

Voormalig CDC-directeur Dr. Redfield vertelt over pandemische lessen en volksgezondheid

Podcast: <https://mdhnd.nl/rr>

[Dana Parish] (0:00 - 0:26)

Welkom bij Third Opinion. Ik ben uw gastheer, Dana Parish, en vandaag ben ik verheugd om u dit fascinerende interview met de voormalige CDC-directeur, viroloog Dr. Robert Redfield, te brengen. Hij stond in de frontlinie van de COVID pandemie en ik was verbijsterd door een aantal van zijn onthullingen.

Ik kan niet wachten tot je deze hoort. Laat me weten wat je ervan vindt. Laat me weten wat je ervan vindt.

Goedemorgen, Dr. Redfield.

[Dr. Robert Redfield] (0:26 - 0:26)

Goedemorgen.

[Dana Parish] (0:27 - 0:40)

Ik kan niet geloven dat we het over 6 november hebben. De wereld werd wakker met het nieuws dat Donald Trump het tweede presidentschap won, en jij was de CDC-directeur onder zijn eerste. Hoe voel je je vanmorgen?

[Dr. Robert Redfield] (0:41 - 1:13)

Nou, weet je, ik ben opgewonden. Ik zat in zijn kamp, weet je, vooral op het gebied van Bobby Kennedy en het proberen Amerika weer gezond te maken. Ik denk natuurlijk ook dat het geweldig is dat we toevallig een Republikein hebben, en ik ben blij dat we de Senaat hebben omdat, zoals we gaan praten over bioveiligheid, ik een groot voorstander ben om kritischer te kijken naar gain-of-function onderzoek en regelgeving eromheen, waarvan ik denk dat we het niet zouden hebben bereikt in een Democratische Senaat, maar ik denk dat een Republikeinse Senaat dat nu voor elkaar zal krijgen.

[Dana Parish] (1:14 - 1:21)

Wat zal jouw rol zijn bij deze regering? Ik hoorde je net zeggen dat je gaat samenwerken met RFK. Wat betekent dat?

[Dr. Robert Redfield] (1:22 - 3:33)

Ik denk dat het op dit moment gewoon mijn beste advies is om Amerika weer gezond te maken. Ik denk dat deze mensen zeer bekwaam zijn en als ze advies of input willen voor RFK, denk ik dat het belangrijk is om de zaken recht te zetten, omdat ik zelf een van de grootste voorstanders van vaccins ben, het grootste geschenk van de wetenschap aan de moderne geneeskunde dat ik kan helpen corrigeren, ik denk dat de vreselijke desinformatie die mensen hebben over Kennedy als anti-vaccinatie.

Hij is niet anti-vaccin. Wat hij wel is, en terecht, is dat hij transparantie wil over vaccins, transparantie over hun veiligheid en werkzaamheid. Net als ik wil hij niet dat vaccins verplicht worden gesteld tegen de onafhankelijke wil van mensen.

Dus ik dacht dat het belangrijk was om schouder aan schouder te staan met Kennedy en mensen te laten weten dat wie hem ook antivax noemt en alle koppen in alle kranten en tv-programma's, antivax, controversiële antivaccinisten, het is gewoon een vals verhaal, wat echt jammer is. Hij heeft veel te bieden en veel originele ideeën over hoe we een aantal chronische ziekten in ons land kunnen aanpakken. Het is opmerkelijk dat we binnen 30 jaar van een van de gezondste naties ter wereld naar een van de ziekste naties ter wereld zijn gegaan met meer dan 50% van de mensen in Amerika, en zelfs als je kijkt naar 18-jarigen, meer dan 40% van de 18-jarigen zwaarlijvig is en dat obesitas vervolgens wordt geassocieerd met een reeks andere chronische ziekten die onze natie extreem ongezond maken.

Toen ik CDC-directeur was, verloren we 1,2 miljoen mensen aan COVID en mensen vroegen zich af waarom we zoveel mensen verloren aan COVID terwijl andere landen zoals Taiwan er zo weinig verloren, en het antwoord is omdat we niet gezond zijn en COVID de onderliggende gezondheidstoestand van obesitas, diabetes, hypertensie uitbuitte om een verhoogde mortaliteit te veroorzaken.

[Dana Parish] (3:35 - 3:52)

Waarom is het woord anti-vax de grootste belediging geworden die je iemand kunt noemen? Hoe is dat eigenlijk ontstaan? Het voelt zo virulent en extreem voor mij.

Waarom kunnen we vaccins niet in twijfel trekken?

[Dr. Robert Redfield] (3:52 - 4:54)

Ja, ik weet het niet. Het is duidelijk door een groep individuen die het standpunt hebben ingenomen dat als je een vaccin in twijfel trekt, als je de vraag stelt of het vaccin veilig is? Als je de vraag stelt, werkt dit vaccin?

Ze classificeren je meteen als anti-vaccin. Ik denk dat het een gebrek aan intellectuele en wetenschappelijke eerlijkheid over vaccins laat zien, of het nu iets is dat meer door beïnvloeders is gecreëerd of niet. Ik weet niet zeker waar het vandaan komt.

Ik geloof dat de beslissingen die zijn genomen om bijvoorbeeld COVID-vaccins onder bepaalde omstandigheden verplicht te stellen, de aarzeling over vaccins en dit anti-vaccin verhaal alleen maar hebben versneld. Ik ben er nooit een voorstander van geweest. Ik vond dat we deze vaccins nooit verplicht moesten stellen.

Tony, ik zei net dat ik denk dat het verplicht stellen van het vaccin een grote fout was.

[Dana Parish] (4:55 - 5:07)

Was het vaccin geschikt? Ik denk dat we de zaken even op een rijtje moeten zetten. Was het ooit in staat om overdracht te blokkeren en heeft het ooit overdracht of verwerving van het virus geblokkeerd?

[Dr. Robert Redfield] (5:08 - 6:47)

De vaccins zijn nooit goedgekeurd om overdracht te onderbreken. De vaccins werden goedgekeurd om het risico op ernstige ziekte, ziekenhuisopname en overlijden te verminderen.

Als je kijkt naar sommige van de proeven die zijn gedaan, kun je suggereren dat er op korte termijn sprake kan zijn van enig preventief vermogen.

Ik zou willen stellen dat deze vaccins overdracht niet voorkomen. Ze voorkomen ernstige ziekten en overlijden. Als zodanig kun je de tekortkoming zien van de aanbevelingen op het gebied van volksgezondheid en nu de meest recente aanbeveling om kinderen tot de leeftijd van zes maanden te vaccineren.

Het heeft geen zin om individuele bevolkingsgroepen te vaccineren als ernstige ziekten niet in het spel zijn. Ik ben geen voorstander van het vaccineren van mensen onder de 50 voor COVID. Het is niet veel anders dan wat we doen voor RSV, waar we het aanraden voor mensen boven de 65.

Ik denk wel dat de berichtgeving vanaf het begin beter had gekund, zodat mensen wisten dat dit vaccin infectie niet voorkwam. Het vaccin verplichten voor ziekenhuispersoneel, brandweerlieden, politieagenten en militairen was een grote vergissing. Als dit vaccin de overdracht inderdaad zou blokkeren, zouden we een groot publiek debat kunnen voeren over de vraag of we het in bepaalde omstandigheden verplicht zouden stellen, maar het blokkeert de overdracht niet.

Het blokkeert alleen ernstige ziekten en de dood.

[Dana Parish] (6:48 - 6:49)

Nog steeds?

[Dr. Robert Redfield] (6:50 - 6:52)

Het blokkeert nog steeds ernstige ziekten en de dood.

[Dana Parish] (6:53 - 7:06)

Oké, want wat ik nog steeds zie is dat er oudere kwetsbare mensen zijn, waaronder mijn vader, die minstens vier keer gevaccineerd is en ongeveer anderhalve maand in het ziekenhuis belandde.

[Dr. Robert Redfield] (7:07 - 7:08)

Hij is gezond.

[Dana Parish] (7:08 - 7:10)

Hij wordt beschouwd als een gezonde jongen.

[Dr. Robert Redfield] (7:11 - 9:40)

Je stelt een heel belangrijk punt aan de orde, want als ik het woord gevaccineerd gebruik, zou ik eigenlijk moeten zeggen dat je adequaat en adequaat gevaccineerd bent. De immuunbescherming tegen ernstige ziekte en dood door de huidige COVID-vaccins duurt waarschijnlijk vier tot zes maanden. Het is geen jaarlijks vaccin dat werkt.

Het idee is dat als je voldoende gevaccineerd bent. We zagen dit oorspronkelijk toen ik senior adviseur volksgezondheid was voor de staat Maryland en gouverneur Hogan. In januari 2021 hebben we iedereen in onze instellingen voor langdurige zorg gevaccineerd.

We hebben het echt goed gedaan in december en januari 2021. Omdat we een toename van ziekenhuisopnames en sterfgevallen in onze verpleeghuizen hadden gezien en toen rond april,

mei, begon ik weer een toename van ziekenhuisopnames in de verpleeghuizen te zien. Dus ik zei, wacht even, we kunnen beter de immuniteit van de verpleeghuisbewoners controleren om te zien of ze nog steeds immuniteit hebben op basis van het vaccin.

We deden een onderzoek bij ongeveer 750 mensen en we toonden aan dat bijna tweederde van hen geen enkele immuniteit, geen enkele antistof meer had. Dus toen stelde ik voor aan gouverneur Hogan om iedereen opnieuw te vaccineren. Natuurlijk waren de gezondheidsdienst en NIH, FDA, allemaal tegen.

Er is geen reden voor. Dit is iets wat je gewoon moet doen met de originele serie. Zoals je je herinnert, zei je altijd dat je volledig geïmmuniseerd was toen je de tweedelige serie kreeg.

Ik betoogde dat je niet volledig immuun bent. Je hebt kortdurende immuniteit en die moet worden versterkt. Uiteindelijk hebben we iedereen in de verpleeghuizen een boost gegeven en hebben we het aantal ziekenhuisopnames en sterfgevallen teruggebracht.

De gezondheidsdienst heeft er lang over gedaan om dat in te zien omdat ik denk dat er geen open, eerlijk debat over was. Het andere dat niet open en eerlijk is geweest over de vaccins is de realiteit onder ogen zien dat deze vaccins niet allemaal goed zijn. Er zijn mensen en ik heb nu een kliniek.

Ik ben twee dagen per week in de kliniek en het is allemaal lange COVID, maar een aantal van de mensen die ik zie hebben niet echt lange COVID. Het lijkt op lange COVID, maar wat ze hebben is klinische ziekte door de mRNA-vaccins zelf.

[Dana Parish] (9:41 - 9:48)

Wat is de reikwijdte van die verwondingen? Want ik denk dat er een misvatting bestaat dat het alleen myocarditis is en ik denk niet dat dat juist is.

[Dr. Robert Redfield] (9:48 - 11:55)

Nee, helemaal niet. Nee, het is behoorlijk belangrijk. Ze kunnen echt het hele spectrum ontwikkelen van wat we zullen zien met lange COVID.

Je kunt een aanzienlijke cognitieve stoornis hebben waarbij je je vermogen om woorden te onthouden verliest. Ik heb een patiënt die niet meer kon spreken omdat ze maar drie tot vijf woorden tegelijk kon onthouden. Hoe oud is ze?

Ze was midden vijftig. Ze was een zeer prominente, zeer effectieve vrouwelijke manager die uiteindelijk haar vermogen om te werken verloor. Ik heb een aantal mensen, duidelijk zeer goed betaald werkend, die wat ik noem een verstikingsyndroom ontwikkelden, waarbij ze het gevoel hebben dat ze stikken, maar hun hart normaal is en hun longen normaal zijn.

Maar wat er gebeurt is dat ze het bloed uit hun diepe veneuze systeem niet terugvoeren, vooral in hun bekken en buik. Ze voeren hun bloed niet efficiënt terug naar hun hart omdat er defecten zijn in de veneuze kleppen en ook in de veneuze wanden, de integriteit van de aderswanden, zodat wanneer de slagaders er overheen liggen, ze als het ware geblokkeerd worden en dan collateralen vormen. Ik heb een aantal mensen met aanzienlijke autonome disfunctie.

Eén dame in het bijzonder, een prominente professor aan een van de grote universiteiten hier in Baltimore, ging mountainbiken in Colorado, deed het geweldig en nu kan ze plotseling niet meer rechtop zitten. Ze moest ongeveer vier maanden op een brancard leven. Ze leefde op een

brancard omdat ze haar bloeddruk en polsslag niet op peil kon houden als ze in een andere houding dan liggen lag.

Ze is nu weer normaal. Na ongeveer drie jaar is ze weer aan het rijden en lesgeven, maar ze was waarschijnlijk 18 maanden lang behoorlijk ziek.

[Dana Parish] (11:55 - 11:57)

Hoe heb je haar weer aan de praat gekregen?

