

Operative Therapie der Geisteskrankheiten

Von ANTON v. BRAUNMÜHL

Neue Problemstellungen und Arbeitsmethoden in der Psychiatrie werden allseits um so größeres Interesse finden, je unmittelbarer sie aus der ärztlichen Haltung des Heilens und Helfens erwachsen. Nun ist die Psychiatrie, das heißt vor allem die praktische Irrenheilkunde, in dem mühevollen Gang ihrer Entwicklung in therapeutischer Hinsicht nicht sehr glücklich gewesen. Die Möglichkeit, seelische Störungen heilend anzugehen, war bis in die letzten Jahrzehnte hinein sehr gering und am Ende einer rein diagnostischen Ära unseres Faches stand schließlich die Überzeugung von der Aussichtslosigkeit jeder therapeutischen Arbeit in der Psychiatrie überhaupt.

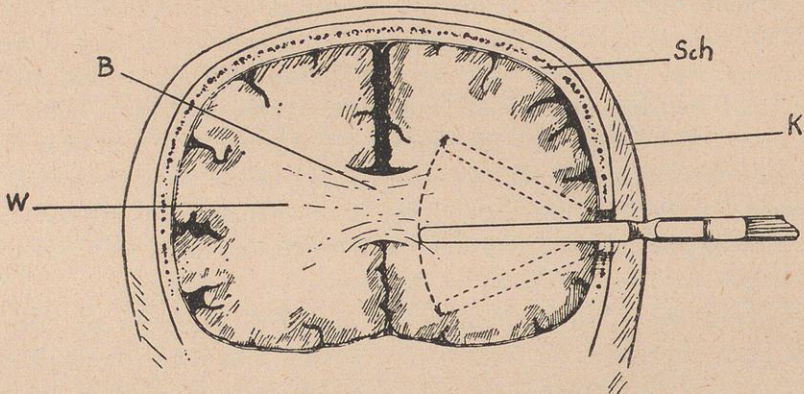
Der Wandel beginnt mit der Einführung der *Dauerschlaftherapie*. Insulinschockbehandlung und Heilkrampftherapie bringen im letzten Jahrzehnt eine erstaunliche Weiterentwicklung der therapeutischen Arbeit, als deren jüngste und interessanteste, freilich auch umstrittenste Phase wir die *operative Therapie* der Geisteskrankheiten werten dürfen. Wer nun über Grundlagen und Wirkungen dieses operativen Eingreifens abhandeln will, wird der nahen Grenzen solcher Darstellung inne werden: schwierigste medizinische Fragen tauchen auf und der Fachausdrücke wären viele. So gilt es, mit Bedacht nur das Elementarste zu bringen¹.

„*Psychochirurgie*“, so nennt man die operative Therapie geistiger Störungen ganz allgemein, ist freilich eine ebenso unschöne wie unglückliche Bezeichnung — als ob man die Psyche des Menschen mit Messer und Schere angehen könnte. Aber der Name hat sich eingebürgert. Wenn wir ihn meiden wollen, nennen wir sogleich die chirurgischen Spezialmethoden dieses operativen Vorgehens: die *Leukotomie* als die Methode der Wahl, bei der die weiße Gehirnschubstanz im Bereich des Stirnhirns beiderseits durchschnitten wird, die *Lobektomie*, bei der man größere Lappenbezirke wegnimmt, die *Topektomie* beziehungsweise die *Gyrektomie*, bei der örtlich wohl umschriebene Bezirke einzelner Teile der Hirnwindungen herausgeschnitten werden, und schließlich die gezielte Operation der *Thalamo-Ektomie*, bei der man Teile der tief im Gehirn liegenden großen grauen Hirnmasse, des Thalamus, punktiert und damit weitgehend außer Funktion setzt.

