

F-260
1925

11 (მედი)

გამოცემის წელი მეორე.



თანამედროვე

მედიცინა

ყოველთვიური სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალი

№ 5

მ ა ი ს ი

1925



ცფილისის უნივერსიტეტის უმცროს მასწავლებლთა კოლეგიის გამოცემა

ტ ფ ი ლ ი ს ი



გრიკელდება ხელის მოწერა 1925 წლისათვის

ეოველთვიურ სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალზე

„თანამედროვე მედიცინა“

ჟურნალი გამოვა იმავე პროგრამით, როგორც
თაც გამოდიოდა 1924 წ. განმავლობაში.

ჟურნალში შემდეგი განყოფილებებია:

თეორიული და კლინიკური მედიცინა, საზოგადოებრი-
ვი მედიცინა, მიმოხილვები, კორესპონდენციები, რეფე-
რატები, ბიბლიოგრაფია და ქრონიკა.

ჟურნალში მუდმივად თანამშრომლობენ ტფილისის
სახელმწ. უნივერსიტეტის პროფესორები, ასისტენტები და,
გარდა ამისა, პროვინციული ექიმებიც.

ჟურნალის ფასია:

1 წლით	10 მან.
1/2 წლით	5 მან.
ცალკე ნომერი	1 მან.

გამოვიდა გასასყიდად
პროფ. ალ. ალადაშვილის

— ახალი წიგნი —

„კლინიკური რეცეპტები“.

სტუდენტთა და ექიმთათვის

ჟურნალ „თანამედროვე მედიცინის“ გამოცემა.

ფასი 1 მ. 30 კ.

F-260
1925

61(05)
თ-20.



გამოცემის წელი: 1925 წლის 1-2 ნომერი

თანამედროვე მედიცინა

ყოველთვიური სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალი

№ 5

ს ა რ ი

1925



ცდილისის უნივერსიტეტის უმცროსი მასწავლებელი კალეგორიის გამოსცემის

ტ ფ ი ს ი



თანამედროვე მედიცინა № 5

(შინაარსი)

88

I. თეორიული და კლინიკური მედიცინა.

1. პროფ. გ. ღამბარაშვილი, ტალახის აბაზანებით მკურნალობის საკითხისათვის 251

2. პროფ. ალ. ალადაშვილი, ფილტვების ტუბერკულოზის დასაწყისი ფორმების დიაგნოსტიკა 271

3. ნ. ყიფშიძე, Balantidium coli და მისი პათოლოგიური მნიშვნელობა 283

4. გ. რუსიშვილი, ოსტეომალაციის მკურნალობა Bossi-ს და Fehling-ის მეთოდებით 297

II. საზოგადოებრივი მედიცინა

1. დ. ნაზაროვი, სარწყავი არხები და მათი გავლენა მალარიის გავრცელებაზე ქუთაისის მაზრაში 319

2. ს. აბულაძე, მალარიის ზეგავლენა თელავის მაზრის მოსახლეობის მოძრაობაზე 327

III. პრაქტიკული თერაპია 331

IV. კორესპონდენციები 335

V. ბიბლიოგრაფია

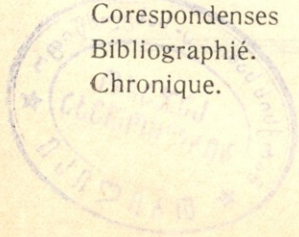
VI. ქრონიკა

1925 *Thanamedrové medecina* № 5.

(Médecine contemporaine)

Sommaire:

1. Prof. G. Gambarachwili. Sur le traitement par des boues minerales.
 2. Prof. A. Aladachvili. Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire.
 3. N. Kipchidzé. Balantidium coli et son rôle pathologique.
 4. G. Roussichvili. Traitement de l'ostéomalacie par la méthode de Bossi et Fehling.
 5. D. Nasaroff. L'influence de l'arrosage sur la propagation du paludisme en Georgie occidentale.
 6. S. Abouladzé. L'influence du paludisme sur la population du district de Thélavi.
- Pratique courante.
 Corespondenses
 Bibliographié.
 Chronique.



ქართული

პროფ. გ. ლამბარაშვილი.

საქართველოს ჯანსაჩქომის ფიზიო-თერაპიული ინსტიტუტის და ტფილისის უნივერსიტეტის გინეკოლოგიური კლინიკის გამგე.

ტალახის აბაზანებით მკურნალობის საკითხისათვის*).

მიუხედავად იმისა, რომ სამკურნალო ტალახით წამლობა არსებობს უკვე მრავალი საუკუნე, უძველეს დროიდან აქამდე გაბატონებულია ამ დარგში ჯერ კიდევ ემპირიზმი: თვით ძირითადი საკითხები პრინციპიალური ხასიათისა მეცნიერულად ან არ არის სრულიად გაშუქებული, ან გაშუქებულია მხოლოდ ცალმხრივად. უმნიშვნელოვანესი საკითხი, თუ რაში მდგომარეობს ტალახის სამკურნალო ძალა, ჯერ კიდევ ბურუსშია გახვეული. მხოლოდ 15 წლის წინეთ Lapin-ი სწერდა, რომ „რუსეთის ბალნეოლოგია ამ უამად წარმოადგენს პრაქტიკულ დაკვირვებათა და ემპირიულ ცნობათა უსისტემო კრებულს მხოლოდ ოდნავ გაშუქებულ მიუდგომელი მეცნიერების შუქით“.

ტალახის თერაპიული მოქმედების ასახსნელად არსებობს, როგორც ცნობილია, სამი ჰიპოტეზა: თერმიული, ქიმიური და მექანიკური. თერმიულ ჰიპოტეზის მომხრედ ითვლებიან Jacob-ი, Leichtenstern-ი, Fellner-ი, Богословский, Покровский, Предтеченский და სხვ. Покровский-მ 1890 წ. შედარებითი ცდები გააკეთა საერთო ტალახის და თიხის აბაზანების ფიზიოლოგიური მოქმედების შესახებ და იმ დასკვნამდე მივიდა, რომ ტალახით მკურნალობის „საუცხოვო თერაპიული ეფექტი დამყარებულია ტალახის ქიმიურ შემადგენლობაზე და არა, არამედ მარტო მის ფიზიკურ თვისებებზე: ცუდი სითბით გამტარებლობაზე და სითბით ტეობაზე“.

წყალი თუმცა სითბოს ცუდი გამტარებელია, მაგრამ მისი ნაწილების მუდმივად გადანაცვლების და მაღალ სითბოტეობის გამო, იგი უცბად აძლევს სითბოს, რის გამოც წყლის აბაზანა, ტემპერატურით უკვე ცოტად მაღალი, ვიდრე სხეულის ტემპერატურაა, აღიზიანებს და თითქმის ტანსაც წვავს. ფიზიკური თვისებებით (პლასტიობა, ხვედრი წონა, სითბოტეობა, სითბოტეობა) ტალახი და თიხა ძალიან გვანან ერთმანეთს, ერთნაირია აგრეთვე მათი ფიზიოლოგიური ეფექტიც (ტემპერატურა, მაჯისცემა, სუნთქვა, სისხლის წნევა, ოფლის დენა და სხვ.) მიღებულ დაკვირვებამ 34 ავადმყოფზე, რომელნიც თიხის აბაზანებით აქიმობდნენ დაარწმუნა Покровский, რომ „მიღებული წამლობის შედეგები თითქმის იმდაგვარია, როგორც ტალახით წამლობის შემდეგა“.

Aschenbuch-ი, Reinl-ი და სხვ. მთავარ მნიშვნელობას ტალახის ქიმიურ შემადგენლობას აწერენ. მაგრამ როგორი ნივთიერებათა არსებობაა საჭირო სამ-

*) მოხსენებული იყო საქართველოს რენტგენოლოგია და ფიზიო-თერაპევტთა საზოგადოების კრებაზე 1925 წ. მარტში.

კურნალო თვალთაზრისით—ამის შესახებ არ არსებობს არავითარი განსაზღვრული მეცნიერულად თუნდაც ნაწილობრივად დასაბუთებული ცნობანი. მაშინ როდესაც ზოგი ავტორი მათდამი ცნობილ მიზეზების მიხედვით ტალახის მთავარ სამკურნალო აგენტებად სთვლის გოგირდ-ნახშირ და ძმრის მქავეს, სხვები დიდ მნიშვნელობას აწერენ იოდს, რკინას და სხვ. ერთი სიტყვით, სავსებით აზრთა სხვადასხვაობაა, რომლის მიზეზად უნდა ჩაითვალოს ის, რომ მათ მტკიცე მეცნიერულად დასაბუთებული საფუძველი არა აქვს. ამიტომ, როდესაც სხვადასხვა მინერალური ტალახების დეტალურ ანალიზებს ერთიერთმანეთთან აღარებენ იმ მიზნით, რომ დამტკიცებული იქნეს ერთი რომელიმე ტალახის უპირატესობა—ყველა ეს ახდენს როგორც სამწუხარო, ისე სასაცილო შთაბეჭდილებას. ტალახის აბაზანების მოქმედების სითბოს ფაქტორით ახსნის წინააღმდეგ Агаджанянц-მა გაილაშქრა. ეს უკანასკნელი ავტორი აწარმოებდა ცდებს ტამბუკანის ტალახისა და უბრალო თიხის გავლენის შესახებ ბაყაყებზე და ძაღლებზე და მივიდა შემდეგ დასკვნამდე: 1) ბაყაყების გაზთა გაცვლა-გამოცვლა ტამბუკანის ტალახის ზეგავლენით შესამჩნევად უფრო ქვეითდება, ვიდრე თიხის ზეგავლენით; 2) სუნთქვა ძაღლებს უფრო აჩქარებული აქვთ ტალახის ფოლაქების ზეგავლენით, ვიდრე ამნაირივე ცდების დროს თიხით; 3) ტალახის მოქმედებით მაჯა უფრო შესამჩნევად იცვლება, ვიდრე თიხით. აქედან Агаджанянц-ი იმ დასკვნამდე მივიდა, რომ ტალახი არ მოქმედობს როგორც სითბოს აგენტი და ტალახით აქიმობის თიხის აბაზანებით შეცვლა შეუძლებელია. Агаджанянц-ი ამბობს, რომ ტალახი მოქმედობს არა მარტო თერმულიად; მაგრამ კიდევ როგორ მოქმედობს იგი, ამის შესახებ ავტორი არაფერს ლაპარაკობს. შესაძლებელია თუ არა ქიმიურ მოქმედებაზედ ვიფიქროთ? მაგრამ დღეს დღეობით ყოველ ექვს გარეშეა, რომ როგორც ტალახის, ისე სხვა ყოველივე მინერალური აბაზანის მიღების დროს, ვინაიდან ორგანიზმში არავითარი ქიმიური ნივთიერება, რა მდგომარეობაშიდაც არ უნდა იყოს იგი, არ იწრითება. Schober-ის აზრით, როდესაც საკითხი დგება ორგანიზმში განსაზღვრულ ქიმიურ ნივთიერებათა შეყვანის საჭიროებაზე, მაშინ უფრო უმჯობესია მისი შივნით მიღება, ვიდრე შიგ ბანაობა.

მექანიკური ჰიპოტეზა, რომელიც ტალახის გავლენას მისი დამზილავი მოქმედებით ხსნის (Peters) ყველას მიერ მიტოვებულია. Stark-ი—მარიენბადიდან ფიქრობს, რომ დაღლილობა აბაზანას შემდგომ და მასთან დამოკიდებული ცვლილებანი ორგანიზმში დაკავშირებულია იმ მნიშვნელოვან „შინაგან ხახუნთან“, რომელიც თავიდან უნდა იქნეს ამორებული ტალახის აბაზანში უმნიშვნელო მოძრაობის დროს (ეს წინააღმდეგობა შან-ჯერ უფრო მეტია ვიდრე წყალში).

Позинский, Stark-ის თეორიის მიხედვით, რომელზედაც იგი ეყრდნობოდა, ფიქრობს, რომ მექანიკური მოქმედება „შინაგანი ხახუნი“ იწვევს ნერვ-კუნთოვან დაღლილობას. დაღლილობა უმთავრესი მიზეზია ბალნეოლოგიური ინტოქსიკაციისა, რომელიც აგრეთვე სისხლშიდაც ახდენს ცვლილებას (ნეიტროფილების წარმომქმნელი პროცესები); ეს უკანასკნელი კი პირდაპირი მიზეზია ორგანიზმში წითელი ბურთულების წარმოშობისა, რომლის ზეგავლენით ორგანიზმში მკურნალობითი ძალას იჩენს. Позинский-ს აზრით, ტალახით წამლობის მკურნალობითი მოქმედება მდგომარეობს ორგანიზმში განსაკუთრებით ბალნეოლოგიუ-

რი კენოტოქსინების წარმოშობაში, რომელნიც სხეულს სწამლავენ და აგრეთვე ორგანიზმის საპასუხო რეაქციაში, რომელიც მოწამვლის პროცესის გამოსწორებას ცდილობს, ე. ი. ახდენს მის კომპენსაციას.

Позинский-ს და Садиков-ის ჰიპოტეზა ორგანიზმის რაღაც მითითური ბალნეოლოგიური კენოტოქსინებით მოწამვლის შესახებ, როგორც ჩანს თვით ავტორსაც არ აკმაყოფილებს საფასებით, რადგან იგი თვითონვე აღიარებს, რომ ეს საკითხი კიდევ საჭიროებს შემდგომი მეცნიერულ დამუშავებას.

ამნაირად ჩვენ ვხედავთ, რომ ამ სამ არსებულ ჰიპოტეზიდან არც ერთს არ შეუძლია აგვიხსნას ტალახის მკურნალობითი მოქმედების შინაარსი. უეჭველია მხოლოდ ერთი, რომ თერამიული აგენტი დიდ მნიშვნელოვან როლს თამაშობს, მაგრამ ვერც იმას უარყვით, რომ მარტო სითბოთი არ შეიძლება ახსნილი იქნეს ის ძლიერი გავლენა, ყველა ის რთული ცვლილებანი ორგანიზმში, რომელსაც ჩვენ ვამჩნევთ, როგორც ტალახის პროცედურის დროს, ისე მის შემდგომ.

ბოლოს და ბოლოს რაში მდგომარეობს ტალახით მკურნალობითი მოქმედების საიდუმლოება? იმისათვის, რომ ამ კითხვაზე უპასუხოთ, საჭიროა პატარა არა სპეციალური თერაპიის მიმართულებით გადავიხაროთ. ჩვენ ეხლა დანამდვილებით ვიცით, რომ ბუდობრივი რეაქცია ჩნდება არა მარტო პარენტერალურად სპეციფიურ ნივთიერებათა შეყვანის დროს, არამედ არა სპეციფიურ ნივთიერებათა დროსაც (პროტეინის სხეულები) და რაც განსაკუთრებით საინტერესოა, ასეთივე რეაქტიული მოვლენანი თავს იჩენს სტერილური წყლის შემხაპუნების შემდგომაც (Bier). მაშასადამე, ორგანიზმში შეყვანილი ნივთიერების ქიმიური შემადგენლობა თითქმის არავითარ როლს არ თამაშობს. აღნიშნულ ნივთიერებათა პარენტერალურად შეყვანის დროს გარდა ბუდობრივი რეაქციისა, საერთო რეაქციაც იჩენს თავს (t° აწევა, აჩქარება მაჯისა, სუნთქვასა, დაღლილობა, მტვრევა, ძილიანობა და სხვ.). ნაწილობრივ ამავე დროს და უმთავრესად საერთო რეაქციის შემდგომ, ჩვენ ვნახულობთ პროტოპლაზმის ამნიცელურალურ აქტივიზაციის გამო ორგანიზმის ფუნქციების გაძლიერებას. გერმანელი ბალნეოლოგები და განსაკუთრებით Schöber-ი ფიქრობენ, რომ „აბაზანის რეაქცია“ იდენტიურია იმ რეაქციასთან, რომელსაც ჩვენ პროტეინის თერაპიის დროს ვხვდებით. მართლაც, მთელი რიგი დაკვირვებისა ავადმყოფებზედ—ვაქცინაციის (გონოვაქცინა) და პროტეინოთერაპიის შემდგომ (რძე, სკიპიდარი და სხვ.), რომელიც ნაწარმოები იყო გინეკოლოგიურ კლინიკაში, ერთის მხრივ, და ტალახით წამლობის შემდგომ საქართველოს ჯანმრთელობის კომისარიატის ფიზიო-თერაპიულ ინსტიტუტში, მეორეს მხრივ, არავითარ ეჭვს არ ბადებენ, რომ ასეთი ერთგვარობა ამ წამლობათა შორის არსებობს, რეაქციები (როგორც ბუდობრივი, ისე საერთო), ავადმყოფობის მსვლელობა, შედეგიანობა და უშედეგობა, გართულება და შორეული მოქმედება (გამწვავება დაუჩუქებული პროცესებისა და შორებულ ორგანოებში მთავარ ფოკუსიდან) და გამოჯანსაღების ხანა ამ ორი წესით აქიმობის დროს, რომელთა შორის ვითომც არავითარი საერთო არაა, იმდენად ერთნაირია დაკვირვებათა სურათი თვით უმნიშვნელო მოვლენამდის, იმდენად გვანან ერთმანეთს, რომ Schöber-ის დასკვნა სრულიად სამართლიანია და მეცნიერულად დასაბუთებული. ამრიგად ვითომც და მინერალური წყაროების და ტა-

ლახის აბაზანების ადამიანის ორგანიზმზედ გავლენის საიდუმლოების ახსნა განმარტების გზა თითქოს გამოირკვა. ცვლილებანი ტილახის პროცედურის დროს ხდება არა ორგანიზმში შეყვანილ რაიმე ნივთიერებათა ზეგავლენით, რომელთაც მინერალური ტალახი შეიცავს, არამედ იმ გაღიზიანებათა შემწეობით, რომელიც რეაქციის შედეგად უნდა ჩაითვალოს, ეს უკანასკნელი კი ტალახის კანთან შეხებით წარმოიშობა.

საინტერესოა, რომ კიდევ 1899 წ. ე. ი. იმ დროს როდესაც პროტინის თერაპია ჩანასახოვან მდგომარეობაშიდაც არ ყოფილა, Дохман-მა თავის მოხსენებაში რუსეთის ბალნეოლოგიურ კრებაზე პიატიგორსკში, აღიარა უდიდესი მნიშვნელობა სხეულის მალალი ტამპერატურისა ტალახის აბაზანას მიღების შემდგომ. Доxман-ი ამბობს, „რომ ეს ფიზიოლოგიური ციებ-ცხელება პირდაპირი გამაღიზიანებელია და გამძლიერებელი უჯრედის პროტოპლაზმის ცხოველმოქმედობისა, რომელიც აძლიერებს ქსოვილთა და შინაგან ორგანოთა მოქმედებას“. რომლის შედეგად ჩვენ ვღებულობთ ნივთიერებათა გაცვლა-გამოცვლის გაძლიერებას. Schrober-ის ფრიად საინტერესო თავისებური ჰიპოტეზა მაინც ვერ არკვევს საკითხს, მაინც რა იწვევს ამ გაღიზიანებას, რომელიც ასეთ ღრმა ცვლილებებს ახდენს ორგანიზმში; აქ გამაღიზიანებლად ითვლება თერმული აგენტი, თუ ტალახის ქიმიზმი თამაშობს მნიშვნელოვან როლს? ეს საკითხი კიდევ დღემდე არაა გადაწყვეტილი, მაგრამ უნდა ვიფიქროთ, რომ ტალახის ქიმიური შემადგენლობა, კანის გაღიზიანებაში და მათსადამე აგრეთვე მკურნალობისათვისაც არც ისე მკირე მნიშვნელოვანად შეიძლება ჩაითვალოს, რადგან სულ ერთი არაა ვაღიზიანებთ კანს უბრალო თხივით, თუ მინერალური ტალახით, რომელიც ქიმიურ სხვადასხვა რთულ ელემენტისაგან შესდგება. ჩვენ ვიცით, რომ სრულიად ინდიფერენტული ტემპერატურის სამკურნალო ტალახი ახდენს დიდ გავლენას კანის ძრავალ სხვადასხვა ავადმყოფობაზედ.

Schrober-ის აზრით, პროტოპლაზმის გამაღიზიანებელი ანუ აქტივიზაციის პირდაპირ მიზეზად იონები ითვლება, რომელნიც ვეგეტატიური ნერვიული სისტემის გავლენის ქვეშ იმყოფებიან. ცდომილი ნერვი გამტარებელია უჯრედებში კალიუმისა და ნატრიუმის იონებისა) სიმპატიური ნერვი კი კალციუმის ანტიგონისტური იონების.

Zondek-ის აზრით, არა იონები აღიზიანებენ ნერვებს, არამედ პირიქით ხდება.

იონები თავის მხრივ გავლენას ახდენს პროტოპლაზმის კოლოიდალურ შემადგენლობაზედ და ამით თვით ბირთვებზედ, თვით სიცოცხლის მოვლენათა პროცესებზედ. ცდომილი და სიმპატიური ნერვები, მეორეს მხრივ, ჰორმონების მეოხებით იმყოფებიან ენდოკრინულ ჯირკვალთა შინაგან სეკრეციის გავლენის ქვეშ.

ტალახის აბაზანების ფიზიოლოგიური მოქმედების საკითხის შესახებ ლიტერატურაში საკმაო ცნობებია. გამოკვლევანი უმთავრესად ეხება ტემპერატურის, მაჯის, სუნთქვის ცვლილებით; არსებობს ერთი მეორეს საწინააღმდეგო დაკვირვებანი ნივთიერებათა გაცვლა-გამოცვლის შესახებ და თვითეული ცნობა სისხლის შემადგენლობის ცვლილებათა შესახებ. აღნიშნულ ცნობათა მომეტებული ნაწილი ეხება საერთო ნახევარ აბაზანებს; რაც შეეხება სამკურნალო

ტალახის კომპრესიული სისტემით ხმარებას, ამის შესახებ ნამდვილი ცნობა ძალიან მცირეა. ამისათვის ვფიქრობ, რომ ვრცელი ცნობები, მიღებული სტაციონალურ ავადმყოფთა მნიშვნელოვან რიცხვზედ ახტალის ტალახის კომპრესიული სისტემით ხმარების დროს არ იქნება მნიშვნელობა მოკლებული, მით უფრო, რომ ახტალის ტალახის შესახებ, სწორეთ ამ მხრივ თითქმის არაერთარა ცნობები არ არსებობს, თუ არ მივიღებთ მხედველობაში ე. დეკანოზაშვილის შრომას, რომელიც შეიცავს დაკვირვებას ტემპერატურის, მაჯის და სუნთქვის შესახებ გინეკოლოგიური ინსტიტუტის ხუთ ავადმყოფზედ.

ჩვენს შრომაში საკმაო ადგილი ექნება დათმობილი იმ ფრიად მნიშვნელოვან პრაქტიკულ საკითხს, რომელიც შეეხება ახტალის ტალახით აქიმობის შედეგებს, კლინიკური სურათის ცვლილებებს ამა თუ იმ ავადმყოფობის დროს და აგრეთვე მათდამი პირდაპირ და საწინააღმდეგო ჩვენებათ. საქართველოს ჯანსაჯკომის ფიზიო-თერაპიულ ინსტიტუტის არსებობის 4 წლის განმავლობაში, მის ტალახის განყოფილებაში გაიარა მრავალმა ავადმყოფმა; ტალახის აბაზანა გაკეთდა ოცი ათასზედ მეტი (20,000). დაკვირვების სისწორე მოითხოვს, რომ გასინჯული ავადმყოფები გარეშე გავლენისაგან თავისუფალი იყვნენ და აგრეთვე რომ მათზედ არსებობდეს მუდმივი კონტროლი ექიმის მხრივ. სამწუხაროდ ჩვენს პირობებში ამის ცხოვრებაში გატარება არ ხერხდებოდა, ამიტომ ამ შრომას ჩვენ შევხებით მხოლოდ სტაციონარულ ავადმყოფთ, რომელთა შესახებ კარგი ცნობა მოგვეპოვება. მათი რიცხვია 494.

აქვე დავსძენთ, რომ ამ დაკვირვებათ აწარმოებდენ ფიზ-თერ. ინსტიტუტის ყველა ექიმები ჩვენი უშუალო ხელმძღვანელობით; მხოლოდ სპეციალური გამოკვლევანი ვაკეთებული იქნა ინსტიტუტის შემდეგი ორი ექიმის მიერ—ანდრეევის (სისხლი) და მაყაშვილის (წნევა). ახტალის ტალახი იხმარებოდა ზოგიერთის გამოკლებით, უმთავრესად **კომპრესიული აბაზანას სახით**. ასეთი აბაზანას ტემპერატურა იყო 32° — 40° . მათი საშუალო რიცხვი უდრიდა— 20° -ს. ტალახი ცხელდებოდა ორთქლის საშუალებით ამისათვის სპეციალური აპარატის შემწეობით. ავადმყოფის დაოფლება აბაზანის შემდეგ, როგორც წესი არ ყოფილა შემოღებული; მას მივმართავდით მხოლოდ განსაკუთრებული მტკიცედ განსაზღვრული ჩვენებების და საერთო სისუსტის უქონლობის დროს. აღსანიშნავია, რომ რუსეთის ტალახით სამკურნალო ადგილებში ოფლდასხმა აბაზანას შემდეგ ფართოდ არის შემოღებული, მაშინ როდესაც საზღვარგარეთელ კურორტებზედ ეს უკუგდებოდა. ავადმყოფის დასუსტების თავიდან აშორების მიზნით, სამაგიეროთ იქ ავადმყოფთ ასვენებენ $1\frac{1}{2}$ ანუ 1 საათით აბაზანის მიღების შემდეგ. სამართლიანია, აბაზანის ასეთი კომპრესიული წესი აღიარებული იქნეს იტალიანურ წესად, რადგან თურმე იქ ჯერ კიდევ მე-XVI საუკუნედან ხმარობდენ ტალახის აბაზანებს როგორც საერთოს, ისე ადგილობრივს—კომპრესების სახით, (კურორტები Abano და Battaglia პადუის ახლოს), ზოგიერთ შემთხვევაში ინიშნებოდა საერთო და ადგილობრივი აბაზანა ერთად, ძლიერ იშვიათად—საერთო აბაზანები. რაც შეეხება კომბინირულ მეთოდს, როდესაც ცხელი ტალახის ადგილობრივ ხმარებასთან ერთად ავადმყოფი იღებს აგრეთვე ინდიფერენტიულ ტემპერატურის საერთო წყლის აბაზანას—ასე-

თი აბაზანებს ხმარობდნ Rerom-ი, სიგრიტ-ი, Алексеевский, Парышев-ი და სხვ.,—ჩვენ მათ არ ვხმარობდით. ჩვენ ვფიქრობთ, რომ ადგილობრივი პროცესის მოსარჩენად დიდად მნიშვნელოვანია საერთო რეაქცია; ეს უკანასკნელი კომბინირული წესის ხმარების დროს არ ჩნდება, რადგან ინდიფერენტული t^0 -ის წყლის საერთო აბაზანა მოქმედებს წინააღმდეგ და არაფრად აქცევს ადგილობრივ ტალახის აბაზანას საერთო გავლენას. კომბინირული აბაზანები პირველად შემოიღეს Rerom-მა და სიგრიტ-მა იმ მოსაზრებით, რომ ტალახის აბაზანების ორგანიზმზედ დამასუსტებელი მოქმედება მოესპოთ. Алексеевский-მ, რომელიც დიდი მომხრეა წამლობის ასეთი წესისა შემდეგს ლაპარაკობს: „თუ მივიღებთ მხედველობაში იმ გარემოებას, რომ მარილიანი აბაზანები ინდიფერენტული t^0 -ისა ანელებს მაჯის ცემას და სუნთქვას, სწევს დაბლა სხეულის პერიფერიულ და ღრუს ტემპერატურას, უნდა დავასკვნათ, რომ კომბინირულ აბაზანას ეფექტი ორი აგენტისაგან შესდგება, სახელდობრ—ადგილობრივი ცხელი ტალახის და ინდიფერენტული t^0 -ის საერთო აბაზანიდან,—ამ დროს უკანასკნელს წინააღმდეგი მოქმედება აქვს, ე. ი. პირველის ძლიერი მოქმედებას ცოტაოდნად აბათილებს, სწორეთ ამით აიხსნება კომბინირულ აბაზანების დროს არ გამოჩენა შემაწუხებელ ნიშნებისა“.

კომპრესულ აბაზანებით გამოწვეულ მაჯის, t^0 -ის, სუნთქვის და სისხლის წნევის ცვლილების გამოსარკვევად ჩვენ მიერ გაკეთებული იყო დაახლოვებით 400 გამოკვლევა (98 ავადმყოფზედ). ამ გამოკვლევათა საერთო შეერთების სურათი გამოსახულია შემდეგ ტაბულაში (იხ. ტაბულა № 1, გვ. 258-259).

ამ ტაბულიდან აშკარად ჩანს, თუ როგორი საგრძნობი ცვლილება ჩნდება კომპრესიულ აბაზანისაგან ერთი კიდურზედ ვაკეთების დროსაც კი. ცვლილებანი საერთოდ შემდეგში მდგომარეობს: t^0 იწევს $0,1^0$ — $0,8^0$ -ით იმისდა მიხედვით, თუ რა ტემპერატურისაა აბაზანა. რაც უფრო მაღალია აბაზანას t^0 , მით უფრო იწევს სხეულის t^0 -აც; მაჯის ცემა აჩქარებულია 4—12-ით წამში; სუნთქვაც ჩქარდება 3—6-ით წამში. სისხლის წნევა შედარებით ნორმასთან ეცემა 10—25 mm.-ით (Reckeingausen და Riva-Rocci) მაჯა, სუნთქვა და სისხლის წნევა იცვლება აგრეთვე მით უფრო ძლიერად, რაც უფრო მაღალია აბაზანას t^0 . აბაზანის მიღების $\frac{1}{2}$ საათის შემდეგ დგება თითქმის ისევე ის მდგომარეობა, რაც აბაზანას მიღებამდე იყო, ერთი საათის შემდეგ კი სრული დაბრუნება ნორმისა; გაცილებით უფრო რთული სურათია ტალახის აბაზანების გავლენის გამო სისხლის ცვლილების მხრივ. ყველა გამოკვლევათა შეერთება იძლევა სურათს, რომელიც მეორე ტაბულაში გამოიხატება (იხ. ტაბ. № 2, გვ. 280).

პირველი შეხედვით ჩანს, რომ თითქოს სისხლის გამოკვლევა იძლეოდეს გამოუზრკვეველ სურათს, მაგრამ დაწვრილებითი განხილვა ნათლად ააშკარავებს შემდეგს: აბაზანის მიღების $\frac{1}{2}$ საათს შემდეგ არის ტენდენცია სისხლის წითელი ბურთულების რიცხვის დაცემისა და თეთრი ბურთულების-კი მომატებისა, ერთი საათის შემდეგ ადგილი აქვს სულ სხვა ხასიათის მოვლენას, სახელდობრ მომატება წითელი და თეთრი ბურთულებისა და აგრეთვე ჰემოგლობინისა. ორი საათის შემდეგ სისხლის ცვლილება უბრუნდება თავის ძველ მდგომარეობას. რაც შეეხება სისხლის ცვლილების ოდენობას, გამოკვლევათა ყველა შემთხვევების შე-

დარებიდან გამოირკვა: სისხლის წითელი ბურთულების მომატების მინიმუმი გამოიხატება 60,000, მაქსიმუმი 2.540.000; თეთრი ბურთულების მომატება— მინიმუმი 250, მაქსიმუმი 3.560. ჰემოგლობინის რაოდენობის მომატება— 1-15%, დაცემა— 1—10%. იშვიათ შემთხვევებში აბაზანას შემდეგ ხდებოდა მომატება ნეიტროფილებისა (70—80%-დე); ეს ჩვეულებრივად ჩირქოვანი პროცესის გამწვავებას ააშკარავებდა (იხ. ტაბ. 4—6, გვ. 261-263).

მე 3 ტაბულა (იხ. გვ. 261) შემთხვევათა უმრავლესობისათვის ძლიერ დამახასიათებელია. 20 წამის შემდეგ ჩვენ ვიღებთ სისხლის წითელი ბურთულების და ჰემოგლობინის რაოდენობის აშკარა დაცემას; ერთი საათის შემდეგ— აშკარა მომატებას ერიტროციტების რიცხვისა. ჰემოგლობინის ნორმამდე აწევს და აგრეთვე ლეეკოციტების მომატებას. ორი საათის შემდეგ ყველა ეს უბრუნდება იმ მდგომარეობას, რომელიც აბაზანას მიღებამდე არსებობდა.

ტაბულა 4 (იხ. გვ. 261) ნათლად გვიხატავს ნეიტროფილების საგრძნობა მომატებას, რაც მიეწერება ანთებითი პროცესის გამწვავებას (ჩირქი). ჰემოგლობინის რაოდენობა უცვლელი რჩება, სისხლის წითელი ბურთულების რიცხვი ერთი საათის შემდეგ აშკარად მატულობს, ორი საათის შემდეგ კი უბრუნდება ნორმას. ლეეკოციტების რაოდენობა აგრეთვე მატულობს.

ტაბულა მე-5-ე (იხ. გვ. 262) საყურადღებოა მით, რომ ის ნათლად ცხადყოფს, თუ რა უმნიშვნელო შეიძლება იყოს ზოგჯერ რეაქცია ორგანიზმში სრული საერთო აბაზანას შემდეგაც.

ავადმყოფს ქონდა Status p. fractura tibiae და უმნიშვნელო მტკივნელობა ზოგიერთ სახსრებში. სხვა მხრივ ის წარმოადგენდა სრულიად ჯანმრთელ პიროვნებას გულის კარგის მოქმედებით. სუსტი რეაქციის მიზეზის ახსნა ამ შემთხვევაში ძლიერ ძნელია. ჩანს აქ მნიშვნელობა უნდა ქონდეს იმას, რომ არ არსებობდა ალბად რაიმე შესამჩნევი პათოლოგიური ბუდე.

ტაბულა 6 (იხ. გვ. 263) პირიქით გვიხატავს მკვეთრი რეაქციას, რომელიც შესაძლებელია საერთო სრული აბაზანამ მოგვცეს.

ავადმყოფს პირველი აბაზანის შემდეგვე დაეწყო დიდი ტკივილები და სისუსტე. მეორე აბაზანას, უფრო მესამეს შემდეგ გაცილებით გაძლიერდა, სისუსტეც იმატა და გამოჩნდა აშკარა გამწვავება ადგილობრივი პროცესისა. ამის გამო აბაზანების მიღება შეწყვეტილი იქნა რამდენიმე დღის შემდეგ აღნიშნული რეაქციის მოვლენანი თანდათან შემცირდა.

შემდეგი ტაბულებში (7 და 8, იხ. გვ. 264) აღნიშნული სისხლის გამოკვლევანი მიღებულია ტალახის განყოფილების თანამშრომელთა გასინჯვისაგან. ისინი აბაზანებს არ იღებდნენ. ჩვენ ვამჩნევთ, რომ აქ ჰემოგლობინის და თეთრი ბურთულების რიცხვი მატულობს, წითელი ბურთულების რაოდენობა კი რჩება უცვლელი. ეს მოვლენა აღსანიშნავია და ექვს გარეშეა ითხოვს კიდევ გამორკვევას.

ხვმო აღნიშნულ ცვლილებათა გარდა ჩვენ ვაქცევდით ყურადღებას აგრეთვე შარდის ცვლილებასაც, სახელდობრ— შარდში ცილის გამოჩენას ტალახის აბაზანის დროს. Тулевич-ი საკის ტალახის სამკურნალოში სისტემატიურად უსინჯავდა შარდს ცილაზედ რევმატიკებს (41 შემთხვევა). ამათ შორის სამს აბაზანას მიღებამდეც ქონდათ ცილა შარდში. Тулевич-მა 47%-ში აღმოაჩინა ნიშნები ცილისა შარდში (0,5 ნაკლები ერთ ლიტრ შარდში Esbach-ით) ყველაზედ ხშირად ცილა ჩნდებოდა მე 4-ე აბაზანას შემდეგ, იყო 20 დღის განმავლობაში და ქრებოდა მე 3—4 მინერალურ, საბოლოო აბაზანას შემდეგ. საინტერესოა,

ა ბ გ დ ე

აბაზანის ტემპერატურა 34-36°.

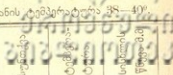
	მ ა ჯ ა	სუნთქვა	ტემპერატურა	სისხ. წნევა მ.მ. სტრ. ღრუს სტრ.	
ცელიტანი აბაზანის მიღების დროს	10 წუთის შემდეგ	+4	+3	+0,3	-10
	20 წუთის შემდეგ	+8	+4	+0,4	-16
	30 წუთის შემდეგ	+10	+4	+0,5	-18
ვანის მიღების 1/2 საათის შემდეგ	+0	+0	-0,2	-2	
მ დ გ ო მ ა რ ე ო ბ ა ი ს ე თ ი					
ცელიტანი აბაზანის მიღების დროს	20 წუთის შემდეგ	+6	+3	+0,2	-10 ml.
	30 წუთის შემდეგ	+8	+4	+0,4	-15 ml.
	ვანის მიღების 1/2 საათის შემდეგ	+2	+1	-0,1	+0
ვანის მიღების 1 საათის შემდეგ					
მ დ გ ო მ ა რ ე ო ბ ა ი ს ე თ ი					
ცელიტანი აბაზანის მიღების დროს	20 წუთის შემდეგ	+6	+3	+0,3	-8
	30 წუთის შემდეგ	+10	+5	+0,5	-14
	ვანის მიღების 1/2 საათის შემდეგ	+2	+1	-0,3	+0
ვანის მიღების 1 საათის შემდეგ					
მ დ გ ო მ ა რ ე ო ბ ა ი ს ე თ ი					
ცელიტანი აბაზანის მიღების დროს	10 წუთის შემდეგ	+4	+3	+0,3	-10
	20 წუთის შემდეგ	+6	+4	+0,4	-16
	30 წუთის შემდეგ	+9	+4	+0,5	-18
ვანის მიღების 1/2 საათის შემდეგ	+2	+0	-0,2	-2	

მ ა № 1.

აბაზანის ტემპერატურა 36-38°.

აბაზანის ტემპერატურა 38-40°.

	მ ა ჯ ა	სუნთქვა	ტემპერატურა	სისხლის წნევა მ.მ.	მ ა ჯ ა	სუნთქვა	ტემპერატურა	სისხლის წნევა მ.მ.
3 ვ. როგორც აბაზანის წინ	+6	+3	+0,4	-12	+6	+4	+0,4	-14
	+8	+5	+0,5	-16	+10	+5	+0,5	-19
	+10	+6	+0,6	-19	+12	+6	+0,6	-22
	+2	+1	-0,1	+1 ml.	+0	+0	-0,1	-4
3 ვ. როგორც აბაზანის წინ								
3 ვ. როგორც აბაზანის წინ	+8	+3	+0,3	-12	+8	+4	+0,7	-18
	+10	+4	+0,5	-17	+10	+5	+0,7	-20
	+2	+0	+0	-3	+10	+1	+0,1	+0
3 ვ. როგორც აბაზანის წინ								
3 ვ. როგორც აბაზანის წინ	+8	+3	+0,4	-12	+10	+4	+0,5	-10
	+12	+5	+0,4	-19	+12	+6	+0,6	-14
	+3	-2	-0,2	+3	+4	+1	-0,1	-2
3 ვ. როგორც აბაზანის წინ								
3 ვ. როგორც აბაზანის წინ	-	-	-	-	-	-	-	-
	+6	+3	+0,4	-12	+8	+4	+0,5	-10
	+8	+4	+0,5	-18	+10	+5	+0,6	-25
	+2	+0	+0	-3	+2	+2	+0,2	+4



ლორეე პედაკოგები

ხედაკოგები

ქრთა ხელი

ქრთა ფეხი

სისხლის ცვლილებანი ტალახის აბაზანის შემდეგ



გ. ლამბარაშვილი

	წითელი ბურთულები			ჰემოგლობინი			თეთრი ბურთულები			პოლინუკლეოზი			ლიმფოციტოზი							
	პროცენტები			პროცენტები			პროცენტები			პროცენტები			პროცენტები							
	+	-	0	აბმზაყანმზ	+	-	0	აბმზაყანმზ	+	-	0	აბმზაყანმზ	+	-	0	აბმზაყანმზ	+	-	0	აბმზაყანმზ
1/4 საათის შემდეგ	40	60		2:3	„	50	50	1:1	60	40		3:2	33	66		3:2	100			
1/2 საათის შემდეგ	38	62	21	2:3	32	47	21	2:1	48	52		1:1	36	64		2:3	80	20		4:2
1 საათის შემდეგ	60	22	18	3:1	65	25	10	3:2	70	30		2:1	30	70		1:2	66	33		2:1

ტ ა ზ უ ლ ა № 3

ავად. 0. 36 წლ. Adnexitis dextra. ნაწილობრივი აბაზანი კომპრესით.

	ჰემოგლო- ბინი	წითელი ბურთულები	თეთრი ბურ- თულები	ფორმულა
აბაზანამდე	75%	4.700.000	3200	ნეიტროფ. 60. დიდი ლიმფ. 15. პატარა ლიმფ. 10. გარდამავალ. 10.
აბაზანის მიღების 20 წუთის შემდეგ	62%	2.800.000	3750	ნეიტროფ. 60. დიდი ლიმფ. 10. პატარა ლიმფ. 24. გარდამავალ. 5.
1 საათის შემდეგ	75%	5.220.000	5620	ნეიტროფ. 54. დიდი ლიმფ. 4. პატარა ლიმფ. 34. გარდამავალ. 7.
2 საათის შემდეგ	75%	4.800.000	3400	

ტ ა ზ უ ლ ა № 4

ავად. ე. 21 წლ. Osteomyelitis. ნაწილობრივი აბაზანი კომპრესით.

	ჰემოგლო- ბინი	წითელი ბურთულები	თეთრი ბურ- თულები	ფორმულა
აბაზანამდე	65%	4.280.000	8300	ნეიტროფილები 67. პატარა ლიმფოც. 23. დიდი ლიმფოც. 3. გარდამავალი 5.
აბაზანის მიღების 1 საათის შემდეგ	65%	6.880.000	8500	ნეიტროფილები 80. პატარა ლიმფოც. 8. დიდი ლიმფოც. 6. გარდამავალი 8.
2 საათის შემდეგ	65%	4.960.000	10500	ნეიტროფილები 59. პატარა ლიმფოც. 10. დიდი ლიმფოც. 14. გარდამავალი 10.

ტ ა ბ უ ლ ა 5

ავად. რ. 21 წლ. Stat. p. fract. tibiae sin.

პირველი აბაზანა.

საერთო აბაზანა (ტემპერ. 34°).

	მაჯა	სუნთქვა	ტემპერატ.	სისხლის წნევა	წითელი ბურთულები	ჰემოგლობ.	თეთრი ბურთულები	ფორმულა
აბაზანამდე	70	20	36,5	74—125	4.500.000	89%	5000	ნეიტროფილ. 66 დიდი ლიმფოც. 2 პატარა ლიმფ. 26 გარდამავალი — 8
აბაზანაში	5 წ. შემდეგ	80	—	74—118	—	—	—	—
	15 წ. შემდეგ	80	—	59—111	—	—	—	—
	25 წ. შემდეგ	76	—	66—111	—	—	—	—
აბაზანის მიღების 1/4 საათის შემდეგ	76	24	—	70—133	—	—	—	—
1/2 საათის შემდეგ	68	24	—	85—133	4.800.000	99%	8115	ნეიტროფილ. 68 დიდი ლიმფოც. 2 პატარა ლიმფ. 13 გარდამავალი 17

მეორე აბაზანა.

აბაზანამდე	—	—	—	—	—	—	—	—
	68	18	36,3	52—107	4.650.000	89%	5312	ნეიტროფილები 52 დიდი ლიმფოც. 2 პატარა ლიმფ. 17 გარდამავალი 29
აბაზანაში	5 წ. შემდეგ	68	—	30—63	—	—	—	—
	15 წ. შემდეგ	82	—	44—63	—	—	—	—
	25 წ. შემდეგ	78	—	52—89	—	—	—	—
აბაზანის მიღების 1/4 საათის შემდეგ	116	28	36,7	63—114	—	—	—	—
1 საათის შემდეგ	82	24	—	70—145	4.430.000	91%	5625	ნეიტროფილ. 56 დიდი ლიმფოც. 4 პატარა ლიმფ. 29 გარდამავალი ფ. 11

ტ ა ბ უ ლ ა № 6.

ავად. მ. 24 წლ. Adnesitis duplex.

პირველი აბაზანა.

საერთო აბაზანა (133°).

	მაჯა	სუნთქვა	ტემპერატ.	სისხლის წნევა	წითელი ბურთულები	ჰემოგლო- ბინი	თეთრი ბურ- თულები	ფორმულა
აბაზანამდე	80	24	36,0	78—105	3280000	67%	5510	ნეიტროფილები 68 პატარა ლიმფ. 19 დიდი ლიმფოც. 9 გარდამავალი 3
აბაზანაში	5 წ. შემდეგ	—	—	—	—	—	—	—
	15 წუთ. შემდ.	104	42	—	56—75	—	—	—
	25 წ. შემდეგ	—	—	—	—	—	—	—
აბაზანის მიღების 15 წუთის შემდეგ	104	28	—	107—145	5130000	68%	4530	—
1 საათის შემდეგ	—	—	—	—	—	62%	—	—

მეორე აბაზანა.

აბაზანამდე	88	26	37,5	59—111	4665000	—	14610	ნეიტროფილები 73 დიდი ლიმფოც. 4 პატარა ლიმფ. 16 გარდამავალი 7
აბაზანაში	5 წუთ. შემდეგ	100	36	—	—	—	—	—
	15 წ. შემდეგ	120	38	—	33—89	—	—	—
	25 წ. შემდეგ	120	44	38,2	43—89	—	—	—
აბაზანის მიღების 10 წუთის შემდეგ	104	36	38,1	48—111	—	—	—	—
1 საათის შემდეგ	120	32	37,2	66—85	5210000	—	10000	ნეიტროფილ. 80% პათოლ. ლიმ. 10%

ტ ა ბ უ ლ ა 7.

სისხლის გამოკვლევა ტალახის განყოფილების ნოსამსახურე პერსონალის.
მ. ტ. 42 წლის.

	ჰემოგლობინი	წითელი ბურთულები	თეთრი ბურთულები	ფორმულა
მუშაობის დაწყებამდე	53 ⁰ / ₁₀₀	3.640.000	3500	ნეიტროფილები 60 დიდი ლიმფოციტები 4 პატარა ლიმფოციტები 29 გარდამავალი ფ. 6
მუშაობის ჩათაგების 2 საათის შემდეგ	57 ⁰ / ₁₀₀	3.600.000	6000	ნეიტროფილები 58 დიდი ლიმფოციტები 6 პატარა ლიმფოციტები 20 გარდამავალი 6

ტ ა ბ უ ლ ა 8.

ტ. ნ. 46 წლის.

	ჰემოგლობინი	წითელი ბურთულები	თეთრი ბურთულები	ფორმულა
მუშაობის დაწყებამდე	59 ⁰ / ₁₀₀	5.990.000	2950	ნეიტროფილები დიდი ლიმფოციტები პატარა ლიმფოციტები გარდამავალი
მუშაობის ჩათაგების 2 საათის შემდეგ	63 ⁰ / ₁₀₀	5.740.000	3750	ნეიტროფილები დიდი ლიმფოციტები პატარა ლიმფოციტები გარდამავალი ფ.

რომ სამ ავადმყოფთ, რომელთაც შარდში ცილა აბაზანას მიღებამდე ქონდათ, უკანასკნელის მიღების შემდეგ შეუმცირდათ, ერთს მათ შორის სრულიად გაუქრა. Буйко-ც ნახულობდა მცირე რაოდენობის ცილას ყველა შემთხვევაში. ამ გამოკვლევებს სავსებით არ ეთანხმებიან Покровский, Предтеченский და Либовი; იგივე Предтеченский არა თუ ნეფრიტის დროს, არამედ შარდში ცილის უმნიშვნელოესი აღმოჩენის დროსაც ნახულობს „აუცილებელ წინააღმდეგ ჩვენებად“ ტალახის აბაზანების გაკეთებას. სამწუხაროდ ტალახის აბაზანების დანიშნის დროს ჩვენში ჯეროვან ყურადღებას არ აქცევენ თირკმელების მდგომარეობას. ნივთიერებათა გაცვლა-გამოცვლის გამოკვლევამ როგორც ტალახის აბაზანების დროს, ისე მათ შემდეგ გარკვეული შედეგები არ მოიტანა ანუ, სწორედ რომ ვსთქვათ,

სრულიად ერთმანეთის საწინააღმდეგო შედეგები მოგვცა. აი კიდევ ერთი დიდი ზიანი, რომელიც უშლის ტალახის აბაზანების სამკურნალო მოქმედების მეცნიერულად აღიარებას!

