«Die Kinder sind überhaupt schwerer zu curiren als Erwachsene».

Junge Patienten in der Konsiliarkorrespondenz des frühen 18. Jahrhunderts

Marion Maria Ruisinger

Summary

Since Philippe Ariès' *History of Childhood* scholars have been interested in the history of the sick child in the Early Modern Period. This paper adds one more case study to the current research. It analyses sources connected with the physician and surgeon Lorenz Heister: his handbooks on surgery (1719) and medicine (1744) on the one hand, which reflect the respective therapeutic ideal, and his consultation letters on the other hand, which enable us to have a closer look at Heister's therapeutic practice. It can be shown, albeit with the exception of the lower social classes, that in the case of illness it depended not so much on the age of the sick person than the "style" of the family concerned if expert advice was sought or not. Only one feature depended on age: with the young patients-by-post "surgical" diseases were more common than with adults. It seems that the surgeon's diagnosis "from outside" fitted better to the small patients than the physician's anamnesis-based proceeding.

Keywords: Lorenz Heister (1683–1758); consiliary correspondence; children as patients; relation medicine–surgery; 18th century

* Überarbeitete Fassung eines am 5. Juni 2003 in der *Medizinhistorischen Runde* an der Universität Bern gehaltenen Vortrags.

PD Dr. med. Marion Maria Ruisinger, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Glückstrasse 10, D-91054 Erlangen (marion.ruisinger@gesch.med.uni-erlangen.de).

Zusammenfassung

Dieser Beitrag reiht sich in die als Reaktion auf Philippe Ariès' *Geschichte der Kindheit* vorgelegten Einzelfallstudien zur Situation des kranken Kindes in der Frühen Neuzeit ein. Es werden Quellen ausgewertet, die sich um die Person des Arztes und Chirurgen Lorenz Heister gruppieren: einerseits die von ihm publizierten Lehrbücher zur Chirurgie (1719) und Medizin (1744), die das jeweilige therapeutische Ideal reflektieren, und andererseits die Briefe seiner Konsiliarkorrespondenz, die eine Annäherung an die therapeutische Praxis erlauben. Es zeigt sich, wenn auch mit dem Vorbehalt der quellenbedingten Ausblendung der unteren sozialen Schichten, dass es weniger vom Alter des Kranken als vielmehr vom «Stil» der Familie abhing, ob im Krankheitsfall ein Experte hinzugezogen wurde. Lediglich ein altersabhängiger Faktor wird fassbar: Anders als bei den Erwachsenen dominierten bei den jungen Briefpatienten die «chirurgischen» Krankheitsbilder. Die chirurgische «Diagnostik von aussen» war bei der Behandlung kleiner Kinder offensichtlich ein Vorteil gegenüber der anamnese gestützten Vorgehensweise des *Medicus*.

Ist Elternliebe eine anthropologische Konstante, die unabhängig von kulturellen und anderen zeitabhängigen Faktoren dem menschlichen Empfinden eingeschrieben ist, oder ist sie ein historisches Konstrukt, das als solches einem Wandel unterliegt und nicht ohne seinen jeweiligen sozialen und kulturellen Kontext betrachtet werden darf?

Diese Frage steht im Zentrum einer Diskussion, die durch Philippe Ariès' 1960 erschienene Studie *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime* ausgelöst wurde¹. Als ein markanter Verteidiger der Hypothese, dass elterliche Fürsorge ein Phänomen der Moderne sei, meldete sich der Historiker

1 Ariès' Studie wurde im deutschsprachigen Raum erst nach dem Erscheinen der deutschen Übersetzung rezipiert, vgl. Ariès 1975. – Ariès vertritt die These, dass die Kindheit eine Erfindung des 17. und 18. Jahrhunderts sei. Vorher sei das Kind, sobald es ohne die ständige Fürsorge seiner Mutter, Amme oder Kinderfrau leben konnte, in die Gesellschaft der Erwachsenen integriert worden. Durch die Wahrnehmung des Kindesalters als eines eigenen Lebensabschnittes mit altersspezifischen Ansprüchen sei im Lauf des späten 18. und 19. Jahrhunderts diese selbstverständliche Integration der Kinder in die Welt der Erwachsenen verlorengegangen. – Zur frühen Ariès-Rezeption vgl. insbesondere das Kapitel «Ariès und die Folgen» in Arnold 1980, 10–16, sowie Schlumbohm 1981.

Edward Shorter zu Wort². Er postulierte, dass bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts Kinder mit «Indifferenz und Feindschaft» aufgezogen worden seien³. Ein Grossteil der hohen Kindermortalität und -morbidity der Frühen Neuzeit sei als «verhüllte Form des Kindesmords» zu betrachten⁴. Der «dramatischste Hinweis auf elterliche Lieblosigkeit», so Shorter weiter, sei «das Verhalten gegenüber kranken und sterbenden Kindern», das ihm zufolge von einem «Gefühl der Freude angesichts des Kindestodes» geprägt war. Ein Arzt sei für leidende Kinder nahezu nie gerufen worden⁵.

Seit Ariès' und Shorters provozierenden Thesen haben Historikerinnen und Historiker neue Methoden entwickelt und neue Quellen erschlossen, die es erlauben, ein differenzierteres Bild der Geschichte der Kindheit zu zeichnen. Der vorliegende Beitrag will ein weiteres Schlaglicht auf die historische Situation des kranken Kindes in der ersten Hälfte des 18. Jahrhunderts werfen. Er tut dies auf Basis der Konsiliarkorrespondenz sowie der publizierten medizinischen und chirurgischen Lehrbücher von Lorenz Heister (1683–1758).

Lorenz Heister und seine Konsiliarkorrespondenz

Wohlgebohrner Herr Hofrath, Hochgelahrter Herr, Hochgeehrtester Herr! Euer Wohlgebohren verzeihen, daß ich wegen eines Schadens, der mein Kind betrifft, weil ihn die hiesigen Medici nicht kennen, zu Deroselben meine Zuflucht nehme [...]. Ich bitte mir gehorsamst Dero Consilium aus, weil so ein erfahrner Medicus, als Euer Wohlgeboren sind, am besten rathen können. Geruchen Sie Dero Urtheil über den Schaden zu fällen und Methodum curandi vorzuschreiben. Ich kann alle Posttage weitere Nachricht geben, werde auch nicht ermangeln, Euer Wohlgeboren für Dero Mühe zu contentiren, weil mir nichts lieber ist, als die Gesundheit meines Kindes.⁶

Diese Zeilen brachte der Ratsherr Strodtmann im Jahr 1751 in Osnabrück zu Papier. Die Einzelheiten der Erkrankung seiner neun Wochen alten Tochter werden weiter unten noch ausführlich zur Sprache kommen. An dieser Stelle soll zunächst der Mann näher vorgestellt werden, auf den der besorgte Vater, von den einheimischen Ärzten enttäuscht, so grosse Hoffnungen setzte.

2 Shorter 1975, 1986; Arnold 1980, 13.

3 Shorter 1986, 503.

4 Shorter 1986, 504.

5 Shorter 1986, 518–520.

6 J. L. Strodtmann an Lorenz Heister am 16. April 1751 (Universitätsbibliothek Erlangen-Nürnberg, Briefsammlung Trew [im Folgenden «UBE BT»], Strodtmann, J. C. 1).

