

Borrelia

Erste Schritte auf dem Weg zu einer noch unbekannten Nosode

Von Friedrich Witzig

●● Zusammenfassung

Borrelien sind nicht nur Krankheitserreger, sondern waren im Rahmen der Evolution auch Lieferanten für wichtige Baupläne der *eukaryoten* Zellen. Die von ihnen verursachte Krankheit verläuft chronisch, ist sehr vielgestaltig und kann mit anderen Krankheiten assoziiert sein. Um *Borrelia* als Nosode anwenden zu können, bedarf es einer *Materia medica*. Aufgrund der charakteristischen Eigenschaften des Rückfallfiebers, der Borreliose früherer Zeiten, werden 4 Fälle vorgestellt, bei denen *Borrelia* als Nosode hilfreich war.

●● Schlüsselwörter

Borrelia, Borreliose, Evolution, Nosode, Rückfallfieber, Spirochaete, Syphilis.

●● Summary

Borrelia are not only pathogen germs, but in the context of evolution also have been supplier of important blueprints of eucaryotic cells. The disease caused by them takes a chronic course, is multifarious and can be associated with other diseases. To be able to use *Borrelia* as a nosode a *materia medica* of the remedy is necessary. Based on the base of the characteristics of relapsing fever, the borreliosis of earlier times, 4 cases are presented in which *Borrelia* as a nosode was helpful.

●● Keywords

Borrelia, borreliosis, evolution, nosode, relapsing fever, spirochaeta, syphilis.

„Unentbehrlich sind Überzeugungen, schlimm ist das Dogma.“ [14]

Einleitung

Die *Borrelie* kennen wir als Erreger der Borreliose, einer chronischen Krankheit. Wenigen wird bekannt sein, dass sie, als eine Vertreterin der **Spirochaetales**, Trägerin von Bauplänen ist, die auch im Menschen Anwendung gefunden haben. Am Beispiel der Mitochondrien, die als Endosymbionten in den eukaryoten Zellen die Aufgabe der Energiegewinnung übernommen haben und deren nächste Verwandte, die Rickettsien, auch Krankheitserreger sind, haben die Borrelien ebenso eine Doppelrolle. Zum einen stellen sie den eukaryoten Zellen – und damit auch dem Menschen – unverzichtbare Strukturelemente zur Verfügung, können aber auch Menschen infizieren und akute oder chronische Leiden auslösen. Da durch *Borrelia* ausgelöste Störungen in allen Bereichen des Körpers auftreten, ist zu erwarten, dass sie das gleiche Potenzial wie die anderen großen Nosoden hat.

Systematik

Die Borreliose ist das Krankheitsbild einer chronisch verlaufenden Infektion mit *Borrelien*. Diese gehören zur Ordnung der Spirochaetales, die in 4 Familien unterteilt ist:

- die Spirochaetaceae,
- die Brachyspiraceae,
- die Brevinemataceae und
- die Leptospiraceae.

Abteilung XV. Spirochaetes [6]

Klasse I. Spirochaetia

Ordnung I. Spirochaetales

Familie I. SPIROCHAETACEAE

Gattung I. *Spirochaeta*

Gattung II. *Borrelia*

Gattung III. *Cristispira*

Gattung IV. *Treponema*

Familie II. BRACHISPIRACEAE

Gattung I. *Brachispira*

Familie III. BREVINEMATACEAE

Gattung I. *Brevinema*

Familie IV. LEPTOSPIRACEAE

Gattung I. *Leptispira*

Gattung II. *Leptonema*

Gattung III. *Turneriella*

Unsichere Zuordnung

Gattung I. *Hindgut spirochaetes*

Gattung II. *Cryptocercus*

Die Familie der **Spirochaetaceae** umfasst 4 Genera:

- die *Spirochaeta*, opportunistische Darmbewohner,
- die *Borrelia*, der 16 Arten, die für Menschen und Warmblüter pathogen sind, angehören,
- die *Cristispira* und
- die *Treponema*, deren Vertreter zum Teil opportunistische Bewohner des menschlichen Magen-Darm-Traktes sind, aber beim Menschen verschiedene Krankheiten wie Angina, Parodontitis, Bejel, Framboesie, Pinta und Syphilis und bei Tieren Dermatitis digitalis und Kaninchensyphilis auslösen können. [6]

Bedeutung der Spirochäten in der Evolution

Durch unsere Beschäftigung mit Krankheiten sehen wir in den Spirochäten nur die Krankheitserreger und in den Treponemen den Erreger der Syphilis, der unter Homöopathen zu Unrecht als der Zerstörer des Lebens gilt [18].

●● Sehen wir in den Spirochäten nur den zu bekämpfenden Übeltäter, dann erkennen wir nicht deren Bedeutung im System des Lebens.

