

Die verborgenen Zusammenhänge

zwischen

AIDS & Syphilis

**von
Harris L. Coulter**

(AIDS and Syphilis – The hidden Link)

1. Aufl. 1987, 2. Aufl. 1990, Reprint 1996

B. Jain Publishers, New Delhi

Copyright der engl. Fassung 1987, durch das "Center for Empirical Medicine"

**„Und die Krankheit, von der ich spreche, die Lustseuche, sie wird vergehen
und aussterben,
aber später, später wird sie neu geboren werden
und wieder auftauchen bei unserem Untergang
und wir werden wie in vergangenen Zeitaltern
glauben müssen, dass sie
von unseren Ahnen überwacht wird.“**

Girolamo Fracastoro
(1484–1553)

Aus dem englischen ins Deutsche übertragen von:

Georg Kissling, Schwyz 2000

Der Übersetzer erhebt keinen Anspruch auf korrektes Deutsch,
bei der Übertragung ins eine andere Sprache wurde besonderen Wert darauf gelegt,
den sachlichen und stilistischen Inhalt möglichst nicht zu verändern. Für Ungewohntheiten, die sich daraus beim
Lesen einstellen können, bitte ich um Verständnis.

Die umfassenden Quellenangaben sind dem Original zu entnehmen.

Inhaltsverzeichnis

Harris L. Coulter

AIDS & Syphilis – “The hidden Link”

Vorwort	3
Kapitel 1 – Vom Aufstieg und Fall des „Human Immunodeficiency Virus“	6
Kapitel 2 – Syphilis und Syphilis Unterdrückung	14
Kapitel 3 – Syphilis, AIDS und das Immunsystem	22
Kapitel 4 – Über die medikamentöse Unterdrückung	29
Kapitel 5 – Epidemiologische Wechselbeziehungen	37
Kapitel 6 – Therapeutische Möglichkeiten bei AIDS	45
Schlussfolgerungen	51

Dr. G. S. R. Sastry

AIDS und Homöopathie

Einleitung	57
Geschichte der Viruskrankheiten im Überblick	59
Retroviren	60

Dr. med. Hans Ulrich Albonico

AIDS – Krankheiten; Fragen zur Immunologie

Kapitel 1 - Dogmatismus im Wissenschaftsprozess	63
Kapitel 2 – Geschichte der Virus Hypothese bei AIDS	64
Kapitel 3 – Die offizielle AIDS – Doktrin	67
Kapitel 4 – Kritik der Virus – Hypothese	68
Kapitel 5 – AIDS & Angst	73
Kapitel 6 – AIDS & Mut (Salutogenese)	76
Das Wissen der Welt – Franz Hohler	80

Vorwort

AIDS wurde zuerst 1981 in Los Angeles, Kalifornien entdeckt. Das *UCLA Medical Center Los Angeles* berichtete von fünf jungen homosexuellen Männern, welche an einer Pneumonie (Lungenentzündung) von unbekannter Herkunft leiden; der verursachende Mikroorganismus – ein Protozoen oder ein Pilz, bekannt als *Pneumocystis carinii* – welches gewöhnlich ziemlich harmlos ist (es kommt bei cirka neun von zehn gesunden Leuten vor), aber jetzt aus unerklärlichen Gründen plötzlich tödlich wurde. Solches wurde bisher nur an Personen beobachtet, welche sich einer Immunschwächenden Behandlung haben unterziehen lassen, bei denen, dessen Immunsystem wegen einer anderen Krankheit wie Krebs unterminiert war, oder bei denen, die ernsthaft unterernährt sind. Bald wurde klar, dass diese speziellen Fälle von Pneumonie bei Individuen vorkommt, dessen Immunsystem zerstört ist.

Dieselbe Pneumonie kam bald auch in New York vor, zusammen mit mehreren Dutzend Fällen von ungewöhnlichem Hautkrebs, dem *Kaposi Sarkom*, welches bisher beinahe unbekannt war in den Vereinigten Staaten.

Pneumocystis carinii Pneumonie (PCP) und *Kaposi Sarkom* (KS) wurden schliesslich verstanden als sekundäre Erscheinungen einer zugrunde liegenden Immunschwäche unbekannter Ursache, was dann als „erworbenes Immunschwäche Syndrom“ oder „AIDS“ bezeichnet wurde. („acquired immunodeficiency syndrome“)

Seit dem Ausbruch von AIDS wurde dies als eine neue und andere Krankheit angesehen, und die instinktive medizinische Reaktion war es, nach einem neuen, verursachenden Mikroorganismus zu suchen. Weil sie als infektiös gehalten und durch Blut (Transfusionen) übertragbar ist, richtete sich die Suche bald nach einem Virus, der auf diesem Weg verbreitet. In diesem Zusammenhang führte die Forschung folgerichtig auf die Entdeckung (gleichzeitig durch Robert Gallo in den Vereinigten Staaten und Luc Montagnier in Frankreich) eines Mikroorganismus, welches die verschiedenen Bezeichnungen „menschliches T-Zellen Leukämie / Lymphom Virus“ („human T-Cell leukemia / lymphoma virus“, „Lymphadenopathie verwandtes Virus“, (LAV), („Lymphadenopathy-associated virus“), „menschliches T-Lymphotropisches Virus Typ III“ (HTLV-III) („human T-lymphotropic-virus type III“) „AIDS verwandtes Retrovirus“ (ARV) („AIDS-associated Retrovirus“), und kürzlich als „menschliches Immunschwäche Virus“ (HIV) oder einfach „AIDS Virus“ trägt.

Bei welchem Namen auch immer, es wird angenommen, dass es das Immunsystem angreift und einen Zusammenbruch desselben bewirkt, und den Körper hilflos den Infektionen mit anderen Erregern ausliefert, die es ansonsten leicht verdrängen kann.

Das Virus, oder seine Antikörper, kann bei der Mehrheit der AIDS Patienten gefunden werden.

Antikörper sind Eiweissteilchen im Blut, welche anzeigen, dass dieser Körper eine wirksame Abwehr gegen ein Virus, ein Bakterium oder andere Mikroorganismen gestartet hatte. Die Anwesenheit von Antikörpern gegenüber einen bestimmten Krankheitsagens wurde immer als das Zeichen eines gewissen Immun Schutzes gegen dieses Agens betrachtet.

Daraus entwickelt sich die Krankheit, die wir „AIDS“ nennen und welche angeblich zwei Stadien haben soll: Zuerst kommt die Infektion durch das Virus, welche ein leichtes Krankheitsgefühl verursacht, welches dem einer Mononukleose ähnlich erscheint. Dann, nach dem verstreichen eines Zeitraumes von ungefähr sechs bis sieben Jahren werden die Immunreaktion beeinträchtigt, was der vorausgegangenen Virus Infektion zugeschrieben wird. Das Individuum wird krank mit PCP, KS und hartnäckigem Durchfall, ernsthaftem und fortschreitendem Gewichtsverlust, geistigen Symptomen, welche einer Demenz ähnlich sind oder eine der vielen anderen Erscheinungen dieser Zustände.

Wir werden das erste Stadium „HIV Infektion“ nennen, um die Bezeichnung „AIDS“ für das zweite Stadium zu sparen.

Im November 1986 verkündete Montagnier die Entdeckung eines neuen Virus, den er HTLV-IV taufte und später HIV-2, in der Annahme, dass es sich dabei um die Hauptursache für AIDS in Westafrika handelt. Obwohl dieser Virus sich vom HIV-1 nicht nur durch seine antigenetische Oberfläche unterscheidet, sondern auch in seinen Genen, Chromosomen und Nukleinsäuren, wird er dennoch mit dem gleichen klinischen Syndrom in Verbindung gebracht.

Montagnier war überrascht von seiner Entdeckung und erklärte, „dass dieser Fund in Wirklichkeit eine Überraschung für uns darstelle. Ich kann mir nicht vorstellen, dass zwei Viren die gleiche Krankheit verursachen.“

Eine bis anderthalb Millionen Amerikaner sind schätzungsweise mit HIV infiziert; über 112'000 AIDS Fälle wurden berichtet mit mehr als 66'000 Toten. Daraus ergibt sich eine zusammengezählte Mortalität von über 50 Prozent. Mitte 1988 wurden 2000 Fälle mit mehr als 1'000 Todesfällen in Westdeutschland beobachtet. Weitere 90'000 bis 100'000 Fälle wurden aus anderen Ländern berichtet und es wird angenommen, dass fünf bis zehn Millionen Personen weltweit mit dem Virus infiziert sind.

Die ersten wenigen Tausend AIDS Patienten waren fast ausschliesslich Homosexuelle und die Krankheit wurde als die „Schwulen verwandte Immunschwäche“ bezeichnet (GRID), die „Schwulenpest“, etc. Seither, weil diese eine Minderheitengruppe betraf und bekannt wurde, dass dieser „Lebensstil“ ein unberechenbares Risiko in sich birgt, ging die heterosexuelle Mehrheit davon aus, dass ihre eigene Sicherheit nicht in Frage gestellt sei.

Trotzdem wurde 1983 festgestellt, dass AIDS ebenso Heterosexuelle betrifft, wurde erst eine weltweite Epidemie befürchtet. Kein Arzt konnte sich 1980 vorstellen, dass eine neue tödliche Krankheit sich über die Menschheit ausbreiten würde und das war ein unwillkommener und unerwarteter Schock.

1986 hat Hlafdan Mahler, Generaldirektor der WHO (Welt-Gesundheits-Organisation) AIDS als „eine gesundheitliche Katastrophe mit pandemischem Charakter“ bezeichnet und er sagte „er könne sich keine schrecklicheres Gesundheitsproblem für dieses Land vorstellen.“ Ein Biologie Professor der Harvard Universität erhob die Vorstellung noch weiter, indem er davor warnte, dass die Krankheit möglicherweise ein Viertel oder mehr“ der Weltbevölkerung dahinraffen könnte; somit gingen die Prophezeiungen der Verwüstung ungefähr gleich weit wie die beim „Schwarzen Tod“ (der Pest) im vierzehnten Jahrhundert.

Im gleichen Jahr hatte das US *Public Health Service* (öffentliches Gesundheitsamt) eine Sterblichkeit von über 50'000 AIDS Todesfällen vorausgesagt in den USA für 1991 – was die Anzahl der Todesursachen von AIDS auf den gleichen Stand wie dem durch Verkehrstoten anhob. Und die Behandlungskosten für diese Fälle wurde auf 10 oder 15 Billionen Dollar jährlich geschätzt. Ein Offizieller des US Gesundheitsministeriums (*US Department of Health an Human Services*) sprach das allgemeine Gefühl der bis an den Rand entzürnten aus, welche diese Zahlen als „umwerfend“ und „verwüstend“ ausriefen.

1987 warnt der US Chirurgen General, dass die AIDS Epidemie sich an der „Schwelle“ befinde, sich beschleunigend auf die heterosexuelle Gesellschaft überzugreifen. C. Everett Koop bemerkte, dass, wenn sich die Krankheit sich genau so „explosiv“ unter den Heterosexuellen verbreitet wie sie dies unter den Homosexuellen geschah, dann „sind wir in unglaublichen Schwierigkeiten“ Max Essex, ein Professor der Virologie und bekannter AIDS Forscher, nannte die Krankheit „eine wachsende Bedrohung“ und warnte, dass Heterosexuelle sich in einer „falschen Sicherheit wähnen, wenn sie denken, dass sie dadurch geschützt wären“.

Die Situation hatte auch in Teilen Afrikas, wo AIDS auch bereits verbreitet war, Alarm ausgelöst. Die London *Times* schrieb 1986 über eine „katastrophale AIDS Epidemie... welche über Afrika fege... und mehrere Millionen Afrikaner erfasst habe...und hundert Tausende zum Tode verurteilte... wird sich die Epidemie unausweichlich ausserhalb Afrikas verbreiten... ist eine scheussliche, unbewältigbare Katastrophe.“ Wenn sich die berichtete Sterblichkeit und Todesrate tatsächlich fortsetzen werden gegen Ende des Jahrhunderts wesentliche Teile der Bevölkerung in Zaire, Ruanda, Uganda und ihrer Nachbarsaaten elend zu Grunde gehen und ganze Landstriche in Afrika werden an die Löwen und Elefanten zurückgegeben werden.

Aber am Ende von 1987 bestätigten neue epidemiologische Zahlen, dass AIDS in den Vereinigten Staaten weiterhin nur auf die Homosexuellen und intravenösen Drogensüchtigen begrenzt blieb. Randy Shilts, Autorin des am meistverkauften Buches über AIDS, behauptete in einem

Interview 1988: „AIDS wird nie eine Krankheit der heterosexuellen Mittel Schicht Bevölkerung sein.“
Im November 1989 waren nur fünf Prozent der amerikanischen Fälle nicht Drogensüchtige oder Heterosexuelle.

In der ersten Ausgabe dieses Buches, welches im Frühling 1987 geschrieben wurde, habe ich vorausgesagt, dass AIDS sich nicht ausserhalb dieser bestehenden Risikogruppen ausbreiten würde. „AIDS wird sich unwahrscheinlich wie ein Buschfeuer unter ganz gesunden Personen ausbreiten... das Sodom und Gomorra Szenario der Verwüstung eines Viertels der Weltbevölkerung erscheint als weit übertrieben.“ (*AIDS and Syphilis*, Erste Ausgabe, 1987, S. 72).

Bis die Amerikaner einmal begriffen hatten, dass der Verbreitungsmodus von AIDS sich nicht verändert hat, verloren sie zu einem gewissen Teil ihr Interesse. Presseberichte über AIDS waren signifikant geringer 1988, als noch 1987. Eine im Oktober 1988 von der *New York Times* und der *CBS* durchgeführten Umfrage hatte 36 % ergeben von denen, welche antworteten, dass sie „Mitgefühl haben“ für Menschen, welche AIDS über homosexuelle Kontakte erworben haben, 26 % hatten „Mitgefühl“ mit denen, welche AIDS durch Drogenkonsum erworben haben, während 19 % „wenig Mitgefühl“ oder „kein Mitgefühl haben“ für Menschen mit AIDS überhaupt.

Auch wenn in Afrika die Krankheit bereits einen Gipfel erreicht zu haben schien – bleib sie konzentriert auf städtische Gebiete in Zaire, Uganda und Ruanda, und den umliegenden Ländern, wo sie hauptsächlich die gebildete und vergleichsweise wohlhabenden Gesellschaftsschichten erreichte, welche ihren sexuell freizügigen Lebensstil bekannt waren.

Aber, während AIDS nicht mit der Wildheit oder Sterblichkeit der Bubonen Pest, oder sogar mit den Cholera Epidemien des Neunzehnten Jahrhunderts verglichen werden kann, bleibt sie eine existentielle Bedrohung für jene, die sie sich zuziehen und eine vernichtende ökonomische Belastung für die Gesellschaft. Die Forschung nach ihren Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten ist durchaus gerechtfertigt.

Die 13'000 Todesfälle an AIDS in den Vereinigten Staaten im Jahre 1987 hatten nur gerade ca. 0,5 % aller Amerikanischen Todesfälle in diesem Jahr ausgemacht. (*Washington Post*, 16. August 1988, *Gesundheit*, S. 5) Die Cholera im 19. Jahrhundert verursachte fünf Millionen Tote in Europa, Russland und den Vereinigten Staaten.

Einer der vielen Besonderheiten dieser neuen Krankheit ist der anhaltende Zweifel über dessen Herkunft. Die Virus Theorie, welche 1982 so grossartig mit Fanfaren verkündet wurde, ist immer noch bei einer beachtlichen Minderheit von Virologen und anderen berühmten Wissenschaftlern. Die Virus Theorie wird ebenso von einer wachsenden Körperschaft von AIDS Patienten abgelehnt.

Diese ansehnliche Minderheit wird angeführt von Peter Düsberg, geboren im Münster, ausgebildet in München, Frankfurt und Tübingen und der jetzt Professor für Virologie an der Universität von Kalifornien in Berkeley ist. Sein anhaltender Schwall von Kritik hat das medizinische US Establishment beunruhigt und, seit er ein Mitglied der staatlichen Akademie der Wissenschaften (*National Academy of Science*) und ein führender Vordenker in der Virologie geworden ist, kann er nicht mehr so einfach ignoriert werden.

Düsberg hatte auf eine Reihe von Unvereinbarkeiten und wissenschaftlichen Widersprüchlichkeiten bei der Virus Theorie von AIDS hingewiesen, was wir auf den folgenden Seiten erläutern werden. Doch keiner dieser Aspekte hatte sich durchgesetzt gegenüber den anderen Ansichten, dass die medizinischen Einflüsse nicht die einzigen sind, welche bei diesem Streit einen Einfluss haben. Die US Regierung hatte mehr als eine Billion Dollar für die AIDS Forschung versprochen. Das bekannt werden, dass mehrere Ansichten bei dieser Krankheit vorherrschen, hätte ungeheure Auswirkungen auf die Verteilung dieser Gelder auf die unterschiedlichen medizinischen Berufe innerhalb des medizinischen Forschungsestablishments. In einer Kontroverse, wo so viel Geld im Spiel steht können rein wissenschaftliche Inhalte verloren gehen zugunsten von Teilnehmenden, welche offensichtlich ihre bisherige Stellung verteidigen, ihr eigenes „wissenschaftliches“ Verständnis, und Weisshemdige, ökonomische Interessen.

Unsere Behauptungen auf den folgenden Seiten sind, dass die Pathogenese von AIDS missverstanden worden ist durch die amerikanischen Gesundheitsbehörden. Bei dieser Krankheit handelt es sich in Wirklichkeit um eine Superinfektion – die durch HIV oder irgendwelche anderen Mikroorganismen – auf einem *bereits entarteten* Immunsystem ausgelöst wird.

Und bei einer grossen Mehrheit der Fälle, wird diese Zerstörung des Immunsystems durch die Syphilis bewirkt. Wie wir in den folgenden Kapitel zeigen werden ist, dass die Beweise, welche auf einen Zusammenhang zwischen der Syphilis und AIDS hindeuten, überwältigend sind.

Die meisten AIDS Patienten zeigen deutliche Anzeichen von ehemaliger und / oder aktueller Infektion mit Syphilis und in den Fällen, wo die Syphilis nicht aufgedeckt werden kann, muss eine Unzulänglichkeit der Serologischen Testmethoden vermutet werden.

Die herrschende medizinische Macht in den Vereinigten Staaten hat Probleme damit eine solche Theorie einzusehen, weil es sein gesamtes Prestige bereits einer anderen Theorie verpflichtet hat.

Als wir im Jahre 1982 mit der schrecklichen Herausforderung mit AIDS konfrontiert wurden, begannen Forscher automatisch nach einem neuen verursachenden Agens zu suchen. Und als das HIV, oder zumindest dessen Antikörper, bei einem grossen Teil der Fälle gefunden wurde, ist plötzlich behauptet worden, dass das „die Ursache“ sei.

Aber das war eine einfältige Überlegungen. Wenn das AIDS Virus nicht entdeckt worden wäre, dann hätte es erfunden werden müssen... Die Forscher waren völlig unfähig zu verstehen, dass AIDS ein qualitativ komplett anderes Phänomen darstellt und verglich es mit anderen Zuständen, welche die Medizin in der Vergangenheit „besiegt“ hatte – verursacht durch das Virus oder einem anderen Mikroorganismus und zurückwerfen mit passenden „Magischen Kugeln“ in Form von Medikamenten – oder sogar Impfstoffen.

Die Erklärung mit dem Virus hat sogleich die fachliche und öffentliche Meinung geprägt und schon bald wurden die ziemlich grossen Mittel der medizinisch etablierten Macht in Amerika mobilisiert um nach Lösungen zu suchen, diesen neuen Mikroorganismus zur Strecke und zum Erliegen zu bringen. Führende Wissenschaftler und mächtige Medizinische Institutionen setzten auf die Virus Theorie; die US Regierung verdankt zu einem grossen Teil seinen Offiziellen diesen Segen. Viele neue Handelsmöglichkeiten sind geschaffen worden – häufig unter der Beteiligung derselben „Wissenschaftler“ und bedeutenden Medizinischen Institutionen – um Verfahren herauszufinden, das AIDS Virus medizinisch diagnostizieren und behandeln zu können.

Wenn die Virus Theorie durch die Treponema Theorie (Syphilis wird verursacht durch das *Treponema pallidum*), dann müsste an diesem grossen und überbordenden Aufbau gekratzt werden.

Sich dieser Sache bewusst zu sein ist ein en sprudelnde Quelle, wenn sie eine offene wissenschaftliche Diskussion Verzerrt und Unterdrückt über eine Krankheit welche neu erscheint aber in Wirklichkeit schon alt ist. Die folgenden Seiten, so hoffen wir, werden dazu beitragen diesen Trümmerhaufen von unwissenschaftlichen und falsch geführten Argumenten weg zu schaffen, der inhaltlich bevorzugt wurde, Klärung zu schaffen in einem verfahrenen medizinischen Diskurs und wird helfen, einige medizinische Binsenwahrheiten der vergangenen Jahrzehnte neu zu beurteilen.

Kapitel 1 – Aufstieg und Fall des „Human Immunodeficiency Virus“

Der Streit über die virale Ursache von AIDS ist die Fortsetzung einer Auseinandersetzung, die so alt ist, wie die Bakteriologie selbst. Louis Pasteur Fehden des 19. Jahrhunderts mit Antoine Bechamp war der Beginn eines andauernden Widerstandes gegenüber denen, welche hysterisch die übertriebene Bedeutung der Bakterien und Viren, oder „Keime“, welche die Krankheit „verursachen“ und jenen, welche betonen, dass keine mikrobielle Infektion jede Person befällt, die ihr ausgesetzt wurde. Pasteur strebte danach, die Krankheiten zu heilen, indem er diesen „verursachenden“ Mikroorganismus identifiziert und zerstört. Bechamp und seine Nachfolger beschloss, dass der Zustand des Patienten (dem „Wirtsorganismus“) bestimmt, wer krank wird und wer nicht, und dass das Ziel einer Behandlung darauf hinausgehen muss, die angeborene, natürliche Abwehrkraft des Patienten zu stärken. Das Auftauchen jeder neuen Krankheit auf der medizinischen Bühne wird unweigerlich diese Streitfrage entfachen. Die medizinische Meinung konzentriert sich zuerst auf eine vermutete mikrobielle „Ursache“ und dann kehrt sie zurück und erlebt, wie der Zustand des Immunsystems des Patienten die entscheidende Rolle bestimmt.

Die gefasste Annahme einer Virus Theorie bei AIDS durch die öffentliche Meinung und der Mehrheit des Wissenschaftlern, bringt den Aufschwung der Pasteur'schen Denkweise zum Ausdruck. Alle Beteiligten suchen ein spezifisches, konkretes, greifbares Kernstück, welches möglicherweise als „Ursache“ für diese neue Plage erhalten könnte.

Selbstverständlich beweist die Anwesenheit des Virus nicht, dass er auch die Ursache ist. Und die Anwesenheit von Antikörpern würde, im Falle irgend eines anderen Mikroorganismus als Beweis angesehen werden „als eine wirksame, natürliche Abwehrreaktion, den sichersten Schutz gegen virale Krankheiten“, wie Peter Düsberg dies beschreibt (das ist lediglich einer von vielen Gründen, warum man vermutet, dass HIV sich von allen anderen, der Wissenschaft bekannten Viren, unterscheidet). Aber die Mehrheit der medizinischen Zunft hält daran fest, diesen Glauben zu bewahren. Gallo und Montagnier schrieben 1988: „Dass HIV die Ursache für AIDS ist, gilt mittlerweile als gesichert... HIV ist ein neues Pathogen, es erfüllt die grundlegenden Anforderungen einer „neuen Krankheit, einem neuen Agens.“

Die Virus Theorie von Gallo und Montagnier über AIDS, wie sie ursprünglich formuliert wurde, beinhaltet die folgenden vier Annahmen: (1) AIDS wird verursacht durch das HI Virus, welches bei allen AIDS verwandten Krankheiten gefunden werden kann; (2) das HI Virus greift Teile des Immunsystems an und verursacht an diesem einen Zerfall, welcher den Patienten empfänglich macht für PCP, KS und viele andere Infektionen; (3) das Virus ist aggressiv und einheitlich tödlich, es infiziert praktisch jeden, der damit in Kontakt kommt und führt in jedem Fall zum Tod; (4) AIDS ist eine einheitliche Krankheit, und zwar in dem Sinne, dass alle Erscheinungen der Krankheit durch eine von HI Virus veranlasste Immunschwäche erklärt werden können.

Keiner dieser Behauptungen der Virus Theorie von AIDS liegen Langzeitbeobachtungen zu Grunde. In der Tat begann diese Theorie bereits abzubrockeln, seit dem Tag ihrer Geburt. Wenn ihre ursprüngliche Form verglichen wird, mit dem wie sie sich heute präsentiert, kann man beobachten wie sie sich fast unmerklich verändert hat. Und immer noch bezeugen ihr die medizinischen Autoritäten ihre Ehre.

Die erste Behauptung, die verloren ging ist, dass das HIV in jedem Fall zu AIDS oder AIDS verwandter Krankheit führt. Tatsächlich kann das Virus nicht einmal bei der Hälfte der AIDS Patienten nachgewiesen werden, und Antikörper werden ebenfalls bei 10 – 20 % der AIDS Patienten nicht gefunden. Das CDC (*Center for Disease Control, eine Regierungsbehörde in Atlanta, Georgia*) hat Richtlinien für die Diagnose von AIDS entwickelt, falls trotz aller Labortests die Anwesenheit von HIV, oder dessen Antikörper, negativ sind.

Das Kaposi Sarkom (10 Prozent der AIDS Fälle und 50 Prozent der AIDS Toten) nahm vor Jahren eine besondere Stellung ein, weil es weder virale, noch Anti-virale Antikörper bei diesen Patienten gefunden werden konnten. 1986 hatte Gallo zugegeben, dass er „nicht mehr weiter weiss,

wie er das Kaposi Sarkoms erklären soll“. 1988 erklärte er und seine Kollegen, dass dies den unzuverlässigen Empfindlichkeiten der Labormethoden zuzuschreiben ist: „bessere Labortechniken bei der Virusisolation zeigen jetzt, dass eine HIV Infektion im wesentlichen bei allen (?) AIDS – Patienten vorhanden ist“. An der Internationalen AIDS Konferenz 1988 hat er und Montagnier zugestimmt, dass dieser „übermässig geschickt“ Virus sich selbst unsichtbar machen kann im Immunsystem und das bei allen zur Zeit angewendeten Untersuchungsmethoden. Gallo: „HIV kann sich im Immunsystem verstecken. Viele, viele, viele Menschen können infiziert sein und immer und immer noch seronegativ bleiben... weitere Studien sind notwendig.“ Montagnier verglich das Virus mit einem U-Boot, das sich geschickt unter der Oberfläche auf einen Angriff vorbereitet: „Kliniker müssen sich dieser Möglichkeit bewusst sein,“ sagte er. Allerdings werden HIV Antikörper noch lange nicht bei allen Fällen der Krankheit gefunden werden.

Die zweite Behauptung, welche zerbröckelte, waren die Erklärungsversuche, wie das Virus innerhalb des Körpers des Patienten wirkt. Gallo und Montagnier machte ursprünglich das HI Virus verantwortlich gewisse Elemente des Zellulären Abwehrsystems anzugreifen, besonders die Zellen, welche als T-4 Zellen („T-Helferzellen“) bekannt sind und die Bildung von Antikörpern stimulieren und im allgemeinen im Immunsystem des Körpers die Abwehr unterstützen. Es durchdringt sie wahrscheinlich und Reproduziert sich dort in einem wahnsinnigem Tempo, killt die Zellen indem es sie aufbricht und sich selbst weiterverbreitet innerhalb der lebenden Körperflüssigkeiten des Patienten um nach anderen T-4 Zellen zu suchen, die sie dann erobern. Als ein einfallsreicher NIH Forscher 1985 berichtete: dass „sich die T-Zellen vom Dasein als Lymphozyten abwenden und anfangen eine AIDS Virus Fabrik zu werden.“

So wurden sich die Veränderung im Verhältnis zwischen den T-4 und T-8 („Unterdrücker“) Zellen vorgestellt. Die T-8 Zellen wirken wie eine ablehnende Rückleitung, welche die Abwehrreaktion „umdrehen“ wenn die Gefahr für den Wirt vorbei ist. Bei einem gesunden Individuum ist das Verhältnis von „Helfer“ und „Unterdrücker“ Zellen zwischen 1:1 und 2:1. Der AIDS Patient hat deutlich weniger „Helfer“ als „Unterdrücker“ Zellen, wegen seiner Infektion mit dem Virus und seine Immunabwehr ist dadurch permanent „abgeschaltet“.

Kritiker dieser Theorie, haben schon früh auf einige ernsthafte Mängel hingewiesen.

Zuerst, als Düsberg erwähnte, dass andere Retroviren nicht auf diese Art vorgehen. „Retroviren sind bezeichnenderweise nicht Zelltötend (d. h. sie vernichten nicht Zellen). Im Gegenteil, sie fördern häufig das Zellwachstum.“ Deswegen gerieten sie damals in den Verdacht, Krebs zu erregen. Und T-Zellen wachsen sehr gut in Teströhrchen, die das Virus enthalten. Aus Entwicklungsgeschichtlicher Sicht macht es keinen Sinn für die Viren, Zellen zu töten, in denen sie leben.

Zweitens, HIV-1 ist biochemisch nicht aktiv: „HIV ist nicht mehr aktiv, bei denen, die daran sterben, als bei denen, die noch überhaupt keine Symptome haben; genau wie Sie und ich, ein Virus muss etwas tun, damit etwas getan ist.“

Darüber hinaus infiziert der Virus nur 0,001 – 0,1 Prozent der T-Zellen. „Unter diesen Bedingungen kann HIV nicht für den Schwund der T-Zellen, dem Markenzeichen von AIDS, verantwortlich gemacht werden, selbst wenn alle infizierten Zellen absterben würden. Weil während den zwei Tagen, welche das HI Virus benötigt, um sich zu reproduzieren, der Körper bereit wieder ungefähr 5 Prozent seiner T-Zellen erneuert hat, mehr als genug, um diesen Verlust auszugleichen, welcher durch das HI Virus verursacht sein kann.“ Er verglich diesen Verlust an T-Zellen mit dem von einem Tropfen Blut pro Tag.

Düsbergs Kritiker erzwangen genauere Nachforschungen und Formulierungen zu diesem Punkt der Virus Theorie. Zur Angelegenheit der biochemischen Aktivität des Virus wendete die Gallo Gruppe ein, dass ein gewisse indirekte Messungen zeigen würden, dass sie in dieser Art aktiv seien. Aber sie akzeptierten Düsbergs Bemerkungen über das niedrige Mass des Verlustes der T-Zellen. Anthony Fauci, Direkter eines der NIH Institute, schrieb 1988: „Es scheint, dass der Bestand an T-Zellen fähig ist, eine solch erstaunlich tiefe T-Zellen Zerstörungsrate auszugleichen. Daraus wurde hypothetisiert, dass zusätzlich zu einer direkt vom HIV veranlassten Zytopathischen Effekt an der betroffenen T-4 Zelle, andere mögliche Mechanismen der T-4 Zellstoffe bewirken könnten. Robert Gallo: „Es wurde klar, dass das direkte zerstören dieser Zellen nicht genügt, um die Verwüstung erklären zu können,

die sich bei AIDS Patienten beobachten lässt. Indirekte Mechanismen müssen auch am Werk sein,“ Robert Redfield, vom *Walter Reed Army* Forschungsinstitut in Washington, D. C.: „Eine HIV Nachbildung kann nur in einer kleinen Fraktion der T-4 Zellen demonstriert werden, welche von HIV infizierten Patienten gesammelt werden. Die Zellen, welche durch Nachbildung allein zerstört wurden, können das Immunsystem wohl etwas beeinträchtigen aber sie verursachen nicht eine solche Immunschwäche, wie sie bei AIDS vorgefunden wird. Der Widerspruch könnte nur geklärt werden, indem diese Zellen durch andere Einflüsse absterben würden. Zur Zeit werden mehrere andere Mechanismen der Vernichtung in den Laboratorien dokumentiert. Ob sie auch im Körper stattfinden ist nicht bekannt.“

Aber wenn ein direkter Befall von T-Zellen durch das Virus ausgeschlossen ist, dann ist die Virus Hypothese substanziell geschwächt. Bis dass diese „indirekten Mechanismen“ demonstriert werden können, muss eine Beurteilung zu diesem Punkt der Virus Theorie ausgesetzt bleiben.

Das dritte Element der Gallo-Montagnier Theorie hat eine Verbindung zu der vermuteten Angriffslust und seiner Tödlichkeit. Ziemlich im Gegensatz zu den ursprünglichen Erwartungen, scheint das Virus weder sehr infektiös, noch bei Abwesenheit zusätzlicher Faktoren – sehr tödlich zu sein.

Studien an heterosexuellen Paaren, bei welchen ein Partner HIV-1 hat, fanden heraus, dass der andere Partner bei weniger als zur Hälfte der Fälle infiziert werden, trotz regelmässigem Geschlechtsverkehr über Monate und Jahre. Die Wahrscheinlichkeit einer HIV Infektion nach 500 mal Geschlechtsverkehr mit einer Infizierten Person wird auf 66 Prozent geschätzt.

Gallo und seine Kollegen bestanden darauf, dass die „Nadelstich Infektion“ (beim Pflege- und Krankenhauspersonal, das sich selbst mit HIV infizierten Nadel unter die Haut sticht) der deutliche Beweis dafür ist, dass HIV-1, AIDS verursacht.

Tatsächlich ist es wahr, dass das CDC einen einzigen Fall von „Nadelstich Verletzung“ dokumentierte, der AIDS entwickelt hatte; unglücklicherweise wissen wir nichts über die weiteren Umstände und Hintergründe dieses Individuums, welches möglicherweise günstige Voraussetzungen hatte, AIDS zu erwerben. An welchen anderen Krankheiten es gelitten hatte? Ob er Drogensüchtig war, oder Homosexuell?

Diese Daten über „Nadelstich Infektionen sind wirklich ziemlich erstaunlich für ihr sehr seltenes Vorkommen einer Infektion.

In einer nationalen Studie, welche vom CDC gemacht wurde, sind vier Personen von 870 Angestellten im Gesundheitswesen, welche sich versehentlich ihre Haut mit einer, mit Blut eines AIDS Patienten kontaminierten Nadel, durchstochen haben, mit HIV infiziert worden; weitere 104, dessen Haut oder Schleimhaut in Berührung kam mit Blut von AIDS infizierten Patienten, wurde keiner infiziert. In einer Studie über 691 Angestellte im Gesundheitswesen mit mehr als 2'000 malig berichteten Haut und Schleimhaut Kontakten mit Blut oder Körperflüssigkeiten von AIDS Patienten, sind keine HIV Infektionen vorgekommen. Daraus resultiert ein Total von vier Infektionen (und einem AIDS Fall) aus mehr als 3'000 Kontakten! Die Autoren beschlossen: „Dass das wahrscheinliche Risiko sich eine HIV Infektion durch gelegentlichen pflegerischen Kontakt zu erwerben, sehr gering ist.“

Das etablierte AIDS Meinung findet es auch bezeichnend, dass AIDS durch transfundiertes Blut übertragen werden kann. Diese Frage, und die Wahrscheinlichkeit einer Kontamination durch Blutvorräte, werden im Kapitel 5 besprochen.

Die Tatsache, dass AIDS begrenzt bleibt auf eine gewissen, scharf definierte Risikogruppe spricht stark gegen seine allgemeine Infektiösität. Obwohl Gallo in Clarke Kent erklärt hatte, dass „HIV AIDS verursachen würde, wenn man nur eine genügende Menge der richtigen Stämme des Virus verabreiche... einzig und allein von diesen“, dann wird das nicht durch eine epidemiologische Beweisführung erbracht.

Zur Zeit sind nur vier Prozent der US AIDS Fälle heterosexuell, bei denen keine Risikofaktoren identifiziert werden konnte; aber dies meint nicht, dass keine Risikofaktoren vorhanden sind (die heterosexuellen Fälle sind ebenso überwiegend Schwarze und Hispanischer Herkunft). Wie wir später zeigen werden im Kapitel 3, ist die Syphilis einer der hauptsächlichsten Risikofaktoren bei dieser Gruppe.

Im ganzen scheint das Virus nicht sehr ansteckend zu sein. James W. Curran, Kopf des CDC AIDS Programms, erwähnt folgerichtig, „dass eine grosse Anzahl an biologischen Unbeständigkeiten bei der Übertragung noch ungeklärt sind.“ Und diejenigen, welche infiziert sind nicht alle AIDS im selben Ausmass entwickeln. Düsberg hat gezeigt, dass das Ausbrechen von AIDS unter allen HIV Infizierten Amerikanern nur ein Prozent ausmacht, während die Häufigkeit unter männlichen Homosexuellen bei 10 % oder mehr liegt. „Diese Diskrepanz zwischen der Epidemiologie von HIV Antikörper und AIDS weist darauf hin, dass weder HIV noch die Antikörper darauf genügt, um AIDS zu verursachen.“

Die Unterschiede unter den verschiedenen AIDS Risikogruppen führte die NIH Forscher, darunter auch Robert Gallo 1986 dazu, die „Hoffnung“ auszudrücken, „dass zusätzliche Faktoren eine Rolle spielen könnten, dessen Ausdeutung noch gefunden werden muss.“ Düsberg stimmte zu: „Das Virus genügt nicht, um AIDS zu verursachen... man vermutet einen zusätzlichen Faktor oder eine weitere Ursache.“

Schliesslich, dass alle HIV Infizierten Individuen unausweichlich zu Tode verdammt sind? Mitte 1988 hat der Direkter des CDC angekündet: „Wir müssen annehmen, dass Jedermann, der infiziert ist, auch Symptome bekommen wird. „Der New Yorker Gesundheitsbeamte verkündete: „Kürzlich haben Studien sehr hohe Raten von möglichen Krankheiten, vielleicht sogar annähernd 100 Prozent, ergeben bei denen, welche HIV infiziert sind.

Diese Erklärung jedoch erschien ziemlich äusserst unwahrscheinlich.

Erstens, das Virus hat Tiere kaum Einfluss oder kommt nicht vor. 1984 haben Wissenschaftler am *National Institute of Health* und des CDC Schimpansen AIDS infiziertes Blut injiziert und sogar mit reinen Viren Kulturen. Einige waren ziemlich unbetroffen, aber einige entwickelten mässige und vorübergehende Symptome, welche denjenigen einer HIV-1 Infektion ähnlich sind. Keiner starb. Mitte 1988 haben Forscher in Kalifornien Zellen des menschlichen Immunsystems in Mäuse Transplantiert; sie wollten in einer „mäuslichen“ Brutstätte ein „menschliches“ Immunsystem kreieren, das dann mit HIV infiziert werden konnte. Mehrere Monate später, als die Mäuse voll von Viren waren, waren sie munter wie immer und zeigten keine Anzeichen des Sterbens an AIDS.

Und zweitens, die epidemiologischen Daten, welche die endgültige Letalität von HIV belegen sind so absurd, dass sie eine bewusste Täuschung der Öffentlichkeit vermuten lassen. Dies wurde bei einer Studie über Hepatitis unter männlichen Homosexuellen, welche an der San Francisco City Klinik zwischen 1978 und 1980 behandelt wurden festgestellt, welche – *per definitionem* zu der Gruppe von Männern gehören, welche eine Anzahl an mitspielenden Faktoren haben.

Eine Studie an 359 Männern aus dieser Gruppe hat ergeben, dass 64 % Amphetamine verendet, 84 % konsumierten Kokain, 51 % Beruhigungsmittel, 41 % Barbiturate, 20 % intravenöse Drogen und 13 % tauschten Nadeln untereinander aus. Die grosse Mehrheit von ihnen nahm dazu „Poppers“ (Amyl und Butyl Nitrite). Auf dem Gebiet der sexuellen Verhaltensweisen praktizierten 95 % empfangenden, analen Geschlechtsverkehr, 57 % hatten durchschnittlich mehr als vier verschiedene Geschlechtspartner pro Monat, 44 % praktizierten eindringenden oder empfangenden „Faustfucking“ (womit das Einführen von Finger oder Händen in die Körperöffnungen des Partners gemeint ist) mit unsteten Partnern. Und 18 % teilten sich die Dusche.

Von ihnen wurden 74 % wegen Gonorrhoe behandelt, 73 % gegen Hepatitis, 30 % wegen Amöben und 28 % gegen Syphilis; 57 % hatten Erfahrungen mit blutigem Geschlechtsverkehr.

„Faustficken“ – Das Einführen der Hand und des Armes, manchmal hinauf bis zum Ellbogen, in den Anus eines anderen Mannes – eine übliche Ursache für Bauchfellentzündung (Peritonitis) und anderen Störungen.

Als gefrorene Blutproben aus den 1970 er Jahren, Mitte der 1980 er Jahre untersucht wurden, wurden bei drei Viertel dieser Gruppe HIV-1 Infektionen gefunden. Gegen Ende von 1988 entwickelte sich bei einem Drittel AIDS, während 40 % einige Symptome von AIDS zeigten und nur 20 % symptomfrei blieben. Das war die Grundlage um zu behaupten, dass die HIV-1 Infektion unausweichlich zu AIDS führen wird in einem Zeitraum von sechs oder sieben Jahren.

Die Ergebnisse dieser und anderer Studien, welche an derselben schwulen Bevölkerungsgruppe aus San Francisco gemacht wurden, wurden verwendet, um die Lebenserwartung nach einer HIV Infektion *an der gesamten Bevölkerung der Vereinigten Staaten* abzuschätzen!

