

Mariacarla
Gadebusch Bondio
(ed.)

Medical Ethics

Premodern Negotiations
between Medicine and Philosophy



BAND 2

SCHRIFTEN DER VILLA VIGONI

Franz Steiner Verlag

A U R O R A

Mariacarla Gadebusch Bondio (ed.)
Medical Ethics



AURORA

Schriften der Villa Vigoni

Gegründet von Gregor Vogt-Spira,

herausgegeben von Immacolata Amodeo

Band 2

Mariacarla Gadebusch Bondio (ed.)

Medical Ethics

Premodern Negotiations between Medicine
and Philosophy



Franz Steiner Verlag

Gedruckt mit freundlicher Unterstützung der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG)
und der Medizinischen Fakultät der Universität Greifswald

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.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes
ist unzulässig und strafbar.

© Franz Steiner Verlag, Stuttgart 2014

Druck: AZ Druck und Datentechnik, Kempten

Gedruckt auf säurefreiem, alterungsbeständigem Papier.

Printed in Germany.

ISBN 978-3-515-09835-9 (Print)

ISBN 978-3-515-10819-5 (E-Book)

CONTENTS

<i>Mariacarla Gadebusch Bondio</i> Introduction.....	7
<i>Christian Schulze</i> ,Unterlassene Hilfeleistung‘ in der Antike	17
<i>Chiara Crisciani</i> Medicine and Philosophy in the Middle Ages. Sisters, Companions, Rivals.....	29
<i>Danielle Jacquart</i> Le médecin médiéval et les bonnes mœurs	47
<i>Klaus Bergdolt</i> Petrarca, Aristoteles und die Kritik an der scholastischen Medizin	61
<i>Michael McVaugh</i> Medical Values and Behavior. A View from 1380s Montpellier	73
<i>Matthias Roick</i> Der kluge Patient. Humanistische Ärztekritik im Spannungsfeld zwischen Ethik und Medizin	91
<i>Teodoro Katinis</i> Praise and Practice of Medicine in Marsilio Ficino.....	109
<i>Joseph Ziegler</i> The Medieval Foundations of Renaissance Medical Ethics: The Case of Gabriele Zerbi’s <i>De cautelis medicorum</i>	117
<i>Kay Peter Jankrift</i> Mit der Verstocktheit eines Ketzers. Das Bild des häretischen Arztes in Gabriele Zerbis <i>De cautelis medicorum</i>	131
<i>Cecilia Muratori</i> Medical and Ethical Aspects of Vegetarianism: On the Reception of Porphyry’s <i>De abstinentia</i> in the Renaissance	143
<i>Roberto Poma</i> La médecine morale de Luigi Luisini. Le premier traitement médico-philosophique des passions de l’âme	161

<i>Winfried Schleiner</i> Early Modern Medical Ethics and Medical Humor	175
<i>Klara Vanek</i> Der <i>bonus chirurgus</i> und die Fehlervermeidung. Zum Berufsethos der Chirurgie in der frühen Neuzeit	185
<i>Vivian Nutton</i> The Doctor and the Magistrate. A Lawyer's View of Medical Ethics	211
<i>Mariacarla Gadebusch Bondio</i> "Speaks True, Who Speaks Shadows." Truth and Lies at the Sick-Bed	221

INTRODUCTION

Mariacarla Gadebusch Bondio

Matters concerned with conduct and questions of what is good for us have no fixity, any more than matters of health. The general account being of this nature, the account of particular cases is yet more lacking in exactness; for they do not fall under any art or precept but the agents themselves must in each case consider what is appropriate to the occasion, as happens also in the art of medicine or of navigation.

Aristotle, *Nicomachean Ethics*, II, 2: 1104a¹

In the long period which comprises the pre-modern era, medicine had always worked on the development of a definition of its professional ethos. The legacy of this ethical awareness is the evidence of reflection on the possibilities, boundaries and the dangers of medical science, and the moral profile of its representatives. Although the efforts towards a codification of medical practices through the establishment of moral standards document the desire for self regulation and self-criticism, this tradition has so far only been explored in a fragmentary way.² Seen from the *longue durée* perspective, medico-ethical traditions show that despite the broad spectrum of positions, in addition to performing successful treatment doctors have always endeavoured to obtain their patients' trust and to safeguard the reputation of their profession.

- 1 Aristotle, *The Nicomachean Ethics*, tr. by D. W. Ross, ed. by L. Brown, Oxford 2009.
- 2 After the editors of *Doctors and Ethics* 1993 declared the history of medical ethics to be a desideratum of research, a number of studies have appeared. See: A. Wear – J. Geyer-Kordesch – R. French (eds.), *Doctors and Ethics. The Earlier Historical Setting of Medical Ethics*, Amsterdam / Atlanta 1993; R. Baker, "The History of Medical Ethics", in: W.F. Bynum – R. Porter (eds.), *Companion of the History of Medicine*, vol. 2, London / New York 1993, pp. 852-887; W. Schleiner, *Medical Ethics in the Renaissance*, Washington, 1995; E. Seidler, *Ethics in Medicine. Historical Aspects of the Present Debate*, Sheffield 1996; K. Bergdolt, *Das Gewissen der Medizin. Ärztliche Moral von der Antike bis heute*, München. 2004. Still fundamental for medical ethics in antiquity: K. Deichgräber, "Die ärztliche Standeseethik des hippokratischen Eides", *Quellen und Studien zur Geschichte der Wissenschaften und der Medizin* 3 (1932), 97-8. K. Deichgräber, 'Medicus gratusus': *Untersuchungen zu einem griechischen Arztbild* (Akademie der Wissenschaften und der Literatur, Abhandlungen der geistes- und sozialwissenschaftlichen Klasse), Mainz 1970; P. Cordes, *Iatros. Das Bild des Arztes in der Griechischen Literatur von Homer bis Aristoteles*, Stuttgart 1991.

For a doctor, the treatment of sick and vulnerable persons represents a great responsibility which does not just end with indicated measures of a diagnostic, therapeutic or palliative nature. If indecision exists, then the risk of acting badly or incorrectly inevitably increases. Thus since antiquity we can find deliberations on the uncertainty, dangers and consequences in medical literature which are associated with medical practice. The expectations of patients and their families can easily lead doctors to make commitments or promises which when disappointed will demonstrate the boundaries of medical knowledge and ability. Such testimonies of critical and self-critical reflection always have pragmatic drawbacks. They reveal dimensions of medical practice and indicate the sphere of action of pre-modern physicians who, as a rule, had to treat and advise patients from many different social classes: rich, poor, influential, educated or simple people, men and women of all ages and of various backgrounds. Sometimes it might also be simulators, criminals or even enemies who sought the help of doctors. This variety of patients has always demanded that doctors have a strong social awareness, a degree of flexibility, and above all a good knowledge of human nature.

