

**SCHRIFTENREIHE**  
DER  
**ZEITSCHRIFT FÜR DIE GESAMTE INNERE MEDIZIN**  
**UND IHRE GRENZGEBIETE**

HERAUSGEGEBEN VON

**PROF. DR., DR. H. C., DR. H. C. THEODOR BRUGSCH**

REDAKTIONSAUSSCHUSS

**PROF. DR. J. BRUGSCH · PROF. DR. SCHENNETTEN**  
**PROF. DR. HENNEMANN · PROF. DR. JÜRGENS · PROF. DR. TRAUTMANN**  
**DOZ. DR. BILECKI · LEHRBEAUFTRAGTER DR. W. SCHULZ**  
**DR. VOLKHEIMER**

HEFT 10

**CARDIOLOGIE VI**

REDAKTION: **PROF. DR. MED. SCHENNETTEN**

MIT 29 ABBILDUNGEN



**VEB GEORG THIEME · LEIPZIG**

# SCHRIFTENREIHE

DER

ZEITSCHRIFT FÜR DIE GESAMTE INNERE MEDIZIN  
UND IHRE GRENZGEBIETE

HERAUSGEGEBEN VON

PROF. DR., DR. H. C., DR. H. C. THEODOR BRUGSCH

REDAKTIONSAUSSCHUSS

PROF. DR. J. BRUGSCH · PROF. DR. SCHENNETTEN

PROF. DR. HENNEMANN · PROF. DR. JÜRGENS · PROF. DR. TRAUTMANN

DOZ. DR. BILECKI · LEHRBEAUFTRAGTER DR. W. SCHULZ

DR. VOLKHEIMER

HEFT 10

## CARDIOLOGIE VI

REDAKTION: PROF. DR. MED. SCHENNETTEN

MIT 29 ABBILDUNGEN

19



58

VEB GEORG THIEME · LEIPZIG

*Alle Rechte vorbehalten*  
*Copyright 1958 by VEB Georg Thieme, Leipzig*  
*Veröffentlicht unter der Lizenz-Nr. 490117158*  
*des Ministeriums für Kultur, HV Verlagswesen der Deutschen Demokratischen Republik*  
*Auftragsnummer des Verlages 17*

*Printed in Germany*  
*Satz und Druck: (III/18/203) VEB Leipziger Druckhaus, Leipzig*

## INHALTSVERZEICHNIS

Hollmann, W. und R. Behre	
Das „nervöse Herz“ als Symptom vegetativer Regulationsstörungen .....	7
Suckow, K. L.	
Zur psychogenen Beeinflussung von Atmung, Blutdruck und Elektrokardiogramm bei psychisch Stablen, Instablen, organisch Herzkranken sowie bei Fokaltoxikose .....	26
Mit 9 Abbildungen	
Köhler, G.	
Welche Auswirkungen hat ein definierter akustisch ausgelöster Schreck auf den arteriellen Blutdruck, die Pulsfrequenz und das Elektrokardiogramm? .....	44
Mit 1 Abbildung	
Dvořák, L. und Z. Koudelka	
Vergleichende Untersuchungen zum elektrokardiographischen und röntgenologischen Bild der Thyreotoxikose .....	54
Mit 10 Abbildungen	
Schennetten, F., R. Ehrhardt und I. Lübeck	
Untersuchungen zur Frage eines auch objektiv erfassbaren medikamentösen Ausgleichs des orthotischen Syndroms.....	66
Mit 9 Abbildungen	

SCHRIFTENREIHE  
DER ZEITSCHRIFT FÜR DIE GESAMTE INNERE MEDIZIN  
UND IHRE GRENZGEBIETE



**SCHRIFTENREIHE**  
DER  
**ZEITSCHRIFT FÜR DIE GESAMTE INNERE MEDIZIN**  
**UND IHRE GRENZGEBIETE**

HERAUSGEGEBEN VON

PROF. DR., DR. H. C., DR. H. C. THEODOR BRUGSCH

REDAKTIONSAUSSCHUSS

PROF. DR. J. BRUGSCH · PROF. DR. SCHENNETTEN  
PROF. DR. HENNEMANN · PROF. DR. JÜRGENS · PROF. DR. TRAUTMANN  
DOZ. DR. BILECKI · LEHRBEAUFTRAGTER DR. W. SCHULZ  
DR. VOLKHEIMER

