3. Der Beethovenplatz

Mit der Berufung von Frank Marguth zum Chef der Neurochirurgie der LMU begann ein neuer Abschnitt. Er war der erste Lehrstuhlinhaber dieser Fachrichtung in Bayern. Auf Anraten des Anästhesisten Prof. Dr. R. Enzenbach übernahm Marguth 1965 eine ehemalige private Belegarztklinik und wurde so zum ersten Chefarzt einer selbstständigen neurochirurgischen Klinik (Abbildung 1). Klinikräume waren vorhanden und ebenso Personal, Mitarbeiter, die für den neuen Chef durchs Feuer gingen.

Die Pforte war hervorragend mit drei Herren besetzt, die abwechselnd jeden dritten Tag Dienst machten. Herr Steiner, ein großer graumelierter, gut aussehender Mann, der den Mitarbeitern immer Champignons aus Dietramszeller Züchtung mitbrachte, und sein freundlicher, hilfsbereiter Sohn waren Stützen der Klinik. Dann gab es noch Herrn Lindner, ein Unikum mit dem Aussehen eines Waldschrats, das Herz jedoch am richtigen Fleck. Die Pförtner waren oft die einzige Ansprechstelle für Angehörige, wenn Schwerverletzte an der Pforte vorbei in die neuroradiologische Abteilung gebracht wurden. Auf Anfrage sagte Herr Lindner dann meist, der letzte Patient habe genauso schlimm ausgesehen, hatte es dann aber doch geschafft und die Angehörigen waren fürs Erste zufrieden.

Schwester Käthe führte im Operationssaal streng Regie, die Pfleger Höber und Wessling füllten unermüdlich die hoch hängenden „Kochsalzinfusionen“ nach, mit denen der Assistent das Operationsfeld freispülen musste, das damals meist blutüberströmt war. Der Stationspfleger Uttenreuter verrichtete Schwerstarbeit, passten doch die Betten, größenmäßig, nicht in die engen Lifte, sodass bei jedem Transport eine mehrmalige Umlagerung des Patienten erfolgen musste, um in den Operationssaal oder in die diagnostische Röntgenabteilung zu kommen.

Schwester Elisabeth und Schwester Emmi betreuten rund um die Uhr die Intensivstation. Der Dienst für Ärzte dauerte am Wochenende von Samstagvormittag bis Montagabend, und im Oberarztdienst wechselten sich Marguth und Jacoby im dreiwöchentlichen Rhythmus ab.

Marguth förderte alle Mitarbeiter, die sich für seine Klinik einsetzten und bei denen der Patient im Vordergrund stand, und – er liebte die Frauen, ohne Unterschied, ob Anästhesistin, OP-Schwester, Krankengymnastin, Küchenchefin oder Fotografin.

Versuchte eine dieser Frauen daraus persönliche Vorteile zu ziehen, entzog er ihr seine Aufmerksamkeit. Seine Sekretärin hieß Frau Meyer-Lülmann, ein „Höllenhund“ aus einem norddeutschen Beamtenhaus, korrekt bis in die Knochen. Keiner kam ohne ihre Unterstützung bis zum Chef. Versuchte eine andere Mitarbeiterin dem Chef mittags seinen Kaffee zu bringen, wurde es selbst für eine Oberin „gefährlich“.

G. von Gropper, die Oberin, war eine gebildete souveräne Chefin des Pflegepersonals. Zu Recht hatte sie Marguth als Generaloberin für Großhadern empfohlen, und so wurde sie schon zwei Jahre vor Eröffnung des Klinikums abgeordnet, um dort ihren reichen Erfahrungsschatz im Planungsstab von Großhadern einbringen zu können.

