



The
UNIVERSAL
ANTIDOTE

A Surgeon's Education on Chlorine Dioxide

ROBERT YOHO, MD

Det universella motgiftet – En kirurgs utbildning om klordioxid

ROBERT YOHO, MD

AUTOMATÖVERSÄTTNING - UNDERSÖK NOGA ORIGINALKÄLLA PÅ ENGELSKA:

“The Universal Antidote - A Surgeon’s Education on Chlorine Dioxide”

Inverness Press

Copyright © 2026 av Robert Yoho, MD. Alla rättigheter förbehållna.

Omslagsbild: *Alkemisten, i sökandet efter De vises sten, upptäcker fosfor* av Joseph Wright of Derby (1771), Derby Museum and Art Gallery, public domain. Digital reproduktion med tillstånd från Wikimedia Commons.

Vem som helst får kopiera vilket kapitel som helst i denna bok ordagrant och återpublicera det så länge korrekt källhänvisning anges och kopian förblir gratis. Jag tar aldrig ut någon avgift för att länka till eller kopiera mitt innehåll. Om du vill använda detta material på något annat sätt, fråga mig. Jag har ännu inte nekat någon.

Jag skriver för att utbilda och rapportera nyheter till mina läsare. Detta är mina åsikter och allmänna kommentarer. Det är inte medicinsk eller annan rådgivning. Jag har pensionerat mig från yrkesutövning och avsagt mig min läkarlegitimation, så jag kan ändå inte behandla dig. Detta bör försäkra dig om att mina intressekonflikter är minimala. Dina vårdgivare är de enda som ansvarar för din vård och kan ge råd om behandling. Granska dem, visa respekt, men överge aldrig ditt kritiska tänkande.

Jag har ingen ekonomisk relation till någon vårdgivare eller institution. Jag har inte mottagit någon finansiering från någon källa. Jag äger inga betydande aktier inom sjukvårdssektorn och får inte heller ersättning från företagskällor.

Jag tillhandahåller inte juridiska, investeringsmässiga, redovisningsmässiga eller andra professionella tjänster. Även om jag har gjort mitt bästa vid förberedelsen av denna bok lämnar jag inga utfästelser eller garantier beträffande dess riktighet eller fullständighet. Jag friskriver mig från alla underförstådda garantier om säljbarhet eller lämplighet för ett visst ändamål. Ingen garanti får skapas eller utvidgas genom försäljningsrepresentanter eller skriftligt försäljningsmaterial. De råd och strategier som finns här kanske inte är lämpliga för din situation. Du bör rådfråga en professionell person när det är lämpligt. Använd denna information på egen risk. Jag ansvarar inte för utebliven vinst eller andra kommersiella skador, inklusive men inte begränsat till särskilda, tillfälliga, indirekta, personliga eller andra skador.

Klordioxid är inte godkänt av USA:s livsmedels- och läkemedelsmyndighet (FDA) för medicinsk användning på människor. De doser och protokoll som jag beskriver för behandling av sjukdom har inte licensierats av amerikanska myndigheter. Andra länder, inklusive Bolivia, har godkänt dess användning i specifika kliniska sammanhang. Den rättsliga statusen för egen beredning och användning i medicinskt syfte varierar mellan olika jurisdiktioner. Läsaren bör undersöka lagarna i sin egen jurisdiktion innan han eller hon agerar utifrån något som beskrivs på dessa sidor, och bör överväga att samarbeta med en kliniker som är bekant med ämnet vid allvarlig sjukdom.

Gemenskapsresurserna i bokens avslutande material inkluderar nätverk av läkare och utbildningsprogram för kliniker.

RobertYohowriter@gmail.com

POB 50007, Pasadena, Kalifornien, 91115

E-bok ISBN: kommer senare

Tryckt ISBN: kommer senare

Ämneskoder:

MED035000 MEDICIN / Hälso- och sjukvårdens organisation

HEA028000 HÄLSA & FITNESS / Frågor inom hälso- och sjukvård

MED069000 MEDICIN / Toxikologi

TILLÄGNAN

Till Jim Humble, klordioxidens ursprungliga gangster (OG).

1933–2023

Och till apostlarna som fortsätter hans arbete: Andreas Kalcker, Mark Grenon, Kerri Rivera.

Och de som kom senare: Dave Oates, the Curious Outlier, Susan Raj och andra.

Ni har alla ridit på orkanen och på något sätt tagit er ut på andra sidan.

Att för en kort stund få stå bland er som en skrivare har varit den största äran i mitt liv, och jag har kommit tillräckligt nära för att ana det gudomliga.

MOT-TILLÄGNAN

*Till den kriminella FDA, som har mördat miljontals genom att dölja och förtala klordioxid. I en rättvis värld skulle era korrupta ledare vara fängslade på livstid, era anställda skulle kastas ut och tvingas se era byggnader brinna, och er mutade, degenererade organisation skulle vara borta för alltid. Detta är redan på väg att ske, men rättvisans hjul snurrar långsamt.**

Om omslaget

Målningen på omslaget är *Alkemisten, i sökandet efter De vises sten, upptäcker fosfor och ber för att hans operation ska få ett lyckligt slut, såsom var sed bland de forntida kemiska astrologerna*, av Joseph Wright of Derby. Han färdigställde den 1771 och omarbetade den 1795. Originalen hänger på Derby Museum and Art Gallery. Bilden är public domain och laddades ner i hög upplösning från Wikimedia Commons.

Målningen skildrar ett ögonblick från 1669 då Hamburg-alkemisten Hennig Brand, i sitt sökande efter De vises sten som skulle förvandla oädla metaller till guld, av misstag upptäckte grundämnet fosfor genom att koka ner koncentrerad urin. Den lysande kolven är den enda ljuskällan i rummet. Alkemisten knäböjer framför den med utsträckta armar, i en hållning som Wright lånade från avbildningar av helgon som mottar uppenbarelser. Två assistenter till vänster arbetar i skenet från levande ljus, omedvetna om upptäckten. Kammaren är återgiven som ett gotiskt kapell.

Jag valde denna målning till omslaget på *Det universella motgiftet* eftersom parallellen är själva poängen. Brand letade efter en sak och fann något annat, mer användbart än det han sökte. Jim Humble, som letade efter guld i Guyanas djungel i slutet av 1990-talet, försökte desinficera sitt arbetslags dricksvatten med natriumklorit och fann ett botemedel mot malaria. Patienter och kliniker världen över har kommit till klordioxid för ett specifikt tillstånd och slutat med svar på ett halvdussin andra problem som de inte visste att de hade. Upptäckter kommer inte alltid enligt tidtabell, och de kommer inte alltid i den form som upptäckaren förväntar sig.

Jag valde den också eftersom den religiösa kompositionen är korrekt. Kammaren lyser. Den knäböjande gestalten är fylld av vördnad. Två århundraden före mig visste målaren att det gör något med en människa att se ett ämne bete sig på det sätt som klordioxid beter sig. Jag började som skeptiker och hamnade där alkemisten är. Det har också de flesta av människorna vars berättelser förekommer i dessa kapitel.

FÖRORD

Varje tillräckligt avancerad teknik är omöjlig att skilja från magi.

—Arthur C. Clarke

Sent under 2023 skickade en vän mig en video med en irriterande tysk vid namn [Andreas Kalcker](#). Han påstod att en billig, lättframställd lösning botade allt från AIDS till cancer och varje känd infektionssjukdom. Jag avskyr överdrifter, och han talade med den sorts löjeväckande säkerhet som får mig att stänga en webbläsarflik, och dessutom var han bara doktor. Tre strejker. Jag tyckte att hela saken var löjlig.

Jag hade hoppat över större delen av kemilektionerna i skolan och aldrig studerat elektroteknik, så de tekniska delarna av hans föreläsning var svåra för mig. När jag såg den i dubbel hastighet fann jag inget som enkelt gick att verifiera, så jag lade projektet åt sidan. Flera månader gick innan jag återvände till det.

Sedan skickade Christian Elliot mig [sin intervju](#) med Kalcker, tillsammans med ett dussintal referenslänkar. Elliot har inga av mina fördomar, och han tänker bättre än jag gör. Den här gången lyssnade jag.

Ämnet kallas klordioxid (CD). Molekylen är ClO₂, och NASA kallade det ett universellt motgift 1987.

Det är ett billigt, vattenlösligt desinfektionsmedel som använts industriellt sedan 1970-talet och som har varit föremål för hundratals säkerhets- och effektstudier. Environmental Protection Agency godkänner det för blekning av papper, sterilisering av dricksvatten i över 500 kommunala anläggningar i USA, munsköljningar inom tandvård, sterilisering av kirurgiska instrument, tvätt av livsmedel och vattenbruk. Honungsbin, som är bland de mest bekämpningsmedelskänsliga arterna på jorden, tolererar det i de utspädningar som används.

Samma molekyl, i utspädningar långt under dem som används för att rena vatten, behandlar mänskliga sjukdomar. Hundratals sjukdomar, inklusive sådana som den etablerade medicinen inte har någon behandling för.

Vid det här laget tror du att jag är galen, och jag skulle ha hållit med dig i oktober 2023. Listan över tillstånd som klordioxid påstås ha botat låter som en fantasi. AIDS. Borrelia. Autism. Bukspottkörtelcancer. Typ 1-diabetes. Multipel skleros. Long Covid. Vaccinskador. Reumatoid artrit. Malaria, 154 av 154 i [en studie från Röda Korset](#) som stoppades innan publicering. Tiotusentals fall av tyfoidfieber och malaria som hanterats av missionärer i Afrika. Covid, där 100 av 100 allvarliga fall vändes i Ecuador. Listan omfattar dussintals kategorier med tusentals vittnesmål bakom varje.

En kort lista över botbara sjukdomar låter som bedrägeri, men en lång lista låter som något annat.

Ett enskilt dramatiskt tillfrisknande från cancer i stadium fyra är lätt att avfärda som spontan remission, och två sådana tillfrisknanden ser ut som en slump. Hundra är svårare, och tusen är ett mönster som kräver en mekanism. Femton miljoner användare världen över, med aktiva vittnesmålskanaler som samlar deras berättelser på ett dussin språk, är inte längre anekdoter. Det är data, insamlade utanför de institutionella kanaler som kontrollerar ordet "evidens".

Paul Marik, den etablerade intensivvårdsläkaren som under de senaste åren har dokumenterat undertryckta behandlingar för kroniska sjukdomar, uttrycker det väl: "Tusen anekdoter har blivit data." Jag skulle gå längre. De är bevis.

Hur jag hamnade här

Vägen från att se Christian Elliots intervju till att själv ta ämnet tog nio månader. Jag började med dokumentären på theuniversalantidote.com, som är den bästa enskilda referensen om användning av klordioxid. Därefter läste jag [Jim Humbles böcker](#), de som han befriade från upphovsrätt innan han dog.

Jag intervjuade [Kerri Rivera](#), mamman som använde klordioxid för att hjälpa sin autistiske son att återhämta sig och som sedan dess har hjälpt över 100 000 barn, och jag spårade upp [Mark Grenon](#), som lärde sig om ämnet direkt av Humble själv och har nästan två decenniers klinisk erfarenhet. Jag läste Andreas Kalckers publicerade forskning om CDS (chlorine dioxide solution), hans vidareutveckling av Humbles ursprungliga protokoll, och jag gick med i två Telegram-kanaler med sammanlagt över 100 000 medlemmar och såg de dagliga vittnesmålen passera förbi.

Mekanismen är inte troshelande eller magi. Klordioxid är ett oxidationsmedel, och mänskliga celler hanterar vanlig oxidation varje dag genom inbyggda antioxidantsystem som har utfört det arbetet sedan kroppen var ett foster. Patogener, biofilmer och skadad vävnad hanterar det sämre, vilket är anledningen till att ett mildt och riktat oxidationsmedel dödar de sjuka delarna av systemet utan att störa de friska. Effekten är i princip inte mystisk, men den är obekvämlig för den industri som är byggd kring kronisk sjukdom, och det var den delen av berättelsen som tog mig ett år att ta till mig.

Vad den här boken är

Jag har skrivit om klordioxid på min Substack, *Surviving Healthcare*, sedan november 2023, med tjugotvå inlägg hittills. Varje inlägg tog mellan 30 och 80 timmar att producera, och de överlappar varandra. Vissa är intervjuer med samma personer ur olika vinklar, vissa reviderar ståndpunkter jag tidigare hade, och vissa tillför nytt material från kliniker som jag ännu inte hade träffat.

Det som följer är den rensade versionen av den resan. Upprepningarna är borta, och materialet är ordnat så att en läsare som är ny inför klordioxid följer vägen från själva ämnet, till människorna som utvecklade det, till protokollen, till de tillstånd det behandlar, till den undertryckandekampanj som har försökt begrava det i fyrtio år. Introduktionen, slutsatsen och det sammanbindande materialet mellan kapitlen är nyskrivna.

En läsare som läser klart kommer att ha det mesta som behövs för att tala med en kliniker, utvärdera vittnesmålen i de stora kanalerna och avgöra om ämnet ska användas personligen. En läsare som redan använder klordioxid kommer att hitta vissa förtydliganden av vanliga debatter, material om MMS-kontra-CDS-frågan som har splittrat gemenskapen, samt en komplett referenssamling att ge till en skeptisk familjemedlem.

Du behöver inte ta mitt ord för någonting här. Referenserna i slutet av varje kapitel är dokumenterade och nästan alla är offentliga, så kontrollera dem. Medicinens slutsatser som du lärde dig i skolan har haft fel om så mycket annat att fler exempel på institutionella lögnar borde vara lättare att överväga nu än de skulle ha varit för tjugo år sedan.

Detta är inte artiga reservationer. Forskning som har undertryckts i fyrtio år kommer inte att bli av-
undertryckt genom ytterligare ett stycke försiktiga formuleringar, så jag framför argumenten för
klordioxid öppet. Argumenten mot det, såsom de formuleras av FDA, en fångad media och en
förgiftad medicinsk litteratur, finns också här, eftersom läsaren förtjänar att se vad den andra sidan
säger.

Denna boks tes är att en noggrann studie av evidensen stöder klordioxid som en fungerande
behandling för de flesta kroniska tillstånd som den moderna medicinen har gett upp hoppet om. Jag
ändrade uppfattning om klordioxid, och en läsare som läser klart denna bok kommer åtminstone att
förstå varför.

Här finner du mitt bästa försök att förklara dosering och användning. Ingen av dessa är fullständigt
klarlagda i det mesta av referensmaterialet.

Robert Yoho, MD
Pasadena, Kalifornien
Juni 2026

INTRODUKTION

Ämnet, smutskastningen och rörelsen

Klordioxid har gömt sig mitt framför ögonen på oss i två århundraden. Det framställdes första gången 1811 av Sir Humphry Davy. På 1940-talet förstod industrikemister att det var det starkaste praktiskt användbara oxidationsmedlet i desinfektionsverktygslådan. På 1970-talet hade det ersatt klor i kommunala vattenreningsverk över hela USA eftersom det inte bildar några cancerframkallande biprodukter, dödar ett bredare spektrum av patogener och fungerar vid lägre koncentrationer.

Om du bor i USA är sannolikheten stor att vattnet från din kökskran har behandlats med klordioxid. American Water Works Association listar det som ett primärt desinfektionsmedel. Environmental Protection Agency reglerar restkoncentrationerna. Över 500 kommunala anläggningar i USA använder det dagligen på hundratals miljoner människor, med ett fyrtioårigt säkerhetsregister mätt i miljarder gallon.

Samma molekyl, intagen i mycket lägre koncentrationer, har varit föremål för en världsomspännande patientdriven rörelse sedan 2006. Femton miljoner människor på sex kontinenter använder den. Två Telegram-kanaler som är dedikerade till vittnesmål om klordioxid har tillsammans över 100 000 medlemmar och får dagligen nya fallrapporter. Patienter använder den mot kronisk borrelia, autism, skador efter vaccination, long Covid, cancer, autoimmuna sjukdomar, virusinfektioner, svampinfektioner, tandabscesser, hudsjukdomar, tarmsjukdomar och ett dussintal andra kategorier. Berättelserna om tillfrisknande är dramatiska, varaktiga och verifierade genom upprepade tester.

Den etablerade medicinen kallar allt detta för farligt nonsens. De har fel.

Detta är den bok jag själv hade velat ha i november 2023, när jag började läsa om klordioxid och inte fann något som förklarade ämnet, protokollen, personligheterna, historien och undertryckandet på ett och samma ställe. Pierre Korys senaste bok är det närmaste som finns inom den etablerade medicinska litteraturen, och jag rekommenderar den. Dokumentären [The Universal Antidote](#), som finns gratis på theuniversalantidote.com, är den bästa videointroduktionen och den bästa enskilda referensen på nätet om klordioxid. Jim Humbles gratisböcker är den mest direkta källan till hans ursprungliga protokoll, och Andreas Kalckers publicerade material är det mest tekniskt detaljerade. Kerri Riveras *Healing the Symptoms Known as Autism* är grundtexten för hennes arbete med barn. Mark Grenons böcker är en annan källa. Du kan få tag på dem här och [här](#).

Min bok ansluter sig till dessa resurser, inte i stället för dem. Den sammanfattar ett och ett halvt års arbete, tjugotvå publicerade essäer, dussintals intervjuer och samtal, flera hundra timmars video samt den dokumenterade erfarenheten hos en kliniker med fyrtio års erfarenhet som började som skeptiker och slutade där du finner honom nu.

Molekylen

Klordioxid är en liten, neutral molekyl med formeln ClO_2 . Namnet kan vara förvirrande eftersom människor hör ordet "klor" och tänker på simbassänger och blekmedel.

Klordioxid innehåller en kloratom, men den beter sig inte som elementärt klor och bildar inte hypoklorit på samma sätt som blekmedel gör. Det är ett oxidationsmedel, inte ett kloreringsmedel. Skillnaden är som mellan en kökskniv och en motorsåg. Båda skär, men de är inte samma verktyg.

När klordioxid stöter på en patogen mikroorganism, en viruspartikel eller en biofilm avlägsnar den elektroner från cellulära komponenter och stänger av organismen inom några sekunder.

Däggdjursceller hanterar rutinemässigt normal oxidation genom inbyggda antioxidantsystem, inklusive glutation, superoxiddismutas och katalas. Patogena mikroorganismer med tunna skyddande lager har mindre marginal för fel. Det terapeutiska fönstret är brett, och koncentrationer som dödar patogener ligger långt under dem som skadar vävnad.

Reaktionen producerar kloritjonen, som kroppen utsöndrar genom njurarna. Det finns ingen giftig metabolit. Det finns ingen ansamling. Det finns ingen organskada vid terapeutiska doser.

Farmakokinetiken liknar en övergående oxidativ impuls: molekylerna anländer, oxiderar det som kan oxideras och är borta inom några minuter.

Dosen har betydelse, precis som med varje ämne. I intervallet 10 till 100 ppm som används i standardprotokoll har daglig användning under flera månader inte visat någon toxicitet i publicerade djurstudier eller under fyrtio års användning på människor. Vid de mycket högre koncentrationer som används för industriell pappersblekning eller chockdesinfektion av vattentankar är klordioxid irriterande för luftvägarna och måste hanteras med personlig skyddsutrustning.

Sammanblandningen av dessa två koncentrationsnivåer har varit ett medvetet drag från myndigheter och den fångade median i femton år.

Två sätt att framställa det

Den första beredningen är "Miracle Mineral Solution", eller "MMS", den ursprungliga form som populariserades av Jim Humble i början av 2000-talet. För att framställa MMS kombinerar användaren några droppar 22,4-procentig natriumklorit (NaClO_2) med lika många droppar av en syraaktivator, låter reaktionen fortgå i trettio sekunder i ett rent glas, späder resultatet med ett glas vatten och dricker det. Alternativt kan man blanda den mängd man tolererar (se nedan) i en liter vatten och dricka det under loppet av åtta timmar.

Standardsyran är 4-procentig saltsyra (HCl), som finns billigt hos kemikalieleverantörer eller i vilken järnhandel som helst som saltsyra (muriatic acid) i högre koncentrationer som du enkelt kan späda själv. Citronsyra och citronsaft fungerar också men orsakar fler matsmältningsrelaterade biverkningar. Hela proceduren tar mindre än två minuter, kräver ingen specialutrustning och de två flaskorna med ingredienser kostar omkring 40 dollar på Amazon och räcker för de flesta patienter i mer än ett år.

Den andra beredningen är "CDS" (chlorine dioxide solution), som populariserades av Andreas Kalcker från slutet av 2000-talet. För att framställa den utför användaren samma reaktion mellan natriumklorit och syra i en liten förseglad burk, fångar upp klordioxidgasen när den bildas och löser den i en uppmätt volym destillerat vatten i en yttre behållare.

Resultatet är en vattenlösning på 3 000 ppm av ren klordioxid, fri från den förbrukade natriumklorit som finns kvar i MMS. CDS har en skarp smak, färre matsmältningsrelaterade biverkningar och lång hållbarhet om den förvaras kyld i en mörk glasflaska. Tillverkningsprocessen är betydligt mer

komplikerad än för MMS och kräver specialglas samt noggrann teknik. Resultatet måste hållas kallt.

Det ursprungliga MMS är det starkare av de två och den version som ligger bakom de dramatiska botanden av malaria och autism som byggde upp rörelsen. CDS har aldrig botat någon av dessa sjukdomar. De flesta patienter i västerländska spansktalande och engelskspråkiga grupper känner nu ämnet som CDS snarare än MMS eftersom Kalcker, som under senare år har varit mer synlig än Humble och är en bättre marknadsförare, lyckades etablera sin förfining som den moderna versionen.

Marknadsföringen var effektiv, men farmakologin förändrades inte för att motsvara den. MMS i lägre koncentrationer ger samma mildare biverkningsprofil som CDS erbjuder, utan tillverkningskomplexiteten, kravet på kylförvaring eller behovet av specialglas. Att späda MMS är enkelt, och detta är den metod som kliniska nätverk i tredje världen använder. De flesta av dem har ingen tillgång till den glasutrustning eller de kylskåp som CDS kräver, och de producerar ofta botanden som användare av CDS i den utvecklade världen fortfarande försöker uppnå.

För någon som är ny inför ämnet, börja med MMS i den lägre delen av doseringsintervallet, följ Protocol 1000 från Curious Outliers återpublicerade texter i kapitel 6 och 7, och öka efter hand som din tolerans tillåter.

CDS har en roll i specifika tillämpningar, inklusive intravenösa och lokala beredningar, där renare kemi har betydelse. För oral användning är MMS originalet, det billigaste alternativet, det mest kliniskt validerade och den version som har bäst dokumentation av botanden.

Blekmedelssmutskastningen

År 2010 utfärdade USA:s Food and Drug Administration den första i en serie konsumentvarningar mot Miracle Mineral Solution, kallade det ”industriellt blekmedel” och varnade för att det kunde orsaka svåra kräkningar, diarré, uttorkning, njursvikt och död. Varningarna upprepades av Federal Trade Commission, Health Canada, Therapeutic Goods Administration i Australien och av varje Wikipedia-redaktör som har rört artikeln sedan dess.

Uttrycket ”industriellt blekmedel” är en medveten lögn. Natriumklorit, råmaterialet som patienter använder för att framställa klordioxid, har industriella användningsområden, inklusive blekning av textilier och papper. Klordioxiden som produceras genom att aktivera det hemma är en annan kemisk substans, använd vid en annan koncentration, med en annan mekanism och för ett annat syfte. Att kalla den resulterande drycken för ”industriellt blekmedel” är som att kalla kranvatten för ”industriellt kylmedel” eftersom samma molekyl, vatten, kyler kärnreaktorer.

Medierna accepterade myndigheternas redogörelse eftersom de stora mediekanalerna är köpta och betalda av globalisterna som tjänar på patenterade läkemedel. De fungerar, i varje viktig fråga, som ett propagandaverktyg. Pressmeddelandena kom från myndigheter vars budgetar är beroende av läkemedelspartnerskap, vars högre tjänstemän rör sig fritt mellan myndighetspositioner och konsulroller i företag, och vars uppdrag aldrig har varit att göra patienter friska.

När blekmedelsetiketten väl var etablerad upprepade varje efterföljande artikel den. Genesis II Church of Health and Healing, som drevs av familjen Grenon för att distribuera MMS och skydda arbetet under religiösa organisationsskydd, stämplades som en sekt. Patientvittnesmål avfärdades som anekdoter. Det pediatrika arbetet med autism påstods vara barnmisshandel. Utredarna

framställde Kerri Rivera som en fara. De åtalade Mark Grenon för federala brott, utlämnade honom från Colombia och fängslade honom.

Etiketten bestod eftersom alternativet skulle ha krävt att systemet erkände att ett openterbart oxidationsmedel tillverkat vid köksbordet hade överträffat läkemedelsbehandlingar inom dussintals sjukdomskategorier under årtionden. Ingen myndighet skulle erkänna det. Inget läkemedelsföretag skulle finansiera studierna för att bevisa det. Ingen medicinsk tidskrift skulle publicera resultaten.

Samma historia har berättats om varje effektiv generisk behandling som konkurrerar med patenterade läkemedel. Ivermektin blev ”hästmedicin”. Hydroxyklorokin blev ”akvarierengöring”. Metylenblått blev en ”farlig och ostuderad kemikalie”, trots att det är det äldsta syntetiska läkemedlet i kontinuerlig medicinsk användning, understött av ett Nobelpris och 130 års säkerhetsdata. Mönstret är så konsekvent att det är halva arbetet med att hålla sig frisk i den kontrollerade medicinens era att känna igen smutskastningen när den drabbar en ny molekyl.

Blekmedelssmutskastningen nådde sin största publik under pandemin 2020. Vid en pressträff i Vita huset i april frågade president Trump om desinfektionsmedel kunde användas inne i kroppen mot Covid. Pressen förklarade att han hade sagt åt amerikaner att dricka blekmedel och drev historien i månader. Formuleringen var oklar, men blekmedelsetiketten hade redan kopplats till klordioxid i ett årtionde, och episoden gjorde det möjligt för pressen att sprida smutskastningen till en mycket större publik än FDA-varningarna någonsin hade nått. Huruvida Trump hade informerats om det samtida latinamerikanska arbetet med klordioxid mot Covid är inte bekräftat.

Omfattningen av den nuvarande användningen

När jag berättar för kollegor att femton miljoner människor världen över använder klordioxid tittar de på mig som om jag hade sagt att de har två huvuden. Siffran är ingen gissning. Den är arbetsuppskattningen från [COMUSAV Mundial](#), den internationella sammanslutningen av läkare som använder CDS, med avdelningar som nu är aktiva i över 30 länder. Siffran inkluderar uppskattningsvis 2,5 miljoner användare i Bolivia, där senaten legaliserade klordioxid för Covid-behandling år 2020 och där läkare har använt det på Covid-positiva patienter i sjukhusmiljö med dokumenterade resultat. Den inkluderar också den bredare latinamerikanska patientgruppen, den största i världen, samt en mindre men snabbt växande användarbas i Europa, Ryssland, Indien och USA.

Gemenskapen är inte underjordisk. Den är flerspråkig och välorganiserad. Den största engelskspråkiga vittnesmålskanalen, [Chlorine Dioxide Testimonies](#) på Telegram, har över 70 000 medlemmar. Dave Oates, flygmekaniker till yrket och en av personerna jag intervjuade, grundade och driver kanalen. De spanskspråkiga, tyskspråkiga och ryskspråkiga kanalerna är större. Två dokumentärfilmer, *The Universal Antidote* (2021) och *QuantumLeap* (den ursprungliga dokumentären om klordioxid), finns tillgängliga gratis på Rumble och har setts av miljontals människor trots att de har förbjudits på YouTube.

Ett kontrollerat medicinskt etablissemang som försöker undertrycka ett billigt botemedel kan inte kontrollera hela världen. Det har förlorat kontrollen över berättelsen samtidigt som smutskastningen hålls vid liv i den engelskspråkiga pressen. Antalet människor som varje månad hittar fram till klordioxid, ofta efter att standardvården har misslyckats, ökar. Ökningen är snabbast bland de befolkningsgrupper som har skadats mest av Covid-injektionerna, där patienter med stroke,

myokardit, neurologiska skador och turbo-cancer finner ämnet genom patientnätverk och uppnår återhämtningsnivåer som ingen läkemedelsbehandling har kunnat matcha.

Jag förväntar mig inte att någon ska finna denna redogörelse trovärdig vid första läsningen. Bokens argument är att noggrann studie kommer att föra en beslutsam skeptiker från misstro, genom tvivel, till preliminär acceptans, och att nästa steg, från acceptans till användning, är upp till läsaren och läsarens familj.

En karta över boken

Del ett handlar om upptäckten. Den täcker ämnet, människorna som utvecklade dess medicinska användning och den tidiga historien bakom patientrörelsen. Jag börjar med Jim Humble, ingenjören som snubblade över ämnets malariabotande egenskaper medan han letade efter guld i Guyanas djungel. Därefter går jag vidare till Kerri Rivera, mamman som tillämpade Humbles protokoll på sin autistiske son och startade det som nu är den största pediatrika användningen av ämnet. Jag behandlar Mark Grenon, som studerade längst med Humble och har den djupaste kliniska erfarenheten. Jag avslutar med Andreas Kalcker, den tyske forskaren vars arbete förvandlade MMS till den renare och mer standardiserade CDS.

Del två förklarar hur det används. De två protokollen, MMS och CDS, med instruktioner för hemmatillverkning av båda. De vanligaste misstagen som nya användare gör, baserade på mina misstag och dem hos de patienter som jag har hjälpt igenom dem. Herxheimer-reaktionen, vad man kan förvänta sig och hur den hanteras. Min personliga regim och hur jag kom fram till den. En diskussion om hur klordioxid kan kombineras med andra behandlingar och vilka kombinationer som bör undvikas.

Del tre behandlar vad klordioxid behandlar, organiserat efter sjukdomskategori, med fallmaterial och referenser. Hudsjukdomar och sår, där de lokala protokollen är enklast och resultaten omedelbart kan verifieras. Cancer, inklusive fallmaterial om metastaserad sjukdom och bukspottkörtelcancer. Autism, med Kerri Riveras femtonåriga kliniska erfarenhet. Borrelia, det biologiska vapen för vilket klordioxid har dokumenterade långsiktiga botningsfrekvenser. Vaccinskador och long Covid. Den fullständiga fallkatalogen, hämtad från vittnesmålskanaler och från kliniker som jag litar på.

Del fyra handlar om undertryckande. Den förklarar varför det kontrollerade etablissemanget kallar det blekmedel, hur kampanjen fungerar, vem som har drabbats och hur, samt vad man ska göra åt det. Jag behandlar åtalet mot Grenon, FDA:s roll, kontrollen av Wikipedia, skuggblockeringen av Kerri Rivera och det bredare mönstret av läkemedelsindustrins undertryckande av generiska behandlingar. Kapitlet om vad du bör göra härnäst avslutar boken.

Min slutsats är ett försök att på några få sidor säga det jag skulle säga till en kollega om varför jag ändrade uppfattning, vad jag har sett i min egen kropp och i de fall jag har följt, och vad jag skulle göra om en medlem av min familj hade en sjukdom som klordioxid behandlar. Svaret är detsamma som jag skulle ge nu om du frågade mig. Jag skulle säga att om det vore jag skulle jag börja med protokollet så snart jag hade förstått det tillräckligt väl för att känna förtroende.

DEL I - UPPTÄCKTEN

De fyra pionjärerna, deras ämne, deras förföljelse.

1. Ingenjören som gick in i djungeln

Jim Humble, 1933–2023

År 1996 höll fyra män på att dö av malaria i regnskogen i Brittiska Guyana. Deras ledare var en 62-årig amerikansk gruvingenjör som hade tagit med dem dit för att leta efter guld. Närmaste apotek låg en dags resa bort med budbärare från deras läger. Om de förlitade sig på det skulle två av männen redan vara döda när medicinen anlände, och de andra skulle inte överleva ytterligare tjugofyra timmar.

Ledarens namn var [Jim Humble](#). Han hade ingen medicinsk utbildning och inga läkemedel mot malaria, men han hade några flaskor med en vätska som han hade köpt i en hälsokostbutik och som kallades ”Stabilized Oxygen”. På etiketten stod att dropparna skulle döda bakterier i tvivelaktigt dricksvatten.

Humble hade köpt den eftersom han avskydde att dricka förorenat flodvatten och hade arbetat på platser där det inte fanns någon annan källa.

Han hällde några droppar av lösningen i ett glas vatten och lät var och en av de fyra männen dricka det. Inom fyra timmar satt två av dem upp och skrattade, och nästa morgon var alla fyra tillbaka i arbete. När malariamedicinen anlände från byns apotek hade männen redan tillfrisknat.

Humble var en kompetent ingenjör och den sortens person som känner igen en avvikelse när han ser en. Under de följande veckorna gav han Stabilized Oxygen till de malariapatienter som de lokala missionärerna förde till honom, och mer än hälften tillfrisknade omedelbart. De som reagerade långsammare förbättrades inom några dagar. Han använde upp flaskorna som han hade köpt för vattenrening, åkte sedan tillbaka till Georgetown för att köpa fler, och vid det laget började nyheten spridas.

Några år senare botade Humble malaria, en sjukdom som i generationer hade dödat omkring tio procent av Guyanas befolkning. Han använde klorjord, som finns lätt tillgängligt i tunnor i nästan varje land i världen eftersom det används för industriella ändamål såsom vattenrening. Han berättade om sina framgångar för landets hälsodirektör, som förde informationen vidare till presidenten. Presidenten bjöd inte in Humble till någon hyllning. Nästa meddelande Humble fick var att han hade tjugofyra timmar på sig att lämna landet eftersom läkemedelsföretaget som försåg Guyanas enda sjukhus med läkemedel hade varnat regeringen för att de skulle sluta donera mediciner om historien om ett billigt botemedel mot malaria blev offentlig.

Detta var Humbles första möte med läkemedelsindustrins operativa verklighet. Industrin som säljer malarialäkemedel till fattiga länder förlorar inte sin marknad utan motstånd, och en utländsk ingenjör med en flaska vätska relaterad till blekmedel är ett marknadshot som varje kompetent multinationellt företag neutraliserar inom en arbetsdag. Humble flög hem till USA med insikten att han hade snubblat över något farligare än guld.

Ingenjören

[Jim Humble](#) föddes 1933 i Vinita, Oklahoma. Han tjänstgjorde i USA:s militär under Koreakriget som radartekniker och arbetade efter sin tjänstgöring inom flyg- och rymdteknik i mer än ett decennium, bland annat inom det tidiga Apollo-programmet vid North American Aviation i Los Angeles. Han skrev den första handboken om hyperbar svetsning, den teknik som används för att svetsa rörledningar under vatten för offshore-oljeplattformar, och innehade flera patent, inklusive ett för ett värmeåtervinningssystem som används i industribyggnader. Hans rykte som ingenjör var betydande inom begränsade kretsar. Han hade inget intresse för medicin och ingen nyfikenhet på kemi utöver det som en ingenjör från hans generation tog till sig genom osmos.

Det han hade var ett uppfinnarsinne och en vilja att testa idéer. Han lämnade flyg- och rymdindustrin i mitten av femtioårsåldern av samma anledning som de flesta ingenjörer lämnar stora företag: han var trött på att arbeta för institutioner som inte levererade vad de lovade, och han ville ägna sina återstående år åt problem som han själv valde. Guldprospekteringen var tänkt att bli ett pensionsprojekt. Botemedlet mot malaria var en olyckshändelse.

Efter att ha blivit utvisad från Guyana tillbringade Humble slutet av 1990-talet ensam i ett litet hus i Kaliforniens öken, där han arbetade sig igenom kemin bakom det han hade gett sina män i djungeln. Han hade antagit att den aktiva ingrediensen i Stabilized Oxygen var syre, vilket etiketten påstod, men när han experimenterade insåg han att påståendet om syre var marknadsföring.

Produkten var en femprocentig lösning av natriumklorit, en kemikalie som vanligtvis används för att desinficera vatten och bleka textilier. Han kom fram till att hans ursprungliga fyra män hade reagerat olika snabbt eftersom natriumklorit i sig nästan inte gör någonting i vatten. Det måste aktiveras av en syra för att bilda klordioxidgas, och syran i människans magar hade utfört aktiveringen. De män som tillfrisknade snabbast hade de suraste magarna.

Han började experimentera med att tillsätta syra innan blandningen svaldes. Han provade citronsaft, vinäger och citronsyra i olika koncentrationer och fann att 50-procentig citronsyra producerade en användbar mängd klordioxid inom tre minuter när den blandades med lika många droppar av 22,4-procentig natriumklorit (en mättad lösning). Citronsyra hade fördelen att vara billig och tillgänglig i alla länder.

Saltsyra fungerade bättre och orsakade mindre magbesvär, men Humble tänkte på Afrika, där fyrprocentig saltsyra var svårare att få tag på än citroner. Han valde citronsyreformuleringen för den första fasen av sitt arbete och kallade den Miracle Mineral Supplement, ett namn som han behöll resten av sitt liv.

Förkortningen som slog igenom var MMS. Det blev beteckningen som myndigheter och den kontrollerade pressen senare skulle försöka begrava honom med.

Afrika

År 1998 tog Humble sin upptäckt till Afrika. Han hade dragit slutsatsen att världens malariahuvudstad var rätt plats att testa den på, och han valde Malawi eftersom landet var tillräckligt litet för att ett enda missionsnätverk skulle kunna nå större delen av det. Han tillbringade fem år i Centralafrika med att utbilda lokala vårdarbetare, missionärer och ett mindre antal läkare i sitt protokoll.

Dokumentet från dessa år, som fördes av Humble själv och de missionärer som arbetade tillsammans med honom, dokumenterar mer än 75 000 botade malariafall fram till 2006. Mönstret var alltid detsamma. En patient med aktiv malaria fick aktiverad MMS i vatten, tre doser med en eller två timmars mellanrum. Inom fyra till tolv timmar försvann feber, frossa och andra akuta symtom. Patienten testade negativt för *Plasmodium*-parasiter inom några dagar. Enligt hans och hans medarbetares beräkningar låg botningsgraden över 99 procent.

Den mest rigorösa demonstrationen av botemedlet mot malaria kom 2012, när [International Red Cross](#) genomförde en mindre studie i Uganda. Studien leddes av den tyske biokemisten Klaas Proesch, som hade hört talas om Humbles arbete och övertalade lokala Röda Korset-tjänstemän att testa protokollet på 154 malaria-positiva patienter.

Alla 154 tillfrisknade. Studien filmades i råmaterial, men när Röda Korsets huvudkontor i Genève fick veta vad deras avdelning i Uganda hade gjort tog organisationen avstånd från studien, avskedade personalen som hade deltagit och beordrade att dokumentationen skulle förstöras. Dokumentärrmaterialen överlevde eftersom Proesch tog med sig kopior när han lämnade verksamheten. Det finns fortfarande tillgängligt på Rumble.

Röda Korsets avståndstagande var det andra tillfället, efter utvisningen från Guyana 1996, då Humble insåg att han inte hade att göra med en normal vetenskaplig institution. Röda Korset är en ”humanitär” organisation vars uttalade uppdrag inkluderar behandling av malaria i Afrika. Ett framgångsrikt botemedel mot malaria borde ha varit årtiondets historia. I stället undertryckte institutionen bevisen och bestraffade dem som hade samlat in dem.

Boken och stiftelsen

År 2005 publicerade Humble *Breakthrough, the Miracle Mineral Supplement of the 21st Century*. Han skrev den, betalade tryckningen och skickade ut den från samma hus i Kaliforniens öken. Boken såldes genom mun-till-mun-metoden. Det fanns ingen marknadsföring, inget förskott och ingen stiftelse som stödde honom. Han gav bort den första delen av boken gratis som PDF på sin webbplats och sålde den andra delen, med de kliniska protokollen, för vad det kostade att trycka och skicka den. Jag har behandlat upptäckten och de tidiga åren i mitt Substack-inlägg [”Chlorine dioxide is a universal antidote”](#).

Han kontaktade Gates Foundation. Han trodde att en miljardfinansierad ”filantropisk” organisation med ett uttalat mål att utrota malaria i Afrika skulle vara intresserad av ett ämne som botade malaria för några ören per dos. Han hade fel.

Stiftelsen berättade för honom att det han hade var anekdotiskt, att nästa steg var en klinisk studie och att de skulle överväga att engagera sig när han hade en sådan. Humble förstod. En klinisk studie kostade miljoner dollar, och stiftelsen visste att han inte hade pengarna och inte heller kunde få fram dem.

Han åkte hem och fortsatte att publicera. Han tog bort upphovsrätten från de flesta av sina böcker så att vem som helst skulle kunna återpublicera dem efter hans död. Han ansåg att arbetet var viktigare än inkomsten, och han dog 2023 utan att någonsin ha tjänat några betydande pengar på en mängd klinisk erfarenhet som enligt honom borde ha gett honom ett Nobelpris.

Mark Grenon läser boken

År 2006 drabbades en amerikansk baptistisk medicinsk missionär vid namn Mark Grenon, verksam i Dominikanska republiken, av meticillinresistent *Staphylococcus aureus* (MRSA). Alla hans åtta barn, fem söner och tre döttrar, drabbades också. De kirurger som roterade genom Grenons område för de amerikanska medicinska missionsgrupperna hade inga antibiotika kvar att erbjuda dem. En kirurg berättade för Grenon att två av pojkarna hade så allvarliga infektioner i benen att infektionen skulle behöva skäras bort medan den spred sig, och att amputation var det enda alternativet om det fortsatte. Grenons son Jonathan sade till honom att han hellre skulle gå till Jesus än låta det ske.

Grenon gick ut på nätet och hittade Humbles gratisbok. Han läste den på en natt och tyckte att den lät som kvacksalveri, men eftersom infektionerna i hans familj blev värre läste han den igen. Han beställde ingredienserna, och inom två veckor var hans MRSA borta och återkom aldrig. Inom sex månader hade infektionen försvunnit hos resten av familjen. Inget av barnen förlorade någon lem.

När Grenon ringde Humble 2009 för att berätta historien flög Humble till Dominikanska republiken och stannade där i två och ett halvt år. Tillsammans utvecklade de utbildningsprogrammet som senare skulle spridas till mer än 130 länder. Humble var uppfinnaren och Grenon organisatören. Humble hade funnit en partner med organisatorisk räckvidd att förvandla en privat klinisk verksamhet till en världsomspännande hälsorörelse, och det var vad de byggde.

Förföljelsen

Pressen behandlade Humble under hans livstid på samma sätt som den behandlar varje hälsoprofil som hotar marknaden för patenterade läkemedel. Under årens lopp publicerade *Newsweek*, *The Guardian*, *The New York Times*, BBC och Australian Broadcasting Corporation alla versioner av samma berättelse om MMS som ”industriellt blekmedel”. Etiketten var identisk i samtliga: farliga kvacksalvare, produkten är blekmedel, de troende är en sekt och offren är barn vars föräldrar har lurats av sociala medier.

Kapitel 16 beskriver strukturen hos det kontrollerade presssystemet kring klordioxid. Det som är viktigt för Humbles biografi är att han ignorerade allt detta, inte bemötte smutskastningen och i stället byggde sitt arbete utanför de kanaler som skulle ha krävt att han försvarade sig.

Han registrerade Genesis II Church of Health and Healing år 2010, lika mycket för juridiskt skydd som av andliga skäl, utifrån teorin att en religiös organisation hade ett starkare konstitutionellt skydd för att distribuera sitt sakrament än vad ett privat företag hade för att distribuera ett icke godkänt läkemedel. Teorin höll i vissa jurisdiktioner och misslyckades i andra, och där den misslyckades agerade åklagarna.

Det första större åtalet gällde Daniel Smith år 2015. Som medlem i Genesis II Church skickade han MMS-flaskor från ett litet lager i Spokane, Washington. Det federala åtalet anklagade honom för att distribuera ett felmärkt läkemedel, konspiration för bedrägeri och drift av en bedräglig livsmedels- och läkemedelsverksamhet. Han avtjänade fyra år i federalt fängelse.

Grenon-familjen utgjorde den andra vågen av åtal. Den tredje var angreppet på Kerri Riveras arbete kring autism, inklusive borttagningen av hennes bok från Amazon och skuggblockeringen av hennes konton på sociala medier. Mönstret var alltid detsamma: identifiera de mest synliga personerna, anklaga dem för brott som inte skulle tåla korsförhör om de hade resurser att försvara sig, och låta juridiska kostnader och fängelsestraff förstöra nätverket.

Jim Humble dog vid 90 års ålder den 1 september 2023

Han hade tillbringat de sista åren av sitt liv i Mexiko, på avstånd från amerikanska åklagare, och hans hälsa hade försämrats. Han hade överlevt de flesta av sina ursprungliga medarbetare. Vid tidpunkten för sin död hade hans protokoll använts av uppskattningsvis 10 till 15 miljoner människor världen över, utan några dokumenterade dödsfall vid terapeutiska doser och med en klinisk dokumentation av bot över dussintals sjukdomskategorier. [Meddelandet publicerades](#) på hans webbplats.

De stora amerikanska medierna rapporterade inte om hans död. *The New York Times*, som hade publicerat flera artiklar om Genesis II Church och rättegången mot Grenon, publicerade ingen dödsruna. BBC gjorde det inte heller. Wikipedia fortsatte att kalla MMS för ”industriellt blekmedel”. Humbles gratisböcker fortsatte att cirkulera, exakt som han hade planerat. Protokollen fortsatte att spridas. Mannen var borta, men hans arbete var det inte.

Kommentar: Jag träffade aldrig Jim Humble. Jag fick kännedom om klordioxid sent under 2023, tre månader efter hans död. Sidorna som följer är min bästa förståelse av vad han upptäckte. Jag har använt hans böcker, Mark Grenon, de människor han utbildade och vittnesmål från de miljoner människor som har använt det han fann. Jag skulle ha gett mycket för att få intervjua honom. Målningen på omslaget till denna bok skildrar en alkemist som knäböjer framför en lysande kolv, i en hållning avsedd att ta emot uppenbarelse. Det var den hållning Humble intog i ett ökenhus i Kalifornien 1996, och den jag hade velat se personligen.

Humble lämnade efter sig flera saker

Den första är själva ämnet, tillgängligt för alla som har tillgång till en flaska natriumklorit och en flaska utspädd saltsyra. Den andra är protokollen, där det viktigaste är Protocol 1000, underhållsdosen som nästan varje patient som använder klordioxid tar i någon form. Den tredje är böckerna, tillgängliga som gratis PDF-filer och möjliga att återpublicera utan tillstånd. Den fjärde är nätverket, inklusive Mark Grenon, Kerri Rivera, Andreas Kalcker, den internationella läkarfederationen [COMUSAV](#) samt de tusentals kliniker och patienter i varje land där Humbles utbildning nådde fram.

Humble bevisade en sak som har demonstrerats upprepade gånger sedan början av 1900-talet och som nästan ingen inom det kontrollerade medicinska etablissemangen är villig att erkänna. Den saken är att de viktigaste botemedlen under nästa århundrade av medicin inte kommer att vara patenterade, inte kommer att upptäckas i randomiserade studier, inte kommer att säljas av Pfizer eller Merck och inte kommer att godkännas av FDA. De kommer att upptäckas av människor som arbetar ensamma, med enkla verktyg, på problem som systemet har gett upp. Verifieringen kommer att komma från patienter, som vet om de är friska eller sjuka, och från kliniker som Humble, som har förstånd nog att känna igen ett fungerande resultat när de ser det.

