

# Stivkrampevaccine

Fra [http://www.vaccinetruth.org/page\\_8.htm](http://www.vaccinetruth.org/page_8.htm) . Oversat til dansk 2010-05-15 af [Thomas Wagner Nielsen](#):

## “Stivkrampevaccine [Tetanus]

Den næste vaccine i denne gruppe er stivkrampe. Stivkrampe opstår, når et sår ikke rengøres ordentligt og bakterien bliver fanget i såret og afskåret fra ilt. Typisk vil dette være et stiksår, hvor huden vil lukke hurtigt og efterlader infektion nedenunder som med et rustent søm. Sår der bløder vil aldrig resultere i stivkrampe fordi tetanus bacillus er anaerob. Information taget fra indlægssedlen fra den farmaceutiske virksomhed, der fremstiller lægemidlet viser: “Dette er primært en sygdom blandt ældre voksne.” Nyfødte er typisk ikke i fare for at blive stukket af et rustent søm. Neonatal Tetanus [stivkrampe i de første par dage af en babys liv] forekommer blandt børn født under uhygiejniske forhold. Følgende oplysninger er skrevet af læge Sherri Tennepenny:

Stivkrampe er en sygdom forårsaget af den Gram-positive bakterie *Clostridium tetani*, der findes i jorden som en spore. Høje koncentrationer kan være til stede, hvis jorden er blevet forurenet med dyrs og menneskers afføring. Under anaerobe forhold (lavt iltindhold), kan sporerne spire og frigive en potent nervegift, kaldet tetanospasmin, ind i blodbanen. Beskidte, dybe stiksår, der er forurenet med jord er i den største risikozone for infektion. Sår, der er gået koldbrand i, eller skader forårsaget af forfrysninger, kvæstelser og forbrændinger er også i øget risiko.

Inkubationstiden før begyndelsen af stivkrampesymptomer kan tage fra flere dage til flere måneder, afhængigt af placeringen af podningen. Når sporerne spirer, frigøres giften ind i blodbanen og vandrer til perifere nerver, og knyttes til sidst til modtagerområder på nervernes endeplader. Resultatet er vedholdende, smertefulde muskelkramper.

De fire kliniske typer stivkrampe er generaliseret, lokal, hoved, og neonatal, med generaliseret stivkrampe værende den mest almindelige. Denne form manifesterer sig som de klassiske spasmer, der kan vare fra sekunder til minutter. Død på grund af stivkrampe skyldes spasmer i stemmebåndene og spasmer i vejrtrækningsmusklerne, hvilket fører til vejrtrækningsvigt.

Den højeste dødelighed for stivkrampe ses blandt de meget gamle og de helt unge, men i gennemsnit er det generelt rapporteret i det meste litteratur, at dødeligheden er omkring 30%. Helbredelse kan tage flere måneder, men er normal fuldstændig, medmindre uforudsete komplikationer forekommer. Ja, du læste rigtigt, fuldstændig helbredelse.

Det er en trossætning, bredt accepteret af både læger og patienter, at stivkrampe næsten altid er dødelig, især hvis personen ikke er vaccineret. Denne frygt er så dybt forankret, at jeg personligt har set patienter pligtskyldige vente i en travl skadestue i timevis for at få en stivkrampevaccination, fordi de havde fået et overfladisk snit, mens de vaskede op.

Før jeg vidste bedre, og fordi “standard for pleje” dikterer, at ethvert snit får en stivkrampevaccination, gav jeg disse skud ud som slik, i den tro at det var bedre at “overbeskytte” end at risikere at udvikle et “fatalt” tilfælde af stivkrampe.

At opdage at de fleste mennesker kommer sig efter et akut anfald af stivkrampe var uventet, men det var bekymrende at konstatere, at mange af de rapporterede tilfælde af stivkrampe var “fuldt vaccinerede” mennesker. En gennemgang af Ugens rapport om sygelighed og dødelighed [MMWR] fra CDC [Centeret for kontrol og forebyggelse af sygdomme] kaldet “Stivkrampeovervågning – De Forenede Stater, 1995 – 1997, afslørede uventet information og fakta. Men fordi denne rapport er hæmmet af komplicerede statistikker, der metodisk skal vikles ud, er det ikke så mærkeligt, at kun

få er klar over dens indhold.

