

1 1925
გამოცემის წელი მეორე.

ეროვნული
ბიბლიოთეკა

თანამედროვე

მედიცინა

ყოველთვიური სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალი

№ 10—11

ოქტომბერი და ნოემბერი

1925



ცფილისის უნივერსიტეტის უმცროს მასწავლებლთა კოლეგიის გამოცემა

ც ფ ი ლ ის ი

გამოცემის წელი მეორე.



თანამედროვე

მედიცინა

ყოველთვიური სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალი

№ 10—11

ოქტომბერი და ნოემბერი

1925

რ. ა. 40.



ცეილისის უნივერსიტეტის უმცროს მასწავლებელთა კოლეგიის განმტკიცება

ტფილისი



I. თეორიული და კლინიკური მედიცინა:

	83.
1. ვ. ცეცხლაძე. შემთხვევა ადაჰიანის დიდი ბადექონის (Omentum majus) ანატომიურ მდებარეობის თავისებურობისა	563
2. ლ. კულეში. სისხლის ლიმფური ჯირკვლების მორფოლოგიის შესახებ	572
3. ი. გიგინეიშვილი და თ. კობიაშვილი. ტუბერკულოზური ინფექციის გავრცელება გურიის ზოგიერთ სოფლებში	577
4. გ. მ. შენგელაია. წარმატებით მავალ სიდანზლავის თერაპია	593
5. გ. ჯიბუტი. თირკმლების კენჭებით დაავადება და მისი გავრცელება საქართველოში	605
6. ა. ჯავრიშვილი. სიფილისი და მასთან ბრძოლის თანამედროვე მეთოდები	620
7. ა. ხმალაძე. დასავლეთ საქართველოს რკინისგზებთან საბინაო პირობების სანიტარულ დახასიათებისთვის	627
8. გ. გელოვანი. შარდის ბუშტის საზარდულის თიაქრის კაზუსტიკასთვის	640
9. ანდრია დგებუაძე. შემთხვევა ეკლამპსიის დროს სიბრმავისა	646
10. ს. ყიფშიძე. ბიოლოგიური რეაქციების მნიშვნელობა ნევროპათოლოგიაში	649
II. კორესპონდენციები	668
III. ქრონიკა	681

Thamedrové medecina

Sommaire:

I. Médecine théorique et clinique.

1. V. Tsetskladzé. Cas de la situation particulière anatomique du grand épiploon chez l' homme.	563
2. L. Koulech. Au sujet de la morphologie des glandes lymphatiques songines.	572
3. J. Guiguineichvili et Th. Kobiachvili. La propagation de l' infection tuberculeuse dans certains villages de gouri.	577
4. G. Chenguelaia. Thérapeutique de la paralysie progressive.	593
5. H. Djibouti. La lithiase rénale et sa propagation en Géorgie.	605
6. A. Djavrichvili. La syphilis et les méthodes actuelles de la lutte contre elle.	620
7. A. Kmaladzé. Le caractère sanitaire des conditions de logement des amprogiés du chemin de fer de la Géorgie occidentale.	627
8. G. Guelovani. Cas de hernie inguinale de la vessie urinaire	640
9. A. Dguebouadzé. Cas de cécité au caus de l' éciampsie.	646
10. S. Kipchidze. Valeur des réactions biologiques en névropathologie	649
II. Correspondances	668
III. Chronique	681



3. ცეცხლაქე.

კათედრის ასისტენტი.

ზემთხვევა ალაშიანის დიდი ბადექონის (OMENTUM MAJUS) ანატომიური მდებარეობის თავისებურებისა.*)

(სახელმწიფო უნივერსიტეტის ანატომიური ინსტიტუტიდან გამეგ—პროფ.

ა. ნათიშვილი).

ჩემ მიერ განზრახული მოხსენება დიდი ბადექონის ანატომიური მდებარეობის თავისებურობის შესახებ პრეპარატის დემონსტრაციით მით არის საყურადღებო, რომ უკანასკნელ ხანებში როგორც საზღვარგარეთ, აგრეთვე ჩვენშიაც მრავალი ცდები და გამოკვლევები სწარმოებენ, რომლებითაც სურთ გააშუქონ დიდი ბადექონის მორფოლოგიური და ბიოლოგიური მნიშვნელობა. ვინც თვალყურს ადევნებს საზოგადოთ ბიოლოგიურს და კერძოთ საექიმო ლიტერატურას, მან ალბათ იცის, რომ ბადექონის ირგვლივ დიდი კამათი არსებობს და საკითხი, თუ რა მნიშვნელობა აქვს მას სხეულისათვის, ჯერ გადაწყვეტილი არ არის. მეცნიერების ერთი რიგი გვარწმუნებს, რომ დიდი ბადექონი პასიური ორგანოა, ის არ შეიცავს რაიმე განსაკუთრებულ თვისებებს; მეცნიერების მეორე რიგი კი, პირიქით, დიდ ბადექონს ანიჭებს რთულ ბიოლოგიურ თვისებებს სხეულის მუცლის ღრუსათვის. როგორც პირველის, ისე მეორე შეხედულობის მეცნიერები თავის მოსაზრებებს დიდი ბადექონის შესახებ ცდებზედ ამყარებენ და ამ ცდებიდანვე გამოჰყავთ ერთი მეორეს მოწინააღმდეგე დებულებები.

დროს უქონლობის გამო ამ მოკლე მოხსენებაში მე არ მოვიყვან დაწვრილებით ლიტერატურულ ცნობებს დიდ ბადექონზე ცდების და კამათის შესახებ, აღენიშნავ მხოლოდ რამოდენიმე მეცნიერების შეხედულობას, რომ ნათლად წარმოვიდგინოთ აზრის საოცარი სხვადასხვაობა ამ ორგანოზე.

მეცნიერი Heusner-ი ფიქრობს, რომ ბადექონში მნიშვნელობა აქვს მხოლოდ იმ ნაწილს, რომელიც გადაჭიმულია კუქს და გარდიგარდმო კოლინჯს შორის. ეს არის lig. gastro-colicum, რომელიც, Heusner-ის აზრით, ამ ორ ორგანოთა შორის ფიქსაციის როლს თამაშობს. რაც შეეხება მის თავისუფალ ნაწილს, როგორც გარდიგარდმო კოლინჯიდან ქვევით პერიტონეალურ ღრუში ეშვება, მას Heusner-ი სთვლის რუდიმენტალურ ორგანოთ, როგორც არიან, მაგალითად, ჭიაყელა ნაწლავი და სხვები. დაახლოვებით ასეთივე აზრს დიდი ბადექონის შესახებ იზიარებენ თავის დისერტაციებში რუსეთის მეცნიერები Кондратьев-ი, Якобсон-ი და სხვები. მრავალი ცდების შემდეგ უკანასკნელებმა ის დასკვნა გამოიყენეს, რომ ბადექონის ამოკვეთა ცხოველს დიდ ზიანს არ მოუტანს.

*) მოხსენდა საქართველოს ექიმთა მესამე კონგრესს.

მეორე მხრით ვხედავთ მრავალ მეცნიერების გამოკვლევებს, რომლებიც თავის მოსაზრებას აგრეთვე ცდებზე ამყარებენ და ამტკიცებენ, რომ ბადექონი შეიცავს ფრიად საჭირო ბიოლოგიურ თვისებებს. მაგალითად Milian-ი ბადექონის მოძრაობაში ხედავს გონიერ მოქმედებას („une sorte d'intelligence“). Morisson-ი ბადექონს უწოდებს მუცლის ღრუს მცველს, რომელიც მიემზურება იქით, საიდანაც მუცლის ღრუს უბედურება ეწვევა და სხვა.

როცა დიდი ბადექონის შესახებ აზრის ასეთ სხვა და სხვაობას გაეცნობით, სავსებით დაეთანხმებით რუსეთის დისერტანტებს Гиргалав-ას (1907 წ.) და Сулаков-ს (1908 წ.), რომლებიც შენიშნავენ, რომ ჯერჯერობით ბადექონზე ერთი მეორეს მოწინააღმდეგე აზრები არსებობს. ხარკოვის პროფესორი Przewalski ამას დასძენს, რომ „Die schon von Winslow ziemlich genau anatomisch untersuchten und von Meckel, j. Müller, Hennecke, Toldt, Klaatsch und Broman embriologisch und vergleichend anatomisch vielseitig beieuchteten Netzbildungen sind hinsichtlich ihrer phjsiologischen Bedeutung auch zurzeit nicht definitiv erklärt“ *) ასე სდვას საკითხი დიდი ბადექონის შესახებ საზღვარგარეთ.

როგორც ზევით ვაკვრით მოვიხსენიეთ, ბადექონის შესახებ გამოკვლევები ჩვენშიაც დაიწყო. ამა წ. 14 მაისს ტფ. სახელმწიფო უნივერსიტეტის ასისტენტმა ა. წულუკიძემ—პროფ. მუხაძის ქირურგიულ კლინიკიდან—საქართველოს საექიმო კრებაზე წარმოადგინა მოხსენება, სადაც ის აღნიშნავს, რომ ბადექონის თვისებების შესახებ მან აწარმოვა ცდები, რომლების შემდეგ მან გამოიყვანა სათანადო დასკვნები. სამწუხაროთ, ჩვენ ჯერ ხელთ არ გვაქვს ექიმ წულუკიძის წერილობითი გამოკვლევა. ყოველ შემთხვევაში ის შედარებითი მოკლე ცნობები, რომლებიც მან საექიმო კრებაზედ გადმოგვცა, ფრიად საყურადღებოა და მხედველობაში მისაღები.

ამ უკანასკნელი 3—4 წლის განმავლობაში პროფ. ალექსანდრე ნათიშვილის წინადადებით და ხელმძღვანელობით მეც ვეწეოდი დიდი ბადექონის შესწავლას გვამებზედ მორფოლოგიის მხრით. თუმცა ჩემ მიერ დაგროვილი მასალა ჯერ არ მაქვს საბოლოო სისტემაში მოყვანილი, მაგრამ ბადექონის ასეთმა მასიურმა გამოკვლევამ მაინც მოგვცა ერთი შთაბეჭდილება, სახელდობრ ის, რომ მისი მდებარეობა პერიტონეუმის ღრუში არ არის ერთნაირი, ასე ვთქვათ, ტიპური; არამედ ამ მხრით ის დიდ სხვა და სხვაობას განიცდის. და ამ გარემოებას კი, ჩვენის აზრით, ანგარიში უნდა გაეწიოს.

სხვათა შორის ბადექონის ფორმის და მდებარეობის ასე შეცვლის სურათს წარმოადგენს ის პრეპარატი, რომელიც თქვენს წინაშე არის წარმოდგენილი. ზემონათქვამის გამო მივცემ ჩემს თავს ნებას რამოდენიმეთ დაწვრილებით აესწერო ამ ადამიანის ბადექონი.

გვამი ეკუთვნის დედაკაცს, დაახლოებით 35 წ., გაკვეთილია 13/II 1925 წ. ანატომიურ ინსტიტუტში სტუდენტებთან პრაქტიკულ ვარჯიშობის დროს. ამ გვამის შესახებ სამწუხაროთ ვერავითარი ცნობები ვერ შევკრიბეთ, ასე რომ ჩვენ არ ვიცით, რით იყო დედაკაცი ავად, რამ მოკლა და სხვა. ალბათ გვამი პირდა-

*) „Veber das grosse Netz“ 1908.

პირ ანატომიურ ინსტიტუტში მოიტანეს. ეხლა გადავიდეთ მისი ბადექონის აღწერაზე.

Omentum majus იწყება კუჭის დიდი სიმრუდიდან კარდიდან დაწყებული კუჭის პილორიულ ნაწილამდის. აქედან მისი ნაჭრები მიიმართებიან მარცხნივ, ქვევით და მარჯნივ და გვაძლევენ შემდეგ ანატომიურ ფორმებს:

I. მარცხენა კიდე.

კუჭის შესავლიდან და ფუძიდან დიდი ბადექონის ერთი ვიწრო მორჩი მიიმართება ზევით და ფართოდ გადადის შუასაძკიდ—კუჭის იოგში. მარცხენა კიდის მეორე—შუა ნაჭერი მიდის მარცხნივ ელენთასაკენ და ორათ განიყოფება: ზევითა ნაჭერი უმაგრდება ელენთას მედიალურ ზედაპირს; ქვედა ნაჭერი კი—უვლის ელენთას წინიდან, ეშვება მარცხნივ ელენთა და დიაფრაგმას შორის და იქ თავისუფლად თავდება. მარცხენა კიდის მესამე—ქვედა ნაჭერი შეზრდილია გარდიგარდმო კოლინჯის მარცხენა ნაკეცთან, აქედან მიიმართება მარცხნივ, უვლის ელენთას ქვევიდან და მიმაგრებულია დიაფრაგმის მარცხენა გვერდზე. მარცხენა კიდის ეს მესამე ნაჭერი წარმოადგენს მარცხენა საძკიდ კოლინჯის იოგს—*lig. phrenico colicum sin. strum.*

II. ქვედა კიდე.

კუჭის დიდი სიმრუდიდან ქვედა კიდე ეშვება გარდიგარდმო კოლინჯზე, რომელთანაც ის შეზრდილია. ეს ნაწილი წარმოადგენს ბადექონის ჩვეულებრივ იოგს—*lig. gastro-colicum.* მისი სიგრძე აქ სხვადასხვა ნაირია, ვინაიდან გარდიგარდმო კოლინჯის მდებარეობა არ წარმოადგენს გარდიგარდმოთ ერთ სწორ ხაზს, არამედ ის ერთობ ქვევით არის დაწეული მარცხნივ მის მარჯვენა კიდესთან შეტარებით. ამიტომ ამ იოგის სიგრძე მარჯვენა მხარეზედ უდრის 4—6 სანტიმეტრს, მარცხნივ—8 სანტიმეტრს.

გარდიგარდმო კოლინჯიდან დიდი ბადექონის თავისუფალი კიდე ეშვება ქვევით. ამ კიდის მარცხენა გვერდითი ნაწილი მიიმართება მარცხნივ და ქვევით, ეხვევა წინიდან ნაწლავების გრეხილებს და თავისუფლად თავდება ამ გრეხილებს და მუცლის ღრუს გვერდითი კედელს შორის. ბადექონის ამ მარცხენა კიდიდან მიიმართება ერთი ნაჭერი ქვევით, ჩადის წვრილი ნაწლავების გრეხილებს შორის და იქ იძლევა ორ ზონარს. პირველი მარცხენა ზონარი სიგრძით 15 სანტ უმაგრდება წვრილი ნაწლავის ჯორჯალის თავისუფალ ბოლოს, ესე იგი იქ, სადაც ჯორჯალიდან ნაწლავის ჯორჯალოვანი კიდე იწყება; მეორე ზონარი უვლის გარშემო რამოდენიმე წვრილი ნაწლავების გრეხილებს მარცხნიდან მარჯნივ, შემდეგ მარჯნიდან ისევ მარცხნივ გადმოდის, გაივლის წვრილი ნაწლავების ჯორჯალის ფესვის წინ, მიჰყვება ჯორჯალის ფესვს ზევით და უერთდება ჯორჯალის თავისუფალ ბოლოს. როგორც ვთქვით, ეს ზონარი გარს უვლის და იმწყვდევს თავის რგოლში ნაწლავების რამოდენიმე გრეხილებს.

თავისუფალი კიდის შუა ნაწილიდან მიიმართება მესამე ზონარი, რომელიც შუა ხაზის მიმართულებით ქვევით ეშვება წვრილი ნაწლავების გრეხილებს შორის, ჩადის მენჯში და იქ უმაგრდება წვრილი ნაწლავის სეროზულ აპკს; შემდეგ გადადის შარდის ბუშტზე და შეზრდილია მის მწვერვალთან, სახელდობრ იქ, სადაც იწყება *lig. vesico-umblicale mediale.*

III. მარჯვენა კიდე.

ამ კიდის ქვედა ნაწილიდან გარდიგარდმო კოლინჯის მიმართულებით მუცლის ღრუს მარჯვენა კედლისაკენ მიიმართება ერთი ნაქერი, რომელიც მუცლის ღრუს მარჯვენა კედელთან არის შეერთებული. ამავე კიდიდან ღვიძლისაკენ მიიმართებიან რამოდენიმე კონები, რომელთა შორის სამი ცალ ცალკე უმაგრდება ღვიძლის მარჯვენა წილის ქვედა ზედაპირს (lig. hepato—colicum) ერთი ცალკე ნაღვლის ბუშტს (lig. cysto—colicum).

Foramen Winslovi გახსნილია.

ბადექონის ფურცლები შეზრდილია.

სიგრძე ნაქერის, რომელიც შარდის ბუშტის მწვერვალთან მიდის 35 სანტ. (კუჭიდან გარდიგარდმო კოლინჯამდის არის 7 სანტ, აქედან ბუშტის მწვერვალამდის 28 სანტ.).

სიგანე ბადექონის გარდიგარდმო კოლინჯის მიმართულებით=37 სანტ.

წვრილი ნაწლავების სიგრძე უდრის 378 სანტიმეტრს. სიგრძე ნაწლავის პილორიუსიდან ბადექონის შეზრდის წერტილამდის არის 235 სანტ., აქედან—წვრილ ნაწლავის ბოლომდის უდრის 143 სანტიმეტრს. ბადექონის რგოლში არიან მოქცეული მღივი ნაწლავის გრეხილები სიგრძით 177 სანტიმეტრი.

მუცლის ღრუს სიგრძე შუახაზის მიმართულებით დაწყებული მახვილისებრ მორჩის დასაწყისიდან ბოქვენის ძვლების სიმფიზამდის=34 სანტიმეტრს. სიგანე მუცლის ღრუს უშირეს გვერდითი წერტილებს შორის=25 სანტიმეტრს.

ეხლა თუ ჩვენ ვიკითხავთ, რაში შესდგება წარმოდგენილ დიდი ბადექონის ანატომიური თავისებურობა, საჭიროა მხედველობაში მივიღოთ ძველი და თანამედროვე მორფოლოგიების განსაზღვრა დიდი ბადექონის ფორმის და მდებარეობის შესახებ. დაწყებული მე 19 საუკუნის ნახევრიდან და დამთავრებული უკანასკნელ წლებით მორფოლოგიების წარმომადგენლები ბადექონს თითქმის ერთნაირათ აგვიწერენ. ისინი ამბობენ, რომ ბადექონი არის პერიტონეუმის დუბლიკატურა, რომელიც იწყება კუჭის დიდი სიმრუდიდან, გადადის გარდიგარდმო კოლინჯზე და შემდეგ ქვევით თავისუფლათ ეშვება. აქ ის ფარავს წვრილ ნაწლავებს „წინსაფარის მზავსათ“. გარდიგარდმო კოლინჯის ქვევით კუჭიდან წამოსული ფურცელი ისევ ზევით ბრუნდებიან ამ გვარათ: შიგნითა ფურცელი უფლის კუჭს უკანიდან, მიიმართება ღვიძლისაკენ და იქ ღვიძლს და დიაფრაგმას შორის გადადის ღვიძლის პერიტონეალურ შორის ვისცერალურ ფურცელში. ამნაირათ ეს ფურცელი ადგენს ბადექონის აბგის უკანა კედელს. დიდი ბადექონის მეორე ფურცელი, ესე იგი, რომელიც კუჭის წინა ზედაპირიდან არის დაშვებული, პირველ შიგნითა ფურცლის ქვევით უხვევს ზევით, გადაივლის ხელმეორეთ გარდიგარდმო კოლინჯს, ჩაეშვება ხერხემლისაკენ და იქ პანკრეატულ ჯირკვლის წინაზედაპირის მიდამოში გადადის მუცლის აპკის პარეტალურ ფურცელში. აი დიდი ბადექონის ფორმა და მდებარეობა გასულ და თანამედროვე მორფოლოგიური ლიტერატურის თვალთაზრისით.

(Ebi, Marshall, Hirtl, Henle, Heizmann, Spalteholz, Sobotta, Toldt, Merkel, Ellenberger, Baum, Testut, Rauber, Broesike, Зернов, Тонков, Яцута, Батуев და სხვები).

ეხლა თუ ჩვენ დიდი ბადექონის ფორმის და მდებარეობის განსაზღვრას შევადარებთ აღნიშნულ გვამის ბადექონის ფორმას და მდებარეობას, ვნახავთ, რომ ის შეიცავს შემდეგ მორფოლოგიურ განსაკუთრებულ ნიშნებს:

1) ის არ ფარავს წვრილი ნაწლავების უმეტეს ნაწილს, მაშასადამე მას არ აქვს წინსაფარის მდებარეობა.

2) მისი მარცხენა ნაწილი იძლევა დამატებითი მორჩებს, რომლებიც საშუალებით ის შეერთებულია ზევით დიაფრაგმასთან და მარცხნივ ელენთასან.

3) მისი თავისუფალი ნაწილი იძლევა სამ დამოუკიდებელ ზონრებს, რომელთა შორის ერთი უერთდება წვრილ ნაწლავს მღივ და თქმოს ნაწლავის საზღვარზე, აქედან შარდის ბუშტის მწვერვალს. მეორე და მესამე ზონრები უერთდებიან ნაწლავების ჯორჯლებს და თავის რგოლში იმწყვდევენ წვრილი ნაწლავების გრეხილებს.

4) მისი მარჯვენა კიდე აგრეთვე უშვებს დამატებითი მორჩებს, რომლებიც ერთის მხრით, დიდ ბადექონს მექანიურათ აკავშირებენ მუცლის ღრუს მარჯვენა კედელთან, მეორეს მხრით მ მორჩით—ღვიძლის ქვედა ზედაპირთან.

აი ის ნიშნები, რომლებითაც ეს ბადექონი განსხვავდება მორფოლოგიების ჩვეულებრივ ბადექონიდან. სხვათა შორის ეს შემთხვევაც გვიჩვენებს იმას, რომ ბადექონი იცვლის თავის „ტიპიურ“ ფორმას და მდებარეობას, გვაძლევს დამატებით მორჩებს პერიტონეუმის ღრუს სხვადასხვა ადგილას და მორჩების შეზრდით ამყარებს განსაზღვრულ ანატომიურ მდებარეობას მუცლის ღრუს ორგანოთა შორის. მაგრამ, როგორც ზევით შევნიშნეთ, ბადექონის გვამებზე მასიური შესწავლა გვაძლევს სურათს ამ ორგანოს ფორმის და მდებარეობის ხშირათ შეცვლისას. და, მართლაც, საკმარისია ერთი გვამი გაკვეთოთ, დაწვრილებით დაათვალიეროთ იქ დიდი ბადექონის ფორმა და მდებარეობა და ერთ მაგალითზედაც უთუოდ იპოვით ბადექონის ისეთ დამატებითი წარმოქმნებს, რომლებიც, შეიძლება, ჯერ ლიტერატურაში არ აღწერილა, ხოლო მათ რაიმე მნიშვნელობა ჰქონდეთ ადამიანის მუცლის ღრუსათვის. ერთ შემთხვევაში დიდი ბადექონის წაწვეტიანებული მორჩები ელენთასაკენ მიიმართებიან, ზოგი მორჩი ელენთას გარშემო უვლის, გადადის დიაფრაგმაზე და იქ სიღრმეში ან თავისუფლად თავდება ან შეზრდილი არის დიაფრაგმასთან. მეორე შემთხვევაში თავისუფალი კიდე მრავალ მორჩებს იძლევა, რომლებიც მიძვრებიან პერიტონეუმის ღრუს სხვადასხვა კუნჭულებში. ხან ბადექონის მთელი მასა პერიტონეუმის ღრუს მარცხენა კიდისაკენ გადაეშვება და იქ ან თავისუფლად ძევს, ან შეზრდილია რომელიმე იქ მდებარე ორგანოსთან. ხან ბადექონი ღრუს მარჯვენა მხარესაკენ მიდის, იქ ან თავისუფლად თავდება ან რომელიმე ორგანოსთან შეზრდილი არის. ხშირათ ბადექონი მენჯში ეშვება და იქ ან გარს ევლება რომელიმე ორგანოს, ან ორგანოს ნაწილთან შეზრდილია. ხან ბადექონის თავისუფალი კიდე ნაწლავების გრეხილებს შორის მიძვრება, იქ შემდეგ რამოდენიმე მორჩებს იძლევა და ეს მორჩები პერიტონეუმის ღრუს სხვადასხვა კუნჭულებში წვება. შემთხვევებია ისეთი, რომ თიაქარის ღროს ბადექონის ნაჭრები გრძელდებიან, თან მიჰყვებიან იმ მუცლის ღრუს ორგანოებს, რომლებიც თიაქარის ხვრელში მოხვედებიან, ხან, თიაქარის ხვრელს თვით ბადექონის მორჩი ავსებს, ასე რომ ხვრელი ყრუვ-

დება და იქ ორგანოების ნაწილები უკვე ვეღარ ჩამოდიან. იშვიათი არ არის ისეთი შემთხვევა, როცა ბადექონის ნაწილები პერიტონეუმის ღრუს ქვედა სართულიდან ზევით ამოდის (ჯირკველოვან სართულში—Зерхов-ი) და აქაც მდებარეობის და ფორმის დიდ სხვადასხვაობას იჩენს. ხან ის კუჭის წინა ზედაპირზე ძევს, ხან კუჭის ზევით მიექანება და დიაფრაგმის რომელიმე ნაწილთან არის შეზრდილი. აგრეთვე დიდი ბადექონის მორჩებს ვხედავთ ღვიძლის მიდამოში, ხან ღვიძლის სხვადასხვა ნაწილთან არის შეზრდილი, ხან კი, თითქოს წინააღმდეგ ფიზიკური კანონისა, თავდება ზევით ღვიძლს და დიაფრაგმას შორის. ჩვენ ვამბობთ „თითქოს წინააღმდეგ ფიზიკური კანონისა“ იმ აზრით, რომ ამ შემთხვევაში ბადექონის ნაჭერი ქვევიდან ზევით მოდის, ვერტიკალურ მდებარეობას იღებს და აქ შეზრდის პროცესსაც აწარმოებს.

აი, დიდი ბადექონის მდებარეობის რამოდენიმე ფორმები, რომლებიც ჩვენ ბადექონზედ შევნიშნეთ გვამების შესწავლის დროს. ჩანს, რომ ბადექონს არ უნდა ჰქონდეს მდებარეობის და ფორმის ერთი რომელიმე ტიპი, არამედ მისი ფორმა და მდებარეობა უფრო ხშირად ცვალებადია. ის რაღაც დამოკიდებულებას იჩენს ინტრაპერიტონეალურ ორგანოებთან, მიუხედავად იმისა, სადაც არ უნდა ძევდენ ეს ორგანოები, დაწყებულ ზევით დიაფრაგმიდან, ქვევით მენჯის ბოლომდის, წინ, უკან და გვერდებზე პერიტონეუმის ღრუს კედლებით, ერთი სიტყვით ბადექონის მდებარეობა მუცლის ღრუში იმდენათ სხვადასხვა ნაირია, რომ ჩვენ, ვგონებ, არ შევცდებით თუ მას პერიტონეუმის „უთომილ ორგანოს“ ვუწოდებთ.

ეხლა დავუბრუნდეთ ჩვენს შემთხვევას.

აქ ჩვენ საქმე გვაქვს ორ მომენტთან. ერთი არის ემბრიონალური მომენტი, მეორე კი—ემბრიონალურ ხანის შემდეგ წარმოშობილი. პირველი, ესე იგი ემბრიონალური მოვლენა ეკუთვნის შარდის ბუშტის დაკავშირება წვრილ ნაწლავის ნაწილთან, მეორე მომენტი ამ პირველ მოვლენით არის გამოწვეული და ეკუთვნის იმ მანიპულიაციებს, რომლებსაც დიდი ბადექონი ახდენს ამ თავისებურ შემთხვევაში. ჯერ გავარჩიოთ ემბრიონალური მომენტი, ესე იგი, როდის და რატომ უნდა მომხდარიყო შარდის ბუშტის შეერთება ზონრის საშუალებით წვრილი ნაწლავის გრეხილთან.

ჩვენ უნდა წარმოვიდგინოთ ასე, რომ ყვითრის და ალანტოისის სადინარების დაყრუების შემდეგ, უკანასკნელთ შორის მაინც დარჩა კავშირი იოგის სახით და ბავშვის დაბადების შემდეგ ეს იოგი არ გაქრა. ჩემს ასეთ აზრს იმაზედ ვამყარებ, რომ აღნიშნული იოგი იწყება შარდის ბუშტის მწვერვალთან, ესე იგი Urachus-ის დასაწყისიდან და უმაგრდება წვრილი ნაწლავების იმ წერტილს, სადაც არის საზღვარი მლივი და თედოს ნაწლავებს შორის. ეს ადგილი კი ემბრიონალურ ხანის დროს წარმოადგენს ყვითრის სადინარის დასაწყისს. (ductus omphalo—entericus).

რომ მართლაც აღნიშნული შემაერთებელი იოგი მლივი და თედოს ნაწლავის საზღვარზედ არის მიმაგრებული, ჩანს წვრილი ნაწლავების გაზომვიდან. როგორც ზევით აღვნიშნეთ, პილორიუსის დასაწყისიდან იოგის შეზრდის წერტილამდის არის 235 სანტიმეტრი; ამ წერტილიდან წვრილი ნაწლავების ბოლომ-

დის—143 სანტიმეტრი. თუ ჩვენ ეხლა პირველ სიგრძეს (235 სანტ.) მეორეს (143 ს.) შევადარებთ, ვნახავთ, რომ მეორე სიგრძე წარმოადგენს მთელი წვრილ ნაწლავების დაახლოებით $\frac{1}{3}$, პირველი სიგრძე კი შეიცავს $\frac{2}{3}$. მაშასადამე ითვის შეზრდა წვრილ ნაწლავზედ გვაქვს იქ, სადაც თავდება მღვივი და იწყება თქმოს ნაწლავი, ესე იგი იმ ადგილას, რომელიც ემბრიონალურათ ითვლება ყვითრის სადინარის დასაწყისათ.

ასეთმა ემბრიონალურმა მოვლენამ ალბათ შემდეგ გამოიწვია ბადექონის მდებარეობის ის ცვლილებები, რომლებსაც ჩვენ მასში აქ ვხედავთ. თანდაყოლილ შეზრდას ალანტოისის და ყვითრის სადინარების შორის შეეძლო გამოეწვია დიდი ბადექონის მუდმივი გაღიზიანება. ექსპერიმენტალურ მედიცინაში დღეს უკვე დამტკიცებულათ არის აღიარებული ის გარემოება, რომ ბადექონი ორგანოებთან შეზრდით უპასუხებს იმ შემთხვევებში, როცა პერიტონეუმის ღრუში ოაიმე არა ნორმალური მოვლენა ხდება, როგორც არის, მაგალითად, ქრილობები, გარეშე საგნის ღრუში მოხდენა და სხვა. ამიტომ დასაშვებია, რომ ზემოაღნიშნულმა გაღიზიანებამ გამოიწვია ბადექონის მოძრაობა, რომელიც იმაში გამოიხატა, რომ მან ერთი მორჩით შეეზარდა რა ყვითრის სადინარის ყოფილ ადგილს, იმავე დროს შეაჩერა წვრილი ნაწლავების დაშვება ქვევით—მენჯის ღრუში. იმავე მუდმივ გაღიზიანებას შეეძლო გამოეწვია ბადექონის დანარჩენი დამატებითი მორჩების წარმოქმნა. ამ დამატებითი მორჩებმაც თავისი მიზანშეწონილი განმავლობა იქონიეს მუცლის ღრუს ორგანოების შედარებით ნორმალურ ფიქსაციის საქმეში, სახელდობრ: ორი წვრილი მორჩით, რომლებსაც ჩვენ მუცლის ღრუს ქვედა სართულში ვხედავთ, ალყა შემოერტყა წვრილი ნაწლავების გრეხილებს და მათი ქვევით დაშვება შეეჩერებულ იქმნა. გარდა ამისა, გარდვიგარდმო კოლინჯის მარცხნივ, მარჯვნივ და ზევით აგრეთვე წარმოიქმნა მორჩები, რომლებმაც ეს ორგანო გაამაგრა და განსახლვრულ მდგომარეობაში ჩააყენა. თითქოს ბადექონმა მრავალი მორჩების გამოყოფით და მათი ამა თუ იმ ორგანოებთან შეზრდით გამოასწორა ადამიანის თანდაყოლილი დეფექტი

ასეთი ახსნა აღნიშნულ პრეპარატზე ბადექონის მოძრაობის შესახებ, შეიძლება, უსაბუთოთ და სიმამაცეთ გვეჩვენოს, მაგრამ ის ცხადია, რომ აქ ბადექონის მორჩები ერთობ მიზანშეწონილათ არიან დალაგებული. საკმარისია, ბადექონის ერთი რომელიმე მორჩი გადავსჭრათ და ჩვენ მაშინვე დავარღვევთ მუცლის ღრუს ორგანოების ანატომიურ წონასწორობას. შეიძლება ბადექონის ასეთ მოძრაობას და მისი მორჩების შეზრდას ჰქონდეს, მეორე მხრით, რამოდენიმე უარყოფითი მხარეები, როგორც არის, მაგალითად, მუცლის ღრუს ორგანოების ერთმანეთთან ზედმეტი დაახლოება (ნაწლავების გრეხილები), მათი სანათურების შემცირება და სხვა, მაგრამ იმავე ორგანოების საჭირო და მიზანშეწონილი ფიქსაცია ბადექონის მხრივ უდიდეს მნიშვნელობის ფაქტათ უნდა ჩაითვალოს. ყველა ზემოხსენებულიდან ჩვენ შეგვიძლია გამოვიყვანოთ შემდეგი დებულებები:

1. პერიტონეუმის და მისი ღრუს ანატომიურათ შესწავლა გვიჩვენებს, რომ დიდი ბადექონის ფორმები და მდებარეობა ადამიანის გვამებში თვალსაჩინო

სხვადასხვაობას განიცდიან, რაც თანამედროვე მორფოლოგიურ ლიტერატურაში ჯერჯერობით სავსებით გაშუქებული არ არის.

2. მორფოლოგიების დიდი უმეტესობა ბადექონს ჰყოფენ ორ ნაწილად: ერთი არის დიდი ბადექონის არა თავისუფალი ნაწილი, რომელსაც ეკუთვნიან lig. gastro — colicum, lig. gastro-lienale, lig. phrenico — colicum sinistrum და არა მუდმივი lig. phrenico — colicum dextrum. მეორეს, ესე იგი, მის თავისუფალ ნაწილს წარმოადგენს ის ნაჭერი, რომელიც ეშვება პერიტონეუმის ღრუში გარდვიგარდმო კოლინჯიდან ქვევით და „წინსაფარის“ მგზავსათ ფარავს წინიდან ნაწლავებს.

3. მაგრამ, ადამიანის დიდი ბადექონის დაწვრილებითი შესწავლა გვიმტკიცებს, რომ მისი კიდეები, სახელდობრ, ზევით, მარცხნივ, ქვევით და მარჯნივ არ წარმოადგენენ ერთ სწორ ხაზს, არამედ ძლიერ ხშირათ იძლევიან მრავალ მორჩებს სხვადასხვა სიგრძის, მდებარეობის და სიფართოვისა.

4. აღნიშნული, ასე ვთქვათ, დამატებითი მორჩები, ხან თავისუფლად მდებარეობენ მუცლის ღრუს რომელიმე ორგანოსთან, ხან კი შეზრდილი არიან მასთან და ამნაირათ ეს უკანასკნელები სხვათა შორის ასრულებენ პერიტონეუმის იოგოვან აპარატის როლს, რომელიც აყენებს მუცლის ღრუს ამა თუ იმ ორგანოს განსაზღვრულ მდგომარეობაში.

5. სხვადასხვა შემთხვევებში ბადექონი ასეთ კავშირს იჭერს თითქმის ყველა ინტრაპერიტონეალურ ორგანოებთან და ამას კი ხელს უწყობს მისი თავისუფალი უსწორო კიდიანი მორჩები.

6. ასეთ ზეგავლენას ბადექონი ახდენს არა მარტო იმ ორგანოებზე, რომლებსაც ის ფიზიკურათ ეხება, არამედ მუცლის ღრუს იმ ორგანოებზედაც, რომლებიც მისგან დაშორებულნი არიან, მაგალითად, ზევით დიაფრაგმასთან, ღვიძლთან, ქვევით მენჯში მდებარე ორგანოებთან და სხვ.

7. როცა ბადექონი შეზრდილია მუცლის ღრუს რომელიმე ორგანოსთან ერთი მიმართულებით, ხშირათ ემჩნევა მეორე მორჩით ან მორჩებით შეზრდა მეორე ორგანოსთან მოწინააღმდეგე მიმართულებით და ასეთი მრავალ მხრივი ფიქსაცია ახდენს მუცლის ღრუს ორგანოთა წონასწორობას. წარმოდგენილ შემთხვევაში ვხედავთ მორჩების ასეთ დალაგებას: ბადექონი შეეზარდა წვრილი ნაწლავის იმ ნაწილს, სადაც თავდება მლივი და იწყება თეძოს ნაწლავი. ამ მორჩს შეეძლო ძლიერ დაეწია გარდვიგარდმო კოლინჯი ქვევით, მაგრამ ამავე დროს ჩვენ ვხედავთ დამატებითი მორჩებს მოწინააღმდეგე მიმართულებით, სახელდობრ, ზევით—დიაფრაგმისაკენ, მარცხნივ ელენთასაკენ, მარჯნივ მუცლის ღრუს მარჯვენა კედლისაკენ და ღვიძლისაკენ—და საერთოდ ყველა ეს მორჩები აყენებენ მუცლის ღრუს ორგანოებს შედარებით ნორმალურ ანატომიურ მდგომარეობაში.

8. ამიტომ, თუ ჩვენ დიდ ბადექონს მივაწერთ სხვათა შორის მუცლის ღრუს ორგანოების გამამაგრებელ როლს და ეს, როგორც მისი ანატომიური მდებარეობის შესწავლიდან სჩანს, შესაძლებელათ უნდა ჩაითვალოს, მაშინ ისიც უნდა დავუშვათ, რომ ბადექონის ფორმა და მდებარეობა, როგორც მოძრავი ორგანოს, არ უნდა იყოს ერთნაირი, არამედ უნდა იყოს მრავალგვარი, რადგანაც ის ეგუება მუცლის ღრუს ორგანოების სხვადასხვა მოთხოვნილებებს, მათ

შორის მოთხოვნილებას მექანიური ხასიათისას. ამით აიხსნება ის გარემოება, რომ ბადექონის ფორმა და მდებარეობა უფრო ხშირათ არ წააგავს წინსაფარს, როგორც მას ასურათებენ ძველი და თანამედროვე მორფოლოგები, არამედ ის ამ მხრით მრავალ გვარ ცვლილებებს ქმნის ნაკეცის, მორჩების და შეზრდის სახით.

9. ბადექონის ასეთ მანიპულიაციებს პრაქტიკული მედიცინის თეოსაზრისით ხანდახან, შეიძლება, დაერთოს უარყოფითი მხარე, როგორც არის, მაგალითად, მუცლის ღრუს ორგანოების ერთმანეთთან ზედმეტი დაახლოვება, ორგანოთა სანათურების შევიწროება და სხვა, მაგრამ ბადექონის მიერ ორგანოთა ფიქსაცია საზოგადოთ სხეულისთვის ხშირ და ფრიად საჭირო მნიშვნელობის მოვლენათ უნდა ჩაითვალოს.

10. აქედან შეგვიძლია დავსკნათ, რომ გვამებზე დიდი ბადექონის მორფოლოგიის შესწავლა, ერთის შეხედვით, თითქოს მშრალ მასალას მოგვცემს, მაგრამ, მეორეს მხრით, უპირველესად ამ მასალაზედ უნდა აშენდეს პასუხი იმის შესახებ, თუ რას წარმოადგენს ბიოლოგიურათ ბადექონი.

აღწერილ დიდი ბადექონის შემთხვევიდან ჩვენ გამოვიყვანეთ ზემოთ აღნიშნული დებულებები, რომლებსაც რამოდენიმეთ თეორიული ხასიათი აქვს. ახლო მომავალში ვეცდები უფრო დაწვრილებით განვმარტოთ თვითეული დებულება, რაც დამყარებული იქნება გვამების მასიურად შესწავლის და სტატისტიკურ ცნობების მასალაზე.

ლ. კულევი.

ასისტენტი.

სისხლის ლიმფური ჯირკვლების მოკვლადობის შესახებ. *)

(სახელმწიფო უნივერსიტეტის პისტოლოგიის კათედრის გამგე—პროფ.

ა. ნ. ნათიშვილი).

ცნობილია, რომ ჩვენს ორგანიზმში არსებობს თავისებური წარმოქმნები, ე. წ. წითელი ლიმფური ჯირკვლები, ან ჰემოლიმფური ჯირკვლები, ან სისხლის ლიმფური ჯირკვლები. ისინი განსხვავდებიან დანარჩენი ლიმფური ჯირკვლები-საგან თავისი წითელი ფერით, მიკროსკოპიულათ კი იმით, რომ ის სივრცეები, რომლებიც ჩვეულებრივი ლიმფური ჯირკვლების სინუსებს ესაბამებიან, ამოვსებულია სისხლის წითელი ბურთულებით. ამის გარდა Herbst-ი, Nukh-ი და სხვა მკვლევარები აღწერენ, რომ იმ ლიმფას, რომელიც გამოდის წითელი ლიმფური ჯირკვლების ადგილებიდან ხშირად წითელი ფერი აქვს. ცნობილია აგრეთვე ისიც, რომ ზოგი მკვლევარი, როგორც, მაგალითად, Helly Herbst-ი Gabbi და სხვები სთვლიან, რომ წითელი ლიმფური ჯირკვლები არ წარმოადგენენ ორგანოებს *sui generis*, თავისებური სტრუქტურით, რომ ყველა ლიმფურ ჯირკვლებს ერთი და იგივე სტრუქტურა აქვთ, რომ ერიტროციტების გამოსვლა შესაძლებელია ყველა ჯირკვლებში და ხდება *per diapodesin* ან *per rexin* და ჰქმნის ხან მცირე, ხან შედარებით მოზრდილ სისხლის ჩაქცევებს. ასეთი სისხლის ჩაქცევის მიზეზი შეიძლება იყოს ჰიპერემია ან თავისებური აგებულობა სისხლ ძარღვების კედლებისა. მაგრამ ამასთან ერთად Helly ამბობს, რომ მას თუ უნახავს ძარღვებიდან გამოსვლა თეთრი ბურთულებისა *per diapodesin*, მას არ შეუძლია სთქვას იგივე წითელი ბურთულების შესახებ. ამასთან ერთად მას არასდროს არ უნახავს სისხლის ჩასაქცევის მიდამოში სისხლ ძარღვების დარღვევა, ან ლიმფური სინუსის ენდოტელიუმის გახევა. Schumacher-ი აწარმოებდა ინიექციას წითელი ლიმფური ჯირკვლების სისხლ ძარღვების და შეამჩნია საინიექციო ნივთიერების გამოსვლა ენდოტელის უჯრედებს შორის. ამის და მიხედვით მან დაასკვნა, რომ ლიმფური ძარღვების კედლები ფოროიანია. Helly-მ კი აწარმოა ისეთივე ინიექციები და აღნიშნავს, რომ საინიექციო ნივთიერების გამოსვლას ექსტრაავაზატების ხასიათი აქვს, ვინაიდან ამ მოვლენაში არ სჩანს არც მუდმივობა, არც სისწორე; აგრეთვე მას არ უნახავს რომ ეს ექსტრაავაზატები გავრცელებული იყო სინუსებში. ზოგიერთი ავტორები (Orth, Müller, Ziegler და სხვები) მიუთითებდნენ რომ ლიმფური ჯირკვლების გაწითლება აიხსნება ახლო მდებარე სისხლის ჩაქცევის რეზორბციით. მაგრამ Helly ამის შესა-

*) მოხსენა საქართველოს ექიმთა მესამე კონგრესს.

ხებ ამბობს, რომ იმ შემთხვევებში, როდესაც მეზობელ ლიმფურ ჯირკვლებს აკლიათ მომტანი და წამლებ ლიმფური ძარღვები და, მაშასადამე, როდესაც შეუძლებელია ლაპარაკი სისხლის რეზორბციის შესახებ. ჯირკვლები მაინც უხვად გავსებულია სისხლით.

ამ რიგათ, ვინაიდან დასამტკიცებელი საბუთი არ არსებობს იმის შესახებ, რომ სისხლის გამოსვლა ხდება per diapedesin, per rexin, ან სისხლის ჩაქცევის რეზორბციას წარმოადგენს, იძულებული ვართ დაუშვათ განსაკუთრებული სტრუქტურა სისხლ ლიმფურ ჯირკვლებში და დაუშვათ მუდმივი კავშირის არსებობა სისხლის ძარღვებსა და ლიმფურ სინუსებს შორის.

ამის და მიუხედავით ამ უკანასკნელის შესახებაც ყველა ცდები ჯერ-ჯერობით უშედეგოდ რჩება. Thomé ამბობს შემდეგ: „შთაბეჭდილება ასეთია, რომ თითქოს უნდა არსებობდეს პირდაპირი კავშირი უწვრილეს ძარღვებსა და სინუსებს შორის, მაგრამ მე ვერსად ვერ ვნახე ხვრელები, თუმცა ძარღვები აღწევდნენ აღენოიდურ სუბსტანციის უკიდურეს საზღვარს“.

Gibbes'ი, Weidenreich'ი, Lewes'ი, Vincent'ი და Harrison'ი და სხვები ფიქრობენ, რომ ამ ჯირკვლებში ჩვენ გვაქვს ე. წ. ღია სისხლის მიმოქცევის წრე და ამ რიგათ აქ სისხლის და ლიმფის შერევა ხდება, მაგრამ როგორ ხდება ეს შერევა, როგორი სისხლი შედის სინუსში, არსებობს თუ არა ამ ჯირკვლებში ლიმფური ძარღვები და თუ ლიმფას ერევა სისხლი—როგორი ხასიათისაა ეს უკანასკნელი—არტერიული თუ ვენური—აი ყველა ის კითხვები, რომლებიც დღევანდელ დღემდე საიდუმლოს წარმოადგენენ.

პროფეს. ბატონ ალექსანდრე ნათიშვილის წინადადებით მე განვიზრახე ამ დარგში მუშაობა თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ჰისტოლოგიის კათედრასთან. ამ მოკლე წერილში ვაქვეყნებ იმ შედეგებს, რომელიც მე ჯერ-ჯერობით მივიღე.

გამოკვლევას ვაწარმოებდით ძალღებზე და ადამიანზე, როგორც ახალგაზრდა, ისე მოზრდილ ჰასაკში. ყველა ძალღებს, როგორც ლეკვებს, ისე მოზრდილთ—წითელი ლიმფური ჯირკვლები აღმოაჩნდათ. რაც შეეხება ადამიანს, ზოგ შემთხვევაში წითელი ლიმფური ჯირკვლები მიღებული არ იყო. მაკროსკოპიულად სისხლის ზოგიერთი ლიმფური ჯირკვლები მუქ—წითელი ფერისაა. ჩვეულებრივ მათ აქვთ რგვალი ფორმა, მცირე ოდენობა და რბილი კონსისტენცია. მაგრამ შეიძლება იყენენ ოვალური ფორმისა, მოწითალო ფერისა; ზოგიერთ შემთხვევებში მათ ზედაპირზე არის მხოლოდ წითელი ფერის ზონარი; უკანასკნელი პირველებთან, შედარებით უფრო მოზრდილი და მკვრივი კონსისტენციისაა. მრგვალი ჯირკვლები უშუალოთ პერიტონეუმით არიან დაფარული, ოვალური კი მოთავსებული არიან ცხიმოვან ქსოვილში. მუქ—წითელ ფერის მიკროსკოპიულად წითელი ლიმფური ჯირკვლები შეიძლება დაიყოს ორ მთავარ ჯგუფად: პირველს ეტყობა ერთი და იგივეობის ნიშნები ძვლის ტვინთან, მეორეს აქვს საერთო ნიშნები ჩვეულებრივი ლიმფური ჯირკვლების ერთი მხრივ და ელენთისა მეორეს მხრივ. პირველი ჯირკვლის გარშემო სჩანს თხელი, ფაშარი კაპსულა, შემდგარი შემაერთებელ ქსოვილის ბოჭკოებისაგან, რომელნიც გადადიან და იფანტებიან მეზობლად მყოფ ცხიმოვან ქსოვილში. თვით ჯირკვლის ქსოვი-

ლი კი წარმოდგენილია მეტად ნაზ, ფაშარი და ლეჩქივით დაქვრილ ბადესაგან. ამ ჯირკვალში ჩვენ არ გვინახავს ადენოიდური ქსოვილი, რომელიც ანალოგიური ყოფილიყო ფოლიკულების ან ელენთის მალპიგიის სხეულაკების აგებულებისა, როგორც ამას აღნიშნავენ ზოგიერთი მკვლევარი. მაგრამ ბადის დაქრვას ემჩნევა გარკვეული მიმართულება: მისი შედარებით მკვეთრად გამოხატული გასწვრივი ხარიხები ვიწრო კედლიან გზების სახით მიდიან ურთიერთ შორის პარალელურად, ოდნავ იკლაკნებიან და ალაგ-ალაგ იფანტებიან ჯირკვლის პერიფერიისაკენ, გარდიგარდმო ხარიხები კი იმდენად წვრილია, რომ თითქმის არც კი სჩანან. გასწვრივი ხარიხები წარმოადგენენ შედარებით ფართე პროტოპლაზმატიურ მასას, რომელშიაც ჩართულია მოგრძო მოყვანილობის ბირთვი, გარდიგარდმო ხარიხები კი წარმოდგენილი არიან უწყრილეს ძაფებათ. ლიმფოიდურ ქსოვილის და სინუსის შორის მკაფიო საზღვარი არ არსებობს. სინუსისაგან ფართე სივრცეები მიდიან ლიმფურ ქსოვილში, სადაც იფანტებიან უფრო წვრილი ტოტებათ და თანდათანობით გადადიან რეტიკულუმის სივრცეში. სინუსის ბადე შესდგება უფრო სქელი ხარიხებისაგან და შედარებით უფრო ფართე მარყუშოვანია ვიდრე ლიმფურ ქსოვილში. მთელი ქსოვილი გაქლენთილია ლიმფური ელემენტებით და ერიტროციტებით, ეს უკანასკნელები უფრო დიდ რაოდენობით გვხვდებიან სინუსებში და ლიმფური ელემენტები კი ცენტრალურ უფრო ნაზ ქსოვილში არიან. ჯირკვლს უახლოვდება შედარებით მსხვილი ვენური ძარღვი, შედის მის კაპსულაში, სადაც ამ ვენის ადვენტიცია უერთდება კაპსულის შემაერთებელ — ქსოვილოვან ბოჭკოებს. აქვე — კაპსულაში — ვენა იშლება სულ უფრო და უფრო წვრილ ტოტებად, ადვენტიციის ბოჭკოები შორდებიან ერთმანეთს და გარშემო ერტყმიან სისხლით სავსე უსწორ-მასწორო სივრცეებს, ბოლოს ამ სივრცეების შემაერთებელ ქსოვილოვანი კედლები თხელდება, სივრცეები თითქმის ერთმანეთს უერთდება ჯირკვლის გარშემო და ჰქმნიან საერთო ირგვლივ სინუსს. მთელი ჯირკველი გვეჩვენება უსწორ-მასწორო განუწყვეტელი ძარღვოვან ქსელის სახით. ჯირკვლის შუაგულში უსწორი და ვიწროკედლიანი გზებიდან, ამოვსებულთ ლიმფურ ელემენტებით და აგრეთვე ერიტროციტებით, იწყება კაპილარები. ისინი ერთდებიან ერთმანეთში და ჰქმნიან უფრო მსხვილ ტოტებს. ცირკულაცია, როგორც სჩანს, სწარმოებს შემდეგნაირად: სისხლი შედის ვენით სინუსში და აქედან თავისუფლად გადის რეტიკულუმის მარყუშებში; უნდა აღვნიშნოთ, რომ ზოგიერთი ავტორების მიერ აღწერილი ამ ჯირკვლებში საზღვროვანი ენდოტელური შრე, მზგავსი ჩვეულებრივი ლიმფურ ჯირკვლებს ენდოტელისა, რომელიც ხელს უშლის ხოლმე ერიტროციტების გასვლას — აქ არ არსებობს. შემდეგში სისხლი გადადის რეტიკულუმის ზემოდ აღნიშნულ ვიწრო გზებში და აქედან კაპილარებში. ამგვარად, როგორც სჩანს, აქ სისხლის მიმოქცევას ვენური ხასიათი აქვს.

იმავე ჯგუფის ზოგიერთი ჯირკვლები განსხვავდებიან უკვე აღნიშნულ ჯირკვლებისაგან მით, რომ აქ უფრო მეტია უჯრედოვანი ელემენტები და ამიტომ თვით ქსოვილი უფრო მკვრივი ხასიათისაა. ამის გარდა უჯრედოვან ელემენტების რიცხვში შედის როგორც ერიტროციტების ისე ლეიკოციტების მოზრდილ და ჭაბუკი ფორმები. მათ შორის მოიპოვება მოზრდილი, უსწორო ფორ-

მის უჯრედებიც მსხვილი მქრთალი ბირთვით, რომლებიც როგორც სჩანს ეკუთვნიან მეზენქიმის ელემენტებს. სტრომის ელემენტებს შორის მოთავსებულია ფიბრობლასტები — ტიპური პროტოპლაზმატიური სხეულით და მქრთალი ოვალური ბირთვით. ამ ჯირკვლებში მეზენქიმის ელემენტების არსებობა და სისხლის წარმოშობის მოვლენები ერიტროციტების ახალგაზდა ფორმების განვითარებით — ყველა ეს, ამ ჯირკვლებს აძლევს ემბრიონალურ ან მიელოიდურ ქსოვილის ხასიათს.

მეორე სახე ჯირკვლებისა მოგვაგონებს უკვე ჩვეულებრივ ლიმფურ ჯირკვლებს. მათში შეიძლება აღენიშნოთ ერთი ნახევარი, რომელიც სავსებით ქერქოვანი ნივთიერებისაგან შესდგება და მეორე, რომელიც თავის რიგათ, ორ ნაწილისაგან შესდგება: პოლიუსის მოპირდაპირე ნხარეზედ მდებარეობენ ფოლიკულები, ცენტროში კი მათი მორჩები და სინუსები. ჯირკვლის იმ ნაწილში, რომელიც პირველ შეხედვით ქერქოვანი ნივთიერების შთაბეჭდილებას სტოვებს, დაწვრილებითი შესწავლის შემდეგ გვიჩვენებს ლიმფოიდური ქსოვილის გროვებს, რომლებიც მოგვაგონებენ ელენთის მალპიგიის სხეულს. პერიფერიული სინუსი, ფოლიკულები და აგრეთვე მოთავსებული მათ შორის სივრცეები ამოვსებულია სისხლით. იმ ჯირკვლებში, სადაც სისხლი იმდენად ბევრი არ არის, — შეიძლება ვნახოთ, რომ ფოლიკულს მიმართულს პერიფერიულ სინუსისაკენ არა აქვს ენდოტელური საზღვარი სინუსთან და სისხლი უკანასკნელიდან ფართე გზებით ფოლიკულებში გადადის. ჯირკვლის ცენტროში ლიმფოიდურ კუნძულების გარშემო მოინახება აგრეთვე თავისებური მდებარეობა ქსოვილისა, რომელიც რეტაკულუმს ესაბამება და რომლის შესახებაც ჩვენ უკვე ვთქვით პირველ შემთხვევაში. ჯირკვლებში სისხლის ძარღვების განაწილება შემდეგნაირია: კარში შედის არტერია, იქვე იძლევა წვრილ ტოტებს, რომელთაც კუნთოვანი კედელი არა აქვს და აგრეთვე სწრაფათ კარგავენ შემაერთებელ ქსოვილოვან კედელს და აღენოიდურ გადაგვარებას განიცდიან. შედარებით უფრო გრძელი და წვრილი ტოტები შემაერთებელი ქსოვილის ბოჭკოებთან ერთათ — აღწევენ ფოლიკულებს. არტერიის გარდა ჯირკვლებს ვენებიც აქვთ; მათი დასაწყისი ლიმფოიდურ ქსოვილში ისეთივეა, როგორც პირველ შემთხვევაში: განიერი კაპილარები ჰქმნიან საკმარისად განიერ ვენებს, რომელთა კედელი უაღრესად თხელია და შესდგება ენდოტელისაგან და მცირე რაოდენობის შემაერთებელი ქსოვილისაგან. გამორეცხილ და წინასწარ გაბერილ ჯირკვლებში შეიძლება გავშინჯოთ კაპილარის კედლის აგებულობა. იგი შესდგება ენდოტელური უჯრედებისაგან, რომელზედაც მიყრდნობილია რეტაკულუმის უჯრედები და რომელთაც ეხვევიან წვრილი მორჩები. კაპილარებს აქვთ შეხედულობა თითქმის ისინი განვითარების მდგომარეობაში იმყოფებიან; კარის მომტან და წამლებ ძარღვების გარდა ანაირ ჯირკვლებში შეიძლება ვნახოთ ვენა, რომელიც მიდის ჯირკვლთან სისხლით გავსებულ პოლიუსის მხრივ და რომელიც hilus-ის პირდაპირ ძევს. მისი კედელი, როგორც პირველ შემთხვევაში ჯირკვლის კაპსულას ერთვის და სისხლი სინუსში გადადის. როგორც აქაც სჩანს სისხლის მიმოქცევაში მთავარი როლი ეკუთვნის ვენებს, რომელიც მოდის ჯირკვლისაკენ პოლიუსის მხრივ და გამოდის კარიდან. შეიძლება დავრწმუნდეთ იმაში, რომ იმ დროს, როდესაც მომტანი

ვენები გავსებული და გაბერილია სისხლით წამლები ვენები ან სრულიათ ცარიელია, ან გაცილებით უფრო ნაკლებ სისხლს შეიცავს. საინტერესოა აღვნიშნოთ ის რომ ამ ვენის სისტემაში არსებობს ფიბრინის ძაფები, რომელთაც ურევია წითელი და თეთრი ბურთულები. იმის დასამტკიცებლათ, რომ სისხლის გადასვლისათვის ლიმფურ სინუსებში ჰემოლიმფურ ჯირკვლებში უნდა არსებობდეს განსაკუთრებული გზები და რომ ეს სწორედ ის გზებია, რომლებიც მიკროსკოპის საშუალებით ისინჯება და არ აიხსნება სისხლის მიმოქცევის ფიზიოლოგიურ ცვლილებებით, ჩვენ ვაწარმოეთ ხელოვნური ვენური ჰიპერემია ბაჭის ჩვეულებრივი ლიმფური ჯირკვლებისა. ერიტროციტების გამოსვლა სინუსში მივიღეთ, მაგრამ ამასთან ერთად გაცილებით უფრო მკვეთრათ გამოიხატა ვენური შეშუპების მოვლენები, პლაზმის და ეოზინოფილურ ლეიკოციტების გამოსვლა და სხვადასხვა.

