

Aus der Württ. Heil- u. Pflegeanstalt Zwiefalten
(Direktor: Ob.-Med.-Rat Dr. MÖLLER).

Leukotomie bei schwerer Psychopathie.

Von

RUDOLF REIHNERT.

(Eingegangen am 18. Oktober 1949.)

Als auf dem Internationalen Neurologischen Kongreß in London 1935 FULTON und JACOBSON erstmalig ihre Beobachtungen über die psychischen Folgen nach Frontalexstirpation bei Schimpansen mitteilten, war es MONIZ, der in der darauffolgenden Diskussion darauf hinwies, daß — wenn durch eine bilaterale Entfernung des Frontalhirns bei Affen die Entwicklung einer experimentellen Neurose verhindert würde — es auch beim Menschen möglich sein müßte, Angstzustände zu beseitigen. Er konstruierte das Leukotom und zeigte 1 Jahr später (1936) Wege des operativen Vorgehens beim Menschen. Auf dem Wege der weiteren Entwicklung dieser Methode sind Namen wie FREEMAN und WATTS heute allen ein Begriff. Heute verfügt die angelsächsische Welt, Amerika und England, über ein Material von Leukotomierten, das bereits in die Tausende geht. Diese Fälle erstrecken sich zum überwiegenden Teil auf eindeutige Psychosen, aber auch auf Neurosen. Über die Anwendung der Leukotomie bei schweren Psychopathen ist bisher wenig bekannt. JENNINGS, NIELSEN und ERIKSON berichteten 1946 von einem Fall präfrontaler Lobotomie bei schwerer Charakterabnormität mit gutem Erfolg. Unsere Erfahrungen in Deutschland sind auf dem Gebiet der Leukotomie im ganzen gesehen noch relativ gering. Insbesondere ist uns über die Anwendung der Leukotomie im Falle einer schweren Psychopathie nichts bekannt. Wir haben diesen Versuch bei einer schweren Psychopathin unternommen.

Es handelt sich bei der Elfriede M. um eine 29jährige Patientin. Sie ist ein uneheliches Kind, der Vater soll Rumäne gewesen sein; näheres ist über diesen nicht bekannt. Soweit Mitteilungen über die Mutter der Patientin zu erfahren waren, sollen in deren Familie keine Nerven- und Geisteskrankheiten vorgekommen sein.

Vor- und Krankengeschichte. Als Kind machte Pat. eine Rachitis durch, sonst nie ernstlich krank gewesen. Bereits mit 1 Jahr kam Pat. zur Pflege in eine Familie, wo sie bis 1921 verblieb. Damals soll schon aufgefallen sein, daß mit dem Kinde „etwas nicht recht wäre“. Sie kam daraufhin nach Ingerkingen (Kinderheim), wo sie bis

zum 11. Lebensjahr untergebracht war. Über diese Zeitspanne ist nichts Näheres zu erfahren. Am 2. Oktober 1931 wurde sie wegen angeborenen Schwachsinn in das St. Gertrudisheim in Rosenharz aufgenommen. Hier fiel von Anfang an ihre Schwererziehbarkeit auf. Sie sucht unter allen Umständen aufzufallen. Wenn sie auch immer wieder höflich, gefällig und hilfsbereit sein kann, so nehmen doch im Laufe der Jahre ihre Widersetzlichkeit und Affektreaktionen zu. So berichten die Akten dieses Heimes, daß sie renitent sei, die Arbeit verweigere, schimpfe und krakehle. Trotzdem wird 1939 der Versuch unternommen, sie bei einem Bauern zu beschäftigen. Dieser Versuch zeigt einen guten Erfolg. Jedoch nach 1½ Jahren holte die Mutter die Pat. zu sich nach Hause. Die Mutter verschafft ihr eine Beschäftigung, doch muß sie die Pat. mit „Ach und Krach“ zur Arbeit zwingen. Nach Angaben der Mutter sei Pat. in dieser Zeit „mit Lug und Trug“ belastet gewesen. Sie habe sich nächtelang mit Männern herumgetrieben, habe auch 2mal eine Go. gehabt. Gegen die Mutter wurde sie tätlich. Nach etwa 1½ Jahren verließ sie die Mutter und trieb sich in den verschiedensten Gegenden Deutschlands herum, Einzelheiten sind hierüber nicht mehr zu erhalten. Einer geregelten Arbeit ist sie in diesen Jahren nicht nachgegangen. Seit dem Zeitpunkt der Kapitulation hatte sie in buntem Wechsel intime Liebesverhältnisse insbesondere mit farbigen Angehörigen der franz. Besatzungsmacht. Sie lebte von gewerbsmäßiger Unzucht, Bettelei und Diebstahl. Des öfteren wurde sie von der Polizei aufgegriffen und auch einschlägig mit Gefängnis bestraft. Letztlich kam sie am 2. August 1946 auf Anordnung der Besatzungsbehörde ins Bruderhaus Buttenhausen. Da sie dort jedoch wegen ihrer Widersetzlichkeit und vielerlei Schwierigkeiten nicht zu halten war, wurde sie am 6. September 1946 nach hier eingewiesen.