ახტალის ტალახის მკურნალობითი მოქმედება.

ახტალის ტალახის მოქმედების დაკვირვებას აწარმოებდნენ Некрасов-ი, Карпович-ი, ჯავახიშვილი, Гурко, დეკანოზიშვილი, ახვლედიანი და მრევლიშვილი. ყველა ავტორი კმაყოფილია თერაპიული შედეგით. ყველაზედ ვრცელი მასალები დ. ჯავახიშვილს აქვს, რომლის დაკვირვებით 1922 წელს 13⁰/₀ განიკურნა, 50.4⁰/₀ უკეთ შეიქნა და 32.2⁰/₀ უცვლელად დარჩა. ამ ავტორის სიტყვით, „1924 წელს 823 სხვადასხვა ქრონიკულ სნეულებათა საერთო რიცხვიდან რევმატიზმით ავადმყოფობის დროს უკეთ ვახდა 81,1⁰/₀; საჯდომი ნერვის დაავადებით და ნევრალგიების დროს 68⁰/₀. შედარებით კარგი შედეგია აღნიშნული სახსრების ტუბერკულოზის დროს (გონიტები და კოქსიტები)—64⁰/₀-ნ. მრევლიშვილის დაკვირვებით გინეკოლოგიური სნეულების დროს უკეთობა ემჩნეოდა 87⁰/₀-ს, კარგი შედეგები მოყვა ნევრასტენიებს და სხვ. ნევროზებს 70⁰/₀. იგივე არ ითქმება ცენტრალურ ნერვიულ სისტემის სნეულებათა შესახებ, რომელთაც საექმო უკეთყოფობა მოყვა 22⁰/₀-ს“.

სამწუხაროდ დ. ჯავახიშვილს არ აქვს აღნიშნული ობიექტიური განკურნება, მას აქვს მხოლოდ „უკეთობის“ სვეტი. როგორ უნდა გვესმოდეს „შედარებით კარგი შედეგები“ ძვლის ტუბერკულოზის დროს ძალიან ძნელი სათქმელია, ძვალ-სახსართა ტუბერკულოზის საკითხის შესახებ, როგორც ვიცით, ავტორები სხვადასხვა აზრისანი იყვნენ, მაგრამ Бурденко-ს შრომის შემდეგ ეს საკითხი გადაწყვეტილად უნდა ჩათვალოს. Бурденко-მ, ისარგებლა ქირურგიული ტუბერკულოზის 1418 შემთხვევით, რომელთაც იგი საკში ტალახით სწამლობდა და ის დასკვნა გამოიტანა, რომ ტალახით წამლობის ხანგრძლივობა სპონდილიტებისა უდრის 8-10-13 წელს, კოქსიტებისა 6-7-8 წელს და გონიტებისა კი 4-5 წელი. ასეთი ხანგრძლივი წამლობის შემდეგ მხოლოდ 15-18⁰/₀. Сабанеев-ი, რომელსაც მრავალი წლის გამოცდილება აქვს ლიმანოთერაპიაში, აღნიშნავს, რომ ტუბერკულოზური პროცესი შეიძლება სრულიად შეჩერდეს 7-8 წლის ლიმანზედ წამლობის შემდეგ. არავითარ განსხვავებას არ ხედავს შედარებით იმ შემთხვევებთან, როდესაც პროცესი დამოუკიდებლად რჩება. Альтшулер-მა შეატყობინა Бурденко-ს რომ დიდხანს მოსიარულე ავადმყოფებზედ იყო ხშირად ამჩნევდა ფილტვებში პროცესის გაცუდებას ისეთ ავადმყოფებზედ, რომელთაც ამათუ იმ ჩვენებით ტალახის წამლობის კურსი უნდა გაეტარებინათ, Бурденко-ს ასეთი მოხსენების შემდეგ, ვფიქრობ, რომ ქირურგიული ტუბერკულოზის დროს ბევრი მსურველი ტალახით წამლობისა არ ამოჩნდება. ჩვენი პირადი 4 წლის ცდაც არ ლაპარაკობს ქირურგიული ტუბერკულოზის ამ წესით წამლობის სასარგებლოდ. მართალია, მთელი ამ ხნის განმავლობაში იყო ობიექტიური და სუბიექტიური უკეთობის შემთხვევები, მაგრამ ნამდვილი განკურნება არც ერთხელ არ გვინახავს; მომეტებულ შემთხვევაში კი ტალახით წამლობა ან უშედეგოთ რჩებოდა, ან იგი მწვავედებოდა და პროცესი შემდეგ განვითარებას განაგრძობდა. ზოგიერთ შემთხვევაში გაუარესებული ანთება ისეთი ძლიერი და სწრაფი იყო, რომ ოპერატიული ჩარევის შემდგომ ვირულენტური ინფექციის სურათს მოგვაგონებ-

და. ზემო აღნიშნულ გარემოებათა გამო მე ქირურგიული ტუბერკულოზის ტალახით წამლობა შეუწყნარებლად მიმაჩნია. ნევრასტენიის წამლობის შესახებ ჩვენი მასალის თანახმად შეგვიძლია განვაცხადოთ, რომ აღნიშნული სნეულება დადებითს თერაპიულ შედეგს არ იძლევა და ამიტომ ამ შემთხვევაშიაც ტალახით წამლობა მიზანშეწონილად მიგვაჩნია. იგივე უნდა ითქვას ცენტრალური ნერვიული სისტემის დაავადების შესახებ. ამჟამად ყველასთვის ცხადია, რომ ამ შემთხვევებში ტალახით წამლობა, როგორც უშედეგო, უარყოფილია. უკვე 1898 წ. Глязштейн-ი, ოდესის საავადმყოფოს ლიმანის განყოფილების გამგე, სწერდა: „ყველა ავადმყოფი, რომელთაც ხერხემლის ტვინის ქრონიკული სნეულება ქონდათ, უკეთესობა არ ემჩნეოდათ“. ჰემიპლეგიების შესახებ ეს ავტორი ფიქრობს „რომ თავის ტვინის სნეულებათა დროს ლიმანოთერაპია უძლურია“. დ. ჯავახიშვილის სექპტიციზმს ვენერიულ სნეულებათა დროს ტალახით წამლობის უნაყოფო შედეგის შესახებ (Некрасов-ის დაკვირვებანი) მომეტებული ნაწილი ავტორებისა არ იზიარებს, მათ შორის Глаголевиც, რომელიც ფიქრობს, „რომ სიფილისის მსვლელობაზედ ტალახის აბაზანებს კარგი გავლენა აქვს, რომლის გამო მომეტებულ შემთხვევებში კარგი შედეგებია, მეტადრე, თუ მხედველობაში მივიღებთ, რომ ასეთნაირად წამლობენ ისეთ ავადმყოფებს, რომელთაც სიფილისის მძიმე ფორმა აქვთ და რომელნიც ჩვეულებრივ პირობებში ნაწარმოები სპეციფიური წამლობით არ ინკურნებიან“. შარდ-სასქესო ორგანოთა ზოგიერთ სნეულებათა შესახებ არსებობს Мурадов-ის დაკვირვებანი, რომელიც ტალახით წამლობას ძალიან რაციონალურ საშვალებად სთვლის, როგორც მსუბუქი, ისე ხანგრძლივი ქრონიკული პროსტატიტების დროს. ასეთ შემთხვევაში ტალახით წამლობა სასურველია შემდეგნაირად ვაწარმოვით: ტალახის ცხელი ფოლაქები $38^{\circ}-40-41^{\circ}$ R უნდა უშუალოდ მივიღოთ მუდამ დღე შორისზედ.

სახსრის რევმატიზმებისა და ნევრალგიებთან ერთად—ერთ-ერთ მთავარ ჩვენებად უნდა ჩაითვალოს უსათუოდ ქალის სასქესო სფეროს ანთებითი ხასიათის სნეულებანი, ერთ ძალიან ავტორიტეტულ ტალახით წამლობის მკოდნე პირის Либов-ის სიტყვების თანახმად „ქალის სნეულებათა წამლობის დროს მიღებული შედეგები ამდენად საუცხოვო კარგია, რომ ბევრი ტალახის სადგური „ქალის კურორტების“ სახელწოდებას ატარებს. განსაკუთრებით წამლობის უფრო კარგი შედეგი ქრონიკული ანთებითი პროცესების დროსაა, როდესაც ეს უკანასკნელი მუცლის აპკს და ბადურს ეხება; როდესაც არის მაგალ. პერიპარამეტრიტები, პერიოფორიტები, სალპინგო-ოოფორიტები. კარგ შედეგებს იძლევა აგრეთვე ენდომეტრიტები და ვაგინიტები. წამლობა უშედეგოა იმ შემთხვევებში, როდესაც უკვე ნაწიბურის ქსოვილი განვითარდა, როდესაც შეხორცება და შეწყებებანია, რომელნიც ხელს უწყობენ საშვილოსნოს არასწორ მდებარეობას. ამასთან, როგორც თვით Либов-ი, აგრეთვე პროფ. Лебедев-ი სთვლიან, რომ ქალის სნეულებათა დროს ნახევარ აბაზანებს დიდი უპირატესობა აქვთ ტალახის აბაზანების სხვა ფორმების შორის. ჩვენი დაკვირვებანი სრულიად ადასტურებს Либов-ის დებულებებს ქალის სნეულებათა ტალახით წამლობის ჩვენების შესახებ, რაც შეეხება „გასაოცარ“ და „ცხად“ ეფექტს, ჩვენი ციფრებით არც ისე გასაკვირველი შედეგებია (ტაბულა), მართალია, უშედეგო შემთხვევა 13% -ში იყო, სამაგიეროთ ობიექტიური განკურნება იყო სულ 7% -ში, დანარჩენი 80% ეკუთვნის უკეთობის კატეგორიას, საერთოდ, ჩვენ უსათუოდ კნაყოფილი უნდა ვიყოთ წამლობის შედეგებით, ჩვენი დაკვირვებით სრულიად ნათელ და კარგ შედეგებს ვალწევთ სახსართა რევმატიზმის, ნევრალგიების და ნევრიტების დროს, (ტაბულა 9).

ტ ა ზ უ ლ ა № 9.

F-1540

დ ი ა გ ნ ი ზ ი	საერთო რიცხვი ავადმყ.	გამოკეთდა	უკეთობა	უშედეგო	გაუარესება
ქალის სნეულ.					
ადნექსიტები	164	15	128	21	—
საშვილოსნოს ფიბრომიომ.	9	—	7	2	—
პერიპარამეტრიტები . . .	26	—	23	3	—
პელვეოვამერიტონიტები .	2	—	2	—	—
ს უ ლ	201	15(7%)	160(80%)	26(13%)	—
სახსრის ავადმყოფობანი					
პოლიარტ. ქრონ. რევმატ.	99	32	58	9	—
პოლიარტრიტი მწვავე . . .	10	3	7	—	—
დამამახინჯებელი არტრიტი	20	—	19	1	—
ნიკრისის ქარი	6	2	4	—	—
ქრონიკული გონორ. არტრ.	2	—	2	—	—
ტრავმატიული არტრიტები	10	—	10	—	—
სპონდილიტი Risomelic .	4	—	3	1	—
მენჯ-ბარძაყის სახსრის					
ანკილოზი	4	—	1	3	—
ს უ ლ	155	37(21,3%)	104(67%)	14(11,7%)	—
ნერვული სნეულებანი					
საჯდომი ნერვის ავადმყ. .	61	21	30	10	—
პოლინევრიტები	3	—	2	1	—
ნევრალგიები	5	3	2	—	—
სპასტიური პარაპლეგიები.	2	—	1	1	—
მარჯვენა ტერფის პარეზი.	1	—	1	—	—
ტაბეტიური ართროპათიები	6	—	4	2	—
ჰიდრომიელია	1	—	1	—	—
მიელიტი	2	—	1	1	—
ს უ ლ	81	24(29,7%)	42(51,9%)	15(18,4%)	—
ქლეჩი					
ქლეჩი ძვლების და სახსრებ.	23	—	5	13	5
პერიტონიტი ტუბერკულ.	3	—	1	1	1
ს უ ლ	26	—	6(23,1%)	14(53,8%)	6(23,1%)
სხვა ავადმყოფობანი					
სპილოიანობა	3	—	1(33,3%)	2(66,7%)	—
ფლებიტები	2	—	2(100%)	—	—
კუნთ-ნერვული რევმატიზმი	10	7(70%)	3(30%)	—	—
შედეგი ქვედა და ზედა კი-					
ღურების ძვლების გადატ.	12	5(41,6%)	7(58,4%)	—	—
ანთებითი ინფილტრატი					
მუცლ. გაკვეთის შემდეგ . .	4	1(25%)	3(75%)	—	—
ს უ ლ	494	89(18%)	328(66,4%)	71(14,1%)	6(1,5%)

თანამედროვე მედიცინა № 5-1925.



ჩვენებად ტალახის წამლობისათვის ჩვენ ვთვლით:

1. ქრონიკულ, როგორც რემატიულ, ისე გონორულ და პოდაგრიულ ასტრიტებს.
2. მოიხიტებს.
3. ნევრალგიებს და ნევრიტებს;
4. ქალის სასქესო ორგანოთა ქრონიკულ, სუბქრონიკულ და Subacut-ურ ანთების პროცესებს;
5. ლიმფადენიტებს;
6. კანის სნეულებათა ზოგიერთ ფორმებს (აკნე, პსორიაზისი, ბღერი). უკუჩვენებანია:
1. გულის მანკები—კომპენსაციის მოშლით (აბსოლიუტურ) და აკრეთვე კომპენსაციით;
2. ფილტვების ტუბერკულოზი;
3. ქირურგიული ტუბერკულოზი (სახსრების და ძვლების);
4. ორსულობა;
5. ციებ-ცხელებიანი ავადმყოფნი;
6. ავთვისებიანი სიმსივნეები;
7. ძალიან ახალგაზრდა (7 წელზედ უმცროსი) და ძალიან მოხუცებული ჰასაკი.

სანამდი ჩვენ შრომას დავათავებდეთ საჭიროდ მიგვაჩნია შევეხოთ ერთ ძალიან საინტერესო და აქტიურ საკითხს იმის შესახებ, საჭიროა თუ არა თერაპიული ეფექტის მისაღებად ბუდობრივი თუ საერთო რეაქცია. 1924 წლის № 33 Zentralblatt für Gynäkologie-ში Стефанович-ი აქვეყნებს თავის დაკვირვებებს (94 გინეკოლოგიური ავადმყოფი საკში), საიდანაც ჩანს, რომ 81.8%⁰-ში უკეთესობა შეამჩნიეს ისეთმა ავადმყოფებმა, რომელთაც კლინიკურად არავითარი რეაქცია არ ემჩნეოდათ—არც ბუდობრივი და არც საერთო; იმ ავადმყოფებს, რომელთაც მხოლოდ ბუდობრივი რეაქცია ქონდათ უკეთესობა მხოლოდ 52.6%⁰-ში; დაბოლოს 33,3%⁰ უკეთესობისა მოგვცა ისეთ ავადმყოფებმა, რომელთაც როგორც საერთო, ისე ბუდობრივი რეაქცია ქონდათ, თუმცა ავტორი დასძენს, რომ აშკარად გამოხატული რეაქციის არ არსებობა კიდევ არ ნიშნავს რომელიმე საერთო რეაქციის არ არსებობას; მაგრამ ჩვენი და ამ ავტორის დაკვირვებანი არაა ერთნაირი. ჩვენი აზრით, უკეთესობისათვის ანუ განკურნებისთვის რეაქცია (ბუდობრივი და საერთო) არ არის უსათუოდ საჭირო, მაგრამ განსაკუთრებით უფრო კარგი თერაპიული შედეგები ვნახეთ ჩვენ სწორეთ კარგად გამოხატულ რეაქციის შემთხვევებში.

დასასრულ სასიამოვნო მოვალეობად ვთვლი მოვიყვანო ჯვრის ტბიდან (მცხეთის ახლოს) აღებულ ახალ სამკურნალო ტალახის ოქმი. ქიმიური ანალიზი გაკეთებული იყო ს. ს. რ. საქართველოს ჯანმრთელობის კომისარიატის ქიმიურ ლაბორატორიის გამგის დ. კუპციის მიერ. სამეცნიერო ექსპედიცია სამკურნალო ტალახის ახალ ადგილთან მოწყობილი იყო საქართველოს ჯანსაჩქარის გ. კუჭაიძის ინიციატივით. ექსპედიციაში მონაწილეობა მიიღეს პროფესორებმა: თვალჭრელიძემ, ჯანელიძემ, ლამბარაშვილმა და სამთო ინჟინერმა ყიფშიძემ.

ქიმიური ანალიზის მიხედვით ეს ახალი ტალახი შეიცავდა იმ ელემენტების უმრავლესობას, რომელნიც ჩვეულებრივ არის სამკურნალო ტალახებში. ეს ტალახი ჯერ რადიოაქტივობაზედ გამოკვლეული არ არის, მაგრამ არ მგონია, რომ ამისგან რამე წავაგოთ, ვინაიდან ჯერ ერთი ჩვეულებრივ მინერალურ წყლებში და სამკურნალო ტალახებში ისეთი მინიმალური რაოდენობაა რადის ემანაციისა, რომ მათ რადიოაქტივობას არ შეიძლება რამე მნიშვნელობა ჰქონდეს, მით უმეტეს, თუ მხედველობაში მივიღებთ, რომ ხმარების წინ ტალახზედ ორთქლით მოქმედობენ და მეორეთ, Schöber-ის ყურადსაღები აზრით რადიოაქტივობას ჩვეულებრივ ნახულობენ ყოველ წყალში და ტალახში, რომელშიაც მას ეძებენ. შემდგომი გამოკვლევანი და დაკვირვებანი გვიჩვენებენ, რამდენად დასაფასებელი იქნება ეს ტალახი მკურნალობის თვალთაზრისით, რაც ქიმიურ მხარეს შეეხება, ჯერ ვერავინ შეძლო იმის დამტკიცება თუ რომელი ქიმიური ნივთიერება ანიჭებს ტალახს მკურნალობითი თვისებას.

ლიტერატურა

1. Ларин, Зап. Рус. Бальн. о-ва в Пятигорске 1901 г.
2. Aschenbach. Die Untersuchungen über d. physik. Wirkung der Moorbäder 1886.
3. Reini. Prag. med. Wochensch. XI, 13 (1886).
4. Богословский. Лечебные места Европы. Петерб. 1888. стр. 65
5. Дотман. XXXVIII засед. Рус. Бальн. о-ва в Пятигор. 24 июля 1889 г. стр. 19.
6. Кулябко-Корецкий, Материалы к учению о действии грязевых ванн на вес, температуру и пульс. 1886 Петерб.
7. Сигрист, Записки Рус. Бальн. о ва Пятиг. Сент. 189⁸/₉ № 4 стр. 225.
8. Тлязштейн, Зап. Рус. Бальн. о-ва. 1899-1900 январь том II № 5.
9. Парышев, Ящик для гряз. полуванн. Зап. Рус. Б. О-ва 1899-1900 III. II № 3 стр. 92.
10. Покровский, Лечение горячими глиняными ваннами, Труды о-ва Симфероп. врачей за 189⁷/₃ г. Симферополь 1900, стр. 189.
11. „Общая грязевыя и глинян. ванны 1891. Диссертация“.
12. Предтеченский, Мед. Обзор. Апрель 1898 г. отр. 560.
13. Щербаков. Грязелечебн. местности Европ. России XII Междун. с'езд. врачей.
14. Гулевич, Зап. Рус. Бальн. О-ва 1900 том II № 7. стр. 330.
15. Буйко. Тиккския минеральн. грязи. Диссертация. Петерб. 1890 г.
16. Покровский, К вопросу о присутствии белка в моче под влиянием гряз. ванн. Докл. общ. Симфер. врач. 13 мая 1894 г.

17. Предтеченский, Об изменениях крови у ревматиков в Саках, Москва 1896 г.
 18. Алексеевский, Зап. Рус. Бальн.о-ва 1901 г. март Т. III № 7 стр. 357.
 19. Агаджанянц, К эксперимент. фармакологии Тамбук. грязи Зап. Рус. Бальн. Общества 1914 г. Т. XVI № 2 стр. 72.
 20. Лозинский А. А., Бальнеология практ. врача. Практич. Мед. 1915 № 11 ноябрь.
 21. Бурденко, К вопросу о грязолечении хирургического туберкулеза, Клиническая медицина, февраль 1924 г. стр. 37.
 22. Гурко, Бальнеологическое примен. Ахтальских грязей, жур. „Целебный Кавказ“ № 3-4 ноябрь 1915 г.
 23. ე. დეკანოზიშვილი, Лечение гинеколог. больных Ахтальской грязью Тамже.
 24. Либов. О грязелечении, Петерб. 1897.
 25. დ. ჯავახიშვილი, Ахтальские грязи и их значение. Тифлис 1925 г.
 26. Stephanowitsch, Zentralblatt für Gynaekologie 1924 г. № 33 p. 1813.
 27. Schober, Muenchener Mediz. Wochenschr, № 29 1923 г. p. 947
 28. Zimmer, München, Mediz. Wochen. № 8 1923 p. 233.
-

პროფ. ალ. ალადაშვილი

ტფილისის უნივერს. ფაკულტეტის
თერაპიული კლინიკის გამგე.

ფილტვების ტუბერკულოზის დასაწმინის ფორმების ღიაგნოსტიკა *).

ტუბერკულოზი ძლიერ გავრცელებული ავადმყოფობაა. საკმარისია მოვი-
გონოთ გამოკვლევები Naegeli-სა, რომელმაც ამ სნეულების ნაშთი გვამების
93%-ში აღმოაჩინა, ან Burkhardt-ისა, რომელმაც გაკვეთის დროს 91%-ში მიი-
ღო ცხადი ან ფარული ტუბერკულოზი. ანალოგიურ შედეგებს იძლევა ტუბერ-
კულინის რეაქციაც. ბავშვები, რომელნიც იბადებიან სრულიად ჯანმრთელები,
12 წლისთვის თითქმის 100%-ში ამ რეაქციას იძლევიან (Hamburger). ამიტომ
თავისუფლად შეგვიძლია გავიმეოროთ Naegeli-ს აფორიზმი: „jeder Mann hat am
Ende ein bischen Tuberculose“.

ასე საშინლად მძვინვარებს ტუბერკულოზი უმთავრესად დიდ ქალაქებში.
იგი ნაკლებადაა გავრცელებული სოფლებში, მაგრამ აქაც, Bacmeister-ის ცნო-
ბებით, ტუბერკულინის მკაფიო რეაქციას ყველა მცხოვრებთა 30% იძლევა. ცხა-
დია, რომ ტუბერკულოზი დიდ ზიანს აყენებს კაცობრიობას. Moller-ის აზრით,
ეს „შავი ჭირია, რომელსაც წლითი-წლობით მიაქვს უფრო მეტი მსხვერპლი,
ვიდრე ყველა ინფექციურ სნეულებას ერთად“. ვრცელი სტატისტიკური მასალა
გვიმტკიცებს, რომ კაცობრიობის $\frac{1}{7}$ იღუპება ამ ავადმყოფობიდან (Hirsch). სა-
შინელია ეს რიცხვი, მაგრამ ერთი რამ იქცევა აქ ყურადღებას. თუ ტუბერკუ-
ლოზით იხოცება $\frac{1}{7}$ კაცობრიობისა, ცხადია, რომ $\frac{6}{7}$ თავს აღწევს ამ სენს და
ან იკურნება სრულიად, ან იღუპება სხვა რაიმე მიზეზის გამო. მართლაც კლი-
ნიკური დაკვირვება გვიმტკიცებს, რომ ტუბერკულოზი ხშირად იძლევა განკურ-
ნებას. ყველა ექიმს შეუძლიან მოიყვანოს არა ერთი შემთხვევა, როცა იგი პოუ-
ლობდა ფილტვის მწვერვალოში მცირე გამკვრივებას, რომელიც იძლეოდა ოდ-
ნავ მოყრუებულ ხმას და გაძლიერებულ ამოსუნთქვას. ეს არის ნაშთი ძველი
ტუბერკულოზისა. ავადმყოფმა ხშირად არც კი იცის, რომ მას როდისღაც ფილ-
ტვებში ავადმყოფობა ქონდა და სახიფათო მდგომარეობაშიც იმყოფებოდა,
მხოლოდ ეს ნაწიბური, როგორც უტყუარი ძველი, მჭერმეტყველურად ლაღადებს,
რომ ოდესღაც აქ საშინელი ბრძოლა სწარმოებდა ტუბერკულოზთან და ამ ბრძო-
ლაში გამარჯვებული გამოვიდა ორგანიზმი. ასეთი ფაქტების სიხშირემ მისცა
უფლება Granscher-ს ემტკიცებინა, რომ ტუბერკულოზი ყველა ქრონიკულ ავად-

*) მოხსენდა საქართველოს ექიმთა მეორე კონგრესს მაისში 1924 წ.

მყოფობათა შორის უზშირესად იძლევა განკურნებას. სამწუხაროდ, ეს დებულება სამართლიანია მხოლოდ ტუბერკულოზის დასაწყისი ფორმების შესახებ, რომლებიც, Wolff-ის და Saugmann-ის სტატისტიკური ცნობებით, 80-90%-ში იძლევა განკურნებას. მხოლოდ რაც წინ მიდის ტუბერკულოზის პროცესი, მით უფრო ნაკლებია მორჩენილთა რიცხვი და ბოლოს დგება ისეთი ხანა, როცა ავადმყოფი უკვე განწირულად უნდა ჩაითვალოს. აქედან ცხადია, რა დიდი მნიშვნელობა აქვს ტუბერკულოზის დროზე გამოცნობას და სათანადო წამლობას. სამწუხაროდ ტუბერკულოზის ადრეული დიაგნოზი ადვილი საქმე არ არის და შეცდომა ხშირი მოვლენაა. აი რასა სწერს ამის შესახებ პროფ. Sahli: „დიდი რაოდენობა იმ ავადმყოფებისა, რომელნიც იგზავნებიან სანატორიუმებში დიაგნოზით ქლოროზი, ნევრასთენია, გასტროენტერიტი, კოლიტი და სხვა, ბოლოს ტუბერკულოზით დაავადებული აღმოჩნდება ხოლმე“.

მიზეზი ასეთი დიაგნოსტიკური შეცდომებისა თვით ტუბერკულოზის პროცესის თავისებური ხასიათი და თანდათანობითი განვითარებაა. Koch-ის ბაცილები შეიძლება წლობით ბუდობდნენ ორგანიზმში ლატენტურ მდგომარეობაში და არავითარ კლინიკურ მოვლენებს არ იძლეოდნენ. თვით აქტიური პროცესიც ჩვეულებრივ თანდათანობით ვითარდება და მხოლოდ, როცა ტუბერკულები ირღვევა და შხამიანი ნივთიერებები სისხლში იწურება, ორგანიზმში იძლევა სათანადო რეაქციას. ზოგჯერ ამ დროსაც ადგილობრივი ცვლილებები ფილტვებში იმდენად მცირეა, რომ მისი აღმოჩენა ჩვეულებრივი მეთოდებით ძლიერ ძნელია და დიაგნოზი უმთავრესად ემყარება იმ რეაქციულ მოვლენებზე, რომელსაც იწვევს სპეციფიკური ტოქსემია. მხოლოდ არც ეს მოვლენები იძლევა ყოველთვის მკაფიოსა და დამახასიათებელ სურათს.

ცხადია, რომ საკითხის გამოსარკვევად საჭიროა ფართოდ შესწავლა ორგანიზმისა და გათვალისწინება, გარდა პირდაპირი ნიშნებისა, ყველა იმ მოვლენების და თვისებებისა, რომელნიც ხელს უწყობენ ტუბერკულოზის ინფექციის ორგანიზმში ჩანერგვას და განვითარებას.

ამ თვალსაზრისით დიდი ყურადღება უნდა მიექცეს მემკვიდრეობას. უკვე ძველმა ავტორებმა აღნიშნეს, რომ ტუბერკულოზი ხშირია ზოგიერთ ოჯახებში და გვარეულობაში. თანამედროვე ვრცელი სტატისტიკური მასალა და კლინიკური დაკვირვებებიც საესებით ადასტურებენ ამ მოვლენას. მემკვიდრეობის მნიშვნელობა აღნიშნეს Herard-მა და Cornil-მა 38%, Leudet-მა 50%, Haupt-მა 67%, უფრო მცირე რიცხვები მიიღეს Piorry-მ 25% და Соколовский-მ 25,4%. ყოველ შემთხვევაში მემკვიდრეობის მნიშვნელობა დღეს დამტკიცებულად უნდა ჩაითვალოს, მაგრამ ჯერაც საესებით არ არის გამორკვეული, როგორ ხდება ეს გადაცემა. ტუბერკულოზის ბაკილის აღმოჩენის შემდეგ ბუნებრივად დაიბადა აზრი, რომ მშობლებიდან ნაყოფზე თვით ცოცხალი ვირუსი გადადის. Baumgarten-ი გადაჭრით იცავდა ამ დებულებას. მისი აზრით, ინფექცია შეიძლება დიდხანს იმყოფებოდეს ბალღის ორგანიზმში ლატენტურ მდგომარეობაში და მხოლოდ შესაფერის პირობებში დაიწყოს განვითარება. ამტკიცებენ, რომ ტუბერკულოზის ჩხირი შეიძლება გადავიდეს როგორც მამიდან (Friedman), ისე დედიდან (Bar და Renon) მხოლოდ უნდა აღინიშნოს, რომ ასეთი პირდაპირი გადა-

ცემა იშვიათი მოვლენაა. Kiss-მა ლიტერატურაში მხოლოდ 40 ასეთი შემთხვევა შეკრიბა. ცხადია, რომ ასეთ გზას პრაქტიკული მნიშვნელობა არ უნდა ქონდეს და მემკვიდრეობის ასახსნელად სხვა რაღაცა მოვლენა უნდა ვეძიოთ. ჩვენ რომ მივიმართოთ პათოლოგ-ანატომიურ სტატისტიკას, საყურადღებო ფაქტებს მივიღებთ. Heubner-ი ამტკიცებს, რომ 844 ბალთა გვამის გაკვეთის დროს მას არც ერთხელ არ შეხვედრია ტუბერკულოზი პირველ სამი თვის ჰასაკში. Bo-litz-ს მოყავს ცნობა 2.576 ბალთა გვამების გაკვეთის შესახებ, რომელთა შორის 4 კვირამდე არ იყო აღმოჩენილი ტუბერკულოზი. ასეთი ფაქტები საბუთს იძლევა ვიფიქროთ, რომ მემკვიდრეობით გადადის არა თვით ბაქტერია, არამედ ორგანიზმის თავისებური მიდრეკილება (dispositio). ეს მიდრეკილება გამოიხატება ორგანიზმის ისეთ მდგომარეობაში და თვისებებში, რომელიც ხელს უწყობს ტუბერკულოზის ჩხირებს ქსოვილში ადვილად ჩანერგვას და კარგად განვითარებას. „ასეთი მემკვიდრეობის მქონე ორგანიზმი უნდა შევადაროთ დამუშავებულ ნიადაგს, რომელიც მომზადებულია გარკვეულ თესლის აღმოსაცენებლად“, ამბობს Schiosmann-ი. ასეთი თავისებური მიდრეკილების მიზეზს ბევრი ეძებს ორგანიზმის კონსტიტუციონალურ თვისებებში. უკვე ძველი დროიდან მიქცეული იყო ყურადღება, რომ ჭლებით დაავადებულებს სხეულის თავისებური აგებულება ქონდათ, რომელსაც habitus phthisicus უწოდეს. ასეთ პირთ ლამაზი და სწორი მოყვანილობის სახე აქვთ, ნახი და ფერმკთალი კანი, ჭკვიანი, ცოტა სევდიანი თვალები, მოლურჯო სკლერა და გრძელი წამწამები. ქალებს ხშირად მაღალი კისერი აქვთ (გედის კისერი), გრძელი და წვრილი თითები. მეტადრე საყურადღებოა ასეთი პირების გულმკერდას მოყვანილობა. იგი პრტყელი და გაგრძელებულია, ნეკნები ძლიერ დახრილი არიან, რაც იწვევს ეპიგასტრიუმის კუთხის შევიწროებას. ნეკნთა შუა მიდამოები გაფართოებულია, ლავიწები და მხრები წინ გამოწეულია. ბეჭები დაშორებულია გულმკერდს და ფრთისებრი ხასიათისაა (scapulae alatae). აღნიშნულია აგრეთვე, რომ გულ-მკერდის ზემო ნაწილი ზედმეტად შევიწროებულია. Freund-მა მიაქცია ყურადღება, რომ პირველი ნეკნი სწორეთ არ უერთდება მკერდის ძვალს და მისი ხრტილოვანი ნაწილი ნაადრევად გამკვრივებულია. ასეთი მოყვანილობა იწვევს ფილტვის მწვერვალს შეზღუდვას და მისი მოძრაობის შეფერხებას, რაც ხელს უწყობს ტუბერკულოზის პროცესის ჩანერგვას და აღორძინებას. ეს მოვლენა დაწვრილებით შეისწავლეს Hart-მა და Harras-მა, რომელნიც ამტკიცებენ, რომ ზემო აპერტურის შევიწროება იწვევს მწვერვალოების ფუნქციის დარღვევას და ქმნის ინდივიდუალურ მიდრეკილებას ტუბერკულოზის ინფექციისადმი. ასეთ დებულებას იცავს ძთელი რიგი ავტორებისა, მაგ. აი რას ამბობს Brugsch-ი: „თუ პირველი ნეკნი ღრმად ჩაესო ფილტვის მწვერვალს, აქ ცუდი ვენტილაციის გამო იქმნება locus minoris resistentiae ტუბერკულოზის ბაქტერიების ჩასახუდებლად“. შეზღუდვის მნიშვნელობა ექსპერიმენტალურად დაადასტურა Bacmeister-მა, იგი უჭერდა მოზარდ ზღვის გოჭებს პირველ ნეკნის მიდამოში რკინის მავთულს და შემდეგში უშხაპუნებდა სისხლში ტუბერკულოზის ჩხირებს. უმრავლეს შემთხვევაში ტუბერკულოზის პროცესი ვითარდებოდა სწორედ შეზღუდულ მწვერვალოში.

დიდ მნიშვნელობას აწერენ აგრეთვე ზოგიერთი სხვა ორგანიზმების არა ნორმალურ განვითარებას. Bremer-მა მიაქცია ყურადღება, რომ ასეთ პირთ პატარა გული და ვიწრო სისხლის ძარღვები აქვთ. Beneke მთავარ მნიშვნელობას აძლევს სისხლის ძარღვების საერთო პიპოპლაზიას. Libermeister-ი კი უმთავრესად აღნიშნავს ფილტვის არტერიის სივიწროვებს. საერთოდ ეს ავტორები ამტკიცებენ, რომ აღნიშნული დეფექტების გამო ქსოვილები კარგად ვერ იკვებება და ამიტომ სათანადო გამძლეობას და სიცოცხლის უნარს ვერ იჩენს.

ეჭვ გარეშეა, რომ ასეთ ავებულებას მნიშვნელობა აქვს ტუბერკულოზით დაავადებაში, მაგრამ ეს იმას არ ნიშნავს, რომ ყველა, რომელსაც habitus phthisicus აქვს გამოხატული, განწირულად უნდა ჩაითვალოს. ჩვენ ვიცით, რომ სათანადო პირობებში ეს პირები საღი რჩებიან და, პირიქით, მაგარი ავებულების და ძალ-ღონით სავსე ინდივიდები კი ქლეკით იხოცებიან. აიხსნება ეს მოვლენა იმით, რომ ტუბერკულოზის აღორძინებაში დიდი მნიშვნელობა აქვს საერთო ცხოვრების პირობებს, გადატანილ ავადმყოფობას და აგრეთვე ტუბერკულოზით გადადების შესაძლებლობას. ცხადია, რომ ჩვენ უნდა გავითვალისწინოთ ყველა ეს მომენტები და შესაფერისად შევაფასოთ მათი გავლენა და მნიშვნელობა.

ს ა ე რ თ ო მ ო ვ ლ ე ნ ე ბ ი.

თვით ავადმყოფის შესწავლის დროს ყურადღება უნდა მიექცეს მთელ რიგ საერთო მოვლენებს, რომელთა შორის უდიდესი მნიშვნელობა სხეულის ტემპერატურას აქვს. საყურადღებოა, რომ თვით ავადმყოფი ხშირად უარყოფს ტემპერატურის აწევას და მხოლოდ სისტემატიური და ხშირი სიცხის გაზომას სინამდვილეს არკვევს. ჩვეულებრივ, სიცხე სუბფებრილურია და რაიმე ტიპური მსვლელობა მას არ ეტყობა. „თუ რაიმე არის ტიპური ტუბერკულოზის სიცხისათვის, ესაა მისი არა ტიპური მიმდინარეობა“ ამბობს Burry. ზოგი ავადმყოფი სიცხის აწვევის დროს გრძნობს მსუბუქ შეჯერებლებას, სახის შეწითლებას, და სხეულის მტვრევას. აღნიშნულია, რომ ნორმალური ტემპერატურაც ძლიერ მერყევია. უბრალო მიზეზები, როგორცაა ფიზიკური დაღლილობა, მღელვარება, ადვილად იწვევს მის აწევას (Ott). ეს მოვლენა დაწვრილებით შეისწავლა Pentozldt-მა, რომელიც ამტკიცებს, რომ თუ ერთი საათის სეირნობის შემდეგ ტემპერატურამ აიწია $38^{\circ}/_{10}$ -დე, უნდა ვეძიოთ ორგანიზმში ტუბერკულოზის ბუდე. აღნიშნულია აგრეთვე ზომიერი სიცხე საჭმლის მიღების შემდეგ. ქალებს ხშირად სიცხეს აძლევს თვიურის დაწყების წინ. Denys დიდ მნიშვნელობას აძლევს ტემპერატურის აწვევის დროს შებრუნებულ ტიპს (t. inversus), რომელიც მას პათოგნომიურ ნიშნად მიაჩნია. თუ ტემპერატურა ნორმალურია, ზოგი, მაგ. პროფ. Sahli, აქცევს ყურადღებას მის დილა-საღამოს ქანაობას, რომელიც ტუბერკულოზის დროს ძლიერ ფართოა. ეს ცვლილება იმდენად დამახასიათებელიაო, ამბობს პროფ. Sahli, რომ დიაგნოსტიკურად ტემპერატურის აწევას უდრის. Hollos-ი ამტკიცებს, რომ ნორმალური ტემპერატურის დროს მნიშვნელობა აქვს რეაქციას, რომელსაც იძლევა ორგანიზმში antipyretica-ს მიღებაზე, მაგ., თუ პირამიდონი იწვევს ტე-



ფილტვის ტუბერკულოზის დასაწყისი ფორმების დიაგნოსტიკა.

მპერატურის დაწევას, ეს ტუბერკულოზის არსებობის მაჩვენებელია, რადგან ნორმალური ორგანიზმი ასეთ ცვლილებას არ იძლევა.

ტუბერკულოზის დასაწყისი ხანაში ტემპერატურა ჩვეულებრივ სუბფებრილურია, მაგრამ იშვიათ შემთხვევაში შეიძლება მან უფრო მწვავე და ხანგამოშვებითი ხასიათი მიიღოს. ასეთი მიმდინარეობა ძლიერ მიაგავს მალარიას და ამიტომ Соклоковский-მ მას პსევდომალარიული ტიპი უწოდა. ეს მოვლენა ფრიად საყურადღებოა, რადგან მალარიულ ადგილებში მას შეუძლია შეცდომა გამოიწვიოს, მაგრამ ასეთ შემთხვევებშიც დიაგნოზის გამოკვლევა არ არის ძნელი, რადგან სისტემატიური სიცხის ზომა გვიჩვენებს, რომ ნამდვილი აპირექსია აქ არ არსებობს და სიცხე უსწორმასწოროა და ქანაობს. გარდა ამისა, რასაკვირველია, ვერა ვოულობთ სისხლში მალარიის პლასმოდებიც, ელენთა არ არის გადიდებული და ქინაქინით მკურნალობა ეფექტს არ იძლევა.

გარდა ტემპერატურის ცვლილებისა, ასეთ ავადმყოფებს ხშირად თავიდანვე ოფლიანობა ეტყობათ. ოფლს იწვევს ფიზიკური მოძრაობა და მღელვარება, აგრეთვე ხშირია იგი ძილის დროსაც. ოფლს ასხამს უმთავრესად კისერზე და გულმკერდზე, იგი ჩვეულებრივ მცირეა, მაგრამ შესაძლებელია ძლიერი ოფლიანობაც, რომელიც აწუხებს და ასუსტებს ავადმყოფს. ოფლიანობის მიზეზად უნდა ჩაითვალოს ტოქსინების გავლენა საოფლე ცენტროებზე.

ავადმყოფები ხშირად უჩივიან ტკივილებს უმთავრესად გულმკერდის სხვადასხვა ნაწილში. ამ საჩივრებს ჩვენ უფრო ხშირად ნევრასთენიას ვაწერთ, მაგრამ ირკვევა, რომ ტუბერკულოზის დროს საკმარისად ხშირია ნევრალგიები, როგორც შედეგი ტოქსემიისა. გამოყოფილია რამდენიმე გარკვეული ადგილობრივი ტკივილი, რომელსაც დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს. ასეთია ტკივილები პირველ და მეორე ნეკთა შუა მიდამოებში მკერდის ძვლის გვერდით (Peter-ის წერტილები), აგრეთვე ტკივილები პირველი კისრის სამი მალის წვეტიან მორჩებზე (Spinalgia Petruschky.) Tilleau-მ აღნიშნა, რომ თუ ხელს დავაკერთ ცდომილ ნერვს m. sternocleidomastoideus-ის ტოტებს შორის, ნახევარი წუთის შემდეგ შეიძლება მივიღოთ ტკივილები, როგორც ადგილობრივი, აგრეთვე ტუბერკულოზის ფოკუსის მიდამოში. თავისებური მოვლენა აღნიშნა Pothengar-მა. ხელით რომ შევეხოთ კუნთებს ავადმყოფ მწვერვალს ზემოთ, მივიღებთ მათ გამკვრივებას და მტკივანობას. საყურადღებოა, რომ ეს მოვლენები მკაფიოდ არის გამოხატული tbc. დასაწყისში, განვითარების ფორმების დროს კი სუსტდება და ზოგჯერ სრულიად ქრება. Jabourin-მა, Штернберг-მა მიაქციეს ყურადღება, რომ თითის დაჭერა გულმკერდის იმ ადგილზე, რომლის ქვეშ ტუბერკულოზის პროცესია, ტკივილს იწვევს, რაც მათი აზრით ახასიათებს პროცესის მწვავე მიმდინარეობას.

ტუბერკულოზი ჩვეულებრივ იწვევს კვების დაქვეითებას და ამ მოვლენამ შეიძლება თავი იჩინოს იმ დროს, როცა ფილტვებში ადგილობრივი პროცესის აღმოჩენა შეუძლებელია. არიან ავადმყოფები, რომელნიც კვირაში 2—3 გირვანქას ჰკარგავენ მიუხედავად უხვი საჭმლის მიღებისა. ხშირად გამხდრობას უშაბობაც ერთვის, ზოგი სანოვავე კი ზიზღსაც იწვევს. ასეთი მოვლენა საეჭვოა და, თუ მის ასახსნელად რაიმე სხვა მიზეზი არ არსებობს, უნდა ვეძიოთ ფარული

ტუბერკულოზი. ყოველი ახალგაზრდა და სრულწლოვანიც, რომელსაც დიაბეტი არა სჭირს, ძლიერ და სწრაფად ხდება, სიცხე აქვს თუ არა, უნდა ითვლებოდეს საექვოდ ტუბერკულოზის შესახებ, ამბობს ცნობილი კლინიციისტი Dieulafoy აწონის დროს უნდა გვახსოვდეს, რომ არსებობს წონის გარკვეული ნორმები. მიღებულია, რომ ნორმალური ადამიანი იწონის იმდენ კილოგრამს, რამდენი სანტიმეტრით მისი სიმაღლე აღემატება ერთ მეტრს (Broca). ქალებისათვის არსებობს Bouchard-ის ფორმულა, რომლითაც წონისა და სიმაღლის დამოკიდებულება არ უნდა იყოს $\frac{3}{1}$ ნაკლები. თუ ეს დამოკიდებულება დარღვეულია, საექვოა ფარული ტუბერკულოზის არსებობა. მაინც უნდა აღვნიშნოთ, რომ ერთხელ აწონას არა აქვს დიდი მნიშვნელობა. დიაგნოსტიური ღირებულება მხოლოდ ხანგრძლივ დაკვირვებასა აქვს, რომელიც ნათლად გვიჩვენებს კვების თანდათანობითი დაქვეითებას. ამიტომ საჭიროა ვაწარმოვოთ აწონა ისევე სისტემატიურად, როგორც სწარმოებს ტემპერატურის გაზომვა.

ადგილობრივი მოვლენები ფილტვებში.

სუნთქვა ზომიერად გახშირებულია, მაგრამ შეიძლება ნორმალურიც იყოს. ხშირად აღნიშნულია სუნთქვის ტიპის შეცვლა, რადგან ორგანიზმი ცდილობს ნაკლებად ამუშაოს ფილტვების დაზიანებული ნაწილები. აქვს მნიშვნელობა ლავიწხედა ფოსოს ინსპირატორული ჩაწევა, რაც ჩვეულებრივი შედეგია პლევრის ნაწიბურებისა. არა ნაკლებ საყურადღებოა გულმკერდის ასიმეტრია სუნთქვის დროს, დაავადებული მხარე უფრო მოღუნებით ახდენს ექსკურსიას. უფრო გარკვეულადაა სჩანს ეს მოვლენა, თუ თვალს ვადევნებთ მხრის აკრომიული ნაწილის მოძრაობას. მას მკაფიოდ ეტყობა ჩამორჩენა, რასაც Kuthy-მ „აკრომიონის სიმპტომი“ უწოდა ან ლავიწის კოჭლობა (Letulle). უკანასკნელ მოვლენებს ზოგი ხსნის ამ მხრის კუნთების სპასტიურ მდგომარეობით, შემდეგში, როცა კუნთების ატროფია იწყება, ეს მოვლენა სუსტდება ან სრულიად ქრება.

ამ ხანაში ხშირი მოვლენაა ხმის შეცვლა და ზოგჯერ მისი დროებით დაკარგვა, რაც თავს იჩენს ხოლმე დალილობის და ხანგრძლივი ლაპარაკის შემდეგ. დიდი მნიშვნელობა აქვს ხველას. „ჭლექი არა სჭირს ვინც არ ახველებს“, სწერს Lasegue-ი ამ ხანაში ხველა ჩვეულებრივ მშრალია, იგი უფრო წამოხველებასა გავს, რომელსაც ავადმყოფები ახასიათებენ, როგორც „ყელის ხველას“. შედარებით იშვიათ შემთხვევაში ხველა თავიდანვე იმდენად ძლიერია, რომ აწუხებს და ძილს უფრთხობს ავადმყოფს. ხველა შეიძლება გრძელდებოდეს რამდენიმე დღე ან კვირა და შემდეგ ქრებოდეს, მაგრამ რამდენიმე ხნის შემდეგ კვლავ მეორდება. შემოდგომა და გაზაფხული ის დროა, როდესაც ხველა ძლიერდება, რასაც, რასაკვირველია, ავადმყოფები გაციებითა ხსნიან. ხველა უფრო ხშირად მშრალია, მაგრამ შეიძლება მცირე ნახველიც მოსდიოდეს. ამ საკითხის გამორკვევას დიდი მნიშვნელობა აქვს, რადგან ავადმყოფები უარს ჰყოფენ ნახველს. მაგრამ შეიძლება აღმოჩნდეს რომ დილაობით ამოაქვთ ნახველის მცირე რაოდენობა ან და ყლაპავენ მას. ნახველის ჩაყლაპვა ჩვეულებრივი მოვლენაა ბაღ-



ფილტვის ტუბერკულოზის დასაწყისი ფორმების დიაგნოსტიკა.