ამ რიგათ სისხლი, რომელსაც ვხედავთ ჰემოლიმფური ჯირკვლების სინუსებში არ წარმოადგენს აქ შემთხვევითი მოვლენას. იგი არ გამოდის სისხლის ძარღვებიდან დროებით შექმნილ ხვრელების საშუალებით ნორმალურ სისხლის მიმოქცევის დარღვევის დროს (*per diapodesin, per rexin*).

მისი არსებობა სინუსებში არის მუდმივი მოვლენა და ორგანიზმად შეკავშირებულია ჰემოლიმფურ ჯირკვლის სტრუქტურასთან. სისხლი იღვრება პერიფერიულ სინუსში პერიფერიიდან მოსულ ვენით. თანდათანობით ვენის დაყოფასთან ერთად მისი კედლები თხელდება და ბოლოს იგი შესდგება მხოლოდ *adventici*'ის შემაერთებელ ქსოვილის უჯრედებისაგან და ენდოტელიისაგან. შემდეგში იცვლება მხოლოდ ამ უჯრედოვან ელემენტების მდებარეობა: შემაერთებელი ქსოვილის უჯრედები ლაგდება ბადის მსგავსად, რომელიც უფრო ფართო მარჯუმოვანია სინუსების მიდამოში და უფრო ხშირი ლიმფოიდურ ელემენტების გროვების მიდამოში. ვენურ კედლის ენდოტელი ამ ბადის ხარი-ხებზე გადადის და შემაერთებელ ქსოვილის უჯრედოვან ელემენტებს ეხვევა. მაგრამ იგი არ ჰქმნის მთლიან საფარველს და ამით აიხსნება ის, რომ სინუსის კედელს არა აქვს ჩვეულებრივი ენდოტელი; მის როლს ასრულებენ შემაერთებელ ქსოვილოვან—რეტიკულარული უჯრედები. მასასადამე, შეიქმნება პირობები მსგავსი ელენთის ბილროტის ვენებს. ამ რიგათ სისხლი, რომელიც ვენიდან სინუსში ინთხევა ამ უკანასკნელიდან გადადის ლიმფოიდურ უჯრედების გროვებში, უვლის ჯირკვლის მთელ ქსოვილს, აქ არსებულ კაპილარულ ბადეში მოექცევა და შემდეგ ვენურ სისტემის გამტან ტოტებში გადადის.

გაივლის რა ჯირკვლის ქსოვილში, სისხლი ხდება უჯრედოვან ელემენტებს, რომელთა შორის, როგორც წითელი, ისე თეთრი სხვა და სხვა ფორმის ბურთულები მოიპოვება.

ამ რიგათ ამ ორგანოებში მოსულ სისხლს ემატება ახალი დაუმუშავებელი სისხლის ბურთულები.

ზემოაღნიშნულ ბიოლოგიურ და მორფოლოგიურ თვისებებით ჰემოლიმფური ჯირკვლები განსხვავდებიან ჩვეულებრივი ლიმფური ჯირკვლებისაგან და ეს განსხვავება აძლევს მათ უფლებას დაიკავონ განსაკუთრებული ადგილი ლიმფოიდურ ორგანოების და საზოგადოთ ორგანიზმის დანარჩენ ორგანოების შორის.

ი. გიგინეიშვილი და თ. კობიაშვილი.

კლინიკის ორდინატორი.

კლინიკის ექიმი—ექსტერნი.

ტუბერკულოზური ინფექციის გავრცელება გურიის ზოგიერთ სოფლებში*).

(ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის დიაგნოსტიკის კლინიკიდან.

გამგე—პროფ. მ. დ. წინამძღვრიშვილი).

ცნობილია, რომ არც ერთ ინფექციურ ავადმყოფობას არ მიაქვს იმოდენა მსხვერპლი, როგორც ტუბერკულოზს.

Gottstein-ის ცნობებით ტუბერკულოზი სამჯერ მეტ სიკვდილიანობას იძლევა, ვიდრე ქუნთრუშა, წითელა, ტიფი და ხუნაგი ერთად აღებული და შეადგენს $\frac{1}{8}$ საერთო სიკვდილიანობისას.

თუ განვიხილავთ სტატისტიკურ მასალას, რომელიც საერთაშორისო ომამდე იყო შეკრებილი და რომელიც უფრო სწორად უნდა ჩაითვალოს, ჩვენ დავინახავთ, რომ მარტო ფილტვის ქლექისაგან წელიწადში გარდაცვლილა: იტალიაში—80 ათასი; შვედეთში—138 ათასი; საფრანგეთში—100 ათასი.

კულტურულ ქვეყნებში მიღებულ ზომების გამო, სიკვდილიანობა ტუბერკულოზისაგან, ცოტ-ცოტა, მაგრამ შესამჩნევად კლებულობდა. მაგალ. პრუსიაში 1895 წ. 10,000 მცხოვრებზე იყო 23,26 სიკვდილის შემთხვევა; 1913 წელს მხოლოდ—13,65.

1921 წელს საერთაშორისო ანტიტუბერკულოზურ კონფერენციაზე Newman-მა აღნიშნა, რომ ინგლისში ფართო და სისტემატიურმა ბრძოლამ ტუბერკულოზთან, 1850 წლიდან 75%-ით შეამცირა სიკვდილიანობა ამ სენისაგან. საერთაშორისო ომმა კი ამ მხრივ მდგომარეობა გააუარესა და გააბათილა მიღწეული შედეგები.

Deyske—ფიქრობს, რომ თვითეულ ევროპის სახელმწიფოში სიკვდილიანობის $\frac{1}{10}$ უდრის 2-ს. ამ რიცხვის 10%-ში სიკვდილიანობის მიზეზი ტუბერკულოზია. ანუ, უფრო მარტივად რომ ვთქვათ, 50 მილიონ მცხოვრებზე, კვდება ყოველ წლიურად—ერთი მილიონი; ამათში 100 ათასი—ტუბერკულოზისაგან; მასთან ფილტვის ქლექისაგან—90%-ი, დანარჩენ ფორმებზე მოდის 10%-ი.

სოციალური პირობების მიხედვით სიკვდილიანობის შემთხვევები ფილტვის ქლექისაგან თანახმად Funk-ის დაკვირვებებისა, განაწილება შემდეგ ნაირად: ყოველ 10.000 მცხოვრებზე 30—60 წლამდე.

*) მოხსენდა საქართველოს ექიმთა მესამე კონგრესს.



ღარიბი—43.

საშუალო პირობებში მცხოვრები—15.

მდიდარი—5,8.

უფრო მეტ სიძნელეს წარმოადგენს გამოანგარიშება, თუ რამდენი ადამიანია ტუბერკულოზით დაავადებული, მით უმეტეს, რომ მუდამ ადვილი არ არის იმის გამოკვლევა, თუ ვინ უნდა იყოს ცნობილი ავადმყოფად. ბოლო ხანებში, ამ საკითხს მიუდგინენ იმ თვალსაზრისით, რომ დაავადებულად უნდა ჩაითვალოს ის, ვისაც ესაჭიროება მკურნალობა. Altstadt-ის გამოანგარიშებით ტუბერკულოზით ავადმყოფთა რიცხვი, რომელთაც წამლობა ესაჭიროება ყოველ 50 მილიონ მცხოვრებზე მოდის ერთი მილიონი. მას შემდეგ რაც Naegeli-მ მოზრდილთა გაკვეთილ გვამებზე 97%-ში აღმოაჩინა ტუბერკულოზური ცვლილებები, ცხადი შეიქმნა, რომ ტუბერკულოზური ინფექცია, ანატომიურ ცვლილებების სახით, გაცილებით უფრო ხშირია ვიდრე კლინიკური დაავადება ტუბერკულოზით და მით უმეტეს სიკვდილიანობა. იმავე Naegeli-ს გამოკვლევით 13—14 წლის ჰასაკში, გაკვეთამ მხოლოდ 30%-ში აღმოაჩინა ტუბერკულოზური ინფექციის ნაშთი.

Hamburger-მა და Sluk-ამ 11—14 წლიანების გვამებზე აღმოაჩინეს ტუბერკულოზური ცვლილებები 70%-ში.

იმავე ავტორებმა აღნიშნეს:

1	წლიანებზე	15%
2	”	40%
3—4	”	60%
7—10	”	63%

სხვა ავტორების ციფრები უფრო ნაკლებია. (Fürst).

მას შემდეგ რაც Pirquet-მ 1907 წელს გამოაქვეყნა თავისი შრომა, დარწმუნდნენ, რომ მოზარდთ შორის, ტუბერკულოზური ინფექცია უფრო ხშირია, ვიდრე ამას სექციის დროს პოულობდნენ.

Pirquet თავისი რეაქციის საშუალებით ამტკიცებდა, რომ ბავშვებს 4 წლის შემდეგ ნახევარზე მეტს აქვს ტუბერკულოზური ინფექცია.

Hamburger-მა და Monti-მ 509 ბავშვს გაუკეთეს Pirquet-ს რეაქცია; მასთან ვისაც Pirquet-ს რეაქცია უარყოფითი აღმოაჩნდებოდა, უშნაბუნებდნენ კან-ქვეშ ტუბერკულინს. მათ მიიღეს დადებითი რეაქცია 11-დგან—14 წლამდე 94%-ში.

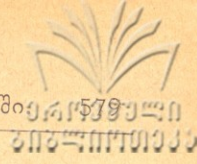
Ganghofner-მა, პრაგაში, 11-დგან—14 წლამდე დადებითი რეაქცია მიიღო 70%-ში.

Bauer-მა და Engil-მა, დიუსელდორფში, 13—14—წლოვანებში 54%-ში.

Nothmann-მა, იმავე ქალაქებში, 13—14 წლამდე 84%-ში.

Schlosmann-ი იკვლევდა შეძლებულ კლასის ბავშვებს. მან მიიღო დადებითი შედეგი 14 წლამდე მხოლოდ 5%-ში.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ დანარჩენი ყველა გამოკვლევა და ციფრი შეეხება, უმთავრესად, სხვადასხვა ევროპის ქალაქების მცხოვრებთა პროლეტარულ ნაწილს, ან და საავადმყოფოების მისაღას.



აღსანიშნავია აგრეთვე ცნობები ავსტრიელი სამხედრო ექიმის Franz-ისა, რომელიც ცდილობდა Koch-ის ზოგადი რეაქციით გამოერკვია ტუბერკულოზის სიხშირე ახალ-გაზრდა ჯარისკაცებ შორის. მან მიიღო დადებითი რეაქცია 400 კაციდან — 245 შემთხვევაში, ე. ი. 61%. ყველა ეს პირი სამხედრო სამსახურისთვის გამოსადევად იყო ცნობილი, როგორც ჯანსაღი პირები.

მიუხედავად იმისა, რომ ჩვენში ტუბერკულოზი ძლიერ ხშირი სნეულებაა, სამწუხაროდ, ჩვენ თითქმის არ მოგვეპოვება ცნობები, ამ ინფექციის გავრცელების შესახებ საქართველოში. არსებობს მხოლოდ დაკვირვება ექ. ნანეიშვილის და კვეზერელი—კობახისა, რომლებმაც ტფილისში 522 მოსწავლეს გაუკეთეს Pirquet-ს რეაქცია. როგორც მოსალოდნელი იყო, მათ მიერ მიღებული შედეგები ბევრად არ განსხვავდება უცხოელ ავტორთა ციფრებისაგან, რადგანაც ცხოვრების პირობები და ინფექციის გავრცელების შესაძლებლობა, ღარიბ მცხოვრებთათვის, ერთი და იგივეა ყველა დიდ ქალაქებში.

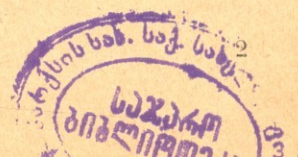
მით უმეტეს არ არსებობს არავითარი სტატისტიკური ცნობები ტუბერკულოზური ინფექციის გავრცელების შესახებ ჩვენი ქვეყნის სხვა და სხვა კუთხეებში, მიუხედავად იმისა, რომ აქ არა ერთხელ აღნიშნავთ ტუბერკულოზის ძლიერი გავრცელება. უფრო მეტად კულტურულ ქვეყნებშიაც ნაკლებად არის გაშუქებული ტუბერკულოზის გავრცელება სოფლად. პირველად, ლონდონის საერთაშორისო ანტიტუბერკულოზურ კონფერენციაზე 1921 წელს იყო აღნიშნული, რომ სოფლებში ტუბერკულოზურ index-ი ნაკლებია, ვიდრე ქალაქებში; მასთან ავტორებმა, მაგალ. Calmett-მა, აღნიშნა, რომ რაც უფრო დაბალია განსაზღვრულ ადგილებში ზემოხსენებული index-ი, იმდენად უფრო ავზიანი ხასიათი აქვს ტუბერკულოზურ ავადმყოფობის მიმდინარეობას. ტუბერკულოზურ index-ის გამოანგარიშება სწარმოებს შემდეგ ნაირად: Pirquet-ს რეაქციის საშუალებით ვიკვლევთ, თუ განსაზღვრულ ადგილებში ან საზოგადოების განსაზღვრულ წრეებში რამდენია ტუბერკულოზური ინფექციით შეპყრობილი. შემდეგ დადებითი შედეგების ციფრს—ყოფთ უარყოფითი შედეგების რიცხვზე. $\frac{+P}{-P}$.

Бакмайстер-ი გაკვრით აღნიშნავს, რომ სოფლებში, რაოდენობა იმ ბავშვებისა, რომლებიც ტუბერკულინზე დადებითს რეაქციას იძლევიან, შეადგენს ყველა ბავშვის საერთო რიცხვის, ყოველ შემთხვევაში, არა ნაკლებ 30%-ისა.

Hamburger-ი მიგვითითებს, რომ დიდ ქალაქების პროლეტარულ წრეებში თითქმის ყველას 12 წლამდე მიღწეულს, აქვს ტუბერკულოზური ინფექცია. რაც შეეხება სოფელს—მან არ იცის თუ რა ხდება იქ ამ მხრივ. Hillenberg-ი ფიქრობს, რომ პატარა დაბებში და სოფლებში, ტუბერკულოზური ინფექცია აქვს მცხოვრებლების $\frac{1}{4}$ -დან $\frac{1}{3}$ -მდე. Meerсon-ი, რომლის მასალა ნაწილობრივ სოჯლელ ავადმყოფებს შეეხება, აღნიშნავს, რომ ტუბერკულოზური index-ი სოფლებში ნაკლები უნდა იყოს, მაგრამ დაავადება—უფრო მძიმე.

იმ ლიტერატურულ მასალაში, რომელიც ამჟამათ ხელთ გვექონდა, გარდა ზემომოყვანილ ზოგადი მოსაზრებებისა, ჩვენ ვერ ვიპოვეთ უფრო დაწვრილებითი ცნობები იმის შესახებ, თუ რამდენად ხშირია უცხო ქვეყნების სოფლებში ტუბერკულოზური ინფექცია.

F-1540.



ჩვენში კი, თუ არ ვცდებით, ასეთი გამოკვლევა ჯერ არავის უწარმოებია. პათივცემულ პროფეს. წინამძღვრიშვილის წინადადებით მე და ექიმი კობიაშვილი შევეცადეთ გამოგვეკვლია, თუ რამდენად გავრცელებულია ტუბერკულოზური ინფექცია გურიის ზოგიერთ კუთხეებში.

საზოგადოების ფართო წრეებში და კერძოთ ექიმებშიც გავრცელებულია შეხედულება, ვითომ ტუბერკულოზი უფრო ხშირი იყოს დასავლეთ საქართველოში, ვიდრე აღმოსავლეთში.

ადგილობრივი დაბრკოლებების გამო, ჩვენ ვერ შევძელით დაკისრებული გემის სავსებით შესრულება, და დროს უქონლობის გამო, ვერ დავამუშავეთ მთელი ის დიდი მასალა, რომელიც შეგვკრიბეთ. დღეს ჩვენ გვსურს მივაქციოთ თქვენი ყურადღება ჩვენ მიერ მიღებულ შედეგების უფრო მნიშვნელოვან ნაწილზე.

ტუბერკულოზურ ინფექციის აღმოსაჩენად ჩვენ ვსარგებლობდით Pirquet-ს რეაქციით. არ შეგჩერდებით ამ რეაქციის დადებითი და უარყოფითი მხარეებზე, რადგანაც ეს საკმარისად ცნობილია, აღვნიშნავთ მხოლოდ, რომ მასიურ გამოკვლევისათვის იგი საუკეთესო მეთოდია, როგორც ამას ამოწმებს მთელი რიგი ავტორების (Pfaundler, Pirquet, Bartel, Зимницкий, Никольский, Кисель და სხ.).

რეაქციისთვის ვხმარობდით გაუზავებელ 100% Alt-Tuberculin-ს Höchst-ის, ვინაიდან გაზავებული ტუბერკულინი, როგორც კლინიკური გამოცდილება გვიჩვენებს, ნაკლებ რაოდენობას იძლევა დადებითი შედეგების. მეორეც—როგორც ეტყობა, მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე იმას, თუ რა ფირმის ტუბერკულინს ხმარობენ.

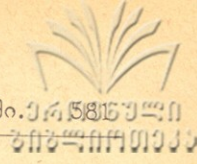
Moro-სი, Schuster-ის და Joseph-ის გამოკვლევებმა დაამტკიცეს, რომ სხვა და სხვა ფირმის ტუბერკულინი სხვადასხვანაირად მოქმედობს კანზე. Merck-ის Alt-Tuberculin-ით Schuster-მა 56 შემთხვევაში დადებითი რეაქცია მიიღო 36. Behring-ის Alt-Tuberculin-ით—47 და Höchst-ის Alt-Tuberculin-ით—54.

უფრო მეტი განსხვავება აღნიშნა Meyer-მა, რომელმაც Merck-ის ტუბერკულინით მიიღო დადებითი შედეგი 30%-ში, ხოლო Höchst-ის ტუბერკულინით რომლითაც ჩვენ ვსარგებლობდით, იმავე შემთხვევებში—75%-ში.

Pirquet-ს რეაქციას ვაწარმოებდით ჩვეულებრივი წესით: რეაქციას ვთვლიდით დადებითად, როდესაც პაპულა თავის დიამეტრით აღემატებოდა 4 m.m.-ს; რეაქციის შედეგს ვამოწმებდით მეორე—მესამე დღეს. რეაქციის შემოწმება მე-8 დღეს, (ეგრედ წოდებული დაგვიანებული რეაქციის), ჩვენ არ გვიწარმოებია შემდეგი მოსაზრებით.

ექ. ნანიეშვილის და კვეზერელი-კობაძის გასული წლის გამოკვლევებიდან ჩანს, რომ 522 შემთხვევაში დაგვიანებული რეაქციის რაოდენობა, რომელიც აღმოჩნდა მხოლოდ მე-8 დღეს, უდრის 5-ს; ე. ი. მხოლოდ ერთ პროცენტამდე აღწევს. მხედველობაში თუ მივიღებთ, რომ ნაწილი ამ რიცხვიდან, 30%-ანი ტუბერკულინით იყო აკრილი, შესაძლებელია, რომ ზემოაღნიშნული ციფრი კიდევ ნახევრად უნდა იყოს შემცირებული.

ყველა იმ პირთ, ვისაც კი Pirquet-ს რეაქციას ვუკეთებდით, უსინჯავდით ფილტვებს ღია ტუბერკულოზის შესახებ. უსინჯავდით აგრეთვე ჯირკვლებს,



ელენთას, ვიკლევილით სიმაღლეს, გულ-მკერდის გარშემოწირულობას და, სადაც შესაძლებელი იყო, ვწონავდით. ამ დაწვრილებითი ობიექტურ გამოკვლევებს განსაკუთრებით სკოლებში ვაწარმოებდით.

პირკეტიზაცია ჩვენ 2100-ზე მეტს გაუკეთედ, მაგრამ რადგანაც შესამოწმებლად ყველა არ გამოცხადდა, ამიტომ ჩვენ წარმოგიდგინთ დღეს პირკეტიზაციის შედეგს, რომელიც შეეხება 1875 სულს.

ჩვენი მასალა წლოვანობის მიხედვით განაწილდება შემდეგ ნაირად:

1½ თვიდან—5 წლამდე	39 სული
6 წლიდან— 15 "	1693 "
16 " — 20 "	86 "
21 " —104 "	57 "

ჩვენი გამოკვლევების ობიექტს შეადგენდნენ უმთავრესად მოსწავლეები 6—15 წლამდე, რადგანაც ყველა ავტორები აღნიშნავენ, რომ ტუბერკულოზური ინფექციის შექენა ბავშობის ხანაში ხდება.

ჩვენი გამოკვლევების შედეგი წარმოდგენილია დართულ ცხრილებში.

ჩვენი მასალა სრულიად ერთფეროვანია, იგი შეეხება დასავლეთ გურიის სოფლის მცხოვრებთ, რომლებიც, უმნიშვნელო გამონაკლისის გარდა, ერთნაირ პირობებში ცხოვრობენ, როგორც ბინის, ავრეთვე კვების და შრომის პირობების მხრივ.

პირველ ცხრილში აღნუსხულია პირკეტიზაციის შედეგები, რომლებიც მივიღეთ 6—15 წლიანებზე. აქვე შესადარებლად მოგვყავს სხვა ავტორების ციფრებიც. ექ. ნანეიშვილის და კვეზერელი-კობაძის, Hamburger-ის და Ставский-ს. მათი ციფრები შეეხება დიდ ქალაქებს, ტფილისს, ვენას და ოდესას.

ამ ცხრილში არ შეგვიტანია შემთხვევები 5 წლამდე შემდეგი მოსახრებით: 39 ბავშვიდან დადებითი Pirquet-ს რეაქცია მივიღეთ ორ ბავშვზე; ერთი შეეხებოდა 3 წლის ვაჟს ტუბერკულოზურ სპონდილიტით დაავადებულს, რომლის დედა 1½ წლის ავიდმოფობის შემდეგ გარდაცვლილიყო ფილტვის ქლექისაგან. მეორე—5 წლის ქალს, რომელსაც ჰქონდა მარცხენა მენჯ-ბარძაყის სახსრის ტუბერკულოზი (coxitis) და რომლის დედა მძიმე ავადმყოფი იყო ფილტვის ქლექით. მაშასადამე ორივე შემთხვევაში თვით ოჯახში არსებობდა ძლიერი ინფექცია. აქედან გამოყვანილი საშუალო %—5,2 არ შეეფერება სინამდვილეს და ბევრად ნაკლები უნდა იყოს, რადგანაც ორივე ბავშვი, მოყვანილი იყო ჩვენთან როგორც ავადმყოფები.

როგორც ცხრილიდან სჩანს, საერთო რაოდენობა მოსწავლეების 6—15 წლამდე, რომელთაც ჩვენ პირკეტიზაცია გაუკეთეთ უდრის 1693-ს. მათში 1012 ვაჟია, ხოლო 681—ქალი. დადებითი შედეგების საშუალო რაოდენობა ამ წლოვანობაში უდრის 23,7%-ს. მაშინ, როდესაც ექ. ნანეიშვილის და კვეზერელი—კობაძის დაკვირვებით იგი შეადგენს 54%-ს. Hamburger-ის—79,6%; Ставский-ს—47,8%-ს. ამგვარად, ჩვენ მიერ მიღებული საშუალო ციფრი, სხვებთან შედარებით, დაბალია.

რაც შეეხება განსხვავებას ქალებსა და ვაჟებს შორის, როგორც ამავე ცხრილიდან სჩანს, 12 წლამდე ციფრები მერყევია, და ამიტომ რაიმე გარკვეუ-

Pirquet-ს რეაქციის შედეგები 6—15

წლოვანობა	ს უ ლ ი	ამ რიცხვი იყო		დადებითი რეაქციის რაოდენობა		დადებითი რეაქციის %	
		ვაგი	ქალი	ვაგებ შორის	ქალებ შორის	ვაგებ შორის	ქალებ შორის
6 წლის	17	8	9	—	1	—	11,1
7 "	82	44	38	8	5	18,1	13,1
8 "	130	85	45	10	5	11,7	11,1
9 "	209	122	87	33	12	27	13,7
10 "	278	166	112	35	31	21	27,6
11 "	261	157	104	48	25	30,5	24
12 "	307	193	114	57	32	29,5	28
13 "	185	104	81	28	26	26,3	32
14 "	157	98	59	23	24	23,4	40,6
15 "	67	35	32	17	12	48,5	37,5
	1693	1012	681				

წლამდე ჩვენი მასალის მიხედვით.

ცხრილი 1.

% სული რაოდენობის ორთაშუა რიცხვი	ნაწიშვილის და კვრუღი—კობახისა		Ставский-ის მონაცემები			
	ს უ ლ ი	დადებითი რეაქციის %	სული	დადებითი რეაქციის %	სული	დადებითი რეაქციის %
5,8	14	55,3	—	—	63	51
15,8	46	40,9	14	21,4	46	61
11,5	59	37,5	19	42,1	30	73
21,5	67	59,4	24	41,6	35	71
23,7	76	63,2	27	48,1	26	85
27,9	57	48,6	32	46,8	29	93
28,8	71	60,7	36	47,2	19	95
29,1	65	49,3	14	71,4	17	94
29,9	38	69,8	16	45	17	94
43,2	25	61,8	15	66,6	—	—
24,7	518	54	197	47,8	282	79,6

Pirquet-ს რეაქციის შედეგები 6—15

წლოვანობა	ს უ ლ ი	ამ რიცხვში იყო		დადებითი რეაქციის რაოდენობა		დადებითი რეაქციის %	
		ვაეი	ქალი	ვაეებ შორის	ქალებ შორის	ვაეებ შორის	ქალებ შორის
6 წლის	17	8	9	—	1	—	11,1
7 "	82	44	38	8	5	18,1	13,1
8 "	130	85	45	10	5	11,7	11,1
9 "	209	122	87	33	12	27	13,7
10 "	278	166	112	35	31	21	27,6
11 "	261	157	104	48	25	30,5	24
12 "	307	193	114	57	32	29,5	28
13 "	185	104	81	28	26	26,3	32
14 "	157	98	59	23	24	23,4	40,6
15 "	67	35	32	17	12	48,5	37,5
	1693	1012	681				

წლამდე ჩვენი მასალის მიხედვით.

ცხრილი 1.

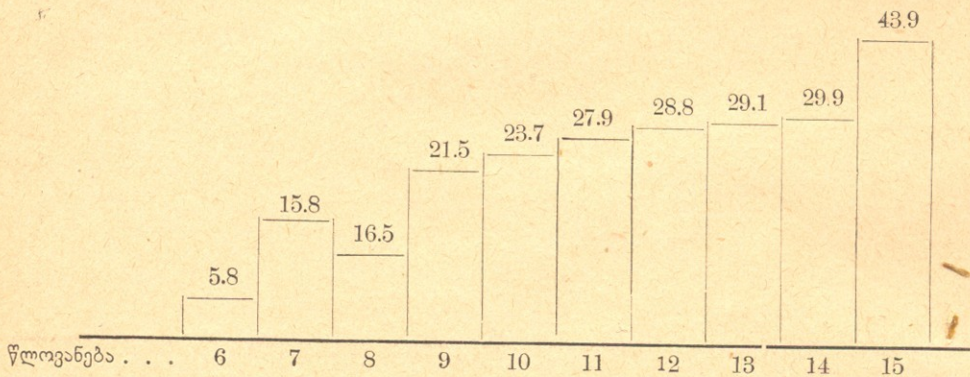
% სული რაოდენობის ორთა შუა რიცხვი	ნაწიშვილის და კვრუღი—კობახისა		Ставский-ის ჩვენი მასალის მიხედვით			
	ს უ ლ ი	დადებითი რეაქციის %	სული	დადებითი რეაქციის %	სული	დადებითი რეაქციის %
5,8	14	55,3	—	—	63	51
15,8	46	40,9	14	21,4	46	61
11,5	59	37,5	19	42,1	30	73
21,5	67	59,4	24	41,6	35	71
23,7	76	63,2	27	48,1	26	85
27,9	57	48,6	32	46,8	29	93
28,8	71	60,7	36	47,2	19	95
29,1	65	49,3	14	71,4	17	94
29,9	38	69,8	16	45	17	94
43,2	25	61,8	15	66,6	—	—
24,7	518	54	197	47,8	282	79,6

ლი დასკვნის გამოტანა შეუძლებელია. თორმეტი წლის შემდეგ, სახელდობრ, 13 და 14 წლის ქალები დადებითი რეაქციის უფრო მეტ რიცხვს იძლევიან, ვიდრე ამავე წლოვანების ვაჟები. იქნებ ეს გარემოება ადასტურებდეს Kirchner-ის სტატისტიკურ ცნობებს, ვითომ 15 წლამდე ქალები ტუბერკულოზისაგან უფრო მეტ სიკვდილიანობას იძლეოდნენ, ვიდრე ვაჟები.

როგორც ცხრილიდან სჩანს 15 წლიდან ვაჟები დადებითი რეაქციის მხრივ (იხ. ცხრილი 2) უკვე მუდამ სჭარბობენ ქალებს. ეს ჩვენი ციფრები თითქმის ეთანხმება ავტორების სტატისტიკურ ცნობებს, რომ 20 წლიდან, ტუბერკულოზისაგან უფრო მეტი ვაჟი კვდება, ვიდრე ქალი.

რაც შეეხება ჩვენი მასალის განაწილებას წლოვანობის მიხედვით, 6 წლიანიები დადებითი Pirquet-ს იძლევიან ორთა-შუა რიცხვით 5,8%-ს. შემდეგ წლიდან, დადებითი რეაქციის % ყოველ წელს პროგრესულად იზრდება და 20 წლის შემდეგ იგი 92%-მდე აღწევს (გამონაკლისს შეადგენენ 8 წლიანები).

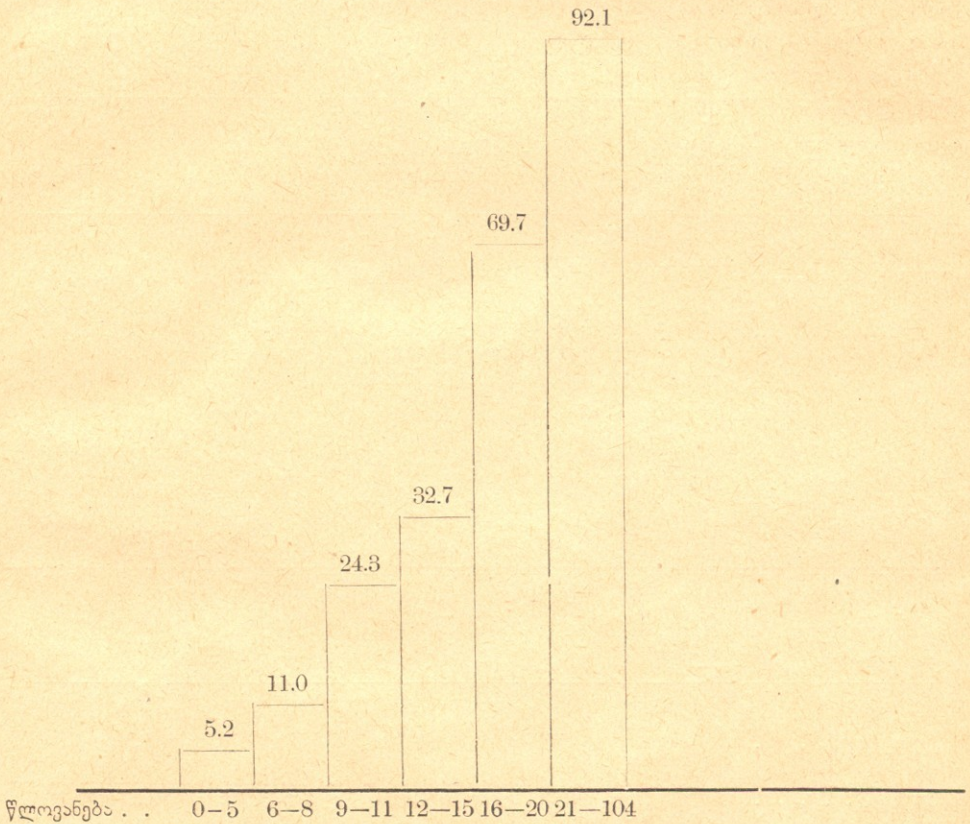
დიაგრამა I.



ეს უფრო ნათლად სჩანს დართულ დიაგრამაზე. დადებითი რეაქციის ამნაირ თანდათანობითი ზრდას Hamburger-ი დიდ მნიშვნელობას აკუთვნებს; მისი აზრით იგი მოწმობს ციფრების სისწორეს. ჩვენი ციფრების სისწორეს, გარდა ამისა უზრუნველყოფს კიდევ ის გარემოება, რომ ჩვენ ერთფეროვან მასალასთან გვექონდა საქმე, ბინის, საზრდობის და საზოგადოდ ცხოვრების პირობების მხრივ, რაიც არ ითქმის ქალაქში წარმოებულ დაკვირვებების შესახებ, სადაც ერთფეროვანი მასალის შერჩევა ძნელია და ამიტომ გასაკვირველი არაა, რომ ავტორების ციფრებს მერყეობა ემჩნევა.

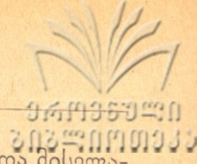
თუ შევადარებთ ჩვენ ციფრებს ექ. ნანეიშვილის და კვეზერელი—კობაძის დაკვირვებას, რომელიც, თუ არ ვცდებით, საქართველოში ერთადერთ გამოკვლევას წარმოადგენს, დიდ განსხვავებას ვხედავთ.

დიაგრამა II.



ჩვენს გამოკვლევაში დადებითი რეაქცია 6 წლიანებ შორის ორთა შუა რიცხვით 5,8%-ს უდრის. მაშინ როდესაც ზემოხსენებულმა ავტორებმა 55%-ი მიიღეს. 12 წლიანებში ჩვენ მივიღეთ 28,8%-ი; მათ 60,7%. შემდეგ წლებში განსხვავება ჩვენსა და ხსენებულ ავტორებ შორის თანდათან კლებულობს, მაგრამ 15 წლისთვის ისევ თვალსაჩინო რჩება: ჩვენ გვაქვს აღნიშნული 43,2%-ი, მათ კი 61%-ი

რასაკვირველია, ეს ადვილი ასახსნელია, რადგანაც ისეთ დიდ ქალაქში, როგორცაა ტფილისი, ტუბერკულოზურ ინფექციის შექმნა უფრო ადვილია, ვიდრე იმ სოფლებში, სადაც ჩვენ ვაწარმოებდით გამოკვლევას.



თუ რა მნიშვნელობა აქვს ამ მხრივ მოსახლეობის მჭიდროობის და მისვლა-მოსვლის სიხშირის მცირეოდენ განსხვავებასაც კი, გვიმტკიცებს შემდეგი მაგალითი: სოფელი ჯურყვეთი—ნაწილობრივ აკრავს რკინის გზის ლიანდაგს; მოსახლეობის მჭიდრობა ჩვეულებრივია დასავლეთ გურიისთვის; სოფლები დასახლებული არიან ზოგი დაბლობში, ზოგიც—მთა-გორაკიან ადგილებზე. მეორე სო-

ცხრილი 2.

Pirquet-ს რეაქციის შედეგების განსხვავება სქესის მიხედვით 13 წლის შემდეგ.

წლოვანობა	13	14	15	16—20	21
ვაჟი	26,9 ⁰ / ₀	23,4 ⁰ / ₀	48,5 ⁰ / ₀	72,2 ⁰ / ₀	96,2 ⁰ / ₀
ქალი	32 ⁰ / ₀	40,6 ⁰ / ₀	37,5 ⁰ / ₀	68 ⁰ / ₀	87,5 ⁰ / ₀

ცხრილი 3.

Pirquet-ს დადებითი რეაქციის შედარებითი რაოდენობა სოფ. ჯურყვეთში და სუფსაში 8—12 წ. *)

წლოვანობა	8	9	10	11	12
ჯურყვეთი	7,9 ⁰ / ₀ (57)	12,7 ⁰ / ₀ (38)	11,9 ⁰ / ₀ (56)	24,3 ⁰ / ₀ (52)	26,8 (67)
სუფსა	16,6 ⁰ / ₀ (16)	34,3 ⁰ / ₀ (32)	41,5 ⁰ / ₀ (41)	47,7 ⁰ / ₀ (37)	37,1 ⁰ / ₀ (37)

ფელი სუფსა. მოსახლეობა უფრო მჭიდროა, ვიდრე პირველში; სოფლებები ცხოვრობენ უმთავრესად დაბალ ადგილებში; ერთის მხრივ საკმაოდ ბევრი სავაჭროები რკინის გზის სადგურთან, მეორეს-მხრივ გზატკეცილი, რომელიც აერთებს ამ სოფელს ქ. ფოთთან, მოძრაობა ხშირი, როგორც ბათომიდან ფოთში, აგრეთვე მახლობელ სოფლებიდან იმავე ქალაქებში.

თავი რომ არ მოგაბეზროთ ციფრებით შევადარებთ მხოლოდ რამოდენიმე წლოვანობას. როგორც ამ ცხრილიდან სჩანს (ცხრილი III), ტუბერკულოზური

*) ცხრილებში ძირითად ციფრების ქვემოთ ნაჩვენებია შემთხვევების რაოდენობა.



ინფექცია სოფელ სუფსაში გაცილებით უფრო ხშირია, ვიდრე ჯურჯეთში, თუმცა მანძილი ამ ორ სოფელს შორის 15 ვერს არ აღემატება და ზერელე შეხედულობით თითქოს განსხვავება დიდი არაფერია. იმ დროს, როდესაც ჯურჯეთში 8 წლიანები დადებითი რეაქციას იძლევიან 7,9%-ში, —სუფსაში იგივე წლოვანობა იძლევა 16,6%-ს; 9 წლიანები, —ჯურჯეთში—12,7%-ს, სუფსაში—34,3%-ს და სხვა.

აღსანიშნავია, რომ განსხვავება უფრო მეტია მცირე წლოვანებს შორის, ხოლო წლოვანობის ზრდის მიხედვით, განსხვავება თანდათან ქრება.

ყოველივე ზემონათქვამის შემდეგ, ცხადი უნდა იყოს, თუ რატომ განსხვავდება ჩვენი გამოკვლევის შედეგი სხვა ავტორების ციფრებისაგან. წინამდებარე მასალის საერთო მიმოხილვა, სხვათა შორის, საშუალებას გვაძლევს, რამდენადმე გამოვარკვიოთ, თუ უმთავრესად როგორ ან რა გზით ვრცელდება ტუბერკულოზური ინფექცია გურიაში.

ჩვენი დაკვირვებით 5 წლამდე ტუბერკულოზური ინფექციით შეპყრობილია ის, ვისაც სახლში აქვს ძლიერი ინფექციის წყარო. შემდეგ ინფექციის სიხშირე თანდათანობით მატულობს წლოვანობასთან ერთად და 20 წლის შემდეგ აღწევს უმაღლეს ციფრს—92%-ს.

ჩვენ ხაზს ვუსვამთ ამ გარემოებას და ვფიქრობთ, რომ იგი ფრიად საყურადღებო ფაქტს წარმოადგენს. მართლაც, იგი გვიმტკიცებს, თუ რამდენად ხშირია ტუბერკულოზური ინფექცია დასავლეთ გურიაში, სადაც ჩვენ ვაწარმოებდით დაკვირვებას. მისი სიხშირე ისეთივეა, რაც დიდ ქალაქებში. ტუბერკულოზურ ინფექციის სიხშირე სწორედ მოზრდილებ შორის გვაფიქრებინებს, რომ ამის მიზეზი უნდა იყოს მოზრდილების ხშირი მიმოსვლა და ურთი-ერთ ხშირი შეხვედრა.

სხვათა შორის ჩვენ შევეცადეთ ჩვენ მასალაზე გამოგვერკვია კიდევ ერთი ფრიად მნიშვნელოვანი საკითხი, რომელიც პირველად Behring-მა წამოაყენა, ხოლო შემდეგ Remer-მა, Мечников-მა, Деуске-მ და რომელიც ჯერ კიდევ საკამათოდ ითვლება. საკითხი შეეხება იმას თუ ბავშობაში შეძენილ ტუბერკულოზურ ინფექციას რა გავლენა აქვს მოზრდილობის დროს ღია tbc-ზით დაავადების მხრივ.

Behring-ის აზრით ადრეული ტუბერკულოზური ინფექცია ქმნის მიდრეკილებას ამ ავადმყოფობისადმი.

Pollak-ი, Ort-ი და De la Camp-ი ამბობენ, რომ ეგრედწოდებულ „Habitus phthisicus“ შედეგია ბავშობაში შეძენილ ტუბერკულოზურ ინფექციისა.

მეორეს მხრით, Мечников-ი, Remer-ი და Деуске ფიქრობენ, რომ ბავშობაში შეძენილი ინფექცია, პირიქით, იმუნიტეტს იძლევა ამ სნეულებისადმი. მართალია, იმუნიტეტი არ არის აბსოლუტური, მაგრამ უმეტეს შემთხვევაში, იგი მაინც იცავს ორგანიზმს მძიმე დაავადებისაგან.

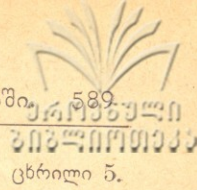
ჩვენ შევეცადეთ, ნაწილობრივ მაინც, გაგვეშუქებინა ეს საკითხი ჩვენი მასალის მიხედვით. ჩვენ ვუსინჯავდით სასკოლო ასაკის ყველა ბავშვს სიმაღლეს, გულ-მკერდის გარშემოწირულობას და, სადაც კი შესაძლებელი იყო, წონასაც.

ამგვარი გამოკვლევა ჩვენ ვაწარმოეთ სულ 1748 მოსწავლეზე 6 წლიდან—

ფიზიკური აგებულობის შედარება Pirquet-ს რეაქციის დადებითს და უარყოფითს შემთხვევებში.

ს ი მ ა ლ ე .

წლოვანება	ქ ა ლ ი		ვ ა ჟ ი		საერთო	საერთო
6 წლის	— 110,8 (7)	+ 113,0 (1)	— 112,7 (9)	+ —	— 111,7 (16)	+ 113,0 (1)
7 „	— 115,4 (31)	+ 114,2 (4)	— 117,0 (36)	+ 116,7 (8)	— 116,2 (67)	+ 115,4 (12)
8 „	— 121,2 (43)	+ 121,8 (6)	— 120,7 (65)	+ 128,1 (7)	— 120,9 (108)	+ 122,4 (13)
9 „	— 125,3 (68)	+ 127,1 (8)	— 123,3 (84)	+ 124,2 (30)	— 124,3 (152)	+ 125,6 (38)
10 „	— 129,6 (71)	+ 129,4 (26)	— 129,3 (112)	+ 127,7 (31)	— 129,4 (183)	+ 128,5 (57)
11 „	— 135,5 (74)	+ 134,8 (26)	— 133,8 (92)	+ 133,3 (43)	— 134,5 (166)	+ 134,0 (69)
12 „	— 139,5 (70)	+ 142,7 (27)	— 137,5 (124)	+ 137,2 (56)	— 138,5 (194)	+ 139,9 (83)
13 „	— 145,4 (54)	+ 148,1 (27)	— 144,2 (71)	+ 142,1 (27)	— 144,8 (125)	+ 145,1 (54)
14 „	— 151,7 (31)	+ 154,1 (24)	— 152,0 (74)	+ 149,7 (24)	— 151,8 (105)	+ 151,9 (48)
15 „	— 151,7 (20)	+ 154,0 (10)	— 153,3 (16)	+ 154,7 (18)	— 152,5 (36)	+ 154,3 (28)
16 „	— 154,6 (8)	+ 153,8 (10)	— 159,5 (6)	+ 161,4 (13)	— 157,0 (14)	+ 157,6 (23)



ფიზიკური აგებულობის შედარება Pirquet-ს რეაქციის დადებითს და უარყოფითს შემთხვევებში.

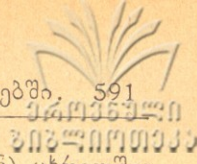
გ უ ლ - მ კ ე რ დ ი

წლოვანება	ქ ა ლ ი		ვ ა უ ი	
6 წლის	— 54,6 6	+ 54,5 1	— 56,5 9	+ —
7 "	— 56,5 29	+ 57,2 4	— 58,3 40	59,9 8
8 "	— 58,3 41	+ 58,8 6	— 60,4 68	60,2 7
9 "	— 60,1 63	+ 60,5 9	— 61,6 86	61,4 25
10 "	— 61,7 70	+ 61,5 25	— 62,5 113	62,0 30
11 "	— 64,0 79	+ 63,8 28	— 65,0 90	64,9 40
12 "	— 66,4 62	+ 68,0 25	— 66,6 124	66,2 55
13 "	— 70,6 51	+ 71,3 27	— 69,6 70	68,2 27
14 "	" "	" "	— 72,6 75	72,8 25
15 "	" "	" "	— 74,7 17	76,4 18
16 "	" "	" "	— 79,2 5	79,3 12

ფიზიკური აგებულობის შედარება Pirquet-ს რეაქციის დადებით და უარყოფით შემთხვევებში.

წ მ ნ ა

წლოვანება	ქ ა ლ ი		ვ ა ე ი	
6 წლის	— 20,275 6	+ 18,20 1	— 21,25 6	+ —
7 "	— 20,960 16	+ 21,300 2	— 22,270 24	+ 22,230 5
8 "	— 23,45 25	+ 24,400 5	— 23,420 48	+ 23,800 6
9 "	— 26,20 46	+ 26,925 6	— 25,900 64	+ 25,545 18
10 "	— 27,300 46	+ 28,145 16	— 28,20 79	+ 26,30 21
11 "	— 31,00 59	+ 30,860 14	— 30,550 66	+ 30,855 26
12 "	— 34,225 48	+ 36,280 20	— 32,975 94	+ 32,515 44
13 "	— 39,575 46	+ 41,300 24	— 37,630 63	+ 36,500 20
14 "	— 44,600 29	+ 48,430 20	— 42,700 66	+ 41,400 20
15 "	— 50,380 18	+ 49,550 10	— 46,380 13	+ 48,480 13
16 "	— 54,360 7	+ 49,960 9	— 51,50 6	+ 54,400 7



ჩვენ მიერ მიღებული შედეგები დართულ სამ (ცხრილი 4, 5, 6) ცხრილშია წარმოდგენილი. აქ აღნიშნულია გულმკერდის გარშემოწერილობა, სიმაღლე და წონა ერთის მხრით იმ მოსწავლეთა, რომლებმაც Pirquet-ს რეაქცია მოგვცეს დადებითი, მეორეს მხრით მათი, ვისაც რეაქცია უარყოფითი აღმოაჩნდა. ცხრილებიდან სჩანს, რომ ახალგაზრდები, რომლებიც იძლეოდნენ დადებით Pirquet-ს და არ ჰქონდათ რაიმე კლინიკური ნიშნები დაავადებისა, ფიზიკური აგებულობის მხრივ, არაფრით არ ჩამორჩებოდნენ მათ, ვისაც ეს რეაქცია უარყოფითი ჰქონდა.

უნდა შევნიშნოთ, რომ ჩვენ მიერ გამოკვლეულ 1960 მოსწავლეს შორის ფილტვის ღია ტუბერკულოზით დაავადებული აღმოჩნდა მხოლოდ 3-ი, რაიც შეადგენს 0,15%-ს. ამ რიცხვს საშუალო ადგილი უჭირავს სხვა ავტორების ციფრებთან შედარებით, სახელდობრ: Grancher-ის, Аплюк-ის და Dock-Düsel-dorff-ის, რომლების დაკვირვებით, ღია ტუბერკულოზის სიხშირე სკოლის ასაკში 0,1%-1,03%-მდე ირყევა.

ჩვენ მიერ გამოკვლეულ თერთმეტი სკოლის პედაგოგიურ პერსონალს, რიცხვით 63-ს, არც ერთს არ ჰქონდა ღია აქტიური ტუბერკულოზი. სამაგიეროთ, ორს მათგანს, ფილტვებში აღმოაჩნდა ინტერსტიციალური პროცესი, ხოლო წარსულში ორთავეს ნახველში Koch-ის ჩხირები აღმოსჩენიათ.

ეს შემთხვევები გვიმტკიცებს, რომ გურიის სკოლებშიაც არსებობს წყარო ტუბერკულოზური ინფექციისა, როგორც მასწავლებლების, ისე მოსწავლეების მხრივ.

1857 სულზე მკვეთრად გამოხატული ლიმფადენიტი აღმოაჩნდა მხოლოდ 21-ს, რაც შეადგენს 1%-ს.

რადგანაც ყველა ამ შემთხვევაში Pirquet-ს რეაქცია დადებითი იყო, ამიტომ ვფიქრობთ, რომ ტუბერკულოზურ ლიმფადენიტებთან გვქონდა საქმე. ყოველსავე ზემონათქვამიდან ჩვენ შესაძლებლათ მიგვაჩნია შემდეგი დასკვნები გამოვიტანოთ:

1) ჩვენ მიერ გამოკვლეულ გურიის სოფლებში ტუბერკულოზური ინფექცია ბავშვთა შორის ბევრად ნაკლებია, ვიდრე ქალაქში.

ტუბერკულოზური index-ი ჩვენი მასალის მიხედვით 6—15 წლამდე უდრის—0,34-ს, ექ. ნანეიშვილის და კვეზერელი-კობაძის, რომელიც ტფილისის ბავშვებს შეეხება—0,48-ს.

2) წლოვანობის ზრდის მიხედვით ეს განსხვავება თანდათან კლებულობს და 20 წლის შემდეგ ტუბერკულოზური index-ი ჩვენ მიერ გამოკვლეულ სოფლებში თითქმის უთანასწორდება ქალაქის index-ს (სახელდობრ 20 წლის შემდეგ იგი უდრის 0,92-ს).

3) 15 წლის შემდეგ, ვაჟები უფრო მეტ %ს იძლევიან ტუბერკულოზური ინფექციისა, ვიდრე ქალები.

4) ჩვენი მასალის მიხედვით, ის ახალგაზრდები, რომლებიც იძლევიან დადებითი Pirquet-ს რეაქციას და სხვა კლინიკური ნიშნები დაავადების არ აქვთ, სამაღლით, გულმკერდის გარშემოწერილობით და წონით არ ჩამორჩებიან მათ, ვისაც ეს რეაქცია უარყოფითი აქვს.

ბ) სანამ, ტუბერკულოზის წინააღმდეგ, ფართო სოციალურ-ჰიგიენური ზომების გატარება შესაძლებელი გახდება, სასურველად ვთვლით შემდეგს: ა) ყოველწლიურად მაინც უნდა გასინჯულ იქმნან ყველა სკოლის მოსწავლეები და მასწავლებლები, ხოლო ის პირნი, რომლებსაც ღია ტუბერკულოზი აღმოაჩნდებათ, უნდა განცალკევებულ იქმნან.

ბ) საჭიროა გავრცელება ფართოთ სოფლებში, ელემენტალური ცნობების ტუბერკულოზის შესახებ და უმარტივესი ზომების, რომლითაც შეიძლება თავის დაცვა ამ საშინელი სენისაგან.

გ) საექიმო პუნქტების გამგეებს დაევალოს, რამდენადაც შესაძლებელია, თვალყური ადევნონ და აღრიცხვაზე იქონიონ ღია ტუბერკულოზით დაავადებულნი.

ვფიქრობთ, რომ ადგილობრივი პირობების გამო (მოსახლეობის ერთი მეორეზე დაშორება, შედარებით სხვა კუთხეებთან ხალხის მაღალი კულტურული დონე და სხვა) ასეთი პალიატიური ზომების მიღებითაც შესაძლებელი იქნება ტუბერკულოზის საგრძნობლად შემცირება გურიაში.

დასასრულ სასიამოვნო მოვალეობად ვთვლით უღრმესი მადლობა ვუძღვნათ დიდად პატივცემულ პროფ. მ. წინამძღვრიშვილს იმ დაუფასებელი ხელმძღვანელობისათვის, რომელიც მან გასწია ამ შრომის შესრულების დროს.

ლიტერატურა:

(მოგვყავს უმთავრესი წყაროები).

1. პ. ნანიევილი და ევ. კვეზერელი-კობაძისა. ბავშვის ასაკში ტუბერკულოზის სიხშირის საკითხისთვის. თანამედროვე მედიცინა. № 6. 1924 წ.
2. ექიმი ი. აბაკელია. ტუბერკულოზი. 1921 წ.
3. П. С. Медовиков. Туберкулез в детском возрасте. 1916 г.
4. А. Шлоссман. Туберкулез у детей.
5. Проф. Ф. Клемперер. Туберкулез легких его патогенез, диагностика и лечение. 1921 г.
6. Д. Л. Меерсон. Реакция Pirquet. 1921 г.
7. Д-р. мед. Г. Д. Белоновский. Иммунитет при туберкулезе. 1922 г.
8. Prof. Dr. Деуске. Практическое руководство по туберкулезу 1923 г.
9. Проф. А. Бакмейстер. Лечение туберкулеза легких и плевры 1925 г.
10. Д-р. А. Соколовский. Болезни органов дыхания. 1906 г.
11. Вопросы туберкулеза. т. 1. Май, июнь август 1923 г.
12. Д-р Франц Гамбургер. Туберкулез у детей. 1923 г.
13. Журнал детских болезней. № 1. 1925 г.
14. Проф. А. Бакмейстер. Болезни легких 1924 г.

მ. მ. შენგელაია.

ორდინატორი.

წარმატებით მავალ სიღამბლავის თერაპია.

(ს. ჯ. კ. ფსიქო-ნევროლოგიური ინსტიტუტიდან. დირექტორი — პროფ.

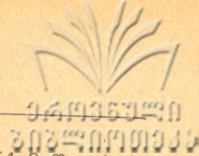
მ. ასათიანი).

ამ ბოლო ხანებში სპეციალურ და არა სპეციალურ სამკურნალო წრეებში, სრულიად სამართლიანათ, მეტად დიდ ყურადღებას იქცევს Paral. progressiva's თერაპიის საკითხი.

ეს პრობლემა არ არის ახალი; მას დიდი ისტორია აქვს, დახარჯულია აუარებელი დრო და შრომა, მაგრამ დღემდე ჩვენ ჯერ კიდევ არა გვაქვს წარმატებით მავალ სიღამბლავის საწინააღმდეგო უტყუარი საშუალება; მეცნიერებას ჯერ კიდევ არ ძალუძს წარმატებით ებრძოლოს ამ საშინელ სნეულებას, რომელიც ადამიანს ღუბავს სწორეთ იმ ჰასაკში, როდესაც მისი ძალღონე და ინტელექტუალური მუშაობის შესაძლებლობა სრულ განვითარებას აღწევს.

