Vaccins COVID : nécessité, efficacité et sécurité, ce que dit la science

écrit par Docteur Dominique Schwander | 22 août 2021

J'ai traduit ce texte de l'association docteurs4covidethics.org. Il contient énormément de faits prouvés par 51 références.
J'ai bien apprécié entre autres l'étude de 10 millions de Chinois de la région de Wuhan pour confirmer que les symptomatiques ne sont pas contagieux. En février 2020, le prof d'immunologie à la retraite de Berne avait écrit que raconter que des symptomatiques (des cas PCR positifs sans clinique de maladie) transmettaient une virose était un illogisme immunologique, soit une absurdité.
J'ai parfois défini un terme et essayé que la traduction soit fidèle mais compréhensible pour des laïques de la médecine.
Pour moi c'est un excellent résumé plein d'informations et à jour.
Dominique Schwander

.

Vaccins COVID : nécessité, efficacité et sécurité

docteurs4covidethics.org

Résumé

Les fabricants des « vaccins » COVID-19 ont été exonérés de toute responsabilité légale pour les dommages induits par leurs « vaccins » qui sont en réalité des thérapies géniques prophylactiques. Il est donc dans l'intérêt de tous ceux qui autorisent, appliquent et administrent ces « vaccinations » COVID-19 de comprendre les preuves concernant les risques et les avantages de ces vaccins, car la responsabilité des dommages leur incombe.

En bref, les preuves disponibles et la science indiquent que ces « vaccins » COVID-19 sont inutiles, inefficaces et dangereux.

- **Nécessité:** les individus immunocompétents sont protégés contre le SRAS-CoV-2 par une immunité cellulaire et une réponse anticorps de type mémoire. La vaccination des groupes à faible risque est donc inutile. Pour les personnes immunodéprimées qui tombent malades de COVID-19, il existe une gamme de traitements médicaux qui se sont avérés sûrs et efficaces. Vacciner les personnes vulnérables est donc inutile. Les groupes tant immunocompétents que vulnérables sont mieux protégés contre les variants du SRAS-CoV-2 par une immunité acquise naturellement et par des médicaments que par cette « vaccination ».

- **Efficacité**: à ces vaccins Covid-19 manquent un mécanisme d'action viable contre l'infection des voies respiratoires par le SARS-CoV-2. L'induction d'anticorps transmis par le sang par cette « vaccination » ne peut pas empêcher l'infection par un agent tel que le SRAS-CoV-2 qui envahit les voies respiratoires. De plus, aucun des essais cliniques de ces « vaccins » n'a fourni de preuve que cette « vaccination » empêche la

transmission de l'infection par les individus « vaccinés » ; inciter à cette « vaccination » pour « protéger les autres» n'a donc aucun fondement scientifiques dans les faits.

- **Sécurité:** ces « vaccins » sont dangereux à la fois pour les personnes en bonne santé et pour celles atteintes d'une maladie chronique préexistante, cela pour bien des raisons en particulier les suivantes: risque de perturbations mortelles et non mortelles de la coagulation sanguine, y compris troubles de la coagulation, thromboses dans le cerveau, accidents vasculaires cérébraux et attaques cardiaques, réactions auto-immunes et allergiques, aggravation de la maladie dépendant des anticorps, impuretés de ces « vaccins » dues à une fabrication précipitée et à des normes de production non réglementées.

Le **calcul risque-bénéfice** est donc clair: ces vaccins expérimentaux sont inutiles, inefficaces et dangereux. Les acteurs autorisant, exerçant des pressions ou administrant cette thérapie génique prophylactique expérimentale contre la COVID-19 exposent les populations et les patients à des risques médicaux graves, inutiles et injustifiés.