HEFT 10

**CARDIOLOGIE VI**

REDAKTION: PROF. DR. MED. SCHENNETTEN

MIT 29 ABBILDUNGEN



19 58

VEB GEORG THIEME · LEIPZIG

*Alle Rechte vorbehalten*  
*Copyright 1958 by VEB Georg Thieme, Leipzig*  
*Veröffentlicht unter der Lizenz-Nr. 490117158*  
*des Ministeriums für Kultur, HV Verlagswesen der Deutschen Demokratischen Republik*  
*Auftragsnummer des Verlages 17*

*Printed in Germany*  
*Satz und Druck: (III/18/203) VEB Leipziger Druckhaus, Leipzig*

## INHALTSVERZEICHNIS

Hollmann, W. und R. Behre	
Das „nervöse Herz“ als Symptom vegetativer Regulationsstörungen .....	7
Suckow, K. L.	
Zur psychogenen Beeinflussung von Atmung, Blutdruck und Elektrokardiogramm bei psychisch Stablen, Instablen, organisch Herzkranken sowie bei Fokalttoxikose .....	26
Mit 9 Abbildungen	
Köhler, G.	
Welche Auswirkungen hat ein definierter akustisch ausgelöster Schreck auf den arteriellen Blutdruck, die Pulsfrequenz und das Elektrokardiogramm? .....	44
Mit 1 Abbildung	
Dvořák, L. und Z. Koudelka	
Vergleichende Untersuchungen zum elektrokardiographischen und röntgenologischen Bild der Thyreotoxikose .....	54
Mit 10 Abbildungen	
Schennetten, F., R. Ehrhardt und I. Lübeck	
Untersuchungen zur Frage eines auch objektiv erfaßbaren medikamentösen Ausgleichs des orthotischen Syndroms.....	66
Mit 9 Abbildungen	



Aus der Inneren Abteilung der Städtischen Krankenanstalten Potsdam  
(Chefarzt der Abteilung: Professor Dr. med. habil. W. Hollmann)

## Das „nervöse Herz“ als Symptom vegetativer Regulationsstörungen

Von Werner Hollmann und Richard Behre

In den letzten Jahrzehnten hat die medizinische Auffassung über das „nervöse Herz“ einen bemerkenswerten Wandel erlebt. In den älteren Darstellungen der Herzkrankheiten, etwa den die Kardiologie lange Zeit beherrschenden Arbeiten Rombergs, werden alle Herzbeschwerden, bei denen klinisch keine morphologischen Befunde erhoben werden, als nervöse Herzkrankheiten angesprochen; diese Krankheiten bilden ein besonderes Kapitel der Neurosen, man sprach daher von „Herzneurosen“. Mit diesen Krankheiten beschäftigte sich in der Folgezeit weniger die innere Medizin als die Psychologie und die Psychotherapie. Diese lehnte mehr und mehr die Existenz einer „Organneurose“ ab und sah in jeder Neurose eine „Totalneurose“, auch wenn sich ihre Symptomatologie eines bestimmten Organs oder eines Organsystems bedient. Krehl sagte in bezug auf das nervöse Herz, daß „dieses Nervöse identisch mit dem Psychischen“ sei, und sah in diesem Psychischen eine Störung der gesamten Persönlichkeit, ein Standpunkt, der in der Folgezeit vor allem von v. Weizsäcker und Siebeck betont wurde.

Bei vielen, nicht bei allen solchen Neurosen fand die innere Medizin Störungen der Funktionen, und zwar um so mehr, je mehr sie die Funktionen und ihre Korrelationen unabhängig von morphologischen Veränderungen studierte. Es zeigte sich hierbei, daß die funktionellen Störungen, die als Betriebsstörungen oder als Entgleisungen vegetativer Funktionen aufgefaßt wurden, wenn auch keine Organneurosen in dem alten Sinne, so doch psychogene Reaktionen oder mit anderen Worten Ausdrucksphänomene neurotischer Natur sind.

Das gilt nicht nur für unbestimmte nervöse Beschwerden, sondern auch für fest umschriebene Herzkrankheiten funktioneller Natur, etwa für einen großen Teil der Rhythmusstörungen, für die Angina pectoris vasomotorica, für die paroxysmale Tachykardie und ähnliche Krankheiten, die zunächst rein funktioneller Natur sind, dann aber zu organischen Herzschädigungen führen können, weiterhin aber auch für einen großen Teil der Blutdruckkrankheiten, sowohl für Hypotensionen wie für Hypertensionen als auch für abnorme Blutdruckschwankungen.