Dokumentet beskriver 124 tilfælde af stivkrampe rapporteret mellem 1995 og 1997. Her er, hvad der blev rapporteret:

Næsten 25 procent (24,8%) af dem, der pådrog sig akut stivkrampe havde fået mindst én dosis af vaccinen og mere end tolv procent (12,4%) af patienterne var fuldt vaccinerede, med tre eller flere doser af stivkrampe. Af de 66 (53,7%) personer, der havde en "ukendt vaccinationsstatus", kan det med rimelighed antages, at en del af dem havde fået et eller flere stivkrampepestik på et eller andet tidspunkt i deres liv. Derfor er udtalelsen fra CDC, at "sygdommen fortsat forekommer næsten udelukkende blandt personer, der er uvaccinerede, utilstrækkeligt vaccinerede eller hvis vaccinationsfortid er ukendt eller usikker" simpelthen ikke sand. Den "logiske begrundelse" for at få en stivkrampevaccination er, at mildere tilfælde vil finde sted blandt de vaccinerede. Dette er et argument, der bruges for alle de påbudte vacciner. Men eftersom dødeligheden (11,2%) er lavere end rapporteret og det tilsyneladende lave antal samlede tilfælde, bør følgende spørgsmål stilles:

1. Hvad er den reelle risiko for at få et alvorligt tilfælde af stivkrampe, hvis du er uvaccineret?
2. Hvor mange tilfælde af alvorlig stivkrampe ville der opstå, hvis alle sår blev plejet korrekt?
3. Hvilket niveau af antistof giver faktisk beskyttelse mod et alvorligt tilfælde af stivkrampe?

Sandheden er, at antistofniveauet, der kræves for at være universelt beskyttende, er ukendt. Det "generelt accepterede" beskyttende niveau for tetanus-antistof  $> 0,15$  IU/mL. Dette niveau blev foreslået af Snead in 1937, og det har været accepteret "standard" siden da. Men tallet er vilkårligt og ikke garanteret til at beskytte mod infektion. Derfor er det at vaccinere rutinemæssigt hvert 10. år, som tidsskriftsartiklen antyder, blot for at fastholde "passende antistofniveauer" unødvendigt, og giver ikke blot personen en falsk følelse af sikkerhed, det kan faktisk skade. Stivkrampevacciner har ikke fået den "dårlige omtale i pressen", som mange af de andre vacciner for nylig har fået. I opsathed på at beskytte mod denne "dødelige sygdom," er forestillingen, at risikoen for smitte langt overstiger vaccins potentielle risiko. Hvad kan det skade? Jeg troede, at vaccinen kun indeholdt inaktiveret stivkrampegift og sterilt vand. Jeg er overbevist om, at det er opfattelsen blandt næsten alle læger. Det var foruroligende at lære om de øvrige indholdsstoffer, der er i vaccinen med stivkrampegift: formaldehyd; monobasisk natriumfosfat; dibasisk natriumfosfat, (irriterende for øjne og hud, og som kan være skadeligt, hvis det indtages); glycin, aluminium, og 25 ug. thimerosal (kviksølv). Der er tydeligvis mere i stivkrampevaccinen end inaktiveret gift! Hvis en patients stivkrampestatus er "ukendt" gives et ekstra skud rutinemæssigt på skadestuen, fordi det menes at være uskadeligt. Men det er simpelthen dårlig medicin. Hvis personen ikke har brug for stivkrampeboosteren [forstærkeren/hjælperen], kan vaccinen forårsage en alvorlig allergisk reaktion, der kaldes en Arthus-type, type III overfølsomhedsreaktion. Denne bivirkning er defineret som "en akut betændelsesreaktion forårsaget af aflejring af antigen- antistof-komplekser i vævet."

