

Über die Bedeutung der Nißlschen Histopathologie für die klinische Psychiatrie und für die Zytoarchitektonik.

Von

Prof. P. Schröder, Leipzig.

Nißls Bedeutung liegt in der Großzügigkeit seiner Ideen und in der unerreichten Gründlichkeit seiner Untersuchungen und Feststellungen. Seine ungewöhnlich rasch gewachsene Bekanntheit und Berühmtheit, weit über die engeren Fachkreise hinaus, ist nur ganz zu verstehen aus seiner Zeit und deren Anschauungen. Die Psychiatrie war beherrscht von dem Stolz über die Erkenntnis: Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten; Biologie und Psychologie sahen in den Nervenzellen den Ort gewissermaßen und den Ursprung alles psychischen Geschehens; Geisteskrankheiten waren deshalb nicht nur Gehirnkrankheiten, sondern speziell solche der Hirnrinde und insbesondere der Nervenzellen.

Was *Nißl* auf Grund seiner Färbemethodik mit Aufwand von ungeheurem Fleiß und ungeheurer Gründlichkeit über die Struktur und über die pathologischen Veränderungen der Nervenzellen mitteilte, wurde gierig aufgenommen und verwertet. *Nißl* selber mußte dem als erster Einhalt gebieten und erklären, daß es keine für eine seelische Störung oder eine geistige Erkrankung charakteristische Nervenzellveränderung gebe.

Die Nervenzellen haben schon seit *Nißls* späteren Zeiten für unser psychologisches und pathologisches Vorstellen nicht mehr die alles übertragende Bedeutung, ihre Strukturveränderungen sind uns nur mehr eines unter vielen Daten im histopathologischen Gesamtbild, wichtig sind uns wesentlich noch die nekrobiotischen Abwandlungsformen und mancherlei Einlagerungen; Glia und mesodermales Gewebe sind von *Nißl* selber in den Vordergrund gerückt worden, damit hat er im engeren Sinne die Histopathologie der Hirnrinde begründet und geschaffen, an der dann *Alzheimer* in sehr starkem Maße sich beteiligte.

Daß Geisteskrankheiten Gehirnkrankheiten sind, gilt uns so bestimmt und sicher nur noch für ein großes und wichtiges Grenzgebiet der Psychiatrie, die sog. hirnatrophen Prozesse (Paralyse, Lues cerebri, Hirnarteriosklerose usw.). Das ist das unstrittige Glanzgebiet der *Nißlschen* Histopathologie der Hirnrinde, diagnostisch für den Einzelfall post mortem, systematisch für die Abgrenzung der einzelnen hirnatrophen Prozesse untereinander sowie ihrer Gesamtheit von den übrigen Psychosen. Was hier geschaffen ist, verdanken wir *Nißl*; die

moderne Psychiatrie ist ohne die Forschungsergebnisse von ihm und von seinen unmittelbaren Schülern kaum noch denkbar.

Dagegen ist das große Zentralgebiet der Psychiatrie, die Masse der sog. einfachen Seelenstörungen, von diesen Forschungsergebnissen so gut wie nicht berührt worden; zum mindesten ist hier histopathologisch ganz gewiß bisher nichts zutage gefördert worden, was nur annähernd mit der gleichen apodiktischen, letztinstanzlichen Sicherheit die klinische Diagnostik und Systematik beherrschte, wie dort. Wir müssen uns bisher zufrieden geben mit diesen oder jenen Hinweisen und mit einzelnen Wahrscheinlichkeitsfeststellungen, immer jedoch am Leitseil einer psychopathologisch-symptomatologischen Betrachtungsweise, nicht umgekehrt unter Führung histopathologischer Daten.

Die Frage nach der Bedeutung der Nißlschen Histopathologie für die derzeitige klinische Psychiatrie ist mit diesen Sätzen zu beantworten. Man bemängelt sie besser nicht durch Hinweise auf mögliche spätere Befunde.

Man hat jüngst Nißls Methodik ausgedehnt auf die „tieferen“ Teile des Gehirns, um möglicherweise dort anatomische Korrelate für diese oder jene Krankheitsgruppe zu finden; bisher auch ohne brauchbaren Erfolg. Es fehlt zudem an einem neuen Nißl, der mit derselben Sorgfalt und Zuverlässigkeit erst einmal die normal-histologischen Grundlagen schüfe.

Die bloße Verbreiterung der Arbeitsangriffsfront mit immer der gleichen Methodik ist wahrscheinlich nicht einmal im Sinne Nißls, der selber in seiner letzten Schaffensperiode bereits wieder ganz andere Wege gegangen war.

Auf dem weiten Gebiet der hirnatrophen Prozesse werden Nißls Nacharbeiter zu den bereits entdeckten noch viele neue Einzelheiten zutage fördern können. Daß die einfachen Seelenstörungen in demselben Sinne Hirnrindenkrankheiten, nur mit sehr viel weniger groben und massigen Veränderungen sind, wie die hirnatrophen Prozesse, haben wir längst angefangen zu bezweifeln; von der großen Dementia praecox-Gruppe wissen wir es zum mindesten nicht, von dem Formenkreis der manisch-depressiven Erkrankungen und sehr vielem anderen nehmen wir es nicht einmal als wahrscheinlich an.

