

LA GUERISON NATURELLE DIRIGEE

Docteur RICHE Paul-Hervé

Au nom du droit de réponse et du droit à la vérité scientifique
à propos de tous les articles parus sur le BACTERIOPHAGE.

Contrairement à ce que publie régulièrement la Presse, la Phagothérapie, ou traitement par bactériophage, n'a jamais été interrompue en France, ni la recherche de son application thérapeutique.

J'en tiens pour preuve la thèse de Médecine que j'ai soutenue le 06 Juillet 1976 à Montpellier, « UTILISATION DU BACTERIOPHAGE EN THERAPEUTIQUE ANTI-INFECTIEUSE » sous la Présidence du Professeur René BAYLET (Santé Publique), et le jury du Professeur Boris VLAHOVITCH, célèbre neuro-chirurgien qui avait accepté et soutenu mon projet de thèse sur ce sujet, de Madame la Professeur Jeanne MANDIN, éminente virologue, et du Docteur Jean ARRIGHI DE CASANOVA, chef de service d'un centre de réadaptation fonctionnelle pour gros blessés, et remarquable clinicien qui appliqua avec succès cette thérapeutique dans son service dépendant de l'hôpital de Nîmes. Pendant ces trois années, aucun échec d'utilisation de phages commercialisés : Bacté-staphy-phages, Bacté-pyo-phages, Bacté-intesti-phages, Bacté-rhino-phages... , et en vente dans toutes les pharmacies.

En 1978, Publication par l'I.N.S.E.R.M. dans la revue internationale « IN VITRO » d'un article signé VLAHOVITCH, SENTEIN, VIC, VANNEREAU, et Paul-Hervé RICHE sur la « Décontamination par des bactériophages adaptés, de cultures de cellules infectées »...

Cela fut sans doute trop... Des «investisseurs» (?) rachetèrent le vieux laboratoire de Félix d'HERELLE (découvreur du bactériophage) qui préparait ces suspensions rue Olivier de Serres à Paris... et qui devint un bureau de télécommunications... Adieu, pensa-t-on alors, à la Phagothérapie !

Récemment un remarquable livre et des articles de presse viennent de sortir sous la plume de Monsieur Alain DUBLANCHET. Et cependant, le conseil est donné de chercher à se fournir des ampoules de suspension de bactériophages en Russie, voire en Pologne... L'avis des Maîtres Spirituels : « Pourquoi cherchez-vous à l'extérieur ce qui se trouve en vous ? » peut aussi être appliqué au Bactériophage.

Dès la première tétée, le nourrisson reçoit par le colostrum, au sein de sa mère, les bactériophages qui vont essaimer le long de son tube digestif dont le p.H. est neutre. Puis, peu à peu, le lait se constitue normalement et l'estomac du bébé va commencer sa sécrétion acide, tuant ainsi le bactériophage situé dans son estomac, tandis que dans le duodénum, le bol alimentaire va être ré-alkalinisé par la bile, rééquilibrant le milieu légèrement basique où se développe la symbiose colibacille / bactériophage.

Ceci explique l'infection chez le prématuré. Dans mes études, on me disait que le «système immunitaire» se développe environ entre trois et six mois après la naissance, et que le nourrisson était « protégé » par les « anticorps » maternels... Dans ce cas, pourquoi le prématuré, lui, échappe-t-il à cette protection ? La réponse est dans le mode de nutrition...

Par la suite, si nous sommes en bonne santé, c'est que les bactériophages présents dans notre intestin sont confrontés à toutes les bactéries que nous ingérons ou qui attaquent nos barrières cutanéomuqueuses (plaies, piqûres, etc...).

Se reproduisant aux dépens des bactéries si le milieu est favorable, détruits par le métabolisme acidifiant de celles-ci si le milieu est défavorable aux phages. **C'est ainsi qu'il ne sert à rien d'apporter du bactériophage de l'extérieur si auparavant on n'a pas réalisé les conditions optimales qui permettront l'action de bactériolyse (destruction des bactéries ou lyse) par les virus...**

La première condition est de vérifier le taux de sucre dans le sang ou glycémie.

En effet, dès que la glycémie dépasse 1,60 g/l, le bactériophage a de grosses difficultés à pénétrer dans la bactérie. Il faut donc vérifier l'absence de diabète ou de pré-diabète (hémoglobine glyquée) par analyse de sang chez tout patient infecté.

La deuxième condition est de vérifier le p.H. sanguin.

Le taux d'acidité du sang (p.H. = Potentiel Hydrogène) est dangereux pour l'individu lorsqu'il s'élève. Le p.H. normal du sang est d'environ 7,32, c'est-à-dire légèrement alcalin, ce qui est la condition de base pour que la destruction de bactéries puisse être réalisée par les bactériophages qui se reproduisent ainsi, acquérant progressivement, passage après passage sur les mêmes bactéries, leur spécificité à l'encontre de telle ou telle bactérie. **L'acidification tue le bactériophage.** Ceci explique pourquoi le diabétique (taux de sucre élevé) décompense en acidose son diabète : les bactéries fermentant le glucose acidifient le milieu, neutralisant puis détruisant leurs ennemis potentiels.