"Arthus-type"-variationen forårsager klassisk kun en reaktion på indsprøjtningssstedet, men resultatet er en akut celledræbende betændelse i blodet og lokal celledød i vævene. Reaktionen starter 2 – 8 timer efter en indsprøjtning med stivkrampegift og opstår hvis personen har meget høje [niveauer af] serum antigift-antistoffer på grund af alt for hyppige indsprøjtninger. Ud over den lokale reaktion, kan svære systemiske reaktioner forekomme. En delvis liste over bivirkninger omfatter hovedpine; kvalme; opkastning; ledemesmerter; forhøjet puls; besvimelse; kranienervelammelse; og en lang række neurologiske komplikationer herunder EEG-forstyrrelser [elektriske hjernebølger], slagtilfælde og hjernesygdom; overfølsomhed og Guillian-Barre-syndrom. At anbefale "rutinemæssige" stivkrampe-boosterer baseret på matematiske modeller af nedbrydning af antistof kan resultere i alvorlige komplikationer og er ganske rigtigt et risikabelt foretagende.

Men hvad med difteri? Har vi brug for at være på vagt overfor denne infektion?

Difteri er en infektion forårsaget af den Gram-positive bakterie, *Corynebacterium diphtheriae*, dens navn stammer fra et græsk værk og betyder "læderskjul". Tidlige symptomer omfatter ondt i halsen, utilpashed, og lav feber. Selv om difteriinfektioner i huden forekommer, sker den mest almindelige form for infektion i mandler og svælg. Hvis det ikke behandles tidligt, udvikler en grålig/grøn membran sig i den bageste del af halsen, der kan føre til åndedrætsblokering. Lige som stivkrampe, er komplikationerne fra difteri forårsaget af et giftstof frigivet af de inficerende bakterier. Sværhedsgraden af sygdommen er relateret til mængden af gift, som absorberes i hele kroppen fra infektionsstedet. De hyppigste komplikationer forårsaget af giften omfatter uregelmæssig hjerterytme og navelammelse, der involverer ganen, øjne, lemmer og mellemgulv. Selv med disse omfattende komplikationer, sker der normalt fuldstændig helbredelse inden for fem uger efter begyndelsen. Døden indtræder hvis ikke komplikationerne støttes medicinsk. Fuldstændig helbredelse? Har vi hørt dén før?...

Der findes mange forskellige arter af *Corynebacterium* almindeligvis forekommende i jord, støv og forurenede vand, og de fleste medfører ikke alvorlig infektion. Faktisk producerer de fleste stammer af *C. diphtheriae* ikke den sygdomsfremkaldende gift! Først når bakterierne er blevet inficeret med en bestemt virus, der kaldes en B-bakteriofag [virus der angriber bakterier] bliver giften produceret. B-bakteriofag indeholder den specifikke genetiske information til at kode for giften, og derfor forårsager kun stammer smittet med virusen alvorlig sygdom. Det vigtige spørgsmål er, så, hvor ofte en sådan begivenhed indtræffer.

Artiklen henviser til et "nyligt udbrud" af difteri i den tidligere Sovjetunion, som den primære grund til at genvaccinere. Det antages, at et fald i vaccinationsraten var den væsentligste årsag til udbruddet af difteri i 1990-1995 i de nye uafhængige stater (NIS). Denne epidemi er ofte nævnt som årsag til at opretholde en høj vaccinationsrate. Lad os tage et nærmere kig på, hvad der skete i Sovjetunionen på det tidspunkt. I 1991 var femten nye lande lige blevet uafhængige efter opløsningen af Sovjetunionen og kort tid derefter brød infrastrukturen i regionen fuldstændig sammen. Affald hobede sig op i gaderne i Moskva og andre byer. Store flygtninge- og omvandrerlejre invaderede de store byområder. Sundhedsydelser, herunder engangssprøjter og kanyler, var næsten ikke-eksisterende.