Lorenz Heister wurde 1683 als Sohn eines Kaufmanns und Gastwirts in Frankfurt am Main geboren⁷. Nach dem Medizinstudium begab er sich auf seine *Peregrinatio academica*, die ihn nach Belgien, Holland und England führte. In Amsterdam machte Heister die Bekanntschaft mit dem Anatomen Frederik Ruysch (1638–1731), der es ihm ermöglichte, ganze Winter am Sektionstisch zu verbringen. In den Sommermonaten nutzte er die Chance, die ihm der Spanische Erbfolgekrieg bot, und sammelte praktische Erfahrung in den Feldspitälern der holländischen und britischen Truppen. Durch deutsche Studenten, die bei ihm in Amsterdam Anatomie gehört hatten, erfuhr man in Nürnberg von dem Geschick und der Gelehrsamkeit des jungen Medicus und berief ihn 1709 an die reichsstädtische Universität in Altdorf. 10 Jahre lang hatte Heister dort den Lehrstuhl für Anatomie und Chirurgie inne, bevor er 1720 an die Universität des Herzogtums Braunschweig-Wolfenbüttel nach Helmstedt ging.

In Heisters Altdorfer Zeit fiel eine Publikation, die sich als wahrer Verkaufsschlager erweisen sollte: sein 1719 veröffentlichtes Handbuch, die *Chirurgie*⁸. Wenn Lorenz Heister in medizinhistorischen Werken als der «erste selbständige deutsche Chirurg, welcher die Chirurgie wissenschaftlich bearbeitete»⁹, gefeiert wird, dürfte das wohl in erster Linie dem immensen Erfolg dieses Werks zu verdanken sein. Weniger bekannt ist, dass Heister 1743 auch ein *Compendium medicinae practicae* veröffentlichte, ein *Practisches Medicinisches Handbuch*¹⁰ also. Damit besitzen wir heute zwei Lehrbücher aus Heisters Feder, die uns Aufschluss über die idealtypische Gestalt der chirurgischen wie der ärztlichen Praxis seiner Zeit geben. Welche Rolle spielte dabei das kranke Kind?

In seiner *Chirurgie* widmet Heister dem kindlichen Patienten kein eigenes Kapitel, verweist aber an zahlreichen Stellen auf altersbezogene Besonderheiten, die der Wundarzt berücksichtigen müsse, Besonderheiten in physiologisch-anatomischer, vor allem aber in psychosozialer Hinsicht. Das *Medicinische Handbuch* dagegen enthält sogar ein eigenes, rund 30 Seiten starkes Kapitel, das «Von den Zufällen der Kinder» handelt¹¹.

Heister spricht in den beiden Lehrbüchern mit grosser Selbstverständlichkeit von der Behandlung kranker Kinder. Das von ihm angeführte Dia-

7 Zur Biographie Heisters siehe Leporin 1725 sowie die autobiographischen Einflechtungen in Heister 1753. Für eine neue biographische Skizze siehe Ruisinger 2005, 44–72.

8 Heister 1719.

9 Fischer 1876, 158.

10 So der Titel der deutschen Ausgabe, Heister 1744.

11 Diese Formulierung entstammt der Kapitelbezeichnung im Inhaltsverzeichnis. Im Text selbst wählte Heister die Kapitelüberschrift «Von den Krankheiten der Kinder und Knaben», Heister 1766, 442–471.

gnospektrum weist zum Teil Krankheitsbilder auf, die auch bei Erwachsenen vorkamen, wie z.B. den Blasenstein, teils aber auch Beschwerden, die als typisch, wenn nicht gar spezifisch für Neugeborene, Säuglinge oder Kleinkinder galten. Auch die Ätiologie, so Heister, zeige altersabhängige Besonderheiten, insbesondere müsse bei Säuglingen die stillende Frau als ätiologischer Faktor berücksichtigt und gegebenenfalls mitbehandelt werden. Die zarte Beschaffenheit der Kinder mache es zudem notwendig, die Dosierung der Medikamente und die Gestaltung extern applizierter Hilfsmittel entsprechend anzupassen. Bei der Prognose sei zu berücksichtigen, dass der kindliche Körper über eine sehr gute Heilungsfähigkeit verfüge, so dass der Therapieerfolg, insbesondere bei chirurgischen Leiden, oft deutlich besser sei als bei Erwachsenen.

Die besondere Herausforderung bei der Behandlung von Kindern, das betont Heister an mehreren Stellen, liege jedoch nicht auf seiten der Therapie, sondern auf seiten der Interaktion von Arzt und Patient: Kinder können nicht sagen, was ihnen fehlt. Sie sind furchtsam, halten nicht still und verweigern häufig die Einnahme von Medikamenten. Arzt und Chirurg seien daher oft gezwungen, von der therapeutischen Ideallinie abzuweichen, ihre Phantasie spielen zu lassen und Behandlungsalternativen zu entwerfen, die für den kindlichen Patienten akzeptabel sind. Schliesslich müsse noch bedacht werden, dass ein Kind dem Chirurgen in der Regel nicht allein gegenüber trete, sondern in Begleitung seiner Eltern oder anderer Erwachsener. Auch deren Ängste und Befürchtungen gelte es zu berücksichtigen¹².

Die Behandlung von Kindern war für Heister nichts Ungewöhnliches, sondern bildete einen selbstverständlichen Bestandteil der chirurgischen und medizinischen Tätigkeit, das geht aus den beiden Lehrbüchern eindeutig hervor. Offen bleibt dagegen die Frage, welche Rolle dieser Patientengruppe in der Heisterschen Praxis tatsächlich zukam. Davon verraten die Handbücher so gut wie nichts, die publizierten Kasuistiken¹³ nur sehr wenig. Die einzige Quelle, die uns eine Annäherung an den Praxisalltag des Helmstedter Professors erlaubt, ist seine Konsiliarkorrespondenz.

Die briefliche Praxis bildete für Heister und seine Zeitgenossen einen selbstverständlichen Teil der ärztlichen Tätigkeit¹⁴. Die in Erlangen aufbewahrte Heister-Korrespondenz enthält 888 solcher Briefe, Briefentwürfe und Antwortnotizen, die in die Krankengeschichten von 304 Frauen, Männern

12 Kottek spricht in bezug auf die besondere Kommunikationssituation zwischen Arzt, Kleinkind und Mutter von einem «doppelten, zweiköpfigen Patienten» (*patient dédoublé, bicéphale*), dem der Arzt sich bei der Behandlung gegenüber sah, siehe Kottek 1997, hier: 364.

13 Heister 1753; Heister 1770.

14 Vgl. dazu zuletzt Steinke/Hächler/Stuber 2004; Hächler 2005; Ruisinger 2005.

und Kindern Einblick gewähren¹⁵. Nicht immer stammen sie aus der Hand der Betroffenen selbst, aber immer haben sie das individuelle Schicksal einzelner Kranker zum Anlass, Gegenstand und Ziel. Sie fungierten gewissermassen als Surrogat für die direkte Begegnung zwischen dem Kranken, seinen Angehörigen und dem *Medicus ordinarius* auf der einen und Lorenz Heister auf der anderen Seite.