თა შორის, მაგრამ ზოგს სრულწლოვანსაც აქვს ეს ცუდი ჩვეულება. მოგროვილი ნახველი უნდა გაისინჯოს ქიმიურად და მიკროსკოპიულად. Roger-მ და Lévy-Waiensi-მ მიაქციეს ყურადღება, რომ ტუბერკულოზიანის ნახველში ცილაა, რომლის აღმოჩენა შეიძლება იმ დროსაც, როცა ტუბერკულოზის ჩხირები არა სჩანან და ფილტვებში ადგილობრივი მოვლენები მკაფიოდ არ არის გამოხატული. ამ ავტორებმა შეკრიბეს დაკვირვებები 840-დე ავადმყოფებზე, რომლებს ნახველში ცილა აღმოჩნდა 82⁰/₁₀₀-ში. ცილის აღმოჩენას დიდ მნიშვნელობას აძლევს აგრეთვე Lesieur, რომელმაც იგი მიიღო 75⁰/₁₀₀-ში. მაგრამ უნდა აღენიშნოთ, რომ ცილა აღმოჩენილი იყო აგრეთვე კრუპოზული პნევმონიის დროს, ფილტვების კარჩხიბის და სიფილისის დროსაც.

ასეთ ნახველში უნდა მიექცეს ყურადღება ლიმფოციტების სიმრავლეს. Wolff-Eisner-ის დაკვირვებით ივინი შეადგენენ 33-90⁰/₁₀₀ ყველა უჯრედოვან ელემენტების. Teichmüller-ი აქცევს ყურადღებას ეოზინოფილების სიმრავლეს, მაგრამ უნდა აღენიშნოთ, რომ ავტორების მთელი რიგი ვერ ადასტურებენ ასეთ მოვლენებს.

უდიდესი და ვადამწყვეტი მნიშვნელობა, რასაკვირველია, ტუბერკულოზის ჩხირების აღმოჩენას აქვს. მართალია, ვიდრე ტუბერკულოზი დახურულია ე. ი. ჯერ არ არსებობს დარღვევითი პროცესი, ჩხირები არ უნდა იყოს ნახველში, მაგრამ კლინიკურად დახურული ტუბერკულოზი ხშირად ნაწილობრივ დარღვევას განიცდის. Ch. Richet ამტკიცებს, რომ ფილტვების ტუბერკულოზი თავიდანვე ღიაა და ნახველი ყოველთვის კოხის ჩხირებს შეიცავს. ასეთი კატეგორიული დებულება, ჩემის აზრით, ერთმხრივია, მაგრამ ცხადია, რომ ტუბერკულოზის ჩხირების არსებობა ავადმყოფობის დასაწყისში იშვიათი მოვლენა არ არის. Bacmeister-ი ამტკიცებს, რომ 20⁰/₁₀₀-ში მაინც აუცილებლივ შეიძლება აღმოვაჩინოთ Koch-ის ჩხირები. თუ მიკროსკოპიულმა გამოკვლევამ უარყოფითი შედეგები მოგვცა, საჭიროა მივმართოთ ცდებს ცხოველებზე. ზღვის გოჭებს რომ შეუშაპუნოთ ნახველი, 6-8 კვირის შემდეგ ვიღებთ ტუბერკულოზის მკაფიო მოვლენებს.

ფრიად საყურადღებო მოვლენად უნდა ჩაითვალოს აგრეთვე სისხლის ამოხველება. სისხლი შეიძლება ერთოდეს ნახველს როგორც ცალკე ძაფები, მაგრამ ზოგჯერ შესაძლოა უფრო უხვი სისხლის დენა. აღსანიშნავია, რომ ეს მოვლენა ხშირად ნადრევია, როცა დანარჩენი კლინიკური მოვლენები ჯერ კიდევ არ არის მკაფიოდ გამოხატული. პერკუსია ამ ხანაში მკაფიო მოვლენებს არ იძლევა, მაგრამ დიდი ყურადღება უნდა მიექცეს ყოველგვარ ცვლილებებს, მეტადრე თუ იგი ერთ მწვერვალოვანია. ყოველ კერძო შემთხვევაში უნდა გაიზომოს მწვერვალოების სიმაღლე, Krönig-ის სივრცე და აღინიშნოს პერკუტორული ხმის განსხვავება. Goldscheider-ი ურჩევს ჩუმ პერკუსიას, რომელიც უფრო მკაფიო შედეგებს იძლევა. პერკუსიის დროს საჭიროა გაისინჯოს მწვერვალოს მდგომარეობა ძლიერი შესუნთქვის დროსაც, რადგან ამ შემთხვევაში დაავადებული მწვერვალო ნორმალურად ვერ ფართოვდება და ყოველი მცირე ცვლილებაც უფრო მკაფიო გამოხატულობას იღებს.

მწვერვალის მოძრაობის შეზღუდვაზე დამყარებულია აგრეთვე Koranij-ს მეთოდიც. ჩვენ რომ გავზომოთ პერკუსიით ორივე მწვერვალის მდგომარეობა და შემდეგ ავადმყოფი წინ გადაეხაროთ, ხელმეორე პერკუსიის დროს მივიღებთ მკაფიოდ გამოხატულ ასსიმეტრიას. დაავადებული მწვერვალს იწვევს ხერხემლისკენ და მოკლდება. ამ მოვლენის ძიებნად Koranij ასახელებს დაავადებული მწვერვალის ელასტიური თვისების დაკარგვას და პლევრის ნაწიბურებს. ამავე ელასტიური თვისების შემცირებაზე დაამყარა Tar-მა თავისი მეთოდი. ნორმალურად ფილტვის ქვემო საზღვარი ხერხემლის გვერდით 11 ნიქნის დონეზე სდგას მშვიდი სუნთქვის დროს. ღრმა ამოსუნთქვა იწვევს საზღვრის დაწევას ქვეით რამდენიმე სანტიმეტრით. აღნიშნით პირველი საზღვარი I და მეორე II. ავადმყოფი რომ დაეწვინოთ მუცელზე წინ გაჭიმული ხელებით, ნორმალური სუნთქვის საზღვარი ჩამოიწვევს მეორე ხაზამდე. ღრმა ამოსუნთქვის დროს ეს საზღვარი კიდევ ქვეით იწვევს რამდენიმე სანტიმეტრით. ეს ხდება ნორმალურ პირობებში. თუ რომელიმე ფილტვში აქტიური ტუბერკულოზის დასაწყისი პროცესია, სურათი იცვლება. მუცელზე წოლის დროს ფილტვის ქვედა საზღვარი არ ჩამოდის II ხაზამდე და ზოგჯერ პირველ ხაზზე ზევითაც იწვევს. ეს მეთოდი შეისწავლა Файншмидт-მა რამდენიმე ათეულ ავადმყოფზე და მივიდა იმ დასკვნამდე, რომ იგი 56%-ში იძლევა დამაკმაყოფილებელ შედეგებს.

კიდევ უფრო საყურადღებო შედეგებს იძლევა ფილტვების აუსკულტაცია. მოსმენის დროს უნდა მიექცეს ყურადღება სუნთქვის ყოველგვარ ცვლილებას, მეტადრე თუ ის მხოლოდ ერთ მწვერვალშია. მნიშვნელობა აქვს ერთ მწვერვალში სუნთქვის შესუსტებას, რადგან იგი საღი პარენქიმის შემცირების ან წვრილ ბრონხების შევიწროვების შედეგია. დიდად მნიშვნელოვანია მწვერვალში მკვრივი სუნთქვის გაჩენა. Grancher-ს აზრით ეს მოვლენა უტყუარი და ამა-სთან ადრეული ნიშანია სპეციფიკური პროცესის დაწყებისა. მკვრივი ხასიათი შეიძლება ჰქონდეს, როგორც შესუნთქვას, ისე ამოსუნთქვას, ან ორივეს ერთად. ასეთი სუნთქვის მიზეზი წვრილი ბრონხების სანათურის შევიწროვებაა. Barbier-ს აზრით, დაბალი ტემპრის მკვრივი სუნთქვა შედეგია ჰიპერემიისა, რომელიც რეფლექტორულად ჩნდება ტუბერკულოზით დაავადებული პარენქიმის მიდამოში. უნდა აღინიშნოს აგრეთვე გაგრძელებული ამოსუნთქვა, რომელსაც პირველად ყურადღება მიაქცია Jackson-მა. ასეთი ამოსუნთქვის მიზეზად შეიძლება იყოს ღრმად მდებარე ინფილტრაცია (Monneret), ან ბრონხების შევიწროვება, რომლის დროს უფრო მკაფიოდ შეფერხებულია ექსპირაცია.

ყველა ამ მოვლენების შეფასების დროს უნდა გვახსოვდეს, რომ 1) ნორმალურად ამოსუნთქვა უფრო გძელია მარჯვენა მწვერვალზე და 2) შესუსტებული სუნთქვა ორივე მწვერვალზე შეიძლება იყოს შედეგი საერთო სისუსტისა და ზერელე სუნთქვისა.

ზოგი ავტორი (Радиборский) დიდ მნიშვნელობას აძლევს ე. წ. საკკადიურ სუნთქვას. Peter-ის აზრით, იგი ძვირფასი სიმპტომია დასაწყისი ტუბერკულოზის აღმოსაჩენად. მხოლოდ უნდა აღნიშნოთ, რომ ისეთი კლინიკისტი, როგორცაა West-ი, უარყოფს საკკადიურ სუნთქვის მნიშვნელობას და ამტკიცებს, რომ ზოგჯერ საღი ფილტვებიც იძლევა ამ ხასიათის სუნთქვას.

აუსკულტატიური მოვლენათა შორის გადამწყვეტი მნიშვნელობა ხიხინს აქვს, მაგრამ იგი ადრეულ სიმპტომად ვერ ჩაითვლება. აქაც უნდა გვახსოვდეს, რომ ხიხინი სერიოზული ნიშანია, თუ იგი ისმის ხანგრძლივად ერთსა და იმავე მიდამოში, მეტადრე ერთ მწვერვალოში. საყურადღებოა აგრეთვე „ფარული ხიხინი“, რომელიც ჩვეულებრივი სუნთქვის დროს არ ისმის და ჩნდება ხველების შემდეგ, მეტადრე დილაობით ძილის შემდეგ. ასეთ „ფარულ ხიხინს“ Bray-ს აზრით ვხვდებით აქტიურ პროცესის დასაწყისში 75%-ში. სტრეტის შესაგროვებლად ბრონხებში და ამით ხიხინის აღმოსაჩენად Krönig-ი ურჩევს წინა სალამოს დაენიშნოს ავადმყოფს რომელიმე ნარკოტიული ნივთიერება (კოდეინი, მორფიუმი). ხიხინის მოსმენის დროს არ უნდა დავივიწყოთ რამდენიმე შეცდომის შესაძლებლობა: ხიხინის მაგვარ მოვლენას იძლევა კანის ბანალის ხახუნი, კუნთების და მყესების შეკუმშვა და აგრეთვე ის ხშიანობა, რომელსაც იძლევა ხველის შემდეგ ნერწყვის ჩაყლაპვა (Bäumler)

თუმცა ხიხინს უმთავრესად მნიშვნელობა აქვს, როცა ის ისმის მწვერვალოში, მაგრამ Burghardt-მა აღნიშნა, რომ ზოგჯერ მწვერვალოს მწვავე პროცესის დროს, როცა იქ ხიხინი ჯერ არ ისმის, უკანასკნელი მკაფიოდ არის გამოხატული ამავე ფილტვის ქვემო ნაწილში წინააქსილარულ და მამილარულ ხაზთა შორის. ამ მოვლენას Burghardt-ი ხსნის ლორწოს შეწურვით დაავადებულ მწვერვალოდან.

მოვლენები სხვა ორგანოებში.

გარდა სასუნთქი ორგანოებისა დასაწყისი ტუბერკულოზი ხშირად იძლევა საყურადღებო დამახასიათებელ მოვლენებს სხვა ორგანოებშიც. ყველაზე საყურადღებოა სისხლის მიმოქცევის ორგანოების მდგომარეობა. ავადმყოფები ჩვეულებრივ უჩივიან გულის ფრიალს და თავიანთ თავი გულით ავადმყოფად მიაჩნიათ. ეს მოვლენა იმდენად ხშირია, რომ Hirt-სა ჰქონდა უფლება ეთქვა: „თუ გულის ფრიალი აქვს ავადმყოფს, მოისმინეთ მისი ფილტვები“. ამასთანავე პულსი ფრიალ ცვალებადია. ხშირად საკმარისია მსუბუქი ფიზიკური მოძრაობა ან აღელვება, რომ გამოიწვიოს მისი გახშირება. აწერილია აგრეთვე ნაადრევი გულის რითმის დარღვევა და გულის მიდამოებში ტკივილები. გულის მუშაობის ასეთი ცვალებადობის მიზეზად უნდა ჩაითვალოს Bremer-ის მიერ აღნიშნული თანდაყოლილი სიმცირე გულისა, საერთო სისუსტე და უმთავრესად ტოქსემია. სისხლის წნევა ჩვეულებრივ დაქვეითებულია, რასაც ზოგი ავტორი დიდ მნიშვნელობას აძლევს, მაგალითად, Marian-ი ამტკიცებს, რომ სხვა კლინიკურ ნიშნებთან ერთად წნევის დაქვეითება სავსებით ადასტურებს ტუბერკულოზის დიაგნოზს. ხშირ მოვლენად უნდა ჩაითვალოს აგრეთვე ვაზომოტორული სისტემის აგზნებულობა. Алфеев-მა თითქმის 50% აღნიშნა წითელი დერმოგრაფიზმი. Francke-მ მიაქცია ყურადღება, რომ ტუბერკულოზის დროს ლავიწ ქვეშ ანუ ბექზე ხშირად მოსჩანს გაფართოებული პატარა ვენები, რომელიც, მისი აზრით, დაკავშირებულია პლევრის შეწებობასთან.

საყურადღებო ცვლილებებს იძლევა სისხლი. სისხლ-ნაკლებობა ხშირი მოვლენა არის უკვე იმ დროს, როცა სხვა კლინიკური ნიშნები სრულიად არ არის

აუსკულტატიური მოვლენათა შორის გადამწყვეტი მნიშვნელობა ხიხინს აქვს, მაგრამ იგი ადრეულ სიმპტომად ვერ ჩაითვლება. აქაც უნდა გვახსოვდეს, რომ ხიხინი სერიოზული ნიშანია, თუ იგი ისმის ხანგრძლივად ერთსა და იმავე მიდამოში, მეტადრე ერთ მწვერვალოში. საყურადღებოა აგრეთვე „ფარული ხიხინი“, რომელიც ჩვეულებრივი სუნთქვის დროს არ ისმის და ჩნდება ხველების შემდეგ, მეტადრე დილაობით ძილის შემდეგ. ასეთ „ფარულ ხიხინს“ Bray-ს აზრით ვხვდებით აქტიურ პროცესის დასაწყისში 75%-ში. სტრეტის შესაგროვებლად ბრონხებში და ამით ხიხინის აღმოსაჩენად Krönig-ი ურჩევს წინა სალამოს დაენიშნოს ავადმყოფს რომელიმე ნარკოტიული ნივთიერება (კოდეინი, მორფიუმი). ხიხინის მოსმენის დროს არ უნდა დავივიწყოთ რამდენიმე შეცდომის შესაძლებლობა: ხიხინის მაგვარ მოვლენას იძლევა კანის ბანალის ხახუნი, კუნთების და მყესების შეკუმშვა და აგრეთვე ის ხმიანობა, რომელსაც იძლევა ხველის შემდეგ ნერწყვის ჩაყლაპვა (Bäumler)

თუმცა ხიხინს უმთავრესად მნიშვნელობა აქვს, როცა ის ისმის მწვერვალოში, მაგრამ Burghardt-მა აღნიშნა, რომ ზოგჯერ მწვერვალოს მწვავე პროცესის დროს, როცა იქ ხიხინი ჯერ არ ისმის, უკანასკნელი მკაფიოდ არის გამოხატული ამავე ფილტვის ქვემო ნაწილში წინააქსილარულ და მამილარულ ხაზთა შორის. ამ მოვლენას Burghardt-ი ხსნის ლორწოს შეწურვით დაავადებულ მწვერვალოდან.

მოვლენები სხვა ორგანოებში.

გარდა სასუნთქი ორგანოებისა დასაწყისი ტუბერკულოზი ხშირად იძლევა საყურადღებო დამახასიათებელ მოვლენებს სხვა ორგანოებშიც. ყველაზე საყურადღებოა სისხლის მიმოქცევის ორგანოების მდგომარეობა. ავადმყოფები ჩვეულებრივ უჩივიან გულის ფრიალს და თავიანთ თავი გულით ავადმყოფად მიაჩნიათ. ეს მოვლენა იმდენად ხშირია, რომ Hirt-სა ჰქონდა უფლება ეთქვა: „თუ გულის ფრიალი აქვს ავადმყოფს, მოისმინეთ მისი ფილტვები“. ამასთანავე პულსი ფრიალ ცვალებადია. ხშირად საკმარისია მსუბუქი ფიზიკური მოძრაობა ან აღელვება, რომ გამოიწვიოს მისი გახშირება. აწერილია აგრეთვე ნაადრევი გულის რითმის დარღვევა და გულის მიდამოებში ტკივილები. გულის მუშაობის ასეთი ცვალებადობის მიზეზად უნდა ჩაითვალოს Bremer-ის მიერ აღნიშნული თანდაყოლილი სიმცირე გულისა, საერთო სისუსტე და უმთავრესად ტოქსემია. სისხლის წნევა ჩვეულებრივ დაქვეითებულია, რასაც ზოგი ავტორი დიდ მნიშვნელობას აძლევს, მაგალითად, Marian-ი ამტკიცებს, რომ სხვა კლინიკურ ნიშნებთან ერთად წნევის დაქვეითება სავსებით ადასტურებს ტუბერკულოზის დიაგნოზს. ხშირ მოვლენად უნდა ჩაითვალოს აგრეთვე ვაზომოტორული სისტემის აგზნებულობა. Алфеев-მა თითქმის 50% აღნიშნა წითელი დერმოგრაფიზმი. Francke-მ მიაქცია ყურადღება, რომ ტუბერკულოზის დროს ლავიწ ქვეშ ანუ ბექზე ხშირად მოსჩანს გაფართოებული პატარა ვენები, რომელიც, მისი აზრით, დაკავშირებულია პლევრის შეწებობასთან.

საყურადღებო ცვლილებებს იძლევა სისხლი. სისხლ-ნაკლებობა ხშირი მოვლენა არის უკვე იმ დროს, როცა სხვა კლინიკური ნიშნები სრულიად არ არის

გამოხატული. სისხლნაკლებობას ჩვეულებრივ მეორედი ანემიის ხასიათი აქვს. მაგრამ ზოგ შემთხვევაში შეიძლება ქლოროტიულ ტიპსა გვანდეს, რასაც Hayem-მა ქლორო-ანემია უწოდა. ამ ფსევდო-ქლოროზსა და ნამდვილ ქლოროზს შორის დიფერენციალური დიაგნოზის გატარება ძნელი არ არის, თუ მივიღებთ მხედველობაში კლინიკური მოვლენების საერთო სურათს. ცვლილებებს იძლევა სისხლის თეთრი ბურთულების შემადგენლობაც. აღნიშნულია ლიმფოციტოზი და ზოგ შემთხვევაში ზომიერი ეოზინოფილია. სისხლის წებოვნება ცოტათი გაძლიერებულია. ფერმენტატიული ძალა ლიპაზისა და ამილაზისა დაქვეითებულია. საყურადღებო მოვლენად უნდა ჩაითვალოს სისხლში Koch-ის ჩხირების აღმოჩენა. მთელი რიგი ავტორების ცნობებით დასაწყის ფორმების დროს მათი აღმოჩენა შესაძლებელია 40-50% (Рабинович).

ამ ბოლოს დროს დიდი ყურადღება მიიპყრო სეროლოგიურმა რეაქციებმა, მაგრამ არც აგლუტინაცია (Arloing-Courmont) და არც პრეციპიტაციის რეაქციამ (Bonome) დამაყმაყოფილებელი შედეგები არ მისცა ავტორებს. ფართოდ ვერ გავრცელდა ოფსონიური ინდექსის გამოკვლევა Wright-ის მეთოდით, რადგან შედეგები ძლიერ მერყევია და მეთოდიც რთულია. უფრო საყურადღებოთ უნდა ჩაითვალოს Bordet და Gengou-ს რეაქციის ხმარება ტუბერკულოზის აღმოსაჩენად. მთელმა რიგმა ავტორებმა (Fraser, Miller, Введенский) კარგი შედეგები მიიღეს. Miller-ი მას სპეციფიკურ რეაქციად სთვლის, Безредка-მ აწარმოვა მთელი რიგი ცდებისა ტუბერკულოზით დაავადებულ ზღვის გოჭებზე და თითქმის ყველა შემთხვევაში დადებითი შედეგები მიიღო.

მთელ რიგ მოვლენებს იძლევა საჭმლის მომნელებელი ორგანოები. ხშირია უმადობა, ზოგჯერ ავადმყოფი ზიზღსაც კი გრძნობს რომელიმე საჭმლის შესახებ. საჭმლის მიღების შემდეგ ხშირია სიმძიმე და აბერილობა კუჭისა, ზოგჯერ ტკივილები. იშვიათად კი პირსაქმება. კუჭის მოვლენები შეიძლება იმდენად ინტენსიური იყოს, რომ გამოიწვიოს სერიოზული შეცდომა, ხანგრძლივი კუჭის წამლობა და ზოგჯერ ოპერაცია. კუჭის წვენი უფრო ხშირად ნორმალურია, მაგრამ შეიძლება შემცირებულიც იყოს. ნაწლავების მხრივ ვიღებთ გაძლიერებულ პერისტალტიკას და ყურყურს, არაა იშვიათი ფალარათობაც, რომელსაც ხანგამოშვებითი ხასიათი აქვს. შესაძლოა აგრეთვე სპასტიური მოვლენები, რაც იწვევს ხანგამოშვებით ტკივილებს. აღნიშნულია, რომ ამ ხანაში ავადმყოფი ვერ ინელებს ცხიმებს, იგი იწვევს ფალარათობას და უხვად გასდევს განავალს. ასეთ მოვლენებს, რასაკვირველია, დიდი გავლენა აქვს ორგანიზმზე. მის ძალღონის მდგომარეობაზე. ფალარათობას ახასიათებს ის თვისება, რომ წამლობა და დიეტა არ მოქმედობს მასზე. ზოგჯერ საერთო საჭმლის დანიშვნა კარგად მოქმედობს, და კუჭი, რომელიც ვერ ინელებდა დიეტურ საჭმელს, კარგად ხარშავს ხილს და მწვანე მწებობას. საყურადღებოა, რომ ეს მოვლენები უფრო ძლიერად არის გამოხატული ტუბერკულოზის დასაწყისში და შემდეგ შენელებს ხოლმე. რასაკვირველია, ძნელი ტუბერკულოზის დროსაც არაა იშვიათი ფალარათობა. მიზეზი ამ მოვლენებისა ტოქსინებით მოშხამვაა, რადგან შეიძლება იგი მივიღოთ ტუბერკულოზის შესხამუნების დროსაც. საჭმლის მომნელებელი ორგანოების განხილვის დროს უნდა მიექცეს ყურადღება პირის მდგომარეობას. Frederick-მა



და Thompson-მა აღნიშნეს, რომ ღძილებზე ხშირად ჩნდება ზოლი, რომელიც პირველ ხანებში მოწითალოა და პროცესის ვაერცელების დროს კი მოლურჯო ფერს იღებს. ამავე ნიშანზე ლაპარაკობს Андреезен-ი, რომელიც ამტკიცებს აგრეთვე, რომ ზოლის ფერის ცვალებადობა პირდაპირაა დაკავშირებული ტუბერკულოზის სიძლიერესთან.

საშარდე ორგანოების მხრივ აღნიშნულია ადრეული ალბუმინურია. Teissier-მ და Meray-მ მიაქციეს ყურადღება პირველად ამ გარემოებას. Ludke-მ და Sturm-მა შეისწავლეს ეს საკითხი 140 ავადმყოფზე. აღმოჩნდა, რომ თუ ავადმყოფი ერთ საათს ფეხზე სდგას, მის შარდში ცილა ჩნდება, თუმცა არავითარი სხვა პათოლოგიური ელემენტი არ იქნა აღმოჩენილი შარდში, რაც ამტკიცებს, რომ აქ ანთებითი პროცესი არ არსებობდა. ეს მოვლენა ხშირი იყო ტუბერკულოზის დასაწყისში, შემდეგ კი ქრებოდა. საყურადღებოა, რომ ზოგ შემთხვევაში, როცა არ იყო ალბუმინურია, ტუბერკულოზის შემზაპუნება იწვევდა მას. გარდა ამისა, Teissier მ მიაქცია ყურადღება შარდში ფოსფატების რაოდენობის გაძლიერებას. სხვა ავტორებმა აღნიშნეს ქლორიდების და კირის მარილების გამრავლება. ასეთ ფაქტებზე დამყარდა წარმოდგენა დემინერალიზაციის შესახებ ტუბერკულოზის დროს.

სხვა მოვლენათა შორის საყურადღებოა კავშირი დასაწყის ტუბერკულოზისა ფარისებრ ჯირკვალთან. Алфеевский-მ და Бялков-მა აღნიშნეს, რომ ტუბერკულოზის დროს როცა ფილტვებში არავითარი ცვლილებები არ არსებობს ზოგჯერ ეს ჯირკვალი იძლევა ისეთ მოვლენებს, რომელიც მოწმობს გაძლიერებულ ფუნქციასზე: ექზოფტალმუსი, ხელის კანკალი, ოფლიანობა, უძილობა, სიგანხდრე და სხვა. სურათი შეიძლება სრულიად მიაგავდეს Basedow-ის ავადმყოფობას. დიაგნოზის გამოსარკვევად საყურადღებოა, რომ ამ მოვლენებს ერთვის სიცხის უსწორ-მასწორო აწევა, რაც Basedow-ის ავადმყოფობისათვის არა დამახასიათებელია ასეთი გაძლიერებული ფუნქცია ფარისებრი ჯირკვლისა, როგორცა სჩანს, დაკავშირებულია ტუბერკულოზის ტოქსინების გავლენასთან. დასაწყისი ტუბერკულოზის აღმოსაჩინად შეიძლება მივმართოთ აგრეთვე ტუბერკულოზის რეაქციას. მაგრამ ჩვენ ვიცით რომ დიდი უმრავლესობა კაცობრიობისა იძლევა ამ რეაქციას. აქტიური ტუბერკულოზი რაიმე არაჩვეულებრივ მოვლენას არ იძლევა. Craemer-ი მაინც ამტკიცებს რომ თუ ავადმყოფი მკაფიო რეაქციას იძლევა ტუბერკულოზი 0,2-0,1 მილიგრამზე, ეს მაჩვენებელია აქტიური პროცესისა. პროფ. Игнатовский ფიქრობს, რომ Pirquet-ს რეაქცია მკაფიოდ მიღებული 1% და მეტადრე 1/10% სხნარით ამტკიცებს აქტიურ მოვლენების არსებობას.

დამწარე მეთოდად ტუბერკულოზის ამოცნობის დროს რენტგენის სხივებით გაშუქება უნდა ჩაითვალოს. მაგრამ, რამდენად მკაფიო შედეგებს იგი იძლევა განვითარებული ფორმების დროს, იმდენად მკრთალია შედეგები დასაწყისი პროცესის დროს. უნდა მიექცეს ყურადღება მწვერვალის ყოველგვარ დაჩრდილვას, რომელიც მცირე ინფილტრაციის შედეგია. გაფანტული ტუბერკულები მარმარილოს სახეს აძლევენ ფილტვის პარენქიმას. ზოგი აქცევს ყურადღებას ე. წ. „ხველის ფენომენს“. ხველის დროს ნორმალური მწვერვალოები თანაბრად ნათლდება და ყოველივე ცვლილება მწვერვალოსი იწვევს გაშუქების შეზღუდ-

ვას მნიშვნელობა. აქვე აგრეთვე დიაფრაგმის ერთმხრივ მაღალ მდგომარეობას და მოდუნებულ ექსკურსიას.

ყველა ეს მოვლენები სიფრთხილით უნდა გამოვიყენოთ და ვისარგებლოთ მით, დანარჩენ კლინიკურ მოვლენებთან ერთად.

ამით ამოიწურება დიდი უმრავლესობა იმ მოვლენებისა, რომელიც მოყავს სხვადასხვა ავტორებს, როგორც ნიშანი ფილტვის ტუბერკულოზის დასაწყისის. მოვლენები ბევრი და მრავალფეროვანია, მაგრამ მათ შორის არ არის არც ერთი სიმპტომი, რომელიც მართლაც ადრეულ და ამასთან მკაფიოდ და სავსებით ადასტურებს ტუბერკულოზის პროცესის არსებობას. გადამჭრელი მნიშვნელობა აქვს მხოლოდ ტუბერკულოზის ბაცილის აღმოჩენას, მაგრამ ეს იშვიათი მოვლენაა დასაწყის ხანაში, რადგან ხშირად ამ დროს ნახველიც კი არ არსებობს. დიდმნიშვნელოვანია აგრეთვე ადგილობრივი ცვლილებები ფილტვის მწვერვალოში, რომელიც იძლევა მოყრუებას და ხიხინს, მაგრამ ეს უკვე მერმინდელი ხანაა, როცა პროცესი საკმარისად გაღრმავებულია. დანარჩენ მოვლენებს უმთავრესად პათოლოგ-ფიზიოლოგიური ხასიათი აქვს და შედეგია ტუბერკულოზური ტოქსემიისა. ბევრი მათგანი მუდმივ მოვლენად არ ჩაითვლება, ზოგი კი ისეთი ხასიათისაა, რომ შეიძლება რაიმე სხვა პათოლოგიურ მოვლენასთანაც დავაკავშიროთ. ამით აიხსნება, რომ, მიუხედავად კლინიკურ მოვლენათა სიმრავლისა, დასაწყის ტუბერკულოზის დიაგნოზი არ არის დამყარებული გარკვეულ და შეურყეველ საფუძველზე. მაგრამ ჩვენ გვგონია, რომ დიაგნოზის გამორკვევა არც ისე ძნელია, თუ დავემყარებით არა კერძო ნიშნებზე, არამედ გავითვალისწინებთ მოვლენათა საერთო სურათს, მივიღებთ მხედველობაში ორგანიზმის ინდივიდუალურ კონსტიტუციის თვისებებს და ყველა იმ მრავალფეროვან ცხოვრების პირობებს, რომელშიაც იზრდებოდა და ვითარდებოდა ავადმყოფის ორგანიზმი.

6. შ ი ვ ზ ი ძ ე

კლინიკის უფროსი ასისტენტი.

BALANTIDIUM COLI და მისი პათოლოგიური მნიშვნელობა *).

(ტფილისის უნივერსიტეტის პოსპიტალური თერაპიული კლინიკიდან.

გამგე — პროფ. ს. ვირსალაძე).

მას შემდეგ, რაც პირველად Malmsten-მა 1857 წ. აღმოაჩინა ავადმყოფის განავალში *Balantidium coli*, გაიარა 67 წელმა, მაგრამ მიუხედავად ბევრი გამოქვეყნებული შრომებისა საკითხი მისი პათოლოგიური მნიშვნელობის შესახებ დღესაც არ არის გადაწყვეტილი. თვით Malmsten-ი, Rugeberg-ი, Henschen-ი, Strong-Musgrade-ი, Askanazy, Roos-ი, Дегио, Яновский, Соловьев-ი და Voit-ი სთვლიან ამ პარაზიტს პათოგენურ protozoa-დ, რომელიც იწვევს ფრიალ მძიმე კოლიტს; Leuckart-ი, Mosler-ი, Collman-ი, Petersson-ი, Гурвич-ი, Чигаев-ი, Жегалов-ი კი გამოსთქვამენ აზრს, რომ *Balantidium*-ს შეუძლია გაართულოს ნაწლავების უკვე არსებული კატარი და ხელი შეუშალოს მის მორჩენას. მხოლოდ მცირე რიცხვი ავტორებისა — Mitter-ი, Magg ora, Grassi — სთვლის *Balantidium*-ს უბრალო საპროფიტად, რომელსაც შეუძლიან დაბინავება ნაწლავებში ადამიანისათვის სრულიად უვნებლად.

1912 წლამდის სხვადასხვა ავტორის მიერ იყო აწერილი 84 შემთხვევა *Balantidium*-ისა. ამ რიცხვიდან შვეციაში — 22 შემთხვევა; რუსეთში — 20, ფინლიანდიაში — 16, გერმანიაში — 9, იტალიაში — 5, დანარჩენი 12 შემთხვევა ამერიკაში, აზიაში და აფრიკაში. ამის გარდა ბევრი შემთხვევები ასწერა ფინლიანდიაში Sivers-მა და ერთი შემთხვევა მიუმატა Абрамович-მა სარატოვის კლინიკიდან 1922 წ. ამ რიგად, დღევანდლამდის მოყვანილია ლიტერატურაში 200-მდე შემთხვევა *Balantidium colit*-სა. ამ რიცხვიდან პათოლოგ-ანატომიური გაკვეთა მოხდა 21 შემთხვევაში; ეს შემთხვევები ეკუთვნის Рапчевкий ს, Леш-ს, Афанасьев-ს, Гурвич-ს, Влаев-ს, Дегио-ს, Чигаев-ს, Соловьев-ს, Malmsten-ს, Askanazy-ს, Strong-Musgrade-ს, Petersson-ს, Ланг-ს, Voit-ს და სხ.

რამდენადაც ჩვენ ვიცით ჩვენში იშვიათი შემთხვევაა *Balantidium coli*. ჩვენ გადავთვარიელეთ რესპუბლიკის მთავარი საავადმყოფოს ანგარიშები და არც ერთხელ არ შეგვხვდრია *Balantidium coli*-ს შემთხვევები. უკანასკნელი ორი წლის განმავლობაში ჩვენ გვქონდა ოთხი შემთხვევა *Balantidium* ისა, აქედან ორი პათოლოგ-ანატომიურ გაკვეთით.

*) მოხსენდა საქართველოს ექიმთა მეორე კონგრესს მაისში 1924 წ.

იყო დრო, როდესაც ერთ უჯრედიან ცხოველებს-*protozoa*-ს არავითარ ყუ-რადლებას არ აქცევდნენ მეცნიერნი. მათ სთვლიდნენ უბრალო საპროფიტებათ, რომლებსაც არავითარი ვნების მოტანა არ შეეძლოთ ადამიანის სხეულისათვის. რაც დრო გავიდა, მით უფრო მეტი კაზუსტიკური შემთხვევები მოგროვდა ლიტერატურაში და ამ ბოლო დროს *protozoa*-ს სხვადასხვა წარმომადგენლის შესახებ მთელი მონოგრაფიებია გამოქვეყნებული.

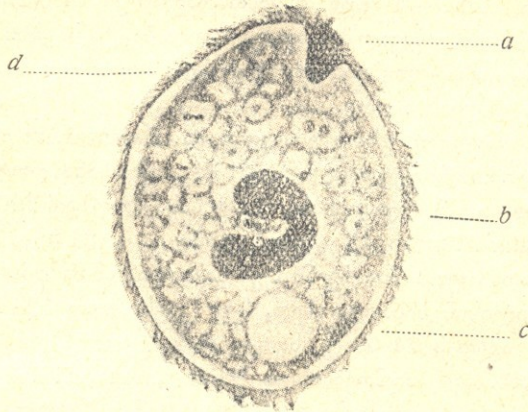
პროფ. Холодковский-ს კლასიფიკაციით ყველა ერთ-უჯრედიანი ცხოველები იყოფიან ოთხ ჯგუფად. პირველ ჯგუფს ეკუთვნის *Sarcodina*; მათი სახელი შესდგება პროტოპლასმისაგან, რომელაც შეიცავს ერთს ან ორ ბირთვს, მას არა აქვს გარსი და მოძრაობს პსევდოპოდების საშუალებით, საქმლის მიღე ბისათვის ან მის გარეთ გამოტანისათვის მას არა აქვს განსაზღვრული ადგილი, ეს შეიძლება მოხდეს თვით სხეულის ზედაპირის რომელიმე ადგილზედ, გამრავლება სწარმოებს უბრალო გაყოფით ან დაკვირტებით ან სქესობრივი. მეორე ჯგუფს შეადგენს *Sporozoa*—ყოველთვის პარაზიტარული ცხოველები, სხეულს აქვს გარშემო მაგარი გარსი, პსევდოპოდები, ლახტები და წამწამები მას არ აქვს, გამრავლება სწარმოებს სპორების საშუალებით. მესამე ჯგუფს ეკუთვნის *Flagellata*; მათთვის დამახასიათებელია ლახტები, აქვთ განსაზღვრული ფორმა, პირის ჩაღრმავება საქმლის მილი და *Anus*-ი; აქვთ აგრეთვე შეკუმშვითი და არა შეკუმშვითი ვაკუოლები. მეოთხე ჯგუფი ინფუზორიები (*Infusoria*) არის განსაზღვრული ფორმისა, აქვს გარსი და დამახასიათებელი წამწამები.

ყველა ამ ჯგუფთა წარმომადგენელი იმყოფებიან ადამიანის სხეულში და ეწევიან იქ პარაზიტარულ ცხოვრებას. ზოგიერთ მათგანს პათოგენური მნიშვნელობა ადამიანისათვის ყოველ ექვს გარეშეა. ზოგიერთ კი არა პათოგენურია. პირველ ჯგუფის წარმომადგენლად ითვლებიან ასეები პათოგენური და არა-პათოგენური *Plasmodium*. მეორესი—კოკციდიები და მალარიის პლასმოდები. მესამესი—ტრიხომონადები და ლამბლიები. მეოთხესი—ბალანტიდიები *Balantidium coli* (პათოგენური) და *Balantidium minutum* (არა პათოგენური).

Protozoa თა შორის ინფუზორიები ითვლებიან დამავრებულ ცხოველებათ მათ ახასიათებს ორი თვისება: 1) ისინი შეიცავენ ორ ბირთვს-სომატიურს *macronucleus* და გენერატურს—*miconucleus*, 2) მოძრაობა მათი სწარმოებს წამწამების საშუალებით. დამახასიათებელია მათთვის აგრეთვე ცისტების წარმოშობა, რომელთა საშუალებითაც ვრცელდება ავადმყოფობა და ამავე დროს ისინი თავს იცავენ მავნე ზეგავლენისაგან.

Balantidium coli არის ერთ უჯრედიანი ცხოველი, კვერცხისებრივი მოყვანილობისა უფრო ვიწრო წინ და მორგვალა უკან, სიგრძით $1\frac{1}{2}$ —2 ჯერ მეტი, ვადრე სიგანით. მისი სიგრძე უღრის 35—70 მიკრონს, სიგანე 25—30 მიკრონს. ძველი ინფივიდუუმები ჩვეულებრივ მოკუმშულია და თითქმის რგვალი მოყვანილობისაა.

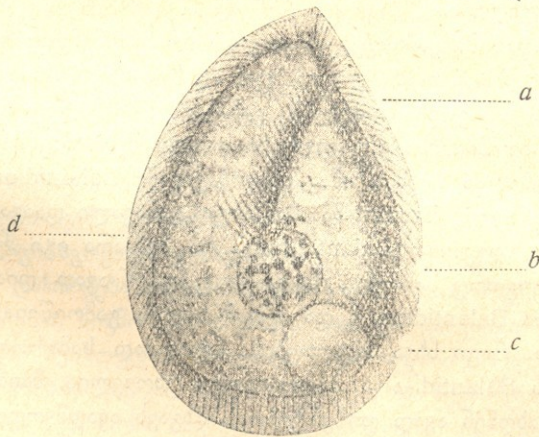
პერისტომა წარმოადგენს მოკლე სამ-კუთხიან განაპობს, რომელიც მიმართულია თითქოს შუა ადგილას და თავისი წინა ბლაგვი მხრით გამოიყურება გარეთ. პერისტომას მარცხენა გვერდი დაფარულია გრძელი ბეწვებით, მარჯვენა-კი ჩვეულებრივ შეიცავს თვით სხეულას წამწამებს. Balantidium-ის სხეულს აქვს ნა-



Balantidium coli. Hartmann-ით.

a—პერისტომა, *b*—ბირთვი, *c*—ვაკუოლა, *d*—წამწამები.

ზი გარსი (Pellicula) და ორი ფენი—ნათელი ეკტოპლაზმა და ცოტა ბნელი ენდოპლაზმა, რომელიც ხშირად შეიცავს სისხლის წითელ ბურთულებს, ლეეკოციტებს, ლორწოს და ცხიმის წვეთებს. მთელი მისი პერიფერიუმი დაფარულია პატარა წამწამებით, რომელთა საშუალებით ის მოძრაობს და აგრძელებს პირთან



Balantidium minutum. Hartmann-ით.

არაპათოგენური protozoa. *a*—პერისტომა, *b*—ბირთვი, *c*—ვაკუოლა, *d*—წამწამები.

ბაქტერიებს, ლეეკოციტებს და ერითროციტებს. შეიცავს ორ ბირთვს, როგორც ყველა ინფუზორიები სხვადასხვა ზომის და დანიშნულების: macronucleus—სომეტიური ბირთვი სდევს შუაში და წააგავს ნალს ან თირკმელას, ამ ბირთვის ყუ-



რებში არის პატარა ბირთვი — micronucleus-გენერატიული ბირთვი. უკანასკნელში ორი ან მეტი მფეთქავი, შეკუმშვითი ვაკუოლაა, სულ უკან კი-anus-ი. გამრავლება სწარმოებს გარდიგარდმო გაყოფვით, განაყოფიერება კონიუგაციით. გადაცემა და დასნევენება სწარმოებს ცისტების საშუალებით. ეს პარაზიტი ცოცხლობს განავალში 15⁰t-მ—4 დღე, თერმოსტატში-კი 37⁰t-20—35 საათი რაც უნდა აიხსნას იმით, რომ განავალშია აუარებელია ბაქტერიების რიცხვი, რომლებიც თერმოსტატში მრავლდებიან და უსპობენ სიცოცხლეს პარაზიტებს. მოძრაობა სწარმოებს ძალიან ჩქარი.

საინტერესოა როგორი გზით ვრცელდება Balantidium-ი? მისი ბუნებრივი პატრონი არის ღორი. პირველად Leucart-მა აღმოაჩინა ღორის განავალში ეს პარაზიტი. Жегалов-მა გასინჯა ლენინგრადის სასაკლაოზედ 200 ღორის განავალი და აღმოაჩინა Balantidium-ი 43 შემთხვევაში ე. ი. 21,5%. ჩვენ გვანტერესებდა, თუ რა მდგომარეობაშია ჩვენში ეს საკითხი. ამ მიზნით ჩვენ მოვახდინეთ გამოკვლევები ტფილისის სასაკლაოზედ, სულ გავსინჯეთ 124 ახლად დაკლული ღორის განავალი. აქედან 24 ახალ სოფლიდან (კახეთი), 54 ალაზნიდან და 46 ზუგდიდის მაზრიდან. ჩვენ აღმოვაჩინეთ Balantidium coli 76 შემთხვევაში, რაც შეადგენს 61,2%. ეს გამოკვლევები ჩვენ მოვახდინეთ მის. ფარცვანიძის თანდასწრებით. განავალს ვიღებდით ახლად დაკლულ ღორების მსხვილ ნაწლავებიდან. უმთავრესად ბრმა ნაწლავიდან, განავალის კონსისტენციას არ ჰქონდა მნიშვნელობა, პარაზიტები იმყოფებოდნენ მრავლად, როგორც თხელი ისე ფაფისებურსა და მაგარ განავალში, მხოლოდ მათი პოვნა უფრო ადვილია თხელ განავალში. ეს პარაზიტი არავითარ ვნებას არ აყენებს ღორს, მისთვის იგი არა პათოგენურია და მისი ნაწლავის ლორწოიანი გარსი არ განიცდის მაკროსკოპიულად პათოლოგიურ ცვლილებას.

1914 წ. Walker-მა გამოაქვეყნა თავისი ექსპერიმენტალური ცდები მაიმუნებზედ და დაამტკიცა, რომ ღორის და ადამიანის Balantidium-ი სავესებით იდენტიურია. იგი აქმევდა მაიმუნებს განავალს, რომელიც შეიცავდა Balantidium-ს, როგორც ადამიანისა ისე ღორისა. ორივე შემთხვევაში მან მიიღო მაიმუნის დაავადყოფება და აღმოაჩინა მის განავალში Balantidium-ი. ექსპერიმენტები მოახდინა აგრეთვე Brumpt-მა. მან აიღო განავალი დაავადყოფებული მაიმუნისა, რომელიც შეიცავდა Balantidium-ს და შეჰყარა იგი მეორე მაიმუნს და აგრეთვე გოჭს; როგორც მაიმუნი, ისე გოჭი გახდნენ ავად დიარეით. ამ რიგად Brumpt-მა შეჰყარა Balantidium-ი და ავადყოფობა გამოიწვია გოჭისა იმ დროს, როდესაც მთელი რიგი სხვა ავტორებისა სრულიად სამართლიანად სთვლიან, რომ ღორისათვის Balantid.-არა პათოგენური ცხოველია. მაიმუნები Brumpt-ის ექსპერიმენტში გახდნენ ავად დიზენტერიის მზგაგს ავადყოფობით, მაგრამ სამართლიანად ამბობს ცნობილი პარაზიტოლოგი Hartmann-ი თუ რა გარანტიაა, როდესაც ჩვენ ვაძლევთ მაიმუნს Balantidium-ით განავალს, რომ ამასთან ერთად ჩვენ არ შეგვყავს სხვა რომელიმე პათოგენური მიკრობები. ჩვენის აზრით ვი-

დრე არ იქნება მიღებული წმინდა კულტურა Balantidium-ისა ამ შენიშვნას მუდამ ექნება ადგილი. სხვა ცხოველებზედაც იყო ექსპერიმენტალური ცდები გაკეთებული, რათა გამოერკვიათ მისი პათოგენური მნიშვნელობა. ამ ცდებში უმთავრესად ხმარობდნენ ადამიანის განავალს. ძალებზედ ასეთი ცდები გააკეთა Рапчевский-მ, Wising-მა და Ekecrotz-მა, ლორებზედ—Жегалов-მა, კატებზედ—Чигаев-მა, Чигулин-მა, ბაქიებზედ (Влаев), კურდღლებზედ (Чигулин) და ზღვის გოჭზედ (Афанасьев). უფრო ხშირად ამ ცხოველებს ფალარათობა არ ჰქონდათ, ზოგიერთ შემთხვევებში-კი ცხოველები იხოცებოდნენ. Козловский-იმ შეჰყარა Balantid. coli სამ ბაქიას და ოთხ ზღვის გოჭს; მეორე დღეზედ დაიხოცნენ 2 ზღვის გოჭი და 1 ბაქია, გაკვეთის დროს ნაწლავებში არ აღმოაჩნდა Balantidium. ამ რიგად ცდები ცხოველებზედ არ იძლევა დასამტკიცებელ საბუთებს, რომ Bal. coli. მათთვის არის პათოგენური protozoa. ჩვენი ცდებიც კატაზედ იძლევა უარყოფითი შედეგებს, მართალია კატას მეორე დღესვე ფალარათობა დაეწყო, მეექვსე დღეზედ იგი მოკვდა, მაგრამ გაკვეთის დროს ჩვენ ვერ ვნახეთ ნაწლავებში ვერც რაიმე ცვლილებანი და ვერც Balantidium-ი. საინტერესოა, რომ ლიტერატურაში მტკიცედ არის მიღებული ის ფაქტი, რომ Balantid. ბუნებრივი პატრონი არის ღორი, ამავე დროს ხელოვნურად ვერ შეჰყარეს ღორს ეს ცხოველი. მხოლოდ Brumpt მა თავის ექსპერიმენტებით მიიღო დადებითი შედეგები. შესაძლებელია ეს აზრთა წინააღმდეგობა იმით აიხსნება, რომ არსებობს რამდენიმე მონათესავე Balantid-ი რომელთა პათოგენური როლი ჯერ არ არის საცხებით შესწავლილი, ან არის იგი პათოგენური მხოლოდ ადამიანისათვის და არა პათოგენური ცხოველებისათვის.