1. **Ces « vaccins » sont inutiles.** De multiples axes de recherche indiquent que les personnes immunocompétentes présentent une immunité cellulaire (cellules T) **« robuste » et durable** contre les virus du SRAS-CoV [1], y compris le SARS-CoV-2 et ses variants [2]. La protection des cellules T découle non seulement de l'exposition au SRAS-CoV-2 lui-même, mais également de l'immunité croisée à la suite d'une exposition antérieure à des Coronavirus du rhume [1,3-7]. Une telle immunité a été détectée jusqu'à 17 ans après des infections passées [1]. Par conséquent, *les personnes immunocompétentes n'ont pas besoin de vaccination contre le SRAS-Cov-2.*

2. **L'immunité naturelle des cellules T** (ou lymphocytes T soit une catégorie de globules blancs qui jouent un grand rôle dans la réponse immunitaire adaptative) **offre une protection plus forte et plus complète** contre toutes les souches du SRAS-CoV-2 que ces « vaccins », car l'immunité naturellement induite reconnaît plusieurs épitopes viraux (partie d'un antigène reconnu par un récepteur situé à la surface d'un lymphocyte) et plusieurs signaux de costimulation, et pas seulement la seule protéine de pointe (spike). Ainsi, *les personnes immunocompétentes sont mieux protégées par leur propre immunité contre le SRAS-CoV-2 et tous les variants qui peuvent survenir que par la succession actuelle de ces vaccins.*

3. **De nouvelles découvertes montrent qu'environ 99% des personnes sont déjà protégées contre la COVID-19 par des réponses anticorps de type mémoire.** Des études publiées entre mai et juillet 2021 révèlent des réponses anticorps caractéristiques du type mémoire à la fois suite à l'infection par le SRAS-CoV-2 et suite à la vaccination COVID-19 [8-12]. Ces nouvelles découvertes indiquent que le SRAS-CoV-2 n'est pas immunologiquement un nouveau Coronavirus et que l'écrasante majorité des personnes sont protégées contre le COVID-19 par des anticorps dérivés de la restimulation de cellules immunitaires préexistantes. Cela reflète une immunité à réaction croisée d'une infection antérieure avec des souches respiratoires ordinaires de Coronavirus humain. Comme le but de la vaccination est de stimuler la production d'anticorps contre le SRAS-CoV-2, nous savons maintenant que cette vaccination n'est pas nécessaire. *De tels anticorps peuvent et seront rapidement générés par pratiquement tout le monde au moindre défi viral, même sans cette « vaccination ».*

4. Dans la plupart des pays, **la plupart des gens sont**

désormais immunisés en raison de l'exposition au SRAS-CoV-2 [13]. Selon leur degré d'immunité croisée précédemment acquis, ils ne vont présenter aucun symptôme, des symptômes légers et non spécifiques, ou des symptômes plus graves, incluant éventuellement une anosmie (perte de l'odorat) ou d'autres signes cliniques quelque peu caractéristiques de la clinique de la maladie COVID-19. Quelle que soit la gravité de la maladie, en cas de nouvelle exposition ils auront désormais une immunité suffisante pour être protégés contre une maladie grave. La *majorité de la population ne bénéficiera pas du tout d'être « vaccinée ».*

5. Les vaccins ont été présentés comme un moyen de prévenir l'infection asymptomatique [14], et par extension la « transmission asymptomatique ». Cependant, **la « transmission asymptomatique » est un artefact** de procédures et d'interprétations de tests PCR invalides et peu fiables conduisant à des taux élevés de faux positifs [15–18]. Les preuves indiquent que les personnes asymptomatiques et positives pour la PCR sont des faux positifs en bonne santé, et non des porteurs. Une étude complète de **9'899'828 personnes** en Chine a révélé que les personnes asymptomatiques testées positives pour CeOVID-19 n'ont jamais infecté d'autres personnes [19]. Au contraire, les articles cités par le Center for Disease Control [20,21] pour justifier les allégations de transmission asymptomatique sont basés sur des modèles hypothétiques, et non sur des études empiriques; ces modèles présentent des hypothèses et des estimations plutôt que des preuves. *La prévention de l'infection asymptomatique n'est pas une justification viable pour promouvoir la vaccination de la population générale.*

6. **Pour la grande majorité** des gens (globalement ~ 99,8 %), **le SRAS-CoV-2 n'est pas mortel** [22-24]. Il s'agit

généralement d'une maladie bénigne à modérément grave. Par conséquent, *l'écrasante majorité des personnes ne courant pas un risque en attrapant la COVID-19, elle n'ont pas besoin de vaccination pour leur propre protection.*