304 Einzelschicksale – wie viele davon betrafen Kinder? Diese Frage zieht eine weitere Frage nach sich, nämlich die nach der Definition des Kindesalters. Heister selbst gibt hier keine Hilfestellung. Er unterscheidet zwar zwischen den – jüngeren – «Kindern» und den – älteren – «Knaben», verrät aber nicht, bei welchem Lebensalter er die Grenze zwischen den beiden Gruppen zieht. Für die Auswertung der Konsiliarkorrespondenz habe ich als Kriterien für die Zugehörigkeit zur Gruppe der Kinder und Jugendlichen ein Höchstalter von 21 Jahren und ein klares Abhängigkeitsverhältnis vom Elternhaus gewählt. Von den 304 Kasuistiken erfüllen 45 diese Bedingung. Das heisst, dass etwa jeder sechste brieflich verhandelte Fall Einblick in das Schicksal eines kranken Kindes oder Jugendlichen gewährt. Hinsichtlich der Geschlechtsverteilung unterscheiden sich die jungen Briefpatienten nicht von den Erwachsenen: In beiden Fällen dominieren die männlichen Patienten mit gut zwei Dritteln der Briefklientel.

Als Grundlage für eine differenzierte Darstellung werden die 45 Kasuistiken in drei Kohorten von je sieben Jahren aufgeteilt¹⁶. Dabei müssen acht Fälle unberücksichtigt bleiben, weil die Angaben nicht genügen, um eine eindeutige Zuordnung vorzunehmen. Die verbleibenden 37 Kasuistiken ergeben drei nahezu gleich grosse Gruppen von 12 bis 13 Fällen pro Altersstufe, was eine gute Vergleichbarkeit der Alterskohorten ermöglicht. Interessanterweise führt die getrennte Betrachtung der drei Altersgruppen zu einer Verschiebung der Geschlechtsverteilung: In der mittleren Altersgruppe von 8 bis 14 Jahren sind beide Geschlechter gleich stark vertreten, während bei den Säuglingen und Kleinkindern die Knaben mit 11 zu 2 deutlich gegenüber den Mädchen überwiegen. Möglicherweise verbirgt sich dahinter eine in den Augen der Eltern höhere Wertigkeit von Knaben, in denen bereits die zukünftigen Stammhalter erblickt werden. Dafür sprechen Formulierungen wie die des Pfarrers Emmering, der 1752 an Heister schreibt, weil er «dem Knaben, der bis hieher mein einziger Sohn ist, gerne geholfen wis-

15 Die Kollektion bildet einen Teil der Briefsammlung Trew, die mit ihren rund 20 000 Schreiben zu den Schätzen der Universitätsbibliothek Erlangen-Nürnberg zählt, vgl. Schmidt-Herrling 1940, Keunecke 1995, Schnalke 1997.

16 Das entspricht der klassischen Systematisierung in *infans*, *puer* und *adolescens*, vgl. Oehme 1986.

sen wolte»¹⁷. Vergleichbare Argumentationen sucht man bei der Erkrankung von Mädchen vergebens. Für eine generell höhere Krankheitsanfälligkeit der männlichen Kleinkinder findet sich in den vorliegenden Quellen dagegen kein Hinweis. Aus anatomischen Gründen litten sie allerdings häufiger an Blasensteinen und Leistenbrüchen als ihre weiblichen Altersgenossinnen¹⁸.

Um eine quellennahe Argumentation zu befördern, wird für die folgende Untersuchung ein Vorgehen gewählt, das zwischen deskriptiven und analytischen Abschnitten abwechselt: Der Vorstellung eines Falles aus je einer der drei Altersgruppen folgt die Erörterung von Teilaspekten, die in der jeweiligen Kasuistik verstärkt anklingen, die aber sehr wohl von Bedeutung für die gesamte Fragestellung sind. Auf diese Weise wird *en passant* auch das heuristische Potential der Quellengattung «Konsiliarkorrespondenz» als solcher greifbar.

Fall 1: ein sechs Wochen alter Säugling

Im Februar 1751 wird der Ratsherr J. C. Strodtmann aus Osnabrück (der Autor des eingangs zitierten Briefausschnitts) Vater eines gesunden kleinen Mädchens. Das Kind entwickelt sich zunächst gut, doch sechs Wochen nach der Geburt wird «der Nabel nicht heil gefunden, [...] als wenn sich ein kleines Bläschen darunter gesetzt hätte»¹⁹. Man ruft die Hebamme. Sie legt ein fingerdickes Polster auf den Nabel und bindet es fest. 12 Stunden später macht man eine besorgniserregende Entdeckung: Über dem «monte Veneris» haben sich «2 Wülste, zu jeder Seiten einer, aufgeworfen».

Nun beginnen die Spekulationen über die mutmassliche Ätiologie und die beste Therapie der plötzlich aufgetretenen harten Schwellungen. Der zu Rate gezogene *Medicus* mag sich nicht festlegen, ob es sich dabei um Hernien oder um Tumore handelt. Die applizierten erweichenden und zerteilenden Mittel bleiben wirkungslos. Nur das eine sei gewiss, so konstatiert der Vater: dass «die Wehemutter [...] mit Gewalt etwas herunter getrieben» habe. Aber ob sich in den Wülsten, wie einige meinen, Winde oder geronnenes Blut verbergen, könne niemand sagen. Er beendet den selbstverfassten *Status morbi* resigniert mit den Worten «ich verstehe es nicht». Damit der Fachmann sich selbst ein Bild machen kann, legt Strodtmann seinem Schreiben eine kleine Skizze des Befundes bei.

17 Emmerling an Heister am 25. April 1752 (UBE BT, Emmerling 1).

18 Vgl. Heister 1744, 200.

19 Dieses und die folgenden Zitate aus: J. L. Strodtmann an Lorenz Heister am 16. April 1751 (UBE BT, Strodtmann, J. C. 1).

Die aus Helmstedt abgesandte Antwort ist nicht erhalten. Aber auf Strodtmanns Brief findet sich eine Notiz von Heisters Hand, die den weiteren Verlauf des Falls in wenigen Worten zusammenfasst: «Ich habe geantwortet, ich müste das Kind selbst sehn, um dadurch recht zu kennen und zu urtheilen, was ihm fehle und alsdann, was ich am dienlichsten zu seyn rathen könne, habe aber weder Antwort darauf erhalten, noch das Kind zu sehen bekommen.»²⁰

Dieses *Open end* ist enttäuschend, aber es ist typisch für die Konsiliarkorrespondenz. In vielen Fällen ist das offene Ende – oder der offene Anfang – auf Verluste von Schriftstücken zurückzuführen. In anderen Fällen ist der fragmentarische Charakter Ausdruck der Funktion, die der Kranke dem Heisterschen Gutachten zuwies. Wenn es nicht als Auftakt zu einer langfristigen therapeutischen Beziehung gedacht war, sondern lediglich als punktuelle dritte Stimme eingeholt wurde, dann bleibt uns der weitere Verlauf der Krankengeschichte notwendigerweise verborgen.