Up until and into the early modern era, moral orientation was still being sought in the philosophical and theological foundations of humanist influenced medicine. This search pertained to the question, for example, of whether and how a doctor should approach a patient with no chance of recovery. Connected to this was the much debated question of whether a doctor may lie or be obliged to tell the truth. These are examples for timeless problem areas of medicine which even today arouse lively discussion.

In times when medical ethics has tended towards adopting the research style and publication culture of biomedicine, a concern with past traditions may seem to be an anachronistic task. However, as Robert B. Baker and Laurence B. McCullough, editors of *The Cambridge World History of Medical Ethics*, stressed in their foreword in 2009, a historical foundation and cultural embedding are today more necessary than ever.³ In their argumentation they refer to the new generation in bioethics: “old” medical ethicists were an extremely interdisciplinary group with a broad humanist education in history, philosophy, theology and/or jurisprudence, medicine and nursing science. Thanks to this humanist background it was, for example, possible to support the ethical challenges which the development of medical technologies led to in the 1970s, initiating successful negotiations in a pluralistic society. Baker and McCullough’s statement that the original broad knowledge base of established bioethics – to which its success is largely due – “is atrophying” provides food for thought.⁴ Whilst the tripartite department “History, Theory and Ethics of Medicine” can be found in German universities as an interdisciplinary package or cross-section, the potential of this diversity of disciplines, however, is frequently surrendered in favour of a one-sided focus.

3 R. B. Baker – L. B. McCullough (eds.), *The Cambridge World History of Medical Ethics*, Cambridge 2009, XV-XVIII.

4 Baker – McCullough, *The Cambridge World History*, XV.

Today, in professionalised bioethics a pragmatic, problem-orientated approach can be observed as well as a growing tendency towards the empiricism and production of evidence-based data. In bioethics the expression “empirical turn” is used: through the application of methods of empirical and sociological sciences, the traditional philosophical and normative way of thinking should be both complemented and sustained.⁵ In this trend, experimental ethics laboratories (“ethics labs”) have emerged with the declared aim of ‘objectively’ determining the ethical competence or moral values with individuals and groups. Under the slightly confusing label “Ethics in the Laboratory”, “experimental examinations of ethically relevant decision-making processes” are aimed at.⁶ In the course of this change in the direction of medical thinking, it is not surprising that there is intense debate as to whether and how the performance of ethics committees and ethics councils should be evaluated.⁷ Welcome though the establishment of medical ethics and bioethics⁸ may be as an integral part of the curriculum of medical training, and as promoter of a culture of discussion and reflection in daily clinical practice, its one-sided “application-orientated” development affecting those who are convinced of the potential of a humanist-oriented ethics is all the more sobering. The cultural and humanistic substance of medical ethics as a perpetual part of a self-reflecting medicine succumbs to the impulse towards assimilation in a biomedical approach to thinking and working: but moral philosophy and medicine – and thus medical ethics – will, as stated in the opening quotation, always have to decide in each individual case what contributes to the ‘good’ in specific situations.

A concern with the genesis and development of medico-ethical discussions facilitates the understanding of the diversity of discourses from the changing contexts from which they arise, and the ability to deal with the manifold sources in which they were expressed and handed down. This approach to the prime developmental stages of a pre-modern medical ethics which defines its profiles not only within medicine, but also in dialogue with literature, philosophy and theology, shows the cultural and historical specificity of ethical discourse. This ideational

- 5 S. Salloch – J. Schildmann – J. Vollmann, “Empirical research in medical ethics: How conceptual accounts on normative-empirical collaboration may improve research practice”, *Medical Ethics* 13:5 (2012), pp. 1-7. [<http://www.biomedcentral.com/1472-6939/13/5> (19.01.14)].
- 6 This burgeoning tendency in economic ethics is also indicated in medicine [<http://www.wirtschaftsethik.edu.tum.de/forschung/> (19.01.14)].
- 7 The position held by Meinolfus Strätling, who pleads for evidence-based, “measurable” evaluations of the results of the activities of clinical ethics committees, is the cause of discussions in the bioethical community: M. W. M. Strätling – B. Sedemund-Adib, “Ethikberatung: Ethische Kernkompetenzen in die Medizin zurückholen”, *Deutsches Ärzteblatt* 110/17 (2013), A-825 / B-713 / C-713. For a critical reaction to this see: C. Wiesemann, “Ethikberatung: Heiße Luft”, *Deutsches Ärzteblatt* 110/26 (2013), A-1321 / B-1157 / C-1144.
- 8 The term bioethics, as with biomedicine, has increasingly established itself in recent years as the so-called life sciences have flourished, and is often used as a synonym for medical ethics. Bioethics has, however, a broader meaning than medical ethics and includes the ethics of life and the disciplines which deal closely with life. I am using “medical ethics” here as the older and more traditional term, whilst I use bioethics as the modern term for “ethics in biomedicine”, which also includes medical ethics.

realization can and should serve as a corrective to the operationalising of bioethics.

One further reason for the return of bioethics to its cultural heritage is its so far only fragmentarily explored relationship to philosophy. The thesis supported by Daniel Fox in 1979 of a “segregation” of medical ethics which would have resulted as a consequence of the “curious disconnection” of medical ethics and moral philosophy since the mid 18th century, could be put into perspective, above all on the basis of historical examinations.⁹ Hans Jonas¹⁰ and Georg Gadamer¹¹ can be considered as examples for the emerging “involvement” of philosophy in discussions on the ethical responsibility of medicine.¹²

The influence of philosophy on medicine took place over time. This is apparent from the effects of Platonic and Aristotelian philosophy on pre-modern medico-ethical debate on, for instance, the obligation of a doctor to truthfulness. Ideas and concepts which have proven fruitful in medical ethics, for example the Kantian idea of autonomy had to be adapted so that they might be applied to concrete examples. In order to understand this delayed influence, historical reconstruction work is necessary. The historical analysis of texts which deal with questions of medical ethics shows their philosophical substrates. It allows dialogue between doctors and philosophers, where traces of both the Old and the New Testament can be recognised, to blossom across time.

