

1924

გამოცემის წელი პირველი

ეროვნული
ბიბლიოთეკა

მ. ა. ნიკოლაძე



თანამედროვე

მედიცინა

ყოველთვიური სამედიცინო სამეცნიერო ჟურნალი

№ 1-2

თბილისი - აგვისტო

1924

ცფილისის უნივერსიტეტის უმცროს მასწავლებლთა კოლეგიის გამოცემა

თ ბ ი ლ ი ს ი

თანამედროვე მედიცინა.

I. ორიგინალური წერილები.

1. პროფ. ბერიტაშვილი. კუნთის შეკუმშვა და მისი წარმოშობა.
2. ი. ასლანიშვილი. ენდემიური ჩიყვი საქართველოში.
3. შ. მიქელაძე. Sprue საქართველოში.
4. მ. არჯავანიძე. ორსულობის ამოსაცნობი Kamnitzer'ის და Joseph'ის რეაქცია.
5. ე. ზაქარაია. ხორხის ექსტირპაციის მასალებისათვის.
6. ა. ჯავრიშვილი. მჭამელა (Lupus vulgaris) და მისი სხვადასხვა ფორმები.
7. ნ. რუხაძე. Anopheles აბასთუმანში.

II. მიმოხილვები.

8. ა. წულუკიძე. გაახალგაზრდავების საკითხის თანამედროვე მდგომარეობა.

III. რეფერატები.

IV. ბიბლიოგრაფია.

V. ქრონიკა.

Thanamedrové medicina

(Médecine contemporaine).

1. Prof. J. Beritachvili. La contraction musculaire et son origine.
2. I. Astanichvili. Le goitre endémique en Géorgie.
3. Ch. Mikéladzé. Sprue en Géorgie.
4. M. Arđavanidzé. L'épreuve de Kamnitzer et Joseph dans le diagnostic de la grossesse.
5. E. Zakaraia. Au sujet de l'extirpation du larynx.
6. A. Djavrichvili. Le Lupus vulgaris dans ses différentes manifestations.
7. N. Roukhadzé. Les Anophelides à Abasthouman.
8. A. Tzouloukidzé. L'état actuel du problème de rejuvenissement.

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

F260
1924

I.

მუკრიბინალური წერილები.



პროფ. ი. ბერიტაშვილი.

კუნთის შეკუმშვა და მისი წარმოშობა.

თვითვეულ კუნთის უჯრედი შეიცავს პროტოპლაზმურ ნივთიერებას—სარკობლაზმას და უწვრილეს ფიბრილებს-მიოფიბრილებს, რომელნიც განეწყობიან კუნთის უჯრედის გასწვრივ სწორი ხაზებით. იმ თავიდანვე, როდესაც შეკუმშვის ექსპერიმენტული შესწავლა დაიწყო, შეკუმშვის ფუნქციას მიაწვოდნენ მიოფიბრილებს. ენ გელმანი იყო პირველი, რომელმაც მოგვცა კუნთის შეკუმშვის დასაბუთებული თეორია (1880)¹. თანახმად ბრიუკეს გამოკვლევისა (1858) გარდი-გარდმო ზოლიანი კუნთის მიოფიბრილები შეიცავენ ორნაირ ნივთიერებას; ერთი მათგანი გაატარებს სინათლის სხივს ორი მიმართულებით—ორჯერ გადამტეხი ეგრ. წოდ. ანიზოტროპიული ნივთიერება; მეორე კიდე მხოლოდ ერთი მიმართულებით—იზოტროპიული²). ორივე ეს ნივთიერება განეწყობა დისკოების სახით. თვითვეულ ანიზოტროპიული დისკოს თანსდევს ორივე მხრიდან იზოტროპიული დისკო და ეს სამი დისკო ერთად ფიბრილის ერთს სეგმენტს წარმოადგენს, რომლის სიგრძე რამდენიმე მიკრონს უდრის. სადა კუნთში მიოფიბრილებს არა აქვთ სრულებით ერთხელ გამტეხი ნივთიერება. მისი მიოფიბრილების ნივთიერება მთლიანად მთელ სიგრძეზე ორჯერ გადამტეხია. ენ გელმანმა მიკროსკოპით შეისწავლა მიოფიბრილების ცვალებადობა შეკუმშვის დროს, რომელიც სპირტში გამაგრებისა გამო იწვევოდა. იგი ზომავდა ანიზოტროპიულ და იზოტროპიულ ნივთიერების სიმაღლეს შეკუმშულსა და შეუკუმშულ ალაგას და ამ საშუალებით შეამჩნია რომ, შეკუმშულ ალაგას, როგორც იზოტროპიული, ისე ანიზოტროპიული ნივთიერების სიმაღლე უფრო ნაკლებია, ხოლო სისქე უფრო მეტია, ვიდრე შეუკუმშულ ალაგას. ამასთან იზოტროპიული ნივთიერების სიმაღლე შედარებით შეუკუმშულ მდგომარეობასთან გაცილებით უფრო ნაკლებია, ვიდრე ანიზოტროპიულისა. ამავე დროს შემჩნეული იყო ენ გელმანის მიერ, რომ სეგმენტის საერთო მოცულობა არ იცვლება, ვინაიდან რამდენათაც ანიზოტროპიული დისკოს მოცულობა მატულობს, იმდენად იზოტროპიულის კლებუ-

1) Th. Engelmann. Pflüger's Archiv. Bd. 23. 1880.
 2) E. Brücke. Denksch. d. W. Akad. d. Wiss. Bd. 15. 1858.

1924

ლობს. აქედან ენგელმანმა დაასკვნა რომ შეკუმშვის პროცესი გამოიხატება იზოტროპიულ ნივთიერებიდან წყლის ანიზოტროპიულ დისკოში გადასვლით, ხოლო იმ საკითხს, თუ რა იწვევს ამ გადასაცვლებას, ენგელმანმა უპასუხა შემდეგ ნაირათ:—ცნობილია, რომ კუნთის შეკუმშვის დროს ვითარდება სითბო. ენგელმანმა ისარგებლა ამ ფაქტით და დაასკვნა, რომ ანიზოტროპიული ნივთიერება სითბოს გავლენით იძენს გასივების უნარს, მსგავსად სხვადასხვა ორჯერ გადამტეხ ბოჭკოებისა (მყესის ძაფები, ხრტილი, თმა, ფიბრინი). ამის გამო იგი იტაცებს წყალს იზოტროპიულ ნივთიერებიდან და სივდებაო. ენგელმანს ჰქონდა დაკვირვება იმის შესახებ, რომ ორჯერ გამტეხელი ნივთიერების გასივებას იწვევს აგრეთვე სიმჟავეთა გავლენა. მან იცოდა აგრეთვე ისიც, რომ შეკუმშვის დროს კუნთში მჟავები წარმოიშობა. მაგრამ სხვადასხვა მოსაზრებით გასივების მიზეზად მან წამოაყენა სითბო და არა მჟავანი.

ენგელმანის თეორია ერთ დროს ძალიან გავრცელებული იყო; ექვსი შეჰქონდათ მეტ წილად მხოლოდ გასივების მიზეზის მიმართ.

დღეს შეკუმშვის მიზეზათ მიჩნეულია ის მჟავანი, რომელნიც შეკუმშვის დროს წარმოიშვებიან: რძის მჟავა და ფოსფორ მჟავა (Meyerhof¹) Embden²). როგორც ერთის, ისე მეორის რაოდენობა მატულობს შეკუმშვის დროს. ხოლო როლი, რომელსაც ისინი თამაშობენ, ერთნაირი არაა. რძის მჟავას მიაწერენ თვით შემკუმშველ ნივთიერებაზე მოქმედებას; ფოსფორის მჟავა კი მონაწილეობს ამ რძის მჟავის წარმოშობაში ნახშირ—წყლებიდან.

მჟავების მოქმედება შემკუმშველ ნივთიერებაზე დადასტურებულია მრავალი ცდებით. კოპილოვმა³) ბეთეს ლაბორატორიიდან, შემდეგ შვენკერმა⁴) გამოსცადეს მრავალნაირი ქიმიური აგენტების მოქმედება ცოცხალ ჩონჩხის კუნთებზე. აღმოჩნდა, რომ დიფუზიის საშუალებით კუნთში შესული მჟავები იწვევენ კუნთის შეკუმშვას. ასე მოქმედებს არა მარტო ის მჟავები, რომელნიც კუნთში მოიპოვება როგორც რძის მჟავა, ფოსფორმჟავა და ნახშირმჟავა, არამედ აგრეთვე სხვადასხვა ორგანიული და მინერალური მჟავებიც, როგორც მაგ., ვალერიანის, მარილისა და გოგირდის მჟავანი. ასევე მოქმედებენ ტუტეებიც, შემდეგ სპირტები, და საერთოთ ყველა ის ნივთიერებანი, რომელნიც თავისუფალ წყალბადის იონს იძლევიან წყალში გახსნისას. ამნაირად, რძის მჟავის მიერ გამოწვევა სპეციფიკურ რამეს არ წარმოადგენს. მხოლოდ ნორმული შეკუმშვა მის გავლენას მიაწერეს და არა სხვა რომელიმე ნივთიერებას⁵).

1) Meyerhof, O. Ergebnisse d. Physiologie. Bd. 22. 1913.

2) Embden G. Zeitschr. f. physiolog. Chemie. Bd. 93, 1914.; Bd. 113, 1921; Bd. 118, 1922; Biochem. Zeitschr. Bd. 127, 1922.

3) Kopyloff G. Pflüg. Archiv. Bd. 153, 1913.

4) Schvenker G. Pflüger's Arch. Bd. 157, 1914.

5) ფიზიოლოგიური ჟურნალის სულ უკანასკნელმა ნომერმა მოიტანა ახალი წარმოდგენა შეკუმშვაში მჟავების მნიშვნელობის შესახებ. სახელდობრ, ცნობილ ბეთეს აღმოჩენიან ხურამ კუნთის გაჭიმულობა (Spannung) იმ შეკუმშვის დროს, რომელსაც მჟავა იწვევს, თითქმის ორჯერ ნაკლებია, ვიდრე ტეტანუსის დროს, რომელსაც ფარადიული გაღიზიანება იძლევა. აქედან და მრავალი სხვა დაკვირვებიდან იგი დასკვნის, რომ ტეტანური შეკუმშვა არ შეიძლება ჩაითვალოს მჟავების ზეგავლენის შედეგათ. ასეთ შედეგათ შეიძლება ჩაითვალოს მხოლოდ

არის კიდევ ერთი მხარე ენგელმანის თეორიისა, რომელიც საბოლოოდ არ გამართლდა. ენგელმანი შეკუმშვის მიკროსკოპიულ სურათს შეისწავლიდა სპირტში დამუშავებულ უკვე მკვდარ კუნთზე, რომელიც ერთ-ერთ მწერს ეკუთვნოდა—Hydrophilus. ამ ბოლო დროს ჰიურტლემ (1909) გაიმეორა ენგელმანის ცდები იმავე ცხოველზე. ხოლო იგი შეისწავლიდა მიოფიბრილების ცვალებადობას ცოცხალ შეკუმშულ კუნთზე. მან ნათლად გვაჩვენა, რომ შეკუმშვის დროს არსებითად მოკლდება მხოლოდ ანიზოტროპიული ნივთიერება: იგი კლებულობს ერთი ორად. იზოტროპიულის სიმაღლე კი ან უცვლელი რჩება ან და, პირიქით, მატულობს. ამასთან შეკუმშვისას ანიზოტროპიული ნივთიერების მოცულობა თითქმის უცვლელი რჩება¹⁾. ამნაირად, შეკუმშვა ამ გამოკვლევის თანახმად არ უნდა წარმოადგენდეს წყლის უბრალო გადანაცვლების შედეგს იზოტროპიულ ნივთიერებიდან ანიზოტროპიულში.

საგულისხმოა, რომ მიოფიბრილებში ორჯერ და ერთხელ გადაიტეხი დისკოების ცვალებადობა შეკუმშვის დროს აქამდე დადასტურებულია მხოლოდ მწერთა კუნთებზე. ხერხემლიან ცხოველთა კუნთებზე პირიქით ასეთ ცვალებადობას ვერ აჩვენებენ. ჩვენ დროს ჰისტოლოგიური ტენიკის საშუალებითაც კი შტიუბელმა (1920)²⁾ ვერ აღმოაჩინა ხერხემლიან ცხოველების ჩონჩხის კუნთზე (ბაყაყის m. Sartorius და Pectoralis) რამე დამახასიათებელი ცვლილება შეკუმშვის დროს. ეს ავტორი შეკუმშვას იწვევდა ცოცხალ ნორმულ კუნთში ან მკვავას მოქმედებით ან და ინდუქციის კვებით. ანიზოტროპიული და იზოტროპიული ნივთიერების სიმაღლე თითქმის ისეთივე გამოდიოდა შეკუმშვის დროს, როგორც შეუკუმშველზე.

შტიუბელის და ჰიურტლეს გამოკვლევა გვეუბნება, რომ კუნთის შემოკლება ისეთი მარტივი სქემით არ უნდა სწარმოებდეს, როგორც ეს ენგელმანის დროს ეგონათ. ამასთან ეს გამოკვლევანი მიგვიჩვენებენ მასზე, რომ ვინაიდან იზოტროპიულ ნივთიერებას არ ჰქონია არსებითი მნიშვნელობა გარდი-გარდმო ზოლიანი კუნთის შეკუმშვაში, ამიტომ მექანიზმი გარდი-გარდმო ზოლიანი კუნთის შეკუმშვისა არსებითად არ უნდა ირჩევოდეს სადა კუნთის შეკუმშვის მექანიზმიდან. ჰიურტლეს გამოკვლევა ძლიერ უდგება ბერშტეინის³⁾ შეკუმშვის თეორიას. ამ თეორიის თანახმად შეკუმშვას იწვევს ანიზოტროპიული ნივთიერების და სარკობლანზის შორის არსებული ზედაპირული წნევის შეცვლა. მკვავების გამო ეს წნევა მატულობს და ამიტომ სიმაღლე ანიზოტროპიული დისკოსი უნდა შემცირდეს. ამას მოჰყვება დისკოს გაგანიერება მოცულობის შეუცვლელად, როგორც ამას ჰიურტლეს ჰისტოლოგიური დაკვირვება იძლევა.

კონტრაქტურული შეკუმშვა, რომელიც მძლავრი გალიზიანების შემდეგ არის და რომლის დროსაც გაჭიმულება მართლაც სწორეთ ისეთია, როგორც პირდაპირ მკვავების მიერ გამოწვეულ შეკუმშვაში არის ხლმე. თვით ტეტანუსი სხვა უცნობი დაშლის პროდუქტის ზეგავლენით უნდა იწვევოდეს (Bethe, A. Pflügers Archiv. Bd. 199. 1923).

1) K. Hürthle, Pflügers Archiv. Bd. 126, 1909.

2) H. Stubel, Pflügers Arch. Bd. 180 1920.

3) I. Bernstein, Pflügers Arch. Bd. 92, 1902.

ესლა ვიკითხოთ თუ საიდან წარმოიშობა რძის მჟავა და რა იწვევს მისი მოქმედების ვაბათილებას. ინგლისელი მეცნიერის ჰილლის¹⁾ მრავალი გამოკვლევის წყალობით ეს საკითხი შემდეგნაირად გადასწყდა: რძის მჟავა არ წარმოიშვება ყურძნის შაქრიდან, ე. ი. გლიუკოზიდან, რომელიც პირდაპირ სისხლში და საზოგადოდ ქსოვილთა სითხეებში მოიპოვება, ასეთი დასკვნა იყო გაკეთებული იმ ფაქტიდან, რომ კუნთი შეკუმშვისას უფრო მეტ სითბოს იძლევა, ვიდრე ეს მოხდებოდა იმ შემთხვევაში, თუ რომ რძის მჟავა ყურძნის შაქრიდან წარმოიშვებოდა. ამიტომ დასკვნილი იყო რომ რძის მჟავა უნდა იწვევდეს უფრო რთულ, მეტი ენერჯის მქონე, ნივთიერების დაშლას. ეს რთული ნივთიერება ლაქტაციდოგენის სახელით ჯერ ჰიპოტეტიურად იყო დასახელებული გერმანელ მეცნიერის ემბდენის მიერ. მერე მანვე აღმოაჩინა იგი სხვადასხვა პირობებში ჰექსოზოდიფოსფორის მჟავას სახით²⁾.