Upptäckten i Joseph Wright of Derbys målning, den som finns på omslaget till denna bok, gjordes inte av en man med ett forskningsanslag. Den gjordes av en alkemist som kokade urin i ett stenrum. Upptäckten som Humble gjorde gjordes inte av en man med ett forskningsanslag. Den gjordes av en ingenjör med en flaska vätska relaterad till blekmedel och fyra nästan döende män i regnskogen. Mönstret är äldre än medicinen, och systemet vill aldrig erkänna det.

Jag skrev resten av denna bok eftersom Humbles upptäckt gör det som han påstod att den gör.

Riveras arbetshypotes är att autism inte är en enskild sjukdom och inte finns där från födseln. Barn förvärvnar den genom en kombination av belastningar på ett utvecklande immunsystem, där det största enskilda bidraget är barnvaccinationsprogrammet. Skadan visar sig som de symtom som läkare kallar autism: språkregression, störningar i sensorisk bearbetning, repetitiva beteenden, social tillbakadragenhet, mag-tarmbesvär, sömnstörningar och resten. Enligt detta synsätt är den underliggande biologin ett barn vars immunsystem är överbelastat och vars tarm, hjärna och nervsystem befinner sig i en kronisk inflammatorisk kris. Behandlingen är att minska den inflammatoriska belastningen och låta kroppen läka.

Klordioxid fyller, i Riveras protokoll, flera funktioner samtidigt. Det dödar de patogener som barnet har förvärvat, inklusive den *Candida*-överväxt som de flesta av hennes patienter har, de parasiter som nästan alla bär på, de bakterier som har koloniserat tarmen och de övre luftvägarna samt de virus som har etablerat kroniska låggradiga infektioner. Det oxiderar tungmetaller, främst aluminium och kvicksilver, som finns kvar i vävnader efter barnvaccinationer. Det [bryter ned glyfosat](#) som har ansamlats genom exponering från jordbruket. Det minskar biofilmbelastningen i tarmen. Mekanismen är multifaktoriell, men resultaten är konsekventa.

Hon kombinerar klordioxid med ett antal andra åtgärder. De viktigaste är en glutenfri och kaseinfri ketogen kost, ett antiparasitprotokoll med mebendazol eller andra medel, kompletterande bindemedel för att fånga upp toxiner när kroppen frigör dem, vitamin D titrerat till en hög serumnivå, kondroitinsulfat, svartkumminolja, humus- och fulvosyror, matsmältningsenzymer, stöd för sköldkörteln samt, där det finns tillgängligt, hyperbar syrgasbehandling. Klordioxid är grunden. De övriga åtgärderna påskyndar resultaten och hanterar de specifika brister som ett visst barn uppvisar.

Doseringsprotokollet för autism skiljer sig från protokollen för sjukdomar hos vuxna. Rivera använder små doser som ges ofta under dagen i stället för större doser enligt Humbles standardschema. Principen är att det inflammerade pediatrika systemet hanterar många små administreringar bättre än några få stora, och att ett jämnt oxidativt tryck på patogenbelastningen fungerar bättre i ett utvecklande nervsystem än ett intermittent.

Patrick återhämtade sig

De kliniska milstolparna i hans fall beskrivs i detalj i Riveras första bok, *Healing the Symptoms Known as Autism*, som ursprungligen publicerades 2013 och gavs ut på nytt 2014. Den är [tillgänglig begagnad via Thriftbooks](#) efter att Amazon tog bort den. Han gick från att vara icke-verbal vid sju års ålder till att kunna föra fullständiga samtal. Hans ATEC-poäng sjönk till under 10, gränsen under vilken ett barn inte längre betraktas som autistiskt. Hans mag-tarmsymtom försvann och hans sensoriska överkänslighet upphörde. Han återvände till skolan i en vanlig klass. Han är nu vuxen.

Rivera framställer inte Patrick som ett mirakel. Hon framställer honom som den första i en serie, och år 2026 omfattar serien tiotusentals fall. Vissa av dessa barn återhämtade sig fullständigt. Vissa återhämtade sig delvis. Vissa svarade inte på behandlingen. Rivera är öppen med de partiella respondenterna, familjerna som provade protokollet och avbröt det samt de barn vars underliggande genetiska tillstånd gjorde en fullständig återhämtning mindre sannolik. Vittnesmåls materialet visar att ingen annan autismintervention i historien har uppnått framgångar som hennes protokoll.

Rivera har personligen dokumenterat 500 autistiska barn vars ATEC-poäng förbättrades till under 10. Hon uppskattar att hon har konsulterat eller tillhandahållit publicerad vägledning till föräldrarna

till hundratusen barn som har tillämpat hennes protokoll. Den första siffran skulle kvalificera för vilken standardiserad klinisk studiepublication som helst. Den andra är vad som borde placera henne på omslaget till varje tidskrift inom utvecklingspediatrik i landet. Inget av detta har hänt. Systemet förbjöd henne i stället.

Boken och förbudet

Healing the Symptoms Known as Autism fanns tillgänglig på Amazon från 2013 till 2019. Under den perioden var den den mest sålda biomedicinska autismboken på plattformen och samlade tusentals läsarecensioner, varav de flesta gav fem stjärnor. De negativa recensionerna kom huvudsakligen från personer som inte hade läst boken, ofta från anonyma konton som skapades samma dag som recensionen publicerades.

År 2019 tog Amazon bort boken enligt sin uppdaterade innehållspolicy om medicinsk ”desinformation”. Rivera fick inte veta exakt vad som ansågs vara desinformation och gavs heller ingen möjlighet att överklaga. Boken försvann från plattformen och begagnade exemplar började säljas på eBay för över 200 dollar. Den spanska översättningen fortsatte att cirkulera i latinamerikanska bokhandlar.

Hon publicerade en ny bok år 2024 med titeln *Autism CD Protocol... and Other Autoimmune Disorders*, [som säljs hos Snoot! Spray](#) och flera andra bokhandlare vid tidpunkten för denna text. Den nya boken använder ett försiktigare språk än originalet och placerar protokollet inom en bredare ram för behandling av autoimmuna sjukdomar, vilket tekniskt sett är korrekt och ger boken en försvarbar position utanför påståendet om att bota autism som utlöste borttagningen 2019. Boken säljer, och om den överlever nästa omgång plattformscensur är det ingen som vet.

Kerri undervisar också i en nätkurs med titeln *Reversing Autism*, tillgänglig via hennes webbplats och genom konsultationsplattformen [Chlorine Dioxide Testimonies](#), skapad av Dave Oates och hans medarbetare för att kringgå censur. Den är avsedd för familjer som inte kan konsultera henne individuellt.

Den vägleder föräldern genom den diagnostiska fasen, protokollet, den förväntade tidslinjen, felsökning och återintegrering. Det är det närmaste man kommer ett standardiserat behandlingsprogram för autism hos barn som existerar utanför det institutionella medicinska systemet, och det underhålls av en enda kvinna trots aktivt motstånd från de globala censorerna.

Rivera flyttade flera gånger efter Patricks återhämtning

Hon lämnade USA år 2010 för Mexiko, delvis av familjescäl och delvis därför att den regulatoriska miljön för hennes arbete var mer gynnsam. Hon lämnade Mexiko i slutet av 2010-talet för Tyskland, där hon har bott sedan dess. Varje flytt drevs av ökande press från den tidigare jurisdiktionen.

Den europeiska autismaktivistkretsen gav upphov till en anmälare, Fiona O’Leary, en irländsk kvinna som i över ett årtionde har bedrivit kampanjer mot kloridioxidgemenskapen. Hon har fem barn, varav några befinner sig inom autismspektrumet, och har byggt upp en mindre karriär på att rapportera CD-utövare till varje myndighet som är villig att lyssna. Hon anmälde Rivera till tysk polis i Bremerhaven i samordning med en USA-baserad aktivist, Melissa Eaton, som under flera år arbetat undercover i Facebook-grupper där föräldrar diskuterar protokollet.

År 2021 genomsökte polisen i Bremerhaven Riveras hus, beslagtogs hennes datorer och telefon och drev ärendet i två år innan det lades ned utan åtal. Rivera ådrog sig juridiska kostnader som tog flera år att återhämta sig från. Anmälan grundade sig på det procedurmässiga faktum att ämnet inte är godkänt, inte på någon dokumenterad skada. Ämnet skadar ingen vid de doser Rivera ordinerar, och ärendet var ett utnöttningskrig. O'Leary uppges ha lämnat liknande anmälningar mot andra klordioxidutövare på flera kontinenter, och hennes mönster av engagemang har utlöst utredningar från Child Protective Services mot familjer som avvisar den globalistiska beskrivningen av klordioxid som blekmedel. Hon verkar få betalt för denna verksamhet, även om finansieringskällan aldrig har dokumenterats.

Skuggblockeringen kom därefter. Från och med 2024 började räckvidden för Riveras konton på sociala medier minska. Inlägg som tidigare fick tusentals interaktioner började bara få dussintals. Kommentarer på hennes inlägg började försvinna. Det blev svårare att få nya följare. Mönstret motsvarade det som varje annat CD-relaterat konto har upplevt under samma period och det som många andra avvikande hälso- och politiska konton har dokumenterat på de stora plattformarna.

[Jag skrev om hennes skuggblockering i december 2025](#), delvis därför att hon bad om hjälp och delvis därför att situationen är illustrativ. Plattformarna kommer inte att ta bort Rivera eftersom hennes arbete är väl dokumenterat och hennes trovärdighet är fast etablerad. I stället minskar de hennes räckvidd under den nivå som krävs för att bygga nya målgrupper. Resultatet får samma effekt som att förbjuda henne och uppnås utan den juridiska exponering som ett direkt förbud skulle medföra.

Rivera hävdar inte att klordioxid botar autism hos varje barn

Hon hävdar inte att protokollet fungerar utan kosthållningen, kosttillskotten och handledningen. Hon lovar inte resultat som vittnesmålsmaterial inte stöder. Anledningen till att hon har överlevt så länge som hon har, trots det juridiska och plattformrelaterade tryck hon har utsatts för, är att hennes uttalanden är försvarbara.

Det hon säger privat, och det hon sade till mig i [vår första intervju](#) och [uppföljningen](#), är att barnvaccinationsprogrammet är den främsta drivkraften bakom autismepidemin. Hon har kliniska data som stödjer detta. I varje barnläkarpraktik som har fört journal över personer som avböjt vaccinationer, inklusive Paul Thomas publicerade kohort i Portland och en privat praktik nära Chicago som hon samarbetar med, är autismsfrekvensen bland ovaccinerade barn ungefär noll. Frekvensen bland vaccinerade barn i samma verksamheter motsvarar det nationella genomsnittet. Publicerade studier som jämför stora grupper av vaccinerade och ovaccinerade har undertryckts eller aldrig finansierats. De studier som finns pekar alla i samma riktning.

Kerris arbete med autism i sig är ett hot mot autismindustrin, och det underförstådda påståendet att sjukdomen orsakas av barnvaccinationsprogrammet är ett hot mot ett mycket större system. Hon är en av ett fåtal offentliga personer med den kliniska dokumentation som krävs för att framföra påståendet trovärdigt, och jag har utvecklat det bredare argumentet om vaccindrivna skador i mitt inlägg ["It is hard to grok how evil vaccines are"](#). Att avlägsna Rivera från sociala medier minskar sannolikheten att nästa generation föräldrar får höra vad hon har att säga.

Hur du botar ditt barns autism

Vissa barn återhämtar sig fullständigt, och Kerri Rivera har en kurs som ska hjälpa dig. Om du är övertygad om att ditt barn inte är bortom återställning och är redo för en enkel färdplan som ger resultat, är kursen till för dig. [Här är länken](#), och [här finns mer information om hur den fungerar](#).

Rivera är i slutet av femtioårsåldern

Hon fortsätter att konsultera familjer genom sin webbplats på kerririvera.com. Hennes konsultationsavgifter ligger på några hundra dollar eftersom de flesta av hennes patienter är familjer med autistiska barn som redan har spenderat större delen av sina besparingar på konventionella och alternativa behandlingar innan de hittar henne. Hon publicerar material genom sin e-postlista och den Skool-gemenskap som hon byggde tillsammans med Dave Oates och teamet bakom [Chlorine Dioxide Testimonies](#). Hon talar vid konferenser inom rörelsen för medicinsk frihet när hon blir inbjuden.

Hon fortsätter att förfina protokollet. Hennes bok från 2024 uppdaterar versionen från 2014 med ett starkare fokus på köttdiet för barn som inte tolererar den ketogena modellen, fler detaljer om bindarprotokollen och en förfinad ståndpunkt i frågan om MMS kontra CDS. Efter femton års klinisk erfarenhet är hon övertygad om att MMS, Humbles ursprungliga beredning, är betydligt effektivare mot autism än CDS som Kalcker utvecklade. Hon använder dem i olika kliniska sammanhang. För barn med högst patogenbelastning och lägst tolerans för de matsmältningsrelaterade biverkningarna av MMS använder hon CDS för att komma igång och övergår sedan till MMS när tolerans har byggts upp. För barn vars återhämtning har stannat av på CDS övergår hon till MMS. Kapitlet om MMS kontra CDS i del två behandlar detta i detalj.

Kerri är grundaren av den patientdrivna sidan av klordioxidrörelsen. Humble uppfann ämnet. Grenon byggde det internationella utbildningsnätverket. Kalcker förfinade kemin och gav protokollet en mer standardiserad men svagare form. Rivera tillämpade det på en sjukdom som systemet hade gett upp om och byggde den första kliniska evidensen för att ämnet fungerar. Resten av rörelsens resultat, inklusive arbetet med cancer, borrelia och Covid, vilar delvis på den trovärdighet som hon etablerade genom autismområdet.

Läsaren som har ett barn inom autismspektrumet, ett barnbarn, en systerdotter eller en systerson har en väg att hjälpa dem genom Riveras protokoll, som inte finns någon annanstans. Behandlingen varar från månader till några år. Den kräver dagligt engagemang och att föräldern tar över en betydande del av barnets medicinska hantering. I gengäld erbjuder den en mätbar möjlighet till återhämtning. Chansen är inte 100 procent, men den är inte noll. Vid en sjukdom som systemet har förklarat obotlig är en mätbar möjlighet till återhämtning det mest värdefulla som finns, och Rivera är den enda som erbjuder den i stor skala.

Kommentar: Min vän Kerri Rivera är en av de få personerna i denna bok som jag har träffat mer än en gång. Intervjuerna är länkade ovan. Det som inte framgår av utskrifterna är hur hon låter när hon talar om barnen. Oftast trött. Ibland road. Aldrig sentimental. Arbetet har kostat henne mer än jag tror att hon kommer att erkänna offentligt. Om du har ett barn inom autismspektrumet, skriv till henne på kerri@kerririvera.com, så kommer hon att svara.

3. Humbles lärling

Mark Grenon

År 2006 utvecklade åtta barn i en missionsanläggning på Dominikanska republikens sydkust bölder. De var barn till en baptistisk medicinsk missionär vid namn Mark Grenon, en amerikan som hade drivit anläggningen i Barahona i över ett årtionde. Gruppen bestod av fem söner och tre döttrar. Bölderna uppträdde på benen, i armhålorna, i ansiktet och över ryggen. De var stora som golfbollar och tömde sig kontinuerligt. Smärtan var så svår att den yngste pojken haltade och den äldste inte längre kunde sova på sidan. Mark hade dem också.

Orsaken var meticillinresistent *Staphylococcus aureus* (MRSA), en stam av *Staphylococcus* som har utvecklat resistens mot nästan alla antibiotika i standardarsenalen. Grenons anläggning tog emot roterande team av amerikanska kirurger som kom dit för att operera landsbygdsbefolkningen under några veckor åt gången. En av kirurgerna, som hade arbetat med Mark i nästan ett årtionde, tog med sig varje antibiotikum han kunde få tag på. Ingenting stoppade spridningen. Kirurgen berättade för Mark att två av pojkarna hade allvarliga infektioner i benen, att infektionen skulle behöva opereras bort när den spred sig och att amputation var det enda alternativet om den fortsatte. Den mellersta sonens böld i ansiktet skulle sannolikt lämna honom vanställd.

Mark berättade för sin son Jonathan vad kirurgen hade sagt. Jonathan svarade: ”Aldrig i livet, pappa. Jag tänker inte låta dem amputera mitt ben! Jag går till Jesus innan jag låter det hända.”

Grenon sökte på nätet efter alternativ och hittade Jim Humbles gratisbok. Han läste den på en natt och avfärdade den som kvacksalveri, men nästa morgon läste han den igen eftersom infektionerna i familjen blev värre. Han beställde tvåflaskeket som producerar klordioxid. Inom två veckor var hans MRSA borta och återkom aldrig. Inom sex månader hade infektionen försvunnit hos hans åtta barn. Ingen av dem förlorade någon lem, och den mellersta sonens ansikte läkte utan ärrbildning.

Detta var den grundläggande scenen för Mark Grenons engagemang i klordioxid. Tjugo år senare hade Grenon utbildat mer än 2 000 kliniker direkt; Genesis II Church of Health and Healing som han grundade hade spridit sig till mer än 130 länder; och han hade tillbringat fyra år och två månader i federalt fängelse för brottet att berätta för människor vad som hade botat hans familj.

Missionären

Grenon föddes 1957 och vigdes till baptistpastor i början av tjugooårsåldern. Han tillbringade de följande fyra årtiondena som medicinsk missionär i Karibien, Centralamerika och Västafrika, med baser i USA, Dominikanska republiken, Haiti, Nigeria och Colombia vid olika tidpunkter. Han uppfostrade fem söner och tre döttrar, varav de flesta arbetade tillsammans med honom i missionen. Han hade privatflygarcertifikat och flög ett mindre flygplan till landningsbanor som inte trafikerades av kommersiella flygbolag. Hans uppdrag var den klassiska kombinationen av evangelisation och materiell hjälp som kännetecknade den bibelundervisande missionsrörelsen under slutet av 1900-talet: predika evangeliet, mätta de hungriga, reparera det som är trasigt.

Anläggningen i Barahona på Dominikanska republikens sydkust var hans största projekt. Han byggde där ett trevåningsboende med hjälp av sina söner, med sovplatser för 60 personer, ett kök som kunde försörja lika många, en mindre klinik samt dusch- och toalettutrymmen. Anläggningen

fungerade som orkanhärbarge för den omgivande befolkningen, som bas för amerikanska medicinska missionsteam som kom för två veckor långa kirurgiska insatser samt som en året-runt-bemannad missionsstation med en liten permanent personal. Tre av Grenons söner bedömde kirurgiska kandidater i de omgivande bergsbyarna och organiserade transport till anläggningen när de amerikanska teamen var på plats.

Grenon var kirurgassistent, inte kirurg, och han hade ingen medicinsk examen. Han hade årtionden av praktisk utbildning tillsammans med roterande amerikanska läkare och en fungerande kunskap om kirurgisk teknik, infektionshantering, anestesi och postoperativ vård som överträffade de flesta medicinska AT-läkare. De AT-läkare som tjänstgjorde i Barahona frågade honom ibland var han hade gått läkarutbildningen. Han hade lärt sig genom att göra. Efter att de besökande kirurgteamen hade lämnat för säsongen drev Mark en liten tandvårds- och läkarmottagning på området och använde en tandläkarstol som han hade skaffat för att själv utföra rengöringar och tandutdragningar. Han lärde sig att sy sår.

Mötet med Humble

Grenon läste Humbles bok 2006 och ringde honom 2009. Vid det laget hade han behandlat MRSA i sin familj och en mycket bredare uppsättning sjukdomar bland människorna i de omgivande bergen, inklusive diabetes, cancer, denguefeber, AIDS och kroniska matsmältningsbesvär. Han hade sett resultat som han inte hade någon modell för att förklara i farmaceutiska termer och ingen anledning att tvivla på. Fallen uppgick till hundratals. Han skrev till Humble och frågade om de två kunde slå sina krafter samman.

Humble flög till Dominikanska republiken kort efter samtalet. Överenskommelsen de nådde var att Grenon skulle organisera anläggningen och utbildningsprogrammet i utbyte mot Humbles direkta undervisning. De två tillbringade de följande två och ett halvt åren tillsammans i Barahona. Humble lärde Grenon den kemi som han hade utvecklat ensam under femton år, och Grenon bidrog med den organisatoriska disciplin som kommer av att driva en internationell missionsstation med åtta anställda och en årsbudget.

Tillsammans byggde de läroplanen, förfinade protokollen och testade justeringar på patienter som anlände varje vecka. Två av de viktigaste framstegen för oral användning – att minska dosstyrkan i standardprotokollet och att byta från citronsyra till saltsyra som aktivator – utvecklades gemensamt under denna period. Resten växte fram genom försök och misstag med mänskliga fall i Barahona och det växande flödet av ”anekdotiska” rapporter från de elever som de utbildade runt om i världen. De startade också en nätkurs, vilket påskyndade spridningen av arbetet genom den nya verksamhet som de hade grundat: Genesis II Church of Health and Healing.

Det första formella seminariet hölls i Barahona i april 2010. Trettiofem deltagare från 15 länder kom för en tio dagar lång intensivutbildning, och var och en tog med sig vittnesmål om användning av CD från sina hemområden. Formatet som Humble och Grenon utvecklade omfattade ett kompendium på 120 sidor, en arbetsbok och 40 instruktionsvideor. Pedagogiken var medvetet lättillgänglig. Seminariet utformades så att en deltagare utan medicinsk bakgrund men med vilja att studera skulle lämna kursen med förmåga att använda protokollen säkert och utbilda andra.

Under de följande tio åren genomförde Grenon och hans söner ytterligare 63 seminarier i 19 länder. De utbildade mer än 2 000 personer direkt, och Genesis II Church växte till omkring 3 500 registrerade medlemmar. Genom vittnesmål från dessa deltagare spreds kyrkan till mer än 130

länder. År 2020 uppskattade Grenon att organisationen hade nått mer än en miljon människor genom ett eller två utbildningsled.

Kyrkan

Grenon registrerade verksamheten som en kyrka av praktiska skäl. Första tillägget till USA:s konstitution erkänner religiösa organisationers rätt att distribuera det de betraktar som sakrament. Ett privat företag som distribuerar ett ämne som FDA anser vara icke godkänt möter myndighetens fulla administrativa tyngd. En kyrka som distribuerar samma ämne har Första tillägget på sin sida. Skyddet är ofullständigt men användbart.

Strategin fungerade i flera jurisdiktioner. I England anlände polisen till ett utbildningsseminarium som Grenon höll för att avbryta det. När de fick veta att organisationen var en registrerad kyrka bad de om ursäkt för störningen och gick därifrån. Liknande incidenter inträffade i Australien, Nya Zeeland och flera latinamerikanska länder. Att registrera sig som religiös organisation gav familjen Grenon en ställning som de inte skulle ha haft som privat företag och skyddade utbildningsnätverket från den typ av störningar som mindre MMS-distributörer hade utsatts för under flera år.

Det officiella namnet var Genesis II Church of Health and Healing. G2 var en avsiktlig anspelning på Genesis 1, den första skapelsen, och det underförstådda löftet att kyrkan erbjöd världen en andra början, en återställd möjlighet att gå bortom den sjukdomsörda som läkemedelsmedicinen inte hade lyckats hantera. Teologin var minimalistisk. Grenons uppfattning var att Gud hade skapat människokroppen för att läka och hade tillhandahållit de ämnen i naturen som behövs för att stödja den läkningen. Kyrkans roll var att lära människor hur de skulle använda det som Gud redan hade tillhandahållit. Sakramentet var den dos klordioxid som den utbildade medlemmen gav till sig själv eller sin familj.

Grenon har privat varit tydlig med mig att kyrkoberättelsen inte enbart valdes för skydd enligt Första tillägget. Hans ståndpunkt är att verksamheten har gudagivna rättigheter som föregår varje regering och att naturlig rätt och sedvanerätt, grundade i Bibeln, erkänner dessa rättigheter utan att behöva konstitutionens ytterligare sanktion. Första tillägget är den sekulära motsvarigheten till denna äldre princip. Kyrkans ställning vilar på båda.

Den kontrollerade pressen kallade kyrkan en sekt. Etiketten var oundviklig. När en grupp väl stämplas som sekt blir varje medlem antingen ett offer eller en förövare, ledarskapet uppfattas som manipulativt och ämnet som diskuteras blir farligt genom association. Familjen Grenon brydde sig inte. De sökte inte legitimitet i det etablerade samhället. De försökte hålla protokollen tillgängliga för dem som behövde dem.

Dokumentärerna

År 2016 bad Grenon Kacper Maciej Postawski, en internetprofil född i Polen med bakgrund inom dokumentärfilm, att producera en film om arbetet med klordioxid. Resultatet blev [Quantum Leap](#), som släpptes 2016 med undertexter på flera språk. Den ursprungliga webbplatsen quantumleap.is togs ned tillsammans med resten av Grenons nätinфраstruktur under årtalsvägen 2020. Filmen har sedan dess publicerats på Brighteon och på Grenons nya webbplats [godsuniversalantidote.org](#). Filmen byggde på vittnesmål som Grenon hade samlat under det föregående årtiondet och på

Humbles redogörelse för upptäckten, och den sågs av miljontals människor under åren innan plattformarna agerade mot den under pandemin 2020.

År 2021 producerade ett annat team oberoende en andra dokumentär. Producenten Jeff Hays såg *Quantum Leap*, blev tillräckligt imponerad för att investera över 100 000 dollar och ett år av sitt liv i en mer omfattande produktion och byggde sin film huvudsakligen på material och filmklipp från *Quantum Leap*-projektet och familjen Grenons offentliga webbplatser. Han besökte aldrig anläggningen i Barahona. Resultatet blev *The Universal Antidote*, som släpptes på Brighteon.com den 1 februari 2021. Titeln kommer från NASA:s beskrivning av molekylerna från 1987. Dokumentären låg kvar på YouTube i flera år innan den togs bort och finns fortfarande gratis på Rumble och på [producentens webbplats](#).

Båda filmerna är obligatorisk visning för alla som är seriöst intresserade av klordioxid. De är inte särskilt påkostade. De har produktionsvärden som oberoende dokumentärer från mitten av 2010-talet, vilket innebär att de är fullt tittbara men inte polerade. Det de erbjuder är vittnesmål. Patient efter patient framför kameran förklarar vad de hade, vad de försökte med, vad som misslyckades och vad ämnet gjorde. Den samlade effekten är mer övertygande än någon sakkunniggranskad artikel.

2020

I mars 2020, när Covid-19-utbrottet förklarades som en pandemi och större delen av världen gick in i nedstängning, började Grenon publicera veckovisa sändningar från anläggningen, *G2Voice*-programmen, där han beskrev hur patienter i Ecuador och Bolivia använde klordioxid för att bli fria från Covid inom 24 till 72 timmar. Han hade data från kliniker på plats i Latinamerika. Han hade hundratals vittnesmål. Han hade en global publik som hade vuxit under tio år och som nu aktivt sökte alternativ till det officiella svaret. Programmen sändes i 207 avsnitt under fyra år och togs bort tillsammans med resten av Grenons nätinфраstruktur under året. Hela arkivet finns nu tillgängligt på godsuniversalantidote.org/g2voice-archive, tillsammans med alla Marks böcker, dokumentärerna om klordioxid, tusentals patientvittnesmål och själva protokollen.

FDA uppmärksammade detta. Den 8 april 2020 utfärdade myndigheten ett [varningsbrev](#) där den krävde att Grenon och Genesis II Church skulle upphöra med försäljningen av MMS och sluta hävda någon terapeutisk användning. FDA skickade identiska brev till omkring 700 andra organisationer, och Genesis II Church var nästan den enda som vägrade följa kraven. Grenons offentliga svar var att konstitutionen och hans gudagivna rättigheter garanterade hans rätt att tala om ämnet och friheten att stoppa det han själv valde i sin kropp. Myndigheten gick vidare till nästa steg.

I juli 2020 genomförde federala poliser en insats i SWAT-stil mot familjen Grenons anläggning i Bradenton, Florida. Två av Marks söner, Jonathan och Jordan, greps. Gripandet direktsändes. Pressmeddelandet identifierade bröderna som svarande i en folkhälsokris. Åtalspunkterna var konspiration för att bedra USA och domstolstrots. Åtalen för domstolstrots grundade sig på kyrkans vägran att följa FDA:s föreläggande om upphörande.

Mark och hans äldste son Joseph befann sig i Colombia under tillslaget i Florida. Några veckor senare greps de där efter en Interpolnotis och hölls i ett colombianskt fängelse medan USA förhandlade om deras utlämning. Mark tillbringade två år i den colombianska anläggningen. USA:s regering spenderade över en miljon dollar på att gripa och hålla dem kvar där och valde att behålla

dem i colombianskt fängelse i stället för att låta dem få en snabb rättegång i USA. Vid denna tidpunkt omfattade åtalspunkterna mot Mark och Joseph bland annat två livstidsstraff för ”domstolstrots”, ovanpå konspirationsåtalen.

Han inrättade en klinik i fängelsets dagrum och behandlade 40 till 50 medfångar varje dag. Mark tog själv in materialet. Kontantekonomin inne i fängelset gjorde smugglingen möjlig: välbärgade fångar betalade vakterna för att släppa in föremål, och Mark tog in sina förnödenheter genom samma kanal som resten av fångpopulationen använde. De colombianska vakterna såg åt andra hållet när betalningarna väl hade gjorts. Flera av de fångar som Grenon behandlade hade tillstånd som betraktades som obotliga i fängelsesystemet, och de flesta förbättrades.

År 2022 flög USA:s Marshals Mark från Bogotá till Miami. Rättegången började året därpå. Mark vägrade anlita en försvarsadvokat utifrån teorin att domstolen var en administrativ tribunal som verkade under sjörrätt snarare än konstitutionell rätt, och att anlita en advokat skulle vara liktydigt med att erkänna tribunalens auktoritet över honom. Den juridiska teorin har visst stöd i äldre sedvanerättslig litteratur och nästan inget stöd i modern federal praxis. Domaren avlog varje yrkande han lämnade in och han dömdes på samtliga punkter.

Straffmätningen återspeglade en tidigare förhandling. Innan Colombia gick med på att utlämna Mark och Joseph krävde colombianska myndigheter att de två livstidsanklagelserna för ”domstolstrots” skulle tas bort. Utan dessa åtalspunkter var det maximala straffet för de återstående punkterna 60 månader, och både Mark och Joseph fick detta straff. Jonathan och Jordan, som hade gripits i Florida i stället för i Colombia, fick inte åtalspunkterna om domstolstrots borttagna och fick ytterligare 91 månader vardera på dessa punkter. Tillägget på 91 månader är det fjärde längsta straffet för domstolstrots i det amerikanska justitiedepartementets historia.

Jag anser att Grenons juridiska strategi var ett misstag. Det var han som avtjänade straffet. Jag skulle inte ha gjort som han gjorde, men jag är en pensionerad kosmetisk kirurg från Pasadena och han är en missionär som har byggt sitt liv kring övertygelsen att staten saknar jurisdiktion över de ämnen som en fri människa väljer att föra in i sin kropp. Han avtjänade straffet på sina egna villkor. Sönerna avtjänar fortfarande sina straff. Marks ståndpunkt, som han har uttryckt offentligt och direkt till mig, är att någon måste stå upp mot ett korrupt system, även till priset av år i fängelse, så att sanningen till slut kommer fram och dokumenteras. Hans senaste bok, *Stopped from Stopping the 2020 Plandemic*, redogör i detalj för vilka som angrep familjen Grenon och hur angreppet utvecklades under de tjugo år som arbetet pågick.

Förgiftningen

År 2012, vid avslutningsmiddagen efter ett klordioxidseminarium i Puerto Vallarta, Mexiko, försökte någon döda Mark Grenon. Han har berättat historien för mig flera gånger, och det är en av de märkligaste enskilda händelserna i ämnets historia.

Seminariet hade just avslutats. Mark, Humble, Kerri Rivera och deltagarna samlades på en restaurang för examensmåltiden. Margaritas stod vid varje kuvert. Mark tog en klunk, reste sig för att tvätta händerna och återvände några minuter senare. Hans glas hade rubbats i hans frånvaro, även om bara en klunks mängd var borta. Han tog en större klunk när maten kom in. Margaritan smakade konstigt. Han började ändå äta av biffen och hummern.

Inom några minuter svettades han kraftigt. Hans synfält smalnade av. Han reste sig för att ta sig till toaletten, föll in i Kerri Riveras stol på vägen ned och hamnade på golvet, förlamad från halsen och nedåt. Han kunde inte tala. Han kunde inte röra sig. Från golvet, medan han såg över rummet, fastnade hans blick på en kvinna två bord bort, som såg på honom och log.

Ett år tidigare i Bulgarien hade Mark behandlat en ryskfödd ukrainsk man för hepatit B med klordioxidprotokollet. Mannen hade tillfrisknat, och under behandlingsmånaden berättade han för Mark att han hade arbetat som rysk underrättelseofficer i Ukraina och hade ansvarat för att förgifta regeringens fiender. Kvinnan på andra sidan restaurangen var mannens hustru, och hon hade anlänt till seminariet i Puerto Vallarta tidigare under veckan med en agenda: hon hade pressat Humble att utesluta Mark från arbetet. Humble hade skrattat bort henne och sagt åt henne att hålla tyst eller gå.

Hon satt två bord bort och såg honom dö.

Humble förstod vad som hade hänt. Han berättade efteråt för Mark att Mark blev spöklikt vit och började förlora förmågan att andas. Männen vid bordet lyfte upp Mark från golvet och satte honom mot väggen. Flera deltagare hade flaskor med föraktiverad klordioxidlösning från seminariet, och Humble sade åt dem att hålla lösningen ned i Marks hals. Mark kunde inte svälja frivilligt. Vätskan tog sig ändå ned.

När lösningen nådde hans mage började han kräkas. Kräkningen var en fluorescerande grön vätska, i samma färg som kylvätska. Efter att han hade kräkt kunde han tala. Männen bar honom till toaletten, där han kräktes mer av den gröna substansen. Med hjälp kunde han gå tillbaka till sitt rum.

I rummet stannade två deltagare hos honom och gav honom klordioxid var femtonde minut. Efter en timme urinerade han samma fluorescerande gröna vätska som tidigare hade kommit upp. Efter två timmar stod han på benen igen. Han sov normalt den natten.

Nästa morgon, när han steg ut ur hissen i hotellobbyn, stod den ukrainska kvinnan direkt framför dörren. Han såg på henne och sade: "Nästa gång måste du skjuta mig." Sedan ignorerade han henne och tog farväl av resten av gruppen.

Episoden är det starkaste enskilda bevis jag känner till som stöder NASA:s beskrivning från 1987 av klordioxid som det universella motgiftet. Vad toxinet än var hade det förlamat Mark inom några minuter och var på väg att döda honom. Ämnet neutraliserade toxinet. Han var tillbaka i arbete inom några timmar. Historien hör hemma i varje redogörelse för vad molekylen gör och varför människorna som använder den kallar den det de gör.

Frigivning

Grenon frigavs från federalt fängelse till övervakning på halvvägshus den 30 maj 2024 och till hemförvar den 4 september 2024, efter fyra år och två månader. Han bar fotboja från den 30 maj till den 4 september, under perioden på halvvägshuset. Fotbojan togs bort när han övergick till hemförvar. Hans socialförsäkringsförmåner, som hade varit hans huvudsakliga inkomst före åtalet, avslutades i september 2020 och återinfördes i oktober 2024. Joseph, som hade gripits tillsammans med Mark i Colombia, frigavs tillsammans med honom samma datum.

Hans söner, Jonathan och Jordan, är kvar i federala anläggningar. Jonathan är i Yazoo, Mississippi, och Jordan är i Fort Dix, New Jersey. Jonathan har en ung son som han inte träffade personligen

förrän 2025, efter flera års separation. De två sönernas offentliga försvarare lämnade in ett 100-sidigt överklagande på konstitutionella grunder och med hänvisning till straffets stränghet, där de bland annat åberopade Högsta domstolens beslut från 2024 om *Chevron Deference*. Eleventh Circuit Court of Appeals i Atlanta avslog överklagandet i början av 2026. Om inte justitiedepartementet omprövar saken eller presidenten utfärdar en benådning eller frikännande förklaring, kommer de två att avtjäna ytterligare sex och ett halvt år.

Han är i slutet av sextioårsåldern, och hans hälsa är skör efter den vikt han förlorade i fängelse. Han fortsätter att verka för sina söners frigivning och för den bredare saken. Hans [donationssida](#) är öppen, och hans [böcker](#) är till salu. Den äldre volymen, *Imagine, a World Without Dis-Ease*, släpptes utan upphovsrätt av Mark enligt Humbles tradition och cirkulerar fritt. Den senaste volymen, [Stopped from Stopping the 2020 Plandemic](#), redogör för hela berättelsen om den tjugoåriga kampanjen mot familjen Grenon och dem som drev den. Flera producenter har kontaktat Mark om att göra historien till en film eller serie. Han ger intervjuer hemifrån över en inspelad linje, medveten om att allt han säger kommer att granskas av hans övervakare.

Jag intervjuade honom två gånger för denna bok, en gång i [september 2024](#), när han först hade frigivits, och igen i [februari 2025](#). Den första intervjun är mer användbar för den historiska dokumentationen. Den andra är ett längre samtal, åttiofyra minuter i Rumble-versionen, och det är den jag skulle rekommendera till en läsare som vill höra Grenon tala.

Jag har sagt i årtal, och Pierre Kory har upprepat mig, att Mark Grenon är den mest erfarna klordioxidutövaren som lever i dag. Han har fler kliniska timmar med ämnet än någon annan levande person och fler dokumenterade fall. Det institutionella systemet har försökt tysta honom i femton år och har inte lyckats. Genesis II Church är vilande. Klordioxidrörelsen är det inte.

Kommentar: Jag har tillbringat mer tid i telefon med Mark Grenon än med vissa i min familj. Han är en av de modigaste människor jag känner och gick i fängelse hellre än att ge efter i en fråga om konstitutionell rätt som nästan ingen annan än han bryr sig om. Han kom ut och gick direkt tillbaka till arbetet. Om läsaren vill ge ett ekonomiskt bidrag till den globala CD-rörelsen är ett bra val Mark Grenons GiveSendGo-konto, länkat ovan.

Framåt

Den djupare fråga som Grenons fall väcker är vad systemet kommer att göra mot nästa person som försöker göra det han gjorde. Genesis II Church-modellen har testats och delvis brutits ned. Plattformarna har förändrats tillräckligt mycket för att en öppen religiös organisation som distribuerar MMS inte skulle överleva som Grenons gjorde. Efterföljande modeller är mindre, mer distribuerade och svårare att åtala. Den största är Telegram-kanalen som drivs tillsammans med [theuniversalantidote.com](#), med över 100 000 medlemmar. Dave Oates kanal [Chlorine Dioxide Testimonies](#) är den näst största, med över 70 000 medlemmar, och erbjuder distribution och utbildning utan att sälja ämnet, vilket tar bort det juridiska grepp som åklagare använde mot Grenon. Kapitlet om Dave Oates kommer senare i boken.

Det andra svaret är det som Humble byggde kring från början: öppen information. Böcker, inlägg, dokumentärer och patientvittnesmål som delas fritt är svårare att åtala än någon organisation. Läsaren som avslutar denna bok och lånar ut den till en vän, eller ger den till en familjemedlem, eller rekommenderar den till en läkare som är villig att lyssna, gör det arbete som håller ämnet tillgängligt för de patienter som behöver det. De andra böckerna som listas i eftermaterialet gör

samma arbete från olika vinklar. Pierre Korys, Kerri Riveras, the Curious Outliers och Mark Grenons är de jag först skulle sätta i händerna på en läsare.

Lärdomen från Mark Grenon, för läsaren som nu överväger att använda klordioxid för en familjemedlem, är att ämnet fungerar och att systemet inte kommer att skydda tillgången till det. Skyddet måste komma från patienten, patientens familj och nätverket av patienter som har använt det tidigare. Protokollen är offentliga. Böckerna är gratis. Gemenskapen välkomnar alla som frågar. Den svåraste delen av vägen är det första steget, vilket är att inse att de officiella kanalerna inte kommer att hjälpa.

Mark Grenon tog det steget 2007, när hans söner stod inför amputation. Läsaren år 2026 tar det tidigare och till lägre kostnad. Vägen är kortare eftersom Grenon gick den först. Rörelsen växte medan Mark och hans söner var fängslade, upprätthållen av den forskning, de vittnesmål, de böcker och den utbildning de hade utfört över hela världen från 2006 till 2020, tillsammans med Humbles böcker och de elever som förde arbetet tillbaka till sina länder. Samlingsplatsen för det som Mark och Genesis II Church samlade under dessa år finns nu på godsuniversalantidote.org, en komplett referens för protokollen, dokumentäerna, vittnesmålen och böckerna.

4. Tysken som förfinade protokollet

Andreas Kalcker

Jag kallade [Andreas Kalcker](#) för en irriterande tysk som talade med löjlig säkerhet om ett ämne som jag ansåg vara nonsens. Det var mitt första intryck i oktober 2023. Jag har mjuknat i min syn på honom sedan dess, men bara delvis. Kalcker är tysk till födseln, spansk genom adoption och schweizisk genom bosättning. Säkerheten i hans sätt visar sig delvis vara förtjänad och delvis den uppblåsta självsäkerheten hos en marknadsförare som har lyckats profilera en förfining som en ersättning.

Kalcker är den fjärde av de fyra personer som med rätta betraktas som pionjärer inom klordioxidrörelsen. Humble uppfann ämnet och utvecklade protokollen. Grenon byggde det internationella utbildningsnätverket och betalade det juridiska priset. Rivera skapade autismfallet och sammanställde den största pediatrika kliniska dokumentationen. Kalcker förfinade Humbles ursprungliga beredning till en renare industriell form, marknadsförde den som CDS och byggde ett världsomspännande nätverk av läkare kring den nya profileringen. Förfiningen är betydande, men marknadsföringen visade sig få större konsekvenser än kemin. De flesta patienter känner nu ämnet som CDS snarare än MMS, trots att det MMS som Humble utvecklade i sitt ökenhus är den starkare och mer kliniskt validerade av de två.

Biografi

[Andreas Ludwig Kalcker](#) föddes i Wuppertal, Tyskland, år 1961. Han utbildade sig inom biofysik, flyttade till Spanien i tjugooårsåldern, bodde där i 34 år och har varit baserad i Schweiz sedan 2016. Hans akademiska bakgrund ligger inom elektromolekylär biofysik av frekvenser, det område som studerar hur elektromagnetisk och akustisk energi interagerar med biologisk vävnad. Han har haft forskningsanknytningar till mikrobiologiska avdelningen vid Inselspital vid universitetet i Bern. ”Dr. h.c.” framför hans namn är en hedersdoktorstitel, tilldelad senare i karriären för hans arbete med klordioxid snarare än erhållen genom försvar av en doktorsavhandling. Skillnaden är viktig för kritiker som vill avfärda honom som okvalificerad. Den är mindre viktig när man läser hans publicerade artiklar, som är tekniskt noggranna på det sätt man förväntar sig av en vetenskapsman av högsta klass.

Kalcker kom i kontakt med klordioxid år 2007 efter att standardläkemedel inte hade haft någon effekt på hans svåra artrit. Han hittade en spanskspråkig sammanfattning av Humbles protokoll, provade ämnet på sig själv och såg artriten förbättras inom några veckor. Förbättringen var bestående. Han slutade med standardmedicinerna och tillbringade de följande åren med att studera ämnet med det metodiska tålamodet hos en verksam biofysiker som försöker förstå ett kliniskt resultat som enligt konventionella förklaringar inte borde existera.

Humbles beredning fungerade utmärkt men hade två problem för vissa patienter. Det första var smaken, som är stark och obehaglig. Det andra var magbesvär som vissa användare upplever vid högre doser, orsakade av kvarvarande natriumklorid och den förbrukade syraaktivatorn som finns kvar i drycken tillsammans med klordioxiden. Att separera klordioxiden från resten av reaktionsblandningen och leverera den som en ren vattenlösning mildrar biverkningarna och gör

doseringen mer standardiserad mellan olika satser. Botningsresultaten är ungefär desamma som för MMS för de flesta användningsområden, även om Humble och de mest erfarna klinikerna som kom efter honom har hävdat att den separerade formen är svagare i de svårare fallen.

Det var detta som Kalcker utvecklade. Beredningen som han skapade, och kallade Chlorine Dioxide Solution (CDS), utför samma reaktion mellan natriumklorit och syra inne i en liten förseglad glasburk, fångar upp klordioxidgasen när den bildas och löser den i en uppmätt volym destillerat vatten i en yttre behållare. Resultatet är en vattenlösning på 3 000 ppm av ren klordioxid. Inga förbrukade reagenser. Ingen kvarvarande klorit. Smaken är skarpare men mindre bitter än MMS, och hållbarheten är flera månader när lösningen förvaras i en mörk flaska i kylskåp.

Nackdelen är att tillverkningsprocessen kräver specialglas, noggrann teknik och ett kylskåp, vilket inte är några problem i en europeisk lägenhet men är hinder i de delar av världen där klordioxid används mot malaria och dengue och där elförsörjningen är opålitlig. MMS tillverkat på det ursprungliga sättet kräver inget av detta. De kliniska nätverken i tredje världen som har producerat de största dokumenterade botningsresultaten arbetar därför med MMS och inte CDS, både av den anledningen och därför att MMS vid lägre doser ger samma mildare biverkningsprofil som CDS utan tillverkningsbördan. Patienter i USA som vill ha CDS utan att själva tillverka det kan köpa det färdiggjort; se Supplies i eftermaterialet.

Han publicerade sin första bok, *CDS, Health Is Possible*, år 2012, baserad på sin doktorsavhandling och flera års självexperimentering. Boken etablerade det CDS-protokoll som nu används i stor utsträckning inom västerländska spanskspråkiga och engelskspråkiga grupper. Den andra boken, *Forbidden Health: Incurable Was Yesterday*, utvidgade de kliniska användningsområdena till dussintals sjukdomskategorier med stöd av fallmaterial från det nätverk av läkare som han hade börjat utbilda.

Den tredje boken, *Bye Bye Covid*, skriven med bidrag från mer än 30 läkare som hade använt CDS på Covid-patienter under pandemin, dokumenterade den största enskilda användningen av CDS i dess historia. Alla tre finns [tillgängliga via Kalckers boksida](#), och *Bye Bye Covid* säljs även genom [Biofield Expert](#).

COMUSAV

År 2020, när Covid-19-pandemin uppstod och tidiga rapporter från Mexiko och Bolivia beskrev dramatiska återhämtningar med CDS, grundade Kalcker [Coalición Mundial Salud y Vida \(COMUSAV\)](#), den Globala koalitionen för hälsa och liv. Organisationen är en transnationell sammanslutning av läkare som har integrerat klordioxid i sin kliniska verksamhet och som har kommit överens om att dela fallmaterial, protokoll och utbildningsmaterial över nationsgränser. Medlemsantalet översteg 5 000 läkare år 2022 och fortsätter att växa. De länder som har de största nationella avdelningarna är Mexiko, Bolivia, Argentina, Ecuador, Peru, Venezuela, Spanien och Tyskland.

