ouvrages hydrauliques ; en 1910, ce nombre était passé à plus de 25 %. Au fur et à mesure que l'eau devenait disponible, des lavabos, des baignoires, des douches et des toilettes intérieures ont été installés. La vente de savons et de machines à laver a augmenté parallèlement. La transformation de l'hygiène personnelle était en cours, alimentée par l'esthétique, les pressions sociales, la publicité commerciale et même les incitations théologiques ("La propreté est proche de la piété").{311}

Une grande variété d'innovations technologiques sont arrivées sur la scène. Ces changements se sont combinés pour créer une situation considérablement améliorée pour la santé. L'électricité, la réfrigération, les transports, les toilettes à chasse d'eau et d'autres avancées scientifiques ont tous propulsé les sociétés occidentales vers une vigueur et une santé améliorées.

La technologie a eu un impact énorme sur la santé. Des innovations telles que les dalles de drainage des champs, les toilettes à chasse

d'eau, la purification de l'eau et la pasteurisation ont sans aucun doute sauvé plus de vies que les antibiotiques. Les automobiles, tout en créant une variété de nouveaux dangers, ont certainement réduit le risque de déchets animaux répandus dans les rues. Des moyens de plus en plus efficaces de stérilisation des biberons ont permis de réduire la mortalité infantile due aux maladies diarrhéiques.{312}

La médecine en général, et les vaccins plus encore, n'ont que très peu contribué à cette transformation phénoménale. Quoi qu'il en soit, le paradigme médical est devenu la croyance dominante, remplaçant généralement toutes les autres innovations humaines extrêmement importantes.

...par rapport à la thérapeutique médicale, la santé publique et l'hygiène ont eu tendance à assumer la position du parent pauvre ou de la vilaine sœur. Les chirurgies de transplantation font la une des journaux, tandis que l'éducation à la santé trouve à peine sa place dans les programmes scolaires.{313}

11. L'incroyable déclin

Au moment où la médecine de laboratoire est effectivement entrée en scène, le travail avait été poussé loin vers l'achèvement par les humanitaires et les réformateurs sociaux du XIXe siècle…

Lorsque la marée se retire de la plage, il est facile d'avoir l'illusion que l'on peut vider l'océan en retirant l'eau avec un seau.

– René Dubos (1901-1982), Mirage de la santé, 1959

Il y a eu une baisse continue, égale dans chaque sexe, à partir de 1937. La vaccination [contre la coqueluche], commencée à petite échelle dans certains endroits vers 1948 et à l'échelle nationale en 1957, n'a pas affecté le taux de déclin si l'on suppose qu'une attaque confère généralement une immunité, comme dans la plupart des principales maladies transmissibles de enfance… Avec ce schéma bien établi avant 1957, rien ne prouve que la vaccination ait joué un rôle majeur dans la baisse de l'incidence et de la mortalité dans la tendance des événements.

– Gordon T. Stewart, 1977

Avec tant de changements survenus en raison d'initiatives massives de santé publique, la situation de vie épouvantable qui existait pour des multitudes s'est considérablement améliorée au milieu des années 1800. L'infrastructure sanitaire, la compréhension de l'hygiène, une nutrition considérablement améliorée, les lois du travail, les progrès de la science et de nombreux autres facteurs se sont conjugués pour créer un changement radical. Les enfants qui mouraient autrefois de diarrhée et de maladies infectieuses courantes vivaient et prospéraient en plus grand nombre en l'espace de plusieurs décennies.

Le monde occidental était passé de la misère et de la souffrance à ce que nous reconnaissons comme notre monde moderne.{314}

Le grand tueur s'estompe

À la fin des années 1800, la variole a changé de caractère. Après l'été 1897, la forme sévère de la variole avec son taux de mortalité élevé, à de rares exceptions près, avait entièrement disparu des États-Unis.

Photos 11.1 :Cas extrêmement bénin de variole, ressemblant quelque peu à la varicelle. (1901)

La variole est passée d'une maladie qui tuait 1 victime sur 5 à une maladie qui ne tuait qu'entre 1 sur 50 et plus tard jusqu'à 1 sur 380. Cette maladie pouvait encore tuer, mais étant devenue tellement plus douce, elle a été confondue avec diverses autres varioles ou éruptions cutanées.

En 1896, un type très bénin de variole a commencé à sévir dans le Sud et s'est ensuite progressivement répandu dans tout le pays. La mortalité était très faible et [la variole] était généralement d'abord confondue avec la varicelle ou une nouvelle maladie appelée "démangeaison cubaine", "démangeaison de l'éléphant", "rougeole espagnole", "rougeole japonaise", "bosses", "impétigo, « Égratignures de Porto Rico », « gale de Manille », « démangeaisons de Porto Rico », « démangeaisons militaires », « démangeaisons africaines », « démangeaisons de cèdre », « démangeaisons de Manille », « démangeaisons de haricot », « démangeaisons de Dhobie », « démangeaisons philippines » démangeaison », «

démangeaison du nègre », « démangeaison du kangourou », « démangeaison hongroise », « démangeaison italienne », « urticaire audacieuse », « éruptive grip », « variole du haricot », « variole de l'eau » ou « variole du porc ».{315}

Au début des années 1900, certains reconnaissaient que l'assainissement avait fait ce que la vaccination n'avait pas réussi à faire : vaincre la variole. La vaccination contre la variole était en déclin, et pourtant la variole, comme d'autres maladies, disparaissait en tant que menace majeure. En 1914, le Dr C. Killick Millard écrivait dans The Vaccination Question :

Depuis quarante ans, correspondant à peu près à l'avènement de « l'ère sanitaire », la variole a progressivement mais régulièrement quitté ce pays (l'Angleterre). Depuis dix ans, la maladie n'a plus d'effet appréciable sur nos statistiques de mortalité. Pendant la majeure partie de cette période, il a été totalement absent, à l'exception de quelques foyers isolés ici et là. Il est raisonnable de croire qu'avec le perfectionnement et l'adoption plus générale des méthodes modernes de contrôle et avec l'amélioration de l'assainissement (en utilisant le terme dans son sens le plus large), la variole sera complètement bannie de ce pays comme cela a été le cas avec la peste, le choléra et la fièvre typhoïde. Parallèlement à ce déclin de la variole, il y a eu une diminution notable au cours de la dernière décennie du nombre de vaccinations infantiles.{316}

Photos 11.2 :Contagion d'impétigo chez un adulte.
(1901)L'auteur d'un article de 1913 dans le Journal of Infectious Diseases a présenté un tableau montrant qu'en 1895 et 1896, le taux de mortalité par variole était là où il avait été historiquement enregistré pendant des décennies, autour de 20 %. Le tableau a également montré qu'après 1896, le taux de mortalité a chuté rapidement, passant de 6 % en 1897 à 0,26 % en 1908.

Dans l'ensemble, la maladie semble avoir montré une tendance à diminuer, quelque peu en sévérité.

Cette tendance n'est pas marquée et la létalité un peu plus faible observée ces dernières années peut être due à une meilleure reconnaissance des cas, maintenant que le type est devenu plus largement connu.

Au début, des décès de 1 à 2% et même plus ont été fréquemment signalés, tandis que les décès ultérieurs ont souvent été beaucoup moins nombreux. Ainsi, en Caroline du Nord en 1910, il y avait 3 875 cas avec 8 décès, une létalité de 0,2 %, et en 1911, il y avait 3 294 cas dans cet État sans un seul décès..{317}

Quelque chose a changé pour faire de la variole une maladie beaucoup moins mortelle et morbide, sans fièvre secondaire et peu ou pas d'inconfort. Les éruptions, comme dans la variole classique, étaient souvent une douzaine ou moins. La rougeur disparaissait généralement en trois ou quatre semaines et ne laissait aucune marque permanente.{318}En l'absence d'épidémie, un cas de variole bénigne était susceptible d'être négligé ou confondu avec la varicelle.

*...la varicelle, est une maladie contagieuse mineure de l'enfance, et est principalement importante parce qu'elle donne souvent lieu à des difficultés de diagnostic dans les cas de variole légère. La variole et la varicelle sont parfois très difficiles à différencier cliniquement.**{319}***

Dans les années 1920, il a été reconnu que la nouvelle forme de variole produisait peu de symptômes, même si peu de personnes avaient été vaccinées.

Des cas isolés, voire des épidémies, se produisent dans lesquels, bien qu'il n'y ait pas eu de protection par la vaccination, l'évolution de la maladie est extrêmement bénigne. Les lésions sont peu nombreuses ou totalement absentes, et les symptômes constitutionnels légers ou insignifiants.{320}

Photos 11.3 :Éruption bien marquée de la varicelle, montrant des lésions à divers stades de développement. (1901)

À mesure que la variété classique et mortelle de la variole diminuait, le taux de vaccination diminuait également. Ceci, à son tour, a sonné l'alarme dans la communauté médicale. La crainte était que le type de variole plus bénin puisse à un moment donné revenir à sa forme originale et plus mortelle.

Nous devons nous préparer à une pandémie de variole !... Cela fait deux décennies que des épidémies de toutes proportions ont balayé le pays et alors que la guerre [Première Guerre mondiale] a entraîné la vaccination d'un grand nombre de jeunes adultes, les très jeunes sont presque non vaccinés, tandis que ceux d'âge moyen et plus âgés n'ont pas été revaccinés depuis de nombreuses années.{321}

Dans les années 1920 et dans les années 1930, la variole légère avait presque complètement remplacé la forme sévère aux États-Unis. Il y a cependant eu des exceptions, avec des épidémies dans les ports maritimes et près de la frontière mexicaine. Une fois que le type bénin de variole est devenu répandu, il n'y avait aucune preuve qu'il soit jamais revenu au type plus ancien, plus virulent.

Bien que des cas bénins de variole aient été connus auparavant, ils sont venus pratiquement remplacer les formes graves dans de nombreuses régions étendues, telles que l'ensemble des États-Unis, le Brésil, de grandes parties de l'Afrique.{322}

*La forme bénigne de la variole communément désignée par son nom portugais, alastrim, sévit dans de vastes régions des États-Unis depuis plus de 30 ans. On estime que le germe de cette maladie a dû être transmis d'un être humain à un autre plus de 800 fois et pourtant c'est vrai. Au cours de toutes ces "générations", l'organisme conserve ses premières caractéristiques... La plupart des responsables de la santé et des épidémiologistes américains qui ont l'expérience des deux types de variole ne croient pas qu'il y ait encore eu une réversion de la souche bénigne à l'ancienne souche classique..**{323}***

L'avertissement en 1921 d'une épidémie imminente de variole ne s'est jamais matérialisé malgré la baisse des taux de vaccination. L'environnement dans lequel la variole et d'autres maladies infectieuses existaient avait-il changé ?

Au moment où le rapport suivant a été rédigé en 1946, la variole avait pratiquement disparu d'Angleterre et du monde occidental.

Quelle a été la cause de la montée et de la chute de la variole ? Son déclin dans les dernières décennies du XIXe siècle a été à une époque presque universellement attribué à la vaccination, mais il est douteux que cela soit vrai. La vaccination n'a jamais été pratiquée de manière exhaustive, même chez les nourrissons, et s'est maintenue à un niveau élevé pendant quelques décennies seulement. Il y a donc toujours eu une grande partie de la population qui n'a pas été touchée par les lois sur la vaccination. La revaccination n'a affecté qu'une fraction. À l'heure actuelle, la population est en grande partie entièrement non vaccinée. Les membres du service de santé publique se flattent maintenant que la cessation de telles épidémies qui se produisent est due à leurs efforts. Mais est-ce ainsi ? L'histoire de la hausse, le changement de l'incidence de l'âge,{324}

Les taux de vaccination ont diminué à partir de la fin des années 1800 et sont restés faibles jusqu'à la fin de la vaccination obligatoire en Angleterre en 1948.

Les taux de vaccination... sont tombés à 50 % en 1914 et à 18 % en 1948.{325}

La pratique de la vaccination s'est poursuivie depuis le dernier décès par variole aux États-Unis en 1948 jusqu'en 1963. Cela a entraîné environ 5 000 hospitalisations inutiles liées au vaccin en raison d'éruptions cutanées généralisées, d'infections secondaires et d'encéphalite.

Ce n'est pas seulement la variole qui est devenue moins menaçante. Du milieu à la fin des années 1800 et jusque dans les années 1900, le taux de mortalité pour toutes les maladies infectieuses a chuté. Les menaces mortelles qui étaient autrefois si courantes se sont lentement estompées dans le passé. À la fin du XIXe siècle, il était évident que l'assainissement avait un impact significatif contre les maladies bactériennes, le typhus et la fièvre typhoïde, sans aucun vaccin.

En 1838 en Angleterre 1228 personnes mouraient de fièvre, de typhus et de typhoïde, par million d'habitants.

*Vingt ans plus tard, les chiffres ont été réduits à 918; en 1878 à 306 de typhoïde à trente-six de fièvre typhique. En 1892, seuls 137 moururent de la fièvre typhoïde, et seulement trois du typhus par million d'habitants. A Londres, le taux de mortalité était de 307 en 1869 ; en 1892, il était de 102. Trois facteurs ont contribué à cet extraordinaire sauvetage de vies : le nettoyage des villes, la purification des approvisionnements en eau et l'introduction de bons égouts.**{326}***

La fièvre typhoïde

Au début des années 1940, les décès dus à la fièvre typhoïde étaient devenus extrêmement rares. De 1900 à 1943, les décès dus à la fièvre typhoïde et paratyphoïde, qui avaient déjà considérablement diminué au cours de la dernière partie des années 1800, avaient diminué de 98 % supplémentaires.

La baisse des taux de mortalité due à des maladies telles que la fièvre typhoïde et paratyphoïde est également très frappante. Le taux de mortalité pour ces deux maladies prises ensemble est passé de 31,3 pour 100 000 habitants en 1900 à 0,5 en 1943.{327}

Les décès dus à la scarlatine, à la rougeole, à la coqueluche, à la varicelle, à la diphtérie et à d'autres maladies qui étaient autrefois considérées comme une partie tragique de la vie ont considérablement diminué.

*Toutes les vieilles menaces comme**la typhoïde, la variole, la rougeole, la scarlatine, la coqueluche et la diphtérie sont devenues des causes mineures de décès. Il est en effet très peu probable que l'un d'entre eux assume à nouveau une importance suffisante dans les tables de mortalité pour affecter sérieusement le taux de mortalité général.{328}*

La révolution de la santé qui a commencé dans les années 1800 a transformé le monde occidental de manière si frappante qu'au début des années 1940, on s'attendait à ce que la menace de mort due à ces maladies finisse par atteindre zéro - «l'éradication complète».

*D'après les statistiques de l'état civil des compagnies d'assurance, nous apprenons que la vie des enfants dans ce pays est devenue infiniment plus sûre. Nous avons réduit les décès dus aux principales maladies transmissibles de l'enfance - rougeole, scarlatine, coqueluche, diphtérie - de 31 % en une seule année pour atteindre un nouveau record, un point qui promet en fait l'éradication complète de ces maladies !**{329}*

La rougeole, la scarlatine, la coqueluche et la diphtérie, les principales maladies transmissibles de l'enfance, ont diminué de 31 % au cours de l'année, soit de 4,2 pour 100 000 en 1939 à 2,9 en 1940. Chacune de ces maladies a atteint un nouveau minimum en 1940, et toutes sauf que la coqueluche avait un taux de mortalité inférieur à 1 pour 100 000. Il y a seulement quelques années, le nombre de décès dus à ce groupe de maladies était grave, mais il a maintenant été réduit à un point où l'on peut s'attendre à leur suppression complète. Le mouvement de santé publique serait responsable de la réduction de la mortalité due à la diarrhée et à l'entérite, qui en 1930 avait un taux de 20,4 pour 100 000 et en 1940 avait chuté à un taux de 4,6. Les progrès de la science sanitaire, y compris la pasteurisation du lait, la meilleure réfrigération des aliments et la purification des approvisionnements en eau, ***{330}***

Scarlatine

Tout au long des années 1800, la scarlatine était un tueur important. Cette maladie bactérienne streptococcique médiée par une toxine est très contagieuse. Les bactéries se propagent par inhalation ou par contact direct avec la peau.

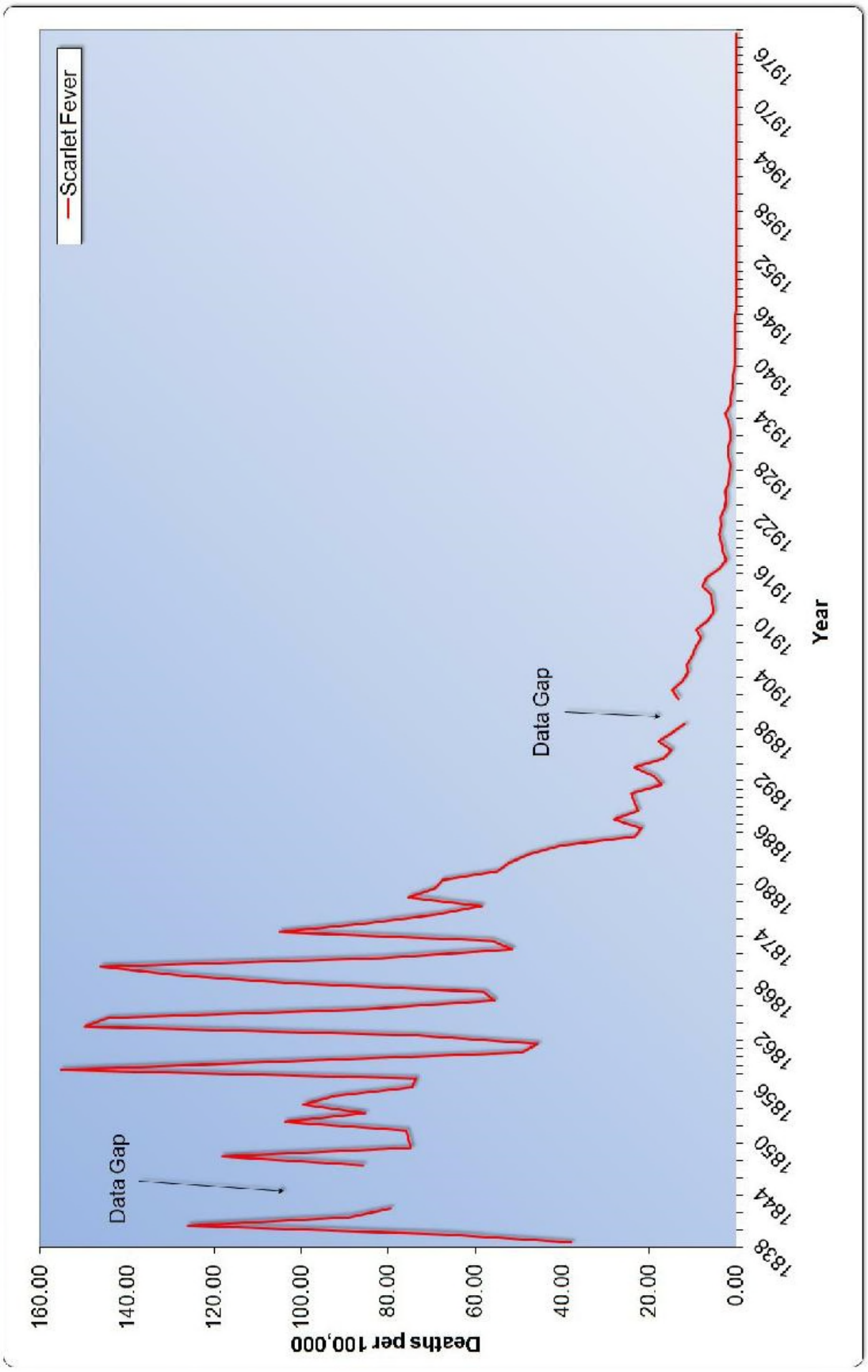
La mortalité due à la scarlatine a dépassé celle de nombreuses autres maladies infectieuses dans les années 1800. C'était un tueur bien plus important que la variole, la coqueluche, la rougeole et la diphtérie.

Pendant la révolution de l'assainissement du milieu des années 1800 et au début des années 1900, les décès par scarlatine ont chuté. Le taux de mortalité a diminué de 100 % au milieu des années 1900 (graphique 11.1). Même au début des années 1900, quiconque tombait malade de la scarlatine avait un risque de mortalité réduit de 95 % par rapport au siècle précédent. Il est à noter que la terreur de la scarlatine est devenue un lointain souvenir, bien avant que les antibiotiques ne soient disponibles pour la traiter.

Un examen de l'expérience de Providence, Rhode Island, en ce qui concerne la scarlatine de 1865 à 1924 montre que le taux de mortalité des enfants âgés de deux à quatre ans a diminué au cours de cette période de 691 à 28,3 pour 100 000... De 1886 à 1888, un sur cinq les cas sont décédés, tandis que de 1923 à 1924, seul un cas sur 114 s'est terminé par un décès. Une tendance similaire a été démontrée pour l'Angleterre et le Pays de Galles.{331}

Dans le cas de la scarlatine, rien n'a été éradiqué. Quelque chose a modifié la sensibilité des humains à la toxine bactérienne de la scarlatine. Aujourd'hui encore, l'organisme colonise innocemment 15 à 20 % des écoliers et reste toujours présent.{332}

Graphique 11.1 (ci-dessous) :Taux de mortalité par scarlatine en Angleterre et au Pays de Galles de 1838 à 1978.



Graphique 11.1 (ci-dessus) :Taux de mortalité par scarlatine en Angleterre et au Pays de Galles de 1838 à 1978.

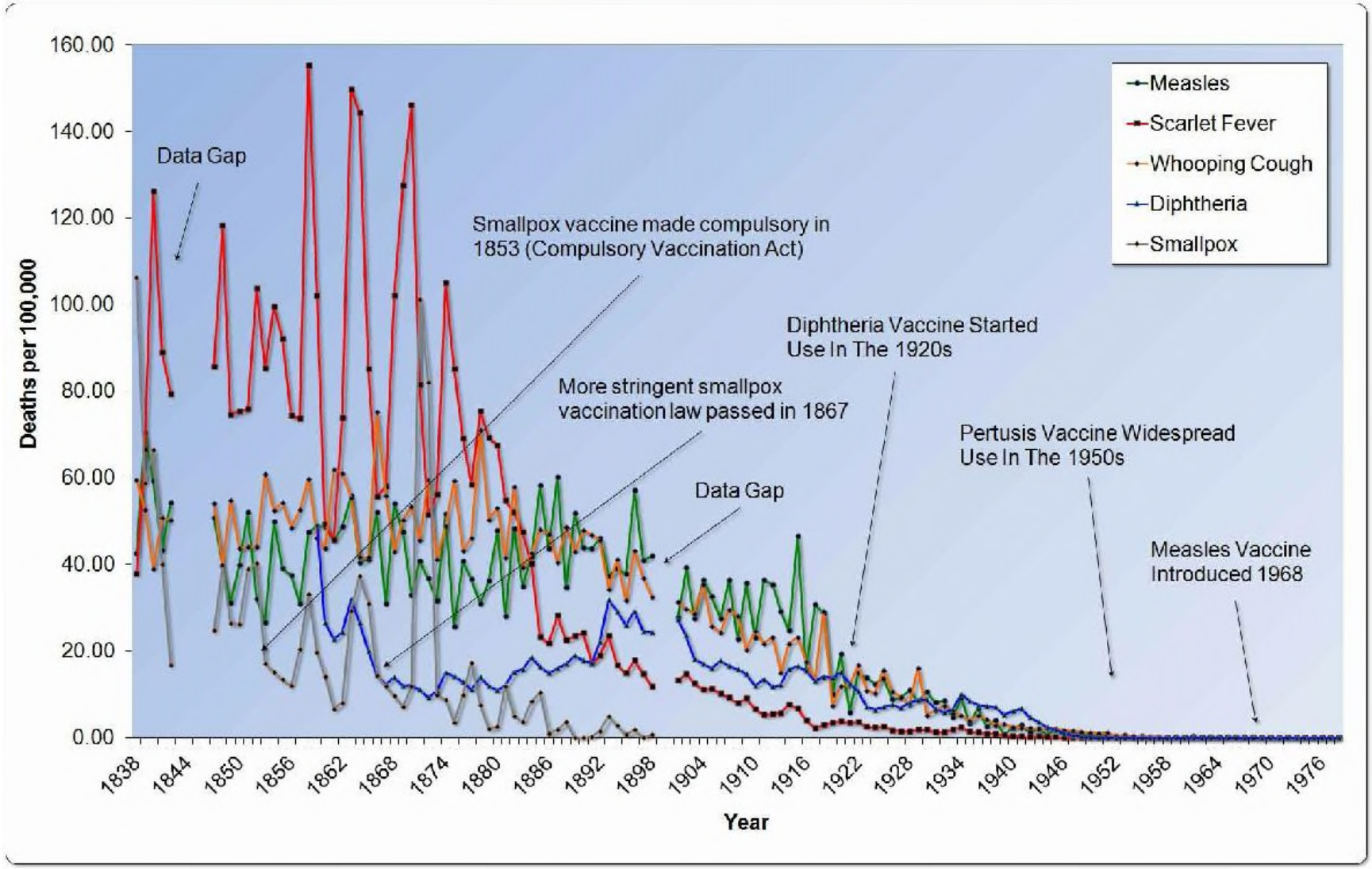
Coqueluche et rougeole

La menace de décès due à toutes les maladies infectieuses était devenue insignifiante au milieu des années 1900 (graphique 11.2). Au moment où un vaccin est arrivé sur les lieux pour la coqueluche, le taux de mortalité avait diminué de plus de 99 % (graphique 11.3).

La baisse des taux de mortalité [dus à la coqueluche] au début du XXe siècle a été rapide et, au cours de la Seconde Guerre mondiale, le taux était d'environ un dixième de celui du début du siècle.{333}

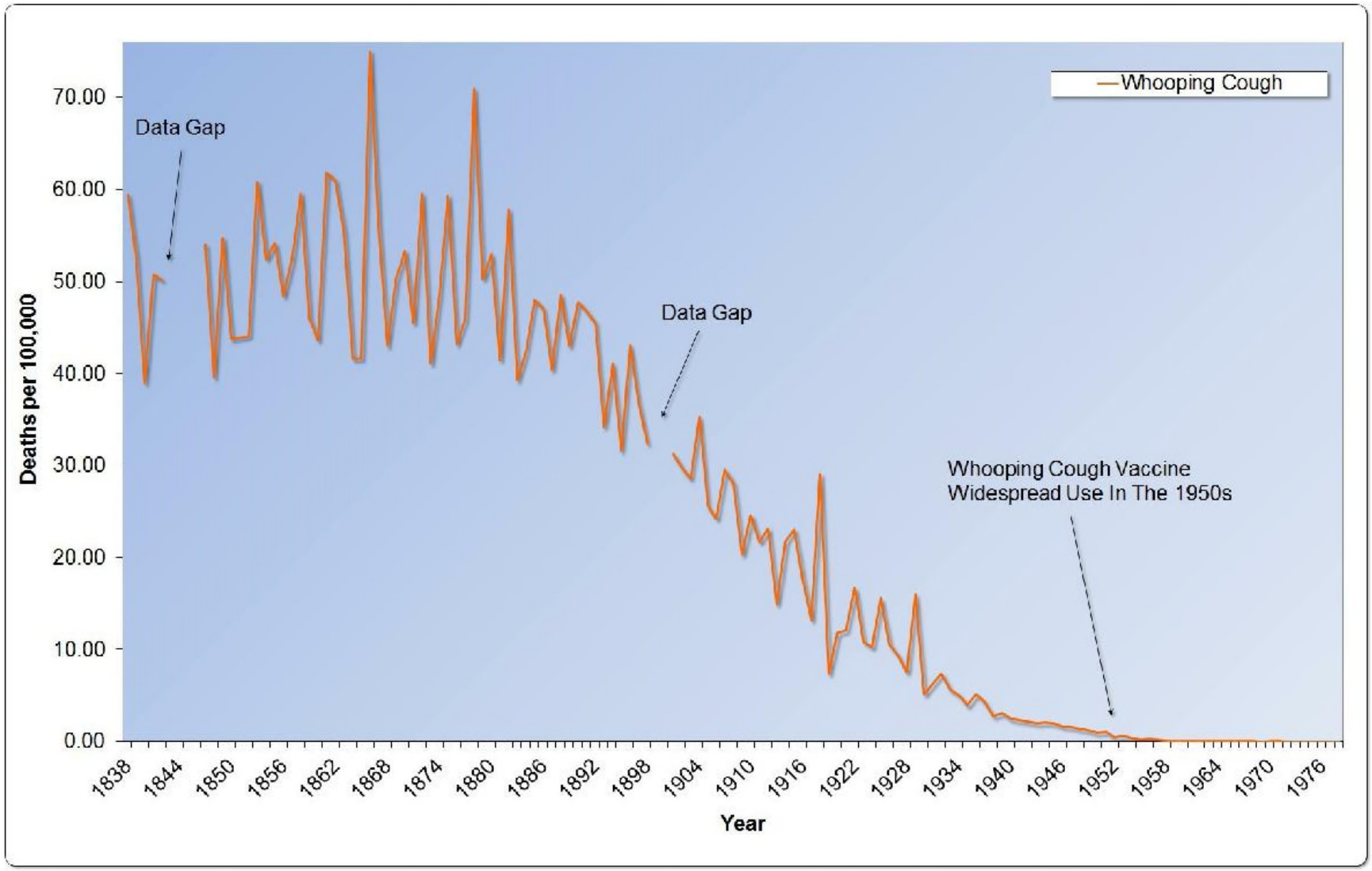
La vaccination contre la coqueluche, qui a été introduite à une époque où la mortalité due à la maladie était en forte baisse depuis 70 ans, a eu un impact beaucoup moins probant… le taux de mortalité avait baissé très sensiblement avant 1957, et il y avait relativement peu de place à l'amélioration.{334}

Graphique 11.2 (ci-dessous) :Taux de mortalité en Angleterre et au Pays de Galles dus à diverses maladies infectieuses de 1838 à 1978.


Measles
Scarlet Fever
Whooping Cough
Diphtheria
Smallpox
Data Gap
Smallpox vaccine made compulsory in 1853 (Compulsory Vaccination Act)
More stringent smallpox vaccination law passed in 1867
Data Gap
Diphtheria Vaccine Started Use In The 1920s
Pertusis Vaccine Widespread Use In The 1950s
Measles Vaccine Introduced 1968
Deaths per 100,000
Year
160.00
140.00
120.00
100.00
80.00
60.00
40.00
20.00
0.00
1838
1844
1850
1856
1862
1868
1874
1880
1886
1892
1898
1904
1910
1916
1922
1928
1934
1940
1946
1952
1958
1964
1970
1976

Graphique 11.2 (ci-dessus) :Taux de mortalité en Angleterre et au Pays de Galles dus à diverses maladies infectieuses de 1838 à 1978.

Graphique 11.3 (ci-dessous) :Taux de mortalité par coqueluche en Angleterre et au Pays de Galles de 1838 à 1978.

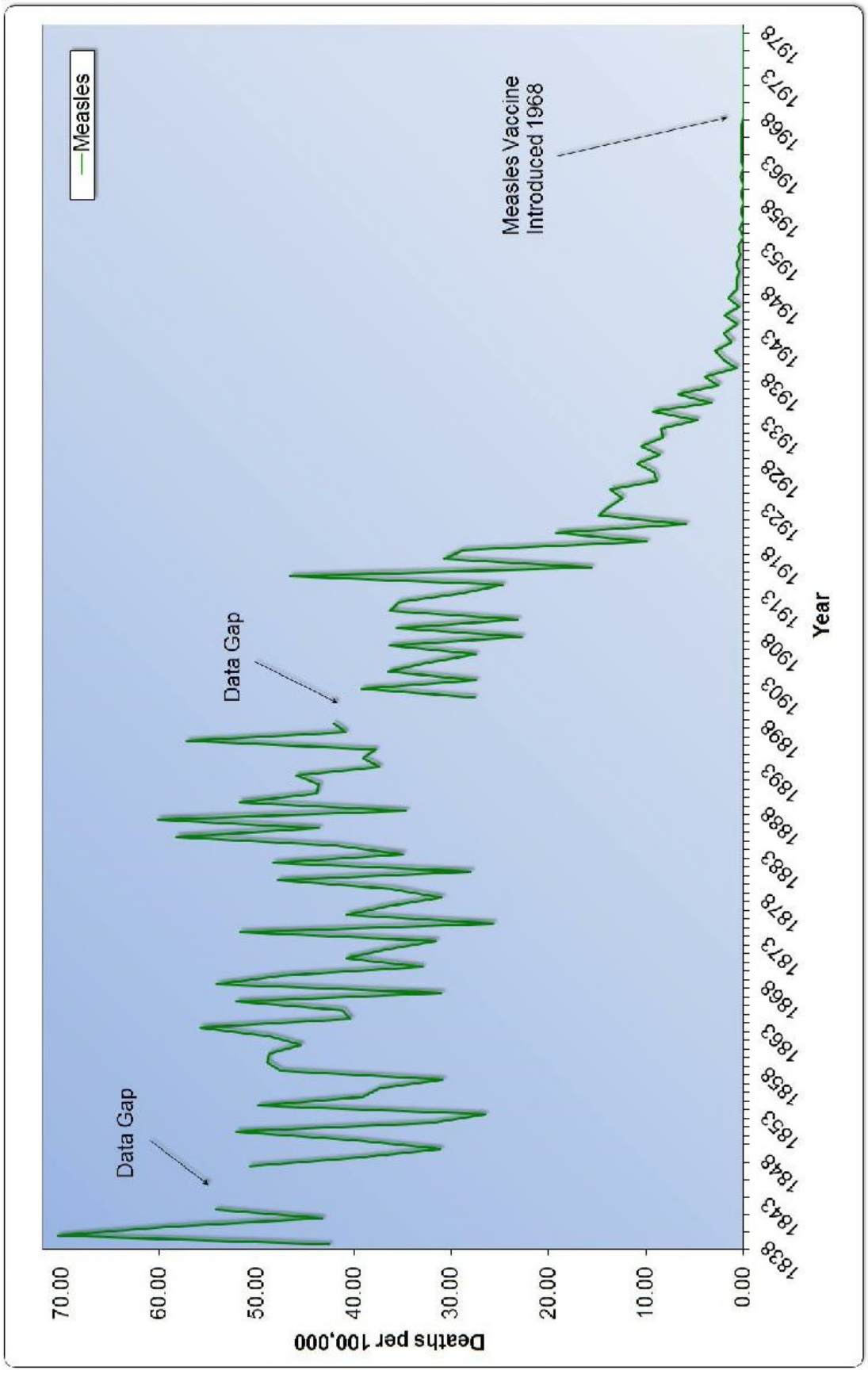

Whooping Cough
Data Gap
Data Gap
Whooping Cough Vaccine
Widespread Use In The 1950s
Deaths per 100,000
70.00
60.00
50.00
40.00
30.00
20.00
10.00
0.00
1838
1844
1850
1856
1862
1868
1874
1880
1886
1892
1898
1904
1910
1916
1922
1928
1934
1940
1946
1952
1958
1964
1970
1976
Year

Graphique 11.3 (ci-dessus) :Taux de mortalité par coqueluche en Angleterre et au Pays de Galles de 1838 à 1978.

Dans le cas de la rougeole, le taux de mortalité avait diminué de près de 100 % (graphique 11.4). Vous ne le sauriez jamais aujourd'hui, mais la redoutable rougeole n'était plus un problème majeur dans le monde occidental au moment où les vaccins ont été déployés.

Avant que l'état nutritionnel général des enfants européens n'atteigne le niveau élevé qu'il est aujourd'hui, l'infection par la rougeole était quelque chose à craindre. Comme l'ont examiné Morely et ses collègues, la rougeole représentait 11 % de tous les décès à Glasgow dans les années 1807-1812… Même en l'absence de vaccin, en 1960, la notification de la rougeole infantile en Angleterre et au Pays de Galles n'était que de 2,4 % et la mortalité a chuté. à 0,030%, soit 1:200 du taux de mortalité de Glasgow en 1908.{335}

Graphique 11.4 (ci-dessous) :Taux de mortalité par rougeole en Angleterre et au Pays de Galles de 1838 à 1978.

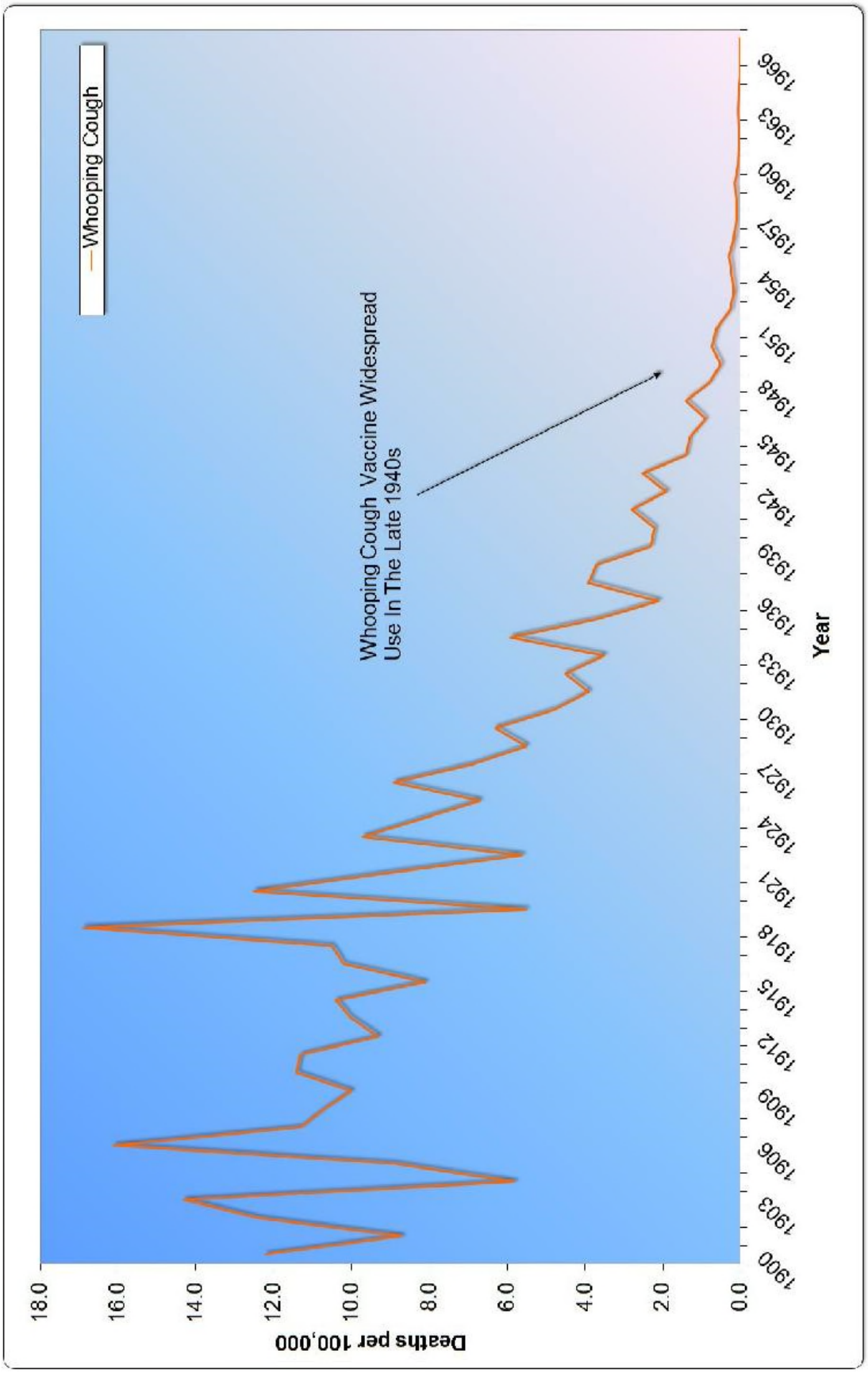


Graphique 11.4 (ci-dessus) :Taux de mortalité par rougeole en Angleterre et au Pays de Galles de 1838 à 1978.

Les gens tombaient toujours avec ces maladies. Cependant, dans le monde développé, il s'agissait presque toujours de maladies infantiles relativement bénignes.

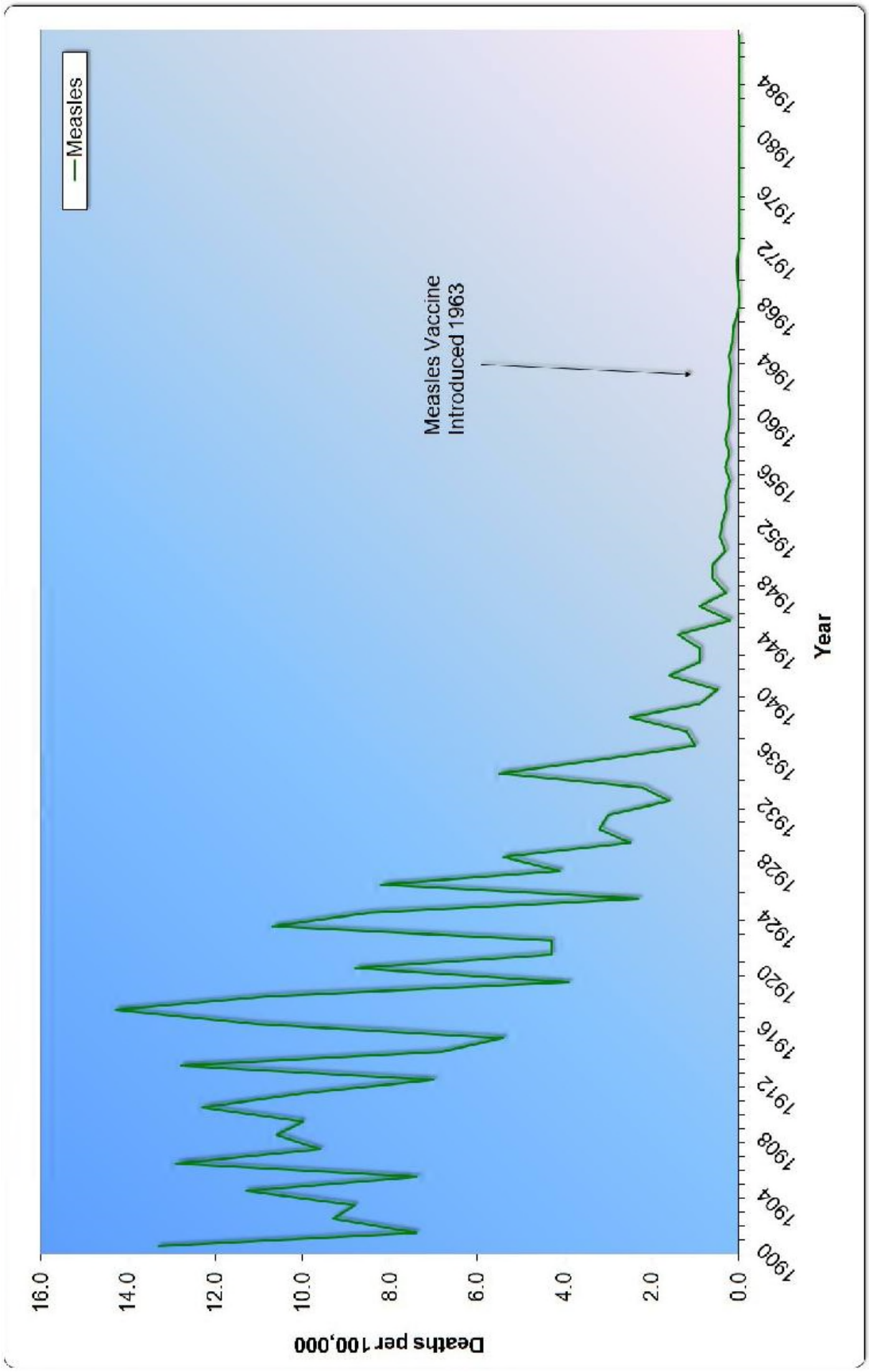
L'Angleterre a commencé à tenir des statistiques de mortalité au niveau national en 1838. Bien que ces statistiques nationales n'aient commencé aux États-Unis qu'en 1900, elles montrent également une baisse spectaculaire des décès dus aux maladies infectieuses. Par exemple, les décès dus à la coqueluche avaient diminué de plus de 90 % avant l'introduction d'un vaccin au milieu des années 1940 (graphique 11.5). Les décès dus à la rougeole avaient diminué de plus de 98 % avant l'introduction d'un vaccin en 1963 (graphique 11.6). Les statistiques montrent de fortes tendances à la baisse en l'an 1900, mais il est fort probable que, tout comme au Royaume-Uni, une baisse encore plus précoce avait déjà commencé avant que les États-Unis ne commencent à tracer leurs statistiques nationales.

Graphique 11.5 (ci-dessous) :Taux de mortalité par coqueluche aux États-Unis de 1900 à 1967.



Graphique 11.5 (ci-dessus) :Taux de mortalité par coqueluche aux États-Unis de 1900 à 1967.

Graphique 11.6 (ci-dessous) :Taux de mortalité par rougeole aux États-Unis de 1900 à 1987.



Graphique 11.6 (ci-dessus) :Taux de mortalité par rougeole aux États-Unis de 1900 à 1987.

Diphtérie

Il existe deux types de prophylaxie de la diphtérie. Le premier était l'antitoxine en 1895, qui était un anticorps préformé fabriqué chez un cheval après que le cheval ait reçu la toxine diphtérique. Le produit sanguin de cheval a ensuite été injecté à l'homme. Cette forme de protection est passive et de très courte durée et a un historique de contaminations graves. Les réactions graves, y compris les formes mortelles de maladie sérique, étaient historiquement problématiques et sont toujours répertoriées sur les notices d'emballage en tant que mises en garde. Aujourd'hui, l'antitoxine sérique de cheval n'est envisagée qu'après une exposition connue ou une infection active. Ce n'est pas vraiment un vaccin dans le sens où il n'incite pas une réponse immunitaire active à la diphtérie de la part du receveur.

L'autre type de prophylaxie est ce qui est dans le vaccin DTC d'aujourd'hui, l'anatoxine diphtérique. Il s'agit d'une forme antigénique de la toxine bactérienne qui a été modifiée de sorte qu'elle ne devrait pas provoquer de maladie active, mais stimulera le receveur à fabriquer des anticorps.

La majeure partie du monde pense que les vaccins contre la diphtérie sont responsables de la faible incidence et mortalité de la maladie aujourd'hui. Cependant, si l'on examine attentivement les statistiques de l'état civil, il est clair qu'un taux élevé de vaccination contre la diphtérie n'a pas entraîné une diminution de l'incidence ou de la gravité de la maladie.

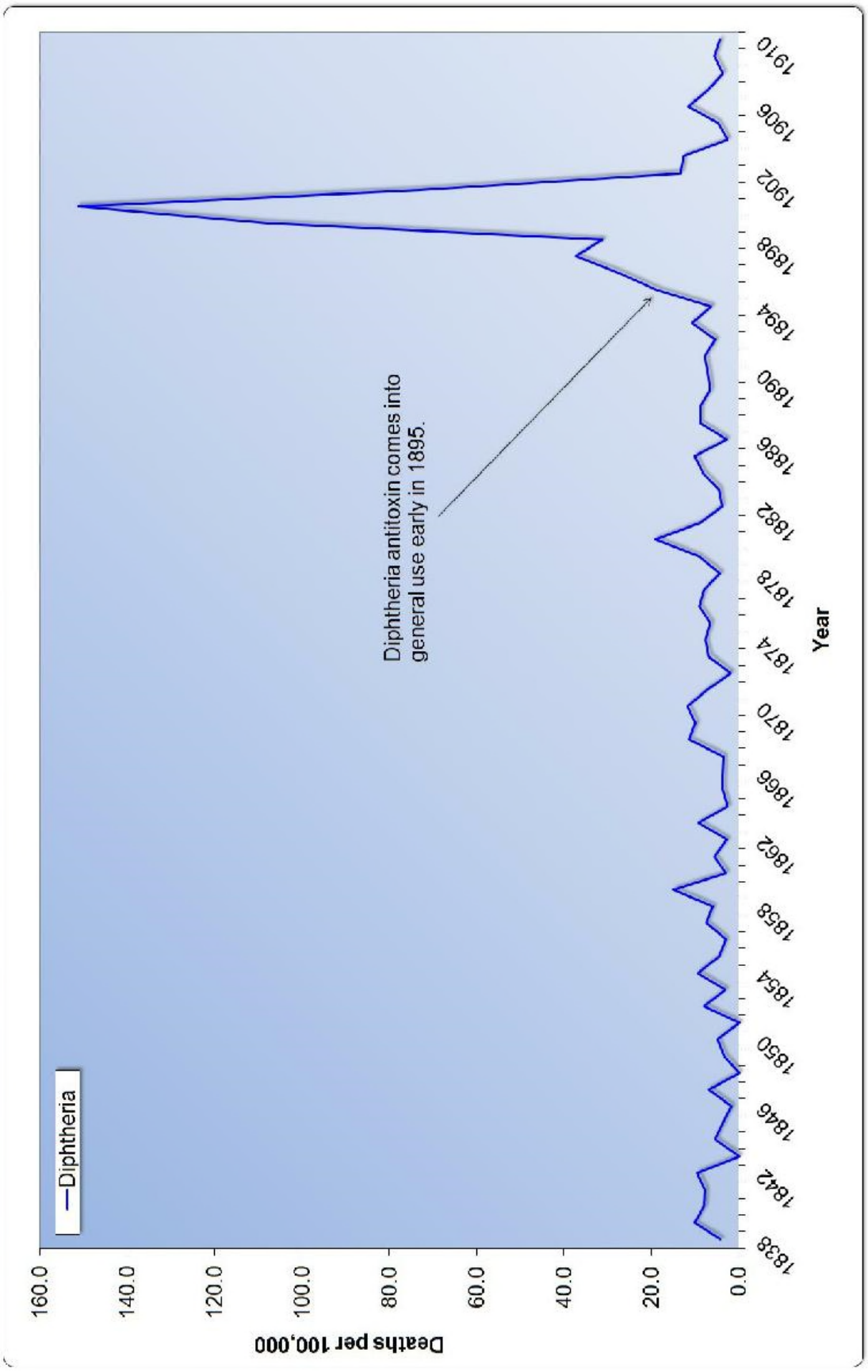
En fait, l'introduction de l'antitoxine diphtérique en 1895 a précédé une forte augmentation de la mortalité due à la diphtérie. C'est ce que montre le graphique 11.7 de Leicester, Angleterre. L'augmentation des décès était environ 10 à 15 fois plus élevée qu'elle ne l'avait été au cours des 57 années précédentes (1838–1895) et s'est poursuivie pendant 5 années supplémentaires (1896–1901).

Ni les vaccins à base d'antitoxine ni d'anatoxine n'ont entraîné de baisse de la morbidité et de la mortalité. De 1894 à 1920, le taux de mortalité chez les enfants avait chuté d'environ 87 % à New York.

Ce*la baisse de la morbidité et de la mortalité liées à la diphtérie n'est pas entièrement due à la vaccination préventive semble être indiquée par le fait que cette baisse s'est en fait amorcée au XIXe siècle avant que l'antitoxine diphtérique ne commence à être largement utilisée, et qu'elle s'est poursuivie progressivement avant même que la vaccination préventive ne se généralise. Le taux de mortalité chez les enfants de moins de dix ans à New York était de 785 pour 100 000 en 1894, diminuant à moins de 300 en 1900; et en 1920, lorsque la vaccination active [anatoxine] des écoliers a commencé, elle est tombée en dessous de 100.****{336}*

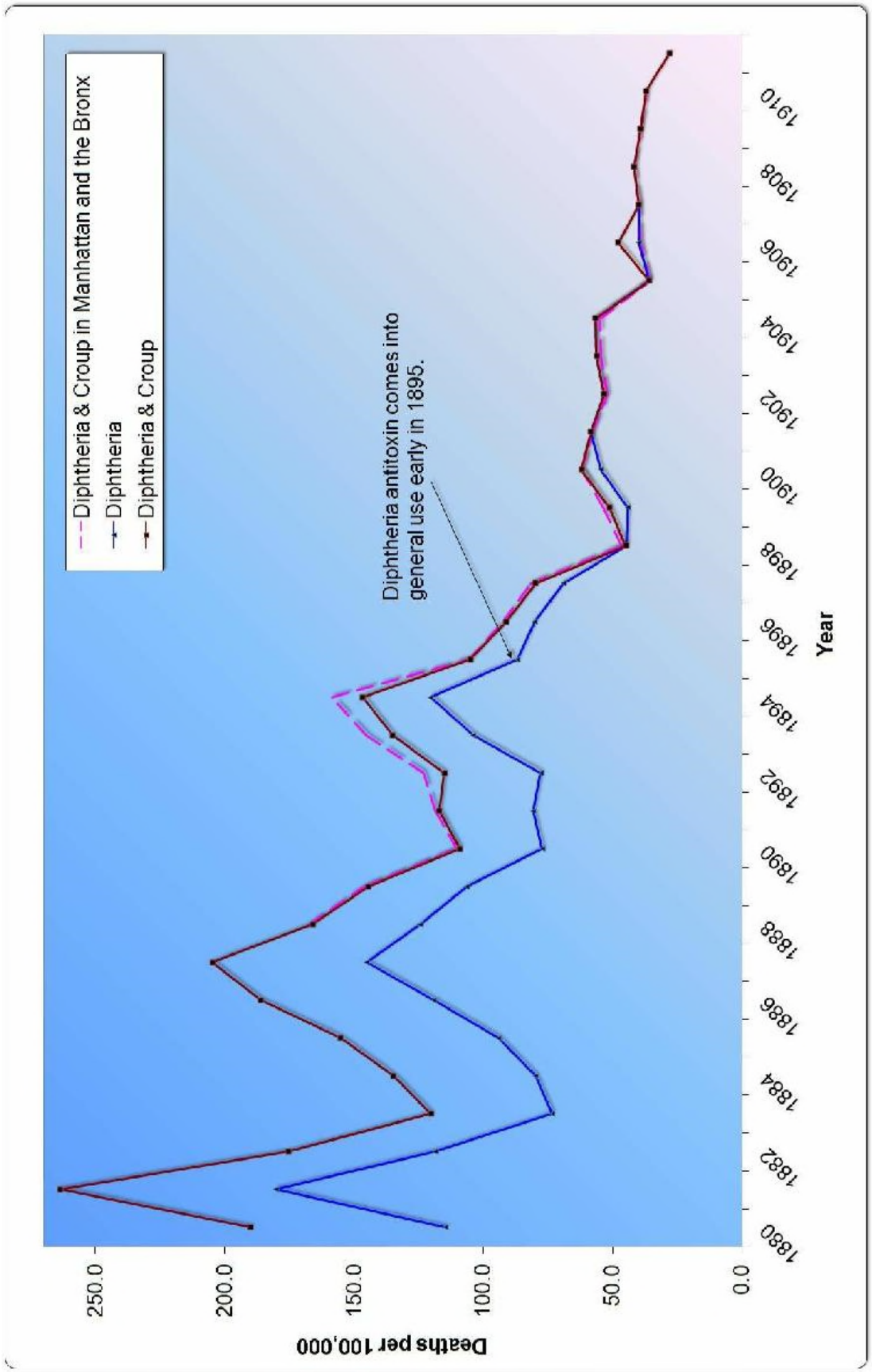
Si historiquement l'introduction du traitement aux antitoxines a commencé en 1895, la baisse des décès a également commencé bien avant son introduction (graphique 11.8).

Graphique 11.7 (ci-dessous) :Leicester, Angleterre, taux de mortalité par diphtérie de 1880 à 1910.



Graphique 11.7 (ci-dessus) :Leicester, Angleterre, taux de mortalité par diphtérie de 1880 à 1910.

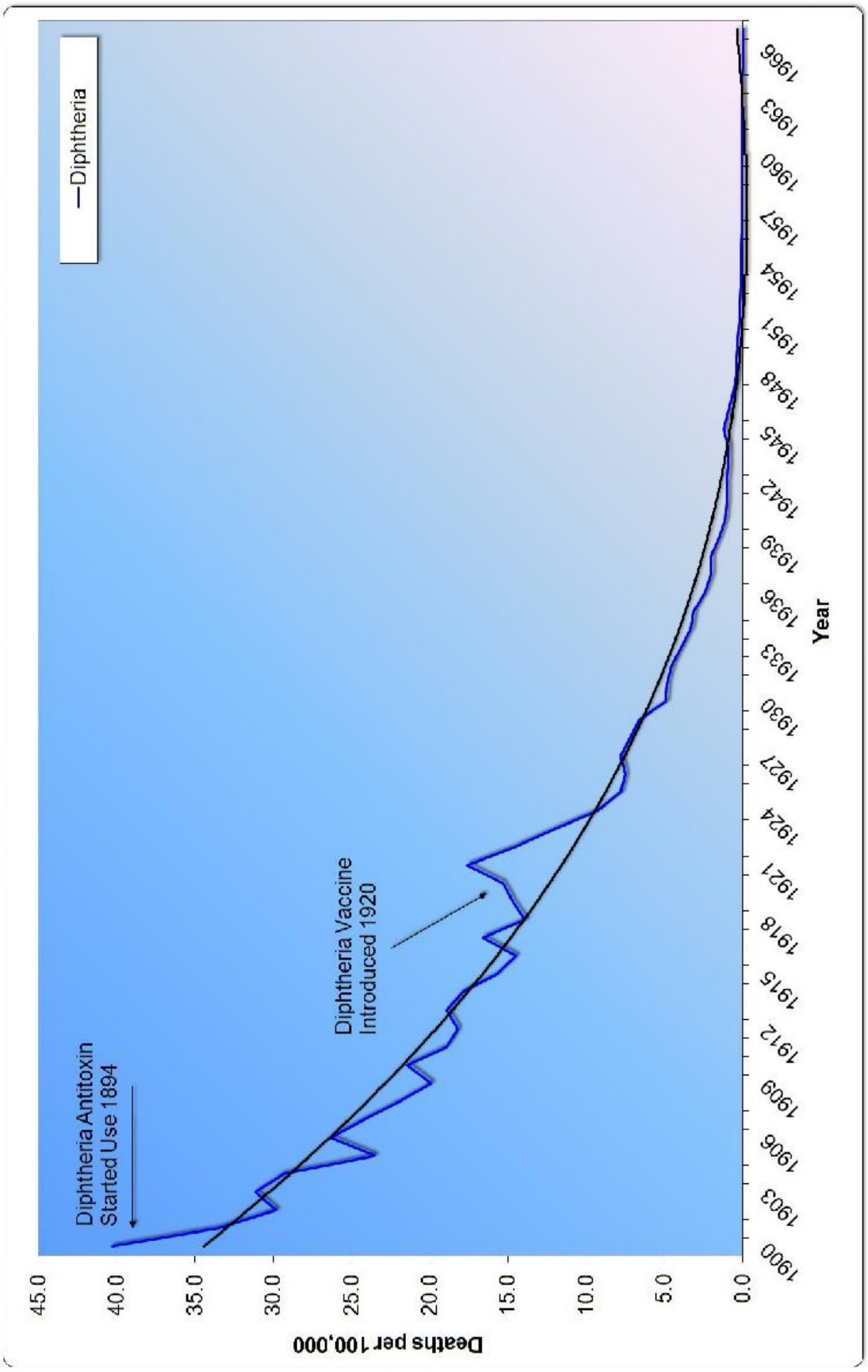
Graphique 11.8 (ci-dessous) :Taux de mortalité par diphtérie à New York de 1880 à 1911.



Graphique 11.8 (ci-dessus) :Taux de mortalité par diphtérie à New York de 1880 à 1911.

Un autre pic de mortalité est survenu après l'introduction du vaccin à base d'anatoxine en 1920. Aux États-Unis, les décès dus à la diphtérie avaient diminué de 98 % entre 1900 et le milieu des années 1940 avant l'introduction du vaccin DTC (graphique 11.9). Notez que la baisse du taux de mortalité a en fait été temporairement interrompue après l'introduction du vaccin.

Graphique 11.9 (ci-dessous) :Taux de mortalité par diphtérie aux États-Unis de 1900 à 1967.



Graphique 11.9 (ci-dessus) :Taux de mortalité par diphtérie aux États-Unis de 1900 à 1967.

L'amélioration des conditions de vie, et non les vaccins, a marqué le début d'une baisse étonnante de la mortalité par maladie. Aujourd'hui, dans des sociétés qui s'effondrent, nous voyons non seulement l'espérance de vie décliner, mais des maladies éclater dans des populations hautement vaccinées. La Russie des années 1990 en était un bon exemple. Au cours de cette décennie, il y a eu d'importants troubles politiques et sociaux. La littérature russe souligne que les vaccinés développent la diphtérie et que la mortalité est la plus élevée chez ceux qui sont mal nourris et alcooliques. En 1994, l'espérance de vie masculine est passée de 65 ans à 57 ans en Russie.{337}Les données biélorusses des années 1990 montrent que la Russie hautement vaccinée avait encore la diphtérie.

L'analyse des antécédents vaccinaux montre que sur 11 cas 7 (63,6%) ont été vaccinés selon le calendrier, 4 vaccinés mais pas selon le calendrier.{338}

Une épidémie à Saint-Pétersbourg, en Russie, s'est produite dans les années 1990. Plus de 2 500 cas se trouvaient dans cette ville.

Une analyse complète des antécédents de vaccination et de la gravité de la maladie a été entreprise. Les auteurs ont conclu que l'immunité vaccinale est « de courte durée » et que :

Si une large épidémie de diphtérie touchait un pays industrialisé, elle ne serait probablement plus la grande tueuse qu'elle fut en Europe et aux Etats-Unis dans les années 1950 et 1960. {339}

Les travailleurs de laboratoire sont bien conscients que beaucoup d'entre nous sont porteurs de la bactérie Corynebacterium diphtheriae comme commensaux, sans le virus producteur de toxine. La bactérie diphtérique ne sera jamais éradiquée.

Par conséquent, les vaccinateurs diront toujours que le vaccin est nécessaire. Compte tenu de l'absence d'efficacité prouvée (par des essais contrôlés) du vaccin et de l'anticorps à courte durée de vie après la vaccination, il faut remettre en question bon nombre des

hypothèses actuelles qui constituent la base des brochures lues par les parents et les médecins.

Même si une grande partie de la littérature des années 1930 ne montrait aucun effet de la vitamine C sur la diphtérie, les études étaient limitées par le faible dosage de la vitamine. Le Dr Klenner a utilisé des doses adéquates et a constaté que la survie était supérieure chez les personnes traitées avec de la vitamine C :

Harde et al. ont rapporté que la toxine diphtérique est inactivée par la vitamine C in vitro et dans une moindre mesure in vivo. J'ai confirmé ce constat, voire l'ai étendu. La diphtérie peut être guérie chez l'homme par l'administration de doses massives et fréquentes d'acide hexuronique (vitamine C) par voie intraveineuse et/ou intramusculaire. A la drogue de synthèse, par voie orale, il y a peu de réponse, même quand 1000 à 2000 mg. est utilisé toutes les deux heures. Cette guérison de la diphtérie s'opère en la moitié du temps nécessaire pour enlever la membrane et donner des frottis négatifs par l'antitoxine. Cette membrane est éliminée par lyse lorsque "C" est administré, plutôt que par desquamation comme cela résulte de l'utilisation de l'antitoxine. Un avantage de cette forme de thérapie est que le danger de réaction sérique est éliminé. Le seul inconvénient de la thérapie à l'acide ascorbique est l'inconvénient des injections multiples. Cette conception de l'action de la vitamine C contre certaines toxines a conduit à traiter d'autres maladies productrices d'exotoxines.{340}

Le Dr King a montré que la vitamine C alimentaire avait un impact significatif sur la gravité de la diphtérie chez les cobayes qui, comme les humains, ne fabriquent pas non plus leur propre vitamine C.

Il ressort de l'étude qu'il existe une large zone de carence en vitamine C, sans apparition de scorbut, où les processus physiologiques sont inférieurs à la normale et l'animal est plus sensible aux blessures causées par la toxine bactérienne.{341}

Peut-être que la meilleure prévention et le meilleur traitement qui existent contre toutes les maladies à médiation par des toxines ne

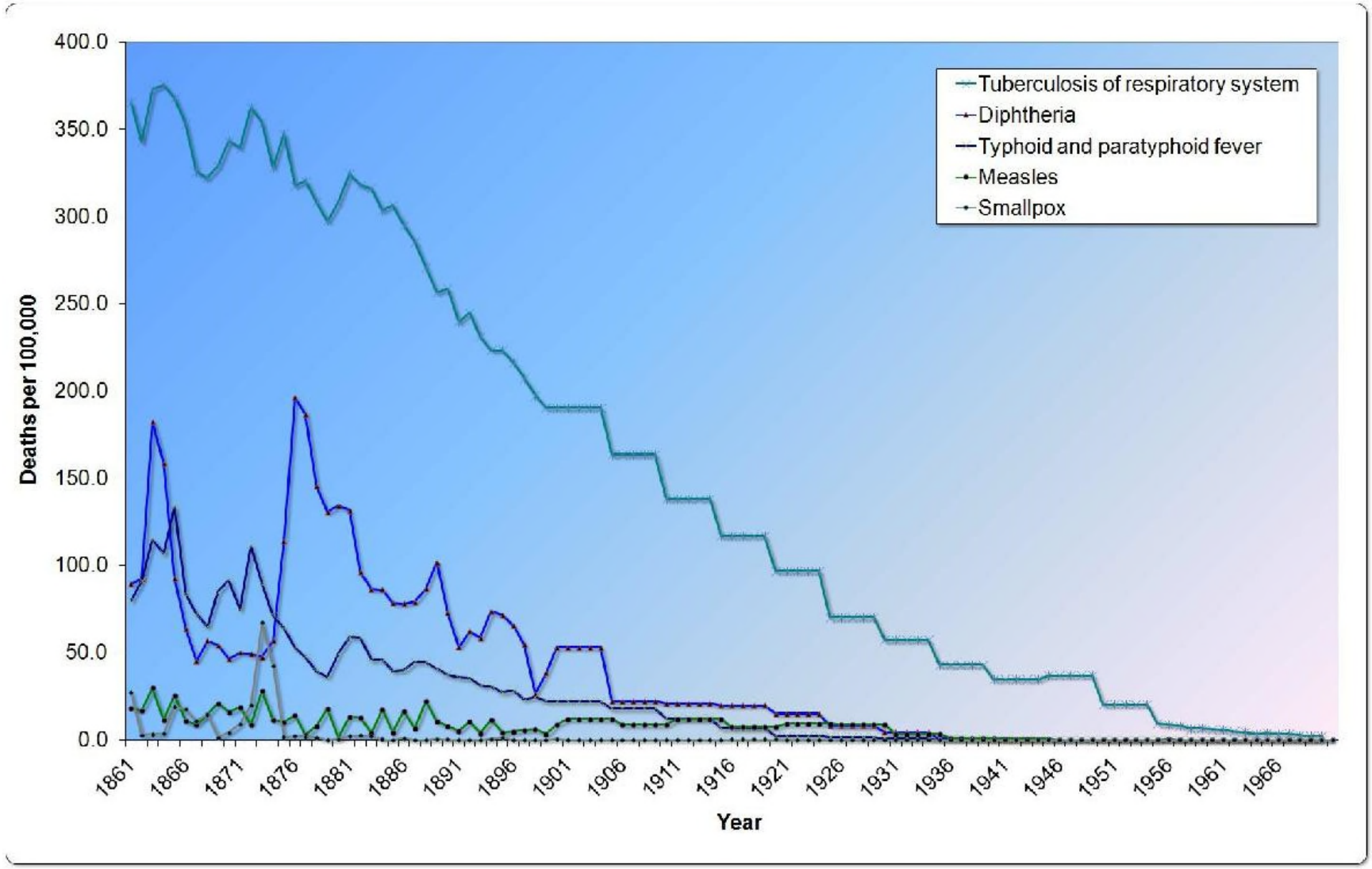
seront jamais acceptés par la médecine conventionnelle, simplement parce qu'ils ne peuvent pas être brevetés.

Tuberculose

La tuberculose était un autre grand tueur dans les années 1800. À la fin des années 1930, le taux de mortalité avait chuté de 92 %. En 1970, la baisse de la mortalité avait atteint plus de 99 % (graphique 11.10).

Le taux annuel de mortalité par tuberculose pour 100 000 habitants était d'environ 450 dans le Massachusetts en 1857. Il a chuté régulièrement et a atteint 35,6 en 1938.{342}

Graphique 11.10 (ci-dessous) :Taux de mortalité de la tuberculose, de la diphtérie, de la typhoïde, de la rougeole et de la variole au Massachusetts de 1861 à 1970.


Tuberculosis of respiratory system
Diphtheria
Typhoid and paratyphoid fever
Measles
Smallpox
Deaths per 100,000
400.0
350.0
300.0
250.0
200.0
150.0
100.0
50.0
0.0
1861
1866
1871
1876
1881
1886
1891
1896
1901
1906
1911
1916
1921
1926
1931
1936
1941
1946
1951
1956
1961
1966
Year

Graphique 11.10 (ci-dessus) :Taux de mortalité de la tuberculose, de la diphtérie, de la typhoïde, de la rougeole et de la variole au Massachusetts de 1861 à 1970.

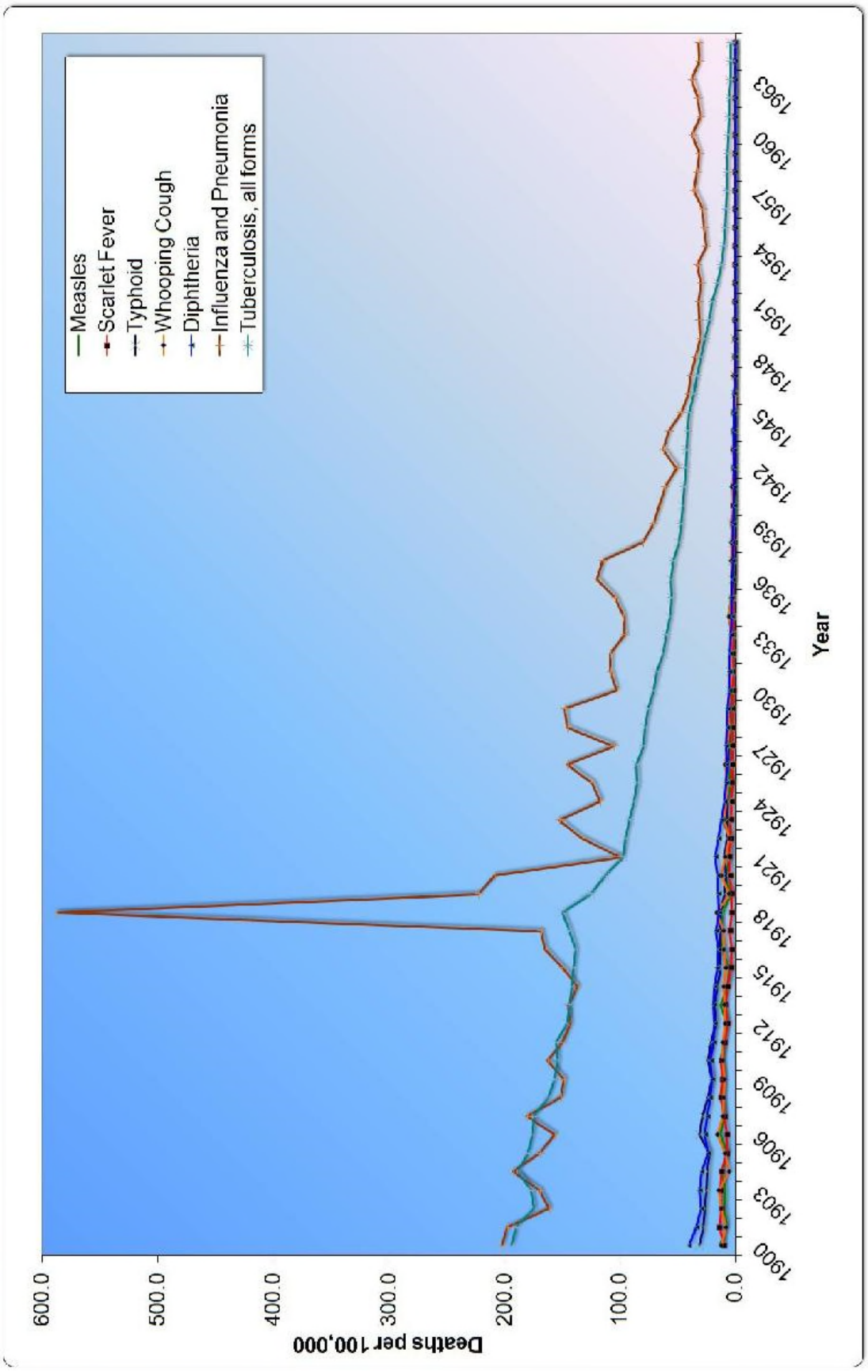
Certains diront que l'utilisation de la streptomycine en 1948 a contribué au déclin de la tuberculose.

Cependant, la résistance bactérienne était un problème immédiat avec la streptomycine, qui n'était pas bactéricide de manière fiable avec une thérapie médicamenteuse unique. Plus particulièrement, la baisse de l'incidence et de la mortalité se produisait déjà rapidement avant l'antibiotique.

La tuberculose, la pneumonie et la grippe étaient bien plus meurtrières que la plupart des autres maladies infectieuses de l'époque. Au cours des années 1900, ces trois maladies tuaient 5 à 16 fois plus de personnes que la typhoïde, la scarlatine, la coqueluche, la rougeole ou la diphtérie (graphique 11.11). Hormis la pandémie de grippe de 1918, ces maladies ont également décliné tout au long des années 1900 (graphique 11.12). Bien que des décès dus à la grippe et à la pneumonie se soient encore produits, après 1950, ils l'ont fait à un rythme beaucoup plus faible.

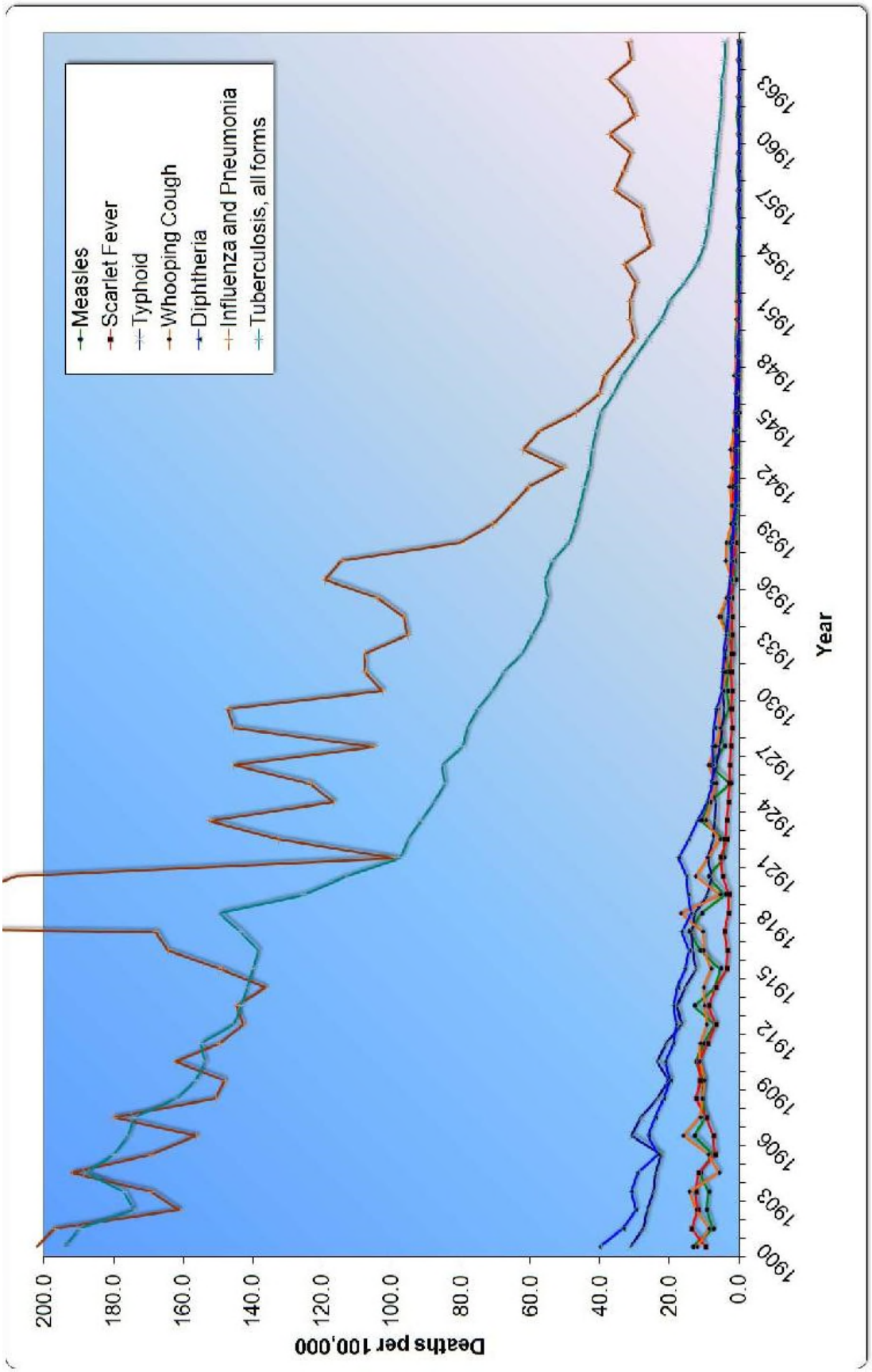
*Entre 1850 et 1900, les épidémies récurrentes de choléra, de variole, de paludisme et de typhoïde ont été progressivement maîtrisées. Au cours des 50 années suivantes, des victoires gratifiantes sur des maladies endémiques telles que la tuberculose, la diphtérie, la rougeole et la scarlatine ont été enregistrées. Ces maladies étaient moins dramatiques que les épidémies, mais chacune figurait parmi les principales causes de décès avant 1900. Au milieu du XXe siècle, à l'exception de la pandémie de grippe de 1918, les décès dus aux maladies infectieuses dans les pays industrialisés occidentaux n'étaient plus une composante majeure de la maladie. statistiques de mortalité.**{343}*

Graphique 11.11 : Taux de mortalité aux États-Unis dus à diverses maladies infectieuses de 1900 à 1965.



Graphique 11.11 : Taux de mortalité aux États-Unis dus à diverses maladies infectieuses de 1900 à 1965.

Graphique 11.12 : Taux de mortalité aux États-Unis dus à diverses maladies infectieuses de 1900 à 1965 vue agrandie.

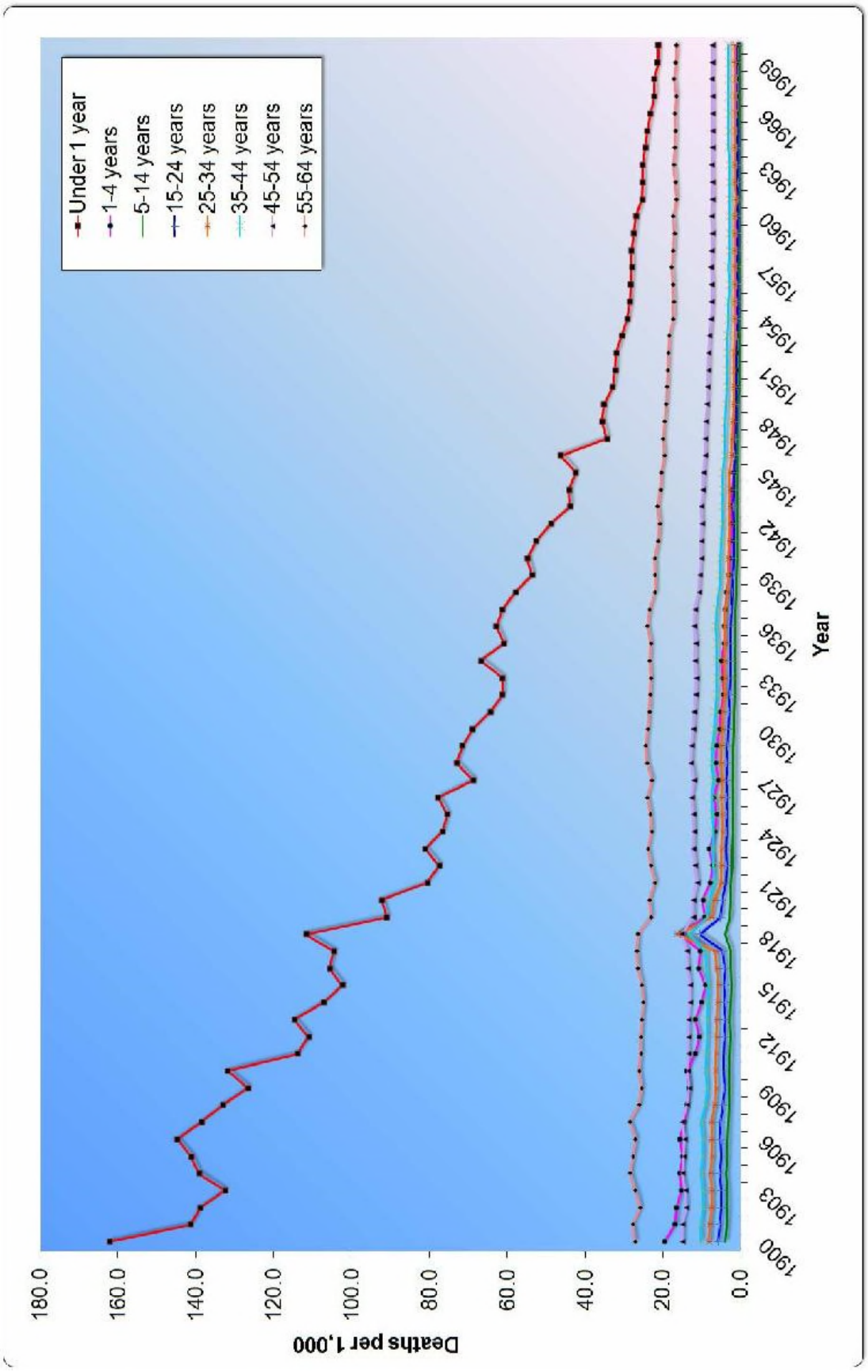


Graphique 11.12 : Taux de mortalité aux États-Unis dus à diverses maladies infectieuses de 1900 à 1965 vue agrandie.

On affirme souvent que l'espérance de vie a considérablement augmenté pendant cette période en raison des progrès de la médecine et de la vaccination. Mais il y a une information saillante qui est souvent omise, et c'est que l'essentiel de l'amélioration de la mortalité concernait les enfants de moins d'un an (graphique 11.13). Il y a certainement eu des améliorations dans tous les groupes d'âge, mais la grande majorité du gain de durée de vie moyenne s'est produite parce que les bébés ne mouraient plus de maladies liées à la pauvreté ou de diarrhée et parce que leurs mères avaient cessé de mourir de fièvre puerpérale (graphique 11.14).

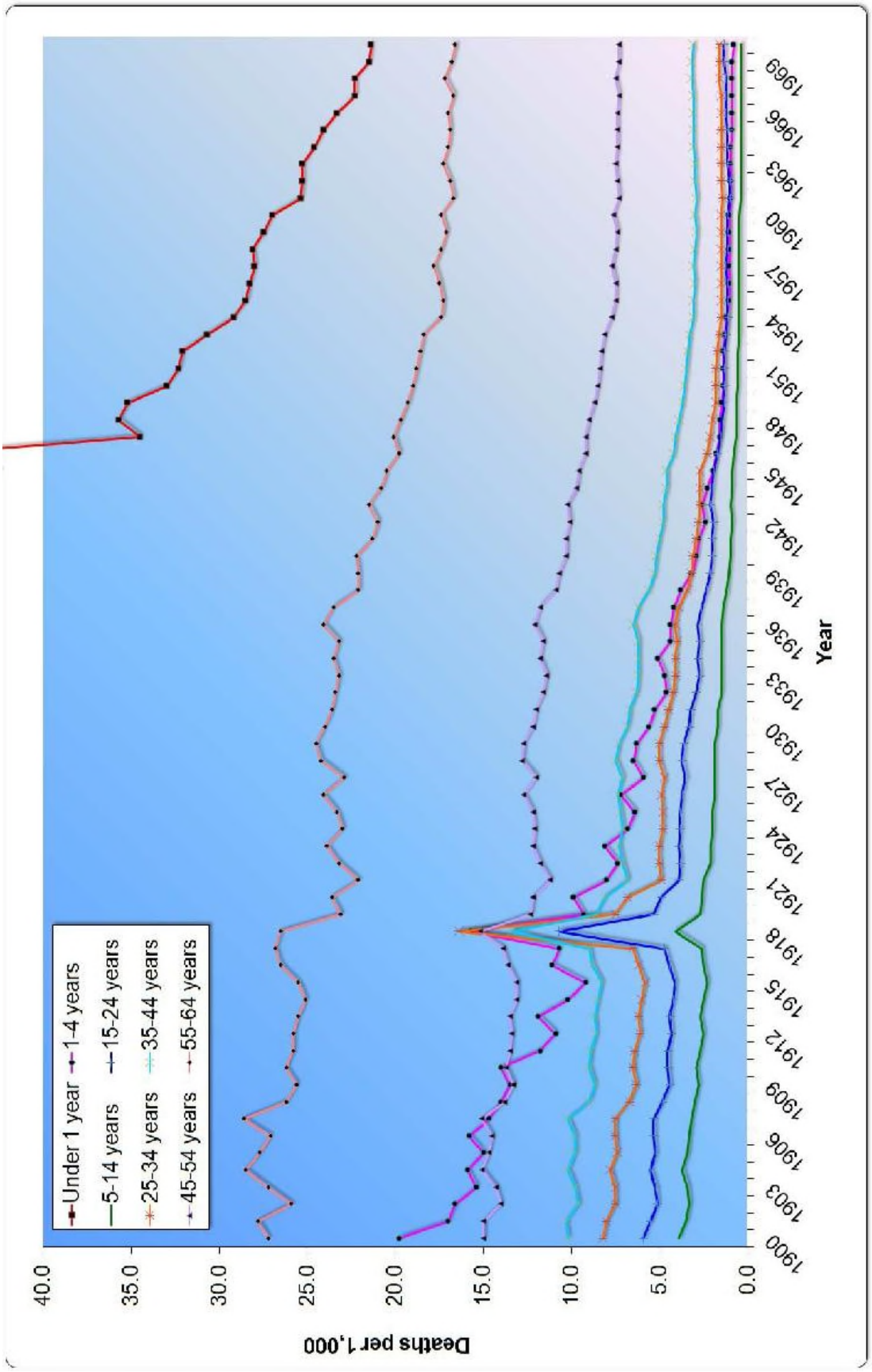
Les taux de mortalité infantile ont dépassé 200 pour 1 000 à Stockholm jusqu'en 1900 et sont tombés à 50 pour 1 000 en 1925. La majeure partie de la baisse, qui s'est produite pendant la période postnatale (1 à 11 mois), était due à une baisse de la mortalité due à la diarrhée. D'autres causes importantes de décès comprenaient des affections congénitales; tuberculose; méningite; sous nutrition; et d'autres maladies associées à la pauvreté, au surpeuplement et aux conditions de vie défavorables, qui étaient une réalité majeure pour la majorité de la population urbaine en croissance rapide à Stockholm.{344}

Graphique 11.13 (ci-dessous) :Taux de mortalité aux États-Unis pour les groupes d'âge de 1900 à 1970.



Graphique 11.13 (ci-dessus) :Taux de mortalité aux États-Unis pour les groupes d'âge de 1900 à 1970.

Graphique 11.14 (ci-dessous) :Taux de mortalité aux États-Unis pour les groupes d'âge de 1900 à 1970 vue agrandie.



Graphique 11.14 (ci-dessus) :Taux de mortalité aux États-Unis pour les groupes d'âge de 1900 à 1970 vue agrandie.

Diarrhée

De 1900 à 1943, les décès dus à la diarrhée sont passés de 143,7 à 9,4 pour 100 000, soit une diminution de 93,5 %. Cette baisse de la mortalité s'est produite avant l'utilisation d'antibiotiques et n'avait probablement que peu, voire rien, à voir avec la vaccination.

Il y avait probablement de nombreuses causes à la baisse de la mortalité due à la diarrhée; l'amélioration de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement, les changements dans la perception et le comportement en matière d'hygiène et les améliorations socioéconomiques générales, y compris l'amélioration de l'état nutritionnel, sont tous considérés comme des facteurs contributifs.{345}

Au début des années 1930, la victoire a été déclarée sur le problème de la diarrhée infectieuse qui tourmentait les très jeunes enfants depuis des décennies.

À la fin des années 1920, la principale cause de mortalité a changé chez les nourrissons et les jeunes enfants en Europe, en Grande-Bretagne et aux États-Unis. Les épidémies de diarrhées estivales et de forte mortalité infantile avaient pratiquement disparu au point que les épidémies de diarrhées étaient déclarées vaincues en Grande-Bretagne au début des années 1930… les taux de létalité des pneumonies diminuaient également au cours de la même période. Le taux de létalité pour la pneumonie avait chuté de près des deux tiers… Les collègues de Hess ont attribué ces changements dans les maladies diarrhéiques et respiratoires à des soins institutionnels modèles, qui comprenaient des infirmeries dégagées et ensoleillées, de grandes vérandas et l'évitement de la surpopulation ou de «l'hospitalisme».”{346}

Il devrait être clair que les décès dus à toutes les maladies étaient en baisse, même les maladies qui frappaient encore à des taux similaires, avant la disponibilité des antibiotiques. Un changement positif dans la santé de base de la population a fait la plus grande

différence, et cela s'est produit par des changements dans l'environnement et la nutrition.

Une analyse a été faite de l'évolution en Suisse de la mortalité due aux principales maladies infectieuses depuis le début de l'enregistrement des causes de décès. La mortalité due à la tuberculose, la diphtérie, la scarlatine, la coqueluche, la rougeole, la typhoïde, la fièvre puerpérale et la gastro-entérite infantile a commencé à baisser bien avant l'introduction de la vaccination et/ou des antibiotiques. La baisse est probablement due en grande partie à divers facteurs liés à l'élévation constante du niveau de vie : améliorations qualitatives et quantitatives de la nutrition ; meilleure hygiène publique et personnelle; meilleures conditions de logement et de travail et amélioration de l'éducation.{347}

Pendant ce temps, les décès dus au scorbut diminuaient également.L'état nutritionnel du monde occidental dans son ensemble a subi une amélioration fondamentale. La nourriture malade, putride et malsaine que les gens avaient l'habitude de manger a été remplacée par une alimentation plus variée et nutritionnellement supérieure.

Aussi incomplètes soient-elles, les preuves pour le dix-neuvième siècle sont au moins cohérentes avec l'idée que le régime alimentaire était l'influence environnementale la plus significative par rapport à la tendance de la mortalité due à la tuberculose... il ne fait aucun doute sérieux que les conditions s'étaient considérablement améliorées en 1850, et une caractéristique notable de l'amélioration doit avoir été une meilleure alimentation.

Le fait que la mortalité ait chuté rapidement à partir du moment où la nutrition s'est améliorée, et où il n'y a aucune raison de croire que l'exposition à l'infection ait diminué, nous semble donner de bonnes raisons de considérer le régime alimentaire comme une influence importante.{348}

Hôpitaux

Avant l'amélioration de l'hygiène hospitalière, les hôpitaux étaient des sources d'infection encore plus graves qu'ils ne le sont aujourd'hui. Hospitalisme était un terme général utilisé pour décrire les influences négatives sur les nourrissons dans les hôpitaux et les asiles. Au cours des années 1800, le public croyait souvent que ces institutions sales et surpeuplées étaient un danger pour la santé et le bien-être. Un livre de 1898 évoque la situation.

La ville exempte d'infection; l'hôpital saturé par elle, au point d'amener ses propres chirurgiens à recommander à leurs patients de ne pas y entrer, de les contraindre à s'abstenir d'opérer, et, après chaque tentative que la science et l'humanité pourraient suggérer, tous les moyens hygiéniques employés dans vain dans la tentative infructueuse d'éradiquer la peste du « tissu même » lui-même - d'amener les gouverneurs, en dernier recours, à décider la démolition du bâtiment et sa reconstruction complète, à grands frais, comme seul remède.{349}

Lentement, les soins institutionnels ont été améliorés et ont remplacé les hôpitaux à l'ancienne qui avaient été responsables de tant de décès.

Une analyse de 1977 de l'effet de l'intervention médicale sur la baisse de la mortalité aux États-Unis depuis 1900 a indiqué à quel point les mesures médicales avaient peu à voir avec le déclin de la maladie.

*En général,les mesures médicales (à la fois chimiothérapeutiques et prophylactiques) semblent avoir peu contribué à la baisse globale de la mortalité aux États-Unis depuis environ 1900 - ayant dans de nombreux cas été introduites plusieurs décennies après une baisse marquée**déjà installé et n'ayant aucune influence détectable dans la plupart des cas. Plus précisément, en ce qui concerne les cinq affections (grippe, pneumonie, diphtérie, coqueluche et poliomyélite) pour lesquelles la baisse de la mortalité semble***

importante après le point d'intervention - et dans l'hypothèse peu probable que toute cette baisse soit attribuable à la intervention... on estime qu'au plus 3,5 % de la baisse totale de la mortalité depuis 1900 pourrait être attribuée aux mesures médicales introduites pour les maladies considérées ici. {350}

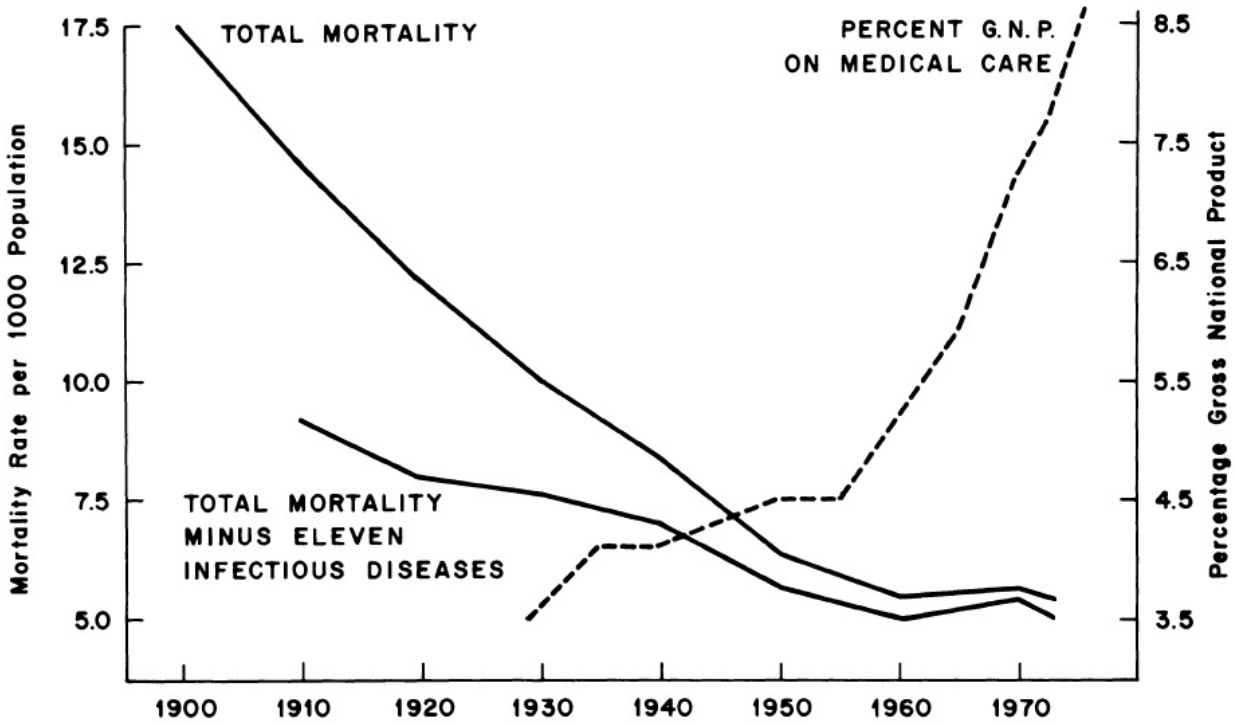


Figure 11.1 :Taux de mortalité ajustés selon l'âge et le sexe pour les États-Unis de 1900 à 1973, incluant et excluant onze maladies infectieuses majeures, en contraste avec la proportion du produit national brut consacrée aux soins médicaux.

L'amélioration de la sécurité hospitalière par rapport aux années 1800 peut sembler révolutionnaire. La mauvaise nouvelle est qu'en 2000, l'Institute of Medicine a publié un rapport montrant que les hôpitaux et les médecins sont la troisième cause de décès aux États-Unis, seulement après le cancer et les maladies cardiaques.

L'effet combiné des erreurs et des effets indésirables qui se produisent en raison de dommages iatrogènes non associés à une erreur reconnaissable comprend :

12 000 décès/an dus à des interventions chirurgicales inutiles

7 000 décès/an dus à des erreurs de médication dans les hôpitaux

20 000 décès/an dus à d'autres erreurs dans les hôpitaux

80 000 décès/an d'infections nosocomiales dans les hôpitaux

106 000 décès/an dus à des effets non erronés ou indésirables des médicaments{351}

Les chiffres ci-dessus sont considérés comme une sous-estimation des dommages réels. Le cadre ambulatoire moderne a également été noté comme dangereux dans le rapport de l'OIM.

Il a conclu qu'entre 4 % et 18 % des patients consécutifs subissent des effets indésirables en ambulatoire, avec 116 millions de visites médicales supplémentaires, 77 millions d'ordonnances supplémentaires, 17 millions de visites aux urgences, 8 millions d'hospitalisations, 3 millions d'admissions à long terme, 199 000 hospitalisations supplémentaires. décès et 77 milliards de dollars de coûts supplémentaires (équivalents au coût total des soins des patients atteints de diabète).{352}

Malheureusement, la croyance erronée selon laquelle les vaccins et autres avancées médicales étaient responsables de ce déclin étonnant a dicté la façon dont les maladies infectieuses sont traitées aujourd'hui. Au lieu de mettre l'accent sur l'hygiène, la nutrition et la supplémentation appropriée en vitamines, le soutien du système immunitaire et les remèdes naturels, l'accent est toujours mis sur les antibiotiques coûteux, les vaccinations et autres procédures médicales.

Ces choix n'ont pas été sans conséquences, car ils combattent les germes au lieu de soutenir la force vitale. L'hôte ne peut pas débarrasser son environnement des micro-organismes et, en fait, peut être mieux servi en cultivant ceux qui sont bénéfiques car ils font en fait partie de la défense de l'hôte.