Der Aufnahmebefund zeigt, daß es sich um eine Pat. mit dysplastischem Fettansatz handelt. Sie weist ein typisches Zigeunergesicht mit langer, gebogener, nach unten gezogener Nase auf. Sonst internistisch und neurologisch o. B. Psychisch wirkt sie getrieben und gereizt, dabei flach-euphorisch. Bei der Intelligenzprüfung läßt sich ein ausgesprochener Schwachsinn feststellen.

Seit Beginn des hiesigen Aufenthaltes fiel sie dadurch auf, daß sie die Pat. gegen das Pflegepersonal aufhetzte. Sich selbst versucht sie immer ins beste Licht zu setzen. Im allgemeinen ist sie faul, singt, pfeift, lärmt, ist vollkommen hemmungslos, schikaniert Mitpat. und Personal und bekommt häufige Erregungszustände, in denen sie droht, alles zerschlagen zu wollen. Gelegentlich zertrümmert sie Fensterscheiben und ist in ihrer Erregung kaum zu bändigen. Auf Cardiazolkrampfbehandlung trat nur jeweils eine sehr kurzdauernde Beruhigung ein. In der Folgezeit wurde dann eine Behandlung mit Elektroschock durchgeführt. An dem Schocktage selbst ist sie ruhig, doch ist auch diese Wirkung nur sehr kurzfristig. Immer wieder kommen zwar Tage, in denen sie etwas ruhiger ist, im allgemeinen aber ist sie ungebärdig. Oftmals zeigt sie eine wahre Zerstörungswut, montiert Bettladen ab, zerreißt Leintücher in kleine Streifen, kratzt den Verputz von den Wänden. Sie treibt es derart, daß man sie in eine Isolierzelle in einem unbelegten Teil des Anstaltsbaues tun muß. Da sie alles zerstört, wird sie unbekleidet auf einem Strohlager untergebracht. Nach einiger Zeit versucht man nochmals, sie auf der lauten Abteilung halten zu können. Bereits nach wenigen Tagen bietet sie das bisher bekannte Bild. Erst unter der Behandlung mit unterschwelligen Dosen Aneuxol, wobei neben akustischen, optischen und Geruchssensationen kurze Absenzen und ausführende Bewegungen der Extremitäten auftreten, war eine deutliche psychische Beruhigung festzustellen. Pat. konnte seitdem im Rahmen einer Abteilung gehalten werden, war auch zur Arbeit am Spinnrad oder zu Strickarbeiten heranzuziehen. Bei sich wiederholenden Erregungszuständen wurde die genannte Therapie fortgesetzt und zeitigte $\frac{3}{4}$ Jahr lang gute Erfolge.

Nach dem bisherigen Verlauf der Krankheitsgeschichte waren keinerlei therapeutische Maßnahmen von Erfolg. Lediglich unter der Behandlung mit unterschwelligen Dosen Aneuxol trat für die Dauer von $\frac{3}{4}$ Jahren eine gewisse psychische Beruhigung, Dämpfung des gesteigerten Antriebs und der Aggressivität ein, so daß Patientin tragbarer wurde. Dies änderte sich aber seit Februar 1949 wiederum in zunehmendem Maße, so daß Patientin im ganzen das gleiche Bild wie vor dem Behandlungsbeginn mit Aneuxol bot. Weitere Injektionen brachten keinen wesentlichen Erfolg. Sie lärmte, tobte, schrie, wurde aggressiv, zerschlug Fensterscheiben, mischte sich in alle Angelegenheiten und stiftete Unruhe, wo es nur möglich war. Neben einer völligen Hemmungslosigkeit und einem maßlos gesteigerten Antrieb zeigte sie in der Stimmungslage ein gereizt-hypomanisches Zustandsbild. In der Unterhaltung war sie nicht zu fixieren; in ideenflüchtiger, unzusammenhängender Weise redete sie unablässig, wobei ein erhebliches Geltungsbedürfnis zum Ausdruck kam. Auf Grund dieses Zustandsbildes und nachdem sämtliche bisherigen therapeutischen Maßnahmen fehlgeschlagen waren, entschlossen wir uns zur Durchführung der Leukotomie. Hierbei waren nicht wirtschaftliche und soziale Gesichtspunkte ausschlaggebend, sondern vielmehr die Tatsache, daß Patientin augenscheinlich selber oftmals unter den Auswirkungen ihrer schweren Charakterveränderungen litt. So wurde Patientin am 6. April 1949 der Neurochirurgischen Abteilung des Versorgungskrankenhauses Tübingen überwiesen; die Leukotomie wurde am gleichen Tage durchgeführt.

