

REPONSES AUX QUESTIONS DU PRESIDENT MBEKI

Par Dr Heinrich Kremer
Sept. 2000

Une brève réponse aux questions soulevées par le Président sud-africain Thabo MBEKI à la rencontre des spécialistes du SIDA à Prétoria les 6 et 7 mai 2000.

QUESTIONS

1. Quelles preuves y a-t-il que le VIH soit la cause du SIDA, et quelles sont les conséquences de l'apparition de symptômes et de leur diagnostic ?
2. Quel rôle un traitement peut-il jouer dans les pays en développement ?
3. Comment prévenir le VIH/SIDA ?

CONSIDERATIONS PRELIMINAIRES

Le monoxyde d'azote (1)

Pour la première fois en 1987 la preuve fut faite par Furchgott et Ignarro (prix Nobel 1998) que les fonctions cellulaires de l'organisme humain étaient contrôlées par le monoxyde d'azote (NO, nitric oxide). On démontra au cours des années qui suivirent que les cellules immunitaires éliminent les germes pathogènes à l'intérieur de leur cytoplasme en produisant un gaz, le monoxyde d'azote. On découvrit qu'il existe 2 types de cellules immunitaires : celles (type Th1) qui produisent du NO et ses dérivés et celles (type Th2) qui n'en produisent pas mais stimulent la formation d'anticorps afin d'inhiber les germes pathogènes extracellulaires (2).

Ces découvertes révolutionnaires ont fait que beaucoup de théories considérées jusqu'alors comme correcte ont dû être révisées, les phénomènes immunitaires pathologiques interprétés comme des conséquences de l'« infection VIH »(3), conformément aux théories immunitaires qui prévalaient jusqu'ici, peuvent maintenant grâce à ces recherches nouvelles, être expliquées de façon cohérente et sans devoir invoquer une « infection VIH ». Ces nouvelles découvertes justifient tout à fait les questions critiques du Président MBEKI sur le VIH/SIDA et ont des effets considérables en ce qui concerne la médecine, la société, la politique et l'économie.

Il faut qu'il y ait équilibre entre les cellules immunitaires productrices de NO et celles qui n'en produisent pas. Cet équilibre entre l'immunité cellulaire et l'immunité dite (hormonale) par anticorps peut être perturbé par des facteurs infectieux ou non infectieux qui tous deux peuvent mener à une immunodéficience acquise cellulaire (SIDA). Une hyperstimulation (trop longue ou trop forte) des cellules immunitaires productrices de NO mène à l'épuisement de ces cellules et l'inhibition de la production de NO qui en résulte est compensée par une activité accrue des cellules productrices d'anticorps. Il s'ensuit que les microbes intracellulaires tels que mycoses, parasites, mycobactéries et virus (germes de maladies opportunistes), qui normalement seraient éliminés sans symptômes par le gaz NO cytotoxique, se développent sans limites dans les cellules. Ce sont ces maladies opportunistes qui caractérisent cliniquement le SIDA.

La respiration aérobie de certaines cellules peut être bloquée par un excès de production de NO et par les phénomènes d'adaptation biologique qui s'ensuivent. Ces cellules peuvent alors adopter un mode de production d'énergie indépendant de l'oxygène. Cela peut mener à des formations tumorales et ce phénomène était déjà connu en 1924 (phénomène de Warburg) ; actuellement on peut l'expliquer grâce à ces découvertes sur le NO. Pour la même raison des cellules nerveuses et musculaires peuvent souffrir de dégénérescence si leur respiration aérobie est perturbée.

Groupes à risque en Occident

Le SIDA, au sens habituel, est une maladie rare en Occident : 0,001 à 0,002% de la population est atteint annuellement.

La plus grande part des patients SIDA se retrouvent parmi les homosexuels masculins du type « récepteur ». Dans ce groupe à risque, les causes principales d'hyperstimulation NO sont : l'inhalation de nitrite d'amyle (poppers) utilisé pour faciliter la pénétration anale, l'abus d'antibiotiques dont les produits de catabolisme sont le NO et des nitrosamines, l'absorption de protéines étrangères (résultat de coït anal non

protégé) qui induit une surproduction de NO analogue à celle causée par les protéines antigéniques microbiennes, et enfin les toxines antigéniques dues aux infections répétées et à la surcharge des mécanismes cellulaires de détoxication.

Les drogués par voie IV constituent le 2° groupe à risque. Leur équilibre immunitaire est troublé par les drogues elles-mêmes, par les fréquentes infections provenant du partage d'aiguilles contaminées, par les substances toxiques mélangées aux drogues, par la malnutrition liée à l'usage de drogues. 5% de la population totale de drogués intraveineux sont potentiellement sujets à l'épuisement immunitaire. Dans de rares cas, les enfants de mères toxicomanes sont eux-mêmes immunodéficients du fait de l'intoxication chronique de leurs mères. La perturbation de la respiration cellulaire au niveau des cellules immunitaires et non-immunitaires fait que ces nouveaux-nés souffrent eux-mêmes d'insuffisance immunitaire.

Les hémophiles forment un 3° groupe à risque, du moins ceux qui ont reçu des injections de facteur de coagulation (le facteur VIII, une protéine) non purifié, donc associé à d'autres protéines antigéniques : cela aboutit à une hyper production de NO chronique comme l'ont prouvé des expérimentations animales.

Les polytransfusés (moyenne de 35 transfusions) du fait d'une maladie grave sont aussi un petit groupe à risque, numériquement parlant.

Un étude clinique étalée sur 10 ans et portant sur plusieurs milliers de patients, au Canada, a révélé déjà en 1986 que plus de 30% de patients opérés présentent des perturbations immunitaires : anomalies comprises aujourd'hui comme résultant de troubles des cellules immunitaires productrices de NO et de prépondérance des cellules immunitaires non productrices de NO.

Dès les années 60 il apparut qu'après traitement par médicaments immunosuppresseurs les patients ayant subi une transplantation d'organe souffraient des mêmes troubles immunitaires qui se manifestèrent à la fin des années 70 dans les milieux homosexuels masculins et qui reçurent le nom de SIDA à partir de 1982. Les mêmes maladies caractéristiques de l'épuisement immunitaire, les mêmes maladies opportunistes signant l'inhibition des cellules immunitaires productrices de NO et la prédominance des cellules immunitaires non productrices apparurent chez les leucémiques traités par des antimétabolites, substances analogues à l'AZT utilisé comme antiviral contre le SIDA.

D'autres facteurs immunotoxiques tout à fait différents peuvent stimuler de manière excessive la production cellulaire de NO et aboutir secondairement à son inhibition. Ce sont les substances toxiques (pharmaceutiques ou non), la malnutrition quantitative ou qualitative, l'injection de protéines étrangères, les infections multiples et récidivantes, les dysfonctionnements endocriniens, les stress émotionnels et bien d'autres facteurs.

