

Transcription de la vidéo:

## “DR CLAUS KÖHNLEIN - DU SIDA AU COVID-19”

**Tout disparaîtrait si on arrêta les tests PCR.  
Mais c'est un tel flux d'argent qui est créé avec ce test COVID-19, que personne n'est intéressé à l'arrêter.**

**Urmie Ray:** Bonjour, Dr. Claus Köhnlein. Bienvenue dans notre programme. Et merci beaucoup d'avoir accepté de nous parler.

**V**ous êtes donc un spécialiste de la médecine interne. Et vous étiez interne au département d'oncologie de l'Université de Kiel. Et depuis 1993, vous travaillez dans votre propre cabinet médical, et vous traitez les patients atteints d'hépatite C et du SIDA qui sont sceptiques à l'égard des médicaments antiviraux.

En particulier, je suis venu à vous connaître en tant que co-auteur de Virus Mania, qui est maintenant disponible en français, un livre que je recommande vivement. Et comme la grande majorité jusqu'en mars 2020, je croyais aussi aux virus sans jamais l'avoir vérifié. Tout ce que je savais, c'est que par mes sens, je ne voyais pas de décès supplémentaires ou quoi que ce soit. Donc je savais qu'il n'y avait pas de pandémie.

Donc l'autre possibilité d'un virus tueur qui soudain se jette sur tout un chacun ne me semblait pas très sérieuse. Et votre livre, que j'ai lu en mars 2020, a en fait commencé à m'ouvrir les yeux sur le plus grand mensonge au nom de la science, qui attribue des virus aux maladies. Et ce livre est très instructif. Et j'ai été sidérée par ce que j'y ai lu, par le fait qu'on en soit arrivé à ce point, et ainsi que les lecteurs y sont encouragés, j'ai en fait vérifié les références, puisque vous incitez le lecteur à ne pas vous croire sur parole. Et je l'ai fait. C'était comme ouvrir la boîte de Pandore.

Et je recommande vraiment ce livre à tous nos téléspectateurs. J'aimerais donc commencer par le SIDA. Enfin, le SIDA, quel que soit le nom qu'on lui donne. D'après votre livre, l'oncologie virale était très populaire dans les années 1960. Pendant 10 ans, elle est restée très populaire, surtout avec l'arrivée de la biologie moléculaire à cette époque. Et puis dans les années 1970, c'est devenu de plus en plus embarrassant, et la recherche sur le cancer viral aurait pu s'effondrer, la recherche virale se serait complètement effondrée, mais elle a été revitalisée, rapidement. Donc, pourriez-vous nous dire ce qui s'est passé dans les années 1980?

**Dr. Claus Köhnlein:** Oui, eh bien, la pandémie de COVID 19 rappelle l'épidémie de SIDA. Ces deux épidémies ne sont pas des épidémies au sens classique du terme, c'est-à-dire qu'elles ne sont pas vraiment des maladies nouvelles mais il s'agit simplement de nouveaux tests à travers le monde, et des maladies déjà connues acquiert un nouveau nom.

Par exemple, le SIDA est un conglomérat de 27 anciennes maladies, qui sont appelées SIDA en présence d'un test VIH positif. Et par l'épidémiologie, il n'est pas possible de créer, de montrer une nouvelle épidémie au sens classique terme, tout est nouveau. C'est une vieille épidémie sous un nouveau nom. Nous avons eu une discussion dans notre service, qui était un service d'oncologie où nous avions des lymphomes et d'autres maladies opportunistes comme l'histoplasmose et la toxoplasmose et des choses comme ça. Et notre premier patient atteint du SIDA était en effet un patient souffrant d'un lymphome. Et le jour suivant, on nous a dit qu'il avait le SIDA. Et j'ai dit, comment pouvez-vous voir qu'il a maintenant le SIDA, hier il avait un lymphome? Puis ils m'ont dit qu'il avait eu un test VIH positif.