Operationsbericht und Krankheitsverlauf (Dr. VON STRENGE). 6. April 1949: Die Operation wird in Narkose durchgeführt (Einleitung mit 1 g Evipan, anschließend Äthernarkose). Von einem senkrecht verlaufenden Schnitt bds. 2 Querfinger paramedian aus wird in der Frontalregion die Kranznaht dargestellt und ein etwa 2×3 cm großer Knochendefekt gesetzt. In diesem wird bds. die Dura leicht bogenförmig nach hinten konvex gespalten und zurückgezogen. Die Windungsfurchen sind relativ weit und enthalten reichlich Liquor. Einige größere Piale Venen bds. werden durch Koagulation verschlossen. Bei der Punktion mit der CUSHING-Kanüle schräg nach orbital medial, vor dem Vorderhorn wird zunächst auf der li. Seite das Vorderhorn getroffen und 5 cm³ klaren Liquors entleert. Anschließend wird li. in einer Neigung von 70° zur Hirnoberfläche das doppelschneidige Leukotom bis in 5 cm Tiefe eingeführt und ein Sektor von 70° der weißen Substanz durch Kippen des Messers von medial frontal nach medial temporal durchtrennt. Re. wird bei der Punktion das Vorderhorn nicht erreicht und in gleicher Weise in der Ebene der Kranznaht ein Sektor von 70° in der Marksubstanz durchtrennt. Darnach Naht der Dura, Aufpressen von etwas Knochenbohrmehl auf die Duraoberfläche in den Knochendefekt. Zwei-schichtige Naht der Kopfschwarte und Haut.

Pat. hat den Eingriff ohne wesentliche Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens überstanden, ist $\frac{1}{2}$ Std nach der Operation bereits ansprechbar, dabei etwas erregt, aber noch unter der Einwirkung der Narkose. Im Laufe des Nachmittags einigemale Erbrechen. Gegen Abend ruhig und zugänglich, ohne Erregungen und ohne nennenswerte Klagen.

8. April 1949: Pat. hat in den letzten 2 Tagen nach der Operation mehrfach erbrochen. Sie ist jetzt vollständig ruhig und zugänglich, gibt etwas einsilbig, aber geordnet und sachgemäß auf die gestellten Fragen Auskunft. Klagt über leichte Kopfschmerzen. Pat. hat keine Inkontinenzerscheinungen, wie sonst häufig nach Leukotomien.

13. April 1949: Pat. ist weiterhin zugänglich, benimmt sich geordnet, ist sauber. Keinerlei Neigung wie vor der Operation, Wäsche und Einrichtungsgegenstände zu zerstören. Auffallend ist lediglich eine relativ langsame Pulsfrequenz um 52, ohne daß der Puls die Qualität des Druckpulses hätte.

16. April 1949: Weiterhin komplikationsloser, temperaturfreier Verlauf. Pat. steht etwas auf, hat nach dem Aufstehen geringe Kopfschmerzen, ist etwas taumelig beim Laufen.

20. April 1949: Läuft jetzt sicher und ziemlich viel herum. Ist auf der Station gut zu haben, beteiligt sich spontan an kleineren Arbeiten und Handreichungen, stopft Strümpfe, putzt Fenster und Böden. Pat. ist freundlich und zugänglich, lacht gern, singt abends lange und laut sentimentale Lieder, sie fügt sich willig jeder Anordnung und hält ihr Zimmer selbst in Ordnung.

