

***Wes man sich in sterbensleufften ordentlich halten solle.***  
**Ein Pesttraktat des Schwäbisch Haller Stadtarztes**  
**Dr. Nikolaus Winkler (1529–1613) von 1563**

VON STEFAN BENNING

Im Spätsommer 1633 grassierte die Pest in den langenburgischen Dörfern. Binnen weniger Wochen forderte die Seuche hunderte von Todesopfern und dezimierte die Bevölkerung so erheblich, dass der Münkheimer Pfarrer flehte: „Der allmächtige Gott wolle es lassen genug sein und dem Würgeengel inhibieren und gebieten, einmal wiederum still zu sein.“<sup>1</sup> Die Korrespondenz der obrigkeitlichen Reaktions- und Abwehrmaßnahmen ist erhalten geblieben<sup>2</sup>; Gerhard Taddey veröffentlichte sie zusammenfassend als landesgeschichtliches Schlaglicht 1980 in der Schwäbischen Heimat<sup>3</sup>.

Es war die Zeit des 30jährigen Krieges, aber Südwestdeutschland war bisher noch glimpflich davongekommen. Erst im September 1634, nach der Schlacht bei Nördlingen sollte der Krieg mit aller Wucht auch nach Südwestdeutschland hereinbrechen. Taddey verweist zurecht in seinem Resümee darauf, dass aufgrund solcher Überlieferungen wie den Langenburgern „die Bevölkerungsverluste im 30jährigen Krieg sorgfältig geprüft werden müssen, wenn man zu schlüssigen Aussagen über direkte und indirekte Auswirkungen des Krieges kommen will.“<sup>4</sup> Nicht so sehr Mord und Totschlag, sondern Begleiterscheinungen des Krieges wie Hunger und Seuchen waren es, die viel fürchterlicher unter den Menschen wüteten<sup>5</sup>. Und bei genauerer Betrachtung zeigt sich, dass auch der scheinbar plausible Zusammenhang von Krieg und Seuchen nur ein mittelbarer war. Das fürchterliche Pestereignis in Hohenlohe steht nämlich nicht isoliert da, sondern ist in einen größeren seuchengeschichtlichen Zusammenhang einzuordnen, der keineswegs, wie man vermuten möchte, mit dem Krieg in kausaler Verbindung steht, auch wenn dieser mit seinen Truppen- und Menschenbewegungen und dem ihn begleitenden Hunger die Seuchenwirkung katalytisch verstärkt hat. Die Pest grassierte nämlich in diesen Jahren europaweit, eine „unification microbienne du monde“, wie der französische

1 G. Taddey: Eine Pestepidemie in der Herrschaft Hohenlohe-Langenburg, in: Schwäbische Heimat 1980, S. 185–187.

2 Hohenlohe-Zentralarchiv Neuenstein, Archiv Langenburg, Amt Langenburg Bü 70, Gem. Archiv Bü 185, Kanzlei I (Verhinderung von Seuchen) Bü 34.

3 Taddey (wie Anm. 1).

4 Ebd., S. 187.

5 Vgl. G. Franz: Der 30jährige Krieg und das deutsche Volk, Stuttgart 41979.

Historiker Le Roy Ladurie feststellt<sup>6</sup>. Und sie tat dies nicht nur in diesen Jahren, sondern zog, wie neuere Forschungen für die frühe Neuzeit zeigen, mit einer erstaunlichen Regelmäßigkeit alle 10–15 Jahre durch das Land<sup>7</sup>. Sind es zunächst vor allem Erwähnungen in Chroniken und bisweilen in amtlicher Korrespondenz, die Seuchenergebnisse überliefern, so ermöglicht das breitere Einsetzen der Kirchenbücher nach dem Trienter Konzil für die Jahre nach 1560 einen wenn auch bescheidenen statistischen Zugang und damit eine Gegenprüfung der immer mit einer gewissen Skepsis zu betrachtenden Chronikangaben<sup>8</sup>. Demnach war Südwestdeutschland in den Jahren 1541/43, 1555/56, 1564/65, 1574/75, 1584/86, 1594/97, 1607/12, 1626/27 und 1633/36 von Seuchenzügen betroffen, die wohl weit überwiegend der Pest als ursächlicher Erkrankung zuzuschreiben sind, sich bisweilen aber auch mit anderen epidemisch auftretenden Infektionskrankheiten wie dem Fleckfieber, der Ruhr oder den Pocken überlagerten. Von besonderer Schwere waren die Seuchenzüge der 1590er und der 1630er Jahre. Lokal- und Regionalstudien zeigen, dass ihre menschenfressende Wirkung kaum hinter der des erstmaligen Auftretens der Pest 1348/49 zurücksteht. In Württemberg etwa erhöhte sich in den betroffenen Orten die Normalsterblichkeit bei der Pestwelle der 1590er Jahre durchschnittlich um das 6,5fache, was einem Bevölkerungsverlust von mehr als 20 % entspricht, teilweise liegen die Verluste bei 50 % und darüber<sup>9</sup>. Jeder, der in dieser Zeit das Erwachsenenalter erreichte, hatte die Pest mit ihrem flächenbrandartigen Umsichgreifen, ihrem fulminanten Verlauf und ihrem raschen und massenhaften Tod ein- oder gar mehrmals selbst erlebt, wenn nicht am eigenen Leib erfahren, dann doch den jähen Verlust von Familienangehörigen, Freunden und/oder Nachbarn schmerzhaft erleiden müssen. Diese nachhaltige und wiederkehrende Bedrohung provozierte Ängste, prägte Bewußtsein und Mentalität tief und wirkte noch lange nach, als die Pest längst aus Europa verschwunden war<sup>10</sup>. Die Medizin der Zeit gilt in der Forschung gemeinhin als machtlos nicht nur gegen diese schnell um sich greifende und rasch tötende Infektionskrankheit. Mikrobiologische Ursachen und Verbreitungswege dieser Krankheiten wurden noch nicht erkannt, konnten noch nicht erkannt werden, medizinische Diagnose und Therapie

6 E. Le Roy Ladurie: Un Concept: L'unification microbienne du monde (XIVe-XVIIe siècles), in: Schweizerische Zeitschrift für Geschichte 23 (1973), S. 627–696.

7 E. A. Eckert: The Structure of Plagues and Pestilence in Early Modern Europe. Central Europe 1560–1640, Basel 1996; J. N. Biraben: Les hommes et la peste en France et dans les pays européens et méditerranéens, 2 Bde., Paris 1975/76; S. Benning: Studien zur frühneuzeitlichen Seuchengeschichte Württembergs unter besonderer Berücksichtigung der Amtsstadt Bietigheim, Magisterarbeit Universität Stuttgart, Stuttgart 1997.

8 M. Duncker: Verzeichnis der württembergischen Kirchenbücher, Stuttgart<sup>2</sup> 1938.

9 Benning (wie Anm. 7), S. 75.

10 J. Delumeau: Angst im Abendland. Die Geschichte kollektiver Ängste im Europa des 14. bis 18. Jh., 2 Bde., Reinbek 1985; R. Jütte: Ärzte, Heiler und Patienten. Medizinischer Alltag in der Frühen Neuzeit, München/Zürich 1991, S. 41; S. Tanz: Pest und spätmittelalterliche Mentalität, in: O. Riha (Hrsg.): Seuchen in der Geschichte. Referate einer interdisziplinären Ringvorlesung, Aachen 1999, S. 46–73.

steckten noch in dem engen scholastischen Korsett der mittelalterlich überformten hippokratisch-galenischen Medizin mit der Humoralpathologie als konzeptioneller Grundlage<sup>11</sup>.

Die zeitgenössische Medizin konnte sich indes nicht in Machtlosigkeit ergeben, sah sich auch nicht machtlos, sondern agierte und reagierte durchaus. Was aber konnte die zeitgenössische Medizin tun?

Robert Jütte hat gezeigt<sup>12</sup>, dass die Mehrzahl der Bürger im 16. Jahrhundert im Krankheitsfall zumindest in den Städten auf eine ausreichende, wenn auch sicherlich nicht immer optimale medizinische Versorgung durch approbierte Heiler, also studierte Ärzte und handwerklich ausgebildete Chirurgen und Bader, auf Apotheker und Hebammen zurückgreifen konnte, sowie auf eine weit verbreitete magisch-medizinische Subkultur, deren Angehörige von den akademischen Ärzten gern als „Kurpfuscher“ und „Quacksalber“ diffamiert wurden – auch weil sie nicht selten mehr Zulauf und vermutlich kaum schlechtere Heilerfolge verzeichneten.

Das erste Auftreten der Pest 1348/49 gilt allgemein als Initialzündung für den obrigkeitlich gesteuerten Ausbau des Gesundheitswesens mit Medizinalordnungen, der Anstellung von akademisch ausgebildeten Ärzten und der Einrichtung von Apotheken<sup>13</sup>. Und es waren die Städte, die in dieser Entwicklung voranschritten. Mit der Reformation finden wir auch in vielen werdenden Flächenstaaten erstmals Medizinalordnungen mit dem Versuch so etwas wie eine flächendeckendere medizinische Versorgung zu gewährleisten<sup>14</sup>.

Anhand eines medizinischen Traktats jener Zeit, einem ganz typischen Beispiel einer im Laufe des 16. und frühen 17. Jahrhunderts äußerst populären Literaturgattung<sup>15</sup>, soll das zeitgenössische medizinische Instrumentarium vorgestellt werden. Wir erhalten damit gleichsam eine Momentaufnahme des zeitgenössischen Krankheitsverständnisses, vom Kenntnisstand der Medizin, von Therapie und Prophylaxe und damit eine wichtige Hilfe nicht nur für eine retrospektive Krankheitsdiagnose<sup>16</sup>, sondern ganz allgemein wichtige Detail-Erkenntnisse zur Medizin- und

11 Siehe dazu unten.

12 Jütte (wie Anm. 10), S. 26. Sein Untersuchungsobjekt ist zwar die frühneuzeitliche Großstadt Köln, dennoch lassen sich seine Erkenntnisse cum grano salis auch auf andere Städte übertragen.

13 R. Schmitz: Verbreitung der Pest und Entstehung der ersten Medizinalordnungen, in: Pharmazeutische Zeitung 14 (1967), S. 489–496, hier S. 490 f; vgl. auch ders.: Stadtarzt – Stadtapotheker im Mittelalter, in: B. Kirchgässner, J. Sydow (Hrsgg.): Stadt und Gesundheit (Stadt in der Geschichte 9), Sigma-Ringen 1982, S. 9–25.

14 So etwa im Herzogtum Württemberg 1559 mit der „Großen Kirchenordnung“. Das Land wurde in vier Sprengel eingeteilt und mit je einem studierten Arzt und einer Apotheke versehen. Daneben saß natürlich in der Residenz Stuttgart ebenfalls ein studierter Arzt.

15 Eine Internetrecherche über die virtuellen Verbundkataloge der deutschen Bibliotheken ergab knapp 200 zeitgenössische Schriften mit dem Titel-Stichwort Pestilenz.

16 Zur methodischen Problematik der retrospektiven Diagnose vgl. J. C. Sournia: Discipline du diagnostic rétrospectif, in: N. Bulst, R. Delort (Hrsgg.): Maladies et société (XIIe-XVIIIe siècle). Actes du colloque de Bielefeld, Paris 1989, S. 57–64.

