

Modern plagues : infectious diseases or intoxications ? : 1st section of an article of a German cancerologist, also specialist in AIDS, who gives a new lighting on AIDS. (text in French)

LES FLEAUX MODERNES : MALADIES INFECTIEUSES OU INTOXICATIONS ? (I)

A en croire les médias et le monde médical, l'humanité est cernée par les épidémies les plus graves de son histoire (sida, hépatite C, ESB, etc.). Paradoxalement, ces fléaux modernes ne font, dans la réalité, que très peu de victimes si l'on considère les données relatives aux décès et d'autres faits pourtant bien réels.

Il est donc important, plutôt que de céder à la peur, de se pencher sur la question et de bien réfléchir devant la réalité des faits. C'est alors que l'on peut comprendre que tout n'est pas noir.

Le Dr Claus Köhnlein, expose des arguments suffisamment éloquents pour faire réfléchir les personnes qui cherchent à comprendre les faits par elles-mêmes plutôt que de céder à la pensée unique véhiculée par les médias.

Cependant, pour bien comprendre le fond des choses, il faut toujours garder à l'esprit la fameuse question-clé : « qui a intérêt à quoi ? ».

Voici le premier volet de l'article du Dr. Claus Köhnlein. [NDLR : Claus Köhnlein est médecin praticien à Kiel, spécialisé en oncologie et sida. Il est conseiller clinique de International Forum for Accessible Science (IFAS) et membre de la commission consultative sur le sida du Président Mbeki en Afrique du Sud. Ce texte fut d'abord présenté oralement lors d'une table ronde médicale à Kiel (Allemagne) et fut, par la suite, publié en anglais dans la revue Continuum, Vol. 6, n° 3, été-automne 2001. Titre anglais : « AIDS, Hepatitis C, BSE : Infections or Intoxications Diseases ? ». Traduit de l'anglais par le Dr Marc Deru.]

Le sida

« Alors que les anciennes épidémies décimaient des villes, le nombre de personnes atteintes par les nouvelles maladies est très faible. En ce qui concerne le sida, 2000 « nouvelles infections » (séropositivité) par an et six cents décès (en Allemagne). L'hépatite C n'a pas conduit à une augmentation significative des cas de cirrhose du foie. Quant à l'ESB, nous n'avons encore, dans notre pays, aucun cas clinique, ce qui n'empêche pas la presse de parler de crise et d'épidémie depuis des semaines. L'apparence épidémique de ces maladies provient uniquement de l'usage à grande échelle de tests fondés sur des marqueurs moléculaires.

De nos jours, la biologie moléculaire est capable de détecter les plus infimes quantités d'ADN ou d'ARN par le test PCR (Polymerase Chain Reaction) et elle est capable aussi de produire des anticorps contre eux. Quant à la relation qu'on établit entre ces molécules isolées chez l'homme ou l'animal et la présence de signes cliniques, ce n'est que simple hypothèse.

Ce fait est parfaitement illustré dans le cas de l'ESB : il existe, selon les tests, une épidémie alors qu'aucun cas clinique de vache folle n'a été reconnu (en Allemagne). C'est l'absence fréquente de symptômes cliniques qui donna naissance à l'hypothèse de périodes de latence très longues, pouvant aller, dans le cas de l'ESB, jusqu'à 55 ans entre l'infection par le « prion de l'ESB » et le développement de la maladie de Creutzfeld-Jakob...

Mais commençons par le premier de ces grands fléaux nouveaux :

Le sida apparut au début des années 1980 à San Francisco exclusivement chez des homosexuels masculins jeunes (30 ans) qui développaient des pneumonies à *Pneumocystis carini* (PPC) parfois mortelles. Mais dans les premiers cas publiés par le Dr Gottlieb, il s'agissait d'homosexuels usagers de drogues lourdes (cocaïne, amphétamines, nitrite d'amyle). Le nitrite d'amyle est une drogue utilisée exclusivement dans le milieu homosexuel masculin, la plupart du temps par inhalation.

