

SOPHIE SEEMANN  
VERSCHWUNDENE KRANKHEITEN



Sophie Seemann

# Verschwundene Krankheiten

Kulturverlag Kadmos Berlin

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Copyright © 2019, Kulturverlag Kadmos Berlin.

Wolfram Burckhardt

Alle Rechte vorbehalten

Internet: [www.kulturverlag-kadmos.de](http://www.kulturverlag-kadmos.de)

Umschlaggestaltung: Wolfram Burckhardt

Umschlagabbildung: Elektrisches Luftbad

Gestaltung und Satz: Readymade, Berlin

Druck: Opolgraf

Printed in EU

ISBN 978-3-86599-300-7

# Inhalt

Einleitung . . . . .	6
Alpenstich . . . . .	8
Aussatz . . . . .	18
Cello-Hoden . . . . .	32
Chlorose . . . . .	36
Contergan-Fehlbildung . . . . .	48
Diphtherie . . . . .	60
Endemischer Kretinismus . . . . .	74
Englischer Schweiß . . . . .	86
Europäische Schlafkrankheit . . . . .	96
Frieselfieber . . . . .	108
Haffkrankheit . . . . .	118
Mercurielle Stomatitis . . . . .	130
Neurasthenie . . . . .	142
Noma . . . . .	154
Phosphornekrose . . . . .	160
Pocken . . . . .	172
Skrofulose . . . . .	184
Sulfonal-Vergiftung . . . . .	196
Trichinose . . . . .	206
Versehen . . . . .	216
Danksagung . . . . .	228
Anhang:	
Quellen- und Literaturverzeichnis . . . . .	231
Bildnachweis . . . . .	265
Sach- und Personenverzeichnis . . . . .	268

# Einleitung

Liebe Leserin, lieber Leser!

Krankheiten beeinflussen seit Anbeginn die Existenz des Menschen und seine Geschichte in besonderer Weise. So ist immer schon neu auftretenden Krankheiten wie etwa den großen Seuchen des Mittelalters und der frühen Neuzeit viel Aufmerksamkeit gewidmet worden. Etwas weniger Interesse fanden solche Krankheiten, die für eine gewisse Zeit eine Rolle spielten und dann verschwanden, auf Grund veränderter Umwelteinflüsse, kulturellem Wandel, medizinischen und sozialen Entwicklungen sowie einem modifizierten Blick auf bestimmte Phänomene. Das vorliegende Buch zeigt wechselnde Perspektiven auf 20 verschwundene Krankheiten beziehungsweise medizinische Konzepte, deren Zusammenstellung weder vollständig ist – es ließen sich noch zahlreiche weitere Krankheiten hinzufügen – noch folgt sie einem besonderen System. Vielmehr handelt es sich um eine durch das persönliche Interesse geleitete Auswahl, die eher die Vielfalt hervorheben als einem stringenten Prinzip folgen will.

Auch wird keine generelle Erklärung für die Mechanismen geliefert, die zum Verschwinden von Krankheiten im Allgemeinen beitragen. Die einzelnen Kapitel behandeln jeweils ausschließlich die Konstellationen, die zum Verschwinden einer spezifischen Krankheit führten, sie stellen in sich geschlossene Abschnitte dar. Die hin und wieder auftretenden Querverbindungen zwischen den einzelnen Themen lassen aber doch bestimmte Ursachenkomplexe ausmachen und gruppieren. So finden sich Krankheitsgeschehen, die offenbar nur sporadisch auftraten und sich (bisher) so nicht wiederholten, wie etwa der Englische Schweiß, die Europäische Schlafkrankheit und die Haffkrankheit. Im weiteren Sinne zu diesen sporadischen Erscheinungen zu rechnen sind Erkrankungen durch Medikamente, die nicht mehr verwendet, sowie durch Berufe, die nicht mehr ausgeübt werden, beispielsweise die Phosphornekrose der Zündholzarbeiter. Häufiger finden sich dann Krankheiten, die durch