Pharmaziegeschichte<sup>17</sup>. Und die zweite Hälfte des 16. Jahrhundert ist in beiden Disziplinen eine Übergangszeit, Zeit eines beginnenden Paradigmenwechsels: Aus einer durch und durch scholastisch geprägten und praxisfernen Buchwissenschaft, wie sie die Medizin bis dahin war, wird unter dem Einfluss von Humanismus und Renaissance eine aufkeimende Naturwissenschaft, noch immer stark dogmenlastig, aber zunehmend bereit, sich eigener Beobachtungen, Erkenntnisse und Erfahrungen zu bedienen und die bis dato sakrosankten antiken Autoritäten, insbesondere Hippokrates und Galen, an diesen Erkenntnissen zu messen<sup>18</sup>; Krankheitsauffassung und Therapie beginnen sich damit langsam zu verändern.

Der hier im Mittelpunkt stehende Traktat stammt aus der Feder des Schwäbisch Haller Stadtarztes Dr. Nikolaus Winkler (1529–1613) und ist „Stetmeyer, Rath und Regenten der löblichen Reychsstat Schwebischen Hall“ gewidmet. Es ist keine gelehrte Schrift, sie hat ausdrücklich den „gemeinen Mann“ als Zielgruppe im Auge und ist deshalb in deutscher Sprache verfasst. Sie hält sich aus diesem Grund auch bewusst kurz, weil Winkler sicher zu Recht meint, dem „gemeinen Mann“ sei mit einer medizinischen Fachdiskussion nicht geholfen. Gleichwohl kann er sich in bestimmten Fragen manche Spitze gegen andere Auffassungen nicht verkneifen.

### Dr. Nikolaus Winkler – Stadtarzt und Astrologe

Nikolaus Winkler war bereits 1973 einmal kurz in das Schlaglicht der historischen Forschung geraten, als der Germanist Helmut Häuser in einigen von Winklers im Druck erschienen Schriften wörtliche Vorlagen für Passagen in Goethes berühmtem Faust-Drama zu erkennen glaubte und ihn deshalb nicht nur als einen der geistigen Väter des Faustbuchs identifizieren wollte, sondern die Person Winklers gar selbst als Vorlage für die höchst eigenwillige Faust-Figur<sup>19</sup>. Die Plausibilität und wissenschaftliche Akzeptanz dieser Vermutung kann und soll an dieser Stelle nicht interessieren. Für Häusers Argumentation ist die hier zu besprechende Schrift indes eine von mehreren Hauptquellen, die er seinem Buch im Faksimile beigegeben und damit auch für andere Fragestellungen besser zugänglich gemacht hat.

Bemerkenswerterweise ist das eigentlich medizinische „Sujet“ im Werk des Mediziners Winkler von eher untergeordneter Bedeutung und bildet, wenn man so will, das Frühwerk. Es war zunehmend die Astronomie/Astrologie, der sein Hauptau-

17 Unter pharmaziegeschichtlicher Fragestellung hat jüngst Sigrid Dienel Pesttraktate analysiert. Vgl. S. Dienel: Die Pestschrift des schlesischen Arztes Heinrich Cunitz (1580–1629) aus dem Jahr 1625 – ein zeitgenössisches medizinisch-pharmazeutisches Dokument? Eine vergleichende Untersuchung mit Pestschriften aus dem 16. und 17. Jh., Pharm. Diss. München 2000.

18 W. U. Eckart: Geschichte der Medizin, Berlin 42000, S. 131 ff.

19 H. Häuser: Gibt es eine gemeinsame Quelle zum Faustbuch von 1587 und zu Goethes Faust? Eine Studie über die Schriften des Arztes Dr. Nikolaus Winkler (um 1529–1613), Wiesbaden 1973 und *ders.*: Der Arzt Nikolaus Winkler als Wegbereiter der Faust-Dichtungen, in: Die Waage 14 (1975), S. 221–229.

genmerk galt. Medizin und Astronomie aber standen damals noch keineswegs unvereinbar gegeneinander, bedingten und ergänzten einander vielmehr nach mittelalterlicher Auffassung<sup>20</sup>. Astronomische Kenntnisse seien unabdingbare Voraussetzungen für einen guten Arzt, war auch Winklers hippokratisches Credo, das er in seiner zweiten Schrift „Regiment sehr notwendig vnd nutzlich von der jetzt schwebenden Hauptkrankheit“<sup>21</sup> so formuliert: „Nemlich das es von nöthen sey einem fleysigen vnd getrewen Artzet, das er eines jeden Jars natur vnd eigenschafft auß dem Lauff der Natur und enderung des Luftts wisse vnd lerne, was für grosse merckliche enderung mit den krankheiten fürfallen. Doch nit aller erst, wann es geschicht, welchs auch dem gemainen mann bekandt ist, von gegenwärtigen sachen zu schliessen, sonder wisse und verstehe von künfftigen Dingen, die Hippocrates praedictiones divinas nennet. Welches nicht Narrenwerck seind, wie etliche Doctores meinen, sondern steht eim Gelehrten Medico wol an, das er in Astronomia auch gefaßt sey, so er anders fürsichtiglich handeln vnd etwas verstehen wil vor andern.“<sup>22</sup> So ist es denn in diesem Sinne nur folgerichtig, wenn Nikolaus Winkler ab 1563 Jahr für Jahr mit nur ganz wenigen Ausnahmen bis in sein Todesjahr 1613 Prognostiken und Kalender herausgab, in denen er sich auch auf die medizinische Vorausdeutung einließ<sup>23</sup>.

Nikolaus Winkler stammte aus Forchheim, wo er 1529 wohl als Sohn (oder Enkel?) eines Claus Winkler, der um 1537 Mitglied des Rats war, geboren wurde<sup>24</sup>. Er scheint zunächst für den geistlichen Beruf bestimmt gewesen zu sein, denn am 1. Mai 1546 empfing er in Bamberg die niederen Weihen. Noch im gleichen Jahr wurde er an der Universität Leipzig eingeschrieben, wechselte 1550 nach Erfurt und im Jahr darauf nach Wittenberg, wo er 1552 zum Magister promoviert wurde. 1553 schrieb sich Winkler dann in Tübingen ein, wo im folgenden Jahr auch sein jüngerer Bruder Georg, später ebenfalls Arzt und ab 1582 auch Bürger in Schwäbisch Hall<sup>25</sup>, das Studium aufnahm, ehe dieser 1555 nach Wittenberg wechselte.

20 *H. M. Koebling*: Die ärztliche Therapie. Grundzüge ihrer Geschichte, Darmstadt 1985, S. 63–66; *W.D. Müller-Jahncke*: Astrologisch-magische Praxis in der Heilkunde der Frühen Neuzeit (Sudhoffs Archiv, Beiheft 25), Stuttgart 1985, insbesondere S. 135–259.

21 *N. Winkler*: Regiment sehr notwendig vnd nutzlich von der jetzt schwebenden Hauptkrankheit, Augsburg 1572.

22 *Winkler*: Hauptkrankheit (wie Anm. 21), 2. Kapitel.

23 Vgl. dazu *E. Zinner*: Geschichte und Bibliographie der astronomischen Literatur in Deutschland zur Zeit der Renaissance, Stuttgart 1964; *G. Hellmann*: Versuch einer Geschichte der Wettervorhersage im 16. Jh., in: Abhandlungen der preußischen Akademie der Wissenschaften 1924. Physikalisch-Mathematische Klasse 1, Berlin 1924, S. 1–54. Dass Winkler mit seinen Wettervorhersagen bisweilen auch gravierend daneben griff, belegt die Haus-Chronik seines Schwäbisch Haller Arzt-Kollegen Johannes Morhard. (ediert Schwäbisch Hall 1962). So hatte Winkler für 1594/95 einen „leisen Winter [und] unstetten sommer“ prognostiziert, während es tatsächlich aber schon nach Martini 1594 sehr kalt und langanhaltend frostig und schneereich wurde.

24 Das Folgende nach *G. Lenckner*: „Meister Ulrich, der artzat, erhielt jährlich 12 Gulden“. Ärzte im alten Hall, in: Der Haalquell 16 (1964), S. 21–23, hier S. 22 f und *G. Wunder*: Die Bürgerschaft der Reichsstadt Hall von 1335–1600, Stuttgart/Köln 1956, Nr. 9260.

25 Vgl. Wunder (wie Anm. 24), Nr. 9261.

1558 schließlich beendete Nikolaus Winkler sein langes Studium und wurde am 31. August 1558 in Tübingen zum Doktor der Medizin promoviert.

Zur Einschätzung von Winklers medizinischer Perspektive ist ein Blick auf die Lehrstätte hilfreich, gehörte die kleine medizinische Fakultät in Tübingen mit ihren zwei Lehrstühlen und kaum zwei Dutzend Studenten unter ihrem Dekan Leonhart Fuchs in dieser Zeit doch zu den fortschrittlichsten im Reich<sup>26</sup>. Unter Fuchs' Einfluss waren 1538 neue Statuten von der Fakultät verabschiedet worden, die zu den frühesten humanistischen Lehrplänen für Medizin in Deutschland gehörten. Getreu dem humanistischen Motto „ad fontes“ wurden die zuvor üblichen arabischen Schulautoren, nach Fuchs drastischen Worten „die übelsten Verführer und leibhaftigsten Schurken“<sup>27</sup>, weitestgehend über Bord geworfen. Fortan wollte man die antiken Autoritäten Hippokrates, Galen und Dioskurides nicht mehr von mittelalterlichen arabischen Kommentatoren vermeintlich verwässert und verfälscht lesen, sondern wieder im Original. Auch die auf den persischen Arzt Avicenna (980–1037) zurückgehende Trennung in „theoretische“ und „praktische“ Medizin wurde zugunsten der antiken Einteilung in Physiologie, Hygiene, Ätiologie, Symptomatologie und Therapie aufgegeben. Botanik und Anatomie erhielten einen höheren Stellenwert. Fuchs selbst gab ein weithin bekanntes Kräuterbuch heraus<sup>28</sup>. Freilich blieb die Autopsie, das „selber Sehen“, gegenüber dem reinen Literaturstudium noch weit im Hintertreffen. Es gab zwar bereits seit 1497 in Tübingen Leichensektionen, aber dies nur alle paar Jahre. Nun sollten jährlich bis zu zwei vorgenommen werden, ein Anspruch, der zunächst jedoch nicht eingelöst werden konnte. 1546 erwarb die Fakultät erstmals ein eigenes Skelett als anatomisches Anschauungsmaterial. Auch dies zeigt, wie buchstabenfixiert und wenig praxisorientiert die Medizin bis dahin war. Dieses maßgeblich von Fuchs geprägte „anti-arabistisch“ und botanisch geprägte medizinische Weltbild der Tübinger Fakultät werden wir bei Winkler wiederfinden<sup>29</sup>.

Ein Jahr nach Abschluss seines Studiums, am 25. Nov. 1559 trat Nikolaus Winkler in Schwäbisch Hall das Amt des bestellten Leibarztes an. Er folgte hier dem im Frühjahr verstorbenen Dr. Brelloch nach. Winklers Anfangsbesoldung betrug 35 fl, sein Endgehalt, das ihm bis zu seinem Tod am 22. Mai 1613 verabreicht wurde, 90

26 Vgl. dazu neuerdings *M. Zitter*: Professor Leonhart Fuchs und die Medizinische Fakultät Tübingen, in: Schwäbische Heimat 2001, S. 152–156. Zu Fuchs vgl. *E. Stübler*: Leonhart Fuchs. Leben und Werk, in: Münchner Beiträge zur Geschichte und Literatur der Naturwissenschaften und Medizin 13/14 (1928), S. 158–299; *K. Dobat*: Ein Leben für die Wissenschaft: Leonhart Fuchs (1501–1566), in: Tübinger Blätter 87 (2000), S. 4–15 und neuerdings *W. Setzler*: Leonhart Fuchs (1501–1566). Zu seinem 500. Geburtstag, in: Schwäbische Heimat 2001, S. 135–141.

