

**Interview du Dr Heinrich Kremer par Hans Jochim Ehlers (*Raum & Zeit*)
sur le SIDA et le cancer.**

(Raum & Zeit n°114 d'oct./nov. 2001)

« L'évolution biologique a fait de nous des êtres hybrides ».

Raum & Zeit : Dr Kremer, vous avez écrit un livre remarquable « *Die stille Revolution der Krebs- und AIDS-medizin* ». Une première question : quel est le rapport entre SIDA et cancer ?

Heinrich Kremer : En 1981, aux Etats-Unis, une forme rare de cancer, le sarcome de Kaposi, apparut chez des homosexuels d'une trentaine d'années. Il s'agit d'un cancer qui affecte l'endothélium des vaisseaux sanguins et lymphatiques. D'autres patients homosexuels, porteurs ou non d'un sarcome de Kaposi, souffraient d'infections parasitaires et/ou mycosiques, aux poumons ou ailleurs, infections résistantes aux antibiotiques et entraînant donc une forte mortalité. La plupart de ces patients étaient cachectiques (la cachexie est un amaigrissement extrême incontrôlable par des mesures diététiques). La caractéristique commune de ces patients cancéreux et infectés était une perte de l'immunité cellulaire vis-à-vis de germes pathogènes intracellulaires, alors que leur immunité par anticorps contre les germes extracellulaires était intacte, voire même parfois augmentée. Ce syndrome fut par la suite appelé SIDA, syndrome d'immunodéficience acquise.

Il est capital de remarquer que cet ensemble de symptômes était aussi observé chez des patients ayant subi une transplantation d'organe et traités depuis les années 60 avec l'azathioprine, un médicament immunosuppresseur pour empêcher le rejet de l'organe étranger greffé.

En 1981 le lien entre cancer et déficience immunitaire acquise était donc connu des médecins.

R & Z : Pourtant les médecins déclarèrent à l'époque qu'avant leur maladie les patients atteints de SIDA n'avaient pas été traités par des substances immunosuppressives.

HK : Au premier abord c'était juste, mais la réalité était tout autre. Cette fausse observation a par la suite, et jusqu'aujourd'hui, conduit la médecine moderne sur une voie sans issue, absurde et lourde de conséquence. Sur la base des symptômes absolument identiques observés chez les malades du SIDA et les malades greffés, il aurait été parfaitement logique de se demander si des substances ayant une action immunosuppressive et une toxicité cellulaire semblables à l'azathioprine avaient été consommées et pouvaient être la cause du SIDA. Avant d'annoncer l'apparition d'une « nouvelle épidémie transmissible par le sexe et le sang », on aurait dû évidemment rechercher des substances immunosuppressives non prescrites médicalement.

R & Z : Y avait-il de telles substances ?

HK : Oui. Dans les années 70, l'usage de « poppers » par les homosexuels masculins sévissait dans les grandes villes des Etats-Unis et d'Europe. Il s'agit d'une substance azotée très volatile utilisée par inhalation comme dopant sexuel pour relâcher le sphincter anal lors de la pénétration et pour prolonger l'érection. Ces dérivés azotés gazeux, nitrite d'amyl et autres, furent reconnus par des expérimentations animales comme des produits immunosuppresseurs extrêmement dangereux. Or n'importe qui peut lire dans les publications médicales concernant les premiers malades du SIDA qu'ils utilisaient des nitrites.

Les nitrites et le groupement aza de l'azathioprine ont un profil d'action semblable. Ils donnent naissance à des nitrosothiols et des nitrosamines, substances qui inhibent l'activité enzymatique des mitochondries, ces organites intracellulaires chargés de l'activité respiratoire. Il s'ensuit que la respiration cellulaire aérobie est bloquée, et que les cellules meurent ou bien s'adaptent en utilisant, comme les cellules cancéreuses, la fermentation anaérobie comme source d'énergie.

Pendant les années 70 de nombreuses études ont également démontré que parmi les groupes à risques aux Etats-Unis et en Europe, les homosexuels masculins vivant en promiscuité présentaient de loin le plus haut taux d'infections. Or depuis 1968 le Bactrim, un anti-infectieux composé de triméthoprime et d'un sulfamide, a été considéré comme l'arme miracle contre les multi-infections. Et les homosexuels masculins vivant en promiscuité en furent les plus grands consommateurs. Le principal producteur mondial de Bactrim, le groupe pharmaceutique suisse Hoffmann-Laroche, considère ce produit comme « une des plus grandes réussites de tous les temps ».

C'est en réalité une des substances les plus dangereuses, prescrites annuellement à plus de 5% de la population. Du fait de l'analogie de structure entre l'azathioprine et la triméthoprime on avait déjà en 1970, en Grande-Bretagne, testé les propriétés immunosuppressives du triméthoprime sur des animaux. Le résultat était parfaitement clair : aux doses comparables de Bactrim administrées aux êtres humains, le triméthoprime empêchait le rejet de greffes cutanées aussi longtemps que l'azathioprine. Dès 1971 il fut démontré qu'après traitement de Bactrim aux doses et durées de prescriptions habituelles apparaissait une infection systémique à *Candida*, une des maladies

opportunistes les plus courantes du SIDA. En 1981 on démontra que le Bactrim causait des dégâts massifs à l'ADN des cellules humaines même après une courte prise. Au début des années 80 on administra à des animaux des substances anti-infectieuses du genre Bactrim conjointement à des dérivés azotés gazeux : des cancers se développèrent.

R & Z : A-t-on tiré les nécessaires conclusions de ces découvertes ?

HK : Absolument pas. Les causes du SIDA étaient évidentes, pourtant le SIDA et les cancers des homosexuels furent considérés comme des énigmes et on émit l'hypothèse gratuite que la cause de ces maladies devait être « un nouveau virus ». Reconnaître le rôle du Bactrim aurait conduit à une catastrophe pharmaceutique aux conséquences imprévisibles.