[Dr. Robert Redfield] (11:58 - 13:25)

Weet je, eigenlijk is het gewoon tijd. Dit zijn echt vrij veel lange COVID van infectie en lange COVID van vaccin meestal omkeerbare situaties veroorzaken. Ze kunnen binnen zes maanden omkeren.

Ze kunnen na vier jaar omkeren, maar meestal zijn ze omkeerbaar. Waarschijnlijk omdat ze worden aangestuurd door achtergebleven spike-eiwit. Het probleem met de mRNA-vaccins is dat wanneer we je een mRNA-vaccin geven, we je lichaam veranderen in een fabriek om spike-eiwit te maken.

Ik weet niet hoeveel je maakt en hoe lang je het maakt. Daarom ben ik geen voorstander meer van de mRNA-vaccins. Ik denk dat er een beter alternatief is met het eiwitvaccin, dat wordt gemaakt door Novavax.

Het is een gedood eiwit. Ik weet precies hoeveel spike-eiwit je binnenkrijgt. Ik verander je lichaam niet in een fabriek.

Als ik de mRNA-vaccins geef, komt het mRNA in je lichaam en zorgt het ervoor dat je lichaam een fabriek wordt die mRNA aanmaakt. Ik heb niet echt een manier om te controleren hoe lang je het maakt of hoeveel je maakt. Ik denk echt dat die vaccins kritischer moeten worden bekeken, vooral op bredere bijwerkingen, en dat er nu een alternatief vaccin beschikbaar is dat die risico's niet heeft.

[Dana Parish] (13:26 - 13:34)

Moeten de vaccins op de markt blijven? Moeten de mRNA-vaccins voor COVID op de markt blijven? Dat is een vraag die ik voortdurend hoor.

[Dr. Robert Redfield] (13:34 - 13:53)

Ik denk dat ze zeker kritisch moeten worden bekeken door de FDA op mogelijke veiligheidsproblemen. Je hebt de veiligheidskwestie gehoord die ik je net gaf, namelijk dat we de hoeveelheid spike-eiwit niet kunnen controleren. We zien zeker patiënten die levensveranderende complicaties ontwikkelen door het vaccin, daar is geen twijfel over mogelijk.

[Dana Parish] (13:54 - 13:56)

Het is geen klein bedrag van wat ik zie.

[Dr. Robert Redfield] (13:56 - 14:31)

Nee, het is echt. Ik weet niet wat het exacte aantal is, maar het is echt. Ten tweede is er ook, zoals je hebt gelezen, bezorgdheid dat de mRNA-vaccins verontreinigend nucleïnezuur bevatten.

Het gaat niet alleen om het mRNA-vaccin, nucleïnezuur-mRNA, maar er zijn ook nucleïnezuursequenties gevonden van SV40, een tumorvirus. Ik denk dat het iets is dat kritisch moet worden bekeken door de FDA.

[Dana Parish] (14:31 - 14:33)

Hoe bezorgd ben je over SV40?

[Dr. Robert Redfield] (14:35 - 15:31)

Persoonlijk ben ik het niet, maar het is er en het zou rigoureuus opnieuw moeten worden bekeken, in plaats van het gewoon af te wijzen. Hé, we zien dit, maar we denken niet dat het iets betekent. Ik denk dat het mRNA-vaccin in 2024 een iets rigoureuzer veiligheidsonderzoek moet ondergaan.

2025. Ik zat op Warp Speed. Ik heb geholpen deze vaccins te ontwikkelen.

Ik ben er trots op. We hebben veel levens gered, maar deze vaccins hadden eigenlijk alleen prioriteit moeten krijgen voor de zeer kwetsbare individuen met een slecht resultaat. Nu we alternatieven hebben, vaccins met gedood eiwit, moeten we ze opnieuw evalueren en we hebben in de loop der tijd een aantal significante bijwerkingen gezien bij patiënten die behoorlijk verzwakkend zijn.

We moeten de veiligheid van deze vaccins opnieuw evalueren.

[Dana Parish] (15:32 - 15:43)

Een van de vragen die de afgelopen zes maanden vaak is gesteld, is of het spikeiwit van het vaccin kan integreren in het genoom van menselijke cellen. Wat denkt u?

[Dr. Robert Redfield] (15:44 - 17:03)

Ik denk dat het een goede vraag is. Ik denk niet dat het integreert in onze chromosomen, maar ik denk wel dat het mogelijk is dat de boodschap veel langer blijft hangen dan zou moeten. Oké, dus hoe blijven mensen spike proteïne maken, je weet wel, drie maanden, vier maanden, vijf maanden, zes maanden later?

Eén mogelijkheid is dat het mRNA zodanig gestabiliseerd is dat het veel langer in het lichaam kan blijven en dat is duidelijk één mogelijkheid in tegenstelling tot het natuurlijke COVID RNA. De andere mogelijkheid is dat het integreert, ik denk dat als het integreert dat het kan integreren in mitochondriaal DNA en daardoor cytoplasmatisch replicatiepotentieel heeft om door te gaan met het produceren van spikeiwit. Maar ik denk niet dat je afwijzend moet zijn zoals sommige van mijn collega's zijn geweest en zeggen, oh, nee, nee, nee, dat kan niet gebeuren.

Nee, nee, nee, dat kan niet gebeuren. Ik denk wel dat er wat, eigenlijk, er is wat bewijs in sommige artikelen dat suggereert dat het misschien meer hardnekkig is door integratie, maar ik denk niet dat het chromosomale integratie is. Ik denk dat het cytoplasmatische integratie in mitochondriën kan zijn.

[Dana Parish] (17:04 - 17:11)

Waarom denk je dat het publiek niet wordt voorgelicht over de bijwerkingen en verwondingen van de vaccins?

[Dr. Robert Redfield] (17:12 - 17:50)

Weet je, daar weet ik het antwoord niet op. Dit is, nogmaals, ik ben een groot voorstander van Bobby Kennedy en zijn echte boodschap is transparantie. Transparantie over de werkzaamheid van vaccins, transparantie over de veiligheid van vaccins.

Ik denk dat er veel mensen hoog in de voedselketen zitten met betrekking tot dit vaccin, je weet wel, bij de NIH, bij de FDA en natuurlijk Pfizer en Moderna die het standpunt innamen dat elke negatieve kritiek op het vaccin de aarzeling over het vaccin zou bevorderen.

[Dana Parish] (17:51 - 17:51)
Rechts.

[Dr. Robert Redfield] (17:51 - 20:22)

Dus daarom gaan we alle negatieve kritiek blokkeren, zoals ze op Facebook en Twitter en veel sociale media hebben gedaan. Dat is precies de formule om terughoudendheid ten aanzien van vaccins te veroorzaken. Als het publiek eenmaal gelooft dat je niet de waarheid vertelt, dan komen er meer samenzweringstheorieën en krijgen we niet het hele verhaal te horen.

Dus ik denk dat ik het tegenovergestelde voel van wat er is gedaan. Weet je, ik denk dat er volledige transparantie moet zijn. Ik denk dat de FDA, toen ik hoorde dat ze het veiligheidsprofiel van het Moderna Pfizer vaccin misschien pas over een jaar vrijgeven, dat dat een grote fout is.

Ik vind dat die veiligheidsprofielen op dit moment openbaar moeten zijn. Maar ik begrijp de motivatie niet, behalve dat sommige mensen het gevoel hebben dat ze het beter weten. Ze weten het beter.

Zij weten wat het beste voor je is. Dus beslissen zij wat het beste voor je is. Ik weet nog dat Tony Fauci en ik ruzie maakten over natuurlijke immuniteit.

En hij had tegen de president gezegd dat het wel goed zou komen met ons, want als we een kuddeimmuniteit van 30 procent zouden hebben, zou de pandemie echt afnemen. En ik zei, als viroloog, dat ik denk dat er voor coronavirussen niet zoiets bestaat als kudde-immuniteit. Het zal niet operationeel zijn.

En de reden waarom ik dat zei, is dat ik al patiënten had die binnen twee, drie maanden herhaaldelijk geïnfecteerd raakten. Dus natuurlijke infectie veroorzaakte geen significante immuniteit. Ik dacht niet dat kudde-immuniteit operationeel zou zijn.

Toen zei Tony later, nee, het was geen 30 procent. Het was 50 procent. En later zei hij, nee, het is 70 procent.

En ik herinner me dat een verslaggever zei: Dr. Fauci, kunt u ons vertellen welke nieuwe gegevens u hebt? Want onlangs vertelde u ons 50 procent en nu vertelt u ons 70 procent. Welke nieuwe gegevens heeft u bekeken waardoor u van gedachten bent veranderd?

En het is allemaal openbaar. Tony zei dat er geen nieuwe gegevens waren. Toen ik het je vertelde, vertelde ik je 50 procent omdat ik dacht dat je nog niet klaar was om 70 procent te horen.

Met andere woorden, mensen verzinnen de antwoorden voor wat ze dachten dat het publiek zou bewegen om te doen wat zij wilden. En ik denk dat dat een vergissing is.

[Dana Parish] (20:23 - 20:32)

Daar ben ik het mee eens. Ik denk dat het de grootste fout was, een van de grootste fouten die is gemaakt in de volksgezondheid. En ik weet persoonlijk niet hoe ik daarvan kan herstellen.

[Dr. Robert Redfield] (20:32 - 20:53)

We zullen het vertrouwen van het publiek moeten herstellen. Dat zal niet gemakkelijk zijn. Het wordt een lange reis.

Het is heel gemakkelijk. Het kost veel werk om het vertrouwen van het publiek te winnen. Het is heel gemakkelijk om het vertrouwen van het publiek te verliezen.

En het lijkt geen twijfel dat het CDC, de FDA, de NIH en de wetenschap in het algemeen veel vertrouwen van het publiek hebben verloren.

[Dana Parish] (20:54 - 21:48)

Absoluut. Een van mijn eerste herinneringen aan COVID is dat ik in New York City woon en in die tijd in Manhattan woonde. En er heerste een diep gevoel van paniek en onheil, zelfs in februari 2020.

En ik keek naar China en Iran en ik bekeek gewoon alles wat ik kon. En wetenschappers en artsen stuurden me dingen. En ik wist gewoon dat dit in de lucht zat en dat ik de stad uit moest.

Waarom is er op het gebied van de volksgezondheid, en dit is wereldwijd, besloten om de luchtgedragen aard van COVID niet vroegtijdig te erkennen en te zeggen: we hebben N95's nodig, we hebben elastomeren nodig, handen wassen is niet de oplossing? Wat is er gebeurd?

[Dr. Robert Redfield] (21:49 - 22:04)

Ja, ik weet het antwoord niet. Ik weet wel dat we altijd gedacht hebben dat dit overgedragen kon worden door aerosol en druppels. We zijn nooit goed in het wassen van je boodschappen.

[Dana Parish] (22:06 - 22:07)

Moesten we dat doen?

[Dr. Robert Redfield] (22:07 - 24:11)

Denk je dat? Ik weet het niet. Gewoon mensen die niet wisten wat ze deden, die commentaar gaven en het was gewoon niet doordacht.

Het is duidelijk dat vanuit mijn oogpunt een tijdige diagnose het belangrijkste was en dat besmette mensen geïsoleerd moesten worden waar ze, je weet wel, N95 kunnen dragen en thuis kunnen blijven, totdat ze antigeen-negatief blijken te zijn. In het begin was de beschikbaarheid van testen duidelijk beperkt, waardoor het moeilijk was om dat type volksgezondheidsaanpak te operationaliseren. Er was ook een fout.

Ik bedoel, George Gao, hoofd van CDC China, had me zo'n beetje bevestigd dat er geen overdracht was van mens op mens, geen asymptomatische overdracht. Beide bevestigingen waren onjuist. Daarom wilden we hem in de eerste week van januari gaan helpen om antwoorden op die vragen te vinden.

Maar ik heb gekeken naar 14 patiënten die we eind januari en begin februari in de VS hadden. En van die 14 patiënten hadden we ongeveer 800 contacten met een hoog risico, zowel

contacten binnen het ziekenhuis vanuit de IC's als echtgenoten en families. En van al die 800 contacten bleken slechts twee mensen COVID te hebben.

Dus concludeerden we ten onrechte dat dit niet erg besmettelijk was, omdat de manier waarop we besloten of je COVID had of niet, omdat China ons had verteld dat er geen asymptomatische infectie was en overdracht van mens op mens moeilijk was, de manier was dat we die individuen interviewden en de individuen die geen symptomen hadden, wezen we gewoon af. En de individuen die significante symptomen hadden, en er waren er twee en ze waren allebei echtgenoot, besloten we door te gaan en te testen op COVID. En de personen die significante symptomen hadden, en er waren er twee en het waren beide echtgenoten, besloten we door te gaan en te testen op COVID.

[Dana Parish] (24:12 - 24:20)

Is asymptomatische overdracht een van de meest duivelse factoren in COVID en de verspreiding van COVID?