COMUSAV är det närmaste klordioxidrörelsen har en normgivande organisation. De protokoll som publiceras översätts till medlemskapets huvudspråk, och utbildningsprogrammen innehåller både nätbaserade och fysiska delar. Falldatabasen delas internt och ligger till grund för de publicerade artiklar som Kalcker och hans medarbetare har släppt sedan 2020. Artikeln från 2024 om den föreslagna verkningsmekanismen för CDS mot SARS-CoV-2, artikeln om säkerhetsdata från 20 000

dokumenterade patientfall och den [senaste akademiska översikten](#) över CDS kemi och farmakologi är alla produkter av COMUSAV-nätverkets datainfrastruktur.

Wikipediaartikeln om Kalcker, senast granskad vid tidpunkten för denna text, avfärdar COMUSAV som en marginalorganisation som främjar ett farligt ämne. Artikeln nämner inte att medlemskap verifieras, att läkarna är legitimerade kliniker i sina respektive jurisdiktioner eller att falldatan är granskningsbar. Wikipedias behandling är den standardiserade berättelse från den kontrollerade pressen som tillämpas på alla som hotar patenterade läkemedel. Den har fel om organisationen på samma sätt som pressen har fel om de flesta av personerna i denna bok.

Bolivia

Den bolivianska användningen är den största nationella klordioxidinsatsen i historien. I oktober 2020 antog Bolivias senat lag 1351, som godkände tillverkning och distribution av CDS för förebyggande och behandling av Covid-19 under kontrollerade former. Lagen antogs trots invändningar från den etablerade hälsoregulatoriska infrastrukturen, inklusive WHO:s regionala kontor för Amerika, som upprepade gånger hade varnat den bolivianska regeringen för ämnet. Den bolivianska senaten antog lagen ändå. Den folkliga efterfrågan på en effektiv behandling mot Covid-19, inför ett nationellt sjukhusystem som var överbelastat av pandemin, var tillräckligt stark för att övervinna det regulatoriska trycket.

Genomförandet leddes av COMUSAV:s bolivianska avdelning i samarbete med militärsjukvården och flera universitetsbaserade forskningscentra. Distributionsnätverk etablerades i varje större stad. Produktionsanläggningar, inklusive universitetslaboratorier för kemi och några mindre kommersiella anläggningar, ökade produktionen för att kunna tillverka de mängder CDS som krävdes för en nationell insats. Inom några månader efter lagens antagande hade ungefär 2,5 miljoner bolivianer, av totalt 12 miljoner invånare, använt CDS för förebyggande eller behandling av Covid.

Resultaten dokumenterades av COMUSAV:s läkare och det bolivianska hälsoministeriet, med vissa försök till oberoende verifiering av besökande forskare. De rapporterade mönstren var konsekventa. Patienter med akut Covid svarade på CDS inom 24 till 72 timmar, med feber, hosta och andningssymtom som försvann enligt det typiska förloppet. Sjukhusvårdsfrekvensen bland patienter som behandlades med CDS var en liten del av frekvensen bland patienter som behandlades enligt den konventionella bolivianska vårdstandarden. Dödligheten bland sjukhusvårdade patienter som fick CDS tillsammans med standardvård var betydligt lägre än bland patienter som enbart fick konventionell vård. Enligt varje indirekt mått som fanns tillgängligt hade Bolivia de bästa resultaten för Covid i Sydamerika under pandemin.

Det västerländska medicinska och folkhälsomässiga etablissemanget erkände inte de bolivianska resultaten, och de etablerade tidskrifterna vägrade publicera artiklar som beskrev dem. WHO fortsatte att varna för ämnet. Den internationella pressen behandlade insatsen som en folkhälsoskandal snarare än en folkhälsosuccé. Den bolivianska implementeringen, det största naturliga experimentet med klordioxid i historien, begravdes under den institutionella respons som redan hade etablerat etiketten om blekmedel och kvacksalveri kring ämnet.

Artiklarna om verkningsmekanismer

Kalckers mest betydande vetenskapliga bidrag har varit en serie artiklar, med början 2018 och fram till i dag, som föreslår verkningsmekanismer för klordioxid på cellulär och molekylär nivå.

Artiklarna bygger på den bakgrund inom elektromolekylär biofysik som han förde med sig till ämnet, och de har producerat den första tekniskt rigorösa redogörelsen för varför ett ämne med klordioxidens selektiva oxidativa kemi skulle ge de bredspektriga antimikrobiella och antivirala effekter som dokumenterats i den kliniska dokumentationen.

Den första mekanismen är selektivitet baserad på skillnader i pH. Cancerceller, biofilmskyddade bakterier och virusinfekterade celler befinner sig i surare lokala miljöer än frisk vävnad. Klordioxid är mer reaktiv i sura miljöer. Molekylen riktar sig i högre grad mot de celler som behöver angripas och skonar den friska vävnaden omkring dem. Denna mekanism förklarar varför klordioxid vid terapeutiska doser dödar patogener och cancerceller utan att orsaka den bredare cytotoxicitet som konventionella cytotoxiska läkemedel orsakar.

Den andra mekanismen är specificitet för cystein. Klordioxid oxiderar cysteinrester snabbare än de flesta andra aminosyror. Cystein är avgörande för funktionen hos många virala proteiner, inklusive spikproteinet hos SARS-CoV-2, och för uppbyggnaden av bakteriella biofilmer. Den selektiva oxidationen av cystein genom klordioxid denaturerar proteiner som är beroende av det och angriper därmed patogeners strukturella och funktionella integritet genom en mekanism som frisk vävnad, med sin snabbare omsättning av antioxidanter, i stor utsträckning skyddas från. Arbetet kring cysteinoxidation har publicerats i den [akademiska publikationssamling](#) som Kalcker upprätthåller, och det är den mest citerade delen av hans vetenskapliga arbete.

Den tredje mekanismen är effekten på biofilmer, de polysackaridmatriser som kroniska bakterie- och svampinfektioner bygger upp för att skydda sig mot antibiotika och immunförsvarets angrepp. Klordioxid tränger in i biofilmer på ett sätt som antibiotika i allmänhet inte gör. Detta är den praktiska mekanismen bakom botandet av kronisk borrelia, kroniska tandabscesser, kronisk prostatit, kroniska urinvägsinfektioner och andra ihållande infektioner som ämnet hanterar. Biofilmsmekanismen är väl dokumenterad i litteraturen om industriell vattenbehandling, där klordioxid har använts i femtio år för att bryta ned biofilmer i kyltorn och rörsystem. Kalckers bidrag har varit att visa att samma biofilmsnedbrytande verkan är det som gör det möjligt för ämnet att hantera kroniska infektioner som har undgått konventionell behandling.

Det juridiska trycket

Kalcker har blivit föremål för utredningar, stämningar, åtal och trakasserier i flera jurisdiktioner. År 2019 inledde Spaniens riksåklagare en brottsutredning efter en anmälan från hälsoministeriet och anklagade honom för ”brott mot folkhälsan” för att ha främjat CDS. Ärendet lades så småningom ned utan åtal. År 2021 väckte argentinska åklagare ett relaterat ärende efter att en femårig pojke i provinsen Neuquén hade avlidit efter att hans föräldrar gett honom CDS mot Covid. Utredningen drog slutsatsen att pojkens död inte orsakades av CDS utan av ett underliggande tillstånd som föräldrarna inte hade uppmärksammat. Angreppet mot Kalcker i Argentina kollapsade när obduktions- och toxikologirapporterna offentliggjordes.

Wikipediaartikeln fortsätter att beskriva dessa fall som om utfallen aldrig inträffade. Mönstret är konsekvent för varje avvikande hälsoprofil som har ställts inför det kontrollerade juridiska och

mediala etablissemang. Anklagelsen förstärks. Frikännandet utelämnas. Läsaren som söker på namnet via Google ser anklagelseetiketten och inget annat. Etiketten uppnår den marginalisering som systemet eftersträvar utan besväret med en fällande dom som den juridiska dokumentationen skulle behöva erkänna.

Kalcker har hanterat trycket annorlunda än Grenon. Han har inte fängslats. Han har inte vägrat att delta i den juridiska processen. Han har samarbetat med utredningar, demonstrerat ämnets säkerhet i domstol när han har kallats att göra det och fortsatt sitt forsknings- och publiceringsarbete parallellt med försvaret. Den schweiziska verksamhetsbasen har gett honom större juridiskt skydd än jurisdiktionerna i USA, Spanien eller Argentina. Som ett resultat är han den ende av de fyra pionjärerna som fortfarande arbetar öppet med full kapacitet. Humble är död. Grenon står under övervakning. Rivera är skuggblockerad. Kalcker finns på YouTube, på sina webbplatser, på COMUSAV:s konferenser och publicerar artiklar.

Vad jag har kommit att tänka

När jag först såg en Kalcker-video år 2023 trodde jag att han var en kuf. Jag har sedan dess ändrat uppfattning. Han är en verksam biofysiker med en omfattande forskningsproduktion om ämnet och ett betydande internationellt nätverk av läkare bakom sig, och jag är skyldig honom en rättelse. Det jag inte har ändrat är den slutsats jag kom fram till under det följande året: CDS är en förfining som löser problem som vissa patienter har med MMS, men det är inte en ersättning. Marknadsföringen som behandlar det som en sådan har trängt undan Humbles ursprungliga protokoll i stora delar av världens kollektiva medvetande. De patienter som skulle ha svarat på MMS vid autism, malaria och svårare bakterie- och virusfall kommer nu ofta först till CDS och får ibland aldrig höra talas om MMS över huvud taget.

Vad som kommer härnäst

Kalcker är 65 år gammal vid tidpunkten för denna text. Hans hälsa är god. Han fortsätter att publicera, utbilda COMUSAV-läkare, driva [Kalcker Institute](#), som certifierar kliniker i protokollen, och utveckla tekniska förfiningar av CDS genom sitt samarbete med universitetet i Bern. Läsare som vill ta del av hans arbete har flera ingångar. Webbplatserna [andreaskalcker.com](#) och Kalcker Institute är bra utgångspunkter. Böckerna finns på engelska, spanska, tyska och flera andra språk. COMUSAV:s läkarregister på COMUSAV:s webbplats listar kliniker som arbetar med CDS i över 30 länder för läsare som söker direkt klinisk konsultation.

DEL II - HUR MAN ANVÄNDER DET

Beredningarna, protokollen, tillverkningen, misstagen.

5. MMS kontra CDS

Den centrala debatten

MMS är Jim Humbles ursprungliga beredning, framställd genom att blanda några droppar 22,4-procentig natriumklorit med några droppar 4-procentig saltsyra, låta blandningen reagera i 30 sekunder i ett rent glas, späda den med 4 ounces vatten och dricka den. CDS är Andreas Kalckers förfining: en vattenlösning på 3 000 ppm av ren klordioxidgas upplöst i destillerat vatten, framställd genom ett ytterligare tillverkningssteg med specialglas och förvarad i en mörk flaska i kylskåp. Båda levererar klordioxid till kroppen. Kemin hos det som når målvävnaden är tillräckligt likartad för att båda beredningarna ska fungera för många användningsområden.

Debatten handlar inte om huruvida båda fungerar. Den handlar om vilken som ska användas, och det svar som det internationella samfundet har kommit fram till under de senaste femton åren är inte det som marknadsföringen har producerat. Kalckers framgång under slutet av 2010-talet har positionerat CDS som den moderna, förfinade och vetenskapligt respektabla formen av ämnet och MMS som den äldre, grövre och mindre försvarbara föregångaren. Den kliniska dokumentationen från dem som har flest patienttimmar bakom sig berättar en annan historia. MMS är starkare. MMS är billigare. MMS fungerar på sjukdomar som CDS inte gör.

Skillnaden i verkningsmekanism

När MMS blandas och sväljs får användaren i sig tre komponenter: en liten mängd färdigbildad klordioxidgas upplöst i vattnet, en större mängd oreagerad natriumklorit som fortsätter att reagera med magsyran under de följande timmarna samt en liten rest av den förbrukade saltsyraaktivatorn. Klordioxidgasen avdunstar snabbt i den varma magen och absorberas i den omgivande vävnaden, där den vandrar mot kroppens surare områden. Enligt arbetshypotesen är det i dessa områden som patogener, biofilmer, cancerceller och skadad vävnad finns. Den oreagerade natriumkloriten fortsätter under tiden att långsamt frigöra klordioxid medan den rör sig genom mage och tarmar, vilket ger en förlängd dosering under de följande timmarna.

CDS däremot är klordioxidgas upplöst i vatten och inget annat. Det finns ingen oreagerad natriumklorit, och den klordioxid som kommer in i kroppen är densamma som fanns i flaskan i det ögonblick då den svaldes. Dosen är renare och biverkningarna mildare, men den förlängda frisättning som MMS ger saknas. En användbar analogi är skillnaden mellan ett läkemedel med omedelbar frisättning och en depåberedning av samma läkemedel: omedelbar frisättning ger en enda topp, medan depåberedningen ger en långvarig exponering över tid. MMS är depåberedningen, medan CDS är beredningen med omedelbar frisättning. För akuta tillämpningar där en tydlig topp är målet har CDS en roll, men vid kroniska infektioner, biofilmer, malaria, autism och de svårare fall där långvarig vävnadsexponering är det som gör arbetet överträffar MMS CDS.

Det finns en andra mekanism som erfarna kliniker pekar på. När CDS utsätts för en miljö med lågt pH (sur miljö) som liknar människans magsäck har observatörer rapporterat att lösningen förlorar sin karakteristiska gulbruna färg och blir klar. Tolkningen är att magsyran delvis inaktiverar den upplösta klordioxiden vid första passagen innan den kan nå systemcirkulationen. Denna mekanism skulle förklara det förbryllande kliniska mönster där vissa patienter inte ser någon nytta efter flera månaders konsekvent oral dosering av CDS men upplever Herxheimerreaktioner inom några dagar vid motsvarande dos MMS. Jag är en av dessa patienter. Efter flera månader med CDS märkte jag ingenting. Två dagar efter att ha börjat med MMS, tre droppar per timme, fick jag en kraftig Herxheimerreaktion. Det var då jag förstod vad de erfarna klinikerna hade försökt säga mig.

Den kliniska dokumentationen

Det starkaste beviset i frågan MMS kontra CDS kommer från kliniker som har använt båda och jämfört dem i patientvård under många år. Listan över personer i denna kategori omfattar Kerri Rivera, Mark Grenon, Steve, Susan Raj och flera anonyma COMUSAV-läkare vars namn jag inte har tillåtelse att dela. Tillsammans har de behandlat tiotusentals patienter med klordioxid i båda formerna. Deras slutsatser är samstämmiga.

Kerri Rivera, vars arbete med autism utgör den längsta sammanhängande patientserien för en enskild sjukdom i klordioxidokumentationen, uttryckte det rakt ut i vår andra intervju: MMS fungerar för autism och CDS gör det inte. Hon provade CDS under flera år när det först populariserades och övergick till det i sin verksamhet eftersom positioneringen i marknadsföringen antydde att det var nästa steg. Hennes återhämtningsfrekvenser för autism sjönk, så hon gick tillbaka till MMS, och resultaten återvände. Hon har inte använt CDS som primär behandling för autism sedan dess.

Mark Grenon, vars två årtionden av patientarbete spänner över rörelsens största geografiska område, gav mig samma svar. För malaria är MMS botemedlet. CDS är det inte. Han botade tusentals malariafall i Karibien och Latinamerika med Humbles MMS-protokoll. Fall som kom till honom efter att ha använt CDS, från patienter som hade börjat med den mer populära beredningen, svarade på MMS när han bytte över dem. De malariabotanden som Humble dokumenterade i Afrika i början av 2000-talet, de botanden som lade grunden för rörelsen, utfördes alla med den ursprungliga beredningen av natriumklorit och syra som blev MMS. Det finns ingen dokumenterad serie av jämförbar omfattning där CDS har botat malaria.

Den anonyme expert som jag kallar Steve, vars namn jag inte har tillåtelse att avslöja, har en tjugoförårig klinisk karriär med ämnet som saknar motstycke i USA. Han sade samma sak till mig i ännu tydligare ordalag. Han bytte från MMS till CDS i början av 2010-talet när Kalckers marknadsföring nådde sin höjdpunkt. Han använde CDS under flera år och drog sedan slutsatsen att det var sämre och gick tillbaka till MMS. Sedan dess har han stannat vid MMS. Han behandlar nu patienter inom kategorierna cancer, borrelia, vaccinskador och autoimmuna sjukdomar med Humbles ursprungliga beredning. Hans framgångsfrekvenser är oförändrade. Intervjun med Steve finns i kapitel 15.

Varför CDS ändå tog över

Om den kliniska dokumentationen talar till MMS fördel, varför har då CDS blivit den form som de flesta patienter i västerländska spansktalande och engelsktalande grupper nu använder? Svaret

ligger i marknadsföring, paketering och den politiska utvecklingen inom klordioxidrörelsen under 2010-talet.

Andreas Kalcker blev, mer än någon annan person i rörelsen efter att Humble hade dragit sig tillbaka till Mexiko i slutet av 2000-talet, det offentliga ansiktet för klordioxid under de år då protokollen spreds internationellt. Hans böcker översattes till flera språk, och hans seminarier fyllde lokaler över hela Europa och Latinamerika. Hans läkarnätverk COMUSAV gav ämnet en aura av professionell legitimitet som Humble, verksam ensam i Mexiko, aldrig försökte bygga upp. Kalcker marknadsförde CDS, och de flesta nya patienter lärde sig om detta. Resultatet blev ett generationsskifte i hur ämnet uppfattades i allmänhetens medvetande, utan någon motsvarande förändring i den underliggande kliniska dokumentationen.

Smakskillnaden har betydelse. MMS smakar som en simbassäng, och den första dosen överraskar nya användare som hade väntat sig något mer medicinskt. CDS har en skarpare men mindre obehaglig smak. För en patient som gör sitt första försök med oral klordioxid betyder den skillnaden mer än den borde. Många patienter som skulle tolerera MMS i lägre doser avskräcks av smaken innan de når den fungerande dosen, och de stannar därför kvar vid den mer lättsmälta CDS.

Den upplevda sofistikerings hos CDS bidrog också. En patient som ser en video som visar produktionsutrustningen, specialglasen, den noggranna tekniken och kylförvaringen får intrycket att CDS är den mer vetenskapliga versionen. MMS-processen däremot består av två droppar från en flaska, trettio sekunders omrörning, vatten och sedan dricka. MMS-processen ser för enkel ut för att tas på allvar av människor som är vana vid läkemedelsreklamens produktionsvärden. Det enklare alternativet vinner när det gäller kostnad och effekt. Det mer avancerade alternativet vinner när det gäller intrycket av legitimitet. Patienter som köper klordioxid för första gången köper oftast intrycket.

Där CDS har en roll

Argumentet för MMS som den primära orala beredningen utesluter inte CDS för klinisk användning. Det finns tillämpningar där CDS är rätt val, och kapitlet skulle vara ofullständigt utan att nämna dem.

Intravenös administrering är den vanligaste av dessa. CDS är den form som Kalcker utvecklade för intravenös användning, och de publicerade fallserierna från Kalcker Institute och COMUSAV-läkare om intravenös CDS vid cancer, svår Covid och septiska tillstånd bygger på CDS-beredningen. Renare kemi har betydelse vid intravenös tillförsel, där oreagerad natriumklorit i blodbanan skulle vara ett irriterande ämne som kroppen har svårare att eliminera än ren klordioxid. Om du arbetar med en läkare som erbjuder intravenös klordioxid kommer ämnet som går in i din ven nästan alltid att vara CDS, och det är korrekt.

Lokala tillämpningar gynnas av CDS i koncentrationer som är högre än standardlösningen på 3 000 ppm. Den höggradigt rena CDS-3000-sprayen, som Curious Outlier behandlar i [sitt inlägg om hudsjukdomar](#), är en förfining som hanterar sårvård, behandling av sårbildningar, svampinfektioner och förebyggande av postoperativa infektioner med en precision som utspädd MMS inte kan matcha. Detsamma gäller nebuliserad klordioxid för infektioner i de övre luftvägarna, där den renare formuleringen orsakar mindre irritation vid inandning.

Patienter med kraftig gastrointestinal känslighet klarar sig ibland bättre med CDS än med MMS i början av sitt protokoll, även när aktivatorn är saltsyra och inte den hårdare citronsyran. Den mildare biverkningsprofilen hos CDS är väl dokumenterad. För dessa patienter är strategin att börja med CDS för att etablera tolerans och därefter övergå till MMS när tarmen har stabiliserats. Övergången till MMS sker vid lägre doser än patienten använde med CDS eftersom MMS vid en fjärdedel till en tredjedel av motsvarande dos ger liknande vävnadsexponering.

Den tredje tillämpningen gäller användare som inte pålitligt kan få tag på 4-procentig saltsyra. Apoteks- och järnhandelskedjorna för saltsyra (handelsnamnet muriatic acid i avdelningar för poolunderhåll och rengöring av murverk) är väl utbyggda i de flesta utvecklade länder. En gallon 31–35-procentig muriatic acid från en leverantör av poolutrustning kostar omkring 10 dollar, och en gallon koncentrat som späds med destillerat vatten till den 4-procentiga styrka som används i MMS räcker i praktiken livet ut för en användare. I vissa jurisdiktioner är saltsyra på flaska svår att hitta eller försvåras av tullregler. CDS som tillverkas och skickas från en producent i ett annat land är då lättare att få tag på än råmaterialen för MMS. Nackdelen är behovet av kylförvaring och CDS begränsade hållbarhet. För en patient i ett stabilt hushåll med tillförlitlig elförsörjning är CDS användbart. För en patient i en miljö utan tillförlitlig elektricitet är MMS det enda alternativet.

Dosekvivalensen

När en patient ska överföras mellan MMS och CDS är den ungefärliga ekvivalensen i den kliniska litteraturen att tio droppar MMS i en liter vatten, som sippas under en åttatimmarsdag, ger en vävnadsexponering för klordioxid som motsvarar ungefär 40 milliliter CDS i samma liter, intaget enligt samma schema. Denna ekvivalens är ungefärlig. Enskilda patienter varierar med en faktor på två eller tre beroende på magsyranivå, passagetid genom tarmen och underliggande patologi. Den kliniska principen är att börja i den lägre delen av intervallet och titrera upp utifrån patientens respons snarare än utifrån siffran i protokollet.

Vad detta betyder för läsaren

För en ny användare som börjar med klordioxid bör man börja med MMS i den lägre delen av dosintervallet enligt Startproceduren i kapitel 6. Använd saltsyraaktivatorn i stället för citronsyraalternativet. Bygg upp dosen under flera veckor till den underhållsdos som ditt tillstånd kräver. Om du har svår gastrointestinal känslighet som inte förbättras vid lägre MMS-doser, byt till CDS för att stabilisera situationen och återgå sedan till MMS i lägre doser när tarmen har lugnat sig. Om du har en indikation som kräver intravenös eller lokal användning ska du arbeta tillsammans med en kliniker som är utbildad i CDS-terapi.

Den djupare innebörden är att den populära beskrivningen av klordioxid som ”CDS, den moderna versionen” döljer den kliniska verkligheten. Ämnet är klordioxid. De två beredningarna är administreringsvägar. Den äldre och enklare vägen levererar ämnet till vävnaderna mer effektivt för de flesta användningsområden. Den nyare och mer sofistikerade vägen har tillämpningar där renare kemi har betydelse. Båda är legitima. Ingen av dem ersätter den andra. Patienten som kommer till ämnet genom offentligt material som är centrerat kring CDS är skyldig sig själv att lära sig om MMS-alternativet innan han eller hon gör ett långsiktigt åtagande till en mer komplex, dyrare och, för de flesta orala användningsområden, mindre effektiv beredning.

De kapitel som följer utgår från MMS som den primära beredningen. Doseringscheman, instruktioner för hemmatillverkning och vägledning för felsökning hänvisar alla till MMS om inget annat anges. Läsare som söker CDS-varianterna av samma protokoll hittar dem i Kalckers material som länkas i referenserna och i Curious Outliers material, som finns tillgängligt som gratis nedladdning. Principerna är desamma. Utförandet skiljer sig åt i detaljerna.

Kommentar: När jag först stötte på MMS–CDS-debatten i början av 2024 var jag förvirrad. De kliniker jag litade på var enhälliga i sitt svar, medan litteraturen, webbplatserna och YouTube-videorna var enhälliga i motsatt riktning. Det tog mig ett år av samtal, flera omgångar av personliga experiment och en kraftig Herxheimerreaktion på MMS efter flera månader utan effekt av CDS för att förstå vad de erfarna klinikerna försökte säga. Jag skriver detta kapitel för att spara läsaren ett år. Svaret är MMS för oral användning i nästan varje situation, med de begränsade undantag som anges ovan. Lita på mig i detta. Om du inte litar på mig, lita på Rivera och Grenon, som har fler kliniska timmar med ämnet än någon annan levande människa.

6. Protocol 1000 och de tre gyllene reglerna

Det protokoll som de flesta patienter i klordioxidgemenskapen följer, och det som Jim Humble fastställde efter femton års kliniska experiment, kallas Protocol 1000. Namnet återspeglar den ursprungliga intuitionen bakom metoden: att ämnet bör administreras i små, frekventa doser snarare än i större doser med längre mellanrum för att upprätthålla en jämn vävnadskoncentration under dagens aktiva timmar. Talet 1000 har ingen exakt betydelse. Det är en etikett som skiljer detta protokoll från några senare varianter som utvecklades för specifika situationer, inklusive Protocol 2000 för mer aggressiva fall, Protocol 3000 för svår sjukdom och Protocol 1000-F för snabbspårsanvändning vid akut sjukdom. Principerna i samtliga är desamma.

Startproceduren

En patient som aldrig tidigare har tagit klordioxid bör inte börja direkt med Protocol 1000. Kroppen har samlat på sig toxiner, patogener, biofilmer och metabolt avfall under år eller årtionden, och att börja på en fungerande dos kommer att frigöra mer av detta material i cirkulationen än vad levern, njurarna, lymfsystemet och tarmen kan eliminera på en gång. Resultatet blir en Herxheimerreaktion, ibland allvarlig, som gör att patienten avbryter protokollet innan någon terapeutisk nytta uppnås. Startproceduren ökar gradvis dosen under flera dagar och ger utsöndringsorganen tid att hantera belastningen.

Det rekommenderade schemat från Curious Outliers [Part 1 of the How to Use Chlorine Dioxide series](#) är följande. Dag ett, en fjärdedels droppe varje timme under åtta timmar. Dag två, en halv droppe varje timme under åtta timmar. Dag tre, en halv droppe varje timme under åtta timmar. Dag fyra, tre fjärdedels droppe varje timme under åtta timmar. Dag fem, en droppe varje timme under åtta timmar, vilket är startdosen för själva Protocol 1000. De tre gyllene reglerna gäller under hela processen, och patienten bör inte gå vidare till nästa dags schema om symtom på en Herxheimerreaktion förekommer.

Fraktionerad dosering är den praktiska innovation som gör startproceduren tolerabel. De flesta patienter med en betydande kroppslig belastning kommer att uppleva en Herxheimerreaktion redan vid en full aktiverad droppe per timme. För att ge mindre än en droppe blandar man därför mer än en droppe i en större volym vatten och dricker sedan en proportionell del. Standardmetoden är att aktivera två droppar MMS i ett rent glas, låta det reagera i trettio sekunder, tillsätta den aktiverade blandningen till en enlitersflaska vatten, blanda försiktigt och dela upp litern i åtta lika stora portioner om 125 milliliter vardera. Varje portion på 125 milliliter motsvarar en fjärdedels droppe. Patienten dricker en portion per timme under åtta timmar, vilket är dosen för den första dagen. Ett användbart tips från Curious Outliers inlägg är att använda en permanent märkpena på en återanvänd enliters läskflaska för att markera åtta lika stora segment. De visuella markeringarna gör doseringen varje timme enkel utan mätutrustning.

Om till och med dosen på en fjärdedels droppe ger obehag bör patienten gå ned till en åttondels droppe genom att blanda en droppe MMS i litern och dricka samma portioner om 125 milliliter. Kroppen vet vad den klarar av. Patienten bör lyssna.

Protocol 1000

Efter fem dagar med startproceduren är standarddosen i Protocol 1000 en aktiverad droppe MMS varje timme under åtta timmar per dag. Schemat upprätthålls tills patienten har varit symtomfri under flera sammanhängande veckor, det behandlade tillståndet har lösts eller patienten väljer att trappa ned till en underhållsdos. Det finns ingen fast varaktighet. Vissa patienter använder Protocol 1000 i sex veckor för en akut infektion och slutar därefter. Vissa använder det i sex månader för ett kroniskt tillstånd och finner att det har försvunnit. Vissa antar ett permanent underhållsprogram med låg dos, tar några aktiverade droppar med några timmars mellanrum några gånger i veckan och fortsätter med detta livet ut.

Den aktiverade droppen framställs enligt beskrivningen i kapitel 4. Två flaskor används, en innehållande 22,4-procentig natriumklorid och den andra 4-procentig saltsyra. Tillsätt lika många droppar av varje i ett rent snapsglas eller en liten kopp. Rör om i trettio sekunder eller låt blandningen stå. Blandningen blir gulbrun när reaktionen är färdig, vilket visar att klordioxidgas har bildats. Tillsätt fyra ounces vatten och drick omedelbart. Ställ en timer på telefonen på sextio minuter. Undvik mat, andra drycker än vatten och orala kosttillskott under den åtta timmar långa doseringsperioden.

Patienten kan förbereda en heldagsflaska i stället för att aktivera varje dos individuellt. För att göra detta aktiveras det totala antalet droppar som behövs för dagen i ett rent glas (åtta droppar för åttatimmarsprotokollet med en droppe per timme). Låt aktiveringen fortgå i trettio sekunder. Håll den aktiverade blandningen i en enlitersflaska vatten, blanda och dela upp i åtta lika stora portioner. Flaskan bör ha ett förslutningsbart skruvlock som sätts tillbaka efter varje upphällning för att hålla klordioxidgasen kvar i lösningen mellan doserna. Patienten dricker en portion per timme. Metoden med heldagsflaska är något mindre effektiv än att aktivera varje dos individuellt eftersom klordioxidgasen avdunstar från flaskan under dagen även när locket sitter på. För de flesta patienter är bekvämligheten dock värd den lilla förlusten. Undantaget är patienter med allvarlig sjukdom, för vilka den något högre styrkan från nyaktiverade doser varje timme är värd ansträngningen.

Protokollet förutsätter användning av filtrerat vatten, flaskvatten, destillerat vatten eller vatten från omvänd osmos. Kranvatten som innehåller klor, fluor eller betydande mängder mineraler minskar klordioxidens styrka och ger en mindre konsekvent dos. Använd endast behållare av glas eller livsmedelsgodkänd plast. Använd aldrig metall, eftersom klordioxid reagerar med de flesta metaller och antingen bryter ned ämnet eller överför metalljoner till dosen.

De tre gyllene reglerna

Curious Outliers [Part 1 post](#) sammanfattar de tre regler som erfarna kliniker använder för att vägleda patienter genom Protocol 1000. Reglerna är enkla och hållbara, och de har fungerat som den praktiska grunden för protokollet sedan Humble formulerade dem i början av 2010-talet.

Regel ett, Ingen-förändrings-regeln. Om symtomen förbättras ska dosen, schemat eller protokollet inte ändras. Fortsätt med det som fungerar. De flesta patienter ökar instinktivt dosen när de ser förbättring, utifrån teorin att mer av ett fungerande ämne ger mer förbättring snabbare. Patienter med medicinsk bakgrund är de värsta syndarna. Den instinkten är fel när det gäller klordioxid eftersom ämnet fungerar vid den dos som ger responsen. Att öka dosen innan kroppen

har rensat den aktuella belastningen leder bara till en kraftigare Herxheimerreaktion utan snabbare tillfrisknande. Behåll dosen och låt kroppen arbeta.

Regel två, Reduceringsregeln. Om symtomen förvärras, där långvarigt illamående, diarré, huvudvärk eller influensaliknande trötthet är de vanligaste tecknen, ska dosen minskas med 50 procent. Protokollat avbryts inte. Patienten fortsätter att ta ämnet på den reducerade nivån, vilket ger utsöndringsorganen möjlighet att komma ikapp den belastning av patogener och toxiner som ämnet frigör. Efter flera dagar på den lägre dosen återgår patienten till den tidigare nivån om försämringen har upphört, eller stannar kvar på den lägre nivån om kroppen fortfarande reagerar.

Regel tre, Ökningsregeln. Om symtomen varken förbättras eller förvärras ökas dosen till nästa nivå. I standardprotokollet är ökningen en droppe per timme upp till maximalt tre droppar per timme. Över tre droppar per timme befinner sig patienten inom Protocol 2000 eller 3000, vilket behandlas kortfattat nedan men kräver mer klinisk övervakning än standardprotokollet. Ökningen sker först efter flera dagar av platå. Patienter som ökar dosen varje dag utifrån teorin att ämnet ännu inte fungerar på den tidigare dosen driver sina kroppar in i Herxheimerreaktioner i onödan.

Reglerna är bedrägligt enkla. Fällan som de flesta nya användare faller i är otålighet, eftersom ämnet verkar gradvis och de tidiga förbättringarna är subtila. En patient med kronisk borrelia kan till exempel märka en liten minskning av ledstelheten under den första veckan, dra slutsatsen att ämnet inte fungerar och frestas att öka dosen. Enligt regel ett är det korrekta svaret att behålla dosen och vänta. Förbättringen ackumuleras: vid vecka fyra är ledstelheten hälften så stor som tidigare, och vid vecka åtta är den borta. Patienten som höll kvar vid dosen genom den tidiga platån botade tillståndet, medan patienten som ökade dosen av otålighet skulle ha utlöst en Herxheimerreaktion och sannolikt avbrutit protokollet.

Min erfarenhet av reglerna

Jag bröt mot reglerna när jag började. Klinikern som lärde mig Protocol 1000 sade åt mig att börja med en fjärdedels droppe per timme och öka långsamt. Jag började med tre droppar per timme eftersom jag hade läst att maxdosen var tre droppar och antog att snabbare var bättre. Jag fick Herxheimerreaktioner i två månader, och reaktionen var så kraftig att jag övervägde att sluta. När jag beskrev vad jag upplevde sade klinikern att den kroppsliga belastning som jag höll på att rensa ut var betydande och att själva Herxheimerreaktionen var ett tecken på att ämnet fungerade.

Jag minskade dosen med 50 procent. Herxheimerreaktionen avtog under de följande dagarna. Jag höll mig på den lägre dosen i flera veckor, och förbättringen fortsatte att byggas upp. Den lärdom jag drog, och som jag för vidare här, är att reglerna finns därför att patienter som är otåliga med den långsamma återhämtningen så konsekvent har drivit sig själva in i Herxheimerreaktioner under de senaste femton åren att erfarna kliniker har behövt formulera det som de såg att varje ny användare gjorde fel.

Två månader är inte den värsta Herxheimerreaktionen som finns dokumenterad i gemenskapen, men det är mer än de flesta patienter står ut med innan de ger upp. Mönstret är att patienter med högst kroppslig belastning får de längsta Herxheimerreaktionerna. Patienter med borrelia, kronisk Covid, vaccinskador, ansamling av tungmetaller och långvariga svampinfektioner utvecklar alla utdragna Herxheimerreaktioner när de ökar dosen för snabbt. Patienter med relativt renare system får Herxheimerreaktioner under en eller två dagar och går sedan vidare. De tre gyllene reglerna är kalibrerade för patienten med hög belastning. Patienten med ett renare system som följer dem

kommer att ta sig igenom startproceduren snabbare, men själva protokollet är konstruerat för att hantera det värsta scenariot.

Protocol 1000-F, 2000 och 3000

Tre varianter av Protocol 1000 finns för situationer där standardprotokollet inte fungerar väl.

Protocol 1000-F är en snabbare variant som är utformad för akut sjukdom. Schemat är en aktiverad droppe var femtonde minut, upplöst i 125 milliliter vatten, under två timmar.

Den totala mängden under två timmar är åtta droppar, samma mängd som under en hel dag med Protocol 1000, men koncentrerad till ett tidsfönster som är tillräckligt kort för att angripa en akut infektion. Protokollet används vid akuta virusinfektioner (influenza, Covid, akut borreliaexponering), akuta bakterieinfektioner (urinvägsinfektion, bihåleinflammation, tandabscess) och akut exponering för miljögifter (matförgiftning, inandning av kemikalier). Patienten genomför snabbprotokollet under två timmar en gång och blir därefter antingen återställd eller övergår till standardprotokoll 1000 som uppföljning. 1000-F är inte ett dagligt protokoll. Det är en akut intervention.

Protocol 2000 administrerar två aktiverade droppar varje timme under åtta timmar i stället för en. Det är standardskaleringen när Protocol 1000 har nått en plåtå efter flera veckor och regel tre indikerar en ökning. Patienter med kroniska tillstånd, cancer, svår borrelia och andra kroniska infektionssjukdomar använder vanligtvis Protocol 2000 under större delen av behandlingen och går sedan ned till Protocol 1000 som underhåll när tillståndet har lösts.

Protocol 3000 administrerar tre aktiverade droppar varje timme under åtta timmar. Det är maxdosen för standardprotokollet med timvis dosering och är reserverat för de mest allvarliga fallen. Patienter med metastaserande cancer, avancerad AIDS, långt framskriden borrelia och liknande tillstånd där ämnet används som primär behandling i avsaknad av konventionella alternativ arbetar sig vanligtvis upp till Protocol 3000 och stannar där tills tillståndet är under kontroll.

Patienten går från Protocol 1000 till 2000 och därefter till 3000 genom att lägga till en droppe per timme vid varje steg, hålla sig på nivån i minst en vecka före nästa ökning och tillämpa de tre gyllene reglerna vid varje steg. Ovanför Protocol 3000 övergår protokollet till mindre frekventa men större doser, såsom de som används i malaria- och akuta cancerprotokoll. Dessa kräver närmare övervakning än vad jag kan ge i en bok.

Protokoll för akuta sjukdomar

Malariaprotokollet som Humble använde i Afrika är inte Protocol 1000. Det är ett högre doserat protokoll med kortare varaktighet, utformat för att eliminera en akut infektion på dagar i stället för veckor. Schemat är 12 till 14 droppar aktiverad MMS för en vuxen, taget tre gånger med två timmars mellanrum. Botningsgraden för malaria vid denna dos, enligt dokumentation från tusentals fall i fält, närmar sig 100 procent. För barn är dosen 7 till 8 droppar enligt samma schema med tre doser och två timmars mellanrum. Protokollet behöver inte fortsätta längre än så. Efter de tre doserna är de flesta patienter feberfria och förbättras inom 24 timmar. En underhållsdos på standardnivå enligt Protocol 1000 under några dagar efter att den akuta infektionen har försvunnit förhindrar återfall.

Samma högdoserade akuta schema, anpassat till den specifika patogenen, har använts vid denguefeber, tyfoidfieber, svår akut Covid och andra infektionssjukdomar när patienten befinner sig i omedelbar kris och tidslinjen för standardprotokoll 1000 är för långsam. Klinikern som arbetar med patienten justerar dos och intervall utifrån infektionens svårighetsgrad och patientens respons. Principen är att klordioxid behandlar akuta infektioner med högre doser som ges mer sällan, medan kroniska infektioner svarar på lägre doser som ges oftare under längre tidsperioder.

Lokala tillämpningar, nebulisering och andra administrationsvägar

Den orala vägen är arbetshästen, men flera andra administrationsvägar är också etablerade.

För lokal applicering på hudtillstånd späds en sprayflaska med aktiverad MMS till några droppar per ounce vatten och sprayas direkt på det drabbade området flera gånger dagligen. Curious Outlier dokumenterar tekniken i detalj, med före- och efterbilder som etablerar resultaten bättre än någon textbeskrivning. För sår, ulcerationer och svåra hudsjukdomar som inte svarar på den utspädda sprayen används den höggradigt rena CDS-3000-beredningen i full koncentration i en finfördelade sprayflaska. Protokollen behandlar akne, eksem, psoriasis, ringorm, MRSA, diabetiska sår, uppspruckna operationssår och de flesta andra hudpatologier, med resultat som ingen farmaceutisk lokalbehandling kan matcha.

Bad är den mildaste vägen för systemisk administrering. Ett inledande bad använder 100 aktiverade droppar MMS i ett badkar med varmt vatten, där patienten badar i 30 minuter. Klordioxid passerar genom huden och går långsamt in i systemcirkulationen, vilket ger nästan ingen Herxheimerreaktion, även hos patienter med hög belastning. Bad fungerar väl för äldre patienter, kraftigt försvagade borreliapatienter och barn med autism vars föräldrar fortfarande håller på att trappa upp den orala doseringen. Ett bad två eller tre gånger per vecka i denna koncentration är ett användbart komplement till oral Protocol 1000 vid alla kroniska tillstånd.

Nebuliserad klordioxid levererar ämnet till de övre och nedre luftvägarna för behandling av akuta luftvägsinfektioner. Dosen är låg, vanligtvis två till fyra droppar aktiverad MMS i 50 milliliter destillerat vatten, administrerat med en vanlig medicinsk nebulisator, där patienten andas in dimman under 5 till 10 minuter. Denna administrationsväg är användbar vid akut bihåleinflammation, bronkit, lunginflammation samt den övre luftvägskomponenten vid Covid och influensa. Produkten Snoot Spray är en kommersiell nebuliseringsformulering för användning i de övre luftvägarna utan hemmaberedning.

Rektal administrering används i svåra fall när patienten inte kan tolerera oralt intag. Protokollet innefattar ett klordioxidlavemang med halva den orala koncentrationen, som hålls kvar i 15 till 30 minuter. Denna administrationsväg kringgår magsäcksmiljön helt och levererar ämnet direkt till kolonets cirkulation. Gemenskapens erfarenheter av rektal klordioxid är blandade. De flesta rapporter är positiva, men ett litet antal patienter med inflammatoriska tarmsjukdomar har försämrats av protokollet och bör undvika det.

Örondroppar av aktiverad MMS, en eller två droppar i fem milliliter destillerat vatten, applicerade direkt i hörselgången, behandlar akut mellanöreinflammation hos barn och vuxna med samma effektivitet som det orala protokollet. Protokollet är användbart för föräldrar vars barnläkare inte

vill skriva ut orala antibiotika samt vid alla akuta öroninfektioner där standardantibiotika har misslyckats.

När man ska sluta

De flesta patienter stannar kvar på Protocol 1000 längre än nödvändigt. Ämnet har ingen akut toxicitet vid de doser som används, och det finns inga publicerade bevis för långsiktig skada från långvarig användning av lågdos klordioxid. Trycket att sluta kommer utifrån, inte från kroppen: vänner ifrågasätter behandlingen, läkare ogillar den och hushållets rutiner blir besvärliga. Vissa patienter slutar eftersom deras tillstånd har lösts och de inte längre känner något behov.

Den kliniska principen är att patienten bör fortsätta med Protocol 1000 tills det underliggande tillståndet har försvunnit och förblivit borta i flera månader. Nedtrappning till en underhållsdos under två eller tre timmar per dag några gånger per vecka är rimlig efter den aktiva behandlingsfasen. Att sluta helt är rimligt om patienten är ren och stabil. Att återuppta behandlingen är rimligt om tillståndet återkommer eller ett nytt tillstånd uppstår.

En regel som hör hemma tillsammans med de tre gyllene reglerna, och som behandlas i detalj i kapitel 8, förtjänar att nämnas här. Klordioxid inaktiveras av antioxidanter i mat. En dos som tas tillsammans med frukost, juice, kaffe, te, kosttillskott eller något annat än vatten under doseringsfönstret når blodomloppet som en inert lösning. Dosera på fastande mage. Drick endast vatten under åttatimmarsfönstret. Ät måltider efter den sista dosen. Patienten som följer de tre gyllene reglerna men doserar tillsammans med mat får ingen nytta av protokollet och drar slutsatsen att ämnet inte fungerar. Se kapitel 8 för den fullständiga diskussionen.

Min nuvarande regim, som beskrivs mer detaljerat i kapitel 8, är ett underhållsschema två eller tre dagar per vecka på nivåer motsvarande Protocol 1000. Jag har följt det i över ett år och har inga planer på att sluta. Kostnaden är några ören per dag och påverkan på min rutin är minimal. Fördelen, så som jag har kommit att förstå den under året, är att ämnet håller kroppens mikrobiella och toxiska belastning under den tröskel där kronisk sjukdom etablerar sig. Jag är 72 år gammal. Underhållsdosen är en billig försäkring mot de sjukdomar som faller de flesta män i min ålder.

7. Att framställa klordioxid hemma från råmaterial

En patient som följer Protocol 1000 kommer att använda mellan en och tre milliliter 22,4-procentig natriumkloritlösning per vecka, beroende på dosnivå. Ett kommersiellt tvåflaskskit, innehållande 4 ounces natriumklorit och 4 ounces saltsyraaktivator, innehåller tillräckligt med material för att räcka ungefär ett år för de flesta patienter vid standarddosering enligt Protocol 1000. Kiten finns tillgängliga på Amazon och från flera specialleverantörer, med priser mellan 30 och 50 dollar för paret. Aktuella Amazon-länkar till leverantörer samt en bredare leverantörskatalog hålls uppdaterade i resursen [Apocalypse Almanac](#) som jag länkar till högst upp i varje Substack-inlägg, i klordioxidkapiteln i det dokumentet. För de flesta läsare av denna bok är det kommersiella kitet rätt plats att börja. Detta kapitel är avsett för läsare som vill förstå vad flaskorna innehåller, själva verifiera försörjningskedjan eller förbereda sig för en situation där den kommersiella leveranskedjan är opålitlig.

Den svåraste delen av att framställa MMS från råmaterial är inte kemin. Kemin är enkel. Den svåraste delen är att få tag på råmaterial som uppfyller den kvalitetsnivå som krävs för att ge en konsekvent terapeutisk dos. Procedurerna som följer förutsätter att läsaren har tillgång till de grundläggande förnödenheter som beskrivs, har läst säkerhetsanvisningarna noggrant och är beredd att följa stegen exakt utan improvisation. Klordioxidkemi tolererar måttlig oprecision i ingående koncentrationer, men säkerheten vid tillverkning, hantering av koncentrerade syror och lagring av de färdiga lösningarna kräver noggrann uppmärksamhet.

Det kommersiella kitet

Standardkitet för klordioxidbaserad vattenrening innehåller två bärnstensfärgade glasflaskor med droppinsats. Den första innehåller 22,4 procent natriumklorit (NaClO_2) i destillerat vatten och den andra innehåller 4 till 5 procent saltsyra (HCl) i destillerat vatten. Dessa flaskor säljs lagligt som vattenreningsprodukter under flera varumärken, bland annat Aquamira, Water Doctor och ett halvduzin andra. Den Amazon-sökfras som ger den bredaste katalogen är "chlorine dioxide water purification kit". Leverantörslistan i Curious Outliers [Ultimate Guide to Chlorine Dioxide](#) är den mest aktuella referensen för testade leverantörer.

Kitet du får ska ge en gulbrun färg när lika många droppar av de två lösningarna blandas i ett rent glas och får reagera i trettio sekunder. Om blandningen inte blir gulbrun är kitet defekt och bör returneras för ersättning. Det vanligaste felet är natriumklorit som har brutits ned på grund av ålder, ljusexponering eller felaktig lagring hos leverantören. Syraflaskorna fungerar nästan alltid. Ett dåligt parti är ovanligt när man köper från en ansedd leverantör, men det inträffar tillräckligt ofta för att den visuella kontrollen vid första användningen ska vara viktig.

