

Markus Gassner

Zur Bedeutung von Bildung, Wissenschaft und Zusammenarbeit in der Medizin

Erfolgreicher Kaiserschnitt vor 150 Jahren

Dieser Bericht über einen erfolgreichen Kaiserschnitt in einer Landgemeinde ist mehr als die Erzählung einer Krankengeschichte über drei Geburten einer Frau. Er provoziert, die soziokulturellen Zusammenhänge von Wertvorstellungen zu verstehen, damals wie heute. Welches Leben (Mutter oder Kind) hat wieviel Wert? Wer, mit welchen Begabungen, Fertigkeiten, darf, soll, muss welches Leben schützen?

Die «unmögliche Geburt» wegen einem zu engen Becken gibt es heute bei uns in der Praxis nicht mehr, weder in der Hausarztmedizin noch in der Reproduktionsmedizin. Das Recht auf Leben ist heute aber marktwirtschaftlich und juristisch subtiler geworden. Das «Recht auf ein gesundes Kind» wurde über die pränatale Diagnostik und Leihmutterchaft käuflicher.

Wer heute eine normale Geburt «leiten» darf, gemäss aktuellen Qualitätskriterien den (ersten) Kaiserschnitt wo und bei welcher Frau machen soll, wird ökonomisch politisch entschieden.

Globale Werte und ethische Ansichten bleiben zeitlich und regional unterschiedlich.

Die Schweizerische Gesellschaft für Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften wählte für ihre Jahrestagung vom 5./6.9.2013 die Thematik «Medizinische Expertise im 20. und 21. Jahrhundert». Zufällig ergab sich auf die Stunde genau 150 Jahre zuvor am 5. September 1863 in Flums ein bemerkenswertes medizinhistorisches Ereignis: Eine Kaiserschnittgeburt, bei der Mutter und Kind überlebten.

Der Kaiserschnitt war seit der Römerzeit bekannt, denn schliesslich soll nicht nur ein gewisser Gaius Julius sein Leben diesem Eingriff verdanken. Caesar sein Nachname, der Herausgeschnittene prägte sowohl den chirurgischen Eingriff wie auch die Politik. Details oder Belege zur Geburt Caesars sind nicht bekannt. Natürlich geborene Politiker nannten sich später auch «Kaiser».

Zur Vorgeschichte der «unmöglichen Geburt»

Bis in das letzte Jahrhundert war es bei einer «unmöglichen Geburt» üblich, die Natur entscheiden zu lassen. Der Arzt hatte abzuwarten, wer zuerst stirbt, die Mutter oder das Kind. Das Risiko eines Kaiserschnittes bei der lebenden Mutter galt bei Experten als abenteuerlich und wurde abgelehnt.



Abbildung 1

«Werkzeuge» eines Landarztes für Komplikationen bei Hausgeburten im 20. Jahrhundert. Sie bleiben «stumme Zeugen» für die Kulturgeschichte der Heilkunst vor noch so kurzer Zeit: 1: Beckenzirkel nach Collin (Ist eine Geburt möglich?), 2: Stethoskop nach Pinard (Lebt das Kind?), 3: Geburtszange nach Nägele (Bei Geburtsstillstand), 4: Perforatorium, Haken und Kranioklast nach Smellie und Braun (Bei einer unmöglichen Geburt). Ausstellung «Handwerk, Wissenschaft und Gottvertrauen» im Schloss Werdenberg 2013.

Umso erstaunlicher ist deshalb die Geschichte, welche 1877 der Dorfarzt Dr. Justus Senti (1809–1898) im «Correspondenzblatt für Schweizer Ärzte» beschreibt: die Vorgeschichte, weitere soziale Umstände sowie den späteren Verlauf einer armen, unehelich geborenen und gebärenden Patientin. «Ihre Erziehung blieb in jeder Beziehung vernachlässigt, die körperliche Entwicklung war eine verkümmerte». Im Alter von 24 Jahren konsultierte sie ihn erstmals. Sie war ungewollt schwanger, glaubte aber «sie hätte das Geblüht durch schlechte Kost abgegessen».

1. Geburt 1860

Die Untersuchung zeigte, dass der normale Kopf des Kindes (Durchmesser ca. 10 cm) zu gross war für die engste Stelle ihres Beckens (Conjugata vera 6 cm). Die Geburt hatte begonnen, die Nabelschnur war vorgefallen, pulslos, das Kind somit offensichtlich tot. Um das Leben der Mutter zu retten, musste die Geburt des toten Kindes rasch erfolgen. Die Instrumente in der Abbildung belegen den Kommentar: «Bei ihrer ersten Geburt hatte sie schon viel auszustehen. Es wurde die Perforation gemacht und mit grösster Anstrengung konnte die Geburt (ohne Narkose, Dauer 2½ Stunden) beendet werden. Im Sommer 1862 hatte sie an Typhus gelitten. Zum nicht geringen Verdruss der Armenbehörde scheint diese Person alles zu überwinden». Kurz darauf wurde sie wieder «geschwängert».