მაგრამ თვით ეს ჰექსოზოდიფოსფორის მჟავა გარდამავალ პროდუქტს წარმოადგენს. იგი თვით წარმოიშვება გლიკოგენიდან ფოსფორის მჟავას გავლენით. ამ საკითხის გამოკვლევა გერმანელსავე მეცნიერს მეიერჰოფს³⁾ ეკუთვნის. იყო დადასტურებული მრავალ-ნაირი ცდების საშუალებით, რომ რძის მჟავა წარმოიშვება გლიკოგენიდან ანაერობული გზით ე. ი. უჟანგბადოთ. მეიერჰოფი დასკვნის, რომ გლიკოგენი ფოსფორის მჟავას გავლენით ჯერ იძლევა ჰექსოზო-ფოსფორის მჟავას და მერე აქედან წარმოიშვება ერთი მხრივ რძის მჟავა და მეორე მხრივ თავისუფალი ფოსფორის მჟავა. ამ პროცესს შედეგათ მოსდევს სწორეთ იმდენი რძის მჟავას წარმოშობა, რამდენიც ამ დროს დახარჯული გლიკოგენის რაოდენობას შეუფარდდება. ჟანგბადის მოხმარება იწყება შეკუმშვის შემდეგ, როდესაც რძის მჟავას გაქრობის ფაზა იწყება. მხოლოდ აქაც მთელი მჟავას გაქრობა გაჟანგების პროცესის გზით არ სწარმოებს. იწვევა ნახშირმჟავამდე მხოლოდ ერთი მესამედი. დანარჩენი ნაწილი რძის მჟავასი უკანვე სინთეტიური გზით გლიკოგენს იძლევა. და ეს აღორძინება აგრეთვე უჟანგბადოთ სწარმოებს და მასთან აგრეთვე ფოსფორის მჟავას მონაწილეობით. საინტერესოა, რომ ეს პროცესი გლიკოგენის დაშლისა და მის აღორძინებისა სწარმოებს აგრეთვე კუნთის მოსვენების დროს მხოლოდ უფრო ნაკლები ინტენსივობით. ცხადია თუ შეკუმშვის პროცესის დაწყებას მივაწერთ რძის მჟავას წყალბადის იონის მოქმედებას შემკუმშველ ნივთიერებაზე, მაშინ შეკუმშვის მოსპობა უნდა დამოკიდებული იყოს რძის მჟავას მოსპობაზე. მაგრამ მეიერჰოფის და ჰილლის გამოკვლევებიდან სჩანს, რომ რძის მჟავა ისპობა შეკუმშვის შემდეგ რამდენიმე წამის (მინუტის) განმავლობაში. მაშასადამე, გამოდის, რომ შეკუმშვის მოსპობა არ გულისხმობს რძის მჟავას მოსპობას. ცხადია მისი შემკუმშველი მოქმედება უნდა ისპობოდეს შეკუმშვის დროსვე. ამიტომ შეიძლება ვიფიქროთ, უფრო ადრე, ვიდრე რძის მჟავა მოი-

1) A. Hill, The Journ. of Physiol. Vol. 42, 1911; ib. Vol. 44, 1912; Vol. 46, 1913; Ergebnisse d. Physiologie. Bd. 62. 1923.

2) ციტატა იხ. ზემოთ.

3) O. Meyerhof, Pflüger's Arch. Bd. 182. 1920, ib. Bd. 191, 1921; ib. Bb. 195, 1922.

სპობა მისი დაწვის და აღდგენის საშუალებით, იგი უნდა ჰკარგავდეს შემკუმშველ უნარს. ეს შეიძლება მოხდეს, თუ რომ იგი ნეიტრალდება იმ ტუტების საშუალებით, რომელსაც სისხლი შეიცავს კარბონატების (Na_2CO_3) და დიფოსფატების (Na_2HPO_4) სახით. ამ მარილებში ნატრიუმის იონები ძლიერ სუსტად არიან შეკავშირებულნი. რძის მყავას წარმოშობისას შეიძლება ნატრიუმის იონები მათ მოშორდნენ და შეუერთდნენ რძის მყავას, ამ განეიტრალებას მოჰყვება შეკუმშვის პროცესის განელება, რაც იმდენად უფრო ძლიერ იწარმოებს, რაც უფრო რძის მყავას მეტი რაოდენობა განეიტრალდება. ასეთია სხვათა შორის ფრეის¹⁾ და ვაკერის²⁾ აზრი³⁾.

ეხლა ვიკითხოთ თუ რა გზით იწვევს შეკუმშვას კუნთის პირდაპირი გალიზიანება ან მისი მამოძრავებელი ნერვის გალიზიანება. სარკოპლაზმის იმ ნაწილს, რომელიც ნერვულ აგზნებას ან და პირდაპირ გალიზიანებას ღებულობს ლენგლიმ უწოდა მიმღებელი ნივთიერება (receptive substansse). ეს ნივთიერება ერთნაირი არ არის კუნთის უჯრედის ყველა ნაწილებში. იმ ალაგას სადაც მამოძრავებელი ნერვი თავდება, მიმღებელი ნივთიერება უფრო მეტი აგზნებულებისაა, ვიდრე სხვაგან, ე. ი. ამ ალაგიდან კუნთის შეკუმშვის გამოსაწვევად უფრო ნაკლები გამალიზიანებელი ძალაა საჭირო, ვიდრე უჯრედის სხვა ნაწილებიდან. ეს მოვლენა ზედმიწევნით შევისწავლეთ ჩვენს ლაბორატორიაში⁴⁾. მეტი აგზნებულების თვისება ნერვის დაბოლოვების მახლობლად არაა დამოკიდებული თვით ნერვის დაბოლოვებაზე. გინდაც რომ ნერვის და მისი დაბოლოვების მოქმედება კუნთზედ სრულიათ შეწყვეტილი იყოს, (აბსოლუტური დალაგა ნერვის საშვალებით, მაგნიუმით მოწანვლა) კუნთის მიმღებელ ნივთიერებას მეტი აგზნებულება აქვს ნერვის დაბოლოვების მახლობლად და დანარჩენ ალაგებში მით უფრო ნაკლები, რაც უფრო იგი დაშორებულია ნერვიან ალაგს.

სარკოპლაზმა თავისთავად არ უნდა წარმოადგენდეს მთლიანად ამგზნებელ ნივთიერებას. ლენგლის აზრით იგი არის მხოლოდ ერთი მისი შემადგენელი ნაწილი⁵⁾. ეს აზრი კარგად ეგუება ბუკეს ჰისტოლოგიურ დაკვირვებას⁶⁾. ამ მეცნიერის გამოკვლევებიდან ნათლად სჩანს, რომ ნერვის დაბოლოვება კუნთში უერთდება სარკოპლაზმის დამახასიათებელ ნაწილს, სახელდობრ, ნერვის დაბოლოვების ნეიროფიბრილების ბადე პირდაპირ გადადის სარკოპლაზმის იმგვარივე ბადეში. ეს სარკოპლაზმატიური ბადე (პერითერმინალური ბუკეს სახელწოდებით), შემდეგ უკავშირდება ანიზოტროპიულ ნივთიერებას. იგი შედის შიგ ამ ნივთიერებაში. აღნიშნული ბადე მეტად განვითარებულია ნერვის დაბოლოვებასთან. რაც ბადე დაშორდება ნერვის დაბოლოვებას, მით უფრო ნაკლებად

1) E. Frey, Pflüg. Archiv. Bd. 184, 1920.

2) L. Wacker, Pflüger's Arch. Bd. 165, 1916.

3) თუ ბეთეს აზრს გავიზიარებთ, რომ ტეტანური შეკუმშვა არაა პირდაპირ დამოკიდებული რძისა და ფოსფორის მყავაზე, მაშინ რასაკვირველია, როგორც შეკუმშვის დაწყების ისე მოსაბობის მიზეზი სულ სხვა რამ გარემოება უნდა იყოს.

4) ი. ბერიტაშვილი და ექ. დ. იაშვილი. „ჩვენი მეცნიერება“ № 2—3. 1923.

5) I. N. Langley. Proceed. of Royal Society. B. Vol. 78, 1906.

6) I. Boeke. Ergebnisse d. Physiologie, Bd. XIX 1921; Brain. 1921.

მოსჩანს. ბუკეს აზრით ეს პერიტერმინალური ბადე სარკოპლაზმის ამგზნებელ ნივთიერებას უნდა წარმოადგენდეს. იგი უნდა იყოს, მაშასადამე, ის სუბსტრატი, რომელიც აგზნებას ღებულობს ნერვიდან და შემდეგ კუნთში გაატარებს. ეს აზრი ძალიან კარგად ეგუება ზემო მოყვანილ ფიზიოლოგიურ დაკვირვებას კუნთის აგზნების შესახებ. იქ, სადაც უფრო მეტადაა განვითარებული პერიტერმინალური ბადე, აგზნებულებაც ყველაზე უფრო მეტია. ეს შეგუება უფრო ნათლად გამოჩნდება რომ მივიღოთ მხედველობაში შემდეგი გარემოებაც. საერთოდ აგზნებულების ხარისხი პირდაპირ დამოკიდებულია ამგზნებელი ნივთიერების რაოდენობაზე. მუდამ, როდესაც ამგზნებელი ნივთიერება დიდის რაოდენობით არსებობს, რაც აგზნების ინტენსივობაში გამოიხატება, აგზნებულობაც მეტია. ამგზნებელი ნივთიერების მომატება, მაშასადამე, მუდამ გამოიხატება, აგრეთვე აგზნებულების მომატებით და პირიქით¹⁾. აქედან ნათელი უნდა იყოს თუ რა კარგად უდგება აღნიშნული ჰისტოლოგიური დაკვირვება პერიტერმინალური ბადის შესახებ ფიზიოლოგიურს აგზნებულების სხვა და სხვაობის შესახებ. სადაც აგზნებულება მეტია, იქ ამგზნებელი ნივთიერებაც მეტი უნდა იყოს. სადაც აგზნებულება მეტია, იქ პერიტერმინალური ბადეც მეტია. მაშასადამე, შეიძლება ითქვას, რომ პერიტერმინალური ბადე ამგზნებელ ნივთიერებას წარმოადგენს.

ამნაირად, როგორც ნერვის საშუალებით, ისე პირდაპირ ვალიზიანებისას იგზნება პერიტერმინალური ბადე და იგი გადასცემს აგზნებას როგორც ერთ ადგილიდან მეორეზე უჯრედის გასწვრივ, ისე გარდიგარდმო ანიზოტროპიულ ნივთიერებისკენ. ამ აგზნებას მოსდევს შეკუმშვა. ცხადია, ეს უნდა ხდებოდეს აგზნების პროცესის წყალობით, ჩვენთვის უცნობი გზით. აგზნება ისეთ გავლენას ახდენს სარკოპლაზმის ნახშირწყლებზე, რომ უკანასკნელი ჰიდროლიტიურად (დაუწყველად) იშლება რძის მჟავამდე, ანუ უფრო მართებულად იმ პროდუქტებამდე, რომელზედაც დამოკიდებულია შეკუმშვის პროცესი.

უკანასკნელ საკითხს შეადგენს ის თუ რას წარმოადგენენ თვითონ მიოფიბრილები. რომ ისინი ამგზნებელ ნივთიერებას არ ეკუთვნიან, ეს შეიძლება ასე თუ ისე დასკვნილი იყოს ზემოდ მოყვანილი ცნობებიდან. მაგრამ არსებობს მთელი რიგი ნიშნებისა, რომლის მიხედვით შემკუშველი ნივთიერება პირდაპირ მკვდარ ორგანიზულ პროდუქტად უნდა ჩაითვალოს. ასეთი დასკვნა ჩემ მიერ იყო გაკეთებული უკვე ამ ოთხი, ხუთი წლის წინეთ²⁾, მაგრამ დღეს პირდაპირი ექსპერიმენტების საშუალებით შეიძლება დადასტურდეს, რომ შეკუმშველი ნივთიერება მართლაც მკვდარი პროდუქტია. კუნთი გამხმარი და მთელი წლობით ასე შენახული არა ჰკარგავს შეკუმშვის უნარს. სხვადასხვა მეთოდები მათზე მოქმედობენ და შეკუმშვას იწვევენ (ჰიურტლე³⁾, შტრაუბე⁴⁾). გარდა ამისა იყო დამტკიცებული, რომ კუნთი მოკლებული აგზნებულებას საბოლოოდ ნარკოტიული

1) I. Beritoff, Ergebnisse d. Physiologie Bd. 23, 1924.

2) ი. ბერიტაშვილი, ფიზიოლოგიის სახელმძღვანელო ტ. I. გვ. 48; J. Beritoff, Pflüger's Archiv. Bd. 198. 1923.

3) Hürthle, ib. ზემოთ.

4) W. Straube, Pflügers Arch. Bd. 194. 1922.



ნივთიერებათა გავლენით, (როგორც ურეთანი, ქლოროფორმი), არ ჰკარგავს შეკუმშვის უნარს. სხვადასხვა ქიმიური აგენტები კარგად იწვევენ ასეთი კუნთის შეკუმშვას. ბეთეს ლაბორატორიაში ეს აუო ნაცადი როგორც ჩონჩხის¹⁾, ისე სადა კუნთზე²⁾. ამნაირად, სრულიად მტკიცდება ის აზრი რომ შეკუმშველი ნივთიერება ცოცხალს არ წარმოადგენს, რომ შეკუმშვა ცოცხალი ნივთიერების ფუნქციას არ შეადგენს, წინააღმდეგ შემთხვევაში გახმობისა და ნარკოზის გავლენით კუნთს უნდა მოსპობოდა შეკუმშვის უნარი.

ცხადია აქედან, რომ შემკუმშველი ნივთიერება—მიოფიბრილები, როგორც საერთოთ ყველა ორგანიზმში არსებული ბოჭკოები: ნეკისა, ძვლისა, შემეართებელი ქსოვილისა და სხვა, რომელთაც საზოგადოთ რამე მექანიკური დანიშნულება აქვთ, წარმოადგენენ პროტოპლაზმის მკვდარ პროდუქტს. შემკუმშველი ნივთიერება მაშასადამე, თავისებურ მკვდარ ქემოდინამიკურ მამოძრავებელ მანქანას წარმოადგენს.

და რადგან მამოძრავებელი ორგანოები ერთნაირ მოთხოვნილებებს არ უყენებენ კუნთების მამოძრავებელ მანქანებს, ამიტომაც შეიძლება ვიფიქროთ, რომ სხვადასხვა კუნთის მამოძრავებელი მანქანა სხვადასხვა ძალისაა. ამ საკითხის გამორკვევა წილად ხედა ჩვენს ფიზიოლოგიურ ლაბორატორიას³⁾.

1) A. Bethé, M. Fracnkel u. S. Wlmers. Pflüger's Bd. 194. 1922.
2) Masataka Ohno. Pflüger's Arh. Bd. 197. 1922.

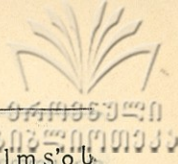
3) წერილები ამ გამოკვლევათა შესახებ, რომელიც ექ. დ. იაშვილის მიერ იქმნა მოხსენებული სახელ. უნივერსიტეტის უმცროს მასწავლებელთა კოლეგიუმის კრებაზე 1923 წ. 28/XII და ა. წ. 11/VI, დაბეჭდილი იქნება „ტფილ. უნივერსიტეტის მოაზრის“ მორიგ ნომერში.

და ყოფილა შემთხვევები, რომ იმ ადგილებში სადაც ძლიერ მძვინვარებდა ჩიყვი და მისი თანამგზავრი კრეტინიზმი, ეს სნეულებანი შესუსტებულა და შესუსტებულა შესამჩნევად, როდესაც იმ ადგილას სასმელი წყალი სრულიად სხვა მიდამოებიდან გამოუყვანიათ. ჩიყვი ცნობილია უძველეს დროიდან და ბერძენთ მკურნალნი ჩიყვს კარგად არჩევდენ ლიმფურ ჯირკვლების სიმსივნეთაგან და უკვე იმ ხანებში ცნობილი მკურნალნი, როგორც არიან ჰიპოკრატე, ჰალენი სწორედ სასმელ წყალს დიდ მნიშვნელობას აწერდენ და ჩიყვის გამომწვევ მიზეზად, ჩიყვის წარმოშობად სასმელ წყალს სთვლიდნენ. ამ რიგად „ჩიყვის გამომწვევ მატარებლად, როგორც ეს ჰიპოკრატის დროიდანაა ცნობილი, არის სასმელი წყალი. «ჩიყვის წყაროები» ცნობილი იყო ჯერ კიდევ პლინის დროიდან და ეს განსაკუთრებით ხელახლავ დამტკიცებული იყო Kocher-ის მიერ“²⁾ (de Quervain). ზოგიერთი მეცნიერნი ფიქრობენ რომ ჩიყვის გამომწვევი მიკროორგანიზმი ნიადაგიდან წყალში გადადის და ამგვარად ხედება ადამიანის ორგანიზმში და იწვევს ჩიყვის წარმოშობას.

წყაროების სასმელ წყალში, რომელსაც ამრიგად კავშირი აქვს ნიადაგთან, ცხადია იმალება ჩიყვის გამომწვევი მიზეზები. Virchow-ი, თავის გამოკვლევების დროს, რომელსაც იგი აწმრმოებდა ქვემო ფრანკონიაში კრეტინიზმის შესასწავლად, იმ დასკვნამდე მივიდა, რომ ჩიყვის გამომწვევი მიზეზი უნდა იყოს სასმელ წყლის თვისებები, რომელსაც უეჭველი კავშირი და დამოკიდებულობა აქვს ნიადაგის გეოლოგიურ აგებულობასთან, საიდანაც ის გამომდინარეობს. მრავალი მეცნიერი ჩიყვის გამომწვევ მიზეზებს ეძებს ყინვარებიდან და თოვლყინულა ველებიდან გამომდინარე ჟანგმად მდიდარ წყალში. ამასვე ადასტურებს პროფესორი ა. მაჭავარიანი, რომელიც თავის გამოკვლევათა მიხედვით სვანეთში არსებულ ჩიყვის ენდემიას უმთავრესად ზემო სვანეთში აწერს კავკასიონის ქედის ყინვარებიდან გამომდინარე მდინარე ენგურს, რომელსაც სასმელად ხმარობენ მის მიდამოებში მდებარე სოფლების მცხოვრებლები. მისი აზრით სწორედ ამ წყლის თვისებები უნდა იყოს ჩიყვის გამოწვევის მიზეზი. მაგალითად გადასახლებულნი მდინარის მიდამოებიდან მის მოშორებით, სადაც წყაროებია, განთავისუფლებულან ჩიყვით დაავადებისაგან.

