

Nous sommes tous intoxiqués
par diverses pollutions

Comment se débarrasser de ces poisons ?

la Chélothérapie

Gisèle BISETZKY

Dr. Gilbert H. CRUSSOL Dr. C.D., F.I.C.D.

Ex-Intern Harvard Forsyth Center boston, USA

Member International Academy of Oral medicine and Toxicology

Diplôme de Criminalistique de la Faculté de Médecine Légale de Paris

Traitement sûr et efficace

de nombreuses maladies dégénératives :

affections cardio-vasculaires,
complications du diabète,
arthroses, etc...

INTRODUCTION

La Chélothérapie s'est révélée être une thérapie sûre, efficace, dénuée de risque, une alternative bien réelle dans le traitement de nombreuses maladies dégénératives liées à des troubles circulatoires, à une surcharge en métaux lourds toxiques, à une déficience du système immunitaire :

coronarite

athérosclérose

acouphènes et vertiges

complications du diabète

accidents vasculaires cérébraux

artérite oblitérante des membres inférieurs

troubles oculaires liés à une insuffisance circulatoire

troubles oculaires liés à une surcharge en métaux toxiques

dégénérescence maculaire

hémorragies rétiniennes

rétinopathie diabétique

arthrite et polyarthrite

arthrose et ostéoporose

pré et post-opératoire

maladie de Parkinson

maladie d'Alzheimer

maladie de Raynaud

sclérose en plaques

sclérodermie

etc...

Copyright 1994 by I.F.C.

La loi du 11 Mars 1957 n'autorisant aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article 41, d'une part que "les copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective" et, d'autre part, que " les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration" ; toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement écrit et préalable de l'auteur ou de ses ayants droits, est illicite (Alinéas 1er de l'Article 40)

Toute représentation, reproduction ou adaptation par quelque procédé que ce soit de cette brochure constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par l'article 423 et suivants du Code Pénal. Sont interdits également l'insertion d'extraits de cette brochure ainsi que l'utilisation et l'exploitation des textes qui la composent dans un document ou un ouvrage de formation

Toute personne entendant parler pour la première fois de la Chélothérapie est en mesure de se demander quel est son mode d'action dans notre organisme, quelles en sont les indications, les résultats cliniques et comment les patients, justiciables de ce traitement, vont-ils-êtré pris en charge. Souhaitant répondre à toutes ces questions, nous avons rédigé cette brochure d'information sur la Chélothérapie.

Table des matières

Historique de la Chélothérapie	Page 5
Mode d'action de la Chélothérapie	Page 6
Athérosclérose et Chélothérapie	Page 10
Artérite oblitérante des membres inférieurs et Chélothérapie	Page 21
Insuffisance cérébro-artérielle et Chélothérapie	Page 24
Complications du diabète et Chélothérapie	Page 28
Troubles de la vision et Chélothérapie	Page 31
Arthrose, ostéoporose et Chélothérapie	Page 33
Maladie de Raynaud et Chélothérapie	Page 35
Insuffisance circulatoire pelvienne et Chélothérapie	Page 35
Troubles circulatoires veineux et Chélothérapie	Page 36
Vertiges, bourdonnements d'oreilles, surdité acquise et Chélothérapie	Page 38
Maladies du système immunitaire et Chélothérapie : polyarthrite sclérose en plaque, psoriasis, etc...	
Maladie d'Alzheimer, Maladie de Parkinson et Chélothérapie	Page 53
Prévention du vieillissement cellulaire et Chélothérapie	Page 54
Comment les patients concern�es par la Chélothérapie peuvent-ils aborder concrètement ce traitement :	Page 55
But de l'Institut Français de Chélation	Page 71

Historique de la Chélothérapie

La chélation thérapeutique a été utilisée au Etats Unis pour le traitement de l'athérosclérose depuis 1952. Avant cette date le traitement par Chélation était utilisé pour la détoxification des cas d'empoisonnement au plomb ou aux métaux radioactifs.

Le traitement des empoisonnements au plomb par Chélation a été reconnu et accepté par la FOOD and DRUG ADMINISTRATION (Organisme ayant la plus haute autorité sur l'agrément des médicaments et des thérapeutiques aux U.S.A.)

Plus de 1.800 articles scientifiques ont été écrit sur les différents aspect de la Chélation par l'EDTA Disodique (et non pas l'EDTA Calcique) . Son inocuité a été démontrée par son utilisation chez des centaines de milliers de patients ayant reçu plus de Trois Millions Cinq Cent Mille Perfusions intraveineuses de trois heures appliquées par plus de 1.000 Médecins durant les 30 dernières années (Extrait du livre : The Chelation Answer de Morton WOLKER et Gary GORDON, Page 14. Edité en 1982 par M. EVENS and Company, Incorporated N.Y. ISBN 0-87131-373-1)

Le premier américain a découvrir l'ampleur des effets bénéfiques de la Chélation à l'EDTA Disodique fut un cardiologue exerçant à l'Hopital "Providence" de Detroit du Norman E. CLARKE, M.D. , qui lorsqu'il traita des travailleurs d'une fabrique d'accumulateurs empoisonnés par le plomb constata que les symptomes d'angine de poitrine, de claudication intermittente (sévère douleur des jambes à la marche due à des artères des jambes obstruées), la polyarthrite rhumatoïde disparaissait en même temps que leurs symptomes d'empoisonnement au plomb. (CLARKE, Lr. , N. E; CLARKE Jr., N.E. , and MOSHER, R. E.). "Treatment of occlusive vascular disease with Disodium Ethylène Diamine Trétra Acetic Acid (E.D.T.A." Am. J. MED. Sci; 239:732-44, 1960. (50)).

Le Docteur CLARKE qui a maintenant 80 ans, pratique toujours la chélation thérapeutique par l'EDTA Disodique et fait toujours des conférences. Il est également très connu en Union Soviétique où la Chélation est le second traitement le plus utilisé pour l'athérosclérose

En Tchécoslovaquie ce traitement est communément utilisé avec succès pour la prise en charge des maladies vasculaires, des accidents vasculaires cérébraux, de la sénilité, du diabète, de la maladie rénale et de bien d'autres maladies dégénératives. Il en est de même en Allemagne, en Suisse, en Mexique et au Canada pour ne nommer que quelques pays.

Un article paru en Tchécoslovaquie, intitulé " DHELATES IN THE TREATMENT OF OCCLUSIVE ATHEROSCLEROSIS" conclut que l'EDTA Disodique est le traitement de choix pour les maladies vasculaires responsables de la claudication (douleur dans les jambes lors de la marche). (CHELATION CAN CURE, DR. E.W. Mc DONAGH, publié par Platinum Pen Publishssers, Kansas City, Missouri. U.S.A. ISBN 0-912815-00-0).

En Angleterre où la CHELATION a été introduite par le Docteur KAVANA dans les années 1985, ce traitement a bénéficié d'une prise en charge par les Assurances Sociales d'Etat et une séance de Chélation par perfusion de 3 heures est prise en charge par la Sécurité Sociale Anglaise au prix de 1.800 francs (1997)

Mode d'action de la Chélothérapie

Que se passe-t-il dans notre corps ? Comment agit la Chélothérapie ?

La chélation est un processus chimique par lequel un métal ou un minéral (tels que le plomb, le mercure, le cuivre, le fer, l'arsenic, l'aluminium, le cadmium, le calcium, le nickel...) est fixé à une autre substance. C'est un processus naturel, élémentaire, universel, à l'origine même de la vie. Ainsi, à l'intérieur du globule rouge, l'hémoglobine est-elle un chélateur du fer. De même des substances bien connues, telles que l'aspirine, les antibiotiques, les vitamines et les minéraux, produisent leurs effets biologiques par mécanisme de chélation.

En médecine la chélation consiste à administrer par perfusion des produits chélateurs injectables vendus en pharmacie, sous la responsabilité d'un médecin spécialement formé à cette technique. Cette perfusion est faite par un micro-cathéter (taille nourrisson) introduit dans une veine de l'avant-bras du patient. Une technique correcte de pose et de retrait du cathéter conserve les veines intactes. Une fois dans le sang, les chélateurs se combinent aux métaux toxiques de l'organisme permettant ainsi leur évacuation par voie urinaire. Ainsi seront évacués, par voie urinaire, le plomb en provenance des échappements automobiles, le mercure qui constitue 50% des obturations dentaires, etc...

Durant toute notre vie, notre organisme accumule d'importantes quantités d'ions métalliques lourds et transitionnels, qui se trouvent dans notre environnement, dans notre alimentation, dans notre bouche (obturations dentaires), etc...

La Chélothérapie augmente, dans l'organisme, l'excrétion des métaux lourds, aussi bien les métaux lourds toxiques, que les métaux transitionnels, qui catalysent la pathologie due aux radicaux libres. La Chélothérapie est un traitement médical qui améliore les fonctions métaboliques et circulatoires, en éliminant les métaux toxiques du corps, tels que le plomb et le cadmium, ainsi que les ions nutritifs métalliques localisés anormalement, tels que le cuivre et le fer.

La conception récente des mécanismes d'action de la Chélothérapie est la suivante:

- augmentation moyenne de 10% du calibre de l'artère par restauration de l'élasticité des tissus artériels.

- stabilisation de la peroxydation lipidique des membranes cellulaires avec, pour conséquence, la restauration d'au moins une partie des fonctions de transport transmembranaire et amélioration de la microcirculation.

- blocage de l'athérogénèse.

L'augmentation du calibre artériel permet largement de doubler le flux sanguin (Loi de Poiseuille) et assure ainsi l'apport d'oxygène et de nutriments, aussi bien aux tissus sains, qu'aux tissus ischémiés (mal irrigués). L'ischémie survient, quand il y a diminution des flux microcirculatoires à des niveaux insuffisants pour maintenir le métabolisme, la fonction et la structure cellulaire. Tous les stades ischémiques peuvent se voir entre l'arrêt circulatoire complet et l'irrigation normale.

La Chélothérapie instille, par voie intraveineuse, des agents chélateurs, des vitamines, des minéraux ainsi que d'autres nutriments qui parviennent aux cellules et aux tissus qui en ont le plus besoin. Les déchets accumulés sont évacués. La fonction des différents organes s'améliore. Le cycle de la dégradation inexorable est interrompu. Les diverses localisations de la maladie sont prises en compte, l'organisme est en mesure de se guérir par lui-même, plus efficacement et plus rapidement.

Cette thérapie agit sur tout le système circulatoire. C'est une aide précieuse pour des malades qui relèvent de plusieurs interventions chirurgicales. La démarche classique pour ce type de patients consiste à opérer d'abord les lésions les plus sérieuses et ensuite à s'intéresser aux autres. Il arrive parfois que des diagnostics mineurs soient ainsi négligés. De ce fait, les conséquences du stress métabolique ne sont pas prises en compte. La faculté de l'organisme à mobiliser son pouvoir récupérateur est perdue ou compromise. Il devient de plus en plus difficile, voire impossible, pour ces patients de surmonter plusieurs maladies à la fois.

“ Le Docteur E. CHERASKIN, qui dirige le département de recherche au «Mac Donagh Medical Center», m'a dit, qu'en collectant les dossiers d'une année, il avait constaté que chaque patient souffrait, en moyenne, de huit symptômes pathologiques. Les améliorations constatées dans les fonctions de l'organisme de ces patients ne sont ni théoriques ni aléatoires. Elles sont étayées par les dossiers de milliers de patients qui ont reçu la Chélothérapie dans notre centre “. (Mc Donagh).“ Je suis en permanence étonné, par les capacités de récupération dont font preuve les patients les plus gravement atteints traités par Chélothérapie et par la facilité avec laquelle ils reviennent à un état satisfaisant, même si dix à douze phénomènes pathologiques cohabitent depuis plusieurs années.(Mc Donagh).

Une compréhension nouvelle, basée sur de récentes découvertes, dans le domaine de la biologie moléculaire et des réactions des radicaux libres liés à l'oxygène, permet une approche plus fiable de nombreuses maladies dégénératives dues à l'âge.

Lorsque les défenses biologiques de notre métabolisme sont saturées par une production incontrôlée de radicaux libres pathologiques (également liés au tabac, au stress, aux toxines, à la consommation d'alcool, aux radiations ionisantes, etc.), les troubles s'installent avec l'âge et des maladies dégénératives liées à ces troubles apparaissent. Les radicaux libres interviennent directement dans les processus biologiques de notre système immunitaire en inhibant la capacité de défense naturelle de notre organisme. Leur responsabilité a été prouvée dans la pathologie de nombreuses maladies dégénératives et notamment dans l'athérosclérose, dans le cancer et dans l'arthrite.

Il a fallu attendre une époque récente, pour que la recherche médicale fondamentale découvre les inter-relations existant entre diverses maladies sans rapport apparent entre elles. Les chercheurs du monde entier ont découvert, avec émoi, qu'il existait un dénominateur commun à plusieurs maladies dégénératives (athérosclérose incluse) et que ce dénominateur commun consistait en un mécanisme appelé :

“ la pathologie radicaux libres “

Aujourd'hui, dans tous les cercles scientifiques, la théorie sur la “ pathologie radicaux libres “ est reconnue. Il s'agit d'une orientation thérapeutique dont vous avez déjà entendu parler ou dont vous entendrez amplement parler à l'avenir. “ La formation de la plaque d'athérome dans les artères, notamment dans les coronaires irriguant le cœur, est une maladie dégénérative complexe, dans laquelle les radicaux libres semblent jouer un rôle important “. “ Des antioxydants pour les artères”, Journal Le Figaro du 9 Nov.1990 .

La prochaine étape sera la course vers le développement de nouvelles formes de traitement pour combattre les dommages causés par les radicaux libres.

Les chercheurs découvriront certainement bientôt, avec étonnement, qu'une grande partie des traitements actuels à base de médicaments et de régimes, qui ont déjà fait la preuve de leur efficacité, dépendent des mécanismes radicaux libres.

Les scientifiques qui, auparavant, se moquaient des bienfaits thérapeutiques des substances

nutritives telles que la Vitamine C, la Vitamine E, le Sélénium, le Manganèse, et le Zinc, etc... seront enclins à reconsidérer leur position à la lumière des propriétés biologiques “antioxydante” de ces substances.

Ceux qui tournaient la Chélothérapie en dérision, sans jamais l'avoir étudiée, auront du mal à soutenir leurs opinions préconçues contre cette méthode thérapeutique, maintenant qu'il est clair que :

La Chélothérapie est le précurseur de tous les “traitements anti-radicaux libres”

La “pathologie radicaux libres” résulte de la production dans notre corps d'une forme d'oxygène qui, à l'état instable, est appelé “radical superoxyde et hydroxyl, peroxyde et oxygène non apparié”. Dans certaines parties du corps, et sous certaines conditions, la fonction oxygène se dégrade. Une certaine forme d'oxygène instable réagit violemment avec ce qui l'entoure, en causant des dommages aux tissus et aux cellules, suivant un processus qui s'apparente à celui d'une exposition à une radiation.

La Chélothérapie neutralise l'origine du développement de ce processus dans notre corps et introduit dans le sang du patient, par l'intermédiaire de la perfusion, des chélateurs qui bloquent la production incontrôlée de radicaux libres et protègent ainsi les tissus et les organes de plus amples dommages.

La chélation, stoppe, avec le temps, le progrès de la maladie causée par cette production anarchique de radicaux libres (facteur déclenchant du développement de l'athérosclérose et des autres maladies dégénératives).

Rapidement, au fil des séances de traitement, les métaux lourds toxiques en surcharge sont éliminés et les effets néfastes, dus aux radicaux libres en excès, s'affaiblissent en entraînant une régression de l'athérosclérose. Parallèlement s'instaure, progressivement, dans tout le réseau des capillaires de notre corps, une amélioration notoire de la circulation sanguine qui se traduit par un apport plus important d'oxygène, d'oligo-éléments et de vitamines, dans tous nos tissus cellulaires. Cet apport supplémentaire permet de lutter contre les effets néfastes du vieillissement donnant ainsi à l'organisme les moyens d'une remise en forme de toutes nos fonctions. Après plusieurs mois, se produit une restauration généralisée des métabolismes et des processus physiologiques de l'organisme. En particulier, le métabolisme du calcium et du cholestérol qui sont améliorés par réorganisation de la biochimie intracellulaire.

La chélation est profitable à tous les vaisseaux de l'organisme, du plus microscopique jusqu'au plus volumineux, elle ne s'adresse pas uniquement à tel ou tel vaisseau, mais à l'ensemble de l'arbre vasculaire de notre corps.

Est-il exact que la chélation lutte contre l'athérosclérose par une sorte de décapage interne du calcium dans les parois artérielles ?

Avant les découvertes récentes, que nous venons d'évoquer, dans le domaine de la pathologie des radicaux libres, une hypothèse différente qui avait été soulevée était celle de la chélation de l'ion calcium lui-même, extrait de la plaque athéroscléreuse, rendant sa souplesse originelle à la paroi artérielle.

Ce concept de «décapage interne» du calcium n'est pas en fait la bonne façon d'appréhender le mécanisme de chélation, comme cela avait été initialement évoqué. Avant tout, les chélateurs ont une

affinité pour les métaux transitionnels tels que le fer et le cuivre, et les métaux franchement toxiques tels que le plomb, le mercure, le cadmium, l'arsenic, le nickel, l'aluminium, etc...

Ces métaux sont en effet de grands pourvoyeurs de phénomènes d'oxydation et de production anarchique de radicaux libres. Accumulés dans les cellules, les métaux toxiques perturbent le métabolisme en se substituant aux cofacteurs des réactions enzymatiques. Ce détournement du métabolisme exacerbe l'activité des radicaux libres dans la cellule musculaire lisse de la paroi artérielle et provoque une vasoconstriction (un rétrécissement du diamètre artériel) puis un épaississement de la paroi moyenne de l'artère dans laquelle s'infiltré (comme les racines d'un arbre dans le sol) les différents déchets qui constituent l'athérosclérose.

La chélation fait régresser la plaque d'athérome par détoxification des poisons métalliques, par diminution des réactions radicaux libres et par normalisation de la fonction des cellules musculaires lisses de la paroi artérielle.

D'autre part, les tissus qui ne reçoivent pas suffisamment de sang libèrent des excès de calcium qui perturbent les phénomènes transmembranaires du métabolisme sodium-potassium. La chélation en éliminant ces excès fait progressivement disparaître la souffrance tissulaire. Ceci explique que le fer en excès soit athérogène, c'est à dire qu'il favorise l'installation de l'athérosclérose (Salonen J et al. High stored iron levels are associated with excess risk of myocardial infarction in eastern finnish men. Circulation 1992, 86 : 803-11).

Un des mécanismes du vieillissement est l'accumulation de métaux toxiques dans l'organisme par inhalation (vapeurs de plomb des centres-ville) ou apport par l'eau de boisson, ou par les aliments. C'est une des caractéristiques des pays évolués où les progrès et le confort de vie vont hélas de pair avec certains inconvénients, notamment les intoxications métalliques, qui touchent pratiquement l'ensemble de la population (sauf certains milieux ruraux vivant en écologie fermée).

Le mode d'action de la Chélothérapie ne s'apparente ni au mode d'action des vasodilatateurs périphériques, ni des anticoagulants, ni des anti-inflammatoires, ni des antalgiques, ni des hypotenseurs, ni des inhibiteurs calciques, ni des anti-agrégants plaquettaires, ni des dérivés nitrés. Il s'agit de divers agents chélateurs, de vitamines, de minéraux ainsi que d'autres nutriments, nécessaires à un fonctionnement harmonieux du métabolisme. Le traitement par chélation rétablit d'une part, un écoulement adéquat du sang à travers les artères qui étaient obstruées, de manière à soulager toutes les parties du corps des symptômes d'insuffisance artérielle et des troubles qui en découlent et, d'autre part, restaure l'efficacité biochimique de notre métabolisme, en relançant les échanges cellulaires et en rétablissant les tissus lésés dans leurs fonctions.