Paral. progressiv'-ას ისტორიის შესწავლა (Monkemöller) გვაძლევს ჩვენ საბუთს ვიფიქროთ, რომ ეს სნეულება შემჩნეულია ევროპაში უკვე მე-XVII-ტე საუკუნის მეორე ნახევრიდან, მხოლოდ აღწერილია პირველად, როგორც სრულიად თავისებური ავადმყოფობა Bayle'-ეს მიერ 1822 წელში. 1826 წელს Calmail'-მა გამოაქვეყნა თავისი შესანიშნავი მონოგრაფიის შემდეგი სახელწოდებით: „Paralysis générale desaliènes,“ სადაც ის დაწვრილებით წარმოგვიდგენს ამ ავადმყოფობას კლინიკურად და პათოლოგი-ანატომიურად; მაგრამ წარმატებით მავალ სიღამბლავის გამოყოფა, როგორც დამოუკიდებელ ნოზოლოგიური გრიეულისა, დამახასიათებელ კლინიკურ და ჰისტო-პათოლოგიურ სურათებით (Mendel, Krafft-Ebing, Mickle, Alzheimer, Nissl) და ეთიოლოგიურათ (Krafft-Ebing, Fournier, Noguchi) სულ ბოლო ხნის საქმეა.

ამ ჟამათ ჩვენთვის სრულიად აშკარაა, რომ Par. progressiva'-ს წარმოშობის ერთად ერთ მიზეზს ათაშანვი წარმოადგენს; უათაშანგოთ P. P. არ არსებობს. ეს სრულიად უდავო დებულება, რომელიც ეხლა აქსიომათ უნდა ჩაითვალოს, დამტკიცდა მხოლოდ 1913 წელში, Noguchi'-ის შრომით. Noguchi-იმ 200-დან 48 შემთხვევაში, წარმატებით მავალ სიღამბლავით დაავადებულთა ტენისში იპოვა spirochaeta pallida, ლოკალიზაციით ტენისის პარენქიმის სიღრმეში, რუხ ნავთიერებაში, იშვიათად განგლიოზურ უჯრედებში, სისხლ ძარღვთამილების მოშორებით. Forster'-ის Tomaszewski'-ის, Marie'-ის Levanditi'-ის, Bankowski'-ის, Jhanel'-ის, Пятницкий'-ის გამოკვლევებმა სავსებით დაადასტურეს Noguchi'-ის აღმოჩენა. Jhanel'-ი მის მიერ დამუშავებულ პრეპარატებით ამტკი-



ცებს, რომ სპიროხეტები მდებარეობენ არა მარტო ტვინის პარენქიმაში სისხლის ძარღვთა მოშორებით, არამედ მათი ნახვა შესაძლებელია სისხლის მილებში, მილების კედლებში და კედლების ახლო; თუმცა იშვიათად, მაგრამ ზოგიერთ შემთხვევაში სპიროხეტები შეიჭრებიან აგრეთვე განვლილ უჯრედებში, ნათხეში და ქერქქვეშა კვანძებში; მათი გავრცელება ქერქში უმეტესად დიდუბურია, მაგრამ აპოპლექტიფორმულ და ეპილექტიფორმულ მოვლების შემდეგ გადაცვილილ ავადმყოფთა ტვინში სპიროხეტების გავრცელება უფრო ჯგუფობრივია.

1913 წელში Levanditi'იმ და Danilescu'მ Ulenhuth'ის და Mulzer'ის წესით 15 წლის წინედ ათაშანგით დაავადებულ პარალიზიანის სისხლის ინოკულიაციით ბაჭის სათესლე პარქში და სათესლე ჯირკვლებში გამოუწვიეს მას ამ ორგანოებზე სპეციფიური დაწყლულება, სადაც ულტრა-მიკროსკოპიულათ იყო ნახული მიწრავი სპიროხეტები.

1920 წელში Jhonet'მა იპოვა სპიროხეტები პარალიზიანთა აორტაში. Tomaserewski'იმ ცერებრო-სპინალური პუნქტატის გადანერგვით ცხოველებზე მიიღო მქრთალი სპირიტები.

ამავე შედეგებს იძლევიან პარალიზიანთა ციტო და სეროლოგიური გამოკვლევებიც, რომლების რეზულტატი სრულიად ემსავსება იმას, რასაც ჩვენ ვლებულობთ საერთოდ ათაშანგის დროს: უჯრედთა რიცხვის მომატება ცერებრო-სპინალურ სითხეში „პლეოციტოზი“, პლაზმატიურ უჯრედების წარმოშობა, დადებითი Wassermann'ი liquor'ში და სისხლში თითქმის 99,5% (ორივე შემთხვევაში).

მოყვანილი ცნობები ნათლათ გვიჩვენებენ იმ აზრის შეცდომას, რომ P. P. ვითომდაც არის ავადმყოფობა განვითარებული „ათაშანგის ნიადაგზე, ლუესის შემდგომ განვითარებული რეზიდუალური მდგომარეობა, Fournier'ის Para და Möbius'ის Metha—ათაშანგი.

Nissl'ის აზრით მოყვანილი სახელწოდებების ხმარება ლიტერატურაში, შესაძლებელია მხოლოდ, როგორც ნომენკლატურული თერმინებისა. პროფ. Осипов'ი წარმატებით მავალ სიდანბლავეს ათავსებს, ეგრეთ წოდებული, „დაგვიანებულ სიფილიტიური ფსიქოზების“ ჯგუფში.

მაშასადამე Paral. progressiva'ს წარმოშობის ძირითად მიზეზათ უნდა ჩათვალოს მხოლოდ „ათაშანგი“; ალკოგოლიზმს, ტრამვას, სქესობრივ თავაშვებულებას და სხვ., რასაც წინათ აგრეთვე სთვლიდენ ამ სნეულების გამომწვევ მიზეზად ამ უამად უნდა ვუტყუროთ, როგორც ხელის შემწყობ მომენტებს.

P. P. ეთიოლოგიის და პათოგენეზის შესწავლას, რომლის შესახებ მექნება შესაძლებლობა შემდეგში მოგახსენოთ, წინუსწრებდა ამ ავადმყოფობის წამლობა. არსებობდა სნეულება და მკურნალნი შეძლების და გვარად ებრძოდენ მას. პირდაპირი მიზეზობრივი კავშირი Spiroch. palid. და Paral. progressiva-თა შორის ცნობილი არ იყო, მაგრამ ფსიქიატრებმა მაინც მიაქციეს ყურადღება იმას, რომ ამგვარ ავადმყოფთა ანამნეზში ხშირად ათაშანგი აღინიშნებოდა: ამის და მიხედვით პარალიზიანებზე ტარდებოდა სინდიკით თერაპია, მაგრამ შენიშნეს, რომ ასეთი წამლობა ავადმყოფის მდგომარეობის გაუარესებას იწვევდა და ამიტომ ამ მეთოდს მალე თავი დაანებეს.

Ziehen's, Wagner's და Осипов's აზრით, პროცესის გენერალიზაციის შემდეგ, სინდიკით წამლობას დიდი მნიშვნელობა არა აქვს, რადგანაც არ არის არავითარი იმედი, რომ ამ საშუალებით შესაძლებელია შეჩერებულ იქნას ტვინის სპეციფიური უჯრედების დეგენერაციის და გლიოზური ქსოვილის ზრდის პროცესი. მაგრამ მაინც, როდესაც ჩვენ გვაქვს საქმე ავადმყოფობის დასაწყისთან, სადაც სინდიკის ხმარებისათვის წინააღმდეგ ჩვენებანი—ავადმყოფის მძლავრი დასუსტება, მხედველობის ნერვში ატროფიული მოვლენები, და სხვა—არ არსებობს, მაშინ სინდიკს აქვს ორხმრივი მნიშვნელობა: I. მას შეუძლია განათავისუფლოს ორგანიზმი იმ დაშლის პროდუქტებიდან, რომელიც ჩნდება ორგანიზმში ათაშანგის არსებობის დროს და II. მას შეუძლია დიდი დახმარება გაგვიწიოს დიფერენციალური დიაგნოზის გატარების საქმეში P. P.-ს და Lues Cerebri-ს შორის.

ბევრი ავტორები გვიჩვენებენ წარმატებით მავალ სიდამბლავის დროს იოდის ხმარებას, იოდინი კალის, ან სხვა შენაერთების სახით, მაგრამ ამ წამლით მკურნალობას რაიმე ღირსშესანიშნავი ეფექტი არას დროს არ მიუცია. 1920 წელში უნგრეთის ექიმი Bencke'მ შემოიღო ახალი იოდის პრეპარატი „Mirion“-ი, რომელიც წარმოადგენს: „გეკსამეტილ-ტეტრამინ ორ იოდოვან ელასტინას.“ ამ პრეპარატში Bencke'ს მტკიცებით იოდის მოლეკულა შედის ფიზიკური შეერთებით, და ამიტომ იოდი მოქმედობს ორგანიზმში მთელი თავისი რაოდენობით. პარალიზიანებზე გატარებულმა მარტო Mirion'ით წამლობამ, განსაკუთრებული შედეგები ვერ მოგვცა. კომბინაციური Salvarsan—Mirion'ის თერაპიამ ზოგ-ერთ შემთხვევაში კარგი რემისიებს მიაღწია.

Ehrlich'ის მიერ, არსენობენზოლის პრეპარატების შემოღებამ, მოახდინა ერთგვარი გარდატეხა წარმატებით მავალ სიდამბლავის თერაპიის საკითხში. პირველად Alt'მა სცადა პარალიზიანებზე სალვარსანოთერაპია და მივიდა იმ დასკვნამდე, რომ „სანამ მეხი არ გავარდნილა“ შესაძლებელია კარგი შედეგების მიღება. Raecke'მა, Sehreioer'მა, Weichbrodt'მა Meyer'მა, Plaut'მა, Nonne'მა და სხვებმა დიდის ენერგიით და მაქსიმალურ დოზებით—მაგალითად Weichbrodt'ს ერთი შესხმით შეყავდა ვენაში Salvarsannatrium'ის 40—გაატარეს სალვარსანით თერაპია, მაგრამ მათი ცდა უნაყოფოდ დარჩა.

ზოგიერთი მეცნიერები უფრო მეტ იმედებს ამყარებდნენ Kolle'ს პრეპარატებზე. Silber—Salvarsan'ზე და Sulfoxilat—Salvarsan'ზე. მაგალითად Sioli ამბობს: „Silber—Salvar'ი და Sulfoxilat'ი მათი ხანგრძლივი და ენერგიული ხმარების პირობებში, პარალიზიანთა შორის, გამოკეთების ისეთ პროპორციას გვაძლევენ, რომლის ახსნა შეუძლებელია მხოლოდ უბრალო შემთხვევით.“ იმავე აზრს გამოსთქვამს Leredde, რომელმაც 1921 წელში პარიზის Societé de medicin'ის ერთ-ერთ ყრილობაზე განაცხადა, რომ სპეციფიური თერაპიის უშედეგობა, აიხსნება მხოლოდ ტეხნიკის უსაკმარისობით.

ჯერ კიდევ Ehrlich'ი ფიქრობდა, რომ სალვარსანის არა საკმარისი მოქმედება წარმატებით მავალ სიდამბლავის დროს, აიხსნება ტვინის პარენქიმაში Spirochet'ების ყოფნით, სადაც მათ ნაკლებად წვდება სისხლის ნაკადი. Weichbrodt'ის ცდებმა თავებზე გვიჩვენა, რომ ვენაში გაკეთებული სალვარსა-



ნი ვერ აღწევს ტვინის ქსოვილს; მეორეს მხრივ Sicard'მა და Bloch'მა იპოვეს დარიშხანა, სისხლში 0,5 Salvarsan-ის შეშხაპუნების შემდგომ. საერთო სპეციფიურ თერაპიის უშედეგობის გამო ზოგიერთ ექიმებს დაებადათ აზრი და სურვილი რომ წამალი შეეყვანათ სუბდურალურ სივრცეში, ხერხემლის პუნქციის საშუალებით; ასეთი მოკლე გზით, იმათი აზრით, წამალს უფრო ადვილად შეეძლო სპიროხეტებზე ემოქმედა.

Marinesco'მ და Wechselmann'მა პირველად შეუშხაპუნეს ტაბეტიანებს და პარალიზიანებს ინტრალუმბარულად Salvarsan'ი 1,5—10,5 მილიგრამი, 1,5 პრომილურ ხსნარში. გამოკეთება ვერ მიიღეს— თვით მეთოდი კი სახიფათოდ ჩასთვალეს. Switt'მა და Ellis'მა მოგვაწოდენ საღვარსანოვანი შრატის ხერხემლის არხში შეყვანის წესი.

ეს მეთოდი დამყარებულია Gonder'ის ცდებზე, რომელიც მდგომარეობს შემდეგში: Gonder'მა ერლიხის ინსტიტუტიდან აღმოაჩინა: თუ რომ თავგს შეუშხაპუნებთ recurrens'ის სპიროხეტებს, წინეთ Salvarsan'ით ნაწამლ თავგის შრატთან ერთად, მას არ გამოაჩნდება ავადმყოფობის ნიშნები. შემდეგ: ასეთი შრატი ჰკურნავდა აგრეთვე Nagana ტრეპანაზომებით დაავადებულ თავგებს. Stübner'მა ექსპერიმენტალურად დაამტკიცა, რომ შრატის მოქმედება აიხსნება, მასში Salvarsan'ის ნაშთების არსებობით და არა რაიმე ბიოლოგიური ანტი-სხეულების წარმოშობით.

Switt და Ellis'ის მეთოდის ტექნიკა შემდეგში მდგომარეობს: ავადმყოფს შეუყვანენ ინტრავენოზურათ Salvarsan'ს, 1 საათის შემდეგ აიღებენ ამ ავადმყოფის სისხლს 40 ccm.; შედეგებისას მას ცენტროფუგით დაამუშავებენ, მეორე დღეს შრატის 12 ccm. შეურევენ ფიზიოლოგიური ხსნარის 10 ccm. სითხეს ნახევარ საათის განმავლობაში სდგავენ 56° სითბოში. ავადმყოფს უკეთებენ პუნქციას და გამოუშობენ ცერებროსპინალურ სითხის 30 ccm., რის ნაცვლად თანდათანობით და ფრთხილად შეჰყავთ ზემოაღწერილი წესით გამზადებული შრატი.

მეორე კიდევ გავრცელებული ინტრალუმბარული თერაპიის მეთოდი Gernerich'ისა. ამ მეთოდს Schubert'ის მოდიფიკაციით ხმარობენ.

პუნქცია: პირველ სითხის 3 ccm. აგროვებენ Salvarsan'ის გასახსნელად მომდევნო 7,5 ინახავენ გამოსაკვლევათ. შემდეგ ტროაკარს უკეთებენ რეზინის მილს, რომლის მეორე ბოლოზე ძაბრია გაკეთებული. ძაბრს თანდათანობით სწევენ ქვევით, რათა მასში შეგროვდეს ცერებროსპინალური სითხე. ამავე დროს პირველად მიღებული Liquor'ში ხსნიან Salvarsan'ის 0,045 (მილიგრამს), და ამ ხსნარის ერთ ან ორ მეათედ კუბიკს (0,1—0,2) (1 $\frac{1}{2}$ —2 მილ.) ძაბრში მყოფ სითხეს, რომელსაც მანიპულაციის ვათავების შემდეგ ძაბრის აწევით უკანვე აბრუნებენ ხერხემლის არხში.

1910 წელში ინგლისის დოსტაქარი Horsley და შენდეგ Пысск'ი რწყავდენ ტვინს სულემით 1 : 1000,0 განხავებულს. Hamond, Ballance და Cambell'ი უშვებდენ საღვარსალოვან შრატს ტვინის პარაკუქებში. Knaur'ი და Enderlein'ი უშხაპუნებდენ პარალიზიანებს Salvarsan'ის 0,6 საძილე არტერიში. უნდა გულახდილათ ითქვას, რომ არც ერთმა ეგრედ წოდებულ „ადგილობრივი თერაპიის“ მეთოდმა საგულისხმო შედეგები არ მოგვცა.

Plaut'მა სამართლიანად სთქვა, რომ აუარებელმა ტერაპევტიული ცდებმა დაამტკიცა მხოლოდ ის, რომ პარალიზიანებს ყველაფერის გადატანა შეუძლიათ.

სპეციფიური მკურნალობის უძღურებამ დაბადა ექიმებში სხვა გზების ძეხვის სურვილი. ხმარებული იყო, Digitalis, nux vomica, ქინაქინი, ოქრო, ვერცხლი, რადი (Marinesco 1910) ფარისებრივი ჯირკვლის პრეპარატები, ლეციტინი, რემისიაში მყოფ პარალიზიანთა შრავი და ბევრი სხვა.—რა თქმა უნდა უშედეგოთ.

არა სპეციფიურ თერაპიის უძველეს მეთოდთა უნდა ჩაითვალოს გამაღიზიანებელ მალამოების შეხელება თავის კანში დაჩირქების გამოწვევის მიზნით. ზოგი ერთი ექიმები დიდის მუყაითობით და სიბეჯითიდ ატარებდენ ამ წამლობას მანამ, სანამ ქალას ძვალი ნეკროზს არ განიცდიდა და თავისუფალი dura არ მოსჩანდა 1878 წელში Mayer'მა გამოაცხადა, რომ აღწერილი წესით მან ვითომდაც მოაჩინა 15-დან 8 პარალიზიანი.

არა სპეციფიურ ტერაპევტიულ მეთოდთა შორის უფრო მეტი მეცნიერული საფუძველი აქვს ეგრედწოდებულ „პიროგენულ მეთოდს,“ რომელიც ემპირიულად იყო აღმოჩენილი და მუშავდებოდა 20 წლის განმავლობაში ვენის ფსიქიატრების მიერ Wagner von Jaureg'ის ხელმძღვანელობით. ამ მეთოდს სარჩულად უდევს დიდი ხნის ცნობილი ფაქტი, რომ მწვავე სიცხოვანი სნეულებები ახდენენ კარგ გავლენას ზოგ ერთ ფსიქოზებზე. Wagner'მა ისარგებლა ამ ფაქტით და Alt-tuberculin'ის შესაბუნებით უწევდა ავადმყოფებს მალალ ტემპერატურას. პირველი ცდა ამ მიმართულებით მან მოახდინა 1900 წელში 69 ავადმყოფზე. 4 წლის შემდგომ ამათგან ცოცხალი დარჩა მხოლოდ 8.

მასვე ყავდა სხვა ავადმყოფებიც. ამათი რიცხვიც 69 კაცით განისაზღვრებოდა. ამ ავადმყოფებს არავითარი წამლობა არ ჰქონიათ. ამადგან 4 წლის შემდგომ ცოცხალი დარჩა მხოლოდ 3. ამის გარდა მისი დაკვირვებით ნაწამლ ავადმყოფთა შორის უფრო ბევრს ჰქონდა რემისიები.

შემდეგ Wagner'ი და Pilcz'ი გადავიდენ კომბინაციური ტერაპიაზე სინდიოთ და tuberculin'ით. 1913 წელში Pilcz'მა გამოაქვეყნა ამ ტერაპიის შედეგები. მას უწამლია 86 ავადმყოფი. მათ შორის 23 იმდენათ გამოკეთებულა, რომ თავის წინანდელ მუშაობას დაბრუნებიან, 20 შემთხვევაში პროცესი დამგრალა, 34 შემთხვევაში წამლობას ცვლილება არ მოუტანია.

Pilcz'ის სერიიდან 1916 წელში ცოცხალი იყვნენ 21; 7 განაგრძობდენ ჩვეულებრივი პირობებში ცხოვრებას.

1909 წელში Fischer'მა და Donath'მა დაუწყეს პარალიზიანებს Natrium nucleinici'ს 10% ხსნარის 5 ccm. შესაბუნება, რით იწვევდენ ცხელებას და ჰიპერლეიკოციტოზს, რომელსაც ავტორების აზრით აქვს უმთავრესი თერაპევტიული მნიშვნელობა. Donath'ის განცხადებით ამ პრეპარატის ხმარებით, თავის შემთხვევების 47,6%-ში მან მიიღო მკაფიო გამოკეთება (ავადმყოფები დაუბრუნდენ წინანდელ ხელობას) 23,8% დაეტყოთ მცირე გამოკეთება, 28,6% დარჩა უცვლელად. Fischer-მა დაადასტურა Donath-ის მიღწევანი. რუსს ავტორები Валькер'ი და Юдин'ი ნაკლებ ოპტიმიზმით უტყვიან ამ მე-

თოდს, მაგრამ ზოგ ერთ შემთხვევაში არ უარყოფენ *Nat. nucleinici*-ს კარგ მოქმედებას.

მოხსენებულისაგან სჩანს, რომ პიროგენულ მეთოდმა არ გაამართლა მასზე დამყარებული იმედები, ამიტომ Wagner-მა თავი მიანება ამ მეთოდს და გადავიდა წარმატებით მავალ სიღამბლავის ინფექციური სნეულელებით წამლობაზე. თუმცა, მართალია, Wagner-მა პირველად გაატარა ფართო მასშტაბში ინფექციური თერაპია, მაგრამ ამ საკითხში პრიორიტეტი ეკუთვნის ოდესის ექიმს *Pozhenliom*-ს, რომელმაც 1875 წელში პარალიზიანებზე რეკურენსის გადატანით 22 შემთხვევიდან 11 შემთხვევაში მიიღო თითქმის სრული გამოკეთება. ინფექციური თერაპიისათვის ამ უამად ხმარობენ შებრუნებითი ტიფს და *Mal. tertian*-ის რადგანაც *Mal. quartana*-ს და *tropica*-ს გადატანა მეტად სახიფათო გამოდგა: *quartana* შემდგომი წამლობის მხრივ, *tropica* კი თავისდათავად ავთვისებიანობის გამო ხშირ სიკვდილიანობას იწვევდა. პირველი ცდები მალარიით თერაპიისა Wagner-მა აწარმოვა 1917 წელში. მან შეჰყარა მალარია 9 პარალიზიანს, მათ შორის სრული გამოკეთება დაეტყო მხოლოდ 3. 1921 წელში Wagner-ის მასალიდან სჩანს მალარიით ნაწამლი 120 ავადმყოფიდან, კარგი რემისიები აღნიშნულ იყო 39 შემთხვევაში.

Reese-მ და Peter-იმ პროფ. Nonne-ს კლინიკიდან 75 შემთხვევაში მალარიით წამლობის $1\frac{1}{2}$ — 2 წლის შემდგომ უტყუარი „მორჩენა“ 38 შემთხვევაში მიიღეს — რაც უდრის 50,6%.-ს. *Kirschbaum* და *Rultenbuchi* მალარიით წამლობის გატარების შემდგომ, რემისიებს აღნიშნავენ 60%.-ში (?). კენისბერგის ფსიქიატრიული კლინიკა უფრო თავშეკავებულად უტყუარს მალარიით თერაპიას. ამ კლინიკაში 50 ავადმყოფიდან სრული გამოკეთება აღნიშნეს მხოლოდ 2%.-ში, ნაწილობრივი 26%.-ს, სულ მცირე 36%.-ს, არავითარი 18%.-ს, სიკვდილი 18%.-ს. *Tophaff*-ი გვაძლევს თითქმის იგივე ციფრებს, რაც კენისბერგის კლინიკა.

Bönig-მა 30 ავადმყოფს შეყარა *spirovcheta recurrens* Duttoni. 5 შემთხვევაში მან აღნიშნა სრული რემისია, 4-ში ნაწილობრივი, 3 შეყრა არ მოხდა, მხოლოდ 13 შემთხვევაში მიიღო სიკვდილი.

სიკვდილიანობის მაღალ პროცენტს Bönig-ი ხსნის იმ გარემოებით, რომ ძირითადი სნეულეების პროცესი შორს იყო წასული. მხოლოდ 3 შემთხვევაში 13 სიკვდილის მიზეზს ხედავს სამკურნალოდ შეყრილ ინფექციაში.

Sagel-ის რეკურენსისათვის აქვს შემდეგი ციფრები: მკაფიო გამოკეთება 9%.-ს, ნაწილობრივი 4%.-ს, არავითარი 87%.-ს პროცენტში. ინფექციური თერაპიის დამთავრების შემდგომ, ბევრი ავტორები გვირჩევენ სპეციფიური თერაპიის ერთი კურსის გატარებას. იბადება საკითხი, როგორ და რა გზით მოქმედობს მალარიის და რეკურენსის ინფექცია წარმატებით მავალ სიღამბლავებზე. რომ ჰიპერთერმიას ამ შემთხვევაში არა აქვს დიდი მნიშვნელობა, ეს ცხადია იმ გარემოებიდან, რომ მალარიას მოაქვს კარგი შედეგები იმ დროსაც, როდესაც ტემპერატურა არ აღწევს იმ ოდენობას (40—41—42°), რაც აუცილებელია *Weichbrodt*-ის და *Ihanel*-ის აზრით თერაპევტიული ეფექტის მისაღებად; ლეიკოციტოზის განსაკუთრებული მნიშვნელობაც უნდა უარყოთ იმ მოსაზრებით, რომ მალარიის დროს ლეიკოციტოზი არ აღინიშნება და კიდევ *Nat. nucleinici*-ით

თერაპიის მაგალითიდან ჩვენ ვიცით, ამ პრეპარატით გამოწვეულმა საშინელ ლეიკოციტოზმა „ჰიპერლეიკოციტოზმა“ P. P. თერაპიაში ბევრი რამ არ შემატა. Jhanel'იც უარყოფს ლეიკოციტოზის მნიშვნელობას მალარიით თერაპიაში, რადგანაც მან ნახა პარალიზიანი, გარდაცვლილი ჩირქოვანი მენინგიტის გამო, რომლის ტვინში აღმოაჩინა აუარებელი მოძრავი სპიროხეტები, ამ ფაქტიდან Jhanel'ი დასკვნის: თუ რომ მძლავრმა ჩირქოვანმა პროცესმა, მენინგიტმა, არავითარი დადებითი მოვლენა არ მოახდინა სპიროხეტოზზე, მაშ ჩვენ უნდა სრულიათ დავკარგოთ იმედი წარმატებით მავალ სიღამბლავის ჰიპერლეიკოციტოზით წამლობისა. ამ რიგად ჩვენ დავგრძენია ვიფიქროთ, რომ მალარიით წამლობის დროს საქმე გვაქვს გეტეროგენულ ცილას მოქმედებასთან, რომელიც პარაზიტის დაშლის პროდუქტს წარმოადგენს. მაშასადამე უნდა მივიღოთ, რომ ინფექციური სნეულებების დადებითი მოქმედების მექანიზმი იგივეა, რაც პროტეინოთერაპიის დროს არსებობს.

ჯერ კიდევ Wright'ამდე იყო აღნიშნული, რომ შემთხვევითი მიღებული წითელი ქარი კარგ ვავლენას ახდენდა მჭამელაზე (Lupus), გონორეიაზე, ეპიდემიტიზე და სხვა პროცესების მსვლელობაზე და ამით ხელს უწყობდა ავადმყოფობიდან მორჩენას. ეს მოვლენა ექსპერიმენტალურათ შესწავლილი იყო Buchard'ის, Buchner-ის და Павловский'ს მიერ, რომელნიც ხსნიდნენ ამ ფაქტს ბაქტერიების ანტაგონიზმით. Kraus'მა 1914 წ. მუცლის ტიფის ვაქცინო-თერაპიით დაამტკიცა ამ აზრის უსაფუძლობა. ვაქცინების წამლობითი თვისებას Kraus'ი ხსნიდა არა ბაქტერიების ურთიერთ შორის დამოკიდებულებით, არამედ გეტეროგენულ ცილის მოქმედებით ორგანიზმზე. Lüdke'მ Merck'ის დეიტერო-ალბუმოზის შემხაპუნებით მიიღო კარგი შედეგები მუცლის ტიფის დროს და ამით დაადასტურა Kraus'ის მოსაზრება. 1916 წელში Schmidt'მა თეორეტიულად და პრაქტიკულად შეაერთა ამ მიმართულებით შეგროვილი ფაქტები, რითაც შექმნა ერთი სისტემა „პროტეინით თერაპიისა.“ და სამკურნალო მიზნით რძის ინტრამუსკულარული შემხაპუნება შემოიღო. Weichbrodt'მა ცილის მცირე დოზების შემხაპუნების შემდგომ საცდელ ცხოველებზე მიიღო: გულის კუნთის და სხვა ორგანოების მუშაობის გაძლიერება, იმატა გამოყოფა რძის, ლიმფის, ნალველის. Weichbrodt'ი ხსნის ამ მოვლენებს „პროტოპლაზმის აქტივიზაციით“. Bier'ის აზრით პროტეინო თერაპიის მოქმედება გამოიხატება იმაში, რომ ცილა აღიზიანებს ორგანიზმის სუყველა ქსოვილებს განსაკუთრებით კი ანთებით შეპყრობილებს (Reiz-therapie). Rudolf Schmidt'ის განმარტებით; „პარენტერალური შეთვისება პროტეინული სხეულებისა იწვევს იგივე ბიოლოგიურ-ქიმიურ პროცესებს, რომელნიც სარჩულად უდევს სიცხოვან დაავადებას; ეს უკანასკნელი კი ჩვენ უნდა განვიხილოთ, როგორც მდგომარეობა ბიოლოგიურ-ქიმიურ აქტივობისა“.

სიცხე მუდამ თანსდევს პროტეინის შემხაპუნებას. პირველ ექვს-რვა საათში ის მაქსიმუმს აღწევს, შემდეგ თანდათანობით ეცემა. ლეიკოციტარული ფორმულა იცვლება. ჯერ ვითარდება ლეიკოპენია, მცირდება რაოდენობა ეოზინოფილებისა და მონონუკლეარებისა, რომელიც მალე ჰიპერლეიკოციტოზით იცვლება. მატულობს: სისხლის შედედების თვისება, ანტისხეულების ციტრი და სისხლის დაჟანგებითი თვისება. პარენტერალურ ცილას მოქმედება ორ ფა-

ზოვანია. ეს ორ მომენტიანობა აშკარად გამოიხატება ბუდობრივი რეაქციაში. I—ფაზა უარყოფითია—მწვავედება ანთება, თავს იჩენს ტკივილები (პროცესის მიხედვით) მატულობს სიცხე. სუბექტიურათ—ცუდი თვითგრძნობა და გუნებ-განწყობილება.

II—ფაზა დადებითია—ანთების აბსოლუტური შემცირება, სიცხის დაწყება და სხვა. სუბექტიურად ერფმრია.

პროტეინით თერაპია წარმატებით მავალ—სიდამბლავის დროს ტარდება პროფ. Осипов'ის კლინიკაში 1922 წლ. და მისი განცხადებით უმეტეს შემთხვევაში რემისიები მიუღიათ. ჩვენ კლინიკაში იყო გატარებული 5 შემთხვევა პროტეინით თერაპიისა. ორ შემთხვევაში მივიღეთ მკაფიოდ გამოხატული რემისიები, რომელიც დღემდე გრძელდება. (წამლობა იყო გატარებული 1923 წ.)

P. P. არა სპეციფიური წამლობის მეთოდების გარხილვამ მიგვიყვანა იმ დასკვნამდე, რომ სუყველაზედ უფრო ხშირია რემისიები საზოგადოთ ინფექციით მკურნალობის დროს, კერძოთ კი მალარიით თერაპიისას.

მაგრამ, ერთის მხრივ, რაკი მალარიის მოქმედება არსებითად ბიოლოგიურათ არის იგივე პროტეინო თერაპია და მეორეს მხრივ მალარიით მკურნალობა მეტად სახიფათო მეთოდია და მისი ხმარება, გასაგებ მიზეზების გამო, ზოგიერთ შემთხვევებში მინც შეუძლებელია, ჩვენ უპირატესობას ვაძლევთ პროტეინო-თერაპიას.

ეხლა იბადება საკითხი, რატომ არა სპეციფიურ წამლობამ უფრო მეტი ნაყოფი გამოიღო წარმატებით მავალ სიდამბლავის თერაპიაში, ვიდრე სპეციფიურმა, მაშინ როცა აბსოლუტურად, ამ უკანასკნელს უნდა მოეცა უკეთესი შედეგები? რატომ მძლავრმა სპირილოციდურმა არსენობენზოლის პრეპარატებმა თერაპევტიული გავლენა არ იქონიეს Par. progressiva'ზე, რომელიც, როგორც უკვე ბევრჯერ იყო თქმული, წარმოადგენს ტვინის სპიროხეტოზს? მაშ უნდა არსებობდეს დაბრკოლებები, რომელნიც წინ ელობებიან სპეციფიურ თერაპიას. მართლაც ამ საკითხის შესწავლამ აღმოაჩინა ორი დიდი დაბრკოლების არსებობა. მათ შორის პირველი გახლავთ—ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში წამლების მცირე რაოდენობით მიღწევა.

Lomholdt'მა სინდიყსათვის მოგვცა შემდეგი ციფრები: სინდიყის რაოდენობა: ტვინში—0,14%, ცერებრო-სპინალურ სითხეში—0,18, კუნთებში კი 1,28, ცერებრო-სპინალურ სითხეში—0,18%, კუნთებში კი 0,28, ღვიძლში 17%. თირკმელში 4,55%, Stühmer'მა ბაქიის სისხლში შეყვანილი საღვარსანი ვეღარ იპოვა ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში—Neo-Salvar-კი ტვინის გარსებში აღმოაჩინა; Riber'მა 24 შემთხვევიდან საღვარსანი ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში ერთხელაც ვერ ნახა. Ulmann-ი თავისი ცდების მიხედვით მიდის იმ დასკვნამდე, რომ ან ტვინის ქსოვილის და საღვარსანის შორის არ არსებობს არავითარი ტროპია ან ეს ტროპია მინიმალურია. საცდელ ცხოველების უსისხლო ტვინში Ars, საკმაო ნიშნების არსებობა, ხსენებულმა ავტორმა დაადასტურა, მხოლოდ საღვარსანის ბევრჯერ შეყვანის შემდეგ. ნათქვამიდან სჩანს, თუ რომ ჩვენ გვინდა საღვარსანის პრეპარატებით მივალწიოთ კარგ შედეგებს, ამისათვის უნდა ვიხელმძღვანელოდ ორი პრინციპით: 1. ვაწარმოვოთ საკმარისად დიდ

დოზებით ხშირი საღვარსანის შესხმა და 2. ვეცადოთ ტვინში ქრონიკულად მიმდინარე ანთებითი პროცესი აქტიურად ვაქციოდ (ამ მოვლენას თავის და თავად აქვს დიდი მნიშვნელობა), რომლის დროს ტვინის ქსოვილი უკეთესს ვასკულიარიზაციის პირობებში ვარდება. ამ უკანასკნელ მიზანს პროთეინოთერაპიით ვაღწევთ.

მეორე არსებულ დაბრკოლებების ახსნა, არის თვით წარმატებით მავალ სიღამბლავის პათოგენეზისის ახსნის ცდა.

1913 წ. Ehrlich-მა გამოაქვეყნა შესანიშნავი შრომა შემდეგი სათაურით: *Aus theorie und praxis der chemotherapie*“ საიდანაც ნათლად სჩანს შემდეგი: 1. ავადმყოფობის გამოიწვევე მიკროორგანიზმებს, შეუძლიათ განიცადონ ცვლილება ავადმყოფის ორგანიზმში; 2—რე მიკროორგანიზმები იცვლებიან, როგორც ქიმიური წამლების ზეგავლენით, ისე იმ ქიმიური სუბსტანციების მოქმედებით, რომელიც მუშავდება თვით ორგანიზმში; 3-მე სხვადასხვა მიკროორგანიზმებს აქვს ცვლილების არა თანაბრივე უნარი, ე. ი. ყოველივე მიკროორგანიზმს შეუძლია მოგვეცეს განსაკუთრებული რაოდენობა ბიოლოგიური ვარიაციებისა (Wuchsformen) და 4-ნე Spirochetapallid-ა იძლევა მეტად ბევრ ვარიაციებს.“ Ehrlich-ის და Neisser-ის აღნიშნავენ რომ „ძველი ათაშანგისანი“ ატარებს ჩვეულებრივ „უკანასკნელ ვარიაციის“ სპიროხეტების მცირე რაოდენობას. დარჩენილი მოგიკანები, არა ვირულენტურ მიკროორგანიზმის ცხოვრებას ატარებს ანტი-ხეულებით შეიარაღებულ ორგანიზმში, მაგრამ თუ Status quo დაირღვა სპიროხეტები მაშინვე იჩენენ თავის პათოგენურ თვისებებს. ორგანიზმში სპიროხეტების ცვლილების აღწერა უფრო ადვილია, თუ ჩვენ ვისარგებლებთ Ehrlich-ის თერმინოლოგიით—ამბოცებტორით. ამბოცებტორით მიკროორგანიზმი ნიადაგიდან ლებულობს საკვებ მასალას. რაც უფრო მეტი ამბოცებტორები აქვს მიკროორგანიზმს, მით უფრო კარგათ ვითარდება ის სუსველა საკვებ მასალაზე. Neisser-ის დაკვირვებიდან ჩვენ ვიცით, რომ ვისცერალური ათაშანგის დროს პირველად ავადდება ელენთა, ძელის ტვინი, ღვიძლი და სათესლე ჯირკვლები შემდეგ კი (რაც აუცილებელი არაა) ფილტვები, თირკმლები, თირკმელზედა ჯირკვლები, ზურგის და თავის ტვინი. მანასადამე სპიროხეტების ამბოცებტორები საკვებ მასალას პოულობენ ჯერ პირველ ჯგუფში ჩამოთვლილ ორგანოებში და შემდეგ, თუ ორგანიზმა შექმნა ადგილობრივი იმუნიტეტი, ან თერაპიის ზეგავლენით შეუძლებელი დარჩა სპიროხეტებს იმ ორგანოებში ყოფა, ამ ბრძოლიდან გადარჩენილი სპიროხეტების ამბოცებტორები პოულობენ მასალას, მეორე ჯგუფის ჩამოთვლილ ორგანოებში. აღწერილ გზით ვითარდება ცნობილი ათაშანგი à Virus nerveu. Solomon-მა 1908 წელში ვენის კონგრესზე განაცხადა: „თუმცა იმუნიტეტური პროცესი ათაშანგის დროს დამტკიცებული არაა, მაგრამ მიუხედავად ამისა, კლინიკური დაკვირვებით მაინც შეგვიძლია აღვიაროთ, რომ ზოგიერთი ორგანოების იმუნიტეტი ფაქტია. და ამიტომ მე ვუსურვებ ყოველ ათაშანგისანს ინფექციის 2-3 წლის შემდგომ მესამე პერიოდის კანის ათაშანგს, მაშინ მე დარწმუნებული ვიქნები, რომ ის არ მიიღებს არც ტაბესს და არც საერთო პარალიზს“ თუ ჩვენ არ მივიღებთ სპეციფიური ნერვული ვირუსის არსებობა, მაშინ რით ავხსნით ეგრეთ წოდებულ „შეუღლეობითი ტაბესს და საე-



რთო პარალიზს.* აღწერილია შემთხვევა, სადაც ცოლი და ქმარი იყვნენ დას-
ნეულებული საერთო პარალიზით. ერთ ოჯახში ქმარი, ცოლი და ქალიშვილი
პარალიზიანები იყვნენ.

Morel-Lavallè და Belieres-მა გვაცნობეს ხუთ მამაკაცზე, რომლებსაც შეეყარა
ათაშანგი ერთი და იმავე წყაროდან და რომელთაც შემდეგი P. P. აღმოაჩნდათ.
Bauvaist-ი მიერ ნაპოვნია კიდევ ერთი პარალიზიანი, რომელმაც მიიღო ათაშან-
გი იმავე ქალიდან. Brosius-მა აღწერა შემთხვევა, სადაც 7-მა მუშამ ათაშანგი
შეიძინეს მინების იმ გასაბერ მილის ხმარებით, რომელიც ლუესით დასნეუ-
ლებულ მუშას ეკუთნოდა. მათ შორის 12 წლის შემდგომ 5 დამართა უტყუ-
არი ტაბო—პარალიზი, 2 კი მეტად საეჭვო იყვნენ ამ ავადმყოფობის მხრივ.
Nonne-ს შემთხვევაში სამი პირი დასნეულდა ათაშანგით ერთდამივე ღამეს
ერთი და იმავე პირიდან. მათ შორის ერთმა გაათავა ტაბესით, ორმა კი საერთო
პარალიზით. Erb-მა აღწერა შემთხვევა, სადაც 5-მა მამაკაცმა მიიღეს ტაბესი
და წარმატებით მავალ სიღამებლავე ერთი წყაროდან. პროფ. ასათიანს ყავდა
ავადმყოფი ცოლ-ქმარი—ორივე ლუეტურ ეპილეპსიით იყვნენ შეპყრობილი.
ამ ფაქტების შემდგომ უარყოფა სპიროხეტების à virus nerveu ადვილი საქმე
არ არის. ამ გვარი სპიროხეტების ვარიაციის არსებობა, მაინც არ ხსნის, თუ
რატომ ამ სპიროხეტებზე სპეციფიური თერაპია არ მოქმედობს. მიემართოდ ფა-
ქტებს. მაროკოში, ტრიპოლში, აბისინიაში, ტუნისში, ანატოლიაში, ბელგიის კონ-
გოში, ინდო-ჩინეთში და სხვა ქვეყნებში, სადაც ჯერ არ არის ევროპის კულ-
ტურის უარყოფითი მხარეები შეჭრილი თვით მოსახლეობაში, ტაბეტიკები და
საერთო პარალიზით დასნეულბულნი, Lacapère-ს May-ის Holzinger-ის მტკიცე-
ბით, არ არსებობენ. Görtner-ი ატარებს სრულ პარალელიზმს წამლობის უარ-
სებობას და საერთო პარალიზის არყოფნის შორის ამ ქვეყნებში. საგნებით და-
თანხმება ამ აზრზე ძნელია, ეს საკითხი ამ უამად არც გვაინტერესებს, ჩვენ უუ-
რო საყურადღებოთ მიგვაჩნია ის ფაქტები რომ ათაშანგის არა საკმარისი წამ-
ლობის დროს, ორგანიზმში ვითარდება სპიროხეტების ის შტამმი, რომელიც
იჩენს გამძლეობას წინეთ ხმარებულ პრეპარატების მიმართ. აქედან ცხადია, თუ
ჩვენ პარალიზიანს, რომელიც წინეთ, ვთქვათ, იყო ნაწამლი სინდიყით, კიდევ
სინდიყს დაუნიშნავთ, რა თქმა უნდა კარგ შედეგს ვერ მივიღებთ, იგივე ითქვის
სხვა პრეპარატების შესახებ.

ამიტომ ყოველ შემთხვევაში თერაპიის დროს უნდა გატარდეს სასტიკი
ინდივიდუალიზაცია და არავითარ შაბლონს ადგილი არ უნდა ჰქონდეს.

დასასრულ უღრმეს მაღლობას ვუძღვნი პროფ. მ. მ. ასათიანს ხელმძღვანე-
ლობისათვის ჩემ კლინიკურ მუშაობაში და კერძოთ ამ შრომის დაწერის დროს.

დ ე ბ უ ლ ე ბ ე ი :

1. ათაშანგის არა საკმარისი და არა რაციონალური წამლობა Peral prog-
ressiva-ს წარმოშობის ერთ-ერთი მიზეზთაგანია.

2. ათაშანგის წამლობის დროს კონტროლის ქვეშ უნდა იმყოფებოდეს
არა მარტო სისხლი, არამედ ცერებრო-სპინალური სითხეც.

3. ცერებრო-სპინალური სითხე უნდა გასინჯულ იქნას არა მარტო Was-sermam-ის რეაქციაზე, არამედ პლეოციტოზზე და გლობულინის რეაქციებზე, რადგანაც ამ რეაქციებით ცენტრალური ნერვული სისტემის გალიზიანება ზოგიერთ შემთხვევებში უფრო ადრე გამოიყვანება.

4. წარმატებით მავალ სიდამბლავის თერაპიის სიძნელე ორი ფაქტორის შედეგია:

ა. მკრთალი სპიროხეტის დაბუდება თვით ტვინის პარენქიმაში, სადაც ის, თითქმის, მიუვალა ჩვეულებრივ ანტილუეტურ წამლებისათვის.

ბ. წარმატებით მავალ სიდამბლავის გამომწვევი სპიროხეტები წარმოადგენენ სპიროხეტების იმ ვარიაციას, (Wuchsformen) რომელთაც ახასიათებს მიდრეკილება ცენტრალურ ნერვულ სისტემისადმი (á Virus nerveu) და შექნილი აქვთ გამძლეობა სპეციფიურ პრეპარატების მიმართ (Festigkeit).

5. Paral. progres. თერაპიაში, თუ ეს მოსახერხებელია, არ უნდა იხმარებოდეს ის პრეპარატები, რომლებიც ავადმყოფი წამლობდა წინეთ, ვიდრე მას ზემოაღნიშნული სნეულების ნიშნები დაეტყობოდა.

6. Pal. prog. თერაპიისათვის უაღრესი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფობის ადრე გამოცნობას.

7. წარმატ. მავალ სიდამბლავის მკურნალობის დროს ჩვენ შეგვიძლია ველოდოდ შედარებით კარგ შედეგებს მხოლოდ მაშინ, როდესაც წამლობა არის დაწყებული PP.-ს ნევრასტენიულ ფაზაში და აგრეთვე როდესაც ჩვენ გვაქვს საქმე ექსპანსიურ ფორმასთან, სადაც უფრო ხშირი არის რემისიები.

8. ამ უამათ წარმატებით მავალ. სიდამბლ. წამლობის საუკეთესო მეთოდათ მიგვაჩნია კომბინაციური თერაპია:

სპეციფიური და არა სპეციალური (პროტეინის საშუალებით).

ლიტერატურა.

1. В. П. Осипов. частное учение Одушевных болезнях. Вып. I. 1923 г.
2. Krepelin. Учебник психиатрии том. II 1910 г.
3. Н. И. Бондарев и Е. И. Воробьева Опыт применения протеиновой терапии при душев. болез. Научная медиц. № 10 1922 г.
4. Розенталь. Протеиновая терапия. Врачеб. обозрение № 10. 1921 г.
5. Гринштейн. Лечение прогрес. паралич. прививками малярии и возврат. тифа Врачеб. дело № 11—13. 1924.
6. Проф. Кричевский и Брусин. О действии сверхтоксических доз сальварсана на устойчивыя расы трип. в связи с вопросом о патогенезе сонной болезни и парасифилиса. Профилак. медиц. № 7-8 1923.
7. Rud. Schmidt. Принципиальные точки зрения в вопросе о протеин. терап. Практич. врач. № 4. 1924.

8. Витке. Проблема прогрессив. паралича. Прак. Вр. № 9-10.
 9. Franz jahnel. Studien über progressive Paralyse. Archiv für Psyshiotrie und Nervenkrankheiten, Band 57 1917.
 10. Sioli. Über die Spirochete pallida bei Paralyse იქვე. Band 59 1918.
 11. Scharnke. Für Aetiologie der progressiven paralys. იქვე Band 62 1921.
 12. R. Weichbrodt. Die Therapie der Paralyse იქვე. Band 61. 1919.
-

გ. ჯიბუტი.

კლინიკის ორდინატორი.

თირკმლების კანცერით დაავადება და მისი გავრცელება საქართველოში.*)

(სახელმწიფო უნივერსიტეტის ჰოსპიტალური ქირურგიული კლინიკიდან.

გამგე—პროფ გ. მუხაძე).

ნეფროლიტიაზის საკითხი წარმოადგენს ფრად მნიშვნელოვან და საინტერესო საგანს, მით უმეტეს, რომ ეს დაავადება, როგორც ბევრ სხვა ქვეყნებში, ისე ჩვენში, უნდა ჩაითვალოს ძველ დაავადებად; მაგრამ მისი გავრცელების საკითხი ჩვენს ერში, ჩვენს მიწა-წყალზედ, მისი დაკავშირება სხვა ავადმყოფობასთან ერთად და ჩვენი ხალხის კვებასთან ჯერ-ჯერობით გამოურკვეველია; მის შესახებ დღემდის არაფერი თქმულა.

თუ ერთი წუთით მოვიგონებთ თირკმლებს და მის უაღრესად მნიშვნელოვან ფუნქციას ორგანიზმისთვის, მაშინ ჩვენთვის ნათელი იქნება ის დიდი საშიშროება, რომელიც მოელის ადამიანს თირკმლების ყოველგვარ დაავადების დროს და გარეთვე ასეთი მძიმე დაავადების დროს, როგორც არის ნეფროლიტიაზი. ამიტომ ნეფროლიტიაზის გავრცელების საკითხი, მისი ეთიოლოგია, განსაკუთრებით დიაგნოსტიკა, რომელიც ჩვენში დღემდის სხვა და სხვა მიზეზების გამო ძლიერ მოიკოჭლებდა, აგრეთვე მისი წამლობა—ყოველივე ეს მოითხოვს მომავლისთვის გულმოდგინე დაკვირვებას, სათანადო შესწავლას და დამუშავებას. თირკმლების კენჭებით დაავადება უფრო გავრცელებულია ზოგიერთი მხარეებში და ადგილებში; მაგ. ინგლისში და შუა რუსეთში—მდინ. ვოლგის ნაპირზე მდებარე ადგილებში, ეს დაავადება უფრო გავრცელებულია, შედარებით სხვა ადგილებთან.

ჩვენში, ამიერკავკასიაში და კერძოდ საქართველოში, თირკმლების კენჭებით დაავადება არ არის ხშირი მოვლენა. ამას მოწმობს სახელმწიფო უნივერსიტ. ჰოსპიტალური ქირურგიულ კლინიკის მასალები; აგრეთვე ის სტატისტიკური ცნობები, რომელიც შეგროვილ იყო ჩემს მიერ თბილისის ყველა კლინიკების და საავადმყოფოს ქირურგიულ განყოფილებებიდან.

პროფ. გ. მუხაძის მიერ დაგზავნილ იყო თსოვნა-მოწოდებები საქართველოს ქალაქების და მაზრების საავადმყოფოებში, რომ მოეწოდებიათ ცნობები ამ საკითხის შესახებ. სამწუხაროდ პასუხი მხოლოდ ზოგიერთებიდან მივიღეთ.

შედეგი ზემოხსენებულ შეგროვალ მასალებისა და ცნობების შემდეგია:

*) მოხსენდა საქართველოს ექიმთა მე-III სამეცნიერო კონგრესს 27—V—25 წ.

1. თბილისის ქალაქის 1-ლ საავადმყოფოში ათი წლის განმავლობაში გატარებულია 9.223 ქირურგიული ავადმყოფი; მათ შორის ნეფროლიტიაზით დაავადებული ყოფილა 21. აქედან 8 შემთხვევა ეხება დროებით ჩამოსულებს უცხო მხარეებიდან, მაგ. ოსმალეთიდან, სპარსეთიდან, რუსეთიდან და სხვა. მკვიდრ ამიერკავკასიის მცხოვრებზედ მოდის 13 შემთხვევა, რაც შეადგენს $0,14\%$.

2. ბავშვთა ავადმყოფობის კლინიკა. 1598 ქირურგიულ ავადმყოფზედ არც ერთი შემთხვევა ნეფროლიტიაზისა კლინიკურად არ ყოფილა გამოხატული.

3. სახელ. უნივერსიტ. პროპედევტიულ კლინიკაში (1921 წ. 10/V 1925 წ.) 1355 ავადმყოფზედ მოდის ორი შემთხვევა ნეფროლიტიაზისა, რაც შეადგენს დაახლოებით $0,15\%$.

4. სახელ. უნივერსიტ. ფაკულტეტის ქირურგიულ კლინიკაში 1500 ავადმყოფზედ მოდის 3 შემთხვევა, რაც უდრის $0,2\%$.

5. რკინის გზის საავადმყოფოს ქირურგიულ განყოფილებაში 547 ავადმყოფზედ არც ერთი შემთხვევა არ არის აღნიშნული.

6. სახელ. უნივერსიტ. პათოლოგო-ანატომიურ ინსტიტუტში 224 გაკვეთილ გვამზედ—4 შემთხვევა, რაც უდრის $1,78\%$. (ერთ შემთხვევაში აღნიშნულია თირკმელის T. B. C. და მასში კენჭი).

7. ქალ. ოზურგეთის საავადმყოფოში (1919 წ. 1924 წ.) 1032 ავადმყოფზედ მოდის 3 შემთხვევა ნეფროლიტიაზისა, რაც უდრის $0,29\%$.

8. ქალ. ჭიათურის საავადმყოფოში სამი წლის განმავლობაში (1911—1913 წ.) პროფ. გ. მუხაძის იქ მოღვაწეობის დროს გატარებულა 1783 ავადმყოფი, მათ შორის ნეფროლიტიაზით ერთი.

9. ქალ. ბათუმის საავადმყოფოში 1919 წლიდან 1924 წლამდე ნეფროლიტიაზით დაავადებულს ადგილი არ ქონია.

(მთავარი ექიმის ცნობა).

10. სახელ. უნივერსიტ. პოსპიტალურ ქირურგიულ კლინიკაში 7.300 გატარებულ ავადმყოფზედ (1919—1925 წ.) მოდის 23 შემთხვევა ნეფროლიტიაზისა. აქედან 3 შემთხვევა ეკუთვნის ტომით რუსს, ჩამოსულს რუსეთიდან; მკვიდრ მცხოვრებზედ მოდის 20 შემთხვევა; $0,27\%$.

11. ქალაქის 1-ლ საავადმყოფოს პროზექტურაში ათი წლის განმავლობაში 1915—1924 წ. გაკვეთილა 3.212 გვამი. მათ შორის ნეფროლიტიაზით ყოფილა 31 შემთხვევა. აქედან ადგილობრივ მცხოვრებლებზედ მოდის 29 შემთხვევა. ბავშვი 10 წლამდის ყოფილა 2 შემთხვევაში.

თუ ავიღებთ ერთად მთელ გატარებულ ავადმყოფების და გაკვეთილ გვამების საერთო ჯამს და მასზედ ნეფროლიტიაზის შემთხვევებს, დავინახავთ, რომ 27.767 ავადმყოფზედ მოდის 75 შემთხვევა თირკმლების კენჭებისა, რაც უდრის დაახლოებით $0,27\%$.

ეს ციფრები იმის მაჩვენებელია, რომ ნეფროლიტიაზისი არ არის ჩვენში ხშირი მოვლენა.

პათივცემული პროფ. გ. მ. მუხაძე საქართველოში თავის მოღვაწეობის დროს პირადი დაკვირვებებიდან აღნიშნავს, რომ თირკმლების კენჭებით დაავადება არ ჩაითვლება ჩვენში გავრცელებულ დაავადებათ.



ამავე აზრის არიან პროფესორები ნ. კახიანი და ალ. მაჭავარიანი.

აქვე მინდა აღვნიშნო, რომ ამ უკანასკნელ წლებში უროლოგიურ ავადმყოფთა რიცხვა საგრძნობლად იმატა ჰოსპიტალურ ქირურგიულ კლინიკაში, რაც ახსნილ უნდა იქმნას უროლოგიურ განყოფილების არსებობით და მისი სათანადო სიმაღლეზე დაყენებით. ხსენებულ ავადმყოფთა შორის ნეფროლიტიას თვალსაზრისით აღვიღო უჭირავს; მაგ. 1924 წლიდან 1925 წლის მაისამდე 1508 ავადმყოფზედ მოდის 13 შემთხვევა თირკმლების კენჭებით; წინა წლებში კი იყო თითო-ორი შემთხვევისა. პროცენტებით თუ ავიღებთ, წინა წლებში უდრიდა 0,25%, ბოლო წლებში კი—0,86%. გვაქვს საბუთი ვიფიქროდ, რომ ხსენებულ ავადმყოფთა რიცხვი ჩვენს კლინიკაში მომავალში უფრო გაიზრდება.

ეს დაავადება გვხვდება ყველა ასაკში; არის ავტორები, რომლებიც ამტკიცებენ, რომ ეს ავადმყოფობა ხშირია ბავშობისას და მოხუცებულობისას; მაგრამ მთელი რიგი ავტორებისა ამტკიცებენ პირიქით; მაგ. Küster-ი ამბობს, რომ თირკმლების კენჭებით დაავადება ხშირი მოვლენაა 20-დან 40 წლამდის-ო; Legueu აღნიშნავს სიხშირეს ნეფროლიტიასისა 40-დან 50 წლამდის.

