

1926



გამოცემის წელი მესამე.

თანამედროვე მედიცინა

ყოველთვიური სამედიცინო სამეცნიერო ჟურნალი

№ 9—10

სექტემბერი — ოქტომბერი.

1926



ცფილისის უნივერსიტეტის მედიცინის ფაკულტეტის კვლევითი განყოფილების გამოცემა

ც ფ ი ლ ი ს ი

მიიღება ხალის მოწერა 1926 წლისათვის

ყოველთვიურ სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალზე

„თანაბელროვე მელიცინა“

ჟურნალი გამოვა იმავე პროგრამით, როგორითაც
გამოდრიდა 1925 წ. განმავლობაში.

ჟურნალში შექმდევი განყოფილებებია:

თეორიული და კლინიკური მელიცინა, საზოგადოებრი-
ვი მელიცინა, მიმოხილვები, კორესპონდენციები, რამე-
რბები, ბიბლიოგრაფია და ძრონიკა.

ჟურნალში მუდმივად თანამშრომლობენ ტფილისის სახელმწ.
უნივერსიტეტის პროფესორები, ასისტენტები, ორდინატო-
რები, პროვინციელი ექიმები.

ჟურნალის ფასი: 1 წლით 10 მან.
 $\frac{1}{2}$ წლით 5 მან.
ცალკე ნომერი . . . 1 მან.

ჟურნალის რედაქცია: { ზ. მაისურაძე, მ. მგალობლიშვილი, შ. მიქელაძე,
პ. ჭავთარაძე და ნ. ყიფშიძე.

ტფილისი ს. ს. შ. ს. პოლიგრაფტრესტის 1-ლი სტამბა. პლენან. პრ. № 91.

14/IX—26. შეკ. № 10254/1652. მთავარლიტი № 1285. დაიბეჭდა 650.

გამოცემის წელი მესამე.

თანამედროვე ბედიანა

ყოველთვიური სამკურნალო სამედიცინო ჟურნალი

F 2150

№ 9—10

სექტემბერი — ოქტომბერი.

1926



ტფილისის უნივერსიტეტის უმცროს მასწავლებლთა კლუბის გამომცემი

ტფილისი



შ ი ნ ა ა რ ს ი

I. თეორიული და კლინიკური მედიცინა:	
1. გ. ელიავა. Koch-ის ბაცილის ფილტრში გატარების შესახებ	659
2. ნ. გეგეშკორი. პროტეინოთერაპია საერთოდ და მით ამების დიზენტერიის წამლობა	669
3. ი. ლორთქიფანიძე. მალარიის დროს სისხლის ძარღვების ცვლილებათა შესახებ ბავშვის ასაკში	675
4. ვ. ოთხმეზური. აპენდიციტი და კოლიტი	692
5. კ. უურაშვილი. Exostoses multiplex cartilaginea-ს საკითხისათვის	698
6. პროფ. გ. ლამბარაშვილი. სამი იშვიათი შემთხვევის შესახებ	708
7. გ. ფხალაძე. „Sclerodermia centrifuga“	712
8. მ. ფარცვანიძე. ტკიპი Hyalomma aegyptium-ის (Rinné, 1758) ახალი ვარიანტი ჩვენში	719
II. საზოგადოებრივი მედიცინა:	
9. გ. იორდანიშვილი. ევკალიპტის ხე და მის გაშენების მნიშვნელობა საქართველოში	721
III. ქართველ ექიმთა საზოგადოების სხდომის ოქმი	727
IV. რეფერატები	735
V. ბიბლიოგრაფია	739
VI. ქრონიკა	741

ТАНАМЕДРОВЕ МЕДИЦИНА

Содержание 9—10 номеров

1. Г. Елиава. К вопросу о фильтруемости тбс. палочки	659
2. Н. Гегечкори. Протеинотерапия и лечение амёбной дизентерии протеинотерапией	669
3. И. Лордкипанидзе. К вопросу об изменении сосудов у детей больных малярией	675
4. В. Отхмезури. Аппендицит и колит	692
5. К. Нурашвили. К вопросу об Exostoses multiplex cartilaginea	698
6. Проф. Г. Гамбарашвили. К казуистике 3 редких случаев	708
7. Г. Пхаладзе. Случай Sclerodermia centrifuga.	712
8. М. Парцванидзе. Новый вариант Hyalomma Aegyptium.	719
9. Г. Иорданишвили. Евкалипт и значение его разведения в Грузии	721

THANAMEDROVE MEDICINA

Sommaire.

Resumé en français 9—10.

1. G. Eliava. Sur la filtrabilité du b. tbc. 659
2. N. Gueguetchkori. Traitement de la dysenterie amibienne par la prot-
einotherapie. 669
3. E. Lordkipanidze. Lésions des vaisseaux sanguins chez les enfants atte-
ints de paludisme 675
4. B. Otkmezouri. Appendicite et colite 692
5. K. Kourachvili. Exostoses multiplex cartilaginea 698
6. Prof. G. Gambarachvili. Sur 3 cas rares 708
7. G. Pkhaladze. Un cas de Sclerodermie centrifuga 712
8. M. Partzvanidze. Une nouvelle espèce de tiques Hyalomma Aegyptium 719
9. G. Iordanichvili. L'Eucalyptus et l'importance de sa culture en Géorgie. 721

I. თეორიული და კლინიკური მუშაობა.

ბ. ელიაშა.

ტფილისის ბაქტერიოლოგიური ინსტიტუტის გამგე.

Koch-ის ბაცილის ფილტრში გატარების საკითხისათვის.

(წინასწარი მოხსენება).

მას შემდეგ, რაც Koch-მა გამოარკვია, რომ ტუბერკულოზის ჩხირის კულტურის მიღება შეიძლება შედეგებულ შრატზე, საფიქრებელი იყო, რომ დიდი პროგრესს მივალწევდით ამ პათოგენური მიკრობის ბიოლოგიის შესწავლაში.

Roux-სა და Nocard-ის, Павловский-ს, Lubenau-ს, Dorset-ს, Besredka-სა და Petrof-ის შრომებმა შეიტანეს მთელი რიგი გაუღჯობესობისა და განმარტვებისა ტუბერკულოზის ჩხირის საკვების მომზადების ტექნიკაში, ასე რომ ამ უამალ ამ ბაცილის კულტურის მიღება *in vitro* თითქმის ისეთივე საიმედოა, როგორც მისი ინოკულაციის მეთოდი, და ვაცილებით უფრო საიმედო, ვიდრე ბაქტერიოსკოპიული მეთოდი.

მაგრამ, საუბედუროთ, პროგრესმა ტუბერკულოზის ჩხირის კულტურის მეთოდიკაში ვერ წაგვწია წინ თვით სნეულებასთან ბრძოლაში, როგორც ეს საფიქრებელი იყო. ჩვენ დღესაც არა გვაქვს ნამდვილი იარაღი, არც სამკურნალო და არც პროფილაქტიური, ტუბერკულოზის ინფექციასთან საბრძოლველად.

„ჩვენ ვიცით“, ამბობს პროფ. Calmette-ი, „რომ დღევანდლამდე ვერავინ ვერ მიიღო ბაცილების ან და მათი ნაყოფების (ენდოტოქსინების, ტუბერკულინების და სხვა) უფრო და უფრო მეტი დოზების შეშაბუნებით ექსპერიმენტალურ ცხოველებზე ნამდვილი ანტიტოქსინები (ანტიტუბერკულინები) ან და ლიზინები, რომელთაც შეეძლოთ *in vitro* ბაცილების დაშლა და დარღვევა, რადგან ისინი დაცული არიან ხიტინის გარსით და ცვილოვანი ნივთიერებით“.

ის ფაქტი, რომ ტუბერკულოზის ჩხირს აქვს ცვილოვანი გარსი, სრულიად განასხვავებს მას (ისე როგორც კეთროვნების ჩხირს) სხვა დანარჩენი პათოგენური მიკრობებისაგან. ტუბერკულოზის ჩხირის თვისება მყავების წინააღმდეგ გამძლეობისა და ყველა მთავარი მისი ბიოლოგიური თავისებურებანი სწორედ ამ ცვილოვანი გარსის არსებობის შედეგია.

ამიტომ სრულიად გასაგებია ის უდიდესი ინტერესი, რომელსაც წარმოადგენს ბაქტერიოლოგისათვის შესაძლებლობა ცოცხალი და გამრავლების შემძლე ტუბერკულოზის ჩხირის მიღებისა არა გარსიან ფორმაში, რომელიც იცავს მას ანტისხეულებისაგან, არამედ ამ ცვილოვანი გარსისაგან განთავისუფლებულ ფორმაში.



ამ პრობლემის გადასაწყვეტად უდიდესი ღვაწლი მიუძღვის ბრახილიელი მეცნიერის Fontes-ის შრომას, რომელსაც საუბედუროდ თავის დროზე სათანადო ყურადღება არ მიაქციეს.

თავის შრომაში Fontes-ი უბრუნდება ტუბერკულოზის ჩხირის მარცვლების საკითხს, იმ მარცვლების, რომელიც პირველად აღწერეს 1887 წ. Nocard-მა და Roux-მ და შემდეგ დაწერილებით შეისწავლა Much-მა.

Fontes-მა ტუბერკულოზის ჩხირის შეღებვის მეთოდში შეიტანა ზოგიერთი ცვლილება და მისი მეთოდის წყალობით შესაძლებელი გახდა Koch-ის ჩხირში გავარჩიოთ ნაწილები მეთავის წინააღმდეგ გამძლე და ნაწილები-არა გამძლე, მაგრამ გრამ-დადებითი (სულ ერთია ტუბერკულოზის ჩხირი წმინდა კულტურისაგან არის აღებული, ხელოვნური საკვებიდან თუ პათოლოგიური ქსოვილიდან.)

იმ პრეპარატებში, რომელიც შეღებილია Fontes-ის მეთოდით, ტუბერკულოზის ჩხირი წარმოადგენს ბაცილს, რომელშიაც ერთი, ორი, იშვიათად სამი ან ოთხი მარცვალია, შეღებილი გენციან-ვიოლეტით, მაშინ, როდესაც მიკრობის დანარჩენი ნაწილი შეღებილია წითლად ფუქსინით.

მოკლედ მოგვყავს Fontes-ის მეთოდი ტუბერკულოზის ბაცილის შეღებისა, ფრიად ადვილი და მოხდენილი, რომლით სარგებლობა ელემენტალურ პრაქტიკულ ლაბორატორიუმებშიაც კი შეიძლება:

1) პრეპარატი, რომელსაც ალზე აქვს გაცემებული ფიქსაცია, უნდა შევლებოთ Ziel-ის ფუქსინის ცხელი ხსნარით 5 წუთის განმავლობაში.

2) პრეპარატი კარგად უნდა გავრეცხოთ წყლით.

3) უნდა დამატებთ შევლებით 1 წუთის განმავლობაში გენციან-ვიოლეტის ხსნარით კარბოლის წყალში.

4) შემდეგ სამი წამის განმავლობაში დავახსათ მასზე ალკოჰოლ-აეტონი (aa partes).

5) ფონი უნდა შევლებოთ 1-2 წუთის განმავლობაში მეთილენის ლილის ტუტოვანი ხსნარით.

ამ შეღების დროს ტუბერკულოზის ჩხირის გარსი იღებება წითლად და ამ წითელ გარსში მოქცეულია 1-4 მარცვალი შეღებილი იისფერად; უჯრედების ფონი და ციტოპლაზმა ღია ცისფერია.

Fontes-ი დარწმუნებული იყო, რომ ამ მარცვლებს, რომელნიც Koch-ის ბაცილის დანარჩენ ნაწილებიდან განირჩეოდნენ, როგორც მორფოლოგიურად, აგრეთვე შეღების თვისებით, უნდა ჰქონდეს თავისებური ფიზიოლოგიური ფუნქციებიც. ამიტომ იგი შეუდგა სწორედ ამ ფუნქციების გამორკვევას და შესწავლას.

დაკვირვებამ და ხანგრძლივმა კვლევა-ძიებამ ამ მარცვლების წარმოშობის შესახებ, მათი მღვთმარგობის, მათი ზრდისა, მათი დამოკიდებულების სხვადასხვა საღებავისა ან და რეაქტივების მიმართ და განსაკუთრებით მათ გამაყალიბებამ ბაქტერიების დამკვებელ ფილტრში Fontes-ი მიიყვანა შემდეგ დასკვნამდე:

1) ტუბერკულოზის ჩხირის მარცვლები შესდგებიან ისეთი ნივთიერებიდან, რომელიც უახლოვდება ქრომატინს.

2) ტუბერკულოზის ჩხირი უნდა წარმოადგენდეს რამოდენიმე ცოცხალ ერთეულის (მარცვლების) შეერთებას, რომელთაც შეუძლიათ გამრავლება ცალ-ცალკე და რომელთაც აქვთ ერთი საერთო გარსი ცვილოვანი ნივთიერებიდან.

3) ამ მარცვლებს ტუბერკულოზის ჩხირის წარმოშობის პროცესში ისეთივე მნიშვნელობა აქვთ, როგორც კონიდიებს—ობისათვის.

4) ტუბერკულოზის ჩხირში არსებულ თავისუფალ მარცვლებს შეუძლიათ გავიდნენ Berkefeld-ის ფილტრში (მოდელი ნორდმეირისა).

5) ეს მარცვლები იწვევენ ზღვის გოჭში ტუბერკულოზური რეაქციის დასაწყის სტადიუმს.

6) ეს მარცვლები თუ მთლიანად არა დიდ უმეტესს ნაწილში მაინც შესდგებიან ცვილოვანი პარანუკლინიდან, რომელიც ან ანალოგიურია, ან, უფრო შესაძლოა, იდენტიურია Auclair-ისა და Paris-ის ბაცილოკაზინთან.

7) ისეთი მასალის შესწავლა ზღვის გოჭის სხეულში, რომელშიაც ბაცილები არ არის, არამედ მხოლოდ მარცვლებია, იწვევს ექსპერიმენტალური ცხოველის ორგანიზმში ცხოველმყოფელი ბაცილების გაჩენას, და ამ ბაცილების გადატანა შეიძლება ერთ ცხოველიდან მეორე ცხოველზე.

8) კულტურებში ტუბერკულოზის virus-ი ელემენტალური მარცვლოვანი ფორმიდან გადადის ბაცილარული ფიჭის ასოციაციურ ფორმაში.

9) ზღვის გოჭები, რომელთაც შესწავლებული აქვთ ტუბერკულოზური ფილტრები, წი თვის განმავლობაში დაავადების არავითარი ნიშანი არ იძლევიან; მიუხედავად ამისა, მათში შეიძლება ტიპური ტუბერკულოზური ჩხირების აღმოჩენა, თუმცა არავითარ სპეციფიურ ანტიმიურ პროცესს ადგილი არა აქვს, გარდა ლიმფატური ინფილტრაციისა ბაცილების არსებობის ადგილზე“.

მე მომყავს in extenso ამ შესამჩნევი შრომის მთავარი დებულებანი, ვინაიდან ამ დებულებიდან გამოდის ყველა შრომები, რომელიც კი იყო გამოქვეყნებული ამ უკანასკნელი 3 წლის განმავლობაში ტუბერკულოზის ჩხირის ფილტრში გატარების თვისების შესახებ. სამწუხაროდ თავის დროზე ამ შრომას სათანადო ყურადღება არ ექნა მიქცეული.

შემდეგი ავტორი, რომელიც შეუდგა ტუბერკულოზის ჩხირის ფილტრში გატარების თვისების საკითხის შესწავლას, იყო Vaudremer-ი.

Vaudremer-ი შემდეგი ცდიდან გამოდის: ტუბერკულოზის ჩხირის ტიპური კულტურა, რომელიც მიღებული იყო ისეთ საკვებზე, რომელიც ღარიბია ცილით და ნახშირწყლებით (მაგალითად, კარტოფილის ბულიონზე უგლიცერინით), კარგავს მუცადა წინააღმდეგ გამძლეობის თავის თვისებებს; ასეთი კულტურა შეიძლება შეეჩვიოთ ალიზარდოს კარტოფილის ბულიონის ქვედა ფენებში (სიღრმეში) და იგი იწვევს ასეთი საკვების თანაბრად ამღვრევას.

გადათესვის დროს Vaudremer-მა მიიღო ასეთი კულტურის კიდევ უფრო ნეტი თავისებურობა: კულტურა იზრდება პირველ 48 საათში დათესვის შემდეგ ნაცვლად ჩვეულებრივად საჭირო ათეული დღისა. ნაცხები ამ კულტურის მშენებრივად და ჩქარა იღებება ჩვეულებრივი საღებავების ტუტოვანი ხსნარებით; ტუბერკულოზის შებენის თვისება მათ ეკარგებათ და ბოლოს ეს კულტურა კარგავს ყოველგვარ ვირულენტობას ექსპერიმენტალური ცხოველების მიმართ, მაშინ როცა ტუბერკულოზის ჩხირის პირველი მოდგმები, რომლიდანაც გადათესვის შედეგად მიიღეს ასეთი თვისების კულტურები (Tbc bovine Vallée, C.—humaine). ძლიერი ვირულენტობის იყენენ.

Vaudremer-ი ირწმუნება, რომ ბაცილების ის ფორმები, რომელიც მან მიიღო არის ტიპური ტუბერკულოზის ჩხირის მუტაციის შედეგი და რომ ამ ფორმას შეუძლიან გავიდნენ ბაქტერიების დამკავებელ ფილტრში.

Vaudremer-ით ამ ახალ ფორმის და თვისების ტუბერკულოზური ჩხირის ისევე მკვავათა წინააღმდეგ გამძლე ფორმაში დაბრუნება შესაძლებელია, თუ Vaudremer-ის ბულიონს მიუმატებთ შრატს.

Vaudremer-ის აზრი უახლოვდება Ferran-ის შეხედულებას, რომელიც ირწმუნებოდა, რომ ტუბერკულოზის ბაცილს მუტაციის საშუალებით შეუძლია გადავიდეს bac. coli communis-ში. Fontes-ის შრომასთან მას მხოლოდ ის აქვს საერთო, რომ Vaudremer-იც ადასტურებს Fontes-ის მიერ პირველად აღმოჩენილ მოვლენას, რომ არსებობს ფილტრში გამავალი ფორმები ტუბერკულოზის ჩხირის.

გაცილებით უფრო ფრთხილია და ყოველი საქარო კანტროლში გატარებული Calmette-ის შკოლის შრომა.

მე მომყავს აქვე ძლიერ შემოკლებულად ამ ცდების აღწერა, ვინაიდან მხოლოდ ამრიგად შეიძლება სათანადოთ შევაფასოთ მის მიერ მიღებული შედეგები.

Calmette-ის ერთ-ერთი მოწაფე, Valtis-ი, თავის პირველ ცდებში შემდეგ მეთოდისას ხმარობდა: ტუბერკულოზის ჩხირის 2 კუბ. სანტ. იგი ხსნიდა ფიზიოლოგიური ხსნარის 48 კუბ. სანტ. და შემდეგ ეს ნარევი 3 დღე ჰქონდა თერმოსტატში; სამი დღის შემდეგ ეს ნარევი გაყავდა Chamberland-ის ფილტრში L_2 (იმის გამოსაკვევად, არის თუ არა ფილტრი გამავალი ჩვეულებრივი მიკრობებისათვის, ტუბერკულოზის ჩხირების ემულსიას Valtis-ი უმატებდა ქათმის ხოლერის ჩხირის ბულიონის კულტურის ორ წვეთს). ფილტრატის სტერილობას იგი სინჯავდა Martin-ის ბულიონზე დათესვით.

2 ზღვის გოქს კანქვეშ იგი უშხაბუნებდა ფილტრატის 10 კუბ. სანტ. შედეგი იყო შემდეგი: 1 ზღვის გოქი მოკვდა შემთხვევითი სნეულებისაგან, მეორე კი მოკვდა შეშხაბუნების მე 145 -ს დღეს, ე. ი. დაახლოებით 5 თვის შემდეგ შეშხაბუნებისა.

მეორე გოქის გაკვეთის დროს ავტორმა აღმოაჩინა: რეგიონარული ჯირკვლები, ელენთა, ღვიძლი-ნორმალური; პერიბროქიალური ჯირკვლები გადიდებული; მარჯვენა ფილტვის ზემო ნაწილში-გამაგრების (ინფილტრაციის) პატარა კვანძი წერტილოვანი ჩირქგროვებით. ამ ჩირქგროვებისაგან აღებულ ნაცხებებში აღმოჩნდა: Koch-ის ტიპური ჩხირები, რომელნიც გვუფ-ჯგუფათ იყვნ დაგროვილნი.

Valtis-ი შემდეგ ცდებს შეუდგა და ამ ცდების დროს მიიღო ისეთივე შედეგები, როდესაც იგი გლიცერინის ბულიონზე აღზრდილ ტუბერკულოზის ჩხირების სამი კვირის კულტურას ფილტრში ატარებდა და ამ ფილტრატს უშხაბუნებდა ზღვის გოქებს.

დაბოლოს, უკანასკნელი ცდები Calmette-ის, Valtis-ის, Nègre-ის და Boquet-ის გადაჭრილად სთვლის ტუბერკულოზის ჩხირის ფილტრში გატარების თვისების საკითხს ანუ, უკეთ რომ ვსთქვათ, იმ მოვლენას, რომ ტუბერკულოზის ჩხირის კულტურაში არის ამ ჩხირის ფილტრში გამავალი ფორმები.

იგი აწარმოებდა ცდებს შემდეგი წესით:

1) პირველ ორ ზღვის გოქს, რომელნიც წინასწარ ჩვეულებრივი წესით იყვენ ტუბერკულოზით დასნეულებულნი, იგი უშხაპუნებდა ინტრაპერიტონეალურად 20 კუბ. სანტიმეტრს, შემდეგი ემულსიას:

ტუბერკულოზის ჩხირების (ხარის ტიპის, s. Vallée) ახლად დამზადებული ემულსიის 0,3
Sol. NaCe 8.50/00 . . . 40,0
პურის გულის ემულსია 10 კ. ს.
გლიცერინი 10 " "

როდესაც ეს ორი გოქი დაიხოცებოდა, იგი სტერილურად ღებულობდა პერიტონეალურ ექსუდატს და ორჯერ ატარებდა მას ფილტრში 22 სინდიკის 40 სანტიმეტრის უარყოფითი წნევის ზეგავლენით.

შემდეგ მიღებულ ფილტრატს იგი კონტროლს უკეთებდა სტერილობაზე Martin-ისა და გლიცერინიან ბულიონზე დათესვით.

ასეთ ფილტრატს იგი უშხაპუნებდა კანქვეშ 11 ზღვის გოქს:

17 იენისს 1 კუბ. სანტ.
22 " 1 " "
26 " 2 " "
2 იელისს 8 კუბ. სანტ.

ასეთი უშხაპუნების შემდეგ დაიხოცა 3 გოქი:

პირველი — 10 იელისს
მეორე — 28 იელისს
მესამე — 3 აგვისტოს

გაკვეთის დროს: არავითარი ცხადი პათოლოგ-ანატომიური ნიშანი ტუბერკულოზით დაავადებისა; ტრახეო-ბრონქული ლიმფური ჯირკვლების მცირედა ინფილტრაცია.

მიკროსკოპიულად დანტიკიცებულია Koch-ის ჩხირების არსებობა ტრახეო-ბრონქულ ჯირკვლებში.

ასეთი ჯირკვლების დაფშენის ნაყოფი, გახსნილი ფიზიოლოგიურ ხსნარში, ავტორმა შეუშხაპუნა ახალ გოქს.

ზღვის გოქს გარეგნულად სრულეზიდ ჯანსალი შეხედულება ჰქონდა, მაგრამ იგი მოკლული იყო სამი თვის შემდეგ უშხაპუნებისა.

გაკვეთის დროს აღმოჩნდა: ელენთისა და რეგიონარულ ჯირკვლების ინფილტრაცია; ტუბერკულოზის ჩხირები მათში აღმოჩენილი ვერ იქნა. მხოლოდ მაგარსა და სკლეროტიულ ტრახეო-ბრონქულ ჯირკვლებში აღმოჩნდა „საკმაოდ მრავლად“ ტუბერკულოზის ჩხირები.

მეოთხე გოქმა იმ 11 გოქის რიცხვიდან, რომელთაც უშხაპუნებული ჰქონდათ ფილტრატი (იხ. ზემოდ), დაბადა 2 შვილი, ერთი მათგანი მკვდარი იყო, მაგრამ ავტორს არ გაუყვეთია. მეორე პატარა გოქი, ცოცხლად დაბადებული, იქნა გაკვეთილი იმ წამსვე და მას აღმოაჩნდა პატარა მარცვლის ოდენა მეზენტერიალური ჯირკველი. ამ ჯირკველში მაკროსკოპით გასინჯვის დროს აღმოჩენილ იქნა ტუბერკულოზის ჩხირი.

11 გოქიდან დანარჩენი 7 გოქი არა თუ ცოცხალი დარჩა, არამედ წინაშეა დაიწყეს მატება.

2. მეორე ცდა. ტუბერკულოზის ჩხირის (bavine Vallée) გლიცერიან ბულიონზე მიღებული კულტურის ბრკიდან ავტორი ფიზიოლოგიურ ხსნარის 50 კუბ. სანტ. საშუალებით აკეთებს ემულსიას და ამ ემულსიას 48 საათით სდგამს თერმოსტატში, სადაც ტემპერატურა 38° გრადუსია.

ამის შემდეგ ავტორი ამ ემულსიას ატარებს იმავე L_2 ფილტრში და იმავე პირობებში, როგორც ეს აღწერილია ზემოდ პირველ ცდაში.

ფილტრატი-სტერილურია, რადგან მისი ბულიონზე დათესვა არ იძლევა არავითარ კულტურას.

ასეთ კულტურას ავტორი უშაბუნებს კანქვეშ მკაც ზღვის გოქს:

18 სექტემბერს 20 კუბ. სანტიმ.

21 " " 15 " "

1-ლ ოქტომბერს 10 " "

12 ოქტომბერს ზღვის გოქს ეყოლა 4 გოქი.

ერთი ამ გოქთან დაბადებისთანავე იქნა გაკეთილი. აღმოჩნდა: ყველაფერი ნონმალური ვარდა ერთი პრეპორტალური ლიმფური ჯირკვლისა, რომელიც ოდნავ ჰიპერტროფიას განიცდიდა. ამ ჯირკვლებიდან ამოღებულ ნაცხებებში აღმოჩნდა ტიპიური ტუბერკულოზის ბაცილები ნორმალური გამძლეობით მკაფეთა წინააღმდეგ.

როგორც ჩანს აქ მოყვანილი დაწვრილებით ოქმებიდან, ტუბერკულოზის ჩხირების ფილტრში გამავალი ფორმების არსებობის ფაქტი უქვეყლად უნდა ჩაითვალოს. ამ შედეგების უდაობას კიდევ უფრო ადასტურებს პროფ. Calmette-ის მსოფლიო ავტორიტეტი ტუბერკულოზის საკითხებში.

ამ ცდებიდან კიდევ უფრო საინტერესო ფაქტი ირკვევა. ტუბერკულოზის ჩხირის ფილტრში გატარებული კულტურა, რომელიც კანქვეშ ჰქონდა შეშაბუნებული ერთ-ერთ გოქს, თვით ამ გოქს ავად არ ხდის და ამავე დროს თითქმის აავადებს მის ნაყოფს, ე. ი. ნორმალურს პლაცენტალურს ფილტრში გადის და ამავე დროს ინარჩუნებს თავის ინფექციურ თვისებებს.

ამ ფაქტებს უდიდესი და უპარესი თეორიული მნიშვნელობა აქვთ და კიდევ შესაძლებელია მიეცეს მეთი პრაქტიკული ღირებულება. ამის გამო საკითხმა ტუბერკულოზის ჩხირის ფილტრში გატარების თვისებისა ჩვენ დიდად დაგვანტერესა და ჩვენ გადაუწყვიტეთ გავვემეოროებინა Calmette-ის ცდები. ჩვენ შევიტანეთ მათში მხოლოდ ზოგიერთი კორექტივები, რომელნიც ჩვენი საზრით ცდების სისწორისათვის საჭირო იყო.

ჩვენ ვერ შევიხეთ განზრახ Fontes-ის თეორიას, რომლითაც Koch-ის ჩხირი წარმოადგენს რამდენიმე მარცვლის თავისებურ syncytium-ს, და რომ ეს მარცვლები დამოუკიდებელი ერთეულები არიან, რომელთაც შემოკრული აქვთ გარედან ინერტიული მკაფეთა წინააღმდეგ გამძლე გარსი.

უქვევლია, რომ ყოველ ტუბერკულოზურ ჩხირში არის ცალიე მარცვლები, რომელნიც განირჩევიან ჩხირის გარსიდან, მაგრამ მეცნიერების თანამედროვე მდგომარეობის მიხედვით, ჩვენ შეუძლებლად მიგვაჩნია განმარტება მიეცეთ ამ

მოვლენას. გარდა ამისა, უნდა აღვნიშნოთ, რომ ჯერ არავის აღმოუჩენია და დაუდასტურებია ფილტრატებში თავისუფალი მარცვლების არსებობა, რომელთაც დანახვა მიკროსკოპით შესაძლებელი ყოფილიყო.

არაფერს ვიტყვით Vaudremer-ის შრომაზე ტუბერკულოზის ჩხირის მუტაციის შესახებ. ჩვენ გვინდოდა გავვემოკრებინა ამ ავტორის ცდები, მაგრამ ტუბერკულოზის ჩხირის კულტურა (bovine Vallée, რომლითაც სარგებლობდა თვით Vaudremer-ი), რომელიც ექვსი თვის განმავლობაში აღზდილი იყო ძლიერ ღარბ საკვებებზე (უბრალო აგარი, Vaudremer-ის კარტოფილის ბულიონი), ინარჩუნებს ყოველ თვის ტიპურ თვისებებს ან და იხოცებოდა.

ჩვენს ცდებში ჩვენ ყველაზედ წინედ შევუდგეით იმ საკითხის გამოკვევას, თუ რამდენად შეიძლება ბაქტერიოლოგიური მეთოდთაში ჩვეულებრივი კრიტერიუმი „სტერილობისა“ შეუფარდოთ ტუბერკულოზურ მასალას. ამ პუნქტს, ჩვენის აზრით, არ ქონდა წინა ცდებში სათანადო ყურადღება მიქცეული. ის რომ ტუბერკულოზის ჩხირის კულტურის მიღება ძნელია—ეს უკვე კლასიკური ფაქტია. ამიტომ საკითხია, შეიძლება თუ არა დავადასტუროთ, რომ საცდელ მასალაში არ არსებობს ტუბერკულოზის ჩხირის ცოცხალი და ცხოველმყოფელი ელემენტები, მართო იმ ფაქტის მიხედვით, რომ ჩვენ ვერ ვლებულობთ ტუბერკულოზის კულტურას ჩვეულებრივ საკვებებზე ან და თუ გინდ ელექტიურ საკვებზედაც, როგორც არის Petrof-ის საკვები.

ამისათვის ჩვენ გავატარეთ ტუბერკულოზის ჩხირის სამი კვირის კულტურა გლიკერინიან ბულიონზე ჩვეულებრივ, მაგრამ გასტერილებულს ორთა ფილტრის ქაღალდში (Laurent-ის ფილტრი). ფილტრატი სრულიად გამსჭვირვალეა. ერთი კვირის შემდეგ ამ ფილტრატის თერმოსტატში 38 გრადუსი ტემპერატურის დგომისას არ მოიპოვება ზრდის არავითარი ნიშანი. ვადათესვა ჩვეულებრივ საკვებებზე ისე, როგორც Dorset-ს საკვებზე, არ იძლევა არავითარ ზრდას.

„ფილტრატი“*) ორ ნაწილად გაეყავით. ერთი ნაწილი 1 საათის განმავლობაში დავაცენტრიფუგეთ (წუთში 700 შებრუნება), მეორე კი შევაშხაუნეთ 3 ზღვის გოქს, თითო 10 კუბ. სანტ.

ფილტრატის ნალექის ერთი წვეთი გავსიჯეთ ულტრამიკროსკოპით (Heldunkelfeld—Leitz ის) ხან ბნელსა, ხან ნათელ არეზე და აღმოვაჩინეთ ცალცალკე მდებარე ჩხირები, რომელნიც მორფოლოგიურად სრულიად გვანან ტუბერკულოზის შეუღებავ ჩხირებს. სამივე ზღვის გოქი, რომელთაც შეშხაუნებული ქონდათ ფილტრატი, 3 თვის განმავლობაში დაიხოცნენ ტუბერკულოზის გენერალიზაციის ნიშნებით და კაზეოზური კვანძებით ყველა ორგანოებში.

მართო ეს მოვლენა ნათლად ამტკიცებს უკვე ცნობილ ფაქტს, თუ რა ძნელია ტუბერკულოზის ჩხირის კულტურის მიღება. ჩანს ტუბერკულოზის ჩხირების რაოდენობა შედარებით ბევრი უნდა იყოს დასათეს მასალაში, რომ მან შესძლოს საკვები ნივთიერების ქიმიური ან სხვა რომელიმე თვისება იმდენად შესცვალოს, რომ გამოსადეჭი გახადოს თავისი კვების საჭიროებისათვის.

*) სიტყვა „ფილტრატი“ ჩაესვით ფრჩხილებში იმ გარემოების ხაზის გასასმელად, რომ იგი ნამდვილი ფილტრატი კი არ არის, გატაობებული მიკრობების დამკვებელ ფილტრში, არამედ გაფილტრულია მხოლოდ უბრალო სტერილურ ფილტრის ქაღალდში.

იმ ორგანიზმებში კი, რომელნიც ტუბერკულოზისადმი მგრძობიარეა, ცხადია, რომ ასეთი თვისებების საკვები ნივთიერება უკვე წინასწარ არსებობს.

ამის შემდეგ ჩვენ შეუდევით ძირითადი ცდების მოწყობას, რომელსაც ჩვენ ვაწარმოვეთ შემდეგნაირად:

1) წონით 400-450 გრამიან ზღვის გოჭებს ვუშხაპუნებდით 0,5 კუბ. სანტ. ტუბერკულოზის (*Tubercule brute I. P.*) ბარძაყებში კანქვეშ. იმ გოჭებს, რომელთაც აღმოაჩნდებოდათ შეშხაპუნების ადგილზე შეშუბება და რეგიონარული ჯირკვლების რეაქტიული ანთება, ჩვენ საცდელად აღარ ვიყვანდით.

2) საცდელი გოჭები ჩვენ მოვათავსეთ დეზინფექცია გაკეთებულ სადგომში, მოშორებით ტუბერკულოზით დაავადებულ ცხოველთა სადგომიდან (პასტერის ინსტიტუტის შავი ჭირის პავილიონის თავლაში).

3) ფილტრატს ვამზადებდით შემდეგად: ტუბერკულოზის ჩხირის (*bovine Vallée*) სამი კვირის კულტურას გლიცერინიან აგარზე ჩვენ ვატარებდით *Pasteur-Chamberland*-ის სანთელში (*L 2*) *maximum 15* წუთის განმავლობაში სინდისის 35 სანტ. უარყოფითი წნევის ზეგავლენით.

4) ფილტრატების სტერილობას ჩვენ ვსინჯავდით ცენტროფუგატის დათესვით *Petrof*-ის საკვებზე; იმავე ცენტროფუგატს ჩვენ ვსინჯავდით მიკროსკოპით—*Fontés*-ით შეღებულ ნაცხებებს და ულტრომიკროსკოპით თვით წვეთს.

5) ამგვარად გადარჩეულ ზღვის გოჭებს ვუშხაპუნებდით ერთხელ ტუბერკულოზის ბაცილის კულტურის ფილტრატის 10 კუბ. სანტ.

10 გოქს—ბარძაყის კანქვეშ,

10 „ ინტრაპერიტონეალურად და

10 „ კიდევ მუცლის კანქვეშ.

6) თთხი თვის შემდეგ ყველა გოქს, რომელიც ამ დროისთვის ცოცხალი დარჩებოდა, ვკლავდით და ვაკეთებდით დაწერილობით გაკეთას საექვო ორგანოების ბაქტერიოსკოპიული და ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევით.

ამ გვარი წესით ჩვენ შეუშხაპუნეთ ფილტრატი სულ მხოლოდ 100 ზღვის გოქს, ამათვან 28 დაიხოცა შეშხაპუნების პირველს 10 დღეში სხვადასხვა თანდართული (ინტერკურენტული) სნეულებისაგან. იმის და მიზეზდით, თუ როდის იყო გაკეთებული ცდა. ეგრედ წოდებული *germes de sorties*-ც სხვადასხვა აღმოჩნდა: შემოდგომაზე—ჩხირი, რომელიც ეკუთვნოდა პარატიფი B-ს ჯგუფს. ზამთარში—*M. Niolle*-ის პსევდონემოკოკი. დანარჩენი გოჭები ცოცხალი დარჩნენ და წონაშიაც მატულობდნენ. როგორც ზემოდ მოგახსენეთ 4 თვის შემდეგ ყველა იქნა მოკლული.

ამ დანარჩენ 72 გოჭიდან მხოლოდ ერთს (*N A 23*) ქონდა ტრახეობრონხული ჯირკვლის სკლეროზი. მისი მიკროსკოპით გასინჯვამ აღმოაჩინა—ცალ-ცალკე მდებარე მჭევათა გამძლე ჩხირები. *Petrof*-ის საკვებზე დათესვით ჩვენ ვერ მივიღეთ ამ ჩხირების კულტურა და ამ ჯირკვლის ემულსიის შეშხაპუნებამ ზღვის გოქის კანქვეშ არ გამოიწვია ამ გოქის არც სიკვდილი და არც დაავადება. მიუხედავად იმისა, რომ ამ შემთხვევაში ჩვენ ვერ მივიღეთ ვერც ტუბერკულოზის ჩხირის კულტურა და არც ინიექციამ მოგვცა დადებითი შედეგი, შესაძლებელი იყო ამ შემთხვევის განმარტება ტუბერკულოზის ჩხირის ფილტრში გატა-

რების თვისების სასარგებლოდ, რომ ჩვენ ანალოგიური დაზიანება არ მიგვეღწეროთ გოჭზე, რომელსაც შეუშხაპუნეთ წინად ტუბერკულოზი და რომელსაც ძლიერი რეაქტია ჰქონდა (გოჭი A 13). ტუბერკულოზი გაცხელებული იყო 100 გრო დუსამდე და ამიტომ მასში შეუძლებელია ცოცხალი ჩხირები რომ ყოფილიყო. ამ გოჭის ტრახეობრონქული ჯირკვლიდან ჩვენ გამოიყავით ტუბერკულოზის ჩხირის წმინდა კულტურა და ამ კულტურის შეშხაპუნებამ ჯანსაღ გოჭისადმი გამოიწვია მასში ჯერ მე-18-ე დღეზე შეშხაპუნების ადგილის დაიარება და შემდეგ საერთო ტუბერკულოზი.

იმ ცდების ანალოზი, როდესაც მიღებული იყო დადებითი შედეგი ტუბერკულოზის ჩხირის ფილტრატის შეშხაპუნების შედეგად გვიჩვენებს: 1) რომ ცხოველები თავისით კი არ იხოცებოდნენ ტუბერკულოზით, არამედ ავტორების მიერ იყვენ დაზოცილნი, თუმცა კლინიკურად სრულიად ჯანმრთელნი იყვენ და, 2) რაც უმთავრესია, მათი გაკვეთის შედეგი სრულიად არა ვაგს ტუბერკულოზით განზრახ დაავადების ჩვეულებრივ პათოლოგ-ანატომიურს სურათს: რეგიონარული ჯირკვლები დაზიანებული არ არის, არ არის დაზიანებული არც ელენთა და არც ღვიძლი; დაზიანებულია მხოლოდ ფილტვის მწერვალში პატარა ადგილი ან ტრახეობრონქული ან მეზენტერიალური ჯირკველი.

საინტერესოა, რომ ასეთი ლოკალიზაცია სრულიად წააგავს იმას, რასაც ნახულობენ ისეთი ადამიანების გაკვეთის დროს, რომელნიც სიცოცხლეში ტუბერკულოზით ავად არ ყოფილან და დაიხოცნენ სხვა რაიმე სნეულების ან და მიზეზების გამო.

ჩვენ დიდი ხანია ვიცით (Strong), რომ 94% -ში მათში სწორედ ამ ადგილას არის ხოლმე ლატენტური ტუბერკულოზური დაზიანება.

ამიტომ მიუხედავად იმისა, რომ ზღვის გოჭებში სპონტანური ტუბერკულოზი ძლიერ იშვიათ მოვლენად ითვლება, ჩვენ მაინც უფრო სწორად მიგვაჩნია ფრთხილად განემარტოთ ჩვენი ერთად ერთი დადებითი შემთხვევა. ჩვენის აზრით, ამ შემთხვევაში მოხდა ძველი ლატენტური პატარა ბუდის გაღიზიანება ტუბერკულოზიანი მასალის შეშხაპუნების ზეგავლენით, რადგან, რა თქმა უნდა, მრავალი დღის ტუბერკულოზის ჩხირის ბულიონის კულტურის ფილტრში ყოველთვის არის ტუბერკულინიც.

თუ მოვიგონებთ, რომ ზღვის გოჭი ერთი ყველაზე უფრო მგრძობიერი ცხოველთაგანია ტუბერკულოზისადმი, ასე რომ ვსთქვათ, ნამდვილი — რეაქტივია — ტუბერკულოზზე, პაროდაქსალურ ფაქტად უნდა ჩაითვალოს მათში სპონტანური ტუბერკულოზის სრული არ არსებობა.

უნდა ვიფიქროთ, რომ ეს არის შედეგი ზღვის გოჭის სასუნთქი და საკმლის მომწელებელი აპარატების ანატომიური და ფიზიოლოგიური აგებულების თავისებურების. მაგრამ უკვე a priori არ შეიძლება უარყუთ, რომ ზღვის გოჭები, განსაკუთრებით. როდესაც ისინი დიდი ქალაქების ლაბორატორიუმებშია მოთავსებული, ისუნთქავენ ისეთ ჰაერს, რომელშიაც ცოცხალი ტუბერკულოზის ჩხირიანი მტვერია. რადვანაც ამ მტვერში ტუბერკულოზის ჩხირის რაოდენობა ძლიერ ცოტაა, მათ შესუნთქვას მოსდევს უჯრედების სპეციალური ინფილტრაცია და ამგვარად არ ჩნდება აქტიური ტუბერკულოზური პროცესი. მაგრამ

ასეთ ბუდეებში ტუბერკულოზის ჩხირები ყოველთვის არ იხოცება და, როდესაც ჩვენ შეგვყავს გოქის სხეულში ტუბერკულინაინი მასალის დიდი ღოჭები *), ეს იწვევს ლატენტური ბუდის გალიზიანებას და ტუბერკულოზის ჩხირების ინტენსიურ გამრავლებას.

ჩვენი ცდები წარმოადგენენ ჩვენ მიერ განზრახული შრომის ერთს პატარა ნაწილს. ამ ცდებით ჩვენ არ გვინდა საბოლოოდ უარყოთ ან გადავჭრათ საკითხი ტუბერკულოზის ვირუსის ფილტრში გატარების თვისებისა. ჩვენ მხოლოდ გვინდა მივაქციოთ მკვლევარების ყურადღება ზღვის გოქის სხეულში ლატენტური ტუბერკულოზური ბუდის აპრიორული არსებობის შესაძლებლობაზე, რომ ეს ფაქტი მიღებული იქნეს მხედველობაში იმ შედეგების დროს, რომელთაც ისინი ლეზიულებზე ტუბერკულოზის ჩხირის კულტურის ფილტრატების შემზაპუნების შემდეგ.

ლიტერატურა.

- 1) Calmette. L' infection bactillaire et la tuberculose.
- 2) Fontes. Memorias do Instituto Oswaldo Cruz. T. 2 1910 წ.
- 3) Durand et Vaudremer A—Retour au type classique du bac. tuberculeux filtré, après passage par le peritoine du coqage. Compt rend Soc. de Biol. T. 90 1924.
- 4) Gessard et Vaudremer A—Divers modes de culture du bac. tuberculeux—Compt rend Soc. de Biol. T. 87 1922.
- 5) Hauduroy et Vaudremer A—Recherches sur les formes filtrables du bac. tuberculeux ibid. T. 89 1922.
- 6) Vaudremer A. Formes filtrantes das bac. tuberculeux C. S. B. T. 99 1923.
- 7) Gessard et Vaudremer A—Recherches sur la culture de bac. Tuberculeux T. 90 1924.
- 8) Vaudremer A—Le bac. de la tuberculose (Scloratrix Kochi) Paris medic. 1924 № 1.
- 9) Ferran I. Sur l'obtention de la tuberculose intlamatoire de tubercules et verte de bacilles acidoresistants de Koch, au moyen de l' inoculation de bacteries non acido-resistants, de culture facile et compbtmemt atoxiques Compt ren. Soc. de Biol. T. 72 1912.
- 10) Valtis J. Formes filtrables dans les cultures du bac tuberculeux Compt. reud. Soc. de Biol. T. 90 1924.
- 11) იგივე—Sur la filtration à travers la bougie Chamberland L2 du bac de Koch provenant d' un pus tuberculeux—ibid. T. 90 1924.
- 12) იგივე—Sur la filtrabilité du bacille tuberculeux à travers les bougies Chamberland Annales de L' Jnst. Past. T. 38 1924.