Doch zurück zum Fall Strodtmann. Der neun Wochen alte Säugling ist ein *infans* im eigentlichen Sinn des Wortes, ein Kind, das nicht sprechen kann. Die kleine Tochter des Osnabrücker Ratsherrn kann nicht berichten, ob der von der Hebamme angelegte Verband sie sehr gedrückt hat, ob sie danach ein Reißen oder Schmerzen in der Leistenregion verspürte, ob ihr die verabreichten Medikamente Linderung brachten. Die verbale Kommunikation führt bei kleinen Kindern ins Leere. Das Gespräch, für den Humoralpathologen der Königsweg zum Patienten, blieb dem Arzt bei den *infantes* versperrt. Heister konstatierte diesbezüglich lapidar: «Die Kinder sind überhaupt schwerer zu curiren als Erwachsene, weil sie [...] nicht sagen können, was und wo es ihnen fehle.»²¹

Medizin versus Chirurgie

Dieses Zitat stammt aus Heisters medizinischem Handbuch, nicht aus seiner Chirurgie. Das ist kein Zufall. Chirurgische Erkrankungen, körperliche Leiden also, für die es im 18. Jahrhundert eine operative Therapieoption gab, waren fast ausschliesslich Erkrankungen, die sich an der Oberfläche des Körpers befanden und somit sinnlich fassbar waren. Im Gegensatz zum *Medicus*, der sich der Störungen des inneren Säftegleichgewichts annahm, war der *Chirurgus* daher nicht ausschliesslich auf die Selbstreflexion des

20 Antwortnotiz Heisters auf Brief Strodtmanns vom 16. April 1751 (UBE BT, J. C. Strodtmann 1).

21 Heister 1766, 470.

Kranken angewiesen. Er konnte selbst die Rolle des erkennenden Subjekts einnehmen und dem Körper des Patienten durch Inspektion, Palpation oder instrumentelle Exploration die für ihn wichtigen Antworten entlocken, unabhängig vom Alter seines Gegenübers. Kleinkinder waren für den Chirurgen infolge der mangelhaften Mitarbeit zwar auch Problempatienten, aber sie waren für ihn kein Buch mit sieben Siegeln wie für den nichtoperativ vorgehenden Medicus.

Wie stellt sich das Verhältnis von medizinischen und chirurgischen Fällen in der Konsiliarkorrespondenz Lorenz Heisters dar? Die Briefpatienten wandten sich insgesamt etwas häufiger mit rein internistischen Beschwerden an den Helmstedter Professor als mit Krankheiten, für die es eine operative Therapieoption gab. Interessanterweise zeigt sich hier ein deutlicher Unterschied zwischen den Altersgruppen: Während bei Erwachsenen der Anteil an chirurgischen Diagnosen lediglich 46% betrug, lag er bei Kindern und Jugendlichen mit 62% deutlich höher. 28 der 45 jungen Patienten wiesen chirurgische Krankheitsbilder auf. Das kann als Bestätigung der eben angestellten Überlegungen interpretiert werden. Pointiert formuliert, kam die chirurgische Expertise Heisters besonders in seiner kinderärztlichen Tätigkeit zum Tragen.

Die kleine Strodthmann ist ein gutes Beispiel für ein «chirurgisches» Leiden, das gewissermassen vor Augen liegt. Ihrem Vater, einem medizinischen Laien, ist es möglich, die pathologischen Veränderungen so akkurat zu beschreiben, dass er die Konsiliarkorrespondenz mit dem Experten selbständig führen kann. Strodthmann geht sogar noch einen Schritt weiter: Er beschreibt nicht nur das Krankheitsbild, sondern er fügt seinem Brief auch eine selbst-angefertigte Skizze der krankhaften Veränderung bei, damit Heister sich selbst ein Bild von ihr machen kann. Dieser aber will sich nicht mit der Repräsentation des Befundes begnügen, sondern die kleine Patientin persönlich in Augenschein nehmen. Damit zeigt sich eine weitere Facette der Konsiliarkorrespondenz: Bei chirurgischen Diagnosen ist die Expertenmeinung oft nicht im Brief, sondern nur durch ein direktes Treffen zu erhalten. Hier stösst die *Praxis per Post* an ihre Grenzen.

Telemedizin versus Krankenvsiste

Das heisst, dass Eltern, deren Kinder an einer prinzipiell operablen Krankheit litten, zwar auf der einen Seite Hoffnung schöpfen konnten, weil der *Chirurgus* in seiner Diagnosefindung bei Kindern weniger im dunkeln tappte als der *Medicus*. Auf der anderen Seite sahen sie sich aber mit dem Problem

konfrontiert, dass ein brieflich kontaktierter Wundarzt darauf bestehen konnte, die kleinen Patienten und Patientinnen selbst in Augenschein zu nehmen. Dann galt es, die Hoffnung auf einen kompetenten Rat gegen die Mühen und Kosten einer Reise abzuwägen.

Wie spiegelt sich dieses Dilemma in den vorliegenden Kasuistiken? Waren sich die Eltern darüber im klaren, dass eine Reise nötig werden konnte? Sprachten sie diese Möglichkeit vielleicht sogar selbst an, um nur keine Chance auszulassen?

Tatsächlich wurde die Möglichkeit oder die Notwendigkeit zu einem Treffen in 19 Fällen angesprochen, bei jedem zweiten bereits im ersten Anschreiben. Wer sich jeweils auf den Weg machte – das kranke Kind oder Heister selbst –, hing letztlich vom Status der Eltern ab. So begab sich Heister zweimal «auf gnädigsten Befehl» nach Hannover, um das Auge des 7jährigen Prinzen Heinrich von Braunschweig zu besehen, und legte dabei immerhin 85 Kilometer zurück²². Auch der Bitte einer «Frau Brigadirin zu Münchhausen» leistete Heister prompt Folge. «Je eher je lieber, damit nichts versäumet werde», wollte er zu ihr ins rund 120 km entfernte Schwöbber reisen, um sich ihres kleinen Sohnes anzunehmen, der unter den Folgen einer venerischen Erkrankung litt²³. Bei weniger vornehmen Patienten und besonders weiten Entfernungen liess sich Heister dagegen auch durch grosszügige Honorarversprechungen nicht zur Reise bewegen. So etwa im Fall des 17jährigen Herrn von Lindenau, der an einer Geschwulst im Bereich der linken Schulter laborierte. Seine Mutter liess versichern, Heister «die Überkunft [...] mit Extrapost, willig und gerne bezahlen» zu wollen. Doch dieser entschied sich gegen die rund 200 km weite Reise und notierte nur knapp: «Geantwortet d 22 Dec. 1736, daß ohne den Schaden gesehen zu haben, ich nichts Gewißes von demselben, ob er zu curiren oder nicht, sagen könne, und müssten sie also hierher kommen, weil ich jetzo nicht abkommen könnte.»²⁴

Fall 2: ein 11jähriger Knabe

In dieser Kasuistik wird der Name des Kranken nicht genannt. Wir erfahren lediglich, dass es sich um einen 11jährigen Knaben handelt, der von Dr. Johann Barthold Hoffmann in Calvörde behandelt wird. Der Arzt, ein

22 Gutachten Heisters am 2. Oktober 1753 (UBE BT, Heister 128).

23 Antwortkonzept Heisters auf einem Schreiben vom 11. August 1727 (UBE BT, Barteldes 1).

24 Johann Caspar Zopf an Heister am 15. Dezember 1736; darauf Antwortnotiz Heisters o.D. (UBE BT, Zopf J. C. 1).

früherer Student Heisters, wendet sich am 20. Februar 1755 mit der Bitte um Rat und Beistand an seinen ehemaligen Professor²⁵.