Федоров-ს უმეტესი თავის შემთხვევებისა მოსდის 30 დან 45 წლამდის; მისი აზრით ეს დაავადება ბავშობისას და მოხუცებულობისას იშვიათი მოვლენა არის. ჩვენი კლინიკის მასალა წლოვანების მიხედვით შემდეგ ნაირად ნაწილდება:

17 წლიდან	20 წლამდის	4 შემთხვევა.
20 "	25 "	6 "
25 "	30 "	3 "
30 "	35 "	3 "
35 "	40 "	4 "
40 "	45 "	1 "
45 "	50 "	2 "

როგორც ზემო მოყვანილი ცხრილიდან სჩანს, უმეტესი შემთხვევებისა მოდის 17 წლიდან 40 წლამდის. ეს მცირე რიცხოვანი მასალაც, ამ შემთხვევაში, თითქმის სრულიად ეთანხმება Küster-ის მრავალ რიცხოვან სტატისტიკურ ცნობას, რომელიც, როგორც ზემოდ ვსთქვი, უმეტეს შემთხვევებისას აღნიშნავს 20-დან 40-წლამდის. ჩვენს მასალაში აღსანიშნავია ის მოვლენა, რომ თითქმის ნახევარი შემთხვევებისა მოდის 17 წლიდან 25 წლამდე (10 შემთხვევა).

აქვე უნდა აღვნიშნო, რომ დანარჩენ 13 შემთხვევიდან, რომლებიც აღემატებიან 25 წელს, 6 შემთხვევაში, რომლებზედაც მე თვითონ მქონდა დაკვირვების საშუალება, ანამნეზში მკაფიოდ იყო აღნიშნული ნეფროლიტიასის სიმპტომები ახალგაზრდობის ხანაში, როგორიც არის მაგ. პერიოდული შეტევები, ჭვალი თირკმელის არეში, კენჭების გამოსვლა per vias naturalis, გემატურია და სხვა; მაშასადამე თუ ამ 6 შემთხვევასაც მიუმატებთ უკვე არსებულ ათს—გამოდის, რომ $\frac{2}{3}$ შემთხვევებისა მოდის 25 წლამდის.

17 ნეფროლიტიასით დაავადებულ ავადმყოფების ანამნეზში, მხოლოდ 1 შემთხვევაში იგი აღნიშნულია კლინიკურად თირკმელში კენჭის არსებობის ნიშ-

ნები 12 წლიდან, დანარჩენ შემთხვევებში ნეფროლიტიაზის სიმპტომები ბოლა 15—16 წლიდან და შემდეგ.

შესაძლებელია დაუშვად, რომ თირკმლებში კენჭები უნდა ჩნდებოდეს (უმეტეს შემთხვევაში) უფრო ახალგაზრდობაში (15—25 წ.), მხოლოდ მისი გამოაშკარავება კი ხდება დაგვიანებით.

თუ რატომ ხდება მისი დაგვიანებით გამოჩენა აქ კი დასაშვებია სხვადასხვა შესაძლებლობა, მაგ კენჭის ასეპტიური მდგომარეობა და მისი ლატენტური მიმდინარეობა; აგრეთვე შესაძლებელია, რომ მისი გამოაშკარავებისთვის რაიმე ზეგავლენა ქონდეს სქესობრივ მომწიფებას; ამ დროს ორგანიზმში ხდება მთელი რიგი ცვლილებები, განსაკუთრებით შინაგან სეკრეციის სფეროში, რაზედაც დამოკიდებულია ნივთიერებათა გაცვლა-გამოცვლის დარღვევა. ეს უქანასენელი კი ნეფროლიტიაზის წარმოშობის ერთ-ერთ მთავარ მიზეზთაგანათ ითვლება.

თითქმის დამტკიცებულად უნდა ჩაითვალოს, რომ შირიმი გაცილებით უფრო მეტია ბავშობისას, ვიდრე სხვა რომელიმე ასაკში. ამას ნათლად მოწმობენ სტატისტიკური ცნობები Civiale-ს, Яковлев-ის, Розентаლ-ის, რომლებიც მოყვანილი აქვს ექ. კილოსანიძეს თავის შრომაში და აგრეთვე თავის საკუთარი შემთხვევების სტატისტიკური ცნობები.

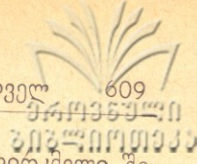
მხოლოდ საინტერესოა ერთი რამ. ექ. კილოსანიძეს გამოყავს ის დასკვნა, რომ 60% შირიმისა ეკუთვნის პირველად წარმოშობის ჯგუფს, ე. ი. კენჭები ჩნდებიან თირკმელში და შემდეგ გადადიან შარდის ბუშტში. თუ ეს ასეა, მაშინ ნეფროლიტიაზიც ბავშობის ასაკში მეტი უნდა იყოს, ვინემ ის სინამდვილეში არის. მაგალითად, საბავშო კლინიკის ქირურგიულ განყოფილებაში 1598 ავადმყოფზედ არც ერთი შემთხვევა ნეფროლიტიაზისა არ ყოფილა კლინიკურად გამოხატული. ქალაქის 1-ლ საავადმყოფოს პროზექტურას სასექციო მასალები, სადაც შედარებით ხშირია ბავშვების გვამების სექცია (ბავშთა კლინიკის არსებობის გამო.) არ იძლევიან ასეთ ხშირ შემთხვევებს ნეფროლიტიაზისა ბავშვობის ასაკში. სქესის მნიშვნელობა ამ დაავადების დროს დღემდის საბოლოოდ გადაუჭრელად უნდა ჩაითვალოს. მაგალითად, Durand—Fardel-ი ამბობს, რომ თირკმლების კენჭებით დედაკაცები ხუთჯერ უფრო ხშირად ავადდებიან, ვიდრე მამაკაცები; Jsrael და Rafin-იც აღნიშნავენ მეტ სიხშირეს ნეფროლიტიაზისა დედაკაცებში, შედარებით მამაკაცებთან.

ზემო მოყვანილ ავტორის აზრს ეწინააღმდეგება Küster-ის მრავალ რიცხოვანი სტატისტიკური ცნობა, რომელიც 713 შემთხვევას შეიცავს; აქედან 388 შემთხვევა მოდის მამაკაცებზედ, ხოლო 345—კი დედაკაცებზედ, როგორც სჩანს მათ შორის დიდი განსხვავება არ არის.

Федоров-ის 242 ნეფროლიტიაზის შემთხვევიდან 152—მოდის მამაკაცებზედ, 90 კი დედაკაცებზედ.

ჩვენს 23 თირკმლების კენჭებიდან 10 იყო დედაკაცი, 13—კი მამაკაცი.

როგორც Küster-ის მრავალრიცხოვანი სტატისტიკა გვიმტკიცებს, აგრეთვე მრავალი ავტორები და მათ შორის Федоров-იც, აღნიშნავენ, რომ სქესს თირკმლების კენჭებით დაავადებაში არავითარი მნიშვნელობა არ უნდა ქონდეს-ო.



უკვე საკმაოდ დამტკიცებულად ჩაითვალოს, რომ მარჯვენა თირკმელი შედარებით უფრო ხშირად ავადდება, ვიდრე მარცხენა. იგივე Küster-ის 764 ნეფროლითიაზის შემთხვევიდან 383-მოდის მარჯვენა თირკმელზედ, 288-კი მარცხენაზედ. Федоров-ს თავის შემთხვევების ოპერაციების დიდი უმრავლესობა უწარმოებია მარჯვენა თირკმელზედ. ჩვენი 23 შემთხვევიდან ოპერაცია გაკეთებული იყო 20 ჯერ. აქედან მარჯვენა თირკმელზედ ნაწარმოები იყო 14 ჯერ ოპერაცია, მხოლოდ 6 ჯერ კი მარცხენაზედ. სინშირეს მარჯვენა თირკმელის დაავადებისას ხსნიან მით, რომ მას ახლო კავშირი აქვს ამავე კოლინჯთან და ეს უკანასკნელი კი იწვევს მასში ინფექციის ადვილად შეჭრას; აგრეთვე მარჯვენა თირკმელს სთვლიან უფრო მოძრავად და ეს უკანასკნელი იწვევს მასში პათოლოგიურ ცვლილებებს, რაც ხელს უწყობს კენჭის გაჩენას.

ორ მხრივი კენჭები არ არის ხშირი შემთხვევა: Küster-ის ცნობით ის გვხვდება 17,78%, Kümmell-ის 16%, Mayo აღნიშნავს 17%-ში. Федоров-ი კი 14%. ჩვენ გვქონდა ორ მხრივი კენჭის 3 შემთხვევა, რაც უდრის 13%. რაც შეეხება კენჭების რაოდენობას, უფრო ხშირად ვხვდებით თითოს, შემდეგ მრავალს და შემდეგ ორ-ორს. Федоров-ს მოყავს Israel-ის შემთხვევიდან მაქსიმუმი კენჭების რაოდენობისა, რომელიც უდრის 36 ცალს. თვითონ ქონებია შემთხვევები 35 და 69 კენჭიანობისა. Кузнецкий-ს აქვს მოყვანილი Bland—Sutton-ის შემთხვევა მრავალ კენჭიანობისა, რომელთა რიცხვი უდრის 40.000. კენჭების რაოდენობის მხრივ ჩვენი მასალა შემდეგ ნაირად ნაწილდება.

ერთი კენჭი იყო 12 ჯერ, ორი კენჭი 5 ჯერ და მრავალი კი 3 ჯერ. უკანასკნელ შემთხვევაში მათი რიცხვი უდრიდა 13, 19 და 31. სიდიდის მხრივ კენჭები ძლიერ ცვალებადია; ის გვხვდება დაწყებული მცირე მარცვლიდან და აღის 2-2,5 კილოგრამამდის. უმეტეს შემთხვევებში, ასეთი გიგანტიური თირკმელის კენჭები ანატომიურ და პათოლოგო-ანატომიურ თეატრების ხვედრია, რომლებიც მხოლოდ აუტოფსისის დროს არიან აღმოჩენილნი; თუმცა ამ ბოლო ხანებში აღწერილია შემთხვევები მოზრდილი კენჭების ამოღებისა ოპერაციის საშუალებით. Кузнецкий-ს მოყავს Sheild-ის შემთხვევა, რომელსაც ნეფრექტომიის საშუალებით ამოუღია 549,0 კენჭი, ავადმყოფი განკურნებულა. Sohnsen-ს ამოუღია კენჭი 339, 0. ავადმყოფი განკურნებულა. Селихов-ს აქვს შემთხვევა 196,2 კენჭის ამოღებისა; Федоров-ს 126,0 და 192,0, Граве-ს კი 340,0. Legueu-ს მოყავს შემთხვევები აუტოფსისის დროს აღმოჩენილ კენჭებისა; მაგ. Le Dentu-ს 1015,0 Rognier-650,0, Rütier 175,0 და Letulle et Brun-ის, სადაც კენჭი აღმატებოდა ორ კილოგრამს; ოვალური ფორმის, სწორი-უხორკლო, ნახული იყო თირკმელის მენჯში. შემთხვევა ეხება მამაკაცს ურავგაიიდან. (მოყვანილია კუზნეცკის დისერტაციიდან).

ჩვენს შემთხვევებში უდიდესი კენჭი, (როგორც ზომით, ისევე წონით) უდრის 145,0. (იხილე სურათი).

ეს უკანასკნელი შემთხვევა საინტერესოა მით, რომ კლინიკური მიმდინარეობა ავადმყოფისა და ობიექტიური გამოკვლევა არ იძლეოდნ საბაბს ასეთი დიდი კენჭის არსებობისა, მიუხედავთ იმისა, რომ კენჭის არსებობაში არავითარი ეჭვი არ იბადებოდა.

მოკლედ ავადმყოფის ისტორია ასეთია: 4/XI24 წ. კლინიკაში შემოვიდა ავ. ბ.—ლი 34წ. ქართველი, მუშა ბორჯომის შუშის ქარხნისა. უჩივის ყრუ ტკივილებს ორივე ფერდ ქვეშა მიდამოში და წელის არეში, უფრო მარჯვნივ, შარდის სიმღვრიეს და მასზედ ხშირად სვლას. ავად არის 16 წელიწადია. 8 წლის წინედ შეეყარა სუსუნატი და ამის შემდეგ ტკივილებმა მოუმატა და გაუძლიერდა უფრო მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში და წელის არეში, შეამჩნია ოდნავ შარდის სიმღვრიე. ამ უკანასკნელ 5-6 თვის განმავლობაში ძლიერ გახდა, დასუსტდა და ფიზიკური შრომა აღარ შეუძლია. სამჯერ გადაუტანია ფილტვების ანთება, ერთი წლის განმავლობაში ქონებია მალარია; 7 წლის წინედ შეკავებია შარდი, გამოუშვიათ კატეტერით და ამის შემდეგ შარდის მილიდან გამოსულა ორი მცირე კენჭი, საშუალო მუხედოს ოდენა. ბორჯომის წყალს ძლიერ ეტანებოდა. Staus praesens; საშუალო ტანის, სწორი აგებულობის, კანი ელასტიური, კანქვეშა ცხიმი სუსტი განვითარების, კუნთები საშუალო განვითარების. ლორწოვანი გარსები დასანახავ ადგილზედ მკრთალი; გულის ტონები სუფთა. მაჯა 84 წუთში, სუსტი ავსების. ორივე ფილტვეში აქა—იქ მშრალი ხიხინი. ელენთა ოდნავ გადიდებული. დანარჩენ ორგანოებს ცვლილება არ ემჩნევა. მარცხენა ფერდ ქვეშა მიდამოში ხელის დაჭერით გრძნობს ტკივილებს, რომელიც გადაეცემა ამავე შარდ-საწვეთის მიმართულებით. მარჯვენა მხარეზედ ხელის შეხებით ტკივილები ნაკლები აქვს. თირკმლები არ ისინჯებიან. Goldflam-ის სიმპტომი მკაფიოდ არის გამოხატული.

შარდის რაოდენობა დღე და ღამეში უდრის 1200,0—1300,0. ოდნავ მღვრიე, ბაცი ჩალის ფერი, რეაქცია მტუტოვანი, ხვედრითი წონა 1,015. საშუალო რაოდენობის ნალექი. ცილა არის; შაქარი, ნალვლის პიგმენტები არა, ურობილინი N. მიკროსკოპიული გამოკვლევა: ყველა მხედველობის არეში 10-12 ჩირქის ბურთულები, ძლიერ ბევრი ფოსფორმეჯავა მარილები და ტრიპელ-ფოსფატები, მცირე რაოდენობა წითელი ბურთულებისა.

ხრომოცისტოკოპია: ვენაში შეყვანილ ინდიგო კარმინი, მარჯვენა შარდ-წვეთიდან შეღებილი შარდი გამოიყო 5 წ. შემდეგ, მარცხნიდან-კი 10 წუთის შემდეგ.

ორივე თირკმლების რენტგენოგრამა. მარცხენა თირკმელის არეში დაბნელება.

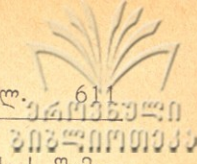
პიელოგრაფიამ აღმოაჩინა, რომ მიღებულ სიბნელეს კავშირი აქვს თირკმელის მენჯთან.

17/XII 24 წ. ოპერაცია (პროფ. მუხაძე.) ჩვეულებრივი ირიბი განკვეთით მე 12 ნეკნის მიმართულებით, თირკმელი გამოყოფილ იყო ცხიმოვან კაპსულიდან. ამოიწია ზემოდ. სისხლის ძარღვების და შარდსაწვეთის გადაკვანძვის და გადაკვეთის შემდეგ ამოკვეთილ იყო თირკმელი. ჭრილობა გაიკერა სართულიანი კეტ-გუტის ნაკერით. ჩაედო გემოსტატიური ტამპონი. შევიწროვდა კვანძოვანი ნაკერით.

შარდი დღე და ღამეში 1500,0—1600,0. ნაოპერაციევი ხანა გართულდა ორ მხრივი ფილტვების კატარალური ანთებით. სათანადო წამლობის შემდეგ ანთება ჩაქრა, შარდი თან და თან გასუფთავდა. ჭრილობა მცირე ჩაჩირქების შემდეგ შეხორცდა. 6/II 25 წ. გაეწერა განკურნებული.



3/4 პრეპარატის სიდიდისა. ქვა არის მთლიანი. თირკმელი გაკვეთილია
სასექციო ხაზზე.



ამოკვეთილი თირკმელი გარეგნულად წარმოდგენდა მთლიან ქვას შემოკრულს თხელი კანით, უსწორ მასწორი მაგარი წარზიდული ხორკლებით, ოდნავ გადიდებულია. ვაკუეთის დროს აღმოჩნდა, რომ თირკმლის პარენქიმა განიკდის ატროფიას, მთელი თირკმელის არე დაკავებული აქვს ქვას, რომელიც თავის მორჩებით ჩაზოდილია თირკმელის სიფრიფანა პარენქიმაში. მოყვანილობა მისი უდრის თირკმელის მენჯს და მის ფიალებს. წონა მისი უდრის 145,0, სიგრძე— 11,5 სანტ. დიამეტრი 8,5 სანტ. შემადგენლობით ეკუთვნის ფოფატს

ერთ-ერთ წარზიდულ ხორკლთან, რომელიც ჩაზრდილია თირკმელის პარენქიმაში, მოთავსებულია კიდევ პატარა კენჭი მუხუდოს ოდენა, მოშავო ფერის, მობრტყო— მორგვალა ფორმის. წონა მისი უდრის 0,6. შემადგენლობით ეკუთვნის ურატს.

რაც შეეხება, საზოგადოდ, კენჭების ფორმას, უმეტეს შემთხვევაში ისინი ლეზულობენ იმ არეს ან ღრუს ფორმას, რომელშიაც არიან მოთავსებული. ეს შეეხება უფრო საშუალო ზომის ქვებს. მცირე კენჭები სხვადასხვა ვარიაციებს განიცდიან და მრავალნაირი კონფიგურაციის არიან.

მოზრდილი და დიდგრანი კენჭები კი ლეზულობენ მრავალ ნაირ ფორმას. ხშირად ასეთი კენჭები ტოტდებიან და უკანასკნელით ჩაიზრდებიან თირკმელის პარენქიმაში ან ფიალებში, ან კიდევ მენჯში და შარდსაწვეთების შესავალში.

უფრო ხშირად თირკმელის კენჭები მოთავსებული არიან მის მენჯში და ფიალაში; ვხვდებით აგრეთვე არა იშვიათად თირკმელის პარენქიმაშიც. შესაძლებელია იყოს მენჯ-პარენქიმის კენჭი, როდესაც ის ნაწილობრივ მოთავსებულია მენჯში, ნაწილობრივ კი პარენქიმაში, ან სრულიად ავსებს ორივეს. ამ უკანასკნელ მდებარეობას ეკუთვნის ზემო აღწერილი შემთხვევა.

შემადგენლობის მიხედვით თირკმლების კენჭები სხვადასხვა ნაირი არიან. უმეტეს შემთხვევებში გვხვდება ურატები და ოქსალატები, შემდეგ ფოსფატები და კარბონატები. შესაძლებელია იყოს ცისტინის და ქსანტინის; იშვიათად ვხვდებით ინდიგო და ხოლესტერიინიდან შემდგარ კენჭებს; უფრო იშვიათად ფიბრინისა და ცილასაგან.

თავის შრომაში, Кузнецкий-ს მოყავს Jsrael-ის შემთხვევა, რომელსაც თირკმელიდან ამოუღია კენჭი შემდგარი გოგირდიდან.

შესაძლებელია, რომ ერთ და იმავე თირკმელში იყოს სხვადასხვა შემადგენლობის კენჭი და მით უმეტეს ეს შესაძლებელია ორ მხრივი ნეფროლითიაზის დროს.

ზემომოყვანილ შემთხვევის ავადმყოფის ისტორიაში აღნიშნულია, რომ იქ ადგილი ჰქონდა ერთ და იმავე თირკმელში ორ სხვადასხვა შემადგენელ კენჭის არსებობას.

ზოგიერთ შემთხვევებში კიდევ ასეთ მოვლენებს აქვს ადგილი, რომ ერთი და იგივე კენჭი შესდგება სხვადასხვა შემადგენელ ნივთიერებისაგან; ამ შემთხვევაში კენჭი ლეზულობს იმ სახელწოდებას, რა ნივთიერებიდანაც შესდგება მისი გულგული.

გარეგნული შეხედულობით, კენჭის მიკუთვნება ამა თუ იმ ჯგუფის შემადგენლობისთვის არ არის საიმედო და ჯეროვანი. ამას ამტკიცებს Johnson-ის



შემთხვევები, რომელმაც ანალიზით გამოიკვლია 150 კენჭი, გარეგნული მხედველობით კენჭები ეკუთვნოდნენ შარდშეკვა ჯგუფის კენჭებს; მაგრამ აღმოჩნდა, რომ მხოლოდ ერთი მათგანი ეკუთვნოდა შარდის შეკვას და მის მარილებს, დანარჩენები კი შერეული იყვნენ. **ეთიოლოგია და ნაწილობრივ პათოგენეზიც ნეფროლიტიაზისა** არ არის გამორკვეული და ნათლად გაშუქებული. მიუხედავად მრავალი ჰიპოტეზებისა და თეორიებისა, ვერც ერთი მათგანი დღემდის გადაჭრილ და უნაკლულად ვერ განმარტავს თირკმელის კენჭების წარმოშობას; არც ერთი მათგანი საბოლოოდ მიღებული და დამტკიცებული არ არის. ეს უფრო შეეხება პირველად წარმოშობილ კენჭებს.

Pousson et Garles-ი დღემდე არსებულ თეორიებს და ჰიპოტეზებს ყოფენ 3 ჯგუფად: პირველი—ფიზიკო-ქიმიური, მეორე—ფიზიოლოგიური და მესამე—ინფექციური, გარეგან სხეულზე და ტრაუმაზე და მყარებული.

პირველი—ფიზიკო-ქიმიური ჯგუფი უფრო ემყარება Giviale-ს თეორიას, რომელიც კენჭების წარმოშობის მიზეზად სთვლის იმ მოვლენას, რომ ვითომ შარდში არსებობს შემადღებელი ნივთიერება, რომელიც ლექს, აერთებს და ადუღებს შარდში არსებულ მარილებს.

მიკრობული თეორია და ტრაუმა-გარეგან სხეულიდან კენჭების წარმოშობა ადვილი დასაშვებია და ეს კენჭები უნდა ჩაითვალოს მეორად კენჭებად.

უფრო საინტერესო მოვლენას წარმოადგენს ფიზიოლოგიური ჯგუფის თეორია Ebstein-ის და Nicolayer-ისა, სადაც ნათქვამია, რომ კოლოიდური ნივთიერება ან მკვდარი ეპიტელიალური უჯრედი თავისი ორგანიული საფუძველით იძლევიან იმ პირველად ნივთიერებას, რომელზედაც ფეხს იკიდებს შარდიდან დაკრეფილი მარილები და უკანასკნელნი კი ხდებიან მიზეზად კენჭების წარმოშობისა.

ქიმიკოსების მიერ მრავალ კვლევა-ძიების და მტკიცების შემდეგ, დღესდღეულად მიღებულია უნდა ჩაითვალოს, რომ შარდში არსებობს ერთგვარი დამცველი კოლოიდები (Schutz colloide), რომლის წყალობითაც შარდში გახსნილია მასში არსებული მჟავა მარილები და ფოსფატები; მაშასადამე, თუ ეს ასეა, მაშინ მხედველობაში უნდა ვიქონიოთ და ანგარიში უნდა გაეწიოს იმ მოვლენას, რომ ყოველგვარი წონასწორობის დარღვევა შემოსენებულ კოლოიდებსა და შარდში არსებულ მჟავა მარილებსა და ფოსფატთა შორის გამოიწვევს უკანასკნელთა დაღეჭა-გამოყოფას, რაც შესაძლებელია გახდეს კენჭების წარმოშობის მიზეზად; ამნაირად უნდა ახსნილ იქნას პირველადი კენჭის წარმოშობა.

Rosenbach-ი იმ დასკვნამდის მივიდა, რომ პირველადი კენჭების წარმოშობას სთვლის ორგანიულ და არა ორგანიულ დიატეზის შედეგად.

როგორც ზემოდ ვსთქვი, ნეფროლიტიაზის ეთიოლოგია ჯერჯერობით ჰიპოტეზა-თეორიებზე ემყარება, მხოლოდ მის წარმოშობის ხელისშემწყობი პირობები ბევრი რამ უნდა იყოს; ასეთებად ითვლება, მაგ.; საერთო მიდრეკილება ორგანიზმისა, შექმნილი ან შთამომავლობითი, შეუფერებელი კვება, ნივთიერებათა გაცვლა-გამოცვლის წონასწორობის დარღვევა, შინაგანი სეკრეციის მოშლილობა, ხერხემლის სვეტის და ზურგის ტვინის დაავადება, ორსულობა, მოძრავი თირკმელი, ნალისებრივი ან კიდევ სხვა ანომალიურად განვითარებული თირკმელი, თვით თირკმელის ყოველგვარი დაავადება.

ზოგიერთ შემთხვევებში ნეფროლიტიაში დაკავშირებულია თირკმლების სხვა და სხვა დაავადებასთან. ასეთ კომბინაციურ დაავადებათა შემთხვევებში სპარბობს ნეფროლიტიაში და იმავე დროს თირკმლების ტუბერკულოზი.

პროფ. გ. მუხაძეს აღწერილი აქვს თირკმლების ტუბერკულოზი და მასში კენჭის არსებობა. კლინიკის 23 ნეფროლიტიაზის შემთხვევაში 4-ჯერ იყო თირკმლის ტუბერკულოზი და მასში კენჭი.

სიმართლესთან უფრო ახლო იქნება, თუ ვიფიქრებთ, რომ ამ შემთხვევებში ჯერ ხდება თირკმლების T. b. C-თ დაავადება, უკანასკნელი იწვევს მასში მთელ რიგ პათოლოგიურ ცვლილებებისას, რასაც შედეგად მოყვება (ხშირად) კენჭების გაჩენა, როგორც მეორადი მოვლენა.

როგორც ირკვევა, ჩვენში თირკმლების დაავადებას და განსაკუთრებით ნეფროლიტიაზს, ნაკლები ყურადღება აქვს მიქცეული და ხშირად ის შეუმჩნეველად რჩება. ხშირად ოპერაციას თირკმლებზედ აწარმოებენ სრულიად სხვა დიაგნოზით, მხოლოდ შემდეგ მასში აღმოჩენილ იქნება კენჭი. რომ ნეფროლიტიაში შეუმჩნეველად ან სხვა დიაგნოზით მიდის ჩვენგან ამის მაგალითები ბევრია. ავილოთ თუ გინდ ქ. ბათომის საავადმყოფო, სადაც მიღებულ ცნობების მიხედვით 5 წლის განმავლობაში თირკმლების კენჭებს ადგილი არ ქონია! *) ძნელი წარმოსადგენია, რომ ზემოხსენებულ საავადმყოფოში აღნიშნულ ხნის განმავლობაში გატარებულ ავადმყოფთა შორის ნეფროლიტიაზის რამოდენიმე შემთხვევას ექნებოდა ადგილი, მაგრამ, ალბად, უროლოგიურ განყოფილების და სათანადო იარაღების უქონლობის გამო ის ვერ იყო შემჩნეული. ჩვენთანაც ყოველა შემთხვევები, როდესაც ავადმყოფი, სრულიად შემთხვევით გასინჯულ იყო უროლოგიურად და მას თირკმლების კენჭები აღმოაჩნდა, მიუხედავად იმისა, რომ ის გასინჯულ იყო გამოცდილ ექიმების მიერ, რომლებსაც ეს ფიქრადაც არ მოსვლია.

კლინიკური სიმპტომები ნეფროლიტიაზისა ძლიერ ბევრია. ზოგი მათგანი უფრო დიდ მნიშვნელოვანია, ზოგიც კი ნაკლები; მაგრამ ეს სიმპტომები ძლიერ ცვალებადია, რაც დამოკიდებულია თვით კენჭის მდებარეობაზედ, მის ფორმაზედ, სიდიდებზედ, ასეპტიურობაზედ და სხვა.

ყოველ შემთხვევაში, ნეფროლიტიაზის დამახასიათებელ და, თუ შეიძლება ითქვას, კარდინალურ სიმპტომებათ ითვლებიან ზოგიერთი მოვლენები. ასეთია. მაგალ. ტკივილები თირკმლის არეში, ჰვალი, რომელიც გადაეცემა შარდსა-წვეთის მიმართულებით და სასქესო ორგანოებისაკენ, პერიოდული გემატურია, კენჭების გამოსვლა per vias naturalis, პიურია და ზოგ შემთხვევაში ანურიაც. ეს სიმპტომები შეიძლება იყოს გამოხატული ტიპიურად, ან ამა თუ იმ ცვალებადობით.

მაგ. ტკივილები წელის და კენჭიან თირკმლის მხარეს გარდა, შესაძლებელია იყოს მოპირდაპირე საღ მხარეზედაც. ზემო მოყვანილ ავადმყოფის ისტორიაში აღნიშნულია, რომ ავადმყოფს ტკივილები უფრო აწუხებდა საღ თირკმლის მხარეზედ, ვიდრე კენჭიანისა. ასეთი მოვლენა ჩვენ უნდა ავხსნათ, ე. წ. რენო-რენალური (თირკმელ-თირკმელთა) რეველექსით, ასეთივე რეველექტორული გა-

*) მთავარი ექიმის ცნობა.



დაცემით და ირადიაციით უნდა აიხსნას მთელი რიგი მოვლენებისა, რომლებსაც შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს და აქვს ნეფროლიტიაზის დროს. მაგ., გულის რევა, პირიდან საქმება, ტკივილები მიმართული ღვიძლისაკენ, კუჭისაკენ და სასქესო ორგანოებისაკენ; შარდზე ხშირი მიდგომა (თირკმელ-ბუშტის რეფლექსი) ან და ერთ შარდსაწვეთის კენჭით დაცვის დროს, მოპირდაპივ თირკმელში ექსკრეტორული ანურია და სხვა მრავალი.

გარდა ამ ზემოხსენებულ სიმპტომოკომპლექსებისა, მათი სრული ან ნაწილობრივი არსებობა, რომლებიც ეჭვს ბადებენ ნეფროლიტიაზით დაავადებაში, არის აგრეთვე მთელი რიგი კლინიკური დაკვირვებებისა და გამოკვლევისა, რომელიც საბოლოოდ ნათელყოვენ მის დიაგნოზს.

დღიდან ახალი გასასინჯ იარაღებისა და მეთოდების შემოღებისა, როგორც არის ცისტოსკოპია, შარდ საწვეთების კატეტერიზაცია, პიელოგრაფია და განსაკუთრებით რენტგენოგრაფია, ნეფროლიტიაზის დიაგნოსტიკა საკმაოდ დამუშავებულათ უნდა ჩაითვალოს და მისი დიაგნოზი ძნელ საქმეს არ წარმოადგენს. მიუხედავად ასეთი თვალსაჩინო გაუმჯობესებისა, როგორც გასასინჯ იარაღებისა, ისე თვით გასასინჯ ტენიკის სათანადო დამუშავებისა, სამწუხაროდ, დღემდის დიაგნოსტიურ შეცდომებს, თუმცა იშვიათად, მაგრამ მაინც ადგილი აქვს.

ასეთ დიაგნოსტიურ შეცდომებს ეკუთნიან ის შემთხვევები, როდესაც თირკმელში კენჭი არსებობს და მისი აღმოჩენა არ ხერხდება, ან და პირიქით, კენჭი არ არის და გამოკვლევა კი იძლევა კენჭის სურათს.

როდესაც კლინიკური მიმდინარეობა ავადმყოფობისა კარდინალურ სიმპტომებთან ერთად და ობიექტიური გამოკვლევა თვით ავადმყოფისა ერთმანეთს ეთანხმება და ერთი მეორეს ავსებენ, რასაკვირველია, ასეთ შემთხვევებში შეცდომებს ადგილი არ ექნება; მაგრამ, როდესაც ერთი მხარე სუსტად არის გამოხატული და მეორე კი უფრო მკაფიოდ და ამ უკანასკნელს ეძლევა გადამჭრელი სიტყვა, აი, ასეთ შემთხვევებში შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს შეცდომებს. ასეთი დიაგნოსტიური შეცდომები ნეფროლიტიაზის დროს ხშირი არაა. მაგ., Arcelin-ის ცნობით, კენჭები, რომლებიც არ გამოდიან რენტგენის სურათზედ უდრის 1,2%; Федоров-ის კლინიკის ცნობით კი—1,8%, Jsrael—Jmmelmann-ის სტატისტიკური ცნობებით უარყოფითი რადიოგრაფია უდრის 2%.

ეს კენჭები ეკუთნიან ე. წ. „უჩინარ“ კენჭებს, როგორც ფრანგები უწოდებენ Calculus juvisibles. მიზეზი ნეფროლიტიაზის დროს უარყოფით რენტგენოგრაფიისა, უფრო აიხსნება კენჭების ქიმიური შემადგენლობით. მაგ. დამტკიცებულია, რომ შარდის მჟავის კენჭი არ გამოდის რენტგენოგრაფიაზედ და ამას ხსნიან მით, რომ ლითონის მარილები, რომლებიც არ ატარებენ Röntgen-ის სხივებს, ასეთ კენჭებში, სრულიად უმნიშვნელოა. არც ცილის და არც ცისტინის კენჭები იძლევიან ჩრდილს რენტგენოგრაფიაზედ.

გარდა „უჩინარ“ კენჭებისა, რომლებიც თავის ქიმიურ შემადგენლობის გამო არ გამოდიან Röntgen-ის სურათზედ, არის აგრეთვე შემთხვევები უარყოფით რენტგენოგრაფიისა ფოსფორ მჟავა და მჟაუნას მჟავა კენჭებისა, რომლებიც ჩვეულებრივად ასეთებს არ უნდა იძლეოდეს. უკანასკნელი შემთხვევები აღწერილი აქვს Кузнецкий-ს და Neuhäuser-ის დაკვირვებით, ასეთ მოვლენებს უფრო

ქართული
ენების
ინსტიტუტი

ხშირად ადგილი აქვს მაშინ, როდესაც ავადმყოფები ძლიერ მსუქანები და ცხიმოვანი კაპსულა განიცდის არა ჩვეულებრივ გასქელებას. Jsrael-ს ქონებია ასეთი შემთხვევები გამხდარ პიროვნებებზედაც. Кузнецкий-საც მოყავს ანალოგიური შემთხვევა, სადაც ცხიმოვანი კაპსულა განიცდიდა გასქელებას. როგორც სჩანს ცხიმოვან კაპსულის მდგომარეობასაც ქონებია ერთნაირი მნიშვნელობა. შესაძლებელია აგრეთვე, რომ კენჭი იყოს მცირე და დაფაროს ის ახლო მდებარე ნექმა ან, იშვიათად, მალეების გარდი-გარდმო მორჩებმა.

ასეთი „უჩინარ“ კენჭების დროს, Kümmell-ი იძლევა რჩევას, რომ თირკმელის მენჯში შემხაპუნებულ იყოს collargol-ი და 8 დღის შემდეგ, როდესაც მთელი collargol-ი გამოირეცხება კენჭი დარჩება შეღებლი ვერცხლის მარილებით, რომელიც ნათლად გამოვა რენტგენოგრაფიულად. შესაძლებელია ამ საშუალებამ დახმარება გაგვიწიოს მაშინ, როდესაც კენჭი თირკმელის მენჯშია მოთავსებული, დანარჩენ შემთხვევაში ეს მეთოდი შედეგს არ მოგვცემს.

გასაკვირველი არ არის, რომ „უჩინარი“ კენჭები ოპერაციის დროს ძნელი საპოვნო შეიქნეს. არამც თუ „უჩინარი“, არამედ აღწერილია შემთხვევები, როდესაც რენტგენოგრაფიით ნაჩვენები კენჭიც კი ვერ უპოვნიათ. ასეთი შემთხვევა ქონებია Федоров-ს, სადაც კენჭი ქრილობიდან გამოსულა ერთ-ერთ შეხვევის დროს. Arcelin-ს კენჭი უპოვნია, მხოლოდ ამოკვეთილ თირკმელში. გამოდის, რომ ზოგიერთ შემთხვევებში დახელოვნებული ხელიც კი ვერ გრძნობს კენჭის არსებობას, მით უმეტეს თუ იგი პატარაა და მოთავსებულია თირკმელის პარენქიმაში. ასეთი უხერხულობის თავიდან ასაცილებლად Braasch-ი გვირჩევს, რომ ნახმარ იქმნეს რენტგენოსკოპია, ოპერაციის დროს გათავისუფლებულ და ქრილობიდან ამოღებულ თირკმელზედ. Kingreenr-ს ქონებია შემთხვევა, რომ Röntgen-ის სურათით ნაჩვენები კენჭი ოპერაციის დროს ვერ უპოვნია ხელის შეხებით, შემდეგ გათავისუფლებულ და ამოწეულ თირკმელზედ უხმარია რენტგენოსკოპია, რის საშვალეობითაც მიუგნია კენჭისთვის და ამოუცლია.

ნეფროლითიაზის რეციდივი სხვა და სხვა ავტორებს დიდი % აქვს აღნიშნული. მაგ., Cabot და Grabtree 43%, 1915 წ. Barney-ს იმავე კლინიკიდან 1922 წ. 32%; ხოლო, იმის შემდეგ რაც შემოიღეს რენტგენოსკოპიის ხმარება, რეციდივის % დაეცა 5-მდის. მაგ., Braasch-ისი. 1913წ. Barney-ს 20 ნაოპერაციე ავადმყოფის განმეორებით რენტგენოგრაფიის ექვსი თვის შემდეგ აღმოუჩენია კენჭი, რაც შეადგენს 45%. ასეთი დიდი პროცენტუალური მერყეობა რეციდივის მხრივ, ალბად, ახსნილ უნდა იქმნეს ოპერაციის ტექნიკის გასწავლებით, რადგან ერთი ხმარობდა რენტგენოსკოპიას (Braasch-ი) სხვები კი არა. (Cabot და Grabtree-Borney). რეციდიუს ზოგი ავტორები ხსნიან ოპერაციის დროს შემთხვევით დარჩენილ კენჭით. ანალოგიურ მოვლენას ადგილი ქონდა ჩვენს შემთხვევებში. საქმე ეხება მამაკაცს 31 წლისა, რომელსაც გაკეთებული ქონდა Pyelolitomia და ამოღებულ იყო კენჭები თირკმელის მენჯიდან, რიცხვით 19. განკურნების შემდეგ, განმეორებით რენტგენოგრაფიამ მოიცა მცირე კენჭი თირკმელის პარენქიმაში, რომელიც არ იძლეოდა არც კლინიკურ და არც სუბიექტურ მოვლენებს. წინააღმდეგ „უჩინარ“ კენჭებისა, არის შემთხვევები, როდესაც რენტგენოგრაფია

ოდღეა არ არსებულ კენჭების სურათს. ეს სურათები არიან ე. წ. „ყალბი“ ანუ „ცრუ“ კენჭები.

ერთ ასეთ „ყალბ“ კენჭს შეეხება ჩვენი შემთხვევა.

1921 წ. კლინიკაში შემოვიდა მამაკაცი 33 წლისა. გარდა სუბიექტიურ ჩივილებისა და კლინიკურ მიმდინარეობისა, რომელმაც ეჭვი დაბადა ნეფროლითიაზის არსებობაში, გადაღებული იყო ორივე თირკმლები. მარჯვენა თირკმელის რენტგენოგრამის ქვემო ნაწილში გამოხატული იყო ჩრდილი, რომელიც მიჩნეულ იყო კენჭის ჩრდილად. განმეორებით რენტგენოგრამამ ასეთივე სურათი მოიცა. გაკეთებულ ქონდა ოპერაცია, მაგრამ არც თირკმელში და არც შარდ საწვეთში კენჭი არ აღმოჩნდა.

დიაგნოსტიური შეცდომები ყალბი კენჭებისა დაახლოებით ისეთივეა, როგორც „უჩინარ“ კენჭებისა. Федорен-ის ცნობით ის უდრის 1⁰/₆, Haenich-ით 1-2⁰/₆, Arcelin-ის სტატისტიკით კი 2⁰/₆.

მიზეზი ყალბი კენჭების ლანდის წარმოშობისა რენტგენოგრამაზედ მრავალია. ასეთი ლანდი შესაძლებელია მივიღოთ მე 11 ან მე 12 ნეკნის ღრტილის ნაწილობრივი გაძვლების დროს. თვით თირკმელში მთელ რიგ პათოლოგიურ ცვლილებებს შეუძლია ასეთი ჩრდილის მოცემა. მაგ., პიონეტროზს, ნაწილობრივ ნაქოსებრივ გადაგვარებას, მით უმეტეს თუ ის გაუღენთილია კირის მარილებით, და ზოგ ხორც-მეტებს. შესაძლებელია, აგრეთვე—ნალველის კენჭებიდან, თუმცა უკანასკნელნი, იშვიათად გამოდიან რენტგენის სურათზედ;

გაკირული ლიმფატიური ჯირკველი, appendices epipoliceae, ან ზოგ შემთხვევაში ნაწლავში არსებულ განავლის ქვა, შემთხვევით არსებული გარეგანი სხეული, კირის ნალექი ატერომატოზულ არტერიაში, ფლებოლიტები გაკირული განვლიები, კირის ნალექი ნაწიბურებში, სხვადასხვა წერტილები მენჯში, ოფლიან ხელით შეხება სუოათზედ, ცუდი გამოჩინება და სხვა, ყველა ამ შემთხვევებში შესაძლებელია მიღებული იქნას ჩრდილი თირკმლის არეში და რომელიც მიჩნეული იქნეს კენჭის ჩრდილად. Смирнов-ს აღწერილი აქვს შემთხვევა, სადაც პანკრეასის სადინარის კენჭი მიღებულ იყო მარჯვენა თირკმლის კენჭად. იმასვე მოყავს Pförringer-ის ანალოგიური შემთხვევა. ჩვენ ზემოაღნიშნული შემთხვევაში შეცდომის მიზეზი იყო ე. წ. მენჯის წერტილები (Becken flecken).

ამ ბოლო წლებში მუცლის ღრუს ორგანოების და მასთან თირკმლების და შარდსაწვეთების დაავადების დიაგნოსტიურ მეთოდებს და საშუალებებს, მიემართა კიდევ ერთი ფრიად მნიშვნელოვანი დიაგნოსტიური მეთოდი, ე. წ. პნეიმოპერიტონეუმი.

მუცლის ღრუს პარენქიმატოზულ ორგანოების მოხაზულობა რენტგენოგრამაზედ ძნელი გასარჩევია, მის ახლო მდებარე ქსოვილებისაგან, რადგან ორივე ქსოვილების გამსქვირვალობა Röntgen-ის სხივებისთვის თითქმის ერთი და იგივეა.

ამის საწინააღმდეგოდ 1914 წ. Rautenberg-მა შემოიღო პნეიმოპერიტონეუმი. მას შეყავს მუცლის ღრუში განსაზღვრული ოდენობა ჰაერისა, რაც იწვევს ორგანოებსა და გარშემო მდებარე ქსოვილებს შორის სივრცის გადიდებას; თავისუფალ არეს იკავებს ჰაერი და ეს უკანასკნელი გარემოება ხელს უწყობს ორგანოების ნათლად გამოხატვას.

1917 წ. იგივე Routenberg-ი იძლევა წინადადებას, რომ პნეიმოპერიტონეუმის ნეუმი ხმარებული იქმნას აგრეთვე თირკმლების და მენჯის ორგანოების დაავადების დროს.

ამას მოყვება Götze-ს ექსპერიმენტალური შრომა, რომელიც დაწვრილებით აქვეყნებს დაკვირვებებს და ტეხნიკას მის საწარმოებლად.

Смирнов-ს მოყავს 40-მდე დაკვირვება პენეიმოპერიტონეუმისა და კმაყოფილი დარჩენილა. აქებს მას, როგორც კარგ დიაგნოსტიურ საშუალებას თირკმლების მდებარეობის ან მის ანომალიების გამოსარკვევად, ზოგ შემთხვევაში, თვით თირკმლის ქსოვილში გამოწვეულ ცვლილებების და შარდსაწვეთების მდგომარეობის და ტოფოგრაფიის გასაგებად. უპირატესობას აძლევს „ყალბ“ კენჭების დიფერენციალში; თანაც დასძენს, რომ მისი ხმარება მოითხოვს კარგ ტეხნიკურ ცოდნას და ხმარებულ უნდა იქმნეს მხოლოდ უკიდურეს და განსაკუთრებულ შემთხვევაში.

უკანასკნელ წლებში ასეთივე დიაგნოსტიური თვალსაზრისით შემოღებულ იყო პენეიმოპერიტონეუმი, რაც გამოიხატება ჰაერის შეშვებაში პერიტონეუმის არეში.

არც ეს მეთოდი წარმოადგენს არა სახიფათო რამეს; იგივე გართულებები, იგივე ტეხნიკის უაღრესად ცოდნა, აქაც აუცილებლობას წარმოადგენს; ყველა ესენი იმის მაჩვენებელია, რომ ეს მეთოდი ხმარებულ უნდა იქმნეს უკიდურეს შემთხვევაში და სიფრთხილით.

აქვე უნდა დავსძინო, რომ უკანასკნელ ცნობებში არის აღწერილი, სადაც პნეიმორადიოგრაფიის და პნეიმოპერიტონეუმს აწარმოებდენ ამბულატორიულად (Файн, Успенский) და არავითარი მძიმე გართულება არ არის აღნიშნული. პიელო-ურეტეროგრაფიასაც ასე იოლ ოპერაციად უყურებენ ეხლა უმრავლესობა ავტორებისა და თითქმის მას აუცილებელ საჭიროდ სთვლიან თირკმლების ყოველგვარ დაავადების დროს. როგორც სჩანს, პიელო-ურეტეროგრაფიამ და პნეიმორადიოგრაფიამ იმდენად შეავსო თირკმლების დიაგნოსტიკა, იმდენათ ნათელ ჰყო ის, რომ თითქმის ისინი მოქალაქობრივი უფლებებით აღიჭურვენ ყოველგვარ თირკმლების დაავადების დროს; ბოლო ხანებში ტეხნიკაც უფრო გაადვილდა და დამუშავდა.

წამლობა ნეფროლიტიაზისა კლინიკაში მხოლოდ ოპერაციული საშუალებით სწარმოებს. 23*) თირკმელების კენჭების შემთხვევიდან ოპერაცია გაკეთებული იყო 20 ჯერ. ორ შემთხვევაში თვით ავადმყოფებმა არ მოისურვეს ოპერაციის გაკეთება და გაეწერენ თავის სურვილით, ერთ შემთხვევაში კი იყო casus inopera bi lis, რადგან ორივე თირკმლები განიცდიდენ ღრმა პათოლოგიურ და ფუნქციონალურ ცვლილებებს.

*) გარდა იმ 23 შემთხვევებისა, რომელიც მოდის 1919 წლიდან 1924 წლის მაისამდის პოსპიტ. ქირურგ. კლინიკის უროლოგიურ განყოფილებაში 1925 წ. მაისიდან ოქტომბრამდის 477 ავადმყოფზედ იყო 4 შემთხვევა ნეფროლიტიაზისა. ამათგან დედაკაცი 2, მამაკაცი 2. მარჯვენა თირკმლის კენჭი 2, მარცხენა თირკმლის—2. კენჭები რაოდენობის მიხედვით: ასეთი იყო: 2 ჯერ თითო-თითო, ერთჯერ 3—და ერთჯერ 30 კენჭი. ეროვნების მიხედვით ერთი რუსი, სამი ქართველი. ოპერაცია 2 ჯერ Nefrectomia, ერთჯერ Nefrotomia და ერთჯერ Pyelolitotomia ერთ შემთხვევაში t. b. c. renis—კენჭით.

გაკეთებული იყო შემდეგი ოპერაციები:

1. Nephrectomia 12.
2. Nephrolitotomia 3.
3. Pyelolitotomia 4.
4. Nephro-pyelo-uretherotomia 1.

აქედან განკურნებული გაეწერა 18; გარდაიცვალა 2; *) (რაც უდრის 10⁰/₁₀₀).
ეროვნების მხრივ მასალა ნაწილდება შემდეგ ნაირად:

ქართველი	17.
რუსი	3.
სომეხი	1.
მუსულმანი	1.
ოსი	1.

ბოლოს, აქვე მინდა აღვნიშნო, რომ ამ 23 შემთხვევიდან, ერთი შემთხვევა ეხება მარჯვენა თირკმელის კენჭს და მის ნაწილობრივ გამოსვლას გულ-მკერდის ღრუდან, **ტყვიით ყოფილი ჭრილობის მიმართულებით**. ეს შემთხვევა აღწერილი აქვს ექ. აღ. წულუჭიძეს, სადაც ის დასკვნის, რომ კენჭს შეუძლია თავისი ზედ დაწოლით გამოიწვიოს თირკმელის ქსოვილის decubitus ი, მოახდინოს მის პერფორაცია და გამოვიდეს ახლო მდებარე ქსოვილებში.

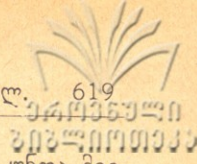
ასეთი შემთხვევა აღწერილია ლიტერატურაშიაც, მაგრამ როგორც იშვიათი შემთხვევა და თავისთავად საინტერესო მოვლენას წარმოადგენს.

ყველა ზემოხსენებულისა და მოკლე ლიტერატურული ცნობების მიმოხილვის შემდეგ შეიძლება ითქვას შემდეგი:

1. ნეფროლიტიზით დაავადება საქართველოში არ არის ხშირი მოვლენა.
2. ნეფროლიტიზით დაავადება უმეტეს შემთხვევაში უნდა ხდებოდეს ახალ-გაზრდობის ხანაში, მხოლოდ ის თავს იჩენს და აშკარადდება დაგვიანებით.
3. ნეფროლიტიზი უნდა ჩაითვალოს თირკმელების ერთ-ერთ მიმე დაავადებათ და მას სათანადო ყურადღება უნდა მიექცეს რაც შეიძლება ნაადრევად.
4. ნეფროლიტიზის დიაგნოსტიკა უნდა ემყარებოდეს, როგორც კლინიკურ დაკვირვებებზე და გამოკვლევებზე, აგრეთვე რენტგენოგრაფიაზე და მათ შორის ურთიერთ თანხმობაზე; განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს თირკმელების ფუნქციონალურ დიაგნოსტიკას და მათ განვითარების ანომალიებს.
5. ოპერატიული დახმარება ნეფროლიტიზის დროს, (მეორე თირკმელის დაუკმაყოფილებელ ფუნქციის დროს) საუკეთესო საშუალებად უნდა ჩაი-

*) ერთ შემთხვევაში ავადმყოფი გარდაიცვალა ოპერაციის დღიდან მე 4 დღეს Peritonitis diffusa-ს ნიშნებით. ეს ის შემთხვევაა, როდესაც მენჯის წერტილები Röntgen-ის სურათმა აჩვენა როგორც კენჭების ჩრდილი, ავ. გაკეთებული ქონდა Netro-pyelo-uretherotomia და ხანგრძლივი კენჭის ძებნის შემდეგ, ის მაინც ვერ იქმნა ნახული.

მეორე შემთხვევა ეკუთვნის ქალს 45 წლისას, რომელიც გადმოყვანილ იყო თერაპევტიკულ კლინიკიდან. ავადმყოფი სრულიად კახექსიური პიროვნება—გაკეთებული ქონდა Netrectomia—გარდაიცვალა მეორე დღეს. გაკვეთამ და პათოლოგო-ანატომიურმა გამოკვლევამ დაამტკიცა ღრმა ცვლილებები შინაგან ორგანოებში ქრონიკული ხასიათისა. ანატომ. დიაგნოზი: Morasmus.



თვალს, შედარებით სხვა რაიმე წამლობასთან და უპირატესობა უნდა მიეცეს მას.

6. თირკმლების ყოველგვარი დაავადების და განსაკუთრებით ნეფროლიტიზის დროს გაკეთებულ უნდა იქმნეს პიელო-ურეტეროგრაფია და მარდსაწვეთების კატეტერიზაცია, რასაც დიდი მნიშვნელობა აქვს, როგორც დიაგნოსტიური თვალსაზრისით, აგრედვე მოსალოდნელ ოპერაციის სახის გამოსარკვევად.

7. უკანასკნელი მანიპულიაციები ხმარებულ ან განმეორებულ უნდა იქმნეს არა უადრეს ორი-სამი დღისა ოპერაციის წინ.

დასასრულ, სასიამოვნო მოვალეობად ვრაცხ უღრმესი მადლობა უძღვნა დიდათ პატივცემულ და საყვარელ მასწავლებელს, პროფ. გ. მ. მუხაძეს, თემის მოცემისათვის, აგრეთვე უშუალო ხელმძღვანელობისა და ლიტერატურის მოწოდებისათვის.

დიდ მადლობას უძღვნი აგრეთვე უროლოგიურ განყოფილების ასისტენტს, მედიცინის დოქტორს, ალ. პ. წულუკიძეს რჩევისა და შრომის გადათვალეობისათვის.

ლიტერატურული წყაროები.

1. Кузнецкий: „Камни почки и мочеточников“. Диссерт. 1911 г.
2. Перешивкин: Диагностика заболеваний почечной лаханки и мочеточников“. Диссертация 1912 г.
3. Федоров: „Хирургия почек и мочеточников“. Выпуск 3—1923 г.
4. Смирнов: „О ложных камнях почек“. Нов. хир. архив 1921 г. книга 3-я.
5. Карганова-Мюллер: „О трудно-диагноси. случ. почечн. заболев.“. Нов. хир. арх. № 21 1924 г.
6. Смирнов: „Пнеймоперит., как диагност. мет. в урологии „Урология“ № 4 1924 г.
7. O. Kingreen: „К методу рентгеногр. оператив. открыт. почки“. Реферат „Врачебная газета“ № 1. 1925.
8. პროფ. გ. მუხაძე „საშარდე ორგანოების ტუბერკულოზი“. თანამედროვე მედიცინა № 1. 1925.
9. Файн: „Наблюдение над пнеиморадиографией почек“. Врачеб. газ. № 7. 1925 г.
10. Готлиб: „Техника и диагностическая ценность пиелографии“. Русская клин. № 5 1924 г.
11. Успенский: „К вопросу о пневмоперитонеуме“. Русская клин. № 7 1924 г.
12. მ. კილოსანიძე: „შირიმი და მისი წამლობა“. ტფილ. უნივერსიტეტის მოამბე V 1925 წ.

ა. ჯავახიშვილი.

უფროსი ასისტენტი.

სიფილისი და მასთან ბრძოლის თანამედროვე მეთოდები.

(თფილისის უნივერსიტეტის კანის და ვენერიული კლინიკიდან. დრ. გამგე—
პროფ. გ. მუხაძე).

სტატისტიკური მასალის მოუწესრიგებლობის გამო ჩვენ არა გვაქვს საშუალება ციფრებით ხელში დაგანახოთ, რამდენად გიგანტიურ ნაბიჯებით მიდის წინ ვენერიულ სნეულებათა გავრცელება. ამ უკანასკნელ 10-წლის განმავლობაში მცხოვრებთა შორის, როგორც ქალაქებში, აგრეთვე სოფლებში. მიუხედავად ამისა თუ ანგარიშს გაუწევთ ისეთ ხელის შემწყობ პირობებს, როგორც ბიც იყვნენ: იმპერიალისტური და სამოქალაქო ომები, ლტოლვილობა, შიმშილობა, უმუშევრობა და გაჭირვებული ცხოვრება ჩვენ ადვილათ შეგვიძლია წარმოვიდგინოთ ვენერიულ სნეულებათა გავრცელების სურათი. ქალაქებში და სოფლად საერთოდ თუ ერთხელ მაინც თვალს გადავაკლებთ იმ მდგომარეობას, რომელშიაც იმყოფება ვენერიულ სნეულებასთან და კერძოდ სიფილისთან ბრძოლის საკითხი, მაშინ აშკარა და ნათელი იქნება თუ რა გეზია საჭირო დასახელებულ სნეულებებთან საბრძოლველად, რომ სასურველ მიზანს მივალწიოთ.

სიფილისის და ვენერიულ სნეულებათა გავრცელებაში, განსაკუთრებით სოფლებში, უპირველეს როლს თამაშობს მცხოვრებთა კულტურული დაქვეითება. სოფლის მცხოვრებლები საეკიმო დახმარებას მიმართავენ მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც ავადმყოფობა უღარეს გამწვავებას აღწევს და როდესაც სათანადო დახმარება დაგვიანებულად უნდა ჩაითვალოს. ავადმყოფები შეუგნებლად და მოუხრიდებულად სთესვენ სნებას. სიფილისი დღემდე სამარცხვინო ავადმყოფობათა აღიარებული, რის გამო ავადმყოფები უმეტესს შემთხვევაში ცდილობენ დაფარონ თავისი სნეულება, მიმართავენ ხშირად, ეგრედ წოდებულ შინაურ ექიმებს და უვიც ექიმბაშებს, რომელნიც მხოლოდ ზარალს აყენებენ ავადმყოფთა ჯანმრთელობას. შეუგნებლობისა გამო ავადმყოფთა უმეტესობა ხშირად არ მიდის ექიმებთან წამლობის განმეორებისათვის, რადგანაც არ ხედავს რაიმე საშიშს გარეგან ნიშნებს. ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი ცხადყოფს, თუ რამდენად საჭიროა გამონახული იქმნას სწორი და მიზანშეწონილი გეზი ისეთ უდიდეს ბოროტებასთან ბრძოლისათვის, როგორც არის სიფილისი.