*) ზოგიერთ ცდების დროს ზღვის გოქებს უშაპუნებდენ ფილტრატის 50 კუბ. სანტიმეტრამდე, ე. ი. გოქის წონის 10 „

6. გეგმავარი.

ტფ. რკ. გზის საავადმყოფოს 2 თერაპ. განყოფილ. გამგე.

პროტეინოთერაპია საერთოდ და მით ამგზის დიზენტე- რიის წამლობა.

ამ უკანასკნელ ათი წლის განმავლობაში ეგრედ წოდებული არა სპეცი-
ფური პროტეინით წამლობა სხვადასხვა დაავადების დროს დიდ ყურადღებას
იპყრობს თითქმის ყველა ქვეყნებში და განსაკუთრებით კი გერმანიაში.

პროტეინით წამლობის სახელით იგულისხმება ორგანიზმში სხვადასხვა ცი-
ლოვან ნივთიერებათა პარენტერალური საშუალებით თერაპიული მიზნით შეყვანა.

პროტეინის თერაპიის საფუძვლად დაედო 90 წლებში გამოჩენილი რუს
ბაქტერიოლოგის Исаев-ის დაკვირვებანი. მას შეყავდა ზღვის გოჭების მუც-
ლის ღრუში წინასწარ ნუკლეინის შეავა ფიზიოლოგიური ხსნარი, ან ადამიანის
ნორმალური სისხლის შრატის; 24 საათის შემდეგ უშხაპუნებდა ინტრაპერიტო-
ნეალურად იმავე გოჭებს ხოლერის ვიბრიონის კულტურის ლეტალურ დოზას და
გოჭები არ იხოცებოდნენ.—Исаев-ის დაკვირვებანი დაადასტურეს Pfeiffer-მა და
Fridberger-მა, რომელთაც წინასწარ მუცლის ტიფის ვაქცინის შეშხაპუნებით
დაიცვეს ცხოველები ხოლერის დაავადებისაგან.—Павловский-მ კი bac. prodi-
giosus-ის შეშხაპუნებით დაიფარა საცდელი ცხოველები ციმბირის კირის და-
ხოცვისაგან.—Pfeiffer-ი ამ მოვლენას ხსნის მუცლის ღრუში და სისხლში ლეგ-
კოციტების გამრავლებით, რის გამო ხოლერის ვიბრიონები განიცდიან ფაგო-
ციტოზს და ზღვის გოჭები არ ავადდებიან.

ამ ლაბორატორულმა დაკვირვებამ შეაჩუა კანონი იმუნიტეტის სპეცი-
ფობისა და დაიბადა აზრი ზოგიერთ ინფექციურ დაავადებათა წინააღმდეგ აწარ-
მოონ თერაპია ისეთი კულტურის საშუალებით, რომელსაც საერთოდ არა აქვს რა
ძირითად სნეულებასთან (და ეს უკანასკნელი აღიარებულ იქნა როგორც „პეტი-
როვაქცინის თერაპია“.

პეტროვაქცინაციის მამამთავრად ითვლებიან Kraus-ი და Jüdke მუცლის
ტიფით დაავადებულ ორგანიზმში ნაცვლად მუცლის ტიფის ვაქცინისა შეყავდათ
მკურნალობის თვალსაზრისით ინტრავენოზულად Bact. coli და მიიღეს თანაბ-
რი შედეგები.—Rumf-ი კი მუცლის ტიფით დაავადებულთ წამლობდა დახოცილ
კულტურას Bact. pyocianus-ის საშუალებით—ისეთი მოვლენა ახსნილი იყო

ბაქტერიების ანტაგონიზმით, რაზედაც აშენდა მთელი მოძღვრება ბაქტერიო-თერაპიისა.

ავთვისებიან ხორცმეტების და კანის ტუბერკულოზის დროს ხელოვნურად იწვევდენ წითელ ქარს და ზოგიერთ შემთხვევაში კლინიკურად შემჩნეული იყო ნამდვილი განკურნება, მაგრამ ლაბორატორულმა დაკვირვებამ დაამტკიცა, რომ სხვადასხვა ბაქტერიები თავისუფლად ცხოვრობდენ ერთად ხელოვნურ საკვებ მასალაზე (Symbiosis). მთელი რიგი მეცნიერებისა, როგორც მაგალითად Kraus-ი, Jüdke და სხვანი, რომლებიც აღფრთოვანებით აწარმოებდენ ჰეტეროვაქცინა-ციას, ხსნიდენ მიღებულ შედეგებს თვით უცხო ბაქტერიების უშუალო მოქმედებით კი არა, არამედ მათი ცილოვანი ნივთიერებათა ზეგავლენით, რომლებიც ორგანიზმისათვის წარმოადგენდენ უცხო სხეულს.

სპეციფიურ წამლობის შემდეგ საფეხურს საფუძვლად დაედო Jüdke-ს დაკვირვება; უკანასკნელი მუცლის ტიფის დროს აწარმოებდა ექიმობას დიეტე-როალბუმოზის 4% ხსნარით და შეყავდა ამ საშუალების ერთი გრამი პარენტე-რალურად. ამ გვარი ცდების შემდეგ ზოგიერთი მეცნიერი, როგორც, მაგალი-თად, Bingel-ი მივიდა სპეციფიურ წამლობის უარყოფამდე. Bingel-მა დიეტე-რიტის დროს აწარმოვა ცხენის ნორმალური შრატის შეშხაპუნება და ისეთი კარგი შედეგები მიიღო როგორც ანტიდიფტერიული შრატის შეშხაპუნების დროს და ზოგიერთ შემთხვევაში კი უკეთესი შედეგებიც. ასეთ თერაპიულ მოქ-მედებას Bingel-ი ხსნის არა იმიტომ, რომ შრატი შეიცავს ანტიტოქსინებს, არა-მედ შრატის სულ სხვა თვისებებით, რომელნიც ჯერ ჯერობით მეცნიერებისათ-ვის გამოურკვეველია.

პროტეინის თერაპიის შესახებ არსებობს Weihardt-ის და Bier-ის თეო-რიები. Weihardt-მა პროტეინის ხმარების დროს შეამჩნია ბაყაყების გულის კუნთების მუშაობის გაცხოველება, თხეზზე რძის დენის გაძლიერება და გალი-ზიანება თითქმის ყველა ორგანოსი და ქსოვილისა. და თანხმანდ ამ ცდებისა მან წამოაყენა თეორია Protoplasma aktivierung — პროტოპლაზმას აქტივაცია. Bier-ი კი ფიქრობს, რომ ცილოვანი ნივთიერება აღიზიანებს ყველა უჯრედებს და განსაკუთრებით კი იმ უჯრედებს, რომლებიც ანთებითაა შეპყრობილი. Bier-ის თეორია ცნობილია როგორც Reiztherapie (გალიზიანების თეორია)—Citron-ი და სხვა ავტორები ფიქრობენ, რომ პროტეინი განსაკუთრებით ქრონიკული და-ავადების დროს ძლიერებს ანტისხეულების წარმოქმნას. ამავე დროს არსებობს В. Волтер-ის ექსპერიმენტალური დაკვირვება „О ферментативных процессах крови и кровяной сыворотки у кроликов под влиянием паряэнтального введения протеинов,“ სადაც ავტორი ამტკიცებს, რომ სისხლის ძირითადი ფერმენტებს—ლიპაზას, ამილაზას და კატალაზას პროტეინის დიდი დოზების ხმარების დროს აკლდება ცხოველმყოფლობის უნარიანობა მაშინ, როდესაც პა-ტარა დოზები იმავე პროტეინისა აცხოველებენ მათ აქტივობას.

პროტეინით წამლობისათვის ხმარობენ როგორც ბაქტერიალურ ვაქცი-ნებს—ტიფის, ხოლერის, გონოკოკის, სტრეპტოკოკის, აგრეთვე ცილების ნივ-თიერებას, როგორც, მაგალითად, ცხენის და ხარის შრატს, რძეს, კახეოზანს, იატრენს, კახეინს, ჰიპეტერმანს და სხვა.



ტფილისის რკ. გზის საავადმყოფოს თერაპიულ განყოფილებაში 1922 წელს სხვადასხვა შინაგან დაავადების დროს პროტეინით წამლობას ვაწარმოებდით რძის სახით, ეგრედ წოდებულ „Milchtherapia“ პრავის პროფ. R. Schmidt-სა, რომელიც უკანასკნელმა შემოიღო 1916 წელს. ერთ გვარი სიფრთხილით შეუდექით ზემოაღნიშნულ მეთოდის გატარებას, რადგანაც ვშიშობდით კუნთ ქვეშ არ მიგვეღო ადგილობრივი დაჩირქება და საერთო სეფსისი, რომელსაც ადგილი ქონდა ტფილისის ერთ კერძო სამკურნალოში რძის შესაპუნების შემდეგ. რძე იწურებოდა დოლბანდში, ისხმებოდა შუშაში და დლუდებოდა წყალში 10 წუთის განმავლობაში. ამის შემდეგ რძეს ვაცივებდით 30°-დ და ვუშხაპუნებდით კუნთ ქვეშ ბარძაყის ზემო მესამე ლატერალურ ნაწილში, რასაკვირველია, ასეტიკის ყველა მოთხოვნილებათა დაცვით. ნებას ვაძლევ თავს მოკლეთ წარმოვადგინო ჩემგნით ჩატარებული რძით ნაწამლი ყველა შემთხვევებში შემდეგი ცხრილის სახით.

ავადმყოფობა	ავადმყოფობები	გაკურნება.	შეთესობა.	შკცელი.
Rheumatism. Chron.	18	13	3	2
Dysentaria	10	7	2	1
Tubercul. Pulm. st II comp. .	8	—	—	8
Typhus abdominal	3	2	—	1
Dyabet. insip.	3	—	2	—
Dyabet. mellit.	2	—	2	—
Paralis agit.	1	—	1	—
Jchias	2	1	1	—
Artrit. gonnorrh.	1	1	—	—

შეშხაპუნებას ვაწყებდით ერთი გრამიდან და თანდათანობით ვუმატებდით თითო გრამს ერთი პირობით: თუ რეაქცია ორგანიზმისა არ იყო მწვავე, ესე იგი სიცხის მომატების მხრივ და საერთო მდკომარეობის გაცუდებით. სიცხე თითქმის ყველა ავადმყოფს პითველ 6—10 საათის განმავლობაში უწყვდა თანდათანობით 38—39° და მეორე დღეს სიცხე ეცემოდა ნორმამდე. ერთ შემთხვევაში შეშხაპუნების ადგილას მივიღეთ დაჩირქება, სხვა შემთხვევებში ადგილი ქონდა გამაგრებას, რომელსაც პროფ. ზლატოგოროვი ხსნის როგორც ადგილობრივი ანაფილაქსის გამოხატვას. თითქმის ყველა ავადმყოფები, განსაკუთრებით კი რევმატიზმით დაავადებულები, აღნიშნავდნ ტკივილების გაძლიერებას სახსრებში, თანდათანობით სიცხის აწყვას, ოფლიანობას პირველ ათი საათის განმავლობაში; იყო შემთხვევები, როდესაც შეშხაპუნებისას რევმატიზ-

(ავადმყოფობის მსვლელობა გართულებით).

მით დაავადებულები განიცდიდენ კრუნჩხვას დაახლოვებით ხუთი წუთის განმავლობაში. არც ერთ ჩვენ შემთხვევაში არ ყოფილა ეგრედ წოდებული choc proteique. შესაძრწვე გაუმჯობესობას ვამჩნევდით ქრონიკულ რევმატიზმი დაავადებულ ავადმყოფებზე სახსრების მოძრაობის გაუმჯობესობის მხრივ; ვამჩნევდით აგრეთვე სახსრების გარეშე შეშუბების დაკლებას და კრეპიტაციის დაკლებას, რასაც ამტკიცებენ აგრეთვე თავისი დიდი მასალის მიხედვით Denecke და Müller-ი. საგულისხმოა შემდეგი შემთხვევა.

ავადმყოფი, რკინის გზის მოსამსახურის ცოლი, რომელიც სამი თვე იწვა ქუთაისის ქალაქის საავადმყოფოში. სახსრების ქრონიკულ რევმატიზმით კიდურის მოძრაობის შეზღუდვის გამო. სწამლობდენ ფარმაკოლოგიური საშუალებებით და თბილი აბაზანებით, მაგრამ ყველაფერი ეს უშედეგოდ რჩებოდა. ჩვენთან ავადმყოფი გადმოყვანილი იყო სპეციალურად ანტალის ტალახის აბაზანების მისაღებათ; განყოფილებაში ის შემოიყვანეს საკაცებზე მწოლიარე. ათი შემსაბუნების შემდეგ ავადმყოფი გაეწერა საგრძნობლად მიკეთებული.

ფილტვის ტუბერკულოზის დროს ვერ მივიღეთ გამამხნეველები შედეგები და ამის შესახებ საინტერესო არის თეორიული მოსაზრება Плигарский სა, რომელიც ამ მოვლენას ხსნის მით, რომ გარსი ტუბერკულოზის ჩხირისა შესდგება ისეთი ცვილოვანი ნივთიერებისაგან, რომლის დასაშლელად საჭირო ანტისეპტულები, რომლებიც დაშლიან ლიპოდურ შენაერთებს და ამავე დროს ის შიშობს, რომ პროტეინის თერაპიას შეუძლია გამოიწვიოს გალიზიანება ინაქტიური ფორმისა, რასაც შეიძლება მოყვეს პროცესის აქტივაცია. Schmidt-ი რძის შემსაბუნების შემდეგ ამჩნევდა ადგილობრივ და საერთო რეაქციას, როგორც ეს არის alt tubercul-ის ხმაოების შემდეგ და ის შესაძლებლად სთავის ტუბერკულოზის თერაპიის რძის შემსაბუნებით შეცვლას, მაგრამ ამ მოსაზრებას არ ეთანხმება პროფ. F. Klemperer-ი თანახმად თავისი მეცნიერული ცდებისა.

განსაკუთრებით კმაყოფილი დავრჩით ჩვენ ქრონიკულ ამებური დეზინტეირიის რძით წამლობით. ჩვენს განყოფილებაში იყო ათი ავადმყოფი. ჩვენამდე ეს ავადმყოფები წამლობდენ, როგორც დიეტეტურ-მედიკამენტური საშუალებებით, ისე ემეტიწით, მაგრამ უშედეგოთ. ავადმყოფების განავალში ნახული იქნა დიზენტერიის ამებები, კლინიკურად აღნიშნული იყო კოლიტი და ქინთვა. ვწამლობდით ერთი თვის განმავლობაში, შემდეგ ათი დღე დასვენება და საჭიროების მიხედვით ზოგიერთებზე ვიმეორებდით წამლობის კურსს. ათი შემთხვევიდან შვიდ შემთხვევაში წამლობის შემდეგ მივიღეთ უსისხლო და უამებო განავალი, განსაკუთრებით აღსანიშნავია საერთო მდგომარეობის გაუმჯობესობა, რაც გამოიხატებოდა წონის მომატებაში, კოლიტის და ქინთვის გაქრობაში. ეს ავადმყოფები ჩვენი ზედამხედველობის ქვეშ იყვნენ ერთი წლის განმავლობაში და რეციდივი არ შეგვიმჩნევია. ორ შემთხვევაში ავადმყოფებს დაეწყო კლინიკური უმჯობესობა, მაგრამ განავალში სისხლს და ამებებს ვნახულობდით. ერთი შემთხვევა კი უცვლელი დარჩა.

არ არის არც ერთი დარგი მედიცინისა, სადაც პროტეინის თერაპია არ იყო ნაკადი. ის სცადეს, სხვათა შორის, გინეკოლოგიაში და მენარობაში საშვილოსნოს სისხლის დენის დროს. Esch-ი ხმარობდა საშვილოსნოს დანაბატის გონოროული დაავადების დროს. Müller, Heine აღნიშნავენ კარგ შედეგებს თვალის ბლენორეის დროს. ქირურგიაში, პროფ. Bier-ი ხმარობს ავთვისებიანი

სიმსივნეების დროს. მისი დაკვირვებით პროტეინი იწვევს ქსოვილების დაშლას. ნაწილი დოსტაქტრებისა ხმარობენ რძით წამლობას osteomyelitis დროს და ძვლის მოტეხილობის შეზრდის დასაჩქარებლად.

პროფესორი Czerny აღტაცებით წამლობს კახეციას ტუბერკულოზით დაავადებულ ბავშვებს ცხენის შტრატის შეშხაპუნებით—ყოველ დღე ერთი კ. ს.—100 კუბ. სანტ. დერმატოლოგიაში რძით წამლობას ხმარობენ ექზემის და ტრიხოფითის დროს (Kraus, Anton), სიფილისის დროს სალვარსანთან და სინდიკთან ერთად და აგრეთვე პროგრესიულ სიღამბლის დროს. ცდები იყო აგრეთვე ნევრასთენიის და ნევრალგიის დროს და ეს ცდები ჩვენ ვაწარმოვეთ Jschias და paralis. agitans-ით დაავადებულ ავადმყოფებზე და მივიღეთ დაბაკმაყოფილებელი შედეგები. პროტეინის თერაპიის საწინააღმდეგო ჩვენებანი—გულის სისუსტე. თუმც გვქონდა შემთხვევა, როდესაც ჩვენ ვაწარმოვეთ ექიმობა ერთ ისეთ ავადმყოფზე, რომელსაც ქონდა გულის მანკი ქრონიკული რევმატიზმით გართულებული და გაუარესება გულის მუშაობისა არ შეგვიძინებია.

ზემოხსენებულ ნათლად ჩანს, რომ პროტეინის თერაპიას განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს ჩვენს კლინიკებში და საავადმყოფოებშიც. უნდა იქნას შემოღებული და ნაცადი პროტეინის ახალი პრეპარატებით წამლობა. ამ უამად საკითხის ასეთ დაყენებას და მის განხორციელებას დიდ ყურადღებას აქცევენ, განსაკუთრებით, გერმანიაში.

ზემოჩამოთვლილ ავადმყოფობის გარდა პროტეინის პრეპარატი „ჰიპეტერ-მინი“ სცადეს Holler-მა და Pribram-მა კუჭის წყულულის დროს და კლინიკურად ავადმყოფის გაჯანსაღება მიიღეს. რენტგენმა დაადასტურა, ეგრედ წოდებული „ნიში“-ს გაქრობა.

ჩვენი აზრით:

1) პროტეინის თერაპია არ შეიძლება ჩაითვალოს როგორც სპეციფიური წამლობა, მას უნდა მიეწეროს ისეთივე მნიშვნელობა, როგორც აქვს კლიმატოთერაპიას და ჰიდროთერაპიას.

2) შეფარდებული ხმარებით შესაძლებელია მისი გამოყენება სხვადასხვა ქრონიკული დაავადების დროს და

3) შესაძლებელია აგრეთვე პროტეინით წამლობა ამებიანი დაავადებული ავადმყოფებისა.

ლიტერატურა:

1. Л. С. Розенталь. „Протеиновая терапия.“ Врачебное обозрение 1921 г. № 2. Берлин.

2. В. Т. Рафальский, „Протеиновая терапия“. Киевский мед. журнал. 1922 г. № 2.

3. Проф. С. И. Златогоров и пр. доц. Лавринович. „Вакциноterapia и протеиноterapia“. 1923 г. Харьков.

4. R. Schmidt. Über Proteinkörpertherapie, und parenteraer zufuhr von Milch. Med. Klin. 1916 г. № 7.

5. Weichardt. Münch. med. wochehschrift 1915 г., 1921—1922 г.

6. Prof. R. Schmidt. Протеиновая терапия, „Врачебное обозрение“, 1926 г. № 1.

7. Prof. W. Weichardt. Экспериментальные основы неспецифической терапии. Врачебное обозрение 1925, № 12.

ილ. ლორთქიფანიძე.

კლინიკის ასისტენტი.

მალარიის დროს სისხლის ძარღვების ცვლილებათა შესახებ ბავშვის ასაკში*).

(ტფილისის უნივერსიტეტის ბავშთა სნეულებათა კლინიკიდან. გამგე—პროფ. ს. გოგიტიძე).

F 250
თავის დროისათვის გამოჩენილი და ესლაც ცნობილი ფრანგი Cadet de Gassicourt ი პედიატრი—კლინიკისტი ამბობდა, რომ ბავშვის ორგანიზმში წარმოადგენს სუფთა ფურცელს, რომელზედაც ყოველი გადატანილი ავადმყოფობა სწერს თავის სახელსო. რამდენადაც უფრო მეტი დრო მიდის, იმდენად უფრო ძნელი ხდება ამოცნობა იმ წარწერების, რომლებითაც ასე უხვად არის დახაზული უკვე მოზრდილი ადამიანის ორგანიზმში. ბავშვის ორგანიზმში, მასისადამე, წარმოადგენს უფრო სუფთა მასალას და ცვლილებები, რომლებიც კი მასში გვხვდება, უფრო ადვილად შეიძლება ამოვიკითხოთ და მივაკუთვნოთ ამა თუ იმ ავადმყოფობას.

სახელმწიფო უნივერსიტეტის ბავშთა კლინიკაში მალარიისაგან გარდაცვლილი ბავშვების გვამების გაკვეთის დროს, არა ერთხელ გვინახავს უკვე მაკროსკოპიულად შესამჩნევი ათერომატოზული ფოლაქები აორტის შიგნითა ზედაპირზე. ჩემი პათივცემული მასწავლებლის ბ—ნ პროფ. ს. გოგიტიძის რჩევით, მე უფრო მეტის ყურადღებით ვაკვირდებოდი მალარიისაგან გარდაცვლილი ბავშვების სისხლის ძარღვების ამა თუ იმ ცვლილებებს. როდესაც აღმოჩნდა, რომ ეს ათერომატოზული ფოლაქები არ წარმოადგენს იშვიათ მოვლენას, მაშინ დავიწყე როგორც აორტების, ისე პარენქიმატოზულ ორგანოების შეგროვება, სისხლის პატარა მილებში მალარიისაგან გამოწვეული ცვლილებების შესასწავლად და გამოსარკვევად.

ჩვენ გვანტერესებდა საკითხი იმის შესახებ, თუ რამდენად ხშირი იყო ათერომატოზული ცვლილებები სისხლის ძარღვებში და რამდენად ჰქონდათ კავშირი ამ ცვლილებებს მალარიასთან.

საერთოდ სისხლის ძარღვების სისტემის დაავადება დიდი ხანია იპყრობს მეცნიერების ყურადღებას. მე არ მოვიყვან აქ ყველა ავტორებს, რომელთაც მო-

*) მოხსენებულია სრულიად საქართველოს ექიმთა მეორე კონგრესზე 1924 წ. მაისში.





ნაწილობა მიიღეს ამ საკითხის გამოკვლევაში, და იმ აუარებელ ლიტერატურაში, რომელიც დაგროვდა არტერიოსკლეროზის შესახებ, აღინიშნავ მხოლოდ, რომ **Lobstein-მა** თავის შრომაში, რომელსაც სახელად უწოდა „L'artériosclérose ou épaissement der artères.“ პირველად შემოიღო ტერმინი **არტერიოსკლეროზი**, რომელიც მაშინ აღნიშნავდა სისხლის ძარღვების კედლების გასქელებას და გამკვრივებას.

Wirchow-ი არტერიოსკლეროზის მიზეზად სთვლიდა ანთებას, რომლის არსებობის დროს უკვე მეორედათ აღმოცენდება ცხიმოვანი გადაგვარება.

შემდეგში არტერიოსკლეროზის მიზეზად ასახელებენ მთელ რიგ მანვან გავლენებს, როგორც, მაგალითად, მექანიკურს, ქიმიურს, ნერვულს, ტოქსიურს და სხვას, ან მათ კომბინაციებს. სხვადასხვა ფაქტორების სისხლის ძარღვებზე გავლენის შესწავლაში გამოყენებული იყო ექსპერიმენტალური მეთოდი.

უკანასკნელ ათეულ წლებში არტერიოსკლეროზის პათოლოგიის შესახებ სპეციალურ ლიტერატურაში დაგროვდა ფრიად საინტერესო მასალები, რომელიც ნებას გვაძლევს ვიჭონიოთ ახალი შეხედულება არა თუ ამ ავადმყოფობის პათოლოგიურ ანატომიაზე, არამედ მის პათოგენეზზე და ეტიოლოგიაზედაც.

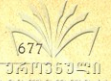
განსაკუთრებითი შედეგები მიიღეს დიდ სისხლის ძარღვების არტერიოსკლეროზის შესწავლით, რომელსაც **Marchand-მა** 1904 წ. სახელად უწოდა ათეროსკლეროზი. ეს ათეროსკლეროზი მისივე შეხედულებით ხასიათდება intima-ს გასქელებით და სკლეროზით, უჯრედების გამრავლებით, ნაწილობრივი ნეკროზით და გადაგვარებით. სწორედ ეს ფორმა ფრიად დამახასიათებელია მოხუცებულთათვის და გვხვდება ამ ჰასაკში როგორც კანონშეზომილი მოვლენა. ამ დროს სისხლის ძარღვის შიგნითა ზედაპირზე გვხვდება თეთრი ფოლაქები და ხაზები, რომელთაც შეუძლიან დაწყულდეს და განიცადოს მეორედად გაკირვა.

Игнатовский-მ და **Сальтныков-მა** ერთდროულად გამოაქვეყნეს თავიანთი დაკვირვება ბაქიებზე, რომლებზედაც ექსპერიმენტალურად შესაძლებელი იყო ათერომატოზული ცვლილებების გამოწვევა; ეს ცვლილებები თავისი განსაკუთრებული ლოკალიზაციით intima-ში და გაცხიმებით ძლიერ გავს ადამიანის ათეროსკლეროზს.

როდესაც გამოირკვა მორფოლოგიურად სრული მსგავსება ექსპერიმენტალურსა და ადამიანის ათეროსკლეროზს შორის, მაშინ დაიბადა სურვილი ცხოველებზე ცდებით გამოეყვით ამ პროცესის მიზეზი და მექანიზმი.

აღმოჩნდა, რომ ათეროსკლეროზული ცვლილებების მიღება ცხოველებზე შესაძლებელია, როგორც კანონიერი შეზომილი მოვლენა, თუ მათ კარგა ხნის განმავლობაში ეძლევა ხოლესტერინით მდიდარი საჭმელი ან კიდევ თუ მათ კუჭში წმინდა ხოლესტერინი შეეკვავს (**Аничков, Халатов**).

Vacker და **Huesck-ი** ბაქიების ყოველ-დღიურ საჭმელს უმატებდნენ 1,25 გრ. ხოლესტერინს; ასეთ ბაქიების სისხლის შრატში მათვე აღმოაჩინეს, როგორც გაესთერებული, ისე თავისუფალი ხოლესტერინის დიდი რაოდენობა. ამგვარ ცხოველების ორგანიზმში, უკვე პირველი სამი თვის განმავლობაში ექსპერიმენტის დაწყებიდან ნახულობდნენ ძლიერ ხოლესტერატოზს (ხოლესტერინის დაგროვებას) ორგანოებში — ლვიძლში, თირკმლის ზედა ჯირკველში.



Starokadomskiy აქმედდა ბაჭიებს რძეში გათქვეფილ კვერცხის გულს და ამით მიიღო მან აორტის intima-ს ჰიპერტროფია, მისი ელასტიური ელემენტების გაზრდა და ცხიმოვანი გადაგვარება, აგრეთვე ნაწილობრივად media-ს ცხიმოვანი გადაგვარებაც.

პირველად **Lemoin-ი** ასახელებდა ხოლესტერინემიას არტერიოსკლეროზის გამოიწვევე მიზეზად, თუმცა ძლიერ გაკვირთ. **Chaffard** და **Pribram-აც** ნახეს აგრეთვე ხოლესტერინის რაოდენობის გადიდება არტერიოსკლეროზით ავადმყოფთა სისხლში. **Vindaus-მა** აღმოაჩინა ხოლესტერინის შენაერთთა დაგროვება აორტის კედელში.

Aschoff-ს და **Wogler-თან** ერთად, შეჰყავდა ხოლესტერინი საცდელი ცხოველების ორგანიზმში.

ეს ავტორები მივიდნენ იმ დასკვნამდე, რომ ათერომატოზული ცვლილებები არის შედეგი მიეღინით და ხოლესტერინით მდიდარი შრატის ზედაწოლის ფაზარ intima-ზე; მათივე აზრით ხოლესტერინის ნალექი იმდენად მეტია, რამდენადაც ქსოვილი უფრო ფაზარია.

ხოლესტერინის ძლიერი დაგროვება ბოლოს და ბოლოს იწვევს უჯრედების და ქსოვილების სიკვდილს, ხოლესტერინის ესთერების დაშლას და ამრიგად ხოლესტერინის და ცხიმმკვავების განთავისუფლებას, გასაპნებას და გაკირვას. ამ ნივთიერებათა თანდათანობითი დაგროვება ადანიანის აორტში ყველაზე უკეთ შესწავლილია **Aschoff-ის** მიერ. **Aschoff-ი** აღიარებს, რომ ისეთი დიდძალი დაგროვება ხოლესტერინის სისხლში, როგორც ექსპერიმენტში, ადამიანის სისხლში არ უნდა გვხვდებოდეს და ამიტომ მართო ეს არ უნდა იყოს მიზეზი ათეროსკლეროტიულ ცვლილებისო, არამედ ამასთანავე საჭიროა ალბად intima-ს ოდნავი დაზიანება. **Aschoff-ბ** ასეთი დაზიანება შესაძლებლად მიაჩნია ინფექციის დროს, ერთდროულად ხოლესტერინის რაოდენობის და სისხლის წნევის აწევასთან.

Aschoff-ის აზრით გაცხიმება ხდება არა ელასტიურ ბოჭკოებში, როგორც ამას ფიქრობდა **Jores-ი**, არამედ შემწებავ ნივთიერებაში (Kittsubstanz), რომელიც იჭირს ამ ბოჭკოებს. მისი აზრით ეს შემწებავი ნივთიერება გასქელდება, შემდეგ კი განიცდის გადაგვარებას. სისხლის დიდ ძარღვებში დეგენერაციას განიცდის უფრო მომქმედი ელემენტების შემწებავი ნივთიერება, მაშასადამე დიდ ძარღვებში გაცხიმება ხდება ელასტიური ფირფიტების შემწებავ ნივთიერებაში, ხოლო კუნთოვანი ტიპის ძარღვებში—კუნთოვანი ბოჭკოების შემწებავ ნივთიერებაში, სადაც პირველად ხდება შემწება, შემდეგ კი გაცხიმება და გაკირვა, მხოლოდ იმ განსხვავებით, რომ აქ გაცხიმების მოვლენები უფრო მეტ ადგილს უთმობენ გაკირვას.

Hueck-მა, ისე როგორც **Aschoff მა** და მისმა მოწაფეებმა, გამოიწვია ლიპოიდების დაგროვება ბაჭიების აორტაში, ხოლო ერთდროულად ხოლესტერინის და ადრენალინის შესხაპუნებით კი მთელ არტერიალურ სისტემაში (თირკმელის, ელენთის, გულის და სხვა ორგანოების სისხლის პატარა ძარღვების ინტიმაშიც). ამასთანავე **Hueck-ი** სრულიად უარყოფს **Aschoff-ის** შემწებავ ნივთიერებას (Kittsubstanz), როგორც არა საკმარისად გასაგებ მცნებას და ფიქრობს,



რომ სისხლის ძარღვების ვაცხიმებას ალბად ყოველთვის არ მოყვება არტერიო-სკლეროზი და შესაძლებლად მიაჩნია მისი უკუ განვითარებაც.

Мипк-ბ ათერომატოზის წარმოშობის ასახსნელად მოჰყავს ფიზიკო-ქიმიური მოსაზრება. მისი აზრით არსებობს დამოკიდებულება შრატში კოლოიდო-ქიმიურ მოვლენებსა და უჯრედში დეგენერატიულ მოვლენებს შორის.

Мипк-მა გვიჩვენა, რომ ათაშანგის დროს ლიპოიდური შემადგენლობა შრატის გამოცვლილია; ხოლესტერიინის რაოდენობა ეკსუდატებში და ქსოვილთა წვეცებში აწეულია. ლაპოიდურ გადაგვარებას თირკმელებში და ცენტრ. ნერვულ სისტემაში იგი ხსნის სისხლ. შრატის ზედაპირის ზედმეტი დაჭიმულობით (повышенное поверхностное натяжение).

Стуккей-ბ ცდებმა გამოარკვია, რომ ხსნარიდან დაღვევის თვისება აქვს მარტო ხოლესტერიინის შენაერთებს; ნეიტრალური ცხიმები კი ასეთ თვისებას მოკლებულია. ხოლესტერიინის ნაწილები, შერეულნი ძლიერ წმინდა ცხიმოვან სუსპენზიასთან, ჰქმნიან ამ სუსპენზიის მერყეობას და ილექციბიან ძლიერი ადსორბციის უნარის მქონე ზედაპირთან შეხების დროს (**Аничков**). ასეთ ზედაპირს სწორედ წარმოადგენს, **Аничков-ის** აზრით, არტერიალური სისტემის ელასტიური ბოქოვები.

Аничков-ი მივიდა დასკვნამდე, რომ სისხლის მსხვილ ძარღვების შიგნითა ფენაში შეუძლია შესვლა სხვადასხვა ნივთიერებას პირდაპირ სისხლის ძარღვის სანათურიდან¹⁾. ამავ გზით უნდა ხდებოდეს სისხლის ძარღვების საზრდობაც. ასეთ დასკვნას, რასაკვირველია, დიდი მნიშვნელობა აქვს ათეროსკლეროზის პროცესის ახსნისათვის.

სისხლის ძარღვის შიგნითა ფენის ბოქოვებში ხოლესტერიინის შენაერთთა დაღვევა იწვევს გაღიზიანებას, როგორც მექანიკურს, ისე ქიმიურსაც. თუ ამ შენაერთთა დაღვევა მოხდა წვეცების მიმოქცევის გზებში, იმ შემთხვევაში ქსოვილი ძლიერ დაზიანდება და შესაძლებელია მეორედ აღმოჩენილი ელასტიური ბოქოვების გამრავლება. ახლად შექმნილი ქსოვილები ვერ არიან გამძლე და ადვილად განიცდიან დაშლას. ამრიგად ათეროსკლეროზი **Аничков-ის** შეხედულებით წარმოადგენს არა დეგენერატიულ ჰიპერპლასტიურ პროცესს (**Jores**), არამედ ინფილტრაციულ ჰიპერპლასტიურს. ამასთანავე ის არ ივიწყებს სისხლის წნევის აწევის მნიშვნელობას ათეროსკლეროზის შექმნაში.

როგორც მოვიხსენიეთ ბავშვის ორგანიზმში წარმოადგენს განსაკუთრებულ ინტერესს, მით რომ გვაძლევს საშუალებას შევისწავლოთ სხვადასხვა ტოქსინების გავლენა, შედარებით მოზრდილთან გაცილებით უფრო სუფთა მასალაზე.

ბავშვების ასაკში სისხლის ძარღვების დაავადების შესახებ ლიტერატურის გადათვალთვალების დროს ვნახულობთ **Seitz-ის** მიერ 1896 წელში ფრანკფურტში კონგრესზე გაკეთებულ მოხსენებას 3 შემთხვევის შესახებ, რომლებსაც ის სთვლიდა ჰაბუკის (юношеский) არტერიოსკლეროზად. მიზეზად ასეთ ცვლილებებისა ის ასახელებს ვადატანილ ინფექციურ ავადმყოფობებს.

¹⁾ **Аничков-ი** ეყარებოდა **Петров-ის** ცდებს, რომელიც აწარმოებდა სისხლის ძარღვების სიცოცხლის დროს შეღებვას.



Chiari-მ, (1898 წ.) აღწერა ერთი შემთვევა მუცლის ტიფისა, რომელიც 13 წლის ბავშს შეეხებოდა, სადაც აორტის ასწვრივ ნაწილზე აღნიშნული იყო ათერომატოზული ფოლაქები.

Зимницкий-მ, რომელმაც (1903 წ.) გამოიკვლია 138 აორტა ახალგაზრდა ინდივიდუმებზე (25 წლამდის) აღნიშნა 27,3% აორტის დაავადება: intima-ში ნახულობდა დიდ უჯრედებს, რომელნიც ცხიმის წვეთებს შეიცავდნენ.

Viesel-მა (1906 წ.) გამოიკვლია 80 შემთხვევა (1/2 წ. 16 წლამდი), საინდანაც ის აკეთებს დასკვნას, რომ სხვადასხვა ინფექციური დაავადების დროს სისხლის ძარღვები უსათუოდ ზიანდება. დაზიანება გამოიხატება დასაწყისში media-ს სადა კუნთების და ელასტიურ ბოქოების დეგენერაციაში და შორს წასულ შემთხვევებში კი ასეთივე ცვლილებებს განიცდიან intima-ს და adventitia-ს ელემენტებიც. თუმცა ამ ცვლილებებს ის არ სთვლის არტერიოსკლეროზად, მაგრამ, ამ ავტორის აზრით, მათ შეიძლება მოჰყვეს სკლეროტიული ცვლილებებიც.

შემდეგ Rach-მა (1906 წ.) გამოიკვლია თანდაყოლილი ლუესით ავადმყოფი ბავშვების 27 აორტა და ფილტვის არტერია; ავტორი ნახულობდა მკვრალი უჯრედების დაგროვებას vasa-vasorum-ის გარშემო და media-ს ელასტიურ ბოქოების მარცვლოვან დაშლას. მოკლედ, თითქმის ამით ამოიწურება ლიტერატურა ბავშვების სისხლის ძარღვების ცვლილებების შესახებ.

იმ დროს, როცა განსაზღვრულ ინფექციურ სნეულებებზე, კერძოდ ათაშანგზე, არსებობს ცოტად თუ ბევრად შეთანხმებული აზრი, სისხლის ძარღვებში მათ მიერ გამოწვეულ ცვლილებების შესახებ, იგივე არ შეგვიძლია ჩვენ ვთქვათ ძალარყოფილ ინფექციაზე.

მალარიის გავლენა სისხლის ძარღვებზე ჯერ-ჯერობით ნაკლებად არის შესწავლილი. თუ ჩვენ ამ საკითხის ლიტერატურას შევხებით შეგვიძლია აღვნიშნოთ, რომ იმ დროს, როცა Laveran-ი და Kelsch-ი მალარიული წარმოშობის არტერიოსკლეროზს უარყოფენ, Dumolard-ი, Aubry და Granger-ი Röntgen-ის სხივებით გამოკვლევით ამტკიცებენ ქრონიკული აორტიტების სისშირეს. Röntgen-ით გამოკვლევა იძლევა მათი აზრით აორტის ვაფართოვებას იმ შემთხვევებშიაც კი, როცა არავითარი კლინიკური მოვლენების აღნიშვნა არ შეიძლებოდა.

ყველა ზემოხსენებულიდან ნათლად ჩანს, რომ საკითხი, რომლის გამორკვევა ჩვენ მიზნად დავისახეთ თითქმის ხელუხლებელია და როგორც ასეთი ყურადღების ღირსია. ჩვენ უნდა გამოგვეკვლია შემდეგი საკითხები: ა) არსებობს თუ არა წმინდა ფორმით ათეროსკლეროზი მალარიის დროს, რა გავრცელება და ლოკალიზაცია აქვს მას, ბ) არის თუ არა რაიმე ცვლილება media-ში, adventitia-ში ან სხვაგვარი ცვლილებები სხვადასხვა ორგანოების სისხლის ძარღვებში.

დასაწყისში, მალარიით დაავადებული ბავშვების გაკვეთის დროს ვაგროვები მხოლოდ აორტებს. რადგანაც ჩემი ამოცანის ფარგლები თავიდანვე არ იყო საბოლოოდ მოხაზული. შემდეგ, აორტის გარდა მე ვაგროვებდი სხვა ორგანოებსაც, ამ უკანასკნელთა სისხლის ძარღვების ცვლილებათა შესასწავლად და ფოქსაციას ვუყენებდი 5/10-იან ფორმალინში. ამგვარად დამზადებული ორგანოების ანაკვეთებს, რომლებსაც მე ვღებულობდი გასაყინი მიკროტომის საშუალებით, ვიკვლევდი პირველად ყოვლისა პოლიარიზაციულ სინათელში შეუღებავად, დანარჩენს

კი ვლებადი სამი წესით: Sudan-Hematoxylin-ით, Hematoxylin-Eosin-ით და Van-Gieson-ის საღებავით. სულ გამოკვლეული მქონდა 9 შემთხვევა.

რადგანაც პათოლოგიური ცვლილებები ყველა 9 შემთხვევაში დაახლოვერებით ერთგვარი იყო, ამიტომ მათი გამოკვლევით მიღებული შედეგების აღწერას ვაწარმოებ ერთდროულად ერთგვარი ორგანოებისთვის.

პირველად ყოვლისა, **აორტების** მიკროსკოპიულად გამოკვლევის დროს ყურადღებას იქცევს ის გარემოება, რომ *intima* გასქელებულია, მაგრამ ამასთან მისი აგებულება უფრო თაშარია; მასში მოთავსებული უჯრედები გადიდებულია. როდენობა და მოცულობა ცალკე ბოჭკოების, განსაკუთრებით კოლაგენური ბოჭკოების, მომატებულია. ამ ბოჭკოებს ჰომოგენური შეხედულება აქვთ. ასეთი ცვლილებები, 1-ლ და მე-2-რ შემთხვევებში ნაკლებად არის გამოხატული, ხოლო ყველა დანარჩენებში უფრო მკვეთრად არის გამოხატული. ბოჭკოების შორის, ნაპრალებში მდებარეობენ კარგა მოზრდილი უჯრედები, რომელნიც დატვირთულია ცხიმის მოზრდილ და უფრო მცირე წვეთებით. ცხიმის დიდი დაგროვება ერთი მხრით მექანიკურად ჰფარავს ბირთვებს, რის გამო უკანასკნელნი ცუდად მოსჩანან. მაგრამ იმავე დროს ბირთვები განიციდიან ისეთ ცვლილებას, რომლის გამო ისინი ცხიმისაგან განთავისუფლებულ უჯრედებშიც ვერ სჩანან საკმაოდ მკაფიოდ.

უფრო მკაფიოდ გამოხატულ შემთხვევებში *intima* გამოზნექილი იყო არა მარტო სისხლის ძარღვის სანათურისაკენ, არამედ ოდნავ გარეთკენაც, ელასტიურ-კუნთოვან შრეებისაკენ, რომელთაგან მხოლოდ *intima*-სთან ახლო მდებარე *media*-ს ნაწილები განიციდიდენ გაცხიმებას.

ელასტიური ბოჭკოები, მდებარე სკლეროტიულ ფოლაქებში გამსხვილებულია, ზოგ ადგილას დაშლილიც. მათ აგრეთვე ეტყობოდა გაცხიმება და Sudan-ით იღებებოდნენ ბაც-მოყვითალო ფერად (შემთხ. 3, 6, 7); მეოთხე შემთხვევაში ელასტიური ბოჭკოები დიფუზიურად შეიღებენ მოწითალო წაბლის ფერად.

მესამე შემთხვევაში ქსოვილის სტრუქტურა *intima*-ს სიღრმეში სრულიად გამოცვლილია: ქსოვილი ზოგიერთ ადგილებში ჰემატოქსილინით დიფუზიურად იღებება; იმავე დროს მოსჩანან შავად შეღებილი მარცვლოვანი მასები, რაც ვაკირვას ნიშნავს (შემთხ. 1, 4, 5, 6 და 8). *Intima*-ში მყოფი *lamina elastica interna* დაშლილია ყველა ცხრა შემთხვევაში, მაგრამ არა ერთნაირად ყველა ადგილებზე.