The 15 articles collected here originated largely as part of a colloquium which took place at Villa Vigoni in November 2010. They place emphasis on different topics and cover the long period from antiquity to the early modern period, together with their reception.

How a doctor should act in hopeless cases and with poor prognoses is a classic question of medical ethics. It is examined and treated differently in Hippocratic and Galenic texts, as well as in the works of authors such as Celsus. The discussion allows us to visualise medicine on the ancient Greco-Roman cultural horizon. The prejudices, platitudes and clichés against medicine which circulated in this

- 9 D. M. Fox, “The Segregation of Medical Ethics: a Problem in Modern Intellectual History”, *Journal of Medicine and Philosophy* 4 (1979), pp. 81-97; For critical comments see: R. B. Baker – L. B. McCullough, “The Discourses of Philosophical Medical Ethics” in: id., *The Cambridge World History*, pp. 281-309; R. M. Veach, *Disrupted Dialogue: Medical Ethics and the Collapse of Physicians-Humanist Communication (1770-1980)*, New York 2005.
- 10 H. Jonas, *Technik, Medizin und Ethik. Praxis des Prinzips Verantwortung*, Frankfurt am Main 1985, p. 12: in medicine’s “completely new instruments of power”, which constitute its contributions to scientific and technical progress, Jonas sees the loss of its never questioned “beneficence”. Medical “feasibilities”, which affect above all the beginning and end of life, raise questions which revolve around the idea of humanity: “these are real questions for philosophers”.
- 11 H.-G. Gadamer, *Über die Verborgenheit der Gesundheit. Aufsätze und Vorträge*, Frankfurt am Main 1993.
- 12 Habermas speaks about “the interfering” of philosophy in medical ethical matters in his foreword to: J. Habermas: *Die Zukunft der menschlichen Natur. Auf dem Weg zu einer liberalen Eugenik?*, Frankfurt am Main 2001, p. 9.

context nurtured the permanent scepticism of patients and the extreme caution of the attending physicians. This found expression, amongst other things, in the doctor's fear of making mistakes. The decision not to treat the seriously injured belongs in this context to the precautions taken to protect both reputation and profession. (CHRISTIAN SCHULZE)

From late antiquity to early humanism, medicine and philosophy struggled initially to define and demarcate their individual areas of responsibility, and then – with the emergence of universities – to achieve a higher position in the hierarchy of the arts. Testimonies of this rivalry are works such as the *Conciliator differentiarum quae inter philosophos et medicos versantur* by Pietro d'Abano. The situation changed between the 14th and 15th centuries. With invigorated self-confidence, medicine now concerned itself with an increasingly broad range of themes in order to style itself a divine science. (CHIARA CRISCIANI)

A closer look at medical practice in the Middle Ages reveals areas of action in which tension between medicine and Christian morality was unavoidable. Thus a poor prognosis and the notification of impending death belong to the most difficult tasks of a physician. In this context mistakes are considered especially serious and defamatory. Here a doctor must arm himself with virtues. The armamentarium of codes of behaviour and moral attributes, above all prudence and temperance, which physicians such as Pietro d'Abano and Jacques Despars have compiled, were perceived as a remedy for mistakes. (DANIELLE JACQUART)

Compared to Petrarch's brutal criticism of doctors, even the most solid efforts towards good medicine seem predestined to fail. What the well-know *Invectivae* of an apparently somewhat arrogant poet indicate is his "campaign" for those areas of knowledge which today are considered humanities, and which Coluccio Salutati termed *studia humanitatis*. (KLAUS BERGDOLT)

In the second half of the 14th century, learned physicians felt the necessity to clarify the value and benefit of good and true medicine. Such endeavours towards professionalising the discipline pursued, at the same time, the aim of strengthening the image and reputation of the medical profession in years when critical voices had been raised against the supposed ignorance, arrogance, crudeness and bad practice of doctors. They were reflected in translations of classical writings and in their compilation in hand-written codices. One anonymous manuscript from Montpellier, with texts which are devoted to the behaviour and the duties of a physician, reveals precisely this intention (*De lege, De commendatione, Tabula Arnaldi*). The text *De commendatione medicine*, contained in a codex in the Vatican archives, is edited and made accessible here for the first time. (MICHAEL MCVAUGH)

More than half a century later, in the kingdom of Naples, the correspondence between Ippolita Sforza and her brother Galeazzo Maria attests the concern felt by the duchess for her sick husband Alfonso. Her secretary, the humanist Giovanni Pontano, reports precisely the symptoms of the duke's illness. If we focus on the views of the family, those close to him and of the patient himself regarding his illness, then a completely different picture of humanistic medicine emerges. The doctor-patient relationship in its insurmountable asymmetry can also be seen as a

dynamic interaction between laymen and experts. Mistrust, but also a sense of responsibility and critical potential are the particular weapons of the patient, should he possess a certain authority and be able to display “cautela” when dealing with his physician. The poet and secretary Pontano was able to write critically about his experiences and (in his *Charon*) allowed topoi of classical and humanistic criticism of physicians – from Pliny to Petrarch – to interact. The genre must have been in great demand as Ariosto also wrote a satire (*Erbolato*) in which ultimately the patient is advised to be prudent and heedful when dealing with a doctor. (MATTIAS ROICK)

As a humanist, doctor, philosopher, astrologist, translator and commentator on Plato, Marsilio Ficino embodied the applied fusion of medicine and philosophy. In platonic philosophy, as well as in hermetic tradition, he recognised the necessary conditions of a medicine which, as “queen of the arts”, addressed the body and soul of a person. In his remarks on the plague, Ficino translates his holistic approach into a therapeutic and preventative programme in which moderation and modest luck are declared the most effective medical means of combating epidemics. At the core of this moral lifestyle, the example of Socrates points the direction towards physical and mental equilibrium and to health. (TEODORO KATINIS)

What was really new in medical ethics in the age of Humanism? The question results from an attentive reading of Gabriele Zerbi’s *De cautelis medicorum* (1495). The ambivalence of this text shows the author’s clinging to standard medieval points of view, as well as his efforts to introduce original reflexions. The novelties of Zerbi’s ethical approach are underlined by his explanations concerning a physician’s practical experience, and by the way he incorporates the concepts of *humanitas* and *misericordia*. Although Zerbi abundantly copies passages from the works of other authors, his treatise contains a number of his own visions when it comes to stressing the duty to search for new theories, and lastly when he remarks how the plurality of physicians treating the same case under the guidance of a principal doctor contributes to the avoidance of medical errors. (JOSEPH ZIEGLER)