სხვა ავტორები ეძებენ ჩიყვის გამომწვევ მიზეზებს ისეთ სასმელ წყალში, რომელშიც აღინიშნებიან კირისა და ალთეთრილას (მაგნიუმის) მარილები. მაგრამ ასეთ აზრის საწინააღმდეგოდ ღალადებს ის დებულება, რომ ზოგიერთ ჩიყვოვან ადგილებში სასმელ წყალში სრულიადაც არ არსებობს ზემოაღნიშნული მარილები. ამ რიგად ჩიყვის გამომწვევი მიზეზები მრავალ მეცნიერთა გამოკვლევების მიხედვით უნდა ვეძიოთ როგორც ნიადაგში, საიდანაც გამომდინარე წყაროები იწვევს ჩიყვის ენდემიის განვითარება-გავრცელებას და აგრეთვე იმ მდინარეებში, რომელთა სათავეები ყინვარებში იმყოფება.

დაკვირვებანი იმ ადგილებში, სადაც ჩიყვის ენდემია სუფევს, შემდეგ სურათს იძლევა: „ის პირნი, რომელნიც საერთო წყაროდან წყალს არ ხმარობდენ, ჩიყვით დასნეულებებისაგან უზრუნველყოფილნი იყვნენ. ცდებმა, როდესაც «ჩიყვის წყალს» პირუტყვებს ასმევდნენ, ზოგიერთ მკვლევარებს დადებითი შედეგები მისცეს“³⁾. რომ ჩიყვის გამომწვევი უეჭველად რაიმე მიკრობია, ამას ნათლად ამ-



ტკიცებს ის „კლინიკური ექსპერიმენტალურად დადასტურებული Wilms'ის და Bircher'ის მიერ ფაქტი, რომ ჩიყვის გამომწვევი თვისება იკარგება წყალის გადაღუღებისას და აგრეთვე უბრალო გათბობისას 70° (de Quervain). მაგრამ მრავალ მეცნიერთა ცდა მიმართული ამ მიკრობის აღმოსაჩენად ჯერჯერობით სრულიად უნაყოფოდ ჩატარდა.

რაც შეეხება ჩიყვის დამოკიდებულებას ჰაერთან აუცილებლად მხედველობაში უნდა მივიღოთ ის დებულება, რომ ჩიყვი საერთოდ და უმთავრესად გავრცელებულია ვიწრო დაბალ ხეობებში, სადაც ხშირი სტუმარია ნისლი და იშვიათი მზე. ასეთ ადგილებში თვით ჰაერსაც ნაკლები გასაქანი აქვს და იგი შეზღუდულია კლდოვან ახოვან მთების კედლებს შორის. ამიტომ როგორც სჩანს იგი ამზადებს და ქმნის ნიადაგს ჩიყვის გამოსაწვევად. ჩიყვი წარმოადგენს ისეთ სნეულებას, რომელიც უკვე ცნობილ ადგილებშია უმთავრესად გავრცელებული და ამდაგვარ ითვლება ენდემიურ სნეულებათ, მაგრამ თუ კი ის სხვა პათოლოგ-ანატომიურ სახეებით ყველგან ხვდება, ყველა ქვეყნებში, მაშინ ის როგორც სპორადიული ჩიყვი აღინიშნება. მხოლოდ ცნობილია აგრეთვე ეპიდემიური ჩიყვი, როდესაც იგი ჩნდება ისეთ მიდამოებში, სადაც წინად არ ყოფილა საესებით, აგრეთვე როდესაც ერთბაშად დამართვია ყველა იმ პირებს, რომელნიც გადასახლებულან ჩიყვოვან ადგილებში, გაჩენილა მაგალითად ყაზარმებში ჯარში, ციხეებში, სადაც 1/2 ან 2/3 შიგ მყოფთა შედარებით მცირე დროში დაავადებულან ჩიყვით. მაგრამ საერთოდ ეს იშვიათი მოვლენაა.

ზემოხსენებულის მიხედვით მაშასადამე განირჩევა ენდემიური, სპორადიული და ეპიდემიური ჩიყვი.

ფარისებრ ჯირკვლის ნაწილობრივ ან მის მთლიან დაავადების მიხედვით სხვა და სხვა მეცნიერნი სხვადასხვანაირად ანაწილებენ ჩიყვის სახეებს.

ჩვენ აქ მოგვყავს პროფ. F. de Quervain'ის და პროფ. В. И. Разумовский'ის და აგრეთვე აკადემიკოს Н. А. Вельяминов'ის ჩიყვების დაგანწილებანი (კლასიფიკაცია).

ჩიყვების დაგანწილება F. de Quervain'ით და В. И. Разумовский'თ.

კეთილთვისებიანი ჩიყვი: ავთვისებიანი ჩიყვი:

- I. Struma diffusa — მიმორეობითი ჩიყვი: I. სარკომა.
 - ა. follicularis. II. კირჩხიბი:
 - ბ. desquamativa. ა. მეტასტაზიური კოლოიდალური ჩიყვი.
 - გ. colloides. ბ. ადენოკარცინომა.
 - დ. vasculosa. გ. პაპილომა.
 - ე. fibrosa. დ. ნამდვილი კარცინომა.
- II. Struma nodosa — განსაზღვრული ჩიყვი.
 - ა. follicularis (adenoma). ე. წვრილ-ალვეოლარული მსხვილ უჯრედოვანი ჩიყვი.
 - ბ. colloides compacta. ვ. Parastruma maligna.
 - გ. colloides cystica. ზ. კანკროიდი.
- III. შერეული სახის ჩიყვი.

ჩიყვების დაგანწილება აკადემიკოს Н. А. Вельяминов'ით^{*)}.

I. უბრალო ჩიყვები—Struma Simplex.

- ა. ჩიყვები, რომელთაც ჯირკვლის გადიდების გარდა არავითარი მტკივნეულობითი მოვლენები არ მოსდევს.
- ბ. ჩიყვები, რომელნიც მეზობელ ორგანოებზე და ნაწილებზე დაწოლითი მოვლენებითაა გართულებული.

II. ჩიყვები, ჰიპოთირეოზის ნიშნებით გართულებულნი, დაწოლითი მოვლენებით და უიმათო.

III. Basedow'ის სნეულება—Morbus Basedowi.

A. ატიპური—Struma toxica—ჩიყვები, თირეოტოქსიკოზის (დისტირეოზის) მოვლენებით გართულებულნი.

1) უტახიკარდიო შემთხვევები:

ა) მსუბუქი შემთხვევები, ბ) მძიმე შემთხვევები.

2) შემთხვევები ტახიკარდიით (თვალების ამოუბურცველად).

B. ტიპური Basedow'ის სნეულება (ჩიყვი, ტახიკარდია, თვალთამობურცვა).

IV. ფარისებრ ჯირკვლის ავთვისებიანი ხორცმეტები—Struma maligna.

ზემოთმოყვანილ ორ დაგანაწილებას ჩიყვების შესახებ ეფუარდება საერთოდ უმეტეს მეცნიერთა მოსაზრებანი ჩიყვის დაყოფა-დანაწილების დროს, როდესაც ფარისებრი ჯირკვლის დასნეულების სხვადასხვა სახეთა და პათოლოგურ მოვლენებთან აქვთ ხოლმე საქმე. ჩვენც ვეცდებით მას შეუფარდოთ ჩვენ შემთხვევათა გამოკვლევა-ძიებანი.

ჩიყვი, როგორც ენდემიური სნეულება, მთელი ქვეყნის სხვადასხვა მთა ადგილებშია გავრცელებული. ევროპაში მაგალითად ჩიყვის გავრცელების შუაგულს შეადგენს ალპური ქვეყნები (შვეიცარია, ტიროლი და სხვა). ჩიყვი თავის გართულებებით საშინლად მოდებულია შვეიცარიის მთიან ადგილებში, უმთავრესად მის მთიულ კანტონებში, განსაკუთრებით ბერნის, ლიუცერნის, ფრებიურგისა და ვალისის. B i r c h e r'ის ცნობებით შვეიცარია ყოველწლიურად ჩიყვით დასნეულების გამო ჯარში გასაწვევ 1700 ახალგაზრდას კარგავს. M. R o c h'ის⁵⁾ ცნობით ჯარში გასაწვევ ახალგაზრდათა 20% ამ დაავადების გამო ჯარში არ გაყავთ. ბერნის მიდამოებში მხოლოდ ახალდაბადებულ 100 ბავშვზე 70-ს თან დაყვა გადიდებული ფარისებრი ჯირკველი. თუ როგორ გავრცელებულია შვეიცარიის მიდამოებში ჩიყვის ენდემია ამას ნათლად მოწმობს იმ ოპერაციათა რიცხვი, რაც ოთხი წლის განმავლობაში გაკეთებულა ჩიყვის გამო შვეიცარიის საავადმყოფოებსა და კლინიკებში. 1911—1915 წლებში ჩიყვის გამო გაკეთებულა 21.293 ოპერაცია. ჩიყვიანთა ასეთ სიმრავლეს Hunziker'ი აწერს იოდის ნაკლებობას საერთოდ ჰაერში და აგრეთვე იმ საკვებ მასალაში, რომელსაც იღებს შვეიცარიაში საერთოდ მოსახლეობა. უმთავრესად კი ის აქცევს ყურადღებას მარილს, რომელიც იხმარება საქმელში და რომელიც სრულიად არაა ათვისებული იოდით. ასეთ გამოკვლევებს უკანასკნელ ხანებში დიდი ყურადღება მიაქციეს მეცნიერებმა 1915 წლიდან, როდესაც H. Hunziker'მა გამოაქვეყნა



თავისი ფრიად მნიშვნელოვანი შრომა „Le goitre, une adaption à une alimentation pauvre en iode“. უკანასკნელ 5 წლის განმავლობაში გამოქვეყნდა ჩიყვის შესახებ მრავალი ახალი შრომა ისეთ მეცნიერების, როგორც არიან Baumann'ი Bayord'ი, Bircher'ი, Boitel'ი, Camenisch'ი, Dubs'ი, Eggenberger'ი, Freund'ი, Fritsche, Hedinger'ი, Hotz'ი, Hunziker'ი, Kesselng'ი, Klinger'ი, A. Kocher'ი, Th. Kocher'ი, Messerli, Oswald'ი, de-Quervain'ი, Roth'ი, Roux, Silberschmidt'ი და Weith'ი.

ყოველივე ეს იმის დამამტკიცებელია თუ დღეს დღეობით ისევ რა ინტერესით ეპყრობიან და იკვლევენ ამ საკითხს, მაინც Hunziker'ის მიერ წამოყენებულ დებულებათა გამო ჩიყვთან ბრძოლის შესახებ პროფილაქტიურ გზით იოდის ხმარების საშვალებით. თუ რა მნიშვნელობა აქვს იოდს ჩიყვის ენდემიასთან, ამას ნათლად მოწმობს შემდეგი რიცხვები, რომელიც გამოხატავს იოდის რაოდენობას იმ საკვებ მასალაში, რომელსაც ღებულობს ყოველი მოქალაქე შვეიცარიის ორ ოლქში (კანტონში); Chaux-de-Fonds'ში და Signau'ში. მოგვყავს ეს რიცხვები M. Roch'ის (ყენევა) მიხედვით:

		La chaux de fonds	Signau
300,0	პური	4 9 y *)	2,4
500,0	კართოფილი	3,5	2
300,0	მწვანილეულობა	4,2	3,1
1500,0	რძე	13,5	4,5
300,0	ვაშლი	1,8	0,3
60,0	ქონი	0,6	0,6
2000,0	წყალი	2,8	1,1
10,0	მარილი	0,0	0,0
		<hr/>	<hr/>
		31,3	13.

ამ რიგად ვინაიდან Chaux-de-Fonds'ში ერთ და იმავე რაოდენობის საკვებ მასალაში უფრო მეტი იოდი ურევია, ვიდრე მეორე ადგილას Signau'ში, ამის მიხედვით ჩიყვიანთა რიცხვი უფრო მეტია მეორე კანტონში, სადაც იოდი საკვებ მასალაში საერთოდ ნაკლებია. მარილში კი სრულიად არ მოიპოვება.

ასე რომ იოდის რაოდენობას ჰაერში და საკვებ მასალაში Hunziker'ის აზრით დიდი მნიშვნელობა აქვს. ჩიყვით დაავადება ერთგვარადაა გავრცელებული შვეიცარიაში მთელ ხალხში. სკოლის ჰასაკში მყოფ ბავშვებშიც ძლიერ გავრცელებულია ჩიყვი. მაგალითად შვეიცარიაში მხოლოდ სასკოლო ჰასაკის ბავშვებს შორის (1899-1904 წ.) ათ კანტონის 335,692 მოწაფეებიდან 39,147 დასნეულებული იყო ჩიყვით და მის დეგენერატიული შედეგებით. იტალიის მხრივ, პიემონტში მაგალითად, ჩიყვიანების შეფარდება ჯანსაღებთან 2:1 აღწევს. საფრანგეთში ჩიყვი უმთავრესად მთის დეპარტამენტებშია გავრცელებული როგორც არის სავოია, ვოგეზები, პირენეი და სხ. და ამრიგად მათი საერთო რიცხვი

*) y—ნიშნია, რომელიც პირობითაა აღებული და უდრის გრამის ერთ მილიონ ნაწილს.

400.000-ს უდრის. გერმანეთში ჩიყვი მთა ადგილებშია: ბავარეთში, ვიურტემბერგში, ბადენში და სხ. შემდეგ განცალკევებული ენდემიური ადგილები იმყოფება ავსტრიასა, შვეიციასა, ნორვეგიასა და ესპანეთში. აზიაში ჩიყვის გავრცელების ბუდეტ ჰიმალაის მთები, ალტაის მთები და სხვა ადგილები ითვლება, განსაკუთრებით ჰიმალაის თხემები. აფრიკაში აბაშეთი, ატლასი, ნიგერის ბარი, მადაგასკარი და სხვა; ამერიკაში კორდილიერების მიდამოები, შემდეგ კანადა, კონექტიკუტი, მიჩიგანი, ბრაზილია და სხ. ჩიყვით შეპყრობილია აგრეთვე ნაწილობრივ რუსეთი და ციმბირი. აღინიშნება ამ მხრივ ჩიყვის ორი კერა: ერთი რუსეთისა და ციმბირის საზღვარზე, სახელდობრ პერმის გუბერნიაში; მეორე მდინარე ლენას და მის შტოების დასაწყისში და აგრეთვე ირკუცკის გუბერნიის სხვა მდინარეებზე; ამდაგვარივე კერა არსებობს აგრეთვე ჭერგანის ოლქში (თურქისტანი), სადაც იგი მძვინვარებს განსაკუთრებით ქ. კოკანში.

ამ რიგად ურალზე და ციმბირში ჩიყვის ენდემიას სათანადო ადგილები უპყრია; მაგალითად *Кашино*'ს გამოკვლევით ლენის ახლო მახლო მიდამოებში 73 ათას მცხოვრებთა შორის შეუკრეფია ჩიყვის 3400 შემთხვევა და კრეტინიზმის 145 შემთხვევა *Кондратский*'ს მიხედვით პერმის გუბერნიაში ჩიყვის 3511 შემთხვევა ყოფილა აღნუსხული. რუსეთის მკურნალთა პიროგოვის მეშვიდე ყრილობაზე აღნიშნავდენ აგრეთვე, რომ ურალის მიდამოში ჩიყვი ძლიერდებოდა. მაგალითად იქ სადაც 1870 წელს მხოლოდ ჩიყვის ნიშნები იყო, ოცი წლის შემდეგ ჩიყვიანთა რაოდენობა 60%-70%-ს აღწევდა (*Поленов, Несчастливцев*). ასე იყო თურმე სალდინსკის ქარხნებში. მხოლოდ ზოგიერთ ადგილას ის კლებულობდა, მაგალითად ტავილის ქარხნებში. აღნუსხული იყო აგრეთვე ჩიყვის შემთხვევები ყაზანის, ვლადიმერის, ოლონეცის, ვოლინის და ლენინგრადის გუბერნიებში*).

ზემოაღნიშნული მოკლე მიმოხილვის შემდეგ, რამაც დაგვისურათა ჩიყვის ენდემიური გავრცელება მსოფლიოს მრავალ ქვეყნებში, აღსანიშნავია აგრეთვე ამ მხრივ საერთოდ კავკასი, როგორც მთა ადგილი და კერძოდ კი საქართველო, სადაც ჩიყვი თუ სავსებით არაა გავრცელებული, ნაწილობრივ ზოგი მისი კუთხე წარმოადგენს უეჭველად ჩიყვისათვის საგრძნობ ენდემიურ ბუდეს, კერას. კავკასის ფარგლებში თუ კი საქართველო არ მივიღეთ მხედველობაში, ცნობების მიხედვით აღსანიშნავია ლეკეთი, ოსეთი, ნახჭევანის ოლქი (*Кривякин Пантюхов, Θირсов, Зеленский*). *Кривякин*'ი ლეკეთის ერთ ოლქში (ანდის) ჩიყვიანებთან ერთად მრავალ კრეტინებსაც აღნუსხავს, მხოლოდ ოსეთში *Θირсов*'ის მიერ გასინჯულ 384 ოსიდან 130 ჩიყვიანი გამოდგა და მათ შორის ბევრი კრეტინებიც, ენაბლუები, ყრუმუნჯი, ეპილეპტიკები. დონიფორის ას მცხოვრებზე 50 ჩიყვიანი იყო (მათ შორის 15 იდიოტი), 16 ყრუმუნჯი და 5 ეპილეპტიკი, დანარჩენსაც ნაკლებ გამოსახული ჩიყვიანობის ნიშნები ჰქონდათ 6).