Athérosclérose et Chélothérapie

Les indications les plus connues de la chélation sont l'athérosclérose quelle que soit sa localisation (notamment coronaire, cérébrale, membres inférieurs, etc...), le déclin physique, les pertes de facultés intellectuelles... et autres processus classiques du vieillissement.

Est-il possible aujourd'hui de faire régresser la maladie dégénérative majeure de notre époque : l'athérosclérose ou durcissement et rétrécissement des artères par dépôts accumulés dans les parois ?

Il y a plus de 60 ans déjà, ASHOFF suggérait la possibilité d'une régression des lésions athéromateuses. BOLIK a mis en évidence en 1961 l'efficacité des chélateurs pour mobiliser le calcium à partir des plaques artérielles athéromateuses.

Entre 1975 et 1977, BARNDT et COLL, véritables pionniers de cette recherche, apportaient également des arguments en faveur de la réversibilité des lésions athéromateuses à un stade précoce. WALKER, en 1980, prouva que certains chélateurs étaient capables d'extraire les dépôts calciques de la

plaque athéromateuse.

Chez l'animal, la comparaison de lots témoins et de lots sacrifiés a montré que diverses athéroscléroses induites, ont régressé sous certaines circonstances thérapeutiques (notamment nutritionnelles).

Chez l'homme la régression est possible. Sous chélation, de multiples cas - non intégrés dans une série uniforme - ont été rapportés de régression de taille de plaque évaluée par échographie ou artériographie (nécessité d'un recul minimal de 1 à 2 ans), ou de réapparition de signaux Dopplers dans un segment initialement muet (artères fémorales superficielles, tibiales postérieures, pédieuses, etc...). En règle générale, la rétrocession des symptômes précède toujours très largement les constatations anatomiques ou hémodynamiques.

L'athérosclérose est une maladie évolutive, non seulement progressive, mais également régressive. La maladie évolue silencieusement et lentement, parfois pendant des dizaines d'années, et " peut se décompenser brutalement par des complications menaçant le pronostic fonctionnel et vital." (CHANU et AUBERT)

Il est difficile de repérer l'athérosclérose ; elle ne présente que peu de symptômes et se développe lentement sur plusieurs années. Habituellement, la maladie n'est détectée que lorsqu'il se produit, brutalement, une attaque cardiaque ou une attaque cérébrale (GUILANI) .

Environ 40 % des décès enregistrés en France entre 35 et 74 ans sont directement imputables à cette cause. Parmi ces décès, un bon nombre d'entre eux surviennent brutalement, alors que le malade n'a jamais ressenti le moindre signe d'alarme.

L'athérosclérose envahit insidieusement, dès le plus jeune âge, les parois de nos artères. Des soldats américains, tués lors de la guerre du Vietnam, ont été autopsiés à l'âge de 20 ans. Ils présentaient déjà des dépôts athéroscléreux dans les parois de leurs artères coronaires. Sournoisement, sans qu'apparaisse aucun trouble, les lésions athéromateuses progressent avec l'âge, rétrécissant le diamètre utilisable de nos artères et entraînant une diminution du flux sanguin irriguant le cœur, les jambes, le cerveau, etc...

Cette obstruction, parfaitement mesurable, ne cause aucun trouble tant qu'elle n'a pas atteint le seuil fatidique de 70% de réduction du calibre de l'artère concernée. Entre 70 et 80% d'obstruction les troubles apparaissent. A partir de 80% et plus d'obstruction, c'est l'accident cardiaque (infarctus), c'est l'attaque cérébrale (hémiplegie), c'est l'installation progressive mais aussi parfois brutale d'une artérite des membres inférieurs conduisant à l'amputation. Dans un cas sur deux ces accidents surviennent brutalement, sans aucun avertissement.

Notre corps dispose de plus de 80.000 km de conduits artériels et de plus de 10 milliards de capillaires. Si l'on considère un territoire aussi étendu, il est difficile de supposer que l'athérosclérose se limite aux seuls territoires cardiaques et cérébraux, ainsi qu'aux seules artères principales des membres inférieurs. Lorsqu'il existe des lésions au niveau d'un ou de plusieurs de ces territoires, la chirurgie est envisagée pour des raisons vitales. (KAVANAGH).

Contrairement à l'approche chirurgicale qui, en effet, prétend qu'une maladie vasculaire est une maladie localisée en segments, la chélation est profitable à tous les vaisseaux de l'organisme, du plus microscopique jusqu'au plus volumineux, elle ne s'adresse pas uniquement à tel ou tel vaisseau, mais à l'ensemble de l'arbre vasculaire de notre corps. Seuls les gros vaisseaux sont accessibles à la chirurgie de pontage, à l'endartériectomie (action d'enlever chirurgicalement une plaque athéroscléreuse d'une artère), à l'angioplastie transluminale (dilatation par ballonnet). Pourtant, dans la plupart des cas, la maladie est plus sévère sur les tous petits vaisseaux (notamment chez les diabétiques). Or ces petits vaisseaux sont inaccessibles à la chirurgie. Et pour les vaisseaux les plus importants, ceux-là même qui

pourraient être traités chirurgicalement, mieux vaut un traitement biologique que mécanique... surtout pour des personnes âgées chez qui le risque anesthésique croît avec l'âge...

Le traitement par Chélothérapie interrompt l'évolution de la maladie athéromateuse. Les effets peuvent en être spectaculaires en très peu de temps. Il arrive souvent, qu'en l'espace de six à huit semaines, des patients qui ne pouvaient plus traverser une pièce sans prendre de la "trinitrine" contre leur douleur d'angine de poitrine, soient en train de jouer au golf...

Toutes les études cliniques, traitant de la Chélothérapie, mettent en évidence le remarquable pouvoir de récupération caractérisant les malades, ayant bénéficié de ce traitement. Alors qu'ils souffraient, parfois en permanence, de cardiopathies ischémiques et de douleur d'angor à l'effort, après quelques semaines de traitement par chélation, ces patients, incapables auparavant de supporter le moindre effort physique, pouvaient reprendre, sans aucune gêne, une vie normale.

Quels sont les moyens d'observer la régression de l'athérosclérose ?

Il faut distinguer l'athérosclérose des gros vaisseaux et celle de la microcirculation. Le cœur est l'organe le plus difficile à surveiller. En effet, il est profondément situé dans le thorax, et les coronaires qui courent à sa surface sont toutes petites (2 millimètres seulement à leur origine). Actuellement, le seul moyen direct d'observer les coronaires est la coronarographie. Mais c'est un examen invasif dont la mortalité n'est pas nulle (2%). C'est pour cette raison que cet examen est toujours pratiqué dans le cadre de services hospitaliers équipés pour intervenir en urgence, en chirurgie cardio-vasculaire car, après thrombose induite par une coronarographie, la seule chance de survie qui reste au patient est une chirurgie de pontage à cœur arrêté, réalisée en urgence.

Il est inconcevable d'utiliser cet examen, à titre scientifique, chez un patient qui va bien et qui contrôle son athérosclérose par des moyens nutritionnels non agressifs. La coronarographie est pratiquée en vue de localiser les plaques d'athéromes. Cet examen revêt un impact déterminant dans la motivation du patient qui va être orienté vers une chirurgie de pontage.

L'épreuve d'effort est un autre moyen d'évaluation indirect non invasif.

Actuellement il est relativement facile de surveiller les artères carotides qui irriguent le cerveau, par les techniques d'écho-Doppler codées couleur. L'interface sang-paroi artérielle est parfaitement visualisée, de même que les perturbations hémodynamiques en regard d'une plaque. En coupe transversale, le rapport entre la surface du flux circulant et celle du pourtour artériel, donne très précisément le pourcentage de rétrécissement à un niveau donné. Cet examen non invasif ne fait courir aucun risque au patient

QUE DIRE DU PONTAGE ARTERIEL ?

Il n'est pas dans nos intentions de systématiquement dénigrer telle ou telle technique chirurgicale, ni de discuter l'intérêt de tel ou tel médicament allopathique. Comme toujours en médecine, il faut savoir faire un choix, et c'est au médecin, en son âme et conscience, d'avoir l'honnêteté d'offrir au patient une information objective sur les différentes possibilités thérapeutiques qui s'offrent à lui pour une maladie donnée.

La stratégie de la CHELATION s'inscrit dans une démarche médicale dont la philosophie n'est pas différente de celle du Cardiologue ou du Médecin Généraliste quand ils prescrivent à un patient athérosclérotique: des mesures hygiéno-diététiques, des anti-cholestérolémiants, des vaso-dilatateurs, des anti-coagulants etc... il s'agit bien d'essayer de faire régresser la maladie, ou au moins de la stabiliser et d'éviter les complications et les interventions chirurgicales.

La CHELATION a exactement le même but, c'est également un traitement médical. Il n'en reste pas moins que dans certains cas, la chirurgie est incontournable et sauve des vies.

Cependant la CHELATION avant chirurgie, pourra, en améliorant l'état vasculaire, offrir des conditions opératoires meilleures et, pratiquée après l'intervention, diminuer les cas de resténose et prolonger la durée d'efficacité des pontages.

Mais souvent la CHELATION est une alternative qui peut permettre d'éviter le recours à la chirurgie.

Toutes les études cliniques, traitant de la Chélothérapie, mettent en évidence le remarquable pouvoir de récupération caractérisant les malades, ayant bénéficié de ce traitement. Alors qu'ils souffraient, parfois en permanence, de cardiopathies ischémiques et de douleur d'angor à l'effort, après quelques semaines de traitement par chélation, ces patients, incapables auparavant de supporter le moindre effort physique, pouvaient, sans la moindre gêne, reprendre une vie normale.

Une étude clinique, réalisée en 1988, à Sao Paulo, Brésil, par les Docteurs E. OLZEIWER et J. CARTER et portant sur 844 patients atteints de cardiopathies ischémiques a révélé que la Chélothérapie avait permis d'obtenir des résultats bons ou excellents dans plus de 93 % des cas. Si on tient compte du fait que ces résultats exceptionnels ont été obtenus sans faire courir au patient le moindre risque vital, puisque cette étude enregistre seulement 0,1% de cas d'aggravation (1 patient en insuffisance cardiaque avancée) on peut aisément comprendre l'importance primordiale détenue par la Chélothérapie dans le traitement des CORONARITES et dans la prévention de l'INFARCTUS DU MYOCARDE.

L'étude du cas clinique qui va suivre en est une illustration parfaite :

M. G..., âgé de 75 ans souffre depuis 1972 d'angor d'effort. Cette douleur se manifeste de façon irrégulière avec une très nette poussée pendant la période hivernale.

Ce patient, non hypertendu, non diabétique, qui a cessé de fumer 20 ans auparavant, présente une dyslipémie modérée avec un cholestérol total à 2,52 g/l. Ses antécédents familiaux le prédisposent à une cardiopathie ischémique : sa mère est décédée à l'âge de 50 ans d'un infarctus myocardique et un de ses frères a fait un infarctus à l'âge de 49 ans. En 1973, une coronarographie révèle que ce patient présente 2 sténoses serrées de l'artère interventriculaire antérieure et de la coronaire droite avant la bifurcation. Le patient décline alors l'intervention chirurgicale de pontage qui lui est proposée.

En 1980, il est hospitalisé 3 semaines pour infarctus, le patient refuse à nouveau l'intervention. Le patient décide alors de se rendre en Hollande puis en Belgique pour se faire traiter par chélation. En fin d'année 1988, il y reçoit 2 séances de Chélothérapie. Il poursuit ensuite la Chélothérapie en France d'avril 1989 au début de l'été 1989. Il reçoit en tout 30 séances de chélation. Son état s'améliore rapidement. Pendant l'hiver 1989, il ne ressent plus les douleurs thoraciques extrêmement invalidantes qu'il avait connues les années précédentes. Ses efforts physiques ne sont plus limités. Il effectue maintenant 20 longueurs de piscine de 25 mètres chaque jour sans la moindre gêne. Son état général s'est nettement amélioré et, depuis qu'il a entrepris le traitement par la chélation, il n'a plus ressenti aucune douleur angineuse.

Ce cas clinique met en évidence le bon choix effectué par ce patient, qui ne s'est pas inquiété, outre mesure, d'un diagnostic recommandant en urgence une intervention chirurgicale de pontage coronarien et qui a su attendre de disposer d'une solution thérapeutique non traumatisante pour résoudre sans précipitation son problème cardiaque. En effet, ainsi que nous l'avons déjà évoqué, l'évolution spontanée de la maladie cardio-vasculaire présente moins de risque pour le patient que l'intervention chirurgicale, compte-tenu du taux confondu de la morbidité et de la mortalité par

chirurgie de pontage coronaire, sauf dans les cas de sténoses du tronc commun de la coronaire gauche, pour lesquelles l'espérance de vie d'un patient opéré est supérieure à celle de l'évolution naturelle de la maladie

Le cas de ce patient illustre parfaitement la maintenance de l'effet bénéfique obtenu par Chélothérapie, une fois le cycle de perfusions terminé. Cet effet persistant est constaté, ici, sur une période de plusieurs années, puisque ce patient a été traité il y a plus de 4 ans et que son état actuel est toujours aussi satisfaisant. Cet état de fait s'explique facilement par le mécanisme d'action de la chélation qui restaure progressivement la perméabilité artérielle. L'artère, en récupérant sa souplesse, autorise librement le passage du courant sanguin très longtemps après arrêt du traitement.

L'encrassement artériel ne conduit pas inexorablement au pontage coronaire, à l'infarctus myocardique, à l'amputation, à l'accident vasculaire cérébral, ou même à la démence sénile. Pourquoi ne pas privilégier la solution biologique à la solution chirurgicale... En résumé, mieux vaut choisir, en priorité d'intervention, le traitement par chélation plutôt que toute autre technique à risque...

Artérite oblitérante des membres inférieurs et Chélothérapie

Une étude clinique réalisée à Sao Paulo, Brésil, par OLSZEIWER et CARTER, dans le traitement par chélation des artériopathies oblitérantes des membres inférieurs (claudication à la marche) a mis en évidence 91% de résultats excellents, et 7,6% de résultats satisfaisants. Ces patients ont été évalués cliniquement sur la claudication au repos et à l'effort, les changements de température locale, la trophicité tissulaire, la pression segmentaire et les pouls. L'analyse Doppler enregistrerait les courbes sur papier.

Les statistiques issues de ces expériences cliniques (qui ont fait l'objet de nombreuses publications aux Etats-Unis) montrent en moyenne que 75% des artéritiques obtiennent une augmentation significative de l'irrigation de leurs membres inférieurs.

Les différentes analyses rapportées dans la littérature utilisent des mesures quantitatives des débits des différents organes. Ces mesures, réalisées sur une série de patients avant et après traitement, mettent en évidence l'augmentation des flux dans les territoires concernés. La microcirculation est évaluée par les techniques transcutanées/capillaroscopie (visualisation de l'athérosclérose artériolo-capillaire et de la désertification périphérique), laser-Doppler ou oxymétrie transcutanée. Cette microcirculation est très rapidement améliorée par la chélation. Ceci explique l'efficacité du traitement par chélation qui autorise une récupération rapide des maux perforants plantaires du diabétique, des nécroses artéritiques et des ulcères variqueux.

Sous chélothérapie, la régression de l'athérosclérose est d'autant plus lente, que l'artère est grosse et calcifiée. L'analyse hémodynamique est très sensible au niveau d'une artère fémorale et notamment l'indice de pression résiduelle. Il est donc relativement facile de constater une élévation des signaux Doppler de flux sur les toutes petites artères de pied. On comprend ainsi pourquoi il existe un décalage entre l'amélioration précoce des symptômes dont se plaint le patient et la relative immobilité initiale de la macro-plaque athéroscléreuse qui est surveillée par imagerie. Le sang emprunte d'abord la circulation collatérale par accroissement du débit des petits vaisseaux jonctionnels. Rien ne sert qu'un gros tronc soit perméable, pourvu que la circulation collatérale assure tout le travail, en toute sécurité.

Le cas clinique qui va suivre nous est rapporté par R. CASDORPH et H. FARR et a fait l'objet d'une publication dans J. Holistic Med. 1983, pp 3-15.

Monsieur G.O., âgé de 79 ans, nous consulta pour la première fois deux jours après être sorti,

contre avis médical, du Veterans Administration Hospital où il devait subir une amputation de la jambe gauche au dessous du genou.

Deux mois auparavant, Monsieur G.O. avait subi, dans le même hôpital, une amputation de la jambe droite au dessous du genou à cause d'une artérite sévère. A peine s'était-il remis de l'amputation de sa jambe droite, qu'il commençait une gangrène du gros orteil gauche. Ce qui conduisit l'équipe chirurgicale à envisager une amputation analogue de la jambe restante.

L'examen clinique montrait des atteintes multiples en rapport avec une athérosclérose généralisée. Le moignon de la jambe droite semblait bien cicatrisé, mais il était encore sensible et oedématié, empêchant pour l'instant tout appareillage. Il existait effectivement une gangrène du pied opposé intéressant la moitié distale du gros orteil. La courbe Doppler du gros orteil était plate.

Le patient était diabétique. Il fut soumis à un régime pauvre en graisses, reçut une supplémentation orale vitamino-minérale et fût chélaté par perfusion à un rythme de 4 fois par semaine. Après que ce patient ait reçu 20 séances de chélation, l'aire centrale gangrénée commença de nouveau à s'humidifier et le médecin traitant constata que le pourtour était semé d'îlots de cicatrisation.

Le pouls digital, relevé alors, était irrégulier, sans pulsation nette. Après 10 séances supplémentaires, le pouls digital de l'orteil gauche commença à montrer des oscillations.

Deux mois après que le patient ait reçu sa dernière séance de chélation, le processus de guérison se poursuivait. Ce patient a été vu pour la dernière fois plus d'un an après arrêt du traitement, avec une guérison complète et des pouls digitaux facilement perçus.

Le cas clinique dont nous venons de vous entretenir est inclus dans une série de cas de patients vus, par les auteurs, à une phase terminale de leur maladie.

Ces patients étaient tous proposés pour une amputation du membre. Ils étaient tous au stade de l'infection, de l'inflammation, des ulcères et de la gangrène. Tous ces patients sont en vie, en bonne santé et conservent leur appui. Toute douleur à la marche a disparu. Leur périmètre de marche est redevenu illimité.

Les auteurs de cette étude clinique sont convaincus que l'état actuel de ces pieds, auparavant menacés, est attribuable à la Chélothérapie qui a joué, à chaque fois, un rôle primordial dans l'obtention de leur guérison et leur a permis, dans tous les cas, de sauver leur membre de l'amputation.

Le traitement de l'angiopathie à un stade avancé, a toujours soulevé des problèmes difficiles et déroutants, la Chélothérapie y exerce une action curative durable particulièrement efficace dans le traitement de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs, et notamment en ce qui concerne les artères de moyen et petit calibre.

Insuffisance cérébro-artérielle et Chélothérapie

Peut-on prévenir les accidents vasculaires-cérébraux et faire régresser les séquelles neurologiques qui en sont la conséquence ?

L'accident vasculaire cérébral touche plus fréquemment le sujet âgé, notamment dans la

soixantaine, mais il n'est pas inhabituel d'observer des personnes jeunes (30/40 ans et même moins) atteintes de séquelles neurologiques après accident vasculaire cérébral. Environ 60 à 70 % des victimes d'accidents vasculaires cérébraux n'ont ressenti aucun signe précurseur.

Lorsque l'obstruction artérielle intéresse les artères du cou, il est proposé aux patients un traitement chirurgical : "l'endartériectomie carotidienne" qui consiste à ouvrir l'artère dans la zone où elle est obstruée pour en extraire la plaque athéroscléreuse sur quelques centimètres (cf. les inconvénients de l'endartériectomie déjà évoqués page 19 paragraphe 4).

