

Miasmen – Hamburg 10.4.2010

Curt Kösters

Mein Thema sind die chronischen Infektionskrankheiten - Miasmen in der homöopathischen Terminologie - ein schwieriges Thema – auch unter Homöopathen gibt es dazu recht kontroverse Ansichten und Aussagen – um es vorsichtig auszudrücken.

Thorulf Weißhuhn stellte in einem Artikel in der Zeitschrift für klassische Homöopathie – Ausgabe 2, 1996 - die verschiedenen Miasmen Konzepte innerhalb der Homöopathie vor – er beginnt diesen Artikel mit den Worten:

Das Wort „Miasma“ (im Plural: „Miasmen“, ungebräuchlich, aber korrekter: „Miasmata“, griechisch: miasma = Makel, Befleckung, Pest hauch, unreine [Erd-]Ausdünstung) wird innerhalb der Homöopathie in so unterschiedlichen Bedeutungen gebraucht, daß man es getrost ohne wesentlichen Verständigungsverlust aus dem homöopathischen Wortschatz streichen könnte.

Er beendet seine Ausführungen mit den Worten:

Jetzt wissen wir es genau: Wenn einer „Miasma“ sagt, meint er etwas, das ist:

- *nicht anders als an Einzelsymptomen erkennbar,*
- *auch als abstraktes Prinzip beschreibbar,*
- *durch eine Krankheit definiert (Infektionskrankheit, Parasitose, Carcinom),*
- *durch das Arzneimittelbild der Nosode charakterisiert,*
- *vererblich,*
- *nicht erblich,*
- *ansteckend,*
- *nicht kontagiös,*
- *eine Ur-Krankheit hinter allen Krankheiten (= ihren Manifestationen) und Arzneimittelbildern,*
- *eine existentielle Haltung innerhalb jedes einzelnen Arzneimittelbildes,*
- *ein Prototyp für eine ganze Klasse von Arzneimittelbildern und die entsprechenden Arten des Krankseins,*

- *Ausdruck einer moralischen Schuld (kann zumindest anklingen),*
- *nur in drei Grundformen möglich,*
- *in jedem Arzneimittel in eigener Form existent,*
- *nur durch antimiasmatische Arzneimittel heilbar,*
- *durch jedes Arzneimittel zu bekämpfen,*
- *in der Krankheit des Individuums existent,*
- *im kollektiven Kranksein manifest,*
- *Rest einer unausgeheilten (Infektionskrankheit).*

Das hört sich furchtbar an – und ist es auch.

Ich werde Ihnen jetzt versuchen zu zeigen, dass sich wenigstens einige der Widersprüche erklären lassen, wenn man die Begriffe vernünftig sortiert – Aber ich werde auch nicht zögern die überkommenen Theorien in Zweifel zu ziehen, wo mir das angemessen scheint.

Die Homöopathie beruht auf dem Ähnlichkeitsprinzip und auf der Individualisierung. Die epidemischen Krankheiten sind die Ausnahme von der Regel Für epidemische Krankheiten gilt das Prinzip der Individualisierung nur sehr eingeschränkt – Sie haben es gerade schon gehört in dem Vortrag von Dr. Rohrer. Epidemische Krankheiten sind Infektionskrankheiten – d.h. die Krankheit geht auf eine eindeutige Ursache zurück, die außerhalb des Kranken liegt. Diese Ursache ist stark genug um eine Krankheit auszulösen – und auch stark genug um bei fast allen Kranken ähnliche Symptome auszulösen.

– und selbstverständlich lässt sich dieses Prinzip auch auf chronische Infektionskrankheiten anwenden – mit gewissen Modifikationen.

Und das ist mit dem Begriff Miasma bei Hahnemann gemeint. Entwickelt wurde das Modell am Beispiel der Syphilis, die damals schon recht gut bekannt war.

Man wusste bereits seit dem 18. Jahrhundert, dass die Syphilis ansteckend ist - eine chronische Infektionskrankheit.

Der Primäraffekt der Syphilis – ihre Ersterscheinungsform ist ein schmerzloses Geschwür, das am Ort der Ansteckung auftritt.