Fra 1995 var Ruslands årlige sundhedsplejebudget lidt mindre end 1 procent, omkring det samme som i de fattigste afrikanske nationer. Halvdelen af landets 21.000 hospitaler havde ingen varmt vand, en fjerdedel havde ingen kloaksystemer, og flere tusinde havde ingen vand overhovedet. På operationsstuerne var virkelig sterile instrumenter sjældne og blod blev skyllet væk fra hospitalsgulvet med en haveslange. Mere end 150.000 akutte infektioner og næsten 5.000 dødsfald som følge af difteri blev anslået at have fundet sted mellem 1990 og 1998. Men selv med indledningen af udbredte vaccinationskampagner fra Verdenssundhedsorganisationen [WHO] i 1994, blev mere end 2.700 tilfælde stadig indrapporteret i 1998. At sammenligne hvad der skete i NIS [De nye uafhængige stater] med, hvad der måske ville ske, hvis antistofniveauerne falder i USA, uden hensyntagen til levevilkårene i hvert land, er en ugyldig sammenligning.

### **Hvad med vaccinerne?**

Der er flere tilgængelige vaccinevalg: tetanustoksoid (TT); difteritoxoid plus tetanustoksoid (dT) til voksne; difteritoxoid plus tetanustoksoid (DT) til børn og tetanus immunoglobulin (TIG). Difterivaccine fås ikke separat. Ligesom stivkrampevaccine, er difterivaccinen fremstillet af toksin [giftstof] fra *C. diphtheriae*. Bakterierne dyrkes i et medium af mælkeprotein [casein] og det færdige produkt indeholder ammoniumsulfat, rester af formaldehyd, natriumbikarbonat, 0,3 mg aluminiumfosfat og 25 µg thimerosal [organisk kviksølv]. Tetanustoksoid-vaccinen (TT) blev drøftet tidligere, og er den vaccine, der hyppigst gives. Der er to former for difterivaccine, pædiatrisk [til børn] (D) og voksne (d), og denne vaccine gives altid i kombination med

tetanustoksoid. Derfor er den pædiatriske vaccine DT og den voksne vaccine dT. Der skelnes fordi DT-formen indeholder 8 gange mere difteritoxoid end dT-form. Det er ikke tilrådeligt at give den pædiatriske vaccine, DT, til voksne eller til børn over en alder af 7 år på grund af den øgede sandsynlighed for bivirkninger. Spædbørn får 4 doser af DT-formen (som DTP eller DTaP) i løbet af de første 12 måneder af livet. Resultatet er, at spædbørn får 32 gange den dosis af difteritoxin fra DT-formen, som de ville få, hvis dT-formen blev brugt. Grunden til at den højere koncentration er "sikker" for mindre, yngre børn, er uklar. Stivkrampe-immunglobulin (TIG) er en vaccine, der indeholder antistoffer mod tetanustoxin udvundet fra plasma fra donorer tidligere vaccineret med tetanustoksoid [stivkrampgiftstof]. Denne vaccine anses for at give "passiv immunisering", hvilket betyder, at antistoffer gives på tidspunkter med et øjeblikkeligt behov. Det højeste niveau af antistoffer i blodet på grund af denne vaccine opnås ca. 2 dage efter indsprøjtningen og er i omløb i ca 23 dage. TIG kan bruges efter en akut skade hos patienter, hvis immuniseringsstatus er ukendt eller ufuldstændig.

### **Hvilke andre behandlingsmuligheder?**

Selvom ordentlig sårhygiejne har været kendt siden 1940'erne for at være den bedste måde at forebygge infektion på, har det en tendens til at blive overset, som værende den bedste måde at forebygge stivkrampe på. Uanset immuniseringsstatus, bør beskidte sår rengøres ordentligt og knust væv bør fjernes kirurgisk.

Difteriinfektioner kan forebygges ved grundig håndvask og god ernæring.