რაც შეეხება *media*-ს, მას პირველ შემთხვევაში ცხიმოვანი ინფილტრაცია არ ემჩნევა, მაგრამ ელასტიურ ბოჭკოებს შორის არის ძლიერ განვითარებული ჰომოგენური ქსოვილი. მის გარეთა ნაწილებში, ბირთვებით ღარიბ ქსოვილში გვხვდება ადგილები, შემდგარი დიდი უჯრედებისაგან, რომლებიც შეიცავენ დიდ, წვენიან ბირთვებს. ყველა აორტებში, გარდა მეოთხე და მეშვიდე შემთხვევისა, *intima*-სთან ახლო მდებარე *media*-ს ნაწილები გაცხიმებას განიციდიან. *Media*-ს ელასტიური ბოჭკოები ბევრ ადგილას გამსხვილებულია (შემთხ. 2, 4, 5); ზოგიერთ ადგილებში მათ დაკარგული აქვთ თავისი ტალღისებრი მიმართულება, და პიკრინით შეღებილი არიან ბაც-კანანერის ფერად (შემთხ. 7). ათერომატოზულ ადგილების მიდამოებში, *intima*-სთან ახლო მდებარე *media*-ს ნაწილებში, ელას-

ტიური ქსოვილი დაშლილია, ზოგიერთ ადგილას დაწყვეტილი (შემთხვევა 3); ელასტიურ ბოჭკოებს შორის იმყოფება ჰომოგენური შემაერთებული ქსოვილი (შემთხ. 3, 6, 9), adventitia ში ზოგიერთ ადგილას გვხვდება რვეალ უჯრედების დაგროვება (შემთხ. 3, 9).

ამავე აორტების პოლიარიზაციულ სინათლეში გამოკვლევის დროს, გარდა მეორე შემთხვევისა, ნათლად აღმოჩნდა როგორც intima-ს უჯრედებში, აგრეთვე მათ გარეშე და ელასტიურ ბოჭკოების მიმართულებით მყოფი ცხიმის მცირე წვეთები, ორმაგ გადამტეხი თვისებებით. განსაკუთრებით დიდი რაოდენობა ამ ორმაგ გადამტეხ ნივთიერებისა იყო მე-3, 5, 6, 7 და 8 შემთხვევებში.

ფილტვის არტერია გამოკვლეული იყო 3 შემთხვევაში (შემთხ. 4, 5 და 6). Intima-ს ზერულე ნაწილში აღმოვაჩინეთ (სისხლის ძარღვის დასაწყისში) ცხიმოვანი წვეთები (შემთხ. 4); იგივე აღმოჩნდა მეექვსე შემთხვევაშიც, მხოლოდ ცოტა რაოდენობით.

მეოთხე შემთხვევაში intima ნათლად გასქელებული იყო კოლაგენურ და ელასტიურ ბოჭკოების სიმსხოს და რაოდენობის გაზრდის გამო, მაგრამ დეგენერატიულ და ანთებად მოვლენებს ადგილი არ ქონდათ. Lamina elastica interna ზოგიერთ ადგილას დაწყვეტილი, ზოგიერთ ადგილას ფირფიტებად იყო დაფლეთილი; უჯრედოვანი ელემენტები ცოტა იყო. Adventitia-ში გვხვდებოდა ცოტაოდენი დაგროვება მგვრალ უჯრედების.

ამავე ფილტვის არტერიების პოლიარიზაციულ სინათლეში გამოკვლევით intima-ს სულ ზერულე ნაწილში აღმოჩნდა ორმაგ გადამტეხი წერტილები, მხოლოდ მეექვსე შემთხვევაში მცირე რაოდენობით.

არ არის აგრეთვე ინტერესს მოკლებული ცვლილებები აორტის და ორკარიან სარქველებში (შემთხ. 4 და 6).

აორტის სარქველში ცხიმოვანი წვეთები დაგროვილი იყო სრულიად ზედაპირულ ნაწილებში და პოლიარიზაციულ სინათლეში არ იძლეოდნენ ორმაგ გადამტეხლობას.

ორკარიან სარქველში კი ცხიმის წვეთები დაგროვილი იყო დიდი რაოდენობით, როგორც უჯრედებში, ისე მათ გარეშე, შემაერთებულ ქსოვილში. (იხილეთ სურ. 1). სიღრმეში ქსოვილი შეიღება დიფუზიურად ბაც-ყვითელ ფერად. იმავე ანაკვეთებში პოლიარიზაციულ მიკროსკოპის საშუალებით აღმოჩენილი იყო ორმაგ გადამტეხი წერტილები.

სისხლის პატარა ძარღვები (art. coronaria cordis) გამოკვლეული იყო მე-3, 5, და 6 შემთხვევებში, მაგრამ მხოლოდ მესამე შემთხვევაში აღმოჩნდა intima გასქელებული; თუმცა კოლაგენური ბოჭკოები გამსხვილებული იყო, მაგრამ ცხიმოვან ინფილტრაციას ადგილი არ ჰქონია. ორმაგ გადამტეხი წერტილები არ აღმოჩნდა.

ღვიძლის სისხლის ძარღვების გადათვალიერების დროს (შემთხ. 1, 2, 7, 8, 9) ნათლად ემჩნევა, რომ კედლები მათი არტერიალური სისხლის ძარღვებისა, რომელნიც ინტერლობულარულ შემაერთებულ ქსოვილში არიან მოთავსებული, ვანიკლიან ჰომოგენიზაციას. ამას გარდა მეშვიდე შემთხვევაში media-ს

სტრუქტურული ელემენტები გაურჩეველია და შეღებილია გემტოქსილინით მუქ იისფრად (გაკირვა).

ცხიმოვანი ინფილტრაცია ემჩნევა სისხლის პატარა არტერიულ ძარღვებს (შემთხ. 2), რის გამო intima-ს და media-ს სტრუქტურა არა ჩანს.

მეშვიდე შემთხვევაში ცხიმოვანი ინფილტრაცია უფრო ეხებოდა არტერიულ სისხლის ძარღვების adventitia-ს.

მე-8 შემთხვევაში intima-ს ინფილტრაცია ძლიერ მკვეთრად არის გამოხატული.

მე-9 შემთხვევაში სისხლის პატარა ძარღვების intima ოდნავად, მაგრამ დიფუზიურად შეიღება Sudan-ით.

პოლიარიზაციულ სინათლეში იმავე ანაკვეთების გასინჯვის დროს, ორმაგ გადამტეხი წერტილები არ აღმოჩნდა.

ელენთის სისხლის პატარა ძარღვებში (შემთხ. 1, 2, 7, 9), მარტო მეშვიდე შემთხვევაში იყო გამოხატული სისხლის ძარღვის ჰომოგენიზაცია. არავითარ ცხიმოვან ან ლიპოიდურ ინფილტრაციას მათში ადგილი არ ჰქონია.

თირკმელი გამოკვლეული იყო მხოლოდ მე-7 და 9 შემთხვევებში; გლომერულების ენდოთელიურ უჯრედებში აღმოჩნდა ცხიმოვანი წვეთებით ინფილტრაცია, ზოგ ადგილას ძლიერ მოზრდილი წვეთებით. მათშივე აღმოჩენილი იყო ორმაგ გადამტეხი წერტილები.

ჩემს მიერ გამოკვლეულ ცხრა აორტიდან, 8 შემთხვევაში გვაქვს მკვეთრი ათეროსკლეროტიული ცვლილებები, დამახასიათებელი ლიპოიდო-ცხიმოვანი ინფილტრაციით. ერთ შემთხვევაში კი გვაქვს ნათელი სკლეროზი intima-სი, მხოლოდ გაუცხიმებლად. ყველა ამ ცვლილებების ლოკალიზაცია იყო აორტის ასწვრივ ნეწილში. ამასთანავე აღსანიშნავია, რომ მე-2-რე და მე-6-სე შემთხვევებში მალარიის გარდა, ნათლად გამოხატული იყო ტუბერკულოზით დაავადება, მხოლოდ 1-ლ, 3-მე და 9-რე შემთხვევებში მკვეთრად მიმდინარე კრუპოზული კოლიტი.

შეიძლება ითქვას, რომ თუმცა 2-რე და 6-სე შემთხვევებში ტუბერკულოზთან ერთად იყო ნათლად გამოხატული მალარიული დაავადება, ამ უკანასკნელისათვის დამახასიათებელი ორგანოების პიგმენტაციით, მაგრამ მტკიცება იმისა, თუ რომელ ავადმყოფობას ეკუთვნის პირველადობა ათერომატოზულ ცვლილებების გამოწვევაში, მე არ ვიღებ ჩემს თავზე, რადგანაც ათერომატოზის გამომოწვევ ეტიოლოგიურ ფაქტორებს შორის ასახელებენ ტუბერკულოზსაც. მე-2 შემთხვევაში, სადაც ნათელი ტუბერკულოზური დაავადება იყო, გარდა intima-ს გასქელებისა, არავითარი ვაცხიმების ნიშნები არ გვინახავს. რაც შეეხება 1-ლ, მე 3-მე და მე-9-რე შემთხვევებს, აქ კოლიტს ჰქონდა ცოტად თუ ბევრად მწვავე მიმდინარეობა; ძნელი დასაშვებია, რომ მათ გამოიწვიოთ სისხლის ძარღვებში ისეთი დიდი ცვლილებები, როგორც ეს ჩვენ აღმოვაჩინეთ.

შემთხვევები 4, 5, 7 და ნე-8-ვე წარმოადგენენ მალარიის წმინდა შემთხვევებს, სადაც ცვლილებები, როგორც ზემოდ მოვიხსენიეთ, მკვეთრად აღინიშნებოდა.

ყველაზე უფრო ძვირფასად მე მიმაჩნია მე-7-დე და მე 8-ვე შემთხვევები, (იხილ. სურ. №2, №3), სადაც ჯერ კიდევ სიცოცხლის დროს აღმოჩენილი იქნა ჰიპერნოლესტერინემია, ანუ სისხლში ხოლესტერინის რაოდენობის გადიდება

(პირველის—2,5ნ გრ. $\frac{0}{100}$, მეორის—2,87 გრ. $\frac{0}{100}$ ნაცვლად ნორმალური 1,4—1,8 $\frac{0}{100}$), გაკვეთის შემდეგ კი ორთავეს აორტაში აღმოჩნდა წმინდა ათეროსკლეროტიული ცვლილებები, ნეიტრალურ და ხოლესტერინ ესთერიულ გაცხიმებით. ამრიგად თითქოს ადამიანზეც გამართლდა ექსპერიმენტალურად მიღებული დამოკიდებულება ჰიპერხოლესტერინემიას და სისხლის ძარღვებში ათეროსკლეროტიულ ცვლილებებს შორის.

რაც შეეხება სისხლის პატარა ძარღვებს, შეგვიძლია ვთქვათ, რომ მათში ცვლილებები გამოიხატება სისხლის ძარღვების კედლის ჰომოგენიზაციით და intima-ს ნეიტრალი ცხიმით ინფილტრაციით (შემთხ. 1, 2, 7, 8).

რადგანაც intima-ს ინფილტრაცია ნეიტრალურ ცხიმით ნათლად გამოხატული იყო მე-8 შემთხვევაში, რომელსაც მე ვთვლი სრულიად წმინდა მაღარიულ დაავადებად, სადაც ავადმყოფი მკვეთრ, პროგრესიულად მიმდინარე სისხლის დაშლამ წუთისოფელს გამოასალმა, ამიტომ ვფიქრობთ, რომ მაღარიულ დაავადებას ზოგჯერ მაინც შეუძლია გამოიწვიოს სისხლის პატარა ძარღვების intima-ს გაცხიმება.

რადგანაც, ლიტერატურაში არა ერთხელ გამოთქმული შეხედულობის მიხედვით (Vacker, Hueck, Aschoff), ხოლესტერინის დიდი მნიშვნელობა აქვს ათეროსკლეროზის პათოგენეზში, ჩვენ განვიზრახეთ ხოლესტერინის და საზოგადოდ ლიპოიდების გაცვლა-გამოცვლის გამოკვლევა არა ექსპერიმენტალურად ცხოველებზე, არამედ მაღარიით დაავადებულ ბავშვებზე—კლინიკაში. დასახული ამოცანის გასაშუქებლად ჩვენ ავირჩიეთ მაღარიით ავადმყოფი ბავშვების სისხლის შრატის გამოკვლევა, რადგან, ჩვენი აზრით, ამ გზით მიღებული შედეგები უფრო პირდაპირ მიგვიყვანდა იმ საკითხის გაშუქებასთან, თუ რამდენად დაკავშირებულია ერთმანეთთან მაღარიის დროს არსებული სისხლის ძარღვების ცვლილებები და ლიპოიდების გაცვლა გამოცვლის აშლილობა.

სისხლის შრატის გამოკვლევას ვაწარმოებდით Autenrieth—Funk-ის მეთოდით ქინაქინის დანიშვნამდით და ამ უკანასკნელით წამლობის შემდეგ.

სისხლს ვღებულობდით ვენიდან დილას უზმად ლუერის შპრიცით და შრატს გამოვყოფდით საერთო წესით. 2 კ. ს. შრატს, აღებულს კაპილარულ პიპეტის საშუალებით ჩავასხამდით ფაიფურის ბრძმედში (Tirens), რომელსაც კიდევ 13 კ. ს. 1% NaOH სპირტოვან ხსნარს მივუმატებდით. ამ ნარევის წყლის აბანოზე გათბობით ვახდენდით შრატში მყოფ ცხიმების გასაანებას. გასაანულ ნივთიერებათა უფრო გასათხელებლად და გასაზავებლად მივუმატებდით კიდევ 1% NaOH სპირტოვან ხსნარს და ხოლესტერინის ექსტრაქციისათვის 15 კ. ს. ეთერს. მთელ ამ მასას ბიურეტკაში გადავასხამდით. ბრძმედს, რომ მის კედელზე ხოლესტერინი არ დარჩენილიყო, რომოდენიმეჯერ კიდევ გამოვავლებდით ეთერს და ისევ ბიურეტკაში ჩავასხამდით. ბიურეტკას ვანჯღრედდით დაახლოებით 5 წუთს; შემდეგ, რომ ეთერი სპირტის ნარევისაგან გაგვენთავისუფლებოდა, ჩვენ ჩავასხამდით ბიურეტკაში გამოხდილ წყალს. ეთერი, მასში გახსნილ ხოლესტერინით მაშინვე იწყებდა სითხის ზედაპირზე მოგროვებას. ამის შემდეგ ბიურეტკიდან გამოვუშვებდით მის ქვედა ნაწილში მოგროვებულ გასაანულ ნივთიერებას, ხოლო ეთერს (მასში გახსნილ ხოლესტერინით) გადავიტანდით წინასწარ აწინილ სუფთა ქიმიურ ტიქაში. ეთერს ავაორთქლებდითა წყლის აბანოზე დადგმით. შემდეგ ტიქას დავდგამდით ექსკატორში, სადაც ის დარჩებოდა მუდმივი წონის მიღებამდის, აორთქლების შემდეგ დარჩენილი ნაშთი რაოდენობით განისაზღვრებოდა არა Autenrieth—Funk-ის კოლორიმეტრიული წესით, არამედ პირდაპირ აწონით, რასაც ჩვენი აზრით უპირატესობა აქვს.

ასეთი მეთოდის საშუალებით ნაწარმოებმა გამოკვლევამ მოგვცა ზოგიერთი შედეგი, რომელიც საყურადღებო და საინტერესო არის ათეროსკლეროზის საკითხის გაშუქებისათვის. აღმოჩნდა, რომ ხოლესტერინის რაოდენობა მალარიით ავადმყოფების სისხლში ყოველთვის ნორმას სპარბოზს და ზოგიერთ შემთხვევაში ეს სპარბოზი ძალზედ ღიძია.

ტაბულა № 1.

№	გვარი და სახელი.	წლოვანება. როცა საავადმყოფო შეესალა.	მალარიის ფორმა.	სისხლის ალბუმინის რაოდენობა.	სისხლის ლიმფის რაოდენობა.	Cholesterol-ის რაოდენობა.	Triglycerides-ის რაოდენობა.	Phosphorus-ის რაოდენობა.	Calcium-ის რაოდენობა.	Iron-ის რაოდენობა.	Chlorine-ის რაოდენობა.
1	ვასილენკო ნიკოლოზ.	8 30/VIII	M. trop.	7/IX 23%	36,8	—	✓	✓	✓	✓	1,54
2	ალიოღლი აბდულ	12 26/VIII	M. tert	7/IX „	36,4	—	✓	✓	✓	✓	1,76
3	მახმუტულიანი ნინა	11 12/VIII	M. trop.	7/IX „	36,6	—	✓	✓	✓	✓	1,14

ნორმალურად ხოლესტერინის რაოდენობა მოზრდილ ადამიანის სისხლის შრატში უდრის 1,4—1,8 გრამს $\%_{100}$. (Обакевич). ბავშვების სისხლშიც, ამავდროულად ირყევა ხოლესტერინის რაოდენობა (Baranski).

ქვემოთ მოყვანილ 1-ლ ტაბულიდან ჩანს, რომ სამ სხვადასხვა ფორმის მალარიის შემთხვევაში (შემთხ. 1, 2, 3), სადაც ქინაქინით ენერგიული მკურნალობა წინასწარ ჩატარებული იყო, ხოლესტერინის რაოდენობა ერყეოდა 1,4 გრამიდან 1,76 გრამამდე $\%_{100}$, ესე იგი ქინიზაციის გატარების შემდეგ, ხოლესტერინის რაოდენობა არ აღემატებოდა ნორმალურ ციფრებს.

ექვს შემთხვევაში (ტაბ. II შემთხ. 1, 2, 3, 4, 5, 6) ქინიზაციის დაწყებამდე, სისხლის შრატში აღმოჩნდა ხოლესტერინის რაოდენობის მკაფიო გადიდება. მისი რაოდენობა ირყეოდა 2,5—4,65 გრ. $\%_{100}$ ფარგლებში, ხოლო საშუალოდ უდრიდა 2,62 გრამს $\%_{100}$. ე. ი. ნორმას აღემატებოდა თითქმის 1 გრამით $\%_{100}$, ანუ გადიდება შეადგენდა—62,5 $\%$ საშუალოდ. ეს გადიდება განსაკუთრებით მკვეთრი იყო მე-6-სე შემთხვევაში, სადაც ხოლესტერინის რაოდენობა აღწევდა 4,65 გრ. $\%_{100}$, ესე იგი 187,5 $\%$ -ით ნორმაზედ მეტი იყო. მიზეზი ასეთი ძლიერი ხოლესტერინემიისა ჩვენთვის გამოურკვეველი დარჩა, რადგანაც მისი მქონე ავადმყოფი არ განიჩეოდა სხვა ავადმყოფებისაგან არც თავის მდგომარეობის სიმძიმით, არც რაიმე განსაკუთრებული თავისებურობით.

მე-7-დ შემთხვევაში, ტროპიკულ მალარიით ავადმყოფს აღმოჩნდა მკაფიო გადიდება ხოლესტერინის რაოდენობისა (2,54 გრ. $\%_{100}$). 15 დღის მკურნალობის შემდეგ სისხლი ავიღეთ მეორეჯერ და აღმოვაჩინეთ ხოლესტერინის რაოდენობის შემცირება 2,20 გრამამდე $\%_{100}$. მესამეჯერ აღებულ სისხლში, 50 დღის ენერგიულ აქიმობის შემდეგ (ქინაქინით, დარიზხანით), ხოლესტერინის რაოდენობა

ნობა 1,74 გრ. ‰ იყო; კიდევ 74 დღის შემდეგ კი 1,4 გრ. ‰-ი. ხოლესტერინის რაოდენობა სისხლის შრატში ნორმამდე დაეშვა. ამ დროისათვის მოხდა ერითროციტების გამრავლება სისხლში, ჰემოგლობინის რაოდენობის აწვევა და, შესაძლებელია, საერთო კლინიკური, სრული გამომრთვლება.

მერვე (8) შემთხვევაში ხოლესტერინის რაოდენობა 2,53 გრ. ‰ (14/IX), თითქმის ერთი თვის ქინიზაციის შემდეგ (11/X) უცვლელი დარჩა—2,50 გრ. ‰, რაც აიხსნება იმით, რომ ავადმყოფი მიუხედავად ხანგრძლივი ექიმობისა, განუჯურნავი დარჩა (დრო გამოშვებით სიცხეს აძლევდა). მიუხედავად ქინიზაციისა, ალბად ბავშვის ორგანიზმში მაინც ხდებოდა ერითროციტების დაშლა, რაც ალბად უნდა იყოს ერთ-ერთი მიზეზი ხოლესტერინემიისა.

მე-9 შემთხვევაში, რომელშიც ხოლესტერინის რაოდენობა ქინიზაციამდე უდრიდა 3 ‰ (16/IX), ქინაქინით ექიმობის დროს აღმოჩნდა თანდათანობით შემცირება ხოლესტერინემიისა: 8/X-ის უდრიდა 2,45 გრ. ‰ და 23/XI უკვე 1,47 ‰ შეადგენდა, ე. ი. ნორმამდე დაეცა. ამ დროისათვის ელენთა დამილა ნეკნთა რკალს ქვეშ, ბავშს ფერი მოუვიდა, გემოგლობინი პირვანდელ 44,6 ‰ მაგიერად აღწევდა 95 ‰, პლაზმოდებიტი სისხლში აგრეთვე არ იხანებოდა. ამრიგად ჩვენის აზრით, ბავში კლინიკურათ სრულიად განიკურნა.

მე-10-თე შემთხვევა ეხებოდა 12 წლის ბავშს, ტროპიკული მალარიით დავადებულს, რომელსაც პირველჯერ დილას უზმად აღებულ სისხლში აღმოაჩნდა 2,80 ‰ ხოლესტერინისა. 18 დღის ქინიზაციის შემდეგ, თუმცა საერთო მდგომარეობა გაუმჯობესდა, მაგრამ ავადმყოფი მაინც ფერმკრთალი იყო, ელენთა ძლიერ მკვრივი კონსისტენციის იყო და მხოლოდ ოდნავ დაპატარავდა. ბავშს დროგამოშვებით სიცხეც ჰქონდა. მეორეჯერ სისხლის გასინჯვის დროს ხოლესტერინის რაოდენობა უდრიდა 2,50 გრ. ‰-ი. შემცირდა უმნიშვნელოდ (0,3 გრამით). თუმცა შემდეგისათვის ბავში საგრძნობლად მოკეთდა, მაგრამ სხვადასხვა მიზეზების გამო მესამეჯერ სისხლის აღება ვერ მოვახერხეთ.

მე-11-ტე შემთხვევაშიც ნათლად ჩანს ხოლესტერინის რაოდენობის ნორმამდლი ჩამოსვლა: შემოსვლის დროს 1,95 გრ. ‰, 47 დღის ქინიზაციის შემდეგ 1,51 გრ. ‰ უდრიდა. ამ დროისათვის მოიმატა ერითროციტების რიცხვმაც და ჰემოგლობინის რაოდენობამაც. ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა ბევრად გაუმჯობესდა.

მე-12 ტე შემთხვევა ეხებოდა ბავშს, რომელიც შემოვიდა ჩვენს კლინიკაში ნეფროზო-ნეფრიტის გამო, დიდი ელენით. ჩვენის აზრით ეს ნეფროზო-ნეფრიტი იყო მალარიისაგან გამოწვეული, რადგანაც ქინიზაციამ საგრძნობლად შეუმცირა ცილა შარდში და შეშუპება სრულიად დაუცხრო (წონაში 10 kilo დაიკლო). მკურნალობის დაწყებამდე აღებულ სისხლში აღმოჩნდა 3,45 გრ. ‰, ხოლესტერინისა. ამრიგად აქ მიღებული რიცხვი საგრძნობლად სჭარბობს დანარჩენ შემთხვევებში მიღებულ საშუალო რიცხვებს. მაგრამ **Chaffard**-ის და **Vidal**-ის თანახმად თირკმელის ავადმყოფობათა სხვადასხვა ფორმებს თავისთავად შეუძლიანთ გამოიწვიონ ჰიპერხოლესტერინემია თუ არ განვითარდა თირკმელის ფუნქციონალური ნაკლებოვანობა აზოტემიის ვაძლიერებით, როცა ხოლესტერინის რაოდენობამ შეიძლება კიდევ იკლოს და ჩამოვიდეს ნორმაზე უფრო ქვე-

ვით (Обакевич). ენერგიულ მკურნალობის შემდეგ ქინაქინით და სხვა მედიკამენტებით შეშუპება თუმცა ვაჰჭრა სრულიად, მაგრამ შარდში მაინც ვნახულობდით ერთოროციტებს და ცილას ნიშნებს.

ელენთა წინეთ გალიდებული, ნორმალურ ფარგლებს არ სცილდებოდა, საერთო მდგომარეობა საგრძნობლად გაუმჯობესდა; ერთოროციტების და ჰემოგლობინის რაოდენობა გაორკეცდა; 59 დღის აქიმობის შემდეგ ხოლესტერინის რაოდენობა უდრიდა 1,89 გ.⁰/₁₀₀, ე. ი. ოდნავ სჭარბობდა ნორმას. შესაძლებელია ამის მაზეზი იყო ჯერ კიდევ განუკურნებელი თირკმელი.

დანარჩენი 5 შემთხვევა (13, 14, 15, 16, 17) წარმოადგენს წმინდა მალარიულ შემთხვევებს აშკარა ჰიპერხოლესტერინემიით, რომელიც ქინით აქიმობის შემდეგ ნორმალური ჩამოვიდა სხვადასხვა დროს განმავლობაში (იხილეთ ტაბულა 2)

ამრიგად, ჩვენ როგორც კანონს, ვნახულობდით ყველა მალარიულ შემთხვევაში ჰიპერხოლესტერინემიას, რომელიც თანდათანობით კლებულობდა სპეციფიკურ მკურნალობის ზეგავლენით.

მე აქ მინდა აღვნიშნო, რომ სისხლი მალარიის დროს ლიპოიდების მზოივ არავისაგან არ არის გამოკვლეული გარდა ერთი შემთხვევისა, რომელშიაც Crespin და Bagueტ-მა აღმოაჩინეს ლიპოიდების ზედმეტი პროდუქცია. ამ გამოკვლევას შემთხვევითი ხასიათი ჰქონდა და სისტემატიურად კი ამ მიმართულებით მათ არ უმუშავიათ.

ლიპოიდები ფრიალ მნიშვნელოვან როლს თამაშობენ ადამიანის ორგანიზმში, რაც მარტო იმიტაც კი მტკიცდება, რომ მათ თითქმის ყველა ქსოვილი შეიცავს. ხშირად ისინი არ აღმოჩნდებიან ხოლმე ჩვეულებრივ მეთოდების საშუალებით, რადგანაც უჯრედის პროტოპლაზმაში იმყოფება კოლოიდალურ მდგომარეობაში ან და მქიდროთ არის შეკავშირებული ცილასთან; მაგრამ ძლიერ სწორი მიკრო-ქიმიურ გამოკვლევით შესაძლებელია მათი ყოფნის დამტკიცება.

ცხიმოვან ნივთიერებებს, რომელთაც ვპოულობთ ნორმალურ ან პათოლოგიურ ორგანიზმში, ქიმიურად ჰყოფენ სამ ჯგუფად: 1) ა) ცხიმები, რომელნიც ფოსფორ და აზოტს არ შეიცავენ, მაგ., ნეიტრალური ცხიმი; ბ) ხოლესტერინის ესთერი და მათი დაშლის ნაყოფები—გ) ცხიმოვანი მჟავები, საპნები; დ) წმინდა ხოლესტერინი; 2) ცხიმები, რომელნიც შეიცავენ ფოსფორს და არ შეიცავენ აზოტს, მაგ., ცერებროზიდები; 3) ცხიმები, რომელნიც შეიცავენ ფოსფორს და აზოტს, ე. ი. ფოსფატიდები მაგ., ლეციტინი. ხოლესტერინის და მისი ესთერების მარაგის ადვილად ითვლება თირკმლისზედა ჯირკველი (უმთავრესად მისი ქერქოვანი შრე), საკვერცხეების ლუტეინური უჯრედები, რეტაკულო-ენდოტელაალური აპარატი და სხვა. მიკრო-ფიზიკური და მიკრო-ქიმიური ტენზიკის განვითარება ეხლა საშუალებას გვაძლევს ერთმანეთ შორის გავარჩიოთ ლიპოიდური ნივთიერებები. მაგალითად, პოლიარიზაციული მიკროსკოპის საშუალებით, რომლითაც სხვათა შორის ჩვენც ვსარგებლობდით, ადვილი გასარჩევია ე. წ. იზოტროპიული ცხიმი, რომელიც სინათლის პოლიარიზაციას არ იძლევა (ნეიტრალური ცხიმი), ანიზოტროპიული, ე. ი. სინათლის ორმაგ გადამტეხი ცხიმისაგან (ხოლესტერინი და მისი ესთერები); პოლიარიზაციის პირობებში მართლაც შავ ფონზე მოსჩანან ხოლმე ძლიერ ბრჭყვიალა წერტილები.



ლიპოიდებს აქვთ სხვადასხვა ნივთიერებებთან შებმის უნარი. ამ შებმით მათ შეუძლიანთ მოგვეცნენ შხამიანი ნივთიერებები (მაგალითად, გამოიწვიონ პროტოქსინის აქტივაცია).

მეორე მხრით ლიპოიდების მთელ ჯგუფს აქვს თვისება სხვადასხვა ტოქსიურ ნივთიერებათა განეიტრალებისა: ამ ჯგუფს ეკუთვნის ანტიტოქსიური ლიპოიდები, ანტიპემოლიტური, აგრეთვე ბაქტერიციდური უნარით ალქურვილინი, (Bang. Forssmann). ზოგიერთთა აზრით, ხოლესტერინს შეუძლია ანტიტოქსიური გავლენა იქონიოს ტუბერკულოზის შხამის მიმართ. Iscovesco-მ დამტკიცა ხოლესტერინის ანტიპემოლიტური მოქმედება ზოგიერთ ჰემოლიტიურად მომქმედ ნივთიერებაზე, მაგ., სპონინზე.

რა უნდა იყოს მიზეზი მალარიით ავადმყოფთა სისხლში ხოლესტერინის და საზოგადოთ ლიპოიდების ზედმეტად დაგროვებისა? აქ, რასაკვირველია, გადაჭრით პასუხის მიცემა ჩვენ არ შეგვიძლია. ეს შეადგენს ჩვენი მომავალი გამოკვლევის საგანს, მაგრამ შეგვიძლია მხოლოდ აღვნიშნოთ, რომ ხოლესტერინის წარმოება სისხლში შეიძლება ორი გზით: ექზოგენურად და ენდოგენურად. ექზოგენურად ხოლესტერინი შეიძლება წარმოიშვას კვრცხის გულის, რძის, ნაღების, კარაქის და სხვა ხოლესტერინით მდიდარ ნივთიერებათა საქმელად მაღლების შემდეგ. ენდოგენურ ხოლესტერინის შემქმნელად ითვლება შინაგან სეკრეციის ჯირკვლები: საკვრცხეს ყვითელი სხეული და თირკმლის-ზედა ჯირკველი, რაც დამტკიცებულია **Chauffard-ის**, **Hemrann-ის** და **Neumann-ის** დაკვირვებით. ექზოგენურ ჰიპერხოლესტერინემიას აქვს ტენდენცია რაც შეიძლება ჩქარა ჩამოვიდეს ნორმალურ დონემდე, ხოლესტერინით და ცხიმით მდიდარ საჭმლის მიცემის შეწყვეტის შემდეგ.

მალარიის დროს ალბად არსებობს პირობები ხოლესტერინის ენდოგენურად დიდი რაოდენობით შექმნისათვის. ცნობილია, რომ მალარიის შეტევის წინ სხვადასხვა შემთხვევებში ხდება ერთროციტების დაზიანება სხვადასხვა რაოდენობით. ერთროციტები ფერს ჰკარგავენ. შეტ მოცულობას (განსაკუთრებით tertiana-ს დროს) და უსწორო ფორმას ღებულობენ და ბოლო დროს იშლებიან კიდევ.

ერთროციტების დაშლის დროს შესაძლებელია განთავისუფლება ლიპოიდური სხეულების, რომლებიც მათ ქიმიურ შემადგენელ ნაწილს წარმოადგენენ. Vooldrigde-ს და Pascucci-ს შეხედულებით ეს სხეულები არიან ხოლესტერინი და ლეციტინი, რომელიც წითელ ბურთულის გარსში არსებობენ და ჰქმნიან ერთროციტების რეზისტენტობას ჰემოლიტიურად მომქმედ შხამების წინააღმდეგ. ასეა თუ ისე ერთროციტების სტრომა შესდგება თითქმის $\frac{1}{3}$ ლიპოიდებისაგან.

მეორე მხრით, ჩვენ ვიცით დაკვირვება **Сokolov-ის**, რომელიც მთელ რიგ ცდებით ცხოველებზე მინერალურ, კოლოიდალურ და ბაქტერიალურ შხამების შეყვანით მივიდა იმ დასკვნამდე, რომ ისეთი საწამლავეები, როგორც As, Ph და დიფტერიის ტოქსინი იწვევენ უჯრედების დაშლას და ხოლესტერინის, როგორც ამ დაშლის ნაყოფის, სისხლში გადასვლას. ამასთან ეს შხამები პარენტ-მატოზული ორგანოების დაზიანებასთან ერთად იწვევენ ხოლესტერინის რეგუ-

ლატორული აპარატის მოშლას. აი ამიტომ არის, რომ მის ცდებში ზოგადად
 ლი ბაქები მათ ორგანიზმში ხოლესტერინის შეყვანაზე, ძლიერ მკვეთრად უპა-
 სუხებდენ ჰიპერხოლესტერინემიით, მისივე ცდებში კოლარგოლი დაგროვდა
 რეტიკულარულ ქსოვილის უჯრედებში, რომელნიც Landaus-ის შეხედულებით
 რეგულატორულ როლს ასრულებენ ორგანიზმში ხოლესტერინის განაწილებაში.

მალარიის დროს ალბად ადგილი აქვს მთელ რიგს აქ ჩამოთვლილ მომენ-
 ტებს: ერთორკოციტების პირდაპირ დაშლას, პარაზიტების პირდაპირი და ტოკ-
 სინების მოქმედების ზეგავლენით, ხოლესტერინის და ლიპოიდების განთავისუფ-
 ლებას. პარენქიმატოზული ორგანოების დაზიანების გამო და აგრეთვე მალარი-
 ული პიგმენტის რეტიკულარული ქსოვილის უჯრედებში დაგროვების გამო, ეს
 უკანასკნელი (რეტიკ. აპარატი) ჰეპარგავს განთავისუფლებული ხოლესტერინის
 დაგროვების თვისებას.

ასეთი კანონიერება მალარიასა და ლიპოიდემიის შორის გვაძლევს საბუთს
 ვიფიქროთ ამ უკანასკნელის პირველთან მიზეზობრივ დაძოკიდებულებაზედ, მით
 უმეტეს, რომ როგორც ჩვენი დაკვირვებები გვიჩვენებენ, ქინიზაციის და საერ-
 თოდ მალარიული სიმპტომების დაცხრომის შემდეგ ხოლესტერინის რაოდენო-
 ბა სისხლის შრატში კლებულობს და თანდათანობით ნორმას აღწევს.

მეორე მხრით ჩვენ ვიცით ექსპერიმენტიდან (Aschoff, Wogler, Аничков), რომ
 ჰიპერხოლესტერინემიას, რომელიც დიდხანს არსებობს, შეიძლება მოყვეს ხო-
 ლესტერინის და მის ესთერების (ხოლესტერინის შეერთება ცხიმოვან მთავებ-
 თან) დაგროვება მთელ რიგ ორგანოებში, კერძოდ სისხლის ძარღვების სისტემაში.

ამ შენაერთების დაგროვების შესახებ ზემოთ იყო უკვე ნათქვამი და თან
 აღნიშნული ის ცვლილებები სისხლის ძარღვებში, რომელიც თან ახლავს ლიპო-
 იდემიას და დაკავშირებული უნდა იყოს ლიპოიდურ ნივთიერებათა ცვლის აშ-
 ლილობასთან.

თუ მართლაც მალარიას ასეთი დიდი გავლენა აქვს სისხლის ძარღვებზე,
 თუ მალარია ჯერ კიდევ ჩვილი ბავშვის ორგანიზმში იწვევს ათეროსკლეროტი-
 ულ მოვლენებს, მაშინ ცხადი ხდება ჩვენთვის, თუ როგორ თანდათანობით, მაგ-
 რამ ძირშივე ღრღნის ეს სენი ადამიანის სიცოცხლის ძარღვებს და მიჰყავს იგი
 ნაადრევ მოხუცებულობისა და დასნეულებისაკენ. ყოველივე ზემოხსენებულიდან
 შეგვიძლია შემდეგი დასკვნები გამოვიყვანოთ:

1) მალარიული ინფექცია იწვევს სისხლის მსხვილ ძარღვებში ათერო-
 ტოზულ ცვლილებებს, რაც გამოიხატება intima-ს ელემენტებში ცხიმის და ცხი-
 მის მსგავს ნივთიერებათა (ლიპოიდების) დაგროვებაში.

2) მალარიის დროს ვნახულობთ სისხლში ხოლესტერინის რაოდენობის
 გაძლიერებას, რაც ლიტერატურული ცნობების მიხედვით ალბად გამოწვეულია
 ნაწილობრივად წითელა ბურთულების დაშლით, ნაწილობრივ კი ხოლესტერი-
 ნის გაცვლა-გამოცვლის სარეგულიაციო აპარატის დაზიანებით.

3) ქინით მკურნალობის ზეგავლენით ხოლესტერინის რაოდენობა ჩამოდის
 ნორმამდე, რაც ამტკიცებს მის მალარიასთან კავშირს.

4) ვინაიდან ლიტერატურული ცნობების თანახმად ხელოვნური ლიპოიდ-
 მის საშუალებით სისხლის ძარღვებში ვითარდება ათერომატოზული ცვლილე-



ბები, დასაშვებია, რომ მალარიით ავადმყოფების სისხლის ძარღვების ცვლილებებს, ჰქონდეთ კავშირი მათ სისხლში არსებულ ლიპოიდემიასთან (ჰიპერბოლესტერინემიასთან).

დასასრულ, ჩემს ძვირფას მასწავლებელს, პატივცემულ პროფესორს სვ. გოგიტიძეს, ამ თემის მოცემისათვის, შრომის შესრულების დროს დახმარებისათვის და მუდმივი ხელმძღვანელობისათვის უდიდეს და გულწრფელ მადლობას ვუძღვნი.

დიდად პატივცემულ პროფესორს ვ. ვ. ვორონინს, ამ შრომის ქიმიური ნაწილის დამუშავებაში დახმარებისათვის, ბევრ ფრიად მნიშვნელოვან რჩევის მოცემისათვის და განსაკუთრებული ყურადღებისათვის, რომელსაც ის იჩენდა ჩემ მიმართ, უადრეს მადლობას ვუცხადებ.

დიდად პატივცემულ პროფესორს ვლ. ულენტს, რომელმაც დიდი დახმარება გამიწია ამ შრომის პათოლოგ-ანატომიური ნაწილის დამუშავებაში, გულწრფელ მადლობას ვუცხადებ.

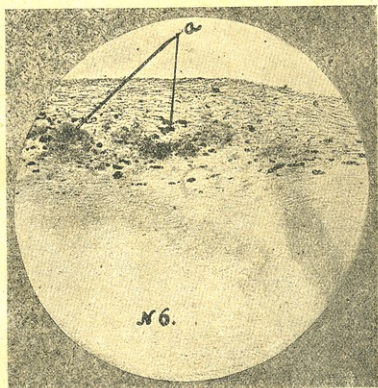
დიდ მადლობას ვუცხადებ აგრეთვე მედიცინის დოქტორს ვ. ვარაზიშვილს, რომელიც სიტყვით და საქმით, ამ შრომის ქიმიურ ნაწილის დამუშავებაში, დახმარებას მიწვედა.

ლიტერატურა:

1. Аничков Н. Н.—Новыя данн. по вопросу о патол. и этиол. артериосклероза (атеросклероза). Русск. врач 1915 г. № 8, 9.
2. Генез атеросклероза в связи с данными о прижизн. окраске стенок артерий. Труд. Соед. Зас. Петр. и Моск. общ. пат. в память 100 лет Вирхова 1923 г.
3. Атеросклероз сердечн. клапанов и отношение его к эндокардиту—Труд. Соед. Зас. Петр. и Моск. об. пат. 1923 г.
4. Ueber experiment. erzeugt. Ablagerung. von Cholesterinestern und Anhaufung von Xantom zellen im subkutanen Bindegew. des. kaninchens. Mün. m. Voch. 1913 г. № 46.
5. Дальнейшие исследования об экспериментальн. атеросклер. Труды Перв. Всеросс. Съезда Пат. 1923 г.
6. Arnold I. Die Bedeutung der Fettsynthese, Fettphagocytose, Fettsekretion Fettdegeneration für die Milch und kolostrumbildung. Münch. m. Voch. 1905 г. № 8.
7. Askanazy. Stromafunktionen. Münch. m. Voch. 1923 г. № 34/35.
8. Aütenrieth und A. Fünk. Über kolorimetrisch. Bestimmúgsethode: Die Bestimm. des gesamtcholest. im Blut und in organen. Münch. Med. Voch. 1913 г. № 23.
9. Bang Iv. Die biologische Bedeutung der Lipoidstoffe. Ergebn. d. inn. medic. und. kinderheick. B. III.

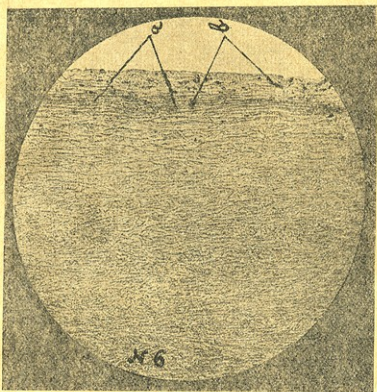


10. Барскаго С. А. Липоиды. Биологич. свойства и терапевт. применение Русск. вр. 1910 г. № 7, 8, 9.
11. Cantieri C.—Siena. Hypertension und Cholesterinämie Münch. M. V. 1913 г. № 44.
12. Vacker und Hueck. Über experiment. Atheroscl. und Cholesterinämie Münch. m. Voch. 1913 г. № 38.
13. Вайль Фр. О липоидемии Münch. m. Voch. 1922 г. № 39.
14. Вайль С. О синтезе фосфорсодерж. липоид. в тканях. Труды I Всеросс. С'езд. пат. 1923 г.
15. Вальтер. А. О наружн. секреч. липоид. у грызунов. Труд. I Всеросс. С'езд. пат. 1923 г.
16. Vâthen I. изолиров. склероз art. pulm. в ранн. детск. возр. Deutseh. m. Voch: 1924 г. № 22.
17. Vindaús. Abderhald. Handb. der biologich. arbeits method.
18. Вихерт М. И. и Русяева А. И. изслед. содерж. холест. и билир. в дуоден. соке Русск. клин. 1924 г. № 3.
19. Гаккель В. М. К вопросу об. эксп. атеросклерозе. Труд. I Всерос. С'е да пат. 1923 г.
20. Гаршин В. Г. О некот. местн. условиях отлож. двояко прелом. липоид. Труды I В. С. пат. 1923 г.
21. Городисской Т. Я. Опред. коэф. окисл. липоид. хром. кислот. Врач. Дело 1924 г. № 8—9.
22. Freund' Physiol. und Pathol. des. Fettstoffvechs. in Kindesalter. Ergebn. d. In. m. u. kinder. III.
23. Hueck W. Üeber Cholesterinämie und Ihre. Beziehung zúr Nebenier. Münch, m. Voch. 1913 г. № 39.
24. Кондратьев Е. Г. К вопросу об изм. круп. арт. у детей при разл. заболеваниях Дисс. 1909 г. С. Пет.
25. Крастелевская С. А. Основы колориметр. метод. дозировки холест. Труд. I Всер. С'езда пат. 1923 г.
26. Крылов Д. Д. К вопросу о т. н. эксперим. артериосклерозе Дисс. 1910 г.
27. Кузнецовский Н. Я. Об изменен. сухож. нит. и сосочков. мышц при атероск. и воспалении. Труд. I. Всеросс. С'езда пат. 1923 г.
28. Lifschütz in Hambúrg. Geben die Cholesterinfette die Liebermansche Cholestol reaktion. Münch. m. Voch. 1913 г. № 28.
29. Zúr quautitativen Bestimm. des cholest. und oxucholester. Münch. m. Voch, 1913 г. № 42.
30. Моисеев А. И. Старое и новое в учении об атеросклерозе. Тр. I. С'езд. пат. 1923 г.
31. Vasa nutritia аорты при атером. и сифил. ее стенок. Тр. I С. пат. 1923 г.



სურ. № 1.

შემთხვ. VI ორკარიანი სარქველი. შეღებ. Sudan—Hematoxylin-ით.
a) დაგროვილია დიდძალი რაოდენობა ცხიმოვან ნივთიერების, რის
გამო უჯრედების სტრუქტურა ზოგ ადგილას გაურჩეველია.



სურ. № 2.

შემთხვ. VII აორტა. ელემ. Sudan—Hematoxylin-ით. Intima
გასკელებულია a) Intima-ს ღრმა ნაწილები დიფუზიურად
შეღებილია Sudan-ით b) უჯრედებში დაგროვილია ცხიმოვანი
ნივთიერ.



სურ. № 3.