7. Chez les personnes susceptibles de faire une grave infection, **la Covid-19 est une maladie traitable.** Une convergence de preuves indique qu'un traitement précoce avec les médicaments existants réduit l'hospitalisation d'environ 85 % et réduit la mortalité d'environ 75 % [25–29]. Ces médicaments comprennent de nombreux médicaments anti-inflammatoires, antiviraux et anticoagulants éprouvés, ainsi que des anticorps monoclonaux, du zinc et des vitamines C et D. Les décisions d'industries pharmaceutiques et de gouvernements d'écarter ces traitements éprouvés par le biais d'un soutien sélectif à la recherche [26], d'un biais réglementaire et même de sanctions pures et simples contre les médecins qui osent utiliser de tels traitements de leur propre initiative ont été en décalage avec les lois existantes, les normes de la pratique médicale et la recherche. L'obligation légale de tenir compte des preuves du monde réel est tombée à l'eau [30]. Le déni et le dénigrement systématiques de ces thérapies efficaces ont étayé la fausse justification de l'autorisation provisoire d'utilisation d'urgence de ces « vaccins », qui exige que « aucun traitement standard acceptable ne soit disponible » [31]. En clair, *ces vaccins ne sont pas nécessaires pour prévenir une grave maladie.*

2. Ces « vaccins » manquent d'efficacité

1. Au niveau mécaniste, conformément au concept d'immunité à la COVID-19 via l'induction d'anticorps, **la vaccination COVID-19, est un non-sens médical**. Les virus aéroportés tels que le SRAS-CoV-2 pénètrent dans le

corps par les voies respiratoires et les poumons. Les anticorps induits par le vaccin eux circulent principalement dans le sang. Étant donné que la COVID-19 se propage et provoque principalement la maladie en infectant les muqueuses des voies respiratoires, ces « vaccins » manquent leur cible immunologique. Les documents soumis par les fabricants de ces « vaccins » aux divers organismes de réglementation ne contiennent aucune preuve que cette « vaccination » prévient l'infection des voies respiratoires, ce qui serait crucial pour rompre la chaîne de transmission. Ainsi, *les vaccins sont immunologiquement inappropriés pour la COVID-19.*

2. **L'efficacité du vaccin à moyen et à long terme est inconnue.** Les essais de phase 3, à moyen terme et sur 24 mois ne seront pas terminés avant 2023; *il n'y a pas de données longitudinales à moyen ou long terme concernant l'efficacité du vaccin.*

3. **Les données à court terme n'ont pas établi la prévention des formes graves de la maladie**. L'Agence européenne des médicaments a noté à propos du vaccin Comirnaty (Pfizer ARNm) que les cas graves de COVID-19 « étaient rares dans l'étude, et aucune conclusion statistiquement certaine ne peut en être tirée» [32]. De même, le document Pfizer soumis à la FDA [33] conclut que l'efficacité contre la mortalité n'a pas pu être démontrée. Ainsi, *il n'a pas été démontré que ces « vaccins » préviennent la mort ou une maladie grave, cela même à court terme.*

4. **La réduction du risque absolu est de l'ordre d'environ 1 %.** Dans le journal médical anglais le Lancet [8], une analyse publiée des allégations d'efficacité des fabricants de ces vaccins a détaillé le fait que la réduction du risque absolu pour ces vaccins se situe entre 0,84% (Pfizer) et 1,3% (Astra Zeneca). Cela

contraste fortement avec les 67 à 95 % revendiqués par les fabricants de ces « vaccins ». En termes clairs, avec les données de Pfizer comme exemple, cela signifie que lorsque l'ensemble de l'échantillon de l'étude est pris en compte – comme l'exige la signification statistique – l'efficacité déclarée du vaccin est de 95 % de < 1 %; c'est-à-dire 0,84%. Il est important de noter que la réduction du risque de 0,84% ne s'applique pas à la maladie grave ou au décès, mais seulement à l'incidence des résultats positifs du test PCR et à une gravité des symptômes bénins à modérés. En d'autres termes, il s'agit d'un résultat cliniquement insignifiant. De plus, afin de transformer le chiffre de 0,84% en 95%, 43 278 des 43 448 participants à l'étude ont été exclus de l'analyse. Il s'agit d'une pratique statistique erronée qui écarte toutes les considérations non seulement de signification clinique mais de signification statistique, dont le seul but est de déterminer si les différences entre les groupes d'étude reflètent de vraies différences ou simplement le hasard et une variation aléatoire. Pour que de telles déterminations soient faites, l'échantillon entier doit être pris en compte. *Dit brièvement, les données d'efficacité avancées par les fabricants de vaccins équivalent à des résultats nuls, à la fois en termes de signification clinique et statistique.*

