

Aus dem Institut für Geschichte und Ethik der Medizin
an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
(Direktor: Prof. Dr. med. J. N. Neumann)

**Die sogenannte „niedere Chirurgie“ unter besonderer Berücksichtigung der
Stadt Halle an der Saale in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts**

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Zahnmedizin (Dr. med. dent.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität

Halle-Wittenberg

von Oliver Bergmeier

geboren am 06. Januar 1968 in Klötze/Altmark

Gutachter:

1. Prof. Dr. med. J. N. Neumann, Halle
2. Prof. Dr. med. J. M. Setz, Halle
3. Prof. Dr. med. A. Scholz, Dresden

verteidigt am: 26.11.2002

urn:nbn:de:gbv:3-000004315

[<http://nbn-resolving.de/urn/resolver.pl?urn=nbn%3Ade%3Agbv%3A3-000004315>]

Referat und bibliographische Beschreibung

Die Entwicklung der sogenannten „niederer Chirurgie“ zu einer wissenschaftlichen Disziplin als eigenständiges Fach im universitären Unterricht in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts am Beispiel der Stadt Halle an der Saale steht im Mittelpunkt der vorliegenden Studie.

Die Chirurgie begab sich im 18. Jahrhundert auf den Emanzipationsweg, wenngleich sich an der Trennung zwischen Medizin und Chirurgie zunächst nichts änderte. Es begann die schrittweise Loslösung des Faches aus der kontrollierten Umklammerung durch die akademische Medizin, welche die Chirurgie am Anfang des 18. Jahrhunderts noch als zweitrangiges Heilgebiet auffaßte und kontrollierte. Im Verlauf des 18. Jahrhunderts wurde die Trennung zwischen „niederer“ Chirurgie und akademischer (innerer) Medizin zunehmend als Mißstand empfunden. Dies fand Ausdruck in vielen Medizinalordnungen vornehmlich in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts, die sich besonders auf eine Ausbildungsverbesserung der Chirurgen richteten. Es entstanden besondere Schulen für angehende Chirurgen. Den Schwerpunkt der Arbeit bildet die Darstellung des Heilberufsstandes der sogenannten „niederer Chirurgie“, der handwerklich in Zünften organisierten Heilberufe wie der des Baders oder Wundarztes, ihrer Berufsausübung, ihres Kenntnisstandes als auch ihrer Ausbildung.

Die Gliederung der Arbeit umfasst fünf Kapitel, beginnend mit der Darstellung des Standes der „niederer Chirurgie“ in handwerklicher, medizinischer als auch sozialer Sicht unter besonderer Berücksichtigung der damaligen Gesundheitspolitik in Preußen in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts und in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Um einen Einblick in die alltägliche chirurgische Praxis zu gewinnen, soll in kurzem Abriß als Beispiel das von W.D.*Bräutigam* verfasste und 1850 in Weimar veröffentlichte Werk „Practisches Hand- und Hülfsbüchlein der niederer Chirurgie für Lehrlinge und Gehülfen“ vorgestellt werden. Da die handwerklich orientierten Chirurgen auch in Halle an Hochschulvorlesungen teilgenommen hatten, wird für diese Zeitepoche die medizinische Fakultät der Universität beschrieben.

Bergmeier, Oliver: Die sogenannte „niedere Chirurgie“ unter besonderer Berücksichtigung der Stadt Halle an der Saale in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Halle, Univ., Med.Fak., Diss., 181 Seiten, 2002

Inhalt

| | | Seite |
|----------|---|--------------|
| | Referat und bibliographische Beschreibung | |
| 1 | Einleitung und Zielsetzung | 1 |
| 2 | Vom Wundarzt, Bader und Feldscher zur Chirurgie | 6 |
| 2.1 | Kurze historische Übersicht zum Begriff der Chirurgie | 6 |
| 2.1.1 | Handwerksstand der Wundärzte und Barbieri | 10 |
| 2.1.2 | Feldschere | 14 |
| 2.1.3 | Chirurgisches Instrumentarium im 17. und 18. Jahrhundert | 16 |
| 2.1.4 | Medizinische Fachliteratur im 17. und 18. Jahrhundert | 17 |
| 2.2 | Unterschiedliche Ausbildungsgrade in der Chirurgie - Zusammenarbeit zwischen akademisch ausge- bildeten Ärzten und Wundärzten? | 23 |
| 2.2.1 | Soziale Stellung der Wundärzte – „Wundarzteklassen“ | 23 |
| 2.2.2 | Medizinische Lehranstalten | 28 |
| 3 | Gesundheitspolitik in Preußen in der zweiten Hälfte des 18. und in der ersten Hälfte des 19. Jahr- hunderts - ärztliche und staatliche Interessen- lagen im Zeichen der „Aufklärung“ | 31 |
| 3.1 | Professionalisierung in der Medizin und „ärztlicher Machtanspruch“ | 31 |
| 3.2 | Gelehrte Ärzte, Handwerker, Akademien und „Pepinieren“ | 36 |
| 3.2.1 | Stadtphysikus in Halle: Professor Dr. <i>Johann Christian Reil</i> | 36 |
| 3.2.2 | Die medizinische Versorgung der Landbevölkerung | 38 |
| 3.2.3 | Behördliche Prüfungen und Erörterungen | 43 |
| 4 | „Niedere Chirurgie“ in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts | 46 |
| 4.1 | „Hand- und Hülfsbüchlein der niederen Chirurgie“ | 46 |
| 4.1.1 | Einführendes | 46 |
| 4.1.2 | „Von den Blutausleerungen“ | 47 |
| 4.1.3 | „Ueber die Clystiere“ | 51 |
| 4.1.4 | „Die Bildung künstlicher Geschwüre“ | 51 |
| 4.1.5 | „Die rothmachenden Ableitungsmittel“ | 54 |
| 4.1.6 | „Reinigen und Herausziehen der Zähne“ | 54 |
| 4.1.7 | „Von der Entzündung (Inflammatio)“ | 57 |
| 4.1.8 | „Von den Warzen“ | 66 |
| 4.1.9 | „Von den Hühneraugen, Krähenaugen oder dem Leichdorn“ | 68 |
| 4.1.10 | „Von den Verrenkungen“ | 69 |

| | | |
|-----------|--|------------|
| 4.1.11 | „Die Verstauchung, Verdrehung“ | 72 |
| 4.1.12 | „Von den Beinbrüchen, Knochenbrüchen“ | 73 |
| 4.1.13 | Scheintod (Asphyxia) und Reanimationsmaßnahmen | 78 |
| 4.1.14 | Rasiermesser; Ausfallen sowie Grauwerden der Haare | 81 |
| 5 | „Niedere Chirurgie“ in Halle – Anfänge eines chirurgischen Unterrichts an der Universität | 82 |
| 5.1 | Halle an der Saale – ein kurzer stadthistorischer Überblick bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts | 82 |
| 5.1.1 | Gründung der Hochschule | 88 |
| 5.1.2 | Die medizinische Fakultät bis zum Jahre 1789 - Chirurgie als Lehrfach | 88 |
| 5.2 | Anfänge einer öffentlichen Krankenversorgung in Halle | 97 |
| 5.2.1 | Stadtchirurgat, Hof- und Leibchirurgen | 98 |
| 5.2.2 | Hallesche Handwerkschirurgie: Badestuben, Bader und Barbieri | 99 |
| 6 | Medizinische Fakultät in Halle von 1789 bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts – praxisbezogene Unterrichtsformen | 111 |
| 6.1 | Kurzer Überblick | 111 |
| 6.2 | Hochschulvorlesungen für „Nicht-Mediciner“ | 116 |
| 6.3 | Der „Fall“ <i>Harschleben</i> | 117 |
| 7 | Zusammenfassung | 121 |
| 8 | Quellen und Dokumente | 124 |
| 9 | Literatur | 125 |
| 10 | Anhang | 131 |
| 10.1 | „Über den Mangel geschützter Landwundärzte und Vorschläge zur besseren Bildung derselben ...“ | 131 |
| 10.2 | Behördliche Stellungnahme | 143 |
| 10.3 | Bestellungsangelegenheit um die Stelle eines Amts- und Landchirurgen | 149 |
| 10.4 | Vorlesungsverzeichnisse | 158 |
| 11 | Tabellarischer Lebenslauf | 173 |
| 12 | Selbständigkeitserklärung | 174 |
| 13 | Danksagung | 175 |
| 14 | Thesen | 176 |

1 Einleitung und Zielsetzung

Im Abendland war die Chirurgie für weit mehr als 600 Jahre kein fester Bestandteil medizinischer Wissenschaft. Das vierte Lateranische Konzil im Jahre 1215 – zu diesem Zeitpunkt gehörten viele Heilkundige dem geistlichen Stand an – untersagte diesen Medizinern im priesterlichen Gewand endgültig die Ausübung chirurgischer Maßnahmen, denn die Schuld am Tode eines Menschen machte zum Priesteramt untauglich; dies war gegebenenfalls nach Operationen augenfälliger als bei ausschließlich internistischer Behandlung. Darüber hinaus setzte sich unter den Medizinern zunehmend die Überzeugung durch, daß die Behandlung der äußeren Krankheiten sie entehren würde. Somit beschränkten sie sich auch in den Universitäten auf den rein theoretischen Charakter der Medizin; die Chirurgie fand an den Hochschulen keine Berücksichtigung. Insgesamt war eine strikte Trennung zwischen der inneren Medizin und der praktischen Chirurgie erfolgt, wodurch die Medizin in ihrer Gesamtheit in der weiteren Entwicklung erheblich behindert gewesen sein dürfte.¹

Für die „niedereren“, oft unangenehmen Tätigkeiten – wie Amputationen, die Versorgung häufig übelriechender Wunden, Klistiersetzen, Aderlassen – bildeten die akademisch ausgebildeten Mediziner nunmehr Gehilfen heran, die dann im Laufe der Zeit als zunftmäßig organisierte und handwerklich ausgebildete Chirurgen, die seit dem 18. Jahrhundert auch als Wundärzte bezeichnet wurden, eigenständig ihrem Heilberuf nachgingen.² Außer ihnen durften die ebenfalls in Zünften organisierten Barbieri und Bader gewisse einfachere chirurgische Verrichtungen ausführen. Ihre jeweilige Bedeutung und Zuständigkeit bei der Krankenversorgung wechselten nach Arlt im Laufe der Epochen und an den verschiedenen Orten.³ Zudem stellten staatliche Medizinaledikte die Chirurgen und anderen handwerklichen Heilberufe unter die Aufsicht der Ärzte. Im Zuge des Wechsels der Organisation der Wohlfahrtspflege aus dem Zuständigkeitsbereich der Kirchen in den des Staates sollten überdies alle Zweige des Gesund-

¹ Vgl. Arlt (1955), S. 27; Drees (1989/90 a), S. 11 und Löffler (1991), S. 1.

² Vgl. Drees (1989/90 a), S. 11.

³ Arlt (1955), S. 27.

heitswesens eine gesetzliche Regelung erfahren, insbesondere auch in Preußen.¹

Seit dem Barockzeitalter gab es an den Universitäten nur vereinzelt Lehrer, die auch die Chirurgie mehr oder weniger in ihre Vorlesungen einbezogen. Diese wurden häufig auch von wissenschaftlich interessierten Handwerkschirurgen besucht. Weiterhin galten sie als Heilkundige nur zweiter Klasse; zu jener Epoche besaßen sie jedoch eine recht angesehene bürgerliche Stellung.²

Eine generelle Übernahme der chirurgischen Ausbildung durch die Hochschulen wurde in dieser Zeit noch nicht als sinnvoll angesehen. Weiterhin herrschte allgemein die Ansicht vor, daß die mehr praktische Ausbildung des Chirurgen eine in erster Linie handwerkliche Orientierung erfordere und auf „unnötigen“ wissenschaftlichen Ballast verzichten könne. Zu qualitativen und quantitativen Verbesserungen in der medizinischen Versorgung führte die Einrichtung chirurgischer Lehranstalten; die erste Lehranstalt dieser Art wurde in Preußen im Jahre 1822 in Münster gegründet. Allerdings konnte die Schule hier, bis zur späteren Angliederung einer ambulatorischen Klinik, keine vollständige chirurgische Ausbildung anbieten. Deshalb mußten die Schüler nach Abschluß des Studiums noch ein längeres Praktikum bei einem niedergelassenen Wundarzt absolvieren. Erst dann war es ihnen möglich, sich der Abschlußprüfung unterziehen.³

Die preußischen Behörden versuchten, durch zahlreiche aufeinanderfolgende und modifizierende Medizinal- beziehungsweise Gewerbeordnungen, insbesondere die der Jahre 1685, 1725, 1810/11, 1815 und 1825, das Gesundheitswesen zu ordnen sowie hierfür auch einheitliche Ausbildungs- und Prüfungsbedingungen zu erstellen. Darüber hinaus wurde das Medizinalwesen insgesamt in ständig zunehmendem Maße staatlicher Aufsicht und Reglementierung unterstellt.

¹ Vgl. Drees (1989/90 a), S. 11.

² Vgl. Arlt (1955), S. 27.

³ Vgl. Drees (1989/90 a), S. 17.

Mit der Entwicklung der gesamten Medizin, mit ihrer wachsenden Spezialisierung, mit zunehmendem Erkenntnisstand und anwachsender wissenschaftlicher Forschung erwuchs die Notwendigkeit, die Chirurgie, wie Jahrhunderte zuvor, erneut als festen Bestandteil in die Medizin einzugliedern. Gerade das 19. Jahrhundert, die Epoche einer fortschreitenden Industrialisierung, gilt als Zeitalter der Erneuerung und des Durchbruchs neuer Ideen und Entwicklungen. Hier wurden Prozesse in Gang gesetzt, die keinen Gegenstand des gesellschaftlichen Lebens unberührt und keine soziale Gruppe unverändert ließen. Somit konnten sich auch der Ärztestand sowie alle anderen Heilberufsstände diesen Entwicklungen nicht entziehen. Insbesondere jene Ärzte, die nunmehr eine wissenschaftliche Spezialisierung aufzuweisen hatten, sicherten sich durch ihre Expertenstellung im zunehmenden Maße ein Monopol auf dem Markt für medizinische Dienstleistungen und erlangten einen hohen Sozialstatus – es erfolgte gewissermaßen die Professionalisierung des Arztberufes.¹

Zusammengefaßt emanzipierte sich die Chirurgie erst seit der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts zu einer wissenschaftlichen Disziplin. Um die Mitte des 19. Jahrhunderts eroberte sie allmählich einen Platz im Universitätsunterricht.² Im Vergleich zu den anderen deutschen Ländern wurde in Preußen durch eine neue Medizinalordnung im Jahre 1852 die Differenzierung des Heilpersonals bereits frühzeitig aufgehoben. Die jetzt ausschließlich akademisch ausgebildeten Ärzte führten von nun an den Titel „Praktischer Arzt, Wundarzt und Geburtshelfer“. Die vor dem Jahre 1852 approbierten Wundärzte I. und II. Klasse behielten bis zu ihrem Tode ihre Berufsbefugnisse; allerdings verringerte sich ihre Anzahl in der Folgezeit rasch – diese beiden Berufsgruppen waren zum „Aussterben“ verurteilt. Bis dahin stellten sie auch weiterhin größtenteils die medizinische Versorgung der Bevölkerung – insbesondere auf dem Lande – sicher, denn die neue Ärzteschaft war zwar zur Ausübung der gesamten inneren und äußeren Heilkunde berechtigt, jedoch nicht in der Lage, dies allein zu bewerk-

¹ Vgl. Zimmer (1997), S. 1.

² Vgl. Drees (1989/90 a), S. 11.

stelligen. Zudem wirkten bei den meisten Menschen für lange Zeit auch noch finanzielle, sozio-kulturelle und räumliche Hindernisse einer Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe entgegen. Erst die nachfolgenden Generationen fanden mit Hilfe umfassender sozialpolitischer Maßnahmen zunehmend dauerhaft Zugang zu den Praxen mit ihrer auch in der Chirurgie ausgebildeten Ärzteschaft.¹

Das Ziel der vorliegenden Studie besteht in allererster Linie darin, den Heilberufsstand der sogenannten „niedereren“ Chirurgie – der handwerklich in Zünften organisierten Heilberufe wie der des Baders, Barbiers oder Wundarztes –, ihrer Berufsausübung, ihres Kenntnisstandes und insbesondere die verschiedenen Arten ihrer Ausbildung, vereinzelt und dann im zunehmenden Maße auch durch eine Teilnahme an Hochschulvorlesungen erworben, speziell für die Epoche der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts am Beispiel der Stadt Halle a.d. Saale aufzuzeigen. Dabei soll und kann diese Stadt nicht isoliert von anderen deutschen Städten, Regionen oder einzelnen Ländern betrachtet werden. In einer kurzen allgemeinen Übersicht wird nachfolgend der Berufsstand der Wundärzte und Barbieri, ihre soziale Stellung sowie ihr chirurgisches Instrumentarium und auch ihre Fachliteratur vornehmlich aus dem 17. und 18. Jahrhundert zur Darstellung kommen. Überdies behandelt die vorliegende Arbeit die Gesundheitspolitik in Preußen aus der zweiten Hälfte des 18. und der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts in einem kurzen Überblick, wobei auch die medizinische Versorgung der Landbevölkerung anzusprechen sein wird. Ein besonderes Augenmerk wird dabei auch der Chirurgenausbildung in den Akademien und den sogenannten „Pepinieren“ geschenkt. Da die handwerklich orientierten Chirurgen, wie bereits oben erwähnt, an Hochschulvorlesungen teilgenommen hatten, erscheint es auch deshalb geboten, für diese Zeitepoche die medizinische Fakultät der Universität Halle darzustellen.

Hierzu wurden neben den verschiedensten allgemeinen Literaturquellen einzelne Archivalien aus dem Landesarchiv Magdeburg und dem Stadtarchiv Halle

¹ Vgl. Drees (1989/90 a), S. 20.

ausgewertet und in Teilen ebenfalls zur Abfassung dieser Arbeit herangezogen, wie insbesondere das bemerkenswerte Schriftdokument „Über den Mangel geschützter Landwundärzte und Vorschläge zur besseren Bildung derselben ...“ oder die Archivalien zum „Fall“ *Harschleben*, die beide exemplarisch den starken sozialpolitischen und kulturellen Spannungsbogen im Hinblick auf den Zeitenwandel, ja –bruch im Zeichen der Aufklärung belegen und dies nicht zuletzt auch bei den medizinischen Heilberufen unter dem Aspekt einer erstarkenden Wissenschaftlichkeit.

Darüber hinaus fanden hierzu einzelne Quellen besondere Berücksichtigung, wie das im Jahre 1850 von *W.D. Bräutigam* veröffentlichte Werk mit dem Titel „Practisches Hand- und Hülfsbüchlein der niederen Chirurgie für Lehrlinge und Gehülfen, ...“ sowie das im Jahre 1804 in Halle verlegte Buch von *J.C. Reil* mit dem Titel „Pepinieren zum Unterricht ärztlicher Routiniers als Bedürfnisse des Staates nach seiner Lage wie sie ist“.

2 Vom Wundarzt, Bader und Feldscher zur Chirurgie

2.1 Kurze historische Übersicht zum Begriff der Chirurgie

„Chirurgie“ heißt wörtlich übersetzt eigentlich nichts anderes als Handwerk. „Cheirurgia“ – mit der Hand machen –, so wurden die Handwerker im alten Griechenland genannt, zu denen auch die Chirurgen im heutigen Sinne gehörten.¹

Die chirurgische Tätigkeit beinhaltete vor allem das Verbinden bei Verletzungen, eine Wundbehandlung mit Salben, Kräutern oder ätherischen Ölen, Blutstillung und die Einrichtung von Knochenbrüchen sowie Luxationen.²

Nach Schwabe ist die Chirurgie der älteste Teil der gesamten Medizin. So wurden beispielsweise Schädelreparaturen bereits von frühen Naturvölkern durchgeführt; in vielen Teilen der Welt wurden Schädel gefunden, die belegen, daß solche Eingriffe vorgenommen und auch um Jahre überlebt wurden.³

Früh übten die alten Inder den Steinschnitt und die Nasenplastik aus – offenbar wollte man hierdurch die nicht seltene Strafe des Nasenabschneidens korrigieren. Im antiken Griechenland stellte *Hippokrates* ein chirurgisches Prinzip auf, welches auch heute noch gültig ist: „Ubi pus ibi evacua“ (wo Eiter ist, da muß geöffnet werden). Blasensteine und Hämorrhoiden wurden hier bereits operativ entfernt. Zu dieser Zeit bestand nach Löffler noch keine Trennung zwischen innerer Medizin und Chirurgie.⁴

Im antiken Rom wurde nachfolgend das Wissen der Griechen in der Chirurgie eingesetzt und weiterentwickelt. Die große Enzyklopädie des *Celsus* „De medicina“ (1. Jahrhundert nach Christus) beschreibt unter anderem, wie man Blutungen aus verletzten Gefäßen durch Ligaturen unterbindet, Gliedmaßen amputiert und wie man plastische Operationen mit körpereigenen Transplantaten durchführt. Der griechische Arzt der römischen Kaiserzeit *Galen* (129-204

¹ Vgl. Manninger (1942), S. 56; Schwabe (1986), S. 11 und Drees (1989/1990 a), S. 11.

² Vgl. Löffler (1991), S. 2.

³ Schwabe (1986), S. 11-12.

⁴ Löffler (1991), S. 3.

nach Christus) schuf ein umfassendes und vielseitiges System, welches länger als ein Jahrtausend zur Grundlage des ärztlichen Denkens und Handelns werden sollte.¹

Nach dem Zusammenbruch des römischen Reiches lag bis zum 12. Jahrhundert die Medizin - unter Einschluß der Chirurgie - fast ausschließlich in den Händen von Mönchen und Weltgeistlichen, die sich jedoch fast nur mit der Behandlung von Wunden befaßten. Den Kirchenoberen war dann aber im verstärkten Maße die zunehmende ärztliche Betätigung der Mönche als Ablenkung von den eigentlichen seelsorgerischen Pflichten unerwünscht. Verschiedene Konzile, wie das zu Reims im Jahre 1125 oder das Lateranische 1139, begannen, der Ausübung der Medizin durch Geistliche ihre Aufmerksamkeit zu widmen, bis das Konzil zu Tours im Jahre 1162/63 mit der Erklärung „Ecclesia abhorret a sanguine“ (die Kirche vergießt kein Blut) den Ärzten aus dem Klerus die Ausübung der Chirurgie untersagte.²

Die nach Ackerknecht „für beide Disziplinen so unglückselige Trennung von Chirurgie und Medizin war seit den Zeiten Galens ständig fortgeschritten und durch den arabischen Einfluß“ (insbesondere in Südeuropa) gefördert worden. Im 11. Jahrhundert wurde der Aderlaß zunehmend von Barbieren ausgeführt. Der universitäre Unterricht in der Medizin war ein rein theoretischer, dogmatischer, durchaus nicht praktischer und bestand Gurlt zufolge lediglich darin, daß vom Professor ein griechischer oder arabischer Autor in lateinischer Übersetzung vorgelesen und interpretiert wurde, woraus sich unsere noch heute gebräuchliche Bezeichnung „Vorlesung“ und das englische „lecture“ und „lecturer“ erklärt. Auf den alten Universitäten sah es im Hinblick auf die Medizin fast ohne Ausnahme sehr dürftig aus. Die sogenannten „Anatomieen“, welche bis weit in die folgenden Jahrhunderte hinein auf allen Universitäten von Zeit zu Zeit abgehalten wurden und in der Regel mehrere Tage dauerten, bestanden darin, daß bei einem Leichnam – gewöhnlich der eines hingerichteten Verbrechers – durch

¹ Vgl. Ackerknecht (1979), S. 61-73 und Löffler (1991), S. 3.

² Vgl. Gurlt (1898), S. 672; Ackerknecht (1979), S. 81 und Löffler (1991), S. 3.

einen Chirurgen die Leibeshöhlen geöffnet und deren Inhalte durch den anwesenden Professor erklärt wurden.¹

Somit bildete die Chirurgie im Mittelalter keinen Lehrgegenstand an den Universitäten; nach Gurlt waren die Studenten auf private Lehrer und auf das Studium der nur als Handschriften vorhandenen chirurgischen Werke (wie von *Hippokrates*, *Galen* und verschiedenen Arabern) angewiesen. Von einem klinischen Unterricht war auf keiner mittelalterlichen Universität die Rede. Die Studenten oder Scholaren hatten sich für praktische Unterrichtszwecke einem Arzt anzuschließen, der sie in seine Privat- oder Hospitalpraxis einführte. Darüber hinaus wurden in den Universitäten erst seit dem Jahre 1220 in Montpellier, seit 1237 in Salerno, seit 1270 in Paris akademische Grade vergeben. Diese gewährten in der jeweiligen Fakultät einen gewissen Rang, aber auch in der kirchlichen Hierarchie, da sie nur Geistlichen verliehen wurden.²

Zusammengefaßt hat die Heilkunde des europäischen Mittelalters eine Entwicklung genommen, die erst im 19. Jahrhundert wieder zurückgenommen wurde. Dies war die Trennung der Chirurgie von der inneren Medizin, die, ausgelöst durch das Konzil von Tours (1163), allen Geistlichen verbot, die blutige Kunst der Chirurgie auszuüben. Diese Kunst wurde nun von Handwerkern übernommen. Von jetzt an gab es zwei medizinische Berufe, und zwar den des mehr oder weniger handwerklich ausgebildeten Chirurgen und den des an den Universitäten vor allem in die wissenschaftliche Theorie eingeführten *Physicus*, der mit einem akademischen Abschlußexamen als *Lizenziat* oder *Doktor* dem niederen Adel beziehungsweise Klerus gleichgestellt war.³

Die Chirurgen waren neben und unter den akademischen Ärzten ein sehr wenig angesehener Stand. Als handwerkliche Mediziner arbeiteten auch Scharfrichter, Gaukler, Zahnbrecher, Bruch- und Steinschneider sowie Starstecher. Mißerfolge waren bei ihrer Tätigkeit sicher häufiger als Erfolge. In Kriegszeiten behandelten Wundärzte und Feldschere die Verwundeten. Darüber hinaus haben

¹ Gurlt (1898), S. 673.

² Vgl. Gurlt (1898), S. 673-674.

³ Vgl. Schadewald (1986), S. 23.

in der Zeit vom 14. bis zum 18. Jahrhundert die sogenannten „Quacksalber“ oder „Kurpfuscher“ der Chirurgie nicht unbedingt zum Ruhme gereicht. Diese boten ihre „Kunst“ meist auf Jahrmärkten feil. Erst spät wurde die Chirurgie als wissenschaftliches Fach anerkannt. In Deutschland wurde sie erst im 18. Jahrhundert Universitätslehrfach. Neben der nun aufkeimenden wissenschaftlichen Chirurgie hielt sich aber noch für lange Zeit eine rein handwerklich ausgerichtete, die hauptsächlich von den Badern oder Barbieren ausgeübt wurde. Beide Handwerkszünfte oder zumindest eine davon hielten sich regional unterschiedlich, teilweise bis in das erste Drittel des gerade zurückliegenden 20. Jahrhunderts.¹

Nach Grosch war im süddeutschen Raum die Berufsbezeichnung Bader das selbe, was in Norddeutschland ein Barbier vorstellte. Allerdings konnten beide Zünfte – wiederum abhängig von Region und Zeitepoche – verschiedene Funktionen ausüben.²

Die Bader stammten aus der Zunft der „Balneatoren“, die in ihren im Mittelalter viel besuchten Badestuben außer dem Rasieren, Haareschneiden, Schröpfen, Aderlassen die Versorgung äußerer Schäden ausübten. Außerhalb ihrer Badestuben mußten sie sich dieser Verrichtungen enthalten, durften jedoch überall Beinbrüche und Verrenkungen heilen, jedoch niemals Arzneien verabreichen. Die Bader galten übrigens in manchen Ländern oder Landesteilen, ebenso wie die Barbieri und Scharfrichter, im Mittelalter als unehrlich und anrücklich. Die Barbieri (Balbierer, Bartscheerer, rasores, tonsores) übten die gleichen Verrichtungen aus und durften ebenfalls frische Wunden behandeln. Zu Beginn des 16. Jahrhunderts wurde der Besuch von Badestuben (aus Furcht vor Infektionskrankheiten) seltener oder hörte ganz auf, womit das Baderhandwerk ausstarb beziehungsweise sich in der Folgezeit mit dem der Barbieri vereinigte.³

¹ Vgl. Fischer (1876), S. 30-37; Gurlt (1898), S. 675; Schwabe (1986), S. 12-13 und Löffler (1991), S. 3-4.

² Grosch (1969), S. 9

³ Vgl. Fischer (1876), S. 32-38; Gurlt (1898), S. 675-676 und Löffler (1991), S. 3-4.

2.1.1 Handwerksstand der Wundärzte und Barbieri

In der Literatur wird über die verschiedenen Zeitepochen hinaus das berufliche und gesellschaftliche Ansehen der nicht-akademischen Heilberufe teilweise außerordentlich unterschiedlich – positiv wie negativ – betrachtet und bewertet.¹ Den Angaben Drees zufolge konnte beispielsweise bei diesen Handwerkschirurgen von einer qualifizierten Berufsausbildung keine Rede sein. Als Ursache hierfür sind vor allem der geringe Entwicklungsstand der medizinischen Wissenschaft sowie die recht niedrigen und häufig willkürlich gestalteten Ausbildungs- und Prüfungsbedingungen anzuführen. Aufgrund dieser Voraussetzungen waren Kenntnisse und Fähigkeiten der Wundärzte als mangelhaft und ihre Therapien eher als zufällig anzusehen.² Nach Gurlt hingegen gelangten die Chirurgen bei ihren Verrichtungen nicht selten zu großer Meisterschaft; ihre Werkstätten „lieferten ungelehrte, aber erfahrungsreiche Männer, die durch nüchterne Beobachtung, (...)³, mehr selbständige Erfahrung und Geschicklichkeit sich aneigneten, als es jemals durch das emsigste Bücherstudium möglich gewesen wäre“.⁴

In einer historischen Studie aus dem Jahre 1876 betrachtet Fischer die soziale Stellung der Wundärzte und Barbieri wiederum mit höchst kritischen Augen. Möglicherweise ist seine überwiegende Ablehnung durch die Zeitepoche begründet, in der jener Autor seine Studie verfaßt hatte, denn zu dieser Zeit befanden sich die akademischen und nicht-akademischen Heilberufe noch häufig in direkter Konkurrenz um die Patienten und im Widerstreit um gesellschaftliches Ansehen. Hier sind auch noch die Nachwehen jener „alten“ Dualität von promoviertem Arzt und Handwerkschirurg erkennbar. Darüber hinaus wechselten, wie bereits eingangs beschrieben, die jeweilige Bedeutung und Zustän-

¹ Vgl. Sander (1989), S. 56-57.

² Vgl. Drees (1989/90 a), S. 14.

³ Auch nachfolgend sind durch diese Markierung einzelne Textpassagen gekennzeichnet, die zum genaueren Verständnis der für die vorliegende Arbeit herangezogenen Textdokumente bzw. transkribierten Archivalien nur Unwesentliches beitragen dürften. Deshalb wurde in diesen Fällen auf ihre Wiedergabe verzichtet.

⁴ Gurlt (1898), S. 675.

digkeit der Wundärzte und Barbieri bei der Krankenversorgung im Laufe der Epochen und an den verschiedenen Orten, so daß ihr Berufsbild über den langen Zeitraum von mehr als 600 Jahren kaum einheitlich darstellbar und somit über die verschiedenen Zeitepochen eigentlich differenziert beziehungsweise im Kontext der jeweiligen Zeit zu betrachten ist.

Um zum Beispiel einen Einblick in die praktischen Berufs- und allgemeinen Lebensumstände der Handwerkschirurgen des späten 18. und frühen 19. Jahrhunderts zu erlangen, sei nachfolgend die in ihrer Sprache insgesamt bildhaft-einprägsam verfaßte historische Studie von Fischer angeführt, und zwar trotz oder gerade wegen seiner als überaus kritisch zu bezeichnenden Haltung gegenüber den nicht-akademischen Heilberufen. Jener Studie zufolge war der Wundarzt des 18. Jahrhunderts oder vielmehr der Barbier, denn der Weg zur praktischen Chirurgie führte fast ausnahmslos durch die Barbierstube, „im Allgemeinen von einer haarsträubenden Unwissenheit und Rohheit“. Dies kann nicht verwundern, wenn man dessen „trostlose Erziehung kennt, die sich von der eines beliebigen Handwerkers gar nicht unterscheidet“. Wurde in den sogenannten niederen Ständen „ein Junge zum Barbier bestimmt, so wurde er, nachdem er in der Volksschule kaum deutsch lesen und schreiben gelernt hatte (...), bei einem Wundarzt in die Lehre gegeben. (...) Hier und da musste der Physikus ihn vorher prüfen, ob er deutlich schreiben und lateinisch lesen konnte, andernfalls zurückweisen. (...) Der Lehrling lernte das Rasiren und lief dann den ganzen Tag von Haus zu Haus; in der übrigen ihm knapp zugemessenen Zeit musste er seine Messer schärfen, Pflaster streichen und Charpie¹ zupfen. (...) Mit der Zeit wurde der Lehrling einmal zum Kranken mitgenommen und ihm das Aderlassen, Schröpfen, Klystieren, Blutigelsetzen, allenfalls auch das Zahnausziehen handwerksmässig beigebracht. Da der Meister in der Regel selbst nichts verstand, so ertheilte er entweder gar keinen Unterricht in der Anatomie, Physiologie und Chirurgie, wozu er eidlich verpflichtet war, oder er lehrte Unsinn. War die dreijährige Lehrzeit, welche in Preussen für Barbieri seit 1734 festgesetzt war, verstrichen und das übliche

¹ (Auch) Scharpie: zerzupfte Leinwand (anstelle von Watte).

silberne Besteck dem Lehrherrn geschenkt, dann musste so ein armer Schöps Gott danken, dass er nur einen Bart à la mode scheeren und ein Pflaster streichen gelernt'. Vor der Losgabe war eine Prüfung nöthig, allein häufig war die ganze Innung zu dumm oder zu faul, eine solche zu veranstalten.“ So unterschrieb der hierbei anwesende Ortsvorsteher, ein Müller, Schneider oder dergleichen den Lehrbrief, worauf der Lehrjunge zum Gesellen wurde. Anschließend begannen die obligatorischen Wanderjahre, wo der Rasierkurs noch einmal zu absolvieren war. „Der Geselle wohnte im Hause seines Meisters und durfte nicht heirathen. Hatte er täglich seine sechzig Kunden und mehr bedient, hin und wieder für seinen Herrn einen Aderlass gemacht oder eine Wunde verbunden, dann bekam er als Lohn freien Mittagstisch und wöchentlich sechs, höchstens acht Gutegroschen Lohn. Diese armselige Bezahlung reichte kaum für die allernothwendigsten Bedürfnisse hin (...). Von einem Studium, dem Besuch der Vorlesungen in grösseren Städten konnte bei der abmattenden Tagesarbeit, dem Mangel an Büchern, zu deren Anschaffung das Geld fehlte, (...), kaum die Rede sein.“ Einzelne Gesellen fingen mit besonderem Eifer an zu studieren, allerdings „schadete es ihnen bei ihrer mangelhaften Schulbildung in der Regel mehr als es nützte. (...) Nach sechs, sieben Jahren konnte der Geselle Meister werden. Dazu musste er sich beim Physikus, Collegium medicum, oder einer Facultät mit seinem Lehrbrief und den Attesten, dass er als Geselle gedient habe, melden und ein Examen ablegen.“ Wollte sich ein Wundarzt in einer größeren Stadt niederlassen, so mußte er vorher auf dem anatomischen Theater in Berlin eine anatomische Prüfung ablegen und einen Operationskursus ablegen. Wollte er sich in einem Dorf niederlassen, so wurde kein Kursus, sondern nur eine Prüfung beim Kreisphysikus verlangt.¹

Im Königreich Preußen standen die Bader und Barbieri, wie das gesamte Heilpersonal, unter der Aufsicht des „Collegium medicum“, welches im Jahre 1725 zum Ober-Collegium medicum umgestaltet wurde; Provinzialkollegien wurden zudem ab dem Jahre 1724 eingerichtet. Das Oberkolleg bestand aus einem Staatsminister als Vorsitzenden, den Leib- und Hofärzten, dem Physikus, den

¹ Vgl. Fischer (1876), S. 34-37.

ältesten Praktikern in Berlin, dem Leib- und Generalchirurg, Hofapotheker sowie drei Chirurgen mit zwei Apothekern als Assessoren. Das Medizinaledikt vom 27. September 1725 ordnete in Preußen an, daß die Barbieri und Bader *sich in der Praxis eines Gott-wohlgefälligen, nüchternen und eingezogenen mässigen Lebens befleissigen sollten, damit sie jederzeit bei begehenden Fällen tüchtig sein mögen, ihren Nächsten mit ihrer Kunst und Wissenschaft zuträglich und mit Verstande, es sei bei Tag oder Nacht, dienen (...) auch in vorkommender Pest und Sterbenszeiten, da Gott vor sei, wenn sie beordert werden, in die Lazareten zu gehen.*¹

Wurde ein Barbier beim unerlaubten „Hineinpfuschen“ in die Medizin ertappt, so folgte eine Verurteilung zu 20 Talern beziehungsweise Leibesstrafe; bei unordentlichem Lebenswandel und Trunksucht konnte ihm auch die Konzession entzogen werden. Die Bader wiederum durften sich in preußischen Landen bei hoher Strafandrohung nicht Chirurgen nennen. Fischer zufolge zeigten „junge Leute von Talent bei nach so entschiedener Neigung zur Chirurgie wenig Lust“, diesem Berufsstande anzugehören. Selbst in den 90er Jahren des 18. Jahrhunderts kamen auf einen „gescheuten“ Wundarzt wohl zehn Bartscherer, die nichts als Rasieren und Schröpfen verstanden. Die Wundärzte zwang man sogar zum Barbieren, denn abgesehen von einzelnen Leib- und Hofchirurgen und den königlich speziell lizenzierten Lazarettwundärzten war keinem noch so geschickten Wundarzt die Ausübung seiner Kunst erlaubt, wenn er nicht Meister einer Barbier- und Badestube war sowie Gesellen und Lehrburschen hielt. Aufgeklärte Männer klagten sowohl am Anfang wie am Ende jenes Jahrhunderts wiederholt und vernehmlich „über die traurige Erziehung der deutschen Wundärzte beim Barbierbecken und die heillose Verbindung der Chirurgie mit dem Barbierhandwerk. Allein die Sache blieb wie sie war. Niemand wollte in das Wespennest hineinstecken. (...) Zu durchgreifenden Verbesserungen konnte man sich im 18. Jahrhundert nicht aufschwingen (...)“.²

Trotz vielfältiger staatlicher Bestrebungen zur Hebung des fachlichen Niveaus des niederen und höheren Heilpersonals ist auch in den ersten Jahrzehnten

¹ Zit. nach Fischer (1876), S. 37.

des 19. Jahrhunderts die medizinische Versorgung, insbesondere der Landbevölkerung, im allgemeinen als mangelhaft zu bezeichnen. Nach Drees war weiterhin die Mehrzahl der Chirurgen nebenberuflich Barbier, Land- oder Gastwirt. In der Lehrlingsausbildung hatte sich ebenfalls nichts geändert. In Ermangelung einer neuen beziehungsweise reformierten Medizinalordnung sah sich der preußische Staat genötigt, zahlreiche Einzelverfügungen zu erlassen, wie Prüfungsanordnungen, Kompetenzabgrenzungen etc., und diese auch fortlaufend zu überwachen. So wurden zum Beispiel in einer Bestimmung vom 15.12.1815 für die Wundarztlehrlinge die Prüfungsanforderungen in der Chirurgie wie folgt festgelegt: Der Kandidat sollte über die Verbands- und Entzündungslehre, die Verschiedenheit der Geschwülste, Knochenbrüche und Verrenkungen, die am häufigsten vorkommenden Operationen sowie über die Behandlung der Scheintoten Auskunft geben können.¹

Alle diese staatlichen Maßnahmen führten jedoch in der medizinischen Versorgung weder zu qualitativen noch quantitativen Verbesserungen. Daher beschloß das „Ministerium der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten“ die Errichtung chirurgischer Lehranstalten im Königreich Preußen. Jenen Bildungseinrichtungen ist insbesondere das Teilkapitel 2.2.2 gewidmet.

2.1.2 Feldschere

Im Hinblick auf die medizinische Versorgung wurde auch das Bild der preußischen Armee weitgehend von Wundärzten beziehungsweise Feldschern bestimmt. Die Verluste an Menschenleben waren bei den vielen kriegerischen Auseinandersetzungen unverhältnismäßig hoch, dabei starben die wenigsten auf dem Schlachtfeld. Seuchen setzten den Armeen oft mehr zu als die Kämpfe; nach den Schlachten starben in der Regel wesentlich mehr Soldaten an schweren Infektionen als während der Kampfhandlungen.

Das Königreich Preußen zum Beispiel verlor in den drei schlesischen Kriegen insgesamt 190.000 Soldaten und zirka 30.000 Zivilisten durch direkte Kampf-

² Fischer (1876), S. 38.

handlungen oder infolge indirekter Kriegseinwirkungen. Napoleon zog mit einer Armee von 300.000 Mann gen Rußland, von denen dann nicht einmal 10 % zurückkehrten. So viele Opfer wollten, besonders unmittelbar nach den Schlachten, medizinisch versorgt sein.

Die preußischen Armeen hatten als Feldschere Bader und Wundärzte, die eine abgeschlossene Lehre vorzuweisen hatten. Vermutlich erfüllten jedoch nicht alle Feldschere diese Mindestvoraussetzungen. Im 17. und frühen 18. Jahrhundert betrug in der preußischen Armee das Verhältnis Feldscher pro Mann etwa 1 : 20.000. Auch die Ausrüstung der Feldschere galt als völlig unzureichend. Zu Anfang des 18. Jahrhunderts setzte Preußen einen Generalchirurgen ein, dem alle Feldschere unterstellt waren, womit sich vieles verbesserte; vor allem wurden sie jetzt einheitlich ausgebildet. Der erste Generalchirurg war *Conrad Holtzendorff* (1688-1751). Durch ihn wurde die Versorgung der Verwundeten ganz entscheidend verbessert. Im Jahre 1727 gründete *Holtzendorff* zur Aus- und Weiterbildung der Armeefeldschere das „Collegium medico-chirurgicum“. Auch die Gründung eines Armeehospitals in Berlin, das später allen Bürgern geöffnet wurde, war sein Werk. Unter dem Namen „Charité“ wurde diese Einrichtung weithin bekannt, in der Folgezeit immer weiter ausgebaut, und unter diesem Namen hat sie noch heute Bestand.¹

Das Schicksal verwundeter Soldaten war schrecklich, verbunden mit großen Schmerzen und der Angst vor dem Verlust des dahinrinnenden Lebens. Schwabe zufolge kann sich heute niemand mehr in die Lage dieser armen, gequälten Menschen hineinversetzen. Es war unmenschlich, was sie zu ertragen hatten. So war zum Beispiel die Sterblichkeit der ohne Narkose Amputierten ungewöhnlich hoch; nach glücklich überstandenen Amputationen verstarben noch fast ein Drittel an Entkräftung, Tetanus oder auftretenden Infektionen. Nicht wenige sind mit Sicherheit auch einfach verblutet. Die Verwundeten und Verstümmelten hörten das Schreien derer, die amputiert werden mußten, „oder derer, denen man Kugeln aus dem Leib reißen mußte. Sie rochen das Blut und den Eitergestank, warteten voller Angst darauf, was sie

¹ Drees (1989/90 a), S. 16-17.

noch an Schmerzen erleben mußten.“ Letztlich blieb den Schlachtenlenkern der Ruhm, dem zerschossenen und verstümmelten Soldaten nur das Leid. Dabei muß man jene Männer bewundern, die oft unter Einsatz ihres Lebens auf den Schlachtfeldern zu helfen suchten. Sie wollten die geschlagenen Wunden heilen und Leben erhalten, auch wenn die Unzulänglichkeiten ihrer Heilkunst einen Erfolg teilweise oder oft auch gänzlich zunichte machten. So kämpften zwischen 1792 und 1815 insgesamt 4,5 Millionen Soldaten unter französischer Flagge; von ihnen starben mehr als 2,5 Millionen. Nur ein geringer Teil, etwa 150.000 Mann, fiel unmittelbar auf den Schlachtfeldern, der weitaus größere Teil verstarb auch hier an Infektionen und Seuchen.¹

2.1.3 Chirurgisches Instrumentarium im 17. und 18. Jahrhundert

Trotz vielfältiger technischer Entdeckungen und Erfindungen blieben in der Chirurgie in jener Zeit entscheidende Erfolge vor allem deshalb aus, weil weder die Ursachen der Wundinfektion noch desinfizierende Mittel beziehungsweise Hygienemaßnahmen bekannt waren. Außerdem sollte nicht unerwähnt bleiben, daß bis zum Ende des 19. Jahrhunderts allgemein die Ansicht herrschte, daß eine Eröffnung der großen Körperhöhlen zwingend den Tod mit sich brächte. Darüber hinaus gab es bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts selbst in größeren Krankenhäusern kaum separate Operationsräume. Dagegen waren eigens angefertigte Operationsstühle und –tische schon seit längerem im Gebrauch, die bei Bedarf in die Krankenzimmer transportiert wurden. Das seit dem 17. Jahrhundert verwandte Instrumentarium des Wundarztes (beziehungsweise Feldscherers) läßt sich in fünf Gruppen unterteilen, und zwar in Schneidmesser (dem Rasiermesser ähnlich), Dehninstrumente, Zangen, Spreizklammern und Löffel. Solche Instrumente wurden in besonders gestalteten Holzkästen oder auch in Schränken aufbewahrt.¹

¹ Vgl. Schwabe (1986), S. 113-115.

¹ Schwabe (1986), S. 118-120.

¹ Vgl. Murken (1989/90), S. 34.

Insgesamt bildeten diese meist schlichten chirurgischen Arbeitsgeräte, mit Ausnahme der bereits gerade erwähnten, insbesondere auf chirurgische Erfordernisse angefertigten Möbel wie Tische und Stühle, die Ausstattung der sich im Wohnhaus befindlichen chirurgischen Werkstatt - der Barbierstube.²

Hierzu sollte abschließend Erwähnung finden, daß die allgemeine Ausweitung des Sanitätsdienstes bei den Truppen - in Kriegs- wie in Friedenszeiten - für die bislang als Feldscherer geringgeachteten Wundärzte eine Verbesserung ihrer sozialen Stellung zur Folge hatte. Insbesondere diese Gruppe setzte sich für eine Modernisierung des chirurgischen Instrumentariums und auch der Operationstechnik ein, was an den medizinischen Fakultäten der Universitäten bislang vollständig vernachlässigt worden war. Zur Ausbildung der Wundchirurgen im Heer wurde im Jahre 1713 ein medizinisch-chirurgisches Kollegium mit einer Anatomieabteilung eingerichtet. Für die praktische Unterweisung stand mit der Eröffnung der Charité in Berlin im Jahre 1727 außerdem eine große Krankenabteilung zur Verfügung.³

2.1.4 Medizinische Fachliteratur im 17. und 18. Jahrhundert

Nach Sander wäre hierzu zunächst die Frage zu beantworten, ob oder inwieweit sich die zeitgenössischen Handwerkschirurgen bei ihrer Berufsausübung allein auf mündlich- oder handlungspraktisch überlieferte Kenntnisse stützten – somit reine Empiriker waren, von denen sich die auf ihr theoretisches Wissen stolzen akademisch ausgebildeten Ärzte absetzten –, oder ob sie bei ihrer Chirurgentätigkeit auch medizinische Literatur herangezogen haben, wie es der Autorin zufolge verschiedentlich zeitgenössische Medizinalordnungen empfahlen.¹

² Vgl. Sander (1989), S. 80.

³ Vgl. Murken (1989/90), S. 35.

¹ Sander (1989), S. 80.

Unter dem preußischen Kurfürsten *Friedrich Wilhelm* erlangte besonders der langjährig tätige Militärarzt *Matthäus Gottfried Purmann* (geboren im Jahre 1648 – oder nach Murken² im Jahre 1649 –, gestorben im Jahre 1711 oder 1721) aufgrund seiner technischen Kunstfertigkeit großen Ruhm. Er führte in der Technik verfeinerte Schädeltrepanationen und erfolgreich Luftröhrenschnitte durch. Im Jahre 1690 verfaßte er für angehende Militärchirurgen das Buch mit dem Titel „Der rechte und wehrhaftige Feldscher“. Bereits im Jahre 1615 hatte in Basel der Chirurg *Wilhelm Fabry von Hilden* (1560-1634) (latinisiert: *Wilhelm Fabricius Hildanus*) eine Zusammenfassung zeitgenössischer Operationstechniken und der hierbei gebräuchlichen Werkzeuge unter dem Titel „New Feldt Artzny Buch von Kranckheiten und schaeden / so in Kriegen den Wundartzten gemeinlich fuerfallen“ veröffentlicht. Einige Instrumente verbesserte er selbst unter gleichzeitiger Modifikation bislang durchgeführter chirurgischer Eingriffe. Als beispielhaft hierfür gilt seine Veröffentlichung „Lithotomia vesicae“, welche sich mit der Entfernung eines Harnblasensteins beschäftigt und im Jahre 1626 erschienen war. In den Jahren von 1606 bis 1641 wurde darüber hinaus sein sechsbändiges Werk „Observatorium et curatorium chirurgicarum centuria“ veröffentlicht, in dem hauptsächlich chirurgische Fälle dargestellt sind. So setzte *von Hilden* zum Beispiel zur Entfernung von Eisensplittern aus dem Auge bereits einen Magneten ein. Ferner ist er wahrscheinlich der Erfinder des Ohrenspiegels, der dann aber erst in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts allgemein zum Einsatz kam.³

Ein weiteres bedeutendes Lehrbuch aus dem 17. Jahrhundert stammt vom Ulmer Wundarzt *Johann Schultheiß* (1595-1645) (latinisiert: *Joannis Scultetus*) mit dem Titel „Armamentorium chirurgicum“. Im Jahre 1653 erschien es in einer von seinem Neffen *Johannes Schultheiß* redigierten Ausgabe, im Jahre 1666 in einer erweiterten Form auch in deutscher Sprache unter dem Titel „Wundarzneyisches Zeug-Hauß“. In diesem Werk wird ausführlich – fast modern anmutend – das in dieser Epoche gebräuchliche chirurgische Handwerkszeug erläutert und eine Anzahl der von *Schultheiß* dem Älteren neuentwickelten Instrumente vorgestellt. Nach Murken lag es *Schultheiß* gewissermaßen als

² Murken (1989/90), S. 35.

Vorläufer späterer Professoren im akademischen Fach der Chirurgie vor allem am Herzen, angehenden Chirurgen die Therapie von Geschwülsten, Geschwüren, Wunden, Frakturen und von Gliedmaßenverrenkungen aufzuzeigen. Damals gebräuchliche chirurgische Instrumente erklärte er mit Hilfe von Bildtafeln, anhand von weiteren 32 Tafeln die eigentlichen chirurgischen Einsatzmöglichkeiten.¹

Der französische Chirurg *Pierre Dionis* (1718 gestorben) publizierte im Jahre 1707 sein Werk „Cours d'opération de chirurgie“, welches auf Vorlesungen im Amphitheater des „Collège des Chirurgiens“ beruhte. Hier werden Operationskurse, didaktisch wertvoll, mit über 60 Abbildungen versehen und in zehn Abschnitte gegliedert, methodisch erläutert. Dieses Werk erlebte viele erfolgreiche Auflagen und wurde auch ins Deutsche übersetzt.²

Der Umfang, die Aktualität und die Ausrichtung der verfügbaren wundärztlichen Fachliteratur dürfte die jeweiligen Interessengebiete und den Kenntnisstand der Wundärzte zumindest annähernd widerspiegeln. Da für Halle diesbezüglich bislang keine Quellen offenliegen, erscheint es hilfreich, hierzu wiederum die Untersuchung von Sander heranzuziehen, welche die Sozialgeschichte der Handwerkschirurgen im Württemberger Raum zum Inhalt hat. Als Quellengrundlage dienten der Autorin Inventur- und Teilungslisten zeitgenössischer Handwerkschirurgen, teilweise auch aus anderen Regionen Deutschlands. In den meisten der von ihr herangezogenen Inventaraufstellungen sind berufskundliche Schriften angeführt. So wertete zum Beispiel Walter Wittmann in den 30er Jahren des 20. Jahrhunderts die Bücherlisten Frankfurter Nachlaßinventare des 18. Jahrhunderts aus, wobei er in diesem Zusammenhang von „berufskundlichen“ Büchern der Handwerkschirurgen sprach, ohne allerdings diese näher zu charakterisieren. Breining wies in einer lokalhistorischen Studie auf die chirurgische Fachliteratur eines Barbiers im württembergischen Besigheim bereits in der Zeit um 1600 hin.¹ In der Studie von Sander wurden unter

³ Vgl. Murken (1989/90), S. 35.

¹ Vgl. Murken (1989/90), S. 36.

² Vgl. Murken (1989/90), S. 36.