L'endartériectomie carotidienne peut prévenir l'accident vasculaire cérébral et, si la sténose (rétrécissement) est très serrée, l'indication opératoire est justifiée. Cependant cette intervention n'enlève que quelques centimètres de plaque athéromateuse occlusive. Il est hors de question qu'elle nettoie le reste des artères à la base du crâne ou même à l'intérieur du cerveau lui-même. Pour la très grande majorité d'entre elles, ces artères ne sont pas traitables chirurgicalement. En effet, elles ne sont pas accessibles au bistouri et l'abord chirurgical, en lui-même, serait préjudiciable au cerveau.

Le Docteur W. EVANS (Professeur de Chirurgie à " Ohio State University ") déclare que l'on ne constate pas d'accroissement du flux sanguin au cerveau après endartériectomie carotidienne...

La meilleure manière de prévenir l'accident vasculaire cérébral est de réduire ses principaux facteurs de risque. Beaucoup d'accidents vasculaires cérébraux pourraient être évités si l'hypertension artérielle était reconnue et traitée à temps et si les premiers "signes d'alarmes" qui peuvent survenir quelques jours, quelques semaines, ou quelques mois avant les événements les plus sévères pouvaient tous être identifiés, reconnus et traités.

Il est essentiel de comprendre que, lorsque la maladie devient symptomatique, c'est à dire quand le patient perçoit des troubles de l'équilibre, de la vision, des bourdonnements d'oreilles, de légères paralysies transitoires, etc.. la maladie est déjà à un stade évolutif avancé, potentiellement dangereux.

Un accident majeur peut alors anéantir complètement la santé du patient. La plupart des facteurs de risque des accidents vasculaires cérébraux peuvent être considérablement réduits, voire éliminés grâce à la Chélothérapie :

- Par la diminution de l'hypertension artérielle. Sous Chélothérapie la plupart des cas d'hypertension répondent favorablement au retour à l'intégrité des membranes cellulaires grâce à l'accroissement de l'oxygène et des nutriments dans les tissus.

- Par traitement d'une maladie cardiaque déjà installée.(cardiopathies emboligènes).

- Par un diagnostic précoce. Dans ce cas le traitement par chélation sera en mesure de prévenir l'accident vasculaire et de faire régresser l'athérosclérose. De façon idéale, l'accident vasculaire cérébral le plus facile à traiter est celui qui n'est jamais survenu.

Le cas clinique suivant, relaté par le docteur Mc Donagh, en est l'illustration parfaite:

" Une femme de 49 ans nous consulta un après midi, il y a six ans de cela. Elle s'était réveillée au milieu de la nuit à cause d'un mal de tête insoutenable. Cette douleur était rebelle à l'aspirine et à d'autres remèdes qu'elle avait essayés. Elle ne parvenait plus à dormir. Elle appela son médecin traitant vers 5 heures du matin et convint de le retrouver à l'hôpital.

Après avoir examiné sa patiente, celui-ci porta le diagnostic de mal de tête migraineux. Il lui prescrivit un narcotique et lui conseilla de retourner à son domicile, de prendre le médicament pour lui permettre de dormir 4 à 5 heures. Il pensait qu'à son réveil, elle ne souffrirait plus. Le narcotique atténua la douleur, mais la patiente ne put dormir. Après une heure ou deux, elle nota que le côté

gauche de son visage ressentait de bizarres sensations de picotements. En se regardant dans la glace, elle constata que les muscles de son visage avaient acquis une asymétrie qui s'accroissait lorsqu'elle souriait. Elle en parla de nouveau à son médecin et revint à son cabinet. Il porta alors un diagnostic différent du précédent : celui de paralysie de Bell (qui est la conséquence d'une atteinte virale touchant les nerfs moteurs de la face). Ce médecin lui fit une piqûre de corticoïdes et lui appliqua de la chaleur contre le visage.

Peu de temps après être retournée à son domicile, elle constata de la faiblesse dans son bras et sa jambe gauche. C'est alors qu'elle se rendit à notre clinique.

Des explorations mirent en évidence une obstruction des artères carotides, notamment de la carotide interne. Un traitement par chélation fut immédiatement mis en place. Au bout de quatre heures, elle s'aperçut que sa faiblesse avait régressé. Au bout de la cinquième perfusion, elle avait complètement disparue et les capacités de préhension de sa main étaient presque redevenues normales. Moins d'un mois plus tard, cette patiente avait complètement récupéré. Elle avait eu 16 perfusions. Nous la suivons tous les 6 à 9 mois. Depuis, elle n'a plus présenté le moindre trouble. (Mc Donagh) “.

Les séquelles des accidents vasculaires cérébraux, même remontant à plusieurs années, peuvent régresser grâce à la Chélothérapie.

“ Le premier cas de ce type, que j'ai été amené à traiter, est encore très frais dans mon esprit. A cette époque, je n'avais encore jamais pris en charge d'accident vasculaire cérébral dont l'ancienneté était supérieure à deux ans. Il nous avait été enseigné, lorsque nous étions étudiants, plusieurs années auparavant, que si aucun progrès ne pouvait être observé, passé le délai de deux ans, plus aucune récupération ne pouvait être espérée. Sans chercher à transgresser cette théorie, j'en avais simplement fait ma règle, et je n'avais jamais accepté de traiter aucun cas de paralysie dont l'ancienneté de l'accident vasculaire cérébral remontait à plus de deux ans.

Il y a 15 ans environ, une jeune femme nous conduisit son père, pour que nous le traitions. Il avait été victime d'un accident vasculaire cérébral 7 ans auparavant et pouvait à peine tenir en place dans son fauteuil roulant.

Sa tête s'inclinait à gauche et sa bouche restait béante. De la salive suintait de sa langue qui faisait saillie. Il avait le bras droit en bandoulière et sa main était glacée au toucher. Sa jambe droite reposait dans une attelle plâtrée qui s'étendait du pied au genou. Une sangle avait été ajustée autour de sa taille pour l'empêcher de tomber du fauteuil. Il était incapable de marcher, de manger ou de se prendre en charge d'une quelconque façon que ce soit. Il était totalement dépendant des autres.

« Je veux que vous traitiez mon père » dit-elle.

« Je ne pense pas que je pourrai lui venir en aide » dis-je. « Il y a trop longtemps que son accident vasculaire cérébral est installé ».

« Docteur, je suis une infirmière du “St-Mary Hospital” de cette ville et je peux m'en occuper. Je ferai tout ce que vous désirerez ».

« Mais Mademoiselle, je ne suis pas certain que le traitement puisse réussir, je ne peux pas promettre quelque chose que je ne pourrai tenir. Je pense que vous dépenserez de l'argent inutilement ».

« C'est mon argent et je veux le dépenser pour mon père, que cela lui soit utile ou non. J'ai vu une quantité impressionnante de patients victimes d'accidents cérébraux que vous avez traités et qui vont maintenant remarquablement bien. Je sais que de toute façon la chélation ne pourra lui

faire aucun mal. J'insiste bien pour que vous le traitiez. Je veux lui donner une chance au moins de récupérer. «

Jamais je ne serai assez redevable à cette femme. Elle a réveillé en moi le désir de venir en aide aux patients souffrant de maladies chroniques apparemment désespérées. Il faut parfois faire un effort sur soi-même pour remettre en cause des méthodes thérapeutiques bien établies. Cela suppose un esprit souple et dans les circonstances où mon mode de pensée redevient rigide, il me revient à l'esprit l'exemple de cette femme et de son père.

Ce Monsieur, âgé de 68 ans, a nécessité 28 perfusions avant que ses analyses sanguines et ses tracés Doppler ne se normalisent et restent stables. Petit à petit, son organisme sortit de son cercle vicieux. Il fut progressivement capable d'articuler quelques mots intelligiblement, de dormir profondément et, selon sa fille, de retrouver un maintien un peu plus présentable.

Bientôt, il fut capable de marcher avec un déambulateur, puis il utilisa des béquilles. Des séances de kinésithérapie furent ensuite prescrites, que le patient s'appliqua scrupuleusement à suivre. Peu de temps après, il utilisa deux cannes, puis passa à une canne. Finalement, il put marcher seul, sans aucune aide mécanique extérieure. Il se prit en charge, il pût parler normalement et faire les mêmes choses qu'une personne bien portante. Un jour, il partit rejoindre sa femme dans une petite ville à l'extérieur de Kansas City où il demeure depuis, complètement autonome. Sur son insistance, nous avons conservé une de ses cannes afin de bien rappeler à notre esprit son cas clinique. Il disait qu'il ne fallait pas que je oublie que je n'étais pas très enclin à le traiter lorsque je l'avais vu pour la première fois (Mc Donagh)”.

“ Dans les 15 ans qui ont suivi, parmi les patients victimes d'accidents vasculaires cérébraux qui ont été traités dans notre centre de Chélothérapie et dont les dossiers mettent en évidence les résultats cliniques, nous avons obtenu pour des centaines de cas identiques, les mêmes résultats spectaculaires. (Mc Donagh) “.

“ La Chélothérapie est en mesure de changer le tableau sombre et défaitiste d'un accident vasculaire cérébral au profit du bien-être et de l'épanouissement des patients. Je suis constamment surpris par les progrès obtenus par des patients atteints, depuis plusieurs années, de séquelles paralytiques ou de pertes fonctionnelles diverses. Des personnes qui étaient incapables de se déplacer sans utiliser des béquilles ou des déambulateurs ont été capables de s'en passer rapidement et de marcher sans la moindre assistance. Des patients aphasiques ont retrouvé le sens de la parole. Leurs capacités intellectuelles ont été restaurées, leur permettant d'avoir à nouveau des processus de pensée vifs et cohérents.

D'une façon générale, les différents systèmes organiques se normalisent. Les victimes d'accidents vasculaires cérébraux sortent de leur marasme et deviennent affables en oubliant vite leur dépression. Leur vision s'améliore. Leur résistance générale aux infections se renforce. Même l'aspect usé, vieilli disparaît.

En résumé, les heureux bénéficiaires de la Chélothérapie reprennent une vie très proche de la normale. Certains même jouissent d'une santé meilleure que celle qu'ils connaissaient avant l'accident vasculaire cérébral. Un grand nombre de patients ayant été obligés d'interrompre leur travail du fait des conséquences morbides de l'accident vasculaire cérébral ont repris une activité professionnelle. D'autres se sont lancés dans de nouvelles affaires. Tous ont pu éviter de rester en permanence dans un fauteuil roulant ou dans un rocking chair. Ils sont redevenus libres et indépendants.

Les patients victimes d'accidents vasculaires cérébraux ayant récupéré, grâce à la Chélothérapie, sont très rarement exposés à une reprise quelconque de phénomènes pathologiques. Quel aurait été leur sort s'ils n'avaient pas bénéficié de la Chélothérapie? Ils n'auraient eu aucune chance. (Mc Donagh)“

“ La Chélothérapie n’est pas réservée au traitement de l’accident vasculaire cérébral. C’est cependant un de ses points forts. S’il est vrai que la chélation obtient des succès dans un grand nombre de maladies chroniques dégénératives, dans l’accident vasculaire cérébral, c’est le succès presque à chaque fois. (Mc Donagh) “.

Il est intéressant de noter que dans le cas que nous venons d’évoquer la combinaison nutrition-chélation-kinésithérapie est à l’origine des résultats excellents auxquels de le Docteur Mac Donagh fait référence.

Complications du diabète et Chélothérapie

Les patients diabétiques présentent un facteur de risque plus important que les non diabétiques en ce qui concerne toutes les maladies circulatoires. Ils sont plus souvent que les autres, sujets aux coronarites, aux artérites des membres inférieurs, aux accidents vasculaires cérébraux. De plus, ils souffrent souvent de troubles de la vision dus à des hémorragies rétinienne qui peuvent les conduire, parfois brutalement, à la cécité partielle ou totale.

L’hyperactivité des radicaux libres chez le diabétique explique les particularités de l’angiopathie diabétique par rapport à un groupe témoin non diabétique. Les diabétiques présentent une élévation significative des peroxydes lipidiques (MDA-LM) et un abaissement des thiols plasmatiques (PSH). [Belch J]F; Dundee, Scotland; 16th World Congress of the International Union of Angiology].

Un patient ayant déjà présenté des hémorragies rétinienne peut récupérer, grâce à la chélation, de façon durable, une partie de la vision qu’il avait perdue. Le cas clinique qui va suivre en est la parfaite illustration.

M. L... âgé de 65 ans, diabétique non-insulino-dépendant, se présente en consultation dans un centre de Chélothérapie parisien, en mai 1989, pour une baisse très importante de son acuité visuelle.

Sa vision avait baissé rapidement au cours des 7 derniers mois. L’examen pratiqué avant Chélothérapie révèle une acuité visuelle de l’ordre de 1/10ème à droite et de moins de 1/10ème à gauche. Il lit difficilement le caractère Parinaud 8 à droite et Parinaud 14 à gauche. L’examen biomicroscopique révèle une opalescence cristallinienne avec quelques vacuoles sous-capsulaires, surtout à gauche, sans que l’état du cristallin soit en cause dans la baisse de la vision.

Au fond d’œil, il existe un oedème maculaire bilatéral avec de multiples hémorragies et quelques exsudats. Il ne semble pas s’agir d’une forme cystoïde. La tension oculaire est normale aux deux yeux.

Par ailleurs, le patient souffre également d’artérite des membres inférieurs stade 1. L’état trophique de ses pieds n’est pas satisfaisant. Le pied est froid. La pousse unguéale est défectueuse : ongle strié, de mauvaise qualité. Les poulx poplités sont perçus, mais les poulx pédiens et tibiaux postérieurs sont inexistantes. L’indice de pression à la cheville est supérieur à 1, comme c’est souvent le cas chez le diabétique aux artères rigides.

Avant de consulter à Paris un spécialiste de Chélothérapie, Monsieur M.L. a rencontré plusieurs praticiens spécialisés en ophtalmologie qui lui ont tous proposé la thérapie par laser. Écoutons parler ce patient de ses expériences successives :

« J’ai reçu ma première série de laser fin juin 1988. Mon acuité visuelle, avant laser, était de 7/10ème à gauche et de 2/10ème à droite. Après 6 mois de traitement par laser, mon acuité visuelle avait baissé au point qu’il ne me restait que 1/10ème à droite et moins de 1/10 à gauche. J’ai donc décidé de consulter des spécialistes avant de devenir complètement aveugle ”.

“ Le 3 avril 1989, j’ai un rendez-vous avec le chef de service du CHR de ma région : celui-ci est très pessimiste. Il m’annonce que je serai bientôt aveugle et me conseille, néanmoins, de poursuivre la thérapie par laser. Courant avril 1989, je consulte, en clinique, dans la même ville : même pronostic.

Le 18 avril 1989, je rencontre un nouveau spécialiste, dans une autre ville, qui aboutit aux mêmes conclusions. Enfin, le 26 avril, un spécialiste parisien m’offre des perspectives identiques.

C’est alors que j’ai eu connaissance des possibilités offertes par la Chélothérapie. J’ai commencé le traitement par chélation le 27 avril 1989. Aujourd’hui 16 août 1989, après 30 perfusions, ma vue s’est améliorée. J’ai retrouvé une acuité visuelle de 2/10ème à gauche et de 4/10ème à droite. Sans commentaires...”

“ En début de traitement, j’avais besoin de ma femme qui m’accompagnait. J’ai rapidement repris mon autonomie et, à présent, je n’ai plus besoin de personne pour les actes de la vie courante».

Parallèlement à l’amélioration de la vision, le médecin traitant constate, chez ce patient : un réchauffement du pied, une repousse normale des ongles des orteils (le trait de transition entre l’ongle sain et l’ongle pathologique apparaît nettement), une peau saine remplaçant le tissu nécrotique. Les pieds initialement insensibles du fait de la neuropathie diabétique, retrouvent progressivement leur sensibilité et la perception du chaud et du froid. Très rapidement, le patient s’est remis à conduire sa voiture. Quelques mois plus tard, il allait même chasser la palombe et ne rentrait pas bredouille I

En septembre 1990, sous couvert d’un très petit nombre de perfusions d’entretien, le patient parvenait à 5/10ème à chaque œil; et pourtant, il n’avait pas eu de perfusion depuis 4 mois. Le résultat obtenu à la fin du traitement, non seulement s’était maintenu 9 mois après, mais sa vision avait encore progressé après arrêt de celui-ci.

Il nous paraît important de signaler que ce patient, au cours de l’été 1990, avait développé une hémorragie de l’humeur vitrée, suite à une exposition prolongée au soleil de plus de 4 heures. Cette hémorragie a régressé spontanément en moins de deux mois ; elle avait déjà disparu lors de sa visite ophtalmologique de septembre 1990.

Le laser ou la cryothérapie qui sont proposés aux patients atteints d’hémorragie rétinienne ont seulement pour but de circonscrire la lésion hémorragique afin que celle-ci ne gagne pas trop de terrain. Le secteur irradié par le laser peut rester définitivement hors service, puisque l’irrigation sanguine qui lui était destinée a été stoppée par brûlure des capillaires de cette zone. Progressivement, de zones en zones, le patient perd peu à peu sa vision. Lorsque l’hémorragie rétinienne est traitée par cryothérapie, le froid seul est utilisé pour stopper l’hémorragie. Cette technique conserve aux tissus du fond d’œil toutes leurs possibilités de récupération ultérieure. Cette méthode est complémentaire de la chélation.

En effet, le traitement par chélation va progressivement améliorer et récupérer le tissu du fond de l’œil. Lorsque le barrage est rompu, des dispositions d’urgence doivent être prises. D’où l’intérêt d’associer cryothérapie et chélation.

Le traitement par chélation protège les capillaires sanguins des dommages causés par l’évolution de la maladie diabétique. La chélation est un traitement préventif des atteintes des petits et des gros vaisseaux dues à la micro et macro-angiopathie diabétique.

Les récupérations sont souvent très rapides :

- Il n’y a pas de guérison de la maladie diabétique, le patient devra continuer à prendre ses médicaments (s’il en a) mais très souvent, il sera plus facile à équilibrer et les doses nécessaires, notamment en insuline, seront moins élevées. Parfois celle-ci pourra être totalement supprimée.

- Un patient atteint de rétinopathie diabétique assurera une protection capillaire des tissus de son fond d'œil et préviendra les récurrences d'hémorragies rétiniennes. Les résultats obtenus sont surprenants dans le cas d'une rétinopathie diabétique où l'on observe au fond de la rétine des néovaisseaux, de l'hémorragie, de l'œdème, qui altèrent la vision.

Plutôt que le laser palliatif, qui est souvent proposé et qui tue les neurones pour empêcher la propagation de la dégradation tissulaire, il faut mieux (en l'absence de décollement de rétine) améliorer la qualité tissulaire des néovaisseaux rétiens par un traitement de chélation associé à des nutriments alimentaires spécifiques. Le taux de succès de ce traitement est assez élevé et, dans les cas les plus spectaculaires, le patient récupère 2, 3, 4, ou 5/10^e d'acuité visuelle (ce qui est une belle performance lorsque le patient démarre de 1/20^e pour retrouver une vie normale). Le plus surprenant est que l'amélioration se perpétue même plusieurs mois, après l'arrêt des perfusions.

C'est très gratifiant si l'on sait qu'auparavant l'aggravation était inexorable, soit spontanément, soit après laser (qui ne donne qu'un répit fugace sous réserve d'une indication bien posée). Il n'y a rien de plus déprimant que de s'entendre dire que l'on est condamné à devenir aveugle dans les mois à venir.

Lorsque l'atteinte rétinienne n'est pas liée au diabète, mais à l'âge, les résultats dépendent de chacun (on ignore pourquoi...), mais sont souvent très significatifs.