გადავიდეთ ახლა თვით საქართველოზე.

*) ცნობები ამოკრეფილია *Разумовский*'ს, *Пантюхов*'ის, *Sonnenburg-Зеленский*'ს წყაროებიდან.

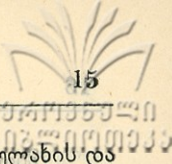
საქართველოს მომხიბლავი ბუნება, მისი მთების სიდიადე—სიმტკიცე, მისი მრავალფეროვანი მდებარეობა, ჩიყვის ნხრიავაც დიდ მასალას გვაძლევს, მაგრამ ამ მხრივ საქართველო ჯერ კიდევ სრულიად შეუსწავლელია. ჩიყვის შესწავლას საქართველოში, განსაკუთრებით სვანეთში მეცნიერებმა უკვე მიყვეს ხელი. გვაქვს უკვე რამოდენიმე შრომა, რომელნიც გვიშლიან ჩიყვის გავრცელების სურათს სვანეთის მიდამოებში.

მკვლევართა მთელი რიგი: Пантюхов'ი, Ольдероге, Орбели, პროფ. მაჭავარიანი უკვე შეუდგა ჩიყვის გავრცელების შესწავლას და მის ბუნების გამორკვევას საქართველოს იმ კუთხეში, რომელსაც სვანეთი ეწოდება. სვანეთი თავის მკაცრ ბუნებით, თავის მიუვალ ადგილებით, თავის განსაკუთრებულ ანაგობა—მდებარეობით მუდამ დიდმნიშვნელოვანი იყო მეცნიერულ თვალსაზრისით და მუდამ იპყრობდა თავისაკენ მრავალ უცხოელ მეცნიერს.

როგორც კოლოფი მოქცეული უზარმაზარ კლდოვან მთების და ბუმბერაზ ყინვარებს შორის, სვანეთი, როგორც ამბობს ვახუშტი¹⁾ „სივიწროვით, მთით და კლდით, და მდინარეებით ფრიალ მაგარ“ მიდამოს წარმოადგენს. მდებარე ენგურისა და ცხენის წყლის მიდამოებში—ზემო სვანეთის ხეხები თავისი სოფლებ-ბუდეებით აღმართულია 1500-2000-3000 მეტრის სიმაღლეზე, მხოლოდ ქვემო სვანეთისა კი 800-1200 მეტრის სიმაღლეზე. სამი გამოსავალით მხოლოდ ზემო სვანეთი უკავშირდება ქვეყნიერებას და ისიც ზაფხულის სამი თვის განმავლობაში: ცხენის წყლით ქვემო სვანეთს, ენგურით ოდიშს და კავკასიონის ქედით ყარაჩაველთა მიდამოებს. ცნობილ მკვლევარ მოგზაურის Guldenschedt'ის ცნობებით ჯერ კიდევ მე-XVIII საუკუნის სვანების რიცხვი 5000 კვამლს უდრიდა, მხოლოდ მე-XIX ს. პირველ ნახევარში კი Dubois de Monpeureux 30,000 სულს აღნუსხავს; XIX საუკუნის მეორე ნახევარში კი მათი რიცხვი 12,000-ს აღწევს, მე-XX საუკუნის დასაწყისში 18,000-მდის. ვახუშტი სვანების შესახებ ამბობს, რომ ისინი „არიან კაცნი დიდ-ტანოვანნი, ახოვანნი, დიდმძლეთ მუშაკნი, ბართა შინა რაზმთა ვერ შემმართებელნი, მათათა, სიმაგრეთა და ციხეთა შინა მაგარნი, სიკვდილის არა მომხსენენი, ავაზაკნი, მეკობრენი, უწყალონი, ბრიყუნი, უზნეონი“.

ჩიყვის შესახებ უკვე მე-XVIII ს. მოგვითხრობენ Guldenschedt'ი და ვახუშტი, მხოლოდ მე-XIX Бартоломей, ბაქრაძე, Бойерн'ი, Раде. ჩიყვი მძლავრადაა მოდებული როგორც ზემო, ისე ქვემო სვანეთში და აღსანიშნავია, რომ ზემო სვანეთში-ენგურის მიდამოებში 1500-2000 მეტრის სიმაღლეზე იგი ნაკლებადაა გავრცელებული და განისაზღვრება 15%-ით, მხოლოდ ქვემო სვანეთში ცხენის წყლის მიდამოებში მცხოვრებთა უმეტესობა ზოგიერთ სოფლებში 56% ჩიყვით არის დაავადებული. *) საერთოდ მთელ სვანეთთან შეფარდებით ჩიყვიანთა რიცხვი თითქმის ისეთივეა, როგორც შვეიცარიაში, საფრანგეთში და სხვაგან, სახელდობრ 4%, მხოლოდ კრეტინები შეადგენენ 4%⁰/₁₀₀ მთელი მცხოვრებლებისას, ჩიყვიანებთან შეფარდებით კი 8%⁰/₁₀₀-ს (Орбели).

მაგალითად ქვემო სვანეთში ჩიყვიანთა უმრავლესობით პირველი ადგილი ლენტეხის საზოგადოებას უკავია, შემდეგ მიდის ლაშხეთის და ჩოლურის; ზემო სვანეთში კი ლატალის, მულახის, იფარის უმთავრესად. მხოლოდ რაც შე-



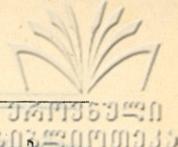
ჯება კრეტინებს ამ მხრივ უმეტესი რიცხვი ზემო სვანეთის ბეჩოსი, მულახის და იფარის საზოგადოებებს ეკუთვნის. О р б е л и 'თ ეს რიცხვი შემდეგში გამოიხატება:

საზოგადოება		ჩიყვი კრეტინი	
ქვემო სვანეთი	ლაშხეთის	154	7
	ლენტეხის	247	3
	ჩოლურის	121	1
ზემო სვანეთი	ბეჩოსი	17	8
	იფარის	23	9
	ლატალის	58	5
	მულახის	30	10
	დანარჩენი	28	6

ამ რიგად ჩიყვიანებთან შეფარდების მიხედვით კრეტინების რაოდენობა ზემო სვანეთში 26⁰/₁₀₀ უდრის, ქვემო სვანეთში კი 2⁰/₁₀₀.

ჩიყვის ენდემია სვანეთში ცხადია ხელს უწყობს სვანების გადაგვარებას, რაც უმთავრესად მათ დაწვრილმანებაში იხატება. ასეთ დაწვრილმანების ნიშნები ნათლად ემჩნევა ქვემო სვანეთის, სახელდობრ ჩოლურ-ლენტეხის საზოგადოებებს, სადაც ჩიყვის ენდემია ძლიერაა გავრცელებული და ოდესღაც „დიდ-ტანოვანი, ახოვანი“ სვანები თანდათან ჩიყვის ენდემიის მიხეზით კარგავენ შესამჩნევად ამ დიდ ტანოვანობას და ახოვანობას. გადაგვარების მეორე ნიშანს უეჭველად უნდა შეადგენდეს ის მოვლენა, რომ ყველა ჩიყვიანები იძლევიან კბილების ანომალიას: კბილები როგორც ზედა, ისე ქვედა ძლიერ არიან ერთმანეთისაგან დაშორებულნი (О р б е л и) და ასეთი იშვიათად არსებული კბილები არ მოეპოვება სხვა რომელიმე ხალხს და ნათლად შესამჩნევი კბილებ შორის სივრცე, რომელიც ერთს, ორს მილიმეტრს და მეტსაც აღწევს. ზემო სვანეთში კბილების ერთი-ერთმანეთისაგან დაშორება 30⁰/₁₀₀ უდრის, მხოლოდ ქვემო სვანეთში 70⁰/₁₀₀-ს. ცხენის წყლის მიდამოებში მყოფ ჩიყვიანებს თითქმის ყველას კბილების ეს ერთი-ერთმანეთის დაშორება ახასიათებს (П а н т ю х о в).

აღსანიშნავია აგრეთვე სქესობრივ არეს დამოკიდებულობა ფარისებრ ჯირკვლის სნეულებასთან, რაც უმთავრესად გამოიხატება ქალთა სქესობრივ ორგანოების არაწესიერ და პათოლოგიურ მოვლენებში და სწორედ ამით უნდა აიხსნებოდეს ის მდგომარეობაც, რომ ჩიყვით ქალთა სქესი უფრო მეტადაა დაავადებული ვიდრე კაცები. ამ აშლილობათა მიხედვით, განსაკუთრებით სქესობრივ მომწიფების ხანაში, იწყებს დასნეულებას ფარისებრი ჯირკველიც და როგორც ამბობს აკადემიკოსი В е л ь я м и н о в 'ი „შინაგან სეკრეციის მხრივ სქესობრივი ჯირკვლები და ფარისებრი ჯირკველი ერთი მეორისადმი შეჩერებითი გავლენაში გამოიხატება“. ნაადრევი ან შეგვიანებითი თვიურის დაწყება, თვიურის არა წესიერი სვლა, მის შიგადაშიგ არსებული ხანგრძლივი მანძილები ყოველივე აღნუხსულია ჩიყვის დროს. მაგალითად თვით В е л ь я м и н о в 'ით მისი აუარებ მასალის მიხედვით, თვიური ჩიყვის დროს, შედარებით ჯანსაღ ქალებთან, იწყება ბევრად ადრე და მით უფრო ადრე, რაც უფრო ჩიყვი შხამიანი (ტოქსიური) თვისებისაა. დრო ჩიყვიანთა და ჯანსაღ ქალთა თვიურის დაწყებისას ერთს-ორ წელიწადს უდრის.



მხოლოდ რაც შეეხება ზემოაღნიშნულ მოვლენას, სვანეთში წარმოებულ დაკვირვებანი პროფ. ა. მაჭავარიანის მიერ სვანის ჩიყვიან ქალებზე იძლევიან სწორედ საწინააღმდეგო სურათს, ვინაიდან მის მიერ წარმოებული გამოკვლევა ამ მხრივ 30 სვანის ქალზე შემდეგ სურათს იძლევა. 1912 წლის ზაფხულში სვანეთში გასინჯულ ჩიყვიან 30 ქალში 13 ქალს პირველი თვიური საშუალოდ მხოლოდ 17.3 წლისას დაწყებია, ამასთან ერთს თვიური წელიწადში ერთხელ-ორჯელ ჰქონია, ოთხ ქალს სდიოდა დიდის ხანგამოშვებით (ერთი წელიწადი); რასაკვირველია ზემოხსენებულის მიხედვით პირველ თვიურის დასაწყისი 17.3 წლის ხანაში არაწესიერად უნდა ჩაითვალოს, თუ მივიღეთ მხედველობაში, რომ სქესობრივ სიმწიფის საშუალო ჰასაკად საქართველოში 14 წელი ითვლება.

ამ რიგად „ფარისებრ ჯირკვლის ძლიერ ბევრ სნეულებათა მთავარი მიზეზი სქესობრივ არეს უსწორობაში ისახება (Вельяминов). მიუხედავად სვანების ასეთ გადაგვარებისა, რაც მიეწერება სვანეთში მძვინვარე ჩიყვის ენდემიას, თვით სვანები ისე შეჩვეულნი არიან თავიანთ ჩიყვებს, რომელთა სიდიდეც, სახელდობრ სიმსივნის გარშემოწერილობა 60-70 სტმ. აღწევს და ყოფილა შემთხვევებიც რომ 85 სტმ. აღწევდა, რომ ძლიერ ადვილად ეწყობიან ამ დაწეულ ჩიყვებს და იგი მათ სამეურნეო-შინაურ მუშაობას ხელსაც არ უშლის. სვანები რასაკვირველია დაწმენებულნი არიან რომ ჩიყვი ავადმყოფობა, რომელიც წყლიდანაა გამოწვეული და განსაკუთრებით წყაროს წყლიდან, მაგრამ მიუხედავად ამისა სვამენ მხოლოდ წყაროს წყალს და არა მდინარისას, რომელიც სასმელად არ მიაჩნიათ. ჩიყვს ისინი არ სთვლიან ცუდ სნეულებად და არც ისეთად, რომელიც შეუღლება-ცოლქმრობას ხელს უშლის. იციან მაგალითად რომ ჩიყვს რგებს იოდის ხსნარი და ამ მხრივ იოდის მნიშვნელობაც იციან და მკურნალთაც ამის გამო თვითონ სთხოვენ ხოლმე იოდს (Орбели). საერთოდ აღსანიშნავია ის რომ ხალხში იოდის ხმარების მნიშვნელობა ჩიყვოვან ადგილებში უძველეს დროიდანაა მიღებული.

მაგალითად ცნობილია რომ უკვე მეთორმეტე (XII) საუკუნიდან ხალხი ხმარობდა ჩიყვოვან ადგილებში ისეთ ნივთიერებებს, როგორიც არის ზღვის ღრუბელი, ზღვის ბალახეულობა და სხვა, რომელიც იოდითაა ათვისებული. საერთოდ კი ზღვის პირას, სადაც ჰაერი იოდითაა გაჟღენთილი, ჩიყვი სრულიად არ მძვინვარებს და რაც უფრო მოცილებულია მიდამო ზღვას, მით უფრო ნიადაგი მომზადებულია იქ ჩიყვისათვის. მასთანვე აღსანიშნავია რომ ჰაერის შემადგენლობაში მალალ ადგილებში უფრო ნაკლები იოდია, ვიდრე დაბალ ადგილებში, რაც პროფესორ A. d. Chatin-მა თავის გამოკვლევებით საცხებით დაადასტურა. აქ უადგილოთ არ მიგვაჩნია მოვიყვანოთ Eggemberger-ის ცდები, რომელიც მან აწარმოვა 40 ორსულ ქალზე. ამათში ოც ქალს ორსულობის განმავლობაში აღლევა მარილს, რომელიც იოდით იყო შერეული, მხოლოდ მეორე ოც ქალს აღლევა მარილს, რომელიც იოდით არ იყო შერეული. ასეთ ცდების შემდეგ მან შემდეგი სურათი მიიღო: პირველ ოც ქალიდან დაბადებული ბავშვები იყვნენ სრულიად წესიერი ფარისებრ ჯირკვლის მხრივ, მეორე ოც ქალიდან დაბადებულ ბავშვებს ფარისებრი ჯირკველი შესიებული ჰქონდათ. მასთანავე მხედველობაში

მისაღებია ის გარემოებაც რომ პირველი ოცი ქალის ფარისებრი ჯირკველიც ორსულობის ხანაში სრულიად არ გადიდებულა, მეორე ოცისა კი იყო არაწესიერად და შესამჩნევად გადიდებული. ყოველივე ზემოხსენებული მოწმობს იმას თუ პროტილაქტიურ მიზნით ხმარებულ იოდს რა დიდი მნიშვნელობა აქვს ფარისებრი ჯირკვლის დაავადების ასაცდენად. *)

ამ რიგად იოდის ხმარება, რომელსაც უკანასკნელ ხანებში მეცნიერები დიდ ყურადღებას აქცევენ, ცნობილი იყო ძველადაც (Prevost'მ 1849 წ. წამოაყენა ეს საკითხი), მაგრამ თვით ხალხში ეს იკოდნენ უურო ადრე, რასაც მოწმობს ჩიყვოვანი ადგილების მოსახლეობის გადმოცემა. ასეა სვანეთშიც.

ამ რიგად რაც შეეხება სვანეთს, ასეთია იქ მძვინვარე ენდემიურ ჩიყვის მოკლე მიმოხილვა. სვანეთში რომ ჩიყვი მძვინვარებს, ამის შესახებ ვიცით ჩვენც ქართველებმა და იციან უცხოელებმაც, ვინაიდან შემთხვევით მომხდარნი სვანეთის მკაცრ და ლამაზ ბუნების გამო ყინვარების სანახავად და სვანთა ზნეჩვეულების გასაცნობათ მეცნიერნი და მოგზაურნი, სრულიად შემთხვევით ეცნობოდნენ ჩიყვს. და სწორედ ასეთი მოგზაურ-მეცნიერთა წყალობით ჩიყვის ენდემიამ სვანეთში უკვე მიიპყრო მრავალ მეცნიერთა ყურადღება.