¹ Zit. nach Sander (1989), S. 81.

anderem auch in Altwürttemberg die amtlichen Besitzstandsverzeichnisse zweier Amtsstädte, und zwar von Wildberg (bis 1806 Amtsstadt) sowie von Waiblingen untersucht. Im 18. Jahrhundert wies Wildberg zwischen 1.500 und 1.700, Waiblingen rund 2.000 Einwohner auf. Aus Wildberg sind die Inventur- und Teilungslisten des 18. Jahrhunderts von 13 ortsansässigen Chirurgen vollständig erhalten. Für Waiblingen fanden sich nur die Inventare von zehn Chirurgen aus der zweiten Hälfte desselben Jahrhunderts. Erwähnt sei jedoch, daß trotz vollständiger Quellenlagen hier nicht alle Wundärzte erfaßbar waren, denn wer nur vorübergehend an einem der beiden Orte tätig war und dort weder durch Heirat noch Tod aktenkundig wurde, fiel durch das Archivnetz lokaler Überlieferungen. Bei der Erfassung des Besitzstandes dieser 23 Chirurgen fanden sich in den Inventaren insgesamt 117 berufskundliche Bücher. Dabei war etwa ein Viertel dieser Schriften in mehr als einem Inventar nachweisbar, somit kommt man auf 80 – 90 verschiedene Fachbücher, die sämtlich deutschsprachig verfaßt waren. Anhand der Kurz- oder Titelbeschreibungen konnte eine grobe inhaltliche Kategorisierung vorgenommen werden. Von den 117 Büchern stand im Hinblick auf die Quantität an erster Stelle die innere Medizin und Pharmazie, zwischen denen keine eindeutige Trennungslinie vorliegt, mit 51 Werken, dicht gefolgt von der Chirurgie mit 49 Büchern - wovon 15 der Anatomie gewidmet waren.² Hier zeigt sich Sander zufolge recht eindringlich, wie groß das Interesse der Handwerkschirurgen an diesen eigentlich doch „verbotenen“ Bereichen war. Zu diesen Gebieten zählten häufig auch Arznei- und Kräuterbücher, die sich nicht nur an Fachleute, sondern mit teilweise beachtlichem Erfolg an ein größeres Publikum wandten, insbesondere an die sogenannten „Hausväter und „-mütter“. Dieser Besitz an handlungsanleitend-traditionell volkstümlichen Schriften läßt die Dominanz eines praktisch-therapeutischen Interesses der zeitgenössischen Chirurgen erkennen. Hingegen fehlen aus dem Bereich der inneren Medizin vollständig die Namen der bekanntesten medizinischen Autorengelehrten des 18. Jahrhunderts (wie *Sydenham*, *Boerhaave* oder *Albrecht von Haller*). Allerdings dürfte eine solche

² Sander (1989), S. 81-84.

Lektüre für den Handwerkschirurgen mit seinen in der Regel fehlenden Lateinkenntnissen eine Sprachbarriere dargestellt haben. Das Meiden einer solchen eher theoretisch orientierten Literatur vermochte für die kurative Praxis sogar von Vorteil gewesen sein, denn eine ausgeprägte Theorieorientierung konnte schnell zu therapeutischen Fehlentscheidungen führen. Letztlich scheint in der Praxis der theoriefern(er)e Chirurg im Vergleich zum akademisch ausgebildeten Mediziner eine dem Patienten therapeutisch hilfreichere, kritisch-empirische Haltung eingenommen zu haben. Das Schrifttum auf dem Gebiet der Chirurgie, welches nach der Häufigkeit der Nennungen auf dem zweiten Platz rangierte, befand sich zum größten Teil auf einem recht aktuellen Stand, was im Bereich der inneren Medizin oftmals nicht der Fall war. Zwei Titel datierten sogar aus dem 16. Jahrhundert, denn die innere Medizin galt als ein Bereich mit recht geringen therapeutischen Fortschritten. Unter den Autoren auf dem Gebiet der Chirurgie sei insbesondere *Lorenz Heister* (1683-1758) hervorgehoben, der allgemein als Begründer der deutschen wissenschaftlichen Chirurgie gilt.¹ Im Jahre 1708 veröffentlichte er als Doktor der Medizin ein umfangreiches chirurgisches Lehrbuch mit dem Titel „Chirurgie, in welcher alles, was zur Wund-Artzney gehöret, nach der neusten und besten Art“. Bis zum Ende des 18. Jahrhunderts erlebte dieses Werk, in dem die gesamte zeitgenössische Chirurgie abgehandelt ist, immer wieder neue Auflagen. Nicht neue bahnbrechende Entdeckungen verhalfen diesem chirurgischen Lehrbuch zu seiner großen Bedeutung, sondern eine wohlüberlegte Auswahl des damals zur Verfügung stehenden chirurgischen Wissens und eine geschickte Aufbereitung und Darstellung dieses Stoffgebietes.² In den von Sander untersuchten Inventarlisten tauchte Heisters Name zehnmal auf. Sein Hauptwerk, das große

¹ Vgl. Sander (1989), S. 82.

² Vgl. Schwabe (1986), S. 121-122; Murken (1989/90), S. 36-37 und Sander (1989), S. 82-83.

Lehrbuch zur Chirurgie, war allein sechsmal vertreten. Mehrfach wurden auch seine Schriften zur Anatomie genannt. Mit 15 erwähnten einschlägigen Büchern bildeten diese insgesamt eine recht starke Unterabteilung innerhalb des chirurgischen Schrifttums. Andere Spezialgebiete der Medizin fanden sich hingegen nur vereinzelt; so war in den Inventurlisten nur je ein Titel zur Osteologie, zur Bandagenlehre, zur Augenheilkunde sowie zur Lehre der Bruchoperationen aufgeführt. Im allgemeinen wurden die chirurgischen Fachbücher bevorzugt, die sich auf die gesamte Vielfalt dieses Gebietes bezogen. Geburtshilfliche Abhandlungen folgten nach der Chirurgie beziehungsweise Anatomie auf Rang drei mit zehn Eintragungen. Jene Schriften (teilweise Hebammenbücher) bezogen sich auch auf Fragen der Frauen- und Kinderheilkunde, was der Autorin zufolge ein deutlicher Fingerzeig auf das Interesse der Wundärzte an diesem in jener Epoche schnell wachsenden medizinischen Tätigkeitsfeld darstellt. An sonstigen Fachgebieten tauchten, quantitativ auf den unteren Rängen, die Tierheilkunde mit zwei Werken, eine religiös-erbauliche Schrift („Krankentrost“) sowie die naturmystische Medizin mit zwei Titeln aus der Gattung der Hausväterliteratur auf. Die verbliebenen letzten vier Schriften ließen sich nicht eindeutig zuordnen. Auf die einzelnen Chirurgen umgelegt kamen in Wildberg neun Fachbücher auf einen Wundarzt, in Waiblingen lagen diese Pro-Kopf-Zahlen bei etwa vier Exemplaren; hier war die Zahl aufgrund kürzerer Buchlisten zwangsläufig niedriger.¹ Sander zufolge läßt sich für die traditionelle Handwerkschirurgie in der Zusammensetzung der Fachliteratur eine noch deutliche Präferenz der Praxis vor der Theorie ablesen.²

¹ Vgl. Sander (1989), S. 83.

² Vgl. Sander (1989), S. 84.

2.2 Unterschiedliche Ausbildungsgrade in der Chirurgie – Zusammenarbeit zwischen akademisch ausgebildeten Ärzten und Wundärzten?

2.2.1 Soziale Stellung der Wundärzte – „Wundarztklassen“

Dem gegenüber den nichtakademischen Heilberufen als äußerst kritisch zu bezeichnenden Autor Fischer zufolge hatte der Wundarzt auf jede bessere Gesellschaft zu verzichten und wurde im Kreis der Ärzte nicht geduldet. Der Doktor pochte auf seine gelehrte Bildung und sah auf den Wundarzt, wie auf die Chirurgie überhaupt, stolz herab. Darüber hinaus schlugen dem Wundarzt Haß und Erbitterung entgegen, sobald seine Kur einen ungünstigen Ausgang nahm. Hinzu kamen die Vorurteile der Bevölkerung auf dem Lande gegenüber Operationen. Fischer zufolge „hatte man alle Ursache, dem Barbier auf die Finger zu sehen, denn welchen Gefahren war das Publikum ausgesetzt, wenn dieser nach Jahre langem Umherlaufen mit dem Rasirmesser plötzlich als Meister auftrat und Fracturen, Luxationen, Hernien, schwere Geburten behandelte!“ Deshalb hatte der Physikus nachzuschauen, „ob der Wundarzt gute chirurgische Bücher und Instrumente besitze, die Lehrlinge ordentlich unterrichte und sie nicht durch Haus- und Feldarbeiten vom Lernen abhalte“. Bei diesen Kontrollen erwies sich als Übelstand, daß der Arzt wenig oder gar nichts von Chirurgie verstand, somit erschien jeder Rangstreit zwischen Ärzten und Wundärzten lächerlich und absurd. An der Universität hatte er sich mit einer theoretischen Vorlesung begnügen müssen, selten oder niemals operierte Kranke gesehen und niemals selbst Hand angelegt. So wollte zum Beispiel der Hallenser Ordinarius für Medizin *Georg Ernst Stahl* in seiner Einleitung zur Chirurgie unter anderem „von den Schwierigkeiten der Trepanation und Bronchotomie nicht viel wissen“, dagegen war er „um so besorgter für die Heilung der Luftröhrenwunde und stimmte beim Bruchschnitt der Castration bei“. Selbst zum Ende des 18. Jahrhunderts gab es nach Fischer verhältnismäßig wenige Ärzte in Deutschland, die in der Lage waren, wichtige chirurgische Fälle beurteilen zu können. Wie gestaltete sich nun darüber hinaus in der Praxis die Zusammenarbeit zwischen Arzt

und Wundarzt? Der Staat hatte bestimmt, daß bei allen komplizierten chirurgischen Fällen, die außerhalb der üblichen Praxis anfielen, ein Arzt hinzuzuziehen war. Bei solchen Konsultationen verlangte der Arzt die „Direktion“, dabei behielt er sich sowohl die Beurteilung des Falles als auch die Verordnung der chirurgischen Mittel vor. Als Doktor der Medizin beanspruchte er den höheren Rang, sah selbst ein chirurgisches Doktorat nicht als ebenbürtig an. Letztlich erwartete er einfach die Ausführung seiner Anordnungen. Darüber kam es häufig zu Streitigkeiten, oft auch zu gerichtlichen Prozessen. Gute Chirurgen hatten Mühe, ihrem Berufsstand Anerkennung zu verschaffen. Dem approbierten Arzt war ausschließlich die Behandlung innerer Krankheiten erlaubt, dem Wundarzt nur die Ausübung der Chirurgie und Geburtshilfe, die in Preußen bis zum Jahre 1791 miteinander verbunden waren. Wollte ein Arzt zugleich Chirurgie oder nur einen Teil derselben, zum Beispiel „Starstechen“, ausüben, so benötigte er eine besondere Erlaubnis vom „Collegium medicum“. Auf dem Lande war beim vorherrschenden Ärztemangel eine Trennung beider Berufsstände nicht streng durchzuführen, hier „curirten“ nach Fischer „Bader und Barbieri Alles, was ihnen vorkam“. Wohnte in kleinen Orten kein Arzt, so behandelte der Chirurg auch Krankheiten des Inneren, „jedoch mit der Einschränkung, daß er keine starken Purgantien und Brechmittel, Opiate, Narkotica usw. anwenden, bei Syphilis keine Salvationskur und bei hitzigen Fiebern keinen Aderlaß vornehmen durfte“.¹

In Krisensituationen, wie in Pestzeiten, betrauten manche Stadtgemeinden ohne beamteten Arzt den Chirurgen auch mit bestimmten ärztlichen Funktionen. Der bereits oben erwähnte *Matthäus Gottfried Purmann* ist dabei zweifellos einer der profiliertesten deutschen Vertreter dieser „Arztchirurgen“.²

Jedes Stadtamt hatte überdies seinen besonderen Wundarzt, dem mehrere Dörfer zugeteilt waren. Von diesen Amtschirurgen forderte man die notwendige Geschicklichkeit für alle Operationen, die sich nicht aufschieben ließen, wie Tracheotomie, Trepanation oder Herniotomie. Eine derartige Einschränkung der Gewerbefreiheit fand sich auch in den preußischen Residenzen, an denen im

¹ Fischer (1876), S. 39-41.

² Vgl. Kaiser und Piechocki (1968 b), S. 1660.

Jahre 1725 außer den Hof- und Leibchirurgen nur zwanzig deutschen und sechs französischen Chirurgen zu praktizieren erlaubt war.

Des weiteren wurden die Wundärzte auch bei gerichtlichen Fällen herangezogen. Die sechs Stadtchirurgen von Berlin hatten zudem unter der Aufsicht des Physikus die Prostituierten zu untersuchen, die Armen zu behandeln und bei Unglücksfällen rasche Hilfe zu leisten; anfangs unentgeltlich und seit dem Jahre 1780 für ein Gehalt von 100 Talern.¹

Der unterschiedliche Bildungsstand unter den Chirurgen bedingte ihre Einteilung in mehrere Klassen, wobei jeder einzelne deutsche Teilstaat sich kraft seiner Souveränitätsrechte von seinen Nachbarn abzugrenzen suchte. So hatte zum Beispiel der als Landesfürst regierende Bischof von Hildesheim (im Jahre 1782) drei Klassen von Wundärzten, und zwar 1.) solche, die alle Teile der Chirurgie und Operationen ausübten, sogenannte Amtschirurgen; 2.) diejenigen, welche nur Frakturen, Luxationen, Wunden, Geschwülste, Entzündungen usw. behandelten; und 3.) die, welche rasierten; schröpften, zur Ader ließen. Eine Beförderung in die höhere Klasse war von einer neuen Prüfung abhängig.²

Das bereits oben erwähnte, im Jahre 1725 von Berliner Oberkollegium medicum herausgegebene "Allgemeine Medizinaledikt" präziserte den Aufgabenbereich des Chirurgen für Brandenburg-Preußen genauer als die Anordnung vom 09.10.1713, welche nachdrücklich festlegte, das "curiren" sei allein eine Angelegenheit der Ärzteschaft. Im Medizinaledikt des Jahres 1725 wird nunmehr unter „Chirurg“ wohl ausschließlich der nach Ablegung eines "Cursus anatomicus" examinierte Absolvent einer Chirurgenschule (siehe hierzu Kapitel 2.2.2) verstanden, da Kaiser und Piechocki zufolge in diesem Gesetzestext in der Sectio III "von denen Chirurgis", in der Sectio VI aber "von denen Badern" gesprochen wird. Die Bader unterliegen jetzt ebenfalls einer Prüfung durch ein

¹ Vgl. Fischer (1876), S. 41.

² Vgl. Fischer (1876), S. 41-42.

Collegium medicum. Sie dürfen weder die Amtsbezeichnung "Chirurg" führen, noch entsprechende Eingriffe vornehmen. Somit stellt der approbierte Chirurg gewissermaßen eine höhere Qualitätsstufe des ärztlichen Hilfspersonals dar als der Stand der Bader.¹

Die kurbrandenburgische Regierung nahm es mit ihrer Verantwortung und somit mit ihren Verfügungen über die medizinischen Belange sehr ernst. Das zeigte sich unter anderem auch darin, daß die Gesetze in der Presse fortlaufend periodisch publiziert wurden. In den "Wöchentlichen Hallischen Anzeigen" vom 29.03.1734 erscheint zum Beispiel eine Zusammenfassung aller diesbezüglich seit dem Jahre 1713 erlassenen "Ordnungen". Unter Hinweis auf das Medizinedikt von 1725 verfügte man über die Chirurgen nochmals folgendes:

§ 14. In der Sectione III. von denen Chirurgis, kommen die Artickel also vor I) alle chirurgi sind den collegiis medicis unterworfen. II) Sind von dem Obercollegio, oder auch denen Provintzial-collegiis zu examiniren und einen cursum anatomicum zu halten, schuldig; jene sollen aber den Rang vor den Letztern, haben III) Ihrer sollen in der Residentz XX. Teutsche und VI. Frantzösische seyn IV) Schmauserereyen Salbenköchereyen sollen unterbleiben und ein gewisses, an Geld, dem Amt bezahlet werden V) sollen allein äußerlich curiren VI) Verwundungen sollen sie anzeigen, VII) aller innerlichen Curen sich begeben, auch IX) der salivation in lue venerea; wann nicht ein medicus dabey gebrauchet.

§ 17. In der Sectione VI. von Badern, sollen dieselbe auch vom collegio medico examiniret werden; sich keine chirurgos nennen, noch solchen Eingriff thun.²

In Preußen unterschied man seit diesem Medizinedikt zwei Klassen handwerklich ausgebildeter Wundärzte. Erstens die sogenannten Stadtwundärzte, diese unterzogen sich einer nur von der Ober-Examinationsbehörde in Berlin abgehaltenen Prüfung. Nach Bestehen dieser Prüfung und dem Erhalt der Approbation konnten sie sich in Städten mit mehr als 6.000 Einwohnern niederlassen. Zweitens die sogenannten Landwundärzte, die bei noch geringeren

¹ Kaiser und Piechocki (1968 b), S. 1661

² Zit. nach Kaiser und Piechocki (1968 b), S. 1661.

Anforderungen an ihre wissenschaftliche und praktische Ausbildung in den einzelnen Provinzen von den Medizinalkollegien geprüft wurden. Sie besaßen das Recht, sich auf dem Lande oder in den kleineren Städten niederzulassen. Bei entsprechender Zusatzprüfung war beiden Wundarzteklassen auch eine Ausübung der inneren Praxis erlaubt, allerdings nur unter der Voraussetzung, daß im Umkreis von mehr als einer Stunde Wegzeit kein akademisch ausgebildeter Arzt erreicht werden konnte. Ferner gab es noch die Militärärzte, welche eine eigene Klasse des Medizinalpersonals darstellten, sowie die eigenständige Gruppe der Operateure.¹

Nach Drees brachte die neue preußische Gewerbegesetzgebung von 1810/11 auch für das Medizinalwesen wichtige Veränderungen mit sich. Per Gesetz wurden im Jahre 1811 die aus dem Mittelalter stammenden Zünfte aufgehoben und die Ausübung der Chirurgie vom Barbiergewerbe getrennt. Im Jahre 1818 führte das Königreich Preußen darüber hinaus die Niederlassungsfreiheit für Heilpersonen ein. Mit der Verabschiedung der neuen „Bestimmungen über die Eintheilung und die Prüfung des ärztlichen und wundärztlichen Personals“ unternahm man dann einen entscheidenden Schritt zur längst überfälligen Strukturänderung des Medizinalwesens. Sie enthielten unter anderem detaillierte Prüfungsbestimmungen für das gesamte Heilpersonal und ersetzten die alte Einteilung in die höher qualifizierten Stadt- und schlechter qualifizierten Landärzte durch die neuen Gruppen eines Wundarztes I. und II. Klasse. Hauptsächliche Neuerung hierbei war, daß die Wundärzte der I. Klasse an den chirurgischen Lehranstalten eine dreijährige „halbakademische“, sowohl medizinisch als auch chirurgisch ausgerichtete Ausbildung zu absolvieren hatten.²

Alle jene Reformen sind Drees zufolge nicht ausschließlich allein unter dem Aspekt einer fortschrittlichen Gewerbepolitik zu betrachten. Vielmehr waren sie „auch eine Reaktion auf den Fortschritt in der Chirurgie und entsprachen dem

¹ Vgl. Grosch (1969), S. 49-51 und Drees (1989/90 a), S. 16.

² Drees (1989/90 a), S. 16-18.

Streben der besser ausgebildeten Wundärzte nach einer Aufwertung ihres Berufes und dessen Abgrenzung von den ‚niederen Geschäften‘.¹

2.2.2 Medizinische Lehranstalten

Anatomische, chirurgische und geburtshilfliche Lehranstalten, die vom 16. bis zum 19. Jahrhundert vornehmlich außerhalb der Universitäten Angehörige der nicht-akademischen medizinischen Berufe fachlich ausgebildet haben, wurden in manchen Fällen bestehenden Unterrichtsinstituten angegliedert, in anderen hingegen als gesonderte Bildungsstätten errichtet. Manche Anstalt schloß ihre Pforten schon nach wenigen Jahren, an anderen erstreckte sich der Unterricht über lange Zeitepochen. Den männlichen Schülern wurde während ihrer Ausbildungszeit theoretisches und praktisches Wissen über die Anatomie und Physiologie des menschlichen Körpers vermittelt, worüber sie am Lehrgangsende einer Prüfung unterzogen wurden. Als Wundarztgeselle mußte der Junghandwerker dann seine berufliche Bildung während einiger Wanderjahre praktisch und theoretisch ergänzen, um sich erst jetzt einer Meisterprüfung zu unterziehen. Die weiblichen Schüler wurden von erfahrenen Berufsgenossinnen und von männlichen Lehrern in der Hebammenkunst unterwiesen. In den anatomisch-physiologischen Disziplinen wurden beide Geschlechter entweder in Anstalten örtlicher „Studia generalia“ oder, wo solche nicht bestanden, in Krankenhäusern durch Ärzte, Wundärzte und Hebammen unterrichtet. Nicht nur an Chirurgen- und Hebammenlehrstätten wurde entsprechender Unterricht erteilt, auch Gymnasien und auf den Besuch humanistischer Bildungsanstalten vorbereitende Partikularschulen nahmen in ihr Programm medizinische Lehrvorträge auf.

Für die Berufsausbildung der Angehörigen nichtakademischer Heilberufe galten gegenüber der akademischen Ausbildung zum Mediziner andere Richtlinien. Nur in wenigen Fällen hatten sie als Teilnehmer am Hochschulunterricht gewisse äußerliche Beziehungen zu einem Generalstudium. An einigen Uni-

¹ Drees (1989/90 a), S. 16.

versitäten unterrichteten auch Wund- beziehungsweise Feldärzte, allerdings im Hinblick auf die nichthumanistische Vorbildung der Schüler in deutscher Sprache. Im 17. und 18. Jahrhundert trat die medizinische Geltung des Wundarztberufes gegenüber der des mehr theoretisierenden der Ärzte immer stärker in den Vordergrund, deshalb entstanden zahlreiche weitere medizinisch-chirurgische Bildungsanstalten.¹

In Preußen wurde eine erste Lehranstalt dieser Art im Jahre 1822 in Münster gegründet, es folgten 1823 Breslau, 1827 Magdeburg und im Jahre 1831 Greifswald. In Halle wurde im Jahre 1826 die Einrichtung einer Chirurgenschule erwogen - jedoch kam dieser Plan nicht zur Ausführung.²

Nach Drees begünstigte vermutlich die in den vorangegangenen Befreiungskriegen erkannte große Bedeutung der Chirurgie sowie der Mangel an gut ausgebildeten Militärchirurgen deren Einrichtung. Allerdings wurde in dieser Epoche eine Übernahme der chirurgischen Ausbildung durch die Universitäten noch nicht als sinnvoll erachtet. Auch weiterhin herrschte allgemein die Ansicht vor, daß die Ausbildung des Chirurgen eine stärker handwerkliche Orientierung erfordere und dementsprechend auf unnötigen wissenschaftlichen Ballast verzichten könne. Letztlich bestand der Unterschied zum Arztstudium zudem weniger in der inhaltlichen Qualität der Ausbildung, vor allem war sie auch kürzer und kostengünstiger. Nach relativ einheitlicher Satzung mußten auf allen vier Lehranstalten die Bewerber zwischen 16 und 30 Jahre alt sein, einen für diesen Beruf „geeigneten Körper“ mitbringen, über eine gute Allgemeinbildung verfügen und diese Fähigkeiten vor einer entsprechenden Prüfungskommission unter Beweis stellen können. Die Studiendauer war auf drei Jahre festgelegt. Dabei umfaßte der Lehrplan Unterricht in den Fächern Deutsch und Lateinisch sowie Kurse in Logik, in den naturwissenschaftlichen Fächern Physik und Chemie und in der Naturgeschichte. Die medizinischen Fächer beinhalteten Anatomie, Knochen- und Bänderlehre, Pathologie und Physiologie sowie all-

¹ Vgl. Nauck (1963), S. 193-197.

² Vgl. Kaiser und Piechocki (1968 a), S. 405-406 sowie Grosch (1969), S. 118-119.

gemeine und spezielle Chirurgie unter Einschluß der Augenkrankheiten. Ferner wurde Wissensstoff in der Lehre von den Frakturen und Luxationen, von den chirurgischen Instrumenten mit Übungen am Phantom und bei chirurgischen Operationen mit Übungen an der Leiche vermittelt. Auch auf theoretische und praktische Geburtshilfe, auf allgemeine und spezielle Therapie, auf Scheintod und Erste Hilfe, auf Anleitungen zu Obduktionen sowie Übungen im Erstellen von Befundscheinen, Krankheits- und Invaliditätsattesten, amtlichen Anzeigen und Berichten sowie auf das Erlernen des Spitaldienstes erstreckte sich die Ausbildung zum Wundarzt.¹

Erst im Laufe des 19. Jahrhunderts begann sich dieser Ausbildungsgang zu wandeln, als die Chirurgie um die Anerkennung ihrer Gleichberechtigung in den medizinischen Fakultäten heftige Kämpfe zu bestehen hatte. Darüber hinaus begannen die Universitäten ihren Charakter als Personengemeinschaften aufzugeben; an ihre Stelle traten Anstalten öffentlichen Rechts. Auch das Aufkommen landsmannschaftlicher Studentengemeinschaften stellt für diesen Prozeß ein Merkmal dar; staatliche Maßnahmen gingen parallel vonstatten – die vom Staat erteilte Approbation genügte nunmehr zur ärztlichen Berufsausübung.

Nach und nach schlossen die Chirurgenschulen; wer die Chirurgie erlernen wollte, wurde in der Regel Mediziner. Auch bereits in der Chirurgie Promovierte erwarben nunmehr nach längerem oder kürzerem Besuch medizinischer Vorlesungen und Übungen den Grad eines Doktors der Medizin.²

Zum Abschluß dieses Teilkapitels sei vermerkt, daß in den nachfolgenden Teilkapiteln 3.2; 3.2.1; 3.2.1.1 und 3.2.1.2 noch einmal spezifischer und insgesamt detaillierter – dabei auch unter dem Gesichtspunkt einer gesonderten Betrachtung der Stadt Halle, so insbesondere bei der Vorstellung des Stadtphysikus Professor *Reil* – auf die verschiedenen Ausbildungswege der Chirurgen eingegangen wird.

¹ Drees (1989/90 a), S. 17.

² Vgl. Nauck (1963), S. 195.

3 Gesundheitspolitik in Preußen in der zweiten Hälfte des 18. und in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts – ärztliche und staatliche Interessenlagen im Zeichen der „Aufklärung“

3.1 Professionalisierung in der Medizin und „ärztlicher Machtspruch“

In der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts wurden Krankheit und Gesundheit erstmalig als verbindliche Orientierungswerte individuellen Verhaltens und staatlicher „Policies“ festgeschrieben. Nach Frevert begann dieser Prozeß der „Politisierung“ von Gesundheit und Krankheit, ihre Wahrnehmung und Bearbeitung in der Öffentlichkeit sowie im Hinblick auf staatlich-administrative Verfahren in der Endphase des preußischen Absolutismus (1770-1830), als sich spezifische Erfahrungen und Interessenlagen (der Ärzteschaft, des Bürgertums, des Staates) verbanden und in Publikationen, Gesetzesvorlagen und Verwaltungsvorschriften ihren Ausdruck fanden. Der Autorin zufolge geriet der Umgang mit dem eigenen Körper zum Politikum, das auf vielfältige Weise beeinflussbar erschien. „Auf das Individuum bezogene ‚Gesundheitsaufklärung‘ und die Empfehlung ärztlichen Expertenwissens hatten hier ebenso ihren Platz wie allgemeine Maßnahmen zur Sicherung der medizinischen Infrastruktur oder zur Kontrolle des Gesundheitsverhaltens“.¹

In Journalen, Salons und literarisch-wissenschaftlichen Gesellschaften (Zirkeln) wurden die Ideen der Aufklärung verbreitet, pädagogische und politische Forderungen der „neuen“ Zeit diskutiert sowie Normen des privaten wie öffentlichen Umgangs aufgestellt - das sogenannte bürgerliche Zeitalter brach an. Eine solche Ausdifferenzierung von Staat und Gesellschaft zeichnete sich gegen Ende des 18. Jahrhunderts auch im Königreich Preußen ab. Als Teil des neuen Bürgertums zählten zu der (Ober-)Schicht der „Eximierten“ (unmittelbar staatlicher Gerichtsbarkeit unterstellte Bürger) vor allem die verschiedenen Gruppen der Beamten und Akademiker, die entweder im Staatsdienst oder für lokale Obrigkeiten arbeiteten. Pfarrer, Professoren, Gymnasiallehrer, Juristen

¹ Frevert (1984), S. 21-22.

und Offiziere, insbesondere der Stand der eigentlichen Staatsdiener, besaßen innerhalb des städtischen Sozialgefüges einen privilegierten Status, der sich aus ihren bildungsmäßigen und amtlichen Qualifikationen herleitete.¹

Das neuentstehende und an Einfluß erstarkende Bürgertum erhob die Gesundheit als solche zum Maßstab individuellen und kollektiven Verhaltens. Dies vermag zu erklären, daß die akademischen Ärzte, deren Anzahl, gemessen an der Bevölkerungszahl, als sehr gering zu bezeichnen ist², als sachkundiger Teil des Bürgerstandes die bereits aus antiker Zeit stammenden Regeln eines geordneten Lebens heranzogen, um diese ohne besondere Mühe auch zu einem allgemein verbindlichen Programm bürgerlich-rationalen Lebensstils umzuformulieren. Jene Bestrebungen können Frevert zufolge auch dahingehend gedeutet werden, daß die Ärzteschaft „das Prestige und die Autorität (...) durch die Erweiterung ihres Praxisfeldes und die Ausdehnung ihrer Expertenkontrolle zu steigern“ suchte. Darüber hinaus ist im Verlaufe des späten 18. Jahrhunderts eine zunehmende Monopolisierung des Marktes medizinischer Dienstleistungen durch die akademischen Ärzte unübersehbar. Die Kompetenzen der übrigen Heilberufe erfuhren zunehmend und stetig Einschränkungen. Nicht zuletzt zielte die medizinische Publikationswelle des späten 18. Jahrhunderts darauf hin, die soziale Wertschätzung der akademischen Ärzte durch eine öffentliche Diskussion über Krankheit und Gesundheit sowie durch ihre Forderung nach einer Intensivierung staatlicher Gesundheitspolitik und somit auch Ausbildungspolitik zu erhöhen. Hinter solchen „Wunschvorstellungen“ der Mediziner steckte Frevert zufolge „ein kaum verhüllter sozialer Geltungsdrang, der sich aus der leidvollen Erfahrung gesellschaftlicher Subordination wie auch aus dem Bewußtsein einer durch Vernunft und Wissen legitimierten historischen Mission im Sinne bürgerlicher Aufklärung speiste“.³ Die Autorin bezeichnet die sozio-ökonomische Position der Ärzteschaft in der Gesellschaft des 18. Jahrhunderts zusammengefaßt als prekär. Die an Universitäten ausgebildeten Ärzte hatten

¹ Vgl. Frevert (1984), S. 28-30.

² Um das Jahr 1800 waren z.B. nur insgesamt 114 Ärzte in den kurmärkischen Städten ansässig, denen rein rechnerisch die „innere Kur“ von 334.931 Stadt- und 439.162 Landbewohnern zufiel (nach Frevert -1984, S. 39).

³ Frevert (1984), S. 36-37.

während ihres Studiums kaum klinische Erfahrungen erlangt. Die medizinischen Theorien dieser Zeitepoche vermochten nur unzulängliche Aufschlüsse über die im Körperinneren lokalisierten Vorgänge zu geben. So gehörten Brechmittel, Schröpfköpfe, Blutegel und Arzneien auf überwiegend pflanzlicher Basis, ebenso wie die „unverzichtbaren“ Klistiere zu den wichtigsten Ausstattungsgegenständen eines Arztkoffers des 18. und frühen 19. Jahrhunderts. Insofern hatten die akademisch-ausgebildeten Ärzte gewissermaßen nicht viel mehr zu bieten als das, was letztlich auch den Erfahrungsschatz der in der Bevölkerung vorhandenen volksmedizinischen Kenntnisse ausmachte. Die Chirurgen legten hingegen selbst Hand an, fügten zum Beispiel frakturierte Gliedmaßen wieder zusammen, verbanden offene Wunden oder resezierten Geschwüre und Geschwulste. Sie wiesen ein oftmals umfassendes praktisches Wissen auf, welches das der allein theoretisch ausgebildeten Ärzte zuweilen weit übertraf. Letztlich war die allgemeine Nachfrage nach Wundärzten beziehungsweise Chirurgen deutlich größer als der Bedarf an Ärzten. Auf diese Weise gingen den Ärzten nicht wenige Verdienstmöglichkeiten verloren. Zudem bestand unter den Arztkollegen häufig Brotneid. Somit konnten mangelnde therapeutische Effizienz, Konkurrenz der nicht-akademischen Heilpersonen sowie interprofessioneller Neid und Mißgunst nicht dazu beitragen, Ansehen und Einfluß der Ärzte in der Gesellschaft des 18. und frühen 19. Jahrhunderts zu stärken. Die relative Unsicherheit ihres Einkommens sowie ihr relativ geringes gesellschaftliches Ansehen brachte viele Ärzte dazu, sich neben ihrer Privatpraxis noch um ein städtisches oder staatliches Amt zu bewerben. Hierfür kam insbesondere eine Anstellung als Stadt- oder Kreisphysikus in Betracht. In dieser Funktion als staatliche beziehungsweise kommunale Beamte waren sie die „Fachkundigen“, die den Staat auf die Wahrnehmung der Aufgaben im Bereich von Krankheitsprävention und –heilung aufmerksam zu machen hatten. Doch nur allzu häufig überstiegen die Forderungen der Ärzte im Hinblick auf die vorhandenen gesundheitspolitischen Probleme die finanziellen und politischen Möglichkeiten des Staates, und nach Frevert wußte die Regierung sehr wohl zwischen den „eigennützigen“ Professionalisierungsbestrebungen der Ärzte und den „gemeinnützigen“ Bedürfnissen einer zu diesen Zeiten mit Vorsicht zu bezeichnenden

öffentlichen Gesundheitsversorgung zu differenzieren. Somit waren nicht in jedem Fall die Interessen des aufgeklärt-spätabolutistischen Staates mit denen seiner medizinischen Experten in Einklang zu bringen. Vor allem zeigten sich dort Differenzen, wo es um die konkrete Organisation staatlicher Medizinalpolitik und die Kompetenzen einzelner Heilberufe ging. Die durch alle Medizinalordnungen und –edikte der preußischen Regierung bestätigte und festgeschriebene Dominanz der akademisch qualifizierten Ärzte über ihre handwerklich ausgebildeten Kollegen führte nicht zwangsläufig zur Stärkung ihres beruflichen und gesellschaftlichen Einflusses beziehungsweise ihrer Position. Auf Regierungsseite wurde ihr nachdrückliches Verlangen nach Schutz ihrer Privilegien mit eher ambivalenten Gefühlen bedacht.

In der Gesundheitspolitik schien es den Verwaltungsbehörden mehr darauf anzukommen, die Gewohnheiten, Verhaltensmuster und Gefühlswelten der Bevölkerung als Maßstab anzusehen und dementsprechend „weiche“ Steuerungsmethoden anzuwenden. Somit wollten sie nicht durch rigide Eingriffe jene alt-hergebrachte medizinische Volkskultur zerstören, welche die promovierten Ärzte als so gefährlich ansahen. Während aufgeklärte Mediziner das Volk aus seiner medizinischen Unmündigkeit zu befreien suchten, verfolgte der spätabolutistische Obrigkeitsstaat eine eher gemäßigte und abwartende Strategie und zeigte sich letztlich weniger „bevormundend“ als die ärztlichen Verfechter einer von oben durchzusetzenden Medikalisierung. Darüber hinaus sprach auch die chronische Knappheit der öffentlichen Finanzen gegen eine konsequente Medikalisierungspolitik. Nicht zuletzt war es auch eine Kostenfrage, der ländlichen Bevölkerung und den städtischen Unterschichten die Leistungen akademischer Ärzte allgemein zugänglich zu machen und sie somit zumindest auf lange Sicht ihrer „so liebgewonnenen“ Heilbehandlung durch die alteingesessenen bislang ausschließlich handwerklich ausgebildeten Wundärzte oder Barbierchirurgen zu entziehen. Zudem waren sie als „bewährte“ nichtakademische Heilkundige in ihren Leistungen insgesamt betrachtet preiswerter als staatlich angestellte und alimentierte Ärzte, die nur als solche auf dem Lande ihr Auskommen hätten finden können.

Ferner teilte der aufgeklärt absolutistische Staat nur eingeschränkt die Auffassung seiner medizinischen Experten, daß es vor allem die unkontrollierte Heil- ausübung („Kurpfuscherei“) sei, die für die „Entvölkerung“ des Landes, für hohe Säuglingssterblichkeit und Epidemiemortalität verantwortlich zu machen wäre. Nicht in jedem Fall anerkannten die Medizinalbehörden die vorgebliche Überlegenheit der akademischen Medizin gegenüber den handwerklich orientierten Heilkundigen.

Zudem sei an dieser Stelle noch einmal an die äußerst geringe Anzahl von Medizинern erinnert. Somit war letztlich deren Forderung, daß jeder Bürger in Preußen den Genuß ärztlicher Dienstleistungen erhalten solle, zumindest in jener Zeitepoche pure Illusion, denn dafür reichten schon allein die damals vorhandenen Ausbildungskapazitäten an den höheren Schulen und Universitäten nicht aus. Außerdem sah sich der preußische Staat hinsichtlich einer allseitigen Medikalisierung mit massiven Verwaltungs- und Durchführungsproblemen konfrontiert. Die Medizinalkollegien in den Provinzen und die ihnen beigeordneten Stadt- und Kreisphysiker waren zwar im verwaltungstechnischen Sinne für alle Bereiche einer Gesundheitsversorgung zuständig, doch war ihre personelle Ausstattung unzureichend, so daß sie ihre Aufgaben kaum bewältigen konnten.¹

So hatten zum Beispiel gegen Ende des 18. Jahrhunderts in der Kurmark insgesamt 30 Landkreis- und Stadtphysici nur allein in den Städten 114 Apotheker (zuzüglich 235 Gesellen und Lehrlinge), 249 Barbierchirurgen (zuzüglich 353 Gesellen/Lehrlinge), 158 Hebammen und 114 Ärzte zu beaufsichtigen. Die eigentliche Aufgaben dieser Amtsärzte bestanden jedoch in der sanitäts- polizeilichen Überwachung der allgemeinen Gesundheit, Kontrolle der Luftrein- heit, der Gewerbebetriebe, Wohnungen, Nahrungsmittel und Kleidung. Weiter- hin waren sie für die Bekämpfung von Epidemien zuständig, hatten regelmäßig Sanitätsberichte für die Verwaltungsbehörden zu verfassen sowie in den Kommunen arme Kranke zu betreuen. Da ihr Beamtensalär niedrig gehalten wurde, zwang man sie zur Führung einer privaten Praxis, wodurch kaum an eine annähernde Erfüllung ihrer Amtspflichten zu denken war.

¹ Vgl. Frevert (1984), S. 37-68.

3.2 Gelehrte Ärzte, Handwerker, Akademien und „Pepinieren“¹

3.2.1 Stadtphysikus in Halle: Professor Dr. *Johann Christian Reil*

Unter der Rubrik „Chronologie der in Halle amtierenden Stadtphysici“ ist von Eckstein über den in der vorliegenden Arbeit bereits mehrfach erwähnten *J.C. Reil* unter Position 19 folgendes vermerkt²:

Oberbergrath und Professor (...), geboren den 20. Februar 1758 zu Norden in Ostfriesland, zum Stadtphysicus am 26. März 1788 gewählt, welche Stelle er am 16. August 1810 niederlegte.

Eckstein bezeichnet dabei *das Leben und den Character dieses um seine Wissenschaft, wie um unsere Stadt bemühten Mannes als hochverdient*. Zudem verweist der Autor noch auf eine von *Reil* im Jahre 1806 entworfene „Instruction für den Chirurgus“, welche sich bei den Hospitalakten befände.³

In Rundes Chronik der Stadt Halle ist unter Position 31 im Kapitel 8 „Von der Medicinischen Facultät“ über *Reil* ferner folgendes angeführt⁴:

(...), ward Profess. Extraord. im October 1787, Ord. 1788, ging den 2. September 1810 nach Berlin, gest. 22. November 1813 in Halle auf einer Berufsreise.

Nach Wiesing könnte man die frühen Werke *Reils* vereinfacht als Ausdruck eines „geläuterten Empirismus“ mit deutlicher Nähe zur Kantschen Philosophie bezeichnen. Hingegen seien seine späten Schriften von naturphilosophischem Gedankengut geprägt. Der philosophische Wandel *Reils* bereitet der Historiographie fortgesetzt Schwierigkeiten. Einerseits lobte man ihn als renommierten Naturforscher und Arzt, andererseits wurde seine Nähe zur Naturphilosophie als „Verirrung“ abgetan. Neuere Arbeiten anerkennen *Reils* Bemühungen um

¹ Pepinie‘ren (frz., d.i. Pflanzschulen) nennt man ärztliche Bildungsanstalten, in welchen junge Leute ohne vollständige Universitätsbildung insbesondere für Militär- oder Landpraxis unterrichtet wurden (nach Brockhaus‘ Conversations - Lexikon 1885).

² Eckstein (1841), S.70.

³ Eckstein (1841), S. 70-71.

⁴ Rundes Chronik der Stadt Halle 1750-1835 (1933), S. 148.

eine wissenschaftliche, beziehungsweise philosophische Betrachtungsweise der Medizin.¹

Als erste Schrift mit deutlichem naturphilosophischen Einfluß gilt seine insgesamt 140 Seiten umfassende Publikation zur Ausbildung verschiedener Ärzteklassen mit dem Titel „Pepinieren zum Unterrichtsärztlichen als Bedürfnisse des Staats nach seiner Lage wie sie ist“. Jene Schrift ist der Versorgung der Bevölkerung mit medizinischen Dienstleistungen gewidmet. Da für die ärmeren Bevölkerungsschichten eine solche Versorgung aus finanziellen Gründen nicht möglich sei, plädiert *Reil* für zwei ärztliche Berufsstände beziehungsweise Ausbildungswege. Zum einen habe der Staat Akademien einzurichten beziehungsweise besser zu unterhalten, die wissenschaftliche Ärzte für den bemittelten Staatsbürger ausbilden, zum anderen seien die Pepinieren zu fördern und zu empfehlen, „in welchen die großen Haufen abgerichtet würden“.² Wiesing zufolge sah *Reil* diese Zweiteilung als Provisorium an; „in einem goldenen Zeitalter der Medizin werde es nur wissenschaftliche Ärzte geben“.³ Jedoch führte *Reil* in seiner Schrift hierzu aus: *Der gelehrte Arzt soll im Gegensatz des Routiniers der wissenschaftliche seyn. Doch ist er es jetzt nicht, muß aber die Tendenz haben, es zu werden (...). Hingegen hat der Routinier keinen freyen Gebrauch seiner Kunst, er ist bloßes Mittel für äußere Zwecke. Sein Unterricht muß daher auf die nemliche Sphäre beschränkt werden, in welcher er künftig als Werkzeug gebraucht werden soll. Aus dem klaren Bewußtseyn dieser Bestimmungen beider kann allein der Begriff der Schulen resultieren, in welchen sie, ihren Zwecken entsprechend, gebildet werden können.*⁴ Mit seinen Ausführungen will *Reil* einerseits die medizinische Versorgung der breiten Bevölkerung durch heilkundige Nichtakademiker verbessern, zum anderen auch den wissenschaftlichen Ärzten eine neue gewichtigere Rolle zumessen. Vor allem die Professoren an den Universitäten seien der weiteren Entwicklung der Wissenschaften verpflichtet. Zum Ende seiner Ausführungen spricht *Reil* unerwartet von der Notwendigkeit „praktischer Schulen“ – *durch welche erst der Cyklus des medicinischen Unterrichts als geschlossen*

¹ Wiesing (1995), S. 271.

² *Reil* (1804), S.19.

³ Wiesing (1995), S. 277.

⁴ *Reil* (1804), S.27-28.

*angesehen werden kann*¹, die sowohl an einer Pepiniere als auch an einer Universität angesiedelt werden könnten. Auf diesen hätten Ärzte wie „Routiniers“ die praktische Medizin zu üben. Solche Schulen seien notwendig, weil zwischen Wissen und Handeln zu vermitteln sei. Ausgangspunkt für *Reils* Konzeption der Medizin (in seinen späten Schriften) ist nicht die Handlung des Arztes, sondern das Wissen an sich. Somit gehört weiterhin das Praktisch-Handwerkliche nicht unbedingt zur Medizin. Das „höhere“ Wissen liefert das entscheidende Kriterium, um sich von den anderen Heilberufen abzugrenzen. Der Arzt hat vor allem die „höhere“ Idee – die Wissenschaft – zu verfolgen; hingegen zeichne praktisches Künstlertalent den Routinier aus.

3.2.2 Die medizinische Versorgung der Landbevölkerung

Der Uneinheitlichkeit der Ausbildung und des Werdegangs entsprechend, setzte sich der Stand der Ärzte und nichtakademischen Heilberufe aus den verschiedensten Elementen zusammen. Auch im Königreich Preußen holte sich die Landbevölkerung medizinischen Rat und Hilfe häufig – von den Badern und Kurpfuschern abgesehen – bei Geistlichen und Gutsherren, zu denen sie Weber zufolge Vertrauen hatte. Jene mit „*Medicina ruralis*“ bezeichnete Heilkunde findet sich bis in die Mitte des 19. Jahrhunderts hinein in meist von Ärzten, aber auch von aufgeklärten (lutherischen) Geistlichen verfaßten Büchern, die unter den Begriff „Pastoral-Medizin“ fallen.²

Die promovierten Ärzte waren schon ihrer Zahl nach zur Versorgung der Landbevölkerung völlig unzureichend. Im wesentlichen beschränkte sich ihre Tätigkeit auf die großen Städte.³

Insgesamt betrachtet war das Gesundheitswesen auf dem Lande als äußerst desolat zu bezeichnen. Insbesondere durch die bereits oben angeführte Medizinalordnung des Jahres 1825 hatte der preußische Staat das Ziel verfolgt, einen Niveaueausgleich zu den Städten herzustellen, was ihm zumindest theoretisch

¹ Reil (1804), S.133.

² Weber (1955), S. 346.

³ Vgl. Weber (1955), S. 347.

gelang.¹ Die in der Mehrzahl bereits genannten Neuerungen dieser Medizinalbestimmungen – die Aufhebung der Trennung von Chirurgie und Medizin, die Verschärfung der Prüfungsanforderungen sowie vordringlich die Schaffung der Stellung eines Wundarztes erster Klasse – seien an dieser Stelle nochmals erwähnt.

Jener neue Stand von Wundärzten erster Klasse war eigentlich eigens dazu bestimmt, die Landbevölkerung medizinisch zu versorgen, jedoch ließen sie sich zu einem großen Teil in den Städten nieder. So sah sich die preußische Regierung im Jahre 1837 veranlaßt, ihre Niederlassungsfreiheit einzuschränken. Schon im Jahre 1825 war ihnen an Orten, in denen bereits ein promovierter Arzt praktizierte, die Therapie innerer Krankheiten untersagt und nur die chirurgische Praxis gestattet. Seit dem Jahre 1837 war ihnen an solchen Orten eine Niederlassung generell verboten. Aber auch diese Bestimmungen hatten nicht den gewünschten Erfolg. So praktizierten zum Beispiel in der Provinz Schlesien im Jahre 1843 unter 140 Wundärzten erster Klasse 46 in Dörfern, 49 in Städten über 4000 Einwohner und 45 in Städten unter 4000 Einwohner. Insgesamt gab es in Preußen in den 50er Jahren des 19. Jahrhunderts rund 1.000 Wundärzte erster Klasse, die in bezug auf soziale Herkunft, ihren Bildungsgrad, ihre Ambitionen und Fähigkeiten sowie ihre praktische Berufstätigkeit recht heterogen zusammengesetzt waren. Die Wundärzte zweiter Klasse, die an die Stelle der alten Landwundärzte traten, waren seit 1825 nur noch zur Ausübung der sogenannten kleinen Chirurgie berechtigt, wie zum Aderlassen, Blutegelsetzen, Verbandanlegen, und sollten vorzugsweise auf Anordnung von promovierten Ärzten oder Wundärzten erster Klasse tätig werden, gewissermaßen „Hilfsärzte“ vorstellen.²

Eine zunehmende, auch öffentliche Kritik an den jeweils bestehenden medizinischen Verhältnissen sorgte nicht nur auf der Regierungsebene (im Hinblick auf die neuen beziehungsweise modifizierenden Medizinalordnungen) für einen

¹ Vgl. Drees (1989/90 a), S. 18.

² Vgl. Huerkamp (1985), S. 47-54.

anwachsenden Reformwillen mit vielen dahingehenden Vorschlägen und Empfehlungen, vorzugsweise auch zum Ausbildungswesen. Hierzu sei insbesondere auf die oben vorgestellte Publikation von *Reil* aus dem Jahre 1804 „Pepinieren zum Unterricht ...“ hingewiesen. Im Landesarchiv Magdeburg befindet sich zudem ein an die zuständigen Medizinalbehörden gerichtetes 34 Seiten umfassendes bemerkenswertes Memorandum mit dem Titel „Über den Mangel geschützter Landwundärzte und Vorschläge zur besseren Bildung derselben für das Herzogthum Magdeburg und die Grafschaft Mannsfeld“. Jene Schrift¹, im Januar 1805 in Magdeburg vom Stadtchirurgen, Wundarzt und Geburtshelfer *Jüngling* unterzeichnet, beinhaltet dessen Vorschläge zur allgemeinen Hebung der medizinischen Versorgung auf dem Lande (im Anhang vollständig unter 10.1 aufgeführt).

Jüngling betont in der Einleitung zu seiner Denkschrift ein stärker anwachsendes Gefälle bei der medizinischen Versorgung zum Nachteil der Landbevölkerung gegenüber der städtischen Bevölkerung. Hauptsächlich bedingt durch den hohen Kostenaufwand, der beim Besuch eines Arzt in der Stadt anfallt, und weil bei „der zunehmenden Aufklärung in der Medicin und der Vervollkommnung der Chirurgie, und bey den wichtigen Fortschritten der Aufklärung überhaupt“ die auf dem Lande lebenden Wundärzte hinter diesen Fortschritten zurückblieben. Somit verwandelten sich nicht selten kleinere und unbedeutendere Erkrankungen in „böartige, oft gar unheilbare Krankheiten“, womit wiederum dem Aberglauben und der „medizinischen Pfuscherey“ Vorschub geleistet würden. *Jüngling* führt weiter aus, daß eine „strenge“ Prüfung der Dorfchirurgen „zur Ausschließung ganz unfähiger Subjecte von der chirurgischen Praxis“ durch den Staat großen Wert besitzen würde, allerdings könne eine derartige Prüfung bislang noch nicht im vollen Umfang zur Anwendung kommen, da es letztlich allein schon an geeigneten Kandidaten mangle. Insgesamt verstärkten sich die Klagen der Landbevölkerung im Hinblick auf die Unzulänglichkeiten der bestehenden medizinischen Versorgung, denn allein die „wenigsten Dörfer sind mit Wundärzten besetzt, die meisten von den Vorhandenen sind elende Bartscherer, die keinen Begriff, weder von der Chirurgie, noch von den

¹ Landesarchiv Magdeburg –LHA, Rep. A 10 a Nr. 135, S. 56-72

Hilfswissenschaften derselben haben“. Aus eigener Erfahrung heraus sehe der Autor die Notwendigkeit zur Etablierung von Bildungsanstalten für „Landchirurgen“, denn bei seinen Betrachtungen hinsichtlich des allgemeinen Berufsbildes eines „Dorfchirurgen“ zeigt er eindringlich die negativsten Aspekte der in dieser Zeitepoche auch weiterhin üblichen zunftgemäßen Ausbildung auf, wie insbesondere auch die oft völlig unzureichende Ausbildung der Lehrherren selbst. Im Rahmen zu begründender Lehranstalten wäre eine bessere wissenschaftliche Bildung mit gleichzeitiger praktischer Unterrichtung anzustreben, die namentlich auch den wenig bemittelten Landchirurgen zugänglich sein sollten, im Gegensatz zu den bestehenden, aber kostspieligen Akademien der Stadtwundärzte, wie beispielsweise jene zu Berlin. In den zu etablierenden Lehranstalten für Landwundärzte sei *Jüngling* zufolge „eine auf sinnliche Anschauungen beruhende Unterrichtsmethode“ (auf den Ideen *Pestalozzis* fußend) zu empfehlen, um den zu Unterrichtenden „eine größere Neigung zu ihrer Wissenschaft einzuflößen“. Zudem sei das Recht der Dorfchirurgen, Lehrlinge „zu halten“, einzuschränken oder gänzlich aufzuheben. Erfolgreiche Absolventen der zu gründenden „Provinzial-Pepinieren“ könnten dann dem allgemeinen Mangel an Wundärzten – dem Autor zufolge waren im ganzen Herzogtum Magdeburg für die Landbevölkerung (weinigstens 174.000 Einwohner) nur 75 Chirurgen vorhanden und nicht weniger als 78 Dörfer ganz ohne Wundärzte – abhelfen. Ein Verhältnis von 1.400 Einwohnern pro Wundarzt wäre zukünftig erstrebenswert. Als Zöglinge, welche nicht jünger als 16 bis 17 Jahre sein sollten, kämen bevorzugt die Söhne von Dorfchirurgen in Betracht, weil „dadurch die älteren rohen Wundärzte am besten und frühestens in Ruhe gebracht“ und weil die meisten von ihnen „ihre Geschäfte am liebsten einen von ihren Söhnen übertragen würden“. Des weiteren könnte man dadurch „die mit vielen Schwierigkeiten verbundene Aufhebung der noch stattfindenden Badergerechtigkeiten und Barbierkonzessionen“ umgehen.