- Un patient dont les coronaires présentent déjà des signes avancés d'athérosclérose avec rétrécissement du calibre des artères mettra toutes les chances de son côté pour prévenir l'apparition d'un éventuel infarctus du myocarde. La chélation est en mesure de supprimer la douleur d'angor qui apparaît d'abord à l'effort puis au repos. Elle peut également allonger l'espérance de vie du patient.

- Un patient atteint d'hypertension, même sévère, verra celle-ci se normaliser dans la majorité des cas (70%), dans un délai de 6 mois, avec souvent la possibilité de pouvoir diminuer puis progressivement arrêter les médicaments qui font baisser la tension dont les effets secondaires, à long terme, sont dommageables.

- Un patient présentant un taux trop élevé de cholestérol et de lipides verra ce taux se normaliser dans la majorité des cas (92%) dans un délai de 3 à 6 mois. Une supplémentation spécifique sera administrée par voie orale en combinaison avec la chélation. Les médicaments anti-cholesterol pourront raisonnablement être diminués puis progressivement arrêtés, au fur et à mesure de la baisse des taux.

- Un patient souffrant d'une perte de sensibilité des membres inférieurs récupérera cette sensibilité dans un délai de quelques semaines.

- Un patient dont le périmètre de marche est déjà très restreint pourra de nouveau marcher normalement sans qu'apparaisse la crampe fatidique. Une courbe Doppler des artères qui irriguent les jambes, redevenue normale, mettra en évidence le retour à une irrigation satisfaisante des membres inférieurs. Les doigts de pied eux-mêmes, lorsqu'une nécrose est installée, peuvent récupérer totalement et redevenir roses et sains dans le délai de quelques semaines;

- Un patient présentant une hémorragie cérébrale massive, atteint d'hémiplégie sévère a tout le loisir de méditer sur l'horreur de la situation. S'il souffre d'une hémiplégie droite, il est aphasique, c'est-à-dire qu'il a perdu l'usage de la parole, toute communication est problématique, sans parler de son impotence fonctionnelle. On aurait pu prévenir cet accident vasculaire cérébral qui n'aurait jamais dû survenir.

La chélation instaure une bonne perméabilité des artères carotides et vertébrales ainsi que de tout le réseau artériel et capillaire qui irrigue le cerveau. De ce fait, des récupérations importantes peuvent être obtenues, même plusieurs années après l'apparition de l'accident vasculaire cérébral.

Parallèlement, ce type de patient doit poursuivre la rééducation fonctionnelle et les séances d'orthophonie, si nécessaires....

Dans ce contexte à haut risque qui menace les diabétiques, la chélation se révèle être, pour ce type de patient, un traitement qui doit être mis en place dès l'apparition du moindre trouble fonctionnel, mais également préventivement, avant que les troubles ne soient installés. Ce n'est pas lorsque le barrage est rompu qu'il faut se soucier de la solidité de l'édifice.

Troubles de la vision et Chélothérapie

Il est fréquent que la Chélothérapie améliore la vision. Le traitement a été utilisé avec succès dans le glaucome, la cataracte, la rétinopathie diabétique, les hémorragies rétiniennes, les dégénérescences maculaires, etc...

Le patient atteint de dégénérescence maculaire perd progressivement la vision centrale, il ne pourra plus lire à très brève échéance s'il peut encore le faire. La dégénérescence maculaire est une destruction de la rétine dont la cause principale est la dégradation des qualités tissulaires de la trame vasculaire par manque d'irrigation sanguine du fond de l'œil. La macula est située dans la partie centrale de la rétine et correspond à la vision de près.

Dans la dégénérescence maculaire la macula se détériore, en brouillant, puis en éliminant la vision centrale, mais en laissant intacte la plus grande partie de la vision périphérique. Cette détérioration est très fréquente chez le sujet âgé. Elle entraîne une baisse de l'acuité visuelle qui se trouve souvent être liée à l'athérosclérose et conduit à la cécité

La vision centrale permet de voir les détails de près, autorisant la lecture proche et lointaine. La vision périphérique donne la perception du champ visuel environnant, qui n'est pas dans la ligne de vision directe et qui permet d'éviter de se cogner lorsqu'on se déplace.

Hormis la chélation, il n'existe aucun traitement efficace de la dégénérescence maculaire. Les vasodilatateurs qui sont prescrits, en vue d'améliorer la circulation rétinienne, agissent très difficilement et transitoirement sur un réseau de capillaires sanguins déjà très endommagés. De plus ils ne traitent pas la cause de la maladie.

Le Laser est parfois proposé aux patients comme traitement des hémorragies rétiniennes ou de la dégénérescence maculaire... Le laser appliqué sur le tissu rétinien déjà endommagé va localement, à chaque application, détruire par brûlure une zone du fond d'œil qui, du fait de cette lésion, récupérera moins bien sous chélation que les tissus non lasérisés.

Dans une dégénérescence maculaire le laser n'a aucun effet curatif. Il n'est appliqué que dans un but palliatif en vue de cautériser des lésions qui saignent ou qui provoquent de l'oedème. Il est responsable de lésions par brûlure qui se surajoutent aux lésions déjà existantes de la macula. Il aggrave le processus de destruction du tissu maculaire et accélère le risque de cécité.

Lors du dernier Congrès d'Ophtalmologie qui s'est tenu à Paris, il a été publié une étude sur les résultats cliniques des traitements par Laser dans différentes pathologies. Cette étude révèle que le laser doit seulement être réservé aux décollements de rétine. Selon l'auteur, il ne devrait plus être utilisé dans les cas d'hémorragies rétiniennes qui relèvent, selon lui, de la cryothérapie. A fortiori, pas de traitement par laser dans une dégénérescence maculaire.

La chélation instaure une amélioration très nette du flux circulatoire rétinien en récupérant les réseaux de capillaires sanguins. Améliorer durablement la circulation d'un fond d'œil permet de récupérer ce qui est récupérable et non pas les tissus qui sont déjà définitivement détruits.

En France, nous avons un recul de plus de 4 ans dans le traitement de la dégénérescence maculaire par chélation. Parmi nos adhérents traités, la récupération a été variable suivant les individus. Cette récupération a progressé pendant un à deux ans. Tous ces patients ont conservé depuis, les récupérations acquises par chélation. Les très rares personnes à ne pas avoir bénéficié d'amélioration sensible, ont toutefois constaté l'arrêt de la progression de leur dégénérescence maculaire depuis l'instauration du traitement par chélation.

En moyenne, les patients récupèrent un à deux dixièmes de vision par œil. Certains ont récupéré durablement 4 dixièmes, d'autres rien. Dans le plus mauvais des cas, le patient garde les dixièmes qui lui restaient lorsqu'il a commencé son traitement par chélation. Il est primordial que la chélation soit administrée précocement, dans le cas d'une dégénérescence maculaire, avant que le tissu du fond d'œil ne soit définitivement détruit.

L'étude du cas clinique qui suit nous est rapportée par le Docteur TROWBRIDGE.

A Encino, en Californie, U.S.A, le Docteur A. Léonard Klepp, avait soigné Monsieur H.S, âgé de 79 ans, qui se plaignait d'étourdissements, de claudication intermittente (il était incapable de marcher plus de 100 mètres, sans ressentir une violente douleur aux mollets), d'une baisse de l'audition qui l'obligeait à porter un appareil acoustique et d'une hypertension artérielle installée depuis de très nombreuses années. Mais l'affection la plus sérieuse dont Monsieur H. S. souffrait était la perte de la vision par dégénérescence maculaire. Le patient consulta à la " Doheny Eye Clinic " (Université de Southern California Medical Center), il fut informé qu'il souffrait d'une dégénérescence maculaire, qui lui était présentée comme incurable. Condamné à se passer de sa vision centrale, Monsieur H. S. consulta de nouveau le Docteur Klepp pour voir si ce médecin, qui pratiquait la Chélothérapie, était capable de rendre la vision à un patient que les ophtalmologistes de l'hôpital universitaire avaient condamné, sans appel, à la cécité. Le docteur Klepp administra 21 séances de chélation à son patient. Lorsque Monsieur H.S. retourna à l'Université de Southern California Medical Center pour un nouvel examen ophtalmologique, le 9 février 1982, les médecins ophtalmologistes répétèrent plusieurs fois les tests oculaires et constatèrent que la macula était redevenue saine et normalement vascularisée.. A l'œil gauche, l'acuité visuelle s'était améliorée dans un rapport de 1 à 3. A l'œil droit, l'amélioration obtenue était de 70 %.

A présent, le patient était capable, pour la première fois, depuis de nombreuses années, de lire et de tenir un livre devant son visage. Il avait également constaté une amélioration de son audition. Maintenant, il pouvait entendre quelqu'un entrer dans sa maison sans recourir à un appareillage sonore. Sa tolérance à l'effort physique s'était également considérablement améliorée".

" Le cas de ce patient traité par Chélothérapie montre une amélioration spectaculaire, basée sur des faits objectifs relevés par des spécialistes des Hôpitaux Universitaires. (TROWBRIDGE)"

Arthrose, ostéoporose et Chélothérapie

Les os, les cartilages et les articulations sont, comme tout notre corps, constitués de tissus vivants pour lesquels l'apport en oxygène, en vitamines et en minéraux est vital. Les tissus osseux et articulaires doivent recevoir, en quantité suffisante, le sang qui est le véhicule de cet oxygène, de ces minéraux et de ces vitamines pour que la fonction métabolique soit maintenue.

A chaque fois qu'une cellule meurt dans notre corps, une autre cellule doit la remplacer (sauf pour les cellules nerveuses dont le stock est déterminé à la naissance). Notre métabolisme, telle une parfaite usine de transformation, a besoin d'un enzyme précis et d'un catalyseur précis qui sont

spécifiques à chaque réaction métabolique. Ces enzymes et ces catalyseurs sont véhiculés par le sang.

Que se passe-t-il lorsque le sang ne parvient pas en quantité suffisante dans notre système articulaire. Les tissus osseux ou articulaires, mal irrigués, ne sont plus en mesure de se régénérer.

Progressivement s'installe une destruction cellulaire qui se traduit par de l'ostéoporose ou de l'arthrose. La chélation en instaurant une meilleure irrigation de tout le système articulaire va apporter, aux tissus qui sont asphyxiés, l'oxygène, les minéraux et les vitamines nécessaires au rétablissement d'une fonction métabolique adéquate.

Ces tissus, mieux irrigués, vont réparer ce qui est réparable. S'il manque deux millimètres d'épaisseur d'os sur une articulation de hanche, la chélation ne peut pas, par miracle, faire repousser ces deux millimètres manquants... Ce traitement est en mesure de réparer et de conserver en bon état les surfaces articulaires existantes et non pas celles qui sont totalement détruites. Les douleurs articulaires vont disparaître, progressivement, le patient va retrouver la mobilité et la motricité qu'il avait perdues, parfois depuis de nombreuses années.

La chélation est très efficace dans l'arthrose, car c'est surtout le calcium mal situé qui est mobilisé. Les cellules de construction de l'os (ostéoblastes) sont activées et récupèrent le calcium libéré en augmentant la densité osseuse. Bien sûr, il faut simultanément prendre par la bouche des nutriments spécifiques (notamment calcium, magnésium, silicium et vitamine D). Traitée par la chélation, complétée par une supplémentation vitamino-minérale adéquate, la maladie arthrosique va progressivement régresser.

Lorsque le sang irrigue à nouveau un secteur qui était en souffrance auparavant, cette amélioration circulatoire reste acquise longtemps après l'arrêt du traitement. Quelques séances d'entretien suffisent à maintenir intact, dans le temps, le bénéfice obtenu par la chélation. Prescrite et surveillée par un médecin spécialiste compétent, ayant l'expérience de cette méthode, la chélation est le traitement de fond, par excellence, de la maladie arthrosique.

En ce qui concerne l'ostéoporose, cette affection se traduit par une raréfaction des cellules osseuses dans la structure de l'os. L'os ressemble aux mailles d'un filet qui retiendraient des cellules osseuses. Lorsque ces cellules sont présentes en quantité suffisante dans le tissu osseux, l'image radiologique met en évidence une densité osseuse constante dans toute la structure de l'os. Une image radiologique d'ostéoporose se traduit, sur le cliché, par l'apparition de plages plus ou moins denses dans la structure osseuse et ces plages sont caractéristiques d'une atteinte d'ostéoporose. Nous sommes alors en présence de cellules osseuses en nombre insuffisant dans la trame osseuse. En restaurant une bonne irrigation de tout le secteur concerné, en même temps que dans tout notre corps, la chélation va permettre aux cellules osseuses absentes de se reconstituer, le métabolisme osseux va combler progressivement les manques et une image radiologique normale du secteur concerné mettra en évidence la réparation du tissu osseux. Cette image peut être observée environ un an après le début du traitement.

Si le patient n'avait pas été traité par chélation, l'oxygène, les vitamines et les minéraux (qui sont véhiculés par le sang), ne seraient pas parvenus, ou en quantité insuffisante, là où ils étaient nécessaires, car une circulation sanguine ralentie n'aurait pas été en mesure de les véhiculer justement là où le problème était installé... Pour conserver longtemps les effets du traitement par chélation, le patient atteint d'arthrite, d'arthrose ou d'ostéoporose doit veiller quotidiennement à respecter une supplémentation par la bouche en nutriments vitaminiques et en minéraux spécifiques, adaptés à son problème métabolique et personnalisés à ses carences et à ses excès en éléments traces.

Maladie de Raynaud et Chélothérapie

La maladie de Raynaud se traduit, pour le patient, par un trouble circulatoire au niveau des extrémités des mains et parfois des pieds qui sont très froids, particulièrement en hiver. L'aspect blanchâtre de la peau révèle que le sang circule très mal dans ces extrémités. Ce manque d'irrigation est parfois responsable de la perte de sensibilité d'un ou de plusieurs doigts.

La Chélothérapie traite, non seulement les artères individuelles, telles que les artères coronaires qui entourent le cœur, mais également les artères de chaque organe de notre corps, ainsi que les plus petites artérioles et capillaires. Ce sont celles-ci qui, se trouvant lésées, sont directement impliquées dans les maladies dégénératives frappant les doigts et les orteils.

Après un petit nombre de séances de chélation, parfois 6 ou 7, ces symptômes régressent et disparaissent durablement. Certains patients traités se sont même plaints d'avoir trop chaud.

Insuffisance circulatoire pelvienne et Chélothérapie

Les Messieurs d'un certain âge, souffrent souvent de troubles liés à leur prostate. Certains d'entre eux constatent, avec désolation, une baisse sensible de leurs possibilités sexuelles. Ces troubles sont révélateurs d'une maladie dégénérative liée à l'âge et sont justiciables d'un traitement par chélation.

Les troubles de la prostate ont un retentissement direct sur l'état général du patient. Celui-ci doit se lever fréquemment la nuit. Il se trouve donc dans l'obligation de fractionner la nuit en tranches successives de sommeil, à un âge où justement il a vraiment besoin de repos.

Le traitement par chélation va améliorer notablement la circulation dans le pelvis en même temps que dans le reste de l'organisme du patient. Concrètement, le patient pourra enfin dormir une nuit complète sans se lever pour uriner ou une fois au lieu de six ou sept fois. Un sommeil réparateur aidera le patient à retrouver un état général satisfaisant, perdu depuis longtemps. Il sera en mesure de se présenter, en meilleure condition physique, à une intervention éventuelle de la prostate .

La chélation n'évite en aucun cas l'ablation de l'adénome prostatique, mais cette technique autorise souvent d'en différer l'échéance, à chaque fois que le problème ne présente aucun caractère d'urgence. Si la chirurgie est inéluctable, autant s'y soumettre dans les meilleures conditions possibles de récupération.

En ce qui concerne les possibilités sexuelles du patient, l'amélioration de la circulation pelvienne dont il va bénéficier, grâce à la chélation, va lui redonner des moyens de jeune homme. Ce retournement de situation peut présenter parfois des risques inattendus... Afin de mieux vous faire comprendre les difficultés qui peuvent être rencontrées à ce sujet, nous allons vous rapporter l'aventure vécue par un de nos adhérents...

“ Ce Monsieur, âgé de plus de 80 ans avait entrepris un traitement par chélation parce qu'il souffrait d'une coronarite sévère et qu'il était promis à un triple, voire à un quadruple pontage coronarien par son médecin traitant. Au bout d'une dizaine de séances, il avait retrouvé une forme que nous qualifierons d'olympique. Il était capable de marcher plusieurs kilomètres de son domicile au centre de traitement par Chélation lui qui, deux mois auparavant, traversait avec difficulté la rue... et même de courir... une fois nous l'avions vu arriver à l'Institut en jogging, en petite foulée détendue, c'était un régal de le voir revivre...

Un jour, nous le vîmes arriver taciturne et la mine défaite. Il nous raconta alors qu'il avait des problèmes avec ses deux maîtresses (il était veuf) parce que l'une d'entre elles avait découvert l'existence de l'autre. C'est ainsi que nous avons appris qu'à plus de 80 ans, il avait renoué avec un mode de vie qui lui manquait cruellement depuis de nombreuses années. Il s'était senti si bien qu'il en avait pleinement profité...

La jeune femme jalouse avait 25 ans, il nous montra sa photo... elle était très belle.

Cet homme avait exercé un métier de scène qui l'avait accoutumé aux ovations du public. Le contact avec son public était la chose qui lui manquait auparavant le plus. On comprend aisément que son expérience et son charme slave soulèvent encore l'enthousiasme auprès de ses conquêtes... Mais comment avoir envie de conquêtes, quand rien ne suit... Physiologiquement, sans la chélation, cet homme était fini...

En découvrant son histoire, nous avons craint le pire. Quand on a besoin en urgence d'un triple ou d'un quadruple pontage coronarien et qu'on a plus de 80 ans, la chélation n'autorise pas toutes les fantaisies, même si on se sent en pleine forme. Nous étions sérieusement inquiets de l'incidence de son mode de vie sur la bonne marche de son traitement, en raison de sa coronarite sévère.

Soyez rassuré sur son sort, le bonheur aide à la guérison... Il a terminé son traitement depuis plus de 4 ans et tout va bien... “

Troubles circulatoires veineux et Chélothérapie

Les veines font partie de l'appareil circulatoire. Elles ont pour fonction de ramener le sang au cœur après qu'il soit parvenu aux tissus grâce aux artères.

La jonction entre les veines et les artères s'appelle les capillaires.

Les capillaires sont très fins et très poreux pour favoriser les échanges entre sang et tissus. Le métabolisme des tissus consomme de l'oxygène et produit des déchets notamment de l'oxyde de carbone. La vie des cellules et plus généralement d'un être pluricellulaire dépend entièrement de ce mécanisme d'échange.

Les maladies des veines sont principalement de deux natures :

- La première est ce qu'on appelle la thrombose : c'est un caillot qui se forme anormalement à l'intérieur de la veine parce que le sang y stagne et ne remonte pas assez rapidement vers l'oreillette droite du cœur.

Cela arrive souvent lorsqu'on est alité ou immobile. Cette maladie s'appelle la phlébite et se situe souvent dans les veines du mollet. Puisque les veines confluent en s'élargissant pour remonter au cœur, on conçoit qu'un caillot développé dans une d'entre elles puisse remonter jusqu'à l'oreillette droite puis traverser le ventricule droit et se bloquer dans les artères pulmonaires. C'est ce qu'on appelle l'embolie pulmonaire.

Le risque de thrombose dépend du contenu (le sang) et du contenant (la veine). Si le sang coagule trop, ou si la paroi veineuse est malade, le risque de phlébite est plus élevé. Par la chélation, le risque de phlébite diminue par moindre adhésivité des plaquettes et par la guérison des lésions de la paroi veineuse.

- La deuxième maladie des veines concerne les varices. Les varices sont fréquentes et favorisées par la station debout, les membres inférieurs supportant le poids du corps. Le poids du sang appuie sur les veines des membres inférieurs par mécanisme de gravité, le sang ayant tendance à descendre vers les zones les plus basses.

