

Lai latviešu ārstu oriģinaldarbi atrastu ievēribu ārzemju literatūrā, Latviešu ārstu biedriba nolēmusi atļaut autoriem rakstu beigās dot īsu šatura formulējumu — vislabāki tēzēs — franču, angļu un vācu valodā, pēc autora izvēles. Redakcijai arī dota tiesība atsevišķos gādījumos uz autoru vēlēšanos ievietot oriģinaldarbus visplašāk izplatītās internacionālās valodās.

Par oriģinaldarbiem hanoraru nemaksās, bet autori saņems 20 darbu novilkumus. Pār referātiem no ārzemju literatūras un grāmatu apskatiem atlīdzinās pēc iespējas.

Redakcija.

Par slimības klinisko jēgumu. Kas ir slimība?

Prof. Dr. med. M. Zīlē, terapeitiskās fakultātes klinikas direktora iestāšanās lekcija, noturēta 1922. g. 30. apr. *)

Pie Melnās jūras krastiem saņēmis prieka vēsti, ka dzimtene mani sauc, es apzinājos, ka dzimtenes aicinājums man reizē uzliek ļoti smagu, lielas atbildības pilnu, bet arī skaistu pienākumu.

Latvija ir jauna valsts. Tās liktenis un nākotne atkaras no pilsoņu miesīgās un garīgās darbaspējas. *Mens sana in corpore sano.* Tāpēc medicīnai, ārstu darbībai uzlikta liela atbildība.

Bet terapeitiskā zinātnē, kuņā man būs jāstrādā, valda daudz neskaidrības. Indukcija, empirija sakrājusi pār pārim bagātu materialu, bet nav vēl noskaidrojušies terapeitiskie pamatjēgumi. Ievērojot to, ka kliniskais skolotājs, kas pareizas vai nepareizas mācības izplata, ir vairāk atbildīgs par slimnieka likteni, nekā ārsts, kas padomu dod, es sevi jautāju: ar ko lai iesāku savu pirmo lekciju?

Ar katru gadu manī vairāk un vairāk nostiprinājas pārliecība, ka mums terapijā jāmeklē jauni ceļi. Šai lekcijai tāpēc jānoskaidro tie vadošie motīvi, kas valdis visā manā kliniski pedagoģiskajā darbībā, jāfiksē tie pamatjēgumi, bez kuņiem zinātniskā terapija nav vairs domājama.

Mana lekcija aizņems divus pamatjautājumus, kuņi galu galā tomēr saplūdis vienā vienīgā: Kā atrodams no diagnozes ceļš uz terapiju? Kas ir slimība?

Kamēr vien ārsti ar ārstniecību nodarbojas, meklē katru dienu ceļu no diagnozes uz terapiju. Varētu sagaidīt, ka katrs šī ceļa sikums, katrs likums zināms, maldu tekas sen jau izpētītas, vienīgi īstais ceļš jau atrasts. Tomēr tā nav. Vēl arvien stāvam tālu no pilnīgas šī ceļa pazišanas. Kliniskie skolotāji gan arvien aizrāda, ka tikai pareiza diagnoze var novest pie racionālas terapijas, gadu no gada aizrāda, cik liela nozīme vecu vecajam izteicienam „*qui bene diagnoscit, bene curat*“, bet tie paši klinicisti savās mācības grāmatās nedod nekādu loģisku izskaidrojumu par terapijas atkarību no diagnozes. Visās vietās uzsvērdami, ka katra ārsta ideāls ir stingri individualizēta terapija un ka tā

*) Dienzēl telpu aprobežojuma dēļ raksts bija jāsaīsina, kamdēļ tas pa daļai zaudēja savu īpatnējo svabādās runas raksturu.

Redakcija.

atkal atkarājas no pareizas diagnozes, šie paši autori daudzkārt paliek parādā atbildi, kā tad šī individualizēšana jāsaprot un kā individualizēšanu izdara? Pēc terapeitisko metožu aprakstījuma ārsts grāmatās lasa stereotipo frāzi: „neizmirsti stingri individualizēt!“ Bet velti viņš šai prasībai meklē izskaidrojumu un katrā atsevišķā slimības gadījumā viņš tad pēc sava paša prāta mēģina atrast loģisku sakaru starp diagnozi un terapiju, sekojot pareizai domai, ka tādām vajadzētu būt. Tādus apstākļus nevar atzīt par normaliem. Tāpēc prasama revīzija kliniskiem uzskatiem.