Die amerikanische Biologin, Lynn Margulis, hat die Theorie aufgestellt, dass die eukaryoten Einzeller die Fähigkeit zur Fortbewegung und zur Zellteilung durch eine Fusion mit Spirochäten erlangten: Die eukaryote Zelle übernahm von den Spirochäten die Baupläne für das Kinetosom, für die Geiseln (Fortbewegung) und für die Zentriole (Zellteilung) [12].

Kinetosom und Zentriole sind Zellorganellen, die auf dem Bauprinzip der Mikrotubuli beruhen und ursprünglich von einer Spirochäte stammen. Im Verlauf der Evolution ist eine eukaryote Zelle von einer Spirochäte infiziert worden; die eukaryote Zelle erkrankte an der Spirochäteninfektion und musste sich mit dem Erreger auseinandersetzen (Krankheit). Die Möglichkeiten, wie solch eine Auseinandersetzung zwischen Erreger und Wirt endet, variieren sehr stark. Zwischen dem Tod des Wirtes und dem Tod des Erregers sind alle möglichen Arrangements zwischen Wirt und Erreger denkbar. So kann z.B. der Erreger als Parasit im Wirt weiterleben, Erreger und Wirt können eine Symbiose bilden: Der eine nutzt die Vorteile des anderen und umgekehrt. Erreger und Wirt können Teile ihres Genoms austauschen oder der Wirt kann Fähigkeiten des Erregers übernehmen, um so sein Leistungsspektrum zu erweitern.

Signaturen der Spirochäten beim Menschen

Das Bauprinzip der Spirochäten-Geisel nutzte die eukaryote Zelle, um durch Begeißelung die Fähigkeit zur Bewegung zu erlangen oder bei der Zellteilung mithilfe der Zentriolen die beiden Chromosomensätze voneinander zu trennen. Dieses Bau- und Wirkprinzip, das auf der Entwicklung

der Mikrotubuli basiert, findet sich in vielen mikroskopischen Strukturen des Menschen wieder, z.B. dem Schwanz der Spermazellen, in den unbeweglichen Überresten der Zilien in den Zapfen- und Stäbchenzellen der Retina, in den beweglichen Zilien des Eileiterendothels, den Zilien des Endothels im Respirationstrakt oder den Mikrovilli, fingerförmigen Ausstülpungen auf dem Endothel des Gastrointestinaltrakts. Die Spirochäte hat also nicht nur eine Bedeutung als Krankheitserreger, sondern auch als Lieferant eines Bauprinzips, das im Verlauf der Evolution bei den Lebewesen Verwendung für ganz unterschiedliche Funktionen fand ([12], S. 127).

●● Vor dem Hintergrund, dass die Spirochäte nicht nur ein Krankheitserreger, sondern auch Lieferant von Konstruktionsplänen für uns Menschen ist, ist die Homöopathie angemahnt, ihr negatives Bild von der Syphilis zu revidieren.

Die Borrelie – Erregerin einer chronischen Krankheit

Die Borrelie, eine Vertreterin der Spirochäten, erfüllt die Kriterien einer chronischen Krankheit im Sinne Hahnemanns. Sie ist infektiös und der Infizierte scheint sich von dem Erreger aus eigener Kraft nicht mehr befreien zu können. Daher verdient diese Krankheit die besondere Aufmerksamkeit der Homöopathen. An ihre Behandlung müssen die gleichen Ansprüche gestellt werden, wie es Hahnemann für die Behandlung der Psora gefordert hatte [8]. Dafür fehlen aber die Voraussetzungen, nämlich eine ausführliche Beschreibung der Symptome der Borreliose und die Erforschung von Arzneien, die bei der Behandlung hilfreich sein werden [1, 2, 5, 7].

Geschichte der Borreliose

Lyme-Borreliose. Eine Symptomensammlung der Borreliose wirft Fragen auf, für die es zuerst einmal keine Antworten gibt. Das Bild der Borreliose wird im Wesentlichen von der klinischen Erfahrung mit der Lyme-Borreliose geprägt und scheint daher eine Krankheit zu sein, die erst mit der Ankunft des Erregers auf dem amerikanischen Festland in Lyme zu beginnen scheint ([16], S. 42–50). Lyme

ist die nächstgelegene Ortschaft zu einer Insel im Atlantik, auf der die Amerikaner die von den Deutschen begonnene biologische Kriegswaffenforschung weiterführten. Es konnte genetisch bewiesen werden, dass die von der Insel entkommenen Borrelien, die das typische klinische Bild der Lyme-Borreliose auslösten, mit den europäischen näher verwandt sind als mit den nordamerikanischen [3, 16].

Rückfallfieber. Ein Blick zurück in die Geschichte der Infektionskrankheiten zeigt, dass die Borreliose schon Jahrhunderte zuvor als Febris recurrens, als rekurrerender Typhus oder Rückfallfieber, beschrieben wurde [15]. 1873 beschrieb Obermeier, ein Assistent von Rudolf Virchow, eine Schraubenbakterie als Ursache des Recurrens, die später nach ihm Spirillum Obermeieri benannt wurde ([10], S. 246). Anfang des vorigen Jahrhunderts wurde das Rückfallfieber als Borrelien-Infektion identifiziert und wurde Borrelia recurrentis genannt. Flügge vermutete 1891, dass Läuse, und Robert Koch erkannte 1905, dass Zecken Überträger der Krankheit sind ([11], S. 880).