Normalement il existe des clapets anti-retour qui sont étagés le long des axes veineux et qui empêchent le sang de redescendre lorsque le sujet est debout. Ce système de clapet est très fragile et dépend beaucoup des qualités tissulaires de la veine, de son élasticité et de son tonus. On conçoit que des facteurs hormonaux (les varices sont plus fréquentes chez la femme que chez l'homme et sont aggravées lors de la grossesse), une fatigue générale, des carences nutritives, des intoxications diverses, puissent dégrader les qualités tissulaires des veines et provoquer progressivement les varices.

On peut prévenir l'apparition de ces varices. Le patient doit être vigilant et détecter le plus tôt possible l'apparition des premiers symptômes : varicosité, «jambes lourdes», «mauvaise circulation dans les jambes», etc.... Il ne faut pas attendre que de gros paquets variqueux deviennent autonomes et ne soient plus contrôlables biologiquement. La maladie tissulaire de la veine évolue ensuite vers une dégradation mécanique et hydrodynamique des tuyauteries veineuses. Les veines, dilatées sous l'effet de fuites multiples et successives des clapets anti-retour voient leur diamètre s'élargir. Tout retour à l'étanchéité des clapets devient alors impossible.

Lorsque les veines sont grosses et dilatées, un spécialiste des vaisseaux est en mesure de faire un diagnostic précis par un examen clinique couplé à une échographie (cartographie veineuse qui explique le lieu et l'importance des fuites).

Suite à cet examen, si les fuites sont considérées comme négligeables, il suffit simplement de prendre en charge le patient sur le plan nutritionnel et toxicologique par la chélation. La chélation est en mesure de faire disparaître durablement cette sensation de "jambes lourdes comme du plomb" qui est décrite par les patients.

Encore une anecdote : une de nos adhérentes souffrait cruellement, tous les hivers, d'engelures et de crevasses. Elle ne pouvait se chauffer qu'avec des chaussons... Après 20 séances de chélation, cette personne n'a plus présenté, l'hiver suivant, le moindre trouble trophique des pieds. Vous auriez du la voir courir, en chaussures de ville, toute heureuse...

Si les fuites sont importantes, il faut éviter de scléroser les varices. La sclérose bouche la veine en l'aplatissant et en l'irritant. Une réaction inflammatoire apparaît à cause du produit sclérosant qui est un abrasif.

Lorsque la fuite hémodynamique est massive et qu'elle a été évaluée par un examen clinique et échographique, il peut être conseillé au patient de se faire opérer par un chirurgien spécialisé (vasculaire exclusif).

Le meilleur moyen de prévenir une récurrence est de raffermir les tissus veineux par chélation et nutrition, pour que le reste du réseau fonctionne normalement (les veines superficielles variqueuses enlevées représentent moins de 10% du drainage de retour). Après ablation des veines variqueuses défectueuses, les autres veines prennent le relais des veines enlevées et assurent un retour normal du flux sanguin. Lorsque la chirurgie est bien faite, elle ne laisse qu'une cicatrice minime, pratiquement invisible, au pli de l'aîne ou parfois dans le pli de flexion du genou.

La chélation et éventuellement une chirurgie veineuse bien comprise sont complémentaires dans le traitement de la maladie variqueuse. Il ne suffit pas d'éliminer des varices installées. Il faut aussi prévenir l'apparition de récurrences en chaîne. C'est le rôle de la chélation et de la nutrition.

Vertiges, bourdonnements d'oreilles, surdité acquise et Chélothérapie

Les vertiges et les bourdonnements d'oreilles sont un signe d'alarme, souvent prémonitoire, d'un accident vasculaire cérébral. Les patients qui souffrent de ces symptômes ont tendance à les négliger quand ils ne sont ni permanents, ni fréquents... Ces signes cliniques doivent toujours être pris en compte. Ils mettent en évidence le fait qu'il existe un trouble circulatoire transitoire ou permanent au niveau de l'irrigation du cerveau.

Les personnes atteintes de ce type de troubles, lorsqu'ils présentent un ou plusieurs signes d'alarme que nous venons de décrire, sont justiciables d'un traitement par chélation, associé éventuellement à des séances d'oxygénothérapie hyperbare (type Dr. Baixe). Elles mettront ainsi toutes les chances de leur côté pour prévenir un éventuel accident vasculaire cérébral. La chélation peut, en améliorant le débit circulatoire des artères qui irriguent le cerveau, faire disparaître définitivement (dans 50% des cas), les bourdonnements d'oreilles, les vertiges, ainsi qu'une surdité acquise.

Des troubles mal élucidés, mais dont l'origine «vasculaire» est probable, tels les maux de tête, pertes d'équilibre, instabilité, peuvent également régresser, dans un grand nombre de cas, sous chélothérapie...

Parfois, lorsque le bourdonnement d'oreille est continu, le patient qui a tout essayé et que rien n'a soulagé est totalement désorienté et désespéré. La chélation et l'oxygénothérapie hyperbare se révèlent être les seules bouées de sauvetage pour ce type de patient .

Le Docteur Kavanagh, qui est à l'origine du premier centre de chélation à Londres, avait été personnellement se faire traiter par chélation, pour une surdité importante, aux U.S.A. Il a retrouvé une audition normale et cette guérison l'a motivé pour créer le premier centre de traitement par chélation en Angleterre.

Maladies du système immunitaire et Chélothérapie

Les maladies du système immunitaire ont en commun de multiples facteurs qui concourent à l'apparition et au développement d'une maladie qui peut être :

une polyarthrite
une sclérose en plaque
un psoriasis
beaucoup d'autres troubles non identifiés : tremblements,
troubles digestifs, etc..

Les réactions du système immunitaire sont variables avec chaque individu...

Nous sommes tous plus ou moins confrontés aux mêmes risques d'intoxication par les métaux lourds :

- nous respirons les gaz des voitures qui contiennent du plomb.

- nous avons dans la bouche des amalgames dentaires, hautement toxiques à 3 titres :

1 - ils contiennent de l'argent et du mercure qui sont véhiculés par la salive (un amalgame dentaire peut perdre le tiers de son mercure dans la bouche d'un patient en deux à trois ans. Le poids manquant a été véhiculé par la salive et par électrolyse (le patient l'ayant avalé à son insu). La quantité de mercure absorbée par jour dans la nourriture est souvent de 20 microgrammes et parfois plus.

Cette quantité ingérée, peut être transformée, dans le tube digestif, chez certains patients, en méthylmercure, cent fois plus toxique que le mercure lui-même.

2 - lorsqu'un patient mâche des aliments, des vapeurs de mercure s'échappent de l'amalgame, en moyenne 180 microgrammes ou plus par jour, quantité qui peut approcher ou dépasser le seuil toxique autorisé par l'OMS (D. Brune et D.Evje , "Man's Mercury Loading from A Dental Amalgam " , The science of the total environment, 44 : 51-63, 1985.). Ces vapeurs sont beaucoup plus toxiques que le mercure avalé dans la salive.

Des consignes très strictes ont été données aux chirurgiens dentistes américains par l'A.D.A. (Association Dentaire Américaine) pour conserver et préparer les amalgames dans leurs cabinets dentaires. Ils doivent utiliser des gants de caoutchouc, mettre un masque, stocker le mercure et l'argent, ainsi que les déchets d'amalgame, dans un flacon, lui-même immergé dans un autre flacon contenant de la glycérine... Cet amalgame (tout frais préparé) est toxique (c'est l'A.D.A. qui le dit) pour le dentiste qui l'utilise, comment devient-il, par miracle, totalement inoffensif lorsqu'il est placé dans la bouche du patient... Restons sérieux et logique.

Des statistiques révèlent que le taux le plus élevé d'avortements spontanés, ventilés par profession, se trouve être celui des assistantes dentaires. Des études ont été faites pour connaître les taux de survie des chirurgiens dentistes, suivant leurs spécialités d'exercice. Ceux qui meurent les plus jeunes, sont les dentistes généralistes (ils utilisent l'amalgame dentaire en pratique quotidienne). Ceux qui vivent le plus longtemps sont les orthodontistes (ils posent des appareils de redressement, surtout chez les enfants) et les parodontologistes (ils traitent les gencives). Ces spécialistes n'utilisent pas du tout, dans leur pratique quotidienne, l'amalgame dentaire.

3 - Lorsqu'un patient se fait poser une couronne dentaire et qu'en dessous de celle-ci reste caché un reste d'obturation d'amalgame, l'intoxication peut être encore plus importante. En effet, ce reste d'amalgame se trouve placé dans la chambre pulpaire, c'est à dire dans la partie de la dent qui était vivante et qui est en rapport avec le canal dentaire qui se trouve dans chaque racine de dent. Par ce canal qui communique directement avec la circulation sanguine, le mercure et l'argent, contenus dans l'amalgame, diffusent leurs molécules toxiques dans le système circulatoire du patient.

Déjà en 1920 le Docteur PINTO avait mis en évidence le fait qu'il existait une corrélation entre la présence d'amalgame dentaire dans la bouche et un taux anormalement élevé de globules blancs dans la formule sanguine d'un patient souffrant de leucémie. (Communication personnelle du Docteur PINTO fils). Le simple fait de démonter ces amalgames chez des enfants leucémiques leur a permis de récupérer une formule sanguine normale, quinze jours après démontage de ces amalgames dentaires.

Lorsque le Docteur PINTO publia ses travaux en mentionnant le fait que les amalgames dentaires étaient la seule cause de ces leucémies, il souleva de nombreuses controverses. Afin de convaincre de la validité de sa méthode, le Docteur PINTO prit l'initiative de remonter d'autres amalgames dans la bouche des enfants qui avaient été guéris de leur leucémie. Une semaine plus tard, ces enfants présentaient à nouveau une formule sanguine comportant un taux anormal de globules blancs. Ces amalgames furent démontés à nouveau, comme les premiers, aussitôt le taux anormal de globules blancs redevint normal. La preuve en était faite, les amalgames dentaires étaient bien seuls responsables de cet élévation anormale du taux des globules blancs et, par voie de conséquence, de la leucémie de ces enfants...

Les chiffres publiés par l'OMS et qui définissent les normes de toxicité des différents métaux ne prennent pas en compte les sensibilités individuelles qui sont variables avec chaque individu.

Le Docteur Hal HUGGINS, le plus grand spécialiste de la question, a abandonné les tests de sensibilité au mercure qui sont pratiqués à l'aide de la pose de patch (pastille adhésive qui se colle sur la peau), en raison de la violence des réactions que présentaient certaines personnes, à des doses infinitésimales. Les personnes qui sont vraiment sensibles voient leurs symptômes s'aggraver à l'occasion de ces tests.

D'autres métaux, tels le nickel, le chrome, le palladium, le vanadium etc... d'autres substances, telles le formol, la formaldéhyde, l'arsenic etc... sont aussi largement utilisés en dentisterie et sont très toxiques.

Une autre source d'intoxication a pour origine l'utilisation de métaux lourds et de substances chimiques hautement toxiques, présents dans les produits de traitement utilisés en agro-alimentaire, dans les cultures destinées à la consommation humaine et lors des différentes phases de transformation et de stockage des denrées alimentaires.

Le cycle de production du blé, qui est destiné à la préparation de notre pain, comporte en moyenne 20 traitements annuels. Ce n'est pas par hasard si le tonnage de la production du blé en France est passée, en 30 ans, d'une moyenne de 16 quintaux/hectare à plus de 80 quintaux/hectare .

Les terres cultivables sont saturées d'insecticides, d'engrais de synthèse, d'hormones sélectives, de produits mouillants, etc.. Ces produits contiennent du Cadmium, de l'Arsenic, du Plomb, du Lindane, etc... qui sont tous hautement toxiques... et bien d'autres substances chimiques dont l'innocuité n'a pas été établie... Ces traitements répétés sont absorbés à la fois par la partie aérienne de la plante mais également par la racine, enfouie en terre lors du labour. Les eaux de pluie s'en imprègnent en ruisselant. Elles s'infiltrent dans le sol pour aboutir aux nappes phréatiques d'où vient l'eau que nous consommons. Une partie de ces traitements est pulvérisée dans l'air et retombe avec les pluies, parfois à des dizaines de kilomètres de distance. Cette pollution est générale et incontrôlée.

Bien que l'emploi de ces produits toxiques soit strictement réglementé, rien ne garantit qu'ils aient été utilisés conformément aux règles prescrites, ni que le délai indiqué dans le protocole d'utilisation ait été respecté.. Ce protocole prévoit qu'un temps déterminé doit s'écouler entre le moment où le cultivateur traite la plante et le moment où la plante est consommée. S'il pleut suffisamment tôt, le produit sera éliminé de la plante par la pluie, il s'écoulera vers les nappes phréatiques et on le boira. S'il ne pleut pas, le produit restera sur la plante et il sera absorbé lors de la consommation de celle-ci. De toute façon, on le boit ou on le mange..

Une anecdote met en évidence la prise de conscience du monde agricole en rapport avec ce type de pollution. Nous avons remarqué, sur des champs de blé où seul restait le chaume, après récolte, que celui-ci avait été brûlé. Sachant que le chaume de blé est un humus précieux pour la terre, nous étions désireux de connaître le pourquoi de ce comportement. Le cultivateur, interrogé, nous indiqua qu'il souhaitait planter, à cet emplacement, l'année suivante, des choux fleurs. Pour préserver ces plants de choux des produits toxiques pulvérisés précédemment sur son blé et qui étaient toujours présents dans le chaume, il préférait brûler celui-ci pour détruire ces toxiques.

Bien que cette décision soit très louable, suite au feu qui a répandu dans les airs les substances toxiques stockées dans la plante, c'est faire peu de cas de la pollution aérienne, des produits chimiques descendus dans la racine du blé, de la terre imprégnée de ces substances, des eaux de ruissellement arrivant jusqu'au château d'eau et consommées en l'état..

Les méthodes de stockage et de transformation utilisées en agro-alimentaire font appel à toutes sortes de conservateurs. Certains légumes (pomme de terre, oignon, ail) sont même irradiés pour éviter qu'ils ne germent trop vite... Dans de telles conditions, comment lutter contre cette intoxication généralisée... Quelles sont les conséquences de cette surcharge en métaux lourds et en produits toxiques sur notre organisme ? A chaque fois que nous mangeons, buvons, respirons et recevons dans notre sang ces métaux lourds ou ces substances toxiques, notre système immunitaire doit lutter contre cette agression.

Chaque intoxication surcharge davantage notre système immunitaire. Son seuil de tolérance est variable avec chaque individu. Certains ne tolèrent rien et d'autres tolèrent, très longtemps, sans trouble apparent, cette surcharge. Ces métaux lourds sont stockés dans notre corps au niveau cellulaire et ralentissent progressivement tous les échanges, entraînant l'installation progressive d'une maladie chronique acquise.

La prise en charge médicale d'un patient atteint d'une maladie du système immunitaire comporte plusieurs volets qui sont complémentaires :

1° Prise en compte en priorité du problème dentaire.

Si des métaux toxiques sont présents dans la bouche du patient, ils peuvent être un facteur déterminant de l'apparition d'une maladie du système immunitaire. Leur présence entraîne des phénomènes de corrosion avec libération importante, dans la bouche du patient, de vapeurs de mercure ainsi que d'oxydes, de chlorures, de sulfures, etc... L'absorption de ces substances toxiques au niveau des joues et de la zone sublinguale peut être très élevée. De ce fait, ces métaux toxiques sont considérés comme étant un des facteurs déterminants des maladies du système immunitaire.

Dans une étude épidémiologique, en 1966, BAASCH a montré que l'amalgame dentaire se trouvait être le principal agent, de notre environnement, responsable de la sclérose en plaque. La pollution par le mercure qui peut être présente dans les aliments (les poissons par exemple) est beaucoup plus faible que lorsqu'on est en présence d'une intoxication mercurielle d'origine dentaire. Cet auteur met en évidence le fait que la sclérose en plaque n'est pas due à une cause infectieuse, mais a pour origine une surcharge toxique en métaux lourds. "Theoretical Reflections on the Ethiology of Multiple Sclerosis, Is Multiple Sclerosis a Mercury Allergy" (Schweis Arch. Neurolchir. Psychiat. 98: 1, 1966.).

Il a été clairement démontré que le mercure s'accumule dans le cerveau. La quantité de mercure stockée est exactement proportionnelle au nombre et à la surface des obturations à l'amalgame présents dans la bouche du patient. Ces concentrations peuvent atteindre 120 mg /gm de tissus (Nylander, M., Friber, L. and Lind, B.).

Un chirurgien dentiste spécialiste doit être consulté pour établir un bilan sur la compatibilité des métaux présents dans la bouche du patient, ainsi que pour évaluer d'éventuelles lésions infectieuses. Un test électrique doit être pratiqué afin de déterminer le degré de toxicité des obturations qui sont présentes dans la bouche du patient.

Un test biologique de sensibilité au mercure peut également être réalisé, en laboratoire, sur le sérum sanguin du patient. Ce test, qui est pratiqué systématiquement sur tous les patients consultants au Huggins Diagnostic Center aux U.S.A, ne présente pas les risques des tests utilisant des patchs (cf page 41). Il a révélé que, sur 3500 patients testés, 90,2% d'entre eux présentaient une réaction positive en rapport avec ce test.

Lorsque ce bilan a été établi, il peut être procédé au démontage des obturations toxiques. Ce

démontage doit être effectué dans un ordre bien précis (du plus toxique au moins toxique) avec des précautions particulières visant à protéger le patient de l'ingestion de particules métalliques éliminées par meulage et de la respiration des vapeurs de mercure dégagées lors du démontage.

“Le démontage systématique des restaurations au mercure par un chirurgien dentiste, sans formation spécifique, doit être déconseillé car, sans protocole, des troubles graves peuvent survenir “
Dr Hal Huggins, DDS, M.S.

Une fois ce travail réalisé, il faut reconstruire, à l'aide de matériaux neutres et bien tolérés par le système immunitaire du patient, les obturations qui ont été éliminées.

Une détoxification buccale, bien conduite, se révèle souvent très rapidement efficace puisqu'il arrive, chez certains patients, que des symptômes disparaissent déjà sur le fauteuil du dentiste, dès que l'obturation toxique a été démontée.

Ce travail de détoxification et de reconstruction doit être programmé et réalisé suivant une séquence bien précise. Négliger un seul de ces paramètres peut compromettre le résultat thérapeutique final et peut même, parfois, aggraver l'évolution des troubles dont souffre le patient.

2 ° Traitement par chélation.

La chélation a, en particulier, la propriété de relancer le métabolisme cellulaire au niveau des capsules cortico-surrénales, ce qui a pour effet, dans un délai très bref, de libérer des hormones ayant des propriétés anti-inflammatoires naturelles, qui ne présentent pas les risques des corticoïdes de synthèse. Pour le patient, l'action de ces hormones naturelles se traduit par une disparition rapide des douleurs articulaires. Ensuite, la réparation va prendre le relais.

Dans la plupart des cas, le patient a mis de nombreuses années à détruire son système articulaire. La réparation biologique est longue, car les remaniements osseux et articulaires sont très lents. Cette réparation biologique sera durable. Il nous paraît très important d'insister sur ce point. Contrairement aux anti-inflammatoires (stéroïdiens : corticoïdes ou non stéroïdiens), qui bloquent la réaction inflammatoire de l'organisme sans agir sur la cause de l'inflammation, la chélation s'attaque à une des causes de la maladie articulaire, sans faire courir au patient le moindre risque...

Les effets indésirables et les contre-indications des anti-inflammatoires sont bien connus du public. Un patient atteint d'une maladie du système immunitaire est parfaitement averti du fait que, s'il arrête les anti-inflammatoires qui le soulagent, il va se remettre aussitôt à souffrir, mais il doit être également être tenu informé des inconvénients sérieux liés à la prise continue de ces mêmes anti-inflammatoires.