5. **Les corrélats de protection contre la maladie COVID-19 sont inconnus.** Les chercheurs n'ont pas encore établi comment mesurer la protection contre cette maladie Covid-19. Par conséquence, les études d'efficacité se déroulent dans le noir. Après l'achèvement des études de phase 1 et 2, par exemple un article dans la revue médicale Vaccine a noté que « sans comprendre les corrélats de la protection, il est actuellement impossible de répondre aux questions concernant la protection associée au vaccin, le risque de réinfection

COVID-19, l'immunité collective et la possibilité d'éliminer le SARS-CoV-2 de la population humaine » [34]. Ainsi, *l'efficacité du vaccin ne peut pas être évaluée car nous n'avons pas encore établi comment mesurer cette efficacité.*

3. Ces vaccins sont dangereux

1. Sur la base de principes fondamentaux connus, le tabagisme pouvait provoquer et était censé provoquer un cancer du poumon; de même **tous les « vaccins » à base de gènes**, sur la base de leurs mécanismes d'action moléculaires, **peuvent provoquer des troubles de la coagulation sanguine tels que coagulation et saignement** [35], Conformément à cela, des maladies de ce type ont été observées dans tous les groupes d'âge, entraînant des suspensions temporaires de vaccins dans le monde : *ces « vaccins » ne sont pas sûrs.*

2. Contrairement aux affirmations selon lesquelles les troubles sanguins post-vaccination sont « rares », **de nombreux effets secondaires courants du vaccin** (maux de tête, nausées, vomissements et éruptions cutanées sur le corps » semblables à des hématomes) **peuvent indiquer une thrombose et d'autres anomalies graves**. De plus, les micro-thromboses diffuses induites par le vaccin dans les poumons peut imiter une pneumonie et peuvent être diagnostiqués à tort comme une COVID-19. Ces troubles de la coagulation sanguine qui reçoivent l'attention actuelle des médias ne sont probablement que la « partie émergée d'un énorme iceberg » [36]: *ces « vaccins » ne sont pas sûrs.*

3. En raison de l'amorçage immunologique, **on peut s'attendre à ce que les risques de coagulation, de saignement et d'autres événements indésirables augmentent à chaque « revaccination »** et à chaque nouvelle exposition au Coronavirus. Au fil du temps,

qu'il s'agisse de mois ou d'années [37], cela rend à la fois cette « vaccination » et les coronavirus dangereux pour les groupes d'âge jeunes et en bonne santé, pour lesquels, sans « vaccination », la COVID-19 ne pose aucun risque substantiel. Depuis le déploiement de cette « vaccination », l'incidence de la maladie COVID-19 a augmenté dans de nombreuses régions où les taux de vaccination sont élevés [38-40]. De plus, plusieurs séries de décès dus à la COVID-19 se sont produites peu de temps après le début des « vaccinations » dans les résidences pour personnes âgées [41,42]. Ces cas peuvent être dus non seulement à une aggravation de la maladie dépendant des anticorps mais aussi à un effet immunosuppresseur général de ces « vaccins », ce qui est suggéré par la survenue accrue du zona chez certains patients [43]; une telle immunosuppression peut avoir provoqué la manifestation clinique d'une infection auparavant asymptomatique. Quel que soit le mécanisme exact responsable de ces décès signalés, nous devons nous attendre à ce que *ces « vaccins » augmentent plutôt que diminuent la létalité de la COVID-19; ces « vaccins » ne sont pas sûrs.*

4. **Par définition ces « vaccins » sont expérimentaux.** Ils le resteront dans les essais de phase 3 soit jusqu'en 2023. Les receveurs de telle thérapie génique prophylactique sont des êtres humains ayant droit à un consentement libre et éclairé en vertu du Nuremberg et d'autres protections y compris la résolution 2361 de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe [44] et les conditions d'autorisation provisoire d'utilisation d'urgence de la FDA [31]. En ce qui concerne les données d'innocuité des essais de phase 1 et 2, malgré la taille initialement importante des échantillons, la revue médicale Vaccine rapporte que « la stratégie de vaccination choisie pour son développement ultérieur peut n'avoir été donnée qu'à 12 participants seulement »