[Dr. Robert Redfield] (24:20 - 24:57)

Het is zeker de regel, niet de uitzondering. Oké, dus toen we op de Diamond Princess aankwamen, realiseerden ambassadeur Bix en ik ons dat de regel asymptomatische overdracht was, omdat we op dat schip waren, de Japanners erg meewerkend waren en CDC lieten komen om te helpen. En we ontdekten dat ongeveer 50% van de mensen op het schip besmet was, ook al hadden de meesten geen symptomen.

Maar oorspronkelijk, toen we ons oorspronkelijke werk deden op de 14 gevallen, concludeerden we dat dit niet in hoge mate overdraagbaar was onder contacten. Als we iedereen hadden getest, denk ik dat we tot een heel andere conclusie waren gekomen.

[Dana Parish] (24:58 - 25:09)

Ik begrijp het. Ik wilde teruggaan naar de begindagen en de vroege behandeling. Waarom was er geen warpsnelheid, operationele warpsnelheid voor het ontwikkelen van antivirale middelen?

[Dr. Robert Redfield] (25:10 - 26:29)

Dat had wel moeten. Ik heb ervoor gepleit. Ambassadeur Bix pleitte ervoor.

Andere stemmen die agressief waren, zeiden in principe dat het antwoord hierop vaccins waren. En we hadden een heel goed programma met warpsnelheid en vaccins. Maar je hebt precies gelijk.

Er had een parallel programma moeten zijn voor de ontwikkeling van antivirale geneesmiddelen. En vandaag ben ik een groot voorstander, en nu Trump herkozen is, zal mijn stem zeker meespreken. We hebben een warpsnelheidsoperatie nodig voor de ontwikkeling van antivirale geneesmiddelen, niet alleen voor COVID, dat nog steeds een van de belangrijkste doodsoorzaken in Amerika is.

We zijn nu waarschijnlijk ergens tussen de derde, vierde of vijfde belangrijkste doodsoorzaak in Amerika. Maar we hebben het ook nodig om voorbereid te zijn op vogelgriep wanneer, en ik denk niet dat het is als, wanneer het efficiënt vermogen ontwikkelt om mens op mens over te dragen. We hebben een operatie op warpsnelheid nodig.

We moeten meerdere platforms hebben, weet je, 5, 10, 15, 20 antivirale platforms die worden ontwikkeld, omdat vaccins nooit, nooit, nooit de negatieve gevolgen van een nieuwe virale ziekteverwekker zullen stoppen. De enige manier waarop we dat echt op een zinvolle manier kunnen doen, is door antivirale geneesmiddelen te ontwikkelen.

[Dana Parish] (26:30 - 26:41)

Dus hoe belangrijk vindt u vroegtijdige behandeling nu in de COVID-pandemie, en in hoeverre denkt u dat het mogelijk lange COVID zou voorkomen?

[Dr. Robert Redfield] (26:42 - 27:33)

Tot nu toe hebben we geen bewijs dat behandeling lange COVID voorkomt. Er is een onderzoek in de VA dat zegt dat de veteranen die gevaccineerd waren minder lange COVID hadden dan de veteranen die niet gevaccineerd waren. Maar het voorkomt het niet.

Er is nog steeds veel lange COVID bij gevaccineerde personen. Er is geen bewijs dat behandeling ook maar iets verandert aan de penetratie van lange COVID. Het is interessant dat als je COVID krijgt en je wordt niet behandeld, je ongeveer 3% kans hebt op een terugval.

Oké? Als je COVID krijgt en je krijgt Paxlovid, heb je meer dan 20% kans op een terugval.

[Dana Parish] (27:33 - 28:08)

Je hebt het over een terugslag. Nou, dat was mijn vraag over, weet je, anekdotisch, ik sprak met veel artsen. Ze vertellen me dat de behandeling met langere kuren Paxlovid en ook het toevoegen van metformine en andere supplementen en dingen echt leiden tot veel betere resultaten.

En het lijkt erop dat we meerdere medicijnen, meerdere behandelingen nodig hebben om zelfs maar te overwegen dat dit mogelijk is. Wat vindt u daarvan? Ik heb het over meer dan de vijf dagen Paxlovid, wat duidelijk een onderbehandeling is.

[Dr. Robert Redfield] (28:10 - 29:16)

De huidige behandeling met Paxlovid duurt vijf dagen en is grotendeels beperkt tot vijf dagen. Ik denk dat Pfizer dit grotendeels heeft gedaan vanwege het gebruik van ritonavir en de bijwerkingen die ritonavir heeft. Oké.

En dus probeerden ze weg te komen met de vijfdaagse kuur. Zoals ik al zei, dat regime wordt geassocieerd met een rebound bij ongeveer één op de vijf mensen. Oké.

Dat gezegd hebbende, wordt het in verband gebracht met bescherming tegen ernstige ziekenhuisopname en overlijden. Ik ben dus een groot voorstander van vroegtijdige behandeling, ofwel met Paxlovid of romopinavir voor Merck, bij mensen die kwetsbaar zijn voor een slechte uitkomst. Dus als mensen ouder dan 60 jaar COVID krijgen, vind ik dat ze behandeld moeten worden.

Niet meteen, maar binnen 48 uur. De patiënten die binnen de eerste dag behandeld worden, hebben een grote neiging tot rebound. De patiënten die we behandelen, zeggen ze na 48 uur, 72 uur, hebben een lage neiging tot rebound.

[Dana Parish] (29:16 - 29:23)

Kunt u verduidelijken wat rebound is? Is het persistentie van het virus? En zorgt het ervoor dat het virus hardnekkiger wordt?

[Dr. Robert Redfield] (29:24 - 31:27)

Wat het is, is het gebrek aan opruiming van het virus zodat het virus een tweede replicatiecyclus ondergaat die ziekte veroorzaakt. Met andere woorden, ze hebben het virus nooit opgeruimd. Dat klopt.

Maar de rebound wordt veroorzaakt door het feit dat het virus niet is verwijderd en zich nu opnieuw vermenigvuldigt en opnieuw symptomen veroorzaakt. Er zijn verschillende manieren om dat te omzeilen. Eén daarvan is om de therapie na 48 of 72 uur te starten in plaats van op dag nul.

De tweede is, zoals u al zei, om langer te behandelen, om 10 dagen te behandelen in plaats van vijf dagen. Ik ben de medisch directeur van het beursgenoteerde bedrijf Traws Pharma en we zijn serieus bezig met de ontwikkeling van antivirale middelen voor zowel COVID als vogelgriep. En het product waar we naar kijken voor COVID, waar ik erg enthousiast over ben, is klaar met fase één proeven in Australië.

Het staat op het punt om fase twee te beginnen. We gebruiken eigenlijk een 10-daagse kuur. En dat doen we onder andere om ons te onderscheiden van Pax Lovid, met name op het gebied van rebound.

We anticiperen niet. We hebben alleen gezonde vrijwilligers behandeld. Dus we moeten maar afwachten hoe de proeven verlopen als we met niet-gezonde vrijwilligers aan de slag gaan.

Ik denk dat een van de problemen met de huidige regimes is dat ze niet zijn ontworpen voor optimale duurzaamheid. Dat is waarschijnlijk de realiteit: dit is geen vijfdaagse kuur. Het is waarschijnlijk meer een 10-daagse kuur als je rebound echt wilt minimaliseren.

[Dana Parish] (31:27 - 31:37)

Maar maakt u zich zorgen over de langetermijneffecten van persistentie? Een jaar later, twee jaar later vinden we nog steeds virussen in organen.

[Dr. Robert Redfield] (31:38 - 31:57)

Ik maak me niet zoveel zorgen, hoewel dit virus veel langer blijft hangen dan mensen denken. Ik denk dat het bij lange COVID niet het virus is dat me het probleem bezorgt. Ik denk dat het het spike-eiwit is.

[Dana Parish] (31:57 - 31:59)

Denk je dat de piek de belangrijkste drijfveer is?

[Dr. Robert Redfield] (31:59 - 32:25)

Ja. En voor mensen denk ik dat het mRNA dat codeert voor spikeiwit transcriptueel actief blijft, zodat het nieuw spikeiwit kan produceren. En daarom kunnen de mRNA-vaccins dat ook.

En ze kunnen er aanleg voor hebben omdat dat mRNA gestabiliseerd is zodat het langer blijft hangen.

[Dana Parish] (32:26 - 32:31)

Dus is de vaccinatiepiek en de viruspiek hetzelfde?

[Dr. Robert Redfield] (32:32 - 33:10)

Min of meer, ze zijn hetzelfde. Hetzelfde min of meer, dezelfde volgorde, min of meer, hetzelfde. Uiteraard verandert het virus de dingen voortdurend een beetje.

En het spike-eiwit is min of meer in steen gebeiteld op basis van de sequenties die destijds voor het vaccin werden gebruikt. Oké. Maar het is het mRNA dat de machinerie van de cel kan coöpteren om spikeiwit te maken.

En mRNA kan van het virus komen of dat mRNA kan van het vaccin komen.

[Dana Parish] (33:11 - 33:35)

Waarom is er dit gevoel? Ik kijk naar alles, maar er is een kant die zegt: het virus is verkouden, het is griep, het is niet gevaarlijk, maar de vaccins zijn het echte probleem. En dan is er de andere kant die zegt dat de vaccins veilig en effectief zijn.

Ik wil niets negatiefs horen over de vaccins. En het virus doemt voortdurend op als een gevaarlijke bedreiging.

[Dr. Robert Redfield] (33:36 - 35:53)

Helaas zijn geen van beide uitspraken correct, ook al worden ze wel gezegd. Het eerste wat we moeten begrijpen is wat COVID-infectie is, wat de onderliggende pathogenese is om ziekte bij mensen te veroorzaken. Het is geen longziekte, wat veel mensen denken.

Het is een bloedvatziekte. Je moet niet vergeten dat onze bloedvaten bedekt zijn met de H2-receptor, de belangrijkste receptor waar het spike-eiwit zich aan bindt. En als ze dat doen, start het een reeks cytokinen die ontstekingen en problemen veroorzaken.

Toen ik CDC-directeur was en we voor het eerst keken naar sterfgevallen in COVID, was een van de dingen die eruit sprong, hoewel mensen er niet echt op wilden inhaken, dat de risicofactor voor sterfgevallen obesitas en hypertensie en type 2-diabetes bleek te zijn. Waarom hypertensie? Zelfs als het onder controle is.

En de reden hiervoor is dat diabetes en hypertensie onder andere gepaard gaan met minder veerkracht in je bloedvaten. En dit is waar je de microstolling krijgt. Die microstolling leidt tot het stolsel.

Die stolsels kunnen in je hart terechtkomen, in je hersenen, in je longen, in je organen, en dat leidt tot de dood. COVID is geen verkoudheid. COVID is, zoals ze zeggen, dat er in Amerika 100 tot 150 mensen per dag sterven aan COVID.

Ik krijg nu nog steeds de gegevens van Maryland. Maryland, we verliezen, weet je, twee tot drie volwassenen per dag die sterven aan COVID. Het zijn geen volwassenen die op het randje van de dood staan.

Dit zijn verder gezonde volwassenen die toevallig een hoge bloeddruk hebben die onder controle is of diabetes type 2. Dus COVID is geen rhinovirus, geen mid-pneumovirus, zelfs geen griep. Het heeft een veel grotere neiging om dood te gaan bij kwetsbare individuen.

Het veroorzaakt geen dood bij niet-kwetsbaren, dus je moet een predisponerende factor voor dood hebben, wat volgens mij een verandering in de veerkracht van je bloedvaten is.

[Dana Parish] (35:54 - 36:13)

Ik denk dat de grotere bedreiging voor de gemiddelde persoon de herhaalde infecties gedurende je hele leven zijn. Wat denk je over de gevolgen van een paar keer per jaar besmet raken en ook over de gevolgen van zoveel vaccins?

[Dr. Robert Redfield] (36:14 - 38:40)

Op dit moment, omdat niemand heeft uitgevonden hoe je een immunoprotectief mechanisme kunt ontwikkelen om infectie te voorkomen, is de realiteit dat er herhaaldelijke infecties met het COVID-virus zullen zijn. En als je naar kinderen kijkt, zullen ze twee of drie keer per jaar besmet raken. En dat is gewoon de stand van het leven.

Degenen onder ons die ouder zijn en een slechte afloop kunnen krijgen, moedig ik aan om een vroege diagnose te stellen en een behandeling te volgen om ziekenhuisopname en overlijden te voorkomen. Het lijkt geen twijfel dat terugkerende infecties het menselijk lichaam in de richting van een ontstekingsbevorderende toestand duwen. Ik zou kunnen stellen dat veroudering niets anders is dan een ontstekingsbevorderende ziekte.

Dat is gewoon de realiteit. Er zijn mensen die tegen herhalingsvaccinaties zijn, zoals ik. Ik zou graag zien dat de FDA het veiligheidsprofiel van alle drie de vaccins kritisch bekijkt, maar vooral van Moderna en Pfizer, omdat ik denk dat de vaccins met gedood eiwit nu veiliger zijn.