SIDA dans le Tiers-Monde

Dans les pays en développement ce sont les infections et les phénomènes inflammatoires chroniques, la malnutrition et la consommation d'eau polluée qui sont les causes majeures d'épuisement immunitaire. Cette mauvaise situation sanitaire est due à des conditions de vie pour lesquelles l'Occident porte historiquement une grande part de responsabilité.

Ces conditions font que, dans les pays du Tiers-Monde, les enfants, les femmes et les hommes sont plus souvent infectés par des germes pathogènes que dans les pays industrialisés.

Les microbes qui vivent hors des cellules sont inhibés et éliminés par les anticorps et autres mécanismes immunitaires humoraux, tandis que ceux qui pénètrent dans les cellules (ce sont essentiellement les mycoses, les parasites, les mycobactéries et les virus) ne peuvent être efficacement inhibés et éliminés que par une production suffisante de NO.

En cas d'infection intracellulaire chronique, la production du gaz cytotoxique NO est constamment stimulée pour tenter d'éliminer le germe infectieux. Mais le NO est un facteur toxique pour la cellule elle-même : elle doit donc se protéger contre l'effet irritant et éventuellement mortel de ce gaz endogène. Cette protection est réalisée par divers antioxydants : protéines soufrées, vitamines, enzymes. Ces antioxydants doivent être ingérés ou synthétisés à partir de l'alimentation. Les antioxydants portent ce nom car ils doivent constamment neutraliser des substances oxydantes telles que le NO et ses dérivés, ou les radicaux libres oxygénés (reactive oxygen species, ROS). S'il y a épuisement d'antioxydants (à cause de déficit alimentaire d'antioxydants ou de substrats permettant de les synthétiser, ou bien à cause d'infections ou de processus inflammatoires chroniques épuisant les réserves d'antioxydants) les molécules de NO et de ROS ne peuvent plus être efficacement neutralisés. Il s'ensuit une détérioration cellulaire et divers dysfonctionnements métaboliques

secondaires au sein des cellules immunitaires et aussi non-immunitaires ; cela mène à une inhibition de la production de NO et par conséquent à l'apparition des infections opportunistes.

Ce cercle vicieux commençant par la présence d'infections chroniques, de malnutrition et de carence en substances antioxydantes et aboutissant à davantage d'infections appelées infections opportunistes est bien connus dans les pays du Tiers-Monde sous le nom de SIDA nutritionnel (NAIDS ou SIDAn) (4).

Ces facteurs fondamentaux d'épuisement immunitaires (de SIDA) dans les pays en développement affectent indifféremment, quel que soit le sexe, les enfants pas encore nés, les nouveaux-nés, les enfants, les femmes et les hommes. Ces facteurs diffèrent fondamentalement de ceux qui entraînent le SIDA en Occident dans les groupes à risques.

SIDA et NO

Le SIDA en Afrique n'est pas plus le résultat de la transmission sexuelle d'un prétendu germe infectieux qu'il ne l'est en Occident. Le SIDA n'est pas causé par un germe infectieux particulier. La présence d'un tel germe n'est ni nécessaire ni suffisante pour comprendre les processus de la maladie. La supposition que le SIDA est dû à un germe infectieux est née à cette époque encore récente où les processus fondamentaux qui régissent l'immunité n'étaient pas encore compris. Même dans les cas de SIDA où des infections constituent un facteur important d'épuisement immunitaire par carence de production de NO dans les cellules immunitaires, les maladies sexuellement transmissibles (MST) ne jouent pas un rôle exclusif. Le sexe n'est qu'une source d'infection parmi bien d'autres. La plupart des infections chroniques ne sont pas transmises sexuellement : par exemple la tuberculose pulmonaire, la malaria, les verminoses et de nombreuses autres infections tropicales. C'est le cas aussi des infections opportunistes qui sont principalement dues à des mycoses, des parasites, des mycobactéries, le cytomégalovirus (CMV) et autres virus herpétiques. L'infection caractéristique et la plus courante du SIDA, la pneumonie à pneumocystis carinii (PPC), en est une autre preuve : elle est déclenchée par un parasite fongique des voies aériennes.

La vision scientifique réduisant la cause du SIDA à la transmission homosexuelle ou hétérosexuelle d'un prétendu « virus du SIDA » a empêché de voir les causes réelles de l'immunodéficience et des infections opportunistes. Toutes ces infections sont la conséquence de l'inhibition de la production de NO, tant dans les cellules immunitaires que dans les cellules non-immunitaires, et du blocage de la respiration aérobie de certaines cellules.

La théorie « VIH/SIDA » a été jusqu'à présent incapable d'expliquer pourquoi les maladies caractéristiques du SIDA sont censées se développer à cause d'un prétendu VIH transmis sexuellement ou par voie sanguine, alors que ces mêmes maladies se développent sans aucune intervention de « VIH » dans les cas de SIDA pharmacotoxique ou SIDA nutritionnel. Ce que ces différents cas ont par contre en commun ce sont des facteurs immunoagresseurs de type toxique, pharmacotoxique, infectieux et nutritif, ou une stimulation immunitaire massive à partir de protéines antigéniques étrangères.

De nombreuses études expérimentales et cliniques ont établi qu'au tout début de la séroconversion, quand le patient devient « VIH » positif, le taux d'antioxydant et de protéine sulfurée détoxifiante dans les cellules immunitaires est très bas, que les cellules immunitaires prédominantes ne produisent plus de NO, et que par contre la production d'anticorps est augmentée. Cela prouve que ce qui perturbe le système immunitaire de ces patients c'est l'inhibition de la production de NO à cause du manque de molécules antioxydantes chargées de la détoxification. Un grand nombre de cellules immunitaires Th2 non productrices de NO quittent alors la circulation sanguine pour stimuler les lymphocytes B producteurs d'anticorps (5).

Il n'est donc pas nécessaire d'imaginer un prétendu VIH pour expliquer ces perturbations. Pourtant, la diminution de lymphocytes T4 dans la sang circulant est donnée comme preuve que ces cellules sont détruites par le « VIH » ! Aux E-U le diagnostic du SIDA est posé, même s'il n'y a pas de symptômes cliniques, sur base de la chute du nombre de lymphocytes T4 sous un certain seuil associé à la positivité du test « VIH ». Cette procédure diagnostique discutable (SIDA sans syndrome clinique ou « IDA ») a fait que les cas de SIDA officiels aux E-U depuis le 1^o janvier 1993 ont augmenté de plus de 100%. En Europe on n'a pas utilisé à l'époque cette définition de SIDA et dès lors les cas de SIDA ont continué à chuter.

Tout aussi discutable est la manière de diagnostiquer le SIDA en Afrique. La définition de Bangui (1985), qui est en usage aujourd'hui sous de multiples variantes, permet de faire un diagnostic de SIDA sur des symptômes cliniques aussi peu spécifiques que la toux, la fièvre, la diarrhée etc... si ces symptômes datent de plus d'un mois. Ces symptômes sont courants dans les pays en développement du fait des fréquentes maladies inflammatoires et infectieuses chroniques. Ces cas, enregistrés comme SIDA sans critères diagnostiques véritables, sont rapportés à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à Genève. Et c'est sur base de ce

diagnostic sommaire d'une supposée « extension épidémique du VIH en Afrique » qu'on fait des projections (estimations par extrapolation) du nombre de cas VIH/SIDA et que des chiffres catastrophiques illustrant la pandémie de VIH/SIDA en Afrique sont offerts à la presse du monde entier. Là-dessus les médias, sans se poser de questions sur le sérieux de ces données, dépeignent l'Afrique comme « un continent qui se meurt »...