Antibiotiske behandlingssystemer er tilgængelige til behandling af både stivkrampbakterie- og difteriinfektioner. Den røde bog [The Red Book™], der udgives af Det amerikanske selskab af børnelæger [American Academy of Pediatrics] kommer med et forslag til en alternativ behandling af stivkrampe. Antibiotikummet metronidazol (30 mg/kg/dag) givet med 6-timers mellemrum er effektivt til at mindske bakterietallet i et sår. Metronidazol er det valgte antibiotikum til beskidte sår. Et andet valg er penicillin G (100.000 U/kg/dag), der kan indsprøjtes, og der gives med 4- til 6-timers mellemrum. Disse behandlinger bør fortsættes i 10 til 14 dage. (14) Det fremgår, at en forebyggende serie af antibiotika ville være klogt i forbindelse med beskidte sår for at forhindre muligheden for, at *C. tetani* spirer og producerer giftstoffer. Desuden er der en antibiotikabehandling til rådighed for difteriinfektioner. Erythromycin oralt eller ved indsprøjtning (40 mg/kg/dag, maksimalt, 2 gm/dag) eller prokain-penicillin G dagligt, intramuskulært (300.000 U/dag for dem, som vejer 10 kg eller derunder og 600.000 U/dag for dem, som vejer mere end 10 kg) og kan gives i 14 dage. Sygdommen er normalt ikke smitsom 48 timer efter antibiotika er blevet givet. Fjernelse af organismen bør dokumenteres ved to på hinanden efterfølgende negative halskulturer efter behandlingen er afsluttet. (15) Da næsten enhver halsbetændelse indenfor konventionel medicin behandles med et antibiotikum, er det måske årsagen til den faldende forekomst af difteri, og ikke vaccinen. En tredje mulighed er at bruge TIG-vaccine på et tidspunkt med akut skade. Det ser ud til, at behandling med TIG er en passende form for behandling. På indlægssedlen står der følgende:

"Hvis det er utilrådeligt at bruge stivkrampetoxoid-præparater for en person, som ikke har afsluttet en primær række af stivkrampetoksoid-immuniseringer, og personen har et sår, som hverken er rent eller lille, bør der kun gives passiv immunisering ved hjælp stivkrampe-immunglobulin."

Med alle disse muligheder, bør det at vaccinere voksne rutinemæssigt for at opretholde et vilkårligt antistofniveau anses for at være uhensigtsmæssig sundhedspleje. Oveni det, bør det at have kendskab til de reelle fakta om disse infektioner og være bekendt med de tilgængelige behandlingsmuligheder give en tryghed for forældre, der vælger ikke at vaccinere.

I 1948 udførte to forskere på Harvards skole for medicin [Harvard Medical School], Randolph Byers og Frederik Moll, forsøg med DPT på Børnehospitalet i Boston, og konkluderede, at alvorlige neurologiske problemer fulgte efter, at vaccinen blev givet. Resultaterne blev offentliggjort i Børnelægen [Pediatrics], et respektabelt medicinsk tidsskrift. Resultaterne blev fuldstændig ignoreret af det medicinske og farmaceutiske samfund. I 1976 bemærkede Charles Manclark, en videnskabsmand hos FDA [Fødevarer- og lægemiddelstyrelsen i USA], "DPT'en havde en af de værste fejlretter end noget andet produkt indleveret til test i Den biologiske afdeling [Division of Biologics]".