შემთხე. VIII. აორტა. შეღებილ. Sudan-Hematoxylin-ით. a) ცხიმი-
ვანი ნივთიერება intima-ს ზედაპირულ ნაწილებში. b) Intima გასქე-
ლებულია და ფაზარი.



32. Münk Fritz. Ueber arteriosklerose, arteriosklerose und genuinn. Hypertonie. Erg. d. Inn. m. und kinder. I. XXII.
33. Обакевич Р. М. К вопросу о холестеринэмии Русс. врач 1913 г. № 30.
34. Петров И. При жизн. окраск. стен. кровен. сосудов Труд. С. Зас. Петр. и Моск. общ. патолог. 1923 г.
35. Пичугин к вопросу о лецитино-жировом перерожд. Русс. Вр. 1911 г. № 24.
36. Цинзерлинг В. Д. О начальн. стад. эксперимент. холест. эст. ожирен. Арх. Биолог. Наук XXII.
37. Штейн Атеросклероз аорты у сифилитиков. Дисс. 1911 г. С. пат.

3. ოთხმეზური.

კლინიკის ორდინატორი.

აპენდიციტი და კოლიტი.

(ფაკულტეტის ქირურგიულ კლინიკიდან. გამგე—პროფ. ა. მაჭავარიანი).

ერთდროული აპენდიციტი და კოლიტი არ არის იშვიათი მოვლენა, მაგრამ ამის შესახებ ლიტერატურაში სხვადასხვა აზრი არსებობს. მაშინ, როდესაც მათ ერთდროულობას და შეკავშირებულ სიხშირეს ბევრი ავტორი ხშირ მოვლენად სთვლის, ბევრი კიდევ ამას უარყოფს.

როსტოვეცვს თავის ცნობილ წიგნში პერიტიტის შესახებ მოყავს სხვადასხვა ავტორის აზრები, რომლებსაც სამ ჯგუფად ყოფს.

პირველნი კოლიტს სთვლიან ქიაყელა ნაწლავის დაავადების მიზეზად.

მეორენი კი სრულიად უარყოფენ ასეთ კავშირს და გვითითებენ მრავალ სხვადასხვა დაკვირვებებზე, როდესაც კოლიტის დროს არც ერთდროულად, არც წინ და არც შემდეგ არ შეუმჩნევიათ ქიაყელა ნაწლავის დაავადება.

მესამენი კი არ უარყოფენ ამ ორ დაავადებათა შორის ეტიოლოგიურ კავშირს, მაგრამ ხედავენ ქიაყელა ნაწლავის დაავადებაში პირველ მოვლენად კოლიტის განვითარების მიზეზს.

Czerni და Haedenaus-იც ვრცლად ეხებიან ამ საკითხს და შემდეგ დასკვნას აკეთებენ: ჩვენი გამოცდილება გვეუბნება, რომ ქიაყელა ნაწლავის ანთეზასა და კოლიტს შორის არსებობს მეტად მჭიდრო ეტიოლოგიური კავშირი, რომელიც ურთიერთ გავლენაში გამოიხატება.

ერთი მხრით ქიაყელა ნაწლავის ანთეზის დროს არსებული მოშლილობანი ნაწლავის ცირკულიაციისა იწვევს სკორეს შეჩერებას, გაღიზიანებას და ანთებად მოვლენებს მექანიკური და ქიმიური გზით. მეორეს მხრით ქრონიკული კოლიტი გამოიწვევს ანთებად მოვლენებს ქიაყელა ნაწლავის მიდამოში, მისგან გამოდენილი ლორწო დიდი ხნით ფერხდება მის სანათურში ლორწოიანი გარსის შეშუპების გამო, რის შედეგად მივიღებთ ქვების გაჩენას, დაჩირქებას ან გახეთქას. Shomaker-ი ფიქრობს, რომ ქიაყელა ნაწლავის ანთება პირველ როლს თამაშობს ნაწლავების ქრონიკულ დაავადებაში. ქიაყელა ნაწლავის კედლები შეიცავენ მრავალ ლიმფატიურ ჯირკვლებს, შესაძლებელია ამ ჯირკვლების ღრუში bacterium coli commune და ნაწლავებში ჩვეულებრივად მყოფი ბაქტერიები ღებულობენ განსაკუთრებულ თვისებას და მათი მოქმედების ნაყოფი იქცევა ნაწ-

ლავის ღრუში და ხელს უწყობს არა ჩვეულებრივი ლორწოიანი განავლის მოყოფას.

პროფ. დიტერიხსის აზრით კოლიტი უმრავლეს შემთხვევაში გამოწვეულია ქიაცელა ნაწლავის ქრონიკული ანთებისაგან. მას, სხვათა შორის, მოყავს ერთი ტიპური შემთხვევა: ავადმყოფი ქალი რამოდენიმე წელი მკურნალობდა ქრონიკული კოლიტისაგან, მაგრამ უშედეგოდ. პროგრესიულად მიმდინარე კვების დაცემა და საერთო სისუსტემ დაუქარგეს მას შრომის უნარი. ქიაცელა ნაწლავის არეში ტკივილები არას დროს არ ქონია. შემდეგმა გამოკვლევამ აღმოაჩინა მთავარი მიზეზი დაავადებისა. ავადმყოფს გაუქეთეს ოპერაცია appendectomy, რის შემდეგ მას შრომის უნარი დაუბრუნდა და იგი სრულიადაც განიკურნა.

პროფ. Comby-კი, ფიქრობს პირიქით, მუკო-მემბრანოზული კოლიტი შეიძლება გართულდეს, რამოდენიმე მწვავე ან სუბქრონიკული შეტევის შემდეგ, მუცლის ტკივილებმა დაიბუდოს მარჯვენა მხარეს და წარმოადგეს აპენდიციტი. ჩვენ მუდამ უნდა ვფიქრობდეთ ამ უკანასკნელ სნეულებაზე, რომელიც წარმოადგენს კოლიტის ხშირ გართულებას ან ლოკალიზაციას.

Dieulafoi კოლიტის და აპენდიციტის ერთდროულ შეხვედრას სთვლის იშვიათ მოვლენად. მისი აზრით კოლიტის მოვლენების დროს შესაძლებელია ქიაცელა ნაწლავის ანთების სასესებით გამოიციხება.

Richelot და Broca მიგვითითებენ ხშირ ეტიოლოგიურ კავშირზე ქიაცელა ნაწლავის ქრონიკული ანთების და კოლიტის შორის, და მოყავთ ბევრი ისეთი შემთხვევა, როდესაც გართულებული, თერაპიული საშუალებებით მოურჩენელი კოლიტი სასესებით დაცხრა ქიაცელა ნაწლავის ოპერაციის შემდეგ.

აპენდიციტის და კოლიტის შორის კავშირი Talamon-ის ახსნით მდგომარეობს იმაში, რომ ნაწლავის კედელი ამ შემთხვევაში იკუმშება არა თანასწორ-ზომიერად, ლორწოიან გარსში იქმნება მცირე ჯიბეები, სადაც ილექება კონკრემენტები, რომლებიც შემდეგ გვხვდება ქიაცელა ნაწლავში. ასეთი კოლიტები ხშირად გვხვდება ბავშთა ასაკში და, Talamon-ის აზრით, ეს დაავადება დიდ როლს თამაშობს ბავშთა ასაკის პერიტიფლიტების ეტიოლოგიაში.

ერთდროული აპენდიციტი და კოლიტი, სხვათა შორის, შესაძლებელია გამოწვეული იქნეს ქიებისით. მრავალი ავტორი და ჩვენი კლინიკის მასალაც იმას გვეუბნება, რომ ავადმყოფები, რომლებიც დაავადებულნი არიან აპენდიციტით და კოლიტით და რომლებსაც appendectomy გაუქეთეთ, ქიაცელა ნაწლავის ღრუში ხშირად ქიებს ვნახულობთ. ქიების მიერ მექანიკური ან ქიმიური გზით გამოწვეული კოლიტი ქიების გამოდენის შემდეგ, თუ ამის გარდა სხვა რაიმე გამომწვევი მიზეზი არ არის უნდა მოისპოს. რა თქმა უნდა, განიკურნება აგრეთვე ის მსუბუქი კატარალური აპენდიციტი, რომელიც კოლიტის გაგრძელებას ან შედეგს წარმოადგენს. აპენდიციტის ის შემთხვევები-კი, რომლებიც ქიების მიერ ქიაცელა ნაწლავის ტრავმის ნიადაგზეა განვითარებული, ქიების გამოდენის შემდეგაც კი განიკურნება საექვოა. საექვოა უპირველეს ყოვლისა იმიტომ, რომ ქიების გამოდენა ქიაცელა ნაწლავის ღრუდან არც ისე ადვილია. ჩვენ კლინიკაში რამოდენიმე შემთხვევა ყოფილა tœnia solium-ის ნაწილების ქიაცელა ნაწლავის ხანათურში არსებობისა, რის გამო ლორწოიანი გარსი დაწყულულებული

იყო. ქიების გამოდენაც რომ შესაძლებელი დარჩეს, მაინც რჩება დაზიანებული და დაავადებული ლორწოიანი გარსი, რომელიც წარმოადგენს *locus minoris resistentiae*-ს და ჭიაყელა ნაწლავის ღრუში მუდმივ მყოფ ინფექციის განვითარებას ხელს უწყობს.

ჩვენი კლინიკის მასალის შესწავლა აპენდიციტის და კოლიტის შესახებ გვარწმუნებს, რომ ხსენებული ორი სნეულების ერთდროულობა ხშირი მოვლენაა, რის გამოც ჩვენ ვერ ვეთანხმებით იმ ავტორთა მოსაზრებებს, რომლებიც სრულიად არავითარ კავშირს არ ხედავენ აპენდიციტის და კოლიტის შორის.

ჩვენი კლინიკის მასალა ორ წელს შეეხება, 1923 და 1924 წ. ამ ხნის განმავლობაში კლინიკაში გატარდა 340 ჭიაყელა ნაწლავის ანთებით შეპყრობილი ავადმყოფი, ამათგან 96 ავადმყოფი ე. ი. 28% ერთდროულად დაავადებული იყვნენ კოლიტითაც. ხსენებული 96 ავადმყოფთაგან აპენდიციტის მწვავე შეტევები წარსულში აღენიშნება 54 ავადმყოფს, ე. ი. 56%, 42 ავადმყოფს ე. ი. 44%—წარსულში შეტევები არ ქონია, მათ მხოლოდ დუნე ხასიათის ტკივილები აღენიშნება ილ.-ცეკ. მიდამოში. გარდა იმისა, რომ ავადმყოფებს ქონია წარსულში ჭიაყელა ნაწლავის ანთების მწვავე შეტევები ან დუნე ხასიათის ტკივილები ილ.-ცეკ. მიდამოში, მათ აწუხებდათ აგრეთვე მეტ-ნაკლები სიძლიერით გამოხატული მუცლის ბერვა, მედვარი ყაბზობა ან ყაბზობა ხანგამოშვებითი ფაღარათობით, ქვალისებრი ტკივილები საერთოდ მუცელში და კერძოდ მსხვილი ნაწლავების მიმართულებით და ლორწოიანი აპკების გამოყოფა განავალთან ერთად. აღსანიშნავია რომ 96 ავადმყოფთაგან ქალები იყვნენ 60, ე. ი. 62,5%, მამაკაცები 36, ე. ი. 37,5%.

ამრიგად ჩვენი მასალის მიხედვით დედაკაცები უფრო მეტ პროცენტს იძლევიან კოლიტით დაავადებისა, ვიდრე მამაკაცები. გარდა ამისა ჩვენივე მასალის მიხედვით დედაკაცები უფრო მძიმე ფორმას იძლევიან კოლიტით დაავადებისა, მაშინ, როდესაც ექ. **გაჩეჩილაძის** გამოკვლევით დედაკაცები აპენდიციტით შედარებით უფრო მსუბუქ ფორმით ავადდებიან, ვიდრე მამაკაცები.

დედაკაცებს შორის გათხოვილნი ყოფილან 26, ე. ი. 44%, გაუთხოვარი 34, ე. ი. 56%.

ასაკის მიხედვით 15 დან—21 წლამდე—16; 21-დან—31 წლამდე—54; 31-დან—41 წლამდე—22; 41-დან—50 წლამდე—8.

ყველა 96 აღნიშნულ ავადმყოფს გაკეთებულ ექნა ოპერაცია *appendectomy*, რომლის დროსაც ჭიაყელა ნაწლავი შემდეგ მდგომარეობაში აღმოჩნდა:

თხელი კონსისტენციის განავლით სავსე . . .	36—37,5%
განავლის ქვები	21—22 %
სეროზულ-ჰემორაგიული ექსუდატი	20—20,5%
ჩირქით სავსე	11—11,5%
ქიები	8— 8,5%

ოპერაციის გავლენის გამორკვევა იმ ათიოდ დღის განმავლობაში, რომელიც ავადმყოფებს უხდება ხოლმე კლინიკაში ყოფნა ამ ოპერაციის გამო, რასაკვირველია, შეუძლებელი იყო. ოპერაციის შედეგის გამოსარკვევად ჩვენ შევკრიბეთ ცნობები მათი კლინიკიდან გაწერის ორი თვიდან—წელიწად ნახევრის

განმავლობაში. 96 ავადმყოფთაგან ჩვენ შევეძლიათ ცნობები მიგველო 58 ავადმყოფთაგან. ამ 58 ავადმყოფთაგან 27, ე. ი. 53% საესებით მოესპო აპენდიციტის და კოლიტის დაავადების სუბიექტიური და ობიექტიური ნიშნები.

ეს ავადმყოფები ეკუთვნიან იმ ჯგუფს, რომლებსაც წარსულში ქონიათ აპენდიციტის ერთი ან რამოდენიმე მწვავე შეტევა და ამის შემდეგ თანდაყოლილი კოლიტის მოვლენებიც. მოვიყვანთ ერთ ტიპურ შემთხვევას მოკლედ:

1. ავადმყოფი ქალი ნ. მ., მეოჯახე, 47 წლის, პართელი; მიღებულია კლინიკაში 10 აპრილს 1924 წელს, მუცლის არეში, განსაკუთრებით კი ილ-ცეკ. მიდამოში ტკივილების გამო. 18 წლის წინად ქონია მწვავე იერიში ჰიაყელა ნაწლავის ანთებისა, რის შემდეგ ავადმყოფს დასძემდა მუდმივი ყაბზობა და ყრუ ხორათის ტკივილები მუცლის არეში. მუდამ საფალარათოს და ოყნას ხმარობდა. უკანასკნელი ორი წლის განმავლობაში ორჯერ ქონია იერიში ჰ. ნ. ანთებისა, მაგრამ ნაკლები სიძლიერით, ვიდრე პირველად. ავადმყოფს გაუკეთდა appendectomy. ჰიაყელა ნაწლავი შეზორცებული აღმოჩნდა ირგვლივ მდებარე ქსოვილებთან. შიგ თავისი სეროზო-ჰემორაგიული ექსუდატი.

შეზორცება per primam. კლინიკიდან გაწერა მე-10 დღეზე. გაწერის შემდეგ ავადმყოფმა რამოდენიმეჯერ გინახულა. ტკივილები დაუცხრა, კუჭ-ნაწლავის მოქმედება ყოველდღე თავისთავად წესიერად აქვს. თავს სრულიად განკურნებულად სთვლის. მოყვანილი შემთხვევის მსგავსი იყო 27 ავადმყოფი, რომლებიც, როგორც აღვნიშნეთ საესებით განიკურნენ.

23 ავადმყოფის მდგომარეობა თითქმის ისეთივე დარჩა, როგორც იყო ოპერაციამდე. ხსენებული ავადმყოფები კლინიკიდან გაწერის რამოდენიმე თვის შემდეგ მოდიოდნენ ჩვენი იმავე ჩივილით და მოვლენებით, რომლებსაც ოპერაციამდე აღნიშნავდნენ. ეს ავადმყოფები ეკუთვნიან იმ ჯგუფს, რომლებსაც სნეულება დაწყებით თმთავრესად მუცლის ყრუ ტკივილებით და ყაბზობით, თუმცა სამი შემთხვევა ამ ჯგუფშიაც აღინიშნება, აპენდიციტის მწვავე იერიშის დაწყებით.

II. ავადმყოფი მ. პ., მუსიკის მასწავლებელი, 32 წლის, რუსი, გათხოვილი. მიღებულია კლინიკაში 27 ოქტომბერს 1924 წელს, მუცლის არეში ტკივილების გამო, ოთხი წელია რაც ავად არის. პირველად ავადმყოფს დაეწყო ძლიერი ყაბზობა და მუცლის ტკივილი. ყაბზობა ხანგამოშებით ფალარათით მწვავედებოდა. განავალი ღორწოიანი ქონდა; 2 წლის შემდეგ იგრძნო ტკივილები ილ-ცეკ. მიდამოში. უკანასკნელი ექვსი თვეა ავადმყოფს აწუხებს მუდმივი ტკივილები მუცლის არეში და ძლიერი ყაბზობა. სათანადო მოზადებით ავადმყოფს გაუკეთდა appendectomy. ჰიაყელა ნაწლავი შეზორცებული აღმოჩნდა ირგვლივ მდებარე ქსოვილებთან. ჰიაყელა ნაწლავი შემსხვილებული ნეკის სისქემდის, სიგრძით 13 cm., შიგ თავისი თხელი კონსისტენციის განავალი და სისხლნარევი ღორწო, ღორწოიანი გარსი ალაგ-ალაგ დაწყლულებული. ოპერაციის შემდეგ მიმდინარეობა წესიერი. მეცხრე დღეზე ავადმყოფი გაწერა კლინიკიდან პირველადი შეზორცებით. გაწერის შემდეგ ორჯერ გინახულა ავადმყოფმა, ორი და ექვსი თვის შემდეგ, ის უკაყოფილო იყო გაკეთებული ოპერაციის შედეგით, მას აწუხებდა იგივე მოვლენები იმავე სიძლიერით, როგორც ოპერაციამდე, რის გამო შინაგანი საშუალებით მკურნალობდა. მსგავსი შემთხვევა ჩვენი მასალაში აღინიშნება სულ 23, რომლებზედაც ოპერაციამ არავითარი გავლენა არ იქონია.

სამი ავადმყოფის მდგომარეობა ოპერაციის შემდეგ კიდევაც გაუარესდა, ერთ მათგანს, გარდა აპენდიციტისა და კოლიტისა, ქონდა მეზენტ. ჯირკვლები გადიდებული. ხსენებულ ავადმყოფებს კოლიტის მოვლენები გაუძლიერდათ, ტკივილები, ყაბზობა ხანგამოშებითი ფალარათობით უფრო მეტი სიძლიერითა წუხებდნენ ავადმყოფებს ოპერაციის შემდეგ ხუთი თვის განმავლობაში, რომლის დროს ჩვენი მხედველობის ქვეშ იმყოფებოდნენ.

ხუთი ავადმყოფის მდგომარეობა appendectomia-ს შემდეგ კოტათი გაუმჯობესდა. ეს ის შემთხვევებია, რომლებსაც მწვავე შეტევები წარსულში (გარდა ერთისა, რომელსაც სამი კვირის წინად ოპერაციამდე ქონია შეტევა) არას დროს არ ქონია (appendicitis larvata).

ამრიგად ჩვენი კლინიკის დაკვირვება და მასალის შესწავლა გვარწმუნებს, რომ appendectomia-ს სასურველი შედეგი მოყვა მაშინ, როდესაც ჭიკაძე ნაწლავის ქრონიკ. ანთების ნიშნები მკაფიოდ გამოსახული იყო; რაც შეეხება იმ შემთხვევებს, როდესაც ადგილობრივი ნიშნები სუსტად გამოსახული იყო და პირველ რიგში ყაბზობა, მეტეოროზმი, ლორწოიანი განავალი ან განავალში ჭიები იყო აღმოჩენილი, მიუხედავად იმისა, რომ დაავადებულ ჭიკაძეს ნაწლავს ვაცილიდით, განკურნება მაინც არ ხდებოდა და სიმტომოკომპლექსი მთლიანად რჩებოდა, ზოგჯერ კიდევ ძლიერდებოდა.

როგორც ჩვენი კლინიკის მასალა გვარწმუნებს, არსებობს მთელი რიგი აპენდიციტებისა, როდესაც appendectomia-ს შემდეგ კოლიტის ნიშნებიც სასვენებით ცხრება. ეს ის შემთხვევებია, როდესაც ჭიკაძე ნაწლავი არა თუ მიკროსკოპიულად, არამედ მაკროსკოპიულადაც დიდ ცვლილებებს განიცდის. ასეთ შემთხვევებში ჭიკაძე ნაწლავის სანათურში ჩვეულებრივ ვნახულობთ: სკორისებრ ქვებს, იშვიათად გარე სხეულებს, ჭიკაძე ნაწლავის ლორწოიანი გარსი დაწყულულებულია, ერთ ან რამოდენიმე ადგილას მას ემჩნევა ცირკულიარული სტენოზი და სტენოზის ქვემოთ სანათური სეროზულ, სეროზო-ჰემორაგიული, სეროზო-ჩირქოვანი, და ჩირქოვანი სითხით არის ვავსებული.

მიუხედავად ჭიკაძე ნაწლავის ასეთი ცვლილებებისა კოლიტს მაინც არ აქვს კლინიკურად ძლიერ მძიმე ხასიათი და ამგვარი კოლიტი appendectomia-ს შემდეგ თავისთავად იკურნება.

ჩვენივე მასალის მიხედვით შეგვიძლია აგრეთვე აღვნიშნოთ შემთხვევათა მთელი რიგი, როდესაც მიუხედავად იმისა, რომ აპენდიციტის მწვავე იერიშს არც ერთხელ ადგილი არ ქონია მტკივნეულობას და მგრძობიარობას Mc. Burney-ს წერტილში მოყვება კლინიკურად გამოსახული მტკიცე კოლიტი. ოპერაციის დროს ვნახულობდით ჭიკაძე ნაწლავს, რომელიც იძლეოდა უბრალო კატარალურ ან ჰემორაგიულ აპენდიციტის სურათს. ასეთ შემთხვევებში ოპერაციის შემდეგ სასურველ შედეგებს ვერ ვღებულობდით, რადგან ძირითადი სნეულების სიმტომოკომპლექსი უცვლელად რჩებოდა. მასასადამე ამ სიმტომოკომპლექსის მიხედვით მკაფიოდ არ იყო გამოხატული ჭიკაძე ნაწლავის დაავადება.

ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს, რომ ამ შემთხვევაში appendectomia-ს სასურველი შედეგი არ მოჰყვებოდა, მართალია ის მიზანშეწონილი იყო, რადგან ისპობოდა ერთი, ის ხიფათი, რასაც დაავადებული ჭიკაძე ნაწლავი სხეულს უქადის. მაგრამ ამით მაინც არ ისპობა კოლიტის ის მოვლენები, რომლებიც თითქმის უმთავრესი ჩივილია ავადმყოფების.

დასასრულს, მასალის განხილვის მიხედვით, გამოგვყავს შემდეგი დასკვნები:

1. ქრონიკ. აპენდიციტის და კოლიტის ერთდროულობა ხშირი მოვლენაა.
2. ქრონიკ. აპენდიციტის და კოლიტის შორის არსებობს მიზეზობრივი კავშირი.

3. ქრონიკ. აპენდიციტის ზოგიერთ შემთხვევაში დაავადების მხოლოდ ადგილობრივი ნიშნებია გამოხატული.

4. ქრონიკ. აპენდიციტის ზოგიერთ შემთხვევაში, პირველ რიგში კოლიტის ნიშნებია გამოსახული, ხოლო ადგილობრივი ნიშნები უფრო სუსტად არის გამოსახული.

5. ქრონიკ. აპენდიციტის დროს გაკეთებული appendectomia-ს ყოველთვის სასურველი შედეგი არ მოყვება.

დასასრულ უღრმეს მადლობას უძღვნი ჩემს მასწავლებელ პატივცემულ პროფ. ალ. გ. მაჭავარიანს თემის მოცემისათვის და უშუალო ხელმძღვანელობისათვის.

მწერლობითი წყაროები:

1. პროფ. ა. მაჭავარიანი „მუცლის ღრუს ქირურგია“ 1925 წ.
2. „ „ „აპენდიციტების შესახებ“ „თან. მედ.“ 1925 წ.
3. გ. გაჩეჩილაძე „ზოგიერთი მასალები კიბეა ნაწლავის დაავადების შესახებ“. „თან. მედ.“ № 6 1926 წ.
4. Проф. Kümmell. „Псеудо-аппендицит и иднопатический серьезный перитонит“. (Практ. вр. № 2 1923 г.).
5. Ростовцев. „Учение о перитифлитах“.
6. Тихов. „Частная хирургия“ Т. I.
7. Sonnenburg. „Паталогия и терапия перитифлита“.
8. Проф. Дитерихс. „К диагностике аппендицита“.
9. Михельсон. „К вопросу о первичном хроническом аппендиците и его различительном распознавании“. Русский вр. № 31 1911 г.

კ. უსრაშვილი.

ორდინატორი—ანტურაი.

Exostoses multiplex cartilaginea-ს სპიტიზისათვის.

(პოსპიტალური ქირურგიული კლინიკიდან. გამგე—პროფ. გ. მუხაძე).

კონსტიტუციონალურა ანომალიები, განსაკუთრებით შინაგანი სეკრეციის სწავლასთან დაკავშირებით, იძლევიან დაუფასებელ მასალას ორგანიზმის ზრდისა და განვითარების პროცესის ახსნა-განმარტებისათვის.

საკითხი, რომელზედაც ჩვენ ვესურს შევიჩრდეთ, ეკუთვნის სწორედ ორგანიზმის ზრდისა და განვითარების პროცესის ანომალიის ერთ-ერთ სახეს. ეს გახლავთ შემთხვევები მრავალრიცხოვან ხრტილოვანი ეგზოსტოზისა. სულ მოკლე ხნის განმავლობაში ჩვენს კლინიკაში გვქონდა ორი ასეთი შემთხვევა, რომლის აღწერა და გარჩევა ჩვენ განვიზრახეთ.

როგორც მოგეხსენებათ სიმსიენე, რომელიც განვითარდა ძვლისაგან და რომელსაც წინ არ უძღვოდა ანთებითი პროცესი—წარმოადგენს ოსტეომას, ის ან თავიდანვე ვითარდება ძვლისაგან, როგორც ძვლის სიმსიენე, ან გადაიქცევა ასეთად სხვა რომელიმე ქსოვილიდან. სწორედ ამის მიხედვით „Шу“ არჩევს პირველად და მეორედ ოსტეომებს. Billroth-ი თავის კლასიფიკაციას ამყარებს სიმსიენის სტრუქტურაზე და ამის მიხედვით განარჩევს: 1) სპონგიოზურ ეგზოსტოზს, რომელიც სპონგიოზური ნივთიერებისაგანაა შემდგარი და გაჟღენთილია ტვინით, და 2) მკვრივი სპილოს ძვლისებრივ ეგზოსტოზს, რომელიც თავის სტრუქტურით წააგავს ლულოვანი ძვლების კორტიკალური შრის შენებას, აქ გოვერსის მიღები შეიძლება სრულებითაც არ იყოს.

მეორე სახის ეგ-ბი იშვიათი მოვლენას წარმოადგენენ და გხვდებიან სახისა და თავის ქალას ძვლებზე, აგრეთვე მენჯზე, ბეჭებზე და ფალანგებზე. მათ აქვთ მომრგვალო ფორმა, ოდნავი ხორკლიანი ზედაპირით, და იშვიათად არიან დიდი ოდენობის.

სპონგიოზური ეგზოსტოზები კი გხვდება თითქმის მხოლოდ ლულოვანი ძვლების ეპიფიზებზე. ფორმა მათი აგრეთვე მომრგვალოა, ხორკლიანი ზედაპირით, რომელიც გადაკრულია გიალინური ღრტილის თხელი ფენით. ახლად წარმოშობილი ძვალოვანი მასა მჭიდროთ ერთვის ძვლის ეპიფიზების სპონგიოზურ მასას და იწვევს ამ სიმსიენეების სრულ ფიქსაციას (Billroth). ორთავე ფორმა გხვდება ახალგაზრდობაში; მამაკაცებში უფრო მეტად ვიდრე დედაცაცებში, 30 წლის შემდეგ პირველადი ოსტეომები თითქმის არ ვითარდება, თუმცა რო-

გორც იშვიათი შემთხვევა, აღწერილია მათი განვითარება 40—48 წლის ასაკში. Leriche-ის აზრით, ასეთი ეგ—ბი შეიძლება გაჩნდეს, როგორც ახალგაზრდობაში და მომწიფების ხანაში, ისე მოხუცებულობის ხანაშიაც. მისი აზრის დასაბუთებაზე ქვემოთ გვექნება ბაასი, როდესაც განვიხილავთ ამ დაავადების პათოგენეზს. რაც შეეხება მეორადი ოსტეომებს—ისინი ვითარდებიან ფიბრომებიდან, ხონდრომებიდან და სარკომებიდან. რადგანაც ისინი არ შეადგენენ დღევანდელი ჩვენი მოხსენების საკანს—მათ არ შეეხები. ჩვენთვის საინტერესოა მხოლოდ პირველადი ეგზოსტოზები და მათში კი სპონგიოზური, რომელთა მდებარეობა განსაკუთრებით ლულოვანი ძვლების ეპიფიზებია.

ასეთი ეგზოსტოზები ერთსა და იმავე ორგანიზმის სხვადასხვა ადგილზე შეიძლება იყოს 5—10 და მრავალი. აღწერილია შემთხვევა, როდესაც ეგ—ბის რაოდენობა ერთ ადამიანზე უდრიდა 200 (Künig). ჩვენს შემთხვევაში კი ერთ ავადმყოფს ჰქონდა 11, მეორეს კი 52, სხეულის სხვადასხვა ადგილზე.

Exostoses multiplex cartilaginea წარმოადგენს დიდი კლინიკურ ინტერესს და სწორედ ამიტომაც, რომ მას სწავლობდნენ გამოჩენილი მეცნიერების მთელი რიგი (Virchow, Volkmann, Hagen, Cooper, Pels—Leusden-ი და სხვა).

მრავალრიცხოვანი ეგ—ბი, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, იზრდებიან ლულოვანი ძვლების დიაფიზსა და ეპიფიზის შორის. მათი წარმოშობის მნიშვნელოვან მიდამოდ უნდა ჩაითვალოს ეპიფიზარული ღრტილი და ძლიერი იშვიათი შემთხვევაში სასახსრე ღრტილი. ეპიფიზალური ხრტილის მახლობლად, განსაკუთრებით ხშირად, ჩქარა მოზარდი გრძელი ლულოვანი ძვლებზე femur, tibia და humerus-ზე—ვამჩნევთ სხვადასხვა ოდენობის და ფორმის ძვალოვანი ნაზარდებს, რომლებიც მომეტებულ შემთხვევებში შესდგებიან ღრუ ძვალოვანი ნივთიერებისაგან. ეს უკანასკნელი გადაკრულია ზედაპირზე ხრტილის თხელი ფენით. ამ ძვალოვან ნაზარდებს აქვს გვერდითი მიმართულება და იყურებიან პერიფერიისაკენ. ორგანიზმის ზრდასთან ერთად ეგ—ბი იცვლიან თავისი მდებარეობას, ე. ი. მოიწვიან დიაფიზისაკენ.

ეგ—ბის ფორმა შეიძლება იყოს: მომრგვალო, წვეტიანი, კაკვიანი, ხორკლიანი ზედაპირით, დაკბილული, ფერადი კომპოსტოს ფორმის, განსაკუთრებით კი სოკოსებრივი, რომელიც ან ვიწრო ფეხით ან უფეხოთ ერთვის ძვალს. სიდიდე მათი აკრეთვე სხვა და სხვაა, დაწყებული ცერკვის ოდენობიდან შეიძლება მიახწიოს ბავშვის თავის ოდენობამდე (Pof. Pay.).

მრავალრიცხოვანი ეგ—ბის პათოგენეზი დიდი ხანია საკამათო საკითხს შეადგენს და შეიძლება ითქვას, რომ დღევანდლამდე ერთი აზრი ამ საკითხის გადაწყვეტაში არ არსებობს. უნდა ითქვას, რომ დიდი ხნის განმავლობაში ეს საკითხი უყურადღებოდ რჩებოდა. მაგრამ მის შემდეგ, რაც Virchow-მა და Cooper-მა შესძლეს ამ დაავადების ბუნების გაგება და მათი სრულებით ცალკე დაავადებად გამოყოფა—exostoses multiplex cartilaginea-ს სახით—ამის შემდეგ ის გახდა გამოკვლევის და შესწავლის საგნად სხვა მეცნიერებისთვისაც.

ზემოაღნიშნული ავტორები ამ დაავადების მიზეზად ასახელებდენ ეპიფიზარული ხრტილის ნაშთის არანორმალურ გაძვალვას. Virchow-ის აზრით ეს არანორმალობა იწყება ცოცხალი არსების ცხოვრების პირველ წლიდანვე და

ასე იღვა საკითხი მრავალრიცხოვანი ეგზოსტოზების ეთიოლოგიისა დიდი ხნის განმავლობაში, სანამ არ იყო მიქცეული ყურადღება იმ დამოკიდებულებაზე და გავლენაზე, რომელიც აქვს შინაგან სეკრეციის ჯირკვლებს ცოცხალი ორგანიზმის ზრდაზე და განვითარებაზე

დღეს შედარებით უკვე დამტკიცებულად უნდა ჩაითვალოს სხვა და სხვა ინკრეტორული ჯირკვლების ზეგავლენა ძვლის ქსოვილზე: ძვლის შუამდებარე ხრტილის ზრდა ხდება hypophysis-ის და thymus-ის ინკრეტების საშუალებით; წინააღმდეგ მოქმედებას იწვევს სასქესო ჯირკვლები, და მასთან პარალელურად მომქმედი თირკმლის ზედა ჯირკვლები. ძვლის გაჩენა Ca მარილების დაღეჭვით სწარმოებს gl. thyroidea, gl. thymus-ის და ეპიტელიალური სხეულაკების საშუალებით.

ასეთია მოკლედ ინკრეტორული ორგანოების მოქმედება ზრდის პროცესზე. იბადება საკითხი: რამდენად შესაძლებელია, რომ ex. mult. cart.-ის ეთიოლოგიას საფუძვლად ჰქონდეს შინაგანი სეკრეციის ორგანოების ესა თუ ის არანორმალობა, რაში გამოიხატება იგი, ან რომელი ორგანოს ინკრეტორული ჯგუფს ეკუთვნის?

ავტორების ერთი რიგი ამ დაავადების მიზეზად სთვლის სასქესო ჯირკვლების არანორმალობას. ამის დასასაბუთებლად მათ მოყავთ Seliheim-ის, Poncet-ის, Brian-ის და სხვების ცდები; რომლითაც დამტკიცდა, რომ სათესლე ჯირკვლების ამოჭრამ ახალგაზრდა ცხოველებზე მოგვცა ეპიფიზარული ღრტილის ზრდის შენელება და ლულოვანი გრძელი ძვლების აჩქარებული ზრდა. აგრეთვე დაკვირვებებმა სათესლე ჯირკვლებს ამოცილებზე ეგზოზტოზებზე — დაამტკიცა ეს დებულება. აქვე იყო მიქცეული ყურადღება პროპიორციის დარღვევაზე ტანისა და კიდურების ზრდის შორის.

ყველა ზემოხსენებულს უმატებდნენ Biedl-ის ავტორიტეტულს განცხადებას, რომ სასქესო ჯირკვლის ენდოკრინული მოქმედებასა და ძვლის ზრდის პროცესთა შორის არსებობს აუცილებელი კავშირი; რომ ძვლის არანორმალური ზრდა არის მეორედი მოვლენა, ეპიფიზარული ღრტილის გადავადების არანორმალობისაგან გამოწვეული, — და დაასკენიდნენ, რომ შესაძლებელია დაუშვათ ex. mult.-ის ეთიოლოგიაში — დაავადება, რომელიც აგრეთვე წარმოიშობა ეპიფიზარული ხრტილის არანორმალური გადავადებისაგან — დიდი მნიშვნელობა აქვს პათოლოგიურად მყოფი სასქესო ჯირკვლებს. მხოლოდ რა გზით ხდება ეს და როგორია მისი მექანიზმი — ეს მათთვისაც გამოურკვეველი რჩება.

მიუხედავად ამისა უნდა ვიფიქროთ, რომ მარტო სასქესო ჯირკვლების ენდოკრინულ პათოლოგიისათვის მიწერა და ამით მარტო ახსნა ex. mult.-ის ეთიოლოგიის საკითხისა ჩვენის აზრით ვერ ამოწურავდა ამ დაავადების პათოგენეზს. საქმე იმაში ვახლავთ, რომ არ არსებობს თითქმის არც ერთი დაავადება, გამოწვეული შინაგანი სეკრეციის დარღვევისაგან, სადაც განსაკუთრებულად ერთი რომელიმე ინკრეტორული ორგანო ღებულობდეს მონაწილეობას. ამ დებულების დასამტკიცებლად ჩვენ შეგვეძლო აქვე გავვერჩია რამოდენიმე დაავადება გამოწვეული სხვადასხვა ინკრეტორული ორგანოების პათოლოგიით, მაგრამ ეს არ შეადგენს ჩვენს საგანს. ამ რიგად ex. mult. cart. შეიძლება უფრო

ჩქარა მივაწეროთ პლურიგლანდულარულ დაავადებათა ჯგუფს, ვიდრე ერთ რომელიმე განსაკუთრებული ინკრეტორული ორგანოს პათოლოგიას. მაგრამ გარდა შინაგანი სეკრეციისა უნდა მიექცეს ყურადღება სხვა ფაქტორებსაც.

ენდოკრინული ჯირკვლების ფუნქციას თუ დაუმატებთ აგრეთვე ვირხოვის თეორიას ex. mult. შთამომავლობითი წარმოშობას და აგრეთვე ჩვენი შემთხვევის გარდა სხვა ავტორების შემთხვევას, სადაც ex. mul. შთამომავლობით აღინიშნებოდა, მაგ. Reincke-ს 36 შემთხვევა—შეგვიძლია თამამად დავასკვნათ, რომ ამ დაავადების დროს შთამომავლობას დიდი მნიშვნელობა აქვს.

ასე დვას საკითხი თანამედროვე ლიტერატურაში ex. mult. cart.-ს ეტიოლოგიის შესახებ.

კლინიკურად ავადმყოფობა მიმდინარეობს ტკივილებით ან რამე სხვა სუბიექტიური ჩივილებით. ზოგ შემთხვევებში კი ავადმყოფს იგი სრულიად არ აწუხებს და ავადმყოფი მიმართავს ექიმს, სულ სხვა დაავადების გამო. ex. mult. კი ასეთ შემთხვევაში შემთხვევითი აღმოჩენას წარმოადგენს. Pels Leusden-ის ათი შემთხვევიდან თითქმის ყოველთვის ავადმყოფებს მიუშართავს სულ სხვა დაავადებების გამო. ექ. Захарьян-ის მიერ, ბაქოს ქირურგიული კლინიკიდან, აღწერილია აგრეთვე ორი შემთხვევა, სადაც ავადმყოფებს მიუშართავს სულ სხვა დაავადებების გამო. ჩვენი პირველი ავადმყოფი იყო მოსული კლინიკაში მარცხენა იდაყვის სახსარში ტრავმატიული ამოვარდნილობის გამო.

ამრიგად ლიტერატურული მიმოხილვის და ჩვენი მასალის მიხედვითაც მართლდება ის აზრი, რომ exostoses multiplex cartilaginea არაა იმდენად იშვიათი ავადმყოფობა, რამდენადაც ძნელია ასეთი ავადმყოფის მიღება კლინიკური დაკვირვებისათვის. ეს უკანასკნელი გარემოება კი იმით აიხსნება, რომ ასეთ ავადმყოფებს ეს დაავადება იშვიათად აწუხებთ.

სხვადასხვა მიდამოში, განსაკუთრებით კი ლულოვანი გრძელი ძვლების ეპიფიზებზე ვამჩნევთ სხვა და სხვა ოდენობის და ფორმის ძვლოვან სიმსივნეებს. ეს სიმსივნეები მტკივნეული არ არიან, გარდა იმ შემთხვევისა, სადაც სიმსივნე აწევბა რომელიმე ნერვის ტოტს, ანუ ნერვი ჩაყოლებულია თვით სიმსივნეში. ძვლოვან ნაზარდს შეუძლია მოგვეცეს ამა თუ იმ სახსარში ნორმალური მოძრაობის შეზღუდვა ან ნაწილობრივი, თუ სიმსივნე პატარაა, ანუ სრული, თუ სიმსივნე დიდია. შეზღუდვა-მექანიკური, რადგანაც ეს სიმსივნე თავის სიდიდით აწევბა სახსარს. შესაძლებელია აგრეთვე ძვლოვანი ნაზარდმა თავისი მახვილი ბოლოთი მიაწვეს რომელიმე მნიშვნელოვან სისხლის ძარღვს და გამოიწვიოს მისი დაზიანება—ანევრიზმა: Böling—Swensson, Temple და E. Küster-ის შემთხვევები. უკანასკნელმა აღწერა შემთხვევა, სადაც ოსტეოფიტმა თავის მახვილ წვერით დააზიანა art. poplitea, რასაც შედეგად მოჰყვა ტრავმატიული ანევრიზმა.

Krünlein-ს პირიქით მოჰყავს შემთხვევა, სადაც ტრავმატიული ანევრიზმა, რომელიც ათეული წლის წინ გაჩნდა art. poplitea-ზე, ამ ოსტეოფიტზე მუდმივი ზედდაწოლის გამო დაზიანდა, და შედეგად ამ მიდამოს დაიარაგება მოყვა. საერთოდ ex. mul.-ით დაავადებული ადამიანი განსაკუთრებული გამომეტყველების და ტანის არა სწორი აგებულობის ტიპს წარმოადგენს. პროპორცია ზრდაში, ორგანიზმის სხვადასხვა ნაწილისა, დაცული არ არის. მაგ. ჩვენი ავადმყოფი

18 წლისაა, მისი სიმაღლე უნდა უდრიდეს 170 სანტ., უდრის კი მხოლოდ 147,5 სანტ. ტანისა და ქვედა კიდურების ზომა აგრეთვე თანაბარი არაა. ზოგჯერ თანამოსახლე ძვლები ერთს და იმავე ადამიანზე სხვადასხვა სიგრძისაა. მაგ. ჩვენს შემთხვევაში მარჯვენა წვივის სიგრძე უდრის 31,2 სანტ., მარცხენასი კი 34,5 სანტ. თავის მოყვანილობა უმეტეს შემთხვევაში ნათლად ასიმეტრიულია. აქვს genu valgum, pes varum და pes planum; მენჯის გარშემოწერილობა არანორმალურია. ხშირად ცალკე ძვლების დამოკლების გამო ამოვარდნილობაა სხვადასხვა სახსარში. მაგ. ჩვენ შემთხვევაში, ამოვარდნილობა მარცხენა იდაყვის სახსარშია. სასქესო ორგანოები ნაკლებადაა განვითარებული; განსაკუთრებით სასქესო ჯირკვლები, თუმცა ეს უკანასკნელი აუცილებელი არაა, შეიძლება ნორმალურიც ჰქონდეს. ტანზე თმა ნაკლებად აქვს; ბოქვენზე მამაკაცებს თმის ზრდა ქალური ტიპისაა, ე. ი. იზრდება ჰორიზონტალურად და არა სამკუთხედად თეთრ ხაზთან. Libido sexualis და potentia coeundi საგრძობლად დაქვეითებული ან სრულიად არა აქვთ, თუმცა შეიძლება libido ჰქონდეს, პოტენცია კი არ იყოს. ჩვენს შემთხვევაში ორივე დაქვეითებულია. ვინაიდან ჩვენს ავადმყოფი უბრალო სოფელი, არა ინტელიგენტი იყო ამ კითხვაზე თითქმის სრულიად არ გვაძლევდა პასუხს.

პათოლოგ ანატომიური სურათი: ჰისტოლოგიურად ძვლის ნაზარდები მოგვაგონებენ ნორმალური ძვლის შენებას, ცოტათოდენი ცვლილებებით. იყო აღებულ იქნა ერთი ეგზოსტოზთაგანი მიკროსკოპიული გამოკვლევისათვის. პრეპარატს ექნა მოხდენილი დეკალცინაცია Haug-ის სითხით; შეღებილი იქნა ჰემოტოქსილინ-ეოზინით. მიკროსკოპიული პრეპარატის ერთ პერიფერიაზე მოსჩანს სისხლის წითელი ბურთულების დიდი რაოდენობა, რომელიც ძვლის ქსოვილის მხრივ შემოსაზღვრულია ბოქვოვანი შენების კედლით. შემდეგ მისი მეზობლად არის დალაგებული სხვადასხვა მიმართულებით ძვალოვანი ფირფიტები. ამ უკანასკნელთა შორის მოსჩანს სისხლის მილები, გადაკვეთილი სხვადასხვა მიმართულებით. ზოგიერთ ადგილას ძვალოვანი ფირფიტები ჰქმნის ბადისებური შენების არეს, რომლებს შორის მოსჩანს გადაკვეთილი სისხლის მილების გროვები. ასეთი ბადისებური შენების არეს ჰქმნის ძვალოვანი ფირფიტები ძალიან ნახ კონებისაგან. პრეპარატის ამ ნაწილში არის კირის მარილების დალექვა ფირფიტებს შორის, რის გამოც მარილების დალექვის სურათი იმეორებს ფირფიტების მიმართულებას.