Uns interessiert hier nur die Leukotomie, bei der man von zwei Bohrlöchern des Schläfenbeins jeder Seite aus tief in die weiße Gehirnschubstanz eingeht, sei es mit einem schmalen Messer, sei es mit einer kräftigen Nadel, und gleichsam mit dem Bohrloch als Hebelarm das Instrument innerhalb des Schädels und speziell in der weißen Substanz des Stirnhirns tief nach unten gegen die Augenhöhle und weit nach oben gegen den Scheitel zu führt. Durch diesen Messerausschlag (vgl. Abbildung) wird die weiße

¹ Nach einem Vortrag im Rahmen der Sendereihe der Rias-Funk-Universität Berlin: „Der Mensch als Gegenstand der Wissenschaft“.

Substanz im Bereich des Stirnhirns in Form von vier sogenannten *Quadranten* durchschnitten — wie der griechische Name „Leukotomie“ ja besagt. Die graue Substanz, die eigentliche Hirnrinde, die wie ein Mantel die weiße Hirnsubstanz allüberall in dünner Schicht girlandenartig überzieht, wird bei dem Eingriff nur im Bereich der beiden Einstichstellen verletzt. Auch die wichtigen Verbindungsfasern zwischen den einzelnen Hirnwindungen, die sogenannten U-Fasern, bleiben vollständig erhalten. Daß man außer von der Seite auch von unten her, nämlich über das Dach der Augenhöhle hin in die weiße Substanz des Gehirns vordringen kann, sei angeführt. Man spricht dann von sogenannter transorbitaler Leukotomie, die auch der Psychiater ausführen kann, während die anderen operativen Methoden in die Hand eines Neurochirurgen zu legen sind.



Schematische Darstellung einer Leukotomie von der Schläfengegend aus. Frontalschnitt durch den Schädel samt Weichteile und Gehirn. Der Schnitt liegt in Höhe der Trepanationsöffnung. Das dünne Leukotom ist in Richtung auf die zu setzende Trepanationsöffnung der Gegenseite eingeführt. Die gestrichelten Linien zeigen den Ausschlag an, den der Operateur dem Messer nach oben und nach unten gibt. Ein gleicher Schnitt wird auf der Gegenseite gelegt.

Im einzelnen: K = Kopfschwarte, Sch = knöchernes Schädeldach, W = Weiße Substanz des Gehirns, die durch die breite Verbindung des Balkens (B) zusammengehalten wird. Die graue Substanz (gestrichelt) legt sich girlandenartig über die mächtige weiße Substanz (nach Freeman).

Wir haben schon ein paarmal von der weißen und grauen Hirnsubstanz gesprochen. Diese weiße und graue Substanz ist im Gehirn bei Mensch und Tier wohl gegliedert und gebündelt. Bald sind es mehr, bald weniger hochdifferenzierte Areale und Faserzüge, die als Bahnen Erregungen und Impulse zu- oder ableiten, als graue Massen oder Kerne beziehungsweise als Rindenbezirke, Faserzüge aufnehmen und entsenden. Eine solche entwicklungsgeschichtlich alte Leitungsbahn interessiert bei der Leukotomie. Es ist im wesentlichen die *fronto-thalamische Bahn*, die in doppelläufiger Richtung das Stirnhirn, dieses Zentrum der Intelligenz, des Denkens und Handelns, mit dem tief unten im Gehirn liegenden Thalamus, einem Zentrum für das affektive Geschehen, verbindet. Die gezielte Operation der Leukotomie hat nun den Zweck, diese beiden elementaren psychischen Zentren durch einen

möglichst ausgiebigen Schnitt voneinander zu trennen, wobei nicht nur die fronto-thalamischen Faserverbindungen, also breite weiße Faserbündel, zerstört werden, sondern nach einem wohlbekannten biologischen Geschehen die graue Masse des Thalamus selbst langsam schwindet.