მაგრამ სვანეთის გარდა ჩიყვის ენდემია სუფევს აგრეთვე საქართველოს სხვა კუთხეებშიც. ამ შემთხვევაში უეჭველად სვანეთის შემდეგ დგას რაჭა, შემდეგ კი მთიულეთი. ზოგიერთი ცნობები რომელიც ჩვენ ხელთა გვაქვს სავსებით გვიდასტურებს ჩვენს მოსაზრებას. არსებითად საქართველოს ამ ორ კუთხეზე იქ მძვინვარე ჩიყვის შესახებ ჩვენ არავითარი მწერლობა მოგვეპოვება არც მშობლიურ ენაზე, არც უცხოზე. მხოლოდ უნდა მივიღოთ მხედველობაში რომ ჩიყვი და კრეტინიზმი როგორც ჩანს საქართველოს ამ ორივე კუთხეში უკვე ცნობილი ყოფილა წარსულ საუკუნეებში. თუ მივმართეთ იმავე ვახუშტი ბატონი შვილის საქართველოს გეოგრაფიას, იქ შემდეგ ადგილებს ვიპოვით მთიულთ და რაჭველთ აწერილობისას: მთიულეთში „კაცნი ჰაეროვანი, მხნენი და მბრძოლნი, ერთგულნი, ბრიყუ-საქციელნი, საჭურველო-მოყვარენი, სამოსელთა და იარაღთა გამწყონი“, მხოლოდ რაჭაში „კაცნი ტანოვანი, მხნენი, ბრძოლასა შემმართველნი, ძლიერნი, უსაქციელო-ბრიყენი, უშვერ-მქცენი, სხვათა მარხარნი, მომხეჭნი და ძვირნი“.

ორივე შემთხვევაში მოყვანილი სიტყვები მთიულთ შესახებ „ბრიყუ-საქციელნი“ და რაჭველთ შესახებ „უსაქციელო-ბრიყენი“, როგორც რომ ზემოთ მოყვანილი გვექონდა იმავე ვახუშტის სიტყვები სვანების შესახებ „ბრიყუნი, უზნეონი“—უეჭველად კრეტინიზმის გამოსახვითაა გასაგები. რომ ეს ზემოხსენარი სიტყვები გამოსახვენ კრეტინიზმის და ჩიყვის მნიშვნელობას, ამას ის გარემოება მოწმობს რომ ვახუშტი თავის გეოგრაფიის ოთხასიოდე გვერდის მანძილზე, აწერს რა მთელ საქართველოს, ზემოაღნიშნულ სიტყვებს ამა თუ იმ კუთხის

*) დაწვრილებით ამის შესახებ იხილე ამავე ჟურნალში რეჟერატი M. Rochi's წერილის შესახებ შენევიდან: (La Prophylaxie du goitre endémique par l'iode“ (La presse medicale № 36. 3 Mai 1924.)



მოსახლეთა მიმართ ათვისებს სწორედ იმათ, სადაც გავრცელებულია ჩიყვი. ვახუშტის ნაწერებით ამ სიტყვებს „უსაქციელო, ბრიყვი“ ვხვდებით სვანეთის, რაჭის და მთიულეთის აღწერის გარდა აგრეთვე ოსეთის, თუშეთის და ლეჩხუმის აწერისას. ოსეთში ჩიყვის შესახებ ზემოთ გვქონდა უკვე ნახსენები, მხოლოდ რაც შეეხება ლეჩხუმს და თუშეთს, მიუხედავად იმისა რომ ჩვენ არავითარი ცნობები გვაქვს, უნდა ვიგულისხმოთ რომ ქვემო სვანეთისა და რაჭის მახლობლად მდებარე საქართველოს კუთხეში—ლეჩხუმში შესაძლებელია იყოს ჩიყვის ენდემია, რაშიც ალბად სულ ახლო მომავალში დავრწმუნდებით. თუშეთიც თავის მდებარეობით მთიულეთის მეზობლად იმავე სიმაღლეზე გადაშლილი, დარწმუნებული ვართ ისეთივე სურათს გადაგვიშლის, თუმცა უფრო მცირე ხასიათისას. ესეც მომავლის საკითხია, უეჭველად გამოსარკვევი.

ამრიგად ვეყრდნობით რა ვახუშტის აწერილობას, გვგონია რომ „ბრიყვი“-ს წოდებით გამოსახულია ჩიყვი და მასთან შეფარდებული კრეტინიზმი.*)

ისიც უნდა აღვნიშნოთ რომ ვახუშტი თავის აწერილობით ამ სიტყვას კუთხის მთელ მცხოვრებლებს კი არ მიაწერს, არამედ ჩვენ უნდა ვიგულისხმოდ ისე რომ იქ, სადაც არიან კაცნი ჰაეროვანი, მხნენი, მბრძოლნი, ერთგულნი, იარაღთა გამწყონი და სხვა, არიან მათ შორის აგრეთვე ბრიყვი, უზნეონი, უსაქციელონი.

ვახუშტის გარდა ზოგიერთ ცნობებს რაჭის შესახებ ჩვენ აგრეთვე უცხო მეცნიერთა შორის ვბოლობთ გაკვრით. უცხოელ მეცნიერთა შორის უნდა აღვნიშნოთ *Пантюхов* 'ი, რომელიც ეხება რა მდინარე რიონის სათავეს მიდამოებში მყოფ მცხოვრებლებს, აღნიშნავს მათ ფიზიოლოგურ ტიპის ცვალებადობას. „მდინარე რიონის სათავეს და მის შტოების მახლობლად მყოფ მცხოვრებელთა თვით ფიზიოლოგური ტიპი გამოიცვალა; სახე მათი გამოშტერებულია, უაზროვნი; გონებრივი განვითარება კი ძლიერ დაქვეითებული“.

ასეთია მოკლედ ის ცნობები, რომელნიც ვახუშტით (*XVIII* ს.), მხოლოდ *Пантюхов* 'ით (*XIX* ს.) ეხება რაჭა-მთიულეთში ჩიყვსა და კრეტინიზმის არსებობას. ყოველივე ეს კი საგსებით არ გადმოგვცემს ჩიყვისა და კრეტინიზმის არსებობას რაჭა-მთიულეთში და ამისთვის ჩვენ ვეცდებით დავადასტუროთ ჩვენი მასალით, რომელიც შევისწავლეთ პროფ. ა. მაჭავარიანის ფაკულტეტის ქირურგიულ კლინიკაში და პირადი შთაბეჭდილებით, რომელნიც ოდნავ შეგვკრიბეთ გასულ ზაფხულს მთიულეთზე გადასვლისას პროფესორ ა. დიდებულ იძის სამეცნიერო ექსპედიციაში მყინვარწვევისაკენ.

კლინიკური მასალა ჩიყვის შესახებ, რომელიც უკანასკნელ ნეხვეარი წლის განმავლობაში აღინუსხა ფაკულტეტის ქირურგიულ კლინიკაში, სამი შემთხვევით განისაზღვრება. ერთი შემთხვევა: მამაკაცი—მთიული დაბა ფასანაურიდან, მხოლოდ ორი შემთხვევა: ქალი და ვაჟი რაჭველები ერთი გვარისა, შორეული ნათესავები.

ჯერჯერობით შევეხოთ იმ ავადმყოფებს, რომელნიც რაჭიდან არიან.

*) რედაქცია ავტორის ამ მოსაზრებას საგსებით არ ეთანხმება.

შემთხვევა I*).

ავადმყოფი მარიამ გ.—სა, გათხოვილი, 27 წლის, მცხოვრები სოფ. შქმერისა—მთა ადგილია, სადაც ჩიყვი თურმე არ არის. შეუმჩნევია ხუთი წლის წინად თხილის ოდენა სიმსივნისათვის, რომელიც მოძრავი იყო და მასთანვე კისრის არეში ღრმად მდებარე, გასჩენია სწორედ იმის შემდეგ, როდესაც გათხოვებისას სოფელ შქმერიდან გადმოსახლდა ქმრის სოფელში—სევაში, რომელიც რიონის ახლო მდებარეობს. ამ სოფელ სევაში ავადმყოფის გადმოცემით ბლომად არიან ჩიყვიანები. ავადმყოფი აღნიშნავს, რომ ხუთი წლის განმავლობაში სიმსივნე თანდათანობით მატულობდა და ბატის კვერცხის ოდენა შეიქმნა და აწვებოდა მას უმთავრესად კისრის შუა ნაწილში, უფრო მეტად კი მარცხენა მხარეზე ოდნავ გადაწვეით. აღნიშნული სიმსივნე იმდენად აწვებოდა კისერზე ტანისამოსის ქვეშ, რომ სუნთქვასაც უშლიდა და საყელოს შეკვრა-ხმარებას ვერ ახერხებდა. ავადმყოფი აგრეთვე იმასაც აღნიშნავს რომ უკანასკნელ ორი წლის განმავლობაში, როდესაც ის მეორე ქმარს წაყვდა და გადმოსახლდა სოფ. სევადან სოფელ ფუტიეთში, იქაც სიმსივნემ იმატა შესამჩნევად.

ანამნეზიდან ვტყობილობთ აგრეთვე რომ პირველი თვიური მას 17 წლოვანობის ჰასაკში დაწყებია (შეადარეთ პროფ. ა. მაჭავარიანის დაკვირვებას სვანის ქალებზე) და მუდამ მისი მდინარობა წესიერების ფარგლებში წარმეგებულა.

ამრიგად ავადმყოფ მარიამ გ.—ს სავალალო მიდამოს აღწერა შემდეგ სურათს იძლეოდა: კისრის შუა ნაწილში ლავიწის ძვლების შესართავს შუა კანს ქვეშ ღრმად შეზრდილი იყო ბატის კვერცხის ოდენა მომრგავლო მკვრივი, მარჯვნიდან მარცხნივ გადაწვეული, სიმსივნე, რომლის დაწვევის გამო აშკარად დაჭიმულად ემჩნეოდა მარჯვენა მკერდ-ლავიწ-დვრილისებრი კუნთი, მარცხენა კი არა. აღნიშნული სიმსივნე ნერწყვის გადაყლაპვის დროს იწვოდა ზემოთ და უმაღლეს ისევ ქვევით ეშვებოდა. მისი ძირი ძლიერი შეზრდილობის გამო ქვეშ მდებარე ქსოვილებთან არ ისინჯებოდა.

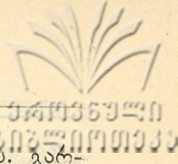
შემთხვევა II*).

მეორე ავადმყოფი, ვაჟი, 14 წლის, გრიგოლ გ., რაჭველი რიონის ერთ-ერთ შტოზე მდებარე სოფელ ფუტიეთიდან, მოვიდა კლინიკაში კისრის წინა ნაწილში აღმოჩენილ ქათმის კვერცხზე უფრო მოდიდო მკვრივ სიმსივნის გამო, რომელიც თავის დაწალით აწუხებდა უმთავრესად ტვირთის-საპანეს ზიდვის დროს და სწორედ ამ გარემოებამ აიძულა მოემართნა ჩვენთვის. აღნიშნული სიმსივნე პირველად ავადმყოფის მიერ ექვსი წლის წინად ყოფილა შეჩინებული, როდესაც სიმსივნე ძლიერ პატარა, მოძრავი თხილის ოდენა ყოფილა და დროთა სვლაში მიუწყვეია ზემო აღნიშნულ სიდიდემდე. ავადმყოფის ახლო ნათესავები და მშობლები არ არიან ჩიყვით დაავადებულნი.

ამდგომარ ამ ავადმყოფის სავალალო მიდამოს აღწერამაც მოგვცა შემდეგი სურათი: კისრის შუა ნაწილში ორივე ლავიწის შეერთების ზემოთ და შიგნით მის უკან ხელით ისინჯება მკვრივი ქათმის კვერცხის ოდენა სიმსივნე, ნერწყვის გადაყლაპისას მოძრავი ქვემოლ და ზემოლ, მხოლოდ ხელით კი გვერდებისკენ მარცხნივ და მარჯვნივ იწვება, უფრო მარცხნით, ვიდრე მარჯვნივ თავის წინა ნახევრით ამოზურთხულია ორთავე მკერდ-ლავიწ-დვრილისებრი კუნთებს შუა. ლავიწებს შუა, მათ შეერთების ადგილას და უკან ის ოდნავ შეწეულია შიგნით, მაგრამ ხელის დაჭერისას ზემოდან, ადვილად ჩადის ქვემოლ და სიღრმეში უკან. სავალალო მიდამოს ზედაკანი დანაწიბურებულია, როგორც ავადმყოფი ამბობს, სოფელში ნაწვალბეია წაწვლების წასმის გამო და მათი დადებით სავალო მიდამოზე.

ზემოაწერილი ორი შემთხვევა რაჭის, სახელდობრ მის ქალაქ ონის მიდამოებში მდებარე სოფლებიდან აღინიშნება. მართლაც სოფლები სევა და ფუტიეთი ქ. ონის ქვემოლ მდებარეობენ რიონისა და მის შტოს მიდამოებში და

*) პროფ. მაჭავარიანის ფაკულტეტის ქირურგიულ კლინიკის ძველნარი. ავადმყოფობის ისტორიების № 36 და № 89 1924 წ.



ორივე, ავადმყოფის თქმით, წარმოდგენენ ჩიყვის გავრცელების ბუდეებს. გარდა იმ ორ სოფლისა, როგორც იმავე ავადმყოფებმა გადმოგვცა და ჩვენც შევკრიბეთ ცნობები ტფილისში მცხოვრებ რაჭველებს შორის, ჩიყვი მოდებულია აგრეთვე რაჭის სხვა, რიონის ნაპირებს მახლობლად მდებარე სოფლებში, სახელდობრ სოფელ სორში, სადაც თითქმის მოსახლეობის ნახევარი ერთგვარად შეპყრობილია ჩიყვით და არის ისეთი შემთხვევებიც თურმე, როდესაც ჩიყვით დაავადებული ვერც ლაპარაკობენ და არიან ყრუ მუნჯნი. სოფელ სორში, რომელიც ქ. ონის ქვემოთ მდებარეობს ოცი ვერსის მანძილზე, რაჭველების სიტყვით ისეთი წყალია, რომლის მიზეზითაც ყველა ავად ხდება ჩიყვით. სოფელ სორის გარდა ჩიყვი ყოფილა გავრცელებული კადევ უფრო ქვემოთ იმავე რიონის მახლობლად სოფ. წესში და წესის ზემოდ მდინარე ლუხუნურის წყალის ხეობაში სოფელ ურავში, სადაც მრავალ ჩიყვიანებს შორის შეხვდებიან აგრეთვე კრეტინები.

აქვე ზემოჩამოთვლილ სოფლებს გარდა არის თუ არა რაჭის სხვა სოფლებშიც ჩიყვის ენდემია, ამის შესახებ ჩვენ არავითარა ცნობები გვაქვს, მხოლოდ ზემო აღნიშნული სოფლებიც საკმარისად გვიხატავენ იმ სურათს, რომელსაც რაჭის მიდამოებში იძლევა ჩიყვის ენდემია. ზემოაღნიშნულ სოფლებიდან თვით ტფილისშიც გადმოსულ რაჭველებშიც, რომელნიც აქ ბლომად ცხოვრობენ, არის თითო ოროლა შემთხვევა ჩიყვიანებისა, რაც აგრეთვე, რასაკვირველია, ჩვენთვის ყურადსაღებია.

ყურადსაღებია აგრეთვე ის გარემოება, რომ რაჭა-სვანეთში ანუ დასავლეთ საქართველოში ჩიყვის ენდემია გავრცელებულია სამი მიმართულებით: ენგურის, ცხენისწყლის და რიონის ხეობებში და ისიც აღსანიშნავია რომ სამივე მდინარე კავკასიონის ქედიდან ფასის მთის მახლობლად იღებენ სათავეს. ამდგვარ ჩიყვის ენდემია დასავლეთ საქართველოში გარდა ზემო და ქვემო სვანეთისა სახელდობრ ენგურისა და ცხენისწყლის მიდამოებისა, გავრცელებულია აგრეთვე აღნიშნულ საქართველოს კუთხეების მეზობლად მყოფ კუთხეში რიონისა და მის შტოების მიდამოებში რაჭის ფარგლებშიც, რა გარემოებასაც უეჭველად ყურადღება უნდა მიექცეს.

რაც შეეხება აღმოსავლეთ საქართველოს, ამის შესახებ იმ მცირე მასალის და პირად შთაბეჭდილებების მიხედვით უეჭველად ყურადღების ღირსია მთიულეთი, რომელიც მდებარეობს არაგვის ხეობით დაწყებული ანანაურის ზემოდ მთიულთკარიდან საქართველოს სამხედრო გზით თვით ჯვართა ყელამდე. რომ მთიულეთშიც გავრცელებულია ჩიყვის ენდემია, ჩვენ ამას შემდეგ მოსაზრებით მიუდევით.

შემთხვევა III *).

გასულ 1923 წლის ზაფხულის დასაწყისში ფაკულტეტის ქირურგიულ კლინიკაში გამოცხადდა მოქ. პავლე კ—შვილი, მთიული, 26 წლის, დაბა ფასანაურიდან სიმსივნისა და ამობერილობის გამო უმთავრესად მარცხენა ლაფის ზემოდ კისრის შუა ხაზის მარჯვნივ. აღნიშნული სიმსივნე ნაწილობრივ მოძრავი იყო, აწვებოდა აღნიშნულ მიდამოს და უშლიდა სუნთქვას.

*) პროფ. ა. მაჭავარიანის ფაკულტეტის ქირურგიულ კლინიკის ძველნარი. ავადმყოფობის ისტორიის № 165. 1923 წ.

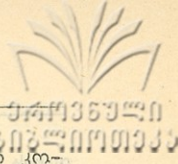
თავის სიდიდის გამო. სიმსივნე გასჩენია ათი წლისას და მის შემდეგ თანდათანობით გაზრდილა, მხოლოდ უკანასკნელ ხანებში მის ოდენობას ცოტა ბატის კვრაცხზე ნაკლები სიდიდე მისცემია. ამ მოვლენამ აიძულა ავადმყოფი კლინიკისათვის მოემართა, ვინაიდან კისრის შუაგულში არსებული სიმსივნე, რომელიც ყელს აჭერდა, უშლიდა ნერწყვის გადაყლაპვას, მასთანვე უზღუდავდა სიარულს გაძლიერებულ სუნთქვის გამო.