En 1905, Ilya METCHNIKOFF, scientifique russe, photographia un globule blanc qui « avalait » une bactérie. Celle-ci était progressivement « digérée » sous l'œil de l'objectif photographique et la découverte de la « Phagocytose » fut proclamée... .

Le globule blanc devenait ainsi la vedette du conflit antibactérien et des « défenses de l'organisme » et Metchnikoff obtint le prix Nobel en 1908 pour sa découverte.

Hélas ! C'était bien vite passer aux conclusions. L'apparence est souvent le contraire de la vérité : si l'on photographie une personne âgée, cardiaque, montant dans un bus supposé transparent, qu'une explosion se produise à trois cent mètres ; cette personne meurt d'une crise cardiaque. Accusera-t-on le bus de l'avoir tuée ?

Nous pourrions avoir les mêmes images de bactérie lysée peu à peu sans globule blanc autour, si celle-ci est infectée par un bactériophage. Inversement, si la bactérie est « saine », le globule blanc sera détruit et deviendra un « pyocyte » (globule de pus). Précisons en outre que la bactérie sécrète une opsonine (du grec opsonine : je prépare la cuisine) pour se faire avaler par le globule blanc. L'équivalent du ticket de bus !

En outre, si un malade infecté voit ses globules blancs passer de 6000 / ml à 12000 / ml puis à 15000 / ml ainsi que ses taux « d'anticorps » monter de façon vertigineuse, c'est qu'il s'aggrave terriblement ; le médecin à son chevet avec ses petits 4000 globules blancs / ml et son taux plancher d'anticorps est parfaitement bien portant et semble pourtant en « carence immunitaire » au regard de l'infecté qui va mourir « bien défendu » selon les affirmations des immunologues, qui confondent « témoins d'infection » avec « moyens de défense ».

Les globules blancs ont en général pour fonction l'élimination des déchets résultants du conflit bactériophage / bactérie. Il serait donc intéressant de mettre en éprouvette scellée une suspension de bactéries + bactériophage, sans aucun anticorps ni cellules humaines dans une étuve, et de voir si après la lyse (destruction) bactérienne, apparaissent des protéines identifiables comme étant des « anticorps ». Ce travail était prévu à Montpellier, mais la

suppression providentielle des phages dans les pharmacies l'a empêché. Il est vrai que toute la théorie de « l'immunologie » aurait pu s'effondrer...

Les antibiotiques sont des **bases diffusibles**, découverts depuis la thèse du Docteur Ernest DUCHESNE à Lyon (1874-1912) qui avait utilisé du penicillium glaucum pour traiter avec succès des souris infectées par des salmonelles. Il faudra attendre FLEMING pour que cette découverte soit utilisée avec un maximum de réclame, bien entendu venant de l'extérieur de la France, au moment de la seconde guerre mondiale. Et dire que les Poilus de 1914 auraient pu en disposer !

La plupart des antibiotiques issus de produits naturels sont des bases puissantes pouvant pénétrer dans des abcès contenant un pus épais empêchant la possibilité pour le bactériophage d'accéder ou de se fixer sur les bactéries. Les antibiotiques facilitent donc son action.

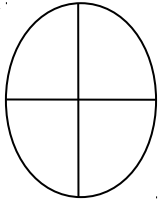
Les antibiotiques actuels, de synthèse, sont carrément cytotoxiques et s'attaquent, par conséquent, aux cellules à reproduction rapide (bactéries, mais aussi intestins...) avec les conséquences que l'on imagine. Les yaourts et ultra-levures permettront parfois de compenser une partie de leurs effets secondaires, mais pas tous.

D'autre part, une sélection progressive se fait, prévisible, de bactéries devenues résistantes à tout, dont je parlais déjà en introduction et en conclusion de ma Thèse : le retour vers la Phagothérapie était et est inéluctable.

La troisième et dernière condition pour que la phagothérapie soit efficace est de supprimer les « anti-phages » du sérum sanguin.

Cette propriété du sérum sanguin d'inhiber la destruction des bactéries par les phages fut découverte et élucidée par le Docteur André RAIGA-CLEMENCEAU, qui avait reçu directement l'enseignement de Félix d'HERELLE et qui me transmit directement à son tour ses connaissances dans ce domaine.

Sa mise en évidence est simple, utilisant boîte de PETRI et prélèvement du sérum du malade.

A.		B
		<ul style="list-style-type: none">- du côté A : sérum témoin.- du côté B : sérum du patient.- en haut A1 : dilution à 1% sérum témoin, et B1 : idem patient.- en bas A2 : sérum témoin. dilué à 1 / 100000.- en bas B2 : dilution à 1 / 100000 du sérum du malade.
		Ces sérums étant mélangés avec une suspension proportionnelle identique de bactériophage.