Im Hinblick auf die „Tendenz des Unterrichts“ führt *Jüngling* in seinem Memorandum aus, daß „was die Theorie betrifft, Medicin und Chirurgie nie teilbar sind“. Der Unterricht sei „lichtvoll und populär und der Fassungskraft der Zuhörer genau angepaßt, nicht kritisch, sondern dogmatisch“. Zu der „Bestimmung“

eines Volksarztes gehörten jedoch weder Geschichte noch Literatur, auch nicht die gerichtliche „Arzneykunde“, die medizinische Polizei, Veterinärmedizin oder die vergleichende Anatomie. Die Dauer des Unterrichts solle „weder das eine noch das andere Extrem berühren, wenn sie nicht auf der einen Seite unzureichend und auf der anderen kostspielig für den Zögling werden soll“. Die Anzahl von zwei Lehrern für die zu gründende Lehranstalt hält der Autor für angemessen. Die Dauer der gesamten Ausbildung zum Landwundarzt wäre mit drei Jahren zu veranschlagen. Zudem seien die Fähigkeiten und Fortschritte der Schüler von Zeit zu Zeit einer öffentlichen Prüfung zu unterziehen, worüber am Ende ein Zeugnis zu erteilen wäre. Was den Kostenaufwand bei der Errichtung und Unterhaltung einer Lehranstalt zur Ausbildung von Landwundärzten anbelangt, so diene er dem gleichen Zwecke wie der Kostenaufwand bei einer Bildungseinrichtung für die Ärzte begüterter „Staatsbürger“, nämlich ihrer beiderseitigen Gesunderhaltung. *Jüngling* zufolge hätten der Arme wie der Begüterte gleiche Rechte und Ansprüche; ja der arme Bürger verdiene im besonderen Maße die Vorsorge des Staates. Darüber hinaus wären zur Kostendeckung gegebenenfalls finanzielle Beiträge der Landeigentümer sowie weitere Mittel, wie die Überschüsse anderer Institutionen (zum Beispiel von Impfanstalten) vorstellbar. Was überdies die dreijährige Ausbildung und Unterbringung der Schüler betrifft, „so ist der Zögling für diese zu sorgen selbst verpflichtet, der Staat leistet genug für ihn, wenn er ihn unentgeltlich bildet und so für seinen künftigen Unterhalt sorgt. Bei der Aufnahme in die Lehranstalt sei es jedoch ratsam, dem Zögling einen finanziellen Beitrag von etwa 50 Taler abzuverlangen, denn „der Fleiß ist größer, wenn bezahlt werden muß“.

Die dann fertig ausgebildeten und geprüften Landwundärzte könnten anschließend mit einem Jahresgehalt von etwa 30 bis 50 Talern angestellt werden, was dann jeweils von den wundärztlich betreuten Gemeinden aufzubringen wäre. „Jede Stelle würde dann als ein Amt betrachtet werden, wonach der Zögling strebt, und dieß Bestreben wird durch seinem Fleiße nachzuweisen sein.“

Jüngling ist – wahrscheinlich in enger geistiger Gefolgschaft zu *Reil* – anhand seiner Denkschrift als eindeutiger Verfechter zur Einrichtung von Lehranstalten

(Pepinieren) zu charakterisieren, und zwar im Zusammenhang auf eine verbesserte Ausbildung der Landwundärzte. An dieser Stelle sei nochmals erwähnt, daß in Magdeburg eine Bildungseinrichtung dieser Art erst mehr als 20 Jahre später ihre Pforten öffnete. Beeindruckend zeigen *Jünglings* Ausführungen unter anderem den Spannungsbogen des in dieser Epoche vorherrschenden starken Gefälles zwischen Stadt und Land auf, vornehmlich im Hinblick auf die unzureichende medizinische Betreuung der Landbevölkerung. Dabei wird auch das Heraufziehen einer neuen Zeitepoche mit dem Versuch einer Verwirklichung von Ideen und Konzeptionen aus der Sichtweise der Aufklärung deutlich – kurzum, die hier vorgestellten und empfohlenen Unterrichtsmethoden lassen perspektivisch den auch nachfolgend nicht durchweg gradlinig verlaufenden Weg der Medizin zur empirischen Wissenschaftlichkeit sowie das erst Jahrzehnte später einheitlich werdende ärztliche Berufsbild mit seinem dann gleichartig geregelten universitären Ausbildungsgang erahnen.

3.2.3 Behördliche Prüfungen und Erörterungen

Wiederum im Landesarchiv Magdeburg befinden sich zwei weitere bemerkenswerte Dokumente aus den Jahren 1804 und 1805, welche in bezug auf die zuvor angeführte Schrift des Stadtchirurgen *Jüngling* „Über den Mangel geschützter Landwundärzte und Vorschläge zur beßeren Bildung derselben ...“ eine behördliche Stellungnahme, aber insgesamt keine Entscheidung enthalten.¹ Diese „Angelegenheit“ wurde der weiteren Erörterung empfohlen. Jene im Anhang unter 10.2 ebenfalls vollständig aufgeführten Schriftstücke geben diesbezüglich eindrucksvoll die in dieser Epoche herrschende Vorstellungs- und Meinungswelt der zuständigen Medizinalbehörden in Magdeburg wieder. Bereits im Jahre 1804 wurde von den Behörden in Magdeburg eine Verbesserung der Ausbildungssituation der Wundärzte auf dem Lande als notwendig und bedeutsam angesehen. Die Medizinalbehörden in Magdeburg, vertreten durch einen Sachbearbeiter oder Beamten namens *Weinschenck*, betrachteten des-

¹ Landesarchiv Magdeburg –LHA, Rep. A 10 a Nr. 135, S. 74-80.

halb die oben aufgeführte Denkschrift von *Jüngling* mit Wohlwollen. Man anerkannte eine Einrichtung „von Pflanzschulen zur Bildung künftiger Landwundärzte“ als besonders vordringlich, allerdings wären solche zu gründenden Ausbildungsstätten „nicht mit den medicinischen Facultäten unserer Universitäten“ zu verbinden. Zur Ausbildung an sich betont *Weinschenck* als Hauptgesichtspunkt die Notwendigkeit einer „Erlernung der Chirurgie“. Zudem sei den zukünftigen Landwundärzten die „Heilkunde in ihrem ganzen Umfange“ zu vermitteln. Allerdings sei ihnen in Zukunft nur in bestimmten, durch die Behörden noch zu bestimmenden Fällen eine bedingte Ausübung der inneren Heilkunde zu gestatten. Allerdings verwirft die Medizinalbehörde bei dieser Stellungnahme ausdrücklich den von *Reil* in dessen oben angeführter Publikation „Pepinieren zum Unterricht ärztlicher Routiniers ...“ unter anderem gemachten Vorschlag, auch den „Routiniers“ die Erlaubnis zur Ausübung der Heilung innerer Krankheiten zu erteilen.

Könnte der Unterricht im Rahmen einer klinischen Anstalt erteilt werden, so wäre dies jedoch „um so zweckmäßiger“. Wünschenswert wären darüber hinaus weitergehende Kenntnisse in der theoretischen wie praktischen „Geburts Hülfe“, um dies aus „den Händen der ungebildeten abergläubigen und (...) theils abgelebten Weiber“ zu nehmen. Ferner sei ein „Unterricht in der Vaccination eine unerläßliche Bedingung beym Unterricht der zukünftigen Landwundärzte“. Insgesamt wäre dabei eine Studienzeit von höchstens drei Jahren zu veranschlagen. Als zukünftige Kandidaten zum Amt eines Distriktchirurgen müßten die Lehrgangsteilnehmer dann von den „Collegii medici streng mündlich sowohl als durch schriftliche Arbeit und unter Aufsicht, durch Behandlung eines inneren und äußeren Kranken im klinischen Institute“ geprüft werden. Bei bestandener Prüfung erhält der Kandidat die Approbation als „Districts Chirurgus und Geburtshelfer“ und eine bedingte Erlaubnis zur Ausübung der inneren Heilkunde durch die obersten Medizinalbehörden. Allerdings sei dem geprüften Distriktwundarzt nur die „Heilung leichter und gewöhnlicher Krankheiten des Landmanns“ zu erlauben. Bei „wichtigen acuten und complicirten chronischen Krankheiten“ sowie insbesondere bei Epidemien sei der Beistand approbierter Ärzte hinzuzuziehen. Ein Gegenstand weiterer Erörterungen wären

dabei die Überlegungen „über mehrere vereinigte Districte einen rationellen wissenschaftlichen approbirten Arzt dem Districts Chirurgen vorzusetzen“ oder ob hierzu nicht die Land-, Kreis- und Stadtphysici am geeignetsten wären. Zum Abschluß seiner behördlichen Stellungnahme führt *Weinschenck* aus, daß, wenn es gelänge, die „Wundarzneykunst“ gänzlich vom Handwerksgeschäft der Barbieri zu trennen, erstere unendlich gewinnen würde, denn „ohne allen Zweifel verträgt sich die Beschäftigung der Friseure besser mit dem Bartscheren als die Wundarzneykunst“. Zudem sei das bestehende Recht der Stadtchirurgen Lehrlinge auszubilden erheblich einzuschränken und sobald eine medizinische Provinzlehranstalt vorhanden wäre, dem Dorfchirurgen die Lehrlingsausbildung generell zu untersagen. Für das Herzogtum Magdeburg und für die Grafschaft Mansfeld wäre zunächst eine Anzahl von 50 Distriktchirurgen und eine verhältnismäßig geringe Anzahl von gegebenenfalls einzusetzenden Kreisärzten in Betracht zu ziehen. Die am Wohlstand zunehmenden Landeigentümer wie auch die Landbewohner selbst hätten sowohl bei der Errichtung und Erhaltung der „Provinzial Pflanz Schule“ als auch bei der Alimentierung der Kreisärzte und Distriktchirurgen einen jährlichen finanziellen Beitrag zu leisten.

Diese behördliche Stellungnahme macht im Hinblick auf eine einheitlich-verbindliche Ordnung seiner medizinischen Heilberufe erneut die weiterhin als ambivalent und zurückhaltend zu bezeichnende Haltung des preußischen Staates deutlich, insbesondere auch bei der Frage der zweckmäßigsten Ausbildung seiner Chirurgen. An dieser Stelle sei noch einmal ausdrücklich daran erinnert, daß in Magdeburg eine Bildungseinrichtung dieser Art erst im Jahre 1827 eröffnet wurde.

4 „Niedere Chirurgie“ in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts

4.1 „Hand- und Hilfsbüchlein der niederen Chirurgie“

4.1.1 Einführendes

Um für die erste Hälfte des 19. Jahrhunderts einen Einblick in die alltägliche chirurgische Praxis zu gewinnen, soll in der vorliegenden Arbeit in einem kurzen Abriss als Beispiel das von *W.D. Bräutigam* verfaßte, in zweiter Auflage im Jahre 1850 in Weimar veröffentlichte Werk „Practisches Hand- und Hilfsbüchlein der niederen Chirurgie für Lehrlinge und Gehülfen“ vorgestellt werden. Dieses Handbuch war vom praktischen Arzt und Wundarzt *Franz Wilhelm Otto Händel* bearbeitet worden. Anhand dieses Lehr- und Handbuchs läßt sich exemplarisch der Wissens- und Kenntnisstand dieser in jener Zeitepoche mehr oder weniger ausschließlich auf Erfahrung und Geschicklichkeit beruhenden praktisch-handwerklichen Chirurgie ableiten. Im Vorwort zur zweiten Auflage merkt der Autor an, daß sein Handbuch das einzige in seiner Gattung darstellen würde.

Auf insgesamt 231 Seiten, in 17 Hauptkapitel gegliedert und mit einem Vorwort des Verfassers versehen, gibt der Autor in erster Linie praktische Ratschläge und Anleitungen zur Ausübung der sogenannten niederen Chirurgie. In seiner vom Juni 1833 datierten Einleitung erklärt *Bräutigam* diesen Begriff folgendermaßen: *Schon frühzeitig wurde eine kleine Anzahl minder wichtiger chirurgischer Hilfsleistungen am menschlichen Körper von Aerzten nicht verrichtet, sondern Badern und Barbieren überlassen; daher schreibt sich auch die Benennung, niedere Chirurgie*.¹

Weiterhin führt der Autor aus, daß dieses Handbuch in der Absicht verfaßt wurde, dem jungen Menschen, *der die niedere Chirurgie auf zunfstmäßigem Wege zu erlernen sucht und sich vergeblich nach einem Buch umsieht, das ihm umfassende Anweisung in den Operationen (...) der niederen Chirurgie ertheilt; diesem Bedürfnisse zu entsprechen (...).* Dabei verzichtet *Bräutigam* darauf, eine Einleitung über chir-

¹ Bräutigam (1850), S. 1.

urgische Vorkenntnisse vorzuschicken, indem man darüber fast in allen chirurgischen Schriften hinlängliche Auskunft findet, sondern mache sogleich den Anfang mit der Beschreibung der kleinen chirurgischen Operationen, wie man solche der Ausübung der Gehülfen und Lehrlinge überläßt. In seinen weiteren Ausführungen fügt der Autor noch die Bemerkung hinzu, daß mich zur Verfassung dieses Handbüchleins weder Ruhmsucht noch andere Nebenabsichten leiteten, sondern bloß der reine Wille meinen Nebenmenschen zu nützen, indem uns leider noch fast täglich die Erfahrung vorkommt, daß auch bei diesen kleinen Operationen noch große Fehler von Seiten sowohl der Gehülfen als auch der Lehrlinge etc. begangen werden.¹

Seine Einleitung beschließt der Autor mit einem eindringlichen Appell an den Anfänger der niederen Chirurgie mit folgenden Worten: *Junger Mensch! der Du ein Geschäft gewählt hast, daß mit so viel Müheseligkeiten verknüpft ist und nur gar zu häufig mit Undank belohnt wird, verzage nicht! erfülle treu und streng Deinen Beruf, entwürdig dich nie durch Leichtsinn, Unmäßigkeit, und fülle Deine Mußstunden vielmehr mit der Erlernung nützlicher Kenntnisse und Lesung chirurgischer Bücher aus. Ist es Dir nicht möglich, weil Du vielleicht zu unbemittelt bist, höhere Anstalten zu besuchen, so laß Dich dieses nicht abschrecken, denn nicht die Universität, sondern Dein eigener Trieb ist nothwendig, um Dich auf einen Standpunkt zu erheben, auf welchem Du, allgemein geachtet, Dein Geschäft zum Nutzen und Wohl der Menschheit ausüben kannst.²*

4.1.2 „Von den Blutaussäuerungen“

Im ersten 57 Seiten umfassenden Kapitel behandelt *Bräutigam* ausführlich das Thema Aderlaß (zuerst das sogenannte allgemeine Blutlassen), *eine in der niederen Chirurgie sehr häufig vorkommende Operation (...), um mittelst eines Aderlaßschnäppers oder einer Lanzette (...) eine bestimmte Menge Blut aus dem Körper*

¹ Bräutigam (1850), S. 4-5.

² Bräutigam (1850), S. 5-6.

nach einer gegebenen Heilanzeigen (...) wegzulassen.¹ Nach einer kurzen historischen Vorbemerkung bezeichnet der Autor den Aderlaß als eines der kräftigsten Heilmittel in der Hand des vorsichtigen Arztes; unvorsichtige Anwendung kann schwer zu verbessernde Nachteile bringen. (...) Man entziehe daher nie leichtsinnig und gewissenlos Blut (...) Die Bestimmung eines Aderlasses soll stets dem Arzte vorbehalten sein. Auf der anderen Seite kann das Blutlassen bei vernünftiger Anwendung von dem wohlthätigsten Einflusse werden. Nach Beschäftigung, Lebensweise u.s.w. sei der menschliche Körper verschiedenen nachtheiligen Einflüssen unterworfen, die häufig in ihrer mittelbaren Wirkung das Blut betreffen, sodaß eine künstliche Verminderung und Veränderung desselben von heilsamen Folgen wird. Indikationen hierzu seien am häufigsten Stockungen des Blutes in den Haargefäßen der Organe, bei Vollblütigkeit (Plethora), bei Entzündungen, bei raschem Blutandrang (Congestio) nach edleren Organen. (...) Seltener hingegen wendet man den Aderlaß zur Erschlaffung des Muskelapparates, wie zur leichteren Zurückführung eines ausgereckten Gliedes, oder wie zu ähnlichem Zwecke bei einem eingeklemmten Bruche an.²

Bei der praktischen Durchführung eines Aderlasses müssen praktische Erfahrungen, Übung, Beurteilungsfähigkeit des Chirurgen sowie Krankheitsart und -grad, Körperbeschaffenheit, Temperament, Lebensart, Alter und Geschlecht des Patienten zur Bestimmung der zu entleerenden Blutmenge als Richtschnur dienen. *Als allgemeine Vorsichtsmaßregeln können folgende gelten: Bleibt das Blut dunkel, der Radialpuls (sic!) groß, tritt ein Gefühl von Erleichterung ein, so braucht man die geöffnete Vene nicht zu schließen; man thue dies aber, wenn das letztfließende Blut heller, der Puls klein, ungleich, aussetzend, sehr schnell wird, oder wenn Verdunklung des Gesichtes und Ohnmacht eintritt.*

Auf einen gewöhnlichen Aderlaß rechnet man in der Regel 6 bis 8 Unzen (1 alte deutsche Apotheker-Unze = 29,232 g³) Blut, das bei wichtigeren Fällen bis zu einem Apotheker= oder medicinischen Pfund (12 Unzen), auch wohl noch etwas darüber steigt, je nachdem es die Heilanzeigen erforderlich macht.⁴

¹ Bräutigam (1850), S. 7-8.

² Bräutigam (1850), S. 9-10.

³ Hilfstaxe (1963), S. 327.

⁴ Bräutigam (1850), S. 12.

In Unterkapiteln beschreibt *Bräutigam* nachfolgend ausführlich und anschaulich die verschiedenen manuellen Methoden zur Durchführung des Aderlasses an den einzelnen Extremitäten und am Hals. Weitere Unterkapitel sind der Schlagaderöffnung sowie auf vier Seiten den vielfältigen möglichen Komplikationen beim Aderlaß gewidmet. Unter anderem schildert er neben den hierbei häufig auftretenden Ohnmachten unter Punkt 7: *Entzündung der verwundeten Vene (...) tritt sehr bald Fieber ein und der Zustand verlangt durchaus wegen der meist übeln Folgen den Rath eines erfahrenen Arztes. Ursache dazu ist oft das unreine Aderlaßinstrument.*¹

Dem sogenannten örtlichen Aderlaß (capilläre Blutentziehung – Blutentleerung aus kleineren Blutgefäßen) durch Blutegelsetzen oder durch Schröpfen beziehungsweise Scarifizieren – gibt der Autor in der Schilderung ihrer chirurgischen Durchführung auf rund 19 Seiten Raum.

Bei allen Fällen von Entzündungen sieht der Autor den Einsatz von Blutegeln als indiziert an, so zum Beispiel *bei heftigen Augenentzündungen, bei schmerzhaften, entzündeten Hämorrhoidalknoten (Varices) am After, bei Bräune um den Kehlkopf, der Luftröhre entlang und an den Seiten des Halses, bei entzündlichem Kopfschmerz an die Stirn, hinter die Ohren bei Ohr- und Zahnschmerz entzündlicher Art, in der ersten Periode des Fingerwurmes (Panaritium) an die schmerzhaften Stellen, bei rheumatisch-entzündlichem Zahnschmerz (ausgenommen den Zahnschmerz von cariösen Zähnen) an das Zahnfleisch, bei Entzündungen der Mandeln, des Halses, Gaumensegels an die ergriffenen Theile, überhaupt bei den meisten entzündlichen Affektionen etc., wo örtliche Blutentziehungen genügen.*²

Auch das teilweise „ohne alle Nahrung“ jahrelange Aufbewahren beziehungsweise Halten und auch die Beschaffung der Blutegel wird in diesem „Hand- und Hilfsbüchlein“ recht anschaulich und detailliert beschrieben.

Das seit der Antike bekannte Schröpfen („Scarificatio“) teilt *Bräutigam* in das sogenannte blutige Schröpfen („Scarificatio saucia, seu cruenta“) und in das

¹ Bräutigam (1850), S. 43.

² Bräutigam (1850), S. 54-55.

trockene Schröpfen („Scarificatio sicca“) ein. Zur Durchführung des blutigen Schröpfens setzt man einen Schröpfapparat, den sogenannten Schnäpper, jeweils auf die bereits zuvor durch Verwendung der Schröpfköpfe (in der Regel 12-24 Stück) vorbehandelten Hautstellen auf. Durch Auslösen eines im Schnäpper befindlichen Federmechanismus werden jeweils 16 kleine Einschnitte in der Haut erzeugt (je nach Stellung des Schnäppers mehr oder weniger tief). Dieses „Einschlagen“ wird wiederholt durchgeführt, wobei jeweils erneut an diesen Stellen Schröpfköpfe angelegt werden können, *bis aus den Schröpfwunden, anstatt des Blutes, Blutwasser hervordringt, (...). (...) Man setzt die Schröpfköpfe gewöhnlich in den Nacken, zu beiden Seiten des Rückgrats, des Kopfes, auf dem Ober- und Vorderarm, bis Wangen, Ober- und Unterschenkel und Füße etc.. Sie sind ein ableitendes Mittel, namentlich um die kleinen Hautgefäße zu entleeren. Man wendet sie an bei Kopfschmerzen und anderen Krankheiten des Kopfes auf die Schläfe, die Stirn, den Nacken, so auch bei Augenentzündungen, bei Hautausschlägen, Flechten, bei rheumatischen Beschwerden an den ergriffenen Theil, bei blutigem Schlagfluß am Nacken und Rücken, und als Gegenreiz auf den Unterleib, in die Magengegend, bei'm Tetanus (Starrkrampf) zu beiden Seiten der Wirbelsäule, bei Quetschungen und noch in vielen anderen Fällen.*¹

Das trockene Schröpfen wird wiederum durch den Einsatz der Schröpfköpfe, allerdings ohne Verwendung des Schnäppers durchgeführt. Diese Methode gilt therapeutisch als weniger wirksam als das blutige Schröpfen und wird *angewendet, wo man ohne Blutentziehung schnelle Ableitung und Reiz und gleichsam eine oberflächliche Entzündung erzeugt wird.* Als Indikationen hierzu werden Apoplexie (in Verbindung mit Blutungen) mit Applikation der Schröpfköpfe im Nacken, der Wirbelsäule und in der Magengegend genannt. *Bei Scheintodten längs des Rückgrats und auf die Herzgrube. Bei rheumatischen Schmerzen auf die leidende Stelle.* Das trockene Schröpfen wird vom Autor auch als „rothmachendes Mittel (Rube-faciens)“ bezeichnet, das auf ähnliche Weise wirke, wie Senfumschläge (und andere Rubefacientia).²

¹ Bräutigam (1850), S. 59-60.

² Bräutigam (1850), S. 62-63.

Der Abschluß dieses Kapitels „Von den Blutausleerungen“ bildet ein kurzer Abschnitt zur „Operation des Scarificierens“. Sie wird unter anderem empfohlen bei Entzündungen des Zahnfleisches, der Zunge, des Gaumens, der Augenlid-schleimhaut und auch bei Fällen von Gangrän, Diabetes, Wundinfektionen. *Bräutigam* bezeichnet dieses operative Vorgehen zum Abschluß dieser Ausführungen als „durch die Blutegel fast verdrängt“.

4.1.3 „Ueber die Clystiere“

In einem eigenen Kapitel schildert *Bräutigam* auf rund sieben Buchseiten das Verabreichen von Klistieren; hierbei unterscheidet er 1.) ausleerende, erweichende; 2.) krampfstillende, besänftigende, reizmildernde; 3.) nährende; 4.) anhaltende, verstopfende; 5.) stärkende und 6.) reizende Einläufe.¹

Zur Gewinnung der jeweiligen Klistierflüssigkeit dient eine breite Palette von Substanzen, so zum Beispiel zur Stärkung des Patienten *alle Abkochungen bitterer Mittel, China=, Eichen= und Weidenrinde, Cardobenediktenkraut, Schafgarbe, Tausendgüldenkraut, Krausemünze, Pfeffermünze, Camillen, überhaupt alle tonischen und aromatischen Substanzen des Pflanzenreichs.*² Darüber hinaus werden jene Stoffe zur Anwendung eines Klistiers bei Erschlaffung, Schwäche und „Unthätigkeit des Darmcanals“ empfohlen.

4.1.4 „Die Bildung künstlicher Geschwüre“

Der Bildung artifiziereller Geschwüre („*Ulcera artificialia*“) widmet der Autor das nachfolgende Kapitel mit rund zwölf Seiten. Hierunter wird eine zu Heilzwecken bewirkte Entblößung einer Hautstelle von ihrer Epidermis oder Trennung der Haut mit Herbeiführung und Unterhaltung einer serösen oder eiterigen Absonderung verstanden.³

¹ *Bräutigam* (1850), S. 67.

² *Bräutigam* (1850), S. 69.

³ *Bräutigam* (1850), S. 70-71.

Artifizielle Geschwüre gelten als örtliche Reiz- und Ableitungsmittel und waren *Bräutigam* zufolge schon griechischen und arabischen Ärzten bekannt. Ihre Anwendung zeigt dem Autor zufolge „oft überraschend günstige Wirkung“, welche „noch wenig erklärlich“ sei. Ihre Anwendung als Heilmittel sei jedoch oftmals unangebracht, denn die Bildung von künstlichen Geschwüren entziehe dem Körper Bildungsstoff (Blutbestandteile) und können bei zu starker anhaltender Eiterung große Entkräftung, übles Aussehen und Abmagerung herbeiführen (...). Jene Therapie sei angezeigt bei chronischen Leiden, vorzüglich Entzündungen und Eiterungen, Ansammlung von Flüssigkeiten in Höhlen, Nervenkrankheiten (Lähmungen, Schmerzen u.s.w.).

Bei heftigen Entzündungen, bei sehr großer Empfindlichkeit der Haut und bei sehr geschwächten Subjecten sei diese Therapie hingegen kontraindiziert.¹

Zum Einsatz kommen dabei das „spanische Fliegenpflaster (Emplastrum vesicatorium, Emplastrum cantharidum)“, „Seidelbastrinde (Cortex Daphne Mezerei)“ sowie das sogenannte „Haarseil, Eiterband (Setaceum)“ und das „Fontanell (Fonticulus, Fontanella)“. Das spanische Fliegenpflaster wie auch die Seidelbastrinde erzeugen als Chemotherapeutika, auf die Haut appliziert, eine blasenbildende Wirkung. Ist eine solche erwünscht, so erfordert das bei Verwendung des spanischen Fliegenpflasters einen Zeitraum von acht bis zwölf Stunden. Die Blasen durchschneidet man an ihrem abhängigsten Orte mittelst einer Scheere, legt eine feine Comresse darüber oder drückt die seröse Feuchtigkeit gelinde heraus, doch ohne das Oberhäutchen abzuziehen, weil sonst die darunter liegende eigentliche Haut der Luft ausgesetzt und unnöthige Schmerzen verursachen würde. Man bedeckt die wunden Stellen des Tages zur Kühlung einigemal mit einem Kohl= oder Traubenkrautblatt (*Chenopodium bonus Henricus*), am besten mit Wachssalbe.²

Das Haarseil oder Eiterband legt man in der Absicht, um an einem schicklichen Orte einen örtlichen Reiz und Eiterung zu erregen.³ Hierzu wird eine sogenannte Haar-

¹ Bräutigam (1850), S. 71.

² Bräutigam (1850), S. 73.

³ Bräutigam (1850), S. 77.

seilnadel – in der zuvor ein Streifen getragene Leinwand eingezogen wurde – in die zuvor durch den Operateur mit der Hand gebildete längliche Hautfalte hindurchgestoßen, wodurch eine artifizielle Eiterung verursacht wird. Dem Autor zufolge verläuft die „Verheilung“ sehr rasch, sobald das Haarseil entfernt wird.

Ein sogenanntes Fontanell wird mit der gleichen therapeutischen Absicht angelegt wie das Haarseil; *Bräutigam* zufolge ist *seine Eiterung (...) nicht so bedeutend. Die Fontanelle können dem Körper, besonders im hohen Alter und wenn sie schon lange Zeit angewendet sind, so zur Gewohnheit und dringendem Bedürfnisse werden, daß ihre plötzliche Verheilung zuweilen unangenehme Folgen haben kann. Es bewirkt weniger Schmerz und Entzündung, als das Haarseil.*¹

Zum Anlegen einer Fontanelle zieht man dem Autor zufolge als Operateur die betreffende Hautstelle in die Höhe, macht in diese zum Beispiel mittels einer Lanzette oder eines Aderlaßschnäppers eine Queröffnung und legt dann in diese Wunde eine oder mehrere Erbsen, *wodurch sich nach und nach eine Öffnung bildet ... Soll das Fontanell größer werden, so wird die Oeffnung nach Umständen erweitert, daß man 2, 4 bis 6 Erbsen, eine unreife Pomeranze, Veitsbohnen u. dergl. hineinlegen kann.* Das Anlegen einer Fontanelle mittels eines Brennzylinders oder eines Glüheisens sei demgegenüber schmerzhaft. Eine weitere Methode zur Gewinnung einer Öffnung bestehe darin, auf die betreffende Hautstelle durch ein gefensteretes Klebepflaster ein wenig zerkleinerten, angefeuchteten Höllenstein (Argentum nitricum) oder Ätzstein (Lapis causticus) aufzulegen. In das entstandene Fontanell werden tagtäglich, *nachdem es durch warmes Wasser oder warme Milch gereinigt worden ist*, wiederum mehrere Erbsen eingelegt, dann mit einem sogenannten Deckpflaster und einer Kompresse bedeckt sowie anschließend mit einer Binde befestigt. Dabei ist darauf zu achten, daß sich der Verband und die Erbsen nicht verschieben. Bald stelle sich eine Eiterung ein, was durch das Auflegen von Reizpflastern (*Emplastrum diachylon compositum, seu Lithargyri compositum, zusammengesetztem Diachylonpflaster, Gummipflaster, oder durch das Einstreuen von Cantharidenpulver*) verstärkt werden kann. Entstehendes wildes Fleisch wird weggeschnitten oder mittels Höllenstein, Zucker oder ge-

¹ Bräutigam (1850), S. 79-80.

brannten Alauns „vertilgt“. Durch warme Breiumschläge seien auftretende Entzündungen zu behandeln. *Sobald das Einlegen der Erbsen weggelassen wird, schließt sich das Fontanell und vernarbt.*¹

4.1.5 „Die rothmachenden Ableitungsmittel“

Nachfolgend beschreibt *Bräutigam* in einem eigenen Kapitel auf rund zwei Seiten noch einmal ausführlicher die sogenannten „rothmachenden Ableitungsmittel (Medicamenta rubefacientia)“. *Ihre Wirkung besteht in der Erregung einer örtlichen, schmerzhaften Entzündung auf der Stelle der Anwendung* (so zum Beispiel bei Kopfleiden, Augenentzündungen, Zahnschmerzen, insbesondere auch bei fieberhaften, „hitzigen“, akuten Erkrankungen, Hirn- sowie Brustentzündung). Zum Einsatz kommen hierbei der „Senfumschlag, Senfteig (Sinapismus)“ aus dem Samen des schwarzen und weißen Senfes sowie die „spanische Fliegentinctur“ oder die Mischung aus „Cantharidentinctur“, Essig, Ingwer und Salz. *Die Wirkung dieser Mittel ist nicht so durchdringend, als die der vorhergehenden, aber schneller wirkend und größern Reiz hervorbringend.*²

4.1.6 „Reinigen und Herausziehen der Zähne“

Dieses Buchkapitel umfaßt insgesamt 18 Buchseiten, davon sind der Reinigung der Zähne gut zwei Seiten gewidmet. Zu Anfang dieses Kapitels führt der Autor nach einer kurzen allgemeinen Beschreibung des Zahnbeins und –schmelzes sowie der Knochensubstanz die Notwendigkeit zur Zahnreinigung von „kalkartigen“ Belägen (von ihm als Weinstein -Tartarus dentium, Odontolithus bezeichnet) mit folgenden Worten aus: *Wird derselbe* (hiermit sind die Zahnbeläge gemeint) *nicht durch das Reinigen mittelst Zahnpulver oder Ablösen durch Instrumente beseitigt, so häuft er sich immer mehr an, drückt das Zahnfleisch von den Zähnen ab,*

¹ Bräutigam (1850), S. 80-82.

² Bräutigam (1850), S. 82-83.

entblößt dadurch die Zahnwurzeln, zerstört die Glasur oder den Schmelz der Zähne, erregt Schmerzen derselben, macht dieselben locker, erregt Entzündung des Zahnfleisches mit Eiterung desselben an dem Rande, gewährt einen unangenehmen Anblick und soll auch üblen Geruch bewirken.

Um die Heilung zu bezwecken, muß es des Chirurgen erste Sorge sein, den Weinstein zu entfernen.¹

Bei geringfügigerem Zahnsteinbefund empfiehlt der Autor den Einsatz von konzentrierter Zitronen- oder Weinsteinsäure. *Man taucht ein vorn zugespitztes, hartes Holzstäbchen in die Säure und benetzt den Weinstein damit, reibt dann damit auf demselben herum, worauf er sich leicht als weißer Brei ablös't. Man hütet sich dabei, den Schmelz der Zähne so sehr zu benetzen, indem die Säure demselben bekanntlich sehr nachtheilig ist.²*

Versagen auch andere Mittel, wie die Applikation von Abkochungen, zum Beispiel aus Salbei, roten Rosen, Lavendel, worin etwas Weinsteinrahm (Cremor tartari, seu Tartarus depuratus) aufgelöst ist, *so muß man den Weinstein durch eigends dazu gefertigte Instrumente, die Schabeisen, Feilen u. dergl. abzustoßen suchen, doch ohne das Zahnfleisch und den Zahnschmelz zu verletzen. (...) Ist sehr viel Weinstein vorhanden, so entfernt man denselben nicht auf einmal.³* Zur postoperativen Zahnfleischbehandlung werden Zahnspülungen unter anderem mit Eichen- oder Weidenrinde, Salbei sowie verschiedene andere „gelind zusammenziehende Mittel“ beschrieben. Als Prophylaxe gegen Zahnsteinneubildung werden, neben den gerade zuvor genannten Mitteln zur Beseitigung und Prophylaxe des Zahnsteins, Mundspülungen mit reinem Wasser, das allmorgendliche „Abreiben“ der Zähne mit Zahnpulver („Pulvis dentifricus“⁴) mittels der Finger oder einer Zahnbürste empfohlen. Darüber hinaus wird auch das Bleichen der Zähne mit Chlorwasser oder stark verdünnter Salzsäure erwähnt.

¹ Bräutigam (1850), 85-86.

² Bräutigam (1850), S. 86.

³ Bräutigam (1850), S. 87.

⁴ Bestehend aus: „8 Stück bittere Mandeln, 22 Stück Gewürznelken, 2 Theelöffel voll Küchensalz, eben so viel Alaun, 1 Loth Candiszucker und 3 Loth schwarzgeröstete Brotrinde nebst 4 Loth gebrannten Kälberknochen. Diese Substanzen werden zu einem feinen Pulver gestoßen“ (Bräutigam -1850, S. 96).

Zahnextraktionen beschreibt der Autor nachfolgend ausführlich auf rund neun Buchseiten. Eingangs beschreibt er kurz allgemein die hierfür zwingenden Indikationen, die je nach Befund unterschiedlichen chirurgischen Vorgehensweisen sowie auch die dabei gebräuchlichen Instrumente, insbesondere den sogenannten Englischen Schlüssel, dieser sei *unstreitig das beste Instrument, um einen Zahn schnell, sicher und ohne große Schmerzen herauszuziehen*.¹

Anschaulich schildert *Bräutigam* nachfolgend die jeweils unterschiedlichen manuellen Vorgehensweisen bei Zahnextraktionen im Unter- wie im Oberkiefer. Als mögliche Komplikationen hierbei führt der Autor unter anderem aus: *Abgebrochene, hervorragende, scharfe Zahnschmelzspitzen müssen durch den Gebrauch der Feile vertilgt werden, damit sie die Zunge nicht verletzen können, denn es sind Fälle vorhanden, wo dergleichen Verletzungen den Zungenkrebs veranlaßt haben*.²

Zur Behandlung „schwachen, krankhaften“ Zahnfleisches und als allgemeine Prophylaxemaßnahme gegen alle Zahnerkrankungen und -schmerzen empfiehlt der Autor außerdem die tägliche Verwendung einer Zahntinktur, deren Inhaltsstoffe und Mischungsverhältnis nachfolgend in heutiger Schreibart aufgeführt sind (alte deutsche Medizinalgewichte³ werden hierbei, auf eine Stelle hinter dem Komma gerundet, in Gramm umgerechnet)⁴:

| | |
|---|------|
| Pulvis Myrrhae (Myrrhe, Gummiharz) | 14,6 |
| Pulvis catechu (Katechu, Extrakt aus dem Kernholz der Bäume) | 14,6 |
| Balsamum peruvianum (Perubalsam, pathologisches Produkt schizogener Sekreträume) | 3,7 |
| Spiritus cochleariae (Löffel-, Skorbutkraut, Bitterkresse) | 87,7 |
| Tinctura lignori (Tinctura Pini composita – zusammengesetzte Holztinktur) | 58,5 |
| Tinctura santali (Sandelholz, Santalholz) | 14,6 |

Damit jene Tinktur beim täglichen Gebrauch nicht zu angreifend wirkt, sei diese mit „ächtem“ Rum zu verdünnen.

¹ Bräutigam (1850), S. 90.

² Bräutigam (1850), S. 95.

³ Hilfstaxe (1963), S. 327.

⁴ Bräutigam (1850), S. 98.

Der Zahnschmerz bei kariösen Zähnen, deren Ursache vom Autor als wenig bekannt bezeichnet wird und die hauptsächlich bei Männern im jugendlichen und mittleren Alter anzufinden wäre, sei nur allein mit palliativen Mitteln zu begegnen, wie mit *narkotischen, schmerzstillenden, oder ätzend zerstörenden Eigenschaften* (...). Zur Schmerzstillung empfiehlt der Autor verschiedenste pharmazeutische Stoffe und Rezepturen (so zum Beispiel Belladonna- oder Stechapfel-Extrakt, Opium, Kampfer) sowie auch *Kochsalz mit etwas Pfeffer und gehackten Zwiebeln in den hohlen Zahn gebracht*.¹

Zur Devitalisation durch Ausbrennen des Zahns verwandte *man eine starke, weißglühende Nadel*. War hierdurch der Schmerz endgültig ausgeschaltet, *so kann man den Zahn dann noch viele Jahre erhalten, wenn man ihn mit folgendem Zahnkitt ausfüllt: (...)* Sandarrak und Mastixharz, von jedem gleiche Theile, lös't solches in *rectificirtem Weingeist auf und dampft denn die Mischung bis zur Dickflüssigkeit durch Spiritusflamme ab, setzt noch etwas lebendigen Kalk und Pech gepulvert hinzu, daß das Ganze die Consistenz eines Kittes erhält, womit man die Höhle des Zahns ausfüllt (...)*. *Sobald derselbe in dem Zahne trocken wird, wird er sehr hart und fest mit demselben verbunden. Man muß dies alle 8 bis 14 Tage erneuern*.²

Zum Abschluß der Ausführungen von *Bräutigam* zur Pflege und Behandlung der Zähne werden unter anderem die guten zahnschmerzstillenden Eigenschaften des Sonnenkäfers (*Coccinella septempunctata*) beschrieben.

4.1.7 „Von der Entzündung (Inflammatio)“

Jenes Kapitel umfaßt rund 30 Buchseiten. In der recht ausführlich gehaltenen einleitenden Übersicht erklärt *Bräutigam* inflammatorische Erkrankungsbilder damit, *daß nach Einwirkung eines Reizes die kleineren Gefäße sich verengen, wodurch der Blutstrom nach dem betroffenen Theile beschleunigt wird und daselbst eine Blutanhäufung (Hyperaemia) entsteht. Die Gefäßchen erweitern sich nach der vermehrten*

¹ *Bräutigam* (1850), S. 100-101.

² *Bräutigam* (1850), S. 101-102.

*Anfüllung, die Blutbewegung wird immer langsamer und stockt endlich ganz. In den Gefäßchen sind die Blutkügelchen zu Säulchen zusammengerückt.*¹

Dabei unterscheidet der Autor akute, chronische und schleichende Entzündungen, deren Ursachen höchst mannigfaltig seien (wie Verletzungen, Wärmeeinwirkung, chemische Substanzen, Druck etc. sowie veränderte Blutbeschaffenheit, zum Beispiel durch Rheuma). In der Behandlung (hier: Ausgänge der Entzündung. I. Zerteilung) entferne man alle, *die Entzündung vielleicht veranlassenden oder unterhaltenden fremden Reize, man schaffe (...) Splitter aus der Wunde, lasse fehlerhaften Verband, (...), schädliche Arzneimittel u. dergl. weg und beachte ein entzündungswidriges Verfahren (Methodus antiphlogistica), d.h., man entferne das Uebermaß von Blut aus der zu blutreichen Stelle und stelle die freie Circulation wieder her. Dies geschieht durch Druck (mehr bei schleichenden Entzündungen) durch allgemeinen Aderlaß (bei kräftigen, blutreichen Subjecten, bei heftigen Graden der Entzündung, zumal edlerer Organe) durch den örtlichen Aderlaß und durch zusammenziehende (... verengende) Mittel, vorzüglich durch Kälte. (...) Während des Verlaufs der Entzündung müssen alle reizenden, erhaltenden Speisen und Getränke sorgfältig vermieden werden und dagegen eine sparsame, wässerige Diät ihre Anwendung finden. Bei Entzündungen mit kräftigem Körperbau und Säureüberfluß ist die Entziehungscur (möglichste Entziehung der Nahrungsmittel) von auffallender Wirkung.*²

Bei dieser Entzündungsform werden die verschiedensten Heilmittel beziehungsweise Medikamente zu den unterschiedlichsten Anwendungen empfohlen, so zum Beispiel als kühlende Mittel Salpeter, Salmiak, den bereits oben aufgeführten Weinsteinrahm, Honig, Sirup etc. als Zusatz zu Heilmitteln, wie Tamarinden, Manna, Glaubersalz oder sogenanntes Englisches Salz, um den Leib gehörig offen zu erhalten.

Die Eiterung („Suppuratio, Pyosis“) bezeichnet *Bräutigam* als zweiten Ausgang einer Entzündung. Sie *bildet sich aus den faserstoffigen Substanzen, die aus den blutgefüllten Gefäßen ausgeschwitz wurden.* Dabei unterscheidet der Autor „guten Eiter (pus laudabile)“ (dieser enthält viele „Eiterkörperchen“, die in einer Flüssigkeit

¹ Bräutigam (1850), S. 103.

² Bräutigam (1850), S. 104-105.

(aus Wasser, Fett Salzen und Eiweiß bestehend) schwimmen; „schlechter Eiter“ enthält hingegen wenig Eiterkörperchen, jener *sieht schmutzig-gelblich aus, ist dünn und übelriechend. (...)*¹

*Zur Heilung eines Abscesses oder überhaupt einer Eiterung sind drei Heilanzeigen erforderlich: 1) muß man die Eiterung befördern, den Absceß zur Reife bringen; 2) solchen zur gehörigen Zeit öffnen und 3.) ihn dann verheilen.*² Eine Eiterbildung wird u.a. durch sogenannte erweichende Mittel („Emollientia“, wie Leinsamenmehl, Semmel- und Brotkrumen, Feigen, Ziegenmilch, Malven, Kamillen- sowie Holunderblüten, ungesalzene Butter, Safran, Bärenklau u.a.m.) bewirkt. Hieraus bereitet man warme Breiumschläge mit Milch oder Wasser, denen, um Reize und Schmerz zu mildern, narkotische Mittel, wie Bilsenkraut, Schierling, Opium, beigemischt werden. „Reizend-erhitzende“ Mittel werden zur Erweichung der Eiterabszesse bei Patienten mit geschwächter Konstitution zur Anwendung empfohlen, hierzu zählen Mittel wie Ammoniakgummi, Galbangukmi („G. galbanum“) oder auch Sauerteig, wiederum Safran, Honig und Seife, gebratene Zwiebeln, Knoblauch, Terpentin; jeweilige Ingredienzien werden den oben genannten Breiumschlägen hinzugemischt. Auch die sogenannten „erweichend-reizenden“ Pflastermassen, wie das zusammengesetzte Diachylon-, Gummi- oder Safranpflaster, seien therapeutisch „hülfreich“.

Während der Zeit der Erweichung ist darauf zu achten, *daß der Eiter nicht an ungeeignete Orte sich vorwärts dränge (Senken, zumal bei Eiterung in tiefgelegenen Organen). ... Oeffnet sich der Absceß durch die erweichenden Mittel, so sorgt man für gehörige Entleerung, Bedeckung und Reinlichkeit.*³ Wenn der Abszeß klein ist, schnell reift und wenn der Patient sehr „messerscheu“ sei, überlasse man die Eröffnung eines Abszesses der Natur. Das therapeutische Vorgehen bei einer Abszeßöffnung erfolgt chirurgisch mit einer Lanzette oder dem Bistouri (Operationsschneidmesser mit beweglicher Klinge) oder in Fällen, „wo der Patient das Messer

¹ Bräutigam (1850), S. 108.

² Bräutigam (1850), S. 109.

³ Bräutigam (1850), S. 111.

scheut“, durch Ätzmittel (wie salpetersaures Silber, Höllenstein oder „Lapis causticus“), *doch steht dieses Verfahren der Operation durch das Messer weit nach.*¹

Eine Abszeßeröffnung darf insgesamt weder zu klein noch zu groß sein. *Bei einer zu großen Oeffnung hat die Luft zu freien Zutritt in die Eiterhöhle, die Wände derselben können sich dadurch entzünden, der Eiter wird dünn und die Vernarbung zögert. Eine etwas große Oeffnung ist nothwendig, wo man den Eiter schneller zu entleeren sucht (...). Nach der Eröffnung des Abscesses sucht man den Ausfluß des Eiters durch gelindes Drücken im Umfange der Geschwulst zu befördern; durch zu starkes Drücken macht man vergeblichen Schmerz und erregt auf's neue Entzündung.*²

Unter dem Stichpunkt „3) Verheilung des Abscesses“ empfiehlt der Autor bei Patienten mit einem größeren Abszeß, die sich in einer „Krankenstube“ aufhalten, daß es am besten sei, *die Breiumschläge fortzugebrauchen und daneben täglich ein lauwarmes Bad. (...) Will aber der Kranke ausgehen, so belegt man die Wunde mit Charpie, die mit ungt. cerei dünn bestrichen ist und wendet dazu einen leichten Druckverband an; (...). Man kann auch trockene Charpie wählen. (...). Bei größeren Abscessen und stärkerer Eiterung ist es nothwendig, den Verband täglich zweimal zu erneuern. (...) Findet sich Härte im Umfange des Abscesses, so legt man erweichende Breiumschläge oder Pflaster auf denselben, um sie dadurch zu schmelzen. Der Kranke hüte sich vor Leidenschaften, Erkältung, Erhitzung, beobachte sorgfältig eine strenge Diät (...). Der Eiter ergießt sich häufig, sobald er am Ausflusse verhindert wird, in die umgebenden Theile, erzeugt daselbst Fistelgänge und andere üble Folgen. (...) Am besten überzeugt uns noch die Einführung, einer Sonde. Bei Einführung derselben faßt man sie mit dem Daumen, Zeige- und Mittelfinger an ihrer Mitte oder dem einen Ende an, führt sie ganz behutsam, lose haltend ein, dringt allmählig bei dem geringsten Widerstande zurückweichend, um nichts zu verletzen, bis an das Ende des Ganges vor, zieht dann solche behutsam aus der Wunde heraus und bemerkt, wie tief und nach welcher Richtung man die Sonde eingeführt hat, um darnach die Größe, Tiefe und Richtung des Ganges zu beurtheilen. Eine Verheilung erfolgt, indem sich die Absceßhöhle mit Fleischwärzchen (Granulationen, neues Bindegewebe) ausfüllt, die*

¹ Bräutigam (1850), S 111-112.

² Bräutigam (1850), S. 113.

Eiterung wird geringer, die entsprechende Hautpartie schrumpft etwas zusammen und erscheint vertieft, weil stets Zellgewebe verloren geht, und allmählig tritt Vernarbung ein. Die Narbe ist noch längere Zeit empfindlich. (...) Die Narbe wird abgehärtet durch Waschen mit Bleiwasser.¹

Den sogenannten dritten Ausgang der Entzündung bezeichnet *Bräutigam* als „Verhärtung (Induratio)“. Eine solche *entsteht dadurch, daß die aus den Gefäßen ausgetretene faserstoffigen Substanzen nicht wieder aufgesogen werden, sondern daß sie fest, starr werden. Am häufigsten entstehe sie nach Entzündung drüsiger Organe.² Als Therapie hierzu empfiehlt der Autor das häufige Anlegen von Blutegeln, das Einreiben u.a. mit „ungt. mercuriale, ungt. kali hydrojodinici“, das Auflegen von zum Beispiel „empl. gummi ammoniaci, empl. mercuriale“, dies auch in der Applikationsform eines Pflasters. Weitere Entzündungsausgänge bezeichnet der Autor mit „Schwund, Erweichung, Verschwärung, Brand, Abstoßung des betroffenen Theiles“. Diese *gehören in die höhere Chirurgie. Desgleichen die Betrachtung der dyskrasischen Entzündungen.³**

Zu den Entzündungen der Haut zählt und beschreibt *Bräutigam* nachfolgend das Erythema beziehungsweise die „Dermatitis pura“, die Wundrose (Erysipelas, „Dermatitis specifica“), den sogenannten Fingerwurm (Umlauf, Panaritium), das Furunculus („Blutschwär“ oder „Eitergeschwulst“) mit einem Pfropf oder Kern („Abscessus nucleatus“), die Verbrennung (Ambustio, Combustio) sowie als letzten und sechsten Punkt die Erfrierung (Congelatio).

Die Wundrose entsteht dem Autor zufolge *besonders bei dazu geneigten Personen oft nach unbedeutenden äußern Ursachen, zuweilen nach blutigen Operationen, Wunden. Meist steht sie im Zusammenhange mit unterdrückten Ausleerungen, Unreinigkeiten des Darmcanals, mit dem Genusse von Speisen, zum Beispiel Fischen, Krebsen und anderen Verdauungsfehlern, plötzlichem Temperaturwechsel u. dgl. m. (...)⁴*

¹ *Bräutigam* (1850), S. 113-117.

² *Bräutigam* (1850), S. 117.

³ *Bräutigam* (1850), S. 118.

⁴ *Bräutigam* (1850), S. 119.

Zur Heilung entferne man die Rose veranlassenden Ursachen. Innerlich giebt man die milden Abführungs= und Brechmittel. Aeußerlich legt man erwärmende Säckchen, mit Bohnenmehl angefüllt, -auf, macht warme, trockene Umschläge aus zertheilenden Species, Roggen=, Weizenmehl, Kleie, Camillen, (...). Man reibt auch die Rothlaufgeschwulst mit warmem Baumöl oder Eieröl, umwickelt dann das Glied mittels einer warmen Flanellbinde und wiederholt solches täglich einigemal. Durch die Oeleinreibung verliert die Geschwulst Schmerz und Spannung; (...)¹

Dem Autor zufolge kann sich die Rose nur auf der Haut zeigen, erkranken jedoch *innere Organe mit Verschwinden der Rose von der Haut, so findet man jene innern Organe im Zustande der Blutüberfüllung, Entzündung*. Ihre Behandlung besteht aus Reibungen beziehungsweise Frottieren der erkrankten Region sowie im Auflegen zum Beispiel von Senfumschlägen oder Spanischen Fliegen, um therapeutisch günstige Hautirritationen hervorzurufen. Eine Heilung wird dabei durch *stärkende aromatische Waschungen, Wasserbäder, Waschungen des Theils mit kaltem Wasser u.a.m.* unterstützt. Als eine weitere Form der Rose benennt *Bräutigam* den Herpes zoster als feurigen Gürtel, Zoster sowie St. Antonsfeuer („Zona Cingulam“).²

Den Fingerwurm (Umlauf, Panaritium) bezeichnet der Autor als ein häufig vorkommendes Übel, welches bis zum *Absterben der Knochen, Verkürzung der Sehnen, Verkrümmung der Finger* führen kann. *In den meisten Fällen wird aber die chirurgische Hülfe nicht eher gesucht, als bis es mit der Zertheilung zu spät ist und der Eiterproceß bereits begonnen hat*. Wenn bereits Eiter vorliegt, so ist diesem chirurgisch mittels einer Inzision zu begegnen. Zudem sind, je stärker die Entzündung ausgeprägt ist, desto häufiger Blutegel anzusetzen; anhaltende warme Breiumschläge und Bäder vermögen den Heilungsprozeß zu unterstützen. *Hat sich Eiter gesenkt, so sind Gegenöffnungen zu machen. Stirbt der kleine Knochen des Nagelgliedes ab, so muß er entfernt werden. (...) Nach der Heilung schützt man den Finger sorgfältig von allen schädlichen Einflüssen, um die Entzündung nicht auf's neue wieder zu erregen.*³

¹ Bräutigam (1850), S. 120.

² Bräutigam (1850), S. 121-122.

³ Bräutigam (1850), S.122-125.

Ein Furunkel oder eine Eitergeschwulst mit einem Pfropf oder Kern (*Abscessus nucleatus*) stellt eine dunkelrote, harte erhabene, entzündete Geschwulst dar, die streng begrenzt ist und ungefähr die Größe einer halben Walnuß aufweist.