ზემოაღნიშნულ შემთხვევის მიხედვით ჩვენ გამოვკითხეთ ავადმყოფს, მის სამშობლო კუთხის მიდამოებში თუ არის კიდევ მის მაგვარი ჩიყვის შემთხვევები, რაზეც დადებითი პასუხი მივიღეთ, რომ როგორც ფასანაურში, აგრეთვე ახლო მახლო ადგილებში და ზევითაც არაგვის ხეობით არის ჩიყვის შემთხვევები. სწორედ ამის შემდეგ გასულ 1923 წლის ზაფხულში შემოდგომას, როდესაც ჩვენ შემთხვევა მოგვეცა ორჯელ გაგვევლო მთიულეთის მიდამოებში, დავრწმუნდით ზემოავადმყოფის ნათქვამში და როგორც ფასანაურში, აგრეთვე მის ზემოთ მთელ არაგვის ხეობაში, როგორც მარჯვნივ, ისე მარცხნივ მდებარე მთიულთ უბნებში (სოფლებში) თვით გუდაურის გადასავალამდე ანუ ჯვართაყელამდე თუმცა დასავლეთ საქართველოსთან შედარებით უფრო მცირედ მაგრამ მაინც მძინვარებს ჩიყვის ენდემია. რასაკვირველია ის მცირე დრო, რომელიც ჩვენს ხელთ იყო, საშვალებას არ გვაძლევდა შემოგვერა მთიულეთის სოფლები და დაწვრილებით და ხწურად გამოგვერკვია ჩიყვიანთ რიცხვი მთიულეთში, მაგრამ შეძლების დაგვარად ხევისაკენ და მყინვარწყვირისაკენ მთიულეთით მიმავალმა გზადაგზა მაინც შევკრიბეთ ის ცნობები, რომელთა შთაბეჭდილებამ დაადასტურა ჩვენი მოსაზრება ჩიყვის ენდემიის არსებობის შესახებ აგრეთვე აღმოსავლეთ საქართველოშიც, სახელდობრ მთიულეთში.

რათა საესებით გავვემტკიცებია ჩვენი მოსაზრებანი ჩიყვის არსებობის შესახებ რაჭა-მთიულეთში და სრულიად არ დავრყდნობოდით მხოლოდ პროფ. ა. მაჭავარიანის ფაკულტეტის ქირურგიულ კლინიკის მასალას, ჩვენ მივმართეთ ტფილისის უნივერსიტეტის დანარჩენ ქირურგიულ კლინიკებსაც. პროფ. გ. მუხაძის ჰოსპიტალურ ქირურგიულ კლინიკის ძველნარის გარჩევას ჩვენ მივეყეთ ხელი ასისტენტ ალ. წულუკიძის დასტურათ, მხოლოდ მასალის შერჩევაში დიდი დახმარება გამიწია ამხ. ვლ. ხაზარაძემ, რისთვისაც ორივე ამხანაგს ჩემი გულწრფელი მადლობა. მადლობას უძღვნი აგრეთვე პროფ. ნ. კახიანის პროპედევტიულ ქირურგიულ კლინიკის ასისტენტს ამხ. ეფ. ზაქარაიას, რომლის დახმარებითაც შევარჩიე ზემოაღნიშნულ კლინიკის მასალა.

უნივერსიტეტის ჯერ კიდევ ნორჩ კლინიკების მასალამ, შემდეგი სურათი გადაგვიშალა.

პროფესორ გ. მუხაძის ჰოსპიტალურ ქირურგიულ კლინიკაში 1919 წლიდან 1924 წლამდე სულ 17 ჩიყვიანი ავადმყოფი გატარებულა. ამათში 7 ავადმყოფი (6 ქალი და 1 კაცი) რაჭის სხვადასხვა სოფლებიდან ყოფილან, 3 ქალი მთიულეთიდან, დანარჩენი 7 კი ჩამოსული საქართველოს სხვა კუთხეებიდან. ყველა შემთხვევებში გაკეთებული ყოფილა ოპერაცია ადგილობრივ ტკივილდაღუპებით ნოვოკაინის ხსნარის საშუალებით. მათ შორის მხოლოდ ორი საერთო ნარკოზით წმ. ქლოროფორმის ქვეშ. ყველა შემთხვევებში ჩიყვთამოკვითა—Strumectomia.



აღნიშნულ ათივე შემთხვევაში ყოფილა ე. წ. განსაზღვრული ჩიყვი კოლოიდალურ კისტოზურ ხასიათისა ერთის გარდა, რომელიც parenchimatosa's სახს კუთნებია.

რაც შეეხება პროფ. ნ. კახიანის პროპედევტიულ ქირურგიულ კლინიკის მასალას, იქ ჩვენ მხოლოდ წლინახევრის მასალიდან (1923—1924 წ. წ.) ოთხი შემთხვევა შევარჩიეთ, რომელთაგანაც ორი შემთხვევა ორივე ქალი რაქიდან იყო; დანარჩენი ორი კი სხვა, უცხოელი. შემთხვევები ანალოგიური ზემოთ მოყვანილ შემთხვევებთან.

ასე რომ შეკრებილი მასალა ადასტურებს ჩვენს მოსაზრებას ჩიყვის ენდემიის შესახებ რაჭა-მთიულეთში.

ყოველივე ზემოხსენებულიდან უნდა აღვნიშნოთ აგრეთვე ისიც თუ საქართველოს მიდამოებში მძვინვარე ჩიყვით დაავადება რომელ სახს უნდა მივაკუთვნოთ. რამდენადაც ლიტერატურული ცნობები ხელს გვიწყობს და მასთანვე ჩვენი კლინიკური და სხვა შემთხვევებიც ამ ცნობებს გვიდასტურებს, უნდა ვსთქვათ რომ ჯერ ერთი ჩვენ გვაქვს საქართველოში ენდემიური ჩიყვის გავრცელების სურათი, რაც სვანეთ-რაჭა-მთიულეთით იფარგლება. შემდეგ თუ მივმართეთ მათ დაწვრილებითი სახის გამორკვევას და მივიღეთ მხედველობაში აკადემიკოს Вельяминов-ის ჩიყვების დაგანწილება, უნდა აღვნიშნოთ რომ საქმე გვაქვს უბრალო ჩიყვებთან — Struma Simplex, სახელდობრ იმ ჩიყვებთან, რომელთაც ჯირკვლის გადიდების გარდა არავითარი მტკივნეულობითი მოვლენები მოსდევს და ჩიყვებთან, რომელნიც მეზობელ ორგანოებზე და ნაწილებზე დაწოლითი მოვლენებითაა გართულებული.

ამას გარდა თუ მივმართეთ აგრეთვე სხვა მეცნიერთა ჩიყვების დაგანწილებას (F. de Quervain და В. И. Рязумовский), მხედველობაში მისაღებია კეთილ-თვისებიანი ჩიყვები და განსაკუთრებით განსაზღვრულ ჩიყვის (Struma nodosa) უმთავრესად ე. წ. კოლოიდალურ კისტოზურ ჩიყვის სახის (Struma Cystica, Colloides Cystica), რაც არამც თუ საქართველოში, საერთოდ უფრო ხშირი და გავრცელებული მოვლენაა. ამგვარ სახის ჩიყვები ნაირ-ნაირ სიდიდისაა და თხილის ოდენობიდან მოზრდილა საზამთროს ოდენობამდე აღწევს. ნაირ-ნაირია აგრეთვე მათი კედელთა სისქე და ხშირად ეს კედლები ისეა შემოფარგლული ირვვლივ მდებარე ნაწილებისაგან, რომ ამგვარ ჩიყვის ამოკვეთა-ამოგდება ადვილი საქმეა. მისი შეცულობა თვისი ქიმიურ შემადგენლობით და ფიზიურ თვისებებითაც ნაირ ნაირია.

სწორედ ამდაგვარ სახს ეკუთვნიან ჩვენი სამივე კლინიკური შემთხვევები, რომელნიც ზემოაღნიშნულ მოსაზრებას გვიდასტურებს. სამივე შემთხვევაში გაკეთებული იყო ოპერაცია Strumectomy ანუ ჩიყვთკვეთა. ორი შემთხვევა ადგილობრივ ტკივილდაღუმებით 1% ნოვოკაინის ხსნარის — S. Novocaini 1% — საშვალებით და ერთ შემთხვევაში ავადმყოფის მოუსვენრობისა და მოუთმენლობის გამო ჯერ კიდევ ადგილობრივ ტკივილდაღუმების მსვლელობისას მიცემული იქნა საერთო ნარკოზი წმინდა ქლოროფორმით. სამივე შემთხვევაში შეხორცება პირველადი (per primam intentionem), ავადმყოფთა მერვე-მეათე დღეზე გაწერით.

ასეთია ჩვენ შემთხვევათა ნაოპერაციები შედეგი.

რასაკვირველია ყოველივე ზემო მოყვანილ ცნობების მიხედვით ჩიყვის შესწავლის შესახებ არ განისაზღვრება ჩვენი მოსაზრებანი, არამედ ეს უნდა იყოს მხოლოდ იმ მომავალ მუშაობის დასაწყისი, რომელსაც ტფილისის უნივერსიტეტის ქირურგიული კლინიკების დოსტაქართა ყრილობებმა შექველად დიდი ყურადღება უნდა მიაქციოს.

და ამრიგად ჯერჯერობით მხოლოდ სვანეთში ჩიყვის შესასწავლად დაწყებული მეცნიერული მუშაობა Пантюховის, Опрелის და პროფ. მაჭავარიანის მიერ აუცილებლად გაგრძელებული უნდა იქნეს ახლო მომავალში უფრო ფართო ფარგლებში და ფართო გეგმით მთელ საქართველოში. ამ შემთხვევაში ჩვენს კლინიკის მიერ დასახული გეგმა ენდემიურ ჩიყვის შესასწავლად საქართველოში უნდა შესრულებული იქნეს შეძლებისდაგვარად ნაწილობრივად მაინც პირველ ხანებში, მით უმეტეს რომ სამეცნიერო ექსპედიციაში, რომელიც განზრახულია მოეწყოს მომავალში სვანეთის მიდამოებში საქართველოს გეოგრაფიულ საზოგადოების მიერ, ადგილი ექნება დათმობილი ორი ან სამი დოსტაქრის შემადგენლობით ჩიყვის შესწავლის განყოფილებასაც, რომლის ხელმძღვანელობაზეც სურვილი განაცხადა პროფესორ ა. მაჭავარიანმა.

ამრიგად ჩვენი დასკვნა—დებულებანი შემდეგში გამოიხატება:

1. ჩიყვი ისე როგორც მრავალ ქვეყანათა მთა ადგილებში, გავრცელებულია აგრეთვე საქართველოშიც.
2. სვანეთში ჩიყვი გავრცელებულია ორი მიმართულებით: ზემო სვანეთში მდინარე ენგურის მიმართულებით, მხოლოდ ქვემო სვანეთში მდინარე ცხენის წყლის მიმართულებით.
3. ჩიყვი ზემო სვანეთში უფრო ნაკლებაა გავრცელებული, ვიდრე ქვემო სვანეთში—უფრო დაბალ ადგილებში.
4. ჩიყვთან შეფარდებით სვანეთში გავრცელებულია აგრეთვე კრეტინიზმი და უფრო მეტად ზემო სვანეთში, ვიდრე ქვემო სვანეთში.
5. ჩვენი ცნობების და მასალის მიხედვით დასტურდება რომ ჩიყვი ენდემიურად გავრცელებულია აგრეთვე სვანეთის მახლობლად მდინარე რიონის მიდამოებში ზაჭაშიც, სადაც ჩიყვის თანაბრად კრეტინიზმიც აღინიშნება.
6. სამივე მდინარე: ენგური, ცხენის წყალი და რიონი კავკასიონის ქედის ყინვარებიდან ფასის მთის მიდამოებიდან იღებენ სათავეს.
7. დასავლეთ საქართველოს გარდა ჩიყვის ენდემია ჩვენი ცნობების და მასალის მიხედვით არსებობს აგრეთვე აღმოსავლეთ საქართველოშიც, სახელდობრ მთიულეთში—არაგვის ხეობით. აქ იგი უფრო ნაკლებ არის გავრცელებული, ვიდრე დასავლეთ საქართველოში.
8. მთიულეთში კრეტინიზმის შესახებ არავითარი ცნობები არ მოგვეპოვება.
9. საერთოდ აღსანიშნავია რომ ჩიყვი გავრცელებულია ჩრდილოეთ საქართველოში და მას შექველად კავშირი უნდა ჰქონდეს კავკასიონის ქედთან, რომლის მიდამოებიდანაც გამომდინარეობენ ზემოხსენებული მდინარეები.
10. ზემოხსენებულ ოთხივე მდინარის მიდამოები ვიწროა, შემოფარგლულია კლდოვან და ყინულიან მთებით და მასთანვე ხშირ ნისლოვანი.

11. აშკარაა აგრეთვე რომ საქართველოში ჩიყვის მძვინვარება მიეწერება წყალს როგორც მდინარეებისას, ისე წყაროებისას.

დასასრულ გულწრფელ მადლობას ვუძღვნი ჩემს დიდად პატივცემულ მასწავლებელს პროფესორ ალექსანდრე მაჭავარიანს, რომელმაც მამანდო ზემო აღნიშნულ საკითხის დამუშავება და ამ დამუშავებაში პირადად მიხელმძღვანელა.

მწერლობითი წყაროები.

1. პროფ. ა. ნათიშვილი. ადამიანის ნორმალური ანატომია. ნაწ. II ტფილისი 1919 წ.
2. Проф. Wullstein и проф. Wilms. Руководство по Хирургии Т. I. Ленинград 1913 წ.
3. Проф. В. И. Разумовский. Повреждения и заболевания щитовидной железы. Ленинград 1903 წ.
4. Проф. Н. А. Вельяминов. Материалы к изучению о зобе и Basedow'ой болезни. Журнал „Русский врач“ № 1. 1913 წ.
5. M. Roch (de Genève) La prophylaxie de goitre endémique par l'iode — état de la question en Suisse. პარიზის ჟურნალი „La presse médicale“ № 36. 1924 წ. 3 მაისი.
6. Др Орбели. Сванетия. Зоб и Кретинизм в Сванетии. Ленинград 1904 წ.
7. ბატონიშვილი ვახუშტი. საქართველოს გეოგრაფია. ტფილისი. 1904 წ.
8. И. И. Пантюхов. Зоб в Сванетии. ცალკე ტვიფარი „Русская Медицина“ —დან № 2. 1890. Ленинград.
9. Проф. А. Г. Мачавариани. Свертываемость и вязкость крови и некоторые другие гематологические данные при различных формах зоба. Ленинград 1913 წ.
10. И. И. Пантюхов. Медико-топографический очерк бассейна реки Риона. Ленинград 1871 წ.
11. პროფ. ალ. მაჭავარიანი. თირეოტოკსიკოზი, როგორც ფარისებრ ჯირკვლის დაქვეითების სხვადასხვა სახეების ნაშთი. ჟურნალი „პროფესორ ალექსანდრე მაჭავარიანის ფაკულტეტის ქირურგიულ კლინიკის შრომები“. № 1. 1923 წ. ტფილისი.
12. Проф. Sonnenburg. Зоб. „Реальная энциклопедия практической медицины“. Т. VIII.
13. Др Мед. В. Нефедов К вопросу о функции щитовидной железы. Ленинград. 1901 წ.
14. Др Мед. Я. М. Брайнин. К вопросу о влиянии щитовидной железы на морфологию крови у животных и здоровых людей. Ленинград 1899 წ.
15. Др Мед. И. А. Абрамович. Влияние удаления щитовидной железы на лейкоцитоз. Ленинград 1901 წ.

უ. მიქელაძე.

კლინიკის უფროსი ასისტენტი.

Sprue საქართველოში.

(ტფილისის უნივერსიტეტის ფაკულტეტის თერაპიული კლინიკიდან. გამგე—პროფ. ა. ალადაშვილი).

Sprue *) — ქრონიკული სნეულებაა. მისთვის დამახასიათებელია ფაღარათობა თხელი და ქაფიანი განავალით, ენის ტკივილი, ტენდენცია შებრუნებისადმი და პროგრესიული სივამხდრე.

პირველად Sprue აღწერა 1766 წელს ანტილის კუნძულებზე Hillary-მ. შემდეგ ეს სნეულება აღწერეს ფრანგ ავტორებმა (Girard la Bergerie—1868 წ. და Layet—1872 წ.) კოხინჩინაში და საერთოდ ინდო-ჩინეთში და უწოდეს მას diarrhée chronique de Cochinchine ou des pays chauds. დაწერილებითი კლინიკური სურათი ამ სნეულებისა 1880 წ. წარმოადგინა ჰოლანდიელმა მეცნიერმა Van der Burg-მა და ცნობილმა Patrk Manson-მა. პირველმა მას უწოდა Indische spruw, რაც ჰოლანდიელთა ენაზე ნიშნავს აფთებს, Manson-მა კი მას Sprue დაარქვა.