einen Wandel im medizinischen Diagnosesystem in dieser Weise nicht mehr existieren, so die Chlorose, das Frieselfieber oder die Neurasthenie. Weitere Erkrankungen verschwanden wohl am ehesten durch sich wandelnde Lebenswelten oder durch Verbesserung von Lebens- und Hygienestandards, wie etwa Noma oder Aussatz. Durch wirksame Vorbeugung konnte eine Reihe von teils dramatisch verlaufenden Krankheiten besiegt oder weitgehend eingedämmt werden, wie dies bei den Pocken oder der Trichinose der Fall war. Schließlich werden auch Krankheiten beschrieben, von denen man annehmen muss, dass es sie wohl nie wirklich gab – sie waren frei erfunden, wie etwa der Cello-Hoden.

Letztendlich bedurfte es zum Verschwinden einer Krankheit meist eines Zusammenspiels mehrerer der genannten Mechanismen. Auch lässt sich eine besondere epochale Bindung häufig dann feststellen, wenn die betreffenden Krankheiten zum Zeitpunkt ihres häufigen Auftretens eher unscharf beschrieben oder in zentralen Aspekten unverstanden waren. Manches Rätsel um das Wesen einzelner historischer Leiden muss daher ungelöst bleiben.

Um dem Leser ein direkteres Erleben bestimmter Krankheitsaspekte zu ermöglichen, enthält dieses Sachbuch in für das Genre eher untypischer Weise auch fiktive Anteile. Den einzelnen Kapiteln sind manchmal Originalzitate, öfter aber kurze Fallberichte vorangestellt, die sich nicht auf tatsächlich Geschehenes beziehen, wenn sie auch zum Teil eng an authentische Schilderungen angelehnt sind. Sie bilden keine historischen Tatsachen ab, sondern dienen eher einer emotionalen Einstimmung auf das im Folgenden geschilderte Krankheitsgeschehen: einen Blick in ein Krankenzimmer oder ein Tagebuch, einen belauschten Gedanken eines Patienten oder Arztes, einen persönlichen Moment des Leidens oder auch der Freude über eine Heilung.

Sophie Seemann



Der Arzt Johann Jakob Guggenbühl im Kreise seiner Patienten vor einem Alpenpanorama, 1853.

# Alpenstich

Synonyme: auch Alpstich, Pneumonia alpina, Heimlicher Stich, Faulichter Stich, Bösartiger Stich, Peuritis pestilentis, pestis pleuritica, galliger Seitenstich, Lungenrotlauf.

*»Wie vor vier Jahren, so trat der Alpenstich wieder in Berggenried im Kanton Unterwalden auf, und verbreitete sich von da über den See nach Hergiswil. [...] Die gleiche Epidemie zeigte sich endlich auch wieder in der Gegend von Hochdorf, wo ich als angehender junger Arzt zum ersten Male Gelegenheit fand, den Alpenstich zu beobachten. Gewaltige Sprünge im Temperaturwechsel waren ihm vorangegangen. [...] Um die Mitte des Jänners trat strenge Winterkälte ein. Da entwickelten sich [...] Lungenentzündungen mit ausgesprochener galliger Färbung und Rothlaufcharakter. [...] Das Volk in Hochdorf und Umgebung machte sich die Sache bequem, es hiess die auffällige Seuche nur »die neue Krankheit.« Ich erlaube mir, meine damals niedergeschriebenen Bemerkungen [...] mitzutheilen. Die Krankheit befiel mit heftigem Schüttelfrost, dem dann starke Hitze folgte, mit Kopfweh, Uebelkeit, Erbrechen und einem ausserordentlichen Schwäche- und Abgeschlagenheitsgefühl in den Gliedern. [...] Die anscheinend örtlichen Affectionen traten bald wieder zurück, und gingen rasch in eine typhöse Form über. Grosse Athemnoth, typhomane Delirien, Mangel örtlicher und allgemeiner Krisen.«<sup>1</sup>*

Bericht eines jungen Arztes aus dem Jahr 1837. Seine beiden an Alpenstich erkrankten Patienten verstarben trotz Therapie nach etwa einer Woche.