Il existe un cas semblable dans l'histoire de la médecine. Au cours des années 60, des affections musculaires et nerveuses grevées d'une forte mortalité apparurent massivement au Japon et furent considérées comme mystérieuses. Des virologues prétendirent bientôt avoir découvert un « nouveau virus », cause de la maladie, et cette théorie fut acceptée dans le monde entier et publiée dans tous les traités de médecine. Des années plus tard quelques médecins s'aperçurent que tous ces patients soi-disant infectés par un virus avaient été traités avec l'Entérovioforme, un produit du laboratoire suisse Ciba-Geigy. Après un procès en dommages et intérêts le produit fut retiré de la vente et la maladie disparut totalement. Le « nouveau virus » n'avait jamais existé. Ce médicament anti-parasitaire avait lui aussi, comme l'azathioprine, le Bactrim, les nitrites, etc., un profil de toxicité mitochondriale.

R & Z : Dans votre livre vous démontrez de façon détaillée que les théories défendues jusqu'ici pour expliquer les causes de maladies et de mort par SIDA et cancer sont totalement fausses. Comment se fait-il qu'actuellement la recherche sur le SIDA soit dominée par les virologues et cancérologues ?

HK : Un phénomène clinique remarquable se manifesta dans les cas de sarcome de Kaposi apparus chez des patients greffés : si on arrêta l'azathioprine des tumeurs pouvant avoir la taille d'un œuf de poule disparaissaient sans laisser de trace. Ce fait contredisait formellement la théorie dominante du cancer affirmant que le cancer est dû à une mutation irréparable de l'ADN nucléaire et que les tumeurs cancéreuses ne peuvent être combattues que par la chirurgie, la chimiothérapie et la radiothérapie. La dégénérescence cancéreuse est considérée comme irréversible. La disparition du sarcome de Kaposi causé par l'azathioprine mettait donc en danger la construction théorique de la lucrative industrie du cancer.

En 1971 le président des Etats-Unis Richard Nixon déclara la « guerre au cancer » et lui affecta des subventions énormes, les plus importantes de toute l'histoire de la médecine. Ce furent principalement les rétrovirologues (dont les recherches sur le cancer n'ont jusqu'ici donné aucun résultat) qui en profitèrent. L'apparition d'un sarcome de Kaposi chez des homosexuels immunodéprimés par des substances toxiques suggéra à ces rétrovirologues une idée insensée, mais commercialement très profitable : utiliser des techniques de laboratoire permettant de simuler l'existence de rétrovirus ; rétrovirus qu'on avait en effet pu mettre en évidence par microscopie électronique dans des cellules cancéreuses aviaires et murines mais jamais dans des cellules cancéreuses humaines.

Cette technique consistait en ceci : mettre en culture des cellules immunitaires raréfiées (lymphocytes, Ndt) d'un malade du SIDA avec des cellules leucémiques, et stimuler cette co-culture cellulaire avec des substances fortement oxydantes et de l'interleukine-2, un facteur de croissance. Le stress ainsi causé à cette mixture de cellules provoque l'apparition de protéines « de stress » et d'une enzyme protéique de réparation. Ces protéines et cette enzyme furent interprétées comme marqueurs indirects spécifiques d'un « nouveau virus » infectant les cellules. Or, ultérieurement, on a pu démontrer que de telles protéines pouvaient être synthétisées par d'autres cellules humaines soumises à un stress oxydatif.

Voilà donc comment a été créé le mythe de ce « nouveau virus de l'immuodéficiência humaine, VIH ». En d'autres termes, comme au Japon des années 60, le « nouveau virus » n'a jamais existé.

Et c'est avec ces protéines artificiellement induites par ces techniques de laboratoire qu'on fabriqua le test dit « VIH » : on les mit en contact avec des sérums humains et en bonne logique, comme cela se passe avec des protéines étrangères, il se fit une réaction antigène-anticorps, bien entendu aussi avec les sérums de personnes saines. On pouvait donc voir que ces protéines réactionnelles émises par des cellules sidéennes et leucémiques réagissaient aussi avec toutes sortes d'anticorps présents dans le sérum de personnes saines qui ne pouvaient être soupçonnées d'avoir été contaminées par le prétendu « VIH, nouveau virus mortel ». Mais les chercheurs savaient aussi que la plupart des malades du SIDA ont dans leur sérum une quantité particulièrement élevée d'anticorps polyspécifiques ; c'est pourquoi, afin que seuls ces sérums à taux élevé d'anticorps réagissent, ils firent en sorte que le seuil de réaction du test soit élevé. S'enfermant ainsi dans un véritable cercle vicieux, ils purent « démontrer » que seuls les sujets des groupes à risque ayant une immunodéficiência plus ou moins marquée réagissaient positivement à ce « test VIH aux anticorps » et que selon leur logique extravagante, ils devaient être « infectés par le VIH ».

A cause de ce « test VIH » ainsi manipulé, des millions de gens depuis 1989 ont été déclarés victimes du « VIH, virus mortel transmissible par le sexe et le sang » et innombrables sont ceux qui ont été tués par de dangereux poisons cellulaires, les médecins affirmant qu'ils allaient ainsi prolonger leur vie.

R & Z : Ces artifices de labo ont-ils suffi pour convaincre la communauté scientifique ?

HK : Non. Les chercheurs construisirent une théorie qui pouvait paraître plausible dès lorsqu'on refusait de considérer les causes toxiques et pharmacotoxiques. Selon cette théorie, la cause soi-disant virale du SIDA était liée à la cause du cancer. Dès 1983 les rétrovirologues émirent le postulat que les rétrovirus ne colonisaient pas directement les cellules pour les transformer en cellules cancéreuses, mais que le « rétrovirus VIH » détruisait les lymphocytes T4 responsables de l'immunité cellulaire ; dans ces conditions les clones des cellules tumorales qui se forment spontanément dans tous les organismes par mutation accidentelle ne seraient plus sous contrôle et pourraient se multiplier sans entrave.