Voilà comment l'opinion mondiale a été manipulée et convaincue que 90% des « infections VIH/SIDA » apparaissent en Afrique.

Se poser des questions

En Europe, aux Etats-Unis et en Afrique l'image que se fait le public du SIDA repose donc sur des réalités différentes. Dès lors, et vu les moyens limités des pays en développement, se poser des questions relève du plus élémentaire bon sens : quelle est la cause du SIDA, comment prévenir et traiter ? Comment arriver à séparer nettement le problème médical réel des considérations médicales officielles focalisées sur le VIH/SIDA ?

REPOSE A LA QUESTION 1

« VIH » ?

A propos de la question sur les « conséquences de l'apparition des symptômes et de leur diagnostic », il faut remarquer tout d'abord qu' en Afrique les causes véritables des maladies ne sont pas, ou sont incorrectement, diagnostiquées.

On peut se rendre compte aussi que les malades du SIDA et leur famille sont mis, par le diagnostic, dans une situation de peur panique, d'exclusion et de désespoir.

Il n'y a en fait aucune preuve pour étayer la théorie disant que « le SIDA est causé par le VIH » et au contraire énormément de preuves contre cette théorie. Personne n'a jamais isolé le « VIH », l'existence de ce prétendu virus fut affirmée suite à la présence de marqueurs moléculaires non spécifiques apparaissant après manipulation de cellules immunitaires sanguines de patients homosexuels atteints de SIDA (6). Ces cellules immunitaires furent stimulées par des substances très oxydantes ce qui, on le sait maintenant, déclenche en réaction la production de NO. Comme elles étaient carencées en molécules soufrées détoxifiantes, une partie de ces cellules périt ; ce phénomène (chute de lymphocytose) est interprétée comme une destruction des lymphocytes par l'hypothétique VIH. Une autre partie des cellules réagit en adaptant son métabolisme ; entre autres par la synthèse de nouvelles protéines et par l'expulsion hors de la cellule de protéines liées au stress oxydatif. La présence de ces deux marqueurs moléculaires (protéiques) fut considérée comme la preuve de la présence de « VIH », alors que ces mêmes marqueurs peuvent apparaître dans bien d'autres cultures cellulaires soumises aux mêmes conditions de laboratoire.

Isolement ?

Toutes les expériences qui prétendent être des isollements de « VIH » sont basées sur la mise en évidence de tels marqueurs non spécifiques après stimulation par des substances très oxydantes. Sans avoir recours à ces artifices chimiques, personne n'a pu démontrer la présence de « VIH » libre dans le sérum sanguin de patients « VIH » positif ou atteints de SIDA, alors que, selon la théorie VIH/SIDA qui prévaut depuis 1995, ce « VIH » devrait se multiplier des milliards de fois...

Les découvertes concernant la NO, font apparaître que les chercheurs « VIH » ont confondu cause et effet. L'inventeur du test « VIH » breveté en 1987, le prof. Gallo, traita ses cultures cellulaires de patients SIDA avec de l'hydrocortisone. Or l'hormone hydrocortisone bloque la division cellulaire, y compris celle d'éventuels virus intracellulaires qui ne peuvent que synchroniser leur reproduction avec celle de la cellule-hôte. L'hydrocortisone inhibe aussi la production de NO tout en promouvant la néo-formation de protéines (regenerative proteins).

Deux anciens collègues du Prof. Gallo ont révélé en 1987 que la présence de marqueurs moléculaires (protéines néoformées ou protéines « de stress » expulsées par les cellules sous la forme de particules dites « virus-like ») avait été démontrée avec une facilité particulière après l'adjonction d'hydrocortisone aux cultures cellulaires utilisées pour la recherche de « VIH » dans les lymphocytes de patients atteints de SIDA. Il s'agissait des expériences menées dans la laboratoire du Prof. Gallo en 1984, au moment de la mise au point du test

« VIH ». Le prof. Gallo avait, à l'époque, tenu secret cet usage d'hydrocortisone, et il ne reconnut le fait qu'en 1998 quand on le lui reprocha au cours d'une conférence de presse au Congrès international sur le SIDA à Genève.

Le Prof. Gallo a été jusqu'ici incapable d'expliquer pourquoi le « VIH » se reproduit particulièrement bien dans une culture cellulaire traitée à l'hydrocortisone alors que, comme le sait bien tout médecin praticien, l'hydrocortisone bloque la division des cellules-hôtes. La recherche sur le NO donne l'explication : les marqueurs moléculaires prétendument preuve de l'existence du « VIH » ne sont rien d'autre que des protéines néoformées et des déchets cellulaires expulsés par les cellules exposées au stress oxydatif sous forme de particules virus-like. Ces marqueurs, non spécifiques, n'ont rien à voir avec le prétendu « VIH ».

Un test « VIH » ?

Le Prof. Gallo fit des co-cultures de lymphocytes de patients atteints de SIDA et de cellules leucémiques humaines, et stimula ces cultures avec des facteurs oxydants. Une protéine apparut dans la co-culture à la suite de ce traitement. Il l'appela « protéine VIH » sans apparemment faire l'hypothèse plus vraisemblable qu'elle pouvait provenir de cellules humaines soumises au stress oxydatif de la culture. Il utilisa alors cette protéine abusivement attribuée au « VIH » comme substrat de son test à anticorps « anti VIH », test qui fut breveté. Ce substrat antigénique, dont la dose a été calculée pour réagir à des taux particulièrement élevés d'anticorps, réagit avec les anticorps présents dans le sérum sanguin des patients dont les cellules immunitaires produisent une grande quantité d'anticorps. Cette situation apparaît surtout chez les malades dont la réponse immunitaire cellulaire par NO est épuisée et compensée par une synthèse accrue d'anticorps (réaction immunitaire humorale).

Un test « VIH » positif veut donc simplement dire ceci : la personne testée a un grand nombre d'anticorps dans le sang, et ces anticorps réagissent avec la protéine étrangère du test. Comme un anticorps ne réagit pas uniquement avec la protéine spécifique contre laquelle il a été produit (un anticorps n'est pas rigoureusement spécifique), il s'ensuit qu'un grand nombre d'anticorps différents réagiront positivement avec la protéine du test « VIH ». En Afrique, les anticorps des personnes testées réagissent positivement au test « VIH » alors que ces anticorps réagissant ont été initialement produits contre les protéines antigéniques du BK (tuberculose), du plasmodium de la malaria, de parasites ou de bien d'autres germes infectieux.

Transmission ? Contamination ?