Maar je hebt gelijk dat terugkerende infecties, en sommige mensen zullen tegen me pleiten, sommige zeer slimme mensen die ik respecteer, die niet van het idee van terugkerende vaccinaties houden omdat ze denken dat het ofwel het immuunsysteem kan uitbranden of het immuunsysteem kan aanzetten tot een pro-inflammatoire staat. Dit virus was erg ontwikkeld en mensen moeten zich dat realiseren. Ik bedoel, het was een gain-of-function onderzoeksvirus dat echt ontwikkeld was voor verschillende eigenschappen.

Ten eerste moest het via een aërosol worden overgebracht, zeer besmettelijk, omdat de Chinezen geen injectienaalden wilden gebruiken om hun leger of bevolking te vaccineren.

[Dana Parish] (38:41 - 38:47)

Dus wat betekent dat? Hoe zouden mensen, voor alle duidelijkheid, dat vaccin krijgen?

[Dr. Robert Redfield] (38:48 - 38:57)

Je kunt dat vaccin op veel verschillende manieren krijgen, maar in een populatie kun je het gewoon krijgen op de manier waarop deze pandemie zich heeft verspreid.

[Dana Parish] (38:58 - 39:05)

Dus je zou, dus het is als een zelfverspreiding, zoals ik het zou kunnen krijgen, en dan zou ik, door het feit dat ik het heb, het aan mijn familie kunnen geven waar ik mee samenwoon.

[Dr. Robert Redfield] (39:05 - 39:27)

Dat klopt, ja. Of er gaat een soldaat de kazerne in en hij kan iedereen in de kazerne besmetten, terwijl we allemaal gevaccineerd zijn. Dus het zou kunnen, sommige mensen zouden het medisch toedienen door aerosolisatie, sommige mensen zouden het intranasaal toedienen, juist, als je kijkt naar sommige vaccins die worden ontwikkeld.

Maar de waarheid is dat het een vaccin kan zijn dat zich op natuurlijke wijze verspreidt, oké?

[Dana Parish] (39:27 - 39:36)

Willen we dat? Ik bedoel, is dat, nou, weet je, is dat niet zoiets als, wat als je het niet wilt? Wat gebeurt er dan?

En je bent in het winkelcentrum.

[Dr. Robert Redfield] (39:37 - 40:25)

Ja, nee, ik zou het je niet kunnen vertellen, ik denk dat de Chinezen een vaccinvector aan het bouwen waren die ze wilden gebruiken om het Chinese leger en het Chinese volk te vaccineren, oké? Daar waren ze mee bezig. Het was doelgericht onderzoek.

En het andere wat ze deden was het interferon respons element uitschakelen. Dus dat betekende dat als je dit virus kreeg, je geen interferon activeerde. En dat betekende dat je geen symptomen kreeg, toch?

Dus het is gemaakt om te infecteren als vaccin, maar het veroorzaakt geen symptomen, oké? Dat is iets wat je zou willen. Als je een vaccin had, zou je niet willen dat iedereen ziek wordt.

[Dana Parish] (40:26 - 40:38)

Hoe zeker voel je je op dit moment? Ik weet dat je veel geheime documenten hebt kunnen inzien. Hoe zeker denkt u dat dit bio-engineered was in plaats van een natuurlijke besmetting?

[Dr. Robert Redfield] (40:38 - 40:44)

Nee, ik twijfel er niet aan. Ze zijn er honderd procent zeker van dat het bio-engineered was.

[Dana Parish] (40:44 - 40:49)

En je bent er zeker van dat het via vaccinonderzoek kwam? Is dat er?

[Dr. Robert Redfield] (40:50 - 42:16)

Dat is speculatief omdat ik niet over de interne gegevens beschik. Ik zeg dat als ik het samenstel weet je, je ofwel kunt suggereren dat het doelgericht onderzoek was om een gevaarlijke ziekteverwekker voor mensen te maken, wat ik niet denk dat het was. Of je kunt proberen te denken, wat voor doelgericht onderzoek kunnen ze gedaan hebben waarbij dit een gevolg zou kunnen zijn?

En dat is waar ik zeg dat het vaccinonderzoek had kunnen zijn om een vaccinvector te maken die via aerosol verspreid kan worden, waar je niet ziek van wordt. En het derde dat is gedaan, zijn de immunodominante responselementen. Zodat wanneer dit virus je infecteert, het je immuunsysteem niet aanzet tot een immuunrespons, een dominante immuunrespons die dit virus hardnekkig zou opruimen en zou voorkomen dat dit virus je opnieuw infecteert.

Omdat ze dat niet wilden. Ze wilden je steeds opnieuw kunnen besmetten met deze vector, want de ene dag zou hij mazelen opleveren, de volgende dag polio en de volgende dag hepatitis. Ze wilden dus een vector die ze meerdere keren in hetzelfde individu konden gebruiken.

Het individu zou geen duurzame dominante immuunrespons ontwikkelen die de werking van de vector zou verhinderen. Dat is wat ze aan het doen waren. En daar waren ze trouwens zeer succesvol in.

[Dana Parish] (42:18 - 42:21)

Zeer succesvol. Ik bedoel, is dit de toekomst van vaccins?

[Dr. Robert Redfield] (42:24 - 42:58)

Weet je, er is altijd een debat geweest. Weet je, we hebben altijd problemen gehad met het vaccineren van de wereld, of het nu om polio gaat. En ik zat in de commissie om polio in de wereld uit te roeien, een van de acht bestuursleden, zes bestuursleden.

En de uitdaging bij het uitroeien van polio is om iedereen gevaccineerd te krijgen. Kun je je voorstellen dat we iedereen tegen polio vaccineren door ze gewoon in het water te laten poepen en het vuil te maken, zodat iedereen gevaccineerd wordt en je er geen zorgen over hoeft te maken?

[Dana Parish] (42:59 - 43:01)

Nee, dat kan ik niet. Ik kan het me niet voorstellen.

[Dr. Robert Redfield] (43:01 - 43:38)

Je buit gewoon de methode van overdracht uit, of het nu aërosol of orale ontlasting is, en gebruikt dat als een mechanisme om je doel te bereiken om de wereld te vaccineren. Het zou een zeer effectieve manier zijn. Het is niet wat er echt wordt gedaan, maar het zou een zeer effectieve manier zijn om het te doen.

Het is een beetje waarom het vaccin van Sabin voor polio was zoals het was, waar het hoopte om kudde-immuniteit te krijgen door gevaccineerde mensen die hun virus, hun levend verzwakt virus, deelden met ongevaccineerde mensen, zodat die ongevaccineerde mensen gevaccineerd werden.

[Dana Parish] (43:40 - 43:44)

Hoe gaan we om met de ethische kwesties van dat en geïnformeerde toestemming?

[Dr. Robert Redfield] (43:44 - 43:46)

Oh, ik denk dat het enorme problemen zou opleveren.

[Dana Parish] (43:47 - 43:47)

Ja.

[Dr. Robert Redfield] (43:47 - 44:35)

Ja. Ik ben hier geen voorstander van. Ik zeg alleen dat dit, denk ik, geen groot probleem was in China of in het leger.

Weet je, als je in het leger zit, heb je niet echt, je geeft je vrijheid op om te kiezen toen ik 23 jaar in het leger zat, gaf ik mijn vrijheid op om ja of nee te zeggen tegen de vaccins. Ik denk dat ze 17 vaccins in mijn arm hebben gestopt toen ik in basistraining zat. Weet je, er zijn dus bepaalde situaties waarin je die vrijheid opgeeft.

Ik denk dat het Chinese leger erg op elkaar lijkt. Ik denk niet dat ze veel vrijheid hebben over wat er wel of niet gebeurt. Maar je vroeg me net hoe ik denk dat dit vaccin, dit virus is ontwikkeld.

Ik denk dat het opzettelijk is ontworpen als onderdeel van een biologisch bestrijdingsprogramma.

[Dana Parish] (44:36 - 44:38)

Wat was de rol van de VS daarin?

[Dr. Robert Redfield] (44:39 - 45:35)

Ik denk dat het substantieel was. En daarom, weet je, als je kijkt naar de verantwoordelijkheid voor China, ligt hun verantwoordelijkheid niet in het labwerk en het creëren van het virus. Hun verantwoordelijkheid ligt niet in het volgen van de internationale gezondheidsregels nadat ze zich realiseerden dat ze een probleem hadden en het toestaan van mensen zoals ik bij CDC om binnen 48 uur te komen helpen, zoals ze verplicht waren op basis van het verdrag.

Maar de rol van de VS was aanzienlijk. Ten eerste financierden ze het onderzoek, zowel vanuit NIH, het ministerie van Buitenlandse Zaken, USAID en het ministerie van Defensie. Alle vier deze agentschappen hielpen dit onderzoek te financieren.

Ten tweede is het wetenschappelijke brein achter dit onderzoek ene Ralph Barak van de Universiteit van North Carolina. En hij was erg betrokken bij dit onderzoek. Ik denk dat hij waarschijnlijk heeft geholpen bij het creëren van enkele van de originele virale lijnen, maar dat kan ik niet bewijzen, maar hij was erg betrokken.

[Dana Parish] (45:35 - 45:43)

En sommigen hebben gezegd dat ze bezorgd zijn dat het hier is ontwikkeld en dat China erin is geluisd. Is dat mogelijk?

[Dr. Robert Redfield] (45:43 - 45:51)

Ik weet niet of ze er ingeluisd zijn, maar ik denk dat er een reële mogelijkheid is dat de geboorteplaats van het virus Chapel Hill was.

[Dana Parish] (45:52 - 45:57)

Ja. Wat gebeurde er op de militaire spelen in oktober 2019?

[Dr. Robert Redfield] (45:58 - 46:25)

Nou, in augustus, september begonnen de eerste gevallen van COVID in Wuhan. Midden september was er duidelijk een groot probleem. Oké.

Omdat, en ik kan me de exacte datum niet herinneren. Ik denk dat het nu publiek domein is. Het was geheim, maar ik denk dat het 19 september was.

[Dana Parish] (46:25 - 46:25)

Rechts.

[Dr. Robert Redfield] (46:25 - 46:51)

Ze deden drie dingen. Ze veranderden de leiding van het lab omdat het een lab voor tweeërlei gebruik was. Ze veranderden het van civiel naar militair.

Dus het leger kreeg nu de leiding over het lab. Ze deden iets hoogst ongebruikelijks: ze verwijderden de onderzoekssequenties van COVID-virussen die ze jaren eerder hadden gemaakt. Dus de hele database werd gewist.

[Dana Parish] (46:52 - 46:52)

Rechts.

[Dr. Robert Redfield] (46:52 - 47:06)

Heel, heel ongebruikelijk. En het derde wat ze deden, wat volgens mij een verklikker is van wat er gaat gebeuren, is dat ze een contract gaven om het ventilatiesysteem in het lab opnieuw te doen. Dat klopt.

[Dana Parish] (47:07 - 47:09)

We hebben het over het Wuhan Instituut voor Virologie.

[Dr. Robert Redfield] (47:11 - 47:12)

Terug in september.

[Dana Parish] (47:13 - 47:15)

En dit was een BSL-2, toch?

[Dr. Robert Redfield] (47:15 - 47:24)

Het was een BSL-3, BSL-4 lab, maar we hebben goede documentatie dat ze het meeste onderzoek deden op BSL-2 niveau.

[Dana Parish] (47:26 - 47:26)

Rechts.

[Dr. Robert Redfield] (47:26 - 47:48)

En we hebben ook gegevens uit september dat sommige mensen in het Wuhan Instituut ademhalingsproblemen kregen. Oké. Onthoud wat ik zei, het is grotendeels asymptomatisch bij jonge mensen.

Dat betekent mensen onder de 60, 50, toch? Dus je zou niet...

[Dana Parish] (47:48 - 47:50)

Op dat moment, maar je zou niet zeggen, zou je dat nu nog steeds zeggen?

[Dr. Robert Redfield] (47:52 - 47:53)

Dat het asymptomatisch is?

[Dana Parish] (47:53 - 47:56)

Mijn vrienden van 20, 30 worden behoorlijk ziek.

[Dr. Robert Redfield] (47:57 - 49:05)

Ja. Nee, maar ik zeg niet... Ja.

Misschien heb je vrienden die behoorlijk ziek zijn geworden, maar dat kan 10% van je vrienden zijn geweest. Ik zeg dat waarschijnlijk minstens de helft van de mensen die COVID krijgen niet echt ziek wordt. Ze merken er niets van.

Oké. Het betekent niet dat de helft niet ziek wordt, maar veel mensen hebben niet het gevoel dat ze ziek zijn. En ik vermoed dat die laboratoriummedewerkers in september Wuhan zijn binnengekomen en het virus hebben verspreid.

Oké. En de epidemie begon. En als je kijkt naar smokkelpatronen die ook zijn vrijgegeven, zie je dat de smokkelpatronen veranderen naar ziekenhuisgebruik en parkeerplaatsen van ziekenhuizen.