Der Beethovenplatz brauchte aber für die Übergangszeit eine neue Oberin. Als der Tag des Vorstellungsgespräches beim Chef kam, ließen wir Assistenten aus Neugierde die Tür unseres Konferenzraumes offen, um einen Blick auf die neue Oberin werfen zu können, die auf dem Weg zum Chef an unserem Zimmer vorbeikommen musste. Zehn Minuten bevor Marguth, in der Regel direkt aus seinem Zimmer kommend, unseren Konferenzraum betrat, stöckelte die „Neue" elegant an der offenen Tür vorbei. Gespannt warteten wir die zehn Minuten, was uns der Chef über die Neue berichten würde. Zu unserer Überraschung kam der Chef dieses Mal nicht zu uns, sondern die Tür wurde von innen abgeschlossen. Wir wussten, die neue Oberin hatte die Aufnahmeprüfung bestanden!

Die Küche leitete Frau Gutsche. Eine kleine energiegeladene hübsche, junge Dame, die in ihrem Beruf aufging und Führungsqualitäten besaß. So wurde eine Küchenhilfe von ihr einige Jahre später nach entsprechender Ausbildung bei uns Pflegeleiterin der Intensivstation.

Im Sinne der neuen Klinik offerierte Frau Gutsche jede Woche Hirn in allen Variationen und so gab es immer wieder Hirnsuppe. Oberarzt Jacoby war dies allmählich zu viel des Guten und ließ heimlich einige Silberclips, die wir damals zur Blutstillung benutzten, in der Suppenterrine des ärztlichen Kasinos verschwinden. Als beim Mittagessen ein Arzt dann auf einen harten Gegenstand biss und dieser sich als Silberclip erwies, war es um die Hirnsuppe geschehen und sie kam nie mehr auf den Speiseplan. Frau Gutsche kochte wie ein Vulkan ob dieses bösen Scherzes und nur der Chef konnte sie noch trösten.

Jacoby, der die neurochirurgische Abteilung nach dem Tod von Weber, dem Chef der ehemaligen neurochirurgischen Abteilung, zweieinhalb Jahre hervorragend geführt hatte, wurde erster Oberarzt (Abb. 2).

Seine praktisch fertige Habilitationsarbeit, die sich mit Verträglichkeit bzw. Unverträglichkeit von Kunststoffen im Hirngewerbe befasste, wurde von Marguth nicht übernommen, weil die Untersuchungen nicht unter seiner Leitung erfolgt waren.

Vom Militär im zweiten Weltkrieg Gehorsam gewöhnt, war er der richtige Oberarzt, um die Wünsche seines neuen Chefs umzusetzen.

Die Neurochirurgen der ersten Stunde litten vor allem an der noch unzureichenden neuroradiologischen Diagnostik. Nur selten konnte präoperativ ein Hirntumor genau lokalisiert werden und nicht selten wurde die Geschwulst erst in der Pathologie, knapp neben der erfolgten Freilegung, gefunden. Unter Marguth, dem geschulten Tönnis Schüler, wurde vieles rasch besser. Er verstand es geschickt, „Rennpferde" (junge, wissenschaftlich ausgerichtete Assistenten) mit „Haflingern" (klinisch orientierte Arbeitspferde) zu paaren. Im Vorder-

Abb. 1. Die Neurochirurgie am Beethovenplatz (ehemals Privatklinik von Sicherer).

grund stand aber immer die Klinik. Und dann gab es noch die graue Eminenz: Prof. Dr. O. Stochdorph, den ersten Ordinarius für Neuropathologie. Erst mit ihm, dem menschlich und wissenschaftlich hervorragenden Pathologen, konnte die Neurochirurgie in München ihren Siegeszug antreten.

Besonders vorteilhaft war die Abtrennung der Bauch- und Thoraxchirurgie von der Neurochirurgie. Unfälle wurden, je nach Diagnose, mit oder ohne Operation auf die Intensivstation der allgemeinen Chirurgie Nußbaumstraße verlegt, sodass am Beethovenplatz für rein neurochirurgische Fälle (Tumoren, Aneurysmen usw.) immer ein Bett frei war.