Mais ce n'est pas une épidémie au sens classique du terme. Il s'agit d'une épidémie d'un nouveau test et des maladies précédemment connues, sont maintenant renommées SIDA. Et ce qui est encore plus inquiétant, c'est que la définition est circulaire. Sans le VIH, vous ne pouvez pas avoir le SIDA. C'était une autre discussion avec mon collègue, il m'a dit: "Montrez-moi un patient atteint du SIDA qui n'est pas séropositif." Et je lui ai dit: "Je peux vous montrer un lymphome, une toxoplasmose, je peux vous montrer une histoplasmose, mais ils sont séronégatifs". Donc selon vous, selon votre opinion, ce n'est pas le SIDA parce qu'ils n'ont pas de test VIH. L'exemple le plus connu de maladie du sida est la tuberculose, qui est largement répandue en Afrique. Et à l'époque, lorsque le test VIH est arrivé en Afrique, tous les cas de tuberculose étaient renommés des cas de SIDA. Les pauvres gens qui travaillaient dans les mines de silicium et qui souffraient de la tuberculose silicose, étaient tout d'un coup des malades du SIDA. Le problème était que quand MBeki est arrivé, on lui a dit que son pays était en proie à une grave épidémie de SIDA, -le président sud-africain... il a dit, "Eh bien, je ne vois pas de nouvelle maladie ici, les gens n'en meurent pas dans mon pays." Il a posé une question. Il a demandé aux pompes funèbres de son pays, s'il se passait quelque chose. Et ils lui ont dit non, il n'y a rien, rien qui se passe. Personne ne meurt plus que d'habitude. Et ça l'a rendu critique. Et puis il a découvert les critiques de l'AZT, qui était un médicament très dangereux et toxique et qui a été surdosé, ce qui n'était pas vraiment connu au début.

Et je pourrais commencer par le début. Comme vous l'avez dit, le SIDA a commencé au début des années 1980. En effet, en 1981, il y a eu l'article de Gottlieb qui décrivait les malades du SIDA. Ils étaient tous jeunes, la trentaine, et homosexuels et prenant beaucoup de drogues, en particulier du nitrite d'amyloxyde, par exemple, un médicament immunosuppresseur. Le NIDA (National Institute of Drug Abuse) a étudié le nitrite et a découvert qu'il était immuno-suppressif et cancérigène. Ils l'ont utilisé en grande quantité sur tous ces premiers patients atteints du SIDA. Il était donc clair que c'était une maladie liée au mode de vie. Et c'était seulement chez les homosexuels. Mais ensuite, avec l'introduction du test du VIH, qui s'est répandu dans le monde entier, le test du VIH permet d'avoir des réactions croisées avec beaucoup de choses comme le lipoarabinomannan, et d'autres choses comme ça, qui font partie de la bactérie de la tuberculose ou d'un champignon. Il y a donc une assez bonne corrélation entre la tuberculose et le VIH et entre les maladies fongiques et le VIH. Mais ce n'est pas une relation de cause à effet. C'est juste une corrélation. Ce n'est pas une relation de cause à effet.

Et le problème est qu'après un certain temps, dans les années 80, le test du VIH a été mis en place. Je dois dire que l'idée que le SIDA est une maladie virale est venue de Gallo, et ce n'était pas vraiment dans un article scientifique, mais à une conférence de presse, où il a dit au public qu'ils avaient trouvé un virus qui était la cause probable du SIDA. Un virus avait en effet été découvert par ► **Montagnier** et Gallo le lui a repris et l'a vendu comme la cause possible du SIDA. Le lendemain, le New York Times titrait "Un chercheur américain a trouvé la cause du SIDA", le mot "probable" était oublié. Deux ans plus tard, un traitement contre le sida, l'AZT 1500 milligrammes, est arrivé sur le marché. Il a été vérifié par une étude d'homologation, qui était trop courte, ils l'ont coupé trop court pour voir les effets néfastes de l'AZT. Au bout de quatre mois, ils l'ont arrêtée, parce qu'il semblait alors que les personnes qui avaient le médicament semblaient mieux s'en sortir que celles qui avaient le placebo. Ils ont donc arrêté l'étude, puis ils l'ont mis à la disposition de tous comme traitement long terme. Et donc il n'y avait plus de contrôle, parce que tout le monde le prenait alors. C'était l'époque où beaucoup d'artistes sont morts, comme **Freddie Mercury**, **Arthur Ashe** et **Rudolf Nureyev**, tous victimes de l'AZT à haute dose à la fin des années 80, début des années 90. Et en 1993, nous avons découvert dans l'étude Concord, -qui a été publiée dans The Lancet, nous avons découvert que ceux qui prenaient plus d'AZT avaient un taux de mortalité plus élevé. Et là, c'était clair, **l'AZT n'aide pas, mais il vous tue**. Et puis les doses ont été réduites, parce que les médecins ont vu que c'était trop et ils ont réduit les doses et puis ils ont changé pour d'autres traitements. Mais il n'y a plus jamais

eu de contrôle par placebo, parce qu'on a prétendu que c'était contraire à l'éthique, car au début, les études d'homologation ont montré qu'il pouvait réduire la mortalité. Mais cette étude d'homologation était trop courte pour montrer les effets néfastes. Quand vous regardez les données, vous voyez que leurs propres patients n'ont survécu que grâce à des transfusions sanguines qui leur ont sauvé la vie, parce que les effets néfastes de l'AZT étaient déjà visibles.