Ne parlons donc pas d'infection « VIH », pas plus par transmission sexuelle que par voie sanguine. Les prétendues contaminations de mère à enfant sont des transmissions soit d'anticorps maternels à l'enfant, soit de produits toxiques pour le système immunitaire en formation du fœtus, soit de médicaments immuno-toxiques administrés après la naissance. Ce peut être aussi le résultat d'une infection chronique de la mère transmise à l'enfant.

Les contaminations « VIH » dites professionnelles ou suite à un viol sont des faits exceptionnels. Aucune étude scientifique ne prouve que ces cas existent réellement. Ces histoires dramatiques sont fondées sur la pseudo-logique de l'hypothèse VIH/SIDA et sont utilisées pour faire croire au public que le SIDA est une infection.

REPONSES AUX QUESTIONS 2 et 3

Améliorer les conditions alimentaires et sanitaires

Ce qui précède montre bien qu'aucun traitement ni aucune prévention ne peuvent se fonder sur l'existence d'un supposé VIH cause du SIDA.

Il y a cependant des possibilités de prévention et de traitement pour le SIDA et pré-SIDA : corriger la malnutrition calorique et protéique et les carences alimentaires diverses, traiter les causes infectieuses et non infectieuses de maladie, éviter les autres facteurs de risque, prendre des compléments vitaminiques, des minéraux, des antioxydants, des médicaments protecteurs du foie.

Des traitements non toxiques peuvent rétablir l'équilibre immunitaire en ne bloquant pas la respiration cellulaire comme le font l'AZT et autres antiviraux.

Depuis quelques années, la médecine conventionnelle a, elle aussi, commencé à redécouvrir les bienfaits des antioxydants et de la protection hépatique chez les patients immuno-déprimés. Dans ce domaine, les pays en développement ont beaucoup de possibilités : consommation de produits de la mer comme aliment (poissons) et compléments alimentaires (algues), culture de plantes indigènes non brevetées pour usage phytothérapeutique, réhabilitation de médecines traditionnelles.

Des somme fabuleuses ont été gaspillées en Occident depuis 1984 sur base de la théorie manifestement fausse selon laquelle « le VIH est la cause du SIDA ». Les pays pauvres ne peuvent pas se permettre ces extravagances et devraient plutôt investir leurs maigres ressources dans l'amélioration des conditions générales d'existence. Ceci implique que les équipes médicales de ces pays soient formées à appréhender les problèmes selon les connaissances scientifiques de l'an 2000 plutôt que celles de 1984. L'histoire médicale en Occident a démontré que la fréquence et la gravité des maladies infectieuses aiguës et chroniques ont pu être drastiquement et durablement réduites dès avant le milieu du XX^e siècle, avant l'introduction des médicaments de synthèse, des antibiotiques et des vaccinations de masse (7). Entre-temps, les découvertes de la recherche fondamentale sur le NO, sur la vie cellulaire symbiotique et dans d'autres domaines sont à l'origine de progrès significatifs dans la prévention et le traitement des déficiences immunitaires.

Tôt ou tard ces découvertes prévaudront dans la prévention et le traitement du SIDA. Les chercheurs, les médecins et les autres professions impliquées dans la question ont bénéficié depuis 1984 d'un flux massif de subventions pour combattre le « VIH, cause du SIDA ». Ils ont été indignés par les saines questions du gouvernement sud-africain sur la cause, le traitement et la prévention du SIDA, mais cette indignation est liée à leur ignorance et leur refus d'apprendre.

Ce rejet des médecins et scientifiques dissidents est une violation inacceptable des droits de l'homme (au détriment surtout des malades). Ces dissidents n'ont fait que tirer des conclusions rationnelles de découvertes scientifiques reconnues et fondent leur attitude dissidente sur les meilleures observations et connaissances disponibles, sur les exigences de leur conscience et sur le sens qu'ils ont de leur responsabilité professionnelle.

L'Afrique du Sud devant un choix

Que se passerait-il si le gouvernement sud-africain restait attaché à la théorie virale du SIDA, théorie devenue scientifiquement obsolète, et suivait les conseils recommandant l'usage massif de poisons comme l'AZT et médicaments similaires ? Cela déclencherait justement la catastrophe annoncée pour l'Afrique par les autorités médicales, les médias, les politiciens et l'industrie pharmaceutique, ainsi que par la grande armée de ceux qui profitent des énormes subventions libérées en réponse à la peur viscérale des populations menacées d'un nouveau fléau. Après avoir vaincu l'apartheid et son racisme, la mission historique du gouvernement sud-africain ne serait-elle pas de résister à la psychose du « VIH » et de développer un modèle proprement africain en vue de promouvoir des conditions de vie meilleures ainsi que des règles de prévention et de traitement ?

En Occident des séropositifs ont survécu parce qu'ils ont résisté à la psychose ambiante, parce qu'ils ont reconnus les facteurs de risques et qu'ils ont adopté un mode de vie sain en utilisant largement des compléments alimentaires et des antioxydants. A l'inverse, les séropositifs qui ont fait confiance à la médecine officielle ont été victimes de traitements dits antiviraux hautement toxiques.

L'AZT, un dangereux poison cellulaire

« Le très toxique AZT bloque la maturation des cellules immunitaires productrices d'anticorps dans la moëlle osseuse » (8).

Pendant ses premiers mois de vie le nouveau-né est protégé contre les infections extra-cellulaires par les anticorps transmis par sa mère. Les anticorps mesurés chez le nouveau-né par le test « VIH » sont donc des anticorps de sa mère. En Occident, environ 12% de bébés nés de femmes séropositives sont eux-mêmes séropositifs.

Personne ne sait réellement quels anticorps de la mère et du bébé réagissent positivement au test. Comme le seuil de sensibilité du test est déterminé pour que la positivité apparaisse avec une certaine quantité d'anticorps, un test positif signifie seulement que la mère et le bébé ont dans le sang une quantité suffisante d'anticorps pour réagir à la protéine du test. Et un test négatif chez un bébé né de mère séropositive signifie simplement que le bébé n'a pas reçu assez d'anticorps de sa mère pour réagir au test.

Que se passe-t-il si on donne de l'AZT à la femme enceinte séropositive ?

Par ses propriétés biochimiques l'AZT va attaquer les cellules immunitaires productrices d'anticorps, le taux d'anticorps transmissible au bébé va diminuer et donc le bébé recevra peut être trop peu d'anticorps de sa mère pour faire réagir le test. Affirmer que « l'usage de l'AZT diminue de moitié la probabilité de transmission du VIH au nouveau-né » est une interprétation erronée de ce phénomène.

En réalité, le test ne révèle pas la présence ou l'absence de « VIH » mais seulement la quantité d'anticorps transmise par la mère au bébé.

Le mécanisme d'action de l'AZT est bien connu. Il inhibe certains enzymes nécessaires à la respiration cellulaire et à la formation de l'ADN.

L'AZT administré à des femmes enceintes a causé de graves malformations congénitales et d'autres problèmes de croissance (10).