Diagnostisch legte Marguth Wert auf eine radiologische Abteilung im eigenen Haus, obwohl in der Nervenklinik (Nußbaumstraße) unter Prof. Dr. Decker eine hervorragend ausgestattete Neuroradiologie bereits vorhanden war. Anfänglich machte Oberarzt Jacoby die diagnostisch damals entscheidenden Angiographien, die später Dr. Kosmaoglu, ein Grieche, durchführte. Die Geschicklichkeit dieses Arztes erlaubte, durch sichere Direktpunktion der zum Gehirn führenden Gefäße am Hals, die Darstellung sämtlicher Hirngefäße in sehr kurzer Zeit. Nach Einführung der Seldinger-Methode durch Dr. H. Steinhoff, dem neuen Chef dieser Abteilung, wurde diese bald zur führenden Neuroradiologie in München. Mit der Szintigraphie gelang es erstmals, raumfordernde Hämatome und Glioblastome direkt zu lokalisieren, die positive Ventrikulographie mit Kontrastmitteln, z. B. Amipaque, die Leheta an der Klinik eingeführt hatte, war der Luftfüllung überlegen. Die zunehmende Qualität der Angiographien erlaubte blutreiche Meningiome noch besser dazustellen.

Marguth zählte zu den Chefs, die eine frühe Spezialisierung in der Neurochirurgie anstrebten. Insbesondere die Mikrochirurgie, unter Dr. O. Gratzl, zählte zu seinen Steckenpferden.

Während anfänglich Operationen unter dem Mikroskop in schlecht durchblutendem Gewebe wenig Probleme bereiteten, verlangten Operationen in stark vaskularisiertem Gewebe eine neue mikrovaskuläre Technik. Hierzu waren lange Instrumente mit bayonetteförmiger Krümmung notwendig, damit die Hand des Operateurs außerhalb des Gesichtsfeldes blieb. Das binokulare Operationsmikroskop wurde weiterentwickelt. Moderne Lichtleiter sorgten für eine bessere Ausleuchtung des Operationsfeldes und ein Selbsthaltespatel ersetzte einen Assistenten.

Während bei der unipolaren Koagulation der Strom durch den ganzen Körper zieht und tiefe Strommarken im Gewerbe hinterlässt, verläuft der Strom bei der bipolaren Koagulation nur zwischen den Pinzettenbranchen und das blutende Gefäß wird dabei koaguliert. Nach der Mikrochirurgie war die Einführung der bipolaren Koagulation durch Greenwood der größte operative Fortschritt. Leheta hatte die „Bipo“ auf einer seiner Reisen entdeckt und uns somit frühzeitig einen operativen Vorsprung verschafft. Jetzt konnten Operationen auch am Hirnstamm und am Sehnerv ausgeführt werden.

Die in der Neurochirurgie gefürchtete Nachblutung, insbesondere im Bereich der hinteren Schädelgrube, hatte ihren Schrecken verloren. So hatte Tönnis, Professor für Neurochirurgie

Abb. 2. Jacoby als Zugführer der Neurochirurgie.

in Köln, aus Angst vor einer Nachblutung noch die Bettkurbel zum Verstellen des Kopfteils persönlich bei sich behalten, damit niemand das Kopfteil des Bettes verstellen konnte und der Kopf des frisch Operierten nicht bewegt wurde.

Während der Wechsel von der unipolaren zur bipolaren Koagulation ohne besondere Kenntnisse möglich war, setzte die erfolgreiche Anwendung des Lasers experimentelle Studien voraus. Auf Wunsch von Leheta wurde diese Aufgabe nach seinem Ausscheiden mir zugeteilt.

Zusammen mit Dr. U. Steude hatte Gratzl die ersten sublabialen, transnasalen und transsphenoidalen Operationen der Hypophyse unter dem Mikroskop vorgenommen, die später Dr. R. Fahlbusch, insbesondere in Erlangen, erfolgreich weiterführte. Überschießend Prolaktin produzierende Mikroadenome der Hypophyse mit wenigen Millimetern Durchmesser ließen sich nun mikrochirurgisch selektiv, unter Erhaltung des normalen Hypophysengewebes, entfernen. So konnten Frauen mit einem Amenorrhoe-Galactorrhoe-Syndrom wieder Kinder bekommen. Ebenso konnte der Morbus Cushing, der durch eine erhöhte ACTH-Produktion aus einem Mikroadenom verursacht wird, mit dessen Entfernung geheilt werden. Steude übernahm von Jacoby die Thermokoagulation am Nervus trigeminus.