Die Schilderung der Krankheitsgeschichte setzt bei einem rezidivierenden Fieber, einer *Quartana intermittens atypica*, ein, die den Knaben vier Jahre zuvor geplagt hatte. Die Mutter gab ihm damals allerhand Hausmittel, bis ihr «eine alte Frau eine Bouteille von einem gesunden Waßer brachte, in der Hoffnung, daß, wenn er dieses würde austrincken, daß Fieber davon solte weg bleiben». Das Wasser zeitigte die erhoffte Wirkung, das Fieber verschwand. Wenig später bekam der Knabe jedoch grausame Kopfschmerzen. Die Eltern, so schreibt der *Medicus*, «gebrauchten auch hier wieder so viel sie konten», und auch die Kopfschmerzen verloren sich wieder. Vor einem Jahr aber «bekam er einen Affect an beiden Augen, welchen er annoch besitzt». Äusserlich sei zwar keine Veränderung zu erkennen, aber der Knabe habe in der Zwischenzeit sein Augenlicht so weit verloren, dass er nur noch «Licht und Finsterniß» einigermassen unterscheiden kann. Als ätiologische Faktoren kommen Hoffmann zufolge das Fieber, die möglicherweise durch Opiate oder Narkotika supprimierten Kopfschmerzen sowie ein stattgehabter Fall auf den Hinterkopf in Betracht.

Ein halbes Jahr nach dem Auftreten der Augenprobleme wandten sich die Eltern an einen nicht näher spezifizierten Fachmann in Magdeburg, der verschiedene Medikamente verordnete. Nachdem sie keine Besserung brachten, wurde der Schaden für ganz inkurabel erklärt. Doch dann kam wieder Dynamik in den Fall. Ein *Oculist* erschien, und nun vermeinte Hoffmann, der Entwicklung nicht länger tatenlos zusehen zu dürfen:

Nun hat sich vor drei Wochen zu Calvörde ein Operateur, der von Geburt ein Jude ist, eingefunden. Diesem Menschen haben die Eltern den Blinden gezeigt, welcher ihnen versprochen, dem Knaben den Staar zu operiren; dieses habe ich bishero verhindert, indem ich die Operation vor unnötig und vergeblich erkläre, in dem ich diesem Affect keinen andern Namen als den schwarzen Staar beilegen kann.

Nun ersucht Hoffmann den berühmten Professor, ihm «ein wenig Nachricht zu erteilen, ob bei diesen Umständen wohl nicht eine gelinde Salivation²⁶ [...] konte vorgenommen werden, daß sich dadurch der Affect heben ließe». Heister leistet dem Wunsch seines früheren Schülers nicht nur Folge, er bestätigt ihn auch in seiner Einschätzung des Krankheitsbildes. Das Übel, so notiert er auf dem Anschreiben, sei «ein noch unvollkommener schwarzer Staar [...], wobei das Starstechen nichts helfe»²⁷. Statt dessen rät er, regel-

25 Die Darstellung folgt: Johann Barthold Hoffmann an Heister am 20. Februar 1755 (UBE BT, Hoffmann J. B. 1).

26 Bei einer *Salivation* (Speichelkur) wurden quecksilberhaltige Medikamente verabreicht, die eine starke Speichelbildung auslösten. Davon erhoffte man sich eine Ableitung verdorbener Säfte aus dem Körper.

27 Antwortnotiz Heisters auf dem Anschreiben Hoffmanns, o.D. (UBE BT, Hoffmann J. B. 1).

mässig mit süßem Quecksilber abzuführen, und empfiehlt einen Augentee, ein stärkendes Augenwasser und Augentragant nach seiner Standardrezeptur.

Hatte Heisters Gutachten die von Hoffmann gewünschte Wirkung? Hielt seine Einschätzung der Augenkrankheit die Eltern davon ab, ihren Sohn der Starnadel des Okulisten anzuvertrauen? Diese Fragen bleiben offen. Es folgen keine weiteren Schreiben, Heister hat mit der einmaligen Stellungnahme in diesem Fall offenbar seine Schuldigkeit getan.

Die Krankheitsgeschichte wird hier nicht, wie bei der kleinen Strodttmann, vom Vater des Patienten erzählt, sondern von einem ortsansässigen *Medicus*, der den Fall aus professioneller Distanz betrachtet. Die eigentliche Hauptperson der Geschichte, der 11jährige Knabe, bleibt stumm, obwohl er – anders als der erkrankte Säugling – sehr wohl von den Gefühlen berichten könnte, die das allmähliche Schwinden seines Augenlichts bei ihm auslöst. Auch seine Eltern werden nicht als individuelle Persönlichkeiten greifbar. Wir erfahren weder ihren Namen noch ihren Stand, sondern lediglich ihre Funktion als Akteure im Ablauf der Krankengeschichte. Die Figur, die uns in dem geschilderten Szenario am deutlichsten gegenübertritt, ist der Autor selbst. Ihm geht es bei seinem Schreiben nicht nur darum, die beste Hilfe für den erblindeten Knaben zu finden. Es geht ihm auch – oder vielleicht sogar in erster Linie? – darum, sich gegen die neu aufgetretene Konkurrenz, den fahrenden Okulisten, durchzusetzen. Zugleich dient ihm das Heistersche Gutachten als Rückversicherung, falls die medikamentöse Behandlung nicht anschlagen sollte. Hoffmann führt die Korrespondenz mit Heister offensichtlich nicht auf Wunsch der Eltern, sondern auf eigene Faust und im eigenen Interesse. Man darf annehmen, dass er im Vorfeld wohl abgewogen hat, an welchen Experten er sich wenden sollte, und dass seine Wahl nicht zufällig auf Heister fiel.

Für diesen sprachen die alte Bekanntschaft und die räumliche Nähe, denn Calvörde liegt nur 28 Kilometer von Helmstedt entfernt. Vor allem aber dürfte Hoffmann sich aus inhaltlichen Gründen für seinen ehemaligen Professor entschieden haben. Denn Heister galt als Fachmann für Augenkrankheiten, insbesondere für die medikamentöse Behandlung des schwarzen Stars, der *Amaurosis*²⁸. Johann Barthold Hoffmann wagte es nicht, den Knaben auf eigene Verantwortung der damit verbundenen riskanten Quecksilbergabe zu unterziehen. Nichts lag für ihn näher, als sich beim Meister der Methode selbst Rückendeckung zu holen.

28 Vgl. dazu ausführlich Ruisinger 2003.

Diagnosespektrum

Warum gerade Heister? Jeder, der zur Feder griff, um bei einem fernen *Medicus* Rat und Hilfe einzuholen, verband konkrete Vorstellungen mit seinem brieflichen Gegenüber. Diese Vorstellungen spiegeln sich im Diagnosespektrum der Konsiliarkorrespondenz wider. Häufungen von Krankheitsbildern verweisen darauf, dass dem Adressaten durch die Briefpatienten ein diesbezüglicher Expertenstatus zugeschrieben wurde.