Klinicistam jādibina savi šlēdzieni uz citu disciplīnu pētījumiem, kurus viņš nespēj pilnīgi pārredzēt. Viņam jāpārredz anatomija, fizioloģija, fizioloģiskā ķīmija, farmakoloģija, patoloģiskā anatomija, vispārējā patoloģija, bakterioloģija, higiēna, psiholoģija, descendences mācība, — jāpārziņ visa medicīna un prāva daļa no bioloģijas. Katra no šīm disciplīnām dod savas nozares rezultātus no sava viedokļa. Un šis viedoklis nav vienāds pie visiem kādas disciplīnas pārstāvjiem. Nereti tas tik dažāds, cik disciplīnā vadoņu. Kad nu šie pētītāji dara kļūdas, tad klinicists un ārsts dabū no viņiem maldīgas mācības un nespēj praksē katru reizi pareizi kvalificēt šo rezultātu vērtību. Ko te klinicists lai dara?

Klinicistam savā darbā ar slimniekiem katru dienu jāmeklē ceļš no diagnozes uz terapiju. Diagnozes un terapijas objekts ir slimība. Tāpēc, meklējot no diagnozes ceļu uz terapiju, vispirms jānoteic: kas ir slimība?

Kurā no medicīniskajām disciplīnām te būtu *ex officio* jānodod klinikai pieņemamā formā izskaidrojums? Bez svārstīšanās te ārsti daudzkārt atbild, ka šis uzdevums piederot tikai patoloģiskai anatomijai, jo gandrīz no visām katedrām, kopš Virchovs nodibinājis celularpatoloģiju, sludinot *urbi et orbi*, ka medicīnisko domu vispārējam pamatam vajagot būt patoloģiskai anatomijai un tāpēc vispirms tai jāmacot, ko nozīmē vārds slimība.

Riberts, viens no Vācijas patoģu anatomu vadoņiem, deva savā darbā „Das Wesen der Krankheit“ 1909. g. šādu slimības definīciju: „Slimība ir pamazinājušos dzīvības procesu kopums. Tie pamazinājas, ķermeņa uzbūvē aiz piemērošanās trūkuma norisinoties pārgrozībām.“ Pieņemtam varam tikai otro šīs definīcijas daļu, bet pirmā daļa nesaskan ar kliniskajiem uzskatiem un ir tāpēc ārstami nederīga. Tāpat nepieņemama ir Riberta tēze, ka „slimība nekad neatkaras tieši no pastiprinājušās šūniņu darbības, bet tikai no pavājinājušās.“ Nekad nav jāizmirst, ka dzīvības parādības, lai tās būtu normālas vai nenormālas, mēs varam saprast tikai no to totalitātes un savstarpējās atkarības viedokļa, jo mūsu organisms ir daudzkārtējās atkarības sistēma, relācijas sistēma. Mēs nespēsīm novērtēt kāda organa funkciju, ja nevarēsīm izskaidrot sakaru, relāciju starp to un citiem orgāniem. Šūniņas un orgāni nedzīvo patstāvīgu dzīvi. Organismam ir daudzkārtējās attiecības ar katru atsevišķu orgānu un katrs orgāns iespaido savukārt organismu visumā. Cilvēka organismā ietilpst zināmās robežās svārstīgs enerģijas kvantums un dzīvības process iespējams tikai tā, ka organisms tiecas uzturēt savu enerģijas kvantumu zināmās optimālās, sev labvēlīgās robežās. Vienā vietā darbībai samazinoties pavairojas darbība otrā vietā, jo citādi nevarētu saprast, ka slimības var izdziedēties. Ja Riberta definīcija būtu pareiza, tad katra slimība īsā laikā novestu pie nāves, katra slimība būtu jau agonijas iesākums.