Dr. H. X. Wieser und mir wurde die Aufgabe zuteil, die bis dato äußerst mäßigen Operationsergebnisse nach Aneurysma-Operationen, zu durchleuchten und zu verbessern. Der

Vasospasmus wurde, entgegen der damaligen Lehrmeinung des großen Physiologen Rein, als aktiver Prozess erkannt und führte dazu, dass in der ansteigenden Phase des Vasospasmus Operationen nicht mehr durchgeführt wurden, was bis heute im Wesentlichen Gültigkeit hat.

Das mit dem Vasospasmus bei schweren Aneurysmablutungen einhergehende Hirnödem wurde erstmals mit Aldactone und Cortison erfolgreich behandelt, da diese Therapie unmittelbar nach der Aneurysmablutung und vor Auftreten des Vasospasmus verabreicht wurde (2, 33).Dank dieser Therapie blieben sehr viele Patienten, auch am Höhepunkt des Vasospasmus, bei Bewusstsein und so wurde Ihnen eine Langzeitintubation bzw. eine Tracheotomie erspart. Bis zur Ausschaltung des Aneurysmas wurden die Patienten antifibrinolytisch (35) behandelt, wobei die Rezidivblutungen geringfügig gesenkt werden konnten. Deutlich gesenkt wurden diese Blutungen erst einige Jahre später nach Einführung der Sofortausschaltung des Aneurysmas. War das Aneurysma ausgeschaltet, konnte ohne Risiko die hypertone-hypervolämische Therapie gegen den Vasospasmus vorgenommen werden.

Bald durften Bandscheiben und Aneurysmen nur noch unter dem Mikroskop operiert werden, was für ältere Mitarbeiter wie auch für den Chef anfänglich mit Schwierigkeiten verbunden war, die Komplikationsrate aber signifikant senkte.

Dr. F. P. Leheta, ein operativ begabter ägyptischer, neurochirurgischer Assistent, wurde zweiter Oberarzt. Er befasste sich mit Shunt-Operationen bei Kindern und operierte bei uns als erster die lateralen Bandscheibenvorfälle der HWS von hinten: Foraminotomie oder sogenannte Scovill'sche Operation. Später brachte er den Laser in die Neurochirurgie. Als nach einer Laseroperation zwei Operationsschwestern vorübergehend erblindeten, wurde die Anwendung des Lasers verboten. Später stellte sich heraus, dass sich die Operationsschwestern beim Skifahren auf einem Gletscher eine Conjunctivitis photoelectrica (Schneeblindheit) zugezogen hatten und der Laser vollständig unschuldig war.

Außer einem Ägypter, der bald die deutsche Staatsangehörigkeit bekam, hatten wir als Assistenten noch einen Syrer und einen Rumänen. Dr. A. Jamal aus Damaskus war ein richtiger Naturbursche, der rasch zur Sache kam und sich in kurzer Zeit gute neurochirurgische Kenntnisse angeeignet hatte. Er wusste um die Schwierigkeiten in seiner Heimat und verließ nach zwei Jahren unsere Klinik, um zuhause helfen zu können.

Da Olteanu, als Rumäne, keine Operationsgenehmigung hatte, schrieb Jacoby unzählige Briefe, bis das Kultusministerium (KuMi) die entsprechende Genehmigung erteilte. Olteanu hatte am Schwarzmeer eine Ärztin aus Ostdeutschland kennengelernt, die er heiratete und als Assistentin an unsere Klinik mitbrachte. Als ihr Zeitvertrag ablief, setzte Dr. Enzenbach, der Chef unserer Anästhesieabteilung, bei der Regierung alle Hebel in Bewegung, dass auch sie an der Klinik bleiben durfte. Nachdem Jacoby die ersten Nerventransplantationen mit lyophylisierten Nerven durchgeführt hatte, aber eine andere Methode im Ergebnis viel besser war, übernahm Olteanu diese neue Methode mit Bündelung von sensiblen, dem Bein entnommenen Nervenexponaten.