Nun hat man nicht eines Tages frisch und frei das Messer in das Gehirn gestoßen und auf gut Glück die weiße Substanz durchschnitten, wenn auch bei der Entwicklung der Leukotomie anfänglich mehr als laienhafte Vorstellungen Pate standen — so etwa: Anatomisch feste und fixierte Zell- und Faserverbindungen im normalen Gehirn seien unter krankhaften Bedingungen die Ursache „fixer Gedanken“. Alte und neue Studien über Aufbau und Funktion des Stirnhirns und seiner Faserverbindungen wiesen den Weg zu systematischer Arbeit. Am 12. November 1935, bald nach Beendigung des internationalen Neurologenkongresses in London, wagt *Egas Moniz*, ein portugiesischer Neurochirurg, die erste Leukotomie, nicht unbeeinflusst von den Vorträgen des Kongresses, dessen Hauptthema dem Aufbau und der Funktion des Stirnhirns gewidmet waren. Bereits fünfzig Jahre vor *Egas Moniz* hatte der Direktor der Schweizer Irrenanstalt *Préfargier*, *Burckhardt*, aufbauend auf hirnelektrischen Studien des Physiologen *Goltz* und mit genialem Blick bereits das Gesamtproblem der Leukotomie von heute überschauend, einschlägige Eingriffe zum Teil selbst geübt und darüber in einer grundlegenden Studie² abgehandelt. Wir wollen daraus einiges entnehmen. Der Physiologe *Goltz* hatte gefunden, daß Hunde, bei denen vordere Gehirnbezirke operativ abgetragen waren, „boshafter und zorniger“ wurden als solche, bei denen hintere Gehirnteile fehlten. Sogleich stellte sich *Burckhardt*, unter Übertragung dieser experimentellen Befunde auf den Menschen, die grundsätzliche Frage: Entsteht bei unseren Patienten Aufregung und Impulsivität dadurch, daß Reize in abnormer Zahl, Qualität und Stärke auf die Gebiete für die motorische Entladung eindringen? Und weiter: Soll man deshalb nicht „Widerstände“ einführen durch Entfernung eines Streifens von Rindensubstanz und so gleichsam einen Graben ziehen? Oder „könnte man nicht dieses emotiv-impulsive Element aus dem Gehirnmechanismus der Kranken wegnehmen und dadurch den Patienten aus einem aufgeregten zu einem ruhigen Dementen machen?“ Man habe das Recht, sagt *Burckhardt*, solche Rindenteile auszuschneiden, die man als Ausgangspunkt und Knotenpunkt seelischer Störungen ansehen kann. Man solle ferner Verbindungen unterbrechen, deren Weiterbestehen einen wesentlichen Teil krankhafter Vorgänge bedeuten. Alles in allem eine geniale Konzeption, die heute, in der Ausschneidung von verschiedenen Windungsbezirken, als neueste Errungenschaft der operativen Therapie der Geisteskrankheiten Anwendung findet.

Die Erfolge von *Burckhardt* waren nicht gut. Kein Wunder, wenn man bedenkt, wie wenig geklärt das Lokalisationsproblem geistiger Funktionen

² „Über Rindenausschneidungen als Beitrag zur operativen Therapie der Psychosen“, erschienen 1891 im 47. Band der „Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie“.

und damit auch ihrer Störungen damals noch war. Seither haben wir auf diesem Gebiet viel dazugelernt, nicht zuletzt am traurigen Studiengut zweier Weltkriege, an den tausend und abertausend Hirnverletzten, insbesondere Stirnhirnverletzten, weiter am Material der Gehirngeschwülste und schließlich auch am Krankengut jener besonders schweren abartigen Verblödungen des Rückbildungsalters, wo vornehmlich Stirnhirnantile betroffen sind. Am Beispiel dieses so vielgestaltigen Krankengutes konnte gezeigt werden, daß gerade das *Stirnhirn*, wenn ich mich kurz und allgemeinverständlich so ausdrücken darf, den menschlichsten Leistungen vorsteht. Hemmung, Antrieb, Haltung und Schicklichkeit, also gewiß feinst differenzierte seelische Leistungen, bedürfen der Stirnhirnplanung und der Stirnhirnleitung, während der tief im Gehirn gelegene mächtige graue Kern des *Thalamus* die ihm zuströmenden Gefühlseindrücke, die dort auch als Schmerz verarbeitet werden, zu einer elementaren Gefühlsbetonung angenehmer oder unangenehmer Art umsetzt. Der Thalamus steuert dem Stirnhirn affektive Impulse bei. Scheidet man nun durch die Leukotomie das Stirnhirn vom Thalamus, indem wir die leitenden Bahnen unterbrechen, so wird das Stirnhirn insofern beeinflußt und gedämpft, als Affekte sich nicht mehr in diesem Ausmaß und mit alter Stärke bahnen können. So mag etwa ein Geisteskranker massenhaft unangenehme Sinnestäuschungen des Gehörs oder störende Halluzinationen des Gesichts haben, die *Gefühlsnote* oder, wie schon Burckhardt so trefflich sagt, das *emotiv-impulsive Moment* wird geschwächt, wenn wir den Thalamus ausschalten oder jedenfalls seine Funktionen bremsen. Um die *Dissoziation der corticalen intellektuellen* von den *thalamischen emotionalen Komponenten* der krankhaften Denkprozesse geht es also. Wagen wir einen Eingriff, setzen wir, wie der Fachausdruck lautet, ein „frontothalamisches Syndrom“, so engen wir die Persönlichkeit ein, vergrößern sie, wandeln gewisse Hemmungen und Antriebe aus dem Stirnhirn ab, ohne daß die eigentlich intellektuellen Leistungen, ohne daß das Gedächtnis und die Merkfähigkeit geschädigt werden.