L'administration d'AZT est strictement contre-indiqué pour tout séropositif ou malade du SIDA, femmes enceintes ou non, enfants ou hommes, y compris pour les malades non testés considérés comme « infectés par le VIH » selon les critères de Bangui. « Une analyse critique des publications prétendant que l'AZT a des effets anti-VIH montre qu'il n'existe aucune preuve théorique ou expérimentale confirmant que l'AZT, seul ou en association, ait un tel effet » (11).

Le fait que l'AZT inhibe des enzymes microbiennes a été interprété à tort comme une action inhibitrice sur le « VIH ». Mais les cellules des malades dont le système immunitaire est déjà déprimé sont plus sensibles à cette inhibition enzymatique que les germes pathogènes, de sorte que l'usage de l'AZT ne fera que favoriser, tôt ou tard, le développement de germes responsables de maladies opportunistes caractéristiques du SIDA.

L'AZT et l'excès de NO ont une action et des effets similaires : souffrance et détérioration accélérée des cellules de l'organisme avec dysfonctionnement de leur métabolisme.

L'idée fixe « infection VIH » empêche de comprendre les choses de cette manière. Le fabricant d'AZT reconnaît que des « phénomènes pathologiques semblables à l'infection VIH ont été observés après un traitement prolongé à l'AZT » (Glaxo Wellcome, notice 1998). Il fait également cet avertissement : « Rétrovir (=Zidovudin=AZT) peut être associé à une grave intoxication des cellules souches de leucocytes et de globules rouges avec parfois anémie grave. Des dégénérescences de cellules musculaires ont été associées à l'administration prolongée d'AZT ». (Glaxo Wellcome : Rétrovir. In : Physicians' Desk Reference. Medical Economic Co, Monvale, 1998, p 1167-75).

Les symptômes de ce qu'on appelle « infection VIH » (perturbations de l'immunité cellulaire, test « VIH » positif, et maladies opportunistes) peuvent trouver une explication cohérente grâce aux découvertes sur le NO et sans devoir imaginer l'existence d'un « VIH ».

Des faits et des chiffres manipulés

« En Afrique du Sud, presque la moitié des jeunes femmes sont séropositives dès l'âge de 20 ans, et 58% à 25 ans. Parmi les hommes, le taux d'infection atteint son point culminant à 32 ans : 45% ont le virus fatal dans le sang à cet âge » (Der Spiegel, 3/7/2000).

« Le soudain accroissement de cas de tuberculose parmi les travailleurs des mines d'or de Carletonville a attiré l'attention du directeur de l'Institut Epidémiologique de Johannesburg, le Dr Williams. En 10 ans le nombre de tuberculeux a presque quadruplé ; la tuberculose est 100 fois plus fréquente que dans les pays industriels. Explication du Dr Williams : cette maladie pulmonaire est souvent le résultat d'une infection VIH. Les tests confirment ses soupçons : 1 mineur sur 3 est déjà infecté par le VIH, comme le sont 37 % des femmes adultes » (Der Spiegel 3/7/2000).

Ce que cette prestigieuse revue européenne oublie de dire à ses lecteurs c'est que des chercheurs orthodoxes sur le VIH/SIDA de l'Université de Harvard (US) ont conclu d'une grande étude faite en 1994 que « les résultats des tests Elisa et Western Blot (WB) doivent être interprétés avec prudence quand ils sont réalisés chez des gens ayant été au contact avec le bacille tuberculeux ou d'autres mycobactéries. Les tests Elisa et WB ne peuvent pas être considérés comme suffisants pour établir un diagnostic de VIH dans les régions d'Afrique où le taux d'infection à mycobactéries est très élevé. Dans ce cas un très grand pourcentage de tests VIH Elisa ou WB sont faussement positifs » (11).

Comme beaucoup d'autres grands médias, Der Spiegel a été informé à plusieurs reprises du caractère fantaisiste des déclarations scientifiques concernant le VIH/SIDA en Afrique. Mais sa ligne rédactionnelle n'a pas changé pour autant.

Toute personne correctement informée des conditions de travail dans les mines d'or africaines et des conditions de vie dans les camps aménagés pour les travailleurs comprend parfaitement pourquoi il y a tant de tuberculose et d'autres infections parmi eux. Pour expliquer l'endémie de tuberculose dans cette population de mineurs, il n'est pas nécessaire d'invoquer une infection « VIH » ni d'effectuer des tests « VIH ».

Poursuivons donc la lecture de Der Spiegel : « Un jeune Sud-Africain sur deux mourra de SIDA, prédit l'OMS. Chaque heure qui passe, 70 Sud-Africains sont infectés par le virus fatal. Et nulle part, déclare l'épidémiologiste Brian Williams, la situation n'est pire que dans la ville minière de Carletonville. Parce que là sont réunies les conditions idéales pour que se développe un virus transmis sexuellement. Quelque 70.000 hommes seuls vivent dans des baraquements construits par les sociétés minières autour de la petite ville et de ses quartiers noirs. C'est le résultat d'une politique de création d'emplois datant de l'apartheid. L'or se trouve plusieurs kilomètres sous le sol de Carletonville. Il faut 1 tonne de minerai pour extraire 1 gr d'or. Pour rendre la mine rentable, il faut employer sur le site minier une main d'œuvre considérable venant d'ailleurs. Jusqu'à présent, ces travailleurs itinérants ne voient leurs familles que tous les 2 à 3 mois. Le reste de l'année ils vivent entassés à 14 sur 45 mètres carrés » (Der Spiegel, 3/7/2000).

N'importe quel médecin un peu expérimenté reconnaît dans cette description les conditions de vie et de travail idéales pour le développement et la transmission du bacille tuberculeux (BK, bacille de Koch) et d'autres germes infectieux, d'autant plus si les soins médicaux sont, comme dans les pays d'Afrique, insuffisants.

Des tests non spécifiques et donc non fiables

Ces chiffres effarants d'« infection VIH » en Afrique du Sud se basent uniquement sur le test « VIH » Elisa qui donne très fréquemment des résultats faussement positifs. En Occident pour porter le diagnostic d'« infection VIH » il faut 2 tests Elisa positifs confirmés par 1 test WB positif. En Afrique, en règle générale, on ne fait que le test Elisa (pour une question de prix). De plus les résultats du test dépendent de la viscosité du sang, qui est plus grande dans les pays tropicaux qu'en Occident. Cela fait que des Africains testés séropositifs dans leur pays sont régulièrement séronégatifs quand ils sont testés en Occident selon les critères occidentaux.

En réalité on peut dire que tout test « VIH » positif est un faux positif, que ces tests ne peuvent pas mettre en évidence des anticorps anti « VIH », pour la bonne raison que personne ne peut fournir la preuve que le substrat antigénique de ces tests dits VIH est une protéine du « VIH » (6).

Pour l'interprétation de ces tests à anticorps faits en Afrique, il est essentiel de savoir ce que ces tests veulent dire :

-un test positif signifie-t-il que le sang du patient contient des anticorps anti « VIH » produits après contamination sexuelle par le « VIH » ?