On pouvait ainsi expliquer l'apparition du sarcome de Kaposi sans s'arrêter à l'immunosuppression induite par des produits toxiques. Au 1^o Congrès international sur le SIDA, en 1983, on encouragea la réalisation d'une série d'expérimentations humaines pour vérifier cette théorie.

Entretemps des patients greffés soumis à l'action d'un nouveau produit immunosuppresseur, le cyclosporin A (ou ciclosporine) avaient développé non seulement des sarcomes de Kaposi mais aussi des cancers lymphoïdes au cerveau et des carcinomes dans différents organes.

R & Z : Vous dites dans votre livre avec quelles substances ont été effectivement réalisées ces « protocoles expérimentaux » chez les malades du SIDA et des séropositifs. Quels ont été les résultats ?

HK : Dans un premier temps tous les patients atteints du SIDA ont reçu du Bactrim, et autres produits immunotoxiques apparentés, à titre prophylactique contre l'infection pulmonaire à Pneumocystis.

Ensuite, à partir de 1987, ils ont tous été traités « contre le VIH » avec de l'AZT (azidothymidine). Ce traitement à l'AZT fut étendu à partir de 1989 aux séropositifs asymptomatiques.

Au cours des années 90 toute une série de substances apparentées à l'AZT plus d'autres drogues toxiques pour les mitochondries furent prescrites en « cocktail » ou « polythérapie » (bi-tri-tétra-).

En toute logique ces substances ont été tôt ou tard la cause de cancers et de SIDA chez les patients. Il est évident qu'aucun de ces patients n'aurait accepté de participer à ces expérimentations s'ils avaient été informés que le but était de mettre hors circuit l'immunité cellulaire afin de vérifier la théorie du contrôle immunitaire du cancer. C'est parce qu'on leur a inculqué l'angoisse de mourir d'une « infection virale mortelle » que ces patients, ainsi que des parents de nouveaux nés et d'enfants séropositifs, coopèrent et acceptèrent des traitements illimités avec de l'AZT, du Bactrim, etc.

R & Z : Vous êtes le premier chercheur à expliquer le réel mécanisme d'action de l'AZT et du Bactrim en vous fondant sur les résultats de la recherche internationale sur le monoxyde d'azote (nitric oxide, NO), et les études cliniques réalisées avec l'AZT, Bactrim, etc. vous ont fait conclure que leur administration à long terme est une agression organique dangereuse aux conséquences mortelles.

HK : L'AZT a le même mode d'action que l'azathioprine. Le groupement azido de l'AZT bloque la respiration cellulaire au niveau des mitochondries de la même manière que le groupement aza de l'azathioprine et le groupement analogue de la triméthoprine. Le résultat inévitable est un haut risque de développer le SIDA ou un cancer, ou aussi une dégénérescence nerveuse et musculaire. Ce que des centaines d'études cliniques réalisées dans le cadre de l'hypothèse « VIH-SIDA » a confirmé sans le moindre doute. Les preuves sont accablantes.

R & Z : Les rétrovirologues ont-ils réussi à confirmer leur théorie du contrôle immunitaire du cancer au moyen de ces vicieuses expérimentations humaines ?

HK : Non. Comme leur attention était fixée sur les mutations de l'ADN nucléaire et qu'ils considéraient les cellules cancéreuses comme des corps étrangers, ils sont passés à côté du lieu du crime. Ils n'ont pas non plus résolu la prétendue énigme du SIDA. Ce qu'ils ne purent pas prévoir ce sont les découvertes fondamentales de la fin des années 80 qui progressèrent en dehors du champ de recherche orthodoxe sur le SIDA et le cancer, et qui firent de la théorie virale du SIDA une absurdité.

R & Z : Pouvez-vous résumer brièvement les résultats de ces importantes découvertes ?

HK : Toutes les cellules humaines sont depuis 1,5 à 2 milliards d'années héritières de la colonisation d'organismes unicellulaires archaïques dont la source énergétique était la fermentation anaérobie par d'autres unicellulaires ayant

mis au point la respiration oxydative comme source d'énergie. Ces derniers, qu'on appelle mitochondries, survivent comme des colonies cellulaires dans toutes les cellules des algues, des plantes, des champignons, des animaux et des êtres humains. L'héritage génétique (le génome) des deux types d'unicellulaires vivant en symbiose fut intégré dans un « noyau cellulaire ». Les mitochondries conservèrent un reliquat génomique leur permettant, en coopération avec les protéines codées par l'ADN nucléaire qui leur sont transmises, une synthèse protéique autonome.

Chaque cellule humaine possède en moyenne plus de 1.300 mitochondries qui, ensemble, possèdent environ 50.000 gènes actifs, ce qui est bien supérieur au nombre de gènes nucléaires. Entre les colonies mitochondriales (qui fournissent 90 % de l'énergie totale nécessaire à la cellule au repos et en activité) et la « cellule-hôte » existe en outre un système complexe de flux de protons (H⁺) et d'électrons (e⁻), d'échanges ioniques, de synthèse et de transport d'ATP, le vecteur universel d'énergie, et de divers autres produits métaboliques.

Comme l'ATP ne peut pas être stocké, les mitochondries (qui sont donc plus de 1.000 fois plus nombreuses que nos cellules) en synthétisent en permanence d'énormes quantités, de l'ordre de notre poids corporel chaque jour. La perméabilité membranaire des mitochondries (et c'est là la découverte centrale) est contrôlée par un mélange gazeux de monoxyde d'azote (NO) et d'ions superoxyde (O²⁻). Ces derniers s'accumulent dans la mitochondrie en tant que sous-produit de la chaîne respiratoire oxydative.