Eine Eiterung sei alsbald durch Auflegen *erweichender Umschläge und Breie, des Kartoffelbreis mit Milch und etwas Saffran dick bereitet und übergelegt, der außerdem noch das Gute hat, daß er die Wärme sehr lange an sich hält, (...). Ist der Blutschwär wenig entzündet, so setzt man reizende Mittel zu. Sobald derselbe in Eiterung übergegangen ist, bricht er entweder von selbst auf, oder man öffnet ihn mittelst einer Lanzette. Den vorhandenen Pfropf sucht man baldigst zu entfernen, worauf die Eiterung bald nachläßt, die Geschwulst zusammensinkt und vernarbt. (...)*

*Bei großer Schmerzhaftigkeit setzt man einige Blutegel an; weicht Härte und schmerzhaftige Spannung durchaus nicht, so macht man einen Kreuzschnitt durch den Furunkel und wendet darnach warme Breiumschläge an.*¹

Die Verletzungen durch Verbrennung teilt *Bräutigam* in vier Grade ein. Beim dritten Grade entstehen entweder sogleich oder kurz nachher Blasen mit Inhalt von seröser Feuchtigkeit; (...), unter heftigen Schmerzen des Theils ist ein Fieber vorhanden, dessen Zufälle oft ärztliche Behandlung erfordern; es kann Brand entstehen; (...). Eine Eiterung beziehungsweise Entzündung sei hierbei unvermeidlich. Beim vierten letzten Grad einer Entzündung entstehe *lebhaftes Fieber, innere Organe werden von Entzündung befallen und nicht selten droht Lebensgefahr.*³

Beim ersten und zweiten Verbrennungsgrad sei eine baldige Anwendung von Kälte höchst wirksam; die vorhandene Entzündung wird durch eine längere Anwendung von kaltem Wasser mit einer Temperatur von zirka 14 bis 1° C „zertheilt“; den verbrannten Körperteil beläßt man anschließend wiederum in etwa

14° C kaltem Wasser. Mehrfach, im Wechsel und schrittweise wird nachfolgend die Wassertemperatur wiederum bis auf etwa 1° C zurückgeführt, und zwar solange, *bis Hitze, Röthe und Schmerz verschwunden sind.* Die Kälte soll dabei nicht

¹ Bräutigam (1850), S. 126.

³ Bräutigam (1850), S. 128

zu plötzlich auf die betroffenen Körperteile einwirken. Nehmen nach einigen Tagen die Schmerzen durch die Kälteanwendung zu, *so soll man es weglassen. Bei Ablösung der Epidermis erregt es zu viel Schmerz.*¹ Außerdem werden äußerliche Anwendungen empfohlen, unter anderem durch Umschläge mit kaltem Weinessig, Blei-, Kalkwasser, Alaunlösungen sowie mit frischer Bierhefe, rohen geriebenen Kartoffeln, weißen Rüben, Äpfeln, Möhren, Sahne, Mohnöl und weißem Lilienöl. Jene Applikationen sollen den *verbrannten Theilen die erhöhte Hitze entziehen und in sich ableiten*, deshalb sind diese, sobald sie sich zu erwärmen beginnen, fortlaufend zu erneuern. Auch ein Einwickeln der verbrannten Region in Baumwolle zeige sich als sehr wirksam und schmerzlindernd. Beim dritten Grade einer Verbrennung eröffne *man behutsam die vorhandenen Brandblasen mittelst eines kleinen Einschnittes, entleert die vorhandene Flüssigkeit, doch ohne die Oberhaut zu entfernen.* (...) *Bei vollblütigen Subjecten dienen allgemeine Aderlässe, auch Blutegel, innerlich kühlende, abführende Mittel. Ist die Haut von der Oberhaut entblößt und Eiterung vorhanden, so verbindet man die Brandstellen mit einer Salbe aus Leinöl, Talg und Kreide, Eigelb mit frischer ungesalzener Butter, Eiweiß und Leinöl, Bleicerat, Leinöl und Milchrahm, Kalkwasser u.a.m..*² Beim Heilungsprozeß sei zudem besonders darauf zu achten, daß keine Verwachsungen entstehen (zum Beispiel der Finger oder Zehen). Eine Behandlung des vierten Verbrennungsgrades bleibe wiederum der „höheren“ Chirurgie vorbehalten.

Auf sechs Buchseiten beschreibt der Autor zum Abschluß seiner Ausführungen über Entzündungen allein die Verletzungen durch Erfrierung. In der Zeitepoche *Bräutigams* waren Patienten mit Erfrierungsverletzungen wahrscheinlich häufig zu behandeln, nicht zuletzt aufgrund unzureichender oder fehlender Heizsysteme (wie bei offenen Pferdewagen) beziehungsweise Brennstoffmangel. Auch die Einwirkung der Kälte auf die Haut ruft *Bräutigam* zufolge eine Entzündung hervor.

¹ Bräutigam (1850), S. 129.

² Bräutigam (1850), S.130.

Hierbei werden wiederum vier Schweregrade unterschieden. Beim ersten Grad finden sich Zeichen eines Erythems. Beim zweiten Grad *wird die Röthe dunkler, bläulich, die Geschwulst wird vermehrt, Jucken und Schmerz sind zuweilen so heftig, daß sie den Gebrauch des Gliedes hindern.* Die Oberhaut bildet größere und kleinere Bläschen, *die sich nach dem Bersten in kleine, eine dünne Flüssigkeit absondernde Geschwürchen verwandeln können.* Im dritten Grade *erheben sich größere Blasen mit einer blutwasserähnlichen Flüssigkeit (Brandblasen).* Im letzten Grade *ist der Theil kalt, starr, weiß, erfroren.* Bei der Behandlung sollen *alle Mittel, die man zur Kur erfrorner Glieder anwendet, dadurch wirken, daß sie vermöge ihrer niedern Temperatur die Wiederaufthauung und Erwärmung des erfrorenen Theils nach und nach bewirken.*¹ Hierzu dienen Einreibungen mit Schnee, oder die betroffenen Gliedmaßen werden in eiskaltes, mit Eis vermisches Wasser getaucht, in das von Zeit zu Zeit wiederum ein Stück Eis oder etwas Schnee hineingetan wird. Auch kalte Breiumschläge mit rohen Kartoffeln, klar geriebenen, gefrorenen Kohlrüben, mit Sauerkraut etc., die sporadisch zu erneuern sind, können diesem Zwecke dienen. *Sobald die Empfindung zurückkehrt, der Theil beweglich, roth und schmerzhaft wird, vermindert man den Kältegrad allmählig und mit großer Vorsicht, und fährt damit so lange fort, bis die natürliche Farbe und Function des Gliedes sich wieder einstellt. Dieses wird dann abgetrocknet, in mäßige Wärme gebracht und mit spirituösen Substanzen, Kampherspiritus, Saffranspiritus u. dergl. öfters eingerieben.*² Bei geringgradigeren Erfrierungen empfiehlt der Autor unter anderem frische dicke Breiumschläge, vermengt mit eiskaltem, mit Essig vermischem Wasser.

Frostbeulen (Pernio), die oft auch bei zweckmäßigster Therapie zurückbleiben und zu einem Geschwür („Pernio exulcerans“) heranwachsen können, werden durch tägliches, mehrmaliges Schneeabreiben (beziehungsweise mit kaltem Wasser) oder auch durch ein Auftragen von Safran-, Kampherspiritus oder von Laudanum, Terpentin- oder Kamillenöl behandelt. *Bei Vollblütigkeit und heftiger Entzündung wendet man in der Nähe der Geschwulst Bluteigel an und macht Umschläge*

¹ Bräutigam (1850), S. 131-132.

² Bräutigam (1850), S.132.

von *Bleiwasser*. Außerdem können wiederum Umschläge von den bereits oben angeführten Nahrungsmitteln zum therapeutischen Einsatz kommen. Ist ferner die Frostbeule heftig entzündet, so dienen erweichende Oele, das weiße Lilienöl, Mohnöl, Baumöl, Leinöl, Bilsenkrautöl, ein Cerat aus 4 Unzen Baumöl, 1 1/2 Unzen weißem Wachs und 1 Drachme (altes deutsches Apotheker-Gewichtsmaß = 3,75 g¹) Wallrath bereitet, Alles über gelindem Feuer zusammengesmolzen. Von diesen Mitteln seien mehrmals täglich Einreibungen vorzunehmen.²

In Eiterung übergehende Frostbeulen behandelt man nach ihrem Charakter (ob guter oder schlechter Eiter) entweder mit Balsamen, ätherischen Substanzen, oder mit austrocknenden Mitteln oder reizenden Salben.³ Ein Heilungsprozeß gehe hier häufig recht langsam vonstatten. Dabei seien eine strenge Diät und der Gebrauch milder Abführmittel hilfreich. Überdies empfiehlt der Autor die Anwendung weiterer Salben und Pflaster, wie zum Beispiel das „Emplastrum aluminosum cum camphora“, deren Inhaltsstoffe und Zubereitungsart er eingehend beschreibt.

Häufig wiederholte Umschläge aus reifen Erdbeeren und Rautenblättern sollen dem Wiederauftreten der Frostbeulen vorbeugen. Einreibungen mit Branntwein, Eichenrindenabkochung, Kampfergeist und andere *zertheilenden, zusammenziehenden Mitteln* sind beim herannahenden Winter empfohlen. Bei *entstehender Kälte* lege man auf die prädisponierten Stellen *ein Stück getrocknete Schweinsblase, mir Stein= oder Terpenthinöl bestrichen, auf.*⁴

4.1.8 „Von den Warzen“

Der Entfernung von Warzen (*Verruca*) widmet *Bräutigam* ein eigenes Kapitel von rund zwei Seiten Länge. Er differenziert diese in „Hänge- oder Stielwarzen (*Verruca pensilis seu Acrochordum*)“, jene hängen birnenförmig an einem dünnen Stiel (Wurzelfaser), und in „flach liegende, fest sitzende Warzen (Ver-

¹ Hilfstaxe (1963), S. 327.

² Bräutigam (1850), S. 134.

³ Bräutigam (1850), S. 135.

⁴ Bräutigam (1850), S.137.

ruca sessilis, Potrum)“, die mit der ganzen Grundfläche auf der Haut festsitzen, zuweilen mit tiefer liegenden Hautschichten verwachsen. *Sind sie von äußern Ursachen, Druck, Reibung, Stoß, hervorgekommen, so verschwinden sie bald wieder; wird ihre Entstehung von innern Ursachen hergeleitet, worüber man aber nur Vermuthungen hat, so kommen sie oft sehr zahlreich hervor, verschwinden und erscheinen wieder, und bleiben zuweilen für's ganze Leben. Junge Leute sind häufiger mit Warzen beschwert, als ältere.*¹ Bei häufigeren äußeren Reizen entstehen darüber hinaus manchmal Geschwüre mit Blutungsneigung.

Die Stiel- oder Hängewarzen wie auch die festsitzenden, die nicht mit einer zu breiten Grundfläche wurzeln, sondern einen Hals bilden, können durch Unterbindung (vom Autor als Methode A bezeichnet) entfernt werden. Hierzu wird ein seidener Faden, ein Pferdehaar oder Klaviersaitendraht um den Stiel der Warze gelegt, festgezogen, jedoch so, daß keine Schmerzen auftreten, dreht diesen täglich fester, *worauf die Warze welk wird und nach und nach abfällt. Die Warzen mit breiten Grundflächen zieht man mit den Fingernägeln so viel als möglich in die Höhe und führt auch hierbei die gerade zuvor angeführte Unterbindungsprozedur durch. Die Warze hebt sich allmählig empor, daß sie sehr leicht mittels einer Zange vollends herausgezogen werden kann. Die Stelle wird hierauf mittelst eines zertheilenden Pflasters bedeckt, wodurch die noch vorhandene Verhärtung zertheilt wird.*²

Alternativ beschreibt der Autor zwei weitere Methoden zur Warzenentfernung. Methode B beinhaltet das Auflegen eines harten Körpers (Bleikugel, Metallblättchen, Münzstück), welcher mittels einer Binde auf die betroffene Stelle fixiert wird, wodurch ein anhaltender Druck ausgeübt wird, der „oefters“ die Warzen „vertreibt“. Methode C beschreibt die Methode des Ätzens, unter anderem mit Höllenstein, Vitriolöl (doch diese ätzenden Mittel seien mit Vorsicht anzuwenden, weil hierdurch Geschwüre oder zumindest „üble“ Narben entstehen können) oder mit *Cantharidentinctur, Salmiakgeist, Schöllkraut, Wolfsmilchsaft, Fei-*

¹ Bräutigam (1850), S. 138.

² Bräutigam (1850), S. 138-139.

*genblättersaft, Abkochungen von Schierling, Weinsteinöl, scharfem Essig in Küchensalz aufgelös't, womit die Warzen oft eingerieben werden (...), wodurch sie herausgehoben und dann leicht entfernt werden können.*¹

Bei bläulich-rot aussehenden, schmerzhaft entzündeten Warzen, die häufig im Gesicht vorkämen, seien obige Methoden nicht anzuwenden – jene wären, wenn möglich, chirurgisch mit dem Messer zu entfernen. Eiternde Warzen seien im übrigen wie ein Geschwür zu behandeln.

4.1.9 „Von den Hühneraugen, Krähenaugen oder dem Leichdorn“

Im nachfolgenden drei Seiten umfassenden Kapitel beschreibt *Bräutigam* anschaulich die Therapie von Hühneraugen (*Clavus pedis*). Diese bestehen *aus kleinen Horntheilchen (Zellen), wie die Epidermis und entsteht dadurch, daß durch Druck einer Hautstelle gegen die knöcherne Unterlage eine Blutstockung in den oberflächlichsten Hautgefäßchen entsteht, wodurch eine Flüssigkeit aus ihnen austritt, die sich zu Oberhautzellen weiter bildet. Sie entstehen gewöhnlich vom Tragen engen oder zu weiten Fußwerkes und werden immer über Knochen sitzend gefunden.*²

Um einen Klavus vollständig zu entfernen, müssen dem Autor zufolge zuerst die Ursachen behoben werden, so insbesondere durch einen Wechsel zu passendem Schuhwerk. Nachdem der Leichdorn durch ein Bad *erweicht ist, schneidet man ihn schichtweise ab. Gelänge dieses jedoch nicht, so bedeckt man das Hühnerauge mit einem mehrfach zusammengelegten, erweichenden Pflaster, – für das Bräutigam drei verschiedene Rezepturen anbietet – das in der Mitte ein Loch hat oder gefenstert ist und so aufgelegt wird, daß der Leichdorn gerade in die Oeffnung hineinpaßt, wodurch er vor allem Drucke geschützt wird. Das Pflaster sei täglich abzunehmen, wobei das Hühnerauge mit einer „Fettigkeit“ eingerieben wird, wodurch dasselbe erweicht wird und nach und nach leicht abgehoben werden kann.*

¹ S. Bräutigam (1850), 139.

² Bräutigam (1850), S. 140.

Hilfreich seien zudem Einreibungen *mit flüchtigem Liniment, Citronensaft, Altheesalbe, Pechöl, Rettigsaft, Hauswurzblätter*. Nach Entfernung des Leichdorns sind die betroffenen Stellen sorgfältig vor Druck zu schützen, weil sich hier sonst neue Klavi ausbilden können.¹

4.1.10 „Von den Verrenkungen“

Luxationen und Dislokationen sowie ihre chirurgisch-handwerklich durchzuführenden Repositionen werden auf etwas über 14 Buchseiten dargestellt, teilweise auch recht ausführlich in der Beschreibung anatomischer und orthopädischer Gegebenheiten. Dabei unterscheidet der Autor verschiedene Arten einer Verrenkung wie folgt: Bei einer „vollkommenen Verrenkung (Luxatio completa s. perfecta)“ ist das Knochenende vollständig aus seiner Gelenkhöhle herausgetreten, die Gelenkteile liegen nebeneinander; bewegt sich der luxierte Gelenkkopf noch auf dem Rand der Pfanne oder auf einem ihrer anderen Teile, wobei sich die Knochenenden noch teilweise berühren, so wird dieser Zustand als „unvollkommene Verrenkung (Luxatio incompleta seu imperfecta)“ bezeichnet. Ist die „Ausrenkung“ ohne erkennbare (äußere) Ursache, zum Beispiel durch ein Trauma erfolgt, so wird von einer „einfachen Verrenkung (Luxatio simplex)“ gesprochen. Wird hingegen eine solche von Quetschungen, Wunden, Frakturen, inneren Verletzungen der Gelenkumgebung, Rupturen von Muskeln, Sehnen, Bändern, Nerven begleitet, so wird diese als „verwickelte, complicierte Verrenkung (Luxatio complicata)“ bezeichnet. Eine „zusammengesetzte Verrenkung (Luxatio composita)“ liegt vor, wenn an einem Glied mehrere Verrenkungen gegeben sind, wie dies der Fall ist, wenn zum Beispiel der Oberarm und das Schlüsselbein zugleich luxiert sind. Als weitere Verrenkungsformen werden „Luxatio primaria“ (hierbei verharrt der Gelenkkopf in der durch die Verletzung verursachten Stellung), „Luxatio sekundaria“ (hier wurde der Gelenkkopf „durch Muskelwirkung an eine andere Stelle gezogen“), „Luxatio recens“ (erneut auftretende Verrenkung), „Luxatio inveterata“ (der Verletzungszeitpunkt liegt meh-

¹ Bräutigam (1850), S. 141-142.

rere Tage, Wochen oder Monate zurück) und „Luxatio congenita“ (angeborene Verrenkung) genannt.

Am Ende seiner Übersicht zur allgemeinen Darstellungen der Verrenkungen führt *Bräutigam* aus, daß zur *Cur einer Luxation (...) folgende Heilanzeigen zu befolgen sind. Man muß 1) den luxierten Knochen in seine natürliche Lage zurückzubringen suchen, 2) denselben in der wiederhergestellten Lage zu erhalten suchen, 3) den die Luxation begleitenden Ereignissen gehörig begegnen.*

Die Reposition habe *so schnell als möglich nach geschehener Verletzung zu erfolgen, ehe Entzündung und Anschwellung eintreten, wo sie dann schmerzhaft ist und einen üblen Ausgang nehmen kann. Läge bereits eine Entzündung vor, so muß derselben durch Blutentziehungen, zertheilende, herabstimmende Mittel begegnet werden. Die Zurückbringung des ausgerenkten Theils in seine natürliche Lage erfordert die Aus- und Gegenausdehnung (Extensio et Contraextensio).*¹ Besagte Ausdehnung erfolgt, wenn möglich, an dem dem verrenkten Teile nächstfolgenden Gliedmaß, um hierdurch Muskelkontraktionen zu vermeiden. Diese chirurgische Maßnahme sei ohne Hast oder besondere Kraftanstrengung durchzuführen. Die Gegenausdehnung kommt an dem Teil zur Anwendung, mit dem der luxierte Knochen ursprünglich verbunden war. *Alle Theile müssen in gleicher Spannung, die Muskeln in gehöriger Erschlaffung sich befinden; dieses bewirkt man durch die halbgebogene Lage; die Reduction geht dann viel leichter, schmerzloser von Statten.*²

Bräutigam zufolge sucht der Wundarzt dann *durch sanfte Bewegungen des Gliedes den Knochenkopf beweglich zu machen, unterstützt den Kopf, hebt ihn aus seiner Lage empor, zieht ihn nach vorwärts, daß er der Gelenkhöhle gleich steht, und indem mit der Ausdehnung etwas nachgelassen wird, hebt er den Kopf über den Rand der Gelenkpfanne hinweg (welches aber meistens schon ohne Mithülfe durch die Wirkung der Muskeln geschieht), wo dann derselbe in seine Gelenkhöhle zurückspringt. (...) Ist der Chirurg mit der Gelenkgestalt und den Gelenkumgebungen in anatomischer Hinsicht genau bekannt, so kann er mit wenig Kraftaufwand die Reduction bewerkstelligen. (...) Bei älteren Luxationen oder an starken, muskulösen Theilen, überhaupt wo die Kraft*

¹ Bräutigam (1850), S.148.

² Bräutigam (1850), S.149.

*der Hände nicht ausreicht, muß man die Aus- und Gegenausdehnung durch Maschinen, Schlingen, Bänder Handtücher etc. bewerkstelligen. Hat das luxierte Glied schon wieder einige Beweglichkeit erlangt, so unterlasse man die Reduction.*¹

Nach erfolgter Reposition ist der eingerichtete Knochen in seiner Lage ruhigzustellen (Retention), und zwar durch Anlegen von Kompressen um das betroffene Gelenk herum mit anschließender Fixierung in einer Tragebinde. *Sobald die ersten 14 Tage verflossen sind, lös't man den Verband vorsichtig und nimmt die erste Bewegung mit dem Gliede vor, um Steifigkeit des Gelenks zu verhüten.*

(...) Bei eintretender Entzündung bekämpft man dieselbe durch Blutentleerung und antiphlogistisch. Verhalten, wässerige Speisen und Getränke, äußerliche Anwendung kalter Aufschläge, Essig, Branntwein.

*Bei Quetschungen wendet man örtliche Blutentziehungen an, macht kalte Aufschläge, läßt Diät und Ruhe beobachten.*²

Eine oftmals nachbleibende Erschlaffung des betroffenen Gliedmaßes läßt sich mit Ruhe, vorsichtigen Bewegungen sowie zum Beispiel durch „Einreibungen stärkender, reizender Substanzen“ (wie unter anderem Branntwein, Ameisenspiritus) oder durch häufige Bäderanwendungen mit Abkochungen aromatischer Kräuter (Pfefferminze, Rosmarin, Lavendel etc.) begegnen. Bei einer „alten“ Luxation suche man eine Zeit lang vor der vorzunehmenden Reposition die Muskeln, Bänder und Gelenkteile, die sich durch ihre widernatürliche Lage gleichsam verkürzt und geschrumpft darstellen, durch „erweichende“ Einreibungen von Salben, Ölen, örtliche Anwendungen von warmen Wasserbädern beziehungsweise Dämpfen etc. elastischer zu machen. Auch mit Hilfe von mechanischen Geräten, besonders durch den Flaschenzug, läßt sich eine stufenweise, allmähliche „Aus- und Gegenausdehnung“ erzielen. Sich auf die Luxation des Oberarmknochens aus dem Schultergelenk beschränkend, – „welche eben so häufig ist, als die aller anderen Knochen zusammengenommen“ – beschreibt der Autor recht anschaulich und ausführlich die Technik einer Reposition, wobei er zuvor anmerkt, daß die Bewegungsmöglichkeiten des

¹ Bräutigam (1850), S. 149-150.

² Bräutigam (1850), S. 151.

Oberarms die „freiesten“ des ganzen Körpers vorstellen; somit kann er *nach allen Seiten, Richtungen gedreht und gewendet werden, wodurch derselbe die von der Natur ihm angewiesene Stelle und Verrichtungen geschickt verwaltet, aber auch durch seine allzufreie Bewegung am ersten einer Luxation ausgesetzt ist. Zudem unterscheidet und beschreibt Bräutigam „primäre“ Verrenkungen (keine Zerreißung der Weichteile oder keine Fraktur), so kann der Oberarm sich nur nach unten in die Achselhöhle verrenken; hier kann er stehen bleiben, sowie „secundäre“ Verrenkungen, wobei der Oberarm nach vorne oder nach hinten tritt.*¹

Zur Wiedereinrichtung (Reduktion) eines luxierten Oberarms fhrt der Autor drei Methoden an. Bei der ersten zum Beispiel stellt sich der *Wundarzt zur Seite des Armes, macht mit der einen Hand, womit er das luxierte Glied umfaßt hält, steigende Bewegungen, mit der anderen Hand bestrebt er sich, den Knochenkopf aus seiner falschen Lage beweglich zu machen und emporzuheben, und unterstützt unterdessen das Knochenende mit der einen Hand. Ist der Gelenkkopf emporgehoben und der Gelenkfläche gerade gegenüber gebracht, so läßt man mit der Extension etwas nach, wo dann der Kopf meistens von selbst, von einem schallenden Geräusch begleitet, in seine Gelenkhöhle zurückspringt, oder wo dieses nicht der Fall ist, bestrebt man sich, den Kopf über den Rand der Pfanne hineinzuheben, nimmt sich aber dabei wohl in Acht, umliegende Bänder zu verletzen. Nicht selten geschieht die Einhebung in die Pfanne in Folge von Muskelzusammenziehung.*²

4.1.11 „Die Verstauchung, Verdrehung“

Eineinhalb Buchseiten sind in der Folge den Distorsionen („Distractio, Contorsio) gewidmet, welche *Bräutigam* zufolge am häufigsten in „charnier- und plattfrmigen Gelenken“ vorkommen. Dabei verbleibt das betroffene Gliedmaß in seiner natürlichen Richtung, *aber die Gelenkbänder, Muskeln, Aponeurosen und Flechsenscheiden (= Sehnenscheiden) werden verzerrt, gedehnt und oft verschoben,*

¹ Bräutigam (1850), S. 152-153.

² Bräutigam (1850), S. 155.

*gequetscht, nicht selten entstehen Einrisse in diese Theile; außerdem können hierbei Hämatome entstehen.*¹

Die Therapie einer Distorsion besteht darin, die verdrehten Bänder, Muskeln etc. *durch sanftes Streichen, Drücken, Hin- und Herbewegen des Gliedes, jedoch mit Vorsicht, in ihre Ordnung zurückzubringen.* Einer Entzündung läßt sich dabei durch *Aufschläge aus kaltem Wasser mit Salz oder Essig vermischt, Anlegung von Blutegeln, Setzen von Schröpfköpfen (ein- oder mehrmals) und anderen zertheilenden Mitteln vorbeugen.*²

4.1.12 „Von den Beinbrüchen, Knochenbrüchen“

In diesem Kapitel schildert *Bräutigam* auf rund 16 Buchseiten Knochenfrakturen und deren Behandlung. Der Autor unterscheidet dabei vollkommene („Fractura completa“), unvollkommene („F. incompleta“), einfache („F. simplex“), doppelte („F. duplex“) und komplizierte beziehungsweise vermischte („F. complicata“) Knochenfrakturen sowie Splitter- („F. comminuta“), Quer- („F. transversalis“), Schief- („F. obliqua“) und Spalt- beziehungsweise Schlitz- oder Longitudinalbrüche („Fractura seu Fissura longitudinalis“).

Dem Autor zufolge kann die Kraffteinwirkung, die einen Knochenbruch herbeiführt, *durch innere Ursachen begünstigt werden, so zum Beispiel durch hohes Alter, wo der Körper ausgemergelt und kraftlos ist und wenig thierischer Leim in die Zusammensetzung der Knochensubstanz kommt, sowie nach Erkrankungen, wie Skorbut, Rachitis, Gicht, Syphilis u.a.m, wodurch die Brüchigkeit der Knochen besonders begünstigt wird.*³

Als mögliche Komplikationen bei Knochenfrakturen nennt der Autor zum Bei-

¹ Bräutigam (1850), S. 157.

² Bräutigam (1850), S. 158.

³ Bräutigam (1850), S. 160.

spiel Entzündung, Eiterung, Fieber, Konvulsionen, Wundbrand, Nekrosen. Bei Splitterbrüchen können außerdem Zerreißen von Arterien, Venen, Nervengewebe und Weichteilen entstehen, *woraus tödtliche Blutungen, Convulsionen, Tetanus erfolgen, und öfters ist die Amputation des ganzen Gliedes noch das einzige Rettungsmittel.*¹ Darüber hinaus hätten Splitterbrüche häufig Verkürzungen des betroffenen Gliedes zur Folge; brüche hingegen ein Knochen in einem Gliedmaß, welches aus zwei Knochen besteht, wie der Vorderarm, Unterschenkel, so sei keine Verkürzung des Gliedes zu befürchten.

Eine einfache Knochenfraktur, die *gehörig vereinigt und zweckmäßig im Verband erhalten wird,*² verheile bei ansonsten gesunden, kräftigen, insbesondere bei jüngeren Patienten, wenn keine Komplikationen hinzukommen, jeweils im Durchschnitt an den Oberschenkelknochen in acht bis neun Wochen, am Vorderarm- und Unterschenkel- sowie am Oberarmknochen in sechs Wochen, an den Rippen, Schlüsselbein-, Hand- und Fußknochen in drei Wochen. Im Frühjahr und Herbst verheilten Frakturen schneller als in den Sommer- und Wintermonaten, im vorgerückten Alter sowie auch bei Schwangeren langsam, im rüstigen Mannes- und Jugendalter schneller, und bei Kindern am schnellsten.

Die Diagnose einer Fraktur sei dem Autor zufolge an jenen Stellen schwieriger zu stellen, *wo der Knochen stark mit Muskeln etc. bedeckt ist, wo der Bruch alt, oder wo zwei Knochen, wie die Schienbein- und Wadenbeinröhre (Tibia et Fibula), die Ellbogenröhre und Speiche (Ulna et Radius), neben einander liegen und bloß einer davon zerbrochen ist, wo schon Entzündung und starke Geschwulst zugegen ist.*³

Den Heilungsprozeß einer Knochenfraktur hat der Chirurg *nur durch die Wiedervereinigung der zerbrochenen Knochenstücke, durch das Erhalten derselben in ihrer nothwendigen Lage, und nöthigenfalls durch zweckmäßige Arzneimittel die Natur in ihrer Heilung unterstützen. (...) Die Wiedervereinigung der Knochenenden erfolgt*

¹ Bräutigam (1850), S. 160.

² Bräutigam (1850), S.162.

³ Bräutigam (1850), S. 163.

durch Neubildung von Knochen (*Callus, Knochennarbe*), entweder in Folge von Verklebung (*adhäsiver Entzündung*) oder von Eiterung.¹

Die sogenannte Verklebung besteht nach *Bräutigam* darin, daß sich bei ihr eine Entzündung des Knochens und Periosteums bildet, an der mehr oder weniger auch umliegende Weichteile beteiligt sind. *Es geschieht eine Ausschwitzung von Faserstoff aus den Blutgefäßen des Knochens (Markhöhle und Rindensubstanz) und der Weichteile; diese ausgeschwitzten Stoffe gehen Verbindung mit Knochen und Weichteilen ein, werden fester und enthalten neue Gefäßchen. Durch diese Vereinigung bildet sich eine Art Kapsel um die Bruchenden, eine Art Ring, der allmählig zu Knorpel und endlich zu Knochen wird; er hängt fest am Knochen an. (...) Liegen die Bruchenden übereinander, so verschmelzen sie miteinander.*²

Bei der Eiterung entwickeln sich demgegenüber in der Abszeßhöhle, welche die Bruchstelle umgibt, *Fleischwärtchen, die auch zwischen die Bruchenden sich einlegen können*. Wie bei der Verklebung bildet sich auch hier die an der Knochenoberfläche und an den Bruchenden „ausgeschwitzte Substanz“ zu Knorpel und endlich zu Knochen um. Eine übermäßige Kallusbildung – eine solche entsteht meistens bei „saft- und kraftvollen Subjecten“, bei fehlerhaftem Zusammenwachsen der Knochen, durch „nachlässigen, fehlerhaften“ Verband und durch allzufrühe Bemühungen, das frakturierte Gliedmaß zu bewegen – wird durch *gehörige Einrichtung, Zusammenfügung der Bruchtheile und das Anlegen eines etwas festen, zweckmäßigen Verbandes eingeschränkt*.³ Darüber hinaus sei bei „robusten, saftreichen“ Patienten eine flüssige, strenge Diät angezeigt.

Die Verheilung eines Knochenbruchs wird zusammengefaßt – 1.) *durch das Wiedereinrichten der Bruchstücke in ihre natürliche Lage; 2.) das Erhalten derselben in gegenseitiger Berührung und Lage; 3.) dadurch, daß wir den entstehenden schlimmen Zufällen gehörig begegnen – unterstützt und „befördert“*.⁴

Zur Wiedereinrichtung (Reposition) sei der Patient vorsichtig und schonend zu entkleiden, nötigenfalls sind die Kleidungsstücke in den Nähten aufzutrennen,

¹ Bräutigam (1850), S. 163-164.

² Bräutigam (1850), S. 164-165.

³ Bräutigam (1850), S. 165-166.

⁴ Bräutigam (1850), S. 166.

damit die Bruchenden keine Weichteile verletzen oder *das Glied sonst Schaden leide. Dann wird der Kranke in diejenige Lage gebracht, worin er bis zu seiner Verheilung verbleiben kann. Das Lager muß weich, hinlänglich bequem, von allen Seiten zugänglich, allen Bedürfnissen gehörig entsprechend sein.*

Um die Knochen wieder zu vereinen, ist dem Autor zufolge die „Aus- und Gegenausdehnung“ (Distraktion) erforderlich. Ist das betroffene Gliedmaß beiderseits gut umfaßt, gegebenenfalls auch unter Assistenz eines „bewanderten Gehülfen“, so wird besagte Ausdehnung allmählich, gleichmäßig, stufenweise fortschreitend durchgeführt, und zwar erst in die Richtung, in der sich das Bruchstück befindet, dann langsam zur natürlichen Richtung übergehend, bis das erkrankte Glied etwas länger erscheint als das dagegen gehaltene gesunde. Danach *drückt der Chirurg die fühlbare, ausgewichenen, gleichsam beweglich gemachten Knochenstücke und Unebenheiten mittelst der Hände zurück und gleich, fügt die Knochen genau an einander, daß Alles in gehöriger Berührung harmonirt (Coaptatio). Sind Knochensplitter da, so drückt man solche sanft an; sind sie in die fleischigen Theile bis nahe unter der Haut eingedrungen, so sieht man sich genöthigt, wenn die Zurückbringung nicht möglich ist, einen Einschnitt zu machen und solche auszuziehen.*¹

Bei vollständig gelungener Reposition verschwänden am von einer Fraktur betroffenen Gliedmaß alle Unebenheiten und Fehlformen; die normale Lage beziehungsweise Form kehre zurück, „die Schmerzen verlieren sich bis auf einen dumpfen, tiefliegenden Schmerz“. Die „Aus- und Gegenausdehnung“ ist so lange durchzuführen, bis das Anlegen eines Verbandes möglich wird, um die jetzt eingerichtete Fraktur in ihrer Lage zu fixieren. Hierzu dienen Schienen, Binden, Kompressen und Bänder, unter Umständen auch besondere Apparaturen, bei Brüchen der unteren Extremitäten außerdem Strohballen. Schienen werden aus Holz, Pappe, Leder, Blech etc. angefertigt. Vor ihrer Verwendung werden Leder, Pappe etc. mit warmem Wasser befeuchtet, wodurch sie dann leicht die Form des verletzten Gliedes annehmen. Um den „beschwerlichen Druck“ zu mildern, werden diese mit Werg, Charpie oder Leinwand ausgefüllt. Beim Anlegen des Verbandes wird zuvor eine mit verdünntem Essig oder

¹ Bräutigam (1850), S. 166-168.

Branntwein befeuchtete Kompresse auf die Bruchstelle appliziert, dann wird rund um die Bruchstelle eine sogenannte Zirkelbinde oder auch eine 18-, 22- oder vielköpfige Binde darüber angelegt. Die sogenannte 22- wie auch die vielköpfige Binde wird bei Frakturen der unteren Extremitäten empfohlen, deren Anfertigung aus Leinwand sowie deren Anwendung bei den verschiedenen Frakturarten ausführlich vom Autor dargestellt werden. *Will man vorhandene Wunden verbinden, so nimmt man die Binde so weit ab, als dazu nöthig ist. Zu beiden Seiten legt man Schienen an, welche der Größe und Form des Gliedes entsprechen, und befestigt solche mit Zirkeltouren oder Bändern, (...). Um den Verband mehr zu schützen und ihm mehr Festigkeit zu geben, legt man das Glied in eine Stroh- oder Beinlade (Lectulus seu Torulus stramineus) (...).*

Sobald nach der Anlegung des Verbandes der Theil von Schmerzen befreit wird, so liegt derselbe gehörig fest an. Bei einem einfachen Bruche braucht der Verband vor dem achten Tage nicht erneuert zu werden, während welcher Zeit sich der Entzündungsreiz und die Geschwulst gelegt hat, (...).¹

Mit großer Vorsicht sei der Verband dann alle vier bis sechs Tage zu wechseln. Von Beginn des Anlegens eines Verbandes an *wird das Glied in angemessene, ruhige Lage gebracht, (...).* Bei einer Fraktur des Oberschenkelknochens zum Beispiel sei das betroffene Glied fortlaufend in ruhiger Lage zu fixieren, dabei muß die Brust *etwas mehr erhöht werden, die Schenkel erhalten eine horizontale Lage, die Unterschenkel müssen etwas tiefer liegen; öfters ist es nöthig, daß der Schenkel durch eine zeitlange Ausdehnung durch Maschinen oder umgelegte Schlingen in seiner Spannung und Lage erhalten werde.²*

Bei möglichen Komplikationen, wie starker Entzündung oder Geschwulstbildung, seien *allgemeine und örtliche Blutentziehungen, antiphlogistisches Verhalten, strenge Diät und kühlende Getränke angezeigt.* Bei Quetschungen werden von *Bräutigam* Verbände mit kaltem Wasser, Eis, Essigwasser sowie Bleiwasser empfohlen. Auftretende Eiterungen seien nach den oben angeführten Regeln zu behandeln. Multifrakturen ganzer Gliedmaßen, Gelenke sowie begleitende schwerwiegende Nervenverletzungen erfordern häufig die Amputation.

¹ Bräutigam (1850), S. 170-171.

² Bräutigam (1850), S. 172.

Unruhigen oder unter Schlaflosigkeit leidenden Patienten sei oral Opium zu verabreichen. Wenn die Knochenenden verheilt und der Kallus ausgehärtet ist, kann der Verband entfernt werden, wonach um das betroffene Gliedmaß eine wollene Binde anzulegen ist, *worauf die Geschwulst des Theils sich nach und nach verliert*. In der Folge soll das Glied täglich mit der größten Behutsamkeit mit dem Gelenk bewegt werden. Wenn dies zu früh geschieht, *so wankt er* (hiermit ist der Bruch gemeint), *giebt sich aus einander, das Glied verliert seine gute Gestalt, verkrümmt oder verkürzt sich*.¹ Bei Kraftlosigkeit empfiehlt sich darüber hinaus die Anwendung belebender, reizender, stärkender Mittel, das Frottieren mit warmen Tüchern, warme Bäder sowie Einreibungen mit Kampherspiritus, Salmiakgeist, Ameisenspiritus u.a., spanische Fliegentinktur, ätherische Substanzen, ein Peitschen mit Brennesseln und dergleichen mehr.

Als weitere schwere nachfolgende Komplikationen benennt der Autor rheumatische Schmerzen, Gelenksteifigkeit, „winkelige Aneinanderheilung, falsches Gelenk“. Infolge einer Eiterung können sich außerdem Knochenstücke ablösen. Ferner können dabei Entzündungen innerer Organe auftreten.

Als Resümee führt *Bräutigam* an: *Die Heilung der Knochenbrüche erfordert sehr oft viele Kenntnisse, die größte Umsicht und Ausdauer!*²

4.1.13 Scheintod (Asphyxia) und Reanimationsmaßnahmen

Auf knapp 14 Seiten schildert *Bräutigam* die Unterscheidung zwischen wirklich eingetretenem Tod und komatösen Zuständen mit Bewußtlosigkeit, Areflexie, Muskelatonie und scheinbarem Fehlen von Atmung und Puls. Zudem schildert der Autor jeweils durchzuführende Wiederbelebungsmaßnahmen bei Scheintoten beziehungsweise Bewußtlosen durch Ertrinken, Erhängen oder Erwürgen, Erfrierung, Blitzschlag sowie durch Gasvergiftungen (Kohlenmonoxid, Schwefelwasserstoff).

¹ Bräutigam (1850), S. 174.

² Bräutigam (1850), S. 174-175.

Zu Beginn seiner diesbezüglichen Ausführungen berichtet der Autor, daß nicht selten, insbesondere auf dem Lande, in Ermangelung eines Arztes der Barbier aufgefordert wird, bei Scheintoten eine Wiederbelebung zu versuchen. Allerdings sei *wegen übler Folgen (...) stets ein Arzt nachzuholen*.¹

Bräutigam zufolge sei das einzige sichere Zeichen, den wirklich eingetretenen Tod festzustellen, der einsetzende Fäulnisprozeß; doch diesen abzuwarten sei *mehr als unvorsichtig (...), so muß man aus dem Zusammenkommen mehrerer anderer Zeichen im einzelnen Falle zu einer Entscheidung zu kommen suchen*. Und weiter heißt es bei *Bräutigam*: *Die merkwürdigen, günstigen Erfolge von Wiederbelebungsversuchen unter den ungünstigsten Zeichen fordern auf, nicht zu schnell mit der sicheren Entscheidung für wirklichen Tod zu sein*.²

Als unsichere Todeszeichen führt der Autor in dieser Reihenfolge auf:

- Kein Puls- oder Herzschlag, aus eröffneter Vene fließt kein Blut
- Keine Atmung
- Absinken der Körpertemperatur
- Gliedersteife, Totenstarre
- Trübung der Kornea
- Unempfindlichkeit gegenüber äußeren Reizen.

Ferner seien diesbezüglich noch weniger sichere Zeichen eine Veränderung der Muskeln der Gesichtszüge und -farbe, Erschlaffung der Muskeln, „dumpfiger Geruch“. Zudem seien grünlichgelbe mit Blut unterlaufene Flecke nicht mit den bläulichroten Totenflecken zu verwechseln.

Zu den Unglücksfällen, die häufig den scheinbaren oder wirklichen Tod herbeiführen, zählt der Autor: Ertrinken, Erfrieren, Erhängen, Blitzschlag, Blockierung der Atemwege, starke Erschütterungen des Kopfes und/oder des Rückenmarks, Einatmen toxischer Gase u.a.m..

Die einzelnen Behandlungsschritte in solchen Fällen bestehen aus 1.) Entfernung der Ursache; hierzu bringe man *den Verunglückten vorsichtig in eine passende*

¹ *Bräutigam* (1850), S. 175.

² *Bräutigam* (1850), S. 176.

Lage, Kopf und Brust etwas erhöht, entkleide ihn ruhig und ohne Gewalt, bringe ihn an die frische Luft. 2.) Wiederbelebungsmaßnahmen; mit den schwächeren beziehungsweise einfacheren sei zu beginnen, *ruhe zuweilen aus und verliere nie die Geduld. Man hat noch nach 48stündigen Bemühungen glücklichen Erfolg gehabt.* Zu diesen Maßnahmen zählen a.) *Erweckung des Athmens. Man drücke die Nasenlöcher zu, den Kehlkopf zurück und blase mit dem Munde, mit einem Röhrchen oder mit einem kleinen Blasebalg Luft ein; bei geschlossenem Munde geschieht dies durch die Nasenlöcher und stets nach Art des Athmens. (...)* Dabei oder danach drückt man den Brustkasten seitlich von unten nach oben;¹ b.) Reizung der Haut und Nasenschleimhaut. Hierzu dienen Abreibungen des Körpers mit Flanell, insbesondere am Rückgrat und Brustkasten. Hierzu können auch „belebende“ Flüssigkeiten (wie Essig, Branntwein, Salmiakgeist) angewandt werden. Die Ab- oder Einreibungen lassen sich auch im kalten oder lauwarmen Wasser durchführen. Unter anderem können auch die Fußsohlen mit einer harten Bürste massiert werden. Die Nasenschleimhaut kann durch starke Gerüche (Salmiakgeist, angebrannte Federn, Schwefel) oder durch Kitzelreiz im Hals-Rachen-Bereich gereizt werden; und c.) Reanimation des Blutkreislaufes durch Aderlaß, und zwar hauptsächlich dann, wenn das Gesicht aufgedunsen und bläulichrot erscheint, wenn die Augen blutunterlaufen und vorgetrieben, wenn die Lippen blau, die Zunge angeschwollen und alle Blutgefäße am Kopf aufgetrieben seien.

Erste Zeichen wiedererwachenden Lebens sind dem Autor zufolge leichte Zuckungen der Gesichtsmuskeln und Augenlider, eine geringfügige Röte der Lippen und Wangen, Wärme in der Herzgrube, ein leises Geräusch im Kehlkopf oder leichte Seufzerartikulationen sowie Zeichen eines wiedereinsetzenden Blutkreislaufs. Bei derartigen Zeichen seien die Reanimationsmaßnahmen mit „Schonung und Vorsicht zu verdoppeln“. Ist der Verunglückte imstande Schluckbewegungen auszuüben, so sei die Verabreichung von etwas Wasser, mit Essig, Branntwein, Wein oder einigen Hoffmann-Tropfen vermischt, zu empfehlen. Oft erholten sich die Verunglückten recht schnell, nicht selten jedoch würden später Komplikationen auftreten, die das Leben erneut bedrohen

¹ Bräutigam (1850), S. 178.

(sehr gefährlich seien hier Hirn- und Lungenentzündungen). *Je tiefer der Scheintod war, desto mehr muß man diese Folgen befürchten und man darf daher solche Wiederbelebte nicht sogleich aus den Augen lassen.*¹

4.1.14 Rasiermesser; Ausfallen sowie Grauerwerden der Haare

In den letzten vier Hauptkapiteln auf insgesamt rund 42 Seiten beschreibt *Bräutigam* allein auf etwa 31 Seiten den Gebrauch und die sachgemäße Behandlung, insbesondere auch das Schärfen (Abziehen) von Rasiermessern.

Anhand dieser detaillierten Ausführungen läßt sich unschwer ablesen, daß die Chirurgie in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts noch überaus stark mit dem Handwerk der Bader, Barbieri und Bartschneider verbunden war beziehungsweise in diesen Berufen ihre eigentlichen Wurzeln hatte.

Dennoch lassen sich hier auch Ansätze zu wissenschaftlichen Methoden einer Materialprüfung erkennen, so zum Beispiel in folgenden Sätzen: *Die Schneide eines Rasirmessers, mikroskopisch betrachtet, stellt eine große Anzahl ungemein kleiner, parallel liegender, sägenförmiger Spitzchen (Zähnchen) dar, die, dachziegelartig auf und an einander gereiht, ein Ganzes bilden, (...). Die größten hatten den 700sten bis 550sten Theil eines rhein. Zolles in der Breite und den 3600= bis 2400sten Theil eines rhein. Zolles in der Tiefe.*²

Die restlich verbleibenden elf Seiten des Handbuchs von *Bräutigam* sind dem Haarausfall, dessen Behandlung sowie haarwuchsfördernden und haarfärbenden Mitteln gewidmet, auf die hier näher einzugehen verzichtet werden soll.

¹ *Bräutigam* (1850), S. 180.

² Polytechn. Mittheilungen von Karmarsch, Hannover 1845, Heft 1 und 2 (zit. in *Bräutigam* -1850, S.199-200).

5 „Niedere Chirurgie“ in Halle – Anfänge eines chirurgischen Unterrichts an der Universität

5.1 Halle an der Saale – ein kurzer stadthistorischer Überblick bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts

Zur Anfertigung des nachfolgenden stadthistorischen Überblicks wurden verschiedene Quellen herangezogen, wie Rundes Chronik aus dem Jahre 1933¹, die Studie von Hofmann vom Jahre 1977², die Stadtbeschreibung von Grosse und Foerster von 1988³ sowie den Stadt- und Geschichtsführer von Rohleder aus dem Jahre 1992⁴.

Das Wort „Halle“ ist keltischen Ursprungs und bezeichnet einen Ort der Salzgewinnung, wie auch Namen anderer Städte in Deutschland, so zum Beispiel Schwäbisch Hall oder Bad Reichenhall.

Nach dem Sieg der Franken über das Thüringer Reich im Jahre 531 nach Christus und nach der Abwanderung germanischer Stämme besiedelten Westslawen im 7. und 8. Jahrhundert das Gebiet zwischen Elbe und Saale. Im Jahre 766, nachdem der fränkische König *Pippin* die Sorben bei Naumburg entscheidend geschlagen hatte, wichen die Slawen über die Saale zurück. Von der Mitte des 9. Jahrhunderts an hatte sich aus dem östlichen Teil des Reiches *Karls des Großen* das spätere Deutsche Reich entwickelt. Halle lag an seinem Ostrand, bis König *Heinrich I.* nach seiner Krönung dessen Grenzen gen Osten verschob. *Heinrich* schuf (zwischen 924 und 933) ein wehrfähiges Reichsburgensystem. Unter dem Schutz der Reichsburg Giebichenstein entwickelte sich der Salzort „Halla“ zu einer bedeutsameren Siedlung.

Im Jahre 961 übereignete Heinrichs Sohn König *Otto I.* dem Kloster St. Moritz in Magdeburg unter anderem den Burgort Giebichenstein mit seiner Salzquelle.

¹ Vgl. Rundes Chronik der Stadt Halle (1933), S. 176-178, 439-440.

² Vgl. Hofmann (1977), S. 37-48.

³ Vgl. Grosse und Foerster (1988), S. 3-13.

⁴ Vgl. Rohleder (1992), S. 6-37.

In jener Schenkungsurkunde wurde Halle erstmals urkundlich erwähnt, weshalb das Jahr 961 auch als das Gründungsdatum der Saalestadt gilt. Für die Stadt Halle setzte ein rund 700jähriges politisches und wirtschaftliches Abhängigkeitsverhältnis vom Erzbistum Magdeburg ein.

Zur Überwachung der Salinenproduktion setzte der Erzbischof einen sogenannten Salzgrafen ein, der ab dem Jahre 1445 durch den Rat der Stadt gewählt wurde. Durch die Vergabe von „Solgutlehen“ gingen die Quellen und Siedehütten jedoch bald an begüterte Bürger der Stadt, welche sich zu einer „Pfännerschaft“ zusammenschlossen. Sie bildeten über Jahrhunderte hinweg die weltliche Oberschicht der Saalestadt. Zum Ende des 15. Jahrhunderts bildete sich der Begriff der Halloren heraus; er bezeichnet die gesamte mit dem Salz verbundene Bevölkerungsgruppe mit allen Familienangehörigen und deren Besitz. Der Hallorenbezirk zwischen Marktkirche und Saale schuf sich seine eigene Gerichtsbarkeit.

Der mit der Salzproduktion im 12. Jahrhundert verbundene allgemeine Wirtschaftsaufschwung wurde durch den Fleiß und das Können der halleschen Innungen, wie Schuster, Fleischer, Schmiede, ergänzt. Insgesamt begannen sich die städtischen Strukturen zu festigen. Die Größe der Stadt verfünffachte sich. Auf das Jahr 1116 fällt die Gründung des Augustinerklosters Neuwerk vor den nordwestlichen Stadttoren; 1180 folgte das Moritzkloster, 1216 das Servitenkloster, 1231 das Zisterzienser-Nonnenkloster, 1240 das Barfüßer- sowie 1271 das Dominikanerkloster. Auf dem Gelände dieser Klöster stehen heute die wichtigsten Kirchen Halles (die heutige Marktkirche entstand nach 1529 auf Weisung des Kardinals *Albrecht*).

Eine Urkunde aus dem Jahre 1258 nennt erstmalig „Ratsleute“ (bestehend aus Kaufleuten und Handwerkern) der Stadt Halle. Als Selbstverwaltungsorgan vertraten sie die Interessen der Bürger und Innungen gegenüber dem Erzbischof von Magdeburg.

Im Jahre 1263 wurde Halle darüber hinaus erstmalig in einer Urkunde als Stadt benannt. Um das Jahr 1280 erfolgte der Beitritt zum norddeutschen Bund der

Hanse. Vermutlich stammen auch die Stadtfarben Rot-Weiß, die Grundfarben der Hanse, aus dieser Zeit.

Nach einem verheerenden Stadtbrand im Jahre 1312 entstand auf dem Obermarkt ein neues Rathaus; 1341 richtete die Stadt auf dem Domplatz das Hospital Sankt Cyriaci ein, welches bis heute an seinem späteren Standort in Glaucha erhalten ist. In den Jahren 1418-1506 wurde der rote Turm erbaut, dessen Spitze alle halleschen Kirchen überragte.

Die folgenden Jahrzehnte waren von unzähligen militärischen Zwischenfällen und politischen Streitigkeiten mit dem Erzbistum Magdeburg bestimmt. Diese politischen Kämpfe fanden 1478/79 einen tragischen Abschluß. Erzbischof *Ernst von Wettin* besetzte die Stadt, nahm sie unter seine Verwaltung, kündigte die Zugehörigkeit zur Hanse auf und erwählte die Saalemetropole zu seiner Residenz. Von 1484 bis 1503 wurde die Moritzburg erbaut, deren Bastionen sich hauptsächlich gegen die Stadt und ihre Bewohner richteten. Trotz der Bevormundung durch Erzbischof *Ernst* konnte sich die Bürgerschaft eine gewisse Einflußnahme auf städtische Belange erhalten. So schuf der Rat der Stadt im Jahre 1493 die erste Apotheke, als neben Hebammen und Badern jetzt auch die ersten an Universitäten ausgebildeten Ärzte in Halle tätig wurden.

Im Jahre 1545 schlossen sich die Hallenser dem Schmalkaldischen Bund an, dem protestantischen Lager unter Führung des Kurfürsten *Johann Friedrich* von Sachsen. Nach der entscheidenden Schlacht bei Mühlberg im Jahre 1547 zog Kaiser *Karl V.* als Sieger in Halle ein. Somit kehrte der reformationsfeindliche Erzbischof *Johann Albrecht* wieder zurück, jedoch versuchte dieser vergeblich, den Katholizismus gegen den Widerstand der Bürgerschaft wiedereinzuführen.

Ein Stadtgymnasium, das den späteren Ruf Halles als Schulstadt mitbegründete, wurde von der Bürgerschaft im Jahre 1565 eröffnet.

Der Dreißigjährige Krieg (1618-1648) hinterließ den rund 8.000 halleschen Überlebenden ein Ruinenfeld. Bis ins nächste Jahrhundert hinein blieb es bei einer fast vollständigen Lähmung des bürgerlichen Lebens. Hinzu kam die Un-

gewißheit über das weitere politische Schicksal, denn der Friedensvertrag von Münster und Osnabrück bestimmte, daß Halle nach dem Tode des seit 1638 regierenden Administrators August von Sachsen an das Land Kurbrandenburg fallen sollte, was dann im Jahre 1680 geschah. Die Saalemetropole wurde Sitz der Landesregierung des Erzbistums Magdeburg.

Es kam bald zu einem wirtschaftlichen Aufschwung, nicht zuletzt durch 23 Hugenottenfamilien, die sich als Tuchmacher, Uhrenspezialisten, Hutmacher oder Bierbrauer mit besonderen Steuerprivilegien in Halle niedergelassen hatten. Es entstanden zudem neue Produktionsstätten; wobei ein wachsender Übergang vom Kleinstbetrieb zur Manufaktur erfolgte. Halle entwickelte sich sowohl zu einer an Bevölkerung wachsenden Gewerbe- als auch zu einer Handelsstadt. Die Salzproduktion, das traditionsreichste Gewerbe in Halle, wurde jedoch jetzt vernachlässigt.