Die Frage nach den Behandlungsanlässen führt uns unumgänglich in das Dickicht der retrospektiven Diagnose, in dem es an Fallstricken bekanntlich nicht mangelt. Auf der Suche nach einem sicheren Weg zur Einteilung der Krankheitsbilder habe ich mich deshalb von den jeweiligen Hauptdiagnosen leiten lassen, die Heister auf dem Briefkopf der Anschreiben zu notieren pflegte. Dadurch entgehe ich der Gefahr, mich in einer modernen Terminologie oder in einem ahistorischen nosologischen System zu verirren. Dieser Ausweg hat sich bewährt. Die von Heister gewählten Krankheitsbezeichnungen binden die Fülle der Symptome fast immer an ein Organ oder an ein Organsystem zurück. Auf Basis dieser Diagnosen ist es möglich, die Kasuistiken zu 11 Gruppen zusammenzufassen²⁹. Bei 9 dieser Gruppen dienen Organe oder Organsysteme als kategoriebildendes Merkmal, zwei weitere bündeln die Frauenkrankheiten und die Allgemeinerkrankungen.

Bei den Kindern und Jugendlichen dominieren eindeutig die Erkrankungen des Bewegungsapparates und des Auges. Jeweils 12 der 45 jungen Patienten gehören diesen Diagnosegruppen an. Die nächsthäufigen Gruppen, die Erkrankungen im Hals-Nasen-Ohren-Bereich und im Urogenitaltrakt, sind mit je sechs Fällen deutlich schwächer vertreten³⁰.

Auch bei den Erwachsenen überwiegen die Augenleiden. Die Veränderungen am Bewegungsapparat liegen bei ihnen an dritter Stelle. Die zweithäufigste Diagnosegruppe bündelt hier die Erkrankungen des Urogenitaltrakts, unter denen sich viele Fälle von – typischerweise an das Erwachsenenalter gekoppelten – Geschlechtskrankheiten finden.

Was sagt diese Diagnoseverteilung über das Heister-Bild der Korrespondenten aus? Unabhängig vom Alter des Patienten wird der Helmstedter Professor vor allem wegen Augenkrankheiten um Rat gefragt. Eltern, deren Kin-

29 Es sind dies folgende 11 Diagnosegruppen: Krankheiten der Augen; Krankheiten von Nase, Rachen, Mund und Ohr; Krankheiten des Herzens; Krankheiten des Respirationstraktes; Krankheiten des Verdauungssystems; Krankheiten der Urogenitalregion; Krankheiten des Bewegungsapparates; Frauenkrankheiten; Geistes-, Gehirn- und Nervenkrankheiten; Hautkrankheiten; Allgemeinerkrankungen.

30 Auf eine Analyse des Krankheitsspektrums in den drei Alterskohorten wird aufgrund der niedrigen Fallzahl bewusst verzichtet.

der unter schwarzem Star, Hornhautwucherungen, Tränenfisteln und Blitzen vor den Augen leiden, setzen ihre Hoffnung auf Heister. Gelegentlich wird im Anschreiben auch explizit auf seine spezielle Expertise verwiesen. Als Beispiel sei der Richter Wülfigh aus Hagen genannt, dessen 9jähriger Sohn an einem *Staphylom* der Hornhaut litt. Ihm war zu Ohren gekommen, dass Heister «insonderheit in dergleichen schädlichen Augen Vielen mit erwünschtem Success geholfen»³¹; in einem anderen Fall erfuhr ein Vater, dessen Tochter «ein Malheur am rechten Auge» hatte, ebenfalls von Heisters «besondern Erfahrungheit in Augen-Gebrechen» und beauftragte daraufhin einen Arzt, den Kontakt zu dem Experten herzustellen³². Es liessen sich noch mehr Beispiele anführen.

Ebenso häufig wie an Augenkrankheiten litten die jungen Patienten, wie gesagt, an Erkrankungen des Bewegungsapparates. Die Briefe berichten von kariösen Schäden, *Spina ventosa* und veralteten Luxationen, von Beschwerden also, die traditionell in die Zuständigkeit des Wundarztes gehörten.

Das Diagnosespektrum der Heister-Korrespondenz ermöglicht mithin keine Folgerung auf das Krankheitsspektrum der kindlichen Bevölkerung im allgemeinen. Es gibt vielmehr Aufschluss darüber, welches Expertentum die Eltern kranker Kinder dem Helmstedter Professor zuwiesen: Sie sahen in ihm den *Medicus*, der sich als Fachmann für Augenleiden einen überregionalen Ruf erworben hatte, und den versierten *Chirurgus*, von dem bei Erkrankungen des Bewegungsapparates ein verlässlicher Rat erhofft werden konnte.

Fall 3: eine 16jährige junge Frau

Der Apotheker Riese aus Rehda in der Nähe von Bielefeld ist als Vormund für ein 16jähriges Mädchen verantwortlich. Er schreibt an Heister, dass sie angefangen habe «zu klagen, wie in ihrer rechten Seite neben der Scham ein Geschwulst oder Tumor sich hervor thue, dießer Tumor seye ohngefehr so groß alß eine Haselnuß»³³. Auf seine Empfehlung hin habe sie eine Bandage getragen, die ein in der Nähe wohnender Bruchschneider anfertigte. Da sie keine Besserung davon verspürte, habe sie die lästige Bandage aber nach knapp drei Monaten wieder abgelegt. Nun bittet der Apotheker Heister, dem Mädchen mit Rat und Tat zur Hand zu gehen – und er legt ihm mehrere ätiologische Spekulationen zur Stellungnahme vor: «Ob nun dießer Zufall ein

31 P. M. Wülfigh an Heister am 21. Mai 1743 (UBE BT, P. M. Wülfigh 1).

32 Chalybaeus an Heister am 26. Oktober 1738 (UBE BT, Chalybaeus 1).

33 Die Schilderung folgt: A. Riese an Heister am 29. Dezember 1742 (UBE BT, Riese 1).

Zerreißen des Peritonaei, eine Außdehnung deßelben, ein würcklicher Leistenbruch oder wohl gar ein Bauchbruch, verstehe ich nicht.» Selbst eine venerische Ursache stellt er zur Diskussion. Das Mädchen sei zwar «wahrhaft unschuldig», habe aber lange Zeit bei einer Frau geschlafen, die inzwischen an einer venerischen Krankheit laboriere.