Zum Eingriff kurz folgendes. Operiert wird in örtlicher Betäubung, bei Erregten in Narkose. Der Eingriff als solcher ist einfach. Komplikationen ergeben sich meist durch mehr oder weniger größere Blutungen, weshalb auch nach der Operation fortlaufend Überwachung von Puls, Atmung und Blutdruck notwendig ist. Die Sterblichkeit wird auf ca. 5 % geschätzt. *Epileptische Anfälle* kommen bei den Leukotomierten als Spätfolgen vor, insbesondere wenn sich narbige Verwachsungen von Hirnrinde und Hirnhaut am Ort des Eingriffs bilden. *Als unmittelbare Auswirkung* des Eingriffs selbst kennen wir Zustände der Verwirrtheit, der Schläfrigkeit, der Desorientierung, Zustandsbilder, die wir sogar wünschen, da sie uns Beweise sind, daß der Schnitt richtig und tief genug geführt wurde. Die eben angeführten Störungen bilden sich innerhalb weniger Tage zurück. Häufig wird ein mehrere Wochen bestehendes Untersichlassen beobachtet. Auch das schwindet. Hohes Fieber, das mehrere Tage andauern kann, gilt als harmlos. Der Kranke hält Bettruhe, bis sich die Begleiterscheinungen oder Nebenerscheinungen zurückgebildet haben. Neuere Untersuchungen machen es wahrscheinlich, daß durch *Änderung der Schnittführung* wesentliche Erfolgsänderungen erzielt wer-

den können. Ja, *Freeman* und *Watts*, die das allergrößte Verdienst haben, Moniz' Ideen und operative Vorschläge, die fast vergessen waren, aufgegriffen zu haben, betonen, daß schon einer Schnittvariation von wenigen Millimetern angeblich große Bedeutung zukomme. Begreiflich, daß deshalb diese amerikanischen Chirurgen den Schädel lieber weit aufmachen, also nicht von einer kleinen Trepanationsöffnung aus, die jede Übersicht verwehrt, operieren. Wer sich für Einzelheiten interessiert, darf auf das große Werk „*Psychochirurgie*“ (von *Freeman* und *Watts*), das auch in deutscher Sprache vorliegt, verwiesen werden³.