However, Gabriele Zerbi’s short treatise not only reflects contemporary conceptions of medical ethics, but also reveals certain aspects of the author’s personality and his living environment at the time when he composed his book. Traces of Zerbi’s direct encounter with the impact of the Spanish Inquisition on the Iberian Jews, and the beginning of the great European witch-hunt during the time of his service at the Papal court in Rome, can be identified in several passages in which the physician’s religious ideas seem to meld with his visions of medical ethics. By taking his turbulent socio-cultural background into consideration, light is shed on new and so far unknown aspects of Zerbi’s *medicus cautus* and his negative counterparts. (KAY PETER JANKRIFT)

Man’s place in nature and his interaction with other living beings, above all with animals, is one of the core problems of religion and philosophy. Ancient ideas provide the material for a hitherto rarely considered discussion on vegetarianism in the first half of the 16th century. The fascinating, even “polymorphous” reception history of Porphyry’s text *De abstinentia* demonstrates a blossoming

interest in the relationship between man and beast, as well as between body and soul in the Renaissance period. Linked to this is not only the topic of meat-based nutrition, but also the ritual sacrifice of animals and violence against animals. This is an excellent example for the fertile interrelationship of philosophical, religious, ethical and medical and hygiene interests in the Renaissance. (CECILIA MURATORI)

Following Galen, the theory commonly held since antiquity that the control of the emotions and their balanced relationship are characteristics of a good, virtuous and healthy person is systematically discussed in the 16th century by the doctor and philosopher Luigi Lusini, and placed upon a (patho-)physiological foundation. In his treatise *De compescendis animi affectibus per moralem philosophiam et medendi artem* published in 1562 and divided into three books, Luisini is able to reveal the integral interconnection of the theories the soul and the emotions, moral philosophy and medicine. This allows two complementary approaches to therapy to be developed which from today's perspective appear almost prophetic: a complete cure for the soul is only possible through the combination of philosophy and medicine. (ROBERTO POMA)

On first sight, humour and laughter appear to have no real claim to medical relevance. However, the French doctor Laurent Joubert dealt with this topic in a monography *Le traité du ris* (1579), and recommended laughter as a proven remedy. This type of humour – the term should be understood explicitly in the modern and not in the humoral pathological sense – results in particular from the mainly asymmetrically connoted doctor-patient communication which might contain both pure situational comedy, as well as ingenious and amusing play with gender, religious or group-specific prejudices. From our present point of view it is obvious that this takes place at the expense of political correctness; the early modern period appears, however, to have regarded hearty laughter at the sickbed to have been healing and liberating – both for the patient and the doctor. (WINFRIED SCHLEINER)

In early modernity, as well as the *optimus medicus*, the ideal of the *optimus chirurgus*, was also developed. The catalogue of the characteristics of such a surgeon had already been developed in antiquity and in the Middle Ages. These included: universal education, longstanding expertise, ingenuity and moral integrity. The numerous early modern descriptions of appalling *errores* provide ample evidence that by no means all surgical activities met the demands of these strict professional ethics – thus it is not surprising that in German surgical literature the ideal of a fully-qualified and experienced surgeon is invoked, although sometimes with a strong focus on surgical practice. Their general tenor, however, is not compatible with the ideals of universities: the best protection against mistakes is offered by medical and surgical competence. (KLARA VANEK)

In difficult times when public health and morals were under threat from epidemics such as the plague, the adoption of security measures came under the jurisdiction of lawyers. The selection of a city doctor, a good Christian with enough experience, moral stature and good character to be able to work effectively in exceptional situations, is vital. The correct behaviour (*condotta*) of a physician in difficult times is described in texts written by legal scholars directed at their col-

leagues. In these recommendations the concept of a ‘proper’ physician is reflected, and prejudices circulated (for example against Jewish doctors). The treatises show the willingness to compromise of those officials responsible for order in the city during times of crisis who were prepared to abandon their ideals when men, or indeed doctors, were needed: then even simple surgeons or Jewish doctors were good enough to provide medical aid. These forerunners of the “medical police”, or of modern public health, show clearly that medicine cannot be reduced to a patient-doctor relationship. As early as the 16th and 17th centuries, officials of the state or of the city felt responsible for health care and its organisation. (VIVIAN NUTTON)

In pre-modern medicine, just as in countries like Japan or Italy today, the doctor’s responsibility for honest, accurate disclosure of a hopeless prognosis is far from self-evident. The option of the mild lie produces, however, a sphere for reflection in which philosophical and theological positions are already being discussed. In medicine, sick-bed truth becomes an issue both in view of its consequences for the sick, and in terms of the moral attitude of the doctor. As early as the decades around 1500, the dialogue between doctor and patient in medical texts which deals with professional ethos and medical conduct becomes the subject of normative endeavours. The results of the spreading or withholding of information on the part of the patient or the doctor can be of either therapeutic, moral and religious, or a legal and forensic nature. The increasing sensitivity for the social dimensions of the medical profession – especially in delicate situations when the patient is incurable – characterizes the works of Rodrigo de Castro and Paolo Zacchia. Karl Jaspers’ deliberations on the possibility of a doctor being both truthful and maintaining hope show just how this option was and remains a constant challenge to doctors and patients. (MARIACARLA GADEBUSCH BONDIO)

The authors and their works which are presented and analysed, or indeed edited here open up a wide spectrum of problems and questions which have concerned doctors, patients, philosophers and intellectuals over the centuries. Some of these discussions have lost nothing of their fascination even today. The constant search for methods of approach, decision-making procedures and strategies for action, form the core of historical analysis. Centuries-old medical and ethical problems with the traditional discourses which they have triggered can be seen as focal points of critical and self-critical reflection. The ethical concepts of Plato and Aristotle, which do not harmonise well together, are the most striking example for the plight in which physicians interested in ethical questions found themselves. The position of the authorities had continually to be renegotiated and, in view of the casuistic wealth of experience, to be put to the test. The purpose of historical work with old sources and testimonies of medical culture lies in the reconstruction of these negotiations.

For the opportunity of holding the conference in the German-Italian Centre for European Excellence Villa Vigoni (Menaggio), my thanks go to Gregor Vogt-Spira, then (November 2010) secretary-general of that *locus amoenus*, as well as

to the German Research Foundation for their generous financial support of the event.