La vision dominante des interactions entre les hôtes multicellulaires complexes et les microbes qui les entourent est faussée par une focalisation historique sur les agents pathogènes. Mais dans notre exploration en accélération rapide du monde microbien qui nous entoure, il peut y avoir des avantages à adopter une vision plus large de l'immunité aux agents pathogènes comme un aspect d'un système de gestion du microbiome qui régule les interactions avec le microbiote intimement associé, dont la grande majorité peut être bénéfique.{353}

12. La «disparition» de la poliomyélite

J'ai aussi regardé leurs enfants et je me suis demandé pourquoi ils étaient si malades. Cette fois, la réponse est venue assez rapidement et de la bouche d'une femme autochtone : « Avant l'arrivée de l'homme blanc, nous étions en bonne santé et pas de maladie.

– Dr Archie Kalokorinos

Morris Beale, qui a édité pendant des années sa publication informative, Capsule News Digest, de Capitol Hill, a offert une récompense permanente au cours des années de 1954 à 1960 de 30 000 $, qu'il paierait à quiconque pourrait prouver que le vaccin contre la polio n'était pas un tueur et une fraude.

Il n'y avait pas de preneurs.

– Eustace Mullins (1923–2010), Meurtre par injection

Les vaccins à virus vivants contre la poliomyélite paralytique, par exemple, peuvent dans chaque cas produire la maladie qu'ils sont censés prévenir; les vaccins à virus vivants contre la rougeole et les oreillons peuvent produire des effets secondaires tels que l'encéphalite. Ces deux problèmes sont dus à la difficulté inhérente de contrôler les virus vivants in vivo [une fois qu'ils sont placés dans une personne vivante].

– Jonas et Darrell Salk, Sciences, 4 mars 1977

L'histoire de la poliomyélite est obsédante : longue, compliquée et laide. Ce n'est pas une histoire que vous aurez lue ou que la profession médicale pourra raconter. Au-delà de la fumée et des miroirs se trouvent des statistiques sommaires, le changement de nom des maladies et la poliomyélite paralytique induite par le vaccin causée à la fois par le Salk,{354},{355}et les vaccins Sabin. Le vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) du Dr Albert Sabin continue de provoquer la paralysie des vaccinés aujourd'hui.{356},{357}

Malgré de nombreux problèmes historiques bien documentés, les vaccins contre la poliomyélite et la variole servent aujourd'hui de point d'ancrage à la foi en la vaccination. Le sujet suscite la passion chez ceux qui croient que leurs ancêtres ont été touchés par le virus redouté ou que leurs enfants pourraient en être paralysés aujourd'hui.

Beaucoup pensent qu'une maladie appelée poliomyélite a été éradiquée dans l'hémisphère occidental. Presque tout le monde pense que la poliomyélite a été éliminée par la vaccination. Mais pour bien comprendre où est passée la polio, il faut comprendre ce qu'était la polio. Ensuite, il devient clair qu'il est impossible de l'éradiquer avec un vaccin. Cependant, le vaccin s'est prêté à de nombreux problèmes bien documentés, bien que peu connus.

Le terme poliomyélite est une description de la pathologie de la colonne vertébrale. Le sens du mot vient du grec Polios (gris), muelos (moelle), ite (inflammation) et désigne une inflammation de la matière grise de la moelle épinière. La matière grise est étiquetée ici sur la coupe transversale de la moelle épinière.

La poliomyélite peut survenir dans le tronc cérébral et la moelle épinière.

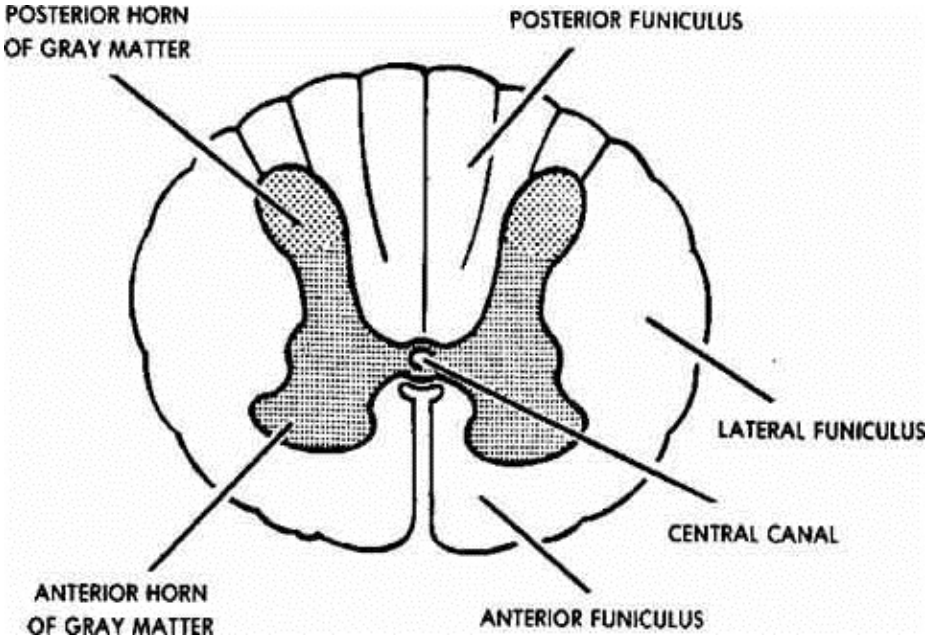


Figure 12.1 :Coupe transversale de la colonne vertébrale.

Le résultat de cette inflammation, qu'elle soit chimique ou virale, se traduit par certains symptômes musculaires caractéristiques qui ont été conditionnés dans l'esprit de plusieurs générations pour ressembler au garçon sur la photo de droite. Les aspects les plus visibles de la poliomyélite étaient les membres

orthopédiques, les poumons d'acier, les déformations des hanches etjambes, pieds bots et scoliose.

Photos 12.1 :George Clark marche avec des béquilles et de lourds appareils orthodontiques. Il a eu une attaque de poliomyélite en avril dernier. (1956) Un petit nombre de victimes de la poliomyélite ont été placées sur ce qui est enfermé dans notre mémoire collective : des poumons d'acier. Ces images sont peut-être les plus terrifiantes car elles représentent la forme la plus grave de poliomyélite appelée poliomyélite bulbaire, où le tronc cérébral est impliqué et le taux de mortalité est le plus élevé.

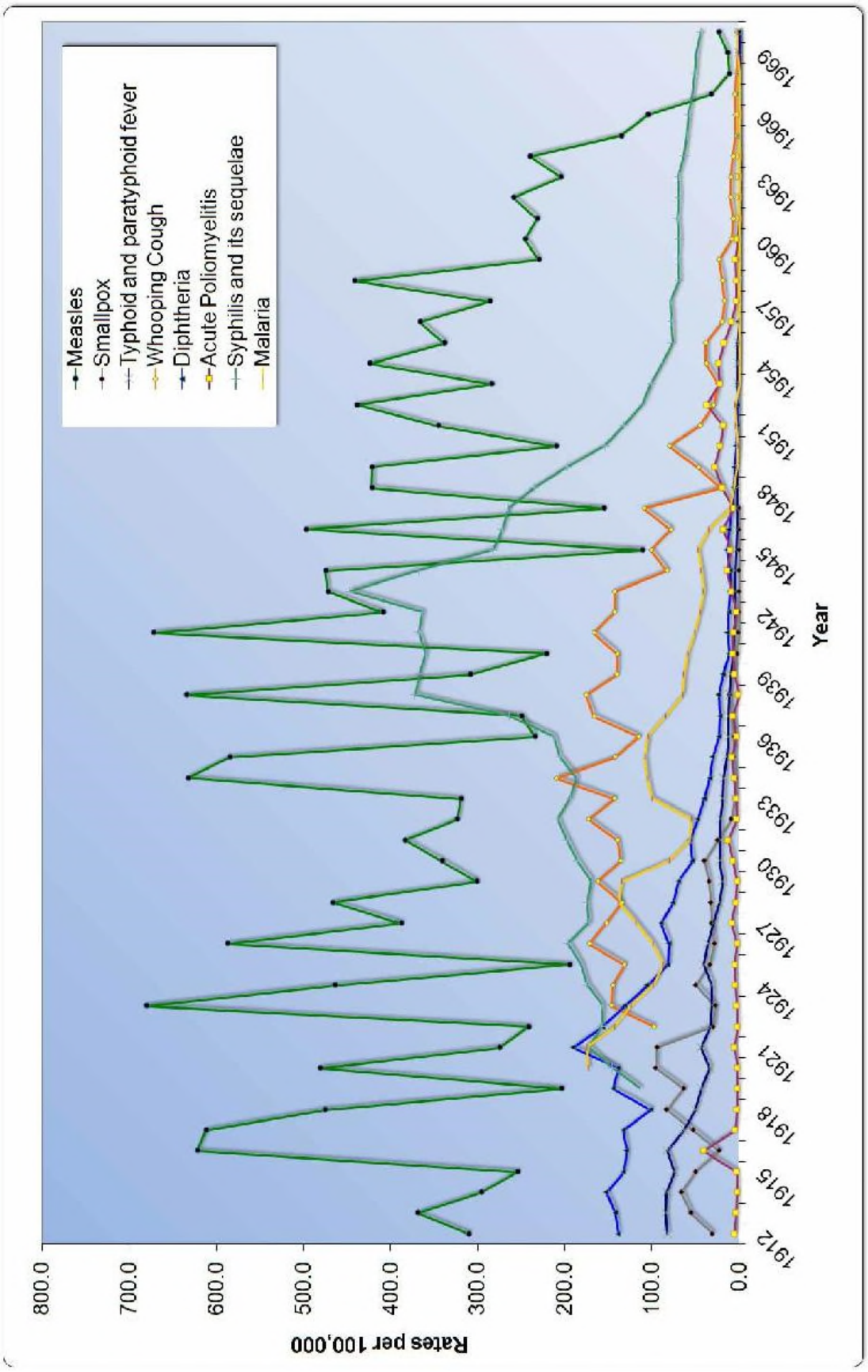
On croyait généralement que la poliomyélite était causée par un virus qui infecte le tractus intestinal et se déplace dans le corps.

Prévalence de la poliomyélite, 1912-1969

Depuis le début des années 1900, nous avons été endoctrinés pour croire que la poliomyélite était une maladie très répandue et contagieuse. Le graphique 12.1 décrit l'incidence de diverses maladies aux États-Unis entre 1912 et 1970. La poliomyélite est la ligne (avec des points carrés) en bas et révèle que l'incidence était très faible par rapport à celle d'autres maladies infectieuses. La poliomyélite a également été décrite comme un paralysant vicieux au début et au milieu des années 1900, lorsqu'elle était habituellement diagnostiquée par des médecins qui utilisaient une définition très vague de la maladie. Ce graphique indique les taux de maladies cliniques, dont la plupart se sont résolues et n'ont laissé aucune paralysie résiduelle.

Étant donné qu'il s'agissait d'une maladie à faible incidence, comment la poliomyélite en est-elle venue à être perçue comme un monstre aussi infâme ? C'est une question qui mérite d'être examinée, surtout à la lumière du fait que le taux était bien inférieur à celui d'autres maladies courantes, dont certaines ont diminué d'incidence à près de zéro sans aucun vaccin. Ceux qui incarnent encore la peur de la poliomyélite peuvent prétendre que c'était un monstre parce qu'il paralysait les gens, en particulier les enfants. Mais il a été révélé plus tard, après qu'un vaccin ait été loué pour l'éradication de la poliomyélite, qu'une grande partie de la paralysie était liée à des facteurs autres que le poliovirus, et ces facteurs ne pouvaient pas avoir été affectés par un vaccin.

Graphique 12.1 (ci-dessous) :Incidence de la maladie aux États-Unis de 1912 à 1970.



Graphique 12.1 (ci-dessus) :Incidence de la maladie aux États-Unis de 1912 à 1970.

Poliovirus naturel (sauvage)

Il est facile de supposer que le poliovirus est apparu brusquement ou a changé d'une manière ou d'une autre dans les années 1900 pour devenir aussi problématique qu'on le prétendait. Le poliovirus existant naturellement était un habitant commun de l'intestin pendant des millénaires, toujours là, circulant continuellement à travers les humains, mais ne causant jamais de paralysie jusqu'à plus tard, lorsque quelque chose a changé. La question clé est la suivante : quelles opportunités auraient pu se présenter pour donner au poliovirus la capacité de provoquer des épidémies au début du XXe siècle ?

Dans des conditions environnementales et alimentaires saines, certaines populations possédaient des anticorps contre les trois types de virus et n'ont pas développé de paralysie ni présenté de symptômes significatifs après l'infection. La lointaine tribu brésilienne Xavante sert d'exemple. Cette tribu était relativement épargnée par l'homme moderne parce qu'elle combattait les empiétements en massacrant quiconque s'en approchait. Il y a eu une brève période dans les années 1700 où certains des indigènes ont vécu parmi les hommes blancs jusqu'à ce qu'ils réalisent que cela leur apportait des vagues de maladies et de morts. Ceux qui ont survécu ont fui et se sont déplacés plus à l'ouest pour tenter de s'isoler. Vers les années 1950, quelques membres des services de santé indiens ont réussi à obtenir une certaine coopération pour une étude qui évaluait la résistance aux maladies et le statut immunitaire de ces autochtones.

Les tribus indigènes isolées semblent n'avoir eu aucun problème avec les infections qui affligent les hommes blancs, même si les résultats sanguins ont montré que les indigènes étaient effectivement exposés et infectés par bon nombre de ces mêmes germes. Le Dr Neel a découvert que :

Le paradoxe d'une quasi-absence de poliomyélite paralytique parmi des groupes aussi fortement infectés que celui-ci [en référence aux Indiens Xavante], malgré des titres d'anticorps élevés, est bien

connu, mais l'interprétation de l'observation reste en discussion.{358}

Ces personnes isolées, qui n'avaient adopté aucune des habitudes ou interventions médicales connues aujourd'hui pour augmenter la sensibilité à la poliomyélite, étaient totalement infectées et immunisées ! Les populations indiennes indigènes présentaient des signes d'infection par les trois souches de poliovirus, mais n'ont développé aucune poliomyélite.

… des études d'avidité des anticorps selon les techniques de Sabin (1957) ont été faites sur des spécimens choisis au hasard. Tous les échantillons étaient positifs pour les anticorps contre les trois types de poliomyélite, fournissant une confirmation supplémentaire de la validité des résultats [que les Indiens étaient tous immunisés et qu'aucun d'entre eux n'était paralysé]…. Le pourcentage de réactifs positifs est frappant.{359}

Ces personnes avaient une véritable immunité collective :

… toutes les 60 personnes testées avec les deux techniques ont des anticorps contre le type I, 59 [avaient des anticorps] (98,3 ± 1,7 %) contre le type II et 56 [avaient des anticorps] (93,3 ± 3,2 %) contre le type III.{360}

Dans l'article de Neel, il existe une documentation et des références abondantes sur le fait que les populations indigènes, lorsqu'elles sont laissées à leur régime alimentaire et à leur habitat naturels, peuvent être infectées par la grippe, la salmonelle et la rougeole. Mais les maladies ne se propagent pas cliniquement au sein de la tribu, et la mortalité est inexistante.

… dans ce cas, la sous-déclaration ne peut guère être invoquée comme explication, il faut conclure que dans l'altiplano péruvien, la plupart des infections sont subcliniques ou ne provoquent qu'une maladie insignifiante…. Les données démographiques montrent clairement que les huit personnes positives pour la grippe ont leur maladie au contact d'autres membres de la tribu. Pourquoi la maladie ne s'est-elle pas propagée ?{361}

Le Dr Albert Sabin, inventeur du vaccin antipoliomyélitique oral, a également noté en 1947 que les peuples autochtones étaient infectés par le poliovirus avant l'âge de cinq ans, et pourtant il n'y avait pas de paralysie parmi eux. Il y avait, cependant, un taux significatif de poliomyélite paralytique chez les militaires américains dans les mêmes régions.

La maladie paralytique était courante dans les communautés colonisatrices, mais pas chez les indigènes.

*... la question la plus importante :**pourquoi la poliomyélite paralytique est-elle devenue une maladie épidémique il y a seulement un peu plus de cinquante ans et, à ce titre, pourquoi semble-t-elle toucher de plus en plus les pays où l'assainissement et l'hygiène, ainsi que le niveau de vie général, font vraisemblablement la différence ? plus grandes avancées, alors que d'autres grandes parties du monde, quelle que soit la latitude, sont encore relativement épargnées ?**{362}*

Sabin a déclaré que le virus était présent partout dans le monde et que l'infection asymptomatique était répandue, même dans les régions où les épidémies étaient inconnues. L'hypothèse erronée du Dr Sabin était que la poliomyélite avait quelque chose à voir avec la richesse en soi. Cela avait probablement plus à voir avec la détérioration subtile de l'immunité innée due à ce que les riches et les militaires américains pulvérisaient dans l'environnement, à ce que les médecins leur faisaient subir et à d'autres habitudes de vie.

Le Dr Archie Kalokerinos, un médecin qui a passé sa carrière à s'occuper des aborigènes d'Australie, s'est fait dire à plusieurs reprises par les anciens que les tribus n'avaient pas de maladie jusqu'à l'arrivée des hommes blancs et qu'elles n'avaient même pas de noms pour ces maladies..{363}

Bien que le Dr Sabin ait été tout simplement intrigué par le fait que les parties propres et avancées du monde tombaient malades, il n'a pas réussi à relier le taux de paralysie à des facteurs facilement identifiables. Examiner ce qui a changé dans

l'environnement et l'alimentation humaine et comment cela a clairement affecté la susceptibilité à la paralysie dans les zones développées est essentiel pour comprendre la poliomyélite.

Le régime alimentaire de l'homme blanc composé d'aliments raffinés et transformés avec le manque de vitamines qui en résulte, les poisons environnementaux et agricoles et les procédures médicales invasives spécifiques ont tous contribué à l'augmentation de la sensibilité des personnes vivant dans les régions industrialisées du monde. Mais au moment où ces liens ont été établis, les aliments pathogènes étaient bien ancrés dans le palais moderne. Les avancées médicales ont été accueillies avec gratitude même si beaucoup d'entre elles étaient dangereuses et surutilisées. Le sucre raffiné, la farine blanche, l'alcool, le tabac, les amygdalectomies, les vaccins, les antibiotiques, le DDT et l'arsenic étaient devenus des veaux d'or financiers qui ont entraîné l'humanité aveuglément dans une spirale de maladie et de misère.

Malheureusement, la paralysie a été uniformément attribuée aux infections à poliovirus qui ont donc justifié et priorisé la recherche de vaccins à tout prix. Plusieurs milliers de personnes ont été inutilement paralysées parce que le système médical a refusé d'examiner les conséquences de ces veaux dorés, n'a fait que du bout des lèvres le succès du traitement de la paralysie de Sister Kenny (discuté plus loin dans ce chapitre) et s'est concentré uniquement sur la recherche de vaccins. .

Qu'était la poliomyélite et où elle se trouve maintenant

Avant que le vaccin ne soit largement utilisé, de nombreuses maladies distinctes étaient naïvement regroupées sous l'égide de la «polio». Ce n'est qu'après que le vaccin a été largement accepté qu'on s'est efforcé de distinguer le poliovirus des autres types de maladies paralytiques. La liste suivante en représente quelques-unes qui auraient pu être classées et documentées comme polio avant 1958.

Entérovirus tels que Coxsackie et ECHO

Syphilis congénitale non diagnostiquée

Toxicité de l'arsenic et du DDT

Myélite transverse

Le syndrome de Guillain Barre

Provocation de la paralysie des membres par des injections intramusculaires de nombreux types, y compris une variété de vaccins

Maladie pieds-mains-bouche{364}

Empoisonnement au plombg {365}

Ce sont toutes des conditions qui existent encore aujourd'hui et qu'un vaccin contre la poliomyélite ne pourrait pas prévenir.

Le visage de la poliomyélite a peut-être changé, mais c'était principalement dû à la puissance du stylo, aux progrès des technologies de diagnostic et de survie, à l'élimination de certaines influences toxiques et aux progrès de la physiothérapie.

Le diagnostic spécifique de la poliomyélite n'a pas été poursuivi avec des tests de laboratoire avant 1958. Les critères de diagnostic de la poliomyélite étaient très lâches avant les essais sur le terrain du vaccin en 1954. Avant le déploiement du vaccin, les professionnels de la santé étaient programmés avec vigilance pour être à l'affût des polio. Après les essais, ils notaient avec vigilance qui avait développé la poliomyélite – vacciné ou non vacciné – et s'efforçaient de diagnostiquer une maladie non poliomyélitique chez une personne vaccinée. Le Dr Bernard Greenberg, chef du département de biostatistique de l'École de santé publique de l'Université de Caroline du Nord et président du Comité d'évaluation et des normes de l'American Public Health Association, a déclaré en 1960 :

Avant 1954, tout médecin qui signalait une poliomyélite paralytique rendait service à son patient en subventionnant le coût de

l'hospitalisation et faisait preuve d'esprit communautaire en signalant une maladie transmissible. Le critère de diagnostic à l'époque dans la plupart des départements de santé suivait la définition de l'Organisation mondiale de la santé : « Poliomyélite paralytique spinale : signes et symptômes de la poliomyélite non paralytique avec en plus une paralysie partielle ou complète d'un ou plusieurs groupes musculaires, détectés sur deux examens au moins 24 heures d'intervalle. Notez que « deux examens à au moins 24 heures d'intervalle » étaient tout ce qui était requis.… La confirmation en laboratoire et la présence de résidus [plus de 24 heures] n'étaient pas requises.{366}

La pratique parmi les médecins avant 1954 était de diagnostiquer tous les patients qui souffraient de paralysie même à court terme (24 heures) avec la « polio ». En 1955, l'année de la sortie du vaccin Salk, les critères de diagnostic sont devenus beaucoup plus stricts. S'il n'y avait pas de paralysie résiduelle 60 jours après le début, la maladie n'était pas considérée comme une poliomyélite paralytique. Ce changement a fait une énorme différence dans la prévalence documentée de la poliomyélite paralytique, car la plupart des personnes atteintes de paralysie se rétablissent avant 60 jours. Le Dr Greenberg a déclaré :

Le changement de 1955 signifiait que nous signalions une nouvelle maladie, à savoir la poliomyélite paralytique avec une paralysie de plus longue durée. De plus, les procédures de diagnostic ont continué à être affinées. Le virus Coxsackie et la méningite aseptique ont été distingués de la poliomyélite paralytique. Avant 1954, un grand nombre de ces cas étaient qualifiés à tort de poliomyélite paralytique. ***Ainsi, simplement par des changements dans les critères de diagnostic, le nombre de cas paralytiques a été prédéterminé pour diminuer en 1955-1957, qu'un vaccin ait été utilisé ou non.{367}***

Pour illustrer à quel point la maladie paralytique considérée comme étant la poliomyélite n'était pas du tout associée aux poliovirus, considérons l'épidémie bien documentée du Michigan en 1958. Cette épidémie s'est produite quatre ans après le début

de la campagne de vaccination de Salk. Une analyse approfondie des cas diagnostiqués a révélé que plus de la moitié d'entre eux n'étaient pas du tout associés au poliovirus (Figure 12.2 et Figure 12.3). Il y avait plusieurs autres causes de "polio" en plus du poliovirus.

Lors d'une épidémie de poliomyélite dans le Michigan en 1958, des études virologiques et sérologiques ont été menées sur des échantillons de 1 060 patients. Les échantillons fécaux de 869 patients n'ont révélé aucun virus dans 401 cas, le poliovirus dans 292 cas, le virus ECHO (enteric cytopathogenic human orphan) dans 100 cas, le virus Coxsackie dans 73 cas et le virus non identifié dans 3 cas. Les sérums de 191 patients dont aucun échantillon fécal n'a pu être obtenu n'ont montré aucun changement d'anticorps dans 123 cas, mais ont montré des changements diagnostiques pour le poliovirus dans 48 cas, les virus ECHO dans 14 cas et le virus Coxsackie dans 6 cas. Chez un grand nombre de patients paralytiques et non paralytiques le poliovirus n'en était pas la cause. Les études de fréquence ont montré qu'il n'y avait pas de différences cliniques évidentes entre les infections par les virus Coxsackie, ECHO et de la poliomyélite.

Les virus Coxsackie et ECHO étaient responsables de plus de cas de « poliomyélite non paralytique » et de « méningite aseptique » que le poliovirus lui-même.*{368}*

Illustration 12.2 (ci-dessous) :Michigan polio 1958 - identification du virus épidémique par analyse fécale.

Illustration 12.2 (ci-dessus) :Michigan polio 1958 - identification du virus épidémique par analyse fécale.

Illustration 12.3 (ci-dessous) :Michigan polio 1958 - modifications épidémiques des anticorps viraux.

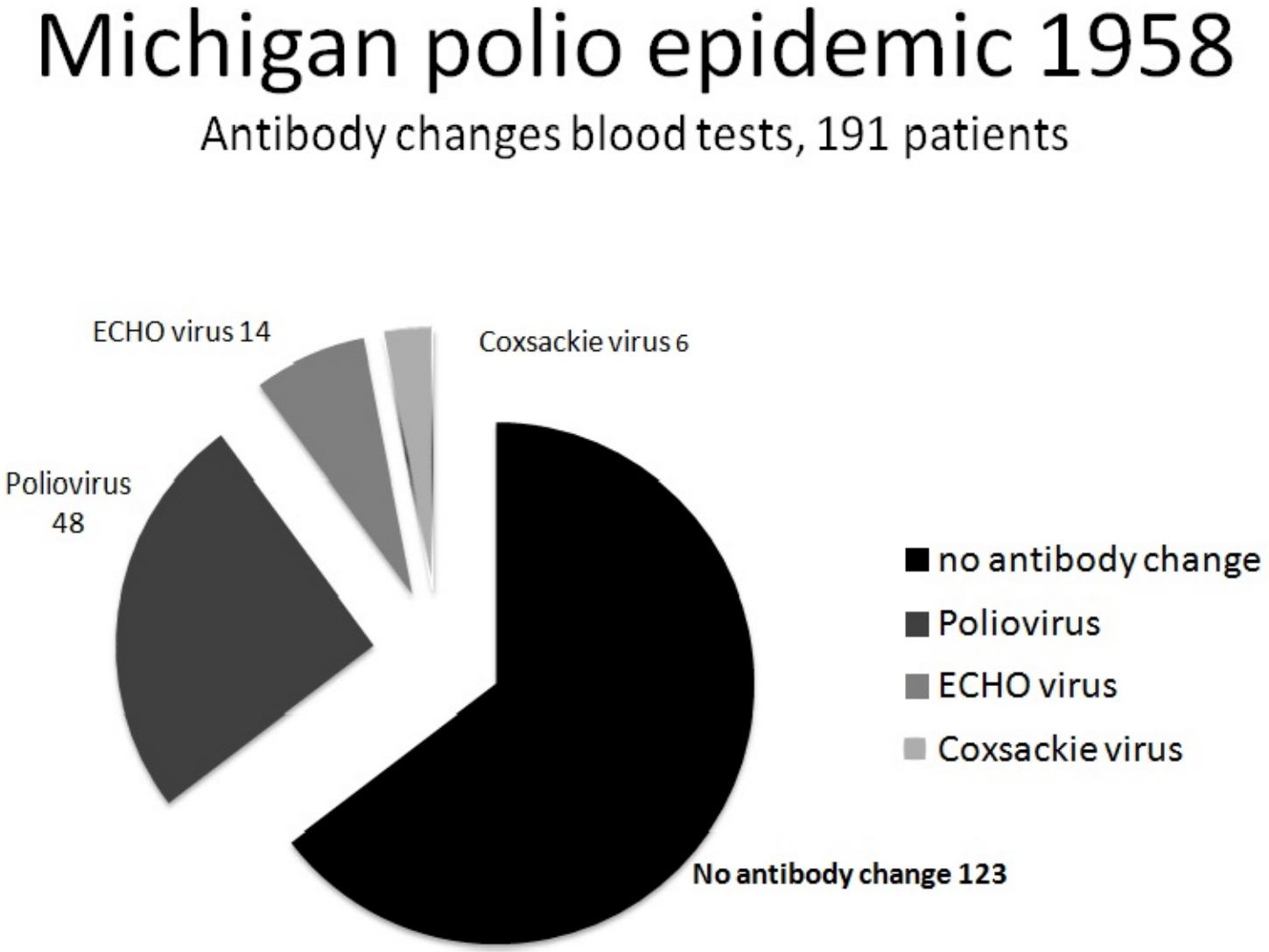


Illustration 12.3 (ci-dessus) :Michigan polio 1958 - modifications épidémiques des anticorps viraux.

Après le vaccin, il y a eu un effort concerté pour distinguer les cas avec poliovirus des cas sans poliovirus. Ce n'était pas un problème avant 1958, lorsque de nombreuses maladies courantes aujourd'hui se cachaient derrière le nom de poliomyélite. Myélite transverse, méningite virale ou aseptique, syndrome de Guillain-Barré (SGB), syndrome de fatigue chronique, méningite rachidienne, syndrome post-polio, paralysie flasque aiguë (PFA), encéphalopathie entérovirale, névrite traumatique, syndrome de Reye, etc., tous pourraient avoir été diagnostiquée comme étant la poliomyélite avant 1958.

Une publication scientifique moderne a même jeté de sérieux doutes sur le diagnostic très médiatisé de la poliomyélite du président Franklin Roosevelt. La conclusion d'une équipe de chercheurs modernes est qu'il avait en fait le SGB et non la poliomyélite comme on le croyait à l'origine.{369}

Si la poliomyélite est toujours là, pourquoi ne la voyons-nous pas ?

Le poliovirus sauvage n'a jamais été le grand tueur ou paralysant que le public a été amené à croire que c'était à travers les nombreuses images effrayantes montrées à plusieurs reprises dans les années 1950. Le Dr Lennette, virologue très respecté et pionnier de la virologie diagnostique au sein du California Department of Health, a déclaré en réflexion en septembre 1987 :

*En fait, économiquement la maladie n'était pas très importante. Deuxièmement, peu de cas ont été*vu dans ce pays. Il n'y avait pas trop de personnes paralysées par la poliomyélite dans un quartier, donc cela n'a jamais eu beaucoup d'impact.*{370}*(Voir également le graphique 12.1.) Les images pictographiques et cinématographiques de la poliomyélite utilisées pour rallier le public au développement et à l'acceptation du vaccin ont disparu après le début de la campagne de vaccination. Le public a adopté avec gratitude le vaccin qui aurait éliminé l'effroyable maladie. Pour maintenir la confiance du public dans le vaccin, en particulier à la lumière de plusieurs cas graves de polio paralytique induite par le vaccin, les images de la polio dans la nouvelle population hautement vaccinée ont dû être supprimées. L'optimisme concernant le vaccin a prévalu. Les campagnes March of Dimes, qui étaient autrefois conçues pour avoir un impact sur la peur et l'émotion humaines, sont devenues ce que nous considérons aujourd'hui comme une publicité pour "travailler ensemble pour des bébés plus forts et en meilleure santé" - financer des vaccins pour les nourrissons et les femmes enceintes.

Dans les années 1940, la physiothérapie et la mobilisation ont finalement été reconnues et développées comme une intervention précoce importante pour les victimes de paralysie. Les traitements cruels et barbares mentionnés dans le livre du Dr JR Paul A History of Poliomyelitis,{371}qui comprenaient la coupe et la transplantation des tendons et d'autres «opérations de sauvetage», les attelles précoces et prolongées, le redressement

chirurgical et les traitements électriques douloureux mais inefficaces, ont été abandonnés.

En conséquence, les images d'enfants en pleurs portant des plâtres et des attelles n'étaient pas aussi répandues. Les résultats en matière de paralysie et de malformations se sont améliorés simplement parce que la maladie a commencé à être mieux traitée dès le départ. Mais ce changement ne s'est pas fait du jour au lendemain. Il a fallu 30 ans à sœur Elizabeth Kenny, une pionnière de ce que l'on appelle maintenant la thérapie physique, pour faire accepter à la communauté médicale orthodoxe qu'elle avait mal traité la poliomyélite et qu'elle était donc responsable d'une grande partie des paralysies résiduelles, des déformations et des raideurs persistantes. .

Le Dr John Pohl, l'un des plus fervents partisans américains de sœur Kenny, a évoqué la misère que les victimes de la poliomyélite enduraient avant que la technique Kenny ne soit utilisée au Minnesota, vers 1940 :

Plus elle parlait, plus il semblait qu'elle avait du sens. Avant qu'elle n'arrive, l'hôpital de notre ville était rempli de polio. Et le traitement, en langage clair, n'était tout simplement pas bon. Si vous aviez pu vous rendre à l'hôpital, vous auriez vu des petits enfants allongés, raides et raides, pleurant de douleur, même si, comme elle l'a vu, ils n'étaient pas nécessairement paralysés. À l'époque, nous emmenions les enfants en salle d'opération, nous les redressions sous anesthésie et nous les placions dans des plâtres. Quand ils se sont réveillés, ils ont crié. Le lendemain, ils pleuraient encore de douleur. C'était le traitement accepté et universel pratiquement partout dans le monde. Je l'ai vu à Boston, à New York et à Londres. Elle a dit: "C'est tout faux."{372}

Photos 12.2 :Sœur Kenny encourage un patient atteint de poliomyélite à se lever pour la première fois. (1946)

L'attelle et le plâtre des membres paralysés étaient la principale forme de traitement dans la première moitié du 20e siècle. Les membres affectés étaient systématiquement immobilisés dans des plâtres pendant trois à six mois et souvent jusqu'à deux ans.

C'est un lien très important avec l'histoire de la poliomyélite. La manière dont les médecins manipulaient les muscles raides, douloureux et engourdis avait beaucoup à voir avec le visage précoce de la poliomyélite et pourquoi elle semble si différente aujourd'hui dans les pays où la poliomyélite paralytique est traitée différemment.

Le traitement inapproprié de la poliomyélite a entraîné le dysfonctionnement des membres, que le virus soit présent ou non. Le Dr Donald Young Solandt et ses associés de l'Université de Toronto ont rapporté que l'immobilisation complète du membre

d'un animal produisait des changements musculaires similaires à la coupure ou à l'ablation d'un nerf.{373}Les recherches de Solandt ont démontré que l'immobilisation seule était suffisante pour induire une flaccidité et une paralysie apparente, même avec des voies nerveuses motrices et sensorielles complètement intactes. Des écrits ultérieurs de Mead ont également décrit comment les victimes de la poliomyélite étaient traitées dans les hôpitaux.

Les orthopédistes... croyaient à « l'extrême fragilité » du muscle poliomyélitique. De nombreuses victimes de cette maladie ont été plâtrées pendant environ 6 mois et leurs difformités ont été opérées en temps voulu. Pas même le massage, et encore moins l'exercice vigoureux du muscle affecté était toléré.{374}

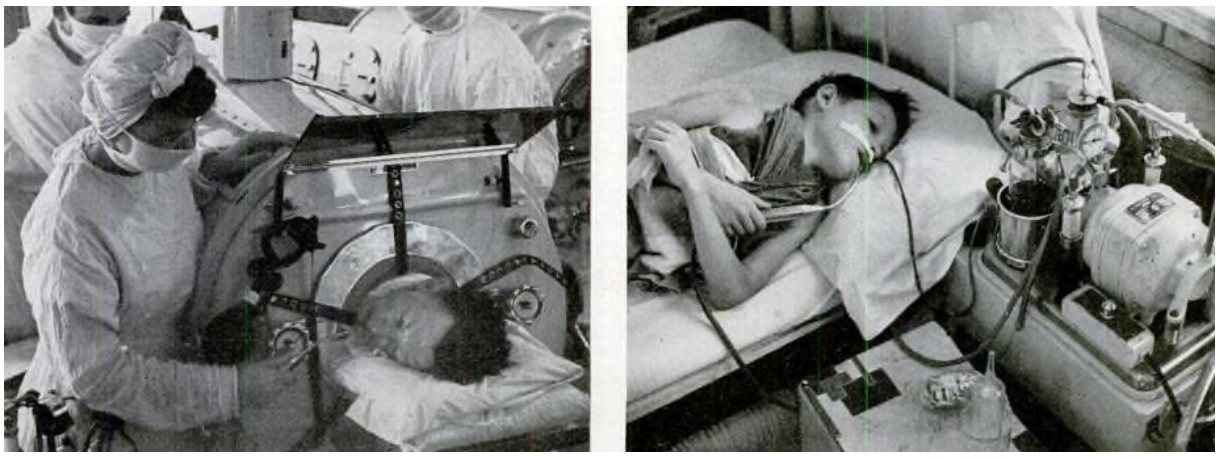
Ainsi, la manière dont les muscles gravement atteints étaient traités avait tout à voir avec le résultat.

Les médecins et le public s'attendaient à ce que la poliomyélite signifie une vie de chirurgie corrective et de boiterie. Sœur Kenny leur a donné tort.

Aujourd'hui, à Gaza, en Inde et au Nigeria, où la poliomyélite est répandue et où les membres sont traités selon les anciennes méthodes, les résultats sont similaires aux images des années 1930 et 1940..{375}Ces images d'enfants pleurant dans des plâtres, utilisées pour inciter la population à accepter la vaccination, étaient assez rares lorsque la méthode Kenny était utilisée. Compte tenu de l'histoire du traitement réussi des membres paralysés de la poliomyélite, il semble étrange de revenir aux anciennes méthodes dommageables. Dans quelle mesure les campagnes de vaccination contre la poliomyélite seraient-elles bienvenues aujourd'hui, si la méthode de sœur Kenny était mise en œuvre à Gaza, en Inde et au Nigeria et que ces membres inutilement déformés et atrophiés n'existaient pas ?

Le poumon d'acier et la myélite transverse

Nous n'avons plus de poumons de fer qui ressemblent à des fusées spatiales miniatures, dont les images continues pourraient instiller une peur morbide chez n'importe quel parent. Au lieu de cela, nous avons de petites boîtes avec des tubes allant directement dans les voies respiratoires, appelées ventilateurs. Ainsi, lorsqu'un enfant est admis à l'hôpital avec des muscles respiratoires affaiblis ou des affections du tronc cérébral, au lieu d'être placé dans un poumon d'acier, il est connecté à un ventilateur. Bien que cela soit toujours effrayant, cela ne provoque pas l'inquiétude du poumon d'acier.



Photos 12.3 :Un poumon de fer enveloppe Boyce Rash, 27 ans, dont les muscles respiratoires ont été paralysés. La fonction respiratoire est tellement altérée qu'un appareil mécanique est nécessaire pour forcer l'air à entrer et à sortir des poumons du patient. Sept poumons de fer ont été expédiés à Hickory, dont deux de Boston. John Bryan, 8 ans, utilise un inhalateur d'oxygène. Il alimente en oxygène le nez du patient qui a des difficultés à respirer normalement. Les cas les plus graves impliquent une paralysie des muscles respiratoires. Le tube partant de la bouche recueille la salive que le garçon ne peut pas avaler à cause des muscles de la gorge paralysés. (1943)

Le Dr Douglas Kerr de Johns Hopkins a déclaré dans son avant-propos à The Autoimmune Epidemic publié en 2009 :

Des nourrissons dès l'âge de cinq mois peuvent contracter une myélite transverse, et certains restent paralysés en permanence et dépendent d'un ventilateur pour respirer... mes collègues de l'hôpital Johns Hopkins et moi-même entendons parler de centaines de nouveaux cas ou les traitons chaque année.{376}

Le public a-t-il la moindre idée qu'il existe des centaines de cas de ce qu'on appelle maintenant la myélite transverse qui aurait été historiquement appelée poliomyélite et qui laisse maintenant les enfants dépendants en permanence d'une version moderne du poumon d'acier ?

Environ 33 000 personnes sont atteintes de myélite transverse aux États-Unis, avec 1 400 nouveaux cas par an. Les symptômes de cette maladie sont décrits par les National Institutes of Health.

...perte de la fonction de la moelle épinière sur plusieurs heures à plusieurs semaines. Ce qui commence généralement par une apparition soudaine de douleurs lombaires, de faiblesse musculaire ou de sensations anormales dans les orteils et les pieds peut rapidement évoluer vers des symptômes plus graves, notamment la paralysie, la rétention urinaire et la perte de contrôle des intestins. Bien que certains patients se rétablissent d'une myélite transverse avec des problèmes résiduels mineurs ou nuls, d'autres souffrent de déficiences permanentes qui affectent leur capacité à effectuer des tâches ordinaires de la vie quotidienne.{377}

Ce n'est qu'une maladie qui aurait été appelée poliomyélite dans les années précédant 1954. Qu'est-ce qui cause la myélite transverse ?

Les chercheurs ne sont pas certains des causes exactes de la myélite transverse. L'inflammation qui cause des dommages aussi importants aux fibres nerveuses de la moelle épinière peut résulter d'infections virales ou de réactions immunitaires anormales. La myélite transverse peut également survenir en tant que complication de la syphilis, de la rougeole, de la maladie de Lyme et des vaccinations. Les cas dans lesquels une cause ne peut être identifiée sont appelés idiopathiques.{378}

Empoisonnement au DDT : une cause de maladie semblable à la poliomyélite

Les insectes n'étaient pas seulement le fléau des éleveurs et des agriculteurs du monde entier. On croyait que les mouches, en particulier, propageaient la poliomyélite à l'extérieur et à la maison. En réponse, des parents craintifs ont pulvérisé du DDT sur tous les rebords de leurs fenêtres et en ont saupoudré sur les sandwichs dans les boîtes à lunch de leurs enfants. Le DDT dans l'eau a été utilisé pour rincer les vêtements, la literie et les matelas.

On pensait qu'il s'agissait d'un insecticide sûr et efficace - même suffisamment sûr pour être pulvérisé sur les plages publiques et directement sur les enfants dans le but d'arrêter la propagation de la poliomyélite.

(Voir publicité DDT page précédente. « Juste une petite mouche vous dites ? Oui… mais quel monstre dangereux !

Il peut transporter la poliomyélite et de nombreux autres germes de maladies horribles jusque dans votre maison !")

Photo 12.4(ci-dessous) : publicité pour le produit Knox Out DDT. (1948)

So...you wouldn't hurt a fly!

Only a little fly, you say?

Yes . . . but what a dangerous monster! He can carry polio, and many other horrible disease germs, *right into your home!*

Don't give him an even break! Fight him! Kill him and many other insect pests with these superior Knox-Out DDT household insecticides!

THEY'RE MADE by Pennsalt, a reliable 98-year-old chemical company and a pioneer in DDT, and other insecticides.

THEY'RE TESTED thoroughly and extensively in Pennsalt's famous Whitemarsh Research Laboratories!

THEY'RE AVAILABLE at better stores everywhere. You can buy Knox-Out in these two easy-to-use forms:

Knox Out® 5% DDT *Insect Spray*

A double-use spray—KILLS IN AIR—knocks down and kills flies and mosquitoes. KILLS ON SURFACES—leaves a murderous transparent film on walls, screens, woodwork. Kills for weeks after application.

Knox Out® 10% DDT *Insecticide Powder*

Supplied in handy powder-blower package that helps you force a killing powder deep into cracks and crevices where loathsome bugs hide. Kills bedbugs, moths, ants, roaches, silverfish, many other pests.

Another **PENN SALT** *Product*

Pennsylvania Salt Manufacturing Company, Philadelphia 7, Pa.

Photo 12.4(ci-dessus) : publicité pour le produit Knox Out DDT. (1948)

Photos 12.5 :Des insectes volants et piqueurs sur Jones Beach meurent dans un nuage de DDT, nouvel insecticide—Un camion monté sur un générateur projette le poison, mélangé à des gouttelettes d'huile, sur une zone de quatre milles du terrain de jeu de New York.

Répandu par les avions de l'armée et de la marine et par des pulvérisations manuelles, le DDT a chassé les mouches et les moustiques porteurs de maladies dangereuses sur les îles du Pacifique. Le DDT a un inconvénient : il tue de nombreux

insectes bénéfiques et inoffensifs, mais ne tue pas tous les insectes nuisibles. Les oiseaux et les poissons qui mangent un grand nombre d'insectes empoisonnés au DDT peuvent également en être victimes. (1945) Mais la science n'a pas soutenu de telles pratiques. La plupart des gens pensaient à tort que le DDT n'était pas seulement non toxique, mais qu'il était en fait bon pour eux.

Dans les années 1960, il y avait des preuves convaincantes que le poliovirus pouvait vivre très bien dans des cellules traitées aux pesticides et, de plus, que les pesticides entraînaient une sensibilité accrue à l'invasion virale.{379}

On a découvert que le DDT augmentait la libération et la multiplication intracellulaire du poliovirus.{380}Ainsi, il a probablement contribué à créer un monstre à partir d'un virus intestinal normalement bénin. Malheureusement, cette information n'a été publiée dans la littérature médicale qu'une décennie après que le vaccin contre la poliomyélite ait été une solution acceptée à la poliomyélite. Par coïncidence, le DDT a été progressivement abandonné aux États-Unis et au Canada à partir des années 1960, à peu près au moment où la poliomyélite disparaissait.

Pendant les mois d'été à la plage, les aliments sucrés étaient consommés en grande quantité. Le sucre est connu pour créer un environnement toxique dans l'intestin, altérant l'équilibre des bactéries bénéfiques et productrices de toxines. Avec le DDT, le sucre aurait créé la tempête parfaite pour endommager les intestins et le système immunitaire systémique.

L'alimentation, en particulier les régimes riches en sucre raffiné et en farine, a un impact connu sur la sensibilité à une infection grave par le poliovirus. Les produits chimiques agressifs utilisés dans le raffinage du sucre de canne sont considérés par certains scientifiques{381}avoir contribué à la synergie entre un virus par ailleurs innocent et le sucre. De plus, comme le Dr Sandler l'a

démontré,{382}le métabolisme du sucre et l'hypoglycémie post-prandiale ont augmenté la sensibilité virale cellulaire.

Au cours des étés effrayants de la poliomyélite, de nombreux parents ignoraient totalement que l'exposition au DDT seul provoquait des symptômes totalement indiscernables de la poliomyélite, même en l'absence de virus.{383}

*Une gastro-entérite aiguë survient, accompagnée de nausées, de vomissements, de douleurs abdominales et de diarrhée, généralement associée à un ténesme extrême [la sensation d'avoir à aller à la selle sans pouvoir le faire]. Coryza [rhume], toux et mal de gorge persistant sont fréquents, souvent suivis d'une sensation de constriction persistante ou récurrente ou d'une « boule » dans la gorge ; occasionnellement, la sensation de constriction s'étend sous le sternum et vers le dos et peut être associée à une douleur intense dans l'un ou l'autre bras. Douleurs articulaires, faiblesse musculaire généralisée, appréhension et fatigue épuisante sont habituelles ; ces derniers sont souvent si graves au stade aigu qu'ils sont décrits par certains patients comme une « paralysie ».**{384}***

Photo 12.6(ci-dessous): "Les grandes attentes suscitées par le DDT se sont réalisées." Publicité sur les produits chimiques Penn Salt. (1947)

Photo 12.6(ci-dessus): "Les grandes attentes suscitées par le DDT se sont réalisées." Publicité sur les produits chimiques Penn Salt. (1947)

La paralysie dont le monde a été témoin dans la première partie du 20e siècle était en grande partie due à des toxines présentes dans l'environnement comme le DDT, le plomb et l'arsenic. Ces toxines perturbent gravement l'immunité muqueuse, permettant à un virus auparavant bénin de contourner le système immunitaire inné et de provoquer une paralysie et d'autres symptômes cliniques. Là où ces produits chimiques sont encore utilisés aujourd'hui, vous verrez des rapports de paralysie,

autrefois appelée poliomyélite, mais les autorités l'appellent maintenant « paralysie flasque aiguë ».

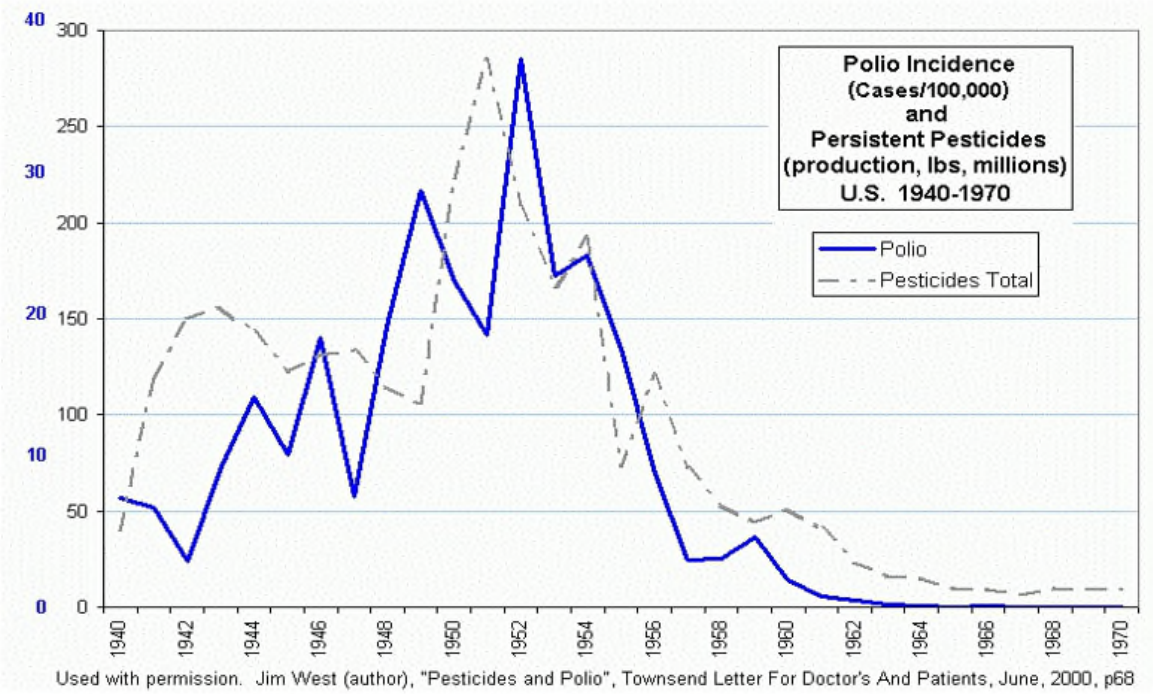
Comment les médecins des années 1940 et 1950 auraient-ils pu distinguer un cas qui se présentait comme un empoisonnement au DDT de la poliomyélite ? Ils ne pouvaient pas. Après tout, la plupart des gens pensaient que le DDT était complètement non toxique et même sain. Ces cas de toxicité auraient été diagnostiqués comme étant de la poliomyélite et traités comme tels, souvent avec une issue paralysante. Il n'est pas surprenant que le Dr Fred Klenner ait pu guérir 60 cas sur 60 (100 %) de poliomyélite (y compris la poliomyélite bulbaire) avec l'agent détoxifiant, la vitamine C, administrée à fortes doses intraveineuses.{385},{386}Les médecins étaient à l'affût d'une poliomyélite, mais pas d'un empoisonnement au DDT.

Malgré le fait que le DDT est un poison hautement mortel pour toutes les espèces d'animaux, le mythe s'est répandu parmi la population générale selon lequel il est sans danger pour l'homme dans pratiquement n'importe quelle quantité. Non seulement il est utilisé dans les ménages avec un abandon téméraire, de sorte que les sprays et les aérosols sont inhalés, mais les solutions sont autorisées à contaminer la peau. La literie et les autres textiles sont saturés. Les aliments et les ustensiles de cuisine sont contaminés. Le DDT est également largement utilisé dans les restaurants et les établissements de transformation des aliments et comme insecticide sur les cultures. Les bovins, les moutons et les autres animaux destinés à l'alimentation en sont abondamment saupoudrés et de vastes zones sont aspergées sans discernement par les avions pour lutter contre les moustiques. Le DDT est difficile et généralement totalement impossible à éliminer des aliments contaminés (il n'est pas affecté par la cuisson) et il s'accumule dans la graisse et apparaît dans le lait des animaux qui se nourrissent de pâturages pulvérisés ou de fourrages contaminés ou qui lèchent le DDT de leurs peaux . Comme le DDT est un poison cumulatif, il est inévitable qu'une intoxication à grande échelle de la population américaine se

produise. En 1944, Smith et Stohlman des National Institutes of Health, après une étude approfondie de la toxicité cumulative du DDT, ont souligné: «La toxicité du DDT combinée à son action cumulative et à sa capacité d'absorption par la peau place un danger certain pour la santé lors de son utilisation. . il est inévitable qu'une intoxication à grande échelle de la population américaine se produise. En 1944, Smith et Stohlman des National Institutes of Health, après une étude approfondie de la toxicité cumulative du DDT, ont souligné: «La toxicité du DDT combinée à son action cumulative et à sa capacité d'absorption par la peau place un danger certain pour la santé lors de son utilisation. . il est inévitable qu'une intoxication à grande échelle de la population américaine se produise. En 1944, Smith et Stohlman des National Institutes of Health, après une étude approfondie de la toxicité cumulative du DDT, ont souligné: «La toxicité du DDT combinée à son action cumulative et à sa capacité d'absorption par la peau place un danger certain pour la santé lors de son utilisation. .”{387}

Le diagramme suivant révèle le parallèle entre les épidémies de poliomyélite aux États-Unis et le tonnage de production de pesticides (dont la plupart était du DDT) de 1940 à 1970.

Illustration 12.4 (ci-dessous) :Incidence de la poliomyélite et production persistante de pesticides.



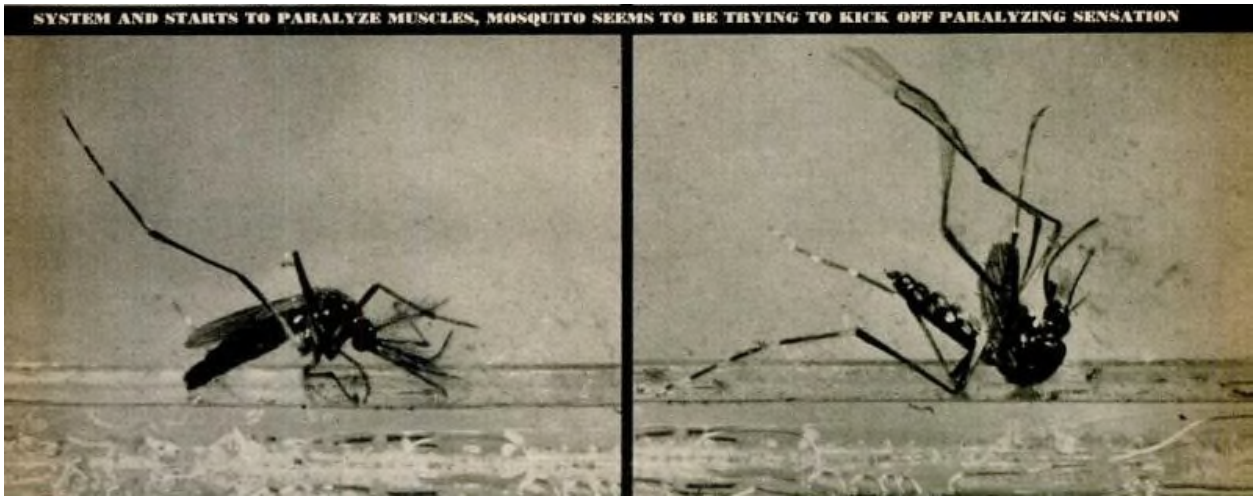


Illustration 12.4 (ci-dessus) :Incidence de la poliomyélite et production persistante de pesticides.

Il n'est pas étonnant que la poliomyélite ait semblé être une entité aussi vicieuse à partir de la fin des années 1800 et jusqu'à ce que le DDT ne soit plus utilisé aux États-Unis. Mais cela ne s'est produit qu'après qu'un vaccin contre la poliomyélite a été pleinement adopté comme sauveur de l'humanité en 1954. Les États-Unis étaient considérés comme exempts de poliomyélite sauvage à partir de 1979.

Photos 12.7 :En parlant d'images… Celles-ci montrent comment le DDT paralyse un moustique - Dans une vitrine en verre, le moustique ressent les effets du DDT, donne un coup de pied frénétique, saute dans les airs. Alors que le DDT pénètre dans le système nerveux et commence à paralyser les muscles, le moustique semble essayer de déclencher une sensation paralysante. La paralysie du système nerveux affecte les pattes du moustique. Le moustique titube, tombe, essaie de se remettre sur ses pattes. Il fait un dernier effort violent pour se relever mais retombe sur la tête. Couché sur le dos et presque complètement paralysé, le moustique continue de lutter contre le DDT mais ne réussit qu'à se tortiller convulsivement. Il a fallu 45 minutes au DDT pour assommer complètement le moustique. (1946)

Aujourd'hui en Inde, la « poliomyélite » est un problème très médiatisé, et le DDT peut être trouvé sur les étagères à peu près n'importe où. L'Inde, l'un des quatre pays qui fabriquent encore du DDT, reste le plus grand consommateur et producteur de ce produit chimique.{388}La Chine a subi une épidémie de poliomyélite en 2011 et est l'un des quatre pays qui a produit et continue d'utiliser le DDT.{389}Bien que les niveaux de DDT dans le lait maternel chez les femmes aux États-Unis soient parmi les plus bas au monde après des décennies d'interdiction, de nombreux autres pays sont toujours pollués par le produit chimique.

Poliomyélite par empoisonnement à l'arsenic

Les arsenicaux, ou composés contenant de l'arsenic, sont parmi les plus anciennes causes connues de poliomyélite.

Pourtant, d'anciens textes considéraient l'arsenic comme « puissant », « efficace » et « sûr » et affirmaient qu'il « convient généralement très bien » aux enfants.{390}Les médecins prescrivaient de l'arsenic en cas de problèmes pulmonaires tels que l'asthme, et il était ajouté au tabac pour le fumer. Il était également utilisé pour le choléra sur la base qu'un plus grand poison détruirait le moindre poison, et les dentistes utilisaient de l'acide arsénieux pour tuer les terminaisons nerveuses des dents cariées.

L'arsenic était utilisé dans les papiers peints, le papier, les tissus, les peintures et les teintures dans les années 1700 et 1800 jusqu'à ce que les groupes de femmes réagissent aux empoisonnements en apportant des couleurs atténuées avec des teintures végétales. Paris Green et Scheele's Green étaient des produits à base d'arsenic couramment utilisés qui pouvaient entraîner des symptômes de la poliomyélite.

Après l'élimination des pigments contenant de l'arsenic, l'empoisonnement à l'arsenic résultait de médicaments approuvés par l'AMA sous la forme d'injections prétendument thérapeutiques. L'arsenic a été utilisé sur les fruits et légumes dans des pulvérisations d'arséniate de plomb et d'arséniate de calcium, ce qui a entraîné l'ingestion par des humains et des animaux. Il était rarement recommandé de laver ou d'enlever les couches extérieures contaminées des produits traités à l'arsenic. Les programmes de pulvérisation massive au printemps et à la récolte sont parmi les raisons pour lesquelles la poliomyélite était autrefois communément appelée diarrhée estivale. Plus tard, après que l'entreposage frigorifique des produits ait été utilisé pour prolonger la durée de conservation, les programmes se sont prolongés jusqu'à l'hiver.

Sœur Elizabeth Kenny était une infirmière de l'arrière-pays australien dont les observations l'ont amenée à traiter la poliomyélite avec des compresses chaudes et une thérapie physique. Lorsque certaines des premières épidémies de «paralysie infantile» ont commencé tranquillement dans des régions reculées d'Australie, elle a été appelée à l'aide.

C'était en 1912, et elle avait 23 ans avec une formation médicale rudimentaire à son actif. Dans les pages de son autobiographie se trouve la preuve que la poliomyélite qu'elle a traitée était de nature chimique, même si à l'époque elle n'avait aucune idée de ce qui pouvait en être la cause. Des années plus tard, elle est devenue assez célèbre dans le monde entier pour avoir inversé les résultats physiques déformés de la poliomyélite, qui étaient souvent causés par des traitements orthopédiques acceptés à l'époque. Dans son autobiographie, elle a commenté cette nuit fatidique dans l'outback australien :

Un père de sept enfants très agité est venu me voir avec l'effroyable annonce que son fils de dix ans et sa fille de quatre ans avaient été atteints de ce qu'il appelait la « maladie de la vache » et qu'aucun d'eux ne pouvait se tenir debout ou marcher. « Ils sont devenus boiteux hier, tout comme le bétail le fait depuis deux ou trois semaines », a-t-il expliqué, « et aujourd'hui, ils ne peuvent pas bouger."{391}

Les vaches ne sont pas cliniquement sensibles à la poliomyélite induite par le poliovirus. Mais ils ont été traités avec des bains d'arsenic pour les débarrasser des tiques, comme indiqué dans une autre partie de l'autobiographie de Kenny.

Sur le parcours lui-même, le bétail devait être déplacé de temps en temps à des fins de pâturage, et périodiquement "trempé" ou traversé un canal étroit d'eau traitée avec un produit chimique pour tuer les tiques qui infectent les troupeaux avec la maladie connue sous le nom de "rouge". l'eau »-l'ennemi juré des éleveurs du nord du Queensland.{392}

Sœur Kenny était naïve quant à la signification de ces événements. Mais aujourd'hui, nous savons que les produits chimiques peuvent produire et produisent des symptômes de la maladie du motoneurone spinal de la corne antérieure qui étaient, à l'époque, cliniquement et pathologiquement indiscernables de la polio virale et indiscernables de ce que nous considérons comme la polio..{393},{394},{395}

Non seulement la syphilis congénitale pouvait être confondue avec la poliomyélite, mais le traitement de la syphilis chez l'adulte a plus que probablement contribué à l'augmentation statistique de la poliomyélite prévaccinale lorsque de grandes quantités de médicaments dérivés de l'arsenic étaient prescrits par des médecins.

En 1939, l'AMA a prêté son sceau d'acceptation exclusivement aux médicaments approuvés par le président Morris Fishbein. L'un des produits fortement approuvés était le tryparsamide arsenical, fabriqué par Merck sous licence du Rockefeller Institute for Medical Research. Ce médicament a été utilisé dans l'espoir de contrer les symptômes de la syphilis avancée, donnant souvent plus de 100 injections à un seul patient.

Un autre patient qui avait précédemment reçu trente-quatre injections d'arsphénamine, vingt-trois injections de bismuth et soixante-seize frictions au mercure a eu une rechute sérologique de type parétique après 104 injections de tryparsamide..{396}

Il était bien connu que tout type d'injection intramusculaire pouvait précipiter la poliomyélite, en particulier une avec des produits chimiques toxiques et des irritants.{397}L'arsenic, même avalé, provoquait des symptômes indiscernables de la poliomyélite.

Le Dr Robert W. Lovett du Massachusetts State Board of Health (1908), décrivant l'épidémie de poliomyélite dans le Massachusetts en 1907, et après avoir passé en revue la littérature médicale sur la poliomyélite expérimentale, déclare : « Les expériences d'injection prouvent que certains poisons métalliques, les bactéries et les

*toxines ont une action sélective sur les cellules motrices des cornes antérieures lorsqu'elles sont présentes dans la circulation générale ; que la paralysie de ce type peut être largement unilatérale ; que les membres postérieurs sont toujours plus atteints que les antérieurs ; et que les lésions de la moelle dans de tels cas ne diffèrent pas de celles de la poliomyélite antérieure. »... Popow a conclu que l'arsenic, même quelques heures après son ingestion, peut provoquer une myélite centrale aiguë ou une poliomyélite aiguë.**{398}***

Deux autres médicaments à base d'arsenic, la néoarsphénamine et le néosalvarsan, étaient bien connus pour provoquer un syndrome de type polio, diagnostiqué comme étant la polio. Les rapports en Allemagne en 1914 et 1928 sur la provocation de la poliomyélite par des injections d'arsenic ont dû être ignorés.{399}L'AMA, Merck et Rockefeller, malgré les avertissements de l'inventeur du tryparsamide concernant son danger, ont continué à distribuer le médicament,{400}et les épidémies de poliomyélite ont continué d'augmenter.

Syphilis non diagnostiquée

Est-il possible que certaines victimes de la poliomyélite aient pu être des syphilitiques non diagnostiquées ? (Graphique 12.1) Le tabes dorsalis, la lente détérioration des nerfs et de la substance grise de la colonne vertébrale, est un symptôme invalidant de la syphilis qui affecte également la substance grise de la colonne vertébrale. À l'époque, la syphilis était beaucoup plus répandue que la poliomyélite. Les nourrissons infectés par la syphilis à la naissance peuvent être asymptomatiques et ne pas manifester de signes couramment associés à la syphilis congénitale.

Extrait d'un rapport de cas en 1988 :

Une femme de 54 ans a été référée pour un mauvais équilibre, une faiblesse et des douleurs dans les jambes, des épanchements récurrents du genou gauche et des antécédents de «polio».

Étant donné que sa présentation clinique et électrophysiologique était incompatible avec une poliomyélite antérieure, nous émettons l'hypothèse qu'elle a contracté la syphilis de manière congénitale et a présenté ses premiers symptômes de la maladie tertiaire à l'âge de 7 ans.

Les nourrissons infectés à la naissance peuvent être asymptomatiques et ne pas manifester de signes couramment associés à la syphilis congénitale. Même si la plupart des caractéristiques du tabès dorsal ne se développent que 10 à 25 ans après l'infection primaire, cette latence peut être aussi courte que 5 ans.{401} chez les enfants.

La faiblesse distale et l'atrophie peuvent être des manifestations tardives du tabès dorsal, attribuées à l'extension du processus syphilitique aux cellules de la corne antérieure ou aux racines motrices.{402}

Bien que la neurosyphilis touche généralement les cornes postérieures de la moelle épinière, on voit ici que les cornes antérieures peuvent également être atteintes, tout comme dans la

poliomyélite, lorsqu'il existe une syphilis congénitale. Ce cas de syphilis illustre comment la syphilis congénitale et la poliomyélite auraient pu être facilement confondues.

Morbidité de la poliomyélite, hier et aujourd'hui

Le CDC définit le taux paralytique statistique de la poliomyélite et estime qu'il est inférieur à 1 sur 100 pour une sorte de syndrome paralytique permanent.

Environ 95 % des personnes infectées par la poliomyélite n'auront aucun symptôme. Environ 4 à 8 % des personnes infectées présentent des symptômes mineurs, tels que fièvre, fatigue, nausées, maux de tête, symptômes pseudo-grippaux, raideur du cou et du dos et douleurs dans les membres, qui disparaissent souvent complètement. Moins de 1 % des cas de poliomyélite entraînent une paralysie permanente des membres (généralement les jambes). Parmi les paralysés, 5 à 10 % [de ce 1 %] meurent lorsque la paralysie frappe les muscles respiratoires.{403}

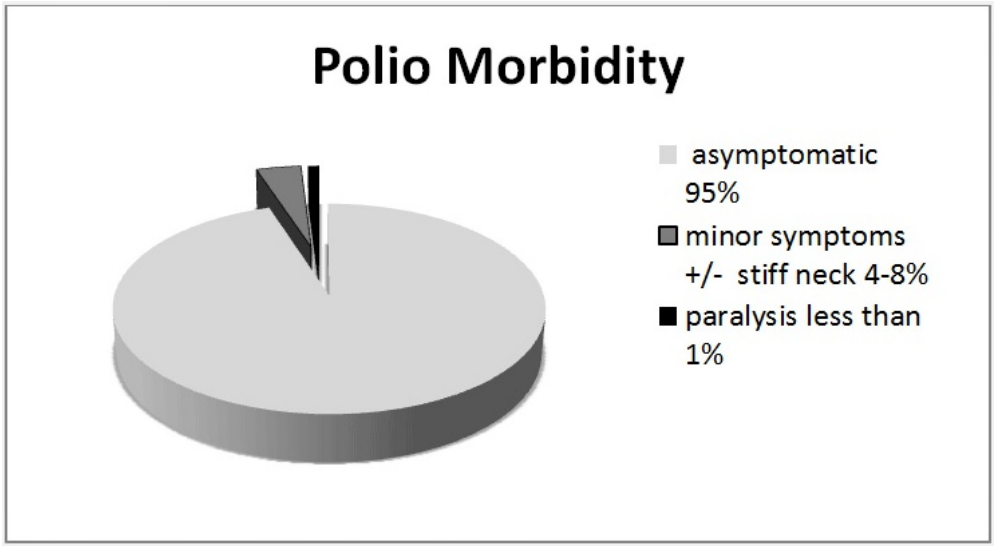


Illustration 12.5 :Morbidité de la poliomyélite.

Avant la vaccination, le Dr Maurice Brodie a rapporté que seulement 1 enfant sur 170 sans anticorps contre la poliomyélite tombait malade pendant les épidémies. Par ces deux estimations

de risque radicalement différentes, vous pouvez voir que les statistiques ne sont pas immuables et qu'elles ne sont pas nécessairement un indicateur fiable du risque. Le CDC rapporte un taux de paralysie supérieur de 59% à celui réellement mesuré lors d'une épidémie prévaccinale.

Il semblerait que le manque d'anticorps soit un facteur prédisposant à la maladie dans la mesure où plus de 85 % des moins de 5 ans et plus de 70 % des 6-10 ans ne présentent aucun anticorps ou peu d'anticorps. Cela n'explique pas pourquoi, dans une épidémie, environ 1 seul des 170 enfants de moins de 5 ans ne présentant aucun anticorps, et à peu près la même proportion de ceux de moins de 10 ans développent la maladie. Cela peut être dû à la variation individuelle non spécifique de la sensibilité des enfants...{404}

Le Dr Brodie semblait au courant du facteur de susceptibilité, mais il n'en a pas parlé davantage, sans aucun doute parce qu'il était également déterminé à rechercher un vaccin. Malheureusement pour les receveurs morts et paralysés, le vaccin de Brodie n'était pas sûr même s'il n'était, en réalité, pas plus dangereux que le vaccin du Dr Jonas Salk ne l'était dans sa production de 1955. Le Dr Brodie se serait suicidé à l'âge de 36 ans en 1939.{405}

La question à se poser aujourd'hui est la suivante : combien d'empoisonnements par des produits chimiques et d'infections par d'autres virus ont été comptabilisés comme poliomyélite dans les statistiques ? Selon le CDC, moins de 1 % des personnes infectées développent une paralysie, et 5 à 10 % de ce 1 % souffrent de mort respiratoire. Pourtant, dans plusieurs épidémies de poliomyélite, bien plus de 1 % ont été paralysés et sont même morts.

Sœur Elizabeth Kenny en Australie a signalé que 6 des 20 enfants de son district étaient atteints de poliomyélite douloureuse ou paralytique. Comment 6 enfants sur 20 dans une zone rurale peu peuplée pourraient-ils être atteints de poliomyélite (paralysie infantile) s'il s'agit d'une maladie virale supposée

asymptomatique chez 95 % des personnes infectées ? Était-ce parce que tous étaient exposés à des produits chimiques ?

Elle se rendit à la maison où le frère et la sœur avaient été frappés. Leurs symptômes étaient les mêmes. En moins d'une semaine, l'infirmière inexpérimentée et autoproclamée s'est retrouvée avec une épidémie de poliomyélite sur les bras, affectant six des vingt enfants du district peu peuplé.{406}

Le Dr Archie Kalokerinos était médecin dans une région productrice de coton en Australie. Une caractéristique importante qu'il a notée était tous les tambours de pulvérisation de coton toxique, sur lesquels les enfants trouvaient merveilleux de jouer lorsqu'ils étaient pleins et lorsqu'ils étaient vides.

Le Dr Kalokerinos s'est rapidement familiarisé avec la maladie paralytique appelée poliomyélite.

Autant que je sache, aucune épidémie de poliomyélite n'était en cours. Mais le consultant avait raison, trop raison. C'était le début d'une grande épidémie. En très peu de temps, j'allais devenir « l'expert ». Je pouvais presque sentir la poliomyélite de loin.

Pendant les urgences, j'étais parfois couverte de crachats, d'urine et de matières fécales. À un moment donné, le personnel de maison a refusé de nettoyer ma chambre. La peur d'attraper la poliomyélite était compréhensible.

Mais j'ai traversé tout ça sans une égratignure. Je suppose que Dieu veillait sur moi.{407}

Peut-être que le Dr Kalokerinos et tout le personnel régulier (à l'exception d'un médecin surfeur junior qui vivait dans la voie rapide) n'ont jamais attrapé la polio, soit parce qu'ils étaient naturellement immunisés contre le poliovirus comme la plupart de la population, soit parce qu'ils n'étaient pas directement exposés aux produits agrochimiques, ou ils ont juste eu de la chance...

Le livre de David Oshinsky Polio: An American Story relate plusieurs incidents de plus d'un membre de la famille mourant ou devenant paralysé de façon permanente après une supposée infection par le poliovirus.

La poliomyélite a durement frappé la ceinture agricole de l'Iowa en 1952. Ils avaient testé l'eau du puits - c'était bien - et utilisé du DDT supplémentaire pour chasser les mouches…. Neuf des onze enfants se sont rétablis, deux sont restés paralysés…. C'était encore pire pour une famille vivant près de Milwaukee. Quatre des six enfants ont attrapé la poliomyélite bulbaire.{408}

Les quatre enfants qui ont été exposés au DDT sont décédés après avoir été traités de manière conventionnelle par des médecins avec de l'oxygène, de la pénicilline et du plasma.

Les médicaments miracles, les poumons d'acier et l'attention 24 heures sur 24 n'avaient pas réussi à maintenir ces enfants en vie. À une époque sans vaccin, c'était une pensée terrifiante.{409}

Effectivement terrifiant. Les médecins auraient certainement dû savoir que la pénicilline ne ferait rien contre un virus.

De plus, toute injection pourrait être une cause de poliomyélite paralysante (poliomyélite provocatrice) si le poliovirus circulant était un facteur. Ces médecins ont-ils involontairement causé la mort des enfants en induisant la poliomyélite bulbaire, le type de polio le plus grave qui affecte le tronc cérébral ?

Ces enfants ont-ils déjà subi une amygdalectomie, un facteur sous-jacent bien documenté non seulement dans la poliomyélite bulbaire mais aussi dans l'incidence de la poliomyélite ? Pour que le poliovirus cause des dommages, il faut accéder à l'intérieur du corps par le biais de «lésions nerveuses périphériques», ce que l'amygdalectomie fournit en abondance. La procédure invasive d'ablation chirurgicale des amygdales a augmenté le risque de poliomyélite bulbaire, comme l'ont révélé de nombreuses études et rapports.{410},{411},{412},{413}

Des amygdales saines ont été enlevées par des chirurgiens pour diverses raisons financièrement gratifiantes mais scientifiquement infondées. Cinquante à 80 % des enfants de la classe moyenne et de la classe supérieure aux États-Unis ont été inutilement soumis à des amygdalectomies à l'ère de l'épidémie de poliomyélite. Anderson a montré dans son grand groupe d'une épidémie de 1943 dans l'Utah que la poliomyélite était plus de 2,5 fois plus répandue chez les enfants amygdalectomisés que les enfants non amygdaliens du même âge. L'incidence de la poliomyélite bulbaire était 16 fois plus élevée chez les enfants ayant subi une amygdalectomie que dans la population générale des enfants.

Quarante-six pour cent des cas de poliomyélite bulbaire avaient été précédés d'une amygdalectomie récente.{414}

Cunning a rapporté dans sa série de cas de poliomyélite bulbaire âgés de 0 à 10 ans que le rapport des amygdalectomies aux non-amygdalectomies était de 6 pour 1.{415},{416}En 1971, le Dr Ogra a rapporté dans le New England Journal of Medicine qu'après l'opération, les titres d'anticorps anti-polio pharyngés existants avaient diminué de six à huit fois..{417}

Le problème de la façon dont les médecins ont traité les patients à l'ère de l'épidémie ne se limite pas à ce que les médecins ont fait, mais à ce qu'ils ont refusé de faire. Le Dr Klenner a obtenu un taux de réussite de près de 100 % dans la guérison de dizaines de cas de poliomyélite (même des cas bulbaires) avec des perfusions intraveineuses de vitamine C. Il a présenté ces informations lors de symposiums et de réunions. Il a été accueilli avec incrédulité et ignoré.

Néanmoins, il a continué à guérir cas après cas de poliomyélite avec de la vitamine C et a publié de nombreux articles sur les détails de son expérience..{418}

Lors de l'épidémie de poliomyélite en Caroline du Nord en 1948, 60 cas de cette maladie ont été pris en charge par nos soins.... Deux patients de cette série de 60 régurgitaient du liquide par le nez. Cela

a été interprété comme représentant le type bulbaire dangereux. Pour un patient de cette catégorie de drainage postural, l'administration d'oxygène, dans certains cas une trachéotomie, doit être instituée, jusqu'à ce que la vitamine C ait eu suffisamment de temps pour agir - dans notre expérience 36 heures. Ne pas reconnaître ce facteur pourrait sacrifier les chances de guérison. Avec ces précautions prises, chaque patient de cette série s'est rétabli sans incident en trois à cinq jours.{419}

Le Dr Klenner n'était pas le seul médecin à publier sur l'inversion réussie des cas de poliomyélite sévère avec de la vitamine C à forte dose.{420},{421}

Laboratoire et sources vaccinales des épidémies

Nulle part ailleurs dans l'histoire de la poliomyélite, il n'y a eu autant de panique que lors de l'épidémie de 1916 à New York.

(Notez le grand pic de 1916 sur la courbe de la poliomyélite dans le graphique 13.1.) Le Dr HV Wyatt a publié un document en 2011 discutant de la possibilité qu'une souche hautement virulente de poliovirus conçue en laboratoire « s'échappe » des laboratoires Rockefeller, provoquant la plus grande épidémie de poliomyélite dans l'histoire des États-Unis. On ne sait pas exactement ce qui aurait pu s'échapper du laboratoire.

On pense que l'épidémie a touché 23 000 cas et 5 000 décès à travers la Nouvelle-Angleterre et les États du centre de l'Atlantique, atteignant le Delaware, le Maryland et le district de Columbia avec quelques cas au Vermont et au Canada. Il n'avait aucun lien apparent avec des épidémies moins importantes en Virginie-Occidentale et dans le Minnesota, le Wisconsin et le Michigan. Ces caractéristiques n'ont plus jamais été expérimentées. Trois autres aspects n'ont pas été relevés à l'époque : le nombre d'enfants de 2 ans touchés était le plus élevé jamais enregistré ; le taux de létalité de 25 % était le plus élevé jamais enregistré [certainement plus élevé que le virus de la poliomyélite de type sauvage naturel qui est inférieur à 1 %] ; l'épidémie a commencé début mai, bien avant la saison estivale normale de la poliomyélite.{422}

À l'époque, l'épidémie était diffusée au public comme ayant été déclenchée par des enfants arrivés d'Italie. Mais les données sur l'immigration ne cadrent pas avec cette hypothèse. Les registres officiels de l'immigration montrent que l'épidémie a commencé avant l'arrivée de ces enfants.

L'épidémie de 1916 est décrite dans de nombreux récits sur la poliomyélite, mais les détails et les accents diffèrent et beaucoup sont incorrects. Les premiers cas de mai à Brooklyn n'avaient pas été signalés, mais ont été découverts ultérieurement par les chercheurs de l'USPHS.{423}

L'épidémie était unique en ce que le virus était très destructeur pour le système nerveux, tout comme la souche « MV » cultivée par les laboratoires Rockefeller.

À cinq kilomètres de l'épicentre de l'épidémie, Simon Flexner et ses associés du Rockefeller Institute à la 63e rue et à York Avenue, près du pont Queensborough le

L'île de Manhattan, avait fait passer des tissus de la moelle épinière contenant le poliovirus, d'une moelle épinière de singe rhésus à une autre. Ces expériences se sont poursuivies avec le virus de passage qui était parfois renforcé par le virus nouvellement acquis de patients... Ces médecins n'avaient aucune conscience de ce qu'ils manipulaient.... En 1916, des mutants du virus Rockefeller original avaient été sélectionnés pour la réplication dans les motoneurones de singe, mais étaient encore capables de niveaux élevés de réplication dans d'autres cellules... C'est une coïncidence remarquable qu'une souche neurotrope unique de poliovirus ait été développée à quelques kilomètres d'une épidémie causée par une souche pathogène unique du virus... À quelques rues de l'Institut Rockefeller à Lexington Avenue et 63e rue, la ligne surélevée de la 3e avenue reliée à la station Municipal Building à la ligne BRT à Brooklyn via le pont de Brooklyn avec un arrêt à la 3e rue et à la 5e avenue où vivait le premier cas. Cependant, presque partout à New York se trouvait à quelques rues d'une liaison ferroviaire avec l'Institut Rockefeller.{424}

L'importance de cette épidémie est qu'elle a ouvert la voie à la terreur à venir. Les médecins et les parents, après cette épidémie de poliomyélite aberrante et mortelle, étaient perchés sur un avenir de mauvais augure et donc prêts et disposés à faire tout ce qui était nécessaire pour éradiquer la poliomyélite.

De nombreux médecins des années 1940 savaient que les lanceurs de la Fondation nationale pour la paralysie infantile (NFIP) et March of Dimes étaient responsables de la terreur étendue qui a balayé la nation.

{425}Peu de gens sont aujourd'hui conscients de la relation intime entre le NFIP et l'Institut Rockefeller.

Presque tous les chercheurs du vaccin contre la poliomyélite venaient de Rockefeller. Le Dr Thomas Rivers, virologue et directeur, était un « consultant non rémunéré » pour le NFIP et Basil O'Connor (fondateur du NFIP) et a également servi de mentor et de conseiller pour Albert Sabin et Thomas Francis.

Sabin a développé le vaccin vivant qui est maintenant utilisé en Inde, et Francis a dirigé la plus grande expérience de santé publique de l'histoire, l'essai du vaccin Salk de 1954. Rivers était le commandant du plan de lutte contre la poliomyélite en 1938.{426}On dit qu'il avait un sérieux dégoût pour sœur Kenny, tout comme Morris Fishbein de l'AMA et Basil O'Connor du NFIP. Les tentatives du NFIP pour l'acheter et la discréditer ont été, heureusement, vaines.

Poliovirus synthétique

Aujourd'hui, la génération en laboratoire de virus infectieux en l'absence d'une matrice virale naturelle a été réalisée par des scientifiques. Il a été financé par la Defense Advanced Research Project Agency (DARPA) des États-Unis. Le Dr Eckhard Wimmer, l'un des scientifiques impliqués dans le projet, a rapporté : La formule empirique du poliovirus est

*C332,652H492,388N98,-245O131,196P7,501S2,340… . En plaçant les atomes dans l'ordre, une particule de haute symétrie émerge.... Notre expérience a ainsi renversé un axiome en biologie, à savoir que la prolifération des cellules ou, d'ailleurs, des virus dépend de la présence physique d'un génome fonctionnel pour instruire le processus de réplication. On croyait que sans les génomes parentaux, aucune cellule fille ou virus de progéniture n'apparaîtrait. Nous avons enfreint cette loi fondamentale de la biologie en réduisant le poliovirus à une entité chimique, qui peut être synthétisée sur la base d'informations stockées dans le domaine public.… Tout comme un produit chimique commun, le poliovirus a été synthétisé dans le tube à essai.**{427}***

Le Dr Wimmer rapporte également que la neurovirulence peut être facilement manipulée dans les poliovirus synthétiques, bien qu'il présume que cette capacité sera utilisée pour l'atténuation plutôt que pour élever des espèces plus virulentes. L'un ou l'autre est également possible.

La catastrophe de Cutter et autres bévues vaccinales

La plupart des gens aujourd'hui ne sont pas au courant de la tristement célèbre catastrophe de Cutter. Il s'agissait d'une épidémie de poliomyélite liée au virus qui a été déclenchée par l'utilisation des vaccins Salk juste après leur développement rapide et leur homologation accélérée par le ministère américain de la Santé, de l'Éducation et du Bien-être.

Ce processus d'approbation record n'a pris que deux heures.{428}

En raison de pressions extérieures, le comité d'autorisation chargé d'approuver le vaccin l'a fait après avoir délibéré mais sans avoir lu au préalable l'intégralité de la recherche, à savoir le rapport Francis sur lequel son approbation devait être fondée. Le Dr Howard Shaughnessy, directeur de laboratoire, Département de la santé de l'Illinois, a témoigné de cet événement :

Auparavant, il [le vaccin] avait été distribué en tant que produit expérimental, et non en tant que produit homologué... on a demandé au comité de prendre une décision très rapidement... il y a eu une discussion sur le rapport que le Dr Francis avait fait, mais nous n'étions pas en mesure d'en discuter très intensément parce que nous n'avions pas vu le rapport avant ce matin et que le rapport nous a été distribué après la présentation... on nous a fait pression dans le sens où on nous a dit que la vitesse était essentielle, et quand nous sommes arrivés vers le 5 :00 fois, certains d'entre nous ont estimé que nous aimerions discuter davantage de cette question. On nous a dit que pour discuter plus avant de la question, il faudrait aller dans la semaine suivante, et nous devions aller à Washington ou à Bethesda et la plupart des membres n'étaient pas disposés à le faire. Nous avons en effet été contraints de prendre une décision plus tôt que celle que nous aurions normalement prise..{429}

Le Dr Thomas Francis n'a publié le rapport final de son évaluation des essais sur le terrain de 1954 qu'en avril 1957, deux ans après l'homologation du vaccin.{430}À l'époque, les autorités de santé publique ont décrété que les médecins injectaient le vaccin accéléré avant que ces médecins en sachent beaucoup sur la science ou sur le grand essai Francis. Les conséquences de cette action impulsive se sont avérées importantes.

L'invention de Salk était une version injectable, supposée inactivée par le formaldéhyde, du vaccin contre la polio. Il y avait de sérieux problèmes avec le processus d'inactivation virale qui étaient connus des initiés dès le début du développement du vaccin. Toute objection professionnelle des scientifiques impliqués lors du développement du vaccin a été rapidement maîtrisée.{431}Le Dr Paul Meier a attesté de la pratique

consistant à licencier les scientifiques qui n'étaient pas d'accord avec les plans du NFIP.

*Jonas Salk avait un article dans lequel il affirmait que tout le virus était inactivé et qu'il ne restait plus de virus vivant. Mais, le sixième lot n'était pas répertorié. Et donc j'ai dit que quelque chose n'allait pas. Il a découpé des données afin de ne pas montrer ce qui est arrivé à certains lots…. Eh bien, le NFIP a formé un comité consultatif. Et ils l'ont réformé cinq ou six fois. Chaque fois que quelqu'un n'était pas d'accord, ils l'ont laissé tomber et ont trouvé quelqu'un qui pourrait être d'accord. Au moment où ils ont fini de former le comité, tout le monde était distingué, mais très agréable.**{432}***

Après avoir ignoré les avertissements de scientifiques hautement qualifiés qui ont expliqué à plusieurs reprises et publiquement pourquoi et comment le processus d'inactivation était défectueux dès le début, le virus du vaccin a inutilement infecté, paralysé et tué des enfants et leurs contacts familiaux.

D'autres Wendell Stanley, Sven Card, Enders, Herdis von Magnus et moi-même entre autres n'étaient pas d'accord, convaincus que le processus d'inactivation ne suivait pas une ligne droite et qu'il n'était pas permis d'étendre la courbe en dessous de la ligne de base… Et je me souviens que Colin MacLeod avait soulevé la question si c'était vraiment la voie à suivre, mais c'est ainsi que les choses se présentaient, à savoir, "Nous allons continuer et fabriquer le vaccin." Eh bien, le vaccin a été fabriqué de cette façon. Ensuite, Cutter fabriqua plusieurs lots du vaccin qui, après inoculation à l'homme, produisit des cas de poliomyélite, dont certains avec une paralysie sévère.{433}

L'inventeur millionnaire du vaccin Paul Offit, partisan des vaccinations obligatoires, a écrit un livre sur l'incident de Cutter. Dans le livre, même lui admet :

… la maladie causée par le vaccin de Cutter était pire que la maladie causée par le virus naturel de la poliomyélite.{434}

Les livres d'histoire attribuent la catastrophe aux laboratoires Cutter. L'explication officielle du problème était que les particules virales vivantes s'agglutinaient dans les débris cellulaires (tissu de rein de singe de la fabrication) et, par conséquent, le formaldéhyde ne pouvait pas pénétrer au centre de l'amas. Bien que cette agglutination ait pu se produire, ce n'était pas la principale raison de la présence de virus vivant dans le vaccin de 1955.

Il existe un corpus de littérature qui parle de la véritable cause du problème, qui était connue dès le début du développement du vaccin de Salk.

Le Dr Thomas Rivers, le cerveau de la mission de vaccin contre la poliomyélite de Rockefeller, a embauché tous les présidents des départements de virologie. Il avait une influence énorme et personne n'osait discuter avec lui, de peur que leur carrière ne soit ruinée. Le Dr Edwin Lennette a eu des réflexions intéressantes dans les années 1980 sur Rockefeller, Rivers et la courbe d'inactivation du formol :

Eh bien, à cette époque, comme je devrais peut-être le souligner, les choses étaient très différentes d'aujourd'hui parce qu'un professeur dans ce pays, tout comme en Allemagne, était une personne très respectée, et vous ne vous disputiez pas avec lui.{435}

Le Dr Lennette, parlant d'une réunion d'essais prévaccinaux des esprits à New York en 1953, a déclaré :*Tom Rivers était là, Tommy Francis, Joe Smadel et Colin MacLeod, qui étaient tous profondément impliqués. C'étaient des gens auxquels vous pourriez appliquer le terme «l'establishment»,... C'étaient les «vieux barbes grises» qui avaient traversé l'usine de la science médicale... La question a été posée de savoir si le vaccin serait sûr au niveau actuel de inactivation avec du formaldéhyde. Et je me souviens très bien de Tom Rivers disant : « Si vous mettez plus de formaldéhyde dedans, vous le rendrez tellement sûr que ça ne servira à rien. C'est consigné quelque part dans le procès-verbal de cette réunion.{436}*

Salk et les scientifiques qui sont restés au conseil d'administration du NFIP ont mal interprété la courbe d'inactivation du formaldéhyde. En conséquence, le virus vivant est resté. Obstinément, ils ne tenaient pas compte des avertissements.

L'hypothèse de base de Salk est fausse. Dès le congrès sur la poliomyélite de Rome en septembre 1954, des observations suédoises ont été avancées concernant l'inactivation du virus par le formaldéhyde qui ont montré que la courbe d'inactivation n'est pas une ligne droite mais présente une courbure continue. Le phénomène n'a rien à voir avec la présence d'agrégats ; la filtration n'affecte en rien la forme de la courbe.{437}

Il y avait encore un autre facteur dans la virulence du vaccin de 1955. Le vaccin utilisé dans l'essai de 1954 contenait du merthiolate, un composé de mercure qui avait un effet virucide (action destructrice de virus). Parce que Jonas Salk était déçu de l'effet stimulant des anticorps démontré par l'essai sur le terrain de 1954, le merthiolate a été retiré du vaccin de 1955 pour induire une réponse anticorps plus rapide chez les vaccinés. Non seulement le vaccin de 1955 n'était pas le même vaccin célèbre qui a été testé en 1954, mais il était également criblé de virus vivants de nature hautement neurovirulente - la souche Mahoney.

Entre le 17 avril et le 30 juin 1955, 260 cas de poliomyélite ont été documentés après inoculation d'environ 400 000 personnes avec le vaccin Cutter. Quatre-vingt-quatorze cas concernaient des personnes vaccinées, 126 parmi des contacts familiaux et 40 parmi des contacts communautaires. Une estimation du rapport cas-infection est de l'ordre de 1 cas pour 100 à 600 infections par injection.{438}

C'est un fait documenté que les contacts adultes du ménage ont contracté la poliomyélite - secondairement - à cause du vaccin,{439}et certains sont devenus gravement paralysés. Treize contacts familiaux ont eu besoin de poumons de fer et cinq sont morts. Il y a eu des cas documentés où des nourrissons ont reçu l'injection de vaccin, ont excrété un virus virulent vivant dans les

selles et n'ont jamais été malades. Mais leurs mères sont tombées très malades, tout comme les voisins.

Un rapport conservateur a révélé que 39 amis et voisins d'enfants ayant reçu le vaccin Cutter étaient paralysés. Beaucoup d'autres ont été infectés à des degrés moindres.

L'unité de surveillance de la poliomyélite (PSU) nouvellement formée n'a pas capturé tous les cas qui se sont développés à partir de l'effet domino de cette grande mésaventure. La raison en est qu'ils avaient des dates limites strictes au-delà desquelles toute poliomyélite signalée était considérée comme ne provenant pas du vaccin.

Paul Offit résume l'estimation des dégâts connus :

Au final, au moins 220 000 personnes ont été infectées par le virus vivant de la polio contenu dans le vaccin de Cutter ; 70 000 ont développé une faiblesse musculaire, 164 ont été gravement paralysés, 10 ont été tués.

Soixante-quinze pour cent des victimes de Cutter ont été paralysées pour le reste de leur vie.{440}

Toute personne infectée par le virus du vaccin vivant, symptomatique ou non, était facilement contagieuse et capable de propager la dangereuse souche du virus Mahoney dans sa communauté. Il est évident que l'écosystème viral a été modifié à jamais par l'introduction des vaccins antipoliomyélitiques.

Regarder au-delà de Cutter

Voici une partie de ce que Paul Offit a omis de son livre. Même si Cutter Laboratories a pris la responsabilité de la catastrophe de 1955, tous les fabricants ont eu du mal à tuer le virus dans leurs vaccins avant et après la catastrophe.{441},{442}

Cutter n'était pas le seul fabricant documenté à avoir produit un vaccin à virus vivant qui a été injecté à des enfants et a provoqué une paralysie. En 1990, après des décennies de dissimulation d'informations, la loi sur la liberté d'information a conduit à la publication de documents prouvant que Wyeth avait également produit un vaccin paralysant..{443},{444}

On pense aujourd'hui que Wyeth et Cutter ont été les seules entreprises à avoir produit un vaccin à virus vivant; cependant, toutes les sociétés de vaccins auraient pu publier un virus vaccinal actif car les « exigences minimales en matière de licence »{445}fixées par le ministère américain de la Santé, de l'Éducation et du Bien-être n'ont été respectées par aucune société pharmaceutique. Les exigences minimales initiales en matière de licence établies le 12 avril 1955 stipulaient que «toute infectiosité virale est détruite avec certitude».{446}Selon des documents ultérieurs et des témoignages en salle d'audience, cette définition n'a pas été suivie et les fabricants n'ont jamais été tenus à de telles normes. En 1992, le Dr Neil Nathanson a déclaré :

Les exigences minimales visaient à affirmer que le vaccin final contenait moins de 5 doses infectieuses de culture tissulaire par litre... en d'autres termes, à garantir qu'il y aurait moins d'une chance sur 100 000 que le vaccin contienne une dose paralytogène pour 1 000 doses humaines. de vaccin.{447}

Cela ressemble-t-il à une assurance que "toute infectiosité a été détruite avec certitude?" Une dose infectieuse de culture tissulaire (TCID) est un calcul mathématique. Selon le regretté virologue Dr Wendell Stanley, un seul TCID contenait jusqu'à 30 particules de

poliovirus, et n'importe laquelle d'entre elles aurait pu causer la poliomyélite.{448}

Il existe quelques problèmes associés au calcul des risques à l'aide des TCID. Premièrement, le choix du seuil de moins de 5 TCID était arbitraire. Deuxièmement, il existe une hypothèse selon laquelle tous les virions (particules virales infectieuses complètes) seraient distribués uniformément et seraient nécessairement inclus dans tout échantillon de test.

Vous souvenez-vous du problème de l'agglutination des particules ? Selon le statisticien Dr Paul Meier, si chaque virion injecté provoquait un cas de poliomyélite paralytique, l'injection de 1 millilitre de vaccin dont les lots contiennent 5 TCID par litre pourrait provoquer jusqu'à 500 cas pour 100 000 vaccinés.{449}

La raison pour laquelle il n'y avait pas beaucoup plus de paralysie parmi les vaccinés était que, comme on le savait déjà, 80 à 90 % de la population infantile à l'époque était déjà naturellement immunisée contre au moins une souche de poliovirus.{450}Dans son livre, le Dr John Paul a estimé que 80% auraient eu des anticorps pré-vaccinaux contre le poliovirus.{451}Quiconque était naturellement immunisé aurait également été, heureusement, immunisé contre le virus vaccinal correspondant.

Vous vous demandez peut-être comment cette information a été cachée au public pendant près de cinquante ans.

Le membre du Congrès Percy Priest a ordonné et présidé une enquête complète sur la controverse sur les vaccins. Il a admis en 1956 que:

... l'année précédente (1955), de nombreuses personnes responsables avaient estimé que le public devait être épargné de l'épreuve de la "connaissance de la controverse". Si jamais le mot sortait que le public

Le service de santé avait en fait fait quelque chose de préjudiciable à la santé du peuple américain, les conséquences

seraient terribles…. Nous avons estimé qu'aucun bien durable ne pourrait venir à la science ou au public si les services de santé publique étaient discrédités.*{452}*

Voilà pour la médecine factuelle et la vérité scientifique. Au lieu de discréditer le PSU, la décision a été prise, après quelques délibérations, de laisser le vaccin paralysant de Wyeth sur le marché, de rejeter tout le blâme sur Cutter et d'ignorer le problème persistant des virus vivants dans les vaccins qui persistait même après les révisions pour plus de sécurité. fabrication ont été réalisées. Seuls les vaccins de Cutter ont été rappelés. Tous les vaccins des autres fabricants commercialisés dans les années 1950 ont été vendus et injectés aux enfants américains. Des millions de vaccins ont également été exportés dans le monde entier.

Il y avait d'autres problèmes plus insidieux et non résolus avec le vaccin Salk. Une fois qu'un vaccin a passé les tests d'exigence minimale montrant que tout le virus était théoriquement tué, le virus s'est avéré ressuscité sur les étagères des semaines ou des mois plus tard, même après la mise en place des nouvelles normes de sécurité en 1956.

Le Dr S Stephen Chapman… a rapporté… qu'il avait centrifugé le vaccin et avait obtenu un virus vivant, « plus que nous n'aurions théoriquement pu imaginer avoir… cela soulève le problème de la réactivation du soi-disant vaccin mort.”{453}

L'explication la plus probable de cette résurrection apparente est que les tests d'innocuité n'ont pas détecté de petites quantités de virus vivant, et sans Merthiolate dans le vaccin, le virus a pu se répliquer. En 1954

Le vaccin d'essai de Salk contenait un composé de mercure breveté sous le nom de Merthiolate, qui était utilisé pour empêcher la moisissure de se développer et pour prolonger la durée de conservation. Lorsqu'il est devenu évident que le vaccin n'était pas aussi antigénique qu'espéré, il a été décidé de supprimer le composé de mercure dans la fabrication de 1955.

Salk n'a jamais voulu du mercure en premier lieu et a protesté qu'il ruinait le vaccin, rendant la souche Mahoney moins antigénique.