Au milieu des années 80 il fut démontré que le NO existait dans pratiquement toutes les cellules humaines en tant que gaz à fonction archaïque. Il existe entre les colonies mitochondriales et la cellule elle-même une alternance (respiration/fermentation) pour la production d'énergie et cette alternance est contrôlée par le gaz NO. Au cours des phases de division cellulaire, des processus de réparation juste après un traumatisme et de la période embryonnaire et fœtale (jusqu'au moment de la naissance), le métabolisme énergétique est principalement branché sur la production d'ATP par fermentation anaérobie du glucose. Ceci pour protéger la partie génomique de la cellule-hôte archaïque qui, durant les phases de division citées plus haut, est plus sensible aux oxydes et à leurs dérivés que la partie génomique des mitochondries. En fonction de l'équilibre d'oxydo-réduction la partie génomique primordiale exprime les protéines nécessaires pour que la production énergétique passe de la phase aérobie à la phase anaérobie.

Cette symbiose datant d'un lointain passé nous a donc dotés d'un double génome et d'un double système de production énergétique. Evolutivement parlant nous sommes des êtres biologiquement hybrides !

Tous les mécanismes bioénergétiques et biochimiques, et bien sûr particulièrement ceux qui ont lieu dans les mitochondries, consistent essentiellement en des flux complexes de protons et d'électrons (c'est-à-dire en des phénomènes d'oxydo-réduction, Ndt), ce qui sur le plan biophysique exige un potentiel d'oxydo-réduction négatif d'intensité variable. Ce potentiel est principalement assuré par le glutathion, un tripeptide tout à fait unique : son acide aminé central, la cystéine, présente un radical sulfhydryl (-SH) dont le proton (H⁺) facilement convertible (ou mobile, ayant donc un pouvoir réducteur élevé, Ndt) est disponible pour toutes les opérations de détoxication.

R & Z : Quelles sont les conséquences de ces découvertes sur la manière de comprendre la genèse d'un cancer, la cause du SIDA et leur traitement ?

HK : Les conséquences sont fondamentales. Dans les cas de cancer, chez les séropositifs (qui sont porteurs d'une grande quantité d'anticorps), en cas de SIDA déclaré (c'est-à-dire quand il existe des infections intracellulaires d'origine mycosique, parasitaire ou mycobactérienne, ou aussi parfois des infections par des virus existant réellement), en cas de colite ulcéreuse, brûlure, grave traumatisme et autres maladies chroniques et systémiques, il y a toujours un manque de cystéine et de glutathion. Ce manque résulte de la consommation importante de ces deux molécules, et/ou d'une carence nutritionnelle, et/ou d'une perturbation de la synthèse de la cystéine à partir de la méthionine au niveau du foie (par exemple suite à l'inhibition de l'acide folique par le Bactrim), et/ou d'une perturbation de la synthèse de glutathion (par exemple par l'usage excessif de produits toxiques ou pharmacotoxiques). L'organisme souffre alors d'un manque patent de protons librement convertibles (les cellules, les tissus, les organes manquant de substances réductrices, antioxydantes, sont alors menacées de stress oxydatif, Ndt).

Dans nos sociétés occidentales d'aujourd'hui l'organisme doit faire face, via le système du glutathion, à plus de 60.000 poisons. Si, par la suite d'une carence en glutathion, la chaîne respiratoire mitochondriale voit sa capacité de production d'ATP passer insidieusement au-dessous d'un seuil critique et si l'oxygène ne peut plus être utilisé par la mitochondrie pour la production énergétique (situation de pseudo-hypoxie, manque apparent d'oxygène), alors les cellules peuvent devenir cancéreuses.

Les parties archaïques du génome nucléaire se met alors à fonctionner selon un schéma mémorisé adapté à une carence en protons et entre dans un cycle très complexe de contre-régulation. L'alternance du système de production énergétique avec la mitochondrie est bloqué ; la cellule, après sa division, ne peut plus revenir à son état normal et reste bloquée dans des cycles de division ; une telle cellule devenue cancéreuse ne peut même pas programmer sa mort (apoptose) car pour cela la membrane mitochondriale doit être perméable, or une synthèse réactionnelle de NO l'a rendue imperméable ; le système d'échange de calcium entre la mitochondrie et le cytoplasme est lui aussi bloqué et cela crée une situation critique. A de nombreux points de vue une cellule cancéreuse se comporte comme une cellule embryonnaire : elle adopte un schéma régressif de survie, elle retourne à un programme

de production énergétique archaïque (la fermentation anaérobie, Ndt) obéissant à un programme génétique lui aussi archaïque. Cette régression ne pouvait pas, jusqu'ici, être expliquée par la théorie de « mutation accidentelle maligne ».

Comprendre à partir d'un point de vue évolutionniste le processus de symbiose cellulaire et ses lois permet de comprendre le phénomène de la cancérisation.

R & Z : Le blocage du système alternant de production énergétique de la cellule cancéreuse est-il réversible ?

HK : C'est là la question-clé pour le traitement. La disparition du sarcome de Kaposi après arrêt de l'azathioprine (qui, comme tous les dérivés azotés, cause une surconsommation de glutathion) suggérait déjà une réponse positive.

Depuis lors une foule d'autres preuves ont été avancées. Par exemple lors d'expérimentations animales on a pu faire totalement disparaître des cellules tumorales et des métastases en stimulant la synthèse de NO. Mais le plus impressionnant est sans doute la guérison de cancer par de fortes doses équilibrées de cystéine et glutathion, en utilisant des préparations à bonne biodisponibilité, ce qui permet de régulariser le potentiel d'oxydoréduction.

R & Z : Le traitement par glutathion suffit-il ou bien faut-il le combiner à d'autres mesures thérapeutiques ?