Danach treten verschiedenste Hauterscheinungen auf, Haarausfall (die Syphilis soll ja der eigentliche Grund für die Mode der Perücken im 18. Jahrhundert gewesen sein), ferner, Kopfschmerz (besonders gerne nachts),

Abgeschlagenheit, Schweißausbrüche, nächtlicher Knochenschmerz. Schwindel, Unruhe, Schlafstörungen, nachlassen der Konzentration

In späteren Stadien treten unter anderem sehr ausgeprägte neurologische Störungen auf, das geht von Schmerzen bis hin zu Parästhesien – Missempfindungen, Nervenlähmungen, Ataxie – Störungen der Bewegungskoordination – bis hin zu Wahnvorstellungen.

Im emotionalen Bereich wird eine Verflachung beobachtet, starke Gefühlsschwankungen -

Behandelt wurde die Syphilis nun von der damaligen konventionellen Medizin mit Gaben von Quecksilber. Das war offenbar auch bis zu einem gewissen Grad erfolgreich.

Das Problem waren die Nebenwirkungen.

Die chronische Quecksilbervergiftung macht Geschwüre im Mund, Speichelfluss, üblen Mundgeruch, Schwachsichtigkeit, Kopfschmerz, Wadenkrämpfe, Zittern und Zucken der Glieder, Ausfallen der Haare und Zähne

Eine Nervöse Unruhe und Reizbarkeit wird beobachtet, Konzentrationsunfähigkeit, Schlaflosigkeit, Schwindel, Zittern, Ataxie – also Störungen der Bewegungskoordination, Parästhesien – also Missempfindungen.

Auch Schlaganfälle wurden beobachtet.

Ferner treten Stimmungsschwankungen auf, das kann bis hin zu Wahnvorstellungen gehen.

Die Nebenwirkungen waren also oft schlimmer als die Krankheit – und die Krankheit war oft kaum zu unterscheiden von den Nebenwirkungen der Behandlung.

Dass Quecksilber Symptome macht, die den Symptomen der Syphilis recht ähnlich sind, haben damalige Homöopathen natürlich mit großem Interesse registriert. Die konventionelle Medizin schien mit der Quecksilberbehandlung dem homöopathischen Prinzip zu folgen, ohne sich dessen bewusst zu sein.

Homöopathische Ärzte haben bereits sehr früh damit begonnen, Syphilis mit Quecksilber - Mercur in potenziertes – also stark verdünnter – Form zu behandeln. Bereits 1823 erscheint ein Bericht in Stapfs Archiv, der von den Erfolgen dieser Behandlung berichtet (Wislicenus, Band 2, Heft 3, S 1-23).

Auf diese oder ähnliche Erfahrungen mag Hahnemann sich bezogen haben, als er sein Konzept der Behandlung chronischer Infektionskrankheiten entwickelte.

Der entscheidende Punkt dabei: Der Patient mit dem syphilitischen Geschwür hat sonst noch keine spezifischen Symptome der Syphilis, der homöopathische Arzt kann also alleine aufgrund der aktuellen Symptomatik nicht das passende Mittel wählen – er weiß aber aus der Erfahrung, dass aus diesem Geschwür einmal eine volle Syphilis wird; er kennt deren Symptome und kann also den Patienten mit einem spezifischen Heilmittel für die Infektionskrankheit Syphilis behandeln.

Hahnemann hatte allerdings auch schon erkannt, dass das Spezifikum alleine nicht ausreichend ist – und das ist ein Unterschied zu den akuten Infektionskrankheiten.

Es müssen also neben dem Spezifikum individuell gewählte Mittel verabreicht werden – gewählt aufgrund der individuellen Symptomatik dieses Patienten.

Hahnemann erweiterte dieses Prinzip dann auf die Feigwarzenkrankheit – die wir heute unschwer mit dem HPV-Virus in Verbindung bringen können – und auf die Krätzeerkrankung. Mit der Krätze ist er wahrscheinlich etwas übers Ziel hinausgeschossen, dazu aber später mehr.