23. April 1949: Nach reaktionsloser Heilung der Schädelnarben wird Pat. in die Heilanstalt Zwiefalten zurückverlegt.

Nach dem komplikationslosen Operationsverlauf wurde Patientin am 23. April 1949 wieder nach hier verlegt. Wie bereits in den 14 Tagen nach Durchführung der Leukotomie eine wesentliche Besserung des psychischen Verhaltens festgestellt wurde, so konnte auch hier die gleiche Beobachtung gemacht werden. Sie war im allgemeinen still, etwas einsilbig und verhielt sich nicht gröber auffällig, so daß sie auf einer ruhigen Abteilung tragbar wurde. In der Stimmungslage zeigte sie eine durchgängig flache Euphorie, ein gewisses Geltungsbedürfnis war unverkennbar. Die vor der Operation feststellbare Reizbarkeit hat eine deutliche Dämpfung erfahren. Zwar ist noch eine affektive Empfindsamkeit vorhanden, doch haben ihre sonst abrupt einsetzenden affektiven und motorischen Entladungen erheblich an Durchschlagskraft verloren. Sie kommt im allgemeinen mit den Mitpatienten gut aus und beschäftigt sich am Spinnrad oder mit Hausarbeit. Tageweise Verstimmungen sind weiterhin vorhanden, insbesondere zur Zeit der Menses zeigt sich eine zunehmende Reizbarkeit. Eine in diesen Zeiten durchgeführte Isolierung der Patientin verhinderte heftigere affektive Entladungen. Gegenüber unseren bisherigen Erfahrungen mit der Patientin zeigte diese nunmehr sich von einer solchen Isolierung deutlich beeindruckt und versucht, von sich aus sich zu steuern. Eine eingehende Exploration vom 8. Juni 1949, d. h. 2 Monate nach Durchführung der Leukotomie, bestätigte die auf der Abteilung bisher beobachtete psychische Besserung der Patientin: In der Stimmungslage flach-euphorisch, zeigt sie eine gewisse Distanzlosigkeit, ist aber zugänglich und freundlich. Sie geht auf an sie gerichtete Fragen ein und antwortet sinngemäß. Ihre früher sich überstürzende Redeweise ist nunmehr geordnet, Zeichen einer Ideenflucht sind nicht

mehr vorhanden. Rechthaberisches Verhalten, Geltungsbedürfnis und affektive Empfindsamkeit bestehen zwar noch, sind aber erheblich gedämpft, so daß Patientin gut zu lenken ist. Kommt man ihren Wünschen entgegen, so ist sie kindlich-dankbar. Eine Überprüfung ihrer jetzigen Intelligenzleistung gegenüber der früheren zeigt keine weiteren Herabsetzungen derselben, wenngleich hierbei zu bedenken ist, daß es sich um eine primär schwachsinnige Patientin handelt. Da nach dem bisherigen Verlauf des Krankheitsbildes eine weitere günstige Entwicklung zu erwarten war, wurde Patientin am 9. Juni 1949 als Taghilfe in einen Haushalt am Orte gegeben.

Seitdem befindet sich die Patientin in diesem Haushalt und hat sich weiterhin psychisch gut entwickelt. In den ersten 2 Tagen des Außendienstes war festzustellen, daß sie sich zunächst in dieser neugewonnenen Freiheit zurechtfinden mußte: eine gewisse Umtriebigkeit, Ziellosigkeit und Geschwätzigkeit waren vorhanden. Dies änderte sich aber bereits nach 3 Tagen. Zwar kann man sie nur zu größeren Hausarbeiten verwenden, diese aber führt sie mit Fleiß und Gründlichkeit aus. Die sie beschäftigende Hausfrau berichtet am 18. Juni 1949 mit Anerkennung über die Leistung der Patientin: sie sei fleißig und gut zu haben; man müsse ihr die Freiheit lassen, das an Arbeit durchzuführen, was sie gerade in Angriff nimmt, sie sei dabei aber trotzdem gut zu lenken; sie sei durchgehend heiter gestimmt, sonst aber in ihrem Wesen zurückhaltend. Patientin selbst berichtet, es sei ihr eine Wohltat, daß sie sich jetzt nicht mehr so leicht wie vor der Operation erregt. Früher habe sie, wenn sie nur den Arzt gesehen habe, „dem Doktor eine knallen können“, jetzt sei sie ganz friedlich gesonnen und wolle nur anständig sein, um zu beweisen, daß sie auch draußen wieder leben könne. In den folgenden Wochen gibt es keinerlei Beanstandungen in ihrer Haushaltsarbeit. Zwar treten wie bisher gerade zur Zeit der Menses immer wieder Verstimmungen auf, eine zunehmende Gereiztheit sowie Affektlabilität sind in diesen Tagen unverkennbar; bei verständnisvoller psychischer Führung jedoch gelingt es immer wieder, Patientin über diese vorübergehenden Schwierigkeiten hinwegzubringen, so daß sie mit insgesamt 10 Tagen Unterbrechung nunmehr bereits 26 Wochen in dem Haushalt beschäftigt ist.