Im Jahre 1694 erfolgte die Gründung der kurbrandenburgischen Universität Halle; mit ihr war ein bedeutender bildungs- und kulturpolitischer Beitrag geleistet, um die Stellung Kurbrandenburgs gegenüber den benachbarten Staaten und im Reich zu festigen. Diese neue Universität sollte eine wichtige Aufgabe bei der Stärkung der Monarchie erfüllen. Enge Bindungen an die kurfürstliche beziehungsweise königliche Gewalt und ihren Staatsapparat einerseits und „Übereinstimmung“ in der „christlichen Religion und evangelischen Lehre“ auf Grundlage der „Augsburger Konfession“ andererseits, wobei konfessionelle Streitigkeiten und Verketzerung in Glaubensfragen zurückgewiesen wurden, bildeten für die „Statuten der Friedrichs-Universität zu Halle“ („Academia Fridericiana“) die wesentlichen Grundlagen. Zur gleichen Zeit entstand vor den östlichen Toren ein umfangreicher Schul- und Waisenhauskomplex. Als ihr Begründer *August Hermann Francke* (geboren 1663) im Jahre 1727 starb, hinterließ er mit seinem Waisenhaus auch eine große Bibliothek, ein Naturalienkabinett, eine Druckerei, eine Verlagsbuchhandlung, eine Bibelanstalt, eine eigene Klinik sowie Apotheke, die erworbene Papiermühle in Kröllwitz und einige Rittergüter in der Umgebung von Halle. Bis zu ihrer Vereinigung mit der Universität Halle stellten die Franckeschen Stiftungen einen herausragenden Ort der Bildung und der Erziehung junger Menschen dar.

Der Siebenjährige Krieg (1757-1763) hatte für Halle verheerende Folgen. Auf fast sämtlichen Gebieten ihres geistigen und wirtschaftlichen Lebens erlitt die Saalemetropole einen Niedergang, der über Jahrzehnte hinweg anhielt. Die Universität konnte sich hingegen erfreulicherweise von den vergangenen Kriegsereignissen erholen. Die Professoren, Studenten und Bürger der Stadt Halle zeigten sich in einem neuen Selbstbewußtsein, welches insbesondere auf die Französische Revolution (1789-1795) zurückzuführen war. In dieser Epoche galt die Universität Halle als die bestbesuchte Bildungseinrichtung in Deutschland; ihre Gelehrten zeichneten sich durch Modernität und Welt-offenheit aus.

Im Oktober 1806 wurde die Saalemetropole von französischen Truppen im Sturm genommen. *Napoleon* bezog am 19. Oktober im "Riesenhaus" am Großen Berlin Quartier. Es erfolgte die Schließung der Universität, denn dem Imperator entging die patriotische Gesinnung zahlreicher Saalebewohner nicht. Aufgrund hoher Kontributionsforderungen versank die Stadt erneut in Armut.

Im Jahre 1807 fiel Halle an das Königreich Westfalen, dem es bis zum Jahre 1813 angehörte. Nach langwierigen Bemühungen konnte im Jahre 1808 die Universität wieder eröffnet werden. Sogar ein Theater wurde in dieser Zeit eröffnet. Überdies gestattete man dem Arzt *Johann Christian Reil* (1759-1813) die Einrichtung einer Badeanstalt und übertrug ihm die Gesamtleitung über die halleschen Kliniken. Der gewaltlose Widerstand gegen die französische Besatzungsmacht nahm immer weiter zu, bis dann die Befreiungskriege (1813-1815) das Ende der Fremdherrschaft brachten. Am 2. Mai 1813 fiel Halle nach verlustreichen Straßenkämpfen endgültig an Preußen zurück. Im Jahre 1815 kam Halle zur neugebildeten Provinz Sachsen des Königreichs Preußen.

Durch Gebietsveränderungen entfiel die Grenzlage der Stadt Halle, da nun die Städte Merseburg und Weißenfels ebenfalls der neuen Provinz angehörten. Halle lag nun im Mittelpunkt eines neuen Wirtschaftsgebietes, in dem bald eine rasche Entwicklung von Handel und Verkehr einsetzte. Parallel zum überregionalen Straßenbau erfolgte eine großzügige Umgestaltung des halleschen Stadtbildes. Die alten Wallanlagen und Schanzen wurden abgebrochen und

bildeten neugewonnene Bebauungsflächen. Im Jahre 1817 wurden die ehemaligen Amtsstädte Glaucha und Neumarkt eingemeindet, wodurch sich die Gesamtfläche und Einwohnerzahl Halles beträchtlich erweiterte. Doch trotz der erfreulichen Veränderungen innerhalb der Stadt gab es im Hinblick auf eine demokratische Entwicklung starke Gegenkräfte. Zum eingeschränkten Tätigkeitsfeld der Stadtverwaltung kam eine strenge, teilweise schikanöse Überwachung der Universität und insbesondere der liberalen Professoren hinzu.

Die Revolution von 1848/49 hielt auch in der Stadt Halle Einzug. Zur Verteidigung demokratischer Rechte bildete man ein sogenanntes Lanzierkorps. Einige Schüsse auf dem Marktplatz nahm der preußische Staat jedoch zum Anlaß, jedwede demokratische Bestrebungen in Halle schon im Keim zu ersticken, politische Organisationen zu verbieten und die führenden Köpfe der 48er Bewegung hinter Gitter zu bringen.

Trotz der eingeschränkten politischen Möglichkeiten kam es in Halle zu einer rasanten Entwicklung von Industrie und Technik. Bereits im Jahre 1839 gründete sich in der Saalestadt eine „Polytechnische Gesellschaft“, und als am 17. Juli 1840 der erste Eisenbahnzug eintraf, vollzog sich endgültig der Wandel Halles von der Salz- und Schulstadt zur Industriemetropole. In schneller Folge entstanden Maschinenfabriken, Eisengießereien sowie Unternehmen des Bergbaus und der Zuckerverarbeitung.

Das Klima an der Universität Halle war in dieser Zeit von einem streng konservativen Geist beherrscht. Hier galt es vordringlich, preußische Staatsbeamte zu erziehen. Burschenschaften galten aufgrund ihrer politischen Aktivitäten als suspekt. Um Kosten und Verwaltungsaufwand einzusparen, erfolgte im Jahre 1817 eine Vereinigung mit der Universität zu Wittenberg. Doch erst im Jahre 1834 erhielt die Alma mater ein eigenes Gebäude. Bereits zu diesem Zeitpunkt zeichnete sich die Tatsache ab, daß die Universität Halle aufgrund ihrer konservativ-preußischen Bildungspolitik zunächst nicht mit den Anforderungen der beginnenden industriellen Revolution Schritt halten konnte.

5.1.1 Gründung der Hochschule

Am 11.07.1694 erfolgte die festliche Einweihung der Universität Halle. Schon nach wenigen Jahren gehörte sie zu den besuchtesten Hochschulen Deutschlands.¹

Die Universität entstand aus der Notwendigkeit, dem preußischen Staat und seinem wachsenden Verwaltungsapparat dringend benötigte Akademiker zuzuführen. Überdies sollte einerseits die Abwanderung junger bildungshungriger Bürger nach Jena und Leipzig gestoppt werden, andererseits wollte Kurbrandenburg eine Erziehung nach absolutistischen Vorstellungen durchsetzen und somit in eigener Regie "untertänige" Staatsdiener ausbilden.²

Zur Gründungszeit der Hochschule hielten die Professoren ihre Seminare und Vorlesungen zumeist in ihren Wohnungen ab. Es kostete manchen Kampf, um den Rat der Stadt für die Zwecke der Alma mater oder, wie man damals sagte, das Große Auditorium, einen Teil des Wagegebäudes sowie des Hochzeithauses abzurufen, "und das noch unter dem Vorbehalte, daß der große Saal für Hochzeiten vornehmer Bürger und Aufführungen umherziehender Komödianten verfügbar bleiben müsse".³ Über Jahrzehnte hinweg blieb weiterhin Raumnot bestehen; wichtige Institute wie die Medizinische Fakultät waren auf ständiger Wanderschaft und fanden erst zum Ende des 18. Jahrhunderts eine feste Bleibe.¹

5.1.2 Die medizinische Fakultät bis zum Jahre 1789 - Chirurgie als Lehrfach

Gemessen an der Anzahl ihrer Studenten war die medizinische Fakultät in Halle zunächst nur schwach vertreten. So wurden zum Beispiel im Jahre 1786 in Halle insgesamt 1156 Studenten gezählt; davon gehörten 538 der Theolo-

¹ Vgl. Weissenborn (1919), S. 49; Grosch (1969), S. 53 und Rohleder (1992), S. 27.

² Vgl. Rohleder (1992), S. 27.

³ Vgl. Weissenborn (1919), S. 49.

¹ Vgl. Rohleder (1992), S. 27.

gischen einschließlich der Philosophischen, 402 der Juristischen und nur 37 der Medizinischen Fakultät an.²

Friedrich Hoffmann (1660-1742) und der bereits oben erwähnte *Georg Ernst Stahl* (1659-1734) hielten – beide als Ordinarien – entsprechende Kollegs über „Chirurgia medica“, die sowohl für die Medizinstudenten als auch für die Chirurgen und Bader bestimmt waren und für die letzteren auch deutschsprachig gelesen wurden. Nach Kaiser und Piechocki handelte es sich hierbei eher „um anatomische Demonstrationen und nicht um chirurgische Operationskurse im engeren Sinne, denn für die ‚Chirurgia instrumentalis et manualis‘ erklären sich die (...) halleschen Ordinarien als nicht zuständig – das sei eine handwerkliche Angelegenheit und Sache der Zünfte bzw. entsprechender Chirurgeschulen“, in deren Kompetenz die Ausbildung in praktischer Chirurgie falle. Man respektierte zwar die manuelle Chirurgie und lehrte die Studenten einige Grundkenntnisse, überließ ihre Ausführung aber dem hierzu bestimmten Personenkreis.³

Der Ruf der beiden Ordinarien *Hoffmann* (auf ihn gehen die „Hoffmannstropfen“ zurück) und *Stahl* machte das Studium der Medizin in Halle bald so attraktiv, daß die neugegründete Fakultät in kurzer Zeit über die höchsten Absolventenquoten im deutschen Sprachgebiet verfügte.¹

Der Ordinarius *Hoffmann* bezeichnete, dem akademisch-ärztlichen Zeitgeist des beginnenden 18. Jahrhunderts entsprechend, die Chirurgen als „Illi homines“, hiermit zu verstehend gebend, wie er gewissermaßen von der hohen Warte des Medicus und Universitätsprofessors auf sie herabblickt. In dieser Zeitepoche wird der Chirurg als medizinischer Handlanger, höchstens als Gehilfe betrachtet, der von der Inneren Medizin nichts versteht und letztlich auch nichts zu verstehen braucht. Um einen Bader, Wundarzt oder Feldscher kontrollieren zu können, bedarf der Arzt zwar theoretischer, aber keineswegs praktischer Erfahrungen. Im Jahre 1738 vertrat der nunmehr 78jährige *Hoffmann* in seinem „Medicus politicus“ folgende Ansicht: *Der Medicus soll nicht*

² Vgl. Hofmann (1977), S. 48.

³ Kaiser und Piechocki (1968 a), S. 402.

*schneiden, brennen noch Pflaster auflegen, weil es wider die Würde eines medici rationalis ist*²; hierzu seien ausschließlich die Bader, Wundärzte und Chirurgen berufen.³

Um dem Mangel einer praxisbezogenen chirurgischen Ausbildung etwas abzu- helfen, schickte der preußische König *Friedrich Wilhelm I.* einige Ärzte im Rahmen einer Delegation nach Frankreich, wo die Chirurgie in hoher Blüte stand.⁴ Auch durch die Begründung eines nach Berliner Vorbild⁵ von Professor *Georg Daniel Coschwitz* (1679-1729) mit eigenen Mitteln finanzierten „Thea- trum anatomicum“ im Jahre 1729 erfolgte auch in der halleschen Medizin- fakultät ein Aufschwung.⁶

In Berlin wird durch einen Erlaß vom 5. März 1719 das Anatomische Institut zur Lehranstalt für Ärzte und Wundärzte erweitert. Eine Verfügung vom 14. De- zember 1723 führte hier im Folgejahr überdies zur Einrichtung des „Collegium medico-chirurgicum“, welches den amtierenden Anatomieprofessor unter ande- rem auch ausdrücklich mit der chirurgischen Ausbildung beauftragt. Jene soll sämtlichen Medizinalberufen zugänglich sein.¹

In Berlin wurde im Jahre 1724 für den Hörsaal des Anatomischen Theaters bei- spielsweise folgendes Sitzreglement erlassen:²

1. *Daß der unterste Stand (Reihe) für die Professoren, Doktoren und andere Leute von Distinction aufgehoben;*
2. *der zweite Stand wäre so zu teilen, daß die eine Hälfte für die Herren Regiments- feldscher und medizinischen Studenten, die auf Universitäten gewesen seien, frei- bleibe.*
Die andere Hälfte sei für die Zunft Chirurgie und Herren Apotheker bestimmt;
3. *die dritte Reihe für die Feldscherer der hiesigen Garnison;*
4. *die vierte Reihe für die Barbieri und Apothekergesellen;*

¹ Vgl. Hofmann (1977), S. 43-44.

² Zit. nach Kaiser und Piechocki (1968 b), S. 1659.

³ Vgl. Kaiser und Piechocki (1968 a), S. 402; (1968 b), S. 1659 und Grosch (1969), S. 54.

⁴ Vgl. Kaiser und Piechocki (1968 a), S. 402.

⁵ Vgl. Stürzbecher (1958), S. 439 ff; (1959), S. 102 ff und Waldeyer (1960), S. 514 ff.

⁶ Vgl. Hofmann (1977), S. 44.

¹ Vgl. Kaiser und Piechocki (1968 a), S. 402.

5. die fünfte und sechste Reihe für diejenigen, die mehr aus Kuriosität, als des Nutzens wegen hereingehen.

Um eine Überfüllung des Saales zu verhindern, wurden vom Professor der Anatomie Eintrittskarten ausgegeben.³

Über den Anatom wird zudem nach Stürzbecher in Zedlers Universal-Lexikon aus dem Jahre 1732 folgendes vermerkt:⁴

Anatomicus heist derjenige, welcher die Anatomie von Grund aus versiehet, treibet und exerciret, vornehmlich aber wird es von einen Medico erfordert, daß er ein guter Anatomicus seyn soll (...) Vor diesen haben sich Könige und Fürsten darinne geübet, (...) heut zu Tage thun es die grösten und vornehmsten Medici, werden auch daher auf Universitäten Anatomiae-Professores genennet, und von hohen Potentaten gesetzt und unterhalten. Es wird aber zu einem Anatomico erfordert, 1. Gründliche Gelehrsamkeit. 2. Eine rechte und genaue Erkenntniß aller und jeder Theile des Cörpers. 3. Geschicklichkeit zu demonstriren. 4. Reinlichkeit zu praepariren. 5. Muß er Sprachen können. 6. Nicht zittern. 7. Ein gut Gesicht haben. 8. Gereist seyn. 9. Angenehm, kürztlich und nützlich vortragen können. 10. Unterschiedene Hand-Griffe wissen. 11. Was gesagt und gewiesen ist, offte wiederholen. 12. Die widrigen Meinungen der Gelehrten erklären, und das wahrscheinlichste beweisen und erläutern (...).

Die Medizinische Fakultät der neugegründeten Universität Halle legte ihre Pflichten und Rechte in einem Statut fest, wobei sie auch die Aus- und Fortbildung der Chirurgen berücksichtigte, deren Tätigkeit durch das Medizinedikt von 1685, eine "Policey-Ordnung" vom Jahre 1688 und durch die "Ordnung" von 1693 noch einmal präzise geregelt und generell verbindlich war. Nach Kaiser und Piechocki legte der § 2 des "Caput primum" "fest, die Chirurgen zu öffentlichen Sektionen mit heranzuziehen. Ihretwegen sollen die sonst ausschließlich lateinisch abgehaltenen Belehrungen und Demonstrationen auch deutschsprachig durchgeführt werden, um ihnen somit Gelegenheit zum Er-

² Zit. nach Waldeyer (1960), S. 520.

³ Vgl. Waldeyer (1960), S. 520.

⁴ Zit. nach Stürzbecher (1959), S. 103.

werb weiterer Fachkenntnisse zu geben”.¹ Für die im Aufbau befindliche hallesche Universität ist außerdem ein beamteter Chirurg vorgesehen. Bereits im März 1692 stellte der Chirurg *Balthasar Schicktanz* einen Einstellungsantrag, um *bey vorfallenden Besichtigungen und Sectionibus, den Doctoribus Anatomiae et Chirurgiae an die Hand zu gehen, die Cadavera zu bereiten, Sectiones mit verrichteten und sein Gutachten darüber gleich mit eröffnen*.² *Schicktanz* wird bald darauf vom Kurfürsten von Brandenburg zum Universitätschirurgen ernannt; dabei ist ihm die Aufgabe zugewiesen, dem Professor der Medizin bei allen Sektionen und anatomischen Demonstrationen zu assistieren. Diese Chirurgenstelle wird als sogenannte Freimeisterstelle vergeben. Um diesen Posten kommt es jahrelang zwischen der halleschen Chirurgeninnung und der Universität zu Unstimmigkeiten, denn die Chirurgen wollen ihn jeweils aus ihren eigenen Reihen besetzen, um in Halle die Zahl der Barbierstuben nicht zu vergrößern. Noch im Jahre 1711 verweigerte die hallesche Barbierinnung die Aufnahme eines neuen Kandidaten für diese Freimeisterstelle an der Fakultät, was dann aber die Regierung zwangsweise durchzusetzen vermochte.³

Die halleschen Ausbildungspläne für das akademische Medizinstudium beinhalteten nachdrücklich, daß ein angehender Arzt auch über chirurgische Kenntnisse zu verfügen habe. Ein „*Medicus rationalis*“ sollte sich auch chirurgische Fertigkeiten aneignen. Somit ist die Chirurgie von Beginn an im Kollegprogramm der „*Academia Fridericiana*“ vertreten, womit sowohl der ärztlichen Ausbildung als auch der chirurgischen Fortbildung Rechnung getragen wird.¹

Einige Hochschullehrer bemühten sich auch in Halle um ein fundiertes Grundwissen in „*Chirurgia medica*“, so vor allem der schon oben erwähnte *Coschwitz* und der nach *Kaiser und Piechocki*², *Hofmann*³ u.a. fortwährend um die Belange der Praxis bemühte Kliniker *Johann Juncker* (1679-1759); beide geben zu dieser Epoche vielbenutzte chirurgische Lehrbücher heraus. Die gemeinhin

¹ Kaiser und Piechocki (1968 b), S. 1659.

² Zit. nach Kaiser und Piechocki (1968 b), S. 1659.

³ Vgl. Kaiser und Piechocki (1968 b), S. 1659-1660.

¹ Vgl. Kaiser und Piechocki (1968 b), S. 1660.

² Kaiser und Piechocki (1968 a), S. 403.

³ Hofmann (1977), S. 44.

als Handwerk und somit als Kollegstoff abgelehnte „Chirurgia manualis“ wird besonders durch den Extraordinarius *Heinrich Baß* (1690-1734), „Bandagen-Baß“ genannt, gefördert, der regelmäßig einen vielbeachteten Verbandskurs abhielt.⁴

Die bereits oben erwähnten Berliner Institutionen sind gegenüber Halle allerdings wesentlich praxisbezogener, hier erlebt die Charité als Ausbildungsstätte des „Collegiums medico-chirurgicum“ eine erste große Blüte.⁵

Da darüber hinaus laut Preußischem Medizinaldekret der „Doctor bullatus“ einer Universität anschließend einen „Cursus anatomicus“ in der Hauptstadt zu absolvieren hatte, wenn er in preußischen Landen eine Praxis eröffnen wollte, so stand auch jedem halleschen Absolventen die Möglichkeit offen, sich in Berlin chirurgisch-praktische Kenntnisse und Fertigkeiten anzueignen, welche ihm der Unterricht in der Saalestadt nicht vermitteln konnte.⁶

Nach Kaiser und Piechocki unterlagen die Chirurgen staatlicherseits einer Doppelaufsicht, nämlich der Medizinalbehörde sowie der noch aus dem Mittelalter stammenden Zunftordnung.¹

Allerdings hatte man auch an der Medizinischen Fakultät in Halle jetzt zunehmend dem Drang nach praktischer chirurgischer Ausbildung Rechnung zu tragen, zumal an anderen Universitäten diese Fachrichtung allmählich in die Lehrpläne der Hochschulen hineinzuwachsen begann. Bezeichnend ist ferner, daß auf die geforderte Studienzeit jetzt ein Studium am Berliner Collegium medico-chirurgicum Anrechnung fand. Absolventen dieser Institution wurden oftmals schon nach ein- bis zweisemestrigem Aufenthalt in Halle zu den Prüfungen zugelassen, ansonsten forderte man einen Nachweis einer Studienzeit von fünf bis sechs Semestern an einer Universität.

⁴ Vgl. Kaiser und Piechocki (1968 a), S. 403 sowie Tautz und Hein (1979), S. 705 ff.

⁵ Vgl. Luther und Wirth (1989), S. 746 ff.

⁶ Vgl. Kaiser und Piechocki (1968 a), S. 402.

¹ Kaiser und Piechocki (1968 b), S. 1661.

Zunächst bleibt jedoch weiterhin die bereits oben dargestellte Trennung zwischen akademischer „Medizin“ und handwerklicher „Chirurgie“ bestehen. Der Chirurg oder Wundarzt gehört als Zunftangehöriger zum Arztpersonal der sogenannten zweiten Ordnung und vermag nur dann beruflich aufzusteigen, wenn er anschließend noch ein reguläres Hochschulstudium absolviert. Aufgrund des für den Chirurgen gesetzlich stark eingegengten Tätigkeitsfeldes kommt es in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts nicht selten vor, daß bewährte Militärfeldscher ein Hochschulstudium nachholen. Allerdings war eine solche „Qualifikation“ vom Wundarzt zum promovierten Mediziner durchaus nicht immer von Erfolg gekrönt.²

Der bereits oben erwähnte *Heinrich Baß* nannte sich als Autor seines berühmten Werkes „Gründlicher Bericht von Bandagen“ aus dem Jahre 1720 „Medicinae et Chirurgiae Doctor“, eine in dieser Epoche für hallesche Verhältnisse

höchst seltene Amtsbezeichnung. Eine „Professio ordinaria“ wird Baß nicht zugestanden. Schließlich beauftragte man ihn jedoch, gemeinsam mit dem Ordinarius *Philipp Adolph Böhmer* (1717-1789), sich bei ihrer chirurgisch-anatomischen Lehrtätigkeit auch der Wundärzte anzunehmen. Dabei wird im Jahre 1747 bestimmt, daß *Baß* im Sommersemester im Lazarett und *Böhmer* im Winter auf dem „Theatrum anatomicum“ Vorlesungen zu halten hatten, somit zum gegenseitigen Nutzen beider Fachrichtungen.

Kurz nach der Jahrhundertmitte amtierten nach Chronistenaufzählung insgesamt elf Chirurgen in Halle, von denen zwei durch den Rat der Stadt beamtet waren.¹

Noch immer galt in der Medizin die althergebrachte Klasseneinteilung mit den „Medicinae Doctores“ in der ersten und den „Medicinae Practici“ in der zweiten Rangfolge, denen in der dritten die Zivilchirurgen folgten. Trotz der bislang weiter aufrechterhaltenen Trennung von Medizin und Chirurgie erfährt die wis-

² Vgl. Kaiser und Piechocki (1968 a), S. 404 und (1968 b), S. 1664-1665.

¹ Vgl. Kaiser und Piechocki (1968 b), S. 1663

senschaftliche Stellung des Chirurgen eine Aufwertung, nach Kaiser und Piechocki insbesondere auch durch die Leistungen tüchtiger Feldchirurgen.² An den „Collegia medico-chirurgica“ lehren von jetzt an in Kurbrandenburg hochangesehene Persönlichkeiten, die ihren chirurgischen Werdegang über eine nichtakademische Ausbildung genommen hatten. Zusammen mit den akademisch ausgebildeten Fachkollegen bildeten sie zusammen mit anderen Standeskollegen in Deutschland die Initiatoren einer nun auch hier immer mehr wissenschaftlich ausgerichteten Chirurgie.³ Allerdings darf nach Kaiser und Piechocki jener „modernisierte“ Lehrkörper nicht darüber hinwegtäuschen, daß in der Breite der chirurgischen Ausbildung noch immer erhebliche Defizite bestanden. Dies zeigt sich im besonderen bei einem Vergleich mit der französischen Chirurgie, deren Hauptausbildungsstätte – Charité zu Paris, Hôtel de Dieu – in jener Epoche Weltruhm genoß.¹

Weiterhin galt an den deutschen Hochschulen die manuell-praktische Medizin als Handwerk, doch es spricht für eine sich anbahnende neue behördliche Auffassung, wenn die hallesche Fakultät im Jahre 1760 auf eine Anfrage der Nürnberger Bader und Chirurgen über die Rechtsstellung ihrer Hallenser Kollegen gegenüber dem örtlichen Collegium medicum die Mitteilung machte: *Daß sie von denen gemeinen Handwercks-Zünften abzusondern, und als Angehörige von dem dasigen Collegio medico zu halten sind.*² Auch die Tatsache, daß in Halle in den Jahren zwischen 1754 und 1766 vier bedeutende Chirurgen als Nichtakademiker zu „Doctores Medicinae“ promoviert wurden, spricht deutlich für das wachsende Ansehen der handwerklich orientierten Chirurgie.³

Philipp Friedrich Theodor Meckel der Ältere (1755-1803), der im Jahre 1779 sein Lehrstuhlamt für Anatomie, Chirurgie und Geburtshilfe antrat, kümmerte sich intensiv um die Ausbildung der Chirurgen; unter ihm wird die chirurgische

² Kaiser und Piechocki (1968 b), S. 1663.

³ Vgl. Fischer (1876), S. 44; Brunn (1928), S. 230-242; Manninger (1942), S. 62; Eulner (1965), S. 506-507; Kaiser und Piechocki (1968 b), S. 1664; Schwabe (1986), S. 121-132; Drees (1989/90 a), S. 19-20 und Kaiser (1993 b), S. 205 ff.

¹ Kaiser und Piechocki (1968 b), S. 1664.

² Jegel (1931) zit. nach Kaiser und Piechocki (1968 b), S. 1664.

³ Vgl. Kaiser und Piechocki (1968 b), S. 1664.

Hochschulausbildung intensiviert, ohne jedoch bereits den „Handwerksgeruch“ gänzlich abzustreifen. Jetzt zum Ende des 18. Jahrhunderts wird es auch in Halle attraktiv, das Studium mit dem Titel „Doctor medicinae et chirurgiae“ abzuschließen. Doch wie stark die Konzeption einer Chirurgie als Handwerk noch immer wirkt, zeigt sich eindrücklich, als in den Jahren 1786/87 in Halle ein staatliches Klinikum entsteht, welches nach dem Tode seines ersten Direktors *Johann Friedrich Gottlieb Goldhagen* (1742-1788) in eine Abteilung für innere Erkrankungen unter dem bereits oben erwähnten *Johann Christian Reil* und in eine chirurgische Bettenstation und Ambulanz unter *Meckel* aufgeteilt wurde. Durch ein Statut waren die Kompetenzbereiche scharf abgegrenzt. Dabei erhielt die innere Abteilung eine Planstelle für einen Chirurgen, der dort solche manuellen Verrichtungen vorzunehmen hatte, welche nach der herrschenden Teilungskonzeption nicht zur „Medizin“ gehörten.¹

Die Entwicklung der Wissenschaften und die Erkenntnis, daß die akademische Lehre – bis dahin hauptsächlich auf Vorlesung und Disputation beschränkt – durch einen lebendigen geistigen Umgang und Austausch zwischen den Professoren und den Studierenden einerseits sowie andererseits durch die Einrichtung beziehungsweise den Ausbau jener Einrichtungen gefördert werden müßte, die Lehre, Forschung und Praxis sinnvoll zu verbinden gestatteten, führte im letzten Drittel des 18. Jahrhunderts – dem Zeitalter der Aufklärung – zum Auf- und Ausbau von Seminaren, Kliniken, Sammlungen und Bibliotheken.²

¹ Vgl. Kaiser und Piechocki (1968 a), S. 405, (1968 b), S. 1665; Hofmann (1977), S. 51; Völker (1989), S. 593 ff und Kaiser (1993 a), S. 84-88.

² Vgl. Hofmann (1977), S. 48 und Kaiser (1993 b), S. 206.

5.2 Anfänge einer öffentlichen Krankenversorgung in Halle

Im frühen Mittelalter wurden in Halle die Kranken zunächst in den Ordensspitälern und Klöstern sowie von den Stadtpfarrern betreut.³

Das älteste Hospital, das deutsche Ordenshaus St. Kunigunde, dürfte um das Jahr 1200 westlich des Stadtgebietes in der Nähe der ältesten Saalebrücke begründet worden sein. Nach Kaiser und Piechocki diente es über drei Jahrhunderte der Kranken- und Armenbetreuung, bis der Rat der Stadt Halle im Jahre 1511 die Ordensgebäude kaufte und abreißen ließ. In der Altstadt war außerdem im Jahre 1220 als Gründung der Mönche des Augustinerklosters St. Moritz das Johannishospital entstanden. Darüber hinaus errichtete die Stadt weit außerhalb der Stadttore ein Aussätzigenhospital (Hospital zum Heiligen

Geist oder St. Antonii), welches erstmals im Jahre 1241 urkundlich erwähnt wurde. Schließlich gründeten, wie bereits oben erwähnt, im Jahre 1341 der Rat und die Bürgerschaft das „Neue“ oder Sankt Cyriaci-Hospital in der Nähe des Klosters.¹ Grosch zufolge dürfte die Errichtung des Neuen Hospitals wohl die erste große Leistung der Stadt Halle auf dem Gebiet der Armen- und Krankenpflege darstellen.² Die hier aufgenommenen Armen und Kranken erbettelten ihren Unterhalt oder wurden in der Hauptsache durch Almosen (Stiftungen) versorgt. Ein Arzt war in diesem Hospital zunächst nicht anzutreffen; bis zum Jahre 1441 versah ein Barbier diese Stelle, der in der Regel als jüngster Meister des Barbierhandwerks fungierte. In den Jahren 1560 und 61 wird neben dem Barbier bereits ein Doktor erwähnt, der wahrscheinlich auch das im Jahre 1526 eingeführte Amt eines Stadtphysikus ausübte. Jenes Amt eines akademisch ausgebildeten Arztes beinhaltete unter anderem die Aufsicht über sämtliche Medizinalberufe. Durch seine Bestallung bekam er die Verpflichtung auferlegt, Apotheker, Barbieri, Okulisten sowie Bruch- und Steinschneider zu überwachen. Dabei sollte er eng mit den Wundärzten zusammenarbeiten. Die

³ Vgl. Kaiser und Piechocki (1968 a), S. 399; (1968 b), S. 1658; Grosch (1969), S. 1 sowie Tautz und Hein (1979), S. 705.

¹ Kaiser und Piechocki (1968 a), S. 399.

² Grosch (1969), S. 4.

Therapie innerer Krankheiten oblag allerdings allein ihm; für die sogenannten „äußeren Curen“ wurde hingegen ein Chirurg oder Barbier herangezogen. Der Administrator *August* von Sachsen richtete in seiner Residenzstadt Halle zudem das Amt eines „Hospitalarius“ und „Pestilentarius“ ein (in amtlichen Schriften wird er auch mit Stadt- oder Ratsbarbier tituliert). Der jeweilige Amtsinhaber hatte chirurgische Hilfen im Hospital und in den anderen öffentlichen Anstalten der Stadt zu leisten.³ Nach Eckstein war er außerdem dazu verpflichtet, täglich das „Lazareth“ zu inspizieren und vom *Befund der Sache regelmäßig dem Stadtphysicus und an Rathstagen selbst dem Magistrate mündlich Bericht zu erstatten*.⁴ Der Stadtphysikus und der Hospitalbarbier sollten Kaiser und Piechocki zufolge eng zusammenarbeiten, doch die Kompetenzbereiche wurden präzise abgegrenzt. Der Arzt hatte sich wiederum der äußeren, der Chirurg aber der inneren Behandlung zu enthalten.¹

5.2.1 Stadtchirurgat, Hof- und Leibchirurgen

Aus den Ämtern eines Pest- und Hospitalbarbiere entstand in der Folge das Stadtchirurgat, das, ähnlich wie das Stadtphysikat, alle diesbezüglichen städtischen Institutionen zu betreuen hatte. Solche städtischen Ämter wurden nur in Übereinstimmung mit der halleschen Barbierinnung vergeben, die streng über ihre Rechte und Pflichten wachte. Endgültig scheint der organisatorische Zusammenschluß zu einer Chirurgengilde, mehreren Quellen zufolge, im Laufe des 16. Jahrhunderts erfolgt zu sein. Als ihr berühmtestes Mitglied sei der Feldscher und königlich-preußische Hofbarbier *Johann Dietz* (geboren 1665) angeführt. Weitere Quellen lassen darüber hinaus erkennen, daß in Halle Barbieri bereits um das Jahr 1400 ihrem Beruf nachgingen. In Halle amtierten ferner die Leibchirurgen der Erzbischöfe oder Administratoren des Erzbistums Magdeburg, denn seit dem Jahre 1503 diente die Moritzburg als Fürsten-

³ Vgl. Eckstein (1841), S. 8-25; Kaiser und Piechocki (1968 a), S. 399; (1968 b), S. 1658-1659 sowie Grosch (1969), S. 4-5.

⁴ Eckstein (1841), S. 71.

¹ Kaiser und Piechocki (1968 a), S. 399.

residenz. Schließlich sind auch die Landchirurgen für das Amt Giebichenstein und für die Dörfer und Städte des Saalekreises in Halle oder in einer ihrer Vorstädte vertreten. So praktizierte zum Beispiel im 17. Jahrhundert *Georg Händel*, der Vater des berühmten Komponisten *Georg Friedrich Händel*, als Amts- beziehungsweise Landchirurg und Hofbarbier in beiden Ämtern. Auch der bis heute weithin bekannte Wundarzt und Okulist *Johann Andreas Eysenbarth* (1661-1727) hielt zeitweise in Halle seine Praxis ab.²

5.2.2 Hallesche Handwerkschirurgie: Badestuben, Bader und Barbieri

In Halle werden, ähnlich wie in Erfurt, die ersten Badestuben im 13. Jahrhundert urkundlich erwähnt. In jener Zeit wurden diese mit „stupae“ oder „stoven“ bezeichnet. Die Badestuben wurden bevorzugt in den Vorstädten angelegt. Auch der Rat der Stadt unterhielt Badestuben; ebenso richtete das Salzwerk Halle seine eigene Badestube ein. Auf dem Residenzschloß Moritzburg befand sich damals ebenfalls eine solche. Gerichtsdokumente weisen überdies aus, daß vor allem die Häuser reicher Patrizierfamilien Badestuben aufwiesen. Für das Gemeinschaftsleben, ja für das gesellschaftliche Leben überhaupt, hatte im Mittelalter das Badewesen eine große Bedeutung, bis es in der Folgezeit zum Teil so ausartete, daß „ehrbare“ Bürger einen Besuch der öffentlichen Badeanstalten mieden, denn sie wurden zuweilen zu Stätten der Unzucht und Ausschweifung. Das Meiden von Wasser war darüber hinaus eine der wenigen möglichen Hygienemaßnahmen, welche die mittelalterliche Bevölkerung ergriff, um den großen Seuchen ihrer Zeit – wie Pest, Lepra oder Syphilis – zumindest vermeintlich vorzubeugen, was das Ende der mittelalterlichen Blüte der Badestubenkultur bedeutete.¹

² Vgl. Kaiser und Piechocki (1968 a), S. 400-402.

Nach Grosch erhielten die fünf in Halle ansässigen Bader im Jahre 1718 die Erlaubnis („Confirmation“), eine eigenständige Innung zu gründen.² Am Rande sei vermerkt, daß in der Literatur hierzu unterschiedliche Jahresangaben vorliegen. Kaiser und Piechocki (1968 b)³ benennen 1711 (soll vermutlich 1717 heißen - hier liegt wahrscheinlich ein Druckfehler vor), Kaiser und Piechocki

(1968 a)¹ 1717, Tautz und Hein² sowie Grosch³ 1718 als das Jahr der bewilligten Baderinnung in Halle. Ihre aus insgesamt 29 Artikeln bestehende Baderordnung gleicht den Innungsregeln von Magdeburg, die im Jahre 1679 den dortigen Badern bestätigt worden waren.⁴

Nach Artikel 1 soll unter anderem gute Ordnung gehalten werden, ein jeder fleißig sein und *die Patienten mit nothdurfftigen Medicamenten auch Handgriffen mit Verbinden, Aderlaßen, Schröpfen, Barbieren und allem was zur Kunst und Handthierung zuständig* versehen werden. Im Artikel 2 wurde festgelegt, daß ein angehender Meister ordnungsgemäß die Baderlehre zu absolvieren, sich anschließend vier Jahre auf Wanderschaft zu begeben und darüber Papiere nachzuweisen hatte. Dann durfte der Kandidat in Anwesenheit des Stadtphysikus und der Mitglieder des Rates der Stadt und der Zunft seine Prüfung ablegen, anschließend ein Meisterstück anfertigen und dazu 10 Taler entrichten. Der Sohn eines Meisters beziehungsweise wer eine Meisterwitwe ehelichte, kam allerdings um diese Zahlung herum.⁵ An dem zuvor angeführten Artikel 2 waren für die Meisterprüfung insgesamt 20 Fragen angegliedert, die im Wortlaut in der Dissertationsschrift von Grosch nachgelesen werden können.⁶ Dem Autor zufolge zeigt sich auch hier die verhängnisvolle Spaltung der Medizin, wenn Fragen der medikamentösen Therapie berührt werden. Wie bereits mehrfach ausgeführt, dürfen laut den geltenden Gesetzen innere

¹ Vgl. Friedell (1965), S. 122-125; Kaiser und Piechocki (1968 a), S. 402; Grosch (1969), S. 5-7 und Ausstellungsführer Stadtmuseum Münster (1985), S. 3-4, 10-11.

² Grosch (1969), S. 10.

³ Kaiser und Piechocki (1968 b), S. 1658.

¹ Kaiser und Piechocki (1968 a), S. 402.

² Tautz und Hein (1979), S. 705.

³ Grosch (1969), S. 10.

⁴ Vgl. Liebe (1907) zit. nach Kaiser und Piechocki (1968 a), S. 402.

⁵ Vgl. Grosch (1969), S. 10-11.

Krankheiten von den „Handwerkschirurgen“ nicht behandelt werden, ebenso beschränken sich die Bader nur auf jene Medikamente, *so in der Chirurgia gebräuchlich*.⁷

Aus den 29 Artikeln ist deutlich der Zunftcharakter der Bader abzulesen, die nach Tautz und Hein vor allem den Meistern ihre Privilegien und Einkünfte sichern sollten.⁸ Die überlieferten Examensfragen für die Meisterprüfung geben zudem einen guten Einblick in den Kenntnisstand und in die jeweiligen Zuständigkeiten innerhalb dieser Zunft. Des weiteren befassen sich die Artikel 21 bis 24 mit der Ausbildung der Lehrlinge. Von den Lehrlingen werden dabei keine besonderen Vorbildungen verlangt, wie zum Beispiel Kenntnisse in der lateinischen Sprache oder anatomisches und naturwissenschaftliches Wissen, was in dieser Epoche bereits verschiedentlich gefordert wird. Der Innungsartikel 26 wandte sich darüber hinaus gegen die zahlreichen „Kurpfuscher“ und „Quack-salber“, nicht zuletzt auch, um die Baderzunft vor lästiger Konkurrenz zu schützen. Dererlei Personen ohne geordnete Lehrausbildung sollten den Stadt-oberen gemeldet und von ihnen bestraft, bei wiederholten Übertretungen der Stadt verwiesen werden. Bei einer geordneten Ausbildung war ihnen die Tätigkeit nur bei gleichzeitigem Nachsuchen um das Meisterrecht gestattet. Hierzu sei allerdings der Artikel 5 angeführt; ihm zufolge durften in Halle und seinen Vorstädten insgesamt nur fünf Badestuben existieren. In einer Nachschrift zu den Innungsartikeln wird mit Wirkung vom 12. September 1718 nicht allein nur die Erlaubnis zur Zunftausübung erteilt, sondern auch die Aufhebung eines Urteils aus dem sich zuvor über Jahre hinziehenden Prozeß zwischen den halleschen Badern und Barbieren (in erster Instanz von den Badern im Jahre 1713 verloren) verfügt, der dann im Jahre 1717 wiederum zu Ungunsten der Bader entschieden worden war. Die Barbieri der Stadt Halle hatten jenen Prozeß angestrengt, um die Bader davon abzuhalten, außerhalb ihrer Häuser und Badestuben zu arbeiten und „an Stangen Becken auszuhängen“. Jenes althergebrachte Zunftzeichen hatten die Barbieri bislang als alleiniges Privileg betrachtet, und zwar als Zeichen für Fremde und Ortsansässige, daß sie das

⁶ Grosch (1969), S. 11-15.

⁷ Grosch (1969), S. 16.

Recht des *äuserlich curiren, Barbieren, Aderlaßen, Schröpffen, so wohl in als aus dem Hause ungehindert zu exerciren erlaubt seyn soll.*¹

In der Tätigkeit als Prosektor (lateinisch: Vorschneider, Zergliederer), laut Meyer-Lexikon von 1896 „in anatomischen Lehranstalten der dem Lehrer beigegebene Gehilfe, welcher die Leichen zur Demonstration vorzubereiten und die anatomischen Präparate für den Unterricht oder das anatomische Museum der Anstalt anzufertigen hat“¹, lassen sich die Bader, Grosch² zufolge, bis zum Jahre 1756 an der Universität Halle nachweisen. Vermerkt ist zum Beispiel in einem Aktenstück³ *ad § 7: verlanget die Universitaet einen Chirurgen und einen Bader (...)*. In jener Akte heißt es zu Anfang des Jahres 1756 weiter, daß diese beiden nicht zu entbehren seien *wegen derer vorfallenden Inspectionum und Sectionum derer gewaltsam Verwundeten und Entleibten wie auch anderer Anatomischer operationum (...)*. Allerdings scheint nach Grosch die Baderstelle an der Universität Halle noch im gleichen Jahre abgeschafft worden zu sein, denn in den nachfolgenden Spezifikationen wird nur noch ein „Chirurgus“ angeführt.⁴

Der Tätigkeitsbereich des Baders beziehungsweise Chirurgen war nach Kaiser und Piechocki insgesamt begrenzt. Auch in Halle lag – genau wie in anderen deutschen Ländern und Gemeinden – die praktische Chirurgie vollständig in den Händen zunftmäßig organisierter Chirurgen, von Badern und Barbierern.⁵

Schließlich wurden durch eine im Jahre 1779 erlassene königlich-preußische Verfügung die Bader und Chirurgen zu einer einheitlichen Berufsgruppe mit gemeinsamem und gleichartigem Ausbildungsgang zusammengeschlossen.⁶

Jenes königliche „Patent wegen Vereinigung der Bader und Wundärzte“ bestimmte, daß die Bader mit sofortiger Wirkung Chirurgen heißen sollen, gleich ihnen ihre Becken aushängen dürfen und gleiche Rechte und Pflichten besitzen. Zudem wurde verlangt, daß niemand zu approbieren sei, der nicht, wie

⁸ Tautz und Hein (1979), S. 705.

¹ Vgl. Grosch (1969), S. 8-9, Zit. S. 17.

¹ Schierhorn (1985), S. 312.

² Grosch (1969), S. 23.

³ Deutsches Zentralarchiv Merseburg: Rep. 52 Nr. 159 n 4 – 1745-1771 zit. nach Grosch (1969), S. 23.

⁴ Grosch (1969), S. 23.

⁵ Kaiser und Piechocki (1968 b), S. 1659.

oben bereits ausgeführt, der Medizinalordnung gemäß einen „Cursus anatomicus et operationum“ absolviert hatte. Die Zulassung zur Baderinnung wurde aufgehoben. Baden und Schröpfen wurden ausdrücklich zu chirurgischen Verrichtungen und als zur Therapie gehörig anerkannt. Nunmehr hatte auch jeder

Chirurg derartige Verrichtungen durchzuführen. Ob dieser staatliche Schritt zur Vereinheitlichung der Medizinalberufe allerdings in die richtige Richtung wies, mag nach Grosch angezweifelt werden, „denn die Chirurgen-Barbiere konnten zu dieser Zeit bereits auf klarere Kenntnisse von der Chirurgie verweisen als die Bader, die auf der Stufe der niederen Chirurgie des Aderlassens, Barbierens und Schröpfens stehengeblieben waren“. Somit wurden die Entwicklungsmöglichkeiten der Chirurgie erneut eingeschränkt, ja sie konnte sich weiterhin nicht aus den handwerklichen Banden lösen beziehungsweise sich zum wissenschaftlichen Zweig der Medizin fortentwickeln.¹

So erhielten beide, Barbier wie Bader, ihre Chirurgenapprobation nach jeweils bestandener Lehrzeit. Dabei war allerdings eine siebenjährige sogenannte „Servir-Zeit“ als Bedingung geknüpft. An der Bestandszahl von Barbier- und Baderstuben, die in Halle auf 5 für die Bader und auf 15 für die Barbier festgelegt war, wurde darüber hinaus nicht gerüttelt, womit die Möglichkeiten für Änderungen im Medizinalwesen noch zusätzlich eingeengt wurden.² (Siehe hierzu auch Tabelle 1).

Die Bader waren unter den Chirurgen beziehungsweise Wundärzten die untergeordnete Gruppe, weshalb sie im späten 18. Jahrhundert auch als Chirurgen zweiter Klasse bezeichnet wurden. Ihre Berufsbezeichnung trugen die Bader in dieser Epoche jedoch schon längst nicht mehr zu Recht, denn die Baderei selbst war ja längst außer Gebrauch gekommen. Inhaltlich zutreffender lautete hingegen ihre Berufsbenennung „Schröpfer“ oder lateinisch „Skarifikant“.³

⁶ Vgl. Kaiser und Piechocki (1968 a), S. 402 und Grosch (1969), S. 23.

¹ Grosch (1969), S. 23-24.

² Vgl. Grosch (1969), S. 24.

³ Vgl. Sander (1989), S. 54.

Die Zunft der Barbieri grenzte sich, wie oben bereits erwähnt, streng von der Baderzunft ab. In der Titulierung als Chirurgen erster Klasse äußerte sich im späten 18. Jahrhundert unmißverständlich ihr Anspruch auf den höheren Rang gegenüber den Badern. Eine weitere Berufsbezeichnung der Barbieri lautete „Pelikanisten“; sie allein waren befugt, das sogenannte Pelikansiegel zu füh-

| Nahmen der Ortschaften | | | | Nahmen der Medicinal Personen |
|---------------------------------------|------------------|-----------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Nro | Character | | | |
| Halle | 53 | Doctor | Philipp Friedrich Meckel | |
| | 54 | d. | Johann Christian Reil | |
| | 55 | d. | Johann Siegmund Franz Biester | |
| | 56 | d. | Carl Gottlob Jacob | |
| | 57 | d. | Ernst Gottlieb Kraft | |
| | 58 | d. | Johann Carl Erdmann Bergener | |
| | 59 | d. | Friedrich Heinrich Ludwig Schraeter | |
| | 60 | Apotheker | Christian Ernst Ferdinand Rehl | |
| | 61 | d. | Gottlieb Wilhelm Westphal | |
| | 62 | d. | Gottlob Nathanaes Meißner | |
| | 63 | Chirurgus | August Moritz Querling | |
| | 64 | d. | Siegmund Joseph Albrecht Noscovius | |
| | 65 | d. | Carl Emanuel Planquetz | |
| | 66 | d. | Johann Gottlob Salomon Kern | |
| | 67 | d. | Christian Friedrich Weller | |
| | 68 | d. | Fridrich Wilhelm Müller | |
| | 69 | d. | Johann August Wahn | |
| | 70 | d. | Johann Andreas Carl Müller | |
| | 71 | d. | Christian Gottfried Müller | |
| | 72 | d. | Johann George Volckardt | |
| | 73 | d. | Carl Friedrich Christian Harschleben | |
| | 74 | d. | Madai | |
| | 75 | d. | Düffer | |
| | 76 | d. | Ubrich | |
| | 77 | d. | Senff | |
| Glauchaba bei | 78 | d. | Nicolaus Theune | |
| Halle | 79 | d. | Johann Friedrich Gerhard Koch | |
| | 80 | Chirurgus | Johann Gottfried Müller | |
| | 81 | d. | Heinrich Christian Deybaldt | |
| Neumarkt | 82 | d. | Georg Carl Foelsche | |

| | | | |
|------------------|----|-----------|--------------------------------------|
| <i>bei Halle</i> | 83 | <i>d.</i> | <i>Gottlieb August Wilhelm Kahde</i> |
| | 84 | <i>d.</i> | <i>Friedrich Wilhelm Wilfroth</i> |

Tab. 1: Namensliste der konzessionierten Ärzte und Heilkundigen in Halle um das Jahr 1800 (Quelle: Landesarchiv Magdeburg –LHA, Rep. A 10 a Nr. 290, S. 9)

ren. Allerdings wurden die Bezeichnungen „Pelikanist“ wie auch „Chirurgus purus“ nur in der Zunft- oder Amtssprache verwandt. Dies galt auch für die lateinischen Namen der Bader (zum Beispiel „Balneator“). Die Berufsbezeichnung „Chirurg“ konnte sich selbst im täglichen Sprachgebrauch allein nicht durchsetzen. Hier herrschte allgemein die Bezeichnung Barbier vor. Daß diese häufig auch auf die Bader angewandt wurde, zeigt die geringe Bedeutung, die der Zweiteilung der Chirurgen in Barbieri und Bader außerhalb dieser beiden Zünfte beigemessen wurde.¹ Darüber hinaus sind in der Praxis diese Abgrenzungen auch nicht immer so exakt eingehalten worden. So schmückte sich der „Barbier-Chirurg“ gern mit diesem ihm de jure nicht zustehenden Titel, dies zum starken Mißfallen der approbierten Chirurgen, die eine Chirurgenschule besucht und erfolgreich den „Cursus anatomicus et operationem“ absolviert hatten.² Wie streng die Barbieri und Bader zudem über ihre Rechte und Pflichten wachten, zeigt sich einerseits in den Innungsregeln und Bestallungsregularien der Barbieri, später zum anderen auch beim Streit um die Besetzung der Chirurgenstelle an der Universität zu Halle.³

Grosch zufolge war die Barbierzunft ebenfalls schon frühzeitig in Halle ansässig.⁴ Nach Kaiser und Piechocki lag im mittelalterlichen Halle die klinisch-stationäre Betreuung der Kranken des städtischen Hospitals St. Cyriaci ausschließlich in den Händen der Barbieri. Vor der Zeit der Hospitalbarbieri zog der Rat der Stadt in Seuchenzeiten grundsätzlich einen „Pestbarbier“ zur Pflege der Infizierten heran. Nach der überlieferten Eidformel aus dem Jahre 1566 mußte dieser mit zwei Gesellen bei Tag wie bei Nacht in seiner Barbierstube

¹ Vgl. Sander (1989), S. 55-56.

² Vgl. Kaiser und Piechocki (1968 b), S. 1661.

³ Vgl. Grosch (1969), S. 28.