Des scientifiques suédois, après la catastrophe de Cutter en 1955, ont commencé à tester certains de leurs vaccins qui attendaient d'être distribués. Ils l'ont fait en réponse aux nouvelles alarmantes venant des États-Unis concernant la paralysie induite par le vaccin. Des tests ont été effectués sur des lots de vaccins qui s'étaient précédemment révélés exempts de virus actif. Lors de tests répétés, 30% des échantillons de vaccins ont montré la présence de virus actif.{454}

Le problème fondamental était que, bien que les tests de sécurité requis aient été effectués dans l'espoir de ne diffuser que des vaccins sûrs, les principes fondamentaux avec lesquels le vaccin a été fabriqué étaient très défectueux dès le départ. L'hypothèse de Salk était fausse. Ce problème n'a jamais été entièrement résolu. Selon le virologue expert Dr Sven Gard, une propriété fondamentale du virus liée à sa structure a été négligée.{455}**Le Dr Gard a également déclaré que la vaccination aux États-Unis**Les États ont causé autant de cas de poliomyélite qu'ils en ont évités en 1955.{456}

Selon le Dr Wendell Stanley, le formaldéhyde a engendré un effet de «bronzage» sur le revêtement extérieur du virus, mais a potentiellement laissé intacte la partie interne infectieuse du virus.

La partie protéique externe du virus n'est pas infectieuse, et pourtant c'est cette partie qui produit les anticorps. Lors de la fabrication d'un vaccin, l'effort est centré sur la tentative d'éliminer l'activité virale contenue dans le noyau d'acide nucléique tout en maintenant la protéine inchangée afin qu'elle puisse produire des anticorps. C'est compliqué… Il en résulte un effet de « tannage » au fur et à mesure que le cuir est tanné, ce qui le rend plus résistant à tout ce qui tente de le traverser… il y a une étape intermédiaire [dans l'inactivation] qui est réversible, de sorte qu'il n'y a pas

d'activité virale montré par l'un des tests de sécurité et pourtant, après un traitement chimique supplémentaire, une activité peut être acquise à partir de ce même matériau.... Le virus peut être retenu pendant plusieurs jours, et en fait peut des années et être toujours capable d'être réactivé à un moment ultérieur... formaldéhyde se détache de la protéine.{457}

La sécurité doit être intégrée à la méthode elle-même afin qu'elle conduise automatiquement à un produit d'une qualité bien définie. Au lieu de créer un vaccin tué de manière fiable dans les années 1950, les entreprises ont dû se fier uniquement aux tests de sécurité post-fabrication pour un vaccin connu de toutes les personnes impliquées pour avoir systématiquement un certain degré de particules virales vivantes. Le Dr Edwin Lennette, directeur du département de la santé de l'État de Californie, a déclaré qu'en général, les vaccins pouvaient être négatifs en laboratoire et chez les animaux de laboratoire, mais se comporter différemment chez l'homme :

Vous mettez juste du formaldéhyde ou quoi que ce soit et inactivez le virus, et vous faites quelques tests, et si rien ne se passe chez l'animal, alors vous pensez, eh bien, nous avons un vaccin. Mais vous le mettez dans l'homme, qui est l'animal susceptible ultime, puis quelque chose d'autre tourne mal, et vous avez un problème.{458}

Au cours des années suivantes, au lieu d'éliminer la dangereuse souche Mahoney, les fabricants américains ont continué à commercialiser des vaccins plus sûrs mais beaucoup moins antigéniques. Ils se sont occupés du problème, non pas en s'attaquant au défaut fondamental, mais en ajoutant plus de filtrations du vaccin. Le Dr Gard a dit :

Je suis maintenant tout à fait convaincu que toute la philosophie derrière le vaccin Salk... est fausse, en effet. Lorsque des filtrations répétées sont appliquées pour éliminer les « agrégats », on ne fait que chasser les fantômes. L'effet de la filtration n'est rien d'autre qu'une élimination progressive

des virus, vivants et morts. Il pourrait tout aussi bien être remplacé par une simple dilution du vaccin.{459}

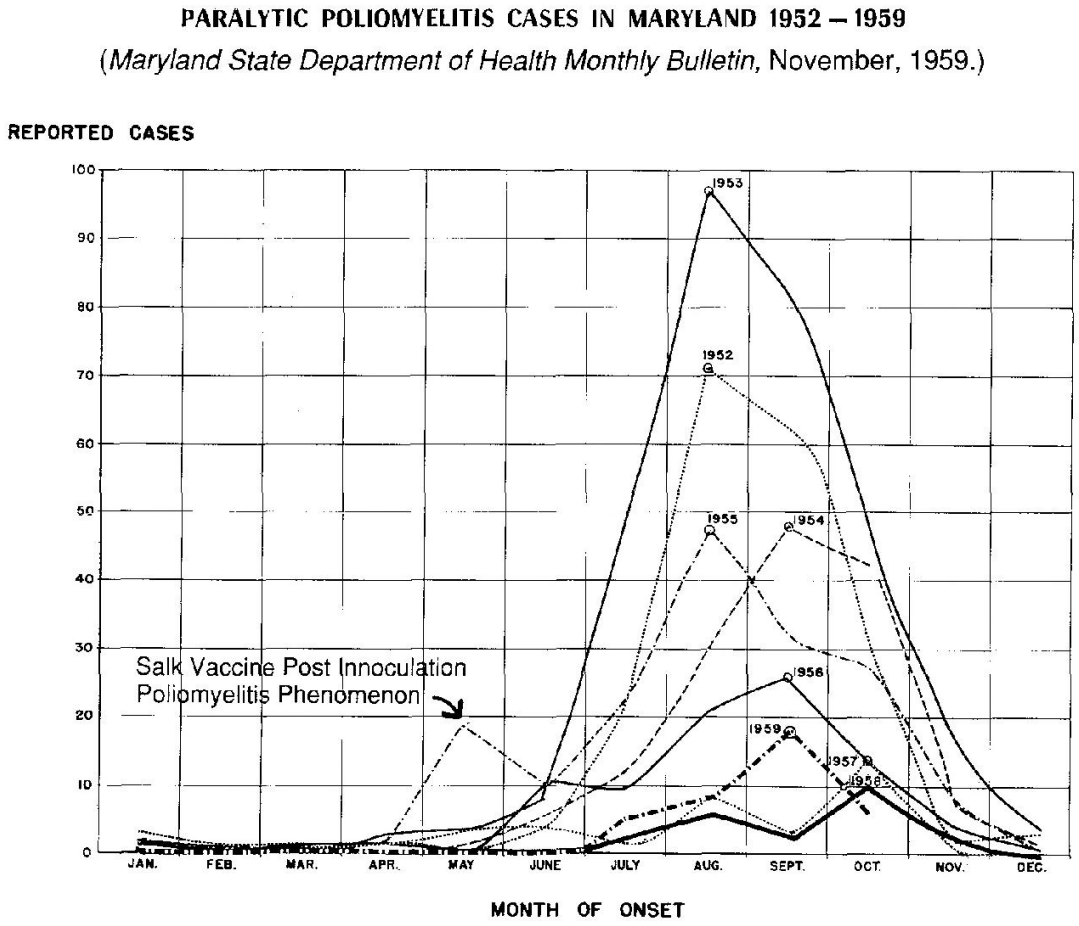


Figure 12.6 :Cas de poliomyélite paralytique dans le Maryland de 1952 à 1959.

Même avec une telle dilution virale efficace du vaccin et quatre révisions des exigences minimales établies par le gouvernement pour produire des vaccins sûrs en 1955, il y avait des preuves continues que les infections induites par le vaccin se poursuivaient. Il y avait des pics de poliomyélite pré-saison (comme dans le cas de la poliomyélite provoquée par le vaccin) qui n'étaient pas présents avant les années vaccinales. Comme vous pouvez le voir sur la figure 12.6, 1955 a le plus grand pic, mais 1956–1959 a également connu des augmentations de pré-saison qui n'étaient pas présentes en 1954 ou avant. Au fil des années, ces pics étaient plus petits, en raison du filtrage des virus

vivants et inactivés, de sorte que les vaccins avaient des niveaux viraux beaucoup plus faibles.

Un long rapport du comité scientifique allemand de 1956{460}contient des graphiques illustrant le pic de pré-saison de 1955 dans le Wisconsin, l'Illinois, le Massachusetts, la Géorgie, la Pennsylvanie, le Colorado, la Virginie, la Louisiane, le Nevada, l'Oregon et l'Idaho.

Tous les cas induits par le vaccin n'ont pas été acceptés par l'Unité de surveillance de la poliomyélite. De nombreux receveurs paralysés se sont vu refuser la validation et l'indemnisation pour une maladie survenue après l'administration du vaccin en 1955. Les exigences relatives aux cas dits acceptés de poliomyélite associée au vaccin étaient plus strictes que les exigences de déclaration de la poliomyélite chez les personnes non vaccinées.{461},{462}

Par exemple, seuls les cas qui ont commencé dans le membre inoculé ont été acceptés par le PSU, et seulement dans un délai très court. Le PSU a utilisé des normes qui, historiquement, n'étaient pas aussi restrictives. Ainsi, seuls les cas d'infection de première génération ont été signalés et seulement s'ils répondaient aux critères rigoureux de validation en laboratoire. Cela aurait exclu les cas de réaction en chaîne qui ont éclaté plus tard.

Le vaccin Salk était tout sauf une bouée de sauvetage. On savait depuis le début que c'était un problème, et c'était un problème. Le poliovirus sauvage n'a jamais été une cause unique ou majeure de poliomyélite. Mais même si c'était le cas, le vaccin Salk n'aurait pas pu être une solution pour débarrasser le monde de la poliomyélite. Néanmoins, Jonas Salk et son vaccin ont été à jamais jetés dans l'héroïsme dans les archives de la mythologie vaccinale.

Contamination par le virus du singe

Les vaccins fabriqués à partir de reins de singe jusque dans les années 1980 ont été définitivement notés{463}contenir un virus de singe cancérigène qui, selon certains chercheurs médicaux, peut entraîner le cancer chez une partie des millions de personnes qui leur ont été administrées.{464}Le virus simien numéro 40 (SV40) est un virus de singe qui a été trouvé dans plusieurs types de cancers humains, notamment les mésothéliomes pulmonaires, plusieurs types de tumeurs cérébrales et les tumeurs des os, du sein, du côlon et des reins..{465}Malheureusement, la controverse sur le pourcentage d'échantillons tumoraux contenant de l'ADN et des protéines du SV40 a paralysé le domaine de la recherche.

En raison de conflits d'intérêts financiers et politiques, les recherches nécessaires pour valider fermement l'association vaccin-virus ne seront probablement jamais faites.

Cette controverse a été amplifiée par les implications juridiques de l'association de la production et de la distribution de vaccins antipoliomyélitiques contaminés au développement de mésothéliomes humains et de tumeurs cérébrales. Les examinateurs des sections d'étude n'ont pas voulu soutenir la recherche sur le SV40, invoquant la nécessité de s'attaquer d'abord à la « controverse », mais sans financement, il est impossible de mener des études pour aborder les résultats controversés..{466}

Le SV40 est connu pour exister dans les tissus cancéreux, mais pas dans les tissus sains environnants,{467}causer des dommages génétiques importants in vitro (cultures cellulaires) et induire des tumeurs lorsqu'il est injecté à des volontaires{468}et les rongeurs. Cependant, il n'est pas considéré comme scientifiquement valable d'impliquer les virus SV40 contaminants dans ces tumeurs humaines.

Une association a été trouvée entre le SV40 et certains types de cancer chez l'homme.

Cependant, bien que le virus ou son ADN aient été trouvés dans certains types de cancer, il n'a pas été déterminé que le SV40 cause ces cancers. Constater que deux événements sont « associés » n'est pas la même chose qu'établir qu'un événement a causé l'autre.{469}

Certains scientifiques qui ont fait carrière dans la recherche sur la poliomyélite et le SV40 savent de première main que des vérités scientifiques gênantes peuvent être abrogées par l'industrie et la politique. Deux des scientifiques les plus respectés au monde dans le domaine du SV40, le Dr Harvey Pass et le Dr Michele Carbone, ont commenté la censure de la science.

Je [Michele Carbone] voulais avoir un communiqué de presse… et pouvoir parler aux médias si contactés par eux. Je crois également que le public et les médias ont le droit de nous poser toutes les questions qu'ils souhaitent une fois que nos travaux ont été acceptés par une revue à comité de lecture et que les scientifiques ne devraient pas décider ce que les médias devraient ou ne devraient pas savoir… [Dr. Levine] m'a dit que si moi, ou Harvey, parlions à la presse, contre son gré, nous serions « punis »….

Pass a été choqué par le tumulte, en particulier la menace. « Je ne pensais pas que tu étais puni pour la science."{470}

Il y a encore les rares chercheurs de vérité, comme l'avocat Stanley Kops, qui continuent de s'opposer aux affirmations selon lesquelles le SV40 n'est plus un problème avec les vaccins.

L'article de presse de Nancy J. Nelson répète le dogme scientifique actuel selon lequel le virus simien 40 (SV40) a été retiré de tous les vaccins antipoliomyélitiques oraux vendus et administrés aux États-Unis. Dans un article récent, cependant, j'ai contesté ce "fait" accepté sur la base de documents juridiques et de l'absence de résultats de tests d'au moins l'un des principaux fabricants de vaccins, Lederle. Comme indiqué dans cet article, des documents internes de Lederle indiquent que la société n'a pas été en mesure de prouver qu'elle a testé toutes les semences de vaccins pour confirmer l'absence de contamination par le SV40.

Chaque scientifique qui tente de déterminer le rôle du SV40 comme cause de cancer chez l'homme et chaque journaliste qui s'intéresse à cette question devrait exiger tous les dossiers du gouvernement et du fabricant du vaccin afin qu'il puisse y avoir une analyse scientifique complète. et une enquête indépendante visant à déterminer si le retrait du SV40 de tous les vaccins antipoliomyélitiques oraux utilisés aux États-Unis de 1962 à 2000 a été pleinement respecté. {471}

Comment un virus surnommé "la machine de guerre parfaite"{472}par le Dr Carbone parce qu'il affecte au moins quatre mécanismes cellulaires majeurs qui favorisent le cancer ou interfèrent avec les défenses contre le cancer, pourrait avoir un impact sur les pays qui continuent d'utiliser des vaccins antipoliomyélitiques oraux par tonne aujourd'hui, c'est ce que tout le monde devine. La part de l'augmentation brutale des taux de cancer chez l'homme depuis l'introduction des produits issus du singe dans la population humaine est due au SV40 restera également incertaine en raison d'un manque de recherches précises.

Les singes sont encore utilisés dans la production de vaccins contre la poliomyélite aujourd'hui. Selon les allégations de Stanley Kops, le SV40 était et est toujours un risque potentiel à la fois pour le VPO et le vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI). Le VPI utilisé dans le monde développé est toujours traité au formaldéhyde, mais le SV40 est connu depuis 1961 pour survivre au formaldéhyde au-delà du minimum habituel de 12 jours.{473}Les fabricants de vaccins citent aujourd'hui un minimum de 12 jours de traitement au formaldéhyde.{474}

L'histoire se répète

En Inde aujourd'hui, alors que l'OMS surveille la poliomyélite pendant les campagnes de vaccination, les rapports de cas paralytiques associés au poliovirus de type sauvage ont diminué et la PFA a augmenté chaque année, atteignant 60 000 nouveaux cas en 2011.

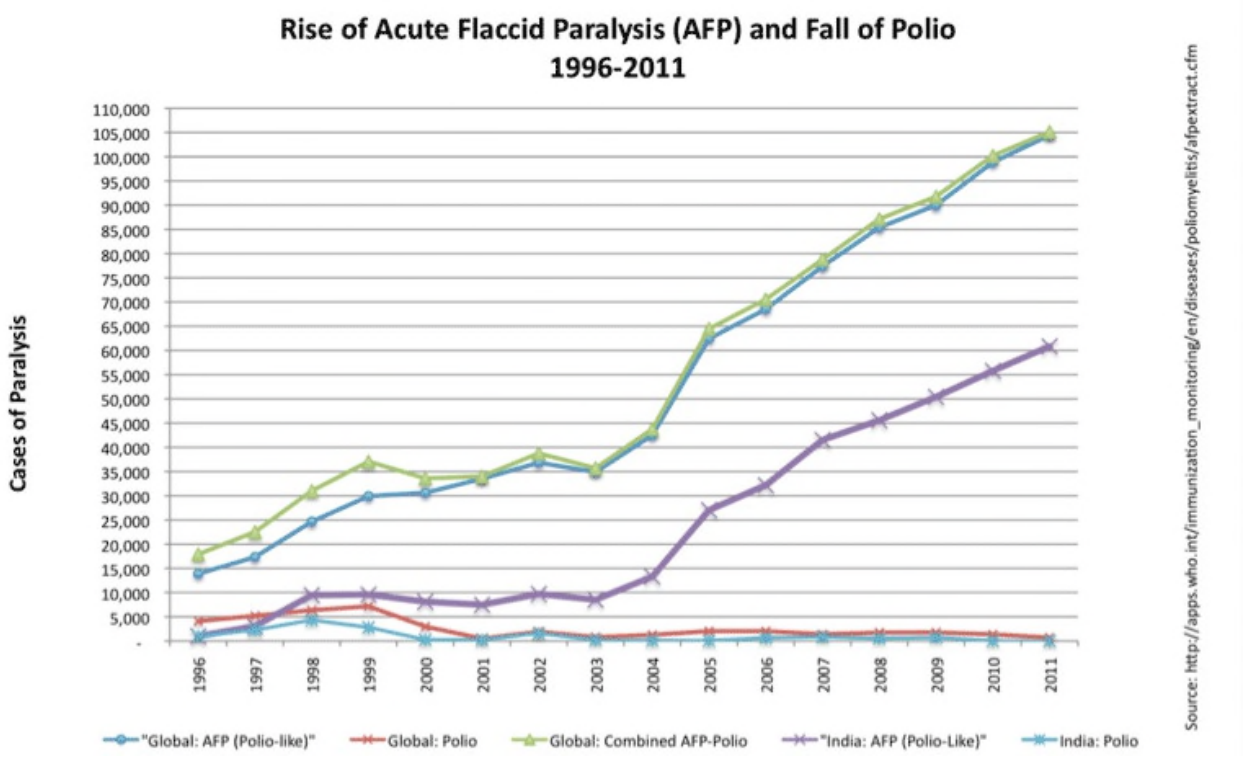


Figure 12.7 :Paralysie Flasque Aiguë (PFA) et Polio de 1996 à 2011.

Les causes de PFA qui ont été identifiées sont les suivantes :

Poliomyélite, entérovirus non poliomyélitique, poliomyélite associée au vaccin (qui peut inclure les vaccins antipoliomyélitiques), virus de la rage, virus varicelle-zona, virus de l'encéphalite japonaise, syndrome de Guillain-Barré, cytomégalovirus, névrite sciatique par injection, myélite transverse, abcès épidural, moelle épinière compression, exotoxine de corynebacterium diptheriae, toxine de clostridium botulinum, Karwinskia, paralysie par morsure de tique, borréliose de Lyme, myasthénie grave, polymyosite auto-immune, myosite virale, trichinose, myopathies toxiques entre autres.{475}

Malgré (ou peut-être à cause) des campagnes agressives de VPO en Inde, il y a eu une forte augmentation des diagnostics de PFA. Néanmoins, l'OMS et ses organisations sœurs se réjouissent parce que le nombre de cas documentés de paralysie associée au poliovirus sauvage a diminué.

Il se trouve que le DDT est encore largement utilisé en Inde. Malgré le lien bien documenté entre la poliomyélite et la DDT{476},{477}symptômes, notamment des lésions de la corne antérieure de la moelle épinière, une paralysie respiratoire, des spasmes musculaires et une faiblesse, des campagnes d'éradication de la poliomyélite de plusieurs milliards de dollars se poursuivent. Souvent, un enfant indien est vacciné 15 fois (ou plus) avec un vaccin vivant à l'âge de cinq ans.

*En effet, fin 2005,**les enfants de moins de 5 ans auraient reçu en moyenne 15 doses de VPOt [VPO trivalent] dans l'UP et le Bihar, contre 10 dans le reste de l'Inde, et seuls 4 % des enfants auraient reçu moins de 3 doses, dont 90% avaient moins de 6 mois.{478}*

Pulse Polio est une campagne de vaccination mise en place par le gouvernement indien à partir de 1995 pour éradiquer la poliomyélite en vaccinant tous les enfants de moins de cinq ans contre le poliovirus. L'objectif initial d'éliminer la poliomyélite en Inde d'ici 2005 n'a pas été atteint. Le programme Pulse consiste à installer des cabines de vaccination dans toutes les régions du pays ; organiser les employés, les bénévoles et les vaccins ; vacciner les enfants avec le VPO lors des journées nationales de vaccination ; et identifier les enfants absents du processus de vaccination.

Un oubli majeur de la part de la presse et de l'establishment médical alors qu'ils observent la version de l'histoire de l'OMS est que les campagnes massives de vaccination "pulsée" n'ont rien fait pour éliminer la paralysie infantile et, en fait, il existe des preuves solides indiquant la probabilité que la vaccination expérimentale contre la poliomyélite est liée à la forte augmentation de la PFA. Il

a été rapporté dans le Lancet{479}que l'incidence de la PFA, en particulier de la PFA non poliomyélitique, a considérablement augmenté en Inde après l'introduction d'un vaccin antipoliomyélitique expérimental très puissant. Pire encore, les enfants identifiés avec une PFA non poliomyélitique courent plus de deux fois plus de risques de mourir que ceux infectés par la poliomyélite sauvage.{480}La vaccination ne consiste-t-elle pas vraiment à éliminer la paralysie… ou s'agit-il simplement de remplacer le virus sauvage par un virus vaccinal, quel que soit le résultat ?

Le taux de PFA non polio augmente proportionnellement au nombre de doses de vaccin antipoliomyélitique reçues dans chaque zone. … À l'échelle nationale, le taux de PFA non polio est maintenant 12 fois plus élevé que prévu. Dans les États de l'Uttar Pradesh (UP) et du Bihar, qui ont des rondes de poliomyélite à pouls presque tous les mois, le taux de PFA non polio est 25 et 35 fois plus élevé que les normes internationales.…

Le taux de PFA non polio au cours de l'année correspond le mieux aux doses cumulées reçues au cours des trois années précédentes… L'association du taux de PFA non polio aux doses de VPO reçues en 2009 était de 41,9 %. L'addition des doses reçues à partir de 2007 augmentait l'association (R2 = 55,6 % p < 0,001).{481}

L'OMS dit que la poliomyélite sauvage est en déclin en Inde, mais sera-t-elle vraiment éradiquée ? Il pourrait encore circuler à l'avenir, tout comme il pourrait encore circuler aux États-Unis aujourd'hui. Pour dire qu'il est éradiqué, ils devraient examiner les selles de chacun plus d'une fois. Cependant, ils n'examinent que les selles de ceux qui développent une paralysie, dont la plupart ont été vaccinés avec un virus vaccinal vivant, qui déplace souvent le virus sauvage dans l'intestin. L'augmentation de l'AFP en Inde pourrait-elle être le résultat de la libération de tant de virus vaccinaux dans la population ? Ces personnes sont-elles

davantage paralysées par la poliomyélite à la suite d'une recombinaison et d'une mutation naturelles ?

Les poliovirus sauvages, les poliovirus vaccinaux et les virus Coxsackie neurovirulents peuvent tous interagir, se recombiner et évoluer en entités gravement neurovirulentes.{482},{483},{484},{485}Pourquoi un virus vaccinal serait-il stable et ne suivrait-il pas les lois de la nature, qui impliquent la probabilité évidente de recombinaison ?

La réponse à l'augmentation de l'AFP en Inde par l'OMS et l'Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation{486}(GAVI) a été d'intensifier les campagnes de vaccination orale contre la poliomyélite ces dernières années.

Aujourd'hui, certains enfants auraient reçu 32 vaccins à l'âge de cinq ans. Dans le passé, il n'y avait jamais eu d'effort aussi agressif pour vacciner les enfants jusqu'à 30 fois pour une maladie avant leur cinquième anniversaire.

*Lors d'une réunion de vaccinateurs à l'hôpital de référence de Sultangunj qui s'est tenue mardi, les superviseurs ont signalé une « nouvelle » résistance de la part des « gens de la classe moyenne instruite » qui en avaient assez de plusieurs cycles de vaccination : une famille a affirmé que leur enfant de cinq ans avait reçu le pouls vaccination contre la poliomyélite 32 fois.**{487}***

Qu'est-ce que les membres de GAVI essaient d'accomplir au juste ? Semble-t-il que la santé durable et l'amélioration de la population indienne soient les principaux objectifs ? Le Dr VI Agol a commenté dans Nature que la vaccination contre la poliomyélite pourrait devoir se poursuivre indéfiniment.{488}

Illustration 12.8 (ci-dessous) :Corrélation entre la paralysie flasque aiguë non poliomyélitique (NPAFP) et le vaccin antipoliomyélitique oral (VPO).

Fig 1. Trends in NPAFP rate with number of OPV doses
All states, 2000-09

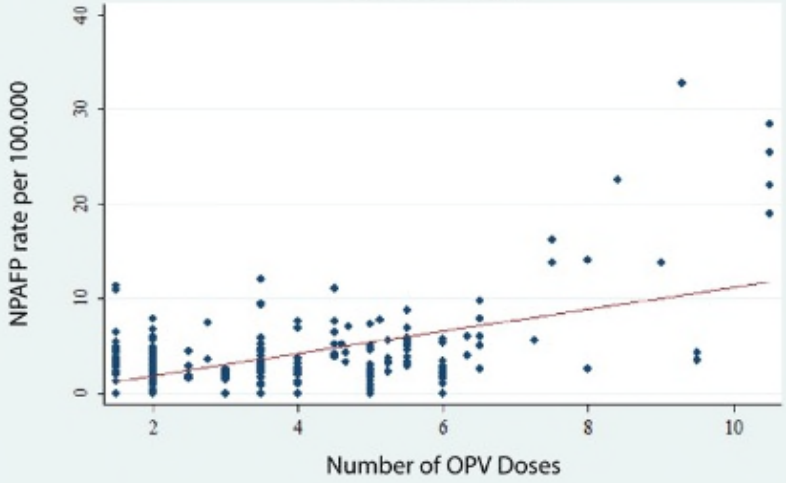


Fig 2. Trends in NPAFP rate with adjusted numbers of OPV doses
All states, 2000-09

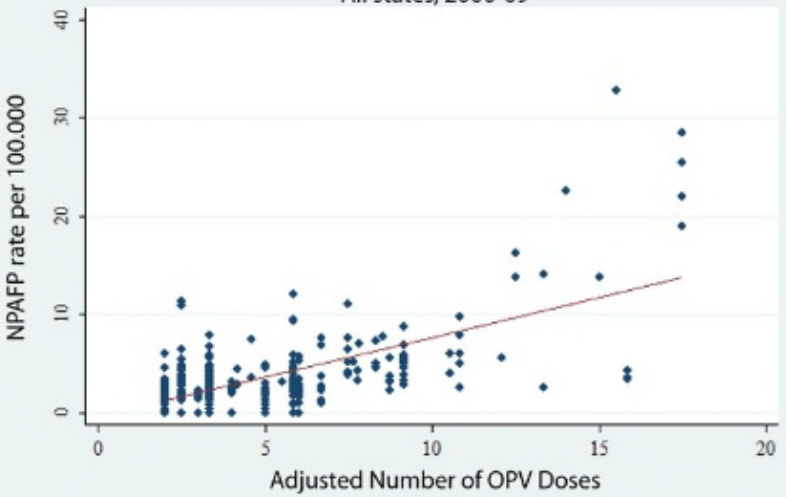


Illustration 12.8 (ci-dessus) :Corrélation entre la paralysie flasque aiguë non poliomyélitique (NPAFP) et le vaccin antipoliomyélitique oral (VPO).

Les graphiques (Figure 12.7) de la page précédente révèlent sans équivoque comment le taux de PFA a augmenté avec le nombre de doses de VPO. Compte tenu de toutes les informations dont disposent aujourd'hui les scientifiques et les politiciens et d'un siècle de littérature sur la poliomyélite sur laquelle réfléchir, on doit sûrement se demander… à quoi diable pensent-ils ? Le nombre croissant d'enfants paralysés en Inde mérite une meilleure explication que "C'est pour le plus grand bien", car il est clair que ce n'est pas.{489}

Conclusion

À présent, il devrait être évident qu'il y avait plus dans l'histoire de la «polio» qu'un virus paralysant et un monde qui a été sauvé par un vaccin. N'est-il pas étrange que le raisonnement derrière les épidémies de poliomyélite aux États-Unis dans les années 1940 soit une hygiène sociale accrue ?{490},{491},{492}La crasse, à l'époque, était censée protéger contre la poliomyélite ! L'explication donnée était que les bébés dans les zones avec une meilleure hygiène (contrairement aux autochtones qui étaient connus pour être immunisés sans développer la poliomyélite) n'étaient pas exposés au virus sauvage assez tôt en raison de la propreté sociétale et ne développaient donc pas d'immunité naturelle précoce.

Aujourd'hui, on dit à l'Inde que les infections par le poliovirus paralytique sont le résultat d'une mauvaise hygiène sociale. Un tel double langage montre comment le principe change pour s'adapter à l'agenda des vaccins et nier les véritables causes de la paralysie.

À ce jour, aucun programme n'a été financé pour étudier ou valider les découvertes scientifiques qui impliquent des associations entre des produits chimiques comme le DDT et l'arsenic et le syndrome de la poliomyélite.

Au lieu de cela, le monde dépend de la recherche vintage entachée qui a été financée par les principales puissances médico-politiques de la première moitié du 20e siècle.

La Fondation nationale pour la paralysie infantile était supervisée par le principal monopole médical, l'Institut Rockefeller. La vaccination reste la seule intervention pour le problème perçu de la poliomyélite en Inde et dans d'autres pays sous-développés, même face à la paralysie induite par le vaccin, aux mutations du virus vaccinal et aux échecs évidents. Lorsque les programmes de vaccination ne tiennent pas leurs promesses, le blâme est toujours mis sur les non-vaccinés, ou un nouvel angle est dessiné à hauteur

de "cinq vaccins par enfant peuvent ne pas suffire". Par un tour de passe-passe - en changeant le diagnostic de la poliomyélite ancienne en PFA - toute paralysie en cours sera couverte pendant que les dix sous continueront d'affluer.

En plus de l'augmentation de l'AFP qui est corrélée à l'augmentation des doses de VPO en Inde, de nombreux rapports font état de virus vaccinaux mutant vers la virulence, provoquant des épidémies de poliomyélite en Chine, au Nigeria et en Inde.

Comme toujours, le doigt est pointé sur les populations sous-vaccinées plutôt que sur le vaccin lui-même ou la myriade d'autres causes de mutation virale.

Outre la résilience des virus circulants de type sauvage, des problèmes majeurs sont apparus du fait des propriétés intrinsèques du VPO. Il a la propension à échapper à son rôle d'immunogène protecteur en circulant dans des populations mal immunisées, évoluant ainsi en souches de poliovirus hautement neurovirulentes après recombinaison avec d'autres entérovirus (Kew et al, 2005 ; P. Jiang, JAJ Faase, AE Gorbalenya et E .Wimmer, données non publiées).

Cet événement indépendant dans différentes parties du monde provoque chaque année des épidémies de poliomyélite.{493}

Nous entendons souvent dire que le VPO circulant dans des populations mal immunisées est merveilleux car les non vaccinés en bénéficient. Mais les vaccins OPV seront toujours capables de se recombiner avec les entérovirus, quel que soit le degré de vaccination de la population, et les dangereux virus de recombinaison qui provoquent la paralysie ne seront pas appelés « polio ». C'est ainsi qu'une montagne de nouveaux cas de PFA s'accumule, tandis que GAVI et l'OMS célèbrent l'éradication de la poliomyélite.

Aujourd'hui, GAVI mérite des critiques et un examen de ses objectifs. C'est une époque où le monde en développement a besoin d'une meilleure nutrition, d'une eau propre et sans

produits chimiques, de fermes durables avec un sol propre et du luxe d'être à l'abri de la guerre, de la famine et de la persécution spirituelle. Si les philanthropes veulent entrer dans l'histoire comme faisant vraiment du monde un meilleur endroit, vaut-il mieux dépenser 10 milliards de dollars pour les vaccins ?

La Fondation Bill et Melinda Gates fera un don de 10 milliards de dollars au cours de la prochaine décennie pour rechercher de nouveaux vaccins et les apporter aux pays les plus pauvres du monde... ils ont déclaré que l'argent produira des taux de vaccination plus élevés et vise à s'assurer que 90 pour cent des enfants sont vaccinés contre des maladies dangereuses. maladies telles que la diarrhée et la pneumonie dans les pays les plus pauvres. "Nous devons faire de cette décennie la décennie des vaccins", a déclaré Bill Gates dans un communiqué.

"L'innovation permettra de sauver plus d'enfants que jamais."{494}

Peut-être qu'une décennie de 10 milliards de dollars d'agriculture, de nutrition et d'assainissement durables aurait un impact durable sur le sauvetage des enfants dont il est question.

La stratégie actuelle de l'OMS appelle à l'arrêt de la vaccination antipoliomyélitique orale trois ans après le dernier rapport de poliomyélite induite par le poliovirus sauvage.{495}

Il est ironique que le vaccin dont dépendait le monde pour l'éradication de la poliomyélite devienne lui-même un risque pour l'éradication une fois que la transmission du poliovirus sauvage aura été interrompue. {496}

Si le plan de l'OMS réussit, le troupeau artificiellement immunisé deviendra le troupeau totalement non immunisé, car de nouveaux enfants naissent qui n'ont pas été infectés par des virus de type sauvage ni même exposés au poliovirus vaccinal. Cette condition n'a jamais existé dans l'histoire humaine. Dans ces conditions, toute réintroduction du poliovirus pourrait être désastreuse pour cette population nouvellement vierge. Les peuples de l'Inde, du

Pakistan et du Nigéria risquent de devenir plus vulnérables à la réintroduction virale que n'importe quelle population auparavant.

Pendant les épidémies aux États-Unis, environ 50 à 80 % de la population était naturellement immunisée contre au moins un type de poliovirus. Le poliovirus sauvage seul chez les personnes en bonne santé n'a jamais constitué une menace majeure.

L'immunité naturelle du troupeau a toujours été protectrice (rappelez-vous les indigènes Xavante). En temps voulu, les Indiens auront le niveau de protection du troupeau le plus bas de tous les temps, et face à l'utilisation continue du DDT, aux injections intramusculaires d'antibiotiques, aux régimes riches en sucre et pauvres en vitamines essentielles et au stress, leur sensibilité aux maladies paralytiques est énorme. .

Si le poliovirus est réintroduit dans la population toxique, malsaine et immunologiquement naïve - à partir d'échantillons résiduels stockés dans des laboratoires, dont certains sont hautement neurovirulents (rappel 1916 New York City); les poliovirus circulants dérivés de vaccins ; ou poliovirus qui est synthétisé chimiquement - le résultat potentiel est insondable.

Aujourd'hui, les enfants sont obligés de se soumettre aux vaccins parce que l'OMS et d'autres ne ciblent que le poliovirus sauvage et non le problème de la paralysie. Une fois cet objectif à très courte vue atteint, il y aura sans aucun doute des problèmes futurs. L'OMS le sait et a déjà envisagé les étapes nécessaires pour faire face à la population immunologiquement naïve en cas de réintroduction virale.{497}

Les livres d'histoire du futur pourraient réfléchir à une catastrophe avec cette conclusion : le poliovirus sauvage aurait dû être laissé seul et les véritables sources de paralysie poursuivies et traitées.

13. Coqueluche

Il n'est pas rare que la maladie se complique d'inflammation des poumons, et la toux violente qui s'ensuit est susceptible de produire une dilatation nuisible du tissu pulmonaire lui-même. Il n'est pas rare, chez les enfants sous-alimentés, que la maladie soit suivie d'une tuberculose pulmonaire. Des cas de paralysie compliquant la coqueluche ont été signalés et des modifications de l'œil dues à des hémorragies dans cet organe produites par la toux ont également été notées. On voit ainsi que la coqueluche, qui aurait tué plus de 10 000 enfants américains en 1911, est une maladie affectant gravement la santé publique et exigeant une attention sérieuse.

– Dr WC Rucker, chirurgien général adjoint, Service de santé publique des États-Unis, 1911

On peut se demander si la vaccination universelle contre la coqueluche est toujours justifiée, surtout au vu du caractère de plus en plus bénin de la maladie et de la très faible mortalité.

– Dr Justus Ström, 1960

La plupart des cas de coqueluche sont relativement bénins. De tels cas sont difficiles à diagnostiquer sans un indice de suspicion élevé car il est peu probable que les médecins entendent la toux caractéristique, qui peut être le seul symptôme. Les parents peuvent être rassurés qu'un résultat grave est peu probable. Les adultes attrapent également la coqueluche, en particulier de la part de leurs enfants, et présentent les mêmes symptômes que les enfants.

–Douglas Jenkinson, 1995

Parce que la coqueluche était autrefois une maladie dévastatrice chez une grande partie des enfants, une campagne pour développer un vaccin a été entreprise, mais pas avant que les décès aient déjà atteint des niveaux historiquement bas dans les années 1940. Depuis son apogée dans les années 1800, les décès dus à la coqueluche avaient diminué de plus de 99 % avant qu'un vaccin ne soit largement utilisé.

Le programme national de vaccination a commencé aux États-Unis à la fin des années 1940 et en Angleterre en 1957.

Événements indésirables

Très tôt, il y a eu des signes de problèmes. Un article de 1946 parlait de jumeaux âgés de 10 mois (DM et GM) décédés tous les deux le 19 juin 1945, après avoir reçu leur deuxième injection de vaccin contre la diphtérie et la coqueluche.

Après les deuxièmes injections immunisantes, les deux enfants ont beaucoup pleuré en rentrant chez eux ; ils ont vomi et consommé des quantités excessives d'eau, chacun prenant environ deux bouteilles pleines.

Ils "se sentent alors endormis" et lorsque leurs parents les remarquent ensuite, ils semblent "sans vie".... À 23h30, lorsque sa couche a été changée, il s'est avéré qu'il était glacé et trempé de transpiration. Les parents ont expliqué qu'ils considéraient ces symptômes comme des effets attendus des injections et qu'ils n'avaient donc appelé l'aide médicale qu'à 5 h 30, lorsque DM semblait mort et GM gravement malade.{498}

Un article de 1948 dans Pediatrics traitait de cas de lésions cérébrales suite à l'utilisation du vaccin. L'article est étrangement similaire au grand nombre de cas d'autisme qui s'aggraveraient des décennies plus tard.

Les enfants, principalement des garçons, se développaient normalement et ne présentaient aucun problème avant de recevoir le vaccin. Ils ont manifesté des symptômes «cérébraux aigus» dans les heures suivant l'injection. Une régression ou « échec du développement ultérieur » s'est produite par la suite.

L'inspection des dossiers de l'hôpital pour enfants au cours des dix dernières années a révélé 15 cas dans lesquels des enfants ont développé des symptômes cérébraux aigus dans les heures qui ont suivi l'administration du vaccin contre la coqueluche. Les enfants variaient entre 5 et 18 mois d'âge et, pour autant qu'il soit possible de juger des enfants de cette tranche d'âge, se développaient normalement selon les histoires fournies par leurs parents. Aucun n'avait eu de convulsions auparavant... Douze des enfants étaient

des garçons et trois étaient des filles, une différence de sexe également rencontrée par rapport à d'autres substances, comme le plomb, causant de graves lésions au système nerveux en développement. Au moment de l'inoculation, l'âge des enfants variait entre 5 et 18 mois. Des données sur le développement ont été obtenues en détail sur tous les enfants sauf deux, dont les mères ont simplement déclaré qu'ils s'étaient développés normalement. La référence aux histoires de cas a montré que de telles activités objectives telles que s'asseoir, marcher et parler étaient apparues chez de nombreux enfants avant les inoculations; et les régressions ou l'échec du développement ultérieur se sont produits après les encéphalopathies [toute maladie ou tout symptôme de maladie se rapportant à des troubles du cerveau] dans plusieurs cas. Dans la mesure où il était possible de juger, aucun des enfants n'était déficient avant leur maladie aiguë.{499}

Les auteurs ont longuement discuté des cas de ces enfants. À la fin de leur article, ils concluent que le risque du vaccin semble trop grand si la seule chose à éviter était "l'attaque moyenne de la coqueluche". Au moment de leur article, les décès dus à la coqueluche étaient devenus relativement rares.

En commun avec de nombreux autres matériaux biologiques utilisés par voie parentérale [et non par voie orale], un risque important d'encéphalopathie est associé à l'utilisation d'un vaccin prophylactique contre la coqueluche... L'utilisation universelle d'un tel vaccin n'est justifiée que s'il peut être démontré qu'il est efficace pour prévenir l'encéphalopathie ou la mort de la coqueluche elle-même dans de grands groupes d'enfants. Si l'évitement des désagréments de l'attaque moyenne de coqueluche est tout ce qui est attendu, le risque semble considérable. Des efforts pour diminuer le risque par la modification du vaccin ou de nouvelles méthodes d'administration semblent indiqués.{500}

Au fur et à mesure que l'utilisation du vaccin DTC s'est élargie, les articles dans les revues médicales qui se concentraient sur les conséquences graves du vaccin sont également devenus plus courants. Même si certains auteurs ont déterminé qu'il n'y avait

pas de problèmes ou qu'ils étaient rares, d'autres ont signalé des dommages neurologiques importants. En 1958, le Dr Berg a signalé un cas de retard mental suite à l'utilisation du vaccin.

On rapporte le cas d'un enfant normal de 8 mois qui, dans les 24 heures suivant une inoculation combinée diphtérie-coqueluche, est devenu fébrile [avec fièvre], somnolent et hypotonique. Des convulsions et des signes de détérioration mentale ont rapidement suivi. À l'âge de 3 ans, les convulsions persistaient encore et l'arriération mentale était importante. (QI = 23).{501}

Le Dr Berg a noté que, bien que certains se soient rétablis après une réaction grave, d'autres ont subi des dommages permanents ou sont décédés.

*Depuis que Madsen (1933) a attiré l'attention pour la première fois sur la possibilité de conséquences graves suite à une immunisation active contre la coqueluche, des rapports de séquelles neurologiques [conséquences secondaires] d'une telle immunisation sont venus de diverses parties du monde. Ces séquelles vont de convulsions passagères avec rétablissement complet à une paralysie grave, un retard mental et la mort.**{502}***

Étant donné que la coqueluche était devenue beaucoup plus douce et qu'il y avait un risque accru de complications neurologiques liées à la vaccination, la nécessité de la vaccination a été remise en question par intermittence. Par exemple, cet article de 1960 du Dr Justus Ström remettait une fois de plus en question l'idée d'une vaccination universelle.

A la lumière de ces circonstances, l'attitude à l'égard de la vaccination ne peut être la même dans tous les pays. Lorsqu'il y a risque et que les complications neurologiques peuvent être mortelles ou entraîner des conséquences graves pour l'individu et sa famille, il faut reconsidérer la situation. On peut donc se demander si la vaccination universelle contre la coqueluche est toujours justifiée, surtout au vu du caractère de plus en plus bénin de la maladie et de la très faible mortalité. Je doute de ses mérites au moins en Suède, et j'imagine que la même question peut se poser dans quelques autres

pays. Rappelons également que le nourrisson moderne doit recevoir un grand nombre d'injections et qu'une réduction de leur nombre serait un avantage manifeste.{503}

Le Dr Ström a détaillé les problèmes neurologiques après la vaccination et a noté que les complications étaient plus élevées du fait de la vaccination que des maladies acquises naturellement.

*En Suède, comme dans plusieurs autres pays, des complications neurologiques après la (triple) vaccination contre la coqueluche ont été observées. Une enquête nationale a montré que 36 cas de complications de ce type étaient survenus chez environ 215 000 enfants vaccinés (1 sur 6 000) entre 1955 et 1958. La plupart d'entre eux consistaient en des convulsions, un coma ou un effondrement, et les enfants ont retrouvé la santé; mais il y a eu quatre décès dont deux soudains et neuf cas révélateurs d'encéphalopathies avec lésions sévères (1 sur 17 000). Une enquête sur l'incidence des complications neurologiques après la coqueluche [maladie naturelle] a montré qu'elle n'était pas aussi élevée qu'après la vaccination.**{504}***

Le Dr Ström n'était pas le seul professionnel à demander l'arrêt de la vaccination contre la coqueluche. En 1981, le Dr Gordon Stewart a déclaré que la vaccination n'était pas justifiée parce que la plupart des cas de coqueluche étaient bénins et que le rétablissement procurait une immunité durable.

*Au Royaume-Uni et dans de nombreux autres pays, la coqueluche (et la rougeole) ne sont plus des causes importantes de décès ou de maladie grave, sauf chez une petite minorité de nourrissons qui sont généralement défavorisés. Dans ces conditions, je ne vois pas en quoi il est justifié de promouvoir partout la vaccination massive des enfants contre des maladies généralement bénignes, qui confèrent une immunité durable, et que la plupart des enfants échappent ou surmontent facilement sans être vaccinés.**{505}***

En 1979, quatre nourrissons sont morts dans les 24 heures après avoir reçu un lot spécifique du vaccin DTC. Un rapport a noté que

le vaccin avait été testé avant sa sortie et que les tests avaient été jugés « satisfaisants ».

Le 9 mars 1979, le département de la santé publique de l'État du Tennessee a signalé au CDC 4 décès chez des nourrissons âgés de 2 à 3 mois qui avaient reçu dans les 24 heures suivant leur décès une dose de vaccin DTC d'un seul lot, n° 64201, fabriqué par Wyeth Laboratories, Inc.

… Des autopsies ont été pratiquées sur 2 enfants et les 4 décès ont été répertoriés comme morts subites de nourrissons inexpliquées sur les certificats de décès… Une enquête sur les morts subites de nourrissons inexpliquées dans le Tennessee au cours des périodes d'août 1977 à mars 1978 à mars 1979 a révélé 74 et 77 décès, respectivement… Huit décès sont survenus dans la semaine suivant la vaccination au cours de la période 1978-79 ; 2 ont été enregistrés en 1977-78. Sur les 151 enfants décédés subitement, la proportion qui avait été vaccinée par le DTC dans les cliniques publiques était significativement plus élevée pour la période 1978-79.{506}

Le 11 mars, quelques jours seulement après le rapport, le Tennessee a retiré le lot n° 64201 des cliniques publiques de cet État. Le rapport hebdomadaire sur la morbidité et la mortalité (MMWR) du 21 mars indiquait que les laboratoires Wyeth avaient retiré ce lot en vrac de la distribution et de l'utilisation aux États-Unis.

Il n'a pas été précisé si ce lot a été détruit.

Un rapport de suivi a confirmé que 4 décès sont survenus dans les 24 heures suivant la réception du vaccin du lot 64201. Le rapport a également noté que parmi les données sur 114 enfants décédés à l'âge de 6 semaines ou plus, il y avait une proportion significativement plus élevée « qui avait déjà été vacciné contre le DTC. Une note éditoriale a conclu qu'il n'y avait aucune suggestion d'un plus grand risque de morts subites avec d'autres lots de DTC et que "le groupe de décès dans le Tennessee en association possible avec 1 lot particulier de vaccin DTC ne devrait pas

interférer avec les pratiques de vaccination infantile recommandées actuellement".{507}

La plupart des experts médicaux ont continué d'ignorer ces rapports et ont insisté sur le fait que le vaccin n'entraînait que rarement des problèmes neurologiques. Pour eux, toute encéphalopathie était considérée comme une simple coïncidence qui se serait produite même sans le vaccin. La plupart des autorités ont conclu que les lésions cérébrales permanentes résultant du DTP étaient un mythe. Comme cela s'était produit avec le vaccin contre la variole des années plus tôt, il y avait un préjugé médical contre l'admission qu'une procédure médicale fortement promue était en fait nocive.

Heureusement, quelques scientifiques ont soigneusement examiné la question et ont honnêtement cherché à déterminer si les effets indésirables étaient liés au vaccin DTC. Une étude de 1974 a déclaré que l'association entre le vaccin et les maladies neurologiques n'était pas un simple hasard.

*Nous ne pensons cependant pas que la majorité des cas que nous rapportons ici représentent une association fortuite en raison du regroupement de la maladie dans les 7 jours suivant l'inoculation, et en particulier dans les 24 premières heures. Ce regroupement est exceptionnel dans les dossiers du Département de neurologie où il y a eu une tentative soutenue de documenter à la fois la date d'apparition de toutes les maladies neurologiques et également le moment des inoculations. On suppose que le composant coquelucheux est responsable car les réactions décrites après l'inoculation du DTC sont similaires à celles observées après le vaccin anticoquelucheux seul.**{508}***

Afin d'apaiser les inquiétudes concernant le vaccin et de déterminer s'il était significativement toxique, un test utilisant des souris a été développé. Ce test brut a tenté de déterminer la sécurité des vaccins simplement en mesurant la perte de poids et les décès « liés au vaccin ».

*Le vaccin est testé pour sa toxicité par le test de gain de poids chez la souris. Pour ce test, des souris de 14 à 16 g sont injectées… au bout de 72 heures, le poids moyen par souris peut ne pas être inférieur au poids moyen des souris avant injection… au bout de sept jours, il peut ne pas y avoir plus de 5 % de décès de souris liés au vaccin dans tous les tests de toxicité effectués.**{509}***

Bien que ce soit le test standard accepté pour la sécurité, un rapport d'Eli Lily de 1962 a montré qu'il n'y avait aucune relation entre ce test de toxicité chez la souris et les dommages neurologiques chez les enfants.

*Il est évident que des réactions neurologiques graves se sont produites chez des enfants après avoir été vaccinés avec des vaccins contre la coqueluche qui ont passé avec succès les tests de toxicité et d'activité actuellement utilisés… Il était clair qu'il n'y avait aucune corrélation entre le test de toxicité chez la souris et les taux de réaction chez les enfants.**{510}***

Le débat concernant les dommages neurologiques causés par le vaccin s'est poursuivi. Beaucoup soutenaient encore que le risque était faible ; cependant, en 1977, le Dr Gordon Stewart a écrit que le risque de se faire vacciner était plus grand que celui de contracter la coqueluche.

En raison du déficit national en données épidémiologiques et en intelligence, il est impossible d'estimer la prévalence du syndrome de réaction coquelucheuse ou des lésions cérébrales et troubles mentaux ultérieurs. Il est peu probable qu'il soit inférieur à 1 sur 60 000, mais il pourrait être aussi élevé que 1 sur 10 000, ou sous sa forme transitoire, encore plus élevé. S'il est de 1 sur 20 000, au moins 30 enfants souffriront de lésions cérébrales permanentes au Royaume-Uni chaque année et beaucoup d'autres pourraient commencer, tôt dans la vie, aux premiers stades d'une démence organique qui, dans sa forme ultime, présente les caractéristiques d'une maladie démyélinisante et d'une atrophie cérébrale. Ce risque dépasse de loin le risque actuel de décès ou de dommages

permanents dus à la coqueluche ou même, dans certaines régions du pays, le risque de la contracter.{511}

Une étude de 1983 a déclaré que les réactions d'un certain type étaient courantes et que des convulsions se produisaient dans environ 1 vaccination sur 1 750.

... le vaccin contre la coqueluche a été noté comme étant réactogène, avec des réactions mineures survenant chez 50 à 60 % des vaccinés et des convulsions et des épisodes d'hypotonie-hyporéactivité survenant dans environ 1:1 750 immunisations. L'encéphalopathie a été diversement estimée survenant dans 1:6 500 à 1:510 000 vaccins.{512}

Ce rapport de 1980 liait l'utilisation du vaccin DTC à des convulsions. L'auteur a noté que ces dommages graves étaient d'autant plus abominables qu'ils provenaient d'un traitement médical effectué sur des enfants en parfaite santé.

*...puisqu'il y aune différence significative entre l'incidence des crises spontanées chez les enfants du même groupe d'âge et l'incidence après DTP, une relation causale entre le DTC et les crises semble confirmée... les dommages graves sont d'autant plus tragiques qu'ils sont iatrogènes [d'origine médicale] et dans la plupart des cas affectent principalement des enfants en parfaite santé.**{513}***

L'Institute of Medicine (IOM) a été créé en 1970 en tant qu'organisation indépendante à but non lucratif qui travaillait en dehors du gouvernement pour fournir des conseils impartiaux et faisant autorité aux décideurs et au public. Le rapport de l'IOM de 1985 de l'Académie nationale des sciences des États-Unis faisait état du problème des réactions indésirables au vaccin anticoquelucheux à germes entiers. Le panel a estimé qu'il y avait 17 994 600 doses de vaccin à germes entiers administrées chaque année. Le résultat a été 7 197 840 cas de réactions mineures, 10 283 convulsions, 164 cas d'encéphalite et 58 cas d'invalidité chronique, avec des coûts se chiffrant en millions. Le panel a également estimé que le DTP à cellules entières causait deux à quatre décès par an.{514}

À la suite de leurs découvertes, l'IOM a recommandé de passer à la version acellulaire, ou DTaP, qui contenait de la toxine coquelucheuse inactivée (PT) et, selon le fabricant, un ou plusieurs autres composants bactériens. L'espoir était qu'il réduirait considérablement le nombre de réactions du fait qu'il s'agissait d'une substance moins antigénique.

Même après le rapport objectif de l'OIM, la plupart des responsables ont continué à croire que les réactions graves étaient très rares. Mais en 1991, le professeur Wolfgang Ehrengut, ancien directeur de l'Institut de vaccinologie et de virologie de Hambourg, en Allemagne, a écrit qu'il y avait un fort préjugé contre l'idée que des complications du système nerveux central (SNC) suivraient la vaccination contre la coqueluche. Ses 35 années d'étude des complications post-immunisation de la coqueluche l'ont qualifié d'expert.

*En conclusionJe suis convaincu que les complications du système nerveux central de la coqueluche sont une réalité et qu'elles sont, à mon sens, sous-estimées. La polémique sur l'acceptation légale de l'existence de l'encéphalopathie vaccinale contre la coqueluche a trouvé son terme.**{515}*

La principale préoccupation a continué de se concentrer sur l'encéphalopathie après la vaccination. En 1992, l'analyse du vaccin DTC a montré un lien avec l'encéphalopathie alors que le vaccin DT ne l'a pas fait.

Des associations significatives ont été révélées entre l'encéphalopathie et la réception du vaccin DTC moins de 7 jours avant le début de la maladie ou entre l'encéphalopathie et la réception du vaccin contre la rougeole dans les 7 à 14 jours précédant le début de la maladie, mais aucune association n'a été détectée avant la vaccination DT.{516}

Le "Parent's Guide to Childhood Immunizations" de 1993 publié par le CDC a promu l'idée que bien qu'il puisse y avoir une réaction au DTC, d'éventuelles lésions cérébrales n'avaient "pas été prouvées". La possibilité de décès dû au vaccin n'a pas été

mentionnée. Des études antérieures, y compris le rapport de l'Institute of Medicine de 1985 montrant 10 300 crises, 164 cas d'encéphalite, 60 cas d'invalidité chronique et 2 à 4 décès par an dus au DTC, ont dû être manquées par les auteurs du CDC.

Environ 1 enfant sur 100 peut pleurer longtemps (3 heures ou plus) après s'être fait vacciner. Environ un coup sur 1 750, un enfant aura des complications. De plus, environ un enfant sur 1 750 coups peut devenir mou ou pâle par la suite. Ces effets secondaires ne durent pas longtemps et n'ont pas été connus pour causer des dommages permanents... Des lésions cérébrales permanentes ont été signalées à de rares occasions après qu'un enfant a été vacciné avec le DTC. Cependant, la plupart des experts pensent qu'un lien entre le DTP et les lésions cérébrales n'a pas été prouvé.{517}

Les preuves du danger des vaccins DTP à cellules entières se sont accumulées. Un autre rapport majeur de l'Institute of Medicine publié en 1994 a confirmé qu'il existait une relation entre le vaccin DTC et l'encéphalopathie.

Les preuves sont cohérentes avec une relation causale pour l'encéphalopathie aiguë, le choc et «l'état inhabituel de type choc».”{518}

La plupart des pays développés utilisent les vaccins acellulaires, mais le vaccin à cellules entières est encore utilisé dans le monde entier.{519}

Risque de décès par coqueluche : historique et données complètes
Les opinions du Dr Stewart et d'autres médecins partageant une opinion similaire étaient encore minoritaires. Ceux qui ont admis que la gravité historique de la coqueluche était inchangée ont conclu que les avantages du vaccin devaient en quelque sorte l'emporter sur les risques. Cette hypothèse erronée reposait en partie sur l'illusion que l'introduction du vaccin avait entraîné la réduction des décès dus à la coqueluche. Une longue étude sur la coqueluche et le vaccin contre la coqueluche a été publiée en 1988 dans Pediatrics. Le tout premier paragraphe du document stipule ce qui suit.

Aux États-Unis, la coqueluche a été maîtrisée avec succès par la vaccination systématique de masse des nourrissons et des enfants. À l'ère prévaccinale, il y avait 115 000 à 270 000 cas de coqueluche et 5 000 à 10 000 décès dus à la maladie chaque année. Au cours des 10 dernières années, il y a eu 1 200 à 4 000 cas et cinq à dix décès par an.{520}

Ce paragraphe a donné le ton pour le reste de l'article en indiquant que des milliers de personnes mouraient chaque année de la coqueluche, mais après l'introduction du vaccin DTP, très peu en moururent. Quiconque croyait à cette affirmation croirait, bien sûr, aux avantages du vaccin.

Les auteurs font référence à un document intitulé "Historical Statistics of the United States Colonial Times to 1957". D'après cet article, il était clair qu'entre 1900 et 1934, entre 5 000 et environ 10 000 personnes mouraient chaque année de la coqueluche. Un autre document du CDC a également montré qu'entre 1970 environ et le moment de l'étude en 1988, il y avait environ 5 à 10 décès annuels dus à la coqueluche. Donc, en fait, la déclaration des auteurs est vraie. Cependant, il était basé sur des données sélectives et ne représentait pas l'image complète.

Afin d'examiner un problème, il est important de se poser les bonnes questions. Le titre du document, « Rapport du groupe de travail sur la coqueluche et l'immunisation contre la coqueluche », implique que l'accent est mis sur la vaccination.

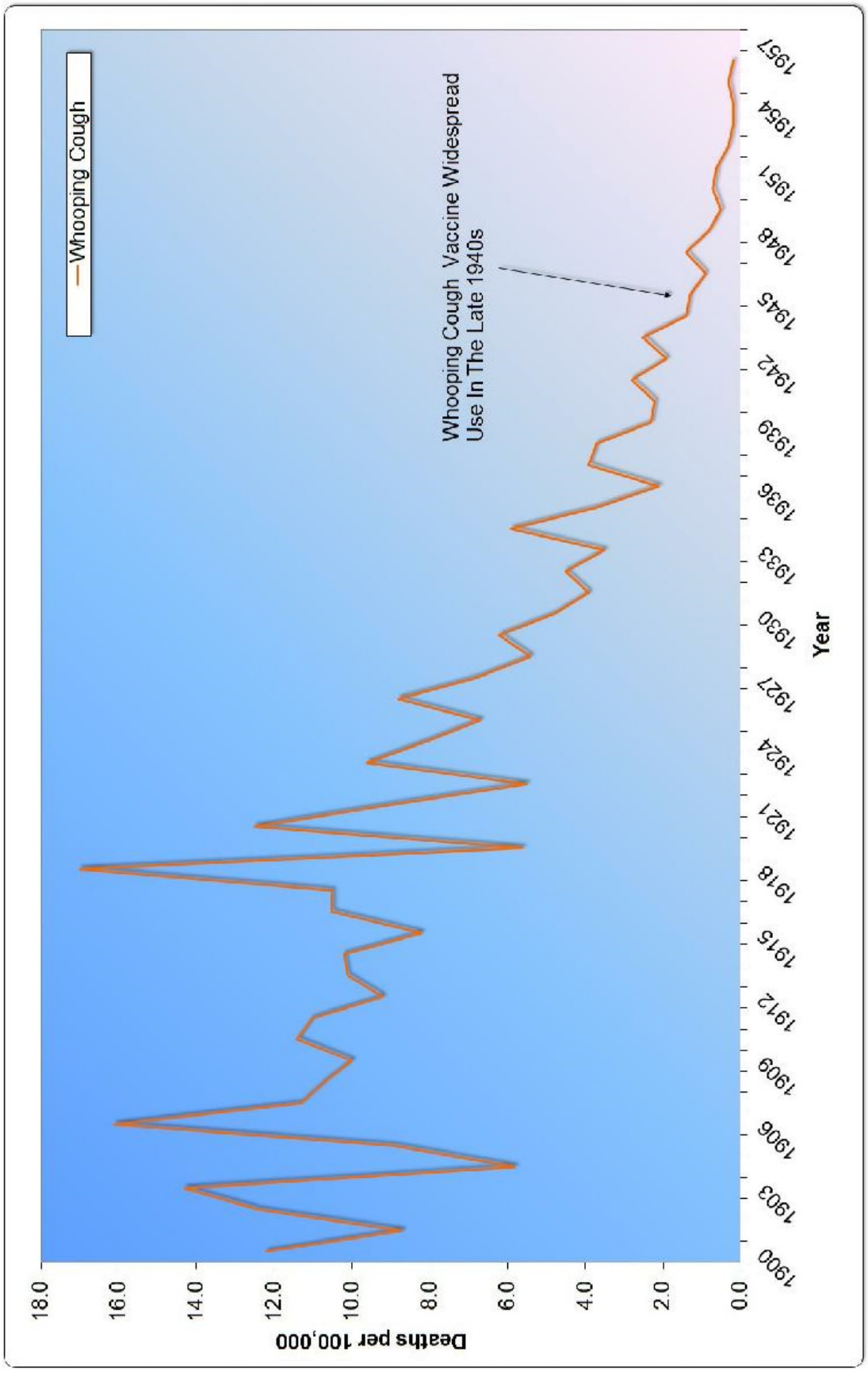
Le premier paragraphe indique que le vaccin a été le seul facteur de la baisse de la mortalité due à la coqueluche.

En utilisant les documents de référence des auteurs, il est clair que la baisse la plus marquée des décès dus à la coqueluche s'est produite avant l'introduction du vaccin à la fin des années 1940.

(Graphique 13.1). En examinant le pourcentage de déclin par rapport au pic, les données des auteurs montrent que le taux de mortalité par coqueluche aux États-Unis avait déjà chuté d'environ

92 % avant que le vaccin ne soit largement utilisé et que le vaccin n'a eu aucun effet appréciable sur la tendance à la baisse.

Graphique 13.1 (ci-dessous) :Taux de mortalité par coqueluche aux États-Unis de 1900 à 1957.



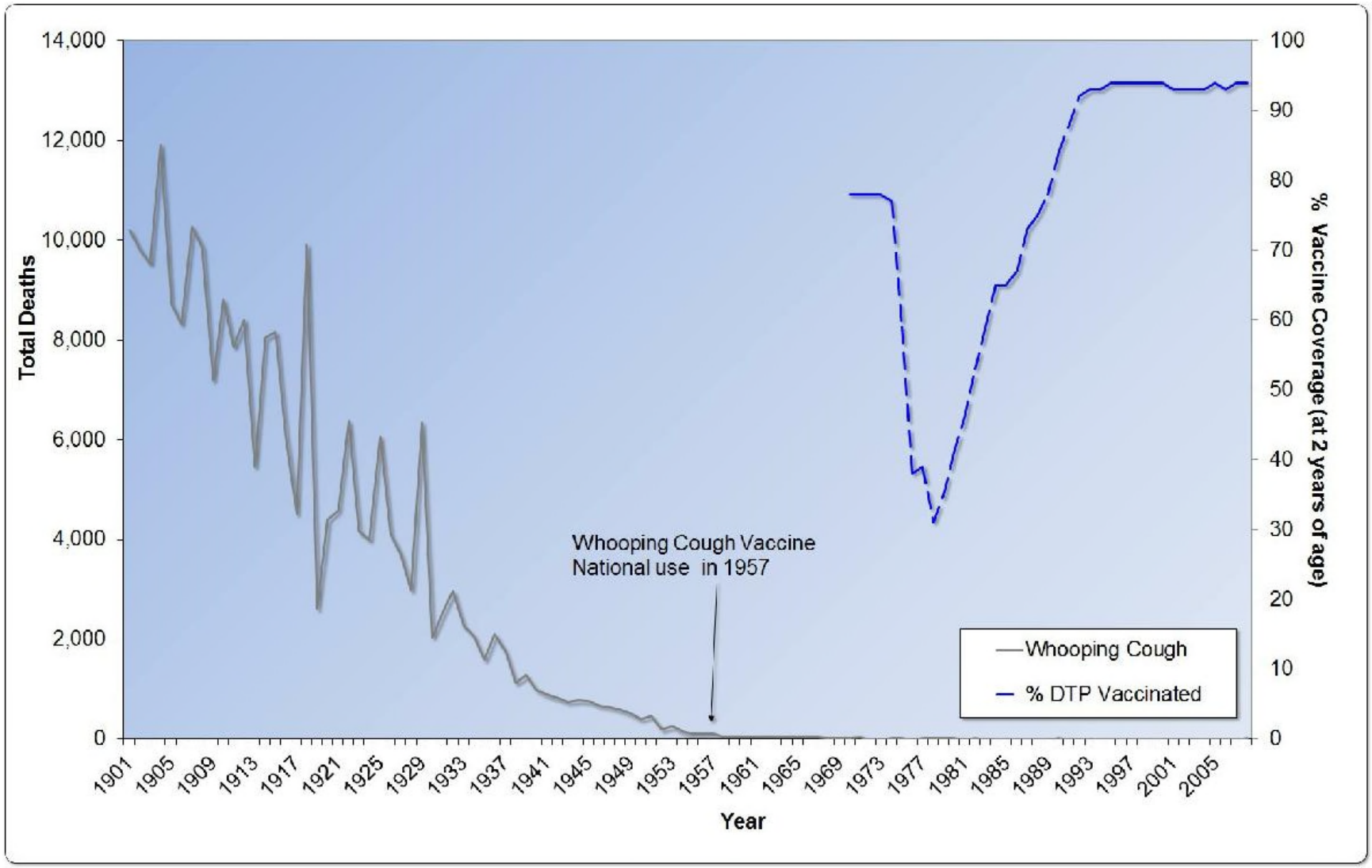
Graphique 13.1 (ci-dessus) :Taux de mortalité par coqueluche aux États-Unis de 1900 à 1957.

Les données d'Angleterre et du Pays de Galles sont encore plus impressionnantes, montrant que le taux de mortalité par coqueluche avait chuté de plus de 99% avant l'utilisation du vaccin. La croyance selon laquelle la vaccination a contribué à la baisse de la mortalité n'est pas étayée par les données. Pourtant, en lisant l'article de Pediatrics, le lecteur - un médecin - aurait accepté la croyance que le vaccin était le seul facteur.

Cela explique le comportement des médecins et leur peur de la coqueluche qui les pousse à pousser le vaccin même à ceux qui n'en veulent pas. Les médecins ne reçoivent pas d'informations impartiales à l'école de médecine ou au cours de leur carrière. Pour que les médecins apprennent toute la vérité, ils doivent la rechercher et ensuite faire face à la dissonance cognitive qui en résulte. Il est très difficile de continuer à pratiquer la médecine sous les diktats conventionnels une fois que cette vérité est acceptée.

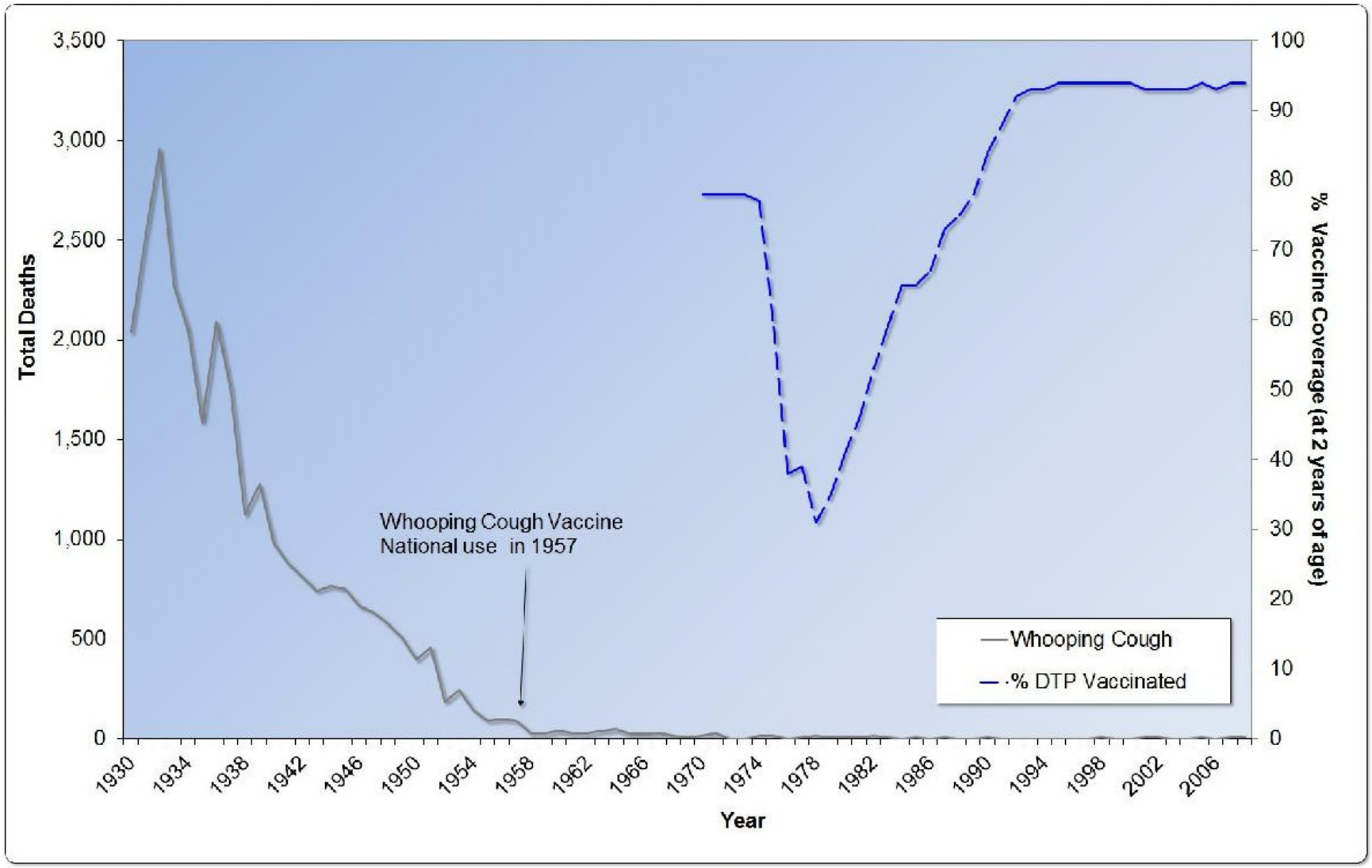
Un examen approfondi des données officielles complètes montre une baisse évidente et spectaculaire des décès dus à la coqueluche entre 1902 et 2008. Le taux de couverture par le vaccin DTC a été officiellement enregistré en Angleterre à partir de 1970. Mais en 1957, lorsque la vaccination a commencé à l'échelle nationale, les décès de la coqueluche avait déjà pratiquement disparu (graphique 13.2 et graphique 13.3).

Graphique 13.2 (ci-dessous) :Mortalité due à la coqueluche en Angleterre et au Pays de Galles par rapport à la couverture vaccinale DTP de 1901 à 2008.


14,000
12,000
10,000
8,000
6,000
4,000
2,000
0
Total Deaths
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
% Vaccine Coverage (at 2 years of age)
Whooping Cough Vaccine
National use in 1957
Whooping Cough
% DTP Vaccinated
1901
1905
1909
1913
1917
1921
1925
1929
1933
1937
1941
1945
1949
1953
1957
1961
1965
1969
1973
1977
1981
1985
1989
1993
1997
2001
2005
Year

Graphique 13.2 (ci-dessus) :Mortalité due à la coqueluche en Angleterre et au Pays de Galles par rapport à la couverture vaccinale DTP de 1901 à 2008.

Graphique 13.3 (ci-dessous) :Mortalité due à la coqueluche en Angleterre et au Pays de Galles par rapport à la couverture vaccinale DTP de 1930 à 2008.

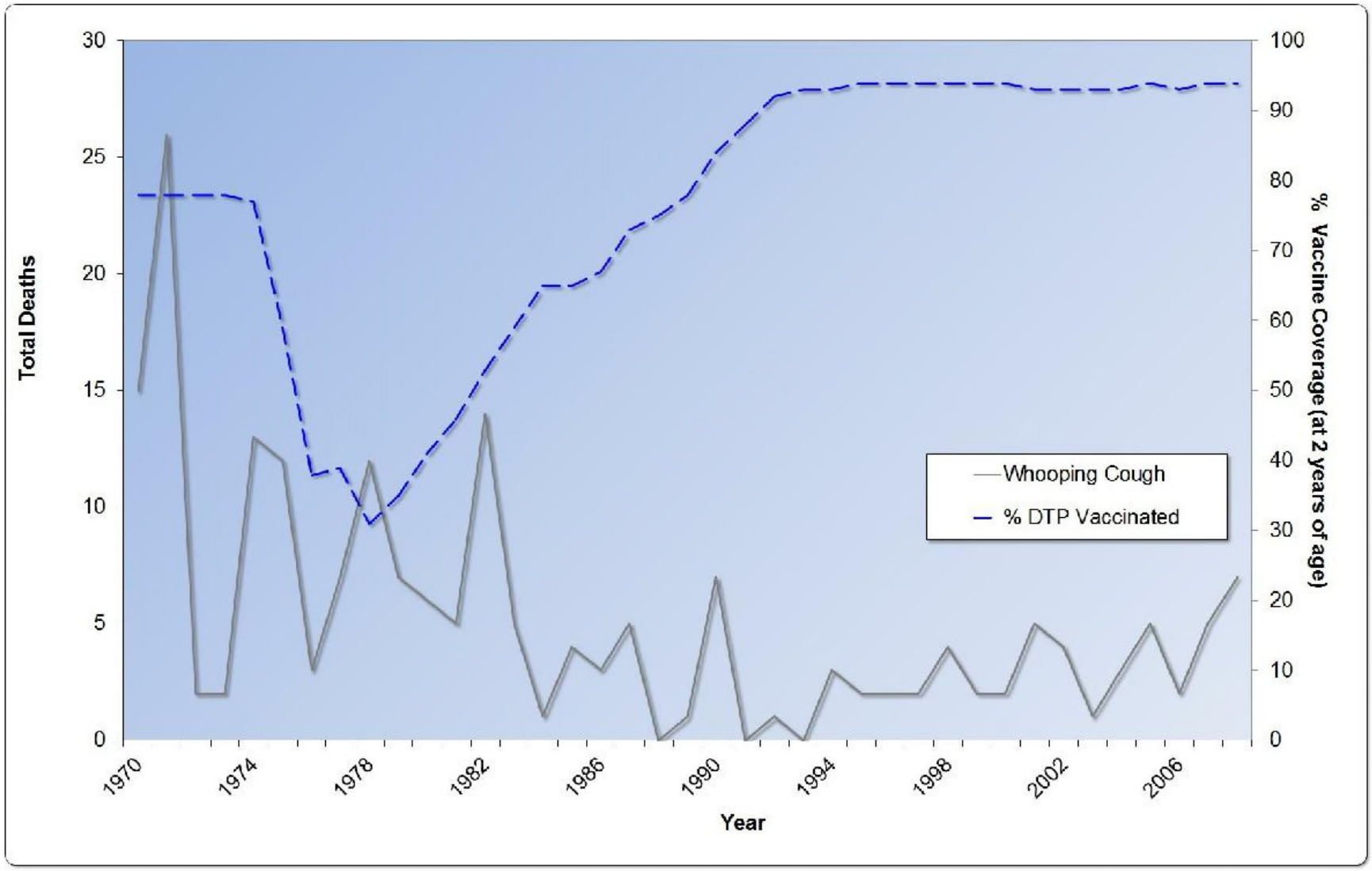

Total Deaths
3,500
3,000
2,500
2,000
1,500
1,000
500
0
% Vaccine Coverage (at 2 years of age)
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
Whooping Cough Vaccine
National use in 1957
Whooping Cough
% DTP Vaccinated
1930
1934
1938
1942
1946
1950
1954
1958
1962
1966
1970
1974
1978
1982
1986
1990
1994
1998
2002
2006
Year

Graphique 13.3 (ci-dessus) :Mortalité due à la coqueluche en Angleterre et au Pays de Galles par rapport à la couverture vaccinale DTP de 1930 à 2008.

En raison du nombre inférieur de décès dans un pays de la taille de l'Angleterre, il est difficile de déterminer l'effet que le vaccin a pu avoir ou non sur la prévention de la mortalité (graphique 13.4). Cependant, les auteurs d'un article de 1984 notent que bien qu'il y ait eu une baisse spectaculaire des taux de vaccination en Angleterre entre le milieu des années 1970 et le milieu des années 1980, il n'y a pas eu d'augmentation du nombre de décès.

*L'épidémie de coqueluche de 1974-5 en Angleterre a touché une population dont 80 % des enfants avaient été vaccinés contre la coqueluche. À cette époque, les craintes concernant le vaccin contre la coqueluche ont provoqué une chute spectaculaire des taux de vaccination et, par conséquent, une forte augmentation des notifications. Malgré cette augmentation, le nombre de décès n'a pas augmenté et il a été suggéré que la maladie pourrait maintenant être moins grave.**{521}***

Graphique 13.4 (ci-dessous) :Mortalité due à la coqueluche en Angleterre et au Pays de Galles par rapport à la couverture vaccinale DTP de 1970 à 2008.


Total Deaths
% Vaccine Coverage (at 2 years of age)
Year
Whooping Cough
% DTP Vaccinated
0
5
10
15
20
25
30
0
10
20
30
40
50
60
70
80
90
100
1970
1974
1978
1982
1986
1990
1994
1998
2002
2006

Graphique 13.4 (ci-dessus) :Mortalité due à la coqueluche en Angleterre et au Pays de Galles par rapport à la couverture vaccinale DTP de 1970 à 2008.

Une étude publiée en 1984 a déterminé qu'il y avait en fait eu une diminution des admissions à l'hôpital et des décès liés à la coqueluche après la baisse des taux de vaccination. Ce résultat était exactement le contraire de ce qui aurait dû se produire en raison de la baisse des taux de vaccination - si le vaccin prévenait vraiment une maladie grave.

*Depuis le**Baisse de l'immunisation contre la coqueluche il y a eu une baisse inattendue des admissions et des taux de mortalité pour la coqueluche, une baisse qui a touché des enfants de tous âges et de tous statuts vaccinaux.{522}*

En Suède, des examens effectués en 1978 ont montré que 84 % des enfants dont la coqueluche avait été confirmée avaient déjà reçu trois doses de vaccin. En conséquence, le vaccin DTC à cellules entières a été jugé inefficace. Combiné aux préoccupations concernant sa sécurité, le ministère suédois de la santé a recommandé l'arrêt de la vaccination contre la coqueluche en 1979.

En 1978, 5 140 cas de coqueluche confirmés bactériologiquement ont été signalés au Laboratoire national de bactériologie de Stockholm. L'enquête d'un sous-échantillon a montré que sur 620 enfants âgés de 1 à 6 ans atteints de la maladie, 521 (84 %) avaient reçu trois injections de vaccin contre la coqueluche. Une autre enquête a révélé que 84% des 38 015 enfants d'âge préscolaire nés entre 1974 et 1978 dans diverses régions de Suède avaient reçu trois injections de vaccin contre la coqueluche... Comme le vaccin contre la coqueluche fabriqué en Suède manquait manifestement d'effet protecteur, la vaccination a été arrêtée en 1979.{523}

... la confiance dans le vaccin a été tellement ébranlée qu'il a été progressivement réduit en puissance et finalement, en 1979, retiré au motif qu'il était à la fois inefficace et peut-être dangereux.

L'incidence de la coqueluche en Suède revient maintenant à ce qu'elle était avant l'ère de la vaccination, bien que la maladie clinique soit signalée comme bénigne.{524}

Une lettre de 1995 de Victoria Romanus à l'Institut suédois de contrôle des maladies infectieuses indiquait que les décès dus à la coqueluche restaient proches de zéro. La population suédoise était de 8 294 000 en 1979 et de 8 831 000 en 1995. De 1981 à 1993, 8 enfants ont été enregistrés comme mourants, la cause du décès étant la coqueluche. Cela représente en moyenne environ 0,6 enfant par an qui meurent peut-être à cause de la coqueluche. Ces chiffres montrent que la probabilité de mourir de la coqueluche en Suède était d'environ 1 sur 13 000 000, même lorsqu'il n'y avait pas de programme national de vaccination.{525}

Baisse du taux de maladie : réalité et fiction

Le vaccin n'a pas eu beaucoup d'impact sur le taux de mortalité global, mais le taux de maladie a semblé diminuer. Quel crédit le vaccin devrait-il recevoir ?

Lorsque j'ai commencé à pratiquer en 1921, le taux de mortalité par coqueluche était de 321,6 pour 100 000 nourrissons au cours de leur première année de vie. Ce chiffre a régulièrement diminué au fil des ans pour atteindre 1,6 pour 100 000 en 1960 et a régulièrement diminué depuis lors. La baisse de la mortalité, qui a accompagné la baisse de l'incidence, pourrait être due à plusieurs facteurs dont la lente perte de virulence de l'organisme. Il a été difficile de prouver que l'utilisation du vaccin était entièrement responsable de cette diminution de l'incidence.{526}

Même si le vaccin peut conférer un certain degré de protection par anticorps à quelques-uns des nombreux antigènes et toxines, la manière biaisée dont les enfants ont été testés pourrait avoir joué un rôle dans la diminution de l'incidence enregistrée et la réputation gonflée du vaccin.{527}En 2012, le Dr Jenkinson a déclaré que la coqueluche n'avait jamais vraiment disparu.

L'augmentation des cas signalés coïncide avec des augmentations similaires aux États-Unis et en Australie. Une grande partie de cette augmentation est probablement le résultat d'une meilleure reconnaissance et d'un meilleur diagnostic.

*Mes données fournissent de bonnes preuves qu'il n'a jamais disparu. Ce qui a disparu, c'est la capacité des médecins à le reconnaître, et en l'absence d'un test de diagnostic praticable, les chiffres officiels****tombé… les commentaires des personnes qui ont eu la coqueluche indiquent qu'au cours des cinq dernières années, les médecins au Royaume-Uni, aux États-Unis et en Australie sont devenus plus disposés à envisager le diagnostic chez les adultes. Cela coïncide avec la plus grande disponibilité d'un test sanguin pratique… Je pense que l'Agence de protection de la santé devrait être prudente lorsqu'elle utilise ses propres données éventuellement erronées…{528}***

Les statistiques officielles ont montré une diminution de l'incidence de la coqueluche; cependant, la maladie est encore répandue. Lors d'un séminaire de 1996 sur la coqueluche et la vaccination contre la coqueluche, le Dr Paul Fine a noté à quel point il peut être difficile de diagnostiquer la coqueluche. Il a également souligné que, parce qu'il existe une forte croyance en la vaccination, le biais parmi les médecins et les infirmières ne peut que fausser les résultats pour surestimer l'efficacité du vaccin.

*Je pense que le diagnostic de la coqueluche est difficile. Je sais qu'il y a actuellement dans cette salle l'un des experts mondiaux de la coqueluche, diplômé en médecine, dont le propre enfant a toussé pendant six semaines avant même qu'un diagnostic de coqueluche ne soit envisagé... Je me demande ce qui nous manque là-bas ?**{529}***

Une toux prolongée chez les adolescents et les adultes peut être le seul symptôme de la coqueluche. Beaucoup de gens ne demandent pas de soins médicaux pour cette toux gênante. Lorsqu'ils consultent un médecin, leur maladie n'est souvent pas diagnostiquée comme une coqueluche, en partie parce que la communauté médicale la perçoit comme une maladie infantile contrôlée par la vaccination.

Souvent, les médecins n'envisagent pas la coqueluche chez les enfants entièrement vaccinés ou dans la population plus âgée. Les statistiques officielles sur l'incidence ne reflètent pas la véritable quantité de coqueluche circulante chez les personnes de tous âges.

Les données générées au cours des 15 dernières années suggèrent que la circulation de la coqueluche B se produit chez les adolescents et les adultes et se manifeste par des toux prolongées, qui passent le plus souvent inaperçues comme coqueluche.{530}

Des études épidémiologiques récentes ont montré que l'incidence et la prévalence de l'infection à Bordetella pertussis chez les adultes sont beaucoup plus élevées que celles rapportées précédemment. Dans des études sur des adultes souffrant de toux chronique, 20 à 25 % d'entre eux présentaient des signes sérologiques d'infection récente à B. pertussis. Cependant, la coqueluche est rarement

envisagée chez l'adulte car les signes et les symptômes ne sont pas spécifiques.{531}

Les rapports sont les plus élevés pendant les pics épidémiques, en partie en raison de l'augmentation des cas, mais principalement en raison d'une sensibilisation accrue et de l'anxiété de la communauté alimentée par les médias. De nombreux parents sont pleins d'effroi et de malheur, seulement pour découvrir que l'offre d'antibiotiques du système médical ne fait rien pour modifier la gravité de la toux et pour découvrir plus tard le pouvoir beaucoup plus grand du traitement à la vitamine C, qu'ils utilisent souvent sur leurs enfants suivants. .

Il y a eu une autre contribution à la période de déclin perçu de la coqueluche, et cela a impliqué un changement de politique dans les années 1990. Semblable à ce qui s'est passé avec la poliomyélite en 1954, la définition de cas de la coqueluche a été affinée dans les années 1990, éliminant de nombreux cas qui auraient auparavant été étiquetés comme coqueluche.

*À l'époque des essais d'efficacité des vaccins pédiatriques contre la diphtérie et le tétanos et la coqueluche acellulaire (DCaT) au début des années 1990, on espérait qu'une définition de cas universelle pourrait être élaborée afin que les résultats des divers essais puissent être comparés. À cette fin, la définition de cas de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a été élaborée. La définition de cas primaire nécessitait une confirmation en laboratoire et 21 jours de toux paroxystique. J'étais membre du comité de l'OMS et j'étais en désaccord avec la définition de cas principale car il était clair à l'époque que cette définition éliminerait un nombre substantiel de cas et donc gonflerait les valeurs d'efficacité rapportées.**{532}***

Promesses non tenues

Comme cela avait été la promesse avec tous les vaccins à leur création, on s'attendait à ce que les personnes vaccinées soient protégées à vie contre la coqueluche.

La primo-vaccination contre la coqueluche est considérée comme suffisante pour conférer une protection à vie...{533}

Tout comme la promesse d'une protection à vie pour les autres vaccins n'a jamais été tenue, elle n'a pas été tenue pour la coqueluche. Il n'est pas facile d'admettre que la vaccination confère une immunité inférieure, mais aujourd'hui, il est généralement reconnu que la vaccination ne produit pas d'immunité à vie.

On pense que l'immunité après une maladie clinique [naturelle] est relativement complète et permanente. Des secondes attaques ont été documentées à l'époque de la prévaccination, mais elles étaient apparemment rares.{534}

*Les données limitées disponibles sur la durée de l'immunité induite par le vaccin contre la coqueluche suggèrent que les personnes vaccinées deviennent sensibles à la coqueluche environ 5 à 10 ans après la vaccination..**{535}***

L'expérience a montré que l'efficacité du vaccin se dégrade avec le temps. Les premières études sur le vaccin DTC à cellules entières plus antigénique ont indiqué que l'immunité avait pratiquement disparu en aussi peu que 12 ans.

L'efficacité du vaccin contre la coqueluche reste controversée. Des changements sociaux, culturels, nutritionnels et thérapeutiques se sont produits en même temps que l'introduction du vaccin et expliquent en partie la baisse de l'incidence. Cependant, la plupart des auteurs conviennent que le vaccin est protecteur, bien que la contribution relative au contrôle reste non documentée... L'acceptation des risques importants associés au vaccin contre la coqueluche est encore compliquée par la preuve que l'immunité

n'est pas maintenue. La sensibilité à la coqueluche 12 ans après la vaccination peut atteindre 95 %, comme on l'a noté dans une épidémie parmi le personnel hospitalisé à Cincinnati.{536}

Une épidémie de coqueluche en 1993 a démontré que la maladie était passée des enfants plus jeunes aux enfants plus âgés. Ceux qui avaient reçu le nombre approprié de vaccins étaient quand même infectés.

*Lors de l'épidémie de coqueluche de 1993 à Cincinnati, il y a eu un changement radical dans la répartition par âge des patients, des nourrissons aux enfants plus âgés, adolescents et adultes vaccinés. Le plus troublant a été l'apparition d'épidémies de coqueluche chez des enfants correctement vaccinés pour leur âge.**{537}***

Une étude de 2007 chez des adultes a montré que les anticorps induits par le vaccin DTaP acellulaire diminuent de manière significative après seulement un an.{538}En 2004, le Dr Cherry a publié les résultats d'un essai prospectif portant sur 1 793 adolescents et adultes ayant reçu des vaccins anticoquelucheux acellulaires. Seulement 20 pour cent avaient des concentrations mesurables d'anticorps IgG contre la toxine coquelucheuse après un mois. D'autres antigènes moins spécifiques étaient également faibles, à 68, 59 et 39 % pour l'hémagglutinine filamenteuse, la pertactine et les fimbriae de types 2 et 3, respectivement.{539}Selon l'auteur, l'anticorps dirigé contre la toxine coquelucheuse est spécifique d'une infection passée par Bordetella pertussis (B. pertussis), tandis que l'anticorps anti-FHA, PRN et FIM peut également être dû à une infection par d'autres espèces de Bordetella. De plus, l'anticorps contre la FHA peut également être le résultat d'anticorps à réaction croisée contre les protéines de Mycoplasma pneumoniae et d'autres agents non identifiés. Ainsi, l'anticorps anti-coquelucheux est l'anticorps le plus spécifique mesuré, et ces niveaux étaient les plus bas de tous après seulement un mois.{540}

Mais l'histoire est encore plus compliquée car, même si des anticorps sont générés, cela ne signifie pas que les bactéries

seront tuées. Selon Weingart, la vaccination de rappel des adultes avec des vaccins anticoquelucheux acellulaires n'augmente pas nécessairement l'activité bactéricide par rapport aux niveaux de pré-immunisation.

{541}Au lieu de reconnaître l'inutilité d'essayer de contrôler cette maladie endémique avec des vaccins, la conclusion, même dans les articles qui démontrent le manque d'efficacité et d'efficacité, est toujours de vacciner les personnes âgées et de les vacciner souvent.

Une étude très récente du Dr David Witt, chef des maladies infectieuses au Kaiser Permanente Medical Center de San Rafael, en Californie, a révélé que le vaccin DTaP perdait son efficacité chez les enfants en aussi peu que trois ans.

Le vaccin contre la coqueluche administré aux bébés et aux tout-petits perd une grande partie de son efficacité après seulement trois ans - beaucoup plus rapidement que ne le pensaient les médecins... "J'ai été troublé de constater que nous avions peut-être un peu plus confiance dans le vaccin qu'il ne le mériterait", a déclaré le chercheur principal, le Dr David Witt.{542}

L'étude de 2012 du Dr Witt et de ses collègues a montré que la majorité des enfants qui avaient la coqueluche, comme l'ont confirmé les tests de laboratoire, avaient été vaccinés.

Sur les 132 patients âgés de 18 ans ou moins au moment de la maladie, 81 % étaient complètement vaccinés, 11 % sous-vaccinés et 8 % jamais vaccinés. Sur les 103 personnes âgées de 12 ans ou moins, 85 % étaient complètement vaccinées, 7 % sous-vaccinées et 8 % jamais vaccinées.{543}

Contrairement à une large croyance médicale, la maladie n'a pas plus frappé les non-vaccinés que les vaccinés, comme le prévoient généralement les partisans du vaccin. L'incidence la plus élevée de la maladie concernait en fait les enfants de 8 à 12 ans qui avaient déjà été complètement vaccinés.

*Notre population non vaccinée et sous-vaccinée ne semble pas contribuer de manière significative à l'augmentation du taux de coqueluche clinique. Étonnamment, l'incidence la plus élevée de la maladie était parmi les enfants précédemment vaccinés dans le groupe d'âge de huit à douze ans... Étonnamment, dans les groupes d'âge de 2 à 7 ans et de 8 à 12 ans, il n'y avait pas de différence significative dans les taux d'attaque entre les enfants complètement vaccinés et sous- et enfants non vaccinés...**{544}***

Certains estiment que jusqu'à un tiers des adolescents et des adultes souffrant d'une toux prolongée sont infectés par la bactérie B. pertussis. Cela s'applique même à ceux qui ont été vaccinés ou qui ont eu une maladie naturelle.

*Il est important de noter que les 13 études portant sur des adolescents et des adultes souffrant de toux prolongée ont trouvé des preuves d'infection à B. pertussis. Ces études ont été menées dans 6 pays et 7 zones géographiques des États-Unis sur une période de 16 ans. Ces données suggèrent que l'infection à B. pertussis chez les adolescents et les adultes est endémique...**{545}***

*Bien que la coqueluche soit traditionnellement considérée comme une maladie de l'enfance, elle était bien documentée chez les adultes il y a près d'un siècle et est actuellement reconnue comme une cause importante de maladies respiratoires chez les adolescents et les adultes, y compris les personnes âgées. En raison du déclin de l'immunité, la coqueluche chez l'adulte et l'adolescent peut survenir même en cas d'antécédents d'immunisation complète ou de maladie naturelle... Des études menées au Canada, au Danemark, en Allemagne, en France et aux États-Unis indiquent qu'entre 12 et 32 % des adultes et des adolescents atteints qui toussent depuis au moins 1 semaine sont infectés par Bordetella pertussis.**{546}***

Pourquoi la coqueluche est-elle si répandue alors qu'un vaccin est disponible depuis les années 1940 ? Une étude de 2003 a montré que le vaccin était loin d'être aussi efficace qu'on le croit généralement. Bien que le taux de vaccination en Nouvelle-Zélande soit d'au moins 80 %, la protection efficace contre la

maladie peut avoir été aussi faible que 33 %, ce qui indique que le vaccin a un taux d'échec élevé.

*Les chiffres obtenus indiquent qu'en Nouvelle-Zélande le taux de vaccination efficace contre la coqueluche est inférieur à 50 %, et peut-être même aussi bas que 33 % de la population. Ces chiffres contredisent les statistiques médicales qui prétendent que plus de 80% des nouveau-nés en Nouvelle-Zélande sont vaccinés contre la coqueluche. Cette contradiction est due au manque de fiabilité mentionné du vaccin disponible. Le fait que la fraction de la population immunitaire obtenue ici soit considérablement inférieure à la fraction de la population vaccinée implique un niveau élevé d'échec de la vaccination.**{547}***

Tout comme la variole il y a environ un siècle et la rougeole plus récemment, la prise de conscience que la vaccination n'est pas à vie a entraîné des appels à la revaccination contre la coqueluche des enfants de huit ans, des adolescents, des adultes et des personnes âgées.

Bien que le taux actuel de vaccination soit élevé (estimé à environ 93 %), Bordetella pertussis continue de provoquer une morbidité et une mortalité importantes. La coqueluche est souvent sous-déclarée car bien que la culture soit très spécifique, elle est au mieux sensible à 80 %. La morbidité et la mortalité totales dues à l'infection par cet organisme peuvent être largement sous-estimées.{548}

L'épidémiologie de la coqueluche que presque tous les médecins ont apprise à l'école de médecine a été renversée, a déclaré le Dr John Ogle lors d'une conférence sur les maladies infectieuses pédiatriques à Aspen, Colorado. On croyait autrefois que l'infection ou la vaccination conférait une immunité à vie, mais il semble maintenant que toute immunité qui en résulte est en fait de courte durée. Ainsi, il y a un intérêt croissant pour la revaccination sélective des adultes, a-t-il dit. Et, alors que la coqueluche était autrefois considérée comme rare chez les adultes et les adolescents plus âgés, on pense maintenant que la maladie est endémique dans ces populations, qui constituent en fait le principal réservoir de la coqueluche, a expliqué

le Dr Ogle, professeur de pédiatrie à l'Université du Colorado, Denver.

Des études menées dans tous les pays développés suggèrent que 25 à 30 % des toux persistantes dans ces groupes d'âge sont la coqueluche, a-t-il ajouté. *{549}*

L'apparition fréquente d'infections à B. pertussis légèrement symptomatiques chez les adultes réfute la croyance antérieure selon laquelle l'immunité acquise par l'infection dure toute la vie. *{550}*

La protection après une infection naturelle n'a jamais duré toute la vie, mais elle peut durer 30 ans, ce qui donnerait une bien meilleure immunité collective qu'une immunité de type vaccin imprévisible, de courte durée et incomplète.

Quoi qu'il en soit, les parents doivent apprendre à traiter la coqueluche lorsqu'elle survient, car il est clair qu'elle survient souvent chez les vaccinés.

Péché antigénique originel commis par vaccination

Avant l'ère des vaccins, les maladies acquises naturellement fournissaient généralement une immunité complète à long terme, car l'immunité naturelle implique une réponse à plus large spectre à l'intégralité des bactéries et de leurs toxines. N'oubliez pas qu'être immunisé à quelque degré que ce soit n'empêche pas les bactéries de voler et de pénétrer dans les voies respiratoires. Lorsqu'une personne naturellement immunisée rencontre à nouveau des bactéries de la coqueluche, le corps réagit efficacement et les élimine du système. Ce n'est pas nécessairement le cas des personnes vaccinées.

Le concept de péché antigénique originel (OEA) a été inventé par le Dr Thomas Francis, qui s'est fait connaître à l'époque du vaccin Salk lorsqu'il a supervisé et interprété les résultats du plus grand (et le plus controversé) essai de vaccin de l'histoire. Il a expliqué le phénomène de l'OEA en utilisant le virus naturel de la grippe comme exemple.{551}

Tout d'abord, définissons comment le corps réagit à une infection naturelle. Lorsqu'une personne contracte une maladie infectieuse pour la première fois, le système immunitaire du corps utilise ses pouvoirs innés, qui impliquent principalement l'immunité cellulaire. Ce faisant, il prépare l'avenir. La prochaine fois que le même agent infectieux se présentera, le corps utilisera sa mémoire de la première expérience pour pouvoir réagir plus rapidement.

Mais après un vaccin, lorsque le micro-organisme naturel apparaîtra plus tard, le corps agira selon la manière dont il a été programmé par la vaccination - et c'est ce que l'on entend par péché antigénique originel (OEA).

En ce qui concerne B. pertussis, l'OAS est très importante et bien décrite. Les bactéries sécrètent plusieurs toxines, dont l'une n'émerge qu'après l'infection. C'est ce qu'on appelle la toxine adénylate cyclase (ACT). Une fois que les bactéries de la coqueluche se fixent aux cellules des bronches, un gène de la bactérie s'active et l'ACT, qui agit comme un champ de force contre le système immunitaire, est produit.