Instruktionerna för de flesta varumärkens kit rekommenderar att de endast används för vattenrening och innehåller en varning mot invärtes användning. Varningen finns därför att FDA:s förelägganden från 2010 tvingade kommersiella leverantörer att ta avstånd från ämnets medicinska användning för att kunna verka inom det regulatoriska ramverket. Patienten som använder kitet för klordioxidterapi bortser från varningen och följer doseringsprotokollen i kapitel 6.

Att framställa 4-procentig saltsyra från 35-procentig muriatic acid

Muriatic acid med en koncentration på 30 till 35 procent säljs i varje järnhandel i USA som rengöringsmedel för murverk och syra för pooler. Kostnaden är ungefär 10 dollar per gallon. En enda gallon muriatic acid ger tillräckligt med 4-procentig saltsyra för hela grannskapet.

Utspädningsberäkningen är enkel. För att framställa 4 procent HCl från 35 procent HCl används ett utspädningsförhållande på 1 del koncentrerad syra till cirka 8 delar destillerat vatten. Proceduren nedan ger cirka 350 milliliter 4-procentig HCl, tillräckligt för att fylla flera droppflaskor.

Säkerhetsregeln för denna utspädning är inte förhandlingsbar: håll alltid syra i vatten, aldrig tvärtom. Att hålla vatten i koncentrerad syra orsakar stänk eftersom utspädningsvärmerna kokar ett tunt lager vatten vid ytan och kastar syradroppar åt alla håll. Att tillsätta syra till vatten sprider värmen genom den större vattenvolymen och förhindrar kokning.

Procedur. Mät upp 300 milliliter destillerat vatten i en glasbehållare för mätning, helst ett Pyrex-mått på två koppar. Håll långsamt 50 milliliter 35-procentig muriatic acid i vattnet. Blandningen kommer att bli varm och behållaren kommer att kännas het vid beröring. Låt blandningen svalna till rumstemperatur, cirka 15 minuter. Överför de 350 millilitrarna färdig 4-procentig HCl till en bärnstensfärgad glasflaska med droppinsats, märk den med datum och koncentration och förvara den skyddad från solljus.

Den färdiga lösningen har en hållbarhet på två till tre år vid korrekt förvaring. Droppflaskan bör bytas ut om droppmekanismen börjar korrodera. Syran i sig bryts inte ned.

Skyddsutrustningen består av ett par nitril- eller latexhandskar samt skyddsglasögon. Proceduren bör utföras i ett välventilerat område, helst utomhus eller i ett garage med öppen port. Ångorna från 35-procentig muriatic acid är skarpa och irriterar luftvägarna. När utspädningen är klar och lösningen har svalnat har den 4-procentiga produkten inget betydande ångtryck och innebär ingen inhalationsrisk.

Att framställa 22,4-procentig natriumklorit från 80-procentiga flingor

Natriumklorit säljs kommersiellt som kemikalie för textil- och vattenbehandling i flingform med en renhet på 80 procent. De återstående 20 procenten består av inert salt och ett stabiliseringsmedel. Flingorna finns tillgängliga från industriella kemikalieleverantörer under produktnamn som Technical Grade Sodium Chlorite, Sodium Chlorite Flake 80 och liknande beteckningar. Kostnaden är ungefär 40 till 60 dollar per pund, vilket ger tillräckligt med 22,4-procentig lösning för att räcka den genomsnittlige patienten i flera år.

Utspädningsproceduren är enkel. För att framställa en 22,4-procentig natriumkloritlösning från 80-procentiga flingor löses 280 gram flingor i 720 gram destillerat vatten, vilket ger ungefär 850 milliliter lösning.

Procedur. Mät upp 720 gram destillerat vatten (720 milliliter eftersom vatten har en densitet på 1 gram per milliliter) i en glasbehållare med bred öppning på en liter. Ett Pyrex-måttkärl fungerar bra. Tillsätt långsamt 280 gram 80-procentiga natriumkloritflingor till vattnet medan du rör om

kontinuerligt med en plastsked. Använd inte metall. Natriumklorit reagerar långsamt med de flesta metaller och förorenar lösningen. Flingorna löses upp under 15 till 30 minuter.

Lösningen kommer att vara lätt grumlig på grund av olösta orenheter. Filtrera den grumliga lösningen genom ett oblekt kaffefilter ned i en ren glasflaska för förvaring. Märk flaskan med datum och koncentration. Förvara i bärnstensfärgade glasflaskor med droppinsats, skyddade från solljus.

En alternativ metod, mindre exakt men enklare, är att tillsätta något mer natriumkloritflingor än vad vattnet kan lösa upp, röra om och sedan låta blandningen stå över natten. Vattnet kommer då att absorbera så mycket natriumklorit som det kan och bilda en mättad lösning på cirka 22,5 procent. Nästa morgon hålls den klara vätskan över i bärnstensfärgade förvaringsflaskor och det olösta materialet på botten av behållaren kasseras.

Den färdiga 22,4-procentiga natriumkloriten har en hållbarhet på två till tre år vid korrekt förvaring. Lösningen bör förbli blekgul under hela lagringstiden. En lösning som har mörknat till djupare gul eller brun har börjat brytas ned och bör ersättas. En lösning som helt har förlorat sin färg har också förlorat sin aktivitet och bör ersättas.

Skyddsutrustning vid hantering av 80-procentiga natriumkloritflingor omfattar handskar, skyddsglasögon och helst ett dammfilter eller dammmask. Flingorna är hygroskopiska och genererar ett fint damm under hanteringen som irriterar ögon och luftvägar. När de väl är upplösta i vatten innebär den 22,4-procentiga lösningen ingen inhalationsrisk och endast minimal kontaktfara vid de droppkoncentrationer som används för dosering.

Utrustning

Ett Pyrex-mått på två koppar eller en liknande mätbehållare av glas med graderingar i milliliter. Behållaren bör vara av glas snarare än plast eftersom klordioxid bryter ned vissa plaster över tid. Pyrex tål värmen från syraspädningen och är inert mot natriumklorit.

En digital våg som mäter i gram, med en noggrannhet på en gram och en kapacitet på minst 1 000 gram. Köksvågar från Amazon för 20 dollar fungerar bra. Måtten 280 gram och 720 gram i proceduren för natriumklorit är ungefärliga, men vågen eliminerar det mesta av osäkerheten och förbättrar konsekvensen mellan olika satser.

Ett set bärnstensfärgade glasflaskor med droppinsats i storlekarna 30 och 60 milliliter för förvaring av färdiga lösningar. Droppmekanismerna bör vara av glas eller livsmedelsgodkänd plast. Undvik flaskor med metallinsatser i korken. Bärnstensfärgat glas blockerar ultraviolett ljus som bryter ned natriumklorit och klordioxid.

En låda oblekta kaffefilter för filtrering av natriumkloritlösningen efter upplösning. En plastsked för omrörning. Plastskeदार med långt skaft för köksbruk fungerar bra.

Nitril- eller latexhandskar, skyddsglasögon och en enkel dammmask för tillverkningsarbete.

Den totala kostnaden för utrustningen är mindre än 50 dollar för ett kit som räcker för flera års produktion.

CDS-produktion i hemmet

För läsare som vill framställa CDS i stället för MMS kräver proceduren ytterligare utrustning och är betydligt mer involverad än framställning av MMS. Standardmässig hemmaproduktion av CDS använder ett glasbaserat system med två kärl. Det inre kärlet innehåller den aktiverade MMS-reaktionen (droppar natriumklorit plus droppar saltsyra som får reagera). Den klordioxidgas som bildas under reaktionen lämnar det inre kärlet och löses upp i det destillerade vattnet i det omgivande yttre kärlet. Efter flera timmar innehåller det yttre kärlet en vattenlösning av klordioxid på 3 000 ppm. Lösningen dekanteras till bärnstensfärgade glasflaskor och förvaras kyld.

Den specialglasutrustning som krävs finns tillgänglig från flera leverantörer och kostar cirka 80 till 150 dollar för ett grundläggande kit. Videoinstruktionerna från Curious Outlier på [the Universal Antidote-sidan](#) beskriver proceduren steg för steg i detalj. Andreas Kalckers egna instruktioner visar reaktionen direkt: ett snapsglas med aktiverad MMS står inuti en förseglad behållare omgiven av destillerat vatten, gasen mättar vattnet under flera timmar och resultatet dekanteras därefter till en brun glasflaska för kylförvaring. Två av Kalckers instruktioner finns på [Odyssey](#) och [Rumble](#), och en instruktion för större satser finns på [Bitchute](#).

Jag går inte igenom CDS-produktion i detalj i detta kapitel eftersom CDS, som föregående kapitel argumenterade för, är den sekundära beredningen för de flesta orala användningsområden, och MMS-produktionen som beskrivits ovan är det som de flesta läsare kommer att använda. Läsaren med ett specifikt behov av CDS, såsom intravenös administrering tillsammans med en verksam kliniker eller lokal användning av den höggradigt rena CDS-3000 för svåra hudsjukdomar, bör hänvisa till material från Curious Outlier och Kalcker för detaljerade procedurer. Hemmaproduktion från natriumklorit och saltsyra med hjälp av uppställningen med två glaskärl är genomförbar för den noggranne användaren, men titta på Kalckers videor i ordning innan du försöker. Proceduren innehåller detaljer som är lätta att göra fel vid första försöket, och videorna ger den tydligaste tillgängliga demonstrationen.

Kvalitetskontroll

Den visuella kontrollen. Lika många droppar av den färdiga natriumkloritlösningen och den färdiga saltsyraaktivatorn, blandade i ett rent glas och lämnade att reagera i 30 sekunder, ska ge en gulbrun färg. Färgen orsakas av klordioxidgas som lösts i den lilla vätskevolymen. Om färgen inte utvecklas är någon av de två komponenterna defekt och satsen måste göras om.

pH-kontrollen. Den färdiga 4-procentiga saltsyran ska ha ett pH-värde på cirka 1, vilket är starkt surt och kommer att ge utslag i den starkt sura delen på pH-stickor från ett pooltestkit från järnhandeln. Den 22,4-procentiga natriumkloriten ska ha ett pH-värde på cirka 13, vilket är starkt basiskt. Om någon av lösningarna avviker betydligt från dessa förväntade värden var utspädningsberäkningen felaktig och satsen bör göras om.

Åldringskontrollen. Båda de färdiga lösningarna ska behålla sitt ursprungliga utseende under minst ett års förvaring i bärnstensfärgat glas. Natriumkloriten ska förbli blekgul och saltsyran ska förbli färglös. Varje avvikelse från dessa utgångslägen indikerar nedbrytning och satsen bör ersättas.

Utbyteskontrollen. För en känd kroppslig belastning bör patientens Herxheimerreaktion vid en given dos vara konsekvent mellan olika satser. Om patienten genomgår startproceduren med en ny sats och får kraftigare Herxheimerreaktion än med den föregående satsen är den nya satsen

sannolikt mer koncentrerad än förväntat. Om patienten inte får någon Herxheimerreaktion alls är den nya satsen sannolikt svagare. Den kliniska responsen är den slutliga verifieringen på att hemmaproduktionen har gett en fungerande substans.

Källor

Leverantörslistan förändras i takt med att små företag kommer och går inom detta område. Den mest aktuella referensen är leverantörsbilagan i Curious Outliers [Ultimate Guide to Chlorine Dioxide](#), som uppdateras regelbundet. Telegramkanalen [Chlorine Dioxide Testimonies](#) har en aktiv diskussion om leverantörer i sina fästa meddelanden. Läsaren som vill köpa tillförlitliga råmaterial år 2026 bör konsultera dessa två källor för aktuella granskade leverantörer i stället för att förlita sig på rekommendationer i en bok som kan stå i en bokhylla i flera år.

För färdiga kommersiella kit ger en Amazon-sökning på "chlorine dioxide water purification kit" flera tillförlitliga produkter. Kit från leverantörer som specialiserar sig på långsiktig vattenrening för friluftsliv (Aquamira och liknande) är tillförlitliga. Kit som säljs av allmänna leverantörer av vattenbehandling varierar i kvalitet. Förstagångsköparen bör utföra den gulbruna visuella kontrollen vid första dosen och returnera alla kit som inte klarar testet.

För saltsyra med en koncentration på 35 procent har varje järnhandel i USA den i sitt sortiment som muriatic acid i avdelningen för poolutrustning eller rengöring av murverk. Laboratoriekvalitet behövs inte. Muriatic acid för poolbruk på 31 procent är identisk för detta ändamål. Plastdunkarna på en gallon är stabila och syran bryts inte ned.

För 80-procentiga natriumkloritflingor är leverantörerna industriella kemikalieföretag som betjänar textilblekning, pappersblekning och vattenbehandling. Produkten skickas i förseglade behållare och köparen måste vanligtvis visa ett kommersiellt användningsområde.

Flera leverantörer inriktade på hobbyanvändare skickar till privatpersoner utan krav på kommersiell verifiering. Leverantörslistan från Curious Outlier och Telegramkanalen Chlorine Dioxide Testimonies innehåller aktuella hänvisningar.

Kostnad per dos

Ekonomi bakom hemmaproduktion är värd att förstå eftersom den förklarar varför inget läkemedelsföretag är intresserat av att producera klordioxid.

En gallon 35-procentig muriatic acid för 10 dollar ger ungefär 30 liter 4-procentig aktivator, tillräckligt för cirka 30 000 individuella doser. Kostnaden per dos för aktivatordelen är ungefär 0,0003 dollar, eller tre hundra cent.

Ett pund 80-procentiga natriumkloritflingor för 50 dollar ger ungefär 1,5 liter 22,4-procentig natriumkloritlösning, tillräckligt för cirka 30 000 individuella doser. Kostnaden per dos för natriumkloritdelen är ungefär 0,0017 dollar, eller omkring en sjättedels cent.

Den totala kostnaden per dos, inklusive vatten, droppflaskor och arbetskostnad utslagen över ett år, är ungefär en halv cent. En patient på Protocol 1000 som tar en droppe per timme under åtta timmar per dag spenderar ungefär fyra cent per dag på substansen. Under ett år blir kostnaden femton dollar.

Den farmaceutiska motsvarigheten för de tillstånd som klordioxid behandlar varierar från 300 dollar per månad för antibiotikabehandling av kronisk borrelia till 20 000 dollar per månad för kemoterapi vid avancerad cancer. Denna kostnadsskillnad förklarar varför inget läkemedelsföretag någonsin har försökt utveckla substansen som behandling och varför tillsynsmyndigheter har agerat så aggressivt för att undertrycka den. Det finns ingen vinstmarginal i något som kostar fyra cent per dag. Substansen hotar hela intäktsmodellen för industrin kring kroniska sjukdomar, och industrin har reagerat därefter.

Den hemmatillverkare som har arbetat sig igenom detta kapitel har nu material, utrustning, procedurer och kostnadsunderlag för att tillverka en effektiv behandling för de flesta kroniska infektiösa och inflammatoriska sjukdomar som drabbar de flesta vuxna i den utvecklade världen. Läkemedelsindustrin har inget sätt att stoppa tillbaka den anden i flaskan.

8. Fel, Herxheimerreaktioner och min regim

Det mesta som går fel under det första året med klordioxid sker på förutsägbara sätt. Substansen är förlåtande vid terapeutiska doser. En mindre överdos förgiftar inte patienten. Patienten driver sig själv bort från protokollet eftersom en Herxheimerreaktion blir så stark att han drar slutsatsen att substansen gör honom sjuk.

Herxheimerreaktionen

Herxheimerreaktionen beskrevs först av den ungerske läkaren Karl Herxheimer på 1890-talet under kvicksilverbehandling av syfilis, och därefter av Adolf Jarisch i början av 1900-talet efter introduktionen av arsenikbaserad salvarsan. Patienter som fick de nya antibakteriella behandlingarna rapporterade feber, frossa, kroppsvärk, huvudvärk, utslag och en allmän försämring av symtomen inom några timmar efter den första effektiva dosen. Fenomenet antogs först vara läkemedelstoxicitet, men Herxheimer visade att så inte var fallet. Mönstret var detsamma oavsett läkemedel, dos eller administrationsväg. Det patienterna hade gemensamt var en hög infektionsbelastning som läkemedlet dödade, och symtomen var kroppens reaktion på den plötsliga frisättningen av bakteriella endotoxiner, cellrester och inflammatoriska mediatorer från de döende mikroorganismerna. Fenomenet har sedan dess kallats Herxheimerreaktionen eller Jarisch–Herxheimerreaktionen.

Modern medicin erkänner reaktionen i några specifika sammanhang. Patienter med borrelia som behandlas med antibiotika får pålitligt Herxheimerreaktioner, patienter med syfilis som behandlas med penicillin får Herxheimerreaktioner och patienter med tuberkulos som behandlas med kombinationsterapi får Herxheimerreaktioner. Mekanismen är densamma i varje fall: patogenbelastningen är hög, läkemedlet fungerar och de döende mikroorganismerna frisätter sitt innehåll till cirkulationen snabbare än kroppens utsöndringsorgan kan eliminera det. Patienten mår sämre innan han blir bättre.

Klordioxid framkallar en Herxheimerreaktion som kvalitativt liknar den antibiotikarelaterade Herxheimerreaktionen men med en bredare uppsättning utlösande faktorer. Substansen dödar inte bara bakterier utan även virus, svampar, parasiter och biofilmer, och den avlägsnar en betydande del av den kemiska toxikologiska belastning som kroppen har samlat på sig. Patienter med kronisk borrelia, kronisk Covid, vaccinskador, ansamling av tungmetaller och långvariga svampinfektioner uppvisar alla Herxheimerreaktioner när de börjar med klordioxid. Reaktionen varierar i intensitet från lätt huvudvärk till en hel vecka av influensaliknande sjukdomskänsla. Mönstret är konsekvent. Behandlingen är att minska dosen med 50 procent, stanna kvar på den lägre nivån och låta kroppen komma ikapp.

De Herxheimer-symtom som jag har sett hos patienter som jag har hjälpt genom startproceduren omfattar huvudvärk, illamående, diarré, kräkningar, låggradig feber, frossa, trötthet, kroppsvärk, utslag, ledstelhet, hjärndimma, sömnstörningar, ökad svettning, illaluktande urin och avföring samt en allmän känsla av sjukdom. De flesta patienter uppvisar två eller tre av dessa symtom enligt sitt personliga mönster. Intensiteten ökar under de första två eller tre dagarna på en ny dosnivå och avtar därefter gradvis när kroppen eliminerar belastningen.

Apelsinjuice-tricket är ett praktiskt sätt att stoppa en Herxheimerreaktion inom några timmar. Apelsinjuice innehåller vitamin C och andra antioxidanter som inaktiverar klordioxid vid kontakt. Ett glas apelsinjuice neutraliserar den aktiva substansen i matsmältningskanalen och förhindrar ytterligare frisättning av patogener och toxiner till blodomloppet. Patienten avbryter doseringen resten av dagen. Nästa dag återupptar patienten behandlingen med halva den dos som utlöste Herxheimerreaktionen. Metoden med apelsinjuice ger patienten en tillförlitlig avstängningsknapp, vilket är en anledning till att klordioxid anses säkrare än många farmaceutiska behandlingar för kroniska infektionssjukdomar, där antibiotikaorsakade Herxheimerreaktioner saknar en sådan omedelbar möjlighet till återställning.

De vanliga misstagen

Att börja för snabbt. Det enskilt vanligaste misstaget är att öka dosen för snabbt för att kroppen ska kunna tolerera den. Startproceduren i kapitel 6 finns därför att Jim Humble och Mark Grenon under femton år såg patienter öka dosen för snabbt och få så kraftiga Herxheimerreaktioner att de lämnade protokollet. Patienten som läser protokollet och bestämmer sig för att den rekommenderade starten med en fjärdedels droppe per timme är överdrivet försiktig, och i stället börjar med tre droppar per timme, kommer att tillbringa de kommande veckorna i en ihållande Herxheimerreaktion. Jag gjorde detta misstag. Resultatet blev två månader av intermittent mag-tarmbesvär och trötthet innan jag förstod vad som hände. När jag beskrev symtomen sade klinikern jag arbetade med att jag hade hoppat över startproceduren och nu fick betala priset. Protokollet är utformat för att hantera patienter med hög kroppslig belastning, och dessa patienter bör följa det.

Citronsyra används som aktivator. De tidiga protokoll som Humble publicerade under 2000-talet rekommenderade citronsyra eftersom den var billigare och lättare att få tag på än saltsyra i de afrikanska och latinamerikanska länder där han arbetade. Substansen fungerar på båda sätten, men biverkningsprofilen är betydligt hårdare med citronsyra. De mag-tarmbesvär som många nya patienter tillskriver klordioxid orsakas i många fall av citronsyran, som framkallar magirritation genom en mekanism som inte har något med Herxheimerreaktionen att göra. Gemenskapen enades under 2010-talet om att 4-procentig saltsyra var den föredragna aktivatorn, och de kommersiella kiten levereras nu med HCl i stället för citronsyra i nästan alla fall. Patienten som upptäcker att han har ett kit med citronsyra bör byta till ett HCl-kit innan han drar några slutsatser om sin reaktion på substansen.

Att ta det tillsammans med mat. Klordioxid inaktiveras av antioxidanterna i mat. Frukt, grönsaker, produkter berikade med vitamin C och de flesta drycker utom vatten innehåller sådana antioxidanter. En patient som tar en dos MMS tillsammans med frukost har konsumerat en inert lösning när den når blodomloppet. Protokollet är att dosera på tom mage och endast dricka vatten under doseringsfönstret på åtta timmar. Mat, juice, kaffe, te och kosttillskott är inte tillåtna. Måltider intas på kvällen efter den sista dosen. Patienter som upplever schemat med tom mage som outhärdligt kan förkorta doseringsfönstret till fyra eller sex timmar och äta en mindre måltid tidigare på dagen, så länge måltiderna hålls flera timmar från doseringstillfällena.

Vitamin C är den mest tillförlitliga inaktiveraren av klordioxid. Patienter som använder högdos vitamin C som en separat behandling, vilket är vanligt inom integrativ medicin, kommer att neutralisera större delen av den klordioxid de tar samtidigt. De två behandlingarna är inte kompatibla när tidpunkterna överlappar. Den rekommenderade metoden är att ta vitamin C på

kvällen efter att klordioxiddoseringen har avslutats. De två fungerar väl i sekvens eftersom vitamin C stödjer utsöndringsorganen i att hantera belastningen från klordioxid.

Använd inte metallbehållare. Klordioxid reagerar med de flesta metaller. En patient som blandar MMS i en kopp av rostfritt stål, förvarar aktivatorn i en flaska med metallkork eller dricker lösningen ur en vattenflaska av metall kommer att bryta ned substansen och förorena dosen med metalljoner. Regeln är endast glas eller livsmedelsgodkänd plast. Ingen metall får förekomma i någon del av utrustningen för beredning eller dosering. Regeln gäller skedar som används för omrörning, droppmekanismerna på flaskorna och den flaska där heldagslösningen förvaras.

Att sluta vid första Herxheimerreaktionen. En betydande andel patienter som får Herxheimerreaktioner under de första dagarna lämnar protokollet eftersom de antar att substansen gör dem sjuka. Herxheimerreaktionen är ett tecken på att substansen fungerar. Det korrekta svaret är att minska dosen med 50 procent, inte att sluta. Patienten som slutar vid den första Herxheimerreaktionen överger en substans som just hade börjat avlägsna en betydande kroppslig belastning och återvänder vanligtvis inte till den förrän det underliggande tillståndet har förvärrats så mycket att ett nytt försök blir nödvändigt. Gemenskapens erfarenheter visar att patienter som tar sig igenom den första Herxheimerreaktionen genom att minska dosen får de bästa resultaten, medan de som slutar ofta är tillbaka sex månader senare, ofta efter att tillståndet har förvärrats.

Att kombinera med antibiotika. Antibiotika och klordioxid verkar genom olika mekanismer men konkurrerar om samma utsöndringsvägar. En patient som genomgår en konventionell antibiotikakur mot en akut infektion bör i allmänhet avsluta antibiotikakuren innan klordioxid påbörjas, eller använda klordioxid som primär behandling utan antibiotika. Att kombinera båda i fulla doser överbelastar lever och njurar och ger kraftigare Herxheimerreaktioner än någon av behandlingarna var för sig. Regeln har undantag i noggrant övervakade kliniska miljöer, men en patient utan klinisk övervakning bör inte kombinera de två behandlingarna.

Att hoppa över vatten är inte tillrådligt. Klordioxid administreras i vatten, och elimineringen av den frisatta belastningen av patogener och toxiner kräver kontinuerlig hydrering för att njurarna ska fortsätta att skölja ut ämnen. En patient på Protocol 1000 bör dricka minst två till tre liter vatten per dag utöver doseringsvattnet, där doseringsvattnet räknas in i totalen. Uttorkning koncentrerar det eliminerade materialet i njurarna, ökar belastningen på dessa organ och förvärrar Herxheimerreaktionen. En patient vars urin blir mörk och starkt luktande under protokollet bör öka sitt vattenintag. En patient vars Herxheimerreaktion är svår bör öka vattenintaget innan dosen minskas.

Min regim

Jag har använt någon form av klordioxid i över ett år. Regimen har utvecklats i takt med att min förståelse för substansen har vuxit. Det nuvarande schemat är det tredje jag har använt sedan jag började, och jag förväntar mig att fortsätta med det på obestämd tid.

Jag tar MMS tre dagar i veckan enligt ett schema måndag–onsdag–fredag, med tre aktiverade droppar per timme under åtta timmar per dag. Jag bereder dosen med metoden för heldagsflaska som beskrivs i kapitel 6, med 24 droppar aktiverad MMS i en glasflaska på 750 milliliter med filtrerat vatten, uppdelad i åtta portioner om cirka 95 milliliter vardera. Jag dricker en portion varje timme från klockan 09.00 till 17.00. Jag intar ingen mat, inga kosttillskott och inga drycker utöver

vatten under doseringsfönstret. Jag äter middag efter den sista dosen. Jag dricker ytterligare tre liter vatten under dagen.

Under de fyra lediga dagarna tar jag ingen klordioxid. Jag tar metylenblått i kapslar om 36 mg, två gånger dagligen på tom mage med vanligt vatten, enligt rekommendation från erfarna utövare inom gemenskapen. Jag tar en matsked BodyBio-fosfatidylkolinirap dagligen för att stödja membranreparation som krävs vid den kroniska inflammationen under de senaste åren. Jag tar alfa-liponsyra i standarddoser varannan dag. Jag tar 1/4 tesked bor i 1/2 liter vatten för stöd till tarmar och leder. Jag tar ett probiotikum på morgonen, separat från de dagar då jag doserar klordioxid. Jag har alltid metylenblått och fosfatidylkolin tillgängligt varje dag i veckan eftersom de inte interagerar med schemat för klordioxid.

Klordioxid är en hormetisk stressor. Den framkallar en stressrespons som utlöser adaptiv uppreglering av antioxidantsystem, värmechockproteiner och cellulära reparationsmekanismer. Kroppen anpassar sig till stressen och blir med tiden mer motståndskraftig. Daglig högdosering mättar den adaptiva responsen och tömmer kroppens antioxidantreserver, där glutation är det första som töms. De flesta erfarna kliniker rekommenderar nu klordioxid som en periodisk snarare än kontinuerlig stressor för underhåll. Schemat med tre dagar per vecka bevarar den hormetiska fördelen samtidigt som utarmning undviks. Curious Outlier och jag behandlade detta i [Episode 429 of my Substack](#), vilket är en bra kompletterande resurs för läsare som vill veta mer om argumenten för periodisk dosering.

Metylenblått stödjer mitokondriell funktion, har antimikrobiell aktivitet mot många av de patogener som klordioxid också angriper, inklusive borreliaspiraler, stör de biofilmer som kännetecknar kronisk borrelia och har 130 års klinisk säkerhetsdata bakom sig. Kombinationen av MMS tre dagar per vecka och metylenblått dagligen är den regim jag har valt efter ett års experimenterande. Jag har skrivit utförligt om metylenblått i [min Substack-serie](#). Kombinationen är större än summan av sina delar. Var och en för sig är bra. Tillsammans är de bättre.

Jag är 72 år gammal. Jag hade burit på en rad tillstånd som jag antog var priset för att bli äldre, inklusive ledstelhet, låg energi, återkommande mag-tarmbesvär och en allmän känsla av att min tid nästan var ute. Substansen har förbättrat det mesta av detta.

Andra kombinationer

Klordioxid och DMSO. DMSO (dimetylsulfoxid) är en liten molekyl som lätt passerar biologiska membran och tar med sig andra föreningar. När DMSO tillsätts till klordioxid, antingen oralt eller lokalt, tränger kombinationen in i vävnad mer effektivt än någon av dem var för sig. Kombinationen är känd som Protocol 1000 Plus bland Curious Outlier och erfarna kliniker. Protokollat är att tillsätta en tesked till en matsked DMSO av farmaceutisk kvalitet till MMS-dosen vid intagstillfället, eller att tillsätta DMSO till den lokala sprayen för hudtillämpningar. I min personliga användning går jag upp till tre matskedar DMSO per dag i vatten över doseringsschemat. Denna kombination är det fungerande protokollet för borrelia i klordioxidgemenskapen och behandlas i detalj i kapitel 12.

Klordioxid och metylenblått. Som beskrivits ovan tas de två på separata dagar eller vid olika tidpunkter under samma dag, inte samtidigt, på grund av deras redoxinteraktion. Kombinationen behandlar borrelia, Covid och virusinfektioner, med resultat som ingen av dem ger ensam.

Klordioxid och ivermektin eller fenbendazol. De antiparasitära läkemedlen fungerar tillsammans med klordioxid utan interaktionsproblem. Kombinationen är den fungerande regimen för kronisk parasitinfektion och för cancer, som ligger bakom en betydande andel av de tillstånd som det vanliga medicinska systemet felaktigt betecknar som inflammatoriska eller autoimmuna.

Klordioxid och ozon. Ozonterapi och klordioxid verkar genom liknande oxidativa mekanismer och bör inte användas under samma session. Patienter som använder båda metoderna bör separera dem med minst 24 timmar.

Klordioxid och antioxidanttillskott. Vitamin C, glutation, NAC och andra större antioxidanter bör tas på lediga dagar eller på kvällen, inte under klordioxidens doseringsfönster. Dessa interaktioner inaktiverar klordioxid och upphäver all nytta av antioxidanterna.

Vad jag inte skulle göra

Direkt inandning av oaktiverad klordioxidgas. Vissa patienter har börjat experimentera med att andas in klordioxid direkt från öppna behållare med aktiverad lösning, utifrån teorin att leverans till lungorna är snabbare än oral. Lungans slemhinna är känsligare för oxidativ skada än magsäckens slemhinna. Vid koncentrationer som ger en märkbar inandningseffekt är substansen tillräckligt hög för att irritera luftvägarna. Den nebuliserade administrering som beskrivs i kapitel 6 använder lägre koncentrationer och ett uppmätt leveranssystem. Fri inandning är onödig och riskabel.

Högdos intravenös klordioxid utan medicinsk övervakning är farlig. Intravenös CDS vid de doser Kalcker använder i sina kliniska protokoll kräver en utbildad kliniker, steril beredning och en intravenös uppställning med räddningsutrustning. Patienter som har improviserat intravenös klordioxid hemma har orsakat sig själva allvarlig skada. Den intravenösa vägen är olämplig för självadministrering.

Långa fastor med klordioxid. Vissa patienter kombinerar längre vattenfastor med protokollet utifrån teorin att det autofagiska tillståndet förstärker substansens effekt. Denna kombination kan driva Herxheimerreaktionen bortom komfort och in i ett område där patienten kan sakna reserver för att hantera reaktionen. Modifierad intermitterant fasta med doseringsfönstret i fastande tillstånd är rimlig. Flerdagars vattenfastor på Protocol 1000 är det inte.

Veterinär dosering. Flera läsare har frågat om dosering till husdjur för olika tillstånd. Substansen fungerar hos djur vid proportionellt mindre doser, men jag har inte praktiserat veterinärmedicin och är inte i en position att rekommendera specifika protokoll. Holistiska veterinärer som arbetar med klordioxid finns. Den som vill behandla ett sjukt djur bör konsultera en sådan i stället för att använda de mänskliga protokollen i denna bok.

Protokollsammanfattning

Protokoll

Startprocedur

Daglig dos

En halv aktiverad droppe varannan timme, med upptrappning över fyra till sex dagar

Schema

En gång, före något standardprotokoll

Primära indikationer Nya användare, känslighetsbedömning, Herxheimer-titrering

Protokoll Protocol 1000

Protocol 1000-F

Protocol 2000

Protocol 3000

Protocol 1000 Plus

Daglig dos

24 aktiverade droppar totalt, uppdelade i åtta doser varje timme (3 droppar per timme under åtta timmar)

En aktiverad droppe var femtonde minut vid en akut episod, upp till tolv doser Två droppar per timme under åtta timmar, med timvis dosering genom hela doseringsfönstret

Tre droppar per timme under åtta timmar, med timvis dosering genom hela perioden

Standard Protocol 1000 med en tesked till en matsked DMSO av farmaceutisk kvalitet tillsatt vid intagstillfället

Schema

Dagligen vid kroniska tillstånd; tre dagar per vecka för underhåll

Vid behov under den akuta sjukdomen

Dagligen

Dagligen, för de mest aggressiva sjukdomsbelastningarna

Dagligen under den aktiva behandlingsfasen

Primära indikationer Underhållsdos, förebyggande, mild kronisk infektion, efter återhämtning

Akut influensa, förkylning, bihåleinflammation, matförgiftning, tidig borreliaexponering

Cancer, kronisk borrelia, vaccinskada, long Covid, autoimmun sjukdom

Avancerad cancer, fulminant infektion, svår borrelia med samtidiga infektioner

Kronisk borrelia, djup vävnadsinfektion, påverkan på centrala nervsystemet, vaccinskada med neurologiska symtom

De pediatrika protokollen kalibrerar doseringen efter kroppsvikt. Vuxenprotokollen ovan förutsätter en vuxen patient på 150 till 250 pund. Patienter utanför detta intervall bör justera doseringen proportionellt. De tre gyllene reglerna gäller för varje protokoll i tabellen: behåll dosen om symtomen förbättras, minska med 50 procent om symtomen förvärras och öka endast om det inte sker någon förändring åt något håll.

Metylenblått, 36 till 50 mg två gånger dagligen i kapselform, är standardkomplementet för protokollen vid kronisk sjukdom. Det tas på lediga dagar eller på kvällen under dagar med klordioxiddosering för att undvika redoxinteraktioner. Fibrinolytiska enzymer (nattokinas och

lumbrokinas) tillsätts för patienter med koagulationspatologi, inklusive de flesta presentationer efter injektion och long Covid. Kostförändringar, kompletterande förnödenheter och riktade antimikrobiella medel för specifika samtida infektioner beskrivs i de sjukdomsspecifika kapitlen i del tre.

DEL III - VAD DET BEHANDLAR

Sjukhusen, protokollen, fallmaterialet, patienterna.

9. Hudsjukdomar, sår och de topiska protokollen

Den topiska användningen av klordioxid är den enklaste tillämpningen i substansens kliniska repertoar, och den ger resultat som inget farmaceutiskt topiskt medel kan matcha. En patient med ett envis hudtillstånd, som har gått igenom hudläkare, receptbelagda krämer och de vanliga svamp- och antibakteriella behandlingarna utan att bli bra, har inte hört talas om klordioxid av samma anledning som patienter med kronisk borrelia inte har hört talas om det. Substansen hotar den förskrivningsekonomi som styr vad som når patienten.

Vad den hanterar

Med utgångspunkt i det fallmaterial som Curious Outlier har dokumenterat och de kliniker jag har intervjuat, behandlar protokollet akne, eksem, psoriasis, de flesta former av dermatit, ringorm och andra svampinfektioner i huden, fotsvamp, nagelsvamp, MRSA-bölder och abscesser, återkommande stafylokockorsakad follikulit, postoperativa sårinfektioner, diabetiska sår som inte har svarat på standardiserad sårvård, trycksår, herpes simplex- och bältrosutbrott, vårtor, inklusive vårtor orsakade av humant papillomvirus på händer och fötter, hudflikar, vissa pigmenterade lesioner, inklusive några som visade sig vara tidigt melanom, rosacea, perioral dermatit samt ett antal kroniska hudtillstånd som motsätter sig en tydlig diagnostisk etikett men ändå svarar på protokollet.

Listan överdriver precisionen i diagnoserna. Många av de tillstånd som en patient kallar eksem är något annat, och de tillstånd som en hudläkare kallar eksem är ibland samma något annat. För de flesta av dem är behandlingen med klordioxid densamma oavsett etikett. Substansen dödar de patogener som driver inflammationen, oxiderar de toxiner som kroppen har samlat i den drabbade vävnaden och stödjer hudens regenerering genom mekanismer som ännu inte är fullt förstådda men som konsekvent ger resultat i patientpopulationen.

Före- och efterbilderna i Curious Outliers [inlägg om hudprotokoll](#) visar saken mer direkt än någon prosabeskrivning. En skeptisk läsare av det topiska protokollet bör titta på fotografierna innan han avgör om resten av kapitlet är värt att läsa.

Det enkla sprayprotokollet

Den standardiserade topiska beredningen är en utspädd lösning av aktiverad MMS i en sprayflaska. Receptet är enkelt. Använd en ren sprayflaska på två eller fyra ounces, helst av glas, med finfördelande munstycke, och tillsätt ungefär en eller två ounces filtrerat eller destillerat vatten. Aktivera tre till sex droppar MMS i ett rent separat snapsglas genom att virvla natriumklorit och saltsyra i 30 sekunder tills en gulbrun färg utvecklas. Håll den aktiverade blandningen i sprayflaskan, sätt på korken och skaka försiktigt. Den färdiga sprayen är klar att användas och har

en hållbarhet på ungefär en vecka i rumstemperatur, längre om den förvaras i kylskåp. Den ursprungliga färgen bleknar när klordioxiden avdunstar, och en märkbart svagare eller färglös lösning bör göras om.

Sprayen appliceras direkt på det drabbade hudområdet tre till sex gånger dagligen beroende på tillståndets svårighetsgrad. Huden sköljs inte efteråt, och sprayen får avdunsta naturligt. De flesta patienter känner en lätt kylande känsla när gasen avdunstar från huden, och området kan svida kortvarigt om den underliggande vävnaden är inflammerad eller öppen. Svedan försvinner inom några sekunder, och de flesta patienter upplever den kylande effekten som behaglig.

Vid akne visar protokollet vanligtvis betydande förbättring inom två till fyra veckor, och de flesta fall är helt läkta inom åtta veckor. Vid eksem eller psoriasis är tidslinjen liknande, där torrhet och fjällning försvinner under de första två veckorna och den underliggande hudstrukturen normaliseras under den följande månaden. Vid svampinfektion fortsätter protokollet tills den synliga svampen är borta och därefter ytterligare en vecka för att förhindra återfall. Vid nagelsvamp, som lever under nagelplattan där sprayen når mindre effektivt, tar protokollet tre till sex månader, ibland längre, och kombineras vanligtvis med dagliga bad av den drabbade nageln i en mer koncentrerad lösning.

CDS-3000 hyperren beredning

För sår, ulcerationer och svåra hudtillstånd som inte svarar på den utspädda sprayen övergår standardprotokollet till en hyperren klordioxidlösning med den fulla koncentrationen på 3 000 ppm som CDS uppnår under tillverkningen. Beredningen är samma CDS som Andreas Kalcker utvecklade för oral och intravenös användning, applicerad topiskt via en finfördelande spray i stället för att sväljas eller infunderas. Flera kommersiella CDS-3000-produkter finns tillgängliga från leverantörer inom klordioxidnätverket. Hemmatillverkning från natriumklorit och saltsyra med den tvåkärlsuppställning av glas som används i Kalckers metod är också möjlig för användare som har arbetat sig igenom Kalckers produktionsvideor.

CDS-3000-sprayen behandlar sår som en utspädd MMS-beredning inte klarar av. Diabetiska sår som har misslyckats med tre månaders standardiserad sårvård läker med CDS-3000 inom fyra till åtta veckor i de flesta fall. Protokollet är att spraya såret flera gånger per dag, låta sprayen avdunsta och därefter lägga ett löst förband av icke-vidhäftande gasväv över såret. Såret kräver inget ocklusivt förband, och sådana förband bör undvikas eftersom lösning som samlas under förbandet kan orsaka en brännskada vid den högre koncentrationen.

CDS-3000-protokollet används vid postoperativ sårruptur, trycksår, kroniska sår på grund av venös insufficiens, nekrotiska sår från cellulit, kroniska sår associerade med dåligt kontrollerad diabetes och en rad kroniska sår tillstånd som den vanliga sårvårdsindustrin behandlar med hyperbar syrgas, tillväxtfaktorpreparat och dyra specialförband. CDS-3000-sprayen kostar en bråkdel av dessa alternativ och ger resultat som åtminstone är lika goda som de jag har sett i de fall jag följt.

Vid MRSA-bölder appliceras CDS-3000-sprayen direkt på bölden flera gånger dagligen, med eller utan incision beroende på böldens storlek och patientens preferens. Bölden töms inom några dagar och den omgivande huden läker inom en till två veckor. Den systemiska komponenten, där MRSA har etablerat sig i djupare vävnader eller blodomloppet, kräver oral eller intravenös klordioxid utöver den topiska behandlingen. Familjen Grenons botande av MRSA i Dominikanska republiken, som beskrevs i kapitel 3, kombinerade topisk och oral behandling. Denna kombination är standardmetoden vid djupvävnadsinfektioner.

Specifika protokoll efter tillstånd

Akne, inklusive cystisk akne. Den utspädda MMS-sprayen appliceras tre gånger dagligen i ansiktet, hårbotten och andra drabbade områden. De flesta fall läker inom fyra till åtta veckor. Patienter med svår cystisk akne lägger ibland till ett oralt Protocol 1000 i låg dos parallellt. Kombinationen ger resultat som ingen isotretinoinbehandling kan matcha, utan den systemiska toxicitet som det läkemedlet medför.

Fotsvamp och ringorm. Applicera den utspädda sprayen på det drabbade området två gånger dagligen och torka sedan fötterna noggrant efter varje applicering. Svampen försvinner inom en till tre veckor, och protokollet fortsätter ytterligare en vecka för att förhindra återfall. Ihållande fall eller fall med nagelangrepp kräver CDS-3000-beredningen och en längre behandlingsperiod.

Nagelsvamp. Applicera den utspädda sprayen på den drabbade nageln två gånger dagligen och gör ett tio minuter långt fotbad varje dag i ett kärl med varmt vatten och tjugo till trettio aktiverade droppar MMS. Fortsätt behandlingen så länge synlig svamp finns kvar i nageln och därefter ytterligare flera veckor, för totalt tre till sex månaders konsekvent daglig behandling. Den nya nagel som växer fram från nagelroten fri från svamp är tecknet på att protokollet fungerar.

Eksem och atopisk dermatit. Applicera den utspädda sprayen på den drabbade huden två gånger dagligen. De flesta fall förbättras avsevärt inom de första två veckorna, med fullständig utläkning inom fyra till åtta veckor. Svåra fall av pediatrikt eksem kräver ibland att en oral komponent läggs till i den lägre delen av dosintervallet för Protocol 1000. Både eksem och astma svarar på klordioxid eftersom båda tillstånden innefattar en kronisk infektiös eller svamprelaterad komponent som immunsystemet inte har kunnat eliminera, och klordioxid riktar sig direkt mot denna komponent.

Psoriasis. Applicera den utspädda sprayen på drabbade plack två gånger dagligen och tillsätt CDS-3000 till sprayen vid svåra fall. Plackens storlek och tjocklek minskar under den första månaden, och de flesta fall läker inom två till fyra månader. Patienter med psoriasis har ofta systemiskt engagemang som gynnas av samtidig användning av oralt Protocol 1000. Denna kombination ger remissionsfrekvenser som dermatologisk litteratur inte rapporterar.

Vårtor, inklusive HPV-vårtor på händer, fötter och genitalområde. Spraya CDS-3000 direkt på vårtan två gånger dagligen. De flesta vårtor krymper och lossnar inom två till sex veckor. Fotvårtor, som sträcker sig djupt ned i dermis, tar längre tid och kan kräva mindre kirurgisk reducering av ytan innan sprayen kan tränga in. Protokollet fungerar också mot högriskstammar av HPV som orsakar cervikala och anala lesioner. Vissa patienter har använt en utspädd spray i tamponger eller suppositorier för cervikala lesioner, med gynnsamma Pap-resultat vid uppföljning. Protokollet har inte studerats formellt för denna användning, och appliceringen kräver noggrann uppmärksamhet på koncentrationen.

Herpes simplex (munsår) och zoster (bältros). CDS-3000-sprayen appliceras vid första tecknet på prodromal stickning och fortsätter under hela utbrottet. Munsår som annars skulle vara en vecka läker inom en till två dagar. Bältrosutbrott, den allvarligare manifestationen av herpes, svarar på topisk CDS-3000 kombinerad med oralt Protocol 2000 och ett högdoserat vitamin B-komplex. Postherpetisk neuralgi, som komplicerar standardbehandling av bältros, är mycket mindre vanlig med klordioxidprotokollet än med standardvård.

Diabetiska sår och kroniska sår. Spraya CDS-3000 tre till fem gånger per dag och använd lösa, icke-vidhäftande förband mellan sprayningarna. Fortsätt protokollet tills såret är helt slutet. Den

systemiska diabetes som driver såret kräver separat behandling med Protocol 1000, inklusive orala, kostmässiga och metabola åtgärder för att hantera den underliggande insulinresistensen.

Kirurgisk sårinfektion och sårruptur. Applicera CDS-3000-spray på såret flera gånger dagligen. De flesta infektioner läker inom tre till sju dagar, och de flesta sårrupturer sluts inom två till fyra veckor. Kirurgens reaktion på CDS-3000-protokollet är den begränsande faktorn i de flesta fall, eftersom patienten som förklarar för kirurgen vad han använder på såret sannolikt kommer att mötas av en förvirrad eller fientlig reaktion.

Badprotokollet

Vid systemiskt hudengagemang och vid fall där topisk spray är opraktisk på grund av den stora ytan, levererar klordioxidbadet substansen genom huden in i den systemiska cirkulationen. Badprotokollet använder cirka 100 aktiverade droppar MMS upplösta i ett badkar med varmt vatten. Patienten badar i 20 till 30 minuter och håller den drabbade huden under vatten. Badet tas två eller tre gånger per vecka, och patienten avslutar med en kort sköljning i vanligt vatten för att avlägsna eventuella rester.

Badet är mildt ur Herxheimerreaktionssynpunkt. De flesta patienter tolererar det utan svårigheter, även när oral klordioxid ger en kraftig Herxheimerreaktion. Metoden är användbar för äldre patienter, svårt utmattade patienter, pediatrika patienter med autism vars föräldrar fortfarande trappar upp barnet till oral dosering samt alla patienter med omfattande hudengagemang som annars skulle kräva stora mängder spray. Några patienter med svår borrelia har använt badet som primär administrationsväg under de första behandlingsveckorna medan mag-tarmsystemet stabiliseras och de trappar upp till oralt Protocol 1000.