Durch diese Erkenntnisse wurde die innere Medizin (wenn auch deutlich war, daß alle diese Krankheiten auf bestimmten konstitutionellen  Ver-

anlagungen beruhten), immer mehr mit der Psychotherapie verbunden, die mit den ihr eigenen Methoden den psychologischen Hintergrund derartiger Störungen aufzuweisen und sie entsprechend zu behandeln bemüht war. Dabei erwies sich das vegetative Nervensystem mit den von ihm gesteuerten Funktionen als Mittler zwischen dem psychischen und dem funktionellen bzw. dem von diesem abhängigen somatischen Geschehen. Immer deutlicher wurde erkannt, daß sowohl die psychische Stimmung und „Gestimmtheit“ wie die aus der Umwelt stammenden Reize in ihrem ständigen Wechsel die Funktionen des vegetativen Nervensystems beeinflussen. Stimmung, Umwelt und vegetative Reaktion erschienen so als ein einheitlicher Funktionskomplex. Krankheiten, die Folge von vegetativen Betriebsstörungen sind, erwiesen sich in ihrer Ätiologie und Pathogenese als abhängig von psychischem Erleben. Die Einheitlichkeit des psychischen, des vegetativen und des somatischen Geschehens ergab sich nicht nur aus den Beobachtungen der Klinik, sondern auch aus der physiologischen Forschung; die Pawlow-Schule, vor allem Bykow, der gerade die kortiko-viszeralen Beziehungen mit physiologischen Methoden eingehend studierte, bewies für alle Provinzen des vegetativen Nervensystems diese Einheitlichkeit.

Die funktionellen Herzkrankheiten gehören zu den Dystonien, deren ungemene Zunahme überall beobachtet wird. Ein großer Teil der dystonischen Patienten fühlt sich krank, ohne daß ein Anhalt für eine Krankheit besteht. Das Krankheitsgefühl bezieht sich besonders oft auf das Herz und beruht bei einem Teil der Kranken auf Störungen der Herz- und der Kreislauffunktion, die Steigerungen der normalen Reaktionen sind; hierher gehören Arrhythmien, Neigungen zu Tachykardien, Schwankungen der Koronardurchblutung mit anginösen Beschwerden, Blutdruckschwankungen nach oben oder unten oder Störungen der peripheren arteriellen Durchblutung, Störungen, die durch den ständigen Wechsel und den Wandel der Funktionen die Arbeit einzelner Organe verändern und dadurch auch morphologische Veränderungen hervorrufen können. In anderen Fällen sind derartige Funktionsstörungen nicht nachweisbar; hier handelt es sich nur um eine geschärfte Empfindlichkeit für physiologische Funktionsabläufe, hervorgerufen durch Senkung der kortikalen Reizschwelle für die Wahrnehmung der normalen Vorgänge der vegetativen Funktionen.

Über den Umfang der Dystonien hat Hoff-Wien auf dem Internistenkongreß in Wiesbaden 1953 berichtet; er hat auch darauf hingewiesen, mit welcher mannigfaltigen Diagnosen diese Störungen bezeichnet werden. Trotz seines weiten Umfangs hat sich dieser Begriff, wenn auch nicht ganz unumstritten, fast allgemein durchgesetzt. Wenn Hoff sagt, die Dystonien seien Krankheiten, die offenbar der Mode entsprächen, so bezieht sich das nicht allein auf die Kranken, ihre Beschwerden und ihre funktionellen Störungen, sondern auch auf die Ärzte, die diese Diagnose als eine Modediagnose stellen. Krankheitszustände, bei denen trotz mehr oder weniger vielfältigen Beschwerden keine Befunde an Einzelorganen oder an einem Organsystem erhoben werden konnten, nannte man früher „Neurasthenie“ oder „Neurose“, „Erschöpfungsneurasthenie“ oder „akzidentelle oder erworbene Neurasthenie“;

„reizbare Schwäche“ oder allgemeine „Nervosität“. Der Psychiater sprach von psychogener Reaktion. Mit allen diesen Begriffen waren krankhafte Reaktionen auf seelische oder geistige Auseinandersetzungen des Kranken gemeint, die aus der Umwelt, dem seelischen Innenleben, dem Lebensfeld und dem Wirkungsfeld des Kranken stammten. Je mehr die innere Medizin dabei funktionelle Störungen fand, um so mehr trat die Diagnose Dystonie in den Vordergrund. Die Ablösung der Diagnosen, die das nervöse Geschehen vornehmlich meinten, durch die Diagnose Dystonie bedeutet daher, daß „bei Krankheiten, die früher als eine abwegige psychische Reaktion oder Reaktionsbereitschaft angesehen wurden, nunmehr die Korrelationsstörungen der Funktionen vornehmlich ins Auge gefaßt werden“ (Gropler).