Um mir ein umfassendes Bild von der Borreliose machen zu können, habe ich begonnen, sowohl die zeitgenössischen als auch die historischen Krankenberichte zu sammeln, die Krankheitssymptome zu exzerpieren und nach dem Kopf-zu-Fuß-Schema zu ordnen.

Die Veränderung im Erscheinungsbild der Borreliose

Rückfallfieber. Bei diesem Studium fällt auf, dass das Rückfallfieber epidemisch auftrat und sich in einer Bevölkerung umso schneller verbreitete, je beengter sie lebte [15]. Somit ist diese Art der Verbreitung durch eine Zecke als Vektor unwahrscheinlich und man muss davon ausgehen, dass andere blutsaugende Insekten für die Ausbreitung verantwortlich waren, wie z.B. Bettwanzen, Flöhe, Läuse, Milben.

Borreliose. War beim Rückfallfieber das Hauptsymptom das Fieber, dem nach einer bestimmten Zeit ein definiertes fieberfreies Intervall folgte, um ohne Prodromi wieder in ein Fieber zurückzufallen, geht heute die durch Zecken übertragene Borrelien-Infektion nur in Ausnahmefällen mit einem Fieber einher. Der Wandel

des Erscheinungsbilds der Borreliose von einem epidemischen Fieber zu einer vielgestaltigen, chronischen Krankheit hat in meinen Augen 2 Gründe. Zum einen sind in unserer zivilisierten Welt die Vektoren selten geworden, sodass Epidemien mangels Vektoren nicht mehr möglich sind, zum anderen führt die großzügige Verschreibung von Antibiotika zu einer veränderten Erscheinung des Borreliose-Krankheitsbilds, wie wir es auch von anderen Infektionskrankheiten kennen.

Zellwandfreie Borrelien – Sphärozyten

Zellveränderungen unter Antibiotika.

Die Untersuchungen von Frau Mattman [13] über zellwandfreie Bakterien hatten immer wieder gezeigt, dass Bakterien, wie auch die Borrelien, sich unter Antibiotika der Zellwände entledigen. Lange wurden diese Formen als Verunreinigungen angesehen, bis man mithilfe der PCR nachweisen konnte, dass diese veränderten mit den klassischen Formen genetisch identisch sind. Ohne Zellwände, auf denen die Antigeneigenschaften des Erregers sitzen, verändern sie sich in ihren Formen, ihren Funktionen und pathogenen Eigenschaften [13]. Die Borrelien nehmen Kugelform (Sphärozyten) an, verlieren ihre Antigeneigenschaften und können vom Immunsystem nicht mehr als fremd erkannt werden [16].

Zusammenhang Rückfallfieber und Borreliose. In dieser Form verhalten sich die Borrelien wie Rickettsien, Mycoplasmen, Chlamydien, natürlich vorkommende, zellwandfreie Bakterien, die die Fähigkeit haben, in Wirtszellen einzudringen. Intrazellulär können sie, ohne Krankheitssymptome zu erzeugen, für unbestimmte Zeit verweilen, um bei ungünstigen Verhältnissen wieder aktiv zu werden. Damit haben sie Eigenschaften erworben, die wie geschaffen sind, Erreger chronischer Krankheiten zu werden.

●● Es besteht daher der Verdacht, dass durch den massenweisen Einsatz von Antibiotika nach dem zweiten Weltkrieg in Medizin und Tiermast das akute Rückfallfieber sich in eine chronische Lyme-Borreliose veränderte.

Während die chronischen Symptome früher gelegentlich als seltene Nachkrankheit des Rückfallfiebers beobachtet wurden, sind sie heute die Regel.

Vor diesem Hintergrund muss die Frage erlaubt sein, ob die von der universitären Medizin befohlene Antibiotikatherapie sinnvoll, hilfreich und nachhaltig ist. Der Fall 4, der in seiner langen Krankengeschichte häufig Antibiotika verordnet bekam und unter den Zeichen einer akuten Borreliose mit Ceftriaxon (Rocephin®) behandelt wurde, wurde von seinen rezidivierenden Fiebrern nicht befreit und verdeutlicht die Grenzen standardisierter Therapien.

Die Vielgestaltigkeit der Borreliose

Der Genpolymorphismus, die Vielgestaltigkeit der Genexpression, sorgt dafür, dass es im Fall einer Infektion zu individuell unterschiedlichen Reaktionen des Wirtes auf den Erreger kommen kann. Er beeinflusst, ob die Krankheit akut, subakut, latent, intermittierend oder chronisch verläuft und mit welcher Intensität die Krankheitssymptome in Erscheinung treten. Er ist ein weiterer Umstand, warum die Borreliose ein sehr breites Spektrum an Symptomen entwickeln konnte.