Beim Alpenstich handelte es sich um eine bis zu Beginn des 20. Jahrhunderts immer wieder beschriebene, spezifische, in den Hochtälern der Alpen hauptsächlich im Winter auftretende Lungenerkrankung mit hoher Sterblichkeit. Neben einigen Epidemien im ausgehenden Mittelalter

und in der Neuzeit erlangte der Alpenstich vor allem im 19. Jahrhundert große Aufmerksamkeit, da sein Zusammenhang mit unterschiedlichen anderen Erkrankungen wie Typhus und Pest sowie sein Status als eigene Krankheitsentität in Frage standen. 1913 wurde die Lehre vom Alpenstich als Irrtum bezeichnet, er wird seither nicht mehr diagnostiziert.

### Die »Pestilenzische Pleuritis« von 1564/1565

Im Jahre 1564 brach entlang des Rheins sowie in der Schweiz eine neue Lungenerkrankung aus, die großen Schrecken verbreitete. Gleichzeitig herrschte in ganz Europa eine Welle der – deutlich bekannteren – Bubonenpest: Diese von Rattenflöhen übertragene Seuche war durch die Pestbeulen, stark geschwollene, eiternde Lymphknoten unter den Achseln und in den Leisten, und raschen Verfall der Kranken gekennzeichnet. Die Bubonenpest erlosch zwar während der Wintermonate in den niederrheinischen und schweizerischen Landen weitestgehend, doch die neue Lungenseuche gewann dafür an Fahrt und galt als mindestens genauso schwerwiegend und tödlich.

Der holländisch-westfälische Arzt Johannes Weyer (auch Johannes Wier, 1515–1588) war unmittelbarer Augenzeuge der Seuche und beschrieb in seinem Buch über seltene Erkrankungen, »daß die Kranckheit erst in allen anfieng mit einem stätigen ohn underlässigen Fieber/ daß allerley böse Zufälle hatt/ als groß Stechen in der Seiten/ und gar kurzen und beängstigten Athem«. <sup>2</sup> Weyer beobachtete dann blutigen Husten, den er als schlechtes Zeichen wertete, und meist verstarben die Patienten etwa nach einer Woche. Wurde der neunte Tag überlebt, bestand Hoffnung auf Heilung. Gleichzeitig berichtete er von »pestilenzialischen« Lungen- und Halsentzündungen, die ebenfalls sehr bösartig gewesen seien, und brachte diese Erscheinungen in Verbindung mit »Feuerstralen und schiessenden Sternen«, die sommers am Himmel zu beobachten gewesen waren (→ Versehen), sowie einem darauf folgenden Winter, der »so geschwinde kalt gewesen, als bey Menschengedencken niemals gesehen«. <sup>3</sup>

## Seuchenschutz im ausgehenden Mittelalter

Angesichts dieser neuen, wenn auch offenbar mit der bereits wohlbekannten Pest in Verbindung stehenden Seuche befassten sich verschiedene Stadtverwaltungen mit dem Problem des Seuchenschutzes. Dass es sich um eine ansteckende Krankheit handeln musste, schien klar zu sein. In Zürich etwa riet der berühmte Mediziner und Oberstadtarzt Conrad Gessner<sup>4</sup> (1516–1565) 1564 seinen ärztlichen Kollegen:

»es solle keiner von ihnen jemand, der an dieser Krankheit leide, besuchen, wenn er nicht am ersten oder spätestens zweiten Tage gerufen werde, da, wenn die Zeit, zu welcher die Einleitung eines erfolgreichen Heilverfahrens möglich, der Anfang der Krankheit nämlich, verstrichen sei, sie die Behandlung der Kranken nur zu ihrer eignen sowohl als zur Schande der Kunst, und zu ihrer größten Gefahr, ohne irgend einen Vortheil für den Kranken unternehmen könnten, besonders bei so unmäßigen, unleitsamen Menschen, wie die Einwohner Zürichs sind.«<sup>5</sup>

Auch sein Kollege Johannes Weyer empfahl neben strenger Bettruhe insbesondere, schnell und unverzüglich mit der Therapie zu beginnen, nämlich das Abhusten zu erleichtern und ansonsten durch saure und kühle Arzneien die heißen Fieberflüsse zu lindern. Von Aderlässen, starken Abführmaßnahmen und übermäßigem Schröpfen riet er ab.