27 *Zitter* (wie Anm. 26), S. 153.

28 *L. Fuchs*: De historia stirpium, 1542 und *ders.*: New Kreüterbuch in Teütscher spraach, 1543.

29 Ein nicht eben positives Zeugnis über Fuchs als Arzt aus Erfahrung am eigenen Leibe gibt der Gelehrte Hieronymus Wolf, der sich wegen einer monatelangen Darmkolik in Tübingen von Fuchs behandeln ließ. Vgl. *H. Záh*: Hieronymus Wolf. Commentariolus de vita suam, Diss. Donauwörth 1998, S. 61 und neuerdings *V. Jung*: Die Leiden des Hieronymus Wolf, in: Historische Anthropologie 9 (2001), S. 333–357, hier S. 353.

fl. Das war nicht gerade üppig. Seine Kollegen in Württemberg erhielten 50 fl Anfangsgehalt, Leonhart Fuchs gar ein herzogliches Dienstgeld von 150 fl<sup>30</sup>.

Auf Winklers ärztliche Tätigkeit in Hall geben die Quellen indes nur ganz selten den Blick frei. So erhält er 1561 vom Rat eine besondere Belohnung für eine Leichensektion, die als chirurgische Tätigkeit eigentlich nicht zu den Aufgaben eines Stadtarztes gehörte. „Doctor Nicolao Winckler und den dreien Barbieren, so Peter Dötschman, als er gestorben, aufgeschnitten, auf bevelch meiner herrn geben 2 gulden“. Schon bald bekam er unerwünschte Konkurrenz. 1568 protestierte Winkler gegen die Tätigkeit eines fremden Doktors und einiger nicht näher bezeichneten Personen, „so mit ungebrechlichen mitteln als der schmyer (wohl die Quecksilberkur gegen die Syphilis) die leut zu curieren sich unterstehen“. Der Rat verfügte zwar, dass Dr. Winkler ein Verzeichnis dieser Quacksalber einreichen solle, den fremden Doktor Martin Hofmann duldeten man indes zu Winklers großem Unwillen und gewährte ihm im August 1571 gar eine offizielle Aufenthaltserlaubnis mit dem Recht in Hall praktizieren zu dürfen, allerdings ohne Ratsbesoldung.

Winkler selbst wird mehrmals „seines unaufhörlichen Ausreitens halber“ getadelt, und vom Rat wird ihm vorgeschlagen, er solle sich seine Besoldung halbieren lassen, damit man neben ihm einen weiteren Medicus anstellen könne. Winkler war also häufig abwesend und konnte seinem Auftrag deshalb nur unzureichend nachkommen. Da er sich aber mit der Besoldungskürzung nicht einverstanden erklären wollte, wurde er am 8. März 1572 vom Rat angewiesen: „weil er denn seine Bestallung gehalten haben wolle, solle er derselben auch nachkommen, solle fleiß ankehren, sonderlich in diesen geschwinden und Sterbenszeiten, so werde man ihm auch nicht allweg erlauben können, nach gefallen auszureiten.“ Dazu sollte er in Zukunft das Einverständnis für derartige Reisen beim Rat selbst holen, der ihn auch jederzeit zurückberufen dürfe. Ob sich Winkler daran hielt, darf bezweifelt werden. 1582 heißt es wiederum klagend über Winkler: „last die Patienten liegen, zeucht hinauß“. So stellt der Rat im Nov. 1578 einen zweiten besoldeten Medikus an: Dr. Eucharius Seefrid (\* 1544) aus Ansbach, der jedoch schon 1584 als hohenhlohischer Leibarzt nach Öhringen wechselt. Auf ein zweijähriges, vom überraschenden Tod beendetes Intermezzo des Dr. Joseph Brenz, folgt am 5. Juli 1586 Dr. Johannes Morhard, der zunächst eine Besoldung von nur 40 fl erhält. Doch schon im Jahr darauf erhöht sie der Rat auf 100 fl und 1601 gar auf 150 fl, während Nikolaus Winkler bis zu seinem Tod weiterhin bei 90 fl bleibt. Zu allem Überflus und zum deutlich artikulierten Unwillen Nikolaus Winklers ließ sich 1582 auch noch sein Bruder Georg in Hall nieder, der bis dahin 16 Jahre lang Stadt- und Amtsarzt im württembergischen Bietigheim gewesen war<sup>31</sup>. Ob dieser in der Fol-

30 Vgl. dazu die württ. Kirchenkastenrechnungen HSTAS A 282 Bd. 1294 ff.

31 Gegenüber dem Ratsherrn und Registrator M. Michael Gräter äußert sich Winkler auf die Erteilung des Bürgerrechts an seinen Bruder unvorsichtig und wird vor den Rat zitiert, wo man ihn zurecht weist, seine eigene berufliche Nachlässigkeit kritisiert und auch beanstandet, dass er gegenüber seinem Kollegen Seeger gesagt habe „mueß schuh pletzen, wann jetzo sein Bruder herkomme“. Zitiert nach *Lenckner* (wie Anm. 24), S. 23. Zu Georg Winkler vgl. *Wunder* (wie Anm. 24), Nr. 9261.

gezeit allerdings in Hall als Arzt praktizierte, wissen wir nicht, eine städtische Besoldung jedenfalls bezog er nicht. Trotz oder vielleicht auch wegen seiner vielfältigen publizistischen Tätigkeit war man in Schwäbisch Hall mit Winkler als Stadtarzt also nicht sonderlich zufrieden.

Bevor wir uns nun Winklers Ratschlägen zur Vorbeugung gegen die Pest und seinen Therapievorschlügen zuwenden, ist ein knapper Überblick über das medizinische und epidemiologische Bild der Pest ebenso hilfreich wie eine knappe Skizze der Humoralpathologie, um Winklers Horizont und Maßnahmen richtig einschätzen zu können.

### Epidemiologie und Ätiologie der Pest

Die Pest ist eine bakterielle Infektionskrankheit eigentlich unter Nagetieren, die jedoch meist nur leicht erkranken. Ausgelöst wird sie durch das Bakterium *Yersinia Pestis*, das sich durch eine vergleichsweise große Umweltresistenz und lange exogene Überlebensfähigkeit auszeichnet<sup>32</sup>. Die Rolle des Überträgers (Vektor) kommt Ektoparasiten, vor allem Flöhen zu. Erkranken durch Kontakt mit wild lebenden Nagern auch in engerer Gemeinschaft mit dem Menschen lebende Nager, etwa Ratten, kann aus der Nagetierpest eine Menschenpest entstehen. Es kommt zu Häufungen in der warmen Jahreszeit. Die Rattenflöhe einer verendeten Ratte springen in Ermangelung eines spezifischen Wirtes auch auf Menschen über. Eine besondere anatomische Eigenschaft des Rattenflohes führt dazu, dass bei einem einzigen Stich große Mengen an Pestbakterien übertragen werden können, so dass schon ein einziger Stich genügen kann, um die Krankheit auszulösen.

Nach einer Inkubationszeit von 2–10 Tagen kommt es zu einem plötzlichen fulminanten Beginn der Erkrankung mit zunächst unspezifischen Symptomen wie hohem Fieber, Schüttelfrost, heftigen Kopf- und Gliederschmerzen, Lichtscheue und Benommenheit. Charakteristisch für die Pest ist die schmerzhafte Schwellung des dem Flohstich nächstgelegenen Lymphknotens (Primärbubo), in den Leisten (in 50–75 % aller Fälle), unter den Achseln (in ca. 20 % der Fälle), bisweilen auch im Nacken (ca. 10 % der Fälle), den namengebenden Bubonen oder Beulen. Gewöhnlich entwickeln sich diese Lymphknotenabszesse innerhalb von 1–2 Tagen zu Wal-

32 Zum Folgenden vgl. *H. Kupferschmid*: Epidemiologie der Pest: Der Konzeptwandel in der Erforschung der Infektionsketten seit der Entdeckung des Pesterregers im Jahre 1894, Aarau, Frankfurt 1993; *H. P. Becht*: Medizinische Implikationen der historischen Pestforschung am Beispiel des „Schwarzen Todes“ von 1347/51, in: *B. Kirchgässner, J. Sydow* (Hrsg.): Stadt und Gesundheitspflege (Stadt und Geschichte 9), Sigmaringen 1982, S. 78–94; *W. Helm*: Medizinische und epidemiologische Erkenntnisse über die Pest, in: *W. Hartinger u. W. Helm*: „Die läidige Sucht der Pestilenz“. Kleine Kulturgeschichte der Pest in Europa. Begleitheft zu den Ausstellungen in Dingolfing und Passau 1986; *M. Vasold*: Pest, Not und schwere Plagen. Seuchen und Epidemien vom Mittelalter bis heute, München 1991, S. 70–93; *F.B. Spencker*: Epidemiologische Aspekte von Massenseuchen, in: *O. Riha* (Hrsg.): Seuchen in der Geschichte. Referate einer interdisziplinären Ringvorlesung, Aachen 1999, S. 109–120, insbesondere S. 111–114.



nuss- bis Faustgröße. Dem Primärbubo können weitere Sekundärbubonen folgen. Subjektiv wird an diesen geschwollenen Lymphdrüsen ein schmerzhaftes Spannungsgefühl wahrgenommen.

Als weitere wichtige Symptome zeigen sich anormale Kreislaufverhältnisse: ein zunehmend flacher und beschleunigter, schließlich arhythmischer und kaum mehr zu fühlender Puls, Bluthochdruck, Kollapsneigung und ein Druckgefühl über dem Herzen. Dieses bedrohliche Bild akuten Herz- und Kreislaufversagens kann sich innerhalb eines Tages entwickeln. Akutes Herzversagen als Todesursache ist in diesem Stadium jederzeit möglich.

In 25–50 % der Fälle hält die Lymphbarriere nicht stand und es kommt zu einer Sepsis, einer massenhaften Überschwemmung des Blutkreislaufs mit Pestbakterien, deren Stoffwechselprodukte zu multiplem Organversagen und damit zum raschen Tod des Erkrankten führen. Tritt der Tod nicht gleich ein, lassen sich unter Umständen Hautveränderungen feststellen: es bilden sich neue Karbunkel und Flecken unter der Haut, die von orange über gelb und blau bis schwarz gefärbt sein können. Jetzt verschlimmern sich die nervösen und psychischen Störungen sehr schnell, Schwindel, Halluzinationen und Schlafsucht treten auf und werden jäh vom Koma und vom Tod beendet.

Bis zu einer Woche beträgt die kritische Phase. Hält die Lymphbarriere und/oder es kommt verbunden mit einem Fieberabfall zum Aufbrechen der Entzündung und zum äußerlichen Abfluss des hochinfektiösen Eiters, bestehen gute Chancen auf Genesung. Nach der Erfahrung bisheriger Epidemien geht man von einer Quote von 20–40 % Heilungsfällen aus. Das Überstehen der Krankheit hinterlässt eine zeitlich begrenzte Immunität, deren Dauer in der Forschung umstritten ist<sup>33</sup>. Der Dekadenrhythmus im Auftreten der Seuchenwellen könnte jedoch ein wichtiger Hinweis darauf sein, dass die Immunität nach etwa zehn Jahren ihre Wirkung zu verlieren beginnt.

