

To: [redacted]
 From: [redacted] (10)(2e)
 Sent: Sat 8/1/2020 8:58:52 AM
 Subject: CO levels in COVID-19 autopsies
 Received: Sat 8/1/2020 8:59:02 AM

Geachte leden van het OMT en anderen in de zorgsector die bij het OMT en/of de coronacrisis zijn betrokken.

Een maand geleden publiceerde de *Washington Post* het artikel '**Coronavirus autopsies: A story of 38 brains, 87 lungs and 42 hearts. What we've learned from the dead that could help the living**', zie <https://www.washingtonpost.com/health/2020/07/01/coronavirus-autopsies-findings/>

Daarom zend ik u onderstaand de mail die de Amerikaanse toxicoloog [redacted] (10)(2e) twee weken geleden stuurde naar een aantal universitaire patholoog-anatomen in dat artikel. Hoewel koolmonoxide niet werd genoemd in het artikel, constateert [redacted] (10)(2e) dat ALLE bevindingen bij die autopsies overeenkomen met vergiftiging door koolmonoxide, iets waarvoor hij al eerder waarschuwde in publicaties op het internet (ook die links staan in de mail) en het wetenschapsblad 'Science'.

Naar aanleiding van deze mail van [redacted] (10)(2e) wil ik u wijzen op het feit dat ook ik al vanaf 20 maart probeer om het RIVM en veel andere medische instanties en organisaties te alarmeren over het feit dat vergiftiging door exogeen en/of endogeen koolmonoxide duidelijk een zeer belangrijke rol speelt in de coronapandemie. Tot enige actie of zelfs vragen heeft dat helaas niet geleid.

Mijn stelling was en is dat de vragen en mysteries omtrent covid-19 en het (vaak dramatische) verloop van de ziekte verklaard kunnen worden aan de hand van het advies '*Gezondheidsrisico's door lage concentraties koolmonoxide*' dat de Gezondheidsraad een jaar geleden uitbracht. Dat geldt volgens mij ook voor de ziekte van Kawasaki bij kinderen, die een verband lijkt te hebben met covid-19.

Helaas heeft dat alarmerende en baanbrekende advies van de Gezondheidsraad nauwelijks aandacht gekregen in de media en de medische wereld, terwijl ook de geadviseerde voorlichting aan zorgverleners niet heeft plaatsgevonden. De vele reacties die ik kreeg op mijn omslagartikel in Medisch Contact ('*Lage concentraties koolmonoxide zijn ook giftig*'; 19 februari) bewezen de onbekendheid van artsen met dit onderwerp, iets wat ook blijkt uit de reacties die Medisch Contact bij het artikel plaatste, zie <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/chronische-co-vergiftiging-is-onderschat-gevaar.htm>. Overigens werd die onbekendheid al duidelijk na mijn interview in Medisch Contact van 28 februari 2017 '*Chronische koolmonoxidevergiftiging vaak gemist*', zie <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/chronische-koolmonoxidevergiftiging-vaak-gemist.htm>

In andere landen is de situatie overigens niet beter dan in Nederland. Volgens de WHO is koolmonoxidevergiftiging de meest voorkomende vergiftiging, maar medische opleidingen hebben er bitter weinig aandacht voor.

Bij deze doe ik wederom een dringend beroep op u om bij verdere overwegingen, maatregelen en onderzoek inzake covid-19 nadrukkelijk aandacht te besteden aan de rol van exogeen en endogeen koolmonoxide. Uitbreiden van het OMT met toxicologen lijkt me daarvoor absoluut noodzakelijk.

