Gino Fornaciari: *La lebbra di Enrico VII (1211-1242), figlio dell'imperatore Federico II e re di Germania: prigionia o isolamento?* In: Stefania Bosco/Gabriella de Falco (Hrsg.): *Il sarcofago del Duomo di Cosenza*, Cosenza 2018, S. 111–120. Original (PDF).

Die Lepra Heinrichs VII. (1211–1242), Sohn Kaiser Friedrichs II. und König von Deutschland: Gefangenschaft oder Isolation?

Seite 111

Heinrich VII., König von Deutschland (? 1211–Martirano 1242), der erstgeborene Sohn Friedrichs II. und Konstanzes von Aragón, wurde 1220 noch als Kind zum König von Deutschland ernannt.

1229 für volljährig erklärt, geriet er in Konflikt mit Friedrich II., indem er den deutschen Adel und die Forderungen der lombardischen Kommunen unterstützte. Als Anführer eines Aufstands wurde er 1235 besiegt. Nachdem er sich unterworfen hatte, wurde er in verschiedenen Festungen Süditaliens festgesetzt und starb im Alter von 31 Jahren am 10. Februar 1242 durch einen Sturz in eine Schlucht, möglicherweise durch Selbstmord (Kantorowicz 1976).

Am 4. November 1998 untersuchte im Dom von Cosenza ein Team von Paläopathologen der Abteilung für Onkologie der Universität Pisa unter Leitung von Prof. Gino Fornaciari, unterstützt von Prof. Pietro De Leo vom Fachbereich Geschichte der Universität Kalabrien, das Heinrich VII. zugeschriebene Grab (Fornaciari et al. 1999; Fornaciari 2001).

Der prächtige wiederverwendete römische Sarkophag enthielt ein einziges, teilweise noch im anatomischen Verband liegendes, unvollständiges und ziemlich stark fragmentiertes Skelett eines kräftigen erwachsenen Mannes, der im Alter zwischen 30 und 35 Jahren gestorben war. Seine Körpergröße betrug etwa 1,72 m, was für die damalige Zeit als groß anzusehen ist. Er war ursprünglich in Rückenlage mit den Händen auf dem Schambereich bestattet worden.

Das Skelett wies zahlreiche Schmorl-Knötchen im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule auf,

Seite 112

die auf Verletzungen und/oder starke Gewichtsbelastungen während der Jugend zurückzuführen sind (De Sèze und Rickewaert 1979–1981), vermutlich infolge des Reitens. Außerdem zeigten sich ausgeprägte Muskelansatzstellen.

Die linke Kniescheibe erschien asymmetrisch, mit einer beträchtlichen Vergrößerung ihres unteren Pols und ausgedehnten periostalen Reaktionen an der Rückseite; während die linke Kniescheibe kleiner und unterentwickelt erscheint (Abb. 1). Die Röntgenuntersuchung zeigte eine gute Verknöcherung der linken Kniescheibe und ihres unteren Pols, während die rechte Kniescheibe eine diffuse Osteoporose aufwies und damit den makroskopischen

Befund bestätigte. Sehr wahrscheinlich handelt es sich um eine Folgeveränderung nach einer schweren Verletzung der Bänder des rechten Knies in jungen Jahren, etwa einem Riss der unteren Sehne des vierköpfigen Oberschenkelmuskels. Daraus ergab sich eine verminderte Funktion des gleichseitigen Beins und folglich eine stärkere Belastung und Beanspruchung des linken Beins. Eine andere Erklärung könnte das Ausbleiben der Rückbildung eines zusätzlichen unteren Verknöcherungskerns der Kniescheibe mit abnormer Verknöcherung sein (Sinding-Larsen-Johansson-Krankheit), was mitunter gerade nach Verletzungen oder längerer Überbelastung vorkommt (Köhler und Zimmer 1967).

Abb. 1: Abnorme Vergrößerung des unteren Pols der linken Kniescheibe mit ausgedehnter periostaler Reaktion.