J'ai eu un patient de cette époque, il y a quelques jours, il est venu me voir à mon appartement. Il avait été diagnostiqué en 1987, ou en 86, et il est toujours en vie. Le médecin lui avait dit après son diagnostic, -alors qu'il était en bonne santé: "Il vous reste un an à vivre." Parce que tout le monde pensait que le mauvais résultat du premier malade du SIDA serait maintenant le problème de tous ceux qui étaient séropositifs, mais beaucoup de personnes séropositives étaient en parfaite santé. Et on leur a dit: aucun doute, un an et puis vous serez mort. C'était un effet nocebo très dur. Il aurait dû être traité par rétroviral ou AZT à ce moment-là. Et il a regardé le traitement, et il a décidé de lui-même qu'il ne le prendrait pas. Et les médecins étaient très fiers que son évolution soit aussi bonne. Et ils ont voulu l'inclure dans l'étude. Et puis après quelques années, il a révélé qu'il n'avait jamais pris l'AZT et les médecins n'étaient pas si amusés. Ils lui ont dit de partir, de quitter leur service.

Mais si je vous raconte l'histoire du SIDA, c'est parce qu'avec le COVID-19 nous avons un problème similaire, le cas du sur-traitement, parce que j'ai regardé, -c'était ma première approche, j'ai regardé les données sur comment ils traitaient les gens quand j'ai entendu qu'il y avait une nouvelle maladie. Ce n'était pas une nouvelle maladie. Comme vous le savez, c'était la pneumonie, qui est une maladie très commune. Ce n'est pas vraiment une maladie très nouvelle. Et j'ai regardé le traitement, j'ai vu qu'ils ont pris beaucoup de médicaments immunosuppresseurs comme la cortisone, comme les traitements antiviraux, qui sont aussi immunosuppresseurs comme le Ribaverin, comme le remdesivir et d'autres immunosuppresseurs comme le tocilizumab qui est un inhibiteur d'interleukine, l'hydroxychloroquine, qui à faible dose ne fait pas de dégâts. Peut-être qu'à faible dose, ça pourrait être utile. Mais c'est une infection virale. Et **la meilleure chose à faire dans le cas d'une infection virale est de ne rien faire, de se détendre et d'attendre que votre système immunitaire fonctionne, mais de ne pas prendre autant de médicaments immunosuppresseurs.**

Et quelqu'un m'a envoyé les études de ► l'OMS. Et quand j'ai regardé ça, je pensais que c'était impossible. Qui a fait ça, qui a fait cette étude? Et j'ai vu qu'ils prenaient de l'hydroxychloroquine à des doses très, très élevées, pas les doses habituelles de 200 ou 400 milligrammes, mais 2,5 grammes le premier jour, suivis de 800 milligrammes chaque jour. Les patients ont donc reçu près de 10 grammes d'hydroxychloroquine au cours des 10 jours. Ça veut dire qu'ils avaient au moins 5 grammes d'hydroxychloroquine dans leur sang, parce que dans le sang, ça s'accumule. Et il s'agit là d'une concentration mortelle d'hydroxychloroquine. On atteint une fibrillation chaude, et ça veut dire qu'on meurt. Et quand vous regardez les données, vous pouvez voir que cette étude de l'OMS a commencé le 1er avril 2020. Et il y avait une surmortalité 14 jours plus tard. Et un pic très fort, qui s'est répandu à travers l'Europe, en Espagne, en France, en Angleterre. L'Allemagne était une exception. Ils ne l'ont pas fait ici, évidemment. Mais en Belgique, ils l'ont fait avec cette dose élevée et la Belgique a eu la plus forte surmortalité de toute l'Europe. Et c'est très étonnant, parce que nous avons une frontière commune avec la Belgique et un virus ne s'arrête pas à la frontière. Ce doit être un effet iatrogène qui a provoqué cette surmortalité.