-ou bien un test positif signifie-t-il que le sang du patient contient des anticorps d'une autre nature, produits suite à un (ou des) contact(s) avec une mycobactérie (BK, bacille de la lèpre, mycobactérie aviaire...), ou un germe fongique (pneumocystis carinii, candida, cryptocoque, histoplasme...), ou un autre parasite (coccidia, plasmodium...) ou tout autre germe pathogène sans rapport avec le « VIH » ?

Une médecine scientifique se doit de considérer ces questions et d'y répondre si elle veut prétendre à un minimum de sérieux.

La recherche médicale a clairement démontré que les tests « VIH » réagissent positivement aux anticorps formés contre des mycobactéries et des mycoses (12). Il n'est pas scientifiquement défendable d'affirmer qu'en Afrique un test « VIH » positif équivaut à une infection fatale par le « VIH ». L'affirmation du Dr Williams selon laquelle le développement de la tuberculose parmi les Africains est le résultat d'une infection « VIH » est absolument dénuée de fondement. La réalité biologique est que l'infection mycobactérienne tuberculeuse entraîne la formation d'anticorps et que ces anticorps peuvent réagir positivement avec les protéines du test « VIH ». L'infection mycobactérienne précède et cause la séropositivité et non l'inverse.

Par contre un test « VIH » positif ne permet pas de dire qu'une infection mycobactérienne, fongique ou autre est activement en cours. Il faut pour cela faire appel à des méthodes diagnostiques spécifiques. Une séropositivité peut impliquer la présence d'anticorps apparus suite à une infection antérieure, mais ne permet pas d'identifier le type d'infection.

Les tests dits VIH sont donc absolument non spécifiques et sans valeur. Les utiliser est irrationnel et conduit à des interprétations erronées et dangereuses.

Malgré ces faits bien connus, c'est sur ces tests et ces diagnostics de séropositivité plus que douteux que se fonde l'OMS pour publier ses statistiques épidémiologiques catastrophiques et ses prédictions apocalyptiques, qu'à leur tour l'ensemble du corps médical et les grands médias de tous les pays considèrent comme une information scientifique et une réalité biologique indiscutable qu'ils transmettent alors au grand public.

Manipulation de l'opinion

Les déclarations délibérément fausses de scientifiques sur l'épidémie « VIH » mortelle en Afrique du Sud font un perfide usage du nombre de séropositifs présentés comme des infections « VIH » prouvées. Ces chiffres permettent d'accuser le gouvernement sud-africain d'irresponsabilité politique et de répandre une peur panique injustifiée dans la population. Et cela au profit d'intérêts politiques et économiques.

« La moitié des jeunes adultes mourront de l'épidémie parce que l'état n'a pas agi » (...) « Et le pire est encore à venir... Une catastrophe difficilement imaginable menace les pays tels que le Zimbabwe, la Zambie, le Botswana et l'Afrique du Sud ». (Der Spiegel, 3/7/2000)

Le gouvernement sud-africain devra répondre par autre chose que des discours au défi très dangereux qu'il doit assumer après ce 13^e Congrès International sur le SIDA organisé dans son propre pays et notoirement sponsorisé par les multinationales pharmaceutiques.

L'Afrique du Sud semble en effet le pays utilisé pour servir de tête de pont aux firmes pharmaceutiques pour le reste des pays en développement.

En Occident les horribles scénarios et les histoires de virus mortel transmissible sexuellement ont perdu de leur crédibilité. En Allemagne les statistiques médicales officielles de 1999 nous apprennent que 800 séropositifs sont morts du SIDA. Toutes ces victimes avaient été traitées par les poisons antiviraux. L'épidémie générale prédite pendant des années ne s'est pas produite.

Les firmes pharmaceutiques prévoient donc une stagnation de leurs ventes en Occident et comptent sur le marché des pays en développement pour prendre le relais et satisfaire leurs actionnaires : leurs bénéficiaires peuvent s'accroître même si elles vendent à des prix cassés car il y a des millions de candidats à l'empoisonnement. La stratégie a comme premier objectif le traitement des femmes enceintes séropositives avec des médicaments antiviraux qui ont un effet destructeur sur les cellules de la moëlle osseuse productrices d'anticorps et qui, par cette action, diminueront le nombre de nouveaux nés séropositifs. Ce qui sera interprété comme un effet inhibiteur sur le « VIH »...

Comment va réagir l'Afrique du Sud à cela ?

Voici ce qu'écrivait le Président Mbeki le 3 avril 2000 dans une lettre adressée à des chefs d'Etats : « Il n'y a pas si longtemps, dans notre pays, des gens furent tués, torturés, empoisonnés, privés de leur liberté d'expression parce que les autorités en place estimaient que leurs opinions étaient dangereuses et inacceptables. Aujourd'hui on nous demande de faire exactement la même chose que la dictature raciste de l'apartheid que nous avons combattue, parce que, nous dit-on, il existe un consensus scientifique partagé par la majorité des scientifiques et qu'il est interdit de le remettre en question ».

Cependant, aujourd'hui il ne s'agit plus d'une controverse scientifique. C'est l'étouffement de faits scientifiques indiscutables au profit d'intérêts particuliers (vested interests). C'est, plus précisément, la « torture propre » de millions de gens sans défense victimes d'une panique organisée et qui devraient être traités par des produits pharmaceutiques dont la toxicité est démontrée ; des traitements basés sur les résultats de tests à anticorps dont il est démontré qu'ils ne permettent pas de diagnostiquer une infection fatale à « VIH ». Dans cette situation, l'espoir est que les cadres médicaux et sociaux dans les pays en développement alignent leur politique de santé sur l'état des connaissances de l'an 2000, afin de combattre par de mesures préventives et thérapeutiques efficaces les véritables causes du SIDA. Cette tâche exigera que soient mobilisées intelligemment toutes les ressources et toutes les forces, et qu'on se libère de l'idée fixe faisant du SIDA une « infection à VIH », qu'on se libère de cette hypothèse réductrice qui embrouille terriblement le problème.

L'industrie pharmaceutique et la Névirapine

« D'après les prévisions présentées à Durban par le Bureau of Statistics et l'Agency for International Development (AID), deux services officiels américains, l'espérance de vie au Botswana est de 29 ans ; en Afrique du Sud, au Swaziland et en Namibie elle est de 30 ans. D'autre part, M.Mbeki déclara à l'ouverture du Congrès que la pauvreté était la première cause de mort dans le monde, et la principale source de maladies et de souffrances. De manière indirecte il exprima des doutes sur l'importance de la catastrophe SIDA annoncée pour l'Afrique du Sud. Au Botswana 1 personne sexuellement active sur 3 est infectée, le plus haut pourcentage du monde. En Afrique du Sud, il y a 4,2 millions de porteurs de virus (1 adulte sur 5), plus que dans n'importe quel autre pays du monde. A partir de 2003 les populations du Botswana et d'Afrique du Sud vont décliner, selon de nouvelles études américaines. A peu près 70% des 334 millions de victimes du SIDA et la quasi totalité des 11 millions d'orphelins SIDA du monde vivent en Afrique subsaharienne.