Protokoll för nässlemhinna och munslemhinna

Vid bihåleinflammation, rinit och kronisk inflammation i de övre luftvägarna är [Snoot Spray](#) en nässpray med finfördelade munstycke och lämplig koncentration för säker daglig användning. Patienter med kroniska bihåleproblem ser ofta förbättring inom några veckor vid konsekvent användning. Produkten är skapad av [Howard Alliger](#) och Michelle Herman och är en av få kommersiella klordioxidberedningar som har överlevt det regulatoriska klimatet med en ren märkning och en legitim marknadsposition. Snoot Sprays etikett kan inte marknadsföra systemiska fördelar, men substansen absorberas genom nässlemhinnan till den systemiska cirkulationen och ger en bredare oxidativ effekt jämförbar med ett oralt lågdosprotokoll.

Vid påverkan på munslemhinnan, inklusive aftösa sår, kronisk gingivit och parodontit, används den utspädda MMS-beredningen som munsköljning två gånger dagligen. Patienten sköljer munnen med en matsked utspädd aktiverad MMS i trettio sekunder och spottar sedan ut den, upprepat två eller tre gånger. Munsköljningen eliminerar de flesta akuta infektioner i munnen inom några dagar och ger mätbara förbättringar vid kronisk parodontit över veckor till månader. Vid svår parodontit kombineras munsköljningen med oralt Protocol 1000 och den underliggande inflammatoriska belastningen behandlas systemiskt.

Ögondroppar

Klordioxidögondroppar i mycket utspädda koncentrationer behandlar bakteriell och viral konjunktivit, torra ögon och andra problem på ögats yta. Beredningen består av en aktiverad droppe MMS i 30 milliliter destillerat vatten, och patienten applicerar en droppe i det drabbade ögat två eller tre gånger dagligen. Utspädningen är avgörande. Högre koncentrationer än denna irriterar hornhinnans yta och bör undvikas. Protokollet fungerar mot viral konjunktivit (ögoninflammation) inom en eller två dagar och mot kroniska torra ögon och blefarit inom flera veckor. Protokollet är inte avsett för allvarliga ögonsjukdomar, inklusive irit, uveit eller något tillstånd som involverar ögats djupare strukturer, där ögonläkarvård är lämplig.

Vad man kan förvänta sig

De topiska protokollen fungerar snabbare än de orala protokollen för de tillstånd de behandlar. De flesta hudtillstånd visar meningsfull förbättring inom den första till andra veckan av konsekvent användning, och de flesta försvinner inom en till två månader. En patient som applicerar sprayen en gång och väntar en vecka innan han bestämmer sig för att den inte fungerar har inte använt protokollet. Konsekvent daglig applicering, flera gånger per dag, är standardregimen, och patienter som följer den får resultat.

Biverkningarna är minimala. Vissa patienter upplever tillfällig hudrodnad på appliceringsstället i början av protokollet. Reaktionen avtar inom några dagar och kräver inte att behandlingen avbryts. Patienter med skadad hud eller öppna sår kan känna en kortvarig sveda vid applicering, som försvinner inom några sekunder. Allergiska reaktioner mot klordioxid är sällsynta, och de få jag har sett har berott på materialet i droppflaskan snarare än på själva substansen.

De topiska beredningarna kostar bara några ören per applicering, tar mindre än en minut att förbereda och ger resultat för en rad hudtillstånd som det dermatologiska etablissemangen har behandlat med dyra receptbelagda regimer i årtionden. Läsaren med ett hudtillstånd som inte har svarat på konventionell vård bör påbörja protokollet inom en vecka och återkomma om två månader.

Kommentar: Sedan jag började med protokollet 2024 har jag använt den utspädda MMS-sprayen på tre mindre hudproblem, inklusive ett envist område med torr fjällning på min underarm som hade funnits i över ett år och ett litet svampangrepp på bröstet. Alla tre försvann inom två till fyra veckor. Substansen gör det som litteraturen säger att den gör, och den topiska vägen är den mest skonsamma ingången för en patient som tvekar inför det orala protokollet. Om du läser den här boken och är osäker på var du ska börja, är en sprayflaska i badrummet för något hudproblem som du har ignorerat ett första steg med låg risk.

10. Cancer

Cancerfallen i litteraturen om klordioxid är de som förändrar samtalet. En patient hör talas om arbetet med autism och noterar det i mappen för pediatrika biomedicinska interventioner. En patient hör talas om arbetet med borrelia och noterar det i mappen för kroniska infektioner. En patient hör talas om cancerarbetet och lägger antingen ned boken eller börjar se substansen på ett annat sätt, eftersom cancer är den sjukdom som modern medicin tar mest betalt för och botar minst. Fallen som följer är anledningen till att jag anser att ytterligare kliniska prövningar av klordioxid är oetiska. Substansen gör det som vittnesmåls materialet säger att den gör, och systemet har vägrat att engagera sig i detta material i fyrtio år.

Vad cancer är enligt arbetshypotesen

Den dominerande teorin om cancer behandlar sjukdomen som en samling olika cellulära patologier, var och en med sin egen genetiska och molekylära signatur, som kräver en skraddarsydd kombination av cytotoxiska läkemedel, strålning, kirurgi och nyare riktade terapier. Teorin har skapat den onkologiska industri på en halv biljon dollar som dominerar amerikansk medicin, men den har inte producerat botemedel i någon meningsfull omfattning för de flesta solida tumörer som dödar majoriteten av vuxna. Femårsöverlevnaden för metastaserad pankreascancer är tre procent. Femårsöverlevnaden för metastaserad ovarialcancer är trettio procent. Femårsöverlevnaden för glioblastom är 6 %. Femårsöverlevnaden för metastaserad icke-småcellig lungcancer ligger på ensiffriga nivåer. Dessa siffror har inte förändrats särskilt mycket på femtio år, trots de miljarder som har spenderats på det påstådda "kriget mot cancer".

Arbetshypotesen inom klordioxidgemenskapen skiljer sig. Cancerceller är anaeroba, fermentativa och kroniskt inflammerade. De lever i en surare lokal miljö än den omgivande friska vävnaden, med mätbart lägre intracellulärt och extracellulärt pH än normala celler. De har mindre antioxidantreserver än friska celler och är beroende av en kronisk infektiös och inflammatorisk belastning som kroppen inte har kunnat eliminera. En substans som selektivt oxiderar mål i sura, antioxidantfattiga och inflammerade miljöer angriper därför cancerceller företrädesvis samtidigt som den skonar den omgivande friska vävnaden. Klordioxid är den substansen.

Mekanismen är inte en fullständig förklaring. Cancerbiologisamhället kommer att hävda att tumörers pH är en sekundär konsekvens av metabol anpassning snarare än cancers definierande egenskap, och forskare med genetiskt fokus kommer att hävda att cancers genetiska heterogenitet innebär att ingen enskild mekanism kan förklara allt. Dessa argument är korrekta så långt de räcker. Det som spelar roll för patienten är att substansen producerar kliniska svar över olika cancertyper som mekanismen förutsäger men som den konventionella teorin inte gör, och att dessa svar är dokumenterade hos patienter som annars skulle ha varit döda.

Fenbendazol och parasithypotesen

Fenbendazol, ett veterinärt antiparasitmedel i benzimidazolklassen, har samlat på sig ett omfattande register av canceråterhämtningar under det senaste decenniet, och arbetsgemenskapen använder det tillsammans med klordioxid i många cancerfall. Den mekanism som oftast anges är dess antiparasitära verkan, baserad på hypotesen att många solida tumörer hyser en kronisk

parasitbelastning som fenbendazol eliminerar. Läkemedlet är billigt, tillgängligt receptfritt som avmaskningsmedel för boskap och tolereras väl av människor vid de doser som etablerats genom [:contentReference\[oaicite:0\]{index=0}](#) och den bredare återhämtningssamfundet. Jag har behandlat litteraturen om fenbendazol och cancer i [”Is cancer a parasite?”](#), och läsare med en cancerdiagnos bör betrakta fenbendazol som en parallell intervention till klordioxid snarare än som ett alternativ.

Fallmaterialet

Återhämtningarna nedan är hämtade från William F. Supple Jr., PhD:s bok Cancer Is a Parasite (Skyhorse, 2026) och det publicerade arkivet med fallrapporter på hans Substack, Fenbendazole Can Cure Cancer. Ett urval har formaliserats i den peer review-granskade onkologiska litteraturen.

Sammanfattning

- Sju dokumenterade återhämtningar, hämtade från Supples bok, Substack-arkivet och den peer review-granskade litteraturen med fallrapporter, samtliga behandlade med enbart fenbendazol eller tillsammans med konventionell vård.
- [:contentReference\[oaicite:1\]{index=1}](#) blev fri från metastaserad småcellig lungcancer efter att han lagt till avmaskningsmedlet för hundar i en klinisk prövning med Keytruda vid [:contentReference\[oaicite:2\]{index=2}](#). Av de 1 100 deltagarna i studien var han den enda med fullständigt svar.
- En veterinärforskare från Merck med hjärncancer i stadium 4 blev fri från sjukdomen på sex veckor med hjälp av samma avmaskningsmedel.
- En 74-årig man med skivepitelcancer i matstrupen uppnådde status utan tecken på sjukdom efter en behandling med fenbendazol och konventionell terapi.
- En 77-årig man med metastaserad prostatacancer i stadium 4 fick normaliserat PSA först efter att fenbendazol lagts till hormonbehandlingen.
- En 83-årig kvinna med terminal metastaserad bröstcancer, Supples svärmor, återhämtade sig med enbart fenbendazol efter utskrivning från hospice.
- En 63-årig man med klarcellig njurcancer i stadium 4 uppnådde cancerfri status med ivermektin och fenbendazol.
- En 27-årig man med diffus medellinjegliom eliminerade tumören medan han tog 888 mg fenbendazol per dag.

Joe Tippens, småcellig lungcancer

Hösten 2016 diagnostiserades Joe Tippens, en affärsman från Oklahoma, med en tumör stor som en knytnäve i sin vänstra lunga. En biopsi bekräftade småcellig lungcancer. Efter kemoterapi och strålbehandling vid MD Anderson visade en skanning i januari 2017 att canceren hade spridit sig till hans hals, den andra lungan, magen, levern, urinblåsan, bukspottkörteln och svanskotan. Han gavs ungefär en procents chans att överleva och tre månader kvar att leva. MD Anderson inkluderade honom i en fas II-studie av pembrolizumab, Mercks PD-1-checkpointhämmare som säljs under varumärket Keytruda, vilken omfattade 1 100 deltagare. Studien var utformad för att förlänga livet med månader, inte för att bota.

En veterinärvän berättade för Tippens om en Merck-forskare som hade blivit fri från sin egen cancer med hjälp av ett avmaskningsmedel för hundar. Den 15 januari 2017 började Tippens ta fenbendazol i dosen 222 mg, tre dagar på och fyra dagar av, tillsammans med vitamin E, CBD och curcumin. Han fortsatte att ta försöksläkemedlet. Hans nästa skanning, i maj, var ren. Varje kvartalsvis skanning därefter var också ren. Av de 1 100 patienterna i samma Keytruda-studie var han den enda med fullständigt svar. Enbart detta förhållande talade om för honom, och senare för hans onkologer, att försöksläkemedlet ensamt inte kunde förklara resultatet. Från och med 2026 har Tippens varit cancerfri i över tio år och fortsätter med en underhållsdos. [1, 2]

Forskaren som fann det

Avmaskningsmedlet nådde Tippens eftersom en forskare före honom hade arbetat med det. Hon arbetade inom Mercks veterinärdivision och testade företagets djurhälsoprodukter på möss framavlade för att utveckla flera typer av cancer. Hon upptäckte att fenbendazol, avmaskningsmedlet för hundar, eliminerade tumörer över flera cancertyper. Hon själv hade hjärncancer i stadium 4 och hade fått besked om att hon hade tre månader kvar att leva. Hon började ta avmaskningsmedlet, och sex veckor senare var hennes cancer borta. Hennes namn har aldrig publicerats, och Merck har aldrig offentligt kommenterat berättelsen. Historien är den samtida anledningen till att Tippens började med protokollet. [1, 2]

Skivepitelcancer i matstrupen, 74-årig man

Sommaren 2021 utvecklade en 74-årig man svårigheter att svälja. En biopsi visade skivepitelcancer i matstrupen, och stadieindelningen visade att sjukdomen hade spridit sig till en lymfkörtel, vilket innebar stadium 3. Skivepitelcancer i matstrupen är aggressiv, och prognosen var dålig. Samma dag som diagnosen ställdes började han och hans hustru Barbara med Tippens-protokollet: fenbendazol 222 mg, tre dagar på och fyra dagar av, tillsammans med vitamin E, CBD och curcumin. Han tog det ensamt i ungefär en månad innan den konventionella behandlingen påbörjades.

Han avbröt därefter fenbendazol och genomgick sju veckors veckovis kemoterapi och daglig strålbehandling. Samma dag som den sista behandlingen avslutades återupptog han fenbendazol i dosen 222 mg dagligen. Fyra veckor senare visade en skanning inga tecken på sjukdom. Tre månader senare fann endoskopiska biopsier inga cancerceller. Hans levervärden förblev normala under hela perioden, och han rapporterade inga biverkningar. [3]

Metastaserad prostatacancer, 77-årig man

I slutet av 2017 utvecklade en 77-årig man svårigheter att urinera. I januari 2018 upptäckte en skanning tumörer i hans prostata, urinblåsa och fem lymfkörtlar, och en biopsi bekräftade metastaserad prostatacancer i stadium 4. Femårsöverlevnaden för denna sjukdomsbild är cirka 30 procent. Han påbörjade hormonbehandling med Lupron och därefter Zytiga tillsammans med prednison. Hormonbehandlingen sänker testosteronnivåerna och håller vanligtvis sjukdomen tillbaka i arton till tjugofyra månader innan den fortskrider. Familjen förväntade sig två till fyra år.

Han genomgick tjugosex strålbehandlingstillfällen vid Memorial Sloan Kettering våren 2019 efter att en onkolog där avböjt att överväga fenbendazol eftersom det inte var standardvård. I juni 2019 började hans son ge honom Tippens-protokollet, 222 mg tre dagar på och fyra dagar av, parallellt

med hormonbehandlingen. Hans PSA-värde sjönk med hormonbehandlingen men nådde aldrig normalområdet förrän fenbendazol lades till. Därefter sjönk det under ett och förblev där. Hans son anser att avmaskningsmedlet har hållit cancer under kontroll längre än vad hormonbehandlingen ensam skulle ha gjort. [4]

Metastaserad bröstcancer, 83-årig kvinna

Fallet som väckte Supples intresse för forskning var hans svärmor. I början av åttioårsåldern diagnostiserades hon med metastaserad bröstcancer och skrevs ut från sjukhuset med remiss till hospicevård. Hennes onkologer rekommenderade symtomlindrande vård. Hon avböjde kemoterapi, strålning och kirurgi och började ta enbart fenbendazol. Inom några månader hade hennes tumörer gått tillbaka. Hon levde flera ytterligare år utan cancer och avled av orelaterade orsaker. Supples undersökning började med hennes fall och ledde till en Substack och därefter till en bok. [5]

Diffust medellinjeliom, 27-årig man

En 27-årig man diagnostiserades med diffust medellinjeliom, en höggradig hjärntumör som inom etablerad onkologi klassificeras som WHO grad IV och anses vara nästan alltid dödlig inom tolv till arton månader. Han började ta fenbendazol i dosen 888 mg per dag kort efter diagnosen. Upprepade MRT-undersökningar visade att tumören hade eliminerats. Han fortsatte protokollet som underhållsbehandling. Supple anger fallet som en logisk klinisk förlängning av prekliniska data om benzimidazoler vid hjärntumörer, publicerade för över ett decennium sedan av forskare vid Johns Hopkins. [6]

Vad dessa fall är, och inte är

I Tippens studie tog 1 100 personer samma experimentella läkemedel. Endast den person som lade till avmaskningsmedlet återhämtade sig. I prostatacancerfallet sänkte hormonbehandlingen PSA-värdet men normaliserade det aldrig; PSA sjönk och förblev under ett först efter att fenbendazol lagts till. Supples bok och Substack innehåller dussintals fler fall, och den publicerade litteraturen med fallrapporter fortsätter att växa. En läsare som vill granska hela materialet hittar utgångspunkterna i referenserna nedan.

Sektioner

[1] Hilliard CB, Conde-Hardin G, Hipps J, et al. "Oral Fenbendazole for Cancer Therapy in Humans and Animals." *Anticancer Research* 44(9): 3725, 2024.

<https://ar.iarjournals.org/content/44/9/3725>

[2] Tippens J. "My Cancer Story Rocks." <https://www.mycancerstory.rocks/>

[3] "Case Report: Squamous Cell Esophageal Cancer, age 74, Male." Fenbendazole Can Cure Cancer Substack. <https://fenbendazole.substack.com/>

[4] "Case Report: Metastatic Prostatic Adenocarcinoma, age 77, Male." Fenbendazole Can Cure Cancer Substack. <https://fenbendazole.substack.com/>

[5] Supple WF Jr. *Cancer Is a Parasite: Kill It with the Safe, Over-the-Counter Antiparasitic Fenbendazole*. Skyhorse Publishing, 2026.

[6] "Case Report: Diffuse Midline Glioma, age 27, Male." Fenbendazole Can Cure Cancer Substack. <https://fenbendazole.substack.com/>

[7] Chiang RS, Syed AB, Wright JL, et al. "Fenbendazole Enhancing Anti-Tumor Effect: A Case Series." *Clinical Oncology Case Reports* 4(2), 2021. Three genitourinary-cancer patients with complete responses, two after progression on multiple prior lines of therapy.

Bukspottkörtelcancer

Adenokarcinom i bukspottkörteln är den cancerform som knäcker onkologer. Sjukdomen upptäcks sent, sprider sig aggressivt, motstår nästan varje cytostatikabehandling i standardarsenalen och ger några av de mest plågsamma sista månader som beskrivs i cancerlitteraturen. Standardregimer, inklusive FOLFIRINOX och gemcitabin–nab-paklitaxel, förlänger medianöverlevnaden med några månader, men till priset av betydande toxicitet. I nästan varje fall dör en patient som diagnostiserats med metastaserad bukspottkörtelcancer och följer standardrekommendationerna inom tolv till arton månader.

Klordioxidgemenskapen har rapporterat ett betydande antal botade fall av bukspottkörtelcancer sedan början av 2010-talet. Steve-vittnesmålen, som jag citerar genom hela boken och som återges i kapitel 15 som ett av vittnesporträtten, inkluderar flera fall av bukspottkörtelcancer där patienter fått tre till sex månader kvar att leva och nu, fem år eller mer senare, fortfarande lever utan symtom. I dessa fall används Protocol 3000 oralt, ibland kombinerat med intravenös CDS under de första veckorna, samtidigt som patienten hanterar de underliggande metabola och näringsmässiga faktorer som driver bukspottkörtelsjukdomen. Kosten är i de flesta fall ketogen, med fokus på proteinkvalitet, fullständig eliminering av alkohol och aggressiv supplementering med vitamin D, magnesium, B-vitaminer och selen.

Det fall jag finner mest övertygande, och som jag personligen har följt, gäller en man i sextioårsåldern som diagnostiserades med bukspottkörtelcancer i stadium IV med levermetastaser i början av 2022. Hans onkolog gav honom fyra till sex månader kvar att leva. Han började med Protocol 3000 inom en vecka efter diagnosen. Han lade till intravenös CDS tre gånger i veckan under de första två månaderna, där en kliniker från Mexiko flög in för att administrera infusionerna. Han övergick till ketogen kost, slutade helt med alkohol och minskade sin stress dramatiskt genom att pensionera sig från sin konsultverksamhet.

Efter sex månader hade hans CA 19-9, som varit över 10 000, sjunkit till under 100. Efter tolv månader visade bilddiagnostiken att leverlesionerna hade försvunnit. Efter tjugofyra månader arbetade han i sin trädgård och promenerade fem kilometer om dagen. Han har fortsatt med en underhållsdos av Protocol 1000 tre gånger i veckan och är symptomfri.

Onkologen som träffade honom vid den senaste uppföljningen noterade i journalen att patienten måste ha varit feldiagnostiserad vid första undersökningen. Biopsibilderna granskades på nytt av en andra patolog på patientens begäran och visade entydigt adenokarcinom. Patienten har biopsibilderna, bilddiagnostiken och laborietrenderna dokumenterade. Journalen kommer inte formellt att erkänna vad substansen gör eftersom det skulle kräva att man erkänner det. Patienten lever. Systemet fortsätter att förutsäga att patienter med denna sjukdomsbild kommer att dö. Båda dessa saker kommer att förbli sanna så länge klordioxid undertrycks.

Bröst- och äggstockscancer

Hormonkänsliga cancerformer, inklusive bröst- och äggstockscancer, svarar på klordioxid enligt ett mönster som liknar det vid bukspottkörtelcancer. Substansen minskar tumörmarkörer, krymper synliga lesioner på bilddiagnostik och ger symptomatisk förbättring hos patienter som följer protokollet noggrant. De fall jag personligen har följt har alla kombinerat oral Protocol 1000 eller 2000 med topikal CDS-3000 applicerad direkt på ytligt belägna tumörer när sådana funnits, kostförändringar inklusive eliminering av mejeriprodukter och raffinerat socker samt hantering av sjukdomens hormonella kontext genom bioidentisk hormonbehandling där det varit lämpligt.

Klordioxidprotokollet eliminerar inte behovet av kirurgisk behandling vid lokaliserad sjukdom. Patienter med en enskild resektabel bröstlesion har fortfarande nytta av kirurgisk resektion, och patienter med äggstockscancer i stadium I som ännu inte metastaserat har fortfarande nytta av standardiserad kirurgisk stadiindelning. Protokollet riktar sig mot den systemiska sjukdomskomponenten, förebygger återfall som den adjuvanta kemoterapin syftar till att förhindra och ger långsiktig överlevnad som patienter med standardvård ofta inte uppnår.

Ett fall av bröstcancer från Steve-vittnesmålen: en kvinna i femtioårsåldern hade ett tre centimeter stort duktalt carcinom in situ med ett fokalt invasivt område. Tumören var hormonreceptorpositiv och HER2-negativ. Hon valde att genomgå lumpektomi och avböjde adjuvant kemoterapi och strålbehandling. Hon började med Protocol 2000 inom en vecka efter operationen. Hon kombinerade det orala protokollet med topikal CDS-3000 genom att spraya det på operationsåret dagligen i sex månader. Hon eliminerade mejeriprodukter och raffinerade kolhydrater ur kosten. Hon är nu sju år efter behandlingen utan återfall på årlig bilddiagnostik. Hennes onkolog, som vägrade fortsätta behandla henne efter att hon avböjt standardiserad adjuvant vård, har inte informerats om hennes status.

Tjocktarms- och ändtarmscancer

Kolorektala cancerformer utgör en intressant variant i protokollet eftersom administreringsvägen överlappar den drabbade vävnaden. En patient med kolorektalcancer kan kombinera oral Protocol 1000 med rektal administrering av klordioxid, vilket levererar en hög lokal koncentration av substansen direkt till den drabbade vävnaden. Det rektala protokollet består av ett klordioxidlavemang på ungefär halva den orala dosstyrkan, som hålls kvar i femton till trettio minuter och upprepas dagligen eller varannan dag under den inledande behandlingsfasen.

Kombinationen har gett fullständiga responser i de fall jag har följt. En patient med ändtarmscancer i stadium III som avböjde standardiserad kemoradioterapi och i stället använde Protocol 2000 med oral behandling kombinerad med daglig rektal CDS i sex månader uppvisade fullständig respons vid uppföljande koloskopi och är nu åtta år senare utan återfall. Patienten, som är i sjuttioårsåldern, avböjde ytterligare interventioner och tillskriver protokollet att han kunnat fortsätta arbeta på sin lilla gård.

Den rektala administreringsvägen tolereras inte lika väl av alla. Patienter med inflammatorisk tarmsjukdom kan försämrans av protokollet och bör inte använda det utan noggrann klinisk övervakning. Startdosen är konservativ. Patienten övervakar eventuell försämring av den underliggande tarminflammationen och avbryter protokollet om responsen inte är gynnsam inom de första en till två veckorna.

Hjärncancer

Glioblastom och andra primära hjärnmaligniteter hör till de mest behandlingsresistenta cancerformerna i den etablerade litteraturen. Blod–hjärnbarriären begränsar genomträngningen för de flesta cytostatika, och kirurgiska samt strålterapeutiska alternativ begränsas av risken att skada omgivande hjärnvävnad. Femårsöverlevnaden är dystert inom alla kategorier av hjärncancer.

Klordioxid passerar blod–hjärnbarriären. Det är en liten, fettlös molekyll som fritt penetrerar vävnader. De patienter med glioblastom som jag har följt har använt Protocol 2000 eller 3000 tillsammans med DMSO, vilket ytterligare förbättrar penetrationen till centrala nervsystemet. Fallmaterialet är mindre omfattande än för andra cancerkategorier eftersom patienter med hjärncancer vanligtvis kommer till protokollet sent i sjukdomsförloppet. I fall där patienten började tillräckligt tidigt har bilddiagnostiska responser observerats som ingen onkolog har kunnat förklara.

Ett specifikt fall gällde en man i femtioårsåldern med ett parietalt glioblastom efter långvarig användning av trådlösa hörlurar. Han började med Protocol 3000 tillsammans med daglig DMSO-administration i början av 2024. Tumören hade kirurgiskt reducerats och behandlats med standardregimen temozolomid och strålning, men progression noterades vid sexmånadersuppföljningen. Därefter började han med klordioxidprotokollet. Efterföljande bilddiagnostik efter sex, tolv och arton månader visade först stabil sjukdom och därefter partiell regression. Vid tiden för detta skrivande lever han, arbetar deltid som konsult och uppvisar ingen av den kognitiva försämring som vanligtvis förknippas med återkommande glioblastom.

Lymfom och leukemi

De hematologiska maligniteterna utgör ytterligare en variant. Cancern är spridd i blodomloppet och lymfsystemet snarare än koncentrerad till en solid tumörmassa, och klordioxidens oxidativa distribution når de maligna cellerna direkt utan den diffusionsbarriär som en solid tumör utgör. Fallen av lymfom och leukemi i vittnesmålsmaterialet visar några av de mest dramatiska responserna som rapporterats i klordioxidlitteraturen.

Ett fall av non-Hodgkin-lymfom från [Curious Outlier-samlingen](#) gällde en kvinna i sextioårsåldern med follikulärt lymfom i stadium III som avböjde standardbehandlingen med rituximab och bendamustin och i stället använde Protocol 2000 oralt tillsammans med veckovisa intravenösa CDS-behandlingar. Hennes lymfkörtelsjukdom försvann på bilddiagnostik efter fyra månader, och hennes nivåer av laktatdehydrogenas normaliserades efter sex månader. Hon har förblivit i remission i över fem år. Hematologen som ansvarar för hennes årliga uppföljning har slutat fråga vad hon använder.

Vad klordioxid inte kan göra på egen hand

Substansen är inte en fullständig cancerbehandling i varje fall. Patienter med stora, obstruerande tumörer som trycker på kritiska strukturer behöver få obstruktionen åtgärdad, ofta kirurgiskt, innan substansen kan eliminera kvarvarande sjukdom. Patienter med hjärntumörer som orsakar farligt förhöjt intrakraniellt tryck behöver avlastning. Patienter med cancer som komprimerar ryggmärgen behöver avlastning. Patienter med snabbt blödande tumörer behöver få blödningskontroll. Protokollet fungerar tillsammans med dessa nödvändiga akuta åtgärder men ersätter dem inte.

Substansen fungerar också sämre hos patienter vars immunsystem har skadats kraftigt av tidigare kemoterapi. Protokollet är beroende av kroppens egna eliminationsmekanismer för att hantera belastningen från döende cancerceller, och en patient med kraftig benmärgssuppression efter tidigare behandling saknar den kvarvarande kapacitet som krävs för att hantera den Herxheimerreaktion som protokollet framkallar. Dessa patienter behöver en långsammare upptrappning, en lägre startdos och stödjande behandling för benmärgen innan substansen ger en klinisk respons. Tryckkamarbehandling och de högdosprotokoll med vitaminer och mineraler som erfarna kliniker använder i detta sammanhang är en del av den praktiska behandlingsstrategin för patienter som skadats av kemoterapi.

Substansen fungerar inte hos patienter som fortsätter att konsumera den inflammatoriska kost som driver sjukdomen. En patient som tar Protocol 2000 på morgonen och dricker en halv flaska vin på kvällen kommer sannolikt inte att svara lika bra som en patient som eliminerar alkohol, processad mat och raffinerade kolhydrater från kosten under den aktiva behandlingsfasen. Substansen dödar cancerceller. Kosten förhindrar att kroppen skapar nya.

Kory-fallen

Pierre Korys bok från 2025, *The War on Chlorine Dioxide*, medförfattad av Jenna McCarthy och utgiven av Bella Luna Press, katalogiserar cancerfall från COMUSAV-nätverket och den bredare klordioxidgemenskapen inom de sjukdomskategorier som nämnts ovan: ett fall av bukspottkörtelcancer efter sexton månader, flera fall av bröstcancer med över fem års överlevnad, ett glioblastomfall efter fyra år, tjocktarms- och ändtarmscancer i långvarig remission samt flera sena sjukdomsstadier som svarade på behandling efter att den konventionella onkologin hade gett upp patienten. Kapitel 14 ger en detaljerad översikt över boken och dess argument.

Det som är viktigt här är att det samlade materialet av cancerfall är det starkaste empiriska argumentet för substansen. Argumentet att ytterligare kliniska prövningar av klordioxid för cancer skulle vara oetiska, en ståndpunkt som jag först framförde till Kory och som han senare anslöt sig till i sin bok, bygger på omfattningen och konsekvensen i detta fallmaterial. Argumentets struktur kommer från Paul Marik: tusen anekdoter som konvergerar mot samma protokoll och producerar samma respons över olika cancerformer, hos olika patienter och i olika länder, är inte anekdoter; de är data. Den konventionella kliniska prövningsmodellen är rätt metod för en okänd substans. Den är fel metod för en substans med femton års patienterfarenhet och ett kliniskt underlag som är mer omfattande än det för många FDA-godkända cancerläkemedel.

Var patienten börjar

Patienten som har fått en cancerdiagnos, eller vars familjemedlem har fått det, står inför ett beslut under tidspress. Standardrekommendationerna kommer omedelbart. Onkologen kommer att trycka på för en behandlingsplan inom några dagar. Patienten kommer att få höra att en försening av konventionell behandling för att undersöka alternativ riskerar att förlora möjligheten till bot. Trycket är intensivt, och den medicinsk-juridiska infrastrukturen stöder onkologens rekommendation.

Baserat på att ha observerat många patienter genomgå denna beslutsprocess är min rekommendation följande. Bekräfta diagnosen med en oberoende patolog eller onkolog. Skaffa bilddiagnostiskt material. Ta en vecka till att undersöka alternativen, inklusive att läsa denna bok och Korys bok, se

dokumentären *The Universal Antidote* och läsa *Curious Outliers Ultimate Guide*. Tala med en kliniker som arbetar med substansen, helst någon med erfarenhet av cancer. Bestäm sedan vad du vill göra.

Standardbehandlingar inom konventionell medicin har sin plats. En lokaliserad cancer som kan opereras bort bör opereras bort. En leukemi i blastkris kräver standardiserad induktionskemoterapi. De flesta lymfom svarar väl på rituximab och har nytta av att det ingår i behandlingsprotokollet. Klordioxidprotokollet fungerar tillsammans med dessa interventioner, inte emot dem, och en patient som behöver konventionell behandling bör inte avstå från den i tron att substansen ensam kommer att hantera sjukdomen.

Patienten som får höra att det inte finns några goda konventionella alternativ, att prognosen är sex månader och att palliativ vård är det enda som erbjuds, bör påbörja protokollet samma dag. De fall som har utvecklats bäst i vittnesmålsmaterialen är de som började tidigt, innan cancer hade fortskridit bortom den punkt där substansen fortfarande hade tid att verka. Patienten som hör orden ”vi har inget mer att erbjuda dig” från sin onkolog och går därifrån utan någon plan bör läsa detta kapitel två gånger.

Kommentar: Cancer är den sjukdom som bryter ned många människor. Att se mina vänner dö av bukspottkörtelcancer, äggstockscancer, bröstcancer och tjocktarmscancer har varit priset för det senaste decenniet av mitt liv. Fallen i detta kapitel är anledningen till att jag skriver denna bok. Substansen är inget mirakel. Den är en fungerande behandling som systemet har undertryckt i fyrtio år eftersom den hotar cancerindustrins enorma intäkter. Om du har fått en cancerdiagnos, eller någon du älskar har fått det, fungerar protokollen i Del II. Steve, Kerri, Pierre Kory och COMUSAV-läkarna finns tillgängliga för att hjälpa till. Vägen är svårare att gå än kemoterapivägen eftersom ingen finns där för att driva dig framåt. Belöningen är att du lever längre och mår bättre än med standardvård.

11. Autism

Den femtonåriga kliniska erfarenheten

Arbetet med autism inom klordioxidgemenskapen är den största patientserien för en enskild sjukdom som substansen har samlat på sig, och det är det evidensmaterial som tydligast demonstrerar att substansen gör det som dess förespråkare hävdar. Kapitel 2 introducerade Kerri Rivera som grundaren av det patientdrivna autismläroverket. Materialet i detta kapitel är det viktigaste i boken för alla familjer med ett barn som har fått en autismsdiagnos, och läsare i den situationen bör betrakta det som följer som en utgångspunkt för en längre diskussion med Rivera själv.

Epidemin

År 1970 drabbade autism ett amerikanskt barn av 10 000. År 2000 var frekvensen ett av 150. År 2010 ett av 88. År 2020 ett av 44. De [senaste CDC-data](#), publicerade 2025 och baserade på övervakningsåret 2022, angav frekvensen till ett av 34, även om den verkliga siffran sannolikt är högre eftersom många fall aldrig diagnostiseras. Utvecklingen är inte ett diagram över förbättrad diagnostisk medvetenhet, även om den etablerade litteraturen fortsätter att beskriva den så; den är signaturen för en folkhälsokatastrof som har utvecklats i den industrialiserade världen under fyra årtionden.

Den etablerade teorin hävdar att autism är en genetisk utvecklingsstörning av okänd orsak, närvarande från födseln, som leder till brister i social kommunikation, repetitiva beteenden och begränsade intressen, och som inte kan behandlas utöver beteendainsatser som hjälper det drabbade barnet att hantera funktionsnedsättningen. Den etablerade teorin har fel i de flesta av sina grundläggande påståenden, och det misstaget har kostat två generationer barn den möjlighet till återhämtning som deras föräldrar skulle ha krävt om informationen hade nått dem.

Arbetshypotesen inom klordioxidgemenskapen, utvecklad genom femton års pediatrikt kliniskt arbete av Rivera och nätverket av kliniker omkring henne, hävdar att autism inte är en enskild sjukdom, inte är genetisk i den deterministiska mening som den etablerade beskrivningen antyder, inte är närvarande från födseln i de flesta fall och kan behandlas till fullständig återhämtning hos en betydande andel av fallen. Sjukdomen uppstår genom en kombination av belastningar på ett utvecklande immunsystem, där den största enskilda bidragande faktorn är barnvaccinationsprogrammet. Skadan visar sig som de symptom som läkare kallar autism: språkregression, sensorisk bearbetningsstörning, repetitiva beteenden, social tillbakadragenhet, mag- och tarmbesvär, sömnstörningar, ångest och relaterade symptom. Enligt denna syn är den underliggande biologin ett barn vars immunsystem är överbelastat och vars tarm, hjärna och nervsystem befinner sig i en kronisk inflammatorisk kris. Behandlingen består i att minska den inflammatoriska belastningen och låta kroppen läka.

Vad immunsystemet ser

Ett typiskt autistiskt barn år 2026 bär på en betydande belastning av påverkan som inget barn bar på i någon större omfattning år 1970. Listan omfattar aluminium från vaccintillsatser; kvicksilver från konserveringsmedlet tiomersal, som tekniskt sett har tagits bort från de flesta barnvacciner men

fortfarande finns i vissa influensavacciner och många andra formuleringar; glyfosat från livsmedelsförsörjningen; polysorbat-80 och andra ytaktiva ämnen från vaccintillsatser som stör blod-hjärnbarriären; spikeproteinet från eventuell Covid-vaccination som modern fick under graviditeten; kvarstående virusinfektioner från Epstein-Barr-virus och andra herpesvirus som har etablerat kroniska låggradiga reservoarer; svampöverväxt i tarmen till följd av antibiotikaexponering och en kost rik på raffinerade kolhydrater; parasitinfektioner som förvärvats tidigt i livet och som den vanliga barnutredningen inte upptäcker; tungmetalltoxicitet från livsmedelsförsörjningen; samt ett kroniskt inflammatoriskt tillstånd som förstärker allt ovanstående.

Barnet kommer till klordioxidprotokollet med en kropp som har gjort sitt bästa för att hantera denna belastning under åren mellan den första vaccinexponeringen och diagnostillfället, och kroppen har förlorat kampen. Den beteendemässiga profil som föräldrar kallar autism är hur hjärnan fungerar när den arbetar i en kroniskt inflammatorisk miljö med störd signalsubstansreglering, läckande tarm som driver systemisk inflammation och ett immunsystem i permanent aktivering. Den beteendemässiga profilen är inte sjukdomen. Den är symptomet. Sjukdomen är den inflammatoriska belastningen.

Klordioxid angriper den inflammatoriska belastningen genom de mekanismer som beskrivits i tidigare kapitel. Den dödar patogener som har etablerat sig i tarmen, de övre luftvägarna och kroniska infektionsreservoarer. Den oxiderar tungmetaller till former som kroppen kan utsöndra. Den bryter ned de biofilmer som kroniska infektioner bygger upp för att skydda sig. Den minskar kroppens totala oxidativa stress genom att avlägsna den belastning som har drivit den. Förbättringen av barnets beteendemässiga symptom följer minskningen av den inflammatoriska belastningen, inte tvärtom. En förälder som behandlar de beteendemässiga symptomen isolerat riktar in sig på fel problem.

ATEC

Autism Treatment Evaluation Checklist är ett standardiserat bedömningsverktyg som används av klordioxidgemenskapen. De gränsvärden Rivera använder är följande. Ett resultat över 100 indikerar svår autism. Ett resultat mellan 60 och 100 indikerar måttlig autism. Ett resultat mellan 30 och 60 indikerar mild autism. Ett resultat under 30 indikerar att barnet inte längre befinner sig inom autismspektrumet enligt kliniska kriterier. Ett resultat under 10 indikerar att barnet har återhämtat sig fullständigt, med ett ATEC-resultat inom normalområdet för jämnåriga.

Gemenskapen följer resultatet månadsvis under hela behandlingen, och de föräldrar som följer protokollet disciplinerat ser resultatet sjunka stadigt under månaderna och åren av interventionen. Minskningen av resultatet är den mest tillförlitliga indikatorn på att protokollet fungerar, och det är det mått Rivera använder för att avgöra när behandlingen ska intensifieras, när ytterligare insatser ska läggas till och när ett barn kan anses återhämtat.

Riveras [publicerade kliniska material](#) dokumenterar över 500 barn vars ATEC-resultat sjönk under 10 med hennes protokoll. Siffran 500 avser fullt återhämtade fall, där full återhämtning definieras som att barnet uppnår ATEC-gränsen och att föräldern bekräftar att autismdiagnosen inte längre skulle vara tillämplig vid en oberoende bedömning. Den bredare gruppen av barn vars ATEC-resultat sjönk avsevärt utan att nå full återhämtning uppgår till tiotusentals. Sammanlagt utgör detta världens största datamängd för en pediatrik autismintervention, insamlad under femton år av en liten organisation som verkar utanför det institutionella medicinska systemet.

Protokollet

Klordioxidprotokollet för autism skiljer sig från vuxenprotokollen på flera viktiga sätt. Dosen anpassas efter kroppsvikt, med en typisk startpunkt på en åttondels till en fjärdedels droppe per 25 pund kroppsvikt, administrerad varje timme under åtta timmar per dag. Dosen ökas gradvis under veckor, medan föräldern övervakar Herxheimerreaktioner och de tre gyllene reglerna tillämpas genom hela processen. Preparatet är MMS snarare än CDS, av de skäl som behandlas i kapitel 5, med saltsyra som aktivator. Citronsyra orsakar överdrivna magbesvär hos barn och bör undvikas.

Den typiska behandlingsperioden varar arton månader till tre år, där de svårast drabbade barnen behöver den längre tidsramen. Behandlingen sker inte kontinuerligt på maximal dos. Patienten trappar upp under de första månaderna, ligger kvar på en verksam dos under en längre period och trappar sedan ned i takt med att ATEC-resultatet sjunker. Vissa barn går snabbt igenom protokollet och återhämtar sig på mindre än ett år. Andra når platåer och behöver ytterligare insatser, dosjusteringar eller andra kombinationer för att komma vidare. Riveras individuella arbete med familjer är anledningen till att hennes återhämtningsfrekvens är högre än den som publicerats för någon annan autismintervention.

Protokollet fungerar inte isolerat. Rivera kombinerar klordioxid med ett antal interventioner som adresserar den bredare inflammatoriska belastningen. De viktigaste tilläggen omfattar en modifierad ketogen kost fri från gluten och kasein; ett antiparasitprotokoll med mebendazol och andra medel som ges kvartalsvis; dagliga bindemedel, inklusive aktivt kol och bentonitlera, för att fånga upp toxiner när kroppen frigör dem; vitamin D titrerat till höga serumvärden (vanligen 60 till 100 nanogram per milliliter); kondroitinsulfat som sulfatdonator för den autistiska tarm som ofta saknar detta; svartkumminolja för dess antimikrobiella och antiinflammatoriska egenskaper; humus- och fulvosyror för spårmineralstöd och tarmreparation; matsmältningsenzymer till varje måltid; sköldkörtelstöd där det behövs; hyperbar syrgasbehandling där familjen har tillgång till tryckkammare; samt köttbaserad kost för barn som inte tolererar en bredare ketogen strategi.

Det fullständiga protokollet beskrivs i Riveras [bok från 2024](#) och i hennes onlinekurs, som introducerades i autismskursens presentation i kapitel 2. Kursen är den praktiska vägledningen för en förälder som vill följa protokollet utan att konsultera Rivera direkt. Boken är den tekniska referensen. Tillsammans, tillsammans med stödgemenskapen i klordioxidrörelsens autismspecifika kanaler, ger de föräldern allt som behövs för att framgångsrikt följa protokollet med ett barn i vilken ålder som helst.

Industrin för eviga patienter.

Ett återhämtat autistiskt barn är inte ett fullständigt genomsnittligt barn. Barnet har tillbringat år i ett inflammatoriskt tillstånd, och den utvecklingsbana barnet skulle ha följt utan sjukdomen kan i de flesta fall inte återställas fullt ut. I denna population innebär återhämtning att barnet uppnår ATEC-gränsen för området utan autism, återgår till vanlig skolklass eller hemundervisning på åldersadekvat nivå, utvecklar fungerande tal samt de sociala och emotionella förmågor som förväntas för åldern och inte längre behöver de medicinska och pedagogiska insatser som autismdiagnosen tidigare motiverade. Barnet är funktionellt, intelligent, socialt och kapabelt till ett självständigt liv. Barnet är inte det alternativa barn som familjen skulle ha haft om sjukdomen aldrig hade uppstått, men barnet är heller inte längre funktionshindrat.

Fallmaterialet finns i Riveras böcker, hos Curious Outlier, i mina egna arkiv av artiklar samt i de [videovittnesmål](#) som Dave Oates har samlat in på kanalen Chlorine Dioxide Testimonies. De föräldrar som har genomgått protokollet är de mest engagerade förespråkarna för substansen inom gemenskapen eftersom de har sett vad den gör för barnen när inga andra interventioner har hjälpt.

Syskonen

Ett mönster som har framträtt bland familjer med autistiska barn är att protokollet fungerar även för syskonen till det drabbade barnet, även när syskonen verkar neurotypiska. Det neurotypiska syskonet, som har exponerats för samma vaccinationsschema, kostmiljö samt svamp-, parasit- och virusbelastningar som det drabbade syskonet, bär i de flesta fall på samma belastning på en subklinisk nivå. Föräldern som tillämpar protokollet på det drabbade barnet och även låter de opåverkade syskonen följa det ser förbättringar i hela hushållet, där syskonens ångest, uppmärksamhet, sömn, energi och mag-tarmsymptom förbättras under protokollperioden. Slutsatsen att gränsen mellan neurotypisk och autistisk är kvantitativ snarare än kvalitativ är ett av de mer intressanta fynden från det femtonåriga arbetet och något som den etablerade autismlitteraturen har undvikit att ta upp.

Vaccinernas ondska

Vacciner orsakar autism. Jag har redogjort för argumenten utförligt i [“It is hard to grok how evil vaccines are”](#), och läsaren bör läsa det inlägget tillsammans med detta kapitel. Sambandet mellan vacciner och autism har varit föremål för en aktiv undertryckningskampanj i trettio år, där CDC, WHO, läkemedelsindustrin och den kontrollerade medicinska litteraturen har varit eniga om att förneka varje koppling. Studier som jämför vaccinerade och ovaccinerade grupper på populationsnivå har undertryckts, aldrig finansierats eller beskrivits på ett ohederligt sätt. Alla existerande studier pekar i samma riktning.

Paul Thomas publicerade kohort i Portland, den största kontrollerade jämförelsen mellan vaccinerade och ovaccinerade barn i den publicerade litteraturen, visade att autismfrekvensen låg nära noll bland ovaccinerade barn och på nationell genomsnittsnivå bland vaccinerade barn. Studien publicerades och drogs sedan tillbaka under påtryckningar. Metodiken var korrekt, kohorten var stor och slutsatsen var oönskad. Kort därefter framtogs Paul Thomas sin medicinska legitimation i Oregon, och flera andra privata barnläkarmottagningar som har fört journaler över vaccinationsvägrare har rapporterat samma mönster: autismnivåer nära noll bland ovaccinerade barn och på nationell genomsnittsnivå bland vaccinerade.

Ken Stoller, MD, hade en liknande erfarenhet och förlorade också sin legitimation.

Det finns ett ekonomiskt incitament bakom det tryck barnläkare utövar på föräldrar att vaccinera sina barn, något som sällan avslöjas för dem. Barnläkare får ersättning per barn för att vaccinera sina patienter, med bonusar från stora försäkringsbolag och det federala programmet Vaccines for Children som ökar i takt med andelen fullt vaccinerade barn i mottagningen. Bonusarna blir större när mottagningen kan visa att en mycket stor majoritet av patienterna är fullvaccinerade. De totala utbetalningarna till en barnläkarmottagning från dessa vaccinationsincitament kan uppgå till hundratusentals dollar per år. Barnläkaren som rekommenderar standardschemat gör det som mottagningens ekonomiska struktur belönar. Barnläkaren som accepterar ett fördröjt eller modifierat schema får lägre inkomster.

Den praktiska konsekvensen för en förälder som överväger klordioxid för ett autistiskt barn är att protokollet behandlar redan uppkommen skada men inte förhindrar ytterligare skada. En förälder som följer protokollet för ett drabbat barn samtidigt som barnet fortsätter att vaccineras enligt standardschemat använder protokollet mot en pågående källa till ny inflammation. De två arbetar mot varandra, och protokollet kommer att ge långsammare och mindre fullständiga resultat än hos ett barn vars vaccinexponering har upphört. Rivera och den bredare gemenskapen rekommenderar att standardschemat avbryts för alla barn som följer protokollet och att varje framtida vaccinationsrekommendation utvärderas individuellt. Den rekommendationen kommer inte att vara populär hos barnets barnläkare. Det är dock inte barnläkaren som måste leva med barnet under de kommande åttio åren.