Et c'est pourquoi j'ai pensé que cela devait être connu du public, parce que c'était la raison pour laquelle tout le monde avait si peur parce qu'il y avait ce pic de surmortalité. Et mes collègues ici à Kiel étaient très inquiets. Ils craignaient que cette mortalité apparaisse ici, car ils téléphonaient à des médecins anglais à Londres, où ils avaient beaucoup de patients à l'époque. Et ça n'est pas apparu ici, parce que nous n'utilisons

pas ces fortes doses d'hydroxychloroquine. C'est un point important, parce que cela montre que **le COVID-19 n'est pas aussi dangereux qu'on le pensait, parce que le problème, c'est le traitement.**

**Urmie Ray:** Excusez-moi si je reviens à la question du virus. Donc si je comprends bien, c'est Gallo et Montagnier, qui en 83 et 84 ont attribué le sida au VIH, ce qu'ils ont appelé le virus VIH. Mais en 97 Montagnier a clairement dit lors d'une interview au journaliste d'investigation français Jamal Tahj, il a clairement dit que nous avions vu des particules, mais elles n'avaient pas la morphologie typique des rétrovirus. Elles étaient très différentes. Et il a répété et il a dit : je répète, nous n'avons pas purifié. Et à propos de Gallo, Montagnier a reconnu "je ne sais pas s'il a vraiment purifié je ne le crois pas." Donc à votre avis, pour en revenir au SIDA, ce n'est pas... tous les décès sont dus à des choses comme la tuberculose et tout ça, surtout en Afrique. Mais donc il n'y a pas de virus associé. Le virus VIH n'a jamais été identifié, tout comme le virus du COVID 19.

**Dr. Claus Köhlein:** Oui. Eh bien, la question est de savoir si c'est un virus ou s'il n'a pas été purifié complètement... Pour moi en tant que clinicien, ce n'est pas si important parce que je peux voir que le virus n'est pas le problème. D'un point de vue clinique, lutter contre un virus ou un virus inoffensif, ou de lutter contre quelque chose qui n'existe pas, revient au même. Je crois que c'est Duesburg qui a isolé un rétrovirus et a dit que c'était le VIH, le virus de l'immunodéficience humaine, et tout le monde sait ce qu'il fait. Et c'est en effet un rétrovirus inoffensif. Il n'est pas dangereux. Et vous pouvez vivre avec. La raison d'attribuer cela à un rétrovirus est que les chercheurs pensaient qu'il pouvait être cancérigène. C'était le chapitre de Duisburg sur lequel il a travaillé, et il a découvert beaucoup de choses sur les rétrovirus. Mais comme il l'a dit, ils ne savent rien, comme on dit ici à Auckland. Et ce sont des éclats cellulaires. Et ils sont juste là et ils ne savent rien. Ils ne tuent pas les cellules. Et tout d'un coup, les chercheurs ont affirmé qu'ils tuent les cellules, qu'ils créent le SIDA en tuant les lymphocytes T. Il n'y a aucune preuve de cette hypothèse. Mais il y a d'assez bonnes corrélations. Donc tout le monde y croit, parce que ce sont d'assez bonnes corrélations, ce qui signifie que vous avez un taux de CD4 bas, et une charge virale dite élevée. Et aux patients malades, vous leur donnez des médicaments antiviraux, et ils guérissent.

Aujourd'hui, c'est comme ça, si vous pouvez les traiter, au moins les traitez avec ces nouveaux médicaments avec des inhibiteurs de protéase et des nucléosides analogues. Les gens vont vraiment mieux s'ils sont malades, mais la plupart de ceux qui sont malades, souffrent d'infections parasitaires, ou de tuberculose, ou de syphilis. Et tout cela s'améliore si vous leur donnez des anti-viraux, des médicaments anti-viraux, qui ne sont pas toujours des anti-virus, mais aussi des antimycotiques. Les inhibiteurs de protéase ont une bonne activité anti-fongique. C'est pour ça qu'ils vont mieux maintenant. Et cela n'a rien à voir avec le VIH, mais la corrélation est assez bonne. C'est pourquoi tout le monde y croit encore et personne n'en sait plus sur l'effet néfaste de l'AZT au début. Il est peu connu qu'au départ, **le problème du sida était dû à un surtraitement massif. Et c'était la cause de la mortalité attribuée au VIH, le fait que tout le monde mourait, tous ceux qui étaient séropositifs, c'est parce qu'on a prescrit de l'AZT à tout le monde. Et c'était ça, le SIDA sur ordonnance.** Il y a cette analogie... Traiter les virus, c'est comme chasser les lapins avec des bombes à neutrons. Vous tuez les lapins, mais vous créez beaucoup d'autres problèmes en même temps. Et celui qui était responsable de ce traitement est le même maître du désastre, ► **Antony Fauci**, qui est toujours là, et qui, évidemment, est probablement aussi responsable des études de l'OMS qui ont été recommandées pour le traitement du COVID-19.