Furthermore I would like to thank the Medical Faculty of the University of Greifswald who have subsidised the printing costs of this publication.

Finally my thanks go to Jenny Linek and Martin Neutmann for their assistance with the editorial work which began in Greifswald, as well as to Leo Maier who gave this book the final editorial finishing touches in Munich.

„UNTERLASSENE HILFELEISTUNG“ IN DER ANTIKE

Christian Schulze

In Deutschland wie auch mit vielerlei Abwandlungen in anderen Staaten existiert eine gesetzlich festgeschriebene Pflicht zur Hilfe bei Unglücksfällen, gemeiner Gefahr oder Not; zu den Unglücksfällen gehören auch Straftaten gegen Leib und Leben. Wer der Pflicht zur Hilfeleistung nicht nachkommt, obwohl sie erforderlich und den Umständen nach zuzumuten ist, insbesondere ohne erhebliche eigene Gefahr und ohne Verletzung anderer wichtiger Pflichten, dem droht Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder eine Geldstrafe gemäß § 323c StGB. Natürlich besitzt diese Regelung ebenfalls Geltung für professionelle Kräfte wie Rettungssanitäter oder Ärzte. Wer sich der „unterlassenen Hilfeleistung“ schuldig macht, sieht sich in der Regel aber nicht nur strafrechtlich belangt, sondern wird unter Umständen auch mit einem moralischen Makel belegt.

Den Fachausdruck „unterlassene Hilfeleistung“ gab es in der griechisch-römischen Antike nicht: Weder formulieren ihn die zahlreichen juristischen Fachschriftsteller als eigenen, fest umrissenen Straftatbestand aus, noch begegnet ein entsprechende Bezeichnung bei den medizinischen Autoren. Die deutschsprachige Forschungsliteratur benutzt daher neben „unterlassene Hilfeleistung“ verbreitet das eher beschreibende Wort des „Behandlungsverzichts“.¹ So sei mit diesen Begriffen lediglich ein allgemeiner Verständnisrahmen abgesteckt, in dem sich die nachfolgenden Ausführungen bewegen werden; wir können den § 323 StGB nicht auf die vergangene Epoche übertragen.

Der folgende Beitrag möchte zunächst darstellen, inwiefern „Hilfeleistung“ eine in der Antike selbstverständliche Verpflichtung des Arztes war, anschließend fragen, welche abweichenden Haltungen sich in der medizinischen Fachliteratur finden lassen, danach kurz aus antiker Patientensicht auf das Problem blicken, und in einem vierten Schritt nach den Gründen für unterlassene Hilfeleistung fragen.

1. HILFELEISTUNG ALS GRUNDSATZ ANTIKEN MEDIZINISCHEN HANDELNS

Die Verpflichtung, anderen in Notlagen zu helfen, ist nicht erst ein *Novum christlicher Zeit*, die den *caritas*- und *misericordia*-Gedanken im Römischen Reich verankerte und damit Spätantike und Mittelalter prägte. Zwar schärfte man hier den

1 Siehe beispielsweise M. Stamatu, „Behandlungsverzicht“, in: K.-H. Leven (Hg.), *Antike Medizin. Ein Lexikon*, München 2005, S. 140f.

Aspekt der unentgeltlichen Behandlung – dies war im Rahmen der ärztlichen Tätigkeit bislang ungewöhnlich –, aber auch der heidnische Medizinbetrieb hatte schon lange zuvor Selbstverpflichtungen für den Arzt entwickelt. Am bekanntesten sind heute entsprechende Aussagen des Hippokratischen Eides, so vor allem die, in denen der Arzt schwört:

Meine Verordnungen werde ich treffen zu Nutz der Kranken, nach bestem Vermögen und Urteil; ich werde sie bewahren vor Schaden und willkürlichem Unrecht.

[...]

Heilig und rein werde ich mein Leben und meine Kunst bewahren.

[...]

Welche Häuser ich betreten werde, so will ich zu Nutz der Kranken eintreten, mich enthalten jedes willkürlichen Unrechtes und jeder anderer Schädigung [...].²

Der Autor – es war sicherlich nicht Hippokrates selbst – formulierte im *Ius iurandum* also eine Reihe von Selbstverpflichtungen des Arztes. Als oberstes Ziel des ärztlichen Handelns gilt der Nutzen des Kranken. Gemäß einer nicht weniger bekannten Stelle aus dem ersten Buch der *Epidemien* sollte, dem Nutzen nachrangig, zumindest der Schaden vermieden werden.³ Freilich hatte der Eid in klassischer Zeit nicht die Bedeutung und Umsetzung erfahren wie später im byzantinischen und arabischen Mittelalter oder in der Frühen Neuzeit. So blieb, wie wir der *Clavis commentariorum* von Sibylle Ihm entnehmen können, auch die Zahl der Kommentare zum ‚Eid‘ bis zum Beginn der Kommentartätigkeit der Schule von Salerno erstaunlich klein (ganz im Gegensatz z. B. zu den *Aphorismen* und anderen Hippokrates-Opera) – nur Galen erläuterte ihn, außerdem kennen wir einige Fragmente bei arabischen Autoren.⁴ Das noch heute beeindruckende deontologische Prinzip der hippokratischen Medizin besaß also in antiker Zeit allein wegen seiner mangelnden Präsenz keine Allgemeingültigkeit.

Dass freilich die Hilfeleistung im Arzt-Patienten-Verhältnis eine grundlegende Verpflichtung war, belegt neben zahlreichen Textstellen nicht zuletzt auch eine griechische Bezeichnung für den Patienten. So hieß der Kranke nicht nur *nos(e)on* (also eigtl. „krank Seiender“) oder *pathon* (also „Leidender“), sondern wurde auch mit dem Partizip Präsens Passiv *boethoumenos* (wörtlich: „einer, dem geholfen wird“) bezeichnet. Das Wort *boetheo* ist eine Zusammensetzung und bedeutet ursprünglich „auf einen Hilfschrei hin herbeilaufen“. Wenn also der Patient auch so bezeichnet wird, spiegelt sich hierin zweifellos die grundsätzliche Situation von Hilfesuchen und Hilfeleistung wider.

2 Hippocrates, *Ius iurandum*, 3, 5, 7, in: Ders., *Hippocrates*, Bd. 1 (The Loeb Classical Library; 147), übers. von W. H. S. Jones, London / Cambridge (Mass.) 1923 (Nachdruck 1972), S. 289–301.