[34]. Avec des échantillons de si petite taille, le journal note que pour établir la sécurité « des études de phase 3 plus importantes et menées sur de plus longues périodes seront nécessaires ». Les risques qui restent à évaluer dans les essais de phase 3 jusqu'en 2023, avec des populations entières comme sujets d'expérience, incluent non seulement thromboses et anomalies hémorragiques, mais aussi d'autres réponses auto-immunes, des réactions allergiques, des tropismes inconnus (destinations tissulaires) des nanoparticules lipidique [37], des aggravations cliniques dépendant des anticorps [45-48] et l'impact de méthodes de fabrication précipitées, douteuses, mal réglementées [49] et apparemment incohérentes et conférant des risques d'impuretés potentiellement nocives telles que des résidus d'ADN non contrôlés [50]. *Ces vaccins ne sont pas sûrs, ni pour les receveurs ni pour ceux qui les utilisent ou autorisent leur utilisation.*

5. L'expérience initiale pourrait suggérer que les « vaccins » dérivés d'adénovirus (AstraZeneca/Johnson & Johnson) provoquent des effets indésirables plus graves que les vaccins à ARNm (Pfizer/Moderna). Cependant, lors d'injections répétées, les premiers cités induiront bientôt des anticorps contre les protéines du vecteur adénoviral. Ces anticorps neutraliseront ensuite la plupart des particules virales du vaccin et entraîneront leur élimination avant qu'elles ne puissent infecter les cellules, limitant ainsi l'intensité des lésions tissulaires. En revanche, pour les « vaccins » à ARNm, il n'y a pas d'antigène protéique à reconnaître par les anticorps. Ainsi, quel que soit le degré d'immunité existant, l'ARNm du « vaccin » va atteindre sa cible soit les cellules de notre corps. Ceux-ci exprimeront ensuite

la protéine de pointe et subiront par la suite l'assaut complet du système immunitaire. **Avec les « vaccins » à ARNm, le risque d'événements indésirables graves est pratiquement garanti d'augmenter à chaque injection successive.** A long terme, ces « vaccins » à ARNm sont donc encore plus dangereux que les « vaccins » vectoriels dérivés d'adénovirus. Leur préférence apparente sur ces derniers est préoccupante au plus haut degré; *ces « vaccins » ne sont pas sûrs.*

4. Points éthiques et juridiques à considérer

1. Les conflits d'intérêts abondent dans la littérature scientifique et au sein des organisations qui recommandent et promeuvent ces « vaccins », tout en diabolisant les stratégies alternatives (en particulier l'immunité naturelle et les traitements précoces). Les autorités, les médecins et le personnel médical doivent se protéger des conflits d'intérêts en évaluant de très près les sources de leurs informations.

2. Les autorités, les médecins et le personnel médical doivent également veiller à ne pas ignorer la littérature indépendante et crédible concernant la nécessité, l'innocuité et l'efficacité de ces « vaccins », compte tenu des décès en masse prévisibles et des dommages auxquels il faut s'attendre si la campagne de vaccination n'est pas arrêtée.

3. Pour une raison, les fabricants de cette thérapie génique prophylactique se sont exonérés de toute responsabilité légale pour événements indésirables. Lorsque des décès et des dommages liés à ces « vaccins » se produisent, la responsabilité incombera donc aux personnes responsables de l'autorisation, de l'administration et/ou des pressions à se faire

« vacciner » via les passeports vaccinaux, alors qu'aucune de ces mesures ne peut être justifiée par une analyse risque-bénéfice sérieuse et fondée sur des preuves.

4. Afin de se protéger, tous les acteurs politiques, réglementaires et médicaux impliqués dans cette « vaccination » COVID-19 doivent se familiariser avec le code de Nuremberg et les autres dispositions légales.

5. Addendum (juillet 2021): le nombre croissant de décès

Ci-dessus, nous avons cité l'avertissement du Dr Sucharit Bhakdi selon lequel les premiers rapports sur les incidents et les décès liés à la coagulation n'étaient probablement que la « partie émergée de l'iceberg ». Cet iceberg est maintenant bien en vue. « America's Frontline Doctors » a annoncé qu'en juillet 2021, près de 55 000 décès liés au vaccin étaient survenus aux États-Unis seulement. Sur la base des déclarations sous serment en leur possession, cette organisation indépendante à but non lucratif a déposé une demande d'injonction pour révoquer l'autorisation d'utilisation d'urgence pour tous ces « vaccins » [51].