⁴ Grosch (1969), S. 25.

dienstbereit sein; deren Hilfeleistungen erstreckte sich auf Aderlässe sowie auf das Anlegen von Pflastern und Verbänden. Dabei unterstand der Barbier der Aufsicht des beamteten Stadtarztes. Zudem wird den armen und hilfsbedürftigen Kranken kostenlose materielle und ärztliche Hilfe zugesichert, wenn sie den Rat der Stadt darum ersuchen. Zur Aufnahme in das städtische Hospital waren zunächst alte und arme Bürger der Stadt Halle, ab dem Jahre 1642 auch die kranken Dienstboten der Stadt berechtigt. Anfangs hatte man, dem ursprünglichen Stiftungsgedanken gemäß, die Kranken und Pflegefälle zusammen versorgt, später wurden sie voneinander getrennt. Erwähnt sei hierzu am Rande, daß im Laufe der Zeit eine große Anzahl alter, verkrüppelter sowie unheilbarer Personen in das Lazarett verbracht wurde, was lange Jahre den Raum für die akut Kranken erheblich einschränkte. Erst die klinischen Anstalten der halleschen Universität brachten zu Anfang des 19. Jahrhunderts dahingehend Entlastung.¹

Der Hospitalbarbier wurde vom Rat der Stadt bezahlt. Ein königliches „Rescript“ vom Jahre 1707 setzte das Gehalt auf wöchentlich 1 Taler fest. Dieses Salär erfuhr erst 1808 eine Änderung; jetzt wurden pro Jahr 75 Taler und außerdem eine Entschädigung für Verbandsmaterial bewilligt. Über eine Anstellung des Hospitalbarbiere entschieden die Meister der halleschen Barbierinnung, der Rat der Stadt und der Erzbischof beziehungsweise die Regierung in Magdeburg. Als erster Hospitalbarbier wird *Christian Albrecht*, nach dessen Tode im Jahre 1662 auf Empfehlung der Chirurgeninnung der Meister *Samuel Cuno* verpflichtet. Mit der Ernennung des bereits oben erwähnten Stadtphysikus, im Jahre 1526 erstmalig mit *Nicolas von Wyhe* erfolgt, vollzog sich eine grundlegende Veränderung im Gesundheitswesen der Stadt, denn damit übernahm, wie bereits oben erwähnt, ein akademisch ausgebildeter Arzt die Aufsicht über sämtliche Medizinalberufe. Außerdem legte zum Beispiel die Bestallung des Meisters *Cuno* zum Hospitalbarbier fest, daß der „Hospitalarius“ auch zugleich „Pestilentialis“ sein sollte. Zu normalen wie zu Pestzeiten war die Bezahlung des Barbiers in den Bestellungen geregelt. Überdies sollte er auch solchen Patienten seine Dienste nicht versagen, die gegenwärtig nicht über die

¹ Kaiser und Piechocki (1968 b), S. 1658.

nötigen Geldmittel zum Bezahlen seiner Leistungen verfügten. Sogar die Medikamente zur äußerlichen Behandlung hatte der Barbier auf eigene Kosten zu beschaffen. Der Begriff eines „Stadt Chirurgo“ taucht erstmalig in dem „Eydt der Stadt Chirurugi u. Pestilential Barbieri“ auf, der im Jahre 1670 von einem *Paul Albrecht* geleistet wurde, wobei er dem Rat der Stadt auch Treue und Gehorsam zu schwören hatte.¹

Nach Kleinhempel und Soschinka durften in Deutschland nach dem Jahre 1843 approbierte Bader und Barbieri nur folgende chirurgische Eingriffe allein durchführen: einfache Wundbehandlung, Zahnextraktionen und Ausschneiden von Hühneraugen. Andere medizinische Maßnahmen, wie Leichenschau und Sektionen, Aderlassen, Blutegelsetzen sowie Schröpfen usw., hatten ausschließlich unter ärztlicher Aufsicht zu erfolgen. Den Autoren zufolge war zuvor im Mittelalter das Spektrum der Arbeitsinhalte von Badern und Barbieren bedeutend breiter angelegt, als wir es uns heute gemeinhin vorstellen. Zur Behandlung von Wunden, von Leib-, Kopf- sowie Zahnschmerzen, bei Menstruationsbeschwerden, starker Adipositas, Meteorismus, Hämorrhoiden sowie auch bei Atemnot, bei Knochenfrakturen, Luxationen und vielen anderen Leiden und Gebrechen, war es allgemeiner Brauch, einen Bader aufzusuchen. Wichtige therapeutische Mittel waren dabei Schwitz-, Wechsel- oder Kräuter- und Bäder, Massagen, außerdem verschiedenste Pflaster und Balsamierungen, Seifenlaugen- und Tabakrauchklistiere (nach Aufkommen des Tabakrauches), das Zahnausziehen, Operationen ohne blutstillende Mittel mit Messer, Knochensäge und Brenneisen bis hin zu Amputationen sowie zum „Starstechen“ (Kataraktoperationen). Der Barbier hingegen war maßgeblich mit wundärztlichen Arbeiten beschäftigt.² Nach Kleinhempel und Soschinka führte zum Beispiel der Barbier *Jeremias Trautmann* in Wittenberg im Jahre 1610 als erster in Deutschland erfolgreich den Kaiserschnitt an einer Lebendgebärenden aus.³ Allerdings verliefen chirurgische Eingriffe ins Körperinnere sehr häufig erfolglos. Nach Drees war für diese Zeitepoche die Entfernung von Blasen-

¹ Vgl. Grosch (1969), S. 25-31.

² Kleinhempel und Soschinka (1996), S. 121-124.

steinen durch einen Messerschnitt in die Dammgegend wohl am meisten verbreitet, was häufig von den Badern und Barbieren beziehungsweise Wundärzten durchgeführt wurde.¹ Doch dererlei operative Eingriffe – ohne gesicherte anatomische Kenntnisse, zugleich auch oftmals mit unsauberem Operationswerkzeugen und zudem häufig mit äußerster Rohheit durchgeführt – verursachten fast durchweg Wundinfektionen, zerfetzte Harnleiter, Blasen, Fisteln und nicht zuletzt auch unerträgliche Schmerzen, was dann in vielen Fällen zum qualvollen Tod führte.²

Das Einkommen der Wundärzte im Verhältnis zu ihrer relativ geringen gesellschaftlichen Stellung bezeichnete Fischer mit „recht gut“. Hierzu verglich der Autor die Ansätze der chirurgischen Taxe in Preußen aus dem Jahre 1815 mit jenen aus dem Jahre 1876, die zudem über diesen langen Zeitraum mit nur wenigen Änderungen Geltung hatten.³ Jene preußische Taxe aus dem Jahre 1815 gewährt einen guten Überblick zu den einzelnen „handwerklichen“ Einrichtungen der Wundärzte in preußischen Landen und somit auch in Halle. Der Vollständigkeit halber sind in der Tabelle 2 entsprechend auch die einzelnen Honorar beträge mit aufgelistet.

Abschließend sei noch erwähnt, daß in Preußen vor der Mitte des 19. Jahrhunderts rund 8.000 Einwohner auf einen Wundarzt kamen; dabei läßt sich wiederum für Berlin eine höhere Wundarzt dichte nachweisen als etwa zum Beispiel für die Regierungsbezirke Koblenz oder Minden.⁴

³ Vgl. Kleinhempel und Soschinka (1996), S. 124.

¹ Drees (1989/90 b), S. 22.

² Vgl. Drees (1989/90 a), S. 16-17; (1989/90 b), S. 22-23; Kleinhempel und Soschinka (1996), S. 116-117 sowie Groß (1999), S. 40-43.

³ Fischer (1876), S. 42.

⁴ Vgl. Groß (1999), S. 102.

Tabelle 2

| Wundärztliche Leistungen | Honorar (in Talern) |
|---|--------------------------------|
| Behandlung einer einfachen Wunde wöchentlich (1. Verband) | 1/3 – 2/3 |
| Behandlung einer complicierten Wunde wöchentlich (1. Verband) | 1/2 - 1 |
| Wundärztliche Leistungen | Honorar (in Talern) |
| Trepanation | 8 – 12 |
| Einrichtung eines luxirten Oberarms | 3 – 6 |
| Einrichtung eines luxirten Oberschenkels | 10 – 20 |
| Behandlung einer einfachen Fractur am Arm, Fuss bei jungen Personen (Reposition) | 1 – 3 |
| Behandlung einer einfachen Fractur am Arm, Fuss bei alten Personen | 1 – 3 |
| Staroperation | 8 – 15 |
| Staroperation an beiden Augen | 12 – 22 1/2 |
| Operation der Tränenfistel | 6 – 10 |
| Operation des Brustkrebses und Behandlung | 8 – 15 (Operation) |
| Operation der Gesässfistel und Behandlung | 5 – 10 (Operation) |
| Operation des Nasenpolypen und Behandlung | 6 – 10 (Operation) |
| Operation des Hodenkrebses und Behandlung | 10 – 20 (Operation) |
| Operation des Aneurysma und Behandlung | 6 - 12 (Operation) |
| Amputation des Schenkels und Behandlung (Oberarm, Oberschenkel) | 8 – 15 (Operation) |
| Amputation des Armes und Behandlung (Vorderarm, Unterschenkel) | 10 - 20 (Operation) |
| Amputation des Fingers, Zehen und Behandlung | 2 – 4 (Operation) |
| Steinschnitt bei Erwachsenen | 20 – 50 |
| Steinschnitt bei Kindern | 20 – 50 |
| Bruchschnitt bei Erwachsenen | 10 – 20 |
| Bruchschnitt bei Kindern | 10 – 20 |
| Taxis eines eingeklemmten Bruches | 3 – 5 |
| Paracentese der Brust und Behandlung | 5 – 10 |
| Operation der Phimose | 2 – 4 |
| Tracheotomie | 6 – 12 |
| Haarseil | 1/2 - 1 |
| Klystier | 1/3 – 1/2 |
| Tabaksklystier | 2/3 – 1 |
| Catheterismus bei Männern | 1 – 2 |
| Catheterismus bei Frauen (Bei Wiederholungen die Hälfte) | 1/2 – 1 |
| Zahnausziehen | 1/3 – 2/3 |
| Aderlass | 1/3 – 1/2 |
| Blutigel setzen mit Zugabe des Igels | 1 – 2 |

Tab. 2: Chirurgische Taxe in Preußen aus dem Jahre 1815 (nach Fischer
- 1876, S. 42-43) (Fortsetzung)

6 Medizinische Fakultät in Halle von 1789 bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts – praxisbezogene Unterrichtsformen

6.1 Kurzer Überblick

Auch im Königreich Preußen hat die Französische Revolution des Jahres 1789 auf die gesellschaftliche Entwicklung einen starken und nachhaltigen Einfluß ausgeübt. Mit ihr hält das sogenannte bürgerliche Zeitalter mit seinen Ideen und Reformvorstellungen im Sinne „bürgerlichen Fortschritts“ Einzug.

Im bevorstehenden Befreiungskampf gegen die Napoleonische Zwangsherrschaft machen sich umwälzende Einflüsse geltend, die bereits schon seit Jahrzehnten als „aufklärerische Ideen“ vor allem die Gemüter bürgerlicher Kreise bewegt hatten. Insbesondere an den Universitäten, an denen sich gerade in dieser Epoche alle wesentlichen theoretischen und auch ideologischen Konzeptionen fokussierten, bildeten sich Persönlichkeiten und Ideen aus, die charakteristisch einen Drang nach eigenständiger Wirksamkeit und Reformwillen im Sinne bürgerlichen Fortschritts unter Einschluß der Wissenschaften mit ihren zusehends bedeutsamer werdenden empirischen Forschungen aufwiesen.

Die vom Geist der Aufklärung getragene Vorstellung vom Arzt als Diener der gesellschaftlichen Wohlfahrt sowie eine deutlicher werdende Erkenntnis, daß eine dem Fortschritt verpflichtete Medizin sich der Naturwissenschaft zu öffnen habe, blieb nicht ohne Auswirkungen auf die Entwicklung der Medizin, insbesondere auch an der Universität Halle, die darüber hinaus, was an dieser Stelle erwähnt sei, im Jahre 1817 mit der Universität Wittenberg vereinigt wurde.¹

Bis zum Ende des 18. Jahrhunderts wurde nur teilweise die Konzeption realisiert, den Studenten der Medizin einen praxisbezogenen klinisch-poliklinischen Unterricht erteilen zu können, denn den Hochschulbehörden mangelte es nur zu oft an den finanziellen Mitteln für den Aufbau derartiger Lehrveranstaltungen. Geeignete Gebäude waren in Halle auf der Ebene von Stiftungen geschaffen

¹ Vgl. Weißenborn (1919), S. 81-82.

worden. Zudem boten sich, wenn ein Hochschullehrer zugleich als Stadtphysikus amtierte, Möglichkeiten an, in dieser Eigenschaft seine Schüler in das städtische Hospital mitzunehmen und sie dort an den Krankenbetten zu unterrichten. Darüber hinaus ließen die an den Universitäten des ausgehenden 18. Jahrhunderts zunehmend erteilten klinik-poliklinischen Unterweisungen die Einrichtung universitätseigener Lehrhospitäler sinnvoll erscheinen. Die Frühzeit eines solchen praxisbezogenen Unterrichts wurde wesentlich durch überzeugende Arzt-Persönlichkeiten bestimmt, die von der Zweckmäßigkeit der in Italien und in den Niederlanden bereits etablierten Lehrspitäler überzeugt waren, in denen Medizinstudenten bereits praxisnahen Unterricht erfuhren.¹

So war es nach Helm in Halle wahrscheinlich der bereits oben erwähnte *Johann Juncker*, der eine bereits etablierte Armensprechstunde als institutionellen Rahmen für ein „Collegium clinicum“ zur Unterrichtung von Studenten nutzbar machte. Die Abhaltung einer Armensprechstunde in den Räumen des Waisenhauses – als ein Teil der Glauchaschen Anstalten beziehungsweise als eine Einrichtung der Franckeschen Stiftungen – läßt sich Helm zufolge bereits im Jahre 1720 sicher belegen. Jene „ambulante“ Versorgung der Armen fand, scheinbar auch in räumlicher Trennung von der Krankenpflege, bereits Jahre zuvor statt. Der praktische Unterricht für Medizinstudenten, den *Juncker* vermutlich seit seinem Amtsantritt im Jahre 1717 regelmäßig erteilte, diente weniger der Krankenpflege an Waisenkindern, armen Schülern und Studenten, sondern zur kostenlosen Versorgung der Armen mit „Medicamenta und Verordnung“, wobei diese sich laut *Junckers* „Entwurf zu einer Instruction eines Medici ordinarii“ aus dem Jahre 1753 es sich gefallen lassen müssen, „daß man sie in Gegenwart der Studiosorum examiniret und abfertigt“. Aus diesem Entwurf geht des weiteren hervor, daß hier jährlich etwa 12.000 Patienten ambulant versorgt wurden. Auf den außerordentlichen Erfolg von *Johann Junckers* Studentenunterricht im Rahmen der Armensprechstunde beziehungsweise des „Collegium clinicum“ wird nach Helm in verschiedenen Quellen vielfach hingewiesen, dabei nicht zuletzt auch der Nutzen für die Hallenser Universität aufgezeigt.

¹ Vgl. Kaiser (1993 b), S. 205.

Auch die Krankenversorgung in den Anstalten des Halleschen Waisenhauses orientierte sich an der althergebrachten ständischen Gliederung der Schulen, – wie das Pädagogium regium, der Schule für Kinder von Adligen und wohlhabenden Bürgern, und die Lateinische Schule für den mittleren Bürgerstand – die über jeweils eigene Krankenpflegeeinrichtungen verfügten, welche ausschließlich von den jeweils eigenen Schülern genutzt wurden. Selbst im Bereich der Krankenpflege des Waisenhauses, bei der eine Aufnahme anstaltsfremder Armer ausdrücklich erlaubt war, wurden fast durchweg Anstaltsangehörige (wenn hierzu die Frei- und Extratrisch-Studenten hinzugezählt werden) versorgt. Teilweise lassen diese Krankenpflegeeinrichtungen Merkmale beziehungsweise Anzeichen eines Krankenhauses modernen Zuschnitts erkennen. Überdies zeigten jene Einrichtungen eine ähnliche hierarchische Gliederung (mit dem Arzt an der Spitze und „Hilfsärzten“, die das Pflegepersonal überwachen) wie ein neuzeitliches Krankenhaus. Allerdings ist nach Helm mit dem Begriff „Krankenhaus“ vorsichtig umzugehen, denn zum einen impliziert der Begriff „Krankenhaus“ die Vorstellung eines „Zentralkrankenhauses“ für die Anstalten, was im 18. Jahrhundert nicht gegeben war, und zum anderen verbindet sich nach Helm leicht der Gedanke an ein „Allgemeines Krankenhaus“ des ausgehenden 18. und vor allem des 19. Jahrhunderts. Derartige Funktionsweisen hatten die Einrichtungen der Glauchaschen Einrichtungen aber bei weitem nicht aufzuweisen. Allein die Abgeschlossenheit der Krankenpflegeeinrichtungen läßt einen Vergleich mit staatlichen Hospital- und Krankenhausgründungen des 18. Jahrhunderts, wie etwa der Berliner Charité, letztlich nicht zu. Somit wären auch in der Literatur verwandte Begriffe wie „Kinderkrankenhaus“ oder „Lehrkrankenhaus“ kritisch zu hinterfragen. So war zum Beispiel die Krankenpflege des Waisenhauses, als Kinderkrankenhaus bezeichnet, die einzige Krankenpflegeeinrichtung, in der nicht ausschließlich Kinder behandelt wurden. Nicht zuletzt fand zudem der Unterricht *Junckers* vermutlich – zumindest bis zum Jahre 1723 – in räumlicher Trennung von den stationären Einrichtungen statt, so daß eigentlich von einer „Lehrambulanz“ und nicht von einem „Lehrkrankenhaus“ zu sprechen ist. Nach Helm ist darüber hinaus in den Waisenhausanstalten allenfalls nur in Ansätzen die Versorgung bedürftiger Kranker aus der

Umgebung sowie ihre Nutzung zu Lehrzwecken realisiert worden. Allerdings sind in der Frühzeit der Anstalten einige „Projecte“ entwickelt worden, welche die Einrichtung eines „Krancken-Hauses“ mit weitergehenden Funktionen vorschlugen. Zusätzlich zu ersten Plänen eines Krankenhauses findet sich in dem im Jahre 1704 von *Christian Friedrich Richter* verfaßten Manuskript für den sogenannten „Großen Aufsatz“ – der bekannten Programmzeitschrift des Halleschen Pietismus – die Überlegung, daß ein solches „Lazareth“ auch die Ausbildung von Medizinstudenten unterstützen könnte.¹

Vielfach waren die Aktivitäten von engagierten Persönlichkeiten jedoch auf die Unsicherheit eines außeruniversitären Entgegenkommens angewiesen. So schied in Halle zum Beispiel im Jahre 1787 das 70 Jahre hindurch für das „Collegium clinicum“ genutzte Anstaltskrankenhaus der bereits oben mehrfach erwähnten Franckeschen Stiftungen aus dem Verbund mit der Medizinischen Fakultät aus, später ebenso das durch die zeitweilige Fusion von Hochschulordinariat und Physikateil für Unterrichtszwecke zur Verfügung stehende städtische Lazarett.²

In der Phase, in der Halle nach der preußischen Niederlage von 1806 dem Königreich Westphalen zugeschlagen war und die neue Administration sich an französische Vorbilder orientierte, sahen sich die Befürworter eines sämtliche Fachdisziplinen umfassenden und in alleiniger Universitätsregie gelenkten Lehrspitalssystems deutlich bestärkt. So wurden das hallesche Gymnasium am Domplatz zum internistischen Universitäts-Lehrspital umfunktioniert, was eine weitere Nutzung des bestehenden kommunalen Lazaretts entbehrlich machte. Im Jahre 1811 wurden ferner der „Schola chirurgica“ Räumlichkeiten im Westflügel der halleschen Residenz zugewiesen, in denen ein Universitätsinstitut für Chirurgie und Augenheilkunde etabliert wurde. Zum Leiter dieser Klinik wurde der am 16. April 1811 als Ordinarius nach Halle berufene *Carl Heinrich Dzondi* (1770–1835) ernannt.³ Unter *Carl Friedrich Senff* (1776-1816) fand hier gleichfalls das Universitäts-Entbindungsinstitut seinen Platz. Mit diesen neuen Lehr-

¹ Vgl. Helm (1998), S. 131-137.

² Vgl. Kaiser (1993 b), S. 205.

³ Vgl. Dzondi (1818), S. 1 ff und Kaiser (1993 b), S. 205-209.

spitälern beziehungsweise Räumlichkeiten waren für die „großen“ Disziplinen wesentliche Voraussetzungen für den praxisbezogenen klinischen Unterricht geschaffen worden. Waren allerdings die engagierten Verfechter und Träger dieser Ausbildungsform durch Tod oder Ausscheiden nicht mehr verfügbar, dann machte es häufig Mühe, qualifizierte Direktoratsnachfolger zu finden. So fehlte zum Beispiel für das Domplatz-Klinikum ein geeigneter Nachfolger für die Person des oben bereits vorgestellten Stadtphysikus Professor *Reil*. Als Interimslösung betraute man *Johann Friedrich Christian Düffer* (1775-1831) und den Frauenkliniker *Adolph Friedrich Nolde* (1764-1813) mit den entsprechenden Direktoratsaufgaben. Von *Peter Krukenberg* (1787-1865) – dem Schwiegersohn *Reils* – wurde in der Brüderstraße im Jahre 1816 ein internistisches Privatambulatorium eingerichtet, das durch städtische und staatliche Subventionen sowohl in den medizinischen Versorgungs- als auch in den Lehrbetrieb eingebunden wurde. Im Jahre 1815 war *Christian Friedrich Nasse* auf das Ordinariat und Direktorat des Domplatz-Klinikums berufen worden. Das Ziel, den Studierenden ein angemessenes Praxiswissen zu vermitteln, gelang Nasse insgesamt recht gut. Im Hinblick auf die Laboratoriumsmedizin knüpfte er an das Beispiel von *Reil* an. Nach *Nasses* Wechsel nach Bonn (1819) übernahm *Krukenberg* zusätzlich die Leitung des akademischen Lehrkrankenhauses. Weil er von den zuständigen Aufsichtsbehörden als „Nicht-Wissenschaftler“ betrachtet wurde, mußte er auf das Ordinariat allerdings bis zum Jahre 1822 warten. Der aufgrund von Kollaboration mit den französischen Machthabern im Jahre 1817 amtsenthobene *Dzondi* hatte dem wenig befähigten *Carl August Weinhold* (1782-1829) Platz zu machen. Doch trotz dieser Demütigung verblieb *Dzondi* als Ordinarius in der Saalestadt und errichtete ein für Unterrichtszwecke nutzbares Privatklinikum. Seine Privatvorlesungen erfreuten sich großer Resonanz und Beliebtheit. Bei dieser Konkurrenzsituation wurde die offizielle chirurgische Universitätsklinik auf der Residenz nahezu überflüssig. Doch diese Umstände einer Fehlbesetzung des chirurgischen Ordinariats und Direktoriums führten allerdings nicht zu *Weinholds* Abberufung. So blieb der chirurgische Hochschulunterricht bis zu dessen Tod ein Schwachpunkt im klinisch-poliklinischen Ausbildungsprogramm. Zu diesem Zeitpunkt erschien es in Anbetracht der

Konkurrenz zu anderen Hochschulen mit ihrer jetzt praxisorientierten Wissensvermittlung zudem sinnvoll, die dem klinisch-poliklinischen Unterricht dienenden universitätseigenen Einrichtungen durch externe Institutionen zu ergänzen. So hätte ein Verzicht auf das *Krukenbergsche* Ambulatorium und auf die *Dzondische* Privatklinik einen erheblichen Verlust dargestellt. *Dzondi* berichtete zum Beispiel in seiner „kurzen Geschichte“ über 183 ophthalmologische Eingriffe (105 Staroperationen, 218 chirurgische Eingriffe, 61 Luxationen und Frakturen sowie 29 unblutige Repositionen). Die Aufgabe der Privatklinik durch *Dzondi* war ein Verlust für die praktische Hochschulausbildung; erst unter dem Chirurgen *Ernst Blasius* (1802-1885) konnte man zu den zeitgerechten Praktiken aufschließen, die an den beiden anderen Hochschulinstituten Halles schon gewährleistet waren. Insbesondere die Schule *Krukenbergs* erlangte einen bedeutenden wissenschaftlichen Ruf. Bei der Besetzung von Direktoraten wurde auch weiterhin dem wissenschaftlichen Engagement des Anwärters mehr Bedeutung beigemessen als dem medizinpädagogischen Element oder demjenigen nachgewiesener Befähigung im klinischen Leitungsbereich. Der Nachfolger *Krukenbergs* *Karl Julius Vogel* (1814-1880) galt als renommierter Wissenschaftler, aber es schienen ihm offenbar alle Voraussetzungen für die Leitung einer Klinik mit Ausbildungsverpflichtungen zu fehlen. Dennoch wurde in seiner Amtsperiode die Klinik am Domplatz durch den Ausbau von Seitenflügeln erweitert, es entsteht unter der Leitung des Chirurgen *Blasius* die „Vereinigte medizinische Klinik“.¹

6.2 Hochschulvorlesungen für „Nicht-Mediciner“

Wie bereits oben angeführt, nahmen auch nichtakademisch ausgebildete Heilberufler am Vorlesungsbetrieb medizinischer Fakultäten teil. In den verschiedenen Verzeichnissen „der auf der königlich vereinten Friedrichs-Universität Halle-

¹ Vgl. Weißenborn (1919), S. 76-92; Grosch (1969), S. 104-128; Kaiser et al. (1967), S. 64-68; Sander und Schober (1967), S. 358-362; Völker (1989), S. 594-596 und Kaiser (1993 b), S. 206-211.

Wittenberg nach dem Lections catalog angekündigten und wirklich zu Stande gekommenen Vorlesungen“ finden sich in den Wintersemestern erstmalig 1825, 1831, 1835 und dann durchgängig letztmalig bis zum Wintersemester 1849 sowie in den Sommersemestern durchgängig von 1835 an bis ebenfalls letztmalig zum Sommersemester 1849 eindeutige Belege für den Besuch verschiedener Vorlesungen durch Handwerkschirurgen (unter Umständen wurden jedoch jene bei Nennung jeweiliger Höreranzahlen zuvor nicht gesondert aufgeführt) sowie auch durch Pharmazeuten.¹ Die jeweilige Anzahl der nicht immatrikulierten Hörer ist auch in Relation zur Anzahl regulär eingeschriebener Medizinstudenten schwankend. In der Tabelle 3 werden in Transkription die relevanten Semester aufgeführt. Diese geben zudem einen Überblick zum Inhaltsstoff dieser für „Nicht-Mediciner“ zugänglichen Vorlesungen. Als bemerkenswert sei abschließend noch erwähnt, daß bereits in dieser Epoche an der Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg als Vorlesungsstoff „Geschichte der Medizin“ beziehungsweise „Geschichte der Heilkunde“ angeboten wurde.

6.3 Der „Fall“ *Harschleben*

In den Magdeburger Archivalien findet sich unter anderem auch die Angelegenheit einer Bestallung um die freigewordene Stelle eines Amts- und Landchirurgen durch einen nicht approbierten Chirurgen namens *Harschleben* (oder *Harsleben*²). Aus dem Jahre 1799 stammt das Schriftdokument, mit dem die Zunft der Chirurgen in Halle bei den Medizinalbehörden in Magdeburg um eine Entscheidung in vorbezeichneter Angelegenheit nachsuchte.³ In diesem Schreiben äußerten die Chirurgen ihre grundsätzlichen Bedenken gegenüber einer Bestallung *Harschlebens*, den sie als Nichtexaminierten und Externen („Extraneum“) für dieses Amt als „unzulässig“ ansahen. Zudem sahen sie aus-

¹ Univ.-archiv Halle, Rep. 4, Nr. 1322 [1825-1831]; Nr. 1323 [1831-1836]; Nr. 1324 [1836-1842]; Nr. 1325 [1842-1851].

² In einigen Dokumenten auch unter dem Namen *Harsleben* angeführt.

³ Landesarchiv Magdeburg –LHA, Rep. A 10 a Nr. 290, S. 24-26.

schließlich drei Chirurgen aus ihrer Mitte, die sich für dieses Amt gemeldet hatten, hierfür als qualifiziert und legitimiert an. In diesem Dokument werden jene drei Bewerber im einzelnen anhand ihrer Qualifikationen vorgestellt. Alle drei Chirurgen würden sich auf die „Gerechtsame“, der althergebrachten zunftstaatlichen Ordnung stützen, und nur mit solchen approbierten und legitimierten Chirurgen sei die Position eines Amts- und Landchirurgen zu besetzen, der auch „hinlängliche Beweise von praktischen chirurgischen Kenntnissen“ abgelegt hätte. Gewissermaßen stelle es eine Beleidigung der „altehrwürdigen“ Chirurgenzunft in Halle dar, dieses Amt mit einem „Ausländer“ zu besetzen, der weder die vorgeschriebenen Prüfungen noch Beweise an theoretischen und praktischen Kenntnissen abgelegt hätte. Ihm fehle außerdem – auch wenn er „die größte Gelehrsamkeit besitzen sollte“ – die notwendige Erfahrung. Überdies hätte jeder Anwärter auf eine „Barbier Gerechtigkeit“ sich bei ihrer Zunft zu melden; dem wäre *Harschleben* allerdings nicht nachgekommen. Insgesamt hätte dieser Bewerber aus den vorgenannten Gründen noch keinerlei Ansprüche auf eine derart „wichtige Stelle“, denn „seit so vielen Jahren haben wir bereits unter königlicher Protektion der allergnädigst uns concedirten Gerechtsame in aller Ruhe genossen, unsere auf sehr alte allerhöchste Verordnungen sich gründende Verfassung ist bis jetzt unzerrüttet geblieben ...“. Weiter führen die Chirurgen bei ihrer Eingabe aus, daß, wenn sie diesen Vorgang mit Stillschweigen übergehen würden, unverantwortlich handelten, denn für die Erhaltung ihrer „Gerechtsame“ zu sorgen, sei eine ihrer „Hauptpflichten“. Ihr Schreiben beschließen die Chirurgen mit der Aufforderung an die Behörden, nicht zuzulassen, daß „einem anderen, als Einem von den dreyen zur Wahl sich gemeldeten qualificirten Subjekte das vacante Amt und Landchirurgiat“ gegeben werde. (Im Anhang unter 10.3 ist diese Petition vollständig aufgeführt).

Die in dieser Angelegenheit nachfolgend einsetzende Korrespondenz im Rahmen eines sich bis zum Mai des Jahres 1801 hinziehenden amtlichen Zirkulars zeigt eindringlich die in dieser Zeitepoche bestehenden „altehrwürdig-zunftstaatlichen“, nunmehr im Zeichen der Aufklärung zwiespältigen, ja als widersprüchlich zu bezeichnenden staatlichen wie gesellschaftlichen höchst unter-

schiedlichen Sichtweisen im Hinblick auf den nunmehr langsam „altmodisch“ werdenden Berufsstand einer ausschließlich handwerklich ausgerichteten Chirurgie. Vier ausgewählte amtliche Schriftdokumente sollen dies stellvertretend belegen. Jene vier Schreiben sind im Anhang unter 10.3 vollständig aufgeführt. In einer ersten behördlichen Stellungnahme¹ zur eingereichten Petition der Hallenser Chirurgen in der Bestallungsangelegenheit führen die Magdeburger Medizinalbehörden noch im gleichen Jahr 1799 aus, daß es „der hiesigen Cammer nach wie vor lediglich überlassen bleiben“ muß, „wem von den vorgeschlagenen Candidaten die Stelle als Amts und Land Chirurgen zu Halle ... werden soll“. Es sei allerdings ausschließlich Sache der Medizinalbehörden, die erforderliche Qualifikation bei den Bewerbern festzustellen beziehungsweise zu bewerten. Zwei weiteren Schriftstücken^{2, 3} in dieser Sache ist zu entnehmen, daß der Bewerber *Harschleben* nach „ausgehaltenen Lehr- und Servir Jahren in dem Fache der Chirurgie“ noch mehrere Jahre in Halle Medizin studiert und im dortigen Lazarett unter Anleitung des in der vorliegenden Arbeit bereits vielfach erwähnten Professors *Reil* umfangreiche Erfahrungen auf dem Gebiete der Chirurgie gesammelt hatte. Somit müsse *Harschleben* „nur noch den Cursum in Berlin machen“. Nach erfolgreich abgelegtem Examen und Erhalt der Approbation stünde seiner Anstellung als Amts- und Landchirurg in Halle nichts mehr im Wege. Allerdings erbittet der Amtsschreiber *Weinberger* in dieser Angelegenheit die Meinung der übrigen Mitglieder des Kollegiums zur weiteren Entscheidungsfindung. Auch das dritte ausführlichere amtliche Dokument⁴ schließt sich der Forderung zum Besuch eines vorschriftsmäßigen Kursus durch den Bewerber *Harschleben* an. Außerdem hätte jener Bewerber eine eigene „Barbier Gerechtigkeit“ zu erlangen, was dieser zwischenzeitlich durch Kauf erledigt hätte. Insgesamt wäre unter den zu dieser Stelle vorgeschlagenen Kandidaten dem „*Harsleben*“ der Vorzug zu geben, allerdings unter der Bedingung, daß dieser „zufoerderst praectanda praectiren müsse“. Überdies bezieht sich der Amtsschreiber wiederum ausdrücklich auf das oben bereits dargestellte Medi-

¹ Landesarchiv Magdeburg –LHA, Rep. A 10 a Nr. 135, S. 27.

² Landesarchiv Magdeburg –LHA, Rep. A 10 a Nr. 135, S. 34-35.

³ Landesarchiv Magdeburg –LHA, Rep. A 10 a Nr. 135, S. 36-37.

⁴ Landesarchiv Magdeburg –LHA, Rep. A 10 a Nr. 135, S. 36-37.

zinedikt des Jahres 1725, wonach die entsprechende Prüfung zur Qualifikation den „Collegiis Medicis“ vorbehalten bleiben müsse.

Die Bestallungsangelegenheit wurde endgültig im Mai 1801 zugunsten *Harschlebens* und somit die Petition der Chirurgenzunft in Halle abschlägig entschieden.¹ Die ständestaatliche althergebrachte Ordnung begann auch in Halle, zumindest bei den Heilberufen, einer erstarkenden Wissenschaftlichkeit Platz zu machen.

¹ Landesarchiv Magdeburg –LHA, Rep. A 10 a Nr. 135, S. 49-50.

7 Zusammenfassung

In Preußen und somit auch in der Stadt Halle an der Saale wurde im Jahre 1852 der Rangunterschied zwischen Ärzten und Chirurgen endgültig abgeschafft. Zuvor war im abendländischen Europa die Ausübung der praktischen Chirurgie für länger als 600 Jahre auch an den Universitäten kein geregelter Bestandteil medizinischer Wissenschaft. In dieser Zeit lag die praktische Chirurgie fast ausschließlich in den Händen zunftmäßig organisierter Chirurgen, Bader und Barbieri. Darüber hinaus wandten die häufig umherziehenden sogenannten Kurpfuscher beziehungsweise Quacksalber insbesondere auf Jahrmärkten fragwürdige Behandlungsmethoden an.

Im Laufe der Zeit stellten staatliche Medizinaledikte die konzessionierten Chirurgen beziehungsweise handwerklichen Heilberufler im wachsenden Maße unter die Aufsicht akademisch ausgebildeter Ärzte.

An der Universität in Halle gehörte die Chirurgie von Anfang an zum regulären Lehrstoff. Allerdings wird ihre Ausübung zunächst noch den Barbier-Chirurgen übertragen, denn für lange Zeit herrschte noch allgemein die Ansicht vor, daß die Chirurgenausbildung eine in erster Linie handwerkliche Orientierung erfordere und „unnötigen“ wissenschaftlichen Ballast entbehren könne.

Die Einrichtung chirurgischer Lehranstalten führte zum Teil auch in Preußen zu qualitativen und quantitativen Verbesserungen in der medizinischen Versorgung, von der sich jedoch im heutigen Sinne eigentlich kaum sprechen läßt, denn allein die Dichte der Ärzte – akademisch wie handwerklich ausgebildet – ist im Vergleich zur heutigen Zeit als äußerst gering zu bezeichnen.

Im 19. Jahrhundert kam es zunehmend zur Professionalisierung und Spezialisierung des Arztberufes. Es war zudem im Zeichen der „Aufklärung“ die Notwendigkeit erkannt worden, die Chirurgie erneut als festen Bestandteil in die Medizin einzugliedern. Erst seit der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts entwickelte sich die Chirurgie zu einer wissenschaftlichen Disziplin, um dann im Verlaufe des 19. Jahrhunderts als eigenständiges Fach allmählich einen bedeutenden Platz beim Hochschulunterricht einzunehmen.

Die Zielsetzung der vorliegenden Studie bestand im wesentlichen darin, für die Epoche der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts am Beispiel der Stadt Halle den Heilberufsstand der sogenannten „niedereren“ Chirurgie (der in Handwerkszünften organisierten Heilberufe wie der des Baders, Barbiers oder Wundarztes), ihre Berufspraxis, ihren Kenntnisstand und insbesondere auch ihre unterschiedlichen Ausbildungsformen – teilweise auch durch eine Teilnahme an Hochschulvorlesungen erworben – darzustellen. In einem kurzen allgemeinen Überblick wird in der vorliegenden Studie zudem der Berufsstand der Wundärzte und Barbieri, ihre soziale Stellung sowie ihr chirurgisches Instrumentarium und ihre Fachliteratur vornehmlich aus dem 17. und 18. Jahrhundert vorgestellt. Darüber hinaus behandelt die vorliegende Arbeit die preußische Gesundheitspolitik in der zweiten Hälfte des 18. und der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts in einer kurzen Übersicht, wobei auch die damals als desolat zu bezeichnende medizinische Versorgung der Landbevölkerung zur Sprache kommt. Dabei wurde der Chirurgenausbildung in den Akademien und den sogenannten „Pepinieren“ besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Da die handwerklich ausgebildeten Chirurgen in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts nachweisbar auch in Halle an Hochschulvorlesungen teilgenommen hatten, erschien es insbesondere für diese Epoche geboten, in einem kurzen Abriß die medizinische Fakultät der Universität Halle zu schildern. Als bemerkenswert sei hierzu erwähnt, daß bereits in diesem Zeitabschnitt an der Medizinischen Fakultät der Universität Halle „Geschichte der Medizin“ bzw. „Geschichte der Heilkunde“ als Vorlesungsstoff angeboten wurde.

Zur Abfassung dieser Arbeit wurden neben den verschiedensten allgemeinen Literaturquellen einzelne Archivalien aus dem Landesarchiv Magdeburg und dem Stadtarchiv Halle ausgewertet und in Teilen herangezogen.

So belegen das Schriftdokument „Über den Mangel geschützter Landwundärzte und Vorschläge zur besseren Bildung derselben ...“ oder die Archivalien zum „Fall“ *Harschleben* eindrücklich die in der Aufklärungszeit im starken Maße an-

wachsende Tendenz zur Wissenschaftlichkeit auch bei den medizinischen Heilberufen.

Exemplarisch zeigt das von *Bräutigam* im Jahre 1850 veröffentlichte Werk mit dem Titel „Practisches Hand- und Hülfsbüchlein der niederen Chirurgie für Lehrlinge und Gehülfen, ...“ den beruflichen Kenntnisstand der „niederen“ Chirurgen in jener Epoche auf. Das von *Reil* verfaßte im Jahre 1804 in Halle verlegte Buch mit dem Titel „Pepinieren zum Unterricht ärztlicher Routiniers als Bedürfnisse des Staates nach seiner Lage wie sie ist“ widmet sich der allgemeinen medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Der Autor befürwortete dabei auch weiterhin zwei ärztliche Berufsstände bzw. Ausbildungswege im Sinne eines akademischen wie nicht-akademischen ärztlichen Berufsstandes. In späterer Zeit würde es jedoch nur noch wissenschaftlich ausgebildete Ärzte geben.

Auch nachdem im Königreich Preußen im Jahre 1852 der Rangunterschied zwischen Ärzten und Chirurgen endgültig aufgehoben worden war, wirkten bei den meisten Menschen noch für lange Zeit finanzielle, soziokulturelle und räumliche Hindernisse einer Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe entgegen. Erst die nachkommenden Generationen fanden mit Hilfe umfangreicher sozialpolitischer Maßnahmen dauerhaft Zugang zu den Praxen mit ihrer auch in der Chirurgie akademisch-ausgebildeten Ärzteschaft.

8 Quellen und Dokumente

Landesarchiv Magdeburg –LHA, Rep. A 10 a Nr. 135

Landesarchiv Magdeburg –LHA, Rep. A 10 a Nr. 290

Verzeichniss der auf der Königlich vereinten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg nach dem Lections-catalog angekündigten und wirklich zu Stande gekommenen Vorlesungen (1825-1831).

Universitätsarchiv Halle; Rep. 4 Nr. 1322

Verzeichniss der auf der Königlichen Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg nach dem Catalog angekündigten und wirklich zu Stande gekommenen Vorlesungen (1831-1836).

Universitätsarchiv Halle, Rep. 4 Nr. 1323

Verzeichniss der auf der Königlich vereinten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg nach dem Catalog angekündigten und wirklich zu Stande gekommenen Vorlesungen (1836-1842)

Universitätsarchiv Halle, Rep. 4 Nr. 1324

Verzeichniss der auf der vereinten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg nach dem Lections-katalog angekündigten und wirklich zu Stande gekommenen Vorlesungen (1842-1851).

Universitätsarchiv Halle, Rep. 4 Nr. 1325

Stadtarchiv Halle

Wöchentliche Hallische Anzeigen 23 (1734) 193

9 Literatur

1. Ackerknecht (1979)
Ackerknecht, Erwin H.: Geschichte der Medizin. 4. durchges. Aufl. von Kurze Geschichte der Medizin. Stuttgart: Enke, 1979
2. Arlt (1955)
Arlt, Klaus: Die Geschichte der Chirurgie Magdeburgs. Inaug.-Diss., Magdeburg 1955
3. Ausstellungsführer Stadtmuseum Münster (1985)
Ausstellungsführer Stadtmuseum Münster (o.V.): Pest und Lepra in Münster. Ausstellung der Jugendarbeitsgemeinschaft für Stadtgeschichte beim Stadtmuseum Münster in Zusammenarbeit mit dem Institut für vergleichende Stadtgeschichte, Universität Münster und der Gesellschaft für Leprakunde e.V., Münster-Kinderhaus. 2. überarb. Aufl. Münster: Ohne Verlagsangabe, 1985
4. Bräutigam (1850)
Bräutigam, W.D.: Practisches Hand- und Hülfsbüchlein der niederen Chirurgie für Lehrlinge und Gehülfen, oder deutliche Anweisung im Aderlassen, Schröpfen, Blutegelsetzen, Glystiergeben, Blasenpflasterlegen, zu Fontanellen und Eiterbändern, ingleichen zum Zahnreinigen und Zahnherausziehen, in Behandlung der Entzündungen und Eiterungen, der Rose, des Fingerwurms, der Blutschwären, Verbrennungen, Frostschäden, Warzen und Leichdornen, der Verrenkungen, Verstauchungen, Knochenbrüche und der verschiedenen Gattungen des Scheintodes. Nebst einer ausführlichen Abhandlung über Güte, Einkauf, Abziehen der Rasirmesser, Wetzsteine, Streichriemen und über das Rasiren, auch bewährten, den Haarwuchs Befördernden, das Ausfallen der Haare verhütenden Mitteln, wie auch Färbemitteln derselben u.s.w.. 2. verb. Aufl. (bearb. von Händel, Franz Wilhelm Otto). Weimar: Druck und Verlag Bernh. Friedr. Voigt, 1850
5. Brunn (1928)
Brunn, W. von: Kurze Geschichte der Chirurgie. Berlin: Springer, 1928
6. Drees (1989/90 a)
Drees, Annette: Vom handwerklichen Wundarzt zum studierten Spezialisten. Der Aufstieg der Chirurgen. In: Blutiges Handwerk – Klinische Chirurgie. Zur Entwicklung der Chirurgie 1750-1920. (Herausgegeben im Auftrag des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe, Westfälisches Museumsamt). Münster: Westfälisches Museumsamt, 1989/90, S. 11-21
7. Drees (1989/90 b)
Drees, Annette: Die „Operateure“. Stein- und Bruchschneider, Starstecher und Zahnreißer. In: Blutiges Handwerk – Klinische Chirurgie. Zur Entwicklung der Chirurgie 1750-1920. (Herausgegeben im Auftrag des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe, Westfälisches Museumsamt).

Münster: Westfälisches Museumsamt, 1989/90, S. 22-27

8. Dzondi (1818)

Dzondi, Carl Heinrich: Kurze Geschichte des klinischen Instituts für Chirurgie und Augenheilkunde auf der Universität zu Halle und der in demselben befolgten Heilmethode in den Jahren 1811 bis 1817. Halle: Im Selbstverlag, 1818

9. Eckstein (1841)

Eckstein, Friedrich August: Geschichte des Hospitals S. Cyriaci zu Halle. Halle: Gebauer-Schwetschkesche Buchdruckerei, 1841

10. Eulner (1965)

Eulner, H.-H. :Zum "Kampf" um die Gleichberechtigung von Chirurgie und Medizin. Berl. Med. 16 (1965), S. 504-507

11. Fischer (1876)

Fischer, Georg: Chirurgie vor 100 Jahren. Historische Studie. Vogel, Leipzig 1876

12. Frevert (1984)

Frevert, Ute: Krankheit als politisches Problem 1770-1880. Soziale Unterschichten in Preußen zwischen medizinischer Polizei und staatlicher Sozialversicherung. (Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft; Bd. 62). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1984

13. Friedell (1965)

Friedell, Egon: Kulturgeschichte der Neuzeit. Die Krisis der europäischen Seele von der schwarzen Pest bis zum Ersten Weltkrieg. (Ungekürzte Sonderausgabe in einem Band. Erste Ausgabe in drei Bänden 1927-1931.) München: Beck'sche Verlagsbuchhandlung, 1965

14. Grosch (1969)

Grosch, Peter: Die Entwicklung der Chirurgie von Beginn des 13. Jahrhunderts bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts in der Stadt Halle. Inaug.-Diss., Halle-Wittenberg 1969

15. Groß (1999)

Groß, Dominik: Die Aufhebung des Wundarztberufs. Ursachen, Begleitumstände und Auswirkungen am Beispiel des Königreichs Württemberg (1806-1918). (Sudhoffs Archiv. Zeitschrift für Wissenschaftsgeschichte. Beihefte, Heft 41). Stuttgart: Steiner, 1999

16. Grosse und Foerster (1988)

Grosse, Gerald (Fotos), Foerster, Christel (Text): Halle. 1. Aufl. Leipzig: Brockhaus, 1988

17. Gurlt (1898)

Gurlt, Ernst Julius: Geschichte der Chirurgie und ihrer Ausübung. Volkschirurgie – Alterthum – Mittelalter – Renaissance. 1. Bd. Berlin: Hirschwald, 1898

18. Helm (1998)

Helm, Jürgen: ‚Kinder- und Lehrkrankenhaus‘ im frühen 18. Jahrhundert? Die Einrichtungen zur Krankenfürsorge in den Frankeschen Stiftungen. Med. hist. J. 33 (1998), S. 107-141

19. Hilfstaxe (1963):

Ohne Verfasser: Hilfstaxe für Apotheken 1963. 6. Aufl. (Bearbeitet vom Arzneibüro der Arbeitsgemeinschaft der Berufsvertretungen Deutscher Apotheker.) Frankfurt am Main: Govi-Verlag – Pharmazeutischer Verlag, 1963

20. Hofmann (1977)

Hofmann, Franz: Halle 1694-1817. Kap. 5. Die Universität Halle in der Periode des Verfalls der feudalen Gesellschaftsordnung und der Entwicklung des Manufakturkapitalismus (1694-1789). In: Hübner, H. (Hrsg.) (Wissenschaftliche Gesamtleitung des Autorenkollektivs): Geschichte der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg 1502-1977. Abriß. Wissenschaftliche Beiträge der Martin-Luther-Universität, Halle-Wittenberg 1977/3 (T 13). Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 1977, S. 37-48

21. Huerkamp (1985)

Huerkamp, Claudia: Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten: Das Beispiel Preußens. (Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft; Bd. 68). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1985

22. Kaiser (1993 a)

Kaiser, Wolfram: Praxisorientierte Unterrichtsformen des 18. Jahrhunderts. Zur 250. Wiederkehr des Geburtstages von Johann Friedrich Gottlieb Goldhagen (1742-1788). Inn. Med. 48 (1993), S. 82-89

23. Kaiser (1993 b)

Kaiser, Wolfram: Praxisorientierte Unterrichtsformen des frühen 19. Jahrhunderts. Inn. Med. 48 (1993), S. 205-212

24. Kaiser und Piechocki (1968 a)

Kaiser, Wolfram, Piechocki, Werner: Zur Geschichte des halleschen Bader- und Chirurgenhandwerks. Med. Mschr. 22 (1968), S. 399-406

25. Kaiser und Piechocki (1968 b)

Kaiser, Wolfram, Piechocki, Werner: Die Anfänge des chirurgischen Unterrichts an der Universität Halle. Dtsch. Gesundheitswesen 23 (1968), S. 1658-1666

26. Kaiser et al. (1967)

Kaiser, Wolfram, Krosch, Karl-Heinz, Piechocki, Werner: Collegium clinicum Halense. Wissenschaftliche Beiträge der Martin-Luther-Universität, Halle-Wittenberg 1967/3 (R 2). Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg 1967

27. Kleinhempel und Soschinka (1996)

Kleinhempel, Friedrich, Soschinka, Hans-Ulrich: Bader – Barbieri – Friseure. Geschichte und Geschichten aus uraltem Handwerk. Frankfurt am Main: R.G. Fischer, 1996

28. Löffler (1991)

Löffler, Ute: Die Bader- und Barbierer-Ordnungen der Reichsstadt Memmingen vom 16. bis zum 19. Jahrhundert. Ein Beitrag zur Entwicklung der Chirurgie. Med. Diss., Ulm 1991

29. Luther und Wirth (1989)

Luther, Bernd, Wirth, I.: Die Neuorientierung der chirurgischen Ausbildung in Berlin an der Wende vom 18. zum 19. Jahrhundert. Z. ges. Hyg. 35 (1989), S. 746-750

30. Manninger (1942)

Manninger, Wilhelm: Kampf und Sieg der Chirurgie. Zürich Leipzig: Rascher, 1942

31. Murken (1989/90)

Murken, Axel Hinrich: Die älteste Disziplin der Heilkunde. Geschichte der Chirurgie vom Mittelalter bis zum 20. Jahrhundert im Überblick. In: Blutiges Handwerk – Klinische Chirurgie. Zur Entwicklung der Chirurgie 1750-1920. (Herausgegeben im Auftrag des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe, Westfälisches Museumsamt).

Münster: Westfälisches Museumsamt, 1989/90, S. 28-48

32. Nauck (1963)

Nauck, E.Th.: Über die anatomischen, chirurgischen und geburtshilflichen Lehranstalten vornehmlich außerhalb der Universitäten im 16.-19. Jahrhundert. Versuch einer Übersicht. Anat. Anz. 113 (1963), S. 193-213

33. Reil (1804)

Reil, Johann Christian: Pepinieren zum Unterricht ärztlicher Routiniers als Bedürfnisse des Staats nach seiner Lage wie sie ist. Halle: Curt, 1804

34. Rohleder (1992)

Rohleder, Peter: Halle an der Saale. Ein Führer durch die Stadt und ihre Geschichte. Leipzig: Barthel, 1992

35. Rundes Chronik (1933)
Rundes Chronik der Stadt Halle 1750-1835. (Hrsg. vom Thüringisch-Sächsischen Geschichtsverein, bearb. von Weißenborn, Bernard). Halle-Saale: Gebauer-Schwetschke Druckerei und Verlag, 1933
36. Sander (1989)
Sander, Sabine: Handwerkschirurgen. Sozialgeschichte einer verdrängten Berufsgruppe. (Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft; Bd. 83). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1989
37. Sander und Schober (1967)
Sander, Eberhard, Schober, Karl-Ludwig: Zweieinhalb Jahrhunderte Chirurgie in Halle. Wiss. Z. Univ. Halle 16, Heft 3 (1967), S. 357-368
38. Schadewaldt (1986)
Schadewaldt, Hans: Einführung. In: Wunderli, P. (Hrsg.): Der kranke Mensch in Mittelalter und Renaissance. Forschungsinstitut für Mittelalter und Renaissance. (Studia humaniora; Bd. 5). Düsseldorf: Droste, 1986, S. 13-25
39. Schierhorn (1985)
Schierhorn, Helmke: Der Prosektor und seine Stellung in der Hierarchie anatomischer Institutionen, demonstriert vor allem an den Anatomien in Berlin, Halle, Leipzig, Rostock und Greifswald. Anat. Anz. 159 (1985), S. 311-346
40. Schwabe (1986)
Schwabe, Hans: Der lange Weg der Chirurgie. Vom Wundarzt und Bader zur Chirurgie. Zürich: Strom, 1986
41. Stürzbecher (1958)
Stürzbecher, Manfred: Beitrag zur Geschichte der Berliner Anatomie im 18. Jahrhundert. Dtsch. Med. J. 9 (1958), S. 439-442
42. Stürzbecher (1959)
Stürzbecher, Manfred: Zur Geschichte des Anatomischen Theaters in Berlin im 18. Jahrhundert. Med. Mitteil. 20 (1959), S. 102-106
43. Tautz und Hein (1979)
Tautz, P., Hein, G.: Frühformen orthopädischen Denkens und orthopädischer Methoden in den ersten 120 Jahren der Universität Halle (Saale) (III) Heinrich Baß (1690-1754), genannt "Bandagen-Baß". Beitr. Orthop. Traumatol. 26 (1979), S. 705-712
44. Völker (1989)
Völker, Arina: Hallesche Mediziner als Zeitzeugen und Fachchronisten. III. Die Lebenserinnerungen des halleschen Doktoranden Heinrich Hoffmann (1809-1894) im Kontext der zeitgenössischen Autobiographien. Z. ges. Inn. Med. 44 (1989), S. 593-600

45. Waldeyer (1960)

Waldeyer, A.: Zur Geschichte der Berliner Anatomie. Z. ärztl. Fortbild. 54 (1960), S. 514-530

46. Weber (1955)

Weber, Friedrich August: Die Versorgung der Landbevölkerung mit ärztlicher Hilfe. Eine medizin-geschichtliche Betrachtung. Dtsch. Gesundheitswes. 10 (1955), S. 344-351

47. Weissenborn (1919)

Weissenborn, Bernhard: Die Universität Halle-Wittenberg. Herausgegeben mit Unterstützung der Universität und der Stadt Halle. (Stätten der Bildung, Bd. 2). Berlin: Furche, 1919

48. Wiesing (1995)

Wiesing, Urban: Kunst oder Wissenschaft? Konzeptionen der Medizin in der deutschen Romantik. (Medizin und Philosophie, Bd. 1). Stuttgart Bad Cannstatt: Frommann-Holzboog, 1995

49. Zimmer (1997)

Zimmer, René: Der Wandel des Arztberufs im Zuge der Industrialisierung im 19. Jahrhundert am Beispiel der Stadt Halle a.d. Saale. (Institut für Soziologie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.) Praktikumsbericht zum Projekt „Halle im 19. Jahrhundert“ – SS 1997

10 Anhang

10.1 „Über den Mangel geschützter Landwundärzte und Vorschläge zur besseren Bildung derselben ...“

Aus dem Landesarchiv Magdeburg – LHA, Rep. A 10 a Nr. 135, S. 56 - 72 – nachfolgend in Transkription das im Jahre 1805 datierte Schriftdokument des Stadtchirurgen, Wundarztes und Geburtshelfers *Jüngling*.

I Einleitung

Bey der zunehmenden Aufklärung in der Medicin und der Vervollkommnung der Chirurgie, und bey den wichtigen Fortschritten der Aufklärung überhaupt, ist es eine traurige Erfahrung, daß die in der Abgeschiedenheit der litterarischen Welt, auf dem Lande lebenden Wundärzte, weit hinter diesen Fortschritten zum größten Nachtheil des armen Landmannes zurückbleiben.