Les recherches sur animaux et sur culture de lymphocytes ont démontré que les nitrites sont immunotoxiques, cytotoxiques et cancérigènes (source : NIDA, National Institute of Drug Abuse).

Le nouveau syndrome reçut d'abord le nom de GRID (Gay Related Immune-Deficiency) et fut attribué au début, par les scientifiques, au mode de vie particulier de certains milieux homosexuels qui cumulaient de nombreux excès (« fast-track lifestyle »).

En 1984, la secrétaire d'État américaine à la Santé déclara, lors d'une conférence de presse, qu'un chercheur américain avait découvert un rétrovirus qui était probablement la cause du sida. Le lendemain, tous les journaux écrivirent qu'un chercheur américain avait découvert la cause du sida, oubliant le mot « probable »...

Depuis lors, toutes les recherches scientifiques et thérapeutiques se sont exclusivement fondées sur cette hypothèse virale.

Autrement dit, depuis dix-huit ans, on se pose la question de savoir comment le VIH cause le sida, sans plus se poser la question première: est-ce que le VIH est la cause du sida ?

Des années plus tard, Kary Mullis, Prix Nobel de chimie en 1993 pour son invention de la PCR (polymerase Chain Reaction), eut besoin d'une référence justifiant « le fait bien connu » que le VIH est la cause du sida. Il venait d'écrire: « Le VIH est la cause probable du sida » et se rendit compte qu'il lui fallait étayer cette phrase par une référence scientifique. Il n'en trouva aucune.

[NDLR : rappelons que depuis plusieurs années, un prix de dizaines de milliers de dollars est offert à tout scientifique prouvant clairement que le virus VIH est bien la cause du sida. Or, à ce jour, aucun scientifique n'a pu le remporter...]

Il se renseigna alors auprès d'un virologue qui lui répondit que sur cette question il n'avait pas besoin d'une publication car « tout le monde sait bien que le VIH est la cause du sida... ». Kary Mullis n'était pas de cet avis et il estimait qu'une découverte si importante devait avoir été publiée quelque part.

Il chercha mais il se rendit compte rapidement qu'une telle publication n'existait pas.

Et chaque fois qu'il posait la question, il était invariablement renvoyé à la conférence de presse de 1984...

Un jour, il eut l'occasion de parler à Luc Montagnier (Institut Pasteur de Paris), le découvreur du prétendu virus, au cours d'une rencontre à San Diego. Lui, au moins, aurait la réponse à sa question ! Montagnier lui répondit : « Pourquoi ne citez-vous pas le rapport du CDC (Centers for Disease Control) ? » Mullis répliqua : « Ce rapport ne dit pas si le VIH est, oui ou non, la cause du sida. »

« C'est exact, reconnut Montagnier, mais peut-être pourriez-vous citer l'étude sur le SIV (Simian Immunodeficiency Virus) qui est très semblable au VIH. » Cette étude non plus ne pouvait pas convaincre Mullis car les singes développent des maladies différentes ; de plus, il ne s'agissait pas du même virus ; et, enfin, cette étude n'avait été publiée que quelques mois auparavant. Ce qu'il voulait c'était la publication originale qui démontrerait de quelle manière

le VIH causait le sida. Devant cette insistance, Montagnier cessa de répondre et s'éloigna pour saluer un groupe de personnes à l'autre bout de la salle...

Je fis la même expérience, en Afrique du Sud en 2000, à la commission consultative sur le sida réunie par le président Mbeki. Trente-trois scientifiques venant des quatre coins du monde avaient été invités pour faire la lumière sur le problème du sida dans leur pays. Vingt-deux scientifiques adhéraient à l'hypothèse virale, onze (dont j'étais) étaient dissidents. Ces derniers émettent des doutes sur l'hypothèse virale et attribuent plutôt le sida en Afrique à l'augmentation de la misère ; quant au sida dans les pays développés, il est attribué à l'usage de drogues et surtout à la thérapie antivirale par l'AZT.