Bisweilen gelangt der Erreger bei Durchbrechen der Lymphbarriere über die Blutbahn in das Lungengewebe und führt hier zu einer (sekundären) Lungenpest. Nun ist beim Abhusten auch eine Krankheitsübertragung durch Tröpfcheninfektion möglich; die Krankheit wird damit höchst ansteckend. Gelangen die Erreger per Tröpfcheninfektion in die Lunge, lösen sie hier eine primäre Lungenpest aus. Sowohl die sekundäre wie die primäre Lungenpest bedeuten nach einer Inkubationszeit von 1–2 Tagen den raschen unausweichlichen Tod. Zumeist treten beide Formen der Pest während einer Epidemie auf.

Die Entdeckung des Erregers und alle wesentlichen medizinischen Erkenntnisse zur Pest gelangten 1894 anlässlich einer Pestepidemie in Hongkong unter allerdings von Europa wesentlich abweichenden klimatischen, sozialen und wirtschaftlich-kulturellen Umständen. Es bestanden und bestehen deshalb in der modernen

33 Die Bandbreite der Forschungsmeinungen reicht von wenigen Wochen oder Monaten [Becht (wie Anm. 32), S. 33] bis zu „lange andauernd“ [Spencer (wie Anm. 32), S. 111]. Vgl. auch Vasold (wie Anm. 32), S. 88.

Forschung zu recht erhebliche Zweifel an der Übertragbarkeit der in Ostasien gewonnenen Erkenntnisse auf die historischen Seuchenzüge in Europa, ja von verschiedenen Seiten wurden begründete Zweifel daran geäußert, ob die ursächliche Erkrankung für die europäischen Epidemien überhaupt die Pest im modernen medizinischen Sinne sein könne. Mit Hilfe der Genomanalyse konnten französische Mediziner allerdings 1999 diese Zweifel ausräumen: aus der Zahnpulpa einiger Skelette eines Marseiller Pestfriedhofs der letzten großen westeuropäischen Epidemie von 1721 gelang ihnen der Nachweis von Gensequenzen des Erregers „*Yersinia Pestis*“<sup>34</sup>. Auch wenn damit der Nachweis der Pest als historische Erkrankung gelungen ist, bleiben zahlreiche offene Forschungsfragen. Nie ist nämlich bei den historischen Seuchenzügen etwa von einem vorausgehenden Rattensterben wie in Indien und Hongkong die Rede, obwohl dies zweifellos bemerkt und überliefert worden wäre. Ratten und mit ihnen Rattenflöhe dürften deshalb bei den historischen Seuchenzügen nicht die Bedeutung gehabt haben, die ihnen in Indien zukam. Anderen Vektoren wie dem Menschenfloh (*pulex irritans*) wird man eine wesentlich bedeutendere Rolle beimessen müssen. Eine gegenüber dem Rattenfloh (*Xenopsylla cheopis*) andere Anatomie macht den Menschenfloh beim Stechen indes zu einem schlechteren Überträger. Erst bei einer genügend hohen „Flohichte“ und einer genügend hohen Anzahl von Pestbakterien im Blut des Gestochenen wird auch der Menschenfloh zu einem wirksamen Vektor. Ob hier eher sein Stich oder aber der beim Kratzen in die Wunde geriebene infektiöse Flohkot krankheitsauslösend ist, ist ebenfalls noch nicht hinreichend geklärt.

Um eine Pestepidemie auszulösen und in Gang zu halten, genügt das bloße Vorhandensein des Yersin-Bazillus keineswegs. Eine hohe Bevölkerungsdichte sowie ein reichlicher Bestand an Überträger-Tieren sind unerlässlich<sup>35</sup>. Dass wir in der frühen Neuzeit tatsächlich von einer bis in die Oberschichten hinein breiten Durchseuchung mit Menschenflöhen zu rechnen haben, ist quellenmäßig nur schwer zu belegen. Ausgerechnet eine Bemerkung von Winklers Haller Kollegen, den bereits erwähnten Johannes Morhard, hilft uns hier weiter. Er notiert in seiner Haus-Chronik für das Jahr 1590: „Pulices aliis annis molestissimi vix ulla hoc anno molestia fuerunt.“ (Die Flöhe, die in anderen Jahren sehr lästig waren, sind in diesem Jahr kaum lästig geworden)<sup>36</sup>.

Es ist also bei einer historisch derart folgenreichen Krankheit wie der Pest bisher weder die genaue Seuchenformel geklärt, noch die Ursache des plötzlichen Auftretens der Krankheit und ihres ebenso plötzlichen Verschwindens<sup>37</sup>.

34 Proceedings der amerikanischen Nationalen Akademie der Wissenschaften Bd. 95, S. 12 637.

35 Mirko D. Grmek: Vorbemerkungen zu einer Geschichte der Krankheiten; in: Arthur E. Imhof (Hrsg): Biologie des Menschen in der Geschichte. Beiträge zur Sozialgeschichte der Neuzeit aus Frankreich und Skandinavien (Kultur und Gesellschaft. Neue historische Forschungen 3), Stuttgart 1978, S. 79–96, hier S. 89.

36 J. Morhard: Haus-Chronik, Schwäbisch Hall 1962, S. 30.

37 Zum plötzlichen Verschwinden der Pest aus Europa durch die entwicklungsgeschichtliche und immunologische Beziehung zwischen dem Pesterreger und der Pseudo-Tuberkulose vgl. Grmek (wie Anm. 35), S. 89f.

### Die Humoralpathologie – Denk- und Handlungsrahmen der Medizin des 16. Jahrhunderts

Leitkonzept der Medizin des Mittelalters und der frühen Neuzeit bis gegen Ende des 18. Jahrhundert war die Humoralpathologie, ein in sich schlüssiges wissenschaftliches Konzept, dessen Grundlagen von Hippokrates von Kos (460–375 v. Chr.) geschaffen und von Galenos von Pergamon (130–200) weiterentwickelt wurden<sup>38</sup>. Grundlage des Erfolgs der Humoralpathologie und ihrer Langlebigkeit war ihre Eingängigkeit, ihre starke Schematisierung sowie ihre Erlernbarkeit und ihre einschränkungslose Anwendbarkeit auf alle Krankheitszustände.

Basis dieses Konzeptes war die Viersäftelehre. Demnach bestimmt das Verhältnis der vier Kardinalsäfte des Körpers (Blut, Schleim, gelbe und schwarze Galle) Gesundheit oder Krankheit. Den Säften zugeordnet waren die vier Primärqualitäten: warm-feucht (Blut), warm-trocken (gelbe Galle), kalt-trocken (schwarze Galle), kalt-feucht (gelbe Galle). Stehen die vier Säfte bzw. ihre Qualitäten in einem harmonischen Verhältnis (Synkrasie) besteht Gesundheit. Für alle Krankheitszustände gleich welcher Art verantwortlich gemacht wird die ungleichgewichtige Mischung der Körpersäfte (Dyskrasie). Fehlmischungen rufen pathogene Verhältnisse von heiß, kalt, feucht oder trocken hervor und können lokal oder im ganzen Körper des Menschen wirken. Die Physis des Kranken versucht, durch Kochung (Pepsis) zu neutralisieren<sup>39</sup>. Dieser Neutralisationsprozess kann dabei generalisiert als Fieber oder lokal als Entzündung verlaufen. Die erfolgreiche Pepsis führt zur Ausscheidung der Krankheitsmaterie (Lysis). Einen nicht genügenden Neutralisationsprozess macht man für spätere Rezidive verantwortlich. Bei einer für eine ausreichenden Kochung zu schwachen Physis des Kranken wird der Körper mit der *Materia peccans* überschwemmt und es kommt zu Generalisierung der Krankheit, als deren Folge schließlich der Tod eintritt.

Eine Wiederherstellung des Gleichgewichtszustandes bzw. eine Unterstützung der Physis des Kranken bei diesem Prozess ist deshalb Aufgabe der zeitgenössischen Medizin. Sowohl Diagnose wie Therapie richten sich nach diesem Konzept. Wichtigste diagnostische Methoden sind im Mittelalter die Harnschau (Uroskopie) und die Beobachtung der Pulsqualitäten. Die Therapie in diesem flüssigkeitsbestimmten Konzept beschränkt sich im wesentlichen auf evakuierende Maßnahmen wie Aderlass, Schröpfen, Einsatz von Abführ- und Brechmitteln, die Förderung der Harnentleerung und des Schwitzens. Medikamentös wird theoretisch im Sinne des „*contraria contrariis*“ behandelt.

Grundsätzlich ist jedoch für die Alte Medizin festzuhalten, dass ihr die Vermeidung von Krankheit (Prävention, Prophylaxe) viel wichtiger war als die Therapie,

38 Vgl. dazu *Eckart* (wie Anm. 18); *Koebling* (wie Anm. 20), S. 13 ff.

39 Zum Folgenden vgl. *Dienel* (wie Anm. 17), S. 23.

zumal nur wenig Wirkungsvolles zur Verfügung stand<sup>40</sup>. Diätetische Maßnahmen, die sich im Sinne der hippokratischen „*diaita*“ auf die gesamte Lebensführung, die „*sex res non naturales*“, bezogen, spielten deshalb eine bedeutende Rolle. Im Gegensatz zu den „angeborenen“, in der unveränderlichen Natur des Menschen liegenden „*res naturales*“, Alter, Geschlecht und Temperament, waren die „*res non naturales*“ beeinflussbar: Speise und Trank, klimatische Wohnbedingungen, ausgewogenes Verhältnis von Ruhe und Bewegung, Schlafen und Wachen, Füllung und Entleerung (Essenszeiten, Stuhlgang und auch Frequenz des Geschlechtsverkehrs) sowie Triebe und Stimmungen.

Im Verlauf des 16. Jahrhunderts und der Zunahme empirischer Beobachtungen mehrten sich kritische Stimmen gegenüber dem humoralpathologischen Dogma in Teilbereichen der Medizin, wie etwa in der Lehre der epidemischen Krankheiten, ohne das Konzept freilich grundsätzlich in Frage zu stellen. Dies führte zu einer stärkeren Einbindung der Botanik und Kräuterlehre bei der Arzneimitteltherapie und zu zaghaften Veränderungen in der Therapie, wie etwa einer etwas zurückhaltenderen Anwendung des Aderlasses. Ein gewisses Aufbegehren ist freilich allenthalben zu beobachten wie etwa bei dem in seiner Wirkung allerdings überschätzten Paracelsus (1493/94–1541)<sup>41</sup>.

Das massenhaft gleichartige Auftreten der seuchenartigen Erkrankungen war allein mit der Humoralpathologie nicht zu erklären. Hier lieferte die Miasmatheorie eine ergänzende und einleuchtende Erklärung<sup>42</sup>. Demnach entstanden und verbreiteten sich seuchenhafte Krankheiten durch schlechte „Ausdünstungen“ insbesondere des Bodens, der Sümpfe und des Wassers oder durch krankmachende Bestandteile der Luft (Pesthauch). Die geradezu moderne Contagionstheorie eines Giralomo Fracastoro (1478–1553) blieb Episode<sup>43</sup>. Doch zeigte der Augenschein auch in Südwestdeutschland, dass man sich bei umgehenden Seuchen vor der Nähe zu Kranken und vor deren Kleidung hüten musste.

#### **Ein kurzer (...) Bericht, wie sich in dieser Zeyt der Pestilentz halben zu halten sey. (1563/64)**

Das 42 Druckseiten im Quartformat umfassende und in Nürnberg gedruckte Winklersche Erstwerk „Ein kurzer, doch volkomlicher Bericht, wie sich dieser zeyt der Pestilentz halben zu halten sey“ ist in zwei inhaltlich identischen Versionen 1563 und 1564 erschienen<sup>44</sup>. Es soll hier mit anderen zeitgenössischen Traktaten vergli-

40 Auch zum Folgenden vgl. *O. Riha*: Die Ärzte und die Pest, in: *dies.* (Hrsg.): Seuchen in der Geschichte: 1348–1998. 650 Jahre nach dem Schwarzen Tod. Referate einer interdisziplinären Ringvorlesung an der Universität Leipzig, Aachen 1999, S. 7–26, hier S. 15.