Nachdem vor 8 Monaten die Leukotomie durchgeführt wurde, ist die psychische Entwicklung der Patientin während dieser Beobachtungszeit als fortschreitend gut zu bezeichnen. Die weitere Entwicklung bleibt zwar abzuwarten, der bisherige Erfolg ist jedoch unverkennbar.

Grundsätzliches.

Die Anwendung der Leukotomie ist heute eine sehr umstrittene. So viele überzeugte und begeisterte Anhänger der „psychischen Chirurgie“

es gibt, so viele namhafte Gegner derselben sind vorhanden. Wir gehören weder zu den einen noch zu den anderen. Wir sind versucht, hier einen Mittelweg zu finden, und das um so mehr, als die Frage der Anwendung der Leukotomie auch zu jenen Grenzfragen gehört, vor die gerade immer wieder die Psychiatrie gestellt wird. Unzweifelhaft stellt die Leukotomie im allgemeinen einen erheblichen Eingriff in die Persönlichkeitsstruktur des Menschen dar. Mag darum die Entscheidung zur Durchführung der Leukotomie bei eindeutiger Geisteskrankheit, die bereits weitgehend zur Zerstörung der Persönlichkeit des Kranken geführt hat, noch relativ einfach sein, sofern man grundsätzlich alle anderen Mittel, der Krankheit zu begegnen, erschöpft hat, so wird diese Entscheidung um so schwieriger, wenn wir die Leukotomie bei schwerer Psychopathie anwenden wollen. Darum wurde auch in dem vorliegenden Falle einer schweren Psychopathie erst nach langer und reiflicher Überlegung und Abwägen des Für und Wider die Leukotomie durchgeführt.

Welche Gründe bewogen uns zur Durchführung der Leukotomie?

Nach der Vorgeschichte und der über Jahre gehenden Beobachtung der Patientin handelte es sich um eine schwere Psychopathin. Durch ihr Gesamtverhalten stellte sie ein gemeinschaftsunfähiges Wesen dar. Des öfteren wiederholte Versuche, sie im Rahmen einer Abteilung zu halten, scheiterten im allgemeinen nach kurzer Zeit. Die therapeutischen Möglichkeiten wurden im Laufe der Jahre erschöpft, außer der Behandlung mit Aneuxol war keine von längerem Erfolg. Auch diese versagte letztlich. Hinter allem, das das Zustandsbild gestaltete, stand neben dem Schwachsinn, der Haltlosigkeit, dem primitiven Geltungsbedürfnis der ins Maßlose gesteigerte Antrieb der Patientin. Dieser Antrieb überschwemmte, gleichsam wie ein reißender Strom das Ufer, das oftmals vorhandene Bemühen der Patientin, dieses Antriebs Herr zu werden, so daß sie selbst unter dieser Tatsache litt. Diesen Antrieb zu dämpfen, blieb nur noch die Möglichkeit der Leukotomie. Nur auf diese Weise konnte dem Leben der Patientin wieder Sinn und Wert gegeben werden. Insbesondere war dabei auch das noch junge Lebensalter der Patientin zu bedenken. Nach dem bisherigen Verlauf mußte mit Sicherheit angenommen werden, daß die Patientin in ihrem ganzen Leben nicht mehr außerhalb einer geschlossenen Anstalt tragbar werden würde. Sich selbst und ihrer Umgebung würde sie eine schwere Gefährdung bedeuten. Wer aber könnte es verantworten, einem jungen Menschenleben nicht versuchen wieder Sinn und Wert zu geben, wenn uns eine letzte therapeutische Möglichkeit gegeben ist? Nach unserer Überzeugung war in dem vorliegenden Falle mit der Durchführung der Leukotomie im Hinblick auf die Persönlichkeit der Patientin nichts mehr zu verlieren, wohl aber alles zu gewinnen.