Die mögliche Beteiligung von zusätzlichen Faktoren wurde unbeachtet gelassen, obwohl der *New York Times* Medizinjournalist Lawrence K. Altman die Aufmerksamkeit darauf gerichtet hatte:

„Eine andere Unsicherheit ist, ob die Erfahrungen bei den schwulen Männern in San Francisco repräsentativ sein kann für andere Menschen, dessen Lebensstil sich unterscheidet. Zum Beispiel, die Häufigkeit der Gelegenheiten mit dem Virus in Kontakt zu kommen, wie sie stattgefunden haben muss unter den vielen sexuell aktiven schwulen Männern, ist unbekannt. Und einige Fachleute denken, dass eine Geschichte von Parasitären Infektionen der Eingeweide im Bauchraum, sowie venerische Krankheiten (=Geschlechtskrankheiten!) oder anderen Infektionskrankheiten, welche verbreitet sind bei den sexuell freizügigen, homosexuellen Männern sehr verbreitet ist, kann die Prognose einer AIDS Virus Karriere wesentlich verschlechtern.“

Ich suchte nach einer Erklärung für diese Vergewaltigung der Statistischen Methoden bei einem Treffen von AIDS Fachleuten in Washington D. C. 1988, welches unterstützt wurde von der Amerikanischen Stiftung für AIDS Forschung und an dem Anthony Fauci, William Hestline und verschiedene weitere AIDS Prominente, teilnahmen. Ein Pressebericht berichtete so über die Ereignisse:

„Der zweite Sprecher aus dem Publikum war Coulter, der fragte, ob diese Ansichten anhand der Studien an der San Francisco City Klinik an der Gruppe der schwulen Männer, welche Hepatitis B hatten und höchst freizügig ihre Sexualität ausleben und viele Beruhigungsmittel („recreational Drugs“) konsumieren, auf alle Menschen, die in den Vereinigten Staaten leben und seropositiv sind, übertragen werden können? Aus unersichtlichen Gründen waren die Epidemiologen weder unfähig oder ungewillt, auf diese Frage einzugehen. Coulter jedoch drängte, indem er die Frage in mehreren, verschiedenen Formulierungen wiederholte, von denen alle deutlich und klar waren. Aber die „AIDS Fachleute“ antworteten nicht. Das war insofern erstaunlich, weil diese Frage eine der grundlegendsten bei allen Statistiken ist. Es ist die Frage, wie repräsentativ eine Gruppe bestimmter Individuen einer umfassenden Gruppe oder Bevölkerung - ob man aus den daraus stammenden Einsichten auf das ganze umfassend, schliessen kann.“

Die Ergebnisse der San Francisco Studie widersprechen in vieler Hinsicht deutlich einer ähnlichen Studie, welche in New York freiwillige mit Hepatitis B zur gleichen Zeit durchführten. Mindestens 13 Männer, welche sich 1978 mit dem Virus infiziert hatten, als sie sich freiwillig für diese Studie zur Verfügung gestellt hatten, lebten weiter für bisher mindestens neun Jahre bei bester Gesundheit. Der Chef Epidemiologe vom New Yorker Blutspendezentrum erklärte 1987: „Eine erstaunliche Tatsache ist, dass das Immunsystem von allen 13 dieser Männer „ganz normal“ funktioniert. Und von 87, die HIV positiv wurden seit 1981, entwickelte nur einer AIDS im Laufe der Zeit des Berichtes bis 1987.“

Bis wir eine Studie haben über die Auswirkungen von HIV-1 bei Nicht-Homosexuellen, Nicht-Drogensüchtigen, Nicht-Hepatitis und Nicht sexuell freizügigen Individuen, haben wir keine Ahnung über die Prognose einer HIV-1 Infektion bei einer ansonsten „gesunden“ Person. Es könnte nicht ernsthafter sein als eine ganz banale Erkältung. Bis dahin müssen wir die Ansichten des französischen Wissenschaftlers, Jacques Leibowitch akzeptieren: „...möglicherweise werden wenige 10 % von denen, die das Virus in sich tragen, jemals irgendwelche Symptome erfahren.“ Oder die von Düsberg: „es gibt nebst seiner latenten Anwesenheit, keinen Beweis, dass (HIV) notwendig für AIDS ist... das AIDS Virus kann auch nur eine übliche Infektion sein, bei denen, die für AIDS entsprechende Risikofaktoren aufweisen.“

Sorgfältige Prüfungen in verschiedenen Drittwelt Ländern haben die Anwesenheit des HIV-1 dokumentiert, vermutlich über Generationen oder länger, während ihre Träger ein gesundes und ausgeglichenes Leben führten. Zum Beispiel in einer abgelegenen ländlichen Gegend im östlichen Zaire wurden im Jahre 1985, 250 Patienten des örtlichen Krankenhauses von denen keiner klinisch Symptome von AIDS hatte, zeigten zwölf Prozent die klare Anwesenheit von HIV-1 Antikörper, während ein weitere zwölf Prozent Grenzfälle waren. Das Vorkommen war hoch unter nicht ausgebildeten Landwirtschaftsarbeitern, und die Autoren folgerten, dass das Virus, oder ein ihm sehr ähnliches, endemisch in dieser Region sein muss. „Unter denen mit Antikörpern in dieser Studiengruppe gab es keine Beziehung mit irgend einem Symptom der Krankheit ob akut, oder nicht akuten gesundheitlichen Beschwerden, was den Eindruck erwecken könnte, dass diese Personen in keiner Art und Weise mit einem der AIDS verwandten Gesundheitsprobleme beschrieben wird, bei der momentanen Epidemie... Wenn also die Antikörper anzeigen, dass ein grosser Bevölkerungsanteil dem (HIV-1) ausgesetzt ist, dann muss diese Bevölkerung eine HIV-1 Infektion gehabt und überlebt haben, ohne irgendwelche gesundheitliche Probleme zu haben.“

Max Essex und Phyllis Kinski haben herausgefunden, dass HIV-2 in Westafrika weit verbreitet ist – gegenwärtig bei bis zu 15 % bei gewissen Studiengruppen. Aber dort war die grosse Mehrheit gänzlich gesund, auch, wenn sie möglicherweise bereits vor mehreren Jahren infiziert worden sind.

1985 zeigte sich bei Venezuelanischen Indianern, welche in vollständiger Isolation von der übrigen Bevölkerung des Landes lebten, dass ein Vorkommen zwischen 3,3 und 13,5 Prozent mit dem AIDS Virus infiziert waren; während dem sie ausserhalb des Kontaktes zu jeglicher Zivilisation lebten, und es unwahrscheinlich war, dass sie sich innerhalb der letzten Zeit infizieren konnten.

Es gibt einen Beweis, dass sich HIV-1 Und HIV-2 zwischen den Jahren 1940 und 1945. Gallo hatte behauptet, dass das Virus in Afrika bereits seit Jahrhunderten vorkommt. Wenn dem so ist, warum brach dann diese AIDS Epidemie erst 1980 aus?

Gallo bestätigte in einem Interview 1988, „jedes Individuum mit einem pathologischen Keim, wird an diesem Virus sterben, aber glücklicherweise sind nicht alle Stämme gleichermassen pathogen.“ Das könnte der Grund sein!

Das vierte Element der Gallo-Montagnier Theorie ist, dass AIDS eine einheitliche Krankheit ist, und alle seine Äusserungen mit einem Zusammenbruch des Immunsystems erklärt werden können. Doch einige Manifestationen bei AIDS (wie der Pneumonie) mit

einem geschädigten Immunsystem zusammenhängen können, kann man bei anderen Manifestationen, wie dem schwer zu behandelnden Durchfall und dem Gewichtsverlust, die Enzephalopathie und Demenz, nur sehr schwer in einem Zusammenhang mit einer Immunschwäche erkannt werden.

Am Internationalen AIDS Kongress in Stockholm 1988 haben Gallo und Montagnier eine Pressekonferenz abgehalten um zu verkünden, in Gallo's Worten: „Es gibt standhafte abschliessende Beweise, bereits seit vier Jahren, dass HIV die Ursache für AIDS ist.“ Sagte er: „Peter Düsberg ist schlau, aber er hat nie ernsthafte Überlegungen über das HIV nachgedacht, aus meiner Meinung.“ Dieses höchst unübliche Manöver lässt eine beginnende Hektik im orthodoxen Lager vermuten. Wie die zunehmende Erfahrung über AIDS zeigt, dass es sich um ein dynamisches Spiel zwischen der Infektion durch den verursachenden Mikroorganismus und einem geschwächten Gastwirt, handelt. Ein gesundes Individuum kann wenigen Keimen Sand halten. Wenn die Gastwirtschaft jedoch abfällt, erhöht sich die Anzahl der einst freundlichen und gemässigten Gäste und die Mikroorganismen werden virulent (böartig) und der ernsthaft geschwächte Patient kann an einer gewöhnlichen Erkältung sterben.

An einem anderen Ort hatte Gallo, Düsberg „einen kleinen Hund, der nicht gehen lässt“ genannt. Düsberg (dessen Grösse 175 cm beträgt) entgegnete, dass er nicht nachlassen werde, bis diese Fragen beantwortet wären.

Das HIV-1 ist ein wenig mehr, als nur eine andere „opportunistische“ Infektion in einem *bereits zerstörten* Immunsystem – sondern am meisten ein zusätzlicher Faktor, welcher möglicherweise mithilft bei der Entwicklung von AIDS, wenn er sich kombiniert mit anderen Faktoren.

Dies ist bereits bekannt und trifft zu für die PCP. Das *Pneumocystis carinii Virus* kann bei neun von zehn gesunden Personen gefunden werden und hat nur einen Einfluss auf das Leben bei denen, deren Immunsystem geschwächt ist. Aber was für die *Pneumocystis carinii* zutreffen kann, könnte genau so für HIV zutreffen. Vielleicht können *beide* nur Überhand nehmen, wenn das Immunsystem bereits geschwächt ist. Levy und Ziegler hypothetisierten 1983, dass „AIDS selbst eine opportunistische Infektion ist. Es verursacht nur Krankheiten bei Individuen, die bereits Immungeschwächt sind durch Hepatitis B, Zytomegaloviren, Parasiten oder anderen Immunsuppressiven Faktoren.“

Wenn das zutrifft, dann sollte sich die Forschung auf diese Faktoren ausrichten, welche das Immunsystem aushöhlen und die Vorbereitungen schafft für die Entstehung der *Pneumocystis*, mit HIV-1 und HIV-2 und vielleicht mit anderen gewöhnlich unschädlichen Viren und Bakterien.

Die folgenden Seiten diskutieren eine Krankheit – die Syphilis – welche das Immunsystem redlich zu einem Zusammenbruch bringen kann und so an einen Fall von AIDS heranführt, dessen Bedeutung für die momentane Epidemie noch nicht erkannt wurde.

Kapitel 2 – Syphilis und Syphilis Unterdrückung

Die Syphilis grassierte in Europa während dem ausgehenden 16. Jahrhundert. Weil der Ausbruch der Seuche mit der Rückkehr des Columbus aus der Neuen Welt zusammentraf, und die ersten betroffenen Länder Spanien und Portugal waren, wurden besonders die Seefahrer beschuldigt, die Krankheit von den karibischen Indianer aufgelesen zu haben. Aber die Historiker sind sich nicht wirklich einig, ob dies wirklich stimmen kann.

Die Erscheinungen der Plage waren besonders bösartig in den ersten Dekaden, mit vielen Toten während den ersten und zweiten Stadien.

In den folgenden Jahrhunderten wurde eine chronische Form angenommen, welche eine immer anwesende Tatsache im medizinischen Leben, überall in der Welt darstellte, allerdings ohne die früheren Befürchtungen des schnellen Todes, jedoch immer noch gefürchtet, wegen der ihr anhaftenden Eigenschaft der Verursachung lang anhaltender chronischen Störungen.

Der Wechsel im Charakter der Krankheit wurde anhand von den im frühen zwanzigsten Jahrhundert durchgeführten Studien an nicht-behandelter Syphilis in Norwegen gesehen, die herausbrachte, dass 70% der Patienten sich wieder ganz erholten, während 15% an chronischen, unbehandelbaren kardiologischen und neurologischen Schädigungen litten und die übrigen 15% relativ gutartige Symptome verzeichneten. Es wurde nur eine wenig überhöhte Sterblichkeit, im Vergleich zu gesunden Personen festgestellt, allerdings, im Ganzen, führte die Syphilis zu einem schnelleren Alterungsprozess.

Während dem ersten Weltkrieg schätzten medizinische Behörden, sowohl in England als auch in den Vereinigten Staaten, dass ungefähr zehn bis zwanzig Prozent der Rekruten Zeichen einer Infektion zeigten; diese Zahl repräsentiert vermutlich die Verbreitung der Syphilis Infektion in der westlichen Gesellschaft zu dieser Zeit. Einige Behörden meinten, dass die Krankheit überwiegend mehr Randgruppen in den Vereinigten Staaten betreffe, als Europäer.

Als im Jahre 1969 bei 500 eintretende Patienten in das „General Hospital“ von Atlanta, Georgia konsequent nach Syphilis untersucht wurden, fand man bei einem von sechs (16.8 %) positive Ergebnisse. Von 43 Millionen Blutuntersuchungen in den Vereinigten Staaten im Jahre 1977, waren 1,5 Millionen (3,5 %) Syphilis positiv. Von Westdeutschen Blutspendern waren im Jahre 1981 0,63 % positiv. Eine 1986 durchgeführte Studie in England waren bei 2000 Spitalpatienten über dem 55. Lebensjahr zeigten 2,5% Zeichen einer früheren Infektion mit Syphilis; Drei Viertel waren niemals diagnostiziert oder behandelt. Diese Zahl widerspiegelte beide Gruppen, behandelte und unbehandelte Syphilis, gab einen Eindruck über das Vorkommen dieser Krankheit gegen Ende des 20. Jahrhunderts in industrialisierten Ländern.

1945, als die neue Medizin das Penizillin eine gänzliche Therapie versprach, war die Syphilisbehandlung die erste Priorität. Eine grosse Kampagne wurde in den Vereinigten Staaten lanciert, und Millionen von staatlichen Dollars wurden jedes Jahr ausgegeben für dieses immer noch seltene und teure Medikament.

Zuerst erschien die Kampagne als erfolgreich. Von 1948 bis 1950 nahm die Anzahl neuer Fälle ab, und zwar von 100'000 pro Jahr auf weniger als 10'000. Aber weil die Vorteile des Penizillins so augenfällig erschienen, wurden keine kontrollierten Studien vorgenommen um festzustellen, ob das neue Medikament auch wirklich heilsam war. Der „klinische Eindruck“ blieb die Grundlage der positiven Bewertung der Penizillinsbehandlung. Im besonderen wurden keine grossangelegten oder ergänzenden Anstrengungen unternommen um die Langzeit Auswirkungen der Behandlung zu ermitteln – oder zu bestätigen, wie gesund diese „Behandelten“ Fälle in Wirklichkeit waren.

Das war ein Fehler, denn in den frühen Sechziger Jahren nahmen zu jedermanns Erstaunen die neuen Fälle wieder zu und es wurde augenscheinlich, dass die Beziehung zwischen Syphilis und Penizillin weit weniger erfolgreich war, als die Ärzte annahmen in den ersten, vielversprechenden vergangenen Jahren. Es waren 25'000 neue Fälle im Jahre 1965, über 35'000 im Jahre 1987, und 100'000 im Jahre 1988, was den Vereinigten Staaten das höchste Vorkommen der Syphilis seit 1950 bescherte.

Nach einigen Monaten oder Jahren erreichten die Patienten die verborgenen Spätstadien, und ein Rückfall, grundsätzlich nicht möglich, oder unwahrscheinlich erschien. Aber es gibt keine

gleichmässige Abgrenzung zwischen den „frühen“ und den „späten“ Latenten Stadien. Ein Syphilis Handbuch, herausgegeben 1961 von den US Public Health Service, konnte nur „vermuten“, dass bei der „grossen Mehrheit“ der Fälle das latente Spätstadium innerhalb von zwei Jahren nach der Infektion beginnt; „möglicherweise“ sei das erste Jahr „für epidemiologische Zwecke“ das am meisten infektiöse.

Andere Behörden schätzten, dass, unbeachtet der Behandlung, die Patienten während mehreren Jahren ansteckend bleiben.

Personen, die jemals Syphilis hatten, behandelt oder unbehandelt, scheinen unwahrscheinlich, einen erneuten Schanker (Primäraffekt) zu entwickeln nach einer erneuten Infektion, die Krankheit geht offenbar sogleich in das zweite Stadium über.

Eine Frau, die jemals Syphilis gehabt hatte, unbeachtet der Behandlung, kann diese ihrem Fötus während der ganzen Schwangerschaftsperiode weitergeben.

Nach dem Latenzstadium kommt das „Spät-“, oder „Tertiärstadium“ der Syphilis, wenn das Treponema in das Herz, Hirn und Nervensystem eindringt und Läsionen verursacht, welche als Gummata oder Plaques bekannt sind; auf der Oberfläche wandeln sich diese zu Ulzera um, welche die Nase wegfressen können, oder die Unterlippe, den Gaumen, u. s. w.; im Inneren des Körpers verursachen sie kardiovaskuläre und neurologische Störungen (tabes dorsalis, Lähmungen, Geisteskrankheit, Wahnsinn) Theoretisch ist das Individuum mit Tertiärer Syphilis nicht infektiös.

Die Sättigung der amerikanischen Gesellschaft mit Penizillin in den ersten Nachkriegsjahrzehnten, verschonte nicht vor Syphilis. Es wurde mehr oder weniger willkürlich mit diesem neuen Medikament behandelt und ebenso später mit den anderen Antibiotika, die folgten. Viele Syphilitiker wurden unachtsam behandelt, indem sie Verordnungen für Gonorrhoe, Akne oder irgend einen anderen Zustand erhielten. Der Schanker heilte manchmal zu als Folge von Antibiotika, während der Patient krank und ansteckend blieb. Das Ergebnis war Unterdrückung des ersten Stadiums, und sogar des zweiten Stadiums; Symptome und Krankheit begannen das Spätstadium schon ganz am Anfang.

Die Ärzte waren sich dies bewusst und erörterten darüber, ob die Syphilis wirklich geheilt sei. Das „New England Journal of Medicine“ schrieb im Leitartikel im Jahre 1951: „Die zu kleinen Gaben von Penizillin bei der Behandlung der Gonorrhoe, kann eine anfängliche syphilitische Läsion mildern (ändern „modify“), oder sogar sein Vorkommen verhindern, ohne jedoch seine gänzliche Heilung hervorzubringen.“ Das U.S. Public Health Service vermerkte im Jahre 1961, dass der Gebrauch von Antibiotika „serologische Muster in vielen Fällen verändert, ohne eine gänzliche Heilung zu bewirken“.

Darüber hinaus ist bekannt, dass Penizillin bei Reinfektionen viel weniger wirksam ist. Die Einführung von „Langwirksamem“ Penizillin, so bequem es auch für den Arzt und den Patienten sein mag, machte die Angelegenheit zweifellos schlimmer. Wissend, dass dieser Wirkstoff sich auf die Treponema auswirkt während sie sich teilen (durch eine Störung der Zellwand Synthese) und unter Berechnung, dass diese sich alle 30 bis 33 Stunden teilen, folgerten die Ärzte, dass zwei oder drei Dosen von langwirksamem Penizillin alle 33 Stunden die Krankheit gänzlich ausrotten würde. Aber nicht alle Treponema teilen sich alle 30 bis 33 Stunden, und Penizillin diffundiert nicht gleichmässig durch alle Gewebe des Körpers. So blieben viele mit langwirksamem Penizillin behandelte Fälle ungeheilt.

Die unbeantwortete Frage war, wie oft dies geschah. Syphilis war seit den Dreissiger Jahren bekannt dafür, dass sie auch in nicht-symptomatischer Form, bekannt als „serologische Syphilis“ auftrat. Ein 1947 erschienenes Textbuch erklärte, dass „von 25 bis 40 Prozent der erworbenen Syphilisfälle, die Patienten keine Läsionen bemerkte, das heisst, ohne Schanker oder Hautausschlag einhergeht. Das ist häufiger bei Frauen der Fall.“ Eine 1958 veröffentlichte Schrift über bakteriologische Krankheiten hielt fest:

Die Kontrolle über die Syphilis ist besonders schwierig, weil viele infizierte Individuen sich nicht bewusst sind, dass sie die Krankheit haben; besonders bei Frauen, bei denen die ersten Läsionen gänzlich innerhalb der Geschlechtssteile vorkommen und grösstenteils symptomlos verlaufen.

Zwei Kalifornische Ärzte berichteten 1970, dass „die Mehrheit der gemeldeten Syphilispatienten eine verborgene Form der Krankheit haben und wenig Kenntnisse oder Erinnerung über die Quelle ihrer Infektion hätten.“

Ein französischer Arzt beschrieb 1987, nachdem er positive serologische Reaktionen bei 73 praktizierenden Prostituierten in Paris beobachtet hatte, dass „alle von ihnen regelmässig untersucht wurden und frei von irgendwelchen Symptomen waren.“

Viele während der Antibiotika Ära, besonders Frauen, die Syphilis erworben haben, hatten davon nie Kenntnis! Die abgeschwächte Nachkriegskrankheit war sogar noch sanfter geworden durch den grossen Einsatz von Penizillin. Während Forschern an der „John Hopkins Medical School“ darüber spekulierten, dass „die gänzlich symptomfreie syphilitische Infektion als alleinige Folge des Penizillins eine ungewöhnliche Erscheinung sei,“ zumindest kam das vor und andere Ärzte haben im gleichen Jahr angenommen, dass ein Rückgang der Syphilis festgestellt werden konnte.

Einige wurden geheilt, andere nicht. „Zufälligerweise“ mit Antibiotika Behandelte haben lediglich das klinische Bild verwirrt, so dass weder Arzt noch Patient ein richtiges Bild von dem, was sich wirklich ereignet.

Sogar die Tertiärsyphilis veränderte ihre Erscheinungsform, indem sie Herzschläge, Hirnschläge und andere Zeichen und Symptome offenbarte, welche bisher nicht mit der Syphilis in Verbindung gebracht wurden.

Die Syphilis zu behandeln verlangte mehr Geschicklichkeit als das, was zu dieser Zeit von den gewöhnlichen Stellen angeboten wurde, welche mit nichts mehr als „Spritzen und Flaschen von Penizillin“ bewaffnet waren. Dieses Medikament ist am meisten nützlich, wenn es sofort nach der Infektion im ersten Stadium der Krankheit angewendet werden kann. Zu dieser Zeit sind die Treponema zugänglicher für seine Wirkung und sie können ziemlich schnell beseitigt werden.*

Kürzliche Forschungen, welche später noch zu diskutieren sind, haben gezeigt dass Penizillin und andere Antibiotika kräftiger wirken können bei Patienten, dessen Immunsystem noch intakt ist. Dieser wichtige Faktor wurde bisher nicht berücksichtigt und viele Anwendungen wurden verschwendet an Patienten, dessen Immunität zu schwach war um daraus einen Gewinn zu ziehen. Tatsächlich haben einige Experimente gezeigt, dass das Syphilis Treponema *in vitro* praktisch unzugänglich für Penizillin ist. Ein Arzt schrieb, „Jedermann, der stundenlang unter dem Mikroskop Syphilis Spirochäten beobachtete, die sich stundenlang aktiv in konzentrierter Penizillinlösung bewegten, kann nicht beeindruckt werden mit dem Verweis auf die „Wichtigkeit des Zeitfaktors“ bei der Zerstörung dieser Organismen.“ (Armand J. Pereyra *et al.*, 1970). Als Grund dazu wird angenommen, dass die Treponema sich nicht teilen würden, doch es ist mehr als nur das. Ausserhalb des Schlachtfeldes eines lebenden Körpers hat Penizillin einen geringeren Einfluss auf die Syphilis Treponema (Spirochäten).

Wie auch immer, die Treponema breiten sich nach erfolgter Infektion innerhalb kurzer Zeit schnell im Körper aus und machen vielleicht ihren Weg in die Zerebrospinalflüssigkeit, den Augapfel und andere Nischen, wo sie allesamt mit der Teilung aufhören oder sich nur sehr langsam nachbilden, also gegenüber Penizillin unverletzbar werden. Das Benzathin Penizillin, welches heute angewendet wird, kann die Blut-Hirnschranke nicht durchbrechen um die Augäpfel und die Zerebrospinalflüssigkeit zu sterilisieren; anderes Penizillin wäre notwendig. Das macht eine erfolgreiche Behandlung der latenten und der Tertiären (neuro-) Syphilis so schwierig.

Und obwohl das Treponema gewöhnlich extrazellulär gefunden wird, kann es ebenso Zellgewebe durchbrechen und innerhalb demselben leben, wo es ebenfalls abgeschirmt von der Penizillinwirkung ist; deshalb kann es sein, dass Augensyphilis und Neurosyphilis klinisch weiterhin fortschreitet, sogar wenn keine Treponema mehr im Körper des Patienten mehr gefunden werden können.

Ein Teil der Schwierigkeit kann damit zu tun haben mit der Vielschichtigkeit der Syphilis, welche für ihre verschiedenen Stadien, mehrere verschiedene Methoden erfordert. Keine Übereinstimmung konnte zuerst gefunden werden über die beste Behandlung, und ein Spezialist beklagte sich 1949 über die „therapeutische Anarchie“ bei der Syphilisbehandlung. 1954 zählte die WHO (Welt Gesundheitsorganisation) 294 verschiedene Behandlungsmethoden, und noch heute gibt es keine übereinstimmende Ansichten über eine „adäquate“ Dosierung des Penizillins.

Für mehrere Jahre empfahl die CDC eine einzige intramuskuläre Dosis von 2,4 Millionen internationalen Einheiten (I.U.) Penizillin im ersten und zweiten Stadium der Syphilis, die weniger als

ein Jahr anhielt – drei mal wiederholt in wöchentlichen Abständen, falls sie länger als ein Jahr anhielt (d.h. latent war).

Im Gegensatz dazu behandelte ein Sowjetischer Arzt 1987 sekundäre und frühe latente Syphilis mit einer Million I.U. (internationaler Einheiten) alle sechs Stunden über 28 Tage – bis zu einer Totaldosis von 112 Millionen I.E.

Einige Ärzte behaupten, dass die *Treponema* resistent geworden sind. Denn diese wurden im Körper von Patienten unversehrt und völlig intakt vorgefunden, selbst nach 100 Millionen Einheiten Penizillin. Solche Tatsachen liessen einen Autor äussern, dass „von allen Bakterien, das *Treponema pallidum* gleichzeitig der auf Penizillin empfindlichste, wie auch widerstandsfähigste Keim ist. Ein Medizinprofessor schrieb im Jahre 1971: „Diese Meldungen fordern den lang gehüteten Glauben heraus, dass richtig verabreichtes Penizillin eine unfehlbar wirksame Therapie gegen Syphilis sei, und sie haben auch neue Fragen aufkommen lassen über die Beziehung der Bewirteten Parasiten bei der Spätsyphilis.

Zwei französische Ärzte schrieben 1983:

Es ist falsch zu behaupten dass ein Serumspiegel von 0.03 U/ml Penizillin alle *Treponema pallidum* abtöteten...eine einheitliche Standarddosierung mit Penizillin...kann helfen einen oberflächlichen Schanker entfernen oder Roseola zu beseitigen, aber es gibt mit Sicherheit keine bakteriologische Sterilisation in 100 Prozent der Fälle...dazu ist es absolut erforderlich die Behandlung mit hohen Dosen und über lange Zeit fortzusetzen *um eine latente Infektion zu vermeiden, welche wahrscheinlich die Ursache für ernsthafte Rückfälle in der Zukunft ist. (Worauf nachdrücklich hingewiesen wurde).*

Die Behandlung der Neurosyphilis blieb darüber hinaus umstritten und rätselhaft. Es konnte keine allgemeine Vereinbarung über die „angemessene“ Penizillindosierung gefunden werden; Deutsche und französische Ärzte vermuteten in den Sechziger Jahren 15 bis 20 Millionen I.U. Aber 1987 verwendete ein amerikanischer Spezialist für Augensyphilis 3-4 Millionen Einheiten desjenigen (aqueous) Penizillins alle drei bis vier Stunden (mittels intravenösem Verweilkatheter) während sieben bis vierzehn Tagen: „Es schien, dass sogar 100 bis 200 Millionen Einheiten die Organismen im Spätstadium der Krankheit auszurotten vermögen.

Es wurden Fehlraten im ersten und zweiten Stadium der Syphilis angenommen zwischen vier Prozent nach einem Jahr bis zu elf Prozent nach zwei Jahren. Bei der Tertiärsyphilis werden ebenso Fehlerraten von ungefähr zehn Prozent geschätzt.

Ein Teil des Problems der Syphilisbehandlung ist darauf zurückzuführen, dass in Erfolg ein genaues Verständnis der Krankheitsprozesse bei den einzelnen Patienten erfordern (führende französische Experten stellen jetzt fest, dass sogar serologische Testergebnisse keine allgemeine Bedeutung haben, jedoch spezifisch für den betroffenen Patienten sind. Aber individualisierte Behandlungen sind eine Seltenheit in der modernen industrialisierten Medizin, vor allem wenn die Patienten (wie es bei den meisten der Syphilisfällen der Fall ist) arm sind.

Serologische Tests ergeben im besten Fall irreführende Resultate und sind keinesfalls zuverlässige Indikatoren für den Erfolg einer Behandlung – was nur bestätigt werden kann, wenn alle sexuellen Kontakte der Patienten aufgezeichnet wurden um zu ermitteln, ob diese infiziert wurden. Aber dieses ist zu aufwendig, um es zu häufig zu tun. Öffentliche Gesundheitsbeamte dafür einzusetzen ist einfach zu aufwendig. Eine solche engmaschige Überwachung der Patienten und ihrer Kontakte ist nahezu unmöglich in dieser lebhaften modernen Gesellschaft. Hieraus sind die gesammelten Daten sehr unzuverlässig.

Ein früherer öffentlicher Gesundheitsdienst Angestellter hat diesem Autor erzählt, dass er in den frühen sechziger Jahren den Rekord in New York City einhielt mit wechselnden sexuellen Kontakten mit Individuen mit primärer und sekundärer Syphilis – dreizehn in einem Monat!! Das zeigt, wie kostspielig dieser Prozess wäre. Es wurde kein Versuch unternommen um sexuelle Kontakte von Einzelpersonen mit latenter Syphilis aufzuzeichnen, ob infektiös oder nicht.

Eine öffentliche Gesundheitsbehörde schrieb über die Syphilis Ansicht im Jahre 1964:

„Grosse Anstrengungen müssten unternommen werden, um alle bekannten und vermuteten Fälle von Syphilis aufzuspüren, aber, wie jeder erfahrener Epidemiologe weiss, ist dies ein endloses Unterfangen. Ein fähiger Untersuchungsbeamter der venerischen Krankheiten spürte die Kette einer Infektion, welche bei einem sechzehnjährigen Knaben genannt Viktor begann. Ungefähr 96 Jugendliche Teenager wurden befragt. Von diesen wurden achtzehn gefunden, die Syphilis hatten. Zweifellos wurden viele andere vor der Krankheit verschont, weil diese unverzüglich aufgegriffen und in den frühen Stadien der Infektionskrankheit behandelt wurden. Nach ungefähr drei Monaten Aufwand glaubte der Gesundheitsbeamte zu hoffen, dass er schon bald das Ende der begonnenen Arbeit erreicht habe. Dem war jedoch nicht so, weil mit dramatischer Plötzlichkeit die Spur auf Viktor zurückführte! Ironischerweise wendete sich die Kette der Infektion, die er selbst startete auf ihn zurück, währenddem er sich selbst fünf weiteren neuen Kontakten ausgesetzt hatte.

Der Autor beschloss, dass dieser Vorgang eine nutzlose Übung darstelle. Aber wenn die Syphilis ungehörig oder unangemessen behandelt wurde können die Konsequenzen erschreckend sein. In den 50er und 60er Jahren nahm die Zahl der primär und sekundär Infektionen ab, aber es gab ein ansteigende Zahl von latenten Fällen, welche eine fruchtbare Quelle für spätere Krankheiten darstellte. Dies wurde von vielen Beobachtern gemeldet. Ein Direktor eines New York City Gesundheitsdepartments schrieb 1958:

„Das Fehlen von sogenannten latenten Spätformen verursachte eine Verminderung der Spekulationen. Diese Form der Krankheit ist nur zu erkennen durch das Vorhandensein einer anhaltenden serologischen Reaktion. Es erscheint paradox, dass die Formen der Krankheit, welche Symptome erzeugen sich verringern sollte, während der Typ, der sich erfahrungsgemäss auf eine Serumreaktion stützte, gleich bleiben sollte.“

Zwei Kalifornische Ärzte warnten 1968 davor:

„Neuere klinische Untersuchungen wiesen darauf hin, dass die Erscheinungen der frühen sekundären Syphilis sich verringerten und abschwächten. Zahlreiche Fälle von sekundärer Syphilis werden jetzt gesehen, die mit nur wenigen Hauterscheinungen oder einem atypischen Auftreten einhergehen. Mit der Abwesenheit der charakteristischen Hautläsionen jedoch wird die frühe Sekundärsyphilis manifest werden als ein seltsames Syndrom, oder sie wird viele Systemische Krankheiten nachahmen.“

Ein anderer Kalifornischer Arzt beklagte 1970:

„Das Aufkommen von treponemalen Antibiotika hat die Angelegenheit für den Arzt von der Behandlung zur Diagnose verändert. Die Anzeichen sind, dass weit weg von Ausrottung der Syphilis, diese Antibiotika die Krankheit in den Untergrund treiben und die Schwierigkeit erhöhen, sie zu entdecken. Obwohl das Vorkommen der Krankheit sich verdreifachte seit 1955, wird der Schanker und die sekundäre Form kaum noch gesehen. Zweifellos wurden einige dieser Läsionen unterdrückt und die Krankheit wurde durch den willkürlichen Gebrauch von Antibiotika maskiert. Andererseits ist es schwierig die Vorherrschaft der latenten Syphilis in der gegenwärtigen medizinischen Praxis zu erklären. *Die unheilvolle Aussicht auf ein ausgedehntes Wiedererscheinen der Krankheit in ihrer tertiären Form wird geradeaus sichtbar.*“ (was nachdrücklich betont wird)

Die Unfähigkeit zu bestimmen ob ein Fall primär, sekundär, in einer frühen latenten Form, einer späten latenten Form oder behandelt ist, verunsichert die Epidemiologie der Syphilis bis zu dem Punkt der Unverständlichkeit. Das macht eine wirkliche Aufzeichnung ihres Überwiegens in der amerikanischen Gesellschaft noch schwieriger zu erreichen. 1987 schrieb das AMA Journal im Leitartikel:

„Die Behandlung der Syphilis ist immer noch umstritten ... Unglücklicherweise liegen nicht genug Angaben vor, um zu bestimmen ob die empfohlenen Behandlungen optimal wirksam sind, oder ob die Wirksamkeit dieser Verordnungen standfest ist...Lange Abstände können zwischen der Behandlung und dem therapeutischen Ergebnis entstehen. Die Patienten können für höchstens nur einer oder zwei Nachuntersuchungen beobachtet werden, oder sie zeigen sich überhaupt nicht, so dass es unmöglich erscheint die endgültigen Behandlungsergebnisse zu bestimmen. Darüber hinaus existieren viele Schwierigkeiten beim Versuch die gesamte Behandlungsrate der Syphilis zu dokumentieren. *Wegen der Komplexität, die therapeutische Behandlung der Syphilis zu bestimmen, sind keine zeitgemässen Entwicklungen für die Behandlungsfehler verfügbar...In früheren Studien reichte die Fehlrate von Null bis Sieben Prozent. Unglücklicherweise wurden keine neueren Studien gemacht, um uns zu bestätigen, ob dieses Vorgehen zur heutigen Zeit gleichsam effektiv ist.*

Syphilis trägt ein schweres Stigmata, welches die Meldungen verhindert und sogar beim Patienten oft selbst nicht bemerkt wird. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass private Ärzte in den Vereinigten Staaten 80 Prozent der Patienten mit infektiöser Syphilis behandeln, jedoch nur 10 bis 25 Prozent davon den Gesundheitsbehörden melden. Die Statistiken über das Vorkommen der Krankheit basieren also aus den Informationen von den 20 Prozent der in den Krankenhäusern behandelten Fälle und dem Anteil der Fälle, welche von den privaten Ärzten zur Meldung ausgewählt wurden. Ein Arzt vermutete 1969, dass 90 Prozent der Fälle nicht gemeldet werden.

Somit sind während dem Jahrzehnt, zwischen 1972 bis 1982, in den Vereinigten Staaten ungefähr 50'000 bis 100'000 neue Fällen aufgetreten, neben den 20'000 bis 30'000 tatsächlich gemeldeten Fällen, Heute (1990) mögen es 350'000 bis 400'000 neue Fälle sein.

Oft genug versäumt es der Arzt selbst dem Patienten vor ihm die Diagnose Syphilis zu stellen. Als die heutigen Ärzte noch Studenten waren, vermutete man, dass die Krankheit auf dem Weg des Rückgangs war und es gab keine grossen Diskurse im Lehrgang. Was die Gesundheitsbehörden 1961 vermerkten ist in Wirklichkeit noch heute ein *fortiori*: „...wenn er seine übliche medizinische Ausbildung innerhalb der letzten zwanzig Jahren absolvierte, dann hat er höchstens einige wenige Stunden Syphilologie genossen; und seine Erfahrung ist schon aussergewöhnlich, falls er jemals mehr als einige wenige „klassische“ Fälle davon gesehen haben mag...einer Revolution in der Syphilisbehandlung kommt es gleich...wenn die wenigsten Syphilitiker bei einem allgemeinen Arzt gesehen werden; und jetzt wo ihn die zunehmenden Fälle überhäufen, ist er wenigstens vorbereitet...

Sogar wenn auf 350 – 400'000 Fälle jährlich nur ein einziger neuer Fall pro Jahr pro Arzt kommt, so wird doch der durchschnittliche Arzt nur sehr wenig Erfahrung mit der Syphilis haben.

Syphilis, „der grosse Nachahmer“, wird oft als irgend ein anderer Zustand diagnostiziert. Ein Gutachten aus dem Jahre 1981 bei 34 Patienten die mit sekundärer Syphilis in einem öffentlichen Detroit Krankenhaus fand heraus, dass nur gerade 14 der 36 Privatärzte, welche diese Patienten früher untersucht hatten, eine Syphilis als Ausgangsdiagnose gestellt hatten; fünf andere haben sie wenigstens als Differentialdiagnose vermerkt; zwölf weitere haben Syphilis überhaupt nicht einmal in Betracht gezogen, diese jedoch später Anhand von routinemässigen serologischen Resultaten überarbeitet; fünf weitere hatten es versäumt Syphilis wenigstens in Betracht zu ziehen und nicht einmal serologische Untersuchungen angestellt.

Wie wir in späteren Kapiteln sehen werden, wurde diese häufige Verwechslung verschlimmert durch die häufigen AIDS Diagnosen.

In jedem Fall wird die Syphilis nicht mehr als eine Krankheit der Vergangenheit angesehen. Die unvermeidliche Folgerung ist, dass es eine sehr grosse Anzahl nicht diagnostizierter, halb- oder unbehandelter infektiöser, latenter oder gar-nicht-so latenter Syphilisfälle unter den Amerikanern gibt. Ein Arzt gibt eine äusserst professionelle Meinung preis, als er im Jahre 1983 schrieb:

„Obwohl unser natürliches Verständnis der sexuell übertragbaren Krankheiten in unserer freizügigen Gesellschaft sich während den letzten Jahrzehnten verändert hatte, und obwohl grosse Beachtung geschenkt wurde den neu aufkommenden Störungen, sind die alten, typischen venerischen Krankheiten noch immer überwiegend.“

Eine der vielen Quellen der unzuverlässigen Syphilisdiagnose und Behandlung ist die Unsicherheit der Testresultate, welche eine hohe Zahl an „fälschlicherweise Positiven“ und „fälschlicherweise Negativen“ hervorbringt.

Prinzipiell meint ein „positives“ Resultat, dass Anzeichen der Krankheit gefunden worden sind. Gleichsam meint ein „negatives“ Resultat, gleich keine Krankheit. Wenn also das Individuum Krankheitsfrei ist, aber der Test etwas anderes anzeigt, dann ist er „fälschlicherweise Positiv“. Wenn der Test ihm anzeigt, Krankheitsfrei zu sein, gleichgültig ob er infiziert ist, dann ist er ein „fälschlicherweise Negativ“.

Eine Testreihe, die teuer und schwierig auszuführen ist, sucht nach *Treponema* irgendwo im Körper. Aber die *Treponema* können wenige sein an der Zahl und unentdeckt bleiben – vor allem ist dies häufig bei Langzeitfällen. Oder lokal angewandte Antibiotika können verwendet worden sein am Schanker, was die *Treponema* inaktiviert. In beiden Fällen ist der Testresultat „fälschlich negativ“. Oder die Untersuchungsflüssigkeit, welche vom Mund, After, Zervix oder Vagina abgenommen wurden, sind voll von normalen Mikroorganismen, welche dort leben und häufig wegen ihrer Form nicht von *Treponema* unterschieden werden können, was ein „fälschlich positives“ Resultat ergeben.

Viel weniger komplex und teuer, und deshalb häufiger angewandt, sind „serologische“ Tests, welche die Antikörper von *Treponema pallidum* im Blut des Patienten messen. Von diesen ist der VDRL cardiolipin (Rindfleisch Herz Antigen) Test und der RPR (rapid plasma reagin) *Treponema* Antikörper Test, die bekanntesten und werden angewandt für Breitband Screenings der verdächtige Individuen. Aber die Antikörper, welche dabei entdeckt werden sind „nicht spezifisch“, das heisst möglicherweise herausgefordert von den *Treponema*, aber nicht notwendigerweise, und sie können in einer Vielzahl der Fälle ausgeworfen werden. Der Patient kann „positiv“ sein („seropositiv“) wegen eines hohen Fiebers, genitalem Herpes, Leberzirrhose, infektiöser Mononukleose, Windpockenimpfung, Lepra, einer Autoimmunkrankheit, Heroinabhängigkeit, und vielen anderen Faktoren. Sogar nach dem Genuss eines Bieres und einem Aspirin, 24 Stunden vor dem VDRL, kann ein „fälschlicherweise positives“ Resultat bewirken. Oder ein fälschlich positive Auslegung kann einfach angeboren sein.

Serologische Tests stützen sich, in Wirklichkeit, Widersinnigerweise auf genau richtige Resultate über eine gute Immunreaktion des Patienten. Aber die Syphilitischen Patienten, wie wir im nächsten Kapitel sehen werden, sind laut Definition in einem Immundepressiven Zustand !!

Irgendwie genauer jedoch ist der fluoreszierende *Treponema* Antikörper absorbierende (FTA-ABS) Test auf *Treponema* Antikörper, aber er kann Syphilis nicht von anderen *Treponema* Krankheiten unterscheiden, wie etwa „Yaws“ oder Lyme Krankheit. Die FTA-ABS wird früher positiv in der Krankheit als der VDRL, aber er kann ein fälschlich positives Resultat hervorbringen, wenn der Patient eine abnormale Immunglobuline im Blut hat, was auf eine rheumatoide Arthritis oder einer verwandten Krankheit zurückzuführen ist. Sogar Schwangerschaft kann ein falsch Positives Resultat verursachen. Der Spielraum für Fehler kann also gefunden werden auf verschiedenen Ebenen. Das kann sieben, zehn bis 37 Prozent ausmachen.

Und die Individuen, welche erfolgreich gegen Syphilis behandelt wurden, bleiben für gewöhnlich lebenslänglich FTA-ABS positiv; so kann kein Labortest bestimmen, ob sie sich erneut infiziert haben. Wiederinfektionen oder Rückfälle werden übersehen, wenn der Arzt entscheidet, dass das positive Testresultat anhaltende Reaktionen früherer Infektionen sind.

Diese lebenslängliche positive Reaktion wurde als unwichtig angesehen („ein serologischer Schönheitsfehler“) als die Syphilis noch als eine behandelbare Krankheit angesehen wurde. Seit dem Auftauchen von AIDS können sich die Behörden jedoch nicht mehr in Sicherheit wiegen. Wie eine Gruppe französischer Forscher im Jahre 1987 bemerkten, „ist es möglich, dass die Hartnäckigkeit der positiven Reaktionen durch die Beharrlichkeit der Aufenthaltsorte der ruhenden *Treponema* bedingt sein könnten.“

Darüber hinaus wurde eine ungenügende Aufmerksamkeit auf das Problem der Wiederinfektion und die Auswirkungen die sie auf die Natur der daraus folgende Krankheit gegeben.

Es gibt viele andere Labortests für Syphilis, eine Situation, die beschrieben wurde als ein „Serologischer Turm von Babel“.

Keine ist fehlerfrei, und, im allgemeinen, desto empfindlicher die Wahrscheinlichkeit von fälschlich positiven Ergebnisse. Darüber hinaus, wie bei allen menschlichen Bestrebungen, kosten grössere Genauigkeit mehr Geld, und dieses Geld ist nicht immer verfügbar.

Vor der Penizillin Ära wurde behauptet, dass die Syphilis „einfach zu diagnostizieren, aber schwierig zu behandeln“ ist. Nach dem Penizillin wurde es „schwierig zu diagnostizieren und einfach zu behandeln“. Jetzt, im Nach Penizillin Zeitalter, wurde sie „schwierig zu diagnostizieren und schwierig zu behandeln“.

William Osler, der bekannte Kanadische Arzt, spielte auf die schreckliche Vielschichtigkeit der Krankheit an, als er sagte, dass der Arzt, der Syphilis kennt, die Medizin beherrscht. Vor dem Penizillin war die Krankheit berühmt für ihre Unnachgiebigkeit, und sie konnte wiederum bekannt sein wegen dieser Tatsache.

Die epidemiologische Frage ist, ob die Syphilis überhaupt behandelt werden kann, oder in anderen Worten, ob die Beziehung zwischen Behandlung und Infektiosität. Wird die behandelte Person aufhören infektiös zu sein? Und, wenn ja, wann?

Ärzte in den heldenhaften Fünfziger Jahren waren überzeugt, dass Penizillin Syphilis heile, und dass die geheilten Fälle unverzüglich nicht mehr infektiös seien. Heute, bis das Gegenteil bewiesen wird in kontrollierten Studien, muss Syphilis als unbehandelbar angesehen werden, und die infizierten Individuen müssen als infektiös für immer angesehen werden.

Weit weg von der Ausrottung, Syphilis ist lediglich einen Schritt zurückgetreten, um einen neuen Anlauf zu nehmen. Sie droht heute sogar mehr Unheil anzurichten als jemals zuvor in ihrer Geschichte, und die Prophezeiung von Girolamo Fracastoro im 16. Jahrhundert, dem Autor des ersten Buches über die Syphilis, wird jetzt Wirklichkeit:

„Und die Krankheit, von der ich spreche, der Syphilis, wird vorübergehen und aussterben, aber später wird sie wieder geboren und wird bei unserem Untergang wieder auftauchen, so wie in vergangenen Zeitaltern müssen wir glauben, dass sie von unseren Ahnen überwacht wird.“

Kapitel 3 - Syphilis, AIDS, und das Immunsystem

Dieser Unterirdische Topf, oder Sumpf von undiagnostizierter und unbehandelter Syphilis ist massgeblich für das Auftreten von AIDS, weil Syphilis eine Immunsuppressive Krankheit ist. Speziell in den frühen Stadien sperrt oder erlöscht das *Treponema pallidum* den Immunsystemischen Schutz des Körper.