Borrelien-Infektion gleichzeitig mit anderen Erregern

Außerdem hat das Studium von historischen und zeitgenössischen Krankheitsbeschreibungen und von Borreliose-Kasuistiken offenbart, dass eine Borreliose in der Regel nie alleine in einem Menschen vorkommt, sondern von vielen anderen Infektionen begleitet sein kann. Man erinnere sich an die §§ 35–51 des Organon, wo uns Hahnemann auf das Verhalten von ähnlichen und unähnlichen Krankheiten aufmerksam machte [9]. Welche Verläufe nehmen Krankheiten, wenn sie gleichzeitig in einem Menschen aufeinander treffen?

In den Chronischen Krankheiten beschreibt Hahnemann dann den Fall, bei dem alle drei ihm damals bekannten chronischen Krankheiten in einem Menschen vorkamen ([8], S. 117–118), und empfahl für solche Fälle eine besondere Vorgehensweise bei der Behandlung von Kranken, die gleichzeitig mit mehreren chronischen Krankheiten infiziert sind.

Begleitinfektionen. Bei meinen Recherchen über die Pathogenese fand ich Literaturstellen, die Infektionen folgender Erreger belegen, die zusammen mit einer Borreliose in einem Menschen vorkommen können: Babesien, Chlamydien, Ehrlichien, Klebsiellen, Leptospiren, Rickettsien, Salmonellen, Epstein-Barr-Virus, FSME-Virus, Papilloma-Virus [17]. Die Liste ist eine vorläufige, da die weitere Forschung sicher noch viele andere Infektionen entdecken wird, die mit Borreliose vergesellschaftet sein können. Das bedeutet aber, dass es sich bei so manchem Bericht über die Borreliose um eine Mischform handelt, Borreliose gepaart mit einer oder mehreren Begleitinfektionen.

Symptomsammlung jeder Infektionskrankheit. Wir kommen nicht umhin, die Pathogenese jeder dieser Infektionskrankheiten einzeln zu erforschen, zu studieren, eine Symptomsammlung zu erstellen, um sie miteinander vergleichen und gegeneinander differenzieren zu können. Nur über diesen mühsamen Weg lassen sich die typischen Eigenheiten einer Infektion ermitteln und sich von den anderen Infektionen, die gleichzeitig in einem Menschen auftreten, abgrenzen.

Diese Arbeit ist bei der Therapie von Menschen, die mit mehreren chronischen Krankheiten infiziert sind, deswegen von großer Bedeutung, weil bei der Behandlung gemischter Krankheiten für die Mittelwahl nur die Symptome derjenigen Infektionskrankheit zu berücksichtigen sind, die gerade aktiv ist. ([8], S. 118)

Kasuistiken

Fall 1

Beschreibung des Falles einer 72-jährigen Frau, die von 1987–1993 bei mir in Behandlung war und mich 2012, nach 19 Jahren, wieder aufsuchte.

Anamnese

Wegen erhöhtem Blutdruck nahm sie schon ca. 12 Jahre lang einen ACE-Hemmer (Lisinopril). Zu dem Bluthochdruck paarte sich mit der Zeit eine Angina pectoris. Wegen grünem Star tropfte sie regelmäßig ihre Augen. Ihre Rückenschmerzen sollen von einer Spinalkanalstenose herühren. Wegen einer Beinlängendifferenz

seit einer Totalendoprothese des rechten Hüftgelenks 2010 hinkte sie. 14 Tage vor dieser Konsultation trat ein Schwindel auf, der bis zum Termin anhielt. Die Arthrose der linken Hüfte erwähnt sie nicht.

Mittelgabe und Verlauf

Unter homöopathischer Behandlung gelang es mir nicht, die Patientin auf einen klaren Heilungsweg zu führen. Zuvor geklagte Symptome verschwanden, dafür kamen neue hinzu. Das Beschwerdebild änderte sich von Konsultation zu Konsultation. Die Gründe dafür zu diskutieren, würde den Rahmen dieses Artikels sprengen.

Auffallend war, dass unter *Cortisonum* die Rosacea, der Schulterschmerz links, der Schwindel, die ruhelosen Beine und die Schlafstörungen verschwanden. Auf *Sulfonamidum* war der Schwindel über Wochen ganz verschwunden. Auf *EBV-Nosode* besserten sich der Schwindel, die Schwäche und die Depression. *Chlamydia trachomatis* linderte den Schwindel, die Halsentzündung, das Sodbrennen und den Juckreiz am ganzen Körper. *Natrium phosphoricum* besserte am Anfang der Behandlung ihren Allgemeinzustand, *Natrium muriaticum* beendete ihre Herzrhythmusstörungen. Keines der verschriebenen Mittel hatte die Arthrose der linken Hüfte beeinflussen können – Hüftendoprothese Oktober 2014. Der Schwindel besserte sich unter einigen Mitteln, verschwand teils auch, aber nie nachhaltig.