Compte tenu d'un nombre aussi impressionnant de victimes, il peut sembler que toutes les normes éthiques ont été suspendues et qu'une vie humaine n'a plus d'importance. Finalement cependant, l'équilibre mental et la raison se réaffirmeront eux-même et le jour du jugement viendra. Assurez-vous que vous êtes prêt pour ce jour-là. Si vous êtes médecin, infirmier, pharmacien, éducateur, employeur ou toute autre autorité impliquée, écoutez votre conscience et ne vous impliquez pas dans cette folie collective.

References

1. Le Bert, N. et al. (2020) SARS-CoV-2-specific T cell immunity in cases of COVID-19 and SARS, and uninfected controls. *Nature* 584:457-462
2. Tarke, A. et al. (2021) Impact of SARS-CoV-2 variants on the total CD4+ and

CD8+ T cell reactivity in infected or vaccinated individuals. *Cell reports. Medicine* 2:100355

3. Grifoni, A. et al. (2020) Targets of T Cell Responses to SARS-CoV-2 Coronavirus in Humans with COVID-19 Disease and Unexposed Individuals. *Cell* 181:1489-1501.e15
4. Mateus, J. et al. (2020) Selective and cross-reactive SARS-CoV-2 T cell epitopes in unexposed humans. *Science* 370:89-94
5. McCurry-Schmidt, M. (2020) Exposure to common cold coronaviruses can teach the immune system to recognize SARS-CoV-2.
6. Palmer, S. et al. (2021) COVID-19 hospitalization rates rise exponentially with age, inversely proportional to thymic T-cell production. *J. R. Soc. Interface* 18:20200982
7. Sekine, T. et al. (2020) Robust T Cell Immunity in Convalescent Individuals with Asymptomatic or Mild COVID-19. *Cell* 183:158-168.e14
8. Olliaro, P. et al. (2021) COVID-19 vaccine efficacy and effectiveness-the elephant (not) in the room.
   Lancet Microbe 2:e279-e280
9. Ogata, A.F. et al. (2021) Circulating SARS-CoV-2 Vaccine Antigen Detected in the Plasma of mRNA-1273 Vaccine Recipients. *Clin. Infect. Dis.* –

10. Amanat, F. et al. (2021) SARS-CoV-2 mRNA vaccination induces functionally diverse antibodies to NTD, RBD and S2. *Cell* –
11. Wisnewski, A.V. et al. (2021) Human IgG and IgA responses to COVID-19 mRNA vaccines. *PLoS One* 16:e0249499
12. Nielsen, S.S. et al. (2021) SARS-CoV-2 elicits robust adaptive immune responses regardless of disease severity. *EBioMedicine* 68:103410
13. Yeadon, M. (2020) What SAGE got wrong.
14. Drake, J. (2021) Now We Know: Covid-19 Vaccines Prevent Asymptomatic Infection, Too.
15. Bossuyt, P.M. (2020) Testing COVID-19 tests faces methodological challenges. *Journal of clinical epidemiology* 126:172-176
16. Jefferson, T. et al. (2020) Viral cultures for COVID-19 infectivity assessment. Systematic review.