Bedauerlich ist, daß diese schwierigen medizinischen Probleme der operativen Behandlung geistiger Erkrankungen nicht Gegenstand ärztlich-nüchterner Erwägungen bleiben, sondern in ungeahntem Ausmaß Thema für Aufsätze in Zeitungen, Magazinen und Bilderschauen werden. Schlimmer freilich noch, wenn sogar Fachleute, die keine eigene Erfahrung über leukotomierte Kranke haben oder nur diesen oder jenen Fehloperierten sich vornehmen, die operative Therapie der Psychosen in Bausch und Bogen ablehnen. Wenn etwa ein weltanschaulich orientiertes Blatt schreibt: „*Psychotherapie* — leicht gemacht! schrieb der Satan über sein neuestes Werk und legte lächelnd die schweflige Feder aus der Hand, da hatte er die Leukotomie erfunden“, so wird man zu solcher Weisheit schweigen. Wenn aber gar ein Psychiater meint: „Die Leukotomie heißt das definitive irdische Ende eines menschlichen Bewußtseins bestimmen. Man erkaufte also affektive Ruhe und die Wiedereinsatzfähigkeit des rationalen Apparates des Betroffenen für eine schlichte Berufstätigkeit um einen teuren Preis: Wir schalten den Kranken von der infolge Krankheit nicht mehr bewältigten Integrationsstufe eines geistigen Vernunftwesens auf die niedrigere Integrationsstufe des rationalen Verstandeswesens herab mit nur noch instinktiver Wertungsfähigkeit. . . . Wir haben allen Grund anzunehmen, daß durch Stirnhirnerstörung der Mensch aus dem Bereich der sittlichen Verantwortung und der Gewissensverantwortung herausgerückt ist“, so möchte ich den Kollegen Tag für Tag auf eine Abteilung für chronisch erregte Defekt-Schizophrene führen und ihn fragen, ob und wie hier die Integrationsstufe eines geistigen Vernunftwesens taxiert wird und ob nicht die Geisteskrankheit als solche den Kranken der sittlichen Verantwortung und der Gewissensverantwortung enthebt. Welche Verkennung der Situation; welche Verkennung der klinischen Zustandsbilder und der Voraussagen über den Verlauf geistiger Störungen!

Hier liegt der elementare Fehler bei der Beurteilung der Psychochirurgie: Man vergißt, daß wenigstens hierzulande die für die Leukotomie in Frage kommenden Patienten, durch Jahr und Tag geängstigt und von Wahnideen eingenommen, ein schreckliches Dasein führen, ja über all das gar nicht mehr verfügen, was die Leukotomiegegner wännen. Daß Ärzte gar über den Gewaltmethoden einer sogenannten Euthanasie heute augenscheinlich ver-

³ Psychochirurgie. Intelligenz, Gefühlsleben und soziales Verhalten nach praefrontaler Lobotomie bei Geistesstörungen. Deutsch von A. v. Braunmühl, Stuttgart 1949. Vgl. diese Zeitschrift Bd. 145 (1949/50) S. 396.

lernt haben, selbst zu unterscheiden, was sittlich erlaubt ist oder nicht, das ist wahrhaft traurig. Um es nochmal zu sagen: Man hole doch nicht immer die schweren schizophrenen Defekte als Testobjekte für die Ausfälle nach Leukotomie herbei, Fälle, wo auch der Fachkundige nicht mehr weiß, welche Ausfälle nun der schweren Psychose, welche dem operativen Eingriff selbst zuzuschreiben sind. So wie die Dinge liegen, kann niemand dem Helfer seiner Kranken einen Eingriff verbieten, der sich bei richtiger Wahl zum Wohl des Kranken auswirkt. Übrigens wird von *kirchlicher* Seite die Leukotomie nicht ohne weiteres abgelehnt, wie uns die vorsichtig eingehende Stellungnahme zu Persönlichkeitsveränderungen durch Leukotomie von G. Trapp in dieser Zeitschrift (Bd. 143, S. 389—392) lehrt. Die Leukotomie ist ein ärztlich erlaubter Eingriff, der freilich strengste Behandlungsanzeige erfordert, da eine irreparable Störung gesetzt wird.

Es ist geradezu absurd, freilich auch ein Zeichen der Zeit und ihrer geistigen Verwirrung, daß man in Bezug auf die hier auftauchenden Probleme so folgert: Ein Diktator oder der omnipotente Staat könnte sich durch mißbräuchliche *Serienleukotomien* ein Heer willenloser, leicht lenkbarer Sklaven und Höriger verschaffen. Wenn es soweit ist, dann kann freilich alles und jedes auf diesem Planeten zum Unsinn und zum Unheil gewandelt und verwandt werden. Man kann sich bekanntlich auch mit destilliertem Wasser oder mit Kochsalz vergiften!

