

## I. Einleitung und Fragestellung (Dietzel/Teufel)

„Die Geburt ist wohl der risikoreichste Augenblick im Leben jedes Menschen,...“ so steht es noch in einem modernen Lehrbuch der Geburtshilfe aus dem Jahr 2001 geschrieben [114]. Das Risiko für das ungeborene Kind, unter der Geburt zu sterben ist heutzutage jedoch dank optimierter Vorsorge und der Möglichkeit zum Kaiserschnitt in modernen Krankenhäusern sehr niedrig geworden. Teilweise wird der Kaiserschnitt heute sogar auf Wunsch der Mutter ohne medizinische Indikation durchgeführt. Blickt man aber in der Zeit zurück, erkennt man, dass dies keineswegs immer so war. Die abdominale Schnittentbindung war bis Ende des 19. Jahrhunderts wegen ungenügender Erkenntnisse in Analgesie und Antisepsis und aufgrund der häufig viel zu spät getroffenen Entscheidung zum Eingriff mit einer ausgesprochen hohen Mortalität verbunden (bis zu 85%)[96].

Berichte über Operationen, bei denen das Kind im Mutterleib zerstückelt wurde, lassen dem Leser Schauer über den Rücken fahren und es entsteht der Eindruck einer „grausamen Geburtshilfe“ in den vergangenen Jahrhunderten. Man darf aber nicht vergessen, dass die Geburtshelfer damals vor Problemen standen, die für uns heute nur noch eine untergeordnete Rolle spielen.

Drei wesentliche Probleme bestimmten in früherer Zeit den geburtshilflichen Alltag:

1. Missverhältnis zwischen kindlicher Größe und mütterlichem Becken, v. a. bedingt durch Formveränderungen des weiblichen Beckens im Gefolge von Rachitis und Osteomalazie,
2. der Kindstod im Mutterleib vor der Niederkunft und
3. das Kindbettfieber [63].

Das räumliche Missverhältnis hatte einen Geburtsstillstand zur Folge, der unbehandelt erst den Tod des Kindes und danach den der Mutter nach sich gezogen hätte. Hier wird das seinerzeit bestehende Bedürfnis nach einem Hilfsinstrumentarium und unterstützenden Techniken verständlich.

Als große Errungenschaft muss die Wendung auf die Füße gewertet werden, durch die bereits ohne Instrumenteneinsatz viele der Kinder gerettet werden konnten, die vorher hätten aufgegeben werden müssen. Die Einführung der Geburtszange reduzierte den Anteil der tragischen Geburtsausgänge noch einmal deutlich. Dennoch trat weiterhin

der Fall ein, dass trotz dieser Hilfsmittel das Kind den Geburtskanal nicht passieren konnte. Hier nun entschied man sich zu einer zerstückelnden Operation des im Mutterleib verstorbenen Kindes, um wenigstens das Leben der Mutter zu erhalten. Aus dem Bereich dieser Eingriffe stammen die furchteinflössenden Kranio- und Embryotomieinstrumente. Die Drastik ebendieses Instrumentariums spiegelt jene Auswirkungen wider, die sich ereignen, wenn die Naturkräfte außer Kontrolle geraten.

Die praktische Geburtshilfe wurde bis ins 17. Jahrhundert hinein fast ausschließlich von Hebammen ausgeübt. Auf diese Weise entwickelte sich früh ein relativ autonomer und gut organisierter Hebammenstand. Auch die Ausbildung, welche anfänglich durch mündlich tradiertes Wissen von Hebamme zu Hebamme erfolgte und von einem guten Teil Aberglauben und zweifelhaften Erfahrungswerten geprägt war, wurde professionalisiert durch selbst verfasste Lehrbücher und durch die Gründung von Hebammenschulen. Die Geschichte der bedeutenden Hebammen und deren Einflussnahme auf die Entwicklung der Geburtshilfe muss in unserer Arbeit außen vor bleiben. Ihr gebührt zweifellos eine ausführlichere Betrachtung, welche an dieser Stelle den Rahmen sprengen würde.

Männern wurde die Anwesenheit bei einer Niederkunft lange verweigert. Im 17. Jahrhundert durfte der französische Wundarzt François Mauriceau in der Gebärabteilung des Hôtel Dieu auf der île de la cité zu Paris Geburten beobachten, bis zu diesem Zeitpunkt eine große Ausnahme. Als Ergebnis seiner Beobachtungen verfasste er daraufhin ein geburtshilfliches Lehrbuch mit einer Sammlung von Fallbeschreibungen. Es erschien, wie auch die Hebammenlehrbücher nicht im Gelehrtenlatein, sondern in der Landessprache.