Bei denjenigen, welche Syphilis unwissentlich über einen längeren Zeitraum beherbergen, zeigt sich, dass ihre Widerstandsfähigkeit gegen andere Infektionskrankheiten geschwächt ist. Der Ausbruch ist ein Zustand des Kollapses des Immunitätszustandes, welchen wir „erworbenes Immunschwäche Syndrom“ („acquired Immunodeficiency Syndrome“ oder „AIDS“) nennen. – **erworben von der Syphilis.**

Der gesunde menschliche Körper hat zwei ineinandergreifende Systeme von Immunschutz – das „humorale“ und das „zelluläre“. Humorale Immunität schützt durch Elementen, die im Blut und anderen Flüssigkeiten gefunden werden; spezielle Antikörper und andere „Immunglobuline“ (Immun Eiweisskörper). Zelluläre Abwehr, auf der anderen Seite, ist die Aufgabe des Knochenmarks und der Thymusdrüse. Die erste erzeugt Teile von Eiweissen, welche Lymphozyten genannt werden; einige derselben passieren dann durch die Thymusdrüse und werden dadurch zu „Thymus“ oder „T“ – Lymphozyten.

Diese bestehen aus verschiedenen Grössen und Formen, und haben verschiedene Aufgaben. Diese wirken dann als sogenannte „T – Helferzellen“ („T-4 Helferzellen“) und „T – Unterdrückerzellen“ („T-8 Unterdrückerzellen“), welche dann die bereits besprochene Aufgabe übernehmen. Das normale, nicht Immungeschwächte Individuum hat bis zu zweimal mehr von den ersteren, als von den letzteren. T-Helferzellen stimulieren die Produktion von Antikörper und wirken dabei mit, andere Bestandteile des Immunabwehrsystems bereitzustellen. T-Unterdrückerzellen wirken wie eine negative Rückantwort, um so die Immunreaktion oder Immununterdrückung auszuschalten, wenn die Gefahr für den Gastgeber vorbei ist; wenn also zu viele der letzteren vorhanden sind, oder diese zu aktiv sind, wird die Immunreaktion abgeschwächt.

Treponema pallidum wirkt spezifisch gegen die Thymusdrüse. Die Thymusbezogenen Anteile des Lymphatischen System entarten, und es ist dann eine konstante Abnahme der Anzahl an T-Lymphozyten die Folge. Die T-Helferzellen sind besonders betroffen: ihren Anzahl schwindet und sie werden sogar weniger als die T-Unterdrückerzellen. Eine andere Gruppe von Lymphozyten, welche als „natürliche Killerzellen“ bekannt sind, dessen Funktion es ist eindringende Mikroben „aufzuspüren und zu zerstören“, sind ebenfalls reduziert bei der Syphilis Infektion. Daher ist der Langzeitauswirkung der Syphilis eine verminderte, oder Verlust, der individuellen Fähigkeit, sich auch gegen andere Infektionen zu schützen.

In Laborversuchen hat das Blut und das Serum von an primärer und sekundärer Syphilis Erkrankten Patienten Immunsuppressive Eigenschaften demonstriert.

Darüber hinaus wird angenommen, dass die Pathologie bei der Syphilis, speziell die Nephritis, die Nephrose und andere Nierenerscheinungen einen autoimmunen Ursprung haben – und eine bedeutende Störung des Immunsystems bei dieser Krankheit reflektieren.

„Autoimmunität“ meint eine Überempfindlichkeit des Körpers auf gewisse Teile von sich selbst, gewöhnlich ein Eiweiss. Diese Zusammensetzung wird als einen fremden Körper angesehen, und das Immunsystem produziert Antikörper dagegen.

Somit ist die Hauptursache der gegenwärtigen AIDS Epidemie, das ungebremsste Fortschreiten der Syphilisepidemie, häufig maskiert durch Antibiotikamissbrauch. Unterdrückung und Wegdrücken von Symptomen während Jahren hat das Immunsystem untergraben und langsam unterspült bei einem grossen Teil jener, die gegen Syphilis mit Antibiotika behandelt worden sind – wissentlich oder unwissentlich – seit 1945. Als diese Immungeschädigten Fälle zuerst in die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit kamen, wurde die syphilitische Herkunft dieses Zustandes von den Ärzten, die kaum oder keine klinische Erfahrung von dieser Krankheit hatten, ignoriert. Indessen wurde die Ursache

einem neuen mikrobiologischen Wirkstoff zugeschrieben – der bald darauf als den „menschlichen Immunschwäche Virus“ („human immunodeficiency virus“ – „HIV“) getauft wurde, um zu versichern, dass Niemandem das Wichtigste entgangen sei.

Die Medikamente, welche angewendet werden, um die Syphilis (und andere sexuell übertragbare Krankheiten) zu heilen oder abzuwehren, haben in sich selbst einen immunschwächenden Einfluss, was im nächsten Kapitel ausführlicher besprochen wird.

Eine enge Verbindung zwischen AIDS und Syphilis kann schon anhand der symptomatischen Parallelen dieser zwei Krankheiten ersehen werden.

Wir beginnen mit den Lymphadenopathien. Wie bereits erwähnt, ist dies „eines der allerhäufigsten und charakteristischsten Symptome“ der Syphilis, aber gleichsam ein spezifisches Charakteristikum bei AIDS. Üblicherweise geht eine Geschichte von „progressiven, generalisierten Lymphadenopathien dem Ausbruch von AIDS, ungefähr 18 Monate voraus“.

Dem Ausbruch von AIDS in San Francisco 1979 ging über mehrere Jahre eine Epidemie von generalisierten Lymphadenopathien voraus. Die Ärzte erklärten sich das als eine Aktivierung des Immunsystems, „höchst wahrscheinlich verursacht durch häufig wechselnde Sexualpartner und zu häufigen Geschlechtskrankheiten, sowie dem häufigen Gebrauch von Beruhigungsmitteln“ (*recreational drugs*). Die betroffenen Drüsen dieselben, welche man für gewöhnlich im zweiten Stadium der Syphilis findet und sie wurden sehr häufig als „schmerzlos“ beschrieben.

Der „AIDS-Related-Complex“ (ARC) hat auch geschwollene Lymphdrüsen.

Diese Vorstellung wurde vom CDC entwickelt, um Personen zu schützen, welche zwar die meisten Symptome von AIDS zeigen, jedoch weder die PCP (*Pneumocystis carinii Pneumonie*) oder das KS (*Kaposi Sarkom*), noch irgendwelche anderen offiziell bekannten Krebsformen hatten, die üblicherweise bei AIDS Patienten noch gefunden werden. Einer von fünf entwickelt AIDS, aber viele sind auch am „ARC“ gestorben.

Eine Studie mit 200 kalifornischen Männern mit dem „Lymphadenopathie-Syndrom“ hat 1984 gezeigt, dass 90 Prozent Gonorrhoe gehabt haben, und 70 Prozent wegen Warzen im Genitalbereich (häufig syphilitischer Herkunft) behandelt worden sind. Die Autoren haben vermerkt, dass „diese eine Geschichte von mehreren sexuell übertragbaren Krankheiten hinter sich hatten“, besonders Syphilis und Hepatitis, und dass einige positiv waren bei den üblichen Syphilis Bluttests – „was klar anzeigt, was möglicherweise die Ursache ihrer Lymphadenopathien sein könnte.“

Einer der Gruppe derjenigen, welche zu AIDS „mutieren“ war ein 31 jähriger Mann mit positiven serologischen Syphilis Testergebnissen. Ein anderer war ein 34 jähriger Mann mit nicht heilenden, krebsartigen Rektalfissuren und Meningitis (was beides hochverdächtig für Syphilis ist).

AIDS ist gekennzeichnet von der Verschlechterung oder Zerstörung und schliesslich vom Zerfall der Thymusdrüse und der Verminderung der T-Lymphozyten im Blut. Das normale Verhältnis von 1:1 oder 2:1 zwischen T-Helferzellen und T-Unterdrückerzellen fällt auf 1:2 oder noch tiefer. Das Immunsystem erlischt in einer nicht-so-wohlwollenden Neutralität, die am Körper Tür und Tor öffnet für eine angeschwemmte Invasion von gewöhnlichen „mitessenden“ Mikroorganismen.

Das meint, dass sie „vom selben Tisch essen“, und wurde geprägt von Rene Dubois, um die Eigenschaften der Bakterien und Viren zu charakterisieren, die üblicherweise in Frieden mit ihrem Gastgeber leben. Der gewöhnlich gesunde menschliche Organismus trägt *zwei Pfund* von solchen „mitessenden“ Organismen im Magen-Darm-Trakt und *eines* auf der Körperoberfläche.

In den späten 70er und frühen 80er Jahren ergaben mehrere Studien an amerikanischen Homosexuellen Männern, dass diese an einer Umkehrung im Verhältnis von T-Helferzellen zu T-Unterdrückerzellen litten oder andere Störungen im Immunsystem aufwiesen, sogar wenn sie ganz gesund schienen und keine Zeichen oder Symptome einer Krankheit hatten. Die Lymphadenopathie war jedoch häufig ein Teil des Syndroms. Eine Studie vermutete, dass die T-Zellen Umkehr mit deren Inhalation von Amylnitrit zu tun habe, sagten jedoch aus: „Das sehr hohe Überwiegen von Immunschwäche Veränderungen unter den homosexuellen Männern lässt vermuten, dass bis jetzt nichtidentifizierte Wirts- und Umgebungseigenschaften dazu beitragen können... Weitere Studien wurden angestellt, um die Rollen des Amylnitrits, der Viren und anderen beteiligten Faktoren zu entwirren, welche zu der Entstehung des Immunschwächesyndroms beitragen...“ Die Autoren gaben

an, dass die untersuchten Personen eine „Geschichte von Hepatitis und Syphilis hatten“, gingen jedoch nicht auf weitere Einzelheiten ein.

Ein Roseola ähnlicher Hautausschlag ist typisch für das zweite Stadium der Syphilis, und die akute AIDS Infektion kann auch mit demselben Hautausschlag einhergehen, was eine Gruppe von Dänischen Forschern 1986 auf den Verdacht brachte, dass „diese charakteristische Hauterscheinung, welche eine Roseola imitiert, auch ein dermatologisches Anzeichen einer akuten (AIDS) Infektion sein kann.“

Aber AIDS macht empfänglich für eine atemberaubende Mannigfaltigkeit von verschiedenen Infektionen und Krankheiten, ist also ein noch viel grösserer „Nachahmer“ als die Syphilis selbst: Halsschmerzen, Soor-mycosen, Erkältungen, Heiserkeit, Fieber, Nachtschweiss, Kopfschmerzen, Unbehagen, allgemeines Unwohlsein, Grippeähnliche Symptome, Meningitis, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Anämie, Übelkeit, Hauterscheinungen und Hauterkrankungen (Pityriasis rosea, Erythema multiforme, Cryptococciose, Coccidioidmycose, sogar Windpockenähnliche Läsionen!), Haarausfall, Gummata, Geschwüre im Magen-Darm-Trakt, durchfall, Milzvergrösserung, Nephritis und andere Nierenkrankheiten, Hörverlust, Augenprobleme der verschiedensten Art, Muskel- und Skelettschmerzen, Candida albicans, Herpes simplex, fungus, Tuberkulose, Zytomegalovirus und andere Infektionen; Hepatitis, Nephritis, Emphysem, kardiovaskuläre Symptome (inkl. Aneurysma), Muskel- und Gliederschmerzen, Bronchitis und Pneumonie (speziell *Pneumocystis carinii*), Lähmungen und das Kaposi Sarkom.

Alle dieser Zeichen, Symptome und Zustände können gefunden werden und wurden ebenso gefunden bei Syphilispatienten. Der New Yorker Arzt Stephen Caiazza, dessen Praxis sich auf AIDS beschränkt, gab in einem Interview an, dass: „es kein klinisches Zeichen oder Symptom im Zusammenhang mit AIDS gibt, über welches nicht schon in der Syphilisliteratur berichtet wurde!“

Einiges in der Symptomatologie und Pathologie bei AIDS wurde von Robert Gallo und Anthony Fauci dem autoimmunen Verlauf bei der Syphilis zugeschrieben.

Die Vermutung, dass die Fähigkeit des AIDS Virus, über Jahre schlafend im Körper zu bleiben, während der Träger selbst infektiös bleibt für andere, erinnert an die latenten Stadien der Syphilis und lässt vermuten, dass eine Beziehung zu dieser Krankheit besteht. Und so wie das Treponema Zellgewebe durchdringen kann wo es für die Wirkung von Penizillin unerreichbar bleibt, so hat auch der AIDS Virus die gleiche Fähigkeit in die Lymphozyten und andere Zellen einzudringen, wo es geschützt ist vor Medikamentöser Behandlung.

1985 wurde HIV-1 für fähig gefunden, „sich ins Gehirn zu einzunisten“ und Meningitis zu verursachen, sowie Demenz, Enzephalopathie und andere neurologische Krankheiten des Gehirns und des zentralen Nervensystems. Das wird jetzt ziemlich häufig beobachtet und kann das „erste und, zur zeit einzige ernsthafte Zeichen einer „HIV-Infektion“ sein“. Die Hälfte bis drei Viertel aller Personen, die positiv auf HIV-1 getestet wurden haben diesen Virus im Gehirn angesiedelt. Die Pathogenese der „AIDS-Demenz“ wird beschrieben als „nicht genau bekannt“. Obwohl das Virus „neurotropisch“ ist, ist es doch relativ unpathogen für das Gehirn bei Abwesenheit einer Immunsuppression.“

1987 fügte die CDC „Demenz“ (auch „HIV Enzephalopathie“ oder „subakute HIV Enzephalitis“ genannt), dem Krankheitsbild hinzu, welches vermutlich durch eine HIV-1 Infektion verursacht werden wird. Die Parallele zur Demenz im dritten Stadium der Syphilis ist verblüffend, und die CDC drängte im Oktober 1988 darauf, dass „Neurosyphilis...als Differentialdiagnose in Betracht gezogen werden muss bei neurologischen Krankheiten bei HIV Infizierten Personen.“

1987 fügte die CDC „Verschwendungssyndrom“ („Wasting Syndrom“) der Definition von AIDS bei. (gravierender, unfreiwilliger Gewichtsverlust mehr als 10 Prozent des Körpergewichtes und...chronischer Durchfall“) Aber die Syphilis selbst wurde ebenso immer mit dem Bild der Anorexie und Gewichtsverlust in Verbindung gebracht. Das „Verschwendungssyndrom“ ist besonders verbreitet bei AIDS Kranken in Afrika („Slim Disease“).

Die zwei am häufigsten mit AIDS assoziierten Befunde in den Vereinigten Staaten sind die *Pneumocystis carinii* Pneumonie und das *Kaposi Sarkom*. Beide sind historisch verbunden mit der Syphilis.

Die „PCP“ Mikroorganismen (kürzlich als ein Pilz (*fungus*) identifiziert), waren der Wissenschaft seit dem frühen 20. Jahrhundert bekannt gewesen. In den späten 40er Jahren wurde die dadurch verursachte Lungenentzündung als „atypische“ oder „plasmazell“ oder „interstitielle“ Pneumonie klassifiziert. „Atypisch“ bezeichnet, dass sie nicht auf Penizillin- oder

Sulfonamidbehandlung reagierte, obwohl sie jedoch häufig auf Aureomycin und andere Medikamente dieser Gruppe ansprach.

Die Krankheit war fast immer mild und sogar bei Kinder war die Sterblichkeitsrate „praktisch Null“.

Aber PCP verfolgte auch einen ganz anderen Kurs bei Personen, mit einer Immunschwäche aus welchen Gründen auch immer – sogar Mangelernährung – kann sie gefährlicher machen bei denjenigen, die schon von einer anderen Krankheit geschwächt sind. 1968 hat diese Lungenentzündung 19 Kinder getötet, die wegen Krebs mit Immunsuppressiven Mitteln am Krankenhaus in Tennessee behandelt wurden.

Aber die Syphilis wird auch mit Lungenentzündungen in Verbindung gebracht und während den Nachkriegsjahren verschmolz PCP mit der Lungenentzündung syphilitischer Herkunft. Das Lungengewebe wurde bei PCP in den 50er Jahren beschrieben als „häufig ähnlich in der Konsistenz und Beschaffenheit als auch der Erscheinung derjenigen, welcher bei der indurativen syphilitischen Pneumonie (weisse Pneumonie) gesehen wurde. PCP wurde von manchem Arzt diagnostisch sich überschneidend mit Syphilis angesehen.

1976 haben sich Wissenschaftler am Center for Disease Control in Atlanta den Kopf darüber zerbrochen bei den Todesfällen von *Pneumocystis carinii* Infektionen bei zwei Eulenaffen und zwei Schimpansen – zum ersten Mal, dass dies jemals geschah. Die Quelle der Infektion konnte nicht sogleich bestimmt werden, aber eine der Eulenaffen war, wie später bekannt wurde, drei Jahre zuvor bei experimentellen Versuchen mit *Treponema pallidum* geimpft.

Das Kaposi Sarkom wurde traditionell fast ausschliesslich auf Afrika begrenzt betrachtet, es war endemisch in den Regionen, wo Syphilis auch sehr verbreitet war, besonders in Nordost Zaire und Uganda. Eine weniger aggressive Krankheit der älteren Leute, sie wurde oft mit Syphilis verwechselt und Syphilis war ein Teil der Differentialdiagnose; einige Autoren sahen Syphilis als eine Vorbereitende Ursache für das Kaposi Sarkom. 1970 erschien das Kaposi Sarkom in einer neuen und zerstörerischen Kraft unter Amerikanern mit geschwächten Immunfunktionen.

Bis 1981 breitete es sich unter jungen homosexuellen oder bisexuellen Männern und zur selben Zeit erschien diese neue aggressive Form auch in Afrika. Im Gegensatz zum herkömmlichen KS waren diese neuen Patienten Immununterdrückt durch eine HIV Infektion und unterdrücktem T-Helferlymphozyten Spiegel.

Bis 1982 wurde das KS und die PCP zum ersten Mal bei gleichen Patienten gefunden, in Verbindung mit HIV-1 Infektion und einer Mortalität von 70 Prozent.

In ihrer Symptomatologie und Pathologie sind beide, die PCP und das KS ähnlich den Enzymatösen Erscheinungen bei der Syphilis, aber irgendwie *anders*. Beide haben dieselben Hauptsymptome gemeinsam, genau wie bei AIDS und Syphilis oben bemerkt wurde. Aber das KS hat Symptome, welche bei der PCP nicht gefunden werden: Hepatitis, Viscerale Läsionen, Nierenstörungen, sowie Gummata und andere Hauterscheinungen. Weitere spezifische Kennzeichen des KS welche die enge Beziehung zur Syphilis bestätigen sind: purpurfarbige Läsionen am Ohrläppchen, Gummata auf der Lunge, Sarkoid ähnliche Granuloma und Erdbeerähnliche Gesichtsläsionen.

Die vielen Ähnlichkeiten zwischen der Syphilis und den verschiedenen mit AIDS verknüpften Erscheinungen haben häufig zu diagnostischer Verwirrung geführt, und führen es immer noch.

Nehmen wir den Fall aus dem Jahre 1984 einer 38 jährigen weissen Homosexuellen Mannes, der sich auf mehr als 5'000 Sexualpartner eingelassen hatte während den letzten sechzehn Jahren. „Die Kombination der konstitutionellen Beschwerden, diffuse Lymphknotenschwellungen und weitverteilte Hautläsionen wurden beide fälschlicherweise AIDS zugesprochen, von beiden – Patient und Ärzteschaft auf Eingeständnis. In der Tat waren viele dieser Kennzeichen vereinbar sowohl mit ARC („AIDS-Related-Complex“) oder mit fortgeschrittenem Kaposi Sarkom. Weitere Untersuchungen führten erst zur Diagnose Syphilis.

Ein Fall aus dem Jahre 1986, welcher schliesslich als sekundäre meningovaskuläre Syphilis diagnostiziert wurde, war zuerst für AIDS gehalten worden. Der behandelnde Arzt schrieb: „Im Nordosten haben Symptome von Gewichtsverlust, allgemeiner Lymphadenopathie, Fieber und Unbehagen bei einem jungen Patient mit einer Vorgeschichte von intravenösem Heroinmissbrauch zur Vermutung der Diagnose AIDS oder ARC (Aids related complex) geführt. Der „Grosse Nachahmer“ hat also eine weitere Verkleidung dem Wandel der Zeit angepasst.

Bis 1987 war es nicht länger bloss eine Frage, ob das eine dem anderen glich, denn die Fälle von Patienten häuften sich, welche beide Infektionen hatten.

C. D. Berry und andere Autoren beschrieben 1987 ein Patient mit beidem, sekundäre Syphilis und HIV-1 Infektion, der wegen rechtsseitigen Lähmungen behandelt wurde mit Benzathin Penizillin, jedoch Rückfällig wurde nach fünf Monaten. Sie beschlossen: „dass die Rolle der HIV Infektion und die damit verbundenen Immunitätszustände und Befunde bei einem Syphilisrückfall unbekannt wären...denn die immunologischen Abweichungen, welche durch die HIV Infektion verursacht sind würden eine grössere treponemale Proliferation und Dissemination erlauben als bei einem immunologisch gesunden Organismus...weitere Studien wurden erforderlich...über die möglichen Einflüsse der HIV Infektion auf den Verlauf der Syphilis und die Konsequenz für die Therapie.“

Ein anderer 1987 erscheinender Artikel von Donald R. Johns und Mitarbeiter beschreibt vier Fälle von Neurosyphilis bei jungen homosexuellen Männern mit serologisch bestätigter HIV-1 Infektion. Zwei hatten eine adäquate Benzathin Penizillin Therapie wegen frühen Stadien der Syphilis durchgemacht. Bei einem wurde die Neurosyphilis entdeckt *innerhalb von vier Monaten nach der Ansteckung* „bestehend mit einem fortgeschrittenen Verlauf von Syphilis Infektion“. Alle vier wurden mit intravenösem Penizillin behandelt. Zwei erholten sich teilweise, einer zog aus dem Land weg und einer starb. Die Autoren vermerkten das „die Syphilis und AIDS Infektion neurologische Komplikationen machen können die sich gegenseitig nachahmen können“ und beschliessen, dass *Treponema pallidum* und HIV-1 sich grundsätzlich gegenseitig auf zwei Arten beeinflussen können:

Der Zusammenbruch des Immunsystems, der durch HIV-1 bewirkt wird kann die Reaktion auf *Treponema pallidum* unterdrücken und verursachen, dass die Syphilis schneller fortschreitet; - Die Immunschwäche der Syphilis kann einen ähnlichen Einfluss auf die Abwehrfähigkeit haben, besonders unter den Bedingungen wie sie bei „Aids oder Aids related Complex“ vorherrschen.

Diese Folgerung ist nicht objektivierbar, aber dem wirklichen Inhalt wurde ausgewichen: wenn Patienten bei diesen beiden Infektionen unter Penizillinbehandlung sich erholen, was bedeutet das für AIDS? Sind diese Krankheiten „Mitstreiter“, wie es von einem der Autoren angenommen wurde, oder sind sie verschmolzen in eine einzigen, neuen Zustand? Wovon sind diese beiden Patienten gebessert worden, oder sind sie überhaupt gebessert worden? Sind sie von ihrer Syphilis erleichtert worden, und werden sie jetzt unvermeidlich an AIDS sterben?

Ein altes Dictum der Medizin besagt, dass „die Behandlung auf die Ursache abgezielt werden soll“. Wenn Patienten mit Penizillin gebessert werden, muss die Ursache ihres Zustandes ein Organismus sein, der auf Penizillinbehandlung anspricht.

Aber die Diskussion zu diesem Inhalt zeigen, dass die Autoren nicht mehr weiter wissen mit den Erklärungen, was sich genau ereignet.

Charles B. Hicks und seine Mitarbeiter am Walter Reed Army Medical Center in Washington, D.C. , stellten den beeindruckenden Fall eines 31 jährigen „HIV-positiven“ Mannes mit Lymphadenopathie, oraler Candidiasis und Kaposi Sarkom. Sein Bluttest auf Syphilis (VDRL und FTA-ABS) waren beide negativ, aber Syphilis wurde dennoch vermutet aufgrund der anderen klinischen Befunde und nur eine Hautbiopsie zeigte die Anwesenheit von Spirochäten. Es wurde ihm intramuskulär Benzathin Penizillin verabreicht und *danach wurden beide Bluttest positiv*. Er hatte eine starke Jarisch-Herxheimer Reaktion und nach drei Wochen hatte er zehn Pfund zugenommen, „seine Hautausschläge (KS) waren beinahe verschwunden...und er hatte die Arbeitslust wieder erlangt zum ersten Mal seit vielen Wochen.“ Der Autor fügte hinzu, „unser Patient wurde offenbar mit einer kleinen Dosis Penizillin geheilt“ aber (wie Johns und seine Mitarbeiter) nimmt er keine Stellung dazu, von welcher Krankheit er geheilt wurde. Sie wagen auch nicht Stellung zu nehmen dazu, ob er jetzt an AIDS sterben wird.

Die Jarish-Herxheimer Reaktion, bestehend aus hohem Fieber, Frost, ernsthaften Befindensstörungen, Kopfschmerzen, Muskel- und Gelenkschmerzen sind typisch für die Syphilis und die Diagnose der Syphilis. Sie ist immer willkommen, weil sie als Heilreaktion angesehen wird.

Ophthalmologen, die grosse Erfahrung haben mit den Augenerscheinungen der tertiären Syphilis haben von zahlreichen solchen Fällen bei „HIV-positiven“ Individuen berichtet: „einseitige syphilitische Augennervenzündung“, „syphilitische Retinitis“, „akuter syphilitischer Sehverlust“, „Augensyphilis“ und andere. Penizillinbehandlung stellt den Patienten wieder zu guter oder ziemlich guter Gesundheit her, aber wichtige Probleme erheben sich gegenüber der Theorie: „Die ungelösten

Fragen darüber, wie die Koexistenz zwischen der Syphilis und der HIV Infektion, den natürlichen Krankheitsverlauf gegenseitig beeinflusst“, „wie die Leistungsfähigkeit der Immunabwehr bei beiden, Syphilis und HIV Infektion, macht eine unvollständige Ausrottung eher wahrscheinlich“, „eine Kombination von Syphilis und HIV Infektion kann die Diagnose und Behandlung verändern bei beiden Zuständen.“

Im Oktober 1988 antwortete das Center for Disease Control der aufkommenden Besorgnis mit neuen „Empfehlungen zur Diagnostik und Behandlung der Syphilis bei HIV Infizierten Patienten“. „Personen mit, durch sexuelle Kontakte oder intravenösem Drogenmissbrauch erworbener HIV Infektion, sollten auf Syphilis getestet, und sämtliche sexuell aktiven Personen mit Syphilis sollten auf HIV getestet werden“. Das wurde schon von manchen Beobachtern vermutet. Aber es gibt einen Joker: wie vom CDC zur selben Zeit angekündigt, „Bei einigen HIV Infizierten Patienten mit Biopsie bestätigter sekundärer Syphilis, waren beide, *nicht treponemale und treponemale* serologische Tests auf Syphilis negativ.“ Das kann die Diagnose erschweren.

Der Schlüssel zu diesem Rätsel ist die Tatsache dass negative serologische Tests auf Syphilis bei AIDS Patienten positiv werden *im Verlauf einer Penizillinbehandlung*, was auf einen unerkannten oder unvollständig geheilten Fall von Syphilis hinter der Fassade von AIDS hinweist. Das stimmt auch mit der Theorie überein, dass „die Blutuntersuchung nur zu zuverlässigen Resultaten führt bei Patienten mit einem gesunden Immunsystem. Sobald der Patient durch die Behandlung wieder einigermaßen hergestellt worden ist, kehrt sein Immunsystem wieder zum Leben zurück und setzt wieder positive Testergebnisse auf *Treponema pallidum* in Gang.

Kerby Steward, M.D., ein Hausarzt in Kalifornien beschreibt einen typischen Patienten: „Er hat alle Anzeichen und Symptome der Syphilis – Fieber, und zwar ein Syphilitisches, rasches, Lymphadenopathie und Haarausfall. Er war ein sehr starker Kandidat für Syphilis...solange seine spezifischen Tests negativ waren. Es wäre einfach gewesen, ihn als einfachen AIDS Patienten einzustufen, doch wenn ich das getan hätte, hätte ich einen fortgeschrittenen Fall von Syphilis übersehen“. Dr. Steward entschied den Patienten und nicht den Laborbefund zu behandeln und verordnete 20-40 Millionen Einheiten von „aqueous“ Penizillin in einem Zeitraum von zwei bis vier Wochen. So veränderte sich der FTA, aber er reagiert immer noch nicht auf MHA-TP. Wenn dieser Herr zu irgend einer guten Klinik gegangen wäre, wäre ihm verkündet worden, dass er keine Syphilis habe. Aber er hatte eine; und so habe ich bis heute bei derselben Situation mindestens ein Dutzend Fälle aufgedeckt.

Der syphilitische Hintergrund von AIDS Patienten wurde systematisch unterschätzt weil die serologischen Tests auf *Treponema pallidum* in Gegenwart einer HIV Infektion häufig negativ sind.

Syphilis kann aber auch aus einem anderen Grund nicht in Verdacht geraten: Bei Patienten mit einer HIV Infektion nimmt sie oft eine ungewöhnliche form an. Manchmal ist sie ausgeprägt fulminant und bösartig und kann zum dritten Stadium führen innerhalb weniger Monate (anstatt innerhalb von sechs bis zwölf Jahren). „Neurosyphilis, oder nur das Auftauchen einer solchen, kann eine frühe infektiöse Komplikation darstellen, bei Patienten die später an AIDS erkranken.“

Behandlungsfehler bei der mit AIDS vermischten Syphilis sind üblicher als bei der üblichen Syphilis was zu erwarten ist. Edward C. Tramont bestätigte 1987, dass „Penizillin allein“ eine unangemessene Behandlung gegen die Syphilis ist „bei der Abwesenheit einer heftigen Reaktion der Wirtsorganismus“. Wenn der Immungeschwächte Patient nicht einmal auf die Blutuntersuchungen nach Syphilis reagiert, scheint es naheliegend, dass er auch nicht auf genügend auf die Behandlung antworten kann. Hieraus empfahl das CDC am 7. Oktober 1988, dass Syphilispatienten mit zusätzlicher HIV Infektion wie Neurosyphilis (im latenten Stadium und möglicherweise auch im primären und sekundären Stadium) behandelt werden sollen. Wie bei HIV Infizierten Patienten mit Neurosyphilis, sie sollen nicht mit Benzathin Penizillin behandelt werden sollen (welches die Blut-Hirn-Schranke nicht durchdringt) sondern mit intravenösem aqueous kristallinem – 12-24 Millionen Einheiten täglich über mindestens zehn Tage – oder intramuskuläres Procain Penizillin (2,4 Millionen Einheiten täglich) plus einem zweiten oralen Antibiotika.

Die HIV Infizierten Individuen können später mit Syphilis infiziert werden. Oder das *Treponema pallidum* infizierte Individuum wird mit HIV-1 infiziert.

Das Individuum, dessen Eltern oder Grosseltern Syphilis gehabt haben können genügend mit „congenitaler Syphilis“ behaftet sein, dass sie bei einer späteren Infektion mit dem HIV Virus, den Ausbruch von AIDS hervorbringen, wenn auch er oder sie niemals direkt mit Syphilis infiziert wurde.

In allen Fällen ist der Verlauf der Krankheit meist bösartiger und schneller als bei unkomplizierter Syphilis bei hinzukommender HIV Infektion.

D. R. Johns und Mitarbeiter erwähnten dass eine Zusatzinfektion „den natürlichen Verlauf der Syphilis modifizieren kann, indem sie bei diesen Patienten die Neigung der Krankheit in Richtung Neurosyphilis zu entwickeln erhöht, die Ernsthaftigkeit der Erscheinungen der Neurosyphilis verschlimmert oder ungenügend auf die Behandlung der primären und sekundären Syphilis anspricht.“
Trotzdem wird beibehalten, dass eine HIV-1 Infektion die Abwehrkraft der Patienten gegenüber *Treponema pallidum* herabsetzt, unbeachtet der Fähigkeit von *Treponema pallidum*, eine selbständige Rolle zu spielen bei der Zerstörung des Immunsystems.

Mary Jo Lanska und Mitarbeiter haben genauer untersucht: „Der Immunschwächende Effekt der Syphilis kann zusätzlich oder mitwirkend sein. Es ist noch nicht bekannt, ob eine HIV Infektion verantwortlich sein kann für die veränderte Erscheinungsformen der Syphilis, das Gegenteil, oder beides.“

Woher leidet der Patient also? Existieren diese beiden Krankheiten „getrennt aber gleichberechtigt“ im Organismus des Patienten, oder verschmelzen sie zu einer einzigen Krankheit. Und ist das daraus folgende „Neue“ identisch mit der Syphilis, die wir aus den letzten fünf Hundert Jahren kannten?

Wir unterstützen eher die Ansicht, dass „eine Behandlung auf die Ursachen hinzielen soll.“
Wenn der Zustand mit einer Behandlung gegen die Syphilis gebessert werden kann, so wie es von C. B. Hicks und seinen Mitarbeitern erörtert wurde, das werden wir in Kapitel 6 noch sehen, dann muss es die Syphilis sein.

Kapitel 4 - Über die medikamentöse Unterdrückung

Syphilis ist nicht die einzige Immunschwächende Faktor, dem die typischen AIDS Patienten ausgesetzt sind. Das Immunsystem kann auch durch die Behandlung behindert sein.

Wenig Aufmerksamkeit wurde auf diesen Aspekt geworfen bei den Medikamenten, die man bei der alltäglichen Behandlung gegen die Syphilis und andere venerische Krankheiten angewendet hat. Aber als diese Medikamente eingeführt wurden, wurden sie häufig als harmlos für das Immunsystem eingestuft im Gegensatz zu den Krankheiten, die damit behandelt werden sollen.

Diese pharmazeutischen Wirkstoffe haben aber ihren Beitrag an diesem Angriff auf das erliegende Immunsystem, welches seinen Höhepunkt in AIDS erreicht.

Obwohl in den vergangenen Jahren viel über die „Nebenwirkungen“ der Medikamente geschrieben wurde, welche in der modernen medizinischen Praxis verwendet werden, ist der Wissenschaft bedenklich weit am Immunsystem vorbei gegangen. Dennoch ist die Physiologie des lebendigen Organismus ein nahtloses Netz, was wir „Immunsystem“ nennen, und es ist untrennbar verbunden mit jedem anderen Aspekt eines funktionierenden Organismus. Jede „ungünstige Rückwirkung“ wird ihre Auswirkungen auf die Fähigkeit des Körpers haben, seine Immunabwehr den Anforderungen entsprechend antreten zu lassen. Wir müssen anerkennen, dass unsere Kenntnisse über die Immunzerstörende Kraft der modernen Medikamente noch immer ein weitgehend unbeschriebenes Kapitel ist. Wir müssen uns immer über die Auswirkungen unseres „unwissentlichen“ Handelns im Klaren bleiben.

Einige Beweise, wie auch immer, kommen schon ans Licht und weisen auf zwei Typen von gegenteiligen Reaktionen, die man im allgemeinen mit heutigen Medikamenten die auf das Immunsystem einwirken.

Der erste bezieht sich auf das Knochenmark und die Produktion von Blutbestandteilen dort selbst.

Das Knochenmark ist das Organ, welches Leukozyten herstellt (weisse Blutkörperchen), Lymphozyten, Eosinophile, Monozyten, Granulozyten, Neutrophile, Thrombozyten und viele andere Blutbestandteile. Ihre Verknüpfungen untereinander sind so komplex, unklar und in jedem Fall ausserhalb der Diskussion. Was jedoch wichtig ist, dass alle einzelnen Faktoren des Knochenmarks in der einen oder anderen Form ihre Rolle spielen bei der Immunabwehr. Jeder Wirkstoff, welcher die Bereitstellung und die Funktion dieser Blutbestandteile beeinträchtigt, stört dabei das Abwehrsystem bei seiner Arbeit.

Wie schon bemerkt, spielen die Lymphozyten bei beiden, AIDS und Syphilis, eine besondere Rolle und, nicht unerwartet, sind diese häufig durch die Immun suppressiven Wirkungen von Medikamenten bedingt.

Die zweite Veranlassung zu regelwidrigen Reaktionen, welche bedeutungsvoll für die Immunreaktion sind und als Allergien, Überempfindlichkeiten oder anaphylaktische Reaktionen bekannt sind – auch wenn ihre genaue Verbindung zu Veränderungen im Immunsystem nicht immer möglich sind aufzuspüren.

Jeder Wirkstoff, der Einfluss nimmt auf die Herstellung der Blutbestandteile im Knochenmark, oder den Aufbau des Blutes verändert, oder eine allergische oder überempfindliche Reaktion verursacht, beeinträchtigt das Immunsystem.

Die meisten Medikamente, welche für die Behandlung der Syphilis oder andere venerische Krankheiten eingesetzt werden, nehmen Einfluss auf die eine oder beide dieser regelwidrigen Reaktionen des betroffenen Immunsystems.

Die Immununterdrückenden Auswirkungen von Medikamenten wurden in den Einzelheiten in verschiedenen Ausgaben des *Physician's Desk Reference* und solchen Standard Papieren wie dem *Merck Manual*, Eric W. Martin, *Hazards of Medication* (zweite Auflage, Philadelphia: Lippincott, 1978) und A. G. Gilman, L. S. Goodman,

und A. Gilman, *the Pharmaceutical Basis of Therapeutics* (sechste und siebte Aufl., New York: Macmillan, 1980, 1985). S. a. im *National Disease and Therapeutic Index (NDTI)* (Ambler, Pa.: IMS America, 1986).

Für die Behandlung der Syphilis ist Penizillin immer noch das am meisten empfohlene Medikament. Die meisten Ärzte spüren, dass *Treponema pallidum* dagegen noch nicht resistent geworden ist, obwohl Mary E. Guinan kürzlich diese Möglichkeit erwähnt hatte und zugab, dass die Wahrheit noch nicht bekannt sei.

Penizillin hat eine ganze Menge von verderblichen Wirkungen auf das Immunsystem. Es ist bekannt, dass es den Gehalt an Leukozyten, Granulozyten und Neutrophilen im Blut vermindert und die Eosinophilen erhöht. Es kann auch die Blutgerinnungsmechanismen beeinträchtigen und Blutungen verursachen; gelegentlich führt es auch zu hämolytischer Anämie. Dazu kann das Knochenmark deprimiert oder ausgeschaltet sein in der Reifung während der Penizillinbehandlung, was eine direkte Einwirkung dort anzeigt. Die ausgeprägteste Wirkung jedoch ist der Bereich der Allergien. Die ganze Penizillingruppe verursacht sehr häufiges Vorkommen von allergischen und anaphylaktischen Reaktionen, mehrere Studien ergaben eine Häufigkeit von mehr als 10 Prozent. Diese allergischen Reaktionen reichen von Tod durch anaphylaktischen Schock (in einem von 50'000 Personen, die mit Penizillin behandelt wurden) bis zu einer ganzen Serie von kleineren Reaktionen: Hautreizungen jeder Art, Urtikaria, Kontaktdermatitis, exfoliative Dermatitis, Schwellungen im Gesicht und anderen Körperteilen, riesige Bienenstiche, Asthma, Frost und Fieber, Arthritis und Arthralgie, geschwollene Lymphdrüsen, Milzvergrößerung, Herzrhythmusstörungen, Nierenschädigungen, Hämaturie und Proteinurie und geistige Veränderungen.

Bei einem Patienten mit latenter oder undiagnostizierter Syphilis, können viele dieser Symptome nicht allergischer Natur sein und statt dessen eine Jarisch-Herxheimer Reaktion darstellen.

Da das Penizillinmolekül sehr klein ist und sehr kleine Moleküle im allgemeinen unfähig sind eine überempfindliche Reaktion herauszufordern, wird angenommen dass der allergische Mechanismus und die Empfindlichkeit auf den beim Zerfall anfallenden Abfallprodukte des Penizillins im Körper zurückzuführen ist; diese bilden grössere Moleküle welche sich später mit den körpereigenen Eiweissmolekülen verbinden und Allergene Kombinationen bilden (die als „Hapten“ bekannt sind) „Hapten“ sind „Halbantigene“; eiweissfreie, organische Verbindungen, welche die Bildung von Antikörper im Körper verhindern.

Tetrazyklin ist das Medikament zweiter Wahl bei der Syphilis von Patienten, die gegen Penizillin allergisch reagieren. Aber die Mitglieder dieser Gruppe – Doxycyclin (*Vibramycin, Vibra-Tabs*), Minocyclin (*Minocin*), Oxytetracyclin (*Terramycin*) – haben vielleicht einen weit grösseren und schädlicheren Einfluss auf das Immunsystem als das Penizillin. Sie beeinflussen die Entstehung von Granulozyten, Thrombozyten und Lymphozyten und übernehmen dann die Hauptrolle bei der nachfolgenden Generation als die „atypischen“; sie hemmen die Fähigkeit der Phagozyten und verursachen damit eine Überflutung von Leukozyten und sie verändern die Blutbildung im Allgemeinen ganz erheblich. Tetrazyclin wird in den Knochen abgelagert und kann dort die Knochenreifung hemmen bei Kindern, die damit behandelt werden.

Wie Penizillin kann es auch verschiedenartige Hauterscheinungen verursachen wie Urtikaria, exfoliative (abschuppende) Dermatitis und andere Hautreaktionen wie Schwellung der Blutgefässe, der Arterien, bis zum Asthma und dem anaphylaktischen Schock.

Das dritte Medikament, welches bei der Syphilis angewendet wird ist dann noch das Erythromycin (*Erytab, E.E.S., E-mycin, etc.*). Dieses wird gewöhnlich als harmloses Medikament eingestuft, mit einem Minimum an Gegenreaktionen. Dennoch kann es auch die Funktion der Lymphozyten hemmen und zu einer Erhöhung der Eosinophilen im Blut führen, wie auch zu anderen allergischen Reaktionen wie Urtikaria und weiteren Hauterscheinungen, Leberfunktionsstörungen bis zum anaphylaktischen Schock.

Alle diese drei Hauptmittel bei der medikamentösen Behandlung der Syphilis haben also ihrerseits einen hemmenden Einfluss auf das Immunsystem

Indem wir der Entstehung von AIDS nachforschen, gilt unser Interesse dem ganzen Lebensprozess derjenigen, die am verletzlichsten sind. Joan McKenna und ihre Mitarbeiter in Berkeley, Kalifornien, beschreiben das folgenden medizinischen Geschichten über eine Gruppe von 100 homosexuellen Männern, die sie interviewt haben.

- Unter den üblichsten Erscheinungen haben wir die folgenden Ausgewählt:
- Gonorrhoe*: mehrere Ansteckungen die jeweils mit Antibiotika behandelt wurden; zwanzig pro Jahr über zwei oder mehr Jahre waren nicht ungewöhnlich.
 - Hepatitis*: hohes vorkommen bekannter Hepatitis oder positive Antigen Testresultate; zehn Prozent hatten eine chronische Hepatitis über fünf Jahre oder länger.
 - Unspezifische Urethritis*: Viele Formen, manchmal chronisch wie in einem Fall der von sechs oder sieben Episoden pro Jahr während mehr als acht Jahren berichtet; Hohe Dosen Antibiotika über längere Zeiträume eingenommen führt zu einem resistenten Zustand gegenüber chemischen Einflüssen.
 - Hautausschläge*: spezifisch, palliativer oder prophylaktischer Gebrauch von Antibiotika, Tetrazyclin und Korticosteroiden gegen Hautausschläge; Berichte beschreiben Tetrazyclin über fünf bis achtzehn Jahre kontinuierlich.
 - Beruhigungsmittel, Tranquilizer und Stimmungsaufheller*: weitere Arzneien, die aus psychotherapeutischen Gründen verordnet werden oder ohne Verschreibung Verwendung finden.
 - Chronische Halsschmerzen*: Mehr als 50 Prozent berichten über häufige Episoden von „Antibiotikapflichtigen“ Halsschmerzen.
 - Herpes simplex*: 25 Prozent berichten über chronischen Herpes; 90 Prozent hatten Herpes innerhalb der letzten zehn Jahre.
 - Allergien*: Häufiges vorkommen einer Geschichte von chronischen und ernsthaften Allergien, Antiallergische Behandlungen oder andere symptomatische Unterdrückungen.
 - Lymphadenopathie*: sehr häufig, chronische Lymphdrüenschwellungen bei mehr als 40 Prozent zum Beispiel länger als 25 Jahre, die der Untersuchung vorausgingen.
 - Diarrhoe*: häufiges Vorkommen aus bekannter oder unbekannter Ätiologie; häufiger Parasitenverdacht und Behandlungen gegen Parasiten mit oder ohne bestätigten aktuellen Organismus bei nahezu 30 Prozent dieser Studie.
 - Modedrogen*: Beinahe universaler Gebrauch von Marihuana; ein mehrfacher oder gemischter Gebrauch von LSD (Lysergsäurediäthylamid) , MDA (Extasy), PCP („Krack“), Heroin, Cocain, Amyl- und Butyl Nitrit, Amphetaminen, Barbituraten, Aethyl Chlorid, Opium, Pilzen und was es sonst noch so gibt und sich „Designer Droge“ nennt.