Te piemēram lai minama — *insufficiētia mitralis*. Pieņemsim, ka kādā iepriekš pavisam veselā cilvēkā aiz infekcijas vai traumatiska satriekuma vai fiziskas pārpūlēšanās strauji būtu izcēlies tāds sirdsdefekts, ka sirds vārstēm vairs cieši neslēdzoties pie katras sirds sistoles caurmērā tikai viens asins piliens raidītos no sirds ventrikula atpakaļ sirdspriekšīnā. Te būtu tas, ko Riberts sauc par pamazinājušos dzīvības darbību. Bet kas notiktu, ja te būtu tikai samazinājusies šūniņu darbība un tūlīt nenotiktu kompensācija, nepavairotos darbība — citā vietā? Tādai sirdij vienā minūtē 60 reiz savelkoties raidītos sirdspriekšīnā atpakaļ 60 pilieni jeb apm. 4 ccm. Pēc vienas stundas būtu no sirds ventrikula atvirzīti priekšīnā atpakaļ 240 ccm., bez tām asinīm, ko pieved *venae pulmonales*. Ja tā tas varētu turpināties, tad pēc 10 stundām būtu atvirzīti priekšīnā 2400 ccm. Droši vien tad priekšīņas sienas jau sen būtu pārplisušas.

Nemsim otru piemēru — infekcijas slimības. Ja to īpatnība būtu tikai dzīvības procesu pamazināšana, tad nebūtu nevienas infekcijas slimības, kas varētu izdziedēties, tad visas tās drīz novestu pie nāves. Bet ar visiem tiem antitoksīniem, aleksīniem u. t. t., kas šais slimībās rodas, saistas paaugstināti dzīvības procesi, vispirms pavairota asins pieplūšana. Bez šīs dzīvības procesu paaugstināšanās visas inficētās šūniņas ātri nobeigtos un būtu ātri jāuznāk nāvei. Ne jaušmas mums tad nebūtu no infekcijas slimību gaitas un variācijām, kādas mēs tagad novērojam. Un ja pie *insufficiētia mitralis* nebūtu nekādas kompensācijas, nekādu paaugstinātu dzīvības procesu, arī tad mums nebūtu ne jaušmas no visām tām patoloģiskajām sekām sirds kreisajā un labajā pusē, plaušās un aknās u. t. t., kuŗas patoloģiskā anatomija mums varēja aprakstīt tikai tādēļ, ka slimība ir samazinājušos un palielinājušos dinamisku procesu kopdarbība, nevis tikai pamazinājušos procesu kopsuma.

Vēl būtu ieruna pret Riberta slimības definējumu. Sacīdams, ka slimības atkaras no pārgrozībām organisma uzbūvē, viņš domā anatomiskas pārgrozības. Te jāņem vērā, ka katra anatomiska pārgrozība ir morfoloģiska pārgrozība, t. i. šūniņu ārējā veida un redzamā sastāva pārgrozība. Ja šūniņām būtu morfoloģiskā struktūra nepārgrozīga, tad šūniņa nemaz nebūtu spējīga darboties. Kad muskula šūniņa strādā, tā savelkas, t. i. groza savu izskatu. Sparīgi darbojoties pastiprinājas uzturas vielu asimilācija, šūniņā ietiecas arvien jaunas vielas, pārgrozās tur, sakrājas un atkal izraidas. Šūniņa tā paliek te lielāka, te mazāka un mainas tās kolloidraksturs. Cik ilgi šūniņa dzīvo, bez pārtraukuma tajā notiek pārgrozības, izpauzdamās, protams, arī morfoloģiskā ziņā. Neviena šūniņu funkcija nav domājama bez nemitīgas morfoloģiskas jeb anatomiskas pārgrozīšanās. Šīnī ziņā neeksistē nekādas funkcionālas slimības, t. i. slimības bez anatomiskām pārgrozībām, bez morfoloģiskiem pamatiem.

Virchovs uzsvēra, ka pie slimības arvien pieder patoloģiski-anatomiski pārgrozījusies, jau saslimusi šūniņa. Bet savu morfoloģisko strukturu groza arī katra strādājoša un vesela šūniņa. Līdz nogurumam uztrauktai tai pārmainas anatomiskais izskats redzamā mērā. Tomēr te vēl nerunājam par saslimušu šūniņu, jo pēc neilgas atpūtas tā morfoloģiski un fizioloģiski redzējas līdz normalas šūniņas variācijas platumam.

Citādi ir ar saslimušu šūniņu: pēc notikušā uztraukuma tās redresibilitāte ir cietusi. Pēc akūtām slimībām irredresibilitāte ilgst dažas dienas vai nedēļas, bet ilgstošās slimībās saslimušo šūniņu vairākums nemaz vairs nevar atgriezties morfoloģiskās normas stāvokli. Tomēr saslimusi šūniņa vēl nav slimība! Bieži atrodam anatomiski pārgrozītas šūniņas un šūniņu kompleksus, kas pavisam neredresējas. Tomēr pavisam nav vajadzīgs, ka indivīds ar tādām pārgrozībām ikreiz jau būtu uzskatams par kliniski slimu.