HK : Traiter les dérèglements de la vie symbiotique cellulaire en réharmonisant l'équilibre redox au moyen de cystéine et de glutathion est une nécessité fondamentale. Cependant le cancer est un phénomène hautement individuel et hautement complexe. D'innombrables études ont démontré au cours de la dernière décennie l'efficacité de diverses approches thérapeutiques non agressives visant à corriger le dérèglement des cellules cancéreuses. Et pour guérir ces cellules dérégées il faut jouer alternativement avec art sur « le frein et l'accélérateur ».

Les connaissances fondamentales sur les phénomènes de symbiose programmés au cours de l'évolution biologique étaient jusqu'il y a peu de temps insuffisantes et le traitement du cancer n'avait pas les bases et les concepts nécessaires pour établir un programme rationnel et cohérent de rééquilibration biologique ; ou, exprimé en termes traditionnels, on ne pouvait pas harmoniser le yin et le yang.

Cependant, nous avons entretemps compris pourquoi les cancéreux terminaient en général leur vie dans un état d'épuisement et de cachexie, avec un bilan azoté et énergétique négatif.

Si vous demandez à un oncologue comment il espère empêcher ses patients cancéreux de devenir cachectiques, il vous répondra encore aujourd'hui : par un régime hyperprotéiné et hypercalorique. Or une étude dans des hôpitaux allemands a mis en évidence que, avec ce régime, la moitié des cancéreux étaient « sous-alimentés ». Les oncologues, de même que les spécialistes du SIDA, ont pendant des décennies confondu cachexie (appelé « wasting syndrome » dans les cas de SIDA) avec situation de famine chronique. Ils n'ont pas compris pourquoi les protéines étaient continuellement rejetées sous forme d'urée. La cachexie est d'une part une conséquence du déficit en protons consécutif à la carence hépatique en cystéine, qui conduit simultanément à une carence en glutamine et en arginine et à une hausse du glutamate plasmatique. D'autre part la cellule cancéreuse fonctionne énergétiquement par fermentation du glucose (glycolyse anaérobie), ce qui provoque une consommation accrue de glucose (20 fois plus que par respiration aérobie) et une accumulation de lactate ; et le recyclage de cet excès de lactate par le foie crée à son tour une consommation exagérée de protons et une dépense d'énergie supérieure à l'énergie obtenue au départ par la fermentation du glucose. C'est la cytokine type 2, protéine de régulation dont la synthèse est commandée par la carence en glutathion, qui contrôle ces processus de feed-back ; le résultat final de l'action de la cytokine type 2 est d'empêcher les molécules de cystéine de perdre leurs protons.

Donc dans l'état de cachexie aussi apparaît ce programme archaïque de fermentation anaérobie faible consommatrice de protons, alors que la respiration aérobie des cellules saines s'accompagne d'un intense flux de protons.

Regardez les comptes rendus cliniques de laboratoire et de pratique médicale et vous verrez que les causes du dérèglement métabolique des acides aminés ne sont le plus souvent pas comprises et donc incorrectement corrigées.

R & Z : Le traitement biologique compensateur peut-il dispenser de la chimiothérapie ?

HK : En principe oui.

La chimiothérapie a comme objectif d'inactiver le processus de division cellulaire. Mais c'est la structure mitochondriale qui en souffre la première car, issue du règne des eubactéries, les mitochondries ne possèdent pas de protéine protectrice ni de mécanisme de réparation efficace pour leur gènes. Ces gènes sont donc beaucoup plus sensibles au stress oxydatif de la chimiothérapie que, par exemple, les gènes nucléaires qui sont particulièrement bien protégés. Au cours de leur longue évolution les mitochondries ont toujours très bien fonctionné ; chez les animaux sauvages on n'a pu observer que rarement une altération génétique mitochondriale. Par contre chez l'homme la liste

des maladies liées à un problème mitochondrial congénital ou acquis, telles que la maladie d'Alzheimer, le parkinson, les graves cardiomyopathies, s'allonge sans cesse.

Le problème de toute chimiothérapie est que dans une tumeur les cellules se trouvent à des stades variables de dérèglement. La chimiothérapie va donc tuer une partie des cellules cancéreuses : cela entraîne ce qu'on appelle une rémission. Mais, parce que la chimiothérapie attaque leurs mitochondries, d'autres cellules vont se dérégler encore davantage ; cela vaut aussi pour les cellules qui ne sont pas encore cancéreuses et se trouvent encore à un stade de trouble symbiotique compensé. En conséquence des cellules peuvent se sélectionner pour créer des métastases ou des tumeurs secondaires. Les patients qui, avant ou pendant une chimiothérapie reçoivent un traitement biologique compensateur supportent mieux les effets de la chimiothérapie.

Reste cependant le problème des conséquences lointaines de la chimiothérapies : une fois endommagé, l'ADN-mitochondrial n'est pas réparable, les altérations s'aggravent et se multiplient avec le temps. Les effets tardifs sont imprévisibles.

Selon une étude de longue durée réalisée dans un centre de cancérologie allemand, la durée moyenne de survie est de trois à cinq ans pour un cancéreux traité par chimiothérapie, douze ans pour un cancéreux non traité. Ces chiffres datent de plus de dix ans mais depuis lors les chances de survies ne se sont pas beaucoup améliorées pour la plupart des cancers. Aux Etats-Unis la « guerre contre le cancer » déclarée en 1966 fut considérée comme perdue en 1971.

R & Z : Que conseillez-vous aux patients concernés ?

HK : Aux malades et à leurs familles, aux non malades aussi (car un sur trois risque de se trouver un jour confronté au diagnostic de cancer), on peut conseiller d'abord de ne pas se laisser aller à la panique face au choc du diagnostic, et ensuite de bien assimiler les principes de bases concernant la cellule cancéreuse : ces cellules ne sont pas des corps étrangers mais des cellules de notre corps ayant réagi à un programme archaïque de survie, et leur dérèglement est en principe réversible si on donne au corps en quantité suffisante ce dont il a besoin.