Schon der begüterte Landmann scheut den Kostenaufwand, den die Berufung eines erfahrenen Arztes aus der entfernten Stadt verursacht und wendet sich lieber, da er durch persönliche Bekanntschaft sich von der Unwissenheit seines Barbiers überzeugt hat, an alte Weiber und Hirten und giebt diesen so lange sich preiß, bis ihre Quacksalbereien das Übel verschlimmert oder gar unheilbar gemacht haben - Der Arme vermag es noch weniger das körperliche Wohl seiner und seiner Familie, beßern Händen anzuvertrauen und ist um desto gewißer verlohren, da seine Einsichten am wenigsten zu den Begriffen einer zweckmässigen Kurmethode sich erheben können.

Der unerfahrene Landmann, der keine Begriffe von der Mannigfaltigkeit und Verschiedenheit des Ursachlichen einer Krankheit hat und haben kann, der weder Verschiedenheit der Körperconstitution noch andere Bedingungen kennt, von welcher seine Genesung abhängt, versucht es daher lieber mit Hausmitteln, durch welchen sein Nachbar von einem ähnlichen Übel genaß, als daß er sich der unsicheren Kur des Dorfchirurgen, oder der kostbaren eines erfahrenen, aber entfernten Arztes anvertraut. Auf diese Weise werden nicht selten kleine und unbedeutende Übel, so wohl durch Zeitverlust als durch fehlerhafte, unzweckmäßige Behandlung, in bösertige, oft gar

unheilbare Krankheiten verwandelt und durch jene Aferärzte noch ausserdem, der Aberglaube unterhalten und befördert, hinter welchen sie ihre Betrügereien verstecken. Nicht wenig ist zwar im preußischen Staate durch die strengen Verbote der medicinischen Pfuscherey, so wie durch die Anordnung einer strengen Prüfung der Dorfchirurgen geleistet worden, aber bey weitem ist dadurch dem Unwesen der Aferärzte nicht gänzlich abgeholfen. Diese treiben ihr Wesen noch immer im Stillen fort und umgehen die Gesetze um so sicherer, je weniger sie die Denunzierung der Dorfchirurgen, die zur inneren Praxis sich eben so wenig berechtigt glauben dürfen, zu fürchten haben.

Die strenge Prüfung hat ihren großen Werth und ist als Mittel zur Ausschließung ganz unfähiger Subjekte von der chirurgischen Praxis zu betrachten, nur kann sie bis jetzt noch nicht in ihrer Ausdehnung angewendet werden, wenn nicht die meisten sich meldenden Candidaten abgewiesen werden, und nicht noch mehrere Orte ganz unbesetzt bleiben sollen.

Immer allgemeiner werden daher auch schon die Klagen des Landmannes, je mehr er bey seiner fortschreitenden Kultur das dringende Bedürfnis fühlt, sein körperliches Wohl beßern Händen, als bisher anzuvertrauen. Gewiß wurde auch mancher plötzlich Verunglückte noch von der nahen Todesgefahr gerettet und seiner Familie wieder gegeben werden, wenn mit beßern Kenntnissen ausgerüstet und zweckmäßigeren Hilfsmitteln versehen, der herbeygerufene Wundarzt, seiner wichtigen Bestimmung entspräche.

Meine Geschäfte führten mich seit mehreren Jahren häufig aufs Land und gaben mir hinreichende Gelegenheit, die Nothwendigkeit einer Bildungsanstalt für Landchirurgen einzusehen. Die wenigsten Dörfer sind mit Wundärzten besetzt, die meisten von den Vorhandenen sind elende Bartscherer, die keinen Begriff, weder von der Chirurgie, noch von den Hilfswissenschaften derselben haben. Voller Aberglauben und zum Theil mit einer so frechen Dreistigkeit in der Ausübung ihrer vermeintlichen Kunst, daß sie nicht nur die schädlichsten, sondern sogar sich ganz entgegenwirkendeste Mittel zur gleichen Zeit anwenden. Fast alle beschäftigen sich mit schwerer Feldarbeit und überlassen sich derselben oft noch obenein :/ gleich Tagelöhnern /: auch ihren Nachbarn und den mehr begüterten des Dorfes. Die größte Zahl derselben ist aus der

niedrigsten Volksklasse, und wegen Mangel an hinlänglichen Vermögen, sind sie nicht im Stande sich aus dieser zu erheben.

Der Landmann hat und kann kein Vertrauen zu ihnen haben, weil er es wirklich in der Erfahrung nachweisen kann, daß die Hebamme des Orts oder der Hirte mit ihrem Rathe bey den Krankheiten seiner Familie ihm zuweilen nützlicher waren, als der Wundarzt, auf den er angewiesen ist.

Alles dies konnte indessen bey der bisherigen Bildung der Dorfchirurgen nicht anders sein, denn

1) Jeder Dorfchirurgus hat noch jetzt das Recht Lehrlinge zu nehmen.

So nachtheilig es aber schon überhaupt ist, wenn unter den Handwerkern es jeden Stümper frey steht Lehrlinge zu halten, so nachtheilig und gar gefährlich ist es insbesondere, wenn denjenigen unter den Wundärzten dieß frey steht, die nicht nur in ihrer regressiven Tendenz, sondern auch von Hause aus, in Rücksicht ihrer Wissenschaft, auf der niedrigsten Stufe stehen.

2) Bisher hat noch jeder Wundarzt sowohl auf dem Lande als auch in der Stadt aus der niedern Volksklasse nehmen müssen, denn begüterte, oder gar schon aufgeklärte Landleute schämten sich durchaus, ihre Kinder einem solchen Manne zu übergeben, der sie zu nichts mehr als den Bartscherern, und wohl außer der dazu bestimmten Zeit, zur harten Feldarbeit anhalten mußte, weil diese Beschäftigung ihn als Entschädigung des zu geringen Lehrgeldes erlaubt schien.

Daher fanden sich nur arme und unbemittelte Aeltern, die nicht einmahl ein, auf dem Lande gebräuchliches Lehrgeld von 30 bis 40 Thaler bezahlen konnten, bereit, ihre Kinder einem solchen Manne zu übergeben, und überließen sie demselben zur Entschädigung des erwähnten Lehrgeldes noch ein Jahr länger :/ worunter das sogenannte Quittlernen verstanden wird /:

Nach verflossener Lehrzeit hatte ein solcher Knabe das Jünglingsalter erreicht und war in Besitz keiner anderen Kenntniße als des Barbierens und höchstens des Schröpfens und Aderlassens. Durch das drey = bis vierjährige Herumlaufen mit dem Scheerbeutel war der Sittlichkeit sowie der Stetigkeit zu ernsteren Geschäften noch mehr gefährdet und während dieser Zeit selbst noch dasjenige vergessen worden, worin der Prediger und Landschullehrer ihn vielleicht unterrichtet hatten.

Nicht besser steht es um die Bildung solcher Lehrlinge in hiesiger Stadt selbst. Ein gebräuchliches Lehrgeld von 50 bis 100 Thaler ist zur 3jährigen Unterhaltung des Lehrlings ebenfalls unzureichende Entschädigung, und jeder Wundarzt sieht sich genöthiget, die ersten oder letzten 2 Jahre, dem Lehrling eine sogenannte Barbierkundschaft zu übertragen, bey welchem Geschäft die Moralität des Lehrlings noch mehr als auf dem Lande untergraben wird, und zwar um so sicherer je weniger Gebildete, und Eltern von feiner Erziehung ihre Kinder zu diesem Geschäfte bestimmen. Die verlangten Kenntniße des Lehrlings eines Stadtwundarztes bestanden daher ebenfalls blos im Barbieren, Aderlassen, Schröpfen und höchstens einigen technischen Handgriffen bey der Heilung eines Geschwürs, einer Wunde und anderer Kleinigkeiten. Mit diesen Kenntnissen ging ein solcher Lehrling nach dem Lossprechen auf die Wanderschaft, das heißt er trieb das Gelernte vorzüglich das Barbieren einige Jahre bey anderen Chirurgen, kam dan zurück, ließ sich als Chirurgus auf einem Dorfe nieder und bildete wieder Lehrlinge von ähnlicher Art.

II Die Mittel diesen Mängeln abzuhelfen und dem Lande bessere und brauchbare Wundärzte zu geben können

a vorzüglich nur in der Sorge für bessere, wissenschaftliche Bildung durch zweckmässigen Unterricht, und

b in der Errichtung einer klinischen Anstalt zur praktischen Anleitung der Zöglinge bestehen.

Eine zweckmäßige Lehranstalt in welcher der theoretische Unterricht mit praktischer Anweisung verbunden ist, in welcher durch sinnliche Anschauungen dem Gedächtnisse die verschiedenen Krankheitsformen und Gebrechen des Körpers eingedrückt werden, in welcher durch Abnöthigung und Berichtigung der Meinungen und Gründe über die zweckmässigste Kurmethode und zuletzt durch eigene Ausübung der vorkommenden chirurgisch medicinischen Verrichtungen eine rationelle Bildung bewirkt werden kann, ist als das einzige Mittel zur Erreichung jenes Zweckes anzusehen.

Zwar fehlt es nicht an Akademien und Lehranstalten zur Bildung der Wundärzte, und namentlich ist in Berlin so vortrefflich für dieß Bedürfniß gesorgt, daß jeder Wundarzt der dort, wenn auch nur die letzte Hand an seine wissenschaftliche Bildung legen konnte, sich glücklich preißt.

Aber diese große wichtige Lehranstalt ist für diejenigen, die hier zu Landchirurgen sich anstellen lassen, wie aus dem obigen hervorgeht gänzlich verlohren.

Auch darf eine Lehranstalt dieser Art, so wie sie hier Bedürfniß ist, nicht an die Tendenz einer medicinischen Fakultät reichen, wie aus der oben gegebenen allgemeinen Charakteristik der Dorfchirurgen erhellet, aber sie muß sich doch sehr über die bisherige Bildungsart junger Wundärzte erheben.

Seit meinen Jahren, wo ich mich mit dem Unterricht der hier konditionirenden Barbiergesellen und Lehrlinge hiesiger Stadtwundärzte beschäftigte und dabey manche Erfahrung machen konnte, habe ich mich von der Nothwendigkeit eines Krankenhauses zum Behuf des Unterrichts völlig überzeugt, und wenn die auf Erfahrungen sich stützenden Vorschläge neuerer Erzieher und die zum Theil ausgeführten Ideen eines Pestalozzi Stephani pp aus psychologischen Gründen als wichtig anerkannt werden müssen, so findet man daß eine auf sinnliche Anschauungen beruhende Unterrichtsmethode nicht nur für jene Elementarschulen, die eine allgemeine Tendenz haben sich eignen, sondern auch in besondere Unterrichtsanstalten einzelner Wissenschaften und Künste beybehalten werden müssen, wenn reelle und gründliche Bildung bewirkt werden soll, und auf solche Weise kann auch nur die Bildung des Wundarztes, in so fern sie außer dem intellektuellen auch technisch sein muß, allein bewirkt werden.

Ich gab einer Anzahl von 20 bis 30 Zuhörern wöchentlich 4 Stunden unentgeltlichen Unterricht in der Chirurgie und der materia medica Chir:-

Mit der Kreide in der Hand zeichnete ich ihnen Instrumente, Bandagen pp und wo die Sache anatomische Einsichten, die ich nicht voraussetzen konnte, erforderte, auch den Lauf der Gefäße, Nerven, Sehnen, Muskeln, Oeffnungen pp. Ich suchte meinen Vortrag ihrer Fassungskraft anzupassen und es gelang mir ihre Aufmerksamkeit zu fesseln und ihnen eine größere Neigung zu ihrer Wissenschaft einzuflößen.

Nach einiger Zeit untersuchte ich durch ein Examen wie meine Bemühungen gefruchtet haben möchten und fand bey einigen daß sie mich verstanden und wahren Nutzen gehabt hatten. Andere hingegen waren noch sehr zurück und machten mich muthlos. Ich dachte auf Mittel auch diesen nützlich zu sein auch meinen Unterricht eine größere Vollkommenheit zu geben, und verfiel auf die sokratische Fragmethode. Hierdurch zog

ich das Ehrgefühl der Zuhörer in mein Interesse und hatte das Vergnügen tägliche bessere Fortschritte zu sehen die den vorigen nicht gleich kamen.

Ich hatte mich daher jetzt völlig überzeugt, daß nur durch diese beiden Maaßregeln wahrer Nutzen beym Unterricht hervorgehen kann, und daß die Gebung sinnlicher Anschauungen und Benutzung der Fragmethode als Hauptbedingungen eines solchen Unterrichts festgesetzt werden müssen.

Was die Errichtung einer Lehranstalt für Landchirurgen betrifft, so geht die Nothwendigkeit derselben zwar schon aus der oben gegebenen Charakteristik der bisherigen Dorfchirurgen hervor aber auch die jetzige viel zu geringe Anzahl dieser Landchirurgen macht eine solche Anstalt noch vorzüglich nöthig, denn in dem ganzen Herzogthum Magdeburg in welchen das platte Land, ohne den Städten ganz gering gerechnet 174000 Einwohner allein hat, sind nur 75 Chirurgen vorhanden, ja sogar in den ganzen Ziesarschen Creis, ist kein einziger Wundarzt, und in den ersten und 2^{ten} Distrikt des Jerichowschen Creises, wo nur in 6 Dörfern Chirurgen sind, sind nicht weniger als 78 Dörfer ganz ohne Wundärzte!!

Wie mancher Hülflose könnte hier durch einen gebildeten Mann gerettet werden ? !
Welche Fortschritte könnte z.B. die vaccination hier machen ? pp –

Bey der Ausführung des gegebenen Vorschlags und der Errichtung einer Provinzial-Pepiniere für Landchirurgen würde nun folgendes berücksichtigt werden müssen:

1.) Aufhebung des Rechts der Dorfchirurgen Lehrlinge zu halten, entweder ganz oder zum Theile.

Zum Theil würde dieß Recht aber damit aufgehoben sein, wenn jeder Dorfchirurgus verpflichtet würde, seinen Lehrling nicht länger als 2 Jahre :/ von den gewöhnlichen 14ährigen gen Alter angerechnet /: seinen Dienst zu behalten, ihn alsdann aber zu gestatten auf seine eigne Kosten in jene Bildungsanstalt zu gehen, und wenn die sogenannte Freyprechung nicht eher gestattet würde als bis derselbe sich hier zu hinlängliche Kenntnisse erworben hätte.

2/ Bestimmung des Orts der Lehranstalt.

Da sich nur große Städte zu diesem Behuf qualifizieren, so würde Magdeburg, da es noch überdem der Mittelpunkt des Herzothums ist und eine sehr gute schon lange bestehende Armen- und Krankenversorgungs– Anstalt (auch eine starke Garnison und

36 Compagnie Chirurgen, die daran Theilnehmen könnten) hat, sich hierzu vorzüglich eignen.

Mit leichter Mühe würde in der Armenanstalt ein geräumiges Zimmer für 18 bis zwanzig Kranke dazu eingerichtet, die wichtigsten instruktivsten Kranken wurden aus dem Übrigen herausgehoben und für den klinischen Unterricht bestimmt werden können. Auch würde vielleicht die Errichtung eines Gesinde - Krankenhauses und die Benutzung desselben zu jenem Behuf möglich sein.

3/ Auswahl der Zöglinge

a. Fähigkeiten

was die Aufnahme der Eleven in Rücksicht der Fähigkeiten betrifft, so dürfen die Forderungen aus leicht einzusehenden Ursachen nicht zu groß sein. Indessen müssen doch nur solche aufgenommen werden, die nicht nur recht gut und fertig lesen und schreiben könnten, sondern die auch die Anfangsgründe der lateinischen Sprache inne hätten, vorzüglich aber müßte jeder vor seiner Aufnahme geprüft werden und durch kleine Aufsätze oder dergleichen beweisen, daß er die Fähigkeit habe, sich verständlich und richtig auszudrücken.

b Alter

Keiner müßte unter 16 bis 17 Jahren angenommen werden, weil jugendlicher Leichtsinn gar zu oft die gute Absicht vereiteln würde.

c Zahl derselben

Die Anzahl der Zöglinge müßte nicht anders als nach dem Bedürfnisse des Landes abgemessen werden, und hier ließe sich ungefähr annehmen: daß von 275,262 Einwohnern des ganzen Herzogthums 174000 auf den Dörfern und 101262 in den sämtlichen Städten leben. Daß ferner wenigstens die Hälfte, wo nicht mehr, der sich in den kleinen Landstädten niederlassenden Wundärzte keine höhere Bildungsanstalten und Universitäten besuchen, und daher auch zu den Dorfwundärzten gerechnet werden können, folglich die Hälfte der Einwohner der Städte nämlich 50631 zu den Einwohnern des platten Landes gerechnet werden müssen, wo alsdann sich die Summe von 224,631 ergeben würde, die mit Wundärzten von hieraus versorgt werden müßten.

Wenn nun auf 1400 Einwohnern nur ein Wundarzt gerechnet wird so würden 224,631 ihrer ungefähr 161 bedürfen.

Dies wäre also die mindeste Anzahl der im Herzogthum Magdeburg erforderlichen Landwundärzte.

Nimmt man ferner an, daß jeder Wundarzt :/ im Durchschnitt/: von seiner Anstellung bis zum Tode oder Abgange 30 Jahre seine Stelle bekleidet, so werden alljährlich 5 bis 6 Stellen :/ in 3 Jahren 16 Stellen /: neu besetzt werden müssen. Die Anzahl der Eleven müßte also, da der Lehrkursus wenigstens 3 Jahre dauern muß auf 16 festgesetzt werden, von welchen die Hälfte alle 1 ½ Jahre in die Vakanzen einrücken und die abgehenden durch die sich gemeldeten Exspektanten ersetzt werden könnten.

Als Exspektanten würden vorzüglich die Söhne der Dorfchirurgen hiesiger Gegend zu notiren sein und zwar aus folgenden Gründen:

α Würden dadurch die ältern rohen Wundärzte am besten und frühesten in Ruhe gebracht, indem die meisten ihre Geschäfte am liebsten einen von ihren Söhnen übertragen würden.

β Würde dadurch die mit so vielen Schwierigkeiten verbundene Aufhebung der noch stattfindenden Badergerechtigkeiten und Barbierkonzessionen umgangen werden.

γ Würden die Väter dieser Exspektanten in ihnen die Versorger ihrer Weiber und Kinder nach ihrem Tode sehen und daher alles nach ihren Kräften beytragen, was zur frühen Ausbildung ihrer Söhne gehört.

δ Würden diese jungen Leute, auch sicher ein größeres Vertrauen in ihrem Dorfe genießen, als jeder Fremde und die Wichtigkeit dieses Vertrauens ist nicht zu verkennen.

ε Kennen sie das Lokale, wo sie dereinst plaziert werden, als diejenigen Mittel sich dem Kranken ihrer Gegend verständlich zu machen. Sie können gleichsam in ihrer Sprache mit ihnen reden, und werden sich sicher am besten auf die Erforschung des Ursächlichen einer Krankheit verstehen, selbst besser als ein Fremder, der sie an Kenntnissen wohl noch überträffe.

Dennoch dürfte dieß nicht zur unnachlässigen Bedingung der Aufnahme festgesetzt, und dadurch jeder andere fähige Kopf gänzlich ausgeschlossen werden.

4. Tendenz des Unterrichts

Was den Unterricht der Eleven im Allgemeinen und seine Grenzen betrifft, so setze ich meine Meinungen darüber gern den Befehlen und nähern Bestimmungen eines hohen Ober Collegii Medici et Sanitat. nach, glaube aber bemerken zu müssen, daß was die Theorie betrifft, Medicin und Chirurgie nie theilbar sind.

In der Praxis, wo dennoch ihre Trennung immer gewaltsam bleibt, verhält es sich freilich anders, so sichtbar auch hier oft die übeln Folgen ihrer Zerreißung erscheinen. Indessen muß in einer Lehranstalt für Wundärzte des platten Landes die Heilkunde in ihrem ganzen Umfange gelehrt werden, weil die Ausübung derselben in eben dem Maaße dem hier gebildeten Volksarzt in Zukunft überlassen werden muß.

Der Vortrag sei lichtvoll und populär und der Fassungskraft der Zuhörer genau angepaßt, nicht kritisch sondern dogmatisch. Der Lehrer versinnliche den Unterricht durch Abbildungen und unmittelbare Anschauung der Gegenstände. Alle Subtilitäten müssen vermieden werden, dagegen Deutlichkeit und Bestimmtheit in der Charakteristik der Krankheiten beobachtet werden müssen.

Ferner nehme der Lehrer Rücksicht auf die Volksklasse für welcher der Lehrling gebildet werden, und welche derselbe künftig behandeln soll, zeige z. B. die Nothwendigkeit der Harmonie der Diätethischen mit der medicinischen Krankenpflege, deren Vernachlässigung dem Landvolke vorzüglich eigen ist, und worin wohl die Hauptursache der ungeheuern Tödlichkeit z.B. der epidemischen Krankheiten auf dem Lande liegt :/ wie dieß auch die grossen Spitäler und namentlich das Hotel de Dieu zu Paris hinlänglich bewiesen haben /:

was den Lehrkursus und den Unterricht insbesondere betrifft, so muß er Theils der oben gegebenen Erinnerungen seiner allgemeinen Tendenz, Theils aber auch der dazu bestimmten Zeit entsprechen, nichts enthalten was der Bestimmung des Volksarztes nicht angemessen ist. Nicht Geschichte und Litteratur, weder gerichtliche Arzeneykunde noch medicinische Polizey, weder Vieharzeney noch vergleichende Anatomie pp.

In den Vorbereitungswissenschaften darf der Lehrer nicht zu weit ausholen, wenn er nicht den Zöglingen den eigentlichen Gesichtspunkt verrücken und die Zeit samt den Kostenaufwand mit ihrem künftigen Erwerb in ein Misverhältnis bringen will pp.

Alles stehe in möglichst genauer Beziehung mit der eigentlichen Heilkunde, und wo dieß dunkel scheint zeige der Lehrer auf dieselbe hin und erhöhe auch dadurch daß Interesse.

5. Dauer des Unterrichts

Obwohl die Dauer des Unterrichts bey der Verschiedenheit der subjektiven Fähigkeiten der Zöglinge verschieden sein müßte, so ist es doch nothwendig hier eine Norm festzusetzen, an die der Lehrer sich halten und die der Zögling als Ziel der Vollendung im Prospekt haben kann. Die Dauer darf weder das eine noch das andere Extrem berühren, wenn sie nicht auf der einen Seite unzureichend und auf der anderen kostspielig für den Zögling werden soll.

Je längere Zeit indessen auf die Bildung derselben verwendet werden könnte, je weniger würde diese Bildung ihren Mann beschäftigen, je kürzer aber der Zeitraum festgesetzt würde, desto mehr würde sie seine ganze Thätigkeit und den unermüdlichen Fleiß des Zöglings erfordern. Da aber der Kostenaufwand der Zöglinge den der längere Aufenthalt derselben veranlaßt, bey weitem größer sein würde als jener einer thätigen Aufopferung von Seiten der Lehrer (und Zöglinge) so würde immer der möglichst kürzeste Zeitraum zur Ausbildung benutzt werden und durch gehörige Aufsicht und Ermunterung des Fleißes die Thätigkeit der Zöglinge immer rege erhalten, wo denn ein Zeitraum von drey Jahren hinlänglich sein dürfte, nach welchem der Lehrplan gehörig eingetheilt werden müßte.

6. Anzahl der Lehrer

Zwey Lehrer würden wenn sie sich vorzüglich den Unterricht, mit Anstrengung und Aufopferung widmeten, hinreichend sein, den Cursus nach einer, besonders dazu anzufertigenden Lehrplane (Lehrbüchern), vorzutragen.

7. Prüfungen der Zöglinge

Obleich bey der Benutzung der oben erwähnten Fragmethode der Lehrer immer wissen kann, wie es mit den Fähigkeiten und Fortschritten des Eleven stehe, so wird es doch nöthig sein von Zeit zu Zeit öffentliche Prüfungen anzustellen, Theils um dem

Publikum einen Beweis der Thätigkeit des Instituts zu geben, daher jedermann der fähig ist darüber zu urtheilen freien Zutritt haben muß; Theils aber auch um dadurch den Fleiß der Zöglinge einen neuen Sporn¹ zu geben.

Diese Prüfungen sowie der tägliche Unterricht selbst können entweder in einem besonders dazu bestimmten Gebäude oder in den Wohnungen der Lehrer geschehen.

8 Entlassung und Anstellung

Nach Verlauf der zum Unterricht bestimmten drey Jahre, werde der Zögling öffentlich geprüft und ihm ein Zeugniß über seine Kenntnisse, zum Behuf seiner Anstellung erteilt.

Diese final Prüfung geschehe von den Lehrern selbst, jedoch nach einem demselben von der Medicinalbehörde so oben vorgelegten Plan und im Beysein eines oder mehrerer autorisirten Mitglieder derselben.

Den ersten Vollendeten mögen die jetzt noch leeren Plätze, nach einer regelmäßigen Eintheilung derselben angewiesen werden.

Die Anzahl der leeren Stellen würde aber nach obiger Berechnung 50 sein, weil die 174000 Dorfbewohner nur 75 Wundärzte bis jetzt haben und 125 (in mehr als 357 Dörfern vertheilt) haben sollten.

Ihre Anstellung sey mit einem geringen Jahresgehälte von etwa 30 bis 50 Taler verbunden, wofür er verpflichtet wird, auch denen beyzustehen die ihm nichts bezahlen können.

III Vorschläge zur Erhebung der Kosten und Begründung des Fonds.

So wenig auch Bestimmungen der Art, zu den gegebenen Plan gehören, so werden sich doch von dem Wunsche der Ausführung desselben, der allenthalben auf Hindernisse stößt, erzeugt, und verdienen in dieser Rücksicht hier eine Stelle.

Die erforderlichen Kosten zur Realisierung obiger Vorschläge zerfallen:

- a/ in solche, welche die Errichtung
und Unterhaltung der
Lehranstalt
- b/ in solche, welche den 3 jährigen

¹ Sinngemäß: anspornen.

*Unterhalt der Zöglinge und
c/ in solche, welche das jährliche
Gehalt des angestellten
Volksarztes erfordern.*

ad a Was der Kostenaufwand zur Errichtung und Unterhaltung einer Lehranstalt zur Bildung der Aerzte für das Landvolk, mit den Kostenaufwande zur Erhaltung einer Akademie zur Bildung der Aerzte für den begüterten Staatsbürger gemein hat - ist sein hoher Zweck - Erhaltung des Staatsbürgers.

Ist aber der Zweck des Kostenaufwandes zur Unterhaltung beider ein und eben derselbe, so müßte es auch die Mittel zur Erreichung desselben sein. Es falle daher die Unterhaltung solcher Lehranstalt für den großen Haufen eben den Lasten anheim, aus welchen die Unterhaltung der Akademien und Universitäten bestritten wird; denn beyde Staatsbürger, der begüterte wie der Arme, haben gleiche Rechte und Ansprüche, und der letztere, als der producirende und dabey unmündige, verdient wohl noch mehr der besondern Vorsorge des Staats.

Es würde indessen die Errichtung einer solchen Lehranstalt, wie aus dem obigen ersichtlich, mit wenigen Kosten und ohne alle Schwierigkeiten, vielleicht auch auf folgende Art möglich sein:

- 1 Durch Aufbringung eines jährlichen Beitrags der Landeigenthümer;*
- 2/ Durch Zuziehung des Überschusses bey der Hebammenlehranstalt hieselbst.*
- 3 Durch Zuziehung des Überschusses bey dem hiesigen Schutzblättern = Impfungsinstitute pp.*

ad b. Was den Kostenaufwand der dreyjährigen Unterhaltung der Zöglinge betrifft, so ist der Zögling für diese zu sorgen selbst verpflichtet, der Staat leistet genug für ihn, wenn er ihn unentgeltlich bildet und so für seinen künftigen Unterhalt sorgt.

Aber gerade hier entsteht die größte Schwierigkeit in der Ausführung, weil dieser nicht geringe Kostenaufwand, mit der Armuth des Zöglings collidirt /: denn reiche Jünglinge widmen sich diesem Geschäft einmahl nicht /:

Der Staat trete daher auch hier ins Mittel und lege die Kosten dieser Unterhaltung, so lange aus, bis der mit Gehalt angestellte Volksarzt, durch eine jährliche bestimmte Abgabe Abzug, es nach und nach wieder bezahlen kann. Ohnehin hat ja bis jetzt jeder Dorfchirurgus 2 Taler alljährlich in die Casse des Amtes der Chirurgorum bezahlen

müssen. Es werde dieser Abzug :/ nach der gemachten Auslage berechnet /: erhöht, und fließe in jene allgemeine Vorschuß Kasse.

Indessen würde es doch rathsam sein, den Zögling bey seiner Aufnahme eine Kleinigkeit, etwa 50 Taler beitragen zu lassen. Der Fleiß ist größer, wenn bezahlt werden muß, denn Eltern mögen nicht gern Geld für ihre Kinder weggeworfen haben.

Es würde aber eine 3 jährige Unterhaltung der Zöglinge - zwar nicht den Mindestfordernden lizitationsmässig überlassen - jedoch so genau als möglich eingerichtet werden müssen, und zu dem Ende das Beysammenwohnen der Zöglinge, etwa 4 und 4 auf einem Zimmer zu empfehlen sein, weil dadurch auch überdem noch bey solchen jungen Leuten so nothwendige Aufsicht und Controllirung, die den Lehrern übertragen sein muß, möglich wird.

ad c. Nicht sowohl zur Erreichung jenes aufgestellten großen Zweckes - Erhaltung des armen Staatsbürgers, - sondern auch zur Erreichung, der zu diesen Behuf nöthigen beßern Bildung der Volksärzte, ist es rathsam, dieselben mit einem geringen Jahresgehälte, von etwa 30 bis 50 Talern anzustellen.

Dieß muß nun von jeder Commune, der der Volksarzt dient, durch die Ortsobrigkeit erhoben werden, und jenes dafür die Verbindlichkeit übernehmen, die ganz armen der Gemeinde unentgeltlich beyzustehen.

Jede Stelle würde dann als ein Amt betrachtet werden, wonach der Zögling strebt, und dieß Bestreben wird durch seinem Fleiße nachzuweisen sein.

Mit Vergnügen werde ich mich einer weiteren Ausführung der einzelnen hier aufgestellten Ideen unterziehen, wenn Ein hohes Ober Collegium Medic. et Sanit. diese einer solchen Ausführung werth finden sollte.

10.2 Behördliche Stellungnahme

Aus dem Landesarchiv Magdeburg – LHA, Rep. A 10 a Nr. 135, S. 74 - 80 – nachfolgend in Transkription zwei aus dem Jahre 1804 und 1805 stammende Schriftdokumente mit der amtlichen Stellungnahme zu der zuvor angeführten von *Jüngling* eingereichten Denkschrift „Über den Mangel geschützter Landwundärzte und Vorschläge zur beßeren Bildung derselben ...“ .

Magdeburg den 19^{ten} Apr. 1805

An E. königl. Hochlöbl. Collegs

medici et Sanit.

Hierselbst

Zufällig habe ich aus No. 433. p 1804 heute ersehen, daß der Plan und die Bemerkungen über die Verbeßerung der Wundärzte des platten Landes, bereits unter dem 9^{ten} Apr. an die hießge Hochlöbl. Kr. und Dom. Cammer abgegangen ist. Bey der Wichtigkeit des Gegenstandes, habe ich mich, der Aufforderung unseres würdigen Geheim. Directoris gemäß, für verpflichtet gehalten; meine Meinung über diese Angelegenheit in beyliegenden Bemerkungen E. Wohlhöbl. Colleg. vorzulegen und Dasselbe ganz gehorsamst zu ersuchen, diese Anmerkungen, als ein Supplement der bereits überprüften Pläne, E. königl. Hochlöbl. Vermögens und Domainen Cammer hierselbst, baldigst in Abschrift mitzutheilen.

gez. Weinschenck K

Bemerkungen über die beabsichtigte Verbeßerung der Wundärzte des platten Landes.

Mit völliger Überzeugung trete ich den Bemerkungen und Plane unseres würdigen Geheim Directoris, die künftige Bildung und Anstellung beßer unterrichteter Landchirurgen, um so mehr vollkommen bey, da ich in dem Bericht über den Gesundheits Zustand der hiesigen Provinz im Jahre 1804 die Ideen über die Anstellung zukünftiger Districts Chirurgen, statt der bisher schlecht unterrichteten Dorfchirurgen, bereits in Anregung gebracht habe. Es sollte mir daher zu größter Freude gereichen, wenn dem immer dringender werdenden Bedürfniße zum beßeren Unterricht zukünftiger Landwundärzte, dadurch die Bahn gebrochen seyn sollte.

Dieser beßere und gerade mäßigere Unterricht ist es vorzüglich, welcher uns für die Zukunft nach dem Bedürfniß der Provinz wohl unterrichteten Anzahl geschickter Landwundärzte allein erwarten läßt.

Daher die Anlegung von Pflanzschulen zur Bildung künftiger Landwundärzte, das erste und nötigste ist. Der schicklichste Orth, wo dergleichen Schulen zu errichten sind, wäre

ohne Zweifel die Hauptstadt der Provinz, um so mehr, da sicher wichtige Gründe vorhanden sind, diesen Pflanz Schulen, nicht mit den medicinischen Facultäten unserer Universitäten zu verbinden.

In Rücksicht der Vorkenntniße welche die in der Pflanzschule aufzunehmenden Zöglinge besitzen müssen, wird es hinlänglich seyn, wenn dieselben, neben einer vollendeten Fertigkeit in Lesen und Schreiben, sich in der teutschen Sprache mit einiger Ordnung und Deutlichkeit, auszudrücken vermögen. Eben so nötig würde denselben wenigstens einige Kenntnis der Lateinischen Sprache seyn, wodurch denselben das Studium der Anatomie und Chirurgie sehr erleichtert werden würde.

Dem was der Stadt Chirurgus Jüngling in seinem Plane unter No. 4 über die Tendenz des Unterrichts der zukünftigen Landwundärzte sagt, trete ich im allgemeinen zwar bey, nur wünscht ich

- 1) daß bey der Bildung zukünftiger Landwundärzte die Erlernung der Chirurgie vorzüglich, als Haupt = Gesichtspunkt. Beständig in den Pflanzschulen, vor Zeugen behalten würden
- 2) daß der Zögling durch zu frühzeitige Hinführung am Krankenbette, nicht gleich anfänglich zum rohen Empirismus gewöhnt, weil unser bey Ordnung des Lehr-Cursus, von einer einfachen geläuterten Theorie, und langsam zur Praxis übergeführt würde.
- 3) Halte ich es nicht für rathsam und zweckmäßig daß diesen zukünftigen Wundärzten für das platte Land, die Heilkunde in ihrem ganzen Umfange, gelehrt werde. Daher ich es denn auch nicht rathsam weil umso höchst gefährlich halten würde, diesen in den Pflanzschulen gebildeten Landwundärzten, die unbedingte Ausführung der inneren Heilkunde zu überlaßen.

Was kann man, bey aller Mühe, welche sich die zukünftigen Lehrer dieser Anstalt zur Ausbildung ihrer Zöglinge geben werden, bey den so sehr beschränkten Vorkenntnißen derselben und den Mangel aller wissenschaftlicher Erziehung erwarten?

Sollte man ein so schweres Geschäft, als die unbedingte Ausübung der Heilkunde in ihrem ganzen Umfange, welche so vielen und mannigfaltigen Vorkenntniße und die wissenschaftlichste Bildung erfordert so unsicheren Händen, so unbedingt anvertrauen wollen? würde man nicht die Gesundheit und das Leben einer der nützlichsten Klasse der Staatsbürger, des Landmanns in die gröste Gefahr stürzen? Weit zweckmäßiger

und nützlicher würde ich es daher finden, wenn der Unterricht in der inneren Heilkunde, in diesen Pflanzschulen, nach dem Verhältniß eingeschränkt würde, in welchen den Landwundärzten in Zukunft nur eine bedingte Ausübung der inneren Heilkunde zu gestatten seyn würde.

Haben daher die Zöglinge in der Anatomie des menschlichen Körpers, in der Physiologie und in der Entbindungskunst, als ihrer vorzüglichen dereinstigen Bestimmung¹ Fortschritte gemacht und hinlängliche Kenntnisse erhalten, so führe man sie zum Studium der mater. medic: Lehre sie die Zeichen der Krankheit im allgemeinen (Semiotic) kennen und gebe ihnen vorzüglich eine deutliche und lichtvolle Erkenntnis der dem Landmann vorzüglich eigenen innerlichen Krankheiten, lehre sie die gewissen Krankheits Zufälle vorzüglich erkennen, welche schleunige Hülfe erfordern, und führe sie so zur Erlernung der Heilung derselben. Von der Receptirkunst lehre man so viel, als zur Vorschriften und zur Zusammensetzung der einfachsten inneren Mittel nötig ist. Sehr zweckmäßig scheint es mir zur Vermeidung von Irrtümern, wenn die Landwundärzte ihre Recepte in teutscher Sprache ohne chemische Zeichen und aufzusetzen gewöhnt und verpflichtet würden.

Kann dieser Unterricht in einer mit der Pflanz Schule zu verbindenden Klinischen Anstalt versinnlicht werden so ist dieser ohnstreitig um so zweckmäßiger.

Vorzüglich wünschenswerth würde es seyn, wenn unsere Zöglinge in der theoretischen und practischen Geburts Hülfe, mehr als bis jetzt gewöhnliche Kenntniße erhielten.

Hier ist ohnstreitig die Noth, so lange die Geburts Hülfe in den Händen der ungebildeten abergläubigen und unsren theils abgelebten Weiber auf der niedrigsten Volksklasse bleibt, am größten.

Diese Weiber, welche ohnerachtet der größten Mühe welche sich der Lehrer zu ihrem Unterrichte giebt sind doch nur in den einfachsten Fällen, nur bey ganz leichten und natürlichen Entbindungen zu gebrauchen, wie manche kreißende Frau des Landmanns, würde wenn die Entfernung von einer Stadt und die Kosten nicht so groß wären, mit dem Kinde durch einen geschickten Geburts Helfer gerettet werden können, wie wohlthätig wird es daher seyn, wenn in Zukunft in jedem mäßigen District, ein

¹ Auch nachfolgend sind durch diese Markierart einzelne Textpassagen bzw. Worte gekennzeichnet, die in den Archivalien unleserlich oder nicht (zweifelsfrei) zu entziffern waren.

geschickter Geburts Helfer auf der Stelle und ohne große Kosten zu haben ist, wie viele Mütter, wie viele Kinder würden dem Staate hierdurch erhalten werden.

So auch wird der Unterricht in der Vaccination eine unerläßliche Bedingung bey dem Unterricht der zukünftigen Landwundärzte seyn.

Ein Cursus von 2 und ½ ,höchstens 3 Jahren würde zur Erlangung der vorhingenannten Kenntniße zu unsern Zweck hinlänglich seyn, nach deren Endigung der von den Lehrern der Pflanzschule vorzuschlagende Candidat zur Anstellung als Districts Chirurgus von den Collegii medici streng mündlich sowohl als durch schriftliche Arbeitung und unter Aufsicht, durch Behandlung eines inneren und äußeren Kranken im klinischen Institute, geprüft werden müste : besteht der Candidat in diesen verschiedenen Prüfungen; so würde derselbe die Approbation als Districts Chirurgus und Geburtshelfer und eine bedingte Ausübung der inneren Heilkunde von der höchsten medicinal Behörde zu gestatten seyn.

Ich habe vorhin schon einige wichtige Gründe angeführt, warum nur eine bedingte innere Praxis den Landwundärzten zu gestatten seyn würde, und ich kann meiner Überzeugung nach, denen Ideen, welche der so verdienstvolle Geheime Ober Berg Rath und Professor Dr. Reil, in seiner Schrift über Routiniers, der anzusetzenden Volksärzte, welchen er eine ganz unbedingte Erlaubniß zur Heilung innerer Krankheiten bey legt, nicht beytreten, der kürze wegen berufe ich mich im allgemeinen nur auf die wichtigen Einwürfe welche Geheimer Ober Berg Rath Reil, bey Gelegenheit unserer Recensione seiner Schrift, über diese unbedingte Erlaubniß zur inneren Praxis den Volksärzten gemacht worden sind.

Man erlaube daher dem geprüften Districts Wundarzt nur die Heilung leichter und gewöhnlicher Krankheiten des Landmanns, so wie die ersten Anordnungen bey gefährlichen Zufällen welche schleunige Hülfe erfordern, mache es ihm aber zur heiligen und unerläßlichen Pflicht, bey wichtigern acuten und complicirten chronischen Krankheiten und vorzüglich bey Epidemien den Beystandt approbirter Ärzte zu suchen. In wie fern und ob es nicht rätlich und zweckmäßig sey, über mehrere vereinigte Districte einen rationellen wissenschaftlichen approbirten Arzt dem Districts Chirurgen vorzusetzen, und ob dazu nicht, und ob dabey nicht die Land = Creis und Stadt Physici, am brauchbarsten wären, von welchen sie sich in allen vorgeannten und kurz

angegebenen Fällen zu wenden hätten, überlasse ich der weiteren Prüfung und Erörterung der höchsten medicinal Behörde.

Könnte die bisher noch bestehende Zunftmäßigkeit der Chirurgie und die Barbier und Bad Stuben Gerechtigkeiten, mit welchen die Ausübung der Wundarzneykunst jetzt verbunden ist, gänzlich aufgehoben, oder so verändert werden, daß den Eigenthümern derselben kein bedeutender Nachtheil zugefügt wurde, so würde die Wundarzneykunst, wenn man das Handwerks Geschäft des Barbiers gänzlich davon trennte, unendlich gewinnen. Ich stelle es einer weitem Prüfung anheim; ob nachstehender Vorschlag zur Erreichung dieses Zwecks führen könnte.

Man gestatte denen Wundärzten, von deren hinlänglich - Kenntniße und Geschicklichkeit sich der Staat durch Prüfungen überzeugt hat, sich in den Städten ohne den Ankauf einer Barbier Gerechtheit nieder zu lassen und verhindere es gesetzlich, daß bey Erledigung einer Barbier Gerechtheit, dieselbe nie wieder von einem Wundarzt verkauft werden darf. ohne Zweifel würden sich dennoch andere Käufer finden wenn man nur den Eigenthümern der Barbier Gerechtigkeiten das rasiren allein verstatteten, und ich bin überzeugt, daß sich unter den Friseursen, welche jezt so sehr überlosigkeit klagen, bald Käufer zu diesen Gerechtigkeiten finden würden, und ohne allen Zweifel verträgt sich die Beschäftigung der Friseure beßer mit den Bartscherern als die Wundarzneykunst.

Sollte es aber nicht möglich seyn, das Bartscheren von der Wundarzneykunst zu trennen, und bleibt diese Zeittötende Beschäftigung das erste und fast einzige Geschäft des Lehrlings der Wundarzney kunst, so müßte wenigstens das recht der Stadtchirurgen Lehrlinge anzunehmen sehr eingeschränkt, und sobald eine provincial Pflanz Schule errichtet wäre, den Dorfchirurgen die Annahme der Lehrlinge gänzlich untersagt werden. Nach der Bevölkerung und den mit. Inhalt des Herzogt. Magdeburg und der Gr. Mansfeld würde eine Anzahl von 50 District Chirurgen und eine verhältniß mäßige Anzahl der vorzusetzenden Creis= Ärzte für das erste hinlänglich seyn.

Die Land Eigenthümer und Landbewohner, gewinnen so sichtbarer, bey der zukünftigen Anstellung geschickter DisRICTS Chirurgen und Creis=Ärzte. Durch die Sicherstellung ihrer Gesundheit und des Lebens der ihrigen, daß die Aufbringung eines jährlichen Beytrags, zur Gründung und Erhaltung der Provinzial Pflanz Schule sowohl, als zu einem Verhältnißmäßigen Gehalt, für die Creis=Ärzte und Districts Chirurgen, gewiß

nicht unbillig, und bey dem immer mehr zunehmenden Wohlstand der Land Eigenthümer auch derselbe nicht drückend oder lästig seyn würde.

Magdeburg den 21^{ten} Apr.

1805.

gez. D. Weinschenck

10.3 Bestallungsangelegenheit um die Stelle eines Amts- und Landchirurgen

Aus dem Landesarchiv Magdeburg – LHA, Rep. A 10 a Nr. 290, S. 24 – 26 – nachfolgend in Transkription das aus dem Jahre 1799 stammende Schriftdokument mit der im Falle *Harschleben* vom „Amt der Chirurgorum“ in Halle bei der Medizinalbehörde in Magdeburg vorgebrachten Bitte um Entscheidung.

*Mit dem Tode des hiesigen **Chirurgi Schmidt** ist ohnlängst eine **Vacanz** des Amts und Land **Chirurgicat** entstanden und zur Wiederbesetzung dieser Stelle haben sich die **Chirurgi, Müller, Volckardt und Deybaldt** gemeldet, die zur Wahl sich auch völlig **qualificiren**. Es hat sich aber außer ihnen ein vierter **Concurrent** zu diesem erledigten Posten vorgefunden, **Nahmens**, aus dem Bernburgschen gebürtig, der vor einiger Zeit dennoch beim hiesigen Ober Aeltesten der **Chirurgen Querling, conditionirte**, und nunmehr sich den **Studiis der Chirurgie und Medicin** gewidmet hat, und in Rücksicht diesen jungen Mannes, welcher weder **tentirt**, noch **examinirt** ist, mithin auch keinen **Cursus** gemacht, verbreitet sich die Sage, die auch von dem p. **Querling** selbst bestätigt worden, daß derselbe ganz gewiß das Amt und Land**Chirurgicat** erhalten werde, es heißt so gar, er habe schon darüber die Bestellung in Händen und erwarte den Befehl zu seiner Verpflichtung.*

*Diese Nachricht beunruhigt uns ungemein, indem hierdurch im Fall deren Bestätigung das hiesige Amt der **Chirurgorum** in seiner Gerechtsame gewaltig gekränkt und insonderheit die Ehre eines jeden sich gemeldeten **Cirurgi** aufs aeußerte **compromittirt** werden würde. Wir können also un möglich der uns bedrohenden Gefahr mit ruhigem*

*Gemüthe entgegen sehen, und wollen zu Ew. Wohl und HochEdelgeb. unsere Zuflucht nehmen, zu förderst aber die **Momente** aufstellen, welche den p. **Harschleben** zu diesem Posten unzulässig machen.*

*Der sich gemeldete **Johann Carl Andreas Müller**, ist unser Mitglied, hat 8 Jahre bey dem hiesigen von **Thaddenschen** Regimente als **Compagnie Chirurgus** gestanden, im Kriege mitgedient, sich als dann hier **etabliret** und ist, nachdem er im Jahre 1787 seinem **Cursum** gemacht in hiesiger Stadt als **approbirter Chirurgus** angesetzt worden. Seine Aufführung ist ohne Tadel, er genießt den Ruf eines sehr rechtschaffenen, fleißigen und geschickten Mannes, wird allgemein geschätzt, ist der aeltere nach denen beyden hiesigen Ober Aeltesten und verdienet gewiß die **Protection** der höhern Behörden.*

*Dessen **Concurrent**, ebenfalls unser Mitglied, **Johann Georg Volckardt**, hat auch beim Regimente von **Thadden** fünf Jahre als **Compagnie Chirurgus** gestanden, sich stets die Liebe seiner Obern erworben, hat sich nach beendigten vorschriftsmäßigen **Cursus** in **Berlin**, vor 5 Jahren hier **etablirt**, und stehet bey dem hiesigen Publicum wegen seines biedern Betragens und unermüdeten Fleißes in großer Achtung.*

*Der dritte **Concurrent**, unser Mitglied, **Heinrich Christian Deybaldt**, hat 6 Jahre beim hiesigen Regimente von **Thadden** gedienet, und ist nach **absolvirten Cursu** seit dem Jahre 1796 als **approbirter Chirurgus** allhier angesetzt worden.*

Durch sein solides Betragen und Unverdrossenheit in seinen Amtsgeschäften verdient er das Zutrauen der hiesigen Einwohner.

*Diese vorgenannten drey Subjekte stützen sich auf unsere Gerechtsame, und hoffen nicht ohne Grund, daß die Wahl Einen von ihnen treffen würde. Seit jeher ist bey **Vacanz** des Amtes und Land **Chirurgicat** diese Stelle einem wirklichen Mitgliede unsres Amtes wiederum ertheilet worden; denn es wird hierzu hauptsächlich ein **approbirter** und **legitimirter Chirurgus** zugelassen, der vorzüglich hinlängliche Beweise von praktischen chirurgischen Kenntnissen gegeben. Es wäre tiefe Kränkung für dieselben, wenn sie völlig übergangen und die alleinige Aufmerksamkeit auf einen **Extraneum** gezogen werden sollte, sie liefen auch Gefahr großen Verlust an dem Zutrauen des Publicums zu leiden, welches leicht die Meinung hegen könnte, daß sie unwürdig geachtet werden diesen Posten zu erhalten. Sie haben seit mehreren Jahren in ihren Arbeiten sich beständig angestrengt, gesucht sich zu befördern, habe große und viele Kosten zu ihren **Etablissement** bestreiten müssen; als Bürger und **Chirurgi** ihre*

jährlichen Abgaben zu entrichten, und glauben sich daher berechtigt, aus so mancher Rücksicht vor dem p. **Harschleben** den Vorzug zu verdienen.

Letzterer ist ein Ausländer, hat die vorgeschriebenen Prüfungs **Gradus** noch nicht durchgegangen und noch keine Beweise von seinen theoretischen und praktischen chirurgischen und praktischen Kenntnissen an den Tag gelegt, Wenn auch gleich derselbe die größte Gelehrsamkeit besitzen sollte, so fehlet ihm doch die Erfahrung, welche bey der jetzigen **vacanten** Stelle höchst nothwendig ist. Bey unserm Amte hat sich der p. **Harschleben** auch nicht einmahl gemeldet, von seinem Vorhaben haben wir nichts gewußt, und ein jeder der eine Barbier Gerechtigkeit zu kaufen und sich dann zu **etabliren** gesonnen ist, muß schon nach der eingeführten Verfassung, uns Anzeige davon thun; und nun hören wir, zu unserem größten Befremden daß derselbe den erledigten Amts und Land**Chirurgicat** Posten erhalten soll. Wir sind nicht im Stande uns das Dunkle zu erklären, welches sich bey dieser Angelegenheit des p. **Harschleben** befindet; wissen auch nicht, ob die Berichte für die drey **approbirten Chirurgos** gehörig abgefaßt und Allerhöchsten Orts eingegangen sind, vermuthen, daß etwa durch ganz besondere Zufälle ein Mißverständniß bey gegenwärtiger Sache vorhanden seyn mag, und da wir uns beständig bemühet haben die Allerhöchste **Protektion** zu erhalten, so würden wir uns ohnmöglich erklären können, wie ein **Extraneus** der bis jetzt noch kein **Officium geriret**, mithin noch keine Ansprüche auf dergleichen geschwinde **Carriere** machen kann, dergleichen wichtige Stelle bekommen sollte. Seit so vielen Jahren haben wir bereits unter Königlich **Protektion** der allergnädigst uns **concedirten** Gerechtsame in aller Ruhe genossen, unsere auf sehr alte allerhöchste Verordnungen sich gründende Verfassung ist bis jetzt unzerrüttet geblieben und wir können nicht glauben, daß wir auf einmahl ohne all Verschulden des ferneren Schutzes unseres Landesherrn verlustig werden sollten.

Wenn die für den p. **Harschleben** geschehene uns unbekannte Verwendungen und Empfehlungen den erwünschten Ausgang nehmen sollten, dann fällt die innere Ruhe und Zufriedenheit unserer **Corporation** gänzlich hinweg, die Liebe fürs allgemeine Interesse hört auf, und es wird dann einem jeden **Extraneo** auf die Zukunft bey Eintritt der gleichen **vacanten** Stellen gleichsam das Recht gegeben, ohne vorher die nöthigen **requirita** dazu zu haben, ebenfalsige Ansprüche auf ein solches **Munus publicum** zu machen. Wir würden, wenn wir diesen Vorfall mit Stillschweigen übergangen

unverantwortlich handeln, und für die Erhaltung unserer Gerechtsame zu sorgen ist so eine unserer Hauptpflichten, deren Vernachlässigung besonders im gegenwärtigen Fall, wir uns selbst uns unsere Nachkommen in Amte nie würden verzeihen können.

Mit der größten Freymüthigkeit und mit beklommenen Herzen haben Ew. Wohl und HochEdelgeb. wir unsere gegenwärtige kritische Lage schildern dürfen, und voll des aufrichtigsten Vertrauens auf die Fortdauer Dero uns so häufig erwiesenen Gewogenheit bitten wir ganz gehorsamst.

*Sich unserer Gerechtsame geeinigst mit anzunehmen und nicht zuzulassen, daß Einem Andern, als Einem von den dreyen zur Wahl sich gemeldeten **qualificirten** Subjekte das **vacante** Amt und Land**Chirurgiat** hinwiederum gegeben werde und uns mit einer baldigsten **Resolution** zu beehren.*

*Die wir mit vollkommster Ehrerbietung verharren,
Ew. Wohl und HochEdelgeb.*

gehorsamst

das Amt der Chirurgorum allhier

Halle

den 29sten Septr.

1799

| | | |
|------|-------------------------|------------------|
| gez. | Querling Senior | Hofmüller Senior |
| | Noscovius | |
| | Kem Wahse | Felsche |
| | Christ Gottfr. Müller | Weller |
| | Johann Gottfried Müller | Dönert |
| | Willefroth Kade | |

Nachfolgend vier in vorbezeichnender Angelegenheit Stellung nehmende behördliche Schreiben aus dem Landesarchiv Magdeburg in Transkription.