Tā tad patoloģiskā anatomija no sava viedokļa nav spējīga dot tādu slimības jēguma definējumu, kas mūs apmierinātu. Ari no vispārējās patoloģijas, cik man no literatūras zināms, mēs līdz šim veltīgi gaidām tādu izskaidrojumu. Paliek mums vēl tikai viena instance — klinika pati.

Kliniskais domu gājiens te daudzkārt lieto simbolu „ciņa“. Šis simbols var noderēt par ļoti labu „darba hipotēzi“. No šī viedokļa praktiskais ārsts izšķir terapeitiski apkarojamās parādības no pabalstamām. Kara laikā ir ārējās relācijas kaņojošām valstīm daudzkārt stipri traucētas, pat pārtrauktas, bet iekšējās korelācijas gandrīz uz visām pusēm pastiprinātas. Tāpat arī slimnieka relācijas uz ārieni ir sašaurinājušās, bet viņa iekšējās funkciju relācijas, iekšējās korelācijas deficitu neuzrāda. Pavisam otrādi: daudzas no šīm iekšējām korelācijām ir stipri paaugstinātu dzīvības procesu parādības; visādā ziņā ir manāmi grozījies to raksturs. Un organisma darbība cieš, sevišķi uz ārieni, jo indivīds var to darbību, pie kādas viņš pieradis vesels būdams, tikai tad veikt, ja pastāv zināma organu funkciju korelāciju platība. Slimību tāpēc raksturo nevis tas, ka kāda organa funkcijas ir samazinājušās, bet ka organu funkciju korelācijas ir traucētas. Slimība ir korelācijas traucējums!

Senāk, kad medicīnā vēl nevaldīja patoloģiski-anatomiskais viedoklis, uzskatīja slimību par funkciju traucējumu. Tā uzskatīja to jau Hipokrāta laikā. Lai gan šis uzskats ir pareizs, tomēr šī problēma kodolu tas neaizķer. Te paskaidrojumam lai noder *achylia gastrica simplex*. Mēs zinām, ka dažiem cilvēkiem var pavisam trūkt kuņģa sulas, lai gan kuņģa gļotādiņa nav saslimusi. Tādi cilvēki var tomēr būt pilnīgi veseli un pat gadiem arī veseli palikt, jo to darbu, ko kuņģis nevar izpildīt, uzņemas citi gremošanas organi. Tā tad pat pilnīgs funkcijas trūkums vēl nenozīmē slimību.

Līdzīgi ir ar patoloģiski-anatomiskām pārgrozībām. Piemēram — arterioskleroze. Pēc 40. mūža gada var pie daudziem kliniski pierādīt sklerotiskas pārgrozības dažās arteriju nodaļās: aorta ir jau mazliet paplašināta, deniņu un radialarterijas cietākas, nekā normalās, un likumainas. Un tomēr daudzi no šiem indivīdiem pavisam nav slimī. Viņi var, pilnīgi veseli jūzdamies, sasniegt lielu vecumu. Senāk mēdza teikt, viņi gan esot veseli funkcionālā ziņā, bet anatomiskā ziņā pavisam slimī. Vai tas nav liels jēgumu sajukums?

Slimība ir korelācijas traucējums. Katrā individā ir 3 korelāciju veidi: viens veids saistas ar cirkulācijas šķidrumu (hormoni), otrs aptver reflektoriskās, trešais mechaniskās attiecības (pamazināts vai pastiprināts atsevišķu organu un audu abpusējs spiediens). Savā starpā šīs korelatīvās atkarības kombinējas kvantitatīvi un kvalitatīvi ļoti variablā kārtā. Sevišķi klīnicistam un ārstam ir tāds slimības jēguma definējums derīgs.

Ja sltmību raksturo korelācijas traucējums, tad ir vērtīgi disputēt par to, vai sastopamas arī tīras funkcionālas slimības, t. i. slimības bez patoloģiski-anatomiskiem traucējumiem. Sprotams, ka ir slimības bez patoloģiski-anatomiskiem traucējumiem. Nevar teikt, ka organisms vienīgi funkcionālā ziņā slims, nedz arī vienīgi anatomiskā ziņā. Kliniski tas saslīkst tikai korelacionālā ziņā, t. i. organu funkciju savstarpējām normālām attiecībām pieņemot līdz tam neparastu raksturu.