პათოლოგ-ანატომიური სურათი Balantidium-ისა შესწავლილია უმთავრესად Соловьев-ის, Askanazy-ს, Strong-Musgrave-ს მიერ. უკანასკნელი წლების გამოკვლევებით დამტკიცებულია, რომ Balant. coli ისე, როგორც პათოგენური ამებები, ღრმა ცვლილებებს იწვევს ნაწლავებში. ეს ცხოველი იმყოფება მხოლოდ მსხვილ ნაწლავებში, ბაჰუნის ფარდა შეადგენს საზღვარს, რომელსაც არ გადასცილდება იგი; მხოლოდ იშვიათ შემთხვევებში არის აღნიშნული წვრილ-ნაწლავთა ქვედა ნაწილში. Balant.-ი იმყოფება არა თუ მხოლოდ ნაწლავების ლორწოიან და კუნთოვან გარსზედ, არამედ აგრეთვე სისხლში, ლიმფურ მილებში, უნახავთ იგი აგრეთვე ჯორჯალში და ლიმფურ ჯირკვლებში, გამოუწვევია მას აგრეთვე დაჩირქება ღვიძლში. უმთავრესი პათოლოგ-ანატომიური ცვლილებები ხდება სწორი, სიგმოიდურ, გასწვრივსა და გარდიგარდმო ნაწლავებში. პროცესი შეიძლება შეიზღუდოს მხოლოდ კატარალური მოვლენებით სხვადასხვა სიძლიერისა; უფრო ხშირად-კი ჩნდება წყლული და ნეკროტიული დაშლა, როგორც ლორწოიანი გარსისა, აგრეთვე ლორწქვეშა და კუნთოვანი ფენისა. წყლულს აქვს ჭუჭყიანი ძირი და უსწორო მასწორო ნაპირები, შეიძლება რამდენიმე წყლული შეერთდეს და მაშინ მივიღებთ 3-4 და მეტ სანტ. სიგრძის წყლულს ამოკმულს თუთის მზგავსი ნაპირებით. ნაწლავების დაწყლულებას Соловьев-ი

სხნის ასე: პარაზიტები ბინავდებიან ნაწლავის კედლის სისქეში, მის გარშემო ჯერ ვითარდება ანთებითი პროცესი, შემდეგ ნეკროზი; რადგანაც პარაზიტები უმთავრესად ბინავდებიან ნაწლავის ლორწო-ქვეშა ფენაში, ამიტომ ნეკროზი იწყება ამ ფენიდან და ვითარდება სხვადასხვა მიმართულებით—იგი მიახწევს, როგორც ლორწოიან ფენს, აგრეთვე კუნთოვანს. Рапчевский,-Woit-ი თავიანთ შემთხვევებში ასეთსავე პათოლოგ-ანატომიურ სურათს ღებულობენ. ეს ცვლილებები იმდენად ტიპურია, რომ Woit-ი გამოჰყოფს ცალკე ჯგუფს კოლიტებისას, რომელიც გამოწვეულია *Balant. coli*-თ. Brumpt-ი უწოდებს ამ ცვლილებებს ბალანტიდიურ დიზენტერიას. თუ მაკროსკოპიული ცვლილებანი კოლინჯისა დამახასიათებელია *Balantid*-ით გამოწვეული კოლიტისთვის, აგრეთვე მიკროსკოპიული სურათიც თითქმის ყველა ავტორების აზრით იძლევა ერთგვარ ცვლილებას. Рапчевский სწერს „მიკროსკოპიული გამოკვლევანი კოლინჯისა გვიჩვენებს ცვლილებებს, რომელიც დამახასიათებელია ჩვეულებრივ ხანგრძლივი დაწყულულებული ანთებისთვის“. ჩვენ შემთხვევებში ლორწოიანი გარსი კოლინჯებისა განიცდიდა ჰიპერემიას, იყო სისხლ-ნადენები ლორწოიან გარსის ქვეშ და მრავლად იარები, რომელთა ძირს, როგორც მიკროსკოპიული პრეპარატებიდან სჩანს, შეადგენს კუნთოვანი ფენი ნაწლავის კედლისა, გარშემო კი წვრილ უჯრედიანი ინფლიტრაციას აქვს ადგილი. წყლულის ანაფტეკში აღმოჩნდა გაკვეთის დროს ცოცხალი *Balantidium*-ები. საინტერესოა ის მოვლენა, რომ, როგორც ეს სჩანს გაკვეთით, *Balantidium*-ები უმთავრესად იმყოფებიან საღ ნაწილზედ ლორწოიანი გარსისა და დაწყულულებულ ადგილზედ კი ნაკლებად არიან. ეს იმით აიხსნება, რომ პარაზიტები იმყოფებიან ლორწოიან გარსზედ ვიდრე კატარალური ანთება გაძლიერებული ლორწოს სეკრეციით აძლევს საზრდოს მათ, როდესაც წყლული გაჩნდება და ჩირქიც მოემატება თან, მაშინ პარაზიტები ვეღარ ღებულობენ საჭირო საზრდოს და გადადიან სხვა ნაწილებზედ ნაწლავის კედლისა, რათა აქ გამოიწვიონ კატარალური ანთება და ისაზრდოონ ლორწოს სეკრეციით.

რაც შეეხება კლინიკურ სურათს ამ ავადმყოფობისას, აქ უმთავრესი სიმპტომი არის ფალარათობა. თითქმის ყველა ავტორის მიერ მოყვანილ შემთხვევები მიმდინარეობდა ფალარათობით. ჩვენ ოთხ შემთხვევაშიც უმთავრესი ჩივილი ავადმყოფებისა იყო ფალარათობა. ფალარათი აქვთ მთელი თვეობით და ზოგიერთ შემთხვევებში წლობით. ასეთი ავადმყოფნი დადიან ექიმებთან და თუ არ ვიცით ეტიოლოგია კოლიტისა სხვადასხვა შემკრავი წამლების დანიშვნით ჩვენ ხშირად მიზანს ვერ მივადწევთ. ზოგიერთ შემთხვევებში ტკივილიც აქვს ავადმყოფს. მუცელში, თუმცა ჩვენს შემთხვევებში ტკივილი ნაკლებად აწუხებდათ მათ. განავალი თხელია, ურევია შიგ ლორწო, ჩირქი, ხშირად სისხლიც. ამავე დროს ავადმყოფი უჩივის სისუსტეს, უმადობას, ეტყობა მას სისხლ-ნაკლებობა და სიგამხდრე. ¹ ნორმალური, ხან სუბფებრიული. თუ წამლობამ არ მოგვცა კარგი შედეგი, მაშინ ავადმყოფნი იღუპებიან საერთო სიგამხდრისა და სისუსტის გამო.

რაც შეეხება წამლობას უნდა აღვნიშნოთ, რომ ლიტერატურაში თითქმის იმდენივე საშუალებებია დასახელებული, რამდენი შემთხვევაც არის აწე-

რილი. ყველა აქებს იმის მიერ ნახმარ წამალს, მხოლოდ დღევანდლამდე არ ვიცით არც ერთი წამალი, რომელიც მოქმედობდეს უტყუარათ. ხმარობენ, როგორც ოყენებს, აგრეთვე შიგნით დასალევ წამლებს. Wissing-ი, Heschel-ი Гурвич-ი და Влаев-ი ხმარობდნენ მხოლოდ ოყენებს, Sivers-ი, Roos-ი, Жегалов-ი აძლევდნენ მხოლოდ დასალევ წამალს. იმ შემთხვევაში, როდესაც ხმარობდნენ ოყენებს, აძლევდნენ ჩოდს, ძმრის მჟავას, აზოტის მჟავას, მარილ-მჟავას, ქინაქინას, სალიცილატების სხვადასხვა პრეპარატს, Kali Hypermangan., Hydrog. Hyperoxyd, opium-ს და სხვ. დასალევ წამლებში ხშირად ხმარობდნენ Flores Cinnae, Filix maris. Calomel. Tanin, Bismut. sub., Salol და სხვ. უფრო ხშირად შერეულ წამლობას აწარმოებენ, როგორც per os, აგრეთვე per anum. როგორც პირველი, აგრეთვე მეორე და მესამე მეთოდის საშუალებათ იღებენ ავადმყოფთა გაუმჯობესებას და ხშირად მორჩენასაც. ეს სხვა და სხვაობა აიხსნება იმით, თუ როდის დაუწყებთ ავადმყოფს წამლობას. თუ გადავავლებთ თვალს ჩვენ შემთხვევებს ვხედავთ, რომ ავადმყოფობის სიმძიმის ხარისხი სხვადასხვა შემთხვევაში სხვადასხვანაირია: მსუბუქი კოლიტიდან დაწყებული, ავადმყოფობამ შეიძლება მიიღოს მძიმე მსვლელობა დაწყებული კოლიტისა, როდესაც თვით კუნთოვანი ფქერი ნაწლავისა განიცდის მძიმე პათოლოგიურ ცვლილებას. ასეთი დაწყებული პროცესით დაავადებული, რასაკვირველია, ძნელი მოსარჩენია. რადგან protozoa-ს მეორე წარმომადგენელზედ — ამებაზე — კარგ შედეგებს იძლევა ემეტინი, ამიტომ ჩვენ ვცადეთ მისი მოქმედება Balantidium-ზედ. იმ დროს ჩვენ არ მოგვეპოვებოდა ემეტინი, ამის გამო მივეციტ Ipecac რომელმაც პირველ შემთხვევაში მოგვცა საუკეთესო შედეგი. ავადმყოფმა მიიღო ოთხი შუშა Inf. Ral. Ipecac.-ისა დიდი დოზებით დაწყებული 2,0-4,0-მდის, მესამე კვირაზედ უკვე ავადმყოფი კარგად იყო. სრულიად დამოუკიდებლად ამის შემდეგ ჩვენ მივიღეთ უკანასკნელ წელს ახალი ლიტერატურა და იქ არის ერთი წერილი ექიმ Абрамович-ისა სარატოვის კლინიკიდან, სადაც ისეთივე კარგი შედეგი მიუღია მას Ipecac.-სგან, მხოლოდ იგი ხმარობდა Pulw. Ipecac.-სა. მეორე შემთხვევაშიც ვინმარეთ Ipecac., მაგრამ ავადმყოფმა იგი ვერ აიტანა, პატარა დოზებმა-კი შედეგი არ მოგვცა. ავადმყოფი გარდაიცვალა. მესამე და მეოთხე შემთხვევებში ჩვენ ვინმარეთ Emetin-ი. მესამე შერეული შემთხვევა იყო, აქ გარდა Balantid-ის მრავლად იმყოფებოდა აგრეთვე Amaeb-ები, ავადმყოფს შესამჩნევი უკეთობა დაეტყო, ფალარათობამ უკლო, თუმცა განავალში გაწერის დროს კიდევ იყო ამებები. მეოთხე შემთხვევაში ვერ შეგვეძლო ემეტინის გავლენის შესახებ დაკვირვება მოგვეხდინა. რადგან ავადმყოფს გართულება დაეწყო ფილტვების კრუპოზული ანთებით და იგი მალე გარდაიცვალა. რასაკვირველია ეს შემთხვევები არ არის საკმარისი, რომ რაიმე საბოლოო დასკვნა გამოვიტანოთ წამლობის შესახებ, მაგრამ ჩვენ ვფიქრობთ, რომ იმ საშუალებათა შორის, რომლებსაც ხმარობენ ბალანტიდიოზის დროს სხვადასხვა ავტორები, Ipecacuana-ს და Emetin-ს ადგილი უნდა დაეომოს. გადავიდეთ ჩვენს შემთხვევებზედ, მე მხოლოდ პირველ შემთხვევას ავწერ დაწვრილებით, დანარჩენი ისტორიები მოჰყავს in extenzo.

შემთხვევა პირველი. ავადმყოფი მელანია თ—ძე 65 წლისა, ოჯახში მომუშავე, დაწვა შინაგან სნეულებათა ჰოსპიტალური კლინიკაში 9 აპრილს 1922 წელს. იგი უჩივის ფალარათობას, ოდნავს ტკივილს მუცელში, საერთო სისუსტეს და უძილობას.

Anamnesis ამ სნეულებით ავადაა 1921 წლიდან, პირველად ექვსი თვის წინად ავადმყოფმა შეამჩნია, რომ მუცელმა ხშირად დაუწყო მოქმედება. 2—3 ჯერ დღეში, რამდენიმე დღის შემდეგ ფალარათობამ უმატა და მიუხედავად მიღებული წამლებისა, რომელიც მას ექიმმა დაუნიშნა, დღეში 10—12 ჯერ გადიოდა. სისხლი ან ლორწო ვერა თუ არა განავალში მას არ შეუმჩნევია. მუცელი უფრო ხშირად მოქმედობდა ღამე. ტკივილები მას პირველად არ ჰქონია სრულებით, მხოლოდ ჟუანასკნელ თვეში შეამჩნია მან ოდნავ ტკივილები მუცლის მარცხენა ნაწილში. ფალარათობამ ავადმყოფი დაასუსტა, გახდა, „გამეოთხებლდა“—როგორც თვითონ ამბობს და იძულებული გახდა წამოსულიყო ტფილისში სამკურნალოდ. მადა კარგი აქვს, მაგრამ ემინიან საჭმლის მიღებისა, რომ ფალარათობამ უფრო არ უმატოს, წყურვილი მომატებული აქვს, გულის რევას ან პირის ლებინებას არ უჩივის.

ავადმყოფი გორის მაზრიდანაა, სოფ. ქვენატკოციდან. ბავშვობიდანვე სოფელში ცხოვრობდა და ოჯახში მუშაობას ეწეოდა, ხშირად უხდებოდა მას მოვლა ღორებისა. ჰყავდა მას 17 შვილი—10 ვაჟი და 7 ქალი, აქედან მოუყვდა 5 ვაჟი და 3 ქალი. ერთი ვაჟი წყალმანკისაგან მოუყვდა საავადმყოფოში, მეორე—ჯარის კაცი—გიმნასტიურ ვარჯიშობის დროს უეცრივ გარდაიცვალა, მესამე—7 წლისა—მუცლის ტიფის შემდეგ გარდაიცვალა, მეოთხე და მეხუთე ბავშვობისას ძუძუს-მწოვარები გარდაიცვალნენ ფალარათობის შემდეგ. სამივე ქალი მოუყვდა აგრეთვე ბავშვობისას 9—14 თვისა. ხუთი ვაჟი და ოთხი ქალი სრულიად საღი ჰყავს. ორსულობას ადვილად იტანდა და 3—4 დღის შემდეგ მშობიარობისა ფეხზედ დადიოდა. 15 წლისა გათხოვდა, პირველი შვილი 1 წლის შემდეგ ეყოლა; ათაშანგი არ ჰქონია, თამბაქოს არ ეწევა, არაყს ერთ პატარა ჭიქას ყოველდღე სვამს; ბავშვობისას იყო ავად ყვაველით და წითელათი, 15 წლის წინად გადაიტანა მუცლის ტიფი; ფალარათობით წინად არასოდეს არ ყოფილა ავად. ქმარი სრულიად საღი ჰყავდა, არასოდეს არაფერი არ წამოსტიკინია, მხოლოდ ამ ერთი წლის წინად იგი ფალარათობამ იმსხვერპლა. ავად იყო 10 თვე, სწამლობდნენ სოფელში, მოსაჭრელ წვეთებს აძლევდნენ, მაგრამ ფალარათობამ არ უკლო და დაასუსტა. ჩვენს ავადმყოფს მშობლებიც საღი ჰყავდა, მამა მოუყვდა 110 წლისა უეცრივ, დედა გარდაიცვალა ხოლერი-საგან 50 წლისა; ჰყავდა 6 ძმა და 3 და, აქედან ერთი ძმა ხოლერისაგან მოუყვდა; მეორე წყალმანკისაგან, მესამე ფილტვების ანთებით იყო ავად, მეოთხე ბავშვობისას ძუძუ მწოვარი. ერთ დას სიღამებლედ დაემართა, მეორე ბავშვობისას არ ახსოვს რისგან მოუყვდა. ორი ძმა და ერთი და ამ ჟამად ცოცხალი ჰყავს. ავადმყოფს ბინა კარგი აქვს, საზრდოობაც დამაკმყოფილებელი, გაჭირვება მას ამ მხრივ არ გამოუცდია,

Status praesens. ავადმყოფი საშუალო ტანისაა, სწორი მოყვანილობისა, კანი და ლორწოიანი გარსი თვალის ქუთუთოებისა და ღრძილებისა ოდნავ სისხლ-ნაკლებია. ძვლის ჩონჩხი კარგად აქვს განვითარებული, კანქვეშა ქსოვილი საშუალოდ არის განვითარებული, ლიმფატური ჯირკვლები არაა გადიდებული. გულ-მკერდი: სისხლის პერიფერიული მილები ოდნავ გამკვრივებულია, მაჯის ცემა 64, რითმული და სრული. გულის საზღვრები ნორმალურია. ტონები მოყრუებული. ლავიწებ ზევით და ქვემოთ ჩაღრმავებული ალავები ოდნავ გამოხატულია. ფილტვის საზღვრები ნორმალურია, ჩასუნთქვის დროს ფილტვის ბოლო იშლება ცოტა ნაკლებად. სუნთქვა ვეზიკულიარული, აქაც ისმის მშრალი ხიხინი.

ღვიძლის საზღვრები იწყება მეოთხე ნეკნიდან გულის კოვზის გარე ხაზზედ. მეხუთე ნეკნიდან ძუძუს ხაზზედ, იღლის წინა ხაზის მიმართულებით, მეექვსე ნეკნიდან. პალპაციით ღვიძლის ბოლო ოდნავ გამოსული ნეკნის ძირიდან ხელს ხედება, მტკივნეულია. ელენთას საზღვარი ნორმალურია. მუცელი ოდნავ ჩავარდნილია. კოლენჯის მიდამოში მარცხნივ ოდნავ მტკივნეულება ემჩნევა. საშარდე ორგანოების ფუნქცია ნორმალურია. მარჯვენა თირკმელა ჩამოწეულია, მისი ქვეითა სეგმენტი თავისუფლად ხედება ხელს. ნერვიული სისტემის მხრივ ემჩნევა დერმოგრაფიზმი.

ანალიზები: შარდის—ხვედრითი წონა 1018, ცილა და შაქარი არ მოიპოვება. შარდის დანალექში არის მხოლოდ საშარდე ბუშითის ეპიტელი. 2--3 სისხლის თეთრი ბურთულები მხედველობის არეში.

სისხლისა—ჰემოგლობინი 75%, ერითროციტები 4,100,000, ლეუკოციტები 6,400; ლეუკოციტარული ფორმულა: ნეიტროფილები 62%, ლიმფოციტები 22%, მათ შორის მოზრდილი ლიმფოციტები 10%, პატარა ლიმფოციტები 12%, გარდამავალი ლეუკოციტები 12%, ეოზინოფილები 4%.

Wasserman-ი—უარყოფითი.

კუჭის წვენი—საერთო სიმკვავე 38, თავისუფალი მარილ მკვავა—0,12-შეერთებული 0,012%.

განავალის ანალიზი—განავალი თხელი კონსისტენციისაა, ძალიან მყრალი, შეიცავს ბლომად ლორწოს; მიკროსკოპით გაშინჯვის დროს ერთ წვეთ განავალში 20-მდე ცოცხალი, ძალიან ჩქარა მოძრავი *Balantidium coli* აღმოჩნდა.

Cursus morbi: ავადმყოფმა გაატარა კლინიკაში 35 დღე. ფაღარათობამ, რომელიც მას ჰქონდა კლინიკაში შემოსვლის დროს დღეში 10-15-ჯერ, წამლების მიღების შემდეგ თანდათან უკლო; უკანასკნელი ორი კვირის განმავლობაში მუცელი მოქმედობდა დღეში 1--2-ჯერ. კონსისტენციამ განავალისა, რომელიც წინად იყო ძალიან თხელი, მიიღო ნორმალური თვისებები, ლორწო აღარ ერია შიგ და თვით პარაზიტები, რომელთა აუარებელ რიცხვს ვპოულობდით პრეპარატში, თანდათან კლებულობდნენ. უკანასკნელ დღეებში-კი ჩვენ ვეღარ აღმოვაჩინეთ *Balantidium coli* ვერც ერთ პრეპარატში მიუხედავად განმეორებითი გაშინჯვისა. რაც შეეხება დანარ-

ჩენ ორგანოების მდგომარეობას კლინიკაში წოლის დროს შესამჩნევი ცვლილებანი არ გეჭონდა. სიცხე ნორმალი ჰქონდა, მაჯა 64-72, სუნთქვა 18-24; ენა დილით ყოველთვის თეთრად ჰქონდა მოდებული. წამლობის მხრივ ავადმყოფმა მიიღო Inf. Racl. Ipecac. 2,0-180,0 დღეში ექვსჯერ სტოლის კოეხით. დოზას თანდათან უმატებდით, უკანასკნელად 4,0-180,0 დალია სულ ოთხი შუშა. უკეთებდით აგრეთვე თბილი წყლის ოყენებს, რომ გაგვენთავისუფლებინა ნაწლავები ლორწოსაგან. ავადმყოფმა წონაში მოიმატა ერთი კილო, მოლონიერდა და გაეწერა მორჩენილი. ექვსი თვის შემდეგ ჩვენ მივიღეთ ცნობა, რომ ავადმყოფი კარგად გრძნობს თავს და ფარათობას არ გაუმეორებია.

შემთხვევა მეორე. ავადმყოფი მ. ნ-ა, რუსი, მოწყალეების და, 48 წლისა, დაწვა კლინიკაში 14 ივნისს 1922 წ. უჩინის ფალარათობას, დღეში 10-12 ჯერ მოქმედობს მუცელი, საერთო სისუსტეს, თავბრუს ხვევას, უმადობას, დიდ წყურვილს. მეორე წელიწადია რაც იგი ავადმყოფობს. მას ავადმყოფობა დაეწყო უეცრივ, პირველ დღეებში 15-20-ჯერ მოქმედობდა მუცელი, შემდეგ-კი უკლო, მაგრამ 16 თვის განმავლობაში არ ყოფილა შემთხვევა, რომ მუცელს ემოქმედოს დღეში 5-ზედ ნაკლებ. განავალში ხშირად ურევია სისხლი, ლორწო მრავლად და ჩირქი. პირველად ავადმყოფმა ექიმს არ მამართა, თვითონ სწამლობდა თავს, სვამდა ზეთს ხშირად, იღებდა Tannalb., Bismut. subnit., Opium pulw, მაგრამ შეღავათი ვერ ჰპოვა. შემდეგ მიმართა ექიმებს, მათი რჩევით იკეთებდა Ac. tannini სყენებს, მაგრამ ვერც ამან უშველა. რაც დრო გადიოდა მით უფრო სუსტდებოდა ავადმყოფი, იგი ძალიან გახდა, იმდენად დასუსტდა, რომ სიარულის თავიც აღარ ჰქონდა რის გამოც უკანასკნელ 3 თვეს ლოჯინად ჩაეარდა. მან სოფლიად არ აქვს, დილით გული ერევა, პირის ღებინება არ აქვს. ავადმყოფი პეტროგრადიდან არის, მუღმივად იქ სცხოვრობდა, მხოლოდ ომის შემდეგ იგი დანიშნული იყო ოსმალეთის ფრონტზედ მოწყალეების დათ და იქ მუშაობდა 1918 წლამდის. შემდეგ მუშაობდა სომხეთში და 1921 წელს იგი დანიშნული იყო სამსახურში სოფ. სავარეჯოში. ავადმყოფი გასათხოვარია, რიგი მესამე წელიწადია დაჰკარგა მან, ათაშანგი არ ჰქონია, თამბაქოს არ იწევა, ალკოჰოლს არ ეტანება. ომის დროს ავად იყო პარტახტიანი ტიფით, ბავშვობისას გადაიტანა წითელა, ქუნთრუშა და ყივანა-ხველა. მემკვიდრეობა საღია. უკანასკნელი 4 წლის განმავლობაში არავითარი ცნობები მშობლების შესახებ მას არ აქვს.

Status praesens. ავადმყოფი გამხდარია, სწორი მოყვანილობისა, საშუალო ტანისა, კანკევესა ქსოვილი სრულიად არ აქვს მას განვითარებული. კანი და ლორწოიანი გარსი ძვალის ქეთეთოვებისა და ღრძილებისა ძალიან ფერმკრთალი. ლიმფატიური ჯირკვლები არაა გადიდებული. ენა თეთრად მოდებული. პულისი ხშირი, რითმული, ნაკლები ავსებისა, 104, გულის საზღვრები ნორმალური, ტონები წმინდაა. ლავიწებ ზევით და ქვემოდ ჩალრმავებული ალაგები აშკარად გამოხატულია, ფილტვის საზღვრები ნორმალურია, სუნთქვა ვეზიკულარული, მარჯვენა ფილტვის მწვერვა-

ლოში ამოსუნთქვა გაძლიერებული. ღვიძლის და ელენთის მხრივ შესამჩნევი ცვლილებანი არ გვაქვს. მარჯვენა თირკმელა ჩამოწეულია, მისი ზევითა სეგმენტი ხელს ხვდება თავისუფლად პალპაციის დროს. მუცელი ჩაჯარნილი აქვს, კოლინჯი ყველგან მტკივნეულია, მეტადრე კი მისი გარდებარდმო და დასწვრივი ნაწილი. დერმოგრაფიზმი მკაფიოდ გამოხატულია, მუხლის რეფლექსი მომატებული.

ანალიზები: შარდის ხვედრითი წონა 1012, ცილის ნიშნებია, შაქარი არ არის, შარდის დანალექში პრტყელი ეპიტელიუმის უჯრედები და 6-8 ლეეკოციტები მხედველობის არეში.

სისხლისა—ჰემოგლობინი 34%, ერითროციტები—2,100,000, ლეეკოციტები—8,200. ლეეკოციტარული ფორმულა: ნეიტროფილები—58%, ლიმფოციტები—26% აქედან დიდი—12%, პატარა—14%, ეოზინოფილები 2%, გარდამავალი ფორმები—14%.

Wasserman-ი უარყოფითი.

განავალისა—თხელი კონსისტენციისა, მაკროსკოპიულად უკვე ემჩნევა სისხლი, ლორწო ბლომად, აგრეთვე ჩირქიც მრავლად, იმყოფებიან მოძრავი Balantidium coli-ები თვითეულ პრეპარატში 8-12 ცალი. არის აგრეთვე კვერცხები Trichocephalus dispar-ისა.

კუჭის წვენი არ ჰქონდა გაშინჯული, რადგან ავადმყოფი ძალიან დასუსტებული იყო.

Cursus morbi ავადმყოფმა გაატარა კლინიკაში 11 დღე, დღითი-დღე მისი მდგომარეობა უარესდებოდა, ფაღარათობა არ კლებულობდა. განავალში მრავლად იმყოფებოდა Balantidium coli. Ipecac-ს პრეპარატებს ვერ იტანდა, რადგან მაშინვე პირის-ღებინება ემართებოდა. წამლობამ შედეგი არ მოგვცა. ავადმყოფი უფრო დასუსტდა, გახდა. Ac. tannin-ს ოყენებმა არავითარი შედეგი არ მოგვცა, გარდა იმისა, რომ ოყენის გაკეთების შემდეგ პარაზიტები ნაკლებად მოძრაობდნენ. სისუსტე მატულობდა და ჩვენ დღე-დღეზედ მოველოდით ავადმყოფის დაკარგვას, რაც მოხდა ავადმყოფის კლინიკაში დაწვევის მე-11-დღეზედ. გაკვეთა მოხდა 28 საათის შემდეგ სიკვდილისა ექიმ ვ. ვარაზაშვილის მიერ. მომყავს მხოლოდ მოკლედ ამონაწერი შესახებ კუჭ-ნაწლავის მდგომარეობისა: „კუჭი შესამჩნევ ცვლილებებს არ წარმოადგენს. წვრილ ნაწლავების ლორწოიანი გარსი ოდნავ შეშუპებულია. ბრმა წელის ლორწოიანი გარსი ძლიერ ჰიპერემიულია, ალაგ-ალაგ პატარა სისხლ-ნადენები ლორწოიან გარსის ქვეშ გაფანტული. სამი იარა ხუთი მილიმეტრისა დიამეტრით, ნაპირები მათ სწორი აქვს, გადასცურავენ თავის ფსკერს. ჰიპერემია ლორწოიან გარსისა ზევით მცირდება და მხოლოდ ქვედა ნაწილში col. descendens-ისა იგი ძლიერდება. ჩნდებიან წვრილი სისხლ-ნადენები ლორწოიან გარსის ქვეშ და რამდენიმე იარა იგივე სიდიდისა და თვისებისა. ბრმა ნაწლავში არავითარი ცვლილებები არ აღმოჩენილა. მსხვილი ნაწლავის ანაფექსში აღმოჩნდა Balantidium coli (არა მოძრავი).

შემთხვევა მესამე. ავადმყოფი დ. მ.-შვილი, ქართველი, 34 წლისა, მცხოვრები ქ. ტფილისისა, შემოვიდა კლინიკაში 5/V—22 წ. უჩივის ფა-

ღარათობას, ტენეზმებს, ტკივილს ოდნავ მუცელში, უმადობას, საერთო სისუსტეს, წყურვილს. ფაღარათობა დაეტყო ოთხი თვის წინედ, პირველად 8—10 ჯერ დღეში, ამ ბოლო დროსაც უფრო მოუხშირა, განავალში შეამჩნია სისხლი და ლორწოც. რადგან დასუსტდა და გახდა, ამიტომ მიმართა ჯერ ამბულატორიას, სწამლობდა თავს იქ დიდხანს, მაგრამ უკეთობა არ შეამჩნია; კლინიკაში შემოსვლის დროს იმდენად დასუსტებული იყო, რომ მას სიარული უჭირდა. განავალი, რომელიც გაშინჯული იყო მეორე დღესვე, თხელი კონსისტენციისაა, შეიცავს მოუხარზავი საქმლის ნარჩენს; სისხლი არ ემჩნევა, ლორწო აქვს. მიკროსკოპით გაშინჯვის დროს აღმოჩნდა *Balantidium coli* 20—მდის თითო პრეპარატში იყო აგრეთვე მოძრავი ფორმები დიზენტერიული ამებებისა და ცისტები. ავადმყოფს დაენიშნა *Emetini mur.* 0, 05 დღეში ორჯერ კანქვეშ. მიიღო სულ 14 ამპულა. ამის შემდეგ ავადმყოფი უკეთ შეიქმნა, ფაღარათობამ უკლო, *Balantidium coli* აღარ მოიპოვებოდა განავალში. ასეთი შერეული შემთხვევები ლიტერატურაში ცნობილია, მაგრამ ზოგიერთი ავტორები ამ შემთხვევებში *Balantidium coli*-ს პათოგენურ მნიშვნელობას არ აძლევენ.

შემთხვევა მეოთხე. ავადმყოფი გიორგი ზე-ლი ქართველი 42 წლისა, მიწის მუშა, მუდმივი მცხოვრები სოფ. ქარელისა, დაწვა კლინიკაში 7 იანვარს 1924 წ. არავითარი ჩივილი ფაღარათობის შესახებ მას არ განუცხადებია, პირიქით, უფრო ხშირად მას სიყაბზე აწუხებდა. იგი უჩივის ტკივილებს წელში მარჯვენე თირკმელას მდებარეობის მიდამოში. 18 იანვარს გადაყვანილი იყო ქირურგიულ განყოფილებაში საოპერაციოდ დიაგნოზით: *Pyelonephritis calculosa et Perinephritis purulenta consecutiwa.* 19 იანვარს ოპერაცია გაუკეთდა, ავადმყოფმა შელავათი იგრძნო, მუცლის მხრივ 25 იანვრამდის არავითარი ცვლილებები არ ჰქონდა. 25 იანვარს მას დაეწყო ფაღარათობა, მუცელმა იმოქმედა 8 ჯერ, 26-ს განავალში აღმოაჩნდა მრავლად *Balantidium coli*-ს მოძრავი ფორმები თვითეულ პრეპარატში 15—20 ცალი. მეორე დღესვე გადმოყვანილ იქმნა თერაპევტიულ კლინიკაში და დაენიშნა წამლობა: იღებდა კანქვეშ დღეში ორჯერ *Emetini mur.* 0, 03. მალე მას დაერთო ახალი გართულება—ფილტვების კრუპოზული ანთება რამაც იმსხვერპლა ავადმყოფი 2 თებერვალს. დილიდან ფაღარათობის დაწყებისა ყოველ-დღე იზინჯებოდა განავალი და ყოველთვის დიდძალი რიცხვები ცოცხალი *Balantidium coli*-სა იმყოფებოდა შიგ. ამ შემთხვევაში ემეტინმა ვერ მოგვცა კარგი შედეგი, მხოლოდ წამლობის შემდეგ მესხუთე დღეზედ შეგვხვდა განავალში *Balantidium coli*-ს ცისტები.

გაკვეთა მოხდა 27 საათის შემდეგ სიკვდილისა დოც. ელენტის და მისი ასისტენტი ხეჩინაშვილის მიერ. ნაწლავების წყლულიდან აღებულ ნაცხებში აღმოჩნდა ცოცხალი პარაზიტები *Balantidium coli*-სა, თვით კოლინჯი-კი, მეტადრე მისი დასწვრივი ნაწილი განიცდიდა ტიპიურ ცვლილებებს მძიმე კოლიტისას. ანატომიური დიაგნოზი: *colitis ulcerosa, Hyperplasia pulpaе lienis et lympho-glandularum mesenteriale et peribronchialium. Pneumonia crouposa. Pyelo-pyo-Hydro-nephroso-nephritis calcu-*

losa dextra. Perihepatitis et perisplenitis chr. Arterioscler. univer. ეს შემთხვევა საინტერესოა იმით, რომ შესაძლებელია ვიფიქროთ Balantidium coli იმყოფებოდა ნაწლავებში, დასუსტებულმა და დაძაბუნებულმა ორგანიზმმა ვერ გაუწია წინააღმდეგობა მას და ამ ნიადაგზედ უფრო ადვილად დაერთო მას ფალარათობა, თუმცა სრულიად უარყოფა იმისა, რომ კლინიკაში წოლის დროს შეეყარა მას Balantidium coli ძნელია.

ამის შემდეგ ჩვენ გვქონდა კიდევ სამი შემთხვევა Balantidium coli-სა. სამივე შემთხვევაში ძირითად სიმპტომად ითვლებოდა ფალარათობა. განავალში მრავლად იყო Balantidium coli. ჩვენ ვხმარობდით Emetini muriat.-ს კანქვეშ და მივიღეთ საუკეთესო შედეგები—ავადმყოფნი სრულიად განკურნებულნი გაეწერნენ კლინიკიდან.

ჩვენი შემთხვევების შესწავლა გვაძლევს უფლებას გამოვიყვანოთ შემდეგი დებულებები:

1. Balant. coli არის პათოგენური protozoa ადამიანისთვის, იგი იწვევს მძიმე ავადმყოფობას—კოლიტს.
2. ნაწლავების ლორწოიანი გარსი, წინასწარ დაზიანებული რომელიმე სხვა მიზეზის გამო, ხელს უწყობს მის პათოგენურ მოქმედებას.
3. ბუნებრივი პატრონი Bal. coli-სა არის ღორი, რომლისთვისაც იგი არა პათოგენურია.
4. ღორის Balantidiosis-ი ჩვენში ძალიან გავრცელებულია.
5. სრული იგივეობა ადამიანის და ღორის Balantidium-ისა ჯერ საბოლოოდ გადაწყვეტილი არ არის.
6. შეფარდება Balantidium-ის რაოდენობისა განავალში და მორფოლოგიურ ცვლილებებისა ნაწლავებში ყოველთვის სწორი არ არის.
7. პროფილაქტიკის მხრივ, ღორის Balantidiosis-ს უნდა მიექცეს ყურადღება.
8. კოლიტების ყოველ შემთხვევაში უნდა იქნეს გასინჯული განავალი აგრეთვე Balantidium-ზედ
9. წამლობის მხრივ სასურველია უფრო მეტ მასალაზედ ცდა Emetin.-ის და Ipecac. საშუალებით.

დასასრულ მოვალეთ ვსთვლი თავს უღრმესი მადლობა გამოუცხადო პროფ. ს. ვირსალაძეს, რომელმაც ამ შრომის შესრულებისთვის საჭირო ლიტერატურა მომაწოდა და ხელმძღვანელობა გამიწა.

ლიტერატურა

1. Walker. Ernest Linwood. Experimental Balantidiosis. Phil. Journ. of Sc. 1913 № 45. რეფერ. Archiv für Schiff's-und Tropenhygiene. Bd. 18. 1914
2. Wictor Sollos. Darmflagellaten des Menschen. Handbuch des pathogenen Mikroorganismen, Kollé und Wassermann, 1913.
3. L. Aschoff. Pathologische Anatomie Herausgegeben. 1919.

4. Brumpt. Précis de Parasitologie 1914.
 5. Н. Straass. К дифференциальной диагностике отдельных форм хронического колита. Врач. обозр. 1924 № 3.
 6. М. Hartmann. Патогенные protozoa. 1923. г.
 7. Абрамович. Случай тяжелого хронического колита, вызванный *Balantid. coli*. Быстрое излечение после применения ипекакуаны. Клини. медиц. 1922 г. № 2.
 8. Н. С. Соловьев—*Balantidium coli*, как возбудитель затяжных поносов. Врач 1901 г. № 14.
 9. Э. Э. Гартье. Простейшие животные в кишечнике детей. Ленинград, 1908.
 10. Гурвич. Русский Архив патологии, клинической медицины и бактериологии 1896 т. II стр. 804.
 11. К. Дегио Русский Архив патол. клинич. медицины и бактер. 1898 г. т. 6, стр. 279.
 12. Жегалов. Врач 1898, № 12 стр. 361 и № 48 стр. 1426.
 13. Романовский Д. Врач 1899 г. № 46 стр. 1369.
 14. Чигаев. Врач 1898 г. стр. 1441.
 15. Козловский—Случай *Balantid. coli* в кишечнике человека. Врач. газета, 1905 г.
 16. Влаев. К вопросу об этиологии энтеритов и язвенных колитов и их лечение. Врачеб. газета, 1906. г.
 17. Реальная энциклопедия практической медицины, Проф. Н. Eulenburg 1910 г.
 18. Соловьев. Врач. 1899 г. (რეფერ).
-

ბიოლოგი რუსიზმილი

კლინიკის უფროსი ასისტენტი

ოსტეომალატიის მკურნალობა BOSSI-ს და FEHLING-ის მეთოდებით*)

(ტფილისის უნივერსიტეტის დიაგნოსტიკის კლინიკიდან გამგე—პროფ.

მ. წინამძღვრიშვილი).

ჯერ კიდევ ძველი დროიდან იყო ცნობილი შემთხვევები ძვლების დაავადებისა, რომელიც შესაძლებელია ოსტეომალატიად ჩავთვალოთ. მე VI-სე საუკუნეში (ნ.ს. წ.) არაბი ექიმი Gschusius-ი აღწერს ავადმყოფს, რომელიც იყო დაავადებული ძვლების დარბილებით და განძრევის უნარიც კი არ ჰქონდა. მე-IX საუკუნის მეორე ნახევარში მცხოვრები, ფრანგი ბერის Abbon-ის ნაწერებში მოხსენებულია ავადმყოფი, რომლის ტანის სიგრძე თანდათან მცირდებოდა სიკვდილის წინ იგი პატარა ბავშვს დაემსგავსა.

შემდეგ მე XVII-ე საუკუნეში Walda მოგვითხრობს ტანის სიგრძის შემცირებას და ძვლების დარბილებას. ამ გვარივე შემთხვევა აღწერა Lamber-მა მე-XVIII-ე საუკუნეში. შემდეგ წლებში ხშირად ვხვდებით ლიტერატურაში, გაკვრით მოხსენებულს, სნეულების ამგვარ შემთხვევებს. მხოლოდ 1752 წელს Morand-მა პირველად ზედმაწევნით აღწერა არაპურპერალური ფორმა ოსტეომალატიისა და 30 წლის შემდეგ Stein-მა—პურპერალური.

წარსულ საუკუნის დასაწყისში ეს ავადმყოფობა იქმნა გამოყოფილი და აღწერილი, როგორც სნეულება—*sui generis*. (Lobstein, Guérin Kilian.).

საყურადღებოა, რომ ეს ავადმყოფობა უფრო ხშირია განსაკუთრებულს ადგილებში, ზოგიერთ ქვეყნებში კი იგი იშვიათად გვხვდება.

Gelpke-ს სტატისტიკით ეს ავადმყოფობა უფრო გავრცელებულია იტალიაში, შვეიცარიაში, შემდეგ ბავარიაში, ვიურტემბერგში, ბადენში, ელზასში.

სპორადიულად გვხვდებით მას ავსტრიაში, იშვიათად ჩრდილოეთ ევროპაში, საფრანგეთში, უნგრეთში, რუმინიაში და რუსეთში.

რაც შეეხება ამიერ კავკასიას, როგორც ჩანს ლიტერატურიდან, აღწერილია 21 შემთხვევა. უმრავლესობა მათგანი ტფილისის მცხოვრებნი იყვნენ. დანარჩენნი კი გორის, ქუთაისის, ოზურგეთის მაზრებიდან, აგრეთვე ყარსის ოლქიდან. მათ შორის 20 ქალი და 1 მამაკაცი (პროფ. ი. თიკანაძის მიერ).

ოსტეომალატიის საეულწოდებით, რომელიც შესაფერისად ნაწოდებია გერ-

*) მოხსენდა საქართველოს ექიმთა მეორე კონგრესს.

მანელების მიერ Halisteresis, აღწერილია მთელი რიგი ძვლის სისტემის დაავადებისა, როგორც ქალების აგრეთვე მამაკაცების—ბავშვის ასაკიდან სიბერემდის.

ოსტეომალაციის სხვადასხვა ფორმის კლასიფიკაციას ავტორები უდებენ საფუძვლად ან ეტიოლოგიურ მომენტს ან და ამა თუ იმ ფორმის პათოლოგ-ანატომიურს თავისებურობას. დაავადებული ძვლების თავისების მიხედვით, რომლებიც ადვილად ტყდება ანდა სანთელივით იზნიქება Kilian-ი არჩევს ორ ფორმას: ost. fragilis და ost. cerea.

Litzmann-ის აზრით, არსებობს ოსტეომალაციის 4 ფორმა: 1) რემატიული, 2) ლუეტური, 3) მოხუცებულობის და 4) ნერვული. არსებობს ოსტეომალაციის ორი მთავარი ფორმა—პურპერალური და არა პურპერალური. ფიქრობენ, რომ ქალების ხშირი დაავადება ოსტეომალაციით აიხსნება ორსულობასთან დაკავშირებული ნივთიერებათა გაცვლა-გამოცვლის პროცესებით, რომელიც ხელს უწყობს ამ ავადმყოფობის განვითარებას. მაგრამ, ოსტეომალაციის შემთხვევები ახალგაზრდობის (ost. infantilis—Rehn, Recklinghausen) და სიბერის დროს (ost. senilis—Vulpian, Demange, Ribbert). გვარწმუნებენ, რომ ზემოხსენებული პირობები არ არის აუცილებელი ამ სნეულების განვითარებისათვის.

არსებობს ეგრედ წოდებული მოხუცებულების ოსტეომალაცია, რომელსაც ხშირად ურევენ—ოსტეოპოროზთან, როდესაც ძვლები ფაცხავდებიან, ხოლო კირს კი არ ჰკარგავენ.

განსაკუთრებულ ფორმად ითვლებოდა აგრეთვე ბავშვების ოსტეომალაცია. ამგვარი შემთხვევები, აღწერილი Meslay-ს, Peron-ის და Sigert-ის მიერ, ეკუთვნის ჰასაკობის ხანას და კლინიკურად მიმდინარეობდნენ როგორც ოსტეომალაცია, იგი პათოლოგ-ანატომიურადაც იყო დამტკიცებული.

ამ ჟამად, კლინიკური მიმდინარეობისა და პათოლოგ-ანატომიური სურათის მიხედვით ოსტეომალაციას ყოფენ სამ მთავარ ჯგუფად: 1) ავთვისებიანი ფორმა, რომელიც მიუხედავად ყოველგვარი თერაპიული ზომებისა, შეუჩერებელი ვითარდება და ლეტალურად თავდება; 2) ოსტეომალაციის მძიმე ფორმა, ტკივილებით, ძვლების დამახინჯებით (დეფორმაციით) და მკვეთრი ცვლილებებით სხეულში, რომელიც თერაპიული ან და ოპერატიული დახმარებით შესაძლებელია უმჯობესდება ან და სრულიად განიკურნება; 3) მესამე, მსუბუქი ფორმა, ფარულად მიმდინარე, ძვლების დაუმახინჯებლად, რომელიც ზოგჯერ თავის თავად გაივლის ხოლმე, ეგრედ წოდებული „ფიზიოლოგიური ოსტეომალაცია“, რომელსაც იხსენიებენ Gelpke და Hanau. უკანასკნელი თავისი ფრიად საყურადღებო გამოკვლევებით დარწმუნდა, რომ ქალების ძვლები, განსაკუთრებით მენჯი, ორსულობის სხვადასხვა ხანაში, განიცდის ცვლილებებს, რომელიც ოსტეომალაციას მოგვაგონებს. აქედან Hanau დაასკვნის, რომ არსებობს ეგრედ წოდებული „ფიზიოლოგიური ოსტეომალაცია“.

თუ კი მისაღებად ვცნობთ ოსტეომალაციის ზემოაღნიშნულ კლასიფიკაციას, მაშინ დავრწმუნდებით, რომ ოსტეომალაცია არც ასეთი იშვიათი მოვლენაა, როგორც ფიქრობენ.

როგორც Hanau-ს და მისი მოწაფეების მორფოლოგიური გამოკვლევებიდან სჩანს, ავადმყოფობას წინ უძღვის ფარული პერიოდი.

პირველი კლინიკური სიმპტომები ავადმყოფობის გამოსვარავდება ხოლმე მაშინ, როდესაც უკვე არსებობს შედარებით მკვეთრი ცვლილებები ძვლის სისტემაში.

როგორც კლინიკური დაკვირვება გვიჩვენებს ავადმყოფობის ადრეულ სიმპტომებთა შორის აღსანიშნავია მთელი რიგი კუნთოვანი ჯგუფების დაზიანება. ამ მხრივ Kolppen ი და Latzko ს მიერ არის აღნიშნული განკერძოებული სიღამბლე musc. ileopsoatis.

განსაკუთრებულს ყურადღებას იქცევს, ავადმყოფობის განვითარებაში, ტკივილები, რომელიც შესაძლოა დასაწყისში არ იყოს, მხოლოდ თავი იჩინოს ძვლის სისტემის მკვეთრი დაზიანების შემდეგ. (Latzko, Kenz, Kolppen). ტკივილები ჩნდება უეცრად, უმიზეზოდ, ღამე ან დღისით განსაზღვრულ საათებში.

სნეულების მიმდინარეობა ხანგრძლივია, 8—10 წლამდე, თუ ავადმყოფი არ გარდაიცვალა მშობიარობის ან და რაიმე სხვა გართულების გამო (ასფიქსია, კახექსია). უმეტეს შემთხვევაში პსიქიკა შეუცვლელია. თუმცა Hoennicke აღნიშნავს როგორც ფსიქიურ ანომალიას არგეთვე მესხიერების და ენერჯის დაქვეითებას, გაუბედაობას, აღსნეულებას.

Haberkant-ის მიერ ოსტეომალაცია აღწერილია სულით ავადმყოფთა შორის. ავადმყოფის გინეკოლოგიური გასინჯვის დროს ყურადღებას იქცევს adductor-ების სპაზმი; ამ გარემოებას განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ადრეული დიაგნოზისთვის, თუ კი იგი არ არის გამოწვეული ფიზიკური მიზეზებით ან და ისტერიული მომენტით.

დასაწყის სიმპტომს შეადგენენ აგრეთვე: სწრაფი დაღლილობა, წელის ტკივილები, სიმძიმის გრძნობა მენჯში სიარულის დროს, კუნთების თრთოლა, კუნთების ტეტანიური და სუბტეტანიური მდგომარეობა, სპასტიკური მოვლენები მათში, მუხლას მყისის რეფლექსის გაძლიერება.

Musculus psoatis პარეზის გამო სხეული წინაა მოხრილი, სიარული იხვისებურია, რაიც დამახასიათებელია ამ სნეულებისათვის. ამასთან მოძრაობა შეუძლებელი ხდება, იგი მოითხოვს კუნთების დიდ დაჭიმვას: ფეხის აწევა, მუხლის მოხრა ხელის დაუხმარებლად და სხვა. ზოგიერთ შემთხვევებში კუნთების სისუსტე ვრცელდება მხარბეკის მიდამოსა და ზედაკიდურების კუნთებზე.

ზემოხსენებულ სიმპტომებს ხშირად უწოდებენ ოსტეომალაციურ სიღამბლეს ან და პარეზს, მიუხედავად იმისა, რომ არც ერთ მკვლევარს არ აღუნიშნავს გადაგვარების რეაქცია ან და ავსნეულობის შეცვლის რაიმე დამახასიათებელი მოვლენები, რაიც იქნებოდა ნერვული სისტემის პირველადი დაავადების სიმპტომი.

Stoeckel-ი აღნიშნავს ოსტეომალაციის ხშირ კომბინაციას ქლექსა და დიაბეტთან.

ოსტეომალაციის პათოლოგ-ანატომიური სურათი გვიჩვენებს, როგორც ცნობილია, რომ ეს სნეულება ყველაზედ დიდ ზიანს აყენებს ძვლის სისტემას. ყველაზე უფინ ცვლილებას მენჯი განიცდის. მენჯში მომხდარ ცვლილებების წართანამედროვე მედიცინა № 5—1925 წ.