Heisters Antwort verzögert sich etwas, denn er kennt den Ort Rehda nicht und findet ihn, wie er notiert, auch nicht in Hübners Geographie³⁴. Er beschränkt sich darauf, eine kurze Notiz nach Rehda zu senden, in der er den Apotheker bittet, ihm mitzuteilen, an welche bekannte grössere Stadt er sein Schreiben adressieren müsse. Auch wenn Heisters Antwort noch keine Therapieempfehlung enthält, so signalisiert sein Brief der jungen Patientin doch, dass der Helmstedter Professor bereit ist, die Behandlung ihres Falls zu übernehmen. Sie hat diese Antwort voller Ungeduld erwartet und drängt nun so sehr auf die Fortführung des Briefwechsels, dass sie ihren Vormund dazu bewegt, ihr zuliebe einen Eilboten in das 170 km entfernte Helmstedt zu schicken. Das Schreiben enthält neben den gewünschten postalischen Angaben auch die Frage des Mädchens, ob es schädlich sein könnte, dass sie beständig eine Schnürbrust trägt.³⁵

Heister verfasst nun seinerseits einen 6seitigen Brief, in dem er die ihm gestellten Fragen beantwortet³⁶: Es handele sich bei dem Tumor zweifelsfrei um einen Leistenbruch, zu dessen Heilung in Anbetracht des jugendlichen Alters der Patientin gute Hoffnung bestünde. Sie müsse aber ein Jahr lang das beigelegte Bruchband tragen, das er für sie hat anfertigen lassen. Was die Schnürbrust anbelangt, so empfiehlt er einen Kompromiss, der sowohl dem medizinischen als auch dem sozialen Aspekt Rechnung trägt: Sie solle die Schnürbrust nur tragen, wenn sie das Haus verlässt, und sie auch dann nicht zu fest zuschnüren.

Fünf Monate später wendet sich der Apotheker wieder an Heister³⁷. Das Mädchen trägt das Bruchband noch vorschriftsmässig. Seitdem habe sie nicht mehr die geringste Empfindung von dem Tumor, so «daß Sie sich einbilden läßt, es seye gar kein Leistenbruch, sondern nur eine Verlängerung oder Nachgebung der Sehnen und Nerven vorhanden, gleich Sie dan in der That, sehr zart, und die Hände und Arme ungewöhnlich drehen kann». Das Mädchen sei «so voller Wehmuth und so betrübt über solchen Zufall», berichtet ihr Vormund bekümmert, «daß ich es nicht genug beschreiben kan». Ob es

34 Johann Hübner: *Vollständige Geographie*, 3 Bde. (o.O. 1730/1731); Notiz Heisters auf dem Anschreiben Rieses, o.D. (UBE BT, Riese 1).

35 A. Riese an Heister am 18. Januar 1743 (UBE BT, Riese 2).

36 Heister an A. Riese am 28. Januar 1743 (UBE BT, Heister 39).

37 A. Riese an Heister am 7. Juli 1743 (UBE BT, Riese 3).

nicht möglich sei, das Bruchband für eine Viertelstunde abzulegen und langsam in der Stube spazierenzugehen, um den Heilungserfolg zu kontrollieren? Der wichtigste Hinweis für das Verständnis der Situation findet sich, wie so oft, im Postskriptum:

Des guten Kindes Ungeduld scheint daher fürnehmlich zu rühren, weil Sie vielleicht, und wie die Rede gehet, einen Amanten hat, welchem Sie zwar ihr Ja Wort gerne geben mögte, aber benannten Umständen noch nicht geben darff.

Diese Information lässt den Fall in einem anderen Licht erscheinen: Wenn die Patientin die Krankheit wegrede und die Heilung herbeireden wollte, dann nicht wegen des Leistenbruchs oder wegen des unbequemen Bruchbandes, sondern wegen der sozialen Folgen ihrer Erkrankung. Eine junge Frau mit einem Tumor in der Leiste, die sich nicht ohne Bruchband vom Bett erheben durfte, galt offenbar als «nicht heiratsfähig»³⁸. Ob Heister dem Wunsch des Mädchens entgegenkam und die Dauer der Behandlung abkürzte, wissen wir nicht, sein Antwortschreiben ist nicht erhalten.

Autorschaft

Die 16jährige Patientin kommt in den Briefen nicht selbst zu Wort, sondern lässt den Vormund die Korrespondenz führen. Dennoch wird ihre Person gut fassbar, denn der Apotheker gibt ihre Wahrnehmungen, Wünsche und Ängste in indirekter Rede wieder, er fungiert gewissermassen als Sprachrohr seines Mündels. Man gewinnt fast den Eindruck, als habe die junge Frau beim Schreiben neben ihm gestanden. Vermutlich las sie die Briefe auch durch, bevor sie abgeschickt wurden. Das würde zumindest erklären, warum Riese ihre Heiratspläne nicht bereits im Brieftext erwähnte, sondern in das – vermutlich nachträglich angefügte – Postskriptum verbannte. Das Mädchen wird zwar als Akteurin ihrer Krankengeschichte fassbar, bleibt in der Korrespondenz aber passiv. Nicht sie selbst, sondern ihr Vormund greift zur Feder. Dies führt zu der Frage, wer in den brieflichen Konsultationen jeweils als Briefpartner Heisters erscheint und inwieweit sich hier altersspezifische Besonderheiten finden.

Bei den Erwachsenen bestimmen die vom Arzt oder Chirurgen geführten Korrespondenzen mit 40% das Bild, dicht gefolgt von den Briefwechseln, die von der oder dem Kranken selbst geführt werden, mit 36%. Die Kinder und Jugendlichen werden mit 49% sogar noch häufiger vom Experten vertreten³⁹.

38 Zur sozialen Stigmatisierung durch eine Leistenbrucherkrankung vgl. Stolberg 2003, 71–73.

39 Diese Angaben beziehen sich auf 41 der 45 Kasuistiken. In den übrigen 4 Fällen war die Person des Korrespondenten nicht nachweisbar.

Die selbständige Korrespondenzführung fällt bei dieser Altersgruppe so gut wie nicht ins Gewicht, sehr wohl aber die Vertretung durch den Vater oder den Vormund mit 32%. Angesichts dieser Zahlenverhältnisse könnte man spekulieren, dass die unterschiedliche Kommunikationsführung weniger auf dem Alter des Kranken beruhte als vielmehr auf einer jeweils familientypischen Strategie. Wer im Falle der eigenen Erkrankung dem Fachmann das Wort zu überlassen pflegte, blieb diesem Prinzip auch treu, wenn sein Kind ärztliche Hilfe benötigte. Und wer sich in der Lage sah, für sich selbst oder für seine Ehefrau die Feder zu führen, der tat das auch für sein krankes Kind.

Resümee

Die Konsiliarkorrespondenz Heisters gruppiert sich um 304 Kasuistiken. Jede sechste behandelt den Fall eines kranken Kindes oder Jugendlichen. Die Gruppe der jungen Patienten wurde hinsichtlich der Ausprägung verschiedener Variablen untersucht und das Resultat mit der Gruppe der Erwachsenen verglichen. Dabei zeigten sich keine wesentlichen Unterschiede in bezug auf die Verteilung der Geschlechter, die Diagnosegruppen und die Person des Korrespondenten. Die Zugehörigkeit zu einer Altersgruppe scheint für die Ausgestaltung der brieflichen Konsultation weniger wichtig gewesen zu sein als die Zugehörigkeit zu einer Familie und deren jeweiliger Stil im Umgang mit Krankheiten.