Das Beängstigende ist freilich nicht der leukotomierende Diktator, sondern der verängstigte abendländische Mensch, der bei einem operativen Eingriff aus eindeutig medizinischer Anzeige überhaupt auf den Gedanken kommt, daß auf der Welt — wie sie heute ist — ein *Gesunder* leukotomiert werden soll oder kann! Das ganze Leukotomieproblem wird dabei zuerst oder ausschließlich unter dem Gesichtspunkt eines Mißbrauchs der Leukotomie behandelt. — Ein Teil der Leukotomiegegner verabscheut den „Angriff auf das Stirnhirn“ und redet von einer „seelischen Atombombe“, wohl in der Idee, im Stirnhirn sitze die Seele. Früher verlegte man den Sitz der Seele ins Herz. Es ist mir nicht bekannt, daß man deswegen die Herzchirurgie angriff, weil sie sich an dieses weit empfindlichere Organ heranwagte.

Im übrigen: Der leukotomierende Diktator würde bald sehen, daß eine satanische Propaganda weit besser und weit schneller arbeitet.

Wen soll man nun leukotomieren und *wann* soll man leukotomieren? In den Ländern englischer Zunge operiert man Schizophrene, manisch-depressive Erkrankungen, geistige Störungen im Rückbildungsalter und nicht zuletzt schwere Zwangskranke, die bekanntlich auf Insulinschock und Heilkrämpfe nicht ansprechen. Man greift verhältnismäßig früh zur Leukotomie, entsprechend der Einsicht und Erfahrung, daß schwere Defektzustände, also schwer chronisch Kranke mit elementarem Abbau seelischer Funktionen auch durch Leukotomie nicht mehr in Ordnung zu bringen sind. Soweit man hierzulande überhaupt leukotomiert hat und leukotomiert, ist man dabei viel zurückhaltender und beschränkt sich auf schwere Defektzustände von jahrelanger Dauer, praktisch also auf völlig hoffnungslose Fälle. Begreiflich, daß dabei die Ergebnisse nicht sehr erfreulich sind. Meiner Ansicht

nach sollte man bei Schizophrenie dann leukotomieren, wenn trotz zweier, in Abständen von einem halben Jahr durchgeführten systematischen kombinierten Insulinschockbehandlungen der schizophrene Prozeß im Sinne der schizophrenen Verblödung weiterschreitet, seien dabei seit Krankheitsbeginn nun zwei oder fünf Jahre verstrichen. Die klinische Psychiatrie besitzt heute so viele Erfahrungen über Verlauf und Voraussage einer schizophrenen Prozeßerkrankung, daß man sich auf dieses Urteil für die Frage: Leukotomie oder nicht? stützen kann. Im übrigen lassen sich gerade bei den Schizophrenen bereits eine Reihe von Krankheitserscheinungen aufzeigen, die augenscheinlich durch eine Leukotomie besonders gut beeinflußt werden. Zustände von Angst, von Unruhe, Phasen der Gedrücktheit und besonders Zwangsantriebe, desgleichen Reizbarkeit und aggressive Impulse werden weitgehend gebessert. Wahnideen und Sinnestäuschungen verschwinden freilich kaum vollständig. Indes löst sich der Kranke von ihnen; er wird gleichgültiger gegen sie. Die Leukotomie nimmt, wie man sich ausdrückt, der Erkrankung ihren Stachel. Jeder, der Leukotomierte kennt, wird schließlich finden, daß die Zuwendung zur Umgebung, also der persönliche Kontakt und die Anpassung wesentlich besser werden.