Sprue ენდემიურად გავრცელებულია სამრხეთ-აღმოსავლეთ აზიაში: ოსტინდოეთის დიდს კუნძულებზე—სუმატრასა, იავასა, ბორნეოსა და ცელებესზე, ინდოეთში, ცეილონზე, ინდო-ჩინეთში, ჩინეთსა და იაპონიაში, ფილიპინის კუნძულებზე. არა იშვიათია იგი აგრეთვე პოლინეზიის კუნძულებზე და ავსტრალიაშიც. რაც შეეხება სხვა ტროპიკულ ქვეყნებს,—იქ ეს სნეულება უფრო იშვიათი უნდა იყოს. ყოველ შემთხვევაში ამის შესახებ ლიტერატურაში ნაკლები ცნობებია. ანტილის კუნძულებზე, გარდა ზემოდ დასახელებული Hillary-სა, იგი აღწერა Lavison-მა (მხოლოდ რამდენიმე შემთხვევა), სენეგალში 2 შემთხვევა აღწერა Berenger-Ferrand-მა და ვიანაში—1 შემთხვევა Le-Dantec მა. აღსანიშნავია, რომ Sprue უმთავრესად ემართებათ ევროპელებს, რომელნიც ამ ქვეყნებში სცხოვრობენ. ადგილობრივ მცხოვრებლებში—აბორიგენებში—(ყვითელი და შავკანიანები) იგი ფრიად იშვიათია.

*) ამ სნეულებას, Sprue-ს გარდა, უწოდებენ კიდევ.

ფრანგები—diarrhée chronique endémique de Cochinchine, diarrhée chronique des pays chauds, athrépsie coloniale;

ინგლისელები—psilosis linguae, Hill-diarrhea, Hill-trot, Simla-trot;

ჰოლანდიელები—spruw.

Sprue-ს სპორადიული შემთხვევები აღწერილია აგრეთვე ევროპაშიაც (Van der Scheer, Mense), მაგრამ მხოლოდ ისეთ პირებს სჭირდათ ეს სნეულება, რომელნიც წინეთ ტროპიკულ ქვეყნებში სცხოვრობდნენ.

ამ ბოლო ხანებში Sprue-ს 4 შემთხვევა აღწერილი იყო თურქესტანშიაც. საერთოდ აღნიშნულია, რომ Sprue გავრცელებულია ისეთ ქვეყნებში, სადაც ძლიერ სცხელა და სადაც ამავე დროს საკმაო სინესტია. ტროპიკულს ქვეყნებში იგი უმთავრესად თავს იჩენს ხოლმე წვიმიან პერიოდში და არა მშრალში.

ეტიოლოგია ამ სნეულების ჯერ-ჯერობით გამორკვეული არ არის.

1876 წ. ფრანგმა ექიმმა Normand-მა კოხინხინის ფალარათობით (ასე უწოდებენ ფრანგები Sprue-ს) შეპყრობილთა განავალში ერთგვარი რვეალი ჭია აღმოაჩინა, რომელსაც *Anguillula stercoralis* უწოდა. ვინაიდან ეს ჭია აღმოაჩნდა 30-მდე Sprue-თი დაავადებულს, ამიტომ მას პირველ ხანებში მიაწერეს Sprue-ს გამოწვევა. მაგრამ სულ მოკლე ხანში აღმოჩნდა, რომ ბევრს Sprue-თი ავადყოფს ეს ჭია სრულიად არა ჰყავს, ბევრს კი ისეთს ჰყავს, რომელსაც არას დროს და არავითარი ნიშანი Sprue-სი არა ჰქონია.

შემდეგ მთელი რიგი ავტორებისა ამ სნეულების გამომწვევად ბაქტერიებს სთვლიან (Thin). Beneke და Justi-მ აღმოაჩინეს Sprue-საგან გარდაცვალებულის ნაწლავების ლორწოვან გარსში ჩხირისებრი ბაქტერიები, რომელნიც Gram-ით იღებებოდნენ. მაგრამ მათი პათოლოგიური მნიშვნელობა ჯერ დამტკიცებული არ არის.

სხვა ავტორები განსაკუთრებულ მნიშვნელობას სოკოებს აძლევენ (*sacharomyces, monilia*). Bahr-მა Sprue-თ ავადმყოფის ნაწლავების ლორწოვან გარსში და ენის ლორწოვან გარსშიაც აღმოაჩინა საფუარი სოკო — *monilia albicans*. Bahr-ი ირწმუნება, რომ მან ცხოველების Sprue-თი დაავადება გამოიწვია, როდესაც მან ამ სოკოს კულტურა მათ შეუშნაპუნა.

Le Dantec-მა 1908 წ. Sprue-თი ავადმყოფის განავლიდან გამოჰყო ერთგვარი საფუარი სოკო. წმინდა კულტურაში ნათლად სჩანდა ერთი მხრით თვით სოკოს უჯრედები და, გარდა ამისა, ამ სოკოს მიცელიუმი. ეს სოკო კარგად იზრდებოდა კარტოფილის საკვებზე, ქელატინას არ ათხელებდა და შაქრიან ბულიონის დუდილს იწვევდა ალკოჰოლის გაჩენით. Le Dantec-ი ყველა Sprue-თი ავადმყოფის განავალში ნახულობდა ამ სოკოს ან უჯრედებს ან მიცელიუმს და ამიტომ იგი ფრთხილად გამოსთქვამს აზრს, რომ მას Sprue-ს დროს რაღაც ეტიოლოგიური მნიშვნელობა უნდა ჰქონდეს.

1911 წელს ცნობილმა Castellani-მ აღმოაჩინა Sprue-თი დაავადებულთა განავალში აგრეთვე ერთგვარი სოკო, რომელსაც *Endomyces entericus* ანუ *Monilia enterica* უწოდა. მაგრამ ვერც ამ სოკოს ეტიოლოგიური მნიშვნელობა იქნა დამტკიცებული.

ამ ბოლო ხანებში Birt-ი ამტკიცებს, რომ Sprue ამებური დიზენტერიის მიერ გამოწვეული სნეულებაა. იგი უმთავრესად ემყარება იმ გარემოებას, რომ Sprue-თი დაავადებულთა განავალში იგი ყოველთვის პოულობდა დიზენტერიის ამებებს.

ამგვარად ჩვენ ვხედავთ, რომ Sprue-ს გამომწვევ მიზეზად ზოგი ბაქტერიებს ასახელებს, ზოგი ამებებს და ზოგი კი საფუარ სოკოებს. უნდა ვალიაოთ, რომ ჯერჯერობით არც ერთი შეხედულობა დამტკიცებულად არ შეიძლება ჩაითვალოს. ყოველ შემთხვევაში ცხადია, რომ რადგანაც Sprue ტროპიკულ ქვეყნებშია გავრცელებული, სადაც აგრეთვე გავრცელებულია ტროპიკული დიზენტერია და სხვადასხვა ჭიები, ამიტომ Sprue-თი დაავადებულის განავალში ხშირად შეიძლება იქნეს, როგორც დიზენტერიის ამებები და *Anguillula stercoralis*, აგრეთვე სხვა პარაზიტებიც, რომელნიც ტროპიკულ ქვეყნებში ძლიერ ხშირად გვხვდება ხოლმე.

კლინიკა. ჩვეულებრივად სნეულება თანდათანობით იწყება. პირველად ავადმყოფს დისპეპტიური მოვლენები ემჩნევა: უმადობა, ბოყინი, სიმძიმის გრძნობა ჭამის შემდეგ. ამას ზედ ერთვის მუცლის გვრემა, ყურყური და ფალარათობა. დღეში ორჯერ-სამჯერ. ხშირად ავადმყოფი ასეთ მოვლენას ყურადღებას არ აქცევს მით უმეტეს, რომ ავადმყოფის თკითგრძნობა შედარებით გვარიანია და არავითარ ტკივილებს იგი არა გრძნობს. მაგრამ რამდენიმე ხნის შემდეგ მას ემატება ენის ტკივილი, ფალარათობა ძლიერდება და ავადმყოფი ძლიერ გახდება ხოლმე. ავადმყოფი ექიმს ჩვეულებრივად მხოლოდ მაშინ მიმართავს, როდესაც სნეულება უკვე საკმაოდ განვითარებულია.

უფრო იზიანათად Sprue შეიძლება მწვავედაც დაიწყოს (*Le Dantec*). აღმნიანი ერთბაშად ხდება ხოლმე ავად. იგი პირის სიმწარეს გრძნობს, ენა თეთრად შეივსება ხოლმე, რამდენიმეჯერ შეიძლება პირსაც ასაქმოს და შემდეგ მას უკვე ეწყობა ფალარათობა განავალი პირველად ყვითელი ფერისაა, შემდეგ კი მწვანე ხდება და აქაფებულია. მოკლედ რომ ვთქვათ, სურათი მწვავე გასტრო-ენტერიტის მიაგავს. ასეთი მწვავე დაწყების შემდეგ სნეულება განსაკუთრებით ისეთ პირებში, ვინც კარგად არ სწამლობს და სნეულებას ყურადღებას არ აქცევს, ქრონიკულ მიმდინარეობას ღებულობს და თანდათან ტიპური Sprue ვითარდება. *Le Dantec*-ი აღნიშნავს, რომ ასეთი მწვავე დაწყება ემჩნევა ხოლმე ისეთ პირთ (ევროპელებს), რომელნიც პირველად ჩავიდნენ აღმოსავლეთ ინდოეთში და სიცხის გამო ძლიერ ეტანებოდნენ ხილსა და მწვანილეულობას.

Sprue-ს კლინიკური სურათი, როდესაც იგი უკვე განვითარებულია, ფრიალდამახასიათებელია.

ავადმყოფი უჩივის ენის ტკივილს, ფალარათობას, რომელიც მას მოსდის დღეში რამდენიმეჯერ, უმთავრესად კი დილაობით, და რომელიც უმტკიანია, შრომის უნარის დაკარგვას და პროგრესიულს სივამხდრეს.

ავადმყოფს პირისა ხის და კანის ფერი თითქოს მიწისა აქვს (როგორც ფრანგი ავტორები ამბობენ—*terreuse*). მისი ლორწოვანი გარსები ძლიერ მკრთალია, მაგრამ მათ მოყვითალო ელფერი არ გადაჰკრავს. კანქვეშა ცხიმი ცუდად აქვთ განვითარებული და ამიტომ ავადმყოფის ტყავი ღუნია და თითქოს დანაოჭებული.

ენა ფრიალდამახასიათებელია. ყველაზე წინად უნდა აღინიშნოს, რომ იგი სუფთაა და ზედ თეთრად გადაღვსვა არ ემჩნევა. იგი წითელია განსაკუთრებით წვერზე და კიდეებში, შუაში კი მოწითალო—ფოლადისფერია, სადა და



პრიალა. *Papil. filiformes* თითქმის არ ემჩნევა, *pap. fungiformes* კი აღგ-აღგ შესივებულია და წითელი. ენის წვერზე, განსაკუთრებით ენის ლაგამთან (*irenum*) და ენის კიდებზე, სადაც იგი კბილებს ეხება, ემჩნევა ზოგან წითელ-წითელი პატარა იარები, ზოგან კიდევ მოთეთრო აუთები. ეს იარები და აუთები ძლიერ მტკივნაია. ავადმყოფს უჭირს როგორც ცხელი, აგრეთვე ცივი საქმელის მიღება. მჟავისა და მარილიანს საქმელს ასეთი ავადმყოფი ძლიერ ერიდება და ღვინის დაღვევაც მას ეძნელება ხოლმე. მოვლენები ენის მხრივ თანდათანობით ვითარდება. ენის ზედაპირი თანდათანობით კარგავს თავის ეპითელიუმს და ამის გამო სწორედ ენის ზედაპირი ხდება სადა და პრიალა. იარები და აუთები შესაძლებელია, გარდა ენისა, ღძილებზედაც იყოს, პირის ლორწოვან გარსზე და სასახედაც. ზოგს ავადმყოფს ძლიერი ნერწყვის დენა აქვს, ზოგს კი, პირიქით, პირი უშრება ხოლმე.

ნერწყვი — მჟავე რეაქციისაა და მასში არ არის ხოლმე როდანიუმის კალიუმი (*Mense*).

Sprue-სათვის დამახასიათებელია, რომ მოვლენები ენის მხრივ ავადმყოფს მუდმივ კი არა აქვს. ხშირად მას იარები ურჩება, ენის მტკივნაობას იგი აღარ გრძნობს და უკეთაც ხდება. მაგრამ მოკლე ხნის შემდეგ იარები ენაზე მას კვლავ უჩნდება და ყველაფერი ისევ თავიდან ეწყობა.

ჭამის დროს ავადმყოფი ტკივილს გრძნობს. ასეთივე ტკივილს ავიდმყოფი გრძნობს ყლაპვის დროს და იმ მომენტში, როდესაც საქმელი პირიდან კუჭში გადადის, —საყლაპავში.

კუჭის მხრივ—ავადმყოფს ემჩნევა ხშირად უმადობა, სიმძიმის გრძნობა ჭამის შემდეგ, ბოყინი, გულძმარება და იშვიათად პირის საქმებაც მოსდის ხოლმე.

კუჭის წვენში—თავიდანვე შემცირებულია თავისუფალი ქლორწყალბად მჟავა. განვითარებულ სტადიუმში კი იგი სრულიად აღარ არის.

მუცელი ავადმყოფისა ფრიად დამახასიათებელი არის. მიუხედავად ფალარათობისა, იგი ჩავარდნილი კი არ არის, არამედ წამოებრილია და რბილი. ხშირად უკვე თვალთ სჩანს ნაწლავების პერისტალტიკა. ჩვეულებრივად ავადმყოფი არც თავის თავად და არც პალპაციის დროს მუცლის მტკივნაობას არა გრძნობს. კარგად გამოხატულია ყურყური. თუ ავადმყოფს მუცელი სტკივა, ეს გარემოება უმთავრესად დამოკიდებულია იმისაგან, რომ მას *Sprue*-სთან ერთად დიზენტერია აქვს. შესაძლებელია, მტკივნაობა გამოწვეული იყოს დიეტის დარღვევით, მაგრამ ამ შემთხვევაში იგი დროებითია და მოკლე ხანში ჰქრება ხოლმე.

ავადმყოფს ფალარათობა აქვს. ჩვეულებრივად იგი გადის დღეში სამჯერ-ხუთჯერ, მაგრამ შესაძლებელია ათამდეც გაიყვანოს. უფრო ხშირად იგი გადის დილაობით ზედიზედ (ფრანგ ავტორების—*selle reveille-matin*), შემდეგ კი მთელი დღის განმავლობაში და ღამითაც შესაძლებელია სრულიადაც არ გავიდეს. აღსანიშნავია, რომ ავადმყოფი ხანდახან გასვლის შემდეგ ძლიერ სისუსტესა გრძნობს. მტკივნაობა ავადმყოფთ სრულიადაც არა აქვთ, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც მათ *Sprue* დიზენტერიით ურთულდებათ. მხოლოდ ხშირად უკანა ტანი ეწვისთ ხოლმე, რაც გამოწვეულია იქ არსებული ექსკორააციებით.

განავალი ფრიად დამახასიათებელია. იგი ან სრულიად თხელია ან დაუფრო ხშირად ფაფისებრია, მაგრამ ყოველთვის თითქოს აქაფებულია. მისი ფერი ან მომწვანოა ანდა უფრო ხშირად მონაცრისფროა. განავალი ძლიერ მყრალი სუნისაა და, რადგანაც მასში ბლომად არის აირი, ისეთი შთაბეჭდილება რჩება, თითქოს განავალის რაოდენობა ძლიერ დიდი იყოს.

განავალის რეაქცია უფრო ხშირად მჟავეა. მასში არც ლორწო და არც სისხლი არ არის, თუ Sprue დიზენტერიით არ არის გართულებული. მასში ხშირად არც სტერკობილინია და არც ბილივერდინი. სამაგიეროდ განავალში ბლომად არის ცხიმოვანი ნივთიერებანი, რაც, ზოგი ავტორის აზრით (Brown), გამოწვეულია ლვიძლის ფუნქციის შესუსტების გამო.

ლვიძლი, თუ ავადმყოფს მალარიაც არა აქვს ანდა წინეთ არ სჭირდა, რაც ლვიძლის გადიდებაც იწვევს, პერკუტორულად შემცირებულია (Van der Burg).

გულის მხრივ, გარდა სუსტი ტონებისა, აღსანიშნავი არაფერია.

სასუნთქი ორგანოები არ იძლევიან არავითარ პათოლოგიურ ცვლილებებს.

შარდში ხანდახან ნორმაზე მეტი ინდიკანი და ნალველის პიგმენტები და ურობოლინია. შემდეგ ფრანგი ავტორები აღნიშნავენ მჟაუნ-მჟავე კალციუმის კრისტალების რაოდენობის გაძლიერებას შარდში (Ronald-Martin). Le Dantec'ით, შარდვიანისა და ქლორიდების რაოდენობა შარდში შემცირებულია.

სისხლის მხრივ აღსანიშნავია ანემია, რომელიც მით უფრო გამოხატულია, რაც უფრო არის სნეულება განვითარებული.

ჰემოგლობინის რაოდენობა შემცირებულია.

პარალელურად შემცირებულია წითელი ბურთულების რიცხვიც. ესენი ჩვეულებრივად შეცვლილნი არ არიან და კარგად იღებებიან. შესაძლებელია, როგორც აღნიშნავს Schilling-ი, წითელ ბურთულთა რიცხვი ორსა ან და ერთს მილიონამდეც ჩამოვიდეს.