Im weiteren Verlauf des 19. Jahrhunderts – im Zuge der Verstädterung – war dann eine weitere chronische Infektionskrankheit auf dem Vormarsch – die Tuberkulose. Auch auf diese Krankheit wurde das Behandlungskonzept angewandt und die damaligen Veröffentlichungen berichten von erfolgreichen Behandlungen.

Experimentiert wurde damals auch schon mit Nosoden – Arzneimitteln, die aus den Krankheitsprodukten, d.h. dem Erreger selbst hergestellt werden. Bei der Behandlung der akuten Tuberkulose hat sich das aber nicht durchgesetzt, offenbar waren die Ergebnisse eher zweifelhaft.

Das lief übrigens relativ parallel zu entsprechenden Versuchen in der konventionellen Medizin. Robert Koch selbst hat ja mit dem Tuberkulin experimentiert, zunächst durchaus mit der Vorstellung, das in der Behandlung zu verwenden. Das hat sich aber auch dort nicht bewährt.

Wie ist nun die heutige Situation in der Homöopathie in Bezug auf die Behandlung chronischer Infektionskrankheiten?

Wir sehen heute in der homöopathischen Praxis in Mitteleuropa heute kaum mal einen Fall von Syphilis oder Tuberkulose – und wenn dann behandeln wir den nicht homöopathisch.

Erstens fehlt uns heute dazu ganz schlicht die Erfahrung. Und an die Erfahrungen des 19. Jahrhunderts können wir da nur sehr bedingt anknüpfen. Eine Syphilis ist eine recht tückische Angelegenheit, die kann scheinbar verschwinden und später dann umso schlimmer wieder zum Vorschein kommen. Die Behandlungserfolge des 19. Jahrhunderts, die unter ganz anderen diagnostischen Bedingungen erzielt wurden, sind heute für uns schwer beurteilbar, weil die Diagnosen und die Feststellung der Heilung nicht nach heutigem medizinischen Standard erfolgen konnte. Das ist ein wenig anders als bei der Behandlung akuter Epidemien, da ist die Situation übersichtlicher: An einer akuten Krankheit stirbt man, oder wird geheilt – und dass die Sterblichkeit unter einer fachgerechten homöopathischen Behandlung sehr gering ist, dafür kann man die Statistiken des 19. Jahrhunderts heute schon noch gelten lassen.

Ein weiterer Aspekt ist eben auch, dass ein Syphiliskranker nach Penicillin sehr rasch nicht mehr ansteckend ist und die Gefahr der Weiterverbreitung gebannt. Im Zuge einer homöopathischen Behandlung dauert das mit Sicherheit wesentlich länger. Wer möchte da die Verantwortung übernehmen?

Es scheint also an diesem Punkt, dass das ganze Konzept nur noch von medizinhistorischem Interesse ist.

Das wäre auch richtig, wenn es da nicht einige weitere Punkte gäbe.

- Erstens – Wissen wir nicht, was die Zukunft bringt. Wir haben jetzt schon viele Resistenzen gegen gängige Tuberkulostatika. Es könnte also durchaus sein, dass wir wieder in die Situation kommen, Tuberkulose behandeln zu müssen – einfach weil es keine Alternativen gibt.
- Zweitens – gibt es noch weitere chronische Infektionskrankheiten, Krankheiten bei denen die Behandlungsergebnisse der konventionellen Therapie weniger eindeutig sind. Beispielhaft möchte ich hier nur die Borreliose nennen. Hier ist eine homöopathische Behandlung durchaus möglich – und auch erfolgreich, soweit ich das bisher beurteilen kann. Selbstverständlich muss man für jede chronische Infektionskrankheit dann wiederum nach dem – oder den – spezifischen Mitteln suchen.

- Drittens aber – und das ist in unserer heutigen Praxis noch bedeutsamer, gibt es Folgezustände von chronischen Infektionskrankheiten – und das ist ebenfalls gut behandelbar homöopathisch.

Was ist gemeint mit Folgezuständen?