Damit aber erklärt sich unsere grundsätzliche Stellung zur Leukotomie: Man kann nicht zurückhaltend genug sein in dem Entschluß, dieselbe anzuwenden. Das gilt insbesondere in den Fällen, bei denen es sich nicht um eine schwere und bereits weit fortgeschrittene Geisteskrankheit handelt. Utilitaristische Beweggründe müssen aber in *jedem Falle* ausgeschlossen werden; es gibt nur *eine Maxime*: Dem Kranken nach bestem Wissen und Gewissen zu helfen versuchen. Es muß die zumeist im Gefolge der Leukotomie auftretende Persönlichkeitsveränderung abgewogen werden gegenüber dem, was durch dieses operative Vorgehen für den Kranken gewonnen wird. Der Erfolg oder Mißerfolg einer solchen Operation läßt sich nicht mit Gewißheit voraussagen. Darum bleibt sie unter Umständen ein Wagnis, das der Psychiater in letzter Verantwortung unternehmen muß. Diese Tatsache darf uns aber nicht hindern, solches Wagnis auf uns zu nehmen. Daß in unserem Falle nach dem bisherigen Verlauf von einem Erfolg gesprochen werden kann, gibt keinen Grund zur Verallgemeinerung, er zeigt aber andererseits, daß wir keine Veranlassung haben, die Leukotomie von vornherein abzulehnen.

Zusammenfassung.

Es wird von einer 29jährigen Patientin mit schwerer Psychopathie berichtet, bei der die Leukotomie durchgeführt wurde. Die Patientin, die — bereits im Kindesalter durch Schwererziehbarkeit, ihr gesteigertes primitives Geltungsbedürfnis, ihre Neigung zu Affektreaktionen auffällig geworden — wegen gewerbsmäßiger Unzucht, Bettelei und Diebstahl zunächst in ein Arbeitshaus eingewiesen wurde, befindet sich seit September 1946 in der hiesigen Anstalt. Durch ihre ständige hypomanische Stimmungslage, ihre gesteigerte Motorik, ihre Hemmungslosigkeit und Aggressivität, ihr Geltungsbedürfnis, ihren sinnlosen Zerstörungstrieb und ihr Lärmen wurde sie sogar auf der lauten Abteilung untragbar. Vorübergehende ruhigere Zeiten waren für das Gesamtzustandsbild ohne Bedeutung. Bis auf einen über $\frac{3}{4}$ Jahre gehenden Erfolg der Behandlung mit Aneuxol waren alle sonstigen therapeutischen Maßnahmen ohne nachhaltige Wirkung.

Als letzte Möglichkeit wurde die Leukotomie durchgeführt. Die Operation verlief komplikationslos. Bereits in den ersten 14 Tagen nach der Operation war eine wesentliche psychische Besserung der Patientin festzustellen. Eine durchgängig flache Euphorie, ein gewisses Geltungsbedürfnis waren unverkennbar, die zuvor vorhandene Reizbarkeit jedoch hatte eine erhebliche Dämpfung erfahren. Die einst sich überstürzende Redeweise ist nunmehr geordnet, Zeichen einer Ideenflucht sind nicht mehr vorhanden. Affektive Empfindsamkeit ist noch zu beobachten, die affektiven und motorischen Entladungen haben aber

an Durchschlagskraft verloren. Tageweise Verstimmungen treten besonders zur Zeit der Menses auf, Patientin ist nunmehr aber gut zu lenken und kindlich-dankbar. Die Intelligenzleistungen der Patientin erscheinen nach der Durchführung der Leukotomie nicht weiter herabgesetzt. Patientin empfindet es selbst als eine Wohltat, daß ihre Reizbarkeit und die überschießenden Impulse gedämpfter sind. Der Versuch, sie außerhalb der Anstalt in einem Haushalt zu beschäftigen, hat bisher einen guten Erfolg gezeitigt. Der weitere Verlauf bleibt abzuwarten, die bisherige 8monatige Beobachtungszeit nach Durchführung der Leukotomie läßt einen weiteren günstigen Verlauf vermuten.

Grundsätzliche Erwägungen zur Frage der Leukotomie bei schwerer Psychopathie werden angeschlossen, wobei zum Ausdruck gebracht wird, daß gerade in einem solchen Falle man mit der Durchführung derselben nicht zurückhaltend genug sein kann. Der in dem vorliegenden Falle beobachtete Erfolg gibt keinen Grund zur Verallgemeinerung, zeigt jedoch bei aller Zurückhaltung gegenüber der Leukotomie, daß keine Veranlassung besteht, diese von vornherein abzulehnen.

Dr. med. RUDOLF REIHNERT, (14b) Metzingen, Hindenburgstr. 15.