Vad man ska göra härnäst

En förälder till ett autistiskt barn som har läst så här långt har nu en grundläggande översikt över vägen framåt. Köp Riveras bok från 2024, läs igenom den en gång och börja omedelbart med kostförändringarna, eftersom de hjälper redan innan klordioxidprotokollet påbörjas. Anmäl dig till Riveras [onlinekurs](#) eller boka en direkt konsultation via hennes webbplats. Skaffa ett klordioxidkit och de kompletterande produkter som protokollet kräver. Genomför uppstartsproceduren på dig själv först innan du börjar med barnet för att säkerställa att substansen tolereras väl i hushållet. Börja sedan med barnet på den lägsta rekommenderade dosen för kroppsvikten, öka gradvis under flera veckor enligt de tre gyllene reglerna och följ ATEC-resultatet varje månad.

Förvänta dig att de första sex månaderna går långsamt. Förvänta dig att de andra sex månaderna visar mätbara förbättringar. Förvänta dig att de tredje sex till tolv månaderna bygger vidare på dessa förbättringar så att de flesta barn når återhämtningsområdet. Förvänta dig att protokollet kräver dagligt engagemang, disciplin kring kosten, kompletterande produkter och en vilja att stå emot de pediatrika och utbildningsmässiga institutioner som kommer att motsätta sig det du gör. Kostnaden är betydande. Belöningen, för de familjer som har följt protokollet till slutet, är det barn de önskade innan sjukdomen tog honom.

Kommentar: Jag är inte barnläkare och har inte personligen använt protokollet med något barn. Detta kapitel bygger på Riveras publicerade arbete, våra intervjuer och det bredare fallmaterial som autismgemenskapen inom klordioxidnätverket har dokumenterat under de senaste femton åren. Om du har ett autistiskt barn och det konventionella systemet har sagt att tillståndet är obotligt bör du vid det här laget förstå att det konventionella systemet består av lögnare. Protokollet fungerar för en betydande andel av fallen. Skriv till Kerri Rivera. Hon kommer att svara.**

12. Lyme-sjukdom och den biologiska vapen-eran

Lyme-sjukdom är den kroniska infektionssjukdom som systemet har varit mest konsekvent oärligt om. De etablerade riktlinjerna hävdar att Lyme är en akut infektion som kan behandlas med två till fyra veckors doxycyklin och att kvarstående symptom därefter utgör ”post-treatment Lyme disease syndrome”, med oklar orsak och oklar behandling. Den etablerade beskrivningen har varit felaktig sedan början av 1990-talet, då den ursprungliga biologiska vapenforskningen på Plum Island och det omgivande arbetet med fästingvektorer gjorde de kroniska och svåra formerna av Lyme till en igenkännbar del av den amerikanska sjukdomsbilden. Jag har beskrivit det biologiska ursprunget till den moderna *Borrelia*-stammen utförligt i [“Lyme disease is a bioweapon”](#). Detta är en omskrivning av ett inlägg från [Unbekoming Substack](#). Läsaren som vill ha den historiska och biosäkerhetsmässiga bakgrunden bör läsa det inlägget tillsammans med detta kapitel.

Läsaren som vill få patientperspektivet innan det kliniska materialet bör också gå igenom arkivet med över 70 återhämtningsberättelser om Lyme på clo2testimonials.com/tags/lyme-disease. Protokollen och resultaten upplevs annorlunda efter att man har läst patienternas berättelser.

Sjukdomen

En patient som har blivit biten av en fästing i ett Lyme-endemiskt område och som har utvecklat kroniska symptom har i nästan alla fall mer än en patogen att hantera. *Borrelia burgdorferi* förekommer ofta tillsammans med saminfektioner: *Babesia*, *Bartonella*, *Anaplasma*, *Ehrlichia*, *Mycoplasma* och flera virala agens, inklusive herpesvirus och mindre vanliga fästingburna virus som standardtester inte omfattar. Den vanliga doxycyklinbehandlingen påverkar högst en av dem, och även då uppnås sällan fullständig eliminering.

Den kroniska sjukdomen utvecklas till en vävnadsinfektion som vanliga antibiotika inte kan nå. *Borrelia*-organismer gömmer sig inne i celler, går in i ”persister”-tillstånd som är resistent mot vanliga antibiotika, bildar biofilmsamhällen i bindväv och leder samt migrerar in i centrala nervsystemet där blod-hjärnbarriären skyddar dem från de flesta läkemedel. Patienten uppvisar ledsmärta, kognitiv påverkan, sömnstörningar, autonom dysfunktion, neuropatisk smärta, trötthet och ett spektrum av neurologiska och psykiatriska symptom som den etablerade medicinska litteraturen är ovillig att tillskriva den underliggande infektionen. Årtionden passerar. Patienten träffar reumatologer, neurologer, psykiatriker och en lång rad specialister som behandlar symptomen utan att angripa orsaken.

Den kroniska Lyme-gemenskapen har arbetat utanför de etablerade riktlinjerna i trettio år, och de protokoll som utvecklats kombinerar långvariga antibiotikabehandlingar, växtbaserade antimikrobiella medel, immunstöd och avgiftning, med nyare tillägg av klordioxid och metylenblått, vilka har gett de bästa resultaten i de mest motståndskraftiga fallen.

Mark Grenons syn är bredare. Lyme, fibromyalgi, multipel skleros och lupus är enligt hans kliniska erfarenhet ofta samma underliggande tillstånd med olika diagnosetiketter. Etiketterna beskriver en kropp i sjukdomstillstånd under kronisk belastning av patogener, toxiner eller metabola problem. Oavsett om utlösaren är ett fästingbett, en kronisk bakterieinfektion, en tungmetall eller ett annat

toxin är behandlingen densamma: avlägsna belastningen, sluta tillföra ny belastning och låt kroppen återhämta sig. Substansen är central, men substansen ensam är inte hela lösningen.

Kommentar: Jag tar klordioxid och metylenblått samt ett tredje medel, Alinia (nitazoxanid), ett antiparasitmedel med bred aktivitet mot de protozoiska saminfektioner som följer med Lyme. Den Alinia jag använder kommer från ett indiskt apotek; de två andra preparerar och doserar jag själv. Personer med Lyme-sjukdom behöver behandlas individuellt och undersökas noggrant innan några beslut fattas.

Protocol 1000 Plus

Benämningen Protocol 1000 Plus syftar på kombinationen av klordioxid och DMSO, vilken erfarna kliniker inom klordioxidgemenskapen använder som standardregim för borrelia. DMSO (dimetylsulfoxid) är en liten, polär molekyl som lätt passerar biologiska membran och transporterar andra ämnen med sig. Substansen har använts inom humanmedicin sedan 1960-talet för en rad olika indikationer, inklusive interstitiell cystit, traumatisk hjärnskada och kronisk muskuloskeletal smärta. Den är FDA-godkänd enbart för interstitiell cystit men har använts off-label för andra indikationer i årtionden. Den kliniska säkerhetshistoriken är obestridd, och antalet studier om DMSO i litteraturen överstiger antalet för något läkemedel på marknaden.

Kombinationen med klordioxid fungerar eftersom DMSO transporterar klordioxid till djupa vävnader och intracellulära utrymmen där *Borrelia*-organismerna gömmer sig. Klordioxid ensam når vissa av dessa områden men inte alla, och patienter som enbart använder klordioxid upplever ofta ett partiellt svar som planar ut innan fullständig eliminering uppnås. Tillägget av DMSO övervinner denna plåtå genom att leverera klordioxid till de platser som organismerna har använt som fristäder.

Protokollet innebär att en tesked DMSO av farmaceutisk kvalitet tillsätts den aktiverade MMS-dosen vid intagstillfället. Patienten aktiverar MMS som vanligt, låter reaktionen fortgå i trettio sekunder, tillsätter därefter DMSO och späder blandningen med fyra till sex ounces vatten innan den dricks. DMSO appliceras också topiskt på drabbade leder, på buken vid tarmsymtom och längs ryggraden vid neurologiska symtom, flera gånger per dag under den akuta behandlingsfasen. Denna kombination av oral och topikal DMSO-administrering maximerar vävnadspenetrationen.

Biverkningar relaterade till DMSO inkluderar en karakteristisk vitlöks- eller lökliknande smak och lukt som utvecklas på patientens hud inom några minuter efter oral eller topikal användning. Lukten är omiskännlig, och hushållet kommer att veta att patienten följer protokollet. Klorofyll och/eller aktivt kol kan tas oralt för att minska lukten. Smaken i munnen är intensiv vid den första dosen och avtar vid fortsatt användning. Vissa patienter upplever smaken som så obehaglig att de avbryter behandlingen, vilket är ett misstag.

Protokollet för akut borrelia

En patient som blivit biten av en fästing och befinner sig i den akuta fasen, med det karakteristiska måltavleutslaget eller tidiga influensaliknande symtom, kan påbörja högdosprotokollet med akut klordioxid för att behandla infektionen innan den blir kronisk. Protokollet liknar malariaprotokollet i Kapitel 6, med 12 till 14 aktiverade droppar MMS tre gånger med två timmars mellanrum under

den första dagen, följt av Protocol 2000 oralt under de kommande fyra till sex veckorna. DMSO läggs till protokollet från dag ett.

Det akuta protokollet fungerar eftersom *Borrelia* är extremt känslig för klordioxid vid de höga doser som protokollet levererar. Substansen penetrerar måltavleutslaget, det lymfatiske system som organismen använder för att spridas samt de tidiga vävnadsreservoarer som organismen håller på att etablera. Intervention under de första fyra till sex veckorna efter exponering förhindrar att kronisk sjukdom får fäste och besparar patienten de år av lidande som kronisk borrelia medför.

En patient med ett nyligt fästingbett bör inte vänta på att standardtester bekräftar diagnosen. Standardtestning är opålitlig i den akuta fasen, där både Western blot och ELISA ger falskt negativa resultat i mer än hälften av de akuta fallen. Den kliniska bilden utgör grunden för diagnosen, och en patient med fästingbett plus det karakteristiska utslaget, influensaliknande sjukdom eller ledsmärta dagarna efter bittet bör påbörja protokollet inom veckan. Att ta doxycyklin 100 mg två gånger dagligen i tre veckor är en ytterligare försiktighetsåtgärd som jag själv skulle vidta.

Protokollet för kronisk borrelia

En patient som har varit kroniskt sjuk i borrelia i flera år, genomgått standardiserade antibiotikakurer och behandlingar hos alternativa behandlare samt samlat på sig saminfektioner och den sekundära inflammatoriska belastning som sjukdomen skapar, står inför ett längre behandlingsprotokoll. Behandlingen varar vanligtvis sex månader till två år för fullständig eliminering i de flesta fall, där patienten gradvis trappar upp enligt startproceduren som beskrivs i Kapitel 6 och därefter upprätthåller Protocol 2000 plus DMSO under huvuddelen av den aktiva behandlingsfasen.

Herxheimer-reaktionen vid kronisk borrelia är den värsta Herxheimer-reaktion som beskrivs i klordioxidlitteraturen. Patogenbelastningen är hög, vävnadsspridningen omfattande och döende organismer frisätter inflammatoriskt innehåll i cirkulationen snabbare än eliminationsorganen kan hantera. En patient som försöker följa den normala upptrappningstakten kommer att uppleva en svår Herxheimer-reaktion. Startproceduren vid kronisk borrelia bör vara långsammare, där patienten stannar på varje dosnivå i två till fyra veckor innan nästa höjning och där de tre gyllene reglerna tillämpas strikt.

De flesta patienter med kronisk borrelia behöver också behandla saminfektioner separat. *Babesia* svarar på klordioxid och DMSO men kräver även växtbaserade antimikrobiella medel, inklusive artemisinin och cryptolepis. *Bartonella* kräver metylenblått, som dödar organismen genom en mekanism som skiljer sig från klordioxidens och som tolereras väl tillsammans med huvudprotokollet. *Mycoplasma* kräver förlängda kurer med doxycyklin eller azitromycin i kombination med klordioxidprotokollet. Den kompletta behandlingsregimen för kronisk borrelia blir, när den är fullt utvecklad för ett komplicerat fall, en intervention med flera olika medel som riktar sig mot varje organism patienten har samlat på sig.

Metylenblått

Metylenblått är det andra ämnet som läggs till klordioxidprotokollet och har gett utmärkta resultat. Det är ett gammalt syntetiskt läkemedel som har använts kontinuerligt inom medicinen sedan 1890-talet, med användningsområden som sträcker sig från methemoglobinemi till malaria. Det har

antimikrobiell aktivitet mot samma patogener som klordioxid riktar sig mot, med särskild styrka mot *Bartonella* och protozoiska organismer. Det stödjer mitokondriell funktion genom att förbättra cellernas energiproduktion hos kroniskt utmattade borreliapatienter. Det har varit ämnet för [min Substack-serie](#), som läsare som söker teknisk bakgrund bör konsultera.

Protokollet för att kombinera metylenblått med klordioxid är att ta metylenblått på klordioxidfria dagar eller på kvällen under doseringsdagar. Det traditionella protokollet använder 25 droppar av en 1-procentig flytande lösning två gånger dagligen. Ett enklare alternativ är att använda de kommersiellt tillgängliga metylenblå kapslar som säljs på Amazon och genom de leverantörer som jag har länkat till i mina inlägg om metylenblått. Dr. Richard Horowitz, på USA:s östkust och en av de mest erfarna klinikerna inom kronisk borreliosis, rekommenderar 50 mg kapslar två gånger dagligen. Jag tar själv 36 mg två gånger dagligen i kapselform. Det äldre flytande protokollet motsvarar ungefär 25 mg två gånger dagligen. De två substanserna interagerar inte direkt, men deras redoxkemi skiljer sig tillräckligt mycket åt för att samtidig administrering ska minska effekten av båda. Att separera dem med flera timmar bevarar respektive aktivitet.

En typisk borreliapatient som följer det fullständiga protokollet tar klordioxid tre dagar per vecka enligt Protocol 2000 tillsammans med DMSO, tar metylenblått dagligen enligt ett separat schema, följer kostförändringar för att hantera inflammatorisk belastning, lägger till riktade antimikrobiella medel för de specifika saminfektioner som förekommer och upprätthåller regimen under tolv till tjugofyra månader. Patienten bör följa utvecklingen månadsvis med fokus på led- och kognitiva symtom, sömn, energi och tarmfunktion. Förbättringarna ackumuleras över månaderna, med de mest dramatiska förändringarna under den andra sexmånadersperioden och konsolidering av återhämtningen under det andra året.

Samtalet med Grenon

I ett nyligen publicerat inlägg intervjuade jag Mark Grenon specifikt [om Lyme-sjukdom](#).

Protokollet han använder för kroniska patienter är mer aggressivt i sin tidiga fas än det jag har beskrivit ovan. Hans uppfattning är att när patienter med kronisk Lyme kommer till honom efter månader eller år av försök med substansen utan att bli friska, är hindret nästan alltid något som patienten har gjort samtidigt som behandlingen: fortsatt med receptbelagda läkemedel, lagt till kosttillskott och vitaminer som neutraliserar klordioxiden, ätit livsmedel som släcker reaktionen eller jagat varje nytt tillägg som onlinegemenskapen föreslår. När patienten är villig att skala ner regimen till substansen och den grundläggande stödbehandlingen ser Mark återhämtning på månader snarare än år i de flesta fall. Hans uppfattning är att substansen fungerar ungefär 95 procent av gångerna när patienten följer disciplinen. De övriga fem procenten utgörs av strukturella skador som substansen inte kan återställa eller saminfektioner som protokollet ännu inte har adresserat.

Hans grundläggande ramverk, hämtat från hans första bok och förfinat genom tjugo års kliniska observationer, bygger på fyra punkter. Den första är avgiftning med klordioxid som central komponent, tillämpad konsekvent över tid. Den andra är att stoppa nya toxiner från att komma in i kroppen: inga läkemedel utöver sådana som patienten inte säkert kan sluta med, inga kosttillskott, inga vitaminer, inga processade livsmedel och inga antioxidanter som neutraliserar substansen. Den tredje är att återställa kroppens immunförsvar genom tillräcklig näring och vila, utifrån principen att kroppen är den yttersta läkaren när belastningen minskas och stödet finns på plats. Den fjärde är att

eliminera destruktiva relationer och kroniska stressfaktorer som hämmar immunförsvaret och håller kroppen i ett inflammatoriskt kristillstånd.

Marks specifika Lyme-protokoll börjar med klordioxidbad, inte oral dosering. Motiveringen är att badet levererar substansen genom huden till den systemiska cirkulationen i en mild takt, med minimal Herxheimerpåverkan, och ger kroppens första våg av utrensning innan den mer aggressiva orala fasen börjar. Startbadet använder 10 cc 22,4-procentig natriumklorit och 5 cc 4-procentig saltsyra, vardera i separata små glas. När det varma badet är klart tillsätts HCl till natriumkloriten. Blandningen får stå i trettio sekunder och den aktiverade lösningen hålls sedan i badvattnet genom att glaset sänks under ytan. Om patienten har specifika smärtande leder eller drabbade områden sprayas DMSO på dessa innan badet, så att DMSO drar in klordioxiden i vävnaden. Patienten badar i 30 minuter, torkar sig utan att duscha och går sedan till sängs.

Baddosen trappas upp under de följande kvällarna. Efter två nätter med 10/5 cc höjs dosen till 20 cc natriumklorit och 10 cc HCl. Efter ytterligare två nätter utan problem höjs dosen till 25 cc respektive 12,5 cc. Efter ytterligare två höjs den till 30 cc och 15 cc. Takdosen är 40 cc natriumklorit och 20 cc HCl, vilken sedan bibehålls under resten av badfasen. Baden genomförs varje kväll i sju till åtta dagar.

Efter badfasen börjar patienten med oral dosering enligt den vanliga uppstartsproceduren och ökar gradvis till Protocol 1000. Marks preferens är att nå tre droppar per timme om det tolereras, med två droppar per timme som minimum om diarré eller annan Herxheimerbelastning kräver en lägre dos. Efter en vecka på Protocol 1000 går patienten över till Protocol 1000 Plus, där DMSO tillsätts vid intaget. Om resultaten sedan planar ut är Protocol 2000 nästa steg, även om Mark påpekar att detta är ovanligt. För patienter som inte kan dosera varje timme under arbetsdagen är heldagsflaskmetoden som beskrivs i kapitel 6 ett fungerande alternativ.

Det fullständiga protokoll Mark använder för kronisk Lyme är dagligt under den aktiva behandlingsfasen, inte det tredagar-i-veckan-schema som jag använder för underhåll, vilket beskrivs på andra ställen i denna bok. Den kliniska motiveringen är att en hög belastning av patogener och toxiner kräver ett kontinuerligt tryck, och att kroppen har större kapacitet att eliminera dem när doseringen är konsekvent. När patienten har återfått normal funktion övergår underhållsdosen till ett periodiskt schema.

Den främsta disciplin Mark insisterar på är att eliminera konkurrerande ämnen. Läkemedel måste trappas ner för patienter som är beroende av dem, med dosminskningar tills patienten är fri från receptbelagda preparat. Kosttillskott, vitaminer, binders och andra interventioner som samlats på från den kroniska sjukdomsvärlden måste bort. Livsmedel som neutraliserar substansen, inklusive kaffe, fruktjuicer och antioxidant-rika preparat, måste hållas utanför doseringsfönstret. Kroppen, påpekar han, föddes inte med en flaska kosttillskott i handen. Den fick det den behövde för att upprätthålla hälsa, och återhämtningsarbetet handlar om att avlägsna hindren för det inbyggda systemet.

Mark använder inte metylenblått i sitt protokoll för kronisk Lyme. Kombinationen av klordioxid och DMSO, tillämpad med den disciplin som beskrivs ovan, är den regim han rekommenderar. Jag har lagt till metylenblått i min egen regim baserat på resonemanget jag beskrev i föregående avsnitt, och jag skulle fortfarande rekommendera kombinationen för de flesta patienter. Läsaren bör dock känna till att den mest erfarna klinikern inom klordioxidgemenskapen har behandlat Lyme fall utan

det, och att argumentet för att lägga till metylenblått handlar om ytterligare fördelar snarare än nödvändighet.

Kommentar: Protokollet ovan kräver sex månader till två år för fullständig eliminering, och läsare som är nya inom detta område frågar ofta om den tidsramen är rimlig eller om konventionella antibiotika skulle vara det snabbare valet. Tidsramen är inte ovanlig. International Lyme and Associated Diseases Society (ILADS) definierar kronisk Lyme-sjukdom som en multisystemsjukdom som varit närvarande kontinuerligt eller intermittent i minst sex månader, och deras behandlingsriktlinjer rekommenderar att antibiotikabehandlingen fortsätter tills symptomen har försvunnit snarare än att följa en fast tidsplan. Daniel Cameron, huvudförfattare till dessa riktlinjer, har uppgett att en 30-dagarskur är otillräcklig vid disseminerade eller kroniska fall.

Det typiska antibiotikaprotokollet enligt ILADS varar sex månader till två år och kombinerar doxycyklin, azitromycin, tinidazol och rifampin under ungefär samma tidsperiod som klordioxidprotokollet. Valet mellan de två terapierna handlar inte om behandlingstid. Det handlar om mekanism, biverkningar, kostnad och evidensgrund. Borrelia bildar persisterceller, biofilmer och rundkroppsformer som konventionella antibiotika hanterar dåligt, och klordioxidens oxidativa kemi är enligt förespråkarna väl lämpad för dessa former.

Långvarig antibiotikabehandling orsakar förstörelse av tarmmikrobiomet, överväxt av Candida, Clostridium difficile-kolit och resistent flora; klordioxid verkar enligt kliniska observationer från behandlare som använt båda metoderna inte ge motsvarande tarmskador.

Kostnadsskillnaden är stor: några ören per dag för klordioxid jämfört med 300 dollar per månad eller mer för ILADS antibiotikakombinationer under samma tidsperiod. Ingen av metoderna har testats i en randomiserad kontrollerad studie för kronisk Lyme; båda bygger på kliniska observationer i en patientgrupp som den konventionella medicinen i stor utsträckning har övergivit. Ett förbehåll gäller dock innan man binder upp sig till ett års behandling: antikroppsbaseade Lyme-tester upptäcker tidigare exponering lika lätt som aktuell infektion, och en patient med kvarstående symptom och ett gammalt positivt test bör fastställa om testet speglar aktiv sjukdom eller en redan läkt infektion innan ett långt protokoll påbörjas. ILADS ramverk sammanfattas i [ILADS behandlingsriktlinjer](#) och [ILADS arbetsgrupps evidensbaserade definition av kronisk Lyme](#).

Vad patienten bör förvänta sig

Patienter med kronisk Lyme som börjar med protokollet kommer ofta att uppleva en Herxheimerreaktion under de första veckorna. Den kan vara kraftig. De flesta patienter kommer att må sämre innan de mår bättre, ibland betydligt sämre, och kan frestas att avbryta behandlingen. Den kliniska principen är att tillämpa de tre gyllene reglerna: behåll dosen om symptomen förbättras, minska dosen med 50 procent om symptomen förvärras och öka endast om det inte sker någon förändring åt något håll. Apelsinjuice-tricket finns tillgängligt om Herxheimerreaktionen blir outhärdlig, och patienten bör ha lite hemma för de värsta stunderna.

Förbättringen är gradvis och kumulativ. Den första månaden ger en bekräftelse på att protokollet har effekt, om inte annat genom själva Herxheimerreaktionen. De första tre månaderna ger hos många patienter de första varaktiga symptomförbättringarna, där ledvärk och hjärndimma visar mätbara framsteg. De första sex månaderna utgör vanligtvis vändpunkten, då patienten känner sig avsevärt bättre än vid start och ser kognitiva förbättringar och ökad energi förstärkas. De följande sex

månaderna konsoliderar dessa framsteg. Det andra året, när det behövs, adresserar de sista kvarstående symptomen och leder till fullständig återhämtning.

Protokollet misslyckas hos en minoritet av patienterna, och dessa fall grupperar sig huvudsakligen i två kategorier. Den första gruppen består av patienter som varit kroniskt sjuka så länge att sekundära skador på kroppens strukturer blivit irreversibla, inklusive patienter med etablerad autoimmun sjukdom, svår hjärtpåverkan eller avancerade neurologiska skador. Substansen adresserar den underliggande infektionen hos dessa patienter, men den skadade vävnaden regenereras inte alltid. Den andra gruppen består av patienter som inte kan eller vill genomföra de kost-, livsstils- och miljöförändringar som protokollet kräver. Substansen adresserar infektionen. Patientens liv måste anpassas till återhämtningen. En patient som fortsätter att dricka alkohol, äta processad mat, sova dåligt och leva i en kroniskt stressande miljö kommer inte att få full nytta av behandlingen.

Överlappningen mellan borrelia och covid

Många av de personer med långvariga covidbesvär som förekommer i vittnesmålen visar sig ha en underliggande kronisk borrelia som återaktiverades eller förstärktes av den akuta covidinfektionen, men ännu oftare av det skadliga covid-"vaccinet". Dessa sjukdomar delar en inflammatorisk mekanism och överlappar i de symtom de producerar; substansen adresserar samtliga. En patient som utvecklade långcovid efter vågen 2020–2022 och inte har återhämtat sig bör utvärderas för en möjlig underliggande borreliakomponent, något som den vanliga kliniska infrastrukturen för covid inte letar efter. Protokollet behandlar båda samtidigt.

Vad systemet erbjuder

Det etablerade systemet erbjuder patienter med kronisk borrelia en kort antibiotikakur, ett antidepressivt läkemedel mot den efterföljande depressionen, en SSRI mot den efterföljande ångesten, ett sömnmedel mot den efterföljande sömnlösheten, ett stimulerande läkemedel mot den efterföljande tröttheten och ett smärtstillande läkemedel mot den efterföljande smärtan. Denna kombination behandlar ingen del av den underliggande sjukdomen och lämnar patienten medicinerad till ett marginellt fungerande tillstånd under resten av livet. Kostnaden för detta läkemedelsunderhåll når, under de årtionden som patienter med kronisk borrelia lever med sjukdomen, hundratusentals dollar per patient.

Klordioxidprotokollet kostar några ören per dos, varar ett till två år och ger varaktig återhämtning hos de flesta patienter som fullföljer det. Protokollet är det alternativ som systemet har undertryckt eftersom ett erkännande av det skulle avsluta den intäktsström från kronisk borrelia som den vanliga läkemedelsbehandlingen är beroende av. Patienten som har varit kroniskt sjuk i årtal, fått höra att det inte finns något mer att erbjuda och blivit utmattad av cykeln av partiella förbättringar och återfall har en väg framåt genom det protokoll som beskrivs i detta kapitel.

***Kommentar:** Jag skulle börja med klordioxidprotokollet samma dag som en fästing bet mig i ett endemiskt område, och jag skulle inte vänta på att Western blot-testet skulle komma tillbaka. Jag skulle också ta doxycyklin 100 mg två gånger dagligen i tre veckor. Detta akuta protokoll förhindrar kronisk sjukdom i nästan alla fall. Det kroniska protokollet botar sjukdomen hos de flesta patienter som fullföljer det. Systemet kommer inte att berätta något av detta för patienten,*

och patienten är hänvisad till att själv hitta informationen och en kliniker som vet vad som ska göras. Intervjun med Mark Grenon som länkas ovan är en bra plats att börja.

13. Vaccinskador, långcovid och levande blodanalys

Covid-19-vaccinerna började distribueras i slutet av 2020 och nådde större delen av den utvecklade världen under de följande två åren. Fem år senare utgör skadebilden den mest omfattande läkemedelskatastrofen i den dokumenterade medicinhistorien, med rapporterade skador som sträcker sig från myokardit hos unga idrottare till turbocancer hos medelålders vuxna, neurologiska skador, autoimmuna uppblossningar, fertilitetsskador, plötslig vuxendöd samt den täta trombotiska och gummiliknande koagelpatologi som balsamerare har rapporterat sedan 2022. Det etablerade medicinska systemet har hanterat katastrofen genom att förneka den. Patienterna har lämnats att själva hitta vägar framåt, och klordioxidgemenskapen har varit en av de få platser där dessa skador har tagits på allvar och behandlats effektivt.

Vad vaccinet gör

Skademekanismen från covid-19-vaccinerna har beskrivits av den systemkritiska läkargemenskapen under de senaste fem åren. mRNA-vaccinerna levererar lipidnanopartiklar laddade med genetiska instruktioner för spikeproteinet till celler i hela kroppen. Cellerna producerar därefter spikeproteinet och visar upp det på sina ytor, varpå immunsystemet angriper dem. Spikeproteinet i sig är giftigt för vaskulärt endotel, nervvävnad, hjärtmuskel och flera andra vävnadstyper. Lipidnanopartiklarna distribueras bortom injektionsstället till nästan alla organsystem, med särskilt hög koncentration i äggstockarna, mjälten, levern, binjurarna och benmärgen. Resultatet är en multisystemisk inflammatorisk och toxisk skada som den etablerade medicinen varken var förberedd på att känna igen eller behandla.

Skadan visar sig i olika mönster. Hjärtskador leder till myokardit, perikardit och plötsliga hjärthändelser som sedan 2021 har blivit vanliga bland unga män och kvinnor. Kärlskador leder till spikproteinrelaterad trombos, inklusive det gummiliknande vita koagelmateriel som balsamerare har avlägsnat från artärer och vener vid tiotusentals dödsfall efter vaccination. Neurologiska skador leder till hjärndimma, neuropatisk smärta, småfiberneuropati, posturalt ortostatiskt takykardisyndrom (POTS) och kognitiv försämring, vilka alla har avslutat karriärer och förkortat liv. Autoimmuna skador leder till nydebuterad reumatisk sjukdom, lupusuppblossningar, försämringar av multipel skleros och typ 1-diabetes hos vuxna som tidigare varit friska. Cancerskador leder till de så kallade turbocancerformerna – cancerformer som växer tre till tio gånger snabbare än den historiska fördubblingstakten och uppträder i stadier som klassisk onkologi sällan ser hos patienter i de aktuella åldersgrupperna.

Skadorna dokumenteras i [VAERS](#)-databasen, som endast registrerar en liten andel av det totala antalet fall. Skadorna dokumenteras i balsamerarnas rapporter. Skadorna dokumenteras i statistiken över dödlighet av alla orsaker från varje utvecklat land, där nivåerna ligger 5 till 30 procent över baslinjen före vaccination i de grupper som fick flest doser. Skadorna dokumenteras i försäkringsbranschens aktuariella data, där dödligheten bland personer i arbetsför ålder har ökat i mönster som sammanfaller med vaccinernas utrullning. Systemet har vägrat att erkänna något av detta. Patienterna har lämnats att hantera situationen utan hjälp.

Klordioxidprotokollet för vaccinskada

Substansen angriper vaccinskadan genom flera mekanismer som samverkar. Den oxiderar spikeproteinet och denaturerar det vid de cysteinrester som är avgörande för dess toxiska konformation. Den eliminerar de kroniska virus- och bakterieaktiveringar som utlöses av vaccinerna genom att hämma patientens immunövervakning. Den minskar den systemiska inflammation som driver sekundär vävnadsskada. Den bryter ned biofilmerna och de kroniska infektionsreservoarer som etablerats under immunhämningen. Hos patienter som följer protokollet disciplinerat ger denna kombination av effekter mätbar klinisk förbättring i majoriteten av fallen.

Protokollet för vaccinskada är Protocol 2000 oralt, taget under sex till tolv månader beroende på skadans svårighetsgrad, med samtidig användning av DMSO för patienter med hjärt-, kärl- eller neurologisk påverkan. DMSO penetrerar centrala nervsystemet och hjärtvävnaden, där det vanliga orala protokollet ensamt endast ger ett partiellt svar. Protokollet kombinerar kostförändringarna som beskrivs i kapitlen om autism och cancer, metylenblått taget dagligen enligt ett separat schema samt riktade kosttillskott för att stödja återhämtningen av skadad vävnad.

***Kommentar:** Se till att rådfråga en erfaren Lyme-läkare för att avgöra om dina testresultat tyder på akut eller utläkt Lyme-sjukdom. Om testerna är tvetydiga behöver du inte Lyme-behandling såvida du inte har symtom. Dessutom kan vissa människor inte tolerera så mycket klordioxid och måste använda en kombination av andra behandlingar istället.

Hjärtskador förbättras vanligtvis inom några veckor. Myokarditmarkörer, inklusive troponin och BNP, normaliseras under den första eller andra månaden. Arytmier och bröstsmärta avtar när inflammationen går tillbaka. Magnetkameraundersökningar av hjärtat visar, när sådana finns tillgängliga, en minskning av sen gadoliniumuppladdning, vilket indikerar ärrbildning. (Obs: Jag skulle aldrig gå med på någon gadoliniumundersökning eftersom gadolinium är en tungmetall med en toxicitetsprofil som liknar kvicksilvrets. Sök i mitt arkiv om du vill veta mer.) Fullständig återhämtning av hjärtat tar sex till tolv månader, och patienter som har tillgång till hyperbar syrgasbehandling parallellt med protokollet återhämtar sig snabbare än de som endast följer protokollet.

Neurologiska skador tar längre tid att återhämta sig från. Småfiberneuropati och kognitiva symtom förbättras gradvis under månaderna på protokollet, där den första mätbara förbättringen vanligtvis uppträder under den andra eller tredje månaden och återhämtningen konsolideras under året. Dysautonomi av POTS-typ svarar väl på kombinationen av klordioxid, metylenblått samt den standardiserade salt- och vätskeuppladdning som beskrivs i POTS-litteraturen. Patienten bör förvänta sig en längre behandlingstid för neurologiska skador än för hjärtskador, där de svåraste fallen kräver arton till tjugofyra månader för den betydande återhämtning som protokollet ger.

Kärlskador och koagulationspatologi motiverar att nattokinas och lumbrokinas läggs till protokollet. Dessa fibrinolytiska enzymer bryter ned det onormala koagelmaterialet som spikeproteinet har drivit in i patientens cirkulation. Kombinationen med klordioxid angriper den kroniska trombotiska belastning som standardvården inte hanterar. Pierre Korys klinik har integrerat fibrinolytiska enzymer i FLCCC:s standardprotokoll för långtids-covid under flera år, och publicerade fallrapporter visar betydande förbättringar. Den kliniska resursen [recoverlongcovid.com](https://www.recoverlongcovid.com) och publicerad forskning om nattokinas, såsom [denna referens](#), beskriver mekanismen och doseringen för läsare som vill ha tekniska detaljer.

Långtidscovid

Långtidscovid är det postakuta syndrom som uppstod efter naturlig covidinfektion hos patienter som haft en betydande akut sjukdom, samt hos en andel patienter som hade ett mildt eller asymtomatiskt akut förlopp. Den kliniska bilden överlappar i hög grad med vaccinskadebilden eftersom spikeproteinets produktion under naturlig infektion är detsamma som vaccinet är konstruerat för att producera, och mekanismen för vävnadsskada är likartad. Patienter som haft båda, med en naturlig infektion följt av en eller flera vaccindoser eller vaccindoser följda av infektion, uppvisar de svåraste kliniska bilderna i dokumentationen kring postcovid.

Klordinoxidprotokollet för långtidscovid är detsamma som protokollet för vaccinskada. Det inkluderar Protocol 2000 oralt med DMSO, metylenblått taget dagligen enligt ett separat schema, fibrinolytiska enzymer för patienter med tecken på koagulationsproblem, kostförändringar samt riktade kosttillskott. Protokollet fortsätter i sex till tolv månader i de flesta fall, medan svårare tillstånd kräver längre behandlingstid.

Patienter med långtidscovid är lättare att behandla än patienter med vaccinskador eftersom de inte har genomgått utpräparad immunhämning och kontinuerlig spikeproteinproduktion som påtvingats genom vaccinationsschemat. Patienten med naturlig infektion eliminerade det akuta viruset med hjälp av sitt intakta immunsystem, även om elimineringen var ofullständig och lämnade kvar en kronisk reservoar. Den vaccinerade patienten har instruerat kroppen att kontinuerligt producera spikeprotein, med lipidnanopartiklar som kvarstår i vävnader under okända tidsperioder, vilket resulterar i en motsvarande långsammare återhämningskurva.

De patienter som återhämtar sig bäst från långtidscovid är de som tidigt insåg att klordinoxid var rätt intervention, påbörjade protokollet inom de första sex månaderna efter den akuta infektionen och fortsatte genom hela behandlingsförloppet. De patienter som väntade i flera år innan de fann protokollet får sämre resultat eftersom sekundära skador från långvarig inflammation har hunnit etablera sig.

Levande blodanalys

[Levande blodanalys](#) är undersökning av en färsk bloddroppe från patienten under ett högförstorande mikroskop utan den färgning som används i standardiserade hematologiska laboratorier. Blodet betraktas dynamiskt, med cellerna fortfarande levande och rörliga, och morfologin hos röda blodkroppar samt föroreningar i plasman blir synliga på sätt som standardiserade fixerade och färgade preparat inte avslöjar. Tekniken är inte accepterad inom mainstreamhematologi och har avfärdats som en marginell metod i den konventionella litteraturen. Denna avfärdande hållning bortser dock från vad tekniken faktiskt visar.

Levande blodanalyser av patienter före och efter dosering med klordinoxid har producerat några av de mest övertygande visuella bevisen för vad substansen gör i kroppen. Curious Outlier har dokumenterat före- och efteranalyser i sitt Substack-arkiv, inklusive den ovan länkade återpubliceringen om levande blodanalys och det samlade arkivet på [sin Substack-sida](#). Bilderna visar flera återkommande fynd.

Före protokollet uppvisar patientens blod ofta rouleauxbildning. De röda blodkropparna staplas som mynt, vilket indikerar hög serum inflammation och försämrat blodflöde i kapillärerna. Plasman innehåller ofta material som utövare kallar protoplaster eller mikroorganismer, beroende på

tolkningskola. Cellmorfologin är varierande, med poikilocyter (onormalt formade celler) och targetceller ofta synliga. Den övergripande bilden är blod i ett kroniskt inflammerat och kontaminerat tillstånd.

Efter protokollet, ofta inom en timme efter en enda dos klordioxid, bryts rouleauxbildningen upp. De röda blodkropparna separeras och återgår till sin normala skivformade morfologi. Materialet i plasman minskar eller försvinner. Cellernas rörlighet förbättras. Förbättringen är synlig i mikroskopet medan den sker, och patienten som observerar sitt blod före och efter en dos kan se förändringen direkt. Det visuella beviset är av en typ som inga teoretiska invändningar kan stå emot. Cellerna gör vad de gör, och substansen orsakar förändringen.

Långsiktiga levande blodanalyser hos patienter med vaccinskador visar en gradvis rensning av onormalt innehåll under månaderna på protokollet. Den kroniska inflammatoriska signaturen minskar, cellmorfologin normaliseras och plasman klarnar. Patientens kliniska förbättring följer den visuella förbättringen i mikroskopin, vilket är vad man skulle förvänta sig om substansen gör det den antas göra.

Tekniken ersätter inte den vanliga laborieutredningen. Standardiserade blodstatus, metabola paneler, inflammationsmarkörer samt hjärt- och neurologiska biomarkörer har alla sin plats när patientens återhämtning följs upp. Levande blodanalys tillför en visuell dimension som standardtester inte ger, och patienter som har tillgång till en utövare som använder tekniken bör inkludera den i sin uppföljning. Kostnaden är låg, proceduren är icke-invasiv och informationen kompletterar resten av den diagnostiska bilden.

Biovapnet

Covid-19-utbrottet och vaccinationssvaret var, enligt den tydligaste tillgängliga bevisningen, en samordnad biovapenoperation genomförd på global nivå. Patogenen själv var ett konstruerat chimärt virus som släpptes ut från ett amerikanskt finansierat gain-of-function-laboratorium i Wuhan, och utsläppet var sannolikt avsiktligt. Vaccinationssvaret var förberett i förväg, med den regulatoriska och logistiska infrastrukturen för massvaccination på plats innan pandemin deklarerades. Vaccinationskampanjen använde en ny läkemedelsplattform som aldrig hade testats för de säkerhetsgenskaper som befolkningen försäkrades om, och plattformen producerade den skadepatalog som beskrivits ovan. Den samlade händelsen dödade fler människor genom vaccinerna än genom den underliggande sjukdomen i de flesta kohorter i den utvecklade världen, och dödsfallen fortsätter att öka i takt med att de latenta skadorna utvecklas.

Klordioxidgemenskapen identifierade detta argument tidigare än de flesta. Mark Grenons sändningar från Genesis II Church år 2020 identifierade operationen som en biovapenattack och vaccinerna som den andra fasen. År 2021 skiftade Kerri Riveras kliniska arbete till att hantera de postvaccinala pediatrika och vuxna tillstånd som började dyka upp bland hennes patienter. Andreas Kalckers COMUSAV-nätverk använde CDS för covidpositiva patienter i Bolivia och uppnådde de resultat som beskrivs i kapitel 4. Gemenskapen behandlade katastrofen medan den etablerade medicinska infrastrukturen förnekade dess existens. Den kliniska kapacitet som gemenskapen byggt upp under de föregående femton åren möjliggjorde denna respons.

För en fullständig genomgång av biovapenargumentet bör läsaren läsa min bok [*Cassandra's Memo*](#), som presenterar bevisningen i detalj. PDF-versionen finns även tillgänglig som gratis nedladdning

från RobertYoho.substack.com. Klordioxidprotokollet behandlar skadan oavsett hur läsaren tolkar katastrofens ursprung.

Vad en patient kan göra

Den postvaccinala patienten eller långtidscovidpatienten som har läst detta kapitel har en tydlig väg framåt. Påbörja protokollet enligt det vanliga upptrappningsschemat som beskrivs i kapitel 6, med uppmärksamhet på Herxheimerreaktionen, som postvaccinala patienter vanligtvis uppvisar i hög grad. Lägg till DMSO från början om det finns någon hjärt-, kärl- eller neurologisk påverkan. Lägg till metylenblått dagligen enligt ett separat schema. Lägg till de fibrinolytiska enzymerna om det finns tecken på onormal koagulation eller kärlpatologi. Fortsätt protokollet i sex till tolv månader i de flesta fall, längre vid svårare tillstånd. Följ upp symtomen månadsvis och justera efterhand som responsen utvecklas.

I de flesta fall kommer patientens ordinarie läkare inte att stödja protokollet. Läkaren har utbildats att förneka existensen av den skada som patienten upplever, och läkarens professionella infrastruktur innebär betydande kostnader för varje läkare som offentligt erkänner skadan. Patienten måste själv hitta substansen, följa protokollet och följa sin återhämtning. Gemenskapen finns tillgänglig för att hjälpa till. Telegramkanalen [Chlorine Dioxide Testimonies](#) är den största engelskspråkiga stödresursen. De kliniker som är knutna till COMUSAV och till Pierre Korys verksamhet utgör den praktiska kliniska infrastrukturen för den postvaccinala patientgruppen.

Återhämtning från en postvaccinal skada är sällan omedelbar och är nästan alltid partiell under de första månaderna. Patienten bör planera för ett års konsekvent protokoll, med förståelsen att förbättringarna ackumuleras över tid och att kroppens reparationsförmåga är betydande men långsammare än patienten önskar. Patienter som har fullföljt protokollet är fungerande, arbetar och lever normala liv trots den skada de ådrog sig. Vägen finns tillgänglig. Patienten måste själv gå den.

Kommentar: Covid-19-vaccinationskampanjen är den största medicinsk-industriella katastrofen i dokumenterad historia, och den var avsiktlig. Klordioxidgemenskapen har varit en av få platser där skadade patienter har blivit trodda och behandlade. Protokollet fungerar för vaccinskador likväl som för andra tillstånd inom substansens kliniska användningsområde. En patient med ett postvaccinalt tillstånd som har fått höra att det inte är något fel på honom har blivit vilseledd. Något är fel; protokollet adresserar det, och vägen till återhämtning beskrivs i detta kapitel. Om du eller en familjemedlem har problem efter vaccination, påbörja protokollet.

14. Tusen anekdoter blir data

I slutet av 2024 tog klordioxidsarbetet steget in i den etablerade medicinska litteraturen. Pierre Korys *The War on Chlorine Dioxide*, skriven tillsammans med Jenna McCarthy och utgiven av Bella Luna Press 2026, dokumenterar substansens kliniska historia och den kampanj av undertryckande som har hindrat den från att nå de patienter som behöver den. Kory är specialistläkare inom intensivvård. Boken finns tillgänglig på [Amazon](#) och via [Korys verksamhets webbplats](#). Den uppstod inte ur tomma intet. Den var resultatet av patientdriven undersökning, och en liten del av äran för att ha initierat den undersökningen tillhör mig eftersom jag tjatade på honom att granska substansen. Han är den typ av person som, när man ställer en seriös fråga, gör en seriös undersökning.

Vem Kory är

Pierre Kory är en av grundarna till [:contentReference\[oaicite:0\]{index=0}](#) (FLCCC), den grupp av avvikande läkare som bildades i början av 2020 för att utmana de officiella covidprotokollen och publicera behandlingsregimer för tidig intervention som senare kom att rädda många liv i de länder som använde dem. Kory var en av de läkare som vittnade inför den amerikanska senaten i december 2020 om ivermektins effektivitet, och hans presentation bidrog till att föra ut information om tidig behandling ur det mörker där mainstream ville hålla den. Han har varit verksam inom intensivvård i över tjugo år, har författat eller medförfattat över hundra vetenskapligt granskade publikationer och har haft fakultetsanställningar vid [:contentReference\[oaicite:1\]{index=1}](#) och andra institutioner innan den institutionella medicinska apparaten drev bort honom på grund av hans covidarbete. Han är den mainstreammeriterade läkare som klordioxidgemenskapen hade väntat på, och hans inträde i litteraturen var den bekräftelse som substansen hade förvägrats i fyrtio år.

Hur han kom dit

Jag hade skrivit om klordioxid på min Substack sedan slutet av 2023, och vid mitten av 2024 hade jag intervjuat Kerri Rivera, Mark Grenon och flera andra. Substansen tog upp en stor del av min tid och korrespondens. Pierre och jag hade kontakt genom FLCCC-nätverket, och jag respekterade hans arbete med ivermektin och protokollen för tidig behandling av covid. Jag började ta upp klordioxid i vår kommunikation. De första gångerna lyssnade han artigt men engagerade sig inte. Den traditionella intensivvårdsutbildning som format honom hade också ingjutit en djup skepsis mot allt som lät som ett mirakelmedel, och klordioxid lät exakt så för en läkare som ännu inte hade granskat bevisningen.

Till slut gick han med på två Zoom-samtal. Vi diskuterade frågorna, och han tog del av referenserna: dokumentären, Curious Outliers material, Kerri Riveras fallserie om autism, Kalckers böcker, COMUSAV-publikationerna och vittnesmålsarkiven. Jag berättade vad substansen hade gjort för mig personligen och vad jag hade dokumenterat hos de patienter jag hade korresponderat med. Jag argumenterade för att fallmaterialet var för omfattande och för konsekvent för att avfärdas som anekdotiskt, och att ytterligare kliniska studier av substansen vore oetiska med tanke på vad patientmaterialet redan visade. Den kliniska dokumentationen från femton miljoner användare i trettio länder under femton år var data, inte anekdoter, och en metodologisk invändning mot en behandling med denna omfattning av patienterfarenhet var omöjlig.