Ein Viertel der Versuchsgruppe teilte keine oder mehrere dieser Bedingungen oder Vorlagen und alle diagnostizierten oder ausgebrochenen AIDS oder ARC Fälle waren konzentriert in dieser kleineren Gruppe.

So charakterisiert diese Aufzählung der möglichen Hauptfaktoren ein Bild, das zum grossen Teil diejenigen beschreibt, die einen schwulen Lebenswandel verfolgen und es wurde offensichtlich, dass ein solcher Lebensstil auch einen sehr hohen Konsum an Medikamenten beinhaltet.

Und, wie wir zeigen werden, bedeuten alle diese Medikamente eine zusätzliche Last im Sinne der Abwehrschwäche im Immunsystem jener, die bereits an Syphilis oder einer anderen venerischen Krankheit leiden.

Die Ärzte machen sich nur wenig Gedanken über die möglichen Immunsuppressiven Auswirkungen der Medikamente, die sie verschreiben. Roger Finch vom Nottingham City Hospital in England, schrieb 1980:

Die Folgen von antimikrobiell wirksamen Substanzen auf das Immunsystem wird in der klinischen Praxis weitgehend unbeachtet, obwohl verschiedene Einflüsse – meistens im experimentellen System – auf beide, dem Zellabwehr und der humoralen Immunität, beobachtet wurden...Unter den vielen antimikrobiell wirksamen Substanzen, welche studiert wurden, standen Rifampicin, Tetrazyclin und Cephalosporin im Rampenlicht des Interesses.

Er äussert sich weiter, „Die Relevanz vieler solchen Beobachtungen ist wahrscheinlich geringer als angenommen, besonders da eine antimikrobielle Therapie gewöhnlich kurzfristig ist...“ Das kann sein für die Bevölkerung im Ganzen zutreffen – aber nicht für die Individuen, für welche bis zu zwanzig „Vorfälle“ von Gonorrhoe pro Jahr für zwei oder mehr Jahre eine Tatsache ist.

Die homosexuelle Bevölkerung konsumiert besonders diese Wirkstoffe regelmässig, häufig aus einer prophylaktischen Motivation, und darunter leidet ihr ganzes Immunsystem.

Wie ist die Reaktion des potentiellen AIDS Patienten z. B. demjenigen mit den zwanzig Vorfällen von Gonorrhoe pro Jahr? Zuerst wird er danach streben mit einer antimikrobiell wirksamen Substanz sich vor diesem elenden Gonokokkus zu entledigen und hier ist das Tetrazyklin das Medikament der Wahl. Tatsächlich nimmt Tetrazyklin, wie wir sehen werden, eine herausragende Stellung ein und kann praktisch gegen alle venerischen Krankheiten verschrieben werden; es wird nicht nur für die Behandlung der Gonorrhoe und Syphilis, sondern auch bei Lymphadenitis, nicht venerischer Urethritis, Entzündungen der Beckenorgane, Vaginitis, Vulvitis, Lymphknotenschwellungen und weiteren venerischen Krankheiten.

Die Immunschwächenden Einwirkungen wurden oben bereits besprochen.

Unter den üblichen chronischen Krankheiten, die bei der Gonorrhoe bekannt sind, befinden sich Gicht und Arthritis. Das „*National Disease and Therapeutic Index*“, ein vierzehntägiges Handelsorgan der pharmazeutischen Industrie hat die am häufigsten verordneten Medikamente und die Krankheiten, gegen die diese verordnet werden, aufgelistet und angefügt: „Gichtspezifisch“, wie die Gruppe der Medikamente, die gegen die Gonorrhoe am häufigsten verordnet werden...und das führende „Gicht spezifische“ Mittel – Colchicin (*Col-Benemid, Colprobenecid, etc*) – wirkt direkt auf das Knochenmark, indem es die Bildung der weissen Blutkörperchen beeinflusst und eine „Leukopenie“ und „Agranulozytose“, und manchmal sogar eine aplastische Anämie hervorrufen kann.

Aber das ist noch nicht das Ende der Geschichte.

Der Arzt kann auch eines der Cephalosporine verschreiben, die genannt werden wie: *Mefoxin, Cefobid, Keflex, Ancef, Ceclor, Celosef, Cefotan, Duricef, Rocephin, Kefline, Ultracef, etc.* welche strukturell dem Penizillin sehr ähnlich sind und auch ähnliche Eigenschaften auf das Immunsystem haben: Knochenmarks Depression, welche zu ungenügender Lymphozyten Reaktionen und zu einer Verminderung von Granulozyten („Granulocytopenie“) und Thrombozyten („Thrombozytopenie“) führt ebenso wie zu solchen allergischen Reaktionen wie Urtikaria, Makropapuläre Effloreszenzen und Atembeschwerden, die durch plötzlichen Krämpfe der Bronchialröhren verursacht werden („Bronchospasmus“) bis zum anaphylaktischen Schock. Die Cephalosporide sind verschrieben worden gegen: Vaginitis, akute Gonorrhoe, Lymphadenitis, Analfisteln, Entzündungen der Beckenorgane, und anderen Infektionen der weiblichen Geschlechtsorgane, nicht venerische Urethritis, Lymphknotenschwellungen, Vulvitis, u. s. w.

Eine andere Klasse von Antibiotika sind die Sulfonamide, welche beinhalten: Trimethoprim / Sulfamethoxazole (Baktrim), Sulfisoxazole (Gantrisin) und viele andere. Ein führendes Fachbuch der Pharmakologie bemerkt:

Die unmittelbare Wirkung nach der Einnahme von Sulfonamiden sind zahlreich und unterschiedlich. Sie können nahezu alle Organsysteme betreffen...Die Häufigkeit der Reaktionen auf Antibiotika liegt bei ungefähr 5 Prozent. Einige dieser wurden verboten für den andauernden Gebrauch, und zwar für jedes Sulfonamid.; in dieser Kategorie waren neben dem Arzneimittelfieber und Reaktionen, die das Blut, das Knochenmark, Nieren, Leber, die Haut und die peripheren Nerven... betreffen. Eine vollständige Depression der Knochenmarksaktivität mit massiver Anämie, Granulozytopenie und Thrombozytopenie sind ein äusserst seltenes Phänomen bei der Therapie mit Sulfonamiden. Das geht wahrscheinlich aus einem direkten toxischen Einfluss auf das Knochenmark hervor und kann fatal sein.

Die Sulfonamide wurden verwendet, um Entzündungen der Beckenorgane, Analfisteln, venerische Krankheiten, Vulvitis, Vaginitis, etc. zu behandeln. Für diese zwei letzteren Zustände waren *Sultrin: Triple Sulfa Cream* und *Vaginal Tablets* (welche Sulphathiazol, Sulfacetamid und Sulfabenzamid enthält) weit verbreitet.

Aber die Behandlung der Gonorrhoe, der Syphilis, der nicht-gonokokkalen Urethritis, der Herpes, Zytomegalovirus und Epstein-Barr Virus Infektionen, der Chlamydien und der Candida Moniliasis, sowie der ganze Gaswirt der venerischen Krankheiten, die durch die Aufklärung der sexuellen Revolution der letzten Jahrzehnte schliesst viele zusätzliche immunhemmende Drogen mit ein.

Hautausschläge gehören zu den häufigsten Erscheinungen bei diesen Krankheiten. Deswegen sind „die Dermatologischen und anderen Präparate“ weltweit die Nummer 1 aller verschriebenen Medikamente „gegen die venerischen Krankheiten“, im *National Disease and Therapeutic Index*.

Von diesen Präparaten sind Tetrazyklin Salben (*Topicyclin, Achromycin Salbe*) an vorderster Front.

Die verschiedenen Kortikosteroide werden ebenfalls zu Hauff von Ärzten abgegeben, und seit dafür auch noch am Fernsehen öffentlich geworben wird, und sie ohne Verschreibung erhältlich sind, werden sie in rauen Mengen konsumiert ohne Rücksicht auf irgend eine Diagnose. Man weiss, dass sie die Anzahl der B- und T-Lymphozyten im zirkulierenden Blut beschränken (Lymphozytopenie) und ausserdem die Abwehrkraft des Immunsystem noch auf mehrere andere Weisen geschwächt wird.

Wegen denselben Krankheiten, oder vielleicht wegen der dermatologischen Konsequenzen der Gonorrhoe und der Syphilis, kann der Patient auch Prednison verschrieben bekommen haben. (*Deltasone, Meticorten, Orasone, Sterapred, ect.*) welche derart Immunschwächend sind, dass sie zur Kontrolle der Immunreaktion therapeutisch eingesetzt werden muss, um zu verhindern, dass transplantierte Organe abgestossen werden.

Chloramphenicol (*Chloromycetin*), das erste synthetische Antibiotika, war eines der am häufigsten verschriebenen Medikamente in der Pharmakopoe bis es als hochgiftig für das Knochenmark erkannt wurde. Es gab Todesfälle wegen „Blutzeretzung“ („Dyskrasie“) und dennoch wird es heute trotz diesen Geschichten verschrieben bei „überempfindlichen Organismen, die sich gegenüber allen anderen angezeigten Antibiotika als resistent gezeigt haben“ oder bei „oberflächlichen Hautentzündungen, die durch Bakterien verursacht werden, die Chloramphenicol empfindlich sind. Eine Chloromycetin Präparation, *Ophthochlor*, wird verwendet bei der Behandlung herpetischer Augenentzündungen (Ophthalmie). Eine andere Verbindung, *Ophthocort*, wird ebenfalls bei Ophthalmie gebraucht und ist zusammengesetzt aus Cortison und Chloramphenicol und das bewirkt einen doppelten Immununterdrückenden Effekt.

Eine chronische, subklinische Meningitis (Meningismus) kann manchmal mit Syphilis verbunden sein und ist deshalb auch zugänglich für die Behandlung mit Chloramphenicol. Oder einem Syphilis Patient, bei dem vermutet wird, dass er Träger des Meningitis Mikroorganismus (*Neisseria meningitidis*) ist, kann Rifampin (*Rifadin*), ein klassisches Knochenmark Depressivum gegeben werden, das ebenfalls eine Anzahl von Allergischen Wirkungen hat.

Candida (moniliasis) und andere Pilzinfektionen sind sehr häufig in der Bevölkerung mit venerischen Krankheiten, was zu häufiger Verwendung sogenannter Fungizide geführt hat wie Amphotericin-B (*Mysteclin*), Clotrimazol (*Mycalex, Lotrisone, Gyne-Lotrimin*), Miconazol (*Monistat, Monistat-Derm*) und Metronizadol (*Flagyl*). *Mysteclin* wird oft für Amöben Infektionen gebraucht, die dem Kontakt mit Fäkalien während dem rektalen Durchgang entstammen. *Mycalex* wird gebraucht als dermatologische Crème oder als vaginales Suppositorium (Ovulum) gegen den Juckreiz, der mit Candida oder andern mykotischen Infektionen zusammen auftritt, *Flagyl* ist wahrscheinlich das häufigst verwendete Medikament gegen vaginalen Juckreiz.

Im allgemeinen sind „Vaginitis“ und „Vulvitis“, ernsthafte Entzündungen mit stechenden Schmerzen in diesem Gebiet und sie werden mit einem ganzen Arsenal von Immunsuppressiven Wirkstoffen behandelt, das oben genannt wurde: Terramycin, vaginal sulfa drugs, Cortison Crèmen, Ampicillin, Mycalex, Doxycyclin, Cephalosporin, Amoxycillin, Erythromycin und ähnliche.

Alles das hat einen negativen Einfluss auf die Bildung der Lymphozyten und andere Bestandteile des Blutes, die am Körpereigenen Abwehrsystem mitwirken.

Die weiblichen Patienten, dessen venerischen Krankheiten die Entwicklung von chronischen Beckenentzündungen, Endometritis, nicht-gonokokkale Tuboovarielle Abszesse, Becken Zellulitis oder andere ähnliche Befunde – und wer auf Antibiotika allergisch ist, wird vielleicht Clindamycin (*Cleocin*) erhalten, welches auch bekannt ist, dass es die Knochenmark Synthese der Lymphozyten und anderen Blutbestandteilen beeinflusst.

Ironischerweise können diese Medikamente in einigen Fällen eben diese Zustände verursachen, gegen die sie eingesetzt werden. Der Beipackzettel von *Mysteclin* vermerkt:

Candida überwuchert bei einer grossen Zahl von Patienten, die Breitband Antibiotika einnehmen. Obwohl es unmöglich ist vorauszusagen, welcher Patient Komplikationen mit Candida entwickeln wird, und wer nicht, gibt es einen bekannten Typ von Patient, der speziell Candidiasis „verdächtig“ ist. Unter diesen sind Ältere oder Schwächere Patienten, Patienten nach hohen oder ausgedehnten Antibiotika Gaben; Diabetiker, Kinder (?), Patienten unter Kortison Therapie; Patienten, die Candida entwickelten nach früheren Breitband Antibiotika Behandlungen; Frauen (?), besonders während der Schwangerschaft...indiziert bei vielen üblichen Infektionen, darunter die des Respirations-, Gastrointestinal- und Urogenitaltraktes, welche auf Tetracyclin Therapie ansprechen. Bei Infektionen durch Gram Positive und Gram Negative Bakterien, Spirochäten (!) ...und Endamoeba histolytica können gute Ergebnisse erwartet werden. Wegen der weiten Reichweite der antimikrobiellen Aktivität kann das Präparat besonders hilfreich sein bei der Behandlung von Mischinfektionen mit verdächtigen Organismen.

Wie oft wurden Medikamente gegen den immer heftigeren Candida Befall, immer grössere und stärkeren Dosen verabreicht, was die Verschreibung immer grösserer Dosierungen erforderte, u.s.w., ad infinitum?

Im selben Zusammenhang wurde die Ampicillin Allergie – gebraucht bei der Behandlung der Gonorrhoe und der Syphilis – als sekundäre Syphilis diagnostiziert, weil in einer Studie Effloreszenzen gefunden hatte bei knapp 5 Prozent der Patienten. Das ist wahrscheinlich einer von vielen bereits verwirrenden Faktoren bei der Diagnose und der Behandlung der Syphilis.

Das oben Besprochene sind nur einige Muster der hervorstechendsten Wirkungen, die das Immunsystem betreffen. Wir haben mit Medikamenten, die negative Wirkungen auf das Knochenmark und seine blutbildende Funktion ausüben, belastet – und dieselbe Immunologische Abwehrlage ist bezeichnender Weise verknüpft mit beiden, Syphilis und AIDS. Wir haben auch über die Fähigkeit gesprochen, Überempfindliche Reaktionen auszulösen. Aber das sind andere Mechanismen der Immunabwehr und wenig ist darüber bekannt, wie die betroffen werden von diesen oder jenen Medikamenten.

Das Immunsystem ist ein hochkompliziertes Abwehrsystem, welches keineswegs ganz erforscht und von der Medizin verstanden wird. Seine prinzipiellen charakteristischen Eigenschaften sind noch auszumachen. Eine Behörde schreibt: „Was ich betonen möchte über den Ausbruch ist die einzigartige Flexibilität zu reagieren, was einer komplizierten Organisation, welche auf die zellulären und molekularen Bestandteile des Immunsystems zurückzuführen ist. In praktisch keinem Zustand ist der Organismus auf einen einzigen möglichen Weg beschränkt, in der Wahl seiner Antwort auf den... Stimulus“. Eine Immunantwort betrifft immer alle Teile eines Körpers mit seinen Funktionen, so kann jeder Mechanismus aktiviert werden, falls er zum Schutz gebraucht wird. Die Störungen, die durch Medikamente verursacht werden, welche alle Eigenschaften besitzen diesen Anstrengungen des Körpers entgegenzutreten, hindern ihn in seinen Bemühungen zu einer sinnvollen Immunantwort.

Der typische AIDS Patient ist also wahrscheinlich ein Konsument illegaler Drogen. Der Immunhemmende Einfluss dieser sogenannten „Strassen-“ oder „Modedrogen“ sollte nicht unterschätzt werden. Marihuana, zum Beispiel, kann Immunologische Störungen verursachen im Reagenzglas und vielleicht auch beim Menschen. Kokain wurde epidemiologisch mit KS verbunden und ebenso mit Veränderungen der T-Lymphozyten Werte im blut. Und, wie bereits erwähnt, Amyl und Butyl Nitrit „Duftstoffe“, die als „Raumerfrischer“ verwendet werden, sexuelle Stimulantien und

Anale Muskelrelaxantien wurden ebenfalls mit unüblichen T-Lymphozyten Formen in Verbindung gebracht.

Dies mögen die wichtigsten Co-Faktoren bei der Entwicklung von AIDS darstellen, aber dies sollte die Aufmerksamkeit nicht auf Arzneistoffe lenken, dessen Immununterdrückende Wirkung, allem in allem, vielleicht noch weit grösser ist. (*Radioaktivität, z. B. Anm. Übersetzer*)

Natürlich werden die Patienten mit AIDS und ihren bekannten Infektionen häufig mit denselben, oder anderen Immunhemmenden Medikamenten behandelt. Eine Kommission empfahl: „eine möglichst frühe aggressive antibiotische Therapie“ und sogar „Langzeitprophylaxe“ mit solchen Mitteln wie Trimethrprim / Sulfamethoxazol („die Behandlung der Wahl bei PCP“), Pentamidin (*Pentam* – „sofortige Toxizität wurde bei vielen Patienten beobachtet, die sich in Hypotension, Tachycardie und Gesichtshitze...Nierenschädigungen sowie Leberschädigungen oder beides sind für gewöhnlich reversibel, wurden jedoch berichtet bei ungefähr 25 Prozent der Patienten, die Pentamidin erhielten“), Vidaribin (*Vira-A* - „Störungen des Zentralnervensystems wurden berichtet bei therapeutischen Dosen... Hämatologische klinische Laborveränderungen festgestellt...es wurde eine Verminderung des Hämoglobins oder des Hämatokrits, der weissen Blutkörperchen und der Blutplättchen gezählt...“), Cytaribin (ein „kräftiger Knochenmarkszerstörer“ der auch bei der Krebs Chemotherapie verwendet wird), Acyclovir (*Zovirax*) gegen Herpes Infektionen:

Unter 51 Immungeschwächten Patienten, hat einer, ein Knochenmarktransplantiertes Empfänger mit Pneumonitis, einen Anfall von Cerebralem Ödem entwickelt, Koma und verstarb mit Veränderungen, die sich in der postmortem Biopsie als zerebrale Anoxie entpuppten...weniger häufige ungünstige Wirkungen sind...zittern (!)

So gut wie unsere alten Freunde, Amphotericin B, Rifadin, Corticosteroide und die anderen, ähnlichen Immunhemmer.

Die Warnung von Joseph Sonnabend aus dem Jahre 1983, dass „die Behandlung von AIDS Patienten mit starken Immunsuppressiven Medikamenten verheerend sein kann,“ scheint ungeachtet worden zu sein.

Afrikaner und Haitianer sind vielleicht noch grösseren pharmakologischen Risiken ausgesetzt als Amerikaner und Westeuropäer. In diesen Ländern hafteten Antibiotika und anderen importierten Medikamenten lange Zeit den Ruf an, besondere magische Kräfte zu besitzen. Sie waren viel einfacher erhältlich ohne Verschreibung als in den entwickelten Ländern und sie wurden sogar an den Strassenecken verkauft. Afrikanische Krankenhausangestellte stahlen sie aus den Lagern, verdünnten sie dann und verkauften sie dann im Einzelhandel ihren Freunden und Verwandten. Ärzte in Zimbabwe schrieben 1985: „Im Zimbabwe werden wesentlich mehr Antibiotika vertrieben im Vergleich zum U. K. (England) und den USA, mit Penizillin das sehr häufig angewendet wird. Sulfonamide und Tetracycline sind die nächst häufigsten, beziehungsweise verkauften Gruppe.“ Zwei andere Ärzte berichteten im selben Jahr: „Der weit verbreitete Gebrauch von Antibiotika in den öffentlichen Krankenanstalten ohne Vergleich mit den Laboraussagen über dessen Notwendigkeit, ist mit ein Grund für ernsthafte Besorgnis und kann einen wichtigen Faktor beitragen in der Entstehung und Ausbreitung von resistenten Stämmen potentiell pathogener Keime... Der Missbrauch und verschwenderische Umgang mit den üblichen Antibiotika in den Entwicklungsländern, erreichte aus verschiedenen Gründen ein Ausmass, das aus verschiedenen Gründen ein wichtiger Faktor bei der Entwicklung von Antibiotikaresistenz darstellt. Wo die finanziellen Mittel begrenzt sind, herrscht grosses Vertrauen auf eine kleine Menge an einigermaßen günstigen Antibiotika und die Entwicklung von Resistenzen gegen diese können daher ein ernsthaftes gesundheitliches Problem darstellen.“ Patienten bevorzugen ebenso die Injektionen vor den oral eingenommenen Darreichungsformen, was die Situation nur noch verschlimmert.

Die Möglichkeit einer Immun Suppression durch medikamentöse Therapie hat, wie die Möglichkeit der Unterdrückung von venerischen Krankheiten kann nicht mehr länger unbeachtet bleiben in der Literatur, aber es gibt nicht genügend Beweise dafür.

1985 hat ein Artikel von Mitarbeitern des CDC beschrieben, dass „Ob andere Faktoren die das Immunsystem belasten, wie Medikamentengebrauch von Steroiden...(oder) daneben bestehenden Immunbelastenden Krankheiten.... das Risiko bei infizierten Patienten, an AIDS auch zu erkranken erhöht, ist unbekannt.“ Aber, nachdem man herausfand, dass AIDS in einigen Entwicklungsländern in einem Zusammenhang mit „der Anzahl von erhaltenen Injektionen aus therapeutischen oder nicht-therapeutischen Zwecken“ stand, beschuldigten die Autoren „die Wiederverwendung unsteriler nadeln“ und übersahen die Möglichkeit dass therapeutische Injektionen an und für sich schädlich sein könnten. Lawrence Altmann, Medizin Journalist bei der *New York Times*, behauptete Kommentarlos die Theorie, dass das AIDS Virus „sich mutiert habe auf eine unbekanntes Art und Weise, als Reaktion auf den weit verbreiteten Antibiotikamissbrauch.“

Das ist ganz gewiss nicht eine populäre Art um zu überzeugen, wie auch immer. Die „Behandlung“ der Syphilis mit Antibiotika war ein medizinischer Triumph in den 1950er Jahren. Das Anerkennen eines Reservoirs an ungeheilten Syphilis Fälle in der „behandelten“ Bevölkerung, würde einige fundamentale unbeantwortete Fragen über den unangemessenen Verbrauch an Antibiotika, in den vergangenen Jahrzehnten, aufwerfen. Seitdem diese Medikamente die Grundlage der modernen Behandlung darstellen, befürchtet niemand mehr, solche Themen in die Tagesordnung umzusetzen. Und doch müssen sie an der Tagesordnung sein. Der konsequente Angriff auf das Immunsystem durch den übermäßigen Medikamentenkonsum in der modernen Medizin hat uns den Boden für die ebenso moderne AIDS Plage bereitet.

Kapitel 5 – Epidemiologische Wechselbeziehungen

Anthony S. Fauci, der Direktor für AIDS Forschung am National Institute for Health hat uns nachdrücklich darauf hingewiesen, wenn wir an AIDS denken „die unglaubliche Macht der epidemiologischen Auswirkungen nicht zu unterschätzen.“

In der Tat können die epidemiologischen Daten von AIDS – besonders das Auftreten des Vorkommens von HIV-1 bei männlichen Homosexuellen in den Vereinigten Staaten und Europa und den heterosexuellen Frauen in Afrika – an irgendeine Virus Theorie angepasst werden. Düsberg beobachtete, „Es ist widersprüchlich für einen Virus, dass er sich länderspezifisch einordnet und eine Risikogruppenspezifische Pathologie entwickelt. In den Vereinigten Staaten sind 92 Prozent der AIDS Patienten männlich, aber in Afrika ist AIDS gleichmässig verteilt unter den Geschlechtern...“

Diese und andere Epidemiologische Besonderheiten von AIDS macht nur Sinn, wenn die Syphilis als zugrundeliegenden Faktor vorausgesetzt wird. Homosexualität ist ein guter Nährboden um zu beginnen. Beinahe 70 Prozent der US AIDS Patienten sind Individuen, die den „Gay Lifestyle“ pflegen: 75'000 Fälle von 110'000 am Ende des Jahres 1989. Aber der „gay lifestyle“ wurde schon häufig mit der Syphilis verbunden, besonders bei Männern. In den Vereinigten Staaten sind heute mehr als drei Viertel aller Fälle von Syphilis Männer und über die Hälfte dieser Männer sind entweder homosexuell oder bisexuell. Der homosexuelle Mann ist also 14 Mal anfälliger auf Syphilis als der heterosexuelle Mann.

Ein CDC Sprecher bestätigte 1985, dass „Schwule Männer mehr als die Hälfte aller Syphilis Fälle im Land ausmachen.“

Somit überwiegt AIDS in den Vereinigten Staaten und Westeuropa unter homosexuellen Männer aus denselben Gründen wie die Syphilis in dieser Gruppe überwiegt. Die statistische Wahrscheinlichkeit, dass ein AIDS Patient aus dieser Bevölkerungskategorie Syphilis gehabt hatte, entzieht sich den Angaben aus mehreren Studien.

1983 hat die CDC 50 Fälle von KS und PCP (Kaposi Sarkom und Pneumocystis carinii Pneumonie) analysiert bei männlichen Homosexuellen; als die Patienten genauer über ihre medizinische Geschichte befragt wurden, gaben 34 eine persönliche Krankengeschichte einer Syphilis Infektion an; darüber hinaus wurden bei einer Kontrolle von 90 (homosexuellen Männern, die kein KS oder PCP hatten) ebenfalls 32 gefunden, die Syphilis hatten. In beiden dieser Gruppen war der Quotient stark mit „der Anzahl der männlichen Geschlechtspartner pro Jahr“, dem „Gebrauch an Strassendrogen“ und der Inhalation von Nitriten verknüpft.

Joseph Sonnabend und Mitarbeiter entwickelten 1984 ein „multifunktionales Model für die Entstehungsmechanismen von AIDS bei homosexuellen Männern“ und fanden heraus, dass „Syphilis und Hepatitis B in einem derart überwiegenden Verhältnis bei diesen Männern vorlagen, dass diese Infektionen mit einer Immunen Funktionsstörung verknüpft werden können.“ Eine Studie aus dem selben Jahr an AIDS Patienten an der San Francisco City Klinik fand heraus, dass die bei diesen Männern beobachtete Lymphadenopathie bezeichnend für das zweite Stadium der Syphilis ist.

Eine Überwachung von 100 männlichen Homosexuellen in Berkeley, Kalifornien, von Joan McKenna brachte 1986 hervor, dass bei 24 AIDS diagnostizierten Personen, 16 deutlich sichtbare Zeichen von vergangener oder noch andauernder Syphilis Infektion haben. Auf Grund dieser und anderer Tatsachen beschloss McKenna, dass „Epidemische Syphilis“ ein Hauptfaktor für die Anfälligkeit für AIDS und AIDS verwandten Zustände sein könnte.

Eine Untersuchung von 500 Patienten an der San Francisco City Klinik, die 1987 veröffentlicht wurde, befand, dass in dieser Gruppe die drei häufigsten Faktoren, die zu AIDS geführt haben die folgenden waren: „Ausübung analen Geschlechtsverkehrs mit Ejakulation durch wechselnde männliche Geschlechtspartner, der Anzahl der Geschlechtspartner pro Monat, und einer Krankengeschichte von Syphilis.“

Dieser Punkt verlangt sorgfältigere Betrachtung. Das hohe Vorkommen von Syphilis in allen homosexuellen Gruppen, besonders derer mit AIDS, wird als gesichert betrachtet.

Die nächst grössere Risikogruppe für die Empfänglichkeit für AIDS – beinahe 23'000 US Fälle am Ende von 1989 – sind Personen, die intravenöse Drogen konsumieren und sich gegenseitig infizieren durch den Austausch von Nadeln und Sexualität ebenso. Von diesen sind ein Viertel homosexuell und drei Viertel heterosexuell.

Es wird geschätzt, dass zumindest die Hälfte der 200'000 intravenösen Drogenkonsumenten in New York City HIV infiziert sind und ein Viertel bis die Hälfte der Amerikaner, die AIDS haben, Drogenkonsumenten sind.

Syphilis ist also weit verbreitet in diesen Gruppen, nicht nur bei dem Viertel, die homosexuell sind, sondern auch beim heterosexuellen Rest – welcher mit überwältigender Mehrheit arm, schwarz und hispanoamerikanischer Abstammung ist.

Gesundheitsbehörden beschuldigen jetzt den Drogenkonsum in dieser Unterklasse für die Zunahme von Syphilis, der seit 1987 in den Vereinigten Staaten beobachtet wurde. Das zunehmende Aufkommen von AIDS in der gleichen sozioökonomischen Kategorie war daraus die Konsequenz.

Kokain, welches alle 15 bis 20 Minuten injiziert werden kann, trägt mehr Gefahr einer Infektion als Heroin, welches nur alle sechs bis acht Stunden injiziert wird. Und rauchbares Kokain hat seine eigenen Risikofaktoren. Das „Krack Haus“ der 1980er, wo Männer und Frauen sich versammelten, um diese kräftigen und abhängig machenden Stoffe zu besorgen und zu konsumieren, waren gleichwertig der „Opium Dichte“ der Vergangenheit oder den „Schwulen Badehäusern“ der 1960er und 1970er Jahre. Es gibt viel heterosexuelle und homosexuelle Promiskuität, viel Austausch von Sex und Drogen, und Syphilis (zusammen mit anderen venerischen Krankheiten), die sich leicht ausbreiten.

Der Direktor der staatlichen Programme für venerische Krankheiten in Florida, bezeugte im Oktober 1987: „Diese Art anonymen sexuellen Verhaltens zerstört unser Syphilis Kontrollprogramm, weil unser wirksamstes Instrument es ist, Sexualpartner identifizieren zu können, und diese einer medizinischen Untersuchung überwiesen werden können.“ Frauen (bekannt als „Erdbeeren“ – „Strawberry Girls“ in Kalifornien) können sich häufig nicht daran erinnern, wer ihre Sexualpartner waren.

Eine 1988er Studie an 90 Syphilis Patienten in Philadelphia fand heraus, dass diese zweimal so häufig, wie die anderen Patienten, Gebrauch von Kokain oder Sexualverkehr mit dem Partner, den sie am selben Tag trafen, also Sex für Drogen austauschten, oder ein „Crack Haus“ besuchten.

Wie für die heterosexuelle Bevölkerung im Ganzen 1988 eine Kontrolle von Blutspendern – meistens im mittleren Alter, mittlere Gesellschaftsschicht, die Ihr Blut an der Arbeit gespendet haben – ergab, dass einer von 5'000 HIV infiziert war. Während nur eine verschwindend kleine Anzahl von diesen auch AIDS entwickeln wird. Die Anzahl der „Mittelklasse“ Fälle war unendlich kleiner. Wenn Blutspenden gemacht werden, so immer bei Militärrekruten, gehören viele von ihnen gewissen Minderheiten an und das HIV Vorkommen steigt auf über einen pro Tausend (0,119 Prozent). Und wenn dieselbe Studie an einem städtischen Krankenhaus für venerische Krankheiten in Baltimore gemacht wird, sind es 2,6 Prozent der heterosexuellen, nicht Nicht-Drogenkonsumenten (26 pro Tausend) wurden als infiziert befunden.

US heterosexuelle AIDS Fälle, die nicht Drogenabhängig waren – 3500 waren am Ende von 1988, oder Vier Prozent von allen, waren zur grossen Mehrheit arm, schwarz und hispanoamerikanischer Abstammung – d. h. aus derselben Bevölkerungsgruppe, auf die sich kürzlich die „epidemische Syphilis“ konzentriert hatte.

Während die Hälfte der Syphilis Fälle in den Vereinigten Staaten vor allem unter armen, schwarzen und hispanoamerikanischen Homosexuellen gefunden wurde, ist es nicht erstaunlich, dass AIDS auch in heterosexuellen Gruppen gefunden werden sollte.

Das Ergebnis einer Studie 1988 im Staate New York zeigte bei 134'000 lebend Geborenen und 7'000 Gefangenen und Patienten aus Kliniken für venerische Krankheiten, dass schwarze, hispanoamerikanische Frauen in New York City viel höhere Raten an HIV Infektion aufwiesen, als weisse Frauen (2,07 Prozent und 1,66 Prozent gegenüber 0,4 Prozent). Und schwarze Frauen in New York City waren 41 mal häufiger infiziert mit dem Virus, als weisse Frauen, die ausserhalb der Stadt lebten. In New York City machen schwarze und hispanoamerikanische Frauen mehr als 80 Prozent der Frauen mit AIDS aus.

1984 zeigte eine CDC Studie mit heterosexuellen und homosexuellen Patienten mit AIDS, dass zwei von sieben Heterosexuellen und Nicht-Drogenkonsumierende AIDS Patienten positiv auf Syphilis getestet wurden. Eine Studien von 1987 an 295 heterosexuellen Nicht-Drogenkonsumierenden AIDS

Patienten fand man nur zehn, die Seropositiv auf HIV waren; vier von diesen waren aber ebenso positiv auf Syphilis, was der Autor für statistisch signifikant hielt.

Eine Studie in Belle Glade, Florida (bekannt als der „AIDS-Hauptstadt der Welt“), berichtete 1988 dass frühere Syphilis Infektionen signifikant mit HIV Seropositiven in der Bevölkerung verknüpft ist, welche arm, haitianischer oder hispanoamerikanischer Herkunft, und schwarz ist, und wo die Hauptfaktoren intravenöser Drogenkonsum und heterosexuelle Promiskuität ist.

Und eine 1988 er Studie in der städtischen Klinik Baltimore fand, dass „eine Krankengeschichte von Syphilis oder einem positiven serologischen Test auf Syphilis, signifikant mit einer HIV Seropositivität bei Männern verknüpft sei.

Warum kann die Syphilis als Hintergrund für AIDS nicht bei allen Patienten, der obigen Studien nachgewiesen werden, wenn doch in diesen Seiten behauptet wird, dass diese Krankheit ein notwendiger Cofaktor bei der Entstehung von AIDS sei? Die Antwort liegt darin, dass die Patientenbefragungen nie vollständig sind. Es ist selten, dass die umfassende Krankengeschichte erfasst wird und die Anwesenheit der Abwesenheit von *Treponema pallidum* Infektionen ausschliesslich durch serologische Tests bestimmt wird. Aber, wie wir bereits gesehen haben, sind serologische Syphilistests häufig negativ bei der Anwesenheit einer HIV-1 Infektion.

Das CDC verkündete im Oktober 1988, dass „bei einigen HIV-Infizierten Patienten mit Biopsiebestätigter sekundärer Syphilis, beide, treponemale und nicht-treponemale Test auf Syphilis negativ sind... Eine Häufigkeit von unüblichen klinischen und laboratorischen Manifestationen der Syphilis bei Patienten, die mit HIV infiziert sind, ist unbekannt.“

Und Drogensüchtige infizierte mit Syphilis werden häufig eine „fälschlich Positive“ Serologie aufweisen, auf Grund der Wirkung von „Strassen Drogen“, welche einen weiteren unbekanntem Einfluss haben.

Diese Beziehung zwischen Syphilis und AIDS wird häufig interpretiert als dass die Syphilis nur eine andere venerische Krankheit ist, die durch die sexuelle Promiskuität der von AIDS betroffenen Bevölkerungsgruppe aufgelesen wird oder dass die Verletzungen der geschlechtsteile und Geschwüre der Syphilis es einfacher machen für das AIDS Virus, in den Blutstrom einzutreten (als ob Infektionen mit Syphilis sich nicht übertragen werden könnte durch Rasierapparate; was mit der Idee verwandt ist, welche während 20 – 30 Jahren propagiert wurde, dass die Syphilis als leicht behandelbar erwägt wurde, und sie fast nur eine „dermatologische“ Erkrankung sei.)

Beide dieser Interpretationen ignorieren, oder verdrängen die Bedeutung einer engeren Verbindung zwischen diesen beiden Krankheiten AIDS und Syphilis anhand ihrer möglichen Auswirkungen auf das Immunsystem.

Studien welche unternommen wurden, um diese zwei Hypothesen zu bestätigen, habt die erstere widerlegt und der zweiten einige Glaubwürdigkeit geschenkt.

Eine Studie von 1988 in Seattle an 200 homosexuellen Männern hat ergeben, dass eine HIV Infektion signifikant mit beiden; Syphilis und Herpes simplex, verbunden ist – zwei venerische Krankheiten, welche genitale Geschwüre verursachen – jedoch nicht mit einer der anderen venerischen Krankheiten wie Gonorrhoe oder Chlamydien Infektionen. Daraus schlossen die Autoren, dass diese Entdeckungen „nicht einfach eine erhöhte sexuelle Aktivität in der HIV Infizierten Gruppe reflektiert.“ Diese bevorzugte die genitale Ulzeration als die logischste Erklärung für die Verbindung zwischen dem Herpes simplex und der Syphilis, bemerkte jedoch, dass die immunologische Antwort auf diese zwei Infektionen auch wichtig sein können: „Krankheiten, welche genitale Ulzeration verursachen...können zur Verbreitung von HIV auf mehrere Arten beitragen.

Das gehäufte Vorkommen der Syphilis, beinhaltet was auf diesen Seiten zu erklären versucht wird, dass diese Krankheit eine sehr grosse Reichweite der Auswirkungen auf den Körper hat. Während die Fähigkeit Hautgeschwüre zu verursachen eine gewisse Rolle spielen kann, scheint der Immun suppressive Einfluss von weit grösserer Bedeutung zu sein.

1986 erreichte eine Dänische Studie die gleiche Erkenntnis was die Beziehung zwischen der Syphilis und der Gonorrhoe bei der Erwerbung von AIDS betrifft. Von 100 homosexuellen und bisexueller Männer, die auf AIDS getestet wurden, hatten 54 HIV-1 Antikörper und aus dieser Gruppe hatten 36 (63 %) Syphilis. Von den 46 ohne HIV Antikörper hatten nur 16 (35 %) Syphilis. Das ist ein statistisch signifikanter Unterschied. Aus der Gruppe der positiv getesteten hatten zwölf Syphilis mindestens drei Mal. Aber die Häufigkeit der Gonorrhoe war ausgeglichen in beiden Gruppen. Die Autoren hielten fest, dass im Vergleich zur ausgeglichenen Häufigkeit der Gonorrhoe und der frappanten Häufigkeit von Syphilis unter

den HIV-1 Antikörper positiven Patienten lediglich eine Erhöhung der Häufigkeit von sexuell übertragenen Krankheiten reflektiert.“

Das Problem mehrerer Wideransteckungen mit dem *Treponema pallidum* und dessen Auswirkungen auf die Natur der erworbenen Krankheit, wird im Kapitel 6 besprochen.

Mit anderen Worten heisst das, wenn eine Infektion mit Syphilis lediglich die Wahrscheinlichkeit von geschlechtlich übertragbaren Krankheiten zeigt, während dem ein schwuler Lebenswandel verfolgt wird, dann müsste die Häufigkeit identisch sein in den zwei Gruppen, wie wir das bei den Fällen mit Gonorrhoe gesehen haben.

Die 1988 vom CDC früher erwähnte Studie, die AIDS Patienten (PCP und KS) mit gesunden heterosexuellen kontrollierte, fand ein ähnliches Muster. Beinahe zweimal so häufig hatten AIDS Patienten Syphilis, wie Kontrollen (68 gegenüber 36 Prozent), während die Häufigkeit der Gonorrhoe viel gleichmässiger war in den zwei Vergleichsgruppen (86 gegenüber 74 Prozent).

1982 wurde über AIDS berichtet in der US Haitianischen Gesellschaft, dessen grosse Mehrheit verneinte homosexuell oder Drogenkonsumenten zu sein, und drei von fünf Prozent der US Fälle waren Haitianer. AIDS in dieser Gesellschaft kann leicht erklärt werden mit den Bedingungen der Syphilis, weil Haiti vielleicht der Ort in der westlichen Hemisphäre ist, mit dem höchsten Vorkommen an Syphilis.

Am 2. April 1985 strich das CDC die Kategorie „Haitianer“ aus ihren Berichten über AIDS in den Vereinigten Staaten. Sie wurden der Kategorie „unbestimmter Fälle“ zugeordnet und diese haben gleichzeitig die ganze Kategorie umfasst. (Washington Post, 9. April 1985).

Sie ist weitgehend beschränkt auf die städtische Bevölkerung, während Frambösie (Parangi, Yaws) – eine verwandte treponemale Krankheit sich durch gewöhnlichen Kontakt überträgt und welche möglicherweise auch ein AIDS Co Faktor ist – endemisch war in ländlichen Gegenden von Haiti während Jahrhunderten.

Während die Statistiken weniger als zuverlässig sind (Haiti hat kein öffentliches Gesundheitsamt oder eine Gesundheitsbehörde), hat eine 1916 durchgeführte Untersuchung an 850 willkürlich ausgewählten Personen beim US Navy Personal bei 74 Prozent einen positiven Wassermann Test hatten. Erst 1949 beschrieb eine Untersuchung, dass ungefähr fünf Prozent der Bevölkerung Zeichen einer syphilitischen Infektion zeigt – eine Anzahl, die 28 Mal höher lag, als die der US im gleichen Jahr. Eine Studie von 1988 über AIDS in Haiti hat ergeben, dass sieben von 31 Patienten eine Krankengeschichte von Syphilis hatten. Die oben erwähnte Bell Glade Studie erwähnte, dass „HIV positive Erwachsene mit grösserer Wahrscheinlichkeit als HIV Seronegative Erwachsene von Haiti... die eine Krankengeschichte von vorangegangenen Behandlungen gegen sexuell übertragbare Krankheiten angaben, und die Serologische Anzeichen für *Treponema pallidum* und *Hepatitis B Virus* aufweisen.

Eine andere Region der Welt, so AIDS epidemisch ist, ist ein Teil von Ost Afrika, namentlich Ruanda, Uganda, Zimbabwe, Tansania, Zambia und Nordost Zaire, wo es in der aufgeklärten städtischen sexuell aktiven heterosexuellen Bevölkerung weit verbreitet ist.

In den Städten sind fünf bis 20 Prozent der sexuell aktiven Altersgruppe infiziert mit dem Virus; im Gegensatz zu den Vereinigten Staaten und Europa sind dort Frauen und Männer in etwa gleich betroffen. Infektionsraten unter Prostituierten reichen von 27 % in Kinshasa, Zaire, bis zu 66 % in Nairobi, Kenia, und 88 % in der Hauptstadt von Ruanda. Etwa die Hälfte aller Patienten in den Krankenhäusern sind HIV infiziert und so sind zehn bis 25 % der Frauen in geburtsfähigen Alter. Alles zusammen wurden 1988 die AIDS Fälle in diesen Teilen von Afrika auf über 100'000 geschätzt.

Es wird angenommen, dass das Virus von Zaire nach Haiti gebracht wurde. In den 1960 er Jahren sind mehrere Tausend haitische Berufsleute in dieses Land ausgewandert, um frei gewordene Stellen der abreisenden Belgischen Kolonialbehörden einzunehmen; sie könnten sehr wohl das AIDS Virus zurückgebracht haben mit ihrer Rückkehr zehn Jahre später. (P. Piot et al., 1984).