LHA, Rep. A 10 a Nr. 135, S. 27

Die Abänderung der vorstehenden Expedition, gründet sich nach meiner bei der Conferenz geäußerten Bedenken, auf die gesetzlichen Vorschriften des Medicinal Edicts d. anno 1725 pag 6 § 4 und pag 19. 5. 1. ingleichen auf das zwischen dem Medicinal

Department und dem General Directorio unter den 16^{ten} May. 1797. Abkommen, worauf unter andern die Medicinal Ressort Verhaeltnisse ausdrücklich dahin bestimmt werden:

daß für die Collegia Medica bloß die Prüfung der Medicinal Persons zu Erforschung zur Bestimmung ihrer Qualification zu den verschiedenen Medicinischen Aemtern und Berufs Pflichten, privative gehören,

Dahin gegen nach solcher gestalt beygebrachten wissenschaftlichen und Kunst Qualification, die Bestellung der Land und Stadt Physicorum, auch Chirurgen die Concessions Ertheilungen für Apotheker und Chirurgo, incl die Bestellung der Hebammen, den General Directorio und der Cameral Behörde verbleiben sollen.

Eine mehrere Concurrrenz hat sich nach der Ausweisung der vorliegenden Acten das hiesige Collegium so wenig in letzten Zeiten je mahls angemäßt noch kann es auch jetzt in dem gegenwärtigen Fall geschehen, umsomehr muß es der hiesigen Cammer nach wie vor lediglich überlassen bleiben, wem von den vorgeschlagenen Candidaten die Stelle als Amts und Land Chirurgen zu Halle werden soll. Daß der hierzu vorgeschlagenen Candidat praectanda practir müsse und also seine Qualification zu dieser Stelle vorher bestimmt werde, dies ist bloß Gegenstand der Medicinal Behörde vorbehaltenen Concurrrenz.

Magdeburg den 24^{ten} Obr. 1799

gez. Nürnberger

LHA, Rep. A 10 a Nr. 135, S. 34 - 35

Nach der in beygehenden Acten:

wegen Bestellung der Stadt und Land

Chirurgen Fol 27

in Absicht der Medicinal Ressort Verhaeltnisse, von mir beygebrachten naehern auf gesetzlicher Vorschriften sich gründende Erörterung, würde sich das hiesige Medicinal Collegium, mir zu weit ausgedehnte Einmischung in die Besetzung des Amts und Land Chirurgucats zu Halle anmaaßen, wenn wir nach dem von dem Herrn Medicinal Rath und Dr. Voigtel angegebenen und hierbeygehenden Bericht v. 19^{ten} ?? .c. die dagegen

abseiten des Amts der Chirurgorum aufgestellte Widersprüche übernehmen, und solche zu vertreten uns anmaaßen wollten.

Der Koenigl. Kriegs und Domainen Cammer muß es gänzlich überlassen bleiben, wen sie zu dieser Stelle annehmen will. Der Medicinal Behörde bleibet es bloß vorbehalten, die Qualifikation des dazu vorgeschlagenen Subjekts zu prüfen, und dahin zu sehen, daß abseiten desshalb practanda practiret werde.

Gegen die Servir Zeit des Harschleben ist nichts einzuwenden. Nach einem von dem Amte der Chirurgorum zu Halle erstatteten Bericht, hat derselbe eine Barbier Gerechtigkeit zu Halle acquiriret, mithin muß er nur noch den Cursum in Berlin machen, und wenn er hier und in dem darauf abzuhaltenden Examen Genugthuung leistet, und Approbation erhaelt, so kann seiner Anstellung nichts weiter entgegen gesetzt werden.

Daß von Seiten der Koenigl Cammer sowohl als auch des General Directorii in dieser Hinsicht alles Vorschriftsmäßig eingeleitet, und der Medicinal Behörde ihr Recht vorbehalten werde, ergeben die anliegenden Cammer Acten.

Es würde daher meines Erachtens der Bericht, bloß hierauf zu richten, und in selbiges unsere gutachtliche Meinung dahin abzugeben sein.

Daß die gegen Besetzung dieser Stelle durch den Candidatum Harschleben vorausgesetzt, daß er auch praclanda practirte, abseiten des Amts der Chirurgorum zu Halle aufgestellter Widersprüche für unstatthaft zu achten, und sie damit abzuweisen wärn.

Ich erbitte mir hierüber die Meinung der übrigen Mitglied des Collegii und lasse in dieser Hinsicht dieses zum votiren unter ihnen circuliren.

Magdeburg den 24^{ten} 1799

gez. Weinberger

LHA, Rep. A 10 a Nr. 135, S. 36 - 37

Magdeburg den 17^{ten} Xbr. 1799

An Roi

Ober Collegium Medicum et

Sanitates

zu No. 342.

Allerdurchlauchtigster

Unter die Beschwerde des Amts der Chirurorum zu Halle, daß die Wiederbesetzung des dasigen Amts und Land Chirurgicats, nicht auf einen aus ihrer Mitte Rücksicht genommen wurde, zeigen wir in Gefolge des allergnädigsten Rescripts v. 12^{ten} Octbr. C. allerunterthänigst an, daß die gedachte Stelle von jeher von der hiesigen Kriegs und Domainen Cammer besetzt, und die hierunter von derselben Vorschlaege jedesmahl abseiten des Magdeburgischen Provincial Departements bestaettiget worden.

Bei der durch das am 27^{ten} Jul. D. J. erfolgte Ableben des bisherigen Land und Amt Chirurgus Schmidt erfolgten Erledigung dieser Stelle hat dann auch der Land Physicus Dr. Dolocias in Halle, außer den approbirten Chirurgen daselbst, Müller, Volckardt, Deybaldt, und Wittrodt, den Candidaten der Medicin und Chirurgie Harsleben zur Wieder besetzung dieser Stelle vorgeschlagen, und ob er schon denen erstere drei Subjekte, in Rücksicht ihrer Fertigkeiten, alle gebührende Gerechtigkeit wiederfahren lassen, dennoch den Harsleben darum vorzüglich dazu empfohlen, weil derselbe nach ausgehaltene Lehr und Servir Jahren in dem Fache der Chirurgie, noch besonders mehrere Jahre in Halle Medicin studiert hat, und in dem dasigen Lazareth unter Anleitung des Professor Reil in chirurgische Faelle viele Erfahrungen zu samten Gelegenheit gehabt hat. Die hiesige Cammer ließ sich auf den Grund dieser vorzüglichen Empfehlungen bestimmen, in ihrem nach Hofe erstatteten Berichte außer denen zu dieser Stelle vorgeschlagenen mehrere Candidaten besonders dem Harsleben, unter dem Beding, daß er zufoerderst praectanda praectiren müsse, ihre Zustimmung zu geben, und es hat hiernaechst das Magdeburgische Provincial Department, die auf denselben gefallene Wahl per Rescriptum v. 11^{ten} Septbr.c außer dem ausdrücklichen Vorbehalt bestaettiget, daß er zu vor den vorschriftsmäßigen Cursum mache, und eine eigenthümliche Barbier Gerechtigkeit erlangen müste. Auch ist uns von dem Amte der Chirurorum zu Halle hiernächst angezeigt worden, daß der Harsleben wirklich eine dergleichen Gerechtigkeit erkaufet habe, daher wir nach dem Antrag desselben, das vorläufige tentamen verfüget haben, nach dießen Ausfall dann er sich nach Berlin zu Abtagung des Cursus verfügen wird. Bei diesem Hergang der Sache, und da nach Vorschrift des Medicinal Edicts de anno 1725. pag. 6 § 4 und pag 19 § 1 ingleichen

nach dem zwischen Ew. Koenigliche Majestät Medicinal Depardement, und Allerhöchster dero General Directorio unter dem 16^{ten} May 1797 getroffenen Abkommen, die Bestellung aller Medicinal Person, und ins besondere auch der Land Chirurgorum dero Cameral Behörde; dern Prüfung zur Qualification aber, den Collegiis Medicis verbleiben soll, hier unter auch abseiten der hiesigen Cammer, überall ordnungsmaeißig verfahren wurde, so finden wir die jetzige Protektion des Amtes der Chirurgorum gegen die auf den Harsleben gefallene Wahl, wor unter die Cammer in keinem Fall beschränkt werden kann, ganz unzulässig, und stellen Ew. Königliche Majestät aller unterthänigst anheim, dasselbe, so wie es auch bereits auf den Grund der obangezogenen Gesetzes stelle von uns unter den 6^{ten} Octbr. c. geschehen, ab und zur Ruhe zu verweisen.

Wir ersterben in tiefster Ehrfurcht

Ew p p

gez. Nürnberger

LHA, Rep. A 10 a Nr. 135, S. 49 - 50

An

Ew. Königlich Provincial

Collegium Medicum

et Sanitates

zu

Magdeburg

Wohlgebohrne Hochgelehrte

HochEdelgebohrne Herren.

Nach schon längst geendigten Process des hiesigen Amtes der Chirurgorum wegen besetzung des Land und Amtes Chirurgicats in der Person des Chirurgi Harschleben verlangt

*Ew Königlich Procincial Collegium Medicum et Sanitatio
für Berliner und Magdeburger Berichte 5 1 6
jetziges Mandat und Bey lage _____ 12
Summe 5 13 6*

*welches hierdurch Franco in Courant übersondert
..... Quittung dem Amte zuzustellen*

*Das Amt der Chirurgorum
Friedrich Wilhelm Müller Senior
August Moritz Querling Senior*

An das Amt der Chirurgorum zu Halle.

*Dem Amte der Chirurgorum zu Halle machen Wir stat Quittung bekannt, das die mit
der Vorstellung vom 9^{ten} März c. eingesandte 5 Thaler 13 Groschen 6 Pfennig Kosten
in der Sache wegen Besetzung des Landchirurgikats zu unsrer Spitalkasse
eingegangen sind.*

Magdeb.: den 8^{ten} May 1801

K Magdeb.: Kr : C. M. et Sant.:

*gez. Nürnberger Voigtel
9/5 8/5*

10.4 Vorlesungsverzeichnisse

Die Verzeichnisse „der auf der königlich vereinten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg nach dem Lectionscatalog angekündigten und wirklich zu Stande gekommenen Vorlesungen“ finden folgend transkribiert ihre Darstellung in Tabellenform.

Tabelle 3

| Semester / Jahr | Namen der Lehrer / Professores ordinarii | Medizinische Fakultät / Vorlesungen, wie sie im Lektionskatalog angekündigt sind | Publice, Privatim oder Privatisime | Zahl der Zuhörer Mediciner / Chirurgen bzw. „Nicht-Mediciner“ | Tag des Anfangs / Schlusses der Vorlesungen | Ursache, warum die eine oder andere im Lections-Catolog angekündigte Vorlesung nicht zu Stande gekommen ist |
|-----------------|--|--|------------------------------------|--|---|---|
| WS 1825 | Friedländer | Psychische Anthropologie u. Lehre von den Seelenstörungen | publ. | 26 davon 7 NichtMediciner | 1. Nov. – 14. März | |
| | Meckel | 1. Menschliche Anatomie | priv. | 26 davon 6 Chirurgen | 1. Nov. – 7. März | |
| | | 2. Präparierübungen | priv. | 22 davon 2 Chirurgen | 1. Nov. – 7. März | |
| | Weinhold | 1. Augenheilkunde | publ. | 20 davon 4 Chirurgen | 31. Okt. – 14. März | |
| | | 2. Allg. u. spez. Chirurgie | publ. | 22 davon 4 Chirurgen | 31. Okt. - 14. März | |
| | Dzondi | Chirurgie und Augenheilkunde | publ. | Gesamt 54 | 31.Okt. - 14. März | |
| | Düffer | | | | | |
| | Friedländer | Pharmakologie | | | | |
| | Krukenberg | Krankheiten der Sinnesorgane und Geisteskrankheiten | | | | |
| Meckel | | | | | | |
| WS 1831 | Friedländer | Eräuterung des Hippokrates de aere aquis & locis u. latein. Disputirübungen | gratis | 6 Hörer | 24. Okt. - 6. Mai | wurde durch den Eintritt der Cholera gestört Den 24. Jan. war ich zu schließen genöthigt, weil meine Zuhörer zu sehr mit Cholera-Kranken beschäftigt waren |
| | Krukenberg | Exercitationes societ.[atis] med. [icae] | publ. | 12 Hörer | 24. Okt. - 6. Mai | |
| | Sprengel | Neuere Geschichte der Medicin | publ. | 21 Hörer | 1. Nov. - 24. Jan. | |

| Semester / Jahr | Namen der Lehrer / Professores ordinarii | Medizinische Fakultät / Vorlesungen, wie sie im Lektionskatalog angekündigt sind | Publice, Privatim oder Privatisime | Zahl der Zuhörer Mediciner / Chirurgen bzw. „Nicht-Mediciner“ | Tag des Anfangs / Schlusses der Vorlesungen | Ursache, warum die eine oder andere im Lections-Catolog angekündigte Vorlesung nicht zu Stande gekommen ist |
|-----------------|--|--|------------------------------------|--|---|--|
| WS 1831 | Meckel | 1. Menschliche Anatomie | priv. | 25 Studirende 4 Chirurgen | 1.Nov. - 26. März | entfallen (Kollision) entfallen (krank) Wegen überhäufter Geschäfte, zu denen noch die Funktion eines Cholera-Revier-Arzttes hinzukam, nicht gelesen |
| | Hohl | Anthropologie | priv. | 54 Hörer | 5.Nov. - 22. März | |
| | Dzondi | | | ges. 75 Studirende | | |
| | Schreger | | | | | |
| | Schweigger-Seidel | | | | | |
| SS 1835 | Friedländer (erstmalig Dekan) | 1. Enzyklopädie u. Methodologie der Medicin | publ. | 14 Hörer | 19. Mai - 4. Okt. | entfallen entfallen Ist den 2. Oktober 1835 gestorben |
| | Krukenberg | 4. Medicinische Clinic | priv. | 71 Hörer | | |
| | Krukenberg | Examinatorium über pathologisch-therapeutische Gegenstände-Mangel | | Ges. 113 Studirende, Außer diesen immatriculirten Studirenden besuchen die hiesige Universität nichtimmatriculirte Chirurgen, unter der Direction des Herrn Prof. Dr. Blasius als Director des chir. Studiums bei hiesiger Universität | | |
| | Schweigger-Seidel | Materia medica pharmazeutica-Mangel | | | | |
| | Baumgarten-Crusius | | | | | |
| | | | | | | |
| WS 1835 | Friedländer | 1. Geschichte der Medicin | publ. | 15 Hörer | 8.Nov. - 3. März | |
| | Krukenberg | 4. Medic. Clinic | priv. | 71 Hörer | | |

| Semester / Jahr | Namen der Lehrer / Professores ordinarii | Medizinische Fakultät / Vorlesungen, wie sie im Lektionskatalog angekündigt sind | Publice, Privatim oder Privatisime | Zahl der Zuhörer Mediciner / Chirurgen bzw. „Nicht-Mediciner“ | Tag des Anfangs / Schlusses der Vorlesungen | Ursache, warum die eine oder andere im Lections-Catolog angekündigte Vorlesung nicht zu Stande gekommen ist |
|---|--|--|------------------------------------|--|---|---|
| WS 1835 | Krukenberg | Patholog.-therapeut. Examinatorium | publ. | ges. 110 Studirende, außerdem 16 nicht imm. Chirurgen | | entfallen, Mangel an Zeit |
| | Schweigger-Seidel | | | | | entfallen, Mangel an Zeit u. Hörern |
| SS 1836 | Friedländer (Decan) | 1. Encyklopädie u. Methodologie der Medicin | publ. | 24 Hörer | 11. Mai - 20. August | |
| | Krukenberg | 3. Medic. Clinic | priv. | 82 Hörer | | |
| | Friedländer | 2. Allgemeine Pathologie | priv. | Ges. 120 Studirende, außerdem 25 nicht imm. Chirurgen | | Kam aus bekannten Ursachen nicht zu Stande (der Herr Prof. Friedländer ist verreist) |
| | | 3. Receptirkunst | | | | Hierzu meldete sich niemand |
| | D'Alton | | | | | Mangel an Hörern |
| | Blasius | | | | | Kollision |
| | Krukenberg | Examinatorium | publ. | | | Mangel an Hörern |
| | Hohl | | | | | Mangel an Hörern |
| | Schweigger-Seidel | | | | | Mangel an Hörern |
| WS 1836 | D'Alton | 1. Encyklopädie u. Methodologie der Medicin | publ. | 7 Hörer | 18.Nov. - 10. März | |
| | Friedländer | Geschichte der Medicin | publ. | 15 Hörer | 6.Nov. - 2. März | |
| | Krukenberg | 4. Medicinisches Clinicum | priv. | 77 Hörer | | |
| | Schweigger-Seidel | | | 1 Hörer | | 2 VL entfallen |
| | Rosenbaum | Hautkrankheiten, spec. Pathologie u. Therapie | | | ges. 127 Studirende, außerdem 18 nicht imm. Chirurgen | |
| Repetitorium über Anatomie u. Physiologie | | priv. | | | | |

| Semester / Jahr | Namen der Lehrer / Professores ordinarii | Medicinische Fakultät / Vorlesungen, wie sie im Lektionskatalog angekündigt sind | Publice, Privatim oder Privatisime | Zahl der Zuhörer Mediciner / Chirurgen bzw. „Nicht-Mediciner“ | Tag des Anfangs / Schlusses der Vorlesungen | Ursache, warum die eine oder andere im Lections-Catolog angekündigte Vorlesung nicht zu Stande gekommen ist |
|-----------------|--|--|------------------------------------|--|---|---|
| SS 1837 | Friedländer | 1. Medic. Encyklopädie u. Methodologie | publ. | 14 Hörer | 10. Mai - 22. August | |
| | Rosenbaum | 1. Über syphilitische Krankheiten | | 17 Hörer | 3. Mai - 5. Oktober | |
| | | 2. Thucydides von der Pest zu Athen | | ges. 139 Studirende, außerdem 22 nicht imm. Chirurgen u. 2 nicht imm. Pharmazeuten | 1. Mai - 29. August | Kam wegen zu geringer Anzahl von Zuhörern nicht zu Stande |
| | | 3. Specielle Pathologie und Therapie | | | | |
| | | 4. Chronologische Geschichte der Epidemien | | | | |
| | | 5. Physiologie, allgemeine Pathologie u. Therapie für die Chirurgie Studirenden | | | | |
| | | | | | | |
| Krukenberg | 3. Medicinische Clinic | priv. | 85 Hörer | | | |
| D'Alton | | | | | entfallen, Mangel an Hörern | |
| Hohl | | | | | Stoff auf andere Vorlesungen verteilt | |

| Semester / Jahr | Namen der Lehrer / Professores ordinarii | Medizinische Fakultät / Vorlesungen, wie sie im Lektionskatalog angekündigt sind | Publice, Privatim oder Privatisime | Zahl der Zuhörer Mediciner / Chirurgen bzw. „Nicht-Mediciner“ | Tag des Anfangs / Schlusses der Vorlesungen | Ursache, warum die eine oder andere im Lections-Catolog angekündigte Vorlesung nicht zu Stande gekommen ist | | |
|-----------------|---|--|------------------------------------|--|---|---|--|----------------------------------|
| WS 1837 | D'Alton | 1. Encyklopädie u. Methodologie der Medicin in Verbindung mit allgemeiner Anatomie | publ. | 8 Hörer | 11. November - 24. März | | | |
| | Friedländer (Decan) | 1. Receptirkunst | publ. | 24 Hörer | 5. November - 15. März | | | |
| | Krukenberg | 4. Medicinisches Clinicum | priv. | 74 Hörer | | | | |
| | Friedländer | Pharmakologie | | ges. 128 Studirende, außerdem 17 nicht imm. Chirurgen u. nicht imm. Pharmazeuten | | | 1 VL entfallen, Mangel an Hörern | |
| | Schweigge-Seidel | Receptirkunde | | | | | 3 VL entfallen, Mangel an Hörern | |
| | Rosenbaum | Literaturgeschichte der Medicin u. Semiotik Lehre der Hautkrankheiten Spez. Pathologie u. Therapie | | priv. | 6 Hörer | | | 2 VL entfallen, Mangel an Hörern |
| | | | | | 8 Hörer | | | |
| | | | | | | | | |
| SS 1838 | Friedländer | 1. Encyklopädie u. Methodologie der Medicin | publ. | 9 Hörer | 18. Mai - 17. August | | | |
| | Hohl | 1. Krankheiten der ungeborenen Kinder | publ. | 20 Hörer | 16. Mai - 17. August | | | |
| | Krukenberg | 3. Medicinisches Clinicum | priv. | 96 Hörer | | | | |
| | Niemeyer | | | ges. 128 Studirende, außerdem 20 nicht imm. Chirurgen u. 2 nicht imm. Pharmazeuten | | | sämtliche Vorlesungen entfallen, krank | |
| | D'Alton | | | | | | 2 VL entfallen, krank | |
| | Hohl | | | | | | 1 VL entfallen, krank | |
| | Schweigge-Seidel | | | | | | sämtliche Vorlesungen entfallen, krank | |
| Rosenbaum | Lehre von den epidem. Krankheiten / Pastoralmedizin | | | | wegen zu geringer Anzahl der Zuhörer u. anderweitiger dringender Arbeiten nicht gelesen | | | |

| Semester / Jahr | Namen der Lehrer / Professores ordinarii | Medicinische Fakultät / Vorlesungen, wie sie im Lektionskatalog angekündigt sind | Publice, Privatim oder Privatisime | Zahl der Zuhörer Mediciner / Chirurgen bzw. „Nicht-Mediciner“ | Tag des Anfangs / Schlusses der Vorlesungen | Ursache, warum die eine oder andere im Lections-Catolog angekündigte Vorlesung nicht zu Stande gekommen ist | | |
|-----------------|--|--|------------------------------------|---|--|---|--|-------------------------------|
| SS 1838 | Rosenbaum | Physiologie, allgemeine Pathologie u. Therapie für Chirurgen | priv. | 3 Hörer | | wegen Mangels an Zuhörern nicht gelesen | | |
| | | 4. Lateinisches Repetitorium über spezielle Pathologie u. Therapie | privatisime | | | | | |
| WS 1838 | Friedländer | 2. Pharmakologie 3. Geschichte der Medicin | priv | 8 Hörer 7 Hörer 10 Hörer 2 Hörer 74 Hörer ges. 117 Studirende, außerdem 12 nicht imm. Chirurgen u. 1 nicht imm. Pharmaz. | 14. November – 14. März 5. November – 16. März 1. November – 20 März | Zu diesen beiden Vorlesungen hatte sich kein Zuhörer gemeldet | | |
| | D'Alton | Publice Encyklopädie u. Methodologie der Medicin, nebst dem ersten Theil der vergleichenden Anatomie | publ. | | | | | |
| | Rosenbaum | 2. Erklärung des 7ten Buches des Celsus mit Übungen im Lateinischen Sprechen | | | | | | |
| | | Lehre von der Lustseuche | | | | | | |
| | | Repetit. der Anatomie und Physiologie Semiotik | privatisime | | | | | entfallen, Mangel an Zuhörern |
| | Krukenberg | 4. Medicinische Clinic | priv. | | | | | |
| SS 1839 | Friedländer (Decan) | 1. Encyklopädie u. Methodologie der Medicin | publ. | 7 Hörer | 6. Mai – 9. August | | | |
| | | Arzneimittellehre | priv. | 14 Hörer | | | | |

| Semester / Jahr | Namen der Lehrer / Professores ordinarii | Medizinische Fakultät / Vorlesungen, wie sie im Lektionskatalog angekündigt sind | Publice, Privatim oder Privatisime | Zahl der Zuhörer Mediciner / Chirurgen bzw. „Nicht-Mediciner“ | Tag des Anfangs / Schlusses der Vorlesungen | Ursache, warum die eine oder andere im Lections-Catolog angekündigte Vorlesung nicht zu Stande gekommen ist | |
|-----------------|--|---|---|--|---|---|---|
| SS 1839 | Blasius | 4. Chirurgisch-agenärztliche Clinic | priv. | 80 Hörer | 7. Mai – 30. August | | |
| | D'Alton | | | ges. 120 Studirende, außerdem 9 nicht imm. Chirurgen | | entfallen, Mangel an Zuhörern | |
| | Rosenbaum | Über die Naturheilkraft | | | | | wurden wegen dringender anderweitiger Arbeiten nicht gehalten |
| | | Über die preuß. Medicinalgesetze, Pastoralmedizin Specielle Pathologie u. Therapie | priv. | 3 Hörer | | | |
| WS 1839 | Friedländer | 1. Geschichte der Heilkunde | publ. | 26 Hörer | 7. November – 12. März | | |
| | Rosenbaum | 2. Über die Schriften u. Lehre des Hippokrates | | | | ... hatte sich nur ein Zuhörer gemeldet | |
| | | Krankheiten der Haut | | 10 Hörer | | | |
| | | Allg. Pathologie u. Therapie Disputierübungen | | 2 Hörer | | | |
| | Krukenberg | 4. Medicinisches Clinicum | priv. | 4 Hörer | | | sämtliche VL entfallen, verstorben |
| | Niemeyer | | | 64 Hörer | | | entfallen, Mangel an Zuhörern |
| Krahmer | | | ges. 101 Studirende, außerdem 7 nicht imm. Chirurgen u. 4 nicht imm. Pharmazeuten | | | | |
| SS 1840 | Friedländer | 1. Encyklopädie u. Methodologie der Medicin | publ. | 16 Hörer | 20. Mai – 12. August | | |
| | Rosenbaum | 2. Geschichte der Medicin im Altherthum | | 6 Hörer | 20. Mai – 5. September | | |

| Semester / Jahr | Namen der Lehrer / Professores ordinarii | Medicinische Fakultät / Vorlesungen, wie sie im Lektionskatalog angekündigt sind | Publice, Privatim oder Privatisime | Zahl der Zuhörer Mediciner / Chirurgen bzw. „Nicht-Mediciner“ | Tag des Anfangs / Schlusses der Vorlesungen | Ursache, warum die eine oder andere im Lections-Catolog angekündigte Vorlesung nicht zu Stande gekommen ist |
|-------------------------------------|--|--|------------------------------------|---|---|---|
| SS 1840 | Blasius | 3. Chirurgisch-agenärztliche Clinic | priv. | 70 Hörer | | |
| | D'alton | | | ges. 115 Studirende, außerdem 5 nicht imm. Chirurgen u. 5 nicht imm. Pharmazeuten | | entfallen, Kollision |
| | Krahmer | | | | | entfallen |
| | Mayer | | | | | entfallen |
| | Rosenbaum | Spec. Pathologie u. Therapie | | | | 10 Hörer |
| Lustseuche | | | | | | |
| Geschichte der Medicin im Althertum | | | | | | |
| | | Lat. Disputirübungen | privatisime | 3 Hörer | | |
| WS 1840 | Friedländer | 1. Geschichte der Medicin | publ. | 21 Hörer | 9. November – 16. März | Ich habe vor dem Beginn der Vorlesungen dem Herrn Curator der Universität angezeigt, daß und warum ich keine der angekündigten Vorlesungen in diesem Semester zu halten im Stande sey. 4 VL entfallen |
| | Rosenbaum | 1. Encyklopädie u. Methodologie der Medicin | | ges. 110 Studirende, außerdem 11 nicht imm. Chirurgen und 4 nicht imm. Pharmazeuten | | |
| | | 2. Lehre und Geschichte der epidemischen Krankheiten | | | | |
| | Blasius | 4. Chirurgisch-agenärztliche Clinic | priv. | 65 Hörer | | |
| | Litzmann | | | | 1 VL entfallen | |
| SS 1841 | Friedländer | 1. Encyklopädie u. Methodologie der Medicin | publ. | 15 Hörer | 18. Mai – 13. August | |

| Semester / Jahr | Namen der Lehrer / Professores ordinarii | Medizinische Fakultät / Vorlesungen, wie sie im Lektionskatalog angekündigt sind | Publice, Privatim oder Privatisime | Zahl der Zuhörer Mediciner / Chirurgen bzw. „Nicht-Mediciner“ | Tag des Anfangs / Schlusses der Vorlesungen | Ursache, warum die eine oder andere im Lections-Catolog angekündigte Vorlesung nicht zu Stande gekommen ist |
|-----------------|---|--|------------------------------------|---|---|---|
| SS 1841 | Rosenbaum | 1. Geschichte der neueren Systeme | publ. | 6 Hörer | 12. Mai – 4. September | |
| | | Anthropologie | | | | entfallen, Mangel an Zuhörern |
| | | Hautkrankheiten | publ. | 6 Hörer | | |
| | | Spec. Pathologie u. Therapie | priv. | 5 Hörer | | |
| | | Latein. Disputirübungen | Privatisime | 4 Hörer | | |
| | Krukenberg | 3. Medicinische Clinic | priv. | 74 Hörer | | |
| | Krahmer | | | | | entfallen, Mangel an Zuhörern |
| Litzmann | | | | | | |
| Mayer | | | | ges. 95 Studirende, außerdem 11 nicht imm. Chirurgen u. 2 nicht imm. Pharmazeuten | | |
| SS 1842 | Friedländer | 1. Encyklopädie u. Methodologie der Medicin | publ. | 14 Hörer | 10. Mai – 12 August | |
| | Blasius | 3. Chirurgisch-augenärztliche Clinic | priv. | 81 Hörer | | |
| | Krahmer | | | | | ges. 112 Studirende, außerdem 12 nicht imm. Chirurgen u. 2 nicht imm. Pharmazeuten |
| | Litzmann | | | | | |
| | Mayer | | | | | |
| | Rosenbaum | 1. de morbis epedemicis 2. de morbis pilorum & unguinum | | | | |
| | 3. Pathologia et therapia generalis | priv. | 7 Hörer | | | |
| | 4. de rebus medicis disputandi exercitationes | privatisime | 3 Hörer | | entfallen, Mangel an Zuhörern | |

| Semester / Jahr | Namen der Lehrer / Professores ordinarii | Medizinische Fakultät / Vorlesungen, wie sie im Lektionskatalog angekündigt sind | Publice, Privatim oder Privatisime | Zahl der Zuhörer Mediciner / Chirurgen bzw. „Nicht-Mediciner“ | Tag des Anfangs / Schlusses der Vorlesungen | Ursache, warum die eine oder andere im Lections-Catolog angekündigte Vorlesung nicht zu Stande gekommen ist |
|-----------------|--|--|------------------------------------|---|---|---|
| WS 1842 | Friedländer | 2. Geschichte der Medicin | publ. | 24 Hörer | 10. November – 17. März | |
| | Rosenbaum | Hautkrankheiten | publ. | 10 Hörer | | |
| | | Spec. Pathologie u. Therapie | Priv. | 5 Hörer | | |
| | | Disputirübungen | privatisime | 3 Hörer | | |
| | | Krukenberg | 3. Medizinische Clinic | priv. | | |
| | | Examintorium | publ. | ges. 107 Studirende, außerdem 8 nicht imm. Chirurgen u. 3 nicht imm. Pharmaz. | | |
| Hohl | | | | entfallen, Mangel an Zuhörern | | |
| Litzmann | | | | entfallen, krank | | |
| SS 1843 | Friedländer | 1. Encyklopädie und Methodologie der Medicin | publ. | 13 Hörer | 19. Mai – 22 August | |
| | Rosenbaum | 1. Geschichte der Medicin seit Brown | publ. | 8 Hörer | 17. Mai – 2. September | |
| | | Physiologie, allg. Pathologie u. Therapie | priv. | 5 Hörer | | |
| | | Lat. Disputirübungen | privatisime | 12 Hörer | | |
| | Blasius | 3. Chirurgisch-agenärztliche Clinic | priv. | 83 Hörer | | |
| | Mayer | Pathologische Anatomie | priv. | 3 Hörer | ges. 119 Studirende, außerdem 8 nicht imm. Chirurgen u. 3 nicht imm. Pharmazeuten | |

| Semester / Jahr | Namen der Lehrer / Professores ordinarii | Medizinische Fakultät / Vorlesungen, wie sie im Lektionskatalog angekündigt sind | Publice, Privatim oder Privatisime | Zahl der Zuhörer Mediciner / Chirurgen bzw. „Nicht-Mediciner“ | Tag des Anfangs / Schlusses der Vorlesungen | Ursache, warum die eine oder andere im Lections-Catolog angekündigte Vorlesung nicht zu Stande gekommen ist |
|---|--|--|------------------------------------|--|---|---|
| WS 1843 | Friedländer (Decan) | Geschichte der Medicin | publ. | 25 Hörer | 9. November – 14. März | |
| | Hohl | Geschichte der Geburtshülfe | publ. | 20 Hörer | | |
| | Blasius | 4. Chirurgisch-äugenärztliche Clinic | priv. | 67 Hörer | | |
| | Krahmer | Med. Polizei | | ges. 119 Studirende, außerdem 8 nicht imm. Chirurgen u. 3 nicht imm. Phamazeuten | | |
| | Rosenbaum | Lehre von den epidemischen Krankheiten u. Disputirübungen | | | 12 Hörer | |
| | | Lehre von den syphilitischen Krankheiten | | | | |
| | | Specielle Pathologie u. Therapie | | 4 Hörer | | |
| SS 1844 | Friedländer | Encyklopädie und Methodologie der Medicin | publ. | 19 Hörer | 6. Mai – 2. August | |
| | Krukenberg | 3. Medicinisches Clinicum | priv. | 75 Hörer | | |
| | D'Alton | | | ges. 118 Studirende, außerdem 12 nicht imm. Chirurgen u. 6 nicht imm. Pharmazeuten | | |
| | Hohl | | | | | |
| | Mayer | | | | | |
| | Rosenbaum | Übungen im Lateinsprechen | | | | |
| | | Hautkrankheiten | publ. | 11 Hörer | | |
| Physiologie, allgem. Pathologie u. Therapie | | priv. | 4 Hörer | | | |

| Semester / Jahr | Namen der Lehrer / Professores ordinarii | Medizinische Fakultät / Vorlesungen, wie sie im Lektionskatalog angekündigt sind | Publice, Privatim oder Privatisime | Zahl der Zuhörer Mediciner / Chirurgen bzw. „Nicht-Mediciner“ | Tag des Anfangs / Schlusses der Vorlesungen | Ursache, warum die eine oder andere im Lections-Catolog angekündigte Vorlesung nicht zu Stande gekommen ist |
|-----------------|--|--|------------------------------------|--|---|--|
| WS 1844 | D'Alton | 1. Encyklopädie u. Methodologie der Medicin | publ. | 9 Hörer | 20. Oktober - 9. November | 1 VL entfallen, Mangel an Zuhörern sämtliche Vorlesungen entfallen, abgegangen |
| | Friedländer | Geschichte der Medicin | publ. | 18 Hörer | 25. Oktober | |
| | Krukenberg | 3. Medizinische Clinic | priv. | 65 Hörer | - 7 März | |
| | Krahmer | Med. Polizei | | | | |
| | Litzmann | | | | | |
| | Rosenbaum | | | | | |
| SS 1845 | Friedländer | Encyklopädie u. Methodologie der Medicin | publ. | ges. 103 Studirende, außerdem 14 nicht imm. Chirurgen u. 4 nicht imm. Phramaz. | | Wurde nicht gelesen, da sich nur 2 Zuhörer eingefunden hatten, überhaupt aber nur 4 Anfänger immatrikuliert worden waren |
| | Krukenberg | 3. Medizinische Clinic | priv. | | | |
| | Volkman | Allgemeine Pathologie | | 65 Hörer | | 1 VL entfallen, Mangel an Zuhörern |
| | Krahmer | Anthropologie u. Examinatorium | | | | 2 VL entfallen, Mangel an Zuhörern |
| WS 1845 | Friedländer | Geschichte der Medicin | publ. | 20 Hörer | 30. Oktober - 19. März | |
| | Hohl | Geschichte der Geburtshülfe | publ. | 18 Hörer | 22. Oktober | |
| | Blasius | 4. Chirurgisch-äugenärztliche Clinic | priv. | 76 Hörer | - 20 März | |

| Semester / Jahr | Namen der Lehrer / Professores ordinarii | Medizinische Fakultät / Vorlesungen, wie sie im Lektionskatalog angekündigt sind | Publice, Privatim oder Privatisime | Zahl der Zuhörer Mediciner / Chirurgen bzw. „Nicht-Mediciner“ | Tag des Anfangs / Schlusses der Vorlesungen | Ursache, warum die eine oder andere im Lections-Catolog angekündigte Vorlesung nicht zu Stande gekommen ist |
|-----------------|--|--|------------------------------------|--|---|---|
| WS 1845 | Hohl | Frauenheilkunde u. Kinderkrankheiten | | ges. 108 Studirende, außerdem 14 nicht imm. Chirurgen u. 5 nicht imm. Pharmaz. | | 1 VL entfallen, Mangel an Zuhörern |
| | Krahmer | Med. Polizei | | | | Mangel an Zuhörern? |
| SS 1846 | Friedländer | Encyklopädie u. Methodologie der Medicin | publ. | ges. 105 Studirende, außerdem 12 nicht imm. Chirurgen u. 3 nicht imm. Pharmaz. | | Wurde nicht gelesen, weil sich weder Jemand gemeldet noch im Auditorium eingefunden hatte |
| | Blasius | 3. Chirurgisch-äugenärztliche Clinic | priv. | | | |
| | Hohl | Examinatorium | | | | entfallen |
| WS 1846 | Friedländer | Geschichte der Medicin | publ. | 20 Hörer | 2. November - 4. März | |
| | Krukenberg | 4. Medizinische Clinic | priv. | 67 Hörer | | |
| | Hohl | Frauen- u. Neugeborenenkrankheiten | | ges. 102 Studirende, außerdem 14 nicht imm. Chirurgen u. 4 nicht imm. Pharmazeuten | | 1 VL entfallen, zu spät angeschlagen |
| | Krukenberg | Pathol. Examinatorium | publ. | | | 1 VL entfallen, Mangel an Zuhörern |
| | Krahmer | Mikrochemische Untersuchungen des Harns | publ. | | | entfallen, Kollision |
| SS 1847 | Friedländer | 1. Medizinische Encyklopädie u. Methodologie | publ. | 12 Hörer | 20. April – 30. Juli | |
| | Blasius | 3. Chirurgisch-äugenärztliche Clinic | priv. | 78 Hörer | | |
| | | Verrenkungen | publ. | ges. 104 Studirende, außerdem 12 nicht imm. Chirurgen u. 5 nicht imm. Pharmazeuten | | 1 VL entfallen, Mangel an Zuhörern |
| | D'Alton | Physiologie | | | | 1 VL entfallen, Mangel an Zuhörern |
| | Meckel von Hemsbach | Histologie | | | | 2 VL entfallen, Mangel an Zuhörern |

| Semester / Jahr | Namen der Lehrer / Professores ordinarii | Medicinische Fakultät / Vorlesungen, wie sie im Lektionskatalog angekündigt sind | Publice, Privatim oder Privatisime | Zahl der Zuhörer Mediciner / Chirurgen bzw. „Nicht-Mediciner“ | Tag des Anfangs / Schlusses der Vorlesungen | Ursache, warum die eine oder andere im Lections-Catolog angekündigte Vorlesung nicht zu Stande gekommen ist |
|-----------------|--|--|------------------------------------|--|---|---|
| WS 1847 | Friedländer | Geschichte der Medicin | publ. | 32 Hörer | 23. Oktober - 11. März | 1 VL entfallen, Mangel an Zuhörern |
| | Meckel von Hemsbach | 2. Über Encyklopädie u. Methodologie der Medicin | | 8 Hörer | 23. Oktober - 20 Februar | |
| | Blasius | 4. Chirurgisch-agenärztliche Clinic | priv. | 76 Hörer | | |
| | Krahmer | Auskultation | publ. | ges. 106 Studirende, außerdem 10 nicht imm. Chirurgen u. 6 nicht imm. Pharm. (unter Steinberg) | | |
| SS 1848 | Friedländer | 1. Encyklopädie u. Methodologie der Medicin | publ. | 12 Hörer | 22. Mai - 4. August | |
| | Krukenberg | 3. Medicinische Clinic | priv. | 53 Hörer | | |
| | Krahmer | 1. Allgemeine Pathologie u. Therapie u. die Krankheiten des Blutes | priv. | 1 Hörer | 3. Mai - 11. August | |
| | Meckel von Hemsbach | 1. Mikroskopische Demonstrationen | | 1 Hörer ges. 99 Studirende, außerdem 7 nicht imm. Chirurgen u. 5 nicht imm. Pharmazeuten | 3 Mai - 10. August | |
| WS 1848 | Friedländer | Geschichte der Medicin | publ. | 18 Hörer | 13. November - 15. März | |
| | Meckel von Hemsbach | 1. Encyklopädie der Medicin | | 7 Hörer | 21. Oktober - 4. Februar | |
| | | 3. Anthropologie | priv. | 2 Hörer | 23. Oktober - 14. März | |

| Semester / Jahr | Namen der Lehrer / Professores ordinarii | Medizinische Fakultät / Vorlesungen, wie sie im Lektionskatalog angekündigt sind | Publice, Privatim oder Privatisime | Zahl der Zuhörer Mediciner / Chirurgen bzw. „Nicht-Mediciner“ | Tag des Anfangs / Schlusses der Vorlesungen | Ursache, warum die eine oder andere im Lections-Catolog angekündigte Vorlesung nicht zu Stande gekommen ist |
|---------------------|--|--|------------------------------------|--|--|---|
| WS 1848 | Hohl | Geschichte der Geburtshülfe | publ. | 17 Hörer | 28. Oktober - 14. März | |
| | Krukenberg | 2. Medicinische Clinic | priv. | 51 Hörer ges. 92 Studirende, außerdem 4 nicht imm. Chirurgen u. 5 nicht imm. Pharmazeuten | | |
| SS 1849 | Friedländer | 1. Encyklopädie u. Methodologie der Medicin | publ. | 18 Hörer (bei 89 insges. imm. Studenten d. Med. Fakultät) | 24. April - 9. August | |
| | | Über die neuern Arzneimittel | publ. | | 10 Hörer | |
| | | Geschichte der Medicin | publ. | | | |
| | Krukenberg | 2. Medicinische Clinic | priv. | 38 Hörer | | 1 VL wurde wegen zu geringer Anzahl der Zuhörer nicht gelesen |
| | Volkmann | Lehre von der Zirkulation | | | | 1 VL entfallen |
| | Krahmer | Gerichtliche Medicin | | | ges. 89 Studirende, außerdem 2 nicht imm. Chirurgen u. 4 nicht imm. Pharmazeuten | |
| Meckel von Hemsbach | Entwicklungsgeschichte u. vergleichende Anatomie | | | | | 1 VL entfallen |

Tab. 3 (Fortsetzung): Verzeichnisse „der auf der königlich vereinten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg nach dem Lections-catalog angekündigten und wirklich zu Stande gekommenen Vorlesungen“ (Quelle: Univ.-archiv Halle, Rep. 4, Nr. 1322 [1825-1831]; Nr. 1323 [1831-1836]; Nr. 1324 [1836-1842]; Nr. 1325 [1842-1851])

Tabellarischer Lebenslauf

| | |
|----------------------|---|
| Name: | Bergmeier |
| Vorname: | Oliver |
| Geburtsdatum: | 06.01.1968 |
| Geburtsort: | Klötze/Altmark |
| Familienstand: | verheiratet, 2 Kinder |
| Nationalität: | deutsch |
| Staatsangehörigkeit: | Bundesrepublik Deutschland |
| 1974-1984 | Polytechnische Oberschule I Klötze |
| 1984-1986 | Erweiterte Oberschule Beetzendorf |
| 1986-1987 | Praktisches Jahr im Kreiskrankenhaus Salzwedel und in der Poliklinik für Stomatologie in Klötze/Altmark |
| 1987-1990 | Wehrdienst in der NVA, Eggesin |
| 1990-1995 | Studium der Zahnheilkunde an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg |
| 1995-1997 | Tätigkeit als Ausbildungsassistent in zahnärztlichen Praxen in Sachsen-Anhalt und Niedersachsen |
| seit 1997 | Tätigkeit als niedergelassener Zahnarzt in einer Gemeinschaftspraxis in Wolfsburg |

Selbständigkeitserklärung

Hiermit versichere ich an Eides statt, die vorliegende Dissertation „Die sogenannte niedere Chirurgie unter besonderer Berücksichtigung der Stadt Halle an der Saale in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts“ selbständig und nur unter Verwendung der angegebenen Mittel angefertigt zu haben.

Ebenso versichere ich, daß ich bisher keine Promotionsversuche unternommen habe.

Immekath,

Oliver Bergmeier

Danksagung

Es ist mir ein Bedürfnis, mich bei all denen zu bedanken, durch deren Unterstützung die Anfertigung dieser Arbeit ermöglicht wurde.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. med. Josef N. Neumann für die freundliche Überlassung dieses interessanten Themas als auch für die Vermittlung der wesentlichen Grundlagen für das wissenschaftliche Bearbeiten von medizinischen und medizinhistorischen Themen.

Bei Herrn Dr. Jürgen Helm möchte ich mich bedanken für seine wichtigen Hinweise zum Aufbau, zur Gliederung und korrekten Form einer Dissertation als auch für die mir jederzeit zuteil gewordene hilfreiche Unterstützung, einschließlich der Hinweise zur Literatur und der Korrekturvorschläge, sowie für die anregenden Diskussionen zum Thema.

Ein weiterer Dank gilt den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Landesarchives in Magdeburg, des Universitätsarchives der Martin-Luther-Universität Halle, der Universitäts- und Landesbibliothek Halle, des Stadtarchives Halle als auch der Stadtbibliothek in Klötze/Altmark für ihre Unterstützung meiner Archivarbeit.

Aus dem Institut für Geschichte und Ethik der Medizin
an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
(Direktor: Prof. Dr. med. J. N. Neumann)

Thesen der Dissertation

**Die sogenannte „niedere Chirurgie“ unter besonderer Berücksichtigung der
Stadt Halle an der Saale in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts**

zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor der Zahnmedizin (Dr. med. dent.)

vorgelegt
der Medizinischen Fakultät
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von Oliver Bergmeier
geboren am 06. Januar 1968 in Klötze/Altmark

11 Thesen

1. Den Schwerpunkt der vorliegenden Studie bildete die Darstellung der Heilberufe aus dem Stand der sogenannten „niedereren“ Chirurgien – den über viele Jahrhunderte handwerklich in Zünften organisierten Heilberufe wie der des Baders, Barbiers oder Wundarztes. Dabei wurden auch ihre Berufspraxis, ihr Kenntnisstand und insbesondere auch die verschiedenen Formen ihrer Ausbildung – vereinzelt und dann im zunehmenden Maße auch durch eine Teilnahme an Hochschulvorlesungen erworben –, hier für die Epoche der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts am Beispiel der Stadt Halle an der Saale aufgezeigt.
2. Zudem wurden in einer kurzen allgemeinen Übersicht der Berufsstand der Wundärzte und Barbieri, ihre soziale Stellung sowie deren chirurgisches Instrumentarium und Fachliteratur – hier vornehmlich aus dem 17. und 18. Jahrhundert – dargestellt.
3. Des weiteren behandelte die vorliegende Arbeit die Gesundheitspolitik im Königreich Preußen in der zweiten Hälfte des 18. und in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts in einem kurzen Überblick, wobei auch die medizinische Versorgung der Landbevölkerung angesprochen wurde.
4. Ein besonderes Augenmerk galt dabei auch der Chirurgenausbildung in den Akademien und sogenannten „Pepinieren“.
5. Insgesamt bestanden die Arbeitsgrundlagen der vorliegenden Studie hauptsächlich in der Auswertung verschiedenster allgemeiner Literaturquellen sowie einzelner Archivalien aus dem Landesarchiv Magdeburg und dem Stadtarchiv Halle, die in Teilen ebenfalls zur Abfassung dieser Arbeit herangezogen wurden, wie insbesondere das von einem Stadtwundarzt namens *Jüngling* verfasste Schriftdokument

„Über den Mangel geschützter Landwundärzte und Vorschläge zur beßeren Bildung derselben ...“ oder in Teilen die Archivalien zum „Fall“ *Harschleben*. Beide Archivquellen belegen exemplarisch den starken sozialpolitischen und kulturellen Spannungsbogen im Hinblick auf den Zeitenwandel, ja –bruch im Zeichen der Aufklärung und dies nicht zuletzt auch bei den medizinischen Heilberufen unter dem Aspekt einer zunehmend bedeutsamer werdenden Wissenschaftlichkeit. Der Fall *Harschleben* zeigt darüber hinaus anschaulich die rechtlichen Konflikte im frühen 19. Jahrhundert zwischen der Chirurgeninnung und den lokalen Obrigkeiten auf.

6. Die in der Literatur gegenüber der niederen Chirurgie – bis heute - fast einhellig als äußerst kritisch zu bezeichnende Einstellung und Darstellungsweisen wären grundsätzlich zu hinterfragen, denn Quellen aus jenen noch relevanten Zeitepochen (wie z.B. die historische Studie von Fischer aus dem Jahre 1876) lassen sich unter Umständen aus „Konkurrenzneid“ erklären.
7. Um beispielhaft den beruflichen Kenntnisstand der niederen Chirurgen aufzuzeigen, fand in der vorliegenden Arbeit das im Jahre 1850 von *W.D. Bräutigam* veröffentlichte Werk mit dem Titel „Practisches Hand- und Hilfsbüchlein der niederen Chirurgie für Lehrlinge und Gehülfen ...“ besondere Berücksichtigung.
8. Das im Jahre 1804 in Halle verlegte Buch von Professor *J.C. Reil* mit dem Titel „Pepinieren zum Unterricht ärztlicher Routiniers als Bedürfnisse des Staates nach seiner Lage wie sie ist“ widmete sich der allgemeinen medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Dabei plädierte der Autor weiterhin für zwei ärztliche Berufsstände bzw. Ausbildungswege im Sinne eines akademischen (Ausbildung in Akademien) wie nicht-akademischen (Ausbildung in „Pepinieren“) ärztlichen Berufsstandes. Allerdings sah *Reil* gewissermaßen visionär diese

Zweiteilung als Provisorium an; in späterer Zeit werde es nur wissenschaftliche Ärzte geben.

9. Da die handwerklich orientierten Chirurgen, wie bereits oben erwähnt, an Vorlesungen und nachweisbar auch an solchen in der medizinischen Fakultät Halle teilgenommen hatten – dies belegen die „auf der königlich vereinten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg nach dem Lections catalog angekündigten und wirklich zu Stande gekommenen Vorlesungen“ (für den Zeitraum von 1825 bis 1849) – erschien es angebracht, insbesondere für diese Zeitepoche die medizinische Fakultät der Universität Halle kurz zu beschreiben.
10. Zur Gründungszeit der Hochschule in Halle (im Jahre 1694) hielten die Professoren ihre Seminare und Vorlesungen zumeist in ihren Wohnungen ab. Über Jahrzehnte hinweg blieb Raumnot bestehen; wichtige Institute wie die Medizinische Fakultät waren auf ständiger Wanderschaft und fanden erst zum Ende des 18. Jahrhunderts eine feste Bleibe.
11. Die halleschen Ausbildungspläne für das akademische Medizinstudium beinhalteten, daß ein angehender Arzt auch über chirurgische Kenntnisse zu verfügen habe. Ein „Medicus rationalis“ sollte sich auch chirurgische Fertigkeiten aneignen. Somit war die Chirurgie von Beginn an im Kollegprogramm der „Academia Fridericana“ vertreten, womit sowohl der ärztlichen Ausbildung als auch der chirurgische Fortbildung Rechnung getragen wurde.
12. An den Hochschulvorlesungen für „Nicht-Mediciner“ in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts nahmen in Halle auch Pharmazeuten teil; diese wurden bei dem oben angeführten „nach dem Lections catalog angekündigten“ und wirklich zu Stande gekommenem

Vorlesungsverzeichnis gemeinsam mit den Chirurgen, in ihrer jeweiligen Anzahl getrennt, von den übrigen Hörern aufgeführt.

13. Bereits in jener Epoche wurde an der Medizinischen Fakultät der Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg als Vorlesungsstoff „Geschichte der Medizin“ bzw. „Geschichte der Heilkunde“ angeboten.
14. Gemessen an der Anzahl ihrer Studenten war die medizinische Fakultät in Halle zunächst nur schwach vertreten. So wurden zum Beispiel im Jahre 1786 in Halle insgesamt 1156 Studenten gezählt; davon gehörten 538 der Theologischen einschließlich der Philosophischen, 402 der Juristischen und nur 37 der Medizinischen Fakultät an.
15. Auch in Halle lag – genau wie in anderen deutschen Ländern und Gemeinden – die praktische Chirurgie vollständig in den Händen zunftmäßig organisierter Chirurgen, von Badern und Barbieren.
16. An der Bestandszahl von Barbier- und Baderstuben, die von den Obrigkeiten in Halle auf 5 für die Bader und auf 15 für die Barbieri festgelegt war, wurde nicht gerüttelt, womit die Möglichkeiten für Änderungen im Medizinalwesen noch zusätzlich eingengt waren.
17. In Preußen kamen vor der Mitte des 19. Jahrhunderts rund 8.000 Einwohner auf einen Wundarzt; dabei läßt sich für Berlin eine höhere Wundarztdichte nachweisen als etwa z.B. für die Regierungsbezirke Koblenz oder Minden.
18. Im Vergleich zu den anderen deutschen Ländern wurde in Preußen durch eine neue Medizinalordnung im Jahre 1852 die Differenzierung des Heilpersonals frühzeitig aufgehoben. Die jetzt ausschließlich akademisch ausgebildeten Ärzte führten von nun an den Titel „Praktischer Arzt, Wundarzt und Geburtshelfer“. Die vor dem Jahre 1852

approbierten Wundärzte I. und II. Klasse behielten bis zu ihrem Tode ihre Berufsbefugnisse.

19. Bei den meisten Menschen wirkten auch nachfolgend noch für lange Zeit finanzielle, soziokulturelle und räumliche Hindernisse einer Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe entgegen. Erst die nachkommenden Generationen fanden mit Hilfe umfassender sozialpolitischer Maßnahmen zunehmend dauerhaft Zugang zu den Praxen mit ihrer auch in der Chirurgie ausgebildeten Ärzteschaft.