Unter Dystonie ist gemeint, daß der bei einer Beanspruchung des betreffenden Organs wechselnde Tonus bei abnormen Belastungen abnorme Schwankungen aufweist. Richtiger ist der Begriff Dysregulation, da mit Tonus nur eine Teilfunktion der allgemeinen Regulation gemeint ist; eine normale Regulation schließt einen normalen Tonus ein, erschöpft sich aber nicht in diesem. Regulationsstörungen und Tonusschwankungen können bei ein und demselben Kranken simultan oder sukzessiv in entgegengesetzter Richtung vorkommen. Das gilt sowohl für das Sympathikus-Parasympathikus-System wie für die Blutdruckregulation wie für das endokrine System, die alle eng miteinander verknüpft sind. Je komplizierter das Funktionsgefüge ist, um so differenzierter sind die Regulationsstörungen und um so mannigfaltiger sind die Ansatzmöglichkeiten der Therapie. Nach Hoff-Frankfurt gilt das besonders für den Funktionskreis Soma-Psyche. Herzanfälle können z. B. durch Bedrückung und Angst ausgelöst werden, umgekehrt belasten Herzbeschwerden im Circulus vitiosus wieder die Psyche. Eine ausschließlich psychische Behandlung ist daher ebenso Stückwerk wie eine ausschließlich somatische Therapie. Hänische spricht von einer Akkordwirkung verschiedener Faktoren, die in dem zentralen Regulationszentrum, dem Zwischenhirnhypophysengebiet, das dynamische Gleichgewicht des gesamten vegetativen Nervensystems aufrechterhalten müssen. Bei Gesundheit müssen der psychische Akkord, der Nahrungs-, der meteorologische und der Reizakkord des Zentrums und der ihm angeschlossenen peripheren Hormondrüsen zu einer geordneten Regulation aufeinander abgestimmt sein; Störungen dieser Abstimmung führen zur Dysregulation. Birkmayer und Winkler teilen derartige Dysregulationen in verschiedene Gruppen ein, die z. T. von sympathischen, zum anderen Teil von parasymphatischen Vorgängen überwiegend bestimmt werden. Daneben grenzen sie Bilder einer vegetativen Ataxie, in deren Rahmen sie die häufig beobachtete vegetative Areflexie beschreiben, und die amphotonen Spannungszustände ab. Diese sind z. T. dadurch gekennzeichnet, daß das Wildersche Ausgangsgesetz nur noch bedingt oder gar nicht mehr zur Wirkung kommt. Alle diese Krankheitsbilder führen zu bestimmten dysregulatorischen Erscheinungen.

Solche Dysregulationen kommen zweifellos bei jedem Menschen physiologischerweise vor. Es kann daher auch der Gesunde Symptome haben, wie sie der Dystoniker angibt. Es gibt bestimmte Lebensalter und bestimmte