მოშობას ხსნიდნენ როგორც ხერხემლის სვეტის და ბარძაყის acetabulum-ის წინა წილის შედეგს.

Promontorium-ი, ხერხემლის სვეტის ზედაწილის გამო, მიიმატება ქვემოთ და წინ და ამრიგად ავიწროვებს პატარა მენჯის შესავალს; acetabulum-ნი კი გვერდებიდან ავიწროვებენ მენჯს, ბოქვენის ძვლის ტოტები იზნიქებიან და ბოქვენის სახსარი ჰქმნის ნისკარტს. მძიმე შემთხვევებში პატარა მენჯის შესავალს აქვს სამყურა ფოთლის მოყვანილობა.

მენჯის შემდეგ ოსტეომალაცია ყველაზედ ხშირად აზიანებს ხერხემალს. ადრე ვითარდება კიფოზი და კიფოსკოლიოზი. მალე ვერ უძლებენ სიმძიმეს, იჭყლიტებიან, რის გამოც ტანის სიგრძე (სიმაღლე) გასაოცრად მცირდება. ამის შემდეგ ზიანს განიცდის გულის ყაფაზი: მკერდი, ნეკნები. იშვიათად სნეულდება თავის ქალა და კიდურები. პირველად Conheim-მა, შემდეგ Kassowitz-მა და განსაკუთრებით კი Pommer-მა გამოსთქვეს აზრი, რომ რახიტსა და ოსტეომალაციას შორის არავითარი პრინციპიალური განსხვავება არ არსებობს ძვლებში უკირო ნაწილების განვითარების პროცესში.

მაგრამ ამ აზრის წინააღმდეგი იყვნენ მთელი რიგი ავტორებისა (Virchow, Kilian, Lobstein, Guèrin და სხვა). იგინი ამტკიცებდნენ, რომ რახიტის დროს უკირო ადგილები ჩნდება ახლად შობილ (განვითარებულს) ძვლის ქსოვილში, რომელიც შემდეგში ჩვეულებრივ გაკირვას უკვე აღარ განიცდის. ოსტეომალაციის დროს კი პროცესი ვითარდება უკვე დამთავრებულს გაკირულს ძვალში, რომელიც პათოლოგიური პროცესების ზეგავლენით კარგავს უკვე შეთვისებულს კირს. ამ ნაირად, ხსენებული ავტორების აზრით, რახიტი წარმოადგენს ავადმყოფობას, რომლის დროსაც ძვლის განვითარება ჩერდება, პირიქით, ოსტეომალაცია შედეგია დევენერაციული პროცესისა, რომელიც აზიანებს უკვე განვითარებულს გაკირულს ძვალს. ოსტეომალატიური პროცესი ე. ი. ძვლებიდან კირის ჩამოშორება ვითარდება ძვლის გულიდან ძვლის ზედაპირისაკენ.

იმის მიხედვით თუ რამდენად ძლიერ არის განვითარებული სნეულება, ძვლის მკვრივი ნაწილი ცოტად თუ ბევრად თხელდება და ფრიალ მძიმე შემთხვევაში ბარძაყის ძვალზედ წააგავს თხელ ფირფიტას; ზოგჯერ კი ქალაღდის ოდენად თხელდება. ამის დაგვარად ღრუბლისებრივი ნივთიერება ძლიერ ვითარდება, მისი უჯრედები ფართოვდებიან და განისაზღვრებიან ერთი მეორიდგან უფრო თხელ ძვიდეებით ვიდრე ნორმალურ ძვლებში.

ძვლის ტვინი დიდ ხანს ინახავს თავის ჰისტოლოგიურ სტრუქტურას.

გაჭრილ ადგილებზე იგი ჰიპერემიულია და ავადმყოფობის მძიმე შემთხვევაში იღებს მუქი ყავის ფერის წებოსებრივი მასის სახეს.

ვინაიდან საკვერცხეებს ოსტეომალაციის ეტიოლოგიაში აკუთვნებენ განსაკუთრებულს როლს, საინტერესოა ცვლილებები, რომელსაც განიცდის ეს ორგანო, მხოლოდ ამ ცვლილებების შესახებ არსებობს აზრთა სხვადასხვაობა. რიგი ავტორებისა (Orthmann, Heyse, Ferronni და სხვ.) აღნიშნავენ სისხლის მილის კედლების გიალინურ გადაგვარებას, სხვები (Virnichii)—მილების სანათურის შეწირობას; რიგი—(Döderlein, Goth, და სხვ.) ფოლიკულების გადაგვარებას და

საკვერცხის შექმუნვას; დანარჩენნი კი—(Fehling, Hofmeier, v. Velits)—მთელი ორგანოს ჰიპერემიას და ჰიპერპლაზიას.

აღსანიშნავია აგრეთვე პათოლოგიური ცვლილებანი აღმოჩენილი Hoennicke-ს მიერ ფარისებრ ჯირკვალში.

რაც შეეხება ოსტეომალაციის ეტიოლოგიას და მის არსს, აღნიშნავენ რომ ცუდი კვება, კუჭნაწლავის მოშლილობა, ცუდი ჰიგიენური პირობები, მძიმე მუშაობა, განსაკუთრებით ხშირი მშობიარობა და ხანგრძლივი ბავშვის ძუძუთი კვება და სხვა — ყველა ამას შეუძლია წარმოშვას ოსტეომალაცია.

მოყვანილ კლინიკურ დაკვირვებათა მნიშვნელობის დასამტკიცებლად ზოგიერთი ავტორი ახდენდა ცდებს ცხოველებზე, რასაც, მიუხედავად ყოველგვარ კლინიკური პირობების დაცვისა—მოსალოდნელი შედეგი არ მოჰყვა (Winckel, Albarell, Троицкий, Spillmann).

მრავალი თეორია იყო წარმოდგენილი ოსტეომალაციის არსის ასახსნელად. მაგალითად, კირის ნაკლებობის თეორია, რომელსაც პირველში მრავალი მიმდევარი ჰყავდა. ბევრი კვლევა-ძიების შემდეგ უარყოფილ იქმნა.

ოსტეომალაციის არსის გამორკვევაში, კვების თეორიამაც ვერ გაამართლა მასზე დამყარებული იმედი, რადგან ექსპერიმენტალური ცდები იწვევდა ძვლების დაფაცხავებას, სნეულებას ოსტეომალაციისაგან სრულიად განსხვავებულს (Stilling, Roloff, Forster, Gelpke და სხვ.).

ამ გვარად, ოსტეომალაციის დროს კირის ვაცვლა-გამოცვლის დარღვევის მნიშვნელობა ყველა ავტორმა სრულიად უარჰყო. ასეთი შეხედულება დამყარდა O. Vierordt-ის და მისი მოწაფეთა—Rüdel-ისა და Reu-ს ცდებზე არაორგანიული მარილის სახით მიღებული კირი, როგორც სრულიად ჯანსაღის, აგრეთვე ოსტეომალაციით დაავადებულის შარდის შემაღგენლობაში, თანასწორი რაოდენობისაა.

ამავე აზრისაა Noorden-იც.

მეორე ქიმიური თეორია, არსებულ თეორიათა შორის, უძველესია (18 საუკუნე); იგი ოსტეომალაციის განვითარებას აწერს მჟავის ზეგავლენას. ამტკიცებდნენ (Schmidt, Weber, Gelpke), რომ ოსტეომალაციით დაზიანებულ ძვლებში და აგრეთვე შარდში არსებობს რძის მჟავა.

ხოლო სიმჟავის თეორიის მნიშვნელობა შეირყა, როდესაც დამტკიცდა, რომ ყოველთვის შესაძლო არაა ოსტეომალაციით დაავადებულთა ძვლებში რძის მჟავის აღმოჩენა და აგრეთვე ის, რომ შარდში რძის მჟავის ნიშნების არსებობა ფიზიოლოგიურს მოვლენას წარმოადგენს.

Pommer-ის, Eisenhart-ის, Ismer-ის და სხვათა მიერ აღნიშნული სისხლის ტუტეანობის შემცირება, ოსტეომალაციის დროს თითქოს მოწმობდა მჟავის თეორიის სისწორეს, მაგრამ ამგვარივე მოვლენა აღნიშნული იყო ცხელების, ურემიის, ლევკემიის, ანემიის და სხვა ავადმყოფობის დროსაც.

ბოლო დრომდე უფრო მეტ მნიშვნელობას აწერდნენ ანატომიურს თეორიებს. ამ თეორიების თვალსაზრისით ოსტეომალაციას ძვლების ადგილობ-

რივ დაავადებად სთვლიდნენ. არსებობს სამი თეორია: 1. Kassowitz-ის ანთების თეორია, რომელიც ოსტეომალაციას ძვლის სისტემის ანთებად სთვლის 2. ინფექციური—ინფექცია ჩირქ გამომწვევ კოკებით ან და ნაწლევადან ნაწლავის ჩხირით და 3. ინტოქსიკაციური—სნეულებას მიკრობის შხამით ან და ტოქსინით გამომწვეულ ინტოქსიკაციურ ოსტეიტად სთვლის.

ემყარებოდნენ რა Kehrer-ის თეორიულ მოსაზრებებზე იტალიელმა მკვლევარებმა Petrone-მ, Mircoli-მ, Ettore-მ და სხვამ ვითომც წმინდა კულტურის მიღება შესძლეს;—Petrone-მ სისხლიდან, ხოლო Mircoli-მ და Ettore-მ დაავადებულ ძვლის ტვინიდან. მაგრამ Чистович-ის, Winckel-ის, Fehling-ის, Hörner-ის და სხვა მკვლევართა დაკვირვებით Petrone-ს თეორია უარყოფილ იქმნა.

თეორიები შემდეგდროინდელ გამოკვლევებით უსაფუძვლოთ იქმნენ ცნობილი და მხოლოდ Fehling-ის საუცხოვო გამოკვლევის შემდეგ ახალი მიმართულება დამყარდა. ოსტეომალაციის ეტიოლოგია ენდოკრინულ ჯირკვლების პათოლოგიას დაუკავშირდა.

1891 წელს, Brown—Séquard-მა გამოსთქვა აზრი, რომ შინაგან სეკრეციას აქვს, ალბათ, დიდი მნიშვნელობა ცოცხალ ორგანიზმის ნორმალურ წონასწორობის დაცვაში. ამ წონასწორობის დარღვევის ერთ-ერთ მიზეზად უნდა ჩაითვალოს ოსტეომალაცია.

შემდეგ Fehling-მა დაამტკიცა, რომ ოსტეომალაციის განკურნება შესაძლოა საკვერცხეების ამოკვეთით, რის გამო დიდ ხანს იზიარებდნენ თეორიას, რომელიც სნეულების მიზეზად საკვერცხეების გაძლიერებულ ფუნქციას სთვლის. Ludwig Adler-ი საკვერცხეებს ანუ სასქესო ჯირკვლებს აკუთვნებს შინაგანი სეკრეციის იმ ორგანოთა ჯგუფს, რომელიც აძლიერებს კირის გაცვლა-გამოცვლის ფუნქციას. ასეთივე აზრი გამოსთქვა Blair-Bell-მა. საკვერცხეთა ფუნქციის გაძლიერება იწვევს კირის გაძლიერებულ ჩამოშორებას და მის შეთვისების შემცირებას. მაგრამ, განმეორებითი ჰისტოლოგიური გამოკვლევა საკვერცხეთა, არავითარ საბუთს არ იძლევა საკვერცხეთა გაძლიერებული ფუნქციისაგან დამოკიდებულების სასარგებლოდ ამასთან ოსტეომალაციის დროს არავითარ სპეციფიკურ ცვლილებას არ პოულობდნენ არც ფოლიკულებში არც შთანასახის ეპიტელიუმში, და არც ყვითელ სხეულში. თუმცა აღსანიშნავია ისიც, რომ ბოლო ხანებში Wallart-მა ორსულობის გარეშეც აღნიშნა სტრომაში განსაკუთრებით ძლიერი განვითარება ინტერსტიციალური უჯრედებისა. მაგრამ, გამოკვლევებმა კირის გაცვლა-გამოცვლის შესახებ ცხოველთა და ადამიანის საკვერცხეების სრული ამოკვეთის შემდეგ, ვერ მისცეს მკვლევართ გარკვეული შედეგი.

Curchman-ი, მაგალითად, სამართლიანად ამტკიცებს, რომ ამ თეორიას უარპყობს ოსტეომალაციის განვითარება კლიმაკტერიუმის ან და ამენორეის შემდეგ. Hoennicke ოსტეომალაციის განვითარებას უკავშირებს ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის მოშლილობას. ეს ჰიპოთეზა Hoennicke-მ გამოაქვეყნა 1904 წ. შემდეგ იგი დაამუშავა Parhon-მა და Goldstein-მა. მაგრამ უფრო დასაბუთებულია Erdheim-ის აზრი, რომელიც ფიქრობს, რომ ოსტეომალაციას იწვევს ეპიტელიალური ჯირკვლების ანუ gland. parathyreoid. გაძლიერებული ფუნქცია, რაიც ეპიტელიალური ჯირკვლების ჰიპერტროფიისაგან არის დამოკიდებული.



ცხადია, რომ ოსტეომალაციის დროს საქმე გვაქვს კირის გაცვლა-გამოცვლის დარღვევასთან. აგრეთვე ცნობილია კავშირი კირის გაცვლა-გამოცვლის და ეპიტელიალური ჯირკვლების ფუნქციას შორის. ამიტომ ვასაკვირალი არაა თუ ოსტეომალაციის დროს ვხვდებით ცვლილებებს ეპიტელიალურ ჯირკვლებში. მაგრამ, რომ ამ ცვლილებებს აქვს მსგავსება ტეტანიის მოვლენებთან, ამაზე მიგვითითებს ხშირი კომბინაცია ოსტეომალაციით და ტეტანიით დაავადებისა.

Bossi ოსტეომალაციას სთვლის შედეგად თირკმელისზედა ჯირკვლის ფუნქციის დაქვეითებისა ან და ამ ფუნქციის სრული მოსპობისა. მისი აზრით, ვი თომ, ცხოველის ჩონჩხი ადამიანის ოსტეომალაციის მსგავს ცვლილებებს განიცდის, თირკმელისზედა ჯირკვლის სრული ანუ ნაწილობრივი ამოკვეთის დროს. თუმცა Biedl-ი ამ აზრს კატეგორიულად უარჰყოფს. Cristofoletti-ც ამტკიცებს, რომ მის ცდებს, ორსულ და არაორსულ ცხოველების თირკმლისზედა ჯირკვლის ამოკვეთას, არავითარი ოსტეომალაციის მსგავსი ცვლილება არ გამოუწვევია ძვლებში.

შემდეგი ორგანო შინაგან სეკრეციისა, რომელსაც აგრეთვე სთვლიდნენ ოსტეომალაციის მიზეზად არის ჰიპოფიზი. Bab-მა პირველმა აღნიშნა კონტრასტი ოსტეომალაციის და აკრომეგალიის მოვლენათა შორის. ეს განსხვავება გამოიხატება სასქესო ჯირკვლების მდგომარეობაში, ნახშირწყალის გაცვლა-გამოცვლის და უმთავრესად ძვლების დაშლისა და წარმოშობის პროცესში.

თანამედროვე ავტორების შეხედულებით ოსტეომალაცია შედეგია არა ერთი რომელიმე შინაგანი სეკრეციის ორგანოს დაავადებისა არამედ, უფრო საფიქრებელია, რომ ამის მიზეზი უნდა იყოს რამოდენიმე ენდოკრინულ ჯირკვლის ფუნქციის მოშლა. თუ დაუშვებთ, რომ ოსტეომალაციის დროს ზიანს განიცდის განსაკუთრებით ეპიტელიალური სხეულები, ჰიპოფიზი და ფარისებრი ჯირკვალი ე. ი. ჯირკვალთა რიგი, რომელიც კირის გაცვლა-გამოცვლას განაგებს, მაშინ ოსტეომალაციის წარმოშობის პრობლემა ნათელი ხდება. ხოლო გაუგებარი რჩება, თუ რატომ ვითარდება იგი ორსულობის, კლიმაქტერიუმსა და ამენორეის დროს. მართლაც, თუმცა საკვერცხეებს არ აქვთ პირდაპირი დამოკიდებულობა კირის გაცვლა-გამოცვლის პროცესთან, მაგრამ არა უშუალო კავშირი მაინც არსებობს, რადგან როგორც კი სასქესო ჯირკვლების ფუნქცია იწყება, ადამიანის სხეულის ზრდა ჩერდება. მეორეს მხრით, ორსულობის დროს თავს იჩენს აგრეთვე ჰიპოფიზის გაძლიერებული ფუნქცია. ამას ამტკიცებს ის, რომ ჰიპოფიზის წინა ნაწილში ჩნდება ორსულობის უჯრედები და აგრეთვე ისიც, რომ ორსულ ქალებს ხშირად აკრომეგალიური მოვლენები ემჩნევათ. ჰიპოფიზის გაძლიერებული ფუნქციის მიზანია, ალბათ, ჩანასახის ზრდის უზრუნველყოფა.

პროფ. Периц-ი სასქესო ჯირკვლის ყვითელ სხეულს, ორსულობის დროს, აკუთვნებს ინკრეტორულ ხასიათის მოქმედებას; ჯირკვალის დანარჩენი ნაწილი კი, მისი აზრით, არ მოქმედობს. სამაგიეროდ ჰიპოფიზის და ფარისებრი ჯირკვალის მოქმედება ძლიერდება, რადგან ფარისებრი და სასქესო ჯირკვლები ანტაგონისტები არიან, სწორედ ისე როგორც ფარისებრი ჯირკვალი და ეპიტელიალური სხეულები. ორსულობის დროს ფარისებრი ჯირკვალის ჰიპერფუნქცია ეპიტელიალური სხეულების მოქმედებას არღვევს. თუ ვინიცობაა არსებობს ეპი-

ტელიალური სხეულების დისფუნქცია მისი მოქმედება (ფარისებრ. ჯირკვ.) უფრო ძლიერდება.

ამგვარად, თუ ჩვენ დაფუძნებით, რომ ორსულობის დროს საკვერცხეების ინკრეტორული ფუნქცია მკვეთრად მცირდება, გასაგები ხდება თუ რატომ მენოპაუზას და ამენორეიას შეუძლიათ გამოიწვიონ ოსტეომალაცია. ყველა შემთხვევაში მიზეზად საკვერცხეების ფუნქციის ჩამოშორება უნდა ჩაითვალოს, შემდეგ ფარისებრი ჯირკვალი და ამ ჯირკვალის ზეგავლენით gland. parathyreoid. ფუნქციის მოშლა.

ამ გვარად ოსტეომალაციის დროს საქმე მდგომარეობს, ე. წ. პლურიგლანდულარულ ანუ მრავალჯირკვლოვან ერთგვარი სახის ავადმყოფობაში, რადგანაც იგი იწვევს მხოლოდ იმ სისტემის დაავადებას, რომელიც კირის შეთვისებასთან არის დაკავშირებული და რომელსაც საფუძვლად უდევს, ერთის მხრით, შინაგანი სეკრეციის ორგანოთა ჰიპერფუნქცია, მეორეს მხრით—დისფუნქცია.

რაც შეეხება მკურნალობას, Kassowitz-მა პირველმა დაიწყო ოსტეომალაციის წამლობა ფოსფორით. მის შემდეგ Sternberg-მა და Latsko-მ განაგრძეს იგი. საჭიროა დოზებს მიექცეს დიდი ყურადღება, რომ არ მოიწამლოს ავადმყოფი, როგორც Latzko-ს ორ შემთხვევაში მოხდა. არავითარ ცუდ მოვლენებს არ იწვევს 1—2 mg. დღე ღამეში.

ხანგრძლივი ხმარება თევზის ქონისა ფოსფორით (2—3 თვე) ვითომ იძლევა კარგ შედეგს.

თევზის ქონი უფოსფოროთ Trousseau-ს და Lasague-ის აზრით იძლევა კარგ შედეგს

Codina Castellvi და პროფ. Феромехов-ის დაკვირვებით ოვარიინის 4 თვის განმავლობაში ხმარება კარგ გავლენას ახდენს ავადმყოფზე.

Barnabelli-მ ჟანგბადის სწორ ნაწლევში შებერვით მოარჩინა ორი ავადმყოფი.

Zweifel-მა ერთ შემთხვევაში განკურნა ავადმყოფი საცდელი ლაპარაკტომიით.

Petrone სთვლის ქლოროფორმის ნარკოზს სამკურნალო საშუალებად, რადგანაც ფიქრობს, რომ ქლოროფორმი სპობს ოსტეომალაციის გამომწვევ ბაქტერიებს. Theilaber ი ამავე თვისებას აწერს ეთერს.

Seeligman ი იძლევა წინადადებას დაკოდულ ცხოველთა შრატით მკურნალობას. იგივე ავტორი ხერხემლის გამოდრეკის წინააღმდეგ მიმართავდა მექანიკურ გაჭიმვას, რასაც შედეგად მოსდევდა ავადმყოფის სიმალლის მომატება პროფ. Orther-ი მომხრეა ატროპინით მკურნალობისა.

Stoeckel-ის აზრით Suprarenin-ი ან და ჰიპოფიზის ექსტრაქტი Pituglandol-ი იძლევა კარგ შედეგს.

Pal-მა ოსტეომალაციის ერთ შემთხვევაში მიიღო კარგი შედეგი ჰიპოფიზის წინა ნაწილის ექსტრაქტის შემსახუნებით.

Bab ი სწამლობდა ოსტეომალაციას Pituitrin-ით, ვინაიდან მან აღნიშნა განსხვავება ორ მოპირისპირე მოვლენათა შორის—ოსტეომალაციისა და აკრო-



მელაგიისა. ამგვარად, 8 შემთხვევიდან—4-ში მან აღნიშნა ძვლების ტკივილების სრული მოსპობა და ადვილი მოძრაობა. სხვა ავტორებიც აღნიშნავენ ასეთ მკურნალობის კარგს შედეგს. ხოლო ახსნა ამ შედეგისა აქამომდე შეუძლებელია, ვინაიდან ძვლების ზრდას, როგორც ცნობილია, ჰიპოფიზის მხოლოდ წინა ნაწილი განაგებს.

Fehling-ი გვიმტკიცებს, რომ საკვერცხეების სრული ამოკვეთა იძლევა 80% განკურნებას. თავის მეთოდის საფუძვლად მას მოჰყავს Ludwig Adler-ის აზრი, რომ საკვერცხეები კირის გაცვლა გამოცვლის რეგულიატორია, რაიც აგრეთვე Wallart-ის, Stern-ის და Seitz-ის მიერ არის ექსპერიმენტალურად დამტკიცებული.

Bossi, რომელიც, როგორც ვთქვით, ოსტეომალაციის მიზეზად სთვლის თირკმელისზედა ჯირკვლის პათოლოგიას, ამ ავადმყოფობას სწამლობს ადრენალინით. Cristofolletti-ს ცნობით ლიტერატურაში ნაჩვენებია 46 შემთხვევა ოსტეომალაციის ადრენალინით წამლობისა. 11 ორსულიდან: 5-მორჩა; 2—უკეთ გახდა, 4—დარჩა მოურჩენელი. 35 არა ორსულიდან: 6—მორჩა; 14—გაუმჯობესდა; 15-კი უცვლელად დარჩა. ლიტერატურული ცნობების მიხედვით. ადრენალინი უფრო კარგად მოქმედებს ორსულებზე.

დასასრულს უნდა აღვნიშნოთ რენტგენოთერაპიის საშუალებით მიღებული კარგი შედეგები.

ამ ლიტერატურული ცნობების შემდეგ გადავდივარ ჩემს საკუთარ დაკვირვებებზე, რომელიც მე დიდად პატივცემული პროფ. მ. წინამძღვრი შვილის წინადადებით ვაწარმოვე სახელ. უნივერ. დიაგნოსტიკურს კლინიკაში.

შემთხვევა I. ავად. ოლა ხ—ლი, 28 წლისა. ოსი, გორის მაზრიდან. დაწვა დიაგნ. კლინიკაში 1922 წლის დეკემბერს. უჩივის ძვლების ძლიერი ტკივილს, რომელიც მცირე მოძრაობის შემდეგ მწვავედა. მხედველობა შესუსტებული აქვს, რაიც პროგრესიულად ვითარდება.

Anamnesis. ავად. მძიმე სოფლის მეურნეობას მისდევს. ქალწულია. ნორმალურად ვითარდებოდა: მეორე წელს ფეხი აიდგა. მალარიის და ყივანა ხველის გარდა ბავშობაში არავითარი სნეულება არ გადაუტანია. 17 წლისას მოუვიდა თვიური, რომელიც უწყსრიგო იყო (3—4 თვეში ერთხელ) უკანასკნელ 6 თვეში კი სრულიად შეუჩერდა.

აწინდელი სნეულების დასაწყისი 3 წლის წინად შენიშნა. ფეხებსა და წელში ტკივილები დაეწყო. ტკივილებს გრძნობდა ღამიანობით დღისით კი იმდენად კარგად იყო, რომ მუშაობდა კიდევ. ტკივილები შემდეგში უფრო გამწვავდა და მუდმივი შეიქნა, რამაც ავადმყოფი ლოგინში ჩააწვი. მცირეოდენი განძრევაც-კი იწვევდა მწვავე ტკივილებს. სიმალლე მოაკლდა (კაბები დაუგრძელდა). უკანასკნელ 1/2 წლის განმავლობაში მხედველობა, რომელიც სრულიად ნორმალური ჰქონდა, საგრძნობლად შეუსუსტდა და ამ უამად, განსაკუთრებით მარცხენა თვალზე 1-2 მეტრის მანძილზე აქით საგნებს ვეღარ არჩევს. ათაშანგს და სხვა რაიმე მემკიდრეობითი

ავადმყოფობას უარყოფს. მშობლების სიკვდილის მიზეზი არ იცის. ახლო ნათესაობა ჯანსაღი ჰყავს.

St. praesens. დაბალი ტანისაა. ცხიმოვანი ქსოვილი და კუნთები ატროფიულია. კანის და ლორწოვან გარსის ფერი ანემიურია. ლიმფატიური ჯირკვლები არაა გაზრდილი.

დგომის დროს სხეული წინაა მოხრილი. ავადმყოფი მოხრილი დაიარება ჯოხის საშუალებით; ფეხებს ვერ ამოძრავებს და მხოლოდ, სხეულის დახმარებით, მიათრევს (იხვისებური სიარული).

ჩონჩხის მხრივ აღსანიშნავია ძვლების მტკივნეულობა; მეტადრე თავის ქალას მარჯვენა ნახევრისა, ლავიწისა, მკერდისა, ნეკნებისა, განსაკუთრებით კი მენჯისა, მალეებისა და ბარძაყისა. ძვლების კონსისტენცია ნორმალურია, შესივება და ეკზოსტოზები არ ემჩნევა.

გულის ყაფაზი კასრისებრია, ასიმეტრიული, მარცხენა ნახევარი ოდნავ გამობერილია.

ნეკნთა შუა სივრცეები შევიწროებულია. ხერხემლის ზევეთა მესამედს ლორდოზი ემჩნევა, ხოლო ქვევითას—კიფოზი, რის გამო ავადმყოფის სიმაღლე შემცირებულია 142 სანტიმეტრამდე.

გულმკერდის ირგვლივი ზომა (ჩვეულებრივი სუნთქვის დროს)—89 სანტ.

ძლიერი შესუნთქვის დროს—97 სანტ.

„ ამოსუნთქვის „ —91 „

ფილტვის სუნთქვითი მოძრაობა შეზღუდულია. გარდა ამისა მარცხენა ბეჭს ქვევით პლევრას ფიბრინოზული გასქელება ემჩნევა (Pleuritis adhesiva)

წონა—2 ფ. 19 გირ.

მაჯის ცემა—80-ი. სავსე, რითმიული, ორივე მაჯაზე პულსი სინქრონიული. სკლეროზი არ ემჩნევა.

ღვიძლი ნორმალური ოდენობისა.

ელენთა ნეკნთა რკალს ოდნავ სცილდება, მტკივნეულია. მუცელი შებერილია, მტკივანი. ირგვლივი ზომა—87 სანტ. მუცლის ღრუში არაფერი პათოლოგიური არ იხინჯება.

საჭმლის მომნელებელ ორგანოთა ფუნქცია ნორმალური. კუჭი ნორმალური ოდენობისაა. კუჭის წვენის ანალიზი არ იყო გაკეთებული, ვინაიდან ავადმყოფი კუჭის ზონდს ვერ იტანდა.

ნაწლავის მხრივ ატონიური მოვლენები. განავალში არაფერი პათოლოგიური.

შარდის რაოდენობა—800,0—1.100,0 დღე და ღამეში. შეფარდებითი წონა—1020—1021.

შარდის თვისებითი რეაქცია—ნორმა. მიკროსკოპში—გამომტან მილვების ეპიტელიალური უჯრედები.

რაოდენობითი რეაქცია:

	ნორმალურად
შარდმჟავ. 0,374 grm.	0,2—1,0
ფოსფატები 1,967 grm.	2,0
ქლორიდები 17,947 grm.	12,0
გოგირდმჟავის შეერთებ. 8,864 grm.	2,5—3,5
კირი 1,33 grm.	0,2—0,4

სასქესო ორგანოების მხრივ—ინფანტილიზმი. ბოქვენი ძვლის ქვედა-კიდის ნისკარტისებრივი დაახლოვებიდან კუდუსუნამდის—7 სანტ. კუდუსუნის სიგრძე 2 სანტ. ბოქვენი ძვლის ჰორიზონტალური ტოტი ჰქმნის ნისკარტს—4 სანტიმეტრის სიგრძისა. შეერთებული არის მახვილისებური კუთხის ქვეშ. მანძილი მათ შორის ნცირეა—ძლივს გაატარებს ერთ თითს. საჯდო-ში ბორცვები დაახლოვებულია 5 სანტიმეტრის მანძილზე. ტაბუხის ფოსოები განსაკუთრებით მარჯვენა—შეზნექილია შიგ მენჯში. მანძილი კუდუსუნის მწვერვალოდან სიმუიზის ზემოკიდემდის—9 სანტიმეტრი. იმავე კუდუსუნის ძვლიდან ბოქვენი ძვლის ნისკარტისებრივი მორჩის ქვემო კიდემდის—7 სანტ. ზემოაღნიშნულ ანატომიური ცვლილებებით აიხსნება მენჯის გამოსავალ ზომის შევიწროება. Promontorium-ი არ ისინჯება, მიზეზად უნდა ჩაითვალოს წელის მალეების მკვეთრი დასხლტომა და აგრეთვე სიძნელე მცირე მენჯში შესვლისა მის გამოსავალი ზომის ზედმეტად დაპატარაების გამო. (ექ. ზაკრჟევსკი).

- Dist. trochant 27.
- Dist. spinar. 21.
- Dist. crist. 24.
- Conjugat. ext. 19.
- Conjugat. diagonalis ვერ გავზომეთ.
- Tuber ischii 5.

სისხლის ანალიზმა შემდეგი მოგვცა:

- Hb=65% Shali-ს აპარატით.
- ერითროციტი 3.915.000
- Färbeindex-ი. 0.75
- ლეუკოციტი 5.025
- თეთრი და წითელი ბურთულ. შეფარდება 1:777-ზე.

ლეუკოციტარული ფორმულა:

- ლიმფოციტი 23% აბსოლ. რაოდენობა—1155.
- ნეუტროფილი. 70% „ 3517.

ბაზოფილი	0,5 ⁰ / ₀	აბსოლ. რაოდენობა—	25.
ეოზინოფილი	1 ⁰ / ₀	„	50.
გარდამავალი	5 ⁰ / ₀	„	251.
გამოურკვეველი	0,5 ⁰ / ₀	„	25.

პოლიხრომაზია, ანიზოციტოზი. ემბრიონალური ელემენტები აღმოჩენილი არ იყო.

Wassermann-ის რეაქცია უარყოფითი:

ოვთალმოსკოპიურმა გასინჯვამ მოგვცა შემდეგი: მარცხენა თვალის გუგა მარჯვენასთან შედარებით გაფართოვებულია. შუქისადმი რეაქცია ძალზე შესუსტებულია. შუქის გამტარებელი ნაწილები გამსჭვირვალენი არიან. Papil. n-vi optici მღვრივეა და მასთან შეშუპებული. ხოლო ბადურას ზედაპირზე ამადლებული არაა. (Oedema pap. n-vi optici). ეს მოვლენა უფრო მკაფიოდ ჩანს მარცხენა თვალში ვიდრე მარჯვენაში. (ექ. ვ. მუსხელიშვილი).

ნერვულ სისტემის მხრივ Hemianesthesia. ტერმიული მგრძნობიერება მარჯვენა მხარეს შესუსტებულია, ხოლო მარცხნივ, როგორც ტერმიული ისე ტკივილის მგრძნობიერება გაძლიერებულია. ხახის და კორნეას რეფლექსები არაა. მყესთა და კუნთთა რეფლექსები კი ნორმალურია, ხოლო მუხლის—გაძლიერებულია. (ექ. პ. სარაჯიშვილი).

ჩონჩხის დანარჩენ ნაწილების ცვლილება ნორმასთან შედარებით ამ ცხრილშია წარმოდგენილი. (იხ. ცხრილი 1).

როგორც ცხრილიდან სჩანს თავის ქალასი და კიდურების ზომა შესამჩნევად გადიდებულია. მასთან ქალას ამა თუ იმ დიამეტრის მომატება საშუალო ნორმასთან შედარებით 3 სანტიმეტრსა და 15 სანტიმეტრს შუა ირყივა. უფრო ნაკლებად ემჩნევა დაგრძელება, ნორმასთან შედარებით, კიდურებს, სახელდობრ: 1—ნ სანტიმეტრამდე; მასთან უფრო ძლიერ—ქვედა კიდურებს. ფრიალ დამახასიათებელია რენტგენის სურათი. საზღვარი ძვლებსა და კუნთებს შორის წაშლილია. ძვლის კონტური არაა მკაფიოდ გამოსახული. აღნიშნულ მოვლენაზე რენტგენოლოგები ოსტეომალაციის დიფერენციალურ დიაგნოზსაც კი ამყარებენ. დამახასიათებელია აგრეთვე, რომ გრძელი ძვლის კომპაკტური ნივთიერება ძალზე გათხელებულია და სამაგიეროდ გაზრდილია ღრუბელისებრი ნივთიერება.

ტკივილების ლოკალიზაციის გამო ჩვენ შეგვეძლო გვეფიქრა, რომ აქ იყო Ischias-ი ან და Polyartrit-ი რა დიაგნოზითაც ავადმყოფი გამოგზავნილ იქმნა კლინიკაში, მაგრამ მენჯის დამახასიათებელი დეფორმაცია და რენტგენოსკოპიული სურათი ამგვარ შესაძლებლობას უარყოფდა.

არ უნდა ყოფილიყო აგრეთვე მრავლობითი მიელომა, რომელიც ძლიერ ჰგავს ოსტეომალაციას, ვინაიდან მიელომის დროს ძვლების დამახასიათებელი დეფორმაცია არ არსებობს, გარდა ამისა ამ სნეულების დროს ავადმყოფი თვით სიკვდილამდე არ ჰკარგავს მოძრაობის უნარს. შემდეგ მიელომის დროს ძვლებში ვითარდება სიმსივნე, რომელიც ალაგ-ალაგ ძვლის ზედა ფირფიტის ამობერილობას იწვევს, რასაც ადვილი არ ჰქონდა ჩვენს შემთხვევაში.

ცხრილი 1

		ჩვენს შემთ- ხვევ.	პროფ. Ben-ის სტატისტიკ.
თავის ქლა.			
1	ირგვლივი ზომა (glabella os. tempor. occipit)	56	50,6
2	სიგრძე თავისა (glabella protuberant occ. ext)	32	17,8
3	სივანე „ (გარდიგარდმო დიამეტრი (tuber parietalia).	21	14
4	სიგრძე სახისა (sutura naso front. — ქვედა ყბის შუახაზი).	14	11
5	სივანე „ (ამოდრეკილი ხაზი ორივე os, Zygomat.)	13	12,3
მარჯვენა ზევითა კიდური.			
1	მთელი კიდურის სიგრძე (acromion)—მესამე თითის ბოლო).	68	69,1
2	მხარის „ (acrom. -- condyl. lat.)	29	29,6
3	წინამხრის „ (ulna)	26	33,7
4	Radius	22	21,4
5	ხელის მტევანი (os. pisiphorm.—მესამე თითის ბოლო)	19	18
მარცხენა ზევითა კიდური			
1	მთელი კიდურის სიგრძე	67	
2	მხარის	29	
3	წინამხარის „	26	
4	Radius	22	
5	ხელის მტევანი	19	
მარჯვენა ქვევითა კიდური.			
1	მთელი კიდურის სიგრძე (spina ant. sup.—mall. lat.)	81	78,3
2	ბარძაყი (trochant. mayor—condyl. lat.)	37	41,1
3	Tibia (cond. medial—maleol. med.)	36	33,5
4	Fibula (caput f.—maleol. lat.)	34	32,9
5	ტერფი (tuber calcan—მესამე თითის ბოლო)	24	21,6
მარცხენა ქვევითა კიდური.			
1	მთელი კიდურის სიგრძე	83	
2	ბარძაყი	38	
3	Tibia	35	
4	Fibula	33	
5	ტერფი	23,5	

ვიფიქრეთ აგრეთვე რახიტის შესახებ. მაგრამ, ერთის მხრით რახიტი, როგორც ვიცით, ფრიად იშვიათი გამონაკლისის გარდა, ბავშვის ასაკის სნეულეზად ითვლება, მეორეც იგი არსებითად იმით განსხვავდება ოსტეომალაციისაგან, რომ ძლიერ ნელა ვითარდება და კლინიკურად ტკივილებს არ იწვევს, რაიც ოსტეომალაციის დროს კარდინალურ სიმპტომად ითვლება

ამგვარად ჩვენ უარვპყავით ყველა ეს უმთავრესი სნეულეზანი.

ხოლო მენჯის სრულიად დამახასიათებელი ცვლილება, აგრეთვე რენტგენოსკოპიის დროს აღმოჩენილი ჰისტოლოგიური სტრუქტურა ძვლებისა, დამახასიათებელი კლინიკური სიმპტომები, სახელდობრ: მწვავე ტკივილები, ქვედაკიდურების კონტრაქტურა, იხვის მსგავსი სიარული და ბოლოს ანამნეზი—ყველა ეს სრულს საბუთს გვაძლევდა, რომ ოსტეომალაცია ამოგვეცნო.

ავადმყოფს დაეუნიშნეთ კონსერვატიული მკურნალობა: *ol. Iecoris asell* ფოსფორით, გაძლიერებული კვება, აბაზანი, დარიშხანი და რკინა.

Cursus morbi. 15/XII მხედველობა ორივე თვალზე პროგრესიულად სუსტდება. მარცხენა თვალით $1/2$ — $1/4$ მეტრის მანძილზე ხედავს; ხოლო მარჯვენით ოდნავ მეტად. ძვლების ტკივილები იგივე ინტენზიობით. *ol. Iecoris Aseli*-ს ფოსფორით (0,03) დებულობს.

25/XII. მხედველობა უფრო შესუსტდა. მარცხენა თვალით არჩევს მხოლოდ შუქს. მარჯვენათი კი საგნებს $1 1/2$ —2 მეტრის მანძილზე. ტკივილები იგეთივე. 5/I st. *idem*.

15/I ტკივილებმა უმატა, ნამეტნავად თავის ქალასი და მენჯის ძვლების. მხედველობა მარცხენა თვალზე=0. მარჯვენაზე ძლიერ შემცირებული. დანარჩენი იგივე.

25/I ოვთაღმოსკოპიამ მხედველობის ნერვის პროგრესიული ატროფიის მოვლენები აღმოაჩინა. მასთან ერთად საგულისხმოა, რომ შეშუპებული დვრილი არ იყო, რომელიც თავის ტვინის სიმსივნეზე მიგვითითებდა.

5/II შესდგა კონსულტაცია, რომელზედაც პროფ. ანფიმოვი და პროფ. წინამძღვრიშვილი დაესწრნენ; გამოითქვა აზრი რომ მხედველობის ნერვის ატროფია არ იყო დამოკიდებული ცენტრალურ ნერვიულ სისტემის დაავადებისაგან და რომ შესაძლებელია გადიდებული hypophis-ი აწეებოდეს *sella turtica*-ს და *Chiasma n-vi opticatorum*-ს რამაც მხედველობის ნერვის ატროფია გამოიწვია.

მართლაც, რენტგენოსკოპიულმა სურათმა გამოთქმული აზრი დაადასტურა.

როგორც ამ სურათზე ჩანს (იხილე სურათი 1.) *sella turtica* მორგავლო ფორმის მაგიერ შეზნექილია და მახვილ კუთხეს წარმოადგენს. როგორც ეტყობა *sella turtica* მალატიურ პროცესის ზეგავლენით დარბილდა და ალბათ გადიდებულ ჰიპოფიზის ზედაწოლის გამო ჩაიზნიქა და მის ნაპრალში *Chiasma n-vi optic.* ჩაიქედა, რის გამო უკანასკნელის ატროფია მოხდა.

15/II კონსერვატიული მკურნალობა თევზის ქონითა და ფოსფორის საშუალებით 2 თვეს გრძელდებოდა, მაგრამ დამაკმაყოფილებელი შედეგი ამას არ მოჰყოლია. პირიქით მდგომარეობა პროგრესიულად უარესდებოდა,

ამის გამო ჩვენ გადავწყვიტეთ მიგვემართა რადიკალურად ცნობილ საშუალებებისათვის.

20/II ავადმყოფი გადაყვანილი იქმნა გინეკოლოგიურ განყოფილებაში, სადაც 20/II გაკეთებულ იქმნა ოპერაცია Fehling-ის მეთოდით ე. ი. ორივე საკვერცხე საესებით ამოკვეთილ იქმნა.

მიკროსკოპიული გასინჯვის დროს მარჯვენა საკვერცხე ნორმასთან შედარებით ოდნავ გადიდებული აღმოჩნდა.

დოც. ქლენტის ცნობით პათოლოგო-ანატომიური სურათი შემდეგი იყო.

„გადათვალეირებულ მიკროსკოპიულ ანათლებში, რომლებიც დამზადდა საკვერცხის სხვადასხვა ადგილიდან ამოჭრილ ნაწილებიდან, არის სიმსივნე (neoplasm), რომელიც გავრცელებულია თითქმის მთელ საკვერცხეში. ეს სიმსივნე თავის სტრუქტურის და ზრდის თავისებურების მიხედვით უნდა მიეკუთვნოს ენდოტელიომას. საკვერცხეში არ აღმოჩნდა სპეციფიური წარმონაქმნები (graaf-ის ბუშტუკები). აქა იქ არის მხოლოდ corpora albicantia და ზოგიერთ ამნაირ სხეულებში ჟანგის ფერი პიგმენტით დატვირთული უჯრედები (Luteinzellen).“

6/III ავადმყოფი გადმოყვანილ იქმნა კლინიკაში. კრილობა შეხორცდა per primam intent. 1^o ნორმალური. მაჯა—76. სუნთქვა წამში—20. გულის მხრივ—ტონების შესუსტება. Art pulmonalis-ის მეორე ტონის აქცენტო. ელენთის ქვედა კიდე ისინჯება, მკვრივი კონსისტენციის და უმტკივნელო. ღვიძლის მხრივ—ნორმა.

შარდი: მყავე რეაქცია, ჩალის ფერი. შეფარდებითი წონა—1020. ცილა და შაქარი არ არის. მიკროსკოპში: შარდის გამტარებელი გზების ეპიტელიუმი. მარცხენა თვალის მხედველობა=0. მარჯვენა=თითქმის 0. ტკივილები ნაკლები, თუმცა ძვლები მაინც სტკივა. ბუნებგანწყობა კარგი აქვს, ძილი კარგი. არ ნერვიანობს.

15/III მარჯვენა თვალის მხედველობა სუბიექტიურად უკეთესი. მას ჰგონია, რომ არჩევს ჩვენს აჩრდილებს. მზის სხივებს, ვითომ, კარგად ჰხედავს. ობიექტიურად ცვლილება არ არის.

25/III. st. idem.

5/IV დღეს დილით ავადმყოფს უნდოდა მიეწია სკამი თავის საწოლთან და იგრძნო ძლიერი ტკივილი მარჯვენა ლავიწში. ტკივილი იყო იმდენად მწვავე, რომ მორფიუმის შეშხაპუნება დაგვჭირდა. მტკივნეული ადგილის გასინჯვამ ლავიწის გადატეხა აღმოაჩინა. დაედო Deso-ს ნახვევი.

15/IV st. idem.

25/IV ტკივილები ლავიწში, გადატეხილ ადგილზე ცოტა ნაკლები. სხეულის დანარჩენი ძვლები ძველებურად მტკივნეული. ნერვიანობს. ლეზულობს ბრომიდებს.

5/V st. idem.

15/V არც ობიექტიურად, არც სუბიექტიურად ცვლილება არ არის

25/V ავადმყოფი მიეცა სასოწარკვეთილებას. კლინიკაში დაწვეა იმედით სახსე, რომ მას დაუბრუნდება მხედველობა, მაგრამ რწმუნდება რომ მხედველობა საბოლოოთ დაეკარგა. ტკივილები ძვლებში ისეთივე როგორც ჰქონდა კლინიკაში შემოსვლისას. Deso-ს ნახვევი ლავიწიდან აღებულია. მოტეხილი ძვლები შედუღდნენ, თუმცა მოძრაობა გადატეხილ ადგილზე არსებობს. კლინიკაში შემოსვლისას ამადმყოფს შეეძლო ჯოხის საშუალებით სიარული, ეხლა კი არ შეუძლიან სრულიად მოძრაობა. ობიექტიურად ცვლილება არ არის.

6/VI ავადმყოფი, თხოულობს გაწერას. უინანობს. არ სძინავს.

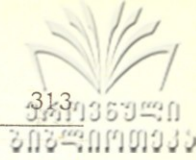
11/VI ავადმყოფი გაეწერა კლინიკიდან.

ამგვირად ეს ჩვენი პირველი დაკვირვება ფრიად საგულისხმო იყო როგორც იშვიათი კლინიკური თავისებურობის მხრივ, აგრეთვე იმიტ, რომ რადიკალურმა წამლობამ, Fehling-ის ოპერაციამ, არავითარი შედეგი არ მოგვცა საკვერცხეებში წინააღმდეგ Fehling-ის, Ludwig Adier-ის, Blair-Bell-ის და სხვა ავტორების დაკვირვებისა პირიქით ატროფია აღმოჩნდა

შემოხვევა II. ჩვენი მეორე შემთხვევა არა პუერპერალურ ფორმას ეკუთვნის.

ავად. ზინობია მ—სა, 35 წლისა. ქართველი. სენაკის მაზრის, სოფ. აბაშის მცხოვრები. კლინიკაში საკაცეზე იქმნა მოყვანილი—1923 წ. სექტემბრის 3-ს. უჩივის ძვლების საშინელ ტკივილებს, რის გამო მოძრაობის უნარი დაკარგული აქვს.

Anamnesis. გათხოვების შემდეგ იგი აბაშიდან სამტრედიისში გადასახლდა სადაც ცხოვრობს აქამომდე. სოფლის მეურნეობას მისდევს. ნორმალურად ვითარდებოდა: ფეხი აიღვა 1 წლისამ. ბავშობაში გადატანილი აქვს წითელა და ჩუტ-ყვავილა. 7 წლისას რალაც მძიმე ინფექციური ავადმყოფობა ჰქონია. 15 წლისასთავიური მოუვიდა, რომელიც თავიდანვე უწესრიგო იყო: 3 კვირაში ერთხელ, 8 დღეს გრძელდებოდა, წელის ძლიერი ტკივილები და ბევრი სისხლის დენა თანსდევდა. 18 წლისა გათხოვდა. 8 მშობიარობა ჰქონდა. აწინდელი სნეულება დაეწყო 14 წლის წინად მეორე მშობიარობის შემდეგ. მშობიარობა ძლიერ მძიმე იყო და თვით ბავშვს რახიტის ნიშნები ჰქონდა. თუმცა მშობიარობა და მშობიარობის შემდეგი პერიოდი ნორმალურად მიმდინარეობდა, მაგრამ ავადმყოფი მის შემდეგ მიანცვერ მოლონიერდა. ლოგინიდან ადგა 2 კვირის შემდეგ და გაკვირვებული იყო როდესაც შეამჩნია რომ მარჯვენა ფეხს თავისუფლად ვერ ამოძრავებს. რამოდენიმე დღას შემდეგ ტკივილებს მხოლოდ ბარძაყის ძვალში გრძნობდა, განსაკუთრებით მის ზევითა ნახევარში. ტკივილები მუდმივი იყო და ყრუ ხასიათი ჰქონდა. მუშაობას არ უშლიდა. ყოველი ახალი ორსულობის დროს ტკივილები უფრო და უფრო მწვავე ხასიათს ღებულობდა, ხოლო მშობიარობის შემდეგ მუდამ ოდნავ მცირდებოდა. ბოლო მშობიარობის შემდეგ კი მწვავე ტკივილებს აღარ გაუვლია. სტკიოდა წელი, ორივე ქვე და კიდური და მენჯი. ამ ბოლო მშობიარობის შემდეგ მთელმა წელიწადმა განვლო და ამ ხნის განმავლობაში ავადმყოფს მხოლოდ ჯოხის საშუალებით



ბით შეეძლო მოძრაობა. ხოლო ამ უკანასკნელი ორი წლის განმავლობაში იგი უკვე სრულიად ვერ მოძრაობს და იძულებულია ლოგინში იწვეს. შეამჩნია ავადმყოფმა რომ სიმაღლე შეუმცირდა.