Og tag så et kig på, hvad læge Mendelsohn siger om stivkrampe;

(Folkelægens Nyhedsbrev 1976-1988)

Du har al mulig ret til nøje at stille mig spørgsmål om stivkrampevaccinen, da dette var den sidste vaccine, jeg opgav. Det var ikke svært for mig at opgive vacciner for kighoste, mæslinger, og røde hunde på grund af deres handicappende og til tider dødelige bivirkninger. Fåresygevaccinen, en højrisiko produkt og et produkt med ringe fordele, forekom mig og masser af andre læger som værende fjollet fra det øjeblik, den blev indført. Argumenter for difterivaccinen var behæftet med epidemier gennem de sidste 15 år, som viste samme dødelighed og samme sværhedsgrad af sygdom hos dem, som blev vaccineret mod dem, som ikke blev vaccineret. Med hensyn til kopper, opgav selv regeringen den vaccine i 1970, og jeg opgav poliovaccinen, da Jonas Salk viste, at den bedste måde at pådrage sig polio på i USA var ved at være i nærheden af et barn, som for nylig havde taget Sabin-vaccinen. Men stivkrampevaccinen havde et tag i mig i meget længere tid. Som du påpeger, opgav jeg troen på denne vaccine i trin. I et stykke tid holdt jeg stadig fast i forestillingen om, at landbofamilier og folk, som arbejder omkring staldene bør fortsætte med at få stivkrampestik. Men på trods af min tidlige indoktrinering med frygt for at "rustne søm", har jeg i de seneste år udviklet en større frygt for indsprøjtningsskanylen. Min begrundelse er:

- 1) De videnskabelige beviser for, at alt for hyppige stivkrampe-hjælpere faktisk kan forstyrre immunreaktionen.
- 2) Der har været en gradvis tilbagetrækning fra selv de mest konservative myndigheder fra at give stivkrampe-hjælpere hvert år til hvert andet år til hvert femte år til hvert 10. år (som nu, anbefalet af Det amerikanske selskab af børnelæger), og ifølge nogle, hvert 20. år. Alle disse tal er baseret på gæt snarere end på hårde, videnskabelige beviser.
- 3) Der har været en voksende erkendelse af, at ingen kontrolleret videnskabelig undersøgelse (hvor halvdelen af patienterne fik vaccinen, og den anden halvdel fik indsprøjtninger med sterilt vand) nogensinde har været foretaget for at vise sikkerheden og effektiviteten af stivkrampevaccinen. Beviser for vaccinen kommer fra epidemiologiske undersøgelser, der i sigens natur er kontroversielle, og som ikke opfylder kriterierne for videnskabelig dokumentation.
- 4) Stivkrampevaccinen er i løbet af årtierne gradvist blevet svækket med henblik på at reducere den betydelige reaktion (feber og hævelse), som den førhen forårsagede. Som ledsager af denne reduktion i reaktivitet har der været en samtidig reduktion i antigenicitet (evnen til at give beskyttelse). Derfor er der en god chance for, at stivkrampevaccinen i dag er omtrent lige så effektivt som vand fra hanen.
- 5) Først indenfor de sidste par år, indrømmede de offentlige statistikker, at 40 procent af børnebefolkningen i USA ikke var immuniserede. Hvor var stivkrampetilfældene på grund af alle de rustne søm, i alle disse årtier?

6) Der findes nu en voksende teoretisk bekymring, som kæder immuniseringer sammen med den enorme stigning i de seneste årtier af autoimmune sygdomme, f.eks leddegigt, multipel sklerose, betændelse i huden [lupus erythematosus], lymfekræft [lymphoma], og leukæmi [kræft i blodet]. I et tilfælde, Guillain-Barre-lammelse på grund af svineinflenzavaccine, viste forholdet sig at være mere end blot teoretisk.

Under udarbejdelsen af min vidnesbyrd til retssalen på vegne af et barn, der angiveligt blev hjerneskadet som følge af DPT-vaccinen (difteri, kighoste, stivkrampe), gennemgik jeg ordineringsoplysningerne (indlægssedlen) for produktet fra Connaught Laboratorier, som dette barn blev givet. Informationen i indlægssedlen i 1975 og 1977, der var 19 centimeter lang, listede tre videnskabelige referencer til støtte for de medicinske råd, medicinske advarsler, og bivirkninger for denne vaccine. I 1978, var længden af indlægssedlen vokset til 34 centimeter, og antallet af videnskabelige referencer var steget til 11. I 1980 var indlægssedlen 46 centimeter lang, og referencerne var 14. Af disse nyligt tilføjede henvisninger, behandlede syv (tre fra amerikanske medicinske tidsskrifter og fire fra udenlandske medicinske tidsskrifter) specifikt reaktionerne af stivkrampe-delen af DPT-(toksoid)-vaccinen.