შემდეგში ძვალოვანი ფირფიტები ჰქმნიან სპონგიოზურ შენების ქსოვილს. პრეპარატში მოსჩანს საკმაოდ განიერი ხარისები, აშენებული კონებად დალაგებული ძვალოვანი ფირფიტებისაგან, რომელთა შორისაც მოსჩანს კირის მარილების დალექვა; აქვე მოსჩანს აგრეთვე მრგვალი და ოვალური მოყვანილობის ღრტილოვანი უჯრედები, იისფერი ან მოწითალო მარცვლოვანი პროტოპლაზმით და საკმარისად დიდი და მკაფიოდ გამოხატული ბირთვით. ეს ღრტილოვანი უჯრედები დალაგებულია ან ცალ-ცალკე ანუ გროვების სახით. ამ ძვალოვანი ხარისებს შორის მოთავსებულია ძვლის ტვინი თავის დამახასიათებელი შენებით.

რაც შეეხება თერაპიას — ზოგიერთ ავტორის აზრით არა მძიმე შემთხვევები დახმარებას არ საჭიროებენ, რადგანაც მათი აზრით ორგანიზმის ზრდასთან

ერთად ეს ეგ-ბი უკუგანვითარდებიან ან ნაწილობრივ (Hartmann), ან მთლიანად (Шевяков).

საერთოდ კი ეპიფიზარულ ეგ-ბს სჭირდება ამოკვეთა მხოლოდ იმ შემთხვევებში, როდესაც ისინი იწვევენ ამა თუ იმ არა სასიამოვნო მოვლენებს, ე. ი. ტკივილებს, მოძრაობის მოშლილობას რომელიმე სახსარში, ანევრიზმების განვითარებას და სხვა. ამოკვეთა უნდა მოხდეს სატეხით ძელის კორტიკალურ ნაწილიანად. რაც შეეხება დამახინჯებებს, რომლებსაც იწვევს ეს დაავადება, მაგ.: ხელის განზე გადაწევა სხივ-მაჯის სახსარში, genu valgum და varum, pes planum, ამოვარდნილობები და სხვა, მათ უნდა უწყამლოთ სხვადასხვა სისხლიანი თუ უსისხლო ორტოპედული საშუალებებით. სპეციალური ანტილუეტური წამლობაც არ იძლევა რაიმე დამაკმაყოფილებელ შედეგს, როგორც სხვების ისე ჩვენი შემთხვევაზედაც.

ამ ლიტერატურული მიმოხილვის და თვით დაავადების გარჩევის შემდეგ გადავალთ ჩვენი საკუთარი კლინიკური შემთხვევებზე.

1925 წელს ჰოსპ. ქირურგიული კლინიკაში გვქონდა ორი შემთხვევა ex. muet. cart.-სი. პირველი ეკუთვნოდა პატარა ბავშვს 11 წლისას, დედრობითი სქესისას. სამწუხაროდ ამ ავადმყოფის შესახებ ჩვენ არ მოგვეპოვება დაწერილებით ანამნეზი, რადგანაც მას არ ახლდა არც მშობლები და არც ახლო ნათესავები. ავადმყოფი იყო მოყვანილი კლინიკაში შორეული ნათესავის მიერ. ჩივილები მას არ ჰქონია, გასინჯვით აღმოჩნდა, რომ ბავშვი სრულიად ნორმალური აგებულების იყო. მხოლოდ ორგანიზმის სხვადასხვა ადგილზე აღმოჩენილი იქნა პატარა-პატარა ცერკვის ოდენა ეგზოსტოზები, რიცხვით 11. დაჰყო ჩვენთან დაახლოებით ერთი კვირა და გაეწერა იმავე მდგომარეობაში.

შემთხვევა მეორე: ავად. ჩ—ია ვასილი, 18 წ., სოფ. ალერტიდან, ზუგდიდის მაზრა, შემოვიდა კლინიკაში 9/III 25 წ. უჩინეს უმთავრესად მარცხენა იდაყვის სახსარში ამოვარდნილობაზე და სხვათა შორის სიმსივნეებზე სხეულის სხვადასხვა მიდამოებში. ამოვარდნილობა იდაყვის სახსარში მან მიიღო მისი სიტყვით 4 წლის უკან დაეცემის გამო. რაც შეეხება ძვლოვან სიმსივნეებს, ეს მან შეამჩნია ჯერ კიდევ ათი წლის წინეთ. რაც დრო გადიოდა სიმსივნეები მატულობდა, როგორც ოდენობაში ისე რიცხვობრივადაც. ასე მაგალითად სიმსივნე, რომელიც მან შეამჩნია რვა წლის უკან ბარძაყის თავზე იყო ცერკვის ოდენა; აქამად კი იგი ბატის კვრცხის ოდენაა. ავად. მამა არ ყავს, დედა ცოცხალი ჰყავს. ჰყავს ორი ძმა და ერთი და; ყველა ხსენებულებს აქვს მსგავსი დაავადება. სხვა მხრივ ოჯახის წევრები ყველა ჯანსაღია.

ავად. მამა ყოფილა დაბალი და სქელი; დედა საშუალო ტანის, ძმები საშუალოზე ცოტა მეტა; რაც შეეხება დას ის კი დაბალი ყოფილა. T. b. c. და Lues-ი შთამომავლობაში არ აღინიშნება. წარსულში: ბავშობისას წითელა, 16 წლისას—ტუბი, რომელი არ იცის; აგრეთვე ციფ-ციხლებმა. სიმსივნეები გაჩნდა რიგ-რიგობით ჯერ მარჯვენა წვივის ეპიფიზზე, მერე ბარძაყის ქვედა ეპიფიზზე; შემდეგ ჰქვედა და ზედა კიდურების თითებზე და ბოლოს ბეჭზე. სიმსივნე უმტკივნეულოა. 10 წლამდე ავად. იყო ჯანსაღი, მსუქანი, ღონესაც მეტს ატყობდა; ცხრა წლისა შევიდა სკოლაში; დაჰყო იქ ჩუთი წელი და მივიდა მხოლოდ პირველ კლასამდე. სქესობრივი კავშირი არ ჰქონია; ხელცდუნებას არ ეწევა; ერექცია არ ჰქონია.

Status praesens: ავად. დაბალი ტანისაა; შედარებით თავის წლოვანებასთან, ზომიერი კვების. ძვალთა და კუნთთა სისტემა კარგადაა განვითარებული. ღორწოიანი გარსი თვალთა ხილვის მიდამოებში ყველგან მომკრთალა ვარდის ფერისაა. საერთო შეხედულობა ავადმყოფისა მოგვაგონებს რაღაც განსაკუთრებული ტიპის ადამიანს. ასიმეტრიული თავის მოვლნილობა. ტანსა და კიდურებზე შორის ვამჩნევთ დისპროპორციას; კიდურების თანამოსახედე ძვლები არა თანაბარი სიგრძისაა. საერთოდ ავადმყოფი ინფანტილურია; მიუხედავად იმისა, რომ ის უკვე 18 წლისაა, ის ჰყავს მხოლოდ 13 ანუ 14 წლისას. ლიმფატური ჯირკვლები ყველგან ოდნავ გადიდებული აქვს. კბილები მაგარი, სალი და სწორი. აქვს ნათლად გამონატულო pes planum utriusque. ყველა შინაგანი ორგანო ნორმალურია.



ნერვიული სისტემის მხრივ აღენიშნება შემდეგი, ყველა რეფლექსები: მყესთა, ლორწოს და ძვლის ცოცხალია. ნებისყოფითი მოძრაობა სიფართისა და ძალის მხრივ ცვლილებას არ განიცდის. კუნთთა ატროფია არ ემჩნევა. აქვს საშუალოდ გამოსახული წითელი დერმოგრაფიზმი; ოდნავი ძიგძიგი ზედა ქუთუთოების და ზელის თითების. მგრძობიარობა შენახული აქვს. შარდ-სასქესო ორგანოების მხრივ აღენიშნება შემდეგი: შარდზე გადის თავისუფლად, უმტკივნეულოდ და ზომიერად, საშუალო რაოდენობა მისი დღე-ღამის განმავლობაში 1.100 კ. სანტ. ასო ნორმალური რაოდენობისაა. სათესლე ჯირკვლები პატარებშია და ნაკლებია ნორმასთან შედარებით. წვერი და უღვაში არა აქვს. ბოქვენის მიდამოში თმა საკმარისი რაოდენობის; ზრდა და დალაგებულობა ქალური ტიპის, ჰორიზონტალური მამართულებით; ზომები:

- თავის გარშემოწერილობა 54 სანტ.
- გულმკერდის 78 "
- მენჯის trochant.-ზე 82 "
- მანძილი proces. xiphoid.-ან ბოქვენამდე 35 "
- " " " " კიპამდე 16 "
- მანძილი კიპიდან ბოქვენამდე 19 "

ნორმალურად კი ორი უკანასკნელი ზომა უნდა იყოს თანასწორი.

სიმაღლე ავადმყოფის უდრის 147,5 სანტ. უნდა იყოს 170 სანტ.

- თავიდან simphisis-ამდე 99 სანტ.
- Simphisis-იდან ქუსლამდე 71,1 "
- Spina ant. sup. ან epicond. lat. მარჯვნივ 41,2 "
- " " " " მარცხნივ 40,5 "
- " " " " mal. med. მარჯვნივ 72 "
- " " " " " მარცხნივ 74 "
- სიგრძე წვივის მარჯვნივ 31,2 "
- " " " " მარცხნივ 34,5 "

ამრიგად მარჯვენა ქვედა კიდური მოკლეა მარცხენაზე 2 სანტ. მარჯვენა წვივი მოკლეა მარცხენაზე დაახლოებით 3 სანტ. აქვს შემდეგი დალაგება ეგზოსტოზებისა მთელ სხეულზე.

ზედა კიდურები.

მარჯვენა.	მარცხენა.
<p>მხარის ძვლის თავზე სახსართან, მედიალური მხარეზე I ეგ-ში, რომელიც ზედაპირზე გაყოფილია სამად, ოდნობით ჩიტის კვერცხის სისხვო. ამავე დონეზე ლატერალურად ეგ-ში I ცერცვის ოდენა. იდაყვის ძვლის პროქსიმ. დონეზე I ცერცვის ოდენა. სხივის ძვლის დისტ. ბოლოზე I ეგ-ში საჩვენებელი თითის მე-II ფალანგ. მე-III თითის მე-II ფალანგ. და მე-IV თითის მე-II ფალანგ. ეპიფიზების მიდამოებში 2—2 ეგ-ში, თხილის და ცერცვის ოდენა. მე-V თითის მე-II ფალანგ. 2 ეგ-ში.</p>	<p>მხარის ძვალზე იმავე ადგილზე, როგორც მარჯვნივ 2 კაკლის ოდენა ეგ-ში. იდაყვის ძვალზე 2 ეგ-ში პროქსიმალურად, 2-ც დისტალურად, სხივის ძვალზე 2 პროქსიმ. და 1 დისტალურად, თხილის და ცერცვის ოდენა. მე-II ნების ძვლის პროქსიმ. I ცერცვის ოდენა; I-ლი თითის მე-II ფალანგ. I ეგ-ში ლობიოს კაკლის ოდენობისა; მე-II თითის მე-III ფალანგ. I ეგ-ში; მე-III თითის მე-III ფალანგ. 2 ეგ-ში; მე-II ფალანგზე კი 1. მე-IV თითის მე-III ფალანგზე I; მე-II ფალანგზე კი 1.</p>

აგრეთვე მე-IV ნეკნის დონეზე მარჯვნივ, ზურგის მხრივ, ერთი თხილის ოდენა ეგ-ში.

ძვედა კიდურები.

მარჯვენა.	მარცხენა.
<p>ბარძაყის ძვლის ქვედა ეპიფიზთან მედიალურად 3 ეგ-ში, ზოგი წაბლის და ზოგი კვერცხის ფორმის, სიდიდით 2 მათგანი ბატის კვერცხის ოდენა, ერთი კი ქათმის კვერცხის ოდენა. იმავე მიდამოში ლატერალურად 3 ეგ-ში, მრგვალი ფორმის, ქათმის კვერცხის ოდენა. წვივზე მედიალურად 1 მუტის ოდენა ეგ-ში, სადა ზედაპირით; ერთივე ლატერალურად; წვივის ძვლის ქვედა ზედაპირზე 2—2 ეგ-ში მედიალურად და ლატერალურადაც. მე-III ფალანგაზე 1 ცერცვის ოდენა ეგზოსტოზი.</p>	<p>ბარძაყის ძვლის ქვედა ეპიფიზზე, ლატერალურად 1 კაკლის ოდენა ეგ-ში; მედიალურად-კი 2 ბატის კვერცხის ოდენა. წვივის ძვლის თავზე 2 ეგ-ში მედიალურად, მუტის ოდენა, 2-იკ ლატერალურად. წვივის ქვედა ბოლოში ორი თხილის ოდენა ეგ-ში. მე-III თითის მე-II ფალანგაზე 2 ცერცვის ოდენა ეგზოსტოზი; პირველი წინა ტერფის ძვლის თავთან ერთი თხილის კაკლის ოდენა ეგ-ში. მე-V წინა ტერფის ძვლის თავთან აგრეთვე ერთი ცერცვის ოდენა ეგ-ში.</p>

ავადმყოფს ექნა გამოკვლეული სისხლი. არავითარი არანორმალობას აღვიღო არა აქვს. Wassermann-ის რეაქცია უარყოფითია. შარდის გამოკვლევა აგრეთვე ცვლილებებს არ იძლევა. ამის გარდა ავადმყოფი იყო გადაჯანყნილი ვენერიული კლინიკაში, სადაც მან გაატარა ინტენსიური კურსი ანტილუეტური მკურნალობისა, რომელმაც არავითარი დაბებითი შედეგი არ მისცა; პირობით, გაწერის დროს, მას კიდევ ექნა აღმოჩენილი ჩვენ მიერ ახალი ეგ-ში ზედა კიდურის ერთ-ერთ ფალანგაზე. ავად-ფი გაეწერა იმავე მდგომარეობაში.

ჩვენი ორი შემთხვევის მიხედვით, ძნელია რაიმე დასკვნის გამოკყანა, მაგრამ ლიტერატურული მიმოხილვისა და ჩვენი შემთხვევების დამატებითაც, გვინდა გამოვსთქვათ შემდეგი ჩვენი მოსაზრებები:

1. *Exostoses multiplex cartilaginea* არც ისე იშვიათი ავადმყოფობაა; იშვიათია მხოლოდ კლინიკური დაკვირვება მასზე, რადგანაც ამგვარ ავადმყოფს ხშირად არა აქვს რაიმე სუბიექტური ჩივილები და იგი იშვიათად მიმართავს ხოლმე ექიმს და საავადმყოფოს.

2. *Cx. mult. cart.* უნდა მიეწეროს კონსტიტუციონალური, შთამომავლობითი ხასიათის დაავადებას.

3. ამ დაავადების ეთიოლოგია დანამდვილებით ჯერაც გამოკვლეულად ვერ ჩაითვლება; მხოლოდ ექვს გარეშეა, რომ მისი წარმოშობა დამოკიდებულია შინაგანი სეკრეციის ამა თუ იმ პათოლოგიაზე; ეს დაავადება ჩვენის აზრით უნდა მიეწეროს პლურიგლანდულარული დაავადების ჯგუფს, რომლის შედეგსაც უნდა ეკუთვნოდეს ცოცხალი ორგანიზმის ზრდის დისპროპორცია.

4. მკურნალობა მისი ჯერჯერობით ქირურგიულია, ისიც მხოლოდ საჭირო შემთხვევებში.

დასასრულს უღრმეს მადლობას ვუძღვნი კლინიკის გამგეს პროფ. გ. მუხაძეს, თემის მოცემისა და მუდმივი ხელმძღვანელობისათვის, და აგრეთვე კლინიკის უფროს ასისტენტს მ. ცხაკაიას შრომის გადათვალთვლებისათვის.

ლიტერატურა.

1. С. Т. Захарьян (Баку). К этиологии множествен. экзостоз. Нов. Хирург. Архив 1925 წ. № 27.
2. Др. А. Н. Абрамова (Екатеринослав). К вопросу об exostoses bursata. Екатеринбург. Мед. журнал. 1925 წ. № 3—4.
3. Prof. H. Zondek. Болезни эндокрин. желез. რუსული თარგმანი 1925 წ.
4. Dr. Artur Weil. Внутренняя секреция. რუსული თარგ. 1922 წ.
5. Bidl. Внутренняя секреция. რუსული თარგმანი 1914 წ.
6. А. Д. Сурков. К клинике и патогенезу врожденч. ахондроплазии. Русская клиника 1924 წ. № 3.
7. Проф. Д. М. Росийский. Болезнь Parrot—Marie (Achondroplasia) и эндокринных железы. (Рус. клиника 1924 წ. № 3).
8. გ. რუსიშვილი. ოსტეომალაციის მკურნალობა Bossi-ის და Fehling-ის მეთოდით. (თანამედროვე მედიცინა 1925 წ. № 5).
9. N. J. Kusnezowski. Exostoses bursata mit freien knorpel körpern. (Zentral. für. chir. 1925 წ. № 7).
10. Prof. Wullstein et Wilms. Руководство по хирургии. რუსული თარგმანი მე II გამოცემა 1913 წ. მე-III ტომი.
11. Тильманс—Общая хирургия 1887 წ.
12. König—Частная хирургия მე-IV ტომი 1889 წ.

პროფ. ბ. ლამბარაშვილი.

ტფილისის უნივერსიტეტის გინეკოლოგიური კლინიკის გამგე.

სამი იშვიათი შემთხვევის შესახებ.

1. ქაშახ ტუბერკულოზი.

ქურნალ „Surgery, Gynecology and obstetrics“-ის 1925 წლის თებერვლის ნომერში James Cahill-მა¹⁾ (ვაშინგტონი) აწერა ძუძუს პირველადი ტუბერკულოზის მეტად საინტერესო შემთხვევა, რომელიც ჰქონდა 13 წლის ქალს. როგორც ვიცით, ძუძუს ტუბერკულოზი მეტად იშვიათი ავადმყოფობაა საზოგადოდ და განსაკუთრებით კი ასეთი ახალგაზრდობაში. ბავშვის ძუძუს ტუბერკულოზი ლიტერატურაში აწერილია, როგორც განსაკუთრებული შემთხვევები. Abraham²⁾, მაგალ., აგვიწერს 14 წლის ქალის ასეთს დაავადებას. ჩვეულებრივ კი ძუძუს ტუბერკულოზი გვხვდება 20—50 წლებში. ამ დაავადების სიხშირე შედარებით ძუძუს სხვა დაავადებასთან (კვალეზადობს დაახლოებით 0,51—1,7 p. cent. (Durante and Mc. Carty³⁾, Cheever⁴⁾, Scott⁵⁾ და სხვ.). მე არ შეგზრდები ლიტერატურის განხილვაზე ამ საკითხის ირგვლივ. ამის შესახებ ცნობებს გვაწვდის Deaver⁶⁾ (1914), Duncan Fitzwilliams⁷⁾ (1924) და J. Cahill (1925). ჩემს შემთხვევას აქვს წმინდა კაზუსტიკური ხასიათი. როგორც ვიცით, Virchow-ი ამბობდა, რომ „ორგანოთა შორის ძუძუ არა ავადდება ტუბერკულოზით“; ამისათვის, ძუძუს ტუბერკულოზის ყოველი შემთხვევის გამოკვეყნებას ერთგვარი ღირებულება ემატება.

ავად. კ. ა., 35 წლის ქალი; სიმები, განჯიდან. 6 წელია რაც გათხოვილა, უშვილო. გემკვიდრება: დედის მხრივ გარკვეული ნიშნები ფილტვების ტუბერკულოზისა. უჩივის სიმსივნეს მარცხენა მკერდის ჯირკვლში და მარცხენა ილიის არეში. აღინიშნება აგრეთვე ერთგვარი მტკვინეულობა და დაჭიმვის გრძობა კისრის კუნთების მიდამოში, მოძრაობის შეზღუდვა მარცხენა ზემო კიდურში. 14 წლის წინად ავად იყო მშრალი პლევრით. 4 თვის წინად მარცხენა ილიის ღოსოში შენიშნა კაკლის ოდენა სიმსივნე. სიმსივნე მორბილო კონსისტენციისა იყო, უმტკივნეულო. ასეთივე სიდიდისა და კონსისტენციის სიმსივნე აღმოაჩინა მარცხენა ძუძუში. ამ დროიდანვე ავადმყოფი განიცდის უხერხულობისა და დაჭიმვის გრძობას კისრის კუნთების მიდამოში. ობიექტური გამოკვლევა: სასუნთქი ორგანოების მხრივ—ამოსუნთქვა მარჯვენა ფილტვში, გულის მხრივ,—ოდნე მოყრუებული ტონები, დანარჩენი ორგანოების მხრივ—არავითარი გადაზარა ნორმიდან. მკერდის ჯირკვლების გამოკვლევა: მარცხენა ძუძუ მარჯვენაზე დიდია, ორთავე ძუძუზე კანი ერთნაირი ფერისა; მარცხენა ძუძუს სიღრმეში, მარცხენა ზემოთა კვადრატის არეში ისინჯება ქათმის კვრეტის ოდენა სიმსივნე მკვრივი კონსისტენციისა, მოძრავი და უმტკივნეულო—გასინჯვის დროს, მარცხენა ილიის არეში ისინჯება მოძრავი, უმტკივნეულო სიმსივნე მკვრივი კონსისტენციისა, კაკლის ოდენა. მხარში ნერვის გასწვრივ აქვს ერთგვარი

სამი იშვიათი შემთხვევის შესახებ.

მტკივნეულობა მოძრაობის დროს. აღინიშნება აგრეთვე მოძრაობის ერთგვარი შეზღუდვა მთელ მარცხენა ზემო კიდურში.

ავადმყოფობის სურათი სრულიად გარკვეული მოსჩანდა და ჩვენი დიაგნოზი იყო: ძუძუს კირჩხიბი.

1925 წ. 6/XI ჩვენ მიერ გაკეთებული იყო ოპერაცია კოხერის მეთოდით. მთლად ამოკვეთილ იქნა ძუძუ, მასთან კუნთები pectoralis major და minor და აგრეთვე ილიის ჯირკვლების მთელი პაკეტი. ოპერაციის დროს ძირითადი სიმსივნეს უახლოესად, ძუძუს ჯირკვლევან ქსოვილში აღმოჩენილ იქნა საშუალო სიდიდის აბსცესი—თხელი ჩირქით გაესებული. კრილობას დრენაჟი გაუკეთდა. ოპერაციის შემდეგ მსვლელობას რაიმე გართულება არ ქონია. 2/XII გაეწერა კლინიკიდან კარგა მყოფი.

ჯირკვლების ანათომის მიკროსკოპიული გამოკვლევის დროს აღმოჩნდა, რომ პაკეტის ყველა ჯირკვლები განიცდის სრულ კაზეოზურ გადაგვარებას და ინკრუსტაციას კირის მარილებით. დასკვნა: ჯირკვლის ტუბერკულოზი.

მაშინ, როდესაც Cahill-ის შემთხვევაში დიაგნოზი არ წარმოადგენდა სიძნელეს, რადგან ავადმყოფს ღია ჭრილობა ჰქონდა სამი ფისტულოზური ხვრელით—ჩვენს შემთხვევაში არ გვექონდა საკმარისი საბუთი იმისათვის, რომ ტუბერკულოზი გვეფიქრა, მით უმეტეს, რომ ეს იყო სურათი მეტად დამახასიათებელი და ჩვეულებრივი ძუძუს კირჩხიბისათვის: მოძრავი, სრულიად უმტკივნეულო სიმსივნე, როგორც ძუძუს არეში, ისე ილიის ფოსოში და ამასთან—არავითარი ცვლილება კანის მხრივ. ილიის ქვეშა მიდამოში სიმსივნეს არსებობის გამო ძნელი იყო გვეფიქრა კეთილთვისებიან ახალ წარმოქმნაზე. ტუბერკულოზური დაავადება არ გვეფიქრია, თუმცა, Duncan Fitzwilliams-ის და სხვა ავტორების აღწერით, ამგვარი სურათი შეიძლება მოგვეცეს, ძუძუს ტუბერკულოზის კვანძოვანმა ფორმამაც, მაგრამ ეს ჩვენ ფიქრადაც არ მოგვსვლია, ვინაიდან ეს დაავადება არაჩვეულებრივად იშვიათია. ტუბერკულოზური პროცესის სხვა ორგანოებში არსებობას, როგორც ჩვენს შემთხვევაში—პლევრაში—აქვს, რასაკვირველია, ერთგვარი მნიშვნელობა, მაგრამ მთლად მასზე დაყრდნობა არავითარ შემთხვევაში არ შეიძლება, რადგან „გამოდის ისე, რომ უფრო და უფრო მეტი ყურადღება უნდა მივაქციოთ იმ გარემოებას, რომ თითქმის ყოველ ადამიანში—მისი სიცოცხლის ამა თუ იმ ხანაში—ბუდობს ტუბერკულოზის ბაცილი“. (D. Fitzwilliams).

ამიტომ ჩვენი დიაგნოზი იყო: carcinoma mammae. რა თქმა უნდა, დიფერენციალური დიაგნოზის თვალსაზრისით შეიძლებოდა გვეფიქრა სხვა პროცესების არსებობაც, მაგალითად gumma, cyst—adenoma, actinomycosis, მაგრამ იმ სურათის მიხედვით, რომელსაც გვაძლევდა ჩვენი შემთხვევა, პრაქტიკულად შეიძლებოდა ლაპარაკი მხოლოდ კირჩხიბზე ან—რაც მეტისმეტად იშვიათია—ტუბერკულოზზე.

ამრიგად სრულიად აშკარაა, რომ ზოგიერთ შემთხვევაში ძუძუს ტუბერკულოზის სურათი, შეიძლება არაფრით არ განიჩნეოდეს მისი კირჩხიბის სურათისაგან და რომ მხოლოდ საცდელ ექსციზიას შეუძლიან საკითხის გადაწყვეტა.

2. Elephantiasis vulvae.

დიდ ინტერესს წარმოადგენს აგრეთვე შემთხვევა—elephantiasis vulvae, რომელიც ჩვენს კლინიკაში შეგვხდა.

ავად. ა.ა., 35 წლ. ქართველი. შემოვიდა კლინიკაში 1924 წლის 13 მარტს ჩივილით გარეთა სასქესო ორგანოების სიმსივნეზე. გათხოვილა 5 წ. წინად. ერთი მშობიარობა 4 წლ. წინად. მუცლის მოწყვეტა არა ჰქონია. Menstrua 3 დღე, ზომიერი რაოდენობისა, უმტკივნეულო. 4 წლ. წინად, მალე მშობიარობის შემდეგ, ავადმყოფმა შეამჩნია მარჯვენა დიდ ბაგეზე პატარა სიმსივნე, რომელიც ძალიან ნელა იზრდებოდა, მაგრამ ამ 4 წელში უკვე შესამჩნევი ოდენობისა გახდა. წინად გადატანილ ავადმყოფობათ აღნიშნავს კისრის ჯირკვლების შესივებას—10 წლისა რომ ყოფილა. სხვა დაავადებას—მათ შორის lues-სა და ტუბერკულოზს—როგორც ეტყობა, ადგილი არ ქონია. (იხ. სურ. I).

ობიექტიურმა გამოკვლევამ აღმოაჩინა სიმსივნე, გამომდინარე მარჯვენა დიდ ბაგედგან, ხორკლიანი, ახალ შობილი ბავშვის თავის ოდენა და მეტად მკვრივი კონსისტენციისა. 20/III ამოკვეთილ იქნა სიმსივნე ზოგადი ნარკოზის ქვეშ. ოპერაციის შემდეგი მსვლელობა—ყოველგვარი გართულების გარეშე. 18 დღის შემდეგ ავადმყოფი გაეწერა კლინიკიდან სრულიად გაჯანსაღებული. მიკროსკოპული გამოკვლევის დროს მივიღეთ elephantiasis-ის ტიპური სურათი, სახელდობრ: elephantiasis tuberosa et fibrosa.

ეთიოლოგიის მხრივ—ამ შემთხვევაში ასეთი დაავადების ასახსნელად არაერთი ჩვენება არა გვაქვს. როგორც ვიცით, ამ დაავადების ეთიოლოგია საერთოდ არ არის გამორკვეული. ფიქრობენ, რომ მთავარ მიზეზად უნდა ჩაითვალოს შეგუბება ლიმფატიური ჯირკვლების მიდამოში. ზოგიერთი ავტორი, როგორც Forgue et Massabuau⁸⁾, ამ დაავადებას უკავშირებს ტუბერკულოზს; სხვები, როგორც მაგალ., Veit⁹⁾, ეთიოლოგიურად უკავშირებენ ათაშანგს. არც ტუბერკულოზს და არც ათაშანგს ჩვენს შემთხვევაში ადგილი არა ჰქონია.

3. Fibroma vulvae.

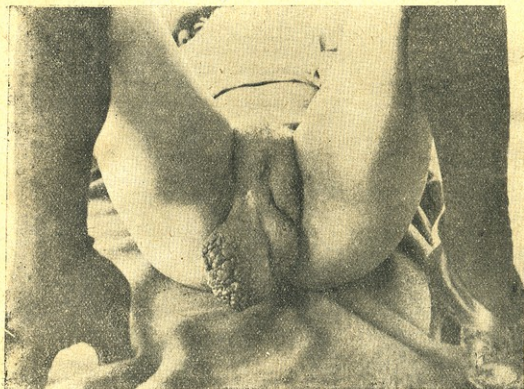
ვულვას ფიბრომა და ისიც დიდი ოდენობისა წარმოადგენს საკმაოდ იშვიათ მოვლენას.

გარეთა სასქესო ორგანოების იშვიათი ფიბრომები აწერილია Mond-ისა, (ბავშვის თავის ოდენა), Geroulanos-ისა (წონით 8 $\frac{1}{2}$ kg.), Zubrzycki-ისა (ჩამოკიდული მუხლბამდე), Holzmann-ისა (წონით 7 kg.-მდე), Esser-ისა (ბავშვის თავის ოდენა) და სხვ. მიერ. ამგვარი ლიტერატურა მოყვანილი აქვს Veit-ს⁹⁾ და A. Labhard-ს¹⁰⁾ (Halban-Seitz).

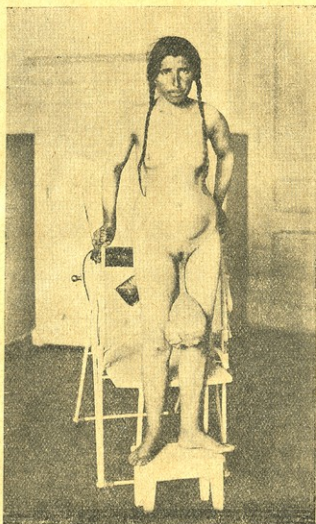
ის შემთხვევაიც, რომელსაც ჩვენ ვეხებით, წარმოადგენს აგრეთვე მეტად იშვიათ მოვლენას: სიმსივნე იყო კაცის თავის ოდენა, იწონიდა 10 kg.-ს და ჩამოკიდული იყო მუხლბამდე.

ავად. ფ. გ., 30 წლისა, ასირიელი ქალი, 12 წელაა, რაც გათხოვილა. ერთი მშობიარობა 3 წლის წინად. ორსულობის ბოლო თვეებში ავადმყოფმა შეამჩნია მარცხენა დიდ ბაგეზე პატარა სიმსივნე ცერკვის ოდენა, რომელიც ჯერ ძალიან ნელა იზრდებოდა, მაგრამ მშობიარობის შემდეგ იზრდებოდა უფრო სწრაფად და ამ სამ წელიწადში მიაღწია არსებულ მდგომარეობას. ავადმყოფის გასინჯვის დროს აღმოჩნდა სიმსივნე, გამომდინარე მარცხენა დიდი ბაგის ქსოვილიდან, კაცის თავის ოდენა და ჩამოკიდული მუხლამდე 10 სანტ. სიგრძის წვრილ ფეხზე. სიმსივნეს საგრძნობი სიმძიმისა და მისი ფეხის სიგრძის გამო, ავადმყოფი იძულებული იყო ეტარებინა ეს სიმსივნე პარკით, რომელიც თანმებოდა ჩამოკიდული ქონდა მხრებზე. მიუხედავად ამისა სიმსივნეზე აღმოჩენილ იქნა ძველი ნაწიბურები და დაიარაღებული ადგილები—მეკანიური ტრავმისა და ინფექციის შედეგები. (იხ. სურ. II).

სიმსივნე—ოპერატიული ამოკვეთის შემდეგ, გულდასმით იქნა გამოკვლეული მიკროსკოპულად, რის შემდეგაც მივიღეთ ფიბრომის წმინდა ფორმა—სადა კუნთების შეურეველი. წონა სიმსივნისა უდრიდა 10 kg.-ს.



სურათი 1.



სურათი 2.

ლიტერატურა.

1. James A. Cahill. „Surg., Gynec. & Obst. 1925 Vol. XI № 2.
 2. Abraham. Thèse de Paris, 1910.
 3. Durante and Me Carty. Ann. Surg. 1916 1 xiii, 668.
 4. Cheever. Surg. Clin. North America, 1921, June.
 5. Scott. St. Bartholomew's Hospital Reports, 1905, x1, 97.
 6. Deaver. Am. y. M. Sc., 1914, cx/vii.
 7. Duncan C. L. Fitzwilliams. On the breast. London 1924/146.
 8. Forgue et Massabuau R. de Chir. 1909. affer L. Labhardt. Die Erkrankungen der äusseren Genitalien und der Vagina. Halban-Seitz. Biologie und Pathologie des Weibes 1255.
 9. Veit, Handbuch der Gynäkologie 1910. Die Erkrankungen der Vulva.
 10. L. Labhardt. Die Erkrankungen der äusseren Genitalien und der Vagina. Halban-Seitz. Biologie und Pathologie des Weibes 1924/1254.
-

8. ფსალაქი.

ორდინატორი.

„Scleroderma centrifuga“. *)

(კანისა და ვენერიულ სნეულებათა კლინიკიდან. გამგე—პროფ.

ვ. თ. ბურგსდორფი).

დღემდის დიდი მასალაა დაგროვილი სკლეროდერმიის შესახებ. ამ მასალების მიხედვით კარგად არის დამუშავებული ამ სნეულების სიმპტომატოლოგია და საბოლოოდ არის გამოკვეთული ჰისტო-პათოლოგიური სურათი. მიუხედავად ამისა მისი ეტიოლოგია და თერაპია ჯერ კიდევ გამოურკვეველია და საჭიროებს შესწავლას. ამიტომ, ცხადია, თვითეულ გამოქვეყნებულ შემთხვევას, განსაკუთრებით თუ იგი საინტერესოა იშვიათი კლინიკული მოვლენებით, ჩვენთვის აქვს დიდი მნიშვნელობა.

Scleroderma არის იშვიათი, ცოტაოდენი გამოჩაქისით, ქრონიკული სნეულება და კლინიკურად ხასიათდება კანის თავისებური სიმავრით. პირველად ის აღწერა Alibert-მა 1817 წ. sclerem-ის სახელწოდებით, იგი გულისხმობდა არა მარტო კანის დაავადებას, არამედ ორგანიზმის სხვა ქსოვილების დასნეულებასაც. ამიტომ პროფ. Погодин-ის აზრით, უმჯობესია შევინახოთ ძველი სახელწოდება (ე. ი. sclerema) და scleroderma დავსტოვოთ მხოლოდ კანის დაავადების აღსანიშნავად.

არსებობს ორი ფორმა სკლეროდერმიისა: ადგილობრივი და ზოგადი ანუ დიფუზური.

უკანასკნელ დრომდე ცნობილია ყველასაგან, რომ სკლეროდერმიით უფრო ხშირად ქალები სნეულდებიან, ვიდრე კაცები: ორ ქალზე მოდის ერთი კაცი (გ. Thiebierge). Buttler-ს ქონდა დაკვირვება სკლეროდერმიით დასნეულებულ ქალებზე 186 და კაცებზე 82 შემთხვევაში. სხვა ავტორების (Kaposi) აზრით $\frac{3}{4}$ სკლეროდერმიისა ეკუთვნის ქალებს. Kaposi-მ ლიტერატურის მიხედვით აღნიშნა 70 შემთხვევა სკლეროდერმიისა (1881 წ.). Lewin-ის სტატისტიკის მიხედვით უნივერსალური სკლეროდერმია იყო მხოლოდ 66 შემთხვევაში; ზედა კიდურების ნაწილები იყო დაავადებული 287, პირისახე და თავი 193 და ქვედა კიდურების ნაწილები 122 შემთხვევაში.

წინააღმდეგ დიფუზური ფორმისა, ადგილობრივი სკლეროდერმია განისაზღვრება ერთი რომელიმე ადგილით კანზე და, როცა დაასრულებს პერიფერიულ

*) მოხსენდა კანის და ვენერიულ სნეულებათა სექციას ქ. ტფილისში 10 მარტს 1926 წ.



ზრდას, შეჩერდება მიღწეულ ოდენობაზე. საქმე შეიძლება დასრულდეს სხვადასხვა ოდენობის, ან რამოდენიმე ბუდის გაჩენით. უკანასკნელი შეიძლება იყოს მოთავსებული ერთ რომელიმე გარკვეულ ადგილზე ან დაფანტული ორგანიზმის სხვადასხვა ნაწილებზე. ისინი ყოველთვის ინარჩუნებენ აქტონომიურ ადგილმდებარეობას (Thiebierge) და მხოლოდ ძალიან იშვიათ შემთხვევაში შეიძლება ადგილობრივი ფორმიდან გაჩნდეს ზოგადი სკლეროდერმია (E. Riecke).

ადგილობრივ სკლეროდერმიას კლინიკურად შეუძლია მიიღოს ფოლაქისა (en plaque) ან ზოლის (en bandes) სახე. ორთავე ფორმას შეუძლია გაჩნდეს ერთდროულად ან სრულიად დამოუკიდებლად ერთი მეორისაგან.

Plaque-ის გაჩენას ხანდახან წინ ძიუძღვის სისხლის ძარღვების ცვლილება, რომელიც გამოიხატება წითელი ან იის ფერ წერტილების გაჩენაში და ქავილში. ზოგჯერ plaque-ს შეუძლია გაჩნდეს ნელა და შეუმჩნეველად, მიიღოს სახე პრეტელი, ნორმალურ კანზე ოდნავ ამაღლებულ ფოლაქისა. უკანასკნელი შეიძლება იყოს მობრვავლო ან უსწორო გამოხატულების, მაგარი, სხვადასხვა ოდენობის, მოთეთრო ფერის, ზოგჯერ სადა და ბრჭყვიალა ზედაპირით და ხშირად ცოტა-ოდენი აქერტვლით. არის ისეთი შემთხვევაც, როცა ავადმყოფები სრულიად შემთხვევით ამჩნევენ ფოლაქებს.

ფოლაქი თითქმის ყოველთვის შემოზღუდულია იის ფერი ზონით ანუ რკალით („lilac ringe“), რომელიც შეიძლება არ არსებობდეს სნეულების ყველა პერიოდში: მას შეუძლია იცვალოს ფერი, როცა plaque-ი შესწყვეტს ზრდას და სრულიად გაქრეს, როცა უკანასკნელი იწყებს რეგრესს.

Plaque-ი მკაფიოდ განისაზღვრება ირგვლივი ნორმალური კანისაგან და ხასიათდება, უმთავრესად, სიმგრით. უკანასკნელი თანაბრადაა განვითარებული დაზიანებულ ადგილზე. არის იმისთანა იშვიათი შემთხვევაც, როცა დაზიანებული კანის სიმკვრივე ცოტად განიოჩევა ირგვლივი სალი კანისაგან.

ფორმა plaque-ისა შეიძლება იყოს წესიერი, ოვალური, სამკუთხედის მსგავსი, იშვიათად მრგვალი; ოდენობა—მუხუდოსი, ხელის გულის და შეიძლება უფრო დიდიც.

სუბაექტიურ სიმპტომებს ავადმყოფები არ გრძნობენ. ოფლის დენა დაზიანებულ ადგილზე კლებულობს და სავსებითაც სწყდება. თმა სკევიდება და აღარ იზრდება.

Plaque-ი რამოდენიმე ხნის არსებობის შემდეგ, წამლობის ზეგავლენით ან უიმისით, იცვლება: კარგავს თავის მაგარ კონსისტენციას, სისქე მისი კლებულობს და შემდეგ იწურება; კანის ფერი იცვლება და თანდათანობით ღებულობს ნორმალური კანის ფერს. გათხლებული ეპიდერმა ბრწყინავია, ზოგჯერ მკრთალი და უახლოვდება აქერტვლას. თუ კანს ხელთ შევანაოქებთ ემჩნევა მას სისქის თვალსაჩინო დაკლება. მაშინ შეიძლება plaque-ი შესცვალოს მისივე ფორმისა და ოდენობის ატროფიამ.

ამ ავადმყოფობის მიზეზის ასახსნელად მოყავდათ და დღესაც მოყავთ ჰიპოტეზების მრავალი რიცხვი, რომელთა შორის ბევრმა უკვე დაკარგა თავისი მნიშვნელობა.

ზოგი ავტორი (Schumacher) ფიქრობს, რომ ვითომც უნდა არსებობდეს რაღაც კავშირი ზოგიერთი კანის სნეულებასა და შინაგან სეკრეციის ჯირკვლების ფუნქციის დაშლათა შორის, მაგრამ სხვების აზრით ამ საკითხს „განსაკუთრებული სიფრთხილით“ უნდა მოვეყილოთ (გ. Bertaccini).

გამოდინ რა პირველი შეხედულებიდან და აგრეთვე ლებულოზენ რა მხედველობაში მრავალ რიცხოვან კლინიკურსა და თერაპიულ დაკვირვებებს, ბევრი ავტორი ნახულობს კავშირს სკლეროდერმიასა და შინაგან სეკრეციის ჯირკვლების ფუნქციის დაშლასთან საზოგადოდ და ფარისებრი ჯირკვლის ამა თუ იმ ცვლილებასთან კერძოდ. (L. M. Bonnet, G. Singer, Hekteen, Hoffmann, Roque, П. Ф. Орлова, Mesenthin-ი და სხვა). მაგრამ სხვები უარყოფენ ამ შესაძლებლობას. პროფ. Мещерский-ს აზრით, ძნელად წარმოსადგენია, რომ ორგანოს ერთი მეორის საწინააღმდეგო ცვლილებამ (ფარისებრი ჯირკვლის ატროფია და ჰიპერტროფია) შექმნას ერთსა და იმავე პროცესის გამომწვევი პირობები.

პროფ. Brunsgaard-ს აქვს აწერილი შემთხვევა (22 წ. ქალი) სკლეროდერმიისა. აღნიშნულ ავადმყოფს ავტორმა გაუსინჯა შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლები და ვერავითარი დაშლა მათი ფუნქციისა მან ვერ აღმოაჩინა. ავადმყოფს უწამლა ჯირკვლების ექსტრაქტით, მაგრამ არავითარი გაუმჯობესობა მას არ დაეტყო. ამის და მიხედვით, ავტორის აზრით, სკლეროდერმიის ეტიოლოგია დღესაც გამოუყენობია.

მრავალი ავტორი სკლეროდერმიის გაჩენას უკავშირებს გაციებასთან (A. Sternthal-ი), Favus-თან (P. Eichhof), სიფილისთან (C. Audy და Chatellin), ტუბერკულოზთან (Besnier), ტიფთან, ფილტვების ანთებასთან, მალარიასთან (Мащерский), სახსრების მწვავე ქარებთან, ქუნთორუშასთან და სხვა...

განსაკუთრებული ყურადღება მიაქციეს ნერვულ სისტემას, მაგრამ თავისა და ხერხემლის ტვინის და აგრეთვე პერიფერიული ნერვული სისტემის მრავალრიცხოვანმა გამოკვლევამ ვერ აღმოაჩინა უდავო და მუდმივი ცვლილება მათში (E. Riecke).