Ikkatra organa iedzimtā funkcijas spēja ir ļoti variabla. Runādami par stipriem un vājiem organu audiem domājam, ka zināmu audu funkcijas spēja citiem cilvēkiem lielāka, citiem mazāka. Šūniņu satura kvalitāte un kvantitāte var būt mazvērtīga. Katram veselam organam ir savs iedzimtības determinētais vidējais funkcijas variācijas platums. Darbojoties katra organa funkcija svārstas augšup un lejup ap vidējo līmeni, bet šis vidējais līmenis ir dažādiem indivīdiem dažādā augstumā. Kāda vesela organisma darbs, ko tas zināmā laikā un zināmos apstākļos padara, ir atsevišķo organu darba kopsoma. Ik atsevišķā organa darbs atrodas noteiktā attiecībā pret visa organisma darbu. Atkarībā no organisma darba mainīgā lieluma ir ik atsevišķā organa darbam ik atsevišķā gadījumā zināms optimāls variācijas platums. Lai organisms veselības robežās normali funkcionētu, jābūt zināmai funkciju atkarībai, zināmai korelācijai pašu organu starpā un starp orgāniem un visu organismu. Jo optimālākas šīs korelācijas, jo veselīgāks organisms.

Bet konstitūcijas patoloģija māca, ka daudziem cilvēkiem zināmu organu darba spēja nesasniedz optimālo līmeni, jo aiz iedzimta vai mantota audu vājuma tie ir funkcionālā ziņā mazvērtīgi. Piem. tā saucamā „sirdsneiroze“, ko dažkārt novēro pie jauniem cilvēkiem starp 15. un 20. gadu. Pa lielākai daļai tie ir indivīdi, kas piepēši iesāk stipri augt un pēc 1—2 gadiem sasniedz negaidītu garumu. Sirds traucējumus te izskaidro šādi: savā augšanā samērā ar citiem orgāniem stipri aizkavēdamās, sirds te attīstās mazvērtīga. Skrienot, vingrojot, kāpjot, uztraucoties viņi sūdzas par stipru nogurumu, sirdspukstēšanu, īsu elpošanu, nereti par sāpēm sirdsvietā. Viss tas ir korelācijas traucējumi starp sirdi un asinsvadu funkcijām, starp sirdi un elpojamiem orgāniem, starp sirdi un sensoriskiem aparātiem u. t. t. Šie korelācijas traucējumi ir visa viņu slimība. Sirdij vēlāk pieaugot un ievērojot pareizu profilaksi var atkal rasties normalas korelācijas un pilnīga veselība. Šāda sirds gan atšķiras anatomiski (t. i. morfoloģiski) no spēcīgas sirds, bet nav vajadzīgs, ka tā uzrāda patoloģiski-anatomiskas pārgrozības. Ka ar laiku arī patoloģiski-anatomiskas pārgrozības var ierasties daudzās tādās sirdīs, piem. sirds palielināšanās ar visiem blakus simptomiem, tas katram ārstam zināms. Normalais anatomiskais stāvoklis nemanot te pāriet patoloģiski anatomiskajā.

Šis piemērs izvirza jautājumu, vai daudzas no tā saucamajām neirozēm nav jāuzskata par šādiem korelācijas traucējumiem. Liekas, ka tikai nepareiza premise liek te meklēt pēc patoloģiski-anatomiska substrata.

Pamatojoties uz līdz šim sacīto nākam pie šādiem gala slēdzieniem: Var būt slimības, lai gan organu šūniņas fizioloģiski veselās. Un var būt pilnīga veselība, lai gan šūniņas anatomiski slimas. Slimība sākas tikai tad, kad organu funkciju korelācijas traucējums sasniedz zināmu

pakāpi. Šis pakāpes augstums ik gadījumā mainas ik pēc iedzimtības, pēc ārējiem apstākļiem vai patoloģiski-anatomiskiem traucējumiem.