Clin. Infect. Dis. ciaa1764

17. Borger, P. et al. (2020) External peer review of the RTPCR test to detect SARS-CoV-2 reveals 10 major scientific flaws at the molecular and methodological level: consequences for false positive results.
18. Mandavilli, A. (2020) Your Coronavirus Test Is Positive. Maybe It Shouldn't Be.
19. Cao, S. et al. (2020) Post-lockdown SARS-CoV-2 nucleic acid screening in nearly ten million
residents of Wuhan, China. *Nat. Commun.* 11:5917
20. Moghadas, S.M. et al. (2020) The implications of silent transmission for the control of COVID-19
outbreaks. *Proc. Natl. Acad. Sci. U. S. A.* 117:17513-17515
21. Johansson, M.A. et al. (2021) SARS-CoV-2 Transmission From People Without COVID-19
Symptoms. *JAMA network open* 4:e2035057
22. Ioannidis, J.P.A. (2020) Global perspective of COVID-19 epidemiology for a full-cycle pandemic.
Eur. J. Clin. Invest. 50
23. Ioannidis, J.P.A. (2021) Reconciling estimates of global spread and infection fatality rates of COVID-
19: An overview of systematic evaluations. *Eur. J. Clin. Invest.* 5:e133554
24. Ioannidis, J.P.A. (2020) Infection fatality rate of COVID-19 inferred from seroprevalence data. *Bull.*
World Health Organ. -:BLT.20.265892
25. Orient, J. et al. (2020) A Guide to Home-Based COVID Treatment.
26. McCullough, P.A. et al. (2020) Multifaceted highly targeted sequential multidrug treatment of early ambulatory high-risk SARS-CoV-2 infection (COVID-19). *Reviews in cardiovascular medicine* 21:517-530
27. Procter, B.C. et al. (2021) Early Ambulatory Multidrug Therapy Reduces Hospitalization and Death in High-Risk Patients with SARS-CoV-2 (COVID-19). *International journal of innovative research in medical science* 6:219-221
28. McCullough, P.A. et al. (2021) Pathophysiological Basis and Rationale for Early Outpatient Treatment of SARS-CoV-2 (COVID-19) Infection. *Am. J. Med.* 134:16-22
29. Anonymous, (2020) Real-time database and meta analysis of 588 COVID-19 studies.
30. Hirschhorn, J.S. (2021) COVID scandal: Feds ignored 2016 law requiring use

of real world evidence.

31. Anonymous, (1998) Emergency Use of an Investigational Drug or Biologic: Guidance for Institutional Review Boards and Clinical Investigators.
32. Anonymous, (2021) Assessment report/Comirnaty.
33. Anonymous, (2020) FDA briefing document: Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine.
34. Giurgea, L.T. and Memoli, M.J. (2020) Navigating the Quagmire: Comparison and Interpretation of COVID-19 Vaccine Phase 1/2 Clinical Trials. *Vaccines* 8:746
35. Bhakdi, S. et al. (2021) Urgent Open Letter from Doctors and Scientists to the European Medicines Agency regarding COVID-19 Vaccine Safety Concerns.
36. Bhakdi, S. (2021) Rebuttal letter to European Medicines Agency from Doctors for Covid Ethics, April 1, 2021.
37. Ulm, J.W. (2020) Rapid response to: Will covid-19 vaccines save lives? Current trials aren’t designed to tell us.
38. Reimann, N. (2021) Covid Spiking In Over A Dozen States—Most With High Vaccination Rates.
39. Meredith, S. (2021) Chile has one of the world’s best vaccination rates. Covid is surging thereanyway.
40. Bhuyan, A. (2021) Covid-19: India sees new spike in cases despite vaccine rollout. *BMJ* 372:n854
41. Morrissey, K. (2021) Open letter to Dr. Karina Butler.
42. Anonymous, (2021) Open Letter from the UK Medical Freedom Alliance: Urgent warning re Covid- 19 vaccine-related deaths in the elderly and Care Homes.
43. Furer, V. et al. (2021) Herpes zoster following BNT162b2 mRNA Covid-19 vaccination in patients with autoimmune inflammatory rheumatic diseases: a

case series. *Rheumatology* –

44. Anonymous, (2021) Covid-19 vaccines: ethical, legal and practical considerations.
45. Tseng, C. et al. (2012) Immunization with SARS coronavirus vaccines leads to pulmonaryimmunopathology on challenge with the SARS virus. *PLoS One* 7:e35421
46. Bolles, M. et al. (2011) A double-inactivated severe acute respiratory syndrome coronavirus vaccine provides incomplete protection in mice and induces increased eosinophilic proinflammatory pulmonary response upon challenge. *J. Virol.* 85:12201-15
47. Weingartl, H. et al. (2004) Immunization with modified vaccinia virus Ankara-based recombinant vaccine against severe acute respiratory syndrome is associated with enhanced hepatitis in ferrets. *J. Virol.* 78:12672-6
48. Czub, M. et al. (2005) Evaluation of modified vaccinia virus Ankara based recombinant SARS vaccine in ferrets. *Vaccine* 23:2273-9
49. Tinari, S. (2021) The EMA covid-19 data leak, and what it tells us about mRNA instability. *BMJ* 372:n627
50. Anonymous, (2021) Interview with Dr. Vanessa Schmidt-Krüger.
51. Anonymous, (2021) AFLDS files lawsuit seeking immediate injunctive relief revoking the emergency use of COVID-19 vaccines based on disturbing new mortality data.