Hauptsächliche Maxime der Behandlung war in seinen Augen die schnelle Einleitung einer maßvollen Therapie, da man ansonsten dem Krankheitsgeschehen nur noch hinterherlief und ihm seinen natürlichen Verlauf lassen musste. Gessners Empfehlung, nur ganz frisch Erkrankte überhaupt zu behandeln, entsprach zwar wenig dem Bild des aufopfernden Arztes; es erschien aber pragmatisch und weitblickend angesichts des um sich greifenden Seuchengeschehens, bei dem jeder Arzt dringend gebraucht wurde. Tragischerweise erlag der berühmte Gelehrte nur ein Jahr später selbst der Pest.

## Die Wiederentdeckung des »Stichs« im 19. Jahrhundert

In den folgenden Jahrhunderten wurde es still um die »Pestilenzische Pleuritis«. Neben Krankheiten, die es immer und zu jeder Zeit gegeben hatte, existieren bekanntlich solche, die eine deutliche zeitliche oder örtliche Gebundenheit aufweisen: Seuchen oder Epidemien erscheinen plötzlich und können ebenso schnell wieder verschwinden; sogenannte

endemische Krankheiten hingegen kommen ausschließlich oder in ungewöhnlicher Häufigkeit an bestimmten Orten vor. Richtete sich das Augenmerk der praktischen Ärzte verständlicherweise lange Zeit vor allem auf die gerade aktuellen gesundheitlichen Bedrohungen, so begann man sich seit dem 19. Jahrhundert wissenschaftlich für historische Krankheitsbilder zu interessieren, vor allem für solch gefährliche und rätselhafte Seuchen wie den von Gessner und Weyer geschilderten »Stich«.

Einer dieser an seltenen, historischen Krankheiten interessierten Mediziner war der junge Arzt Johann Jakob Guggenbühl (1816–1863). Sein besonderer Fokus lag auf Krankheiten, die seiner Schweizer Heimat eigentümlich waren und die er daher als »Volkskrankheiten« bezeichnete. Neben dem Endemischen Kretinismus (→ Kretinismus) begann er sich für den »bösen Stich« zu interessieren. Er war überzeugt, dass es sich hier um eine Krankheit handelte, die fast ausschließlich in der Schweiz auftrat und von ihm daher Alpenstich genannte wurde.

In seinem Buch über den Alpenstich von 1838, das er als gerade promovierter Arzt veröffentlichte, beschrieb er diesen als »eine von den höchst merkwürdigen noch von Niemandem erörterten Wirkungen des südlichen Alpenwindes, den wir Fön nennen«. <sup>6</sup> Der Fönwind rufe also den Alpenstich hervor, der sich zwar auch hin und wieder außerhalb der Schweiz verbreiten könne, aber in den Alpentälern endemisch sei. Auch die Seuche von 1564/1565, die er aus den verbliebenen Quellen rekonstruierte, sei eine solche Alpenstichepidemie gewesen. Danach habe es immer wieder kleinere, auf die Alpentäler beschränkte Ausbrüche gegeben. Guggenbühl zählte bis in seine Zeit etwa 20 weitere Ausbrüche, wobei er Beschreibungen unterschiedlicher Autoren aus 300 Jahren mit zum Teil deutlich voneinander abweichenden Symptombeschreibungen und Krankheitsnamen zusammenfasste. <sup>7</sup> Die letzte Epidemie von 1837 hatte Guggenbühl selbst in Graubünden, Bern und Solothurn beobachtet und beschrieben.