ცხოვრების მატერიალური პირობები ძლიერ მძიმე, მუდამ მჭადითა და ლობიოთი იკვებებოდა. ჰიგიენური პირობებიც ცუდი; ბინა ბნელი და ნესტიანი.

St praesens. დაბალი ტანისა, სიმაღლე 138 სანტ. საზრდოობა საკმაო, ტანის აგებულობა მაგარი. კანის და ლორწოვან გარსთა ფერი—ანემიური, კანქვეშა ცხიმოვანი კარგად აქვს განვითარებული, კუნთები მზატეა. ლიმფატური ჯირკვლები არაა გადიდებული. გულმკერდის ირგვლივ ზომა—91 სანტ. ძლიერ შესუნთქვის დროს—96 სანტ. ძლ. ამოსუნთქ.—92. გულმკერდი კასრისებური. ნეკნები დაქანებული.

თავის ქალა, კისრის მალეები და ბეჭი არაა შეცვლილი და არც მტკივნეული. მკერდი, ლავიწი, ნეკნები, წელის მალეები და მენჯის ყველა ძვლები ძლიერ მტკივნეულია. აგრეთვე მტკივნეულია ქვედაკიდურები. ყველა ძვლებს ნორმალური კონსისტენცია აქვთ. ელასტიობა, შესიება და ეკზოსტოზები არ ემჩნევა. დაუხმარებელი დგომა, მით უნეტეს სიარული ავადმყოფს არ შეუძლიან; იგი ლოგინში პასიურად წევს.

ფილტვების საზღვრები ნორმალური, მარჯვენა მწვერვალზე გაგრძელებული ამოსუნთქვაა.

სუთქვა წამში—18.

3.--72, საშუალოდ შევსებული, რითმული, ორივე art. radialis-ზე სინქრონიული, სისხლის პერიფერიულ მილებს სკლეროზული გადაგვარება არ ემჩნევა.

გულის მხრივ მხოლოდ ტონების შესუსტება.

ღვიძლი და ელენთა გაზრდილი არაა.

ენა ოდნავ თეთრად მოდებული.

მუცელი ზომიერად შებერილი. მისი ირგვლივ ზომა, ჭიპის დონეზე—98. კუჭის მხრივ დროგამოშვებითი დისპეპტიური მოვლენები. ნაწლავების მხრივ შეკრულობა.

კუჭი ნორმალური ოდენობისა. Baas-Ewald-ის საცდელ საუზმის შემდეგ კუჭის წვენის რაოდენობა 50 c.cm. რეაქცია მჟავე. ლორწო ბევრი.

თავისუფალი HCl . . . 0,014%

საერთო 24.

შეკავშირებული 0,0365%

რძის მჟავა არ არის. Weber-ი უარყოფითი.

განავალში არაფერი პათოლოგიური არ აღმოჩნდა.

შარდის რაოდენობა—800,0—1000,0 დღე-ღამეში. შეფარდებითი წონა—1018—1020. მღვრიე. შარდის თვისებითი რეაქცია ნორმალური.

შარდის რაოდენობითი კვლევა:

	ჩვენს შემთხვევაში	ნორმალურად
შარდმკევა — —	0,592 grm.	0,2—1,0 grm.
ფოსფატები — —	2,15 grm.	2,0— „ „
ქლორიდები — —	15,0 grm.	12,0— „ „
გოგირდმკევას		
შეერთებანი — —	8,295 grm.	2,5—3,5 „
კირი — —	2,0 grm.	0,2—0,4 „
ამ გვარად ქლორიდების რაოდენობა მომატებულია	25 ⁰ / ₀ -ით.	
ფოსფატების	„ „	7,5 ⁰ / ₀
კირი	„ „	100 ⁰ / ₀ ესე იგი 10-ჯერ.

სასქესო ორგანოების მხრივ: ბოქვენის ძვლები და საჯდომი ძვლების ამაველი ტოტები ჰქმნიან ნისკარტს, ამავე დროს იმდენად დაახლოებული არიან, რომ ავადმყოფის გასინჯვას აძნელებენ.

- Dist. trochant. . . . 31.
- Dist. crist. 31.
- Dist spinar. 27.
- Conjugat. ext. . . . 20.
- Conjugat. diagonal. . 10.

სისხლის ანალიზმა შემდეგი მოგვცა:

- Hb=84⁰/₀ Shali-ს აპარატით.
- ერითროციტები . 5.210.000
- Eärbeindex-ი . . . 0,8.
- ლევკოციტი . . . 7.675
- თეთრი და წითელი ბურთულ. შეფარდება . . 1:678.
- ლევკოციტარული ფორმულა:

ლიმფოციტი —	22,1 ⁰ / ₀ —	აბსოლ. რაოდენ.	1697
ნეუტროფილი —	53,7 „ —	„ „	4.122
ეოზინოფილი —	0,9 „ —	„ „	69
გოზინოფილი —	6,7 „ —	„ „	514
გარდამავალი —	11,2 „ —	„ „	859
გამოურკვეველი	1,2 „ —	„ „	92
მონონუკლერი	4,2 „ —	„ „	322
	100 „ —	„ „	7.675

Wasserman-ის რეაქცია უარყოფითი.

ოვთალმოსკოპიურმა გასინჯვამ არაფერი პათოლოგიური არ აღმოაჩინა.

ნერვულ სისტემის მხრივ Disestesia. ხახის დაკორნეას რეფლექსები არაა. მყესთა და კუნთთა რეფლექსები ნორმალური, ხოლო მუხლის—გადლიერებული.

თავის ქალასი და კიდურების ზომები, როგორც ჩანს ამ ცხრილიდან (იხილე ცხრილი № 2), დაახლოვებით ნორმალურია, ამის გამო ავადმყოფის სიმალის შემცირება უნდა ხერხემალის დამოკლებას მიეწეროს.

რენტგენის სურათი გვიჩვენებს, (იხ. სურ. 2) რომ ძვლის მოხაზულობა არაა მკაფიოდ გამოსახული, რის გამოც საზღვარი ძვალსა და კუნთს შორის წაშლილია. ძვლის კომპაქტური ნივთიერება ქალაღდის ოდნად გათხელებულია. ამავე დროს ჩვენ გავატარეთ ოსტეომალაციის რენტგენოდიავნოსტიკა, ე. ი. ძვალზე ვიმოქმედეთ ჩვეულებრივის ძალის სხივებით, რომელიც ჩვეულებრივს სურათის გადაღების დროს იხმარება, მაგრამ ფირფიტაზე გარდა მთლიანი შავი ლაქისა გარკვეული რამ არაფერი გამოისახა, რაც რენტგენოდიავნოსტიკაში ოსტეომალაციის პათოგნოსტიურ სიმპტომად ითვლება.

რენტგენოკოპიული სურათი, გინეკოლოგიური გასინჯვა, რომლის შემდეგ მენჯის დამახინჯება აღმოჩნდა, ქვედაკიდურების კონტრაქტურა, ტკივილები, ანამნეზთან ერთად ძვლების ოსტეომალაციით დაავადების სიმპტომოკომპლექს იძლეოდა.

Cursus morbi. 15/IX ავადმყოფი ღებულობს *ol jecoris aselli* ფოსფორით (0,03). როგორც სუბიექტიური ისე ობიექტიური მდგომარეობა უცვლელი.

15/X ძვლების ტკივილი იმავე ინტენსიობით. მოძრაობა არ შეუძლია. ფოსფორის დოზა მოუმატეთ 0,05-მდე.

15/XI *St. idem.*

15/XII სამი თვის განმავლობაში თევზის ქონით უშედეგო წამლობის შემდეგ, ჩვენ დავიწყეთ მკურნალობა Bossi-ს მეთოდით.

გუშხაპუნებდით ადრენალინის ხსნარს 1:1000-ზე, Park-Davis ფირმისას. დავიწყეთ 0,5 ccm-დან და თანდათანობით, 1,0 ccm.-მდე ავიყვანეთ, ამ ინექციების დროს ჩვენ მუდამ შარდს ვიკვლევდით ადრენალური გლიკოზურიის შესახებ,

25/XII. მდგომარეობა უცვლელი, ძვლების ტკივილები ისეთივე მწვავე. რაიმე სერიოზულ გართულებას ადრენალინის ინექცია არ იწვევს თუ არაფრად ჩავთვლით მთელი ტანის თრთოლას და ოფლს, რომელიც ავადმყოფს მუდამ მოსდის ინექციის 10—20 წამის შემდეგ. გარდა ამისა მაჯის ცემა და სუნთქვის მცირეოდენი გახშირება. ასეთი მდგომარეობა გრძელდება ინექციის შემდეგ 1— $\frac{1}{2}$ საათს.

5/1 ტანის თრთოლის ხანგრძლიობა ნაკლები. ტკივილებიც საერთოდ შესამჩნევად ნაკლები.

15/1 ავადმყოფი უკეთ გრძნობს თავს ტკივილები ძლიერ შეუმცირდა. Adductor-ების სპაზმი ნაკლები.

25/1 ავადმყოფი უკვე დადის ნელის ნაბიჯით. ინექციები ძლიერ ასუსტებს ავადმყოფს. იგი თხოულობს ადრენალინიდან შესვენებას. თუმცა ტანის tremor-ი ნაკლები—ინექციები ძლიერ მოქმედებს მასზე. გადავწყვიტეთ 2 კვირით შევასვენოთ ავადმყოფი.

თანამედროვე მედიცინა № 5—1925 წ.

ცხრილი 2.

		ჩვენს შემ- თხვევ.	პროფ. Бен-ის სტატისტ.
თავის ქალა			
1	ირველი ზომა (glabella os. tempor. occipit.)	51	50,6
2	სიგრძე თავისა (glabella protuberant occ. ext.)	19	17,8
3	სიგანე „ (გარდიგარდო დიამეტრი. tuber parictalia).	16,5	14
4	სიგრძე სახისა (sutura naso front.—ქვედა ყბის შუახაზი.)	13	11
5	სიგანე „ (ამოდრეკილი ხაზი ორივე os. Zygomat.) .	12	12,3
მარჯვენა ზევითა კიდური			
1	მთელი კიდურის სიგრძე (acromion — მესამე თითის ბოლო).	68,2	69,1
2	მხარის „ (acrom.—condyl. lat.)	29	29,6
3	წინამხის „ (ulna)	32,5	33,7
4	Radius	21	21,4
5	ხელის მტევანი	18	18
მარცხენა ზევითა კიდური			
1	მთელი კიდურის სიგრძე	68	
2	მხარის „	29	
3	წინამხარის „	32,5	
4	Radius	20	
5	ხელის მტევანი	19	
მარჯვენა ქვევითა კიდური			
1	მთელი კიდურის სიგრძე (spina ant. sup. mall. lat.)	79,5	78,3
2	ბარძაყი (trochant. mayor.—condyl. lat.)	40	41,1
3	Tibia (cond. medial.—maleol. med.)	33	33,5
4	Fibula (caput. f.—maleol. lat.)	32	32,9
5	ტერფი (tuber calcan.—მესამე თითის ბოლო)	23	21,6
მარცხენა ქვევითა კიდური			
1	მთელი კიდურის სიგრძე	79	
2	ბარძაყი	40	
3	Tibia	33	
4	Fibula	32	
5	ტერფი	23	

5/II მდგომარეობა უცვლელი.
 15/II ინექციები განვაახლეთ. ტანის თრთოლა, ოფლი ნაკლები,
 25/II გაუმჯობესება კიდევ ცოტა ოდნავ მოემატა: ძვლების ტკივილი
 აქვს მხოლოდ ხელის დაჭერის დროს. სიარული არ შეუძლია უჯოხით.

5/III. St. idem.

15/III. ერთი თვით შევწყვიტეთ ინექციები.

25/III. ძვლების ტკივილებმა ოდნავ იმატეს.

5/IV. ტკივილები უფრო ძლიერი.

15/IV. ინექციები გავაახლეთ.

25/IV. მდგომარეობა უცვლელი.

5/V. განახლებული შემხაპუნების გამო არავითარი ცვლილება არც სუბიექტიურს და არც ობიექტურს მდგომარეობაში.

15/V ავადმყოფ. გაეწერა კლინიკიდან.

ხუთი თვის განმავლობაში ჩვენ ხანგამოშვებით 125 ინექცია გაუკეთეთ, მაგრამ იმ გაუმჯობესებას, რომელიც 1 $\frac{1}{2}$ თვის შემდეგ მოხდა არაფერი მომატებია.

ჩვენი დაკვირვებიდან ჩანს: 1. ორივე შემთხვევა წარმოადგენს არა პურ-პერალური ოსტეომალაციის საკმარისად იშვიათ ფორმას.

2. რომ მარტო ხშირი ორსულობა არაა ეტიოლოგიური მომენტი ოსტეომალაციისა, როგორც ფიქრობდა ზოგი ავტორი, ამას ამტკიცებს ჩვენი პირველი ავადმყოფი, რომელიც ქალწული იყო.

3. ჩვენს ორთავე შემთხვევაში თითქოს მტკიცდება, რომ შინაგანი სეკრეციის მოშლას პლურიგლანულარული ხასიათი აქვს, ე. ი. რომ პათოლოგიურ პროცესში რამოდენიმე შინაგანი სეკრეციის ჯირკველია ჩართული; ყოველ შემთხვევაში აშკარა იყო საკვერცხების, ჰიპოფიზისა და თირკმლისზედა ჯირკველის დაავადება.

4. წინააღმდეგ ზოგიერთი ავტორის დაკვირვებისა ჩვენს პირველ შემთხვევაში პათოლოგ-ანატომიურმა გამოკვლევამ საკვერცხეში ნეოპლაზმა აღმოაჩინა, მაშასადამე ამ ორგანოს დისფუნქცია.

ამგვარად მართალია Curchman-ი, რომელიც ამბობს, რომ თუ ოსტეომალაციას მიზეზად საკვერცხეს ჰიპერფუნქციას ჩავთვლით, როგორც ამას Fehling-ი, Hofmeier-ი და სხვ. ავტორები ამტკიცებენ. ნაშინ გაუგებარი იქნებოდა ოსტეომალაციის შემთხვევები კლიმაკტერიუმსა და ამენორეის დროს.

თუ კერძოდ თვითნებულ ჩვენს შემთხვევას გავუკეთებთ ანალიზს, უნდა აღვნიშნოთ, რომ პირველი შემთხვევა კლინიკური მიმდინარეობის მხრით ფრიად დიდს ინტერესს წარმოადგენს, როგორც კაზუსტიკური მასალა. ეს შემთხვევა თანამედროვე კლასიფიკაციის თვალსაზრისით უნდა ჩავთვალოთ ავზნიან ფორმად.

უმრავლეს ავტორთა დაკვირვებით, ოსტეომალაციის პროცესი ყველაზე იშვიათად და ამავე დროს ყველაზე ნაკლებად თავის ქალას აზიანებს, მაშინ როდესაც ჩვენს პირველ შემთხვევაში, ოსტეომალაციური ცვლილება თავის ქალასი ფრიად მკაფიოდ იყო გამოსახული; გარდა ამისა ამავე პროცესს, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, Sella turtica-ში მკვეთრი დეფორმაცია მოეხდინა, რასაც წმინდა შექანიკური მიზეზების გამო მხედველობის ნერვის ატროფია მოჰყვა, და როგორც მისი შედეგი ავადმყოფის დაბრმავება.

უნდა აღვნიშნოთ აგრეთვე მენჯის მკვეთრი დეფორმაცია, ამ ზომის დამახინჯება მენჯისა ლიტერატურაში შედარებით იშვიათად გვხვდება.

ჩენი მეორე შემთხვევა თანამედროვე კლასიფიკაციით ეკუთვნის მიმის, მაგრამ არაავთვისებრიან ფორმას.

აღსანიშნავია აგრეთვე კირის გაცვლა-გამოცვლა ჩვენს მეორე შემთხვევაში. იგი იძლეოდა ბალანსს, რომელიც 10-ჯერ აღემატებოდა ნორმას, ე. ი. ჩამოშორებული კირის რაოდენობა 1000⁰/₀ პროცენტით მეტი იყო ნორმაზე, მაშინ როდესაც ლიტერატურაში აღწერილ შემთხვევებში, ჩამოშორებული კირის მაქსიმალური რაოდენობა 500—600⁰/₀ პროცენტით აღემატებოდა ნორმას. ამავე დროს ქლორიდების ბალანსი 25⁰/₀-ით გაიზარდა, ხოლო ფოსფატებისა 7,5⁰/₀-ით. ეს ციფრები ეთანხმება ლიტერატურულ შემთხვევებს.

რაც შეეხება თერაპიას, უნდა მოგახსენოთ, რომ Bossi-ს მეთოდმა დაგვარწმუნა, რომ იგი მართლაც ძლიერი სიმპტომატიური საშუალება ყოფილა, საშუალება რომელიც, როგორც ეტყობა, მოქმედებს თვით სნეულების არსზე, რაიც ჩვენს მეორე შემთხვევაში დამტკიცდა

მართლაც ავადმყოფის გამოკვება აქ ფრიად თვალსაჩინო იყო. საკაცებზე მწოლიარე, მოძრაობის უნარს სრულიად მოკლებულმა ავადმყოფმა 20 ინიექციის შემდეგ სიარული შესძლო და ტკივილებიც ძალზე შეუმცირდა.

მაგრამ ამავე დროს ჩვენ დავრწმუნდით, რომ მიუხედავად რვა თვის დაკვირვებისა Bossi-ს მეთოდით, ავადმყოფის სრულს განკურნებას ჩვენ ვერ მივაღწიეთ. თუმცა სიარული შესძლო ფრიად პატარა მანძილზე, ტკივილებიც შეუმცირდა, მაგრამ შრომის უნარს იგი აქამომდე სრულიად მოკლებულია და თავის თავს სრულიად გაჯანსაღებულად არ სთვლის.

რით უნდა აიხსნებოდეს ეს მოვლენა? ჩვენ ვფიქრობთ, რომ ამის მიზეზი ის უნდა იყოს, რომ აღრენალინი იწვევს მხოლოდ თირკმლისზედა ჯირკველის მოშლილი ფუნქციის ანაზღაურებას და, რასაკვირველია, იგი არ ახდენს არაერთარს გავლენას შინაგანი სეკრეციის დანარჩენ ჯირკვლებზე, რომლებიც აგრეთვე ჩართული არიან პათოლოგიურს პროცესში.

და მართლაც, ოსტეომალაცია, რომელსაც, როგორც უკვე ზევით აღვნიშნეთ, შინაგანი სეკრეციის ჯირკველთა პლურიგლანდულარი ხასიათის დაავადება უდევს საფუძვლად ვერ განიკურნება ისეთი საშუალებით, რომელიც მიმართული იქნება ერთი რომელიმე ენდოკრინული ჯირკველის ფუნქციის აღდგენისაკენ.

თავისთავად ცხადია, რომ რადიკალური იქნებოდა მხოლოდ ის სამკურნალო მეთოდი, რომელიც აღადგენდა ფუნქციის წონასწორობას არა ერთი რომელიმე ჯირკვლისა, არამედ ყველა იმ ენდოკრინულ ჯირკველთა, რომლებიც პათოლოგიურ პროცესშია ჩართული.

ამგვარი რადიკალური მოქმედების თვისება არა აქვს არც Bossi-ს და არც Fehling-ის მეთოდს.

დასასრულ მოვალედ ვსთვლი ჩემს თავს წრფელი მადლობა გადაუხადო ჩემს მასწავლებელს დიდად პატივცემულს პროფესორს მ. წინამძღვრიშვილს, რომლის ხელმძღვანელობით და უშუალო დახმარებით მე ვაწარმოვე და აღვწერე ეს ჩემი კლინიკური დაკვირვება.

შემთხვევა I



სურათი 1.

შემთხვევა II



სურათი 2.

შემთხვევა I



სურათი 3.

II

საზოგადოებრივი მედიცინა

მედ. დოქტორი დ. ნაზაროვი

(ქუთაისი)

სარწყავი არხები და მათი გავლენა მაღაროების გავრცე- ლებაზე ქუთაისის მაზრაში *).

21-ს თებერვალს 1923 წ. ქუთაისში შესდგა ყრილობა მაზრაში და ქუთაისში საბჭოთა მომუშავე ექიმებისა, რომელსაც დაესწრო თითქმის სამოცი ექიმი. დიდი სჯა-ბაასი იყო გაჩაღებული ხუთი დღის განმავლობაში ამ ყრილობაზე და ბევრი საინტერესო კითხვები იყო აღძრული და დამუშავებული. დიდი უმეტესობა დამსწრე ექიმებისა, განსაკუთრებით თემებიდან ჩამოსულნი, ეხებოდნენ წარსულ წელში მაღაროების ეპიდემიურ გავრცელებას. მაზრაში და უმთავრეს მიზეზად ამ სენის გავრცელებისა მოყვდათ ხშირი წვიმები, არხების გამრავლება, დიდი ნოტიოობა საზოგადოთ და აფთიაქებში ქინის უქონლობა. ბევრგვარი დადგენილებები გამოიტანა ყრილობამ, მაგრამ მათ შორის ყველაზედ უფრო საყურადღებოთ მიმაჩნია შემდეგი: „მოწყობა და ახალი არხების გაყვანა ხდებოდეს მხოლოდ ჯანმრთელობის განყოფილებასთან შეთანხმებით სანიტარული თვალსაზრისის დასაცავად“. ქუთაისის ჯანმრთელობის განყოფილებამ, რომლის ინიციატივით იყო ეს ყრილობა მოწვეული, მოახსენა, რომ წარსულ წელს, ესე იგი 1922 წ., მთელ მაზრაში მისი სტატისტიკური ცნობებით ყოფილა 36.000 სული მაღაროთ ავადმყოფი, თვით მაღაროების ჰქონია ეპიდემიური ხასიათი ისეთ კუთხეებშიდაც მაზრისა, სადაც წინეთ მაღაროთ ავადმყოფი იშვიათად მიიძებნებოდა, როგორც, მაგალითად, ზეჟარის თემში. ჯანმრთელობის განყოფილება იძულებული ყოფილა ამ თემში განსაკუთრებული რაზმიც კი გაეგზავნა ამ სენთან საბრძოლველად. რაც შეეხება სხვადასხვა თემებს რიონის ქალებში მაინც იქ ეს სენი მეტად მკაცრად მძვინვარებდა. ზამთრის პირად ეპიდემიამ იკლო და ეხლა ჩვეულებრივ დონეზე დადგაო. კითხვა იბადება, მორჩენილად უნდა ჩავთვალოთ ეს ნავადმყოფარი ხალხი, თუ ისინი ეხლაც მატარებელნი არიან ამ სენისა?

ჩემი ხანგრძლივი პრაქტიკიდან არ მახსოვს, რომ მაღაროთ ავადმყოფნი ასე მალე განთავისუფლებულიყვნენ ამ სენისაგან და ისეც უქინაქინოთ, რომელიც დღესაც ხელმიუწდომელ ფასებში იყიდება და თან ძნელი საშოვარიცაა.

*) წაკითხულ იქნა მოხსენებად მისში 1924 წ. საქართველოს ექიმთა მეორე კონგრესზე.

ამას თუ დაუმატებთ, რომ შარშან წინ ისეთი ფორმები იყო მალარიისა, რომელნიც წლობით თხოულობენ ექიმობას სხვადასხვანაირს, ვიდრე ჰაერის გამოცვლამდის, მაშინ უნდა ვიგულისხმოთ, რომ ეს ხალხი დღესაც ავად არის ამ სენით.

ქ-ნი ვოლმანის მოხსენებიდან, რომელიც განაგებს ქუთაისში ბაქტერიოლოგიურ ლაბორატორიუმს, სჩანს, რომ 1923 წ. აგვისტოში და ენკენისთვეში იმას გამოუკვლევია სისხლა 350 შემთხვევაში „პლაზმოდების“ აღმოსაჩენად, რომელიც მისთვის გამოუგზავნია ექიმებს სხვადასხვა თემებიდან. გამოკვლევას აღმოუჩენია შემდეგი: 204 შემთხვევაში „პლაზმოდები“ არ ყოფილა სისხლში და მხოლოდ 146-ში კი ნამდვილად უნახავს სხვადასხვა გვარი პლაზმოდები. ამ მოხსენებიდან ყველაზედ უფრო საგულისხმო არის ის ფორმები, რომელნიც იმას მოყავს თავის მოხსენებაში და რომლის მსგავსი მე არასოდეს არ შემხვდენია ჩემს პრაქტიკაში. 146 შემთხვევებში მას აღმოუჩენია 105-ში ჩვეულებრივი ჩვენი მალარია (tertiana) და 30 შემთხვევაში კი ნამდვილი tropica და 11-ში quartana. ეს უკანასკნელნი ჩვენში იშვიათი მოვლენაა და საჭიროა ამას დაეუფიქრდეთ და კარგად გამოვიკვლიოთ, თუ რა მიზეზია მათი გავრცელებისა, მათ უმეტეს, რომ ეს არა ჩვეულებრივი ფორმები თითქმის ყველა ქუთაისში ყოფილა. მალარიის ეპიდემიურმა გავრცელებამ 1923 წ. დიდი შიში გამოიწვია ექიმთა შორის და რასაკვირველია ამასვე მიაქცია დიდი ყურადღება ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოებამ აღმოსავლეთის საქართველოსამ, რომელმაც ამ წელში 20 აპრილს მოახდინა ყრილობა ტფილისში წინდაწინვე შემუშავებული გეგმით. იმან მოუწოდა მთელი საქართველოს ექიმებს ამ სიტყვებით: „აუცილებელ საჭიროებად ვსთვლით ჩვენი ერთად შეკრებას, რომ გავაცნოთ ერთი ერთმანეთს თავიანთი კუთხე, ერთად გავითვალისწინოთ და შევიმუშავოთ, თუ რა შეიძლება ამ უამად გაკეთდეს ჩვენში ამ სენის წინააღმდეგ“, იქვე დასძენს, რომ „ბრძოლა მალარიის წინააღმდეგ უნდა სწარმოებდეს სახელმწიფოებრივ საზომითო“. ამ გეგმაში საზოგადოებას საკამათოდ და მიზეზების გამოსარკვევად ჰქონდა აღნიშნული თერთმეტი დებულება, რომელთა გაშუქება და გამომუშავება მიაჩნდა საჭიროდ ამ საერთო კრებაზე. მეთერთმეტე დებულება ამ გეგმისა თხოულობდა, რომ ძველი და ახალი სარწყავი არხების გავლენა მალარიის გავრცელებაზე ყოფილიყო გაშუქებული. ამ ყრილობაზე და მე სწორეთ მინდა შევეხო მოკლეთ ამ კითხვას, თუმცაღა ამ კითხვის შესახებ ყრილობაზედ მოხსენებებიც ყოფილა და დიდი სჯა ბაასიც. სტატისტიკურ ცნობები შესახებ ამ არხებისა, როგორც ძველებისა, ისე ახლებისა, რომელნიც საბჭოთა ხელისუფლების მთავრობამ დაიწყო 1921 წ. ქუთაისის მაზრაში არის მოთავსებული ანხ. კოლესნიკოვის შრომაში, როგორც თავმჯდომარისა სტატისტიკური განყოფილებისა და დიდად საინტერესოა დღეს ჩვენთვის. აქ მე მოვიყვან მათ რაოდენობას და სივრცეს ქუთაისის მაზრაში და მათ **სქემასაც**, სადაც ნაჩვენებია ძველი არხები და ახალნი.

პირველი არხი იყო გაყვანილი 1890 წ. ცხენის წყლიდგან ქ. ხონზე და ჰქონდა სივრცე 43 ვერსი თავის შტოებით; აშენებული იყო ხონის და მის ახლომახლო სოფლების ხარჯით, რწყავდა ეს არხი 5.500 კუბ. დესიატინას. მეორე იყო აჯამეთის არხი 18 ვერსის მანძილზე და რწყავდა 750 კუბ. დესიატინას. მესამე--ვარკიხის არხი 9 ვერსზე, რწყავდა 375 კუბ. დესიატინას. მეოთხე--აფხანაუ-

რის არხი 5 ვერსზე, რწყავს 200 კუბ. დესიატინას. მეხუთე—ეწერ-კულაშის არხი თუთხმეტი წლის წინეთ იყო გაყვანილი 12 ვერსის მანძილზე, რწყავდა 300 კუბ. დეს. მაგრამ ის იყო ცუდად მოწყობილი, არ ჰქონდა (ჩასაკეტი) უღელი და მთელი ის არე-მარე ჭაობად გადააქცია; ზარალის მეტი მას არა მოუტანია. მეექვსე მუხიანის არხი, ოცი წლის წინეთ გაყვანილი მდ. რიონიდან 15 ვერსის მანძილზედ, რწყავს 800 კუბ. დესიატინას; არც ამას აქვს (ჩასაკეტი) უღელი, რის გამო გამოიწვია ჭაობები და ციებ-ცხელება.

1921 წ. შენდება შემდეგი არხები: 1. ოფიშქეთის—25 ვერსის მანძილზედ მდ. რიონიდან; არხით სარგებლობენ უსისტემოთ, ვისაც როგორც სურს და ამისთვის არ ვიცი, რამდენ კუბ. დესიატინას რწყავს. 2. მათხოჯის არხი ცხენისწყალიდან, ხუთს ვერსზედ, უნდა მორწყოს ორი ათასი დესიატინამდე. 3. კულაშ-ლანირის არხი ცხენისწყლიდან 22 ვერსზედ, რწყავს 2.000 დესიატინას; 4. მეშველის არხი 172 ვერსის მანძილზედ, რიონიდან, უნდა მორწყოს 10,000 დესიატინა; 5. საბჭოთა არხი, 22¹/₂ ვერსზე, რიონიდან, უნდა მორწყოს 2,000 დესიატინა; 6. დიშის არხი, 27 ვერსზე. ხანის წყლიდან, უნდა მორწყოს 22,700 დესიატინა. თუ მივიღებთ სახეში, რომ ქუთაისის მაზრაში ითვლება სულ 104.312 დესიატინა სახნავ-სათესი მიწა გარდა ტყეებისა, მაშინ გამოვა, რომ ყველა ამ არხებს შეუძლია მორწყოს 28,2% ამ მიწებისა, ე. ი. 1/3 ნაწილი მაზრაში. ამხ. კოლესნიკოვი ამბობს თავის წიგნში, რომ ძველი არხები თხოულობენ კარგს შეკეთებას, ჩასაკეტების (шлюзы) მოწყობას და საქმის კარგად გაძლოლას და არა ისე უსისტემოთ სარგებლობას წყლით, როგორც ამ ჟამად არის. უბედურებაც ჩვენი სწორეთ ამაში გამოიხატება. არხების გაყვანა მეტად სასარგებლოა, თუ ისინი კარგად არის მოწყობილი, ჭაობებს არ ამრავლებენ და კოლოების ახალ ბუდეებს არ ჰქმნიან. ის სურათები, რომელნიც მოყავს ამხ. კოლესნიკოვს ამტკიცებენ სულ ამის წინააღმდეგს და სწორეთ ამას ჰქვია ცეცხლზე მდულარის დამატება.

წარსული წლების სტატისტიკური ცნობები, მაგალითად: 1909—1913 წ., როდესაც არც ომი წარმოებდა და არც სხვა რაიმე არა ჩვეულებრივი მოვლენები, მაშინ ამ ხუთი წლის განმავლობაში ქუთაისის მაზრაში, რომელშიაც ითვლებოდა საშუალოთ 225.000 სული, ავადმყოფობდა 18,7% და ეს ითვლებოდა ნორმად. 1920 წ. ერობამ აწერა მცხოვრებლების რიცხვი მაზრაში და გამოვიდა 228,688 სული და მათ შორის ავადმყოფი 48,408, ესე იგი 20,2% ამათ რიცხვში 60% იყო სრულწლოვანი, მუშა ხალხი და რა საკვირველია, ეს უნდა ჩავთვალოთ დიდ ზარალად. ხუთი წლის განმავლობაში (1909—1913) მალარიით ავადმყოფები იყო 38,5% და აქედან ცხადად სჩანს, რომ მალარიას ამ მაზრაში პირველი ადგილი უკავია და დიდს უბედურებასაც შეადგენს მცხოვრებლებისათვის რა მხრითაც არ უნდა შევხედოთ მას. მარტო ამ მაზრიდან გამოწვეული ჯარისკაცები 60%-ში უვარგისი გამოდგენ სამსახურისათვის ამ ზემომოყვანილი წლებში.

ამ რიგად ჩვენ ვხედავთ ცხადად, რომ მალარია დიდს ზარალს გვაძლევს, გვასუსტებს და გვიმზადებს ნიადაგს კიდევ უფრო საშიშარ ავადმყოფობისათვის როგორც მაგალითად ქლექია, რომელმაც იმავე წლებში გვაჩვენა თითქმის იმო-

დენივე პროცენტი ავადმყოფობის. ერთი სიტყვით დიდ ეროვნულ საშიშროებას განვიცდით ამ ჟამად: საქირთა შეერთებული ძალებით ერთად მთავრობასთან შეგებრძოლოთ ამ ჩვენ მომსპობელ სენს. ზემომოყვანილი ცხრილიდან სჩანს, რომ თითქმის $\frac{1}{5}$ ჩვენი მაზრისა სარწყავ ადგილებს უკაჭია, სადაც არხები არის გაყვანილი, მაგრამ ისინი კი ისე ცუდად არიან ტენიკურად მოწყობილნი, რომ უფრო მალარიის გავრცელებას ხელს უწყობენ და ვალდებულნი ვართ ამ მდგომარეობას განსაკუთრებული ყურადღება მივაქციოთ. ამ უკანასკნელ დროს საბჭოთა ხელისუფლებას მთავრობა განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევს კულტურულ მუშაობას ყველა დარგებში და ეს ასედაც უნდა იყოს, ვინაიდან მხოლოდ ამ გვარ მუშაობას შეუძლია გაჯანსაღება ჩვენი მდგომარეობისა ყოველი მხრით. ეს გეზი თვით სინამდვილეა ჩვენი მომავალი და აწმყო ცხოვრებისათვის და ეს მეტად გვაგალებს, რომ ამგვარი მუშაობა იყოს დაწყებული კარგი მოფიქრების შემდეგ და არა ისე ვარაუდად მხოლოდ მისთვის, რომ ეს და ის საქმე **კულტურულ მუშაობად ითვლება**. ადვილად წარმოსადგენია, რომ ერთმა და იმავე კულტურულმა საქმემ ყოველგან ვერ მოიტანოს ის სარგებლობა, რასაც მისგან მოვლიან. ამით გვინდა ვსთქვათ, რომ ვიდრე საქმის გაკეთებას შევეუდგებოდეთ, უნდა ბეჯითად გამოვარკვიოთ, შევისწავლოთ საქმის გარემოება. ჯერ უნდა დავრწმუნდეთ მეცნიერულადაც კი, რომ მუშაობა სასარგებლო იქნება ხალხისათვის და მერმე შევეუდგეთ მის განხორციელებას. ჩვენი მდგომარეობა დღეს ისეთია, რომ არ გვარგია ფეხის ხმის აყოლა და საზოგადო საქმის დაწყება მხოლოდ მისთვის, რომ ის საზოგადოთ სასარგებლოა, ანუ კარგს შედეგებს იძლევა ზოგან; ჩვენ მეტად დაქვეითებული ვართ ეკონომიურად და ხარჯის გამოღება შეგვიძლია მხოლოდ უსაჭიროეს საქმისათვის. ამავე დროს ყველა დარგების კულტურული მუშაობა უნდა იყოს ერთი მეორესთან შეთანხმებული, რომ მან ხალხს შესძინოს ნამდვილი სარგებლობა და არ გახდეს მიზეზად ზარალის მოტანისა ხალხისათვის. დღევანდელი ჩვენი ცხოვრება კი გვაჩვენებს ამის მაგალითებს: შორს რომ არ წავიდეთ, გავიხსენოთ საექიმო დარგი, რომელსაც კულტურული მუშაობა, როგორც არის სარწყავი არხების გაყვანა, ამავე დროს დიდს ვნებას აძლევს ხალხის გაჯანსაღებას, თუ ისინი არ იქმნა მეცნიერულად და ტექნიკურად კარგად მოწყობილი. კარგათ ვიცით, რომ არხები აუცილებელი საჭიროა იქ, სადაც გვალვა სულს უხუთავს მუშა ხალხს და ხელიდან ართმევს საზრდოს მოულოდნელად. ხალხი კი არ არის იმოდენად მომზადებული, რომ ეძიოს ასეთი მოვლენის ნამდვილი მიზეზები და სხვა საშვალებით შეებრძოლოს ამ უსიამოვნო მოვლენას. იმან იცის მხოლოდ, რომ მისი ბედ-იღბალი არის დამყარებული ამიდზე: თუ კარგი ამიდი დაუდგა, ის ბედნიერია, მისი შრომა დაჯილდოებულია და ოჯახიც მაძლარი ყავს.

ვინაიდან წლიდან წლამდის ეს მუშა ხალხი შესცქერის ცას და მისგან მოელის ყოველივე გამოსავალს ასეთი უკიდურეს მდგომარეობიდან, ამისათვის არხების გაყვანას შეხვდა დიდი სიხარულით და მოწიწებით; სხვა გამოსავალზე არც იმას და არც მეთაურებს არ უფიქრიათ. გამოცდილებამ კი აჩვენა მას, რომ გვალვის დროს მოსავალს შველის თავის. დროზე მორწყვა და ამას კულტურული დარგის წარმომადგენლებმაც მხარი დაუჭირეს და შეუდგენ მუშაობის გაჩაღებას მაზრაში.

ეს მოხდა დასავლეთ საქართველოში, სადაც დიდი გვალვის დროსაც ჰაერში არის არა ნაკლებ სამოცდაათი, ოთხმოცი პროცენტი სინესტისა, რასაც გვაჩვენებს მეტეოროლოგიური სადგურები სხვადასხვა კუთხეებში ქუთაისის გუბერნიისა. მაშასადამე საქმე **სინესტეზე არ ყოფილა დამყარებული** და მორწყვა იმის გამო ეჭვირება ჩვენს ყანებს, რომ იმათ აკლიათ კულტურული დამუშავება, მართალია, გვალვის დროს ყანებს მორწყვა თვალსაჩინოდ შველის და უკვე თითქმის ამხმარი სიმინდი ხელახლავ გამოცოცხლდება და იმედს აძლევს მუშას, რომ ის მშვიერი არ დარჩება, მით უმეტეს, რომ გარდა სინესტისა ეს გადაყვანილი არხები სტოვებენ ბევრს სხვას ნივთიერ საზრდოსაც ყანებში, რომელიც ეჭვირება მათ გაჭვივების დროს. ეს რასაკვირველია კიდევ არ მოასწავებს, რომ მორწყავად ჩვენში კარგი მოსავალი შეუძლებელი იყოს, მეტადრე სიმინდისა, რომელიც მაინც და მაინც ნახ მცენარეთ არ ითვლება.

თუ დაუფიქრებდით ჩვენ, რა წესით მუშაობს ხალხი ყანებში, როგორ სთესავს ის სიმინდს, პურს, ღომს და ლობიოს, მაშინ ადვილად მივხვდებით, რისთვის არის მოსავლის ბედ-იღბალი მარტო ამინდზე დამყარებული და არა სხვა საშვალეებზე. აგრონომებმა დიდი ხანია იციან ამის მიზეზები, მაგრამ ხალხის მიერ კულტურის უქონლობამ, მათი ცოდნა ჰაერში გარიყა და ხალხმა ჯერჯერობით ვერ ისარგებლა მათი ცოდნით, მათი გამოცდილებით. ეს არის მეტად დიდი უბედურება ჩვენი მუშა ხალხისა, რომელსაც ახალი რამეს შემოღება ღირვით ეზარება და ძველი საშვალეები კი აღარ შველის, მაგრამ ის მაინც თავის ძველს ადათს არ სტოვებს, მოსავლის და ამავე დროს თავის ბედ-იღბალს ამყარებს კარგს ამინდზე, ანუ შემთხვევით, სადაც შესაძლოა მორწყვაზე, წლიდან წლამდის რწმუნდება, რომ მოსავალი თანდათან კლებულობს, შიმშილს უქადის მუღამ, მაგრამ ის მაინც ჯიუტობს და თავის მამა-პაპურ კავს არ ეშვება.

სწორედ ამაში გამოიხატება მთელი ტრაგედია ჩვენებური მიწის მუშისა, რომელთა რიცხვი დასავლეთ საქართველოში შეადგენს მთელი მცხოვრებლების არა ნაკლებ $\frac{8}{10}$ და ეს ისეთი გარემოებაა, რომ ამას, როგორც მთავრობამ, აგრეთვე ყველა კულტურულმა დარგებმა უნდა მიაქციოს უმთავრესი თავისი ყურადღება სიტყვით, საქმით და მაგალითებით. დააყენოს მათი მუშაობა სხვა ნიადაგზე და რაც შეიძლება მალე გადააჩვიოს **ეხლანდელ ველურ სისტემით მიწის მუშაობას**. მართალია, ეს არც ისე ადვილია, მაგრამ მაინც მოსახერხებელია, თუ გამოვიჩინთ საქმარის ენერჯიას ამ დიად მნიშვნელოვან საქმეში. დროა აუხილოთ ხალხს თვალები, აუხსნაო მიზეზები იმ მოუსავლობისა, რომელსაც ის განიცდის წლიდგან წლამდის; ვაჩვენოთ კულტურული მუშაობის მაგალითები და ჩვენ დარწმუნებული ვართ, რომ ის ადვილად შეიგნებს ამას და შეუდგება თავის ყანების სხვა სისტემით დამუშავებას. ცხადია, მას ბევრი დაბრკოლება შეხვდება ამ მიზნის მისაღწევად, მაგრამ ამას არც ის უნდა შეუშინდეს და არც მეთაურნი, კარგი იარაღის შოვნა ეხლა მეტად ძნელია, ამავე დროს ძნელია ლონიერი საქონლის შეძენაც, მაგრამ აქ **აუცილებლად საჭიროა მთავრობის დახმარება**, რომლისათვის ეს გარემოება ცხადზე უცხადესია და რომლის შემსუბუქებისათვის მან მიმართა ისეთს პალიატივს, როგორც არხების გაყვანა.

დასავლეთი საქართველო დიდს გაჭივრებაშია თავისუფალი დასამუშავებელი მიწების უქონლობით და ამის დასამტკიცებლად ისიც კმარა, რომ ხშირად შეხვედებით ჩვენში მიწის მუშას, რომელიც პურის მოწვევის შემდეგ სთესავს სიმინდს და ლობიოს იმავე მიწაზედ მის მაგიერ, რომ დასვენოს მიწა და ამით მაინც გაანოყიეროს ის შემდეგი წლისათვის. იმდენი თავისუფალი მიწა კი არ მოგვეძებნება, რომ ის წლობით დავასვენოთ. მუშა მუდამ ცდილობს, რაც შეილება მეტი სარგებლობა მიიღოს და ის კი ავიწყდება, რომ ამით ის ყოველივე ნაყოფიერებას უკარგავს თავის უამისოთაც გამოფუტურებულ საყანეს. თუ ამას დავუმატებთ, რომ ის ძალიან ცოტას ზრუნავს სათეს ადგილების განოყიერებაზე ნაკელით, დამპალათი, ანუ ქიმიური ნივთიერებებით, მაშინ ჩვენ უნდა გვიკვირდეს, რომ ეს მიწები კიდევ იძლევიან ხანდისხან კარგს მოსავალსაც. დავუმატოთ ის, რომ ჩვენი მამაპაპური სახნისი სრულიად არ ვარგა სამუშაოთ, ვინაიდან ის მიწას კი არ ხნავს, კი არ აბრუნებს, არამედ სჩიქნის, ძლივს აბრუნებს ორ გოჯამდის და იმავე დროს თავის ტარით, ანუ საქუსლეთი, რომელზედაც ის ფეხს აბიჯებს, უგნესავს თავს აჩიქნილს კავით აყალო მიწას და თესლს სიმინდის იქნება ის, თუ ლობიოსი, ართმევს საშვალებას ფესვი გაიკეთოს ღრმად, შეითვისოს დარჩენილი ნიადაგში სინოყიერე და სინესტე, რომელიც მკენარისათვის აუცილებელ საჭიროებად ითვლება.

ამ რიგად უხეირო ნათეს ყანებს ცოტაოდენი გვალვაც რომ წაესწროს, დიდს ზარალს მისცემს: ანუ წვიმებმა უნდა გააღონიეროს, ანუ უნდა მოიარწყოს თავის დროზე. ამ უბედურ მდგომარეობაში იმყოფება მუშა ხალხი და ჩვენ კი ვერას ვაწვდით მას, გარდა პალიატივებისა, როგორც მაგალითად, არხების გაყვანაა. ეს იმას ვერ უშველის, თუ საჩქაროთ ვერ შეიგნო, რომ მისი მამა-პაპური კავი გამოუსადეგარია მიწის დასამუშავებლად, თუ ის არ ჩამოშორდა მის ხმარებას და არ შემოიღო ნამდვილი კულტურული სახნისებით მიწის დამუშავება. დიდს საშიშროებას განვიცდით ყველა თუ საჩქაროთ არ დავანებთ თავი ჩვენ ძველ მიწის დასამუშავებელ იარაღებს და თუ იმავე დროს არ გავაღონიერეთ ჩვენი მეტად დასუსტებული საქონელი მათვის უკეთესი საკვებების მომზადებით, თუ გინდა იმავე ჩალისაგან, რომლითაც ჩვეულებრივად ვკვებავთ მათ დაუმუშავებლად.

ამით ჩვენ გვინდა ვსთქვათ, რომ ყოველივე ამას უნდა გადახალისება, შეგნება და ჩვენი მეურნეობის სულ ახალ ნიადაგზე დაყენება. ეს არის მოვალეობა ჩვენი მთავრობისა და ყველა იმ დარგებისა, რომელთაც ეს საქმე აქვთ მინდობილი. ჩვენ ვხედავთ, რომ ახალი მთავრობა ხშირად, ერთი დაკვრით, სცდილობს რომელიმე საჭირო და კულტურული საქმის სისრულეში მოყვანას და ბევრჯერ კიდევ აღწევს თავის მიზანს. რა თქმა უნდა, რომ მეურნეობის გადახალისება ამ ჟამად უპირველესს მოთხოვნილებას შეადგენს და შეუძლებელია, რომ მან გვერდი აუაროს ამისთანა დიადს საქმეს, არ ააწარმოვოს თავისი ორგანოები მიზანშეწონილად, რაც შეიძლება საჩქაროდ და ბოლო მოეღოს ხალხის დამშევას და მის დალატაკებას.

როგორც გვიჩვენებს ამერიკელი მეურნე ბ. გორჯული თავის საინტერესო წიგნში, არც ამერიკის შტატები ყოფილა უკეთეს მდგომარეობაში ერთი ოცდა

ათი წლის წინეთ, მაგრამ ეხლა კი იქაური მეურნეობა იმოდენად გამოცვლილა, გადახალისებულა ახალ ნიადაგზე მუშაობის დაყენებით, რომ დღეს მისი ერთი წლის მოსავლის ღირებულება სამჯერ აღემატება ყველა ამერიკის ბანკების კაპიტალს და ორი წლის კი შეადგენს იმდენს, რამდენიც მთელ ქვეყანას ოქრო აქვსო. მას მოყავს აუარებელი ციფრები ამის დასამტკიცებლად,

გორველი იწყებს თავის აღწერას შემდეგი სიტყვებით: „ძველი ამერიკის შტატები ქარებიდგან გამხმარი, გამოფიტული ნიადაგით, უბრალო ბალახით დაყრუებული, უმოსავლო ქვეყანა თავის ქოხებით, სადაც სალხი განიცდიდა შიმშილს და სიცივეს, სავსე ყოველგვარი ბინძურებით და სადაც საზოგადოდ ხალხის ცხოვრება ჯოჯოხეთურ მოგომარეობას წარმოადგენდა, დღეს, შემდეგ გადახალისებულა შტატების მეცნიერულ ნიადაგზე, წარმოადგენენ საუკეთესო სახნავ-სათესს ადგილებს კულტურულად დამუშავებულს, სადაც ყოველივემ ფერი იცვალა; მუშა ხალხის ცხოვრება იმოდენად გაუმჯობესდა, რომ მათი ახლანდელი მდგომარეობა ყველასთვის სახარბიელოა. ქალი და კაცი იმდენად დაინტერესდნენ ამ კულტურულ მუშაობაში, რომ იგინი არა თუ გაურბიან მიწის მუშაობას, არამედ სთვლიან ბედნიერებად ამ დარგში მუშაობას“.