Dans une polyarthrite les anti-inflammatoires (très souvent prescrits) ne résolvent pas le problème articulaire, ils peuvent même parfois accélérer la destruction des surfaces articulaires en supprimant la douleur qui est un signe d'alarme. De plus ils ne s'attaquent pas aux causes de la maladie.

De plus il existe une grande différence, au plan de l'état général, entre une personne ayant derrière elle 10 ans de corticoïdes ou d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et une autre personne qui, par volonté et par conviction, a pu «tenir» sans anti-inflammatoires. Cette dernière est parvenue, à l'aide de moyens, généralement non «chimiques» à calmer la fréquence et l'importance des poussées évolutives et en quelque sorte à retarder l'évolution inexorable de sa maladie. Son état général ne s'est pas dégradé, comme cela est souvent observé après plusieurs années de corticoïdes. Il est évident que

ces deux types de malades ne vont pas réagir de la même manière au traitement par chélation qui s'adresse à leur métabolisme et sollicite leur système immunitaire.

Dans les maladies rhumatismales, les résultats demandent toujours du temps. Lorsque le patient débute son traitement par chélation, surtout lorsqu'il souffre de déformations importantes, il se peut que des crises douloureuses surviennent en début de traitement car elles étaient déjà antérieurement programmées. Le bénéfice du traitement est à moyen et long termes : espacement, atténuation et disparition des poussées inflammatoires futures.

Dans la grande majorité des cas, les patients traités par chélothérapie constatent la normalisation de leur vitesse de sédimentation (VS) qui redescend à une valeur normale, dans un délai de 5 à 6 mois, même lorsque celle-ci plafonnait à plus de 200...

Cette constante biologique normalisée objective l'interruption du processus de dégradation. La réparation biologique peut alors s'instaurer, au fur et à mesure de la disparition de la réaction inflammatoire.

Lorsque le patient est pris en charge sur le plan dentaire, un traitement par chélation doit être mis en place afin d'éliminer les métaux lourds stockés au niveau cellulaire. Que cette surcharge en métaux lourds toxiques ait pour origine, une intoxication dentaire, un problème d'environnement ou une cause professionnelle, le résultat est toujours le même.

Seuls les médicaments chélateurs (antidotes aux empoisonnements aux métaux lourds) sont en mesure d'aller chercher ces métaux stockés dans les tissus et de les faire passer dans le sang sous forme de sel de plomb, de sel de cadmium, de sel de mercure ou de sel d'arsenic, etc... Ce sang va arriver aux reins qui vont l'épurer et rejeter les métaux en surcharge dans les urines.

Ces métaux toxiques seront ainsi définitivement éliminés du corps du patient, séance après séance, lors du traitement par chélation. Cette excrétion urinaire est mesurable avant et après chélation. Des examens cliniques ont mis en évidence, après chélation, une excrétion urinaire de mercure, 300 fois plus élevée que celle excrétée avant chélation.

Il est évident que si le problème dentaire n'a pas été résolu parallèlement, le patient va continuer à avaler mercure, argent, chrome, nickel, palladium, vanadium, etc... qui devront à nouveau être éliminés par la chélation. On voit à quel point ces deux techniques sont directement complémentaires.

Les malades atteints de maladies du système immunitaire sont souvent lassés et désabusés, pour ne pas dire désespérés. A tous ces patients, nous citerons une petite phrase publiée par E.W. Mc DONAGH dans chélation Can Cure, page 1 :

“ Les résultats obtenus au Mc Donagh Médical Center, sur des milliers de patients, depuis plus de 20 ans, se sont répétés dans d'autres cliniques disséminées à travers les Etats Unis. Ceci laisse à réfléchir. La chélation permet à des patients déclarés incurables de recouvrer la santé et les fait véritablement “renaître de leurs cendres”

3 ° Incidence du stress.

Le stress est un grand pourvoyeur de maladies du système immunitaire. Tout le monde est quotidiennement confronté au stress, surtout les mères de famille, qui sont les confidentes des petits malheurs et des gros chagrins. La littérature médicale prend en compte le stress du P.D.G., comme facteur favorisant de l'athérosclérose et par voie de conséquence des accidents cardio-vasculaires, mais il n'y a pas que les P.D.G. qui soient sujets au stress, le stress est un fléau de la vie moderne.

Si des statistiques ont été faites sur l'incidence du stress dans la fréquence des maladies cardio-vasculaires, nous n'avons, pour notre part, eu connaissance d'aucune étude statistique prenant en compte le rapport pouvant exister entre stress et déclenchement des maladies du système immunitaire. En tant qu'Association de patients, nous avons été les confidents de bien des malheurs... Il nous est apparu très fréquemment que lorsqu'une polyarthrite ou une sclérose en plaque se déclenchait, la personne concernée rencontrait simultanément de sérieux problèmes psychologiques, familiaux ou de travail. Les exemples sont très nombreux parmi nos adhérents...

Une mère de famille, (dont la petite fille était née avec une malformation cardiaque inopérable et décédée des suites de cette malformation, quelque années plus tard), avait déclenché, simultanément à l'apparition de ce drame, une polyarthrite à l'âge de 28 ans. A l'âge de 32 ans, cette jeune femme avait déjà une prothèse totale de hanche et, bien sur, la bouche remplie d'amalgames dentaire.

Une jeune femme de 38 ans, ayant déjà 4 enfants avait débuté, une polyarthrite à la naissance de son 5ème bébé. Cette jeune femme vivait des nuits de cauchemar, car son mari, qui souffrait d'une grave maladie psychiatrique, torturait toute la famille aux cours d'effroyables épisodes de délire. La bouche de cette femme était remplie d'amalgames. Le nettoyage complet de cette bouche, en éliminant les obturations toxiques et les problèmes infectieux, permit une restauration buccale à l'aide de matériaux neutres. Très rapidement elle supprima la cortisone qu'elle utilisait depuis 4 ans pour se soulager... Une vingtaine de séances de chélation ont suffi pour éliminer, définitivement, les derniers symptômes de la maladie, aucun trouble n'étant réapparu depuis 5 ans.

Une mère de famille, confrontée au grave problème posé par un de ses fils toxicomane, avait développé, elle aussi, une polyarthrite... Ses mains étaient devenues inutilisables, déformées, douloureuses, enflées et violettes... Neuf mois après le début du traitement, la polyarthrite était définitivement stoppée. Elle pouvait à nouveau utiliser ses mains, la douleur et l'œdème avaient définitivement disparu. Certes, les déformations acquises étaient toujours présentes, mais la mobilité était revenue.

Pour toutes ces malades le stress psychologique était permanent. Tout laisse supposer qu'il a bien été un facteur déclenchant de leur maladie.

4 ° Supplémentation en vitamines et en minéraux pour solliciter et renforcer les défenses de notre système immunitaire.

Il a été démontré que le stress était un grand consommateur de vitamine C.

Le Professeur Chéraskin rapporte l'exemple suivant :

Une petite souris est très heureuse dans une cage avec sa mère et ses frères et soeurs... On mesure le taux de vitamine C présent dans le sang de cette souris. Cette petite souris est ensuite enlevée de la cage de ses parents et placée dans une cage isolée, sans sa famille. Le stress de la séparation est parfaitement mesurable : le taux de vitamine C mesuré dans son sang est 10 fois plus élevé que précédemment.

Lorsqu'un animal est stressé, son organisme fabrique la vitamine C nécessaire à son système immunitaire pour lutter contre ce stress. Tous les animaux, sauf le cochon d'Inde, le singe et une certaine espèce de chauve-souris synthétisent la vitamine C dont leur organisme a impérativement besoin.

Malheureusement, pour ne pas dire dramatiquement, l'homme non plus ne synthétise pas cette vitamine C qui lui permettrait pourtant de lutter efficacement contre le stress de la vie moderne. En

effet, son organisme est incapable de la fabriquer.

Tous les autres animaux ont un métabolisme capable de synthétiser la Vitamine C. Ils la fabriquent, dans le foie, à partir du glucose sanguin. La conversion se fait par étapes successives, chacune étant contrôlée par une enzyme différente.

La mutation qui se produisit chez notre ancêtre le singe, le priva du potentiel de fabriquer la dernier maillon de la chaîne enzymatique : c'est à dire l'enzyme : L-gulonolactone-oxydase. C'est ainsi que la transformation du L-gulonolactone en Acide Ascorbique (Vitamine C) est devenue impossible pour les espèces animales citées plus haut, ainsi que pour l'homme. Le Docteur Irwin STONE publia cette information en 1972 et il qualifia cette mutation de maladie génétique.

La vitamine C n'est pas un dopant. Bien que son utilisation soit interdite, avant les courses (comme toute substance ayant le pouvoir d'améliorer les performances), certains entraîneurs l'administrent quand même à leur chevaux, avant la course, pour les faire courir plus vite, plus longtemps... Les chevaux qui rapportent de l'argent (quand ils gagnent), seraient-ils mieux soignés que les êtres humains. Pensez vous réellement que seul l'animal doit bénéficier de ses bienfaits...

Notre métabolisme a besoin en permanence de vitamine C. C'est en période de stress que notre corps en consomme le plus, beaucoup plus que normalement. Lorsque nous absorbons de la vitamine C sous forme de fruits, de légumes ou sous forme de "nutriments" alimentaires (gélules, comprimés, poudre), cette vitamine n'est présente dans notre sang que 6 à 8 heures. Ensuite nous en sommes privés...

Nous devons donc absorber, quotidiennement, suffisamment de vitamine C et de "nutriments" (oligo-éléments et vitamines) pour satisfaire aux besoins de notre organisme. Ces "nutriments" alimentaires (racine étymologique : nourrir) sont la nourriture quotidienne de nos cellules au même titre que le reste de notre alimentation.

Ces "nutriments" alimentaires devraient, théoriquement, nous être fournis par notre alimentation quotidienne. Malheureusement, ce n'est plus le cas aujourd'hui.

Les méthodes "modernes" de production, de stockage, de transport ou de conservation des denrées alimentaires fraîches sont directement responsables d'un appauvrissement de plus en plus important de notre source naturelle en vitamines et en oligo-éléments. Notre alimentation moderne n'est plus en mesure de nous fournir, comme à nos ancêtres, une nourriture équilibrée. Notre organisme se retrouve très souvent en avitaminose et en particulier en avitaminose C. Heureusement les "nutriments" alimentaires sont là pour pallier à ces défaillances.

L'absorption de "nutriments" alimentaires n'est pas un acte thérapeutique mais un moyen facile et peu coûteux d'apporter, avec certitude, à notre corps, tous les aliments qui sont nécessaires à un fonctionnement harmonieux de notre métabolisme. Nous n'insisterons jamais assez sur le rôle déterminant, joué par ces "nutriments" alimentaires, dans le maintien de nos fonctions métaboliques.

Les vitamines et les oligo-éléments jouent un rôle essentiel dans le fonctionnement harmonieux de nos fonctions vitales... Même si nous n'en saisissons pas encore tous les mécanismes... rappelez vous, nos parents absorbaient de l'huile de foie de morue pour la Vitamine D qu'elle contient (prévention du rachitisme), mais ils ignoraient que la consommation de cette vitamine sous forme d'huile de poisson (EPA), leur apportait également des substances ayant des propriétés préventives dans la lutte contre l'athérosclérose...

Les dégâts causés à notre organisme par les carences alimentaires ou par les surcharges en métaux toxiques peuvent être redoutables :

- Une “panne en vitamine C” a été incriminée dans les cas de mort subite du nourrisson...
- Des troubles psychiatriques sévères peuvent régresser lorsqu’on administre du lithium à ce type de patient .. Or le lithium est un oligo-élément...
- Une surcharge en fer a été constatée chez les patients atteints de la maladie de Parkinson.
- Une surcharge en aluminium a été mise en évidence chez les patients atteints de la maladie d’Alzheimer.

Lorsque des métaux toxiques sont en surcharge ou lorsque nos tissus cellulaires sont en carence de vitamines et d’oligo-éléments, notre métabolisme n’est plus en mesure d’assurer correctement nos fonctions vitales.

La vitamine C est le starter de notre métabolisme ; elle participe aux échanges cellulaires et favorise les réactions biologiques de tout notre corps.

La vitamine C est un puissant antioxydant ; elle agit comme transporteur d’hydrogène dans les phénomènes d’oxydoréduction cellulaire.

La vitamine C renforce la résistance de l’organisme contre les agressions microbiennes et virales ; c’est une aide précieuse pour le système immunitaire, elle lutte contre les intoxications, elle réduit la sensibilité de l’organisme aux chocs anaphylactiques. Son action, en cas de fatigue et de surmenage, est bien connue du public.

La Vitamine C participe activement aux mécanismes de la fonction respiratoire car elle stimule la maturation des érythrocytes, c’est-à-dire des globules rouges transporteurs d’oxygène.

Son utilisation quotidienne, à doses relativement importantes, associée à des complexes vitamino-minéraux équilibrés, est un moyen simple, efficace et sans danger de pallier à la carence en vitamines et en minéraux de notre alimentation. De plus, les organismes réagissent différemment aux mêmes conditions physiques défavorables. Certaines personnes peuvent tolérer très longtemps de nombreuses agressions métaboliques et d’autres plongent à la moindre carence ou à la moindre surcharge.

Les carences en vitamines et en oligo-éléments installent, insidieusement, un stress métabolique qui va s’aggraver à chaque fois que nous sommes confrontés à un stress psychologique ou à une surcharge en métaux lourds toxiques. Notre système immunitaire, très sollicité, va s’effondrer d’autant plus vite que nous ne lui fournirons pas, ou en quantité insuffisante, les oligo-éléments et les vitamines (en particulier la vitamine C) qui lui permettraient de lutter efficacement contre les autres agressions. Et c’est justement lorsque nous sommes dans cet état de carence que ces “ agresseurs” vont prendre le dessus.

Vous avez très souvent entendu dire que le moral joue un rôle primordial dans la lutte contre ces “ agresseurs”. Un malade qui a le moral a déjà éliminé l’incidence du stress psychologique sur son système immunitaire.

De très grands chercheurs, comme Linus PAULING (deux fois prix Nobel pour ses recherches sur la vitamine C) ont souligné le rôle primordial que revêt la prise quotidienne de “Nutriments” alimentaires dans notre équilibre biologique. Linus PAULING absorbe, pour sa part, depuis plus de 35

ans, en plus d'un cocktail de nutriments, 60 grammes de Vitamine C par jour. Il est actuellement âgé de 93 ans, il se porte comme un charme, il est Président du "Linus Pauling Research Institut", il participe à des Congrès et à des Conférences où il prend encore la parole... Objectivement, nous souhaitons à chacun d'entre nous la forme de ce chercheur..

5° Rôle du régime alimentaire

Un apport quotidien équilibré en "Nutriments" alimentaires ne suffit pas toujours. Le patient atteint d'une polyarthrite rhumatoïde ou d'une sclérose en plaque et, plus généralement, les patients atteints d'une maladie du système immunitaire doivent utiliser toutes les ressources qui sont mises à leur disposition.

Lorsqu'on évoque le terme de régime alimentaire pour lutter contre ces maladies réputées incurables, en général on déclenche un sourire ironique... Et pourtant... Plusieurs cas de polyarthrites rhumatoïdes ont répondu favorablement à la mise en place d'un régime alimentaire spécifique. J. SEIGNALET, " Les Associations entre HLA et polyarthrite rhumatoïde " Institut d'Hématologie, Montpellier.

Le Docteur KOUSMINE nous rapporte, dans son livre "La sclérose en plaque est guérissable" une étude clinique de 55 cas de sclérose en plaque traités suivant ses méthodes qui comportent un régime alimentaire précis et une supplémentation en "Nutriments alimentaires " (oligo-éléments et vitamines). Ses conclusions sont les suivantes :

"Le traitement actuel de la sclérose en plaque par l'ACTH, par la cortisone, les immunosuppresseurs, les antimétabolites, les myorelaxants n'est que symptomatique et palliatif. Il soulage temporairement le malade, mais n'empêche pas le cours progressif de la maladie, ni son aboutissement à l'invalidité. Les antimétabolites et les immunosuppresseurs sont toxiques et affaiblissent les malades qui répondent alors moins bien au traitement que j'emploie : ils sont à proscrire. Le traitement proposé dans ce travail est causal. Dès le 3ème mois, il stabilise la maladie et, si celle-ci n'est pas trop ancienne, si les lésions nerveuses ne sont pas trop graves et déjà à l'état cicatriciel, il permet la récupération totale ou partielle des fonctions perdues. Même appliqué tardivement, comme nous l'avons fait, les résultats qu'il permet d'obtenir sont excellents par leur régularité. Appliqué sitôt le diagnostic posé ou suspecté, il permettra, selon toute vraisemblance, d'arrêter l'évolution de la sclérose en plaque dans pratiquement tous les cas. Cela en attendant que nous devenions raisonnables et corrigions notre alimentation avant que ne surviennent les grands malheurs. On ne saurait trop insister sur le fait qu'un malade atteint de sclérose en plaque est un intolérant définitif à nos erreurs alimentaires et que la correction de ces erreurs doit être faite à vie ". Dr. C. KOUSMINE, " La Sclérose en plaque est guérissable", page 234,235.

Maladie d'Alzheimer, Maladie de Parkinson et Chélothérapie

Bien que ces deux types de maladies n'aient apparemment aucun point commun, nous sommes en présence, dans les deux cas, d'une dégénérescence cellulaire au niveau des tissus du cerveau. Dans les deux cas, une surcharge en métaux lourds a été incriminée :

- pour la maladie d'Alzheimer il s'agit d'une surcharge en aluminium.
- pour la maladie de Parkinson il s'agit d'une surcharge en fer.

La chélation améliore l'irrigation et l'oxygénation des tissus du cerveau. Cette méthode lutte contre la dégradation tissulaire, responsable de la progression de ces maladies et permet d'éliminer une surcharge en métaux lourds, en aluminium et en fer, présents dans les tissus cellulaires et en particulier dans les tissus du cerveau.

Les patients souffrant de ce type de maladies vont récupérer une partie de leurs fonctions défaillantes avec, pour conséquences, une amélioration sensible de leur comportement. Mais le trouble métabolique persiste, à nouveau il induit des perturbations physiques contre lesquelles la chélation doit à nouveau lutter.

Chez ces patients, le traitement par chélation doit être maintenu, en entretien, à raison de quelques séances annuelles, si le patient veut conserver durablement les améliorations acquises. Celles-ci peuvent être spectaculaires :

On connaît des personnes, atteintes de la maladie d'Alzheimer, qui ont cessé d'être incontinentes, qui ont repris contact avec leur entourage et qui ont recommencé à manger seules. Tous les effets débilissants de cette terrible maladie n'ont pas été annihilés mais le patient a retrouvé un comportement beaucoup plus confortable pour son entourage.

Des malades atteints de la maladie de Parkinson ont également récupéré un meilleur contrôle de leur motricité. Certains d'entre eux, qui ne pouvaient plus, ni marcher seul, ni parler en se faisant comprendre, ont été capables de se prendre seuls en charge, d'écrire à nouveau, de parler et d'être compris... les troubles de l'équilibre n'ont que partiellement été améliorés parce qu'ils sont souvent liés au traitement par la L DOPA, traitement qui ne peut pas être interrompu chez ce type de patient.

Si la chélation a beaucoup amélioré la vie quotidienne de ces patients, les troubles liés à cette maladie n'ont pas été totalement résolus et un traitement d'entretien s'est avéré nécessaire pour maintenir le bénéfice acquis. Au vu de ces résultats, nous ne saurions trop insister sur l'intérêt d'intervenir précocement dans l'instauration d'un traitement par chélation, chez ce type de patients.