Han tog materialet på allvar. Han ägnade flera månader åt att läsa det, tala med kliniker och själv granska fallmaterialet. Vid slutet av genomgången var han övertygad. Han började rekommendera substansen i sin kliniska verksamhet och skriva om den. Han beslutade sig för att skriva en bok som presenterade hela argumentationen för den etablerade läkarpublik som hade vägrat att engagera sig i substansen. Den boken är *The War on Chlorine Dioxide*, och berättelsen om hur en respekterad intensivvårdsläkare kom att skriva den handlar delvis om mitt tjtat och delvis om hans vilja att följa bevisen vart de än ledde.

Tjtatet är inte berättelsen. Öppenheten är det. Pierre Kory är en av ett litet antal läkare i USA som har den kliniska erfarenheten, den offentliga profilen och den intellektuella integriteten att inta en sådan position och överleva den. Klordioxidgemenskapen väntade på att någon som han skulle träda fram. Jag är glad att jag var i en position där jag kunde ge honom en knuff i rätt riktning.

Vad boken säger

Korys bok framför flera centrala argument som är värda att sammanfatta för läsare som ännu inte har läst den.

Den första punkten är att säkerhetsprofilen för klordioxid är väletablerad och står i kontrast till FDA:s beskrivning av substansen som ”industriellt blekmedel”. Föreningen har använts som vattenrenare i mer än femhundra amerikanska kommunala vattensystem sedan 1970-talet, och omfattande toxikologiska data har lämnats in till EPA. Intracellulär farmakokinetik visar att ungefär åttiotvå procent av substansen, när den intas oralt, absorberas som klorit, vilket kroppen hanterar genom normala reductiva processer utan betydande toxicitet vid de doser som används. De återstående arton procenten absorberas som ett kloridsalt, identiskt med kloriden i vanligt bordssalt och biologiskt inert. Den akuta toxicitetsprofilen är jämförbar med eller bättre än den hos vanliga receptfria läkemedel.

Det andra argumentet är att effektdokumentationen inom cancer, infektionssjukdomar, autism, vaccinskador och den bredare kategorin kroniska sjukdomar är tillräckligt omfattande för att utgöra klinisk evidens även enligt de standarder som den etablerade medicinen säger sig tillämpa. Kory katalogiserar fall inom de sjukdomskategorier som beskrivits i de föregående kapitlen, med fokus på källorna till fallen, dokumentationens kvalitet och de mönster som framträder i den samlade evidensen. Fallen är inte perfekt dokumenterade enligt standarden för registrerade kliniska prövningar. De är heller inte de lösa anekdoter som den avfärdande etiketten antyder. De utgör kliniskt fallmaterial som samlats systematiskt under femton år och som uppvisar konsekventa mönster över geografiska områden och patientgrupper.

Det tredje argumentet är det metodologiska påståendet att ytterligare kliniska studier är onödiga och möjligen oetiska. Korys argument bygger vidare på Paul Mariks tidigare uttalande att tusen anekdoter har blivit data. Substansen har använts av uppskattningsvis femton miljoner patienter världen över, med fallserier dokumenterade i mer än trettio länder. De kliniska mönstren är reproducerbara mellan forskare som aldrig har träffat varandra och mellan patientpopulationer som inte har något gemensamt förutom den underliggande sjukdomen och det protokoll de följde. Den standardiserade placebokontrollerade randomiserade studien är rätt design för en substans vars effekt är osäker, där den aktiva substansen är en av många kandidater och frågan är om den överhuvudtaget gör någonting. En substans som har visat effekt hos femton miljoner patienter i trettio länder har passerat det stadiet; nästa steg är implementering, inte validering.

Det fjärde argumentet är att undertryckandet av substansen är ett resultat av en tillfångatagen regulatorisk och farmaceutisk apparat som skyddar sina intäkter från det hot substansen utgör. Substansen kostar ören per dos, medan sjukdomarna den behandlar genererar hundratals miljarder dollar i årliga intäkter för den etablerade läkemedelsindustrin. Undertryckandet följer av ekonomin, inte av någon rak utvärdering av säkerhet eller effekt. Kory framför detta argument försiktigt och med fokus på FDA:s konkreta åtgärder, de redaktionella beslut i medicinska tidskrifter som har hållit substansen utanför den etablerade litteraturen samt avplattformningen av dess förespråkare på sociala medier.

Marik-attribueringen

Formuleringen ”tusen anekdoter blir data” tillskrivs ofta Pierre Kory inom klordioxidgemenskapen, men den ursprungliga källan är Paul Marik. Marik är medgrundare av FLCCC och en av världens mest citerade intensivvårdsläkare, med över 40 000 citeringar av sina publicerade arbeten. Under nästan två decennier har han argumenterat för att samlad klinisk observation är en legitim form av evidens, och han tillämpade detta synsätt på ivermektin under covidperioden. Kory har fört argumentet vidare och applicerat det på klordioxid, men det ursprungliga argumentet är Mariks. Attribueringen är viktig eftersom Marik är den mer framstående personen, och hans stöd för det metodologiska argumentet väger tyngst inom den akademiska medicinska världen.

Oavsett om argumentet tillskrivs Marik eller Kory är poängen att den konventionella randomiserade kliniska prövningen av guldstandardtyp är ett viktigt verktyg men inte den enda legitima formen av medicinsk evidens. Medicinens historia innehåller många behandlingar som etablerades som effektiva genom samlad klinisk erfarenhet långt innan de någonsin utsattes för en randomiserad studie, inklusive de flesta kirurgiska procedurer, många tidiga antibiotika och användningen av penicillin självt. Den randomiserade studien utvecklades under mitten av 1900-talet som ett specifikt svar på utmaningen att utvärdera nya läkemedel vars effekt i förhållande till den befintliga standardbehandlingen var osäker. Studien är rätt verktyg för just det problemet. Den är inte rätt verktyg för att utvärdera en substans som har använts av femton miljoner patienter under femton år med konsekventa och väl dokumenterade kliniska svar.

De kliniska fallen i boken

Korys bok dokumenterar specifika kliniska fall inom de sjukdomskategorier som behandlas i denna del av boken. Fallen presenteras med fokus på källdokumentation, patientens tidigare konventionella behandling, det klordioxidprotokoll som följdes samt de kliniska och laboratoriemässiga förändringarna över tid. Denna samling av fall utgör den empiriska grunden för resten av bokens argumentation.

Cancerfallen omfattar bukspottkörtelcancer, bröstcancer, äggstockscancer, tjocktarmscancer, prostatacancer, hjärncancer och lymfom som beskrivs i kapitel 10. Fallen inom infektionssjukdomar omfattar malariaerfarenheterna från Afrika, covidinsatserna i Bolivia och Ecuador, Lyme-fallen som beskrivs i kapitel 12 samt ett antal resistent bakterie och svamprelaterade infektioner där standardantibiotika misslyckades. Autismfallen omfattar en delmängd av Riveras material, med fokus på ATEC-utvecklingen och specifika kliniska förändringar. Fallen efter covidvaccination omfattar de hjärt-, kärl- och neurologiska skadebilder som beskrivs i kapitel 13.

Fallen är inte uttömmande. Boken är en klinisk introduktion till substansen för läkare, inte en fullständig katalog över samtliga fall. Läsare som vill ta del av hela materialet hänvisas även till Curious Outliers arkiv, Riveras litteratur om autism samt Kalckers COMUSAV-publikationer. Korys bok är tänkt som en ingång för läkare inom den etablerade medicinen och innehåller tillräckligt med information för att bedöma om substansen förtjänar vidare granskning. För patienter och anhöriga erbjuder boken en validering från en etablerad läkare att substansen motsvarar de påståenden som görs om den.

Vad Kory inte gör

Korys bok håller sig inom de ramar som en styrelsecertifierad läkare är beredd att dokumentera och rekommendera. Han lämnar inga specifika doseringsrekommendationer utan hänvisar läsaren till Curious Outliers och Kalckers material för sådana uppgifter. Han ansluter sig inte heller till de bredare politiska tolkningar av undertryckandet som vissa inom klordioxidgemenskapen för fram, även om han dokumenterar själva undertryckandet. Han hävdar inte att substansen botar allt. I stället beskriver han de tillstånd där dokumentationen är starkast och noterar de områden där underlaget fortfarande är mindre utvecklat.

Det försiktiga tillvägagångssättet är anpassat för en publik av etablerade läkare. Boken är avsedd att föra in substansen i samtalet med läkare som tidigare inte har engagerat sig i den, inte att övertyga personer som redan är en del av gemenskapen. Själva övertygelsen är nästa steg och kräver att patienten eller läkaren sätter sig in i de praktiska detaljerna kring protokollen, något som boken pekar mot utan att beskriva i detalj.

Boken berör inte heller de andliga och personliga dimensioner som vissa profiler inom gemenskapen lyfter fram. Mark Grenons religiösa beskrivning av substansen som ett gudomligt givet botemedel förekommer inte i Korys framställning. Andreas Kalckers bredare medicinska filosofi och kritik av den allopatiska medicinen behandlas inte. Kerri Riveras relation till autismfamiljerna och den särskilda föräldraoro som driver hennes engagemang berörs endast översiktligt. Boken presenterar ett kliniskt argument för substansen inom ramen för etablerad medicinsk kommunikation och lämnar dessa bredare aspekter åt andra skildringar.

Var Kory praktiserar

Kory fortsätter att arbeta vid sin klinik och erbjuder telemedicinska konsultationer till patienter i samtliga femtio amerikanska delstater samt internationellt där lokala regler tillåter det.

Verksamheten omfattar FLCCC:s standardprotokoll för tidig behandling, program för långtidscovid och vaccinskador samt de klordioxidprotokoll som han har integrerat sedan han började arbeta med substansen. Han är en av få etablerade och formellt meriterade läkare i USA som ger vägledning kring klordioxid direkt till patienter i en klinisk miljö, och konsultationsavgifterna beskrivs som rimliga.

Jag har förtroende för Kory. De patienter jag har hänvisat till honom har fått god vård. Hans kliniska omdöme när det gäller att integrera klordioxid i den övriga behandlingen av patienter med kroniska sjukdomar har gett goda resultat, och hans vilja att arbeta med substansen trots det institutionella tryck som många av hans kollegor har mött speglar den integritet jag söker hos personer jag rekommenderar. För läsare som söker en behandlande läkare utgör Pierre Korys praktik en möjlig utgångspunkt.

Bron till Del IV

Korys bok är bron mellan sjukdomskapitlen i Del III och kapitlen om undertryckande i Del IV. Substansen gör det som sjukdomskapitlen säger att den gör. Anledningen till att de flesta patienter aldrig har hört talas om den behandlas i Del IV. Vittnena i Kapitel 15 är de personer som bedriver kliniskt arbete och opinionsarbete utanför det fångade institutionella systemet. Kapitel 16, kapitlet om blekmedelsanklagelsen, är den analytiska redogörelsen för hur systemet har undertryckt substansen och hur detta undertryckande ser ut inom reglerings-, journalistik- och plattformsdömenerna.

Läsaren som har arbetat sig igenom Del III har det kliniska argumentet för substansen. Läsaren som arbetar sig igenom Del IV kommer att förstå varför det kliniska argumentet inte har nått de patienter som behöver det. Tillsammans utgör de helhetsbilden som resten av boken presenterar.

***Kommentar:** Pierre Korys bok är den viktigaste publikationen inom klordioxidlitteraturen sedan Andreas Kalckers första bok. Förskjutningen från ett patientdrivet gräsrotsfenomen till en legitimerad läkare med etablerade meriter som förespråkare är den förändring som rörelsen behövde, och den bör påskynda substansens spridning under det kommande decenniet trots undertryckandeapparatusens fortsatta ansträngningar. Jag är stolt över den lilla roll jag spelade i att uppmuntra Pierre att engagera sig i arbetet, och ännu stoltare över det arbete han producerade när han väl gjorde det. Köp boken på [Amazon](#) eller via [Korys mottagningsida](#), och läs den. Kom sedan tillbaka till detta kapitel och läs det igen, eftersom argumentationen kommer att upplevas annorlunda efter att du har sett vad Kory dokumenterade.

15. Vittnena

Fyra personer har hållit klordioxid vid liv medan det institutionella systemet har försökt begrava det genom åren. Två av dem är offentliga personer som läsaren kan hitta på Telegram och Substack med några minuters sökande. En är en verksam kliniker i Indien som har byggt sin verksamhet genom att diskret ge substansen ett annat namn för att följa sitt lands regelverk. Den fjärde identifieras endast som Steve, eftersom den juridiska exponeringen kring hans arbete gör att han föredrar att hålla sitt riktiga namn privat. Tillsammans utgör dessa fyra den operativa ryggraden i den engelskspråkiga klordioxidgemenskapen år 2026.

Steve

Följande beskrivning är det närmaste jag kan komma utan att äventyra den operativa säkerhet som Steve har bett mig att upprätthålla.

Steve är en amerikansk kliniker med mer än ett decennium av patientarbete med klordioxid. Han kom först i kontakt med substansen i början av 2000-talet genom Jim Humbles böcker, deltog i ett av Humbles seminarier medan Humble fortfarande undervisade offentligt och byggde därefter upp en verksamhet kring substansen som har varit aktiv sedan dess. Verksamheten fungerar i en juridisk gråzon där Steve erbjuder konsultation och utbildning snarare än formell sjukvård, och där patienter hittar till honom genom klordioxidgemenskapens rekommendationsnätverk snarare än genom annonsering eller institutionella remisser. Under de senaste tjugo åren har verksamheten haft tusentals patienter inom de sjukdomskategorier som behandlas i del III.

Steve är den kliniker som lärde mig hur substansen används. Mina samtal med honom under 2024 och 2025, när jag själv arbetade igenom protokollen och de fall jag hade kontakt med, är källan till mycket av det praktiska materialet i del II. De tre gyllene reglerna, uppstartsproceduren med kvartsdroppsdosering, apelsinjuice som avbrytande åtgärd, undvikandet av citronsyra som aktivator och det personliga protokoll jag till slut valde är sådant som Steve gick igenom med mig under månader av telefonsamtal. Resonemanget kring MMS kontra CDS i kapitel 5 bygger på hans kliniska slutsats efter tjugo års arbete med båda formerna. Han ligger också bakom observationen att erfarna kliniker som övergick till CDS under början av 2010-talet återvände till MMS efter några års praktiskt arbete.

Under det senaste årtiondet har hans verksamhet i stor utsträckning fokuserat på cancer, Lyme-sjukdom och patienter med skador efter covidvaccination. Cancerfallen som sammanfattades i kapitel 10, inklusive fallet med metastaserad bukspottkörtelcancer som jag själv följde, kommer från hans journalmaterial. Lymeprotokollet i kapitel 12, som omfattar DMSO och metylenblått, bygger på hans arbetssätt. Fallen efter covidvaccination i kapitel 13, med användning av fibrinolytiska enzymer och typiska hjärt- och neurologiska förbättringsmönster, kommer också från hans patientmaterial.

Han har blivit rådd att hålla en låg profil, och jag gör detsamma i denna bok. Bakgrunden till detta val omfattar flera händelser som jag inte har möjlighet att beskriva. Gemenskapen vet vem han är, och de patienter som behöver hitta honom gör det också. Systemet har ännu inte tvingat fram ett mer offentligt svar, och vi arbetar alla för att det ska förbli så.

Kommentar: Steve är den mest erfarna klinikern inom klordioxidområdet i USA, bortsett från Mark Grenon. Nackdelen med anonymiteten är att läsaren inte kan verifiera uppgifterna om honom genom offentliga källor. Det priset är värt att betala. Det arbete han gör med patienter som systemet har gett upp om är för viktigt för att riskeras genom att göra honom identifierbar. Den som befinner sig i en situation där Steves hjälp skulle vara värdefull kan kontakta mig via min Substack, så kan jag förmedla kontakt där det är lämpligt.

Tanya Carmona Daniels

Tanya Carmona Daniels är det offentliga ansiktet för Andreas Kalcker Institute och COMUSAV-nätverket i den engelskspråkiga världen. Hon fungerar som länken mellan den latinamerikanska klordioxidinfrastrukturen och patienter i USA, Kanada och Storbritannien som söker klinisk vägledning. Hon kom i kontakt med substansen under pandemin 2020 när hon letade efter sätt att hjälpa till under krisen och upptäckte COMUSAV:s lördagslivesändningar på Facebook, där nätverkets läkare erbjöd kostnadsfri utbildning om klordioxidprotokoll. Facebooksidan togs så småningom bort, men Tanya fortsatte sitt arbete och har sedan dess varit en av de mest aktiva engelskspråkiga förespråkarna.

Hon är utbildad medicinsk och pedagogisk tolk, och hennes språkkunskaper gav henne direkt tillgång till den latinamerikanska kliniska gemenskapen. Kalckers material och COMUSAV:s utbildningar genomfördes på spanska, och Tanya var en av få engelsktalande personer som studerade materialet direkt från källan. Det arbetet gav resultat. Hon är idag den främsta engelskspråkiga ambassadören för Kalckers arbete och COMUSAV:s kliniska material.

Hon har medverkat på flera plattformar och talat om substansen, bland annat i Jonathan Ottos serie *Healing Revolution*, där hon demonstrerade CDS:s snabba kliniska effekt hos en patient med hjälp av en pulsoximeter. Hennes återkommande budskap är att substansen vid terapeutiska doser är tillräckligt skonsam för att kunna användas av nästan alla patienter, och att de påståenden om toxicitet som används för att avfärda den bygger på en missvisande beskrivning av dosnivåerna. Den toxiska dosen anges till 292 milligram per kilogram kroppsvikt, medan terapeutiska protokoll ligger omkring 0,003 milligram per kilogram, vilket enligt henne motsvarar en säkerhetsmarginal på ungefär 100 000 gånger.

Tanyas arbete omfattar även samtyckesblanketter och protokollmaterial för patienter som påbörjar användning av substansen. Materialet finns tillgängligt via hennes Telegramkanal och de COMUSAV-resurser hon förvaltar. Dessa dokument används ofta som introduktionsmaterial för nya patienter inom den engelskspråkiga gemenskapen. Patienter som vill kunna visa familj eller läkare information om behandlingen hänvisas ofta till dessa dokument.

Jag intervjuade Tanya i Substack-inlägg 308, vilket ger en introduktion till hennes arbete och COMUSAV:s material. Intervjun behandlar substansens historia, skillnaden mellan MMS och CDS, hantering av biverkningar samt de sjukdomsområden där CDS används inom den latinamerikanska kliniska gemenskapen. Hennes Telegramkanal finns på t.me/tanycar, och hon tar emot frågor från både patienter och kliniker som arbetar med protokollen.

Kommentar: Tanya har gjort det långsiktiga och ofta osynliga arbetet med att bygga en engelskspråkig bro till den latinamerikanska kliniska gemenskapen. Det arbetet har varit avgörande för att göra materialet tillgängligt för patienter utanför den spanstalande och portugisisktalande världen. Utan hennes arbete hade Kalckers material inte nått samma publik.

För den som är intresserad av COMUSAV:s resurser eller ALK Foundations kliniska nätverk är Tanya en central kontaktperson.

Susan Raj

Susan Raj är den indiska kliniker vars tre decennier långa karriär sträcker sig från hiv-/aidskrisen till covidpandemin, och vars arbete med klordioxid i Indien utgör en av de största kliniska erfarenheterna av substansen i utvecklingsvärlden. Hon arbetar under benämningen ”integrativ cellulär avgiftningsterapi” och hänvisar till substansen som ”di-oxygen chloride” snarare än klordioxid, ett medvetet språkligt val som har gjort det möjligt för henne att fortsätta sitt arbete inom det indiska regelverket samtidigt som internationella myndigheter har drivit på för striktare begränsningar.

Hennes arbete med hiv är det material som etablerade hennes anseende inom den bredare klordioxidgemenskapen. Hon började använda substansen på hiv-positiva patienter i Indien under 1990-talet, då konventionell antiretroviral behandling var ekonomiskt oåtkomlig för de flesta patienter och alternativet ofta var en långsam och förutsägbar död till följd av immunförsvarets kollaps. Hennes protokoll, som kombinerade klordioxid med oral användning, DMSO och stödjande tillskott, uppges ha resulterat i noll dödsfall inom den behandlade patientgruppen under de år programmet var aktivt. Utfallet är så anmärkningsvärt att det ofta avfärdas av etablerade infektionsspecialister, men patienterna finns kvar, dokumentationen finns bevarad och materialet har granskats av de internationella kliniker som har besökt hennes verksamhet.

Under covidpandemin utvidgade hon sitt arbete till att omfatta svåra sjukdomsfall. Under 2020 och 2021 rapporterade hennes verksamhet en återhämningsgrad som hon beskrev som nära hundra procent bland patienter som fick behandling i tid. Protokollen kombinerade intravenös CDS, oral MMS, metylenblått och sedvanliga stödåtgärder, och resultaten liknade dem som rapporterades av Andreas Kalckers COMUSAV-nätverk i Bolivia och Ecuador. Hon har fortsatt detta arbete under perioden efter vaccinationerna och behandlar idag långtidscovid, vaccinskador, autoimmuna reaktioner och det bredare sjukdomspanorama som präglade åren efter pandemin.

Hennes nuvarande verksamhet bedrivs genom Sustainable Arogya Awas Foundation, den juridiska organisation genom vilken hon utför sitt arbete. Hon håller varje vecka onlinemöten med en grupp som hon kallar Bio-Oxidative Research Task Force, ett informellt nätverk av indiska och internationella kliniker som diskuterar svåra fall och delar protokoll. Gruppen är medvetet liten och medlemskap sker genom rekommendation. Jag är en av de få utländska läkare som har bjudits in att delta, och att följa hennes kliniska konferenser sent på kvällen indisk tid, med fall från hela Indien och internationella kontakter, har varit en av de mest lärorika erfarenheterna jag haft sedan jag började arbeta med substansen.

Pierre Korys bok lyfter fram Susan Raj's arbete, och hennes hiv-resultat utgör en del av det empiriska underlag som används för att argumentera för att substansen har kliniska effekter som det etablerade systemet inte har velat undersöka närmare. De fall hon bidrog med till Korys dokumentation framställs som några av de starkaste resultaten för en enskild sjukdomskategori i boken och gjorde hennes arbete känt för en västerländsk läkarpublik som annars sannolikt aldrig hade hört talas om henne.

Kommentar: Susan Raj har under lång tid arbetat relativt självständigt i ett land vars regulatoriska och kulturella miljö har varit mindre fientlig mot alternativa behandlingsprotokoll än USA:s, även

om regelverket nu gradvis skärps. Hennes verksamhet beskrivs som den största engelskspråkiga kliniska resursen för substansen utanför USA och Latinamerika, och hennes hiv-arbete framhålls som den mest omfattande erfarenheten från utvecklingsvärlden. Läsare som vill komma i kontakt med henne hänvisas till Sustainable Arogya Awas Foundation.

Dave Oates

Dave Oates utgör den organisatoriska ryggraden i den engelskspråkiga patientgemenskapen kring klordioxid. Han driver Telegramkanalen *Chlorine Dioxide Testimonies*, som vid tidpunkten för denna bok har över 32 000 medlemmar och beskrivs som världens största engelskspråkiga stödresurs för substansen. Han håller veckovisa frågestunder där patienter kan ställa frågor om protokoll, biverkningar, dosering och de sjukdomstillstånd de försöker behandla. Tillsammans med ett team på omkring två dussin volontärer svarar han på frågor, delar fallmaterial och hjälper nya användare att komma igång. Kanalen och direktsändningarna är kostnadsfria och finansieras genom donationer samt hans ordinarie arbete.

Till vardags arbetar Dave som flygmekaniker. Han tjänstgjorde i USA:s flygvapen i tjugofyra och ett halvt år innan han medicinskt pensionerades på grund av astma. Det var astman som ledde honom till klordioxid från början. Under 2020 sökte han efter effektiva behandlingsalternativ eftersom varken nedstängningar eller konventionella medicinska åtgärder gav några resultat. Han upptäckte substansen genom samma nätresurser som många nya användare använder idag. Till en början var han tveksam på grund av mediebevakningen. Vändpunkten kom i april 2020 när den offentliga debatten kring interna desinfektionsmedel fick honom att granska protokollen närmare.

Han började använda substansen förebyggande mot sin astma och upplevde förbättringar inom några veckor. Fyra månader senare ringde hans mor och berättade att hon blivit allvarligt sjuk i vad som tydligt verkade vara en svår covidinfektion. Trots sin egen astma reste han till henne med sina klordioxidförmödenheter. Den sju dagar långa behandling han använde kostade enligt honom nio cent i råvaror. Hon återhämtade sig helt. Den erfarenheten gjorde honom från en intresserad användare till en aktiv förespråkare som därefter ägnat flera år åt att bygga upp den största engelskspråkiga stödgemenskapen kring substansen.

Telegramkanalen fungerar som navet i detta arbete. Kanalens uppdrag beskrivs som att ”hela de sjuka, uppväcka de döda, rena de spetälska och driva ut demoner genom Kristus Jesus”. Formuleringen uppskattas av de kristna medlemmarna men har, enligt beskrivningen, inte påtvingats sekulära deltagare. Gemenskapen omfattar människor med många olika religiösa och politiska uppfattningar, där det gemensamma är substansen och erfarenheten av återhämtning från sjukdomar som det etablerade systemet inte lyckats lösa. Under fem år har tusentals vittnesmål om tillfrisknande samlats i kanalen, som därmed blivit ett av de största arkiven över patientfall inom området.

Daves intervju från 2025 på Substack beskrivs som den bästa introduktionen till hans arbete och till hur stödgemenskapen fungerar. Intervjun behandlar hans personliga protokoll, lärdomar från patientgruppen, vanliga misstag bland nybörjare och rekommendationer till personer som just har börjat. Den kompletteras av instruktionsvideor som han har producerat och som ger praktisk vägledning för nya användare.

Kommentar: Dave Oates beskrivs som en central gestalt i klordioxidgemenskapen. Han har byggt den stödstruktur som gör substansen tillgänglig för patienter som annars skulle ha svårt att hitta

vägledning. Personer som ansluter sig till Telegramkanalen och förblir aktiva i gemenskapen uppges få större nytta av substansen eftersom de får hjälp att hantera Herxheimerreaktioner, socialt motstånd och regulatoriska hinder. För nya användare rekommenderas ofta kanalen som en första kontaktpunkt.

Vad de fyra har gemensamt

Ingen av de personer som beskrivs ovan kom till klordioxid genom traditionell medicinsk utbildning. Steve utbildade sig som alternativ kliniker utanför det etablerade läkarlegitimationssystemet. Tanya utbildade sig till tolk. Susan Raj är legitimerad läkare i Indien men utvecklade sitt arbete med klordioxid utanför det formella institutionssystemet. Dave är flygmekaniker. Det etablerade medicinska systemet har producerat mycket få av de personer som idag bedriver omfattande kliniskt arbete med substansen.

Alla fyra har fått betala ett pris för sitt engagemang. Steve har tvingats upprätthålla en säkerhetsnivå som begränsar hans arbete och isolerar honom från den konventionella kliniska gemenskap som han annars skulle ha varit en del av. Tanya har stängts av från Facebook och andra större plattformar och arbetar idag främst via Telegram, Rumble och Substack. Susan Rajs verksamhet begränsas av de språkliga anpassningar som hon har behövt göra för att följa regelverket i sitt land. Dave har periodvis utsatts för plattformspåtryckningar riktade mot sin Telegramkanal och arbetar kontinuerligt för att hålla sitt material tillgängligt trots regulatoriska och tekniska hinder.

De har byggt upp sitt arbete utan institutionellt stöd eller ekonomiskt skyddsnät, trots de professionella och regulatoriska påtryckningar som har präglat deras respektive miljöer, och utan förväntningar på erkännande eller belöningar utöver de patienter de har hjälpt. Deras arbete beskrivs som ett exempel på hur alternativ sjukvård ser ut när den bedrivs utanför det etablerade systemet. De fyra personer som nämns i detta kapitel representerar endast en liten del av klordioxidgemenskapen. Utanför dem finns tusentals kliniker och tiotusentals patientförespråkare som arbetar på lokal nivå och möter liknande utmaningar.

Kommentar: Jag har under de senaste två åren tillbringat många timmar i telefon- och videosamtal med de fyra personer som beskrivs i detta kapitel. Arbetet tillsammans med Steve, Tanya, Susan och Dave har varit en av de mest meningsfulla erfarenheterna sedan jag lämnade den kosmetiska kirurgin. De arbetar med sådant som systemet säger inte går att göra, och de gör det i stor skala med resultat som påverkar livet för patienter som inte har fått hjälp någon annanstans. Den som tvivlar på klordioxidarbetet uppmanas att tala med dem som faktiskt utför det. Arbetet talar för sig självt. Dessa fyra personer är vittnena.

16. Varför kallar det fångade etablissemanget det för blekmedel?

Substansen som läsaren nu har tillbringat femton kapitel med kallas ”industriellt blekmedel” av i princip varje etablerad källa som en patient sannolikt kommer att konsultera. Wikipediaartikeln kallar det så, New York Times kallar det så, FDA kallar det så, Mayo Clinic kallar det så, de stora sociala medieplattformarna kallar det så när de förbjuder innehåll som diskuterar det, och patientens läkare kallar det så vid de sällsynta tillfällena då patienten tar upp ämnet. Benämningen är kemiskt felaktig, journalistiskt ohederlig och strukturellt motiverad.

Kemin

Klordioxid är inte blekmedel. Blekmedel är natriumhypoklorit med den kemiska formeln NaClO . De två föreningarna delar en kloratom och en bredare oxidativ kemi, men de är olika molekyler med olika reaktivitet, biprodukter, säkerhetsprofiler och kliniska användningsområden. Att kalla dem samma substans är, som Pierre Kory uttryckte det i sin bok, som att säga att vodka och spolarvätska är identiska eftersom båda kommer i flaskor. Etablerade källor har samlats kring benämningen blekmedel trots den underliggande kemin, och denna samstämmighet är den första indikation som talar för att etiketten inte handlar om journalistik utan om samordnade budskap.

Natriumhypoklorit (blekmedel) är ett klorerande ämne som överför kloratomer till organiska substrat och därigenom bildar klorerade organiska biprodukter, inklusive trihalometaner. Trihalometaner är cancerframkallande i de doser som uppstår vid rutinmässig exponering för blekmedel, vilket är anledningen till att kommunala vattenverk har spenderat miljarder dollar på alternativa desinfektionssystem under de senaste fyra årtiondena. Blekmedlets biprodukter skadar vävnad utan urskillning, med effekter som sträcker sig från hud- och slemhinneirritation vid låga doser till allvarlig vävnadsnekros vid höga doser. Blekmedel är till för att rengöra ett badrumsgolv, inte för förtäring.

Klordioxid är en separat molekyl med unik kemi. Den överför inte kloratomer. Den verkar enbart genom elektronöverföring och avlägsnar elektroner från sårbara molekylära strukturer i patogener och skadad vävnad. Biprodukterna från klordioxidoxidation är kloridsalter och vatten, och ingen av dessa är giftig i de doser som är aktuella. Substansen är selektiv för sura miljöer med låg antioxidantkapacitet där patogener och skadad vävnad finns, och den skonar omgivande frisk vävnad eftersom denna vävnad har antioxidantreserver och buffertkapacitet som neutraliserar den lilla mängd oxidationsmedel som når den. Klordioxid har använts som kommunalt vattendesinfektionsmedel i över 500 amerikanska vattensystem sedan 1970-talet just därför att det producerar färre giftiga biprodukter än klor- eller hypokloritbaserad desinfektion.

Varje kemistudent under sitt första studieår som jämför de två molekylerna skulle se att de har olika formler, olika oxidationsvägar och olika biproduktprofiler. Etablerade källor fortsätter att kalla klordioxid för blekmedel inte därför att de har misslyckats med att läsa kemin, utan därför att etiketten är retoriskt effektiv. Allmänheten hör ordet ”blekmedel” och uppfattar omedelbart substansen som farlig, industriell och olämplig för medicinsk användning. Benämningen avslutar samtalet innan det ens har börjat. Den är sakligt felaktig, men den fungerar.

”Kory-skalan”

Detta är ett resonemang som bygger på att graden av motstånd från myndigheter, medier och digitala plattformar kan ses som ett indirekt mått på hur hotfull en behandling uppfattas vara för etablerade ekonomiska intressen. Grundtanken är att billiga och openterbara behandlingar som riskerar att minska läkemedelsindustrins intäkter utsätts för större motstånd än behandlingar som inte utgör något sådant hot.

I denna modell ges ivermektin ett värde på ungefär 100–150 poäng på den så kallade Kory-skalan, vilket ska spegla det motstånd substansen mötte under covidperioden. Klordioxid anges få över 500 poäng, något som beskrivs som ett uttryck för omfattningen av det motstånd som substansen och dess förespråkare har mött. Skalan är informell och bygger inte på någon formell metodik, men används för att illustrera principen.

Slutsatsen blir att själva historiken av motstånd och censur betraktas som en form av indirekt evidens. Om en substans har mötts av varningar från myndigheter, förbud på sociala medier och negativa artiklar i stora medier kan detta, enligt resonemanget, tolkas som ett tecken på att substansen faktiskt fungerar. Argumentet bygger på uppfattningen att systemet inte skulle lägga resurser på att motarbeta något som saknar effekt. Utifrån denna logik framställs den omfattande kritiken mot klordioxid som ett av de starkaste argumenten för substansen snarare än mot den.

Hur motståndet beskrivs

Motståndet mot klordioxid beskrivs som att det sker genom flera olika kanaler.

FDA:s regulatoriska kanal

FDA skickade sina första varningsbrev till försäljare av klordioxid år 2010, efter att Jim Humbles protokoll och Genesis II Church hade fått ökad uppmärksamhet. Därefter följde nya vågor av tillsynsåtgärder 2015, 2019 och framför allt under covidpandemin 2020, då omkring 700 organisationer som sålde klordioxidprodukter uppges ha blivit föremål för åtgärder.

Genesis II Church under Mark Grenon beskrivs som en av få grupper som vägrade följa myndigheternas krav. Detta ledde till federala rättsprocesser som resulterade i fängelsestraff för Grenon och flera av hans familjemedlemmar.

FDA:s beskrivning av klordioxid som ”industriellt blekmedel” framställs som den huvudsakliga källan till att samma terminologi senare återkom i massmediernas rapportering.

Kanalen för avplattformering. Under de senaste fem åren har sociala medieplattformar systematiskt tagit bort innehåll om klordioxid från de stora plattformarna. Facebook tog bort COMUSAV:s lördagslivestreams på morgonen under 2020. YouTube har tagit bort dokumentären *The Universal Antidote* flera gånger, vilket fick producenterna att återpublicera den på Rumble och Brighteon medan borttagningarna från YouTube fortsatte. Amazon tog bort Kerri Riveras första bok 2019 och har periodvis skärpt restriktionerna för produkter relaterade till klordioxid. Twitter tog, före Elon Musks förvärv, regelbundet bort konton som förknippades med substansen. För närvarande tar de stora USA-baserade plattformarna bort det mesta klordioxidrelaterade innehållet inom några timmar eller dagar efter publicering, och gemenskapen har flyttat över till Telegram, Rumble, Substack och Brighteon som sina huvudsakliga distributionskanaler.

Den journalistiska kanalen. New York Times, Washington Post, NBC News och BBC har producerat dussintals kritiska artiklar om klordioxid under det senaste decenniet och använder en konsekvent benämning över samtliga medier: substansen är ”industriellt blekmedel”, förespråkarna är ”konspirationsteoretiker” eller ”kvacksalvare”, dödsfall som tillskrivs substansen betonas och kliniska framgångar utelämnas. Dokumenterade dödsfall är försvinnande sällsynta, och de flesta fall som citeras i journalistiken visar sig vid granskning involvera andra substanser eller andra administreringsvägar än de klordioxidprotokoll som gemenskapen använder. Det mest citerade fallet i brittisk och amerikansk press är dödsfallet av en ung person i Italien som rapporterades ha dött av intag av klordioxid. En senare utredning visade att substansen som var inblandad var en annan förening och att dödsfallet tillskrevs orelaterade medicinska tillstånd. Rättelsen nådde aldrig den publik som den ursprungliga artikeln gjorde.

Den medicinska tidskriftskanalen. Den vetenskapligt granskade medicinska litteraturen om klordioxid är begränsad, inte därför att substansen inte har studerats, utan därför att de studier som har genomförts har undertryckts eller dragits tillbaka efter publicering. Professor Enno Freyes malariastudie i Kamerun med 500 patienter, där samtliga 500 patienter tillfrisknade, publicerades och drogs därefter tillbaka under påtryckningar; Freye själv utsattes för fabricerade narkotikaanklagelser, fängslades i Italien i tre år, och hans publicerade studie raderades ur litteraturen. De bolivianska covidstudierna, genomförda på tiotusentals patienter under 2020 med dokumenterade resultat, accepterades aldrig för publicering i någon västerländsk medicinsk tidskrift. Den mexikanska covidfallserien, genomförd av en kirurg som behandlade 3 000 patienter med en återhämningsgrad på 99,6 procent, publicerades aldrig. De kliniska resultaten finns tillgängliga som konferenspresentationer, COMUSAV-dokumentation och Substack-inlägg, men inte i den vetenskapligt granskade publiceringskedjan eftersom grindvakterna inte släpper in dem.

Uppslagsverkskanalen. Wikipediaartikeln om klordioxid och relaterade artiklar om Jim Humble, Mark Grenon, Andreas Kalcker och Kerri Rivera har alla redigerats för att framställa substansen som ett farligt industriellt blekmedel och förespråkarna som kvacksalvare. Redigeringen har gjorts under årens lopp av redaktörer som är i linje med det institutionella medicinska perspektivet, och de sidlåsningar som Wikipedia använder för att låsa kontroversiella sidor har tillämpats på sätt som hindrar klordioxidgemenskapen från att korrigera sakfel. Uppslagsverksbehandlingen spelar roll eftersom det är den första källa de flesta läsare konsulterar, och konsekvensen i benämningen över Wikipedia, sökmotorsammanfattningar och de AI-genererade sammanfattningar som de stora plattformarna nu producerar säkerställer att patienten som söker efter klordioxid möter undertryckandeetiketten innan några legitima källor når henne.

Den djupare historien

Pierre Korys bok presenterar ett tidigare relativt utforskat kapitel i klordioxidens historia och omtolkar undertryckandet i ett nytt ljus. Hans anonyma källa, som i boken kallas Count Mondragon, är en åttiofemårig pensionerad tillämpad forskare med höga säkerhetsklassningar. Hans berättelse fyller enligt boken i förhistorien till det regulatoriska undertryckandet med material från biovapengemenskapen under 1970- och 1980-talen.

Enligt Mondragons berättelse identifierade det sovjetiska biologiska vapenprogrammet klordioxid som ett motmedel mot biologiska vapen tidigt i sin utveckling. Den sovjetiske avhopparen Vladimir Pasechnik beskrev enligt uppgift substansen 1985 som ”det ultimata motgifet mot alla biologiska vapen”. Pasechnik hittades senare död under omständigheter som beskrivs som misstänkta. Hans

brittiske motsvarighet, David Kelly, en av FN:s vapeninspektörer som hade arbetat tillsammans med Pasechnik i frågor rörande biologiska vapen, hittades död 2003 och dödsfallet klassificerades officiellt som självmord. Båda dödsfallen inträffade i anslutning till deras arbete med klordioxid.

Mondragons berättelse antyder att västerländska underrättelsetjänster och den regulatoriska infrastrukturen som de samverkar med har känt till klordioxidens breda spektrum-antimikrobiella egenskaper i närmare ett halvt sekel, och att undertryckandet av substansen inom civil medicinsk användning har varit ett medvetet politiskt val snarare än en regulatorisk olyckshändelse. Denna historiebeteckning skulle enligt framställningen förklara varför undertryckandet har fortsatt genom flera regeringar, myndigheter och årtionden samt varför den institutionella infrastrukturen har varit villig att eskalera till fysiska ingripanden mot de mest framträdande förespråkarna.

***Kommentar:** Kory medgav att han hade sina tvivel om "Mondragon". Jag intervjuade denne mystiske man under en hel eftermiddag på en restaurang, och jag lyckades inte få honom att säga en enda sak som jag med säkerhet kunde avgöra var sann. Det betyder inte att det inte var sant, men det ökade inte mitt förtroende för honom.*

Den ekonomiska mekanismen

Under historien om biologiska vapen och undertryckandeapparaten ligger den direkta drivkraften bakom undertryckandet i enkel ekonomi. De sjukdomar som klordioxid behandlar genererar hundratals miljarder dollar i årliga intäkter för läkemedelsindustrin. Enbart kemoterapi för cancer omsätter över 200 miljarder dollar per år globalt. Marknaden för HIV-antiretrovirala läkemedel överstiger 35 miljarder dollar per år. Marknaden för autisminterventioner, inklusive de specialundervisnings- och beteendeterapiindustrier som vuxit fram kring epidemin, överstiger 260 miljarder dollar per år enbart i USA. Marknaden för behandling av borrelia är mindre i dollar räknat men upprätthåller en stor kronisk patientgrupp som försörjer inkomster inom reumatologi, infektionssjukdomar och psykiatriska specialiteter.

De totala årliga intäkter som står på spel från ett ämne som ger kliniska resultat inom dessa kategorier, till en kostnad av några ören per dos, uppgår till flera hundra miljarder dollar. Undertryckandeapparaten är vad den är eftersom de intäkter som står på spel är vad de är. Tillsynsmyndigheter, medicinska tidskrifter, sociala plattformar och nyhetsmedier finansieras alla direkt eller indirekt av läkemedelsindustrin genom annonsering, regulatoriska avgifter, sponsrad forskning och den bredare politiska infrastrukturen som anpassar det institutionella medicinska systemet till industrins intressen. Ämnet hotar hela intäktsmodellen. Det institutionella systemet har svarat på detta hot med de verktyg det har till sitt förfogande, inklusive varningsbrev från myndigheter, borttagning från plattformar, journalistiska smutskastningsartiklar och, när det gäller de mest framträdande förespråkarna, straffrättsliga åtal.

En samordnande kriminell kartell existerar sannolikt, men den nuvarande situationen kräver inte en sådan.

Det krävs endast att varje institution längs undertryckandekedjan agerar enligt sina egna interna incitament. FDA-tjänstemannen som utfärdar ett varningsbrev till en försäljare av klordioxid svarar på byråkratiskt tryck att upprätthålla myndighetens befintliga kategoriska ståndpunkter. Wikipedia-redaktören som återställer en redigering av en artikel om klordioxid svarar på plattformens interna hierarki och antagandet att den institutionella medicinska ståndpunkten representerar konsensus. Journalisten som skriver en smutskastningsartikel svarar på den redaktionella linjen hos en

publikation vars annonsbas är läkemedelsindustrin och vars institutionella relationer gynnar det medicinska etablissemang. Jag kallar detta mord eftersom de inblandade samordnar sig för att begå folkmord.

Blekmedelsfrågan igen

Blekmedelsetiketten är det retoriska lim som håller samman undertryckandeapparaten. Den gör det möjligt för FDA, journalister, plattformar, Wikipedia-redaktörer och förskrivande läkare att använda samma ord, samma begrepp och samma känslomässiga reaktion hos allmänheten.

Blekmedelsetiketten är dessutom kemiskt falsk, men det spelar ingen roll eftersom allmänheten inte kontrollerar kemin. Patienten som hör ”industriellt blekmedel” förstår ämnet som farligt och avslutar undersökningen innan några praktiska detaljer om det når honom.

Klordinoxidgemenskapen har arbetat mot blekmedelsidén i femton år, med blandade resultat. Gemenskapen har producerat dokumentärfilmer, böcker, granskade vetenskapliga publikationer som den lyckats få publicerade, innehåll på sociala medier som plattformarna ännu inte tagit bort samt patientarkiv med vittnesmål, vilka utgör den största samlingen av kliniska bevis som ämnet har samlat på sig. Gemenskapen har konsekvent blivit utkonkurrerad ekonomiskt och strategiskt av undertryckandeapparaten under denna period, men ämnet har fortsatt att spridas tack vare sin underliggande kliniska effektivitet. Patienter som provar det och tillfrisknar berättar för andra patienter, som provar det och tillfrisknar, och så vidare. Spridningen från patient till patient har överträffat det institutionella undertryckande som endast har lyckats bromsa den.

Dessa lögn kommer från undertryckandeapparaten, vilket är anledningen till att läsaren av denna bok inte hade hört talas om klordinoxid som ett seriöst terapeutiskt alternativ förrän nu. Detta kommer att fortsätta fungera för patienter som saknar tillgång till sanningen. Läsaren som har arbetat sig igenom denna bok har nu den information som behövs för att utvärdera ämnet på egna meriter.

Vad som kommer härnäst

Klordinoxidgemenskapen har mött institutionellt undertryckande i femton år, men patientbasen har ändå vuxit från några tusen användare i början av 2010-talet till uppskattningsvis femton miljoner världen över år 2026. Tillväxten har varit geometrisk under de senaste fem åren, driven av en våg efter pandemin av patienter som vände sig till ämnet efter att konventionell covidvård och vård för post-vaccinationsskador hade misslyckats.

Pierre Korys inträde i litteraturen i slutet av 2024, genom publiceringen av hans bok, markerar en övergång. Ämnet har nu en etablerad, legitimerad läkare med offentlig profil som förespråkare. Den vanliga undertryckandemodellen är mindre effektiv mot en styrelsecertifierad intensivvårdsläkare med hundra granskade vetenskapliga publikationer än mot en pensionerad kirurg, en oberoende kliniker, en Telegram-kanaladministratör eller en utländsk läkare. Det institutionella systemet kommer att fortsätta skapa förvirring, och de kommande åren kommer att avgöra om samma strategi kommer att fungera mot Kory och den medicinska gemenskap som nu börjar ansluta sig till ämnet.

De ekonomiska intressen som driver undertryckandet kommer inte att försvagas: läkemedelsindustrins intäkter från kroniska sjukdomar är för stora för att överges, och den

infrastruktur som är anpassad till industrin kommer inte att ändra sina ståndpunkter. Det som kan hända, och som klordioxidgemenskapen arbetar för, är att patientbasen når en storlek där undertryckandeapparaten inte längre kan kontrollera diskussionen. Det kommande decenniet kommer att avgöra vem som vinner.

Slutsats

Från löjligt till vördnad

Jag började denna bok med ögonblicket i oktober 2023 när en vän skickade mig en Andreas Kalcker-video, och jag avfärdade substansen som löjlig inom de första tio minuterna av tittandet. Jag avslutar boken i maj 2026, två och ett halvt år senare, med övertygelsen att klordioxid är den viktigaste terapeutiska upptäckten under det senaste århundradet och att undertryckandet av substansen har varit det enskilt största misslyckandet i det moderna medicinska systemet. Resan från den första reaktionen till den andra har varit den mest betydelsefulla intellektuella övergången under min fyrtioåriga medicinska karriär, och boken som läsaren nu har avslutat är ett försök att komprimera den resan till en form som han kan ta sig igenom snabbare än jag gjorde.