Da gibt es z.B. Kinder mit häufigen Atemwegsinfekten, mit häufigen subfebrilen Temperaturen, Kinder die mit großem Appetit gesegnet sind und trotzdem nicht recht zunehmen; oft dann auch mit einem gewissen Lufthunger, einem großen Verlangen nach frischer Luft; kurz gesagt: wir haben hier das Bild einer Schwindsucht vor uns, ohne dass diese Kinder eine echte Tuberkulose hätten. – In der homöopathischen Literatur wurde das dann als Tuberkulinie bezeichnet. Und in der Behandlung der Tuberkulinie hat sich dann das Tuberkulinum bewährt, selbstverständlich auch nicht als einziges Mittel – sondern wiederum im Wechsel mit Mitteln, die entsprechend der individuellen Symptomatik gewählt wurden.

Bekannt sind solche Folgezustände teilweise auch in der konventionellen Medizin.

Da gibt es z.B. die sogenannten Scabioiden. Was ist ein Scabioid? – Ein Scabioid ist der Zustand nach einer erfolgreich behandelten Krätze, wenn es dann aber trotzdem weiterhin juckt.

Da gibt es aber auch die angeborene Syphilis – Kinder die mit spezifischen Zeichen – den syphilitischen Stigmata geboren werden. Häufig ist das tatsächlich eine angeborene Syphilis, d.h. es gibt da einen aktiven Erreger, der im Mutterleib übertragen wurde. – Dann gibt es aber auch Fälle, wo ein Nachweis eines Erregers eben nicht gelingt und trotzdem syphilitische Stigmata da sind. Und da muss man sich dann schon fragen, ob hier ein solcher Folgezustand besteht.

Wie kann man sich das Zustandekommen eines solchen Folgezustandes vorstellen? – Man muss sich dazu nur klar machen, dass die Mehrzahl der Symptome ja gar nicht direkt vom Erreger verursacht werden, sondern vom Organismus als Reaktion auf den Erreger. Wenn der Erreger also verschwindet, kann die Reaktion natürlich sehr wohl weiterhin bestehen.

Es gibt dazu zwei hochinteressante Experimente

Yrjänäinen H et al. (Persistent joint swelling and Borrelia-specific antibodies in Borrelia garinii-infected mice after eradication of vegetative spirochetes with

antibiotic treatment. *Microbes Infect.* 2006 Jul;8(8):2044-51) konnten zeigen, dass bei borrelioseinfizierten Mäusen die Krankheitsmanifestationen über die Eradikation des Erregers hinaus bestehen:

„We wanted to study the pathogenesis and the long-term manifestations of *Borrelia garinii* infection in SJL and C3H/He mice. We report here that *B. garinii* A218 causes a persisting infection in these mouse strains. Mice infected with intracutaneous inoculation of *B. garinii* at 4-5 weeks of age developed a disseminated infection and joint swelling within 2 weeks of inoculation and remained infected with joint symptoms until the end of follow-ups of up to 52 weeks. Treatment with ceftriaxone or ampicillin at 18 or 44 weeks of infection did not affect the joint swelling during the follow-ups of 19 and 8 weeks, respectively. However, *B. garinii* could not be cultured from any of the post mortem tissue samples of the treated mice, whereas the spirochete grew from samples of all untreated infected animals. *Borrelia*-specific IgG antibodies were detectable after 2 weeks of infection, and in late infection, all mice had high anti-*borrelia* IgG levels. Antibiotic treatment had no effect on antibody levels. Histology showed only slight changes in the joints of the infected mice with occasional lymphocyte infiltration, synovial proliferation and slight involvement of the Achilles' tendon. No difference was seen in the findings between ceftriaxone-treated and untreated mice. The results suggest that the presence of vegetative spirochetes is no prerequisite for persisting joint symptoms and elevated anti-*borrelia* IgG levels in these *B. garinii*-infected mice.“