En fin de compte le patient informé peut en toute connaissance de cause décider avec un thérapeute éclairé s'il a le soutien psychologique nécessaire. *Raum & Zeit* publiera sûrement les coordonnées et l'adresse internet de thérapeutes indépendants, de centres de consultations, de groupes de patients etc. qui ont l'expérience de traitements biologiques de compensation. L'académie Wolfrathäuser offre aux patients et aux thérapeutes des séminaires adaptés au sujet. Etant donné qu'il existe plus de cent types différents de cancer, les questions particulières sont trop nombreuses et on ne peut y répondre que lors de consultations individuelles ou de séminaires thérapeutiques.

R & Z : Quelles sont les conséquences de ces nouvelles connaissances sur la compréhension des causes, sur le diagnostic et le traitement du « VIH/SIDA » ?

HK : Le point crucial est de bien réaliser que les lymphocytes T4 ne sont pas détruits par un quelconque virus, un prétendu « VIH » ou un autre, et que l'immunité cellulaire peut être restaurée.

Depuis le début des années 90 on a mis en évidence chez l'homme, comme chez tous les mammifères, deux sous-groupes de lymphocytes T4. Dans les examens conventionnels de laboratoire ils ne sont pas différenciés. Pourtant le taux de lymphocytes T4 dans le sang est déterminé par la somme de ces deux sous-groupes, appelés Th1 et Th2.

Les cellules Th1 synthétisent le NO cytotoxique et sont responsables de l'immunité cellulaire vis-à-vis des germes intracellulaires.

En cas de carence en cystéine et glutathion les cellules Th2 deviennent dominantes. Ces Th2 quittent la circulation sanguine pour stimuler la production d'anticorps dans les organes lymphoïdes et donc, automatiquement, le nombre total de lymphocytes T4 dans le sang diminue.

Cette « bascule » du rapport Th1-Th2 en faveur des Th2 est (comme le phénomène de cancérisation cellulaire) contrôlée et causée par la cytokine type 2. Si cette bascule dure longtemps elle prédispose au SIDA. Il a d'ailleurs été démontré que les séropositifs réellement menacés de SIDA sont ceux qui ont une dominance de cytokine type 2.

La double stratégie du système immunitaire (immunité cellulaire dépendant des Th1, immunité humorale par anticorps extracellulaires dépendant des Th2) obéit donc au même programme biologique qui détermine la cancérisation d'une cellule en cas de carence en protons librement convertibles.

Comme la plupart des thérapeutes ne connaissent visiblement pas ces lois biologiques issues de l'évolution, ou ne veulent pas les connaître, ils condamnent tôt ou tard à mort, involontairement, les séropositifs soi-disant infectés par le « VIH », même ceux qui au départ ne sont pas du tout menacés de SIDA.

En effet, non seulement ils ne mesurent pas les taux de cystéine et glutathion ni d'autres paramètres importants de laboratoire, mais ils prescrivent sans limite de temps des chimiothérapies et des antibiothérapies toxiques pour les mitochondries et grosses consommatrices de glutathion. Et ceux qui mesurent

cystéine et glutathion n'en prescrivent pas moins les thérapies toxiques tellement ils sont obsédés par le « VIH ». Certains recourent à un compromis : ils administrent simultanément sans grande conviction de la L-cystéine et du glutathion réduit à titre de « traitement complémentaire », ce qui cependant, à long terme, ne peut pas compenser les effets dévastateurs des thérapies toxiques.

R & Z : Mais que se passe-t-il dans l'organisme des « VIH positifs » qui, au début d'une polythérapie, se sentent subjectivement mieux ?

HK : C'est ce qu'on peut appeler « l'effet tondeuse à gazon ». La plupart des germes opportunistes, mycoses et protozoaires, possèdent eux aussi des mitochondries dont la respiration cellulaire est inhibée par le Bactrim, l'AZT etc. Cet effet sur les maladies opportunistes ne doit cependant pas être confondu avec une prétendue inhibition du « VIH ». (C'est cet effet qui explique l'amélioration spectaculaire (effet « Lazare ») de certains patients souffrant de graves maladies opportunistes et recevant une trithérapie, Ndt).

Le problème est que, tout comme certaines cellules cancéreuses, certains protozoaires ou mycoses peuvent survivre à l'agression chimiothérapique en s'adaptant. C'est ce qu'on appelle le « problème de résistance » (résistance des germes opportunistes, pas du « VIH », Ndt).

Mais comme le mal qui est à la base, à savoir la carence en glutathion et la synthèse insuffisante de NO qui en résulte, n'est pas compensé, l'organisme est privé de ses moyens de légitime défense qui lui permettraient de survivre.

Au contraire l'état de carence s'aggrave avec l'intoxication chimique, tandis que les parasites « résistants » et les cellules cancéreuses dérégulées prolifèrent et que les mécanismes de détoxification des mitochondries des cellules immunitaires et non immunitaires sont forcés et finissent par être débordés et atteindre le point critique de l'épuisement.

La manière dont on veut prolonger la survie de ces patients qu'on dit « atteints d'une infection inéluctablement fatale » est donc le reflet de concepts thérapeutiques erronés et conduit, dans la pratique, à un véritable cercle vicieux.