### Guggenbühls Alpenstich

Nach Guggenbühl ging der Alpenstich mit »heftigem Frost« einher, »dem die Hitze darauf nicht entspricht«, gefolgt von dem bekannten Stechen in der Brust. <sup>8</sup> Husten, Auswurf, Erbrechen und Blutspucken kämen vor, aber nicht übermäßig. Er beschrieb auch den Auskultations-

und Perkussionsbefund, Puls und genaues Aussehen des Kranken. Im Verlauf sah Guggenbühl eine Verschlechterung des Zustandes nach zwei Tagen mit Atemnot, Bewusstseinsverlust, Durchfällen und Gelbfärbung der Haut. Nach kurzer Verbesserung des Zustandes verstarben die Kranken meist nach sieben Tagen.

Guggenbühl zählte zudem eine Vielzahl von fakultativen Symptomen auf und unterschied drei Formen des Alpenstichs, eine entzündliche, eine gallige und eine faulige oder typhöse Form. Dies verleitete ihn selbst zu dem Ausruf: »Welche Mannigfaltigkeit hierin nur in den Alpen!«<sup>9</sup> Als gemeinsames Element sah er aber die Tatsache, dass es sich um eine entzündliche Erkrankung handelte, die durch die große Höhe der Alpenregion und den Fönwind »nach innen bestimmt« wurde.<sup>10</sup>

Guggenbühl war aber nicht der Einzige, der den Alpenstich beschrieb. Die Krankheit fand auch Eingang in die vierte Auflage der anonym durch einen Schüler veröffentlichten Vorlesungsmitschriften des Arztes Johann Lucas Schönlein (1793–1864), die 1841 in St. Gallen erschien. Von Schönlein weder autorisiert noch gewollt, ist die Übereinstimmung der Ausführungen mit dem eigentlichen Denken des großen Klinikers allerdings einigermaßen ungewiss.<sup>11</sup> Beschrieben wird hier jedenfalls eine deutlich unspektakulärere Erkrankung als der »mannigfaltige« Lungenstich Guggenbühls, mit lediglich einer einzigen Form und zwei Krankheitsstadien: einem Anfangsstadium mit dem bekannten Stechen in der Brust und nachfolgend einem nervösen Stadium, in welchem der Kranke über die Haut oder den Harn die Krankheitsstoffe »unter reichlichen Krisen«<sup>12</sup> zu eliminieren versuche. Dies endete nach einigen Wochen entweder mit der vollständigen Genesung oder mit dem Tod des Patienten.

### Der bedrohliche Alpenstich

Die Sterblichkeit am Alpenstich wurde von einigen Autoren als besonders hoch angesehen, sodass in den angeblich häufiger heimgesuchten Alpentälern große Angst vor dieser Krankheit herrschte. Der Alpenstich galt als hinterhältiger, geheimnisvoller Killer, ein Urbild der Seuche, die jeden befallen konnte, der sich nicht vorsah: »Noch in unserem Jahrhundert wussten alte Leute aus dem Munde ihrer Grossmütter von der Todesfurcht zu erzählen, welche sich der Bewohner des Landes bemächtigte, als es hiess, ›der böse Stich‹ gehe aus«, berichtete ein Arzt

1866.<sup>13</sup> Kaltes und feuchtes Wetter, enge, ärmliche Wohnverhältnisse, Angst vor der Erkrankung und eben der Fön wurden beschuldigt, Ausbrüche hervorzurufen. Aggraviert wurde die Krankheit in Guggenbühls Augen auch durch das Verhalten der Bergbauern: »Die Lebensart unserer Bauersleute, und die von ihnen bei erhitztem Körper so häufig genossene kalte Milch, trägt das meiste bei, dass die Brustentzündungen unter dem gemeinen Volke fast durchgehend faulicht typhöser Art und bösartig sind.«<sup>14</sup> Ansteckend wurde die Krankheit in seinen Augen durch die zusammengedrängte Lebensweise der Alpenbauern.