L'ACT empêche le système immunitaire de reconnaître les bactéries en agissant comme un facteur anti-inflammatoire et antiphagocytaire. Cela donne aux bactéries un avantage d'environ deux semaines jusqu'à ce que le système immunitaire se rende compte qu'il a été dupé. Dans le cas de l'immunité naturelle contre la coqueluche, l'ACT constitue la base de la réponse immunitaire initiale. Cette réponse immunitaire de première ligne est non seulement essentielle pour éliminer le premier cycle de bactéries coquelucheuses, mais elle est également cruciale pour éliminer les bactéries lors d'une réinfection ultérieure.

Dans l'immunité naturelle, le corps réagit très fortement à l'ACT, mais du fait du péché antigénique originel et de l'absence d'ACT dans le vaccin, les vaccinés ne sont pas du tout programmés pour y répondre.

Les vaccins ne stimulent pas les anticorps contre cette toxine, car pour l'instant, personne n'a compris comment introduire cet antigène dans le vaccin. Les convalescents naturels ont plus de 17 fois la quantité d'anticorps contre l'ACT que les receveurs de DTaP et plus de 9 fois que les vaccinés DTC, tel que mesuré après l'infection par la coqueluche.{552}Il n'y a qu'un niveau infime d'anticorps ACT chez les vaccinés, ce qui est le résultat de l'effort paralysé du système immunitaire pour monter une réponse après programmation par le vaccin.

Lorsqu'une personne vaccinée contracte à nouveau la coqueluche, la bactérie peut bien s'installer car il n'y a pas grand-chose pour l'arrêter. Le système immunitaire ne répondra pas à l'ACT à l'avenir, car la programmation a été définie par le premier contact (qui était l'aiguille, pas la bactérie). Le Dr Cherry l'a admis dans son article de 2010.

L'absence de réponse significative des anticorps ACT chez les enfants pour lesquels les vaccins DTC ou DTaP ont échoué est particulièrement intéressante. Cette tolérance induite est intrigante et peut être due au phénomène appelé « péché antigénique originel ».{553}

Cherry a ensuite aseptisé le libellé en se référant au phénomène. Sa nouvelle terminologie, qui indiquait exactement le même problème, a été remplacée par "suppression d'épitopes liés".

Dans une étude précédente, il a été observé que les enfants en échec du vaccin DTaP avaient une réponse anticorps atténuée contre l'antigène non vaccinal ACT, alors que les enfants non vaccinés atteints de coqueluche avaient une réponse anticorps vigoureuse contre cet antigène... les nouveaux épitopes sont supprimés par la forte réponse aux composants originaux du vaccin.{554}

Cela a été confirmé plus tard par un autre médecin dans le Journal of the American Medical Association.

La protection moindre fournie par le DTaP, à la fois comme vaccin initial ou comme traitement primaire complet, peut être

due à la suppression des épitopes liés, lorsque l'exposition initiale verrouille la réponse immunitaire à certains épitopes et inhibe la réponse à d'autres épitopes liés lors des expositions ultérieures.{555}

Dr Humphries :J'ai personnellement vu, dans des familles non vaccinées, un enfant avoir une coqueluche clinique, et les autres enfants non. Lorsque ces enfants ont fait mesurer leurs anticorps sanguins pour voir s'ils allaient constituer un risque pour leurs camarades de classe, ils ont été mesurés comme ayant eu une expérience de la coqueluche par IgG ou à la fois par IgM et IgG. Rétrospectivement, certaines mères pouvaient se souvenir d'une maladie ressemblant à un rhume, et d'autres non. Je mentionne le fait qu'ils n'étaient pas vaccinés, non pas parce que je crois que c'est la raison pour laquelle ils ont été infectés, mais parce que je crois que c'est la raison pour laquelle les enfants ont eu des infections subcliniques qui n'ont pas été reconnues et ils ont développé une immunité.

La raison pour laquelle les immunologistes et les spécialistes des vaccins ne parlent pas du péché antigénique originel est que s'ils devaient expliquer au public ce que cela signifie en principe et en pratique, ils devraient expliquer que la vaccination enfreint un principe immunologique fondamental. Ils devraient admettre que l'immunité contre la coqueluche est largement inférieure et que l'immunité vaccinale a des conséquences immunologiques involontaires à l'avenir. Soit dit en passant, l'OAS était également un facteur de morbidité des vaccinés contre la grippe lors de l'arrivée de l'infection H1N1.{556},{557}

L'autre raison pour laquelle l'ACT est important est qu'il est également un composant de la parapertussis. Si vous vous êtes rétabli naturellement de B. pertussis, vous avez des niveaux élevés d'immunité ACT qui non seulement vous protègent contre B. pertussis, mais sont également actifs contre B. parapertussis et, bien sûr, vous n'obtiendrez pas cela avec un vaccin.

Loin d'être éliminée en tant que maladie, la coqueluche est endémique dans les populations hautement vaccinées.

Il est important de comprendre que le vaccin contre la coqueluche ne peut prévenir une infection grave que chez certaines personnes vaccinées, mais il n'empêchera jamais le portage et la propagation chez quiconque, vacciné ou non.

En raison du péché antigénique originel, les vaccinés seront incapables d'éliminer les bactéries aussi efficacement et, par conséquent, seront plus susceptibles d'être des vecteurs de la maladie.

La plupart des gens croient que toute coqueluche est une maladie grave et facilement identifiable des enfants.

Mais la vérité est que la coqueluche circule librement, souvent sans jamais faire de bruit.

... le déficit de maladies déclarées était dû en grande partie à des infections atypiques, asymptomatiques ou oubliées. Premièrement, des auteurs récents ont estimé qu'une proportion appréciable (par exemple 25 %) des infections sont asymptomatiques (Linneman, 1979), et B. pertussis a été isolé à plusieurs reprises chez des individus asymptomatiques (Broome, Fraser & English, 1979 ; Broome et al.

1981; Lambert, 1965 ; PHLS, 1969). Deuxièmement, étant donné le spectre varié de la réponse clinique à l'infection à B. pertussis, il est raisonnable de supposer que certaines crises ne seront pas reconnues comme coqueluche.{558}

Les médias grand public ne rapportent, dans l'ensemble, que la nature prétendument mortelle de la coqueluche.

Cependant, en réalité, la plupart des cas de coqueluche sont bénins et échappent probablement au signalement.

Les taux de coqueluche signalés sont de 40 à 160 fois inférieurs aux taux de maladie réels, et les infections asymptomatiques sont 4 à 22 fois plus fréquentes que les infections symptomatiques.{559}

Présenter la maladie comme grave, qu'elle soit ou non, est certes fait parce que cela contribue à augmenter la couverture vaccinale. Présentations PowerPoint récentes du CDC{560}révèlent cette tactique avec la grippe, et les médecins ont également écrit à ce sujet concernant la coqueluche.

La publicité donnée aux conséquences les plus graves de la coqueluche a créé une perception largement répandue selon laquelle la maladie est toujours grave, débilitante et dangereuse. Une telle perception contribue à encourager la vaccination, mais si elle est fausse, elle dégrade la précision du diagnostic… {561}

On craignait que cela n'interfère avec de nombreuses autres formes d'immunisation qui sont beaucoup plus bénéfiques et importantes pour le nourrisson. Ceux qui ont exprimé leur désaccord avec les conclusions diffusées ont déclaré que cela pourrait avoir pour effet d'augmenter l'incidence des décès dus à la coqueluche et ont demandé et obtenu la publicité des opinions favorables à l'utilisation continue du vaccin.{562}

Conclusion

Au milieu des années 1900, les décès dus à la coqueluche avaient diminué de plus de 99 %. Le fait que toutes les mortalités par maladies infectieuses avaient également diminué a été noté dans un rapport de Gordon T. Stewart en 1981.

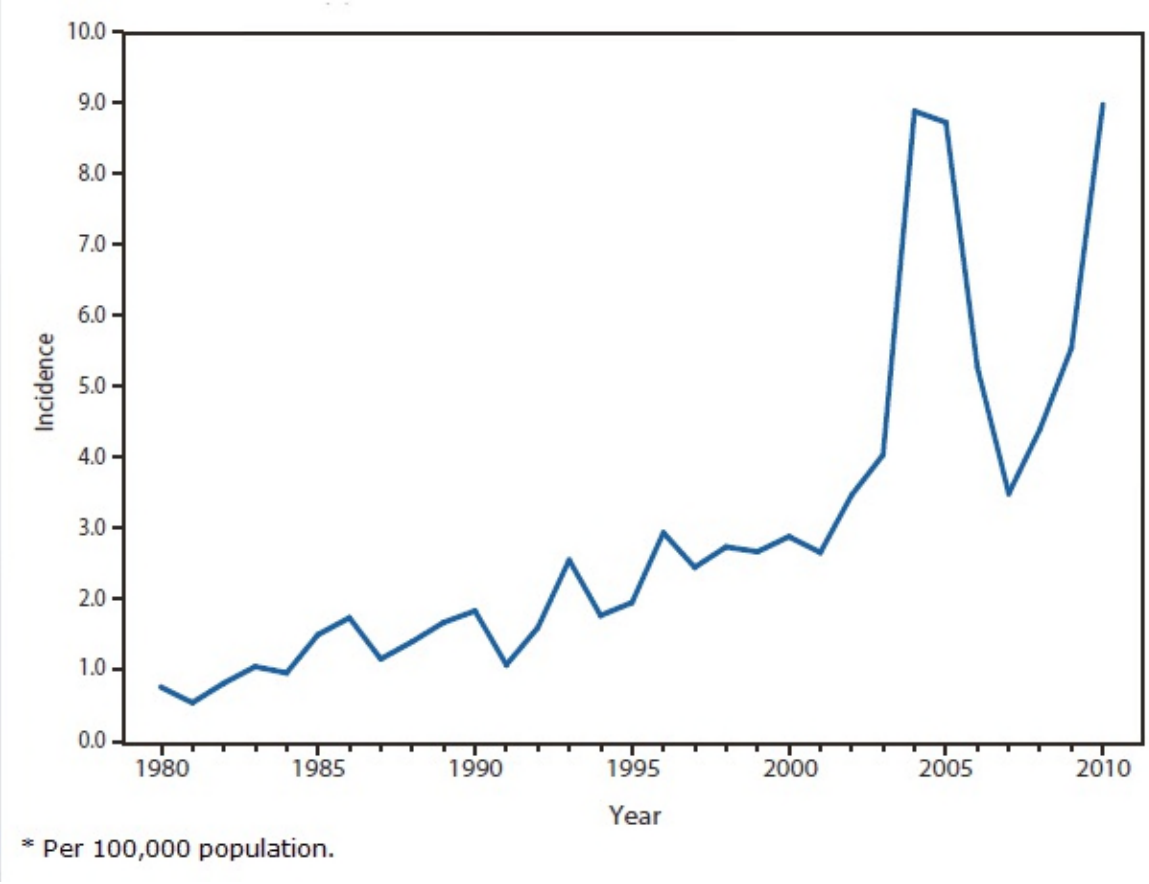
Historiquement, le fait dominant et évident est que la plupart, sinon la totalité, des principales maladies transmissibles sont devenues moins graves dans tous les pays développés depuis 50 ans ou plus.

*La coqueluche ne fait pas exception. Il s'est comporté à cet égard comme la rougeole et de la même manière que la scarlatine et la diphtérie, dans chacune desquelles au moins 80% de la baisse totale de la mortalité, depuis que les enregistrements ont commencé à être conservés au Royaume-Uni en 1860, s'est produite avant tout vaccin ou antimicrobien. médicaments étaient disponibles et 90% ou plus avant qu'il y ait un programme national de vaccination.**{563}***

Au lieu de reconnaître la véritable cause de cette baisse extraordinaire de la mortalité avant que la vaccination ne s'installe, la profession médicale a adopté la vaccination comme un outil médical rentable et essentiel. Les problèmes liés aux vaccins ont été relégués aux oubliettes ou cachés – et finalement remplacés par un mythe. Rares sont ceux qui prennent la peine d'enquêter ou de considérer que quelque chose d'autre s'est passé en plus de ce qu'on leur a dit.

La vaccination n'est pas une question simple et directe. C'est compliqué. Les maladies sont compliquées et, de plus, le système immunitaire est très superficiellement compris, même par les immunologistes les plus accomplis aujourd'hui.

… "Le système immunitaire reste une boîte noire", déclare Garry Fathman, MD, professeur d'immunologie et de rhumatologie et directeur associé de l'Institut d'immunologie, de transplantation et d'infection… "En ce moment, nous faisons toujours les mêmes tests que j'ai faits quand J'étais étudiant en médecine à la fin des années 1960… » C'est incroyablement complexe, comprenant au moins 15



*différents types de cellules en interaction qui crachent des dizaines de molécules différentes dans le sang pour communiquer entre elles et se battre. Dans chacune de ces cellules se trouvent des dizaines de milliers de gènes dont l'activité peut être modifiée par l'âge, l'exercice, l'infection, le statut vaccinal, l'alimentation, le stress, etc.… C'est énormément de pièces mobiles. Et nous ne savons pas vraiment ce que la grande majorité d'entre eux font, ou devraient faire… Nous ne pouvons même pas être sûrs de savoir quand le système immunitaire ne fonctionne pas correctement, et encore moins pourquoi pas, parce que nous n'avons pas de bons mesures de ce à quoi ressemble un système immunitaire humain sain. Malgré les milliards dépensés en stimulants immunitaires dans les supermarchés et les pharmacies l'année dernière, nous ne savons pas ce qu'ils font vraiment, ou ce que signifie « stimulant immunitaire ».**{564}***

Figure 13.1 :Incidence de la coqueluche aux États-Unis par année de 1980 à 2010.

Toutes les maladies infectieuses ne peuvent être vues à travers la même lentille ou mesurées selon le même critère de comparaison. Certains, comme la variole, ont été éliminés grâce à un environnement hygiénique amélioré. D'autres, comme le poliovirus, ont été faussement accusés de maladies dont ils n'étaient pas totalement responsables. Certains ne seront jamais éliminés par aucun mécanisme.

Les rapports de coqueluche sont maintenant en augmentation malgré des taux de vaccination très élevés (Figure 13.1). En fait, les taux de maladie, en particulier chez les jeunes nourrissons aujourd'hui, sont encore plus élevés qu'ils ne l'étaient lorsque la vaccination était beaucoup plus faible. Ce n'est qu'en 1978 que la vaccination contre la coqueluche a été obligatoire pour l'entrée à l'école aux États-Unis, mais en même temps, les nourrissons âgés de six à huit semaines ont commencé à être vaccinés systématiquement.

Combien de vaccins contre la coqueluche les enfants ont-ils reçus quand vous étiez enfant ? Nous sommes maintenant dans une situation où les vaccins contre la coqueluche sont à peu près un événement régulier, du berceau à la tombe, et l'incidence de la coqueluche clinique aujourd'hui - dans les populations les plus vaccinées - augmente, incitant à la panique là où les médias parrainés par la drogue s'intensifient peur inutile.

Au milieu de toute la panique et des revaccinations, la résistance aux vaccins par la bactérie de la coqueluche est en train d'émerger. L'épidémie prolongée de coqueluche en Australie qui a commencé en 2008 a été principalement causée par un nouveau génotype de B. pertussis. La souche était responsable de 31% des cas au cours des 10 années précédant l'épidémie actuelle, mais en représente 84% depuis.

Cela représente une augmentation de près du triple, indiquant que les bactéries ont évolué génétiquement sous la pression de sélection du vaccin actuel. Le Dr Lan de l'étude de 2012 a été cité{565}

comme disant que le vaccin est moins efficace contre la souche en évolution et que toute immunité acquise diminue rapidement.{566}La résistance au vaccin bactérien contre la coqueluche a également commencé à être signalée aux États-Unis.

Dr Humphries: D'une manière générale, les enfants traités aux antibiotiques ne s'en sortent pas mieux que leurs homologues non traités. D'après mon expérience, ils s'en tirent souvent moins bien. L'allaitement fait une grande différence dans la façon dont l'enfant gère l'infection. Les nourrissons aussi jeunes que deux semaines se sont très bien comportés à la maison avec le traitement à la vitamine C et le lait maternel seul. Cela a du sens étant donné que les antibiotiques modifient l'immunité intestinale et, lors de la mort des bactéries dans l'intestin, libèrent encore plus de toxine chez l'enfant déjà toxique.

À quel point cela semble-t-il futile de continuer à combattre et de renforcer essentiellement une force aussi énorme et potentiellement inoffensive avec des armes maladroites ? Correctement gérée, la coqueluche naturelle n'est qu'une nuisance gênante qui conférera une immunité véritable et durable au convalescent. Cependant, à cause de l'assaut de la vaccination, le troupeau a été privé de sa capacité à faire face efficacement à cette maladie.

L'avenir pourrait apporter une évolution continue des souches résistantes aux vaccins qui nécessiteront sans aucun doute de nouveaux vaccins contre la coqueluche. En fait, le développement de vaccins vivants inhalés contre la coqueluche pour les nouveau-nés a déjà eu lieu.{567}On pourrait penser qu'un vaccin intranasal vivant serait suffisant pour conférer une immunité à long terme à un nouveau-né. Mais apparemment, ce n'est pas le cas. Ce nouveau vaccin va venir s'ajouter au programme de vaccination déjà dysfonctionnel contre la coqueluche.

La raison pour laquelle les vaccins intranasaux vivants ne peuvent pas suffire à fournir une immunité collective, même s'ils pourraient fournir une immunité à long terme à spectre complet,

est liée à la façon dont le reste de la population a été programmé avec des vaccins - en commettant le péché antigénique originel. .

Les adultes, dont le système immunitaire n'a été amorcé que pour l'immunité "back-end" plutôt que pour l'ACT et de nombreux antigènes de surface, ne peuvent plus répondre d'une autre manière. Ainsi, un vaccin intranasal ne donnera pas plus d'immunité frontale aux adultes qu'une réexposition à la coqueluche ou à des injections de rappel. Étant donné que les injections de rappel n'augmentent pas les qualités bactéricides du sang et contribuent à la résistance bactérienne, pourquoi même les recommander ? Jusqu'à ce que ces adolescents et adultes vaccinés par le DTaP meurent, ils seront la principale source de portage et de propagation dans la communauté, qu'un vaccin sûr, vivant et efficace soit largement utilisé ou non.

Il y a encore un autre problème avec les vaccins contre la coqueluche, et c'est que les vaccins eux-mêmes sont maintenant une source de tests PCR faussement positifs contre la coqueluche..{568}Comment pensez-vous que cela complique la tâche du médecin et comment cela affecte-t-il l'humanité dans son ensemble, étant donné l'utilisation généralisée et inutile d'antibiotiques pour tous les cas dont le test est positif ?

Le paradoxe est que l'incidence de B. pertussis a de nouveau augmenté à mesure que l'ère du vaccin a progressé, mais la mortalité a considérablement diminué bien avant le déploiement du vaccin. La baisse de la mortalité n'était pas due aux antibiotiques. La littérature médicale conventionnelle reconnaît que les antibiotiques ne diminuent pas nécessairement la gravité de la maladie, et lorsque les médicaments sont administrés, ils ne sont pas prescrits pour traiter la maladie mais pour diminuer la durée de la contagion. On pense que le traitement antibiotique est efficace pour améliorer l'évolution de la maladie s'il est commencé tôt. Cependant, certaines études ont montré que le traitement antibiotique a l'effet inverse et prolonge en fait la maladie.

{569}Les enfants traités aux antibiotiques peuvent avoir une durée de toux de 6 à 11 jours de plus et une toux spasmodique de 4 à 13 jours de plus que les patients non traités.{570}

Si la vitamine C à des doses adéquates était administrée aux enfants, et même aux plus jeunes nourrissons atteints de coqueluche, la réputation de B. pertussis en tant que toux dévastatrice de 100 jours s'estomperait. Les parents seraient également moins susceptibles d'être victimes de la pression exercée par l'acceptation par le système médical d'un vaccin qui ne confère qu'une protection de courte durée et partielle. Et qui en profiterait ?

Si la coqueluche est généralement une maladie bénigne et susceptible de passer inaperçue, quelles en sont les implications pour la pratique clinique ? Si la coqueluche était perçue comme une maladie moins grave, elle pourrait avoir un effet négatif sur la vaccination. Si plus de gens comprenaient que l'incidence de la coqueluche a augmenté avec l'augmentation des vaccins, que la résistance bactérienne émerge et qu'il existe un traitement non toxique disponible, l'adoption du vaccin diminuerait sûrement davantage. Le diagnostic précoce étant difficile et le traitement antibiotique n'étant pas suffisamment efficace.{571}une réévaluation de la nécessité de toute l'approche médicale est justifiée. Mais cela n'arrivera pas tant que le «tissu délicat» des sociétés pharmaceutiques, du gouvernement et du milieu universitaire entrelacés ne sera pas déchiré. La conclusion suivante d'un article spécial du Comité consultatif national sur les vaccins devrait vous indiquer exactement quels intérêts sont au cœur de la politique en matière de vaccins.

La collaboration et la coopération des agences gouvernementales, telles que les NIH, les CDC, la FDA, l'USAID, le DOD, les grandes sociétés de vaccins, les petites sociétés de recherche et les universités sont essentielles pour continuer à réussir et tenir la promesse des avancées récentes de la science et de la technologie.

Menaces à toute partie du délicat réseau de recherche et de développement de vaccins*compromettent le développement et la fourniture rapides de nouveaux vaccins qui sauvent et améliorent la vie du peuple américain. Quelle est la taille, la portée et la configuration optimales de l'entreprise américaine de vaccins ? Ces questions ne devraient être débattues que dans le contexte d'une compréhension complète du fonctionnement du système actuel et de son bilan d'efficacité. Ces recommandations du Comité consultatif national sur les vaccins contribueront à faire en sorte que les politiques publiques tiennent compte de ce réseau de recherche et développement, l'encouragent et le maintiennent afin de faciliter l'introduction et l'approvisionnement en temps opportun de nouveaux vaccins.**{572}*

Lorsque la fonction de la recherche universitaire est de favoriser et de maintenir un délicat tissu de collaboration, personne ne mordra la main qui la nourrit, en particulier dans le climat qui existe aujourd'hui.

Pour servir l'intérêt public, les comités consultatifs gouvernementaux doivent être indépendants de l'industrie, mais de tels comités ne peuvent être pertinents et efficaces s'ils sont isolés de l'expertise et de l'expérience de l'industrie, qui est le principal bailleur de fonds de la recherche et du développement de vaccins.{573}

Jusqu'à ce que ce triangle politique soit rompu, les parents doivent savoir que la santé de leurs enfants repose sur leurs propres recherches et leur bon jugement.

14. Rougeole

Tout d'abord en 1935, j'étais en pratique privée dans la ville minière de Bedlington, en Angleterre, lorsque l'épidémie triennale de rougeole a éclaté. À pied ou à vélo, je visitais les foyers d'enfants malades et, en une journée, je voyais 20 à 30 nouveaux cas de rougeole. C'étaient les années de dépression, et les régimes alimentaires des enfants étaient décidément inférieurs à la normale. C'était aussi la veille des antibiotiques, de sorte que le traitement était le plus souvent symptomatique et inefficace. Pourtant, sur plus de 500 enfants malades sous ma garde, pas un seul n'est mort.

– Aidan Cockburn (1912-1981), 1971

Depuis plus de 100 ans, il existe une forte association entre la carence en vitamine A et les effets indésirables de la rougeole, en particulier chez les jeunes enfants. Le moment est-il venu pour la communauté médicale de reconnaître que tout enfant présentant des complications de la rougeole devrait recevoir de la vitamine A et évaluer son état nutritionnel général ? Sinon, que nous a appris l'histoire ?

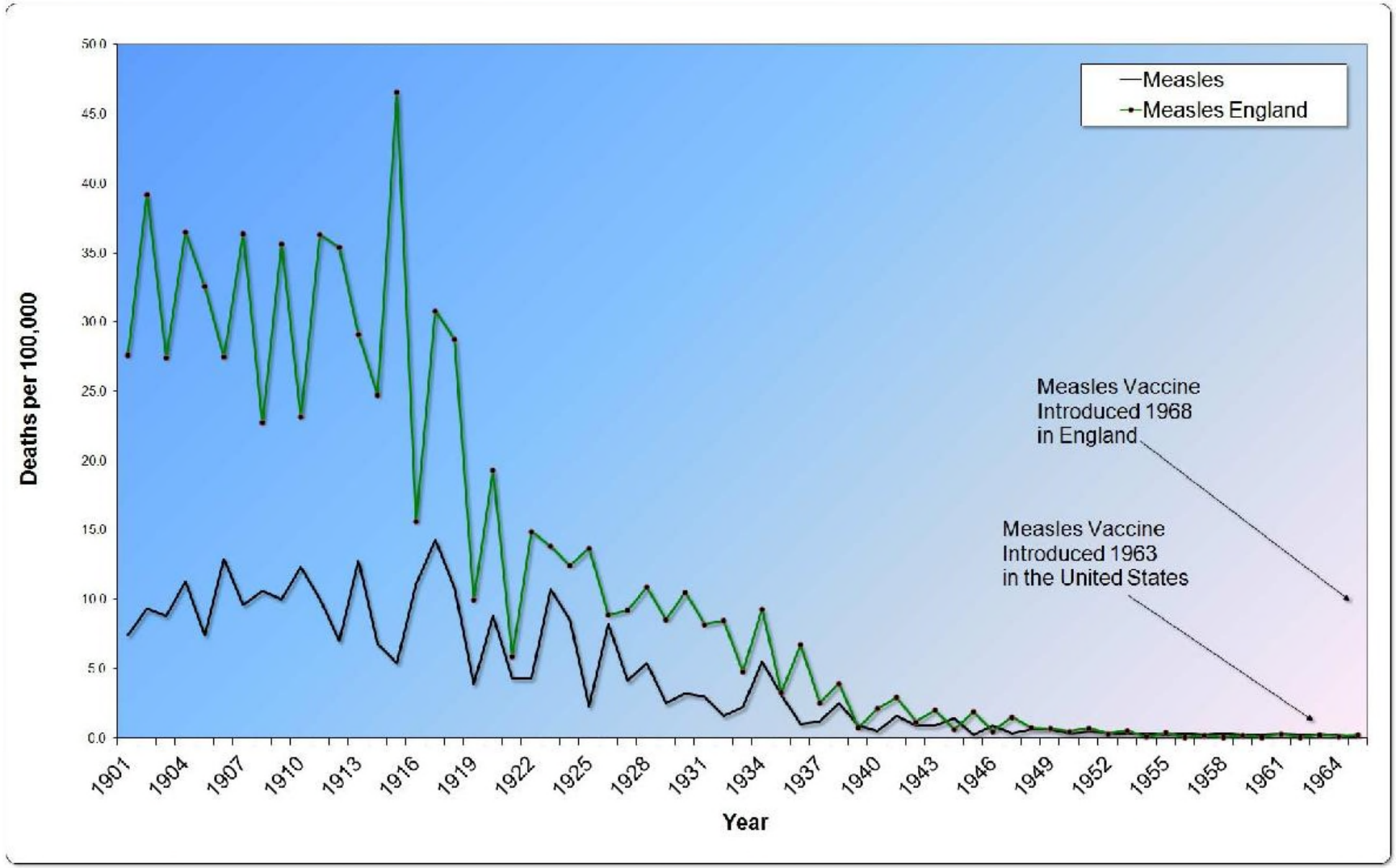
– Adrianne Bendich, 1992

Introduction

Tout au long des années 1800, des épidémies de rougeole se sont produites environ tous les deux ans aux États-Unis et en Angleterre. Au cours de ces épidémies, certains services hospitaliers ont débordé d'enfants, dont jusqu'à 20 % sont morts. Cependant, dans les années 1960, les décès étaient tombés à des chiffres extrêmement bas en Angleterre et aux États-Unis (graphique 14.1). En Angleterre, le pourcentage de baisse par rapport à son niveau maximal a atteint le chiffre étonnant de 99,96 % au moment de l'introduction du vaccin en 1968 (graphique 14.2).

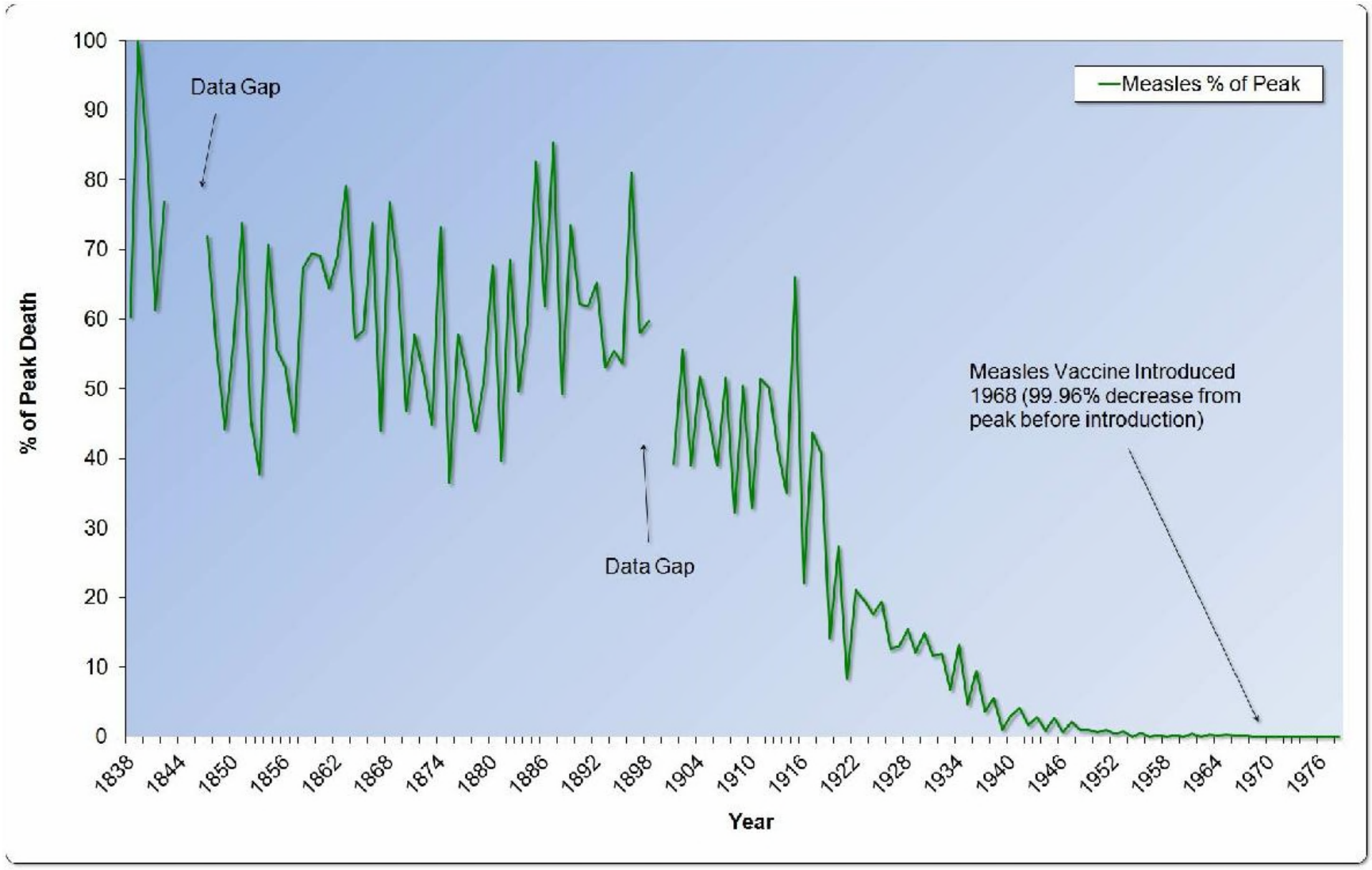
Avant que l'état nutritionnel général des enfants européens n'atteigne le niveau élevé qu'il est aujourd'hui, l'infection par la rougeole était quelque chose à craindre... la rougeole représentait 11 % de tous les décès à Glasgow dans les années 1807-1812. Les taux de létalité étaient élevés. Par exemple, durant les années 1867-1872 dans un orphelinat parisien, l'Hospice des Enfants Assistés, 612 des 1256 (49%) enfants qui ont développé la rougeole sont morts... Au cours du siècle dernier, le fardeau de la rougeole avait remarquablement diminué en Europe. À Glasgow, 14,2 % des enfants de moins de 5 ans ont contracté la rougeole en 1908 et avaient un taux de mortalité de 5,8 %. Même en l'absence de vaccin, en 1960, la notification de la rougeole infantile en Angleterre et au Pays de Galles n'était que de 2,4 % et la mortalité est tombée à 0,030 %, soit 1/200e du taux de mortalité de 1908 à Glasgow.{574}

Graphique 14.1 (ci-dessous) :Comparaison des taux de mortalité par rougeole entre les États-Unis et l'Angleterre de 1901 à 1965.


Measles
Measles England
Measles Vaccine Introduced 1968 in England
Measles Vaccine Introduced 1963 in the United States
Deaths per 100,000
Year
50.0
45.0
40.0
35.0
30.0
25.0
20.0
15.0
10.0
5.0
0.0
1901
1904
1907
1910
1913
1916
1919
1922
1925
1928
1931
1934
1937
1940
1943
1946
1949
1952
1955
1958
1961
1964

Graphique 14.1 (ci-dessus) :Comparaison des taux de mortalité par rougeole entre les États-Unis et l'Angleterre de 1901 à 1965.

Graphique 14.2 (ci-dessous) :Pourcentage de baisse du taux de mortalité en Angleterre par rapport au taux de mortalité maximal pour la rougeole de 1838 à 1978.

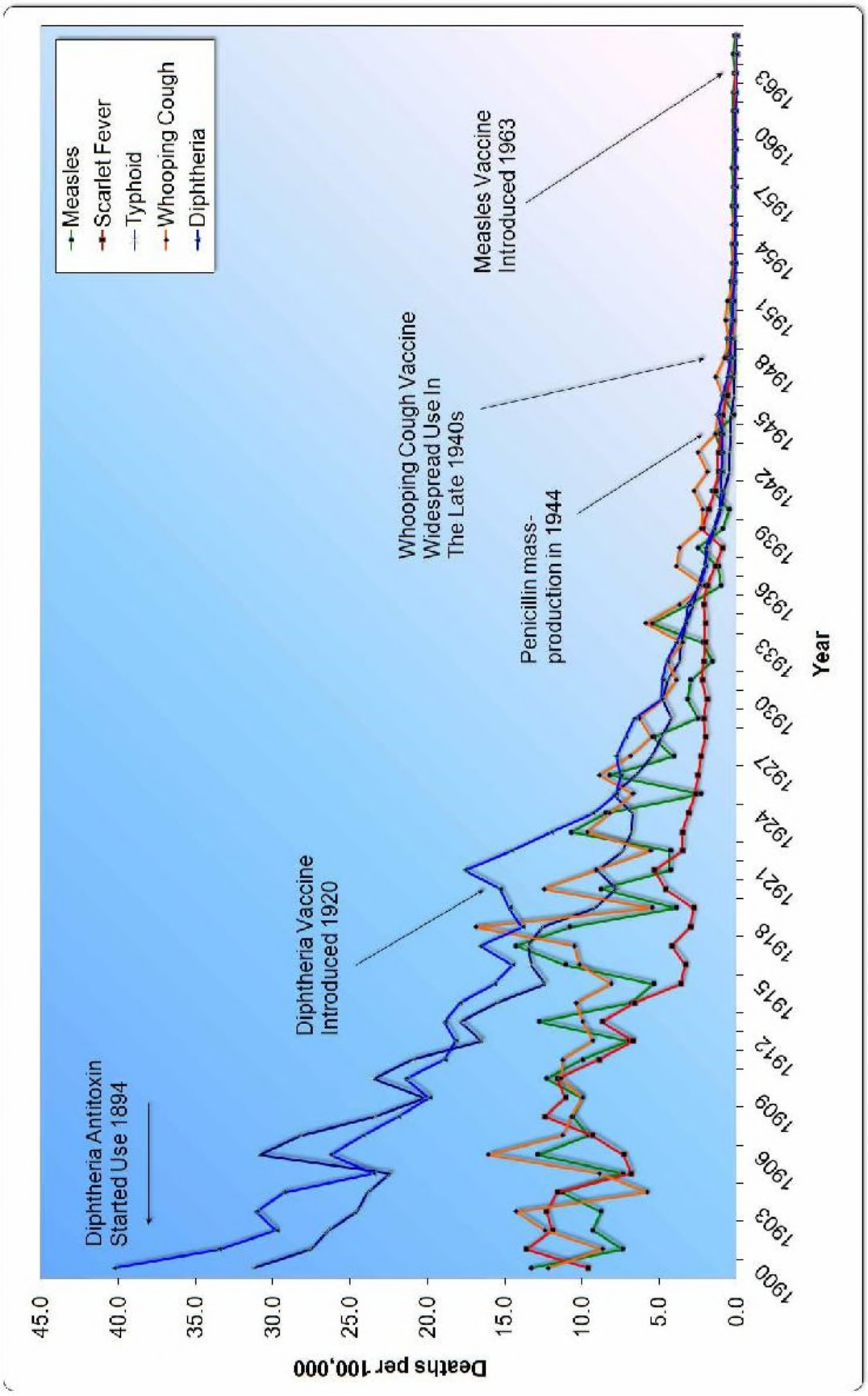

Measles % of Peak
Data Gap
Data Gap
Measles Vaccine Introduced 1968 (99.96% decrease from peak before introduction)
% of Peak Death
Year
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
1838
1844
1850
1856
1862
1868
1874
1880
1886
1892
1898
1904
1910
1916
1922
1928
1934
1940
1946
1952
1958
1964
1970
1976

Graphique 14.2 (ci-dessus) :Pourcentage de baisse du taux de mortalité en Angleterre par rapport au taux de mortalité maximal pour la rougeole de 1838 à 1978.

En Angleterre et aux États-Unis, le risque de mourir de la rougeole était tombé à 1 à 2 % dans les années 1930.{575}

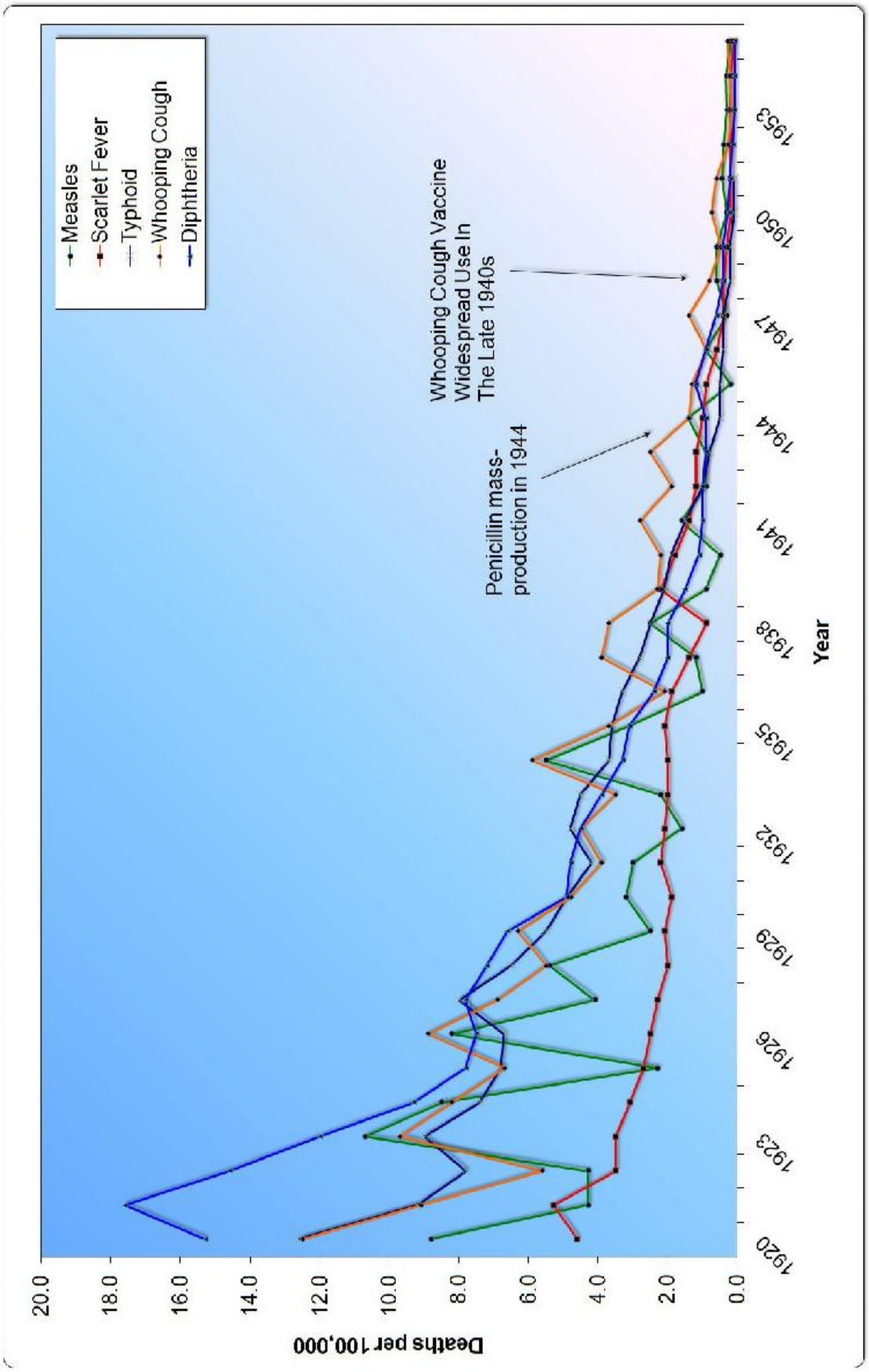
Beaucoup pensent que les antibiotiques sont responsables de la baisse considérable de la mortalité. Pour la rougeole, la scarlatine, la typhoïde, la coqueluche et la diphtérie, la tendance générale à la baisse de la mortalité n'a pas été affectée par l'introduction de la pénicilline, qui n'a été produite en masse qu'en 1944 (graphique 14.3 et graphique 14.4).

Graphique 14.3 (ci-dessous) :Taux de mortalité aux États-Unis dus à diverses maladies infectieuses de 1900 à 1965.



Graphique 14.3 (ci-dessus) :Taux de mortalité aux États-Unis dus à diverses maladies infectieuses de 1900 à 1965.

Graphique 14.4 (ci-dessous) :Taux de mortalité aux États-Unis dus à diverses maladies infectieuses de 1920 à 1955.



Graphique 14.4 (ci-dessus) :Taux de mortalité aux États-Unis dus à diverses maladies infectieuses de 1920 à 1955.

La nouvelle de l'effort de développement du vaccin contre la rougeole était connue à la fin des années 1950. En prévision, au début des années 1960, les reportages soulignaient la gravité potentielle de la maladie. Ce rapport du New York Times a mis en évidence le nombre de décès chaque année dus à la rougeole.

La rougeole est plus redoutée pour ses complications que pour elle-même. Il rend ses victimes très sensibles aux autres infections. Il semble annuler la résistance du patient à la tuberculose.

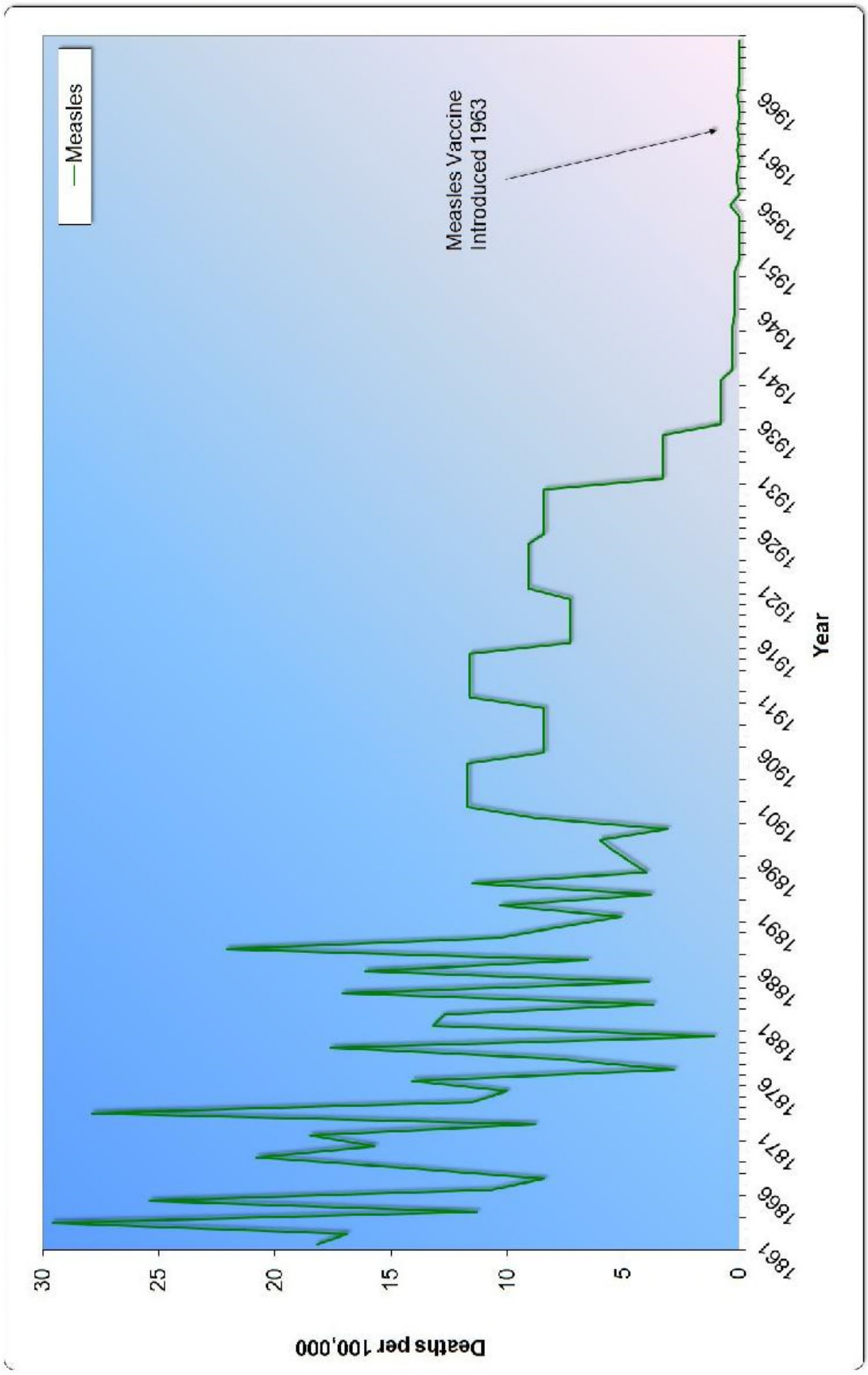
La complication la plus redoutée est l'encéphalite, qui attaque le cerveau et la moelle épinière... Rien qu'aux États-Unis, on estime que 1 000 000 de personnes attrapent la rougeole chaque année. L'Office national des statistiques de l'état civil a signalé qu'en 1960, il y avait eu 410 décès dus à la rougeole. {576}

Le reportage indiquait le nombre total de décès mais omettait de mentionner que, une fois normalisé aux décès pour 100 000, ce nombre avait presque atteint son niveau le plus bas et continuerait probablement de baisser encore plus. Le nombre officiel de décès dus à la rougeole en 1960 aux États-Unis a été enregistré à 380, avec une population de 180 671 000 cette année-là. Cela équivalait à un taux de mortalité pour la rougeole de 0,24 pour 100 000. Les statistiques de 1963 montrent que, par rapport à de nombreuses autres causes de décès, la rougeole était extrêmement faible.{577}L'année du rapport du New York Times, le taux de mortalité par rougeole aux États-Unis avait chuté de plus de 98 % par rapport à ce pic.

Lorsque le vaccin contre la rougeole a été homologué en 1963, le taux de mortalité par rougeole dans le Massachusetts avait atteint zéro (graphique 14.5). De même, dans l'État de Washington, comme dans d'autres endroits du monde occidental, le taux de mortalité par rougeole tendait régulièrement vers zéro depuis des années (graphique 14.6). En 1963

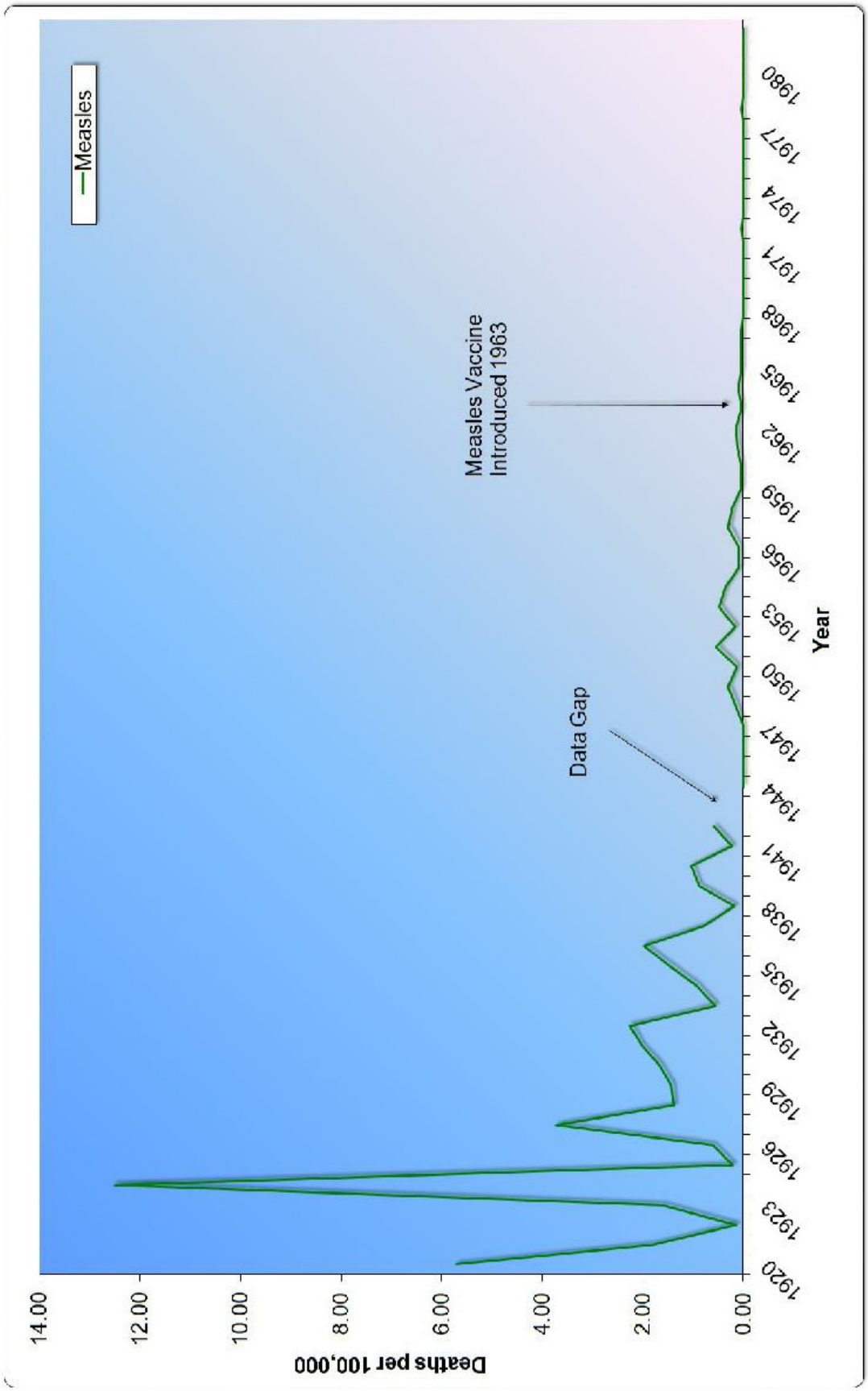
L'État de Washington avait un taux de mortalité par rougeole de 0,3 pour 100 000.

Graphique 14.5 (ci-dessous) :Taux de mortalité due à la rougeole dans le Massachusetts de 1861 à 1970.



Graphique 14.5 (ci-dessus) :Taux de mortalité due à la rougeole dans le Massachusetts de 1861 à 1970.

Graphique 14.6 (ci-dessous) :Taux de mortalité par rougeole dans l'État de Washington de 1920 à 1982.



Graphique 14.6 (ci-dessus) :Taux de mortalité par rougeole dans l'État de Washington de 1920 à 1982.

En 1963, certains États de la Nouvelle-Angleterre n'ont enregistré aucun décès dû à la rougeole. Au cours de cette année, l'ensemble de la Nouvelle-Angleterre n'a enregistré que 5 décès attribués à la rougeole. Les décès dus à l'asthme étaient 56 fois plus importants, les accidents 935 fois plus importants, les accidents de la route 323 fois plus importants, les autres accidents 612 fois plus importants et les maladies cardiaques 9 560 fois plus importantes.{578}

Tableaux 14.1 : Causes de décès dans six États de la Nouvelle-Angleterre en 1963.

Cause of Death	ME	NH	VT
Measles	1	0	3
Asthma	41	21	11
Accidents	514	305	222
Motor Vehicle Accidents	194	132	110
Other Accidents	320	173	112
Heart Disease	4,734	2,937	1,871

Cause of Death	MA	RI	CT	Total
Measles	0	1	0	5
Asthma	138	28	44	283
Accidents	2,299	341	998	4,679
Motor Vehicle Accidents	714	103	366	1,619
Other Accidents	1,585	238	632	3,060
Heart Disease	23,611	4,356	10,301	47,804

Des taux élevés de mortalité par rougeole sont encore signalés dans les pays où les enfants sont sous-alimentés et manquent de vitamines et de nutriments nécessaires pour soutenir le système immunitaire. Pourtant, les statistiques sur la mortalité due à la rougeole ne distinguent jamais les pays qui ont une bonne nutrition de ceux qui n'en ont pas, ce qui conduit le public à croire que la rougeole est toujours quelque chose à craindre. La mortalité infantile due à la rougeole est 200 à 400 fois plus élevée chez les enfants malnutris des pays moins développés que chez ceux des pays développés. De plus, la rougeole entraîne une consommation de nutriments chez les enfants marginalement nourris, de sorte qu'ils iront également moins bien s'ils ne sont pas supplémentés pendant l'infection.{579}À mesure que la nutrition s'améliore, les complications de la rougeole diminuent.

Le dossier de sécurité que vous ne connaissez peut-être pas

Le premier vaccin contre la rougeole qui contenait le virus "tué" était un vaccin précipité à l'aluminium produit à partir de cultures de cellules rénales de singe inactivées au formaldéhyde. Une étude de 1967 a révélé que le vaccin pouvait provoquer une pneumonie ainsi qu'une encéphalopathie (inflammation du cerveau).

La pneumonie est une constatation constante et importante. La fièvre est sévère et persistante et le degré de céphalée, lorsqu'il est présent, suggère une atteinte du système nerveux central. En effet

chez un patient de notre série qui a été examiné par EEG, des signes d'activité électrique perturbée du cerveau ont été trouvés, évocateurs d'encéphalopathie… Ces résultats fâcheux de l'immunisation au virus de la rougeole inactivé étaient inattendus. Le fait qu'ils se soient produits devrait imposer une restriction à l'utilisation du vaccin antirougeoleux inactivé. Nous recommandons maintenant que le vaccin inactivé contre le virus de la rougeole ne soit plus administré.{580}

En plus d'être dangereux, les vaccins tués étaient très inefficaces. Quelle que soit l'immunité induite par le vaccin, elle décline rapidement et les receveurs redeviennent sensibles. Il leur a ensuite été conseillé de se faire revacciner avec un vaccin vivant dans l'espoir de remédier au problème. Mais cette approche n'a conduit qu'à plus de problèmes. Ceux qui ont rencontré la rougeole sauvage ou la rougeole vaccinale vivante, après avoir reçu le vaccin tué, avaient tendance à développer une maladie plus grave, la rougeole atypique.

La rougeole atypique est survenue parce que les personnes précédemment vaccinées avaient leur système immunitaire mal programmé et avaient commis le péché antigénique originel.{581}L'effet problématique durait souvent jusqu'à 16 ans.

La rougeole atypique était caractérisée par une fièvre plus élevée et plus prolongée, des lésions cutanées inhabituelles et une pneumonite sévère par rapport à la rougeole chez les personnes non vaccinées auparavant.

L'éruption était souvent accompagnée de signes d'hémorragie ou de vésiculation. La pneumonite comprenait des lésions parenchymateuses nodulaires distinctes et une adénopathie hilaire. Des douleurs abdominales, un dysfonctionnement hépatique, des céphalées, une éosinophilie, des épanchements pleuraux et des œdèmes ont également été décrits. Des cas de rougeole atypique ont été signalés jusqu'à 16 ans après la réception du vaccin inactivé. L'administration du vaccin à virus vivant après 2 à 3 doses de vaccin tué n'a pas éliminé la sensibilité ultérieure à la rougeole atypique et

*a souvent été associée à des réactions graves au site d'inoculation du virus vivant.**{582}***

Les vaccins tués ont été rapidement abandonnés. Mais il y avait aussi des problèmes importants avec les vaccins vivants, qui n'étaient pas très atténués et produisaient une éruption cutanée de «rougeole modifiée» chez environ la moitié des personnes injectées, ce qui équivaut essentiellement à un cas de rougeole. Quarante-huit pour cent des personnes avaient des éruptions cutanées et 83 pour cent avaient de la fièvre jusqu'à 106 ° F après l'injection.{583}Pour tempérer ce problème, des anticorps spécifiques de la rougeole ont été administrés sous forme d'immunoglobulines sériques aux côtés des vaccins vivants. Cette pratique a émoussé une réaction par ailleurs évidente (fièvre et éruption cutanée) au virus vivant contenu dans le vaccin, mais a eu de graves conséquences potentielles.{584}Cela sera discuté sous peu.

L'un des principaux inconvénients dans la détermination du problème avec les vaccins est que, parce que c'est un fait scientifique que le mercure est malsain pour les tissus du système nerveux, l'accent a été principalement mis sur le mercure. Malheureusement, l'enquête sur le mercure seul est à courte vue. Les vaccins contre la rougeole, bien qu'ils n'aient jamais contenu de mercure, ont néanmoins été associés à des dommages neurologiques.

Une connexion similaire a été observée en 1976 lorsque les États-Unis ont vacciné en masse 45 millions de personnes en quatre semaines avec le vaccin contre la grippe porcine. Les dommages résultant de ce vaccin sont gravés dans la psyché américaine - la plupart des personnes âgées connaissent quelqu'un qui a été endommagé. Le bilan officiel des personnes qualifiées selon les normes gouvernementales comme atteintes du syndrome de Guillain-Barré (SGB) était de plus de 200, dont 11 sont décédées.* Il y a eu un regroupement de cas au cours des deuxième et troisième semaines après la vaccination. L'épidémie n'est jamais

arrivée et la campagne mal conçue a été qualifiée de fiasco. Une seule personne est décédée de la grippe porcine cette année-là.

Le CDC et l'OIM conviennent aujourd'hui que le vaccin a conduit à "un risque accru" de SGB.

Il faut se demander combien de campagnes de vaccination d'aujourd'hui seraient considérées comme des fiascos par le public si la vaccination synchrone était effectuée en quelques semaines.

* Phillip M. Boffey, « Guillain-Barré : une maladie rare paralyse la campagne contre la grippe porcine », Science, vol. 195, non. 4274, 14 janvier 1977, p. 155–159.

La méningite aseptique, ou méningite non bactérienne, est une affection dans laquelle les couches qui tapissent le cerveau s'enflamment. Au début des années 1990, une campagne de vaccination de masse au Brésil a déployé un produit moderne, le vaccin ROR hautement atténué. L'utilisation de ce vaccin à grande échelle sur une courte période a permis de détecter une augmentation significative des méningites aseptiques, plus difficilement observable lorsque la vaccination s'étale sur des périodes plus longues.{585}La situation brésilienne doit être examinée attentivement car elle offre une occasion unique de détecter une maladie cérébrale après le vaccin.

La raison pour laquelle les vaccins ne sont pas administrés de manière « pulsée » pour interrompre la transmission est que s'ils étaient administrés à des jours précis, tout dommage causé par la vaccination deviendrait aveuglément évident pour les parents et les autorités. Il est beaucoup plus difficile de faire le lien entre les vaccins et les réactions lorsqu'ils sont administrés à des individus, étalés sur toute l'année, selon le calendrier par âge de l'enfance, ou l'administration progressive des vaccins antigrippaux sur plusieurs mois. Les jours d'impulsion éliminent la capacité des autorités à revendiquer une coïncidence en raison de «l'incidence de fond».

La British National Childhood Encephalopathy Study menée dans les années 1970 était une étude cas-témoin comparant les antécédents de vaccination de plus de 1 000 cas d'encéphalopathie.{586}Les auteurs ont rapporté un risque relatif de maladie neurologique grave de 3,9 chez les enfants précédemment neurologiquement normaux admis à l'hôpital 7 à 14 jours après le vaccin contre la rougeole. Le Dr Ward a publié les résultats d'une étude distincte en 2007 qui a validé ces résultats.{587}

Une clairance incomplète du virus de la rougeole et des réponses immunitaires perturbées ont une association connue avec une infection clinique et subclinique chronique. Des rapports évalués par des pairs sur des enfants vaccinés ont montré que le virus de la rougeole résiduel a une importance pathologique.

Le MV [virus de la rougeole] a été principalement détecté dans les cellules dendritiques des centres hyperplasiques folliculaires réactifs dans les biopsies iléales d'enfants atteints, mais a également été identifié dans les lymphocytes matures de ces zones hyperplasiques. Ce résultat indique une interaction possible entre MV et la réponse immunitaire dans la pathogenèse de l'iléocolite chez ces enfants.

*Le MV peut être un « déclencheur immunologique » potentiel dans la pathogenèse de l'hyperplasie lymphoïde et de l'iléocolite. Les initiateurs potentiels de ce type de réponse immunologique sont les cellules dendritiques… La présence d'antigène MV dans les cellules dendritiques folliculaires peut refléter une étape transitoire dans la progression d'une infection MV latente à persistante..**{588}***

En 1998, le Dr Andrew Wakefield a publié une série de cas{589}dans le Lancet qui a révélé un autisme régressif associé à une entérocolite nodulaire iléale chez des enfants vaccinés avec des vaccins ROR. Dans une décision bizarre du General Medical Council 12 ans plus tard, l'étude du Lancet du Dr Wakefield a été retirée sous la contrainte. Cette rétractation est intervenue en février 2010 juste au moment où il avait publié un autre étalon{590}qui ont révélé des réponses

neurodéveloppementales précoces anormales chez des macaques rhésus mâles recevant une dose unique de vaccin contre l'hépatite B contenant du thimérosal à la naissance. Parmi un certain nombre de dysfonctionnements neurologiques dans cette étude, il y avait un retard significatif dans l'acquisition de trois réflexes de survie - racine, museau et succion - par rapport aux primates non vaccinés. Le manuscrit a été accepté, publié électroniquement, puis brusquement supprimé sans explication. En 2010, il a été imprimé dans une autre revue{591}sans le nom du Dr Wakefield. Dans les deux études, il n'y avait aucune affirmation quant à la causalité - juste la suggestion que "une enquête plus approfondie est méritée".

Depuis les attaques contre le Dr Wakefield, un autre groupe de scientifiques a travaillé pour répondre à trois critiques valables des études antérieures :

1. Absence de démonstration de la souche vaccinale rougeole versus rougeole sauvage dans les lésions intestinales

2. Absence de validation de la détection du virus de la rougeole dans les tissus intestinaux de patients autres que ceux associés aux études Wakefield/Lancet et Uhlmann

3. Absence de démonstration du virus de la rougeole chez les enfants présentant un retard de développement par rapport aux enfants au développement normal

Les trois critiques ont été adressées par le groupe du Dr Stephen Walker dans un rapport préliminaire en 2006.

La rougeole de souche vaccinale a été trouvée dans les lésions intestinales de sa série d'enfants autistes.{592}Ce travail est au point mort faute de financement.

Un groupe japonais a publié des résultats montrant que la rougeole de souche vaccinale se trouve dans les cellules mononucléaires du sang périphérique. Le groupe a effectué la détection de l'ARN génomique de la rougeole dans les cellules

mononucléaires périphériques chez huit patients atteints de la maladie de Crohn, trois patients atteints de colite ulcéreuse et neuf enfants atteints d'entérocolite autistique. Les séquences obtenues chez les patients atteints de rectocolite hémorragique et les enfants autistes étaient compatibles avec les souches vaccinales.{593}

Au cours d'un recours collectif en Australie concernant le Vioxx, un médicament contre les crises cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux de Merck, il a été révélé qu'une «liste de résultats de médecins» circulait dans les rangs de la hiérarchie. Cette liste contenait les noms des médecins qui se sont prononcés contre le médicament en utilisant des étiquettes telles que « neutraliser », « neutralisé » et « discréditer ». Au cours du témoignage, Julian Burnside, QC, agissant pour le demandeur, a lu un e-mail d'un employé de Merck qui disait : « Nous devrons peut-être les rechercher et les détruire là où ils vivent. »*

L'Australian a également rapporté des documents qui ont fait surface devant la Cour fédérale lors de l'audience de Melbourne concernant l'intention criminelle des membres du personnel de Merck qui ont admis qu'ils avaient l'intention de "cesser le financement des institutions" et "d'interférer avec les nominations universitaires". Identique au contrecoup des scientifiques qui ont signalé la contamination des vaccins contre la poliomyélite par le virus du singe SV40, la liberté académique a été compromise lorsque la recherche a révélé des erreurs géantes et potentiellement coûteuses† de la part des sociétés pharmaceutiques.

Il n'est pas surprenant que la recherche sur le sujet de la rougeole à souche vaccinale persistante chez les enfants atteints de maladies auto-immunes ou de lésions cérébrales n'ait pas été financée et encouragée de manière agressive. Si les parents pensaient que le vaccin ROR pouvait entraîner des lésions cérébrales, une maladie douloureuse du côlon ou une maladie auto-immune du foie, les revenus du vaccin chuteraient sûrement et la perte financière éclipserait celle du Vioxx.

* Milanda Rout, "Vioxx Maker Merck and Co Drew Up Doctor Hit List", 1er avril 2009,

www.theaustralian.com.au/news/drug-company-drew-up-doctor-hit-list/story-e6frg6n6-1225693586492.

† Merck a mis de côté 4,85 milliards USD pour les réclamations légales et a retiré le médicament du marché en 2004.

Le Dr Kawashima a également isolé l'ARN de la rougeole de la souche vaccinale dans les monocytes du sang périphérique d'enfants atteints d'hépatite auto-immune. Il a conclu que ces enfants peuvent avoir une persistance de la souche vaccinale in vivo pendant de nombreuses années après la vaccination, et que la persistance du virus de la rougeole pourrait jouer un certain rôle dans la pathologie de l'hépatite auto-immune.{594}

Rougeole induite par le vaccin : Off the record

De nombreux cas de rougeole d'aujourd'hui ne sont pas comptés ou reconnus, car la maladie qui accompagne la rougeole vaccinale est considérée à tort comme plus inoffensive que la rougeole naturelle. De nombreux rapports de la littérature indiquent que non seulement les personnes vaccinées ont le virus de la rougeole vivant qui n'est pas éliminé du corps, mais qu'il est excrété dans l'urine et vraisemblablement dans d'autres sécrétions.

Le virus du vaccin contre la rougeole peut être détecté dans l'urine après la vaccination.

Nous décrivons un enfant de 17 mois avec de la fièvre et une éruption [quinze jours après] après la vaccination rougeole-oreillons-rubéole. La détection du virus de la rougeole de souche vaccinale dans son urine par réaction en chaîne par polymérase a confirmé le diagnostic d'une réaction vaccinale plutôt que de la rougeole de type sauvage. Nous proposons que le virus de la rougeole soit recherché et identifié comme vaccin ou virus de type sauvage lorsque la relation entre la vaccination et la maladie de type rougeole est incertaine.{595}

Le vaccin a essentiellement induit des cas de rougeole qui étaient soit bénins,{596}paralysant,{597}ou mortelle.{598}

Treize millions de doses de vaccin contre la rougeole sont injectées chaque année. Ces virus vivants sont atténués,{599}et les souches varieront de temps à autre dans le processus de fabrication, ce qui signifie que l'immunité à une souche ne confère pas nécessairement une immunité au virus sauvage ou au virus futur. Aujourd'hui, les signalements de « rougeole modifiée » sont synonymes de cas atténués de virus vaccinal et sont accessibles à toute personne effectuant une recherche documentaire. Les rapports concluent que les médecins devraient envisager des infections de rougeole par souche vaccinale dans les cas de méningite aseptique et d'encéphalite.

Un homme de 72 ans atteint de paralysie subaiguë du membre supérieur droit a reçu un diagnostic d'infarctus cérébral dans un autre hôpital. Cependant, l'imagerie par résonance magnétique (IRM) de la tête n'a montré aucune anomalie. Les scanners ont montré une anomalie dans le lobe frontal-pariétal gauche et le taux sérique d'IgM antirougeoleux était élevé. Une encéphalite rougeoleuse a donc été diagnostiquée et une corticothérapie pulsée a été immédiatement initiée. Avec l'administration généralisée du vaccin contre la rougeole, nous nous attendons à ce que l'incidence de la rougeole modifiée augmente à l'avenir. Par conséquent, le titre sérique du virus de la rougeole doit être mesuré lorsque des patients atteints de méningo-encéphalite subaiguë d'origine incertaine sont identifiés.{600}

Comme le suggère cet article japonais de 2011, les problèmes liés aux vaccins contre la rougeole vont empirer, et non s'améliorer, à l'avenir.

Les données suggèrent que l'immunité contre la rougeole n'est peut-être pas absolue mais plutôt un continuum de maladies cliniques.{601}Certains niveaux d'anticorps préexistants peuvent protéger contre la rougeole classique mais pas contre les infections cliniques bénignes.{602}La séroconversion après la vaccination n'est pas une garantie contre le développement d'une rougeole typique ou atypique pendant l'exposition. L'immunité vaccinale est connue pour décliner à des degrés divers, et l'importance relative de l'immunité décroissante reste mal comprise.{603}Une maladie sans éruption cutanée est connue pour survenir après une exposition à la rougeole, même chez les personnes ayant des titres PRN{604}au-dessus du niveau considéré comme protecteur.{605}

La rougeole traverse les populations vaccinées les plus densément immunisées qui ont reçu deux doses de vaccin. Mais cela ne ressemble pas toujours à la rougeole. Elle peut être « atypique » ou sans témérité. Si vous avez le virus de la rougeole et seulement deux des trois symptômes requis pour le diagnostic, vous pourriez être qualifié de « non-cas symptomatique ».{606}

Les risques et les avantages de la vaccination doivent être compris par les praticiens conseillant pour le consentement et les parents acceptant le vaccin. Mais les détails les plus fins sont rarement, voire jamais, compris par un médecin, une infirmière ou un pharmacien.

Le plan raté

Malgré le danger considérablement diminué de la rougeole, les reportages de 1965 ont appelé de toute urgence à ce que les enfants soient rapidement vaccinés contre la maladie. Des affirmations théoriques ont été faites selon lesquelles un seul coup fournirait une immunité à vie.{607}

Le service de santé publique des États-Unis a autorisé un nouveau vaccin vivant raffiné contre la rougeole.

Bien que plusieurs vaccins vivants aient été homologués depuis 1963 - tous des traitements uniques qui confèrent une immunité à vie sans effets secondaires graves - le nouveau est considéré par les épidémiologistes comme "le meilleur à ce jour pour minimiser les effets secondaires".”{608}

Le plan a commencé en 1963**avec un espoir d'éradication d'ici 1967…**

L'utilisation efficace de ces vaccins au cours de l'hiver et du printemps à venir devrait assurer l'éradication de la rougeole aux États-Unis en 1967.{609}

… si suffisamment d'enfants « appropriés » étaient vaccinés.

La rougeole, la maladie infantile "inoffensive" qui peut tuer, sera presque éradiquée de la plupart des régions du pays d'ici un an, prédisent les responsables du service de santé publique des États-Unis... Bien qu'il y ait encore plus de 12 millions d'enfants sensibles, la vaccination des les « bons » deux à quatre millions de jeunes pourraient éliminer la maladie, selon le Dr Robert J. Warren du Communicable Disease Center d'Atlanta.{610}

Certaines des principales raisons citées dans la littérature sur le degré élevé d'échec vaccinal avant 1980 sont les suivantes :

1. Vaccination avant l'âge d'un an lorsque les anticorps maternels interfèrent avec la croissance du virus vaccinal.

2. L'utilisation simultanée de gamma globuline où la réponse est souvent moins satisfaisante si la dose de gamma globuline est trop importante.

3. L'utilisation du vaccin tué avant le vaccin vivant s'est avérée moins efficace pour conférer une protection dans l'essai du MRC (Medical Research Council) et sérologiquement dans les essais canadiens.

4. Le vaccin est labile, et l'observation dans plusieurs cliniques et cabinets de pédiatres aux États-Unis a révélé une manipulation sous-optimale du vaccin.

5. La baisse des titres d'anticorps s'est avérée plus importante avec les vaccins atténués qu'avec la maladie naturelle, et la baisse est plus importante avec les vaccins modernes plus atténués.

Plus d'un vaccin a toujours été nécessaire pour une protection vaccinale contre la rougeole, et à mesure que le temps passe, il semble que, comme la coqueluche, davantage de vaccins pour les personnes âgées seront nécessaires.{611}

Plus d'une décennie plus tard, l'objectif d'élimination de la rougeole n'est toujours pas atteint. Il y avait des épidémies répétées qui se sont produites à travers les États-Unis.

Essentiellement, ce qui s'est passé à la suite de la vaccination a été un déplacement du groupe sensible vers un âge plus avancé où les symptômes peuvent également être atypiques. Pendant l'ère prévaccinale, les nourrissons étaient mieux protégés et ce sont surtout les enfants de moins de 10 ans qui ont développé la rougeole. Après le vaccin, les nourrissons et les enfants plus âgés sont devenus sensibles alors qu'ils ne l'avaient pas été lors des épidémies naturelles de rougeole.

Le Dr James Cherry, vaccinateur et pédiatre bien connu, a déclaré qu'à l'ère post-vaccinale, la rougeole était devenue une « bombe à retardement ». (Cherry, Hospital Practice, 1980, pp. 49-57.) Il y a une raison à croire que la bombe fait toujours tic-tac.

Non seulement un tir était insuffisant, mais il s'est avéré que même deux pouvaient être insuffisants. De plus, on ne sait pas si les rappels ont eu beaucoup d'effet au cours de l'année écoulée.

... dans les vaccins de rappel, il n'y avait qu'une modeste augmentation initiale du titre, et après un an, le niveau était presque revenu à ce qu'il était avant le rappel. De plus, nous avons noté un manque de "prise" chez 14 autres enfants, dont la plupart avaient probablement été stimulés immunologiquement auparavant. En bref, les données suggèrent qu'une dose de rappel pourrait ne pas avoir d'effet durable sur le déclin de l'immunité.{612}

*En 1989, la nouvelle théorie sur l'échec de l'éradication était que les premiers vaccins n'étaient pas aussi efficaces qu'on le croyait à l'origine. Certains des premiers vaccins produits en masse en 1963 contenaient un virus tué. En 1989, le Dr Feigin du Texas Children's Hospital a déclaré qu'il pensait que le vaccin de 1963 n'était «pas largement efficace» et que le vaccin de 1967 était instable et perdait son «efficacité» s'il n'était pas correctement réfrigéré. Ce n'est qu'en 1980 qu'un vaccin vivant stable contre la rougeole est devenu disponible.**{613}***

La même année, après que trois types de vaccins contre la rougeole n'aient pas réussi à produire une éradication ou même une immunité collective prévisible, les scientifiques du vaccin ont changé de cap et ont déclaré qu'en utilisant le nouveau vaccin vivant, deux doses seraient nécessaires pour une protection fiable. Ils ont également recommandé que toutes les personnes de moins de 32 ans soient revaccinées car les anciens vaccins qu'elles recevaient étaient inadéquats. Le vaccin unique qui promettait autrefois de fournir une immunité à vie contre la rougeole dans les années 1960 n'a jamais été produit.

Les épidémies de rougeole se sont poursuivies dans les années 1990, cette fois en raison d'un déficit immunitaire chez les enfants de 10 à 12 ans.{614}

Encore une fois, il n'y avait pas de problème perçu avec le vaccin ou la théorie de la vaccination, mais avec les personnes qui n'avaient pas reçu suffisamment d'injections. Comme cela se produit encore aujourd'hui, les personnes non vaccinées ou partiellement vaccinées ont été injustement blâmées pour les épidémies survenant dans des populations hautement vaccinées.

Vingt et un cas de rougeole sont survenus dans le comté de Sangamon, Illinois, en 1984. Le CDC rapporte : Cette épidémie démontre que la transmission de la rougeole peut se produire au sein d'une population scolaire avec un niveau d'immunisation documenté de 100 %. Ce niveau a été validé lors de l'enquête sur l'éclosion. Des enquêtes antérieures sur les épidémies de rougeole parmi les populations hautement immunisées ont révélé des facteurs de risque tels que le stockage ou la manipulation inappropriés du vaccin, le vaccin administré aux enfants de moins d'un an, l'utilisation de globuline avec le vaccin et l'utilisation de vaccin à virus tué. Cependant, ces facteurs de risque n'ont pas suffisamment expliqué la survenue de cette épidémie.{615}

Une étude de 1994 a indiqué qu'à mesure que les taux de vaccination augmentaient, la rougeole devenait une maladie des personnes vaccinées. Cette surprise « surprenante » a remis en question la théorie selon laquelle « l'immunité collective » induite par le vaccin protégerait contre les épidémies de rougeole.

... de multiples épidémies de rougeole se sont produites dans des populations scolaires dans lesquelles 71 % à 99,8 % des élèves avaient été vaccinés de manière appropriée... À l'époque, il était surprenant de constater que des épidémies de rougeole se sont développées dans ces populations scolaires, même si plus de 98 % des élèves avaient été vaccinés de manière appropriée. déjà été vaccinés... Dans le cas particulier de la rougeole, « l'immunité collective » n'est pas totalement efficace pour prévenir une épidémie de rougeole malgré des taux de vaccination extraordinairement élevés.{616}

En l'an 2000, la rougeole a été déclarée éliminée des États-Unis. Cependant, en 2012, le CDC s'est retiré de cette déclaration, déclarant que la rougeole était réapparue et se propageait. Comme la menace de la poliomyélite, cependant, le danger venait de l'étranger, pas des enfants fortement vaccinés des États-Unis. Sur le nombre total de cas, 200 ont été attribués à des voyages à l'étranger, mais la source de 22 cas n'a jamais été déterminée.{617}Aucun décès ou effet indésirable n'a été signalé.

Il est clair que le taux d'incidence de la rougeole signalé a diminué, bien que cela ait pris beaucoup plus de temps que prévu initialement et ait nécessité plus d'une injection d'un vaccin qui avait des effets secondaires importants. Aux États-Unis et en Angleterre, cette tendance a probablement été renforcée par l'utilisation d'un vaste programme de vaccination, avec toutes les "conséquences imprévues" et les inconnues inhérentes.

Planifier un futur échec

Un facteur clé à considérer est que le vaccin contre la rougeole ne crée pas d'immunité à vie. La seule façon de rester immunisé avec une immunité artificielle via des vaccins est de se faire vacciner plusieurs fois au cours de sa vie. Nous n'avons pas encore vu comment le vaccin se déroulera sur plusieurs générations de personnes exclusivement vaccinées. Les épidémies sont susceptibles de devenir plus fréquentes à l'avenir.

Une étude a prédit que, même avec une bonne réponse à la vaccination, l'immunité diminue en aussi peu que 25 ans. Si cela est vrai, il pourrait y avoir une résurgence de la rougeole après une période d'incidence relativement faible de la rougeole, dans laquelle nous nous trouvons actuellement.

*Étant donné que le titre d'anticorps spécifiques à la rougeole après la vaccination est plus faible qu'après une infection naturelle, on craint que les personnes vaccinées ne perdent progressivement leur protection contre la rougeole. L'échec vaccinal secondaire (perte d'immunité au fil du temps), contrairement à l'échec vaccinal primaire (pas de protection immédiatement après la vaccination), est une préoccupation en raison du défi insidieux potentiel à l'élimination de la rougeole. Par exemple, si l'immunité induite par le vaccin diminue à des niveaux non protecteurs chez une forte proportion d'adultes vaccinés, le niveau de protection de la population pourrait diminuer pour permettre la récurrence de la maladie endémique. Au moyen d'une modélisation statistique, Mossong et al. diminution prévue de l'immunité induite par le vaccin 25 ans après la vaccination.**{618}***

L'estimation de 25 ans pour la diminution de l'immunité vaccinale est généreuse. Les rapports d'immunité décroissante ou d'échec vaccinal, même avec les vaccins vivants, montrent que l'immunité peut décliner en aussi peu que 10 ans.{619}

Une étude de 2009 publiée dans Actes de la Royal Society a enquêté sur ce qui pourrait arriver avec une immunité vaccinale

décroissante contre la rougeole, même avec une couverture vaccinale élevée chez les enfants. Ils ont prédit qu'après une longue période sans maladie dans la population, l'introduction de l'infection conduira à des épidémies beaucoup plus importantes que celles prédites par les modèles standard.

*Nous pouvons prévoir que la vaccination aura deux effets contradictoires... elle réduira le nombre de nouveau-nés susceptibles et devrait donc avoir certains des avantages de santé publique associés habituels réduisant le nombre de cas chez les jeunes enfants. Cependant, cette diminution des cas entraînera une diminution des rappels et donc une plus grande susceptibilité à l'infection dans les classes d'âge supérieures... Lorsque l'immunité diminue, la vaccination a un impact beaucoup plus limité sur le nombre moyen de cas. Bien que cette observation ait des implications claires en matière de santé publique, les conséquences dynamiques de l'interaction entre la vaccination, la baisse de l'immunité et le rappel sont bien plus frappantes. Pour des niveaux élevés de vaccination (supérieurs à 80 %) et des niveaux modérés de déclin de l'immunité (supérieurs à 30 ans), des cycles épidémiques à grande échelle peuvent être induits.**{620}***

Levy estimé dans un rapport de 1984t{621}que d'ici 2050, la proportion de susceptibles pourrait être supérieure à celle de l'ère prévaccinale. Son modèle informatique, bien que non prouvé en 1984, s'est révélé très précis, puisqu'il a prédit les épidémies de l'an 2000.

Récupération sans anticorps : Une découverte déconcertante

Les anticorps sont un marqueur de ce qui s'est passé après l'infection ou la vaccination, mais ne sont pas l'outil essentiel pour la mission principale de « recherche et destruction ».

Une observation paradoxale impliquant l'AMI [immunité médiée par les anticorps] est que des IgG spécifiques sont souvent produites après la guérison de l'hôte. En fait, une augmentation du titre d'IgG sérique est une méthode consacrée pour diagnostiquer de nombreuses maladies infectieuses. Cette observation soulève la

*question de savoir pourquoi l'IgG est fabriqué après la guérison de la plupart des maladies infectieuses. Invoquer un besoin de prévenir les récidives est une réponse quelque peu insatisfaisante si la réponse innée et cellulaire initiale était adéquate pour éliminer le premier épisode de la maladie.**{622}***

Les spécialistes des vaccins savent que le système immunitaire répond avec plus que de simples anticorps, mais comme les marqueurs de l'immunité à médiation cellulaire sont insaisissables, les anticorps sont devenus la mesure de l'immunité ou non d'une personne. En amorçant le système immunitaire avec des particules de maladie dans un vaccin, l'intention est de produire une immunité mémoire qui répondra plus tard rapidement à des infections similaires. Théoriquement, le corps devrait réagir rapidement et détruire les envahisseurs avant qu'ils ne puissent se multiplier et provoquer une maladie perceptible.

L'anticorps n'est-il qu'un marqueur d'un processus plus complexe ? Les scientifiques ont été surpris lorsqu'ils ont appris que les personnes présentant un déficit de production d'anticorps, appelé agamma-globulinémie, se remettaient de la rougeole aussi bien que les producteurs normaux d'anticorps..{623}Cette découverte "déconcertante" a été faite dans les années 1960 alors que la vaccination contre la rougeole commençait à peine.

L'une des découvertes les plus déconcertantes de la médecine clinique a été la découverte que des enfants atteints d'agammoglobulinémie congénitale, qui ne pouvaient fabriquer aucun anticorps et n'avaient que des traces insignifiantes d'immunoglobuline en circulation, contractaient la rougeole de façon normale, présentaient la séquence habituelle de symptômes et de signes, et étaient par la suite immunisés. Aucun anticorps antirougeoleux n'était détectable dans leur sérum [la partie aqueuse du sang moins les facteurs de coagulation et les cellules].{624}

Par conséquent, la partie anticorps de l'immunité n'est pas du tout nécessaire à la guérison naturelle de la rougeole.

*... les enfants atteints de syndromes de déficience en anticorps ont des crises de rougeole tout à fait banales avec une éruption cutanée caractéristique et une récupération normale. De plus, ils ne sont pas indûment sujets à la réinfection. Il semble donc que les anticorps sériques, du moins en quantité quelconque, ne soient pas nécessaires à la production de l'éruption rougeoleuse ; ni pour le rétablissement normal de la maladie ; ni pour empêcher la réinfection.**{625}***

L'immunité humorale ne semble pas jouer un rôle majeur dans la résistance naturelle contre la maladie.{626}

Si l'immunité humorale ne « joue pas un rôle majeur dans la résistance naturelle » contre la rougeole, alors qu'est-ce qui le fait ? La raison pour laquelle la plupart des gens se rétablissent complètement après des infections aiguës est due à ce qu'on appelle l'immunité innée. Cela implique une partie du système immunitaire qui ne nécessite aucune mémoire ou exposition antérieure et n'implique pas d'anticorps spécifiques préformés. Au lieu de cela, cela implique l'activation des globules blancs, y compris les macrophages, les cellules tueuses naturelles et les lymphocytes T spécifiques de l'antigène, ainsi que la libération de diverses cytokines (protéines du système immunitaire) en réponse à un envahisseur étranger.

Cet aspect de l'immunité est présent indépendamment de la vaccination et dépend fortement des nutriments essentiels. Lorsque l'immunité cellulaire est altérée - par exemple, dans la leucémie - la rougeole est désastreuse.{627}.{628}

Les pro-vaccins soutiennent que la raison de vacciner toutes les personnes en bonne santé est de protéger les personnes les plus à risque. D'énormes sommes d'argent sont dépensées pour comprendre pourquoi tant de vaccinés restent sensibles à l'infection{629}et pourquoi les mêmes personnes qui sont sensibles aux complications de la maladie ne répondent pas au vaccin.{630}

L'apparition d'un cas de rougeole dans les populations les plus vaccinées favorise toujours l'alarmisme généralisé des

responsables de la santé publique car ils connaissent la fragilité de l'immunité vaccinale.

Des épidémies de rougeole se produisent là où on les attend le moins... Depuis 2005, ces épidémies se sont produites aux États-Unis, avec un nombre surprenant de cas chez des personnes ayant déjà reçu une ou même deux doses documentées de vaccin antirougeoleux. En fait, en septembre 2011, les États-Unis avaient connu 15 épidémies de rougeole avec 211 cas confirmés, le plus grand nombre de cas depuis 1996.{631}

S'ils comprenaient le système immunitaire inné, la véritable histoire de la rougeole et l'utilisation des vitamines C et A, leur réponse officielle ne serait pas toujours de promouvoir la peur.

Pourquoi est-il logique de soumettre toutes les personnes en bonne santé qui ne sont généralement pas sensibles aux complications de la maladie, aux risques connus et inconnus des vaccins ROR, alors que le résultat pourrait conduire le monde à une situation pire qu'avant la vaccination ?{632}Quelle sera la réponse à cela?

Nous revacciner tous les cinq ans ?

Amélioration dépendante des anticorps (ADE)

Les spécialistes des vaccins se sont longtemps appuyés sur les anticorps pour mesurer l'efficacité d'un vaccin. C'est un fait peu connu que tout anticorps, même induit par un vaccin, peut rendre une personne plus vulnérable à la maladie. Il existe un équilibre indéniablement délicat entre l'immunité protectrice et l'induction d'une sensibilité accrue non seulement à la maladie vaccinée, mais également à d'autres maladies, et souvent cette sensibilité accrue provient d'un vaccin qui a été administré pour protéger.

Un virus reconnaît et se lie à un ou plusieurs récepteur(s) spécifique(s) de surface cellulaire, permettant l'entrée dans les cellules. Certains anticorps augmentent la capacité des virus à

infecter leurs cellules cibles. Ce phénomène est appelé amélioration dépendante des anticorps (ADE) de l'infection.{633}

Il n'y a pas de controverse sur le fait que les vaccins antirougeoleux inactivés ont entraîné une réponse immunitaire anormale et, plus tard, une forme de péché antigénique originel.{634}Plusieurs mécanismes ont été proposés au fil des ans.

Le virus de la rougeole a deux protéines importantes à la surface : H (hémagglutinine) et F (fusion). Le vaccin tué a uniquement programmé le receveur pour qu'il fabrique des anticorps anti-H. Ensuite, lorsque le virus naturel ou un virus vaccinal vivant atténué a été rencontré, le receveur ne pouvait répondre qu'à la protéine H en raison d'une programmation immunitaire initiale défectueuse. Pendant ce temps, la protéine F a permis l'accès viral aux cellules humaines, rendant les victimes plus vulnérables qu'elles ne l'auraient été si elles n'avaient pas été vaccinées du tout..{635}

La littérature sur la rougeole contient de nombreux aveux sur tout ce qui n'est toujours pas compris concernant la pathogenèse du virus de la rougeole et ce qui constitue réellement l'immunité.

Le développement de nouveaux vaccins a été entravé par une compréhension incomplète de l'immunité protectrice et de l'amorçage d'une maladie accrue par le vaccin inactivé.{636}

[Cette « amorçage » fait référence à l'amélioration dépendante des anticorps.]

Le phénomène de l'ADE a également été un problème avec les vaccins contre la dengue, le VRS, les rickettsies, le trachome et Mycoplasma pneumoniae et est l'une des raisons pour lesquelles il n'existe pas de vaccin contre le VIH à ce jour.{637},{638}

Il a également été observé avec le virus Coxsackie.{639}

Le péché antigénique originel (OEA) et l'ADE sont différents aspects d'un phénomène similaire. Ils s'appliquent tous les deux

aux vaccins ainsi qu'aux infections et peuvent égarer le système immunitaire, paralysant la capacité innée de combattre la maladie lors de l'exposition et rendant la victime plus vulnérable.

Plus les scientifiques en apprennent sur le système immunitaire, plus ils réalisent leur profond manque de compréhension. Indépendamment du fait que même la pointe de l'iceberg n'a pas été percée en immunologie, les systèmes immunitaires ont été manipulés par les vaccins pendant plus de 200 ans. Des extraits de la revue d'immunologie suivante de 2006 sont révélateurs et ont des implications surprenantes pour la science des vaccins.

Il est de plus en plus évident que, plutôt que d'être intrinsèquement bons ou mauvais, les effets des Abs (anticorps) sont soit bénéfiques soit délétères chez un hôte, selon le type d'interaction microbe-hôte, y compris le contexte dans lequel les dommages se produisent en fonction du milieu immunitaire de l'hôte et de sa réponse. Une extension logique de ce concept est qu'un Ab qui est protecteur chez un hôte peut ne pas être protecteur chez un autre si la nature de leurs réponses immunitaires à l'agent concerné les place sur différentes parties de la courbe de réponse aux dommages.

Ces concepts ont des ramifications importantes pour la conception des vaccins puisque l'efficacité du vaccin pourrait dépendre de l'amélioration de la réponse immunitaire pour ceux qui ont des réponses immunitaires faibles, mais des réponses améliorées pourraient être préjudiciables chez ceux qui génèrent naturellement de fortes réponses immunitaires…. Par conséquent, plutôt que d'être statique ou caractéristique stable, la capacité d'un Ac à assurer la protection est susceptible d'être dynamique, changeant en fonction du temps, de la réponse de l'hôte, des récepteurs et médiateurs inflammatoires disponibles de l'hôte, et de l'état du microbe chez l'hôte… Considérant que la réponse immunitaire aux microbes pathogènes comprend Abs à de nombreux Ag (antigènes) différant par l'isotype et la quantité prédominants, on peut facilement imaginer une complexité insondable qui devient encore plus décourageante si l'on considère la variation génétique de l'hôte. Clairement,

Par conséquent, dans la plupart des cas, la détermination de l'efficacité de l'Ab reste une discipline empirique plutôt que prédictive. *{640}*

Les rapports de rougeole ont diminué, mais pourquoi ?

Étant donné que le nombre de décès à l'ère prévaccinale avait déjà atteint des niveaux record, le taux de mortalité par rougeole n'aurait pas pu être significativement affecté par le programme de vaccination. Pourtant, il y a eu une baisse apparemment abrupte de l'incidence de la maladie à partir de 1963 (graphique 14.7 et graphique 14.8).

Mais cette tendance à la baisse spectaculaire de la courbe était-elle entièrement due aux vaccins ? En 1968, l'enquête américaine sur la vaccination a montré que seulement 50 à 60 % des enfants âgés de un à neuf ans avaient été vaccinés. Et les enfants vaccinés ont encore beaucoup de rougeole. Pendant les jours d'épidémie, même lorsque trois vaccins ont été administrés aux enfants, plus de 50 % des cas de rougeole étaient complètement vaccinés.{641}

Si l'immunité collective du vaccin exige que 95 % soient vaccinés à l'aide de deux doses d'un vaccin efficace (ce qui n'a commencé qu'en 1980 au moins, lorsqu'un vaccin stable a été commercialisé), pourquoi se fait-il qu'en 1968, l'incidence signalée avait chuté alors que seulement 50 à 60 % des enfants ont été vaccinés avec un vaccin inefficace ?

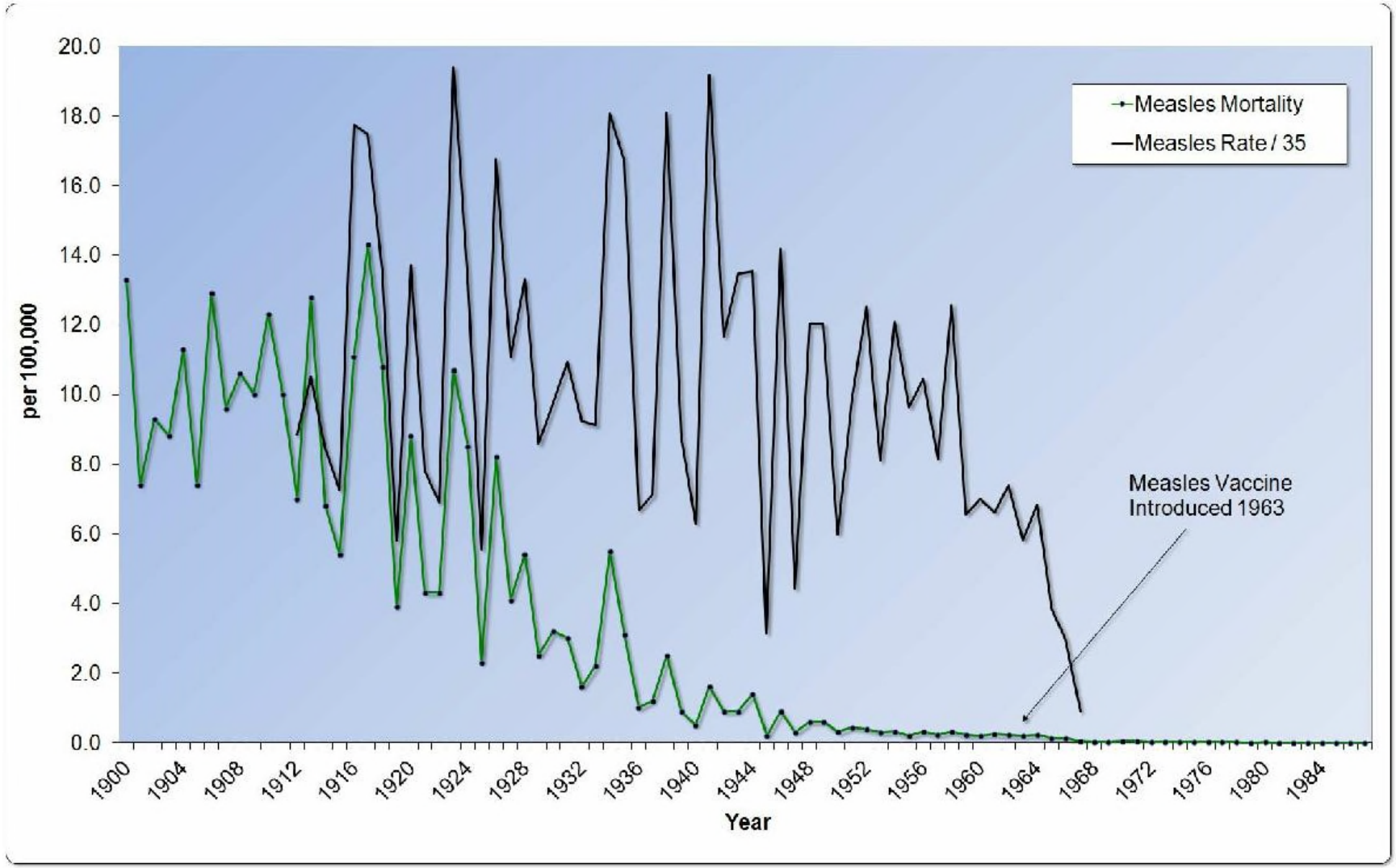
Depuis l'introduction de la vaccination, la couverture vaccinale est passée d'environ 50 % en 1968 à 76 % en 1988.{642}

Dans les années 1960, seuls quelques États exigeaient que les enfants soient vaccinés contre la rougeole pour aller à l'école.{643}

N'est-il pas étonnant qu'il y ait eu une baisse aussi importante de l'incidence de la rougeole en 1969 et une utilisation relativement faible (par rapport à aujourd'hui) de vaccins certes inefficaces ?{644}

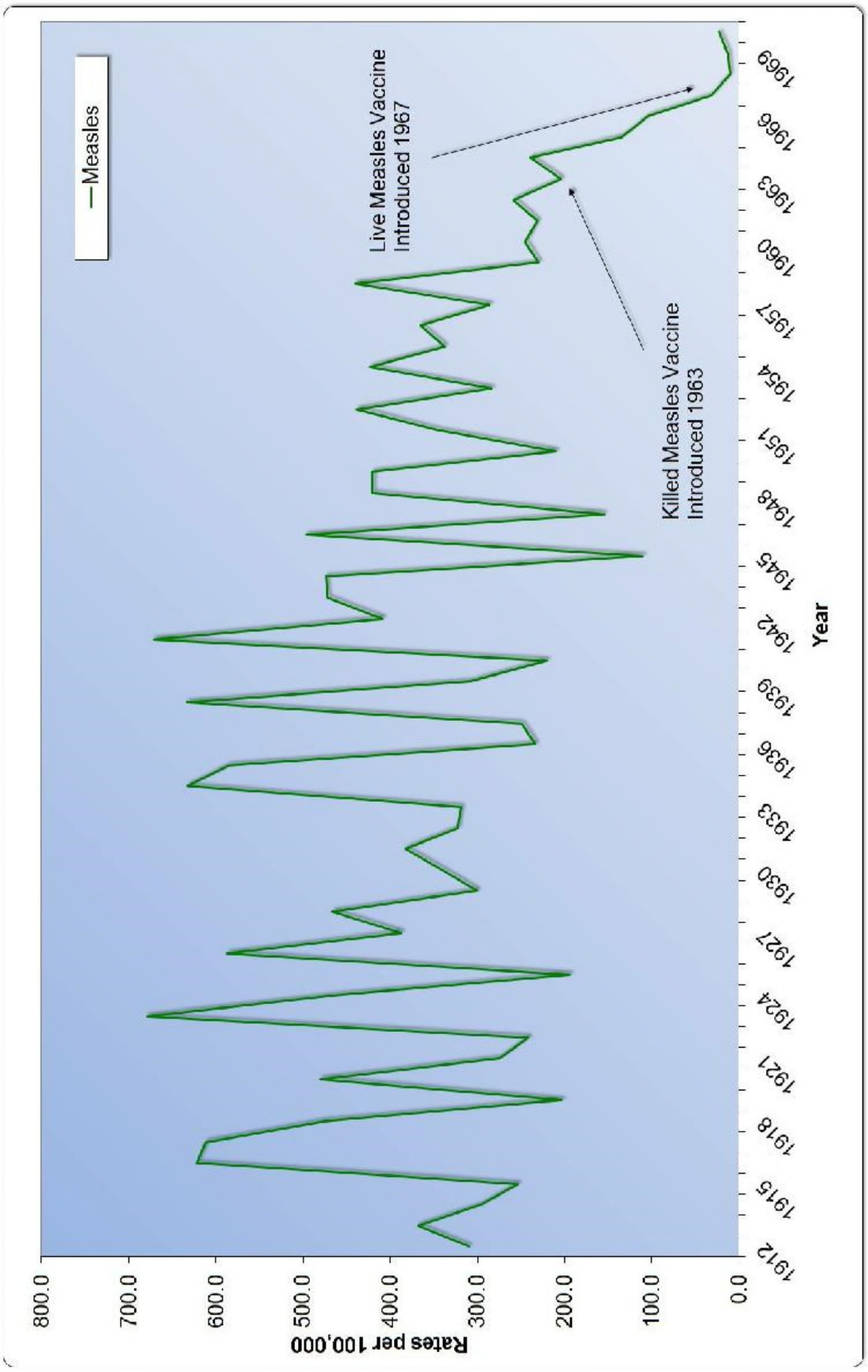
L'aire de la courbe du graphique 14.7 entre 1963 et 1968 doit être comprise dans un contexte plus complet.