Slimību definējot kā korelācijas traucējumu, mēs vairs nejautājam, kas ir slimības cēlonis, bet — kādi ir zināmā korelācijas traucējuma noteikumi. „Noteikumu“ vietā varam — sekojot Heringam — lietot vārdu „koeficients“. Korelācijas traucējuma pamati ir trīs kvalitatīvā un kvantitatīvā ziņā variabli koeficienti: pirmais ir konstitūcija, otrs ārējie apstākļi, trešais — patoloģiski anatomiskais koeficients. Korelācijas traucējums ir vispārīgais slimības jēgums, bet koeficients aizrāda uz slimības raksturu. Fizioloģijai jānoskaidro normālās un optimālās korelācijas, patoloģijai jāizdibinā korelācijas traucējumu nosacījumi, klinikai jānāca korelācijas traucējumus pazīt un terapeitiski apkarot.

Kad nu atkal jautājam, kur meklējams ceļš no diagnozes uz terapiju, tad tagad varam atbildēt, ka šis ceļš ved vienīgi pār jēgumu, kas dod klinikai noderīgu slimības definīciju. Es domāju, ka slimību uzskatīdami par korelācijas traucējumu esam atraduši šo noderīgo izskaidrojumu. Šis izskaidrojums var nest augļus visās klīniskās disciplīnās. Bet lai tos varētu sasniegt, vispirms vispusīgi jāizpēti ne tikai patoloģiskās, bet arī fizioloģiskās korelācijas.

Bet ne tikai ārstam un patologam savs slimības jēgums. Lai iedomājamies kāda mākslinieka domu gājienā un mēs sapratīsim, ja viņš sacīs, ka slimība ir drama, ka slimība ir pasaules rituma disharmonija, kas sasniegusi aritmiju, un viņam no sava viedokļa taisnība.

Jautājot slimniekus pašus, kas pēc viņu uzskata būtu slimība, viņi vienbalsīgi atbildētu; slimība ir ciešana, slimība ir mokas. Būt slimam nozīmē murgot karsonī, ciest sāpes, cīnīties ar elpas trūkumu u. t. t. Viss tas ir organu savstarpējo funkciju traucējumi, korelācijas traucējumi.

Pēc vecajiem uzskatiem bija terapeitiskai klinikai savi klausītāji, nākošie ārsti, tikai jānāca dziedēt slimniekus, vismaz viņu ciešanas mazināt jeb atvieglināt. Tas ir tiešām augsts ārsta uzdevums. Bet ar to vēl neizbeidzas ārsta pienākums. No visām terapeitiskām metodēm it īpaši viena terapeitiskai klinikai stipri jāievēro. Tā ir profilaktiskā metode. Jāmāca nevien ārstēt slimības, bet arī, kā no tām var daudz kārt aizsargāties. Terapeitiskas klinikas uzdevums ir rādīt un pierādīt, ka no daudzām bēdām un vaimanām var izbēgt, kad no mazām dienām cilvēkus pieradina racionāli kopt savu miesu. Lieli mūsu uzdevumi mūsu dzimtenes attīstībā. Miesas spēks un garīga veselība, tie ir tie pamati, uz kuriem ceļama tautas labklājība. Dodami vispusīgas attīstības iespēju, mēs darīsim īsti patriotisku darbu.

Man atvieni paliks atmiņā tēls, kuŗu es redzēju beidzamā internacionālā higiēniskā izstādē. Apmeklētājs iegāja vispirms lielā zālē, kur nekas cits nebija redzams, kā iepretim zāles galā milzīgs, spēcīgs, skaists Herkuls, kas rokas uz augšu pacēlis skatas uz sauli. Virs statujas lielos burtos bija lasams: „Nav tādas bagātības, kas lidzinātos tev, veselība!“

Über den klinischen Krankheitsbegriff. Was ist Krankheit? Prof. Dr. med. M. Sihle, Direktor der therapeutischen Fakultätsklinik zu Riga (Autoreferat).

Jeder denkende Arzt sucht täglich den Weg von der Diagnose zur Therapie. Drei Grundbegriffe sind es, mit welchen er zu operieren hat: die Begriffe der Krankheit, der Diagnose und der Therapie. Unter diesen ist der Krankheitsbegriff

der souveränste, denn Diagnose u. Therapie existierten nicht, wenn es keine Krankheit gäbe.

Der Weg von der Diagnose zur Therapie führt einzig und allein über den Begriff, welcher uns eine für den klinischen Standpunkt brauchbare Erklärung der Krankheit liefert.