Suchte der Patient schnell Hilfe, war vielleicht noch eine Rettung möglich. Der Arzt sollte, ganz wie auch seinerzeit von Gessner und Weyer empfohlen, nicht zur Ader lassen, sondern frühzeitig ein Brechmittel anwenden. Dann sollte man versuchen, durch Hautreize die nach innen gewendete Entzündung wieder nach außen zu bringen, etwa durch Blasenpflaster oder Senfumschläge. Eine Reihe weiterer möglicher Arzneien je nach Verlauf der Erkrankung wurde empfohlen.

### Gibt es den Alpenstich nur in den Alpen?

Guggenbühls Ansichten wurden teilweise beifällig aufgenommen und reproduziert, teilweise bemängelten Zeitgenossen aber auch, dass das Spezifische des Alpenstiches ihnen nicht einleuchte. Guggenbühls Kollege Konrad Meyer-Ahrens (1813–1872) etwa analysierte 1848 noch einmal alles ihm zugängliche Quellenmaterial zum Krankheitsgeschehen in den Jahren von 1562 bis 1566 und kam zu dem Schluss, dass die Pestseuche dieser Jahre in mal eher »typhöser«, mal »katarrhalischer« Form mit gleichzeitig grassierenden Masern, Fleckfieber und Influenza Erklärung genug für die Krankheitserscheinungen dieser Jahre böte.<sup>15</sup> Den besonderen Charakter dieser Seuche sah er also eher in einer Mischung bekannter Krankheiten, vor allem der Pest. Den Begriff Alpenstich verwendete er nicht.

Andere Autoren warfen Guggenbühl auch vor, dass er die Existenz ähnlicher Erkrankungen in anderen Teilen der Welt ignoriert habe.<sup>16</sup> Es häuften sich Berichte, nach welchen zwar eine besondere Art von Lungen- und Brustfellentzündung existierte – die Begrifflichkeiten wechselten aber von der »fauligen« Lungenentzündung zur »typhoiden Pleuropneumonie«,<sup>17</sup> vom »Pesttyphus« mit Lungenbeteiligung über das »Innere Erysipel« bis zur »primär asthenischen« Lungenentzündung.

Diese sei jedoch in allen möglichen Teilen der Welt zu finden und ging somit keineswegs immer von der Alpenregion aus.<sup>18</sup> Angeblich war diese besondere Krankheit seit dem Jahr 1857 in den Alpen auch nicht mehr aufgetreten,<sup>19</sup> sondern stattdessen in Nordamerika häufig.<sup>20</sup> Als ein Autor dann auch noch behauptete, dass der Name Alpenstich keineswegs von den Alpen käme, sondern »nur zum dämonischen ›Alp‹ Bezug habe«,<sup>21</sup> war die Verwirrung perfekt.

Tatsächlich schien sich in den folgenden Jahren, der Ära der pathologischen Anatomie, kein spezifisches Korrelat für den Alpenstich zu finden. Die Brustfell- und Lungenentzündung, die Guggenbühl als für die Alpenregion besonders eigentümlich beschrieben hatte, glich bei den Sektionen anderen Lungenentzündungen aufs Haar. Nachfolgende historische Analysen der verschiedenen Lungen- und Brustfellentzündungsepidemien, die Guggenbühl als Alpenstich beschrieben hatte, kamen zu dem Ergebnis, dass es sich genauso gut um verschiedene Arten von Erkrankungen gehandelt haben könnte.

Es erübrigt sich zu bemerken, dass auch in der sich anschließenden Phase der bakteriologischen Erforschung von Krankheiten kein besonderer »Alpenstich-Erreger« gefunden werden konnte. Dafür konnten Pest, Typhus und Fleckfieber sowie auch die unterschiedlichen Arten von Lungen- und Brustfellentzündungen durch die Beschreibung verursachender Erreger genauer voneinander getrennt werden. Diagnosen wie der »Pesttyphus« gehörten der Vergangenheit an. Der Alpenstich ließ sich mit den sich wandelnden Methoden der Pathologie, Bildgebung, Bakteriologie und Blutuntersuchung einfach nicht dingfest machen.