En dus is het voor mij duidelijk dat de epidemie, deze virusepidemie begon in september, zich in september zo sterk uitbreidde dat het werd opgemerkt door de lokale autoriteiten. Oké. En ik vermoed dat ze Beijing hebben ingelicht, maar het werd op lokaal niveau afgehandeld.

Oké. En toen kwamen natuurlijk de militaire spelen begin oktober.

[Dana Parish] (49:06 - 49:06)

Rechts.

[Dr. Robert Redfield] (49:06 - 49:17)

En, weet je, opnieuw gebeurde er iets heel onregelmatigs, namelijk dat de regering van Wuhan toeschouwers verbood om naar de Spelen te gaan.

[Dana Parish] (49:18 - 49:18)

Rechts.

[Dr. Robert Redfield] (49:19 - 49:24)

Dat is hoogst ongebruikelijk. Het hele doel van deze spelen was om de wereld samen te brengen en mensen te laten kijken.

[Dana Parish] (49:25 - 49:28)

Ik hoorde dat het gewoon was afgesloten. De hele stad was afgesloten.

[Dr. Robert Redfield] (49:28 - 49:54)

Het werd stilgelegd. Maar de spelen gingen door, maar er konden geen toeschouwers naar de spelen. En dan na de spelen, als je kijkt naar de landen die het grootste probleem hadden, zoals je al zei, ik bedoel, waarom had Iran een groot probleem?

Iran was een van de grootste deelnemers aan de Spelen. De Verenigde Staten waren een grote deelnemer aan de Spelen. Frankrijk, een grote deelnemer aan de Spelen.

Rechts.

[Dana Parish] (49:54 - 49:58)

Dat was mijn vraag. Was dat de eerste superverspreider?

[Dr. Robert Redfield] (49:58 - 50:30)

Ik denk dat het de eerste superverspreider was. En ik wilde, ik probeerde, het lukte me niet. Ik wilde de militaire groepen over de hele wereld zover krijgen dat ze ermee instemden, samen met mijn eigen leger, om ons toe te staan antilichaamtesten uit te voeren op alle mensen op de spelen in januari.

Oké. Om te zien wat de prevalentie van infectie al was in die populaties. Natuurlijk hebben we dat niet kunnen doen.

Maar.

[Dana Parish] (50:31 - 50:37)

Is niet een deel van dit, is niet, zijn niet een paar monsters uit Spanje opgehelderd en was het vroeg?

[Dr. Robert Redfield] (50:38 - 50:42)

Ze ontdekten dat het in Italië was gevonden. Ze ontdekten dat er al een virus was in Italië.

[Dana Parish] (50:43 - 50:43)

Ja.

[Dr. Robert Redfield] (50:43 - 50:44)

Spanje. Ja.

[Dana Parish] (50:44 - 50:46)

Ik bedoelde van de atleten. Het spijt me. Ik bedoelde.

[Dr. Robert Redfield] (50:46 - 50:57)

Ja. Ik weet het antwoord niet. Misschien heb je betere gegevens dan ik.

Ik heb het niet onderzocht. Maar ik weet zeker dat de atleten toen besmet waren.

[Dana Parish] (50:58 - 51:08)

Ja. En waarom denk je dat dit verhaal van de natte markt, die maanden later plaatsvond, is gepromoot en gepromoot en gepromoot?

[Dr. Robert Redfield] (51:08 - 51:36)

Nou, en het is een van de redenen waarom de wetenschappelijke gemeenschap haar geloofwaardigheid heeft verloren. Ja. Luister, ik weet dat de natte markt een slaapplek was.

Juist. Toen ik George Gao sprak, mijn tegenhanger op oudejaarsavond, vertelde hij me dat hij 27 gevallen had van een nieuwe longontsteking die geen SARS of griep was. Oké.

En ze kwamen allemaal van de natte markt.

[Dana Parish] (51:37 - 51:37)

Ja.

[Dr. Robert Redfield] (51:38 - 53:58)

Ik zei tegen George, nou, George stuurde me de kleine lijstjes van alle 27 zaken. Ik zei tegen George, wat is jullie casusdefinitie? Hij zei, niet gespecificeerde longontsteking, geen griep, geen SARS van mensen van de natte markt.

Ik zei, nou George, dan kwam per definitie iedereen van de natte markt. Waarom probeer je te zeggen dat het allemaal van de natte markt kwam? Oké.

Weet je, ik ken SARS en ik ken MERS, maar je maakt hier een grote fout, net zoals we in het begin van de AIDS-epidemie deden, toen we zeiden dat HIV voorkwam bij homo's en drugsverslaafden. En dat was de enige plek waar mensen keken. Ik heb carrière gemaakt door naar gewone mensen te kijken en ik diagnosticeerde mannen en vrouwen en toonde aan dat het gewoon een seksueel overdraagbare aandoening was.

Het had niets te maken met homo zijn of drugsverslaafd zijn. Het had te maken met seks hebben met iemand die geïnfecteerd was. Oké.

Ik zei, George, je moet buiten de natte markt gaan kijken naar mensen met een niet nader omschreven longontsteking die niets met de natte markt te maken hebben. En dat deed hij. En twee of drie dagen later belde hij me en hij was een beetje emotioneel.

En hij zei, Bob, we hebben honderden en honderden gevallen en het heeft niets te maken met de natte markt. Dat is de CDC directeur van China. Dus met de eerste week van januari, de reden Fauci en de wetenschappelijke gemeenschap, oke, maakte het argument dat het kwam van spillover, en ze zouden beweren dit is wat er altijd gebeurt.

Nou, het is wat er altijd gebeurde voordat we meer functioneel onderzoek deden, want er was geen andere manier voor een zoönotische ziekteverwekker om bij mensen terecht te komen. Het moest van de natuur naar de mens gaan. Maar zodra we deze pathogenen begonnen te creëren, is er een andere weg, die van het laboratorium.

En de reden, Tony, en zij deden het omdat ik in januari met Tony en Collins sprak over het achterna gaan van beide hypothesen, natuurlijk en spillover. En heel snel, Jeremy Farrar, heel snel, hadden ze hun privé telefoongesprek. Ik was er niet bij betrokken.

En ze waren het er allemaal over eens dat er maar één verklaring was. Het moest de natuur zijn. Ze deden de Lancet huwelijksaankondiging die ik het noem.

Zij schreven de winstgevende oorsprongsnota, die in mijn ogen echt een soort bedrieglijke nota is.

[Dana Parish] (53:59 - 54:00)
Moet het worden ingetrokken?

[Dr. Robert Redfield] (54:00 - 54:01)
Absoluut. Absoluut.

[Dana Parish] (54:02 - 54:02)
Ja.

[Dr. Robert Redfield] (54:02 - 55:03)
Dat artikel was krankzinnig. De epidemie begon vier of vijf maanden voor hun artikel. Hun artikel is helemaal niet op waarheid gebaseerd.

Oké. Maar ze deden het om één reden. Ze zijn allemaal zeer tegenstrijdig en ze wilden het gain-of-function onderzoek beschermen, omdat het het gain-of-function onderzoek was dat deze pandemie veroorzaakte.

Of een andere manier om het te bekijken: de wetenschap heeft deze pandemie veroorzaakt, niet de natuur. En mensen zoals ik willen dat gain-of-function onderzoek sterk gereguleerd wordt, zo niet dat er een moratorium komt. En het zou niet moeten doorgaan totdat er een breder debat in de samenleving is, hebben we het nodig?

En ik ben er niet van overtuigd dat we het nodig hebben. Maar als de maatschappij gelooft dat we het nodig hebben, hoe doen we het dan op een veilige, verantwoordelijke, effectieve manier? Dat betekent dat we echt een enorme focus moeten hebben met meerdere checks and balances op biocontainment.

[Dana Parish] (55:04 - 55:07)
Is er iets goeds voortgekomen uit gain-of-function onderzoek?

[Dr. Robert Redfield] (55:07 - 55:08)
Ik zie het niet.

[Dana Parish] (55:09 - 55:10)
Geen therapeutica, geen vaccins?

[Dr. Robert Redfield] (55:10 - 56:11)

Vandaag niet. Ik denk dat we nu zoveel wetenschappelijke macht hebben. Vroeger kon je tijd winnen om een vaccin of tegenmaatregelen te ontwikkelen.

In plaats van twee jaar te wachten, kan ik een jumpstart krijgen, zodat het maar zes maanden duurt. Maar nu met de wetenschappelijke technologie die we hebben, kan ik deze tegenmaatregelen echt binnen twee tot zes weken maken. Ik heb geen functieversterkend onderzoek nodig.

Het is echt een risico. Als we het gaan doen, moeten we uitzoeken waar we het gaan doen. Wat zijn de één of twee of drie of vier plaatsen in de wereld waar we het gaan doen?

Wat zijn de redundancies in biocontainment die we gaan hebben? Ik herinner de mensen eraan dat ik CDC-directeur was. Ik heb Fort Detrick gesloten omdat het CDC onze maximale inperkingslaboratoria in het hele land inspecteert, en we zagen een aantal gebreken in hun inperkingsprocedures.

[Dana Parish] (56:11 - 56:13)

Dat was in 2019, correct?

[Dr. Robert Redfield] (56:14 - 56:16)

Ja, en we gaven ze de tijd om ze te corrigeren.

[Dana Parish] (56:16 - 56:17)

Wat was het probleem?

[Dr. Robert Redfield] (56:17 - 56:34)

Ik ga niet in op de details, maar ze waren aanzienlijk. Het is zoiets eenvoudigs als verontreinigend materiaal dat regelmatig in het milieu terecht komt, zoals het door de gootsteen verdwijnt.

[Dana Parish] (56:37 - 56:42)

Dit zijn enorme, enorme, enorme zorgen en ik denk dat het publiek er absoluut geen idee van heeft.

[Dr. Robert Redfield] (56:43 - 57:28)

Hoe dan ook, ik heb ze uitgeschakeld. Het was niet makkelijk, want veel van deze jongens waren mijn vrienden. Ik heb 23 jaar in het leger gezeten en we hebben ze ongeveer zes maanden stilgelegd totdat ze alles gecorrigeerd hadden en we er zeker van waren dat ze hun bio-inperkingsprocedures verbeterd hadden.

Dit is echt heel belangrijk. Op dit moment wordt er, zoals u weet, aan meerdere universiteiten in het hele land onderzoek gedaan naar de toename van de werking van de bacterie, en ze hebben helemaal geen geoptimaliseerde insluiting. NIH heeft net geld vrijgemaakt voor de Universiteit van Wisconsin om hun onderzoek naar vogelgriep te hervatten, zodat het efficiënt de mens kan infecteren.

[Dana Parish] (57:28 - 57:50)

Ik denk dat het een heel belangrijk onderwerp is om te behandelen. U en ik zitten nu allebei in de adviesraad voor bioveiligheid, dus ik weet dat dit onderwerp ons allebei na aan het hart ligt.

Voordat we ingaan op de vogelgriep, wat is volgens u het belang van de Risky Research Review Act die nu op tafel ligt?

[Dr. Robert Redfield] (57:51 - 58:53)

Ik denk dat het belangrijk is. Ik denk dat het belangrijk is. Helaas heeft de wetenschappelijke gemeenschap niet de geloofwaardigheid dat ze dit kunnen doen in het belang van de nationale veiligheid van de Verenigde Staten, en er moet een nationale veiligheidsevaluatie zijn van het onderzoek dat we financieren.

Als NIH of andere agentschappen besluiten om onderzoek te financieren dat gevolgen kan hebben voor de nationale veiligheid, dan denk ik dat het door een andere commissie moet gaan die het evalueert en het goedkeurt vanuit dat nationale veiligheidsperspectief. Ik ben een groot voorstander. Ik heb dit materiaal beoordeeld.

Ik denk dat het belangrijk is. Ik heb er sterk op aangedrongen dat ze... Aanvankelijk hadden ze één persoon van nationale veiligheid in het panel.

Ik zei dat ze er minstens drie nodig hadden, omdat de wetenschappers die ene persoon vrij gemakkelijk kunnen pakken. Ik denk dat we een moratorium moeten instellen op gain-of-function onderzoek, zoals ik heb gedaan in mijn Wall Street Journal opiniestuk, totdat dit allemaal is opgelost.

[Dana Parish] (58:54 - 59:00)

Dit betekent niet dat we niet zullen worden aangevallen door een oorlog. Het betekent niet dat.

[Dr. Robert Redfield] (59:01 - 59:01)

Helemaal niet.

[Dana Parish] (59:01 - 59:08)

Ik denk dat het ook belangrijk is om daarover te praten. Deze dingen zijn nog steeds mogelijk, zelfs als we hier parameters omheen zetten.