Mit der Beeinflußbarkeit und Formbarkeit des Verhaltens erwächst für den Arzt sogleich die elementare Forderung der *Nachbehandlung* der Leukotomierten, die in einer systematischen Erziehung und Eingliederung in die Gemeinschaft bestehen soll. Dies ist um so notwendiger, als ja die Defekt-Schizophrenen Jahre und Jahrzehnte aus jedem Kontakt mit ihrer Umgebung gekommen waren und alle Not haben, sich nach der Operation in eine neue seelische Gleichgewichtslage zu finden. Gewiß wissen wir auch von den Minusleistungen unserer Operierten: dem kindlichen Verhalten, dem Mangel an Selbstkritik, der Sorglosigkeit und Unbekümmertheit um Vergangenheit und Zukunft. Man mag ruhig von einer gewissen Entdifferenzierung der Persönlichkeit sprechen. Aber warum sollen wir diese nicht hinnehmen, wenn damit eine Eingliederung in die menschliche Gesellschaft gelingt? Die angeführte Kontaktförderung und Zuwendung zur Umgebung unserer Operierten darf man mit *Barahona* in Lissabon vielleicht als „regressive Syntonisierung“ bezeichnen, eine seelische Wandlung, die in etwa der primitiv-syntonen, sagen wir einmal der aufgeschlossenen, zugewandten Haltung der Kinder, der Alten in der Involution, ja den primitiven Völkern vergleichsweise gegenübergestellt werden kann. Dieser Vergleich gibt vielleicht auch dem Laien einigen Einblick in gewisse Persönlichkeitswandlungen unserer Operierten.

Wo freilich asoziale Tendenzen und aggressive sexual-perverse Spuren in der Vorgeschichte zutage treten, wird man wegen der nach der Operation hin und wieder zu beobachtenden Enthemmung oder Steigerung dieser Tendenzen mit der Leukotomie äußerst vorsichtig sein. Organische Störungen schließen die Operation aus, nicht jedoch hohes Alter, hoher Blutdruck und Arteriosklerose.

Wenn wir auch keine Prozentzahlen über Erfolge der Operation geben wollen, so dürfen wir doch das Urteil eines so erfahrenen Therapeuten wie des Schweizer Psychiaters *Max Müller* in Münsingen bei Bern hierhersetzen, der schreibt: „In einem recht hohen Prozentsatz, namentlich bei richtiger Anzeigestellung, werden die Kranken doch recht weitgehend gebessert und sozialisiert, so daß Anstaltsentlassung nach jahre- bis jahrzehntelanger Internierung und oft sogar die Rückkehr in eine qualitativ allerdings verminderte Berufsfähigkeit möglich wird.“

Wir selbst haben bei einigen augenscheinlich ganz hoffnungslosen Fällen dann erstaunliche Erfolge gesehen, wenn durch einen ausgiebigen Eingriff von der Seite her operiert und das Stirnhirnmark in ganzer Ausdehnung durchschnitten wird. Nach meinen Erfahrungen kann gar kein Zweifel bestehen, daß unter Umständen gerade durch die krankheitsmildernde Wirkung des Eingriffs auch eine *Wiederentfaltung* ursprünglicher Persönlichkeitsseiten eintreten kann und sich die Verantwortung wieder auswirkt, was im Stadium der geistigen Erkrankung nicht mehr möglich war. Im gleichen Sinne spricht sich *Beringer* aus, wenn er sagt, daß bei den Leukotomierten von Fall zu Fall die personale Entscheidung nach der Leukotomie nicht geringer, sondern sogar gesteigert sei. Die durch die Augenhöhle vorgenommene Leukotomie freilich befriedigt, jedenfalls bei Schwer-Schizophrenen, nicht. Über die Beeinflussung von Depressiven und Zwangskranken haben wir selbst keinerlei Erfahrungen, und ich glaube kaum, daß in Deutschland viele Fälle dieser Art operiert wurden. In den Vereinigten Staaten, in England und in der Schweiz ist es anders, und man berichtet gerade bei den Zwangskranken von ausgezeichneten Ergebnissen.⁴

Wir huldigen in der Frage der operativen Therapie der Geisteskrankheiten keinem übertriebenen Optimismus. Was wir jedoch an kunstgerecht und *rechtzeitig* Leukotomierten gesehen haben, zeigt eindeutig, daß es sich um einen therapeutischen Fortschritt handelt. Es ist doch schon sehr viel gewonnen, wenn wir unsere Kranken, sei es innerhalb oder außerhalb der Anstalt, wieder sozial eingliedern können. Schließlich hat ja auch Moniz nicht umsonst den Nobelpreis für seine Arbeiten zur Leukotomie erhalten.