krankhafte Zustände, in denen das vegetative Nervensystem besonders labil ist; dann besteht auch eine starke psychische Labilität. Es sei nur an die Pubertät und die Nachpubertätszeit erinnert sowie an die Wechseljahre oder die Krise der 50er Jahre des Mannes, die diesen entspricht, weiterhin an die Zustände unspezifischer oder spezifischer Allergie, an die Hyperergie, die Kranke mit fokalen Infektionen zeigen, oder auch an die tuberkulos-toxische Allergie. In diesen Lebensepochen oder Zuständen werden viele Menschen durch die Symptome einer biologischen oder psychischen Labilität geängstigt und fühlen sich krank; vor allem, wenn die Anforderungen, die sie an sich selbst oder die Umwelt an sie stellen, ihre psychischen Kräfte übersteigen. Das alles kann erfolgen, ohne daß eine Neurose vorliegt, kann aber auch Folge einer neurotischen Reaktion sein. Die Neurose, besonders die neurotische Angst, wird oft nicht psychisch, sondern vegetativ erlebt, und dadurch wird sie in einem Circulus vitiosus mit den vegetativen Störungen gesteigert. Die effektive Zunahme der Dystonie, die neben der diagnostischen Zusammenfassung verschiedener Diagnosen zweifellos besteht, beruht darauf, daß der moderne Mensch empfindlicher in seinen vegetativen Funktionen ist, offenbar weil diese differenzierter beansprucht werden als in Zeiten kontinuierlicherer Lebensweise; die stärkeren und differenzierteren Reizwirkungen führen zu intensiveren und mannigfaltigeren Reizantworten. Dazu kommt aber, daß der moderne Mensch seine psychischen Reaktionen weniger in hysterische oder in neurotische Symptome verwandelt als in vegetative Reaktionen, und zwar auf Grund eines veränderten Lebensgefühls. Bei diesem wird — das zeigen gerade die Verschiedenheiten der neurotischen Ausdrucksphänomene in beiden Weltkriegen — der Akzent weniger auf die psychische als auf die somatische Seite gelegt. Auch Depressionen führen heute offenbar mehr als früher zu verschiedenen Krankheitssymptomen, so daß Lemke von vegetativer Depression spricht.

Auf die Bedeutung der Konstitutionsforschung wurde bereits kurz hingewiesen. Diese muß hier im Sinne Kretschmers verstanden werden, der aus Körpermaßen und Korrelationsstatistiken, gemeinsam mit Untersuchungen der somatischen, psychischen und vegetativen Bezüge des Menschen ihre Wirkung auf die Gesamtpersönlichkeit erfaßt. Hierbei darf es nicht zu statistisch starrer Typisierung, sondern zu einer dynamischen Lebensbetrachtung im Längsschnittbild kommen.

Selten sind Dysregulationen durch traumatische Schädigungen des Zwischenhirns oder durch Erkrankungen, die dieses betroffen haben, wie eine Enzephalitis, eine meningeale Blutung, ein Fleckfieber oder eine  $\text{CO}_2$ -Vergiftung oder ähnl., Zustände, die nach Hoff elektroenzephalographisch darstellbar sind.

Es wurde schon darauf hingewiesen, wie viele Dystoniker sich herzkrank fühlen. In unserer Hauptpoliklinik haben wir eine besondere Herzsprechstunde eingerichtet, die der genauen Analyse dieser „Herzkranken“ dient, nicht der Behandlung, wie in einer speziellen Rheumasprechstunde, sondern ausschließlich der Krankenbeurteilung im Sinne Siebecks und der Aufstellung eines genauen Heilplans. Die Kranken werden von den Ärzten der allgemeinen internistischen Sprechstunde, den Allgemeinärzten, den Ärzte-

kommissionen usw. überwiesen und an diese mit einem differenzierten Heilplan und mit Vorschlägen zu sozialtherapeutischen Maßnahmen zurücküberwiesen. Unter diesen Kranken finden sich etwa zu neunzig Prozent „Herzranke, die keine sind“, um einen Ausdruck Wenckebachs zu gebrauchen. Sie werden aber trotzdem als Kranke angesehen. In einem großen Teil werden Funktionsstörungen am Herzen oder am Gefäßsystem festgestellt, sei es eine Blutdruckregulationsstörung, eine Rhythmusstörung, eine nervöse Hyperergie oder vasomotorische Abwegigkeiten. Dagegen fanden wir selten eine Störung der hämodynamischen Kreislauffunktion. Besonders häufig sahen wir dagegen muskuläre Spannungen und Verkrampfungen, vor allem eine myalgische Pseudo-Angina-pectoris, d. h. einen Zustand schmerzhafter Sensationen der Pektoralismuskulatur, die als Zeichen einer Angina pectoris oder eines anginösen Zustandes aufgefaßt worden waren. Solche muskulären Symptome, die von besonderer therapeutischer Wichtigkeit sind, können bei einer echten Angina pectoris oder nach einer solchen auftreten, sie können aber auch mit oder ohne arthrotische Veränderungen an der Halswirbelsäule und ohne jedes Anzeichen für ein koronares Geschehen vorkommen.

Die Untersuchung muß bei diesen Krankheiten von dem im allgemeinen üblichen Schema in einigem abweichen, wenn man ihnen als kortiko-viszeralen Zuständen gerecht werden will. Das Ziel dieser Untersuchung ist eine Analyse der Gestaltungsfaktoren des vorliegenden Zustandsbildes.