3 Siehe Hippocrates, *Epidemien*, 1, 11, in: Ders., *Hippocrates*, Bd. 1, S. 146–287.

4 Siehe S. Ihm, *Clavis commentariorum der antiken medizinischen Texte* (Clavis commentariorum antiquitatis et medii aevi; 1), Leiden u. a. 2002, S. 263 (mit entsprechenden Verweisen).

2. DER RAT ZUM BEHANDLUNGSVERZICHT

Eine für den modernen Rezipienten besonders irritierende Verhaltensweise des antiken Arztes soll im Folgenden näher beleuchtet werden: der Umgang mit Schwerkranken und Schwerverletzten. Bereits in der hippokratischen Schriftenammlung finden sich an mehreren Stellen deutliche Fingerzeige. So heißt es in der chirurgischen Fachschrift *De fracturis* („Über die Knochenbrüche“) über das Vorgehen bei komplizierten Oberschenkel- bzw. Oberarmbrüchen, der Arzt solle bei derartigen Fällen versuchen, sich einer Behandlung zu entziehen, so gut es gehe.⁵ Er solle lieber eine gute Ausrede vorbringen. Es gebe nämlich in solch schweren Fällen nur wenig Hoffnung, aber große Gefahren, und wenn man die Einrichtung des Knochenbruches nicht vornehme, könnte man den Eindruck erwecken, nichts von der Kunst zu verstehen. Umgekehrt führe der Versuch einer Einrichtung den Patienten eher zum Tode als zur Heilung.⁶

Es ist dies ein für den heutigen Betrachter befremdlicher Schluss: Mit Hilfe von Ausreden soll sich der überforderte Arzt aus dem Staube machen und den Verletzten erst gar nicht zu behandeln versuchen. Textstellen vergleichbarer Art finden sich nicht selten in dem unter Hippokrates' Namen laufenden Werk. Die Zwangslage der Behandlungssituationen ist dabei meist vergleichbar: Eine infauste Prognose lässt es den Autoren dieser Schriften angeraten scheinen, dem Arzt eine Art ‚Behandlungsverweigerung‘ anzuraten – oder, wie wir heute sagen würden, ihn zur ‚unterlassenen Hilfeleistung‘ aufzufordern. Die Möglichkeiten der Medizin seien überschritten.⁷

Solche Empfehlungen sind nicht nur mit dem Namen Hippokrates verknüpft. In der frühen Kaiserzeit schrieb die Portalfigur der römischen Medizin, Aulus Cornelius Celsus, acht Bücher über die Medizin. Celsus, der als Person nicht näher bekannt ist, hat uns damit einen kenntnisreichen, isagogisch angelegten Gesamtüberblick über die Medizin seiner Zeit hinterlassen. Sein Interesse galt neben Diätetik und Pharmazie auch der Chirurgie. Was man dort liest, lässt staunen: Der Autor stellt schwierige und sehr gefährliche Operationen vor, zum Beispiel den Blasensteinschnitt (Lithotomie), die Trepanation des Schädels oder Eingriffe, die heute bei der plastischen Chirurgie einzuordnen wären. Es handelt sich um überaus anspruchsvolle Operationen und Techniken. Zudem wird manche Behandlung überhaupt zum ersten Mal bei Celsus erwähnt, so beispielsweise bestimmte Operationsschnitte und -nähte.⁸

5 Siehe Hippocrates, *De fracturis*, 36, in: Ders., *Hippocrates*, Bd. 3 (The Loeb Classical Library; 149), übers. von E. T. Withington, London / Cambridge (Mass.) 1928, S. 94–199.

6 Grundlegung zu Textstellen und ethischer Problematik: R. Wittern, „Die Unterlassung ärztlicher Hilfeleistung in der griechischen Medizin der klassischen Zeit“, *Münchener Medizinische Wochenschau* 121 (1979), S. 731–734.

7 Siehe Hippocrates, *De arte*, 3, 13, in: *Hippocratis opera* (Corpus Medicorum Graecorum; 1,1), hg. von I. L. Heiberg u. a., Leipzig / Berlin 1927, S. 9–19.

8 Die folgenden Überlegungen nach C. Schulze, *Aulus Cornelius Celsus – Arzt oder Laie?* (Bochumer Altertumswissenschaftliches Colloquium; 42), Trier 1999, S. 73–80.

Umso irritierender mag erscheinen, gerade im Zusammenhang mit der Chirurgie, folgende Passage aus dem fünften Buch zu lesen:

Incipiam a vulneribus. In his autem ante omnia scire medicus debet, quae insanabilia sint, quae difficilem curationem habeant, quae promptiorem. Est enim prudentis hominis primum eum, qui servari non potest, non adtingere (nec subire speciem eius, ut occisi, quem sors ipsius interemit).

Ich will mit den Wunden beginnen. Diesbezüglich aber muss der Arzt vor allen anderen Dingen zunächst wissen, welche Wunden unheilbar, welche schwer und welche leichter zu heilen sind. Denn es spricht für einen klugen Menschen, denjenigen, der nicht gerettet werden kann, erst gar nicht in Behandlung zu nehmen [...].⁹

Ein kluger Arzt soll einen Schwerstverletzten also erst gar nicht zu behandeln versuchen. Dafür mag es durchaus gute Gründe geben. Es wäre ja beispielsweise vorstellbar, dass man bei einer größeren Katastrophe zuerst einmal andere, leichter Verwundete behandelt, die eine mutmaßlich bessere Überlebenschance haben – Hinweise zur Triage also? Vielleicht möchte er auch bestimmten Patienten eine unnötige Leidensverlängerung ersparen. Aber Celsus formuliert seine Anweisung verdächtig allgemein. Es sei noch einmal beim letzten Satz des Zitates eingesetzt. Es hieß dort:

Est enim prudentis hominis primum eum, qui servari non potest, non adtingere nec subire speciem eius, ut occisi, quem sors ipsius interemit.