Wolters-ი, Lewin-ი Шербак-ი და Sternthal-ი სივლიან სკლეროდერმიის ეტიოლოგიურ მომენტად ანგიატროფო-ნერვოზს, რომელსაც საფუძვლად უდევს სისხლის ძარღვების ინერვაციის ცვლილება მათი შემდეგი გადაგვარებით. ეს მტკიცდება იმით, რომ სისხლის ძარღვების გარსები (კედლები), სქელდება და მილების გარშემო ჩნდება წვრილ უჯრედოვანი ინფილტრაცია (A. Г. Аксн-джанянц).

ჩვენი შემთხვევა და ჰისტო-პათოლოგიური პრეპარატის (დამზადებული ექ. მუჩაიძის დახმარებით, რომელსაც უცხადებ მადლობას) აღწერა გვაძლევს შემდეგ სურათს:

ავადმყოფი მ. ნ., ქმარიანი, 27 წლისა. სიმები; ყავს მშობლები ცოცხლები და ჯანსაღი ბავშობისას ავად ყოფილა სურავანდით და წითელათი. მენსტრუაცია დაეწყო 14 წლისას, ეწლა მოდის ყოველი სამი კვირის შემდეგ, გრძელდება 5 დღე. ყავს შეიდი წლის ვატი, რომელიც ავად არის ტუბერკულოზური კოკსიტით. ბავში დაიბადა ვადაზე. ავადმყოფს პირველი მშობიარობის შემდეგ ჰქონდა მუცლის მოწყვეტა სამჯერ „საშეილოსნის კედლების სისუსტის გამო“.

1916 წ. ავადმყოფს ჰქონია სიყვითლე და ქავილი, ორი თვის შემდეგ აღნიშნული მოვლენები გამქარალა და აღარ განმეორებულა. 1919 წ. მას სჭირდა მ.ლარია და წამლობის დროს ქინაქინით მოულოდნელად დაეწყო სისხლის დენა პირიდან.



ავადმყოფი აღნიშნავს რომ დაქორწინების შემდეგ იგი გრძნობს ნერვებ აშლილობას და ალზნებულობას.

რაც შეეხება ეხლანდელი სნეულების მიხეზს და დაწყების დროს ავადმყოფი გადმოგვცემს შემდეგს:

ექვსი წლის წინეთ მოულოდნელად იგრძნო ჩხვლეტა და ქავილი დაზიანებულ ადგილზე, რომელიც მან ისე მოიფხანა, რომ სისხლიც კი გამოსდინდა. წისყვა იოდი, რის შემდეგ გარდა ქერქი. უკანასკნელი მოვარდა, და რამოდენიმე ხნის შემდეგ ავადმყოფმა შეამჩნია იმავე ადგილზე უსწორო მობახულობის, თეთრი ფერის, მომაგრო კონსისტენციის, განსახვრულო ნორმალური კანისაგან, ფოლაქი, რომლის დიამეტრი ორ სანტიმეტრის უდრიადა. აღნიშნულმა ფოლაქმა იწყო ზრდა, თანდათან მიიღო სახე რგოლისა და მიაღწია ამჟამად არსებულ ოდენობამდე. ავადმყოფობის დაწყებამდე მას ჰქონია მალარია და ნერვების აშლილობა, რომელიც იყო გამოწვეული ოჯახური მდგომარეობით. ამ ხნის განმავლობაში ავადმყოფმა წონაში მოიკლო და გრძნობს ძალ-ღონის პროგრესიულ დაკლებას.

ავადმყოფი საშუალო ტანისაა, გამხდარი, კანქვეშა ცხიმი სუსტად აქვს განვითარებული, ძვლისა და კუნთოვანი სისტემა ნორმალურია. პირისახის კანი და ლორწოვანი გარსი ანემიურია. თავის თმა ადგილ-ადგილ გაპარებულა; გარეგნული შეხედულებით ავადმყოფი თავის ასაკზე უფრო ხნიერად გამოიყურება.

კანს მთელ ტანზე არავითარი ცვლილება არ ემჩნევა, გარდა დაზიანებული ადგილისა, რის გამოც ავადმყოფი გამოცხადდა კლინიკაში.

მარცხენა ლავიწზე მოთავსებულია წინიდან-უკან და მარჯვნიდან- მარცხნივ ოვალისებული რგოლი, რომლის სიგრძე 12 სანტ. და განი 5 1/2 სანტ. უდრის. დაზიანებული ადგილი შესდგება ორი, ერთი მეორესაგან ადვილად გასარჩევი, ნაწილისაგან: ცენტრისა და პერიფერიისაგან. უკანასკნელზე კანი დანოკებულია, ნათელი ნაცრის ფერისაა, ადვილად ნაოკდება ხელში, მშრალი და მომაგროა. აღწერილი ცვლილება ლენტის მსგავსია და მდებარეობს ცენტრის გარშემო.

მას აქვს თანასწორი განი 1 სანტ. გვერდებზე (მარცხნით და მარჯვნივ) და 2 სანტ. ბოლოებში (ლავიწის ქვეშ და ზევით). თუ პერიფერიას დავაკვირდებით და ცენტრისაკენ გავყვებით, შევამჩნევთ, რომ კანი ლენტის ცენტრალურ კიდესთან კარგავს ზევით აღწერილ სახეს: ის უფრო პიგმენტანია, ზედაპირი მისი უფრო სადაა, ვიდრე პერიფერია, ნაოკიანობა კლებულობს, ცენტრალური ნაწილი ადვილად ნაოკიანდება ხელში ალბის დროს და უფრო ჩანხეილია, ვიდრე პერიფერიული ლენტი. ირგვლივ მდებარე ნორმალური კანისაგან გარეთ, კიდე აღწერილი ლენტისა მკაფიოდ არი განსაზღოული. დაზიანებული ადგილიდან 2 სანტ. მოცილებით უკან (ბეკისაკენ) მდებარეობს მკრთალი ფერის პატარა ფოლაქი, მორგავლო ფორმისა, მომაგრო კონსისტენციისა, ოდნავი დანოკებული ზედაპირით, ამოწვეული ნორმალურ კანზე და გარშე) მორტყმული რამოდენიმე, მსგავსი პატარა წერტილებით (Morphée ინგლისელი ავტორებისა უკანასკნელების გაჩენა ავადმყოფს არ აღსოვს. დაზიანებულ ადგილზე ავადმყოფი გრძნობს მუდმივ სიცივეს, გრძნობიერება შენარჩუნებულია.

შინაგანი ორგანოების მხრით აღსანიშნავია--ორსარკველას ნაკლოვანობა (მის uttil v. v. mivali). სასქესო ორგანოები ნორმალური აქვს.

სისხლის გამოკვლევა: ჰემოგლობინი—57%, ლეკოც.—4.600, ერთორთ. 4 300.000, 1=0.6 ნეიტროდ. 47%, ეოზინოფ. 8%, მონონუკლ. 6%, ლიმფოც. დიდი 9%, ლიმფოც. პატარა 29%, R=1; WR (-) შარდში, განავალი არაფერი არაჩინობს.

ნერვული სისტემის მხრით აღნიშნება Neurostenia.

ამონაკვეთის ჰისტო—პათოლოგიური სურათი:

თებერვლის შუა რიცხვებში ადგილობრივი ანესთეზიის შემდეგ ამოიკვეთა კანის ნაქერი. პრეპარატი დამზადდა პარაფინში, ამონაკრები, სისქით 8 მიკრონი, შეიღება ჰემოტოქსილინ-ეოზინით, Papanhem-ის, Veigert-ის და van-Gieson-ისმეთოდებით.



ექსციზიის დროს ამოიკვეთა აგრეთვე ნორმალური, ე. ი. სალი კანიც. პრეპარატების ზოგადი გარჩევის დროს მიკროსკოპში ნორმალური აღმოჩნდა მთელი corium-ი სალი ნაწილისა და corium-ის ღრმა შრე დაზიანებული ნაწილისა. ¹⁾ მკაფიოდ გამოჩატული ცვლილება ემჩნევა დაზიანებული ნაწილის corium-ის ზედა შრეს, რომელიც თანდათან გადადის ნორმალურ ღრმა შრეში.

Epidermis-ი საესებით უცვლელია პრეპარატის იმ ნახევარში, რომელიც უდრის ნორმალურ ნაწილს. ის თანდათან წვრილდება და პრეპარატის მეორე ნახევარში (ე. ი. იქ სადაც corium-ის ზედა შრეს ნათლად ემჩნევა (ცვლილება) ლებულობს სახეს ეპითელიუმის ზოლისას, რომელიც განისაზღვრება corium-ისგან სწორი. ხაზით დვრილოვანი შრის სრული გასწორების გამო.

Str. corneum-ი ნათლად გამოჩატულია, ოდნავ არის გარღვეული და ადგილ-ადგილ სრულიად მოცილებულია ეპიდერმისის ქვეშ მდებარე შრეს, რაც საესებით ეთანხმება კლინიკურად აღმოჩენილ ცოტაოდენ აქტრცვლას.

Str. granulosum-ის უჯრედები 1-2 წყებად არის დალაგებული და ემჩნევა კერატოვალინური მარცვლოვანობა.

Str. Kerminativum-ი პრეპარატის ნორმალურ ნახევარში შესდგება 8, 10, 12, უჯრედოვან წყებისაგან; პათოლოგიურ ნაწილში კი 3 და მაქსიმუმ 5-7 უჯრედოვან წყებისაგან. უჯრედები შედარებით ნორმალურ შენების არიან, მხოლოდ ნაწილი განიცდის ვაკუოლურ გადაგვარებას.

Cutis. როგორც ზევით იყო ნათქვამი str. papill. პათოლოგიურ ნაწილში საესებით გასწორებულია. უშუალოდ, ეპიდერმისის ქვეშ, მდებარეობს დიდი შრე კომპაქტური შემაერთებული ქსოვილისა ცუდად გამოჩატული ბოქოვანობით. შემაერთებული ქსოვილის ბოქოვები ზოგიერთ ადგილზე გასქელებული არის, დანარჩენ ნაწილებში, განსაკუთრებით ეპიდერმისის ქვეშ, ბოქოვანობა არ ემჩნევა, ე. ი. ბოქოვანობა თანდათანობით ნათელი ხდება ეპიდერმისის მოშორებით და დააზლოვებით პრეპარატის შუა ნაწილში ლებულობს უკვე ნორმალურ სახეს.

Corium-ის შრეში, რომელიც უშუალოდ ეპიდერმისის ქვეშ მდებარეობს, ენახულობთ საშუალო ოდენობის სისხლის მიღების მცირე რიცხვს. საზოგადოდ ეს შრე ღარიბია სისხლის მიღებით შედარებით corium-ის ქვეშა ნაწილისა, სადაც ენახულობთ სისხლის მიღების გარეთა (ადვენტიციალური) გარისის ოდნავ გასქელებას. უკანასკნელის გარშემო მოთავსებულია წვრილ უჯრედოვანი ინფილტრაცია.

ოფლის და ცხიმის უჯრედები და აგრეთვე თმის ძირები და ბუდეებიც ნორმალურია. ელასტიური ქსოვილი corium-ის შუა და ღრმა შრეში ნორმალურად არის განვითარებული, მაგრამ თუ მიუხაზოვდებით შემაერთებული ქსოვილის ზემოდ აღნიშნულ კომპაქტურ მასას ეპიდერმისის ქვეშ ენახავთ, რომ ელასტიური ბოქოვების რიცხვი ოდნავ შემცირებულია და წაავას ხის გაშლილ წვრილ ტოტებს.

ყოველივე ზემოდ აღნიშნული ჰისტო-პათოლოგიური სურათის მიხედვით უნდა მივიღეთ იმ დასკვნამდე, რომ უმთავრესი ცვლილება არის corium-ის ზედა შრეში, სადაც ენახულობთ საკმარისად გასქელებულ შემაერთებულ ქსოვილს, რომელიც ადგილ-ადგილ კარგავს ბოქოვანობას და არის ჰომოგენური; corium-ის იგივე ნაწილი ღარიბია ელასტიური ქსოვილით. შემდეგ corium-ის შუა შრეში ენახულობთ სისხლის მიღების კედლების ცვლილებას. ყველა დანარჩენი ცვლილებები, როგორც, მაგალითად, ეპითელიუმში, არ არის არსებითი მნიშვნელობის.

თუ შევადარებთ ჩვენი შემთხვევის კლინიკურ სურათს ზევით აღწერილ სკლეროდერმიის ფორმას და მივიღებთ მხედველობაში ჰისტო-პათოლოგიურ სურათს, ჩვენი ავადმყოფობის დიაგნოზი იქნება scleroderma centrifuga, რომელიც ეკუთვნის სკლეროდერმიის ფორმას „en plaque“.

¹⁾ პრეპარატი შესდგება ორი ნაწილისაგან: ნორმალური (სალი) და დაზიანებული ნაწილი.

ჩენი შემთხვევის ფრიად საინტერესო და იშვიათი მხარე მდგომარეობს იმაში, რომ დაზიანებულ არეს აქვს ფორმა რგოლისა ან, უკეთ რომ ვსთქვათ, ოვალისა, რომლის ცენტრი, გარედან შეხედულობით, თანდათან ღებულობს ნორმალურ სახეს და ტოვებს, ალბათ, ცოტაოდენ ატროფიას.

დიფერენციალური დიაგნოზი, ჩენ შემთხვევაში, შეიძლება გავატაროთ მხოლოდ კანის იდიოპათიურ ატროფიასთან, რომელიც ხასიათდება იის ფერით, სითხელით, ნაოქიანობით და წააგავს დაქუქუნულს პაპიროსის ქალაღს, რომელშიაც გამოჩანს ვენები და გამწვლეი კუნთების მყესი. ვინაიდან სკლეროდერმია ხშირად კანის ატროფიით თავდება, ამიტომ ამ ორი ფორმის ერთი მეორისაგან კლინიკურად გარჩევა ყოველთვის ადვილი არ არის. ამნაირ შემთხვევაში ჰისტო-პათოლოგიური პრეპარატები გვიხსნის ხოლმე გაჭივრებისაგან. კანის იდიოპათიურ ატროფიის დროს პრეპარატში ვნახულობთ შემდეგ სურათს: ელასტიური ბოჭკოები საესეებით გამქრალია, შემაერთებელი ქსოვილის ბოჭკოები კი დაწვრილებულია. თმის პარკები და ცხიმის ჯირკვლები ატროფიულია ან სრულიად გამქრალია. კანქვეშა ცხიმი ქრება და ტოვებს ოდნავ ნაშტს.

ჩენი ავადმყოფის სნეულების დასაწყისის და მიმდინარეობის მიხედვით და აგრეთვე მისი ჰისტო-პათოლოგიური სურათის თავისებურობის გამო კანის იდიოპათიური ატროფია გამოირჩეული უნდა იქნეს.

რაც შეეხება ჩენი შემთხვევის წარმოშობ მიზეზს, ჩენ არ შეგვიძლია საბოლოოდ ჩავკიდოთ ხელი ისეთს რამეს, რომელსაც შეეძლო გამოეწვია აღნიშნული სნეულება.

მალარიას, რომელიც ჰქონდა ავადმყოფს წარსულში, თავისი ტოქსიური მოქმედებით მთელ ორგანიზმზე, საზოგადოდ, და ისედაც აღზნებულ ნერვულ სისტემაზე (Neurostenia) კერძოდ, შეეძლო გამოეწვია, როგორც ამას ფიქრობს პროფ. Мещерский თავისი შემთხვევის (sclerod. diffusa) აღწერის დროს, აღნიშნული სნეულება. მაგრამ ეს ჰიპოტეზა ჩენი შემთხვევისათვის არ არის საესეებით გამოსადეგი, რადგან იბადება საკითხი, რატომ მალარიის ტოქსინებმა გამოიწვიეს რა მთელი ორგანიზმის და აგრეთვე ნერვული სისტემის დაავადება, შეჭმენეს კარგი ნიადაგი განსაზღვრული ანუ ადგილობრივი და არა ზოგადი სკლეროდერმიისათვის.

დაგვიჩა მესამე ფაქტი, რომელიც აღინიშნა ჰისტო-პათოლოგიურ პრეპარატებზე. ეს არის სისხლის ძარღვების ცოტაოდენი ცვლილება, რომელიც გამოიხატება მათი კედლების გასქელებაში და წვრილ უჯრედოვან ინფილტრაციასში. გამოვდივართ რა ზოგიერთი ავტორის მოსაზრებიდან, რომ ვითომც სისხლის მიღების მამოძრავებელი ცენტრი შესდგება რამოდენიმე განყოფილებისაგან, რომელნიც განაგებენ ორგანიზმის სხვადასხვა ადგილების სისხლის მიღების მამოძრავებელ ფუნქციებს, ჩენ შეგვიძლია გამოვთქვათ ჰიპოტეზა, რომ შეიძლება ჩენს ავადმყოფს აქვს დაზიანებული ცენტრის ის განყოფილება, რომელიც განაგებს დაზიანებული ადგილის მიღების მამოძრავებელ ფუნქციებს.

რაც შეეხება სკლეროდერმიის წამლობას, აქ ჩენ ხელთ არის იმდენი საშუალება, რამდენიც არის გამოთქმული ჰიპოტეზა მისი ეტიოლოგიის შესახებ. ერთი და იგივე ნივთიერება, სნეულების ერთნაირი ფორმის დროს, იძლევა



არამც თუ ერთნაირ შედეგებს, არამედ ხშირად საწინააღმდეგო ეფექტებს. ავადმყოფს დაეუპირეთ წამლობა Fibroislin-ით, მაგრამ ვინაიდან ის ვერ შოვეთ დაენიშნა Empl. sapon.-salicyl. 5%.

დასასრულ სასიამოვნო მოვალეობათ მიმაჩნია გამოუცხადო უღრმესი მადლობა დიდათ პატივცემულ პროფ. ვ. თ. ბრუგსდორფს შემთხვევის გადმოცემისათვის და რჩევა-ხელმძღვანელობისათვის ამ შრომის დამუშავების დროს.

ლიტერატურა:

1. Eichholtz P. J. „Sur Aetiologi der sclerodermie“. Archiv f. Dermat und Syphilis 1890 г. XXII. s. 857.
2. Peterson C. „Ein Fall sclerodermia diffusa“. Archiv f. Derm. und Syph. 1897 г. XLI. s. 407.
3. Neumann. Arch. f. Derm. und Syph. 1895 г. XXXI. s. 433.
4. Éhrmann. 1897 г. XXXIX. s. 121.
5. Sternthal Al. „Beitrag zur Casuistik der sclerodermie“. Archiv f. Derm. und Syph. XLI. s. 293.
6. Thibierges G. „La Partique Dermatologique“.
7. Schumacher. „Кожн. бол. и эндокрин. растройства“. Венерол. и Дермот. 1925 г. № 6. გვ. 194.
8. Bonnet L. M. „Русский журн. Кожн. и Венер. болезней“ 1914 г. № 9—10.
9. Hoffmann. „Русский Вестн. Дерм. и Венер.“. 1924 г. № 1, გვ. 36.
10. Roque. „Русский Вестн. Дерм. и Венер.“ 1924 г. № 10. გვ. 892.
11. Орлова П. Ф. 1925 г. № 7. გვ. 608.
12. Mesenthein H. „Дермотология“ 1914 г. № 1. გვ. 51.
13. Мещерский. „Русский журн. Кожн. и Венер. бол. 1903 г. № 11. გვ. 545.
14. Brunsgaard. „Венерол. и Дерм.“ № 2. 1924 г. გვ. 115.
15. Audy C. и Chatellien. „Русский Вестн. Дерм. и Венерол. 1924 г. № 3. გვ. 257.
16. Ақобджанянц. 1925 г. № 1. გვ. 2.
17. Иозефович. „Дермотология“. 1914 г. № 1. გვ. 83.
18. Пospelов. „Руководство к изучению кожн. бол.“ 1905 г.
19. Riecke. „Руководство по кожн. и вен. бол.“ 1910 г. и 1925 г.
20. Никольский. „Руководство по кожн. бол.“. 1923 г.
21. Lange. „Руководство по кожн. болезн“. 1905 г.
22. Зарубин. „К Гистол. sclerod. circumscripta“. Русский журн. кожн. и вен. бол. 1901 г. № 3.

მიხეილ ფარცვანიძე.

**ტკიპი *Hyalomma aegyptium*-ის (Linné, 1758) ახალი ვარიანტი
ჩვეში**

როგორც ვიცით, კავკასიის ფარგლებში პარაზიტომენ შინაურ ცხოველებზე 7 სხვადასხვა გვარის ტკიპები*). მათ შორის ჩვენში ძლიერ გავრცელებულია *Hyalomma aegyptium*, რომელიც ეკუთვნის Ixodidae-ს ოჯახს, Ixodinae-ს ქვეოჯახს და Ixodae-ს ჯგუფს.

ეს ტკიპი ზანდისხან ადამიანსაც თავს ესხმის და იწვევს ძლიერ მტკივნეულ ნაკბენს.

Hyalomma დიდ როლს თამაშობს ცხოველთა პათოლოგიაში, როგორც გადამტანი სხვადასხვა პიროპლაზმოზებისა.



Hyal. aeg., var. n.-ს ანალური კენტი ფირფიტა. მიკროფოტ. Th. Khine-სი

ამ ტკიპს ახასიათებს, სხვათა შორის, ე. წ. უკანა ხერგლის ირგვლივი ქიტინის ფირფიტები, რომლის ფორმას გარკვეული გამოხატულება უნდა ჰქონდეს.

ამ უკანასკნელ ხანაში, პროფ. იაკიმოვის დაევალებით, მე ვადგენდი საბჭოთა სამეცნიერო აკადემიისათვის საქართველოში არსებულ ტკიპების (Ixodidae) კოლექციას; მასალას ვაგროვებდი ტფილისის სასაკლაოში საკლავ პირუტყვებიდან.

*) იხ. „თანამედროვე მედიცინა“, № 8, 1926, მ. ფარცვანიძე. *Piroplasma caprae*.

ამ დიდი მასალის გარჩევის დროს ჩემი ყურადღება მიიპყრო *Hyalomma aegyptium*-ის მამრობითი სქესის ორმა ეკზემპლარმა, რომლებსაც ჰქონდათ anus-ის ირგვლივ არაჩვეულებრივი ფორმის ფირფიტა.

აქ უნდა ითქვას, რომ *Hyalomma aegyptium*-ს უკვე ჰყავს ერთი ვარიანტი, var. *impressum*, C. L. Koch, 1844, რომელსაც ახასიათებს აქაც თავისებური ანალური ფირფიტები.

უკანასკნელი ძველი ტკიპების (*Hyal. aegyptium* და var. *impressum*) ანალური ფირფიტები შემდგარი არიან ორ, წყვილოვან და თავისებურ წარმოქმნებისაგან, ჩვენს ახალ ტკიპს-კი ახასიათებს სრულიად ორიგინალური, აქამდის უცნობი ფორმის, შუამდებარე კენტი ქიტინის ანალური ნალისებრი ფირფიტა.

მის ორივე გვერდით მოთავსებულია, ჩვეულებრივი ამ გვარის ტკიპებისათვის, პრენალური წყვილოვანი პატარა ფირფიტები და მათ ქვემოდ-კი ორი უფრო პატარა, ბურთულისებრი, ქიტინისევი დანამატები.

აღნიშნული ცენტრალური ფირფიტა წარმოადგენს anus-ის ქვემოდ მოთავსებულ, ოდნავ ჩაღრმავებულ გარდიგარდმო ზემო კიდით, წარმოქმნას, რომელსაც აქვს მიმართული წინ ორი რქისებრი მორჩები.

ზომები ფირფიტასი: სიგრძე—825 μ ; მაქსიმალური სიფართოე—735,5 μ ; რქებს შუა მანძილი—594 μ .

ვიღებ რა მხედველობაში ზემოდ მოყვანილ ცნობებს, აღვნიშნავ, რომ ჩემ მიერ შემჩნეული ტკიპი წარმოადგენს *Hyalomma aegyptium*-ის ახალ ვარიანტს, და მას ვუწოდებ სახელს: *Hyalomma aegyptium*, var. *nova*, 1926.

ლიტერატურა:

1. Brumpt. Précis de parasitologie, 1922.
2. Fibiger. Die Tierischen Parasiten, 1923.
3. Braun und Seifert, 1915.
4. Dönitz. Клеши и их роль в патологии человека и животных, 1907.
5. Павловский. Руководство к практической паразитологии, 1924.
6. მ. ფარცვანიძე. Piroplasma caprae. „თანამედროვე მედიცინა“ № 8, 1926.

II. საზოგადოებრივი მდიცინა.

ბ. იორდანიზვილი.

ოზურგეთის სამალაროო სადგურის გამგე.

„ეკალიპტის ხე და მის გაზენების მნიშვნელობა საქართველოში“.

Eucalyptus-ი (fam. Myrtaceae)—მრავალ-ფეროვანი სახის ხეა, ჩამომავლობით ავსტრალიიდან, მისი მშრალი და ნესტიანი ტუჩიანი ოლქების უმთავრესი წარმომადგენელია. იგი ჩვეულებრივი და უფრო ხშირი ხეა აგრეთვე ტასმანიისა. საერთო თვისებებია ევკალიპტების გვარისა: მაღალი ტანი, ფისიანი მერქანი, უფრო ორიგინალური, ვიდრე ლამაზი შეხედულება, ოდნავ ტყავისებრი პოლურჯო-მწვანე მრავალ-წლოვანი ფოთლები, ამასთანავე ახალგაზრდა ფოთლები ფორმით ბევრად განირჩევიან ხნიან ფოთლებისაგან (ევკალიპტები ყოველ წელს იცვლიან ფოთლების მაგიერ ქერქს), მრავალ თესლიანი ნაყოფი. სათესლე კოლოფის მოყვანილობისაგან აქვს მას მიღებული სახელიც: ბერძნულად eu კარგი, ლამაზი, ლამაზად, calyptos—დახურული რადგანაც სათესლე კოლოფები თავისებურად და კარვად აქვს დახურული ხუფებით, რომელნიც შემდეგში სძვრება; ევკალიპტის მრავალ სახეებს შეუძლიანთ ზრდა ჩვენში და თავისუფლად ატანა კოლხიდის ზამთრის ყინვებისა; შესანიშნავი სწრაფი ზრდა და დიდი ტანი ბევრ მათგანისა, მაღალ ხარისხის მერქანი, სხვადასხვანაირი ეთერის ზეთები და კინო, ქერქის ნივთიერებანი, ფოთლის შენარჩუნება ზამთრობით და ანტი—მალარიული თვისებები—ძვირფას ჯიშის ხეთ ხდის მას, მეტადრე ჩვენში. ავსტრალიასა და ტასმანიასში, სადაც იგი გარეულ ხეთ იზრდება, ტუჩების $\frac{2}{3}$ შეადგენენ; ჩვეულებრივად იგი იზრდება დიდ და სქელ ხეთ, თუმცა ზოგიერთმა სახეებმა ბუჩქნართაც იციან ზრდა; ზოგიერთ ხეების სიმაღლე 120—150 მეტრს აღწევს, ესე იგი სიმაღლით სჭარბობენ ევკიპტეს პირამიდებს. ამ მხრივ უფრო შესანიშნავია E. Amygdalina და მეტადრე მისი მოდგმა—E. Regnans; ზოგიერთი სახეები იზრდება 1500—1800 მეტრ. სიმაღლეებზე, სადაც თოვლი ბევრი იცის და 12⁰ ყინვებიც არა იშვიათია ხოლმე. ევკალიპტს ზრდის უნარი გასაოცარი აქვს: პირველ 5—6 წლის განმავლობაში ევკალიპტი დღეში 1 სანტიმეტრამდის მატულობს და ერთი წლის ხე 3 მეტრ სიმაღლეს აღწევს; ზრდას ამთავრებს 8—10 წელიწადში. მერქანი აქვს მაგარი და მძიმე (ზოგიერთის ნაფოტი წყალში იძირება) და კარგ საწვავ მასალად ითვლება ზეთიანობის გამოც. იხმარება როგორც ძვირფასი საამშენებლო მასალა შენობებისათვის; ხმარობენ აგრეთვე

ბოძებად, შპალებად, ნაგების გასაკეთებლად და მრავალ წვრილ საგნებზე. სიმაგრიტ მეტადრე ცნობილია E. Margihata—მისი მერქანი ცეცხლში არც-კი იწვის, მხოლოდ იტრუსება; ქერქი მდიდარია ტანინით (E. Globulus-8°) და ტყავების ფაბრიკაციაში სახმარ მასალად ფასობს. ბეერი სხე. (უფრო E. Resinifera) მდიდარია ერთგვარ წითელ წვენით, რომელიც გახმობილ „ავსტრალიის კინო“-ს სახელით იხმარება პარფუმერიაში და ტყავების დამუშავებაში.

ბევრნაირად იხმარება ევკალიპტების ფოთლებიც; მათი სრული ქიმიური და ბოტანიკო-ჰისტოლოგიური ანალიზი მოახდინა A. Pehl-მა. ფოთლები შეიცავს ეთერის ზეთს, ტანინს, 2-3 ფისის მჟავებს (მათ შორის ევკალიპტის მჟავასაც), ცხიმოვან მჟავას, პიროკატეხინს, სანთლის მავარ ნივთიერებას, ქლოროფილს, მღებავ და მწარე ნივთიერებებს. Hartzer-მა ვერ ნახა მათ შორის ვერც ალკალოიდები, ვერც გლუკოზიდები. ფოთლებს ხმარობენ როგორც aromaticum-ს, stomachicum-ს, stimulans და nervinum-ს, მაგრამ იმის მტკიცება თითქოს მათ შეუძლიანთ ქინქინის მაგიერობის გაწევა მაღარის თერაპიაში, გამოწვეული იყო უფრო მერქანტილური მოსაზრებებით.

ფოთლები იხმარება (1,0—4,0 დღეში 3-4 ჯერ თხენილად, ფაფებში) ქრონიკულ კატარების დროს (Cystitis, gonorrhoea etc). R. Rodolff გვირჩევს 2—3 ევკალიპტის გამხმარ ფოთლების ლეკვას სურდოს დროს. გარეგან ფოთლები იხმარება, როგორც desinftiens-ი კრილობებზე დასადებად. გამხმარი ფოთლების ხმარებას ურჩევენ აგრეთვე თამბაქოს მაგიერ. Brunell-ი (Montevideo) რჩევას იძლევა თამბაქოს მაგიერ ევკალიპტის ფოთლების ხმარებას, იგი ხაზს უსვამს ამგვარ წვეის შესანიშნავ მოქმედებას სასუნთქი ორგანოების დაავადების დროს.

ძვირფას ნივთიერებას წარმოადგენს აგრეთვე ევკალიპტის ზეთი. გარეგან ევკალიპტის ზეთი იხმარება ნერვულ ტკივილების დროს, აგრეთვე, როგორც desinftiens-ი, expectorans და ანტი-მალარიული საშუალება, გამოსადეგია პარფუმერიაში და წყალთან შეხების დროს იწვევს ოზონის და წყალბად—გადაქანვის (11,°) განვითარებას; მეტადრე ეს თვისება გამოხატულია ევკალიპტის ზეთის (Ol. Eucalypti citriodora) ხელოვნურად ჰაერში გაფანტვის დროს და ამიტომ ეს ზეთი გამოსადეგია ბინების ჰაერის გასაწმენდად.

ზეთის გამოხდა მარტივია და ხდება ორთქლის საშუალებით, რომელიც ტარდება ფოთლებით საცე რეზერვუარში

პირველი დაკვირვებანი ევკალიპტის ის სამკურნალო თვისებებზე მოუხდენია Tristoni-ის ესპანეთში (1865 წ.). Muller-ის (Melburn) აზრით, ქლექით დაავადებულთა ყოფნა ევკალიპტის ტყეებში უფრო კარგ შედეგებს იძლევა, ვიდრე ფიქვიან ტყეებში და ზღვის ნაპირებზე, რადგანაც იგი აორთქლებს დიდძალ ეთერის ზეთს, რის გამო ხდება ჰაერის ოზონაცია და ამის მეოხებით ანთებითი პროცესები ოზონის მეფე მოქმედების გამო შეჩერებას იწყებენ. როგორც ჰაერის გამასუფთაებელს მას დიდი ხანია ურჩევენ ინგლისელი ექიმები საავადმყოფოებისათვის. ამ მიზნით ავსტრალიის საავადმყოფოებში ევკალიპტის ტოტებს (უფრო E Amygdalina) ყოველდღე ათავსებენ ავადმყოფების საწოლებთან. აგრეთვე მას ხმარობენ, როგორც დამამშვიდებელსა და ძილის მომგვრელს

საშუალებას. მოსკიტების კბენის თავიდან ასაცილებლად ახალგაზრდა ხეს სდგამენ საწოლ ოთახში. უმთავრესი ანტი-მალარიული მნიშვნელობა ევკალიპტის ხის მის ნიადაგის გაშრობის უნარზეა დამყარებული. თავის ფოთლებით იგი დიდძალ წყალს აორთქლებს.

H. Gimbert-მა პარიზის სამეცნიერო აკადემიას წარუდგინა წერილობითი მოხსენება, სადაც იგი ამტკიცებდა, რომ E. Globulus-ის გაშენება ნესტიანი და დაავადებულ ადგილებს აქცევს საღ ადგილებად. E. Globulus-ს საოცარი უნარი აქვს ნიადაგიდან დიდძალი წყლის ამოწურვისა და იმავე დროს ქაფურის მაგვარ და ჰაერის მწმენდავ ნივთიერებათა აორთქლებისა. დარგული ჰაობიანი ადგილებში იგი მოკლე ხანში აშრობს ნიადაგს. ამ მხრივ პირველი ცდები მოხდენილ იყო ინგლისელების მიერ სამხრეთ აფრიკაში: კეთილ იმედის კონცხზე მათ მიერ დარგულმა E. Globulus-მა სამი წლის განმავლობაში სრულიად შესცვალა ამ ახალშენის ცუდი ჰავა. ამის შემდეგ ევკალიპტის გაშენება დაიწყეს ალჟირში, ქალაქ ალჟირის სამ სხვადასხვა პუნქტში. ალჟირიდან 33 კილომეტრის დაშორებით იყო ერთი ცნობილი თავის ავთვისებიანი ჰავით მამული. 1867 წ. გაზაფხულზე ამ მიმულში დაურგავთ ევკალიპტის ხის 13.000 ძირი; იმავე წლის ზაფხულში ადგილი თავისუფალი აღმოჩენილა ციებ-ცხელებისაგან, რომელიც წინა წლებში იქ ჰშინვარებდა. ამ მოკლე ხნის განმავლობაში ევკალიპტის ხეებმა მოასწრეს გაზრდა მხოლოდ 3 მეტრ. სიმაღლეში. ცუდი სახელი ჰქონდა დამსახურებული ჰავის შეოხებით ქ. კონსტანტინას ახლოს მთებარე „ბენ-მახიდლინ“ ს, რომლის ნიადაგი ზამთარ-ზაფხულ ნადვილ ჰაობებს წარმოადგენდა. 14.000 ევკალიპტის დარგვამ 5 წლის განმავლობაში, ბენ-მახიდლინის ჰაობები მშრალ და საღ ადგილებად აქცია და მისმა მცხოვრებლებმა მიიღეს ჯანსაღი შეხედულობა. ევკალიპტის ხის მასიურ მოშენებით მალარია სრულიად მოსპობილი იქნა ალჟირის და კონსტანტინას მიდამოებში; ევკალიპტები მოშენებული იქნა აგრეთვე კუნძულ კუბაზე და მოკლე ხნის შემდეგ კუნძულის ყველა დაავადებული ადგილები გაჯანსაღდა და განთავისუფლდა ციებ-ცხელებისაგან.

ევკალიპტების ასეთი ძვირფასი თვისება გამოყენებული იქნა აგრეთვე იტალიაში და ბათომის მიდამოებში: ზოგიერთი ჩაის პლანტაციები გაშენებულია ევკალიპტების საშუალებით დამშრალ ჰაობებზე. ევროპაში ევკალიპტები დიდი ხანია რაც გადმოტანილია და ხარობს მის სამხრეთ ნაწილებში: იტალია მისი კულტურის კლასიკური ადგილია; ევროპაში მას ამრავლებენ უმთავრესად დეკორატიული მიზნით, ავსტრალიაში კი მას ხმარობენ უფრო საამშენებლო მასალად; დიდი ხნის გადმოტანილია იგი აგრეთვე ჩვენშიაც და ერთ დროს ქ. სოხუმი თითქმის დამალული ყოფილა მათში, მაგრამ 1910-1911 წ. წ. სუსხიანმა ზამთარმა გაანადგურა ბევრი მათგანი, უმთავრესად კი E. Globulus-ი, რომელიც, საერთოდ, უფრო მიღებულია ევროპაში და ჩვენშიც; ბათომში მის გაშენებას მიჰყვენ იმის შემდეგ, რაც ბათომის მიდამოები კულტურული მიწის მფლობელებს ჩაუფარდათ ხელში.

ევკალიპტის ხე ხარობს ყველა ნიადაგზე, თუმცა თინარს და ქვიშარ ნიადაგებს ამჯობინებს. დიდ მოთხოვნილებას უყენებს ნიადაგის გაფხვიერებას; უმეტესი ნაწილი მის სახეებისა ამჯობინებს ნესტიან ნიადაგს და ცუდად იზრ-



დება, თუ ნიადაგს სისველე აკლია. ასეთები არიან მაგალ., *E. Globules*, *P. Amygdalina*, *E. Gocifera*, *E. Viminalis* და სხვ. უფრო; ეგუებიან შშრალ ნიადაგებს: *E. Calophylla*, *E. Corymbosa*, *E. Gunnii*, *E. Longifolia*, *E. Crebra*, *E. Microtheca*; მთების ევკალიპტებს ეკუთვნიან: *E. Combagei*, *E. Cinerea*, *E. Maidenii*, *E. Mulleri* და სხვანი; ყველა სახის ევკალიპტებს ნიადაგის გაშრობის უნარი აქვთ.

გამრავლება ევკალიპტებისა ხდება თესლით; გაზაფხულზე (მარტში) ითესება თიხის ქილებში; პირდაპირ ნიადაგში თესლს არ სათესვენ, რადგანაც ამ შემთხვევაში ბევრი თესლი იღუპება და ამასთანავე ნიადაგი კარგად დარღილული და დაფარული უნდა იყოს მზის სხივებისგან და ქარისაგან. 10-15 დღეში მცენარე ამოდის. ამ დროს საჭიროა მათი ხშირად მორწყვა. ივლისში შეიძლება მათი გადარგვა უფრო დიდ ქილებში, თუმცა ეს სავალდებულო არ არის; შემოდგომაზე მცენარის სიმაღლე უკვე 30 50 სანტ. აღწევს. პირველ ზამთარს ნერგები ქილებში ატარებენ, რომელიც ქვიშაში იდგება ზედმეტ სისველისგან დასაცავად. გაზაფხულზე, მარტში ან აპრილში, ამინდის მიხედვით, ნერგებს გადარგავენ ნიადაგში; ნიადაგი უსათუოდ კარგად დამუშავებული, გაფხვიერებული უნდა იყოს; ყოველ მცენარეს გადარგვის დროს ძირში უყრიან 1-2 ნიჩბს სასუქს. გადარგვისთანავე ნერგები უნდა მოირწყას 8-10 დღის შემდეგ, თუ არ დაწვიმა, მორწყვა უნდა განმეორდეს, მესამედ მორწყვა უნდა განმეორდეს (თუ უწვიმობაა) 20 დღეს შემდეგ. ევკალიპტების გამძლეობის გამოცდას ჩვენში ასეთი ისტორია აქვს: პროფ. ა. კრასნოვმა, ბათომის ბოტანიკური ბაღის დამაარსებელმა და პირველმა დირექტორმა ბოტანიკურ ბაღში დარგა 52 სხვადასხვა სახეების ევკალიპტის ხე. ის დარწმუნებული იყო, რომ ამ ხეებიდან ნახევარზე მეტი შეეგუებოდა ჰავას და აიტანდა ჩვენ ზამთარს; ამ ხეებს პროფ. კრასნოვი ჰყოფს 3 კატეგორიად.

I. ტახმანიის ევკალიპტები — ყველაზე ადვილად ეჩვევიან დასავლეთ საქართველოს ჰავის პირობებს, იტანს — 8°C ყინვებს;

II. ავსტრალიის ალპების ევკალიპტები და

III. უფრო ნაზი ევკალიპტები.

ჩვენი ჰავისათვის გამძლე სახეებად შეგვიძლიან ჩავთვალოთ 10 ევკალიპტზე მეტი; ეს საკმაოისია ჩვენთვის. გასულ 1924—25 წ. წ. ზამთარმა კი, რომლის მსგავსი ჯერ საქართველოს მგონია არ უნახავს, (—11° 12°C ბათომ. ბოტან. ბაღში; —19°C ქ. ოზურგეთში) ზოგიერთ სახეების გამძლეობა საბოლოოდ დამტკიცდა; ბათომ. ბოტან. ბაღში ეს არაჩვეულებრივი ყინვები სრულიად უვნებლად გადაიტანეს: *E. Viminalis*, *E. Cinerea*, *E. Coccifera*, *E. Tulvemleta* მ, *E. Urmigera*, *E. Gunnii*-მ; *E. Globulus*-ის მეტი წილი გახმა, თუმცა უმეტესმა ამ ზაფხულს ახალი ტოტები ამოიყარა; აგრეთვე ძლიერ დაზარალდნენ: *E. Rudis*, *E. Resinifera*, *E. Rubida*, *E. Combagei*, *E. Diversicolor* — თუმცა ყველამ მათ ახალი ტოტები ამოიყარეს; ჩაქვის სახალხო იამულში *E. Globulus*-ის მეტი ნაწილი დაიღუპა, უმეტესმა ხელახლად ამოიყარა; *E. Amygdalina*, გარდა რამოდენიმე ძირისა, დაიღუპა, უვნებლად გადარჩა *E. Viminalis*; ამრიგად, ყველაზე გამძლე ევკალიპტად ჩვენს პირობებში უნდა ჩავ-

თვალთ—*E. Viminalis*, მის შემდეგ—*E. Coccifera*, *E. Cinerea*, *E. Pulverulenta* აგრეთვე—*E. Urnigera*, *E. Gunnii*. ქ. ოზურგეთის საცდელ პლანტაციაზე *E. Viminalis*-იც დაილუბა—მაგრამ ზოგმა მათგანმა მაინც ამოიყარა ტოტები; ამის შემდეგ ჩვენ დარწმუნებული ვართ, რომ ევკალიპტის ხის ზოგიერთი სახეების გაშენება დასავლეთ საქართველოში შესაძლებელია. რასაკვირველია, რაც მეტად იქნებიან ისინი დაშორებულნი ზღვის ნაპირებიდან, იმდენად მატულობს მათი დაზიანების შესაძლებლობა, აქ კი მხედველობაში იქნება მიღებული მათ სახეების შესაფერი შესაძლებლობა და საერთოდ მცენარეების თანდათანობითი შეჩვევა არა ჩვეულებრივსა და აქედნე პირობებისადმი; კერძოდ ოზურგეთის მაზრაში ევკალიპტის ხეები (*E. E. Viminalis*, *Coccifera*, *Cinerea*, შესაძლოა *Globulus*-იც). კარგად შეეგუებოდნენ ზღვის ახლოს მდებარე თემების (ხვარბეთის, სამხთოს მიქელ-გაბრიელის, სუვისის, ლანჩხუთის) კლიმატიურ პირობებს. ეს თემები კი, უხვად მოფენილია ჭაობიანი და ნესტიანი ადგილებით და ძლიერ საჭიროებენ მათ გამრავლებას. საჭიროა ცდები აღმოსავლეთ საქართველოს დაფარულ და სველ მყუდრო ადგილებში, კახეთში უმთავრესად. ჩვენში ევკალიპტის გამრავლება დიდი ყურადღების ღირსია და სასურველია, როგორც პროფილაქტიური, ისე ეკონომიური თვალსაზრისით, ამ უკანასკნელის ამალგება კი ერთგვარი წამალია ჩვენი სოფლისათვის, ვინაიდან ჩვენ ვხედავთ და ვიცით რა დიდი ადგილი უჭირავს ეკონომიურ შესაძლებლობას (კარგ კვებას, ნაგალ-ქერის და კერძოდ ავადმყოფის მდგომარეობის გაუმჯობესებაში. ციებ-ცხელებასთან ბრძოლის წარმოება მხოლოდ ქინაქინის ხმარებით, რასაკვირველია, ციებას ვერ ამოავადებს ჩვენში უფრო რადიკალური ზომები: მიწის გაჯანსაღება, ბინების გაუმჯობესება, ხალხის ეკონომიური ამალგება—ხარჯებს და დროს მოითხოვს. ნიადაგის და ჰაერის გაჯანსაღება ევკალიპტის ხის საშუალებით მარტივია, დიდ ხარჯებს არ მოითხოვს, მოითხოვს მცირე ჯაფას და ინტერესს თავისადმი. ევკალიპტის ხის გაშენებამ შესაფერი ადგილი უნდა დაიჭიროს მალარიის წინააღმდეგ გამომუშაებულ საერთო გეგმაში, მხოლოდ როგორც სიანს თვალსაჩინო ნაყოფს ამ ხეების მხოლოდ მასიური გამრავლება იძლევა; გვგონია, რომ მასიური გაშენება ამ ხისა ჭაობიან თემებში კანონმდებლობის წესით უნდა ტარდებოდეს; ყოველმა თემმა (მოსახლემ) ევკალიპტის ხის ესა თუ ის რიცხვი უნდა დარგას თავის საზღვრებში შესაფერ ადგილას. ამას უნდა მიეცეს ვალდებულობითი ხასიათი და შესაფერი დახმარება. ამ საკითხში მხოლოდ ხალხის შეგნებაზე და საღ. განათლების დამუშავებაზე იმედის დამყარება საეჭვოა, რასაკვირველია, ეს საქმე ხალხისათვის გაადვილებული უნდა იქნეს ევკალიპტის ხის სანეერგების გაშენებით. ყველა აგრიკულტურულ და ბოტანიკურ დაწესებულებამ ევკალიპტის ხის სანერგები უნდა იქონიონ, საიდანაც უნდა ხდებოდეს ნერგების გაცემა. ოზურგეთის მაზრაში ამ მხრივ ხალხს დახმარებას გაუწევს „ოზურგეთის საცდელი პლანტაცია“, რომელიც ჩვენი თხოვნით მომავალ წლიდან შეუდგება ამ საქმის წარმოებას. სხვათა შორის, ამ ხის გაშენება სასურველია შემდეგი წესით: გურია-სამეგრელოში ძლიერ გავრცელებულია თხმელა (*Alnus glutinosa*, მრუყანი). იგი ევკალიპტის ანტიდოტს წარმოადგენს იმ დროს, როცა ევკალიპტის ჭაქანება მათ ახლოს არ არის; თხმელა იძლევა დიდ ჩრდილს, ძირში მუდმივ ნესტი აქვს, სა-



წვავ საამშენებლო მასალადაც არ არის ნაქები. ხალხი მას ასახელებს „მალარიის მიზეზად“ („ჰაერს სწამლავს“-ო, ევკალიპტს უძახიან „ხინის ხე“-ს). ყოფილა ცდები თხმელის მოსპობისა, მაგრამ ეს არც ისე ადვილია. თხმელამ მძლავრად იცის ამოყრა. თხმელის გაჩეხვა და ევკალიპტის გამრავლება ერთდროულად უნდა სწავრობებდეს და ჩვენ დარწმუნებული ვართ, რომ ამის შემდეგ მალარია დაკარგავს ერთ-ერთ მძლავრ პოზიციას ჩვენში.