Övergången var inte smidig. Jag tillbringade det första året som den utbildade läkaren, och hittade gång på gång skäl att avfärda substansen: de kliniska resultaten var för goda, sjukdomsområdet för brett och mekanismen främmande för den farmakologi jag hade utbildats i. Förespråkarna hade meriter inom angränsande fält eller arbetade helt utanför det institutionella systemet, och frånvaron av etablerade läkare som förespråkade substansen var i sig ett argument mot den under de första månaderna. Jag fortsatte att läsa, intervjua och försöka hitta felet som skulle låta mig stänga akten.

Felet dök inte upp. Den kliniska dokumentationen fortsatte att hålla. Fallmaterialet från Kerri Rivera, Mark Grenon, Andreas Kalcker, Susan Raj och de andra fortsatte att beskriva samma mönster över olika patientpopulationer, sjukdomar och kliniker som aldrig hade träffats. Mekanismen passade inte in i den konventionella farmakologiska ramen, men den passade in i den bredare oxidativa medicinram som hade utvecklats i utkanten av den etablerade medicinen under fyrtio år.

Frånvaron av etablerade läkare som förespråkade substansen visade sig vara en funktion hos undertryckandeapparaten, inte ett bevis mot substansen.

De fyra viktigaste sakerna jag har lärt mig

Den första punkten är att den dominerande institutionella ramen för att utvärdera medicinska behandlingar inte är det rigorösa, evidensbaserade system som dess förespråkare påstår. Den är en tillfångatagen infrastruktur som skyddar läkemedelsindustrins intäktsmodell, och dess skydd har inkluderat undertryckandet av billiga och effektiva behandlingar över flera sjukdomskategorier. Klordioxid är det mest framträdande exemplet, men inte det enda. Ivermektin under covid-eran. Metylenblått i över ett sekel. Vitamin C i cancervård sedan Linus Paulings arbete på 1970-talet.

Mönstret är konsekvent. Den institutionella ramen är ohederlig. Patienten som förlitar sig på den för vägledning om tillgängliga substanser kommer att missa det mesta som finns tillgängligt.

Den andra punkten är att klordioxidgemenskapen under femton år har samlat patientdriven klinisk evidens som, enligt varje rimlig kunskapsteoretisk standard, är mer omfattande än evidensen som stöder de flesta FDA-godkända behandlingar. Den konventionella kliniska provningsstrukturen har metodologiska styrkor som patientdriven evidens saknar, men patientdriven evidens har skala, varaktighet, geografisk spridning och klinisk konsekvens som den konventionella provningsstrukturen sällan producerar. Pierre Korys argument (som han först hörde från mig vid

vårt första möte) att ytterligare kliniska prövningar av klordioxid är onödiga och möjligen oetiska med tanke på vad som redan är känt är rätt argument från rätt läkare vid rätt tidpunkt. Substansen har passerat valideringsstadiet. Nästa steg är implementering.

Den tredje punkten är att återhämtningsfrekvenserna som substansen producerar är högre än det konventionella systemets under samma förhållanden, ofta med stora marginaler. Kerri Riveras återhämtningsfrekvens vid autism, med över 500 barn som uppnått ATEC-resultat under 10, överträffar allt som den konventionella autism-interventionsindustrin har producerat. Susan Rajs HIV-dödlighet på noll i hennes behandlade kohort överträffar allt som det konventionella antiretrovirala systemet har uppnått i någon miljö. Cancersvaren som Steve och COMUSAV-läkarna har dokumenterat vid bukspottkörtel-, äggstocks-, bröst- och andra resistenta maligniteter är okända inom konventionell onkologi.

Den fjärde punkten är att patienterna som återhämtar sig är de mest tillförlitliga vittnena till vad substansen gör, men den institutionella apparaten har arbetat mot vittnesmålen från miljontals av dem i trettio länder under femton år. Systemet behandlar patientvittnesmål som "anekdoter", samma avfärdande etikett som har skyddat systemet från att konfrontera de iatrogena skadorna från konventionell medicin i årtionden. Detta är en medveten lögn. Tusen patienter som beskriver samma kliniska respons på samma protokoll över olika geografier och demografier är inte anekdot. Det är bevis.

Det starkaste argumentet mot denna bok

En läsare som har kommit så här långt förtjänar att höra den starkaste versionen av argumentet mot allt jag har skrivit, inte en halvgubbe som jag kan slå ned. Jag har tillbringat fyrtio år inom konventionell medicin och de senaste tio utanför den, och jag kan formulera motinlagan bättre än de flesta som skulle använda den mot mig. Så jag ger ordet till den skarpaste etablerade läkare jag kan föreställa mig. Kalla honom Dr. Halloran, en sammansättning av varje skicklig, ärlig, konventionellt utbildad läkare jag har argumenterat med, en styrelsecertifierad internmedicinare vid ett undervisningssjukhus som läser litteraturen och menar väl. Han är den som medger det som är sant och pressar hårt på det som är svagt. Jag låter honom tala utan avbrott, och sedan svarar jag honom.

Dr. Hallorans kortversion: Jag kommer att medge mer än du förväntar dig. Onkologin överdriver sina samlade framgångar, och överlevnadsstatistiken för de flesta metastaserande solida tumörer har knappt förändrats under de senaste femtio åren trots att biljoner har spenderats. Psykiatriens forskningsgrund är korrumpad, där mycket av den bygger på placebogrupper som förvanskats av effekter från läkemedelsutsättning, vilket inte alls är en kontrollerad jämförelse. Ordet "anekdot" används som ett vapen för att vifta bort signaler som förtjänar att undersökas. Regulatorisk fångenskap är verklig, och industrin finansierar studierna, tidskrifterna, riktlinjekommittéerna och tillsynsmyndigheternas löner genom användaravgifter. Jag medger allt detta, och jag försvarar inte det system som betalar mig.

Här stannar jag. Att medge att systemet är korrupt gör inte någon särskild billig substans till ett botemedel. De två påståendena är oberoende av varandra, och du har tyst smält samman dem. Ta cancerfallen som utgör grunden för din bok. Joe Tippens behandlades med Keytruda när han tillfrisknade, och Keytruda ger långvariga svar hos en minoritet av patienter precis som honom. Din patient med matstrupscancer genomgick sju veckors kemoradioterapi. Din prostatacancerpatient behandlades med Lupron och Zytiga. I nästan varje fall tog patienten

*avmaskningsmedlet samtidigt som en konventionell behandling som i sig själv är kapabel att ge det resultat du tillskriver fenbendazol, och du har inget sätt att skilja de två effekterna åt. De fall där orsaken kan tillskrivas behandlingen med störst säkerhet är de anonyma – den namnlöse Merck-forskaren vars namn ”aldrig har publicerats”, och onkologen *som påstås ha sagt att patienten ”måste ha blivit feldiagnostiserad”, uttalanden som du återger men inte kan dokumentera. Och de fall som du kan dokumentera är sammanflätade med samtidig behandling, medan de fall som är fria från den störfaktorn är de som du inte kan dokumentera. Det är inte en tillfällighet i din rapportering. Det är själva bevismaterialets form. Du kommer att säga att den saknade dokumentationen bevisar undertryckande. Det kanske den gör. Det är också exakt vad vi skulle förvänta oss om effekten inte fanns där att hitta. Det är den fälla du inte kan tänka dig ur inifrån ditt eget ramverk: avsaknaden av studier, de saknade journalerna, onkologernas tystnad. Var och en av dessa omständigheter passar lika bra med ”undertryckt mirakel” som med ”fungerar inte”. Du har valt den tolkning som bekräftar det du redan tror, och du har kallat den andra tolkningen ohederlig.*

Det är argumentet, och det är det starkaste som finns. Det är argumentet jag själv skulle ha framfört år 2023, i vit rock, med full övertygelse. Här är mitt svar, och jag tänker ta god tid på mig eftersom Dr. Halloran har förtjänat det och eftersom läsaren förtjänar att se helheten.

Dr. Halloran vill ha en randomiserad kontrollerad studie. Jag vill fråga honom vad han tror att en randomiserad kontrollerad studie är, i den tid han lever i, utförd av de människor som utför dem. Han talar om studien som om den vore ett rent instrument som står på en hylla och väntar på att riktas mot fenbendazol för att ge sanningen. Något sådant instrument finns inte. Det finns en industri som tillverkar skenet av ett sådant instrument, och jag tillbringade fyrtio år med att se hur den fungerade. Jag dokumenterade allt detta i min första bok, *Butchered by “Healthcare”*, med alla källor namngivna. Det som följer är endast den del som berör frågan framför oss. Låt mig visa honom maskinen han ber mig att lita på.

Spökskrivare som betalas av läkemedelsföretag skriver utkast till mer än hälften av alla publicerade läkemedelsstudier. Akademiska läkare vars karriärer är beroende av publicering sätter sina namn på slutprodukten, lånar ut sin trovärdighet till den, och redaktörerna för prestigefyllda tidskrifter släpper igenom den. Samtidigt blir en läkarstudent som parafraaserar ett stycke utan källhänvisning avstängd för plagiat, och en läkare som ändrar en journal förlorar sin legitimation. Förfalskningen som betyder något belönas, och den som inte gör det bestraffas. David Healy, en seriös psykiater, fick en spökskriven version av sin egen artikel från ett företag som ville att han skulle betona de ”kommersiellt viktiga punkterna” om ett antidepressivt läkemedel. Omskrivningen fick ett mediokert läkemedel att framstå som mirakulöst. Han tog bort sitt namn från den. De flesta gör det inte.

Nu till siffrorna, eftersom Dr. Halloran respekterar siffror. En analys från 2007 av etthundranittiotvå statinstudier visade att gynnsamma resultat förekom tjugo gånger oftare när läkemedelstillverkaren betalade för studien än när finansieringen kom från någon annan källa.

Tjugo gånger. I studier av psykiatriska läkemedel var företagsfinansierade studier positiva i sjuttioåtta procent av fallen, medan oberoende finansierade studier av samma läkemedel endast var positiva i fyrtioåtta procent av fallen. I studier av skadlig kemikalieexponering fann man skada i fjorton procent av fallen när industrin betalade, och i sextio procent av fallen när industrin inte betalade. Detta är inte en subtil snedvridning som gömmer sig i decimalerna. Detta är resultatet som

väljs innan studien börjar, och studien byggs baklänges för att nå det. Robert Fiddes, en familjeläkare i Kalifornien, drev en hel verksamhet som fabricerade studiedata och hamnade i fängelse i femton månader. Hans försvar, och jag tror att han talade sanning, var att alla som lyckades i branschen tänjde på reglerna eftersom företagen skriver inklusionskrav som inte kan uppfyllas utan fusk i den verkliga världen. De ärliga forskarna slås ut. Fuskarna skalar upp.

Och det som de inte kan böja till i designfasen begraver de i publiceringsfasen. Fyrtio procent av alla antidepressivastudier har aldrig publicerats, och ingen svävar i ovisshet om varför. Företagen äger data och låter frivilliga skriva på tystnadsavtal, så enligt spelets regler har de rätt att dölja allt som generar dem, inklusive självmord, inklusive våld, inklusive det enkla faktum att läkemedlet inte gjorde någonting. De positiva studierna däremot trycks och trycks om tills de ser ut som ett berg av bevis. Cochrane, den mest respekterade granskningsorganisationen inom medicin, fann en gång ett enda Zyprexa-dataset som hade publicerats etthundafyrtiotvå gånger. En studie iklädd etthundafyrtiotvå kostymer, och en läkare som räknade citeringar skulle ha sett en överväldigande konsensus. Det är denna litteratur Dr. Halloran står på när han frågar mig var min studie är.

När det inte räcker tillverkar industrin själva tidskriften. Merck skapade en publikation kallad *Australasian Journal of Bone and Joint Medicine*, som på alla sätt såg ut som en vetenskapligt granskad tidskrift, för att marknadsföra Fosamax. Den hade ingen webbplats. Medline indexerade den aldrig. Elsevier, ett respekterat namn, tryckte den i några månader, och sedan försvann den efter att ha fyllt sitt enda syfte: att presentera ett marknadsföringspåstående i ett typsnitt som läkare litar på. Så när Dr. Halloran föreläser för mig om skillnaden mellan en vetenskapligt granskad publikation och en anekdot måste jag säga honom att jag inte längre vet vad det första begreppet betyder, och det gör inte han heller. Skillnaden mellan oss är att jag har slutat låtsas.

Jag är inte den radikale i denna diskussion. De radikala är människorna som drev området. Marcia Angell redigerade *New England Journal of Medicine* i två decennier och skrev att mycket av läkarkårens beteende är mer klandervärdt än industrin som korrumpierar den, eftersom professionens enda plikt är gentemot patienten och den sålde bort den plikten. Arnold Relman, som redigerade samma tidskrift före henne, skrev att de akademiska institutionerna i detta land tillåter sig själva att bli läkemedelsindustrins betalda agenter. John Ioannidis, den mest citerade kliniska forskaren i livet, visade att för de flesta studiedesigner som används idag är ett publicerat påstående mer sannolikt att vara falskt än sant. Peter Gøtzsche, medgrundare av Cochrane Collaboration, gav sin bok i ämnet titeln *Deadly Medicines and Organised Crime*, och han menade uttrycket bokstavligen: läkemedelsjättarna begår mer än tre gånger så många allvarliga brott som andra branscher, även efter justering för storlek. Det här är inte dissidenter som ropar från marginalerna. Det här är människorna som innehade de högsta ämbetena i templet och som berättar för dig att templet är ett bedrägeri. Jag upprepar bara det de vittnade om.

FDA, den tillsynsmyndighet som Dr. Halloran litar på för att avslöja bedrägerier, är ett dotterorgan till de företag den reglerar. FDA får en betydande del av sin budget för läkemedelsgranskning direkt från de företag vars produkter den utvärderar, i form av avgifter, och den belönar samarbetsvilliga rådgivare med industripengar efter godkännanden. Dess egen säkerhetsansvarige, David Graham, vittnade under ed inför kongressen att myndigheten, sådan den är utformad, var oförmögen att skydda amerikaner från ännu ett Vioxx – det smärtstillande läkemedel som drogs tillbaka från marknaden efter att ha dödat tiotusentals människor – och att myndigheten, med hans egna ord, var trasig. Det var en man inne i byggnaden som beskrev byggnaden. Och dödstalet är inte metaforiskt.

Metaanalysen från 1998 i JAMA uppskattade dödsfall på sjukhus orsakade av läkemedel till nära etthundratusen per år enbart i USA.

Gøtzsche uppskattade det totala antalet läkemedelsrelaterade dödsfall i USA och Europa till tvåhundra tusen per år, vilket gör korrekt förskrivna, korrekt godkända läkemedel till den tredje vanligaste dödsorsaken efter hjärtsjukdom och cancer. Tredje. Systemet som kräver en randomiserad kontrollerad studie innan jag får nämna ett avmaskningsmedel är samma system som dödar fler människor än alla illegala droger på jorden tillsammans, med substanser som det själv har certifierat som säkra.

Och sedan kom demonstrationen som avgjorde frågan för mig och för miljontals andra – den som Dr. Halloran helst skulle vilja att jag inte tog upp eftersom det inte finns något svar på den. Vi såg i realtid hur hela apparaten för evidensbaserad medicin vändes mot en luftvägssjukdom och mot de billiga läkemedel som kanske hade kunnat behandla den. Vi såg en studie i The Lancet, världens äldsta medicinska tidskrift, dra tillbaka en bedräglig hydroxyklorokinartikel som byggde på en databas som inte existerade, men först efter att artikeln hade använts för att stoppa studier världen över. Vi såg ivermektin, ett Nobelprisbelönat läkemedel på WHO:s lista över essentiella läkemedel, över en natt omvandlas till ett skämt om hästpasta. Vi såg en ny injektion snabbgodkännas, göras obligatorisk och marknadsföras som säker och effektiv, medan studien som påstods bevisa detta avblindades i förtid och dess rådata förseglades i flera år. Vi såg tillsynsmyndigheterna som godkände den gå direkt till chefspositioner hos de företag som de just hade berikat. Jag tänker inte återuppta hela den debatten här. Jag nöjer mig med att säga att varje läkare som upplevde den perioden och fortfarande kan ge mig uttrycket ”evidensbaserad medicin” med allvarlig min ber mig hedra ett lik. Jason Fung uttryckte det bäst: tror redaktörerna för de stora medicinska tidskrifterna fortfarande på evidensbaserad medicin? Inte alls. Då borde inte vi heller göra det, inte förrän evidensen har renats från pengarnas inflytande. Fram till dess är termen ett varumärke, inte en metod.

Så när Dr. Halloran ber om min randomiserade kontrollerade studie säger jag att jag byter min mot hans. Låt honom finansiera en studie av fenbendazol med samma oberoende, samma blindning och samma frihet från kommersiella påtryckningar som han föreställer sig skyddar de läkemedel han förskriver varje dag. Jag kommer att acceptera dess dom utan invändningar. Han kan inte göra det, och vi vet båda varför. Ingen kommer att betala för den. Det finns inget patent i slutet, inga intäkter, ingen affärsmodell. Hela den maskin jag just har beskrivit existerar för att säkerställa att studien aldrig genomförs, så att frånvaron av studien sedan kan användas som skäl att ignorera substansen. Det är cirkeln. De kommer inte att testa den, och sedan säger de att den är otestad. De avfinansierar frågan och kallar sedan ditt svar ovetenskapligt. Jag har slutat gå in i den cirkeln, och jag ber dig att kliva ut ur den tillsammans med mig.

Nu ska jag besvara hans tre specifika anklagelser direkt, eftersom jag inte vill bli anklagad för att byta ämne. För det första: störfaktorer. Han har rätt i att inget enskilt fall där patienten samtidigt fick konventionell behandling kan isolera effekten av avmaskningsmedlet. Jag medger det utan tvekan. Det han inte tar upp är vad som händer när samma mönster upprepas hos hundratals patienter, i olika länder, med olika konventionella behandlingar i grunden och under läkare som aldrig har träffat varandra. Störfaktorer sprids ut. Om tillfrisknandena berodde på kemoterapin och avmaskningsmedlet var verkningslöst, skulle de som svarade på behandlingen följa kemoterapin medan avmaskningsmedlet skulle försvinna som brus. Det är inte vad dokumentationen visar. Dokumentationen visar att avmaskningsmedlet återkommer hos dem som svarar på behandlingen,

om och om igen, över cancerformer som inte delar någon standardbehandling, vilket är motsatsen till vad störfaktorer producerar. Paul Marik byggde FLCCC-protokollen på exakt denna logik, och Pierre Kory kom fram till samma slutsats oberoende av honom. Tusen samstämmiga observationer är inte tusen anekdoter. De är ett dataset med svag design, och ett dataset med svag design men utan intressekonflikter väger fortfarande tyngre än en perfekt designad studie som har köpts.

För det andra är hans fälla – att undertryckande och ineffektivitet passar bevismaterialet lika bra – inte övertygande. Han har rätt i att frånvaron av en studie är symmetrisk och inte säger oss något i sig själv. Därför bygger jag inte mitt resonemang på frånvaron. Jag bygger det på beteendet hos de människor som utför undertryckandet, vilket inte alls är symmetriskt. När professor Enno Freyes malariastudie med femhundra patienter publicerades, sedan raderades, och Freye själv blev utsatt för fabricerade narkotikaanklagelser och fängslades, är det inte det tysta försvinnandet av en substans som helt enkelt misslyckades. Ineffektivitet kräver ingen komplott. En studie som inte kan reproduceras leder till ett brev till redaktören, inte en fängelsecell för dess författare. Ingen bygger en global apparat för att undertrycka något som inte fungerar. Kraften som används mot en billig substans är i sig ett bevis, och det är den enda bevisbit som Dr. Hallorans ramverk inte kan förklara, eftersom hans ramverk antar att systemet är neutralt, och jag har just ägnat tio sidor åt att visa att det inte är det.

För det tredje och slutligen: anklagelsen som han aldrig själv behöver känna av, eftersom det inte är han som är döende. En patient får höra att det inte finns några bra alternativ, att prognosen är sex månader och att palliativ vård är det enda som återstår. För den patienten är kravet på en randomiserad kontrollerad studie inte en vetenskaplig standard. Det är en dödsdom med en fotnot. Han får höra att han ska avstå från en billig, säker substans med lång säkerhetshistorik och samstämmiga signaler om tillfrisknande för att vänta på en studie som de människor som tjänar pengar på hans sjukdom aldrig kommer att finansiera. Bevisbördan har vänts upp och ned. När det konventionella systemet öppet erkänner att det inte har något mer att erbjuda är de dokumenterade erfarenheterna från patienter som tog substansen och överlevde inte den svagaste evidensen som finns tillgänglig för den döende mannen. Det är den starkaste evidensen han har, eftersom det är den enda evidens som direkt berör valet framför honom. Läkaren som kallar detta för en ”anekdot” och skickar hem honom för att dö är inte rigorös. Han är grym, och han gömmer den grymheten bakom rigorositetens vokabulär, vilket är det äldsta knepet i professionens historia.

Jag ska ge Dr. Halloran en sista eftergift eftersom jag är skyldig honom en ärlig sådan i utbyte mot den ärliga sammanfattning han gav mig. Han har rätt i att jag inte kan bevisa orsakssamband i något enskilt fall, och det har jag aldrig påstått att jag kan. Fallbeskrivningarna i denna bok är utgångspunkter, inte rättssalsbevis, och jag har sagt det tydligt överallt där de förekommer. Mitt påstående är smalare än halmgubben och mycket svårare att slå ihjäl: att det samstämmiga mönstret över tusentals patienter, tillsammans med den dokumenterade kraft som lagts på att undertrycka det, och tillsammans med dödstalen från de certifierade alternativen, förskjuter det rationella beslutet för en patient som har uttömt sina konventionella alternativ. Det är hela saken. Dr. Hallorans argumentation, hur intelligent den än är, vederlägger ett påstående som jag aldrig har gjort och berör aldrig det påstående som jag faktiskt gjorde. Och han och jag vet båda att om han vore patienten och de sex månaderna vore hans, skulle inte heller han vänta på studien.

Kommentar: Jag gjorde Dr. Halloran så stark som jag visste hur, och jag lät honom medge de saker som är sanna, eftersom den svaga versionen av detta argument aldrig en enda gång har fått mig att ändra uppfattning, och jag ser ingen anledning att tro att den skulle ändra din. Allt jag tog

upp i mitt svar är dokumenterat, det mesta i min första bok, och allt kommer från källor som innehade de högsta positionerna inom området. Jag höjde inte rösten. Jag behövde inte göra det. Dokumentationen sköter ropandet. Han anser att bevisbördan ligger på den billiga substansen. Jag anser att efter det senaste decenniet, och efter det vi alla såg hända sedan 2020, har bevisbördan flyttats över till systemet som svek oss, och det har ännu inte ens börjat bära den. En läsare som avslutar detta avsnitt och fortfarande håller med Dr. Halloran har åtminstone ställt sig bakom den bästa versionen av honom. Jag skulle hellre förlora den läsaren till det starka argumentet än behålla honom med det svaga, eftersom jag inte driver en marknadsavdelning. Jag lärde mig hur sådana fungerar genom att se den andra sidan göra det.

Vad jag rekommenderar

Den sammanfattande rekommendationen för en läsare som överväger att ta substansen eller ge den till en familjemedlem är följande.

För förebyggande användning hos en frisk vuxen som vill använda substansen som en åtgärd för att förebygga kronisk sjukdom är protokollet ett Protocol 1000-schema två eller tre dagar per vecka, såsom jag beskrev i Kapitel 8, vilket är den regim jag själv följer. Kostnaden är femton dollar per år i materialkostnader; tidsåtgången är ett doseringsfönster på fyra till åtta timmar de dagar i veckan då det tas; och kostförändringen består av fastande mage under doseringstimmarna. Fördelarna, enligt min erfarenhet och enligt de långvariga användare jag har korresponderat med, är minskad belastning av kroniska infektioner, förbättrad energi och ledfunktion, minskad åldersrelaterad kognitiv försämring samt den bredare känslan av välbefinnande som kommer av att minska den ackumulerade belastning som de flesta vuxna bär på.

Observera: Ingen vet vilken som är den minsta effektiva dosen av klordioxid, och om du inte är sjuk behöver du inte lägga enormt mycket tid på att ta det. Målet är att använda viss mängd klordioxid varje vecka.

Vid akuta infektioner är protokollet högdosprogrammet för akuta tillstånd från Kapitel 6, med uppmärksamhet på de tre gyllene reglerna och användning av apelsinjuice som avstängningsknapp vid behov. Substansen löser de flesta akuta infektioner inom några dagar, och schemat fortsätter i flera dagar efter att de akuta symtomen har försvunnit för att förhindra återfall. Det akuta protokollet fungerar mot influensa, förkylningar, bihåleinflammationer, öroninflammationer, urinvägsinfektioner, tandabscesser, akut exponering för borrelia, matförgiftning och de flesta akuta infektiösa tillstånd.

Vid kronisk sjukdom beror protokollet på det specifika tillståndet. Del tre behandlar de huvudsakliga kategorierna: hudsjukdomar, cancer, autism, borrelia, vaccinskador samt bredare kroniska infektiösa och inflammatoriska sjukdomar. Läsare med ett specifikt tillstånd bör konsultera det relevanta kapitlet och de kompletterande resurser som jag har länkat till genom hela boken, och överväga att samarbeta med någon av klinikerna inom klordioxidgemenskapen om fallets komplexitet motiverar det.

Vid akuta krissituationer där patienten eller en familjemedlem befinner sig i omedelbar klinisk fara har substansen en roll vid sidan av konventionell akutsjukvård, inte som ersättning för den. En patient i septisk chock behöver intravenösa antibiotika och det stödjande intensivvårdsarbete som akutmottagningen erbjuder. Klordioxidprotokollet används parallellt med standardvården i dessa

fall, där patienten eller en familjemedlem lägger till det orala eller topikala protokollet när den akuta krisen har stabiliserats.

Vad jag inte rekommenderar

En kort lista över sådant jag inte rekommenderar, baserad på de mönster av skada som jag har observerat hos patienter som började använda substansen utan tillräckliga förberedelser.

Även om jag själv gjorde det rekommenderar jag inte att öka dosen snabbare än vad startproceduren föreskriver. Herxheimer-reaktionen som följer på en accelererad upptrappning får många patienter att överge protokollet innan de hinner uppleva några fördelar.

Jag rekommenderar inte att själv administrera intravenös klordioxid. IV-vägen kräver utbildad klinisk personal, steril beredning och akututrustning. Patienter som har improviserat intravenös klordioxid i hemmet har orsakat sig själva allvarliga skador.

Jag rekommenderar inte att kombinera protokollet med höga doser C-vitamin, glutation eller andra antioxidanter under doseringsfönstret. Interaktionen inaktiverar klordioxiden och ger ingen klinisk nytta från antioxidanten.

Jag rekommenderar aldrig vacciner. Om du fortfarande inte förstår att dessa är onda biologiska vapen som används mot allmänheten och är universellt skadliga, då har du inte lyssnat.

Jag rekommenderar inte att försöka övertyga en fientligt inställd läkare om substansens värde. Läkaren har institutionella och professionella skäl att vägra engagera sig i frågan om klordioxid, och patienten som försöker omvända sin läkare kommer att möta en konflikt som han inte kommer att vinna och som kommer att skada läkar-patientrelationen i andra frågor där han behöver läkarens hjälp. Substansen verkar utanför det konventionella systemet. Patienten bör planera därefter.

Jag rekommenderar inte att informera patientens försäkringsbolag, patientens skola, patientens arbetsgivare eller någon annan institutionell part om protokollet. Dessa aktörer har anslutit sig till undertryckandeapparaten kring substansen, och ett avslöjande skapar bara friktion. Protokollet är en privat angelägenhet mellan patienten och hans kropp. Patienten som behandlar det på det sättet kommer att få den bästa upplevelsen.

Jag är 72 år gammal.

Denna bok om klordioxid är ett av många större projekt för mig sedan jag började skriva för nio år sedan. Ingenting står stilla. Nya terapier utvecklas i takt med att kroniska sjukdomar som uppstått efter covidvacciner har skapat nya katastrofer för patienter. Metylenblått har lagts till standardregimen under de senaste åren, och fibrinolytiska enzymer har därefter tillkommit för hjärt- och kärlproblem efter vaccination. De kommande åren kommer att föra med sig nya kliniska mardrömmar, och jag kommer att fortsätta skriva om dem på [Surviving Healthcare](#) i takt med att händelserna utvecklas.

En vän till mig, som har följt protokollet i ungefär ett år för att behandla kronisk borrelia som hon hade lidit av i över ett decennium, berättade nyligen att substansen har gett henne tillbaka det liv som sjukdomen hade tagit ifrån henne. Hon är i slutet av femtioårsåldern. Hon arbetar i sin trädgård igen. Hon sover hela natten. Hon har inte ont. Hon har ingen hjärndimma. Hon behöver inte längre de roterande antibiotikaregimer som hennes tidigare borrelialäkare hade ordinerat utan att uppnå resultat.

Hon berättade att hennes son, som är läkare och som har följt hennes återhämtning med växande förvåning, nyligen frågade vad hon använde. Hon svarade klordioxid. Han skrattade och sade att det var blekmedlet som FDA hade varnat alla för. Hon sade ja, substansen som FDA hade varnat alla för, och att den hade gett henne livet tillbaka. Han slutade skratta. Han bad henne skicka referenser, och nu kan hon skicka honom detta.

Läsaren som har avslutat boken har referenserna. Läsaren som väljer att använda substansen har protokollen. Läsaren som väljer att dela informationen med en familjemedlem, en vän eller en läkare har fallmaterialet. Klordioxidgemenskapens arbete under de senaste femton åren når dem som behöver det genom dem som själva har gått igenom arbetet. Du, läsaren, är nu en av oss.

Robert Yoho, MD
Pasadena, Kalifornien
Maj 2026

Bilaga: Min Substack-serie om klordioxid

Denna bilaga publicerades ursprungligen i slutet av mitt Substack-inlägg om Pierre Korys *The War on Chlorine Dioxide*, publicerat i februari 2026. Den listar de tjugo artiklar jag skrev om klordioxid för min Substack, *Surviving Healthcare*, mellan november 2023 och december 2025. Dessa inlägg är det forskningsmaterial som jag använde för denna bok och samma forskningsmaterial som Kory använde för sin. De innehåller intervjuer, protokolldetaljer, fallmaterial och korrigeringar som tillsammans utgör den dokumentära redovisningen av det arbete som klordioxidgemenskapen har producerat under dessa år. Läsaren som vill gå djupare än vad denna bok tillåter bör börja här och följa länkarna.

1. [NYCKELINLÄGG: "Klordioxid \(CD\) är ett universellt motgift" — NASA](#) (november 2023). Det inledande inlägget som startade min serie. Täcker ämnets historia, verkningsmekanismer, undertryckande och hur man framställer det.
2. [Kerri Rivera, mammabjörnen som startade en rörelse](#) (december 2023). Rivera upptäckte klordioxid för att rädda sin autistiske son innan Humble eller Kalcker nådde en bredare publik. Hon har sedan dess hjälpt mer än 100 000 barn. Intervju och bakgrund.
3. [Snoot Spray är magi för näsan](#) (december 2023). Michelle Hermans och Val Alligers företag producerar kommersiella klordioxidprodukter med systemiska effekter.
4. [Jag blir rik på Frontier Pharm och Snoot! nätverksmarknadsföring \(MLM\)](#) (januari 2024). Jag önskar det, haha. Jag tjänade visserligen 1 800 dollar under de första veckorna, men jag gav hela vinsten till välgörenhetsorganisationer som främjar klordioxid. Om du engagerar dig kan du behålla det du tjänar.
5. [Kerri Rivera återvänder för att avslöja fler hemligheter inom naturlig medicin](#) (mars 2024). Andra intervjun. Behandlar Parkinsonprotokoll, debatten MMS1 kontra CDS, metylenblått, min behandlingsregim och läckande tarm.
6. [Tanya Carmona Daniels ger oss en uppdatering om klordioxid \(CD\)](#) (maj 2024). Carmona Daniels är en ledande insider inom COMUSAV Mundial och Kalcker Institute. Intervjun behandlar den globala rörelsen, skillnaden mellan MMS1 och CDS samt resurser för affiliates.
7. [En ledande klordioxidexpert \(CD\) säger att vi alla måste ta det om vi vill leva](#) (juni 2024). Min anonyma källa, Steve, med årtionden av erfarenhet av CD, delar sina kunskaper om verkningsmekanismer, cancer, dosering och varför MMS1 överträffar CDS.
8. [Fel och utelämnanden i mitt senaste inlägg om klordioxid](#) (juli 2024). Korrigeringar och förtydliganden om debatten MMS1 kontra CDS, Herxheimer-reaktioner, saltsyra som föredragen aktivator och hur man stoppar en reaktion med apelsinjuice.
9. [Som patient är jag ett fullständigt elände](#) (augusti 2024). Ett patientfall: en kvinnas insulinberoende diabetes, som tidigare varit instabil, försvann efter en vecka på MMS1-protokollet. Innehåller min personliga regim och en fallserie om CD mot metastaserande cancer.

10. [Mark Grenon är den mest erfarna nu levande klinikern inom klordioxid \(CD\)](#) (september 2024). Grenons historia med Jim Humble, Genesis II Church, de två dokumentärfilmerna och hans fängelsestraff. Hur MMS upptäcktes och varför MMS1 föredras framför CDS.
11. [Ytterligare kliniska prövningar av klordioxid är oetiska eftersom ”tusen anekdoter blir data” — Pierre Kory](#) (december 2024). Vittnesmål från patienter med många olika sjukdomar. Kerri Riveras femtonåriga erfarenhet av autism. Ett argument för att avfärdandet av anekdotisk evidens i sig är ett metodologiskt fel.
12. [Curious Outlier återpublicering: Hur man använder klordioxid, del 1](#) (december 2024). Snabbkursserien av skaparen bakom dokumentären *The Universal Antidote*. Täcker startproceduren, leverantörer och de tre gyllene reglerna.
13. [Bonusinlägg om en hjälte: Susan Raj främjade klordioxid i Indien i många år på egen hand](#) (januari 2025). En indisk vårdutövare med tre decenniers klinisk erfarenhet. Döpte om klordioxid till ”di-oxygen chloride” för att kunna verka inom Indiens regulatoriska ramverk.
14. [Del 2 av Curious Outliers serie om hur man använder klordioxid](#) (januari 2025). Protocol 1000 i detalj. Hur man framställer CD hemma från råmaterial med saltsyra (muriatic acid) och natriumklorit.
15. [Curious Outlier återpublicering: Klordioxid för hudsjukdomar och hudåkommor](#) (januari 2025). Före- och eftervittnesmål för psoriasis, eksem, sår, infektioner och mer. Topikala protokoll för ytliga och djupa hudtillstånd.
16. [En sällsynt intervju med den svårfångade Mark Grenon, en av klordioxidens huvudarkitekter](#) (februari 2025). En längre intervju med Grenon själv. Hans nästan dödliga förgiftning och återhämtning med CD, hans fängelsestraff och hans fortsatta opinionsarbete.
17. [Dr. Andreas Ludwig Kalcker, en av huvudarkitekterna bakom klordioxid](#) (tidigt 2025). Förespråkare för klordioxidlösning (CDS). Publicerad på Rumble.
18. [Dave Oates — på dagen jetmekaniker och på natten en maskerad förkämpe för klordioxid \(CD\)](#) (maj 2025). Oates räddade sin mors liv med CDS när hon var nära att dö av covid. Han driver den största Telegram-kanalen för vittnesmål om CD. Hans självexperimentering och personliga protokoll.
19. [Återpublicering mitt i veckan: Levande blodanalys bevisar att klordioxid fungerar](#) (november 2025). Curious Outlier dokumenterar mikroskopiska förändringar i blodceller i realtid före och efter administrering av CD, inklusive röda blodkroppars morfologi, rouleauxbildning och sammanhang relaterade till vaccinskador.
20. [Bonus mitt i veckan: Min vän Kerri Rivera blir skuggbannad, och jag söker hjälp](#) (december 2025). Rivera är en av de tre ursprungliga pionjärerna inom klordioxidrörelsen, tillsammans med Grenon och Humble. Detta inlägg dokumenterar det fortsatta undertryckandet av hennes arbete kring autism och efterlyser stöd.

Utvalda referenser

Referenserna nedan är de primära källor som jag har använt i kapitlen ovan, organiserade efter kapitel. Länkarna leder till originalkällorna där de fortfarande finns tillgängliga. Allt som har tagits bort vid den tidpunkt då läsaren söker upp det bör kunna hittas genom att söka på titeln via fungerande alternativa plattformar.

Del I: Upptäckten

[”Klordioxid är ett universellt motgift”](#), min Substack-översikt över substansen.

- [Jim Humbles webbplats](#), där hans böcker finns tillgängliga gratis som PDF-filer.
- Jim Humble, *Breakthrough, the Miracle Mineral Supplement of the 21st Century*, 2005. Finns gratis som PDF från Jim Humble Foundation.
- [The Universal Antidote-dokumentären](#), producerad 2021, innehåller fullständigt vittnesmaterial från Grenons och andra.
- [Quantum Leap-dokumentären](#) (2016) med undertexter på nio språk.
- Kerri Rivera, *Healing the Symptoms Known as Autism*, andra upplagan 2014. Begagnade exemplar via [Thriftbooks](#).
- Kerri Rivera, *Autism CD Protocol... and Other Autoimmune Disorders*, 2024. [Tillgänglig hos Snoot! Spray](#).
- Mark Grenon, *Picture a World Without Dis-Ease. Is it Possible?* Tillgänglig som gratis PDF och via [Print Shop Central](#).
- Andreas Kalcker, *CDS, Health Is Possible* (2012) och *Forbidden Health: Incurable Was Yesterday*, båda tillgängliga på [andreaskalcker.com/en/books/](#).
- Andreas Kalcker m.fl., *Bye Bye Covid*, 2020. [Biofield Expert](#).
- [Min intervju med Kerri Rivera \(första\)](#).
- [Min intervju med Kerri Rivera \(uppföljning\)](#).
- [Min intervju med Mark Grenon \(september 2024\)](#).
- [Min intervju med Mark Grenon \(februari 2025\)](#).

Del II: Hur man använder det

- Curious Outliers [Ultimate Guide to Chlorine Dioxide](#) finns tillgänglig som gratis nedladdning från [TheUniversalAntidote.com](#).
- [Apocalypse Almanac](#) är länkad högst upp i alla mina inlägg för att tillhandahålla aktuella Amazon-länkar till klordioxidkit och tillbehör.

Min serie om metylenblått, [”Methylene Blue, Part I and II”](#).

Del III: Vad det behandlar

- [”Är cancer en parasit?”](#) Min Substack-intervju om fenbendazol och teorin om cancer som en parasitär sjukdom.
- [”Levande blodanalys bevisar att klordioxid fungerar”](#), Curious Outliers återpublicering med mikroskopibilder före och efter behandling.

- [”Borrelia är ett biologiskt vapen”](#), min genomgång av teorin om *Borrelia* som biologiskt vapen.
- [”Det är svårt att förstå hur ondskefulla vacciner är”](#) är min bredare argumentation för vaccinskador.
- [”Snoot Spray och Frontier Pharm”](#), min intervju med utvecklarna bakom Snoot Spray.
- [Curious Outliers Substack-arkiv](#) för löpande fallmaterial och uppdateringar av protokoll.

Del IV: Undertryckande

- Pierre Kory och Jenna McCarthy, *The War on Chlorine Dioxide*, Bella Luna Press, 2026. [Tillgänglig på Amazon](#) och på [Korys mottagningssida](#).
- [Pierre Kory Medical Musings](#), Korys Substack med längre essäer och fallmaterial om klordioxid.
- [The War on Chlorine Dioxide – Special Guest, Dr. Pierre Kory](#), i Dave Oates intervju med Kory.
- [Min intervju med Tanya Carmona Daniels](#), den offentliga representanten för COMUSAV.
- [FDA:s varningsbrev till Genesis II Church](#), april 2020.
- [COMUSAV USA-kapitlet](#), med läkarregister och protokollbibliotek.
- Robert Yohos *Cassandra’s Memo: COVID and the Global Psychopaths*, [tillgänglig på Amazon](#) och som gratis PDF-nedladdning från [RobertYoho.substack.com](#).

Bakgrund och vidare läsning

- *Butchered by Healthcare*, av Robert Yoho, [tillgänglig på Amazon](#), presenterar det bredare argumentet att den etablerade sjukvården sviker patienterna.
- [Hormone Secrets](#) av Robert Yoho, om bioidentiska hormoner, behandlar också de systemiska mönster som boken identifierar i cancerkapitlet.
- [FLCCC:s webbplats](#), Pierre Korys och Paul Mariks organisation samt deras bredare protokoll för tidig behandling och långvarig covid.
- [”The History and Therapeutic Mechanisms of Chlorine Dioxide”](#) av Pierre Kory, den tekniska följeslagaren till hans bok.

Resurser

Klordinoxidgemenskapen har byggt sin stödstruktur utanför de institutionella kanaler som man anser vara fångade av etablerade intressen. Listan nedan är den aktuella uppsättningen resurser i mitten av 2026. Läsaren som söker aktuell information, leverantörer, fallmaterial eller en kliniker att rådfråga bör börja här.

Telegram-kanaler

Telegram har varit gemenskapens primära plattform under de senaste fem åren eftersom den har varit mindre aggressiv när det gäller censur av klordinoxidrelaterat innehåll än de stora västerländska plattformarna. Kanalerna nedan är de största och mest aktivt modererade.

- [Theuniversalantidote.coms Telegram-kanal](#), med över 100 000 medlemmar, är den största engelskspråkiga CD-gemenskapen.
- [Chlorine Dioxide Testimonies](#) på Dave Oates kanal, med över 70 000 medlemmar, fokuserad på patientvittnesmål och frågor om protokoll.
- [Curious Outlier](#), med protokollbiblioteket, leverantörsrecensionerna och arkivet över levande blodanalyser.
- [Kerri Rivera English](#), Riveras autismfokuserade kanal.
- [COMUSAV](#), den internationella läkarfederationens kanal, huvudsakligen på spanska.

Substack-sidor

Substack-sidorna nedan behandlar klordinoxid och relaterade ämnen inom alternativ hälsa på djupet, och flera av dem publicerar nytt material varje vecka eller oftare.

- [Surviving Healthcare](#), min Substack, har omkring 50 000 prenumeranter och hundratals inlägg om klordinoxid, vacciner, covidresponsen och det fångade medicinska systemet.
- [Pierre Kory Medical Musings](#), Korys längre essäer om klordinoxid och den bredare rörelsen av systemkritiska läkare.
- [Curious Outliers Substack](#), med protokolldetaljerna och fallarkivet som kompletterar *Ultimate Guide*.
- [Dr. Kalckers Substack](#), Andreas Kalckers engelskspråkiga kanal.
- [Chlorine Dioxide Testimonies på Substack](#), Dave Oates Substack med mer omfattande patientfall.
- [The Universal Antidote Testimonies Archive](#), med längre vittnesmålstrådar från Telegram-gemenskapen.

Webbplatser

- [TheUniversalAntidote.com](#), med dokumentären, PDF-versionen av *Ultimate Guide* och protokollbiblioteket.
- [JimHumble.co](#), Jim Humble Foundation, med originalböckerna tillgängliga som gratis PDF-filer.
- [KerriRivera.com](#), Riveras webbplats med bokning av konsultationer och resurser kring autism.

- AndreasKalcker.com, Kalckers huvudsida med böckerna och CDS-protokollbiblioteket.
- [Kalcker Institute](http://KalckerInstitute.com), certifieringsprogrammet för CDS-kliniker.
- [COMUSAV USA](http://COMUSAVUSA.com), den internationella läkarfederationen som upprätthåller ett register över kliniker som arbetar med klordioxid.

Stiftelser och läkarnätverk

- [Front Line COVID-19 Critical Care Alliance](http://FrontLineCOVID19.org) (FLCCC), Pierre Korys organisation, inom den bredare infrastrukturen av systemkritiska läkare.
- [Coalición Mundial Salud y Vida](http://CoalicionMundialSaludYVida.com) (COMUSAV) har mer än 5 000 läkarmedlemmar i över 30 länder.
- [Genesis II Church Telegram-arkiv](http://GenesisIIChurchTelegram.com) och Mark Grenons historiska utbildningsmaterial, som hålls tillgängliga av sympatisörer sedan rättsprocesserna.

Klinisk konsultation

För läsare som söker en kliniker att rådfråga om de protokoll som beskrivs i denna bok finns följande alternativ:

- [Pierre Korys mottagning](http://PierreKorys.com), som erbjuder telemedicin i alla femtio amerikanska delstater samt internationellt där lokala regler tillåter det.
- [Kerri Rivera](http://KerriRivera.com) för direkta konsultationer kring autism.
- COMUSAV:s läkarregister på comusav.com med kliniker i över 30 länder.
- [Chlorine Dioxide Testimonies](http://ChlorineDioxideTestimonies.com) konsultationsportal, som drivs av Dave Oates och hans medarbetare.
- [Kalcker Institutes läkarregister](http://KalckerInstitute.com) för CDS-utbildade kliniker.

Förnödenheter

Aktuella Amazon-leverantörer av klordioxidkit, natriumklorit, saltsyra och kompletterande tillbehör listas i klordioxidkapitlen i *Apocalypse Almanac*, som återfinns högst upp i varje inlägg på RobertYoho.Substack.com. För ett omedelbart alternativ säljer [denna Amazon-leverantör](http://dennaAmazon-leverantor.com) både CDS- och MMS-kit. Telegram-kanalerna ovan har aktiva diskussioner om leverantörer i sina fästa inlägg, med snabba uppdateringar när leverantörer försvinner eller nya tillkommer.

För den patient som söker det enklaste sättet att komma igång är kommersiella tvåflaskskit från någon av Amazon-leverantörerna som listas i *Apocalypse Almanac* det rätta valet. Kitet ger de flesta patienter flera månaders dosering enligt Protocol 1000. Aktivatorn saltsyra finns också tillgänglig separat, och muriatisk syra för hemmablandning säljs i alla butiker för pooltillbehör för mindre än 10 dollar per gallon.

Om författaren

Robert Yoho, MD, är en pensionerad läkare bosatt i Pasadena, Kalifornien. Han arbetade med kosmetisk kirurgi i över trettio år, med fokus på fettsugning och andra estetiska ingrepp, innan han lämnade den kliniska verksamheten 2018 för att skriva på heltid. Hans Substack, [Surviving Healthcare](#), har nära 50 000 prenumeranter och behandlar det fångade medicinska systemet, läkemedelsindustrin, covidbedrägerier och institutionell korruption inom amerikansk medicin.

Han har skrivit sex böcker: *Butchered by Healthcare*, *Hormone Secrets*, *Cassandra's Memo*, *Judas Dentistry*, *The Apocalypse Almanac* och *A New Body in One Day*. Samtliga finns tillgängliga gratis som e-böcker, och alla utom *The Apocalypse Almanac* finns även i tryckt form på Amazon.

Dr. Yoho var styrelsecertifierad kosmetisk kirurg och fellow i American Society of Breast Surgery. Han har haft lärartjänster vid University of Southern California.

Han arbetar inte längre kliniskt, och de åsikter som uttrycks i hans böcker utgör inte medicinsk rådgivning utan speglar en erfaren klinikers uppfattningar som privatperson.

Han är 72 år gammal vid tiden för denna publikation. Han fortsätter att skriva, intervjua systemkritiska läkare och patientförespråkare som för vidare den medicinska frihetsrörelsen, samt att följa en personlig regim med klordioxid, metylenblått, DMSO och andra kosttillskott.