Entre-temps, plusieurs études cliniques américaines ont établi que les patients qui meurent sont justement ceux dont la prétendue « charge virale » (mesurée par la méthode PCR dont l'application dans ce cas est tout à fait critiquable) a chuté suite à une polythérapie, avec, semble-t-il, simultanément une hausse relative des lymphocytes T4 du sang. Cette hausse relative des T4 vient du retour dans la circulation sanguine des Th2 qui ne peuvent plus remplir leur fonction d'aide pour les cellules productrices d'anticorps du fait que leur maturité est bloquée par la chimiothérapie. Quant à la chute de l'ARN « VIH » (la prétendue « charge virale ») elle est la conséquence d'une plus forte consommation d'ARN utilisé pour réparer les dégâts causés à l'ADN par le traitement.

La chute de « charge virale » et la hausse de lymphocytes T4 sont donc, considérés à long terme, de faux succès qui donnent l'impression aux patients et aux thérapeutes que la polythérapie a des effets favorables.

Sans une sérieuse thérapie compensatrice, le long empoisonnement chimique des processus respiratoires cellulaires aboutit tôt ou tard, selon la résistance du patient, à un point de non retour. D'autre part, les séropositifs qui prennent à longueur d'années du Bactrim, des antiviraux, etc. subissent des effets secondaires de type « bombe à retardement » : pendant quelques années ils vivent « en bonne santé » puis développent subitement des défaillances organiques fatales : infarctus du myocarde, défaillance du ventricule gauche, septicémies, accident vasculaire cérébral, coma hépatique, etc.

Les accidents n'ont rien à voir avec le « VIH » bien entendu, même si c'est ainsi que la médecine « VIH/SIDA » les présentent. Ce sont les effets secondaires tardifs des chimiothérapies, les dégâts irréparables à l'ADN mitochondrial suite à ces traitements « anti VIH » et « anti SIDA » absolument contre indiqués. Plusieurs groupes de recherche « VIH/SIDA » orthodoxes aux Etats-Unis ont publié que les dégâts démontrés après polythérapies « ressemblaient à de gros dégâts congénitaux de l'ADN mitochondrial ». Nous savons depuis longtemps que, suite aux continuelles divisions des mitochondries et à des stress supplémentaires, ces dégâts peuvent s'additionner et se renforcer, qu'en conséquence la respiration cellulaire faiblit et que des défaillances fatales surviennent dans les tissus et organes riches en mitochondries ou que des dégénérescences cancéreuses apparaissent.

Il est urgent que les patients concernés soient clairement informés sur ces dangers et sur l'utilité de les compenser par des moyens biologiques non toxiques. Et cela quels que soient les risques encourus au départ et ayant menés à la séropositivité.

Les premiers concernés sont cependant ceux qui souffrent d'hépatite. Le test d'hépatite C n'a pas plus de signification infectieuse que le test « VIH », mais une hépatite auto-immune peut survenir. Ici aussi beaucoup de questions particulières peuvent se poser, et on ne peut y répondre que dans le cadre de consultations individuelles ou de séminaires thérapeutiques.

Selon mon expérience les patients appartenant aux groupes sanguins B, A et AB présentent le plus de risques. Ils sont plus disposés à développer une carence en protons librement convertibles ou des maladies systémiques. Comme environ 50% de la population est du groupe O, ce fait explique, à côté de bien d'autres facteurs, la grande diversité de disposition à la maladie parmi les gens exposés aux mêmes risques. Cette association entre

certaines groupes sanguins (B,A et AB) et l'asthme, certains types de cancer, etc. est connue mais ne fait pas l'objet de recherche systématique.

C'est aussi le cas pour la susceptibilité aux effets secondaires tardifs après vaccination de masse: il semble que les sujets vaccinés appartenant aux groupes B, A et AB soient plus disposés à une bascule Th1-Th2 en faveur des Th2. Pendant la grossesse le placenta présente une dominance de cytokine type 2 et après la naissance il faut par tous les moyens possibles qu'un bon équilibreTh1 (cytokine type 1) Th2 (cytokine type 2) s'installe. Certains enfants sont très résistants aux infections bactériennes, ce sont ceux qui présentent une dominance immunitaire de type Th2. Cet état est induit involontairement par la vaccination des nourrissons : ces nourrissons sont spécialement enclins, du fait de leur très jeune âge, à basculer immunitairement vers un état de type 2. L'avantage de cette bascule Th2 est une meilleure production d'anticorps, l'inconvénient est une synthèse de NO et donc une immunité cellulaire diminuées, une tendance accrue à réagir aux protéines étrangères et aux substances toxiques, une consommation accrue de glutathion. Ces enfants seront plus disposés à l'asthme, à la dermatite atopique, aux allergies en général, au cancer, etc.

Il est frappant d'observer que les malades du SIDA stigmatisés comme « VIH positifs » sont pratiquement tous nés après la deuxième guerre mondiale, à une époque où pour la première fois le système immunitaire humain devait faire face à des antibiotiques et des vaccins. Sans admettre cette explication liée à la classe d'âge, on voit mal comment les personnes plus âgées auraient pu échapper à une « infection par le VIH » soi-disant transmissible à tout le monde.

Un autre fait plaide en faveur de la thèse chimiothérapie/antibiothérapie : la maladie opportuniste la plus évocatrice de SIDA, la PPC, pneumonie à *Pneumocystis Carinii* (un parasite transmissible par voie aérienne) fut pour la première fois observée cliniquement à la fin des années 30, à l'époque où les nouveaux nés prématurés étaient traités contre les septicémies bactériennes par les sulfamides nouvellement synthétisés. Ces prématurés développaient une PPC à la place d'une infection bactérienne. Les sulfamides (dérivés de colorants azoïques !) inhibent le système d'acide folique des bactéries et des mitochondries des cellules humaines et induisent une consommation énorme de cystéine et de glutathion. Or l'épithélium pulmonaire a besoin d'une concentration de ces molécules à peu près cent fois plus élevée que la concentration plasmatique.