Je demandai donc à Montagnier ce qui lui donnait la conviction que le sida était causé par un virus. Il répondit qu'avec le temps un traitement efficace semblait avoir été mis au point et que ce fait était une preuve suffisante que le VIH était la cause du sida. Autrement dit, les virologues n'ont pas d'arguments virologiques justifiant leur théorie virale ; ils font appel aux praticiens qui confirment complaisamment : « Le sida est évidemment une maladie virale puisqu'il réagit au traitement antiviral ».

Or ce « traitement efficace » est prescrit par les médecins aux séropositifs, uniquement sur base de marqueurs indirects (surrogate markers) tels que la baisse des CD4 et la dite charge virale mesurée par PCR et dont Kary Mullis lui-même dit que « il est absurde de se focaliser sur quelque chose qui n'est détectable que par PCR et qui est proche de zéro : zéro reste toujours zéro, même amplifié. »

Ces traitements « efficaces » doivent être pris la vie durant et on juge de leur « efficacité » en se basant non pas sur les symptômes cliniques (le plus souvent absents puisque la plupart de séropositifs traités sont au départ asymptomatiques) mais sur ces mêmes marqueurs indirects...

En Afrique, il apparut avec évidence, à la commission consultative, que la dose initialement utilisée d'AZT, (1500 mg en 1987) était bien trop élevée. A cette dose, la situation des patients s'aggravait au lieu de s'améliorer. Mais à l'époque la forte mortalité des patients traités n'étonnait pas parce qu'on s'attendait généralement à une mort rapide des malades du sida.

Le problème de la thérapie antivirale était, et est toujours, qu'elle est extrêmement immunosuppressive. L'AZT fut mis au point dans les années 1960 spécifiquement comme chimiothérapie anticancéreuse, mais ne fut pas utilisé à cause de sa grande toxicité. Quelques études avaient cependant été réalisées de sorte que le produit à pu être utilisé dans les années 1980. Une étude AZT/placebo fut alors entreprise en 1987 mais fut interrompue après quatre mois parce qu'il semblait que les patients du groupe unité bénéficiaient du traitement. Ces résultats furent publiés dans le New England Journal of Medicine (NEJM), et, dès lors dans le monde entier, les malades du sida et les simples séropositifs furent traités avec 1500 mg d'AZT par jour. La raison de l'interruption prématurée de l'étude avait été la terrible pression des groupes d'activistes qui attendaient un traitement avec impatience. Mais peu après les chiffres de mortalité s'élevèrent jusqu'à atteindre 80 à 90 % après quatre ans de thérapie à l'AZT.

On finit par s'interroger sur cet énorme taux de mortalité et par diminuer les doses d'AZT autour de 1990 ; il était évident que la moelle osseuse ne pouvait pas supporter la chimiothérapie. Pourtant le traitement antiviral fut, et est toujours, considéré comme devant durer la vie entière. Ce n'est que tout récemment (Nature, Lancet, 2000) qu'on envisagea des interruptions thérapeutiques car les nouveaux antiviraux (inhibiteurs de protéases) occasionnaient beaucoup d'effets secondaires.

Comme, depuis lors, la mortalité a nettement diminué, on dit partout (comme Montagnier) que les nouvelles thérapies sont efficaces. En réalité, il faudrait simplement dire que ces thérapies sont moins toxiques, et donc moins mortelles, parce que les doses sont plus réduites. Petit à petit, une attitude plus critique vis-à-vis des thérapies se manifesta parmi les patients eux-mêmes : ils avaient été témoins du désastre de l'AZT. Et de nombreuses publications critiques furent faites sur le problème de l'AZT. Malgré tout, la diminution de mortalité est toujours attribuée à un meilleur traitement et est mise en parallèle avec l'augmentation de l'usage des inhibiteurs de protéases (Palella et al., NEJM). Ce qu'il faudrait pourtant remarquer c'est que le déclin de mortalité avait commencé avant l'introduction des inhibiteurs de protéases, dès 1990-1991, quand les thérapeutes comprirent que la moelle osseuse des patients ne supportait pas 1500 mg d'AZT par jour et qu'ils commencèrent à diminuer les doses.