[Dr. Robert Redfield] (59:08 - 59:25)

We hoeven niet te helpen zoals we in 2012 deden, toen we precies de vier aminozuren publiceerden die je moet veranderen en breken om het zeer pathogeen voor de mens te maken en dat gewoon aan elke gek te geven die er is. Dat hoeven we niet te doen.

[Dana Parish] (59:26 - 59:31)

Is het mogelijk dat COVID een opzettelijke uitgave was?

[Dr. Robert Redfield] (59:32 - 59:49)

Ik denk het niet. Ik denk het echt niet. Ik ken enkele van de betrokken wetenschappers.

Ik denk alleen niet dat het dat was. Ik denk dat het waarschijnlijker is... Ik heb altijd gezegd dat het een gevolg is van wetenschappelijke arrogantie.

Ik denk dat de betrokken wetenschappers arrogant waren, dat ze dachten dat er nooit iets mis kon gaan.

[Dana Parish] (59:49 - 59:51)

Oh, ze zijn nog steeds ongelooflijk arrogant, nietwaar?

[Dr. Robert Redfield] (59:51 - 1:00:10)

Ja, ze denken dat er niets mis kan gaan, maar ik denk niet dat het opzettelijk was. Ik denk wel dat je ziet hoe emotioneel Tony Fauci wordt als Rand Paul hem een vraag stelt. Hij zegt, je beschuldigt me van het doden van vier miljoen mensen.

Rand wilde terugkomen en zeggen, nee, ik beschuldig je van het vermoorden van 20 miljoen mensen.

[Dana Parish] (1:00:11 - 1:00:22)

Ik denk dat het belangrijk is om de ondersteunende rol van Tony Fauci te verduidelijken. Hij is, naar mijn mening, een van de grootste voorstanders en financiers van gain-of-function onderzoek.

[Dr. Robert Redfield] (1:00:22 - 1:00:28)

Hij is de poster jongen. Ik vecht al sinds 2012 tegen hem over deze kwestie. Hij is de poster jongen van gain-of-function onderzoek.

[Dana Parish] (1:00:28 - 1:00:30)

Hoe komt hij aan zoveel macht?

[Dr. Robert Redfield] (1:00:30 - 1:01:08)

Hij bezat al het geld voor onderzoek. Hij had miljarden en miljarden dollars. Bovendien weet je misschien dat Dick Cheney in 2002, 2003 besloot dat de Verenigde Staten een veel agressiever programma voor biologische verdediging nodig hadden.

Hij haalde het weg bij Fort Detrick en het Amerikaanse leger, waar het thuishoort. En hij plaatste het bij de NIH onder Fauci en gaf hem \$40 miljard om het te leiden. Fauci heeft naast het NIH, NIAID's medische onderzoeksprogramma, ook het biodefensieprogramma van ons land geleid.

[Dana Parish] (1:01:09 - 1:01:19)

Dat is iets wat het publiek niet weet. Hij is een expert in bio-oorlogsvoering. Hij is een expert in het aerosoliseren van ziekteverwekkers.

[Dr. Robert Redfield] (1:01:19 - 1:01:22)

Hij leidt het programma sinds 2002, 2003.

[Dana Parish] (1:01:23 - 1:01:48)

Ja, het is absoluut ongelooflijk. U hebt uw ernstige bezorgdheid geuit over H5N1, de vogelgriep пандеміе die eraan zit te komen. Ten eerste, waarom denkt u dat het gaat gebeuren?

Als we de grote пандеміе al hebben gehad, was COVID dan niet de grote пандеміе? Waarom hebben we er twee achter elkaar? Hoe denk je dat dit gaat uitpakken?

[Dr. Robert Redfield] (1:01:48 - 1:03:04)

COVID is een kleine пандеміе. Ik zeg altijd dat het de kleine пандеміе was. In Europa hadden we de grote pokken en de kleine pokken.

Mensen realiseren zich niet dat de grote pokken syfilis was. Het was een gevaarlijk iets. Het doodde veel mensen.

Toen hadden we de pokken. Maar het feit is dat COVID een kleine pandemie was. Het richtte veel schade aan.

Het kostte meer dan 20 miljoen mensen het leven. Het kostte waarschijnlijk 25 biljoen dollar aan kostengeld. Het was niet echt een gevaarlijke ziekteverwekker in die zin dat de meeste individuen in de menselijke soort niet gevoelig waren voor slechte uitkomsten.

Als je kijkt naar H5N1 dat we tot nu toe hebben gehad, of H7N9 dat we tot nu toe hebben gehad, in de gevallen die zich voornamelijk in Azië, Zuidoost-Azië, hebben voorgedaan, waar het van bijvoorbeeld een vogel naar de mens is gegaan, en dan is de mens de eindgastheer. Het gaat niet van mens op mens.

Maar als je kijkt naar die menselijke gevallen, dan is het sterftecijfer ongeveer 40%. We hebben dat nog niet gezien in de vroege gevallen in de VS, maar we zijn er vroeg bij.

[Dana Parish] (1:03:04 - 1:03:11)

We hebben minder dan 19 gevallen in de VS. We moeten duidelijkheid scheppen, want er gaan geruchten dat het al van mens op mens is. Dat is niet zo.

[Dr. Robert Redfield] (1:03:12 - 1:04:07)

Nooit van mens op mens gezien. Er is een artikel van mensen uit Missouri of Mississippi, waar het CDC onderzoek doet naar mogelijke gevallen van mens op mens. Ze dachten dat ze gevallen hadden bij mensen die niet waren blootgesteld aan vogels of melkkoeien. Ik denk dat het vogels waren.

Maar ik heb geen bewijs gezien dat ze dat bevestigd hebben. Oké. Dus ik heb geen bewijs van overdracht van mens op mens.

Maar wat ik wel heb, is bewijs van een pandemie bij kippen en kalkoenen die zich echt begon uit te breiden in 2019, zodat als we hier nu kijken, zes jaar, vijf jaar later, we kijken naar meer dan 100 miljoen kippen en kalkoenen die nu besmet zijn in de Verenigde Staten.

[Dana Parish] (1:04:07 - 1:04:09)

Waarom is er zo weinig moeite gedaan om het in te dammen?

[Dr. Robert Redfield] (1:04:10 - 1:04:26)

Want de enige manier om het in te dammen is door nu alle dieren te doden, is de strategie. Oké. Je kijkt naar toen het in de melkkoeien kwam, hoe de veeboerderijen het niet eens wilden diagnosticeren.

[Dana Parish] (1:04:27 - 1:04:27)

Rechts.

[Dr. Robert Redfield] (1:04:27 - 1:05:30)

Oké. Dus de enige keer dat ze het echt beginnen te zien, zoals in St. Minnesota en zo, als ze het in hun kuddes hebben, gaan de vogels gewoon dood. En de echte kosten zijn dan hoe je van al die besmette vogels afkomt.

Juist. Hier zou meer interesse voor moeten zijn. En ik werk samen met een ander bedrijf aan een soort behandeling tegen H5N1 voor dieren.

Juist. Omdat ik denk dat er een agrarisch voordeel kan zijn dat we kunnen leren hoe we ze kunnen behandelen in plaats van ze allemaal te doden. Behandelen en isoleren, in plaats van de hele kudde te doden.

Of in het bijzonder nu we, en daar zullen we het nog over hebben, melkkoeien hebben, wat me echt zorgen baarde, omdat melkkoeien graag rond varkens hangen. En als de griep bij varkens terecht is gekomen, is dat een probleem, want daar vindt de meeste herschikking van griep plaats voor infectie bij mensen. En natuurlijk heb je twee weken geleden de eerste gevallen van vogelgriep bij varkens gezien.

[Dana Parish] (1:05:31 - 1:05:37)

Dat heb ik gedaan. Dat deed ik, maar ik denk ook niet dat wat je zegt is dat dit van nature zal evolueren om in mensen te springen.

[Dr. Robert Redfield] (1:05:38 - 1:07:45)

Dat zijn dus de soorten. Wat er nu is gebeurd, sinds we kippen en vogels en eenden hebben, sinds 2019, zijn we nu bij 28 zoogdiersoorten in de Verenigde Staten. Dus in de afgelopen zes jaar is het erachter gekomen dat het zich bezighoudt met beren en bobcats en muizen en dolfinnen en zeehonden.

En onlangs nog melkkoeien en varkens. Dus we zitten met 28 zoogdieren in Amerika, toch? Binnen die zoogdieren gaat het niet van zoogdier tot zoogdier.

Er was wat verdenking bij de melkkoeien, maar het lijkt er echt op dat ze elkaar besmetten via het melkapparaat, besmette melkapparaten. Er is enig bewijs in Zuid-Amerika dat het misschien van zeehond op zeehond is overgegaan, omdat ze daar veel zeehonden hebben uitgeroeid, maar het is niet echt duidelijk. In het algemeen lijkt het erop dat dit virus niet heeft geleerd van zoogdier op zoogdier te gaan.

Het kan verschillende zoogdieren infecteren. En zoals je weet, hebben we nu zo'n negen gevallen in de VS bij mensen of zoiets, maar het is niet echt in staat om van mens op mens over te gaan. We weten wat het moet doen om van mens op mens over te gaan, het moet vier aminozuren veranderen en we weten precies waar die moeten zitten.

Maar ik ben het met je eens, vier aminozuren op zeer specifieke posities is een enorme soortbarrière. Ik bedoel, het kan echt tientallen jaren, zo niet eeuwen, duren voordat dat gebeurt. Maar in het laboratorium, waar je nu mensen betaalt, de Universiteit van Wisconsin, om dit doelbewust te doen, denk ik dat het zeer waarschijnlijk is dat we een in het laboratorium gecreëerde vogelgriep krijgen die mensen infecteert, en ik denk dat het onwaarschijnlijk is dat het maximaal kan worden ingeperkt.

Het zal ontsnappen en de menselijke soort infecteren. En zodra het eruit is, is het eruit.

[Dana Parish] (1:07:47 - 1:08:02)

En wat bedoel je daarmee? In termen van, zoals met COVID, het gaat gewoon nooit meer weg? Of bedoel je dat je de tandpasta niet terug in de tube kunt stoppen?

Als het eenmaal van mens op mens is, zal het zich snel verspreiden en we zullen zien...

[Dr. Robert Redfield] (1:08:02 - 1:08:09)

Binnen een jaar zullen wereldwijd tientallen miljoenen, zo niet honderden miljoenen mensen besmet raken.

[Dana Parish] (1:08:10 - 1:08:13)

Denk je dat het op handen is?

[Dr. Robert Redfield] (1:08:16 - 1:08:33)

Ik denk dat door de arrogantie in de wetenschap op dit moment, en het gebrek van de wetenschappelijke gemeenschap om eerlijk te zijn en te zeggen, weet je, we hebben hier een fout gemaakt. Ik denk dat het helaas waarschijnlijk is.

[Dana Parish] (1:08:34 - 1:08:38)

Zie je dit potentieel in de komende 24 maanden?

[Dr. Robert Redfield] (1:08:39 - 1:08:51)

Nou, ik denk dat we daarom waakzaam moeten zijn over het pushen van een moratorium op gain-of-function onderzoek. Ik denk dat we daarom waakzaam moeten zijn over het opschalen van onze biocontainment.

[Dana Parish] (1:08:52 - 1:08:54)

Kunnen we het stoppen? Is het te laat?

[Dr. Robert Redfield] (1:08:55 - 1:09:19)

Het is nooit te laat. Met andere woorden, het is nooit te laat. Maar ik denk, weet je, ik bedoel, ik denk dat er veel manieren zijn waarop we kunnen...

Ik bedoel, ik kan binnen een week universiteiten zover krijgen dat ze geen onderzoek meer doen naar 'gain-of-function', want het enige wat ik doe is zeggen: prima, als je onderzoek doet naar 'gain-of-function', als je betrokken bent bij medewerkers die onderzoek doen naar 'gain-of-function', dan krijg je geen financiering van NIH of een andere overheidsinstantie. Morgen stoppen ze ermee.

[Dana Parish] (1:09:21 - 1:09:26)

Dus het is van het grootste belang om hier nu parameters omheen te zetten?

[Dr. Robert Redfield] (1:09:26 - 1:10:16)

Ik denk dat we het moeten reguleren en ik denk dat we krachtig moeten zijn. En weet je, als mensen tegen me zeggen dat we geen grenzen kunnen stellen aan onderzoek naar de toename van functies, dan gaat het om de hele wereld. Ik zeg, ik denk dat het vrij eenvoudig is.

Als je betrokken bent bij gain-of-function onderzoek, dan krijg je geen geld van de Verenigde Staten voor biomedisch onderzoek, punt. En als je samenwerkt met een universiteit of een bedrijf dat erbij betrokken is, krijg je geen geld van de Verenigde Staten, punt. Het is nog steeds jouw vrije keuze.

Je wilt het doen, prima, maar je bent niet... de Verenigde Staten gaat geen enkel aspect van je onderzoek financieren. Weet je, voor North Carolina, weet je, zou ik gewoon, weet je, North Carolina's onderzoeksfinanciering van NIH, als ze niet volledig willen meewerken om te begrijpen wat er echt gebeurd is met COVID, zou ik gewoon hun financiering opschorten.