Jedes Mal, wenn bei der Patientin der Schwindel wiederkehrte, geschah dies aus scheinbarer Gesundheit. Dieses Schema ist typisch für das Rückfallfieber – der Fieberschub erscheint aus scheinbarer Gesundheit ohne Prodromi – und veranlasste mich zu überlegen, ob dem Schwindel nicht eine Borreliose zugrunde liege. Auf *Borrelia* C 6 (Remedia) zweimal täglich verschwand der Schwindel, es stellte sich eine Nackensteife ein – Beschwerden gehen von oben nach unten – und wanderte weiter nach unten in die Lumbalregion. Daher wechselte ich nach 3 Wochen auf *Borrelia* C 9 (Remedia). Der Schmerz strahlte nun ins linke Bein aus, mit Pelzigkeit. Daher erhielt sie nach weiteren 3 Wochen *Borrelia* C 12 (Remedia). Bei den unter *Borrelia* aufgetretenen Rückenschmerzen handelt es sich um ein altes Symptom, das bis jetzt nicht gelöst ist, aber die

Schwindel sind bis heute nicht wieder aufgetreten.

Fall 2

Eine 65-jährige Patientin wurde seit 2011 mit *Aqua marina* behandelt.

Anamnese

Während der Aufführung eines Opernzyklus, der über 24 Stunden dauerte, schwoll der linke Unterschenkel an. Auf der Haut des Unterschenkels entwickelte sich ein Erythema migrans. Eine tiefe Beinvenenthrombose konnte ausgeschlossen werden. Sie hatte schon von sich aus *Borrelia* C 200 (Remedia) eingenommen, ohne dass sich der Befund besserte. In den 1980er-Jahren hatte sie ein Erythema migrans am rechten Fuß mit Gelenksbeschwerden rechts (Sprunggelenk, Knie und Hüfte). Vor 10 Jahren hatte sie ein Erythema migrans am linken Oberschenkel. Jetzt klagt sie neben dem geschwollenen Unterschenkel über ein Zucken im linken Unterlid und erstmals über plötzlich aufgetretene Herzrhythmusstörungen.

Mittelgabe und Verlauf

Da die Patientin unter *Aqua marina* beschwerdefrei war und da weder eine erneute Gabe, noch *Borrelia* in hoher Potenz auf den geschwollenen Unterschenkel eine kurative Wirkung zeigte und in der Vergangenheit schon zweimal ein Erythema migrans beobachtet wurde, unternahm ich einen Versuch mit *Borrelia* (Remedia) in tiefen Potenzen. Unter aufsteigenden Potenzen (C 6, C 9, C 12, C 15; Remedia) kam es zu einem langsamen, aber stetigen Abschwellen des Unterschenkels, Abblasen des Erythems und auch Verschwinden der Herzrhythmusstörungen.

Fall 3

Eine 71-jährige Patientin kam 1990 in Behandlung, weil sich nach siebenwöchiger „Erkältung“ ihr rechtes Mittelohr entzündet hatte.

Anamnese

An diesem Ohr wurde sie mit 5 Jahren nach einer durchgemachten Kinderkrankheit (Scharlach oder Masern) operiert. Trotz Entzündung hatte die Patientin auffallend wenig Schmerzen. Es störte sie nur, dass sie rechts wenig hörte und dass sie sich von der 7 Wochen anhaltenden

Krankheit nicht erholte. *Nux vomica* besserte ihren Zustand rasch und anhaltend und wurde 5 Jahre später einmal wegen Zeichen der Erschöpfung wiederholt.

4½ Jahre später kam sie erneut in Behandlung. In dieser Zeit war ihr Ehemann verstorben und sie hatte deswegen eine psychosomatische Therapie durchlaufen. Die nächsten 15 Jahre brachten eine Aneinanderreihung von Beschwerden (Erschöpfung, Blasenentzündungen, Depressionen, Bronchitis, rheumatische Schmerzen, Gesichtsschmerzen, Bluthochdruck usw.), die auf homöopathische Arzneien immer gut angesprochen haben.

Im Herbst 2015 litt die Patientin unter einem Schnupfen mit wässriger Absonderung (links > rechts). Plötzlich kam die Absonderung zum Erliegen, beide Ohren waren „belegt“ und beim Bücken durchfuhr sie ein plötzlicher Schmerz im linken Ohr, der sich zur Nacht hin steigerte und in den Kiefer ausstrahlte.

Mittelgabe und Verlauf

Wegen des plötzlichen Auftretens der Beschwerden aus scheinbarer Gesundheit und der Beteiligung eines Hirnnervs erhielt die Patientin *Borrelia* C 6 (Remedia) über den Tag verteilt. Noch in der Nacht sonderte das linke Ohr ein wässrig-blutiges Sekret ab, der Schmerz verging, aber sie fühlte sich sehr schwach und ihr war übel.