Graphique 14.7 (ci-dessous) :Taux de mortalité par rougeole aux États-Unis avec un taux de rougeole de 1/35 de 1900 à 1987.


Measles Mortality
Measles Rate / 35
Measles Vaccine
Introduced 1963
per 100,000
Year
20.0
18.0
16.0
14.0
12.0
10.0
8.0
6.0
4.0
2.0
0.0
1900
1904
1908
1912
1916
1920
1924
1928
1932
1936
1940
1944
1948
1952
1956
1960
1964
1968
1972
1976
1980
1984

Graphique 14.7 (ci-dessus) :Taux de mortalité par rougeole aux États-Unis avec un taux de rougeole de 1/35 de 1900 à 1987.

Graphique 14.8 (ci-dessous) :Incidence de la rougeole aux États-Unis de 1912 à 1970.



Graphique 14.8 (ci-dessus) :Incidence de la rougeole aux États-Unis de 1912 à 1970.

Voici quelques contributions probables à la baisse des cas de rougeole signalés :

D'abord:

Comme toujours après une campagne de vaccination, les critères de diagnostic de la maladie ont été resserrés.

Les vaccinés qui ont développé la rougeole n'ont pas été comptés dans le décompte des rougeoles sauvages, même s'ils étaient infectés par le virus de la rougeole.

Le déclin accéléré observé sur la courbe pourrait être dû au fait que si quelqu'un a reçu un vaccin et a développé une éruption cutanée et une forte fièvre, mais n'a pas eu de rougeole de type sauvage, ce n'était pas la rougeole.

Ainsi, en raison de la nouvelle classification, la rougeole devait baisser chez les vaccinés. Le CDC admet aujourd'hui que :

...de nombreux cas de rougeole chez des personnes précédemment vaccinées ou immunodéprimées ne répondent pas à la définition de cas clinique.{645}

Les critères modernes de confirmation des cas cliniques sont très stricts :

Confirmation en laboratoire par l'un des éléments suivants

Test sérologique positif pour l'anticorps immunoglobuline M de la rougeole ;

Augmentation significative du taux d'anticorps antirougeoleux par tout test sérologique standard ;

Isolement du virus de la rougeole à partir d'un échantillon clinique ; ou

Détection de l'acide nucléique spécifique du virus de la rougeole par réaction en chaîne par polymérase

Remarque : Un cas confirmé en laboratoire n'a pas besoin d'avoir une éruption cutanée généralisée durant ≥ 3 jours ; température ≥101°F ou 38,3°C; toux, coryza ou conjonctivite.

OU

Une maladie caractérisée par

Éruption cutanée généralisée durant ≥ 3 jours ; et

Température ≥101 °F ou 38,3 °C ; et

Toux, coryza ou conjonctivite ; et

Lien épidémiologique avec un cas confirmé de rougeole.{646}

La vérification sérologique et le contact avec un autre cas vérifié n'étaient pas nécessaires avant l'ère de la vaccination, même s'il existe au moins 10 autres infections qui ressemblent cliniquement à la rougeole.

Aujourd'hui, il existe de nombreux rapports de diagnostics manqués chez les vaccinés car on suppose qu'ils n'ont pas la rougeole; par conséquent, seuls les diagnostics différentiels sont pris en compte. Rota et al. a rapporté un tel cas, où la maladie de Kawasaki - et non la rougeole - a été suspectée chez le patient. Les deux médecins traitants (avec des antécédents de trois vaccins chacun) ont contracté la rougeole, mais cela n'a pas été suspecté, et ils ont continué à travailler.{647}

Quand une personne vaccinée a-t-elle la rougeole ?

« Rougeole » induite par le vaccinest une forme modifiée de rougeole survenant 5 à 12 jours après la vaccination antirougeoleuse. Elle n'est pas transmissible et ne doit PAS être classée comme rougeole.

Les cas diagnostiqués sérologiquement qui ont reçu un vaccin antirougeoleux 8 jours à 8 semaines avant le test peuvent être classés comme rougeole confirmée UNIQUEMENT s'ils sont également épidémiologiquement liés à un cas confirmé.{648}

Jusqu'à 54% des cas vaccinés dans certains rapports{649}développé une éruption cutanée avec la vaccination, ce qui explique en partie pourquoi l'immunoglobuline a été administrée avec elle. Aujourd'hui encore, de l'aveu du CDC, 5 à 10 % des vaccinés développent une éruption cutanée et de la fièvre. Étant donné que l'éruption de rougeole est souvent manquée par les cliniciens et les parents et attribuée à autre chose, ce 5 à 10 % serait une sous-estimation grossière.

Si 5 à 10 % des vaccins contre la rougeole entraînent de la fièvre et des éruptions cutanées, il y a environ 650 000 à 1 300 000 cas de rougeole aux États-Unis par an, compte tenu des 13 à 14 millions de doses annuelles de vaccin injectées à des enfants d'un an (naissances vivantes par an recensement américain = 14 millions).

Deuxième:

L'utilisation des gammaglobulines pendant l'infection par la rougeole a commencé dans les années 1940 et a été administrée de manière prolifique de 1963 à 1968 et même après. La raison pour laquelle il a été donné en même temps que les vaccins vivants et tués était de limiter les effets négatifs (infection rougeoleuse) de l'injection, mais c'était et c'est toujours{650}également prescrit comme prophylaxie aux personnes exposées aux cas de rougeole.

La rougeole peut être prévenue ou modifiée après exposition par immunisation passive à l'aide d'immunoglobuline sérique.{651}(Mais cela a un prix : développement potentiel de tumeurs et de maladies du tissu conjonctif plus tard dans la vie.{652}Sans parler de tous les problèmes qui peuvent survenir lors de l'administration d'un produit sanguin humain mis en commun.) Il aurait donc contribué à réduire la gravité des manifestations aiguës de la rougeole lorsqu'il est utilisé seul ou avec le vaccin. Pourtant l'attribution aurait été donnée au vaccin.

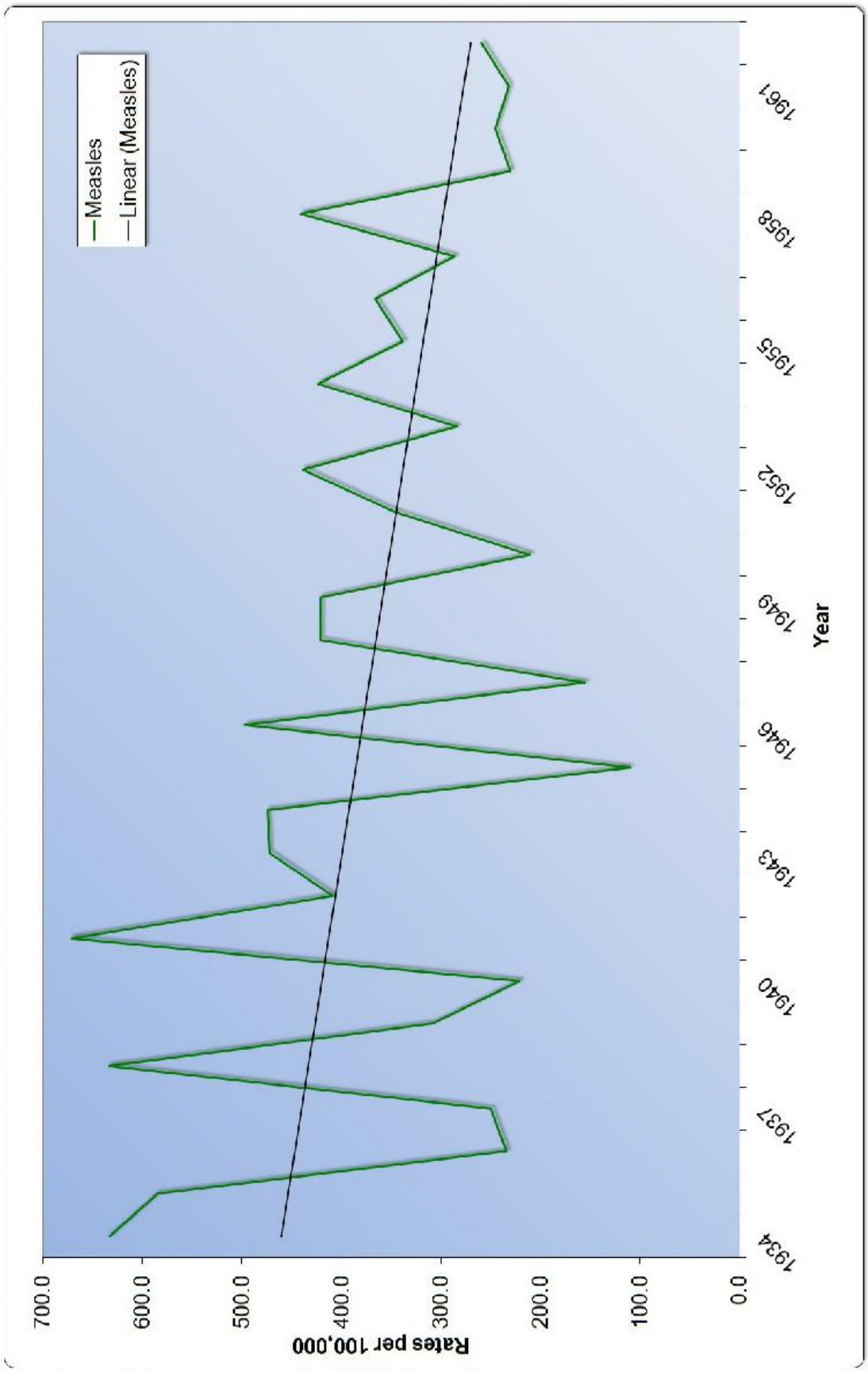
Une infection sans éruption aurait conduit à moins de rapports de rougeole, mais pas parce que la rougeole ne circulait pas et ne

causait pas d'infections occultes. Ainsi, d'une part, les premiers vaccins provoquaient des cas de rougeole atypique et provoquaient une maladie différente (qui n'était pas comptée comme rougeole sauvage), et d'autre part, la gamma globuline administrée pour prévenir les effets secondaires des vaccins était interférant également avec le traitement cellulaire normal du virus.

Troisième:

Avant l'introduction du vaccin de 1963, l'incidence de la rougeole déclinait déjà lentement (graphique 14.9). La rougeole devenait-elle lentement moins répandue de toute façon ? Nous savons que la rougeole peut être subclinique 30 % du temps.{653}Le taux de mortalité avait déjà chuté. Comme la variole, la maladie se consumait-elle lentement ? L'augmentation de l'allaitement et l'amélioration de la nutrition ont-elles contribué à réduire le nombre de cas diagnostiqués ?

Graphique 14.9 (ci-dessous) :Incidence de la rougeole aux États-Unis de 1934 à 1962.



Graphique 14.9 (ci-dessus) :Incidence de la rougeole aux États-Unis de 1934 à 1962.

Est-ce une bonne chose d'aller sans téméraire?

Le virus de la rougeole lui-même ne provoque aucune éruption cutanée. Les taches rouges sont la manifestation physique d'une réaction à médiation cellulaire dans les cellules épithéliales, qui endommage les cellules infectées par la rougeole.

Ces cellules meurent ensuite, limitant la reproduction virale en cours. Pourtant, le virus de la rougeole peut infecter et ne manifester aucune éruption cutanée.

Considérez le fait que les agammaglobulinémiques ont une éruption cutanée et se débarrassent de la rougeole très bien parce que leur immunité innée/immunité cellulaire est intacte. Considérez que les personnes atteintes d'une altération de l'immunité cellulaire, due à une maladie ou à la malnutrition, ne développent PAS d'éruption cutanée et meurent souvent avec une accumulation de cellules géantes (cellules coalescentes d'origine lymphoïde), généralement dans les poumons.

Comme vous pouvez probablement l'imaginer, tout type d'infection (vaccinée ou de type sauvage) par la rougeole qui ne se manifeste pas par une éruption cutanée pourrait signifier qu'il y a eu une réponse incomplète des lymphocytes T et que le virus de la rougeole a échappé à une neutralisation complète. Alors, comment la rougeole sans éruption est-elle créée ?

L'immunoglobuline était utilisée pour prévenir l'infection avant l'invention du vaccin, et son utilisation s'est poursuivie pendant des années parallèlement aux vaccins vivants. Cette combinaison d'immunoglobuline avant le virus peut amorcer le système immunitaire de telle manière qu'il ne manifeste pas d'éruption cutanée. L'absence d'éruption cutanée peut sembler une bonne chose, mais étant donné que l'éruption cutanée est une preuve physique de l'immunité cellulaire détruisant les cellules contenant le virus, son absence n'est peut-être pas si merveilleuse.

En 1985, le Dr Rønne a publié les résultats d'une étude dans laquelle de nombreux adultes n'avaient aucun antécédent

d'éruption rougeoleuse mais avaient été infectés dans le passé, tel que mesuré par les titres d'anticorps sanguins.

Les adultes qui n'ont pas eu la rougeole ont soit échappé à l'exposition, soit ont réagi sans manifester l'éruption pathognomonique. En général, la présence d'anticorps contre le virus de la rougeole est considérée comme la preuve d'une infection passée ; dans la présente enquête, il a été considéré comme une preuve d'infection virale, mais pas nécessairement de rougeole clinique... Des anticorps IgG spécifiques ont été détectés chez 53 des 56 personnes ayant des antécédents négatifs de rougeole, et chez les 59 témoins [les témoins avaient des antécédents connus de la rougeole].{654}

Ce scénario de preuve d'une infection antérieure sans connaissance clinique de la rougeole s'est produit en raison de l'administration d'immunoglobulines antirougeoleuses et de la vaccination de personnes qui avaient des anticorps spécifiques de la rougeole qui étaient soit d'origine maternelle, soit injectés par des cliniciens. Ces individus téméraires se seraient comptés par millions. Rapport du Dr Cherryré{655}que la pratique de l'immunoglobuline concomitante s'est poursuivie longtemps après que son arrêt a été recommandé en 1968.

L'immunoglobuline sérique (ISG) qui a été injectée lors d'une exposition à la rougeole et administrée à des millions de personnes au moment de la vaccination dans les années 1960 aurait pu avoir de graves conséquences sur la santé qui se manifestent aujourd'hui, mais personne ne fait le lien. L'anticorps avait le potentiel d'interférer avec le traitement cellulaire normal du virus.

Ceux qui ont été infectés par un vaccin vivant ou un virus naturel plus tard mais qui n'ont pas formé d'éruption cutanée semblent être les plus à risque. Chen et al.{656}ont rapporté que la maladie sans éruption due à la rougeole peut survenir chez les personnes ayant des titres d'anticorps supérieurs à la cible acceptée de 120.

Il existe plusieurs scénarios concernant les anticorps préexistants et la rougeole :

1. Anticorps préexistant avant toute exposition à la rougeole (ce qui est une configuration pour l'échec du vaccin primaire). Cela peut se produire chez les nourrissons qui ont des anticorps maternels et qui sont vaccinés de toute façon. L'autre situation dans laquelle cela peut se produire est lorsqu'il y a de la gamma globuline administrée, suivie d'une rencontre avec la rougeole sauvage ou la rougeole vaccinale. C'est ce sur quoi le Dr Rønne a écrit. C'est également une configuration pour une réponse limitée au virus et aux maladies chroniques ultérieures.

2. Aucun anticorps injecté et rougeole naturelle subséquente après le sevrage d'un allaitement prolongé, ce qui est la situation idéale pour un rétablissement complet et une immunité à vie.

3. Pas d'anticorps et ensuite un vaccin ultérieur. Cela peut aller dans les deux sens, et tout ce qui précède peut se produire. Un échec vaccinal primaire est possible. De plus, la voie d'infection étant une aiguille de seringue donne accès au système nerveux d'une manière que la rougeole naturelle ne fait pas et provoque une réponse immunitaire qui diffère de l'exposition par inhalation de plusieurs manières.

4. Vaccination avec un virus inactivé, puis vaccination ultérieure avec un virus différent ou infection ultérieure par la rougeole naturelle. Cela a le potentiel de commettre le péché antigénique originel, ce qui pourrait empêcher le vacciné de répondre pleinement et permettre une infection persistante.

Une infection naturelle aiguë et probablement même une vaccination pendant une période où des anticorps spécifiques de la rougeole sont présents peuvent induire un effet suppresseur à long terme sur la réponse immunitaire antirougeoleuse. La présence de tels anticorps au moment de l'infection interfère avec la réponse immunologique cellulaire au virus de la rougeole, en particulier avec le développement d'une immunité spécifique à médiation cellulaire (et/ou d'autres réactions cytotoxiques).{657}

Le virus de la rougeole intracellulaire peut alors survivre à l'infection aiguë et provoquer ultérieurement des maladies qui se développent à l'âge adulte. C'est une révélation assez surprenante; cependant, il existe une association hautement significative entre des antécédents négatifs de rougeole connue avec des signes d'infection antérieure sans éruption cutanée (détectés par des anticorps avant et après une réexposition ultérieure) et quatre catégories de maladies : maladies immunoréactives, maladies sébacées de la peau, maladies dégénératives des os et des os. cartilage et tumeurs.{658}

Bien que la vaccination d'une personne souffrant de malnutrition ou d'un enfant atteint d'une maladie en cours soit clairement dangereuse en raison des effets immunosuppresseurs de la vaccination, en 1997, l'Organisation mondiale de la santé a déclaré que les vaccins contre la rougeole devraient être administrés à tout enfant malade, quelle que soit sa maladie ou sa nutrition. De manière choquante, ils ont déclaré : « Puisqu'il n'y a pratiquement aucune contre-indication à la vaccination contre la rougeole, le vaccin contre la rougeole doit être administré quel que soit l'état de santé du patient. La vaccination contre la rougeole est particulièrement importante pour les enfants souffrant de malnutrition et pour ceux qui souffrent de maladies chroniques, car ils courent un risque accru de complications dues à la rougeole. Une exception à cette recommandation concerne les enfants qui, à leur admission, sont si malades qu'ils courent un risque sérieux de mourir. Bien que l'administration du vaccin contre la rougeole ne soit pas dangereuse dans de tels cas, les parents peuvent attribuer à tort un décès à la vaccination. (RJ Biellik et al., Bulletin Organisation mondiale de la Santé, 1997) Les enfants qui ont reçu de l'ISG (globuline sérique immunitaire) après 1941 et au cours des années 1960 et 1970 et, dans certains cas, même aujourd'hui dans le cadre de la prévention de la rougeole, étaient/sont le plus à risque. C'est encore une autre conséquence involontaire de l'interférence avec un virus qui avait vraiment besoin d'être combattu avec un système immunitaire

cellulaire rempli de vitamines A, C et D et non avec un système immunitaire amorcé par un vaccin ou une immunoglobuline.

L'interaction des anticorps antirougeoleux préexistants avec le virus de la rougeole perturbe la réponse immunitaire cellulaire normale et a des implications pour les nourrissons qui sont vaccinés à un moment où ils ont encore des anticorps circulants d'origine maternelle, qui persistent pendant environ 12 à 15 mois. (La vaccination des mères, cependant, a réduit la longévité des anticorps maternels. Voir la section suivante.) Il est bien connu que les nourrissons ne répondent pas de la manière souhaitée à un vaccin administré au cours des premiers mois de la vie, et s'ils sont également vaccinés tôt (avant l'âge de 15 mois), ils peuvent devenir non répondeurs même après revaccination.{659}Pour cette raison, le vaccin est retardé aux États-Unis jusqu'à l'âge de 12 mois.

Cependant, l'OMS recommande la vaccination dès l'âge de 6 mois dans les pays sous-développés où elle considère que le risque d'infection est supérieur aux conséquences néfastes d'un vaccin qui n'a "pratiquement aucune contre-indication".”{660}

On sait que la vaccination d'un nourrisson trop tôt entraînera un échec du vaccin primaire en raison de l'interférence de l'immunité maternelle ainsi qu'une réponse limitée du système immunitaire du nourrisson immature, qui est de par sa conception peu réactif au départ. Mais quelles sont les conséquences potentielles de la vaccination en présence d'anticorps anti-rougeole spécifiques à la mère ? Les recherches du Dr Rønne{661}

(discuté précédemment) a révélé des taux significativement plus élevés de cancer et de maladies auto-immunes chez les humains vaccinés alors que l'immunoglobuline était présente.

La diminution des taux d'anticorps maternels chez les enfants de moins d'un an est inversement proportionnelle à la réactivité croissante des nourrissons au vaccin contre la rougeole. Chez ceux qui reçoivent une primo-vaccination contre la rougeole avant l'âge de 10 mois, la revaccination plusieurs années plus tard est souvent

*infructueuse, ce qui indique que l'immunisation réalisée en présence d'anticorps peut induire un effet suppresseur à long terme.**{662}***

Combien de vaccins entraînent un effet suppresseur et des scénarios immunologiquement identiques à la rougeole sans éruption cutanée ? La suppression et le portage occulte d'une maladie comme la rougeole valent-ils le risque, compte tenu des conséquences potentielles à long terme ? Comment les personnes atteintes des maladies mentionnées par le Dr Rønne sauraient-elles qu'elles sont la conséquence de la suppression de la réponse cellulaire à la rougeole par un vaccin ou une immunoglobuline ? Qui ferait le lien entre une intervention médicale et ses conséquences à long terme ? Comment tout cela s'inscrit-il dans l'épidémie actuelle de maladies du tissu conjonctif, de maladies immunoréactives, d'affections dégénératives et tumorales ? Des études ont-elles été menées sur des enfants complètement vaccinés par rapport à des enfants jamais vaccinés ? Non. La science des vaccins ne s'aventurera pas et ne s'est jamais aventurée près du rapport provocateur du Dr Rønne.

Retrait de la couverture : Perte de la protection maternelle Toutes les mères offrent un certain degré de protection contre la maladie à leurs nourrissons en transmettant l'immunité à la fois par le placenta et le lait maternel. Le degré de protection dépend des antécédents de vaccination ou d'infection de la mère, du taux d'infection continu dans la population et de la nutrition de la mère.

Les nourrissons allaités empruntent le système immunitaire inné de la mère et l'immunité de la mémoire qui a été acquise par son infection naturelle précédente. Il est également pertinent pour la rougeole que les nourrissons reçoivent de la vitamine A par le biais du lait maternel.

Certaines publications supposent à tort que la protection offerte au nourrisson provient uniquement d'anticorps acquis passivement. Mais le lait maternel contient une foule d'agents neutralisants viraux autres que les immunoglobulines, c'est

pourquoi moins de nourrissons allaités attrapent la rougeole que les nourrissons non allaités.

Silfverdal a signalé une association négative entre un diagnostic d'infection clinique par la rougeole et la durée de l'allaitement, même après ajustement en fonction du statut vaccinal. Il y avait une diminution de 30% du risque chez les enfants allaités pendant plus de trois mois par rapport à ceux qui n'avaient jamais été allaités.{663}

Le lait maternel n'est pas seulement un aliment, et ses propriétés immunoprotectrices impliquent plus que de simples anticorps.

Le colostrum contient des lymphocytes T viables qui confèrent une immunité au nouveau-né.{664}

Un flot de cellules immunitaires prêtes et prêtes à se battre provient du lait maternel. Les mères convalescentes immunocompétentes pour la rougeole sont connues pour transférer des lymphocytes T activés par la mémoire qui se sont accumulés dans le sein. Les cellules T dans les glandes mammaires sont principalement activées et dépassent de loin la concentration dans le sang maternel.{665}Ces cellules pénètrent dans l'intestin du nourrisson, traversent les ganglions lymphatiques du nourrisson et sont utilisées par ce nourrisson pour résister à la maladie. Ce type d'immunité ne provient pas du transfert placentaire et n'est présent que chez les nourrissons allaités, pas ceux nourris au lait maternisé.{666}

L'allaitement maternel était à un niveau historiquement bas aux États-Unis dans les années 1940, avec seulement 25% des nourrissons initiés au lait maternel, dont la plupart ont été rapidement sevrés à deux mois.{667}Il y avait une tendance à la hausse dans les années 1970 à un taux d'initiation d'environ 35 pour cent,{668}qui a lentement continué à augmenter pour atteindre le taux d'initiation actuel d'environ 75 %.{669}

Le lait maternel contient des cellules souches, des progéniteurs myoépithéliaux, des cellules immunitaires, de l'interféron et des

cytokines. Une vaste gamme de «nouvelles» cellules immunitaires s'ajoutent à la liste chaque année. Il existe de nombreuses preuves que le lait maternel a un effet immunomodulateur via l'interféron et la réponse des cellules Th1 à la rougeole que la formule n'a pas.{670}

Il existe des niveaux inférieurs d'immunité spécifique au virus dans le sérum et le lait chez les mères vaccinées par rapport aux mères naturellement immunisées. Bien que le taux global de cas cliniques ait pu diminuer avec la vaccination contre la rougeole, les membres les plus sensibles du troupeau courent aujourd'hui un risque accru, en raison de la vaccination.

Les nourrissons allaités de mères vaccinées ont près de trois fois plus de risques d'infection par la rougeole que ceux de mères naturellement immunisées, même à l'ère de la vaccination, alors qu'il y a supposément moins de virus de la rougeole dans l'environnement.

Les nourrissons dont les mères sont nées après 1963 avaient un taux d'attaque de rougeole de 33 %, contre 12 % pour les nourrissons de mères plus âgées. Les nourrissons dont les mères sont nées après 1963 sont plus sensibles à la rougeole que les nourrissons de mères plus âgées. Une proportion croissante de nourrissons nés aux États-Unis pourraient être sensibles à la rougeole... l'odds ratio ajusté pour l'année de naissance maternelle (née après 1963) était de 7,5 (intervalle de confiance à 95 % 1,8, 30,6).{671}

En 2005, près de 60 % des 503 enfants hospitalisés atteints de rougeole avaient moins de neuf mois. Et il y avait une raison précise à cela.

Nos résultats suggèrent que les nourrissons nés de mères qui ont acquis une immunité contre la rougeole par vaccination peuvent obtenir une quantité relativement faible d'anticorps antirougeoleux, entraînant une perte de l'immunité contre la rougeole avant l'âge de la vaccination. Des mesures visant à améliorer l'immunité chez les jeunes nourrissons non éligibles à la vaccination contre la

rougeole seraient essentielles pour interrompre la transmission de la rougeole en Chine.{672}

Le fait que les personnes vaccinées aient une immunité inférieure à celle des personnes naturellement convalescentes a conduit à recommander de revacciner les femmes avant la grossesse. Mais ce type d'immunité artificielle ne sera pas transféré aussi bien que l'immunité naturelle.

*Le déclin de l'immunité peut devenir un problème croissant à mesure que la couverture vaccinale augmente : parce que davantage de mères auront été vaccinées et puisqu'elles n'ont pas été exposées ou n'ont pas eu la rougeole naturelle, elles transmettront des niveaux inférieurs d'anticorps maternels. Ainsi, leurs bébés deviennent sensibles à la rougeole entre 3 et 5 mois.**{673}***

Les concentrations initiales d'anticorps maternels chez les nourrissons de cette étude dépendaient fortement de la concentration d'anticorps chez la mère et de son statut vaccinal. Les nourrissons de femmes vaccinées ont commencé avec beaucoup moins d'anticorps que les nourrissons de femmes naturellement immunisées. Les nourrissons de femmes vaccinées contre la rougeole reçoivent moins d'anticorps maternels et ont donc une protection plus courte que les nourrissons de femmes ayant une immunité naturellement acquise.{674}

Les auteurs se réfèrent aux différences de niveau d'anticorps parce que personne n'a compris comment dire avec certitude qui est vraiment immunisé. Les personnes sans anticorps peuvent être complètement protégées contre les maladies cliniques par l'immunité cellulaire. Par conséquent, l'anticorps est un simple substitut qui a une signification discutable.

Contrairement à une mère vaccinée, si le nourrisson d'une mère naturellement immunisée est exposé au virus pendant l'allaitement, le bébé a accès à l'immunité cellulaire et humorale innée et acquise de la mère.

La littérature médicale suggère que le**un risque plus faible de contracter la rougeole clinique après avoir été allaité peut durer jusqu'à 10 ans.**{675}

Lorsque Silfverdale a évalué des milliers d'enfants vaccinés et non vaccinés allaités et non allaités en examinant le risque de rougeole, l'allaitement a eu un impact beaucoup plus important sur le risque de rougeole que la vaccination.

L'association inverse entre le diagnostic de rougeole et l'allaitement a également été observée chez les enfants vaccinés contre la rougeole avec un rapport de cotes (et un intervalle de confiance à 95 %) de 0,74 (0,60–

0,90) pour celles qui ont été allaitées pendant plus de trois mois par rapport à celles qui n'ont jamais été allaitées. Parmi les enfants non vaccinés contre la rougeole, l'odds ratio pour l'allaitement pendant plus de trois mois était de 0,63 (0,50–0,79) par rapport à ceux qui n'ont jamais été allaités. Les tests d'interaction ont confirmé qu'il n'y avait pas de modification d'effet pour l'association de l'immunisation. {676}

Maintenant que les enfants qui ont été vaccinés dans les années 1970 et plus tard sont en âge de procréer, de plus en plus de preuves montrent que les nourrissons ne sont pas aussi bien protégés qu'ils ne l'étaient lorsque la rougeole circulait largement, infectant presque tous les enfants avant l'âge de 15 ans. Le problème de la diminution de l'immunité vaccinale est de continuer à vacciner et de vacciner à nouveau les mères en âge de procréer. Mais cela comportera toujours plus de risques que de laisser la maladie circuler et être traitée normalement par les lymphocytes T dans des populations bien nourries. Étant donné que la morbidité et la mortalité associées à la rougeole sont les plus graves chez les nourrissons, la perte précoce de l'immunité passive démontrée dans des études récentes sur des mères vaccinées{677}devrait être une préoccupation majeure.

Aujourd'hui, en raison de la vaccination, les jeunes nourrissons sont plus sensibles que jamais. Les scientifiques recherchent des

moyens de les vacciner et de contourner la neutralisation du vaccin qui provient de l'immunité placentaire et du lait maternel.{678}Pourquoi? Cette immunité protège le nourrisson de la rougeole. Ce n'est qu'un autre exemple de la façon dont les vaccins ont créé une situation qui nécessite encore plus de vaccins et plus de manipulations du système immunitaire. C'est financièrement efficace pour les fabricants de vaccins, mais scientifiquement et immunologiquement infondé.

Vitamines A et C

Le bras cellulaire de l'immunité n'est pas simple à mesurer et à suivre. Pour cette raison, il s'agit en quelque sorte d'une supposition quant à la fréquence à laquelle une population nécessite une revaccination. La règle générale a toujours été que s'il y a des épidémies de rougeole, il doit y avoir une population qui a besoin de plus de vaccins. L'absence de décès lors d'épidémies dans le monde développé et l'importance de la nutrition sont toujours omises des reportages.

La vitamine A empêche le virus de la rougeole de se multiplier rapidement à l'intérieur des cellules en régulant à la hausse le système immunitaire inné dans les cellules non infectées, ce qui aide à empêcher le virus d'infecter de nouvelles cellules. Il est bien connu aujourd'hui qu'un faible taux de vitamine A est corrélé à de faibles anticorps spécifiques de la rougeole et à une morbidité et une mortalité accrues.{679}La vitamine A est une intervention éprouvée pour réduire la mortalité, les infections concomitantes et les séjours à l'hôpital.

Cela n'avait pas plus de sens de vacciner contre la rougeole en 1963 que de mettre un enfant infecté dans une pièce sombre au lieu de lui donner simplement de la vitamine A, qui protège les rétines et les cellules non infectées. En Afrique, c'est la demande corporelle massive en vitamine A qui provoque la xérophtalmie (yeux secs) qui, même à long terme, est réversible avec des suppléments de vitamine A.{680}

L'efficacité du système immunitaire cellulaire est liée à l'apport de nutriments alimentaires, notamment la vitamine A, la vitamine C, le zinc, le sélénium et les protéines riches en vitamine B. Une mauvaise nutrition entraîne une altération des réponses immunitaires cellulaires, ce qui entraîne de moins bons résultats après la rougeole. infection ou exposition.{681}

Lorsque le corps combat une infection, en particulier la rougeole, les réserves de vitamine A s'épuisent par divers mécanismes. Les

infections à la rougeole et les vaccins antirougeoleux à titre élevé altèrent tous deux l'immunité à médiation cellulaire, en partie à cause de la déplétion en vitamine A. Une partie de cet épuisement est le résultat de la consommation par les cellules épithéliales du corps, et une partie est due au renouvellement rapide des cellules immunitaires. Mais d'autres mécanismes, qui impliquent la séquestration de la vitamine A, sont aussi probablement responsables. Un faible niveau de vitamine A dû à la malnutrition ou à une insuffisance alimentaire ouvre la voie à un résultat encore pire. La mort par infections secondaires est un risque connu pendant la rougeole, mais c'est principalement en raison de réponses immunitaires cellulaires déprimées, dues à des carences en vitamines.

...les réponses immunitaires à médiation cellulaire sont profondément déprimées pendant la rougeole. Ceci est important au Nigeria car la rougeole affecte les jeunes qui souffrent souvent de malnutrition, et chez ces enfants, la maladie est grave et prolongée. En conséquence, les infections intercurrentes [survenant en même temps] telles que la tuberculose, la candidose et l'herpès simplex, qui sont normalement contrôlées par l'immunité à médiation cellulaire, deviennent endémiques après la rougeole et contribuent au taux de mortalité extrêmement élevé.{682}

La rougeole reste l'une des principales causes de mortalité infantile dans les pays où la malnutrition, un mauvais assainissement et des soins médicaux inadéquats sont répandus... La rougeole est souvent une maladie mortelle chez les enfants défavorisés sur le plan socio-économique dans les pays tropicaux.{683}

Cela explique également pourquoi au cours des années 1800 et au début des années 1900, lorsque l'état nutritionnel général du monde occidental s'améliorait, il y a eu une diminution spectaculaire des décès dus à la rougeole.

Dans les années 1920, il a été théorisé que la vitamine A pouvait être utilisée pour combattre la maladie. Surnommée la vitamine "anti-infectieuse", le Dr SW Clausen et le Dr AB McCoord de la

faculté de médecine de l'Université de Rochester ont découvert qu'elle était efficace contre une variété d'infections..{684}

Le Dr Ellison a rapporté en 1932 que les enfants bien nourris mouraient rarement ou avaient de graves complications de la rougeole, même sans sulfamides et autres antibiotiques primitifs.{685}

Dès 1932, les scientifiques ont découvert que la mortalité avait chuté de 58 % lorsque les enfants hospitalisés pour la rougeole recevaient de l'huile de foie de morue, qui contient des vitamines A et D et des acides gras oméga-3..{686}

Dans les années 1970, des appels ont été lancés pour garantir des augmentations de la vitamine A alimentaire pour la prise en charge de la rougeole dans les pays en développement.{687}

En 1987, des scientifiques tanzaniens ont utilisé la vitamine A lors d'épidémies de rougeole et ont observé les effets protecteurs impressionnants.{688}

Au cours des années 1990, lorsque des réductions de la mortalité de 60 à 90 % ont été mesurées dans les pays pauvres en utilisant la vitamine A dans les cas de rougeole hospitalisés, la théorie de la déplétion en vitamine A dans la mortalité et la morbidité par rougeole a fait encore plus parler d'elle.

Des analyses combinées ont montré que des doses massives de vitamine A administrées à des patients hospitalisés pour la rougeole étaient associées à une réduction d'environ 60 % du risque de décès global, et à une réduction d'environ 90 % chez les nourrissons... L'administration de vitamine A à des enfants ayant développé une pneumonie avant ou pendant le séjour à l'hôpital a réduit la mortalité d'environ 70% par rapport aux enfants témoins.{689}

En 2010, il était bien admis que la supplémentation en vitamine A pendant la rougeole aiguë entraînait une baisse significative des effets indésirables et des décès.

*L'administration de vitamine A réduit également les infections opportunistes telles que la pneumonie et la diarrhée associées à la suppression immunitaire induite par le virus de la rougeole. Il a été démontré que la supplémentation en vitamine A réduit le risque de complications dues à la pneumonie après un épisode aigu de rougeole. Une étude en Afrique du Sud a montré que la mortalité pouvait être réduite de 80% dans la rougeole aiguë avec complications, suite à une supplémentation à forte dose de vitamine A.**{690}***

Enfin, la vitamine A (qui se trouve en forte concentration dans le lait maternel) a été reconnue dans la lutte contre la rougeole, mais seulement après qu'un vaccin ait été bien accepté dans le monde.

Aux États-Unis, des études ont montré que la carence en vitamine A n'est pas seulement une chose du passé. Même les enfants ayant un régime alimentaire normal présentaient une carence en vitamines lors de l'infection par la rougeole. Une étude californienne de 1992 a montré que 50 % des enfants hospitalisés pour la rougeole souffraient d'une carence en vitamine A. Mais il y avait aussi une carence en vitamine A chez 30 % des témoins malades qui n'avaient pas la rougeole. Aucun des témoins non infectés n'a présenté de déficience significative.

Nous avons étudié 20 enfants atteints de rougeole à Long Beach, en Californie, et avons découvert que 50 % d'entre eux présentaient une carence en vitamine A. Cette fréquence parmi les enfants américains vraisemblablement bien nourris soutient l'évaluation du statut en vitamine A dans le cadre de la prise en charge aiguë de la rougeole aux États-Unis.{691}

Cette étude a également laissé entendre que les infections autres que la rougeole peuvent épuiser les réserves de vitamine A, bien qu'à un degré moindre que la rougeole.

Même des enfants bien nourris pourraient-ils avoir des niveaux de vitamine A sous-optimaux en raison de la vaccination ?

Rougeole naturellement acquise{692}et la vaccination contre la rougeole épuisent le corps en vitamine A.

Des études antérieures ont montré une surmortalité et des anomalies immunitaires chez les filles vaccinées avec un vaccin contre la rougeole à titre élevé 2 à 4 ans après la vaccination… nos résultats ont montré que les concentrations sériques de vitamine A étaient déprimées après la vaccination contre la rougeole, qu'il s'agisse du vaccin antirougeoleux monvalent ou combiné.{693}

Cette conséquence "inattendue" de la vaccination contre la rougeole était due à la réduction des niveaux de vitamine A du vaccin, qui augmentait la sensibilité à d'autres infections.

Les vaccins à titre élevé, comme la rougeole naturelle, provoquent une perturbation à long terme de la fonction immunitaire, y compris un déséquilibre dans le type de réponse des lymphocytes T auxiliaires… Le message est clair.

Les stratégies impliquant la vaccination des nourrissons avec des anticorps maternels, ou de nouveaux vaccins contre la rougeole, doivent être testées dans des essais randomisés dans lesquels le point final est la mortalité et non un effet de substitution tel que le titre d'anticorps contre la rougeole..{694}

Le vaccin contre la rougeole a été associé à d'autres résultats indésirables inattendus dans des études à long terme. Dans les pays en développement, l'utilisation d'un vaccin à titre élevé à l'âge de 4 à 6 mois a été associée à une mortalité étonnamment élevée chez les filles à l'âge de 2 ans par suite de maladies infectieuses infantiles.{695}

L'autre nutriment essentiel dans les cas de rougeole est la vitamine C. Le facteur mitogène des lymphocytes et des populations distinctes de lymphocytes T sont connus pour être supprimés pendant l'infection par la rougeole. Le traitement à la vitamine C a un effet bénéfique pour inverser cette suppression immunitaire virale.{696}

La disponibilité de fruits et légumes riches en vitamine C était un autre facteur de réduction de la morbidité et de la mortalité par maladie. Il y avait des tendances à l'amélioration de la nutrition globale, comme le montre un parallèle dans la baisse des décès dus à la rougeole et aux maladies dues à la carence en vitamine C. Des expériences réalisées dans les années 1940 ont montré que la vitamine C était efficace contre la rougeole, en particulier lorsqu'elle était utilisée à des doses plus élevées.

Lors d'une épidémie [de rougeole], la vitamine C a été utilisée à titre prophylactique et tous ceux qui en ont reçu jusqu'à 1000 mg. toutes les six heures, par voie veineuse ou musculaire, étaient protégés du virus. Administré par voie orale, 1000 mg. dans du jus de fruits toutes les deux heures n'était pas protecteur à moins qu'il ne soit administré 24 heures sur 24. Il a en outre été trouvé que 1000 mg. par voie orale, quatre à six fois par jour, modifierait l'attaque ; avec l'apparition des taches de Koplik et de la fièvre, si l'administration était augmentée à 12 doses toutes les 24 heures, tous les signes et symptômes disparaîtraient en 48 heures.{697}

L'otite moyenne et la pneumonie peuvent être des facteurs aggravants des infections par la rougeole. La surinfection bactérienne lors d'une infection virale est généralement due à une carence en vitamines C et D. Majordome{698} ont rapporté que la pneumonie bactérienne n'était pas significativement associée à des niveaux inférieurs de vitamine A. Cela a du sens puisque les vitamines C et D jouent un rôle important dans la lutte contre les infections bactériennes.

Les niveaux de nutriments peuvent sembler insuffisants aujourd'hui, mais au cours des années 1800, lorsque la mortalité par maladie était supérieure de plus de 90 %, les niveaux de nutriments étaient bien pires. À l'époque, les gens mouraient du scorbut, et aujourd'hui, nous avons simplement une maladie que les médecins ne relient pas au scorbut focal ou subclinique. Globalement, la société est bien mieux nourrie aujourd'hui qu'il y a 200 ans.

La carence en nutriments est connue pour avoir un effet direct sur la virulence des micro-organismes. Cela signifie qu'un voisin déficient en nutriments peut en fait influencer votre santé.

... les travaux en cours suggèrent que non seulement l'état nutritionnel de l'hôte peut affecter la réponse immunitaire, mais qu'il peut également affecter l'agent pathogène viral... une souche bénigne de coxsackievirus B3 est devenue virulente et a provoqué une myocardite chez des souris déficientes en sélénium et en vitamine E.... transformé un virus avirulent en virus virulent. Une fois que ces mutations se sont produites, même les souris avec une nutrition normale ont développé une maladie à partir du virus muté.{699}

Cela soulève un argument intéressant en termes d'immunité collective. Mais pour une raison quelconque, nous ne voyons jamais la nutrition mentionnée dans les publicités médiatiques qui mettent en garde contre les épidémies de maladies.

SSPE

Bien que certains puissent dire que tous les problèmes liés aux vaccins contre la rougeole valaient le risque parce que la morbidité de la rougeole a été réduite, ils passent à côté de la vue d'ensemble. Cette image implique de nombreuses maladies neurologiques, y compris la SSPE (panencéphalite sclérosante subaiguë, qui est une encéphalite progressive chronique rare qui se termine presque universellement par la mort), même chez ceux qui sont correctement vaccinés.{700}

Contrairement aux idées reçues, la SSPE est désormais une maladie des vaccinés. Dans une étude portant sur neuf cas de PESS, trois avaient été entièrement vaccinés contre la rougeole. Il n'y avait aucun antécédent d'éruption cutanée chez ceux qui avaient été vaccinés et avaient développé une SSPE.

De plus, trois patients avaient été vaccinés contre la rougeole et il n'y avait aucun signe clinique de rougeole avant la vaccination. La rougeole subclinique pourrait être responsable du développement précoce de la SSPE dans ces cas... Il y a des cas survenant chez des enfants vaccinés. Dans ces cas, il n'est pas clair si la SSPE s'est produite à la suite d'une infection rougeoleuse subclinique.{701}

Et:

Trois patients atteints de SSPE n'avaient pas d'infection clinique par la rougeole et ils ont tous reçu deux doses de vaccin contre la rougeole à 1 et 6 ans... Comme il a été signalé que la vaccination contre la rougeole était à l'origine de la SSPE, ce problème nécessite définitivement une enquête épidémiologique plus large... nous nous attendons à rencontrer davantage de cas de rougeole malgré la vaccination, et davantage de cas de PESS dans un proche avenir.{702}

En 1989 Dyken{703}ont signalé une augmentation de la proportion de cas de PSS suite à la vaccination contre la rougeole. Il existe également une période d'incubation plus courte pour la SSPE après la vaccination par rapport à celle qui se développe

après une infection par la rougeole. La SSPE est loin d'être une question fermée à l'ère de la vaccination.

L'encéphalite à corps d'inclusion rougeole est un autre terme pour désigner la SSPE chez les personnes immunodéprimées. Lorsqu'il survient chez des enfants en bonne santé, ils sont considérés comme immunodéprimés, même s'il n'y a aucune preuve d'immunodépression.

Nous rapportons un cas d'encéphalite rougeole à inclusions (MIBE) survenu chez un garçon de 21 mois apparemment en bonne santé 8,5 mois après la vaccination rougeole-oreillons-rubéole. Il n'avait aucune preuve antérieure d'immunodéficience et aucun antécédent d'exposition à la rougeole ou de maladie clinique.

... La séquence nucléotidique dans les régions des nucléoprotéines et des gènes de fusion était identique à celle des souches vaccinales Moraten et Schwarz.... Au 51e jour d'hospitalisation, le patient est décédé après le retrait de l'assistance ventilatoire.... Une évaluation immunologique de ce patient a été motivée par le diagnostic. du MIBE. Bien que nous ne puissions pas attribuer son état à un syndrome d'immunodéficience classique, nos résultats soutiennent la présence d'une immunodéficience primaire.{704}

Est-ce que la plupart des cas de SSPE à l'ère des vaccins, et dans le passé avant les vaccins, auraient pu avoir une sorte d'immunodéficience qui n'a jamais été diagnostiquée ? Combien d'enfants soi-disant normaux ont en réalité des façons subtiles dont leur corps fonctionne différemment, que la profession médicale oublie parce qu'ils assument tellement de choses ? Pourquoi la profession médicale ignore-t-elle ce qu'elle ne sait pas ? Plus important encore, ils ne considèrent même pas le fait qu'ils ne savent pas ce qu'ils ne savent pas.

Des antipyrétiques et des immunoglobulines ont été administrés pour atténuer la réponse immunitaire à la rougeole vaccinale vivante et à la rougeole sauvage, piégeant peut-être le virus de la rougeole dans le corps indéfiniment. Le fait que la SSPE soit liée à une clairance virale incomplète et que l'immunoglobuline

spécifique de la rougeole ait causé une grande partie du traitement viral incomplet place potentiellement la SSPE dans la catégorie à la fois d'une immunodéficience et d'une maladie iatrogène. Ceux qui ont sondé le sujet de la rougeole à souche vaccinale comme cause de maladie se sont retrouvés en territoire dangereux. Comme pour l'exploration scientifique du SV40, le virus du cancer des vaccins contre la poliomyélite, la discussion sur le virus de la rougeole de souche vaccinale comme cause de maladie grave est évitée.

Amélioration de la maladie rénale après la rougeole

Infection par le virus de la rougeole lors d'épisodes graves et incessants de syndrome néphrotique infantile{705}

a fait l'objet de nombreuses discussions dans la littérature médicale depuis le début du XXe siècle, à commencer par Pirquet en 1908.{706}De nombreux rapports reflétant divers degrés de résolution après les infections par la rougeole existent dans les revues médicales conventionnelles.{707},{708}

À première vue, certains des résultats semblent ternes, car de nombreux enfants ont eu une récidive après une période sans maladie. Cependant, après un examen plus approfondi de la façon dont ces enfants ont été traités, presque toutes les rechutes se sont produites chez ceux qui ont également été traités avec de la gammaglobuline, ce qui réduit l'expression complète et la réponse immunitaire à la rougeole. Ou on leur a donné des sulfamides ou des mercuriels. Les rapports qui reflètent des cas de syndrome néphrotique et d'infection par la rougeole non altérée, avec un traitement radical limité ou inexistant de la néphrose, ont eu les guérisons les plus durables et les plus spectaculaires. Un cas intéressant est paru dans la revue Archives of Disease in Childhood en 1978. Il s'agissait d'une réflexion sur un garçon qui avait développé une néphrose 60 ans auparavant. Il n'a reçu aucun médicament et s'est complètement rétabli tout au long de sa vie.

Ce qui rend son cas encore plus intéressant, c'est qu'il suivait les lois de la maladie du Dr Constantine Hering. Il est évident qu'une entité superficielle a été poussée plus profondément par des traitements suppressifs, entraînant sa néphrose.

R. était un garçon de 10 ans en bonne santé qui, en 1916, a développé une éruption cutanée sur les jambes, diagnostiquée comme de l'eczéma. Après un traitement prolongé avec une pommade, l'éruption a disparu. Un échantillon d'urine

régulièrement examiné pendant cette période avait été noté pour contenir de l'albumine et des moulages.{709}

Les médecins ont continué à vider son abdomen de litres sur litres de liquide, aggravant son cas, au point où sa mort était imminente.

Son pauvre visage tuméfié avec son horrible pâleur cireuse était à peine reconnaissable. La mort paraissait désormais si certaine que toute la famille était emmenée pour être vêtue de vêtements de deuil.

{710}

Avant que les traitements par les médecins du drainage répété du liquide abdominal avec développement d'un abcès ne puissent le tuer, la rougeole sauvage s'est développée et a restauré sa santé.

Une fois de plus, les espoirs ont augmenté, pour être éteints une fois de plus par ce qui semblait à l'époque être l'inévitable catastrophe finale - l'apparition d'une forte fièvre et ce qui s'est avéré être une attaque de rougeole. Miraculeusement, comme il semblait à ceux qui l'entouraient, il a survécu à cela et par la suite, son retour progressif à la pleine santé n'a pas été interrompu. Environ 6 mois s'étaient écoulés depuis qu'il était devenu œdémateux, il ne restait qu'une trace d'albumine dans l'urine.{711}

Le garçon a bénéficié d'un rétablissement à vie. Sa tension artérielle, sa chimie sanguine et sa clairance de la créatinine étaient normales plus de 60 ans plus tard. Il est devenu pédiatre. Et il a probablement été guéri parce que les corticostéroïdes, la gamma globuline et les antibiotiques n'ont pas été utilisés.

Conclusion

Alexander Langmuir, MD, est connu aujourd'hui comme « le père de l'épidémiologie des maladies infectieuses ». En 1949, il crée la section épidémiologie de ce qui deviendra le CDC. Il a également dirigé l'unité de surveillance de la poliomyélite qui a été créée en 1955 après les mésaventures du vaccin contre la poliomyélite. Le Dr Langmuir savait que la rougeole n'était pas une maladie qui devait être éradiquée lorsqu'il a déclaré :

À ceux qui me demandent : « Pourquoi voulez-vous éradiquer la rougeole ? », je réponds avec la même réponse qu'Hillary a utilisée lorsqu'on lui a demandé pourquoi il souhaitait gravir le mont Everest. Il a dit: "Parce que c'est là." À cela, on peut ajouter « ... et cela peut être fait ».{712}

Langmuir savait également qu'au moment où le vaccin a été développé, la mortalité par rougeole aux États-Unis avait déjà diminué à des niveaux minimaux lorsqu'il a décrit la rougeole comme :

...infection auto-limitante de courte durée, de gravité modérée et de faible mortalité...{713}

Le vaccin a été créé parce qu'il pouvait être fait, pas nécessairement parce qu'il était nécessaire.

Aujourd'hui, Merck est accusé, par deux de ses virologues internes, d'avoir falsifié des documents afin de conserver son brevet de vaccin contre les oreillons, tout en sachant que le vaccin n'est pas efficace. Une plainte a été déposée en 2010{714}et une plainte modifiée en 2012,{715}détaillant les efforts de Merck pour prétendument "escroquer les États-Unis par le biais d'un stratagème en cours visant à vendre au gouvernement un vaccin contre les oreillons mal étiqueté, mal étiqueté, falsifié et faussement certifié comme ayant un taux d'efficacité nettement supérieur à ce qu'il est en réalité". Merck l'aurait fait à partir de l'an 2000 pour conserver sa licence exclusive de vente du vaccin ROR et conserver son monopole sur le marché américain.

Fait intéressant, cet événement en cours a été largement protégé des médias grand public.

Au cours de l'activité frauduleuse présumée se produisant dans les laboratoires de Merck, deux scientifiques courageux ont exprimé leur objection. Ils prétendent avoir été informés par la haute direction que s'ils appelaient la FDA, ils seraient emprisonnés. On leur a également rappelé les primes très importantes qui devaient être récompensées après la certification des vaccins.

Si ce que ces scientifiques prétendent est vrai, le résultat net de l'activité douteuse de Merck a été des épidémies et des épidémies d'oreillons qui ont conduit à la nécessité perçue de plus de rappels et, par conséquent, à une augmentation des revenus de Merck.

On sait que le composant contre les oreillons de tous les vaccins ROR du milieu des années 1990 a eu une très faible efficacité, estimée à 69 %.{716}La portion contre les oreillons a perdu son efficacité (la capacité à stimuler la réponse immunitaire), mais pas nécessairement sa capacité à se multiplier et à rester dans le corps. Selon vous, qu'arrive-t-il à un virus vivant atténué qui est injecté à une personne et ne provoque qu'une réponse immunitaire lente ? Il s'agit essentiellement d'une infection persistante.

Quels désastres peuvent arriver ceux qui acceptent des injections de n'importe quel virus vaccinal qui peut vivre indéfiniment à l'intérieur ?

La transmission de la rougeole de personne à personne semble avoir été interrompue après des années de vaccinations expérimentales et des conséquences surprenantes et imprévues. Une grande partie de l'interruption a été réalisée en soumettant intentionnellement des enfants au virus de la rougeole par injection à l'aiguille, auquel le système immunitaire peut réagir de manière anormale, créant d'autres maladies au cours du processus.

Ce que nous avons maintenant, c'est une population d'enfants de plus en plus en mauvaise santé, avec des taux de nombreux troubles chroniques qui augmentent de façon spectaculaire. La vaccination, pour beaucoup, consiste à échanger un ensemble de risques possibles contre un autre ensemble de risques probables, qui sont dits « coïncidents ».

15. Famine, scorbut et vitamine C

Un grand nombre d'hommes de notre armée furent atteints d'une certaine peste, contre laquelle les médecins ne trouvèrent aucun remède dans leur art. Une douleur subite leur saisit les pieds et les jambes ; aussitôt après, les gencives et les dents furent atteintes d'une sorte de gangrène, et le malade ne put plus manger. Alors les os des jambes devinrent horriblement noirs, et ainsi, après avoir eu des douleurs continues, pendant lesquelles ils montrèrent la plus grande patience, un grand nombre de chrétiens allèrent se reposer sur le sein de Notre-Seigneur.

– Jacques de Vitry (1160-1240), la première croisade

Je souhaite que mes collègues qui discourent si prolixement sur le traitement de cette maladie reconnaissent que l'herbe des champs, aussi discrète soit-elle, a un plus grand pouvoir pour guérir cette maladie que toute leur sagesse imaginaire et leurs panacées inégalées.

– Abraham Bogaert, médecin hollandais (1663–1727), 1711

La vitamine C peut honnêtement être désignée comme la vitamine antitoxique et antivirale.

– Dr CW Jungeblut (1897–1976), années 1930

La plupart des vitamines sont nécessaires à pratiquement toutes les espèces d'animaux. La vitamine C n'est requise que par quelques espèces, dont l'homme.

– Linus Pauling (1901-1994), prix Nobel de chimie (1954) ; Prix Nobel de la paix (1963) Les maladies infectieuses comme la variole, la rougeole et la coqueluche n'étaient pas les seuls problèmes de santé auxquels les peuples du passé étaient confrontés.

famine

La pénurie de nourriture et les famines périodiques ont historiquement entraîné une malnutrition mortelle. La carence en vitamines est une conséquence courante de la famine qui peut entraîner le scorbut, la pellagre, le béribéri, l'anémie et d'autres maladies de carence en nutriments. Parce que les vitamines ont un fort impact sur le système immunitaire, les personnes qui en manquent peuvent devenir sensibles à tous les types d'infections. Un logement insalubre, des conditions de travail déplorables et extrêmement stressantes et d'autres conséquences négatives de la pauvreté, combinées à la malnutrition, ont ouvert la porte à une grande variété de maladies infectieuses.

Les famines constituent toujours un terreau fertile pour de nombreuses maladies. Le manque de nourriture produisait non seulement des œdèmes [gonflements aqueux excessifs] et des maladies de carence spécifiques chez les gens, mais aussi, en diminuant leur résistance, en faisait une proie facile à toutes sortes d'infections. Depuis que les famines ont désorganisé la vie normale, les conditions de vie des gens se sont aggravées.

Le pou a prospéré et le typhus s'est propagé.{717}

Un article écrit en 1836 décrivait l'état misérable de personnes à travers le monde qui étaient proches de la famine.

En France, les mendiants sont nombreux et les gens meurent de faim. Dans le Portugal fructueux et vêtu de vigne, un pilote se prosternera sur le pont d'un navire, dans sa gratitude pour l'avantage d'un biscuit dur. Les Arabes, eux-mêmes à moitié affamés, dévorent des moutons à moitié affamés. Dans le Chili luxuriant, les habitants se nourrissent d'algues dans les intervalles de leurs récoltes, et ceux qui sont de constitution délicate ne survivent pas. Au Canada, pendant l'hiver, beaucoup meurent de faim. À Buenos Ayres, les numéros vivent sur les abats [déchets], à la pagaille publique. Dans le haut Pérou, les indigènes mangent des animaux qui meurent de maladie. Les Chinois font de même et

transforment également d'autres matières dégoûtantes en nourriture. Des milliers d'enfants sont détruits en Chine ; ce n'est pas non plus considéré comme un crime; puisque le bébé subit une mort moins cruelle par la main de sa mère, qu'il le ferait par la famine.{718}

Une lettre enregistrée dans un rapport de la Chambre des communes de 1851 détaillait le sort des habitants de l'île de Skye en Écosse. Beaucoup étaient sans terre, sans nourriture ni travail, ce qui a laissé de nombreuses familles au bord de la famine.

Les gens sont au plus profond de la misère, ils n'ont rien à manger, et ils n'ont pas d'emploi, et aucune perspective devant eux que la mort !... Il y a environ 400 personnes cette nuit sans 400 onces de farine parmi eux tous... A Roag, je a trouvé une famille de Rory Campbell en pleine famine. La femme au lit incapable de se relever par pur besoin. Quatre enfants, en lambeaux, maigres et maigres. Les plus âgés de quatorze ans, les plus jeunes de trois ans et demi... Pendant quatre jours, cette famille a vécu avec trois livres de flocons d'avoine.{719}

Le peuple irlandais a terriblement souffert de pénuries alimentaires au début des années 1800. Des millions de personnes étaient dans un état proche de la famine, et beaucoup sont mortes de faim. Un rapport de 1835 décrit la situation épouvantable.

... il y avait un demi-million d'êtres humains de moins en Irlande entre 1831 et 1841 qu'il n'y en avait eu entre 1821 et 1831. Les commissaires d'enquête sur la loi sur les pauvres, en 1835, rapportent que 2 300 000 de la population agricole sont dans un état constant proche de la famine. {720}

Au cours de la grande famine irlandaise de la pomme de terre qui a eu lieu de 1846 à 1847, des personnes sont mortes non seulement de faim, mais aussi de maladies dues à la malnutrition.

En Irlande, qui avait une population en plein essor, la brûlure de la pomme de terre a causé la famine et des milliers de morts en 1810, 1820 et 1830, conduisant dans les années qui ont suivi à la fameuse

*grande famine au cours de laquelle peut-être deux millions de personnes sont mortes, certaines de faim, mais beaucoup plus du typhus et d'autres épidémies consécutives à la malnutrition et à l'effondrement social.**{721}***

Mme Asenath Nicholson a décrit la situation subie par le peuple dans son livre Annals of the Famine in Ireland en 1847, 1848 et 1849 publié en 1851. Mme Nicholson, originaire du Vermont, a écrit sur son témoignage oculaire de l'état de la peuple irlandais.

De sorte qu'eux, le peuple, étaient dans la nécessité de couper leurs pommes de terre et de les donner à leur bétail pour les maintenir en vie. Toutes ces circonstances liées ensemble, ont fait régner la faim parmi eux à un point tel, que la généralité de la paysannerie est sur la petite allocation d'un repas par jour, et de nombreuses familles ne peuvent se permettre plus d'un repas en deux jours, et parfois un seul. repas en trois jours. Leurs enfants pleurent et s'évanouissent de faim, et leurs parents pleurent, étant pleins de chagrin, de faim, de débilité et d'abattement, avec un aspect sombre, regardant leurs enfants susceptibles d'expirer dans les mâchoires de la famine.{722}

Un article du New York Times décrivait les conditions de misère des habitants de Saint-Pétersbourg, en Russie, en 1899. Le manque de nourriture et les mauvaises conditions de vie rendaient la population vulnérable à de nombreuses maladies.

Les journaux de la ville publient des comptes rendus sur l'état des soi-disant districts de famine de Russie, en particulier de Samara, dans la partie orientale de la Russie européenne. Les efforts de la Croix-Rouge ont conjuré les horreurs de la famine réelle ; mais les fonds de la société sont presque épuisés ; et la grande détresse, obligeant à la consommation de toutes sortes d'ordures, avait produit une épidémie de mortalité terrible, avec le typhus, le scorbut et d'autres maladies pestilentielles. Les paysans sont obligés de tout vendre et vivent dans des cabanes froides, humides et sales. Affaiblis par la faim, ils tombent facilement victimes du typhus et du scorbut aigu.{723}

De 1919 à 1923, les habitants de la Russie soviétique ont souffert d'une terrible famine. Vingt-deux millions de personnes ont été confrontées à une famine si grave que le cannibalisme est devenu une option de survie.

… les conditions en Russie s'aggravent chaque jour. La famine augmente… Nous sommes bien démunis face à la détresse grandissante… Le cannibalisme se répand à un degré effroyable… Vingt-deux millions de personnes sont aujourd'hui directement menacées par la famine… Sept ou huit millions de personnes pourraient peut-être être sauvées par nous à l'automne prochain. Mais le reste (c'est-à-dire 14 ou 15 000 000) est inévitablement confronté à la famine… La vérité est que la famine va s'aggraver l'année prochaine, et même l'année d'après sera terrible.{724}

L'hiver apporte une immense misère et des centaines de milliers de morts dues à la faim et à la maladie se sont produites dans tout le Moyen-Orient, le Caucase et le sud de la Russie. La fuite des réfugiés de toutes nationalités à travers l'Asie Mineure vers le sud de la Russie a commencé. Les rapports indiquent que les difficultés sans précédent sont aggravées par diverses petites guerres et aussi par de petites bandes qui s'attaquent les unes aux autres, quand il n'y a pas d'autres victimes. On pense que le cannibalisme est fréquent. Le district de Smyrne est un bel exemple d'Asie Mineure. On estime qu'il y a plus de 150 000 Turcs sans abri, vivant en plein air dans ce quartier, et la plupart d'entre eux affamés.{725}

Ce rapport de 1873 traitait de la mauvaise qualité de la nourriture disponible dans les villes américaines. La nourriture malsaine a laissé de nombreux enfants sous-alimentés et vulnérables à tous les types de maladies. Les viandes frelatées étaient souvent transformées en saucisses ou déguisées pour cacher le fait qu'elles étaient malades ou rances.

Un grand mal s'insinue dans notre ville par l'avarice et l'inhumanité de certains bouchers,

qui tuent le bétail malade qu'ils achètent à bas prix, et le découpent et le vendent en saucisses et autres formes de déguisement… Dans

nos grandes villes, il n'y a pas de cause de maladie plus fréquente que la vente d'aliments malsains. Les classes inférieures, victimes de la pauvreté et de l'avarice des marchands, consomment habituellement les aliments les plus malsains, voire vénéneux, et par conséquent, souvent de cette seule cause, traînent une existence physique misérable, et leurs enfants sont des spécimens chétifs et misérables. de l'humanité, proie facile des épidémies. ***{726}***

Scorbut et Vitamine C

Le scorbut est une maladie qui résulte d'une carence en vitamine C alimentaire, essentielle à la formation d'un collagène sain. Le collagène est la protéine qui forme le tissu conjonctif dans la peau, les os et les vaisseaux sanguins et qui soutient également les organes internes. Dans le scorbut, le corps n'est pas en mesure de générer un collagène adéquat ou des protéines de la matrice extracellulaire qui servent de mortier pour maintenir les cellules ensemble. En conséquence, le corps se décolle littéralement et s'effondre. Un article de 1907 décrit une personne atteinte de scorbut sévère. Son corps s'est lentement désintégré jusqu'à sa mort.

Quiconque n'a pas vu de ses propres yeux la victime du scorbut ne peut imaginer quel tourment cette peste entraîne. C'est une maladie qui s'installe très graduellement, le patient ne se plaignant généralement au début que d'une faiblesse et d'une apathie générales. Il se déplace difficilement, préférant s'asseoir ou s'allonger et son visage devient tiré et pâle. Bientôt ses gencives deviennent douloureusement tendres, du sang suinte d'elles à la moindre pression, et ses dents se détachent de leurs orbites ; - il ne peut rien manger de solide, de sorte qu'en quelques jours il devient trop faible pour se déplacer et se met au lit. . Peu à peu, les jambes du malade commencent à gonfler, des taches rouges et furieuses apparaissent sur la peau, et deviennent rapidement violettes, bleues et noires, comme de grosses contusions. Ces taches sont causées par la rupture des vaisseaux sanguins superficiels, tout comme dans les véritables ecchymoses, et à mesure que le gonflement des membres inférieurs augmente, les taches deviennent si nombreuses que toute la patte apparaît comme une bûche noire polie. Le patient ne peut pas étirer ses jambes enflées et reste immobile, les jambes repliées.

Souvent la peau distendue éclate et de larges plaies ouvertes ajoutent au supplice de l'homme atteint.

En même temps, les gencives deviennent une masse de tissu saignant et en décomposition qui prend parfois l'aspect d'une croissance

fongique qui remplit à moitié la cavité de la bouche. L'haleine du patient sent insupportablement, de sorte que l'air de la chambre devient bientôt empoisonné par l'odeur putride. A ce stade, si une assistance médicale et des soins constants et soigneux ne sont pas disponibles, le malade perd rapidement ses dernières forces et meurt rapidement d'épuisement.{727}

Photos 15.1 :Scorbut infantile. Ellen S. Cinq ans. Les gencives sont enflées ou costaudes et pendent en masses ressemblant à des tumeurs. Il y a aussi des tumeurs du sang sur le front. (1914)

Notez que la citation ci-dessus indique que les premiers symptômes du scorbut sont l'apathie et la faiblesse, et ils meurent rapidement d'épuisement. La vitamine C a de nombreuses fonctions dans le corps. L'action la plus importante concerne

probablement la partie de la vitamine C appelée acide ascorbique, qui est essentielle au métabolisme mitochondrial normal.

Une brève mention des mitochondries s'impose dans toute discussion sur le scorbut. Si vous n'êtes pas familier avec ces étonnantes organites intracellulaires, elles sont parfois appelées "centrales cellulaires" car elles sont responsables de la production d'énergie chimique. L'oxygène que vous respirez est utilisé dans les mitochondries pour produire de l'énergie chimique appelée adénosine triphosphate ou ATP. En plus de fournir de l'énergie cellulaire, les mitochondries sont impliquées dans d'autres tâches telles que la signalisation, la différenciation cellulaire, le contrôle du cycle cellulaire et la croissance cellulaire.

L'acide ascorbique protège contre les espèces réactives de l'oxygène (dommages des radicaux libres) dans les mitochondries et maintient les mitochondries en bonne santé.

Étant donné que les niveaux d'AA mitochondrial peuvent être augmentés avec une supplémentation alimentaire en vitamine C, nos données suggèrent la pertinence pharmacologique de la vitamine C dans la protection du génome mitochondrial contre les lésions oxydatives.{728}

L'acide ascorbique est également nécessaire pour le transport de l'un des trois types de substrats utilisés pour le carburant.

Les protéines, les sucres et les graisses sont utilisés pour la production d'énergie afin de générer de l'ATP, qui est la principale source d'énergie pour la majorité des fonctions cellulaires du corps. Sans ATP, les flatlines énergétiques cellulaires et les fonctions cellulaires critiques s'arrêtent. Les graisses ne peuvent pas traverser la membrane mitochondriale sans acide ascorbique car une molécule essentielle appelée carnitine, qui transporte la graisse à l'intérieur des mitochondries, dépend de l'ascorbique pour sa génération. La biosynthèse de la carnitine nécessite l'acide ascorbique comme cofacteur pour deux étapes d'hydroxylation distinctes.{729}Par conséquent, en cas de scorbut, le métabolisme central s'arrête, ce qui entraîne une profonde fatigue et une

accumulation d'acides gras ailleurs. Ce type de carence fonctionnelle en acides gras se manifeste sous la forme de troubles neurologiques, de maladies cardiaques et de faiblesse musculaire.{730}La fatigue marque le début d'un effondrement de l'organisme. Sans fonction mitochondriale normale, le système immunitaire s'effondre, comme tous les systèmes qui maintiennent la structure des os et de la chair. Le résultat est évident : la mort.

Les apports nutritionnels recommandés pour la vitamine C n'empêchent pas le « scorbut ». Ils vous empêchent simplement de mourir d'un arrêt complet des mitochondries.

William A. Guy, doyen du département médical du King's College, a décrit la mauvaise alimentation des mineurs d'or en Californie dans les années 1850. Des milliers de mineurs subsistaient de la viande, de la graisse, du café et de l'alcool tout en travaillant de longues et dures journées sous le soleil implacable de la Californie. Le régime alimentaire déficient en vitamine C a conduit de nombreuses personnes à développer le scorbut.

Le scorbut a été très répandu parmi les mineurs d'or de Californie… les émigrants lors des voyages terrestres et dans les mines, comme vivant presque entièrement de bacon frit ou de porc gras et de farine transformés en gâteaux de pâte, et frits dans la graisse, qui sature complètement il.

Ceci est arrosé de copieuses librations de café fort, et de grandes quantités de brandy ou de whisky sont prises dans les intervalles des repas… cela a été le régime de milliers de personnes pendant des mois, sous un soleil brûlant, lorsque la température était supérieure à cent dans l'ombre, les hommes étant en même temps soumis au travail le plus intense.{731}

Bien que beaucoup soient morts du choléra pendant la ruée vers l'or en Californie au milieu des années 1800, environ 10 000 hommes sont morts du scorbut.

Anthony Lorenz, qui avait fait une étude approfondie du sujet et lu de nombreux documents non publiés, a estimé qu'au moins 10 000 hommes sont morts "du scorbut, ou de ses séquelles, lors de la ruée vers l'or en Californie... Ses victimes étaient plus nombreuses que celles du choléra". Le docteur Praslow, médecin allemand qui se trouvait dans la région de Sacramento durant l'hiver 1849-1850, témoigna de l'effet affaiblissant de la maladie : « J'ai fréquemment vu des patients qui souffraient de scorbut... mourir en quelques jours d'une diarrhée aiguë. "{732}

La guerre civile américaine (1861-1865) est souvent examinée avec nostalgie en mettant l'accent sur la politique et les engagements militaires. Alors que de nombreux soldats sont morts au combat, beaucoup d'autres sont morts sans «gloire» à cause de carences nutritionnelles extrêmes ou de maladies évitables. Par exemple, les causes de décès répertoriées pour les soldats de l'Indiana enterrés au cimetière national d'Andersonville (voir tableau ci-dessous), en Géorgie, montrent que la diarrhée et le scorbut représentaient directement au moins les deux tiers.{733}La dysenterie était la deuxième cause courante de décès, les maladies tristement célèbres telles que la variole, le typhus, la pneumonie et la gangrène n'étant responsables que d'une petite fraction. Ceux qui ont été tués au combat ou qui sont morts des suites de leurs blessures ne représentaient que 1 % du total des décès.

Causes de décès des soldats de l'Indiana à Andersonville, Géorgie

Cause of Death	Number	%
Diarrhoea [sic]	254	37
Scorbutus (Scurvy)	202	30
Dysentery	52	8
Other diseases	63	9
—Smallpox	1	
—Gangrene	2	
—Typhus	2	
—Pneumonia	10	
Wounds	7	1
Killed	2	<1
No causes listed	108	15
Total	688	100

Un article du New York Times de 1882 décrivait le scorbut chez les mineurs de Pottsville, en Pennsylvanie. Ces mineurs souffraient non seulement de la dégradation des tissus, mais aussi de l'un des autres facteurs majeurs de la carence en vitamine C : une altération du système immunitaire.

Au cours des dernières semaines, 30 Hongrois et Polonais souffrant de scorbut dans sa pire forme, ainsi que de pneumonie, ont été admis à l'hôpital du comté. L'augmentation alarmante de ces cas a

suscité de nombreux commentaires et l'affaire sera portée devant la Société médicale. La maladie est attribuée à l'usage presque exclusif de la viande salée par les travailleurs importés autour des mines et à leurs mauvaises habitudes.{734}

Photos 15.2 :Position caractéristique des jambes dans le scorbut. Les jambes sont pratiquement toujours tendres, généralement délicieusement

ainsi, de sorte que le moindre mouvement ou pression provoque la douleur la plus intense. (1922) Le scorbut a causé un nombre énorme de morts, en particulier lors de longs voyages navals ou pendant les guerres.

Au cours des batailles navales de la guerre de Sept Ans (1754-1763), plus d'hommes sont morts de maladie que de bataille réelle.

... pendant la guerre de Crimée, 23 000 cas de scorbut se sont développés dans la seule armée française, et dans toutes les batailles navales de la guerre de Sept Ans, il n'y a eu que 1 512 marins et marines tués par des engins de guerre, mais 133 078 hommes sont morts de maladie ou ont disparu , le principal étant le scorbut.{735}

Le rachitisme est un ramollissement des os chez les enfants causé par une carence en vitamine D, en magnésium, en phosphore et en calcium. Cette maladie peut entraîner des fractures et des déformations. Peu de gens savent que la vitamine C est également

très importante pour la minéralisation osseuse saine et pour la formation osseuse.

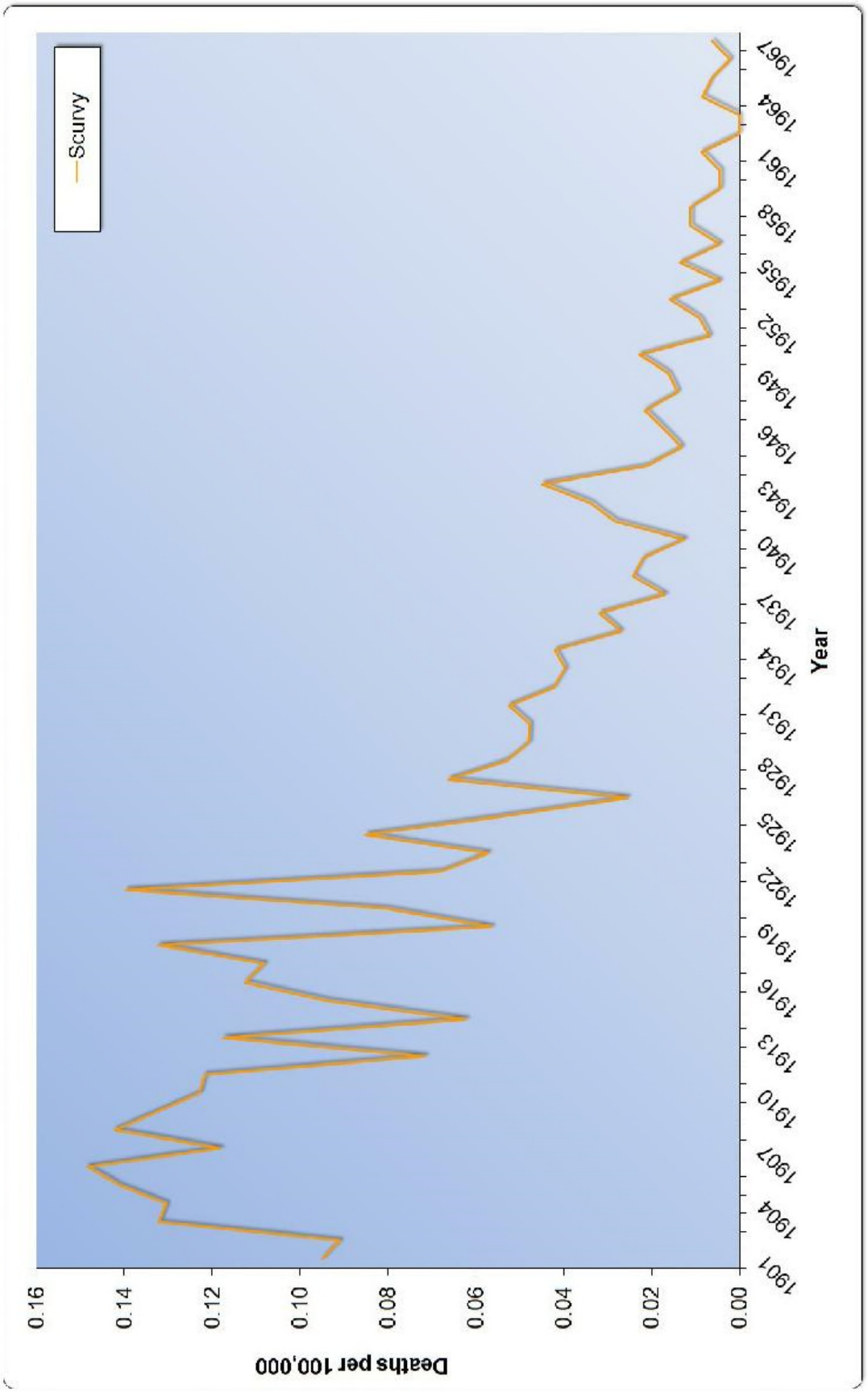
Les villes industrielles ont surtout été le terreau des maladies archétypales de la pauvreté et de la surpopulation telles que le rachitisme, la maladie osseuse invalidante chez les nourrissons, particulièrement inquiétante pour les femmes qui, en raison de malformations pelviennes, souffriraient souvent de difficultés mortelles à l'accouchement.

Bien que largement connue sous le nom de «maladie anglaise», la Grande-Bretagne ne jouissait d'aucun monopole, car partout la misère et la privation fournissaient un terreau idéal. Une enquête de 1907 à Paris a révélé qu'un enfant sur deux âgé de six mois à trois ans souffrait plus ou moins de rachitisme, et New York a rapporté la même chose..{736}

Des années 1800 aux années 1900, une myriade de changements ont eu lieu qui ont permis aux gens d'améliorer leur alimentation. Un meilleur approvisionnement alimentaire, y compris plus de fruits et de légumes, a entraîné une lente diminution du scorbut comme cause de décès (graphique 15.1). Le fait que le scorbut soit une maladie liée à une mauvaise alimentation a finalement été accepté par la profession médicale et le public. Le New Albany Medical Herald a rapporté en 1907 :

*Le scorbut infantile est une maladie des temps modernes et est imputable aux conditions altérées résultant de la sur-civilisation et de l'entassement dans les villes, ce qui rend difficile ou impossible l'alimentation idéale des enfants... Il y a moins de trente ans que la la nature de la maladie a été reconnue par Cheadle, son article paru en 1878... ses opinions ont été quelque peu lentes à être acceptées par tous, et la vérité de son affirmation n'a pas été complètement établie jusqu'à ce qu'un article ait été lu par Sir Thomas Barlow sur ce sujet devant le Royal Medical Society en 1883. "Le scorbut est une maladie constitutionnelle due à une erreur prolongée dans l'alimentation."**{737}*

Graphique 15.1 (ci-dessous) :Taux de mortalité en Angleterre dû au scorbut de 1901 à 1967.



Graphique 15.1 (ci-dessus) :Taux de mortalité en Angleterre dû au scorbut de 1901 à 1967.

En 1900, les décès dus au scorbut étaient rares et diminuaient régulièrement. Simultanément, les décès dus aux maladies infectieuses ont également considérablement diminué. En effet, les cellules immunitaires dépendent fortement d'un composant de la vitamine C appelé acide ascorbique.

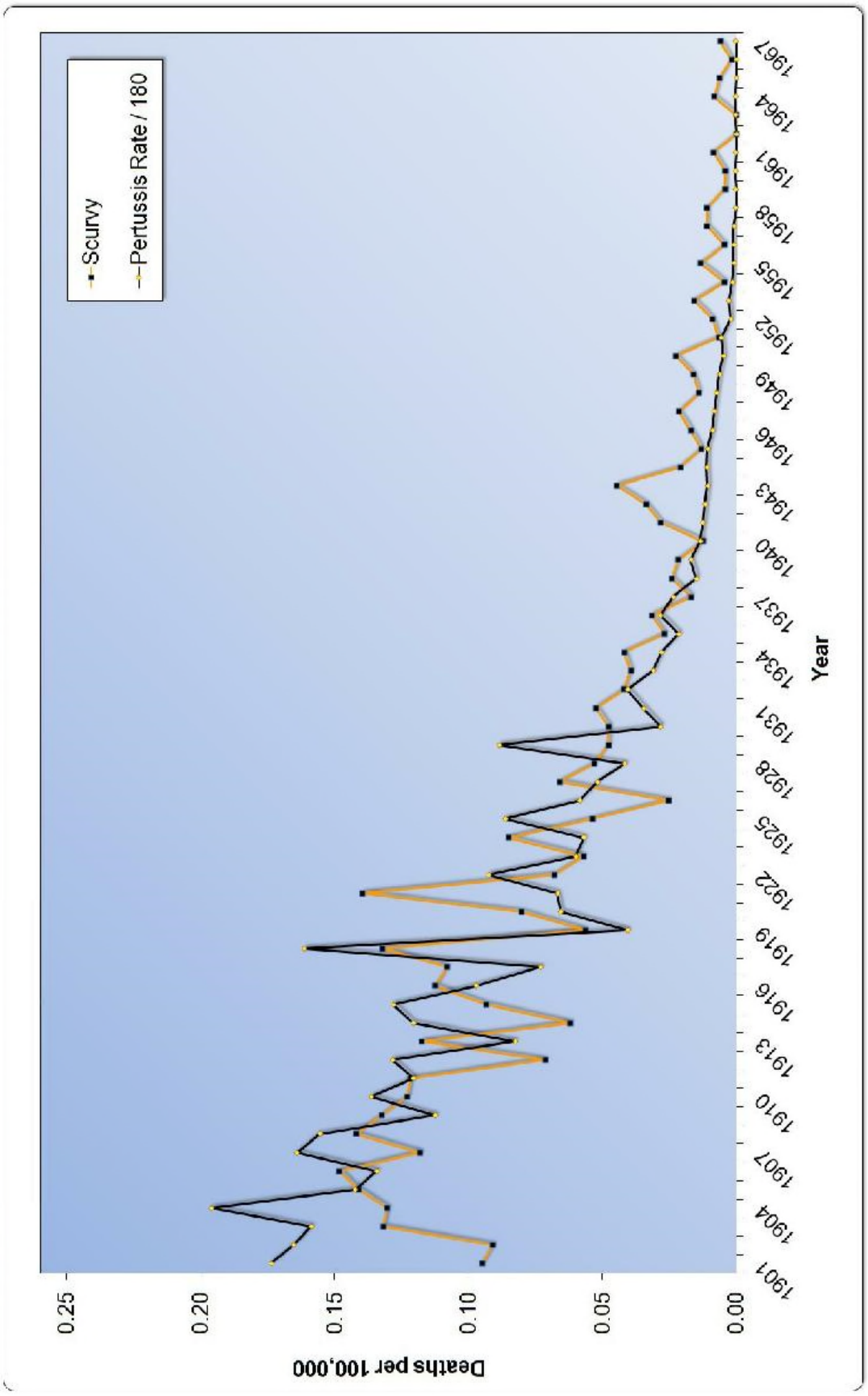
Aujourd'hui, nous savons que la vitamine C est vitale pour plusieurs composants du système immunitaire humain, y compris les globules blancs. Environ 50 à 70 % de tous les globules blancs sont des neutrophiles, le principal type de cellule immunitaire qui utilise la vitamine C. Cette étude de 2004 montre que la vitamine C est également utilisée par les granulocytes ou leucocytes polymorphonucléaires (PMN). Les PMN sont des globules blancs qui contiennent un noyau lobulaire segmenté ; ils peuvent être classés en éosinophiles, basophiles ou neutrophiles.

... le pool d'ascorbate [vitamine C] dans les PMN est utilisé par les PMN pour détruire les agents pathogènes engloutis, comme le suggèrent nos résultats et aussi par des observations antérieures selon lesquelles une supplémentation alimentaire en vitamine C augmente l'immunité innée.{738}

L'immunité innée est la partie de l'immunité cellulaire qui ne nécessite aucun souvenir d'une infection antérieure.

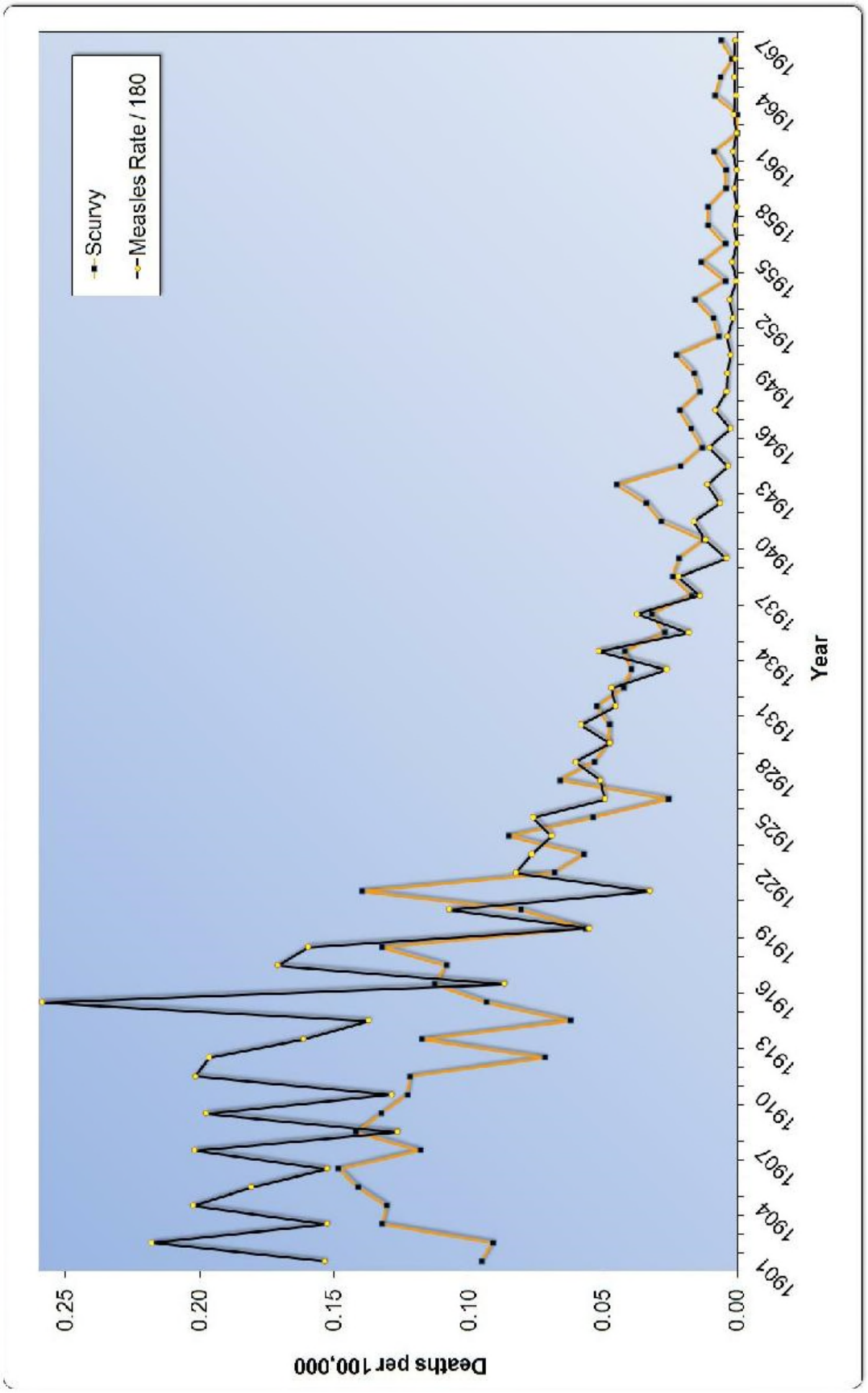
Les données d'Angleterre montrent que les décès dus au scorbut ont diminué parallèlement aux décès dus à d'autres maladies infectieuses, notamment la coqueluche (graphique 15.2) et la rougeole (graphique 15.3).

Graphique 15.2 (ci-dessous) :Taux de mortalité en Angleterre dus au scorbut par rapport à la coqueluche de 1901 à 1967.



Graphique 15.2 (ci-dessus) :Taux de mortalité en Angleterre dus au scorbut par rapport à la coqueluche de 1901 à 1967.

Graphique 15.3 (ci-dessous) :Taux de mortalité en Angleterre dus au scorbut par rapport à la rougeole de 1901 à 1967.



Graphique 15.3 (ci-dessus) :Taux de mortalité en Angleterre dus au scorbut par rapport à la rougeole de 1901 à 1967.

Un article publié en 1949 par le Dr Fred R. Klenner a montré les effets positifs impressionnants de l'acide ascorbique contre un certain nombre de maladies. L'une des maladies discutées était le zona, également connu sous le nom de zona. C'est une maladie qui peut causer de fortes douleurs. Le Dr Klenner a utilisé efficacement de fortes doses d'acide ascorbique pour traiter cette affection et a décrit comment la douleur a rapidement disparu dans un certain nombre de cas.

Dans le zona 2000 à 3000 mg. de vitamine C a été donnée toutes les 12 heures, ceci complété par 3000 mg. dans du jus de fruit par voie orale toutes les deux heures. Huit cas ont été traités dans cette série, tous adultes. Sept ont éprouvé une cessation de la douleur dans les deux heures suivant la première injection et sont restées ainsi sans l'utilisation d'aucun autre médicament analgésique. Sept de ces cas ont montré un assèchement des vésicules dans les 24 heures et ont été débarrassés des lésions dans les 72 heures... Un des patients, un homme de 65 ans, est venu au cabinet doublé de douleurs abdominales... Il a reçu 3000 mg. de vitamine C par voie intraveineuse et a ordonné de retourner au bureau dans quatre à cinq heures... Il est revenu dans quatre heures sans aucune douleur. Il a reçu 2000 mg supplémentaires. de vitamine C, et suivant le programme indiqué ci-dessus, il a récupéré complètement en trois jours.{739}

Un article ultérieur publié en 1953 par le Dr Klenner a également montré que la vitamine C était efficace contre la rougeole. Il a constaté que, lorsqu'il est utilisé à fortes doses, il y avait une réponse positive définie manifestée par une augmentation du nombre de globules blancs (contrairement aux infections bactériennes, les infections virales font souvent chuter le nombre de globules blancs, ce qui peut être dévastateur), une baisse de la fièvre et amélioration générale globale du patient. Cette augmentation du nombre de globules blancs indique une mobilisation du système immunitaire contre le virus de la

rougeole. Le Dr Klenner a parlé de ses premières tentatives d'utilisation de la vitamine C pour traiter un enfant atteint de rougeole.

Au printemps 1948, la rougeole sévissait dans des proportions épidémiques dans cette partie du pays. Notre premier acte a donc été de faire jouer nos propres petites filles avec des enfants connus pour être en «phase contagieuse». Lorsque le syndrome de fièvre, rougeur des yeux et de la gorge, catarrhe [inflammation d'une membrane muqueuse], toux bronchique spasmodique et taches de Koplik [taches cutanées de rougeole] s'est développé et que les enfants étaient manifestement malades, on a commencé à prendre de la vitamine C. Dans cette expérience, il a été constaté que 1000 mg toutes les quatre heures, par voie orale,"{740}

Le Dr Klenner a décrit plusieurs autres cas remarquables de récupération à l'aide de vitamine C. L'un était un bébé de 10 mois atteint de rougeole. Le bébé avait une fièvre de 105 ° F, des yeux et de la gorge rouges, un catarrhe (inflammation des muqueuses), une toux spasmodique et des taches de Koplik.

1000 mg de vitamine C ont été administrés par voie intramusculaire toutes les quatre heures. Après 12 heures, la fièvre était de 97,6 ° F, la conjonctivite et le rouge de la gorge avaient disparu, il n'y avait pas de toux… le bébé s'est rétabli sans incident… Quatre ans se sont maintenant écoulés et il n'y a pas eu de rougeole. {741}

Un autre cas concernait un garçon de huit ans qui souffrait de poliomyélite. Il avait une conjonctivite, un mal de gorge, une forte fièvre de 104°F, des nausées et des vomissements, et un mal de tête d'une telle intensité que les doses adultes d'aspirine administrées par sa mère n'avaient aucun effet. Pendant l'examen, il se frottait le cou ou tenait sa tête entre ses mains, suppliant quelqu'un de soulager la douleur.

Six heures après le début de la thérapie, la douleur au cou était partie, le mal de tête complètement soulagé, il pouvait tolérer la lumière du plafond, ses yeux étaient secs et la rougeur s'estompait définitivement. Les nausées et les vomissements avaient disparu, la

*fièvre était tombée à 100,6 ° F., et il était assis dans «une position droite dans son lit» et d'humeur joviale pendant qu'il buvait son verre de citron vert. Il est sorti de l'hôpital après avoir reçu 26 grammes de vitamine C en 48 heures, cliniquement bien.**{742}***

Un article de 1952 publié par le Dr McCormick décrit des résultats positifs en utilisant la vitamine C pour un certain nombre de maladies infectieuses.

L'écrivain [Dr. McCormick] a précédemment rapporté des résultats spectaculaires par cette méthode dans le traitement de la tuberculose, de la scarlatine, de l'infection pelvienne, de la septicémie, etc. Parallèlement, par cette même méthode, Klenner a rapporté des résultats spectaculaires dans le traitement des maladies virales, notamment la poliomyélite, l'encéphalite, rougeole, zona, pneumonie virale, etc..{743}

L'avantage de la vitamine C pendant l'infection a beaucoup à voir avec la neutralisation des toxines bactériennes et virales et avec l'apport d'acide ascorbique aux globules blancs. Mais il existe un autre effet plus direct sur les bactéries. Aujourd'hui, les scientifiques valident l'effet antimicrobien de la vitamine C sur certaines infections bactériennes. L'effet implique la destruction oxydative via la réaction de Fenton, la vitamine C agissant essentiellement comme un antibiotique.

Chez Escherichia coli, un mécanisme courant de mort cellulaire par les antibiotiques bactéricides implique la génération de radicaux hydroxyle hautement réactifs via la réaction de Fenton. Ici, nous montrons que la vitamine C, un composé connu pour entraîner la réaction de Fenton, stérilise les cultures de Mycobacterium tuberculosis sensible et résistant aux médicaments, l'agent causal de la tuberculose. L'activité bactéricide de la vitamine C contre M. tuberculosis dépend de niveaux élevés d'ions ferreux et de la production d'espèces réactives de l'oxygène, et provoque un effet pléiotrope affectant plusieurs processus biologiques.{744}

Un travail antérieur en 1937 par le Dr Claus W. Jungleblut a montré que les injections de vitamine C naturelle étaient efficaces

pour prévenir la paralysie de la poliomyélite chez les singes infectés. Dans son expérience, il a découvert que six fois plus d'animaux échappaient à la paralysie après un traitement à la vitamine C naturelle que les animaux témoins.

Les données présentées dans cet article, qui sont basées sur un nombre d'animaux de laboratoire presque trois fois plus grands que ceux rapportés précédemment, ne laissent aucun doute sur le fait que l'administration de vitamine C naturelle pendant la période d'incubation de la poliomyélite expérimentale est suivie d'une altération définitive de la gravité de la maladie.{745}

La coqueluche est une autre maladie qui consomme de grandes quantités de vitamine C et qui est efficacement améliorée avec des doses suffisamment élevées. Une étude pilote de 1936 par Otanje{746}documente une amélioration plus rapide que prévu dans la majorité de ses cas, même si son dosage était bien trop faible pour avoir atteint un seuil efficace. Il n'a utilisé que 50 à 200 mg par injection.

Vermillion a publié une étude similaire en 1938.