რამ მიიყვანა ისინი ამ მდგომარეობამდის? სწავლამ, განათლებამ, კულტურამ და დიდმა ენერგიამ, რომელნიც გამოიჩინა მუშა ხალხმა და რომელსაც ენერგიულად დაეხმარა მიწათმოქმედების სამინისტრო თავისი საცდელი მანდვრებით, სამეურნეო სკოლებით და აგრონომიული ინსტიტუტებით, რომელთა რიცხვი აუარებელია ამ შტატებში. დღეს მიწის მუშა თვით გაცნობიერდა, შეიგნო ის, რაც იმას ესაჭიროებოდა ცხოვრებაში და მიხვდა, თუ რა დიდი საქმეა მიწის კულტურულად დამუშავება. ნუ თუ ამგვარი მაგალითები ამერიკის შტატებისა არ ავალებს ჩვენს მთავრობას და ყველა მათ, ვინც ამ დარგებში მუშაობს, რომ შეუდგენ მეურნეობის გაუმჯობესებას? არ შეიძლება ამ საკითხის გადადება და კიდევ ცდა, რომ საქმე თვით განვითარდეს და რიგიანად მოეწყოს, ასეთს დიდს საქმეში „უღარნი პორიადოკს“ რომ ეძახიან, იმას უნდა ჰქონდეს ადგილი, ვინაიდან პალიატივები განსაცდელიდან ვერ გამოგვიყვანს. ჩვენ ამით კია არ გვინდა ვსთქვათ, რომ პალიატივები, თუ გინდ არხების გაყვანის სახით, უსარგებლო მუშაობა იყოს, არამედ ჩვენ იმას არ ვსთვლით ისე საჭიროდ, როგორც არის მიწის იარაღებით დამუშავება, გამრავლება საცდელი მინდვრებისა, სამეურნეო სკოლების ბევრს კუთხეში დაარსება და მომზადება ახალგაზღობისა გონივრული და მეცნიერული მუშაობისათვის. ნამდვილად ამაში მდგომარეობს ჩვენი მოვალეობა, თუ ხალხის ბედნიერება გვსურს. მთელი დასავლეთი საქართველო რომ მოგფინოთ სარწყავი არხებით, თუ ხალხი ვრ იქნა განვითარებული, არ შეისწავლა მათი ხმარება და წესიერად შენახვა, მაშინ ისინი განდებიან მიზეზად მალარიის გავრცელებისა და ეს ხომ უბედურება იქმნება ხალხისათვის.

ზევით ვამბობდი, რომ ყველა დარგების მუშაობა უნდა იყოს შეთანხმებული: ათჯერ დაზომილი და ერთხელ გადაჭრილი. საქმის მკეთებელს ექვირება ცოდნა და გამოცდილება; თუ უწინ ეგონათ, რომ მიწის დამუშავება ყველას შეუძლია, ეს დღეს ცრუ მოსაზრებაა და მოაქვს დიდი ზარალი. მიწის მუშას ისე

ექვირება ცოდნა და მომზადება, როგორც ექიმს, ვეჟილს, ინჟინერს და სხვას. მართალია, დიდი ცოდნა უნდა ნიადაგის შესწავლას, მაგრამ ჩვენ არ ვთხოვლობთ, რომ ყველა ქიმიკოსები, აგრონომები და ბაქტერიოლოგები გახდნენ, არა ჩვენ მიწის მუშისაგან ვთხოვლობთ შეგნებულად მოპყრობას მიწასთან, მის კარგად დამუშავებას და დანარჩენ ცოდნას იმას მიაწვდიან ზემოხსენებული პირები, ისინი დაასწავლიან მას, როგორც თესლისათვის ნიადაგის მომზადებას, ისე მცენარის გარდაქმნასაც ნიადაგის შესაფერად. ამ გზას ადგია მთელი ამერიკის შტატების მუშაკნი და სხვა ქვეყნებშიდაც, სადაც მეცნიერული მუშაობა არის გაჩაღებული; იქ იმოდენად კარგად იციან მცენარის თვისება, რომ ვსთქვათ, სიმინდს თუ სურსთ, კრახმალს უფრო მეტს მოატანიებენ, ანუ ზეთს და ამ რიგად იგინი თვით მცენარის ბუნებასაც კი სცვლიან თავის სასარგებლოდ.

ჩვენ კი საუკუნოებით ერთნაირად ვმუშაობთ მამაბაპური კავებით და ვერც წარმოგვიდგენია მიწის კულტურულად დამუშავება, ჩავცივებებართ სარწყავ არხებს და იმათი ხმარებაც არ ვიცით, გვავიწყდება, რომ იმათ დიდი ვნებაც შეუძლიათ მოგვიტანონ, თუ კარგად არ იქმნებიან მოწყობილნი, მით უმეტეს ჩვენში, სადაც ყანები ითვისება აყალო მიწის ნიადაგზე, რომელიც წყალს კარგად არ ითვისებს და სტოვებს ისეთ ჭაობებს, რომელნიც ხშირად ხდებიან კოლოების ნამდვილ ბუდედ.

ამ მოკლე მოხსენებაში მინდოდა აღმენიშნა, თუ რამოდენად საჭიროა დღეს ჩვენი ქვეყნისათვის **შეთანხმებული კულტურული მუშაობა** ყველა მომუშავე დარგებისა წინდაწინვე გათვალისწინებით საზოგადოდ ადგილობრივი პირობებისა. ნუ დაგვავიწყდება, რომ ყოველივე ჩვენი კუთხე სხვადასხვანაირია თავის ბუნებით, მდებარეობით და სხვა ბევრი რამით, რაც ჩვენ გვავალებს ჯერ შესწავლას და მერმე მუშაობის დაწყებას. ამისთვის ჩვენ ჯერ არ მიგვიქცევია საკმარისი ყურადღება და საზოგადო საზომით მუშაობა ყოველთვის არ გამოგვადგება ჩვენ ეხლა გვყავს მომზადებული. ადამიანები ჩვენს უნივერსიტეტში, რომელთაც შეუძლიათ საქმის ხელმძღვანელობა, თუ მთავრობა მათ დაეკითხება ყოველ საზოგადო საქმის მოწყობის დროს, რომ არ ჩავარდეთ იმ მდგომარეობაში, როგორც მოხდა არხების გაყვანის დროს, როდესაც ამან სარგებლობის მაგიერ ზარალი მისცა ხალხს.

მ. XI. 1923.

ქ. ქუთაისი.

მე. ს. აბულაძე.

მალარიის წებავლენა თელავის მაზრის მოსახლეობის მოძრაობაზე¹.

თელავის მაზრის გეოგრაფიულ საზღვრებს შეადგენს ჩრდილოეთ აღმოსავლეთით კავკასიონის მთაგრები, სამხრეთ დასავლეთით ცივ-გომბორის მთა და სამხრეთ აღმოსავლეთით სიღნაღის მაზრა. იგი წარმოადგენს ალაზნის ველის დასაწყისის სამკუთხედს, რომელიც სამხრეთ აღმოსავლეთისაკენ თანდათან განიერდება. თელავის მაზრა შეიცავს 2.163 კვად. ვერსს, მოსახლეობის სიმჭიდროვე უდრის 33 ერთ კვადრატულ ვერსზედ (1917 საერთო აღწერით) და შეიცავს 72.763 სულს ორივე სქესისას. ალაზნის მარჯვენა მხარე უფრო დაქანებულია, მარცხენა კი ნაკლებად არის დაქანებული, ფლატოიანია და ქაობიან-ტყიანი. მთების კალთები დაფარულია ტყეებით; თვით ალაზნისაკენ თავქვე მისდევს ტყიანი ველები ორთავე მხარეს—ალაზნის ქალები. უმეტესს ნაწილს მოსახლეობისა შეადგენენ ქართველები, მისდევენ მევენახეობა-მეღვინეობას, ხენა-თესვას და მესაქონლეობას.

კახეთი (თელავის მაზრა) წარმოადგენს ერთ საუკეთესო კუთხეთაგანს საქართველოში თავისი თვალწარმტაცი მდებარეობის სილამაზით და ბუნებრივ სიმდიდრეთა სიუხვით. წარსულში არა ერთი ქართველი პოეტის აღმაფრენა მოუმართავს სამხიარულო ჰანგზედ მის ბუნებრივ სილამაზეს და სახსოვრად ჩვენთვის დაუტოვებია საუკეთესო მხატვრული ნაწარმოებნი (ორბელიანები, ჭავჭავაძეები).

მიუხედავად ყოველივე ამისა, ყოველნაირ დადებითი ღირსებებთან ერთად, ჩვენი მაზრის მოსახლეობა ძველთაგანვე უაღრესად არის დაავადებული, მისი ფიზიკური არსებობა დიდს საფრთხეს განიცდის და ამ მხრივ ჩვენ, სახალხო ჯანმრთელობის დარაჯებმა, ჯეროვანი ყურადღება უნდა მივაქციოთ. საუკეთესო ილუსტრაცია ხალხის კეთილდღეობისა და მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობისა, არის მისი მოძრაობის მაჩვენებელი, ე. ი. განსაზღვრულ დროის განმავლობაში კლებულობს მოსახლეობის რიცხვი, თუ მრავლდება, ან თუ მრავლდება, რა ტემპით მიდის ეს მოსახლეობის ზრდა-გამრავლება.

თუ დავეყრდნობით ოფიციალურ ცნობებს 1886 წლის და 1917 წლის მოსახლეობის აღწერას, 31 წლების განმავლობაში თელავის მაზრის მოსახლეობა გაზრდილა (7.363 სულით (72.542—65.149=7.363), რაიც შეადგენს მოსახლეობის ნორმალური ზრდის დაახლოებით $\frac{1}{3}$ -ს (ნორმალურ პირობებში მოსახლეობის რიცხვი ყოველ 30 წლების განმავლობაში უნდა ორკეცდებოდეს). ეს გარე-

¹) მოხსენდა საქართველოს ექიმთა მეორე კონგრესს მასში 1924.

მოება ძლიერ დამაფიქრებელ მოვლენად უნდა ჩაითვალოს, საკმარისია რაიმე კატასტროფიული მოვლენანი მის საზოგადოებრივ ცხოვრებაში, როგორც ძლიერი ეპიდემიები, ომი გარეშე მტერთან, მოქალაქობრივი ომი და სხვა, რომ ეს უმნიშვნელო ზრდა მოისპოს და, პირიქით, ძირითად რიცხვიდანაც ბევრი გადი-
 ყოლოს. ასეთ მდგომარეობაში იყო თელავის მაზრის მოსახლეობა 1917 წლამ-
 დის, უკანასკნელ საერთო აღწერამდის (სულ უკანასკნელი საერთო აღწერა 1923
 წლის ჯერ-ჯერობით დაუმუშავებელია). მას აქეთ უნდა ვიფიქროთ რომ მისი
 ჯანმრთელობის და გამრავლების ხელშემწყობი პირობები არ შეცვლილა, პირი-
 ქით, გაუარესდა, ამ უკანასკნელი 6 წლის განმავლობაში ჩვენ ვადაგვხვდა რევო-
 ლიუტია, ომები და მრავალი ეპიდემიები, რომლებიც, რა თქმა უნდა, უფრო გაა-
 უარესებდნენ ჩვენი მაზრის მოსახლეობის მდგომარეობას.

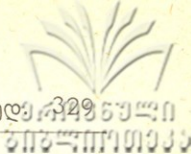
ამ ეპიდემიათა შორის აღსანიშნავია უმთავრესად 1922 წ. მალარიის ეპი-
 დემია. მალარია ჩვენი მაზრისათვის, მართალია, არ არის უცნობი სტუმარი, იგი
 ძველი დროიდანვე ღრღნიდა მოსახლეობის უმრავლესობას და შედეგად იძლეო-
 და მრავალ გადაშენებულ და გავერანებულ სოფლებს (ტურის-ციხე, ფაშანი,
 ძველი მაჩხანანი), რომლების ადგილასაც ამ უამად ვხვდებით მარტო ნასახლა-
 რებს და სასაფლაოებს, უმეტესი ნაწილი ამ სოფლების მაცხოვრებელთა ამოყ-
 ლეტილა მალარიისაგან, თითო-ოროლა ვინც გადარჩენილა, გაქცეულა და შე-
 ჰკედლებია სხვა რომელიმე სოფელს.

1922 წ. მალარიის ეპიდემიასაც დიდი მსხვერპლი შესწირა ჩვენმა მაზრამ,
 მან თავზარი დასცა მთელ მოსახლეობას, არავინ არ მოელოდა მის ასეთ გამძ-
 ვინვარებას, მისმა მკვეთრმა მიძიმე ფორმებმა ბევრი იმსხვერპლეს და თავის შემ-
 დეგაც დასტოვა მრავალი ქრონიკები, რომლებსაც დრო გამოშვებით იგი რეცი-
 დივების სახით ევლინება და მათ ჯანმრთელობაზედ უარყოფით ზეგავლენას ახ-
 დენს. მალარიის მიერ დასუსტებული ორგანიზმი ველარ იჩენს თავის გამძლეო-
 ბას რაიმე ინფექციის წინაშე და იგი უდროვოდ იღუპება. ამით აიხსნება ამ
 ბოლო დროინდელი დიდი სიკვდილიანობა გამოწვეული ფილტვების ანთებით,
 წითელით და ღიზენტერიით.

ასე რომ ჩვენ გაზვიადებულად არ უნდა ჩავთვალოთ Manson-ის აზრი, რო-
 მელიც კაცობრიობის სიკვდილიანობის ნახევარ შემთხვევებს პარდაპირ და არა
 პირდაპირ გამოწვეულს მიაწერს მალარიას. ეს აზრი ზედმეტად საბუთდება ჩვე-
 ნი მაზრის მაგალითით.

გარდა მალარიისა ჩვენ მაზრაში ხალხის დაავადების მხრივ, შესამჩნევი
 ადგილი უნდა დაეთმოს ტუბერკულოზსაც, უმთავრესად ფილტვებისას. უკანას-
 კნელი ძალიან ხშირი თანამგზავრია მალარიის ქრონიკული ფორმის.

მე აქ მოვიყვან სტატისტიკურ ცნობებს ჩვენი მაზრის დაავადებისა და მი-
 სი მოსახლეობის მოძრაობის შესახებ 1923 წლისას. მთელი მაზრის სამკურნალო
 დაწესებულებაში მთელი წლის განმავლობაში პირველად მიუმართავთ შესაფერი
 დახმარებისათვის 10.444 სულს, მათგან მალარიით დაავადებული გამომდგარა
 6.158, რაიც შეადგენს 59%. საერთო რიცხვიდან ტუბერკულოზით დაავადე-
 ბულთა რიცხვი უდრის 146 სულს, რაიც შეადგენს 1,4%. თელავის მაზრაში
 1923 წ. დაბადებულა 567 სული: ყოველ 1000 სულ მაცხოვრებელზედ მოდის



8 სული, გარდაცვლილა 1086 სული; ყოველ 1000 სულ მაცხოვრებელზედ მოდის 14 სული. ქორწინების შემთხვევა ყოფილა 394; ყოველ ათას სულ მაცხოვრებელზედ მოდის 5,5.

აქ მოყვანილი სტატისტიკური ცნობები ხალხის დაავადების შესახებ, რა თქმა უნდა, სინამდვილეს ძალიან არის დაშორებული. მოსახლეობის ნამდვილ დაავადების მაჩვენებლად არ შეიძლება ჩაითვალოს ეს ციფრები, იმიტომ რომ ხალხის დაავადების ხარისხი, რიცხვი სხვაა და ამ დაავადებულთა მომართვის შემთხვევების რიცხვი სხვა. მაზრის სამკურნალო დაწესებულებებში ეს უკანასკნელი გაცილებით ყოველთვის ნაკლებია, ნამეტნავად მალარიის შესახებ. ჩვენი ხალხი მალარიას არაფრად არ აგდებს და არც დროზედა სწამლობს, უბნის ექიმის რეგისტრაციაში ხვდება მარტო ცოტად თუ ბევრად მძიმედ დაავადებული ავადმყოფები, უმეტესი ნაწილი მათი კი სწამლობს შინაურულად, ან სრულიად არა სწამლობს. რა თქმა უნდა, ამას თავისი გასამართლებელი საბუთები აქვს, ამ მიზეზთა შორის ჩვენ უნდა დავასახელოთ უმთავრესად მოსახლეობის დაბალი კულტურული დონე და საექიმო დახმარების მათთვის მიუწოდებლობა (საბჭოთა აფთიაქების ნიხრის გადიდება ქინაზედ, ფასიანი საექიმო დახმარება, ამბულატორიების და საავადმყოფოების მოუწყობლობა).

რაიც შეეხება თელავის მაზრის მოსახლეობის მოძრაობის მაჩვენებელ ციფრებს, არც ესენი არიან სრული. თქვენ აქა ხედავთ, რომ სიკვდილიანობა თითქმის ერთი ორადა სჭარბობს დაბადებულთა საერთო რიცხვს მთელი წლის განმავლობაში, ეს ერთგვარი „კუროიზი“ აახსნება მით, რომ მოქალაქობრივი აქტების შესრულება ჯერ ახალი საქმეა და შესაფერ სიმაღლეზედ ვერ არის დაყენებული ჩვენს მაზრაში, არა თუ მარტო ჩვენს მაზრაში, ასეთივე სურათია საქართველოს ზოგიერთ მაზრებშიაც. ეს ზემოდ მოყვანილი არა სრული ციფრებიც კი არ არის წესიერად დამუშავებული, მაგ. საერთო სიკვდილიანობის რიცხვი არ არის დაყოფილი ნაწილებად მის გამომწვევი მიზეზების მიხედვით—მე ვერ მივიღე ვერავითარი ცნობა თუ რამდენი კვდება ჩვენს მაზრაში მთელი წლის განმავლობაში მალარიით, ტუბერკულოზით, ან სხვა რომელიმე ავადმყოფობით. ეს დიდი უარყოფითი მოვლენაა ჩვენს სახელმწიფოებრივ ცხოვრებაში, ამით ჩვენ მოკლებულნი ვართ იმ საუკეთესო საზომს, ჩვენი საზოგადოებრივი და სახელმწიფოებრივი ცხოვრების კეთილდღეობისას—რომელსაც დასავლეთ ევროპაში ძალიან დიდს ყურადღებას აქცევენ და რომელსაც ჰქვია **მოსახლეობის მოძრაობის მაჩვენებელი სტატისტიკა**. ცხადია ამ მხრივ დიდი ყურადღება უნდა მიექცეს ვისგანაც ჯერ არს, რომ მომავალში ისევ ასე ბნელაში არ გვიხდებოდეს მუშაობა, და მთელ ჩვენ მოსახრებებს და დასკვნებს არ ვამყარებდეთ ჩვენს პირად ზერელე, ზეპირ დაკვირვებებზე და ნავარაუდებებზედ, როგორც აქამდისინ ვშვრებოდით.

იმის პატარა ილიუსტრაციად თუ რა დონემდის აღწევს ჩვენი მაზრის მოსახლეობის მალარიით დაავადების ხარისხი, მე აქ მოვიყვან სწორ უტყუარ ციფრებს, რომლებიც მიიღო 1923 წ. კახეთის სამალარიო ექსპედიციამ მის მიერ ჩატარებულ ოჯახობრივ და ინდივიდუალურ რეგისტრაცია-შემოწმებით, ახალგავაზის რაიონის 5 სოფელში, წინასწარი შემუშავებული გეგმის მიხედვით. ამ ხუთი

სოფლის მოსახლეობა უდრის 1298 სულს, მათგან შემოწმებული იყო 978 სული უკანასკნელთაგან მალარიით დაავადებული აღმოჩნდა 79,2%, ელითის ინდექსი უდრის 73,1, Rossis ინდექსი უდრის 4,9. ამასთან ერთად ამ შემოწმება-რეგისტრაციის დროს ექსპედიცია შეეცადა გამოერკვია მოსახლეობის მოძრაობის მაჩვენებელი. გამოირკვა, რომ განსაზღვრულ პერიოდის დროს ეს ციფრი უდრის 162 სულს (637—475=162), მოსახლეობა არამც თუ არ იზრდება იგი კლებულობს და თუ ეს დაავადების მდგომარეობა უცვლელი დარჩა, ამ ხუთ (4) სოფელსაც იგივე დაემართება რაიც დაემართა ოდესღაც, ზემოთ მოყვანილ სოფლებს.

რაიც შეეხება აქამდისინ მალარიასთან ნაწარმოებ ბრძოლას, თუ გავითვალისწინებთ ამ საკითხის თანამედროვე მეცნიერულ მდგომარეობას, უნდა ვსთქვათ, რომ იგი ამ მხრივ იყო უსუსური ჯერჯერობით და ამიტომ ვერც დამაკმაყოფილებელ დადებითი შედეგებს მიაღწია. ამას ხელს უშლიდა უმთავრესად უსახსრობა, ქინაქინის საკმარისი რაოდენობის უქონლობა და მისი ზღაპრული სიძვირე (კერძო ბაზარზედ ქინაქინი ფასობს 70 მანეთს. საბჭოთა აფთიაქებში ჰყიდიან 200 მანეთად) საქმიან პერსონალის მოუმზადებლობა ამ საკითხში და მოსახლეობის დაბალი კულტურული დონე.

ის სამალარიო ექსპედიციები, რომლებიც აქამდის იგზავნებოდა კახეთში, შეიძლება ჩაითვალოს მალარიასთან მეცნიერულ ბრძოლის დასაწყისად. ამ ექსპედიციებს ჰქონდათ უფრო დაზვერვის ხასიათი, მათ აღმოაჩინეს ჩვენი მაზრის მოსახლეობის, მალარიის უაღრესად დაავადებული ნაწილები, საიდანაც მომავალში უნდა დაიწყოს წესიერი მეცნიერული ბრძოლა, ბრძოლა მუდმივი და მეთოდური დასაბუთებული მალარიის ეპიდემიოლოგიის და მასთან ბრძოლის საკითხების თანამედროვე მეცნიერული მდგომარეობის მიხედვით. ეს ბრძოლა მოითხოვს დიდ თანხებს. ჯანმრთელობის სახალხო კომისარიატმა ეს თანხები უნდა გამოინახოს რათაც უნდა დაუჯდეს და ტროპიკულ სნეულებათა ინსტიტუტის ხელმძღვანელობით უნდა დაუყოვნებლივ შეუდგეს ამ ჩვენი მაზრის მოსახლეობის მალარიისაგან გაჯანსაღების საქმეს, თორემ მერე გვიანდა იქნება, ისედაც საკმარისი დიდი მსხვერპლი შესწირა ჩვენმა მაზრამ ამ უღმობელ მტერს.

თუ ჩვენ მალარიასთან ბრძოლის საქმე მოვაწყეთ, როგორც რიგი და წესია, ამით თითქმის ნახევრად ძლეული გამოვა მეორე უღმობელი მტერი ჩვენი მაზრის მოსახლეობისა—ტუბერკულოზი, რომელთანაც აგრეთვე გვმართებს პარალელურად ვაწარმოვოდ შესაფერი ბრძოლა. ამ მხრივ ჯერ-ჯერობით ჩვენს მაზრაში არავითარი პრაქტიკული ნაბიჯები არ არის გადადგმული. ამ მხრივაც ცენტრმა ხელმძღვანელობა უნდა გაუწიოს და საკმარისი თანხებიც უნდა გაიღოს ამ ბრძოლის საშუალებების მოსაწყობად, თორემ თუ მართა ჩვენი თავის ანაბარა დავრჩით, როგორც აქამდისინ ვიყავით, უსახსრო და უხელმძღვანელოდ ვერაფერს ვერ გავხდებით.

დასასრულ უნდა მოგახსენოთ რომ ჩვენი მაზრა სწავლა-განათლებით და შეგნებით საგრძნობლად დაბლა სდგას საქართველოს ზოგიერთ მაზრებთან შედარებით (დასავლეთ საქართველო); თუმცა მისი ბუნება მდიდარია, მაგრამ ეს სიმდიდრე ხალხს ჯერ ვერ გამოუყენებია თავის ცხოვრების პირობების გასაუმჯობესებლად, ამას არა ნაკლებად ხელს უშლის ხალხის მალარიით დაავადება, რომელიც გარდა მატერიალური ზარალისა და დიდი სიკვდილიანობისა, ერთგვარ ზეგავლენასაც ახდენს მის ფსიქიკაზედ, უცვლის ტემპერამენტს, ხასიათს, აღუნებს, უკარგავს ყოველნაირ უნარიანობას—ინიციატივას და გადაგვარების გზაზედ აყენებს.

III.

პრაკტიკული თერაპია

კუჭის და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პროტეინოთერაპია.

Pribram-ი ხელშეწყობს უბრუნდება თავის დაკვირვებებს კუჭის და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პროტეინოთერაპიის შესახებ. მან ასეთი წამლობით ვაატარა 300-მდე შემთხვევა და ამტკიცებს, რომ მის მიერ მოწოდებულმა (და Holler-ის) მეთოდმა გამოცდა დაიჭირა და იხმარება ფართოდ არა მარტო კლინიკურ პირობებში—არამედ პრაქტიკოს ექიმების მიერაც—კარგი შედეგით.

ყველაზე კარგ შედეგს იძლევა მცირე სიმრუდის წყლულის დროს, პენტ-რიულ წყლულის დროსაც კი ტკივილები ჰქრება, შრომის უნარი მთლიანდ მოიპოვება ჩვეულებრივ საჭმლის დროსაც. ობიექტიურად: ჰქრება ანდა შესამჩნევად პატარავდება რენტგენოლოგიური თავხები (ნიბები). პილორუსის წყლულების დროსაც ეს წამლობა კარგ შედეგს იძლევა, მაგრამ რეციდივები ემჩნევა. რეციდივი ხდება ჩვეულებრივ ოთხი თვის შემდეგ წამლობის გათავებისა. ავადმყოფს უბრუნდება ტკივილები, მცირდება საჭმლისადმი გამძლეობა, ხელახლავ ნახულობენ (რენტგენოსკოპიურად) გაძლიერებულ პერისტალტიკას და პილორუსის სპაზმას, რომელიც გაჰქრა პროტეინოთერაპიის შემდეგ. პროტეინებით ახალი კურსით წამლობის შემდეგ მოვლენები მალე ჰქრება.

რაც შეეხება წინამდებარე ჩვენებას, ახალი სისხლის მდინარობა არ რიცხავს პროტეინოთერაპიის წარმოებას, რაც შეეხება ქრონიკულ განმეორებით სისხლის მდინარობის (ulcus duodeni-ის დროს) დროს საჭიროა მიემართოთ რადიკალურ ქირურგიულ წამლობას—რეზექციას. ქირურგიული წამლობა ნაჩვენებია აგრეთვე ყველა იმ შემთხვევებში, როდესაც 2—3 კურსი პროტეინით წამლობისა უშედეგოთ, რჩება ე. ი. არ აღსდგება შრომის უნარიანობა, ტკივილის უქონლობით ჩვეულებრივ საჭმელზე.

რაც შეეხება წყლულის წამლობის სხვა თერაპიულ საშუალებებს, იმ შემთხვევებში როდესაც პროტეინოთერაპია არ შეეღის, ისინიც უშედეგოთ ჩაივლიან ხოლმე, მაშინ როდესაც სხვა საშუალებების უშედეგობის დროს პროტეინოთერაპია ხანდახან კარგ შედეგებს იძლევა. მედიკამენტოზური საშუალებებიდან ზოგიერთ შემთხვევებში ნაჩვენებია ტუტები.

საერთოდ პროტეინოთერაპია კარგ შედეგებს იძლევა 50 ან 70% კუჭის და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის ყველა შემთხვევებისა. აბსოლუტურ წინათანამედროვე მედიცინა № 5—1925.

მლდევ ჩვენება: ფილტვებში აქტიური ან სუბაქტიური ტუბერკულოზური პროცესის არსებობა. საჭიროა დაკვირვებითი წინასწარი გამოკვლევა ამ მიმართულებით, ლატენტურ პროცესის გამწვავების თავიდან ასაცდენად.

ცილის რომელი პრეპარატი უნდა ვიხმაროთ? Pribram-მა მიიღო საუკეთესო ეფექტი—Novotropin Grenznach-ის ვენაში შესხაპუნებით 0,1—1,0 თითო ინექციაზე. 2—3 დღის გამოშვებით—არა უმეტეს საინექციისა ერთი კურსის წამლობის დროს. უნდა ვეცადოთ მივიღოთ ნათელი მთლიანი და ადგილობრივი რეაქცია პირველ შესხაპუნებისთანავე. კეროვან (серавое) რეაქციის მიღება კარგი ნიშან-საბუთია განკურნებისთვის. საერთოდ კი ნათლად გამოხატული რეაქცია თუნდაც კი საერთო—წინა მორბეღია პროტინოთერაპიის კარგი შედეგისა.

გ. ლ.

ANGINA PECTORIS იერიშის მკურნალობა.

A. P. იერიშის დროს მორფიუმის გარდა, სპეციფიურ კარგ შედეგებს იძლევა ნიტროგლიცერინი. უკანასკნელი თურმე შესაძლებელია მიიღოს ავადმყოფმა დიდიხნის განმავლობაში უზიანოდ. (L. Stein. M. Kl. 1925 № 3). ავადმყოფს, რომელსაც გამოწერილი ჰქონდა $1/2$ მილიგრამი ნიტროგლიცერინი 2 ჯერ დღეში (იერიშების დროს), ნამდვილად თავისი ნებით მიუღია 4-5 ჯერ $1/2$ მილიგრამი: იღებდა სულ მუდამ იერიშების გარეშეც 20 წლის განმავლობაში ზედიზედ—ყოველგვარ უზიანო მოქმედების გარეშე. (გარდაიცვალა 85 წლისა პნევმონიისგან).

რაც შეეხება მორფიუმს, angina pectoris ზოგიერთ შემთხვევებში იგი პირდაპირ სამაგალითო შედეგს იძლევა—ჩერდება აუტანელი ტკივილი, მცირდება გვირგვინოვანი სისხლძარღვების სპაზმა და უკეთესდება გულის კუნთის სისხლის მარაგი. ამის გამო ასეთ შემთხვევებში, ექიმთა შიში მორფიუმისადმი—შიში, „გულის შხამი“—ს მიცემისა მძიმე გულყრის დროს—უადგილოა. კარგად მოქმედობს მშრალი სითბოს ხმარება (Phön). კვარცის ლამფა (იერიშების გარეშეც). სისხლის წნევის შესამცირებლად, ფიზიკურ და დიეტეტურ საშუალებათა გარდა, კარგია დიურეტიკის ხანგრძლივი-წლობით ხმარება.

გ. ლ.

ვენების კვანძოვანი გაზანიერების ახალკერატიული წამლობა.

დაკვირვება გვიჩვენებს, რომ ტროჰოფლებიტების შემდეგ ზოგჯერ ხდება ვენების დაცარიელება და ამნაირად ავადმყოფი იკურნება ვენების კვანძოვანი გაგანიერებისაგან ამ არეში. პროფ. Linser-მა გამოიყენა ეს „ბუნებრივად“ მიმხდარი მოვლენა varices cruris წამლობის საქმეში (T-pie d. gegenwart. 1925. H. 1.) ხელოვნურად თრომბის გაჩენა კვანძოვან გაგანიერებულ ვენაში ხდებოდა სუბლიმატის (1-2%) ვენაში შესხაპუნებით: ამნაირ წამლობით გატარებულია 6000 მეტი ავადმყოფი—კარგი შედეგებით. ასეთივე კარგი შედეგებით ეს მეთოდი

გატარებული იყო სხვა ავტორების მიერაც. (იხ. Врѣч. газ. 1924 წ.). ყველაზე სერიოზული გართულება, რომელიც ამ დროს მოსალოდნელი იყო, — ემბოლია — არც ერთხელ არ ყოფილა შენიშნული, მიუხედავად იმისა რომ წამლობა ხდებოდა ამბულატორიულად. ერთად ერთი გართულება, რომელიც ზოგიერთ შემთხვევებში მოხდა, ეს იყო ოდნავი მოწამვლა სინიდიყით: სტომატები, ენტიერიტები, ნეფროზები, დერმატიტები — რომელთაც ძლიერ იოლი ხასიათი ჰქონდა; საერთოდ 6000 ავადმყოფიდან ამნაირ შემთხვევების გამო მკურნალობა შეწყვეტილი იყო 4-6 შემთხვევაში. ამისგამო და ფსიქოლოგიური მოსაზრებით (სიტყვა „სუბლიმატი“ აშინებს ავადმყოფებს და ხანდისხან ექიმსაც). L. უკანასკნელ ხანებში დაიწყო სუბლიმატის მაგიერ — ქლორიან ნატრიუმის კონცენტრირულ ხსნარის ხმარება ინექციისათვის. ეს მოდიფიკაცია იდეალური გამოდგა უშიშროების მხრივ — და იძლევა ისეთსავე კარგ მკურნალობით ეფექტს. რაც შეეხება რეციდივებს ამ საშუალებით წამლობის შემდეგ ეს ისევე შესაძლებელია, როგორც ყოველივე სხვა საშუალების და მათ შორის რადიკალურ ოპერატიული წამლობის შემდეგ.

შეშხაპუნების ტექნიკა. ვენას დასწურავენ ანდა კიდურს აძლევენ მაღალ მდებარეობას და ამავე დროს ეწინააღმდეგებიან სისხლის მოქცევას დისტალურ (ქვეითა) მხარედან. შემდეგ შეჰყავთ პირდაპირ ვენაში ნეგსი, შესრუტვენ ხსნარით სავსე შპრიცში ცოტაოდენ სისხლს, დასაარწმუნებლად რომ ნეგსი ვენაშია, და შემდეგ ნელნელა შეჰყავთ NaCl ხსნარი. ხსნარის განსაკუთრებული სტერილიზაციას და აგრეთვე ნეგსის და შპრიცის (თუ ისინი სხვა მიზნისათვის არ იხმარებიან) არ არის საჭირო, ვინაიდან თვით კონცენტრირული ხსნარი NaCl ანტისეპტიური თვისებებისაა. საშუალო სიდიდის ვენაში შეჰყავთ 4-5 კუბ. სანტ. 15%-40% NaCl ხსნარისა ერთი სენსის დროს შესაძლებელია შევიყვანოთ ოთხი, ხუთი დოზა სხვა და სხვა ვენებში, რაც ძლიერ აჩქარებს მკურნალობას — სუბლიმატის ინექციისთან შედარებით: რაც შეეხება NaCl ხსნარის კონცენტრაციის ხარისხს შესაძლებელია დაწყება 15% და თუ თრომბი არ გაჩნდა (12-24 საათის განმავლობაში) ინექციას იმეორებენ 30-40% ხსნარით. პატარა კვანძების დროს ახალგაზრდა სუბიექტთათვის საკმარისია 15% შეხორცებულ დიდი კვანძების დროს კი დიდი კონცენტრაციის ხსნარია საჭირო, ზოგიერთ შემთხვევაში საჭიროა შეყვანა ერთ ვენაში დიდი დოზებისა 20 კუბ. სანტიმეტრამდე. განკურნება ხდებოდა ყველა შემთხვევებში გამოუკლებლად.

თანადართული მოვლენები — გართულებანი მარილის ინექციის დროს შემდეგია: კარგად გაკეთებული ინექციის შემდეგ ყოველთვის ვიღებთ მტკივნეულ კრუნჩხვას, რომელიც დამოკიდებულია სისხლის მიღების სპაზმზე-კრუნჩხვა გადაეცემა წვივში ან ბარძაყში. მტკივნაობის ხანგრძლივობა რამდენიმე წამი. სხვა იშვიათი შემთხვევებში მეორე დღეს ჩნდება თრომბოზი ყველა ზერელე კვანძოვან გაგანიერებული ვენებისა; მაგრამ ეს მოვლენა სრულიად საშიშარი არ არის, რადგან თრომბოზი არასდროს v. femoralis-ამდე არ ვრცელდება ემბოლიის საშიშროებაც გამორიცხებულია. ხანდისხან მიიღება პერიფლემიტი — ახლომდებარე ქსოვილის ანთებით — ინფილტრატი და სიწითლე. ამ ნაირი შემთხვევებში ნაჩვენებია მოსვენება ორიოდე დღით და სათბური (თოფრაკი ცხელი ქვიშით).

IV

ქორესკონდენსიები.

ტფილისის ქართველ ექიმთა საზოგადოების 1924 წ. 4/XII
სხდომის ოქმი.

დაესწრო 59 პირი. ეს პირველი კრებაა საზოგადოების ახალი გამგეობის მეთაურობით. თავმჯდომარე — პროფ. ალ. ნათიშვილი.

მოხსენება 1. ექ. თევზაძე — „ბრმა ნაწლავის და მის დანამატის არანორმალური მდებარეობის შემთხვევები, აღმოჩენილი ოპერაციის დროს“.

ავტორს მოჰყავს ლიტერატურული ცნობები აღნიშნული საკითხის შესახებ, განმარტავს ნაწლავების ემბრიონალური განვითარების მთავარ მომენტებს, და ვიზუალურად იმ მოსაზრებას, რომ ემბრიონის სხეულში იშვიათი არ არის პერიტონეუმის ანთების მოვლენები, რის გამოისობითაც შესაძლებელია სხვადასხვა ორგანოს არა ჩვეულებრივ ადგილზედ გაჩერება და მიწებება. ამ რიგად შეიქმნება საფუძველი განვითარების მანკისა საზოგადოთ და ნაწლავების არა ნორმალურ მდებარეობის შემთხვევებისა კერძოდ. ავტორს მოჰყავს ფრელიჩის კლასიფიკაცია ბრმა ნაწლავის და მისი დანამატის მდებარეობისა თიაქრის პარკში. და წარმოადგენს 6 შემთხვევას აპენდიციტის თიაქრისას, რომელსაც ადგილი ჰქონდა ჰოსპიტალურ ქირურგიულ კლინიკაში. ავტორს მოჰყავს აგრეთვე ბრმა ნაწლავის მარცხნივ მდებარეობის შემთხვევა, რომლის დროსაც მწვავე ჩირქოვანმა აპენდიციტმა გამოიწვია ileus-ის სურათი.

მ. ნემსაძეს მოჰყავს თავის შემთხვევები ბრმა ნაწლავის დანამატის თიაქრის მარცხენა საზარდულის მილში შეიღვერ და ორი შემთხვევა აგრეთვე მარცხენა საზარდულის თიაქრის ბრმა ნაწლავის და მის დანამატის მდებარეობით. იგი აღნიშნავს აგრეთვე ერთ-ერთ უკანასკნელ თავის შემთხვევას, როდესაც მარჯვენა საზარდულის თიაქარში მდებარეობდა ბრმა ნაწლავის დიდი ნაწილი, წვრილი ნაწლავის დიდი ნაწილი და სათესლე ჯირკველი კი თიაქრის პარკის ძირში იყო მოქცეული.

პროფ. ს. გოგოტიძე წინააღმდეგ მონხსენებელის მიერ მოყვანილი აზრისა თიქრობს, რომ ჭიკაძე და დანამატის მდებარეობაში ჰასაკს აქვს დიდი მნიშვნელობა. მცირეწლოვან ბავშვების ორგანიზმში ბრმა ნაწლავი უფრო მაღლა ძვეს ვიდრე მოზრდილების, სამაგიეროთ დასწვრივი და სიგმოიდური კოლინჯი ბავშვებს უფრო მოძრავი აქვთ. ამიტომ მოსალოდნელია, რომ ბავშვის ბრმა ნაწლავის დანამატით თიაქრის პარკში ჩათრევა უფრო ძნელია და მაშასადამე უფრო იშვიათად ხდება, ვიდრე მოზრდილისა. სამაგიეროთ ბავშვის დასწვრივი და სიგმოიდური კოლინჯი უფრო ხშირად უნდა მოექცეს თითქმის პარკში.

პროფ. ა. ნათიშვილი—ეხება მოხსენების ებრიონალურ ნაწილს. იგი აღნიშნავს, რომ ჩანასახის ცხოვრების პირველ თვეებში გარდიგარდმო კოლინჯი არ არსებობს, რომ ამ დროს ღვიძლი მეტად დიდია, მისი მარჯვენა კიდე თეძოს ქედს ეხება და რომ ასწვრივსა და გარდიგარდმო კოლინჯებს ერთად ირიბი მიმართულება აქვთ და ემბრიოლოგიაში *coloni obliquum*-ის სახელწოდებით არის ცნობილი. შემდეგ ბრმა ნაწლავს საზოგადოთ თავის საკუთარი ჯორჯალი არა აქვს და რომ იმ შემთხვევებში, როდესაც ბრმა ნაწლავი და ასწვრივი კოლინჯის ნაწილი მოძრავნი არიან, მაშინ ეს ნაწლავები მოთავსებულია წვრილ ნაწლავების ჯორჯალში.

პროფ. გ. მუხაძე—არ ეთანხმება იმ აზრს რომ ბავშვებს ბრმა ნაწლავის და მის დანამატის თიაქრის პარკში მოქცევა შედარებით უფრო იშვიათი უნდა იყოს, ვინაიდან ამ საკითხის არსებული სტატისტიკა ასეთ გარემოებას არ ამტკიცებს.

მ. ცხაკაია ეხება მოხსენების იმ ადგილს, სადაც ჩაქედვაზე საუბარი და აცხადებს, რომ ძნელია იმის გამოჩვენება რომელმა რა გამოიწვია: ანთებამ ჩაქედვა, თუ ჩაქედვამ ანთება.

მოხსენება II. ექ. გ. ხუციშვილი—„ჭიაყელა დანამატის ტუბერკულოზი“)

ა. წულუკიძე—რით უნდა ვიხელმძღვანელოთ ოპერაციის მოსახდენად, როდესაც სეროზულ გარსზედ ტუბერკულები არ არის?

მომხსენებელი—ასეთ შემთხვევაში უნდა მივიღოთ მხედველობაში ირგვლივ ქსოვილების შეხორცება.

დ. იოსელიანი—ჭიაყელა ნაწლავის დაზიანება ტუბერკულოზით პირველყოფილია თუ არა?

მომხსენებელი—ჩვეულებრივად ეს დაზიანება მეორად მოვლენის ხასიათს ატარებს, მაგრამ არის იშვიათი შემთხვევა, როდესაც მხოლოდ ამ ორგანოს განკერძოებული დაავადებას აქვს ადგილი.

ნ. გეგეჭკორი—მოხსენება საინტერესოა, როგორც ქირურგებისათვის, ისე თერაპევტებისათვის. მხოლოდ კლინიკური დიაგნოზის დასმა ისე, როგორც ეს წარმოდგენილი აქვს მოხსენებელს, სრულიად შეუძლებელია. კლინიკური დაკვირვება დღეს სამწუხაროთ არ გვაძლევს საშუალებას დანამდვილებით ვსთქვათ ამა თუ იმ შემთხვევაში გვაქვს უბრალო ქრონიკული აპენდიციტი, თუ სპეციფიკური-ტუბერკულოზური. აპენდიკალური ტუბერკულოზი შედარებით უნდა ხშირი იყოს ვინაიდან მასში უხვი ლიმფატური ქსოვილი არსებობს. თუ აპენდიკალურ ტუბერკულოზზედ ეჭვი შეგვაქვს, მაშინ შეიძლება მივმართოთ კუჭის წვენის და განავლის ანალიზს, თუმცა ესეც არ არის საკმარისი, ვინაიდან ფილტვის ქლექით ავადმყოფნი ნახველს ჰყლაპავენ და ამიტომ Calmette-ის დაკვირვებით 50% -ში განავალში შეიძლება ავადმყოფს ჩხირები აღმოაჩნდეს. ერთად ერთი გზა საიმედო ჩემის აზრით არის Koch-ის ტუბერკულინის რეაქცია. პირველ რეაქციაზე ამ მხრივ ვერ მოგვცემს კარგ შედეგს, ვინაიდან Hamburger-ის დაკვირ-

*) დაბეჭდილია ჟურნალში „თანამედროვე მედიცინა“, № 3-4. 1925 წ.

ვებათ პირკეს რეაქცია 96 %-ში დადებითია. მართალია Koch-ის ტუბერკულოზის შემხაპუნება იხმარება უფრო ხშირად ორი ავადმყოფობის დროს თირკმლის და საკვერცხეს დაავადების დროს,—მაგრამ ვინაიდან ყოველთვის ასეთი შემხაპუნება იწვევს ადგილობრივ რეაქციას იმ ორგანოს მხრივ, რომელიც დაავადებულია ტუბერკულოზით, ამიტომ ვფიქრობ, რომ აპენდიკალური ტუბერკულოზის დროსაც შეიძლება Koch-ის ტუბერკულოზის შემხაპუნებას მივმართოთ და მივიღოთ დიაგნოსტიური ნიშანი მისი დაავადებისა, რომელიც ადგილობრივ ტკივილებში გამოიხატება.

ა. წულუკიძე—გარკვეული კლინიკური ნიშნები აპენდიკალური ტუბერკულოზის გამოცნობისათვის არ არსებობს და ეს არც არის ისე საჭირო პრაქტიკული თვალსაზრისით, ვინაიდან ყოველი აპენდიციტი ამოკვეთილი უნდა იქნეს და, თუ აღმოჩნდება ოპერაციის დროს დანამატის tbc, მაშინ ოპერატორი მოიქცევა ისე, როგორც ამას გარემოება მოითხოვს. მე არ ვეთანხმები ნ. გეგეჭკორს და ვფიქრობ, რომ ტუბერკულოზით პროვოცაცია ნამდვილ ნიშნებს არ იძლევა სხვადასხვა მიზეზის გამო: დანამატის არა ნორმალური მდებარეობა შეიძლება, ტკივილები შეიძლება იყოს არა დაზიანებულ მხარეზე. განავალში ჩხირების აღმოჩენა არ გულისხმობს უთუოთ დანამატის დაავადებას. თირკმლების დაავადების გამოსაცნობად უფრო მისაღებია ცისტო და ხრომოცისტოსკოპი და ცალკე წარდსაწვეთიდან შარდის ამოღება.

ბ. გეგეჭკორი—ყოველ კერძო შემთხვევაში საჭიროა თავი შევკავოთ ოპერაციიდან, სანამ ყოველივე ზომები ამოწურული არ არის დაავადების ნამდვილის ხასიათის გამორკვევისათვის. ამიტომ Koch-ის ტუბერკულოზის შემხაპუნება არის ერთ-ერთ ასეთი ზომათაგანი.

ა. წულუკიძე—დასტაქრისათვის არსებობს ასეთი პრინციპიალური საკითხი: ყოველგვარი აპენდიციტის დროს საჭიროა თუ არა ოპერატიული დახმარება. ჩვენი შეხედულებით, თუ აპენდიციტი არსებობს, ასეთი უნდა ამოკვეთილი იქნეს.

დ. იოსელიანი—დანამატის ტუბერკულოზით დაზიანება ყოველთვის მეორად მოვლენას წარმოადგენს. ამიტომ ტუბერკულოზის შემხაპუნება გამოიწვევს ყველა იმ ორგანოების გაღიზიანებას, რომელიც კი დამუშავებულია სენით. მაშასადამე Koch-ის ტუბერკულოზის შემხაპუნება არაა გამოსადეგი.

პროფ. ს. გოგოტიძე—ვერ გავიზიარებ მომხსენებლის აზრს, რომ ვითომ ტუბერკულოზური აპენდიციტი შეიძლება გახდეს ხშირად საზოგადო პერიტონიტის მიზეზად. ასეთი შესაძლებლობა ძალიანი იშვიათი უნდა იყოს. თვით მომხსენებლის არც ერთ შემთხვევაში საზოგადო პერიტონიტი არ ყოფილა შემჩნეული. მე პირადად ტუბერკულოზური პერიტონიტის გამო ლაპარატომიის დროს არც ერთხელ არ შემხვედრია ბრა ნაწლავის ან მისი დანამატის ტუბერტულოზი, თუმცა ასეთ ოპერაციას ბევრჯელ დავსწრებივარ. აგრეთვე არასოდეს არ შემიმჩნევია დანამატის დაავადების ნიშანი ტუბერკულოზური პერიტონიტის მსვლელობის დროს ანუ მისი უაპერაციოთ მორჩენის შემდეგ. რაც შეეხება ნ. გეგეჭკორის აზრს, მე ვფიქრობ, რომ დიაგნოსტიკა ტუბერკულოზის საშუალებით აპენდიციტისა სხვადასხვა გარემოების გამო შეიძლება შემცდარი გამო-

დგეს. ოპერაციის ჩვენების გამოსარკვევად ტუბერკულინით ცდაზე დამყარება შეუძლებელია, ვინაიდან მტკივნეულობის რეაქცია შეიძლება არ ესაბამებოდეს. ტუბერკულოზურ ბუდეს და ასეთ შემთხვევებში ოპერაციის უარყოფა სახიფათოა. ლაპარატომია რთულ შემთხვევებში საჭიროა.