Am 6. Tag war die Patientin verzweifelt, weil sie abends kaum noch etwas hörte, was morgens aber etwas besser war. Das Ohr sonderte nichts mehr ab, keine Schmerzen. Therapie: *Chlamydia* C 30 (Schmidt-Nagel).

Am 8. Tag hörte sie fast gar nicht mehr, war aber halbwegs fit.

Am 9. Tag erbrachte die Untersuchung nach Rinne eine Lateralisierung nach rechts und die nach Weber eine beidseitige Schallleitungsstörung, wobei die Knochenleitung links schlechter war als rechts. Ergebnis: Rechts war die Schallleitungsstörung seit der Operation mit 5 Jahren bekannt, links war sie neu. Beunruhigend aber war die zusätzliche Innenohrschwerhörigkeit. Therapie: *Borrelia* C 30 (Remedia).

Am 10. Tag: langer tiefer Schlaf, die linke Nase lief wieder, wieder Absonderung aus der linken Nase, Hören subjektiv etwas besser bei objektiv gleichem Befund. Therapie: *Borrelia* C 30 (Remedia).

Am 13. Tag: häufiges Wasserlassen; bei voller Blase schmerzt der Blasenboden; schnelle Ermüdung; Knochenleitung links etwas besser. Therapie: *Borrelia* C 200 (Remedia).

Am 20. Tag: seit 6 Tagen deutliche Besserung; hört den Pulsschlag im linken Ohr; Gefühl von einem Stöpsel im Ohr; Puls beschleunigt, ca. 80 pro Minute; immer noch Lateralisierung nach rechts. Therapie: *Borrelia* C 200 (Remedia).

Am 27. Tag: leichte Befundverschlechterung. Therapie: *Borrelia* C 200 (Remedia).

Am 65. Tag: linksseitige Kopfschmerzen bei verstopfter Nase, vor allem im Liegen; Absonderung von Schleim aus den Choanen; Gefühl einer Wand im Ohr. Therapie: *Borrelia* CM (Remedia).

Seit der letzten Gabe sind die Symptome der Ohren und die Begleitsymptome ganz verschwunden und die Hörleistung ist wieder so hergestellt wie vor der akuten Erkrankung.

Fall 4

Die Ehefrau eines damals 32-jährigen Mannes, der auf der Intensivstation eines Reha-Krankenhauses lag, bat mich um homöopathische Behandlung, da alle bisherigen therapeutischen Bemühungen zu keiner Besserung führten und man fürchtete, dass ihr Mann trotz maximaler medizinischer Assistenz bald sterben würde.

Anamnese

Sie beschrieb, was sich 11 Wochen zuvor ereignete: Er gähnte viel, war in sich zusammengefallen, konnte sich nicht mehr konzentrieren, konnte den Fernseher nicht mehr ertragen und hatte ein „komisches“ Gefühl im Kopf. Er schlief bis in den Vormittag und hatte stark geschwitzt. Er litt unter Kopfschmerzen, die vom Nacken ausgingen und in den Kopf hochzogen, weiter starker Schweiß, seine Sprache war verlangsamt, er war total entkräftet, ganz blass und hatte das Bedürfnis zu schlafen. Gegen Mittag wurde er von Krämpfen geplagt, begann zu schreien, wenn das Auftreten der Krämpfe sich ankündigte, und biss während des Krampfes in die Bettdecke, war zeitlich noch orientiert und sehr verängstigt. Eine Liquoruntersuchung brachte kein Ergebnis. Eine Diazepam-Therapie milderte die Krämpfe, hatte aber auf den progredienten Verlauf

keinen Einfluss. Mit dem Verdacht auf Tollwut wurde er in ein dafür kompetentes Krankenhaus verlegt.

Jetzt wurde die Diagnose Enzephalitis gestellt, was der Patient kommentierte: „Wenn er stirbt, wird er noch alle beißen.“ Die nächsten 2 Tage schien es mit ihm aufwärts zu gehen und er machte wieder Pläne für die Zukunft. Dann entwickelte er eine Empfindlichkeit gegen Licht und klagte über berstende Kopfschmerzen. Nach der Nacht war er unkonzentriert, nicht mehr richtig ansprechbar, antwortete langsam, wurde zunehmend schläfriger, hatte abends nicht mehr gesprochen, gleichzeitig nahmen die Krämpfe wieder zu. Am darauffolgenden Tag war er bewusstlos. Während einer CT-Untersuchung kam es zum Kammerflimmern, er musste 20 Minuten reanimiert werden. Außerdem wurde ihm ein Liquorshunt gelegt. Am 14. Tag der Krankheit öffnete er das erste Mal wieder die Augen. Obwohl er beatmet wurde, hatte er eine Krankenschwester gebissen. Er musste viel gähnen, machte ständig Kaubewegungen, hatte starken Speichelfluss und in Gegenwart seiner Ehefrau kamen ihm die Tränen.