Seitdem die pathologische Geburt vor drei Jahrhunderten endlich wissenschaftlicher Gegenstand und praktische Herausforderung wurde (beeinflusst auch vom französischen absolutistischen Staat, in dem jedes Neugeborene zu einem weiteren Untertan heranwachsen sollte) erweiterte sich schließlich die ärztliche Einflussnahme auf dem Gebiet der Praxis. Damit verringerten sich kontinuierlich die Gefahren einer komplizierten Geburt.

Entscheidende Erkenntnisse zum Geburtsmechanismus hatten der Engländer William Smellie (1679-1763), der den Bezug zwischen den einzelnen Beckenzonen und dem kindlichen Kopf herstellte, sein französischer Kollege André Levret, der die Begriffe Beckenein- und Beckenausgang prägte und der Deutsche Franz Carl Naegele (1778–

1851), der mit seiner Schrift „Über den Mechanismus der Geburt“ eine noch heute gültige Darstellung der Geburtsmechanik verfasste [63].

Anfänglich war der Beruf des Geburtshelfers, wie auch der des Chirurgus und Wundarztes, ein Beruf ohne akademische Ausbildung, und noch als *Ärztstand* waren die Geburtshelfer den routinierten Hebammen im praktischen Können unterlegen.

Die Einführung neuentwickelter geburtshilflicher Operationsmethoden jedoch stellt die entscheidende Errungenschaft der akademischen Geburtshilfe zur Verminderung der Mütter- und Kindersterblichkeit dar und es waren beinahe ausnahmslos Geburtshelfer, die das geburtshilfliche Instrumentarium dazu entwickelten.

#### Thema der Dissertation:

Zu Beginn unserer Recherchen bestand das Greifswalder „Museum“ aus einer umfangreichen Sammlung historischer geburtshilflicher Instrumente, deren Identität und Funktionsweisen, Alter und historische Bedeutung noch nicht beschrieben waren (s.a. Kapitel XVI. Geschichte der Sammlung).

Thema der vorliegenden Dissertation ist die wissenschaftliche Aufbereitung des geburtshilflichen Instrumentariums der geburtshilflich-gynäkologischen Sammlung an der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald.

Die Aufbereitung der einzelnen Instrumente erfolgte dabei unter folgender Zielsetzung:

1. Identifikation des Instrumentes: wer hat es entwickelt?
2. Datierung des Instrumentes: wann wurde es entwickelt?
3. Zweck des Instrumentes: wofür wurde es entwickelt, wie wurde es angewendet und welche waren die Indikationen für den Einsatz des Instrumentes?
4. Historischer Kontext: war das Instrument eine Neuerung oder eine Weiterentwicklung eines bereits in Gebrauch befindlichen Instrumentes?
5. Historischer Stellenwert: war das Instrument weit verbreitet oder fand es seinerzeit in der Fachwelt wenig Zuspruch?
6. Welche Bedeutung hat die Greifswalder Sammlung im Vergleich zu anderen Sammlungen geburtshilflicher Instrumente in Deutschland?

## Historischer Stellenwert der Greifswalder Sammlung

Im Vergleich mit zwei weiteren Sammlungen in Deutschland, jener der Göttinger Georg-August-Universität und der Berliner Charité, entstammen die geburtshilflichen Instrumente der Greifswalder Sammlung hauptsächlich dem Zeitraum vom Anfang des 19. Jahrhunderts bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts, die Greifswalder Sammlung folgt somit chronologisch jenem Bestand, den die Sammlung in Göttingen dokumentiert. In dem hauptsächlich von F. B. Osiander begonnenen Göttinger Archiv befinden sich beeindruckende Zeugnisse des 17. und 18. Jahrhunderts sowie einiges aus dem frühen 19. Jahrhundert. So finden sich dort u.a. die Originalmodelle der Geburtszange nach William Smellie, die Geburtszange nach André Levret, das Sichelmesser nach François Mauriceau und die Knochenzange nach Mesnard-Stein.

Die Sammlung der Berliner Charité enthält Instrumente aus dem 18., 19. und 20. Jahrhundert. So befinden sich dort etwa die viel zitierte Forceps-céphalotribe nach A. Baudelocque sowie Palfyns Geburtszange (les mains de Palfyn), doch fehlen für eine kontinuierliche chronologische Dokumentation entscheidende Instrumente.

Die Sammlung der Greifswalder Universitätsklinik stellt insofern eine wichtige Ergänzung für ein vollständiges Bild der Entwicklung der operativen Geburtshilfe in den Gebäranstalten und Geburtshäusern des 19. und 20. Jahrhunderts dar, zwei Jahrhunderten in denen die rasant fortschreitende Wissenschaft auch in der Geburtshilfe große und entscheidende Schritte gemacht hat. Die Greifswalder Sammlung dokumentiert z.B. die Evolution der Kranioklasten und die Weiterentwicklung der Achsenzugzangen, nicht zuletzt befinden sich dort noch Raritäten wie der Transforateur nach Hubert, der Dilator nach Bossi oder der Kephalothryptor nach Ritgen.