Si les bactéries poussent en nappe côté B et sont détruites côté A, cela prouve que le sérum du patient est incapable de détruire les bactéries. On observe alors qu'une destruction va se faire dès que l'inhibition des anti-phages sera levée.

Si au cours d'une auto-hémo-thérapie (voir infra) la réaction devient identique côté témoin /côté patient, alors la phagothérapie a réussi pleinement. Ce test n'est pas indispensable puisqu'il nécessite des bactériophages mais il a servi à guider les phagothérapeutes aux débuts de l'auto-hémo-thérapie pour comprendre pourquoi l'auto-hémo-thérapie réussissait à guérir les infections bactériennes ; et ce test servit aussi à calculer les dates optimales des injections d' auto-hémo-thérapie .

L'AUTO-HEMO-THERAPIE : Technique :

Il s'agit de prélever 18 cc (centimètres cubes) de sang veineux au pli du coude et de le réinjecter dans la fesse homolatérale du patient, après avoir éventuellement ajouté un tout petit peu de Procaïne 2% (rinçure) afin d'éviter la douleur. Pour les prématurés ou nourrissons, on pourra prélever, en l'absence d'incompatibilité sanguine mère-enfant, 5 cc de sang maternel qu'on injectera à l'enfant en intra-musculaire.

L'injection se fera dans la fesse au niveau postérieur de l'épine iliaque antéro-supérieure. On alternera bras droit - fesse droite, bras gauche – fesse gauche, par séance, en fonction des dates calculées auparavant selon les schémas suivants :

J 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29, pour les cas aigus et sub-aigus.

Si la maladie infectieuse est chronique, l'auto-hémo-thérapie se fera tous les 4^{ème} et 8^{ème} jours selon le tableau suivant :

J 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
J 32 33 34 35 36 37 38.

Quand la réaction de destruction bactérienne se produit, le patient présente un pic de fièvre brutal (41° C, voire 42° C) très bien supporté ; il faut alors boire beaucoup d'eau alcaline (eau + une pincée de bicarbonate de soude par litre d'eau ou Vichy ou Vittel) pour que les reins puissent fonctionner correctement et éliminer l'urée résultant du catabolisme des protéines issues du conflit bactéries/bactériophages. En quelques heures (3 à 6 heures) tout rentre dans l'ordre, ce qui correspond à la destruction d'un type de bactérie. Il est évident que si deux ou trois bactéries différentes sont responsables de l'état infectieux, on observera deux à trois pics de fièvre consécutifs, séparés en général de quelques heures et parfois de deux à trois jours. En aucun cas, il ne faut donner d'acide acétyl-salicylique (aspirine) au cours de ce processus, sinon le patient pourrait récidiver ou pire s'aggraver de façon irréversible.

CONCLUSION PRATIQUE

En résumé, pour obtenir une « guérison naturelle dirigée », devant une infection bactérienne sévère, il faut :

1 – Équilibrer la glycémie : vérifier le taux de glucose et d'hémoglobine glyquée tous les trois jours.

2 – Faire un régime alimentaire alcalinisant : pas de glucides (aliments blancs : pâtes, riz, farines, sucres, pommes de terre, etc...) ni de viandes rouges, **ni d'alcool**. Sont autorisés les œufs, le poisson, les viandes blanches, les légumes à volonté. Cette propriété alcalinisante a fait le succès du régime végétarien pour la santé... grâce au bactériophage !

Bien sûr, boire eau de Vichy ou de Vittel et interdiction totale de l'aspirine : l'acide acétyl-salicylique en intraveineux peut tuer le bactériophage et donc aggraver +++ une septicémie en faisant flamber l'infection. Pas de problème avec le Paracétamol. Par contre, on préférera pour lutter contre la fièvre les méthodes physiques : bains, bracelets réfrigérés ou bien simples gants et linges de toilette humidifiés posés sur les membres.

N.B. : la vitamine C n'est pas acidifiante, ceci étant lié à son métabolisme paradoxal.

3 – Supprimer les anti-phages par auto-hémo-thérapie tous les troisième et sixième jours pour les infections aiguës, tous les quatrième et huitième jours si infections chroniques (selon le tableau indiqué dans l'article).

En respectant ces conditions, la phagothérapie aura atteint son but, **sans aucun apport extérieur.de bactériophages**. Telle est la thérapeutique par bactériophage la plus élémentaire, ou **guérison naturelle dirigée**, mise au point en **FRANCE**, avec une certitude totale de succès quand elle est comprise et bien menée.

Vous avez ainsi à présent toutes les clefs en main pour ne plus jamais perdre un patient par infection fût-elle nosocomiale, compatible avec tout autre traitement, à l'exception des médicaments acidifiants dont en particulier l'aspirine.