41 *Eckart* (wie Anm. 18), S. 156.

42 *Riha* (wie Anm. 40), S. 7f.

43 *Eckart* (wie Anm. 18), S. 163.

44 künftig *Winkler*: Pest.

chen werden, wie sie Sigrid Dienel jüngst in einer pharmaziehistorischen Dissertation präsentiert hat<sup>45</sup>. Aus geographischen Gründen wurde zudem ein Pesttraktat des Stuttgarter Stadtarztes Johann Erhard Stürmlin<sup>46</sup> von 1585 zugezogen, der zwar nicht in allen Punkten vergleichbar ist<sup>47</sup>, aber medizinische Erkenntnisse und vorgeblich erfolgreich angewandte Rezepte seines Vaters, ebenfalls württembergischer Hofmedikus und Stadtarzt<sup>48</sup> in Esslingen, aus den Pestepidemien 1542 und 1552 in Stuttgart und Esslingen publiziert, und damit Winklers Werk zeitlich gleichsam umklammert.

In einer kurzen, auf den 27. September 1563 datierten Vorrede legt Winkler zunächst Veranlassung, Zielgruppe und Absicht seiner Schrift dar und nennt auch die medizinischen Autoritäten, denen er in seinen Ratschlägen folgt: „Galen, Aetius, Paulus, Fuchsius und Montanus“. Winkler erweist sich damit als getreuer Schüler seines Lehrers Fuchs, den er auch unmittelbar nach den antiken Autoritäten selbst nennt<sup>49</sup>. Bei dem letztgenannten handelt es sich um Johann Baptist Montanus, einer der profiliertesten medizinischen Lehrer jener Zeit und Professor an der damals renommiertesten medizinischen Fakultät in Padua. Wie Fuchs war er ein Zeitgenosse Winklers und bedeutender humanistischer Reformier der Medizin.

„Auß sonderlicher Liebe und Trew,“ sieht Winkler sich zu seiner Schrift veranlasst, „auch fleissigem Ansuchen etlicher ehrliebender Personen“, ohne dass wir

45 Dienel (wie Anm. 17). Während die Pestschriften des Mittelalters gut erforscht sind und teilweise sogar in Editionen vorliegen, sind die Traktate des 16. und 17. Jh. bisher kaum beachtet worden. Zu den mittelalterlichen Pestschriften vgl. K. Sudhoff: Pestschriften aus den ersten 150 Jahren nach der Epidemie des „Schwarzen Todes“ 1348 (Sudhoffs Archiv 2–17), 1909–1925; ders.: Mittelalterliche Einzeltexte zur Beulenpest vor ihrem pandemischen Auftreten 1347/48. Ein Überblick, in: ders. (Hrsg.): Historische Studien und Skizzen zur Natur- und Heilwissenschaft. Festschrift Georg Sticker, Berlin 1930, S. 39–48; A. C. Klebs, K. Sudhoff: Die ersten gedruckten Pestschriften, München 1926; H. J. Bergmann: „Also das ein mensch zeichen gewun“. Der Pesttraktat Jakob Engelins von Ulm (Untersuchungen zur mittelalterlichen Pestliteratur 2), Med. Diss. Bonn 1972; A. Rutz: Altdeutsche Übersetzungen des Prager ‚Sendbriefs‘ (‚Missum Imperatori‘) (Untersuchungen zur mittelalterlichen Pestliteratur 1), Med. Diss. Bonn 1972; V. Güter: Der ‚Sinn der höchsten Meister von Paris‘. Studien zu Überlieferung und Gestaltwandel (Untersuchungen zur mittelalterlichen Pestliteratur 3, 1), Med. Diss. Bonn 1974; H. P. Franke: Der Pest-Brief an die Frau von Plauen. Studien zu Überlieferung und Gestaltwandel (Untersuchungen zur mittelalterlichen Pestliteratur 3, 2 u. Würzburger med. hist. Studien 9), Pattensen 1977; G. Werthmann-Haas: Altdeutsche Übersetzungen des Prager ‚Sendbriefs‘ (Würzburger med. hist. Studien 27), Pattensen 1983.

46 Physikus in Stuttgart ab 1559, + 1596 vgl. Pfeilsticker: Württembergisches Dienerbuch, 2 Bde., Stuttgart 1963, § 2849.

47 J. Stürmlin: Ein nutzlichs lang geprobiert Regiment Büchlin / wider die geschwinde / erschrockliche abschewliche Kranckheyt der Pestilentz / jetzunder an vnzähllichen vilen orthen grassirendt, auffs new vnnd vormal nicht im Truck außgangen. Durch Johann Erhardt Stürmlin / der Philosophy vnnd beyder Artzney bestelten Doctor zu Stutgarten. Getruckt zu Tübingen / bey Alexander Hock / im Jar 1586. Es ist wesentlich umfangreicher und mit Herzog Ludwig von Württemberg einem herausgehobenen Adressaten gewidmet, hatte aber offenbar auch darüber hinaus Verbreitung. Das Exemplar der Württ. Landesbibliothek in Stuttgart, das mir vorlag, stammt aus der Bibliothek des Klosters Blaubeuren.

48 Nicht bei Pfeilsticker (wie Anm. 46).

49 Galenos von Pergamon (130–200), Aetios von Amida (480–566), Paulus von Aigina (ca. 600–650).

erfahren, wer diese Personen sind. „Solche Krankheit“, charakterisiert er die Pest, „gantz abscheulich und geschwind ist, die auch nicht lang rathsfragen duldet“. Den außergewöhnlichen raschen Verlauf als etwas für die Pest Charakteristisches betonen auch die anderen Pestschriften<sup>50</sup>.

Zwei Ursachen macht Winkler für die Krankheit aus: vergiftete Luft und „occulta quadam proprietate coelesti“ (= gewisse verborgene Eigentümlichkeiten des Himmels). Es sind dies die beiden Theorien, die auch schon im Pariser Pestgutachten von 1348 zur Erklärung der Pestepidemie herangezogen werden: eine „siderische“ und eine „terrestrische“<sup>51</sup>. König Philipp VI., dem die Pest 1348 seine Ehefrau entriß, hatte das Gutachten „Compendium epidemia“ bei der medizinischen Fakultät der Universität Paris im Oktober 1348 im Auftrag gegeben<sup>52</sup>, und seine Wirkung ist, wie wir schon jetzt bemerken können, sehr nachhaltig.

Die verborgenen Eigentümlichkeiten des Himmels, die „siderischen Ursachen“, offenbarten nach Winkler unmissverständlich die Prognostiken für die Jahre 1563 und 1564, zeigten sie doch, dass „es on ein gemeinen sterben nit abgehen wirdt“<sup>53</sup>. Was die Sterne wiesen, war eine Sache, das Grassieren der Pest 1563 in Bayern und dem späteren Österreich, in Südwestfrankreich und England war eine andere und zweifellos längst auch in Schwäbisch Hall bekannt<sup>54</sup>, die Deutungsleistung einer drohenden Pestepidemie somit nicht gar so hoch. Hat die Seuche 1563/64 auch in Südwestdeutschland allenthalben und mit erheblichen Folgen grassiert, so hat sie Schwäbisch Hall ganz offensichtlich nicht erreicht<sup>55</sup>. Ob Winkler daraus für sich berufliches Kapital schlagen konnte?

Bemerkenswert ist, dass Winkler die sonst fast durchgängig insbesondere auch bei Stürmlin vorkommende Pest als Gottesstrafe für sündigen Lebenswandel völlig unerwähnt lässt und folglich auch Gebete und persönliche Umkehr als deren adäquate Remedia<sup>56</sup>. Ob er davon ausging, dass dieser Teil der Seucheninterpretation allgemein bekannt war oder aber sich hier ein neues, rationales Verständnis von Krankheit manifestiert, wie wir es bereits bei dem eine Generation älteren Paracel-

50 „Die beschwerliche und geschwinde Kranckheit der Pestilentz“: *Stürmlin* (wie Anm. 47).

51 *Riha* (wie Anm. 40), S. 12.

52 Abgedruckt in *L. A. Michon*: Documents inédits sur la grande peste de 1348, Paris 1860, S. 49–70; *R. Sies*: Das ‚Pariser Pestgutachten‘ von 1348 in altfranzösischer Fassung (Würzburger medizinhistorische Forschungen 7), Pattensen 1977; vgl. auch *E. Seidler*: Die Heilkunde des ausgehenden Mittelalters in Paris. Studien zur Struktur der spätscholastischen Medizin (Sudhoffs Archiv, Beiheft 8), Wiesbaden 1967, S. 36–40.

53 *Winkler*: Pest, Vorrede.

54 *Eckert* (wie Anm. 7), S. 78 ff.

55 Für Württemberg vgl. *Benning* (wie Anm. 7), S. 40–43; *K. Veigel*: Die Geschichte der Seuchen in den freien Reichsstädten Schwäbisch Hall und Heilbronn, med. Diss. Frankfurt 1950. Die Arbeit ist jedoch wie eine ganze Reihe anderer in dieser Zeit in Frankfurt entstandenen medizinischen Dissertationen zur Seuchengeschichte höchst dürftig.

56 *Riha* (wie Anm. 40), S. 8 f.

sus (1493/94–1541) finden, lässt sich nicht sicher entscheiden<sup>57</sup>. Auslöser des Sterbens sei nach Winkler der „hitze und böse Planet Mars, (...) ein Herr des Orients im 64. Jar und Bedeuter im Hauß des Todts“. Dazu kämen noch weitere Konjunktionen, „welche, so da ir nicht gut achtung geben, [euch] mit der Pestilentz erschleichen und erwürgen werden“. Anders als sein jüngerer Kollege Morhard<sup>58</sup> steht Winkler hier mit den meisten anderen Pesttraktaten<sup>59</sup> ebenfalls noch ganz in der mittelalterlichen Tradition des Pariser Pestgutachtens, das von einer engen Verbindung von Mikro- und Makrokosmos ausgeht<sup>60</sup>. Schon dies sieht die primäre Ursache in der Konjunktion der drei Planeten Saturn (kalt, trocken), Jupiter (heiß, feucht) und Mars (heiß, trocken) vom 20. März 1345 mit den ihnen zugeordneten Qualitäten und leitet diese Erkenntnis aus den Werken medizinischer und philosophischer Autoritäten wie Aristoteles und Albertus Magnus ab. Nach Albertus Magnus etwa bringt die Konjunktion von Mars und Jupiter in der Luft eine große Pest hervor, insbesondere dann, wenn sie sich mit feuchten und warmen Zeichen verbindet<sup>61</sup>. Es ist also die Konstellation der Gestirne, die terrestrische Ereignisse wie Erdbeben und Wetterunbilden verursacht und damit die vergiftete Luft, das Miasma, aus dem Erdinnern oder Sümpfen an die Oberfläche dringen lässt<sup>62</sup>. Die Bösartigkeit der Luft ist deshalb so groß, weil sie am schnellsten in das Herz und in die Lunge dringt<sup>63</sup>, oder wie Stürmlin dies ausdrückt: „Pestilentz ist ein hitzig giftig Fieber / auß vergiftung der Luefft / vnd der Natürlichen Narung / welche das Hertz / die lebliche Geiste / auch das Geblüt / darinnen das Leben rhuwet / zerstöret / schwirig vnnnd falet machet / fahet an dem Herten an / vnnnd danach sich in das Geäder / vber den gantzen Leib thut außtheilen / darnach mit schnellem vnuersehemem Tode / die Menschen getödet werden“<sup>64</sup>. Seinen „kurzen Bericht“ teilt Winkler in drei Kapitel, die man mit ‚Prophylaxe‘, ‚Symptome und allgemeine Therapie‘ und ‚spezielle Therapie der Bubonen‘ überschreiben könnte. Allein die Tatsache, dass hier wie auch in den anderen Pesttraktaten die Bubonen regelmäßig und als charakteristisches Symptom erwähnt werden<sup>65</sup> und Winkler ihrer Behandlung gar ein eigenes Kapitel widmet, belegen, dass hier tatsächlich die Pest als ursächliche Krankheit bekämpft werden soll. Der

57 Dienel (wie Anm. 17), S. 95 f; Stürmlin (wie Anm. 47), fol. 4 ff bezieht sich auf die Bibel, den 91. Psalm und das Buch Syrach Kap. 38, das ausführt, Gott habe die Krankheit als Strafe geschickt aber auch die Mittel geschaffen, diese zu heilen.