### Der Alpenstich – eine Erfindung Guggenbühls?

Dennoch geisterte der Alpenstich weiter durch die medizinischen Enzyklopädien und Lehrbücher und verbreitete Angst unter der Bevölkerung. Da die Krankheit aber seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts praktisch nicht mehr auftrat, sondern nur noch aus den historischen Quellen zu rekonstruieren war, bestand kein drängendes Interesse von Seiten der Ärzte, Klarheit über ihr Wesen zu gewinnen. Erst Georg Sticker (1860–1960), deutscher Seuchenarzt und Medizinhistoriker, begann sich Anfang des 20. Jahrhunderts wieder für den Alpenstich zu interessieren. Als bakteriologisch versierter Arzt – er hatte selbst in Indien über die Pest geforscht – charakterisierte er zunächst die

Epidemie von 1564/1565 als Pestpneumonie,<sup>22</sup> die »Winterform der Beulenpest«. Nachfolgende Epidemien mit Brustfellentzündungen deutete er als Milzbrand, Kokkenpneumonien oder Influenza. Minutiös trug er Quellen über alle ähnlichen Epidemien vom Mittelalter bis in die Gegenwart zusammen und kombinierte diesen medizinhistorischen Informationsschatz mit dem neuen bakteriologischen Wissen, um zu einer besseren Bewertung der historischen Seuchen zu gelangen.

Das Jahr 1913 kann als der Endpunkt der Lehre vom Alpenstich gesehen werden. Georg Sticker hielt auf dem *17th International Congress of Medicine* in London einen Vortrag über den Alpenstich, in welchem er ihn schonungslos dekonstruierte und zu einer Erfindung Guggenbühls erklärte: »Weder die Vorstellung von einer einheitlichen Ursache des Alpenstiches ist haltbar, noch die Vorstellung, dass der Alpenstich je als eine bedeutende Wanderseuche sich verhalten hat.«<sup>23</sup>

Hatte Guggenbühl also mutwillig eine Krankheit erfunden, vielleicht um seinen Namen der medizinischen Fachwelt auf ewig bekannt zu machen? Hatte er sich einfach nur geirrt, oder leiteten ihn bestimmte Intentionen? Eine mögliche Antwort auf diese Frage gibt das Vorwort zu seinem Buch über den Alpenstich aus der Feder seines Lehrers, des Schweizer Arztes und Politikers Ignaz Paul Troxler (1780–1866). Troxler, der mit der wissenschaftlichen Vormachtstellung der deutschen und französischen Ärzte haderte, empfand es als Triumph, der »grossen Zahl in der Alltagsbahn des Fachs Wandelnden«, den »in ihrer modernen Schulgerechtheit« verhafteten Kollegen und den im »Staube der Bibliotheken modernden« Professoren ein spezifisch schweizerisches Krankheitsbild zu präsentieren, von dem sie noch nie gehört hatten. Gegen die »ins Einzelne und Gewöhnliche versunkene Privatpraxis, wie sie die moderne Speculation und Empirie unserer deutschen und welschen Nachbarn diktiert«, setzte er eine frische, »gehaltvolle« Studie eines Schweizer praktischen Arztes, der nicht nur die mittelalterlichen Schweizer Autoren gelesen, sondern auch die Mühe auf sich genommen hatte, in abgelegenen Alpentälern Feldforschung zu betreiben. Denn, so konkludierte Troxler, »die Leiden der Sterblichen sind nicht immer und überall gleich«<sup>24</sup> – und von den spezifischen Alpenkrankheiten hatten die gelehrten Nachbarn nun mal keine Ahnung. So mag auch der Wunsch Guggenbühls und seines Lehrers Troxler, eine Schweizer Medizin einschließlich nur hier vorkommender Krankheiten vorzuweisen, bei der Entdeckung des Alpenstiches mitgewirkt haben.

Glücklicherweise haben weder Troxler noch Guggenbühl die Dekonstruktion ihres Alpenstichs erleben müssen, der sich ihnen als so überzeugendes und schreckliches Krankheitsbild und der Ärztegeneration 70 Jahre später als Trugbild dargestellt hatte.