Denn es spricht für einen klugen Menschen, denjenigen, der nicht gerettet werden kann, erst gar nicht in Behandlung zu nehmen, um nicht den Anschein zu erwecken, er, der Arzt, sei für dessen Tod verantwortlich, den doch sein eigenes Schicksal dahingerafft hat.¹⁰

Es ist offenbar nicht die eben gemutmaßte Versorgungseffizienz oder eine unnötige Leidensverlängerung, die unseren Autor inspiriert hat. Nein – Schwerstverletzte sollen allein deshalb nicht behandelt werden, damit dem Arzt der wahrscheinlich sowieso eintretende Tod des Patienten nicht angelastet werden kann. Der Ratschlag schützt also, wie schon in den hippokratischen Vorgängerschriften, nicht den Patienten, sondern den Ruf des Arztes. Im gleichen Tenor führt Celsus seine Ratschläge fort. Betrachten wir den nächsten Absatz:

[...] deinde, ubi gravis metus sine certa tamen desperatione est, indicare necessariis periclitantis in difficili spem esse, ne, si victa ars malo fuerit, vel ignorasse vel fefellisse videatur.

[...] ferner muss der Arzt, sobald große Furcht, aber keine vollkommene Verzweiflung besteht, den Angehörigen des Kranken mitteilen, dass die Erwartung höchst bedenklich sei, damit er, der Arzt, nicht als jemand erscheint, der sich getäuscht habe oder die Angehörigen betrogen habe, wenn seine Kunst von der Krankheit besiegt wird.¹¹

Bei einem Verwundeten, dessen Überlebenschancen zwar klein, aber immerhin gegeben sind, seien also die Angehörigen vorzuwarnen. Doch auch dieser Rat

9 Celsus, *De re medica*, 5, 26, 1B–C, in: *A. Cornelii Celsi quae supersunt* (Corpus Medicorum Latinorum; 1), hg. von F. Marx, Leipzig / Berlin 1915 (eigene Übersetzung).

10 Ebd.

11 Celsus, 5, 26, 1C.

sorgt sich nicht mit hehren Zielen um die bangende Verwandtschaft, sondern dient wieder allein der Absicherung des Arztes vor eventuellen Vorwürfen. Im Anschluss daran wird Celsus sogar ausführliche Diagnoselisten mitteilen, anhand derer der Arzt abschätzen kann, welchen Behandlungen er besser aus dem Weg geht. Ein Beispiel:

Servari non potest, cui basis cerebri, cui cor, cui stomachus, cui iocineris portae, cui in spina medulla percussa est; cuique aut pulmo medius aut ieiunum aut tenuius intestinum aut ventriculus aut renes vulnerati sunt; cuive circa fauces grandes venae vel arteriae praecisae sunt.

Es kann derjenige nicht gerettet werden, bei dem die Basis des Gehirns, das Herz, die Speiseröhre, die Leberpforte, das Rückenmark, der Mittelteil der Lunge, der Leerdarm, Dünndarm, Magen oder die Nieren verletzt wurden, oder bei dem die großen Venen oder Arterien zu beiden Seiten der Luftröhre durchtrennt worden sind.¹²

Bei solchen Verletzungen also soll der Arzt gleich ganz von einem Behandlungsversuch absehen. Und wie es der didaktisch klugen, ineinandergreifenden Geschlossenheit des Werkes entspricht, folgen im nächsten Kapitel sogleich die entsprechenden Beschreibungen zum zweiten Ratschlag. Bei welchen nicht völlig aussichtslosen Fällen sei nun die Verwandtschaft vorzuwarnen?

Vix autem ad sanitatem perveniunt, quibus ulla parte aut pulmo aut iocineris crassum aut membrana, quae continet cerebrum, aut lienis aut vulva aut vesica aut ullum intestinum aut saeptum transversum vulneratum est. Ii quoque in praecipiti sunt, in quibus usque ad grandes intusque conditas venas in alis vel poplitibus mucro desedit. Periculosa etiam vulnera sunt, ubicumque venae maiores sunt, quoniam exhaurire hominem profusione sanguinis possunt.

Kaum aber erlangen diejenigen ihre Gesundheit wieder, bei denen an irgendeiner Stelle entweder die Lunge oder die dicken Teile der Leber, die Hirnhaut, Milz, Gebärmutter, Blase, irgendein Darmteil oder das Zwerchfell verwundet wurde. Es schweben auch die in höchster Gefahr, bei denen ein Dolch bis zu den großen, innenliegenden Adern in den Achselhöhlen oder Kniekehlen durchdringt. Gefährlich sind auch Wunden immer dort, wo größere Gefäße liegen, weil sie den Menschen durch Blutverlust schwächen können.¹³

Wir sehen: Celsus hat seine Aufforderung zum Behandlungsverzicht nicht nur einfach in den Raum gestellt, sondern er flankiert sie mit detaillierten Symptom- oder Diagnoselisten, er gibt exakte, ausführliche Hinweise. Mit ihrer Hilfe soll der Arzt in die Lage versetzt werden, genau zu wissen, wann er wie vorzugehen habe.

Insbesondere schwerste Verletzungen waren ein wichtiges Thema. Es sei etwa an die vielen Gladiatorenkämpfe erinnert. Auch Wanderer wurden bei Überfällen oft übel zugerichtet. Solche Verletzungen müssen immerhin so häufig vorgekommen sein, dass die Medizinschule der Empiriker empfohlen hatte, der angehende Arzt solle seine anatomischen Kenntnisse hauptsächlich an den klaffenden Wunden verletzter Gladiatoren oder an überfallenen Wanderern schulen. Leichenöffnungen brauche man zu Ausbildungszwecken gar nicht.¹⁴ Ein anderer Punkt: Unfälle geschahen nicht weniger oft als in der Moderne, beispielsweise im Bergbau oder im Handwerk, und sie gingen bei vergleichbaren Tätigkeiten oft weniger

12 Celsus, 5, 26, 2F.

13 Celsus, 5, 26, 3A–B.

14 Siehe Celsus, 1, prooem. passim.

glimpflich aus als heute, weil die Antike keine wirksamen Sicherheitsstandards kannte.

Besonders häufig aber begegnen schwere Kriegsverletzungen. Celsus geht detailliert auf verschiedene Geschosßarten ein: Pfeile, die zudem mit Widerhaken versehen sein konnten, kleine Geschosse, breite Geschosse, Wurfbleie, Steine usw. Ausführlich werden die daraus resultierenden Verletzungen besprochen, so die Weichteil-, Ader-, Sehnen-, Knochen- oder Gelenkverletzungen.¹⁵ Unter Kaiser Augustus war ein geordnetes Militärsanitätswesen eingeführt worden, nämlich im Zuge der Heeres-Neuorganisation nach der Schlacht bei Actium (31 v. Chr.). Es überrascht daher nicht, dass Celsus, dessen Werk nur wenige Jahre nach Augustus' Tod entstand, nun auch auf diese neuen Aufgabengebiete des Arztes eingeht. Jetzt, wo Ärzte offenbar erstmalig eine geregelte Laufbahn beim Militär einschlagen konnten, durften auch kriegschirurgische Aspekte in der Lehre nicht fehlen.