Des prématurés traités aux sulfamides sont morts de « poumons blancs », ou pneumocystose (PPC) il y a plus de 60 ans. De même, depuis les années 70 des traitements de longue durée au Bactrim (association de triméthoprine et d'un sulfamide) et autres inhibiteurs d'acide folique furent instaurés. Ils sont devenus, avec la PPC et autres maladies opportunistes mycosiques, une cause déterminante de maladie et de mort. Entre 1985 et 1995 une série de décès parmi les séronégatifs traités au Bactrim fut enregistrée, suite à quoi, en Grande-Bretagne et aux Etats-Unis, les indications de Bactrim furent strictement limitées à une demi douzaine d'infections rares et la durée de prescription limitée à dix jours maximum. Il est absurde, on devrait dire criminel, que la seule exception à ces nouvelles restrictions ait été d'autoriser des traitements sans limites de durée pour les séropositifs et des malades du SIDA déjà immunodéprimés. En Allemagne il n'y a absolument aucune restriction à l'usage du Bactrim.

R & Z : Les spécialistes du « VIH/SIDA » ont prétendu il y a quelques années que l'association d'inhibiteurs de protéines et d'inhibiteurs de transcriptase inverse (AZT, Nevirapine, etc.) a été un progrès énorme dans le traitement et ils ont parlé d'éradication du « VIH » en 3-4 ans. Les médias évoquent l'« effet Lazare » après une telle association thérapeutique.

HK : La campagne en faveur du Crivixan, Viramune, etc. fut mise en route en 1996 par la multinationale Burson-Marsteller spécialisée en public relations et partenaire publicitaire de géants pharmaceutiques comme Glaxo-SmithKline, Pfizer, Eli Lilly, Bristol-Myers-Squibb, etc. A partir de 1999 toutes les prétentions de guérison ont dû être rétractées. Les effets secondaires des bi- et trithérapies étaient cette fois trop évidentes que pour pouvoir être attribués au « VIH ». Les inhibiteurs de protéases tels que le Crivixan ont causé des troubles graves du foie, du pancréas et des reins, des diabètes, des lipodystrophies majeures, des hypertensions, des crises cardiaques, des attaques cérébrales, etc. D'après des études cliniques de chercheurs orthodoxes, ces effets sont le signe de maladie mitochondriale d'origine pharmacotoxique. Les décès par insuffisance hépatique après traitement aux inhibiteurs de protéase ne sont pas attribués au SIDA du fait qu'ils surviennent souvent avant l'apparition d'une des vingt-neuf maladies officielles indicatrices de SIDA : ils surviennent d'ailleurs aussi chez des patients jusque là asymptomatiques.

Depuis lors il a été publié que le « VIH » exigeait pour son élimination un temps de 10 à 60 ans (!). Mais par contre, fâcheuse incohérence, la « polythérapie » (inhibiteur de protéase plus AZT, Névirapine, ou similaires) a été estimée pouvoir être tolérée pendant 2 à 3 ans. L'obsession collective du « VIH » permet aux spécialistes du « VIH/SIDA » d'agir sans devoir obéir à aucune règle et sans être responsables des conséquences souvent mortelles de leurs actes.

Pourtant l'ignorance et le refus d'apprendre ne peuvent plus rester un alibi à l'impuissance et à l'indifférence honteuses des autorités, des associations médicales professionnelles et de la plupart des gens face à ce manque d'éthique scientifique et médicale sans précédent.

Il faut remarquer qu'en Allemagne des journalistes de *Der Spiegel* ont depuis 20 ans relayé les messages sur le « VIH », l'AZT, etc. de propagandistes sans scrupules et rendu compte de leurs plus récentes déclarations, malgré qu'ils aient eu de meilleures sources d'information. Au cours de la prochaine décennie les survivants des polythérapies développeront davantage de cancers, d'infarctus du myocarde, etc. à cause de leur traitement.

Ce que *Der Spiegel* n'a jamais communiqué c'est que, sur l'ensemble des études concernant le séropositifs restés asymptomatiques pendant plus de 10 ans, on a observé que ces dénommés « survivants à long terme » (qu'on devrait plutôt qualifier de « résistants à long terme ») n'ont jamais été traités, ou dans de rares cas pendant peu de temps seulement, avec de l'AZT ou molécule similaire, du Bactrim, des inhibiteurs de protéases, etc.

R & Z : Comment pensez-vous que vont réagir vos confrères à la publication de votre livre ?

HK : Très positivement, je pense, car l'intérêt immédiat des nouvelles découvertes pour la survie des malades est vraiment évident.

Je me considère comme un intermédiaire indépendant de l'industrie pharmaceutique ayant une pratique diagnostique et thérapeutique fondée sur des connaissances de base solides.

Les explications rationnelles de la médecine évolutionniste concernant les causes, le diagnostic, la prévention et le traitement du SIDA, du cancer, des dégénérescences nerveuses et musculaires, etc. ne peuvent plus être rejetées au nom de théories du passé.

Il est urgent que les patients reçoivent des informations claires dénuées d'angoisse et que les thérapeutes à l'esprit ouvert disposent d'un enseignement post-universitaire sérieux. Avec ma longue expérience de médecin je pense qu'après 30 ans de « guerre contre le cancer » et 20 ans de « chasse au virus » ce sont la connaissance des lois élémentaires de la biologie cellulaire, la recherche diagnostique de labo bien ciblée et les divers traitements basés sur les compensations biologiques (complémentation nutritionnelle rationnelle et cohérente, Ndt) qui seront les éléments indispensables et fondamentaux pour toute approche se voulant scientifique et naturelle.

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). Son livre « *Die stille Revolution der Krebs- und AIDSmedizin* », édité en novembre 2001 par Ehlers Verlag GmbH (ISBN 3-934196-14-6) n'est pas encore traduit ni en anglais ni en français.

Titre original « Wir sind evolutionsbiologische Zwitterwesen »
Traduit de l'allemand par Dr Marc Deru