Seite 113

Wie auch immer die Veränderung entstanden sein mag, ob primär oder sekundär: Sie belegt zweifellos eine erhebliche Beeinträchtigung des Gangs der betreffenden Person.

Dieser Befund stimmt mit einem der wenigen bekannten körperlichen Merkmale Heinrichs VII. überein, dem der Beiname „der Hinkende“ zugeschrieben worden war (Kantorowicz 1976).

Das Gesichtsskelett zeigt einen vollständigen Abbau des vorderen Nasendorns, eine auffällige Umformung und Abrundung der seitlichen und unteren Ränder der birnenförmigen Nasenöffnung (Abb. 2–3), zahlreiche erosive Veränderungen im mittleren Bereich des Gaumens mit ungewöhnlicher Erweiterung des Nasengaumenkanals (Abb. 4–5), eine ausgedehnte Knochenhautentzündung an der nasalen Oberfläche des Gaumenbeins (Abb. 6–7) sowie eine beidseitige Knochenhautentzündung der Jochbeine.

Abb. 2: Oberkieferknochen mit vollständigem Abbau des vorderen Nasendorns und auffälliger Umformung der seitlichen und unteren Ränder der birnenförmigen Nasenöffnung.

Seite 114

Abb. 3: Unterer Bereich der birnenförmigen Nasenöffnung mit vollständigem Abbau des vorderen Nasendorns.

Abb. 4: Oberkieferknochen mit erosiven Veränderungen des harten Gaumens.

Seite 115

Abb. 5: Detail des harten Gaumens mit den zentralen erosiven Veränderungen.

Abb. 6: Oberkieferknochen mit ausgedehnter Knochenhautentzündung am Boden der Nasenhöhlen.

Seite 116

Abb. 7: Detail der Knochenhautentzündung am Boden der Nasenhöhlen.

Seite 117

Es handelt sich um ein pathognomonisches rhinomaxilläres Syndrom (Andersen und Manchester 1992), das der von Møller-Christensen (1983) beschriebenen „Facies leprosa“ zuzuordnen ist. Es wird durch die schwere chronische schleimig-eitrige Rhinitis verursacht, die klinisch mit der lepromatösen Form der Lepra einhergeht.

Das übrige Skelett zeigt neben einer ausgedehnten Knochenhautentzündung an den Schäften der Oberschenkelknochen eine Verdünnung der Knochenschäfte und einen nahezu vollständigen Abbau der distalen Enden der vierten Mittelfußknochen sowie des hinteren Drittels des zugehörigen Grundglieds der Zehe (Abb. 8–9).

Dies ist ein für die Lepra der Extremitäten, insbesondere des Fußes, charakteristisches Krankheitsbild (Aufderheide und Rodriguez-Martin 1998).

Zusammenfassend lässt sich die Diagnose einer lepromatösen Lepra stellen, der schwersten und in der Vergangenheit am weitesten verbreiteten Form, die bereits ein recht fortgeschrittenes Stadium erreicht hatte. Die Infektion und der Beginn der klinischen Erkrankung lagen einige Jahre zurück. Die Krankheit begann mit Sicherheit einige Jahre vor dem Tod, und die dadurch hervorgerufenen Entstellungen zwangen ihn zweifellos zu einer erzwungenen Isolation bis zu seinem dramatischen Selbstmord.

Vor diesem Hintergrund erscheint Friedrich II. nicht nur als ein gegenüber seinem Sohn weniger grausamer Vater; vielmehr muss er auch von dem schwerwiegenden Verdacht freigesprochen werden, seinen Sohn ermordet zu haben.

Bislang waren zwei weitere Fälle mittelalterlicher Herrscher mit Lepra bekannt. Der erste ist Balduin IV. (1160–1185), König von Jerusalem, der als „der aussätzige König“ in die Geschichte einging und dessen Erkrankung nur aus historischen Quellen gut bekannt ist (Mitchell 2000). Der zweite ist König Robert von Schottland (1274–1329), dessen Erkrankung historisch gut belegt ist und anhand der charakteristischen Facies leprosa am Schädel- und Gesichtsskelett auch unmittelbar an den Skelettresten diagnostiziert wurde (Møller-Christensen 1983).