წყაროები:

- 1) Журнал „Русские субтропики“ №№ 9,11—1913 г., №№ 9,10—1917 г.
- 2) Проф. А. Краснов—„Евкалипты и их значение для батум. побережья“, „Русские субтропики“ №№ 7,8—1914 г.
- 3) Бертенсон—„Евкалипт“.
- 4) В. Маркович—„Ключ для определ. эвкалиптов произрастающ. на Чорноморск. побережье“ Сухум 1918 г.
- 5) И. Падеч—„Руководство к фармац. и медико-химическ. практике 1892 г. С-П-Б.

ქართულ ეპიქთა საზოგადოების 1925 წ. 24/XII სხდომის ოქმი.

სხდომა პირველი ახალი გამგეობის არჩევის შემდეგ.

თავმჯდომარეობს პროფ. ა. ალადაშვილი, მდივანობს ექ. ტყეშელაშვილი. დაესწრო 44 წევრი და 30 სტუმარი.

მომხსენებას კითხულობს ექ. გ. ხეჩინაშვილი თემაზე: „ელენთის ელასტიური ბოქკოების მდგომარეობის შესახებ ქრონიკული მალარიის დროს.“ ავტორი აღნიშნავს იმ გარემოებას, რომ ნორმალ ელენთაში მყოფ მოქნილ ბოქკოების საკითხი ჯერ კიდევ ჯეროვანად არ არის შესწავლილი; მით უმეტეს ნაკლებია ცოდნა ამის შესახებ ელენთის დაავადების დროს. მომხსენებელს გამოუკვლევია მიკროსკოპიულად 15 შემთხვევა ელენთის სპლენომეგალიით დაავადების დროს, - უწარმოებია აკრთევე ნორმალ ელენთის მიკროსკოპიულად და მიკროსკოპიულად გამოკვლევა და შემდეგი შედეგი მიუღია: ქრონიკულ მალარიის დროს ელენთაში მოქნილ ბოქკოების რაოდენობა თვალსაჩინოდ მომატებულია; ბოქკოების რაოდენობა იმდენად მეტია, რამდენათაც მეტია ელენთის საერთო წონა. მოქნილ ბოქკოების რაოდენობის მომატებას უნდა ქონდეს ის მნიშვნელობა, რომ მათი შემწვობით მალარიის დროს ხდება გადიდებულ ელენთის დაპატარავება შესაფერ შემთხვევებში; შესაძლებელია ეს მომატება ხელს უწყობდეს ელენთის მთლიანობის შენახვას. მასალის მიხედვით ავტორი ვერ სწყვეტს საკითხს; თუ რამდენად იცვლება ქრონიკულ მალარიის დროს გამრავლებული მოქნილ ბოქკოების რაოდენობა და ელენთის საერთო სტრუქტურა.

პროფ. თიკანაძე. მომხსენებლის მიერ აწერილი ელენთის ელასტიური ბოქკოების ცვლილებები შეიძლება მიეწეროს არა მარტო მალარიას, არამედ მოხუცებულობას ანუ ბრონქოპნევმონიას.

პროფ. ნათიშვილი. ელენთის ელასტიური ბოქკოების არსებობის შესახებ მეცნიერებაში გარკვეული აზრი არსებობს. ამ აზრს ეწინააღმდეგება მომხსენებლის მიერ ნახული ბოქკოების სიდიდის რაოდენობა. საინტერესოა ვიცოდეთ, თქვენის აზრით შეუძლია თუ არა გადიდებულ ბოქკოებს თავის პირვანდელ მდგომარეობას დაუბრუნდეს? ჩვენ გვგონია, ეს არ შეიძლება, რადგან ასეთ შემთხვევაში საქმე გვაქვს შემაერთებელ ქსოვილთან, პულპა კი თითქმის სრულიად მოსპობილია.

ექ. მარუაშვილი. საჭიროთ სთვლის ისტორიებში აღნიშნული ყოფილიყოს ავადმყოფების დაავადების ხანაც.

მომხს. ხეჩინაშვილი. ჩვენ ვფიქრობთ, რომ ნახული ცვლილებები მიეწერება მაინც ქრონიკულ მალარიას, რადგან ჩვენ გვქონდა შემთხვევები იგივე ცვლილებები გვენახა ბავშვებშიდაც მალარიის დროს. ვეთანხმებით, რომ კატე-

გორიულად უარისყოფა არ შეიძლება არც მისი, რომ შესაძლებელია მოხსენებულობა ან კიდევ სხვა რამე ამასვე იწვევდეს. როცა ელენთა მეტად გადიდებულია, მაშინ ძნელია თქმა, დაუბრუნდება ის თავის პირვანდელ მდგომარეობას თუ არა.

პროფ. ულენტი. მოხუცებულობა, პნევმონია ან სხვა რომელიმე მწვავე პროცესი ვერ გამოიწვევდა მომხსენებლის მიერ ელენთაში ნახულ სურათს. მას შეუსწავლია 15 შემთხვევა და ყველგან ერთი და იგივე შედეგი მიუღია—ელასტიური ბოჭკოების გადიდება.

თავმჯდომარე პროფ. ალადაშვილი აღნიშნავს, რომ წამოყენებული მომხსენებლის მიერ საკითხი ახალია და მეტად საინტერესო. ავტორს ერთგვარი ცდა უწარმოებია, რომელიც ჯერ კიდევ დამთავრებული არ არის. საჭიროა მეტი მასალა და დაკვირვება საბოლოო აზრის გამოსათქმელად. შესაძლებელია აღნიშნული ცვლილებები სხვა სნეულების დროსაც ხდებოდეს. თავმჯდომარე კრების სახელით მადლობას უძღვნის მომხსენებელს.

ბოლოს წაკითხულია ორი ექიმის განცხადება და curriculum vitae საზოგადოებაში წევრად მიღების შესახებ.

ქართველ ექიმთა საზოგადოების მეორე სხდომა (7/1-1926 წ.).

თავმჯდომარე პროფ. ალადაშვილი. დაესწრო 128 წევრი და 50 სტუმარი. წასული სხდომის ოქმის წაკითხვის და დამტკიცების შემდეგ მოხსენებას აკეთებს დოქტ. ი. აბაკელია—„თანამედროვე შეხედულება ტუბერკულოზზე, მისი თერაპია და მასთან ბრძოლა გერმანიაში“.

Behring-ის მიერ პირველად გამოთქმული შეხედულება, რომ ქრონიკული ფილტვის ტუბერკულოზი მერმინდელი და არა პირველადი დაავადებააო, დამტკიცდა კლინიკური და სეროლოგიური გამოკვლევებით. გამოთქმულია აზრი, რომ ტუბერკულოზის განვითარებაში ისე როგორც სიფილისისა, უნდა სამი პერიოდი არსებობდეს. Ranke ფილტვის დაავადებას ტუბერკულოზის ინფექციით სთვლის მესამე სტადიუმით, რომელიც წარმოშობილია ჰემატოგენური ანუ ლიმფოგენური მეტასტაზით (მეორე სტადიუმი). ქრონიკული ფილტვის ტუბერკულოზი მას აქვს წარმოდგენილი, როგორც რეინფექტი, მხოლოდ გამოურკვეველია, თუ როგორ ხდება ეს რეინფექტი ენდო—თუ ექსოგენურად.

ფილტვის ტუბერკულოზის დროს აღინიშნება ორი პროცესი—ან პროდუქციული, როდესაც უჯრედების ერთგვარი გლიზიანება, მათი პროდუქცია ხორკლების წარმოშობით ხდება, ანდა ექსულდატორი, როდესაც ექსულაცია და ლიმფოციტების დაგროვებას აქვს ადგილი.

კარგ სამსახურს გვიწევს ბრონქოგრაფია ბრონქოექტაზიების აღმოჩენაში, ტორაკოსკოპია—პლევრის შეხორცების და ნაწიბურების დროს და რენტგენის სხივებით გაშუქება საერთო ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკაში. რენტგენის სხივების საშუალებით დღეს შეიძლება არამ თუ ტუბერკულოზის აღმოჩენა, არამედ დასახელება მისი ფორმებისაც.

გარდა პნევმოტორაქსისა, რენტგენოთერაპიისა, ტუბერკულინისა, კალციუმისა და სხვა, ამ ბოლო ხანებში გერმანეთში საპატიო ადგილი დაიკავა

აგრეთვე ოქროთ წამლობამ—ქემოთერაპიამ. შემოღებულია ხმარებაში—კოი-ზოლოგინი, ტრივალი, პუროფოსი და სანოკრიზინი. უკანასკნელი პრეპარატი არც ისე უვნებელი გამოდგა ორგანიზმისათვის: ის იწვევს ¹ აწვევას, ცუდად მოქმედობს თირკმლებზე და სხვა. ამ მხრივ მრავალი ცდებია გატარებული გერმანიის სხვადასხვა სამკურნალო დაწესებულებებში დამაკმაყოფილებელი შედეგებით, მაგრამ არც ისეთით, როგორც კოპენჰაგენის პროფ. მაალჰარდს მიუღია; მისი აზრით სანოკრიზინი თვით ტუბერკულოზის ჩხარზე უნდა მოქმედებდეს.

ქირურგია დიდხანია შექრილია ფილტვის ტუბერკულოზის თერაპიაში. ამ მხრივ აღსანიშნავია: პნევმოტორაკსი, ტორაკოპლასტიკა, ტორაკოუსტიკა, ფრენიკოტომია, ფრენიკოექსცერეზი და სხვა.

ბრძოლა ტუბერკულოზთან გერმანეთში ორი მიმართულებით სწარმოებს: დისპანსერების და სანატორიუმების სახით; პირველი უმთავრესად პროფილაქტიკას მისდევს, მეორე კი—თერაპიას.

მომხსენებელს შეკითხვებით განმარტებით მიმართა შემდეგ ექიმებმა— ი. ახმეტელი, ა. წულუკიძე, გ. ნემსაძე, ს. ოდიშარია, ნ. ყიფშიძე და პროფ. ა. ალადაშვილმა.

მომხს. აბაკელია: ტუბერკულოზით დაავადებულთა ქირურგიულ განყოფილებაში გამეფებულია წამლობა Bier-ის მეთოდით (ჰიპერემია) და აგრეთვე წამლობა ჰაერით. ავადმყოფი მთელი დღე გარედ ატარებს დროს. კარგად არის დაყენებული ორტოპედიული წამლობაც Kirsch ის სანატორიუმში ზამთრობით ძლიერ ხმარებაშია ლამევებით წამლობა; კვარცის ლამფას მხოლოდ ზოგიერთ კლინიკაში მიმართავენ.

ფრენიკოექსცერეზს აწარმოებენ პნევმოტორაკსის მიზნით. რენტგენოთერაპიას მიმართავენ ქირურგიულ, კანის და ყელის ტუბერკულოზის დროს; რაც შეეხება ფილტვების ტუბერკულოზს, ეს სწარმოებს მხოლოდ Bockmeister-თან, რომელიც ვითომდაც კარგ შედეგებს იღებს.

საერთოდ სტატისტიკის შესახებ, რამდენათ მატულობს თუ კლებულობს ტუბერკულოზით დაავადება და სიკვდილიანობა,—ძნელია რამეს თქმა. არის სანატორიუმები, სადაც ლებულობენ მძიმე ავადმყოფებსაც და იქ, რასაკვირველია, სტატისტიკა ცუდია; სამაგიეროდ ზოგი კერძო სანატორიუმი, სადაც მხოლოდ იოლი შემთხვევები ხდებდა, ძლიერ კარგს სტატისტიკას გვაწვდის. (სიკვდილიანობა 2⁰/₁₀). Calcium-ის თერაპიით გატაცებული არ არიან; Mirion-ით თითქმის სრულიად მიტოვებულია. ტუბერკულოზის კლასიფიკაცია იკვივა, რაც წინად იყო, მხოლოდ შეტანილია ზოგიერთი ახსნა-განმარტება. ნაადრევ ტუბერკულოზის გამოსაცნობად ახალი მაინც და მაინც არაფერია. ზოგი ტუბერკულინებს და ანტიგენებს ხმარობს, ზოგი კი უბრალო წყალს უშხაბუნებს იგივე შედეგით.

არის შეხედულება, რომ თითქოს სიფილისის ერთგვარ გაუმჯობესობას იწვევდეს ტუბერკულოზით დაავადების დროს შემაერთებელ ქსოვილის გამრავლება. სინდიკის ხმარება შეიძლება მხოლოდ საჭირო თადარიგის დაცვის შემდეგ.

მომხსენებელს გამოეცხადა მადლობა საინტერესო მოხსენების გაკეთებისთვის. სეზოგადობების წვერებად არჩეულია ექიმები გრიგოლ მექმარიაშვილი და

არქიფო კებულაძე. წაკითხულია განცხადება 6 ექიმის, რომელთაც სურთ საზოგადოების წევრობა.

ქართველ ექიმთა საზოგადოების მესამე სხდომა (21/1 26 წ.)

დაესწრო 130 წევრი და 60 სტუმარი. თავმჯდომარეობს პროფ. ჟღენტი. წინა კრების ოქმის დამტკიცების შემდეგ ჰოსპ. კლინ. ორდინატორი ექ. გაგუა საზოგადოებას უდგენს ავადმყოფს, რომელსაც კლინიკაში Sarkoma humeri-ს გამო გაუკეთდა სათანადო ოპერაცია. წარმოდგენილია ამოკვეთილი ხორცმეტიც. მოხსენება პირველი.

დოქტ. ა. წულუკიძე: „ამიერ კავკასიის დოსტაქართა ყრილობა ბაქოში“. ყრილობას დასწრებია 570 კაცი, წამოყენებული ყოფილა 128 მოხსენება, აქედან წაკითხულა მხოლოდ 100. პრეზიდიუმში საქართველოდან აურჩევიათ პროფ. კახიანი და პროფ. მაჭავარიანი.

საპროგრამო საკითხები ყოფილა: 1. პროფესიონალური ტრავმატიული დაავადებანი ბაქოს სამრეწველო რაიონისა (აღნიშნეს კიდურების და თვალების დაავადების სისშირე), 2. ეხინოკოკით დაავადებანი (12 მოხსენება)—უპირატესობა მიანიჭეს ოპერაციულ დახმარების დროს დახურულ მეთოდს ფიბროზული კაპსულის მთლიანი ამოკვეთით, —3. ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებანი და 4. ელენთას დაავადებანი. მეტად საინტერესო ყოფილა მოხსენება ექიმ ასლანიშვილის, რომელსაც წარმოუდგენია მრავალი დიაგრამები და სურათები ჩიყვით დაავადებულთა სვანეთში. ელენთას შესახებ მოხსენებათა შორის აღსანიშნავია ექ. ფაერმანის მოხსენება. ავტორი იმ აზრისაა, რომ რაც უფრო მეტია სისხლში ცვლილებები, მით უკეთესია პროგნოზი. ცალკე საკითხათ წამოყენებული იყო ქირურგიული დახმარების მოწყობა ქალაქებში და სოფლად. გამოიჩინა, რომ ასეთი დახმარება ძლიერ სუსტად არის აზერბეიჯანის და სომხეთის სოფლებში. წაკითხული იყო მოხსენებები არა საპროგრამო საკითხებზე, ლეიძლის და კუჭის დაავადების და თიაქრების შესახებ. აღნიშნავთ პროფ. ფეოდოროვის მოხსენებას „ატაბიური მიმდინარეობა ხოლცესტიტებისა“. შემდეგ ექ. იუზაშვილის მოხსენებას კუჭის წყლულის დიაგნოსტიკის შესახებ; ავტორი ხმარობდა ახალ მეთოდს კუჭის წყლულის ადგილის გამოსაცნობად. პალპაციის დროს კანზე ის თითქოს ლეხულობს თავისებურ ხაზებს. თიაქრების შესახებ წაკითხულ მოხსენებებიდან გამოიჩინა, რომ უპირატესობა უნდა მიენიჭოს თიაქრის ხერხის კუთხოვან დახურვას.

ყოფილა მოხსენებები შარდსაწვეთ ორგანოებზე და აგრეთვე მეანობიდან და გინეკოლოგიიდან.

გადაწყდა მეორე ყრილობის მოწვევა ქალ. ტფილისში ერთი წლის შემდეგ. საორგანიზაციო კომიტეტის თავმჯდომარეთ აირჩიეს პროფ. გ. მუხაძე. მეორე ყრილობის საპროგრამო საკითხებად გამოცხადებულა: 1. ტრავმატიული დაზიანებანი საქართველოს სამრეწველო რაიონებში, 2. ჩიყვი და 3. კუჭ-ნაწლავების დაავადებანი. სანამ შეკითხვები დაიწყებოდა თავმჯდ. პროფ. ჟღენტი მიესალმა კრების

სახელით პროფ. გ. მუხაძეს, რომელიც მძიმე ავადმყოფობისაგან განთავისუფლების გამო ის იყო პირველად გამოცხადდა ამ წელში საზოგადოების კრებაზე.

ექ. კ. ტყეშელაშვილი: მომხსენებელმა აღნიშნა ბაქოს სამუშაო რაიონში თვალის დაავადების სიხშირე—12⁰/₆; საინტერესოა ვიცოდეთ, რომელ დარგში მომუშავენი უმეტესად ზიანდებიან.

პროფ. თიკანაძე.—ტრავმატიული შემთხვევების სიმრავლე ყრილობას დაუკავშირებია დალილობასთან; წინედ მუშაობა გრძელდებოდა 12 საათი, ეხლა კი—6. საინტერესოა, რა იწვევს ასეთი დალილობას?

ექ. მაღალაშვილი.—ტრავმატიულ დაზიანებულთა მომატების განსაზღვრა რომელ წლების მიხედვით არის გამოანგარიშებული?

ექ. მრევლიშვილი. იყო თუ არა ყრილობაზე მოხსენება, აპენდიციტის შესახებ?

ექ. მაზვილაძე.—სისხლის როგორ ცვლილებაზე ქონდა ლაპარაკი ექიმ ფეიერმანს?

დოც. ყიფშიძე.—იყო თუ არა ლაპარაკი ნერვულ სისტემის ქირურგიაზე?

პროფ. ალადაშვილი. რით ხელმძღვანელობდა ფეიერმანი sepsis lentis დროს ოპერაციას რომ აკეთებდა და რა ცვლილებებს ნახულობდა ელენტაში?

მომხს. წულუკიძე.—12⁰/₆ თვალებით დასნეულებისა ზოგადი ციფრია, მძიმე დასნეულება 2⁰/₆ უდრის; ავადდებიან უმთავრესად მელოთონე მუშები; მომუშავეთა დალილობა აიხსნება არა მარტო მუშაობის საათების რაოდენობით, არამედ საზოგადოთ ცხოვრების პირობებით. ტრავმატიული დაზიანებანი 1920—1923 წლის მასალის მიხედვით თვალსაჩინოდ მატულობს. აპენდიციტების შესახებ იყო წარმოდგენილი რამოდენიმე მოხსენება, მათ შორის ჩვენი უნივერსიტეტიდანაც პროფ. მაჭავარიანის კლინიკიდან.

ფეიერმანი მხოლოდ თავის დაკვირვების მიხედვით მივიდა იმ დასკვნამდე, რომელზედაც მე მოგახსენეთ. ნერვულ ქირურგიიდანაც იყო მოხსენებები, რომლებიც ეხებოდენ ცალკე შემთხვევების აღწერას სტატისტიკური მასალის აღნიშვნით.

შეორე მოხსენება.

ექ. ი. ასლანიშვილი „ჩიყვი სვანეთში“ აღნიშნავს, რომ ჩიყვი მთლიანად არის გავრცელებული მთელ სვანეთში, მხოლოდ ქვემო სვანეთში მდინარე ცხენის წყლის მიმართულებით უფრო მკაცრადაა. სვანეთის ქედის იქით ზემო სვანეთში ჩიყვი 28⁰/₆-ით ნაკლებია; თავისუფალ სვანეთში, ე. ი. ზემო სვანეთის მარჯვენა ნაწილში ის გაცილებით ნაკლებია, ვიდრე საბატონო სვანეთში. ზშირად ჩიყვიანობას სოფლობრივი ხასიათი აქვს. ჩიყვის გავრცელებაში მნიშვნელობა არა აქვს მაღალ თუ დაბალ ადგილმდებარეობას. დადასტურებულია, რომ სვანეთში ჩიყვის გავრცელებას უშუალო კავშირი აქვს წყლებთან. ჩიყვი ნაკლებად არის გავრცელებული იმ მიდამოებში, სადაც სვამენ მდინარე ენგურისა და კლდოვან წყაროების წყლებს; ის თითქმის არ არის იქ, სადაც მაღნეული წყლებია. სამაგიეროდ ჩიყვი ძლიერ არის გავრცელებული იმ ადგილებში, სადაც პირდაპირ მიწაში ანდა ხავსით მოკიდებულ ბალახებში გამომდინარე წყაროების და ღელეს წყლებს სვამენ; იგი გავრცელებულია აგრეთვე ზოგიერთ მდინარეთა მიდამოებში (მდინარე ხელედურა და გულის ქალა).

შეკითხვები და კამათი გადაიღო შემდეგ კრებისათვის.

პროფ. ნათიშვილი, როგორც საზოგადოების ყოფილი თავმჯდომარე აცხადებს მოკლე მოხსენებას საზოგადოების ახალი წესდების დამუშავების შესახებ. მოლაპარაკება ამიერ-კავკასიის ექიმთა საზოგადოების წარმომადგენლებთან დამთავრებული ერთგვარი შეთანხმებით. ეს საზოგადოება შემოდის ქართველ ექიმთა საზოგადოებაში სექციის სახით, ხოლო მოთხოვილი იყო მრავალი პრივილეგიები, რაზედაც არ შეიძლებოდა დათანხმება. აი, ამ მხრივ უნდა სწარმოებდეს მომავალშიც მოლაპარაკება. **თავმჯდ. პროფ. ალადაშვილი** იცავს ყოფილ გამგეობის პოზიციას და წინააღმდეგია ყოველივე დათმობისა.

სხდომის დასასრულ კრება ირჩევს საზოგადოების წევრებად შემდეგ პირებს ექ. ექ. ქალანთაროვი თამარა, მამულაიშვილი ალ., კვანია ლავრენტი, ნემსაძე პ., კანდელაკი მ., სვანიძე დ.

ქართველ ექიმთა საზოგადოების მართხმ სხდომა (4/II 26 წ.).

თავმჯდომარე პროფ. ულენტი. დაესწრო 115 წევრი და 45 სტუმარი.

დოც. ს. ყიფშიძე აჩვენებს დამსწრეთ ავადმყოფს, რომელიც შეპყრობილია სიმპატიური სინდრომით ელექტრონის ნაკადით დაზიანების გამო. მისი აზრით, ნაჩვენებია აქ Leriche-ს ოპერაცია. წარმოდგენილი იყო აგრეთვე მის მიერ პრეპარატი და რენტგენოგრაფია ერთ შემთხვევისა, რომელიც შეპყრობილი იყო ზურგის ტვინის კომპრესიით სპონდილიტის ნიადაგზე. დიაგნოსტიურ მიზნით ავტორს გაუკეთებია ლიპოიდოლის შემხაპუნება, რასაც სრული სისწორით მიუცია ავადმყოფობის ნამდვილი სურათი.

პირველი მოხსენება ექ. ნ. ტურიაშვილის თემაზე „Hleus-ის შემთხვევა ოპერაციის შემდეგ.“ 18 წლის ავადმყოფს საშვილოსნოს გარეშე ორსულობის გამო გინეკოლ. კლინიკაში გაუკეთდა Laparotomia; ოპერაციის მერვე დღეს Hleus-ის აშკარა მოვლენების გამოჩენის გამო საჭირო შეიქნა ხელმეორეთ ჩარევა. ვაიკვეთა მუცლის აკუზე მიხორცებული ასწვრივი კოლინჯი. ავადმყოფი განიკურნა დამატებით ნაწლავის ჭრილობაზე ძაფების დადების შემდეგ.

მეორე მოხსენება — ექ. ვ. კანდელაკი „სომნიფენი გინეკოლოგიაში“. აგვიწერს სომნიფენის ხმარების ტენზიკას და აღნიშნავს რომ კანის ვაკუეთის და შეკერვის დროს სრული ნარკოზის მისაღებად ზოგჯერ მინც საჭიროა ქლოროფორმის უმნიშვნელო დოზის მიწოდება. სამეანო-გინეკოლ. ინსტიტუტში ეს საშუალება 12 შემთხვევაში უხმარიათ. მოხსენებლის აზრით სომნიფენი მისაღება ყოველ იმ შემთხვევაში, როდესაც შეუძლებელია ქლოროფორმის და ეთერის მიცემა; რთულ შემთხვევებში სომნიფენთან ერთად უნდა იხმარებოდეს უმნიშვნელო დოზა ქლოროფორმის ან ეთერისა. სომნიფენის დადებითი მხარეებს წარმოადგენს: ნაწლავთა მოღუნება, უადგილობა პირისღებინების, ენის გაშრობის და წყურვილისა და შესაძლებლობა საქმლის ადრე მოწოდებისა. უარყოფითი მხარეა — ავადმყოფთა აგღზნებიანობა და ამის გამო მეტი ყურადღების საჭიროება.

დოც. ბ. ლოლობერიძე. — გქონდათ თუ არა შემთხვევა, როდესაც სომნიფენმა გიმტყუნათ? იყო თუ არა სიკვდილის შემთხვევა? კუნთების მოღუნება მართლაც სავსებითაა თუ არა?

დოქტ. წულუკიძე.—ლიტერატურული ცნობების მიხედვით რამდენი შემთხვევაა აწერილი სომნიფენის ნარკოზისა? სომნიფენის უპირატესობას ეთერთან შედარებით თქვენ იმაში ხედავთ, რომ ფილტვების დაავადების დროს ეთერის მიცემა საშიში არის; დღეს ეთერის მიცემა წინაშეა ფილტვების ანთების და ტუბერკულოზის დროსაც, თუ კი ავადმყოფს წინასწარ Atropin-ს ვახმარებ. გარდა ამისა სომნიფენის ხმარებას თან ახლავს ავადმყოფის ძლიერ დაღრეტიანება 2-3 დღით, მას შეუძლია ენა გადაუფარდეს და სხვა; ამრიგად საჭიროა დიდი ხნით თვალყურის დევნება. ყველა ეს უნდა ჩაითვალოს უარყოფითი მხარეებით და ამიტომ ნაადრევია ჯერ ჯერობით მის უპირატესობაზე ლაპარაკი.

დოქტ. მ. მგალობელი.—რით ხსნიან სომნიფენის ხმარების დროს გამოჩენილ ენის სიმდაბლეს? თუ ეს ცენტრალური წარმოშობისაა, მაშინ უნდა ვიფიქროთ, რომ მას შეუძლია მანებლობა მოიტანოს; ცუდი შედეგებიც გამოჩნდება, როდესაც მრავლად დაკროვდება მასალა.

პროფ ი. თიქანაძე.—საკვირველია, თუ ასეთი კარგი მხარეები აქვს სომნიფენს, რატომ უფრო ხშირად არ მიმართეთ მას? საფრანგეთშიაც მაინც და მაინც არ უნდა იყვნენ გატაცებული; 2-3 წლის განმავლობაში მხოლოდ 200 შემთხვევა გამოუქვეყნებიათ.

დოც. ლოღობერიძე.—ეთერი ხშირად არა გვაქვს, ქლოროფორმი კი ხშირად ცუდია და სახედათო, ამიტომ გინეკოლოგიაში ზურგის ტვინის ანესტეზიას უნდა მიეცეს უპირატესობა. 2 სიკვდილი 200 შემთხვევაში საკმაოდ დიდი $\frac{1}{100}$ ეს კი სიფრთხილეს გვიკარნახებს.

მომხს. კანდელაკი საპასუხო სიტყვაში აცხადებს, რომ სომნიფენს პათვის არც ერთხელ არ უღალატია. 12 შემთხვევის მეტი ვერ ჩავატარებთ, რადგან სომნიფენი ცოტა გვეჭონდა და რადგან ამ საშუალებას ვიშვარებთ მხოლოდ მაშინ, როდესაც ქლოროფორმის ან ეთერის ხმარება რაიმე მიზეზის გამო არ შეიძლებოდა. ტუბერკულოზის დროს, თუ აძლევენ ეთერს ეს იძულებითია და არა მიზან-შეწონილი, ვინაიდან ჩვენ ვიცით, რომ ქლოროფორმი და ეთერი იწვევს ქსოვილების ჰიპერემიას და ბრონქებში ლორწოს გამოსვლას. ასპირაციული პნევმონია მხოლოდ ქლოროფორმის ნარკოზის დროს ხდება და არა სომნიფენისა. ქლოროფორმის დროს საქმლის მიცემა მეორე და მესამე დღესაც კი გვიძნელდება, სომნიფენის დროს კი ეს შესაძლებელია. საფრანგეთში ძლიერ დაინტერესებული არიან ამ საშუალებით და სათანადო მუშაობაც სწარმოებს. ენა ავადმყოფებს ნარკოზის დროს იმიტომ კი არ უფარდებათ, რომ მათ ბევრი სძინავთ, არამედ იმიტომ, რომ ნარკოზის ზეგავლენით ხდება ენის კუნთების სიმდაბლე.

მესამე მოხსენებას აკეთებს **ექ. ან. სიჭინავა** თემაზე „**მთის მზე და მისი მკურნალობითი მნიშვნელობა.**“ მოკლე ისტორიული მიმოხილვის შემდეგ მოხსენებელი ავგიწერს კვარც-ლამპას, მის გამოჩენის გასაზომ საშუალებებს და მის მოქმედებას საღორავანოზე; ბოლოს ის ასახელებს ყველა იმ დაავადებებს, რომელთა დროს ქალაქის პირველ საავადმყოფოში კვარც-ლამპა უხმარიათ. სულ გაუტარებიათ 58 ავადმყოფი ქირურგიული ტუბერკულოზით ჯირკვლების დაავადების დროს, განკურნება მიუღია 86.7%-ში, ძვლების კლექის დროს კი-56.5%.- ტუბერკულოზურ პერიტონიტის დროს განკურნება მიუღია 16.6%-ში. ძლიერ



კარგი შედეგების მიღება შეიძლება აგრეთვე კანის ტუბერკულოზის დროს. ფრიალ სასურველია ჩვენ ქვეყანაში ამ საშუალების გავრცელებაო, დაასკენის მომხსენებელი.

ექ. ტყეშელაშვილი.—კვარც-ლამფის ხმარება ძლიერ გავრცელებულია კანის სხვა და სხვა დაავადების დროს. თქვენ ამის შესახებ ძლიერ ცოტა გვითხარით. საინტერესოა ვიცოდეთ, სახის კანის რომელ დაავადებას თქვენ აქიმიობდით კვარც-ლამფით. ჩემის ცნობით, თქვენ აქიმიობთ ამ საშუალებით ერთ ახალგაზრდა ქალს, გვარად „რ“, რომელიც შეყვარობილია lichen pilaris-ით, ამჩნევთ რაიმე გაუმჯობესობას თუ არა?

დოქტ. წულუკიძე.—მომხსენებს საინტერესოდ აცხადებს და საჭიროდ სთვლის რენტგენოგრაფიების აუცილებლობას. კვარც-ლამფის მაგივრად საჭიროა პროპოჯანდა მზის სხივების სარგებლობის შესახებ; სოლარიუმების მოწყობა არც ისე ძნელი საქმეა. ეკითხება, თუ რამდენი სეანსი არის საჭირო და მიმართავდა თუ არა მომხსენებელი კვარცთან ერთად ქირურგიულ დახმარებას.

ექ. ნ. ყიფშიძე.—თქვენგან ნააქიმარი პერიტონიტი ფიბროზული თუ სეროზული ხასიათისა იყო?

ექ. მალალაშვილი.—ჩემის აზრით, კვარც-ლამფის მაგიერ უნდა იხმარებოდეს ტერმინი „კვარც-სანათი“.

ექ. გ. ხეჩინაშვილი.—ფაკულტეტის ქირურგიული კლინიკაც მიმართავდა ამ საშუალებას; 200 შემთხვევიდან დამაკმაყოფილებელი შედეგი მხოლოდ 20-ში მივიღეთ.

მომხს. სიჭინავა აცხადებს, რომ კანის დაავადებით ჩვენთან იშვიათად მოდიოდა, ამიტომაც დაკვირვება ამ მხრივ მცირეა. ავადმყოფი „რ“ არ მახსოვს, ოსტეომალაკიის დროს რენტგენოგრაფებს ჩვენ ვიღებდით, ლიმფატორი ჯირკვლების დაავადების დროს ვაწარმოებდით მხოლოდ გაშუქებას. ავადმყოფის განკურნებისათვის საჭიროა საშუალოდ 30 სეანსი. ქირურგიულ დახმარებას იშვიათად მივმართავდით. პერიტონიტები ფიბროზული ხასიათისა იყო. რამდენათ ჩვენ ვიცით, ფაკულტეტის ქირურგიულ კლინიკას და პროფ. კახიანსაც ქონდა კარგი შედეგიანი შემთხვევები.

ექ. კილხანაძე.—ჩვენ გექონდა შემთხვევები, სადაც კვარცის ლამფით წამლობამ ძლიერ კარგი შედეგი მოგვცა. საჭიროებისას უნდა მივმართოთ კომბინირ ექიმიობასაც.

ექ. ნემსაძე.—ჩვენ პირობებში, სადაც მოწყობილი არ გვაქვს სოლარიუმები და ღარიბი ვართ სანატორიუმებით, კვარც-ლამფას დიდი სამსახურის გაწევა შეუძლია. ჩვენ მდიდარი ვართ მზით, მაგრამ ვერ ვახერხებთ მით სარგებლობას. Kirsch-ის ლამფა—სითბოს ლამფაა, ის არ შეიცავს ულტრა ფიოლეტურ სხივებს, მას ხმარობენ მხოლოდ და მხოლოდ ჰიპერემისათვის; თერაპიისათვის ის არ გამოდგება და ამიტომ კვარც-ლამფის მაგიერობას ვერ გაწევს.

რ ე ზ ე რ ა ტ ე ბ ი.

შინაგანი სნეულებანი

Prof. Otto Porges. როგორია ქრონიკული ყაბზობის შედეგები.

Врачебное Обозрение, № 7 1926 г.

უკანასკნელ ხანამდე სპასტიურ ყაბზობას სთვლიდნენ პირველად თავისებურ დაავადებად. მრავალრიცხოვან დაკვირვებამ ავტორი მიიყვანა იმ დასკვნამდე, რომ სპასტიურ ყაბზობას ბევრ შემთხვევაში ხანგრძლივად წინ უძღვის ჩვეულებრივი, არასპასტიური (უმტკივნელო) ყაბზობა. ავტორით სპასტიური ყაბზობა მხოლოდ შედეგია ჩვეულებრივი ყაბზობიდან გამომწვეული ნაწლავების ლორწოვან გარსის ტრავმისა. ლორწოვანის ტრავმას ეოპყვება ყროზიები და ანთებადი მოვლენები. უზშირესად ეს ხდება იმ ნაწილებში, სადაც გამკვრივებულ ფეკალურ მასების მსვლელობაში დაბრკოლება ხდება, ე. ი. flex. lienalis, sigmoideum-ში და anus-ში. დაზიანებულ ლორწოვანის გალიზიანება კიდევ მეტად იწვევს მოტოროულა და სეკრეტორული რეფლექსების გაძლიერებას. მოტორული ფუნქციის გაძლიერება ალაგ-ალაგ იწვევს ნაწლავების სპაზმებს, სეკრეტორული ჰიპერფუნქცია — ბევრი ლორწოს გამოყოფას. ამრიგად გამოიყოფება ლორწოვან პარტებში გაბვეული განავლის მკვრივი ნატეხები. ანთებადი პროცესი ლორწოვანადან ლიმფატური გზით ვ-ცელდება ვისცერალურ პერიტონეუმზე და წარმოიშობა პერიცილიტები ტკივილებით და სხვ. ყველა ეს ქმნის Colitis mucosa-ს კლინიკურ სურათს. თავისებურ გავლენას ახდენს განავლის შეჩერება კოლინჯის პროქსიმალურ ნაწილში (ბრმა წელში). აქ განავლის შებერება იწვევს გაზების განვითარებას, რასაც მოყვება ნაწლავების გაბერვა და კუნთების ატონია. გაბრწინითი პროცესების გამო ნაწლავის ლორწოვანი გარსი ღიზიანდება. ამ მდგომარეობაში ავადმყოფებს ზშირად აქვთ მტკივნეულობა იუგო-ცვკალურ არეში, რის გამო არა იშვიათია „აპენდიციტის“ დიაგნოზი. რა თქმა უნდა, აპენდექტომია ამ შემთხვევებში სრულიად არ უმსუბუქებს ავადმყოფებს მდგომარეობას. თუ პროცესი უფრო ზემოდ ვრცელდება შეიძლება მივიღოთ Cholelithiasis და ulcus duodeni-ს კლინიკური სურათი (ზშირად რენტგენოლოგიურადაც). უფრო მეტად გავრცელებულმა პროცესმა შეიძლება გამოიწვიოს მუცლის ფალარათი მუდმივი ყაბზობის ნიადაგზე. არაიშვიათია აგრეთვე Colitis ulcerosa. ამრიგად მრავალშრივი და მრავალფეროვანია უბრალო ყაბზობის შედეგები. სპასტიურ ყაბზობის წარმოშობაში ავტორი სრულიად არ უარყოფს ნერვულ მომენტების გავლენას, მაგრამ ყურადღებას აქცევს აგრეთვე ჩვეულებრივი ყაბზობის ეტიოლოგიურ მნიშვნელობას სპასტიურ ყაბზობის და colitis ulcerosa-ს წარმოშობაში.

ა. მ—ლი.

Prof. Boas. Colitis membranacea და colitis mucosa-ს მკურნალობა. (Врачѣбное дело № 14 1926 г.).

Colitis membranacea ს კლინიკურ მიმდინარეობაში განირჩევა ორი პერიოდი: პირველი სპაზმატიური ხანა (colica—mucosa), რაც ხასიათდება ტკივილებით მუცლის არეში და მეორე — აკისებრივი ნივთიერების და მინისებრი ლორწოს გამოყოფის ხანა — ქრონიკული კოლიტი. პირველ შემთხვევაში ტკივილების შესამსუბუქებლად ავტორი ჩვეულებრივ ნარკოტიკულ ნივთიერებებს ხმარობს (Papaverin, Pantopon,) Belladonna და სხვ.) მეორე ხანაში კი საუკეთესო შედეგებს იძლევა ნაწლავების ხანგრძლივი გამორეცხვა (ოყნის სახით Chamomille rom). ქრონი-

კულ შემთხვევებში გამორკვეული უნდა იყოს არის დაავადება პირველადი, იდიოპათიური—უმთავრესი მნიშვნელობა პროფილაქტიკას და დიეტოთერაპიას ეძლევა. არ უჩვენებ არავითარ ოცნებს, სასაქმებელს. კარგ შედეგებს აქ *Boas*-ის „ცხიმოვანი“ დიეტა იძლევა (მსუქანი ხორცი, ბლომად კარაქი, მსუქანი ყველი შავი პურით, ტენი, ნალბი, მაონენი და სხვ.). იმ შემთხვევაში როცა რაიმე მიზეზით ასეთი დიეტის გატარება შეუძლებელია (მსუქანი სუბიექტებზე), ნაწლავების პერისტალტიკას რაიმე სხვა გზით აღვირებენ. საუკეთესო და ერთადერთი საშუალება ამისათვის პარაფინი არის. *Boas*-ის ურჩევს *Paraffin. liquid. pur.* 2 სუფრ. კოვზ. 3-ჯ. დღეში. და შემდეგში თანდათანობით უკლებს დოზას ერთ სუფრის კოვზამდე 2 ჯერ დღეში. ანასთან ერთად *Boas*-ი ატროპინს ურჩევს 0,5 mlg. დღეში. *Colitis membranacea*-ს დროს *Boas*-ი უარყოფით უყურებს სასაქმებელ გლახებურის და მიწერალურ წყლების ხმარებას, რადგან ესენი ხელს უწყობენ, ლორწოვან აკვების წარმოშობას და ნაწლავების სპაზმატიურ მდგომარეობას.

ა. მ.—ლი.

G. Caussade et A. Tardieu.—სალიცილ მჟავა ნატრიუმის დიდი დოზების ხმარების შესახებ მწვავე რევმატიული პოლიარტრიტის დროს (*Pr. Médicale* № 67 1926).—მცირე დოზები სალიცილ მჟავა ნატრიუმისა, მიუხედავად იმისა, რომ იგი დიდი ხანია რაც საუკეთესო საშუალებათა მიჩნეული მწვავე რევმატიული პოლიარტრიტის წინააღმდეგ ძალიან ხშირად არ იძლევა სასურველ შედეგს და ავადმყოფობა ღებულს ხანგრძლივ მიმდინარეობას. ამის გამო მთელი რიგი ავტორებისა (*Danielopolis Keesmaekers, Rieux* და *Zoeller*-ი, *Pallasse, Carnot*) მოითხოვენ სალიცილატების დიდი დოზების ხანგრძლივ ხმარებას (საშუალოთ 10,0—12,0 დღეში. მიმე შემთხვევებში დოზა აღწევს 25,0—30,0 დღე-ღამეში). ავტორები ასეთი დიდი დოზების ხმარების ნაცვლათ მო ვაწოდებენ ახალ მეთოდს, რომელიც შემდეგში მდგომარეობს: უნიშავენ 14,0—15,0 *natr. salicylic* (*Natr. salicylic, Natr. bicarbonic.* aa 14,0, *sir. cortic. Aurant.* 40,0 *Aq. destillat.* 200,0, სადაც *Natr. bicarbon* და *sir. cort. Aurant.* იხმარება სალიცილატის კვწაწლავე მავნე გავლენის მოსაპობად), რომელიც ავადმყოფმა უნდა მიიღოს 24 საათის განმავლობაში 3—4 საათის ინტერვალით. როდესაც მიღებული სალიცილატი სრულიად დასტოვს ორგანიზმს (რეაქცია შარდში), აღნიშნულ დოზას გაიმეორებენ და ასე შემდეგში. ავტორებს მოყვით სამი მიმე შემთხვევა ნაწლავი ასეთი მეთოდით, სადაც მათ სწრაფად მიიღეს შესამჩნევი შედეგი (სიცხის სწრაფი დაცემა, მოუღნების გაქრობა, საერთო მდგომარეობის შესამჩნევი გაუმჯობესება და სხვა). 2 შემთხვევაში პოლიარტრიტთან ერთად არსებობდა ძველი (რევმატიზმის ნიადაგზე განვითარებული) გულის მანკი.