Weniger bekannt ist die Tatsache, dass die Syphilis endemisch war in diesen Regionen während Jahrzehnten. Eine Untersuchung hat 1929 in Uganda 80 % der Bevölkerung infiziert gehalten, und Studien ergaben 1966, dass 15 % Zeichen von früheren Infektionen zeigten. Ein örtlicher Arzt beobachtete 1972: „Syphilis kommt hauptsächlich in gewissen Bevölkerungsgruppen von Uganda vor.“

Ärzte in Zimbabwe berichteten 1985, dass „Syphilis weiterhin eine wichtige Infektionskrankheit in Zimbabwe sein wird,“ und eine Studie an 200 zufällig ausgewählten Personen in der Hauptstadt ergab bei

7,5 % positive Testergebnisse gegenüber Syphilis. Eine Studie in Zambia ergab ein Vorkommen von fünf Prozent bei Männern und zehn Prozent bei Frauen. Eine Studie von 1985 im südlichen Sudan, die 1767 Personen umfasste, ergab positive Resultate gegenüber Syphilis bei 35 % der Männer und 38 % der Frauen.

Eine Studie von 1987 in Zaire ergab elf über 100 gesunden Personen, und sechs von 38 AIDS Patienten wurden positiv auf *Treponema pallidum* getestet; ein Vorwort im *Journal of the American Medical Association* vermerkte, „über alles gesehen ist es klar, dass ein grosser Teil der Afrikanischen Bevölkerung, wie gewisse Gruppen mit erhöhtem Risiko für eine HIV-1 Infektion in den Vereinigten Staaten, zeigt sich eine überwiegend erhöhte Seropositivität gegenüber gewissen Infektiosen Wirkstoffen im Vergleich mit heterosexuellen Kontrollgruppen in der Nicht-Afrikanischen Bevölkerung. Nota bene beinhalten diese infektiösen Wirkstoffe...die Syphilis.

Als Gruppen von AIDS Patienten aus diesen Regionen überwacht wurden, wurde Syphilis häufig in Ihrem Umfeld festgestellt. Von 25 Patienten in Ruanda, zum Beispiel, wurden elf positiv auf Syphilis getestet; eine andere Studie an AIDS Patienten in Ruanda und Zaire befand, dass nahezu zehn Prozent Positiv waren.

Eine 1986 er Studie an Prostituierten in Nairobi ergab zwischen 24 und 52 Prozent (je nach angewandter Testmethode) der „Unterklasse“ Damen der Nacht positiv getestet wurden; für die „Gehobenen Klasse“ Damen war der Prozentsatz immer noch zwischen 25 und 38 %. An der Elfenbeinküste sind fast 74 Prozent einer Gruppe von Prostituierten aus der Hauptstadt infiziert mit *Treponema pallidum*; bei Prostituierten im Rest des Landes war die Quote bei 47 Prozent, und etwa einem Viertel von diesen manifestierte sich HIV-1 oder HIV-2 Antikörper. Gefängnisinsassen hatten eine 38-prozentige Häufigkeit an *Treponema pallidum* Infektion und ein zehnpromtentes Vorkommen an HIV Antikörpern; In einer Stadt zeigte sich sogar beim Hotelpersonal elfprozentige Infektionsrate mit Syphilis und elf Prozent mit einem oder dem anderen der zwei AIDS Viren.

Jonathan M. Mann, Direktor des weltweiten WHO AIDS Programms schrieb 1988: „Das höhere Vorkommen von sexuell übertragbaren Krankheiten, zusammen mit dem Schanker und der Syphilis in den tropischen Gegenden Afrikas, verglichen mit der durchschnittlichen Bevölkerung in Europa ist übereinstimmend mit der Hypothese, dass solche Krankheiten den Ausbruch von AIDS in Afrika verschlimmert.“

Die Tatsache, dass die Syphilis in Afrika eine heterosexuelle Krankheit ist, erklärt das heterosexuelle Muster von AIDS in Afrika gegenüber dem homosexuellen Muster in den Vereinigten Staaten und in Europa.

Aber die Fähigkeit der Syphilis, Genitale Geschwüre zu verursachen wird immer noch als Hauptfaktor angesehen: „das verbreitete Vorkommen und die Ernsthaftigkeit von Genitalen oder anorektalen, geschwürigen Krankheiten ist im wesentlichen geringer unter heterosexuellen Nord Amerikanern als unter homosexuellen Männern oder Zentral Afrikanischen Prostituierten und ihren Freiern.“

Aber medizinische Forschungen haben erwähnt, dass Afrikaner zu chronisch aktiviertem Immunsystem neigen, dass Syphilis Immun suppressiv wirkt und dass genitale Geschwüre aus sich selbst durch eine Immunschwäche hervorgerufen werden können.

Sogar die ernsthafte Fehlernährung, die in Afrika so häufig vorkommt, welche auch Immun suppressiv ist, kann das häufige Vorkommen von AIDS in einigen Regionen erklären. Als 94 Kinder mit Symptomen von AIDS am Cote d'Ivoire Krankenhaus untersucht wurden, fand man 85 Prozent mit ernsthaften Erscheinungen von Mangelernährung (Gewicht unter 60 % ihres dem Alter entsprechenden Normalgewichtes).

Zwei Drittel dieser Kinder hatten nebenbei ein Fehlen von Antikörpern gegen beides HIV-1 und HIV-2.

Ob das Huhn oder das Ei zuerst kam, wird ohne Zweifel entschieden werden mit dem Fortschreiten der Forschung über AIDS und Syphilis in Afrika.

Die AIDS verwandten Krankheiten in Afrika (und Haiti) unterschieden sich irgendwie von denen in den Vereinigten Staaten und Europa. Die Lymphadenopathie, welche so hervorstechend war in den Vereinigten Staaten, wird bei afrikanischen Patienten nur bei etwa 10 Prozent beobachtet. Während über 60 Prozent der Amerikaner an der PCP sterben, kommt das nur bei 15 Prozent der afrikanischen Patienten vor, die in Europa behandelt wurden. In Afrika ist das üblichste Symptom die „Auszehrung“, aus diesen Gründen auch „Slim Disease“ genannt.

Aber afrikanische Patienten bieten eine verwirrende Vielfalt an Opportunistischen Infektionen, welche in den Vereinigten Staaten nicht vorkommen: Malaria, Zentralnervensystem Kryptococcose,

Toxoplasmose, Tuberkulose, Kryptosporidiose, Kryptococcale Meningitis, disseminierte Histoplasmose, Salmonellose und andere.

Die andere Gruppe von AIDS Patienten, welche auf dem ersten Blick als immun gegen irgendwelche Einflüsse der Syphilis erscheinen, sind die kongenitalen Fälle und diejenigen, welche vermutlich oder scheinbar durch Bluttransfusionen infiziert worden sind, oder durch künstliche Befruchtungen. Diese Umstände werden oft erwähnt von Gesundheitsbehörden um die Virustheorie zu unterstreichen.

Wie auch immer hat die Hydraköpfige Syphilis ihre Tentakel auch in diese Gebiete ausgebreitet.

Am Ende des Jahres 1989 sind bereits 1'500 Fälle von kongenital erworbenem AIDS in den Vereinigten Staaten diagnostiziert worden. 600 waren es am Ende des Jahres 1987. Aber das „kongenitale AIDS“ ist lediglich ein anderer Name für die „kongenitale Syphilis“, welche lange Zeit bekannt war als eine häufige Komplikation der Syphilis bei der Frau.

Epidemiologische und andere Parallelen zwischen diesen zwei Umständen zeigen ihnen dass sie eines und dasselbe sind.

Der Anstieg von „kongenitalem AIDS“ ist nahezu parallel mit dem Anstieg von „kongenitaler Syphilis“, welche sich von 100 Fällen im 1978 auf 700 im 1988 vermehrt hatte.

Beide Zustände sind sehr häufig in Florida, Texas, Kalifornien und New York City, wo sie unter den Armen, Schwarzen und hispanoamerikanischen Bevölkerung vorkommen und besonders unter Frauen, welche intravenöse Drogen konsumieren; in New York City sind mehr als 90 Prozent der kongenitalen AIDS Fälle in diesen Gruppen. Die Parallele mit dem Ansteigen der Syphilis in dieser Bevölkerung ist augenfällig.

Es gibt auffallende physikalische Ähnlichkeiten zwischen Kindern, die mit „kongenitaler Syphilis“ diagnostiziert werden und denen, mit „kongenitalem AIDS“: Besonders der *grosse Kopf mit prominenter Stirn und Frontallappen, generalisierte Lymphadenopathie, Pneumonia alba* („weisse Pneumonie“), *prominente Lippen, eingefallener Nasensattel* („Sattelnase“), *Wachstums- oder Entwicklungsstörungen*, und *hohe Sterblichkeitsrate* im ersten Lebensjahr.

Diese typischen Fälle von „kongenitalem AIDS“ repräsentiert durch die Zwillinge, Michael und Michelle X., die nach ihrer Geburt ausgesetzt worden sind im Kings County Krankenhaus, New York. Ihre 34 Jahre alte Mutter war Kokain- und Heroinsüchtig, hatte frische Einstichstellen an den Armen und ihren letzten „Schuss“ Kokain nur gerade zwei Tage vor der Entbindung hatte. Die Zwillinge, ausser dass sie HIV positiv waren, mussten auch entzogen werden von ihrer Betäubungsmittelsucht und gegen Syphilis behandelt werden, die sie von ihrer Mutter vererbt bekommen haben.

Die Syphilis muss aber auch miteinbezogen werden bei den Bluttransfusions- Fällen, fast ein Drittel von denen die Hämophilie sind. Diese sind im ganzen über 3'700 in den Vereinigten Staaten gegen Ende des Jahres 1989 und verzeichneten eine Zunahme von 2'100 Fällen gegenüber einem total von 1'600 Fällen im Jahre 1987.

Vor dem März 1985 transfundiertes Blut wurde nicht geprüft auf HIV-1 Kontamination; 1984 hat sich diese Anzahl der HIV getesteten Fälle mehr als verdoppelt. Die Gesundheitsbehörden schrieben es den Blutspendern zu, welche unmittelbar nach erfolgter Infektion, bevor die Serologie sich entwickeln konnte (exakt wie bei der Syphilis), doch diese Erklärung ist rein hypothetisch. Es ist ebenso vorstellbar, dass das Blut auf die falschen Mikroben getestet worden ist. Wie Peter Düsberg beschrieben hatte, wurden „Bluttransfusionen nicht zwischen HIV und irgendwelchen anderen Infektionsverursachern oder Bluteigenen Toxinen unterschieden.“ Vielleicht sollte eine genauere Untersuchung betreffend des *Treponema pallidum* angestellt werden.

In den 1920 er und 1930 er Jahren war die Syphilis bekannt dafür, dass sie mit ganzen Frischblut Präparaten übertragen werden kann. Die Anzahl der Fälle war vielleicht weit höher als die zwei Hundert veröffentlichten, solange es auch als unnötig erachtet wurde, über einen einzigen Fall zu öffentlich zu berichten. Und Transfusionen geben dem unverzüglichen auftreten des zweiten Stadiums der Syphilis, mit keinem Schanker, was bedeutet dass viele Fälle zum Opfer von allgemein Ärzten werden mit dessen Unfähigkeit eine Syphilis im zweiten Stadium zu diagnostizieren.

Um die Umstände zu mildern, welche diese nachteiligen Wirkungen der Bluttransfusionen von der Bundesregierung immer betont wurde, dass Spenderblut auf die Anwesenheit von Spirochäten getestet werden soll. 1975 wurden 154 Fälle von Syphilis entdeckt durch Bluttests an sechs bis acht Millionen Blutspendern in den USA. Der VDRL Test wurde bevorzugt, welcher das Cardiolipin verwendet, gegen das die *Treponema* Antikörper reagieren; dieser Test kann praktisch und geeignet für Massenerhebungen sein, aber er ist nicht sehr genau. Ein Vergleich aus dem Jahre 1987 zwischen dem Cardiolipin Test und einem

besseren und zuverlässigeren Test (dem *Treponema pallidum* Hämagglutination untersuchenden, oder TPHA) hat gezeigt, dass der VDRL Test bei mehr als der Hälfte der infizierten Proben versagte, die durch TPHA entdeckt worden sind und dass 78 Prozent der VDRL Reaktionen fälschlicherweise positiv waren.

Aber der TPHA kostet 50 – 100 mal mehr als der VDRL. Er braucht länger um ein Ergebnis zu erbringen (2 – 4 Stunden, anstatt einiger Minuten), und ist technisch schwieriger durchzuführen – was wiederum eine leichte Anwendung ausschliesst.

Überdies wird keiner dieser beiden Tests die Syphilis in ihren frühen Stadien entdecken können, nicht vor ungefähr 40 – 60 Tagen nach erfolgter Infektion, in der Zeit bevor eine serologische Veränderung stattgefunden hat.

Aus diesen Gründen hat 1987 die Amerikanische Vereinigung der Blutbanken ihre Anforderungen an die serologischen Untersuchung nach der Syphilis fallen gelassen und nur vom Bundesstandart überwachte Blutbanken und Sammelstellen verhindern die Verteilung von mit diesen nach beiden getesteten Präparaten, welche auch kühl gelagert sind um die Spirochäten vermeiden.

Kühle Lagerung hat wahrscheinlich auch seine Probleme. Die Regel, welche sich auf Versuchen, die 1941 veröffentlicht wurden stützt besagt, dass Spirochäten ihre Virulenz verlieren nach zwei bis drei Tagen Lagerung bei vier Grad und das ist der angewandte Standart. Jüngere Experimente haben gezeigt, dass Spirochäten sogar fünf oder sechs Tage kühl gelagert überleben können, was durch die Dichte der Spirochäten im untersuchten Blutmaterial bestimmt wird: je grösser die Anzahl der Spirochäten, je länger die Spirochäten überleben können.

Das weiss Niemand ganz genau, wie lange die Spirochäten überleben können im gelagertem Blut.

Ein Punkt, der noch nicht behandelt wurde bis jetzt ist die Möglichkeit dass die Immunschwächenden Eigenschaften der Syphilis Infektion durch das Blutserum übertragen werden kann, unter Abwesenheit der Spirochäten. Joan McKenna, ein Physiologie Forscher in Berkeley, Kalifornien, der einer der ersten war, der geschrieben hatte über die Verbindung zwischen AIDS und Syphilis, dass er diese Vermutung hatte, anhand von veröffentlichten Blutuntersuchungen, welche Spirochätenfreies Serum zeigten, das immunsuppressiv war.

Innerhalb der letzten Jahre gab es eine Zunahme von Transfusionen von ganzem Frischblut und von Blut Konzentraten (besonders für den Gebrauch an Hämophilen). Die Letzteren sind auf 60 Grad Celsius erhitzt während 30 Stunden und dann bei Zimmertemperatur aufbewahrt. Empfänger von ganzem Frischblut sind bekannt als Risikogruppe und in einem Amerikanischen Fall von 1969 erwarb ein Empfänger die Syphilis von frisch zubereitetem Konzentrat, gesammelt von seronegativen Spendern; aber es wurde angenommen, dass das Risiko vermindert wurde, durch die Tatsache, dass die meisten Empfänger von Bluttransfusionen auch Antibiotika bekommen zur selben Zeit, aus irgendwelchen anderen Gründen.

Ein finnischer Rot Kreuz Offiziellerkommentierte 1881: „das Fehlen von gemeldeten Fällen von transfundierter Syphilis in den letzten 30 Jahren ist in erstaunlichem Gegensatz zu den theoretischen Berechnungen. Es werden Hunderte von Risikopatienten jährlich angenommen....“

Die Diskussion über die Syphilis bei der Blutversorgung wird mit einem Auge in Wahrheit mehr geführt, um die Wirtschaftlichkeit der Blutbanken aufrecht zu erhalten geführt, als mit dem anderen Auge, um die Syphilis zu verhindern. Sogar noch in kürzlichster Vergangenheit wurde angenommen, dass Syphilis mit Penizillin gänzlich behandelbar wäre, so dass kein grosser Aufwand angebracht erschien, diese ganz vom Eintritt in die Blutbanken zu verhindern. An einem Symposium von offiziellen Blutbank Zentren am *national Institut of Health* (in Betesda, MD) wurden 1981 die folgenden Gründe gegen die serologische Testung des gespendeten Blutes aufgeführt: (1) die Personen, dessen Blut positiv könnten die Blut Banken verklagen wegen „ihrer Verlegenheit und Unannehmlichkeiten“; (2) „ist es unwahrscheinlich“, dass ein solches Individuum eine Syphilis Ansteckung zugeben würde, wenn die positive Reaktion eine Woche später unauffindbar ist; hieraus haben einige beschlossen, dass Syphilis – positives Blut „nicht nachteilig ist für Patienten und erlaubt den Gebrauch des Blutes, welches auf andere Weise vernichtet würde“; (3) „während enorme Mengen von „Frischblut-Bestandteilen“ hierzulande transfundiert werden, werden die meisten Empfänger solcher Produkte gleichzeitig mit Antibiotika während ihrer Hospitalisation, wegen sichtbaren oder vermuteten Infektionen, welche ihren Krankheiten zu Grunde liegen, behandelt. Das beseitigt wahrscheinlich die Syphilis bei diesen Patienten und / oder verhindert das Erkennen der Krankheit“(?); (4) „Blutbanken sollten nicht die Geschäftsstelle sein um die Syphilis Fälle aufzudecken“; (5) eine positive Reaktion kann immer auch ein fälschlich Positives Resultat sein, aber der Spender hat keinen Vorteil aus dieser Kenntnis: diese „biologischen fälschlich Positiven“ mögen die Vorrenner eines darunter liegende Lupus erythematodes sein, welcher unbehandelbar ist; daraus ergibt sich „wenn

freiwillige, menschliche Spender ihr Blut, mit dem sie nicht handeln oder verdienen, Probleme bewirken, welche sich daraus ergeben, wenn bei ihnen positive Testresultate auf Syphilis gefunden werden.“

Wenig Aufmerksamkeit wurde überdies der Möglichkeit beigemessen, dass in Blutbanken ganz einfache Fehler vorkommen. Das amerikanische Rote Kreuz hat zugegeben, dass sie während den sechs Monaten vor dem März 1988 2'400 ungenügend getestete oder ungetestete Blutprodukte zum Gebrauch freigegeben hatte; Der Washington DC Zweig wurde daraufhin von den Bluttestungspflichten entzogen, wegen den extremen Nachlässigkeiten im Umgang mit dem Blut.

Die einzige Folgerung, die daraus gezogen wurde ist, dass es durch das bereits ansteigende Aufkommen an Syphilis, auch wahrscheinlich ist, dass die Blutbanken auch infiziert sind. Sogar die mindesten Messungen, die bisher bekannt waren, werden nicht verhindern können, dass das syphilitische Blut aus den Blutlagern zu kriegen ist, und die Blutbanken Verantwortlichen fühlen sich ohnehin nicht in der Lage, sich diese Messungen ohnehin leisten zu können. Das Resultat war, dass eine gewisse Menge von Syphilis kontaminiertem Blut seinen Weg in die Blutbanken nimmt – gerade genug, um in der Tat für 1'100 Fälle von durch Transfusionen übertragene ARC 1988 verantwortlich zu sein.

Vier Frauen haben eine HIV Infektion entwickelt, nachdem sie durch infizierte Samenspenden, welche sie wegen einer künstlichen Insemination erhielten. Dies, obwohl es sich im Jahre 1984 ereignete, jedoch hat keine der beiden AIDS entwickelt oder den Virus auf ihre Ehemänner zu übertragen. Und drei von den vier Frauen wurde schwanger und gebären ein gesundes Kind.

Diese theoretische Möglichkeit des Weges, sich AIDS zuzuziehen ist demnach erklärbar durch die Bedingungen der Syphilis: Der Samen von syphilitischen Männern ist bekannt dafür, hoch ansteckend für den Empfänger zu sein. Bis zu dem Zeitpunkt, wo die Samenspenden auf die Abwesenheit der Syphilis bestätigt wurden (Keiner der berichteten Fälle brachte einen bisexuellen Spender hervor), die Erwerbung einer HIV Infektion von Samenspendern ist ein sehr schwaches Argument für die Virustheorie von AIDS.

Kapitel 6 - Therapeutische Möglichkeiten bei AIDS

Falls die vorausgegangene Analyse zutrifft, dann haben Therapien, welche sich an den „verursachenden“ Virus richten, anstatt an den Immun Geschwächten Wirt, werden nutzlos oder sogar verschlimmernd sein.

Dies trifft besonders auf das Arzneimittel AZT zu (Azidothymidine, Zidovudine), zugelassen im März 1987 und zur Zeit die dominierende Behandlungsmethode für Personen mit AIDS, Personen mit der Wahrscheinlichkeit einer HIV Infektion und sogar für Personen (Homosexuelle und Drogensüchtige), welche zu den bevorzugten Risikogruppen gehören.

Weil die Virusoberfläche sich in einem Zustand der konstanten Veränderung befindet, ist dieser Wirkstoff gemacht, um die grundsätzlichsten inneren Prozesse der viralen Vermehrung zu stören – der DNA Synthese – welche vermutlich durch die Eingliederung seiner selbst in den Virus verhindert, anstelle einer anderen wesentlichen Komponente. Ob AZT diesen Einfluss hat oder nicht, ist eine noch offene Diskussion; Düsberg vertritt die Meinung, dass keine DNA Synthese stattfindet im Virus in irgendwelchem Fall und es nichts zu verhindern gibt. Aber was AZT sehr wohl tut, ist dass es alle anderen Zellen killt, die es aufnimmt. Es zerstört das Knochenmark, indem es perniziöse Anämien verursacht; es provoziert Kopfschmerzen, Übelkeit und Muskelatrophie; und es zerstört die Nieren, die Leber und das Nervensystem. Viele Patienten benötigen wöchentliche Bluttransfusionen und sogar Knochenmarkstransplantationen. Schon zur Zeit seiner Zulassung war bekannt, dass 20 – 30 Prozent von denen, die AZT nahmen an diesen Nebenwirkungen litten; 1988 hat eine „Arbeitsgruppe“ über AZT eine Quote von 45 Prozent berichtet.

Daraus wurde von den Entdeckern erklärt, dass die Haltung, dass AZT die „Lebensqualität“ der Empfänger verbessern soll, unakzeptabel ist.

Die Geschichte der klinischen Prozesse, welche der Zulassung von AZT durch die „Nahrungs- und Heilmittelbehörden“ vorausging, wäre ein eigenes Buch wert. Übereinstimmend mit John Lauritsen, einem Statistiker, der dies anhand von 500 Seiten von internen FDA (*Federal Disease Association*) Dokumenten analysierte und besagt, dass „es keinen wissenschaftlich glaubwürdigen Beweis gebe, dass AZT überhaupt irgend welchen Nutzen hätte. Die „Doppelblind – Placebokontrollierte“ Studie über AZT ist unglaublich. Versicherungsgesellschaften der verantwortlichen der pharmazeutischen Industrie oder des öffentlichen Gesundheitswesens, welche AZT vertreten als „Gute Hoffnung“ sind ebenso unglaublich. Tatsache ist, dass AZT nicht einmal behauptet eine Heilmethode zu sein. Während es jeden Patienten mehr von 10'000 US Dollar aufwärts kostet, verspricht es nur, das Leben um einige Wochen oder Monate zu verlängern. Aber nicht einmal dieses Versprechen kann nicht unterstützt werden durch den anfänglichen Verhandlungen, welche in einem Chaos endeten. Eine spätere Verhandlung, dessen Resultate 1988 veröffentlicht wurden, beklagte sich über methodische Mängel zumindest so gravierenden – unter anderen, dass die Tatsache, dass ein Viertel der Teilnehmer (1120 von 4805) „vorzeitig ausgeschieden“ sind. Noch einmal um Lauritsen zu zitieren, „in keiner Art und Weise hat diese Studie gezeigt, dass AZT „Leben verlängert“ oder in irgend welcher Art nützlich wäre.“

AZT ergibt in dieser Hinsicht keinen grossen Erfolg. Es wendet sich gegen die falschen Mikroben. Es verhindert vielleicht nicht die DNA Synthese in diesem Virus. Aber es schädigt sämtliche anderen Zellen des Körpers. Es hat sich nicht bestätigt, dass es Leben verlängert. Und es ist extrem teuer.

Die einzige wirksame AIDS Behandlung kann nur eine sein, welche die Wichtigkeit der Syphilis als Faktor mit einschliesst und diesen angeht.

Der beste Beweis zu Gunsten der Syphilis Hypothese ist, dass der therapeutische Erfolg nun auch von Ärzten erreicht wird, die diese Hypothese annehmen. Einsehend dass die Behandlung direkt auf den Wirtsorganismus, nicht auf das Virus abgerichtet werden muss und einsehend, dass das Immunsystem des Wirtsorganismus durch die Syphilis geplündert wurde, hat eine Gruppe von Ärzten in den Vereinigten Staaten und Westdeutschland begonnen die Gesundheit ihrer AIDS Patienten durch therapeutische Massnahmen, die sich gegen die darunter liegende Syphilis richtet, wiederherzustellen.

Die ersten, die dies versuchten waren die zwei Westdeutschen Ärzte Klaus Uwe Dierig und Urban Waldthaler, die 1985 den ersten AIDS Artikel veröffentlichten, als eine Immunschwäche Krankheit, welche mit der Syphilis oder anderen venerischen Krankheiten verknüpft ist. 1981 wurden sie von einem bisexuellen Mann kontaktiert, der über Monate an generalisierter Lymphadenopathie, Hitzewallungen,

drastischem Gewichtsverlust, geistiger Verwirrung und Kurzatmigkeit litt. Das kann eine Verschlimmerung einer solchen venerischen Krankheit wie Syphilis oder Gonorrhoe anzeigen und sind behandelbar mit Penizillin in hohen Dosen. So gaben sie ihnen 40 Millionen Einheiten von „aqueous“ Penizillin täglich über drei Wochen. Ihre Symptome verschwanden und sie genasen. Später wurde entdeckt, dass sie HIV positiv waren.

1975 hat eine Gruppe von französischen Ärzten Kaposi Sarkom erfolgreich behandelt mit intravenösem „aqueous“ Penizillin (Fayolle et al., 1980).

Im selben Jahr wurde bei einem zweiten Patient mit Lymphadenopathie, bei dem eine Vorstufe von AIDS diagnostiziert wurde, ebenfalls positiv auf Syphilis war. Er bekam die selbe Penizillin Behandlung für drei Wochen und seine T-Helferzellen erholten sich. Er lebt heute noch.

Seit 1981 haben Dierig und Waldthaler noch raffiniertere Penizillin Verordnungen an acht weiteren Patienten mit AIDS oder ARD verschrieben; alle hatten neurologische Symptome, und alle ausser einem wurden positiv auf *Treponema pallidum* getestet. Alle jedoch hatten sie Jarisch-Herxheimer Reaktionen, samt demjenigen, der negativ getestet wurde (er hatte diese Reaktion einige Tage nach der Penizillin Behandlung). Fünf der Patienten mit einem negativen VDRL vor der Behandlung wurden nach der Behandlung positiv getestet.

1989 wurden sieben dieser Patienten als „klinisch asymptomatisch“ beurteilt durch die zwei Ärzte. Der achte, wie auch immer, der seinen Lebensstil nicht verändert hatte, entwickelte ein Kaposi Sarkom.

Ihre Behandlung wird gut individuell angepasst. Intravenöse mit „aqueous“ Penizillin erfordert 24 Stunden Überwachung der Patienten und Zugang zu einem Krankenhaus mit Notfallaufnahme bei Bedarf. „Wie wissen nicht welches Organ die Syphilis befallen hat, bis du die Behandlung begonnen hast,“ erklärt Dierig. „Wenn die Leber, die Nieren, das Pankreas oder die Lungen betroffen sind, dann kommen die Komplikationen sogleich. Du musst die Symptome beobachten und innerhalb von Minuten entscheiden welches Organ es ist und was zu tun ist – oder du kannst den Patienten verlieren.“

Sie beurteilen nicht das Wiedererlangen der Anzahl der gewöhnlichen T-Helferzellen. An dieser Stelle beobachten sie den Zustand der „zirkulierenden Immunkomplexe.“ Viele HIV positive Individuen haben einen sehr hohen Stand an diesen Komplexen, welche Clusters von Antigenen und Antikörpern sind, und die zwei Deutschen Ärzte haben herausgefunden, dass die Antigene innerhalb dieser zirkulierenden Komplexe mit denen der *Treponema pallidum* identisch sind. Sie verlängern die Behandlung, bis sich ihr Blutwert auf einen normalen Stand zurückentwickelt hat.

Sie sprechen davon, dass die wuchernde Syphilis in der homosexuellen Bevölkerung bösartiger ist als ihre üblichen Formen. „Eine Anzahl von Faktoren können das klinische Erscheinungsbild der Syphilis bestimmen, was andere AIDS nennen.“ Wie Dierig, Chef unter ihnen, festhält und es das Wiederauftauchen der Syphilis nennt.

Gleichzeitige Infektionen mit Gonorrhoe, denken sie, potenzieren die Syphilis Infektion. Schwule Männer sind wiederholt Gefahr beider Infektionen ausgesetzt und ziehen sich diese zu.

Obwohl die Syphilis also von Blut zu Blut übertragen werden kann, was bezeichnend ist für Schwulenkontakte, übertragen sich nicht nur *Treponema* sondern auch andere kräftige Immunsuppressive Faktoren durch das Blut; die Empfänger dieses Blutes werden eine Immunsuppression durchmachen ohne sogleich eine Syphilis Infektion zu manifestieren.

Darüber hinaus verlängern alle zur Behandlung oder Prophylaxe angewendeten Medikamente verlängern die Inkubationszeit der Syphilis und verhindern, dass Antikörper gebildet werden.

Dierig und Waldthaler gehen sogar so weit, dass sie behaupten, dass HIV-1 ein biochemischer Anzeiger der Syphilis – verwandten (*related*) Immunsuppression ist.

Ihr erster Amerikanischer Schüler war Joan McKenna vom Institut für Thermobarische Studien, Berkeley, Kalifornien. Früh im Jahre 1985 prüfte sie 100 Homosexuelle Männer aus ihrer Region und fand ein hohes Vorkommen an Syphilis. Ein von ihr 1986 veröffentlichter Artikel, war der erste Beitrag zu diesem Inhalt in der gesamten Amerikanischen Medizin Literatur.

Ihr zweiter US Schüler war Stephen S. Caiazza, M.D., aus New York City. Zwischen 1985 und 1986 hatte er beobachtet, dass es an AIDS erkrankten Patienten, welche positiv auf Syphilis getestet wurden und mit Penizillin behandelt waren, besser zu gehen schien. „Er hatte AIDS – Pneumocystis carinii Pneumonie – aber er hatte auch eine voll ausgebildete sekundäre Syphilis. So behandelte ich ihn auf eine ganz konventionelle Art. Ich dachte ich gebe ihm drei Injektionen von Benzathin Penizillin; und als ich sie ihm gab, ging es seinem AIDS besser... Aber ich hörte damit auf – und der Patient erlitt einen Rückfall und

starb wahrscheinlich an der PCP. Das führte mich darauf mich zu fragen – Hei, warte mal – was geht denn eigentlich vor hier?“

„Ich vermutete,“ sagte er in einem Interview, „dass da eine gewisse Verwirrung war zwischen AIDS und Syphilis, aber ich entschied es, nur um zu sehen wie sich diese Einmischung auswirkt.“ Später im Jahre 1986 ging er nach Deutschland um die Behandlungen, welche von Dierig und Waldthaler geführt wurden, zu beobachten und 1988 berichtete er über fünf seiner Patienten mit einer AIDS Demenz, welche gegen Syphilis behandelt wurden mit intravenösem „aqueous“ Penizillin, peroralem Doxycyclin, oder intramuskulärem Procain Penizillin. Caiazza beschloss, „Beim HIV positiven Individuum mit nur wenigen subtilen neurologischen Befunden, ist es unmöglich... eine Neurosyphilis zu übersehen... eine mutmassliche Diagnose der Neurosyphilis muss gemacht werden... Das wird besonders sachdienlich, wenn sie sich daran erinnert, dass... die Behandlung gegen Neurosyphilis relativ leicht erscheint, gutartig, und harmlos... verdanken wir nicht unseren Patienten den Nutzen aus diesem Zweifel?“

Von diesen fünf Patienten starb einer und vier zeigten deutliche Verbesserungen. Caiazza hat 125 – 150 weitere unter diesen Richtlinien behandelt und erzielte ausgezeichneten Erfolg. Die Patienten fühlten sich besser, legten an Gewicht zu und nahmen ihr normales Leben wieder auf.

Wenn man das mit der Alternative vergleicht – einer Verlängerung des Todes mit AZT – dann ist der Unterschied bemerkenswert. Während es immer noch zu früh ist, ein endgültiges Urteil auszusprechen, doch wenn die Patienten, welche mit Penizillin behandelt wurden nicht rückfällig werden, dann ist dies ein sehr deutlicher Hinweis zu Gunsten der Syphilis Hypothese.

Der einzige Einwand gegenüber dieser Behandlungsmethode (welche dieselbe wie die gegen die Neurosyphilis ist), ist dass sie zu einer weiteren Immun Suppression führt – und man kämpft mit Feuer gegen Feuer, wie es war. Penizillin kann in sehr hohen Dosen erforderlich sein, gerade weil der Patient in einem Immun Suppressiven Zustand ist. Aber diese gleichen Dosen verschlimmern den Zustand des Immunsystems. Wenn das Immunsystem des Patienten mehr Durchhaltevermögen besitzt, dann kann das *Treponema pallidum* schneller ausgerottet werden mit kleineren Penizillindosen.

Gefragt ist eine Behandlung, welche die *Treponema* ausrotten kann, ohne immunsuppressiv zu sein.

Hier ist die am meisten versprechende Annäherung bisher die, welche von Salvatore Catapano, dem zurückgetretenen Direktor von mehreren serologischen Laboratorien für venerische Krankheiten und ausserhalb von New York City lebt.

Catapano's Geschichte ist ziemlich aussergewöhnlich. Seine Familie war zu arm, um ihn an die Universität zu schicken, und schon gar nicht an die Medizinische Fakultät, und so wurde er Labortechniker. Im zweiten Weltkrieg diente er in der Navy und stand serologischen und Hämatologischen Laboratorien in Brooklyn, New York und Princeton, New Jersey vor. Nach dem Krieg führte er ein Hämatologisches Labor für die US Gesundheitsbehörden in Long Island.

Die Arbeit an allen diesen Orten war zunächst und darüber hinaus mit den venerischen Krankheiten – besonders Gonorrhoe und Syphilis - und Catapano erlernte die Serologie dieser beiden Gesundheitszustände bis ins letzte Detail.

In den 1960 er und 1970 er Jahren, interessierte er sich jedoch für Krebs. Er baute sich ein kleines Labor im Keller seines Hauses und verwendete Hamster und andere Versuchsobjekte, besorgte sich eine Serie von handelsüblich erhältlichen Impfstoffen, wegen ihrer Fähigkeit, das Immunsystem zu stimulieren und das Ganze, um Krebs zu bekämpfen. Nach fünfzehn Jahren Forschungsarbeiten hat er 1975 entdeckt, dass der Typhusimpfstoff diese Eigenschaften besitzt. Tumoren können bei Hamstern zum verschwinden gebracht werden, indem man ihnen winzige Mengen dieses Impfstoffes injizierte (Typhoide Vakzine, welche beide Immunsysteme zu stimulieren scheinen, das zelluläre und das humorale, wurden in den 1920 er Jahren gebraucht um eine ganze Anzahl von Krankheiten zu bekämpfen, darunter Malaria und Syphilis; man ging davon aus, dass das hohe Fieber welches durch hohe Dosen verursacht wurde, einen operativen Faktor darstellte.)

Wenige Jahre später, 1982 hörte Capatano über die neue Krankheit des Immunsystems, die sich unter der homosexuellen Gemeinschaft in New York ausbreitet. Und als er den ersten Fällen von Kaposi Sarkom und Pneumocystis carinii Pneumonie begegnete, beschloss er, dass diese sich in keiner Weise von den Hautläsionen der „Weissen Lungen“, die er während seiner Zeit im Krieg bei den Matrosen mit Syphilis gesehen hatte. Und seit die medizinische Meinung bestätigte, dass es sich dabei um eine Immunschwäche handelt, entschied er dass seine Typhoiden Vakzine einen Versuch Wert sind bei diese Krankheit, die AIDS genannt wird. Er fand einen Arzt, mit dem er zusammen arbeiten konnte und begann Fälle damit zu behandeln.

Er behandelte die Patienten mit sehr kleinen Dosen (0,3 ccm) Injektionen von diesem Vakzin, ein oder zwei Mal die Woche, gefolgt nach einem Monat oder zwei gefolgt von mässigen Dosen Penizillin.

Die Ergebnisse waren derart erstaunlich, dass er 1987 eine Bewilligung erhielt (eines der einzigen drei in den Vereinigten Staaten erteilten zur Behandlung gegen AIDS, die andern sind AZT und ein bestimmtes Thymusextrakte). Er berichtet über seine Ergebnisse bei zwölf Patienten und beschreibt erfolgreiche Tests bei den Immunstimulierenden Eigenschaften, welche Catapano zu seinem Vorteil 1976 am staatlichen Institut für Gesundheit (*National Institute for Health*) vorstellte, und bezeugte, dass „eine vollständige Immunisation und eine Remission bei an AIDS leidenden Personen erreicht werden kann durch parenterale Verabreichung von Typhoiden Vakzinen, unter keiner Beobachtung irgend einer Toxizität.“

Jetzt, wo er mit einem Arzt Kollege arbeitet, hat er über 200 Patienten behandelt mit nur einem Toten.

Sein Vorgehen ist nicht weniger individuell angepasst, wie jenes von Dierig und Waldthaler. Die Vakzin Dosierung muss vorsichtig an die Bedürfnisse jedes einzelnen Patienten angepasst werden, weil ein zu Viel oder ein zu Wenig den Patienten empfindlich stört. Catapano überwachte die Veränderungen im Blutprofil des Patienten scharf und veränderte demzufolge die erforderliche, angemessene Dosierung.

Er hat ziemlich entschiedene Ansichten über die Natur von AIDS und über die Venünftigkeit der Typhoid Vakzin Behandlung. Zunächst, dass AIDS nicht durch einen Virus ausgelöst wird, sondern eine Form der Syphilis ist, mit weit übertriebenen Symptomen durch multiple Infektionen dieser Krankheit und einer konsequenten Depression des Immunsystems. Zweitens, das symptomatische Bild ist zuweilen verwirrend durch den Missbrauch mit Antibiotika, um es in seinen Worten zu sagen, „entfernt vom klinischen Bild sind die verwirrenden fachlichen Informationen, welche die Ärzte aus dem Körper erhalten.“ Drittens, Syphilis / AIDS kann ohne Schanker oder Primäraffekt übertragen werden – durch Blut oder Samen und *sogar ohne Treponema*; dieser Übertragungsmodus umgeht das Primärstadium der Syphilis und lässt unverzüglich das Zweite oder manchmal Dritte ausbrechen, was dann als AIDS diagnostiziert wird, weil das symptomatische Bild verworren erscheint und die serologischen Tests gewöhnlich negativ sind.

Catapano's klinischer Befund stimmt mit der bereits bekannten Tatsache überein, dass die durch Bluttransfusion übertragene Syphilis, das Primärstadium übergeht.

Catapano fand auch heraus, dass eine Behandlung den Bedürfnissen in jedem einzelnen Fall angepasst werden muss. Es gibt kein einziges „Protokoll“, welches alle AIDS Patienten erfasst. Die Menge und die Zeit der Nachfolgenden Dosen der Vakzine, gleich wie der des Penizillins, welches zur Vervollständigung der Behandlung erfolgen, müssen durch gründliche Kenntnisse über den aktuellen serologischen Zustand des Patienten bestimmt werden und erfordert ein vorsichtiges Abwägen zwischen allen Blutparametern und dem symptomatischen Bild.

Heute arbeiten über zwei Dutzend Ärzte in allen grösseren Städten der Vereinigten Staaten mit Catapano zusammen. Sie behandeln über 500 AIDS Patienten und ihre Kommentare sprechen für sie. German Maisonet, M. D., Onkologe und pädiatrischer Hämatologe in Los Angeles : „Ich war zuerst skeptisch, als ich zuerst von dem Vakzin hörte. Aber als ich einen Patienten sah mit 68 T-Helferzellen ansteigen auf 300 innerhalb von zwei Monaten – und diesen Fortschritt beibehielt – entschied ich, dass ich das untersuchen musste. Ich war es müde, alle meine Patienten sterben sehen zu müssen. Den Patienten, die ich mit Typhoid behandelte, ging es besser. Diese Angelegenheit funktioniert, das ist es, was ich davon behaupte.“ Terry Puls, M. D., eine Hausärztin in Dallas, Texas: „Das Typhoid Vakzine war einfach das erste Ding, was wirkte bei den Patienten. Alle anderen Versuche, dieser Krankheit zu begegnen war wie die Frage beantworten zu wollen, „Wie bekommst du Frösche aus einem Teich?“ durch den Versuch, „jeden einzelnen Frosch abzuknallen, wenn er seinen Kopf aus dem Wasser hält.“ Catapano's Weg ist es, „den Teich zu entwässern!“ Es gab eine sichtbare, dramatische Besserung und die Patienten fühlten sich besser als die Patienten unter irgend einer anderen Therapie.“ Über einen Patienten mit Kaposi Sarkom, mit mehr als 300 Läsionen verteilt über den ganzen Körper, haben sie angefangen „sich ab zu lösen wie Schorfe“ Lewis Mehl, M. D., in San Francisco, sagte über einen Patienten, dessen T-Helferzellen Anzahl von 200 auf 1000 anstiegen nach 10 Wochen mit den Vakzinen: „Du würdest nie vermuten, dass dieser Mann AIDS gehabt hatte. Wie bei allem, so kann auch das Vakzine möglicherweise nicht bei jedem Patienten funktionieren. Doch ich bin beeindruckt von dem, was ich gesehen habe und fühlte mich jemand, der am Rand einer neuen Grenze steht.“

Es ist erstaunlich, dass die Behandlungen von Caiazza und denen von Catapano so wenig Interesse aus offiziellen medizinischen Kreisen entgebracht wurde.

Am Vierten internationalen AIDS Kongress Mitte 1988, fanden entsprechenden Presseberichten, „nur die optimistischsten... fanden es schwierig über zu sprechen, eine Behandlung zu finden.“ Der Kopf des schwedischen Nationalen Laboratoriums für Bakteriologie, der dieser Konferenz vorstand erklärte, dass die Neuigkeiten „erschreckend sind, und in gewissen Beziehungen sogar noch erschreckender sein werden, als wir erwartet hatten.“

Unter diesen Umständen ist es hart zu verstehen, warum offiziell einem Medikament den Vorzug gegeben wird, welches nicht einmal in der Lage ist zu heilen – gegenüber einer Behandlung, die bescheiden aber nachhaltig und merklich heilsame Ergebnisse ergibt. Die Namen dieser Ärzte sind den US Medizinbehörden nicht bekannt. Dierig und Waldthaler besprachen vier ihrer Krankengeschichten mit CDC Offiziellen in Atlanta zu Beginn des Jahres 1988; Caiazza ist ein bekannter Arzt in New York City, wo er am Radio und am Fernsehen spricht und einen beachtlichen Bekanntheitsgrad erreicht hatte in den lokalen Medien wegen seinem energischen Widerstand gegen die AZT Behandlung bei AIDS. Und so haben Catapano's Behandlungen doch eine gewisse Aufmerksamkeit der Presse erhalten.

Es ist erstaunlich, dass das US Forschungsgesellschaft, mit ihrem 1,3 Billionen Budget für AIDS, nicht einmal die Mittel findet, um eine Behandlungsmethode zu prüfen, mit günstigen und bereits erhältlichem Penizillin und Typhoid Vakzinen – welche nur einige hundert Dollar jährlich kosten würden anstatt 10'000 Dollar.

Eine anderer vielversprechender Zugang wird von der Homöopathischen Medizin angeboten, welche winzige Dosen verschiedener therapeutischen Arzneimittel verwendet um das Immunsystem umzustimmen indem sie eine Reaktion provoziert. Das Immunsystem zu stärken und zu beleben scheint sich günstig für die Behandlung von AIDS zu erweisen.