58 Morhard notiert etwa in seiner Haus-Chronik zum Jahr 1605 „Narren sein diejenigen, welche sich von den Sternsehern schröcken lassen“; J. Morhard: Haus-Chronik, Schwäbisch Hall 1962, S. 64.

59 Dienel (wie Anm. 17), S. 87–90. Nur Stürmlin (wie Anm. 47) erwähnt tellurische Einflüsse mit keinem Wort.

60 Riha (wie Anm. 40), S. 12 f.

61 V. Zimmermann: Krankheit und Gesellschaft. Die Pest, in: Sudhoffs Archiv 72 (1988), S. 1–13, hier S. 9.

62 C. M. Cipolla: Miasmas and disease. Public health and the environment in the present industrial age, New Haven 1992.

63 Zimmermann (wie Anm. 61), S. 9.

64 Stürmlin (wie Anm. 47).

65 Vgl. Dienel (wie Anm. 17) und Stürmlin (wie Anm. 47).

jüngst geäußerte Vorwurf, die Pest sei eine historisch konstruierte Krankheit<sup>66</sup>, erweist sich damit als haltlos. Zwar können auch bei anderen Erkrankungen bisweilen Lymphknotenschwellungen auftreten<sup>67</sup> und ist generell bei retrospektiven Diagnosen Vorsicht am Platze<sup>68</sup>, doch in der Regelmäßigkeit, wie Bubonen hier vorausgesetzt werden, und dazu verbunden mit den häufig in engem zeitlichen Konnex mit den Traktaten grassierenden Epidemien, der raschen Verbreitung, dem fulminanten Verlauf und der hohen Mortalität kommt nur die Pest als ursächliche Krankheit in Frage<sup>69</sup>.

Bemerkenswert nicht nur für Winkler, sondern für die meisten Pestschriften des 16. und 17. Jahrhunderts ist die Zweiteilung mancher Ratschläge und Rezepte in solche für Vermögende und solche für ärmere Leute<sup>70</sup>, eine Zweiklassenmedizin, wie wir heute sagen würde. Keineswegs sahen studierte Mediziner ihre Klientel dabei ausschließlich in der vermögenden und gebildeten Oberschicht, auch wenn sich viele Rezepte zweifellos an sie richten. Schon damals galt, was noch heute zu beobachten ist: je teurer und exklusiver die empfohlene Arznei, desto größere Wirkung schrieb man ihr zu<sup>71</sup>. Der Gang in die Apotheke machte den Unterschied.

Getreu der humoralpathologischen Grundauffassung, dass Vorbeugen besser als Heilen sei, steht die Krankheitsvermeidung, die Prophylaxe auch bei Winkler an erster Stelle. Indes verzichtet Winkler und auch die meisten anderen zeitgenössischen Traktate ganz auf die im Pariser Pestgutachten empfohlene rechtzeitige Flucht als wirksamste Medizin. War dies Ausdruck einer gewandelten Ethik oder eines gewissen Fatalismus?

Winklers diätetischen Ratschläge richten sich ganz nach der humoralpathologischen Lehre der „res non naturales“ und unterscheiden sich hier kaum von denen des Pariser Pestgutachtens, finden sich folglich regelmäßig auch in anderen Pest-

66 A. Kinzelbach: *Gesundbleiben, Krankwerden, Armsein in der frühneuzeitlichen Gesellschaft. Gesunde und Kranke in den Reichsstädten Überlingen und Ulm 1500–1700* (Medizin, Gesellschaft und Geschichte, Beiheft 8), Stuttgart 1995, S. 142 ff und A. Cunningham: *Transforming the plague. The laboratory and the identity of infectious disease*, in: A. Cunningham, P. Williams (Hrsgg.): *The laboratory revolution in medicine*, Cambridge 1992, S. 209–214.

67 Vgl. *Psychrembel: Klinisches Wörterbuch*, Hamburg 257/1994 s.v. Lymphom.

68 Letztlich gewährt nur ein bakteriologischer Nachweis eine exakte Diagnose. Deshalb im Umkehrschluss jedoch jede Form retrospektiver Diagnose zu negieren ist unsinnig. Ich halte es für mehr als legitim, im vollen Bewusstsein der methodischen Problematik und mit aller gebotenen Vorsicht über Indizien/Symptome auf die ursächliche(n) Krankheit(en) zu schließen. Wollte man diesen rigorosen naturwissenschaftlichen Ansatz auf die Geschichtswissenschaft generell übertragen, wäre Geschichtsschreibung nicht mehr möglich.

69 Die theoretische Möglichkeit eines unbekanntnen, inzwischen erloschenen oder mutierten Erregers, der ähnliche Symptome auslöst, besteht, doch haben die erwähnten Genom-Untersuchungen in einem historischen Pestfriedhof im Jahre 1999 die historische Existenz von *Yersinia Pestis* einwandfrei belegt (vgl. Anm. 34).

70 Besonders extrem im Traktat des Heinrich Cunitz von 1625 vgl. *Dienel* (wie Anm. 17), S. 141 ff.

71 *Riha* (wie Anm. 40), S. 19; W. Dressendörfer: *Spätmittelalterliche Arzneitaxen des Münchner Stadtarztes Sigmund Gotzkircher aus dem Grazer Codex 311. Ein Beitrag zur Frühgeschichte des süddeutschen Apothekenwesens* (Würzburger med. hist. Forschungen 15), Pattensen 1978.



schriften<sup>72</sup>: Nach dem Temperantia-Ideal wird ein in jeglicher Hinsicht mäßiges Leben gefordert, nicht nur, aber mit besonderer Betonung auf Essen und Trinken, konkret: Verzicht auf alle Völlerei und Zecherei, „wie es das gemeine Volk täglich macht“<sup>73</sup>. Vom Verzehr von Schweinefleisch, Fisch, Sauerkraut, Zwiebeln, rohem Obst, neuem Wein, ungesalzenem Brot, zu stark gewürzten Pasteten, gerösteten oder gedämpften Gerichten, gebackenen Eiern als „grobe Speisen“ wird abgeraten. Empfehlungen, die leicht abgewandelt, auch in anderen Pesttraktaten erscheinen. Gemeinsam ist ihnen die Ablehnung von Schweinefleisch, Fisch und frischem Obst<sup>74</sup>. Am bekömmlichsten seien stark gewürzte und säuerliche Speisen. Insbesondere dem Essig als „desinfizierendem“ Speisezusatz kommt eine besondere Bedeutung zu<sup>75</sup>.

Als Getränk solle man sich starker Weine wie Malvasier oder Rheinwein enthalten und sich mit Neckarwein begnügen – eine Empfehlung, die indes bei weitem nicht von allen Traktatverfassern geteilt wird, lehnen viele den Wein als hitzeerzeugendes Getränk doch völlig ab<sup>76</sup>. Vorbeugend wird ein das Essen einleitender Trunk von Gewürzweinen wie Salbei-, Wacholder- oder Wermutwein empfohlen und ein Pulver aus der Apotheke, „um die übrige Feuchtigkeit auszutrocknen“, das heißt jedes Säfteungleichgewicht zu vermeiden. Der Körper soll zudem „offen gehalten werden“, um schwächende und die Krankheitsanfälligkeit erhöhende Faulung zu vermeiden; eine Verstopfung soll gegebenenfalls mit leichten abführenden Mitteln beseitigt werden. Um den Körper nicht zu sehr zu schwächen, wird vorbeugender Aderlass nur denjenigen empfohlen, die ihn gewohnt seien. Baden soll nur, wer vollkommen schmerzfrei ist.

Vor dem morgendlichen aus dem Haus Gehen ist die Einnahme einer vorbeugender Arznei ratsam, die entweder aus täglich zu wechselnden Latwergen, das waren Fruchtmuse, die mit Zucker verarbeitet heiß zu teigiger Konsistenz eingedickt wurden<sup>77</sup>, oder aus anderen Mitteln besteht. Außerdem ist das Gesicht mit einem wohlriechenden Wasser (empfohlen wird ein Gemisch aus Rosenwasser und Weinessig) zu reinigen und der Mund mit Wein auszuspülen. Nasenlöcher und Zunge schließlich als potentielle Eingangspforten der krankmachenden Luft sollen mit einem Präservativ aus Branntwein und Theriak bestrichen werden<sup>78</sup>.

Der Theriak war ein seit der Antike bis ins 19. Jahrhundert gebräuchliches Allheilmittel, das insbesondere gegen jede Art von „Gift“ immun machen sollte. Sein Wirkprinzip war dabei ganz rational: Der Hauptbestandteil sollte nämlich das Fleisch der damals giftigsten bekannten Schlange sein, der ägyptischen Sandvipere. Da diese nicht an ihrem eigenen Gift eingeht, „musste“ nach damaliger Vorstel-

72 Vgl. *Dienel* (wie Anm. 17), S. 134–138.

73 *Winkler*: Pest, 1. Kap.

74 Ebd.

75 *Riha* (wie Anm. 40), S. 24.

76 *Dienel* (wie Anm. 17), S. 134f.

77 *Dienel* (wie Anm. 17), S. 241.

78 Vgl. dazu *Riha* (wie Anm. 40), S. 18f. Dort auch weitere Literatur; *Dienel* (wie Anm. 17), S. 321.

lung in ihrem Körper ein hochpotentes Gegengift enthalten sein, dessen Einnahme auch Menschen vor diesem und anderen Giften schützen konnte. Und er half tatsächlich gegen „alles“, indem er durch die Opiate des darin ebenfalls beigemischten Schlafmohns zumindest die Stimmung hob und die Schmerzen dämpfte.

Da es sich beim Theriak häufig um eine gefälschte Droge gehandelt hat, wie wir nicht nur aus Grimmelshausens ‚Simplicissimus‘ wissen, verwundert es nicht, dass Stürmlin einige skurrile Proben mitteilt, mit denen man die Qualität des Theriaks („Dreyacker“) feststellen zu können vermeinte<sup>79</sup>.

Für unterwegs empfiehlt Winkler, einen in der Apotheke mit wohlriechenden Stoffen präparierten Bisamapfel<sup>80</sup> bei sich zu tragen.

Da man das Übel in der Luft wähte, sollten alle Räume regelmäßig mit wohlriechenden und in die Glut gestreuten getrockneten Kräutern wie Rauten, Wermut, Wacholder, Lorbeer oder Weihrauch geräuchert werden. Auch Rathäuser und andere öffentliche Gebäude seien auf diese Weise am besten zu schützen. Noch 1633 in der eingangs erwähnten langenburgischen Pestepidemie handelte man nach diesen Ratschlägen, als man die von Nesselbachern und Bächlingern im Wechsel zum sonntäglichen Gottesdienst genutzte Bächlinger Kirche vorher mit einem Wacholderrauch „desinfizierte“<sup>81</sup>.