Dans son discours d'ouverture du Congrès (auquel assistaient pendant 6 jours plus de 11.000 médecins, scientifiques et activistes SIDA) Mbeki a déçu les attentes de ceux qui espéraient le voir abandonner sa position controversée et se mettre à combattre le SIDA. Il déclara qu'on ne pouvait pas tout mettre sur le compte d'un virus, mais il évita de parler du lien entre VIH et SIDA. Contrairement à l'opinion de la grande majorité des scientifiques, il ne considère manifestement pas ce lien comme décisif. Dans une lettre au chef de l'opposition, Leon, Mbeki réitéra ses doutes sur l'efficacité de la thérapie antivirale, ce qui aggrava encore le malaise des scientifiques. La Ministre sud-africaine de la santé, le Dr Manto Tshabalala-Msimang, exprime aussi des réserves : le deuxième jour du congrès elle déclara que l'efficacité et les dangers possibles de la Névirapine devaient être soigneusement étudiés avant d'envisager son usage en Afrique du Sud. Pour ce faire, la firme pharmaceutique allemande Boeringer-Ingelheim, productrice de la Névirapine, médicament qui pourrait grandement réduire la transmission du SIDA de la femme enceinte ou allaitante à son enfant, a offert de fournir gratuitement le produit à l'Afrique du Sud et aux autres pays en développement pendant 5 ans » (Frankfurter Allgemeine Zeitung : Weitere Kontroversen auf dem AIDS-Gipfel in Durban, 11/7/2000).

La Névirapine est un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (NNRTI) utilisé pour inhiber la répllication du « VIH ». Comme l'AZT, il inhibe la maturation des cellules productrices d'anticorps de la moëlle osseuse et il peut donc négativer un test « VIH » chez le nouveau-né. Une analyse critique des données actuellement disponibles montre que la Névirapine est aussi peu efficace contre le « VIH » que l'AZT (11).

Un esprit rationnel qui examine le problème n'a pas besoin « d'étudier soigneusement l'efficacité et les dangers possibles de la Névirapine » parce que l'usage de cette substance immunotoxique est aussi peu justifié que l'usage de l'AZT. Il n'y a au contraire que de formelles contre-indications.

Par contre celui qui adhère à la théorie virale du SIDA se sentira obligé de faire cette étude soignée de la Névirapine. Et, sous la pression psychologique de la croyance générale qu'un enfant sur 2 risque de mourir d'infection « VIH », cette étude soignée aboutirait à l'administration de Névirapine (et autres drogues similaires) à des femmes enceintes ou allaitantes, à des nouveaux nés, des enfants, puis d'autres hommes et femmes. C'est ainsi que cela s'est passé en Occident depuis 14 ans, le scénario est donc bien connu.

De même les résultats de cette « étude soignée », en Afrique du Sud et ailleurs des effets de la Névirapine administrée à des femmes enceintes séropositives et à leurs nouveaux nés peuvent être imaginés d'avance. Ces effets prouveraient seulement que le taux d'anticorps non spécifiques peut être diminué par des substances toxiques : certains enfants nés de femmes séropositives pendant la grossesse seraient séropositifs, certains autres négatifs, et les séronégatifs seraient statistiquement plus nombreux dans le groupe traité. Cela serait interprété, erronément, comme une preuve que la Névirapine inhibe le « VIH » et, malgré les graves atteintes immunitaires observées après l'usage, même court, de ce genre de médicaments immunotoxiques, les résultats de « l'étude soignée » justifieraient le traitement régulier par la Névirapine, ou des produits similaires, de millions de femmes enceintes et de leurs nouveaux-nés. Les ravages immunitaires qui s'ensuivraient seraient attribués au « VIH »... Les perturbations de la biologie cellulaire qui apparaissent toujours quand le système immunitaire est agressé seraient interprétées comme la preuve que le « VIH » est mortel. Et personne ne remarquerait même plus le fait, démontrable, que les spécialistes du VIH/SIDA confondent la cause et l'effet.

L'offre gratuite de Névirapine pendant 5 ans pour réaliser une « étude soignée » est un argument face à la compétition d'autres firmes pharmaceutiques fabricant des produits analogues. Un large « retour sur investissement » apparaîtrait après 5 ans. Et à long terme le gouvernement sud-africain serait pieds et poings liés soumis à la dictature de l'industrie pharmaceutique, de ses exécutants et de ses agents de marketing. Dans le même temps l'opinion publique mondiale bien manipulée féliciterait le gouvernement sud-africain pour l'empoisonnement massif de son peuple et on ne parlerait plus d'« irresponsabilité et de manque de volonté politique ».

CONCLUSIONS

Si...

Si les découvertes fondamentales sur le monoxyde d'azote (NO) et dans d'autres secteurs de la biologie avaient été connues au début des années 1980, on n'aurait pas dû chercher une explication au développement des maladies opportunistes en imaginant un « VIH ». On n'aurait pas non plus considéré la nécessité de faire des tests « VIH ». Et personne n'aurait pu justifier une recherche sur l'efficacité et les dangers possibles de substances immunotoxiques en vue de traiter, ô paradoxe, des malades immunodéprimés.

On aurait mis en évidence et étudié l'état de stress oxydatif des personnes à risque et des malades, on aurait observé que la carence en anti-oxydants et les dérèglements de la production de NO dans les cellules immunitaires (type Th1) étaient des faits reconnaissables longtemps avant les manifestations cliniques des maladies opportunistes. On aurait reconnu les facteurs de risque expliquant l'immunodéficience des malades en Occident et dans les pays en développement. Et on aurait cherché à écarter ces facteurs de risque par des mesures préventives et thérapeutiques visant à restaurer l'équilibre immunitaire et un métabolisme cellulaire correct.

Ce n'est pas la première fois dans l'histoire de la médecine qu'une maladie de carence est prise pour une maladie infectieuse. Ce fut le cas pour le béri-béri (carence vit. B1) et le scorbut (carence en vit.C), par exemple.

Enjeux

Le quartier général de la propagande pour le « VIH », l'ONUSIDA, a pointé un doigt accusateur sur la conduite du Président Mbeki.

« Si les choses continuent de cette manière, tous les efforts investis dans l'aide au développement n'auront servi à rien, ce qui évidemment aurait des conséquences pour l'économie mondiale. Dans le pire des cas, c'est l'anarchie qui menace. » (Der Spiegel, « Zeitbombe vor der Haustür », 10/7/2000). On peut reconnaître là un chantage politique à peine voilé.

Pourtant, cette bruyante propagande au service de l'industrie pharmaceutique ne doit pas cacher entièrement la fait que même des partisans de l'empoisonnement massif organisé soutiennent, par leurs déclarations, la position du gouvernement sud-africain.

« Le problème pour la plupart des patients traités c'est toujours les effets secondaires. Les experts considèrent même comme possible que dans les 10 ans à venir des troubles coronariens apparaissent fréquemment chez les malades VIH traités. Et l'affaiblissement du système immunitaire pourrait même causer l'apparition de cancers. » (Der Spiegel, « Zukunft der Todgeweihten », 10/7/2000).