Ebenfalls konnten Moody KD et al. (Effectiveness of antimicrobial treatment against *Borrelia burgdorferi* infection in mice. *Antimicrob Agents Chemother.* 1994 Jul; 38(7):1567-72) von einem ähnlichen Effekt berichten, obwohl die Fragestellung der Studie eigentlich eine Andere war (Hervorhebung durch den Verfasser):

“When experimentally inoculated mice were treated at 1 week postinfection with ceftriaxone (16 mg/kg of body weight twice daily for 5 days) and monitored for up to 90 days, all treated mice were free of spirochetes and had no gross or histologic lesions. ... **When treatment began at 30 and 90 days after inoculation, infection and active cardiac and arthritic lesions were eradicated; however, residual mild synovitis and vasculitis persisted in some mice.** “

Wenn die Deutsche Gesellschaft für Neurologie in ihrer Leitlinie also die Auffassung vertritt, dass die Beschwerden des 'Post-Lyme-Disease-Syndroms' nichts mit Borrelien zu tun haben, und das damit begründet, dass diese Beschwerden nach antibiotisch behandelter akuter Lyme-Borreliose nicht auf eine erneute Antibiotikabehandlung ansprechen, was gegen einen ursächlichen Zusammenhang spräche – wenn sie diese Auffassung vertritt, blendet sie solche Arbeiten ganz offensichtlich aus und ist vielleicht schon auch ein Beispiel dafür, dass wir uns manchmal schwer tun, Dinge wahrzunehmen, die wir nicht verstehen, die nicht in unser theoretisches Konzept passen.

In diesem Sinne möchte ich die konventionellen Kollegen dazu aufrufen, dass sie diese Folgezustände – passive Infektionskrankheiten – zur Kenntnis nehmen und in ihre Wahrnehmung einbeziehen. Das könnte ganz spannend sein, unabhängig vom jeweiligen Behandlungskonzept.

Einen deutlichen Unterschied gibt es natürlich zwischen diesen passiven Infektionskrankheiten und den echten aktiven Infektionskrankheiten. Diese Folgezustände sehen nur so aus wie die Infektionskrankheit, sie verlaufen aber nicht progredient, man stirbt nicht daran. Allerdings stellen sie häufig eine Disposition dar für andere akute und chronische Erkrankungen. Einen Unterschied gibt es auch in der homöopathischen Behandlung – wie bereits erwähnt. In der Behandlung der passiven Zustände spielen die Nosoden eine große Rolle – bei den aktiven Zuständen sollte man mit Nosoden sehr vorsichtig umgehen.

Ganz kühn wird es natürlich, wenn ich hier mal in den Raum stelle, dass es in der homöopathischen Literatur die Auffassung gibt, dass solche Folgezustände erblich sind. Da fasst man sich als wissenschaftlich denkender Mensch doch an den Kopf. Wie können erworbene Zustände vererbt werden.

Es ist nun allerdings so, dass wir heute sehr wohl wissen, dass erworbene Zustände in der Tat vererbt werden können. Der entsprechende Forschungsbereich nennt sich Epigenetik – die Lehre von der Steuerung der Gene.

Ein berühmtes Beispiel für diesen Effekt: Der Winter 1944 war in den Niederlanden ein Hungerwinter. Die alliierten Truppen waren noch nicht einmarschiert, und die Deutschen haben sich nicht mehr sonderlich gekümmert um die Ernährung der Zivilbevölkerung in besetzten Ländern. Jedenfalls die Leute haben furchtbar gehungert. Nicht überraschend ist, dass die Kinder die in

der Zeit geboren wurden ein niedrigeres Geburtsgewicht hatten. Sehr überraschend war aber dann, dass die Kinder dieser Kinder dann ebenfalls ein niedrigeres Geburtsgewicht hatten. Da wurde eine erworbene Eigenschaft vererbt.