**Urmie Ray:** Et l'autre chose que les scientifiques du groupe de Perth en Australie qui se sont penchés sur l'affaire du VIH, selon eux, tous les experts du VIH, y compris Gallo, affirment que les ► **spikes** sont absolument essentiels pour que la particule entre dans la cellule. Donc s'il n'y a pas de spikes, il ne peut y avoir ni infection ni réplication et donc pas de virus. Et en fait, on peut voir des projections sur les particules

lorsqu'elles sortent de la membrane cellulaire, mais aucun scientifique n'a prouvé l'existence de spikes sur des particules acellulaires indépendantes. Et cela signifie que les particules acellulaires ne peuvent pas être infectieuses, et donc, ne peuvent pas être un virus selon le groupe de Perth. Kuznetsov du département de biologie moléculaire et de biochimie de l'université de Californie a publié son étude des particules de VIH en utilisant une nouvelle technique expérimentale appelée "microscopie à force atomique". Voici sa conclusion: "Nous suggérons que les spikes observés par la coloration négative en microscopie électronique, pourraient être un artefact de la pénétration de la coloration de métaux lourds, et entre les protéines d'enveloppe. En effet, le terme "spike" semble avoir pris une définition plutôt imprécise, voire trompeuse, et il vaut mieux l'utiliser avec prudence. En d'autres termes, selon les innovations les plus récentes dans l'étude des caractéristiques morphologiques des particules de taille nanométrique, il n'y a pas de spikes à la surface du VIH, c.a.d. de ce qu'ils prennent pour des particules de VIH, qui n'ont en fait jamais été isolées ou purifiées."

Pouvez-vous nous en dire un peu plus sur les tests d'anticorps pour le VIH?

**Dr. Claus Köhnlein:** Le test d'anticorps?

**Urmie Ray:** Oui.

**Dr. Claus Köhnlein:** Eh bien, c'est un autre problème : ils ont changé le paradigme, parce qu'ils ne pouvaient pas trouver le VIH en grandes quantités. Il n'y a qu'avec le PCR qu'on pouvait le détecter. Et nous y voilà. Nous voilà avec Kary Mullis, qui a inventé le test PCR, qui est un problème si vous l'utilisez en microbiologie, parce qu'il est beaucoup trop sensible. Nous avons rencontré ► **Kary Mullis**, plusieurs fois lors de congrès en Italie. Et là, nous avons parlé de ce problème. Et il nous a dit "Vous pouvez mal utiliser la méthode, mais vous pouvez aussi mal interpréter cette méthode". Et c'est là le problème. **Si vous trouvez quelque chose avec le PCR, cela ne veut pas dire qu'il s'agit de la cause de la maladie dont souffre le patient. Donc, par exemple, si vous regardez le COVID-19, si vous avez un test Corona positif et que vous avez un patient très malade, cela ne signifie pas que ce test Covid positif est la cause de sa pneumonie, cela peut être autre chose, cela peut être un mycoplasme, cela peut être une pneumonie, cela peut être une maladie normale de la cochlée, cela peut être n'importe quoi, n'importe quel autre microbe, cela peut être la grippe, par exemple, également.** Et c'est là le problème de cette pandémie de tests. Nous n'avons jamais fait autant de tests à travers le monde, et en particulier en Allemagne. Nous avons des millions de tests, et en hiver, la prévalence du corona est de 10 ou 15%. Cela signifie que vous trouvez un grand nombre de patients positifs, mais la plupart d'entre eux n'ont aucune maladie. Certains d'entre eux ont un petit éternuement et quelques-uns sont vraiment malades et ont une pneumonie.

Mais c'est une question très importante de savoir si un test covid positif est lié à une pneumonie, mais il n'y a plus de diagnostic différentiel parce que si quelqu'un est positif au COVID, alors il reçoit un traitement spécial qui est recommandé pour les patients testés positifs, ce qui signifie que la plupart d'entre eux sont intubés et reçoivent de la dexaméthasone, ce qui signifie que si le niveau d'oxygène est très bas, alors la plupart d'entre eux sont intubés, ce qui est très problématique pour le patient. Ce n'est pas le meilleur choix. Et la dexaméthasone est également difficile. Il n'y a pas d'étude contrôle par placebo pour ça. Il y a eu un article dans le ► **British Medical Journal** qui demandait au chef de l'étude de l'OMS, le professeur Landray, pourquoi il recommandait la dexaméthasone. Parce qu'il n'y a pas d'essais contrôles par placebo, et il a répondu que l'effet était si important qu'il ne pouvait pas attendre que des données soient publiées. Et c'est un problème. Parce que si vous donnez de la dexaméthasone à un patient qui souffre d'une pneumonie, il va un peu mieux dans un premier temps, mais cela peut avoir des effets très néfastes parce qu'il est hautement immunosuppresseur dans les jours qui suivent, et vous pouvez avoir des sur-infections bactériennes et aggraver les choses. C'est pourquoi il devrait y avoir une étude contrôle par placebo pour s'assurer qu'il n'y a pas d'effets néfastes. Ces effets ne sont pas exclus pour le moment.