Dans cette petite série de vingt-six cas de coqueluche, l'acide cévitamique a semblé être remarquablement efficace pour soulager et contrôler les symptômes dans tous les cas sauf deux qui ont apparemment reçu peu ou pas de soulagement. Il est de notre avis qu'elle devrait faire l'objet d'essais supplémentaires dans tous les cas de coqueluche, quel que soit l'âge du patient ou le temps déjà écoulé depuis les premiers symptômes.{747}

Mais il a également utilisé de très faibles doses d'acide cévitamique (acide ascorbique). En 1937, Ormerod a rapporté dans un petit groupe d'étude :

L'acide ascorbique a un effet certain en raccourcissant la période des paroxysmes de quelques semaines à quelques jours.{748}

Ses doses étaient également très faibles - 150 à 500 mg. Étant donné que la coqueluche est une maladie à médiation par une toxine, ces faibles doses ne se seraient pas approchées de la saturation des tissus. Sessa{749}et Meier{750}également rapporté positivement sur la vitamine C à faible dose dans la coqueluche.

Il n'y a pas d'essais contrôlés randomisés (ECR) pour démontrer l'effet d'une dose élevée de vitamine C sur la durée et la gravité de la coqueluche. Cependant, il existe des pratiques qui prennent soin de très jeunes nourrissons et d'enfants depuis 30 ans en utilisant de la vitamine C à forte dose, et elles n'ont pas perdu ou endommagé l'un de ces enfants. Il y a des milliers de mères heureuses qui savent que la vitamine C a sauvé leurs enfants des ravages redoutés de la coqueluche. La vitamine C n'a pas de dose toxique connue et, lorsqu'elle est utilisée correctement, rend la coqueluche beaucoup plus facile à gérer.

Les médecins ont utilisé la vitamine C efficacement dans les cas de rougeole, de scarlatine, de poliomyélite, de coqueluche, de sevrage aux opiacés, de maladie coronarienne, de cancer, de septicémie potentiellement mortelle, d'encéphalite, de pneumonie et d'autres affections. Malheureusement, leur travail a été oublié ou activement nié.

16. Remèdes perdus

Le plus grand obstacle à la découverte n'est pas l'ignorance, c'est l'illusion de la connaissance.

– Daniel J.Boorstin (1914–2004)

Toute personne qui a été exposée n'a pas à craindre la variole si elle prend deux ou trois cuillerées à soupe de vinaigre de cidre pur trois ou quatre fois par jour.

– JP MacLean, PhD, 1901

Il existe des centaines d'exemples dans le domaine de la médecine où des idées fondamentalement erronées ont obtenu le soutien du public et ont été maintenues en vie par l'élan des croyances. L'eugénisme, de nombreux diagnostics psychiatriques, des médicaments nocifs comme la thalidomide, les antipyrétiques, le diéthylstilbestrol, la saignée et le remplacement hormonal déséquilibré sont plusieurs exemples d'idées erronées qui ont historiquement atteint un niveau de légitimité scientifique et sociétale. Non seulement ces étranges types de croyances ont été acceptés, mais au milieu de leur supériorité incontestée, de meilleures idées ont été négligées.

Dans l'espoir de prévenir la maladie, la vaccination s'est imposée comme le seul moyen de combattre la variole. La croyance initiale était que la vaccination était un moyen sûr d'acquérir une immunité à vie. Cela s'est avéré faux et a donc dû être corrigé en tant que "moyen temporaire de rendre la variole plus douce". Même si des revaccinations étaient nécessaires chaque année pour certaines personnes, même s'il y avait un grand succès en utilisant l'isolement et la désinfection après l'abandon de la vaccination à Leicester, et même s'il y avait un grand nombre de décès liés à la vaccination et d'échecs vaccinaux, le dévouement à la vaccination par la profession médicale est devenu fermement établi.

Ce que vous ne savez peut-être pas, c'est qu'il y a toujours eu d'autres moyens plus simples, moins chers et plus utiles pour lutter contre les maladies, dont beaucoup ont fourni des succès remarquables mais, malheureusement, n'ont jamais atteint la légitimité dans le courant dominant. Si un remède ne pouvait pas être breveté ou recevoir le sceau d'acceptation de l'AMA, il n'aurait généralement pas été classé aux yeux du public ou de la médecine. Voici quelques exemples.

Herbes

La cannelle est une épice commune et familière qui possède des propriétés anti-infectieuses. Une étude de 2009 dans le Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery a montré qu'il était efficace dans les infections nosocomiales et les bactéries résistantes aux antibiotiques, qui sont des problèmes de santé majeurs dans le monde.{751}L'utilisation de la cannelle comme anti-infectieux est connue depuis longtemps. Une lettre à l'éditeur en 1878 au journal médical The Lancet a indiqué que, lors d'une épidémie de choléra, tous les cas ont survécu grâce à l'utilisation de la cannelle. C'est une affirmation impressionnante puisque le choléra avait un taux de mortalité très élevé au cours des années 1800.

Je vois dans votre numéro de la semaine dernière qu'un chirurgien en Inde a essayé l'injection de chloral dans le choléra et a perdu 60 % de ses patients. J'ai essayé l'huile de cannelle lors d'une épidémie à bord d'un navire d'émigrants indiens, et chaque cas s'est rétabli. Je ne doute pas que le médicament ci-dessus soit spécifique du choléra.{752}

En 1889, le Dr Knaggs a utilisé une combinaison d'ingrédients, y compris la cannelle, avec de bons résultats chez les 75 patients qui ont souffert de la diphtérie infection bactérienne. Le mélange thérapeutique était du soufre précipité, de la poudre de chocolat, de la glycérine et de l'eau de cannelle.

Mélanger les poudres dans un mortier ; puis ajouter graduellement la glycérine en triturant constamment, et enfin l'eau de cannelle. Dose, une demi-cuillerée à thé toutes les heures ou plus souvent. Le Dr Knaggs rapporte le traitement de soixante-quinze cas de diphtérie par ce médicament seul, sans résultats mortels.{753}

En 1899, le Dr CG Grant a observé que la cannelle protégeait du paludisme. Il le recommandait pour les problèmes intestinaux, la typhoïde et la grippe.

La cannelle est recommandée comme antiseptique interne par le Dr CG Grant (British Med.

Journal). Une fois à Ceylan, il a découvert que les personnes travaillant dans les jardins de cannelle semblaient être immunisées contre le paludisme. À l'essai, il l'a trouvé utile dans la gastro-entérite, les furoncles récurrents et, pense-t-il, dans la fièvre typhoïde. Il a été étonné par sa merveilleuse influence sur la grippe et recommande vivement son utilisation gratuite par d'autres.{754}

En 1907, le Dr Ross a rendu compte de son utilisation de l'huile de cannelle pendant 16 ans pour aider les patients à se remettre rapidement de la grippe. Les semaines de maladie due à la grippe ont été réduites à trois ou quatre jours.

Ross déclare que pendant près de seize ans, il a utilisé la cannelle sous diverses formes pour traiter cette maladie [grippale], mais depuis de nombreuses années maintenant, il a toujours utilisé l'huile d'écorce de cannelle de Ceylan… Nous n'avons tous entendu parler que trop souvent de cas graves. de la grippe où les malheureux malades ont été confinés dans leur lit ou dans leur chambre pendant quinze jours, trois semaines, un mois, voire plus… il a invariablement traité la grippe avec de la cannelle, ses malades ont généralement été parfaitement aptes à reprendre leurs occupations, quels qu'ils aient été, dans un délai de trois ou quatre jours, et qu'en aucun cas un malade grippé n'a été sur les bras pendant plus d'une semaine.{755}

En 1917, le Dr Drummond a utilisé la cannelle dans le traitement des rhumes de tête et a recommandé son utilisation pour la rougeole. À cette époque, la rougeole était encore considérée comme une maladie grave, avec environ 10 000 personnes, principalement des enfants de moins de cinq ans, mourant chaque année en Angleterre et au Pays de Galles.{756}

Le Dr WB Drummond, surintendant médical de l'établissement Baldovan pour les faibles d'esprit, décrit dans le British Medical Journal son expérience avec la cannelle dans le traitement préventif de la rougeole allemande. Il demande instamment qu'elle soit largement essayée dans le cadre de la prévention des épidémies de la variété ordinaire de la rougeole… La cannelle est un médicament

dont les vertus thérapeutiques ne sont pas suffisamment reconnues. L'essence de cannelle en doses de vingt-cinq gouttes est l'un des remèdes les plus efficaces en cas de coryza aigu, [inflammation des muqueuses nasales]... il y a quelques années un article a été publié dans The Journal préconisant fortement la cannelle comme préventif de la rougeole .{757}

En 1919, le Dr Drummond a fait remarquer que l'huile de cannelle était un prophylactique efficace contre la rougeole ou qu'elle atténuait la rougeole.

*J'ai pour habitude, lorsque je rencontre un cas de rougeole dans une famille, de prescrire une cure de cannelle à tous les membres non protégés de la famille. Dans la majorité des cas, la personne ainsi traitée [avec de la cannelle] a complètement échappé à la maladie [la rougeole], ou bien l'a eue sous une forme très bénigne.**{758}***

Il est difficile de savoir exactement pourquoi la cannelle était si utile, mais aujourd'hui, nous savons qu'elle possède de nombreuses propriétés bénéfiques, est un antioxydant et contient des vitamines A et C et des minéraux comme le zinc, le potassium, le magnésium et le manganèse.

Pendant des siècles, on a cru que l'ail conjurait les maladies. Il a été utilisé pour le rhume, l'hypertension artérielle et la prévention de la gangrène. L'oignon est un proche parent de l'ail et a également été utilisé dans le traitement de nombreuses maladies. Un article de 1903 rapportait que les personnes qui mangeaient des oignons étaient immunisées contre la variole. L'article indiquait également que ces mêmes personnes étaient rarement vaccinées.

*Dr AP Seligman,**vaccin médecin du conseil municipal de la santé, qui a accordé une attention considérable à l'étude et à la pathologie de la variole, déclare que les personnes qui mangent des oignons sont pratiquement immunisées contre la maladie. Pas un seul cas n'a éclaté parmi les habitants des colonies italiennes, polonaises et hongroises. Ces personnes*

consomment de grandes quantités d'oignons. La vaccination est extrêmement rare chez eux.{759}

En 1901, l'ail a été utilisé pour traiter 200 patients atteints de tuberculose à l'hôpital de la ville de Venise.

Une amélioration a été notée à tous les stades de la maladie.

Plus de 200 patients ont ainsi été traités en plus du traitement hygiénique et symptomatique ordinaire. On dit qu'une amélioration s'est produite à tous les stades de la tuberculose, surtout dans les premiers cas... la toux est atténuée, les signes physiques locaux disparaissent, ainsi que les sueurs nocturnes et les hémoptysies [crachats de sang], et il y a une amélioration remarquable de l'appétit et de l'état général.{760}

En 1902, le Dr Minchin a publié un article intitulé "Le traitement réussi de la tuberculose et du lupus par l'ail". Il a été cité comme disant:

Je le considère comme un traitement parfaitement sûr et aussi efficace dans tous les cas de tuberculose pulmonaire, dans presque tous les cas modérément avancés et dans ceux à un stade très avancé. Son action est assez rapide... J'ai eu tellement de succès avec lui que j'en suis venu à considérer peu de cas de consommation comme désespérés.{761}

En 1904, une étude intéressante a été publiée sur des cobayes exposés à la tuberculose. Le groupe qui a été nourri quotidiennement avec de l'ail est resté exempt d'infection. Cependant, le groupe témoin qui n'a pas été nourri avec de l'ail a été infecté.

[Dr. Carrazzani] pense qu'une utilisation suffisamment généreuse de l'ail dans la tuberculose produira une immunité contre l'infection. D'un groupe de cobayes gardés dans une atmosphère chargée de bacilles tuberculeux, ceux dont la ration quotidienne avait contenu un gramme. d'ail se sont révélés au bout de trois mois indemnes de tuberculose, tandis que les autres étaient gravement infectés... Les

vues du Dr Carrazzani incluent une allusion à une explication du taux de mortalité relativement faible par tuberculose pulmonaire chez les Italiens, à la fois en leur propre pays, et en Amérique.{762}

Un article de 1917 a montré que, sur 56 traitements différents essayés au Metropolitan Hospital de New York, l'ail s'est avéré être le meilleur contre la tuberculose. L'ail s'est également révélé efficace contre la coqueluche.

*William Charles Minchin, écrivant dans la Medical Press and Circular du 13 juin 1917, donne les résultats d'années d'études spéciales sur l'action thérapeutique de l'huile d'ail. Cette huile est composée de sulfure d'allyle avec des terpènes volatils, et semblerait être l'antiseptique de la nature à usage interne, détruisant de nombreux germes pathogènes dans l'organisme, et étant en même temps inoffensive pour les tissus... Dans le traitement de la coqueluche, Minchin a trouvé l'ail pour être le plus efficace. Chez les adultes, une inhalation de succusallii sativa frais soulage rapidement les symptômes pénibles. Il doit cependant être utilisé en continu de trois à cinq heures pendant deux ou trois jours afin de produire les meilleurs résultats. Dans le cas des nourrissons et des jeunes enfants, 20 minims à un demi-dram de jus d'ail pris en interne toutes les quatre heures dans un peu de sirop procure un soulagement rapide dans les premiers stades. L'auteur met un accent particulier sur les effets bénéfiques de l'ail dans le traitement de la tuberculose, et il cite les résultats obtenus par le personnel du Metropolitan Hospital, New York, dans le traitement de 1082 cas de tuberculose selon cinquante-six méthodes différentes, dont l'ail a donné les meilleurs résultats.**{763}***

La science moderne confirme ce qui est connu depuis des centaines d'années : l'ail est efficace pour aider le corps à combattre les infections. Une étude de 2003 a examiné l'utilisation de l'ail ingéré par voie orale contre le staphylocoque doré résistant à la méthicilline (SARM), qui est maintenant un agent pathogène commun et mortel résistant à de nombreux antibiotiques conventionnels. Ils ont conclu que l'ail "inhibait la

croissance et tuait le SARM... d'une manière dose-dépendante.”{764}

L'échinacée, également appelée échinacée pourpre, est utilisée depuis longtemps dans le traitement des infections. Il agit en renforçant le système immunitaire pour mieux combattre les infections, en particulier lors de l'apparition précoce d'un rhume ou d'une grippe. Cet article de 1901 décrit l'effet remarquable de l'échinacée sur la variole. Même dans le pire type connu sous le nom de variole confluente, il y avait une amélioration constante lorsque l'échinacée était prise en interne et utilisée comme lotion pour le corps.

Le Dr Joseph Adolphus écrit : « J'ai vu l'action bénéfique de l'échinacée dans deux épidémies. Le remède contre la variole modifiait la sévérité de la maladie, limitait la suppuration [écoulement de pus], enrayait la sévérité des symptômes et favorisait la convalescence. J'ai fréquemment vu des cas de type confluent sévère, dans lesquels les symptômes étaient d'une nature grave, forte fièvre, délire, certains avec coma, odeur abominablement désagréable du corps et de l'haleine, urine presque supprimée, s'améliorant régulièrement lorsqu'il est pris en interne et utilisé comme une lotion sur tout le corps.”{765}

En 1904, le Dr Mathews a discuté des effets remarquables de l'échinacée, non seulement dans les infections du sang, mais aussi dans le traitement de la variole et de l'anthrax. Il a noté que dans les cas d'anthrax, la formation de furoncles pouvait être «arrêtée» avec l'utilisation d'échinacée. Il était également connu pour soulager la douleur causée par les brûlures presque « instantanément ».

... avec les expériences gratifiantes dans le soulagement de nombreuses conditions presque impuissantes des diverses formes de poison du sang, m'amène à croire que dans l'échinacée, nous avons le meilleur et en même temps le plus sûr de tous les remèdes de sa classe. Dans le traitement de la fièvre typhoïde, il semble particulièrement précieux et peut être administré sans interruption

du début à la fin de la maladie avec n'importe quel type de température sans aucune crainte de causer au patient des dommages irréparables, mais avec l'assurance que s'il est correctement administré, le la sévérité de la maladie sera modifiée et moins susceptible d'avoir des complications, et raccourcira sa durée... Donné dans la variole il diminue les douleurs et raccourcit la période fébrile [fièvre], et dépouille incontestablement le stade de la postulation de ses conséquences affreuses. En tant que remède contre l'anthrax, il exerce une telle influence que la formation de nouvelles colonies de furoncles peut presque certainement être arrêtée... En tant que remède contre les brûlures, je n'ai jamais vu son égal. Il soulage la douleur et la sensation de brûlure presque instantanément...{766}

En 1905, le Dr CS Chamberlin a vanté les vertus de l'échinacée dans la septicémie, qui est une infection qui s'est propagée dans la circulation sanguine. Il croyait que c'était un traitement très puissant qui prévenait la perte de la vie et des membres.

Dans ma propre expérience, les résultats de l'utilisation de l'échinacée m'ont convaincu qu'il n'y a pas de remède d'un si grand traitement des cas d'infection septique, et je l'ai utilisé à plusieurs reprises dans les cas de septicémie suite à des blessures des extrémités, ce que je suis. confiant, par tout autre moyen de traitement, aurait entraîné la perte du membre et peut-être la vie du patient.{767}

Il est probable que la plupart des gens souffraient d'une telle carence en nutriments qu'une supplémentation avec des substances contenant des vitamines et des enzymes a fait une grande différence.

Jicama

Dans les années 1890, le général Rivera de l'armée mexicaine a été confronté à la maladie de la fièvre typhus chez plusieurs de ses hommes. Une femme locale a administré un remède aux soldats avec des résultats étonnamment bons. Le remède était une préparation de jicama, un légume-racine sucré originaire du Mexique et d'Amérique centrale et du Sud. Ce héros perdu de l'histoire a utilisé un légume-racine pour traiter gratuitement plus de 4 000 cas de pneumonie ou de typhus. Étonnamment, chaque personne a été guérie et aucun décès n'a été signalé. Ceci est particulièrement remarquable si l'on considère que ces maladies particulières avaient des taux de mortalité très élevés à cette époque.

Le général Aureliano Rivera, l'un des officiers les plus courageux et les plus célèbres de l'armée mexicaine, a fait plus au cours des cinq derniers mois pour supprimer l'épidémie de fièvre typhus au Mexique que tous les médecins du pays réunis. Dans une de ses campagnes dans l'État d'Oajaca, il y a environ un an, le général Rivera avait parmi ses troupes un certain nombre d'hommes atteints de fièvre typhus. Une femme de la ville près de laquelle il campait était autorisée à administrer un remède aux malades. Les résultats furent étonnamment bons, tous les hommes se remettant rapidement de la maladie. Le général a demandé à la femme si le médicament était un secret. Elle répondit qu'il s'agissait simplement d'une préparation de jicama, une racine farineuse… Au cours des derniers mois, ayant fait du bruit à l'étranger que le général Rivera distribuait gratuitement un médicament qui était un remède contre le typhus, tant d'Indiens assiègent sa résidence qu'il est obligé d'y ouvrir une salle en guise de dispensaire, et chaque jour il donne gratuitement des doses de jicama à des centaines de pauvres qui le demandent. Au cours de l'année écoulée, on estime que le général Rivera a traité plus de 4 000 cas et qu'il n'y a pas eu un seul décès. Toute personne atteinte de pneumonie ou de typhus qui avait pris le merveilleux remède avait été guérie. La racine n'a jamais été analysée par les chimistes et ses propriétés sont inconnues.{768}

Jus frais

Un article de 1905 dans le New York Times discutait d'un remède contre la tuberculose développé par le Dr Russell. Son traitement consistait en des jus de légumes, qui guérissaient les patients souffrant de tuberculose active.

Le Dr Russell dit qu'il a trouvé une combinaison d'aliments qui semble efficace dans la destruction des bacilles de la tuberculose. L'élément le plus bénéfique de la combinaison alimentaire - composé de beurre, de pain, d'œufs, de lait et d'émulsion - est, dit-il, les jus de légumes. Depuis l'introduction de ce jus, le rapport enregistre des résultats remarquables chez les patients tuberculeux. Le fluide, que le Dr Russell et ses collègues du Post-Graduate croient avoir des propriétés bénéfiques, est le jus combiné de toutes sortes de légumes disponibles sur le marché. Il est utilisé régulièrement à l'hôpital avec le régime alimentaire habituel depuis le 7 janvier. Il est maintenant enregistré qu'au cours des cinq premiers mois de cette année, onze patients sont sortis "apparemment guéris", contre un nombre record de treize guérisons effectuées pendant toute l'année 1904. Cette augmentation soudaine, et le fait que les patients prospèrent encore grâce au traitement au jus de légumes, amènent les examinateurs à croire que le Dr Russell a découvert un liquide dont les propriétés sont fatales à la progression de la tuberculose... Les légumes utilisés en premier étaient la pomme de terre, l'oignon , betterave, navet, chou et céleri. Plus tard ont été ajoutés la patate douce, la pomme, l'ananas, la carotte, le panais et plus tard encore la rhubarbe (pieplant), la courge d'été, la tomate, les épinards, les radis, les haricots verts et les pois verts avec les gousses.{769}

En 1906, le Dr Russell a publié un livre de 126 pages sur son traitement contre la tuberculose. La première partie du livre traite du protocole de traitement. Le reste a été consacré aux histoires de cas détaillées des 55 patients qui ont été soigneusement étudiés. Les personnes n'étaient autorisées à participer à l'étude que s'il était confirmé qu'elles avaient la tuberculose, et elles n'étaient déclarées guéries qu'après avoir été déterminées comme

étant exemptes de bacilles tuberculeux. Le protocole de traitement du Dr Russell impliquait un mode de vie sain, y compris des jus de légumes. Remarquablement, les 55 personnes traitées dans l'étude ont été guéries.

La tuberculose pulmonaire est une maladie de malnutrition. Le plan de traitement est basé sur ce qui est universellement accepté comme la méthode la plus rationnelle pour le soulagement de la maladie, à savoir : l'air frais et la lumière du soleil en abondance, une bonne nourriture, beaucoup de sommeil, un exercice régulier, le soin des expectorations et une attention aux petites choses de la vie quotidienne dont on sait qu'elles influencent favorablement la nutrition... La venue des malades au dispensaire deux fois par jour est l'occasion de les éduquer à vivre au mieux selon leurs moyens. Ils ne viennent ostensiblement que pour boire de l'émulsion et du jus de légumes...{770}

Des recherches ultérieures dans les années 1950 ont montré qu'au moins une partie de l'effet antibactérien bénéfique des jus de légumes était le lycopène.

...dans les années 1950, des chercheurs de l'Institut Karolinska, dans une tentative d'extraire une substance antibactérienne de bactéries non pathogènes, ont découvert que le jus de tomate utilisé dans les milieux de culture contenait un agent antibactérien efficace. Une caractérisation plus poussée de la fraction lipophile a abouti à la découverte que le lycopène dans le jus de tomate était l'agent actif.{771}

Le Dr Max Gerson était un autre médecin pionnier qui, dans les années 1930 à 1950, utilisait des jus de fruits et de légumes, un régime végétarien soigneusement sélectionné et une thérapie vitaminique et minérale pour guérir la tuberculose, le diabète de type 2, les maladies cardiaques, l'insuffisance rénale, le cancer et autres affections chroniques. Son héritage se perpétue aujourd'hui grâce à sa fille Charlotte au Gerson Institute de San Diego en Californie. La thérapie Gerson active l'extraordinaire capacité du corps à se guérir grâce à une alimentation biologique et

végétarienne, des jus crus, des lavements au café et des suppléments naturels.

vinaigre de cidre de pomme

Le vinaigre est un produit alimentaire courant fabriqué par fermentation de diverses sources. Le vinaigre de cidre de pomme est un ancien remède populaire contre l'hypercholestérolémie, les maux de gorge, les infections des sinus et de nombreuses autres affections. Un article de 1877 décrit le succès du Dr Roth en utilisant du vinaigre pour la prophylaxie de la variole.

DG Oliphant, MD, de Toronto, Canada, après avoir lu l'article sur l'utilisation de l'acide acétique dans la scarlatine, parle d'un "remède au vinaigre" appliqué à la variole. Le Dr Roth a d'abord revendiqué un merveilleux succès dans le traitement du vinaigre plus fiable comme prophylactique dans la variole que la belladone dans la scarlatine. Le docteur Roth a donné aux malades et aux exposés deux cuillerées à soupe de vinaigre, après le petit déjeuner et le soir, pendant quatorze jours. Peu de personnes ainsi traitées contractèrent la maladie. Aucun de ceux qui ont adopté le traitement prophylactique n'est mort, alors que parmi ceux sous traitement ordinaire, la mortalité était comme d'habitude. ***{772}***

En 1899, le Dr Howe a également démontré la capacité du vinaigre à protéger une personne contre la variole.

Ceux qui ont utilisé le protocole au vinaigre ont pu s'occuper d'autres personnes atteintes de variole sans craindre de contracter la maladie. L'auteur note que, malgré plusieurs centaines d'expositions, le vinaigre protégeait contre la variole et était considéré comme un "fait établi".

Le traitement au vinaigre comme préventif contre la contagion de la variole, découvert par le Dr CF Howe, agent de santé du comté d'Atchison, Kansas, a dépassé le stade de la simple théorie et est maintenant un fait établi, ayant été efficace dans plusieurs centaines de cas d'exposition. dans la ville d'Atchison et le comté d'Atchison. Beaucoup de ces expositions l'ont été, ainsi que bien d'autres qu'il était impossible d'isoler du cas initial de variole faute de place. En d'autres termes, n'importe qui, vacciné ou non, peut

soigner un cas de variole sans craindre de contracter la maladie si, en même temps, il utilise le vinaigre à la cuillère à soupe quatre fois par jour dans une demi-tasse d'eau. Il peut être pris en moins grande quantité pour les petits enfants ou plus par les adultes.{773}

Encore une fois, en 1901, le professeur MacLean a promu l'idée d'utiliser du vinaigre de cidre de pomme trois ou quatre fois par jour pour protéger une personne contre la variole.

JP MacLean Ph.D., le célèbre secrétaire "anti" de la Western Reserve Historical Society, ayant facilement renversé les conclusions de tous les grands hommes qui depuis un siècle ont été convaincus de l'efficacité de la vaccination pour la prévention de la variole, maintenant vient au premier plan dans les journaux avec le vrai préventif. "Toute personne qui a été exposée n'a pas à craindre la variole si elle prend deux ou trois cuillerées à soupe de vinaigre de cidre pur trois ou quatre fois par jour." La discussion peut maintenant être considérée comme close, et la variole est enfin vaincue ! Quel dommage Secrétaire MacLean Ph.D. a mis si longtemps à exposer sa grande découverte... L'acide acétique du jus de raisin ne doit en aucun cas se substituer à l'acide acétique du jus de pomme.{774}

Aujourd'hui, nous savons que le vinaigre de cidre de pomme est un désinfectant très efficace et qu'il alcalinise également le corps, ce qui le conduirait naturellement à être plus résistant aux maladies. En outre, il contient du potassium et de nombreuses enzymes qui facilitent la digestion, possède des propriétés antiscorbutiques et est utilisé efficacement pour de nombreux problèmes de santé depuis l'Antiquité. Les prébiotiques qui nourrissent les probiotiques sont également présents en quantité.

En 1902, le Dr GW Harvey a discuté des mérites du vinaigre dans l'utilisation contre la variole. Il a également déclaré que, d'après son expérience, il était efficace contre la diphtérie.

Le vinaigre et le cidre sont tous deux connus pour posséder des propriétés prophylactiques et curatives contre la variole, et doivent être essayés à fond. Je sais par expérience personnelle que le

vinaigre est un antidote au poison de la diphtérie, et j'ai tellement confiance en lui que je l'utilise dans tous les cas de cette maladie, et j'ai mon premier cas à perdre.{775}

Le vinaigre de cidre de pomme utilisé dans ces cas aurait été cru, non filtré et non pasteurisé, ce que la plupart des experts de la santé recommandent aujourd'hui.

Le vinaigre de cidre de pomme peut sembler idiot, mais seulement parce que la plupart des gens ont été conditionnés à accepter la prophylaxie séculaire de la variole : des raclures de pus crues, chargées de maladies et contaminées provenant du ventre d'un animal infecté (généralement une vache), diluées dans de la glycérine, et griffé le bras humain avec une pointe de métal jusqu'à ce que le bras soit à vif et saigne. Qu'est-ce qui semble plus idiot maintenant?

huile de foie de morue

L'huile de foie de morue est un supplément riche en nutriments qui aide à maintenir un système immunitaire sain. Les médecins des générations passées accordaient une grande confiance aux vertus thérapeutiques de l'huile de foie de morue, notamment dans le traitement des infections comme la tuberculose.

La valeur incontestée que possède l'huile de foie de morue dans toutes les conditions de vitalité réduite... lui a valu l'utilisation la plus étendue et l'a solidement établie en faveur du corps médical.

Non seulement dans la malnutrition chronique, sa valeur a été démontrée, mais aussi comme constructeur de tissus et réparateur dans la convalescence, en particulier dans cet état consécutif à des inflammations aiguës des poumons et des bronches.{776}

...il ne fait aucun doute que l'huile de foie de morue est un remède important contre la tuberculose, ne serait-ce que pour le fait qu'elle contient une proportion considérable de graisses facilement assimilables, et peut être utilisée comme aliment plutôt que comme médicament.{777}

La fièvre puerpérale, également connue sous le nom de fièvre de l'enfant, est une infection bactérienne contractée par les femmes lors d'un accouchement ou d'une fausse couche. Avant que les médecins ne connaissent les bactéries, ils provoquaient eux-mêmes la majorité des cas de fièvre puerpérale parce qu'ils ne croyaient pas au lavage des mains et ne tenaient pas compte des bonnes paroles des Drs. Ignaz Semmelweis et Oliver Wendell Holmes. En 1929, Mellanby et Green ont publié des travaux qui montraient une baisse étonnante de 66% du taux de mortalité des femmes inutilement infectées après avoir reçu de l'huile de foie de morue.

Les médecins de la maternité du comté de Lanark, près d'Édimbourg, ont mené un vaste essai qui a confirmé les conclusions de Green et Mellanby. Le traitement à l'huile de foie de morue a

*réduit l'incidence de la fièvre puerpérale d'un impressionnant deux tiers.**{778}***

Argent

L'argent colloïdal est une suspension liquide de particules d'argent microscopiques. Il est toujours recommandé par de nombreuses personnes dans le domaine de la médecine alternative comme agent anti-infectieux à large spectre. En 1901, le Dr Dworetzky a rapporté 10 cas dans lesquels il a utilisé l'argent pour traiter divers types d'infections graves.

Les patients se sont tous grandement améliorés avec le traitement, et beaucoup ont été décrits comme étant «entièrement guéris» en peu de temps.

L'argent colloïdal a la propriété de tuer et de détruire toutes les bactéries pathogènes susceptibles de circuler dans le sang après avoir franchi les barrières naturelles qui s'opposent à leur entrée dans la circulation, et probablement aussi de neutraliser leurs toxines et de les rendre inoffensives. L'action de cette "antitoxine métallique" se manifestait par la disparition rapide de tous les symptômes d'intoxication générale, la chute de la température, et l'amélioration du pouls qui se manifestait dans tous les cas... Il y a un grand avenir devant ce nouveau remède , qui est l'une des armes les plus fiables pour lutter contre l'infection septique des plaies et l'infection septique générale.{779}

En 1918, lors de la pandémie de grippe qui a fait des millions de morts, une épidémie de grippe à bord d'un navire semble avoir été contrôlée avec succès grâce à l'utilisation d'argent colloïdal appliqué sur les yeux et le nez.

Pendant une partie du mois de septembre 1918, le navire a été amarré au quai de Norfolk, en Virginie. Une épidémie de grippe était en évidence, de sorte que l'équipage a été immédiatement limité au navire.

Des plans ont été conçus par le médecin militaire par lesquels la maladie pourrait être retardée dans sa propagation rapide. Un traitement prophylactique consistant en argent colloïdal, 10 % dans les yeux et le nez deux fois par jour, s'est avéré très efficace à tous

points de vue, car les cas se développant dans l'équipage ont rapidement diminué.{780}

Ces interventions réussies ont toutes été essentiellement oubliées. S'ils avaient été plus largement utilisés et utilisés en combinaison, ils auraient peut-être changé la vision du monde de la gestion des maladies en une vision qui soutient ce que la nature a déjà fourni. Au lieu de cela, le paradigme médical dominant s'est intensifié et a utilisé des injections de matière animale malade dans la peau de personnes en bonne santé pour soi-disant conférer une immunité.

17. Croyance et peur

La seule émotion permanente de l'homme inférieur est la peur, la peur de l'inconnu, du complexe, de l'inexplicable. Ce qu'il veut avant tout, c'est la sécurité.

–Henry Louis Mencken (1880–1956)

Les figures me séduisent souvent, surtout quand j'en ai moi-même l'arrangement ; auquel cas la remarque attribuée à Disraeli s'appliquerait souvent avec justesse et force : « Il y a trois sortes de mensonges : les mensonges, les maudits mensonges et les statistiques.

– Mark Twain (1835-1910)

Il n'existe pas une once de vérité sur les bienfaits de la vaccination ou du sérum antidiphtérique, si ce n'est des statistiques. Et les statistiques sont des mensonges. Deux sortes de mensonges. Mensonges délibérés et mensonges stupides. J'ai passé trop de temps dans les coulisses où les statistiques médicales sont faites pour avoir une part de foi en elles.

– FN Seitz, spécialiste en mécano-thérapie, 1908

Le grand ennemi de la vérité n'est très souvent pas le mensonge - délibéré, artificiel et malhonnête, mais le mythe, persistant, persuasif et irréaliste. La croyance aux mythes permet le confort de l'opinion sans l'inconfort de la pensée.

– John Fitzgerald Kennedy (1917-1963)

La croyance et la peur sont des influences puissantes sur la psyché. Parce que les pouvoirs hiérarchiques ont exploité ces vulnérabilités humaines, ils ont malheureusement façonné le monde.

Les gens sont amenés à croire que parce que le monde est un endroit dangereux, seuls les gouvernements et les grandes institutions peuvent fournir une protection parce qu'ils sont plus

grands et mieux informés que les petites communautés. Des règles et des restrictions sont mises en place. Ceux qui croient cela perdent confiance en leurs propres capacités et abandonnent ainsi la réflexion et la prise de décision aux autres.

Les médecins ne font pas exception à ce phénomène. Les médecins praticiens cèdent leur pensée indépendante aux textes, aux comités consultatifs et aux traditions, qui varient en fonction des influences politiques de l'époque.

À l'école de médecine, les médecins apprennent à considérer le corps humain comme un vaisseau aléatoire truffé d'erreurs qui doit être contraint de se soumettre à la chirurgie, aux antibiotiques, aux antihypertenseurs, aux antihistaminiques, aux anti-inflammatoires et à d'autres interventions médicales. L'extension naturelle de ce paradigme au cours des 100 dernières années a été pour la profession médicale de conditionner les êtres humains à ne faire confiance qu'à des médecins certifiés pour réparer ces aberrations défectueuses de la création.

À la fin des années 1800, le Dr Charles Creighton a rédigé un rapport complet qui a été publié dans l'Encyclopedia Britannica.{781}Sa contribution, qui présentait beaucoup de détails, a révélé de nombreux problèmes graves avec la procédure médicalement promue de l'époque appelée vaccination. Il a critiqué de nombreuses facettes, notamment l'histoire de la découverte d'Edward Jenner, les risques de la vaccination, l'efficacité de la vaccination et de la revaccination et la législation sur la vaccination.

Son article contenait également de nombreux tableaux de données qui ne renforçaient pas les avantages de la vaccination, y compris des chiffres sur les décès dus à la maladie de peau érysipèle après la vaccination contre la variole. En 1903, l'Encyclopedia Britannica contenait la même pièce, mais avec toutes les tables supprimées.{782}

En 1922, la contribution du Dr Creighton à la vaccination a été complètement éliminée et remplacée par une nouvelle entrée,

"Vaccinothérapie".{783}Cet article ne contenait qu'un bref paragraphe faisant référence au vaccin original contre la variole inventé par Edward Jenner. Il a déclaré que la vaccination contre la variole conférait une immunité et que si, par hasard, la variole était contractée chez une personne vaccinée, la maladie ne suivrait qu'une évolution «légère».{784}

Le reste de l'article traitait de différentes applications de la thérapie vaccinale et concluait que la vaccination finirait par trouver encore plus d'applications et serait reconnue comme un outil important pour combattre la maladie. L'idéologie et le mythe avaient remplacé la documentation historique vérifiée. L'histoire de l'expérience de non-vaccination phénoménalement réussie à Leicester, les maladies et les décès liés au vaccin documentés, la pandémie de variole de 1872, le fait que la variole était devenue une maladie bénigne malgré la baisse des taux de vaccination, la propagation de la fièvre aphteuse maladie via les vaccins, et l'utilisation étonnamment réussie du vinaigre de cidre de pomme contre la variole ont tous été piétinés sous les talons de la domination croissante de la médecine conventionnelle.

La nouvelle littérature qui a été distribuée au public et aux médecins était principalement une mythologie sur «la grande découverte de Jenner». À partir de là, l'idée de germes dangereux et de vaccins salvateurs est venue dominer la pensée médicale et sociétale.

La vaccination a été implantée avec succès dans l'esprit des masses comme le moyen le plus efficace de prévenir la maladie. Vinrent ensuite l'antitoxine diphtérique en 1895, puis la vaccination antidiphtérique à partir de 1920. Une cascade de recherches sur des vaccins contre d'autres maladies fut par la suite financée et poursuivie avec beaucoup d'enthousiasme. Sans surprise, après 1900, alors que la poliomyélite provocatrice était en hausse, la pratique de nombreuses injections intramusculaires pour de nombreux vaccins et traitements médicaux était également en hausse. Voici les vaccins utilisés en Nouvelle-Zélande fin 1911 :

Vaccin contre l'acné (mixte)

Vaccin contre l'acné bacille

Fluide de Coley

Vaccin contre le bacille colibacille

Vaccins combinés contre le rhume.

Vaccin contre le catarrhalis micrococcus

Diphte. Anti-sérums,

Vaccin contre le bacille de Friedlander

Vaccin contre le gonocoque

Vaccin contre le bacille de la grippe

Anti-sérum méningocoque.

Peste (Prophylactique de Haffkine)

Extrait pituitaire (Valporole)

Vaccin contre le pneumocoque

Vaccin contre le staphylocoque (mixte)

Vaccin contre le staphylocoque (Aureus)

Anti-Sérum Staphylococcus, (Polyvalent)

Staphylococcus Anti Sera, Fièvre puerpérale

Sérums anti-staphylocoques, pyogènes

Staphylococcus Anti Sera, fièvre rhumatismale

Staphylococcus Anti Sera, Erysipèle,

Nouveau Tuberculine TR (Koch)

Nouveau Tuberculin TR (Azoules)

Nouvelle tuberculine TR (Koch), (Lucius et Bruning.)

Tuberculine pour la réaction de Von Piquet.

Tuberculine (Vieux) Humain (Koch)

Tuberculine (Vieux) Bovin (Koch)

Tubercule Émulsion (Lucius et Bruning)

Vaccin antituberculeux 0,0005 mgm

Vaccin antituberculeux 0,0001 mgm.

Sérum de cheval normal.

Tubercule, humide, pour l'estimation opsonique.

Vaccin contre le staphylocoque albus,

Tubercule pour test conjonctival.

Vaccin contre le bacille typhoïde

Sérum antitétaniquem{785}

Cette liste peut sembler bizarre, mais le même type d'embrouille se produisait aux États-Unis.

Les procès-verbaux d'audience du Sénat de 1972 révèlent les détails des 32 "vaccins sans valeur" qui étaient autorisés et sur le marché.{786}Le coût estimé des vaccins, qui étaient "de peu de valeur et peut-être même nocifs", a été estimé comme "astronomique". Certains des vaccins étaient sur le marché depuis 20 ans.

Voici la liste :

1. Produit A Vaccin bactérien respiratoire mixte

2. Produit B UBA respiratoire

3. Produit C Staphylococcus-streplococcus UBA

4. Produit D Vaccin combiné n° 4 avec catarrhalis

5. Produit E Vaccin mixte n° 4 avec H. influenzae

6. Produit F Vaccin contre le staphylocoque

7. Produit G Entoral

8. Produit H Typhoïde H. antigène

9. Produit I Comprimés Vacagen

10. Produit J Brucellin anhgen

11. Produit K Staphylo-strepto sérobactérine vaccin

12. Produit L Catarrhalis serobacterln vaccine mélangé

13. Produit M Vaccin bactérien sensibilisé H. influenzae sérobactérie dans un mélange de vaccins 14. Produit N Lysat de staphage type I

15. Produit O Lysat de staphage type III

16. Produit P Lysat de staphage lypes I et III

17. Vaccin combiné Produit Q Catarrhalis

18. Produit R Strepto-staphylo vatox

19. Produit S Staphylococcus toxoid-vaccin vatox

20. Produit T vatox respiratoire

21. Produit U Respiratoire BAC

22. Produit V Gram·négatif BAC

23. Produit W Stock regroupé BAC No,

24. Produit X Stock regroupé BAC n° 2

25. Produit Y Staphylococcique BAC Do.

26. Produit Z BAC cutané regroupé

27. Produit AA Phylacogène à infection mixte

28. Produit BB Immunovac vaccin oral

29. Produit vaccin respiratoire CC Immunovac (parentéral)_

30. Produit DD Streptococcus immunogen arthrite

31. Produit EE Vaccin contre N. catarrhalis (combiné)

32. Produit Immunogène du vaccin FF N. catarrhalis (combiné)

Les fabricants comprenaient Eli-Lilly, Merck Sharp & Dohme et Parke Davis.

Dès le début, la vaccination a été promue en exagérant considérablement les avantages, et des promesses non réalisées ont été faites à plusieurs reprises. Dans la mesure du possible, les problèmes ou les catastrophes ont été dissimulés au public. Au début des années 1900, le Dr Charles Cyril Okell, un expert de haut rang dans le domaine des maladies infectieuses,{787}a écrit de nombreux articles publiés dans une grande variété de revues médicales. Il a été le pionnier des premières tentatives (sur lui-même) en utilisant une toxine bactérienne de la scarlatine aux États-Unis. Peu de temps avant sa mort prématurée en 1939, il écrivit son dernier ouvrage, qui était en fait une confession sur son lit de mort. Dans ce document, il a noté la distorsion grossière des avantages de la vaccination et la dissimulation des erreurs.

...la vaccination des masses a été entreprise avec une ferveur presque religieuse. L'enthousiaste s'arrêtait rarement pour se demander où tout cela finirait ou si les belles promesses faites au public sous forme de "propagande" seraient jamais honorées.

Sans propagande, il ne peut bien sûr pas y avoir de vaccination à grande échelle, mais combien il est périlleux de confondre propagande et faits scientifiques. Si nous disions ouvertement [en langage simple ou basique] toute la vérité, il est douteux

que le public se soumette à la vaccination... Des accidents et des erreurs doivent inévitablement se produire et lorsqu'ils se produisent, ce qui aurait pu être une leçon très instructive est généralement supprimé ou déformé. de reconnaissance. Ceux qui ont dû prêter une attention particulière aux accidents de vaccination de ces dernières années savent que pour connaître la vérité sur ce qui a vraiment mal tourné, il faut généralement les ressources de quelque chose comme les services secrets.{788}

Pendant cette période d'obsession vaccinale, les agents infectieux ont été considérés à tort comme responsables de nombreuses conditions médicales. La pellagre a causé la diarrhée, la dermatite, la démence et la mort. Aujourd'hui, on sait qu'elle est causée par une carence en niacine ou en tryptophane. Cependant, il fut un temps où les médecins pensaient que la pellagre était induite par un virus. Le Dr Ralph Scobey a fait une remarque sur la pellagre en 1952.

Harris (1913) a été capable d'injecter... du matériel tissulaire filtré provenant de victimes de la pellagre à des singes pour provoquer une maladie correspondante chez ces animaux de laboratoire. Il a conclu de ces expériences qu'un virus était présent dans le matériel injecté et qu'il était à l'origine de la pellagre. Si les travaux de Harris avaient été suivis exclusivement, diverses souches de "virus" auraient pu être découvertes et un vaccin, efficace chez les animaux de laboratoire aurait pu être développé.{789}

Le risque perçu d'une maladie semble augmenter après le développement d'un vaccin. Par exemple, la rougeole et la varicelle étaient largement considérées comme des maladies infantiles courantes jusqu'à ce que les vaccins soient disponibles. Ensuite, les préoccupations concernant les complications de l'infection sont passées au premier plan des discussions.

Après la diffusion des risques, la peur s'est installée et la plupart des gens abandonnent rapidement leurs responsabilités et leurs

prises de décision. Ils pensaient qu'ils acceptaient un plus petit risque pour en éviter un plus grand. La croyance et la peur fusionnent et maintiennent la majorité obéissante aux mandats des vaccins. Il y a peut-être eu quelques protestations de parents qui savaient que la rougeole et la varicelle étaient des maladies infantiles normales et inoffensives, mais finalement ces voix se sont tues.

L'opposition à la vaccination était et est toujours considérée comme n'émanant que de ceux qui ne comprennent pas la science et, en raison de leur résistance téméraire, peuvent entraîner davantage de maladies et de décès. Dans son livre de 2011 Deadly Choices: How the Anti-Vaccine Movement Threatens Us All, le Dr Paul Offit parle de sa croyance en Edward Jenner et du premier vaccin.

En 1796, Edward Jenner a inventé un vaccin qui a éliminé la variole de la surface de la terre... En 1898, le gouvernement britannique a finalement cédé, apaisant les citoyens en colère en adoptant une loi sur l'objection de conscience. Les personnes qui ne voulaient pas se faire vacciner n'étaient pas obligées de le faire. En un an, le gouvernement a délivré plus de deux cent mille certificats d'objection de conscience. À la fin des années 1890, les taux de vaccination ont chuté. À Leicester, 80 % des bébés n'étaient pas vaccinés... Les forces anti-vaccins avaient gagné la journée... En conséquence, l'Angleterre est devenue l'épicentre européen de la variole et de la mort. Pour les militants anti-vaccins en Angleterre, la liberté de choisir était devenue la liberté de mourir de ce choix.{790}

Ce qui manque manifestement, ce sont des preuves à l'appui des déclarations faites. Les données et les graphiques ne sont pas présentés pour prouver ce qu'il dit, ce qui influence à son tour ce que pensent les autres médecins. Paul Offit fait simplement la déclaration que l'Angleterre était devenue un "épicentre de la maladie et de la mort de la variole" à la fin des années 1800. La conviction qu'Offit est un expert en maladies infectieuses et donc

un expert en histoire et en vaccination l'emporte sur tout besoin pour ses lecteurs de demander la preuve de ses déclarations.

Dans un article de 2011, Saad Omer a fait une déclaration similaire sur la façon dont la diminution de l'utilisation du vaccin contre la variole a entraîné une résurgence de la variole. La baisse de la vaccination était, selon Omer, le résultat de «médecins irréguliers» qui ne suivaient pas le modèle médical orthodoxe.

Malgré les défis inhérents à l'établissement d'un système d'administration de vaccins fiable et sûr, la vaccination est devenue largement acceptée comme un outil efficace pour prévenir la variole jusqu'au milieu du 19e siècle, et l'incidence de la variole a diminué entre 1802 et 1840.

Dans les années 1850, « des médecins irréguliers, partisans de théories médicales peu orthodoxes », ont lancé des défis à la vaccination. L'utilisation des vaccins a diminué et la variole a fait une réapparition majeure dans les années 1870.{791}

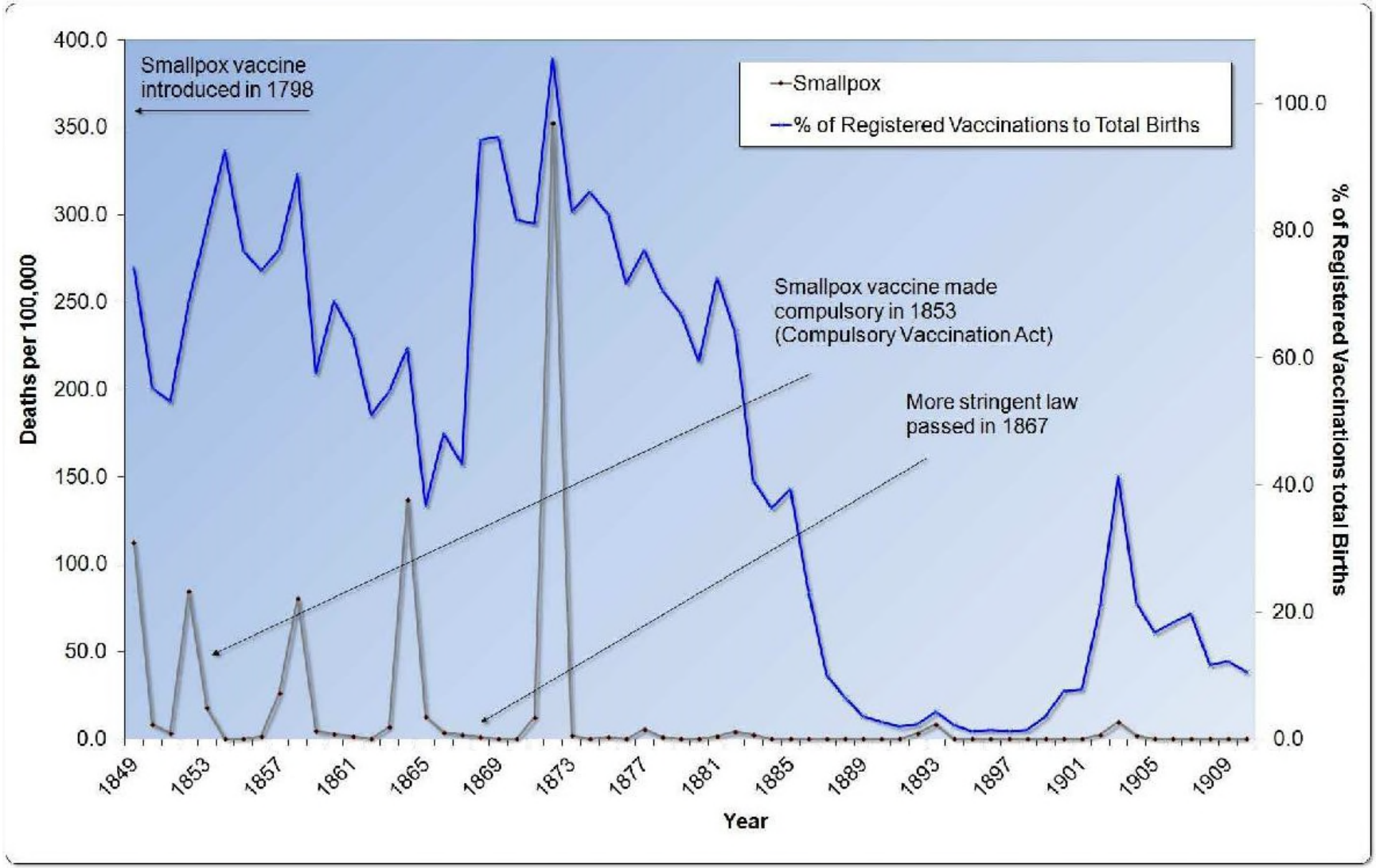
Des déclarations comme celle-ci qui influencent la croyance de masse ne sont pas corroborées par des preuves ou des documents historiques. Dans de nombreux endroits du monde, y compris Leicester, en Angleterre, les taux de vaccination ont été élevés au cours des années 1800. Des lois strictes en Angleterre, au Massachusetts, à Chicago et ailleurs garantissaient des taux de vaccination extrêmement élevés de 90 % ou plus. Malgré cela, il y a eu des épidémies répétées de variole qui ont culminé avec la pandémie de variole de 1872 qui a tué un grand nombre de personnes dans le monde, même dans les populations hautement vaccinées.

Dans les années 1880, les taux de vaccination avaient diminué à Leicester et en Angleterre. La pensée conventionnelle de l'époque prédisait à tort qu'il y aurait une résurgence de la maladie et des décès dus à la variole, car elle «se propagerait comme une traînée de poudre» dans la population non vaccinée. Malgré les sombres prédictions, la méthode Leicester a été effectivement mise en

œuvre à la place de la vaccination pendant les 60 années suivantes (graphique 17.1).

Notez que le graphique (17.1) montre qu'il y avait presque toujours une augmentation des décès dus à la variole coïncidant avec une couverture vaccinale accrue. Ce fait est contraire à la croyance médicale conventionnelle.

Graphique 17.1 (ci-dessous) :Leicester, Angleterre, taux de mortalité par variole par rapport à la couverture vaccinale contre la variole de 1849 à 1910.


Smallpox vaccine introduced in 1798
Smallpox
% of Registered Vaccinations to Total Births
Smallpox vaccine made compulsory in 1853 (Compulsory Vaccination Act)
More stringent law passed in 1867
Deaths per 100,000
% of Registered Vaccinations total Births
Year
400.0
350.0
300.0
250.0
200.0
150.0
100.0
50.0
0.0
100.0
80.0
60.0
40.0
20.0
0.0
1849
1853
1857
1861
1865
1869
1873
1877
1881
1885
1889
1893
1897
1901
1905
1909

Graphique 17.1 (ci-dessus) :Leicester, Angleterre, taux de mortalité par variole par rapport à la couverture vaccinale contre la variole de 1849 à 1910.

Des données ont été recueillies montrant un taux de mortalité plus élevé chez les personnes vaccinées que chez les personnes non vaccinées. Dans cette lettre de 1928 publiée dans le British Medical Journal, l'auteur note sa « croyance médicale quasi universelle » en la vaccination tout en présentant des statistiques montrant le contraire pour les années 1923-1926.

"... le taux de mortalité parmi les cas vaccinés n'était que cinq fois plus élevé que parmi les cas non vaccinés."{792}

Certains membres de la communauté médicale étaient soulagés que l'échec de la vaccination obligatoire n'ait jamais attiré l'attention du public. Au lieu de cela, l'accent a été mis sur de nouveaux types de vaccinations.

La vaccination obligatoire qui avait autrefois le suffrage de la nation n'a plus guère de partisan sérieux. Nous avons honte d'abandonner complètement l'idée et peut-être craignons-nous que si nous le faisions, l'accident d'une future épidémie ne nous mette dans l'erreur. Nous préférons laisser la vaccination obligatoire mourir de mort naturelle et sommes soulagés que le grand public ne soit pas assez curieux pour exiger une enquête. En attendant, notre attention est détournée vers d'autres formes plus récentes d'immunisation.{793}

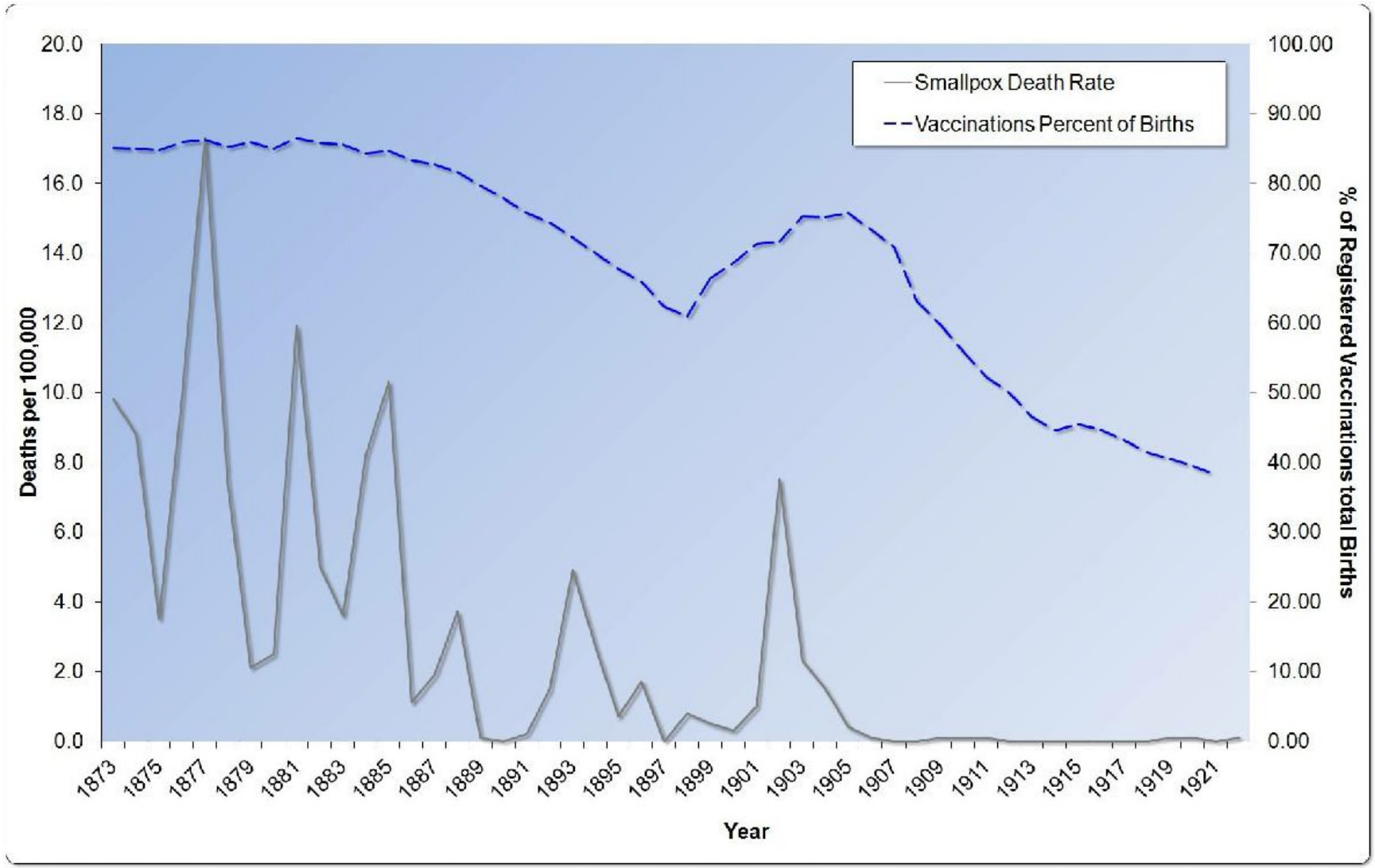
Tous les problèmes de la vaccination contre la variole ont été oubliés depuis longtemps. Les décès officiellement enregistrés dus à la cowpox et à d'autres effets de la vaccination, y compris la redoutable affection cutanée de l'érysipèle, ne sont jamais mentionnés. La jaunisse et la syphilis se sont également propagées par la pratique de la vaccination bras à bras.

L'élan de croyance pratiquement incontesté de la vaccination contre la variole existe depuis tant de décennies qu'il est rarement envisagé, et encore moins contesté. La plupart des livres d'histoire

qui mentionnent la découverte d'Edward Jenner concluent rapidement, sans aucune preuve ou avec peu de preuves, qu'elle n'a été que d'un énorme bénéfice. Certains mentionnent plus en détail le mouvement anti-vaccin, mais il est toujours mis en lumière que des manifestants insensés et sans instruction étaient en opposition dangereuse avec la science établie.

En réalité, les faits montrent le contraire de la croyance (graphique 17.2). Alors que les taux de vaccination diminuaient en Angleterre, les décès dus à la variole diminuaient également.

Graphique 17.2 (ci-dessous) :Taux de mortalité par variole en Angleterre et au Pays de Galles par rapport aux taux de couverture vaccinale contre la variole de 1873 à 1922.


Smallpox Death Rate
Vaccinations Percent of Births
Deaths per 100,000
% of Registered Vaccinations total Births
Year
20.0
18.0
16.0
14.0
12.0
10.0
8.0
6.0
4.0
2.0
0.0
100.00
90.00
80.00
70.00
60.00
50.00
40.00
30.00
20.00
10.00
0.00
1873
1875
1877
1879
1881
1883
1885
1887
1889
1891
1893
1895
1897
1899
1901
1903
1905
1907
1909
1911
1913
1915
1917
1919
1921

Graphique 17.2 (ci-dessus) :Taux de mortalité par variole en Angleterre et au Pays de Galles par rapport aux taux de couverture vaccinale contre la variole de 1873 à 1922.

Dans son livre, Paul Offit déclare également qu'avant l'utilisation du vaccin contre la coqueluche, 7 000 décès survenaient chaque année à cause de la coqueluche, et qu'il n'y avait qu'une trentaine de décès par la suite.

La coqueluche (coqueluche) est une infection dévastatrice. Avant qu'un vaccin ne soit utilisé pour la première fois aux États-Unis dans les années 1940, environ trois cent mille cas de coqueluche causaient sept mille décès chaque année, presque tous chez de jeunes enfants. Aujourd'hui, grâce au vaccin contre la coqueluche, moins de trente enfants meurent chaque année de la maladie. Mais les temps changent.{794}

Tableau des décès dus à la coqueluche par segments de cinq ans

Year	Total	Population	Deaths
1926	10,331	117,399,000	8.8
1927	8,095	119,038,000	6.8
1928	6,507	120,501,000	5.4
1929	7,550	121,770,000	6.2
1930	5,908	123,077,000	4.8
Average	7,678	120,357,000	6.4
1946	1,273	141,389,000	0.9
1947	2,018	144,126,000	1.4
1948	1,173	146,631,000	0.8
1949	746	149,188,000	0.5
1950	1,062	150,688,000	0.7
Average	**1,254**	146,404,000	0.8
% Change	83.6%	25.2%	87.5%

Un article de 1988 dans la revue médicale Pediatrics a fait une affirmation tout aussi inexacte. Le tableau ci-dessus montre les chiffres officiels de deux périodes de 5 ans à 20 ans d'intervalle.

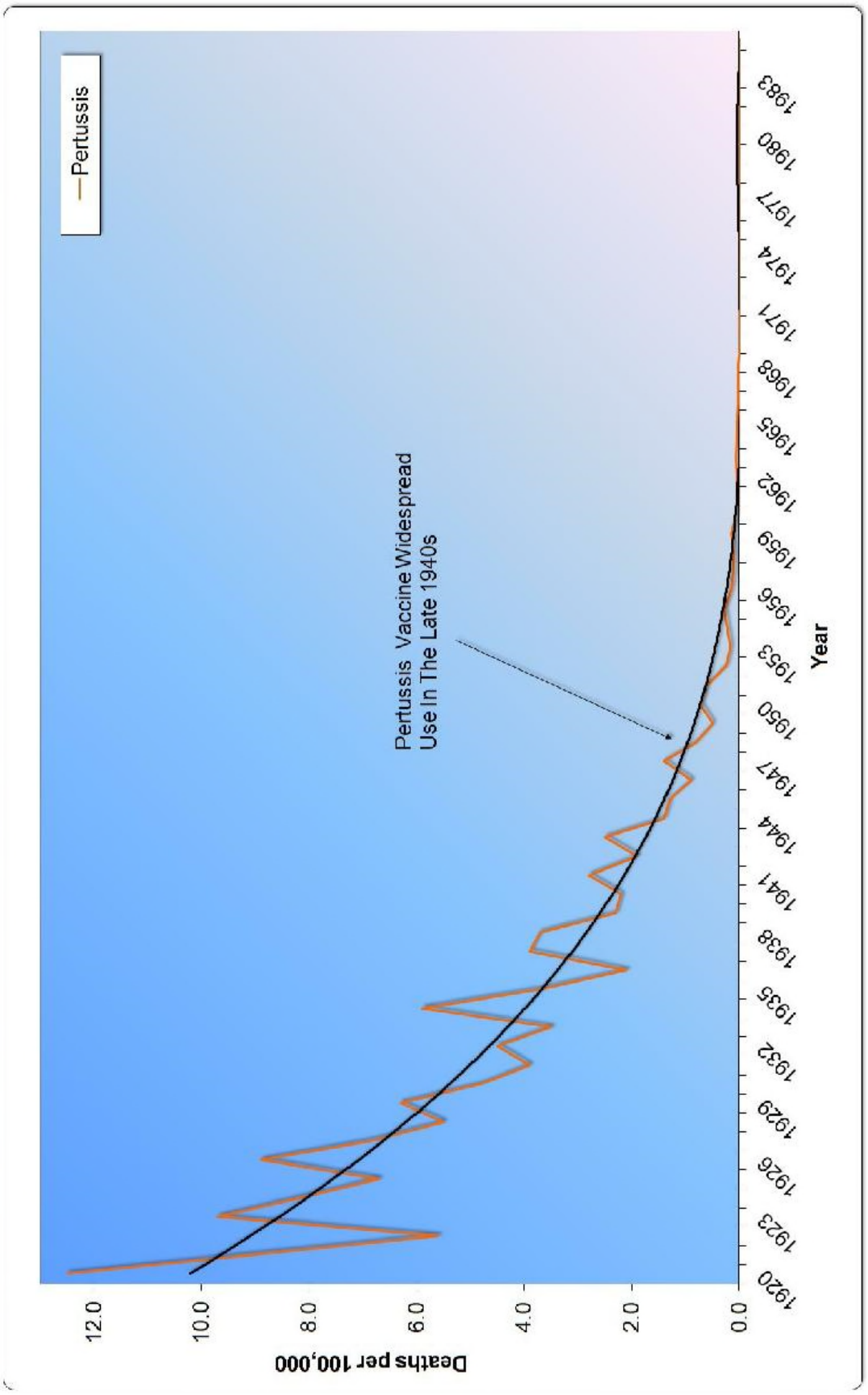
Au moment où le vaccin contre la coqueluche a été introduit à la fin des années 1940, le nombre total de décès était en moyenne d'environ 1 200, et non de 7 000.{795}

Ce qui est plus remarquable, c'est qu'au cours de ces 20 années, la population a augmenté d'environ 25 %.

Une telle augmentation de la population rend important de déterminer un taux de mortalité normalisé. À partir de chiffres normalisés, nous pouvons voir que les décès pour 100 000 ont diminué de 85 % au cours de ces 20 années. Les chances de mourir de la coqueluche avaient considérablement diminué, passant de 1 sur 15 625 à 1 sur 125 000. Ce changement s'est produit avant l'utilisation de tout vaccin. La nette tendance à la baisse du taux de mortalité avant l'introduction du vaccin n'est jamais reconnue.

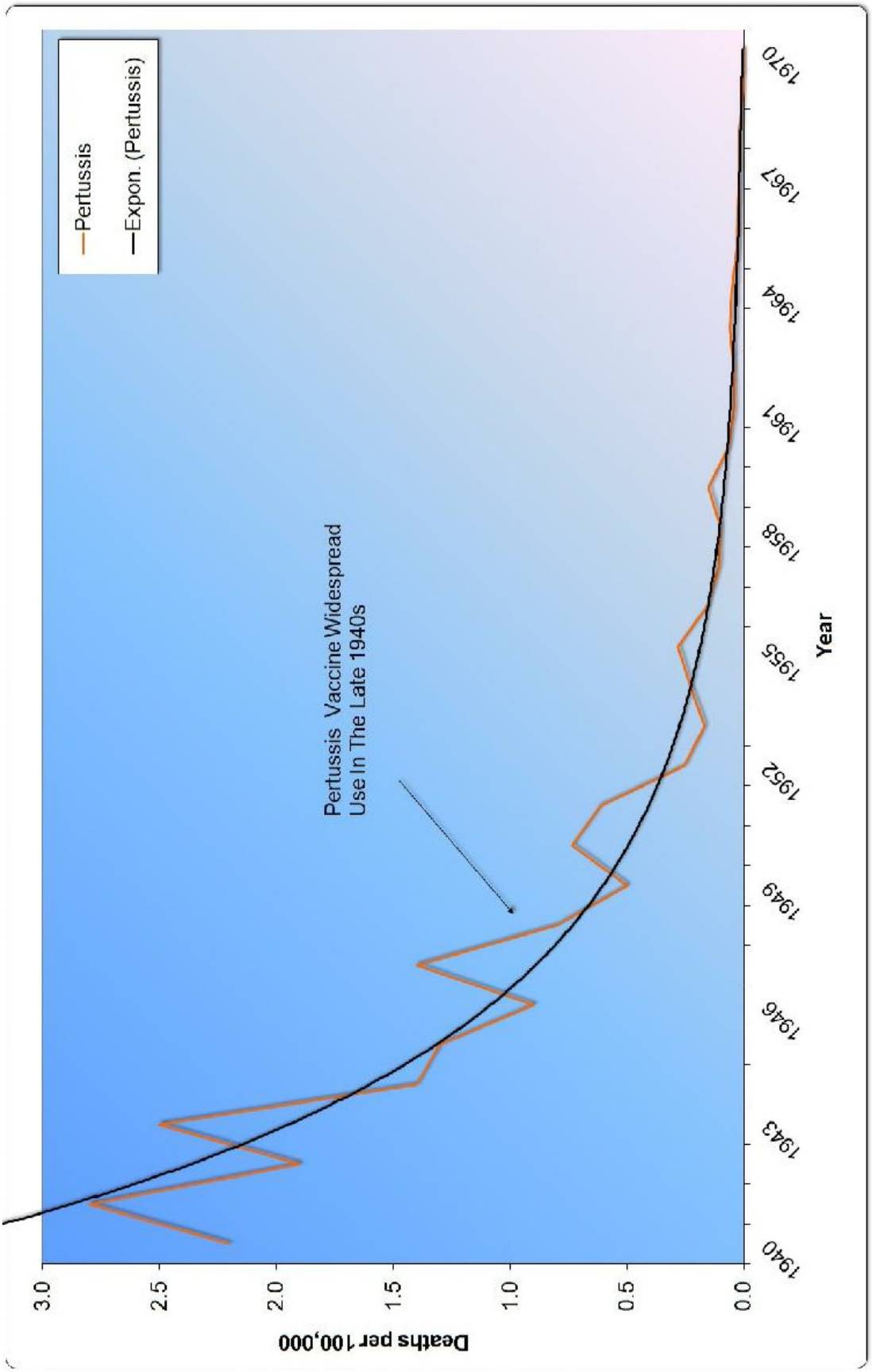
De nombreux passionnés de vaccins affirment que les antibiotiques étaient également responsables de la baisse de la morbidité et de la mortalité. Mais le taux de mortalité par coqueluche était en baisse depuis les années 1920, bien avant que les antibiotiques ne soient utilisés aux États-Unis. L'examen des données à partir de 1920 montre une tendance continue à la baisse du taux de mortalité par coqueluche (graphique 17.3). Il est difficile de voir un impact significatif sur le taux de mortalité global après l'introduction du programme de vaccination contre la coqueluche. Une vue agrandie des mêmes données de 1940 à 1970 montre également une baisse continue du taux de mortalité (graphique 17.4).

Graphique 17.3 : Taux de mortalité par coqueluche aux États-Unis de 1920 à 1985.



Graphique 17.3 : Taux de mortalité par coqueluche aux États-Unis de 1920 à 1985.

Graphique 17.4 : Taux de mortalité par coqueluche aux États-Unis de 1940 à 1970.



Graphique 17.4 : Taux de mortalité par coqueluche aux États-Unis de 1940 à 1970.

Si la vaccination contre la coqueluche était importante pour la baisse globale des décès, il devrait y avoir une forte baisse notable du taux de mortalité peu de temps après l'introduction du vaccin. Pourtant, il n'y a pas d'effet observable. L'affirmation « à cause du vaccin contre la coqueluche, moins de trente enfants meurent chaque année de la maladie » n'est pas étayée par les données officielles. Clairement, comme la variole, d'autres facteurs ont été impliqués dans le changement de la coqueluche d'un tueur important à une maladie plus bénigne.

Dans les années 1970, l'Angleterre a connu une forte baisse des taux de vaccination contre la coqueluche. Les données montrent qu'il n'y a pas eu d'augmentation massive des décès comme on aurait pu s'y attendre si la vaccination avait eu un impact sur la mortalité. Les auteurs d'une étude de 1984 confirment que «les craintes concernant le vaccin contre la coqueluche ont provoqué une chute spectaculaire des taux de vaccination et, par conséquent, une forte augmentation des notifications. Malgré cette augmentation, le nombre de décès n'a pas augmenté… »{796}

La prédiction selon laquelle il y aurait 7 000 décès annuels dus à la coqueluche sans vaccination n'avait absolument aucun fondement dans la réalité.

Paul Offit a évoqué la même diminution de la vaccination DTC en Angleterre au début des années 1970. À mesure que les taux de vaccination baissaient, on pensait qu'il y aurait une grave épidémie qui entraînerait une augmentation des décès dus à la coqueluche.

L'année précédant [1975] l'article de Wilson, 79 % des enfants britanniques étaient vaccinés. En 1977, le taux était tombé à 31 %. En conséquence, plus de cent mille enfants ont contracté la coqueluche, cinq mille ont été hospitalisés ; deux cents avaient une pneumonie grave; quatre-vingts ont subi des crises d'épilepsie; et

trente-six sont morts. Ce fut l'une des pires épidémies de coqueluche de l'histoire moderne.{797}

Tableau des décès par coqueluche en Angleterre

Année Total % DTP

Year	Total	% DTP
1970	15	78
1971	**26**	78
1972	**02**	78
1973	**02**	78
1974	**13**	77
1975	**12**	59
1976	**03****	38
1977	**07****	39
1978	**12****	31
1979	**07****	35
1980	**06****	41
1981	05	46
1982	14	53
1983	05	59
1984	**01**	**65**

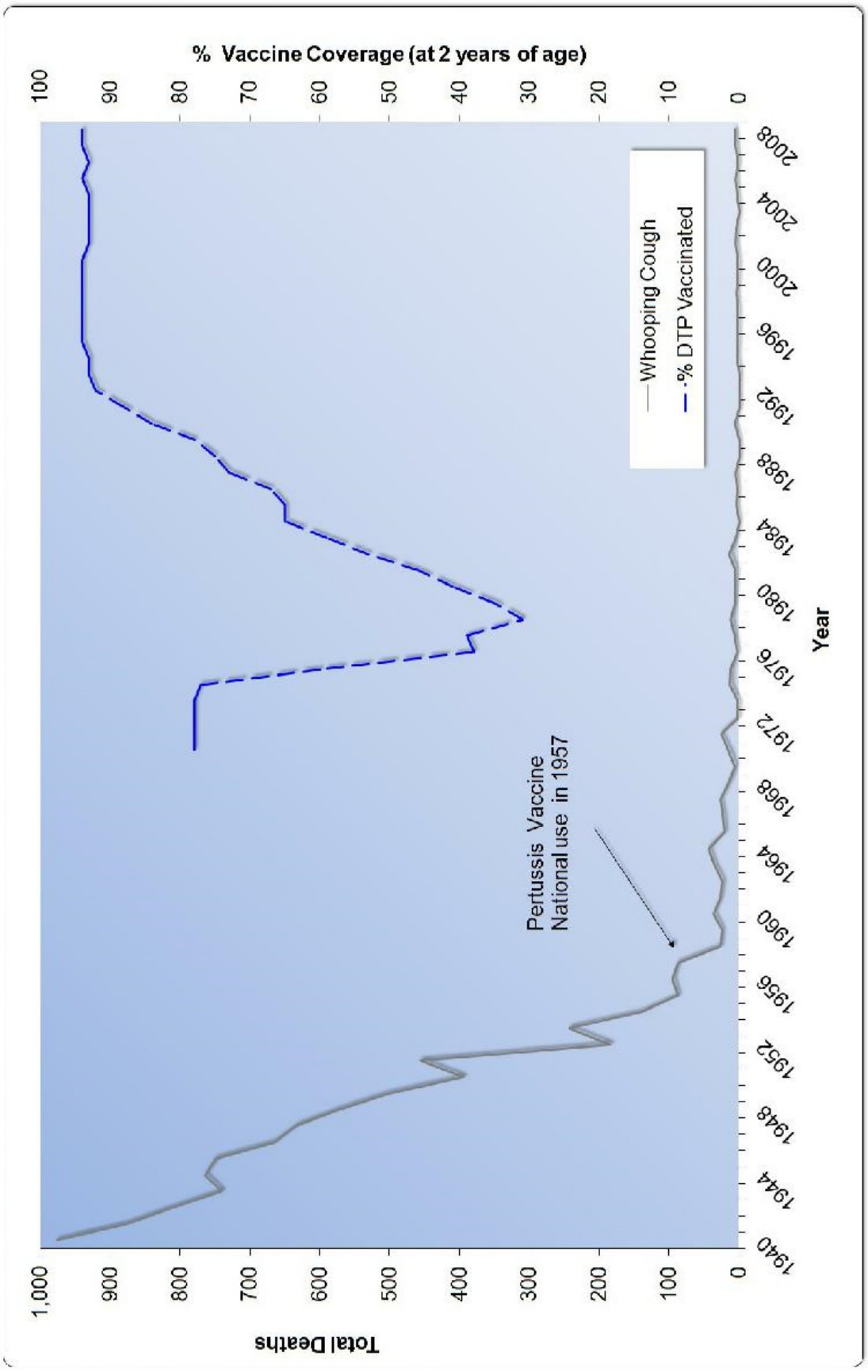
Était-ce, en fait, une épidémie hors du commun ? Étant donné que le Dr Offit ne précise pas les années qu'il a utilisées pour obtenir ses 36 décès ou ne fournit aucune référence, nous devons nous rendre nous-mêmes aux données officielles et localiser la zone en question.{798}Les années de 1976 à 1980 (éléments indiqués par ** dans le tableau) sont celles où les taux de vaccination sont les plus bas. En utilisant les statistiques officielles, le nombre de décès au cours de ces années s'est élevé à 35, ce qui est presque exactement le même nombre que le Dr Offit a utilisé dans sa demande. Les décès des 5 années précédentes, de 1971 à 1975 (encadré par un tiret dans le tableau), alors que les taux de vaccination étaient plus élevés, totalisaient 55, soit environ 1,5 fois plus que ce que le Dr Offit décrit comme la "pire épidémie de l'histoire moderne".

Les décès à partir de 1974, lorsque les taux de vaccination étaient proches de leur pic de 77 %, étaient à peu près les mêmes que l'année où le taux de vaccination le plus bas était de 31 % en 1978. Ce qui est encore plus surprenant, c'est qu'au cours de l'année 1971, lorsque les taux de vaccination étaient à leur pic de 78 pour cent, les décès étaient les plus élevés, à plus de deux fois le taux de 1978 lorsque les vaccinations étaient à leur plus bas, 31

pour cent.

En examinant les données à partir de 1940, 17 ans avant le début de la vaccination contre la coqueluche en Angleterre en 1957, il est clair qu'il y avait une tendance générale à la baisse des décès (graphique 17.5). Les décès dus à la coqueluche étaient en baisse comme ils l'étaient depuis environ 100 ans et n'étaient pratiquement pas affectés par le niveau de couverture vaccinale. Les données officielles ne correspondent pas à la déclaration de Paul Offit selon laquelle le vaccin contre la coqueluche est responsable de l'énorme baisse des décès.

Graphique 17.5 (ci-dessous) :Mortalité due à la coqueluche en Angleterre et au Pays de Galles de 1940 à 2008.



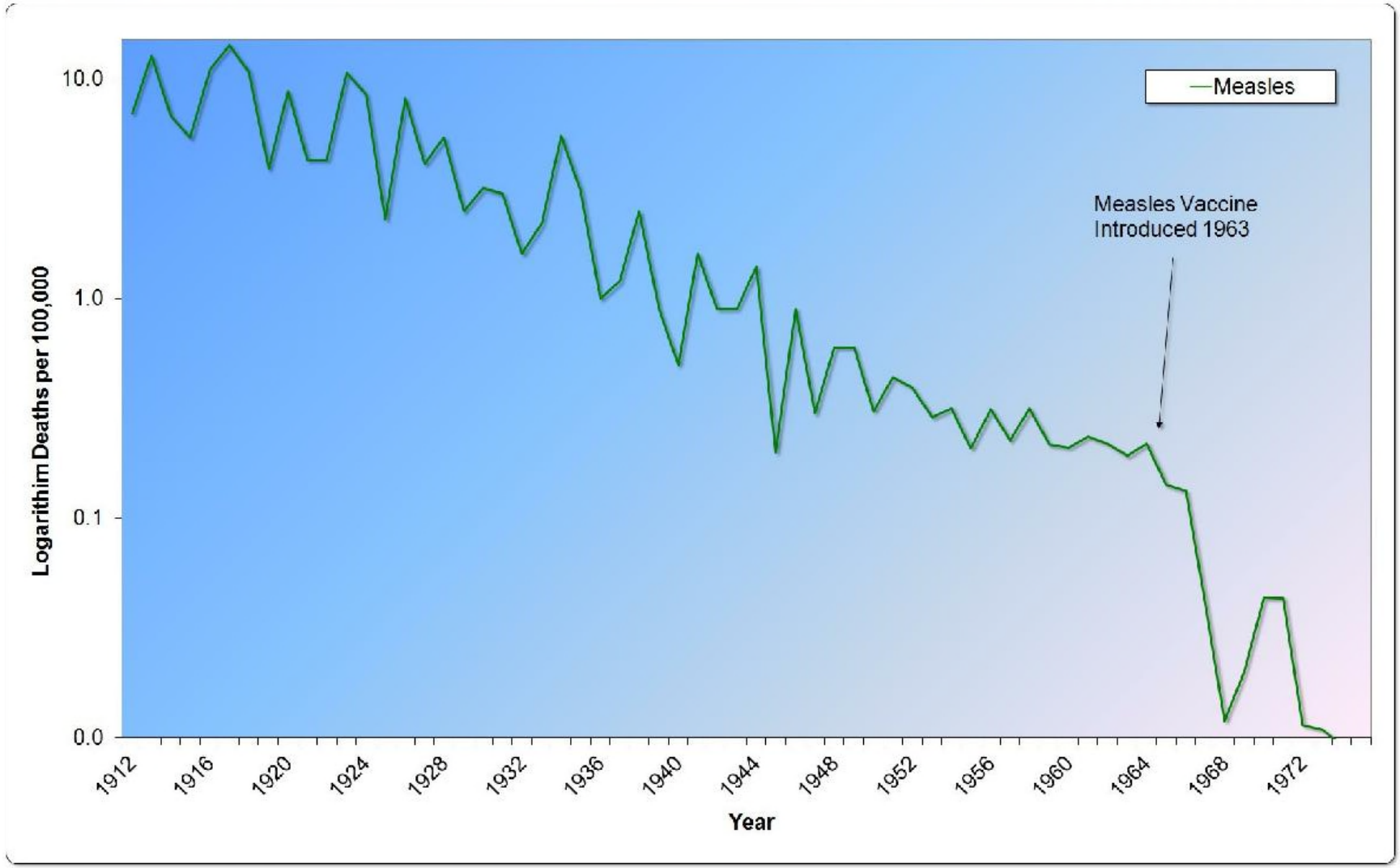
Graphique 17.5 (ci-dessus) :Mortalité due à la coqueluche en Angleterre et au Pays de Galles de 1940 à 2008.

Une interprétation similaire des données historiques sur la rougeole peut être trouvée dans un article de 1980 de l'American Journal of Public Health. Les auteurs déclarent :

Les taux de mortalité dus à la rougeole ont suivi les taux de cas de rougeole et ont montré une baisse frappante depuis l'homologation du vaccin contre la rougeole en 1963.{799}

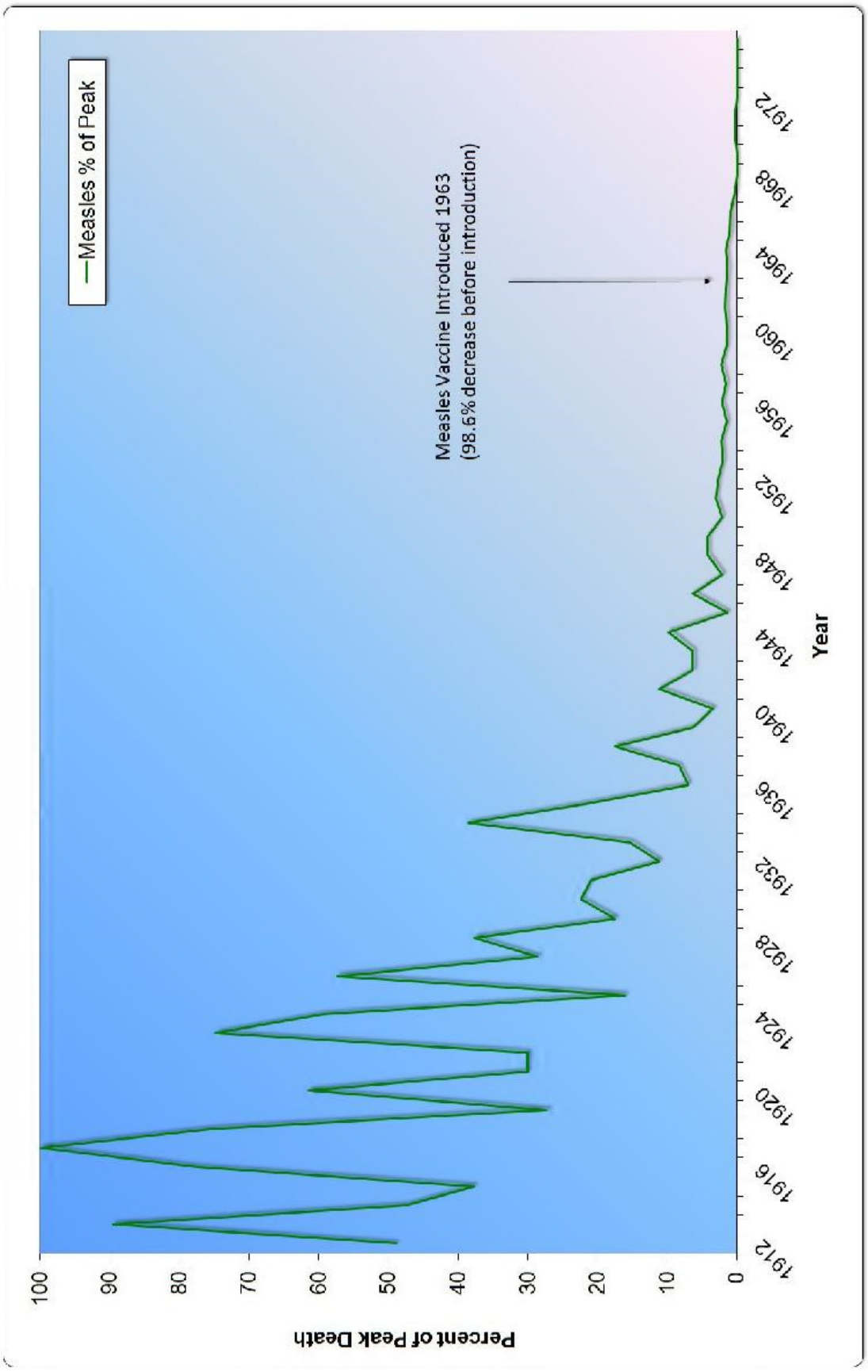
Les auteurs incluent un graphique (17.6) montrant une forte baisse des décès par rougeole après 1963. Cette information est présentée sous la forme d'un graphique logarithmique qui amplifie le petit changement du taux de mortalité après 1963. D'autre part, un graphique (17.7) affichant la pourcentage de déclin par rapport au pic de mortalité en utilisant exactement les mêmes données montre qu'avant 1963, le taux de mortalité avait déjà diminué de plus de 98 %. Un déclin « frappant » de 98 % avant 1963 n'est pas du tout mentionné par les auteurs de l'étude.

Graphique 17.6 (ci-dessous) :Taux de mortalité par rougeole aux États-Unis de 1912 à 1975 sur un diagramme logarithmique.


Measles
Measles Vaccine
Introduced 1963
Logarithim Deaths per 100,000
10.0
1.0
0.1
0.0
1912
1916
1920
1924
1928
1932
1936
1940
1944
1948
1952
1956
1960
1964
1968
1972
Year

Graphique 17.6 (ci-dessus) :Taux de mortalité par rougeole aux États-Unis de 1912 à 1975 sur un diagramme logarithmique.

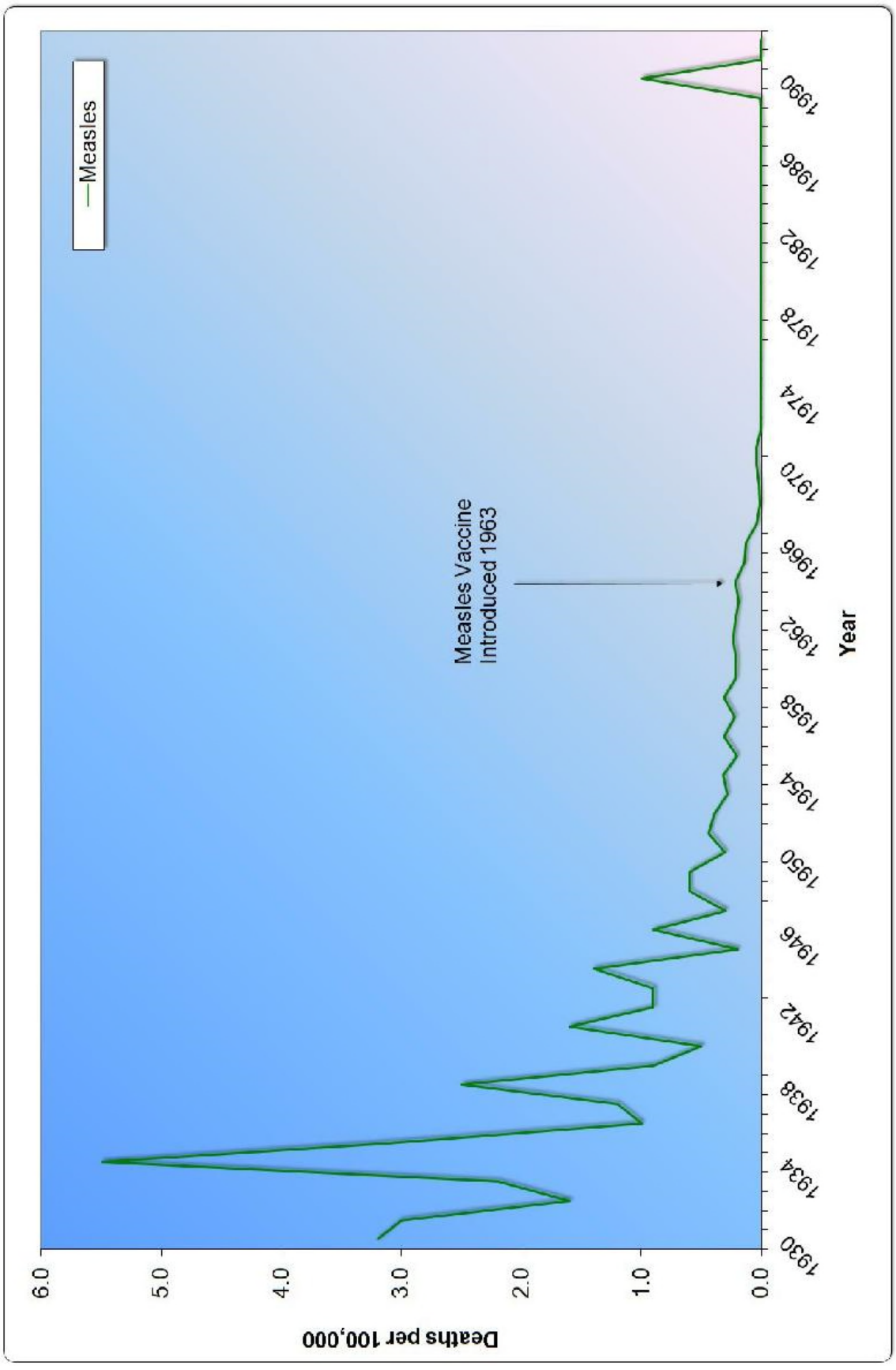
Graphique 17.7 (ci-dessous) :Taux de mortalité par rougeole aux États-Unis de 1912 à 1975 en pourcentage à partir du pic.



Graphique 17.7 (ci-dessus) :Taux de mortalité par rougeole aux États-Unis de 1912 à 1975 en pourcentage à partir du pic.

Dans un article de 2007 du Journal of the American Medical Association (JAMA), les auteurs ont indiqué que de 1953 à 1962, une moyenne de 440 personnes sont mortes de la rougeole. En 2004, cependant, le taux de mortalité était tombé à zéro, indiquant une réduction de 100 % des décès attribués entièrement au vaccin.{800}Encore une fois, bien que cette information soit techniquement exacte, elle induit en erreur par omission de la compréhension de la réduction massive des décès avant l'introduction du vaccin. D'après les données, il est évident qu'au cours des années 1930, 1940 et 1950, le taux de mortalité avait considérablement diminué et que l'impact du vaccin contre la rougeole était minime (graphique 17.8).

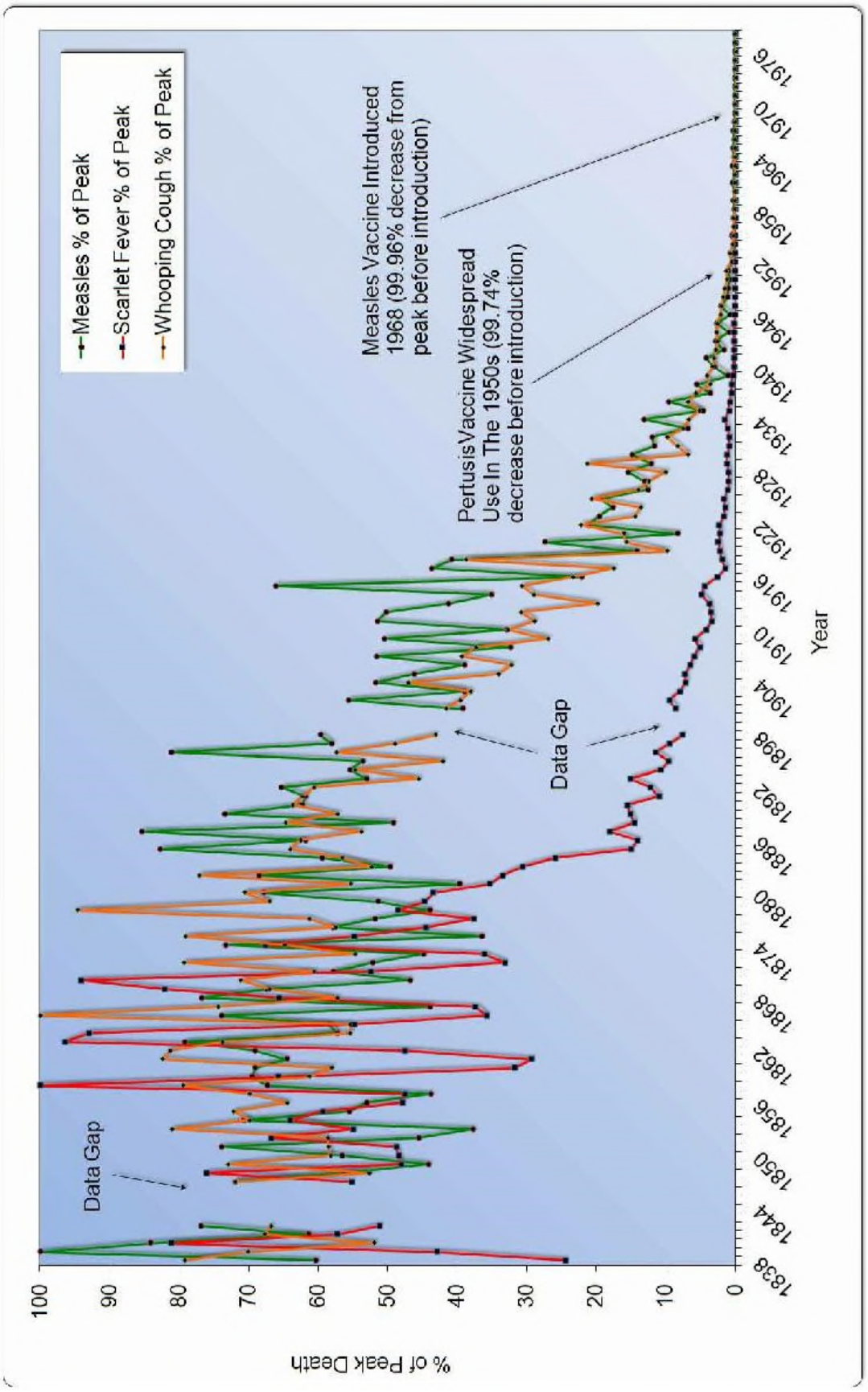
Graphique 17.8 (ci-dessous) :Taux de mortalité par rougeole aux États-Unis depuis 1930.



Graphique 17.8 (ci-dessus) :Taux de mortalité par rougeole aux États-Unis depuis 1930.

Les données d'Angleterre et du Pays de Galles montrent qu'il y a eu une baisse massive des décès dus à la rougeole bien avant l'introduction du vaccin contre la rougeole. Le graphique (17,9) affichant le pourcentage de baisse par rapport au taux de mortalité maximal montre que le taux de mortalité par rougeole avait chuté de près de 100 % avant l'utilisation du vaccin en Angleterre en 1968.

Graphique 17.9 (ci-dessous) :Pourcentage de la scarlatine, de la rougeole et de la coqueluche en Angleterre et au Pays de Galles par rapport aux taux de mortalité les plus élevés de 1838 à 1978.



Graphique 17.9 (ci-dessus) :Pourcentage de la scarlatine, de la rougeole et de la coqueluche en Angleterre et au Pays de

Galles par rapport aux taux de mortalité les plus élevés de 1838 à 1978.

Dans ce même article du JAMA de 2007, les auteurs montrent que de 1934 à 1943, 4 034 personnes sont mortes de la coqueluche et qu'en 2004, il n'y avait eu que 27 décès. Ils déclarent qu'il y a eu une baisse des « décès par coqueluche de 99,3 % » à cause du vaccin. Cette déclaration est fallacieuse et, comme d'habitude, omet les détails de la situation dans son ensemble. Comme vous pouvez le voir dans le graphique 17.3, les décès dus à la coqueluche avaient diminué bien avant le vaccin, ce qui n'était évidemment pas le principal facteur de cette baisse. Un tueur infectieux plus important au cours des années 1800, la scarlatine, qui a été éradiquée sans l'utilisation d'un programme de vaccination de masse et avant l'utilisation d'antibiotiques, n'est pas du tout mentionnée dans l'article de la JAMA, probablement parce qu'elle n'est pas considérée comme une maladie évitable par la vaccination. .

En fait, il existait un vaccin contre la scarlatine à base de toxine streptococcique, mais la plupart des gens l'ignorent aujourd'hui. Le vaccin a été utilisé pour la première fois en 1912 en Russie, puis largement aux États-Unis, en Hongrie et en Pologne.{801}Dans les années 1930, le vaccin contre la toxine était connu pour avoir de graves conséquences.