Cela n'empêche qu'en 1990 toute une génération de patients avait été traitée avec des doses immunosuppressives fatales.

Cette catastrophe de l'AZT a conforté la croyance indéracinable que le sida est causé par le VIH, car l'énorme mortalité a toujours été attribuée à la virulence extrême du « VIH » plutôt qu'à la toxicité du traitement.

Qui plus est, les termes « V.I.H. » et « sida » sont devenus presque des synonymes. Les statistiques et prévisions épidémiologiques se fondent sur la présomption que sida = séropositivité VIH : pour les pays qui montrent une explosion de séropositivité, on prédit une épidémie catastrophique de sida... [NDLR : rappelons que 76 maladies, dont certaines bénignes, déclenchent la positivité du test.]

Pour le président d'Afrique du Sud, Thabo Mbeki, la discordance entre le discours des médias occidentaux (prédisant une rapide dépopulation) et ce qu'on peut réellement observer dans son pays était frappante. En conséquence, il refusa de suivre les directives (américaines) concernant le sida et convoqua une commission d'experts devant examiner si, oui ou non, le VIH était la cause du sida.

Deux faits l'ont particulièrement interpellé : d'une part, les effets toxiques de l'AZT et l'abondante littérature à son sujet et, d'autre part, une publication de Max Essex dans le Journal of Infectious Diseases, qui décrit la réaction croisée manifeste entre les antigènes du test VIH et les anticorps développés chez les tuberculeux et les lépreux.

Ce qui veut dire qu'il est rigoureusement impossible de savoir si un patient souffre de tuberculose parce qu'il est VIH-positif ou s'il est VIH-positif parce qu'il est tuberculeux.

Il existe une autre difficulté avec l'épidémiologie du sida. Actuellement, environ trente affections, toutes connues depuis longtemps, sont rebaptisées « sida » si le test est positif. Il ne s'agit donc pas d'un accroissement de maladies mais simplement d'un changement de nom, d'une redéfinition. C'est ainsi qu'un tuberculeux sera considéré aujourd'hui comme ayant le sida s'il est séropositif; de même qu'une femme avec un cancer du col utérin ou un patient développant un lymphome seront diagnostiqués « sidéens » s'ils sont séropositifs.

L'hypothèse virale du sida et les reportages alarmants des médias (douze articles de couverture rien que pour le magazine allemand Der Spiegel) sont la cause d'une catastrophe médicale majeure et d'une véritable tragédie sur le plan humain. Cette hypothèse a entraîné d'innombrables gens dans la peur et le désespoir, les menant au suicide ou à la mort iatrogène (par intoxication médicamenteuse), et cela continue.

La fin de ce cauchemar est peut-être en vue si le président Mbeki réussit à bannir les tests VIH et les médicaments antiviraux dans son pays et à combattre efficacement la tuberculose et la pauvreté, deux fléaux qui sont liés.

La tuberculose a toujours été un bon indicateur de la misère sociale (voir, par exemple, la fréquence de tuberculose en Allemagne après les deux guerres mondiales, Statistisches Bundesamt Wiesbaden).

Mais actuellement, depuis l'introduction des tests VIH, un tuberculeux séropositif est un cas de sida et traité comme tel. En Inde, j'ai vu des malades atteints de tuberculose qui vendaient leurs biens et leur maison afin de pouvoir se payer un traitement antiviral (AZT) venant de l'Occident. »

A suivre...

(Prochain volet : l'hépatite C)