**Urmie Ray:** Et pour en revenir au test d'anticorps, il semble y avoir une certaine contradiction...

**Dr. Claus Köhnlein:** Oui le test d'anticorps ! Je suis allé au test PCR... Le test d'anticorps. Oui, c'est ce que je voulais dire. Ils ont changé le paradigme. D'un jour à l'autre. Et habituellement, **l'existence d'anticorps est un signe que vous avez eu l'infection et que vous avez des anticorps maintenant.** C'est comme ça que la vaccination fonctionne, vous essayez d'induire des anticorps, et ensuite vous pensez que vous êtes à l'abri de cette maladie. Tout à coup, c'était l'inverse, puis ils disent, "eh bien, vous êtes positif aux anticorps, maintenant vous avez un problème." Et je me demande comment cela a pu arriver, que tout le monde ait accepté ce changement de paradigme immunologique dans son ensemble, que tout d'un coup, on se dise qu'on a un gros problème si on a des anticorps contre un antigène, alors que c'est l'inverse. Je pense que c'est la raison pour laquelle nous n'avons toujours pas de vaccin contre le SIDA, parce que personne ne veut avoir d'anticorps contre le VIH. Et c'est ce qu'il faudrait obtenir si l'on veut un vaccin contre le VIH. Je me demande comment ils veulent sortir de ce problème, vacciner les gens pour induire des anticorps. Personne ne veut avoir d'anticorps contre le VIH, bien sûr.

**Urmie Ray:** Oui, donc c'est complètement l'inverse de l'immunologie traditionnelle. Et aussi, je veux dire, nos auditeurs doivent comprendre que le test d'anticorps prouve l'existence des anticorps et non de l'antigène, qui serait une partie du virus du VIH, qui n'a en fait jamais été isolé. Et donc, on ne peut pas dire que les tests réagissent à un virus, ils réagissent aussi à des personnes qui ont surmonté une infection de tuberculose, par exemple. Je veux dire, les tests d'anticorps, et donc comme vous l'avez dit, c'est une définition circulaire. Et c'est tout l'inverse. Et si je ne me trompe pas, pour le SIDA, la définition que l'OMS a donnée du SIDA en 1986, c'était quelqu'un, je veux dire, dans votre livre, vous avez dit que la définition dit que n'importe qui souffrant de quelques symptômes communs et non spécifiques, comme la perte de poids, la diarrhée et les démangeaisons, était considéré comme souffrant du SIDA et sans tests sanguins et donc sans tests d'anticorps VIH, qui en eux-mêmes sont circulaires et ne disent rien. Donc, en gros, comme maintenant, je veux dire, le COVID-19, il y a beaucoup de symptômes non spécifiques, et donc on ne peut pas vraiment le différencier de tout autre forme de tout un groupe de maladies. Est-ce le cas?

**Dr. Claus Köhnlein:** Ce qui est particulièrement intéressant, c'est qu'en hiver, lorsque le COVID-19 est apparu, la grippe a pratiquement disparu en Allemagne. Il n'y avait plus de grippe. Et certaines personnes sont malades, parce que nous portons tous des masques, mais le COVID-19 passait à travers ou quoi? Et puis quelqu'un m'a dit, "bon, peut-être que c'est plus petit que la grippe", mais ce n'est pas le cas, ils sont similaires. Et aussi, une étude sur **les masques** a été faite au Danemark, qui montre que ça n'aide pas contre les virus. L'étude danoise sur les masques était assez bien connue, mais quand même, ils portent des masques. Et ils ne reconnaissent pas ces résultats. Mais l'étude était très simple. Ils avaient deux groupes, ils avaient un groupe qui portait des masques, l'autre non, c'était le groupe placebo. Et c'était sur une durée de six mois. Puis ils ont compté, et la prévalence du COVID était la même dans les deux groupes. Donc il s'agit d'une étude très claire, qui répond aux normes scientifiques les plus élevées, et qui montre qu'il n'y a pas de différence entre le fait de porter un masque et celui de ne pas en porter. Mais ils le font quand même. Vous avez une autre question?