Die für die Pest typischen Krankheitssymptome, die Winkler aufzählt, sind zu meist eher unspezifisch und gleichen *mutatis mutandis* den in anderen Pestschriften aufgeführten<sup>82</sup>: es wird einem seltsam, man empfindet zugleich Hitze und Kälte, Schüttelfrost, man wird schwach und müde, möchte schlafen, wird wirr im Kopf und schwindelig, manche werden ihrer Vernunft beraubt, der Atem wird kurz, der Mund schmerzt, die Zunge wird trocken und man will trinken, verliert die Lust zu essen und muss sich nicht selten übergeben. Man wird traurig und das Herz zittert. Bisweilen treten auch Durchfall und kalter Schweiß auf<sup>83</sup>. Schließlich erwähnt Winkler die für die Pest charakteristischen Bubonen, die hinter den Ohren, am Hals, unter den Achseln, an Bauch und Weiche, am Rücken und an den Beinen auftreten können<sup>84</sup>.

Die Harnschau als elementare Diagnosemethode der mittelalterlichen Medizin praktiziert Winkler offenbar nicht, während in den anderen Traktaten nahezu regelmäßig die Harnbeschaffenheit erwähnt wird, die Harnqualität aber nach Meinung der meisten Autoren keine eindeutigen Schlüsse zulasse.

79 Stürmlin (wie Anm. 47).

80 Eine meist kunstvoll aus Metall gegossene oder aus Holz geschnitzte Kugel, die man an einer kleinen Kette am Handgelenk oder um den Hals gehängt trug.

81 Taddey (wie Anm. 1), S. 186.

82 Vgl. Dienel (wie Anm. 17), S. 93–95.

83 Cunitz (1625) nennt noch: rote Augen, Schmerzen im Brust-, Schulter- und besonders Rückenbereich, Conradinus (1562) einen trüben, dickflüssigen, stinkenden Harn, doch sei die Harnschau trügerisch. Vgl. Dienel (wie Anm. 17), S. 93.

84 Conradinus (1562) bezeichnet auch die Blattern als das verlässlichste Symptom. Diese können „am meisten an sechs örtern“ auftreten: hinter den Ohren, unter den Achseln und in den Leisten.

Wer die genannten Symptome an sich feststellt, schreibt Winkler weiter, soll nun keinesfalls in Panik und Angst verfallen, weil alle Gemütschwankungen nach hippokratischem Verständnis die Krankheit noch verschlimmern würden, sondern dieser soll zu Gott beten, dass ihm mit heilsamer Arznei geholfen werden möge. Da die Krankheit sehr rasch fortschreitet, eine Beobachtung, die, wie gehört, auch die meisten anderen Pestschriften machen, und sehr variabel in ihrer Erscheinungsform sei, soll man nun so schnell wie möglich einen kundigen und gelehrten Arzt zuziehen oder – als zweitbeste Lösung – sich des gedruckten Winklerschen Ratgebers bedienen.

Die Therapie folgt nun dem üblichen humoralpathologischen Dreiklang: Aderlass, Schwitzkur, Antidota bzw. Stärkung, wobei vor allem die Reihenfolge von Aderlass und Schwitzkur unter den Medizinern erheblich umstritten war<sup>85</sup>.

Da die Krankheitsursache in vergifteter Luft gesehen wurde, die über das Blut zu den Körperorganen gelangt, ist für Winkler der Aderlass bei der Pestbekämpfung das therapeutische Mittel der ersten Wahl und zwar nach dem Auftreten der ersten Symptome so rasch wie möglich, egal ob es Tag oder Nacht sei<sup>86</sup>. Vorher sei jedoch festzustellen, ob der Körper „offen ist“. Ein grundsätzliches Klistieren lehnt Winkler ebenso wie die meisten anderen Traktatverfasser ab, und dies entgegen der Empfehlung namhafter medizinischer Autoritäten, wie Winkler ausdrücklich betont, weil das Purgieren den Körper zu sehr schwäche.

Nach der aristotelischen Organ-Wertung besteht die *membra-principalia*-Reihe aus Herz, Leber und Gehirn. Jedem dieser drei Organe ist eine bestimmte Lassestelle zugeordnet, an der der Körper von schlechten Säften gereinigt werden kann<sup>87</sup>.

Entsprechend dieser Zuordnung ergibt sich folgender Krankheits- bzw. Therapieablauf: Die pestverseuchte Luft wird vom Blut resorbiert und kommt dadurch zum Herz. Entweder wird das Herz abgetötet oder es wehrt das verseuchte Blut ab und schickt es in den axilliären Bereich. Dort verursacht es dann die axilliären Bubonen. Wird nun an dieser Stelle zur Ader gelassen, dann ist das Blut gereinigt. Unterbleibt dies, dann fließt das infizierte Blut weiter zur Leber. Bubonen in der Leistengegend sind die Folge. Die Lassestellen für dieses Stadium liegen an den Zehen. Als äußeres Zeichen, dass das verunreinigte Blut schließlich das Gehirn erreicht hat, treten Pestbeulen am Hals auf. Nun besteht nur noch die Möglichkeit, hinter den Ohren oder unter dem Kinn zu lassen. Das jeweils vergiftete *membrum principale* wird also nach dieser Theorie bei seinem Reinigungsversuch über die Bubonen durch eine zusätzliche Purgaz unterstützt, die das mit Pestmaterie befrachtete Blut nach außen abzieht.

85 Dienel (wie Anm. 17), S. 97ff.

86 Winkler: Pest, I. Kap. Vgl. dazu auch Zimmermann (wie Anm. 61), S. 11.

87 Nach Zimmermann (wie Anm. 61), S. 11. Vgl. auch H.J. Bergmann, G. Keil: Das Münchner Pest-Laßmännchen. Standardisierungstendenzen in der spätmittelalterlichen deutschen Pesttherapie, in: G. Keil u.a. (Hrsg.): Fachprosa-Studien. Beiträge zur mittelalterlichen Wissenschafts- und Geistesgeschichte, Berlin 1982, S. 327.

Solange keine Beulen auftreten soll nach Winkler die „Leberader“ oder die unmittelbar nächste, die „Mediana“ auf dem rechten Arm geöffnet werden. Treten aber Beulen oder Schmerzen auf, so sind je nach deren Lage die Hauptader auf dem Arm bzw. an der Hand beim Daumen (bei Beulen hinter den Ohren, Kinn oder Hals), die Mediana bzw. die Ader zwischen dem kleinen Finger und dem Ringfinger (Genick, Schultern oder am Arm bzw. unter den Achseln), die sogenannte Saephana oder Frauenader (an den Leisten, Beinen oder in den Kniebeugen) oder die Gichtader (an den Lenden oder Hüften) zu öffnen. Man solle jedoch darauf achten, dass niemand aus dem Arm lasse, wenn die Beule unterhalb der Gürtellinie erscheint. Zeigt sich die Beule schließlich auf dem Herzen, ist es die Milzader auf dem linken Arm, der man das vergiftete Blut entnimmt. Zum besseren Verständnis ist auf der Rückseite der Schrift ein Lasmännchen abgebildet, das die Lage der Bubonen mit den entsprechenden Lassstellen durch Linien verbunden zeigt<sup>88</sup>.

Sehr wichtig beim Aderlass sei im übrigen, darauf zu achten, dass der Patient nicht in Ohnmacht falle (Lypothimia), denn dann sei das Leben bereits halb verloren. Dies sei auch der Grund, warum die Venezianer gänzlich Abstand vom Aderlass genommen hätten, eine Einstellung, der, ganz entgegen Winklers Auffassung, inzwischen auch viele Deutsche anhängen. Entscheidend für den Aderlass sei nach Winkler die individuelle Konstitution, die zu beurteilen nur ein gelehrter Arzt in der Lage sei<sup>89</sup>.

Junge und Alte sowie Schwangere (1.–4. und 6.–8. Monat) sollten deshalb nicht zur Ader gelassen werden auch diejenigen nicht, die schon zu schwach seien. Für die anderen empfiehlt er Mengengrenzen für den Aderlass: die über 25jährigen sollen maximal 10 Lot Blut lassen, unter 18 nicht mehr als 7 Lot<sup>90</sup>. Hat jemand den rechtzeitigen Aderlass versäumt und zeigen sich bei ihm schon 3 oder 4 Tage lang Bubonen, soll man ihn nicht mehr zur Ader lassen, es sei denn, der Kranke fühle sich noch stark. Doch sei es sehr ungewöhnlich, dass jemand nach so langer Zeit mit Bubonen noch stark genug sei.

Die Einstellung zum Aderlass, so folgerichtig dieser im humoralpathologischen Konzept auch erscheinen mag, war inzwischen durchaus so konträr wie Winkler konstatiert. Es waren sicher nicht zuletzt ungünstige praktische Erfahrungen die zu dieser kritischen Haltung geführt hatten. Der Aderlass schwächt den Körper unnötig und ist der Heilung kontraproduktiv. Vor allem die Autoren des 17. Jahrhunderts empfehlen deshalb, den Aderlass nur noch vorsichtig einzusetzen und geben der Schwitzkur als Primärtherapie den Vorzug<sup>91</sup>. Noch bis Mitte des 19. Jahrhun-

88 G. Werthmann-Haas: Zur Ikonographie des „Pestlaßmännleins“, in: Fortschritte der Medizin 106 (1988), S. 267–269; G. Keil: Pestlaßmännlein, in: Die deutsche Literatur des Mittelalters. Verfasserlexikon, Bd. 7, Berlin<sup>2</sup> 1989, Sp. 416–418.

89 Schon der berühmteste französische Arzt jener Zeit, Jean Fernel (1497–1558), hatte zu einem zurückhaltenderen Vorgehen in der Praxis des Aderlasses geraten; vgl. Eckart (wie Anm. 18), 153 f.

90 Das Lot ist ein Gewichts- und kein Hohlmaß. Ob hier das Apotheker-Lot oder das Handelslot gemeint ist, ist nicht ganz klar. Beides liegt je Lot knapp unter 15 Gramm, so dass die umgerechneten Werte knapp 150 Gramm bzw. etwa 100 Gramm betragen.

91 Vgl. Dienel (wie Anm. 17), S. 97–100.

derts sollte es dauern, ehe sich endgültig die empirische Erkenntnis durchsetzte, dass der Aderlass häufig schädlicher als nützlich war<sup>92</sup>.

Am ersten Krankheitstag, so fährt Winkler fort, hüte man sich vor Traurigkeit, Schlaf und Hunger, denn sie verstärken die Krankheit und vergiften vornehmlich das Herz. Bezüglich des Hungers verweist er auf Galen, der in seinem 3. Buch von den Epidemien berichtet, dass alle diejenigen Erkrankten, die zu seiner Zeit an Hunger litten, gestorben seien. Diejenigen aber, die man zum Essen zwingen musste, seien am Leben geblieben.

Anderthalb Stunden nach dem Aderlass lässt Winkler die Schwitzkur folgen. Dazu bediene man sich bekannter Schweißmittel aus der Apotheke, die er um zwei weitere Rezepte ergänzt. Den Armen empfiehlt er als Schweißtrunk eine große Zwiebel auszuhöhlen, sie mit Weinrautensaft gefüllt zu braten und dann auszudrücken und von dem warmen Saft einen Esslöffel voll einzunehmen.