2. Geburt 1863

Um ein Uhr nachts begann ihre zweite Geburt. Diesmal lebte das Kind. Trotz den damaligen medizinisch-ethischen Richtlinien setzte Senti «die Gebärende in Kenntnis, dass sie nur durch eine schwere Operation (Kaiserschnitt) entbunden werden könne; sie fügte sich sofort in die Nothwendigkeit». Die Operation wurde auf elf Uhr geplant (wegen der Lichtverhältnisse?).

Für die Operation verwendete Senti neu die Chloroformnarkose. Der Zürcher Regierungsrat hatte damals das Anästhesieren den «niederen Chirurgen» sogar strikte verboten. Die Operation dauerte ¼ Stunde. Die Mutter überlebte und arbeitete weiter als Tagelöhnerin und als Magd. Auch ihr Kind überlebte – «ist jetzt ein starker Bursche geworden». Gemäss Bürgerregister ist er später nach Amerika ausgewandert. Ob er dort angekommen ist, weiss man nicht.

3. Geburt 1875

Unter der dünnen Bauchdecke konnten die einzelnen Kindsteile problemlos völlig leblos getastet werden. Ein Gebärmutterriss mit einer Geburt in die Bauchhöhle musste angenommen werden. Ein Vorgehen wie bei der ersten Geburt war unmöglich.

Die Eröffnung des Bauches unter Narkose mit Chloroform: Das Kind in erhaltener Fruchtblase und die Nachgeburt waren durch einen Riss der Gebärmutter in die Bauchhöhle geboren. Typische Hautveränderungen (Mazerationen) belegten den Kindstod Tage zuvor.

In der Folge dieser Operation entstand eine eitrige Bauchfellentzündung. Dagegen waren die Ärzte damals machtlos. Die Mutter starb acht Tage nach der dritten Geburt. Am gleichen Tag führte der Hausarzt die Autopsie bei der Toten durch und fand eine Peritonitis. «Der Uterus mit seiner Ruptur wird aufbewahrt. Die Ruptur ist 9–10 cm lang, und trat an der Stelle ein, wo früher bei der Sectio caesarea der Schnitt geführt wurde».

Wo Senti die Operationen vornahm, erwähnt er nicht. Mit grösster Wahrscheinlichkeit im Haus, in dem die ledige Frau untergekommen war. Zur Mithilfe bestellte er jeweils einen praktizierenden Kollegen aus dem Nachbardorf.

Zur Lebenserwartung

1808 starben im Kanton St. Gallen 9% der Kinder bei der Geburt. Von 1000 Kindern die überlebten, starben 486 (41%) in den ersten 5 Lebensjahren. In den südlichen, politisch weiterhin unterdrückten Bezirken des Kantons St. Gallen war es wahrscheinlich noch schlimmer.

Soziale Verantwortung und Gesetze

Personen, wie diese unglückliche Flumserin, (offensichtlich mehrmals geschwängert, vermutlich von verschiedenen Vätern) wurden damals gerichtlich verfolgt und gebüsst. (Die Busse entsprach in etwa der Heiratstaxe, für eine Tagelöhnerin etwa 100 Tage Arbeit). Sie wurden eingesperrt (Rückfällige sechs Monate Arbeitshausstrafe), das Kind wurde oft «fremdplaziert» oder Mutter und Kind lebten schlussendlich in einem Waisenhaus.

Drei Monate vor der dritten Geburt äusserte sich der Bezirksamman Jakob Hächer im Auftrag der Staatsanwaltschaft St. Gallen gegenüber dem Flumser Gemeindeamman Josef Wildhaber (1871–1897) «wegen Unterlassung des strafrechtlichen Einschreitens gegen Frauen puncto Unzucht» und fordert ihn auf, «unter Androhung der Strafeinleitung in Zukunft über alle Unzuchtfälle die gesetzliche Untersuchung anzuordnen. Über die noch nicht verjährten, das heisst seit Jahresfrist vorgekommenen ausserehlichen Geburten habe er sofort Untersuch zu pflegen und die Akten unverweilt zur Strafabwandlung einzusenden».

Der Tod bei der dritten Geburt hatte dieser Patientin, dem Arzt und dem Gemeindeamman wenigsten die Schmach einer irrsinnigen Verurteilung durch kantonale Gerichte erspart. – Für sie war das Wohl eines Menschen wichtiger, als sinnlose Gesetze. – Weshalb solche hilflose Menschen melden, für völlig sinnlose Strafen?

Welches Leben wie schützen?