ექვს გარეშეა, რომ სოფლის სიფილისი თავისებურია, იგი აშკარად განსხვავდება ქალაქის სიფილისისაგან. ასე, მაგალითად, სოფელში თითქმის არა აქვს ადგილი სიფილისის ისეთს გართულებას როგორც არის ზურგის ტვინის სიმშ-

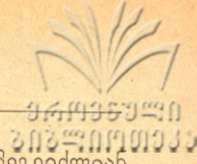
რალე ან ტაბესი და წარმატებით მავალი სიდამბლე. სოფელში, შედარებით ქალაქთან, არ არის ხშირი ნაადრევი მშობიარობის შემთხვევები, აგრეთვე მუცლის მოშლა, ამ უკანასკნელი ხასიათის გართულებათა მოვლენებს სიფილისით დაავადებულთ მშობიარეთა შორის ძალიან ხშირია ქალაქებში. გამოკვლევამ დაგვანახვა რომ რუსეთის სოფლებში სიფილისით დაავადება ბევრს ადგილას აღწევდა 42%-ს. სიკვდილიანობა უკანასკნელ 27 წლის განმავლობაში აღწევს 21%-ს, რაც უნდა ნაწილობრივ მიეწეროს სიფილისს. ბავშვთა სიკვდილიანობა ერთ წლამდე აღწევს 68-71%-ს.

უკანასკნელ 44 წლის გერმანიის დამზღვევ საზოგადოების საბუთები გვიჩვენებენ, რომ სიფილისით დაავადებულთა შორის, მავნეთვისებიან ხორცმეტებით იღუპებიან $1\frac{1}{2}$ ჯერ მეტი, ვიდრე იმათ შორის, ვინც არასოდეს არა ყოფილა დასახელებული სნეულებით დაავადებული. იმავე მოვლენას აქვს ადგილი კუქნაწლავთა სნეულებიან ავადმყოფთა შორის. დამბლობისაგან დაღუპულნი 5-ჯერ მეტი აღმოჩნდა ათაშანგიათა შორის. აგრეთვე ზურგის ტვინის სიმშრალით დაიღუპა $6\frac{1}{2}$ -ჯერ მეტი და აორტის ანევრიზმით 7-ჯერ მეტი. ბერლინის პროფესორის შრუმპფის დაკვირვების მიხედვით ყველა იმ ავადმყოფებთა შორის, რომელთაც მიმართეს მას კლინიკაში შინაგან ორგანოთა დაზიანებათა გამო 11.48%-ს ანამნეზში სიფილისი ჰქონებიათ. საფრანგეთში ყველა იმ ქრონიკებთა შორის, რომელთაც მიუმართავთ ამა თუ იმ სამკურნალო დაწესებულებებისათვის 40%-ს ათაშანგი აღმოაჩნდა. ბელგიაში ვენერიულ სნეულებათა საწინააღმდეგო ლიგის ცნობით იმ ავადმყოფებთა შორის, რომელთაც მიუმართავთ სამკურნალო დაწესებულებისათვის 22% ყოფილა სიფილისით ავად.

ზემოდმოყვანილიდან აშკარაა თუ რა დიდ საშინელებას წარმოადგენს სიფილისი. ავადებს რა სიცოცხლისათვის დიდათ მნიშვნელოვან შინაგან ორგანოებს, ათაშანგი ბევრს უსპობს მუშაობის ხალისს და უნარს, ამცირებს მომუშავეთა რიგებს და ამრავლებს ინვალიდებს. საბრძოლველ საშუალებათა შორის ყველაზე მიზანშეწონილად უნდა ჩაითვალოს, ვენერიულ სნეულებებთან, ცენტრებში სათანადო დისპანსერებისა და პერიფერიუმში ვენერიულ პუნქტების გახსნა, რომელთა სათავეში დაყენებულნი იქნებიან და ფართო მასის გაჯანსაღებით დაინტერესებულნი საკმაოდ მომზადებული ექიმები.

ვენერიუმთან საბრძოლველად დისპანსერებში თავი უნდა მოიყარონ ყველა საუკეთესო ვენეროლოგებმა. ამ რიგად საქმის დაყენება იქნება მიზანშეწონილი და მაღალი კვალიფიკაციის მქონე ექიმებისადმი ნდობით აღჭურვილი ავადმყოფები მეტის სურვილით მივლენ ვენეროლოგიურ დისპანსერებში საექიმოდ და ჩვენი მიზანიც უფრო სასურველად იქნება მიღწეული.

დედამიწის ზურგზე არ მოიპოვება ისეთი მხარე, სადაც არ მძვინვარებდეს კაცობრიობის დაუძინებელი მტერი—სიფილისი. ჩვენში, საუბედუროდ, უკანასკნელ ხანებში ამ სენმა თავი იჩინა მიყრუებულ სოფლებშიაც, და თუ ეხლა იმ კულტურულ დაქვეითებას მივიღებთ მხედველობაში, რომელიც ჯერ-ჯერობით დამახასიათებელია ზემოხსენებულ სოფლებისათვის, ყველასათვის ცხადი გახდება რა მკვიდრ ბუდეს იშენებს სიფილისი და რა ღრმად იდგამს თავის საბედისწერო ფესვებს ჩვენი სამშობლოს ისეთ კუთხეებში, რომლებიც დღემდე ჯან-



სად ადგილებად ითვლებოდნენ. დისპანსერების საშუალებით ჩვენ შეგვიძლიან დაწვრილებით გამოვიკვლიოთ და შევისწავლოთ, ვენერიულ სნეულებათა მხრივ, ხალხის მდგომარეობა, შეგვიძლიან შევიტანოთ მასებში ფართე სანიტარული განათლება და დონეზე დავაყენოთ სპეციფიკური მკურნალობა. პრინციპი უნდა გახდეს წამლობა სრულებით უფასოდ. თუ ჩვენ უარს ვიტყვით, არა დაზღვეულთა უფასოდ წამლობაზე, ამას ის მოჰყვება შედეგად, რომ უქვიმო და გაუკურნავი დარჩება ავადმყოფთა დიდი ნაწილი. ეს კი დიდათ სახიფათოა ვენერიულ სნეულებათა გავრცელებისათვის; ექიმობის მხრივ განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს როსკიბ ქალებს, რომელნიც თავიანთ თავს ოჯახის დიასახლისებს უწოდებენ გამოკითხვის დროს. სოფლის სიფილისთან ბრძოლისთვის ჩვენ მიზნად დასახული გვაქვს დისპანსერის განმარტივებული ტიპის ვენერიული პუნქტების გახსნა. ამგვარი ვენერიული პუნქტის გახსნისათვის საჭიროა გამოკვლევა, თუ სად არის უფრო საჭირო ასეთი პუნქტების გახსნა, ე. იგი სად წარმოადგენს ვენერიული პუნქტის გახსნა სადღეისო და გადაუდებელ საქმეს. ამ მიზნით დროული და მიზანშეწონილი არის საჭირო ადგილებში გაიგზავნოს სპეციალური ექსპედიციები ან რაზმები. ამ გვარი ექსპედიციების და რაზმების მოწყობა, მათი გაგზავნა და ინსტრუქციების მიცემა უნდა იყოს მხოლოდ და მხოლოდ სათანადო ორგანიზაციათა ხელში. კვლევა—ძიების მიზნით გაგზავნილ რაზმებს დავალბებული უნდა ქონდეთ შეჭკრიბონ ყოველი სხვა და სხვა ხასიათის მასალა, მაგალითად, რატომაა გავრცელებული სიფილისი, რა ხასიათის სიფილისია უფრო გავრცელებული და უფრო სად. ასეთმა რაზმებმა კვლევა-ძიებასთან ერთად უნდა აწარმოონ სანიტარული, საგანმანათლებლო მუშაობა სათანადო ლექციების და საუბრების საშუალებით, კინოს სურათების ჩვენებით და სხვა. ასეთი მიზნისათვის შეიძლება დაირაზმოს უფროსი კურსების სტუდენტობა, რომელნიც საზაფხულოდ ბრუნდებიან სახლში. მათ უნდა გააცნონ მცხოვრებლები ვენერიულ სნეულებათა შესახებ ელემენტარულ და აუცილებელ ცნებას. მზავსი საშუალებით ბრძოლა სწარმოებს ტუბერკულოზის წინააღმდეგ ტუბერკულოზურ დისპანსერების სახით. ამ უკანასკნელ ორგანიზაციებს დიდი ხნის ისტორია აქვთ. ისინი ბევრად ძველია, ვინემ ჩვენი—ვენერიული დისპანსერები. იქ მომუშავეთ მეტი ცოდნა, დაკვირვება და გამოცდილება აქვთ. მაგრამ არის ერთი გარემოება, რომელიც განსაკუთრებულ პირობებში აყენებს საზოგადოებრივ ვენეროლოგიაში მომუშავეთ. ეს გარემოება მოითხოვს ბევრად მეტს დაკვირვებას, სიღინჯეს და სიფრთხილეს, ის დიდი განსხვავება, რომელიც არსებობს ტუბერკულოზის და ვენერიულ სნეულებათა შესახებ მცხოვრებთა შორის, რომლებიც პარველს უყურებენ, როგორც ერთ სტიქიურ უბედურებას, მეორეს კი როგორც სამარცხვინო და დამამცირებელ მოვლენას.

არის კიდევ ერთი კარგი საშუალება სიფილისთან ბრძოლაში, რომელსაც შეუძლიან დიდი საშველი როლი ითამაშოს. ეს გახლავთ მხატვრული ლიტერატურა. გამოჩენილი სიკვილიდოლოგი ფურნიე დაღაღებდა, რომ სათანადო ბელეტრისტიკას შეუძლიან დიდი დამხმარე როლი ითამაშოს სიფილისის მიერ გამოწვეულ და შექმნილ ინდივიდუალურ და სოციალურ მდგომარეობის გაუქმების საქმეში; თვით ფურნიე ასე მოხდენილად და ისე ხელოვნებით და გატაცებით

აწყობდა თავის ლექციებსა, ისე ესაუბრებოდა თავის მსმენელებს, რომ ძნელად თუ ვისიმე მეხსიერებიდან ამოიშლება ის ჭეშმარიტებანი, რომელსაც ასე მჭერმეტყველად ღაღადებდა ცნობილი სიფილიდოლოგი. იგი ამბობდა: რაც გინდა პოპულიარულად იყოს ჩვენი ლექცია წაკითხული მასის წინაშე სიფილისზე, რაც გინდა მჭერმეტყველად და მოხდენილად ჩატარდეს იგი, რაც გინდა ხმამაღლა იღაღადოთ მეცნიერული ჭეშმარიტებანი, ვერ შესძლებთ შექმნათ ის შთაბეჭდილება, რომელსაც სტოგებს მხატვრული რომანის ან მოთხრობის წაკითხვა ან და რომელიმე პიესა მოხდენილად ნათამაშევი სცენაზე; რომ თქვენ მიერ ნალაპარაკევი იყოს ყურადღებით მოსმენილი და დახსომებული მასის მიერ, რომ თქვენი რჩევა-დარიგებანი საჭიროდ აღიბეჭდონ მსმენელთა მეხსიერებაში, ამისათვის საჭიროა რომ თქვენი ვადაცემა ისეთ სიტყვებში იყოს ჩამოყალიბებული, რომ ყველასათვის იყოს საინტერესო და გასაგები. ამგვარი გადმოცემა შეუძლია მხოლოდ და მხოლოდ ბელეტრისტიკის ცოცხალ სახეებს. (თემა სიფილისზე) ლიტერატურა სიფილისზე, ამბობს ვლადიმერ საზოგადოების და ერთა ცხოვრებაში დაიჭერს საპატიო ადგილს და ითამაშებს დიდ როლს, თუმცა მძიმე როლს, რადგანაც მან უნდა შეაჩვიოს მასის სმენა ისეთ საშინელ სნეულებაზე ლაპარაკს, როგორც არის სიფილისი, მან უნდა მიაჩვიოს მოქალაქე აუღელვებრივ იმსჯელოს ისეთ სნეულებაზე, რომელიც წარმოადგენს დიდ უბედურებას. საჭიროა მიექცეს ყურადღება ხალხის ფიზიკურად გადაგვარებას. ძალიან ბევრი მიზეზებია იმის, რომ სიფილისზე დღემდე ძალიან ცოტაა მხატვრულ ლიტერატურაში ნაწერები. ერთად ერთ მთავარ მიზეზად უნდა ჩაითვალოს ის შემცდარი შეხედულება, ის უხერხულობა, რომელსაც გრძნობენ ჩვენი მწერლები, რომ ილაპარაკონ თავიანთ ნაწარმოებებში ასეთ ვითომდა „უწმაწურ“ საგანზე, როგორც არის სიფილისი. ამის მიზეზები ვახლავთ ერთგვარი მიმართულება ბელეტრისტიკაში, რომელიც გამსჭვალულია იმ აზრით, ვითომდა ლიტერატურულ ნაწარმოებებს არ შეუძლიანთ ემსახურონ უტილიტარულ მიზნებს. ამ მიმართულების თვალსაზრისით უხერხულია რომ მხატვრულმა სიტყვიერებამ არჩიოს საექიმო საკითხები. ამ აზრს ძნელია, რომ დავეთანხმოთ, რადგანაც ლიტერატურამ კი არ უნდა არკვიოს, გვასწავლოს, არამედ მან უნდა გვაჩვენოს და უნდა მოახდინოს ყურადღების ერთგვარი ფიქსაცია. საექიმო საკითხების წამოყენებას და მასზე ლაპარაკს მხატვრულ ლიტერატურაში არა ერთხელ გამოუწვევია მოპირდაპირეთა შეჯახება და კამათი. ბევრს ჩამორჩენილ ექიმს ოლიმპიურის წედიდურობით დაუწყია მტკიცება, რომ მედიცინა არის ტაძარი რჩეულთათვის, რომელიც სხვა უცხო ელემენტებისათვის ოცნებას უნდა წარმოადგენდეს; მათი აზრით ექიმები წარმოადგენენ რჩეულ კადრს და მათ შორის პროფანებს ადგილი არ უნდა ჰქონდესო.

ეხლა კი ყველა შეგნებულ მოქალაქეებისათვის ექვს გარეშეა, რომ მედიცინა მხოლოდ მოიტანს სასურველ ნაყოფს, როდესაც იგი გადაეშვება მთელი თავისი ცოდნით ხალხში, თუ შეიძლება ასე ვსთქვათ, და თვისი მზნეობით, ცოდნით, მკურნალობით და დახელოვნებული მიზანშეწონილი საქმისადმი მიდგომით იგი მოჰყენს ცოდნის სხივებს ბნელ მასებში და ძირიანად აღმოფხვრის დაუღევრობას, რომელიც უნოყიერესი ნიადაგია ვენერიზმის მოსავლისათვის. მე-

ძაობა და ვენერიზმი არიან განუყრელი თანამგზავრნი. მათ წინააღმდეგ ბრძოლა უნდა მიზნად ისახავდეს ისეთ საშუალებათა გამოიმუშავებას, რომელნიც მიმართულნი იქნება იმ პირობებთა მოსპობისაკენ, რომლებიც ბადებენ მეძაობას და ვენერიზმს, ასეთებია, მაგალითად, გაჭირვება, უმუშევრობა და სხვა. ძველი ზომები, რომელნიც მიმართული იყო მეძავ ქალებთან ბრძოლისაკენ უკვე უვარგისადაა გამოცხადებული, ვინაიდან ეს ზომები მიზანს ვერ აღწევენ. ამიტომ უნდა იქნეს გამოცხადებული მედგარი ბრძოლა ყველა პირობებისადმი, რომელნიც ჰქმნიან მეძაობას. ჩვენს სინამდვილეში მეტად რთული და წყვეთი საკითხი მეძაობის საკითხია. ამ საკითხში გამოსქვივის ის სოციალური ფაქტორები, რომელნიც, ჩვენდა საუბედუროდ, დგანან საექიმო ნებისყოფის გარეშე. ჩვენი მოღვაწეობა ამ დარგში ნაკლებად არის დამოკიდებული ჩვენს ძალღონეზე და უფრო კი მეტად დამოკიდებულია სხვადასხვა ობიექტიურ, სოციალურ პირობებზე. თუ ჩაუყვირდებით ამ საკითხს მაშინ დაევრწმუნდებით, თუ რა სიართულეს წარმოადგენს იგი.

სამწუხაროდ უნდა აღინიშნოს, რომ არა თუ სწორი, არამედ სინამდვილესთან დაახლოვებული სტატისტიკური ცნობები ავადმყოფთა შესახებ არ არსებობს და ეს აძნელებს ავადმყოფთა რაოდენობის აღრიცხვას. მივიღებთ რა მხედველობაში საავადმყოფოების და ამბულატორიების მკირე რიცხვს, მაგალითად, ქალ. თბილისში, მივიღებთ რა მხედველობაში აგრეთვე ავადმყოფების სიმრავლეს, სადაც უმეტესობა სიფილისით დაავადებულებს შეადგენს, შეიძლება თამამად ითქვას, თუ რა საშიშ მომავალს გვიმხადებს ეს სენი. ვენერიულ სნეულეზასთან საბრძოლველი ქ. თბილისში არსებობს ამ ჟამად შემდეგი საექიმო დაწესებულებანი: კანისა და ვენერიულ სნეულეზათა კლინიკა და მასთან ერთად ქალაქის მესამე საავადმყოფო ნაწილში, ზამთრისა და ქალთა ამბულატორიებით. ცენტრალურ სამკურნალოსთან ამბულატორიული მიღება. ხარტუხის, ვერის, ავლაბრის და დიდუბის ამბულატორიები, რკინის გზის საავადმყოფოსთან არსებული ვენეროლოგიური განყოფილება ამბულატორიით და წითელ არმიელთა სამკურნალო დაწესებულებანი.

თბილისის მაზრაში სოფელ წალკაში ახლად გაიხსნა ვენეროლოგიური პუნქტი, ვინაიდან ეს უბანი ითვლება ავადმყოფობის გავრცელების მხრივ საშიშრად. მაგრამ არის ბევრი სხვა ალაგები სულ ახლოს მდებარე თბილისთან. სადაც არა ნაკლებადაა გავრცელებული ეს სენი. ყველა შემოხსენებული დაწესებულებები არამც და არამც არ აკმაყოფილებენ მოთხოვნილებებს. საჭიროა გაფართოვებული იქნას სპეციალური დაწესებულებები, სტაციონალური განყოფილებების გაფართოვება, საჭიროა დიდ საავადმყოფოებში გამოყოფილი იქნეს პალატები ვენერიული სენით დაავადებულთათვის, რომ იქნენ განცალკევებულნი ის პირები, რომლებიც საშიშროებას წარმოადგენენ სენის ვადადების მხრივ. მომავლს ავადმყოფთა რიცხვი, რომელნიც მკურნალობდნენ 1924-1925 წ. იანვრის, თებერვლის და მარტის განმავლობაში.

ახალი მოსვლა

ამბულატორია

		ეროვნება	კაცი	ქალი	ბავშვი	სულ
4540	40499	ქართველი	1213	529	177	1919

ეროვნება	კაცი	ქალი	ბავშვი	სულ
სომეხი	807	630	189	= 1626
რუსი	187	375	75	= 637
მუსულმანი	63	21	19	= 103
დანარჩენი	128	89	38	= 255
	2398	1644	498	= 4540

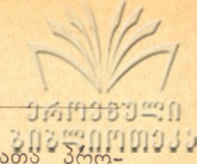
ხ ე ლ ო ბ ა

კაცები	ქალები
ხელოსანი	დიასახლისი
სოფლის მუშა	მოსამსახურე
შავი მუშა	მოწაფე
უმუშევარი	უმუშევარი
სტუდენტი	ხელოსანი
მოწაფე	მრეცხავი
საბჭოთა მოსამ.	საბჭოთა მოს.
მეეზოვე — დარ.	შავი მუშა
წითელი არმ.	წითელი არმ.
მეეტლე	ინვალიდი
მილიციონერი	საექ. პერსონ.
შოფერი	სტუდენტი
საექ. პერსონალ.	წევროვე
ინვალიდი	
მუზიკანტი	
ვაჭარი ნოქარი	
მზარეული	
2398	1644

ჩვენის აზრით ვენერიულ სნეულებათა საწინააღმდეგო ბრძოლის საკითხი იქნება მიზანშეწონილი მაშინ, როდესაც მასსა ნათლად წარმოიდგენს, თუ რას უქადის მას ვენერიული სნეულებანი. როდის მივალწევთ ამ მიზანს? ნხოლოდ მაშინ, როცა არა მარტო ექიმი სიფილიდოლოგები, არამედ სხვა დარგის ექიმებიც მიიღებენ—მონაწილეობას ამ სენთან ბრძოლაში. მაშინ შეგვიძლია თამამად ვსთქვათ, რომ თუ ვერ შევძლებთ სავსებით მოსპობას ამ დაავადებისას, საგრძნობლად მაინც შევამცირებთ და იგი უკვე აღარ იქნება ჩვენთვის საშიში ისე, როგორც ამ უამად.

თ ე ზ ი ს ე ბ ი.

1. დისპანსერების გახსნა ქალაქებში აუცილებელ საჭიროებას წარმოადგენს.
2. ექსპედიციის ორგანიზაცია ვენერიულ სნეულებათა რაოდენობის გამო საკვლევად და მათი აღრიცხვა.
3. ექიმების მომზადება კანის და ვენერიულ სნეულებათა კლინიკაში პროვინციაში გასავზავნათ.



4. ორგანიზაცია განმეორებითი კურსების ვენერიულ სნეულებათა ვინციის ექიმთათვის.

5. ვენერიულ პუნქტების გახსნა იმ ადგილებში, სადაც უფრო გავრცელებულია ვენერიული სნეულებანი.

6. სანიტარული განათლების მუშაობა ფართოდ უნდა იყოს დაყენებული.

7. ყოველივე მიზეზების გამოკვლევა, რომელნიც ხელს უწყობენ ვენერიულ სენის გავრცელებას, როგორც ქალაქებში, აგრედვე სოფლებში. და სათანადო ზომების მიღება მათ საწინააღმდეგოდ.

8. დათვალიერება და გამოკვლევა სკოლებისა, ბავშვთა დაწესებულებებისა და სხვადასხვა ქარხნებისა, როგორც ქალაქებში, აგრეთვე სოფლებში.

9. საჭიროა ბრძოლა ძირითად მიზეზებთან, რომელნიც იწვევენ მეძაობას, არა მეძავ ქალებთან.

10. სათანადო ყურადღება უნდა მიექცეს ქალის ეკონომიურ მდგომარეობას, მისი ოჯახის შემადგენლობას და აგრეთვე არსებობის წყაროს, შტატის შემცირების დროს სხვადასხვა დაწესებულებებში.

11. სასტიკი ბრძოლა უნდა სწარმოებდეს იმ პირთა წინააღმდეგ, რომლებიც ამა თუ იმ სახით ხელს უწყობენ მეძაობის გავრცელებას.

12. ვენერიულ სნეულებათა წინააღმდეგ ბრძოლის ნაყოფიერად ჩასატარებლად, აუცილებელია ფართო კვალიფიციური უფასო წამლობა, რომ ავადმყოფს შეეძლოს ვისთანაც, სადაც, და როდესაც იგი მოისურვებს წამლობის მიღებას.

პ. ა. ხვალაძე.

დასავლეთ საქართველოში ჩაინის გზებით საბინაო პირობების სანიტარულ დახასიათებისთვის *)

მუშათა საბინაო პირობების სოციალურ-ჰიგიენურ მნიშვნელობის დახასიათებას რუსეთისა და საერთოდ უცხოეთის ჰიგიენურ ლიტერატურაში ბოლო ხანებში განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა. რასაკვირველია, ამ მოვლენის უახლოეს მიზეზათ უნდა ჩაითვალოს ის საერთო და საშინელი განადგურება და დანგრევა შენობებისა, რომელიც გამოიწვია უკანასკნელმა მსოფლიო და აგრეთვე სამოქალაქო ომმა რუსეთში. ხსენებულმა მომენტებმა იქონიეს გავლენა საბინაო პირობების გაუარესებაზე როგორც პირდაპირი, არტილერიის გამანადგურებელ ცეცხლით, აგრეთვე არსებულ შენობების უყურადღებოთ მიტოვებით თითქმის მთელი ათი წლის განმავლობაში. ამ ხანაში ახალი ბინები არამც თუ არ შენდებოდა, არსებულებსაც შეეკეთება იშვიათად ელირსებოდა ხოლმე, რადგანაც კაცობრიობის მთელი შემომქმედი ძალები ჩაბმული იყვნენ საერთაშორისო გამანადგურებელ ბრძოლაში და მშენებლობისათვის კი ვილას ეცალა.

მაგრამ საბინაო საკითხების გამწვავებას (სოციალურ ჰიგიენურ თვალსაზრისით) აქვს უფრო ღრმა და მასთანვე უმთავრესი მიზეზები მსოფლიო სამეურნეო ცხოვრების განვითარების ეტაპში. მსხვილი მრეწველობის განვითარებამ გამოიწვია სუყველგან, სადაც კი გამოჩნდა საქარხნო წარმოება, მშრომელთა ყოფა-ცხოვრების ურბანიზაცია თავის საშინელ უარყოფითი მხარეებით. ინგლისელებმა, რომელთაც სუყველაზე ადრე იგემეს მსხვილი წარმოების განვითარება, თავის ჰიგიენისტის Simpson-ის შემდეგი სიტყვებით გამოხატეს ურბანიზაციის მწარე შედეგები. „ქველ დროში დასავლეთში იყო შემოღებული ასეთი ჩვეულება, რომ ყოველ ახალ მეფეს უნდა აეშენებია ახალი ქალაქი. ეს ჩვეულება უსათუოდ წარმოშვა იმ მიზეზმა, რომ რამოდენიმე წლის განმავლობაში ყოველი ქალაქი გადაიქცეოდა ისეთ უჯანსაღო ადგილათ, რომ საჭირო ხდებოდა უკვე მის მიტოვება“ (Simpson Principle of Hygiene).

ურბანიზაციას თან ყვება ყოველდღიურ ცხოვრების ის მოდუსი, რომელსაც Hansemann-მა უწოდა „დომესტიკაცია“ და შეხეთ, რა მნიშვნელობას აძლევენ ჰიგიენისტები თანამედროვე დაავადების ამ სოციალურ—ეტიოლოგიურ მომენტს.

*) მოხსენება ტრანსპორტის სანიტარულ ეჭიების შესამე საკავშირო თათბირზე ქ. თფილისში, 1925 აპრილში.

თითონ Hansemann-ის თანახმად მესტიკაციას აქვს მთავარი როლი მრავალ სნეულებათა პატოგენეზში, რომელნიც გამოიწვევიან ადამიანის სხეულზე ხანგრძლივ გავლენით ოთახის გაფუჭებულ ჰაერისა, ფიზიკურ ვარჯიშობის ნაკლებობისა, საჭმელს სიმდიდრისა აღმუხნებელ ნივთიერებით და სხვებისა.

თანახმად Stiller-ისა და Brugsch-ისა „თანდაყოლილი საზოგადო ასტენია“ სულაც არაა შთამომავლობითი მოვლენა და მისი აღმოცენება დამოკიდებულია არა საკმაო კვებისაგან, ფიზიკურ ვარჯიშობის ნაკლებობისაგან და საზოგადოთ იმ მოვლენათა კომპლექსიდან, რომელნიც გამოწვეულნი არიან თანამედროვე ცივილიზაციის პირობების მიერ—Hansemann-ის „დომესტიკაციისგან“.

Gerkner-ის აზრით გადაგვარების საკითხი არის მხოლოდ კვების და ბინის საკითხი.

Томилини-ს მოჰყავს ინგლისში ომის შემდეგ შემდგარ ერთ კომისიის დასკვნები: „მოსახლეობის თვით პროლეტარულ ნაწილებშია ცხვენიერად შევხვდით მემკვიდრეობით გადაგვარების ნიშნებს; აქ ეპოულობთ მხოლოდ ფიზიკურ კეთილგანწყობილების შექმნილ დასუსტებას, რომელიც არის შედეგი მხოლოდ სიღარიბისა და არა მემკვიდრეობითი თვისებებისა. საზოგადო პროგრესიული გადაგვარების ნიშნების შემჩნევა აქ შეუძლებელია“—ო.

ამ მხრივ ძალიან დამახასიათებელია კიდევ თითონ Томилиნი-ის შეხედულება. ის ამბობს: ეხლა შეიძლება დამტკიცებულათ ჩვეთვალთ ის აზრი, რომ შექმნილ თვისებების არავითარი მემკვიდრეობითი გადაცემა იმგვარად, როგორც ამას დაუშვებდნენ დარვინი და სპენსერი, არ არსებობს. ჩანასახის პლანმა არის ავტონომიური **შექმნი**, რომელიც არსებობს სიმბიოზის პირობებში სხეულის პლანთან. ცხოვრების იმ გარეგან მავნე პირობებში, რომელშიც სცხოვრობს ადამიანი და რომლებიც გამოიწვევენ მის სწრაფ გაცვეთას და ნაადრევ სიკვდილს,—შეიძლება სულაც არ იმოქმედონ ჩანასახ პლანის შინაგან თვისებებზე, და ასეთ ადამიანის შვილები, თუ კი იცხოვრებენ კარგ პირობებში, შეიძლება მთლად ჯანსაღი იყვნენ და წესიერად განვითარებულ ორგანიზმებად. ამ აზრის დასასაბუთებლად მას მოყავს ლევერის შემდეგი მაგალითი. ლევერის ლივერპულის ქარხანაში მუშაობდა რამოდენიმე ათასი მუშა, რომლებიც სცხოვრობდნენ განსაკუთრებით მჭიდრო საბინაო პირობებში და იძლეოდნენ ძალიან დიდ ავადმყოფიანობას ტუბერკულოზით და აგრეთვე ბავშვთა მაღალ სიკვდილიანობას. მან გადაიტანა ეს ქარხანა ზღვის პირზე და მოაწყო მასთან სანიმუშო ქალაქი—ბალი „მზის შუქი“. რამოდენიმე წლის შემდეგ ნაწარმოებმა ამ ქარხნის მუშათა შვილების ანტროპომეტრიულმა გაზომვამ შედარებით ქალაქის ბავშვების გაზომვასთან შემდეგი შედეგები აჩვენა: (ცხრილი № 1) როგორც სჩანს ამ ცხრილიდან კარგ პირობებში ჩაყენებულ პროლეტარულ ბავშვთა ფიზიკური განვითარება საგრძნობლად სჯობს შეძლებულ კლასთა ბავშვების ფიზიკურ განვითარებასაც-კი.

საბინაო პირობების სოციალურ-ჰიგიენურ მნიშვნელობის დახასიათების დასამთავრებლად ჩვენ დაბოლოს აქ მოვიყვანთ ცნობილ ჰიგიენისტის პროფ. Flügge-ის აზრს, რომელიც ამბობს რომ თუ ტუბერკულოზის საწინაღმდეგო ბრძო-

ცხრილი № 1.

	7 წლის ბავშვები.		11 წლის ბავშვები.		14 წლის ბავშვები.	
	ტანის სიგრძე	წონა გირვანქებით	ტანის სიგრძე	წონა გირვანქებით	ტანის სიგრძე	წონა გირვანქებით
ქალაქის სკოლები შეძლებულ მოსახლეობისთვის.	45,3	44,1	53,1	61,4	58,2	95
ღარიბ კლასთა სკოლები .	44	43	49,7	55,5	55,2	71,1
„მზის შუქის“ სკოლები .	47	50,5	57	79,5	62,2	180,0

ლაში არაა მიღებული ზოძები საბინაო პირობების გაუმჯობესებისთვის, სხვა დანარჩენი მიღებული ზომები მხოლოდ ბუფონადა არისო.

რასაკვირველია, რკინისგზელთა ყოფა-ცხოვრების ჰიგიენურ დახასიათებისთვის საბინაო პირობებს აქვთ დიდი მნიშვნელობა, რადგანაც ამ დარგის მუშების უმრავლესობას უხდებათ მუშაობა მოუსვენარ, მუდმივ მიმოსვლის პირობებში, რის გამოც მათ ჯანმრთელობისათვის აუცილებლად საჭიროა ფიზიკური და ხერვიულ სისტემის წესიერი დასვენება სათანადო ჰიგიენურ პირობებში. ამის გამო და აგრეთვე იმიტომ რომ რკინისგზელების ნაყოფიერ მუშაობასთან ძალიან მჭიდროდ არის დამოკიდებული ჩვენი მრეწველობის და საზოგადოთ ჩვენი ეკონომიური ცხოვრების განვითარება. მათ საბინაო პირობებს უნდა მიექცეს საჭირო ყურადღება, მით უმეტეს, რომ ამ მხრივ, როგორც ქვემოთ მოყვანილ ცნობებიდან დაინახავს მკითხველი, არსებობს ბევრი ნაკლი, რომლების მოსპობაში ჩვენ საექიმო დაწესებულებების პროფილაქტიკურ მუშაობამ შეიძლება მოიტანოს დიდი ნაყოფი.

ამ პირობების გამოსარკვევად მე მიმდინარე წელში ჩემ სანიტარულ რაიონში (დასავლეთ საქართველოში) მოვახდინე ნაწილობრივი გამოკვლევა საცხოვრებელ ბინებისა რაიონის 6 უფრო მჭიდროდ დასახლებულ ადგილას. გამოკვლეული იყო სულ 775 სახაზინო საცხოვრებელი ბინა და 91 საცხოვრებელი ბინად ქცეული რონოდა, სულ 2808 სული მცხოვრებლებით.

საბინაო კრიზისის უაღრესი გამწვავების პირველი ნიშანია აქ-არსებობა ე. წ. „რონოდების მოსახლეობებისა“ („вагонный посёлок“). დიდი რიცხვი რკინის-გზელებისა სცხოვრობს წლიდან-წლამდე რონოდებში (მაგ. ბათომში შეხვდებით ისეთებს, რომელნიც უკვე 3—4—5 წელიწადია სცხოვრობენ საქონლის სადგურებზე გამწვარიებულ რონოდებში). ჩვენი ცნობების თანახმად დაკავებულია საცხოვრებლად შემდეგი რიცხვი რონოდებისა:



სადგ. ბათომში	54
„ სამტრედიაში	8
„ შორაპანში	14
„ ფოთში	15
<u>სულ</u>	<u>91</u>

ამგვარად 91 ოჯახს (318 სული) სულაც არ აქვთ ბინები, რადგანაც რონოდაში ცხოვრებას, რასაკვირველია, ვერ ჩავთვლით ბინაში ცხოვრებათ.

შემდეგ უნდა აღინიშნოს ის, რომ სახაზინო ბინებში ცხოვრობს ძალიან მცირე ნაწილი რკინისგზელებისა, სახელდობრ:

ცხრილი № 3.

სად. სამტრედიაში	1208	ოჯახიდან	მხოლოდ	258,	ე. ი.	21 ⁰ / ₀
„ ბათომში	945	„	„	245	„	26 ⁰ / ₀
„ ფოთში	350	„	„	95	„	27 ⁰ / ₀
„ ქუთაისში	690	„	„	36	„	5 ⁰ / ₀
„ შორაპანში	640	„	„	108	„	17 ⁰ / ₀
„ ზესტაფონში	288	„	„	33	„	12 ⁰ / ₀
<u>სულ . . .</u>	<u>4121</u>	„	„	<u>775</u>	„	<u>18⁰/₀</u>

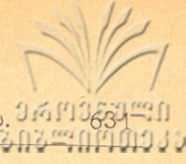
და ამ რიცხვს თუ დაემატებთ კიდევ 91 ოჯახს, (3⁰/₀) რომელიც ცხოვრობს რონოდებში მივიღებთ სულ 866 ოჯახს, ე. ი. მარტო 21⁰/₀ (ან 1¹/₅-ს) რკინისგზელების მთელ რიცხვისას, რომელნიც ასე თუ ისე დაბინავებულნი არიან სახაზინო ბინებში.

ზოგიერთი, მცირე ნაწილი, საცხოვრებელი ბინა მოთავსებულია სამოსამსახურო შენობაში; შემდეგში ჩვენ შევეხებით მხოლოდ იმ უფრო ტიპიურ ბინებს, რომელნიც მოთავსებულნი არიან მარტო საცხოვრებელ შენობებში. ამგვარ შენობათა განხილვა კი ბინათა რიცხვის მიხედვით თითოეულ მათში გვაძლევს შემდეგ სურათს:

ცხრილი № 4.

სახლთა რიცხვი.

ბინათა რიცხვი	სამტრედიაში	ბათომში	ფოთში	სულ
ორამდის	„	„	„	„
3— 5-მდის	„	„	4	4
6—10 „	1	„	1	2
11--15 „	1	2	3	6
16— 20 „	11	1	1	13
21— 25 „	1	3	„	4
25-ზე მეტი	„	3	„	3



ამგვარად სქარბობენ მრავალბინიანი სახლები, 15 ბინაზე მეტ რიცხვით; რომელთა რიცხვი შეადგენს 63% (20-ს 32-დან) საცხოვრებელ სახლების საერთო რიცხვისა.

ბინების საშუალო რიცხვი თითო სახლში შემდეგია:

ცხრილი № 5.

სად. სამტრედიაში	16
„ ბათომში	21
„ ფოთში	8
„ შორაპანში	12
„ ზესტაფონში	7
„ ქუთაისში	12,
მთელ რაიონში კი საშუალოთ	11.

ერთ ან ორბინიან საცხოვრებელ სახლს ჩვენ აქ სულაც არ შევხვდებით. იმავე დროს კი დასავლეთ საქართველოს ქალაქების და დაბების ადგილობრივი მოსახლეობა სცხოვრობს სწორედ ერთსართულიან პატარა ერთმანეთისგან კარგ მანძილზე დაშორებულ და ეზოთი გარშემოკრულ ხის სახლებში, რომლებიც დადგმულნი არიან მაღალ აგურის ან ტინობის მჭიდრო ბოძებზე; სამხარეულო კი ჩვეულებრივ მოწყობილია სრულიად განცალკევებულ შენობაში, საცხოვრებელ სახლის უკან. მოსახლეობის ასეთი ტიპი, რასაკვირველია, უფრო შეეფერება დასავლეთ საქართველოს კლიმატიურ და ნიადაგის პირობებს, რომელნიც ხასიათდებიან ნიადაგის წყლის მაღლა დგომით და ატმოსფერულ ნამის დიდ რაოდენობით, ე. ი. დიდ სინოტივით, რკინის-გზელთა მოსახლეობანი კი აქვე წარმოადგენენ სრულ წინააღმდეგობას ადგილობრივ მცხოვრებთა მოსახლეობის ჩვეულებრივ ტიპთან. დასავლეთ საქართველოს ქალაქები და დაბები სრულიად ეზგავსებიან ბუნებრივად ქალაქებს—ბალებს, საბინაო მშენებლობა აქ თავისთავად, ბუნებრივად, ემპირიულად, მთელ ჩვენი ისტორიის მსვლელობაში განვითარებულა იმ გზით, რომლითაც ეხლა მიისწრაფვის დასავლეთის და რუსეთის მუშათა ბინების აღმშენებლობის განვითარება, და რომელსაც უწოდებენ ქალაქბალების მშენებლობას. რკინის-გზელების ბინების აშენების დროს კი უცხოეთიდან ჩამოსულ „კულტურტრევერებს“ ალბათ სულაც არ გაუწევიათ ანგარიში, განგებ თუ შეუგნებლივ, ადგილობრივ პირობების და ზნე-ჩვეულებების უცოდინარობის გამო, ადგილობრივ მცხოვრებთა ემპირიზმისთვის საცხოვრებელ ბინების აღმშენებლობის საქმეში, და დასავლეთ საქართველოს კოხტა, ლანაზ და მწვანე ბალებში ჩამალულ დაბა-ქალაქებთან, გაუშენებიათ უცხოეთიდან ჩამოტანილ შაბლონით უხარმახარი ქვის ტომრები, რომელნიც ძრიელ მოგვაგონებენ დიდ ქალაქების ღარიბ მცხოვრებთა მჭიდროთ დასახლებულ ნაწილებს. როგორც ეტყობა მთელ ამიერ-კავკასიის რკინის გზაზე, რომელიც გადის თავის ბუნებრივ მხრით მრავალფეროვან და ერთი მეორესგან ძალიან განსხვავებულ ადგილებში, საბინაო სახლები უშენებიათ ერთი და იმავე შაბლონით ბაქოში, ევლახში, განჯაში და აგრეთვე ფოთში, სამტრედიაში და ბათომშიც, ადგილობრივ ნიადაგის და ატმოსფერულ პირობებისთვის ყურადღების მიუქცევლად და მათთვის ანგა-



რიშის გაუწევლად. ამის მწარე შედეგებს ჩვენ ეხლა ვხვდებით არა მარტო მჭიდროობის სახით, საბინაო ფართის დიდ სივიწროვის გამო, არამედ აგრეთვე იმ ბინების უკიდურეს დანოტივების სახითაც, რომლის გამოც წინეთ, როდესაც კერძო ბინების შოვნა ადვილი იყო, უმეტესობა რკინისგზელებისა, ადგილობრივ მცხოვრებთაგანი მაინც გვერდს უხვევდა სახაზინო ბინებს და სცდილობდა იქ არ ეცხოვრა. ცხადია, რომ მათ აშენების დროს სულ არ გაუწევიათ ანგარიში იმ წესისთვის, რომელიც გამოთქმულია ამ შრომის წინ მოყვანილ ამერიკელ ჰიგიენისტის Gordon Masken Fair'-ის სიტყვებში, რომ ბინათა შენება არსებითად ეროვნულია და მის ხასიათი დამოკიდებულია ადგილობრივ ჰაეისაგან, ნიადაგისაგან, ფაუნისაგან, მცხოვრებთა ზნე-ჩვეულებისაგან, ეკონომიურ პირობებისაგან და კიდევ ბევრ სხვა ადგილობრივ პირობებისაგანაც, რის გამოც არ მოინახება არა თუ ორი სხვადასხვა ქვეყანა, არამედ ერთ ქვეყნის ორი სხვადასხვა ნაწილიც კი სადაც შეიძლება შეგხვდეს ერთი და იგივე ტიპი მოსახლეობისაო.

ჩვენი გამოკვლევის შედეგი ცნობები ასეთია:

ცხრილი № 6.

საშუალოთ ერთ სახლზე მოდის მცხოვრებთა რიცხვი.

სადგ. სამტრედიაში	61	სული.
„ ბათომში	74	„
„ ფოთში	29	„
„ შორაპანში	21	„
„ ზესტაფონში	29	„
„ ქუთაისში	45	„

საშუალოთ სუყველგან 41 „

სახლთა რიცხვის განრიგება მცხოვრებთა რაოდენობის მიხედვით თითოეულ მათში გვაძლევს შემდეგ სურათს:

ცხრილი № 7.

სახლთა რიცხვი.

მცხოვრებთა რაოდენ. სამტრედიაში. ფოთში. ბათომში. ჯამი.

10-დის	„	„	„	„
20 „	„	4	„	4
30 „	1	1	„	2
40 „	1	„	„	1
50 „	2	„	2	4
60 „	4	2	„	6
70 „	6	„	1	7
80 „	2	„	2	4
90 „	„	„	1	1
100 „ და მეტი	„	„	3	3

ამგვარად, როგორც ვხედავთ ამ ცხრილიდან, სჭარბობენ სახლები 50 სულზე მეტ მცხოვრებლებით, რომელთა რიცხვიც შეადგენს 69% სახლთა საერთო რიცხვისა.



ერთ ბინაზე ხვდება საშუალოთ მცხოვრებთა შემდეგი რიცხვი:

ცხრილი № 8.

სად. სამტრედიაში	3,6	სული.
„ ბათომში	3,5	„
„ ფოთში	3,5	„
„ შორაპანში	3,7	„
„ ზესტაფონში	5,3	„
„ ქუთაისში	3,8	„
სუყველგან კი საშუალოთ		3,7

ბინათა განრიგება კი მცხოვრებთა რაოდენობის მიხედვით სამტრედიაში და ბათომში ასეთია:

ცხრილი № 9.

ბინათა რიცხვი.

მცხოვრებთა რიცხვი	სადგ. სამტრედიაში	სადგ. ბათომში
1 სული	29 (13 ⁰ / ₀)	23 (12 ⁰ / ₀)
2 „	31 (14 ⁰ / ₀)	33 (17 ⁰ / ₀)
3 „	43 (19 ⁰ / ₀)	53 (28 ⁰ / ₀)
4 „	49 (22 ⁰ / ₀)	44 (23 ⁰ / ₀)
5 „	37 (16 ⁰ / ₀)	22 (12 ⁰ / ₀)
6 „	21 (9 ⁰ / ₀)	7 (4 ⁰ / ₀)
7 „	8 (4 ⁰ / ₀)	„ „
8 „	6 (2,5 ⁰ / ₀)	5 (3 ⁰ / ₀)
9 „	1 (0,5 ⁰ / ₀)	2 (1 ⁰ / ₀)

ამგვარად ბინების უმრავლესობას (57⁰/₀ და 63⁰/₀) აქვს აქ მოსახლეობა 3—5 სულამდე.

საშუალოდ ერთი ბინა შეიცავს ოთახების რიცხვს:

ცხრილი № 10.

სად. სამტრედიაში	1,5	ოთახი
„ ბათომში	1,2	„
„ ფოთში	1,5	„

მცხოვრებთა რიცხვი ერთ ოთახში საშუალოთ ასეთია:

ცხრილი № 11.

სად. სამტრედიაში	2,5	სული
„ ბათომში	3,3	„
„ ფოთში	2,5	„

ბინების განრიგება ოთახთა რიცხვის მიხედვით ასეთია:

ცხრილი № 12.

ბინათა რიცხვი.

ოთახთა რიცხვი თითო ბინაში	სადგ. სამტრედიაში.	სადგ. ბათომში	სადგ. ფოთში
1 ოთახი	111 (49,8 ⁰ / ₀)	166 (82 ⁰ / ₀)	45 (61 ⁰ / ₀)
2 „	109 (48,9 ⁰ / ₀)	21 (17 ⁰ / ₀)	24 (32 ⁰ / ₀)
3 „	3 (1,3 ⁰ / ₀)	2 (1 ⁰ / ₀)	5 (17 ⁰ / ₀)

ასე რომ ბინათა უმრავლესობა შესდგება მხოლოდ ერთ ოთახისაგან, იმავე დროს კი მათ არ აქვთ ცალკე სამზარეულო 50⁰/₀-ში, ხშირად კი თითონ საცხოვრებელი ოთახიც წარმოადგენს ყოფილ სამზარეულოს. ოროთახიან ბინებში მეორე ოთახით სარგებლობენ როგორც სამზარეულოთი და აგრეთვე საცხოვრებელ ოთახათაც ერთ და იმავე დროს. საჭმელის მომზადება—მოხარშვა, სარეცხის რეცხა, აგრეთვე სურსათის მარაგის შენახვა ხდება უმრავლეს შემთხვევაში იგივე საცხოვრებელ ოთახში, ასე რომ საზღვარი სამზარეულოს და საცხოვრებელ ფართის შუა არ არსებობს სულაც, გადალახულია. ეს მოვლენაც წარმოადგენს სრულ წინააღმდეგობას ადგილობრივ მცხოვრებთა საცხოვრებელ ბინების ხასიათთან, რადგან დასავლეთ საქართველოში ჩვეულებრივ სამზარეულო და სხვა სრულიად გამოტანილია საბინაო შენობიდან გარედ, განცალკევებულ შენობაში, და ამგვარად გატარებულია მტკიცე საზღვარი ბინის და სამზარეულოს შუა.

რკინისგზელთა სახაზინო ბინების შემდეგ უარყოფით მხარეს წარმოადგენს ის რომ ერთოთახიანი ბინები აუცილებელი მოთავსებულნი არიან შენობის ერთ მხრივ, რის გამოც შეუძლებელია მათი სათანადო განიავება, რაც კი აუცილებელ საპირობებას წარმოადგენს ნესტიან ბინებისთვის.

საშუალოთ ერთ ბინაზე მოდის შემდეგი საცხოვრებელი ფართი:

ცხრილი № 13.

სად. სამტრედიაში	3,9	წესუართ	საყენი
„ ბათომში	5,0	„	„
„ ფოთში	4,4	„	„
„ შორაპანში	6,5	„	„
„ ზესტაფონში	6,7	„	„
„ ქუთაისში	11,0	„	„
საშუალოდ სუყველგან		5,3	„ „

ბინების განრიგება ფართის რაოდენობის მიხედვით გვაძლევს შემდეგ სურათს:

ბინათა რიცხვი.

ფართის რაოდენობა	სამტრედიაში	ბათომში	ფოთში	სუცეულგან
1,5 წესფ. საჟ.--დე.	19 (8 ⁰ / ₁₀)	4 (2 ⁰ / ₁₀)	11 (15 ⁰ / ₁₀)	23 (5 ⁰ / ₁₀)
1,5— 3,0 „ „	86 (39 ⁰ / ₁₀)	60 (32 ⁰ / ₁₀)	31 (43 ⁰ / ₁₀)	157 (32 ⁰ / ₁₀)
3,0— 4,5 „ „	8 (4 ⁰ / ₁₀)	57 (30 ⁰ / ₁₀)	8 (10 ⁰ / ₁₀)	96 (20 ⁰ / ₁₀)
4,5— 6,0 „ „	103 (47 ⁰ / ₁₀)	37 (20 ⁰ / ₁₀)	20 (27 ⁰ / ₁₀)	148 (30 ⁰ / ₁₀)
6,0—10,0 „ „	4 (2 ⁰ / ₁₀)	22 (12 ⁰ / ₁₀)	4 (5 ⁰ / ₁₀)	46 (10 ⁰ / ₁₀)
10,0-ზე მეტი	„ „	9 (4 ⁰ / ₁₀)	„ „	13 (3 ⁰ / ₁₀)

მაშასადამე სჭარბობენ ბინები ფართით 4,5 წესფართ საქენამდის; მათი რიცხვი შეადგენს 57-⁰/₁₀ს საერთო რიცხვისა, ე. ი. ბინების უმრავლესობის ნაწილს არ აქვს ფართის ნახევარი ნორმაც კი, რომელიც თანახმად შრომის სახალხო კომისარიატის სავალდებულო დადგენილებასა უნდა უდრიდეს 9,5 წესფართ საქენს.

საშუალოთ ერთ სულზე მოდის შემდეგი საცხოვრებელი ფართი და სივრცე:

ცხრილი № 15.

	ფართი	სივრცე
სად. სამტრედიაში	1,08 წესფართ საჟ.	1,78 წესსივრც. საჟ.
„ ბათომში	1, 4 „ „	2, 3 „ „
„ ფოთში	1, 3 „ „	2,14 „ „
„ ქუთაისში	3, 1 „ „	5, 1 „ „
„ ზესტაფონში	1, 3 „ „	2,14 „ „
„ შორაპანში	1, 7 „ „	2, 8 „ „

ეს ცნობები ერთი შეხედვით სრულიად დამაკმაყოფილებელია, მაგრამ ისინი უნდა იყვნენ განხილულნი იმ კრიტიკულ თვალსაზრისით, რომ მათში გაერთიანებულია საცხოვრებელი და სამზარეულოს ფართი და სივრცე, და აგრეთვე უნდა იქნეს მიღებული მხედველობაში ისიც, რომ როგორც სჩანს შემდეგ ცხრილიდან: საცხოვრებელი ფართი არაა თანასწორად განაწილებული, შემდეგი ცხრილა გვიჩვენებს, რომ მოსახლეობის 35⁰/₁₀ ს აქვს ფართი თითო სულზე 0,48 წესფართ საქენზე ნაკლები, და რომ მოსახლეობის ნახევარზე მეტს (სახელდობრ 66⁰/₁₀-ს) აქვს ფართი სულზე 1,1 წესფართ საქენამდე, და, მაშასადამე, რკინისგზელთა უმრავლესობას სულაც არ აქვს ყოვლად უფარგისი და შერეული (საბინაო და სამზარეულოს) ფართის ნორმალური რაოდენობაც კი.

ამ გვარად ჩვენ წინ სდგას სურათი სახაზინო სახლების ნამეტან მკვიდროთ დასახლებისა რკინისგზელებით. თუ დავუმატებთ ამას აგრეთვე იმას, რომ ეს სახლები უკვე ბევრი ხანია არ შეეკეთებულან, რის გამოც ბინების უმეტეს ნაწილში ჰერიდან ჩამოდის წვიმა და მრავალ ჭრუჭიდან და ხვრეტიდან ათასგვარი ჭია-ლუა, მკბენარები და ვიროხა-თავკები არაერთად მოსვენებას არ აძლევენ შიგ მცხოვრებლებს, ადვილათ წარმოვიდგენთ სრულ უფარგისობას, როგორც

საშუალო ფაქტით ეკთ სულზე

	0,2—0,45-მდე.				0,46—0,9-მდე.			
	ბინების რიცხვი.	მცხოვრებთა რიცხვი.	საცხოვრებელი ფართი.	საშუალო ფართი ერთ სულზე.	ბინების რიცხვი.	მცხოვრებთა რიცხვი.	საცხოვრებელი ფართი.	საშუალო ფართი ერთ სულზე.
სადგ. სამტრედიაში.	5 (2,2%)	29 (3,7%)	9,16	0,32	47 (22,4%)	208 (26,5%)	154,85	0,73
სადგ. ბათომში . . .	2 (1%)	12 (2%)	4,51	0,38	39 (19%)	22 (34%)	132,67	0,7
სადგ. ფოთში . . .	—	—	—	—	35 (47%)	140 (54%)	115,67	0,8
	7 (1%)	41(2%)	13,67	0,3	121(25%)	569 (33%)	403,19	0,48

წინადატი საქონეზში.

0,91—1,35-მდე.				1,36,—1,8-მდე.				1,81—ზე მეტი.			
ბინების რიცხვი.	მცხოვრებთა რიცხვი.	საცხოვრებელი ფართი.	საშუალო ფართი ერთ სულზე.	ბინების რიცხვი.	მცხოვრებთა რიცხვი.	საცხოვრებელი ფართი.	საშუალო ფართი ერთ სულზე.	ბინების რიცხვი.	მცხოვრებთა რიცხვი.	საცხოვრებელი ფართი.	საშუალო ფართი ერთ სულზე.
64 (30,4%)	304 (38,8%)	342,38	1,13	60 (28,2%)	175 (22,3%)	267,45	1,53	36 (17%)	68 (8,7%)	152,34	2,24
49(25%)	170 (25%)	187,88	1,1	52 (27%)	130 (19%)	233,79	1,8	57(28%)	137 (20%)	388,11	2,8
11(15%)	44 (18%)	46,07	1,0	18(25%)	49,20%	69,66	1,4	10(13%)	26(8%)	93,6	3,6
124 (26%)	518 (31%)	576,33	1,1	130 (26%)	354 (21%)	570,9	1,6	103 (22%)	231 (13%)	634,05	2,7

თვისებითს ისე ოდენობითს იმ საცხოვრებელ ფართისა, რომლითაც რკინის გზა აკმაყოფილებს თავის მუშა-მოსამსახურეებს და ისიც მხოლოდ მათ მცირე-ოდენ რიცხვს ($1/5$ -ს).

მკიდროთ დასახლება და უქონლობა ვარგისი ბინებისა განსაკუთრებით დაუშვებელია იქ, სადაც გვაქვს ბუნებრივი ძლიერი ნოტივობა და სადაც ძლიერ გავრცელებულია მალარია და აუცილებლად საჭიროა, როგორც საზოგადო-ჰიგიენური, აგრეთვე მალარიასთან წინააღმდეგ ბრძოლის თვალსაზრისით, იქნეს მიღებული საჭირო ზომები, და საბინაო მშენებლობას კი აქ უნდა მიეცეს სულ სხვა მიმართულება.