Nach Einnahme des Schweißtrunks lege sich der Kranke ins Bett, halte sich warm und schwitze mindestens eine Stunde oder so lange, „wie es die Natur leiden mag“. Zur Unterstützung könne man dem Kranken warme Ziegelsteine ins Bett legen. Denn, und da ist er sich mit seinen Kollegen weitestgehend einig, das Gift muss durch den Schweiß aus dem Körper kommen.

Sobald der Kranke im Schweiß liege, besteht für die Krankenpfleger höchste Ansteckungsgefahr. Sie sollen sich deshalb vor den höchst giftigen Dämpfen und dem Atem des Kranken hüten und weit von ihm entfernt stehen<sup>93</sup>. Jetzt ist also die Zeit, da nach dem humoralpathologischen Konzept die Krankheit auch von Mensch zu Mensch weitergegeben werden kann.

Von Aderlass, Schwitzkur und jeglicher Purgaz ausgenommen sind nur diejenigen, bei denen die Krankheit mit Durchfall beginnt. Hier soll man den Durchfall nicht bekämpfen, sondern den Kranken lediglich mit Essen, Trinken und herzstärkenden Mitteln bei Kräften halten. Erst wenn der Durchfall nachlässt und der Kranke noch einigermaßen bei Kräften ist, beginne man mit der Schwitzkur ohne vorherigen Aderlass.

Nachdem nun die für den Patienten sehr kräftezehrende erste „mechanische“ Entgiftung des Körpers vollzogen ist, kommt es im Folgenden auf eine Stärkung der Physis und den Einsatz geeigneter Antidota, Gegengifte, an.

Wiederum anderthalb Stunden nach dem Schweiß soll der Kranke deshalb mit Essen und Trinken versorgt werden, auch wenn dies zwangsweise geschehen muss. Eine kräftige Hühnersuppe oder einen „destillierten Kappaun“ empfiehlt Winkler mit anderen als stärkende Mahlzeit<sup>94</sup>, Wein mit Citrinat-, Koriander- oder

92 1849 bemerkte der Wiener Kliniker Joseph Dietl in einer Untersuchung, dass Patienten, die an Lungenentzündung litten, seltener genasen, wenn man sie zur Ader gelassen hatte, im Vergleich mit einer Kontrollgruppe, die einfach nur Diät erhalten hatte. Eine Erkenntnis, die kurz zuvor auch in Frankreich gemacht wurde. Vgl. dazu *Vasold* (wie Anm. 32), S. 254.

93 Dazu auch *Riha* (wie Anm. 40), S. 13.

94 Ähnlich auch *Conradinus* (1562).

Sauerampferwasser vermischt als Getränk. Die Armen trinken „gesottenes Linsenwasser“ mit Rosenwasser oder Essig gemischt.

Jetzt gilt es abschließend noch das Herz zu stärken. Dies geschieht äußerlich durch das Auflegen eines mit einem stärkenden Herzwasser benetzten Scharlachtuchs. Alternativ empfiehlt Winkler eine Salbe, deren Rezept er anführt. Abends nach dem Essen oder morgens nüchtern gebe man dem Kranken dazu noch ein Digestivum aus der Apotheke.

Am nächsten Tag Sorge man für eine schwache Purgaz und anschließender Stärkung durch allerlei Konfekte, also mit viel Zucker vermischter oder verkochter Drogen, wie Mandel, Anis oder Kümmel<sup>95</sup>. Winkler nennt Liberantiskügelchen<sup>96</sup>, Trochisken (Plätzchen) von Bisam (= Moschus) und Kampfer, Citrinat, Pomeranzen, Limonen, Rosen, Borretsch und Melisse, alles vorwiegend herzkärkende Pflanzenextrakte<sup>97</sup>. Dienlich seien auch eingemachte Erbsen, Johannesträublein oder sauer eingemachte Kirschen.

Gesicht, Schläfen und Puls bestreiche man mit Aqua vita oder Rosenessig<sup>98</sup>.

Die Luft im Krankenzimmer soll häufig durch die eingangs beschriebenen Räucherungen geändert, die Bettwäsche oft gewechselt und, wo möglich, soll der Kranke auch nicht immer im gleichen Zimmer liegen.

Sobald der Patient wieder anfangt, mit Lust zu essen und das Essen auch gut vertrage, gebe man ihm guten Wein zu trinken, „wie unser Neckerwein ist“.

Abschließend wendet sich Winkler in einem eigenen Abschnitt noch „am äußeren Leib den Beulen zu“, die, wie er bemerkt, große Schmerzen verursachen und erheblich zur Entkräftung des Kranken beitragen. Sie zu öffnen, verbessert erheblich die Prognose. Sie müssen dazu jedoch zunächst entsprechend vorbereitet werden. Sind die Beulen noch ganz frisch, fließt die Materie noch und man muss dafür sorgen, dass sie sich zusammenziehen. Dafür empfiehlt Winkler, eine große Zwiebel auszuhöhlen, sie mit dem besten Theriak zu füllen, in mit Rosenessig benetztes Werg zu wickeln und sie dann in heißer Asche zu braten. Zerstoßen lege man sie dann warm über die Beule, lasse sie dort aber nicht länger als einen Tag liegen. Alternativ empfiehlt er ein Pflaster aus Feigen, Weinbeerle, Bergsalz, Honig und Kamillenöl, den Armen ein solches aus weichgekochten Feigen, Eibisch- und Lilienwurzel vermischt mit Sauerteig und Schmer. Diese Paste warm auf ein Tuch gestrichen wird über die Beule gelegt und alle 4 Stunden erneuert, und dies so lange, bis die Beule weich wird. Nun kann man die Beule öffnen. Dazu lege man unter eines der beschriebenen Pflaster entweder ein wenig Ätzpulver, gestoßenen Senf, ungelöschten Kalk oder ein linsengroßes Stück von einem Ätzstein und lege dies

95 *Dienel* (wie Anm. 17), S. 241.

96 Fertige Mischung u.a. aus: Tormentill, Endiviensamen, Perlen, Elfenbein, Hirschkreuz, Zimt, Muskatblüte, Aloeholz, Zitwer, Hyacinth, Granat, Smaragd, Rosen- und Seerosenblüten. vgl. *Dienel* (wie Anm. 17), S. 320.

97 Vgl. das Glossar bei *Dienel* (wie Anm. 17), S. 252 ff.

98 Zu den „gebrannten Wässern“ vgl. *G. Keil*: Der deutsche Branntweintraktat des Mittelalters. Texte und Untersuchungen, in: *Centaurus* 7 (1960/61), S. 53–100.

auf die Beule, dorthin, wo sie am weichsten ist. Die Beule wird damit sanft und schmerzlos geöffnet. Sobald die Beule geöffnet ist, fühlt sich Winkler als Internist nicht mehr zuständig. Für die weitere Abheilung verweist er die Patienten an die „hochberühmte(n) Wundärzte“.

Werfen wir noch einen kurzen Blick auf Winklers Rezepte bzw. deren Zutaten als Indikatoren für den Stand seiner pharmazeutischen Kenntnisse. Es sind nahezu ausschließlich bewährte „vorchemiatrische“ Präparate, die er in seinen Rezepten verwendet, vornehmlich pflanzlicher Natur. Ein Einfluss paracelsischen Ideenguts kann also noch nicht nachgewiesen werden. Paracelsus gilt als der Begründer der chemiatrischen Pharmazie, wie sie im Verlauf des 17. Jahrhunderts zur Blüte kommt<sup>99</sup>. Die paracelsische Arzneimittellehre gründete auf teils schwierig zu durchschauenden Geheimrezepten (Arkana, Quintessenzen, Elexiere) vornehmlich auf der Basis von Mineralien und Metallen, die bei Winkler noch vollkommen fehlen. Stürmlin hingegen setzt bereits lebhaft Metalle und Minerale in seinen Rezepten ein<sup>100</sup>.

Wenn wir abschließend noch einmal zusammenfassen, müssen wir feststellen, dass Nikolaus Winkler trotz seiner vergleichsweise modernen Ausbildung an der Universität in Tübingen in seinem medizinischen Weltbild doch recht konservativ bleibt. Zwar streng anti-arabistisch und auf die antiken Autoritäten Hippocrates und Galen zurückgreifend, modern auch in seinem botanischen Interesse, bleibt er doch in Bezug auf Therapie und Medikation ganz der konservativen Lehre verpflichtet und empirischen Erkenntnissen gegenüber, wie etwa der skeptischen Haltung der Venezianer gegenüber dem Aderlass, ablehnend. Bezüglich der Pest schließt er sich eng an das Pariser Pestgutachten an, ohne jedoch dessen stark religiös gefärbtes Ursachenmodell zu übernehmen. Überhaupt beobachten wir bei ihm auch gegenüber den anderen Pesttraktaten eine sehr säkulare Haltung. Hieraus jedoch bereits auf ein neues, naturwissenschaftliches Krankheitsbild zu schließen, ginge zu weit.

Die Bewertung von Prophylaxe und Therapie der Pest vom Stand heutiger medizinischer Erkenntnis muss natürlich mehr oder weniger vernichtend ausfallen. Doch wäre dies unangemessen. Gerechterweise sind die einzelnen Maßnahmen und Empfehlungen im Rahmen der Erkenntnismöglichkeiten der damaligen Zeit zu bewerten<sup>101</sup>. Doch auch da schneidet Winkler eher schlecht ab. Waren seine Maßnahmen auch im wissenschaftlichen Rahmen der Humoralpathologie vernünftig, so blieben sie doch ganz im Dogmenrahmen der antiken Autoritäten. Winkler war nur sehr eingeschränkt bereit, sich gegen die Buchautoritäten eigener oder fremder empirischer Erkenntnisse zu bedienen. Eigentlich deutet nur seine kritische Haltung gegenüber dem Purgieren auf die Rezeption praktischer Erfahrungen hin, die,

99 Vgl. den knappen Überblick bei *Eckart* (wie Anm. 18), S. 154–162; *Koebling* (wie Anm. 20), S. 77ff; *Dienel* (wie Anm. 17), S. 24ff.

100 *Stürmlin* (wie Anm. 47).

101 Vgl. dazu *Riha* (wie Anm. 40), passim.

wie es scheint, aber auch nicht selbst gewonnen, sondern wiederum durch medizinische Autoritäten vermittelt wurden.

Während die „ganzheitlichen“ Konzeptionen zur Prophylaxe mit ihrem auch psychotherapeutischen Ansatz geradezu modern erscheinen, und unter der Bezeichnung „Ordnungstherapie“ dem Bedürfnis vieler Menschen auch heute wieder entgegenkommen<sup>102</sup>, mussten die therapeutischen Empfehlungen, so stimmig sie im Konzept der Humoralpathologie auch sein mochten, bei einer derart fulminant verlaufenden Infektion wie der Pest weitestgehend wirkungslos bleiben. Insbesondere der Aderlass als Winklers therapeutisches Erstmittel führte zu einer zusätzlichen Schwächung des Patienten und verschlechterte damit die Prognose erheblich. Allenfalls die das Fieber als körpereigene Abwehrreaktion unterstützende Schwitzkur mag in dem ein oder anderen minderschweren Fall den Ausbruch der Krankheit verhindert haben. Die Medikation war ebenfalls von den eingesetzten Mitteln her zwar im humoralpathologischen Konzept vernünftig, im Ergebnis aber ebenso wirkungslos.

Zeitlos hingegen bleibt der den Traktat abschließende Wunsch Winklers, dem man sich auch heute nur anschließen kann: „Und wünsche dem Leser hiemit langes Leben“.

102 Riha (wie Anm. 40), S. 15f.