L'immunisation contre la scarlatine par l'utilisation de la toxine de Dick n'a trouvé qu'une application limitée en raison du nombre d'injections nécessaires et de la gravité des réactions associées..{802}

L'immunisation active contre la scarlatine a été pratiquée plutôt au hasard depuis son introduction par les Dicks en 1924. Leur méthode nécessitait l'inoculation de la toxine érythrogénique brute non modifiée à cinq intervalles hebdomadaires en utilisant 500, 2 000, 8 000, 25 000 et 80 000 doses de test cutané. . Dans certaines séries, une inversion de la réaction de Dick a été rapportée chez 90 à 95 % des personnes ainsi traitées. Un taux d'attaque subséquent de 0,5 %

chez les inoculés par rapport à 14 % dans certains groupes témoins non inoculés a été observé. Cependant, des réactions si graves ont été rencontrées chez 10% à 30%, parfois plus, des sujets immunisés que cela a constitué une objection sérieuse à son utilisation généralisée.{803}

Peut-être que l'une des chroniques les plus tristes d'une telle trahison médicale envers la sienne se reflète dans une série de rapports de cas d'étudiants infirmiers qui ont succombé au lupus après avoir été vaccinés avec des vaccins typhoïde-paratyphoïde suivis de nombreuses injections obligatoires de toxine scarlatine. Tous étaient en bonne santé lors de leur admission à l'école d'infirmières et tous sont décédés environ un an après la vaccination, à la suite de maladies douloureuses et prolongées.

...première injection de 500 doses tests cutanés (MST) de toxine streptococcique de la scarlatine sans résultats néfastes. Une semaine plus tard, la deuxième injection de 2000 MST a été administrée et a été suivie de douleurs articulaires et de fièvre. Elle est restée alitée pendant 3 jours à ce moment-là, mais ne s'est pas présentée au bureau de santé. Neuf jours plus tard, elle est revenue et a reçu la troisième injection de 8000 MST, après quoi elle a développé une arthralgie sévère dans les doigts et les genoux et un mal de gorge. Elle a été hospitalisée pendant 5 jours, au cours desquels une faible fièvre a été constatée. Les résultats physiques ont montré une gorge rouge et une grande zone d'hyperémie s'étendant du site de l'injection sur le bras gauche jusqu'à l'avant-bras à mi-chemin jusqu'au poignet. Elle a reçu de l'aspirine avec une certaine amélioration et a obtenu son congé le 7 décembre, avec le diagnostic de réaction à la toxine de Dick. Elle est revenue à la clinique le 12 décembre et ses inoculations ont été poursuivies. L'épinéphrine accompagnait généralement ces injections.{804}

La description du cas a continué. Deux mois après le dernier lot d'injections, l'infirmière stagiaire a été réadmise à l'hôpital avec un gonflement et des douleurs aux chevilles et aux orteils et une sensibilité des articulations des deux mains, constante depuis le premier test de Dick cinq mois plus tôt. Le diagnostic était

"arthrite rhumatismale". On lui a donné de l'aspirine, mais deux semaines plus tard, la douleur est revenue et elle a développé des frissons et de la fièvre, des maux de gorge et de la toux. Un mois plus tard, l'infirmière stagiaire a été réadmise à l'hôpital pendant deux semaines, et au cours de cette admission, un vaccin contre le streptocoque a été commencé à petites doses, mais en raison de sa réaction sévère, d'autres vaccins ont été refusés. Le diagnostic après cette admission était « polyarthrite rhumatoïde et mononucléose infectieuse ». Quatre mois plus tard, l'infirmière stagiaire a remarqué des éruptions cutanées sur son nez et ses deux joues, et sa salive est devenue fétide. La peau et les joues, les lèvres supérieures et l'arête du nez étaient couvertes d'éruptions cutanées rouge violacé, tachetées et indurées. Deux mois plus tard, les éruptions se sont propagées sur une grande partie du corps. Un an plus tard, l'infirmière stagiaire est décédée. Les trois cas de ce rapport sont tout aussi étonnants en ce qui concerne la persistance totale et le manque de considération pour les dommages causés aux infirmières.

Il y a donc une raison pour laquelle la plupart des gens n'ont pas entendu parler du vaccin contre la scarlatine. Aujourd'hui, la croyance en la vaccination tiendra mieux si personne ne le sait. Certes, les vaccins obligatoires pour les travailleurs de la santé feraient l'objet d'un examen plus approfondi si les infirmières d'aujourd'hui avaient la moindre idée à quel point elles étaient apparemment jetables dans le passé.

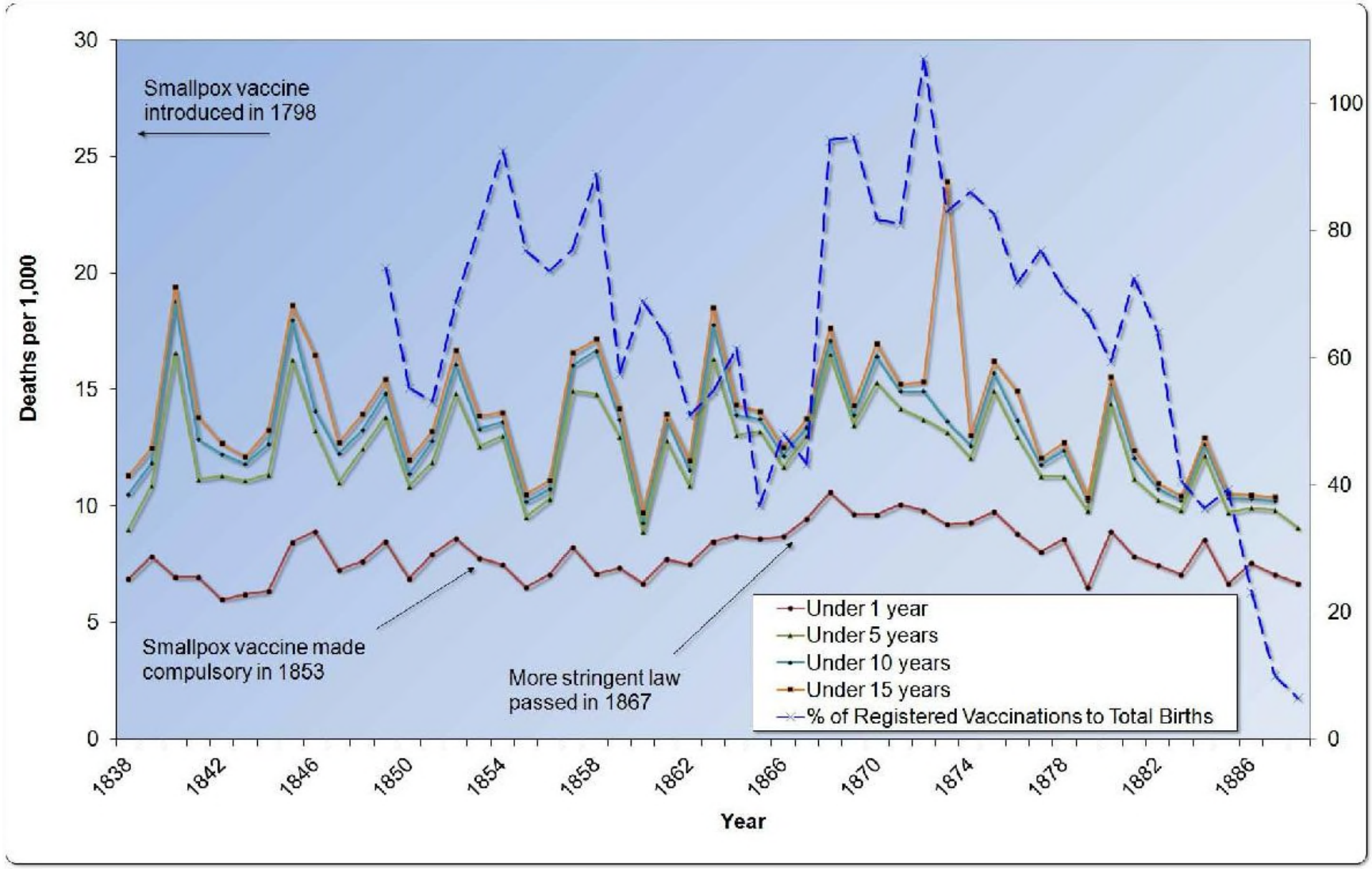
Nous ne disons pas que les vaccins n'ont eu absolument aucun impact sur les décès dus à ces maladies infectieuses, mais en utilisant des statistiques historiques, il est clair que les affirmations de la plupart des auteurs concernant l'effet salvateur de la vaccination sont nettement exagérées et que le risque est continuellement nié ou sous-estimé. Bien que le fait que « les vaccins soient responsables de la baisse massive des décès » soit basé sur une fausse base, cela imprègne la pensée médicale partout dans le monde. Les déclarations trouvées dans la littérature médicale exagèrent uniformément le bénéfice de la vaccination.

Aujourd'hui, nous ne considérons peut-être pas ces maladies comme très graves car, grâce aux vaccins, nous ne les voyons plus aussi souvent qu'avant. Mais ils peuvent toujours être mortels. La rougeole tuait des centaines, parfois des milliers, de personnes par an… Il y a des années, la diphtérie était une maladie répandue et très redoutée. Au cours des années 1920, il a frappé environ 150 000 personnes par an et en a tué environ 15 000. Depuis, ces chiffres ont considérablement baissé, grâce aux parents qui ont fait vacciner leurs enfants contre cette terrible maladie.{805}

Il est difficile de sous-estimer la contribution de la vaccination à notre bien-être. On a estimé que, si ce n'était des vaccinations infantiles contre la diphtérie, la coqueluche, la rougeole, les oreillons, la variole et la rubéole, ainsi que la protection offerte par les vaccins contre le tétanos, le choléra, la fièvre jaune, la poliomyélite, la grippe, l'hépatite B, la pneumonie bactérienne , et la rage, les taux de mortalité infantile oscilleraient probablement entre 20 et 50 %. En effet, dans les pays où la vaccination n'est pas pratiquée, les taux de mortalité chez les nourrissons et les jeunes enfants restent à ce niveau.{806}

Personne ne peut nier la vérité selon laquelle, au cours des années 1800, la mortalité infantile était extrêmement élevée. Même s'il y a eu des décennies de vaccination contre la variole, la mortalité infantile globale est restée inchangée (graphique 17.10). À la fin des années 1800 et au début des années 1900, des changements extraordinaires ont été apportés qui ont radicalement modifié le paysage. Si le vaccin contre la variole était aussi important que le prétendent les responsables, alors à l'ère des lois strictes sur la vaccination, la mortalité infantile aurait dû diminuer. Au lieu de cela, le taux de mortalité est resté stable ou, dans le cas des enfants de moins d'un an, le taux de mortalité a en fait augmenté à l'époque des lois strictes en matière de vaccination et des taux de vaccination élevés.

Graphique 17.10 (ci-dessous) :Leicester, Angleterre, taux de mortalité par catégories d'âge et couverture vaccinale contre la variole de 1838 à 1888.


Smallpox vaccine introduced in 1798
Smallpox vaccine made compulsory in 1853
More stringent law passed in 1867
Under 1 year
Under 5 years
Under 10 years
Under 15 years
% of Registered Vaccinations to Total Births
Deaths per 1,000
Year
0
5
10
15
20
25
30
0
20
40
60
80
100
1838
1842
1846
1850
1854
1858
1862
1866
1870
1874
1878
1882
1886

Graphique 17.10 (ci-dessus) :Leicester, Angleterre, taux de mortalité par catégories d'âge et couverture vaccinale contre la variole de 1838 à 1888.

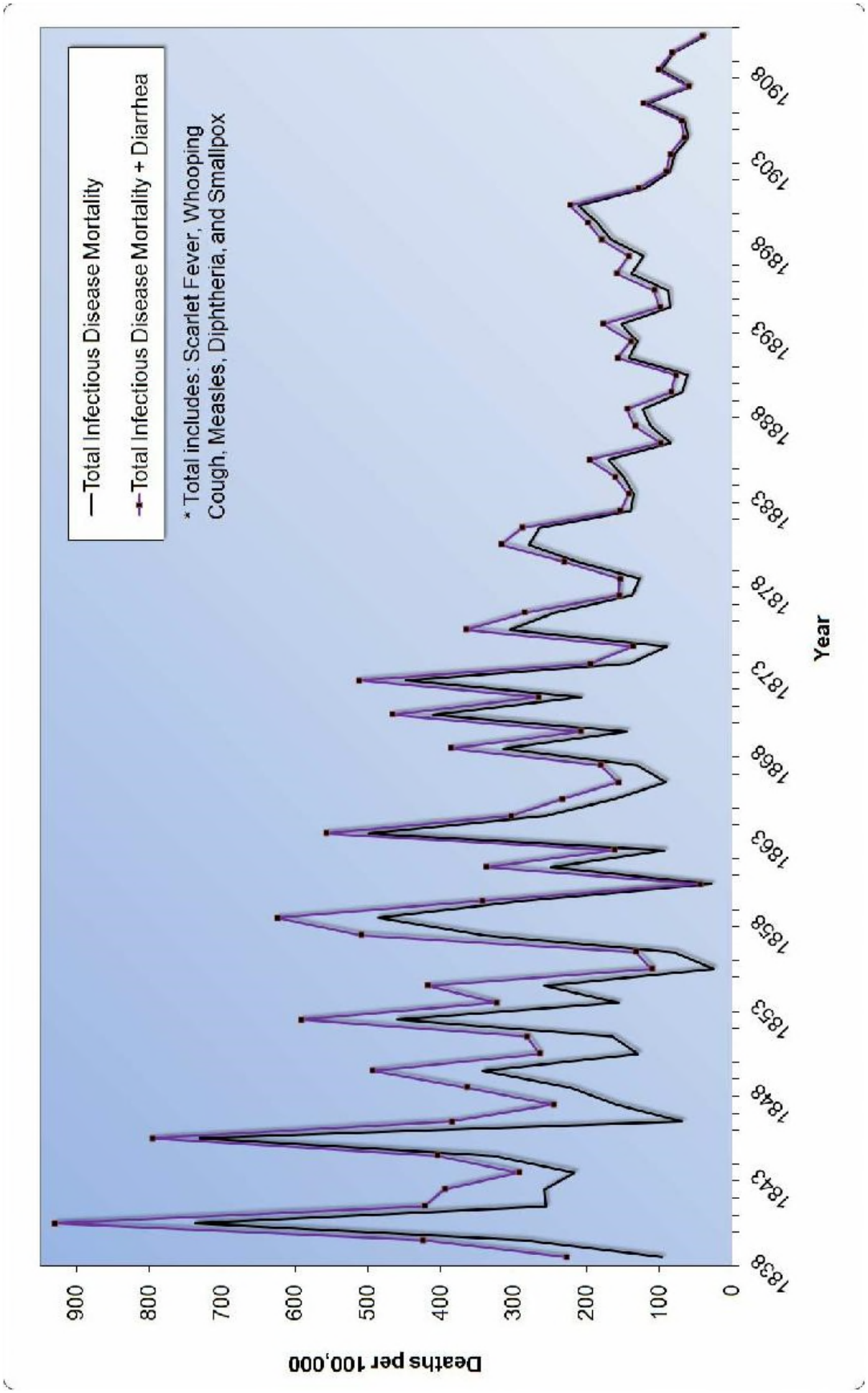
Des travaux antérieurs du Dr Robert Watt ont montré que, bien qu'il semble y avoir eu une diminution des décès après l'introduction de la vaccination, les décès dus à d'autres causes ont augmenté. Le taux de mortalité global des enfants est resté inchangé.

*... le travail du Dr Robert Watt, qui a compilé les décès d'enfants de moins de 10 ans à Glasgow au cours des 30 années autour de l'introduction de la vaccination, et a montré qu'à mesure que la variole diminuait, les autres maladies infantiles augmentaient et que la mortalité infantile avait été peu affecté par le changement.**{807}***

Non seulement toutes les maladies infectieuses ont diminué à la fin des années 1800, mais d'autres décès liés à la pauvreté, tels que ceux dus à la diarrhée, ont également diminué (graphique 17.11). Au début des années 1900, la vie s'était considérablement améliorée. Les enfants étaient moins susceptibles de mourir de nombreuses maladies auxquelles ils avaient succombé quelques décennies plus tôt. La plupart des vaccins et autres interventions médicales sont apparus beaucoup plus tard et n'étaient que des acteurs mineurs par rapport à toutes les autres interventions qui ont eu lieu.

Graphique 17.11 (ci-dessous) :Leicester a combiné les taux de mortalité dus à diverses maladies infectieuses et à la diarrhée à partir de 1838

à 1910.


Total Infectious Disease Mortality
Total Infectious Disease Mortality + Diarrhea
* Total includes: Scarlet Fever, Whooping Cough, Measles, Diphtheria, and Smallpox
Deaths per 100,000
Year
0
100
200
300
400
500
600
700
800
900
1838
1843
1848
1853
1858
1863
1868
1873
1878
1883
1888
1893
1898
1903
1908

Graphique 17.11 (ci-dessus) :Leicester a combiné les taux de mortalité de diverses maladies infectieuses et de diarrhée de 1838 à 1910.

Dans l'ensemble, la croyance que les vaccins ont contribué à faire passer notre monde d'une horreur en proie à la maladie à notre environnement moderne n'est pas reflétée par les preuves. Néanmoins, cette idéologie profondément enracinée pénètre la conscience sociale. Des livres populaires d'aujourd'hui tels que The Panic Virus renforcent un concept erroné de vaccination réussie en commençant par la variole.

Dans le livre, l'histoire d'Edward Jenner et la "sécurité relative" du vaccin sont introduites, ainsi que le concept mal compris de "l'immunité collective". En utilisant cette tradition, le décor est planté pour que l'auteur discute des raisons pour lesquelles certains d'entre nous résistent à une découverte aussi spectaculaire. Comme le veulent les partisans du vaccin, les arguments en faveur de la vaccination ne sont jamais étayés par des données réelles, mais uniquement par des hypothèses. Au lieu d'essayer de penser par lui-même ou d'analyser par lui-même l'une des nombreuses données disponibles, l'auteur s'en remet aux "experts".

Cela nous laisse deux choix : soit nous pouvons prendre sur nous de faire une analyse systématique de toutes les informations disponibles - ce qui devient de moins en moins faisable à mesure que le monde devient plus complexe - soit nous pouvons faire confiance aux experts et aux médias pour être responsables de la informations et conseils qu'ils fournissent. Lorsqu'ils ne le sont pas, que ce soit parce qu'ils sont naïfs, manquent de ressources ou sont paresseux ou parce qu'ils deviennent eux-mêmes de vrais croyants, les conséquences peuvent en effet être graves.{808}

La peur de la maladie, des fléaux et de la mort sous-tend le récit du livre. La lutte, selon l'auteur, est entre ceux qui croient en la vaccination et ceux qui remettent en question le paradigme. C'est une bataille entre ceux qui comprennent la soi-disant «histoire

bien établie et la médecine factuelle» et ceux qui ne le comprennent pas. On nous dit que nous devons accepter la croyance des médias et des experts à moins qu'ils ne soient eux aussi mal informés et ne reconnaissent pas la position pro-vaccin déjà établie.

Ainsi, toutes les bases sont couvertes afin de délimiter toute personne ayant une éducation et une opinion bien informée qui est contre la théorie de la vaccination comme non scientifique et dangereuse.

L'élan de croyance est si grand que les auteurs de ces types de livres ne prennent jamais en considération la possibilité qu'il puisse y avoir un problème fondamental avec leur hypothèse de base, et les médias qui les soutiennent ou leurs lecteurs non plus. Les auteurs deviennent une autre couche dans la fausse croyance, qui s'appuie davantage sur elle-même. Ceux qui acceptent la croyance sont acceptés par le groupe. Quiconque remet en question la croyance en la vaccination est attaqué et vilipendé tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la profession médicale. La foi dans le vaccin est censée être incontestée parce que l'histoire a prétendument démontré la valeur de la vaccination.

Pensez-vous qu'il a?

Fondamentalement, nous devons évaluer la justesse de toutes les idées, aussi profondément enracinées soient-elles. Le philosophe britannique John Stuart Mill a dit :

La tendance fatale des hommes à ne plus penser à une chose quand elle n'est plus douteuse est la cause de la moitié de leurs erreurs.

Souvent, lorsque l'on recherche objectivement des informations, des faits sont découverts qui peuvent être en contraste choquant avec la compréhension initiale. La vérité peut être inconfortable, gênante et impopulaire, mais en fin de compte, si c'est la vérité, elle doit être acceptée quel qu'en soit le prix.

Année après année, couche après couche, la croyance vaccinale s'est construite jusqu'à aujourd'hui, les enfants sont soumis à des dizaines de vaccins en deuxième année. La plupart des parents sont mal à l'aise avec ce barrage de produits chimiques, de maladies et de résidus d'animaux. Ils prient et s'inquiètent après l'injection de leurs enfants. S'ils semblent indemnes après quelques jours, ils pensent que tout va bien, et ils ont fait une bonne chose. Ils peuvent ne pas tenir compte du potentiel d'effets à long terme des vaccins ou de l'absence totale de données de sécurité sur le programme de vaccination auquel leurs enfants participent.

Et si la hiérarchie était fausse ? Et si l'idée de la vaccination était fondamentalement erronée ? Et si nous n'avions pas encore vu les effets réels sur l'immunité du troupeau ?

À ce jour, malgré l'existence de milliers d'enfants jamais vaccinés, il n'y a pas eu d'étude « complètement vacciné » versus « jamais vacciné » pour comparer la différence entre la santé à court et à long terme des deux groupes.

Personne, pas même les immunologistes les plus instruits, ne comprend ou ne peut décrire la cascade complète d'événements qui se produisent après l'injection d'un vaccin. Si les médecins réalisaient à quel point on sait peu de choses aujourd'hui sur le système immunitaire et les vaccins, ils auraient le devoir de dire aux patients qu'il n'y a pas de réponses scientifiques précises.

Parce que toute la vérité n'est pas dite, les adultes sont la seule ligne de défense pour eux-mêmes. Tant que l'esprit des pédiatres ne sera pas émancipé, les parents resteront la meilleure ligne de défense pour leurs enfants.

La réalité… est que la vaccinologie, telle qu'elle est présentée au public aujourd'hui, revient à écrire la religion sur le dos de l'ignorance.

Liste des photographies

Chapitre 1 — Les jours pas si bons

1.1 :Syracuse, NY—Shanties Retour à un égout à ciel ouvert. (Charities—A Weekly Review of Local and General Philanthropy, vol. VII, n° 23, 7 décembre 1901, p. 498)

1.2 :rue Jefferson. La grange remise à droite contient trois chevaux. La grange suivante en vue contient six chevaux et deux chèvres. La maison au centre de l'image est pleine de familles italiennes et ne présente aucun élément rédempteur. Sur la gauche se trouvent d'autres immeubles pleins de familles. (Quinzième rapport biennal du Bureau of Labor and Industrial Statistics, partie V, Basement Tenements in Milwaukee, State of Wisconsin, 1911–1912, p. 152)

1.3 :Une soi-disant pièce d'un immeuble de trois pièces, mais ce n'est qu'un placard de grande taille avec un plafond incliné, situé sous l'escalier d'entrée principal du bâtiment. Ici, dans un lit trois-quarts, dorment le père et la mère et un petit enfant. Le reste de la famille dort dans le salon et la cuisine. Ce

"pièce" n'a absolument aucune lumière ou ventilation. (The Women's Municipal League of Boston Bulletin, vol. VII, no. 3, février 1916, p. 43)

1.4 :L'insalubrité générale qui entoure les maisons des deux côtés de la ruelle. La première maison à droite est une petite maison à ossature délabrée. Au-delà se trouvent trois immeubles plus grands. Les dépendances à gauche sont toutes délabrées et contiennent des toilettes en mauvais état. Il n'y a pas assez de poubelles pour subvenir aux besoins, et celles fournies sont si rarement nettoyées que les familles jettent leurs slops et leurs ordures dans la ruelle. (Tenement Conditions in Chicago—Report by the Investigating Committee of the City Homes Association, 1901, p. 39)

1.5 :L'état des allées jonchées d'immondices, des cours et des cours jonchées d'ordures, des étables malodorantes et des boîtes à fumier trouve son paroxysme et en partie sa cause dans l'accumulation des ordures.

(*Tenement Conditions in Chicago—Rapport du comité d'enquête de la City Homes Association, 1901, p. 133)*

1.6 :Water-closet utilisé par quatorze familles. (The Women's Municipal League of Boston Bulletin, vol. VII, no. 3, février 1916, p. 32)

1.7 :Salle publique et évier. Évier soutenu uniquement par de la ficelle et des accessoires en bois fragiles. Sol du hall recouvert de matières fécales et d'eaux usées. (Tenement-House Reform Charities, vol. XI, n° 16, pour la semaine se terminant le 17 octobre 1903, p. 359)

1.8 :Affiche Tuer les rats. (The Women's Municipal League of Boston Bulletin, vol. VIII, n° 2, janvier 1917, p. 25)

1.9 :Un cas d'intoxication aiguë par le lait avec vomissements, diarrhée, selles muqueuses et sanglantes, émaciation générale, choléra infantile aigu et dysenterie. (Louis Fischer, MD, Maladies de la petite enfance et de l'enfance : leur traitement diététique, hygiénique et médical, FA Davis Company,

1914, p. 257)

Chapitre 2 — Laissez les petits enfants souffrir

2.1 :Mineurs de charbon de garçon. (The Child Labour Bulletin, août 1914, p. 67)

2.2 :Fille et fille plus âgée à l'aide d'un cantre pour déplacer le charbon. (Rapports des commissaires - Emploi des enfants (Mines), 3 février-12 août 1842, p. 93)

2.3 :Passage typique parcouru par un charbonnier. (Rapports des commissaires - Emploi des enfants (Mines), 3 février-12 août 1842, p. 92)

2.4 :Enfant tirant corve. (Rapports des commissaires - Emploi des enfants (Mines), 3 février-12 août 1842, p. 78)

2.5 :Le garçon trappeur solitaire. (The Child Labour Bulletin, août 1914, p. 68)

2.6 :Garçons dans la fabrication de flacons de médicaments. (The Child Labour Bulletin, août 1914, p. 52)

2.7 :Des enfants coupant des haricots dans le Maryland. (The Child Labour Bulletin, vol. 1, no. 4, février 1913, p. 39)

2.8 :À une machine de capsulage dangereuse. (The Child Labour Bulletin, vol. 1, no. 4, février 1913, p.41)

2.9 :Un enfant employé comme peigneur. (*Rapport annuel du Comité du travail des enfants du Massachusetts, 1er janvier 1914)*

2.10 :Enfants de 6, 8 et 2 ans de 12 ans fabriquant des supports de tuyaux à la lumière d'une lampe. (Rapport annuel du Comité du travail des enfants du Massachusetts, 1er janvier 1913, p. 41)

2.11 :Travailleurs de l'usine du Massachusetts. (*Rapport annuel du Comité du travail des enfants du Massachusetts, 1er janvier 1914)*

2.12 :Enfants ouvriers d'usine. (Good Housekeeping , octobre 1913, p. 507)

2.13 :Seulement une boîte pour une maison et une cour de chemin de fer pour une aire de jeux. (The National Humane Review, vol.

VII, non. 4, avril 1919, p. 73)

Chapitre 4 — La variole et le premier vaccin

4.1 :Vaccination à sites multiples de 1898, montrant un «bras généralement bon». (Derrick Baxby, "Smallpox Vaccination Techniques; from Knives and Forks to Needles and Pins," Vaccine, vol. 20, n° 16, 15 mai 2002, p. 2142)

4.2 :Madame LH âgée de 27 ans les lésions sont apparues 2 semaines après la vaccination. (Journal des maladies cutanées,

vol. XXII, 1904, p. 504)

4.3 :Photographie post-mortem de l'enfant décrit dans le cas 1. Les zones de gangrène sont secondairement infectées par Pseudomonas aeroginosa, Micrococcus pyogenes et beta enterococcus. (Pédiatrie, août 1958, p. 261)

Chapitre 5 — Vaccins contaminés

5.1 :Tête de vache atteinte de fièvre aphteuse. (Bulletin n° 17, ministère de l'Agriculture, 1914, p. 27)

5.2 :De l'écurie, le veau est conduit à la salle d'opération et sanglé sur la table d'opération. Le ventre et les cuisses rasés sont à nouveau lavés puis scarifiés par des incisions linéaires superficielles pratiquées au bistouri. Dans les incisions saignantes faites par le couteau, le virus du vaccin (cowpox) est soigneusement enduit avec un instrument en ivoire ou en métal. (« Virus du vaccin — sa préparation et son utilisation », Scientific American, 19 janvier 1901, p. 41)

5.3 :Dermatite bulleuse étroitement liée au pemphigus aigu (Maladies of the Skin and the Eruptive Fevers, 1908, p. 89)

Chapitre 8 — Le pouvoir de l'État

8.1 :Partie d'un tableau d'eugénisme. (*Eugénisme, La science de l'amélioration humaine par une meilleure sélection, 1910, p. 19)*

8.2 :FeebleMinded à Vineland Colony dans le New Jersey. "Ils ont le corps d'adultes mais l'esprit d'enfants. Il n'est pas dans l'intérêt de l'État qu'ils soient autorisés à se mêler à la population normale ; et c'est tout aussi peu dans leur intérêt, car ils ne sont pas capables de rivaliser avec des gens normaux mentalement. (Paul Popenoe, Applied Eugenics, the Macmillan Company, New York, 1918, p. 193)

Chapitre 9 — Le cas d'Arthur Smith Jr.

9.1 :Arthur Smith, Jr. Août 1915. (environ 1 an après la vaccination) Chapitre 11 — L'incroyable déclin

11.1 :Cas extrêmement bénin de variole, ressemblant quelque peu à la varicelle. (American Medicine, vol. II, n° 23, 7 décembre 1901, p. 901)

11.2 :Contagion d'impétigo chez un adulte. (American Medicine, vol. II, n° 23, 7 décembre 1901, p. 901)

11.3 :Éruption bien marquée de la varicelle, montrant des lésions à divers stades de développement.

(American Medicine, vol. II, n° 23, 7 décembre 1901, p. 901)

Chapitre 12 — La « disparition » de la poliomyélite

12.1 :George Clark marche avec des béquilles et de lourds appareils orthodontiques. Il a eu une attaque de poliomyélite en avril dernier. (La Vie, 5 mars 1956, p. 63)

12.2 :Sœur Kenny encourage un patient atteint de poliomyélite à se lever pour la première fois. (La Vie, 16 septembre 1946, p.82)

12.3 :Un poumon de fer enveloppe Boyce Rash, 27 ans, dont les muscles respiratoires ont été paralysés.

La fonction respiratoire est tellement altérée qu'un appareil mécanique est nécessaire pour forcer l'air à entrer et à sortir des poumons du patient. Sept poumons de fer ont été expédiés à Hickory, dont deux de Boston. John Bryan, 8 ans, utilise un inhalateur d'oxygène. Il alimente en oxygène le nez du patient qui a des difficultés à respirer normalement.

Les cas les plus graves impliquent une paralysie des muscles respiratoires. Le tube partant de la bouche recueille la salive que le garçon ne peut pas avaler à cause des muscles de la gorge paralysés. (La Vie, 31 juillet 1944, p. 27)

12.4 :Publicité pour le produit Knox Out DDT. (Vie, 31 mai 1948, p. 102)

12.5 :Des insectes volants et piqueurs sur Jones Beach meurent dans un nuage de DDT, nouvel insecticide—Un camion monté sur un générateur projette le poison, mélangé à des gouttelettes d'huile, sur une zone de quatre milles du terrain de jeu de New York. Répandu par les avions de l'armée et de la marine et par des pulvérisations manuelles, le DDT a chassé les mouches et les moustiques porteurs de maladies dangereuses sur les îles du Pacifique. Le DDT a un inconvénient : il tue de nombreux insectes bénéfiques et inoffensifs, mais ne tue pas tous les insectes nuisibles. Les oiseaux et les poissons qui mangent un grand nombre d'insectes empoisonnés au DDT peuvent également en

être victimes. (National Geographic Magazine, octobre 1945, p. 410)

12.6 :"Les grandes attentes suscitées par le DDT se sont réalisées." Publicité sur les produits chimiques Penn Salt.

(Time Magazine, 30 juin 1947)

12.7 :En parlant d'images… Celles-ci montrent comment le DDT paralyse un moustique - Dans une vitrine en verre, le moustique ressent les effets du DDT, donne un coup de pied frénétique, saute dans les airs. Alors que le DDT pénètre dans le système nerveux et commence à paralyser les muscles, le moustique semble essayer de se débarrasser de la sensation paralysante. La paralysie du système nerveux affecte les pattes du moustique. Le moustique titube, tombe, essaie de se remettre sur ses pattes. Il fait un dernier effort violent pour se relever mais retombe sur la tête. Couché sur le dos et presque complètement paralysé, le moustique continue de lutter contre le DDT mais ne réussit qu'à se tortiller convulsivement. Il a fallu 45 minutes au DDT pour assommer complètement le moustique. (La Vie, 21 janvier 1946, p. 11)

Chapitre 15 — Famine, scorbut et vitamine C

15.1 :Scorbut infantile. Ellen S. Cinq ans. Les gencives sont enflées ou costaudes et pendent en masses ressemblant à des tumeurs. Il y a aussi des tumeurs du sang sur le front. (Louis Fischer, MD, Maladies de la petite enfance et de l'enfance : leur traitement diététique, hygiénique et médical, FA Davis Company, 1914, p.257)

15.2 :Position caractéristique des jambes dans le scorbut. Les jambes sont pratiquement toujours tendres, généralement de manière exquise, de sorte que le moindre mouvement ou pression provoque la douleur la plus intense. (Lewis Webb Hill, MD, Alimentation pratique du nourrisson, WB Saunders Company, 1922, p. 426)

À propos des auteurs

Photo du Dr Humphries : photographe Bonnie Farmer,www.bonniefarmerphotography.com

Liste des graphiques

Chapitre 3—La maladie—Un mode de vie

3.1 :Six pandémies de choléra. La première pandémie a commencé en 1816 et la dernière s'est terminée en 1926.

Chapitre 4 — La variole et le premier vaccin

4.1 :Taux de mortalité par variole de Boston de 1811 à 1926. (Des dizaines de rapports du Conseil de santé de la ville de Boston)

4.2 :Taux de mortalité par variole de Boston de 1841 à 1880. (Des dizaines de rapports du Conseil de santé de la ville de Boston)

4.3 :L'Angleterre et le Pays de Galles totalisent les décès dus à la cowpox et à d'autres effets de la vaccination de 1859 à 1922.

(Réponse écrite de Lord E. Percy à la question parlementaire adressée par M. March, député, au ministre de la Santé le 16 juillet 1923 ; Leicester : Sanitation Versus Vaccination, JT Biggs, JP, 1912, pp. 184–185)

4.4 :Décès par variole en Angleterre et au Pays de Galles par rapport aux décès par vaccination contre la variole de 1906 à 1922. (Réponse écrite de Lord E. Percy à la question parlementaire adressée par M. March, député, au ministre de la Santé le 16 juillet 1923)

4.5 :Taux de mortalité de la variole et de la scarlatine en Angleterre et au Pays de Galles de 1838 à 1922. (Enregistrement de la mortalité en Angleterre et au Pays de Galles pendant 95 ans tel que fourni par l'Office of National Statistics, publié en 1997; Her Majesty's Principal Secretary of State for the Home Department, 30 juin 1860, p. ; Essai sur la vaccination par Charles T. Pearce, MD, membre du Royal College of Surgeons of England)

4.6 :Taux de mortalité par variole en Angleterre et au Pays de Galles par rapport aux taux de couverture vaccinale contre la variole de 1872 à 1922. (Réponse écrite de Lord E. Percy à la

question parlementaire adressée par M. March, député, au ministre de la Santé le 16 juillet 1923)

Chapitre 7 — L'expérience rebelle

7.1 :Leicester, Angleterre, taux de mortalité due à la variole par rapport à la couverture vaccinale contre la variole de 1838 à 1910. (Leicester : Sanitation Versus Vaccination, JT Biggs, JP, 1912, pp. 720–722)

7.2 :Leicester, Angleterre, taux de mortalité pour divers groupes d'âge par rapport à la couverture vaccinale contre la variole de 1838 à 1910. (Leicester : Sanitation Versus Vaccination, JT Biggs, JP, 1912, pp. 720–722)

Chapitre 11 — L'incroyable déclin

11.1 :Taux de mortalité par scarlatine en Angleterre et au Pays de Galles de 1838 à 1978. (Record of Mortality in England and Wales for 95 years tel que fourni par l'Office of National Statistics, publié en 1997; Rapport à l'Honorable Sir George Cornewall Lewis, Bart, MP, Her Majesty's Principal Secretary of State for the Home Department, 30 juin 1860, pp a4, 205 ; Essai sur la vaccination par Charles T.

Pearce, MD, membre du Collège royal des chirurgiens d'Angleterre ; Documents parlementaires, le 62e rapport annuel du registraire général 1899 (1891–1898))

11.2 :Taux de mortalité en Angleterre et au Pays de Galles dus à diverses maladies infectieuses de 1838 à 1978. (Enregistrement de la mortalité en Angleterre et au Pays de Galles pendant 95 ans tel que fourni par l'Office of National Statistics, publié en 1997 ; Rapport à l'Honorable Sir George Cornewall Lewis, Bart, MP, Her Majesty's Principal Secretary of State for the Home Department, 30 juin 1860, p. du registraire général 1899 (1891–1898))

11.3 :Taux de mortalité par coqueluche en Angleterre et au Pays de Galles de 1838 à 1978. (Enregistrement de la mortalité en Angleterre et au Pays de Galles pendant 95 ans tel que fourni par

l'Office of National Statistics, publié en 1997; Rapport à l'honorable Sir George Cornewall Lewis, Bart, MP, Her Majesty's Principal Secretary of State for the Home Department, 30 juin 1860, pp. a4, 205 ; Essai sur la vaccination par Charles T.

Pearce, MD, membre du Collège royal des chirurgiens d'Angleterre ; Documents parlementaires, le 62e rapport annuel du registraire général 1899 (1891–1898))

11.4 :Taux de mortalité par rougeole en Angleterre et au Pays de Galles de 1838 à 1978. (Enregistrement de la mortalité en Angleterre et au Pays de Galles pendant 95 ans tel que fourni par l'Office of National Statistics, publié en 1997; Rapport à l'honorable Sir George Cornewall Lewis, Bart, MP, Her Majesty's Principal Secrétaire d'État au ministère de l'Intérieur, 30 juin 1860, pp. a4, 205 ; Essai sur la vaccination par Charles T. Pearce, MD, membre du Collège royal des chirurgiens d'Angleterre ; Documents parlementaires, 62e rapport annuel du registraire Général 1899 (1891–1898))

11.5 :Taux de mortalité par coqueluche aux États-Unis de 1900 à 1967. (Vital Statistics of the United States 1937, 1938, 1943, 1944, 1949, 1960, 1967, 1976, 1987, 1992; Historical Statistics of the United States—Colonial Times to 1970 Part 1 ; Santé, États-Unis, 2004, Département de la santé et des services sociaux des États-Unis ; Vital Records & Health Data Development Section, Michigan Department of Community Health ; US Census Bureau, Statistical Abstract of the United States : 2003 ; Cas signalés et décès dus au vaccin Maladies évitables, États-Unis, 1950-2008)

11.6 :Taux de mortalité par rougeole aux États-Unis de 1900 à 1987. (Vital Statistics of the United States 1937, 1938, 1943, 1944, 1949, 1960, 1967, 1976, 1987, 1992; Historical Statistics of the United States— Colonial Times to 1970 Part 1 ; Santé, États-Unis, 2004, Département de la santé et des services sociaux des États-Unis ; Vital Records & Health Data Development Section, Michigan Department of Community Health ; Bureau du recensement des États-Unis, Résumé statistique des États-Unis : 2003 ; Cas signalés

et décès dus aux vaccins évitables Maladies, États-Unis, 1950-2008)

11.7 :Leicester, Angleterre, taux de mortalité par diphtérie de 1880 à 1910. (Vital Statistics of the United

États 1937, 1938, 1943, 1944, 1949, 1960, 1967, 1976, 1987, 1992 ; Statistiques historiques des États-Unis — Période coloniale jusqu'en 1970, partie 1 ; Santé, États-Unis, 2004, Département américain de la santé et des services sociaux ; Section de développement des dossiers vitaux et des données de santé, Département de la santé communautaire du Michigan ; US Census Bureau, Résumé statistique des États-Unis : 2003 ; Cas signalés et décès dus à des maladies évitables par la vaccination, États-Unis, 1950-2008)

11.8: Taux de mortalité par diphtérie de la ville de New York de 1880 à 1911. (Twenty-Ninth Annual Report 1900 City of Boston, Boston—Municipal Printing Office, 1901, p. 7; Thirty-Sixth Annual Report of the Board of Health of the City of Boston for the Year 1907, Muncipal Printing Office 1908, p. 17 ; Annual Report of the Board of Health of the City of Boston for the Year 1911, Muncipal Printing Office, 1912, p. 243 ; Scientific Features of Modern Medicine, Frederic S. Lee, PhD, New York, Columbia University Press, 1911, p. 92)

11.9: Taux de mortalité par diphtérie aux États-Unis de 1900 à 1967. (Vital Statistics of the United States 1937, 1938, 1943, 1944, 1949, 1960, 1967, 1976, 1987, 1992; Historical Statistics of the United States— Colonial Times to 1970 Part 1 ; Santé, États-Unis, 2004, Département de la santé et des services sociaux des États-Unis ; Vital Records & Health Data Development Section, Michigan Department of Community Health ; US Census Bureau, Statistical Abstract of the United States : 2003 ; Cas signalés et décès dus au vaccin Maladies évitables, États-Unis, 1950-2008)

11h10 :Taux de mortalité de la tuberculose, de la diphtérie, de la typhoïde, de la rougeole et de la variole dans le Massachusetts de

1861 à 1970. (Historical Statistics of the United States—Colonial Times to 1970 Part 1, Bureau of the Census, p. 63)

11.11 :Taux de mortalité aux États-Unis dus à diverses maladies infectieuses de 1900 à 1965. (Vital Statistics of the United States 1937, 1938, 1943, 1944, 1949, 1960, 1967, 1976, 1987, 1992; Historical Statistics of the United States—Colonial Times to 1970 Partie 1)

11.12 :Taux de mortalité aux États-Unis dus à diverses maladies infectieuses de 1900 à 1965 vue agrandie. (Statistiques de l'état civil des États-Unis 1937, 1938, 1943, 1944, 1949, 1960, 1967, 1976, 1987, 1992; Statistiques historiques des États-Unis — Colonial Times to 1970 Part 1)

11h13 :Taux de mortalité aux États-Unis pour les groupes d'âge de 1900 à 1970. (Historical Statistics of the United States—Colonial Times to 1970 Part 1, Bureau of the Census, p. 60)

11h14 :Taux de mortalité aux États-Unis pour les groupes d'âge de 1900 à 1970 vue agrandie. (Historical Statistics of the United States—Colonial Times to 1970 Part 1, Bureau of the Census, p. 60) Chapitre 12—La « disparition » de la poliomyélite

12.1 :Incidence de la maladie aux États-Unis de 1912 à 1970. (Historical Statistics of the United States Colonial Times to 1970 Part 1, Bureau of the Census, 1975, pp. 77)

Chapitre 13 — Coqueluche

13.1 :Taux de mortalité par coqueluche aux États-Unis de 1900 à 1957. (Historical Statistics of the United States—Colonial Times to 1957, pp. 8, 26, 27)

13.2 :Mortalité due à la coqueluche en Angleterre et au Pays de Galles par rapport à la couverture vaccinale DTP de 1901 à 2008.

(Record of Mortality in England and Wales for 95 years tel que fourni par le bureau des statistiques nationales, publié en 1997;

Health Protection Agency Table: Notification of Deaths, England and Wales, 1970–2008)

13.3 :Mortalité due à la coqueluche en Angleterre et au Pays de Galles par rapport à la couverture vaccinale DTP de 1930 à 2008.

(Record of Mortality in England and Wales for 95 years tel que fourni par le bureau des statistiques nationales, publié en 1997; Health Protection Agency Table: Notification of Deaths, England and Wales, 1970–2008)

13.4 :Mortalité due à la coqueluche en Angleterre et au Pays de Galles par rapport à la couverture vaccinale DTP de 1970 à 2008.

(Record of Mortality in England and Wales for 95 years tel que fourni par le bureau des statistiques nationales, publié en 1997; Health Protection Agency Table: Notification of Deaths, England and Wales, 1970–2008.)

Chapitre 14 — Rougeole

14.1 :Comparaison des taux de mortalité par rougeole entre les États-Unis et l'Angleterre de 1901 à 1965. (Vital Statistics of the United States 1937, 1938, 1943, 1944, 1949, 1960, 1967, 1976, 1987, 1992; Historical Statistics of the United States—Colonial Times to 1970 Part 1; Enregistrement de la mortalité en Angleterre et au Pays de Galles pendant 95 ans tel que fourni par l'Office of National Statistics, publié en 1997)

14.2 :Pourcentage de baisse du taux de mortalité en Angleterre par rapport au taux de mortalité maximal pour la rougeole de 1838 à 1978. (Enregistrement de la mortalité en Angleterre et au Pays de Galles pendant 95 ans, tel que fourni par l'Office of National Statistics, publié en 1997 ; rapport à l'honorable Sir George Cornewall Lewis, Bart , MP, Her Majesty's Principal Secretary of State for the Home Department, 30 juin 1860, pp. a4, 205 ; Essai sur la vaccination par Charles T. Pearce, MD, membre du Collège royal des chirurgiens d'Angleterre ; Documents

parlementaires, 62e rapport annuel du registraire général 1899 (1891–1898))

14.3 :Taux de mortalité aux États-Unis dus à diverses maladies infectieuses de 1900 à 1965. (Vital Statistics of the United States 1937, 1938, 1943, 1944, 1949, 1960, 1967, 1976, 1987, 1992; Historical Statistics of the United States— Colonial Times to 1970 Partie 1 ; Santé, États-Unis, 2004, Département de la santé et des services sociaux des États-Unis ; Vital Records & Health Data Development Section, Michigan Department of Community Health ; US Census Bureau, Statistical Abstract of the United States : 2003 ; Cas et décès signalés des maladies évitables par la vaccination, États-Unis, 1950-2008)

14.4 :Taux de mortalité aux États-Unis dus à diverses maladies infectieuses de 1920 à 1955. (Vital Statistics of the United States 1937, 1938, 1943, 1944, 1949, 1960, 1967, 1976, 1987, 1992; Historical Statistics of the United States— Colonial Times to 1970 Part 1 ; Health, United States, 2004, US Department of Health and Human Services ; Vital Records & Health Data Development Section, Michigan Department of Community Health ; US Census Bureau, Statistical Abstract of the

États-Unis : 2003 ; Cas signalés et décès dus à des maladies évitables par la vaccination, États-Unis, 1950-2008)

14.5 :Taux de mortalité due à la rougeole dans le Massachusetts de 1861 à 1970. (Historical Statistics of the United States— Colonial Times to 1970 Part 1, Bureau of the Census, p. 63)

14.6 :Taux de mortalité par rougeole dans l'État de Washington de 1920 à 1982. (Résumé statistique des maladies transmissibles, État de Washington 1920–1983, Office of Public Health Laboratory, Seattle, WA)

14.7 :Taux de mortalité par rougeole aux États-Unis avec un taux de rougeole de 1/35 de 1900 à 1987. (Vital Statistics of the United States 1937, 1938, 1943, 1944, 1949, 1960, 1967, 1976, 1987,

1992; Historical Statistics of the United States —De l'époque coloniale à 1970, partie 1)

14.8 :Incidence de la rougeole aux États-Unis de 1912 à 1970. (Historical Statistics of the United States—

L'époque coloniale jusqu'en 1970, partie 1 ; Bureau of the Census, 1975, p. 77)

14.9 :Incidence de la rougeole aux États-Unis de 1934 à 1962. (Historical Statistics of the United States—

L'époque coloniale jusqu'en 1970, partie 1 ; Bureau of the Census, 1975, p. 77)

Chapitre 15 — Famine, scorbut et vitamine C

15.1 :Taux de mortalité en Angleterre dû au scorbut de 1901 à 1967. (Enregistrement de la mortalité en Angleterre et au Pays de Galles pendant 95 ans tel que fourni par l'Office of National Statistics, 1997)

15.2 :Taux de mortalité en Angleterre dus au scorbut par rapport à la coqueluche de 1901 à 1967. (Enregistrement de la mortalité en Angleterre et au Pays de Galles pendant 95 ans, tel que fourni par l'Office of National Statistics, 1997)

15.3 :Taux de mortalité en Angleterre dus au scorbut par rapport à la rougeole de 1901 à 1967. (Enregistrement de la mortalité en Angleterre et au Pays de Galles pendant 95 ans tel que fourni par l'Office of National Statistics, 1997) Chapitre 17—Croyance et peur

17.1 :Leicester, Angleterre, taux de mortalité due à la variole par rapport à la couverture vaccinale contre la variole de 1849 à 1910. (Leicester : Sanitation Versus Vaccination, JT Biggs, JP, 1912, pp. 720–722)

17.2 :Taux de mortalité par variole en Angleterre et au Pays de Galles par rapport aux taux de couverture vaccinale contre la

variole de 1873 à 1922. (Réponse écrite de Lord E. Percy à la question parlementaire adressée par M. March, député, au ministre de la Santé le 16 juillet 1923)

17.3 :Taux de mortalité par coqueluche aux États-Unis de 1920 à 1985. (Vital Statistics of the United States 1937, 1938, 1943, 1944, 1949, 1960, 1967, 1976, 1987, 1992; Historical Statistics of the United States—Colonial Times to 1970 Part 1 ; Santé, États-Unis, 2004, Département de la santé et des services sociaux des États-Unis ; Vital Records & Health Data Development Section, Michigan Department of Community Health ; US Census Bureau, Statistical Abstract of the United States : 2003 ; Cas signalés et décès dus au vaccin Maladies évitables, États-Unis, 1950-2008)

17.4 :Taux de mortalité par coqueluche aux États-Unis de 1940 à 1970. (Vital Statistics of the United States 1937, 1938, 1943, 1944, 1949, 1960, 1967, 1976, 1987, 1992; Historical Statistics of the United States—Colonial Times to 1970 Part 1 ; Santé, États-Unis, 2004, Département de la santé et des services sociaux des États-Unis ; Vital Records & Health Data Development Section, Michigan Department of Community Health ; US Census Bureau, Statistical Abstract of the United States : 2003 ; Cas signalés et décès dus au vaccin Maladies évitables, États-Unis, 1950-2008)

17.5 :Mortalité due à la coqueluche en Angleterre et au Pays de Galles de 1940 à 2008. (Record of Mortality in England and Wales for 95 years as available by the office of National Statistics, 1997; Health Protection Agency Table: Notification of Deaths, England and Wales, 1970–2008)

17.6 :Taux de mortalité par rougeole aux États-Unis de 1912 à 1975 sur un diagramme logarithmique. (Vital Statistics of the United States 1937, 1938, 1943, 1944, 1949, 1960, 1967, 1976, 1987, 1992; Historical Statistics of the United States—Colonial Times to 1970 Part 1; Health, United States, 2004, US Department of Health and Human Services ; Vital Records & Health Data Development Section, Michigan Department of Community Health ; US Census Bureau, Statistical Abstract of the United

States : 2003 ; Reported Cases and Deaths from Vaccine Preventable Diseases, United States, 1950–2008)

17.7 :Taux de mortalité par rougeole aux États-Unis de 1912 à 1975 en pourcentage à partir du pic. (Vital Statistics of the United States 1937, 1938, 1943, 1944, 1949, 1960, 1967, 1976, 1987, 1992; Historical Statistics of the United States—Colonial Times to 1970 Part 1; Health, United States, 2004, US Department of Health and Human Services ; Vital Records & Health Data Development Section, Michigan Department of Community Health ; US Census Bureau, Statistical Abstract of the United States : 2003 ; Reported Cases and Deaths from Vaccine Preventable Diseases, United States, 1950–2008)

17.8 :Taux de mortalité par rougeole aux États-Unis à partir de 1930. (Vital Statistics of the United States 1937, 1938, 1943, 1944, 1949, 1960, 1967, 1976, 1987, 1992; Historical Statistics of the United States—

L'époque coloniale jusqu'en 1970, partie 1 ; Santé, États-Unis, 2004, Département américain de la santé et des services sociaux ; Section de développement des dossiers vitaux et des données de santé, Département de la santé communautaire du Michigan ; US Census Bureau, Résumé statistique des États-Unis : 2003 ; Cas signalés et décès dus à des maladies évitables par la vaccination, États-Unis, 1950-2008)

17.9 :Taux de mortalité par scarlatine, rougeole et coqueluche en Angleterre et au Pays de Galles de 1838 à 1978 en pourcentage à partir du pic. (Enregistrement de la mortalité en Angleterre et au Pays de Galles pendant 95 ans tel que fourni par l'Office of National Statistics, publié en 1997 ; rapport à l'honorable Sir George Cornewall Lewis, Bart, député, secrétaire d'État principal de Sa Majesté pour le ministère de l'Intérieur, 30 juin 1860, pp. a4, 205; Essai sur la vaccination par Charles T. Pearce, MD, membre du Collège royal des chirurgiens d'Angleterre; Documents parlementaires, 62e rapport annuel du registraire général 1899

(1891–1898))

17h10 :Leicester, Angleterre, taux de mortalité par catégories d'âge et couverture vaccinale contre la variole de 1838 à 1888. (Leicester : Sanitation Versus Vaccination, JT Biggs, JP, 1912, pp. 720–722)

17.11 :Leicester a combiné les taux de mortalité de diverses maladies infectieuses et de la diarrhée de 1838 à 1910. (Leicester : Sanitation Versus Vaccination, JT Biggs, JP, 1912, pp. 720–722)

Liste des figures

Chapitre 5 — Vaccins contaminés

5.1 :Lien entre les vaccins et la fièvre aphteuse. (Schéma original des auteurs) Chapitre 11 — L'incroyable déclin

11.1 :Taux de mortalité ajustés selon l'âge et le sexe pour les États-Unis de 1900 à 1973, incluant et excluant onze maladies infectieuses majeures, en contraste avec la proportion du produit national brut consacrée aux soins médicaux. (John B. McKinlay et Sonja M. McKinlay, « La contribution discutable des mesures médicales au déclin de la mortalité aux États-Unis au XXe siècle », The Milbank Memorial Fund Quarterly, Health and Society, vol. 55, n° 3 , été 1977, p. 415)

Chapitre 12 — La « disparition » de la poliomyélite

12.1 :Coupe transversale de la colonne vertébrale. (« La moelle épinière », Soins infirmiers pour les patients neurologiques, SweetHaven

Services de publication, 2006, www.free-ed.net/sweethaven/MedTech/NurseCare/NeuroNurse01.asp?

iNum=4, consulté en juillet 2013)

12.2 :Michigan polio 1958 - identification du virus épidémique par analyse fécale. (GC Brown,

"Données de laboratoire sur l'épidémie de poliomyélite de Detroit 1958", Journal de l'American Medical Association, vol. 172, 20 février 1960, p. 807-812)

12.3 :Michigan polio 1958 - modifications épidémiques des anticorps viraux. (GC Brown, "Laboratory Data on the Detroit Poliomyelitis Epidemic 1958," Journal of the American Medical Association, vol. 172, 20 février 1960, pp. 807–812)

12.4 :Incidence de la poliomyélite et production persistante de pesticides. (c/o Jim West)

12.5 :Morbidité de la poliomyélite. (« Polio Disease In-Short », Centers for Disease Control and Prevention, Department of Health and Human Services,www.cdc.gov/vaccines/vpd-vac/polio/in-short-both.htm,

consulté le 17 juin 2013)

12.6 :Cas de poliomyélite paralytique dans le Maryland de 1952 à 1959. (H. Ratner, « An Untold Vaccine Story », Child and Family, vol. 21, no. 3, 1993, pp. 253–263)

12.7 :

Paralysie flasque aiguë (PFA) et poliomyélite de 1996 à 2011.

(http://apps.who.int/immunization_monitoring/en/diseases/poliomyelitis/a pextract.cfm,

Accédéjuin 2102)

12.8 :Corrélation entre la paralysie flasque aiguë non poliomyélitique (NPAFP) et le vaccin antipoliomyélitique oral (VPO).

(http://jacob.puliyel.com/download.php?id=248,consulté en juillet 2013)

Chapitre 13 — Coqueluche

13.1 :Incidence de la coqueluche aux États-Unis par année de 1980 à 2010. (« Résumé des maladies à déclaration

-Uni

États,

www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5853a1.htm, consulté en juillet 2013)

Bonnie Farmer ©

à propos des auteurs

Roman Bystrianyk fait des recherches sur l'histoire des maladies et des vaccins depuis plus de 15 ans. Il possède une vaste expérience en santé et en nutrition ainsi qu'un baccalauréat en ingénierie et une maîtrise en informatique.

Le Dr Suzanne Humphries a obtenu son diplôme de médecine en 1993 à l'Université Temple de Philadelphie, en Pennsylvanie, puis a obtenu son certificat en médecine interne et en néphrologie. Sa carrière englobait l'enseignement aux étudiants en médecine, aux résidents et aux étudiants diplômés, et comprenait un poste de professeur adjoint au campus clinique de la Robert Wood Johnson Medical School à Camden, New Jersey, ainsi que 10 ans de pratique privée affiliée à un grand hôpital universitaire du Maine. . En 2011, elle a choisi de changer de direction et exerce maintenant en tant que consultante en santé holistique, et continue de faire des recherches sur de nombreux aspects de la pratique médicale et d'écrire sur les problèmes de vaccination. Son site internet est[drsuzanne.net.](drsuzanne.net.)

Notes de fin

{1}Velv W. Greene, PhD, MPH, « Améliorations de l'hygiène personnelle et de l'espérance de vie depuis 1850 : associations historiques et épidémiologiques », American Journal of Infection Control, août 2001, p. 203.

{2}Roy Porter, Le plus grand avantage pour l'humanité, Harper Collins, New York, 1997, p. 398.

{3}Henry E. Sigerist, Civilization and Disease, Cornell University Press, New York, 1943, pp. 38–39.

{4}Jacob A. Riis, The Battle with the Slum, Macmillan, New York, 1902, pp. 23–25.

{5}Ibid., p. 36-37.

{6}Ibid., p. 115.

{7}Andrew Mearns, '*Light and Shade ', une suite de ' The Bitter Cry of Outcast London ', 1885, p.7.*

{8}Henry W. Bellows, « Villes et parcs : avec une référence spéciale au Central Park de New York »,

Atlantique Mensuel, vol. VII, avril 1861, p. 416.

{9}Arthur Charles Cole,*Le conflit irrépressible 1850–1865, Une histoire de la vie américaine Volume VII, Macmillan, New York, 1934, p. 181.*

{dix}Frédéric Engels,*La condition de la classe ouvrière en Angleterre en 1844, Otto Wigand, Leipzig, p. 98.*

{11}Jacob A. Riis, La bataille avec le bidonville, Macmillan, New York, 1902, p. 13.

{12}Roy Porter, Le plus grand avantage pour l'humanité, Harper Collins, New York, 1997, p. 399.

{13}Andrew Mearns et William C. Preston,*The Bitter Cry of Outcast London: An Inquiry into the Condition of the Abject Poor , James Clarke & Co., Londres, 1883, p. 4.*

{14}Ibid., p. 425.

{15}Frédéric Engels,*La condition de la classe ouvrière en Angleterre en 1844, Otto Wigand, Leipzig, p. 97.*

{16}Thomas Neville Bonner,*Médecine à Chicago 1850–1950: Un chapitre du développement social et scientifique d'une ville , American History Research Center, Madison, Wisconsin, 1957, p.179.*

{17}Lucinda McCray,*Une question de vie ou de mort : santé, maladie et médecine dans le comté de McLean, 1830–1995, Bloomington Offset Process, Inc., 1996, pp. 54–55.*

{18}Roy Porter, Le plus grand avantage pour l'humanité, Harper Collins, New York, 1997, p. 416.

{19}Ibid., p. 410.

{20}Thomas FX Noble, Barry Straus, Duane J. Osheim, Kristen B. Neuschel, Elinor A. Accampo, David D. Roberts et William B. Choen, Western Civilization: Beyond Boundaries, volume II, 6e éd., Wadsworth, Boston, Massachusetts, p. 579.

{21}Rapport annuel du Metropolitan Board of Health, 1866, CS Wescott & Co.'s Printing House, New York, 1987, p. 34.

{22}Arthur Charles Cole,*Le conflit irrépressible 1850–1865: Une histoire de la vie américaine Volume VII, Macmillan, New York, 1934, pp. 179–180.*

{23}The American Medical Gazette, vol. XI, Hall, Clayton & Co. Printers, New York, 1859, p.387.

{24} *Bulletin de la Ligue municipale des femmes de Boston, mai 1916, p. 20.*

{25} *Registre semi-annuel des États-Unis de Vincent, 1860, p. 346.*

{26}Arthur Charles Cole,*Le conflit irrépressible 1850–1865: Une histoire de la vie américaine Volume VII, Macmillan, New York, 1934, p. 181.*

{27}Jonathan Pereira, MD, « Le lait affecté par le régime alimentaire et le régime des vaches », A Treatise on Food and Diet, J. & HG Langley, New York, 1843, p. 287.

{28} *The British and Foreign Medico-Chirurgical Review, Quarterly Journal of Practical Medicine and Surgery, vol. XXXV, John Churchill & Sons, Londres, janvier-avril 1865, pp. 32, 33.*

{29} *Rapport du Conseil d'hygiène et de santé publique de l'Association des citoyens de New York, 1865, p. 59.*

{30}Edward P. Cheyney,*Une introduction à l'histoire industrielle et sociale de l'Angleterre, Macmillan, New York, 1920, p. 233.*

{31}William Franklin Willoughby et Mary Clare de Graffenried, Child Labour, American Economic Association, Guggenheimer, Weil, & Co., Baltimore, mars 1890, p. 16.

{32}John W. Parker,*Condition physique et morale des enfants et des adolescents employés dans les mines et les manufactures, William Clowes and Sons, Londres, 1843, p. 1.*

{33}Ibid., p. 30.

{34}L'Union Universaliste, vol. VII, 13 août 1842, p. 615.

{35}Edward P. Cheyney*, Une introduction à l'histoire industrielle et sociale de l'Angleterre, Macmillan, New York, 1920, pp. 243–244.*

{36}L'Union Universaliste, vol. VII, 13 août 1842, p. 615.

{37} *Documents parlementaires : Volume 15, Rapports des commissaires — Emploi des enfants (Mines), 3 février-12 août 1842, p. 93.*

{38}L'Union Universaliste, vol. VII, 13 août 1842, p. 615.

{39}Owen R. Lovejoy,*Le travail des enfants dans les mines de charbon, Le travail des enfants - Une menace pour l'industrie, l'éducation et le civisme, Académie des sciences politiques et sociales, 1906, p. 38.*

{40}Roy Porter, Le plus grand avantage pour l'humanité, Harper Collins, New York, 1997, p. 401.

{41}Owen R. Lovejoy,*Travail des enfants dans l'industrie du verre, Travail des enfants - Une menace pour l'industrie, l'éducation et le civisme, Académie des sciences politiques et sociales, 1906, p. 44.*

{42}Le Bulletin sur le travail des enfants, vol. 1, non. 4, février 1913, p. 22–23.

{43}Edward P. Cheyney,*Une introduction à l'histoire industrielle et sociale de l'Angleterre, Macmillan, New York, 1920, p. 276.*

{44}William Franklin Willoughby et Mary Clare de Graffenried. Travail des enfants, American Economic Association, Guggenheimer, Weil, & Co., Baltimore, mars 1890, p. 90.

{45}Juge Benjamin B. Lindsey et George Creel, "Children in Bondage: The Sacrifice of Golden Boys and Girls", Good Housekeeping, juillet 1913, pp. 17-18.

{46} *Child Labour in Massachusetts Tenements, Rapport annuel du Comité du travail des enfants du Massachusetts, 1er janvier 1913, pp. 5–6.*

{47}Sir George Newman, Infant Mortality: A Continuing Social Problem, Methueun & Co., Londres, 1906, p. 95.

{48}Sir George Newman, Infant Mortality: A Continuing Social Problem, Methueun & Co., Londres, 1906, p. 262.

{49}John W. Parker,*Condition physique et morale des enfants et des jeunes employés dans les mines et les manufactures, William Clowes and Sons, Londres, 1843, pp. 132–133.*

{50}Edward P. Cheyney,*Une introduction à l'histoire industrielle et sociale de l'Angleterre, Macmillan, New York, 1920, p. 240.*

{51}Le Bulletin sur le travail des enfants, vol.1, no. 4, février 1913, p. 93–94.

{52}Le Journal américain des soins infirmiers, vol. III, non. 8, mai 1903, p. 664.

{53}Rose Wilder Lane, « Mother No. 22 999 », Good Housekeeping, vol. 70, mars 1920, p. 112.

{54}JM French, MD, « La mortalité infantile et l'environnement », Popular Science, vol. 34, non. 10, décembre 1888, p. 228.

{55}H. Curschmann, MD, fièvre typhoïde et fièvre typhoïde, WB Saunders & Company, 1902, p.42.

{56}George Chandler Whipple, Fièvre typhoïde : sa causalité, sa transmission et sa prévention, John Wiley & Sons, Londres, 1908, pp. xxiii–xxiv.

{57}Typhoid Fever: Causation and Prevention, Septième rapport biennal du Conseil de la santé de l'État de l'Iowa, 1893, p. 58.

{58} *Pollution par les eaux usées des eaux interétatiques et internationales avec une référence particulière à la propagation de la fièvre typhoïde, no. 83, Hygienic Laboratory, mars 1912, p. 18.*

{59}Vincent J. Cirillo,*Balles et bacilles : la guerre hispano-américaine et la médecine militaire, 2004, p. 33.*

{60}Idem.

{61}Chirurgien général CA Gordon, "Remarques sur certaines causes de fièvre", Medical Times and Gazette, vol. II, J & A Churchill, Londres, 1er octobre 1881, p. 409.

{62}David L. Streiner, Douglas W. MacPherson et Brian D. Gushulak, PDQ Public Health, 2010, p. 198.

{63}Alfred Stille, M.D.,*Choléra : son origine, son histoire, sa causalité, ses symptômes, ses lésions, sa prévention et son traitement, Lea Brothers & Co., Philadelphie, 1885, p. 19.*

{64}Arthur Charles Cole,*Le conflit irrépressible 1850–1865: Une histoire de la vie américaine Volume VII, Macmillan, New York, 1934, p. 183.*

{65}William Buckingham Canfield, MD, Hygiene of the Sick-Room, P. Blakiston, Son & Co., Philadelphie, 1892, pp. 87–88.

{66}Jane Byrne, Mon Chicago, Northwestern University Press, Evanston, Illinois, 1992, p. 32.

{67}Roy Porter, Le plus grand avantage pour l'humanité, Harper Collins, New York, 1997, p. 399.

{68}Francis Miller et Robert Lanier, The Photographic History of the Civil War: Prisons and Hospitals, Review of Reviews Co., New York, 1911, p. 82.

{69}H. Curschmann, MD, fièvre typhoïde et fièvre typhoïde, WB Saunders & Company, 1902, p.499.

{70}Roy Porter, Le plus grand avantage pour l'humanité, Harper Collins, New York, 1997, p. 399.

{71}"Toute la Pologne ravagée par l'épidémie de typhus, rapportent les experts médicaux américains à 95 %. of the People Victims of Disease », New York Times, 25 mars 1920.

{72}"Le typhus en Europe est un problème mondial, le directeur de la Ligue de la Croix-Rouge admet son incapacité à y faire face seul, le pire depuis le Moyen Âge", New York Times, 11 novembre 1919.

{73}"Rapports quotidiens sur 60 cas de diphtérie, le Dr Copeland planifie une campagne contre la maladie approchant le stade épidémique, 274 décès cette année", New York Times, 25 février 1920.

{74} *Hygiene and Sanitation: A Popular Manual to Hygiene , Conseil impérial de la santé, Berlin, 1904, p. 199.*

{75}"Ravages par la diphtérie, un grand nombre de décès dans les comtés de Berks et de Lehigh", New York Times, 5 janvier 1889.

{76}« La coqueluche à Philadelphie », New York Times, 24 juillet 1893.

{77}"Méfiez-vous de la coqueluche, tue plus de bébés que toute autre maladie, déclare le Dr Haynes,"

New York Times, 16 février 1912.

{78}M. Tanaka, T. Hasegawa, A. Okamoto, K. Torii et M. Ohta, "Effet des antibiotiques sur la production d'exoprotéines de streptocoques du groupe A analysée par électrophorèse sur gel bidimensionnelle",

Agents antimicrobiens et chimiothérapie, vol. 49, non. 1, janvier 2005, p. 88–96.

{79}« Scarlatina Epidemics », British Medical Journal, 12 septembre 1863, p. 285-286.

{80}"Scarlet Fever on Long Island", New York Times, 21 novembre 1884.

{81}« Une épidémie de scarlatine », New York Times, 30 avril 1884.

{82}"La rougeole tue 1 463 personnes et 1 240 enfants de moins de 5 ans - Record de 1906 en Pennsylvanie",

New York Times, 19 janvier 1908.

{83}"Des milliers de personnes meurent de la rougeole - la maladie rapportée comme emportant rapidement les indigènes de la côte arctique", New York Times, 4 novembre 1902.

{84}"Yellow Fever—Fearful Progress of the Disease at Norfolk", New York Times, 11 septembre 1855.

{85}"Yellow Fever—Fearful Progress of the Disease at Norfolk", New York Times, 11 septembre 1855.

{86}Allan Nevins,*L'émergence de l'Amérique moderne 1865-1878 : une histoire de la vie américaine*

Volume VIII, Macmillan, New York, 1927, p. 323.

{87}Arthur R. Guerard, MD, The Relation of Tuberculosis to the Tenement House Problem, Macmillan, New York, 1903, p. 462.

{88} *Publications de l'American Statistical Association, vol. 9, nos. 65–72, 1904–1905, p. 260, 261.*

{89}« Augmenter la production en prévenant la tuberculose », The American Contractor, 29 octobre 1921, p. 30.

{90}J. Lewis Smith, MD, Traité sur les maladies de la petite enfance et de l'enfance, Lea Brothers & Co., Philadelphie, 1886, p. 193.

{91}"De nombreux Waifs de la ville meurent dans la maison Saint-Joseph, la scarlatine, la rougeole et la pneumonie affectent 143

des 300 détenus, vingt échouent à se rétablir », New York Times, 6 juillet 1911.

{92}JC Wilson, MD, Infectious Disease, D. Appleton and Company, New York, 1911, pp. 338, 339.

{93}Christine Hallett, PhD, "La tentative de comprendre la fièvre puerpérale aux dix-huitième et début du dix-neuvième siècles : l'influence de la théorie de l'inflammation", Histoire médicale, vol. 49, non. 1, 1er janvier 2005, p. 1–28.

{94}Christine Hallett, PhD, "La tentative de comprendre la fièvre puerpérale aux dix-huitième et début du dix-neuvième siècles : l'influence de la théorie de l'inflammation", Histoire médicale, vol. 49, non. 1, 1er janvier 2005, p. 1–28.

{95}Frederick C. Irving, MD, "Oliver Wendell Holmes et la fièvre puerpérale", New England Journal of Medicine, vol. 229, non. 4, 22 juillet 1943, p. 133–137.

{96}Richard W. Wertz et Dorothy C. Weritz, Lying-In: A History of Childbirth in America, Yale University Press, 1989, p. 122.

{97}Irvine Loudon, « La mortalité maternelle dans le passé et sa pertinence pour les pays en développement aujourd'hui », American Journal of Clinical Nutrition, vol. 72, suppl. 1, juillet 2000, p. 241S–246S.

{98}Dorothée Porter,*Santé, civilisation et État - Une histoire de la santé publique de l'Antiquité aux temps modernes, Routledge, Oxfordshire, Angleterre, 1999, p. 113.*

{99}William Douglass, MA,*A Summary, Historical and Political, of the First Planting, Progressive Improvements and Present State of the British Settlements of North-America, Londres, 1760, p. 407.*

{100}Frederick F. Cartwright, Maladie et histoire, Rupert-Hart-Davis, Londres, 1972, p. 124.

{101}Victor C. Vaughan, MD, épidémiologie et santé publique, CV Mosby Company, St. Louis,

1922, p. 189.

{102}William Douglass, MA,*A Summary, Historical and Political, of the First Planting, Progressive Improvements and Present State of the British Settlements of North-America, Londres, 1760, p. 398.*

{103}«La pratique de l'inoculation véritablement déclarée», The Gentleman's Magazine and Historical Chronicle, vol. 34, 1764, p. 333.

{104}Elizabeth A. Fenn, « La grande épidémie de variole de 1775 à 1782 », History Today, 20 juillet 2003, p. 12.

{105}F. Smith, MRCVS, « Pendant combien de temps la vaccination confère-t-elle l'immunité contre la variole ? »

Transactions de l'Institut sanitaire, vol. 13, p. 116.

{106}JW Hodge, MD, « Maladies infligées par l'État dans nos écoles publiques », Medical Century, vol.

XVI, non. 10, octobre 1908, p. 308–314.

{107}Dr Olesen, « Vaccination dans les îles Philippines », Medical Sentinel, vol. 19, non. 4, avril 1911, p. 255.

{108}Charles Creighton, Jenner et la vaccination, 1889, p. 59.

{109}MMWR, vol. 50, non. RR-10, Centers for Disease Control, 22 juin 2001, pp. 1–25.

{110}MMWR, vol. 50, non. RR-10, Centers for Disease Control, 22 juin 2001, pp. 1–25.

{111}« Observations de M. Fosbroke », The Lancet, vol. II, 1829, p. 583–584.

{112}Dr Fiard, "Expériences sur la communication et l'origine du virus vaccinal", London Medical and Surgical Journal, vol. 4, 1834, p. 796.

{113}Frederick F. Cartwright, Maladie et histoire, Rupert-Hart-Davis, Londres, 1972, p. 127.

{114}Derrick Baxby, « Techniques de vaccination contre la variole ; des couteaux et fourchettes aux aiguilles et épingles », Vaccine, vol. 20, non. 16, 15 mai 2002, p. 2142.

{115}AW Downie, « Cowpox Inoculation de Jenner », British Medical Journal, vol. 2, non. 4726, 4 août 1951, p. 251–256.

{116}AW Downie, « Une variante du virus Cowpox », The Lancet, vol. 1, non. 6717, 24 mai 1952, p.

1049–1050.

{117}« Études sur la vaccination », The Lancet, vol. 199, non. 5150, 13 mai 1922, p. 957–958.

{118}M. Beddow Bayly, MRCS, LRCP, « Inoculation Dangers to Travelers », conférence au Caxton Hall Westminster, 2 octobre 1952. Publié par la London and Provincial Anti-Vivisection Society.

{119}L. Qin, C. Upton, B. Hazes et DH Evans, "Analyse génomique des variants de souche de virus de la vaccine trouvés dans le vaccin Dryvax", Journal of Virology, vol. 85, non. 24, décembre 2011, p.

13049–13060.

{120}L. Qin, C. Upton, B. Hazes et DH Evans, "Analyse génomique des variants de souche de virus de la vaccine trouvés dans le vaccin Dryvax", Journal of Virology, vol. 85, non. 24, décembre 2011, pages 13049 à 13060.

{121}« Avis aux lecteurs : un vaccin contre la variole nouvellement homologué pour remplacer l'ancien vaccin contre la variole »,

MMWR, vol. 57, non. 8, 29 février 2008, p. 207-208.

{122}Walter Hadwen, MD, The Case Against Vaccination, Goddard's Assembly Rooms, Gloucester, 25 janvier 1896, p. 12.

{123}Charles Creighton, Jenner and Vaccination, 1889, p. 95–96.

{124}Frederick F. Cartwright, Maladie et histoire, Rupert-Hart-Davis, Londres, 1972, p. 130.

{125}William Scott Tebb, MD, Un siècle de vaccination et ce qu'elle enseigne, Swan Sonnenschein & Co., Londres, 1898, p. 126.

{126}« Vaccination par loi du Parlement », Westminster Review, vol. 131, 1889, p. 101.

{127}« Observations sur les maladies courantes », The London Medical Repository Monthly Journal and Review, vol. VIII, juillet-décembre 1817, p. 95.

{128}Thomas Brown, chirurgien Musselburgh, « Sur l'état actuel de la vaccination », The Edinburgh Medical and Surgical Journal, vol. 15, 1819, p. 67.

{129}« Observations de M. Fosbroke », The Lancet, vol. II, 1829, p. 583.

{130}William Cobett,*Conseils aux jeunes hommes et (accessoirement) aux jeunes femmes, Londres, 1829, pp. 224–225.*

{131}George Greogory, MD, «Brief Notices of the Variolous Epidemic of 1844», Royal Medical and Chirurgical Society, 28 janvier 1845, p. 163.

{132}« Small Pox and Vaccination », Hampshire Telegraph et Sussex Chronicle, 2 mars 1850.

{133} *La Chronique du matin, 12 avril 1854.*

{134} *Lloyd's Weekly Newspaper, 10 juin 1860.*

{135}Glasgow Herald, 14 décembre 1870.

{136} *La Chronique du matin, 23 octobre 1861.*

{137}Le journal d'Ipswich, 7 novembre 1876.

{138}Noel A. Humphries, « English Vaccination and SmallPox Statistics, with Special Reference to the Report of the Royal Commission, and to Recent SmallPox Epidemics », Journal of the Royal Statistical Society, septembre 1897, p. 545.

{139}Alexander Wilder, MD, « L'erreur de la vaccination », The Metaphysical Magazine, vol. III, non. 2, mai 1898, p. 88.

{140}Susan Wade Peabody, « Étude historique de la législation concernant la santé publique dans l'État de New York et du Massachusetts », The Journal of Infectious Diseases, suppl. Non. 4, février 1909, pp.50–51.

{141}Mémorial en relation avec la petite vérole, no. 30, Ville de Boston, 1856, p. dix.

{142}«Variole et revaccination», Boston Medical and Surgical Journal, vol. CIV, non. 6, 10 février 1881, p. 137.

{143}Encyclopédie Britannica, vol. 24, Philadelphie, 1890, p. 29.

{144}Thomas Neville Bonner, Medicine in Chicago 1850–1950: A Chapter in the Social and Scientific Development of a City, American History Research Center, Madison, Wisconsin, 1957, pp. 181–182.

{145}Thomas Neville Bonner,*Médecine à Chicago 1850–1950: Un chapitre du développement social et scientifique d'une ville , American History Research Center, Madison, Wisconsin, 1957, p.182.*

{146}GW Harman, MD, « L'argument d'un médecin contre l'efficacité de l'inoculation virale »,

Dossier médical : Une revue mensuelle de médecine scientifique et de chirurgie, vol. 28, non. 1, 1900, p. 84.

{147}Charles Ruata, MD, « Vaccination en Italie », The New York Medical Journal, 22 juillet 1899, pp.188–189.

{148} *Encyclopédie Britannica, 1888.*

{149}Simon L. Katzoff, MD, « The Compulsory Vaccination Crime », Machinists' Monthly Journal, vol. 32, non. 3, mars 1920, p. 261.

{150}« Vaccination », Encyclopædia Britannica, The Henry G. Allen Company, New York, vol. XXIV, 1890, pp. 23–30.

{151}Stanley Williamson, « AntiVaccination Leagues », Archives of Disease in Childhood, vol. 59, 1984, p. 1195.

{152}Encyclopédie Britannica, vol. 24, Philadelphie, 1890, p. 26.

{153}Encyclopédie Britannica, vol. 24, Philadelphie, 1890, p. 26.

{154}« Vaccination », New York Times, 26 septembre 1869.

{155} *Le Yale Journal of Biology and Medicine, vol. 41, 1968, p. dix.*

{156}David Koplow, Variole : Le droit d'éradiquer un fléau mondial, University of California Press, 2004, p.21.

{157}J. Michael Lane, MD, MPH; Frederick L. Ruben, MD; Elias Abrutyn, MD ; et J. Donald Millar, MD, DTPH, « Décès attribuables à la vaccination contre la variole, 1959 à 1966 et 1968 », Journal of the American Medical Association, vol. 212, non. 2, 20 avril 1970, p. 444.

{158}A. Del Campo, "Modifications physiologiques de l'organisme vacciné : une base pour l'interprétation des complications cliniques dues aux vaccins prophylactiques", 1967, pp. 280-284.

{159}VN Krishnamurthy, "Effets de la pénicilline et de la streptomycine sur la lymphe vaccinale", BMJ, vol. 2, non. 4687, 4 novembre 1950, p. 1035-1047.

{160}M. Beddow Bayly, MRCS, LRCP, « Inoculation Dangers to Travelers », discours au Caxton Hall Westminster, 2 octobre 1952. Publié par la London and Provincial Anti-Vivisection Society.

{161}Derrick Baxby, « Techniques de vaccination contre la variole 2. Accessoires et suivi », Vaccine, vol. 24, nos. 13–14, 28 mars 2003, p. 1382–1383.

{162} *Annuaire du Département de l'agriculture des États-Unis, 1915, Washington Government Printing Office, 1916, pp. 20–21.*

{163}John R. Mohler, VMD, « Fièvre aphteuse », Bulletin des agriculteurs du Département de l'agriculture des États-Unis, no. 666, 22 avril 1915, p. 8–10.

{164}John R. Mohler, VMD, « Fièvre aphteuse », Bulletin des agriculteurs du Département de l'agriculture des États-Unis, no. 666, 22 avril 1915, p. 5–6, 14.

{165}John R. Mohler, VMD, « Fièvre aphteuse », Bulletin des agriculteurs du Département de l'agriculture des États-Unis, no. 666, 22 avril 1915, p. 7.

{166}John R. Mohler, VMD, et Milton J. Rosenau, MD, « L'origine de la récente épidémie de fièvre aphteuse aux États-Unis », Département américain de l'agriculture, Bureau de l'industrie animale, Circulaire 147, 1909, p. 11.

{167}John R. Mohler, VMD, et Milton J. Rosenau, MD, « L'origine de la récente épidémie de fièvre aphteuse aux États-Unis », Département américain de l'agriculture, Bureau de l'industrie animale, Circulaire 147, 1909, p. 25.

{168}Frederick F. Cartwright, Maladie et histoire, Rupert-Hart-Davis, Londres, 1972, p. 130.

{169}AD Melvin, "Special Report on Diseases of Cattle," US Department of Agriculture, Bureau of Animal Industry, 1916, p. 384.

{170}John T. Bowen, MD, Boston, « Pemphigus infectieux aigu chez un boucher, lors d'une épizootie de fièvre aphteuse, compte tenu de la relation possible entre les deux affections », Journal des maladies cutanées, y compris la syphilis, vol. XXII, non. 6, juin 1904, p. 263.

{171}Bulletin des agriculteurs, no. 666, 22 avril 1915, Département de l'agriculture des États-Unis, Washington, DC, p. 15.

{172}John R. Mohler, VMD, et Milton J. Rosenau, MD, « L'origine de la récente épidémie de fièvre aphteuse aux États-Unis », Département américain de l'agriculture, Bureau de l'industrie animale, Circulaire 147, 1909, p. 28.

{173}Ibid., p. 8.

{174}Record du Congrès, 25 février 1909.

{175} *Transactions de l'American Dermatological Association lors de sa vingt-sixième réunion tenue à Boston, Massachusetts, du 18 au 20 septembre 1902, PF Pettibone & Co., Chicago, 1903, pp. 23, 35.*

{176} *Transactions de l'American Dermatological Association lors de sa vingt-sixième réunion tenue à Boston, Massachusetts, du 18 au 20 septembre 1902, PF Pettibone & Co., Chicago, 1903, pp. 24–25.*

{177}Ibid., p. 36.

{178} *Transactions de l'American Dermatological Association lors de sa vingt-sixième réunion tenue à Boston, Massachusetts, du 18 au 20 septembre 1902, PF Pettibone & Co., Chicago, 1903, p. 39.*

{179}Ibid., p. 40.

{180}Normalement, le système immunitaire produit des anticorps qui attaquent les virus et les bactéries nocives. Chez les personnes atteintes de pemphigus, cependant, le système immunitaire attaque par erreur les cellules de l'épiderme, ou couche supérieure de la peau, et les muqueuses. Des anticorps sont produits contre des protéines de la peau appelées desmogléines, qui, lorsqu'elles sont attaquées, provoquent la séparation de la peau et l'accumulation de liquide entre les couches de peau, formant des cloques qui ne guérissent pas.

{181}John T. Bowen, MD, « Pemphigus infectieux aigu chez un boucher, lors d'une épizootie de fièvre aphteuse, compte tenu de la relation possible entre les deux affections », Journal des maladies cutanées, y compris la syphilis, vol. XXII, non. 6, juin 1904, p. 254.

{182}Ibid., p. 263-264.

{183}"La relation de la dermatite hepertiforme à l'érythème polymorphe et au pemphigus",

Transactions de l'American Dermatological Association, septembre 1896, p. 39.

{184}Jay Frank Schamberg, MD,*Maladies de la peau et fièvres éruptives, WB Saunders Company, 1908, p. 439.*

{185}Reynolds Hayden, « Pemphigus aigu après vaccination », United States Naval Medical Bulletin, octobre 1911, pp. 482–485.

{186}En 2009, un virus porcin (porc) a été découvert dans les deux marques du vaccin antirotavirus infantile fabriqué à partir de virus intestinaux de singe. Le PCV-2 (circovirus porcin 2) provient d'une protéase couramment utilisée extraite du porc, appelée trypsine. Ce virus est une cause connue de dépérissement et d'immunosuppression chez les porcs.

{187}Stanley Williamson, « AntiVaccination Leagues », Archives of Disease in Childhood, vol. 59, 1984, p. 1195.

{188}Alfred Milnes, MA, "Statistics of SmallPox and Vaccination, with Special Reference to Age-Incidence, Sex-Incidence, and Sanitation", Journal of the Royal Statistical Society, septembre 1897, p. 557.

{189}Stuart MF Fraser, « Leicester et la variole : la méthode Leicester », Histoire médicale, 1980, vol. 24, p. 330.

{190} *Leicester Mercury, 3 juillet 1884.*

{191}C. Killick Millard, MD, DSc, « La fin de la vaccination obligatoire », British Medical Journal, 18 décembre 1948, p. 1073.

{192}C. Killick Millard, MD, DSc, « La fin de la vaccination obligatoire », British Medical Journal, 18 décembre 1948, p. 1073.

{193}Stanley Williamson, « AntiVaccination Leagues », Archives of Disease in Childhood, vol. 59, 1984, p. 1195–1196.

{194}« Manifestation anti-vaccination à Leicester », The Times, 24 mars 1885.

{195}« Manifestation anti-vaccination à Leicester », The Times, 24 mars 1885.

{196}« Une démonstration contre la vaccination », Boston Medical and Surgical Journal, 16 avril 1885, p. 380.

{197}« Manifestation anti-vaccination à Leicester », The Times, 24 mars 1885.

{198}« Manifestation anti-vaccination à Leicester », The Leeds Mercury, 24 mars 1885.

{199}Stanley Williamson, « AntiVaccination Leagues », Archives of Disease in Childhood, vol. 59, 1984, p. 1195.

{200}« Manifestation anti-vaccination à Leicester », The Times, 24 mars 1885.

{201}JT Biggs,*Leicester: Sanitation Versus Vaccination, 1912, p. 117.*

{202}Idem.

{203}JT Biggs,*Leicester: Sanitation Versus Vaccination, 1912, p.120.*

{204}Ibid., p. 125-126.

{205}JW Hodge, MD, « Comment la variole a été bannie de Leicester », Twentieth Century Magazine, vol. III, non. 16, janvier 1911, p. 337.

{206}Idem.

{207}« Une démonstration contre la vaccination », Boston Medical and Surgical Journal, 16 avril 1885, p. 380.

{208}BO Flower, « Hypothèses fallacieuses avancées par les défenseurs de la législation médicale nationale et étatique », Twentieth Century Magazine, vol. IV, non. 24, septembre 1911, p. 537.

{209}Les Débats parlementaires, vol. CCCXXVI, 1er juin 1888, p. 933.

{210}« Manifestation anti-vaccination à Leicester », The Times, 24 mars 1885.

{211}JW Hodge, MD, « Comment la variole a été bannie de Leicester », Twentieth Century Magazine, vol. III, non. 16, janvier 1911, p. 340.

{212}« Une démonstration contre la vaccination », Boston Medical and Surgical Journal, 16 avril 1885, p. 380.

{213}« Leicester et son immunité contre la variole », The Lancet, 5 juin 1886, p. 1091.

{214}C. Killick Millard, MD, DSc, « La fin de la vaccination obligatoire », British Medical Journal, 18 décembre 1948, p. 1073.

{215}William Scott Tebb, MD, Un siècle de vaccination et ce qu'elle enseigne, Swan Sonnenschein

& Co., Londres, 1898, p. 93, 94.

{216}JW Hodge, MD, «La prophylaxie doit être réalisée par l'atteinte de la santé, et non par la propagation de la maladie», The St. Louis Medical and Surgical Journal, vol. LXXXIII, juillet 1902, p.

15.

{217}JT Biggs,*Leicester: Sanitation Versus Vaccination, 1912, pp. 459–460.*

{218}JT Biggs,*Leicester: Sanitation Versus Vaccination, 1912, p. 507.*

{219}JT Biggs,*Leicester: Sanitation Versus Vaccination, 1912, pp. 510–511.*

{220}Ibid., p. 513, 514.

{221}JT Biggs,*Leicester: Sanitation Versus Vaccination, 1912, pp. 406–407.*

{222}« Urges Necessity for Vaccination, Commissioner Goldwater's Contention Endorsed by American Medicine, Canada's Scourge Warns, England's Neglect May Result in a

Smallpox Disaster, Germany Keeps It Down », New York Times, 5 avril 1914.

{223}Edgar March Crookshank, MB Lond. (Honours in Obst.) 1884, MRCS Eng. 1881 (King's Coll.); Exhib. et médaillé d'or à Anat. 1er MB Londres. 1879; Abattre. King's Coll.; Mém. Roy.

Micros. Soc. et Chemin. Soc.; Prof. de Comp. Path, et Bacteriol. King's Coll.; feu House Surg.

King's Coll. Hosp., et Civil Surg. Méd. Campagne égyptienne du personnel (médaille et fermoir, Tel-el-Kebir et étoile du Khédive); Directeur du Laboratoire bactériologique, King's College, Londres.

{224}Edgar March Pattenrond,*Histoire et pathologie de la vaccination Volume 1 : Une enquête critique.*

{225}C. Killick Millard, MD, DSc, « La fin de la vaccination obligatoire », British Medical Journal, 18 décembre 1948, p. 1074.

{226}Stuart M. Fraser, « Leicester et la variole : la méthode Leicester », Histoire médicale, vol. 24, 1980, p. 324.

{227}C. Killick Millard, MD, DSc, « La fin de la vaccination obligatoire », British Medical Journal, 18 décembre 1948, p. 1074.

{228}Idem.

{229}Derrick Baxby, « La fin de la variole », History Today, mars 1999, p. 16.

{230}Thomas Windley,*Leicester and Smallpox: Thirty Years' Experience: A Paper Read at the Annual Meeting of the Royal Institute of Public Health, tenue à Exeter, août 1902.*

{231}JW Hodge, MD, « Comment la variole a été bannie de Leicester », Twentieth Century Magazine, vol. III, non. 16, janvier 1911, p. 342.

{232}S. Litvinjenko, B. Arsic et S. Borjanovic, "Aspects épidémiologiques de la variole en Yougoslavie en 1972", Rapport

de l'Organisation mondiale de la santé, Belgrade, Yougoslavie, 10 mai 1973, http://whqlibdoc.who.int/smallpox/WHO_SE_73.57.pdf, consulté le 18 juin 2013.

{233}S. Litvinjenko, B. Arsic et S. Borjanovic, "Aspects épidémiologiques de la variole en Yougoslavie en 1972", Rapport de l'Organisation mondiale de la santé, Belgrade, Yougoslavie, 10 mai 1973, http://whqlibdoc.who.int/smallpox/WHO_SE_73.57.pdf, consulté le 18 juin 2013.

{234}Noel A. Humphries, « English Vaccination and SmallPox Statistics, with Special Reference to the Report of the Royal Commission, and to Recent SmallPox Epidemics », Journal of the Royal Statistical Society, septembre 1897, p. 558.

{235}"Vaccination avant la prison, une femme d'Atlanta se soumet plutôt que de passer 25 jours en prison", New York Times, 18 décembre 1897.

{236}"Lutter contre la variole à Boston, 125 chirurgiens, accompagnés de policiers, vaccinés 15 000

Persons Yesterday », New York Times, 27 janvier 1902.

{237}« Un professeur envoyé en prison », New York Times, 19 mars 1903.

{238}"Factory Girl's Resistance, la lutte des employés de l'American Tobacco Company contre la vaccination obligatoire", New York Times, 12 avril 1901.

{239}"Les mineurs résistent à la vaccination, le shérif et le groupe d'officiers aident les médecins à faire appliquer la loi dans le Dakota du Sud", New York Times, 25 avril 1902.

{240}« French Against English, A Riot in Montreal Caused by Compulsory Vaccination », New York Times, 29 septembre 1885.

{241}« Un enseignant doit être vacciné, le tribunal soutient le conseil de Philadelphie pour avoir suspendu une femme qui a refusé », New York Times, 15 novembre 1901.

{242}"Combat la loi sur la vaccination, l'homme s'oppose aux règlements scolaires pour ses enfants et reçoit des offres d'aide", New York Times, 27 avril 1902.

{243}"Combat la loi sur la vaccination, le commissaire à la santé de Passaic arrêté pour avoir refusé de l'obéir"

New York Times, 8 mars 1912.

{244}"Lose Vaccination Appeal, New Jersey Fathers Were Jailed Under School Law", New York Times, 28 mars 1906.

{245}« Vaccination obligatoire », The Mississippi Law Review, vol. 1, non. 4, mars 1923, p. 79.

{246}"Ne seront pas vaccinés, 20 enseignants et des centaines d'élèves suspendus des écoles Paterson", New York Times, 28 mars 1906.

{247}"Meurtre pour vaccination, un homme tue un officier et est abattu, peut-être mortellement", New York Times, 24 décembre 1904.

{248}« Vaccination refusée, 15 ans de prison », New York Times, 2 mai 1918.

{249}Henry E. Sigerist, Civilization and Disease, Cornell University Press, New York, 1943, p.

104.

{250}Suren H. Babington, MD, « Stérilisation sexuelle humaine : une contribution à l'étude du problème », California and Western Medicine, vol. 29, non. 6, 1928, p. 369.

{251}Henry E. Sigerist, Civilization and Disease, Cornell University Press, New York, 1943, pp.

104–105.

{252}Harold I. Gosline, MD, «Le service de laboratoire dans les hôpitaux d'État pour les maladies mentales», The American Journal of Psychiatry, vol. 1, The Johns Hopkins Press, Baltimore, 1921-1922, p. 419.

{253}Suren H. Babington, MD, « Stérilisation sexuelle humaine : une contribution à l'étude du problème », California and Western Medicine, vol. 29, non. 6, 1928, p. 369.

{254}CB Davenport, Eugenics, The Science of Human Improvement by Better Breeding, Carnegie Institution of Washington, directeur, Department of Experimental Evolution, Cold Spring Harbor, New York; Secrétaire, Comité sur l'eugénisme, American Breeders Association ; Henry Holt and Company, New York, 1910, p. 14–16.

{255}Harry Hamilton Laughlin, Stérilisation eugénique aux États-Unis, Laboratoire de psychopathie du tribunal municipal de Chicago, 1922, pv

{256}Henry E. Sigerist, Civilisation et maladie, Cornell University Press, New York, 1943, p.105.

{257}Harry Hamilton Laughlin, DSc, Eugenical Sterilization in the United States, Psychopathic Laboratory of the Municipal Court of Chicago, décembre 1922, p. 339.

{258}Ibid., p. 369.

{259}Henry E. Sigerist, Civilisation et maladie, Cornell University Press, New York, 1943, p.106.

{260}Laughlin, p. 19–20.

{261}Harry Hamilton Laughlin, DSc, Eugenical Sterilization in the United States, Psychopathic Laboratory of the Municipal Court of Chicago, décembre 1922, p. 24.

{262}"Le congrès sur l'eugénisme s'ouvre ici aujourd'hui, des scientifiques de nombreux pays assisteront à des sessions au musée américain, Obsorn prononcera un discours, il discutera de la" sélection des naissances contre le contrôle des naissances ",

Son of Darwin to Send Message », New York Times, 21 août 1932.

{263}Margaret Sanger, «Birth Control and Racial Betterment», The Birth Control Review, février 1919, pp. 11–12.

{264}Roy Porter, Le plus grand avantage pour l'humanité, Harper Collins, New York, 1997, p. 424.

{265}Idem.

{266}Harry Hamilton Laughlin, DSc, Eugenical Sterilization in the United States, Psychopathic Laboratory of the Municipal Court of Chicago, décembre 1922, p. 322.

{267}Henry E. Sigerist, Civilisation et maladie, Cornell University Press, New York, 1943, pp.106–197.

{268}Ibid., p.104.

{269}Henry Friedlander, Les origines du génocide nazi : de l'euthanasie à la solution finale, University of North Carolina Press, Chapel Hill, 1995, p. 9.

{270}C. Killick Millard, MD, DSc, « La fin de la vaccination obligatoire », British Medical Journal, 18 décembre 1948, p. 1073.

{271}"Balayage de la loi sur la vaccination, comprend les écoles paroissiales et publiques, Carmody détient,"

New York Times, 24 août 1914.

{272}"Little Smith Boy Is Slowly of Blood Poison, Child Suffers Untold Agony suite à la vaccination", Newburgh Daily News, 12 mars 1915.

{273}"Little Smith Boy Is Slowly of Blood Poison, Child Suffers Untold Agony suite à la vaccination", Newburgh Daily News, 12 mars 1915.

{274}Idem.

{275}Idem.

{276}Charles M. Higgins, Les horreurs de la vaccination exposées et illustrées, Brooklyn, New York, 1920, p. 122.

{277}"Little Smith Boy Is Slowly of Blood Poison, Child Suffers Untold Agony suite à la vaccination", Newburgh Daily News, 12 mars 1915.

{278}Idem.

{279}"Little Smith Boy Is Slowly of Blood Poison, Child Suffers Untold Agony suite à la vaccination", Newburgh Daily News, 12 mars 1915.

{280}Roy Porter, Le plus grand avantage pour l'humanité, Harper Collins, New York, 1997, p. 411.

{281}Velv W. Greene, PhD, MPH, « Améliorations de l'hygiène personnelle et de l'espérance de vie depuis 1850 : associations historiques et épidémiologiques », American Journal of Infection Control, août 2001, p. 205.

{282}David L. Streiner, Douglas W. MacPherson et Brian D. Gushulak, PDQ Public Health, 2010, p. 198.

{283}Bo Burström, MD, PhD; Gloria Macassa, MD; Lisa Öberg, PhD; Eva Bernhardt, Ph.D. ; et Lars Smedman, MD, PhD, « L'impact de l'amélioration de l'eau et de l'assainissement sur les inégalités de mortalité infantile à Stockholm, 1878 à 1925 », Public Health Now and Then, vol. 95, non. 2, février 2005, p. 209.