[Dana Parish] (1:10:18 - 1:10:30)

U hebt eerder gezegd, u zei het eerder in ons interview van vandaag, dat een vaccin niet de oplossing is voor H5N1, voor een vogelgriep-pandemie.

[Dr. Robert Redfield] (1:10:30 - 1:10:31)
Dat klopt.

[Dana Parish] (1:10:31 - 1:10:33)
Wat zou het antwoord zijn?

[Dr. Robert Redfield] (1:10:33 - 1:10:54)
Uitgaande van de ontwikkeling van antivirale geneesmiddelen. Ze hebben antivirale middelen die werken, en hopelijk werken die. Ik bedoel, ik heb er een waar ik nu aan werk met het bedrijf dat ik noemde.

We hebben er een die zeer actief is tegen H5N1. En het mooie is dat het één pil is, één keer, en die werkt minstens twee weken.

[Dana Parish] (1:10:54 - 1:10:57)
Zou je dat profylactisch kunnen gebruiken?

[Dr. Robert Redfield] (1:10:57 - 1:11:50)
Dat klopt. Je kunt dus gaan denken dat je mensen kunt vertellen dat ze twee keer per maand een pil moeten slikken en die chemo profylactisch kunnen gebruiken. Ik denk dat dat het antwoord is.

Antivirale geneesmiddelen ontwikkelen met therapeutische en chemo profylactische werkzaamheid. Dat is hoe we het gaan aanpakken. Kijk naar de griepvaccins die we al heel lang hebben.

Oké. En als je kijkt naar de griepvaccins, in een goed jaar zijn ze 50% effectief. Maar de waarheid is dat ze niet erg goed werken.

Toen ik CDC-directeur was, mijn eerste jaar, was het vaccin ongeveer 25% effectief. En slechts 50% van het Amerikaanse publiek nam het. Dus dat betekent dat 12,5% beschermd zou zijn en de pandemie helemaal niet onder controle zou hebben.

En, weet je, griepvaccins werken gewoon niet zo goed. Dat is alles wat ik zeg.

[Dana Parish] (1:11:51 - 1:12:15)
Ik denk dat we het ook moeten hebben over de mogelijkheid, want nogmaals, er is veel hype rond neusvaccins, sterilisatievaccins, je weet wel, intranasale vaccins die COVID-infectie zouden kunnen blokkeren, die griepinfectie zouden kunnen blokkeren. Ik denk dat er een is voor griep die niet erg goed werkt. Er zijn proeven geweest voor COVID, één die in de tweede fase faalde.

Hoe denk je over de mogelijkheid daarvan?

[Dr. Robert Redfield] (1:12:16 - 1:12:58)
Ik denk dat het een redelijk iets is om te onderzoeken. Het idee zou zijn dat ze hogere niveaus van uitscheidend IgA in de luchtwegen zouden krijgen, wat dan misschien beter is in het neutraliseren van het virus bij het tot stand brengen van een infectie. Maar dat is allemaal hypothetisch.

En dat ontwikkelen tot een effectief vaccin dat echt werkt, en dan ook nog eens werkt bij meer dan 90% van 95% van de mensen, is een heel ander spel. In het algemeen is ons vermogen tot immunoprofylaxe tegen griep niet erg goed, toch? Zoals ik al zei, in het beste geval is het een kwestie van de munt omdraaien.

[Dana Parish] (1:12:59 - 1:13:03)

Met wat we nu hebben, heb je het over ExoFluza, Tamiflu.

[Dr. Robert Redfield] (1:13:03 - 1:13:39)

Ja, allemaal. Maar nu hebben we een aantal goede antivirale middelen. Ik bedoel, weet je, en we moeten betere antivirale middelen en betere antivirale middelen krijgen.

Biloxivir, weet je, hebben we. Tamiflu hebben we. Maar ik denk dat we steeds betere antivirale middelen kunnen krijgen.

Weet je, het probleem met Tamiflu en Biloxivir op dit moment is dat het griepvirus weet hoe ze te omzeilen en resistentie te ontwikkelen tegen beide middelen. Dus, weet je, als je kijkt naar wat je eerder zei over een Operatie Warp Speed voor de ontwikkeling van antivirale medicijnen, denk ik dat dat echt de toekomst is.

[Dana Parish] (1:13:40 - 1:13:49)

Komt er ooit een tijd dat COVID geen bedreiging vormt? En zullen we ooit een profylaxe voor COVID hebben?

[Dr. Robert Redfield] (1:13:51 - 1:14:41)

Daar weet ik het antwoord niet op. Ik betwijfel of er ooit een tijd zal komen dat COVID geen belangrijk menselijk pathogeen is dat de dood kan veroorzaken. Oké.

Ik denk dat dit voor het einde der tijden is. Ik denk dat het een wetenschappelijke vraag is die beantwoord zou moeten kunnen worden, of de wetenschap er nu wel of niet diep induikt en kan begrijpen wat de immunoregulerende mechanismen zijn waarop we ons moeten richten om te voorkomen dat COVID een infectie kan veroorzaken. Maar tot nu toe is dat nog niet het geval.

En, weet je, ik bedoel, ik probeer mensen eraan te herinneren dat we dit jaar 50 tot 80.000 mensen gaan verliezen door COVID.

[Dana Parish] (1:14:42 - 1:14:46)

Neem je daar op dit moment voorzorgsmaatregelen tegen?

[Dr. Robert Redfield] (1:14:49 - 1:15:02)

Nee, ik bedoel, ik heb er echt geen last van. De grootste voorzorgsmaatregel die ik neem, is ervoor zorgen dat ik thuis snelle COVID-testen heb, samen met Paxlovid voor het geval ik geïnfecteerd raak.

[Dana Parish] (1:15:03 - 1:15:06)

Heb je eerder COVID gehad en hoe ging het?

[Dr. Robert Redfield] (1:15:06 - 1:15:54)

Ja, ik heb twee keer COVID gehad. Mijn vrouw heeft het drie keer gehad. De mijne waren, weet je, een kritieke vermoeidheid en het voelde echt niet goed voor een paar dagen.

Mijn vrouw was behoorlijk ziek toen we de eerste keer in Afrika waren en we konden haar Paxlovid geven, waardoor ze weer beter werd. Ik dacht dat ze misschien naar het ziekenhuis moest, maar ze draaide bij. En de andere twee keren was ze gewoon erg moe en voelde ze zich een paar dagen een beetje rot.

[Dana Parish] (1:15:54 - 1:16:02)

Heeft u gedachten over metformine en andere, je weet wel, ivermectine, dingen die in diskrediet werden gebracht, maar misschien toch enig nut hebben?

[Dr. Robert Redfield] (1:16:04 - 1:16:45)

Ik schrijf geen van beide voor aan mijn COVID-patiënten, maar ik ben erg tegen mensen die artsen proberen te verhinderen om off-label geneesmiddelen te gebruiken voor hun patiënten met toestemming van de patiënt. Toen hydroxychloroquine werd aangeprezen, was ik CDC-directeur. Ik liet de MMWR alles publiceren wat we wisten over hydroxychloroquine bij gebruik bij mensen.

En CDC-mensen werden heel boos op me. Ze zeiden, dat kun je niet doen. Ik zei, nou, ik ben er geen voorstander van.

[Dana Parish] (1:16:45 - 1:16:46)

Wat was hun zorg?

[Dr. Robert Redfield] (1:16:47 - 1:16:51)

Ze hadden het gevoel dat ik het gebruik ervan op de een of andere manier aanmoedigde door het erin te zetten.

[Dana Parish] (1:16:52 - 1:16:55)

Maar er was toch een in vitro onderzoek?

[Dr. Robert Redfield] (1:16:56 - 1:17:11)

En ik wilde dat mensen wisten wat we wisten. Als je ervoor kiest om het te gebruiken, wil ik dat je weet wat we weten over hoe het te gebruiken, wie het gebruikt heeft, wat ik denk. Ik denk dat artsen het verdienen om alles te weten wat we erover weten.

En dat was mijn houding. Ik deed het niet voor iedereen.

[Dana Parish] (1:17:11 - 1:17:14)

Wat kan het kwaad? Ik begrijp het niet. We weten dat het een oude veilige drug is.

[Dr. Robert Redfield] (1:17:15 - 1:17:29)

Omdat ze, ja, ze waren er gewoon tegen. Ik bedoel, dat is het. De mensen waren gewoon, hun gedachten waren gesloten.

Dezelfde reden waarom ze gesloten waren tegen ivermectine. Als de gouden standaard van de wetenschappelijke gemeenschap niet zegt dat dit is wat je moet doen, dan kun je het dus niet doen.

[Dana Parish] (1:17:29 - 1:17:32)

Is dat omdat het goedkoop en generiek is? Ik weet het niet.

[Dr. Robert Redfield] (1:17:32 - 1:17:54)

Ik weet het niet. Ik weet alleen dat het ongepast was dat ze dat probeerden te controleren. Ze hebben zelfs de licenties van sommige artsen afgenomen.

Ik bedoel, op dit moment, in mijn lange COVID-kliniek, waar ik veel van doe, al mijn patiënten die ik behandel voor lange COVID, velen van hen behandel ik niet, ik volg ze gewoon. Maar degenen die ik behandel zijn allemaal op off-label regimes, toch?

[Dana Parish] (1:17:54 - 1:17:55)

Ja, natuurlijk.

[Dr. Robert Redfield] (1:17:56 - 1:18:26)

Dus ik denk niet dat we zo hardhandig moeten zijn als Fauci en de FDA om te voorkomen dat artsen off-label middelen gebruiken, of het nu ivermectine, hydroxychloroquine of metformine was. Ik denk dat je artsen en patiënten zelf moet laten beslissen. En als we informatie hebben, zoals ik heb gedaan met de MFWR, dan moeten we die informatie openbaar maken zodat mensen weten wat we weten.

[Dana Parish] (1:18:27 - 1:19:21)

Absoluut. Ik vind het fascinerend dat je een lange COVID-kliniek leidt en dat je echt op de eerste rij zit bij wat deze ziekte kan zijn. Heeft dit je kijk op andere complexe chronische ziekten beïnvloed?

Ik had een ernstig geval van Lyme. Ik had hartfalen. Ik heb geluk dat ik nog leef, maar er waren 12 artsen voor nodig om de diagnose te stellen en me te behandelen met langdurige antibiotica, die ik maar heel kort, ongeveer acht maanden, nam en toen werd ik beter.

Chronische Lyme is een enorm, ook controversieel, politiek, medisch debacle dat veel overlap heeft met COVID. Zie je dit soort dingen nu anders, of hoe keek je aan tegen mensen zoals ik met complexe chronische aandoeningen?

[Dr. Robert Redfield] (1:19:21 - 1:19:29)

Ik houd me al heel lang bezig met de ziekte van Lyme. In feite diagnosticeerde ik het allereerste geval van de ziekte van Lyme in Virginia in de jaren 70.

[Dana Parish] (1:19:30 - 1:19:31)

Dat meen je niet. Dat is zo interessant.

[Dr. Robert Redfield] (1:19:31 - 1:19:33)

Toen iedereen zei dat het buiten niet gebeurde.

[Dana Parish] (1:19:33 - 1:19:36)

Hoe zag dat eruit? Hoe zag dat eruit? Dat wist ik niet.

[Dr. Robert Redfield] (1:19:36 - 1:20:46)

Het was een piccolospeelster en een vrouw in onze legerband, en haar symptomen waren dat ze haar vingers niet meer zo snel kon bewegen als vroeger. Toen ik haar onderzocht, kwam ik erachter dat ze een geschiedenis had van een tekenbeet met een rode laesie, en iedereen zei: nee, dat kan ze niet hebben. Ze zijn hier niet.

Omdat we nieuwsgierig waren, gingen we met dekens over haar terrein en sleepten een heleboel teken mee. We ontdekten dat de teek die in verband werd gebracht met Lyme, zich in

feite in Virginia bevond. Toen hebben we een aantal speciale testen op haar gedaan en bewezen dat ze inderdaad de spirocheten en antilichamen tegen Lyme had. Lyme was natuurlijk al bezig aan een opmars door ons land.

Ik ben een groot voorstander van het idee dat langdurige antibioticatherapie in het algemeen niet geïndiceerd is voor Lyme na bijvoorbeeld 60 dagen. Ik ben echter ook van mening dat post-Lyme symptomatologie zeer vaak voorkomt en zeer ernstig en invaliderend is.

[Dana Parish] (1:20:47 - 1:20:50)

Ben je het ermee eens dat het organisme blijft bestaan?

[Dr. Robert Redfield] (1:20:50 - 1:21:04)

Ja. Ik denk niet dat het gedreven wordt door het organisme. Nogmaals, we krijgen zoiets als COVID.