Met vriendelijke groet,

[redacted] (10)(2e)
 [redacted] (10)(2e)
 [redacted] (10)(2e)

----- Forwarded message -----

From: [redacted] (10)(2e) MS, MHS <[redacted] (10)(2e)@donnaydetox.com>
 Date: Fri, Jul 17, 2020, 4:54 PM

Subject: CO levels in COVID-19 autopsies

To: <(10)(2e)@mountsinai.org>, <(10)(2e)@bwh.harvard.edu>, <(10)(2e)@lsuhsc.edu>, <(10)(2e)@nyulangone.org>

Cc: <(10)(2e)@washpost.com>, <(10)(2e)@gmail.com>, <(10)(2e)@phipps.ws>

7/17/2020

Open letter to academic pathologists:

I just read the [Washington Post article](#) by (10)(2e) that describes some of the typically uncommon autopsy findings that you and your colleagues are reporting in COVID-19 victims.

I am writing as a consulting toxicologist who specializes in carbon monoxide :

- 1) to say all your findings appear consistent with the literature on CO poisoning (especially the profuse microclotting, extensive hypoxia, and bright red rashes);
 - 2) to ask if you have already tested CO levels in any COVID-19 victims?
- and

- 3) to urge you to start testing both arterial and venous CO if you haven't already.

The CO poisoning in COVID-19 cases is not from inhaled sources, of course, but endogenous, from the catabolism of hemoglobin and other heme proteins that are not fully oxygenated by heme oxygenase-1, the aptly-named Universal Stress Enzyme.

This HO-1 activity increases naturally in response to respiratory infections of all kinds and is considered protective by those who study it, like rising body temperature—but only within a tolerable range. Above this range, spiking CO, like a spiking fever, may be quickly fatal.

The other end-products of this catabolism are water that causes inflammation, iron that goes to ferritin, and biliverdin that goes to bilirubin. The latter are both reported to be elevated in COVID-19 studies and correlated with the severity of cytokine storms, so higher than normal levels of gaseous CO must also be present.

This free CO, like free oxygen, will readily diffuse through capillaries into organs (where it binds more aggressively to any unoccupied heme protein, including myoglobin, neuroglobin, cytoglobin, and most critical to human survival, cytochromes in mitochondria).

But no one has yet reported measuring CO levels in COVID-19 patients or victims, and I couldn't find this mentioned in any of your COVID-19 papers.

Studies published long ago by the Office of the Maryland Medical Examiner ([pubmed collection here](#)) show the magnitude of the arterial-venous gap in COHb, positive or negative, is more closely correlated with deaths from CO than the absolute value of either alone.

Data from the OMME studies show the a-v COHb gap was always less than 2% absolute in people who died of other causes, but 4% to over 30% in CO victims. Tellingly, the victims show a>v if they died during exogenous CO exposure. But v>a if they died after being removed from exposure, or if the cause was 24/7 endogenous exposure that had been gradually rising for days or weeks, which is what I fear is happening in COVID-19 cases.

As the level of CO in their lungs increases, some gaseous fraction is continuously being carried away in plasma--and this free CO, just like free oxygen, will readily diffuse into any organs where the backpressure of free CO is lower (while CO bound to hemoglobin remains in the blood).

The key organs that determine survival from CO exposure seem to be the liver and spleen. They normally absorb (and keep out of circulation) higher concentrations of CO than any other organ, but in deaths caused by CO, their buffering

capacity is overwhelmed, and the level of CO in circulation is higher.

If you are interested in reading more about the evidence of high CO in COVID-19, here is a review I wrote back in March with over 60 references:

<https://osf.io/uvj42/>

And here is a warning about the CO poisoning of COVID-19 patients that I sent medical and coroner associations back in April, asking them to start testing:

(10)(2e) [@albertdonnay_17627/toxicologist-warns-covid-19-patients-are-dying-of-carbon-monoxide-poisoning-that-pulse-oximeters-a2ac42d4c3a4](https://twitter.com/albertdonnay_17627/toxicologist-warns-covid-19-patients-are-dying-of-carbon-monoxide-poisoning-that-pulse-oximeters-a2ac42d4c3a4)

Hope this information is helpful. I look forward to learning the results of any CO tests you can disclose and thank you in advance for doing them.

(10)(2e)

(10)(2e)

Donnay Detoxology LLC (10)(2e) [@donnaydetox.com](mailto:donnaydetox.com)

(10)(2e)

(10)(2e)