Der Fall Heinrichs VII. ist nicht nur aus historischer Sicht bedeutsam, sondern auch, weil er eine der seltenen

Seite 118

Abb. 8: Mittelfußknochen der vierten Zehe mit Knochenabbau an den distalen Enden und am Grundglied der Zehe.

Abb. 9: Detail des Abbaus der distalen Knochenenden und des Grundglieds der Zehe.

Seite 119

Silhouette, in der die vorhandenen Skelettteile schwarz dargestellt sind.

Seite 120

osteoarchäologischen Lepra-Diagnosen in Italien darstellt (Mariotti et al. 2005; Rubini et al. 2012, 2014, 2017).

Literaturverzeichnis

Andersen JG, Manchester K. The rhinomaxillary syndrome in leprosy: a clinical, radiological and palaeopathological study. International Journal of Osteoarchaeology 1992; 2: 121–129;

Aufderheide AC, Rodriguez-Martin C. Human Paleopathology. Cambridge: Cambridge University Press, 1998;

De Sèze S., Rickewaert A. Maladie des os et des articulations. Paris: Flammarion, 1979–1981;

Fornaciari G, Mallegni F, De Leo P. The leprosy of Henry VII: incarceration or isolation? The Lancet 1999; 353: 758;

Fornaciari G. Enrico VII di Svevia e Gioacchino da Fiore alla luce delle indagini paleopatologiche. In: De Leo P, Fornaciari G (Hrsg.), L'impronta indelebile, Cosenza, Rubettino Editore, 2001;

Kantorowicz E. Kaiser Friedrich der Zweite. Düsseldorf und München: Verlag Helmut Küpper Vormals Georg Bondi, 1976;

Köhler A, Zimmer EA. Grenzen des Normalen und Anfänge des Pathologischen im Röntgenbild des Skeletts. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1967;

Mariotti V, Dutour O, Belcastro MG, Facchini F, Brasili P. Probable early presence of leprosy in Europe in a Celtic skeleton of the 4th–3rd century BC (Casalecchio di Reno, Bologna, Italy). International Journal of Osteoarchaeology 2005; 15: 311–325;

Mitchell PD. An evaluation of the leprosy of King Baldwin IV of Jerusalem in the context of the medieval world. In B. Hamilton: The leper king and his heirs: Baldwin IV and the crusader kingdom of Jerusalem. Cambridge University Press, 2000: 245–258;

Møller-Christensen V. Leprosy and tuberculosis. In: Disease in Ancient Man, 1983: 129–138;

Rubini M, Erdal YS, Spigelman M, Zaio P, Donoghue HD. Paleopathological and molecular study on two cases of ancient childhood leprosy from the Roman and Byzantine empires. International Journal of Osteoarchaeology 2012; 24: 570–582;

Seite 121

Rubini M, Zaio P, Roberts C. Tuberculosis and leprosy in Italy: new skeletal evidence. Homo 2014; 65: 13–32;

Rubini M, Zaio P, Spigelman M, Donoghue HD. Leprosy in a Lombard-Avar cemetery in central Italy (Campochiaro, Molise, 6th–8th century AD): ancient DNA evidence and demography. Annals of Human Biology 2017; 44: 510–521.

Übersetzerhinweis: Der italienische Originaltext bezeichnet auf S. 112 zunächst zweimal die linke Kniescheibe, obwohl anschließend ausdrücklich zwischen linker und rechter Kniescheibe unterschieden wird. Diese Unstimmigkeit wurde in der Übersetzung beibehalten. Die Aussagen zur erzwungenen Isolation, zum Selbstmord und zur Entlastung Friedrichs II. sind Schlussfolgerungen des Autors, keine unabhängig gesicherten historischen Tatsachen.