C'est un comble : ceux-là même qui prétendent que leurs médicaments immunotoxiques dits antiviraux peuvent prévenir une maladie caractérisée par la déficience immunitaire, prévoient maintenant que les patients ainsi traités risquent de développer des maladies graves en conséquence des effets toxiques de leurs traitements.

En réalité, il est manifeste que tous les médicaments dits antiviraux peuvent causer des immuno-déficiences, des atteintes au muscle cardiaque et la cancérisation de cellules dont la respiration est bloquée, surtout chez des gens immunodéprimés au départ.

Au cours des discussions du 13^e Congrès sur le SIDA, l'opinion exprimée dans le Wall Street Journal en 1996 fut confirmé : les séropositifs et les malades du SIDA traités par antiviraux « sont pratiquement les cobayes de la recherche pharmacologique et font l'objet de la plus grande et la plus coûteuse expérimentation médicale jamais effectuée ».

Le gouvernement sud-africain a été le premier à oser s'opposer à la folie galopante de la théorie virale du SIDA et aux profiteurs de cette croisade « humanitaire ». Le problème du SIDA démontre la vulnérabilité de la civilisation quand on abuse de l'énorme pouvoir de suggestion de la médecine moderne pour exploiter les populations en créant la panique face à des épidémies imaginaires. Les stratégies trompeuses des chasseurs de virus et de leurs propagandistes sont plus insidieuses que l'ancien colonialisme parce qu'elles méprisent le droit humain à la vie et à l'intégrité corporelle, et s'imposent sous le masque de l'aide humanitaire. Ce faisant elles empêchent de reconnaître les réelles causes scientifiquement établies du SIDA et, de les traiter par les moyens non toxiques existants.

La théorie VIH/SIDA a soulevé de monstrueux problèmes et n'en a pas résolu un seul. Les promesses de guérison ont une date d'expiration toujours plus courte, la désinformation est utilisée d'une façon inimaginable, l'éthique médicale est depuis longtemps abandonnée. Depuis 16 ans on attend la mise au point d'un vaccin contre le « VIH » promis pour les « 2 à 10 ans à venir. ». Depuis avril 1984, quand la ministre américaine de la santé inaugura la doctrine nationale du « VIH, cause probable du SIDA », ce vaccin est régulièrement promis avant et pendant chaque Congrès mondial sur le SIDA. Simple méthode de marketing destinée à maintenir ouvert le robinet des subventions pour de nouvelles recherches.

Le vice congénital de l'hypothèse VIH/SIDA est l'enregistrement d'un brevet par le découvreur du test « VIH » sans avoir soumis préalablement sa découverte au jugement scientifique. Le profit commercial a corrompu la recherche médicale sur le SIDA dès le départ.

Les découvertes sur le NO, les recherches sur les cytokines et sur la vie symbiotique cellulaire, elles, ne sont pas brevetées et peuvent être utilisées par quiconque à des fins de prévention et de traitement.

Heinrich Kremer, docteur en médecine, a été entre 1968 et 1975 directeur du service médico-social pour toxicomanes, délinquants sexuels et déséquilibrés mentaux à Berlin Tegel (un projet pilote du gouvernement fédéral allemand en vue d'une réforme du système pénal), puis directeur médical d'une clinique pour adolescents et jeunes adultes toxicomanes (Brauel, Basse Saxe). Il a démissionné de ce service fédéral en 1988 à cause de différences de vue concernant l'éthique professionnelle et médicale liée à la politique sur la drogue et le SIDA. Depuis 1988 il a fait de la recherche fondamentale sur le cancer et le SIDA et a travaillé entre 1995 et 1999 avec le Prof. Alfred Hässig comme membre assistant du Study group for Nutrition and Immunity (Berne).

Notes

(1) Les intertitres sont du traducteur

(2) Lincoln et al., « Nitric Oxide in Health and Disease »

Cambridge Univ.Press., Cambridge UK, 1997

Lucey et al., « Type 1 and Type 2 Cytokine Dysregulation... »

Clin.Microb.Rev.9, n°4, 1996, p 532-62

Ignarro and Murad, « Nitric Oxide, Biochemistry, Molecular Biology and therapeutic implications », Academic Press

Moncada et al., « Nitric Oxide, Physiology, Pathophysiology and Pharmacology », *Pharm.Rev.* 43, 1991, p 109-137

parmi bien d'autres publications.

- (3) Le terme VIH est écrit dans cet article avec des guillemets : « VIH » car ce terme est inapproprié. Le terme de « Virus de l'Immuno-déficience Humaine » ne pourrait être utilisé qu'après démonstration de son existence et de son rôle étiologique dans l'immuno-déficience humaine. Tout cet article démontre au contraire qu'il n'est à ce jour qu'une « réalité virtuelle ». NDT

- (4) W.R.Beisel, 1992 ; *J.Nutr.* 122 : p 591-96
W.R.Beisel, 1996 ; *J.Nutr.* 126 : p 2611-15

- (5) Buhl et al., *Lancet* 2, 1989 : p 1294-6
Greenspan, *Med.Hypoth.* 40, 1993 : p 85-92
Bower, *Nutr.in Clin.Practice* 5, 1990 : p 189-95
Temin, *Mol.Biol.Evol.* 2, 1985 : p 455-68
Teng and al., *Nature* 386, 1997 : p 31-32

parmi d'autres publications

- (6) E.Papadopoulos et al., *Curr.Med.Res. and Op.* 13, 1997, p 627-634

- (7) L.A. Sagan, « The Health of Nations : True Causes of Sickness and Well-being », Basic Books, NY, 1987

- (8) GJ Rosenthal and M.Kowolenko, « Immunotoxic Manifestations of AIDS Therapeutic »
JH Dean et al., « Immunotoxicology and Immunopharmacology » second edition. Rowen Press, NY 1994 : p 249-365

(9) Il est donc particulièrement toxique pour les cellules jeunes qui se reproduisent vite (moëlle osseuse, cellules embryonnaires) et pour les cellules dont la fonction respiratoire est très importante (système nerveux central, muscles, foie...). L'AZT cause donc un grand nombre d'effets secondaires (reconnus et cités d'ailleurs par les firmes pharmaceutiques) au niveau du sang, du tube digestif, du foie, des muscles, du système nerveux, avec risque de cancers, de mutation congénitales etc... NDT

- (10) J.Kumar et al., *Acq.Immune.Syndr.* 7, 1994 : p 1035-39
Moye et al., *J.Ped* 128, 1996, p 58-67

- (11) E.Papadopoulos, *Curr.Med.Res.and Op.* 15, Supplement 1 : p 1-45

- (12) Kashala et al., *J.Inf.Dis.* 169, 1994 : p 296-304

Titre anglais : « Answers to the questions of President Mbeki ».

<http://www.virusmyth.com/aids/data/hkmbeki2.htm>

Traduit de l'anglais par Dr Marc Deru