Um die Argumente noch einmal zusammenzufassen, die für einen kausalen Zusammenhang zwischen diesen Folgezuständen und den entsprechenden Infektionskrankheiten sprechen:

- Zunächst einmal die Symptomenähnlichkeit zwischen den eigentlichen Krankheiten und den Folgezuständen – also zwischen der Tuberculose und der Tuberculinie.
- Die Reaktion auf die entsprechenden Nosoden. Die entsprechenden Patienten reagieren mit großer Regelmäßigkeit deutlich und positiv auf die entsprechende Nosode – das hat dazu geführt, dass der Einsatz derartiger Nosoden sich in der Komplementärmedizin weit über die Homöopathie hinaus verbreitet hat; was wir in der Homöopathie wiederum mit etwas Unbehagen sehen, da die Nosode allein dann wiederum auch keine hinreichende Behandlung ist – und zudem nicht zu oft wiederholt werden sollte. Bemerkenswert ist aber auch, dass innerhalb der Homöopathie selbst ausgewiesene Kritiker des Hahnemannschen Miasmen-Konzept in bestimmten Fällen auf diese Methode zurückgreifen.
- In der Anamnese findet sich häufig ein Bezug zu der entsprechenden Infektionskrankheit – entweder in der individuellen Vorgeschichte, oder häufiger noch in der Familienanamnese
- Die Plausibilität des biologischen Mechanismus: Die Mehrzahl der Symptome einer Infektionskrankheit ist nicht direkt erregerbedingt, sondern eine Reaktion des Organismus auf die Infektion.
- Ebenfalls ist die in der homöopathischen Literatur seit langem beschriebene Vererblichkeit derartiger Zustände nach heutigem Kenntnisstand biologisch möglich.
- Das zeitliche Auftreten entspricht einem Zusammenhang: Während in der älteren homöopathischen Literatur die Syphilinie noch relativ häufig beschrieben wird, hat dies in den letzten Jahrzehnten deutlich abgenommen, verglichen mit Zuständen der Tuberkulinie. Dies entspricht

der Inzidenz der entsprechenden Infektionskrankheiten in den jeweils vorangegangenen Generationen.

- Es gibt vergleichbare Denkmodelle auch in der konventionellen Medizin – auch bei dem sogenannten Schmerzgedächtnis wird ja von der Persistenz einer biologischen Reaktion über den eigentlichen Anlass hinaus, ausgegangen.

Ich möchte noch mal an den eingangs zitierten Artikel erinnern, der sich der Dekonstruktion der homöopathischen Miasmenkonzepte widmete.

Nachdem wir nun geklärt haben, dass es in der Tat einen ansteckenden und einen vererblichen Aspekt bei diesen Miasmen gibt – dass man diese beiden Aspekte aber deutlich unterscheiden muss, möchte ich kurz noch mal auf die Entwicklung des Konzeptes bei Hahnemann zu sprechen kommen:

Hahnemann hat die Bedeutung der chronischen Infektionskrankheiten sicherlich überschätzt, nachdem er das Konzept einmal entwickelt hatte. Insbesondere aber ist die Krätze als Mutter aller chronischen Krankheiten natürlich so nicht haltbar.

Man kann es aber sehr gut verstehen, wie er darauf gekommen ist.

In der damaligen Zeit war Krätze ziemlich weit verbreitet – insbesondere auch im Gefolge der Napoleonischen Kriege. Fast jeder hatte also eine Krätze oder hatte wenigstens früher mal eine gehabt.

Nun gab es damals eine Vielzahl von recht gut dokumentierten Fällen in der medizinischen Literatur – die Hahnemann dann auch ausführlich zitiert in seinen chronischen Krankheiten. In diesen Fällen wurde sehr klar gezeigt, welche Folgeerscheinungen auftreten können, von der Schwindsucht bis zur Epilepsie, wenn die Krätze unterdrückt wird. Z.T. gab es sogar noch die zusätzliche Bestätigung, dass die Epilepsie wieder verschwand, wenn die Krätze wieder auftrat. Was lag also näher, als all diese Folgeerscheinungen direkt der Krätze in die Schuhe zu schieben.

Was er dabei allerdings übersah: Bei der Syphilis war ihm selbst aufgefallen, dass bei der Unterdrückung von syphilitischen Symptomen auch andere Krankheiten auftreten können, die nicht direkt etwas mit der Syphilis zu tun haben. Warum sollte das bei der Krätze anders sein?