En artikel i Neurologisk Arkiv (1972) beskrev brachial plexus neuropati (hvilket kan føre til lammelse af armen) på grund af stivkrampetoksoid. Fire patienter, som udelukkende fik stivkrampetoksoid, bemærkede begyndelsen af svaghed i leddene fra seks til 21 dage efter vaccinationen. En artikel fra 1966 offentliggjort i Den amerikanske medicinske sammenslutnings journal, rapporterer det første tilfælde af "perifer neuropati, der fulgte efter tildelingen af stivkrampetoksoid." En 23-årig, hvid medicinstuderende modtog en indsprøjtning med stivkrampetoksoid i hans højre overarm efter en afskrabning på højre knæ, mens han spillede tennis. Adskillige timer senere, udviklede han svanehalshånd [lammelse af håndens strækkemuskler] i sin højre hånd. Han led senere af komplet motorisk og sensorisk lammelse fordelt via den højre radialnerve (en af de største nerver, der forsyner armen og hånden med nerver). En måned senere kunne en rest af motorisk eller sensorisk underskud ikke findes.

Der henvises til en artikel i Den neurologiske journal, 1977, med titlen "En bemærkelsesværdig neurologisk komplikation efter tildelingen af stivkrampetoksoid." Forfatteren rapporterer om en 36-årig kvinde, som fik stivkrampetoksoid i hendes venstre overarm efter et sår på hendes finger. Fem dage senere, bemærkede hun en svaghed, først af højre, og derefter af venstre og senere af begge ben. Hun klagede over svimmelhed, ustabilitet, sløvhed, ubehag i brystet, besvær med at synke, og uklar tale. Hun slingrede, når hun gik, og hun kunne kun tage et par skridt. Hendes EEG [elektriske hjernebølger] viste nogle abnormaliteter. Efter en måned blev hun frigivet, uden en neurologisk forstyrrelse, men hun fortsatte med at føle sig svag og angst. Undersøgelser i løbet af de næste 11 måneder viste en fortsat følelsesmæssig ustabilitet og nogle paræstesier (følelsesløshed og snurren) i ekstremiteterne [arme og ben]. Den medicinske diagnose var "en hurtigt fremadskridende neuropati, der involverer hjernenerver, myelopati [skade på rygmarven], og encefalopati [hjerneskade]."

Journalen om allergi og klinisk immunologi, 1973, indeholdt en artikel med overskriften "Overfølsomhed overfor stivkrampetoksoid," og i et bind med titlen "Afviklingen af den 2. internationale konference om stivkrampe" (udgivet af Hans Huber, Bern, Schweiz, 1967), dukkede en artikel op med titlen "Kliniske reaktioner på stivkrampetoksoid."

En 44-årig gammel artikel i Den amerikanske medicinske sammenslutnings journal (1940) havde titlen "Allergi fremkaldt ved vaccination med stivkrampetoksoid." Samme år, rapporterede en artikel i Den britiske medicinske journal om "Anafylakse (en form for chok) efter tildelingen af stivkrampetoksoid." I 1969 rapporterede et tysk lægetidsskrift et tilfælde af lammelse af den tilbagevendende strubenerve (nerven til stemmeboksen [voicebox]) efter en hjælpeindsprøjtning af stivkrampetoksoid. Patienten udviklede hæshed og var ude af stand til at tale højt, men navelammelsen fortog sig helt efter omkring to måneder.

Hvis din læge forsikrer dig om, at stivkrampevaccine er fuldstændigt sikkert, eller at “fordelene opvejer risiciene,” eller at du skal have et stik “for en sikkerheds skyld”, hvorfor ikke dele disse citater med ham eller hende?