პროფ. გ. მუხაძე — წინასწარი დიაგნოზის დასმა დანამდვილებით უძნელესია თუმცა სასურველია, როგორც თეორიულს, ისე პრაქტიკულ თვალსაზრისით. სამწუხაროთ ტუბერკულინი არ იძლევა დიაგნოსტიკის მხრივ ნამდვილ საშუალებას და ჩვენ იძულებულნი ვხდებით ჩავერიოთ ოპერატიულად.

ქართველ ექიმთა საზოგადოების მორიგი კრების ოქმი 18/XII 1924 წ.

კრებას დაესწრო 40 წევრი და 31 სტუმარი. თავმჯდომე რე პროფ. ალ. ნათიშვილი.

ექ. ა. წულუკიძე — „ცისტო-ურეტრო-პიელოგრაფია, როგორც დიაგნოსტიური საშუალება საშარდე ორგანოების დაავადების დროს“.

ცისტო-ურეტრო-პიელოგრაფია არის დიაგნოსტიური საშუალება, რომლის დროსაც საშარდე ბუშტში, შარდსაწვეთებში და მათ მენჯში საკონტროლო სითხის შეყვანის შემდეგ იღება რენტგენის სურათი. ტენიკა ამ საშუალებისა ჰოსპიტალურ-ქირურგიულ კლინიკაში შემდეგია: წინა დღით კუჭის გაწმენდა ზეთით, სურათის გადაღების დღეს ოყნა, შემდეგ შარდის ბუშტში კატეტერის საშუალებით Sol. natri bromati 25% (steril) შეყვანა იმ მომენტამდე, სანამ ავადმყოფს მისი შეკავება შეუძლიან. ამის შემდეგ სურათის გადაღება.

ურეტროგრაფიის დროს მომზადება ავადმყოფისა იგივეა. საკონტროლო ცისტოსკოპის დახმარებით შარდსაწვეთებში შეგვყავს იგივე ხსნარი თბილი წვრილი კატეტერით და რეკორდის შპრიცით, სანამ ავადმყოფი სათანადო მხარეზედ ტკივილებს იგრძნობს. ამის შემდეგ სურათის გადაღება.

მომხსენებელს მოჰყავს ამ მეთოდის განვითარების ისტორია: პირველად პიელოგრაფია 1906 წ. გააკეთეს პროფ. Lichtemberg-მა და Wosioleo-მ Collargol-ის 5% ხსნარით. ექსპერიმენტალურად და კლინიკურადაც გამოიკვია, რომ ეს სითხე ზოგიერთ შემთხვევაში სახიფათოა. 1918 წ. Weloit-მა შემოიღო Sol. natri bromati 25%. გამოიკვია, რომ ენ ხსნარი სრულიად უვნებელია და ეხლა ყველგან ამ სითხეს ხმარობენ. ამ ჟამად ამის გარდა Jocel-ი ხმარობს Urobrenal-ს (lithium iodatum), მაგრამ ამის შესახებ ჯერ საბოლოო დასკვნის გამოტანა ნაადრევია.

ცისტოსკოპიას შეუძლიან მოგვეცეს სურათი: შარდის ბუშტის კონფიგურაციისა, მის დივერტიკულების არსებობის და მათი ოდენობისა, ტოპოგრაფიული ურთიერთობისა, სიმსივნეების, რომლებიც შეიძლება იქნეს მოთავსებული, როგორც თვით შარდის ბუშტში, ისე მეზობელ ქსოვილებში.

ურეტროგრაფია იძლევა სურათს: ამ ორგანოს ყოველ გვარ ანომალიებისა, ორმაგი შარდსაწვეთებისა, ნალისებრი თირკმელისა, შარდსაწვეთების გადაგრეხვისა, გაფართოვება-შევიწროებისა, მათი სხვადასხვა მიმართულებისა, თვით პიელოგრაფია გვიჩვენებს ნათლად: თირკმლის მდებარეობას, ნორმალურს და ანომალიურს, მის კონფიგურაციას. tbc დროს შეიძლება ფიალებში არსებული

ცვლილების ადრეული აღმოჩენა, აგრეთვე თირკმლის კენჭების დანახვა შეიძლება, რასაც ოპერატიული დახმარებისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს. ნათლად მოსჩანს აგრეთვე hydro, pyonephros-ება. ჩირქოვანი ღრუ ბრომის ლანდებს იძლევა. სიმსივნეები თირკმლის ან თირკმლის ზედაქსოვილებისა იძლევა, როგორც ამ ორგანოს, ისე შარდსაწვეთების მიმართულების ცვლილებას.

წინააღმდეგი ჩვენებანი: haematuria, შარდსაწვეთების გაუფლგლობა ან შევიწროება, რადგან კატეტრის ძალდატანებით გატარება დაუშვებელია.

კამათი: ექ. კ. ტყეშელაშვილი—შეიძლება თუ არა დასახელებული მეთოდით ვისარგებლოთ ბავშვების საშარდე ორგანოების დავადების დროს და, თუ შეიძლება რა სახით.

მომხსენებელი—ამ მეთოდით სარგებლობა შეიძლება თუ საშარდე მილში მოხერხდა პატარა ნომრების გატარება, ტენიკა-კი იგივეა რაც მოზრდილებისათვის.

ექ. მ. ცხაკაია—ცისტოსკოპიას და ცისტოურეტრო-პიელოგრაფიის მნიშვნელობა ცნობილია და უდავოა, საინტერესოა მის საშუალებით ნალისებური თირკმელის დიაგნოსტიკისთვის გამოყენება. ნალისებური თირკმელი წარმოშობილია თირკმელთა ქვედა ბოლოების პარენქიმის შეერთებით, მათი ფიალები და მენჯები-კი, სრულიად განცალკევებული და განშორებული, ამასთანავე უფრო ხშირად დაახლოვებით ნორმალურად და მეზობლად მდებარეობენ და ასეთ შემთხვევაში პიელოგრაფია არ მოგვცემს გადამწყვეტ ნიშნებს. აქ უფრო დიდი მნიშვნელობა უნდა მიეცეს პალპაციას, როდესაც ხერხემალზედ ვპოულობთ გარდი-გარდმოდ მდებარე შეერთებულ თირკმელების ყელს.

მომხსენებელი.—ნალისებური თირკმელის დროსაც მენჯის და ფიალების დაზიანების გამოცნობაში დიდი სამსახური შეუძლიან გაგვიწიოს პიელოგრაფიას.

ექ. ოდიშარია—სასურველია, რომ თირკმელის დაზიანების გამოცნობის დროს მიემართოთ აგრეთვე pneumo-perinephros-ის მეთოდს.

პროფ. გ. მუხაძე აღნიშნავს პიელოგრაფიის მნიშვნელობას თირკმელის ტუბერკულოზის დაწყებით ხანაში დიაგნოზისათვის.

თავმჯდომარე პროფ. ალ. ნათიშვილი—მოსხენებაში წარმოდგენილი მეთოდი ფრიად საინტერესოა, ვინაიდან ძლიერ აადვილებს შარდსაწვეთების ფორმის და მდებარეობის შეცვლის გამოცნობას დროზედ ან თირკმელების ანომალიების და ექტოპიის ან მათი დაავადების გამო. მხოლოდ რაც შეეხება თირკმლების ანომალური ფორმების გამოცნობას სწორეთ ნალისებრი თირკმლის ამ წესით გამოცნობა უფრო ძნელი უნდა იყოს, ვინაიდან ასეთ ფორმას ხშირად სრულიად ნორმალური მდებარეობის შარდსაწვეთები აქვთ, მეტადრე—როდესაც ნალისებრი თირკმელი ექტოპიის მდგომარეობაში არ არის.

გ. ჭიჭინაძე—„გრანულომა-კისტომები, როგორც შედეგი კბილების დაავადებისა და მათი წამლობა ოპერაციული გზით“.

მომხსენებელი განიხილავს ქირურგიულ მეთოდს კბილის გარსის მკურნალობის დროს, რომელიც განისაზღვრება სამგვარი ოპერაციით. 1) ოპერაცია კბილის ბუდეებში ალვეოლის ნაწილის რეზექციით და ახლად წარმოშობილ

ქსოვილების მოშორებით, რომელიც პერიოდონტის ქრონიკული ანთებითი პროცესის შედეგია. 2) კბილის ფესვის მწვერვალის რეზექცია, რომელმაც განიცადარეზორბცია დაჩირქების გამო, 3) რეპლანტაცია კბილისა, რაც ნიშნავს დაავადებული კბილის განძრახ ამოღებას, ამ კბილის და მისი ყდის შესაფერ დამუშავებას დი ისევ უკან ალვეოლაში დადგმას.

აღნიშნული ქირურგიული დამუშავებისათვის აუცილებელ საჭიროებას წარმოადგენს რენტგენი.

ოპერაციის ჩვენებანი შემდეგია: 1) პერიოდონტის ქრონიკული ანთება: კბილი არ იკურნება მედიკამენტებით, მისი შენახვა კი საჭიროა, 2) სასის ჩირქგროვა, 3) გარეშე საგანი 4) ფესვის პერფორაცია იარაღით, შემთხვევით წარმომდგარი, 5) კბილის ფესვის ხვრელიდან ჩატეხილი ნემსის ამოღება, 6) დროს უქონლობა ავადმყოფისა, 7) გრანულომა-კისტომები. პირის ღრუში კისტომებს ორნაირი მიზეზი აქვთ განვითარებისა: ერთია რენტგენიული კისტომები, რომელნიც უფრო ხშირია და ჩნდება ჯირკვლების სადინარის დაცობის გამო. ასეთია ე. წ. პერიოდენტალური კისტომები, წარმომდგარნი ქსოვილების გარბილების გამო ანთების ნიადაგზე. მეორე წმინდა ფოლიკულიანური ბუშტუკოვანი კისტომები წარმომდგარნი სრულიად ნორმალურ ქსოვილებში უანთებოთ.

კისტომების განვითარების ნიადაგი არის კბილის პერიოდონტის განვითარების ხანაში დარჩენილი პატარა ეპითელიალური კუნძულები კბილის მინაქრის ორგანოსა.

როდესაც კბილის ფესვის ხვრელი დაიხურება ქსოვილებს შორის ჩნდება მცირედი ღრუ, სითხით ავსებული, რომელიც ივსება, იბერება, დიდდება, და დაწვება იმ მხარეს სადაც სუსტი კედელია. ბოლოს ასეთი პატარა გრანულომა კისტომად გადაიქცევა.

კისტომები უფრო ხშირად ვითარდება ზედაყბის ფრონტალურ კბილების მიდამოში, თუმცა არც ქვედაყბაშია იშვიათი. ზოგჯერ კისტომები შეიჭრება ხოლმე ჰაიმორის ღრუში და ამოავსებს მას სავსებით.

კისტომის შემადგენლობა უფრო ხშირად ყვითელი სითხეა, ზოგჯერ ლორწოიანი და ზოგჯერაც-კი ჩირქოვანი.

ფოლიკულიალური და ბუშტუკოვანი კისტომა, რომელსაც ნიადაგად კბილის ნასახი აქვს, ჩვენს პრაქტიკაში უფრო იშვიათია. იგი ვითარდება არა მხოლოდ საკბილო მორჩის მიდამოში, არამედ მის დაშორებითაც. ჩვენს კლინიკაში ოპერაციას ვატარებთ 4⁰/₁₀₀ ნოვოკაინ—სუპრარენინით გამოწვეული ანესტეზიით Parth-ის წესით. ოპერაციის მსვლელობა: დაუფადებელი კბილებს შუა ფესვებიდან ყბის ორივე მხარეზე ლორწოიანი გარსის რკალისებური ნაჭერი აიცილებს, შემდეგ სატეხით ან ბორით ალვეოლური კედელი ჩაიჩეხება, კისტომა ამოიფხიკება, ძვლის კედლები შესწორდება, შემდეგ აცლილი ნაჭერი კვლავ გადმოინერგება და ბოლოს სამი ან მეტი კვანძოვანი ნაჭერი დაედება. თუ ფესვზედ კონფრემენტებია ან ფესვის წვეტი განიცდის რეზორბციას, მაშინ იგი უნდა მოიკვეთოს და მისი ხვრელი წინასწარ დუღებით უნდა იყოს ამოვსებული.

6 თვის განმავლობაში ჩვენ გავაკეთეთ ათი ოპერაცია. ამათში 8 ჰქონდა ამბულატორული ხასიათი, ორს-კი სტაციონალური უკანასკნელი ორი ოპერაცია

გაკეთა პროფ. გ. მუხაძემ ჰოსპიტალურ კლინიკაში, დანარჩენი კი ჩემ მიერ იყო გაკეთებული კბილის სნეულებათა კლინიკაში.

მომხსენებელს მოჰყავს ავადმყოფობის ისტორიები. არც ერთს შემთხვევაში გართულება არ ყოფილა. ყველა შემთხვევას კეთილი შედეგი ჰქონდა.

პროფ. გ. მუხაძე გამოსთქვამს იმ აზრს, რომ გრანულომა-კისტომის გამოცნობა კლინიკურად დიდ სიძნელეს წარმოადგენს, მას მოჰყავს შემთხვევა, როდესაც პროფ. ტიხოვმა გააკეთა ერთი ოპერაცია და ეგონა რომ საქმე ჰქონდა კისტომასთან, პათოლოგიურ-ანატომიურმა გამოკვლევამ-კი ესეთი დიაგნოზი უარჰყო. მას მოჰყავს აგრეთვე საკუთარი შემთხვევა, სადაც მას ეგონა სარკომა, ნამდვილად კი კისტომა გამოდგა. მისი აზრით, კბილის კისტომებს ფართო ქირურგიული მნიშვნელობი აქვთ, ვინაიდან ამ ავადმყოფობას შეუძლიან გამოიწვიოს დიდი ცვლილებები, როგორცაა, მაგალითად ყბის ძვლის შექმა, ჰაიმარის ღრუს დაზიანება და სხვ. ის ნახულობს, რომ თანამედროვე ქირურგიაში საზოგადოდ კბილების სნეულებათა შესწავლას უნდა საპატიო ადგილი მიეცეს. ის ათი შემთხვევა კისტომებისა, რომელიც მათ სულ მოკლე ხანში ჰქონიათ, ამჟამად მოწმობს, რომ არსებულ კლინიკას გაუადვილებია დიაგნოზის დასმა.

პროფ. გ. მუხაძე გამოსთქვამს იმ აზრს, რომ გრანულომა-კისტომის გამოცნობა კლინიკურად დიდ სიძნელეს წარმოადგენს, მას მოჰყავს შემთხვევა, როდესაც პროფ. ტიხოვმა გააკეთა ერთი ოპერაცია და ეგონა რომ საქმე ჰქონდა კისტომასთან, პათოლოგიურ-ანატომიურმა გამოკვლევამ-კი ესეთი დიაგნოზი უარჰყო. მას მოჰყავს აგრეთვე საკუთარი შემთხვევა, სადაც მას ეგონა სარკომა, ნამდვილად კი კისტომა გამოდგა. მისი აზრით, კბილის კისტომებს ფართო ქირურგიული მნიშვნელობი აქვთ, ვინაიდან ამ ავადმყოფობას შეუძლიან გამოიწვიოს დიდი ცვლილებები, როგორცაა, მაგალითად ყბის ძვლის შექმა, ჰაიმარის ღრუს დაზიანება და სხვ. ის ნახულობს, რომ თანამედროვე ქირურგიაში საზოგადოდ კბილების სნეულებათა შესწავლას უნდა საპატიო ადგილი მიეცეს. ის ათი შემთხვევა კისტომებისა, რომელიც მათ სულ მოკლე ხანში ჰქონიათ, ამჟამად მოწმობს, რომ არსებულ კლინიკას გაუადვილებია დიაგნოზის დასმა.

ვ.

გიგლიოგრაფია.

პროფ. ა. გ. მაჭავარიანი. მუცლის ღრუს ქირურგია. გამოცემა სახალხო განათლ. კომისარიატისა 1925 წ. ფასი 6 მან.

დღიდან ქართული უნივერსიტეტის დაარსებისა ჩაეყარა საძირკველი ქართულ საექიმო მეცნიერებას. პირველ ხანებში უნ-ტის მუშაკებს მეტად ბევრ დროს გვართმევს ორგანიზაციული ხასიათის მუშაობა. ყველა ჩვენგანი (უნ-ტის მასწავლებელი) მეტის მეტად დატვირთულნი ვართ მუშაობით თვით უნ-ტის ფარგლებში. და თუ მივიღეთ მხედველობაში რომ ყველა ჩვენგანი ვალდებულია მიიღოს მონაწილეობა აგრეთვე საზოგადოებრივ და სხვა სახელმწიფოებრივ მუშაობაშიც, მაშინ ადვილი წარმოსადგენია—რა ცოტა დრო გვრჩება წმინდა მეცნიერულ მუშაობის წარმოებისათვის. მიუხედავად ამისა ყველა ჩვენგანი ვალდებული ვართ ასეთი მუშაობა მაინც ვაწარმოოთ. ძალიან მნიშვნელოვანი საკითხია აგრეთვე ახალთაობის (სტუდენტების და ექიმების) მომზადება სამკურნალო დარგში. ამგვარ მუშაობას მეტის-მეტად აძნელებს ის გარემოება, რომ ქართულ ენაზე სამკურნალო ლიტერატურამ მხოლოდ ბოლო წლებში მოიკიდა ფეხი და სტუდენტებისათვის საჭირო სახელმძღვანელოები ამა თუ იმ დარგში ძალიან მკირეა. რუსულ ენაზედაც ასეთი სახელმძღვანელოები ეხლა ძალიან ცოტაა, და ზოგიერთ მათგანის შოვნაც თითქმის შეუძლებელია. ზოგიერთ დარგებში ეს ნაკლი ნაწილობრივ უკვე შევსებულია.

სამწუხაროთ ეს მაინც საკმარისი არ არის და ამიტომაც ყოველ ახალ სახელმძღვანელოს ჩვენ აღტაცებით უნდა მივეგებოთ. ამ უკანასკნელ დღეებში გამოვიდა პროფ. ა. მაჭავარიანის სახელმძღვანელო სათაურით: „მუცლის ღრუს ქირურგია“ რომელიც განათლების სახალხო კომისარიატის მიერ არის გამოცემული. გამოცემა მშვენიერია და ეტყობა რომ კომისარიატი დიდი ყურადღებით და მზრუნველობით მოქცევა და არ დაუზოგავს ხარჯი მის სათანადოთ გამოცემისათვის. წიგნი შეიცავს 362 გვერდს, 102 ნახატს და რვა ფერად ნახატებიან ფურცელს. სტუდენტებს ეს სახელმძღვანელო ძალიან გაუადვილებს ქირურგიის მნიშვნელოვან დარგის შესწავლას და წინ წასწევს მათ მომზადებას ქირურგიაში.

როგორც ავტორის წინასიტყვაობიდან სჩანს, მას მეტი ნაწილი გადმოთარგმნილი და გადმოკეთებული აქვს სხვადასხვა სახელმძღვანელოდან. მხოლოდ ზოგიერთი თავი არის დაწერილი ავტორის მიერ. ეს გარემოება, რა თქმა უნდა, ნაკლად არ ჩაითვლება, თუ მიიღეთ მხედველობაში, რომ დასავლეთ ევროპაშიც ეხლა კერძო ქირურგიის სახელმძღვანელოები იწერება კოლექტიურად—რამოდენიმე ავტორის მიერ. რუსეთში უნივერსიტეტები არსებობენ 150 წელიწადზე

მეტს, მაგრამ ორიგინალური სახელმძღვანელო ამ დარგში გამოვიდა მხოლოდ ათიოდე წლის წინეთ (პროფ. ტიხონის).

როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული, სახელმძღვანელო როგორც გამოცემის მხრივ, ისე თვით შინაარსის და მასალის გაწესრიგების მხრივ, ჩვენის აზრით, სრულიად მიზანს შეფარდებული არის. ამ მხრივ ჩვენ არც კი შევეხებით მას. აქ აღვნიშნავთ მხოლოდ იმ ნაკლს, რომელიც ჩვენ აღმოვაჩინეთ სახელმძღვანელოს წაკითხვის დროს და რომელთა თავიდან აშორება სასურველია მომავალში.

ყველა ამგვარ სახელმძღვანელოს ავტორს ევალება გამოიყენოს მთელი ეროვნული ლიტერატურა და შეიტანოს სახელმძღვანელოში ის ცნობები, რომელიც უკვე გამოქვეყნებულია მოხსენების ან დაბეჭდილ შრომების სახით. სამწუხაროდ სახელმძღვანელოს ამ მხრივ ნაკლი აქვს. მართალია, შეტანილია ზოგიერთი ცნობები ქართულ სამკურნალო ლიტერატურიდან,—მაგალითად: თიაქართვეთა კილოსანიძის წესით, ცნობები დიაფრაგმალურ თიაქრების შესახებ—ექ. წულუკიძის შრომიდან, თვით პროფ. მაჭავარიანის კლინიკის პირადი დაკვირვებანი (უფრო ნახატების სახით), მაგამ სამაგიეროთ ბევრი რამ მნიშვნელოვანი არის გამოტოვებული. მაგალითად: ლვიძის და სუბდიაფრაგმალურ აბსცესების თავში სრულიად არ არის მოხსენებული პროფ. ვირსალაძის შრომა. ნაწლავების დაავადების და დაზიანების თავში—პროფ. მუხაძის („ენტეროლიტების შესახებ“) და ექ. თოღაძის („ნაწლავების კანკეეზა დაზიანების შესახებ“); გაუფალობის თავში—ექ. ცხაკაიას მოხსენება და შრომა, რომელიც ემყარება საკუთარ 75 შემთხვევას; თიაქრების თავში—ექ. ვაგუას შრომა, რომელშიაც დამუშავებულია საკმარისი მასალა თიაქრების შესახებ საქართველოში; ექინოკოკით დაავადების თავში მშვენიერი შრომა, დაბეჭდილი უკვე განსვენებულ ექ. შონიას მიერ და სხვა. ყველა ეს შრომები ეხებიან ჩვენ—ესე იგი საქართველოს—მასალას და ამიტომ ქართულ სახელმძღვანელოში, ჩვენის აზრით, საჭირო იყო მათი ცნობების შეტანა, რათა ახალთაობა ვაცნობილიყო ამ საკითხებს არა მარტო მსოფლიო და გერმანიის, არამედ საქართველოს მასალის მიხედვითაც, მით უფრო რომ სახელმძღვანელო, სათაურის მიხედვით, ორიგინალურად უნდა ჩაითვალოს.

ნაკლად უნდა ჩაითვალოს ისიც, რომ ავტორს უსარგებლია არა ორიგინალებით, არამედ მათ რუსულ თარგმანებით. ეს მით უფრო მიუღებელია, რომ წინასიტყვაობაში აღნიშნული ავტორების სახელმძღვანელოების რუსული თარგმანები შედარებით უკვე დაძველებულია, მეტადრე ზოგიერთ საკითხებში (მაგალითად, ნაწლავის გაუფალობის წამლობის საკითხი გადმოცემულია ისე, როგორც ეს მოყვანილია Mickulicz-ის პრაქტიკულ ქირურგიულ სახელმძღვანელოს რუსულ თარგმანში, რომელიც გამოცემული იყო 24 წლის წინეთ, ავტორის მიერ კი დაწერილი იყო უფრო ადრეც). დღეს უკვე არსებობს ყველა ამ სახელმძღვანელოების ახალი (1920-1923 წლის) გამოცემანი, სადაც მრავალი საკითხები ხელახლად გადათვალთვალული და სხვა გვარად არის გაშუქებული. ბევრი ნახატებიც ახალ გამოცემებში უკეთესია.

გარდა ამისა, თვით თარგმანიც, როგორც ენის, ისე ხმარებული ტერმინების მხრივ, არ არის უნაკლო. ზოგიერთ შემთხვევებში (თუმცა იშვიათად) აზრიც სწორედ არ არის გადმოცემული. მაგალითად: მესამე გვერდზე რამოდენ-

ჯერმე არის ნახმარი ტერმინი „დერმოიდი, — დესმოიდის“ მაგიერ, რაც სულ სხვა შემეცნებას წარმოადგენს. მე-16 გვერდზე: „პლევრის ღრუმდე მისული ჩირქი ბოლოს და ბოლოს ბრონქების საშუალებით გარედ იქცევა“, — განა ეს ყოველთვის ასე ხდება? რუსულ ტექსტში კი ამ ადვილას არის აღნიშნული: „ზოგიერთ შემთხვევაში...“ მე-40 გვერდზე: „ექინოკოკის წამლობა იოლია...“ ესე იგი, ადვილია, მარტივია. ეს მართალი არ არის, შეიძლება ვსთქვათ, რომ ყველაზე ადვილი, მარტივი წესი ექინოკოკის წამლობისა არის ექინოკოკის წყალბუშტში სხვადასხვა სითხის შემზაბუნება. საზოგადოდ-კი ექინოკოკის წამლობა „იოლი“ არ არის და ამიტომ ზემოხსენებული წინადადება, როგორც დებულება, მიუღებელია. რუსულ ტექსტში სხვანაირად არის ნათქვამი.

რაც შეეხება ნაკლს ენის მხრივ, უნდა აღვნიშნოთ, რომ უკუგდებულია მრავალი უკვე მიღებული ტერმინები და შეტანილია მათ მაგიერ ახალი, რომელთაც ჯერ მოქალაქეობრივი უფლება არ აქვთ მოპოვებული და ზოგი მიუღებელიც არის.

მაგალითად: ნახმარია „სურათი ფიცხად იცვლება,“ (გვ. 9) უკეთესი იქნებოდა „სწრაფად იცვლება“... „სითხე, რომელიც გაჯერებულია ბაქტერიებით“... (გვ. 11) ალბათ უნდა იყოს — „სითხე რომელიც შეიცავს მრავალ ბაქტერიებს“. ნახმარია — „დამბლიანი ნაწლავები“ (გვ. 20) — უნდა იყოს „დადამბლებული ნაწლავები“. „შარდი აბსოლიუტივობით არ არის შეკავებული“... (გვ. 20) უნდა იყოს: „არ არის სრულიად შეკავებული“... ნახმარია ტერმინი „დაშველება“ (გვ. 24) საყოველთაოდ მიღებულია კი — „დახმარება“ „ჭრილობას რამოდენიმე ნასკვით ვკერავთ“... (გვ. 25) — უნდა იყოს... „ვკერავთ ნაკერით“ რადგანაც ნაკერი შეიძლება იყოს ნასკვიანი (ესე იგი, კვანძიანი), განუწყვეტელი და სხვა. „ნასკვი“ „კვანძი“ ნიშნავს — узел. მე-71 გვერდზე ვკითხულობთ: „ცარელა კუჭი“ — უნდა იყოს „ცარიელი კუჭი“; „ნამეტურ“ (გვ. 75) უნდა იყოს „მეტადრე“. „განგრძივ გადის“ (გვ. 68. სურათის ქვეშ) უნდა იყოს: „გასწვრივ გადის“... „შრეს“, „ფენას“ მაგიერ თითქმის ყველგან (გვ. 35, 79...) ნახმარია „კეცა“; ჭრილობა პირხსნილი, პირშიშველი — უკვე მიღებულ „ღია ჭრილობის“ მაგიერ (გვ. 35). „კონცენტრიულად ნაშენი“ — „ყურსებულად ნაშენით“ არის ნათარგმნი (გვ. 47), რაც მიუღებელია აზრის მხრივაც, რადგანაც სიტყვა დაყურსებული ნიშნავს მეტის-მეტად გამძღარს — насыщенный, და არ უდრის „კონცენტრიულს“; ეს უკანასკნელი ტერმინი გამოხატავს საგნის შენობის ხასიათს. „უცხო სხეული“ — (გვ. 108; ნახმარია მიღებულ „გარეშე სხეული“ს მაგიერ. ტერმინი „ileus“ ნათარგმნია „პირდაცობად (გვ. 125); ეს არის პირდაპირი თარგმანი რუსულ „Закупорка“-ს, რაც მიუღებელია შინაარსის მხრივ, რადგანაც დინამიურ ილევუსის დროს არავითარ პირდაცობას არა აქვს ადგილი. ქართულად უკვე მიღებულია ტერმინი „გაუვალობა“. სიტყვა „упорный“ ნათარგმნია „ჯიუტი“, „კერპი“ და „დაჟინებითი“; კერპი და ჯიუტი ნიშნავს „უპრямый“, „упорный“-ს კი — უკეთესად შეეფარდება „მედგარი“. ნახმარია „შეკოწიწება“ (adhaesio) — შეხორცების, შეწებების მაგიერ (გვ. 38); ქართულად „შეკოწიწება“ ნიშნავს დამტვრეულ საგნის გამთელებას. „სკორსიებრი ფისტულა“ (გვ. 119) — სკორის ან განავალის ფისტულის მაგიერ (коловый, а не колообразный свищ).

„ფართე ჭია“ (გვ. 30) ნახმარია „ბრტყელი ჭიის“ მაგიერ. ნახმარია: „ცვლეობანი“ (გვ. 41), უნდა იყოს „ცვლილებანი“; ნახმარია „ნალველის სადენი“ — მიღებულია კი უკვე „ნალველის სადინარები“. „ნალველის ქვებით ავადმყოფობა“ (გვ. 51) უნდა იყოს: ნალველის ქვემოთ ავადმყოფობა“. „ხოლეცისტეტომია შეიძლება გაკეთდეს ერთ-ან-ორ მიღებად“ (გვ. 55); — სჯობიან ვიხმაროთ „...ერთ ან ორ მომენტად.“ „ჭრილობა ...დაძაბუნებული“ (გვ. 55)—უნდა იყოს „...მოღუნებული“. ჭრილობას ჰკერენ მკვრივად“ (გვ. 55) უნდა იყოს: „...ჰკერავენ მჭიდროთ“, რადგანაც ტერმინი „მკვრივი“ აღნიშნავს კონსისტენციას. ნახმარია: „ერთბაში, მძლავრი სისხლდენა“ (გვ.)— სჯობიან: „მწვავე მძლავრი სისხლდენა“. „სიკვდილი კუჭის რეზექციის გამო აღწევს...“ (გვ. 82)—უნდა იყოს: „სიკვდილიანობა კუჭის რეზექციის შემდეგ უდრის...“ „წონი 25 კილოგრამი გამოდგა“ (გვ. 123)—უნდა იყოს „წონა 25 კილოგრამს უდრიდა“. „ტიმეისებრივი სარკომა“ (გვ. 123)— უკვე მიღებული „თითისტარისებრი სარკომას“ მაგიერ. „ნაწლავი თავიდან ხალისი მოძრავია“ (გვ. 126)— მოძრაობა ნაწლავისა დასაწყისში—ცოცხალია“ მაგიერ. „ღვიძლის და ნაწლავის ლითონები“ (გვ. 129—130) ნახმარია ბევრჯერ „კენჭების“ მაგიერ. ლითონი და კენჭი ხომ ერთი და იგივე არ არის!. მე-149 გვერდზედ ნახმარია სიტყვა „დაიჯორჯა“—მნიშვნელობა ამ ახალი სიტყვისა გაუგებარია. „მწვავე განუსვლელი“ (გვ. 158)—უნდა იყოს „მწვავე გაუვალა“. „ლოდინით მკურნალობა“ (გვ. 176)—იყოს „დაყოვნებითი მკურნალობა“. „სავსებითი ფისტულა“ (198 გვ.)—უნდა იყოს „სრული ფისტულა“. 113 გვერდზედ აღნიშნულია „წვრილი და მლივი ნაწლავი—ასეთი ანატომიური დაყოფა მიუღებელია, რადგანაც წვრილი ნაწლავი იყოფა მლივი და თქმოს ნაწლავად. ყველა შემწნეულ ნაკლის ტერმინოლოგიის მხრივ აღნიშვნა—უადგილობის გამო შეუძლებელია, ამიტომაც ამაზე გაჩერდებით.

რაც შეეხება ნახატებს, უპირველეს ყოვლისა აღსანიშნავია, რომ წარწერების აზრი ზოგიერთ შემთხვევაში გაუგებარია. მაგალითად: (№ 1 „სქემატიური ასახვა გზების, რომელთაც თავის ზრდაში პანკრეატიულ წყალბუშტის ამორჩევა შეუძლიათ“—უნდა იყოს: „...ასახვა გზების, რომლების ამორჩევა შეუძლიათ პანკრეატიულ წყალბუშტებს ზრდის დროს“. ზოგიერთ შემთხვევაში კი (მაგ. № 4)—ნახატი საკამრისი ახსნით არ არის დართული, ურომლისიტაც ნახატი გაუგებარია. ნახატები მე-15, 16 და 17 სახელმძღვანელოს ტექსტთან სრულიად არ არის შეფარდებული: ტექსტში ლაპარაკია წვრილ ნაწლავების ხორკმეტებზე, მოყვანილი სურათები კი ეხებიან საკვერცხეს წყალბუშტის შემთხვევას, ისიც გართულებულს კოკსიტით.

საზოგადოთ მიღებულია, როდესაც სხვის ნახატებით ვსარგებლობთ, აღნიშნული იყოს, საიდან არის ამოღებული და ვის ეკუთვნის ესა თუ ის ნახატი; სამწუხაროდ აქ ეს უმეტეს შემთხვევაში გამოტოვებულია.

ასეთივე ნაკლი აქვს თვით სახელმძღვანელოს ტექსტს. დიდი უმეტესი ნაწილი წარმოადგენს პირდაპირ თარგმანს, რომელიც განირჩევა რუსული თარგმანის ტექსტიდან მხოლოდ იმითი, რომ ხშირად აქა-იქ გამოტოვებულია წინადადებები და ნაწილები, თუმცა ზოგჯერ ისინი ქართულ სახელმძღვანელოსთვისაც ზედმეტი არ იქნებოდა: მაგალითად, S. R. დაავადებათა თავში—რომანოს-

კოპიის შესახებ. კარგი იქნებოდა რომ წინასიტყვაობაში აღნიშნული ყოფილიყო, რომელი თავი ეკუთვნის თვით ავტორს, რომელია გადმოკეთებული ან პირდაპირ ნათარგმნი და საიდან.

მიუხედავად ყველა ამ ნაკლისა, რომელიც შეიძლება ავსნათ როგორც საერთოდ ჩვენი გამოუცდელიობით სახელმძღვანელოების ბეჭდვის საკითხში, ისე თვით ამგვარ სახელმძღვანელოების ბეჭდვის საქმის სირთულით და სიმძიმით ჩვენში, ჩვენ მაინც ვთვლით აღნიშნულ სახელმძღვანელოს დიდ და საფასურ შენაძენად ქართულ საექიმო ლიტერატურაში და ვუსურვებთ ავტორს თავისი შრომა განეგრძოს, წინასიტყვაობაში დასახული მიზნები სრულიად განეხორციელებიოს და აქ აღნიშნული ნაკლი შემდეგ გამოცემებში თავიდან აეცდინოს.

გ. მ.

მ. ფარცვანიძე. მასალები ცხოველების სისხლის პარაზიტების შესასწავლად ჩვენში. 19 სურათით ტექსტში. გამოცემა ტროპიკულ სნეულებათა ინსტიტუტისა. 1925 წ.

ავტორს მოკლეთ მოყვანილი ყავს ყველა ის პარაზიტები, რომელნიც აღმოჩენილი იყო საქართველოში ცხოველთა სისხლში არა მარტო მის მიერ, არამედ სხვა ავტორების მიერაც. ასეთებია: *Theileria mutans* (ხარი), *Babesia aequi*, *grahomia muris musculi*, *Leycocytozoon proplasmoides* (ცხენი), *proteozoma* (ფრინველი), *Plasmodium Danilevsky* (ყვავი), *plasmodium malariae Meleagrum* (ქათამი, ინდაური), ჰემოგრეგებიანარი (კუ, ხელიკი, გველი), ტრიპანოზომეტი (ვირთაგვა), ლეიშმანიები (ძაღლები), სპიროხეტები (ქათამი), ფრინველთა ფალარიოზი. როგორც ვხედავთ, ცხოველთა ტროპიკული სნეულებანი საკმაოდ გავრცელებული ყოფილა ჩვენში და იმას კი ძლიერი დიდი მნიშვნელობა აქვს ადამიანისათვის, ვინაიდან ცხოველებისა და ადამიანის ტროპიკული სნეულებანი ერთმანეთში გადახლართულია და ხშირად ცხოველების დაავადებას მოსდევს ადამიანის დაავადებაც, ამიტომ მ. ფარცვანიძის წიგნი ძლიერ საინტერესოა და სასარგებლო ჩვენი ქვეყნის ტროპიკულ სნეულებათა მკვლევართათვის მით უმეტეს, რომ იგი კარგად არის გამოცემული და მშვენიერი სურათებით დასურათებული.

მ. მ.

ვლ. ცეცხლაძე. ადამიანის ფიზიოლოგია. პროფ. ალ. ნათი შვილის წინასიტყვაობით. სახელმწიფო გამომცემლობა, ფასი 1 მან. 20 კ.

ექიმს ვლ. ცეცხლაძე სგანუზრახავს შეედგინა ფიზიოლოგიის მოკლე სახელმძღვანელო, რომელიც გამოსადეგი იქნებოდა საშუალო სასწავლებლის და სამკურნალო ტექნიკუმებისათვის. უნდა ვთქვათ, რომ ეს თავისი მიზანი ავტორს კარგად შეუსრულებია და დაუწერია ისეთი წიგნი, რომელიც არა მარტო შედარებით კარგი სახელმძღვანელოა, არამედ ყოველი არა სპეციალისტ ინტელიგენტისათვის საინტერესო წასაკითხავი წიგნია. თუ ამას დაუმატებთ, რომ წიგნი კარგი ქართული ენით არის დაწერილი, 40 კარგად შესრულებული ნახატით დასურათებული და რომ მასში, ფიზიოლოგიის გარდა, ამ საგნის გასაკებად საჭირო ანა-

ტომიური ცნობებიც არის შეტანილი, ცხადი იქნება, რომ საესებით საბუთიანია სამეცნიერო საბჭოს დადგენილება, რომ იგი ნებადართულია, როგორც სახელმძღვანელო სამკურნალო სკოლებისათვის, თვითგანვითარების და მასწავლებელთათვის და აგრეთვე სხვა ტიპების სკოლების წიგნთსაცავში შესაძენად. საჭიროდ მიგვაჩნია მხოლოდ, რომ მომავალში შესწორებული იქნეს ზოგიერთი წვრილმანი შეცდომები, რომელიც წიგნშია, მაგალითად: მრავალ ადგილას ავტორი ხმა-რობს სიტყვას სიმჟავეს (ცხიმის სიმჟავე, შარდის სიმჟავე, მარილის სიმჟავე და სხვა) ნაცვლად უკვე მიღებული ტერმინისა მჟავა; ნახმარია, აბდერალდენი ნაცვლად აბდერჰალდენისა, პადაგრა ნაცვლად პოდაგრისა (ნეკრესის ქარი) და სხვა.

შემდეგ წიგნში არ არის დაცული ფიზიოლოგიის სხვადასხვა ნაწილის თანაბრობა და შედარებითი ღირებულობა, სრულიად არ არის, მაგალითად, არაფერი ნათქვამი შინაგან სეკრეციაზე, რაც ეხლა ესე ძლიერად აინტერესებს არა მარტო სპეციალისტებს, არამედ ფართო მასასაც. შემდეგ სუნთქვის ფიზიოლოგიას დათმობილი აქვს იმდენივე ადგილი — 10 გვერდი (30—41), რამდენიც ხორხის ანატომიას, ხმის წარმოშობას და საერთოდ ხმას (41—52), რა თქმა უნდა ფიზიოლოგიურის თვალსაზრისით ეს ორი ნაწილი ერთი და იმავე ღირებულებისა არ არის.

მაგრამ ყველა ეს შედარებით წვრილმანია და ადვილად შესწორდება შემდეგ გამოცემებში, რაც დარწმუნებული ვართ მოკლე ხანში საჭირო გახდება, მთავარი კი ის არის, რომ ქართული პოპულარულ სამეცნიერო ლიტერატურას და სახელმძღვანელოებს მიემატა ერთი კარგი წიგნი, მეცნიერულად შედგენილი და ამავე დროს ყველასათვის გასაგებად და კარგი ქართულით დაწერილი.

შ. შ.



ცხელუქნი მ ათიგნაუაიუაენ ნ ცხობლიონ
ცხიწდიქ მ ათ ცხობლიონ
10 წ. 1927 წლის
თბილისი

VI

ქ რ ო ნ ი პ ა

— 24 მაისს გაიხსნება საქართველოს ექიმთა მესამე ყრილობა, ყრილობისათვის დიდს ძალი მოხსენებებია წარმოდგენილი სხვადასხვა კლინიკური საკითხებიდან. უმთავრესად კი საპროგრამო საკითხებად იქნება ტუბერკულოზი და სიფილისი.

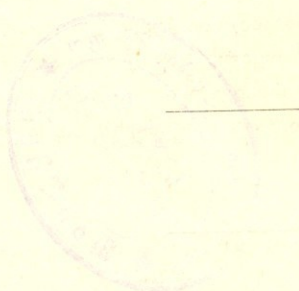
— პათოლოგიური ანატომიის დოცენტმა ვლ. ქლენტმა აპრილში დაიცვა დისერტაცია შემდეგი სათაურით: „გლიომები“. სამკურნალო ფაკულტეტმა საჯარო პაექრობის შემდეგ მიუსაჯა მას პათოლოგიის დოქტორის ხარისხი, ოფიციალური ოპონენტები იყვნენ პროფესორები ა. ნათიშვილი, ვ. ვორონინი და ი. ანფიმოვი.

— ზოგადი პათოლოგიის კათედრის უფროსმა ასისტენტმა ვ. ვარაზაშვილმა მაისში დაიცვა დისერტაცია შემდეგი სათაურით: „მღვრივე შესუბება ღვიძლში მარაც ცილას მოძღვრებასთან დაკავშირებით“. სამკურნალო ფაკულტეტმა საჯარო პაექრობის შემდეგ, რომელშიაც მონაწილეობა მიიღეს ოფიციალურმა ოპონენტებმა პროფესორებმა ს. ვირსალაძემ და ვ. ვორონინმა და დოცენტმა ვლ. ქლენტმა, მიუსაჯა მას პათოლოგიის დოქტორის ხარისხი.

— სამკურნალო ფაკულტეტმა საცდელი ლექციის წაკითხვის შემდეგ აირჩია შინაგანი მედიცინის დოქტორი შ. მიქელაძე შინაგან სნეულებათა პრივატ-დოცენტად.

— ამ ნომერში ზოგიერთი ტენიკური დაბრკოლებების გამო სრულიად არ იბეჭდება რეფერატები.

— გამოვიდა გასასყიდად პროფ. ალ. მაჭავარიანის მიერ შედგენილი „მუსკლურუს ქირურგია“ წიგნი სუფთად არის გამოცემული. მრავალი ნახატი დასურათებული, რომელთა შორის ბევრი ფერადებინია, და ღირს 6 მანეთი.



ჟურნალის რედაქცია: { ზ. მაისურაძე, მ. მაგლობლიშვილი, შ. მიქელაძე,
პ. ქავთარაძე და ნ. ყიფშიძე.

ს. ს. მ. უ. ს. პოლიგრაფტრესტის 1-ლი სტამბა. პლენხანოვის პრ. № 91.

მოთავლიტი № 801. ზეკ. № 6232/1080. ტირაჟი 600.

„ს ა უ ნ ჯ ე“

სანიტარული განათლების ორგანო.

ხელის მოწერა წლიურად 6 მან., თვეთული ნომერი 10 შაური. წლიურად ხელის მომწერთ მიეცემათ დამატებად სამი წიგნი: 1) ჯანმრთელობის წყარო, 2) ბრძოლა მწვავე გადამდებ სენებთან, 3) ჯანმრთელობის გუშავი.
რედაქცია და კანტორა: ტფილისი, ლ. დუმბაძის ქ. ქალაქის ჯანმრთელობის განყოფილება.

პასუხისმგებელი რედაქტორი გ. ყორჩიბაში.

ა. წ. შემოდგომიდან გამოდის საქართველოს ტროპიკულ სნეულებათა ინსტიტუტის საბჭოს დროგამოშვებითი ორგანო

„საქართველოს ტროპიკულ სნეულებათა ინსტიტუტის ორგანო“

რედაქციის მისამართი: ტფილისი. საქართველოს ტროპიკულ სნეულებათა ინსტიტუტი. კამოს ქ. № 47. რედაქციის საქმეებზე მოლაპარაკება და მიწერ-მოწერა ინსტიტუტის საბჭოს მდივანთან გ. ვარაზიშვილთან ყოველდღე.

აქიზ ე. რიჯაზაძის

კლინიკურ-დიაგნოსტიკური

კაბინეტი

იღებს გამოსაკვლევად:

სისხლს: Wassermann-ის, Weinberg-ის, Widal-ის Weil-Felix-ის და ანტიტრიპსიული რეაქციები, სრული კლინიკური გამოკვლევა და სხვა.

შარდს: ქიმიურ-მიკროსკოპიული, ბაქტერიოსკოპიული და ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევანი.

ნახველს, განავალს, კუჭის სითხეს, ხერხემლის ტვინის სითხეს (Nonne-Appelt), **ლორწოს** (Loeffler-ის ბაცილები), **ჩირქს, თმას** და სხვა.

ამჟამად ავტოგენურ ვაქცინას.

მასალა მიიღება: მთელი დღის განმავლობაში; კვირაობით და უქმედღეს 10—1 ს. პირადი ნახვა შეიძლება დღის 9—10 საათამდის.

მისამართი: ლენინის (თლღას) ქუჩა, გაშვანთ შესასვლელში (ბუღალაძე-გაბრიანაძის სასლის პირდაპირ) № 3.

ქურნალის ფასია 1924 წლის სრული კომპლექტი 5 მანეთი.	
ცალკე ნომერი	1 მანეთი.
ორმაცი ნომერი	1 მანეთი. 50 კაპ.

ჟურნალი „თანამედროვე მედიცინა“ გამოვა ყოველთვიურად დაახლოვებით 70-80 გვ. ჟურნალში მოთავსებული იქნება ორიგინალური წერილები თეორიულ, კლინიკურ და საზოგადოებრივი მედიცინიდან, მიმოხილვები, რეფერატები სამკურნალო მეცნიერების ყველა დარგიდან, სამედიცინო საზოგადოების სხდომების ანგარიში, კორესპოდენციები, ბიბლიოგრაფია და ქრონიკა.

ორიგინალური წერილების ავტორებს მიეცემათ მათი ნაშრომების ცალკე ამონაბეჭდი.

წერილები უკვე სადმე დაბეჭდილი ჟურნალში არ დაიბეჭდება. წერილები უნდა იყოს დაწერილი ერთ გვერდზედ ზედმიწევნით გარკვეული ხელით ან მანქანაზედ გადაბეჭდილი. რედაქცია იტოვებს უფლებას საჭიროების მიხედვით წერილები შეამოკლოს.

რედაქცია სთხოვს პროვინციის ამხანაგებს გამოაგზავნონ ცნობები და კორესპოდენციები პროვინციის სამკურნალო ცხოვრების გასაშუქებლად.

რედაქციის მდივანია—ექიმი **პ. ქავთარაძე**. — (ყორღანოვის ქუჩა № 20), რომელსაც უნდა მიმართოს ყველამ, ვისაც სურს რედაქციის და ჟურნალის შესახებ რაიმე განმარტება ან ცნობა მიიღოს.

ჟურნალის მეექვსე ნომერი უკვე იბეჭდება და გამოვა ივნისის დამლევისათვის.

ჟურნალი „თანამედროვე მედიცინა“-ს წარმომადგენლები—მკურნალნი, საქართველოს ქალაქებში: ქუთაისში—დ. ჩეჩელაშვილი (ნინოშვილის ქ. № 41), ბათომში—პ. გიგინეიშვილი, ლანჩხუთში—გ. ბარამიძე, სენაკში—ი. ჩხეტია, ხაშურში—გ. ციციშვილი, სოხუმში (აფხაზეთი)—ა. გრიგოლია, ზუგდიდში—ანთელავა. რომელსაც ჟურნალის საქმეების გამო უნდა მიმართონ პროვინციელ ამხანაგებმა.