Auf das ganze schwierige Thema der Unterdrückung möchte ich hier nicht weiter eingehen. Auch da gibt es ein paar Aspekte, die die heutige

konventionelle Medizin meines Erachtens übersieht, das ist aber ein eigener Vortrag in dieser Reihe.

Das Konzept von der Psora oder Krätze als Mutter aller Krankheiten wurde von der Mehrheit der homöopathischen Ärzte stillschweigend aufgegeben oder wenigstens zur Unkenntlichkeit modifiziert.

Dass diese Abkehr aber nicht offen und konsequent diskutiert wurde, rächt sich natürlich. Eine Menge an begrifflicher und methodischer Unklarheiten sind daraus entstanden.

Was aber für die Homöopathie spricht, ist

- dass sie überhaupt in der Lage dazu ist, sich methodisch weiter zu entwickeln anhand der Erfahrungen in der Praxis.
- dass wir bestimmte Erfahrungen (also die Erblichkeit von Infektionskrankheiten), die zunächst völlig unverständlich schienen – heute besser verstehen können.

Ich bin zuversichtlich, dass wir irgendwann auch das Prinzip der Potenzierung noch verstehen. Zu dem Ähnlichkeitsprinzip – dem eigentlich grundlegenden Prinzip - haben wir ja schon eine recht gute Argumentationsgrundlage.

Literatur – zur Entwicklung des homöopathischen Miasmenkonzeptes:

Allen HC: The Materia Medica of the Nosodes. Reprint: New Delhi: B.Jain Publishers; 1988

Hahnemann S: Die Chronischen Krankheiten – Theoretischer Teil. Unveränderter Nachdruck der Ausgabe letzter Hand; Berg am Starnberger See: Organon-Verlag; 1983

Hahnemann S: Organon der Heilkunst. Reprint 6. Auflage. Stuttgart: Hippokrates Verlag; 1982

Hering C: Our Nosodes (I). North American Homeopathic Journal, Aug 1877: pg 109-115

Hering C: Our Nosodes (II). North American Homeopathic Journal, Aug 1880: pg 88-93

Hickmann G: Epigenetik – ein neuer Denkansatz in der Homöopathie? Vortrag bei der 158. Jahrestagung des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte (DZVhÄ): <http://www.dzvhae-jahrestagung-2008.de/>

Kammermeier A: Burnetts Indikationen zur Nosodenverordnung: AHZ 2000; 245: 147-153

Swan S: A materia medica of nosodes and morbid products. New York: Press of Pusey & Co; 1888

Weißhuhn, Th. - Miasmen: Schwarzes Loch. ZKH 1996, 40: 49-66

Wislicenus: Über die zweckmäßige Anwendung des Quecksilbers in der syphilitischen Krankheit. Stapfs Archiv 1823, Band 2, Heft 3. 1-23

Literatur – zur derzeitigen Anwendung des homöopathischen Miasmenkonzeptes innerhalb und außerhalb der Homöopathie:

- Alex P: Wesen, Erkennung und homöopathische Behandlung der Borreliose. AHZ 2007; 252: 124-136
- Alex P: Heilung Borreliosekranker mit Homöopathie. Grimma: Edition Kranich; 2006
- Baur J: Ein Fall von Tuberkulin ZKH 2003; 47: 47-49
- Bleul G: Prävention in der Homöopathie. In: Bleul G, Doppler C, Stange LB: Prävention und Geriatrie in der homöopathischen Wissenschaft und Praxis: Köthen (Anhalt) 2008: Schriftenreihe des Europäischen Instituts für Homöopathie (InHom)
- Bloss W: Homöopathische Behandlung mit Tuberkulinen ZKH 1973; 17: 226-235
- Dimitriadis G: The Theory of Chronic Disease According to Hahnemann. Sydney, N.S.W.: Hahnemann Institute, 2005
- Hubbard EW: Nosoden als Hilfe in schwierigen Fällen: ZKH 1980; 24: 222-224
- Klinkenberg CR: Zwei Tuberkulinum-Fälle ZKH 2003; 47: 163-177
- Klunker W: Nur ein Einzelfall. ZKH 1993; 37: 3-12
- Kösters C: Borreliose. In: Ärztekongress 2001 Hamburg – Vorträge und Texte. Leer: Verlag Grundlagen und Praxis; 2001
- Minah JB: Selbstversuche mit „Malaria-Nosode C200“. Homöopathie aktuell, 3/2003.
- Minah J, Margai FM: The Use of Malaria Nosodes to Reduce the Prevalence of Malaria in Depressed Communities. In: Bleul G, Doppler C, Stange LB: Prävention und Geriatrie in der homöopathischen Wissenschaft und Praxis: Köthen (Anhalt) 2008: Schriftenreihe des Europäischen Instituts für Homöopathie (InHom)
- Ptok M: Der Wert der Nosoden AHZ 1999; 244: 190-192
- Schimmel H. W: Miasmen und andere pathogene Informationen des Menschen EHK 2002; 51: 315-324
- Seul B: Der Einsatz homöopathischer Nosoden als Infektionsprophylaxe und Schutz vor chronischen Erkrankungen. In: Bleul G, Doppler C, Stange LB: Prävention und Geriatrie in der homöopathischen Wissenschaft und Praxis: Köthen (Anhalt) 2008: Schriftenreihe des Europäischen Instituts für Homöopathie (InHom)
- Tyler M: Hahnemann's Conception of Chronic Disease as by Parasitic Micro-Organisms. Reprint: New Delhi: B.Jain Publishers; 2003
- Vill P: Nosoden bei akuten und chronischen Infektionen EHK 2003; 52: 143-148
- Vill P: Gibt es eine homöopathische Impfung? - Stellenwert von Impfnosoden in der Prävention. EHK 2007; 56: 57-62
- VKHD: Nosoden in der homöopathischen Praxis, eine Umfrage des VKHD. Homöopathie-Zeitschrift 1/2006

Literatur – spezielle zur Frage passiver Krankheitszustände – persistierender Symptome nach Vernichtung des Erregers am Beispiel der Borreliose:

- Auwaerter PG. Point: antibiotic therapy is not the answer for patients with persisting symptoms attributable to lyme disease. Clin Infect Dis. 2007 Jul 15;45(2):143-8.
- Cairns V, Godwin J. Post-Lyme borreliosis syndrome: a meta-analysis of reported symptoms. Int J Epidemiol. 2005 Dec; 34(6):1340-5
- Hajek T. et al. Higher Prevalence of Antibodies to Borrelia Burgdorferi in Psychiatric Patients Than in Healthy Subjects. Am J Psychiatry 2002; 159: 297-301
- Klempner MS et al. Two controlled trials of antibiotic treatment in patients with persistent symptoms and a history of Lyme disease. N Engl J Med 2001; 345: 85-92

Marques A. Chronic Lyme disease: a review. *Infect Dis Clin North Am.* 2008 Jun;22(2):341-60, vii-viii.

Moody KD et al. Effectiveness of antimicrobial treatment against *Borrelia burgdorferi* infection in mice. *Antimicrob Agents Chemother.* 1994 Jul; 38(7):1567-72

Neuroborreliose. Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie: <http://www.dgn.org/106.0.html>

Püttmann A. Diagnostik der Lyme-Borreliose - Den Pudding an die Wand nageln. *psychoneuro* 2005; 31: 477-479

Seltzer E et al. Long-term outcomes of persons with Lyme disease. *JAMA* 2000;283: 609–616

Steere AC et al. The overdiagnosis of Lyme disease. *JAMA* 1993; 269: 1812–1816

Stricker RB, Johnson L. Searching for autoimmunity in "antibiotic-refractory" Lyme arthritis. *Mol Immunol.* 2008 Jun;45(11):3023-4

Yrjänäinen H et al. Persistent joint swelling and *Borrelia*-specific antibodies in *Borrelia garinii*-infected mice after eradication of vegetative spirochetes with antibiotic treatment. *Microbes Infect.* 2006 Jul;8(8):2044-51