Ik denk dat het wordt veroorzaakt door bepaalde antigenen van het organisme die het immuunsysteem hebben aangezet om de verkeerde kant op te gaan.

[Dana Parish] (1:21:04 - 1:21:07)

Denk je dat het komt doordat het organisme genezen is?

[Dr. Robert Redfield] (1:21:08 - 1:21:37)

Ik zou zeggen dat het zich niet vermeerdert in het lichaam. Wanneer je de Lyme-geletterde jongens krijgt, en Maryland is er groot mee. Laat me je vertellen dat we hier enorme groepen hebben.

Toen ik hoofd ID was in Maryland, had ik tenminste een open geest en ging ik naar al hun medewerkers en leerde alles wat ze hadden. Maar ik denk echt niet dat er overtuigend bewijs is dat een significant aantal mensen met langdurige Lyme symptomen actief replicerende spirocheten heeft.

[Dana Parish] (1:21:37 - 1:21:41)

Maar we weten dat het na maanden in het ruggenmerg is gevonden.

[Dr. Robert Redfield] (1:21:41 - 1:22:04)

Er zijn er een paar geweest en we zagen hetzelfde met syfilis. Een van mijn docenten was degene die alles deed met syfilis. Het enige dat we kunnen zeggen is dat spirocheten enorm gevoelig zijn voor ceftriaxon en penicilline.

Dus over het algemeen ben ik geen voorstander geweest. Ik denk dat het langste dat ik ooit iemand heb behandeld 60 dagen is.

[Dana Parish] (1:22:05 - 1:22:17)

Dus wat gebeurt er op dag 61 als deze symptomen overgaan in fibromyalgie en neurologische aandoeningen, en we weten dat deze spirocheten zijn aangetroffen in de hersenen van Alzheimer- en MS-patiënten?

[Dr. Robert Redfield] (1:22:17 - 1:22:31)

Ja. Dus we blijven de patiënten controleren en symptomatisch behandelen. En ik heb echt bijna al mijn patiënten gehad die binnen 12 maanden een significante verbetering van hun dominante klacht hadden zonder langdurige antibiotica.

[Dana Parish] (1:22:31 - 1:22:32)

Wat doe je ervoor?

[Dr. Robert Redfield] (1:22:34 - 1:22:54)

Dat hangt ervan af. Soms is het ontstekingsremmend. Soms is het gewoon luisteren.

Maar mijn argument is dat het niet om antibiotica gaat. Ik heb net zoveel patiënten gehad bij wie langdurig infusen werden ingebracht en die secundaire infecties en hele erge complicaties kregen door langdurige intraveneuze antibioticatherapie.

[Dana Parish] (1:22:54 - 1:23:02)

Ik heb nooit infusen gebruikt en ik denk dat antibiotica voorzichtig en veilig moeten worden gebruikt. Maar er is zoveel complexiteit en er zijn andere door vectoren overgedragen ziekten.

[Dr. Robert Redfield] (1:23:02 - 1:23:13)

Het grootste probleem dat ik heb met chronische Lyme, en toen ik CDC-directeur was, wilde ik dit doen, is dat heel weinig mensen die Lyme hebben, alleen Lyme hebben.

[Dana Parish] (1:23:13 - 1:23:13)

Rechts.

[Dr. Robert Redfield] (1:23:14 - 1:24:36)

De gemiddelde teek die je Lyme geeft, geeft op zijn minst twee andere ziektes tegelijkertijd door, waarvan we geen diagnose stellen, terwijl het anaplasmosis of ehrlichia is, of zelfs mijn eigen CDC ontdekte toen ik directeur was, we ontdekten een gloednieuw virus dat nu in teken zat. Er is dus een enorm aantal. Ik probeerde geld te krijgen van het Congres om teken te verzamelen uit elke regio in het land en om uit te zoeken welke ziekteverwekkers er in elk van die groepen teken zitten, zodat ik een grafiek kon maken waarop stond: dit zijn de zeven teken in dit gebied en dit zijn de ziekteverwekkers die ze bij zich dragen.

Hier is een diagnostische test die je patiënt kan zien. Hier is een matrix van, laten we zeggen, de test voor Louisiana, of hier is de test van daar. We kunnen veel nauwkeuriger de diagnose stellen, niet dat je Lyme hebt, want daar hebben we testen voor en daar richten mensen zich op, maar dat je Lyme hebt plus dit, dit en dit.

Maar als ik mensen behandel voor Lyme, en ik doe die 60 dagen antibiotica, behandel ik ze vaak met een combinatie van meerdere antibiotica die volgens mij drie verschillende ziekteverwekkers behandelen.

[Dana Parish] (1:24:37 - 1:24:47)

Ik denk dat dit zeer waardevol advies en input van jou is. Kijk je naar, geef je om de tests of stel je echt een klinische diagnose?

[Dr. Robert Redfield] (1:24:47 - 1:25:05)

Ik heb de testen niet zo goed. Ze zijn niet zo goed. We sturen het op.

In het algemeen is wat ik doe het gebied echt goed kennen, een geschiedenis opnemen en dan kijken naar wat de waarschijnlijke ziekteverwekkers zijn waarvan ik denk dat ze ook in de teek kunnen zitten, en dan denk ik.

[Dana Parish] (1:25:06 - 1:25:08)

Waar behandel je mee als je bij hen komt?

[Dr. Robert Redfield] (1:25:08 - 1:25:15)

Het varieert. Het varieert. Het varieert.

Uiteraard doxycycline, clindamycine, maar het varieert.

[Dana Parish] (1:25:16 - 1:25:32)

Het is geweldig om te horen dat je deze combinatietherapieën gebruikt, want ik denk dat dat mijn leven heeft gered. Ik had eigenlijk ook Bartonella, wat natuurlijk kattenkrabziekte is, maar alles daarover. Ik weet zeker dat jij er veel meer over weet dan de meeste mensen, gezien je achtergrond in HIV.

[Dr. Robert Redfield] (1:25:32 - 1:26:00)

De meeste mensen met post Lyme problemen hebben veel meer dan alleen Lyme. Ik probeer meestal Bartonella te behandelen. Het komt vaak voor.

Anaplasrose komt veel voor. Lickia komt vaak voor. Af en toe zien we Babesiose.

De waarheid is dat doxycycline niet voor alles werkt. Daarom doe ik de combinaties, of ik dat doe en clindamycine.

[Dana Parish] (1:26:01 - 1:26:15)

Heb je geluk gehad? Bartonella kan ook zo resistent zijn. Heb je geluk gehad met het uitroeien of in ieder geval het uitbannen van de symptomen?

Want wat ik van zoveel patiënten en ouders en kinderen met PANS hoor, is dat het echt heel moeilijk is.

[Dr. Robert Redfield] (1:26:16 - 1:26:24)

Nee, ik denk dat ik vrij veel geluk heb gehad. Ik doe het nu al, nou ja, sinds ze het voor het eerst ontdekten bij AFIP, wat lang geleden is.

[Dana Parish] (1:26:25 - 1:26:34)

Dr. Redfield, ik ben zo blij dat we dit gesprek vandaag konden hebben. Zoveel mensen, zoveel dingen. Ik weet dat u een boek heeft geschreven.

Krijgen we het te lezen?

[Dr. Robert Redfield] (1:26:35 - 1:26:51)

Ja, dus twee dingen. Het is triest. Ik schreef een inleiding van 60 pagina's om te proberen de grote bedrijven geïnteresseerd te krijgen in mijn boek, wat ik belangrijk vond omdat ik een viroloog was en het hoofd van CDC.

[Dana Parish] (1:26:52 - 1:26:53)

Ik denk dat dat ook belangrijk is.

[Dr. Robert Redfield] (1:26:53 - 1:29:07)

En ik ben behoorlijk ver gekomen en ik heb een geweldige ghostwriter. Hij heeft 25 bestsellers in de lucht. Hij is erg goed, maar hij is niet goedkoop.

Maar uiteindelijk hebben alle grote bedrijven mijn boek afgewezen omdat ze het ongepast vonden dat ik suggereerde dat het COVID-virus afkomstig was uit een lab in China. Ik denk niet dat ze dat nu nog zouden vinden. Dat was drieënhalve, vier jaar geleden.

En toen bood het bedrijf Skyhorse aan om mijn boek uit te geven en het is een goede uitgever, maar ze boden me niet genoeg geld om mijn ghostwriter te betalen. Dus ik ga nog steeds mijn boek maken. Ik kijk nu naar 2026.

Hopelijk declassificeert Trump tegen die tijd de rest van de informatie die nog steeds geheim is. En omdat het Congres ervoor heeft gestemd om alles geheim te houden, maar Biden heeft dat nooit gedaan. Dus hopelijk wordt alles gedeclassificeerd, want de eerste keer dat iedereen in de Senaat en het Congres stemde voor declassificatie, was het unaniem en hij deed het niet.

Dus hopelijk krijgen we het allemaal vrijgegeven en dan kan ik alles vertellen wat ik weet. Dat zou geweldig zijn. En het doel van het boek is om te kijken naar wat er is gebeurd, maar nog belangrijker, om het boek meer te richten op de voorbereiding op de volgende pandemie.

Ik ben er een groot voorstander van dat we in de Verenigde Staten een programma hebben dat in verhouding staat tot de dreiging. En ik denk dat bioveiligheid, ik geef eigenlijk een lezing, ik vertrek vanmiddag, ik gaf het een lezing morgen, nationale veiligheid lezing, waar ik geloof dat bioveiligheid een van de grootste nationale veiligheidsbedreigingen in de Verenigde Staten is. En ik denk dat we een programma moeten ontwikkelen dat in verhouding staat tot de dreiging.

Dus ik wil graag een proportioneel programma. We hebben defensie en aannemers voor de traditionele dreiging. We hebben een ander programma nodig met biobeveiligingsaannemers voor de biobeveiligingsdreiging.

[Dana Parish] (1:29:08 - 1:29:23)

Dit is een enorme bio nationale veiligheid en wereldwijde veiligheidskwestie. En ik denk dat het belangrijk is dat u dit verduidelijkt, want er verschijnen artikelen in de lekenpers over de volgende pandemie, maar het publiek kan hier niets aan doen. Dit moet van de overheid komen.

[Dr. Robert Redfield] (1:29:23 - 1:30:06)

De overheid moet het doen. Ik probeer het energiedepartement zover te krijgen dat ze het doen, omdat ze vijf goede laboratoria hebben en dan kunnen ze de aannemers beheren, wat een grote groep aannemers zou zijn voor de ontwikkeling van antivirale medicijnen, vaccins, diagnostiek, persoonlijke beschermingsmiddelen, gerichte medische apparatuur. Zodat we echt een team van lange termijn aannemers hadden om een industrie op te bouwen.

Het is waarschijnlijk zo'n 200 tot 250 miljard dollar per jaar nodig, maar het zou onze natie voorbereiden zodat we niet eindigen met wat naar ik verwacht een catastrofaal verlies aan levens zou zijn als we het niet doen.

[Dana Parish] (1:30:07 - 1:30:12)

Absoluut. Is dit wat je 's nachts wakker houdt? Is dit het ding?

[Dr. Robert Redfield] (1:30:12 - 1:30:16)

Dit is het ding. Dit is wat me politiek geactiveerd houdt.

[Dana Parish] (1:30:17 - 1:30:22)

Dus als patiënten je willen bereiken om een afspraak te maken, ben je dan wel open?

[Dr. Robert Redfield] (1:30:22 - 1:30:29)

Ja. Ik weet niet of je het kunt zien. Dat is mijn kaartje.

Kun je het zien?

[Dana Parish] (1:30:29 - 1:30:33)

Ik kan het zien. Dus het is gbmc.org. Klopt dat?

[Dr. Robert Redfield] (1:30:34 - 1:30:57)

Het GBMC, wat staat er? Het telefoonnummer hier om een afspraak te maken, Robert Redfield, MD. Het is 410-683-3380.

Je bent in Maryland, klopt dat? In Maryland. Yep.

En mijn kantoor is in Timonium, Maryland.

[Dana Parish] (1:30:57 - 1:31:06)

En je gebruikt dingen zoals Miravaroc. Dat is geweldig. En zo te horen heb je succes.

[Dr. Robert Redfield] (1:31:06 - 1:31:29)

Ja, ik heb veel succes. Ik heb verschillende regimes voor verschillende dingen. Als het microstolling is, kijk ik naar drievoudige antistollingstherapie.

Als het cognitieve disfunctie is, doe ik veel Miravaroc en andere modifiers van je chemokine routes. We doen ook veel mastcelstabilisatietherapie. Maar we krijgen echt opmerkelijke resultaten.

[Dana Parish] (1:31:30 - 1:31:46)

Geweldig. Heel erg bedankt voor uw tijd, Dr. Redfield. Ik waardeer het echt.

Bedankt voor je komst vandaag. Abonneer je of volg ons voor meer interessante gesprekken. En ik hoor graag van je.

Dus laat een reactie achter of stuur me een berichtje. Laat me weten wat je ervan vindt.