**Urmie Ray:** Donc en gros, je veux dire étant donné que de toute façon, le COVID-19 n'est pas spécifique, et vous avez dit que ça peut être une pneumonie, une grippe, et toutes sortes de choses. Donc, en fait, même dans l'étude, quand ils disent que les deux groupes, je veux dire... cela signifie simplement que les deux groupes ont le même nombre de toutes ces maladies bien connues, que nous connaissons depuis de nombreuses années.

**Dr. Claus Köhnlein:** Ce test COVID-19, et l'horreur du COVID-19 est si grande que personne... si quelqu'un est testé positif, presque personne ne cherche un diagnostic différentiel.

**Urmie Ray:** Oui.

**Dr. Claus Köhnlein:** Surtout s'il s'agit d'une pneumonie, et que tout le monde croit que c'est causé par le COVID-19. Bien sûr. Donc cela peut être la grippe en même temps. Mais le test COVID-19 est positif. Dans la plupart des cas, ils ne font pas de test pour la grippe aussi. Et c'est la raison pour laquelle la grippe, évidemment, a disparu. Et aussi, au début de l'épidémie, chaque médecin, a mis une notice indiquant que lorsque quelqu'un est malade, comme s'il avait la grippe ou une forte fièvre, il ne devait pas venir au cabinet, mais rester chez lui et attendre d'être rétabli. C'est une autre raison pour laquelle la grippe a pratiquement disparu au cours de cet épisode hivernal.

**Urmie Ray:** Oui. Donc, fondamentalement, tout ce que nous voyons est un test PCR. C'est une pandémie de tests PCR.

**Dr. Claus Köhnlein:** Oui. **Tout disparaîtrait si on arrêtaient les tests PCR. Mais c'est un tel flux d'argent qui est créé avec ce test COVID-19, que personne n'est intéressé à l'arrêter. Trop de gens profitent de ce test stupide. C'était la chose la plus simple, juste arrêter le test. Parce qu'il n'y a pas de nouvelle maladie à l'horizon. Vraiment. Donc pas de nouvelle maladie clinique. C'est la même chose que chaque année.**

**Urmie Ray:** Oui, c'est, je veux dire, en France, les tests PCR sont gérés par Bain and Company qui ont investi dans de nombreux laboratoires, donc c'est un groupe de conseil stratégique américain. Et donc en fait ils le font bénévolement, mais en fait, ils en profitent en aval.

**Dr. Claus Köhnlein:** C'est une grosse machine à fric, cette lutte contre les virus. Parce qu'il faut des médicaments antiviraux, il faut des tests, il faut des masques, et de très gros flux d'argent sont créés. Et la réalité, c'est que vous n'avez pas besoin de lutter contre les virus, vous pouvez vivre avec eux. Mais ce n'est pas une bonne idée pour l'industrie pharmaceutique qui a besoin de traitements, de nouveaux traitements et de nouveaux tests et tests d'anticorps, et il y a tellement d'argent dans la lutte contre les virus que c'en est incroyable. Personne ne pourrait... c'est juste une machine à fric.

**Urmie Ray:** Oui. **Donc en gros, tout ce que nous voyons, à la fois avec le SIDA et le COVID-19, c'est tout un groupe de maladies bien connues qui sont là depuis des lustres. Pour le SIDA, nous voyons aussi que c'est une question de style de vie, donc de la communauté homosexuelle, et il est devenu, comme vous le dites dans votre livre, politiquement incorrect d'épingler l'abus de drogues et tout le style de vie dans cette communauté homosexuelle. Et de toute façon, depuis lors, nous savons à quel point la question du genre a été instrumentalisée politiquement.** Donc, en gros, comment concluez-vous qu'il ne s'agit que de maladies connues depuis longtemps et qu'il n'y a rien de nouveau sous le soleil?