Les origines de ces maladies sont mal connues. Les récits des patients présentant une maladie de Parkinson ont révélé que, trop souvent, dans les deux à trois ans qui ont précédé l'apparition des premiers symptômes de leur maladie, ces patients avaient subi une anesthésie générale. Pendant cette anesthésie, leur cerveau avait été un peu moins bien irrigué qu'en temps normal. Cette anoxie des tissus cérébraux, due à l'anesthésie, pourrait bien être un des facteurs déclenchant de leur maladie. Une anesthésie ne risque pas de déclencher, dans les deux ou trois ans qui suivent, une maladie de Parkinson chez toutes les personnes qui ont été anesthésiées, mais il paraît exister un certain facteur de risque...

Prévention du vieillissement cellulaire et Chélothérapie

A plus ou moins long terme, il est certain que nous développerons tous une certaine forme de maladie dégénérative (athérosclérose, diabète, arthrite, arthrose, ostéoporose, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, cancer, pour n'en citer que quelques unes) sauf si nous mettons en place un programme de santé rigoureux (ni tabac, ni alcool, régime pauvre en sucre et en graisse, exercices physiques, mode de vie sans stress, etc...) destiné à ralentir la détérioration biologique des tissus...

Toutes ces maladies dégénératives, liées à l'âge et réputées à tort inéluctables, sont justiciables de la thérapie par chélation. La Chélothérapie lutte contre l'effondrement lent et progressif de notre métabolisme, responsable d'un ralentissement de toutes nos fonctions. Cet effondrement commence dès l'enfance et devient, avec le temps, de plus en plus débilissant, selon l'hérédité, l'environnement, le mode de vie, etc...

L'état général des personnes très âgées, qu'elles soient ou non dénutries, qu'elles aient ou non perdu une partie de leur autonomie est très sensiblement amélioré par une prise en charge

thérapeutique à base de perfusions de chélation alternées avec des perfusions de nutriments. Cette thérapie, en leur rendant leur autonomie, leur permet de récupérer une partie des capacités physiques qu'elles avaient perdues au fil du temps.

Car la vieillesse est avant tout, une perte progressive et insidieuse de cette autonomie. Les personnes âgées récupèrent, grâce à la chélation, au moins une partie des capacités physiques perdues, ce qui leur permet de sortir du cercle vicieux de l'immobilisme, de la perte d'appétit et du goût de vivre. C'est un retour en arrière inespéré.

D'autre part, une meilleure irrigation de tous les tissus et en particulier des tissus osseux éloignera le spectre de la fracture du col du fémur. Une supplémentation quotidienne en "nutriments" (vitamines et minéraux) renforcera leur résistance aux agressions microbiennes et virales. Leur métabolisme récupérera ainsi, progressivement, les fonctions perdues.

La Chélothérapie, traitement immédiatement disponible qui, améliore la vie et fait régresser les symptômes, non seulement de l'athérosclérose, mais également de presque toutes les autres maladies dégénératives liées à la sénescence, exerce une action primordiale dans la prévention du vieillissement cellulaire. Cette thérapie permet, sans faire courir le moindre risque au patient, même très âgé, de récupérer des moyens et une autonomie de vie que nous souhaitons tous conserver en avançant en âge.

Comment les patients concernés par la Chélothérapie peuvent-ils aborder concrètement ce traitement.

Maintenant que nous vous avons indiqué, en toute objectivité, ce que vous pouviez attendre de la thérapie par chélation dans le traitement de diverses maladies chroniques, nous tenons à vous apporter les précisions suivantes :

- Le traitement par chélation doit être pris en charge par des spécialistes.

Les malades qui relèvent de la thérapie par chélation sont très souvent atteints, à un stade avancé, de maladies coronariennes sévères (ils sont en menace d'infarctus), de troubles vasculaires majeurs des membres inférieurs (ils sont promis à l'amputation) de séquelles d'accidents vasculaires cérébraux (qui peuvent récidiver). Ils ne peuvent être pris en charge que par des médecins spécialisés dans le traitement des troubles vasculaires.

Pratiquée par un médecin spécialisé, la chélation ne fait courir aucun risque au patient, sous réserve du respect d'un certain nombre de règles qui ne peuvent être transgressées. Un diagnostic précis doit être établi, préalablement à l'instauration du traitement. Si l'état de santé du patient présente un risque vital, ce risque doit être évalué avant la mise en œuvre de toute action thérapeutique. C'est en connaissance de cause que le médecin spécialiste prendra la décision de traiter ou non ce patient par chélation.

Il existe une contre-indication à l'administration de ce traitement, c'est l'insuffisance rénale sévère. Une insuffisance rénale modérée peut parfaitement être traitée, avec des aménagements et un contrôle systématique de la fonction rénale. Si l'origine de cette insuffisance rénale est justement l'obstruction par athérosclérose de l'artère irriguant un rein, la chélation permet de restituer à cette artère rénale une partie de sa fonction. Le rein en souffrance bénéficiera d'une meilleure irrigation sanguine, autorisant une récupération partielle de ses fonctions.

Introduire un cathéter dans une veine est un acte chirurgical qui doit être pratiqué avec toute la compétence et les précautions nécessaires. Notre capital veineux doit rester intact. Le cathéter doit être placé parfaitement du premier coup. Si ce n'est pas le cas, si la pose du cathéter se révèle

traumatisante à la fois pour le moral du patient et pour l'intégrité de ses veines, à la limite, il vaut mieux s'abstenir...

L'idéal est que la chélation soit administrée dans un Centre de traitement spécialisé, pratiquant cette méthode avec un recul suffisant et assurant au patient les meilleures conditions de sécurité et de compétence; le malade étant suivi par un médecin à la fois spécialiste en vasculaire, en toxicologie et en nutrition. Les américains ont un recul de plus de 30 ans dans le traitement par chélation. Les médecins spécialistes qui pratiquent cette méthode avec un recul suffisant ont défini, avec l'expérience, un protocole d'administration qui comporte, dans les poches de perfusions, l'administration de "chélateurs" et de "réparateurs".

Lorsque le patient reçoit des perfusions sans prendre quotidiennement par la bouche les nutriments (compléments nutritifs nécessaires à son métabolisme), il peut se produire une carence en minéraux indispensables au bon fonctionnement cellulaire (en zinc notamment), la réparation biologique n'intervenant pas de la même manière, ni au même rythme avec ou sans supplémentation vitamino-minérale adaptée au cas du patient. Une fois de plus c'est une affaire de compétence...

Après traitement par chélation, le patient est pris en charge par son médecin traitant. Les bilans biologiques, ainsi que tous les examens cliniques, radiologiques et fonctionnels qui auront été effectués, au cours du traitement par chélation, seront communiqués au médecin traitant du patient, afin que celui-ci dispose de toutes les informations nécessaires pour assurer la continuité de la prise en charge de son patient.

- Est-il exact que les chélateurs ne peuvent être administrés que par voie intraveineuse lente ?

Les chélateurs ne peuvent être administrés que par voie intraveineuse lente et jamais en injection directe dans la veine. Les médicaments chélateurs doivent être introduits dans un soluté de perfusion d'un demi litre (pour une perfusion de 3 heures) en respectant l'isotonie de la solution administrée.

Ce point est très important car, lorsque l'isotonie n'est pas respectée (ce qui est le cas lorsqu'un médicament qui est destiné à être perfusé est injecté en direct sous forme de piqûre intraveineuse), la concentration trop élevée des substances injectées devient potentiellement dangereuse et est susceptible d'endommager le conduit veineux, même si cette injection est réalisée par l'intermédiaire d'une seringue comportant un poussoir électrique...

De plus la chélation utilise divers médicaments (14 en moyenne) qui agissent en synergie et sont administrés conjointement dans le soluté de perfusion. Impossible de mettre les mêmes constituants dans une seule seringue, car la solution précipiterait immédiatement, la chélation se produisant alors dans la seringue, au lieu de se réaliser dans l'organisme du patient.

De ce fait, les principes actifs des chélateurs seraient perdus et une floculation des substances en présence surviendrait, ce qui se traduirait par l'apparition de " flocons de neige " en suspension dans la solution qui se trouverait dans la seringue. L'administration de cette solution floculée, en l'état sans l'intermédiaire d'un filtre, serait potentiellement dangereuse puisque la solution floculée serait administrée telle quelle, avec ses flocons, dans le sang du patient.

En effet, un filtre est incorporé dans la tubulure de perfusion et permet de filtrer la solution administrée. Lorsque les médicaments sont administrés en direct, à l'aide d'une seringue, il n'y a pas de filtre entre le contenu de la seringue et la veine du patient.

Car les médicaments qui composent cette perfusion floculent, lorsqu'ils sont mis en présence, à l'état pur, dans la seringue. C'est la raison pour laquelle le traitement par Chélation ne peut pas être administré autrement qu'en perfusion. Si rien ne précipite dans la seringue, c'est que les constituants

nécessaires à la chélation n'y sont pas présents. Il se peut qu'il n'y ait pas de médicaments chélateurs dans la seringue... ou pas de minéraux... ou pas de vitamines... c'est n'importe quoi, sauf la chélation...

Donner le nom de chélation à des injections de médicaments (et lesquels ?...) n'a d'autre but que d'abuser le patient. De plus, cette technique a le sérieux inconvénient de lui faire courir un risque inutile...

Ces informations vous sont communiquées pour la raison suivante :

La chélation est un traitement qui comporte un protocole d'administration précis, des médicaments précis, une supplémentation vitamino-minérale précise et le savoir faire d'un spécialiste formé à des techniques de détoxications précises.

Lorsqu'un praticien, non compétent et non formé à ces techniques, prétend traiter ses patients par la chélation alors qu'il fait n'importe quoi, il leur fait courir des risques inutiles en abusant de leur confiance... Bien évidemment, les résultats cliniques attendus ne sont pas au rendez-vous, puisque le traitement appliqué n'est pas la chélation...

C'est rendre un très mauvais service à la chélation qui est un traitement efficace et sans risque, dans les mains de praticiens spécialisés et compétents. Notre responsabilité, en tant qu'Association de patients, nous conduit à vous informer du fait qu'il peut malheureusement exister des abus de confiance...

Pourquoi ne pas prendre les chélateurs par la bouche ?

Les remarquables résultats de la chélation ont effectivement conduit à rechercher des chélateurs administrables par voie orale et qui puissent être aussi efficaces que ceux qui sont administrés en perfusion lente. A l'heure actuelle, ils n'existent pas.

Si l'on vous propose de faire une chélation par voie buccale, c'est à dire sous la forme de médicaments à avaler, sachez que cette proposition n'est pas sérieuse. Les chélateurs sont détruits par les sucs gastriques. S'ils sont absorbés par la bouche, ces chélateurs n'agiront pas. Une supplémentation vitamino-minérale par voie buccale n'a rien à voir avec la chélation. Prétendre le contraire c'est abuser le patient. La chélation par voie buccale n'est pas réalisable, car totalement inefficace.

Mais rien n'empêche de prendre, par voie orale, des nutriments qui ont des propriétés antioxydantes, tels que la vitamine C ou l'acide aminé cystéine (ces substances sont même faiblement chélatrices). Il est très fréquemment proposé aux patients d'absorber, par voie buccale, non pas des chélateurs mais des antioxydants. Cette thérapie n'a rien à voir avec la chélation.

Il ne faut pas confondre antioxydants et chélateurs. Les antioxydants (Zinc, Sélénium, Vitamine C, etc...) sont actifs par voie buccale et font partie des nutriments qui sont prescrits en même temps que la chélation. Ils sont destinés à améliorer la fonction d'oxygénation cellulaire. Ils luttent contre la prolifération de radicaux libres qui sont des agents toxiques pour nos cellules.

Lorsque le sang transporte des antioxydants, ceux-ci sont distribués dans nos tissus cellulaires et améliorent la fonction de respiration cellulaire, pendant quelques heures (le temps pendant lequel ces antioxydants sont présents dans le sang et dans les tissus).

Lorsque le sang véhicule des chélateurs dans nos tissus cellulaires, ceux-ci s'attaquent aux causes du ralentissement du flux circulatoire et rejettent dans le sang, puis dans les urines, les métaux lourds en surcharge. Une amélioration de la microcirculation s'instaure progressivement au niveau des capillaires sanguins, de proche en proche, le flux sanguin restauré gagne du terrain et rétablit un débit circulatoire adéquat.

Lorsque les antioxydants sont administrés en même temps que les chélateurs, ils participent activement à une amélioration de l'oxygénation des territoires "récupérés" par les chélateurs.

Lorsque les antioxydants sont administrés seuls, sans les chélateurs, ils ne parviennent pas, ou en quantité insuffisante, là où le flux circulatoire est ralenti, là où justement on a le plus besoin d'eux... là où le problème est installé...

Les chélateurs sont "le chasse neige" de notre système circulatoire, ils ouvrent les voies de passage à la circulation sanguine. Lorsque ces voies sont ouvertes, les antioxydants véhiculés par le sang sont alors à même de réparer et de restaurer les tissus cellulaires lésés.

On voit que ces deux types de médicaments sont complémentaires et on comprend mieux pourquoi, sans les chélateurs, les antioxydants ne sont pas en mesure d'améliorer durablement un système circulatoire déficient ni, par voie de conséquences, de restaurer dans leurs fonctions des territoires mal irrigués.

De plus la chélation doit être liée à un programme de nutrition qui consiste d'une part, à supprimer les habitudes alimentaires toxiques productrices de radicaux libres et d'autre part, à prendre, comme nous venons de l'évoquer, une supplémentation orale vitamino-minérale antioxydante et à suivre une activité physique adaptée, afin de lutter contre la sédentarité. Un apport scientifiquement équilibré en nutriments a pour but de renforcer les défenses antioxydantes de l'organisme et devrait contenir au minimum : les vitamines E, C, B1, B2, B3, B6, B12, panthoténate, PABA, bêta-carotène ainsi que les minéraux suivants : magnésium, zinc, sélénium, manganèse et chrome.

La chélation peut-elle être faite en une seule fois ?

La chélation consiste en une série de perfusions, réparties sur plusieurs semaines. Le nombre et le rythme des perfusions varient avec chaque cas particulier. Les résultats obtenus par la chélation dépendent de la gravité de la maladie traitée et du nombre total de perfusions reçues.

75% des patients ayant bénéficié d'une amélioration significative de leurs troubles ont reçu en moyenne une trentaine de perfusions, étalées sur plusieurs mois.

90% des patients, ayant reçu 35 perfusions et plus, ont été soulagés, lorsque simultanément, ils corrigeaient leurs habitudes alimentaires, stoppaient le tabac et d'autres toxiques et faisaient de l'exercice physique. Les symptômes disparaissaient, l'afflux de sang aux organes augmentait et leur qualité de vie s'améliorait.

Vingt à trente perfusions sont souvent nécessaires pour obtenir un résultat durable dans l'athérosclérose. Dans d'autres indications le nombre de perfusions, prescrites à chaque patient, est adapté au cas clinique de celui-ci et à la réponse biologique de son organisme, tout le monde n'a pas le même pouvoir ni la même vitesse de récupération...

Le rythme habituel est de une à deux perfusions par semaine qui durent environ 3 heures. Pour les personnes ayant des difficultés à se déplacer peuvent recevoir deux perfusions assez rapprochées tous les 15 jours (sous réserve de la mise en place, conjointement, de perfusions de réparateurs administrées à domicile).

Est-il nécessaire de faire la chélation à vie ?

Non. En fait, tout dépend de la maladie. Lorsqu'il s'agit d'une maladie menaçante (notamment athérosclérose coronaire ou encéphalique, artérite des membres inférieurs), il ne faut pas hésiter, après

la cure initiale, à faire des rappels espacés dans le temps, (6 à 12 en moyenne par an), surtout pendant les 3 ou 4 premières années.

Au regard d'un médicament classique qui n'agit que quelques heures et dont les effets disparaissent ensuite complètement, non seulement la chélation maintient son action dans le temps, mais on estime qu'avec une trentaine de perfusions, le patient revient à un état de 5 à 8 ans en arrière (en termes d'accumulation de métaux toxiques et de qualité de vie).

Les chélateurs éliminés de l'organisme au bout de quelques heures instaurent des effets bénéfiques durables. Pour cette raison, il y a un effet d'accumulation des résultats obtenus à chaque perfusion. On en conçoit aisément le mécanisme : les métaux toxiques sont éliminés dans les urines (rapport de 1 à 300 de l'épuration des métaux avant et après perfusion). Ils sont ainsi définitivement évacués de l'organisme où ils ne peuvent plus maintenir leurs effets néfastes (détournement des voies métaboliques normales, accroissement de la peroxydation lipidique membranaire).

L'idéal serait que le patient élimine aussi de sa vie quotidienne les facteurs de risque les plus déterminants de l'athérosclérose, Il est bien sûr primordial de supprimer le tabac (cigarettes, pipe, cigare, chique...) et pour commencer de le diminuer, si l'idée de la suppression immédiate paraît insurmontable. L'alcool aussi est déconseillé car il est producteur de radicaux libres. La pratique d'un entraînement physique régulier et adapté à l'état (notamment cardiaque) du patient est également très importante.

Des études américaines ont révélé que lorsque le patient pratiquait une activité physique régulière, le nombre de séances de chélation nécessaires pour obtenir un résultat donné, était bien inférieur au nombre de séances nécessaires à un patient ne pratiquant pas de sport. Une activité physique régulière et progressive est essentielle. La plus simple est la marche, qui peut être de 45 minutes par jour, en début de période de réadaptation. N'importe quel sport (obligatoirement progressif chez le cardiaque) permet, grâce à une dépense physique suffisante, de forcer le barrage artériel et de maintenir un métabolisme satisfaisant pour l'organisme du patient. C'est également un bon moyen de lutter contre le stress.

Que ressent-on lorsqu'on est traité par chélation?

Etre traité par chélation est vraiment une expérience à part en médecine. Lorsque la pose du cathéter est effectuée par un professionnel compétent et adroit, ce n'est absolument pas douloureux. Les patients sont assis dans des fauteuils de relaxation et peuvent lire, écrire, travailler, écouter la musique ou regarder la télévision, ou même faire des travaux de couture. Ils peuvent aller aux toilettes, boire, manger et téléphoner s'ils le désirent. Il leur est même recommandé de ne pas être à jeun avant de commencer la perfusion et de boire abondamment pendant et après la perfusion.

Les médicaments chélateurs et réparateurs leur sont administrés à l'aide d'une perfusion de solution aqueuse qui s'instille doucement dans leurs veines par l'intermédiaire du cathéter qui est constitué d'un petit tube en Téflon très fin dans lequel coulisse une aiguille qui sert juste à introduire le cathéter dans la veine. Celle-ci est aussitôt retirée, lorsque la pose du cathéter est réalisée. Seul le petit tube en Téflon est laissé en place, dans une veine de l'avant bras, pendant toute la perfusion. Aussitôt la perfusion terminée, le petit tube de Téflon est enlevé et le patient repart, par ses propres moyens, comme il est arrivé, sans la moindre gêne, souvent en conduisant sa voiture. La perfusion ne doit jamais être réalisée à l'aide d'une aiguille qui resterait en place pendant la perfusion, risquant d'endommager la veine, suite à des mouvements inévitables du patient. C'est pour cette raison que les injections lentes à répétition doivent être évitées, car elles présentent un risque non négligeable de dégradation du capital veineux du patient, qui n'existe pas quand le médecin utilise des cathéters constitués d'un petit tube en Téflon.

Faut-il être hospitalisé pour recevoir un traitement par chélation ?

Non, la chélation se pratique en traitement ambulatoire dans une petite structure de clinique de jour ou dans le cabinet d'un praticien spécialisé.

Y a-t des risques ou des effets indésirables ?

Les chélateurs utilisés (à base d'acides aminés) n'ont aucune toxicité s'ils sont correctement appliqués par un médecin spécialisé. Ils sont infiniment mieux tolérés, sur le plan biologique, que les médicaments allopathiques habituellement prescrits pour les mêmes maladies. La sécurité de la technique est telle, que beaucoup de patients font la chélation à titre préventif, un très grand âge (90 ans et plus) n'est absolument pas une contre-indication à ce traitement, bien au contraire.