Anatomische Befunde sind stets nur Korrelate, oder, mit Nißl zu reden, Äquivalente. Ein solches Korrelat, welcher Art auch immer es sei, genügt, wenn es konstant ist. Fleiß und Zufall können es uns möglicherweise bald einmal auch für diese oder jene Form oder Gruppe der einfachen Seelenstörungen in die Hände spielen. Deshalb haben wir, je nach Anlage und Neigung, die Wahl zwischen Pessimismus und Optimismus für die Zukunft der Hirnrindenhistopathologie, die ja letzten Endes nicht ihren Wert in sich trägt, sondern als Helferin der klinischen Psychiatrie.

Ein besonderes Teilgebiet der Hirnanatomie, die Cytoarchitektonik, hat in dem Maße, wie es geschehen ist, auch erst gefördert werden können durch die *Nißlsche* Methodik. Ihr Hauptschöpfer ist der viel zu früh verstorbene *Korbinian Brodmann* gewesen; er hat uns auf Grund äußerst gründlicher Untersuchungen etwa 40 Felder jederseits in der Großhirnrinde des Menschen abgrenzen gelehrt. *C. und O. Vogt* haben ihn übertroffen mit etwa 200 Feldern jederseits.

Physiologisch und klinisch besitzen wir ganz ausgezeichnete lokalisatorische Kenntnisse innerhalb einiger „Sinneszentren“ der Rinde, vor allem der Sehsphäre und der großen motorischen Region. Die Cytoarchitektonik hat die *äußeren* Grenzen dieser klinisch längst vorher festgelegten Gebiete bestätigen und zum Teil sehr viel bestimmter ziehen helfen. Für die minutiöse funktionelle Lokalisierbarkeit *innerhalb* dieser Gebiete sagt uns die Architektonik gar nichts, im Gegenteil sie weist uns vollkommen *gleichen* Bau im gesamten Umfang je eines solchen Feldes auf. Wo andererseits Klinik und Experiment (*Ottfr. Förster*) in der nächsten und der näheren Umgebung der *Flechsigschen* Sinneszentren funktionell-lokalisatorische Hinweise geben, ist der Nachweis einer wirklich scharfen Übereinstimmung mit den unendlich vielen *Vogtschen* Feldern anscheinend noch nicht erbracht. *C. und O. Vogt* glauben sogar an die örtliche Gebundenheit aller *psychotischen* (!) Symptome an ihre Rindenfelder und hoffen von da aus auf die Möglichkeit einer ganz neuen lokalisatorischen Klassifikation in der Psychiatrie.

Solche extremen rindenlokalisatorischen Vorstellungen und Hoffnungen, nicht mehr allein auf physiologischem und hirnpathologischem, sondern auch auf psychischem und psychotischem Gebiet, muten merkwürdig an gegenüber der Richtung, welche die neueste klinische Hirnpathologie eingeschlagen hat (*Goldstein, Head* u. a.): die Störung der Grundfunktion weitgehend unabhängig von der Lokalisation der Herde und ihrer Art nach überall gleich, die Unterschiede wesentlich abhängig von der *Menge* des zerstörten Gewebes, ihre stärkste und reinste Ausbildung bei Stirnhirnläsion; ausgezeichnete Lokalisierbarkeit lediglich *in* den Sinneszentren und Motorien (Projektionsfelder *Flechsigs*); qualitative Unterschiede sonst nur durch die Lagebeziehungen zu diesen Zentren; d. h. überraschende Übereinstimmung mit den Lehren eines *Flourens*, der kurz vor der großen Zeit der hirnpysiologischen Entdeckungen dasselbe lehrte, der nur von den Sinneszentren und ihrer physiologischen Bedeutung noch nichts wußte. *Flourens* redivivus. Die Hirnrindenphysiologie ist, wie wir heute wissen, eine Physiologie der Projektionsfelder geblieben. Die restlichen größeren Teile der Hirnoberfläche widersetzen sich noch ganz oder fast ganz jeder speziellen lokalisatorischen Gliederung. Von einer Ortsgebundenheit psychischer Leistungen und psychotischer Störungen wissen wir nichts.

So hat uns *Nißl* ein festes Gebäude hingestellt, zu dessen weiterer Ausgestaltung wir Späteren dieses und jenes beigetragen haben. Wir besitzen damit eine ganz ausgezeichnete Stütze für unser Umgrenzen von hirnatrophischen Prozessen. Detaillierung und noch besserer Ausbau unseres Wissens auf diesem Gebiet, Erkennung und Abgrenzung weiterer, bisher noch wenig oder gar nicht bekannter solcher Prozesse wird durch Fleiß zu erreichen sein. Das Kerngebiet der Psychiatrie ist bisher davon so gut wie ganz unberührt geblieben. Möglich, daß hier unsere Problemstellung überhaupt grundsätzlich falsch ist, möglich aber auch, daß neue Forschungsgedanken uns bald einmal neue Resultate geben; dann müßten sie sich wahrscheinlich frei halten von allzu ängstlichem Kleben an *Nißl*, und würden damit gewiß in *Nißls* Sinne sein, der selber stets, wie wenig andere, in dem Besseren den Feind des Guten sah und einen Weg aufgab oder gar laut als falsch verscrie, auf dem er nicht weiter vorankam. Mit den cytoarchitektonischen Feststellungen vermag die klinische Psychiatrie vorerst nichts anzufangen.