Weil sich die Homöopathie sich schon immer eher an das Reaktionsvermögen des Immunsystems eines Patienten hin richtet als eine Vernichtung von Mikroben anstellt, welche die Krankheiten „verursachen“, wir sie konstant als „unspezifisch“ charakterisiert von der herrschenden Schule der medizinischen Ansichten. Vielleicht hat die AIDS Epidemie einen Teil damit zu tun, dass Medikamente, die das Immunsystem zerstören gleich wie die Krankheiten, die durch Mikroben „verursacht“ werden, zu einem Wiederaufleben der Leistungsfähigkeit der Homöopathie führen wird.

Maurice Jenaer und Bernard Marichal, Ärzte in Brüssel, behandeln AIDS Patienten dort und in Zaire mit homöopathischen Zubereitungen von DNA und RNA (Ampligen), Cyclosporin (eine Immun suppressive Substanz, welche eine Zeit lang als generelle Behandlungsmethode gegen AIDS angesehen wurde), und einem Polypeptid, das von Kaninchen produziert wird, wenn man ihnen menschliche Gamma Globuline (Abwehrkörper) injiziert. Am Treffen der Internationalen Homöopathischen Liga 1988 berichteten sie über 50 Fälle aus Afrika und 37 aus Brüssel. Währenddem die Zeit ihrer Behandlungen erst ein oder zwei Jahr dauerte, hatten sie nur zwei Tote bei den Afrikanern und der Rest ist bei guter Gesundheit. Ein Fall aus ihrer privaten Praxis war in einem fortgeschrittenen Stadium von AIDS im Jahre 1984 und heute ist er ziemlich gesund; die übrigen waren in einem beginnenden Stadium der Krankheit und es geht ihnen immer noch gut.

Naturheilkundliche Praktiken, welche eine Gruppe verschiedener Behandlungsmethoden zusammen mit Homöopathie anbieten, sind ebenso vielversprechend bei AIDS. Beide, die naturheilkundlichen wie die homöopathischen Arzneien sind dieselben, die traditionellerweise bei der Syphilisbehandlung eingesetzt werden – *Mercurius solubilis hahnemannii*, *Arsenicum album*, *Sulfur*, und *Acidum nitricum*.

Eine erstaunliche Feststellung der homöopathischen Forschung war, dass ein Arzneimittel, welches aus Typhus Bazillen hergestellt wird (in der Homöopathie bekannt als *Typhoidinum*) sich besonders indiziert erweist bei der Behandlung von AIDS.

Die Naturheilkundliche Schule hat mehrere andere Behandlungstechniken für die Behandlung von AIDS zusätzlich zu den klassischen homöopathischen Syphilis Arzneien. Die AIDS und ARC Klinik des *National College of Naturoathic Medicine*, in Portland, Oregon, verwendet zwischen 12 bis 60 Gramm Vitamin C pro Tag bei seinen Patienten, sowie weitere Vitamine, Mineralien und pflanzliche Medikamente und verlangt von den Patienten ein striktes Diätprogramm, welches absolutes Verbot von Zucker, Alkohol, Nikotin, Drogen und aufbereiteten Nahrungsmitteln beinhaltet.

Joan McKenna und ihre Kollegen in Berkeley, Kalifornien, haben ein ähnliches Programm.

Viele Information über die homöopathische und Naturheilkundliche Behandlung von AIDS wurde zusammengefasst im *Healing AIDS Naturally* von Lawrence Badgley, M. D. Wie die Überschrift vermuten lässt, scheint er zu behandeln, indem er die „körpereigenen Abwehrkräfte“ unterstützt und eine Erholung bewirkt oder in anderen Worten, indem er das Immunsystem stimuliert.

Diese unorthodoxen Verfahren wurden in der Vergangenheit schon oft verspottet und belacht von denen, die dachten, dass nur ihre Medizin die „wissenschaftliche“ sei, doch es wird immer weniger einfach, diese eher natürlichen Therapieverfahren zu verleumden. Nehmen wir zum Beispiel diesen Fall von Dan Turner, einem AIDS Patienten aus San Fransisco, bekannt weil er der erste diagnostizierte Fall diese Stadt gewesen ist und nun schon sechs Jahre bei guter Gesundheit überlebte. Laut folgendem Pressebericht:

Kurz nach der Diagnose entschied Turner, dass er sich nicht nur auf die herkömmlich Medizin verlassen werde... Er konsultierte einen Akupunkteur und begann zu meditieren... Über mehrere Monate nahm er grosse Dosen von Vitamin C in der Hoffnung, dass er so sein Immunsystem ankurbeln könne und er führte seine tägliche gewichthebende Diät fort, vermied Alkohol und wechselte zu einer natürlichen Ernährungsweise... Seine Langlebigkeit und seine Freiheit vor der Entstellung durch die Krankheit wurde von seinen Freunden die AIDS hatten gefürchtet und sie waren manchmal auch verärgert... Wenn (Einer) fragte, „Dan, warum bist du so gesund, und ich nicht?“ Dann antwortete er traurig. „Ich wusste nicht, was ich ihm sagen sollte“.

Schlussfolgerung

Wir beschliessen, dass die orthodoxen Theorien über AIDS in ihrem Ansatz auf den Kopf gestellt werden müssen. Diese Viren greifen nicht einfach gesunde Personen an und zerstört ihr Immunsystem. AIDS betrifft nur Individuen, dessen Immunsystem bereits durch andere Faktoren unterminiert ist. Die Hauptursache ist die fortschreitende Verhinderung des Immunsystems durch unbehandelte oder teilweise behandelte Syphilis. Die andere Hauptursache ist die medikamentöse Behandlung, die gegen die Syphilis eingesetzt wird (und davon abgesehen, gegen die meisten anderen Krankheiten). Die moderne „wissenschaftliche“ Medizin, welche eine „antibiotische Sterilisation“ anstrebt, hat auf Medikamente gebaut, dessen endgültigen Auswirkungen sind, dass sie das Immunsystem des Patienten schwächen.

Das ist unter Ärzten bekannt und wird auch besprochen in der entsprechenden Literatur, aber dies erschien unerheblich zu sein, bis die Welt mit einer Epidemie konfrontiert wurde, welche in einer durchdringenden Lähmung des Immunsystems wurzelt.

Das Immunsystem kann nicht grenzenlos geschwächt und ausgehöhlt werden ohne einen Preis dafür zu zahlen. AIDS ist der letzte Halt auf diesem Weg. Die Hühner sind zu ihrer Stange zurück nachhause gekehrt.

Verschiedene Szenarien können sich vorgestellt werden. Dass Personen, die durch Chemotherapie gegen Krebs Immungeschwächt an AIDS sterben könnten, was dann aufdeckt, dass eine Immunschwäche, die aus anderen Gründen herbeigeführt wurde für diese Krankheit geneigt macht. Einige der Bluttransfusions- Fällen von AIDS, per Definition Personen, die bereits krank und schwach waren, können eine HIV Infektion von Individuen vertreten, die aus anderen Gründen Immungeschwächt sind, als der Syphilis. Zytomegalovirus Infektionen (in 95 Prozent bei homosexuellen Männern häufig im Samen gefunden), Hepatitis B, und Epstein Barr Virus Infektionen haben alle Immunschwächende Fähigkeiten. Der menschliche Samen selbst kann immunschwächend sein, wenn er in den Blutstrom gelangt, was leicht durch analen Geschlechtsverkehr geschieht, mit seinem quetschen und stossen der umliegenden Gewebe.

Die Angaben aus Afrika über die ernsthafte Unterernährung bei AIDS Patienten deutet darauf hin, dass eine Immunschwäche auch auf diese Art zustande kommen kann; vielleicht spielt diese schlimme Unterernährung eine zusätzliche Rolle bei der Syphilis in dieser Bevölkerung.

Aber während das einen Beitrag an AIDS leisten mag, wird die zu Grunde liegende Krankheit, welche hinter allem steht – und welche noch viel heftiger immunschwächend ist – ignoriert, obwohl sie an der Spitze der Liste aller Krankheiten geführt wird, mit welcher die Bevölkerungsgruppe infiziert ist, welche für AIDS empfänglich ist.

Diese grosse venerische Krankheit unserer Ahnen, welche die menschliche Rasse überschattet hatte seit dem 15. Jahrhundert und noch immer nur teilweise verstanden wird, ist nun zurückgekehrt um uns zu jagen. Es war kein Zufall, dass diese Krankheit eine furchtbare Rolle in der Geschichte gespielt hat. Durch ihre innere Virulenz (Bösartigkeit), ihre Vielfältigkeit, ihrer Anpassungsfähigkeit und ihrer Resistenz gegenüber medizinischer Behandlung, hat die Syphilis in der Geschichte eine Stellung erhalten, wie andere historische Geisseln der Menschheit wie die Bubonenplage, Pocken, Tuberkulose oder die asiatische Cholera und die Pest.

Eine übler Umgang bei der Behandlung der Nachkriegs Syphilis Epidemie trieb diese Seuche in den Untergrund, um seine Opfer auf Infektionen mit HIV-1, HIV-2 und vielleicht noch anderen viralen und bakteriellen Zusatzfaktoren.

Der „üble Umgang“ begann bereits während dem Krieg, in den militärischen „*Rapid Treatment Centers*“ (schnellen Behandlungszentren), wo eine Arsenbehandlung verabreicht wurde über *fünf bis zehn Tage* an 50'000 Soldaten und danach entliess man sie als „gesund“. Wer weiss, welche Verwüstung sie angestiftet haben an den Frauen und Freundinnen nach ihrer Rückkehr in das zivilisierte Leben? (USDHEW PHS, 1968,14).

Die Rolle des HI Virus ist umstritten. Es fehlen systematische Daten über HIV Infektionen bei gewöhnlichen nicht Homosexuellen, nicht Drogen süchtigen, nicht Tuberkulösen, nicht Syphilitischen, Wohlgenährten Bürgern, so dass wir nicht wirklich sicher sein können, ob es überhaupt eine Rolle spielt.

Empfänglich ist bloss ein passiver Beobachter. Es ist vorstellbar, dass er ins Spiel kommt beim immunschwachen Individuum – wie der *Pneumocystis Carinii* Mikroorganismus (Erreger). Es ist vorstellbar, dass er zusammen mit einer *Treponema pallidum* Infektion AIDS verursachen kann, was zu einem gewissen Grad erklärt, warum diese „chronische Spätsyphilis“, wie Stephen Caiazza sie nennt, sich vom klassischen Bild unterscheidet. Aber es spielt keinen Einfluss bei deren Abwesenheit, oder anderen Mitfaktoren.

Caiazza findet, dass seine Patienten, die Syphilis haben, aber negativ auf HIV sind „nicht annähernd so krank zu sein scheinen... so denke ich, dass HIV eine Rolle spielt bei dieser Krankheit.“ Es kann eine latente Syphilis Infektion reaktivieren oder synergetisch mit *Treponema pallidum* zusammenwirken und sich so zu den klinischen Symptomen von AIDS verschlimmern.

Aber ein geschwächtes Immunsystem muss der HIV Infektion vorausgehen. Gemäss Caiazza „ist HIV eine opportunistische Infektion und Keiner mit einem intakten Immunsystem wird viele Probleme damit haben.“

Bei den Immunschwachen Individuen, kann eine HIV Infektion nur eine Mononukleose ähnliche Krankheit auslösen innerhalb einiger weniger Tage mit keinen folgenden Konsequenzen.

Aber, wenn das Immunsystem einmal geschwächt ist, dann kann das Individuum infiziert werden mit vielen gewöhnlichen derzeitigen, örtlichen (Infektions-)Krankheiten.

Infektionen mit HIV sind nicht zwingend. Caiazza sagt, „Ich spekuliere, dass HIV nur ein Agens ist, welches mit *Treponema pallidum* zusammenwirkt... und das kann durchaus die HIV-negativen Fälle von AIDS erklären.“

Daraus das unterschiedliche Auftreten von AIDS in Afrika im Gegensatz zu den Vereinigten Staaten oder Westeuropa. Dort könnte es mit Tuberkulose, Leishmaniose, Lepra, Malaria, Filariasis und anderen parasitären und bakteriellen Infektionen, welche üblicherweise nicht gefunden werden bei Amerikanischen oder Europäischen Patienten.

Zwei weitere afrikanische Infektionen haben für Aufmerksamkeit gesorgt im Zusammenhang mit HIV und könnten auch eine Rolle beim Immungeschwächten Individuum spielen.

Die Eine ist der „Afrikanische Grünaffen Virus“, ein naher Bruder des HIV-2. Grünaffen sind ein wichtiger Nahrungsbestandteil, besonders in Westafrika: es wird vermutet, dass das Virus in die Nahrungskette eingedrungen ist und auf diese Weise eine Ursache zum Ausbruch von AIDS beiträgt. Die Anwesenheit des Virus bei Affen lässt vermuten, dass HIV-2 hin und her springen kann zwischen Affen und Menschen, was die Möglichkeit eines tierischen Reservoirs bietet.

Ein noch viel versprechender Kandidat ist das Virus des Afrikanischen Schweinefiebers (ASF), welches auch infektiös wird für Menschen über die Nahrungskette. 1983 hat June Teas, von der Harvard School of Public Health, als erster drauf hingewiesen, dass eine mögliche Verbindung zwischen dem Auftreten von AIDS in Haiti 1978 und der Afrikanischen Schweinefieber Epidemie, die 1979 dort auf dieser Insel wütete. Einige vermuteten, dass das Fieber durch die Rückkehr der Haitianer von Zaire mitgebracht wurde. Die Haitianischen Bauern waren gewillt ihre infizierten Schweine zu töten und zu essen, und das Virus konnte sich so über den Menschen verbreiten.

Teas und sein Mitarbeiter John Beldekas, behauptet herausgefunden zu haben, dass er: (1) ASF Virus in der Schweine Population von Belle Glade, Florida, wo viele Haitianische Immigranten leben, nachweisen konnte; sowie (2) Infektionen dieser gleichen Schweine mit HIV und (3) Infektionen von US AIDS Patienten zusammen mit dem ASF Virus.

Es gibt viele symptomatische und pathologische Parallelen zwischen AIDS und ASF – Fieber, Lymphadenopathie, Haut- und Gehirnhautläsionen sowie Pneumonie. Es könnte nach Amerika gebracht worden sein durch den Kontakt mit homosexuellen Touristen, von denen Haiti einmal ein bevorzugter Ferienort war.

Wenn HIV und das ASF Virus bei beiden, Schweinen und AIDS Patienten nachgewiesen werden kann, dann scheint das zumindest eine plausible Hypothese für einen Versuch zu sein. Darüber hinaus hat das *New York City Health Department* im September 1985 verkündet, dass fünf von 160 Blutspender eines örtlichen Blutspendezentrums mit ASF Virus infiziert sind, während einer von ihnen zusätzlich mit HIV-1 infiziert war.

Dies ist um so bezeichnender, weil eine ASF Infektion bisher beim Menschen noch nie dokumentiert wurde.

Aber diese Angelegenheit wurde nicht weiter verfolgt und das CDC hat bisher die Auswertungen des *NYC Health Department* auch nicht weiter kommentiert. Die ganze Frage ist ausgeföhrt in

Angelegenheit von Argumenten und Gegenargumenten, mit widersprüchlichen Testresultaten und Behauptungen, dass es ASF Virus Testresultate gibt weil es Kreuzreaktionen mit anderen Viren eingeht.

Der Mangel an Wissen über das afrikanische Schweine Fieber symbolisiert den Mangel des medizinischen US Establishments an Neugier über irgendwelche Daten, welche für die öffentliche Meinung völlig verständlich sein könnten über die Virus Theorie von AIDS.

Als Caiazza, Dierig und Waldthaler im Sommer 1987 den *New York City* Gesundheitsbeauftragten fragte, ob es eine Studie über die Auswirkungen der Antibiotikabehandlung bei AIDS und ARC Patienten gebe, und ihm erörterte dass „im schlimmsten Fall ein grosser Teil von bisher nicht diagnostizierter Syphilis eine angemessene Behandlung erhalten werde, oder im besten Fall viele Patienten, welche jetzt dem vorzeitigen Tod gegenüberstehen, ein normales Leben führen werden“, erwiderte dieser, dass es „ungünstig“ sei, eine solche Studie zu finden. Als er von einer bedeutenden medizinischen Zeitschrift dazu befragt wurde, verweigerte der Beauftragte zu antworten.

Als Dierig und Waldthaler im Februar 1988 bei der „Präsidentialen Kommission der HIV Epidemie“ vorsprachen - nachdem Sie für diesen Vorschlag den Weg von Westdeutschland nach New York aus eigenem Sack bezahlt hatten – zeigten die Kommissionsmitglieder kein Interesse. Und als sie ihre Behandlungen an mehreren AIDS Patienten mit Penizillin beschrieben, fragte sie einer der Kommissäre, ob sie eine „Kontrollgruppe“ (?) hätten. Einem Pressebericht zufolge „haben während der Vorstellung einige Mitglieder der Kommission ihre Sessel verlassen, sind umhergegangen und hielten tangentielle Konversationen mit Beisitzern.“

In der Tat wird die Syphilis Theorie über AIDS „weit entfernt vom medizinischen Establishment“ empfunden, laut der *Medical Tribune*. Wenn sich die Autoritäten darüber streiten, reagieren sie in vorhersehbaren Mustern. Ein Offizieller des *Centers for Disease Control* nannte es „Dummes Zeug“ oder „verrückt und unglaubwürdig“ (*wildly implausible*). Ein New Yorker Arzt, der sich auf AIDS spezialisiert hat bezeugte, dass eine Immunschwäche, wie sie bei AIDS vorliegt, meint auch, dass alle Arten von Mikroben sich bei diesen Patienten wuchern und gedeihen; daraus resultiert, dass *Treponema pallidum* anwesend war und es sollt relativ leicht gefunden werden können. Ein Professor der University of Washington vertritt die Meinung, dass die *Treponema pallidum* Infektion das Immunsystem eher stimuliere als hemme; und er bestritt auch, dass eine HIV Infektion die Empfindlichkeit der serologischen Testresultate beeinflussen könne (dies war kurz bevor das CDC genau das Gegenteil verkündete). Und er meint auch, dass es den Patienten nicht zugemutet werden könne, dass sie ihre vollständige persönliche Krankengeschichte genau wiedergeben: „Eine Geschichte kann nie als exakt (*hard data*) betrachtet werden. Viele Patienten erinnern sich nicht mehr und mancher erzählt nicht die ganze Geschichte und die medizinischen Berichte sind nicht immer komplett“

Der Chef der klinischen Untersuchungen an der Abteilung für sexuell übertragbare Krankheiten beim CDC erklärte: „Es gibt klar eine Verbindung zwischen einer Krankengeschichte von Syphilis und HIV... entweder basierend auf der Tatsache, dass die syphilitische Läsion eine Eintrittspforte für das HIV darstellt, oder dass Syphilis selbst die Immunität schwächt und einen empfänglicher macht für HIV... aber eine biologische Verbindung – in der Art einer Kernfusion – kann für gewöhnlich nicht in unseren Kopf gehen.“

Eine andere Verbindung, ausgehend von derselben Abteilung des CDC hatte zu beklagen, dass es ein fundamentaler Fehler sei, serologische Syphilistest bei AIDS Patienten zu beschreiben, dessen Argumente Caiazza „kugelsicher“ geprüft hatte. „Wenn Sie behaupten dass jeder Syphilis gehabt hatte – aber die Tests sie nicht erfasst, dann können Sie nicht beweisen ob sie eine hatten oder nicht, dann ist diese Theorie ziemlich hart zu widerlegen.“

Ob die Syphilis Hypothese hart zu widerlegen ist oder nicht, es besteht nur geringes Interesse, die zu tun. Statt dessen reagierte das medizinische Establishment mit noch übertriebeneren Behandlungsmethoden bei AIDS. Das CDC prophezeite 365'000 Fälle in den Vereinigten Staaten für das Jahr 1992 und 263'000 Toten. Eine Gruppe 150 älterer Abgeordneter des Gesundheitswesens verkündeten Mitte 1988, dass gegen Ende 1993 mindestens 450'000 Amerikaner „aktive Opfer“ von AIDS werden und dass in diesem Jahr 100'000 neue Fälle berichtet werden würden. Hiroshi Nakahima, Generaldirektor der Welt-Gesundheits-Organisation (WHO) erklärte am 1. Dezember 1988 (am „Welt AIDS Tag“) dass zwischen fünf bis zehn Millionen Menschen weltweit mit HIV infiziert sind und dass bis 1991 eine Million dieser bereits an der Krankheit gestorben sein werden.

Die Bestrebungen, sich einer Theorie, welche so plausibel einsehbar ist, entgegen zu stellen hat mit der Tatsache zu tun, dass das gesamte medizinische Establishment die Virus Theorie akzeptierte und seinen

Ruf darüber aufs Spiel setzen könnte. Praktisch die ganzen AIDS Forschungsgelder wurden in Forschung, Medikamente, Impfstoffe und diagnostische Verfahren investiert, die auf das HI Virus abzielen.

Vielleicht gibt es kräftige psychologische Motive, um einen anderen Ansatz abzulehnen. Und das wird noch unterstützt durch ökonomische Interessen bei der AIDS Behandlung.

In einem Land, das 500 Billionen Dollar jährlich für „Gesundheit“ ausgibt, und wo kein Bereich der Medizin nach reinen wissenschaftlichen Kriterien überwacht und geführt wird. Je grösser das Budget für eine bestimmte Krankheit oder Zustand ausgegeben wird, um so mächtiger sind die in Funktion tretenden Managementbestrebungen und um so grösser ihr Interesse an den entsprechenden Entscheiden. Ärzte und Wissenschaftler sind selbst mit wirtschaftlichen Erwägungen beschäftigt, manchmal unbewusst, manchmal nicht. AIDS macht da keine Ausnahme von der Regel.

Wenn sie vor die Wahl gestellt würden zwischen einer Arbeitsaufwendigen Behandlungsmethode, welche billige Medikamente wie – Penizillin und Typhoide Vakzine, und einer einleuchtend einfachen technischen Produkte Linie, welche teure Medikamente anbietet, dann kann es bei der Entscheidung keinen Zweifel geben. Jedermann (ausser die Patienten) profitiert am Verkauf von AZT.

Niemand will etwas von Mitstreitern wissen – weder die Biotechnologie Firmen, welche immer mehr Verträge mit der Regierung für die Finanzierung der „menschlichen Immun-Schwäche Virus Forschung“ abschliessen kann, noch die Professoren der Medizin, welche diese Firmen besitzen oder verwalten und sich unter ihrer Zunft energisch für die Virus Theorie einsetzen, noch der Schulmedizin, welche Stückchen und Teilchen des AIDS Virus für Laborzwecke patentieren lässt und je mehr es ihnen gelingt die Öffentlichkeit in Angst und Schrecken über AIDS zu versetzen, was das Budget für weitere staatliche Unterstützung einbringt, damit neue Laboratorien gebaut werden können, noch den Retrovirologen, die ihre Arbeit verloren hätten, als der „Kampf gegen den Krebs“ mit einer Niederlage endete und nicht plötzlich, wie ein magischer Fund, sich AIDS eingestellt hätte, um als „retrovirale Krankheit“ ausgerufen zu werden, noch den Pharma Konzernen, welche ein Medikament hergestellt und patentiert haben, das die Patienten 10'000 Dollar jährlich kostet, und ihm nicht einmal die geringste Hoffnung auf Heilung anbietet, noch der Nahrungs- und Heilmittelbehörden, welche diese Medikamente als die einzigen Hoffnungsverheissenden darstellen, noch den Apothekern, welche 1'500 – 2'500 Dollar pro Patient pro Jahr verdienen indem sie ihnen diese Medikamente verkaufen können, noch den Ärzten, welche nur den Kopf verwerfen, wenn sie sich diese engmaschige Patienten Überwachung vorstellen, die für die vorgeschlagene Penizillin / Typhoid Vakzin Behandlungsart notwendig wäre, und schliesslich nicht einmal der amerikanischen Öffentlichkeit, die jetzt weiss, dass AIDS die Krankheit der Homosexuellen, Drogensüchtigen, Schwarzen und Puerto Ricanern ist.

Psychologischer und ökonomischer Widerstand gegenüber der Syphilis Theorie von AIDS wird wahrscheinlich heftig bestehen bleiben. Aber mögen die Ärzte, Forscher und Pharma Konzerne satt werden, die Patienten werden nur dünner. Werden sich die Patienten rechtzeitig gegen die gefährliche Therapie wehren können, die man ihnen antut? Wir die Öffentlichkeit rechtzeitig die Finanzierungsprogramme aufhalten, für eine Forschung und Behandlung, die auf einer falschen Theorie über die Herkunft der Krankheit basiert? Psychologische und ökonomische Schranken können die klaren Gedanken in der Medizin nicht ewig verhindern.

Dr. Roberto Gallo, zum Beispiel hat die US Patente 4520113 und 4647773 für die Erfindung der Methoden zur HTLV-III Antikörper Bestimmung bei AIDS Patienten und zur Züchtung von HTLV-III von denselben Patienten. Das ist ein bedeutungsvoller Interessenkonflikt für einen Wissenschaftler, der Direktor für die gesamte AIDS Forschung den Vereinigten Staaten verantwortlich ist.

Am Ende gibt es doch noch wenig gute Nachrichten neben den vielen schlechten.

An erster Stelle, dass AIDS sich nicht verbreiten wird unter den bestehenden Beständen von Personen, dessen Immunsystem noch nicht verwüstet ist – sondern zunächst damit, dass wegen einer Kombination von endemischer Syphilis und intensivem Gebrauch von Immunschwächenden Medikamenten. Besonders wird sie auf der anderen Seite niemals gesunde Personen befallen, heterosexuelle wie homosexuelle. Alle Ansichten, die das Gegenteil behaupten sind begründet durch das Verlangen, die Öffentlichkeit zu erschrecken um eine Politik (d. h., ökonomisch und finanziell) zu verfolgen, welche die verschiedenen AIDS verknüpften Geschäftszweige aktiviert. Um noch Randy Shilts anzufügen; „Die Nachrichten Medien haben versucht die öffentliche Meinung über AIDS dahin zu führen, dass sie die heterosexuellen davon überzeugt, dass sie durch die Kneipen des Landes fegt, so wie sie sich in

den Schwulenkreisen in den 1980 er Jahren ausgebreitet hatte. Heute ist diese Auffassung völlig unredlich. Sie wird keine heterosexuelle Mittelklasse Krankheit werden.“

Die schlechte Nachricht ist, dass der Sammeltopf von möglichen Kandidaten noch immer sehr gross ist. Die Syphilis war endemisch während Jahrhunderten in vielen Teilen der Welt und sie macht heute wieder durch eine neue und schnelle Art des Auftretens auf sich aufmerksam. Die moderne medizinische Praxis verfügt im weiteren über eine ganze Anzahl von Medikamenten mit betont Immunhemmenden Eigenschaften. Jedermann mit diesen zwei vorausgehenden Faktoren im Hintergrund ist empfänglich für Infektionen mit einem oder dem anderen der verschiedenen Viren, welche zu AIDS führen können.

Weit schlimmer aber ist es, dass diese Viren endemisch werden und dadurch eine andauernde Behandlung für die Gesundheit erforderlich machen können für Jedermann mit einem geschwächten Immunsystem - ein Damokles Schwert hängt über allen, dessen Lebensstil die Fähigkeit Infektionskrankheiten zu widerstehen unterminiert, ob das multiple homosexuellen oder heterosexuelle Beziehungen beinhaltet, den Langzeitgebrauch von „Strassendrogen“, oder den systematischen Konsum von Medikamenten.

AIDS ist nicht nur eine Krankheit wie eine andere Krankheit. Sie ist zu einem gewissen Grad eine selbstgemachte Katastrophe und muss zusammen mit anderen vernichtenden Auswirkungen auf die Umwelt, die durch Handlungen der zivilisierten Menschheit sich eingestellt haben, eingeordnet werden.

Zur Zeit jedoch wird unsere innere Umwelt angegriffen und zerstört.

AIDS ist die Langzeitauswirkung und der Preis, den wir zahlen für einen kurzfristigen Gewinn und ist daher eine medizinische Parallele zu unserer Vernichtung des Ozon Schutz Gürtels, der Zerstörung des tropischen Regenwaldes, die Belastung der Atmosphäre mit Schwefelsäure aus Kohlenbrennanlagen, die Vergiftung der Gewässer und Weltmeere mit Pestiziden und Dünger.

Der kurzfristige Gewinn wird wohl die schnelle Wiederherstellung von einer Krankheit durch Antibiotika sein. Der langfristige Preis ist Beeinträchtigung des Immunsystems.

Somit übermittelt diese AIDS Epidemie auch eine bemerkenswerte Botschaft an die Ärzte. Falls sie durch ihren stetig zunehmenden Gebrauch von Immunschwächenden Medikamenten zusätzlich dazu beitragen, den Sammeltopf von Individuen, welche Gefahr laufen AIDS zu erwerben zu vergrössern, dann müssen sie ihre therapeutischen Praktiken neu überdenken und zu effektiven therapeutischen Theorien ermutigen, die weniger destruktive Behandlungsmethoden sind.

Aber der Gebrauch dieser gewaltigen Medikamente wird unterstützt und gepolstert von dem ganzen theoretischen Konstrukt, welches als „wissenschaftliche Medizin“ bekannt ist und viele M. D. werden wohl fühlen, dass das Wachen über die durch AIDS erklommenen Errungenschaften hiesse, der „wissenschaftlichen Medizin“ abzuschwören.

Wie dem auch sei, ein medizinisches System, dessen Langzeit Effekt es ist, das Immunsystem auszuhöhlen, das kann nur schwer geachtet werden als „Wissenschaft“.

Wissenschaft ist nur ein Weg, sie die Naturkräfte nutzbar zu machen, um zu einem gewünschten Ziel zu kommen. Die Zerstörung des Immunsystems kann kein solch gewünschtes Ziel sein; ergo, sollte eine „Wissenschaft“, welche dies bewirkt durch eine andere Wissenschaft ersetzt werden.

Es gibt mehr als einen Weg, die medizinische Wissenschaft sorgfältig auszuarbeiten und es sollte in die alternativen Verfahren investiert werden.

Sogar die Tatsache, dass Ärzte sich wieder mit der Syphilis befassen müssen, weil das wiederkehrende Problem der Syphilis eine gewisse Revision und Rekonstruktion der medizinischen Lehren erzwingen wird. Diese Krankheit wurde als bezwungen und ausgerottet betrachtet, und jetzt besucht sie uns noch einmal. Was ging wohl schief in der Vergangenheit?

Wenn AIDS wirklich eine „iatrogene Krankheit“ ist – das heisst, verursacht, zumindest zu einem Teil, durch ärztliche Handlungen – dann sollten die Erzeugnisse dieser Handlungsweise revidiert werden. Wenn es wirklich der Preis sein sollte, den wir für unseren Fortschritt in der Vergangenheit zu bezahlen haben, dann sollte dieser „Fortschritt“ neu beurteilt werden.

Die medizinische Welt sollte aufhören über eine Impfung gegen AIDS zu fantasieren (Gott hilf uns!) sondern die heimfabrizierten Ursachen dieser Geissel genauer untersuchen.

Es sollte eine andere Theorie und Praxis der medikamentösen Behandlung angestrebt werden, welche diese Immunhemmenden Auswirkungen gegenüber, der bisher angewandten, vermeidet.

Sie sollte die Bedeutung überprüfen, inwieweit die Syphilis und die Antibiotika Medikamente verursachende Agenzien für AIDS sind, indem man sich nach dem venerischen Krankheits hintergrund bei allen denen mit AIDS oder ARC erkundigt und ihren Konsum an therapeutischen Medikamenten erfasst.

(Die CDC verweigert immer noch Statistiken zu haben über die Anzahl der AIDS Patienten, welche ebenfalls Syphilis hatten).

Es sollten unverzüglich Versuche mit Penizillin und Typhoid Vakzin Behandlung bei AIDS Patienten gemacht werden.

Das amerikanische medizinische Establishment machte einen Fehler mit den historischen Verhältnissen, indem sie AIDS als Viruskrankheit ausrief. Aber der Preis, für diesen Fehler werden andere bezahlen müssen und wird weiter bezahlt werden müssen, bis dieser Irrtum erkannt und zugegeben wird. Was die Länge der Liste der Opfer lediglich verlängert.

AIDS & Homöopathie

Dr. G.S.R. Sastry

Publiziert von *Current Homoeo Publishers*,
Hyderabad, Indien, 1990

Überarbeitet von
Dr. Laurence E. Badgley, M. D., Kalifornien USA

Auszugsweise ins Deutsche übertragen von
Georg M. Kissling
Schwyz 2000

Die Welt wartet auf ein modernes allopathisches Medikament, das dafür sorgt wie eine magische Kugel gegen AIDS eingesetzt zu werden. Das kann vergeblich sein. Die wahre Natur dieser Krankheit ist jedoch weit mehr als nur ein Erreger. Einige Homöopathen glauben, dass AIDS ein neues Miasma sein könnte. In jedem Fall wird das komplexe Muster dieser AIDS Krankheit durch eine Anhäufung von verschiedenen beteiligten Faktoren bestimmt, welche üblich sind bei unserem modernen Lebensstil, Gewohnheiten und Ernährungsweise, sexueller Freizügigkeit, Drogenkonsum und Unterernährung, sind die geläufigen dieser Faktoren.

Es gibt nicht viel Hoffnung für die Medizin gegen ADS und diese Hoffnung gehört der Homöopathie. Homöopathen haben schon lange die Doktrin einer gesunden Ernährung und Lebensführung gepredigt, womit ein Mensch sich gegen diese unerwünschten Krankheiten wie AIDS schützen kann. Menschen welche diese fundamentalen Gesundheitsregeln einhalten und dennoch AIDS entwickeln, brauchen eine heilende Behandlung. Homöopathische Medikamente stehen vor der Tür und warten nur darauf gebraucht zu werden durch eine geübte Hand. Die AIDS Epidemie gibt der Homöopathie eine Gelegenheit der Welt ihre Kraft zu zeigen und dazu brauchen wir Homöopathische Führer.

Dr. Sastry hat der erste Leitfaden für Praktiker gemacht, die des Arztes Pflicht gegenüber den AIDS Patienten annehmen. Zum ersten Mal haben Homöopathen ein abgerundetes und in die Tiefe gehendes Werkzeug in der Hand, welches die Prozesse dieser Krankheit zerlegt. In „AIDS & Homöopathie“ hat der Autor das komplexe AIDS Syndrom in einem Band kurz und bündig zugänglich gemacht. Dieses Werk ist bestimmt gut in der Homöopathischen Praxis zu dienen und am Krankenhausbett. Es ist wahrscheinlich, dass „AIDS & Homöopathie“ ein Klassiker auf diesem Gebiet wird und die Homöopathen können für dieses gute Werk dankbar sein.

Mit Enthusiasmus kann ich „AIDS & Homöopathie“ allen Praktikern empfehlen, welche die Herausforderung dieser modernen Seuche AIDS annehmen.

Dr. Laurence E. Badgley, Kalifornien, USA

Einleitung

Es ist heute eine *Millionen Dollar* Frage für jeden Mediziner oder jedes medizinische System – womit wir der Herausforderung, welche durch diese schrecklichste Krankheit des Jahrhunderts, AIDS anbieten können. Viel Tinte wurde in den letzten Jahren verbraucht in den Medien und den Zeitungen um zu analysieren und zu verschlimmern wie überragend diese Krankheit ist. Die moderne Medizin, obwohl sie komplizierte Technologien entwickelt hatte, diese Krankheit und ihre Folgen zu identifizieren, zu analysieren und zu erforschen, kreuzen sich die Praktiker noch immer die Finger, wenn es darum geht, geeignete Verschreibungen gegen sie zu verschreiben.

Die Homöopathie, *ein grundsätzliches medizinisches System, welches auf der Symptomatologie aufbaut* ist fähig entsprechend dem rufenden Zustand der an AIDS Leidenden Kranken, zu begegnen. Es kann auch sein, weil wir aus der homöopathischen Philosophie wissen, dass *Krankheit nicht nur eine mechanische und chemische Veränderung der materiellen Substanz des Körpers ist, sondern in erster Linie eine qualitative Störung der Lebenskraft eines Organismus*. Der Organismus ist ein lebendes, unsichtbares Ganzes, agiert und reagiert als ein ganzes und der Einfluss einer subversiven Kraft, welche zusammen mit der Lebenskraft arbeitet, unterstützt dessen Funktion und verändert die körperlichen Voraussetzungen. Eine grössere Anzahl von Krankheiten sind dynamischen Ursprungs und sind dynamischer Natur und in einer Krankheit ist die Lebenskraft, überall anwesend im Organismus, **einzig und allein angegriffen** durch den dynamischen, krankmachenden Einfluss, der dem Leben feindlich ist. Die veränderte Lebenskraft übersteigt die krankmachenden Erscheinungen und unnatürlichen Aktivitäten. Alle pathologischen Veränderungen müssen beobachtet werden als das Resultat der Krankheit seit dem Beginn der Krankheit, der dynamisch ist. **Vermutlich schon vor der Ansteckung.**

Geschichte der Viruskrankheiten im Überblick

Wir wissen, dass die Bakteriologie die Wissenschaft ist, welche sich mit Bakterien beschäftigt und die Mikrobiologie mit beidem, Einzelligen und Mehrzelligen Mikroorganismen. Molekularbiologie beschäftigt sich mit dem Studium der Strukturen der Moleküle, die in der Biologie wichtig sind.

Die wissenschaftliche Welt anerkannte **Pettenkofer** (1818 – 1901). **Louis Pasteur** (1795 – 1882) und **Robert Koch** (1843 – 1910) als die Bahnbrecher der medizinischen Bakteriologie. Sie haben die Funktion der Mikroorganismen im Zusammenhang mit der Krankheit etabliert. Sie fanden unterschiedliche verursachende Mikroorganismen für verschiedene Krankheiten.

Das folgende ist der hauptsächliche historische Hintergrund der Bakteriologie:

- 1496 **Ulsenius** erklärte, dass Syphilis nur durch einen Erreger verbreitet wird.
- 1546 **Francastro Gerolomo** von Verona (1478 – 1552) schrieb, dass die Krankheit durch zu kleine, um sichtbar zu sein, Agenzien verbreitet wird, welche die Fähigkeit haben sich zu vermehren und sich schnell fortzupflanzen. Er war auch der Ansicht, dass sie verantwortlich seien, die Krankheit zu verursachen. Er benannte diese Organismen CONTAGIUM VIVUM.
- 1658 **Vater Athanasius Kirchar** trug eine bahnbrechende Theorie vor über Mikroorganismen. Er war die erste Person die auf experimenteller Basis vermutete, dass die Krankheit durch Organismen verursacht werden könnte.
- 1659 **Vater Athanasius Krichar** beobachtete die Existenz von winzig kleinen Agenzien im Blut des Seuchenopfer. Er nannte diese Organismen EIGENTÜMLICHE WÜRMER.
- 1672 **Plenciz von Wien**, ein Österreicher arbeitete die Einzelheiten der Ideologien von Antony van Leeuwenhoek aus und gab bekannt, dass jede Krankheit ihre eigenen spezifischen Agenzien hat und dass sie sich im Körper vermehren. Er schlug diese Keim Theorie der wissenschaftlichen Welt vor und er nannte diese Keime INFUSORIA.
- 1676 **Antony van Leeuwenhoek**, der holländische Mikrobiologe prüfte die Existenz von sehr

winzigen lebenden Kreaturen (Bakterien). Er beschrieb Spermatozoen und Protozoen und zeigte ebenfalls Mikroorganismen in den Zähnen auf. Er nannte diese Agenzien ANIMALCULES.

- 1807 **Ignaz Philippe Semmelweiss** verringerte die Sterblichkeit beim Kindbettfieber, indem er desinfizierende Massnahmen einführte.
- 1838 **Christian Ehrenberg** teilte die bakteriellen Formen in Vibrio, Bakterium spirillum und in Spirochäten ein.
- 1865 **Dr. Louis Pasteur** beobachtete, dass eine Impfung mit abgestandenen Kulturen von Mikroorganismen gegen weitere Infektionen immunisiert..
- 1883 **Ilya Metchnikoff** erwähnte, dass Amöben zuerst feste Teilchen verschlingen können, und danach zerstören die Leukozyten die pathogenethischen Mikroben aber die Leukozyten sind wirksamer nachdem der Wirt immunisiert worden ist.
- 1888 **Roux und Yersin** beobachteten, dass die Fleischbrühe, welche für die Diphtherie Bazillen – Kulturen gebraucht wurden, giftige Qualitäten besitzt.

Gleichermassen haben manche Wissenschaftler an den Grundsätzen der Entwicklung von Infektionskrankheiten geforscht. Die Entdeckung des Penizillin (1929), Streptomycin, Sulfoamiden und anderen Antibiotika, um die Bakterien im Körper zu töten, haben die Krankheiten den Betroffenen nicht mehr das Leben gekostet, aber ihre *Verfassung* (Diathese) hat immer ergeben, bei diesen leidenden Individuen.

Heute, ist AIDS gekommen, eine noch nie da gewesene globale gesundheitliche Bedrohung. Die wissenschaftliche Forschung durch die Geschulten über den Virus und die Krankheit enthüllt das folgende:

- 5/81 AIDS wird zum ersten Mal als eine zelluläre Epidemische Schwäche bei jungen homosexuellen Männern in den Vereinigten Staaten diagnostiziert. Die begonnenen Kontrollstudien, welche an den an Schwäche (Auszehrung – „depletion“) leidenden Opfern gemacht wurden, zeigten ein spezifisches Absinken der T-Zellen, - T-4 Zellen.
- 6/82 Die Entdeckung, dass es ein Agens gibt, welches AIDS verursacht und übertragen wird durch sexuellen Kontakt unter homosexuellen, aktiven Männern. Wurde Gleichermassen beschlossen, dass bereits innerhalb von fünf Jahren vor dem Ausbruch von AIDS das Individuum an *Kaposi Sarkom* und *Pneumocystis carinii Pneumonie* leiden wird. Ebenso wird bestätigt, dass die Übertragung von AIDS über das Blut und durch Blutprodukte erfolgt.
- 7/82 Die *Pneumocystis carinii* wird bei Hämophilie Patienten entdeckt.
- 12/82 Eine unerklärliche Immunschwächen mit der verhängnisvollen *Pneumocystis carinii Pneumonie* wird berichtet von einem 20 Monate alten Kind, welches bei der Geburt Blut Plättchen (Thrombozytenkonzentrate) von einem Mann bekommen hatte.
- 1/83 Es wird bekannt, dass das AIDS Agens ebenso von einem infizierten Mann auf seine heterosexuellen Partner, wie auf seine homosexuellen übertragen werden kann.
- 1984 ätiologisches Agens und Ursache von AIDS wird das HIV identifiziert, ein menschliches Retrovirus. Das AIDS verbundene Retrovirus ist verwandt mit dem ARV. Das AIDS Virus, welches in Zentralafrika und in anderen Regionen der Welt gefunden wird, wird HIV-1 und das Westafrikanische Virus HIV-2 genannt. Diese zwei sind ähnlich in der Struktur und können AIDS verursachen, obwohl die pathologische Kraft von HIV-2 noch nicht gut bekannt ist.
- 6/84 CD4 wird als Molekül identifiziert, welches HIV bindet. Es liegt auf der Oberfläche der Membran der Lymphozyten und hat ein Molekül, welches Antigen genannt wird. Die CD4 Moleküle als Ganzes bestehen aus 433 Aminosäuren. Das ist beachtlich für einen Antikörper.
- 1985 Das höchste Vorkommen von HIV Infektionen wird aus den USA und Europa gemeldet.

Retroviren

Es gilt durch unsere Forschungen als bestätigt, dass die Ursache für AIDS ein neuer Retrovirus ist. Retroviren sind so benannt, weil sie ihre genetische Informationen umkehren können. Doch diese können sich nur vermehren, wenn sie dazu den biosynthetischen Teil der fremden Zellen verwenden.

In den Zellen ist das genetische Material die **DNA**. Das genetische Material der Retroviren ist die **RNA**. Das Retrovirus trägt ein Enzym, genannt „*Umkehr Transkriptase*“ welches dann seine DNA abgeben kann. Diese DNA integriert sein Genom in den Wirt. Aber die DNA bleibt latent, bis sie beginnt neue Virusteilchen zu produzieren.