Über alle unmittelbar praktischen Fragen hinaus führt die Leukotomie zu *grundsätzlichen Fragestellungen*. Werden nämlich Leukotomierte rückfällig, und das kommt vor, so muß man sich fragen: Wie kann das sein? Sind doch die sogenannten fronto-thalamischen Bahnen durchschnitten. Erfahrungsgemäß ist eine Wiederverschmelzung beziehungsweise ein Wiederintaktwerden durchschnittener Bahnen im Großhirn völlig unmöglich. Nun vertraten wir schon früh die Anschauung, daß die Durchschneidung der Bahnen nicht das allein Ausschlaggebende sein kann. Zuerst wird ein gewisser *Schock*, eine Art Wundchock, eine Rolle spielen. Später werden die

⁴ Wer sich näher interessiert, sei auf die vorzügliche statistische Aufstellung des Board of Control (England and Wales) „Pre-Frontal Leucotomy in a Thousand Cases“ (1947) verwiesen.

im Anschluß an die Schnittführung einsetzenden ausgedehnten *entzündlichen Erscheinungen* von allergrößter Bedeutung. Sie ziehen sich Wochen und Monate hin und beeinflussen den Stoffwechsel des Gehirns wesentlich. Daß diese Dinge eine Rolle spielen, zeigt auch das Beispiel eines Leukotomierten, der hervorragend auf die Operation ansprach. Man dachte, in diesem Fall sei die Durchschneidung der fronto-thalamischen Bahnen selten gut gelungen, wurde jedoch enttäuscht, als man das Gehirn des Kranken, der kurz darauf an einem Magenkrebs starb, untersuchte. Die fronto-thalamischen Bahnen dieses Leukotomierten waren erhalten — trotzdem war der Patient genesen. Man sieht, welche elementaren Fragen hier zu klären sind.

Nur mit einem Satz möchte ich anfügen, daß die Leukotomie auch verwandt werden kann, um *quälende Schmerzen* bei bösartigen Geschwülsten zu mildern; ist doch der Thalamus, wie eingangs gesagt wurde, ein Zentrum der Schmerzverarbeitung. Trennt man den Thalamus vom Stirnhirn, so erscheint der Schmerz nicht im Bewußtsein des Erkrankten.

Unser Arbeits- und Forschungsweg auf diesem Gebiete ist ungemein schwer. Es fehlt an Mitteln, es fehlt an Neurochirurgen, und — es fehlt oft der Mut zu weiterer Arbeit. Wenn man Psychiater, die die Leukotomie üben, als Verbrecher und ihre Bemühungen um das Wohl der Schwerstkranken als Vergehen gegen die Menschlichkeit bezeichnet, so wird sich auch bei größter Verantwortungsfreudigkeit — so wie die Welt heute ist — niemand mehr finden, auf diesem schwierigen Arbeitsgebiet weiterzuforschen. Darum müssen wir, über unsachliche Kritik und Unverstand hinweg, das Vertrauen von Patienten und Angehörigen gewinnen und dann handeln. Denn um dieses Handeln geht es auch in der Irrenheilkunde. „Wissen allein“, so sagt einmal Helmholtz, „ist nicht das Ziel, die Bestimmung des Menschen. Wir lernen nicht nur um zu wissen. Die Handlung, die Wirksamkeit allein bieten dem Menschen einen würdigen Zweck des Lebens.“

Mythos und Neues Testament

Von OSKAR SIMMEL S. J.

Noch heute spürt man aus den Worten des Völkerapostels die Empörung und den Abscheu über gewisse geistige Strömungen, die offenbar in die Kirche von Ephesus eingedrungen waren. Sein üblicher Wortschatz reicht nicht aus, sie zu kennzeichnen (1 Tim 4, 7). Unheilig nennt er sie, weil sie nichts mit dem wahren Gott zu tun haben, weil sie unmoralisch und lasterhaft sind. Altweibergeschwätz sind sie ihm, dessen sich jede anständige Frau schämte. Mit der Botschaft von Jesus Christus und seinem Reich, mit seiner Botschaft, hatten sie nichts gemein. Nicht anders erging es dem heiligen Petrus. Auch ihm vergehen fast die Worte; als sophistisches Zeug bezeichnet er dieses Gerede (2 Petr 1, 16).