Die Meinung vieler Ärzte, dass die Erläuterung dieses Begriffes der pathologischen Anatomie zustehe, ist verfehlt und als eine Suggestionsnachwirkung der falsch verstandenen Virchowschen Lehre aufzufassen, nach welcher die patholog. Anatomie die Grundlage alles ärztlichen Denkens sei. Ribbert hatte die Lehre aufgestellt, dass „Krankheit die Summe der herabgesetzten Lebensvorgänge“ sei, wobei er besonders betonte, dass die gesteigerten Lebensvorgänge nicht als krankhaft gelten könnten.

Ribbert begeht den Irrtum, dass er eine Teilwahrheit als Ganzwahrheit hinstellt. Es ist keine Krankheit ohne gesteigerte Funktionen (Kompensationen) denkbar. Wenn z. B. bei einer akuteinsetzenden Mitralinsuffizienz die Krankheit nur in herabgesetzten Lebensvorgängen bestände und keine erhöhten (kompensatorischen) Funktionen mitspielten, so würde das betreffende Individuum in wenigen Minuten resp. Stunden all sein Blut rückwärts ins Venensystem gepumpt haben. Alle solche Fälle müssten baldigst zum Tode führen und wir hätten keine Ahnung von den konsekutiven anatomischen Veränderungen im linken Herzen, in der Lunge, im rechten Herzen, in der Leber etc. etc., welche uns die patholog. Anatomie nur deshalb beschreiben konnten, weil die Krankheit eben nicht die Summe der herabgesetzten Lebensvorgänge ist, sondern ein Zusammenwirken verminderter und erhöhter dynamischer Prozesse.

Wenn eine Infektionskrankheit nur aus herabgesetzten Lebensvorgängen bestände, so müsste sie in kurzer Zeit zum Tode führen, denn die Bildung von Antitoxinen, Alexinen etc., welche die Dauer und den Charakter der Krankheit mitbestimmen, sind an erhöhten Lebensvorgängen, vor allen Dingen an vermehrter Blutzufuhr gebunden. Ohne diese erhöhten Lebensvorgänge wären alle infizierten Zellen alsbald vergiftet und der Tod unvermeidbar. Wir hätten keine Ahnung von all den Variationen des Verlaufes einer Infektion, wie wir es jetzt kennen.

Da weder die patholog. Anatomie, noch die allgemeine Pathologie bis jetzt im Stande gewesen sind, die für klinische Zwecke brauchbare Krankheitsdefinition zu geben, muss die Klinik selbst es versuchen.

Der Arzt operiert vielfach in pathologischen Fragen mit den Symbolen „Kampf“ oder „Krieg“. Der Krieg kann aber nicht als eine Summe herabgesetzter Lebensvorgänge, z. B. tochter und verwundeter Soldaten bezeichnet werden. Auch wenn die Beziehungen des Staates zur Aussenwelt stark beeinträchtigt sind, so sind doch die inneren Lebensvorgänge und Wechselbeziehungen der staatlichen Institutionen ad maximum gesteigert.

Auch der Kranke ist nach aussen weniger leistungsfähig geworden, doch die inneren Wechselbeziehungen der Funktionen, die inneren Korrelationen seines Organismus sind durchaus nicht alle im Defizit, sondern viele von ihnen sind intensiv gesteigert. Doch der Charakter der inneren Korrelationen ist in jedem Falle ein wesentlich anderer geworden, als in der Gesundheit.

Klinisch aufgefasst ist also Krankheit — Korrelationsstörung. Drei Hauptmöglichkeiten von Korrelationsstörungen sind zu unterscheiden. Die eine Art ist an die Zirkulationsflüssigkeit (Hormone, Stoffwechselschlacken etc) gebunden, die andere wird reflektorisch durch das Nervensystem unterhalten, die dritte wird mechanisch bedingt (gegenseitiger Druck der Organe oder Gewebe). Die genannten Korrelationsabhängigkeiten sind niemals isoliert zu denken, sondern sie kombinieren sich stets untereinander, quantitativ und qualitativ, in sehr variabler Weise.

Wir erkranken nie rein funktionell oder rein anatomisch, wir erkranken stets nur korrelativ. In der Definition der Krankheit als Korrelationsstörung findet auch das Kausalproblem schliesslich seine Erledigung.

Die Physiologie hat die normalen und optimalen Korrelationen der Körperfunktionen zu erläutern, die Pathologie hat zu untersuchen, welches die Bedingungen sind, die zu Korrelationsstörungen führen, die Klinik hat zu lehren, wie man Korrelationsstörungen erkennt und wie man sie therapeutisch beeinflusst.