Die Sorge um den Ruf des Arztes begegnet – zumindest implizit – immer wieder. Man achte beispielsweise einmal genau auf folgende Anweisung: „Nachdem man nun untersucht hat, wo jemand, der noch gerettet werden kann, getroffen worden ist, müssen sogleich zwei Dinge beachtet werden: Dass den Patienten weder Blutverlust noch Entzündung töte.“¹⁶

Nicht das Stillen der Blutungen ist hier die wirklich primäre Aufgabe des Arztes, sondern ganz bewusst schickt unser Autor die Einschränkung vorweg *qui servari potest* – „wer (überhaupt) gerettet werden kann“. Nicht mit der Überlegung „wie?“, sondern mit der Frage „wer?“ beginnt die Erstversorgung. Es verwundert daher nicht, wenn Seneca in *De beneficiis* sich einen Arzt wünscht, der ihm nicht nur wie einem Auftraggeber (*imperator*), sondern als einem Freund (*amicus*) einen Krankenbesuch abstattet, wobei die ärztliche Sorge nur dem Patienten gelten solle, und nicht dem eigenen Ruf.¹⁷

Wir müssen uns fragen, ob Ratschläge solcher Couleur nicht eine Art ‚Insider-tipp‘ waren, egal, ob Hippokrates, Celsus oder andere Fachschriftsteller sie geäußert haben. Es wäre ja – so denkt der moderne, unvoreingenommene Leser – geradezu fatal, wenn ein Außenstehender derartige Anleitungen zum Umgang mit Verwundeten oder mit Schwerverletzten zu Gesicht bekäme, besonders mit der nicht ganz unwahrscheinlichen Vorstellung vor Augen, irgendwann selbst einmal Patient werden zu können. Die antiken Aufforderungen zur ‚unterlassenen Hilfeleistung‘ entbehren nicht einer gewissen Brisanz, und es ist leicht vorstellbar, dass das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt nachhaltig erschüttert würde, wenn solche Hinweise für jedermann publik würden.

Zu Anfang war bereits der Hippokratische Eid als ein Gegenpol vorgeführt worden, und in der Tat soll nicht der Eindruck erweckt werden, fragwürdige Ratschläge der referierten Art hätten monolithisch die ärztliche Ethik der Antike be-

15 Siehe Celsus, 7, 5, 1–5.

16 Celsus, 5, 26, 21A.

17 Siehe Seneca, *De beneficiis*, 6, 16, 1–5, in: Ders., *Philosophische Schriften*, Bd. 5, hg. und übers. von M. Rosenbach, lat. Text von F. Préchac, Darmstadt 1989, S. 95–593.

stimmt. Es lassen sich nicht nur aus dem *Eid*, sondern auch aus anderen Texten der griechischen Fachliteratur durchaus Gegenmeinungen finden. So heißt es im hippokratischen *De morbis*:

Fachgerecht aber ist es, [...] bei der Behandlung diejenigen Krankheiten, die heilbar sind, bis zur Heilung zu behandeln, von den unheilbaren aber zu wissen, weshalb sie unheilbar sind, und bei der Behandlung derjenigen Patienten, die an einer unheilbaren Krankheit leiden, Hilfe zu geben, indem man deren Behandlung nach der Heilbarkeit ausrichtet.¹⁸

Hier also haben wir ein eindeutiges Bekenntnis dazu, auch unheilbar Kranke zu behandeln. Der Arzt darf sie nicht außen vor lassen, die ethische Richtlinie ist klar erkennbar und verbindlich formuliert. Das war übrigens auch die außerhalb der medizinischen Fachliteratur zu findende Aufforderung: Aristoteles etwa sah auch die Behandlung Unheilbarer als eine Aufgabe der Medizin.¹⁹

3. EIN PATIENTENZEUGNIS

Bislang haben wir ausschließlich Statements aus der Feder von Ärzten bzw. medizinischen Fachschriftstellern kennengelernt. Es wäre nun wünschenswert, dies mit dem Bericht eines antiken Patienten zu vergleichen, um die Behandlung bzw. Nichtbehandlung von Schwerkranken auch aus dessen Blickwinkel kennenzulernen und ein von der ärztlichen Fachdiskussion unabhängiges Urteil abgleichend anzufügen. Sieht man freilich von den üblichen Polemiken gegen die Ärzte ab, wie beispielsweise Seneca, Plinius maior oder Martial sie zum Besten geben, müssen wir feststellen, dass nur äußerst wenige Patientenberichte aus griechisch-römischer Zeit existieren. Am bekanntesten sind vielleicht die Beschreibungen des Redners Aelius Aristides, dem die Nachwelt mannigfaltige Einblicke in den Kult und Heilbetrieb eines Asklepiostempels verdankt.

Für unsere spezielle Frage nach der Behandlung von Schwerkranken mag nun ein bislang wenig bekannter Papyrus zumindest indirekt Auskunft geben. Der Papyrus, dessen genauer Fund- bzw. Entstehungsort unbekannt ist, stammt aus dem dritten Jahrhundert n. Chr. Es handelt sich um einen Privatbrief eines Unbekannten an seinen Bruder mit folgender Nachricht:

[...] Wir sind nach Deiner Abreise von schwerer Krankheit heimgesucht worden, ich und [...] (*Name unleserlich*) [...] (und) ihre Kinder. Der kleine Mimos ist gestorben, ich selbst habe nach überstandener Krankheit ein Fußleiden zurückbehalten. [...] bislang war ich noch nicht recht wieder munter. Aber ich habe auf meinen Namen des Arztes wegen Geld zusammengeborgt und an ihn bis 20 Drachmen bezahlt. Darum bitte ich Dich, lieber Bruder, wenn Du et-

18 Hippocrates, *Die hippokratische Schrift „De morbis I“*, 1, 6 (Altertumswissenschaftliche Texte und Studien; 3), hg., übers. und komm. von R. Wittern, Heidelberg / New York 1974, S. 150f.

19 Aristoteles, *Ars rhetorica*, 1, 1, 1355 b12f (Oxford Classical Texts), hg. von W. D. Ross, Oxford 1959.