Lorsque la perfusion est administrée en moins de 3 heures, il est possible, occasionnellement, le soir ou le lendemain, de ressentir quelques petites nausées ou maux de tête passagers, des crampes musculaires ou une fatigue indéfinissable («cotonneuse»). Ces petits désagréments peuvent facilement être évités en allongeant le temps de perfusion, en modifiant la posologie, ou en préconisant la prise de certains nutriments.

Cette fatigue, qui n'est que transitoire, met en évidence le fait que notre métabolisme est en train de rejeter les produits toxiques qui sont stockés et qui sortent littéralement de tout notre corps, sous forme de sels de plomb, de sel de mercure, de sels d'arsenic, etc... Ces sels toxiques sont éliminés par les reins et rejetés dans les urines. Ils sont également détruits au niveau du foie.

Une attention très particulière est apportée à la fonction rénale durant les séances de chélation. En effet, plus de 90% des métaux chélatés sont évacués par voie urinaire et il est nécessaire que le rein puisse accomplir ce travail correctement. Aussi périodiquement, le médecin ayant en charge le patient sous traitement de chélation effectue un contrôle de la créatinine sanguine.

Des études récentes ont montré que la chélation appliquée selon le protocole correct, améliorerait les capacités fonctionnelles du rein. Une fonction rénale anormale n'est pas forcément une contre-indication à la chélation, mais nécessite une surveillance plus serrée du déroulement des perfusions et une adaptation spécifique des doses. Encore une fois c'est une affaire de spécialiste.

Quels examens en cours de traitement ?

Avant de commencer les perfusions de chélateurs, il est nécessaire d'établir un dossier médical complet, de préciser les habitudes alimentaires et de rassembler les informations essentielles à l'établissement d'une prescription de traitement : comptes-rendus opératoires et d'hospitalisations, ordonnances, clichés radiologiques, Dopplers, électrocardiogrammes, échographies, etc...

Il est également indispensable de disposer d'une analyse biologique récente, suffisamment complète. D'autres examens pourront être demandés en fonction de chaque maladie. Des examens de contrôle permettront de suivre les progrès au fur et à mesure de l'avancement du traitement.

S'agit-il d'un traitement classique ?.

Le traitement par chélation est un traitement médical, administré sous forme de perfusions, dans un Centre spécialisé, à raison d'une à deux séances par semaine, éventuellement, une séance tous les quinze jours. Ces perfusions utilisent des spécialités pharmaceutiques, toutes vendues en pharmacie et qui sont administrés à doses pondérales par voie intraveineuse lente.

La chélation est une médecine traditionnelle : administrer des perfusions est un acte médical banal qui est pratiqué des milliers de fois par jour dans tous les hôpitaux français. La chélation est une

technique médicale qui s'appuie sur plus de 10.000 travaux scientifiques réalisés à la fois en toxicologie et en nutrition. Son mode d'action fait appel aux processus biologiques de notre métabolisme. En effet, les perfusions de chélateurs sont indissociables d'une supplémentation orale vitamino-minérale antioxydante absorbée à des doses pondérales scientifiquement déterminées pour maintenir l'équilibre entre les nutriments.

La chélation est une médecine biologique, dénuée de toute agressivité pour l'organisme. Les résultats thérapeutiques sont obtenus par réorganisation des tissus cellulaires, par suppression des métaux toxiques (responsables par oxydation de l'apparition de radicaux libres en surcharge), par correction des carences alimentaires, par suppression des causes des intoxications chroniques méconnues (les amalgames dentaires contiennent 52 % d'un poison violent appelé mercure).

S'agit-il d'une découverte récente ?

Non, pas du tout. La première utilisation des chélateurs chez l'homme, remonte à la deuxième guerre mondiale : les Anglais, les premiers, employèrent un agent chélateur nommé B.A.L. (British Anti-Lewesite) comme antidote à certaines intoxications par les gaz de combat. Le B.A.L. est toujours utilisé en médecine de nos jours.

D'autres chélateurs ont été utilisés aux Etats-Unis dès 1948 pour traiter des ouvriers d'une manufacture d'accumulateurs intoxiqués par le plomb. Peu de temps après, l'U.S. Navy fit chélater des marins intoxiqués par de la peinture au plomb.

Les médecins s'aperçurent que les patients chélatés, souffrant d'athérosclérose avaient été soulagés par les chélateurs. Ils constatèrent une disparition de l'angine de poitrine, une amélioration de la mémoire, des capacités auditives, visuelles et olfactives et une augmentation du tonus physique.

En médecine, la chélation est le traitement de choix des intoxications par les métaux lourds, notamment le plomb, même chez l'enfant, lorsque pour une raison ou pour une autre, il a avalé de la peinture provenant de jouets, de murs, etc...

- En France, les perfusions de chélation peuvent elles contenir des médicaments vendus à l'étranger ?

En France les médicaments administrés dans la perfusion de chélation ne peuvent être que des médicaments français possédant une A.M.M., tous vendus exclusivement en pharmacie. Un médicament ne possédant pas d'A.M.M. (autorisation de mise sur le marché français) ne peut-être administré par voie intraveineuse sans contrevenir à la législation française en vigueur.

Ces précisions sont importantes, car nous avons eu, en tant qu'Association de patients, un certain nombre d'appels en provenance de personnes à qui avait été proposé, une chélation à base de médicaments vendus à l'étranger. L'utilisation de médicaments nouveaux ne peut pas non plus se prévaloir des résultats cliniques obtenus par cette thérapie et des statistiques décrits, depuis plus de 30 ans, dans tous les travaux publiés sur la chélation. Prétendre le contraire n'a d'autre but que d'abuser les patients.

Les médicaments administrés dans la perfusion sont prescrits et achetés en pharmacie par les patients. Ces médicaments sont ensuite placés dans la perfusion de chélation, aux doses prescrites par le spécialiste ayant en charge cette thérapie. La plupart de ces médicaments sont vignetés.

- Que penser d'une "mini-chélation"

Sachez que la perfusion de chélateurs ne peut pas être administrée à une vitesse supérieure à une goutte par seconde.

Accélérer la vitesse de perfusion, sans diminuer la dose de chélateurs, c'est faire courir au patient un risque inutile d'hypocalcémie ou d'autres troubles... qui n'apparaissent pas lorsque le protocole d'administration est respecté.

Il est possible de diminuer la dose des chélateurs présents dans la perfusion. La perfusion durera alors 1 heure ou 1 heure et demie au lieu des 3 heures nécessaires. Ces mini-perfusions sont réservées à des pathologies bien précises.

Hormis ces cas particuliers, le patient doit être informé du fait que le nombre de perfusions nécessaires à son traitement sera beaucoup plus élevé que s'il avait pratiqué des séances de perfusion d'une durée normale de 3 heures. Si ce patient vient de loin, s'il est déjà fatigué par le voyage, cette méthode ne présente aucun intérêt, puisqu'à chaque déplacement, il va recevoir seulement la moitié ou le tiers de la dose de médicaments prescrits pour une perfusion normale de 3 heures.

De plus, le coût horaire de la perfusion sera beaucoup plus élevé, car la mise en œuvre de ce traitement requiert le même matériel, le même personnel qualifié et la même surveillance. A la fin du traitement, le patient aura payé beaucoup plus cher pour le même service et il aura passé beaucoup plus de temps en déplacement et en transport. Le seul intérêt d'un tel type de traitement est qu'il représente un sérieux avantage financier pour le thérapeute qui pratique cette méthode.

Que penser des injections pratiquées à l'aide d'une seringue poussoir électrique ?

Les résultats cliniques décrits dans les travaux scientifiques publiés dans le monde entier sur la Chélation, depuis plus de 30 ans, dont nous faisons état dans cette brochure, sont basés sur une technique bien précise de perfusions lentes de 3 heures, respectant la méthode utilisée par les médecins qui ont publié ces travaux.

Nous tenons à vous mettre en garde, contre la technique pratiquée par certains médecins qui injectent à leurs patients, en une heure et parfois en moins d'une heure, quelques médicaments contenus dans une seringue électrique. Cette technique n'a de Chélation que le nom. Elle ne peut en aucune façon se prévaloir des résultats obtenus et publiés par les médecins qui ont utilisé la technique des perfusions lentes. Les récupérations et les améliorations décrites dans les publications réalisées par les médecins pratiquant la méthode des perfusions lentes ont été obtenues dans le strict respect d'un protocole bien précis, protocole qui n'est pas respecté dans le cas des injections citées plus haut. Soyez donc vigilant à ce sujet et contactez nous si vous avez le moindre doute.

De plus, le simple fait de mélanger dans un même récipient (une seringue) des médicaments différents peut entraîner la précipitation des divers composants médicamenteux qui vont être injectés pour le traitement (c'est le cas du magnésium en particulier qui précipite lorsqu'il est mis en présence du chélateur), si la concentration de la solution administrée n'est pas diluée dans une perfusion. Pour pallier à cet inconvénient, les perfusions sont toujours administrées à l'aide de tubulures comportant un filtre. (Le filtre et la tubulure sont jetés après chaque usage). En cas d'administration du mélange de médicaments, injectés à l'aide d'une seringue poussoir électrique, il n'y a pas de filtre entre la solution qui peut "floculer" ou "précipiter" et la veine du patient. Cette technique présente un risque certain lorsque sont administrés au patient des mélanges de plusieurs médicaments. Dans ce cas le patient reçoit en direct, dans sa circulation sanguine, les "floculats" ou les précipités " c'est à dire "les corps étrangers" qui se trouvent contenus dans la solution se trouvant dans la seringue...

Quelles sont les preuves de l'efficacité du traitement ?

Les médecins qui pratiquent la chélation depuis de nombreuses années et qui ont une grande expérience de cette thérapie ont à leur disposition, des milliers d'observations cliniques qui mettent

en évidence des améliorations notoires dans la très grande majorité des patients qu'ils ont traités par cette méthode. Ils notent en particulier la disparition de l'angor d'effort. Ils constatent un allongement de leur périmètre de marche, une cicatrisation rapide des maux perforants plantaires (chez les sujets diabétiques), la régression de nécroses artéritiques d'orteils qui étaient a priori condamnés à l'amputation, etc... (Aux Etats-Unis, plus de 1000 médecins qui pratiquent la chélation possèdent dans leurs dossiers des exemples de récupérations analogues et constatent la régression de l'athérosclérose même lorsque les patients qui viennent consulter ces spécialistes de la chélation se trouvent à un stade avancé de la maladie athéroscléreuse).

La chélation est perçue par ces patients comme leur ultime chance de récupération. Ils n'ont manifestement plus rien d'autre à espérer. Ils sont agressifs, aigris, déçus par toutes les promesses qui leur ont été faites en vain, handicapés par des interventions ou des examens invasifs qui ont aggravés leurs symptômes au lieu de les améliorer. Ils ne croient plus à une récupération possible. Ils songent parfois au suicide, ne supportent plus leur entourage et refusent en bloc toute thérapeutique. Ce sont souvent des patients difficiles à convaincre parce que leur vie se résume à attendre la délivrance finale... La première fois qu'ils se présentent dans un centre de chélation, leur visage reflète trop souvent le masque de la mort, leur teint est verdâtre, leur traits sont tirés, leurs yeux sont éteints, au moindre effort, ils sont essoufflés et ne se déplacent qu'avec difficulté. Lorsqu'on les croise à nouveau, quelques semaines plus tard, ces mêmes personnes, sont littéralement transformées et mènent une vie déjà pratiquement normale. Leur teint est redevenu rose, leurs yeux rieurs, elles font des projets, partent en voyage et vivent avec intensité ce surcroît de vie à laquelle elles n'osaient plus espérer...

Elles sont devenues communicatives, parlent de la chélation à tous ceux qu'elles rencontrent.. à ceux qui les ont côtoyé avant, pendant et après traitement. Elles remercient leurs médecins traitants qui ont assistés, d'abord incrédules puis curieux et enfin surpris de cette transformation... à ces médecins qui les ont aidé à résoudre leur problème en les dirigeant vers un Centre de Chélation et auxquels elles vouent une immense reconnaissance pour être à l'origine de leur "remontée des enfers".

Après avoir lu les pages qui précèdent, vous pensez peut-être que vous avez besoin de bénéficier d'une chélothérapie, et il y a de fortes chances que cela améliore votre état, si vous souffrez d'une des maladies citées dans cet ouvrage.

Cependant n'oubliez jamais que la plupart des maladies ou dérèglements sont provoqués ou aggravés par des facteurs liés à l'environnement, à votre comportement personnel, à des carences plus ou moins prononcées en oligo-élément ou en vitamines et particulièrement en Vitamine C qui est la Vitamine essentielle à la vie. Votre attitude personnelle pour mener une vie saine est essentielle.

Il serait illusoire de traiter une athérosclérose sans arrêter de fumer. Il faut introduire dans votre activité un minimum d'exercices physiques, adaptés évidemment à votre pathologie.

VITAMINE C ALIMENT ESSENTIEL DE NOTRE METABOLISME

La qualité de notre alimentation est primordiale. Il convient d'apporter à notre organisme tous les compléments nutritionnels et oligo-élémentaires dont nous pouvons manquer. En particulier la VITAMINE C doit être prise quotidiennement car elle est indispensable à tous nos échanges cellulaires. La Vitamine C ne se stocke pas dans notre organisme qui a perdu la faculté de la produire suivant ses besoins (contrairement aux animaux dont le métabolisme est capable de synthétiser la Vitamine C pour répondre aux besoins immédiats du système immunitaire)

Il n'existe pas de surdosage à la Vitamine C. En effet, lorsque nous en absorbons des quantités importantes, une partie de celle-ci est immédiatement utilisée par notre organisme pour satisfaire aux besoins de notre métabolisme et le surplus sert à "détoxifier" les métaux lourds en surcharge (plomb mercure argent cadmium... stockés dans nos cellules et en particulier dans nos tissus nerveux (mercure), ainsi que les substances chimiques toxiques provenant, à notre insu, de la pollution, des produits de traitement utilisés lors de la production, du stockage, de la fabrication ou de la conservation des produits agro-alimentaires que nous consommons quotidiennement.

La Vitamine C permet de capter ces poisons et ces métaux toxiques qui sont rejetés dans les urines et éliminés de notre corps. Cette action dépolluante de la Vitamine C (chélation des métaux lourds et élimination des poisons) n'est réellement mise en oeuvre dans notre organisme que lorsque tous les besoins essentiels de notre métabolisme ont été satisfaits et que la quantité de Vitamine C restante, immédiatement disponible, est importante.

Lorsque nous consommons de la Vitamine C, notre foie est le premier à se servir sur le trajet digestif emprunté par celle-ci. Le foie est un grand consommateur de cette Vitamine qui lui permet de remplir ses fonctions détoxifiantes et dépolluantes.

La quantité de Vitamine C restant disponible, après que le foie ait été servi, s'avère trop souvent insuffisante pour satisfaire les besoins essentiels de toutes nos fonctions vitales et en particulier des tissus nerveux (cerveau) qui sont= situés en fin de parcours, dans cette distribution. (Communication personnelle du Docteur Pierre CORSON).

Ce pouvoir "détoxifiant" de la Vitamine C fait l'objet de nombreuses controverses. En effet il a été souvent publié par certains auteurs que la Vitamine C non utilisée par notre métabolisme est perdue et rejetée dans les urines sans avoir été utilisée par notre corps. De telles affirmations ne reposent sur aucune donnée scientifique sérieuse. En effet, il a été parfaitement établi que :

1- Les besoins en Vitamine C de notre corps sont variables suivant les individus (programmation génétique personnelle incontournable, système immunitaire déficient), suivant leur mode de vie (tabac stress pollution, nourriture vide de vitamine et d'oligo-élément...), suivant les incidents de parcours (accident, hospitalisation; opération, deuil ou maladie d'un proche, prise de médicaments ou vaccination) faisant plonger le système immunitaire...)

2 - La Vitamine C, absorbée par notre corps, passe dans notre sang en franchissant la barrière intestinale. Elle est ensuite distribuée à tous nos organes par la circulation sanguine. Ces différents organes ont des besoins différents et variables en Vitamine C.

La concentration de cette Vitamine (acide ascorbique) peut varier dans différentes parties de notre corps dans la proportion de 1 à 60, au même instant. Ceci a été constaté par exemple dans le cas d'un panari. Lors des mesures effectuées, les tissus entourant le panari contenaient 60 fois plus de Vitamine C que le reste du corps, la Vitamine C se concentrant dans ce secteur pour permettre à notre système immunitaire de lutter localement contre l'infection.

3 - Lorsque nous absorbons de la Vitamine C (acide ascorbique) celle-ci se transforme, après avoir été utilisée dans nos tissus, en acide déshydro-ascorbique (forme utilisée de la Vitamine C), qui est rejetée dans nos urines.

Or il existe un rapport entre acide ascorbique sur acide déshydro-ascorbique qui permet de mesurer l'état de santé, de maladie ou de morbidité d'un individu:

$$\frac{\text{acide ascorbique}}{\text{acide deshydro-ascorbique}} = \text{indice de morbidité}$$

La parfaite santé est révélée par un indice de 14 et lorsqu'on est proche de la mort l'indice de morbidité est proche de 0,3. Tous les stades intermédiaires peuvent être observés. Lorsqu'un malade est en phase de guérison on assiste à une remontée progressive de cet indice et inversement lorsque la maladie s'aggrave, l'indice décroît.

En agissant sur les facteurs de maladie et en administrant par voie veineuse ou buccale des quantités de Vitamine C importantes et adaptées à l'urgence du problème, le malade conserve toutes ses chances de voir remonter cet indice. Agir sur les facteurs de la maladie sous-entend non seulement la prise en compte thérapeutique du problème mais également l'élimination des facteurs environnementaux et toxiques (démontage des amalgames dentaires avec les précautions d'usage, etc...).

L'absorption de Vitamine C en quantité importante permet de soutenir un système immunitaire déficient, de l'aider à passer d'un indice de morbidité anormalement bas à un indice plus élevé. La Vitamine C représente une chance supplémentaire pour toute personne en état de carence.

Dans cette optique la prise de Vitamine C est un acte humanitaire au même titre que donner à boire à une personne déshydratée ou nourrir une personne dénutrie.

De plus le fait que la Vitamine C facilite le sommeil permet d'améliorer l'équilibre physique et psychique de certaines personnes qui décrivent toutes une sensation de bien-être, après prise de Vitamine C.

En regard de tels bienfaits le prétendu inconvénient selon lequel la Vitamine C n'est pas utilisée entièrement par notre métabolisme ne peut-être retenu car elle méconnaît complètement le rôle essentiel joué par la Vitamine C dans le soutien du système immunitaire qui lutte en permanence contre des agresseurs de plus en plus nombreux : stress, pollution, mercure dans les amalgames dentaires, effets secondaires de certains médicaments, division cellulaire anarchique, etc...

La Vitamine C est un puissant anti-oxydant qui lutte contre la formation anarchique de radicaux libres en surcharge dans notre corps. Elle protège notre organisme des radicaux libres absorbés par notre organisme et les substances absorbées et rejetées après. Ses effets anti-radicalaire, anti-infectieux et renforteur de l'immunité sont prouvés. Une supplémentation en oligo-éléments, minéraux et autres vitamines est également indispensable.

La KELOTAMINE (association de minéraux, oligo-éléments et vitamines) supplée en doses équilibrées aux carences vitamino-minérales résultant des méthodes modernes de production et de stockage de nos aliments et protège contre les conséquences des métaux toxiques liés à la pollution ambiante.

Un REGIME ALIMENTAIRE bien conduit doit aussi vous faire perdre tout excès de poids, et au fait:

Document en cours de réécriture

0034943630243