{284}"Réunion régulière de la Société de Sacramento pour l'amélioration médicale", Occidental Medical Times,

vol. 12. non. 1, 21 juin 1898, p. 376.

{285}Arthur Charles Cole,*Le conflit irrépressible 1850–1865: Une histoire de la vie américaine Volume VII, Macmillan, New York, 1934, pp. 181–182.*

{286}Roy Porter, Le plus grand avantage pour l'humanité, Harper Collins, New York, 1997, p. 413.

{287}Harold Underwood Faulkner,*Une histoire de la vie américaine Volume XI — La quête de la justice sociale 1898–1914, Macmillan, New York, 1931, p. 239.*

{288}Harold Underwood Faulkner,*Une histoire de la vie américaine Volume XI - La quête de la justice sociale 1898–1914, Macmillan, 1931, p. 210.*

{289}John W. Tripe, MD, "L'état sanitaire et les lois du Londres médiéval et moderne",

Medical Times et Gazette, vol. II, J & A Churchill, Londres, 19 novembre 1881, p. 595.

{290}Henry E. Sigerist, Civilization and Disease, Cornell University Press, New York, 1943, p. 27.

{291}Charles V. Chapin, MD, « End of Filth Theory of Disease », Popular Science Monthly, janvier 1902, p. 235.

{292}Thomas Neville Bonner,*Médecine à Chicago 1850–1950: Un chapitre du développement social et scientifique d'une ville , American History Research Center, Madison, Wisconsin, 1957, p.*

179.

{293}Bo Burström, MD, PhD; Gloria Macassa, MD; Lisa Öberg, PhD; Eva Bernhardt, Ph.D. ; et Lars Smedman, MD, PhD, « L'impact de l'amélioration de l'eau et de l'assainissement sur les inégalités de mortalité infantile à Stockholm, 1878 à 1925 », Public Health Now and Then, vol. 95, non. 2, février 2005, p. 210.

{294}Allan Nevins,*L'émergence de l'Amérique moderne 1865–1878: Une histoire de la vie américaine Volume VIII, Macmillan, New York, 1927, p. 322.*

{295}Ibid., p. 322.

{296}Roy Porter, Le plus grand avantage pour l'humanité, Harper Collins, New York, 1997, p. 412.

{297}Thomas Neville Bonner,*Médecine à Chicago 1850–1950: Un chapitre du développement social et scientifique d'une ville , Centre de recherche sur l'histoire américaine, Madison, Wisconsin, 1957, p.184.*

{298}« Réunion régulière de la Société de Sacramento pour l'amélioration médicale », Occidental Medical Times, vol. 12. non. 1, 21 juin 1898, p. 381.

{299}Bo Burström MD, PhD; Gloria Macassa, MD; Lisa Öberg, PhD; Eva Bernhardt, Ph.D. ; et Lars Smedman, MD, PhD, « L'impact de l'amélioration de l'eau et de l'assainissement sur les inégalités de mortalité infantile à Stockholm, 1878 à 1925 », Public Health Now and Then, vol. 95, non. 2, février 2005, p. 210.

{300}Richard D. Semba, "La vitamine A comme thérapie" anti-infectieuse ", 1920–1940", American Society for Nutritional Sciences, 1999, p. 784.

{301}Thomas Neville Bonner, Médecine à Chicago 1850–1950: Un chapitre sur le développement social et scientifique d'une ville , American History Research Center, Madison, Wisconsin, 1957, pp. 189–190.

{302}Frederic S. Lee, PhD, Caractéristiques scientifiques de la médecine moderne, Columbia University Press, 1911, p. 108.

{303}Charles E. Page, MD, "Diphtérie : le traitement antitoxine dominant n'est-il qu'un autre délire médical ?" Dossier médical, un journal mensuel de médecine scientifique et de chirurgie, vol.

XXXV, 1907, p. 482–483.

{304}Hygiène buccale, vol. 1, non. 1, janvier 1911, p. 183–184.

{305}James Gordon Cumming, MD, "Le contrôle de la diphtérie conduit-il à l'éradication ?" Journal de l'Association médicale américaine, vol. 78, non. 9, 4 mars 1922, p. 632.

{306}Allan Nevins,*L'émergence de l'Amérique moderne 1865–1878: Une histoire de la vie américaine Volume VIII, Macmillan, New York, 1927, p. 324.*

{307}Joan Perkin, « Machines à coudre : libération ou corvée pour les femmes ? » L'histoire aujourd'hui, vol. 52, décembre 2002, p. 39–40.

{308}"A Disgrace to the City, The Hygienic Condition of the Primary Schools", New York Times, 7 février 1891.

{309}Thomas Neville Bonner,*Médecine à Chicago 1850–1950: Un chapitre du développement social et scientifique d'une ville , Centre de recherche sur l'histoire américaine, Madison, Wisconsin, 1957, p.187.*

{310}Roy Porter, Le plus grand avantage pour l'humanité, Harper Collins, New York, 1997, pp. 426–427.

{311}Velv W. Greene, PhD, MPH, « Améliorations de l'hygiène personnelle et de l'espérance de vie depuis 1850 : associations historiques et épidémiologiques », American Journal of Infection Control, août 2001, p. 205.

{312}Lucinda McCray,*Une question de vie ou de mort: santé, maladie et médecine dans le comté de McLean, 1830–1995, Société historique du comté de McLean, p. 46.*

{313}Ibid., p. 59.

{314}Velv W. Greene, PhD, MPH, « Améliorations de l'hygiène personnelle et de l'espérance de vie depuis 1850 : associations

historiques et épidémiologiques », American Journal of Infection Control, août 2001, pp. 203-204.

{315}Charles V. Chapin, "Variation du type de maladie infectieuse comme le montre l'histoire de la variole aux États-Unis", The Journal of Infectious Diseases, vol. 13, non. 2, septembre 1913, p. 173.

{316}Harry Bernhardt Anderson, State Medicine a Menace to Democracy, 1920, p. 84.

{317}Charles V. Chapin, "Variation du type de maladie infectieuse comme le montre l'histoire de la variole aux États-Unis", The Journal of Infectious Diseases, vol. 13, non. 2, septembre 1913, p. 178.

{318}Ibid., p. 179.

{319}John Gerald Fitzgerald, Peter Gillespie et Harry Mill Lancaster, Une introduction à la pratique de la médecine préventive, CV Mosby Company, 1922, p. 197.

{320}John Price Crozer Griffith, Les maladies des nourrissons et des enfants, Volume 1, WB Saunders Company, 1921, p. 370.

{321}G. Koehler, Pharmacologie et thérapeutique, médecine préventive, The Year Book Publishers, 1921, p. 322.

{322}George Dock, MD, «Variole et vaccination», Journal de l'Association médicale de l'État du Missouri, vol. 19, avril 1922, p. 168.

{323}Charles V. Chapin et Joseph Smith, "Permanence du type bénin de variole", Journal of Preventive Medicine, 1932.

{324} *Journal de l'Institut Royal Sanitaire, vol. 66, 1946, p. 176.*

{325}Arthur Allen,*Vaccin : L'histoire controversée de la plus grande bouée de sauvetage de la médecine, 2007, p.*

{326}William Osler, MD, « La relation entre la mortalité typhoïde et les égouts », Maryland Medical Journal, vol. XXXVIII, non. 13, 8 janvier 1898, p. 217.

{327} *Vital Statistics of the United States 1943 Part I, US Bureau of the Census, 1945.*

{328}Dr Louis Dublin, «De meilleures conditions économiques ressenties en moins de décès», Berkley Daily Gazette, 27 décembre 1935.

{329}« 2 pouces de plus… 15 livres de plus », Life, 2 juin 1941, p. 71.

{330} *Manuel des statistiques du travail, édition de 1941, Département du travail des États-Unis, pp. 396–397.*

{331}Walter R. Bett, éd., L'histoire et la conquête des maladies courantes, Université de l'Oklahoma

Presse, 1954, p. 35.

{332}Stanford T. Shulman, Alan L. Bisno, Herbert W. Clegg, Michael A. Gerber, Edward L. Kaplan, et al., "Clinical Practice Guideline for the Diagnosis

et prise en charge de la pharyngite streptococcique du groupe A », Clinical Infectious Diseases, 2012, p. 12.

{333}DL Miller, R. Alderslade et EM Ross, « Coqueluche et vaccin contre la coqueluche : débat sur les risques et les avantages », Revues épidémiologiques, vol. 4, 1982, p. 2–3.

{334}Ibid., p. 9.

{335}Clive E. West, PhD, « Vitamine A et rougeole », Nutrition Reviews, vol. 58, non. 2, février 2000, p. S46.

{336}Walter R. Bett, éd., The History and Conquest of Common Disease, University of Oklahoma Press, 1954, p. 24.

{337}Professeur Boris Prokhorov,*Les crises de santé publique en Russie au XXe siècle, figure 9.9, p. 29.*

{338}Documents russes traduits en possession des auteurs.

{339}Asa G. Rakhmanova et al., « Éclosion de diphtérie à Saint-Pétersbourg : caractéristiques cliniques de 1 860 patients adultes », Scandinavian Journal of Infectious Diseases, no. 28, 1996, p. 37–40.

{340}FR Klenner, "Le traitement de la poliomyélite et d'autres maladies virales avec de la vitamine C,"

Médecine et Chirurgie du Sud, vol. 111, non. 7, juillet 1949, p. 209–214.

{341}CG King et ML Menton, "L'influence du niveau de vitamine C sur la résistance à la toxine diphtérique", The Journal of Nutrition, vol. 10, non. 2, p. 129–140.

{342}Henry E. Sigerist, Civilization and Disease, Cornell University Press, New York, 1943, p. 55.

{343}Velv W. Greene, PhD, MPH, « Améliorations de l'hygiène personnelle et de l'espérance de vie depuis 1850 : associations historiques et épidémiologiques », American Journal of Infection Control, août 2001, p. 204.

{344}Bo Burström, MD, PhD; Gloria Macassa, MD; Lisa Öberg, PhD; Eva Bernhardt, Ph.D. ; et Lars Smedman, MD, PhD, « L'impact de l'amélioration de l'eau et de l'assainissement sur les inégalités de mortalité infantile à Stockholm, 1878 à 1925 », Public Health Now and Then, vol. 95, non. 2, février 2005, p. 208.

{345}Bo Burström, MD, PhD; Gloria Macassa, MD; Lisa Öberg, PhD; Eva Bernhardt, Ph.D. ; et Lars Smedman, MD, PhD, « L'impact de l'amélioration de l'eau et de l'assainissement sur les inégalités de mortalité infantile à Stockholm, 1878 à 1925 », Public Health Now and Then, vol. 95, non. 2, février 2005, p. 208.

{346}Richard D. Semba, «La vitamine A comme thérapie« anti-infectieuse », 1920–1940», The American Society for Nutritional Sciences, 1999, pp. 785–786.

{347}E. Gubéran, « Tendances de la mortalité en Suisse », Schweiz Med Wochenschr, vol. 110, 1980, p. 574.

{348}Thomas McKeown et RG Record, « Raisons du déclin de la mortalité en Angleterre et au Pays de Galles au cours du dix-neuvième siècle », Population Studies, vol. 16, non. 2, novembre 1962, p. 115.

{349}John Eric Erichsen, « On Hospitalism and the Causes of Death After Operations », Society of the New York Hospital, mars 1898, p. 98.

{350}John B. McKinlay et Sonja M. McKinlay, « La contribution douteuse des mesures médicales au déclin de la mortalité aux États-Unis au XXe siècle », The Milbank Memorial Fund Quarterly, Health and Society, vol. 55, non. 3, été 1977, p. 425.

{351}Barbara Starfield, MD, MPH, « La santé aux États-Unis est-elle vraiment la meilleure au monde ? » Journal de l'Association médicale américaine, vol. 284, non. 4, 26 juillet 2000, p. 483–485.

{352}Ibid., p. 483–485.

{353}Eric T. Harvill, « Cultiver nos « ennemis » : voir l'immunité comme gestion du microbiome, » Journal de l'American Society for Microbiology, vol. 4, non. 2, 26 mars 2013, p.

1–3.

{354}A. Langmuir, The Wyeth Problem: An Epidemiological Analysis of the Occurrence of Poliomyelitis in Association with Certain Lots of Wyeth Vaccine, Polio Surveillance Unit, Epidemiology Branch, Communicable Disease Center, Department of Health, Education, and Welfare, 6 septembre 1955, p. 19.

{355}N. Nathanson et A. Langmuir, « The Cutter Incident », American Journal of Hygiene, 1963, vol. 78, p. 29–60.

{356}JF Modlin, « Le chemin cahoteux vers l'éradication de la poliomyélite », New England Journal of Medicine, vol. 362, 24 juin 2010, p. 2346–2349.

{357}A. Shahzad, « Il est temps de passer du vaccin antipoliomyélitique oral au vaccin inactivé à l'échelle mondiale »,

Maladies infectieuses cliniques, vol. 49, 15 octobre 2009, p. 1287-1288.

{358}JV Neel et al., « Études sur les Indiens Xavante du Mato Grosso brésilien », American Journal of Human Genetics, vol. 15, mars 1964, p. 52–140.

{359}Idem.

{360}Idem.

{361}JV Neel et al., "Studies on the Xavante Indians of the Brazilian Mato Grosso," American

Journal de génétique humaine, vol. 15, mars 1964, p. 52–140.

{362}A. Sabin, « L'épidémiologie de la poliomyélite : problèmes à la maison et parmi les forces armées à l'étranger », Journal de l'American Medical Association, vol. 134, 28 juin 1947, pp.749–

756.

{363}A. Kalokerinos, Syndrome du bébé secoué : un diagnostic abusif, 12 avril 2008, mars 2012, Copyright 2012, Robert Reisinger Memorial Trust. Livre électronique disponible sur les sites Web Beyondconformity.co.nz et vaccinationcouncil.org.

{364}W. Xu, CF Liu, L. Yan, JJ Li, LJ Wang, et al., "Distribution des entérovirus chez les enfants hospitalisés atteints de la maladie main-pied-bouche et relation entre les agents pathogènes et les

complications du système nerveux", Virology Journal, vol. 9, 9 janvier 2012, p. 8.

{365}AF Braff, DO Lynn et OA Wurl, « Fatal Lead Poisoning Simulating Poliomyelitis », États-Unis

Revue médicale des forces armées, vol. 3, non. 9, septembre 1952, p. 1353–1357.

{366}H. Ratner et al., « L'état actuel des vaccins contre la poliomyélite », Illinois Medical Journal, vol. 118, nos. 2, 3, p. 84–93, 160–68. Édité à partir d'une transcription d'une table ronde présentée devant la section sur la médecine préventive et la santé publique lors de la 120e réunion annuelle de l'Illinois State Medical Society à Chicago, le 26 mai 1969.

{367}H. Ratner et al., « L'état actuel des vaccins contre la poliomyélite », Illinois Medical Journal, vol. 118, nos. 2, 3, p. 84–93, 160–68. Édité à partir d'une transcription d'une table ronde présentée devant la section sur la médecine préventive et la santé publique lors de la 120e réunion annuelle de l'Illinois State Medical Society à Chicago, le 26 mai 1969.

{368}GC Brown, "Données de laboratoire sur l'épidémie de poliomyélite de Detroit 1958", Journal de l'American Medical Association, vol. 172, 20 février 1960, p. 807–812.

{369}Goldman et al., « Quelle était la cause de la maladie paralytique de Franklin Delano Roosevelt ? »

Journal de biographie médicale, vol. 11, 2003, p. 233–240.

{370}Edwin H. Lennette, "Pioneer of Diagnostic Virology with the California Department of Public Health", une histoire orale menée en 1982, 1983 et 1986 par Sally Hughes, Regional Oral History Office, The Bancroft Library, University of California, Berkeley, 1988 .

{371}JR Paul, A History of Poliomyelitis, Yale University Press, New Haven, Connecticut, 1971, pp. 335–339.

{372}Victor Cohn, Sœur Kenny: La femme qui a défié les médecins, University of Minnesota Press, 1975, p. 5. En référence à un entretien avec le Dr John Pohl.

{373}DY Solandt et al., "L'effet de la fixation squelettique sur le muscle squelettique", Journal of Neurophysiology, vol. 6, 1er janvier 1943, p. 17–22.

{374}S. Mead, « Un siècle d'abus de repos », Journal de l'American Medical Association,

vol. 182, octobre 1962, p. 344–345.

{375}Référence à la situation au Nigeria. www.gettyimages.co.nz/detail/news-photo/child-cries-as-his-polio-strickened-legs-are-placed-in-news-photo/52622460. Des images similaires peuvent être vues à Gaza.

{376}Donna Jackson Nakazawa,*L'épidémie auto-immune : des corps détraqués dans un monde déséquilibré et la science de pointe qui promet l'espoir, 2009, p. XV.*

{377}

Fiche d'information sur la myélite transverse, National Institutes of Health, www.ninds.nih.gov/disorders/transversemyelitis/detail_transversemyelitis.htm.

{378}

Fiche d'information sur la myélite transverse, National Institutes of Health,

www.ninds.nih.gov/disorders/transversemyelitis/detail_transversemyelitis.htm.

{379}J. Gabliks, "Réponses des cultures cellulaires aux insecticides : sensibilité altérée au poliovirus et à la toxine diphtérique", Actes de la Society for Experimental Biology and Medicine, vol.120, octobre 1965, pp. 172-175.

{380}J. Gabliks et L. Friedman, "Effets des insecticides sur les cellules de mammifères et les infections virales", Annals of the New York Academy of Sciences, vol. 160, 1969, p. 254–271.

{381}F. Van Meer, « Poliomyélite : le rôle de l'alimentation dans le développement de la maladie », Medical Hypotheses, vol. 3, mars 1992, p. 171–178.

{382}B. Sandler, Diet Prevents Polio, Lee Foundation for Nutritional Research, 1951.

{383}M. Biskind, "Empoisonnement au DDT et le 'Virus X' insaisissable : une nouvelle cause de gastro-entérite,"

Journal américain des maladies digestives, vol. 16, non. 3, 1949, p. 79–84.

{384}Idem.

{385}Fred R. Klenner, MD, «Le traitement de la poliomyélite et d'autres maladies virales avec de la vitamine C», Southern Medicine & Surgery, vol. 111, juillet 1949, p. 209–214.

{386}R. Landwehr, "L'origine du mur de pierre de 40 ans de vitamine C", Journal of Orthomolecular Medicine, vol. 6, non. 2, 1991.

{387}M. Biskind, "Empoisonnement au DDT et le 'Virus X' insaisissable : une nouvelle cause de gastro-entérite,"

Journal américain des maladies digestives, vol. 16, non. 3, 1949, p. 79–84.

{388} *Rapport du Groupe d'experts sur l'évaluation de la production et de l'utilisation du DDT et de ses alternatives pour la lutte contre les vecteurs de maladies, troisième réunion Genève, Programme des Nations Unies pour l'environnement, 10-12 novembre 2010.*

{389}Henk van den Berg, « Statut mondial du DDT et de ses alternatives pour une utilisation dans la lutte antivectorielle pour

prévenir les maladies », Environmental Health Perspectives, vol. 117, non. 11, novembre 2009, p. 1656–1663.

{390}Peter Bartrip, "Un 'Pennurth d'arsenic pour la mort aux rats' : la loi sur l'arsenic, 1851 et la prévention de l'empoisonnement secret", Histoire médicale, vol. 36, janvier 1992, p. 53–69. Page 55, deuxième paragraphe, Bartrip cite plusieurs textes médicaux de l'époque.

{391}E. Kenny, Et ils marcheront, Robert Hale Limited, 1951, p. 23.

{392}E. Kenny, Et ils marcheront, Robert Hale Limited, 1951, p. 79.

{393}F. Burgess et GR Cameron, « La toxicité du DDT », British Medical Journal, vol. 1, 23 juin 1945, p. 865–871.

{394}M. Biskind, "Empoisonnement au DDT et le 'Virus X' insaisissable : une nouvelle cause de gastro-entérite,"

Journal américain des maladies digestives, vol. 16, non. 3, 1949, p. 79–84.

{395}Ralph R. Scobey, MD, « La cause empoisonnée de la poliomyélite et les obstacles à son enquête », Arch Pediatr, vol. 69, avril 1952, p. 172–193.

{396}FE Cormia, "Tryparsamide dans le traitement de la syphilis du système nerveux central,"

Journal britannique des maladies vénériennes, vol. 10, avril 1934, p. 99–116.

{397}M. Gromeier et al., "Mécanisme de la poliomyélite provoquée par une blessure", Journal of Virology, vol.

72, 1998, pages 5056–5060.

{398}Ralph R. Scobey, MD, « La cause empoisonnée de la poliomyélite et les obstacles à son enquête », Arch Pediatr, vol. 69, avril 1952, p. 172–193.

{399}H. Kern, « Ueber eine anstaltsendemie von Heine-Medizinscher krankheit », Muen Med Wochen, vol. 61, 1914, p. 1053-1055 ; "Alterthum, Lues congénital et poliomyélite," Deut Med Wochen, vol. 54, 1928, p. 522–523 ; H. Gougerot, « Eveil d'infection neurotrope à virus filtrant à la suite d'arsenothérapie chez dez syphilitiques », Bull Soc Derm Syph, vol. 42, 1935, p. 794–795.

{400}E. Mullins, Murder by Injection, Conseil national de la recherche médicale, 1988.

{401}HH Merritt, RD Adams et HC Solomon, Neurosyphilis, Oxford University Press, New York, 1946.

{402}P. Donofrio et al., "Tabes Dorsalis : Caractéristiques électrodiagnostiques", Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, vol. 51, 1988, pp.1097–1099.

{403}« Polio Disease In-Short », Centers for Disease Control and Prevention,Department of Health and Human Services, www.cdc.gov/vaccines/vpd-vac/polio/in-short-both.htm, consulté le 17 juin 2013.

{404}M. Brodie et W. Park, « Immunisation active contre la poliomyélite », American Journal of Public Health, vol. 26, février 1936, p. 119–125.

{405}JR Paul, Une histoire de la poliomyélite, Yale University Press, New Haven, Connecticut, 1971, p. 261.

{406}Victor Cohn, Sœur Kenny: La femme qui a défié les médecins, University of Minnesota Press, 1975, p. 42.

{407}Correspondance personnelle en possession des auteurs.

{408}David M. Oshinsky, Polio: An American Story, Oxford University Press, 2005, pp. 163–164.

{409}Idem.

{410}M. Siegel, M. Greenberg et MC Magee, « Amygdalectomie et poliomyélite, II, Fréquence de la paralysie bulbaire, 1944-1949 », Journal of Pediatrics, vol. 38, non. 5, mai 1951, p. 548–558.

{411}Francis Thomas, « Poliomyélite après amygdalectomie chez cinq membres d'une famille »,

Journal de l'Association médicale américaine, vol. 119, non. 17, 1942, p. 1392–1396.

{412}JA Glover, "L'approche pédiatrique de l'amygdalectomie", Archives of Disease in Childhood, vol. 23, 1948, p. 1–6.

{413}RV Southcott, "Études sur une association à long terme entre la poliomyélite bulbaire et l'amygdalectomie antérieure", Medical Journal of Australia, vol. 2, non. 8, août 1953, p. 281–298.

{414}John Anderson, « Poliomyélite et amygdalectomie récente », Journal of Pediatrics, 1945, pp.68–70.

{415}DS Cunning, "Enquête sur les amygdalectomies et la poliomyélite, 1947", Laryngoscope, vol. 58, non. 6, juin 1948, p. 503–513.

{416}DS Cunning, « Amygdalectomie et poliomyélite », Archives of Otolaryngology, vol. 46, non. 5, novembre 1947, p. 575–583.

{417}PL Ogra, "Effet de l'amygdalectomie et de l'adénoïdectomie sur la réponse des anticorps nasopharyngés au poliovirus", New England Journal of Medicine, vol. 284, non. 2, 14 janvier 1971, pp.59–64.

{418}Robert Landwehr, "L'origine du mur de pierre de 42 ans de vitamine C", Journal of Orthomolecular Medicine, vol. 6, non. 2, 1991.

{419}Fred R. Klenner, MD, «Le traitement de la poliomyélite et d'autres maladies virales avec de la vitamine C», Southern Medicine & Surgery, vol. 111, juillet 1949, p. 209–214.

{420}E. Greer, « Vitamine C dans la poliomyélite aiguë », Medical Times, vol. 83, novembre 1955, pp.1160–1161.

{421}Claus W. Jungleblut, « Autres observations de la thérapie à la vitamine C dans le cadre expérimental

Poliomyélite », Journal of Experimental Medicine, septembre 1937, pp. 470–471.

{422}HV Wyatt, "L'épidémie de poliomyélite de 1916 à New York : d'où vient le virus ?" L'Open Vaccine Journal, vol. 4, 2011, p. 13–17.

{423}HV Wyatt, "L'épidémie de poliomyélite de 1916 à New York : d'où vient le virus ?" L'Open Vaccine Journal, vol. 4, 2011, p. 13–17.

{424}Idem.

{425}Victor Cohn, Sœur Kenny: La femme qui a défié les médecins, University of Minnesota Press, 1975, p. 125.

{426}David M. Oshinsky, Polio: An American Story, Oxford University Press, 2005, pp. 60, 170.

{427}E. Wimmer, « The Test-Tube Synthesis of a Chemical Called Poliovirus: The Simple Synthesis of a Virus Has Far-Reaching Societal Implications », numéro spécial, Rapport de l'Organisation européenne de biologie moléculaire, vol. 7, 20 juillet, p. S3–S9.

{428}Richard Carter, Percée : La Saga de Jonas Salk, Trident Press, New York, 1955, p.

282.

{429}Mémoire d'ouverture du défendeur et de l'appelant Cutter Laboratories Gottsdanker c. Cutter Laboratories (1960) 182 Cal.

App.2d 602 p. 31–33. Le Dr Shaughnessy a été directeur des laboratoires et chef de département du département de santé publique de l'Illinois, Université de Chicago, et membre du comité d'homologation d'Ann Arbor pour le vaccin Salk.

{430}T. Francis et al., "Evaluation of the 1954 Field Trial of Poliomyelitis Vaccine: Final Report,"

Poliomyelitis Vaccine Evaluation Center, Université du Michigan, Ann Arbor, avril 1957.

{431}H.Eyer et al.,*Social Medicine and Hygeine: An Evaluation of the Protective Immunization Against Poliomyelitis, Report of the Scientific Committee, 1956. Ce document de 102 pages avec 22*

les graphiques correspondants sont une traduction d'un plus grand rapport allemand de 492 pages d'un article paru dans le Munch Med Wochenschr, le 6 avril 1956. Une copie de la traduction anglaise est en possession des auteurs.

{432}HA Marks, « Conversation avec Paul Meier, entretien avec Harry M. Marks », Essais cliniques, vol. 1, février 2004, p. 131–138.

{433}Edwin H. Lennette, "Pioneer of Diagnostic Virology with the California Department of Public Health", une histoire orale menée en 1982, 1983 et 1986 par Sally Hughes, Regional Oral History Office, The Bancroft Library, University of California, Berkeley, 1988 .

{434}Paul Offit, MD, The Cutter Incident, Yale University Press, 2005, p. 86.

{435}Edwin H. Lennette, "Pioneer of Diagnostic Virology with the California Department of Public Health", une histoire orale menée en 1982, 1983 et 1986 par Sally Hughes, Regional Oral History

Office, The Bancroft Library, Université de Californie, Berkeley, 1988.

{436}Edwin H. Lennette, "Pioneer of Diagnostic Virology with the California Department of Public Health", une histoire orale menée en 1982, 1983 et 1986 par Sally Hughes, Regional Oral History Office, The Bancroft Library, University of California, Berkeley, 1988 .

{437}Sven Gard, « Vaccination prophylactique contre la poliomyélite », Svenska Läkartidningen (Journal du médecin suédois), vol. 53, non. 121(nr3)a, janvier 1956 (3ème semaine), traduit du suédois et distribué par le Oak Park Health Department, Oak Park, Illinois. Réf. p. 8.

{438}N. Nathanson et A. Langmuir, « The Cutter Incident », American Journal of Public Hygiene, vol. 78, non. 1, 1963, p. 29–60.

{439}Ibid., p. 16–81.

{440}Paul Offit, MD, The Cutter Incident, Yale University Press, 2005, p. 89.

{441}L. Scheele et J. Shannon, Rapport technique, Implications pour la santé publique dans un programme de vaccination contre la poliomyélite, 7 juin 1955, p. 7. La copie numérique est en possession des auteurs.

{442}Richard Carter, Percée : La Saga de Jonas Salk, Trident Press, New York, 1965, p.

324.

{443}H. Ratner, « Une histoire de vaccin inédite », Enfant et famille, vol. 21, non. 3, 1993, p. 253–263.

{444}A. Langmuir et N. Nathanson, « The Wyeth Problem », préparé par l'Unité de surveillance de la poliomyélite, Branche d'épidémiologie du Centre des maladies transmissibles, Département de la santé, de l'éducation et du bien-être, 6 septembre 1955.

{445}Les exigences minimales impliquaient des étapes supplémentaires de filtration du vaccin et des tests sur des primates traités à la cortisone.

{446}« Minimum Requirements », 1ère révision, Département américain de la santé, de l'éducation et du bien-être, Service de santé publique, 12 avril 1955, p. 2.

{447}Neal Nathanson,*Mosley vs Health and Human Services, Déclaration, p. 8.*

{448}Gottsdanker c. Cutter Laboratories (1960) 82 Cal. App. 2d 602 (2869:902870:3 ; 2871 : 14–

17) p. 65–69.

{449}P. Meier, « Tests de sécurité du vaccin contre la poliomyélite », Science, vol. 125, 31 mai 1957, p.

1067-1071.

{450}T. Francis et al., Evaluation of the 1954 Field Trial of Poliomyelitis Vaccine: Final Report, Poliomyelitis Vaccine Evaluation Center, University of Michigan, Ann Arbor, avril 1957, p. 152.

{451}JR Paul, A History of Poliomyelitis, Yale University Press, New Haven, Connecticut, 1971, pp. 335–339, 427.

{452}Richard Carter, Percée : La Saga de Jonas Salk, Trident Press, New York, 1965, pp.318–319.

{453}Ratner, Herbert, « A Premature Salk Vaccine, 19 avril 1956 », Child and Family, vol. 20, 1988, p. 255–263.

{454}H. Eyer et al., Une évaluation de l'immunisation protectrice contre la poliomyélite, Rapport du Comité scientifique, Médecine sociale et hygiène, 1956, p. 13. Ce document de 102 pages avec 22 graphiques correspondants est une traduction d'un plus grand rapport allemand de 492 pages d'un article paru dans le Munch

Med. Wochenschr 6 avril 1956. Une copie de la traduction anglaise est en possession des auteurs.

{455}Sven Gard, « Prophylactic Vaccination Against Poliomyelitis, traduit et distribué par le Oak Park Health Department, Oak Park, Illinois », Swedish Physician's Journal, janvier 1956.

Réf. p. 8 de traduction. Fourni par Herbert Ratner, MD. Papier en possession des auteurs.

{456}Sven Gard, « Vaccination prophylactique contre la poliomyélite », Svenska Läkartidningen (Journal du médecin suédois), vol. 53, non. 121(nr3)a, janvier 1956 (3ème semaine), traduit du suédois et distribué par le Oak Park Health Department, Oak Park, Illinois. Réf. p. 6 de traduction. Avec l'aimable autorisation de la succession d'Herbert Ratner. Copie en possession des auteurs.

{457}Gottsdanker contre Cutter Laboratories (1960) 82 Cal.App.2d 602 (2869:902870:3 ; 2871 : 14–17)

.

{458}Edwin H. Lennette, "Pioneer of Diagnostic Virology with the California Department of Public Health", une histoire orale menée en 1982, 1983 et 1986 par Sally Hughes, Regional Oral History Office, The Bancroft Library, University of California, Berkeley, 1988 .

{459}Herbert A. Ratner, « A Premature Salk Vaccine, 19 avril 1956 », Child and Family, vol. 20, 1988, p. 255–263. Faisant référence à une lettre personnelle du Dr Gard, dont une copie est chez les auteurs

possession.

{460}H. Eyer et al., An Evaluation of the Protective Immunization Against Poliomyelitis, Report of the Scientific Committee, Social Medicine and Hygiene, 1956. Ce document de 102 pages avec 22

les graphiques correspondants sont une traduction d'un plus grand rapport allemand de 492 pages d'un article paru dans le Munch Med Wochenschr le 6 avril 1956. Une copie de la traduction anglaise est en possession des auteurs.

{461}Tendances de la poliomyélite, 1958, Bureau fédéral de la statistique, Ottawa, Canada, 29 juin 1959, p.1m.

{462}Herbert Ratner, Déclaration d'Herbert Ratner, Diane Lynn Armbrust Mosley contre Secrétaire du ministère de la Santé et des Services sociaux, 1er octobre 1992.

{463}Rochelle Cutrone, John Lednicky, Glynis Dunn, et al., « Certains vaccins antipoliomyélitiques oraux ont été contaminés par le SV40 infectieux après 1961 », Recherche sur le cancer, vol. 65, non. 22, 15 novembre 2005, p. 10273–10279.

{464}Paola Rizzo, Ilaria Di Resta, Amy Powers, Herbert Ratner et Michele Carbone, «Souches uniques de SV40 dans les poliovaccines commerciales de 1955 non facilement identifiables avec les tests actuels d'infection à SV40», Cancer Research. vol. 59, non. 24, 15 décembre 1999, p. 6103–6108.

{465}F. Qi et al., « Transformation du virus simien 40, mésothéliome malin et tumeurs cérébrales »,

Expert Review of Respiratory Medicine, vol. 5, octobre 2011, p. 683–697.

{466}Idem.

{467}M. Carbone, RA Kratzke et JR Testa, « La pathogenèse du mésothéliome », Seminars in Oncology, vol. 29, février 2002, p. 2–17.

{468}F. Jensen, H. Koprowski, JS Pagano, J. Ponten et RC Ravdin, «Implantation autologue et homologue de cellules humaines transformées in vitro par SV40», Journal of the National Cancer Institute, vol. 32, 1964, p. 917–932.

{469} *Sécurité des vaccins : Foire aux questions sur le cancer, le virus simien 40 (SV40) et le vaccin contre la poliomyélite, Centers for Disease Control and Prevention, 2012.*

{470}D. Bookchin et J. Schumacher, Le virus et le vaccin, St. Martin's, Griffin, New York, 2004, p. 163.

{471}S. Kops, « Re : le débat sur le lien entre le SV40 et le cancer humain se poursuit », Journal de l'Institut national du cancer, vol. 94, non. 3, 6 février 2002, p. 229-230.

{472}D. Bookchin et J. Schumacher, Le virus et le vaccin, St. Martin's, Griffin, New York, 2004.

{473}P. Gerber, GA Hottle et R. Grubbs, "Inactivation du virus vacuolant (SV40) par le formaldéhyde", Actes de la Society for Experimental Biology and Medicine, vol. 108, octobre 1961, p. 205–209.

{474}

Sanofi Pasteur, Vaccin Poliovirus Inactivé, IPOL, 15 octobre 2012,

www.fda.gov/downloads/biologicsbloodvaccines/vaccines/approvedproducts/ucm133479, consulté le 17 juin 2013.

{475}Marx et al., « Diagnostic différentiel de la paralysie flasque aiguë », Revues épidémiologiques, vol.

22, 2000, p. 298–316.

{476}F. Burgess et GR Cameron, « La toxicité du DDT », British Medical Journal, vol. 1, 23 juin 1945, p. 865–871.

{477}M. Biskind, "Empoisonnement au DDT et le 'Virus X' insaisissable : une nouvelle cause de gastro-entérite,"

Journal américain des maladies digestives, vol. 16, non. 3, 1949, p. 79–84. Le papier contient 13

références aux effets du DDT et aux symptômes de la poliomyélite.

{478}Grassly et al., « Nouvelles stratégies pour l'élimination de la poliomyélite en Inde », Science, vol. 314, 17 novembre 2006, p. 1150–1153.

{479}J. Puliyel, C. Sathyamala et D. Banerji, "Efficacité protectrice d'un monovalent oral de type 1

Vaccin contre la polio », The Lancet, vol. 370, 2007, p. 129–130.

{480}C. Sathyamala., « Programme d'éradication de la polio en Inde », The Indian Journal of Medical Research, vol. 125, 2007, p. 695–696.

{481}N. Vashisht et J. Puliyel, « Polio Programme : Let Us Declare Victory and Move On », Indian Journal of Medical Ethics, vol. 9, avril-juin 2012, p. 114-117.

{482}S. Jegouic et al., "Recombination Between Polioviruses and Co-Circulating Coxsackie A Viruses: A Role in the Emergence of Pathogenic Vaccine-Derived Polioviruses", PLoS Pathology, vol. 5, non. 5, mai 2009.

{483}R. Crainic et al., « Rougeole et poliomyélite : vaccin, immunisation et contrôle », dans Natural Evolution of Oral Vaccine Poliovirus Strains, pp. 371–390.

{484}S. Guillot et al., « Échanges génétiques naturels entre les souches de vaccins et de poliovirus sauvages chez l'homme », Journal of Virology, vol. 74, non. 18, septembre 2000, p. 8434–1843.

{485}MM Georgescu, F. Delpeyroux et R. Crainic, « Organisation tripartite du génome d'un vaccin naturel de type 2/poliovirus recombinant non vaccinal », Journal of General Virology, vol. 76, septembre 1995, p. 2343–2348.

{486}Les membres de GAVI comprennent l'OMS, la Banque mondiale, l'Unicef et la Fondation Bill et Melinda Gates, www.gavialliance.org.

{487}"Des doses multiples de vaccin antipoliomyélitique pulsé irritent les gens", Times of India, 25 août 2002.

{488}VI Agol, "Ne laissez pas tomber le vaccin actuel jusqu'à ce que nous en ayons de nouveaux", Nature, 16 juin 2005.

{489}"Données nationales de surveillance de la polio en Inde 2000-2010, données de surveillance de la poliomyélite du NPSP sur la flaccidité aiguë

Paralysie (AFP) et AFP non polio et données démographiques »,

http://jacob.puliyel.com/download.php?id=248.

{490}Nidia H. De Jesus, « Des épidémies à l'éradication : l'histoire moderne de la poliomyélite »,

Journal de virologie, 2007, 470.

{491}« Polio », Société du Massachusetts pour la recherche médicale, Inc., 2004.

{492}Albert B. Sabin, « Conséquences paralytiques de l'infection par la poliomyélite dans différentes parties du monde et dans différents groupes de population », American Journal of Public Health, vol. 41, octobre 1951.

{493}E. Wimmer, « The Test-Tube Synthesis of a Chemical Called Poliovirus: The Simple Synthesis of a Virus Has Far-Reaching Societal Implications », numéro spécial, Rapport de l'Organisation européenne de biologie moléculaire, vol. 7, juillet 2006, pages S3 à S9.

{494}A. Higgins, "Bill Gates promet 10 milliards de dollars pour les vaccins", Huffington Post, 29 janvier 2010.

{495}OMS, « Framework for National Policy Makers in OPV-Using Countries », 2005, www.polioeradication.org/Posteradication.aspx, consulté le 17 juin 2013.

{496}DL Heymann et al., « Une vision d'un monde sans poliomyélite : la stratégie d'arrêt du VPO »,

Produits biologiques, vol. 34, juin 2006, p. 75–79.

{497}OMS, « Cadre pour les décideurs nationaux dans les pays utilisant le VPO », 2005, pp. 6–12.

{498}Jacob Werne, MD, et Irene Garrow, MD, « Choc anaphylactique mortel : occurrence chez des jumeaux identiques après une deuxième injection d'anatoxine diphtérique et d'antigène de la coqueluche », Journal de l'American Medical Association, vol. 131, non. 9, juin 1946, p. 731–732.

{499}Randolph K. Byers, MD, et Frederic C. Moll, MD, « Encéphalopathies après un vaccin prophylactique contre la coqueluche », Pediatrics, vol. 1, non. 4, avril 1948, p. 438–439, 443.

{500}Randolph K. Byers, MD, et Frederic C. Moll, MD, « Encéphalopathies après un vaccin prophylactique contre la coqueluche », Pediatrics, vol. 1, non. 4, avril 1948, p. 444.

{501}JM Berg, « Complications neurologiques de la vaccination contre la coqueluche », British Medical Journal, 5 juillet 1958, p. 27.

{502}Ibid., p. 24.

{503}Justus Ström, « La vaccination universelle contre la coqueluche est-elle toujours justifiée ? British Medical Journal, 22 octobre 1960, p. 1186.

{504}Justus Ström, « La vaccination universelle contre la coqueluche est-elle toujours justifiée ? British Medical Journal, 22 octobre 1960, p. 1186.

{505}Gordon T. Stewart, « La coqueluche en relation avec d'autres infections infantiles en 1977–9 au Royaume-Uni », Journal of Epidemiology and Community Health, vol. 35, 1981, p. 145.

{506}« Vaccination DTC et décès subits de nourrissons — Tennessee », MMWR, vol. 28, non. 11, 23 mars 1979, p. 131–132.

{507}"Suivi de la vaccination DTP et des décès subits de nourrissons - Tennessee, MMWR, vol. 28, non.

12, 30 mars 1979, p. 134-135.

{508}M. Kulenkampff, JS Scwartzman et TJ Wilson, "Complications neurologiques de l'inoculation de la coqueluche", Archives of Disease in Childhood, 1974, vol. 49, p. 48–49.

{509}James D. Cherry, MD MSc; Philip A. Brunell, MD ; Gerald S. Golden, MD ; et David T.

Karzon, MD, « Rapport du groupe de travail sur la coqueluche et l'immunisation contre la coqueluche — 1988 », Pediatrics, vol. 81, non. 6, juin 1998, partie 2, p. 954.

{510}CN Christensen, « Encéphalopathie vaccinale contre la coqueluche », rapport Eli Lilly, 1962, p. dix.

{511}Gordon T. Stewart, « Vaccination contre la coqueluche : efficacité contre risques », The Lancet, 29 janvier 1977, p. 237.

{512}Larry J. Baraff, MD ; Wendy J. Ablon; et Robert C. Weiss, MD, « Association temporelle possible entre la vaccination contre la diphtérie-tétanos et la coqueluche et le syndrome de mort subite du nourrisson », Pediatric Infectious Disease, vol. 2, non. 1, janvier 1983, p. dix.

{513}OTS Bajc, « Convulsions après la vaccination contre le prétussis », Schwiez Med Wochenschr, vol. 110, 20 décembre 1980, p. 13.

{514}Développement de nouveaux vaccins établissant des priorités, Volume I, Maladies d'importance aux États-Unis, première partie d'une étude en deux parties par le Comité sur les questions et les priorités pour le développement de nouveaux

vaccins Division de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, Institut de médecine, Académie nationale Press, Washington, DC, 1985, p. 172–173, 175.

{515}Wolfgang Ehrengut, « Biais dans l'évaluation des complications du SNC après la vaccination contre la coqueluche », Acta Paediatrica Japonica, vol. 33, non. 4, août 1991, p. 426.

{516}Paul E. Fine et Robert T. Chen, « Confusion dans les études sur les réactions indésirables aux vaccins »,

Journal américain d'épidémiologie, vol. 136, non. 2, 1992, p. 127.

{517}« Guide des parents sur la vaccination des enfants », CDC, 1993, pp. 13–14.

{518} *Événements indésirables associés aux vaccins pour enfants : Preuve portant sur la causalité, Comité de la sécurité des vaccins, Institut de médecine, 1994, p. 316.*

{519}« Recommandations pour le vaccin anticoquelucheux à cellules entières », Série de rapports techniques de l'OMS, annexe 6, no. 941, 2007, p. 304.

{520}James D. Cherry, MD, MSc; Philip A. Brunell, MD ; Gerald S. Golden, MD ; et David T.

Karzon, MD, « Rapport du groupe de travail sur la coqueluche et l'immunisation contre la coqueluche — 1988 », Pediatrics, vol. 81, non. 6, juin 1998, partie 2, p. 939.

{521}TM Pollock, E. Miller et J. Lobb, « Gravité de la coqueluche en Angleterre avant et après le déclin de la vaccination contre la coqueluche », Archives of Disease in Childhood, vol. 59, 1984, p.

162.

{522}TM Pollock, E. Miller et J. Lobb, « Gravité de la coqueluche en Angleterre avant et

Après le déclin de la vaccination contre la coqueluche », Archives of Disease in Childhood, vol. 59, 1984, p.

164.

{523}B. Trollfors et E. Rabo, « La coqueluche chez les adultes », British Medical Journal, vol. 283, 12 septembre 1981, p. 697.

{524}DL Miller, R. Alderslade et EM Ross, « Coqueluche et vaccin contre la coqueluche : débat sur les risques et les avantages », Revues épidémiologiques, vol. 4, 1982, p. 15.

{525}Lettre de Victoria Romanus, MD, PhD, Department of Epidemiology Swedish Institute of Infectious Disease Control, Stockholm Suède, 25 août 1995.

{526}Edward B. Shaw, MD, « Vaccin contre la coqueluche », Pediatric Infectious Disease Journal, vol. 2, non.

3, mai/juin 1983, p. 265.

{527}JD Cherry, « Pourquoi les vaccins contre la coqueluche échouent ? » Pédiatrie, vol. 129, non. 5, mai 2012, p.

968–970.

{528}D. Jenkinson, « L'augmentation de la coqueluche peut être due à une reconnaissance et un diagnostic accrus »,

Revue médicale britannique, vol. 21, août 2012, p. 345.

{529}Paul Fine, MD, « Perspectives on Pertussis Efficacy Studies », Groupe interagences pour surveiller le développement des vaccins, 22-24 septembre 1996, p. 13.

{530}James D. Cherry, MD, « L'épidémiologie de la coqueluche : une comparaison de l'épidémiologie de la coqueluche avec l'épidémiologie de l'infection par Bordetella Pertussis », Pediatrics, vol. 115, non. 5, mai 2005, p. 1422.

{531}Jeffrey T. Kirchner, « Manifestations de la coqueluche chez les enfants et les adultes vaccinés »,

Médecin de famille américain, vol. 60, 1er novembre 1999, p. 2148.

{532}JD Cherry, « Pourquoi les vaccins contre la coqueluche échouent ? » Pédiatrie, vol. 129, non. 5, mai 2012, p.

968–970.

{533} *Hugo & Russell's Pharmaceutical Microbiology 8th Edition, Wiley-Blackwell, 2011, p. 161.*

{534}James D. Cherry, MD, MSc; Philip A. Brunell, MD ; Gerals S. Golden, MD; et David T.

Karzon, MD, « Rapport du groupe de travail sur la coqueluche et l'immunisation contre la coqueluche — 1988 », Pediatrics, vol. 81, non. 6, juin 1998, partie 2, p. 951.

{535}Dalya Güriş, Peter M. Strebel, Barbara Bardenheier, Muireann Brennan, RaffiTachdjian, et al.,

"Évolution de l'épidémiologie de la coqueluche aux États-Unis : augmentation de l'incidence signalée chez les adolescents et les adultes, 1990-1996", Clinical Infectious Diseases, vol. 28, 1999, p. 1235.

{536}Roger M. Barkin, MD, et Michael E. Pichichero, MD, « Vaccin diphtérie-coqueluche-tétanos : Réactogénicité des produits commerciaux », Pédiatrie, vol. 63, non. 2, février 1979, p. 260.

{537}Celia Christie, Mary L. Marx, Colin D. Marchant et Shirley F. Reising, « L'épidémie de coqueluche de 1993 à Cincinnati— Résurgence de la maladie dans une population d'enfants hautement immunisés »,

New England Journal of Medicine, vol. 331, 1994.

{538}CU Meyer et al., "Immunité cellulaire chez les adolescents et les adultes après l'administration d'un vaccin anticoquelucheux acellulaire", Immunologie clinique et vaccinale, vol. 14, non. 3, mars 2007, p. 288–292.

{539}JD Cherry et al., "Prévalence des anticorps contre les antigènes de Bordetella pertussis dans des échantillons de sérum obtenus à partir de 1793 adolescents et adultes", Clinical Infectious Diseases, vol. 39, non.

11, décembre 2004, p. 1715–1718.

{540}Idem.

{541}CL Weingart et al., « Caractérisation de la réponse immunitaire bactéricide après vaccination avec des vaccins anticoquelucheux acellulaires chez les adultes », Infection and Immunity, vol. 68, non. 12, décembre 2000, p. 7175–7179.

{542}« Étude : la vaccination contre la coqueluche s'estompe en 3 ans », Associated Press, 19 septembre 2011.

{543}Maxwell A. Witt; Paul H. Katz, MD, MPH ; et David J. Witt, MD, « Durabilité de l'immunité limitée de manière inattendue après la vaccination anticoquelucheuse acellulaire chez les pré-adolescents lors d'une épidémie nord-américaine », Clinical Infectious Diseases, 15 mars 2012.

{544}Maxwell A. Witt; Paul H. Katz, MD, MPH ; et David J. Witt, MD, « Durabilité de l'immunité limitée de manière inattendue après la vaccination anticoquelucheuse acellulaire chez les pré-adolescents lors d'une épidémie nord-américaine », Clinical Infectious Diseases, 15 mars 2012.

{545}James D. Cherry, MD, « L'épidémiologie de la coqueluche : une comparaison de l'épidémiologie de la coqueluche avec l'épidémiologie de l'infection par Bordetella Pertussis », Pediatrics, vol. 115, non. 5, mai 2005, p. 1425.

{546}Edward Rothstein, MD, et Kathryn Edwards, MD, « Charge de santé de la coqueluche chez les adolescents et les adultes », Pediatric Infectious Disease Journal, vol. 24, non. 5, mai 2005, p. S44.

{547}A. Korobeinikova, PK Mainia et WJ Walker, « Estimation du taux de vaccination efficace : la coqueluche en Nouvelle-Zélande comme étude de cas », Journal of Theoretical Biology, vol. 224, 2003, p. 274.

{548}Sarath Ranganathan, Robert Tasker, Robert Booy, ParvizHabibi, Simon Nadel, et al.,

"La coqueluche augmente chez les nourrissons non vaccinés : un changement de politique est-il nécessaire ?" Archives des maladies de l'enfance, vol. 80, 1999, p. 297.

{549}Mike Bykowski, « La coqueluche chez les adultes », International Medical News Group, 1999.

{550}Aaron M. Wendelboe, MSPH ; Annelies Van Rie, MD, PhD; Stefania Salmaso, PhD; et Janet A. Englund, MD, « Durée de l'immunité contre la coqueluche après une infection naturelle ou une vaccination »,

Journal des maladies infectieuses pédiatriques, vol. 24, non. 5, mai 2005, p. S58.

{551}T. Francis, «Sur la doctrine du péché antigénique originel», Actes de l'American Philosophical Society, vol. 104, non. 6, 15 décembre 1960, p. 572–578.

{552}JD Cherry et al., « Détermination de l'anticorps sérique contre la toxine anénylate cyclase de Bordetella Pertussis chez les enfants vaccinés et non vaccinés et chez les enfants et les adultes atteints de coqueluche »,

Maladies infectieuses cliniques, vol. 15, non. 4, février 2004, p. 502–507.

{553}Idem.

{554}JD Cherry et al., "Modèles de réponse des anticorps aux antigènes de la coqueluche de Bordetella chez les jeunes enfants vaccinés (amorcés) et non vaccinés (non amorcés) atteints de

coqueluche", Immunologie clinique et vaccinale, vol. 17, non. 5, mai 2010, p. 741–747.

{555}SL Sheridan et al., "Nombre et ordre des vaccins anticoquelucheux à cellules entières dans la petite enfance et la maladie", Journal de l'American Medical Association, vol. 308, non. 5, 1er août 2012, p. 454–

456.

{556}LC Rosella, « Évaluation de l'impact de la confusion (mesurée et non mesurée) dans une étude cas-témoin pour examiner le risque accru de pandémie A/H1N1 associé à la réception du vaccin contre la grippe saisonnière 2008-2009 », Vaccine, vol. 29, non. 49, 15 novembre 2011, p. 9194–9200.

{557}R. Bodewes et al., "La vaccination annuelle contre le virus de la grippe entrave le développement de l'immunité des cellules T CD8 spécifiques au virus chez les enfants", Journal of Virology, vol. 85, non. 22, novembre 2011, p. 11995–12000.

{558}PEM Fine et JA Clarkson, « Distribution of Immunity to Pertussis in the Population of England and Wales », Journal of Hygiene, vol. 92, non. 1, février 1984, p. 21–26.

{559}JD Cherry, « Épidémiologie de la coqueluche », Pediatric Infectious Disease Journal, vol. 25, non.

4, avril 2006, p. 361–362.

{560}Glen Nowak, PhD, « Communiquer dans des environnements de communication changeants et difficiles »,

2005 Des personnes plus sûres et plus saines, CDC ; « Planification de la saison de vaccination antigrippale 2004-2005 : une analyse de la situation de la communication », CDC, DHHS.

{561}D. Jenkinson, « Évolution naturelle de 500 cas consécutifs de coqueluche : une étude de population en médecine générale », British Medical Journal, vol. 310, février 1995, pp. 299–302.

{562}Edward B. Shaw, MD, « Vaccin contre la coqueluche », Pediatric Infectious Disease Journal, vol. 2, non.

3, mai/juin 1983, p. 265.

{563}Gordon T. Stewart, « La coqueluche en relation avec d'autres infections infantiles en 1977–9 au Royaume-Uni », Journal of Epidemiology and Community Health, vol. 35, 1981, p. 144.

{564}B. Goldman, "Le garde du corps : exploiter les secrets du système immunitaire", Stanford Medicine,

Été 2011.

{565}J. Norrie, « La coqueluche résistante aux vaccins amène l'épidémie à un nouveau niveau », The Conversation, 21 mars 2012.

{566}Octavia et al., "Clones nouvellement émergents de Bordetella Pertussis portant Prn2 et Ptxp3

Allèles impliqués dans l'épidémie australienne de coqueluche en 2008-2010 », Journal of Infectious Diseases, vol. 205, non. 8, 15 avril 2012, p. 1220-1244.

{567}R. Cornford-Nairns, "Construction et caractérisation immunobiologique préliminaire d'un nouveau candidat vaccin anticoquelucheux vivant atténué intranasal, non réversif", Journal of Microbiology and Biotechnology, vol. 22, non. 6, 2012, p. 856–865.

{568}Hossein et al., "Vaccin en aérosol en tant que source inattendue de résultats faussement positifs de la PCR Bordetella Pertussis", Journal of Clinical Microbiology, vol. 50, non. 2, février 2012, p. 472–474.

{569}AE Tozzi et al., « Présentation clinique de la coqueluche chez les enfants non vaccinés et vaccinés au cours des six premières années de vie », Pediatrics, vol. 112, non. 5, novembre 2003, p. 1069-1075.

{570}Idem.

{571}D. Jenkinson, « Évolution naturelle de 500 cas consécutifs de coqueluche : une étude de population en médecine générale », British Medical Journal, vol. 310, février 1995, pp. 299–302.

{572}EK Marcuse, « United States Vaccine Research : A Delicate Fabric of Public and Private Collaboration », Pediatrics, vol. 102, non. 4, partie 1, octobre 1998, p. 1002-1003.

{573}EK Marcuse, « United States Vaccine Research : A Delicate Fabric of Public and Private Collaboration », Pediatrics, vol. 102, non. 4, partie 1, octobre 1998, p. 1002-1003.

{574}Clive E. West, PhD, DSc, « La vitamine A et la rougeole », Nutrition Reviews, vol. 58, non. 2, février 2000, p. S46.

{575}Richard D. Semba, "La vitamine A comme thérapie" anti-infectieuse ", 1920–1940", American Society for Nutritional Sciences, 1999, p. 786.

{576}William L. Laurence, "Vaccin contre la rougeole : les tests avec des virus vivants et tués sont signalés à 96 %

Efficace », New York Times, 19 novembre 1961.

{577} *Statistiques de l'état civil des États-Unis 1963, vol. II—Mortalité, Partie A, pp. 1–18, 1–19, 1–21.*

{578}Idem.

{579}M. Gabr, « Undernutrition and Quality of Life », World Review of Nutrition & Dietetics, vol.49, 1987, pp. 1–21.

{580}Vincent A. Fulginiti, MD ; Jerry J. Eller, MD; Allan W. Downie, MD; et C. Henry Kempe, MD, « Réactivité modifiée au virus de la rougeole : rougeole atypique chez les enfants précédemment immunisés avec des vaccins contre le virus de la rougeole inactivés », Journal de l'American Medical Association, vol. 202, n°12, 18 décembre 1967, p. 1080.

{581}Harrison C. Stetler, MD ; Robert D. Gens, MD; et George R. Seatstrom, MPA, « Réactions locales graves au vaccin vivant contre le virus de la rougeole suite à un programme de vaccination », American Journal of Public Health, 1983, p. 899.

{582}D. Griffin et al., « Vaccins contre la rougeole », Frontiers in Bioscience, vol. 13, janvier 2008, pp.1352–1370.

{583}"Un vaccin contre la rougeole efficace dans les tests - Les injections avec un virus vivant protègent 100 % des enfants en cas d'épidémie", New York Times, 14 septembre 1961.

{584}T. Rønne, "L'infection par le virus de la rougeole sans éruption cutanée chez l'enfant est liée à la maladie chez l'adulte", The Lancet, vol. 325, non. 8419, janvier 1985, p. 1–5.

{585}Sérgio Souza Da Cunha, Laura C. Rodrigues, Mauríco L. Barreto et InêsDourado, «Éclosion de méningite aseptique et d'oreillons après une vaccination de masse avec le vaccin ROR utilisant la souche d'oreillons de Leningrad-Zagreb», Vaccine, vol. 20, 2002, p. 1111.

{586}R. Alderslade et al., "The National Childhood Encephalopathy Study: A Report on 1000 Cases of Serious Neurological Disorders in Infants and Young Children from the NCES Research Team," Whooping Cough: Reports from the Committee on Safety of Medicines and the Joint Committee on Vaccination and Immunisation, Her Majesty's Stationery Office, Londres, Royaume-Uni, 1981, pp. 79–169.

{587}KN Ward et al., « Risque de maladie neurologique grave après la vaccination des jeunes enfants en Grande-Bretagne et en Irlande », Pediatrics, vol. 120, non. 2, août 2007, p. 314–321.

{588}V. Uhlmann et al., "Mécanisme pathogène viral potentiel pour une nouvelle variante de la maladie intestinale inflammatoire", Molecular Pathology. vol. 55, non. 2, avril 2002, p. 84–90.

{589}A. Wakefield et al., "Hyperplasie iléo-lymphoïde-nodulaire, colite non spécifique et trouble envahissant du développement chez les enfants", The Lancet, vol. 351, non. 9103, 28 février 1998, p. 637–641.

{590}L. Hewitson et al., "Acquisition retardée des réflexes néonatals chez les primates nouveau-nés recevant un vaccin contre l'hépatite B contenant du thimérosal : influence de l'âge gestationnel et du poids à la naissance", Neurotoxicologie. vol. 73, non. 19, 2010, p. 1298–1313.

{591}Ibid., Journal of Toxicology and Environmental Health, Partie A, vol. 73, non. 19, 2010, p.

1298–1313.

{592}SJ Walker et al., "Virus persistant de la rougeole iléale dans une grande cohorte d'austistes régressifs

Enfants atteints d'iléocolite et d'hyperplasie lymphonodulaire : une révision d'une étude antérieure »,

Rencontre internationale de recherche sur l'autisme, Montréal, Canada, 3 juin 2006.

{593}H. Kawashima et al., "Détection et séquençage du virus de la rougeole à partir de cellules mononucléaires périphériques de patients atteints de maladie inflammatoire de l'intestin et d'autisme", Digestive Diseases and Sciences, vol. 45, non. 4, avril 2000, p. 723–729.

{594}H. Kawashima et al., "Détection par réaction en chaîne de la polymérase du gène de l'hémagglutinine provenant d'une souche atténuée du vaccin contre la rougeole dans les cellules mononucléaires périphériques d'enfants atteints d'hépatite auto-immune", Archives of Virology, vol. 141, non. 5, 1996, p. 877–884.

{595}G. Jenkin et al., « Quelle est la cause d'une éruption cutanée après la vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole ? »

Journal médical d'Australie, vol. 171, août 1999, p. 194–195.

{596}Idem.

{597}RE Weibel et al., « Encéphalopathie aiguë suivie d'une lésion cérébrale permanente ou d'un décès associé à d'autres vaccins atténués contre la rougeole : un examen des réclamations soumises au Programme national d'indemnisation des blessures causées par les vaccins », Pediatrics, vol. 101, mars 1998, p. 383–387.

{598}A. Bitnun et al., « Encéphalite corporelle à inclusion rougeoleuse causée par la souche vaccinale du virus de la rougeole », Clinical Infectious Diseases, vol. 29, non. 4, octobre 1999, p. 855–861.

{599}Mutations génétiques intentionnelles causées par le passage du virus sauvage d'origine à travers une série d'animaux et de cultures de cellules animales, y compris des cellules de singe (Vero).

{600}T. Nishiwaki et al., "Suspicion d'encéphalite rougeoleuse causée par une rougeole modifiée difficile à diagnostiquer : un rapport de cas", Brain Nerve, vol. 63, non. 1, janvier 2011, p. 75–78.

{601}RT Chen et al., « Anticorps contre la rougeole : réévaluation des titres protecteurs », Journal of Infectious Diseases, vol. 162, non. 5, novembre 1990, p. 1036-1042.

{602}Idem.

{603}RT Chen et al., « Anticorps contre la rougeole : réévaluation des titres protecteurs », Journal of Infectious Diseases, vol. 162, non. 5, novembre 1990, p. 1036-1042.

{604}PRN est le titre de neutralisation de la réduction de la plaque. Les plaques sont des zones sur des boîtes de culture cellulaire où le virus attaque les cellules, démontrant une activité

virale et un manque d'immunité. La réduction de la plaque indique une neutralisation virale.

{605}Chen et al.

{606}Idem.

{607}Le médecin conseil, vol. 118, 1967, p. 79.

{608}"Thaler va tenir une audience au Sénat de l'État pour trouver le moyen le plus rapide d'accélérer le plan", New York Times, 24 février 1965.

{609}David J. Senser, MD ; H. Bruce Dull, MD; et Alexander D. Langmuir, MD, « Base épidémiologique de l'éradication de la rougeole en 1967 », Rapports sur la santé publique, vol. 82, non. 3, mars 1967, p.

256.

{610}Jane E. Brody, "La rougeole sera presque éliminée d'ici 1967, disent les aides-soignants américains", New York Times, 24 mai 1966.

{611}« Recommended Adult Immunization Schedule, by Vaccine and Age Group », États-Unis, Centers for Disease Control, 2013, www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/adult.html.

{612}JD Cherry, « La « nouvelle » épidémiologie de la rougeole et de la rubéole », Hospital Practice, vol. 15, non. 7, juillet 1980, p. 49–57.

{613}Lisa Belkin, "La rougeole, pas encore une chose du passé, révèle les limites d'un ancien vaccin",

New York Times, 25 février 1989.

{614}"Risque de rougeole lié à une lacune dans les vaccinations", New York Times, 16 août 1996.

{615}« Éclosion de rougeole parmi les élèves vaccinés du secondaire — Illinois », MMWR, Centers for Disease Control and Prevention, 22 juin 1984, p. 349.

{616}Gregory A. Poland, MD, et Robert M. Jacobson, MD, «Échec de l'atteinte de l'objectif d'élimination de la rougeole: paradoxe apparent des infections par la rougeole chez les personnes immunisées», Archives of Internal Medicine, 22 août 1994, pp. 1816–1818 .

{617}« Les épidémies de rougeole en 2011 étaient les pires en 15 ans : CDC », Health Day News, 19 avril 2012.

{618}Mark S. Dine, Sonja S. Hutchins, Ann Thomas, Irene Williams et William J. Bellini, et al.,

"Persistance des anticorps anti-rougeoleux induits par le vaccin 26 à 33 ans après la vaccination", Journal of Infectious Diseases, 2004, p. S123.

{619}JD Cherry, « La « nouvelle » épidémiologie de la rougeole et de la rubéole », Hospital Practice, vol. 15, non. 7, juillet 1980, p. 49–57.

{620}JM Heffernan et MJ Keeling, "Implications de la vaccination et du déclin de l'immunité",

Actes de la Royal Society B, vol. 276, 2009.

{621}DL Levy, « L'avenir de la rougeole dans les populations hautement immunisées : une approche de modélisation »,

Journal américain d'épidémiologie, vol. 120, non. 1, juillet 1984, p. 39–48.

{622}A. Casadevall et al., "Une réévaluation de l'immunité humorale basée sur les mécanismes de protection médiée par les anticorps contre les agents pathogènes intracellulaires",

Advances in Immunology, vol. 91, 2006, p. 1–44.

{623}Sallie R. Permar et al., "Contribution limitée de l'immunité humorale à l'élimination de la virémie de la rougeole chez les singes rhésus", Journal of Infectious Diseases, vol. 190, non. 5, 2004, p. 998.

{624}"La rougeole en tant qu'indice de la fonction immunologique", The Lancet, 14 septembre 1968, p. 611.

{625}PJ Lachmann, « Immunopathologie de la rougeole », Actes de la Royal Society of Medicine, vol.

67, novembre 1974, p. 1120.

{626}H. Valdimarsson, Gudrun Agnarsdottir et PJ Lachmann, "Immunité cellulaire dans la panénécéphalite scelrosante subaiguë", Actes de la Royal Society of Medicine, vol. 67, novembre 1974, p.

1125.

{627}Diane E. Griffin et Michael BA Oldstone, Rougeole : Pathogenèse et contrôle, 2009, p.

155.

{628}Sallie R. Permar et al., "Contribution limitée de l'immunité humorale à l'élimination de la virémie de la rougeole chez les singes rhésus", Journal of Infectious Diseases, vol. 190, non. 5, 2004, p. 998.

{629}GA Poland et RM Jacobson, « La réémergence de la rougeole dans les pays développés : il est temps de développer les vaccins contre la rougeole de nouvelle génération ? » Vaccin, vol. 30, non. 2, 5 janvier 2012, p. 103-104.

{630}IH Haralambieva, IG Ovsyannikova, VS Pankratz, RB Kennedy, RM Jacobson et GA Pologne, « La base génétique de la variation de la réponse immunitaire interindividuelle au vaccin contre la rougeole : nouvelle compréhension et nouvelles

approches vaccinales », Expert Review of Vaccines, vol. 12, non. 1, janvier 2013, p. 57–70.

{631}GA Poland et RM Jacobson, « La réémergence de la rougeole dans les pays développés : il est temps de développer les vaccins contre la rougeole de nouvelle génération ? » Vaccin, vol. 30, non. 2, 5 janvier 2012, p. 103-104.

{632}DL Levy, « L'avenir de la rougeole dans les populations hautement immunisées : une approche de modélisation »,

Journal américain d'épidémiologie, vol. 120, non. 1, juillet 1984, p. 39–48.

{633}A. Takada et Y. Kawaoka, «Amélioration dépendante des anticorps de l'infection virale: mécanismes moléculaires et implications in vivo», Reviews in Medical Virology, vol. 13, non. 6, novembre-décembre 2003, p. 387-398.

{634}Sukathida Ubol et Scott B. Halstead, "Comment les mécanismes immunitaires innés contribuent aux infections virales renforcées par les anticorps", Immunologie clinique et vaccinale, vol. 17, non. 12, décembre 2010, pp.1829–1835.

{635}I. Yankov et al., "L'amélioration médiée par les anticorps anti-immunoglobuline G de l'infection par le virus de la rougeole peut contourner la réponse immunitaire antivirale protectrice", Journal of Virology, septembre

2006, p. 8530–8540.

{636}D. Griffin et al., « Vaccins contre la rougeole », Frontiers in Bioscience, vol. 13, janvier 2008, p.

1352–1370.

{637}W. Huisman et al., « Amélioration induite par le vaccin des infections virales », Vaccine, vol. 27, 2009, p. 505–512.

{638}AZ Kapikian et al., "Une étude épidémiologique de la réactivité clinique altérée à l'infection par le virus respiratoire

syncytial", American Journal of Epidemiology, vol. 89, non. 4, avril 1969, p. 405–

421.

{639}W. Huisman et al.

{640}A. Casadevall et al., "Une réévaluation de l'immunité humorale basée sur les mécanismes de protection médiée par les anticorps contre les agents pathogènes intracellulaires",

Progrès en immunologie, vol. 91, 2006, p. 1–44.

{641}EA Mitchell et al., « Immunisation contre la rougeole dans le sud d'Auckland », New Zealand Medical Journal, vol. 98, non. 791, 27 novembre 1985, p. 1016-1017.

{642}VAA Jansen, N. Stollenwerk, HJ Jensen, ME Ramsay, WJ Edmunds, et al., « Épidémies de rougeole dans une population avec mise à jour des vaccins en déclin », Science, vol. 301, 8 août 2003, p.

804.

{643}Saad B. Omer, MB, BS, PhD, MPH ; Daniel A. Salmon, Ph.D., MPH ; Walter A. Orenstein, MD ; M. Patricia deHart, ScD; et Neal Halsey, MD, « Refus de vaccin, immunisation obligatoire et risques de maladies évitables par la vaccination », The New England Journal of Medicine, 7 mai 2009.

{644}Rougeole—Questions-réponses sur les maladies et les vaccins, Centers for Disease Control and Prevention, novembre 2012, www.cdc.gov/vaccines/vpd-vac/measles/faqs-dis-vac-risks.htm.

{645}« Measles Serologic Techniques », Centers for Disease Control and Prevention, www.cdc.gov/measles/lab-tools/serology.html, consulté le 19 juillet 2013.

{646}« Rougeole », dans Manual for the Surveillance of Vaccine-Preventable Diseases, 5e éd., 2012, Centers for Disease Control

and Prevention, www.cdc.gov/vaccines/pubs/surv-manual/chpt07-measles.html#case, consulté le 5 juillet 2013.

{647}JS Rota, CJ Hickman, SB Sowers, PA Rota, S. Mercader, et al., « Deux études de cas de rougeole modifiée chez des médecins vaccinés exposés à des cas primaires de rougeole : risque élevé d'infection mais faible risque de transmission », Journal of Infectious Maladie, vol. 204, suppl. 1, juillet 2011, pages S559–63.

{648}

Rougeole

fiche descriptive,

Nouveau

Sud

Pays de Galles

Ministère

de

Santé,

Australie,

www0.health.nsw.gov.au/factsheets/guideline/measles.html, consulté le 10 décembre 2012.

{649}J. Brody et al., "Measles Vaccine Field Trials in Alaska," Journal of the American Medical Association, vol. 189, août 1964, p. 339–342.

{650}« Rougeole, oreillons et rubéole—Utilisation des vaccins et stratégies pour l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale et le contrôle des oreillons : Recommandations du Comité consultatif sur les pratiques d'immunisation (ACIP) », MMWR, vol. 47, non. RR-8,

Centers for Disease Control and Prevention, 22 mai 1998, pp. 1–57.

{651}T. Rønne, "L'infection par le virus de la rougeole sans éruption cutanée chez l'enfant est liée à la maladie chez l'adulte", The Lancet, vol. 325, non. 8419, janvier 1985, p. 1–5.

{652}T. Rønne, "L'infection par le virus de la rougeole sans éruption cutanée chez l'enfant est liée à la maladie chez l'adulte", The Lancet, vol. 325, non. 8419, janvier 1985, p. 1–5.

{653}RS Sharma, « Une étude épidémiologique de l'épidémie de rougeole dans le district de Bhilwara, Rajasthan », Journal of Communicable Diseases, vol. 20, décembre 1988, p. 301–311.

{654}T. Rønne, "L'infection par le virus de la rougeole sans éruption cutanée chez l'enfant est liée à la maladie chez l'adulte", The Lancet, vol. 325, non. 8419, janvier 1985, p. 1–5.

{655}JD Cherry, « La « nouvelle » épidémiologie de la rougeole et de la rubéole », Hospital Practice, vol. 15, non. 7, juillet 1980, p. 49–57.

{656}RT Chen et al., « Anticorps contre la rougeole : réévaluation des titres protecteurs », Journal of Infectious Diseases, vol. 162, non. 5, novembre 1990, p. 1036-1042.

{657}T. Rønne, "L'infection par le virus de la rougeole sans éruption cutanée chez l'enfant est liée à la maladie chez l'adulte", The Lancet, vol. 325, non. 8419, janvier 1985, p. 1–5.

{658}T. Rønne, "L'infection par le virus de la rougeole sans éruption cutanée chez l'enfant est liée à la maladie chez l'adulte", The Lancet, vol. 325, non. 8419, janvier 1985, p. 1–5.

{659}De Serres et al., "Risque plus élevé de rougeole lorsque la première dose d'un calendrier à 2 doses de vaccin contre la rougeole est administrée entre 12 et 14 mois par rapport à l'âge de 15 mois", Clinical Infectious Diseases, vol. 55, non. 3, août 2012, p. 394–402.

{660}RJ Biellik et al., « Stratégies pour minimiser la transmission nosocomiale de la rougeole », Bulletin Organisation mondiale de la santé, vol. 75, non. 4, 1997, p. 367–375.

{661}T. Rønne, "L'infection par le virus de la rougeole sans éruption cutanée chez l'enfant est liée à la maladie chez l'adulte", The Lancet, vol. 325, non. 8419, janvier 1985, p. 1–5.

{662}T. Rønne, "L'infection par le virus de la rougeole sans éruption cutanée chez l'enfant est liée à la maladie chez l'adulte", The Lancet, vol. 325, non. 8419, janvier 1985, p. 1–5.

{663}SA Silfverdal et al., « Allaitement maternel et diagnostic ultérieur de la rougeole », Acta Paediatr, vol. 98, non. 4, avril 2009, p. 715–719.

{664}M. Parmely et al., "Immunité à médiation cellulaire colostrale et concept d'un système immunitaire sécrétoire commun", Journal of Dairy Science, vol. 60, non. 4, avril 1977, p. 655–665.

{665}C. Le Jan, "Composants cellulaires des sécrétions mammaires et de l'immunité néonatale : une revue",

Recherche vétérinaire, vol. 27, nos. 4–5, 1996,

p. 403–417.

{666}J. Schlesinger et al., "Evidence for Transmission of Lymphocyte Responses to Tuberculin by BreastFeeding," The Lancet, septembre 1977, pp. 529–532.

{667}C. Hirschman et M. Butler, « Tendances et différences dans l'allaitement maternel : une mise à jour »,

Démographie, vol. 18, non. 1, février 1981, p. 39–54.

{668}Idem.

{669}CDC Breastfeeding Report Card—États-Unis, 2012,

www.cdc.gov/breastfeeding/data/reportcard.htm.

{670}C. Le Jan, "Composants cellulaires des sécrétions mammaires et de l'immunité néonatale : une revue",

Recherche vétérinaire, vol. 27, nos. 4–5, 1996, p. 403–417.

{671}M. Papania et al., « Susceptibilité accrue à la rougeole chez les nourrissons aux États-Unis »,

Pédiatrie, vol. 1045, non. 5, e59, novembre 1999, p. 1–6.

{672}Hong Zhao, Pei-Shan Lu, Yali Hu, QiaozhenWu, Wenhu Ya1, et al., « Faibles titres d'anticorps contre la rougeole chez les mères dont les nourrissons ont souffert de la rougeole avant l'âge éligible pour la vaccination contre la rougeole », Virology Journal, 2010.

{673} *Manuel de médecine d'Oxford, vol. 1, 2005, p. 357.*

{674}E. Leuridan, N. Hens, V. Hutse, M. Ieven, M. Aerts, et al., "Early Waning of Maternal Measles Antibodies in Era of Measles Elimination: Longitudinal Study", British Medical Journal, 2010.

{675}SA Silfverdal et al., « Allaitement maternel et diagnostic ultérieur de la rougeole », Acta Paediatr, vol. 98, non. 4, avril 2009, p. 715–719.

{676}Idem.

{677}Ohsaki et al., « Immunité passive réduite contre la rougeole chez les nourrissons de mères qui n'ont pas été exposées à des épidémies de rougeole », Scandinavian Journal of Infectious Diseases, vol. 31, p. 17–19.

{678}Kim et al., "Insights into the Regulatory Mechanism Controlling the Inhibition of Vaccine-Induced Seroconversion by Maternal Antibodies", Blood. vol. 117, non. 23, 9 juin 2011, p. 6143–6151.

{679}D. Stephens et al., « Déficit subclinique en vitamine A : un problème potentiellement non reconnu aux États-Unis », Pediatric Nursing Journal, vol. 22, non. 5, septembre-octobre 1996, p. 377-389.

{680}E. Mayo-Wilson, A. Imdad, K. Herzer, MY Yakoob et ZA Bhutta, "Suppléments de vitamine A pour prévenir la mortalité, la maladie et la cécité chez les enfants de moins de 5 ans : examen systématique et méta-analyse", British Medical Journal , 25 août 2011.

{681}DN McMurray, « Immunité à médiation cellulaire dans les carences nutritionnelles », Progress in Food & Nutrition Science, 1984, p. 193.

{682}HC Whittle, J. Dossetor, ADM Brysceson et BM Greeenwood, « Immunité à médiation cellulaire pendant l'infection naturelle par la rougeole », Journal of Clinical Investigation, septembre 1978, p.684.

{683}Paul D. Hoeprich, Maladies infectieuses : un traité moderne des processus infectieux, Harper and Row Publishers, 1977, pp. 691, 696.

{684}"La vitamine A est trouvée pour attaquer la maladie", New York Times, 9 septembre 1936.

{685}Adrianne Bendich, « Vitamines et immunité », Journal of Nutrition, vol. 122, non. 3, 1er mars 1992, p. 603.

{686}D. Stephens et al., « Déficit subclinique en vitamine A : un problème potentiellement non reconnu aux États-Unis », Pediatric Nursing Journal,

vol. 22, non. 5, septembre-octobre 1996, p. 377-389.

{687}David C. Morley, « La rougeole dans le monde en développement », Actes de la Royal Society of Medicine, vol. 67, novembre 1974, p. 1114.

{688}A. Foster et A. Sommer, « Ulcération cornéenne, rougeole et cécité infantile en Tanzanie », British Journal of Ophthalmology, vol. 71, 1987, p. 331–343.

{689}Wafaie W. Fawzi, MD ; Thomas C. Chalmers, MD ; M. Guillermo Herrera, MD ; et Frederick Mosteller, Ph.D., « Supplémentation en vitamine A et mortalité infantile : une méta-analyse », Journal de l'American Medical Association, 17 février 1993, p. 901.

{690}Prakash Shetty, Nutrition Immunity & Infection, 2010, p. 82.

{691}Antonio C. Arrieta, MD ; Margaret Zaleska, inf.; Harris R. Stutman, MD; et Melvin I. Marks, MD, «Niveaux de vitamine A chez les enfants atteints de rougeole à Long Beach, Californie», The Journal of Pediatrics, juillet 1992, p.75.

{692}Clive E. West, PhD, DSc, « La vitamine A et la rougeole », Nutrition Reviews, vol. 58, non. 2, p. S47.

{693}S. Songül Yalçin, MD, et Kadriye Yurdakök, MD, « Différences spécifiques au sexe dans le sérum

Valeurs de la vitamine A après la vaccination contre la rougeole », The Pediatric Infectious Disease Journal, 1999, p.747.

{694}Kenneth Sim et Timonthy W. Evans, « Leçons tirées de la vaccination contre la rougeole dans les pays en développement », British Medical Journal, vol. 307, novembre 1993, p. 1205.

{695}NP Thompson, SM Montgomery, RE Pounder et AJ Wakefield, "La vaccination contre la rougeole est-elle un facteur de risque pour les maladies inflammatoires de l'intestin?" The Lancet, 29 avril 1995, p. 1073.

{696}M. Joffe et al., "Sous-ensembles de lymphocytes dans la rougeole : sous-population auxiliaire/inductrice déprimée inversée par un traitement in vitro avec du lévamisole et de l'acide L-ascorbique", The Journal of Clinical Investigation, vol. 72, non. 3, mai 1983, p. 971–980.

{697}Fred R. Klenner, MD, "Le traitement de la poliomyélite et d'autres maladies virales avec de la vitamine C", Southern Medicine & Surgery, juillet 1949.

{698}JC Butler et al., « Gravité de la rougeole et concentration sérique de rétinol (vitamine A) chez les enfants aux États-Unis », Pediatrics, vol. 81, non. 6, juin 1993, p. 1176–81.

{699}MA Beck et OA Levander, "Host Nutritional Status and Its Effect on a Viral Pathogen,"

Le Journal des maladies infectieuses, vol. 182, suppl. 1, septembre 2000, S93–S96.

{700}Yilmaz et al., « Panencéphalite sclérosante subaiguë : y a-t-il quelque chose de différent chez les jeunes enfants ? » Cerveau et développement, vol. 28, non. 10, novembre 2006, p. 649–52.

{701}Idem.

{702}P. Ip et al., « Panencéphalite sclérosante subaiguë chez les enfants : prévalence dans le sud de la Chine »,

Neurologie pédiatrique, vol. 31, non. 1, juillet 2004, p. 46–51.

{703}PR Dyken, SC Cunningham et LC Ward, "Caractère changeant de la panencéphalite sclérosante subaiguë aux États-Unis", Neurologie pédiatrique. vol. 5 non. 6, novembre-décembre 1989, p. 339-341.

{704}A. Bitnun et al., « Encéphalite corporelle à inclusion rougeoleuse causée par la souche vaccinale du virus de la rougeole », Clinical Infectious Diseases, vol. 29, non. 4, octobre 1999, p. 855–861.

{705}De grandes quantités de protéines perdues dans l'urine à partir du sang se caractérisent par une protéinurie, une hypoalbuminémie, une hyperlipidémie et un œdème.

{706}C. von Pirquet, « Das verhalten der kutanen Tuberculin Reaktion wahrend Masern », Deutsche Medizinische Wochenschrilt, vol. 34, 1908, p. 1297.

{707}RW Blumberg et HA Cassady, «Effet de la rougeole sur le syndrome néphrotique», Archives of Disease in Childhood, vol. 73, non. 2, février 1947, p. 151–166.

{708}G. Oberg, «Effet de la rougeole sur le syndrome néphrotique», UpsalaLakareforen Forh, vol. 15,

Non. 54(1–2), mars 1949, p. 85–89.

{709}D. Gairdner, « Un cas notable de néphrose », Archives of Disease in Childhood, vol. 53, non.

5, mai 1978, p. 63–365.

{710}Idem.

{711}D. Gairdner, « Un cas notable de néphrose », Archives of Disease in Childhood, vol. 53, non.

5, mai 1978, pp.63–365.

{712}A. Langmuir, « L'importance de la rougeole en tant que problème de santé », American Journal of Public Health, vol. 52, non. 2, 1962, p. 1–4.

{713}Idem.

{714}Krahling and Wlochowski v. Merck & Co., Inc., action civile # 10-4374(CDJ), plainte pour violation de la loi fédérale sur les fausses déclarations, United States District Court for the Eastern District of Pennsylvania, déposée le 27 août 2010 .

{715}Idem.

{716}R. Harling et al., « L'efficacité de la composante oreillons du vaccin RRO : une étude cas-témoins », Vaccine, vol. 23, non. 31, juillet 2005, p. 4070–4074.

{717}Henry E. Sigerist, Civilization and Disease, Cornell University Press, New York, 1943, pp.

8–9, 55.

{718}"Peu de subsistance"*Le magazine américain de connaissances utiles et divertissantes, vol.*

II, Boston, 1836, p. 348.

{719}Sir John McNeil, GCB,*Report of the Board of Supervision on the Western Highlands and Islands, 1850, p. 50.*

{720}« L'État d'Irlande », The Spectator, vol. 19, 1846, p. 174–175.

{721}Roy Porter, Le plus grand avantage pour l'humanité, Harper Collins, New York, 1997, p. 398.

{722}A. Nicholson,*Annales de la famine en Irlande en 1847, 1848 et 1849, New York, 1851, p.*

90.

{723}"La famine en Russie, les fonds de la Croix-Rouge sont épuisés et les paysans meurent", New York Times, 24 mars 1899.

{724}Harold Henry Fisher,*La famine en Russie soviétique, 1919-1923 : les opérations de l'American Relief Administration, 1927, p. 300.*

{725}"De grands hôtes périssent dans le sillage de la guerre, des centaines de milliers de personnes seraient mortes de

Hunger and Disease, Talk of Cannibalism », New York Times, 16 décembre 1919.

{726} *Deuxième rapport annuel du Conseil de santé du district de Columbia, 1873, p. 121.*

{727}Nicolai Shiffkoff, « Dans la vallée de l'ombre », The Friend—A Religious and Literary Journal, vol. LXXX, Philadelphie, 1907, p. 244.

{728}KD Sagun, JM Cárcamo et DW Golde, "La vitamine C pénètre dans les mitochondries via le transporteur de glucose facilitateur 1 (Glut1) et confère une protection mitochondriale contre les

lésions oxydatives", The FASEB Journal, vol. 19, non. 12, octobre 2005, p. 1657–1667.

{729}CS Johnston et C. Corte, "Flux de carnitine tissulaire chez les cobayes appauvris en vitamine C", Journal of Nutritional Biochemistry, vol. 10, non. 12, décembre 1999, p. 696–699.

{730}S. Sharma et SM Black, « Homéostasie de la carnitine, fonction mitochondriale et maladie cardiovasculaire », Drug Discovery Today : Disease Mechanisms, vol. 6, nos. 1–4, 2009, p.

e31–e39.

{731}William A. Guy, « Conférences sur la santé publique, adressées aux étudiants du département théologique du King's College », Medical Times, vol. 23, janvier-28 juin 1851, p. 283.

{732}Kenneth Carpenter, L'histoire du scorbut et de la vitamine C, 1986, p. 112.

{733} *Report of the Unveiling and Dedication of Indiana Monument at Andersonville, Georgia (National Cemetery), jeudi 26 novembre 1908, pp. 73–102.*

{734}« Le scorbut à Pottsville », New York Times, 25 juin 1882.

{735}C. Marsh Beadnell, RN, « Sur le déclin du scorbut », Guy's Hospital Gazette, 1899, p. 349.

{736}Roy Porter, Le plus grand avantage pour l'humanité, Harper Collins, New York, 1997, p. 401.

{737}«Scorbut infantile», New Albany Medical Herald, 1907, p. 240.

{738}P. Sharma et al., "Amélioration médiée par l'ascorbate de la génération d'espèces réactives à l'oxygène à partir de leucocytes polymorphonucléaires : effet modulateur de l'oxyde nitrique", Journal of Leukocyte Biology, vol. 75, juin 2004, p. 1075-1076.

{739}Fred R. Klenner, MD, "Le traitement de la poliomyélite et d'autres maladies virales avec de la vitamine C", Southern Medicine & Surgery, juillet 1949.

{740}Fred R. Klenner, MD, "L'utilisation de la vitamine C comme antibiotique", Journal of Applied Nutrition, 1953.

{741}Idem.

{742}Fred R. Klenner, MD, "L'utilisation de la vitamine C comme antibiotique", Journal of Applied Nutrition,

1953.

{743}WJ McCormick, MD, "L'acide ascorbique en tant qu'agent chimiothérapeutique", Archives of Pediatrics, vol. 69, non. 4 avril 1952.

{744}C. Vilchèze, T. Hartman, B. Weinrick et WR Jacobs Jr., « Mycobacterium Tuberculosis est extrêmement sensible à la destruction par une réaction de Fenton induite par la vitamine C », Nature Communications, vol.4, no. 1881, mai 2013, p. 1–10.

{745}Claus W. Jungleblut, « Autres observations de la thérapie à la vitamine C dans la poliomyélite expérimentale », Journal of Experimental Medicine, septembre 1937, pp. 470–471.

{746}T. Otani, «Concernant la thérapie à la vitamine C de la coqueluche», Klinische Wochenschrift, vol. 15, non. 51, décembre 1936, p. 1884–1885.

{747}EL Vermillion et al., "Un rapport préliminaire sur l'utilisation de l'acide cévitamique dans le traitement de la coqueluche", Journal de la Kansas Medical Society, vol. XXXIX, non. 11, novembre 1938, p. 469, 479.

{748}MJ Ormerod et coll., « Traitement à l'acide ascorbique (vitamine C) de la coqueluche », Journal de l'Association médicale canadienne, vol. 36, non. 2, août 1937, p. 134–136.

{749}T. Sessa, « Thérapie vitaminique de la coqueluche », Riforma Medica, vol. 56, 1940, p. 38.

{750}K. Meier, « Traitement à la vitamine C de la coqueluche », Ann Pediatr (Paris), vol. 164, 1945, p. 50.

{751}Patrick H. Warnke et al., "La bataille contre les souches multi-résistantes : Renaissance des huiles essentielles antimicrobiennes en tant que force prometteuse pour lutter contre les infections nosocomiales", Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery, vol. 37, non. 1, octobre 2007.

{752}TD Atkins, MRCS (Royal College of Surgeons), « Traitement du choléra — À l'éditeur du Lancet », The Lancet, 23 mars 1878, p. 445.

{753}Cornelius E. Billington, MD, Diphtérie : sa nature et son traitement, William Wood and Company, New York, 1889, p. 183.

{754}«La cannelle comme antiseptique interne», Cincinnati Lancet-Clinic, 1er juillet 1899, p. 352.

{755}"L'huile de cannelle dans le traitement de la grippe", The Kansas City Medical Index-Lancet, vol.

XXVIII, non. 1, janvier 1907, p. 92.

{756}T. Shadick Higgins, MD, « La prévention de la mortalité par rougeole », Maternity and Child Welfare, vol. 1, non. 2, février 1917, page 7.

{757}"La cannelle arrête la rougeole", New York Times, 12 août 1917.

{758}"La cannelle comme agent préventif de la rougeole", American Druggist Pharmaceutical Record, New

York, novembre 1919, p. 47.

{759}« Médicaments végétaux », The Small Farmer, septembre 1903, p. 179.

{760}« L'ail dans la tuberculose pulmonaire », les archives de Merck sur la matière médicale et la pharmacothérapie, vol. III, 1901, p. 357.

{761}"Ail pour la consommation", Otago Witness, non. 2530, 10 septembre 1902, p. 64.

{762}« Ail », The Medical Council, vol. IX, 1904, p. 420.

{763}"Les utilisations thérapeutiques de l'ail", Dossier médical - Journal hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1er septembre 1917, p. 376.

{764}Shyh-ming Tsao, Cheng-chin Hsu et Mei-chin Yin, "L'extrait d'ail et deux sulfures de diallyle inhibent l'infection à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline chez les souris BALB/Ca", Journal of Antimicrobial Chemotherapy, octobre 2003, p. 979.

{765}« L'échinacée dans la variole », The Medical Summary, 1901, p. 303.

{766}AB Mathews, MD, "Echinacea—Some of Its Uses in Modern Surgery," Transaction of the Medical Association of Georgia, 1904, pp. 394, 395.

{767}"Valeur de l'échinacée,"*Le bulletin médical : un journal mensuel de médecine et de chirurgie, vol. 27, 1905, p. 177–178.*

{768}« Un remède contre la fièvre typhus — Gen. Rivera a sauvé des milliers de vies grâce à l'utilisation de la racine de jicama », New York Times, 15 mai 1893.

{769}"Le jus de légumes, un nouveau remède contre la consommation, essayé avec succès à l'hôpital post-universitaire, 11 supposé être guéri", New York Times, 25 août 1905.

{770}John F. Russell, MD,*Rapport de cinquante-cinq guérisons apparentes de la tuberculose pulmonaire survenant chez des*

travailleurs qui ont été traités dans un dispensaire sans interruption de leur travail, New York, février 1906, p. 9.

{771}Adrianne Bendich, "β-carotène et la réponse immunitaire", Actes de la Nutrition Society, 1991, p. 263.

{772}"L'acide acétique dans la scarlatine,"*American Homoeopathist—A Monthly Journal of Medical Surgical and Sanitary Science, vol. 1, non. 1, juillet 1877, p. 73.*

{773}« Vinaigre pour prévenir la variole », The Critique, 15 janvier 1899, p. 289.

{774}Cleveland Journal of Medicine, vol. VI, non. 1, 1901, p. 58.

{775}GW Harvey, MD, « Vaccination »,*Transactions du National Eclectic Medical*

Association des États-Unis d'Amérique, vol. 30, 1902, pixels

{776}«Huile de foie de morue dans la convalescence des maladies pulmonaires aiguës», Annals of Gynecology and Pediatry, vol. 21, 1909, p. 24.

{777}Maurice Fishberg, MD, Tuberculose pulmonaire, Lea & Febiger, Philadelphie et New York, 1919 , p. 632.

{778}Richard D. Semba, "La vitamine A comme thérapie" anti-infectieuse ", 1920–1940", American Society for Nutritional Sciences, 1999, p. 786.

{779}A. Dworetzky, MD, "Quelques autres expériences avec l'argent soluble", New England Medical Monthly, vol. XXI, non. 1, janvier 1902, p. 202.

{780}WL Martin, « Susquehanna »,*Le Supplément au United States Naval Medical Bulletin, no. 10, juillet 1919, p. 77.*

{781}« Vaccination », Encyclopædia Britannica, The Henry G. Allen Company, New York, vol.

XXIV, 1890, p. 23–30.

{782}Encyclopedia Britannica, The Saalfield Publishing Company, Akron, Ohio, 1903, p. 6119–

6121.

{783}« Thérapie vaccinale », Encyclopædia Britannica, The Encyclopædia Britannica Company, New York, vol. XV, 1922, p. 319–321.

{784}Idem.

{785}Chambre des représentants, 1912, annexes aux journaux parlementaires, session 2 V. iv. Page 108 du rapport du directeur général de la Santé.

{786}Loi sur la sécurité des consommateurs de 1972, audiences devant le sous-comité sur la réorganisation de l'exécutif et la recherche gouvernementale, 92e congrès, deuxième session, S. 3419, 20, 23 avril et 3, 4 mai, pp.

346–348, 435.

{787}HJ Parish, « Charles Cyril Okell », Journal Hygiène, mai 1939, vol. XXXIX, non. 3, p. 217–

224.

{788}Charles Cyril Okell, « From a Bacteriological Back-Number », The Lancet, 1er janvier 1938, pp. 48-49.

{789}Ralph R. Scobey, MD, « The Poison Cause of Poliomyelitis and Obstructions to Its Investigation », Arch Pediatr, avril 1952, pp. 172–93.

{790}Paul A. Offit, MD,*Choix mortels – Comment le mouvement anti-vaccin nous menace tous, 2011, pp. 106, 125.*

{791}Saad B. Omer et al., « Le refus de la vaccination met en danger la santé publique », Epidemics, 2011, p. 171.

{792}RP Garrow, "Taux de mortalité de la variole chez les vaccinés et non vaccinés", British Medical Journal, 14 janvier 1928, p. 74.

{793}Charles Cyril Okell, « From a Bacteriological Back-Number », The Lancet, 1er janvier 1938, pp. 48-49.

{794}Paul A. Offit, MD,*Choix mortels—Comment le mouvement anti-vaccin nous menace tous, 2011, p. xii.*

{795}Vital Statistics of the United States 1937 Part I, US Bureau of the Census, 1939, pp. 11–12; 1938 Partie I, US Bureau of the Census, 1940, p. 12; 1943 Partie I, US Bureau of the Census, 1945; 1944

Partie I, US Bureau of the Census, 1946, p. XXII-XXIII ; 1949 Partie I, US Public Health Service, 1951, p.XLIV ;

US Census Bureau, Résumé statistique des États-Unis : 2003 ;

www.census.gov/statab/hist/HS-01.pdf.

{796}TM Pollock, E. Miller et J. Lobb, « Gravité de la coqueluche en Angleterre avant et après le déclin de la vaccination contre la coqueluche », Archives of Disease in Childhood, vol. 59, 1984, p.162.

{797}Paul A. Offit, MD,*Choix mortels—Comment le mouvement anti-vaccin nous menace tous, 2011, p. 16.*

{798}Record of Mortality in England and Wales for 95 years tel que fourni par le bureau des statistiques nationales, 1997; Tableau de l'Agence de protection de la santé : notification des décès, Angleterre et Pays de Galles, 1970-2008.

{799}Sœur Jeffrey Engelhardt; Neal A. Halsey, MD; Donald L. Eddins; et Alan R. Hinman, MD,

« Mortalité par rougeole aux États-Unis 1971-1975 », American Journal of Public Health, vol. 70, non. 11, novembre 1980, p. 1166–1169.

{800}Sandra W. Roush, MT, MPH ; Trudy V. Murphy, MD ; et le groupe de travail sur le tableau des maladies à prévention vaccinale, « Comparaisons historiques de la morbidité et de la

mortalité pour les maladies à prévention vaccinale aux États-Unis », Journal of the American Medical Association, vol. 298, non. 18, 14 novembre 2007, p. 2155–2163.

{801}U. Friedemann, « Épidémiologie des maladies infectieuses des enfants », The Lancet, vol. 2, août 1928, p. 211–217.

{802}Gaylord W. Anderson, « Immunisation contre la scarlatine avec la toxine formalinisée : un rapport préliminaire », American Journal of Public Health, vol. 28, non. 2, février 1938, p. 123–136.

{803}M. Schaeffer et J. Toomey, « Immunisation contre la scarlatine avec la toxine érythrogénique précipitée à l'acide tannique », Pediatrics, vol. 1, 1948, p. 188–194.

{804}LF Ayvazian et TL Badger, "Lupus arythémateux disséminé survenant parmi

Étudiants infirmiers », The New England Journal of Medicine, vol. 239, non. 16, octobre 1948, p. 565–570.

{805}« Parent's Guide to Childhood Immunizations », Département américain de la santé et des services sociaux, 1994.

{806}Irwin W. Sherman,*Douze maladies qui ont changé notre monde, 2007, p. 66.*

{807}Walter F. Willcox, «Diminution du taux de mortalité»,*Introduction aux statistiques de l'état civil des États-Unis, 1900 à 1930, p. 20.*

{808}Seth Mnookin, Le virus panique, Simon & Schuster, 2011, p. 18.

Plan du document

- Avant-propos du Dr Jayne LM Donegan
- Présentation des auteurs
- Terminologie
- 1. Les jours pas si bons du passé
- 2. Souffrez les petits enfants
- 3. La maladie — un mode de vie
- 4. La variole et le premier vaccin
- 5. Vaccins contaminés
- 6. La grande démonstration
- 7. L'expérience rebelle
- 8. Le pouvoir de l'État
- 9. Le cas d'Arthur Smith Jr.
- 10. La révolution de la santé
- 11. L'incroyable déclin
- 12. La «disparition» de la poliomyélite
- 13. Coqueluche
- 14. Rougeole
- 15. Famine, scorbut et vitamine C
- 16. Remèdes perdus
- 17. Croyance et peur
- Liste des photographies

- Liste des graphiques
- Liste des figures
- à propos des auteurs
- Notes de fin