Ein altersspezifischer Unterschied war hingegen bei der Verteilung chirurgischer und medizinischer Fälle nachzuweisen: Bei den Kindern und Jugendlichen überwogen diejenigen Krankheiten, für die es eine operative Therapieoption gab, während in der Gruppe der Erwachsenen Heister in der Mehrzahl der Fälle wegen nichtchirurgischer Erkrankungen angegangen wurde. Dieses Phänomen erklärt sich durch die unterschiedlichen diagnostischen Methoden, die den Ärzten und den Chirurgen jeweils zu Gebote standen: Der *Medicus* war auf die verbal vermittelte Innenperspektive seines Patienten angewiesen, um die Ätiologie des Krankheitsgeschehens zu ergründen und daraus die individuell angepasste Therapie abzuleiten. Kleine Kinder stellten ihn durch ihre Sprachlosigkeit vor ein Rätsel. Der *Chirurgus* dagegen konnte auf die subjektive Sicht des Kranken verzichten und sich auf die Aussenperspektive beschränken. Er entlockte dem kranken Körper selbst die Antwort und brachte dadurch auch das «stumme Kind» zum Sprechen.

Die eingangs zitierte These Edward Shorters, dass Eltern ihre kranken Kinder bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts bewusst vernachlässigt hätten, lässt

sich weder durch die publizierten Lehrbücher Lorenz Heisters noch durch die in dessen Konsiliarkorrespondenz überlieferten Einzelfälle stützen. Die untersuchten Quellen dokumentieren vielmehr, dass Patienten im Kindes- und Jugendalter einen selbstverständlichen Bestandteil der medizinischen, vor allem aber der chirurgischen Praxis des frühen 18. Jahrhunderts darstellten und dass es – zumindest in Familien der mittleren und gehobenen sozialen Schicht⁴⁰ – üblich war, im Krankheitsfall auch für Kinder die Hilfe eines Experten hinzuzuziehen.

Literaturverzeichnis

- Ariès, Philippe, *Geschichte der Kindheit. Mit einem Vorwort von Hartmut von Hentig* (München 1975)
- *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime* (Paris 1960)
- Arnold, Klaus, *Kind und Gesellschaft in Mittelalter und Renaissance*, Sammlung Zebra B 2 (München 1980)
- Fischer, Georg, *Chirurgie vor 100 Jahren. Historische Studie* (Leipzig 1876; Nachdruck mit einem Vorwort von Rolf Winau, Berlin u.a. 1978)
- Hächler, Stefan, «Arzt aus Distanz». In: Martin Stuber/Stefan Hächler/L. Lienhard (Hrsg.), *Hallers Netz. Ein europäischer Gelehrtenbriefwechsel zur Zeit der Aufklärung*, Studia Halleriana 9 (Basel 2005) 317–349
- Heister, Lorenz, *Chirurgie [...]* (Nürnberg 1719)
- *Practisches Medicinisches Handbuch [...]* (Nürnberg 1744)
 - *Medicinische, Chirurgische und Anatomische Wahrnehmungen*, Bd. 1 (Rostock 1753)
 - *Practisches Medicinisches Handbuch [...]* (neue, verb. Aufl. Nürnberg 1766)
 - *Medicinische, Chirurgische und Anatomische Wahrnehmungen*, Bd. 2 (Rostock 1770)
- Keunecke, Hans-Otto, «Die Trewschen Sammlungen in Erlangen», in: Thomas Schnalke (Hrsg.), *Natur im Bild. Anatomie und Botanik in der Sammlung des Nürnberger Arztes Christoph Jacob Trew. Eine Ausstellung aus Anlaß seines 300. Geburtstages*, Schriften der Universitätsbibliothek Erlangen-Nürnberg 27 (Erlangen 1995) 131–164
- Kottek, Samuel, «Quelques remarques sur les prémices de la pédiatrie au XVIII^e siècle», dans: *Histoire des sciences médicales* 31 (1997) 359–366
- Leporin, Christian Polycarpo, *Ausführlicher Bericht vom Leben und Schrifften des durch ganz Europa berühmten Herrn D. Laurentii Heisteri [...]* (Quedlinburg 1725)
- Oehme, Johannes, *Medizin in der Zeit der Aufklärung unter besonderer Berücksichtigung von Kinderkrankheiten* (Lübeck 1986)
- Ritzmann, Iris, «Die jüngsten Patienten Hahnemanns – eine analytische Studie zur Kinderpraxis in den Anfängen der Homöopathie», *MedGG* 18 (1999) 189–208
- «Welchen Wert hat die Gesundheit von Kindern? Ein Interessenkonflikt im Ludwigsburger Waisenhaus Ende des 18. Jahrhunderts», in: Udo Sträter/Josef N. Neumann (Hrsg.), *Waisenhäuser in der Frühen Neuzeit*, Hallesche Forschungen 10 (Tübingen 2003) 135–153
- Ruisinger, Marion Maria, «Der flüssige Kristall. Anatomische Forschung und therapeutische Praxis bei Lorenz Heister (1683–1758) am Beispiel des Starleidens», in: Jürgen Helm/Karin Stukenbrock (Hrsg.), *Anatomie. Sektionen einer medizinischen Wissenschaft im 18. Jahrhundert* (Stuttgart 2003) 101–125
- *Patientenwege. Die Konsiliarkorrespondenz Lorenz Heisters (1683–1758) in der Trew-Sammlung Erlangen* (unveröff. Habil.-Schrift, Erlangen 2005)

40 Das Schicksal kranker Kinder aus armen Familien des 18. Jahrhunderts wird derzeit auf der Basis eines reichen Quellenmaterials von Iris Ritzmann (Zürich) untersucht, vgl. Ritzmann 1999; 2003.

- Schlumbohm, Jürgen, ««Traditionale» Kollektivität und «moderne» Individualität: einige Fragen und Thesen für eine historische Sozialisationsforschung», in: Rudolf Vierhaus (Hrsg.), *Bürger und Bürgerlichkeit im Zeitalter der Aufklärung* (Heidelberg 1981)
- Schmidt-Herrling, Eleonore, *Die Briefsammlung des Nürnberger Arztes Christoph Jacob Trew (1695–1769) in der Universitätsbibliothek Erlangen* (Erlangen 1940)
- Schnalke, Thomas, *Medizin im Brief. Der städtische Arzt des 18. Jahrhunderts im Spiegel seiner Korrespondenz* (Stuttgart 1997)
- Shorter, Edward, *The Making of the Modern Family* (New York 1975)
- «Die große Umwälzung in den Mutter-Kind-Beziehungen vom 18. bis 20. Jahrhundert», in: Jochen Martin/August Nitschke (Hrsg.), *Zur Sozialgeschichte der Kindheit*, Veröffentlichungen des «Instituts für Historische Anthropologie e.V.» 4 II (Freiburg i. B./München 1986) 503–524
- Steinke, Hubert/Stefan Hächler/Martin Stuber (Hrsg.), *Medical Correspondence in Early Modern Europe*, Gesnerus Sonderheft 61, N° 3/4 (2004)
- Stolberg, Michael, *Homo patiens. Krankheits- und Körpererfahrung in der Frühen Neuzeit* (Köln/Weimar/Wien 2003)
- Wild, Wayne, *Medicine-by-Post in Eighteenth-Century Britain. The changing rhetoric of illness in doctor-patient correspondence and literature* (Diss. phil. Brandeis University 2001)