Mittelgabe und Verlauf

Die folgenden Wochen lag der Patient regungslos, beatmet, schien auf äußere Reize nicht zu antworten. Er hatte unter der Enzephalitis infolge eines erhöhten Hirndrucks einen hohen Querschnitt entwickelt. Lediglich die Ehefrau war sich sicher, dass ihr Ehemann ihre Zuwendung wahrnahm und ihr in seiner ihm noch zur Verfügung stehenden Möglichkeiten antwortete. Der Patient erhielt *Mercurius solubilis* C 200 (Schmidt-Nagel).

Der Patient verbrachte die nächsten 6 Jahre mehr oder weniger in Krankenhäusern oder Reha-Einrichtungen und war immer wieder von Fiebern geplagt, die entweder auf Lungenentzündungen oder Harnwegsinfekte zurückgeführt wurden und immer eine Antibiotikatherapie zur Folge hatten. Ein Fieberschub, der mit einem Erythema migrans einherging, bei gleichzeitig erhöhtem Borreliose-Titer, wurde mit Ceftriaxon (Rocephin®) behandelt. Auf die „schulmedizinische“ Therapie hatte ich keinerlei Einfluss. In dieser Zeit erhielt er immer wieder *Mercurius*, was seinen Zustand stabilisierte. Versuche

mit scheinbar besser gewählten Arzneien brachten keine Fortschritte.

Nach 4 Jahren, in denen ich keinen Kontakt mehr zum Patienten hatte, berichtete die Ehefrau, dass sie mit Zustimmung ihres Ehemannes von ihrem neuen Lebenspartner ein Kind erwartet und gemeinsam mit Ehemann und Lebenspartner unter einem Dach wohnt. Sie rief an, weil ihr Ehemann eine Mittelohrentzündung hatte, und er erhielt erneut *Mercurius*.

1½ Jahre später litt der Patient schon seit 3 Wochen unter einer rechtsseitigen Mittelohrentzündung. Er wurde deswegen operiert und nahm Antibiotika ein. Er erholte sich schlecht, war schwach und kam nicht mehr in Schwung. Im Serum wurden sehr hohe Antikörper gegen EBV gefunden, was mich bewog, *Carcinosinum* zu verordnen. In den folgenden 2 Jahren erhielt der Patient *Carcinosinum* in aufsteigenden Q-Potenzen. Versuche mit *Cortisonum* wegen hohem Blutdruck, *Medorrhinum* wegen Gedächtnisstörung, *Toxoplasmose-Nosode* wegen Folgen von Impfung brachten keine Besserung. Als bei einem erneuten Fieber *Carcinosinum* versagte, führte die *EBV-Nosode* zu einer vorübergehenden Klärung.

Immer wieder auftretende, plötzlich einsetzende Fieberschübe mit gleichzeitiger Zunahme der Spastik der Extremitäten waren und blieben ein ständiges ungelöstes Problem. Mit der Spastik vermehrten sich die Muskelschmerzen, gepaart mit einer ausgeprägten Schwäche. Obwohl eine Borrelien-Therapie lege artis mit Ceftriaxon (Rocephin®) keinen Einfluss auf die rezidivierenden Fieber hatte, aber weil eine positive Borrelien-Anamnese und -Diagnostik vorhanden war und weil die Fieber ohne Prodromi einsetzten, die mich an die Dynamik des Rückfallfiebers erinnerten, machte ich einen Versuch mit *Borrelia* in aufsteigenden Potenzen. Unter dieser Therapie verschwanden die Fieberschübe und die Muskelspastik besserte sich deutlich. Der Patient ist heute soweit stabilisiert, dass er in der Familie leben kann. Er spricht, isst und trinkt, kann die Arme bewegen und gebrauchen, hat eine Thoraxatmung, kann den Tag sitzend verbringen, ist aber nicht so stabil, dass nicht hin und wieder latente, chronische Krankheitssymptome erscheinen würden.

Résumé

Für die *Borrelia-Nosode* gibt es keine *Materia medica*, aufgrund deren Symptomensammlung man diese Arznei verordnen könnte. Da mir die Dynamik des Rückfallfiebers bekannt war, wagte ich den Einsatz dieses Mittels. Typisch ist der plötzliche Beginn der Krankheit (Fieber) ohne Prodromi. Alle 4 Patienten waren schon lange in Behandlung und benötigten die *Borrelia-Nosode* in einer Situation, als unter der Therapie eine akut aufgetretene Symptomatik eine kurative Arznei forderte oder Arzneien auf ein immer wiederkehrendes Fieber keinen Einfluss hatten. In allen Fällen begannen die Symptome plötzlich ohne Vorankündigung. In den Fällen 2 und 4 war eine früher durchgemachte *Borrelia*-Infektion bekannt. In den Fällen 1 und 3 kam es zu einer Lähmung eines Gehirnnervs, meist einseitig, was auch typisch für eine *Borreliose* ist.