Noch 1888, also 13 Jahre nach der Publikation von Senti, fand Theodor Wyder (1853–1926), später Professor für Geburtshilfe der Universität Zürich: «Wir müssen auf das Recht des Kindes keine Rücksicht nehmen, wenn die Mutter in Gefahr ist. Die besten Chancen (für das Überleben der Mutter) bietet immer noch die Perforation des lebenden Kindes. Der Kaiserschnitt wird ein Verfahren sein müssen, das ausschliesslich guten Anstalten und wohlgeübter Hand zu reservieren ist: in der Privatpraxis wird nach wie vor die Kraniotomie eine grosse Rolle spielen». Er begründete dies statistisch: Die Mortalität einer Sectio vor dem Beginn der Geburt, also bei günstigsten Vorbedingungen, liege bei 17,9%: weil «viele Unberufene sich ihrer bemächtigen und durch kritik- und indicationsloses Operieren bald eine Mortalität erzielen werden, welche der früheren von 80 Proc. nicht nachsteht.» Bei einem sehr engen Becken empfahl auch er die Sectio als einzige vernünftige Möglichkeit mit dem Hinweis sozialpolitischer Ursachen: «Die ärmere Bevölkerung hat das Vorrecht enge Becken zu besitzen, wo Hebammen, oft zweifelhafter Güte, und nicht Aerzte die Leitung der Geburt übernehmen, wo auch der letzteren fast niemals eine Untersuchung während der Schwangerschaft vorausgeht.»

Für eine spezialisierte Geburtshilfe mussten die Sargansländerinnen aber noch über 100 Jahre warten! In den USA wurden 1890 nur fünf Kaiserschnitte durchgeführt.

Instrumente als «Werk – Zeugen»

Sie dokumentieren für jede Technologie anschaulich als Zeugen die Entstehung der Werke. Instrumente sind deshalb für das Verständnis der Geschichte eine Voraussetzung.

Der «Beckenmesser» liess eine grobe Schätzung zu, ob eine Geburt möglich sei. Das entscheidende Mass, die Conjugata vera

(kürzeste Distanz Symphyse-Wirbelsäule) wurde vaginal digital er-tastet. Mit dem «Pinard-Horn» (Adolphe Pinard, 1844–1934) konnten kindliche Herztöne untersucht werden. Das Perforatorium, diese merkwürdige Schere nach William Smellie (1697–1763) zur Verkleinerung des Kopfes hatte Senti bei der ersten vaginalen Geburt angewendet, evtl. auch einen Kranioklast nach Carl Braun (1822–1891) und Schlüsselhaken. Damit rettete er das Leben der Mutter bei der ersten Geburt, die Vorbedingung zur Sektio bei der zweiten Geburt.

In Schwellenländern ist heute die Sektio-Rate auf über 40% aller Geburten angestiegen.

Sie finden jedoch heute die abgebildeten Instrumente für die damals «unmögliche Geburt», «Werk-Zeugen der Hausarztmedizin», allesamt im Internet zum Kauf angeboten, nicht ganz billig. Aber für welchen Markt? Für welche Mutter, für welches Kind sind sie denn heute notwendig? Weil diese Geräte bei uns medizinisch obsolet geworden sind, werden sie dadurch zu Zeugen heutiger Diskriminierungen. Joseph Stieglitz, Nobelpreisträger für Wirtschaft 2001, beschreibt die wechselseitigen Zusammenhänge zwischen Gesundheit und der Zunahme der sozialen Unterschiede in den USA: Der Preis der Ungleichheit – wie die Spaltung der Gesellschaft unsere Zukunft bedroht (Pantheon Verlag 2014).

Es fehlt ein Spekulum und Angaben einer Spekulumuntersuchung. Ohne geeignetes Licht ist ein «Spiegeln» bei einer Gebärenden auf einem Laubsack illusorisch. Die entscheidende Untersuchung war für Senti bei allen drei Geburten ausschliesslich der Tastbefund. Er konnte die Conjugata vera anhand seiner Fingerlänge bestimmen. Er spürte bei der ersten vaginalen Untersuchung die pulslose Nabelschnur, das tote dritte Kind im Abdomen.

Wie lehrt, lernt oder prüft man heute die Fähigkeit des Fühlens im Medizinstudium. Am 12.9.2014 tagten die Medizinhistoriker mit den Anatomen in Basel zu Ehren von Andreas Vesalius, der vor 500 Jahren geboren wurde. Ist ein Sezierkurs für Ärzte heute noch zeitgemäss? Muss ein Arzt heute bei dreidimensionaler Bildgebung und Molekulargenetik auch noch lernen, wie sich ein Nervus ischiadicus anfühlt? In Amerika wurde der Sektionskurs im Medizinstudium abgeschafft – vorübergehend!

Wer weiss, welches Wissen in der Zukunft notwendig sein wird, damit ein Arzt die Not von Kranken zum Guten wenden kann.

Korrespondenz
Dr. med. Markus Gassner
Spitalstrasse 8, 9472 Grabs
m.gassner[at]hin.ch