თავის თავად ცხადია, რომ აქ სრულიად უნდა მიტოვებული იქნეს ქვის ტომბების სახაზინო, შაბლონური მშენებლობა, ბოლოს და ბოლოს უსათუოდ უნდა გაეწიოს ანგარიში ადგილობრივ მცხოვრებთა ემპირიზმს ამ დარგში. რასაკვირველია ადგილობრივ საბინაო შენობათა ტიპების იდეალიზაციაც არა სასურველია, მაგრამ დაუშვებელია გვერდი ჩავუაროთ და არ შევამჩნიოთ ადგილობრივ მცხოვრებთა მისწრაფება შორი-შორს განკერძოებულ პატარა სახლები-სადმი. ეს მისწრაფება ეხლავე უნდა შევამჩნიოთ და დავსდოთ მას შესაფერი ფასი, სანამ ჯერ კიდევ გვიან არაა, სანამ ჯერ კიდევ ჩვენი ეკონომიკის ინდუსტრიალიზაცია, მასთან თანდაყოლილ ურბანიზაციით და დომესტიკაციით, ეხლა ხან იწყებს მხოლოდ თავის განვითარებას. საჭიროა რომ ჩვენ აღარ გავიმეოროთ დასავლეთის და რუსეთის შეცდომები ამ საქმეში და თავიდანვე მივცეთ მუშათა ბინების აღმშენებლობის საქმეს შესაფერისი, რაციონალური, ჩვენი ქვეყნის ბუნებრივ პირობებთან შეფარდებული მიმართულება, მით უმეტეს ეხლა, როდესაც როგორც რკინის გზაზე, ისე სხვა მრეწველობის დარგებშიაც ფართოვდება ადგილობრივ მუშა-ხელის გამოყენება.

საჭიროა მეცნიერულ-ექსპერიმენტალურ გზით გავარკვიოთ ადგილობრივ მცხოვრებთა საბინაო შენობათა არსებულ ტიპების დადებითი და უარყოფითი მხარეები, და ამ გზით გამოვიმუშაოთ ჰიგიენურ თვალსაზრისით უფრო სასურველი ტიპები საცხოვრებელ სახლებისა საქართველოს სხვადასხვა რაიონისთვის. ამ საქმეს უნდა უმეტეს გულდასმით მოეკიდონ ჩვენი საექიმო და ტექნიკური ფართო წრეები.

მე ნება მივეცი ჩემს თავს შემეჩერებინა ჩვენი მკითხველთა ყურადღება ამ საკითხზე, რადგანაც აქამდის თითქმის სუყველგან არსებობდა და ჩვენში ახლაც არსებობს საექიმო წრეებში დიდი ინდიფერენტიზმი ამ საკითხისადმი, რომელსაც ასე ახასიათებს Кашкадамов-ი: „ჰიგიენისტების შორის ამა თუ იმ საკითხების გამოკვლევისადმი მისწრაფება უფრო მიმართულია სასმელ და უფარგის წყლების, ჰაერის და საკვებ მასალებისადმი. საბინაო საკითხებს კი ჰიგიენისტები ძალიან ნაკლებ ყურადღებას აქცევენ“. თუ ეს ასე იყო ბოლო ხანებამდის რუსეთში, ეხლა იქ სამაგიეროთ ვხედავთ საექიმო წრეებში და ლიტერატურაში ფართოთ განვითარებულ მოძრაობას საბინაო საკითხების გამოკვლევისადმი და აგრეთვე აქტიურ ჩართვას საბინაო პირობების გასაუმჯობესებელ მუშაობაში.

ჩვენში კი ჯერჯერობით მდგომარეობა ისევ ისეთია, ჩვენ საექიმო ლიტერატურაში ვერ ვხვდებით აქამდის ვერც ერთ შრომას ამ საკითხის შესახებ. სა-

ბინათ კოოპერატიული საქმეც ძალიან სუსტადაა განვითარებული, მათში ექიმების მუშაობა არ ჩანს, თითქოს ამ საქმეში ჩვენ ექიმებს არც ერთი ნაკლი არ გვაწუხებდეს, თითქოს ეს სოციალურ-ეტიოლოგიური მომენტი სულ უმნიშვნელო იყოს ჩვენ გაძლიერებულ დაავადებაში. საჭიროა რომ ამ საკითხებს ჩვენც, საქართველოშიც, მეტი ყურადღება მივაქციოთ და შემდეგში მაინც არ დავუამოთ ეს საქმე სრულიად მხოლოდ მარტო ინჟინერებს და ტექნიკ-აღმშენებლებს, რომელნიც თავის მუშაობაში, როგორც ამბობს Кашкадамов-ი ხელმძღვანელობენ მხოლოდ და მხოლოდ თავის ტექნიკურ შაბლონებით და სრულიად ანგარიშს არ უწევენ ადგილობრივ პირობებს. ჩვენი ექიმების ვალია აქტიურად ჩავერიოთ ამ საქმეშიაც და ვაიძულოთ ტექნიკური ძალები შემდეგში შეუფარდონ ეს საქმე ადგილობრივ ბუნებრივ პირობებს ჰიგიენის უმთავრესი წესების დაცვით მაინც*).

*) ზემოთ მოყვანილი ცნობები იყო მოკლედ მოხსენებული ჩემ მიერ ტრანსპორტის სა-
 ნიტარულ ექიმების საკავშირო თათბირზე ქ. ტფილისში ამა წლის აპრილში, რომელმაც თავის
 რეზოლიუციაში საბინათ საკითხის შესახებ აღნიშნა აუცილებელი საჭიროება ანგარიშის გაწე-
 ვისა ადგილობრივ პირობებისთვის ბინების მშენებლობის დროს და დავმო ყოველგვარი შაბ-
 ლონიზაცია ამ საქმეში.

მე. ზ. გელოვანი.

შარდის ბუშტის საზარდულის თიაქრის კაზუსტიკი-სათვის

(ქუთაისის საავადმყოფოს ქირურგიული განყოფილებიდან.

გამგე ე. ვ. როძევიჩი).

შარდის ბუშტის თიაქარი შედარებით სხვა ორგანოების თიაქართან ქირურგიულ პრაქტიკაში იშვიათად ხვდება და მისი დიაგნოსტიკა უმეტეს შემთხვევაში ერთგვარ სინდელს წარმოადგენს. ამიტომ თითოეული მისი შემთხვევა ყურადღების ღირსია. პირველ შემთხვევას შარდის ბუშტის თიაქრისას აღწერს Dominus Sola 1520 წელს. თიაქრის ოპერატიული ტენიკის განვითარების შემდეგ შარდის ბუშტის თიაქრის შემთხვევების აღმოჩენა უფრო გახშირდა. Smid-ით შარდის ბუშტს უჭირავს მე-7 დე ადგილი შედარებით სხვა ორგანოებთან, რომლებიც ღებულობენ მონაწილეობას თიაქრის შემადგენლობაში, მხოლოდ საშვილოსნო და მუცლის დიდი ჯირკვლები მაზე უფრო იშვიათად ხვდებიან. Ага-მ შეკრიბა სულ 55 შემთხვევა შარდის ბუშტის თიაქრისა. Lotheisen-ით სიხშირე შარდის ბუშტის თიაქრისა, რომელიც ხშირათ ოპერაციამდის გამოუტნობელი რჩება, გამოიხატება 3, 2%. Morin-ით 2, 7%, Салыщев-ით 5, 8%. Eggenberger-ის სტატისტიკით 6,778 თიაქრის შემთხვევის მიხედვით შარდის ბუშტის თიაქარი იყო ნახული 75-შემთხვევაში, რაც უდრის 1, 1%. Самохоцкий-მ საზარდულის თიაქრის 300-შემთხვევაში შარდის ბუშტი ნახა 8-ჯერ. ქუთაისის საავადმყოფოში 600 მეტ საზარდულის თიაქრის შემთხვევაში შარდის ბუშტი პირველად ნახული. ყველა ავტორების სტატისტიკის მიხედვით, რომლებიც სპეციალურათ იყვნენ დაინტერესებული შარდის ბუშტის თიაქრის შესწავლით სჩანს რომ უმეტეს ნაწილათ ბუშტი ღებულობს მონაწილეობას საზარდულის თიაქარში. რუსულ ლიტერატურაში Левит-მა 1903 წლამდე ნახა სულ 4-შემთხვევა შარდის ბუშტის ბარდაყის თიაქრისა. Липарт-ი იხსენიებს თითო შემთხვევას Herniae vesicae obturatoria et herniae vesicae perinealis. Ага-ის გამოკვლევით საზარდულის შარდის ბუშტის თიაქრის 40-ც შემთხვევაში, შორისის შარდის ბუშტის თიაქარი იყო 8-შემთხვევაში, obturatoriae 3 ჯერ, თეთრი ხაზის 2-ჯერ, საჯდომის და ბარდაყის თითოჯერ. თიაქარი foraminis obturati და ბარდაყის ქონდა მხოლოდ ქალებს. Конюков-ი აღწერს ერთ შემთხვევას თეთრი ხაზის თანდაყოლილ შარდის ბუშტის თიაქრისას. Lotheisen-ის სტატისტიკით 124—შემთხვევის მიხედვით ხნოვანობით ავადმყოფები განიყოფებიან შემდეგ ნაირად: 14-წლამდე 4-შემთხვევა, 21—30-დი 7, 30—40-დი 18, 40—50-დი 24, 50—

60-დი 31, 60-წლიდან და ზევით 23-შემთხვევა. Гальпери-ით საზარდულის შარდის ბუშტის თიაქარი ხედება მეტ წილად 50—60-წლამდი. Ауз-ს 55 შემთხვევაში თიაქარი 40-წელზე ქვევით იყო ნახული მხოლოდ 3 შემთხვევაში. აქედან ცხადია, რომ შარდის ბუშტის თიაქარი ჩნდება ხანში შესულობის დროს, ძამაკაცებში უფრო ხშირათ, ვიდრე დედაკაცებში. მიზეზი იმისა, რომ შარდის ბუშტი იშვიათად ღებულობს მონაწილეობას თიაქარში, როგორც მისი შემადგენელი ნაწილი, მდგომარეობს ამ ორგანოს ანატომიურ მდებარეობაში. ცნობილია, რომ რომელიმე ორგანოს თიაქარში მონაწილეობისათვის აქვს მნიშვნელობა მის ანატომიურ მდებარეობას და მოძრაობას. ამ მხრით პირველი ადგილი უჭირავთ დიდ ბადექონს და წვრილ ნაწლავს. შარდის ბუშტს არა აქვს არავითარი დამოკიდებულობა თიაქრის კარებთან, რომლებშიც მეტ ნაწილად ჩამოდის თიაქარი. ეს კარები არის უმეტეს შემთხვევაში საზარდულის ღრმულეები foveolae inguinalis რიცხვით 3. Interna, media et externa. როდესაც შარდის ბუშტი რაიმე მიზეზის გამო გაგანიერდება, მაშინ მისი ანატომიური მდებარეობა შეიცვლება და ის ადვილად ჩამოვა თიაქარში. განკვეთები უჩვენებენ რომ შარდის ბუშტი როდესაც ის ღებულობს მონაწილეობას თიაქარში არის გაგანიერებული, მას დაკარგული აქვს თავისი ელასტიურობა. ასეთი ბუშტი რომ წყლით ავავსოთ, ის ბევრათ არც სიდიდეს მოიმატებს და არც ფორმას შეიცვლის. ამიტომ Werdie-ს აზრით პატარა მიზეზია საკმარისი, რომ ბუშტი ადვილად ჩავიდეს თიაქრის კარებში. ზოგიერთი ავტორები ბუშტის თიაქრის მიზეზად სთვლიან ქვას. Ауз-მ 55-შემთხვევიდან ათ შემთხვევაში ნახა ბუშტში ქვა. Gueterbock-ი იმ აზრისაა, რომ ქვა კი არ არის შარდის ბუშტის თიაქრის მიზეზი, არამედ თიაქარი უწყობს ხელს ქვის გაჩენას. უმრავლესი ავტორების აზრით შარდის ბუშტის თიაქრის მიზეზი უნდა ვეძიოთ არა ბუშტში, არამედ ბუშტს გარეთ. დამახასიათებელი თვისება, რომელიც აღმოჩნდა შარდის ბუშტის განკვეთის დროს მდგომარეობს იმაში, რომ მისი კედლები გასქელებულია არა კუნთოვანი, არამედ ცხიმოვანი ქსოვილის მიხედვით. დაკვირვებანი გვიჩვენებენ. რომ შარდის ბუშტის თიაქარს წინ ახლავს ცხიმის თიაქარი ე. წ. Lypocelle. უკანასკნელი შესდგება ცხიმოვანი ქსოვილისაგან, რომელიც აკრავს ბუშტის წინა კედელს. რაც შეეხება იმას თუ საიდან ღებულობს დასაწყისს ეს ბუშტის წინამდებარე ცხიმოვანი ქსოვილი monod და Delaquerie ამ გარემოებას ხსნიან ამ გვარად: ბუშტის გიპერ ტროფიასთან და გაგანიერებასთან დაკავშირებულაა ამ ორგანოს მუცლის წინა კედელზე მიყრდნობა და ამიტომ ბუშტის წინ მდებარე ცხიმოვანი ქსოვილი გაიზრდება იმ მიმართულებით, საითაც წოლა ნაკლებია, ესე იგი გვერდებისაკენ. Gueterbock-ი ბუშტის გვერდებისაკენ ცხიმის განვითარებას ხსნის არა დაკლებული წოლით, არამედ იმ გარემოებით, რომ ამ ადგილას მეტი არეა ცხიმის გასავითარებლათ, ვიდრე ბუშტის უკანა ნაწილში, სადაც ის შეზრდილია მუცლის კედელთან და სწორ ნაწლავთან. ეს ბუშტის წინმდებარე ცხიმოვანი ქსოვილი ერთის მხრით მაგრათ შეეზრდება ბუშტის კედელს, მეორე მხრით ჩავა თიაქრის კარებში და მოღუნებულ ბუშტის ნაწილსაც თან ჩაიტანს. წინამდებარე ჯირკვლის გიპერტროფია, ძველი სტრიქტურები, რომლებიც იწვევენ შარდის დაგუბებას ბუშტში, ხელს უწყობენ შარდის ბუშტის თიაქ-

რის გაჩენას. Eggenberger-ით ანთებითი მოვლენები მცირე მენჯში იწვევენ შარდის ბუშტის შეხორცებას პერიტონეუმთან და თუ კი ახლო არის თიაქარი, ის საზარდულის მილში ჩასვლის დროს თან წაიყოლებს შარდის ბუშტს. ამ თეორიებში უმრავლესი ავტორების მიხედვით ყველაზე უფრო საფუძვლიანია თეორია ლიპომების გავლენის ბუშტის თიაქრის წარმოშობაზე ისე, როგორც Roser-ის თეორიით ცხიმს აქვს დიდი მნიშვნელობა ჩვეულებრივი ბადექონის და ნაწევების თიაქრის წარმოშობის დროს, თუმცა Herulanos-ს Roser-ის თეორიის მოწინააღმდეგეს უკვირს თუ რატომ ცხიმოვანი ქსოვილი, რომელსაც უჭირავს ორგანიზმში პასიური როლი, იჩენს შარდის ბუშტის თიაქრის წარმოშობის დროს ასეთ აქტივობას. რაც შეეხება იმას თუ ბუშტის რომელი ნაწილი ჩამოდის თიაქარში, დაკვირვება გვიჩვენებს რომ მეტ ნაწილად ჩამოდის წინა კედელი. ცნობილია, რომ ბუშტის წინა კედელს პერიტონეუმი არ ფარავს. მაშასადამე აქ თიაქრის ბუდე არ იქნება ისე როგორც სხვა ორგანოების თიაქრის დროს. Gurtis-ის მიერ ნიუიორკის კლინიკებში შეკრებილ მასალებიდან 51-შემთხვევის მიხედვით ბუშტის წინა კედლის თიაქარი ყოფილა 34-ჯერ. იმავე მასალებიდან მხოლოდ 4-შემთხვევაში შარდის ბუშტი ყოფილა დაფარული პერიტონეუმით. არის აგრეთვე შერეული შემთხვევები, როდესაც ნაწილი ბუშტისა მდებარეობს პერიტონეუმის შიგნით, ნაწილი კი მის გარეთ. ასეთი კლასიფიკაცია ეკუთნის Jabauly-ს და Wielard-ს. უახლოესი შედეგები შარდის ბუშტის თიაქრისა არის შარდის დაგუბება ბუშტის იმ ნაწილში, რომელიც მონაწილეობს თიაქრის შემადგენლობაში. ანთებითი პროცესები შეიძლება გავრცელდეს ზევით თირკმელებისკენ და გამოიწვიოს სიკვდილი ურემიული მოვლენების გამო. დიაგნოსტიკა შარდის ბუშტის თიაქრისა ძნელია არამც თუ ოპერაციამდე, არამედ ოპერაციის დროსაც. ყურადღება უნდა მიექცეს შარდის დაქცევას. ზოგიერთ შემთხვევაში შარდის დაქცევა არა ნორმალურად სწარმოებს. Гальпери-ის აზრით შარდის ბუშტის თიაქრის გამოცნობა შეიძლება შემდეგი ნიშნების მიხედვით: თუ ავადმყოფი რამოდენიმე ხნით შეაჩერებს შარდის დაქცევას თიაქრის ადგილას მას გაუჩნდება მაგარი სიმსივნე. შარდის გამოშვების შემდეგ სიმსივნე დაცხრება. სიმსივნეს რომ ხელი დავაჭიროთ ავადმყოფს მოუხდება შარდზე გასვლა. ამ შემთხვევაში ნაგულისხმებია ის გარემოება, როდესაც ბუშტის თიაქარი ძალიან დიდია. Duplay და სხვები ამბობენ, რომ დიაგნოზი ამ დაავადებისა ადვილი დასასმელია, თუ შარდის ბუშტს ავავსებთ წყლით ის მოიმატებს. ხელის დაჭერით ავადმყოფს შარდზე გასვლა მოუხდება, მაგრამ ეს ნიშნები შეიძლება სრულებით არ იქნეს იმ შემთხვევაში, როდესაც ხვრელი ბუშტის ინტრაგერნიალურ და ინტრააბდომინალურ ნაწილებს შორის ვიწროა. მეტ ნაწილად როგორც Jmbert-ი ამბობს ბუშტის თიაქრის გამოცნობა შეიძლება მხოლოდ ოპერაციის დროს. როგორც ქვევით მოყვანილ სტატისტიკიდან სჩანს, ლიტერატურაში მეტი წილი ავტორებისა მიუთითებენ იმ ფაქტზე, რომ სწორი დიაგნოზი ძალიან ძნელია ოპერაციის დროსაც კი და შარდის ბუშტის მთლიანობის დარღვევა ხშირად წარმოადგენს ოპერაციის არა სასიამოვნო გართულებას. პრაქტიკამ აჩვენა, რომ უმეტეს შემთხვევაში შარდის ბუშტის თიაქრის დიაგნოზი იყო დასმული ბუშტის გაკვეთის შემდეგ, როდესაც კრილობიდან შარდი გამოვიდა. Curtis-ი ნი-



უიორკში უჩვენებს, რომ 55-შემთხვევაში ბუშტი, მისი მთლიანობის დარღვევამდე ყოფილა გამოცნობილი მხოლოდ 23-ჯერ. Lotheisen-ით ბუშტის თიაქარი იყო გამოცნობილი ოპერაციამდე თერთმეტჯერ, ოპერაციის დროს 65-ჯერ Eggenberger-ის მასალით 110-შემთხვევის მიხედვით მხოლოდ 18-ჯერ იყო დასმული დიაგნოზი ოპერაციის წინ. Ayx-ს მასალით შარდის ბუშტის თიაქარი იყო გამოცნობილი ოპერაციამდის 14-ჯერ, ოპერაციის დროს 13-ჯერ და ოპერაციის შემდეგ 28-ჯერ. ავტორს მოყავს შემდეგი საინტერესო მაგალითი ელენეს კლინიკური ინსტიტუტიდან. დედაკაცი, 47-წლისა, შემოვიდა კლინიკაში ბარდაყის ჩაქედილი თიაქრით. კანის, კანქვეშა ცხიმის და fascia superficialis ვაკუეტის შემდეგ გამოჩნდა მრგვალი სიმსივნე. ოპერატორმა ის მიიჩნია თიაქრის ბუდეთ და გაჭრა, გამოვიდა ცოტა ოდენი სითხე. შემდეგ გაიჭრა მუცლის კედელი პუპარტის იოვის ზევით. გამოირკვა, რომ ნაწლავებს არავითარი საერთო თიაქრის ბუდესთან არ ქონდათ. თიაქრის ბუდის კედლები მიეკერა კანის ქრილობას. ქრილობაში ჩაიდვა იოდოფორმიანი ტამპონი. მეორე დღეს ნახეს, რომ ნახვევი გაიჟლინთა და შარდი გადმოდიოდა ქრილობიდან. სამი თვის შემდეგ ქრილობა დაიხურა და ავადმყოფი გაეწერა განკურნებული. Гальперн-ს აგრეთვე მოყავს შემთხვევა, როდესაც მან გაჭრა ბუშტის კედელი თიაქრის ოპერაციის დროს. ვინაიდან ბუშტის გაჭრა ოპერაციის დროს ხშირი მოვლენა შეიქნა Lotheisen-ი ურჩევს თვითნებულ თიაქრის ოპერაციის დროს ვიქონიოთ მზათ ბუშტის ინსტრუმენტები. შარდის ბუშტის მთლიანობის დარღვევა იყო სხვა და სხვა ხასიათის. ზოგიერთ შემთხვევაში ბუშტის კედელი მარტო გაიჭრებოდა, ან და ბუშტის ნაწილი, რომელიც შეცდომით მიჩნეული იყო თიაქრის ბუდეთ, მთლად მოიკვეცებოდა. ზოგიერთში კი ბუშტის კედელი მიეკერებოდა ახლო მდებარე ორგანოებს. ბუშტის გამოცნობა ოპერაციის დროს შეიძლება ბევრი ცხიმის მიხედვით. თუ კი მიუხედავად ყოველ გვარი სიფრთხილისა მისი მთლიანობა მაინც დაირღვა, კედელი უნდა გაიკეროს სათანადო წესით. ზოგიერთები ორი დღით უკეთებენ catheter à demeure. სიკვდილიანობის პროცენტი საერთოდ ძალიან მცირეა. ის მატულობს ბუშტის გაჭრის შემდეგ. Lotheisen-ის 65-შემთხვევაში 12-ჯერ სიკვდილი მოხდა ბუშტის მთლიანობის დარღვევის შემდეგ. 38-შემთხვევაში კი სადაც ბუშტი არ იყო გაჭრილი სიკვდილი მოხდა სამჯერ სხვა მიზეზის გამო. მოგვყავს ჩვენი შემთხვევა: ავადმყოფი ლ. გ. 62-წლისა, შორაპნის მაზრის მცხოვრები, პროფესიით მიწის მუშა, შემოვიდა საავადმყოფოში 22-ივნისს 1925-წ. საოპერაციოთ მარცხენა საზარდულის თიაქრის გამო, ავადმყოფის დაკითხვიდან გამოირკვა, რომ სიმძიმის აწვევის გამო 20-წლის წინად მას ჩამოუვიდა მარცხენა საზარდულში პატარა კაკლის ოდენა თიაქარი, რომელიც მას ბევრათ არ აწუხებდა. ხუთი თვის წინად თიაქარი ქათმის კვერკვის ოდენა შეიქნა და სიარულის და მუშაობის დროს დაიწყო გაჩრა. ამ დროს ავადმყოფი გრძნობდა წვას შარდზე გასვლის დროს. ვენერიულ ავადმყოფობას და ალკოჰოლიზმს უარყოფს. Status praesens: ავადმყოფი საშუალო ტანისაა, სწორი აგებულობის, საშუალო კვების. to და P № გულისა და ფილტვების მხრით ცვლილებანი არ აღინიშნებიან. Prostata ნორმალურია. მარცხენა საზარდულში აქვს თიაქარი დაახლოვებით კაცის ბუშტის ოდენა. საზარდულის მილის გარეთა რგოლი გავანიერებუ-

ლია. ხელის დაჭირებით თიაქარი საესებით არ სწორდება. 24-იენისს ქლოროფორმის ნარკოზის ქვეშ გაუკეთდა ოპერაცია, რომელიც გაგრძელდა მთელ ნახევარ საათს, დაიხარჯა 50,0. აპონევროზის გაკვეთის შემდეგ გამოჩნდა ცხიმოვანი სიმსიენე, რომელიც მიჩნეული იყო თიაქრის ბუდეთ. იყო ცდა მისი გამოცალკეებისა. სიმსიენის ქვევით გამოჩნდა თიაქრის მეორე პატარა ბუდე. მასში აღმოჩნდა ბადექონი. ეს ბუდე გადაისკვნა სათანადო წესით და მოიკვეცა. ამის შემდეგ ცხიმოვანი სიმსიენე იყო მიჩნეული თიაქრის ბუდის მეორე კამერათ და მისი გამოცალკეების ცდა კვლავ გრძელდებოდა. სათესლე ბაგირაკი ისინჯებოდა ცალკე. ცხიმის სიბევრის მიხედვით ეჭვი იყო შეტანილი ბუშტზე. იქმნა გატარებული ლითონის კატეტერი, მაგრამ ცუდი დაყირავების გამო მისი წვერი სიმსიენეში არ გამოჩნდა. ამის შემდეგ ცდა სიმსიენის გამოყოფისა გაგრძელდა. ამ მანიპულიაციის დროს სიმსიენე, რომელიც შემდეგში შარდის ბუშტი გამოდგა, გაიჭრა ორ ადგილას. კატეტერის გატარებამ, რომლის წვერი გამოვიდა ჭრილობაში, დაადასტურა დიაგნოზი. ბუშტის კედელი გაიკერა ორ საართულიანი ნაკერით, გაუკეთდა cateter a demeure, ბუშტი გასწორდა. სახარდულის მილი გაიკერა Juca championier-ის წესით. მეორე დღეს კატეტერში გამოდის სისხლიანი შარდი. მესამე დღეს კატეტერი გამოღებულა, ავადმყოფი უჩივის წვას შარდის დაქცევის დროს. სისხლი შარდში ცოტაა. 28 იენისი. შარდის დაქცევა ნორმალურია. სიცხემ მოუმატა, ჭრილობა დაჰირქდა, რამოდენიმე ძაფი მოხსნილია. 7 იელისი. ჭრილობა იწმინდება. 8 იელისი. გაუკეთდა შარდის ანალიზი: მაკროსკოპიულათ ბევრი ლორწო, რეაქცია ტუტე. ხვედრითი წონა 1016. ცილა, შაქარი, გემოგლობინი არ არის. ინდიკანი ნორმა. მიკროსკოპში ტრიპელ ფოსფატები და ლეიკოციტები 15-20-თვალთა ხედვის არეში. 15 იელისს ჭრილობა ხორცდება, ავადმყოფს მიეცა სიარულის ნება. 25-იელისს გაეწერა მორჩენილი. მაშასადამე ჩვენს შემთხვევაში გვქონდა შარდის ბუშტის წინა კედლის თიაქარი. დიაგნოსტიკის მხრით ჩვენ შევეუერთდით უმრავლესობას ავტორებისას, რომელთა მიერ შარდის ბუშტის თიაქარი იყო გამოცნობილი ოპერაციის დროს ბუშტის კედლის გაჭრის შემდეგ, თუმცა სიმართლე უნდა ითქვას, რომ ჩვენს შემთხვევაში სურათი ნათელი იყო და ბუშტის გაჭრა უნდა მიეწეროს უფრო გაუფრთხილებლობას.

- წყაროები:** 1. Gueterbock. К учению о грыжах мочевого пузыря. (Deutsche. Reitschr. für chir., Bd 32, N. 3л. 4. 1891) Военно-медиц. журнал 1891 г. август.
2. Г. Х. Ауэ. К вопросу о грыжах мочевого пузыря медиц. обозрение 1891 г. № 5 хир. вестник 1890 г. №№ 10, 11.
3. Curtis. Wounds of the bladder in operations for uernia (annaes of surgery) мед. обозр. 1895 г. № 16
4. Lotheisen. Die inguinalen Blasenbrüche (Beiträge rur klin. chirurgie Bd XX) медиц. обозр. 1898 г. ноябр.

5. А. П. Гальпери. Паховая грыжа мочевого пузыря. Военно-мед. журнал 1909 г. Июн.
 6. В. М. Конюков. Случаи врожденной грыжи мочевого пузыря, хир. архив. Вельяминова 1914 г. кн. 6-ая.
 7. Левит. К Казуистике ущемленной бедр. грыжи Врач. газета 1911 г. № 28.
-

ექიმი ანდრია ღვებუაძე.

შემთხვევა ეკლამპსიის დროს სიბრმავისა *).

ეკლამპსია ეკუთვნის ისეთ ავადმყოფობას, რომლის წარმოშობის მიზეზი დღესაც არ არის საბოლოოდ გამოკვლეული.

ამ საკითხზე არა ერთი მეცნიერის მიერ იყო წამოყენებული ესა თუ ის აზრი, მაგრამ ექსპერიმენტალურმა ცდებმა ვერც ერთ წამოყენებულ დებულებაში უტყუარი საბუთები ვერ ნახა.

მეცნიერი Bouchard-ი ამტკიცებს, რომ ეკლამპსია არის ერთი მთავარი სახე „ურემიისა“.

ზოგნი ამტკიცებენ, რომ ეკლამპსიის მოვლენები მშობიარე ქალის ნერვიულ სისტემის დაავადების შედეგია.

ამ ბოლო ხანებში დიდი გასავალი მიიღო პლაცენტარულ თეორიამ. მეცნიერი Veit-ი და Scholten-ი ამტკიცებენ, რომ მშობიარობის დროს დედის სისხლის მილებში გადადიან პლაცენტიდან სინციტიალური ელემენტები, რომელნიც არიან შხამის სინციტიატოქსინის მტარებელნი და ესენი სწამლავენ რასხეულს, იწვევენ ეკლამპსიას.

ეს აზრი თითქმის უმრავლესობის მიერ მიღებულია. ამ რიგად, როგორც ზევით მოგახსენეთ, ნამდვილი წარმოშობი ეკლამპსიისა საბოლოოდ არ არის ჯერაც გამოკვლეული და ეკლამპსიას სამართლიანად ეძახიან „თეორიების ავადმყოფობას“.

მე არ მაქვს მიზნად შევებო ამა თუ იმ აზრის გაცვლა-გამოცვლას ეკლამპსიის წარმოშობის შესახებ, მხოლოდ ამ მხარეს მე იმდენად შევებე, რამდენადაც ეს დამეხმარება ჩემი შემთხვევის, როგორცაა ეკლამპსიის დროს სიბრმავე, ახსნას.

ამა წლის იანვრის თვეში მე მიმიწვიეს ქ. ზუგდიდში, სალამოს 5 საათზე, მოქალაქე მამა ქაქუთიასთან.

Anamnesis: ავადმყოფი მამა ქაქუთია ორსულობის უკანასკნელ თვეშია, მოელის მორჩენას სამი კვირის მერე; უკანასკნელი ორი კვირამდის სრულიად ჯანმრთელად გრძნობდა თავს. ორი კვირაა რაც შეამჩნია სახის და ფეხების შეშუპება და შარდის სინაკლებე. ამ დილიდან იგრძნო საშინელი თავის ტკივილები, პირს აღებინა, ერთი საათია რაც სრულიად თვალთ დაუბნელდა, არასფერს ხედავს. დილიდან ჩაწვა ლოგინში. მუცლის ტკივილებს არ გრძნობს; ყავს

*) მოხსენებულია ქართველ ექიმთა III კონგრესზე.

სამი შვილი, მეოთხე ჯანმრთელი დაებადა და მერე მოკვდა; ავადმყოფის ორსულობაც და მშობიარობაც ყოველთვის ნორმალურად მიმდინარეობდა. 7 წელია რაც ორსულად არ ყოფილა, ალკოჰოლს არ ხმარობს, ვენერიული ავადმყოფობით ავად არ ყოფილა. (უზოვრების პირობები კარგი აქვს; ბინა კარგი, ჭამა-სმა საკმარისი.

Status praesens: სახით 35 წ., კარგი კვებისა და სწორი მოყვანილობისა. შუბლის ძვალზე დაჭირების დროს გრძნობს საშინელ ტკივილებს, თვალის გუგა ოდნავ დავიწროვებული აქვს; გულის ტონები აჩქარებული აქვს, პირისახე და ფეხები შეშუპებულია; t⁰ ნორმალურია; ორსულობის მე-9 თვეში საშვილოსნოს ყელი თითქმის დახურულია. მხედველობა სრულიად დაკარგული აქვს.

სიბრმავემ დამაფიქრა, გადაწყვეტით არა მითქვამს რა. ავადმყოფს დაუნიშნე ანტიპირეტიკა და მივეცი რჩევა: თუ ავადმყოფის მდგომარეობა გართულდა, შემატყობინეთ მეთქი. 1) 2 საათის შემდეგ ისევ მიმიწვიეს. ახლა კი ჩემს თვალწინ გარდაიშალა სრული სურათი ეკლამპსიისა: კრუნჩხვა კლონიური, რომელსაც სცვლიდა ტონიური, ნათლად გამოხატული ოპისტოტონუსი, კისრის კუნთები დაჭიმული, კბილების ღრაჭუნი და ქაფი პირიდან. შეტევას ახალი შეტევა მოსდევს 5-10 წუთის დასვენებით.

ავადმყოფთან რჩევისათვის მოწვეულ იქნა ექ. მუჯირი; ეკლამპსიის დიაგნოზი მიღებულ იქნა. ავადმყოფს დაენიშნა მორფიუმი კახ ქვეშ და ქლორალჰიდრატი ოყნით; გადავწყვიტეთ ნაყოფის დაუყონებლივი მოშორება; მაგრამ ეს ქმრის რჩევით და თხოვნით გადადებულ იქნა მეორე დილამდის. ავადმყოფთან დატოვებულ იქნა ბებია ქალი.

მეორე დილას კრუნჩხვის შეტევები, მორფისა და ქლორალჰიდრატის ზეგავლენით შენელებული იყო, ავადმყოფს გათენებისას ნაყოფი თავისით გამოეგდო. შეტევები კრუნჩხვისა მეორე და მესამე დღეს გრძელდება, მხოლოდ ერთობ მოკლედ და არა ხშირი იყო. მეოთხე დღეს კი სრულიად შეწყდა. სიბრმავე კი ისევ გრძელდება, როგორც შეტევამდის იყო. ავადმყოფის შარდი გაშინჯულ იქნა მეორე დილითვე, შარდში აღმოჩნდა ცილა 2 promille, რაც კრუნჩხვის შეტევები ნელდებოდა შარდი მით მეტი გამოსდიოდა, მე 5 დღეს შარდი ხელახლად იქნა გასინჯული, ცილა არ აღმოჩნდა. მეექვსე დღეს დილით ავადმყოფს მოულოდნელად დაუბრუნდა მხედველობა.

ჩვენთვის საინტერესო არის გავიგოთ, თუ რა იყო მიზეზი ეკლამპსიის დროს სიბრმავისა.

პროფესორი ბუმი აღნიშნავს, თუ რა იყო მიზეზი ეკლამპსიის დროს სიბრმავისა.

პროფესორი ბუმი აღნიშნავს, რომ ეკლამპსიის დროს შესაძლებელია თვალეში მხედველობის აქრელება (пестрение в глазах), სიბრმავეზე და ისიც ორივე თვალეების სრულ სიბრმავეზე, ის არას ამბობს.

ცნობილი ოკულისტი კრიუკოვი ამბობს, რომ ამავროზი, ისიც ორივე თვალეზე ჩნდება ტვინის მოწამვლის დროს, როდესაც წყდება, ან ერთობ მცირდება შარდის დენა და ხდება სხეულის ინტოქსიკაცია შარდის სხვა და სხვა შემადგენელი ნაწილებისაგანო; ასეთი ამავროზი, მომეტებულ შემთხვევებში,

ჩნდება მშობიარობის დროს და ამას ის უწოდებს „ურემიულ ამაეროზს“. კრიუკო-
 ვი ამბობს, რომ მხედველობა რამოდენიმე დღის შემდეგ ისევ უბრუნდება ავად-
 მყოფს.

მე, ამ ჩემი შემთხვევიდან ვსარგებლობ რა მეცნიერი Bouchard-ის დებულე-
 ბით ერთის მხრით, რომ ეკლამპსია არის ერთი მთავარი სახე ურემიისა და მე-
 ორეს მხრით ოკულისტი კრიუკოვის ახსნით ურემიულ ამაეროზის შესახებ, გა-
 მომყავს ის დასკვნა, რომ ეკლამპსიის წარმომშობი უნდა იყოს ურემია. თუ არა
 ეს, რით შეგვიძლია ავხსნათ ურემიული ამაეროზი ორივე მხარეს და ეკლამპსიის
 მოვლენები.

ს. უიფონიძე.

ნევროპათოლოგიის დოქტორი.

ბიოლოგიური რეაქციების მნიშვნელობა ნევროპათოლოგიაში*)

როგორც ბიოლოგიურს, ისე კლინიკურ მეთოდს თავისი განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ნერვულ სნეულებათა დიაგნოსტიკის და თერაპიისათვის. შემცდარი იქნება ისეთი აზრი, რომელიც ერთ-ერთს მათგანს განსაკუთრებულად გადაჭარბებულ მნიშვნელობას მიაკუთვნებს. ასეთია უმრავლესობის შეხედულება ამ საკითხზე. განიხილავს რა სხვა და სხვა სალაბორატორიო მეთოდებს სიმპათიური ნერვული სისტემის დიაგნოსტიკისას, Guillaume თავის მშვენიერ მონოგრაფიაში ერთს ადგილზედ სწერს: „კლინიკური კონცეპცია არც ისე მოკლებულია მნიშვნელობას, როგორც ეს ზოგიერთ ლაბორატორიის მუშაკებს გონიათ“ (Le Symphatique გვ. 14). მეორე ადგილას იგი დასძენს: „არასოდეს კლინიკურ და ბიოლოგიურ ფაქტების დაპირდაპირების დროს არ უნდა მიაქციო განსაკუთრებული ყურადღება ერთს და უნდობლად მოექცე მეორეს, არამედ უნდა ეცადო ერთსა და მეორე წყაროდან მიღებული ფაქტები თანასწორ საფეხურზედ დააყენო, მოსძებნო მიზეზი მათ შორის არსებულ წინააღმდეგობისა და კიდევ ერთხელ დაარწმუნო შენი თავი, რომ ლაბორატორიის მიერ მოცემული ფაქტები უფრო მაღალი, შეუცოდველი კი არ არიან, არამედ კვლევის გაგრძელებას წარმოადგენენ იმ მიმართულებით, რომლისკენაც უამისოთ სვლა შეუძლებელი იქნებოდა“-ო (იქვე 158).

Targowla კი თავის შრომაში ჰუმორალური სინდრომების მნიშვნელობის შესახებ p.-p.-ს დიაგნოსტიკისათვის ბოლოში დასძენს:

„ბიოლოგიური დიაგნოსტიკა პროგრესიული სიღამბლისა ტენიკური პრობლემა კი არა, კლინიკური პრობლემა არისო (Pr-med. № 7, 1925)

ცხადია უკამათოთ, რომ სალაბორატორიო მეთოდებს დიდი მნიშვნელობა აქვთ, რომ ისინი ღირსი არიან ჩვენი ყურადღებისა, შესწავლის და შეფასებისა.

მხოლოდ ზემოდ აღნიშნული პირობების დაცვა აუცილებელია. საჭიროა არსებული მეთოდების სიფრთხილით ხმარება, რადგან უდავო ჭეშმარიტებას წარმოადგენს დებულება, რომელიც აღიარებს, რომ რაც უფრო ფაქიზია გამოკვლევის მეთოდი, მით უფრო ღირებულია იგი, მაგრამ მართალია ისიც, რომ სწორედ ასეთი მეთოდი იძლევა უფრო დიდს პროცენტს შეცდომებისას.

მეკნება რა მხედველობაში აქ მოყვანილი აზრი, შეუდგები საკითხის განხილვას.

*) წაკითხულია სამკურნალო ფაკულტეტის სტდომაზედ, როგორც საცდელი ლექცია დოცენტის თანამდებობის მოსაპოებლად.

მე არა მაქვს მხედველობაში წარმოვიდგინოთ ნუსხა ყველა იმ რეაქციებისა, რომელიც ნევროპათოლოგიაში იხმარება. ეს ძლიერ შორს წაგვიყვანდა და ჩემს მიზანს არც კი შეეფერება. მე მინდა შევაჩერო თქვენი ყურადღება იმ რეაქციებზე, რომელთაც მოქალაქობრივი უფლება მოიპოვეს, რომელთა ხმარება მიღებულია და რომელთა მნიშვნელობა ასე თუ ისე საკმარისად გამორკვეულია.

აქ საგანი ორად უნდა გაიყოს. ნაწილი რეაქციებისა დანიშნულია ნერვული სისტემის იმ ნაწილის მდგომარეობის გამოკვლევისათვის, რომელსაც სომატიური ანუ „დამოკიდებულებათა ნერვული სისტემა ჰქვია“. ეს ის ნაწილია, რომელსაც ჩვენ ვიცნობთ, როგორც თავის და ზურგის ტვინს მათი პერიფერიული ნერვებით და უმაღლეს გრძნობათა ორგანოებით.

იგი დანიშნულია გარემოსთან ბრძოლის დროს ორიენტაციისთვის, რისთვისაც მას მოძრაობის, მგრძობელობის და რეფლექსების ფუნქციები აქვს მინიჭებული. დღემდე ჩვენ მხოლოდ ეს სისტემა გვანტერესებდა, მის ფუნქციებსა და პათოლოგიას ვანდომებდით ჩვენ ჩვენს შრომასა და დროს; მთელი არსებული ნერვული პათოლოგია ამ ნერვული სისტემის პათოლოგიას წარმოადგენს. მაგრამ არის მეორე სისტემა ნერვებისა, რომელიც ანატომიურად ცნობილი იყო ძველადაც, მაგრამ ფიზიოლოგიურად და კლინიკურად მისი შესწავლა კი სრულიად ახალი საქმეა. მე სიმპატიურ ნერვულ სისტემაზედ, ან უკეთ რომა ვსთქვათ, ორგანო-ვეგეტატიურ ნერვულ სისტემაზე ვლაპარაკობ. ეს მეორე ნაწილი, რომელსაც მოკულობით უფრო მცირე ადგილი უკავია, და რომლის წარმომადგენლობა ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში შეადგენს ფრიად მნიშვნელოვან ნაწილს ნერვული სისტემისას. მისი ფუნქციათა მოშლა იძლევა პათოლოგიაში ცნობილ მრავალი მოვლენებს. ეს სისტემა უფრო ნაკლებად არის შესწავლილი. ამ სისტემის პათოლოგიის შესწავლა ჯერ-ჯერობით განსაკუთრებულ პიროვნებათა როგორი წარმოდგენს. ამიტომ არის, რომ დღეს მე მინდა შევეხო იმ რეაქციებსა, რომლებიც ამ მეორე სისტემის მდგომარეობას აშუქებენ.

საკმარისია მოვიხსენიოთ, რომ ეს სისტემა გატოტვილია ყველა ორგანოებსა და ქსოვილებში, რომ იგი აწარმოებს გულის, სასუნთქავი ორგანოების, ნაწლავების, თირკმლების ქსოვილის ფუნქციათა რეგულიაციას, რომ იგი ორგანიულად და ფუნქციონალურად დაკავშირებულია ენდოკრინულ სისტემასთან, რომ ჩვენი ინტერესი ამ სისტემის მიმართ სრულიად საფუძვლიანად ჩავთვალოთ აქ ჩვენ უნდა შევეხოთ ფარმაკოლოგიური აგენტებით და ჯირკვლების ექსტრაქტებით გამოწვეულ რეაქციებს და ე. წ. ბაზალურ მეტაბოლიზმის ცდას, რომელსაც ამ უმაღლეს განსაკუთრებულ მნიშვნელობას აძლევენ სიმპატიურ ნერვული სისტემის იმ ნაწილის მუშაობის გამოსაკვლევად, რომელიც თვით ქსოვილთა ანატომიური ცხოვრების რეგულიაციას აწარმოებს.

დავიწყებ სომატიურ ნერვული სისტემის ბიოლოგიურ ან, რომ უკეთ ვსთქვათ, ჰუმორალური რეაქციებიდან.

ყველა რეაქციები, რომელსაც მე მინდა შევეხო, დანიშნულია ორგანიზმში და განსაკუთრებით ნერვულ სისტემაში სპეციფიურ ინფექციის აღმოჩენისათ-

ვის. ცნობილია, რომ თითქმის ნახევარი ნერვულ სისტემის დაავადების კლინიკური ფორმებისა „სიფილიტიური ეთიოლოგისა“ არიან.

არიან ისეთი ფორმები, რომელთაც შეიძლება ქონდეთ როგორც სიფილიტიური, ისე არა სიფილიტიური ეთიოლოგია: მაგ. პერიფერიული ნერვული სისტემის დაავადების მავალითებიდან: ნეირიტები განსაკუთრებულ ნერვთა, პოლინევრიტები.

ზურგის ტვინის ფორმებიდან: პოლიომიელიტი, სირინგომელიური სინდრომები, კომპრესიული სინდრომები, სხვა და სხვა ფორმები პროგრესიული ატროფიებისა, სპასტიური დამბლა.

თავის ტვინის ფორმებიდან: ჰემიპლეგია, თავის ქალაში წნევის აწევის სინდრომები, ჰიდროცეფალია, მენინგიტები. ზოგი ფორმები კი მხოლოდ სიფილიტიურ ინფექციის შედეგად ითვლებიან, მაგ: Tabes-ი და პროგრესიული დამბლა. მაშასადამე, სიფილისის გამოცნობას დიდი მნიშვნელობა უნდა ჰქონდეს, რადგანაც ეს გამოცნობა მოგვცემს საშუალებას ენერგიული ზომები მივიღოთ სნეულებასთან ბრძოლის დროს.

მოვიგონოთ ის დრო, როდესაც სრულიად უარყოფდნენ ნერვული სისტემის მნიშვნელობას სნეულებათა განვითარებისათვის:

Hunter-ი ათავსებს ნერვულ სისტემას იმ სასიცოცხლო ნაწილთა რიგში, რომელიც Vernet 1887 წ. თავის შრომაში p.p ს შესახებ „რომელთაც შეიძლება სრულიად არ აქვთ ავადმყოფობაზედ გავლენა“.

ამ ხანას მოყვა პერიოდი, როდესაც უკვე მიმხვდარი არიან ნერვული სისტემის მნიშვნელობას, მაგრამ სრულებით არ აქვთ წარმოდგენილი მის ნაწილთა მნიშვნელობა სხვა და სხვა ფორმების განვითარებისათვის.

ნერვული სნეულებანი ითვლებიან ექსტრაორდინარულად, მათ ზოგჯერ „ორთქლის სნეულებათა“ სახელს არქმევენ. არ არსებობს აღწერა სხვა და სხვა ფორმებისა. ყოველგვარ მოძრაობის მოშლას დამბლას უწოდებენ.

გენიალური აღმოჩენა Duchenne de Boulogne-ისა იმ Duchenne-ისა, რომელმაც ჩაყარა საფუძველი თანამედროვე ელექტროფიზიოლოგიისა, საშუალებას იძლევა კლინიკური ფორმების გარჩევისას, Duchenne უკვე არჩევს დამბლას ატაქსისაგან, რის გამოც დაძმბლა გამოყოფილია tabes-ის სურათიდან. უკანასკნელს ლოკომოტიურულ ატაქსიას უწოდებენ.

შემდეგ იწყება ბრწყინვალე პერიოდი ნევროპათოლოგიის სამეცნიერო განვითარებისა. Charcot აარსებს სპეციალურ განყოფილებას Salpêtrière-ში და ანატომო-კლინიკური მეთოდის საშუალებით ამყარებს საფუძველს თანამედროვე სამეცნიერო ნევროლოგიისას. Charcot განმარტავს მრავალ კლინიკურ ფორმებს, აღმოაჩენს ახალ ფორმებს და ასაბუთებს მათ თავისებურებას ანატომიური შესწავლით: ამიოტროფიული გვერდითი სკლეროზი, გაფანტული სკლეროზი.—მისი სახელის სნეულებანი არიან. იგი ამყარებს განსხვავებას ფუნქციონალურ და ორგანიულ სნეულებათა შორის და შეისწავლის დიდათ გავრცელებულ და საიდუმლოებით მოცულს ისტერიას.

Charcot-ის მოწაფეები საფრანგეთში და სხვა ქვეყნებში აწარმოებდნენ მუშაობას კლინიკურ ფორმების შესწავლისთვის და რიცხვი ნერვულ სნეულებათა



ახალი ფორმებისა სწრაფად იზრდება: ზურგის ტვინის დაავადების ფორმები, რომელთა შორის სპასტიურ პარაპლეგია Erb-ის მიერ არის აღმოჩენილი და შესწავლილი, ატროფიის სხვა და სხვა ფორმები და მრავალი სხვა.

ეს არის პერიოდი ნევროპათოლოგიის სამეფოს ზრდისა. ამ ხანადვე ვრცელდება ტვინის პიროლოგიურ შესწავლა და ვითარდება. მცნება ფუნქციათა ლოკალიზაციის შესახებ. Fritz და Hitzig-ის ცდები გადატანილია კლინიკაში და Charcot და Pitre-ის მეოხებით შედგენილია გეოგრაფიული ქარტა თავის ტვინისა.

ამავე მიხანს ემსახურებიან Obersteiner-ის და სახელგანთქმული Monacov-ის შრომანი ტვინის ფუნქციების ანატომიური ლოკალიზაციის შესახებ.

ვითარდება მცნება აუზიის და მეტყველების ტენტრების ლოკალიზაციის შესახებ.

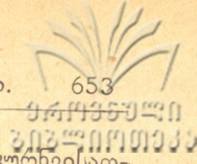
Tabes-ის და p. p-ს კლინიკური შესწავლა სვამს საკითხს მათი ეთიოლოგიის შესახებ. მაგრამ ეს საკითხი გადაუწყვეტელი რჩება, რადგანაც ჯერ ბიოლოგიური მეთოდი კიდევ ხმარებაში არ არის.

ნევროპათოლოგია, როდესაც მისი სამეფო საკმარისად დიდია, შეუდგება სნეულებათა გამოცნობის მეთოდის გაუმჯობესებას.

ხშირათ შეცდომანი და არეუ-დარევა ფუნქციონალურ და ორგანიულ შემთხვევათა შორის და თერაპიის მხრივ არეუ დარევას იწვევენ. ასეთი მდგომარეობა მოითხოვს **სიმპტომათოლოგიის** განვითარებისაკენ მისწრაფებას. ამ შესწავლას აწარმოებს საუკეთესო ძალები მაშინდელი კლინიკისტებისა. ვითარდება სემიოლოგიური მიმართულება ნევროპათოლოგიაში.

ამ დრომდე ნერვულ სნეულებათა გამოცნობა ემყარება ავადმყოფის ყოფა-ქცევის დაკვირვებაზედ. ადამიანი ცუდად დადის—ცალი მხარე მისი სხეულისა ცუდათ მუშაობს—ეს ჰემიპლეგია არის; ადამიანი ცუდათ დადის, მაგრამ მას დამბლა არა აქვს, ფეხებს კი განზედ ისვრის—ეს არის ატაქსია; ადამიანის კუნთები ძალზედ გამხდარია—ეს არის ატროფია და სხვა.

ამ ნიადაგზედ ისეთი ნიშნების აღმოჩენა, როგორც არის Westfal-ის ნიშანი—ე. ი. მუხლის რეფლექსის დაკარგვა tabes-ის დროს, Romberg-ის ნიშანის და Argyl-Robertson-ის ნიშანის აღმოჩენა იმავე სნეულების დროს დიდ წინსვლას წარმოადგენს. ელექტრო-დიაგნოსტიკის განვითარებას, რომელიც აღმოჩენის და შესწავლის დიდება Erb-ს, Remak და Duchenne-ს ეკუთვნის, შეაქვს შუქი ატროფიების კლასიფიკაციაში. მაგრამ ნამდვილი აყვავება სიმპტომათოლოგიურ ხანისა, იწყება Babinski-ის შრომებით. ეს განსაკუთრებული ნიჭის Charcot-ს მოწაფე წმინდა კლინიკური მეთოდის საშუალებით აღწევს სიმპტომათოლოგიის ისეთი განვითარების დამყარებას, რომლის მოწმენი ჩვენ დღესა ვართ. ბევრი რომ არ ვილაპარაკო, ვისარგებლებ პროფ. Guilain-ის სიტყვით, რომელიც Charcot-ს დღესასწაულზედ მან Baibinsk-ის მიმართა: „და თქვენ ბ-ნო Babinski-Charcot-ს მოწაფე, ნევროლოგიური საზოგადოება გიძღვნით მაღლობას შრომათა იმ განმაცვიფრებელ სერიისათვის, რომელიც თქვენ მას მიართვით, თქვენ რომელმაც აღწერეთ ნიშანი მთელი ქვეყნის მიერ ცნობილი (Babinski ს ნიშანი), განმარტეთ პატარა ტვინის მთელი სიმპტომათოლოგია, თქვენ რომელმაც გვასწავლეთ ზურგის ტვინის კომპლესიათა სიმპტომათოლოგია, რომლის საშუა-



ლებითაც თქვენ ხელმძღვანელობდით დოსტაქრებს ავადმყოფთა ვანკურნივისათვის, იმ ავადმყოფთა, რომელნიც უთქვენოდ დავრდომილნი დარჩებოდენ.

ბ-ნო Babinski, თქვენ მიანიჭეთ ჩვენს ქვეყანას დიდება, რომლითაც იგი ამაყოფს“.

არ შეიძლება უკეთესი დახასიათება Babinski-ის შრომებისა: მან გვასწავლა ნერვული ავადმყოფობის ისეთი შესწავლა, რომელიც სამაგალითოა ყველასხვა დარგის წარმომადგენელისათვის; ამისი გავლენით შემუშავდა ახალი თეორია ისტერიის შესახებ, რამაც საშუალება მოგვცა ამ ავადმყოფობის საზღვრები ფრიად ძლიერ შეგვეკვეცა. შესაძლებელი შეიქნა ნერვულ სნეულებათა დეტალური ლოკალიზაცია. ამას დიდი მნიშვნელობა ჰქონდა ტვინის ქირურგიის განვითარებისათვის, და ნერვული სისტემის სნეულებათა თერაპიაც გაუმჯობესდა, რადგანაც შესაძლებელი შეიქნა მათი ნადრევი დიაგნოსტიკა. მაგრამ ნერვულ სნეულებათა ექიმობა ვერ განვითარდებოდა მანამ, სანამ მათი ეთიოლოგიის საკითხი ბნელი დარჩებოდა.

ბაქტერიოლოგიის განვითარების საშუალებით აღმოჩენილი იყო ზოგიერთ სნეულებათა ინფექციური ეთიოლოგია. ჯერ-ჯერობით ამან პრაქტიკული შედეგები ვერ მოგვცა.

მხოლოდ ზოგიერთ სნეულებათა სიფილიტიური ეთიოლოგიის აღმოჩენამ დიდი სამსახური გაუწია ნევროპათოლოგიას.

პირველ ხანებში ეს ეთიოლოგია ფრიად საკამათო საგანს შეადგენდა.

ზოგი სრულებით უარყოფდა სიფილისის მნიშვნელობას ნერვულ სნეულებათა ეთიოლოგიისათვის, ზოგი კი სცნობდა ერთგვარ კავშირს, მაგრამ tabes-ს და p.p-ს ნერვული სისტემის სიფილისად არ სთვლიდა. მეფობდა ე. წ. **მეტასიფილიტიური თეორია Fournier-ის.**

საინტერესოა ეს კამათი და ამისი შედეგი, რომელსაც მე გავეცანი პარიზის სამეცნიერო სამკურნალო აკადემიის 1905 წლის, ანგარიშიდან Vernet-ს დისერტაციიდან 1887 წლისა და Leredde-ის შრომიდან, რომელიც 1903 წელშია დაწერილი. Vernet-ს თავის დისერტაციის ისტორიულ ნაწილში მოყავს Esmarck-ის და Jessen-ის აზრი, რომელნიც სთვლიდენ, რომ p. p. ყოველთვის სიფილიტიური ბუნებისა არისო. Munk-ი კი იღებს მხოლოდ სიფილიტიურ „სვედო-დამბლის არსებობას. Grasset-ის აზრით პროგრესიული დამბლა სიფილისიანებს ხვდებოდა, მაგრამ ყველა იმ აზრის არ არის, რომ სნეულებათა შორის არსებობდეს დამოკიდებულება მიზეზისა—შედეგთანაო.

თვით დისერტაციის ავტორი მიდის იმ დასკვნამდე, რომ **სიფილიტიური წარმოშობის პროგრესიული დამბლა არსებობს სინამდვილეში და იდენტიურია პროგრესიულ დამბლასთან სიმპტომატოლოგიურად.** ამაში არწმუნებს მას ის გარემოება, რომ სპეციალური წამლობა სიფილისისა აუმჯობესებს პროგრესიული დამბლის მიმდინარეობას, იწვევს ისეთს ხანგრძლივ გაუმჯობესებას, რომელიც ნებას გვაძლევს ვიფიქროთ რემისიაზედაო. სხვა შემთხვევებში კი შესაძინევ გაუმჯობესებას იწვევსო.