აღნიშნული მეთოდის ხმარებას (როგორც საერთოდ დიდი დოზებისა) ავტორები გვირჩევენ საშუალო ჰასაკის (20—30 წლ.) მამაკაცთა შორის.

ი. კ.

გინეკოლოგია და მეანობა.

Frey. Eklampsi-ის წამლობისათვის (*Zentralbl. f. Gynec.* 1926 წ. № 33). ავტორის აზრით ორსულობის დროს განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს მკვებადის მატარებელთა დაზიანებას (სისხლის ბუროთულებს); ცნობილია, რომ ორსულობის დროს იხარჯება გადამეტებული რაოდენობა მკვებადისა. 37 წლის მშობიარეს, მიუხედავად გაკეთებულ ოპერატიულ მომშობიერებისა და *Stroganow*-ის წესით წამლობისა *Eklampsi*-ის მოვლა მაინც უმეორდებოდა; ამიტომ, როგორც ეს *Bell*-ის (*Brit. med. journ.* 1920) მიერ უკვე აღნიშნული იყო ავადმყოფს *Percy*-ს მეთოდით გაუკეთდა 500 ccm. იმავე ჯგუფის სისხლის (სისხლის ჯგუფი IV) შესხმა. სისხლის წნევა 230—190-დ ჩამოვარდა და მიუხედავად იმისა, რომ *Narcotica*

არ მიუციათ, მოვლა აღარ გამოვრებია და ქალი სრულიად განიკურნა. ავტორი წინადადებას აძლევს იმ პირებს, ვინც სისხლის შესხმის არსებას კარგად ვაცნობილია მოახდინონ ასეთივე ცდა, რაც საშუალებას მოგვცემს კრიტიკულად შევეხეთ ამ ახალ თერაპიულ წინადადებას.

ნ. ტუტიაშვილი.

Dienst. ორსულობის წაადრეველ ამოსაცნობად (Monatschr. f. Sebur. u. Synek Bd LXXII) Hft. u. 6).

ავტორის ორსულობის რეაქციას საფუძვლად უდევს ორსულთა სისხლში თავისუფალი ანტირომბინის აღმოჩენა. ანტირომბინის გამოსარკვევად ერთ წვეთს შრატს და 0,3 ccm 1%—Ninhydrin-ის ხსნარს წყალში გააზავებენ 10 ccm წყალსადენის წყალში და ერთ წუთს ადუღებენ. ამ ბოლო დროს მოუხერხებიათ Esbach-ის წესით ცილის რაოდენობის გამოკვლევის მსგავსად Antithrombin-ის რაოდენობის გამოკვლევა რეაქცია აშკარად სუსტია უარყოფითამდე ყველა ორსულთა ტოქსიკოზების დროს, აგრეთვე ორსულთა პირსაკმობის და საერთო სიმსივნის დროს; მეტადრე ეკლამპსიის დროს. Antithrombin-ის რეაქცია დადებითია, როდესაც ქალებს და კაცებს აქვთ დადებითი Wassermann-ის რეაქცია.

ნ. ტუტიაშვილი.

1. Проф. Г. А. Маслов.

„Болезни полости рта“ Издательство Н. К. З. Р. С. Ф. С. Р. Москва 1926 г. 154 стр. Цена 2 руб. 75 коп.

2. Проф. Л. А. Говсеев.

„Краткий курс одонтологии“. Государственное издательство Р. С. Ф. С. Р. Москва 1926 г. 358 стр. Цена 4 руб. 25 коп.

საბჭოთა ხელისუფლებამ სამკურნალო ფაკულტეტის გეგმაში შეიტანა როგორც ცალკე საგანი სათანადო კლინიკით ოდონტოლოგია.

პირის ღრუს მდგომარეობას და დაავადებას აქვს დიდი მნიშვნელობა, როგორც თვით ავადმყოფისათვის, აგრეთვე მის მახლობლებისათვის. ჩვენ ვიცით, რომ ე. წ. წვეთითი ინფექციას აქვს დიდი მნიშვნელობა ზოგიერთი ავადმყოფობის გადაცემაში და გავრცელებაში, როგორც მაგ. ტუბერკულოზის, დიფტერიის, ქუნთრუშის და სხვა. ამავე დროს პირის ღრუ წარმოადგენს ბუნებრივ „ორანიერეის“ სხვადასხვა მიკროორგანიზმებისათვის, რადგანაც აქ არსებობს optimum იმ პირობებისა, რომელიც საჭიროა მათ განვითარებისათვის და გამრავლებისათვის. პირის ღრუს მდგომარეობას აქვს გავლენა ბევრ კუჭ-ნაწლავის დაავადების აღმოცენაზე და თვით ამერიკელ ბაქტერიოლოგების გამოკვლევით (Rozenow-ი) ბაქტერიებს, რომელნიც პირის ღრუდან შეიპრებიან ორგანიზმში, მათი აზრით, 90%-ში ინფექციური დაავადებათა შორის დასაწყისი აქვთ პირის და კბილების ღრუებიდან.

სრულიად მიზანშეწონილათ უნდა ჩაითვალოს ახალი გეგმა, რომელიც შემოღებულია საბჭოთა კავშირის სამკურნალო ფაკულტეტებზე, სადაც სტომატოლოგია და ოდონტოლოგია ისე, როგორც სხვა დარგი მედიცინის, მაგ. ვენერიული, თვალის და სხვა სნეულებანი, სავალდებულო საგნათ არის აღიარებული.

ტფილისის უნივერსიტეტშიც ეს საგანი უკვე მესამე წელიწადია იკითხება, მაგრამ სამწუხაროდ სათანადო სახელმძღვანელოების უქონლობის გამო სტუდენტებს უძნელდებათ ამ საგნის შეთვისება. დღემდე მათ უხდებოდათ სხვადასხვა სახელმძღვანელოებიდან ამოკრთვა საჭირო ცნობებისა.

აი ამ ნაკლს ავსებენ ორივე ზემოთმოყვანილი სახელმძღვანელოები, პირველი—პროფ. Маслов-ის სახელმძღვანელო—უფრო მოკლეა და ენება საზოგადოთ, როგორც თვით სახელწოდებაც გვიჩვენებს, პირის ღრუს სხვადასხვა დაავადებას. მეორე სახელმძღვანელოში კი ავტორი

(განსვენებული პროფ. Говсеев-ი) მთლიანად ეხება სტომატოლოგიის ყოველივე დარგს და, სხვათა შორის, კბილების დაავადებასაც. ავტორი მოკლედ ამოსწორავს ყოველივე საკითხს ამ დარგებიდან და ამის გარდა ტექსტს დართული აქვს მრავალი სურათები, რაც საგრძნობლად გაუადვილებს სტუდენტებს საგნის შეთვისებას.

ორივე სახელმძღვანელო სტუდენტებისათვის ფრიად საჭიროა, თანამედროვე ექიმისათვის მათთან გაცნობა მე პირადათ აუცილებელ საჭიროებათ მიმაჩნია.

მართალია ამ დარგში რუსულ ენაზე წინადაცაა გამოცემული სახელმძღვანელოები, მაგ. პროფ. Звержховский-ის, Port და Euler-ის გერმანულიდან გადმოთარგმნილ, მაგრამ ეს სახელმძღვანელოები ძალიან დიდა და ამის გარდა პირველი უკვე დაძველებულია, მეორე კი—ძალიან მძიმე ენითაა გადმოთარგმნილი.

პროფ. Говсеев-ის სახელმძღვანელოს გადათარგმნა და გამოცემა ქართულ ენაზე ძალიან გაუადვილებს ჩვენ სტუდენტობას ოდონტოლოგიის შესწავლას და ამიტომ საჭიროა ეს საქმე რაც შეიძლება მალე გაკეთდეს. ოდონტოლოგიურ კლინიკას ეს საგანი დღის საკითხათ აქვს დასმული და იმედია სათანადო ორგანოები დაგვეხმარებიან წიგნის გამოცემაში.

პროფ. გ. მუხაძე.

ბ ი ბ ლ ი ო ბ რ ა უ შ ი ა .

H. Vaquez et E. Donselot. Les trônbles du rythme cardiaque. Paris 1926. ეს წიგნი მეორე გამოცემაა იმ ლექციების, რომელიც პირველად წაკითხული იყო ცნობილი ფრანგი კარდიოლოგის Vaquez-ის მიერ 1910 წ. და შემდეგ გამოცემული ცალკე წიგნად. ამ დროს Vaquez-ის წიგნმა და ლექციებმა სენსაცია მოახდინეს სამკურნალო წრეებში. ეს მეორე გამოცემა საესტებით გადამუშავებულია და, რაც ფრიად საყურადღებოა, მასში გამოტოვებულია ბევრი ის, რასაც წინთე მნიშვნელობას აძლევდნ და დღეს უკვე უარყოფილია. სამაგიეროთ შეტანულია და გამარტივებული მთელი რიგი თავებისა. ამის გამო ნაცვლად წინანდელი 400 გვერდისა ახალ გამოცემაში მხოლოდ 288 გვერდია და ისიც დიდი ლიტერატურული მაძიებელით.

Vaquez-ის წიგნი დაწერილია კლინიკისტიებისათვის და მასში გატარებულია წინდაკლინიკური შეხედულება, რაც ეგრე დამახასიათებელია ფრანგული სკოლისათვის. პირველ ნაწილში მოკლედ და სხარტულად მოყვანილია გულის ფიზიოლოგია და ფიზიო-პათოლოგია. მეორე ნაწილი დათმობილი აქვს საესტებით კლინიკას. ეს ნაწილი ოთხ დიდ თავად არის გაყოფილი: პირველში არჩეულია ირეგულარული პულსი, მეორეში—ჩქარი, მესამეში შეგვიანებული და მეოთხეში—alternans-ი.

წიგნის მესამე ნაწილი დათმობილი აქვს გულის რითმის დარღვევის წამლობას.

მთელი წიგნი დაწერილია ნათლად, გარკვეულად და სხარტულად და აუცილებელ საჭიროებას წარმოადგენს ყველა იმ პირთათვის, ვინც გულის სნეულებებით დაინტერესებულია და ვისაც სურს იყოს კარდიოლოგიის საკითხების courant.

შ. მ.

H. Vaquez, Les medicameuss et medicatiw cardiaques. Paris 1925. ეს წიგნი წარმოადგენს ლექციების კრებულს, რომელიც წაკითხული იყო 1924 წ. თერაპიულ კლინიკაში Pisie-ის საავადმყოფოში პარიზში—გულის სნეულებათა მკურნალობისა და წამლების შესახებ. ამ ლექციებში ისე, როგორც ყოველ მის წიგნში, გამოჩენილი ფრანგი მეცნიერი—კარდიოლოგი შესამჩნევის ნიჭით ნათლად და მკაფიოდ და ამავე დროს გასატოარი მეცნიერული ერუდიციით არჩევს ყველა იმ წამლებს, რომელსაც გულის სნეულებათა დროს ხმარობენ და შემდეგ ასეთივე ნათლად და მეცნიერულად გვასწავლის, თუ როგორ უნდა ეუწამლოთ ამა თუ იმ გულის სნეულებას. შესამჩნევია წიგნის თავები, რომელშიაც გარჩეულია დიგიტალისის მოქმედება, შესამჩნევია ლექციები, რომელშიაც გარჩეულია საერთოდ გულის ნაკლულევენების წამლობა და შემდეგ ცალ-ცალკე წამლობა მარჯვენა და მარცხენა პარკუტის ნაკლოვანებისა. მეტად საინტერესოა ლექციები ჰიპერტონიისა და გულის დამბლის წამლობის შესახებ და განსაკუთრებული თავი, მიძღვნილი გულის სნეულებათა ქირურგიულ მკურნალობას. მოკლედ, წიგნი დიდს მეცნიერულს ინტერესს წარმოადგენს, გვაცნობს თანამედროვე ფრანგ მეცნიერების უხედაულებას გულის სნეულებათა წამლობის შესახებ და ყოველი კლინიკისტიისათვის აუცილებელ სახელმძღვანელოს წარმოადგენს.

შ. მ.

Marcel Labbé. Le traitement du diabète. Paris 1925. ეს პატარა წიგნი, რომელშიაც მხოლოდ 152 გვერდია გამოჩენილი ფრანგი მკვლევარის Marcel Labbé-ს კალამს ეკუთვნის

თანამედროვე მედიცინა № 9—10 1926.

მასში ძლიერ მოკლედ მოყვანილია დიაბეტის ავადმყოფის გამოკვლევის მეთოდები. ამ მეთოდებში განსაკუთრებით ყურადღებას აქცევს ე. წ. პროვოკაციული ჰიპერგლიკემიის ცდას და ტუტისანობის რეზერვის გამოკვლევას დიაბეტის წამლობის დროს. შემდეგ დაწვრილებით მოყვანილია დიაბეტის დიეტეტიკური, მედიკამენტოზური და ფიზიოლოგიური (ინსულინით) წამლობა. გარჩეულია აგრეთვე დაწვრილებით დიაბეტის გართულების წამლობაც. დიაბეტის დიეტეტიკაც კარგად არის შედგენილი, მას ერთვის სათანადო ცხრილები და აგრეთვე თვით საჭმელის მომზადებაც, ინსულინის და მის გავლენას დიაბეტთან ავადმყოფზედ განსაკუთრებული ადგილი აქვს დათმობილი, რომელიც ნათლად და დიდის ერუდიციით არის დაწერილი. აღსანიშნავია, რომ Marcel Labbé ჯერ კიდევ თავს იკაებებს აზრის გამოთქმაში იმის შესახებ, თუ როგორია ინსულინით წამლობის მოგვიანებითი შედეგები. მიუხედავად იმისა, რომ წიგნი თავისთავად პატარაა, მასში პოულობთ ყველა იმას, რაც დიაბეტის თანამედროვე მკურნალობის დროს მიღებულია და საჭირო.

შ. მ.

ქ რ მ ნ ი პ ა.

— ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტში მისაღები გამოცდები დაიწყო 1 სექტემბერს. სულ შეტანილია 2,267 თხოვნა. ყველაზე მეტი თხოვნა შეტანილია პოლიტექნიკურ ფაკულტეტზე—551, შემდეგ მიდის აგრონომიული—392, სოციალ-ეკონომიური—354, ქიმიურ-ფარმაცევტიული—278, საექიმო— 249, პედაგოგიური—229 და ენათმეცნიერების—214.

— ტფილისის პოლიტექნიკურ ინსტიტუტში შეტანილია სულ 461 თხოვნა, ამ რიცხვიდან ყველა საინჟინერო ფაკულტეტებზედ—334. აგრონომიულზედ—127.

— ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამგეობას განზრახვა აქვს მომავალ აკადემიური წლიდან გახსნას ახალი ფაკულტეტები: ქიმიურ-ფარმაცევტიული, ენათმეცნიერების და საბეთილო განყოფილება აგრონომიულ ფაკულტეტთან. პირველი ორი ფაკულტეტის შესახებ საკითხი უკვე გადაწყვეტილია, რაც შეეხება საბეთილო განყოფილებას საკითხი ჯერ არ არის საესებო გადაწყვეტილი

— ქუთაისში და მის მახრავში აგვისტოს განმავლობაში არის აღნიშნული ინფექციური და სოციალური ავადყოფობათა შემდეგი მსვლელობა: მუცლის ტიფი—31, მალარია—5,423, წითელა—226, ყვავილი—5, დიზენტერია—167, მენინგიტი—2, გრიპი—10. ტუბერკულოზი—45, ვენერიული სნეულებანი—11.

— სამკურნალო ფაკულტეტზე წელს განზრახულია მიღებული იქნეს მხოლოდ 50 ახალი სტუდენტი.

- დღიდან დაარსების სამკურნალო ფაკულტეტზე ითვლება:
- 1918 წ.— 156 სტუდენტი (გაიხსნა მხოლოდ 1 კურსი)
 - 1919 წ.— 415 „ (გაიხსნა მეორე და მესამე კურსი)
 - 1920 წ.— 887 „ (გაიხსნა მე-4 კურსი)
 - 1921 წ.—1191 „ (გაიხსნა მე-5 კურსი და პარალელური განყოფილების 3 კურსი)
 - 1922 წ.—1659 „
 - 1923 წ.— 984 „
 - 1924 წ.—1001 „
 - 1925 წ.— 858 „
 - 1926 წ.— 900 „

— სამკურნალო ფაკულტეტი დაამთავრეს და მიიღეს გქიმის წოდება:

- 1922—23 წწ —65 კაცმა, 1923—24 წწ.—100 კაცმა, 1924—25 წწ.—99 კაცმა.

შემოდგომაზე წელს კიდევ იქნება სახელმწიფო გამოცდების სესია.

— პარიზში 4 ოქტომბერს გაიხსნა კოლონიარული მედიცინის ინსტიტუტში სპეციალური კურსი ტროპიკული სნეულების, რომელიც გაგრძელდება დეკემბრის დამლევამდე. ეკზოტიურ სნეულებათა პათოლოგიას კითხულობენ პროფესორები—Dopter-ი, L. Martin-ი და Joyeux.

- პარაზიტოლოგიას—პროფ. Bvumpt-ი.
- ბაქტერიოლოგიას—პროფ. Roger.
- ეკზოტიურ სნეულებათა ჰიგიენას და ეპიდემიოლოგიას—პროფესორები Bezanron-ი, Comus ი, Marebnex, Pozerski, Teissier და Tanon-ი.
- კანის ეკზოტიურ სნეულებათ—პროფ. Jeanselme-ი.
- ცხელი ქვეყნების ჰირურგიულ დაავადებათ—პროფ. Lecène-ი.

ცხელი ქვეყნების თვალის დაავადებათ—პროფ. De-Lapersonne-ი.

სამკურნალო-სასანიტარო ორგანიზაციის და სასანიტარო რეგლამენტს პროფესორები L. Bernard-ი და Neveu-Lemaive-ი.

კურსზე ჩაწერა ღირს პრაქტიკული ვარჯიშობის წარმოებით—850 ფრანკი.

— გარდაიცვალა გამოჩენილი იტალიელი მეცნიერი Camillo Golgi, რომელმაც მისი შესამჩნევი შრომებისათვის ნერვული სისტემის ანატომიისა და ჰისტოლოგიის შესახებ ნობელის პრემია მიიღო.

— გარდაიცვალა გამოჩენილი ინგლისელი ფიზიოლოგი Langley, რომელმაც შექმნა სწავლა ვისცერალურ ნერვულ სისტემაზე. შედეგად მისი გამოკვლევებისა კლინიკურ მედიცინაშიც შეიქმნა განსაკუთრებული დარგი—ვისცერალურ სისტემის ნევროპათოლოგია.

— გარდაიცვალა დორპატში (ლატვია) გამოჩენილი დოსტაჰარი პროფ. Zsge V. Mantefel, რომელსაც ძლიერ კარგად იცნობდა ქართველ ექიმთა მრავალი თაობა.

— გარდაიცვალა ლენინგრადში პროფ. ნ. ჩ ის ტ ვ ი ჩ ი, სამხედრო აკადემიის თერაპიული კლინიკის დირექტორი. განსვენებული ცნობილი იყო თავისი დიდი ერუდიციით, ამ უკანასკნელ წლებში მან გამოუშვა 2 ტომიანი სახელმძღვანელო შინაგან სნეულებათა კერძო პათოლოგიისა და თერაპიისა.

— გარდაიცვალენ ბერლინში—ცნობილი პათოლოგ-ანატომი და გინეკოლოგი Kurl Ruge და მიუნენში—ცნობილი კლინიკისტი Barlov და ქიმიკოსი Soxhlet-ი. Barlov-ი ცნობილია საყოველთაოდ, ე. წ. Barlov-ის სნეულების აღწერით და Soxhlet-ი კი მისი ხელსაწყოს შემოღებით რძის სტერილიზაციისათვის.

— 1927 წ. მისში ლენინგრადში შესდგება უროლოგთა მეორე საკავშირო ყრილობა. საპროგრამო საკითხებია: 1) შარდის ბუშტის ხორცმეტები და 2) გონოროულ სნეულებათა იმუნო-თერაპია.

— 13—14 ოქტომბერს ბერლინში შესდგა კონგრესი გერმანული საზოგადოების ნიეთიერებათა ცვლის და საკმლის მომწელებელი ორგანოების სნეულებათა შესასწავლად. საპროგრამო საკითხად გამოცხადებულია: 1) გასტრიტები და ახილია, 2) წყლისა და მარილების გაცელა გამოცელა საკმლის მომწელებელი ორგანოების სნეულებათა დროს, 3) მინერალური მარილებით წამლობა, 4) კუჭნაწლაგების ფუნქციონალური დაავადებანი მომსწენებლებად, სხვათა შორის, ისეთი გამოჩენილი მეცნიერებია, როგორც, მაგალითად, პროფ. Lubarsch-ი, პროფ. Morawitz-ი, პროფ. Krauss-ი და სხვა.

— ინგლისში გარდაიცვალა გამოჩენილი ტროპიკოლოგი Leischman-ი, იგი საყოველთაოდ ცნობილია მისი შრომებით kala-azar-ის შესახებ და მის მიერ შემოღებული შესამჩნევი საღებავით.

Танамедровз Медицина.

(Современная медицина № 9—10).

Рефераты.

Г. Елиава. К вопросу о фильтруемости туберкулезной палочки. Безспорно доказано Fontes'ом (1910), что туберкулезная палочка во всех стадиях своего развития в чистой ли культуре или в организме представляется в двух видах, отличных по окраске: в виде зернышек грам-положительных и в виде палочки кислотоупорной.

Автор никогда не мог получить *in vitro* мутаций tbc. палочки ни в условиях опытов Vaudremer'a, ни в условиях опытов Ferran-a; автору не удалось даже наблюдать роста культур на среде Vaudremer'a после проведения посева материала через фарфоровый фильтр Шольберлана L₂.

3 недельная бульонная культура tbc. палочки, профильтрованная через стерильный двойной бумажный фильтр Лорана, кажется абсолютно стерильной (отсутствие роста культуры при t₀ 38° в течение 3 недель); однако этот фильтрат сохраняет свою инфицирующую способность; исследование на черном фоне позволяет в нем обнаружить несколько типичных tbc. палочек.

Для опытов впрыскивания фильтратов, полученных через свечи L², L₂, отобраны были лишь те морские свинки, которые от впрыскивания 0,5 куб. сант. туберкулина не обнаруживали заметной реакции. Свинки эти были помещены в клетки и помещениях, в которых никогда не было туберкулезных животных.

Из 100 опытных свинок не одна после впрыскивания не представляла каких-либо признаков tbc.

Только в одном единственном случае автору удалось обнаружить в склерозированных трахеобронхиальных железах несколько бацилл кислотоупорных и даже получить типичную культуру tbc. палочки на среде Петрова.

Но следует отметить, что аналогичные поражения были получены у другой свинки, края получила лишь впрыскивание туберкулина, нагретого до 100° и следовательно не могущего содержать живых форм tbc. палочки.

Автор считает обязательным при исследовании такого деликатного вопроса, как фильтруемость вируса, в особенности способного, как tbc. палочка, производить не обнаруживаемые хронические повреждения, всегда иметь в виду возможность предсуществующей оккультной инфекции, (несмотря на большую редкость спонтанного tbc. у морских свинок) и латентного очага, край обостряется под влиянием впрыскивания туберкулина, всегда имеющегося в достаточном количестве во многодневной бульонной культуре tbc. палочек.



Н. Гегечкори. Протеинотерапия и лечение амёбной дизентерии протеинотерапией.

Автор в 10 случаях амёбной дизентерии применял протеинотерапию, причем в 7 случаях получил полное излечение с исчезновением, как клинических явлений, так и амёб и их кист в кале (прослежены в течении целого года), в 2 значительное улучшение, но без исчезновения кист; 1 случай остался без изменения.

Автор полагает, что при хронических формах амёбной дизентерии протеинотерапия в большинстве случаев может принести большую пользу, а потому должна быть применяема.

И. Лордкипанизе. К вопросу об изменении сосудов у детей больных малярией (Из детской клиники Тифлисс. Университета. Дир.-проф. С. К. Гогитидзе).

Автор изучал изменения сосудов у детей больных малярией. Всего было обследовано 9 случаев, из которых в 8 случаях на восходящей части аорты обнаружены были резкие атеросклеротические изменения с характерной липоидно-жировой инфильтрацией, а в 1 случае был явственный склероз, но без жировой инфильтрации. Что касается мелких сосудов, то в некоторых случаях отмечена была гомогенизация стенки сосудов и нейтрально-жирная инфильтрация интимы.

Автор после этих исследований занялся определением количества холестерина в сыворотке больных малярией детей (в 20 случаях), причем во всех случаях, он обнаружил явственную гиперхолестеринэмию, которая под влиянием лечения падала до нормы.

На основании своих исследований, а также литературных данных автор заключил, что найденные им атероматозные изменения сосудов имеют вероятную связь с существующей в крови больных маляриков гиперхолестеринэмией.

В. Отхмезури. Аппендицит и колит. (Из Факульт. Хирургич. клиники проф. А. Г. Мачавариани).

На основании изучения материала Фак. Хир. клиники проф. Мачавариани автор приходит к заключению, что одновременное заболевание аппендицитом и колитом частое явление.

В продолжении 2-х лет в Фак. Хир. клинике из 340 больн. аппендицитом 96 больн. т. е. 28% были одержимы и колитом. Из этих 96 больн. под наблюдением автора находилось 58 больн. после операции appendectomiae в продолжение 1 $\frac{1}{2}$ лет.

Отдаленные последствия операции: у 27 больн. совсем исчезли субъективные и объективные признаки заболевания;

состояние 23 больн. без изменения;

состояние 5 больн. немного улучшилось;

состояние 3 больн. после операции ухудшилось.

При первичных аппендицитах операция дает благоприятные результаты.

При вторичных аппендицитах, когда выражены и явления колита, appendectomy очень часто не дает желательных результатов.

К. Курашвили. К вопросу об Exostoses multiplex cartilaginea. (Из госпит. хирургич. клин. проф. Г. Мухадзе).

Автор приводит два случая множественного хрящевого экзостоза, имевшего место в Госпитальной хирургической клинике. Подробно описывая клинику и патолого-анатомическую картину названного заболевания, автор останавливается на этиологии и гистогенезе его. На основании литературных данных и личного наблюдения автор относит эту болезнь к конституционально-наследственным аномалиям роста и развития организма, в основе которого лежит дисфункция желез внутренней секреции.

Проф. Г. Гамбарашвили. К казуистике 3 редких случаев.

Автор описывает 1) редкий случай туберкулеза грудной железы, 2) случай elephantiasis-a vulvae, развившагося в течении 4 лет и 3) случай фибромы vulvae, вес которой достигал 10 килограммов и края, будучи величиной в детскую голову, висела на ножке на уровне колен.

Г. Пхаладзе. Случай „Scleroderma Centrifuga“ (Из кожно-венер. клиники Тиф. Университета проф. В. Ф. Бургсдорф).

Описанный случай является интересным с клинической стороны. Болезнь началась внезапно образованием бляшки неправильного очертания, белесоватого цвета и твердой на ощупь. Бляшка имеет вид продолговато-овалообразного кружка и состоит из 2-х участков — центра и периферии. Кожа последней морщиниста, серовато-блестящего цвета, легко берется в складку, на ощупь суха, уплотнена, имеет вид ленты, которая выступает над кожей. Кожа на границе центрального края ленты теряет описанный вид: она становится более пигментированной, чем периферическая часть, морщинистость и складчатость уменьшается. Центральный участок также легко берется в складку и немного вдавлен, чем периферическая лента; наружный край ленты резко отграничен.

Гистопатологическое исследование подтверждает клинический диагноз: главное изменение обнаруживается в поверхностном отделе corium-a, где имеется присутствие довольно толстых и грубых тяжей соединительной ткани, местами совершенно гомогенизированной и потерявшей волокнистость. В средних слоях кожи имеется наличность сосудов с измененными стенками.

М. Парцванидзе. Новый вариант клеща *Hyalomma aegyptium*.

Во время разбора клещей, снятых с убойного скота на Тифлисских бойнях, автор обнаружил двух самцов *Hyalomma aegyptium*, у которых, вместо 2 обычных анальных пластинок, была одна центральная непарная пластинка (см. рис.) В виду этого, автор указанных клещей причисляет к новому варианту *Hyalomma aegyptium*, var. nova 1926.

Г. Иорданишвили. „Эвкалипт и значение его разведения в Грузии“.

Эвкалипты (сем. Myrtaceae) обладают способностью испарять посредством листьев громадные количества воды и тем осушать сырые и заболоченные места. Это делает его ценным деревом для малярийных районов Грузии; испаряющиеся также в больших количествах эфирные масла озонируют воздух и благотворно влияют на хроническ. процессы дыхательных органов. Разводятся у нас в Южн. ч. Черноморск. побережья, разводятся семенами, нетребовательные к почве; проф. Красновым с опытной целью в Батум. Бот. Саду были посажены 53 различных видов Эвкалипта; наиболее устойчивыми к нашим зимам оказались: *E. E. Viminalis*, *Coccifera*, *Umigera* и нек. др.; наименее устойчивыми: *Citriodora*, *Caecophylla*, *Marginata* и нек. др.; *E. globulus* занял среднее между ними; зиму 1924—25 г. г. когда морозы доходили в Батуме до 12°C, благополучно перенесли: *E. E. Viminalis*, *Coccifera*, *Cinerea Pulverulenta*; *E. globulus* в большинстве погиб, хотя у многих летом появились побеги, в Озургетах (—19°C) погиб и *Viminalis*, хотя некоторые все-таки отошли; имея в виду постепенный подбор и постепенную привыкаемость, несколько видов их без всякого риска можно культивировать у нас; массовое разведение их должно быть включено, как одно из средств борьбы с малярией, в общий план; разведение их должно быть проводимо в законодательном порядке в виде обязательства каждого района развести определенное количество их, причем крестьянство саженцы должно получать из государственных питомников эвкалиптовых деревьев.

Thanamedrové Medicina.

(Médecine contemporaine N° 9—10).

R e s u m é:

G. Eliava. Sur la filtrabilité du bacille tuberculeux. Il est indiscutablement démontré (Fontes) que le b. tbc. à tous les stades de son développement en culture pure ou de son évolution dans l'organisme se présente sous l'aspect de deux substances, tinctoriellement distinctes: substance—granule, Gram-positif, et substance gaine, acidorésistante.

Nous n'avons jamais obtenus in vitro de mutations du b. tbc. pas plus en nous plaçant dans les conditions d'expérience de Vaudremer que dans celles de Ferran; de même il nous a été impossible d'observer des repousses dans une culture sur milieu de Vaudremer, filtrée à travers porcelaine (Chamberland L₂). Une culture en bouillon du b. tbc (3 semaines), filtrée paraît absolument stérile (absence de développement de culture dans des ballons conservés 3 semaines à 38°); ce filtrat, néanmoins, conserve son pouvoir infectant; l'examen (fond noir) du liquide limpide centrifugé permet d'y déceler quelques b. tbc. typiques—source évidente de l'infection.

Pour les épreuves d'inoculations de filtrats sur bougies (L₂; L₃)—la sélection des Cobayes se fait par l'injection sous-cutanée de 0,5c. c. de tuberculine brute; tous les animaux, ayant présenté une réaction violente sont éliminés; le lot placé dans des écuries, n'ayant jamais servi aux animaux tuberculisés.

Sur 100 cobayes inoculés aucun ne présente de signes de la tbc. évolutive (augmentation de poids; appétit, vivacité normaux.)

Dans un seul de ces cas il nous a été possible de déceler, dans les ganglions trachéo-bronchiques sclérosés, quelques bacilles acido-résistant et en obtenir, même, sur milieu Pétrof, une culture typique.

Mais il est à signaler, que des lésions analogues ont été observés chez un Cobaye n'ayant reçu que de la tuberculine pure (chauffée à 100°, et par conséquent ne pouvant contenir de formes vivantes du b. tbc.).

Il me semble obligatoire dans une expérience aussi délicate que la recherche de la filtrabilité d'un germe (surtout capable de produire des lésions inapparentes chroniques, comme c'est le cas du b. tbc.), par l'expérience in vivo (car l'organisme avant la table d'autopsie, ne se prête qu'à un contrôle imparfait)—d'avoir toujours en vue la possibilité d'une infection occulte préexistante.



N. Guéguetchkori. *Protéino-thérapie* et traitement de la dysenterie amibienne par la protéinothérapie.

Dans dix cas de dysenterie amibienne l'auteur s'est servie de la *protéinothérapie* qui a donné guérison complète dans sept cas, disparition des symptômes cliniques, des *amibes* et de kystes dans leurs matières fécales (étudiés dans le courant d'une année), dans deux cas amélioration sensible, mais sans disparition des kystes; un des cas est demeuré stationnaire. L'auteur suppose que dans les cas chroniques de dysenterie amibienne la *protéinothérapie* peut être d'une grande utilité dans la plupart des cas, et doit par conséquent être appliquée.

E. Lerdkipanidzé. Lésions des vaisseaux sanguins chez les enfants atteints de paludisme. (Clinique Infantile de l'Université de Tiflis. Directeur Professeur S. K. Goguitidzé).

L'auteur a étudié des lésions des vaisseaux sanguins chez les enfants atteints de paludisme. Il a été étudié en tout 9 cas, dont 8 ont montré des altérations marquées d'atéro-sclérose avec une infiltration caractéristique lipido-adipeuse sur la partie ascendante de l'aorte et dont un cas présentait une sclérose manifeste, mais sans infiltration adipeuse. Quant aux petits vaisseaux, on a remarqué dans certains cas l'homogénéisation des parois vasculaires et l'infiltration adipo-neutre de l'intime.

Après ces recherches l'auteur entreprit de déterminer la quantité de cholestérine dans le sérum des enfants malades de paludisme (20 cas) et dans chacun de ces cas il a découvert une hypercholestérimie qui sous l'influence du traitement est tombée à l'état normal. Se basant sur ses recherches et sur les données de la littérature médicale, l'auteur conclut que les altérations des vaisseaux, par lui découvertes, ont probablement, un lien avec l'hypercholestérimie, trouvée dans le sang des malades paludeen.

B. Otkhmézouri. Appendicite et còlite. (Clinique chirurgicale du professeur A. G. Matchavariani).

Se basant sur l'étude du matériel de la clinique chirurgicale du professeur Matchavariani l'auteur conclut, que les cas simultanés d'appendicite et de còlite sont fréquents.

Dans le courant de deux années de 340 malades atteints de l'appendicite dans la clinique chirurgicale, 96 ou 28 % étaient atteints de còlite. Parmi ces 96 malades 59 qui avaient été opérés (*appendectomie*) se trouvèrent sous la surveillance de l'auteur pendant la durée d'une année et demie. Conséquence postérieure de l'opération:

chez 27 malades les symptômes subjectifs et objectifs de la maladie ont complètement disparu.

Pas d'altération dans l'état de 23 malades.

L'état de 5 malades s'est un peu amélioré.

L'état de 3 malades a empiré.

Dans les appendicites primaires l'opération a donné des résultats satisfaisants.

Dans les appendicites secondaires accompagnés de còlite, l'appendectomie donne souvent des résultats peu satisfaisants.

K. Kourachvili. Exostoses multiplex cartilaginea.

(Clinique chirurgicale du professeur G. Moukhadzé).

L'auteur présente deux cas de l'exostose multiple du cartilage. Après avoir décrit en détail la clinique et présenté le tableau patologo-anatomique de ladite maladie, l'auteur s'arrête sur son étiologie et son hystogenèse. Se basant sur les données de la littérature médicale et de ses propres observations, l'auteur rapporte cette maladie aux anomalies constitutionnelles et héréditaires de la croissance et du développement de l'organisme qui ont pour base dysfonction des glandes de la sécrétion interne.

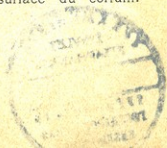
Prof. G. Gambarachvili. Sur les 3 cas rares.

L'auteur décrit: 1) un cas rare de tuberculose des glandes du sein, 2) un cas d'éléphantiasis vulvaire qui s'est développé dans le courant de 4 années et 3) un cas de fibrome vulvaire dont le poids arrive à 10 kilogrammes et qui atteignant la dimension d'une tête d'enfant pendait sur son pédicule au niveau des genoux.

G. Pkhaladzé. Un cas de „Sclérodémie Centrifuga“. Clinique Dermatologique du professeur Bourgsdorff.

Le cas décrit est intéressant au point de vue clinique. La maladie a commencé brusquement par la formation d'une plaque d'un contour irrégulier de couleur blanchâtre et dur au toucher. La plaque a l'apparence d'un cercle ovale allongé et consiste de deux parties—le centre et la périphérie. Le derme de la dernière est froncé, d'une couleur grisâtre brillante, se plie facilement et sèche au toucher, compacte, ayant l'apparence d'un ruban dépassant le derme.

Le derme perd son apparence compacte à la limite du bord central du ruban: elle devient plus pigmentaire que la partie périphérique, les fronces et les plis diminuent. La partie centrale se plie aussi facilement et se trouve un peu comprimée que le ruban périphérique; le bord extérieur du ruban est nettement limité. L'examen hystologo-pathologique confirme le diagnostic clinique: les principales altérations se manifestent sur la partie de surface du corium.





où se trouve des *morceaux* assez gros et grossiers de tissus conjonctifs, complètement homogénéisés et ayant perdu leur propriétés filamenteuses par endroit.

Dans les couches moyennes du derme se trouve des vaisseaux aux parois altérés.

M. Partzvanidzé. Une nouvelle espèce de tiques *Hyalomma aegyptium*.

Pendant le triage des tiques trouvés sur les bœufs de boucherie à l'abattoir de Tiflis, l'auteur a découvert deux mâles *Hyalomma aegyptium* qui n'avaient qu'une lamelle centrale unique (dessin) au lieu des deux lamelles anales habituelles. En vue de ceci, l'auteur classe les tiques indiqués en une nouvelle variation: *Hyalomma aegyptium* var. *nova* 1926, les séparant des anciennes: *Hyalomma aegyptium* et *Hyalomma aegyptium* *varies impressum*, Koch 1844.

G. Jordanichvili. L'Eucalyptus et l'importance de sa culture] en Géorgie.

Les Eucalyptus (famille des Myrtaceae) possèdent la propriété d'évaporer au moyen de leurs feuilles une grande quantité d'eau, séchant de la sorte les endroits humides et marécageux.

L'Eucalyptus est donc un arbre précieux pour les régions de la Géorgie, dans lesquels sévit le palludisme. Les emanations d'huile d'éther provenant également de ces arbres donnent de l'ozone à l'air et agissent de façon bienfaisante sur les maladies chroniques des organes respiratoires. Les Eucalyptus sont faciles à cultiver sur n'importe quel sol; nous en avons beaucoup dans la partie méridionale de la côte de la Mer Noire.

Le professeur Krasnoff a planté au Jardin Botanique de Batoum 53 espèces différentes d'Eucalyptus dans un but expérimental; les plus résistants à nos hivers ont été: *E. E. Viminalis*, *Coccifera*, *Marginata* et quelques autres; *E. Globulus* est moins résistant; l'hiver 1924—25, durant lequel le froid était de — 12° C. *E. E. Viminalis*, *Coccifera*, *Cinerea*, *Pulverulenta* ont bien supporté les rigueurs de l'hiver. *E. Globulus* ont péri en grande partie, mais plusieurs se sont couverts de poussés au printemps; à Ozourgueti à — 19° C le *Viminalis* a péri aussi, mais quelques uns cependant ont résisté. Ayant en vue l'assortiment progressif et l'acclimatation de certaines espèces on peut sans aucun risque les cultiver chez nous, leur culture en masse doit être considérée comme un des moyens de lutter avec le paludisme; leur culture doit être obligatoire de par la loi et chaque région devra en cultiver une certaine quantité, les paysans qui les plantes devant recevoir des Eucalyptus des pépinières de l'Etat.



ეროვნული
ბიბლიოთეკა



მეიმი ე. ნიჭავჭავაძე

კლინიკურ-დიაგნოსტიკური კაბინეტი

იღებს გამოსაკვლევად:

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

შარდს: ქამიურ-მიკროსკოპიული, ბაქტერიოსკოპიული და ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევანი.

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

ამზადებს ავტოგენურ ვაქცინას.

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

მისამართი: ლენინის (ძღვას) ქუჩა, გეგანთი უბან-
ვეში (ფელიქ-ავარიანისი სხლის პირდაპირ) № 3.



„სეკარის სიტხე“

ოკბანო-ბარაკვებიშლი ლაბორატორია

„გალენ-მოსკვა“

დამზადებული პროფესორ ბიუხნარის მიერ
სახქესო ჯირკვლების ახალი თესლისაგან, ნებადართულია ჯან-
სალკომის მიერ, № 8362

დარიგება წამლის მიღების შესახებ:

ყოველგვარი ნეკრასტენია

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

— ფასი 2 მან. და 50 კ. ფლაკონი —

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

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

Гл. скл. для СССР: Кооператива ГАЛЕН-Москва, Москва, ул.
Герцена № 5 отд. 30.

ПРОДОЛЖАЕТСЯ ПОДПИСКА НА
„КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ“
в 1926 г.

(XXII год издания)

Как и в 1925 г. „Журнал“ будет выходить ежемесячно, книжками в 112 стр. каждая, но, благодаря вновь избранным шрифтам, количество печатаемого материала в каждой книжке будет увеличено в $1\frac{1}{2}$ раза.

В „Журнале“ принимают участие профессора и преподаватели Казанского Университета, Казанского Института для усовершенствования врачей и др. высших школ медицинских С.С.С.Р.

Отв. Редактор проф. *В. С. Труздеб.*

ПОДПИСНАЯ ЦЕНА: на год—6 р., на $\frac{1}{2}$ года—3 р. 50 коп., с пересылкой и доставкой. Для годовых подписчиков допускается рассрочка в 2 (при подписке 3 руб. и к 1 июня 3 р.) и 3 (при подписке 2 р., к 1 апреля 2 р. и к 1 августа 2 р.) срока.

Стремясь возможно облегчить подписку на 1926 год, редакция обращает внимание гр. гр. подписчиков на **ГРУППОВУЮ ПОДПИСКУ** на следующих условиях: 1) групповой считается подписка на количество экземпляров не менее 3; 2) каждый участник группы вносит по 1 рублю в месяц в течение 6 месяцев со дня подписки уполномоченному группой лицу из ее участников; 3) уполномоченный группы пересылает редакции деньги и адреса подписчиков (деньги—ежемесячно) и ведет всю переписку с редакцией; 4) „Журнал“ будет высылаться каждому участнику группы отдельно (по желанию в адрес уполномоченного лица).

**Требования и деньги направлять по
адресу редакции**

Г. Казань, Акушерско-Гинекологическая Клиника Университета.
Проспекты высылаются по требованию бесплатно.

ქურნალის ფასი: 1925 წლის სრული კომპლექტი	10 მან.
ცალკე ნომერი	1 მანეთი
ორმაგი ნომერი	1 მანეთი 50 კპ.

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

ორიგინალური წერილების ავტორებს მიეცემათ მათი ნაშრომების
ცალკე ამონაბეჭდი.

წერილები უკვე სადმე დაბეჭდილი ქურნალში არ დაიბეჭდება. წე-
რილები უნდა იყოს დაწერილი ერთ გვერდზე ზედმიწევნით გარკვე-
ული ხელით ან მანქანაზე გადაბეჭდილი. რედაქცია იტოვებს უფლე-
ბას საჭიროების მიხედვით წერილები შეამოკლოს.

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

რედაქციის მდივანი—ექიმი **პ. ძავეთარაძე**—(ყორღანოვის
ქუჩა № 20), რომელსაც უნდა მიმართოს ყველამ, ვისაც სურს რე-
დაქციის და ქურნალის შესახებ რაიმე განმარტება ან ცნობა მიიღოს.

ქურნალის ნომერის ნომერი უკვე იბეჭდება.

ქურნალი „თანამედროვე მედიცინა“-ს წარმომადგენლები—მკურნალნი, სა-
ქართველოს ქალაქებში: ქუთაისში—დ. ჩიჩელაშვილი (ნინოშვილის ქ. № 41),
ბათუმში—პ. გიგინეიშვილი, ლანჩხუთში—ვ. ბარამაძე, სენაკში—ი. ჩხეტია, ხა-
შურში—გ. ციციშვილი, სოხუმში (აფხაზეთი)—ა. გრიგოლია, ზუგდიდში—ანთუ-
ლავა, რომელთაც ქურნალის საქმეების გამო უნდა მიმართონ პროვინციულ
ამხანაგებმა.