1. An erster Stelle muß natürlich ein „organisches“ Herzleiden festgestellt oder ausgeschlossen werden. Auf die hierzu notwendigen Untersuchungen soll hier nicht näher eingegangen werden; es ist selbstverständlich, daß hierzu neben den üblichen Sprechstundenmethoden die Elektrokardiographie, die Blutdruckmessung und eine Thoraxdurchleuchtung herangezogen wird. Diese Untersuchungen wurden ergänzt durch die Prüfung der Blutumlaufzeit, der Atemanhaltezeit, der Venendruckmessung einschließlich der Prüfung der Strophanthinreaktion. Besondere Beachtung wird hierbei einer latenten schleichenden Myokarditis geschenkt, die oft als Teilerscheinung einer fokalen Infektion auftritt.

2. Von besonderer Bedeutung ist die Registrierung von Konstitutionsanomalien, einer Asthenie, eines Infantilismus, einer endokrinen Störung, vor allem aber einer varikösen oder einer vasomotorischen Konstitution. Ferner wurde eine Tendenz zu einer vorwiegend vagotonen oder zu einer mehr sympathikotonen Einstellung des Kreislaufs registriert.

3. Gilt es, eine besondere kortiko-viszerale Regulationsstörung aufzudecken und zu erweisen, nicht nur bei Kranken ohne organischen Herzbefund, sondern auch bei solchen, die einen Klappenfehler oder einen echten organischen Herzschaden etwa durch eine chronische Hypertension haben.

4. Ist es hierzu notwendig, Einflüsse zu erkennen, die, auch ohne daß eine typische Konstitutionsanomalie vorliegt, die Reizschwelle der Cortex cerebri herabsetzen, etwa eine spezifische oder eine unspezifische, eine tuberkulotoxische oder eine fokaltoxische Allergie.

5. Ist daneben auf psychische konstitutionelle Eigentümlichkeiten zu achten, etwa auf eine schizoide oder zyklotyme Haltung, eine überwiegend intro-

vertierte oder extravertierte Einstellung, auf psychische Hemmungszustände oder ähnl.

6. Muß darüber hinaus versucht werden, ein möglichst genaues biographisches Bild des Kranken zu erhalten, das seine seelisch-geistige Entwicklung in Schule und Beruf, sein Verhältnis zu Eltern und Geschwistern, Sexus, Liebe und Ehe klärt, vor allem aber seine beruflichen Strebungen und deren Verwirklichung erhellt.

Um alle diese Verhältnisse nach ihrer pathogenetischen Bedeutung zu beurteilen, ist es wichtig, zu klären, inwieweit Störungen dieser verschiedenen Lebensbeziehungen als Gestaltungsfaktoren in Frage kommen. Das kann geschehen, indem man bereits bei der in dieser Weise erweiterten Anamnese auf affektive Reaktionen achtet und daß man bei diagnostischen Prüfungen nach affektiven Einflüssen auf die gerade zur Prüfung anstehende Funktion fahndet, etwa auf die Blutdruckmessung und die Pulszählung. Hierdurch kann die Untersuchung zu einer Prüfung des kortiko-viszeralen Geschehens erweitert werden.

In der sowjetischen Literatur ist die Frage der subjektiven und der objektiven Symptome stark diskutiert worden, vor allem das Problem, inwieweit die traditionelle Entgegensetzung dieser beiden Symptomarten berechtigt ist. Auf Grund der Lehren Pawlows und Bykows wird die These von der Verschiedenheit dieser beiden Symptomarten ausdrücklich verneint. Es sei hier auf diese Lehre nicht näher eingegangen, aus ihr ergeben sich aber wichtige Folgerungen:

1. Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen den kortikalen und den vegetativen Funktionen.
2. Entstehung und Entwicklung der somatischen Erkrankungen hängen weitgehend mit dem funktionellen Zustand des Nervensystems zusammen.
3. Eine Erkrankung bleibt niemals auf ein Organ oder ein Organsystem beschränkt, sondern spiegelt sich in Funktionen des gesamten Organismus wieder.
4. Besonders deutlich treten die pathogenetischen Nervenmechanismen bei psychisch bedingten vegetativen Störungen, die meist zu den Neurosen gerechnet werden, in Erscheinung und bei inneren Erkrankungen, deren Entstehung auf vorwiegend subjektiv wirksame Eindrücke zurückzuführen ist.
5. Dadurch wird die Pharmakologie und die physikalische Therapie, vor allem aber die Psychotherapie auf eine neue Basis gestellt. Unter Berücksichtigung der Grundgesetzmäßigkeiten der kortikalen Funktionen und der kortiko-viszeralen Beziehungen muß die Psychotherapie in Verbindung mit der Pawlowschen Lehre über die Schlafhemmung, über Hypnose, Suggestion, vor allem aber über die Wechselbeziehungen des ersten und zweiten Signalsystems auf völlig neue Grundlagen gestellt werden.

Nach Pawlow erkennen wir durch das erste Signalsystem die Wirklichkeit vermittels der Reize und ihrer Spuren in den beiden Großhirnhemisphären,

die auch auf das Tier wirken. Diese Reize gelangen unmittelbar in die optischen, akustischen und anderen Rezeptoren des Organismus. Das ist das, was wir, als Eindrücke, Empfindungen und Wahrnehmungen von unserer Umwelt der allgemeinen und der sozialen, gewinnen. Das Wort hat ein zweites, nur dem Menschen eigenes Signalsystem der Wirklichkeit geschaffen, das nur der Mensch hat; sie entfernt uns von der Wirklichkeit, hat uns aber zum Menschen gemacht. Mit Hilfe dieses zweiten Signalsystems, dem Träger des menschlichen Denkens und Sprechens, wurde das großartige Signalsystem der Sprache realisiert. Die soziale Determination der geschichtlichen Entwicklung des zweiten Signalsystems und seiner Entwicklung im Leben des einzelnen Menschen unterliegt daher keinem Zweifel, aber das erste Signalsystem entwickelt sich beim Menschen unter gesellschaftlichen Bedingungen, unter ständiger Wechselwirkung mit dem zweiten Signalsystem. Es wäre daher falsch, im ersten kortikalen System des Menschen nur den biologischen Anteil der Funktionen des höheren Nervensystems sehen zu wollen (Pawlow zit. nach Iwanow-Smolensky).

6. Bei der Psychotherapie muß nach dem Vorbild Pawlows den sozialen und Familienverhältnissen der Kranken besondere Beachtung geschenkt werden. Pawlow „interessierten nicht nur die Besonderheiten der Arbeit seiner Patienten, ihre gesellschaftlichen Beziehungen, Entwicklung, Erziehung, sondern auch ihre besonderen Lebenserfahrungen, ferner überstandene somatische und Nervenkrankheiten, emotionelle Erschütterungen, psychische Traumen und durchlebte schwierige Situationen. Kurz, die gesellschaftlichen Bedingungen und Wechselbeziehungen, denen die höheren Nervenfunktionen des Kranken ausgesetzt waren.“

Die Erfahrungen unserer Spezialsprechstunde für Herz- und Kreislaufkranke haben die Bedeutung dieser Gesichtspunkte erwiesen, besonders bei Kranken, die vornehmlich an Funktionsstörungen auf diesem Gebiete leiden. Der Begriff „Persönlichkeit“ als Bezeichnung für das Psychische schlechthin, wie er von Krehl und Siebeck gebraucht wird, wird dadurch naturwissenschaftlich definiert.

Die Beziehungen zwischen Herz- und Kreislaufkrankungen einer- und dem Nervensystem und der Psyche andererseits sind in der neuen Literatur vielfach besprochen worden, so von v. Witzleben, Hoff, Hochrein auf der einen, von Heyer, I. H. Schultz, v. Weizsäcker, Hollmann-Hantel u. a. auf der anderen Seite.

Von neueren Autoren bezeichnet Delius das „nervöse“ Herz als „sensitives“ Herz. Er meint damit das übermäßig reizempfindliche Herz, dessen erhöhte Erregbarkeit auf überstandene oder gegenwärtige psychische oder physische Einwirkungen bezogen wird. Delius unterscheidet dabei

1. Dyskardien mit regionalen Mißempfindungen und mit nachweisbaren algetischen Zonen bei einer Übererregbarkeit der intrakardialen Nerven. Sonstige Krankheitszeichen fehlen dabei.
2. Dysreflexien mit anginösen Beschwerden und Rhythmusstörungen bei veränderter Selbststeuerung des Herzens und segmentalen oder Fernreizen.