Das folgende ist die Geschichte der Erforschung der Retroviren:

- 1980 Robert C. Gallo** vom *National Cancer Institute* der Vereinigten Staaten identifiziert zwei Retroviren, d. h. gewöhnliche Gene, welche menschliche Wesen infizieren und er nannte sie **T-lymphotrope Viren Typ I und II (HTLV-I und HTLV-II)**. Das **HTLV-I** gilt als Ursache für T-Zell Leukämie / Lymphom beim Menschen. Das andere **HTLV-II** ist nahe verwandt mit dem **HTLV-I**. Er behauptete, dass diese Viren T-Lymphozyten infizieren (weisse Blutkörperchen) welche eine grosse Rolle spielen bei der Immunabwehr des Körpers. Bei Tieren sind diese beiden Retroviren einhellig in Verbindung zu setzen, Krebs zu verursachen und eine Immunschwäche hervorzurufen. Das HTLV-I verursacht bösartigen Krebs, es ist gewöhnlich Epidemisch in Japan, Afrika und der Karibik wo es zu einer fortgeschrittenen „*Leukämie der T-Zellen*“ führt. (ATL) („adult T - cell leukemia).
- 1982 Isao Myoshi** von der Kochi Universität beschreibt ein verwandtes Virus bei einem Affen, einem *Japanischen Macaque*, welcher Haarzell Leukämie verursacht und auch T-Zellen Leukämie und Lymphome von eher chronischer Art. Dieses Virus wurde benannt als **T-lymphotropes Virus Typ II (HTLV-II)**.
Während der Analysen von Gewebekulturen an **HTLV-II** Reagenzien wurde ein neues Virus in T4 Zellen entdeckt und als **Lymphadenopathie – verwandtes Virus (LAV)** bezeichnet wurde. Das Virus zerstört T4 Zellen und breitet sich aus. Sein Virales Eiweiss wird P25 (oder P24) genannt, welches nicht anwesend ist bei **HTLV-I**. Diese zwei Typen sind begrenzt auf homosexuelle Männer und Hämophile, besonders in Zentralafrika.
- 1983** Mehrere Zellreihen sind von **Robert Gallo** und seinem Team identifiziert worden, welche das **HTLV-II** reagieren. Diese wurden ursprünglich „**human T cell Lymphotropic virus Type-III**“ (**HTLV-III**). Dasselbe Retrovirus wurde auch von **Luc Montagnier und seinen Mitarbeitern am Louis Pasteur Institut** im Paris bei Patienten, dessen Drüsen geschwollen waren und seit daher wird es von ihnen als das Lymphadenopathie verwandte Virus (**LAV**) bezeichnet. **HTLV-III** und **LAV** sind einander praktisch identisch. Das **HTLV-III** vermehrt sich schneller *in vivo* im Gegensatz zu den **HTLV-I** und **HTLV-II**, welche sehr lange in einem proviralen Stadium bleiben.
- 1984** In Westafrika wird das **Simian Virus (SIV)** bei Macaque Affen entdeckt, welches Ähnlichkeiten mit dem **HIV-II** aufweist und es ist zu einer schwierigen Aufgabe geworden, es von **HIV-II**, auf Grund serologischer Tests zu unterscheiden. Das **SIV** wurde bei Schimpansen, Pavianen oder Pattaffen („Tatzenaffchen“) nicht gefunden. Aber es wurde bei über 50 % der grünen Affen, isoliert auf verschiedene Gebiete der Sub-Sahara in Afrika und in anderen Teilen der Welt gefunden.

Bei gefangenen Asiatischen Macaque Affen verursacht das SIV Krankheiten, aber bei Afrikanischen Affen ist es harmlos. Dieses Virus kann sich auch schnell mutieren und verursacht sehr AIDS ähnliche Krankheit bei Affen. Das folgende sind die hauptsächlichsten Unterschiede zwischen SIV und HIV.

	SIV	HIV
1.	Nukleolid-Sequenzgrösse 50 %	Voll.
2.	Vpx Gen ist vorhanden	nicht vorhanden.
3.	Vpu Gen ist nicht vorhanden	vorhanden.

1985 Wegen der Anwesenheit von **LAV / HTLV-III** bei allen **AIDS** Patienten, **wurde der Name geändert in „menschliches Immunschwäche Virus (HIV)** („human Immunodeficiency virus“) durch das Internationale Komitee der Toxonomie von Viren, der Einfachheit und Kürze wegen. Schliesslich wurde beschlossen, dass es der verursachende Faktor bei der Entstehung von AIDS ist.

Die Angelegenheit über AIDS hat meine ernsthafte Aufmerksamkeit für mehr als sechs Jahre herausgefordert und ich kann nun ein kleines Bändchen über seine homöopathische Behandlung für den Berufsmann herausgeben. Ich musst viel Nachtlcht Öl in allen diesen Jahren benutzen, und nachdenken über die weit verbreitete Literatur, welche zu dieser Angelegenheit vorhanden ist, bis ich verstanden, gekaut und verdauen konnte und fähig wurde, die eigentümlichen Symptome dieser schrecklichen Krankheit zu repertorisieren und passende Arzneien aus dem unbezahlbaren homöopathischen Schatz auszugraben.

Dr. G. S. R. Sastry

AIDS – Krankheiten

Auszug aus dem Buch: „Gewaltige Medizin“

– Fragen eines Hausarztes zur Immunologie, zu den Impfungen gegen Kinderkrankheiten, zu AIDS und zur Gentechnologie.

Verlag Paul Haupt, Bern, Stuttgart, Wien 1997 ISBN 3-258-05568-8
Alle Rechte sind beim Verlag.

Dr. med. Hans Ulrich Albonico

Arzt und Vater von vier Kindern, absolvierte nach seinem Medizinstudium in Bern die Ausbildung zum Facharzt für Allgemeine Medizin FMH. Nach ärztlichen Einsätzen in Asien und Afrika bildete er sich komplementärmedizinisch in Anthroposophischer Medizin und Homöopathie aus und eröffnete 1985 zusammen mit seiner Frau Danielle Lemann eine Gemeinschaftspraxis auf dem Lande. In zahlreichen Vorträgen, Seminaren und Beiträgen in Fachzeitschriften setzte er sich seit 1987 mit den Themen auseinander, welche Anlass zu diesem Buche gaben.

Das folgende ist die Abschrift eines öffentlichen Vortrages vom 6. Mai 1992 an der Universität Zürich, mit einigen redaktionellen Ergänzungen, die später als Teil des oben erwähnten Buches herausgegeben wurde.

Inhalt

Kapitel 1 – Geschichte der Virus-Hypothese bei AIDS

Kapitel 2 – Die offizielle AIDS-Doktrin

Kapitel 3 – Kritik der Virus-Hypothese

Kapitel 4 – AIDS und Angst

Kapitel 5 – AIDS und Mut

„Dogmatismus ist eine tödliche Sünde im Wissenschaftsprozess.“

Luc Montagnier 1992.

AIDS ist mehr als jede andere Krankheit nicht nur eine Tragödie des einzelnen Betroffenen, sondern eine Zeiterscheinung unserer gesamten Gesellschaft. AIDS manifestiert sich als die vorläufige Kulmination einer Medizin, welche immer mehr von der Angst durchsetzt ist, und das HIV-Dogma ist die entscheidende Grundlage, dass AIDS zur schlimmsten Angstkrankheit unserer Zeit geworden ist.

Exakt zur gleichen Zeit als auf der WHO-Weltkonferenz von Alma Ata die Forderung nach Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000‘ aufgestellt wurde, beobachteten Ärzte in den USA neuartige Krankheitserscheinungen, welche wenig später „AIDS“ (acquired immune deficiency syndrome) genannt wurden. Erscheinungen, die eine Reihe verschiedenartigster Krankheiten auf der Grundlage einer Immunschwäche beinhalten, deren einziger gemeinsamer Nenner in einem Abfall der T4-Lymphozyten bestand. Man ging allgemein davon aus, dass diese Immunschwächen durch ein neuartiges Virus mit besonders bösartigen Eigenschaften ausgelöst wird, welches alsbald als „HIV“ (human immuno-deficiency Virus) beschrieben wurde. Die Besonderheit bestand nach damaliger Ansicht darin, dass jede Infektion unausweichlich zu AIDS und somit zum Tode führt, getreu dem Inferno-Motiv bei Dante: „Lasciate ogni speranza, voi ch’entrate“.

Ich bin nicht Experte, nicht Virologe oder Immunologe oder Epidemiologe, sondern Allgemeinpraktiker, Hausarzt, Primärmediziner. Als solcher hatte ich von Anfang an Mühe, diese Sicht zu akzeptieren. Und tatsächlich begannen ab 1987 weltweit immer mehr Wissenschaftler begründete Zweifel an der ausschliesslichen Virusverursachung von AIDS zu äussern. Heute lässt sich erkennen, dass diese Sicht nicht mehr als eine Hypothese war, welche indessen fatalerweise zum Dogma erhoben wurde. Diese voreilige Schlussfolgerung bewirkte ein Dreifaches: Erstens liess sich die Hypothese nicht mehr überprüfen, weil der positive HIV-Antikörpertest als integrierender Bestandteil in die Definition von AIDS“ aufgenommen wurde. Die Diagnose „AIDS“ umfasst heute über zwei Dutzend völlig verschiedener Krankheiten, welche beim Vorliegen eines positiven HIV-Antikörpertests „AIDS“ genannt werden. In Fällen wo keine HIV Infektion vorliegt, gelten sie als „normale“ Lungenentzündung oder Tuberkulose oder Gürtelrose oder Mundsoor. AIDS wurde also durch HIV definiert, um anschliessend als Beweis für die Virusverursachung anzuführen, dass es kein AIDS ohne HIV gebe. Die Frage nach anderen möglichen Ursachen von AIDS wurde demnach zunächst abgeschnitten. Und dieses Dogma führte zu einer ungläublichen Angstpsychose, welche die weitverbreiteten Bemühungen in der Prävention und bei der Betreuung in ihrer Wirksamkeit in Frage stellte.

Kapitel 1 - Geschichte der Virus-Hypothese bei AIDS

Die Geschichte der Entstehung des HIV-Dogmas zeigt beispielhaft auf, wie auf dem Boden einer verselbständigten hochspezialisierten Forschung eine einseitige und in ihrer Auswirkung fatale Sichtweise der Krankheit entstehen kann. Die folgende Darstellung basiert im wesentlichen auf einer französischen und einer amerikanischen Quelle, nämlich dem Werk des Pariser Medizinhistorikers Mirko Grmek „Histoire du sida“ und dem autobiographischen Buch des amerikanischen Spitzenforschers Robert Gallo „Virus Hunting“.

1980 wurde in Kalifornien ein gehäuftes Auftreten von „Pneumocystis Lungenentzündungen“ bei jungen homosexuellen Männern beobachtet, 1981 in New York eine auffallende Häufung des „Kaposi-Sarkoms“. Beide Krankheiten waren an sich bestens bekannt. Die Pneumocystis Pneumonie wurde 1909 von C. Chagas, das Kaposi-Sarkom schon 1872 von Moritz Kaposi beschrieben. Bei der „Pneumocystis- Pneumonie (PCP) handelt es sich um eine Lungenentzündung, welche durch einzellige Mikroorganismen hervorgerufen wird. Normalerweise bleibt die Infektion mit diesem Erreger völlig harmlos, und die meisten Menschen in unseren Gegenden machen sie unbemerkt durch. Bemerkenswert ist, dass die PCP erst seit 1980 sicher diagnostiziert werden kann. Das Kaposi-Sarkom (KS) ist ein eigenartiger Tumor, eine Wucherung von Bindegewebs- und Blutkapillarzellen der Haut und der Schleimhäute. Das KS war früher in Afrika bereits z.T. verbreitet, bei uns jedoch äusserst selten aufgetreten. Die amerikanische Epidemiologiebehörde „Centers for Disease Control“ (CDC) in Atlanta brachte im Juli 1981 diese beiden Beobachtungen zusammen und postulierte als Ursache ein ‚infektiöses Agens‘, also irgendeinen Erreger, obschon bereits zu diesem Zeitpunkt verschiedene Forscher auf die mögliche Bedeutung von Umgebungseinflüssen bei der Überlastung des Immunsystems hinwiesen. Entsprechend befasste sich innerhalb der CDC von Anfang an fast ausschliesslich nur die Abteilung für Infektionskrankheiten („Center for Infectious Diseases“, CID) mit der Angelegenheit, und nicht etwa das ‚Center for Environmental Health (CEH, Abteilung für Gesundheit und Umwelt).

Die Centers for Disease Control bezeichnen sich als die „führende epidemiologische Behörde der Welt. Entstanden sind sie aus einem „Amt für Malariabekämpfung in Kriegszeiten“ während dem 2. Weltkrieg. Persönlich lernte ich die CDC 1989 während meines Rotkreuz-Einsatzes in Thailand als sehr effiziente Organisation kennen. Die CDC spielen in der AIDS-Geschichte eine zentrale Rolle. Zu Beginn der 80er Jahre standen die CDC nach einer traumatischen Affäre 1976 unter grossem Prestige-Druck. In der fälschlichen Annahme eines bevorstehenden Ausbruchs von Schweinegrippe wurden 50 Millionen Amerikaner vorsorglich durchgeimpft, wobei über 500 Fälle von Guillain-Barré-Lähmungen auftraten und sich die ganze Kampagne als unnötig erwies.²⁰⁵ Im Sommer 1982 wurde bei einer CDC-Zusammenkunft der Name „AIDS“ (Acquired Immunodeficiency Syndrome) geboren, und AIDS wurde fortan als einheitliche Krankheit angesehen. Die Suche nach dem ‚infektiösen Agens‘ führte zum berühmten ‚Wettlauf um den Nobelpreis‘, welcher indessen keinem der AIDS-Forscher bisher zugesprochen wurde. In Frankreich arbeitete man am renommierten Pasteur-Institut in Paris mit einem Virus, das ‚LAV‘, (Lymphadenopathy associated Virus) genannt wurde, in den USA am berühmten National Institute of Health (Nationalen Gesundheits-Institut) mit ‚HTL-Viren‘ (Human T-Cell-Lymphoma Virus). Die äusseren Arbeitsbedingungen dieser Forscher waren in erster Linie von einem ungeheuren Prestigedruck geprägt.

Robert Gallo kann als Prototyp des ehrgeizigen amerikanischen Spitzenforschers angesehen werden. Er beschreibt in seiner Autobiographie ‚Virus Hunting‘, wie sehr er unter der Erfolglosigkeit des 1971 von Präsident Nixon deklarierten ‚grossen Kriegs gegen den Krebs‘ litt. Dieses milliardenschwere Forschungsprojekt war ganz darauf ausgerichtet, dass Krebs durch Viren verursacht

werde, welche es nur zu entdecken gelte, um damit freie Bahn für die Entwicklung von Medikamenten und Impfstoffen gegen den Krebs zu haben. 1980 war klar geworden, dass das gigantische Programm keinerlei Fortschritt gebracht hatte. „Wissenschaftlich bestand das Problem darin, dass niemand den Nachweis irgendeines menschlichen Tumorstoffes, nicht einmal eines DNA-Virus erbringen konnte, und die meisten Forscher wiesen die Behauptung zurück, dass Viren irgendeine wichtige Rolle bei den menschlichen Krebskrankheiten spielen. Politisch war das Virus Cancer Program (Virus Krebs Programm) verletzlich, weil es sehr viel Geld und Aufmerksamkeit auf sich gezogen hatte, ohne sichtbare Resultate zu erzielen, schreibt Gallo, der es erleben musste, (lass ihm an einer entscheidenden Versammlung der Wissenschaftler des „Virus Cancer Programs“ nachgewiesen wurde, dass auch die von seiner Equipe gefundenen ‚Krebsviren‘ ausschliesslich Laborverunreinigungen mit Affenviren waren. „Wäre ich ein einsamer, unabhängiger Forscher gewesen und nicht Leiter einer Forschungsabteilung, so hätte ich wohl Monate lang nach diesem Meeting damit zugebracht, meine Wunden zu lecken“, schreibt Gallo. So aber sah er sich gezwungen, wieder aufzustehen. Gallo beschloss, den Retroviren zu einem anderen Gebiet zum Durchbruch zu verhelfen.

Zum Prestigedruck kamen frühzeitig enorme wirtschaftliche und politische Interessen hinzu, zeichneten sich doch alsbald Milliardenengeschäfte bei Forschung, Diagnostik, Chemotherapie und Impfstoffherstellung ab. 1983 brachten die damaligen Virus Antikörpertests 60% falsch negative und eine „unbekannte Prozentzahl“ falsch positive Resultate. Trotzdem meldeten sowohl das Pasteur-Institut wie auch das National Institute of Health ihre Patente an, worauf es zum bekannten Rechtsstreit zwischen Frankreich und den USA kam. Gallo wurde angeklagt - und später für schuldig gefunden - das französische Virus-Serum, das ihm Montagnier zur Überprüfung der französischen Forschungen zur

Verfügung gestellt hatte, den eigenen Virus-Isolaten beigemischt zu haben. Diese Umstände führten vor allem zu einem enormen Zeitdruck, musste doch Gallo jetzt beweisen, dass die amerikanischen Viren die richtigen Erreger der Immunschwäche AIDS sind. So kam es im April 1984 zu jener berühmten

Pressekonferenz, welche Gallo als seinen grössten Triumph beschreibt. Die amerikanische Gesundheitsministerin Margareth Heckler verkündete dabei der Welt, dass das von Gallo gefundene Virus die Ursache von AIDS sei.

„Die wahrscheinliche Ursache von AIDS ist gefunden worden, ein neues Verfahren zur Massenproduktion dieses Virus ist entwickelt. (...) Wir haben jetzt einen Bluttest für AIDS. (...) Wir können jetzt die AIDS-Opfer mit grundsätzlich 100% Sicherheit identifizieren. (...) Das neue Verfahren wird uns in die Lage versetzen, einen Impfstoff zur Vorbeugung von AIDS zu entwickeln. (...) Wir hoffen, eine solche Vakzine in zwei Jahren zur Testung bereitzustellen. (...) Heute fügen wir ein weiteres Wunder zur langen Ehrenliste der amerikanischen Medizin und Wissenschaft hinzu. Die heutige Entdeckung bedeutet den

Triumph der Wissenschaft über eine gefährliche Krankheit.“

Dies wurde der Öffentlichkeit mitgeteilt, bevor eine einzige wissenschaftliche Arbeit zu dieser entscheidenden Frage publiziert worden war. 1985 einigte sich die wissenschaftliche Fachwelt dann international darauf, dass die von Gallo und jene von Montagnier gefundenen Viren identisch seien und fortan „HIV“, „Human Immunodeficiency Virus“, genannt würden. Der positive HIV-Antikörpertest wurde jetzt Bestandteil der Diagnose „AIDS“ und damit entstand das Dogma. 1987 kam es zu einer Beilegung des transatlantischen Patentstreits mit einer gemeinsamen Unterzeichnung von US-Präsident Reagan und dem französischen Regierungschef Chirac und einer chronologischen „Berichtigung“ der Verdienste der beiden Forscher Montagnier und Gallo.

Am 9. Mai 1992 fand in Boston eine denkwürdige Jahresversammlung der Ärztesgesellschaft von Massachusetts statt. Der renommierte Kongressabgeordnete John Dingell, Vorsitzender des Untersuchungsausschusses des Repräsentantenhauses beklagte in einem ausführlichen Vortrag, dass der Wissenschaftsbetrug in den USA ein Ausmass angenommen habe, welches das nationale Ansehen gefährde. Eine Untersuchung hatte ergeben, dass 40% der Rektoren der grösseren Universitäten in ihren Instituten Fälle von Wissenschaftsbetrug in den vergangenen 5 Jahren nachgewiesen hatten. Eine andere Studie zeigte auf, dass 27% aller Wissenschaftler innert 10 Jahren selber mit Wissenschaftsbetrug zu tun hatten; 50% waren überdies der Meinung, dass Fälschungen im Zunehmen begriffen seien. Besonders bedauerte Dingell die Vorkommnisse in Gallos Laboratorien. Nicht nur hatte Gallo in seiner Patentanmeldung falsche Angaben gemacht, sondern er und zwei seiner Mitarbeiter waren auch wegen Laborbetrug angeklagt (und später für schuldig befunden) worden. Zahlreiche weitere

„Unregelmässigkeiten“ in den Labors hatten zu weiteren Untersuchungen Anlass gegeben. Besonders gravierend dabei war, dass bei Impfstoffversuchen zwei Probanden verstorben waren, derweilen Gallo in der entsprechenden Publikation in der renommierten Fachzeitschrift „Lancet“ berichtet hatte, es seien

„keine unerwünschten Reaktionen“ aufgetreten.

Es kann also nicht übersehen werden, dass das HIV-Dogma auf mittlerweile handfest nachgewiesenen Fälschungen in Gallos Laboratorien basiert. Und tatsächlich hat sich Gallos früher Rivale in Frankreich, Luc Montagnier, längst von der einseitigen Virus-Sicht distanziert. Ich begegnete Montagnier an einem alternativen AIDS-Symposium in Amsterdam im Mai 1992. In einer alten, etwas verborgen gelegenen Kirche, welche dereinst von religiösen Liberalen benutzt wurde, um der Verfolgung zu entgehen, trafen sich die weltweit führenden Kritiker der offiziellen AIDS-Doktrin. Mit besonderer Spannung wurde das Referat Montagnier erwartet. Montagnier zeigte auf, dass das Virus allein keine hinreichende Ursache für den Ausbruch von AIDS-Krankheiten ist. Der Wirtsorganismus spiele insgesamt eine ebenso wichtige Rolle wie die Viren selbst. Eine HIV-Infektion komme eher bei Menschen vor, welche bereits einen gewissen Grad von Immunschwächung aufweisen. Die grosse Unsicherheit über die Entstehung von AIDS rühre daher, dass fast nur Laboruntersuchungen und kaum Forschungen über die Verhältnisse im lebenden Organismus vorlägen. Montagnier blieb in den folgenden Jahren in der ganzen AIDS-Debatte stets flexibel und entzog sich allzu verbindlichen Stellungnahmen in der Öffentlichkeit.

Kapitel 2 – Die offizielle AIDS-Doktrin

Gestatten wir uns nun einmal eine unvoreingenommene Betrachtung des üblichen Modells der AIDS-Entstehung. Ein Mensch, der selber HI-Viren in sich trägt, steckt über Sexual- oder Blutkontakt einen anderen Menschen an. Die Viruskonzentration in diesen Flüssigkeiten ist ausserordentlich niedrig. Kommt es aber zu einer Ansteckung, so treten nach einigen Wochen gelegentlich milde, grippeähnliche Symptome vielleicht mit einem Ausschlag und Lymphknotenschwellungen auf. Hierbei handelt es sich um die akute „HIV-Krankheit“, welche Ausdruck der ersten immunologischen Auseinandersetzung des Organismus mit den HI-Viren ist und zur Bildung von spezifischen Antikörpern im Blut führt. Fortan ist dieser Mensch HIV- Antikörper – Positiv. Das entspricht dem normalen Ablauf aller viralen Krankheiten, und wie bei vielen Virusinfektionen ist zu erwarten, dass die Antikörper lebenslänglich im Blut nachweisbar bleiben.

Viren sind infektiöse Eiweisskörper, bestehend aus den Eiweissen der Gene und solchen einer Hülle; sie können nur im Innern von lebenden Zellen existieren. Die HI-Viren dringen vor allem in die Lymphozyten des Blutes und der Lymphknoten ein, weniger häufig in andere Zellen. Als sogenannte „Retroviren“ haben sie die Eigenschaft, ihren eigenen Gensatz „rückwärts“ in die Gensubstanz der Wirtszelle einschleusen zu können. Damit „versteckt“ sich das Virus im Wirtsorganismus, der sich nun in der „Latenzphase“ befindet. Die Dauer dieser Latenzzeit wurde ursprünglich mit durchschnittlich zwei, später mit fünf, dann mit zehn Jahren, bei Kindern mit einer kürzeren Zeit angegeben. Nach der bis etwa 1995 gängigen Vorstellung kommt es früher oder später zur „Reaktivierung“ der latenten Viren, welche nun eine Zellzerstörerische Aktivität entwickeln, wodurch es zu einem Lymphozytenabfall und zu einer Suppression (Unterdrückung) des Immunsystems kommt. Auf dem Boden dieser Immunschwäche können nun die verschiedensten Krankheiten auftreten: Pilzbefall von Mund und Speiseröhre, Lungenentzündungen, Tuberkulose, Hirnentzündungen, Tumoren oder Gehirnleistungsstörungen bis hin zu Demenz (Schwachsinn). Seit 1983 wurden immer wieder neue Krankheiten in die Liste aufgenommen.

Weil weder die Reaktivierung des latenten Virus, noch die virale Zellzerstörung im lebenden Organismus je nachgewiesen werden konnten, verwirrten die AIDS Forscher das Publikum alljährlich mit neuen Hypothesen. Man sprach auch von einem „mysteriösen Virus“ oder dem „intelligentesten Krankheitserreger der Welt“, so dass der Arzt Schriftsteller Walter Vogt in einem bemerkenswerten Beitrag „die Öffentlichkeit der Krankheit und die Krankheit der Öffentlichkeit“ schon 1986 schrieb: „Selbst wenn man, wie Ich, die Literatur höchst bruchstückweise überblickt, gewinnt man den Eindruck, das einzige, was von diesem berühmt-berüchtigten Virus noch nie behauptet wurde, ist, dass es singt“. 1995 trat der Amerikaner David Ho mit einer neuen Modellvorstellung an die Öffentlichkeit, wonach „entfesselte HI-Viren“ jahrelang einen unerbittlichen Abnutzungskrieg mit rasanter Tötung und Erneuerung führen, bis das Immunsystem eines Tages zusammenbricht. Auf diesem – mittlerweile in Zweifel gezogenen – Modell basierte 1996 die Einführung neuer Chemotherapeutika, der „Protease – Inhibitoren“, welche als gewaltige Waffe diesen Krieg zu Gunsten der Immunzellen entscheiden sollten. Das entscheidende Problem dieses Modells besteht darin, dass die zu Grunde liegenden Beobachtungen in der Folge von Behandlungen mit solchen „Protease – Hemmern“, also eines massiven chemischen Eingriffes am Menschen gemacht wurden, und somit keine Aussage über AIDS Kranke ohne eine solche Behandlung oder gar über gesunde HIV-Positive erlauben.

Die offizielle Doktrin sah also das HI-Virus als die alleinige Ursache der AIDS Krankheiten, und bis 1994 ging sie davon aus, dass jede HIV-Infektion früher oder später zu AIDS und damit zum Tode führen. Es galt die Devise: kein AIDS ohne HIV und: keine HIV-Infektion, die nicht zu AIDS führt. Mittlerweile hat sich die Forschungsspitze dazu bekannt, dass beide Positionen nicht mehr haltbar sind. Vor allem war je länger, desto weniger zu übersehen, dass es immer mehr gesunde HIV-Antikörper-Positive gab, dass auch AIDS Erkrankte wieder gesunden und dass sowohl die direkten HI-Virusnachweistests wie auch die Antikörpertests wieder negativ werden können. So haben sich auch in der Schweiz seit 1995 die Forscher für diese sogenannten „Nonprogressoren“ (HIV-Antikörper-Positive, bei denen keine AIDS Krankheiten auftreten) zu interessieren begonnen.

Kapitel 3 – Kritik der Virus-Hypothese

Seit 1987 wies eine zunehmende Zahl von Forschern auf zahlreiche Unstimmigkeiten bei der Virus-Hypothese hin. Aus Biologischer Sicht war zum Beispiel unerklärlich, wie das Virus, welches im Blut nur in sehr niedriger Konzentration nachweisbar war, um Zehnerpotenzen weniger konzentriert als bei anderen Virusinfektionen, zu einer Immunschädigung führen sollte. Selbst wenn das HI-Virus die Zellen zerstören könnte, hätte das kaum Auswirkungen, weil die spontane Vermehrungsrate der Lymphozyten weit höher liegt. Die Mechanismen der behaupteten Reaktivierung des Virus nach einem „Dämmer Schlaf“ bleiben völlig ungeklärt. Vor allem aber konnte man den Nachweis nie erbringen, dass die HI-Viren, die Lymphozyten im lebendigen Organismus tatsächlich zerstören können, wie das für andere Virus-Arten durchaus bekannt ist. Die virale Zellzerstörung schien für die HI-Viren auch deshalb fragwürdig, weil die Retroviren ja für ihr eigenes Überleben lebensfähige Wirtszellen benötigen. Die neueren Vorstellungen, wonach die HI-Viren im Versteckten, zum Beispiel in den Lymphknoten, einen jahrelangen intensiven Abnutzungskampf mit den Immunzellen führen, basieren auf künstlichen Manipulationen von aussen. Es stellt sich hier ein grundsätzliches Problem, wie Viren und ihr Verhalten überhaupt nachgewiesen werden können. Im Gegensatz zu den Bakterien sind Viren im Lichtmikroskop nicht mehr sichtbar. Mit dem Elektronenmikroskop können Viren teilweise nach entsprechender Vorbehandlung dargestellt werden;

es blieb aber umstritten, ob das beim HI-Virus je gelungen ist. Der sogenannte „direkte“ Virusnachweis erfolgt meist auf dem Umweg über biochemische Nachweismethoden einzelner Viruseiweisse. Bei den HI-Viren, welche nur ganz wenige Zellen befallen und sich in den Gensatz des Zellkerns integrieren, ist der Nachweis ausserordentlich aufwendig. Zur Verdeutlichung der methodischen Schwierigkeiten sei hier eine in den 80er Jahren übliche Methode des „direkten“ HIV-Nachweises grob skizziert:

30 Milliliter Blut werden nach der Entnahme am Patienten mit Heparin ungerinnbar gemacht und mit einer Speziallösung zur Lymphozytentrennung versetzt. Die Lymphozytenschicht wird isoliert, gewaschen, gepuffert und in einer Zweitlösung auf fötalem Kälberserum, Penicillin, Streptomycin, menschlichem Interleukin-2 und Chemikalien zur Stabilisierung gelöst. Nun werden 10 Millionen Zellen aus einer Spender-Lymphozyten-Kultur zugesetzt, welche drei Tage mit Phytohämagglutinin stimuliert und in einer CO₂-Atmosphäre inkubiert wurden. Diese Kulturen werden nach einer, zwei, drei und vier Wochen daraufhin überprüft, in welcher Konzentration bestimmte Viruseiweisse wie das „p-24“ oder die „Reverse Transkriptase“ nachweisbar sind. Ab einer mehr oder weniger willkürlich festgelegten Konzentration wird von einem „positiven“ Testergebnis gesprochen. Durch Vergleichsanalysen bei verschiedenen Labors konnte festgestellt werden, dass die Unterscheidung zwischen positiv und negativ in Grenzfällen je nach Labor verschieden ausfällt.

Mittlerweile wurde eine wesentlich brillantere, wenn auch noch aufwendigere Virusnachweismethode entdeckt, die „Polymerase-Chain-Reaction“ (PCR), welche noch viel empfindlicher ist, dadurch aber grosse Fehlerquellen beinhaltet. Ihr Entdecker, Kary Mullis, erhielt dafür 1993 den Nobelpreis. Interessanterweise gehört gerade Mullis zu den prägnantesten Kritikern der HIV-Doktrin. In einem Interview wies Mullis 1994 darauf hin, dass es tatsächlich - trotz Versprechungen der Fachleute - bis heute keine wissenschaftliche Arbeit gebe, welche überzeugend aufzeigen könnte, dass HIV AIDS verursache.

Die kritische Anwendung der Nachweis-Tests führte ferner zur Erkenntnis, dass keine dieser Untersuchungsmethoden für das HI-Virus spezifisch ist sondern dass die Tests manchmal auch andere Viren und vor allem auch körpereigene Eiweiss-Partikel nachweisen. In einer umfassenden Überarbeitung dieser Forschungen weist der renommierte Wissenschaftskorrespondent der englischen „Sunday Times“, Neville Hodgkinson, darauf hin, dass zahlreiche Wissenschaftler heute sogar daran zweifeln, ob es überhaupt ein eigenständiges infektiöses HI-Virus gibt.

Auch aus epidemiologischer Sicht wurde eine Flut von Ungereimtheiten beobachtet. Auffällig war z.B., dass die sogenannte „Latenzzeit“ von den Statistikern jedes Jahr etwa ein Jahr länger angegeben wurde. In den USA wurde die jährliche Erkrankungsrate bei HIV-Positiven auf 1.5% geschätzt. Unter der Annahme, dass alle Positiven erkranken würden, ergaben sich Voraussagen für Latenzperioden bis zu 65 Jahren. War es da nicht wahrscheinlicher, dass die zunehmende Latenz nur der statistische Ausdruck der Tatsache war dass viele HIV-Positive eben gar nicht an AIDS erkranken werden? Bei differenzierter Beobachtung zeigte sich ferner, dass diese „Progressionsrate“ von 1.5% je nach Risikoverhalten zwischen 0% und 15% lag, was eigentlich bereits bewies, dass andere Faktoren mindestens ebenso bedeutsam wie das Virus waren. Dieser Sachverhalt wurde auch in der Schweiz in einer Studie von HIV-positiven Drogenkonsumenten bereits 1990 bestätigt gefunden: 297 Drogenpatienten wurden in drei Gruppen aufgeteilt: Fixer in einem Methadon-Programm, Aussteiger und Fortsetzer. Schon nach 16 monatiger Beobachtung zeigte sich, dass in der Methadongruppe viermal weniger, in der Aussteigergruppe dreimal weniger Drogenpatienten an AIDS-Krankheiten erkrankten als in der Gruppe, die weiter Drogen konsumierte. Solche „Cofaktoren“ wurden aber bis 1995 nicht ernsthaft in die Forschung miteinbezogen.

In der Öffentlichkeit trat längere Zeit vor allem der Retrovirologe Peter Düsberg aus Berkeley auf. Düsberg ist einer der bedeutendsten Krebsforscher unserer Zeit und spielte eine entscheidende Rolle bei der Entdeckung der Retroviren. Seine erste AIDS kritische Publikation erschien, noch in verhaltener Form in der Fachzeitschrift „Cancer Research“ im März 1987. Die zweite Hauptveröffentlichung wurde in den „Proceedings of the National Academy of Science“ unter dem Titel „HIV und AIDS: Korrelation, aber nicht Ursache“ abgedruckt. Duesberg zeigte ausführlich auf, dass HIV den Untergang von Lymphozyten und den klinischen Verlauf von AIDS nicht erklären kann. Er wies schon damals darauf hin, dass die AIDS-Krankheiten auch bei HIV-Antikörper-Negativen auftreten, und dass umgekehrt HIV-Positive völlig gesund und sogar wieder HIV-negativ werden können. Duesberg sah die Bedeutung der HI-Viren nicht in der Verursachung der AIDS-Krankheiten, sondern vielmehr in der Funktion von „Indikatoren“ der wirklichen Risiken für AIDS, nämlich Drogenkonsum, Bluttransfusionen und homosexuelle Promiskuität. Später zeigte Duesberg in einer umfassenden Übersicht über die epidemiologischen Forschungsergebnisse auf, dass HIV „keine plausible Ursache“ der vielfältigen AIDS-Krankheiten sein könne.

Duesberg wurde in der Fachpresse und in der Öffentlichkeit massiv verunglimpft; seine Forschungsgelder wurden gekürzt. Wie auch immer man zu Duesberg persönlich stehen mag, kann man nicht darüber hinwegsehen, dass seine Kritik von Anfang an fundiert war. Düsbergs Problem bestand darin, dass er je länger desto einseitiger nur noch die Drogen als AIDS-Ursache gelten liess und diese Sichtweise gewissermassen zu einem Gegendogma erhob. Dass er sogleich vom wissenschaftlichen Establishment auf den Scheiterhaufen geführt wurde (von wo aus er seither seine kritische Arbeit weitergeführt hat), beweist aber den dogmatischen Charakter der herrschenden Lehrmeinung.

Spätestens seit 1990 ist die offizielle AIDS-Doktrin am Abbröckeln. Zahlreiche Virologen fanden heraus, dass auch andere Viren, etwa das Herpesvirus-6, zur Entstehung von AIDS-Krankheiten führen können. Andere Forscher postulierten eine entscheidende Rolle von Mykoplasmen (bakterienähnlichen Erregern). Und Montagnier, der schon im Frühjahr 1990 die Meinung vertreten hatte, dass „HIV nicht genügt, um AIDS zu verursachen“, überraschte am 6. AIDS-Weltkongress im Juni 1990 in San Francisco, wo ihm wegen mangelnder Linientreue nur noch 15 Minuten Redezeit zugestanden wurden, die 12'000 Delegierten mit dem Statement: „Man muss sich klarmachen, dass das Virus nicht von Anfang an die Zellen tötet, die es infiziert hat. Im Labor erwirbt es seine zelltötende Eigenschaft erst nach mehreren Passagen“ (Überimpfungen auf neues Kulturmedium). Darüber hinaus haben alle Forscher herausgefunden, dass es in den Kranken - also ‚in vivo‘ - nur wenige infizierte Zellen gibt. Es herrscht also ein auffälliges Missverhältnis zwischen der geringen Zahl infizierter Zellen und der Schwere des

Krankheitsbildes. (...) Es fällt mir schwer, zu verstehen, dass das HI-Virus allein alle Aspekte dieser Krankheit erklärt.“ Auch anderen Forschern fiel das Verständnis von AIDS immer schwerer. 1993 bekannten namhafte Wissenschaftler in einer Umfrage der Zeitschrift „Science“, dass die Unsicherheit der Experten mit jeder neuen Entdeckung wachse - was vor kurzem als sicher gegolten hat, stehe heute schon wieder in Frage.

An der alternativen AIDS-Konferenz 1992 in Amsterdam war mir der amerikanische Physiologie-Professor Robert Root-Bernstein durch seine Zurückhaltung in der Auseinandersetzung, aber auch durch eine besondere Sorgfalt und Schärfe in seiner Argumentation aufgefallen. Ich hätte mir gewünscht, dass er mehr in die Diskussionen eingegriffen hätte. Root-Bernstein legte umfassende Forschungsergebnisse über die Autoimmunprozesse bei AIDS vor. Zahlreiche Viren hätten Eiweisse, welche die Proteine der menschlichen Gewebe oder Zellen nachahmen. So könne eine Virusinfektion zu Antikörpern führen, welche diese menschlichen Zellen angreifen. Zur Frage, wie das geschehe, gäbe es verschiedenste Theorien; entscheidend bleibe, dass es schliesslich zu einem Verlust der Netzwerk-Kontrolle der Unterscheidung zwischen ‚selbst‘ und ‚nicht-selbst‘ komme. Darin liege auch die grösste Gefahr einer Impfung: ein Impfstoff, welcher zur Verhütung der Krankheit geplant wäre, könnte sie gerade auslösen. Ein Jahr später verstand ich die Zurückhaltung Root-Bernsteins. 1993 erschien von ihm die bisher umfassendste und sorgfältigste Kritik des HIV-Dogmas unter dem Titel „Rethinking AIDS - the tragic cost of premature consensus“ („Neubewertung von AIDS - die tragischen Kosten eines voreiligen Konsenses“), ein 500-seitiges Buch mit umfassenden Recherchen, welches weitgehend unangefochten geblieben ist und selbst in so renommierten Zeitungen wie dem „Wallstreet Journal“ ausführlich besprochen wurde.

Dieses Buch, eine Bearbeitung der gesamten AIDS-Forschung, stellt die HIV-Hypothese massiv in Frage. Root-Bernstein zeigt z.B. auf, dass viele HIV-Infizierte gesund bleiben und dass HIV-Antikörper-Positive wieder negativ werden können. Im normalen sexuellen Verkehr ist das Virus schwer übertragbar, und die Empfänglichkeit wird mehr durch den immunologischen Zustand des Empfängers als durch das Virus selbst bestimmt. Die Ansteckung von Prostituierten z.B. ist weniger von ungeschützten Kontakten als von der sozialen Schichtzugehörigkeit dieser Frauen abhängig. Die prognostizierte Ausbreitung in die heterosexuelle, nicht-drogenkonsumierende Bevölkerung hat nach Root-Bernstein bei genauerer Analyse der Krankheitsmeldungen nicht stattgefunden. Ausgehend von seinen tiefen Kenntnissen des menschlichen Immunsystems und vor allem der sogenannten Autoimmun-Reaktionen weist Root-Bernstein darauf hin, dass meist gleichzeitig verschiedenste Insulte auf das Immunsystem wie insbesondere Drogenkonsum, Promiskuität (Geschlechtsverkehr mit häufig wechselndem Partner), Transfusionen, Mangelernährung, gehäufte Infektionen, worunter auch die HIV-Infektion, und Medikamente zu den Krankheiten führen, die man heute AIDS nennt, die es im übrigen schon seit mindestens hundert Jahren gibt. Root-Bernstein fordert eine umfassendere biomedizinische Forschung und eine Prävention, welche der ganzen Palette der Immuninsulte Rechnung trägt: „Die Neubewertung und Neuforschung von AIDS ist zwingend. Ich hoffe, dass dieser Prozess unsere Konzepte des Syndroms verändern und uns durch solche Veränderung einen grösseren Verständnisschritt bringen wird, als Galilei und andere Physiker der Physik durch die Neufassung der Gesetze fallender Körper gebracht haben“.

In der Schweiz war es vor allem der Immunologe Professor Alfred Hässig, welcher unermüdlich aufzeigte, dass die offizielle AIDS-Doktrin zu dogmatisch war. Bereits 1989 schrieb Hässig: „Im Rückblick auf die vergangenen Jahre ist man beeindruckt von der Vielfalt der in kurzer Zeit erzielten Erkenntnisse über dieses Virus. Von all diesen wissenschaftlichen Fortschritten hat der HIV-Infizierte und HIV-Kranke bisher nicht viel profitiert. Dies beruht z.T. darauf, dass das Augenmerk der Wissenschaftler vor allem auf das Virus und nicht auf das Wirts-Virus-Verhältnis gerichtet war. (...) Unseres Erachtens ist

es ärztliche Pflicht, bei dieser Erkrankung nach (...) reversiblen Mechanismen Ausschau zu halten und sie im Therapieplan, z.B. durch Änderung im Risikoverhalten oder allenfalls durch geeignete Medikation zu berücksichtigen.“

Seither hielt Hässig Ausschau nach solchen Mechanismen. In zahlreichen Publikationen zeigte er auf, dass eine Vielfalt von somatischen und psychischen Beanspruchungen des Organismus zu einer relativ einheitlichen Stressreaktion führen. Diese entspricht physiologisch der bei Entzündungen bekannten „Akutphasen-Reaktion“, welche beispielsweise mit einer erhöhten Cortison-Ausschüttung ins Blut einhergeht. Diese für akute Situationen sinnvolle Reaktion des Organismus wird bei lang andauernder Stresseinwirkung schädlich und führt zu einer nachhaltigen Schwächung der T-Zell-gebundenen Immunreaktionen. Diese Immunschwäche ermöglicht die Aktivierung einer Vielzahl von Krankheitserregern, welche immer schon vorhanden sind, aber vom gesunden Organismus unter Kontrolle gehalten werden (sogenannte „Opportunisten“). Daraus erklärt sich bei der Entstehung von AIDS die Vielzahl von Entzündungen durch latente Infektionserreger. Die Schwächung des Immunsystems kommt zum Teil durch eine Schädigung des Thymus zustande. Der Thymus gilt aber als „Lebensuhr“, denn beim Erlöschen seiner Funktionen tritt alsbald der Tod ein. Hässig weist insbesondere auf die Bedeutung der Ernährung zur Dämpfung der Auswirkungen der chronischen Stressreaktion hin. Dabei geht es einerseits darum, mit „Antioxidantien“ wie die Vitamine E, C und Betakarotin oder mit pflanzlichen Mitteln die übermässige Cortisonausschüttung des Organismus abzdämpfen, andererseits kann versucht werden, mit Meeralgextrakten den Schädigungen durch die anhaltende Entzündungsreaktion entgegenzuwirken.