**Dr. Claus Köhnlein:** Oui, ce n'est pas nouveau et **maintenant nous avons juste pris la grippe pour créer la pandémie COVID 19. Parce que, cliniquement, il n'est pas possible de distinguer la grippe du COVID-19.** Ce ne sont pas mes mots, mais les mots de cliniciens qui travaillent dans des postes intensifs, où les gens arrivent avec des maladies graves. Et ces médecins disent qu'on ne peut pas les distinguer. Ce n'est pas possible, ni cliniquement, ni chimiquement en laboratoire, ni avec la radio, morphologiquement avec la radio, comme le Pet Scan. Le diagnostic aux rayons X, c'est le même, c'est pratiquement le même, comme la grippe. Alors qui décide ce que c'est? C'est le test. Donc si vous testez le COVID-19, si vous avez ce test de masse pour le COVID-19, vous avez beaucoup de patients positifs au COVID-19 bien sûr. Et en hiver, beaucoup plus, dix fois plus, qu'en été.

**Urmie Ray:** Oui. C'est naturel. Dr Kohnlein, merci beaucoup d'avoir accepté de nous parler. Je suppose donc que vous traitez les patients, vos patients atteints du SIDA, d'une manière différente, parce que c'est une tuberculose ou autre chose?

**Dr. Claus Köhnlein:** Eh bien, le traitement que nous avons maintenant est, dans de nombreux cas, utile si les patients sont vraiment malades, mais il n'y a aucun sens de le donner à titre prophylactique. Et c'est ce qu'ils font. Il y a encore beaucoup de sur- traitements parce que l'idée maintenant est qu'un test VIH positif signifie le début d'un traitement, à vie. Donc, comme nous le savons ces dernières années, il y a une bonne partie des patients, au moins 10%, qui étaient considérés "non progressifs". Et ils sont tous sur-traités maintenant, bien sûr, parce que si vous avez un test positif, c'est un traitement à vie, personne n'attend. C'est l'idée qu'il ne faut pas attendre parce qu'on pense que le virus commence son travail et que plus tôt on le traite, mieux c'est. Mais cela signifie qu'ils reçoivent un traitement cytotoxique à vie, ce qui augmente le risque de cancer si vous prenez toujours ces terminateurs de chaîne d'ADN. Donc je ne commence pas le traitement avec un test VIH positif, nous regardons d'abord si le patient peut tomber malade. Et s'il tombe malade, s'il a un faible taux de CD4 et qu'il attrape une pneumonie, alors je commence le traitement.

**Urmie Ray:** Très bien, donc...

**Dr. Claus Köhnlein:** Comme nous l'avons toujours fait, vous traitez les patients quand ils sont malades. On ne les tue pas de manière prophylactique.

**Urmie Ray:** Oui, exactement, je veux dire qu'il n'y a rien qu'on peut appeler asymptotique puisque fondamentalement, je veux dire, vous devez avoir des symptômes cliniques pour être malade.

**Dr. Claus Köhnlein:** Oui, oui.

**Urmie Ray:** Sans symptômes cliniques, vous n'êtes pas vraiment malade, vous redéfinissez une maladie par un test, qui lui-même est calibré sur quelque chose qui n'a jamais été identifié. Donc, tout cela est vraiment époustouflant. Et donc, sur cette note, je vous remercie beaucoup, Dr Köhnlein, d'avoir accepté de nous parler. Cela a été un plaisir de discuter avec vous et je suis sûre que notre public aura compris un peu mieux que tout n'a pas commencé avec COVID-19. Le SIDA était également une autre supercherie.

**Dr. Claus Köhnlein:** Oui. Merci beaucoup.

**Urmie Ray:** Eh bien, merci.

**Dr. Claus Köhnlein:** Merci. Bye, bye

**Urmie Ray:** Au revoir. Au revoir.

Oui, rebonjour auditeurs, encore une fois, je voulais juste dire quelques mots. Alors, pour compléter le programme, en gros, **les lecteurs doivent comprendre qu'aucun virus n'a été en fait isolé ni pour le SIDA, ni pour le COVID-19**, et que ces deux maladies recouvrent en fait toute beaucoup de maladies connues depuis longtemps, qui ont juste été renommées. Et aussi, je voudrais remercier tous ceux qui m'ont soutenu pour ces programmes en particulier, évidemment, Akina mais aussi tous mes, tous les gens, beaucoup de gens en France, et je, les remercie vivement pour leur confiance. Et en particulier, je voudrais remercier un ami, qui m'a beaucoup soutenu avant chaque vidéo, en m'encourageant et en ayant confiance en moi, et après chaque vidéo, en analysant honnêtement et de manière critique comment cela s'est passé. Ça a été incroyablement utile pour moi. Je le remercie donc très, très fort. Et s'il écoute, il se reconnaîtra. Donc merci et vraiment sans votre aide, je ne pense pas que j'aurais pu faire ces lives. Je ne suis qu'un simple chercheur et écrivain et ai plus l'habitude d'écrire que de parler.