ცხადია, რომ ამ ხანაში პროგრესიულ დამბლას არ სთვლიან ტვინის სიფილისის განსაკუთრებულ ფორმად.

უმეტესობა საკითხსაც კი სვამს იმის შესახებ, რომ ის პროგრესიული დამბლა, რომელიც სიფილისიანებს ემართება, დამოკიდებულია თუ არა სიფილისზედაო.

ამ საკითხის გადაწყვეტა რომ ბნელი იყო, ამას შემდეგიც გვაჩვენებს.

მიუხედავად იმისა, რომ 1889 წ. და 1891 წ. Fournier-მა აღმოაჩინა 100 tabes-იანში 93 სიფილისით ავადმყოფი, Erb-მა 89 სიფილისიანი, Strumpel-მა 90, Dejerine-მა 97, Raymond-მა 90, Quinque-მა 100%, მიუხედავად ამისა tabes-ს მაინც სიფილიტიურ სნეულებად არ სთვლიდნენ. უმრავლესობა ემყარებოდა იმ გარებობას, რომ Cornil-მა და Nageotte-მა პროგრესიული დამბლის დროს ნახეს დიფუზური მენინგო—ენცეფალიტი, ისეთი პროცესი რომელიც მათი აზრით, რომელსაც სხვებიც ეთანხმებოდნენ, სიფილიტიურ პროცესს არ გავდა.

ამ აზრზედ დამყარებული ზოგი სრულიად უარყოფდა დამოკიდებულებას სიფილისისა და tabes-ის და პროგრესიულ დამბლის შორის, ზოგი კი მხოლოდ იმ პროგრესიულ დამბლას სთვლიდა სიფილისის შედეგად, რომელიც სიფილისის შემდეგ ვითარდებოდა. მაგ. Leredde ასე განმარტავს თავის დასკვნას: მოშლილობანი, რომელიც 1902 წ. დასახული იყო როგორც tabes-ი და პროგრესიული დამბლა, როდესაც ისინი ვითარდებიან სიფილისიანი ორგანიზმში, არიან სიფილიტიური ბუნებისა და ამ შემთხვევაში მათი მორჩენა შეიძლება ვერცხლის წყლის საშუალებით.

იმ გარემოებას, რომ p. p. არ რჩებოდა ექიმობის გავლენით, ავტორი ხსნის იმით, რომ წამლობა საკმარისად ენერგიული არ იყო და, გარდა იმისა, ზოგ შემთხვევებში ნერვული ცენტრების დაზიანება იმდენად ძლიერი იყო, რომ სიფილიტიური პროცესის მოსპობა მათ ფუნქციას ვეღარ აღადგენდა.

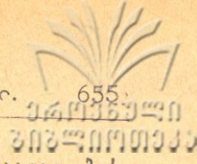
Tabes-ი და P. P. (თუ ავადმყოფები ესენი სიფილისიანები არიან) არ არიან განსაკუთრებული სნეულებანი და დამოკიდებული არიან ანატომოკლინიკური პროცესის თავისებურ დიფუზიაზედ, ამ პროცესის ნელ განვითარებაზედ. ამ ფორმებისა და ნერვული სისტემის სიფილისის შორის არსებობს მრავალი გარდამავალი ფორმები.

თანამედროვე შეხედულებასთან შედარებით ამ აზრს აკლია ერთი რამ: ავტორს უნდა ეთქვა, რომ tabes-ი და P. p. ყოველთვის ნერვული სისტემის სიფილისის წარმოდგენენ და არა მარტო ზოგჯერ მხოლოდ.

მიუხედავად ამისა 1905 წელში სამკურნალო სამეცნიერო აკადემია იწვევს Fournier-ს, პარიზის გამოჩენილ სპეციალისტს ამ საგანზედ დისკუსიისათვის.

მომხსენებელი ორია: Fournier და Raymond-ი, Charcot ს მოადგილე Salpêtrière-ში.

პროფ. Fournier-მ განავითარა თავისი შეხედულება პროგრესიულ დამბლაზედ, მან შეადარა პროგრესიული დამბლის და ტვინის სიფილისის განვითარება და მის დასკვნამდე მივიდა, რომ პროგრესიული დამბლა ვითარდება 3,5%-ში მეორე წლიდან—მეექვსე წლამდე, პირველ წლებში კი სრულებით არ არსებობს, ტვინის სიფილისი კი 8%-ში; მესამედან მეექვსემდე კი 50%-ში; პროგრესიული დამბლა იძლევა მე 6 წლიდან—მე-12 წლამდე 65% ავადმყოფებს, სიფილისი კი დაახლოე-



ბით 8%₀; პირველ წლებში სიფილისი იძლევა ნერვული სისტემის დაავადებას, შემდეგში კი პროგრესიულ დამბლას. მაშასადამე, აქედან დაასკვნის მომხსენებელი ტვინის სიფილისი და პროგრესიული დამბლა ერთი და იგივე ხარისხის სნეულებას არ წარმოადგენსო.

გარდა ამისა ექიმობა არჩენს ტვინის სიფილისს და სრულებით არ მოქმედობს პროგრესიულ დამბლაზედაო. ამ ავადმყოფობის წინააღმდეგ ექიმობას მხოლოდ პროფილაქტიური მნიშვნელობა აქვსო. Fournier-ს სტატისტიკით 79 პროგრესიულ დამბლით ავადმყოფებში 4-ს გაუთავებია ექიმობა ძლიერი (4 წლის განმავლობაში), 12-ს შუათანა (2 წლ. განმავლობაში), 3-ს ერთი და ნახევარი წლის განმავლობაში, 16 ს მხოლოდ ერთი წლის განმავლობაში, 43-ს ერთი თვიდან — 6 თვემდე უეჭიმებია. არა საკმარისი ექიმობა აადვილებს პროგრესიული დამბლის განვითარებას მომხსენებელის აზრით.

ამ ავადმყოფობის განვითარებისათვის მნიშვნელობა აქვს სხვა და სხვა ფაქტორებს, როგორც პსიქიურ დასაქმიანებას, ალკოგოლიზმს, შთამომავლობას.

ახდენს რა სიფილისის განვითარების ყოველ პირობათა ანალიზს, ავტორი დაასკვნის რომ, სიფილისს ბრალი ედება არა მარტო მოშლილობათა შეჯგუფებაში, რომელნიც უკვე გავრცელებულნი და რთულნი არიან, და რომელთაც მას ყველანი ერთსულოვანად აღიარებენ, როგორც სპეციფიურ მოშლილობათ. იგი გარდა ამისა სხვასაც შვრება. მე დარწმუნებული ვარ, რომ ამ მოშლილობათა გარეშე, რომელიც უთუოდ სპეციფიური ხასიათისა არიან, მოშლილობათა წარმოშობით და ბუნებით სპეციალური ხასიათისა, იგი იძლევა მრავალ სხვა ნიშნებს, რომელთაც არავითარი საერთო აღარ აქვთ სიფილისთან ანატომიურად, მაგრამ, მიუხედავად ამისა, სპეციფიური არიან იმ თვალსაზრისით, რომ ისინი გამომდინარეობენ, დაბადებული არიან სიფილისისაგან, პროდუქტი არიან მისი არსებობისა, მის გავლენის ქვეშ იმყოფებიან, არ შეეძლოთ განვითარებულიყვნენ უიმისოდ.

მაშასადამე, მოშლილობანი ამ ხასიათისა წარმოიშობიან სიფილისიდან, ისინი მას ეკუთვნიან, იგი მათთვის პასუხისმგებელია; მათი ამოღება მისი პათოლოგიური პირობებიდან შეუძლებელია.

სწორედ ეს მოშლილობანი წარმოადგენს იმ ჯგუფს, რომელსაც მე ვუწოდებ პარასიფილიტიური მოშლილობანი და ამათი გროვა კი წარმოადგენს პარასიფალისს“. (99).

აქედგან ცხადია, Fournier ს შეხედულება პროგრესიული დამბლის ეთიოლოგიაზედ. ასეთსავე აზრს აღიარებდა იგი tabes-ის შესახებ. მისი დასკვნა წმინდა კლინიკური დედუქციას შედეგია. მისი მეგობარი და მოწაფე, პროფ. Raymond იეთანხმება მას; იგი ამბობს: „მე უნდა განვიმეორო, რომ პროგრესიულ დამბლას უყვარს სიფილისიანი ნიადაგს“. Raymond, განმარტავს Fournier-ის აზრს და ამბობს, რომ ყველა თანახმა არის, რომ სიფილისი წარმოადგენს „მორწყულ ნიადაგს“ პროგრესიული დამბლისათვის, დამატებას, ისე როგორც მეღვინის დახლი ტუბერკულოზისათვის, იმ ეკალს, როგორც Joffroi-ის სურს, რომელიც თავისი ლოკალიზაციით თავის ტვინის ძარღვებში ჰქმნის ნიადაგს მენინგოენციფალიტის განვითარებისათვის და სხვა.. Lanceraux-ს გარდა ჩვენ ყვე-

ლანი თანახმა ვართ იმაში, რომ სიფილისი ბატონობს პროგრესიული დამბლის პათოლოგიაში..... იგივე ითქმება tabes-ზედო“.

ამნაირად სამკურნალო სამეცნიერო აკადემია 1905 წელს კყერს უკრავს Fournier-ს აზრს პარასიტიზმის შესახებ, უარყოფს პროგრესიული დამბლის და tabes-ის თერაპიის შესაძლებლობას, მიუხედავად იმისა, რომ 1903 წელს Le-redde წინამდევს ამტკიცებს. ასეთი დასკვნას საფუძვლად სპეციფიური თერაპიის უძღურება და ანატომიური სურათის ტიპიური სიფილიტიური სურათისაგან განსხვავება უძევს საფუძვლად. საჭირო იყო აღმოჩენა მკრთალი სპიროხეტის და ამავე სპიროხეტის აღმოჩენა tabes-იანების და დამბლიანების ტვინის ქსოვილში, რომ Fournier ს აზრი დამარცხებული ყოფილიყო.

ბიოლოგიური რეაქციების განვითარებამ კიდევ უფრო მეტი საბუთები შეიტანა იმ აზრის დასამტკიცებლად რომ ხსენებული ორი სნეულება ნერვული სისტემისა სიფილისის სპეციალურ ფორმას წარმოადგენენ.

დღეს ცხადია, რომ tabes-ის და პროგრესიული დამბლის გამომწვევი აგენტი სიფილისი არის. ამას ამტკიცებს სპიროხეტის აღმოჩენა ტვინის ქსოვილში, მაგრამ ასეთი აღმოჩენა ფრიად იშვიათია. შეიძლება თითებზედ ჩამოთვალოს ადამიანმა შემთხვევები ასეთი დადებითი გამოკვლევისა. რამდენად არაჩვეულებრივია ასეთი აღმოჩენა გვაჩვენებს ის ფაქტი, რომ პრეპარატი ასეთი ტვინიდან მიღებული მოგზაურობს უცხოეთში ერთი კლინიკიდან მეორესაკენ.

უფრო დიდი თეორიული და პრაქტიკული მნიშვნელობა უნდა ჰქონდეს დადებითი სეროლოგიური რეაქციის არსებობას იმ სითხეში, რომელიც ზურგის ტვინის გარშემო არის და რომელსაც ტვინის პარაკუჭებთან აქვს კავშირი.

ზურგის ტვინის სითხის პათოლოგია **ახალგაზრდა არის.** მხოლოდ მის შემდეგ რაც Widal-მა მიაქცია ყურადღება ამ სითხის ბიოლოგიურ ცვლილებებს და მისმა მოწაფეებმა პირველად 1901 წელში აღმოაჩინეს ლიმფოციტოზი ამ სითხეში სიფილისის დროს, მხოლოდ ამის შემდეგ მტკიცდება დებულება სიფილისისა და ზემოხსენებული სნეულებათა დამოკიდებულების შესახებ.

1906 წელში Wassermann-მა და Plaut-მა გვიჩვენეს, რომ კომპლემენტის ფიქსაციის რეაქცია ზურგის ტვინის სითხეშიაც არსებობს. დაიწყო სისტემატიური შესწავლა ამ სითხისა სიფილისის დროს და განსაკუთრებით ნერვული სიფილისის დროს, აღმოჩნდა, რომ ეს სითხე იცვლება პათოლოგიური მიმართულებით ნერვული სიფილისის დროს:

1) მასში ვითარდება ლიმფოციტოზი, თუ ნორმალურად ლიმფოციტი მასში უდრის 1—1,5 კბ m/m-ში, პათოლოგიურ შემთხვევებში იგი 10—15, 1001—ს და კიდევ მეტს შეიძლება ხოლმე.

2) მასში ცილას რაოდენობა იმატებს: ალბუმინები, რომელიც მასში ლიტრზედ 0,22 შეადგენენ, პათოლოგიურ შემთხვევაში 1,0—2,0 ახწვენ.

3) გლობულინის რაოდენობა იმატებს, რაც სპეციფიური რეაქციებით მტკიცდება.

4) Wassermann-ის რეაქცია დადებითი ხდება.

5) არსებობს დადებითი კოლოიდალური რეაქცია.



ეს ცვლილებანი ზურგის ტვინის სითხისა შეიძლება უკვე მეოთხე პერიოდში არსებობდენ. ამ შემთხვევაში ისინი ნერვულ სიფილისის წინამორბედები შეიძლება იყვნენ.

უმთავრესად კი მესამე პერიოდში ვითარდებიან და ნერვულ სიფილისის თან სდევნენ. სისხლში Wassermann-ის რეაქციის არსებობა ზურგის ტვინის რეაქციების არსებობისათვის საჭირო არ არის. მესამე პერიოდში სისხლში შეიძლება 50% თუ არსებობს დადებითი რეაქცია. გარდა ამისა ამ რეაქციის არსებობა არ მისდევს პარალელურად ნერვულ სისტემაში ცვლილებათა არსებობას.

ამიტომ ნერვული სისტემის **სიფილისის გამოცნობისათვის სწორედ ზურგის ტვინის სითხის რეაქციების შესწავლას აქვს მნიშვნელობა.**

ამ რეაქციების მნიშვნელობის გათვალისწინებისათვის ვიხელმძღვანელებთ Kafka-ს, Papenheim-ის, Lochelongue-ის Lacapere-ის **თხზულებებით** და Targowla-ს შრომით. რა მნიშვნელობა აქვთ ხსენებულ რეაქციებს პრაქტიკული დიაგნოსტიკისა და თერაპიისათვის?

—

მრავალია შემთხვევები, სადაც კლინიკაში ისმება საკითხი სიფილიტიურ ეთიოლოგიის შესახებ. თითქმის ყველა ორგანიული სნეულებანი მოითხოვენ სიფილისის გამორიცხვას ან დამტკიცებას; იქნება ეს ჰემიპლეგია, რომელიც განვითარდება ადრე, იქნება ეს სპასტიურ პარაპლეგია, თუ რაიმე ფორმა პერიფერიული სნეულებისა, იქნება ეს მძიმე ნევრასტენიული მოვლენები, სულ ერთია, საჭიროა ვიცოდეთ აქვთ თუ არა მათ დამოკიდებულება სიფილისთან; იმ შემთხვევებშიც კი, როდესაც ანამნეზში არის ცნობა სიფილისის შესახებ, გადაჭრილად არ ითქმის, რომ სნეულება სწორედ ამ სიფილისის მიერ არის გამოწვეული; გარდა ამისა კლინიკაში ხშირად წამოიჭრება საკითხი სწორედ ნერვული სიფილისის გამოცნობის შესახებ, არის ესა თუ ის ფორმა დასაწყისი tabes-ის თუ ტვინის სიფილისის წარმოადგენს? როდესაც არის კლინიკური ფორმა, სადაც ზოგი ორგანიული ნიშანი არსებობს მძიმე ნევრასტენიულ მოვლენებთან ერთად, ისმება საკითხი ტვინის სიფილისია ეს თუ პროგრესიული დამბლის დასაწყისი?

ამაზედ პასუხს იძლევა ე. წ. ჰუმორალური სინდრომების შესწავლა.

ნერვული სიფილისის დასამტკიცებლად საჭიროა არსებობა სინდრომის, რომელიც გამოიხატება შემდეგში:

ჰიპერალბუმინოზი, ჰიპერლიმფოციტოზი, Pandy-ს და Weichbrodt-ი რეაქციები დადებითი, W. R. დადებითი, კოლოიდალურ რეაქცია დადებითი,

შეიძლება ზოგი ნიშანი აკლდეს, მაგრამ უმრავლესობა კი დადებითი უნდა იყოს.

არ არსებობს ძირითადი გარჩევა ჰუმორალურ სიმპტომთა შორის სხვა და სხვა ფორმების დროს. მხოლოდ პროგრესიული დამბლა იძლევა რეაქციებს უფრო ძლიერად გამოხატულს.

ან ავადმყოფობის დროს ლიმფოციტოზი დიდია, Pandy-ს და Weichbrodt-ის რეაქციები ფრიად დადებითი, ალბუმინის რაოდენობა 1,0 უდრის, რეაქცია Was-

sermann-სა დადებითია სისხლში და სითხეში, კოლოიდალური Guillain-ის ფრიალ დადებითია.

მაგრამ ამ რეაქციების სიძლიერე აბსოლიუტურ დიფერენციალურ დიაგნოსტიურ ნიშანს არ წარმოადგენს. როდესაც ძლიერ ჰუმორალური სინდრომი შეეფარდება სათანადო კლინიკურ სურათს, მას დიდი მნიშვნელობა აქვს.

მაგრამ ზოგჯერ უამისოდაც ჰუმორალური სინდრომი თავის თავადაც გადასწყვეტს საკითხს, თუ ის გასინჯული იქნება მრავალჯერ თერაპიის მიმდინარეობაში.

აქ საჭიროა ოდნავ პროგრესიული დამბლის და ტვინის სიფილისის დიფერენციალურ დიაგნოზზედ შევჩერდეთ.

კლინიკაში, როდესაც ნახულობენ ავადმყოფს, რომელსაც სიფილისი ჰქონდა და რომელიც ამ ეამად ორგანიულ ნიშნებს იძლევა (თვალის გუგის რეფლექსების ცვლილება, მყესთა რეფლექსების ცვლილება, მეტყველების გამოცვლა და სხვა) ფიქრობენ ან დაწყებითი პროგრესიულ დამბლის შესახებ, ან ტვინის სიფილისზედ.

არასოდეს არ შეიძლება ითქვას წინასწარ, რომ, ესა თუ ის მაგალითი ამგვარი შემთხვევისა პროგრესიული დამბლით არ გათავდება. Guillain-ი ამბობს: ერთს შემთხვევაში, რომელიც ფრიალ მიმე შემთხვევას წარმოადგენდაო, გამოვიტანეთ ცული პროგნოზი. სპეციფიურმა წამლობამ ავადმყოფს შველა მისცაო. მეორე შემთხვევაში ავადმყოფს მცირე ფსიქიური მოვლენები და მცირევე ორგანიული მოვლენები ჰქონდაო. პროგნოზი კარგი იყო. ავადმყოფმა მიუხედავად ენერგიული წამლობისა ცუდათ გაათავაო. ამ შემთხვევებში სითხე გასინჯული არ ყოფილა. ამდენად ძნელია კლინიკურად დიფერენციალური დიაგნოზი. პსიქიურ მოვლენების არსებობას პროგრესიული დამბლის არსებობისათვის გადამწყვეტი მნიშვნელობა არა აქვს.

Claude ამბობს, როდესაც განიხილავს საკითხს პროგრესიული დამბლის ექიმობის შესახებ, რომ ზოგიერთის აზრით პროგრესიული დამბლა სიფილისის ის ფორმაა, რომელიც არ რჩებაო. ამიტომ დიფერენციალური დიაგნოზისთვის — ავადმყოფის სიკვდილს უნდა მოუტადოთ, და თვით საკითხი პროგრესიული დამბლის მორჩინის შესაძლებლობის შესახებ გადაწყვეტელი რჩებაო.

Claude მოწაფეს Targowla-ს ერთგვარი გაუმჯობესება შეაქვს ამ საკითხის გადაწყვეტაში; მისი დაკვირვებით იმ შემთხვევებში, რომელნიც პროგრესიული დამბლით ათავებენ, მიუხედავად ენერგიული ექიმობისა, ჰუმორალური სინდრომი უცვლელი რჩება მიუხედავად კლინიკური გაუმჯობესებისა.

მაგ., შემთხვევა პროგრესიული დამბლის კლინიკური ნიშნებით და შემდეგ ჰუმორალური სინდრობით:

ლიმფოციტიზი--9,6 c.m/m-ში, 0,36 Alb R. Pandynet Weich brodt+, რეაქცია

კოლოიდალურ Guillain-ის (Subpositiive) 11100.22222,22000. რეაქცია W. +. ეს ჰუმორალური

სინდრომი თავის კოლოიდალურ ნაწილში არ წააგავს პროგრესიულ დამბლის სინდრომს. მართლაც ექიმობის საშუალებით სინდრომი გაჰკრა, რამაც დაამტკიცა lues cerebri-ი არსებობა. მეორე შემთხვევაში იყო შემდეგი ჰუმორალური სინდრომი:

ლიმფ. 160 Alb. 0,54 RP.++W. R.+++ R. B. Col. 22221.2222.20000

ეკიმობის შემდეგ—2 თვე:

ლიმფ. 55,6 Alb. 0,42 „ + W. R. +01100.22222.10000

კიდევ ერთი თვის შემდეგ:

ლიმფ. 7,2 Alb. 0,44 „ + W. R. 0-01000.22222.10000

მაშასადამე ეს შემთხვევაც პროგრესიულ დამბლად არ ჩაითვლება. ასეთი ცვლილება ჰუმორალური სინდრომის პროგრესიული დამბლის დროს არ ხდება ხოლმე, მიუხედავად კლინიკური გაუმჯობესებისა.

ასეთია ბიოლოგიურ რეაქციების მნიშვნელობა ნერვული სისტემის განვითარებული ფორმების დიაგნოსტიკის და თერაპიისათვის.

მაგრამ ამით არ განისაზღვრება მათი მნიშვნელობა. ცნობილია, რომ ზურგის ტვინის სითხეში რეაქცია Wassermann-ის და Guillain-ის ვითარდება მეორე პერიოდში. თუ სიფილისი უკვე შეეხო ნერვულ სისტემას—შეიძლება კლინიკური ნიშნები ამ ხანაში სიფილისის განვითარებისა კიდევ არ არსებობდნენ. ამიტომ სათანადო პერიოდში ზურგის ტვინის სითხის გასინჯვას დიდი მნიშვნელობა აქვს. ამ გასინჯვით შეიძლება გატარებული იყოს პროფილაქტიური ენერგიული წამლობა ნერვული სისტემის დაავადების წინააღმდეგ.

ჰუმორალურ რეაქციის შორის გარდა Guillain-ის რეაქციისა ყველა რეაქციები იმდენად ცნობილია, რომ მათზედ შეჩერება ზედმეტად მიმაჩნია.

Guillain-ის რეაქცია წარმოადგენს კოლოიდალური ოქროს რეაქციის მაგიერ რეაქციას. კოლოიდალური ოქროს რეაქციისთვის საჭიროა დამზადება ოქროს კოლოიდალური ხსნარისა. ამ ხსნარის დამზადებისათვის საჭიროა სპეციალური ლითონის ჭურჭელი. თვითონ ხსნარი სტაბილური არ არის და ამიტომ ეს რეაქცია საყოველთაოდ ხმარებაში ვერ შევიდა.

Mastic-reaction, რომელიც Emanul-ის მიერ იყო მოწოდებული არ იძლევა დამაკმაყოფილებელ შედეგს. იგი 36% დადებითია ისეთს სნეულებათა მიმდინარეობაში, რომელთაც არაფერი საერთო არ აქვთ სიფილისთან და გარდა ამისა ხსნარის დამზადებაც ძნელია.

ამ მოსაზრებით Guillain-მა თავისი თანამშრომლებით მოგვაწოდა ახალი რეაქცია, რომელიც იძლევა დამაკმაყოფილებელ შედეგებს და არც სიძნელეს წარმოადგენს.

კოლოიდალური ხსნარის მოსამზადებლად gummi benzoes იხმარება. რეაქციის წაკითხვა ფრიად ადვილია. იგი მიუთითებს არამც თუ სპეციალური ინფექციის არსებობაზედ, არამედ ნოწმეა მისი ევოლიციური ხასიათისა.

გარდა ამისა მისი გრადაციები დაახლოვებით პროცენტის სიძნელეს გამოხატავს. რეაქციისათვის საჭიროა 16 საცდელი ლულა, რომელშიაც ვასხამთ მარილიან წყალს, ზურგის ტვინის სითხეს და კოლოიდალურ სითხეს. თითო ლულაში 1,0 სითხე არის, რომელსაც რძის ფერი აქვს.

თუ რეაქცია უარყოფითია, ილექება მარტო შუათანა მილები მე-6, 7, 8-ე; შეიძლება მე-9 და 10-ც დალექილი იყოს. სიფილისის დროს ილექება პირველი 5 მილი და მე-6—7, 8-ე. პროგრესიული დამბლის დროს ხშირია რეაქცია, რომელიც იწვევს დალექას მე-10—11-ე მილებშიაც.

თუ არსებობს მენინგეალური პროცესი არა სპეციფიური ხასიათისა, ილექება მარტო უკანასკნელი მიღები.

რეაქცია დადებითა სიფილისის დროს, tabes-ის და პროგრესული დამბლის დროს. იგი პარალელურია Wassermann-ის რეაქციასთან— 83% -ში. 11% იგი უარყოფითია, როდესაც W. R. დადებითია, 6% -ში იგი დადებითია, როდესაც W. R. უარყოფითია.

ფრიად მნიშვნელოვანია ამ რეაქციის მნიშვნელობა ეპიდემიური ენცეფალიტის დროს, რომელიც სიფილისის მსგავსს ნიშნებს იძლევა. იგი ყოველთვის უარყოფითი ამ ავადმყოფობის დროს.

რაც შეეხება გაფანტულ სკლეროზს (Sclerosis disseminata), ამ ავადმყოფობის დროს იგი სუბპოზიტიურია, W. R. კი უარყოფითი. ასეთი რეაქციის არსებობა, გაფანტული სკლეროზის ფარულ შემთხვევებში ფრიად დიდ დახმარებას გვიწევს კლინიკაში.

შეგვიძლია დასასრულ ვსთქვათ, რომ ბიოლოგიური რეაქციების ხმარება სომატიური ნერვული სისტემის დაავადებათა მიმდინარეობაში დიდს სამსახურს გვიწევს, როგორც დიაგნოსტიკის, ისე თერაპიის დროს.

შესაძლო ხდება სიფილისის გამოცნობა მრავალ სინდრომების დროს, შესაძლო ხდება მისი ნაადრევი დიაგნოსტიკა, რაც შესაძლებლობას მასთან შებრძოლისას და თერაპიის კონტროლისას აორკეცებს.

თერაპია, რომელიც ბიოლოგიური რეაქციებით ხელმძღვანელობს აღარ არის სიმპტომატიური, არამედ მიზეზობრივი და მიზანშეწონილია, კლინიციისტი აღარ ვარაუდობს, იგი გამოიცნობს ავადმყოფობას.

ახლა გადავიდეთ სიმპატიური ნერვული სისტემის რეაქციებზედ. როგორც უკვე მოვიხსენიეთ, ეს არის ორგანოთა და ქსოვილთა ნერვული სისტემა. იგი განაგებს ორგანოთა ფუნქციას და ყველა სასიცოცხლო ფუნქციების რეგულიაციას აწარმოვებს, აბსტრაქტიულად. რომ განვიხილოთ მისი ფუნქციები, ორგანოთა მუშაობას, უნდა ვსთქვათ, რომ ორგანიზმის სიცოცხლის შესანახად საჭიროა საზრდოს მიღება გარემოდან, ამ საზრდოს გადაშუალება ისეთ ნივთიერებებად, რომელთა შეწრუტვა სხეულში შესაძლებელი იყო. ამისათვის საჭიროა მასაზრდოებელ ორგანოების—კუჭ-ნაწლავების მუშაობა, რომელთა ფუნქცია საჭმლის მონელების დროს—როგორც სეკრეციაში, ისე მოძრაობაში მდგომარეობს.

შემდეგ საჭიროა ნარჩენების გარემოსათვის დაბრუნება და სასარგებლო ნივთიერებათა შეწრუტვა. ამით საჭმლის მონელების პროცესი თავდება.

მეორე პროცესი არის დამზადებული მასაზრდოებელი ნივთიერებათა ასიმილიაცია (მეტაბოლიზმის—ანაბოლიური მხარე) და მასაზრდოებელ ნივთიერებათა თაღარიგის სათანადო ორგანოებში დამზადება და სისხლში გადასვლა. ეს პროცესი დართულია ზედმეტ ნივთიერებათა ტოქსიკურ თვისებათა ნეიტრალიზაციით და ზოგის ორგანიზმიდან უკუგდებათ (ღვიძლის და თირკმელების ფუნქცია).

ორგანიზმი მოიხმარს მასში შეწრუტულ და შეთვისებულ ნივთიერებად; იგი ხარჯავს თაღარიგს—ეს არის მეტაბოლიზმის კატაბოლიური მხარე.

ყველა ამ ფუნქციათა რეგულიაციას აწარმოებს ის ნაწილი ნერვული სისტემისა, რომელსაც ავტონომიური ნერვული სისტემა დაარქვენ. მასში ვარჩევთ



ორ ნაწილს, რომელთაც ანატომიური თავისებურება აქვთ და ფიზიოლოგიურადაც განსხვავდებიან.

ნამდვილი სიმპატიური ნერვული სისტემა შესდგება სიმპატიურ კვანძებისაგან, რომლებიც მოთავსებულია ხერხემლის ორთავე მხრივ, და რომელიც ერთის მხრივ ზურგის ტვინის ფესვების საშუალებით დაკავშირებულია ზურგის ტვინთან და მისი შუამდგომლობით თავის ტვინთანაც, და მეორე მხრივ იძლევა ტოტებს პერიფერიისაკენ, რომლებიც ორგანოებისაკენ მიდიან.

აქედან მიდიან ტოტები თვალის კაკლისკენ, გულის კვანძებისაკენ, მუცლის ღრუს კვანძებისაკენ და ამ კვანძებიდან თირკმლებში, კუჭში, ნაწლავებში, საშვილოსნოში და ბუშტში. გარდა ამისა დამოუკიდებელი ძაფები მიჰყვებიან სისხლის ძარღვებს და ამათთან ერთად ქსოვილში იტოტებიან.

ამ ნაწილს ნერვული სისტემისას ზურგის ტვინში თავისი ცენტრები აქვს და როგორც დღეს ფიქრობენ თავის ტვინშიაც.

დამახასიათებელ თვისებას ამ სისტემისას ის გარემოება წარმოადგენს, რომ ამისი პერიფერიული ძაფები რომელიც ორგანოებისაკენ მიდიან, არასოდეს პირდაპირ ორგანოში არ თავდებიან, არამედ ყოველთვის რომელსამე კვანძში სწყდებიან. შეიძლება ეს უკანასკნელი თვით ორგანოს კედელში მდებარეობდეს.

მეორე ნახევარი ავტონომიური სისტემისა წარმოდგენილია ორ ნაწილათ: ერთი იწყება ტვინის ღეროში და ეკუთვნის თვალის მამოძრავებელი, ცთომილი, ენასახის ნერვის და Wrisberg-ის ნერვების სისტემას და მეორე კი წარმოადგენს საკრალუს ნაწილს, რომელიც მენჯის ორგანოებში, სწორ ნაწლავში და ბუშტში იტოტება. ამ სისტემის პერიფერიული ტოტებიც არასოდეს პირდაპირ ორგანოში არ იტოტებიან, არამედ რომელსამე კვანძში სწყდებიან წინასწარ. ეს სისტემა რომელსაც პარასიმპატიურ სისტემას უწოდებენ, ანერვიანებს თვალს, ნერწყვის ჯირკვლებს, გულს, ფილტვებს, კუჭკვეშა ჯირკვალს, ღვიძლს, კუჭს, ნაწლავებს. შესანიშნავია უკვე ის ანატომიური თავისებურება, რომ ეს ორი სისტემა მოპირდაპირეა ერთიერთმანეთისა: მაგ., პარასიმპატიური სისტემა იტოტება ნაწლავების და ბუშტის კედლებში და ანერვიანებს მათ კუნთებს, რომელნიც საჭმელს და შარდს გარემოსკენ დენიან, სიმპატიური სისტემა კი იტოტება ნაწლავების და ბუშტის სვინქტორებში. სიმპატიური ნერვული სისტემა ანერვიანებს ყველა სისხლის ძარღვებს და ამათი საშუალებით შედის ქსოვილებთან ინტიმურ დამოკიდებულებაში.

სიმპატიური ნერვული სისტემის პათოლოგია სულ ახალი საქმეა. აქ უმთავრესად ამერიკელ და ინგლისელ მეცნიერთა შრომის შედეგებს ვხედავთ. სხვა ქვეყნებშიაც მუშაობდენ ამ სისტემის შესასწავლად. მაგ, ძირითადი შრომა ვაგოტინის შესახებ ვენელ ავტორებს Eppinger-ს და Hess-ს ეკუთვნით. საფრანგეთში Laegnel—Lavasstne-მა დიდი წიგნი გამოუშვა 1925 წელში, კარგი მონოგრაფიები ეკუთვნის აგრეთვე ახალგაზრდა მეცნიერს Cuillaume-ს.

თუ ეს სისტემა ასე გავრცელებული ორგანოებში, იგი დიდ მონაწილეობას უნდა იღებდეს მათი დაავადების დროს. მართლაც მთელი რიგი სნეულებათა ამ სისტემის დაზიანებას უნდა მიეწეროს, როგორიც არიან მაგ. ე. წ. ორგანოთა ნევროზები, ანგიონევროზები, მრავალი მოვლენები პსიქონევროზების დროს.

ცნობილია რამდენიმე სინდრომი, რომელსაც სომატიური ნერვული სისტემის დაავადების დროს ვხვდებით, მაგ. თვალის გუგის დავიწროება, თვალის კაკლის ჩაღრმავება და თვალის ქუთუთოს ჩამოწევა—Horner-ის სინდრომი; Argyrl,—Robertson-ის სინდრომში აქვს თავისი როლი სიმპატიურ სისტემას. ცნობილია სინდრომები ამ სისტემის სხვა და სხვა გულმკერდის და მუცლის ღრუში განვითარებული პროცესების მიერ დაავადებისა, რაც ე. წ. პილომოტორულ რეფლექსის მოშლას იწვევს, მაგრამ უმთავრესი მნიშვნელობა პათოლოგიაში ამ სისტემის ტონუსის წონასწორობის მოშლას აქვს. ნორმალურად ამ ორ სისტემათა შორის ფიზიოლოგიური წინააღმდეგობა არსებობს:

გულის მხრივ: სიმპატიური სისტემა აჩქარებს და აძლიერებს გულის ცემას და სწევს სისხლის წნევას.

პარასიმპატიური ნერვული სისტემა ანელებს გულის ცემას, და ამცირებს სისხლის წნევას.

კუჭის მხრივ: პარასიმპატიური სისტემა აძლიერებს სეკრეციას და ამოძრავებს კუჭის კუნთებს.

სიმპატიური კი ანელებს მოძრაობას და სეკრეციას და იწვევს სპინქტერების შეკუმშვას.

ბუშტის მხრივ: სიმპატიური სისტემა ანერვიანებს სფინქტერს.

პარასიმპატიური იწვევს ბუშტის კუნთების შეკუმშვას.

ყველგან არსებობს ან ანატომიური ან ფუნქციონალური ანტაგონიზმი ამ ორ სისტემათა შორის.

ყოველივე რხევა ერთი სისტემის ტონუსისა იწვევს სათანადო და მოპირდაპირე რხევას მეორე სისტემისას.

მომეტებულ ტონუსს პარასიმპატიური ნერვული სისტემისას ვუწოდებთ ვაგოტონიას, სიმპატიურ სისტემის ტონუსის აწევას კი—სიმპატიკოტონიას.

ნორმალურ ორგანიზმში ეს ორი სისტემა თანასწორი ტონუსისა არის, მაგრამ უკვე ფიზიოლოგიურ პირობებში ხდება ტონუსის წონასწორობის მოშლა

მაგრამ ასეთი უთანასწორობა ტონუსისა თუ პერმანენტული ხდება, იგი არანორმალურ მოვლენას წარმოადგენს. ორთავე სისტემა იმყოფება სხვა და სხვა პორმონების ზეგავლენის ქვეშ, ე. ი. მუშაობს შიგნითა სეკრეციის ჯირკვალთა გავლენის ქვეშ. ასეთი ჯირკვლებათ სიმპატიური ნერვული სისტემისათვის ითვლებიან ფარისებრი ჯირკვალი და თირკმელზედა ჯირკვალი.

მაგრამ გარდა ჯირკვალთა სეკრეტებისა არსებობს ისეთი ნივთიერებანი, რომელთაც ანალოგიური გავლენა აქვთ ამ სისტემაზედ.

ატროპინი იწვევს პარასიმპატიური ნერვული სისტემის დამბლას, პილოკარპინი კი მის ჰიპერტონიას.

სიმპატიური ნერვული სისტემის გამაღიზიანებელ ნივთიერებად ადრენალინი იფიქლება.

ამ ნივთიერებათა საშუალებით შეგვიძლია გამოვიწვიოთ ხსენებულ სისტემათა ხელოვნური ჰიპერტონია, რომელიც სრულებით წააგავს პათოლოგიაში არსებულს.



სანამ ამ მიზნით შემუშავებულ რეაქციების აღწერას შევუდგებოდე, საჭიროდ მიმაჩნია შევჩერდე Eppinger-ის და Hess-ის მიერ აღწერილ ვაგოტონიაზე და სიმპატიკოტინის სურათზე, რომელსაც Basedow-ის ავადმყოფობა იძლევა. ეს ავტორები სამართლიანად განმარტავენ, რომ მიღებული აზრი ორგანოების ნევროზების შესახებ არ არის დამყარებული მათი ნერვების ფუნქციებისა და პათოლოგიის შესწავლაზე. მის შემდეგ, ამბობს იგი, რაც ფიზიოლოგიამ დაამტკიცა, რომ არსებობს ერთგვარი ტონუსი ცთომილი ნერვისაო, ულოლიკო არ იქნებოდა, რომ ასეთი დასკვნა პათოლოგიისათვის გამოგვეყენებიაო.

მრავალია დაკვირვებანი, რომელნიც ამტკიცებენ რომ არსებობს ინდივიდუალური და ცვალებადი ტონუსი ცთომილ ნერვისაო. ასეთი ტიპი ინდივიდუალებისა ჩვენ აღვნიშნეთ, როგორც ვაგოტონიკებიო. „ვაგოტონიის სახელით ჩვენ შევაჯგუფეთ კონსტიტუციონალური მდგომარეობანი, რომელშიაც გარდა ვაგუსის ტონუსის აწევისა და მისი გადამეტებული რეფლექსური აგზნებულებისა არსებობს აგრეთვე გადამეტებული მგრძნობელობა პილოკარპინის მიმართ. ვაგოტონიური კონსტიტუციის მქონე შემდეგ სურათს წარმოადგენს:

ეს არის ავადმყოფი, რომელიც ნევრასტენიის დიაგნოზის ქვეშ ტარდება: უმაწვილი ადამიანი, რომელიც მოდის თქვენთან კუჭის ან გულის დაავადებაზე ჩივილით. მისი მოძრაობა ჩქარია, მისი სახის ფერი ცვალებადია, ხან ძალზედ წითელია, ხან მკრთალი; ავადმყოფი ამას გრძნობს და ამის შესახებ სწუხს.

თუ ავადმყოფი იხდის ტანთსაცმელს, ამჩნევთ რომ მისი ტანიც ფერს ხშირად იცვლის ისე, როგორც სახე. ხელები ლურჯი აქვს, სველი და ცივი და მკრთალ ფერს იღებს ხელის დაქერის შენდეგ. ხელის გულის კანი, მიუხედავად იმისა, რომ ავადმყოფი არ ჟუშაობს, სქელია.

ავადმყოფს ოფლი მოსდის ზოგჯერ მთელ სხეულზედ, ზოგჯერ მცირე მიზეზის გამო. ზოგს სახეზედ, ან მარტო კისერზედ მოსდის ოფლი.

მღელვარების გამო სახე ფითრდება და ოფლის წვეთები ჩნდება ნიკაპზედ და შუბლზედ.

თვალის ნაპრალი ფართოა და Basedow-იან ავადმყოფს მოგაგონებთ.

კანზე ხედავთ *acnae vulgaris*-ს ან მის კვალს. მხედველობის სიმახილის დაქვეითება და სტრაბიზმი. ენის ფოლიკულები ფრიად გადიდებულია; **ლიმფატიური ჯირკვლები სახისა ფრიად დიდია.** ხშირია ანგინა. ცხვირი მუდამ დახურული აქვთ, როგორც სურდოიანებს. ხახის რეფლექსი დაწეულია.

სუნთქვა ღრმაა და ნელი; **ზოგჯერ ავადმყოფი დაბრკოლებას გრძნობს სუნთქვის დროს.**

საძილე არტერიების პულსაცია თვალსაჩინოა; გულის ცემა მოსჩანს გულმკერდის დათვალიერების დროს.

პულსის სიჩქარე ფრიად ცვალებადია. **უსიამოვნო გრძნობა გულის არეში ფრიად ხშირია.** პულსის ამპლიტუდა ცვალებადია: პულსაცია ძლიერი, იცვლება მცირე პულსაციით უმიზეზოდ. მადა ცვალებადია. ავადმყოფს ხან აფლარათებს, ხან მუცელშია შეკრული.

შარდი ბევრი მოსდის, მღვრიეა და იძლევა **ლექს ოქსალატების და ფოსფატებისას.**

ენის და ქუთუთოების კანკალი. დერმოგრაფიზმი მკაფიოდ გამოხატულია. ამ ავადმყოფზედ პალოკარპინის მცირე დოზა იწვევს ძლიერ ოფლის დენას და სალივაციას; ადრენალინი კი პოლიურიას და გლიკოზურიას არ იწვევს.

რაც სიმპატიკოტონიას შეეხება, ავტორები აღნიშნავენ შემდეგს: ეკსოფ-ტალმია, Graefe-ს ნიშანის არყოფა, Moebius-ის ნიშანი, ადრენალინით გამოწვეული მიდრიაზი (Lewi-ს ფენომენი), თვალის კაკლის სიმშრალე, შაქარი არ არის, ღიარება არ არის, თმის ცვენა, სიცხის აწვევისადმი მიდრეკილება, ეოზინოფილიას ადგილი არა აქვს, სუნთქვის მოშლა არ არსებობს, აღიმენტარული გლიკოზურია, ადრენალინის მიერ გამოწვეული გლიკოზურია და პოლიურია; პილოკარპინი ჩვეულებრივ მოვლენებს არ იწვევს.

Eppinger და Hess-ის შრომა გამოქვეყნებულია 1910 წელში, ავტორები ეთანხმებიან ამათ მიერ აწერილ ფაქტებს. დაკვირვება ადასტურებს ზემოთხე-ნებულ ნერვულ სისტემათა ჰიპერტონიულ მდგომარეობის არსებობას იმ განს-ხვავებით, რომ ასეთი წმინდა სინდრომები ხშირი არ არის.

ზოგჯერ არსებობს ისეთი მოვლენები, რომლებიც ამტკიცებენ ორთავე სის-ტემის ტონუსის აწევას, რაც გამოიხატება ტერმინით Neurotonia. შეიძლება ორთავე სისტემის ტონუსის აწვევა ერთდროულად არსებობდეს, მაგრამ შეეხე-ბოდეს სხვა და სხვა ორგანოებს, ან და კიდევ სიმპატიკოტონია ვაგოტონიით იცვლებოდეს ავადმყოფობის მიმდინარეობაში.

თავისთავად ცხადია მნიშვნელობა დიაგნოსტიკისათვის ამ სისტემათა ტო-ნუსის განმარტებას, მით უმეტეს, რომ მკაფიოდ კლინიკურად გარკვეული შემთ-ხვევები მცირე რიცხვოვანია. საჭიროა მასასადამე ბიოლოგიური ცდების წარ-მოება, როგორც ამას თვით Eppinger-ი და Hess-ი აწარმოებდნენ. ცდა ადრენა-ლინით (Eppinger-ი და Hess-ი) 0,001 კანს ქვეშ სიმპატიკოტონიის დროს იწვევს კანკალს, სიცვიის შეგრძნებას, გლიკოზურიას, სისხლის წნევის აწევას; ნორმა-ლურ სუბიექტზედ და ვაგოტონიანზედ არავითარ ეფექტს არ იძლევა.

Göetsch-ის ცდა

0,5 cm. c. Parke Davis Adrenal-ისა კანს ქვეშ იწვევს მოვლენებს ჰიპერ-ტირეოიდიზმის დროს:

პულსის აჩქარებას, სისხლის წნევის აწევას, კანკალს, შიშს, ტუჩების სახის სიმკრთალეს, ოფლს, ტემპერატურის აწევას და შარდის გადამეტებულ გამოყოფას.

ეს ცდა გამოსარკვევია ჰიპერტირეოიდიზმის აღმოსაჩენად. უკანასკნელი კი სიმპატიკოტონიაში გამოიხატება უმთავრესად.

იგივე ცდა ჰიპერტირეოიდიზმის შესახებ არავითარ ეფექტს არ იწვევს.

ვაგოტონიის აღმოსაჩენად ხმარობენ პილოკარპინს და ატროპინს.

პილოკარპინი იწვევს ვაგოტონიის დროს: ნერწყვის დენას, ოფლს, გულის რევას, ცრემლის დენას, სახის სიწითლეს, დერმოგრაფიზმს, სისხლის წნევის და-ცემას. ატროპინი იწვევს შემდეგ მოვლენებს: გულის ფრიალს, პირის სიმშრალეს, გულის ქვეშ შევიწროების გრძნობას. შუათანა დოზები სხვა და სხვა ავტორების მიხედვით ადრენალინისთვის და ატროპინისთვის ქანაობს 0,0005 და 0,001 შო-

რის. Guillaume-ის აზრით სჯობს მცირე დოზიდან დაწყება და ცდის განმეორებით წარმოება.

სიმპატიკურ ნერვული სისტემას ტონუსის გამოკვლევა შეიძლება ქიმიური ცდების გატარებით.

1) ნახშირ-წყლების მიმართ თმენის ცდა.

2) ცხიმების მიმართ თმენის ცდა.

ორგანიზმი ითმენს 100,0 გლიუკოზას. აძლევენ ავადმყოფს 50,0 დან—100,0-მდე გლიუკოზას უზმოზედ. და ერთი საათის შემდეგ ყოველ საათს უშვებენ შარდს და გამოიკვლევენ მასში შაქრის რაოდენობას. ჰიპერგაგოტონიანი ვერ ითმენს ვერც ამის ნახევარს.

ცხიმების თმენის ცდის დროს ავადმყოფს ეძლევა 100,0—150,0 კარაქი საჭმელთან ერთად. შემდეგ კეთდება განავალის ანალიზი. ნორმალური ადამიანი იტანს 100—150,0 ცხიმებს; ვაგოტონიანი უფრო მეტს ცხიმებს ითვისებს, ვიდრე სიმპატიკოტონიანი.

ამ უკანასკნელი ცდებით მყარდება ავტონომიური ნერვული სისტემის ნივთიერებათა გაცვლა გამოცვლის ინტიმიურ პროცესებზედ გავლენა. ვინ არ იცის რომ, მაგ. Basedow-ის ავადმყოფობის დროს ავადმყოფი კარგავს წონაში, რადგანაც მისი მეტაბოლიზმი შეცვლილია. იგი მეტს ენერგიას ხარჯავს, ვიდრე ნორმალური ადამიანი.

პირიქით მეტაბოლიზმი მიქსედემის დროს დაქვეითებულია. სიმპატიკურ ნერვული სისტემის მოქმედების ამ ინტიმიურ მხარეს გამოსაკვლევად უკანასკნელად შემუშავებულია მეთოდი, რომელიც ამერიკაში დაიბადა და ამ უამად ევროპაში დიდ ხმარებაშია.

ეს მეთოდი გვაძლევს საშუალებას **გადავჭრათ საკითხი თუ რამდენად ინტენსიურად სწარმოებს ორგანიზმში გაცვლა-გამოცვლის ძირითადი პროცესები.**

რადგანაც ამ პროცესების სიჩქარე ახასიათებს ზოგიერთ სნეულებათა მიდინარეობას, ამას პირდაპირი კლინიკური მნიშვნელობა ექნება.

ვიციტ, რომ ნორმალურ ადამიანისათვის საჭიროა კალორიების განსაზღვრული რიცხვის შეყვანა ორგანიზმში, რათა მას ცხოვრება შეეძლოს, რომ ამ კალორიათა რიცხვი ცვალებადობს იმის მიხედვით თუ, რა მუშაობას აწარმოებს ადამიანი.

წარმოვიდგინოთ, რომ ადამიანი არავითარ მუშაობას არ აწარმოებს; იგი მიუხედავად ამისა მაინც ხარჯავს ნივთიერებას, იგი გამოჰყოფს განსაზღვრულ რიცხვს კალორიებისას. მაშასადამე ნივთიერებათა გაცვლა-გამოცვლა უნდა სწარმოებდეს განუწყვეტლივ, რათა ორგანოებს და ქსოვილებს სახარჯი მასალა ჰქონდეთ ძირითადი ფუნქციების განხორციელებისათვის.

თუ ადამიანი წევს, თუ მისი კუნთები სრულიად მოდუნებულია, თუ მას 16—20 საათი არაფერი უჭამია, ე. ი. იგი თავისუფალია საჭმლის მონელების პროცესის წარმოებიდან, იგი ხარჯავს მინიმუმს ენერგიისას, რომელიც განისაზღვრება, როგორც ძირითადი პროცესებისათვის დინიშნული ნივთიერებათა გაცვლა გამოცვლა, ანუ ძირითადი მეტაბოლიზმი.

ეს ძირითადი მეტაბოლიზმი იცვლება სხვა და სხვა პათოლოგიურ მდგომარეობათა მიხედვით. მაგ. ჰიპერსიმპატიკოტონია მას აძლიერებს, რასაც ჩვენ Basedow-სა და საზოგადოთ ჰიპერტიროიდიზმის დროს ვხედავთ. იგი ქვეითდება myxoedem-ისა და საზოგადოთ ჰიპოტიროიდიზმის დროს.

კლინიკაში მიღებულია გამოანგარიშება არა იმ კალორიათა რიცხვისა, რომელსაც მთელი ორგანიზმი ხარჯავს 24 საათში, არამედ იმ კალორიების რიცხვისა, რომელიც იხარჯება ერთი საათის განმავლობაში ადამიანის სხეულის ერთი მეტრის ზედაპირზედ.

თვით კალორიათა ოდენობის გამოანგარიშება ხდება არა პირდაპირი დაზომით სათანადო კამერაში, არამედ შემდეგნაირად.

ვზომავთ ჰაერს, რომელიც ამოისუნთქა ავადმყოფმა, ვსთქვათ, ათი წუთის განმავლობაში.

ამ ჰაერში გამოვიკვლევთ ანალიზის საშუალებით გამოყოფილ CO_2 —ნახშირმჟავას და შესუნთქებული O_2 —ჟანგბადის რაოდენობას.

ამისათვის არსებობს აპარატები, რომელთა შორის უფრო მარტივი და იაფი Guillaime-ის აპარატია. ნახშირმჟავასა და ჟანგბადის მიხედვით ვიკვლევთ კალორიათა რიცხვს, გამოყოფილს ერთი საათის განმავლობაში.

შემდეგ სათანადო ტაბულების მიხედვით ვანგარიშობთ ადამიანის ზედაპირს მისი წონის და სიმაღლის მიხედვით და მიღებულ კალორიების რიცხვს ზედაპერზედ ვყოფთ. ვიღებთ ძირითადი მეტაბოლიზმის რიცხვს, რომელიც ახასიათებს ნივთიერებზეთა გაცვლა-გამოცვლის ინტენსივობას.

ძირითადი მეტაბოლიზმის შესწავლა გვაძლევს საშუალებას თვალყური ვადევნოთ პათოლოგიური პროცესის მიმდინარეობას და ერთგვარი კონტროლი გაუწიოთ მას თერაპიის დროს.

Myxoedem-ის დროს მეტაბოლიზმი დაწეულია $35-40\%$ -მდე. Plumie-ს აზრით მეტაბოლიზმის დაწევა 17% -ით ჰიპოტიროიდიას ნიშნავს.

ამ შემთხვევაში thyreoidini-ს დანიშვნა სწევს მეტაბოლიზმს ნორმამდე. Herann-ს და Abel-ს გამოუქვეყნებია შემთხვევები როდესაც thyreoidin-ით ექიმობას მეტაბოლიზმი, რომელიც ნაკლები იყო ნორმაზედ— 69% , ასულა ნორმას ზევით 44% , და მეორე შემთხვევაში— 30% , დან+ 46% -მდე.

Cretinisme-ის დროს დაწეულია 30% და ზოგჯერ 42% -ითაც.

უბრალო კალორიდალური ჩიყვი. ამ სნეულებას გხვდებით იქ სადაც წყალი მოკლებულია იოდს. საკმარისია მიუმატოთ წყალს $1:1.000.000$ იოდი, რომ ეს ავადმყოფობა არ განვითარდეს. აქ მეტაბოლიზმი დაწეულია $5-18\%$ -ით. ოპერაცია ნაჩვენები არ არის ამ სნეულების დროს. ადვილი გასარჩევია ეს სნეულება ექზოფტალმიანი ჩიყვიდან, თუ მეტაბოლიზმი იქნება გასინჯული.

ადენომა ფარისებრი ჯირკვლისა უჰიპოტიროიდიით.

მეტაბოლიზმი ნორმალურია.

ადენომატოზური ჩიყვი ჰიპერტიროიდიით.

მეტაბოლიზმი აწეულია 35% მაინც. ამ შემთხვევებში მეტაბოლიზმი იწევს ოპერაციის შემდეგ. მაგ. მეტაბოლიზმმა დაიწია $+76\%$ + 14% -მდე ოპერაციის შემდეგ.

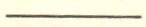


Basedow-ის ავადმყოფობა. მეტაბოლისმი აწეულია 100%, შუათანა შემთხვევებში 75%-ით, ან 45%. მეტაბოლისმის აწევა პარალელურია პულსის სიჩქარესთან. იგი მოასწავებს ავადმყოფობის სიძნელეს.

3 თვის განმავლობაში მოსვენებით ექიმობამ დასწია მეტაბოლისმი 44%-დან 28%-მდე სამი თვის შემდეგ, 22%-მდე ექვსი თვის შემდეგ, და 19%-მდე ერთი წლის შემდეგ. ამ ავადმყოფობის ექიმობის დროს უნდა დავემყაროთ მეტაბოლისმის გასინჯვას. არასოდეს არ უნდა გაკეთდეს ოპერაცია მეტაბოლისმის ძლიერი აწევის ხანაში. ლოგატურამ, მეორე ოპერაციამ და მოსვენებამ დასწია მეტაბოლიზმი 68%-დან 20%-მდე.

Menopausa-ის ჰიპერტირეოიდიზმი ეწვევს მეტაბოლისმის აწევას 20%-დან 90%-მდე.

ამნაირად მეტაბოლისმის გასინჯვა ფრიად სასარგებლოა სიმპატიური ნერვული სისტემის მუშაობის გამოსაკვლევად. ზურგის ტვინის სითხის პათოლოგიის შესწავლით, სიმპატიური ნერვული სისტემის ბიოლოგიურ მეთოდების საშუალებით შესწავლილი ნევროპათოლოგია შედის კლინიკურ დისციპლინათა იმ რიგში, რომელიც თავის განვითარებას ბიოლოგიის განვითარებაზედ ამყარებს.



ქართველ ფიზიკოსთა საზოგადოების 16/IV 1925 წლის სხდომის ოქმი.

ქართველ ფიზიკოსთა საზოგადოების 16/IV 1925 წლის სხდომის ოქმი.

დაესწრო წევრი 85, სტუმარი 60.

მომხსენება პირველი.

ექ. ჯიბუტი. „თირკმლების კენჭები. ჰოსპიტალური კლინიკის მასალის მიმოხილვა“

ექვსი წლის და სამი თვის განმავლობაში ჰოსპიტალურ ხირურგიულ კლინიკას ყოლია 7060 ავადმყოფი და მათ შიგნით მხოლოდ 18 ნეფროლიტიკით, ასე რომ ამ სნეულებით დაავადება საქართველოში არ უნდა იყოს ხშირი.