Durch diese fundierten Kritiken wurde immerhin ein Zweifaches erreicht: Einerseits begann sich die Einstellung der wissenschaftlichen Optik, wenn auch verhalten, von der fast ausschliesslichen Beschäftigung mit den Retroviren auf weitere mögliche ursächlichen Einwirkungen auf den Menschen, auszuweiten. Drogen, Promiskuität, chronische Infektionen, übermässiger Medikamentenkonsum, Angst ebenso wie Umweltgifte und Radioaktivität können solche sogenannte „Cofaktoren“ darstellen. Diese Zusammenhänge beschreibt die deutsche Fachärztin für Innere Medizin Ruth Jensen eindrücklich in ihrem bereits 1990 erstmals erschienenen, heute auch vom Berner Zytglogge-Verlag herausgegebenen Buch „Umweltschaden AIDS?“ - Hintergründe einer biologischen Katastrophe“. Andererseits erhielt die Immunologie, die zwar noch im Schatten der Virus-Faszination stand, weiteren Aufschwung, der ihr zu entscheidenden neuen Erkenntnissen verhalf.²⁴³ So wurde am 11. Welt-AIDS-Kongress 1996 in Vancouver der Untersuchung und therapeutischen Unterstützung des Immunsystems beinahe schon ebenso grosse Bedeutung zugemessen wie der Virusforschung und -bekämpfung.

Persönlich beschäftigte mich aber die Frage, ob nicht das AIDS-Geschehen in den sogenannten Dritte-Welt-Ländern, vor allem in Afrika, dennoch auf die Ausbreitung von schrecklichen Viren zurückgeführt werden muss. Die zahlreichen Berichte in den Medien über todkranke Menschenmassen in Kenia, ausgestorbene Dörfer in Uganda oder überquellende Waisenhäuser in Zimbabwe schienen diese Sicht klar zu bestätigen. Und die WHO nannte erschreckende Zahlen: Schätzungsweise 13 Millionen Afrikaner seien HIV-positiv und würden demzufolge AIDS-Krankheiten entwickeln.

Mir wurde indessen bald klar, dass es äusserst schwierig, wenn nicht unmöglich ist, sich von hier aus ein Bild zu machen über die reale AIDS Situation in Afrika. Die Zahlenangaben sind völlig unzuverlässig und oft mehr Ausdruck politischer Gegebenheiten denn eines tatsächlichen Geschehens. Viele Afrikaner erlebten den Aufmarsch der westlichen AIDS-Forscher als diskriminierend und weigerten sich in der Folge, AIDS-Erkrankungen zu melden. So wurden der WHO 1981 bis 1994 tatsächlich nur gerade 301'000 AIDS-Fälle aus Afrika gemeldet. In Zimbabwe weist die offizielle AIDS-Statistik zum Beispiel einen sprunghaften Anstieg der Erkrankungszahlen im Jahr 1990 auf. Der Grund dazu lag nicht etwa im Krankheitsgeschehen, sondern im Amtsantritt des neuen Gesundheitsministers der das frühere Tabu durchbrach, damit die internationale Aufmerksamkeit auf Zimbabwe lenkte und bedeutsame Geldquellen erschloss. Heute gehört Zimbabwe zu den Ländern mit den höchsten AIDS-Meldezahlen in ganz Afrika. Mittlerweile hatten zahlreiche Forscher die Frage aufgeworfen, ob „AIDS“ in Afrika

nicht nur eine neue Bezeichnung für alte Krankheiten sei, eine Frage, welche vor allem auch deshalb berechtigt erscheint, als die für Afrika eigens geschaffene Definition für AIDS gerade jene Krankheitszustände umfasst, die seit jeher am häufigsten vorkamen: Husten, Fieber, Durchfall und Tuberkulose. Zum grossen Teil wurden die Diagnosen ohne die für amerikanische Verhältnisse zu teuren HIV-Tests gestellt; selbst wenn Tests zur Anwendung kamen, waren sie oft qualitativ minderwertig. Vor allem aber sind die HIV-Nachweisuntersuchungen nicht absolut spezifisch, das heisst, sie können auch beim Vorliegen anderer Infektionskrankheiten positiv anzeigen. In Afrika wurden derart falsch-positive Tests vor allem bei Tuberkulose, Lepra, Malaria und vielen Parasitenkrankheiten gefunden, also bei den häufigsten Infektionskrankheiten in Afrika. Zudem konnte gezeigt werden, dass die Überlastung des Immunsystems durch solche chronischen Infektionen den Organismus empfänglicher macht für eine zusätzliche Infektion mit HI-Viren.

Je mehr ich mich in die Literatur über AIDS in Afrika einarbeitete, desto unklarer wurde mir das Geschehen. Um mir selber ein Bild machen zu können, reiste ich 1995 wieder nach Zimbabwe, wo meine Frau während vier Monaten an einem Distriktsspital arbeitete. Nachdem wir schon anfangs der achtziger Jahre in jener Gegend gelebt hatten, konnten wir aus eigener Erfahrung Vergleiche anstellen. Wir wohnten mitten im Busch unter der einheimischen Bevölkerung, unsere Kinder gingen in die lokale Primarschule - so konnten wir uns einen direkten eigenen Einblick verschaffen. Die Statistik des Distriktsspitals listete AIDS als die Todesursache jedes zweiten im Spital verstorbenen Patienten auf.

Welche Krankheitsbilder traten uns also unter der Bezeichnung „AIDS“ entgegen? Da waren zunächst die Tuberkulosekranken: abgemagerte, hustende Patienten, wie wir sie schon zwölf Jahre früher gekannt hatten, jetzt aber unter dem Verdikt der Diagnose AIDS auf ihr sicheres Ende wartend. Was war nun schuld an ihrem Tod: das Virus, die zunehmende Antibiotika-Resistenz der Tuberkulosebakterien oder die panische Angst? Dann gab es ausgehungerte Gestalten ohne diagnostizierbare chronische Infektionskrankheiten. Auch diese gab es schon früher, aber jetzt schienen sie häufiger zu sein. Die Medizin bezeichnet diese Zustände als „slim disease“ (Auszehrungskrankheit) und ordnet sie den AIDS-definierenden Krankheiten zu. Nicht selten fanden wir indessen einen Vitamin-B-Mangel als Hauptproblem - tatsächlich ist die Ernährung der Landbevölkerung Zimbabwes seit unserem ersten Aufenthalt im Gefolge der Verbreitung der Mais-Monokultur weiter verarmt. Schliesslich sahen wir Kranke, die alle möglichen auch sonst vorkommenden Krankheiten hatten, uns aber vor allem dadurch beeindruckten, dass sie „gezeichnet“ wirkten. Hier versagten unsere Möglichkeiten des Sich Einfühlens in die fremde Kultur: waren diese Menschen gezeichnet vom HI-Virus, von der Diagnose „AIDS“, welche als sicheres Todesurteil erlebt wurde, von der Diskriminierung durch die Mitmenschen, durch ein schuldhaftes Verhalten oder durch das Verdikt erzürnter Vorfahren? Tatsächlich ist die Wirkung der Vorfahren, der sog. „Voodoo-Effekt“, in Afrika noch immer lebendig. So kann es vorkommen, dass sich ein Stammesangehöriger durch eine schwere Verfehlung gegenüber seiner Familie das Verdikt der Ahnen zuzieht, wonach er sterben wird. Solche Menschen sterben dann tatsächlich, ohne dass die Schulmediziner immer eine Todesursache finden können.

AIDS bedeutet also auch in Afrika eine breite Palette verschiedenster Krankheitszustände und Interpretationen derselben. Wie bei uns ist AIDS aber auch in Afrika zum Synonym für die Krankheit der Angst geworden. Dabei sollte nicht übersehen werden, dass die hauptsächlichen Krankheitsursachen in Afrika die selben wie eh und je geblieben sind: Unter- und Fehlernährung, Austrocknung, mangelnde Hygiene und Auflösung der traditionellen sozialen Gefüge.

Kapitel 4 – AIDS und Angst

AIDS ist mehr als jede andere Krankheit nicht nur zu einer Tragödie des einzelnen Betroffenen, sondern zu einem kollektiven Trauma unserer Gesellschaft geworden. Diese Gesellschaft befindet sich heute weltweit in einer Krise, in der atomare Bedrohung, Öko-Katastrophen, Migration, Armut, Hunger u.s.w. unsere gesunde Fortentwicklung zunehmend in Frage stellen. Für den Einzelnen bedeutet aber bereits ein positiver HIV-Test, unabhängig vom allfälligen Auftreten einer AIDS-Krankheit, eine enorme psychische und soziale Belastung.

„Wenn du HIV-Antikörper-positiv bist, weißt du nicht, wo, oder wann, oder ob AIDS zuschlägt. In einem gewissen Sinne hast du die Kontrolle über deinen Körper verloren. Du weißt nicht, was ihm das Virus antun wird. Jedes sich einstellende Symptom eingeschränkter Gesundheit - ein Ausschlag, ein Halsweh -

bringt eine Flut der Angst. Die Botschaft, welche der Patient erhält, ist, dass seine Chancen vollständig von einer Statistik abhängen, etwas ausserhalb seiner Kontrolle. Es lohnt sich deshalb nicht, irgend etwas zu tun, um seine Gesundheit zu fördern oder zu erhalten, weil alles, was man tut, aufs Gleiche herauskommt.“

So formulierte der Engländer Jonathan Grimshaw 1987 seine Not zuhanden der medizinischen Fachpresse. Die seelischen Erlebnisse im Gefolge eines positiven HIV-Tests sind heute gut dokumentiert. Professor Moeller an der J. W. Goethe-Universität in Frankfurt schildert diese wie folgt: „Das Testergebnis bedeutet, psychisch vor der fatalen Wahl zu stehen, ein ‚lebendiger Toter‘ zu sein, Selbstmord zu verüben, oder zur Abwehr dieses Ausgeliefertseins Mord zu begehen.“ Moeller zeigt auch auf, dass AIDS ein gewaltiges, zum Teil unbewusstes Thema ist, welches das gesamte Beziehungsgeflecht der Menschen mit Angst durchsetzt. So wurde z.B. für Deutschland gezeigt, dass 13% der Bevölkerung einmal unter der Angst litten, HIV-positiv zu sein. Bei den HIV-Positiven fanden amerikanische Untersucher 7 bis 66 mal höhere Selbstmordraten als bei der Normalbevölkerung. Die Bestätigung eines positiven HIV-Antikörpertests hat für die Betroffenen auch in sozialer und rechtlicher Hinsicht schwerwiegende Auswirkungen. So schreibt der Psychologie-Professor Meinrad Perrez (Universität Fribourg): „Das HIV-Drama ist im subjektiven Erleben der Betroffenen nicht eine Tragödie von Viren und Immunsuppressoren, sondern eine Tragödie psychologischer Wirkfaktoren wie Angst, Stellenverlust, Verlust von geliebten Mitmenschen, eine Tragödie von Aggression und Einsamkeit.“ HIV-Positive werden sozial ausgegrenzt, rechtlich und wirtschaftlich benachteiligt und beruflich zurückgestellt. Dabei ist die Unterstützungsqualität des sozialen Netzwerkes für die Gesundheit des Betroffenen von entscheidender Bedeutung. Besonders fatal hat sich in dieser Hinsicht die Entscheidung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 5. September 1990 ausgewirkt, welcher den positiven HIV-Antikörpertest mit einer unheilbar tödlichen Krankheit gleichsetzt. Obschon seit 1992 ein umfassendes Gutachten des Zürcher Rechtsprofessors Max Keller vorliegt, welches die Unhaltbarkeit dieses Gerichtsentscheides aufzeigt, hat sich in der Diskriminierung der HIV-Positiven bis 1996 wenig geändert.

Diese Angst der HIV-Positiven hat mich in unserer Praxis tief berührt. Die Betroffenen schienen geradezu von Angst durchsetzt zu sein, auch wenn sie das selbst gar nicht wahrhaben wollten. Diese Menschen vermitteln den Eindruck eines derart tiefgreifenden Angstzustandes, wie ich dies sonst als „Voodoo-Effekt“ nur in Afrika erlebt habe. In unseren Breitengraden gab es das seit langem nicht mehr - bis zum Auftreten von AIDS. Mittlerweile befürchte ich, dass zahlreiche HIV-Positive nicht wegen eines Virus, sondern infolge ihrer Angst gestorben sind.

Wie wir gesehen haben, hat die Forschungsrichtung der Neuro-Immunologie aufgezeigt, dass Bewusstseinsprozesse und Immunprozesse bis hin zu ihrer stofflichen Ausprägung in den Eiweissmolekülen miteinander verknüpft sind. Das berechtigt zur Frage, ob die heutigen erworbenen Immunschwächezustände nicht auch als Ausdruck von Überforderungen im Bewusstsein verstanden werden müssen. Kulturgeschichtlich fällt „AIDS“ in eine Zeit, welche durch ein enormes Verlangen

nach Ausbruch aus dem Alten, Aufbruch zu Neuem, nach Bewusstseinsweiterung, oft mit allen Mitteln, gekennzeichnet ist. „Kein Kennzeichen charakterisiert den Gegenwartsmenschen in unserem Zivilisationsraum eindringlicher als dasjenige der Suche“, schreibt die deutsche Lehrerin Felicitas Vogt in ihrem Buch „Drogen - Sekten - New Age: Bewusstseinsweiterung um jeden Preis?“. Wenn die Entwicklung der Selbständigkeit mit den Herausforderungen des Lebens nicht Schritt halten kann, so dass die Öffnung für das Fremde nicht in voller geistiger und immunologischer Kompetenz aufgefangen werden kann, muss es früher oder später zu einem „neuro-immunologischen Kollaps“ kommen. Als äusseres Zeichen für solche Entwicklungen können die sogenannten „Risikoverhalten“ angesehen werden, welche dann zu einer handfesten stofflichen Überlastung des Organismus, etwa mit Drogen, oder mit Fremdblut, aber auch mit Medikamenten führen.

Die Forschungsrichtung der Psycho-Neuro-Immunologie hat aufgezeigt, dass Angst immunschwächend wirkt. Bezüglich HIV wurde zudem gefunden, dass der HIV-Antikörpertest bereits als solcher, unabhängig vom Resultat, zu einer Beeinträchtigung des Immunsystems führen kann. Fällt der Test positiv aus, reagieren die meisten der Betroffenen mit einem psychischen Schock, Depression und Angst. Diese oft schwere „Testkrise“ führt bei etlichen bisher Gesunden zum sofortigen Auftreten von AIDS artigen Symptomen wie Gewichtsabnahme und Schwitzen.²⁶⁸ Die psychische Belastung durch einen positiven HIV-Antikörpertest ist so schwer, dass gesunde HIV-Positive oft noch schwerere Depressionen durchmachen als AIDS-Kranke.²⁶⁹ Diese Angst führt sogar bei HIV-Negativen zu schweren psychischen Erkrankungen (AIDS-Phobie-Syndrom). Es gibt heute umfangreiche Forschungsliteratur zur Psycho-Neuro-Immunologie der HIV-Positiven, welche die grosse Komplexität der gegenseitigen Wechselwirkungen hervorhebt. So kommt der „Pionier der Psycho-Neuro-Immunologie“, George F. Solomon in Kalifornien, zur Schlussfolgerung: „HIV-Krankheiten illustrieren exquisit die Wichtigkeit und Komplexität der wechselseitigen Interaktion zwischen dem Immunsystem und dem Nervensystem. (...) Soziokulturelle, psychologische, verhaltensmässige, infektiöse und neuro-immunologische Aspekte sind bei diesen faszinierenden, verheerenden und herausfordernden Krankheiten untrennbar verbunden.“

In der Schweiz haben sich vor allem die Forscherteams um Professor Hans Zeier am Institut für Verhaltenswissenschaften der ETH Zürich und um Professor Meinrad Perrez am Psychologischen Institut der Universität Fribourg der Erhellung dieser Zusammenhänge angenommen. In einer Längsschnittstudie mit HIV-infizierten Personen, welche, ergänzt durch eine umfassende Literaturliteraturarbeit, von Peter Brauchli als Dissertation publiziert wurde, kommt die Zürcher Equipe zur vorsichtigen Schlussfolgerung: „Die Studie liefert Hinweise, dass die Veränderung des Immunstatus bei HIV-infizierten Personen mit dem psychischen Befinden zusammenhängt. Eine beeinträchtigende psychische Befindlichkeit muss deshalb bei HIV-infizierten Personen als mögliche Mitursache für eine voranschreitende Immunsuppression in Betracht gezogen werden.“

Das Verdikt der Hoffnungslosigkeit führt ferner dazu, dass viele HIV-Positive ihren Lebensstil nicht nachhaltig ändern, so dass immunschädigende Praktiken wie Drogenkonsum, Fehl- und Mangelernährung und übermässige Medikamenteneinnahme beibehalten oder gar ausgeweitet werden. So kommt Ulrich Clement an der Psychosomatischen Klinik der Universität Heidelberg in einer sorgfältigen Untersuchung der psychischen Verarbeitung des Verdikts „HIV-positiv“ zur überraschenden Schlussfolgerung: „Zusammenfassend lässt sich nicht erkennen, dass AIDS in grösserem Umfang eine restriktive Sexualmoral begünstigt hätte.“ Entsprechend werden die offiziell empfohlenen Präventionsmassnahmen wie „Safer Sex“ häufig nicht über längere Zeit aufrechterhalten.

So wie sich im einzelnen Menschen den heilenden Immunkräften die Angst als Gegenkraft entgegenstellt, so wird auf gesellschaftlicher Ebene die freie Entwicklung zur Selbständigkeit durch die Angst-Medizin, wie sie bei AIDS in besonderem Masse in Erscheinung tritt, bedroht. Der Basler Psychotherapeut Franz Renggli hat den Versuch unternommen, die Erkenntnisse der Psycho-Neuro-Immunologie über die Wirkung der Angst vom individuellen Aspekt auf die Gesellschaft zu übertragen. Anhand der Darstellung der Pest als Ausbruch einer Massenpsychose im Mittelalter zeigt

er auf, dass es schon früher so etwas wie einen Zusammenbruch des „gesellschaftlichen Immunsystems“ gab. Renggli schreibt: „Die Krise heute ist vergleichbar mit derjenigen im späten Mittelalter. Wieder sind Weltuntergangängste in der Luft, Apokalypsen, Endzeitstimmungen. (...) In dieser Krise und Verunsicherung ist früher das Immunsystem, die Abwehrkraft der Menschen zusammengebrochen. Die Pest, verstanden als Äquivalent einer Massenpsychose, war die Folge. Durch die Krisenhaftigkeit der gesamten Weltsituation heute wachsen die Ängste der Menschen langsam an. Die Gefahr ist gross, dass das Immunsystem wieder schwächer wird und eines Tages zusammenbrechen könnte.“ Wenn wir einen Weg aus dieser Krise finden wollen, so sind dazu nach Renggli vor allem zwei Kräfte notwendig: der Mut zur Wahrheitserkenntnis und der Mut zum Handeln.

In mitreissender literarischer Verarbeitung findet sich diese Thematik im Roman „Die Seuche“ von Lukas Hartmann. Er schildert darin die Pest in der Stadt Bern im 14. Jahrhundert: das grosse Sterben vor dem Hintergrund von Hass, Angst und Armut, die Auflösung gesellschaftlicher Normen und menschlicher Gemeinschaft angesichts der Krankheit, deren Ursache keiner kennt. In kurzen Gegenwartseinschüben erlebt der Leser gleichzeitig die Zerstörung einer Familie in Afrika durch AIDS. Überraschende Parallelen zwischen den beiden Krankheiten werden aufgezeigt. Die Hauptdarstellerin der Geschichte lebt uns die Seelenkräfte vor, die zum Überwinden der Seuche führen.

Kapitel 5 – AIDS und Mut

Das AIDS-Geschehen bedeutet nicht nur eine Tragödie, sondern auch eine gewaltige Herausforderung. Bereits unsere Wahrnehmung des Phänomens AIDS ist eine Frage des Mutes. Wir stehen ja einer weltumspannenden Dogmatik gegenüber, welche sich mit einer eigenartigen Beharrlichkeit auf das Zerstörerische, Lebensfeindliche, eben „Pathogenetische“, d.h. Krankheitserzeugende im Menschen eingeschworen hat. Dies geht schon aus den AIDS-Prognosen hervor. 1985 veröffentlichten der Spiegel und die Zeitschrift „Bild der Wissenschaft“ statistische Kurven über den zu erwartenden Verlauf der „AIDS-Epidemie“, welche aufzeigten, dass es 1994 in den USA keinen Überlebenden mehr geben wird, und dass 1996 auch Deutschland ausgestorben sein wird. Als dann bereits 1987 in allen westlichen Ländern klar wurde, dass AIDS nicht weiter exponentiell anstieg, reagierten die führenden Wissenschaftler nicht mit Erleichterung, sondern mit einer umfassenden Revision der Diagnose-Definition. Als AIDS-krank wurden jetzt auch symptomlose HIV-Antikörper-Positive bezeichnet, welche einen relativ tiefen T-4-Lymphozytenwert aufwiesen. Damit stiegen die AIDS-Kurven zunächst tatsächlich weiter an. Spätestens 1992 wurde aber erkenntlich, dass sich in Ländern wie der USA, Deutschland und der Schweiz die Ausbreitung von AIDS dennoch deutlich verlangsamte.

Ein Grund zum Aufatmen? Keineswegs, vielmehr wurde erneut eine Diagnoserevision vorgenommen. Wiederholte bakterielle Lungenentzündungen, Lungentuberkulose und der Gebärmutterhalskrebs der Frau galten nun bei HIV-Antikörper-Positiven ebenfalls als „AIDS“. In der Schweiz wurde die Definition per 1. Juli 1993 eingeführt. So mussten HIV-Antikörper-Positive, welche eine zweite bakterielle Lungenentzündung nach dem 1. Juli hatten, als AIDS-Patienten gemeldet werden, solche mit einer wiederholten Pneumonie vor dem 1. Juli indessen nicht. Dennoch flachte die Kurve der AIDS-Meldungen in der Schweiz seither weiterhin ab.

Diese „pathogenetische“ Orientierung wurde auch in der Handhabung der HIV-Antikörper-Tests sichtbar. Seit der Einführung dieser Tests war bekannt, dass es falsch-positive Testresultate gibt, also positive Tests bei Individuen ohne HIV-Infektion. Aus diesem Grunde wird in den westlichen Ländern jeder positive Testbefund durch sogenannte Bestätigungstests sorgfältig nachkontrolliert. 1993 wies ein australisches Forscherteam nach, dass auch diese Bestätigungstests falsch-positiv ausfallen können. Mittlerweile haben zahlreiche Untersuchungen gezeigt, dass die sogenannten HIV-Antikörpertests neben allfälligen Viruseiweissen auch körpereigene Eiweisse erfassen, welche im Rahmen einer Autoimmun-Reaktion freigesetzt werden können.²⁸⁴ Die Häufigkeit solcher falsch-positiver Tests ist unbekannt. Meist wurde bisher den Tests eine Zuverlässigkeit (Spezifität) von 99.8% attestiert, was zunächst eindrücklich erscheinen mag, bei näherem Hinsehen jedoch die Grössenordnung der Problematik aufzeigt. Eine Zuverlässigkeit von 99.8% bedeutet, dass 0.2% der Test-Resultate falsch-positiv sind. Das war ursprünglich bei gezielter Testanwendung kein grosses Problem. Unterdessen sind aber beispielsweise in der Schweiz Hunderttausende getestet, somit möglicherweise einige Hundert fälschlich als positiv eingestuft geworden.

Frau F.N. meldete sich anfangs 1996 in unserer Praxis, weil sie sich durch einen positiven HIV-Test stark verunsichert fühlte. Ihr Hausarzt, der sie seit 1991 betreute, überwies sie mit der Diagnose: „Völlig gesunde Frau, die lediglich einen einzigen pathologischen Laborwert aufweist, nämlich einen positiven HIV-Antikörper-Test“. Auf Drängen ihrer Eltern hatte Frau F.N. im Juni 1994 einen HIV-Test machen lassen, nachdem sie zuvor während eines fünf-monatigen Afrika Aufenthaltes einige Male intime Kontakte mit einem Einheimischen eingegangen war. Überraschenderweise war das Testergebnis positiv für anti-HIV-Antikörper, und auch die Bestätigungstests (sog. Western-Blots) zeigten solche Antikörper an. Die gesunde Frau sah sich somit vor die Frage gestellt, ob sie jetzt unausweichlich einem AIDS-Schicksal entgegenging? Nun hatte Frau F.N. gegen Ende ihres Afrikaaufenthaltes eine schwere Malaria durchgemacht, welche bereits in Afrika anbehandelt worden war, aber nach ihrer Rückkehr in die Schweiz nochmals zu einer notfallmässigen Hospitalisation geführt hatte. Nach wiederholten antibiotischen Behandlungen hatte sie sich indessen gut erholt und fühlte sich seither wieder gesund. In dieser Situation stellte sich die Frage, ob es sich hier nicht um falsch-positive HIV-Tests handelte, wie sie

nach schweren Erkrankungen wie der Malaria bekannt sind. In solchen Fällen bildet das Immunsystem sog. kreuzreaktive Antikörper, welche im HIV-Test positiv angeben, ohne dass je eine Infektion mit HI-Viren erfolgt ist. Wie erwähnt, können solche Antikörper gegen andere Mikroorganismen, oder auch gegen körpereigene Eiweiss-Abschnitte gerichtet sein. Mittlerweile waren jedoch Testverfahren entwickelt worden, mit welchen nicht die Antikörper, sondern Abschnitte aus der genetischen Substanz des HI-Virus selber nachgewiesen werden können (RNA-PCR-Tests). Die Nachkontrolle mit diesem extrem empfindlichen Test ergab denn auch, dass bei Frau F.N. keine Spur von HI-Viren nachweisbar war. Natürlich konnte sich Frau F.N. mit diesem Befund nun ganz anders ins Leben stellen als zuvor mit dem Verdikt des positiven HIV-Antikörpertests.

Schliesslich hat sich die destruktive Orientierung vor allem auch in der Therapie ausgewirkt. 1987 wurde in den USA und danach weltweit auf Druck einiger Homosexuellengruppen das Medikament „AZT“ („Azidothymidin“), auch „Retrovir“ oder „Zidovudin“ genannt, in einem abgekürzten Verfahren zugelassen, eine hochgiftige Substanz, welche schon in den 60er Jahren als Krebsmittel vorgeschlagen worden war, jedoch wegen ihrer hohen Toxizität nie zugelassen wurde. AZT verhindert die Synthese der Gensubstanz DNS (Desoxyribonukleinsäure). Weil das HI-Retrovirus für seine Vermehrung auf diese DNS-Synthese angewiesen ist, erhoffte man sich mit dem AZT eine Hemmung der Virusvermehrung. Tatsächlich ist vorstellbar, dass bei einer massiven Virus-Überflutung des Organismus diese Virus Hemmung für kurze Zeit von Nutzen sein kann. Aber sehr rasch wird die Schädigung der körpereigenen Gewebe, deren Zellen sich rasch vermehren, überhandnehmen. Das sind vor allem der Dünndarm und - ausgerechnet - das ganze Blutbildungs- und Immunsystem. AZT war ursprünglich als Chemotherapeutikum zur Verhinderung der Zellvermehrung bei Leukämie (Blutkrebs) konzipiert. Tatsächlich verursachte AZT alsbald massive Nebenwirkungen; die behandelten Patienten benötigten z.B. immer wieder Bluttransfusionen. Dessen ungeachtet wurde das hochtoxische Mittel immer verbreiteter eingesetzt, bald auch „prophylaktisch“ bei gesunden HIV-Positiven. Bereits 1990 trat der Amerikaner John Lauritsen mit seinem Bericht „Poison by Prescription - The AZT-story“ („Gift auf Verordnung - Die AZT-Geschichte“)²⁸⁵ an die Öffentlichkeit, worin er nach Überprüfung des vorzeitig abgebrochenen Zulassungsverfahrens auf die Gefährlichkeit dieses Mittels aufmerksam machte. Tatsächlich ergab dann 1991 die sogenannte „Concorde-Studie“, die erste grosse Untersuchung, welche international und unabhängig von der Herstellerfirma durchgeführt wurde, dass AZT keinen gesicherten Nutzen hat. Auf einer Sondersitzung der Zulassungsbehörde FDA (Food- and Drug- Administration) wurde mitgeteilt: „Frühzeitig verabreichtes Zidovudin (AZT) verzögerte die Progression zu AIDS im Vergleich zu späterer Behandlung. Aber für keine der beiden Behandlungsarten konnte ein Nutzen betreffend Überleben oder die kombinierten klinischen Endpunkte von AIDS aufgezeigt werden. Frühzeitig verabreichtes Zidovudin führte zu einem kurzzeitigen Nutzen bei den Weissen und zu neutralen oder schädlichen Wirkungen bei schwarzen und hispanischen Patienten“. In dieser letzten Gruppe waren immerhin bei frühzeitiger AZT Behandlung 14% der Betroffenen verstorben gegenüber nur 2% bei späterer Behandlung. So hat sich immer mehr die bange Frage erhoben, ob AZT nicht gerade zu einer Ursache der Krankheit geworden ist, welche es hätte heilen sollen. Tatsächlich war unterdessen festgestellt worden, dass unter der sogenannten „Langzeit-Überlebenden“ kaum Personen sind, welche über längere Zeit AZT eingenommen haben.

A. H. war ein Patient mit typischen Risiken für AIDS-Erkrankungen: er hatte in einem extrem stressreichen Schwulenmilieu und drei Jahre lang in der Drogenszene gelebt, dabei zahlreiche Krankheiten unter anderen eine Syphilis und eine Hepatitis (infektiöse Gelbsucht) durchgemacht. Im Sommer 1985 war ein positiver HIV-Antikörper-Test erhoben worden, seither wurde der Patient an einem Unversitätszentrum betreut. Im März 1988 war wegen Durchfällen, Gewichtsverlust und einem relativ tiefen T4-Lymphozyten-Wert die Diagnose „AIDS“ gestellt und eine Behandlung mit AZT begonnen worden. Seine Lebensumstände konnte der Patient indessen nicht ändern. Im Sommer 1991 wandte sich der Patient an unsere Praxis, weil er zunehmend Angst vor seiner Behandlung hatte. In einem Interview mit einer bernischen Tageszeitung gab er zu bedenken: „Ich bin nicht sicher, ob

nicht einige meiner Freunde schliesslich nicht an AIDS, sondern an den Folgen von Retrovir (AZT) gestorben sind“. Er hatte aber auch Angst, sein langjähriges Medikament abzusetzen. Nach einem kurzen Unterbruch führte er die AZT-Behandlung dennoch weiter und verstarb im Sommer 1992 unerwartet.

1996 bahnte sich eine exakte Wiederholung der AZT-Geschichte an. Die Fragwürdigkeit des AZT wurde nun offiziell zugegeben. Gleichzeitig wurde angekündigt, dass inzwischen Medikamente gefunden worden seien, welche den „unerwarteten Durchbruch“ ermöglichen. Mittels Kombination verschiedener Chemotherapeutika, vor allem der neuentdeckten „Protease-Hemmer“, sei es gelungen, das Virus zu besiegen. Die Wirkung dieser neuen Mittel basiert auf der Modellvorstellung eines anhaltenden „mörderischen Krieges“ zwischen Viren und Immunzellen, welchen man mit den neuen Hemmstoffen zu unterbinden versucht. Wiederum wurden diese Medikamente sowohl in den USA wie in der Schweiz in beschleunigten Verfahren zugelassen, ohne dass Resultate der klinischen Studien abgewartet worden wären. Der Hersteller des schweizerischen Medikaments gab im Mai 1996 immerhin selber zu bedenken: „Die Zulassung basiert allerdings auf der Wirksamkeit des Präparates in bezug auf relevante Labormesswerte wie Reduktion der Viruskonzentration und Anzahl der CD4-Zellen und nicht auf endgültigen klinischen Parametern wie Lebensverlängerung oder Verringerung gefährlicher opportunistischer Infektionen.“ Auch diese neue Euphorie entbehrte also einer sorgfältigen medizinischen Grundlage. Weil die Kampagne aber in dem Augenblick lanciert wurde, als die AIDS-Häufigkeit ohnehin abzunehmen begann, ist zu erwarten, dass der zu erwartende Rückgang der AIDS-Fälle auf das Konto der neuen Therapie gebucht werden wird. Zu berücksichtigen wäre in dieser Situation wohl der Hinweis von Professor Frank Nager, der in seinem Buch „Goethe - Der heilkundige Dichter“ schreibt: „(...) Es droht unserer modernen Medizintechnik und ihrem Studium bisweilen die Gefahr, den allerneuesten Irrtum zu ergreifen. Es herrscht eine seltsame, fast naive Tendenz, dem Neuesten, dem Frischesten, dem Modischen nachzujagen. Unausgegorene und in ihren praktischen Konsequenzen voreilig überschätzte Forschungsergebnisse werden oft allzu rasch ergriffen, nicht zuletzt unter dem geschickten Druck merkantiler (marktwirtschaftlicher!) Manöver einer rührigen Pharmaindustrie! Die neuesten ‚facts and trends‘ ziehen uns mächtig in ihren Bann.“

Diagnose, Prognose und Therapie von AIDS sind also von einer eigentümlich destruktiven Ausrichtung geprägt. Dabei ist, psycho-neuro-immunologisch gesehen, zu erwarten, dass in gleichem Masse wie Angst, Depression und Isolation das Immunsystem schädigen, umgekehrt Zuversicht, Freude und Liebe, oder, wie wir gesehen haben, Humor dieses Immunsystem stärken können. Ein erfolgversprechender therapeutischer Ansatz wird also in erster Linie die kollektiv-entmutigende Einstellung überwinden müssen. Der krankheitsbezogenen (pathogenetischen) Orientierung muss eine gesunderzeugende (salutogenetische) Anschauung gegenübergestellt werden.

Der Begriff der „Salutogenese“ wurde 1979 vom israelischen Soziologieprofessor Aaron Antonovsky geprägt. Er hatte bei einer Erhebung über den Gesundheitszustand israelischer Frauen in der Menopause Überlebende von Konzentrationslagern mit einer Kontrollgruppe verglichen. Der Anteil der völlig gesunden KZ-Überlebenden betrug 29% gegenüber 51% der Kontrollen. Das war ein statistisch signifikantes Forschungsergebnis. Antonovsky war jedoch beeindruckt von den 29% der Frauen, welche trotz ihrer Vorgeschichte gesund geblieben waren. „Durch den unvorstellbarsten Horror des Lagers gegangen zu sein, gefolgt von Jahren eines Flüchtlingsdaseins, und sich dann in einem Land niederlassen zu müssen, das drei Kriege durchgemacht hat, und immer noch bei annehmbarer Gesundheit zu sein: Dies war für mich das dramatische Erlebnis, das mich bewusst zu einer Formulierung dessen bewegte, was ich das ‚salutogenetische‘ Modell nannte.“ Antonovsky stellte sich in der Folge die Frage, welches die entscheidenden Kriterien sind, dass ein Mensch trotz enormer Stressbelastungen gesund bleiben kann. Er fand in sorgfältigen Studien die Antwort in einer spezifisch menschlichen Eigenschaft, die er mit dem Begriff des „Kohärenz-Sinnes“ („sense of coherence“) zu erfassen versuchte. Gemeint ist die Fähigkeit, im Erleben von sich selbst und der Umwelt sowohl Sinnhaftigkeit als auch eigene Gestaltungsmöglichkeit zu sehen. Die ordnende Kraft der eigenen Persönlichkeit hat demnach eine „kreative Potenz“, welche die Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit möglich macht. Eine zeitgemässe Forschung hätte sich ergänzend zur üblichen Erforschung der Ursachen der Krankheiten vermehrt um die Untersuchung der Ursachen

der Gesundheit zu bemühen. In der Schweiz wurde der gesundheitsorientierte Ansatz Antonovskys vor allem vom Berner Medizinprofessor Hannes Pauli aufgegriffen. Er versuchte in der Folge, solche zeitgemässe Paradigmen auch für die Ausbildung von Ärzten und Krankenschwestern fruchtbar zu machen.

Worum es bei dieser „Salutogenese“ geht, wurde mir nirgends so klar wie bei einer Patientin in unserer Praxis, welche seit 1989 als HIV-Antikörper-Positive Frau durch alle Niederungen der sozialen Diskriminierung gegangen ist. Diese Patientin schrieb mir Ende 1992: „Ich werde zu Silvester 40 Jahre alt und habe mich vor drei Jahren mit dem HI-Virus angesteckt. Nach einer, wahrscheinlich psychosomatischen, Anfangskrankheit, die dem Vollbild AIDS entsprach, gab mir der Arzt der Universitätsklinik ein halbes Jahr, bis ich auf den Knien um AZT betteln würde, da ich dieses standhaft verweigerte. Nun, es hat sich bewährt denn seither bin ich kerngesund, und wenn eine Grippe auftauchte, behandelte ich diese eigenmächtig auf meine Weise. (...) Ich habe keine Angst vor dem Tod, wohl aber vor dieser Ablehnung, vor dieser Diskriminierung, diesem Liebesentzug, welcher für mich unverständlich ist.“ Die Patientin hatte sich erstaunlich schnell erholt und während fünf Jahren völlig gesund gefühlt.

Der Aufbau eines eigenen Geschäftes und familiäre Herausforderungen hatten sie dann aber in eine schwere Stress-Situation geführt, und anfangs 1995 erkrankte sie an einer schweren Gürtelrose, welche sich mit homöopathischen Mitteln an sich gut behandeln liess. Die Patientin glaubte aber, ihre Erkrankung

Sei nun der definitive Ausbruch von AIDS und stürzte in eine schwere Depression. „Ich wollte meine Kinder vor der Diskriminierung durch die Gesellschaft schützen“, schrieb sie später, „und durch einen Autounfall meinem Leben ein Ende setzen. Ich wollte vermeiden, dass meine Kinder durch die Diagnose dem selben Liebesentzug ausgesetzt würden, welchen ich selber erlebte.“ Ich musste die Patientin ins Spital einweisen. Obschon sich das Spitalpersonal sehr um die Patientin kümmerte, ging es ihr rasch schlechter, sie nahm 12 Kilo an Gewicht als alsbald trat eine Lähmung des rechten Fusses auf, und in der Laboruntersuchung der Rückenmarks-Flüssigkeit fanden sich Hinweise auf gefährliche Toxoplasmose- und Zytomegalie-Infektionen. Die Spezialisten schlugen verschiedene Behandlungen mit sehr starken AIDS-Medikamenten vor. In dieser Situation, ganz zuunterst angekommen, fand die Patientin plötzlich die Kraft, Ihr Leben wieder zu ergreifen. Sie verweigerte die Chemotherapie, trat aus dem Spital aus und nahm ihre Behandlung selber an die Hand. Drei Monate später kam sie erstmals wieder in unsere Praxis: strahlend, frei gehend, gesund. Sie hatte eine neue Wohnung bezogen und ihre Arbeit wieder aufgenommen. Es war zwar noch HI-Virus-Eiweisse nachweisbar, aber die T4-Zellen waren wieder angestiegen, und sie hatte bereits wieder an Gewicht zugenommen. Im Rückblick schrieb die Patientin später: Ich nahm mein Leben wieder selber in die Hände, bezog mit meinen Kindern eine neue Wohnung und eine neue Geschäftslokalität. Die neue Eigenverantwortung haben die Selbstheilungskräfte wieder aktiviert und die Angst vor AIDS verbannt. Nach drei Monaten konnte ich wieder laufen und hatte sechs Kilo zugenommen. Die T4-Zellen stiegen ohne Behandlung weiter an, und ich fühlte mich erstmals wieder als Mensch. Heute habe ich wieder mein Normalgewicht und fühle mich gesund und stark.

Durch meinen Beruf komme ich oft mit kranken Leuten in Kontakt, scheine aber völlig immun zu sein. Ich habe gelernt, mich selber nicht körperlich oder seelisch zu überfordern, gönne mir trotz beruflicher Belastung viel Ruhe und achte auf eine ausgewogene Ernährung.“

Es war von grosser Bedeutung, dass schon 1987 der kalifornische Arzt Bob Owen den Mut fand, in seinem Buch „Geheilt von AIDS“ darauf hinzuweisen, dass am Anfang aller therapeutischen Bemühung die Wahrheitssuche stehen muss. Diese Erfahrung beschreibt auch Niro Asistent, eine HIV-Antikörper-positive Frau, welche sich ihre Gesundheit bis hin zu einem wieder negativen HIV-Antikörper-Test erkämpfte. Sie beginnt ihre Autobiographie „Das heilende Ja“, mit einem Zitat aus „Antigone“ von Jean Anouilh: „um ja zu sagen, musst du schwitzen, musst die Ärmel aufrollen und mit beiden Händen ins Leben greifen, bis zu den Ellbogen. Es ist einfach, nein zu sagen, selbst wenn das Neinsagen den Tod bedeutet.“ Unterdessen gibt es eine ganze Reihe von Buchautoren und -autorinnen, welche der verbreiteten AIDS-Angst fundierte Hoffnungsansätze entgegensetzen. Noch haben es solche Stimmen schwer, gehört zu werden, gelang es doch bis 1996 keiner, Zugang zu einem der grossen renommierten Buchverlage zu finden. So hat die Schweizerin Rosmarie Harns z.B. die Begleitung ihres AIDS kranken Schwagers zum Anlass genommen, die Ungereimtheiten der

offiziellen AIDS-Doktrin näher auszuleuchten. Ein ähnlicher Ansatz findet sich im Buch von Hans-Jürgen Esch: „AIDS - du hast Chancen“. Der Zürcher Psychotherapeut Remo Roth zeigt in seinem Buch, „Hat AIDS einen Sinn?“ Verständnis- und Behandlungsmöglichkeiten auf der Basis der Jung'schen Psychoanalyse auf.

Entsprechend der vermehrten Zuwendung der AIDS-Forschung zur Immunologie ist zur Überwindung des verbreiteten therapeutischen Nihilismus bei kranken HIV-Antikörper-Positiven und bei AIDS-Patienten besonders auch die Komplementärmedizin angesprochen, welche sich in ihren verschiedenen Ausrichtungen immer schon mit den Immunkräften und der Immunregulation befasst hat. Eine komplementärmedizinische Therapie oder Prophylaxe wird - unabhängig vom aktuellen Stand der AIDS-Forschung - immer ganzheitlich sein:
Abbau der toxischen, infektiösen und psychischen Immunsuppressoren, Entgiftung des Organismus, Wiederherstellung einer tragenden Zuversicht und eines stützenden sozialen Netzes, ausgewogene und/oder korrektive Ernährung, Stützung oder Anregung des Immunsystems.

Dass die Behandlung oder die Prophylaxe im einzelnen schwierig sein kann, dass insbesondere die direkten Einwirkungen auf das Immunsystem mit Heilmitteln behutsam zu erfolgen haben, und dass kurzfristig auch chemotherapeutische Mittel notwendig sein können, entspricht unterdessen einer breiten Erfahrung. Im Mittelpunkt des therapeutischen und prophylaktischen Engagements wird jedoch die Bemühung zu stehen haben, dem Patienten zu helfen, dass er sein eigenes Leben wieder selber in die Hand nehmen kann. Das Wiedererlangen der Fähigkeit zur Selbstverantwortung zieht sich wie ein roter Faden durch alle Berichte der sogenannten „Langzeitüberlebenden“. Das Wesen der Immunschwäche besteht ja gerade darin, dass die Betroffenen in ihrer „Kompetenz“ im weitesten Sinne beeinträchtigt sind. Damit ist aber auch schon klar, dass jeder HIV Positive und jeder AIDS Patient – genau wie jeder andere Patient – einer je individuellen ärztlichen Betreuung bedarf.

Viele AIDS Patienten äussern die Ansicht, dass sie zwar erkrankten, weil sie schwächer sind als andere, dass sie aber gleichsam stellvertretend erkrankten für unsere Gesellschaft, welche insgesamt an Unwahrhaftigkeit, Egoismus und Angst leidet. So kann im AIDS Geschehen eine Herausforderung zu Entwicklung und Pflege echter, tragender sozialer Kräfte gesehen werden. Wie ich noch zeigen werde, steht dem in der Medizin vor allem ein weit fortgeschrittener Reduktionismus entgegen, welcher in den aktuellsten Problemen der Medizin, den ethischen Fragen zu den Auswirkungen der Gentechnologie, seinen derzeit bedrängendsten Ausdruck findet. Tatsächlich hat sich im Schatten der AIDS Debatte die Gentechnologie in der Medizin im Laufe der vergangenen 15 Jahre viel breiter etabliert als dies von der Öffentlichkeit wahrgenommen worden ist.

*„Man schätzt, dass sich das gesamte Wissen der Welt von 1800 bis 1900 verdoppelt hat.
Das gesamte Wissen der Welt hat sich dann von 1900 bis 1960 nochmals verdoppelt.
Dann hat sich das gesamte Wissen der Welt von 1960 bis 1966 nochmals verdoppelt.
Ab dann weiss man nichts Genaueres mehr.“* (Franz Hohler)