Die Diagnose *Borreliose* verlangt nicht automatisch die Verschreibung von *Borrelia* als *Nosode*, sondern die nach den Regeln der Homöopathie gewählte ähnliche Arznei. Bedenkt man die besondere, von Hahnemann angemahnte Vorsicht bei der Behandlung chronischer Krankheiten, werden wir uns auf die Suche nach Arzneien machen müssen, die die *Borreliose* heilen können. Wagen wir uns an die Behandlung der *Borreliose*, so werden wir, wie es uns Hahnemann mit den antipsorischen Arzneien vormachte, mit der Zeit eine stattliche Zahl Anti-*Borreliose*-Arzneien sammeln können.

Besonders am Fall 4 wird klar, dass ohne die Kenntnis der diesem Fall zugrunde liegenden chronischen Infektionen und ohne die Kenntnis der Arzneikrankheiten durch jahrelange Einnahme von Arzneien eine „Heilung“ nicht möglich sein wird.

●● Solche und ähnliche Fälle verdeutlichen mir, dass auf uns Homöopathen die Arbeit wartet, die Pathogenesen chronisch ver-

laufender Krankheiten zu erforschen und ihre Besonderheiten zu studieren. Nicht anders steht es mit der Erforschung der Arzneikrankheiten.

Online zu finden unter:

<http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-107300>

●● Literatur

- [1] Alex P. Ganzheitliche Heilung Borreliosekranker unter homöopathischer Behandlung. Grimma: Edition Krannich; 2003
- [2] Alex P. Heilung Borreliosekranker mit Homöopathie. Internationales Homöopathiekolleg Torgau. 3. Aufl. Grimma: Edition Krannich; 2006
- [3] Alex P. Wesen, Erkennung und homöopathische Behandlung der *Borreliose*. AHZ 2007; 252(3): 124–136
- [4] Alex P. *Borrelia burgdorferi*. Neue Torgauer Arzneimittelpflichten Band 1. Brennewitz: Edition Krannich; 2010
- [5] Alex P. *Borreliose*. Hintergründe und Heilung. Brennewitz: Edition Krannich; 2011
- [6] Bergey's Manual of Systematic Bacteriology. Second Edition. Volume Four. New York: Springer; 2011: 471–566
- [7] Gebhardt C, Hansel J, Hrsg. Diagnose *Borreliose*. Kasuistiksammlung. Spektrum der Homöopathie 2015; 2
- [8] Hahnemann S. Die chronischen Krankheiten, ihre eigenthümliche Natur und homöopathische Heilung. Erster Theil. Zweite, viel vermehrte Auflage. Dresden und Leipzig: Arnoldsche Buchhandlung; 1835
- [9] Hahnemann S. Organon der Heilkunst. Textkritische Ausgabe der von Samuel Hahnemann für die sechste Auflage vorgeesehenen Fassung. Bearbeitet, herausgegeben und mit einem Vorwort versehen von Josef M. Schmidt. Heidelberg: Haug; 1992: 83–100; §§ 35–51
- [10] Klemperer F, Levy E. Grundriss der Klinischen Bakteriologie für Ärzte und Studierende. Berlin: August Hirschwald; 1894
- [11] Lippelt H. Das Rückfallfieber. In: Gsell O, Mohr W. Infektionskrankheiten. Band II. Krankheiten durch Bakterien. Teil 2. Berlin: Springer; 1968: 880–886

- [12] Margulis L, Sagan D. What is Life? Berkeley: University of California Press; 2000: 113–144
- [13] Mattman LH. Cell Wall deficient Forms. Stealth Pathogens. 3rd ed. Boca Raton: CRC Press; 2001
- [14] Ostermann P. Unterwegs mit Einstein und dem Esel. Bruttig-Fankel: digIT; 2015
- [15] Murchison C. Die Typhoiden Krankheiten. Flecktyphus, Recurrender Typhus, Ileotyphus und Febricula. Braunschweig: Vieweg und Sohn; 1867: 276–374, 634–702
- [16] Satz N. Klinik der Lyme-Borreliose. 2. Aufl. Bern: Huber; 2002
- [17] Witzig F. Pathogenese der *Borreliose*. [noch nicht abgeschlossenes, unveröffentlichtes Manuskript]
- [18] Witzig F. Miasmen oder chronische Krankheiten? ZKH 2013; 57(4): 212–217



Friedrich Witzig

Hausener Str. 21
89547 Gerstetten-Deitingen
E-Mail: witzig-dettingen@t-online.de

Verheiratet, vier Söhne. Studium der Biologie in Heidelberg; Studium der Medizin in Heidelberg und München. Ab 1985 Studium der Homöopathie bis heute, zuletzt bei Henny Heudens-Mast. Von 1984–1994 Kassenpraxis, von 1995 bis heute homöopathische Privatpraxis. Seit 1997 Weiterbildungsmöglichkeit. Ischias-Repertorium; Allen J.H. Die Chronischen Miasmen (Übersetzung); *Materia-medica-Arbeitskreis* (Systematik und Pathogenese homöopathischer Arzneien). Supervision (von erfolglos behandelten Patienten wird die Anamnese erhoben und deren Behandlung über Jahre beobachtet).