მარჯვენა თირკმლის დაავადება უფრო ხშირია, ვინემ მარცხენასი. დაავადება იწყება ახალგაზრდობაში და თავს იჩენს დაგვიანებით. მოყვანილ 18 შემთხვევიდან 12 ყოფილა 25 წლამდე. სქესის მხრივ მასალა თანასწორია. კლინიკაში ყოფილა შემთხვევა ცხრამეტი კენჭისა; სიდიდის მხრივ ყოფილა კენჭი 145,0 გრამი წონით. კენჭების ადგილმდებარეობა უფრო მენჯი და ფიალებია. ეთიოლოგია გამოურკვეველია. არსებობს ფიზიკო-ქიმიური თეორია, ფიზიოლოგიური და ინფექციური თეორია მოყავს Ebstheinis-ს Nicoloyer-ის და Rosenbach-ის თეორიები. დიაგნოსტიკა გაადვილა ცისტოსკოპიის, შარდსაწვეთების კატეტერიზაციის პიელო და ურეტროგრაფიის და რადიოგრაფიის შემოღებამ, დიაგნოსტიკური მიზნით მიმართვენ აგრეთვე პნეიმოპერიტონეუმს და პნეიმოპერიტონეუმს.

ერთ შემთხვევაში კენჭი გამოუღიათ გულ-მკერდის ღრუიდან ერთ-ერთ პატარა ოპერაციის დროს.

მომხსენებელმა წარმოადგინა პრეპარატები, ურეტროგრაფიული და რადიოგრაფიული სურათები.

ექ. ცეცხლაძე. რით აიხსნება მარჯვენა თირკმლის არეში ტკივილები, როდესაც კენჭი მარცხენა თირკმელში მდებარეობს?

ექ. გველეხიანი. ჩემის ფიქრით იმ დასკვნებისათვის, რომელიც მომხსენებელს გამოყავს 18 შემთხვევა საკმაო არ არის და ძლიერ სასურველი იქნებოდა ავტორს მეტი მასალა შეეკრიბა, თუ გინდ სხვა და სხვა საავადმყოფოებში.

პროფ. თიკანაძე. სასურველად მიმაჩნია მეტი სინამდვილისათვის გამოკვლეულ ყოფილიყოს გვამები და პათოლოგო-ანატომიური სურათები, ვინაიდან ექვს გარეშეა ბევრ შემთხვევაში სიცოცხლეში კენჭები შეუმჩნეველი რჩებიან.

პროფ. მუხაძე. ასახელებს შემთხვევებს, რომლების დროს შეიძლება კენჭი იყოს, მაგრამ ვერ აღმოვაჩინოთ, ან და პირიქით შეიძლება არ იყოს კენჭი

და გვეგონოს რომ არისო. მოყავს შემთხვევა, სადაც ერთმა ცნობილმა დოსტაქარმა საერთაშორისო ყრილობაზე ყოველი მხრით დასაბუთებული კენჭის არსებობა ოპერაციის დროს ვერ აღმოაჩინა.

ექ. წულუკიძე. განსაკუთრებულ ყურადღების ღირსად სთვლის იმ შემთხვევას, სადაც კენჭი გულ-მკერდის ღრუში აღმოჩნდა. ასეთი შემთხვევა სადოსთაქარო დარგში ჯერ არ ყოფილა აწერილი.

ექ. გველესიანი. (მომხსენებელი) — 18 შემთხვევა, რასაკვირველია, ცოტაა საბოლოო დასკვნების გამოსატანად, მაგრამ, თუ ამ შემთხვევებს შეუფარდებთ იმ 7060 შემთხვევას, რომელიც საზოგადოდ ჩატარდა კლინიკაში, ჩვენ საბუთი გვაქვს ვიფიქროთ ნეფროლითიაზის სიმპტირეზე საქართველოში.

თავმჯდომარე პროფ. ნათიშვილი. ხაზს უსვამს იმ მეთოდებს — Phyllographin, Rentgenogrop-ს და სხვა — რომლითაც მომხსენებელს უსარგებლია და რომლებიც ახალ მოვლენად უნდა ჩაითვალოს ჩვენში.

მომხსენება მეორე.

ექ. მ. ჭვალაშვილი. ავტორი აკეთებს ლიტერატურის მოკლე მიმოხილვას საშვილოსნოს ფიბრომიომების ეთიოლოგიის და ჰისტოგენეზის საკითხის შესახებ და აღნიშნავს: რომ არც ერთი თეორია დღემდე გამოთქმული, არ არის საბოლოოდ ცნობილი.

ავტორი მოკლედ ეხება საკვერცხეს, როგორც შინაგან სეკრეციის ორგანოს და ლიტერატურის მიხედვით ამტკიცებს ამ ორგანოს დიდ მნიშვნელობას საშვილოსნოს ნორმალურ ზრდა-განვითარებაში და მის ფუნქციების ნორმალურად წარმოებაში.

ის მოსაზრება, რომ საშვილოსნოს ფიბრომიომა ჩნდება მხოლოდ მოწიფულობის ვალვიძების და აყვავების ხანაში, რომ Menopaus-ის დადგომისას ის შეიძლება თავის თავდაც დაპატარავდეს (ზოგჯერ კი სრულიადაც გაქრეს); რომ კასტრა-ოპერატიული იქნება ის, თუ რენტგენის სხივებით გამოწვეული იძლევა სიმსივნის, როგორც შეჩერებას, ისე ატროფიასაც. ყველა ეს მოსაზრება საბუთს აძლევს ავტორს იფიქროს საკვერცხეების ფუნქციის აშლილობაზე როგორც ფიბრომიომის წარმოშობა-განვითარების ეთიოლოგიურ მომენტზე.

ამ მიზნით მას გაუსინჯავს გისტოლოგიურად 32 საკვერცხე ოპერაციით ამოკვეთილი ფიბრომიომიომიან ერთად, მას უსარგებლია აგრეთვე კლინიკის ძველი მასალით და ნახულ ცვლილებათა მიხედვით გამოყავს შემდეგი დასკვნები: 1) კლინიკურად ფიბრომიომიომის ზრდის საქმეში საკვერცხეს მნიშვნელობა უეჭველია, 2) ფიბრომიომიომის დროს არსებული პათოლოგო-ანატომიური ცვლილებანი საკვერცხეში არ აიხსნება მატოო ხორცმეტის, ან ანთებითი პროცესით გამოწვეულ გავლენით, 3) დადასტურებული ცვლილებანი გამოხატავს ალბად საკვერცხეს დისფუნქციას, მის შინაგან სეკრეციის აშლას. ეს დისფუნქცია თანდაყოლია და წარმოადგენს საზოგადო კონსტიტუციონალურ ანომალიას ერთერთ მხარეს. 4) საკვერცხეს დისფუნქციის მოსპობით ისპობა როგორც მიღრეკილება ხორცმეტის ზრდისადმი, ისე ამ ხორცმეტის დაპატარავება.

შეკითხვები და კამათი.

ექ. წულუკიძე—სასურველია გავიგოთ, თუ რით ხსნის მომხსენებელი კასტრაციის დროს მომხდარ ატროფიას შინაგანი სეკრეციით ხომ არა?

პროფ. ნათიშვილი. როგორ შეიძლება წარმოყიდგინო ფიბრომიომის ზრდა, თუ უჯრედები ფიზიოლოგიურად მომწიფებული არ არიან. უჯრედების ზრდა წარმოუდგენელია. რატომ არის რომ თქვენ არ მოგიხსენებიათ Riberta-ის და აგრეთვე ინფექციური თეორია?

პროფ. თიკანაძე—რენტგენის სხივების მოქმედება შეიძლება იყოს პირდაპირი მიომის უჯრედებზე, თუ არა?

ექ. მაგლობლიშვილი. (მომხსენებელი) კასტრაციით საკვერცხეებს ჩვენ ვაშორებთ გორმონებს, რომლებიც ალბად გამაღიზიანებლათ მოქმედობენ ფიბრომიომის უჯრედებზე და იწვევენ მათ პათოლოგიურ პროლიფერაციას; არა სრულ დიფერენციაციის უჯრედებს შეუძლიათ ჰისტოლოგიური თვალსაზრისით მომწიფებულად გამოცხადდნენ, მაგრამ ფიზიოლოგიური ფუნქცია ნორმალურ უჯრედებისა ვერ აწარმოონ. მალა მდგომ უჯრედად უნდა ჩაითვალოს ის უჯრედი, რომელიც ფიზიოლოგიურად არის მომწიფებული და რომელიც აწვდის ორგანიზმს საჭირო სეკრეტს და რომლის კვება-გამრავლება და ფუნქციის ასრულება შეფარდებულია მეზობლად მყოფ სხვა უჯრედთა ამავე პროცესებთან. Ribertის და ინფექციონალურ თეორიებზე მოხსენებაში მაქვს ნათქვამი, მხოლოდ ამაზე არ შევჩერდი, რადგან დღეს ამ თეორიების მნიშვნელობა უარყოფილია. რენტგენის სხივებს შეუძლია იმოქმედოს მიომის უჯრედებზე, მხოლოდ საჭიროა დოზა იყოს საკმაო.

ქართულ ექიმთა 30/IV 1925 წ. საზოგადოების სხდომის ოქმი.

დაესწრო წევრი 95, სტუმარი 67.

პროფ. Wassermann-ის ხსოვნის აღსანიშნავად სიტყვას წარმოსთქვამს **ექ. ტყეშელაშვილი.**—აღნიშნავს იმ ღრმა ცვლილებებს, რომლებიც W-ის აღმოჩენამ შეიტანა სიფილიდოლოგიაში, ასახელებს საკითხის იმ მხარეებს, რომლებიც დასახელებულ აღმოჩენამდე დიდ სიძნელეს წარმოადგენდნენ დიაგნოსტიკის მხრივ ძნელ და თავსაბტურვე საკითხებად იყვნენ აღიარებული. W-ის რეაქცია მთელი რევოლიუცია მოახდინა, როგორც დიაგნოსტიკის, ისე ტერაპიის მხრივ, ძირიან ფესვიანად შეცვალა ბევრი ძველი შეხედულებანი ნერვულ სისტემის დაავადების, თანდაყოლილი და შთამომავლობითი ათაშანგის, არტრიტის და სხვა მრავალ საკითხთა შესახებ.—შესაძლებელია მეცნიერულმა წინსვლელობამ ბევრი რამ შეცვალოს W-ის რეაქციაში, შესაძლებელია ამ რეაქციის ადგილი ისეთმა ახალმა რეაქციებმა დაიკავონ, როგორცაა დალექითი რეაქციები ზაკს-გეორგისა, მეინიკესი და სხვების, მაგრამ ის მძლავრი იდეა, რომელიც ასეთი ნიჭითაა ჩაქსოვილი ამ რეაქციის წარმოშობაში, უკვდავი დარჩება საექიმო მეცნიერებაში ისე, როგორც თვით ამ იდეის პირველი მატარებელი

ლი პროფ. ვასერმანი. მეორე სიტყვას Wassermann-ის ხსოვნისათვის წარმო-
თქვამს პროფ. ამირაჯიბი. რომელიც ლაპარაკობს W-ის მეცნიერულ ნამუშე-
ვარზე საზოგადოდ—იმუნიტეტურ და სეროლოგიურ ხასიათის მის შრომებზე
(აუტორეფერატი არ არის წარმოდგენილი).

მეცნიერულ მოხსენებას აკეთებს პროფ. ვირსალაძე.—„ამებიაზის პრობ-
ლემა“ (აუტორეფერატი არ არის წარმოდგენილი).

ექ. შ. მიქელაძე. მაინტერესებს იატრინის მოქმედება ამებიაზის დროს.
გარდა ამისა უნდა აღინიშნოს, რომ ჩვენში გადაჭარბებული გატაცება წამოყენე-
ბული ამ საკითხის შესახებ. ხშირია ისეთი მოვლენა, როდესაც ავადმყოფს კლინი-
კურად არა ემჩნევა-რა, ექსპერიმენტებში აღმოაჩნდება ამება, მას მთელი თვეო-
ბით დიეტაზე აჯენენ და ეს ავად ხდება ნეირასტენიით. ჩემის აზრით კი ავად
უნდა იქმნას ცნობილი მხოლოდ ის ავადმყოფი, რომელსაც ამების აღმოჩენის
გარდა კლინიკურადაც აღმოაჩნდება ამებიაზის მოვლენები. ზოგიერთების აზ-
რით ემეტინი მოქმედობს წითელ ბურთულეებზე და არა პირდაპირ ამებებზე.
ექვი მებადება, რომ per klysmata შემოიღობა იატრინმა ადგილობრივ იმოქმედოს.
ვამჯობინებდი შიგნით დანიშვნას.

ექ. ანთაძე. აწერილია Amebo Uretrogenital. შინდა გავიგო აქეს ამას რა-
იმე დამოკიდებულება დიზენტერიის ამებასთან, თუ არა.

პროფ. ამირაჯიბი. უკანასკნელ ხანებში ბევრს ვლაპარაკობთ ამებიურ
დიზენტერიაზე და მის გავრცელებაზე. სასურველია ვიცოდეთ რა მოუვიდა ბა-
ცილიალურ დიზენტერიას? ჩვენში დიზენტერიის პანდემია რალაც თავისებუ-
რია. აბცესები ცოტაა. თითქმის ასი პროცენტი ამ ამების მატარებელია, კლი-
ნიკურად კი ძალიან ცოტაა იმით ავადმყოფი, საჭიროა მეტი დაკვირვება ავად-
მყოფობის გაპოსაცნობად. შეიძლება არსებობდეს უმანკო და ერთ და იმავე
დროს მავნებელი ამებები.

პროფ. ნათიშვილი. აღნიშნავს Emetin-ის კომულატიურ მოქმედებას და გა-
ნოსთქვამს შიშს მისი ხშირების შესახებ.

ექ. წულუკიძე. თუ ამებების გადატანა სისხლის და ლიმფატიური მილე-
ბის საშუალებითაც ხდება, მაშინ შესაძლებელია აბცესების გაჩენაც.

პროფ. ვირსალაძე. (მომხსენებელი) იატრინის მოქმედების შესწავლა და-
სრულებული არ არის. ზოგი ფიქრობს, რომ მისი მოქმედება ადგილობრივი ხა-
სიათისაა, ზოგს კი გონია, რომ ეს მოქმედება ზოგადი ხასიათისაა.

Uretrogenital-ურ ამებების შესახებ უნდა ითქვას, რომ ზოგიერთ ორგა-
ნოებში მართლაც იპოვიან ამებები, მაგრამ მათ პათოგენური თვისებები არ
აქვთ. ემეტინს კომულატიური ხასიათი, მართლაც აქვს და ამიტომაც რომ ხმა-
რების დროს პაუზებს ვაკეთებთ. არსებობს ბაცილიალური დიზენტერია და არსე-
ბობს ამებური დიზენტერია. ეს უკანასკნელი ომის დროს გავრცელდა გერმა-
ნიაში, ეხლი კი კლებულობს. ემეტინის ერიტროციტებზე მოქმედების შესახებ
არსებობს ცალკე აზრი, მაგრამ ეს ჯერ დამტკიცებული არ არის. იატრინის ად-
გილობრივ მოქმედების შესახებ არსებობს ბევრი ავტორიტეტის აზრი და მარ-
თლაც per klysmata—მისი ხმარება ბევრ შემთხვევაში მიზანშეწონილია,—ამე-
ბიურ დიზენტერიის გავრცელების შესახებ გადაჭარბება შესაძლებელია, მართ-

ლაც არსებობდეს, მაგრამ ამებური დიზენტერია რომ გავრცელებულია ჩვენში ეს, ყოველ ეჭვს გარეშეა. გამოკვლევა და მეტი შესწავლა საკითხისა, რასაკვირველია, საჭიროა და მეტად სასურველიც.

ქართველ ექიმთა საზოგადოების 7/V 1925 წ. სხდომის ოქმი.

დაესწრო 70 წევრი და 45 სტუმარი.

ექ. ა. შატილოვი. გარდაცვალებულ ცნობილ ოკულისტ Hirschbergi-ს სხონისათვის წარმოსთქვამს სიტყვას, რომელშიაც ახასიათებს მას, როგორც მეცნიერს, რომელმაც ბევრი იშრომა ოფთალმოლოგიის გასაუმჯობესებლად, შემოიღო ახალი წესი ოფთალმოსკოპიისა, მაგნეტოოპერაციისა, დაარსა ოფთალმოლოგიის ჟურნალი და სხვა.

მოხსენება პირველი.

ექ. ლ. ანთაძე. ცხოველებზედ Treponema Sodoku-თ გატარებულ ცდების შედეგები—დასახელებულ სპიროხეტების ვირულენტობის შესამოწმებლათ ავტორს აუღია 4,0 კულტურისა, აუტრია თეთრი ვირთავვისათვის, რომლისაგან შეკრებილ ექტოპარაზიტებში ცამეტიდან ორში უპოვნია მიკროსკოპიულად უტყუარი სპიროხეტები. ამან ის დაინტერესა ეპიდემიოლოგიური თვალთაზრისით და წამოაყენა დებულება ამ უცნობ ექტოპარაზიტთა მიერ Gumesiden-ის ოჯახიდან Sodoku-ს გადატანა-გავრცელების შესახებ ცხოველთა შორის.

ამ მიზნით მას უწარმოებია შესაფერი ცდები და მისულა შემდეგ დასკვნამდე:

1) მიღებული Trepon. Sodoku-ს კულტურა ვირულენტურია.

2) Treponema Sodoku-ს—კულტურით აცრილ თეთრვირთავებზე მყოფ და იქედან შეკრებილ Gumesiden-ის ოჯახის ტკიპა, რომლის სახეობა დადგენილი იქნება შეიცავდა ზემოდ დასახელებულ სპიროხეტებს მაშინ, როდესაც ცდაში არ ნაყოფი ვირთავებიდან შეკრებილი ამავე სახის ტკიპები მათ არ შეიცავდა.

3) სპიროხეტთა შემცველ ექტოპარაზიტთა ემულსიით ბულიონში შესაძლოა ვირთავებზე ექსპერიმენტალური Morbus Sodoku-ს მიღება.

4) ჩვენ მიერ დასახელებულ ტკიპებში არსებულ სპიროხეტებით ვირთავების დაავადება ემულსიის სახით კანქვეშ შემზაპუნებით არის ხელოვნური გზა ინფექციის შეყვანისა ცხოველის ორგანიზმში.

5) ორგანოებში ნახული სპიროხეტები ოდენობით და ხვეულთა რიცხვით ისეთივეა, როგორც სხვა ქვეყნებში აწერილი.

შეკითხვათა და კამათი.

ექ. წულუკიძე. ყველა სპიროხეტები ერთი და იგივე ფორმისაა, თუ სხვა და სხვა გვარი?

პროფ. ამირაჯიბი. საინტერესოა შესაძლებლობა ამ სნეულების სხვა ცხოველების საშუალებით გადატანისა. როგორც ვხედავთ ერთგვარ მწერებს ქონიათ სნეულების გადატანის უნარი.

ექ. გველესიანი. საიდგან იყო გადატანილი ასაკრელი მასალა?

ექ. ანთაძე. (მომხსენებელი) ჩემგნით აწერილი სპიროხეტები არ განსხვავდებიან სხვებისგან მიღებულ სპიროხეტებისაგან. მასალა აღებულისა იმ ადგილებიდან, სადაც ვიცოდით, რომ ნამდვილად იქნებოდნენ სპიროხეტები.

პროფ. ნათიშვილი. (თავმჯდ.). აღნიშნავს სიამოვნებით, რომ ამ სნეულების გადამტან ცხოველების გამოკვლევა სწარმოებს საქართველოს ლაბორატორიაში დიდი ენერჯით და მაღლობას უტყბადებს მომხსენებელს კრების სახელით ფრიად საინტერესო მოხსენებისათვის.

მომხსენება მეორე.

ექ ანთელავა. „ფილტვების ქლექის ქირურგიული წამლობა“ (აუტორეფერატი არ არის წარმოდგენილა).

ექ. ცეცხლაძე. არიან თუ არა ავადმყოფები მორჩენილი?

ექ. ცხაკაია. სუყველა თვრამეტ შემთხვევაში კარგი შედეგები მიიღეთ, თუ არა. გაუმჯობესება მუდმივია, თუ დროებითი?

ექ. გავაქკარი. პნევმოტორაქსი ახალი არ არის, დაკვირვებები ბევრია 500 – 600-მდე და მეტიც. თითქმის ყველა ავტორი აღნიშნავს სიცხის დაკლებას. საქართველოში პნევმოტორაქს აწარმოებდნენ ექიმები კ. ლორთქიფანიძე, კრესტნიკოვი და მე. ერთი საკითხია საინტერესო, როდის უნდა გაკეთდეს პნევმოტორაქსი. მასალის ამორჩევა ძნელია. პნევმოტორაქსის შემდეგ ხშირად ჩნდება პლევრიტი, ხანდისხან დაჩირქიანებაც, მაგრამ ესეც საშიში არ არის. ხელოვნური პნევმოტორაქსი, ჩემის აზრით, მეტად საჭირო საშუალებაა ტუბერკულოზის წამლობაში. რაც შეეხება ზაფერბუხის ოპერაციას, მას არ მოაქვს კარგი შედეგები.

ექ. წულუკიძე. მოხსენება საინტერესოა იმით, რომ მომხსენებელს პროვინციაში უწარმოებია ქირურგიული მეთოდები. ეს მეთოდი ცნობილია და ყველგან მიღებული. N. phrenicus-ის ამოგლეჯა არის უბრალო ოპერაცია, მაგრამ ეს საკმარისი როდია, ამიტომ უმატებენ ან თორაკოპლასტიკას, ან პნევმოტორაქს.

ექ. ნაზარაშვილი. ჩემის აზრით წინასწარ საჭიროა გადაღებულ იქნას რენტგენის სურათები.

პროფ. მუხაძე. თორაკოპლასტიკის ოპერაცია ძნელი ოპერაციაა, განსაკუთრებით ისეთ ავადმყოფზე, როგორც ტუბერკულოზებიანი არიან. ჩვენი დაკვირვებით ეს ოპერაცია ხშირად სიკვდილით ბოლოვდება ხოლმე და მას უნდა მივწართავდეთ განსაკუთრებულ პირობებში.

პროფ. წინამძღვრიშვილი. პნევმოტორაქსი არ წარმოდგენს ქირურგიულ წესს. თქვენ ალბად ითვალისწინებდით როგორც ანატომიურ დაზიანებას, აგრეთვე ბიოლოგიურ რეაქციას. წამლობის დროს საჭიროა სრული და ნამდვილი კლასიფიკაცია. საინტერესოა აგრეთვე გავიგოთ მოხდა თუ არა მომხსენებლის მიერ აწერილ შემთხვევებში სრული აღდგენა; იყო თუ არა გამოკვლევა სისხლისა და სხვა და სხვა?

ექ. ანთელავა. (მომხსენებელი). მთელად მოსარჩენად საჭიროა 1—1½ წელიწადი, ეხლა კი ნაექიმარი ავადმყოფები იმდენად გამოსწორებულები არიან, რომ შეუძლიათ იმუშაონ. 18 შემთხვევიდან ორი გარდაიცვალა, ოთხ შემთხვევაში ვერ მივიღეთ კარგი შედეგები. პნევმოტორაქს ხმარობენ ორივე მხარეზე

და ფართოდ. ჰაერი შეგვეყავს სულ ცოტა. დაჩირქიანების შიში ზედმეტია; მოყავს სტატისტიკა, საიდანაც სჩანს, რომ პნევმოტორაქს ფართოდ ხმარობენ. *N. phrenicus*-ის ამოჭრასთან ერთად ამოიგლიჯება ხოლმე სხვა შტოებიც. ტორაკოპლასტიკა ძნელად გადასატანი ოპერაცია რჩება მხოლოდ 34⁰/₆.

თავმჯდომარე პროფ. ნათიშვილი. მოხსენება საინტერესოა. ქირურგიული მეთოდები გატარებულია პროვინციაში, სადაც ნაკლები შესაფერი პირობებია. აბასთუმნის ჰავა, კარგი კვება, მზე, რასაკვირველია, ხელს შეუწყობდა კარგ შედეგების მიღებას. *N. phrenicus*-ის ამოგლეჯის დროს საჭიროა სიფრთხილე, რადგან ანატომიურად ხშირად არ ვიცით სად მდებარეობს ეს ძარღვი — ზოგჯერ ის სისხლის ძარღვებს მისდევს, ზოგჯერ კი შიგ ვენაში გაივლის.

ქართველ ექიმთა საზოგადოების 14/V—1925 წ. სხდომის ოქმი.

დაესწრო 45 წევრი და 35 სტუმარი.

მოხსენება პირველი.

დოცენტი ასათიანი. „უსიხოპატიური კონსტიტუციები“ (აუტორეფერატი არ წარმოუდგენია).

ექ. კილოხანიძე. თქვენ მიერ, როგორც მოხსენებიდან სჩანს, მიღებულია კრემერის კლასიფიკაცია. ბავშვის ასაკისათვის უფრო მისაღებია *Maclov*-ის კლასიფიკაცია.

ექ. გვაგუკორი. ასტენიური ტიპები, თანახმად თქვენი მოხსენებისა, უფრო ხშირად ავად ხდებიან შიზოფრენით პიკნიური, ტიპები კი ცირკურიალური პსიხოზით. რადგანაც ჩვენში გავრცელებულია უფრო ასტენიური ტიპი, მე მაინტერესებს აგრეთვე ხშირი შიზოფრენია, თუ არა?

დოც. ასათიანი. (მომხსენებელი) ბავშვებზე, რასაკვირველია, ძნელია გამოცნობა, თუ რომელი ტიპს ეკუთვნება იგი მომავალში, მაგრამ ზოგიერთჯერ აშკარა გამოხატულ ნიშნების მიხედვით ჩვენ შეგვიძლია დავსვათ დიაგნოზი, თუ რომელ კონსტიტუციას ეკუთვნის ესა თუ ის ბავშვი. სრულ წლოვანთათვის კრემერის კლასიფიკაცია სავსებით დამაკმაყოფილებელია და მისაღები. იმის თქმა, თუ რომელი ხასიათის დაავადება უფრო ხშირია ჩვენში — ძნელია, რადგან ამის სტატისტიკა ჩვენ არ გვაქვს ჯერ-ჯერობით.

თავმჯდ. პროფ. ნათიშვილი. როგორც ვხედავთ კონსტიტუციის საკითხი ჯერ-ჯერობით სავსებით არ არის შემუშავებული. რაც შეეხება იმას, თუ რომელი კონსტიტუციის მატარებელი ვართ ქართველები, ამის თქმა ეხლა არ შეგვიძლია. ამისთვის საჭიროა ხანგრძლივი დაკვირვება და მუშაობა. აქ უდიდესი ადგილი ექნება ანატომიის შესწავლას. საბოლოო დამუშავება საკითხისა ეკუთვნის პსიხიატრებს.

მოხსენება მეორე.

ექ. წულუკიძე. დიდი ბადექონის ზოგიერთი დამცველობითი თვისებანი. (აუტორეფ. არ წარმოუდგენია).

ექ. დემეტრაძე. როდესაც ბაქტერიებს უშხაპუნებდენ, როგორ მდგომა-რობაში იყო პერიტონეუმი?

ექ. თოღაძე. როგორ ბოლოვდებოდა ავადმყოფობა იმ შემთხვევაში, როდესაც ბაქტერიები იყო ამოკვეთილი და ზიანდებოდა ორგანოები. მეორე, როგორ მოხდა, რომ ზოგიერთ ავტორებს ბაქტერიების ამოკვეთის დროს ცხოველები ეხოცებოდათ და თქვენი ცდების დროს კი არა. მესამე, აქვს თუ არა ბაქტერონს დამსველებელი თვისებები?

ექ. ცეცხლაძე. აქვს თუ არა მნიშვნელობა ენდოტელაუმის დაზიანებას, როგორც ვიცით, შეწებები ზდება მაშინ, როდესაც დაზიანებულია ენდოტელიუმი. მუცლის ღრუში და კანქვეშ ბაქტერიების შეშხაპუნების დროს ზიკოვს სულ სხვა შედეგი მიუღია. რით ხსნით ასეთ განსხვავებას. აქვს თუ არა ბაქტერონს მოძრაობის უნარი.

ექ. იოსელიანი. ზოგიერთი ავტორი დიდ ბაქტერონს აკუთვნებს სითხის შემწვრეტელ ორგანოს თვისებას, ზოგიც ფიქრობს, რომ იგი სისხლის წარმომშობი ორგანოა.

პროფ. ამირაჯიბი. მე ვგონებ, რომ ორივე გამოთქმული აზრი მართალია, რადგან ჩვენ ვიცით, რომ სხვადასხვა ქსოვილებს აქვს სხვადასხვა გრძნობიერებაც და ცდების შედეგებიც დაპოკიდებულია იმაზე, თუ რომელი ქსოვილით ვსარგებლობთ.

პროფ. მუხაძე. მომხსენებელი ბაქტერონს უფრო შეწებების უნარს აკუთვნებს. ეს კი ბიოლოგიურ თვისებათ უნდა ჩაითვალოს. რაც შეეხება ბაქტერონის დაგრძელებას, აქ, ჩემის აზრით, საქმე გვაქვს მის რაიმე პათოლოგიურ ცვლილებასთან, როგორც, მაგალითად, არის ჰაპერტროფია, რომელიმე გამალიზიანიებული მიხეზების გამო.

ექ. წულუკიძე. (მომხსენებელი) თუ ზიკოვის ცდები მართალია, რატომ არ შეიძლება მართალი იყოს Оппель-ის და წულუკიძის ცდები. შეხორცების პროცესს აქვს ბიოლოგიური მნიშვნელობა. ზოგიერთის აზრით ბაქტერონის მოძრაობის უნარით უნდა იხსნებოდეს ის შემთხვევები, როდესაც მას თიაქრის პარკში პოულობენ. მე კი მგონია, რომ ამ შემთხვევაში ნაწლავებმა ჩაიყოლია ბაქტერიები. მიწებება, რასაკვირველია, ხდება როდესაც დაზიანებულია ენდოტელიუმი. ცხოველების დახოცვა და გადარჩენა უნდა მიეწეროს ტენნიკას და ინფექციას. ლიტერატურაში გამოთქმულია ის აზრი, რომ ბაქტერონს დამსველებითი თვისებები აქვს; სითხის შემწვრეტელ თვისებების შესახებ მე საკუთარი ცდები არ მიწარმოებია და ვერას ვიტყვი.

თავმჯდ. პროფ. ნათიშვილი. საკითხი საინტარესოა, როგორც კლინიკურად, აგრეთვე ანატომიურად.

ანატომიის მხრივ ეს საკითხი არ არის ჯერ-ჯერობით სავსებით გამოკვლეული. საჭიროა დიდი მასალის დაგროვება და დამუშავება. აქ ერთი რამ არის შესამჩნევი. სხვადასხვა ცხოველებს სხვადასხვა სიგრძის და სხვადასხვა თვისებების ბაქტერიები აქვთ. ამიტომ ცდები უნდა ტარდებოდეს ერთ და იმავე ცხოველზე და მიღებულ შედეგები, რა თქმა უნდა, დიდის სიფრთხილით უნდა იყოს გადატანილი ადამიანზე.

ქართველ ექიმთა საზოგადოების 18/VI 1925 წ. სხდომის ოქმი.

დაესწრო სულ 52 კაცი.

პროფ. თიკანაძე. წარმოსთქვამს სიტყვას პროფ. ბუმის სსოგნისათვის—
 დეკემბრის ბოლო რიცხვებში ბუმი მძიმედ ავად გახდა: მას გამოაჩნდა ნაღვლის
 ბუშტის ემპიემის და მისი პერფორაციის ნიშნები. საჭირო გახდა ოპერაცია,
 რომლის გაკეთების მესამე დღეს პროფ. ბუმი გარდაიცვალა. განსვენებული იქ-
 ნებოდა სულ 67 წლისა, მაგრამ ის იყო ძალღონით და ენერგიით აღსავსე და
 შეეძლო შეექმნა კიდევ ბევრი რამ საექიმო სამეცნიერო დარგში.

გერმანელ მეცნიერთა შორის მას დიდი სახელი მოუხვეჭა დედაკაცის ჰო-
 ნორებით დაავადების შესახებ მის მიერ დაწერილმა შრომებმა და ამ სენის სუფ-
 თა კულტურის მიღებამ.—ბაზელის უნივერსიტეტის ქალთა კლინიკის გამგეთ
 ყოფნის დროს მან დაამუშავა თავისი შესანიშნავი სახელმძღვანელო მენობის
 შესახებ. ეს სახელმძღვანელო ცნობილია და გადათარგმნილი ყველა ევროპიელ
 ენაზე. ნათარგმნია ქართულადაც. 1904 წ. ის იქმნა მიწვეული ბერლინის უნი-
 ვერსიტეტის ქალთა კლინიკის გამგეთ, სადაც მან დიდი ცოდნა და უნარი გა-
 მოიჩინა ძველი კლინიკების მეცნიერულად თანამედროვე მოთხოვნილებისა და-
 გვარად დაყენების საქმეში. ბუმი იყო დიდი ენა-მეტყველი და დიდი ხელოვანი
 მხატვარი; დიდხანს ხელმძღვანელობდა Archiv für Gynekologie-ს რედაქციას.

ექ. ი. ახმეტელი. მოახსენებს კრებას ლენინგრადში მომხდარ დოსტაქართა
 ყრილობის შესახებ.

მეცნიერული მოხსენება **ექ. ვ. კაკოიშვილისა** „შარდ საწვეთების ანომა-
 ლიები“.

წარმოდგენილია ექვსი შემთხვევა, რომლებიც აღმოჩენილია სახელმწიფო
 უნივერსიტეტის ანატომიურ ინსტიტუტში უკანასკნელ სამი წლის განმავლობაში.

აღნიშნულ შემთხვევებში სამი იყო ცალმხრივი შარდსაწვეთების გაორკა-
 პებით—ორი მარჯვენა მხარეზე და ერთი მარცხენა მხარეზე. ორ შემთხვევაში
 გაორკაპება არსებობდა ორმხრივი, ერთ შემთხვევაში კი ადგილი ქონდა ორ-
 მხრივ გაორადებას, რომლებიც საკუთარი ხერხით იხსნებოდნენ შარდის ბუშტის
 კედელში. მომხსენებელმა მოიყვანა სხვა და სხვა თეორიები შარდსაწვეთების გა-
 ორადების და გაორკაპების ემბრიონალურ განვითარების შესახებ; აღნიშნა აგრე-
 ოვე სხვა და სხვა ავტორების შეხედულობა ამ ანომალიების შესახებ და დაჰყო
 ეს ანომალიები რიცხვის, მიმართულების, შარდსაწვეთების ზემო და ქვემო
 ნაწილის სხვა და სხვა სახით დაბოლოებას, სიგრძის და სანათურის მიხედვით.
 დასკვნები შემდეგია.

1. შარდსაწვეთების გაორადება საზოგადოთ ორივე მხარეზე შესაძლებელია.
2. შარდსაწვეთების გაორადება უფრო ხშირად მარცხენა მხარეზე ხდება,
 ვიდრე მარჯვენაზე.
3. შარდსაწვეთების დუბლიკაციის დროს სასურველია გავარჩიოთ გაორა-
 დება ნაწილობრივი—*duplicativ uretis partiolis* და მთლიანი გაორადება *dulpi-
 cativ uretis complectus*, ანუ პირდაპირი—*duplicativ uretis, sen ureter dnplet*

4. ორი შარდსაწვეთის არსებობის გამოაშკარავების დროს კატეგორიულად დიაგნოზის დასმა შესრდილ თირკმლების არსებობის შესახებ მიუღებლად უნდა ჩაითვალოს.

5. ზოგიერთი ავტორების აზრი, რომ არ შეიძლება ერთი შარდსაწვეთი ერთ თირკმელს ეკუთვნოდეს—შემცდარია.

მცირე შეკითხვების და მათზე პასუხის გაცემის გარდა კამათი არ ყოფილა

ქართველ ექიმთა საზოგადოების 11/VI 1925 წ. სხდომის ოქმი.

ექ. მ. კოკოჩაშვილი. „Ileothornacopagus-ის შემთხვევა“. (იხ. თანამედროვე მედიცინა № 9).

პროფ. ნათიშვილი. ეს შემთხვევა ყოველი მხრით საინტერესოა და წარმოადგენს ჩვენი ანატომიური ინსტიტუტის განძეულობას, რომელიც უძღვნა მას ქალაქ პირველი საავადმყოფოს სამედიცინო განყოფილების გამგემ ექიმმა მონინმა, რომელსაც მადლობას უძღვნით. — ასეთ სიმანხიჯეს აქვს მეცნიერული ინტერესი, მას აქვს ერთი ჭიპლარი, შინაგან ორგანოთა სხვა და სხვა გვარი განსხვავება. მოხსენება მეორე.

პროფ. ვირსალაძე. „ზოგიერთი ახალი ქემო და ფარმაკოტერაპევტიული მიღწევანი გერმანიაში“ (ავტორებ. არ არის წარმოდგენილი).

ექ. შატილოვი. ოპტოხინის ოპტალმალოგიაში ვხმარობთ Uic. corni-ს დროს, მაგრამ მე ვერ ვნახე მისი უპირატესობა სხვა მედიკამენტებთან შედარებით. ამ პრეპარატის ხმარების დროს აწერილია მხედველობის დაზიანება.

პროფ. ვირსალაძე. ოპტოხინის მიცემა შეიძლება მხოლოდ სამი დღის განმავლობაში—სულ ერთად 3,6.

პროფ. ნათიშვილი. როგორც მოხსენებიდან სჩანს გერმანიაში ამ უკანასკნელ ხანებში გამოშვებული ყოფილა ბევრი სხვა და სხვა მედიკამენტები, მაგრამ მათ შორის მხოლოდ ცოტაოდენს გამოუჩინია კარგი უნარი და ესეც დიდ მიღწევად უნდა ჩაითვალოს.

ქართველ ექიმთა საზოგადოების 8/X 1925 სხდომის ოქმი.

დაესწრო წევრი 68, სტუმარი 45.

მოხსენება პირველი.

ექ. ვარ. ჭიჭინაძე. „Atrophia alveolaris proeox“.

მომხსენებლის სიტყვით დასახელებული სნეულება იშვიათი დაავადებაა; თავისი შედეგებით წაავაგს Pyoerhaen alveolaris-ს სურავანდს და რეგრესიულ ფიზიოლოგიურ პროცესს — Atrophia senilis. დაავადების სურათს წარმოადგენს ნაადრევად ალვეოლარული მორჩის კიდებების ატროფია — შესუტვაში. ამ გვარ პროცესს განიცდის უმეტესად ფრონტალური კბილები, განსაკუთრებით ქვედა ყბისა. ავადმყოფობა მიმდინარეობს უჩინარ მიზეზების გამო უანთებოთ, უჩირქოდ და ამავე დროს Sig. circular. იწვევს ზევით, ან ქვევით მჭიდროდ ჩაჭედილი

კბილებზე, ვიდრე კბილის ფესვი სულ არ გაშიშვლდება და კბილები არ დასცივია. დაავადება ხდება უმეტესს ნაწილად 30 წლის ასაკში. ეთიოლოგია გამოურკვეველია. ავტორების უმეტესი ნაწილი ფიქრობს რომ მიზეზი ნეირასტენიაა და ტროფო-ნერვიული აშლილობა.

პროგნოზი უიმედოა; ტერაპია არ არსებობს—კბილები დასცივია.

პროფ. მუხაძე. როგორც მოხსენებიდან სჩანს Pyorrhœn alveol. გავრცელებული ყოფილა Atrophia alveolor. კი იშვიათი. მინდა გავიგო ასეა მხოლოდ ჩვენში, თუ იგივეა სხვა ქვეყნებშიდაც.

ექ. ჭიჭინაძე. (მომხსენებელი)—ლიტერატურაში ამ საკითხის შესახებ მაინცა და მაინც ბევრი არ არის ნათქვამი, მაგრამ რაოდენადაც გაცნობილი ვარ ლიტერატურას, ამავე მოვლენას ადგილი აქვს სხვა ქვეყნებშიაც.

პროფ. ნათიშვილი. ვ. ჭიჭინაძის მოხსენება წელს ჩვენ საზოგადოებაში მესაპეა—პირველი Cystoma alveolar. მეორე Pyorrhœn alveol. და მესამეც დღეს Atroph. alv.—ყველა ამ დაავადებას მჭიდრო კავშირი აქვს საზოგადო კონსტიტუციონალურ საკითხთან, ეს არ არის უბრალო ადგილობრივი დაავადებანი. აქედან ცხადია, რომ ოდონტოლოგიას ისეთივე მნიშვნელობა აქვს, როგორც სხვა ჩვენი დარგის სპეციალურ საგანს. პროფესორი აღნიშნავს მომხსენებლის 30 წლის მუშაობას ოდონტოლოგიურ დარგში და მის მოღვაწეობას ოდონტოლოგიურ კლინიკის კედლებში.

პროფ. მუხაძე. აღნიშნავს მომხსენებლის 30 წლის მოღვაწეობის იუბილეს გადახდას, ხაზს უსვამს მომხსენებლის პოპულიარობას როგორც ექიმთა წრეებში, აგრეთვე ფართო საზოგადოებაში, დაწვრილებით ჩერდება მის დაულალავ მუშაობაზე და დიდ დამსახურებაზე ოდონტოლოგიაში.



ეპიმი ბრ. ლ. ელიავა.

ქართველ ექიმთა მცირე რიცხვს მოაკლდა საუკეთესო წევრი—ექიმი გრიგოლ ლავრენტის-ძე ელიავა აღზრდილი საუკეთესო ტრადიციებზედ, გატაცებული უზომო სიყვარულით თავისი ერის, იგი ყოველთვის ზრუნავდა საზოგადოებრივ საკითხებზედ და ღებულობდა დიდ მონაწილეობას ქართველი ერის საზოგადოებრივ ცხოვრებაში. საქართველოს განახლებულ ცხოვრებას, მისი კულტურულ ზრდას იგი შეხაროდა და უკვე დაავადმყოფებული მაინც არ აკლდებოდა ექიმთა კონგრესებს და საექიმო საზოგადოების კრებებს. მთელი თავისი ენერგია, ახალგაზრდობა მან შესწირა ბათუმს, სადაც 32 წლის განუწყვეტლივი მუშაობით დასტოვა საუკეთესო მოგონებანი. დიდი გამოცდილება, ცოდნა და კეთილი გული იზიდავდა აუარებელ რიცხვს ავადმყოფებისა. ბევრი ავადმყოფი იგრძნობს დიდ დანაკლისს და მოიგონებს ხშირად იმ ადამიანს, რომელიც ყოველთვის ზრუნავდა მათზედ და დაუღალავად ყოველ დროს ემსახურებოდა მათ.

გრიგოლ ელიავა დაიბადა 10 თებერვალს 1856 წ. სოფ მარტვილაში (სენაკის მაზრა), საშუალო სწავლა მიიღო ჯერ მარტვილის სასულიერო სასწავლებელში, შემდეგ ტფილისის სასულიერო სემინარიაში, რომელიც დასტოვა მალე

და შევიდა ქუთაისის გიმნაზიაში მე-5-ე კლასში. 1878 წ. შევიდა მოსკოვის უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტზედ, რომელიც დაამთავრა 1883 წ. ამავე წელს დაინიშნა ტფილისის მიხეილის საავადმყოფოში შტატის ორდინატორად, სადაც სამი წლის სტაჟი გაატარა. 1885—1888 წ. მსახურობდა ჯერ ბაქოს გუბერნიაში (კუბაში ქალაქის ექიმად და გეოქიაში სოფლის ექიმად) შემდეგ ქალსტაერობოლში. 1888—1892 წ. მსახურობდა სოფ. საჩხერეში. 1892 წელს გადაყვანილ იქმნა ქ. ბათუმში ქალაქის ექიმად და აქ იმყოფებოდა 1924 წლამდე. ავადმყოფობის გამო იმავე წელს გადმოვიდა ტფილისში. ბათუმში 32 წლის გატარებულ დროს განმავლობაში იყო ხმოსანი ქალაქის საბჭოსი (1894—1921 წ.), ქალაქის საბჭოსთან არსებულ სხვადასხვა კომისიების წევრი ან თავმჯდომარე, თავმჯდომარე ქართველთა შორის წერა-კითხვის გამავრცელებელი საზოგადოების ბათუმის განყოფილებისა, თავმჯდომარე ბათუმის ექიმთა საზოგადოებისა, ქართული ეკლესიის ამშენებელი კომიტეტის თავმჯდომარე, ბათუმის საექიმო-სასანიტარო ინსპექტორი 1920—1921 წ., ბათუმის ქართულ ნაციონალურ საბჭოს თავმჯდომარე (1918—1921 წ.). ტფილისში გადმოსვლის შემდეგ ბათუმის ექიმთა საზოგადოებამ აირჩია საპატიო წევრად; 1924 წლიდან წევრია ქართველ ექიმთა და ბუნების მეტყველთა საზოგადოებისა.

მთელი წლობით შეუწყვეტლივ მუშაობამ დასტოვა თავისი კვალი და გულით ავადმყოფობის გამო (მიოკარლიტი) გარდაიცვალა 29 ოქტომბერს 1925 წ.

ნ. ყ—ძე.

ქ რ ე ნ ი კ ა.

● საექიმო ფაკულტეტის დეკანმა პროფ. გრიგოლ მუხაძემ მიიმე ავადმყოფობა გადაიტანა. 13 ნოემბერს გახდა ავად პარტახტიანი ტიფით. ინფექცია საშუალო ინტენსივობისა იყო, მეთორმეტე დღეზედ სიცხემ კრიტიკულად დაიწია და ავადმყოფს უკეთობა დაეტყო, მაგრამ სამი დღის შემდეგ დაერთო მიიმე გართულება—ფილტვების შემუშება და ჰიპოსტატიური პნევმონია და ავადმყოფი ერთ დროს საშიშ მდგომარეობაში იმყოფებოდა. ამ უამად ავადმყოფს უკეთესობა ემჩნევა და სრული იმედაა, რომ ახლო მომავალში გრ. მუხაძე დაუბრუნდება თავის ფრიად სასარგებლო მოღვაწეობას. მის ავადმყოფობას გამოემართა ფართო საზოგადოებრივი წრეები, საქართველოს სხვა და სხვა კუთხიდან დეპეშებით კითხულობდნენ ავადმყოფობის მსვლელობას და თვით ტფილისში აუარებელი ნაცნობები და პაციენტები დიდს ყურადღებით ეპყრობოდნენ ავადმყოფის მდგომარეობას. სწამლობდნენ პროფესორები მ. წინამძღვრიშვილი, ა. ალადაშვილი, ს. ვირსალაძე და ექიმები კონ. ლორთქიფანიძე, ნიკ. ყიფშიძე. მისი ასისტენტები—წულუკიძე, ცხაკაია, ახმეტელი და ორდინატორები ხაზარაძე, ხუციშვილი, გაგუა მორიგეობას განუწყვეტელი ატარებდნენ ავადმყოფთან.

● ტფილისის უნივერსიტეტის დამსახურებული პროფ. ი. ანფიმოვი თანახმად მისი თხოვნისა განთავისუფლებულია ნერვული კლინიკის გამგეობისგან. იგი დატოვებულია უნივერსიტეტში და მინდობილი აქვს რჩეული ლექციების კითხვა.

● ნერვულ კლინიკის გამგედ საექიმო ფაკულტეტის მიერ არჩეულია დოცენტი ყიფშიძე.

● ნერვული კლინიკა თანახმად ფაკულტეტის დადგენილებისა და ჯანმრთელობის კომისარიატის სურვილისა გაფართოვდა. მას მიემატა 30 საწოლი (სულ 60 საწოლია) და გადაეცა ცენტრალურ კლინიკურ ინსტიტუტის ფიზიო-თერაპევტიული კაბინეტი. გაფართოვდა აგრეთვე შინაგან სნეულებათა ჰოსპიტალური კლინიკა, რომელსაც მოემატა 25 საწოლი (სულ 90 საწოლია). შედეგად ამ ცვლილებისა ინსტიტუტში გაუქმდა საავადმყოფოს თერაპევტიული განყოფილება—45 საწოლი.

● ცენტრალურ კლინიკურ ინსტიტუტის (ყოფილი მიხეილის საავადმყოფო) დირექტორად დანიშნულია პროფ. გრიგოლ მუხაძე.

● პროფ. გრ. მუხაძის ავადმყოფობის გამო, საექიმო ფაკულტეტის დეკანას მოვალეობას დროებით ასრულებს პროფ. ვარლამ მოსეშვილი.

● 10 ნოემბერს შესდგა ქართულ ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოების წლიური კრება, რომელზედაც არჩეულია ახალი გამგეობა შემდეგი შემადგენლობით: პროფ. ა. ალადაშვილი (თავმჯდომარე), პროფ. ვლ. ჟღენტი, დოც. სვ. ყიფშიძე, ექ. მ. მგალობლიშვილი და ექ. კ. ტყემელაშვილი (მდივანი). სარევიზიო კომისიაში შედიან პროფ. მ. წინამძღვრიშვილი და ექიმები ნიკ. ყიფშიძე, კლ. ცომაია *).

● წელს შესრულდა 30 წელიწადი, რაც კბილის ექიმი ვარლამ ტიქინაძე საექიმო და საზოგადოებრივ ასპარეზზედ მუშაობს. ქართველ ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოება მორიგ კრებაზედ მიესალმა ვ. ტიქინაძეს დღესასწაულის გამო და გამგეობის წინადადებით დაადგინა იზუამდგომლოს მთავრობის წინაშე, რათა დაუბრუნდეს იუბილიარს სოფლის მამული ნიშნად მისი ნაყოფიერი საზოგადოებრივი მუშაობისა.

● 27-30 ნოემბერს შესდგა ყრილობა სრულიად საქართველოს ექიმთა კავშირისა. ყრილობამ მოისმინა მოხსენებები გამგეობისა, ჯანმრთელობის კომისიისა, წითელი ჯვრის საზოგადოების თავმჯდომარისა და სხ. არჩეულია ახალი გამგეობა შემდეგი შემადგენლობით: პროფ. ა.

*) დაწვრილებითი წლიური ანგარიში დაბეჭდილი იქნება შემდეგ ნომერში.



ალადაშვილი, პროფ. სვ. გოგიტიძე, ექიმები პ. კიკალეიშვილი, ალ. ქუთათელაძე, ალ. წულუკიძე, ნ. ვესელოვზოროვი, ი. გოლდმანი, არუშანოვი, ანჩაბაძე, ლორთქიფანიძე, ვალ. პაპავა, კლ. ცომაია, კიკინაძე იოსებ და სხვ.

● 16 დეკემბერს ქ. ბაქოში შესდგება ყრილობა ამიერ-კავკასიის ქირურგებისა. ქართველი ქირურგების მიერ წარმომადგენლად არჩეულნი არიან პროფ. ა. მაჭავარიანი და ექ. ეფ. ზაქარაია. ყრილობაზედ გაემგზავრნენ 23 ქირურგი, რომლებიც წაიკითხავენ მოხსენებებს. უმთავრესად მოხსენებები არის უნივერსიტეტის ქირურგიულ კლინიკებიდან.

● მთავრობის თავმჯდომარის მოადგილეს ანხ. სვ. ჯუღელის თავმჯდომარეობით სასახლეში შესდგა ყრილობა საქართველოს კურორტების მოწყობის შესახებ, რომელსაც დაესწრენ ექიმები, გეოლოგები, ქიმიკოსები და სხ. ყრილობამ მოისმინა ვ. აბზიანიძის მოხსენება, რომელშიაც დახასიათებული იყო დღევანდელი მდგომარეობა ჩვენი კურორტებისა და ის ზომები, რომელნიც უნდა მიღებული იყოს ახლო მომავალში კურორტების გასაუმჯობესებლად. კამათის შემდეგ არჩეული იყო კომისია, რომელმაც უნდა იმუშავოს მთავარ საკურორტო სამმართველოსთან ერთად. კომისიაში შედიან პროფ. ალადაშვილი, ლამბარაშვილი, თიკანაძე, გოგიტიძე, ვირსალაძე, კახიანი, ექიმები ზანდუკელი, ნიკ. ყიფშიძე, გოპაძე, მამულია და სხ. კომისიამ უკვე დაიწყო სათანადო მუშაობა.

● გინეკოლოგიურ კლინიკის უფროსმა ასისტენტმა მიხ. მგალობლიშვილმა დაიცვა დისერტაცია „საშვილოსნოს ფიბრომიომების ეთიოლოგიის და წამლობის საკითხისათვის“ ქირურგიის დოქტორის ხარისხის მისაღებად. ოფიციალური ოპონენტებად ფაქულტეტის მიერ დანიშნული იყვნენ პროფ. ლამბარაშვილი, თიკანაძე და ქლენტი. კამათში მიიღეს მონაწილეობა პროფ. მუხაძემ და ლოლობერიძემ.

● გინეკოლოგიურ კლინიკაში (გამგე პროფ. ლამბარაშვილი) დაიდგა მეორე ახალი კონსტრუქციის Röntgen-ის აპარატი.



„სეკარის სიტხე“

ორგანო-თეატრული ლაბორატორია

„გალენ-მოსკვა“

დამზადებული პროფესორ ბიუხნერის მიერ
სახქესო ფირკვლების ახალი თესლისაგან, ნებადართულია ჯან-
საღკომის მიერ, № 8362

დარიგება წამლის მიღების შესახებ:

ყოველგვარი ნევრასტენია

დალილობა, სიბერის გავლენა, მძიმე ავადმყოფობის შემდეგ ორ-
განიზმის სისუსტე, — ტიფის, ინფლუენცას, სიფილისის, მშობიარო-
ბის შემდეგ ავადმყოფობა, არტერიოსკლეროტიული ცვლილებანი მი-
ლებისა. კონსტიტუციონალური ავადმყოფობანი: სისხლნაკლებობა,
ქლექი, დიაბეტი, ხერხემლის გახშობა. ადვილად ითვისებს ყველა.
არავითარი ზიანი არ მოაქვს ამ წამლის ხმარებას. ერიდეთ სიყალ-
ბეს. უსათუოდ მოითხოვეთ მწვანე ბენდეროლით, წარწერთ: „კონ-
ტროლ“. სეკარის სიტხე, გენერალური წარმომადგენლობა ამიერ-
კავკასიაში — თბილისი, თავისუფლების მოედანი, № 2. იყიდება სახ-
მედვაჭრობის ყველა აფთიაქების მაღაზიებში, სააფთიაქო სამმარ-
თველოებში და წითელი-ჯვრის აფთიაქებში ამიერ-კავკასიის რეს-
პუბლიკებში. იგზავნება ფოსტითაც, ღირებულების 20 პროც. პეს
მიღებისთანავე, არა ნაკლებ 4 ფლაკონისა.

— ფასი 2 მან. და 50 კ. ფლაკონი —

წერილები, შეკვეთები და ფული უნდა გამოიგზავნოს შემდე-
გი მისამართით:

კოოპერატივ გალენის ამიერ კავკასიის წარმომადგენლობას, თბი-
ლისი, თავისუფლების მოედანი (ყოფ. თამამშ. პასაჟი) № 2, მე-
ორე სართული, გაჩყ. 30.

Письма, заказы и деньги адресовать: Зак. Представительство
Кооператива ГАЛЕН, Тифлиси, пл. Свободы № 2 (б. пассаж.
Тамамшева) второй эт., отд. 30.

9/50



ქურნალის ფასია: 1924 წლის სრული კომპლექტი 5 მანეთი.	
ცალკე ნომერი	1 მანეთი.
ორმაგი ნომერი	1 მანეთი. 50 კპ.

ქურნალი „თანამედროვე მედიცინა“ გამოვა ყოველთვიურად დაახლოებით 70-80 გვ. ქურნალში მი თავსებული იქნება ორიგინალური წერილები თეორიულ, კლინიკურ და საზოგადოებრივი მედიცინიდან, მიმოხილვები, რეფერატები სამკურნალო მეცნიერების ყველა დარგიდან, სამედიცინო საზოგადოების სხდომების ანგარიში, კორესპონდენციები, ბიბლიოგრაფია და ქრონიკა.

ორიგინალური წერილების ავტორებს მიეცემათ მათი ნაშრომების ცალკე ამონაბეჭდი.

წერილები უკვე სადმე დაბეჭდილი ქურნალში არ დაიბეჭდება. წერილები უნდა იყოს დაწერილი ერთ გვერდზე ზედმიწევნით გარკვეული ხელით ან მანქანაზე გადაბეჭდილი. რედაქცია იტოვებს უფლებას საჭიროების მიხედვით წერილები შეამოკლოს.

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

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

ქურნალის მეტორმეტე ნომერი უკვე იბეჭდება და გამოვა დეკემბრის დამლევისათვის.

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