თეთრ ბურთულთა რიცხვიც შემცირებულია, განსაკუთრებით შესაძლებელია შემცირებული იყოს ნეიტროფილებისა და ეოზინოფილების რიცხვი. აღსანიშნავია, რომ ნეიტროფილთა შორის უფრო მიკტია ისეთები, რომელთაც გულგული უფრო დაყოფილი აქვთ. ამის გამო Arneth-ის ფორმულა მარჯვნივ არის გადახრილი (Schilling).

აღსანიშნავია ერთი კლინიკური სიმპტომი, რომელსაც Le Dantec'ი აქცევს ყურადღებას. ეს არის ავადმყოფის თვის თვისება: იგი თითქოს რბილია და ამავე დროს ხშირად ადვილად ტყდება ხოლმე.

სნეულების მიმდინარეობა—ქრონიკულია. სნეულების თვისებაა ხან მომჯობინება და ხან კიდევ გამწვავება ე. ი. შებრუნება. ავადმყოფობა ხანდახან 1—4 წელი გრძელდება, მაგრამ არის ისეთი შემთხვევები, როდესაც Sprue-მ 15 წლამდე გასტანა. ავადმყოფი თანდათან სუსტდება, ხდება, საქმელს ვეღარ ინელებს და კვდება ან საერთო სისუსტის გამო ანდა ხშირად ტუბერკულოზით გართულების გამო. ყოველგვარ მწვავე შემთხვევით სნეულებას შეუძლია დასუსტებულსა და დაუძლურებულს ორგანიზმს სწრაფად ბოლო მოუღოს.

მაგრამ აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ წესიერ წამლობისა და განსაკუთრებით წესიერი დიეტის ზეგავლენით ავადმყოფი ხშირად სრულიად გამოიჯობინდება ხოლმე.

გართულებანი. Sprue, რომელიც იწვევს ადამიანის ძლიერ დასუსტებასა და დაუძლურებას, ადვილად რთულდება ხოლმე სხვა სნეულებებით. ამ მხრივ ყველაზე უფრო აღსანიშნავია ტუბერკულოზი, რომელიც Sprue-ს ბოლო პერიოდებში ზედ ერთვის ხოლმე ამ სნეულებას და სწრაფად ვითარდება დასუსტებულს ორგანიზმში. შემდეგ აღსანიშნავია ტროპიკული დიზენტერია, ამეზობებით ანდა სხვა პარაზიტებით (*Lambliia*) გამოწვეული, და მალარია, რომელიც Sprue-ს ძლიერ ხშირად თან ახლავენ ხოლმე. ორივე ეს სნეულება ძლიერ არის გავრცელებული სწორედ იმ ქვეყნებში, სადაც ჩვეულებრივად Sprue-საც ვხვდებით ხოლმე. ვარდა ამ სნეულებათა, აღწერილია აგრეთვე, როგორც Sprue-ს გართულება, პურპურა, ტენის მაგარი გარსის (*dura mater*) სინუსების თრომბოზი იშვიათად ასციტი, როგორც შედეგი ღვიძლის ატროფიისა, და ავადმყოფობის უკანასკნელ დღეებში რძიანა (*Soor*).

პათოლოგიური ანატომია. პათოლოგიურ-ანატომიური ცვლილებანი შეიძლება ორ ჯგუფად იქნეს გაყოფილი. ერთში შედის ცვლილებანი საჭმლის მომნელებელი ორგანოების მხრივ, მეორე კი საერთო ხასიათის ცვლილებანი.

ენაზე ემჩნევა ეპითელიუმის ატროფია, რის გამო ენას სადა და პრიალა შეხედულება აქვს. ენის წვერზე, კიდებზე და მის ლაგამთან იარები და აფთები ხოლმე. იშვიათად ენაზე რძიანაც არის ხოლმე გამოხატული.

საყლაპავის ლორწოვანი გარსი ატროფიას განიცდის. მის კედელში კი ანთებითი ინფილტრაციაა და ხშირად იგი სკლეროტიულია. მისი ზედა ნაწილებში — ხშირად აფთებსა ვხვდებით ხოლმე. კუჭი ზომაში მოკლებულია. მისი კედლები გათხელებულია. მისი ლორწოვანი გარსი ნაწილობრივ ანთებითი ინფილტრაციას განიცდის შემდეგ კი ატროფიას. ხშირად კუჭში სნეულების ბოლო სტადიუმებში იარებიც არის ხოლმე, რასაც სისხლის ჩაქცევის შედეგად სთვლიან.

წვრილ ნაწლავებში სეროზული გარსი საღია, კუნთოვანი გარსი ატროფიული, ლორწოვან გარსში და *submucosa*-ში ღრმა ცვლილებებია. *Le Dantec*-ი ამ მოვლენებს ახასიათებს, როგორც კატარალურსა და ფოლიკულარულს ანთებას. აქ აქვს ადგილი ეპითელიუმის დესკვამაციას, *submucosa*-ში კი-ანთებითი მოვლენებს სისხლის ძარღვების მხრივ — სისხლის ჩაქცევას, ლეეკოციტთა ინფილტრაციას. ასეთივე ინფილტრაცია ემჩნევა ლიბერკიუნის ჯირკვლების ინტერვალებშიც. ხშირად დაზიანებულია სოლიტარული ფოლიკულები და პეიერის ფოლაკები, რომელნიც ჩირქდებიან და რომელთა ადგილებზე ხშირად ღრმა იარები ჩნდება. ყველა ამ მოვლენებს მოჰყვება ხოლმე ლორწოვანი გარსის მხრივ ატროფიული მოვლენები. ამის გამო მიკროსკოპიულად წვრილ ნაწლავების ლორწოვანი გარსი ბევრ ადგილას უკვე მონაცრისფროა, ზოგან კი შეშუპებული ანთებითი პროცესის გამო. განსაკუთრებთ ეს შეშუპება ე. წ. *plica*-ზე ემჩნევა.

კოლინჯი უფრო ნაკლებად არის დაზიანებული, თუმცა აქაც ემჩნევა ეპითელიუმის დესკვამაცია. სამაგიეროდ, თუ Sprue დიზენტერიით არის გართულებული, მაშინ კოლინჯში ჩვენ ვხვდებით ყველა იმ მოვლენებს, რომელნიც დიზენტერიისათვის დამახასიათებელია.

სწორ ნაწლავში აგრეთვე ემჩნევა ეპითელიუმის დესკვამაცია და ხანდახან ექსკორიაციები. ლორწოვანი გარსი თითქოს ხაოიანია (tomenteux). ჯორჯლის ჯირკვლები ან გადიდებულია და პიგმენტირებული ან და ფიბროზულად გადაგვარებული და თავის მოცულობაში შემცირებული. ღვიძლი—ატროფიის მოვლენებს განიცდის და ამის გამო თავის მოცულობაში შემცირებულია.

პანკრეასში—უჯრედების ცხიმოვანი გადაგვარება ემჩნევა (Bertran et Fontan) და შემაერთებული ქსოვილის ანთებითი ინფილტრაცია. სხვა ორგანოების და ქსოვილების მხრივ აღსანიშნავია—ძლიერი სიგამხდრე, სრული მოსპობა კანქვეშა ცხიმისა და კუნთების ძლიერი ატროფია. ატროფიულ მოვლენებს განიცდიან აგრეთვე გულის კუნთი და თირკმელები.

სნეულების დიაგნოზი არ არის ძნელი, თუ იგი საკმაოდ განვითარებულია. ქრონიკული მიმდინარეობა, ტენდენცია შებრუნებისადმი, მუდმივი ფაღარათობა, უმტკივნეულო და თხელი და ქაფიანი განავალით, დამახასიათებელი ენა და პროგრესიული სიგამხდრე დიაგნოზს აადვილებენ.

დიფერენციალური დიაგნოზისათვის მნიშვნელობა აქვს ჩვეულებრივს ქრონიკულს ენტერიტს, ტუბერკულოზურ ენტერიტს და ქრონიკულ დიზენტერიას.

ქრონიკულ დიზენტერიიდან იგი განირჩევა მით, რომ:

1) დიზენტერიის დროს მუცელი მტკივანია, განსაკუთრებით regio iliaca sinistra-ში, რასაც Sprue-ს დროს, თუ იგი დიზენტერიით არ არის გართულებული, ადგილი არა აქვს;

2) დიზენტერიის დროს გარედ გასვლის წინ ავადმყოფი ტკივილებს გრძნობს, Sprue-ს დროს ასეთი ტკივილები არ არის, პირიქით, ფაღარათობა ამ სნეულების დროს უმტკივანია;

3) დიზენტერიის დროს განავალი ჩვეულებრივად ცოტა არის, ლორწოვანია და ხშირად სისხლნარევიც, Sprue-ს დროს განავალი ბლომად არის და მასში სისხლი არ ურევია რე ლორწო არის მხოლოდ მაშინ, Sprue-ს თუ კოლიტიც ერთვის;

4) დიზენტერიის დროს ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა ვაცილებით უმჯობესია, ვიდრე Sprue-ს დროს, როდესაც ავადმყოფი საშინლად ხდება ხოლმე;

5) Sprue-ს დროს ენაზე დამახასიათებელი მოვლენებია, დიზენტერიის დროს კი ამას ადგილი არა აქვს.

ქრონიკული ენტერიტისაგან Sprue განირჩევა:

1) მუცლის სრული უმტკივანობით, ენტერიტის დროს დიდს უმეტესს შემთხვევებში ავადმყოფი პალპაციის დროს მტკივანობას გრძნობს ხოლმე;

2) განავალის ქაფიანობით და

3) მოვლენებით ენის მხრივ, რასაც ენტერიტის დროს ადგილი არა აქვს.

დავგრჩა ნაწლავების ტუბერკულოზი, რომლისაგანაც საჭიროა Sprue-ს გარჩევა. აქ აღსანიშნავია შემდეგი გარემოება:

1) ნაწლავების ტუბერკულოზი უფრო ხშირად ერთეის უკვე განვითარებული ფილტვის ტუბერკულოზს, რაც Sprue ს დროს მხოლოდ გამონაკლისს შეადგენს;

2) ნაწლავების ტუბერკულოზის დროს ხან ფალარათობა აქვს ავადმყოფს, ხან კი შეკრულობა, რასაც Sprue-ს დროს ჩვენ ვერ ვხვდებით;

3) ნაწლავების ტუბერკულოზის დროს უფრო ხშირად მუცელი ან მუცლის განსახვორული ნაწილები მტკივანია, Sprue ს დროს მუცელი უმტკივანაო;

4) ნაწლავების ტუბერკულოზის დროს ენის მხრივ არავითარი მოვლენები არ არის.

5) ნაწლავების ტუბერკულოზის დროს ჩვენ შეგვიძლია განავალში ტუბერკულოზის ჩხირები აღმოვაჩინოთ, Sprue-ს დროს კი ისინი განავალში არ არის.

პროგნოზი—Sprue-ს დროს ყოველთვის სერიოზულია და დამოკიდებულია იმაზე, თუ როდის დაიწყო ავადმყოფმა წამლობა და თავს უვლის და დიეტას ინახავს იგი თუ არა. სნეულების დასაწყისში წამლობა შესამჩნევ შედეგებს იძლევა. მაგრამ თუ სნეულება იმდენად განვითარებულია, რომ საჭმლის მომწელებელი ჯირკვლების ფუნქცია ძლიერ არის დარღვეული და თვით ნაწლავების ლორწოვანი გარსი, მისი შემწურავი ზედაპირი, საკმაოდ დაზიანებულია, პროგნოზი უკვე ძლიერ საეჭვო ხდება. პროგნოზი საეჭვოა იმ შემთხვევაშიაც, როდესაც სნეულება არ არის განვითარებული, მაგრამ ავადმყოფი თავს არ უვლის, დიეტას არ ინახავს და არ წამლობს.

Sprue-ს კლინიკური სურათის, ეტიოლოგიისა და პათოლოგიური ანატომიის ლიტერატურული ცნობების მოკლე განხილვის შემდეგ გადავდივარ ჩვენი საკუთარი 5 შემთხვევის აღწერაზე. ხუთივე ავადმყოფი მოთავსებული იყო ტფილისის უნივერსიტეტის ფაკულტეტის თერაპიულს კლინიკაში. პირველი მათგანი შემოვიდა წარსული წლის სექტემბერში, უკანასკნელი კი ამა წლის ივნისში. ამგვარად 9 თვის განმავლობაში ჩვენ ხელში 5 ავადმყოფმა გაიარა.

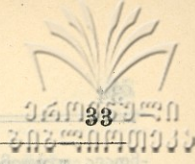
შემთხვევა 1. ბ-მე დარია, 20 წლისა, შემოვიდა კლინიკაში II/IX 1923 წ. (კლინ. ისტორია №266), ქართველი, გათხოვილი, ტფილისელია. უჩივის ფალარათობას, მუცლის ბერვას და გულის ფრიალს. ავად არის უკვე 6 თვეა. პირველად დაუწყო ერთბაშად და უმიზეზოდ მუცლის ბერვა, ფალარათობა და გულის რევა. გადიოდა დღე-ღამეში 5—6-ჯერ წყალივით თხლად, ამავე დროს მუცელი ებერებოდა და გული უღონდებოდა. განსაკუთრებით ებერებოდა მუცელი ხორცეულ ან მყავე საჭმლის შემდეგ. მას აქეთ სულ ავად არის ამგვარადვე, მხოლოდ ხანდახან მოუჯობინდება ხოლმე, შემდეგ ისევ ცუდად ხდება. ამ უამად-თავებურ ეხვევა, ძლიერს სისუსტესა გრძნობს, ხშირად თვალთ უზნელდება იცის ხოლმე თავის ტკივილი. დამ-ღამობით პირწყალი მოსდის. მადა ჭამისა ნაკლები აქვს. გემო პირში ცუდი, ყლაპავს არ უშლის.

ხვევებით არ ახველებს. გულის გრიალი კი ხშირად მოსდის. ჭამის შემდეგ სიმძიმესა გრძნობს, ხანდახან გულს ერევა, მაგრამ პირს არ ასაქმებს. მუცელში ტკივილებს არა გრძნობს და არც გარედ გასვლისას სტკივა მუცელი, არ აჭინთებს. შარდზე გადის ჩვეულებრივად.

ბავშვობაში ავად ყოფილა ქუნთრუშით, წითელით, ყვიანახველით, შემდეგ ჰქონდა კუპის ტკივილი და მისი სიტყვით, „ნაწლავების ანთება“. მალარიას უარჰყოფს.

მოზრდილობისას-ჯანსაღი ყოფილა და შეგარდენში გარჯიშობდა კიდეც.

პირველი რიგი მოსვლია, როდესაც 13 წლისა იყო. მას აქეთ ყოველთვის უარად მოსდიოდა 5 დღე ხოლმე. მხოლოდ უკანასკნელი რამოდენიმე თვე რიგი აღარ ჰქონია. ჰყავს ერთი



ჯანსაღი შვილი. მამა-ჯანსაღი ჰყავს, დედა—გარდაცვლილა რაღაც გულის ავადმყოფობით; და ჯანსაღი ჰყავს. ერთი ძმა კი ფსიხიური ავადმყოფია. ცხოვრების პირობები საშუალო აქვს, საცხოვრებელ ოთახს მზე არ აღგება, მაგრამ იგი ნესტიანი არ არის.

Stnt. praes. ავადმყოფი პატარა ტანისაა, სწორი აგებულების ცუდად განვითარებული კუნთებით და კანქვეშა ცხიმით. იწონის 2 ფ. 10 გ. პირისახის, კანისა და ლორწოვან გარსთა ფერი მკრთალი აქვს. ლიმფური ჯირკვლები გადიდებული არა აქვს. სასუნთქი ორგანოები ნორმალურია.

გულის საზღვრები—ნორმალურია, მხოლოდ ტონები ოდნავ ყრუ. პულსი—78, რითმიული, პატარა ავსებისა. სისხლის ძარღვები ელასტიურია.

ენა—სველი აქვს, თეთრად შეღწეილი არ არის; სადა და პრიალაა. მუცელი წამოებრივია, თვალთ ეჩნევა ნაწლავების პერისტალტიკა. ხელის დაქერის დროს ისინი ყურყურით არსად მტკივანობა მუცლის არეში არ არის.

ღვიძლი და ელენთა—ნორმაა.

განავალი—თხელი კონსისტენციისა, თიხის ფერისაა, ჩირქი და ლორწო არ არის. დიზენტერიის ამებები ან და პარაზიტების კვერცხები არ აღმოჩნდა.

შარდი—დღე-ღამეში—700 კ. სანტ. ფერი—ბაცი—ყვითელი, ხვედრი წონა—1019, რე-აქცია—მჟავე; ცილა და შაქარი—არ არის. ინდიკანი და ურობილინი ნორმას არ აღემატება; სისხლის და ნალღველას პიგმენტები არ არის; დიოზორეაქცია—უარყოფითი. ნალექში—არაფერი არა ნორმალურია.

ნერვული სისტემის მხრივ—ავადმყოფს ეჩნევა ზედმეტი აგზნებულობა და გაძლიერება კანისა და მყესების რეფლექსებისა.

სისხლის ანალიზი Hb.—69⁰/₁₀₀, Er.—4.400.000, L.—4.966, FI.—0.78.

ლევკოციტთა ფორმულა	%	ასოლუტური რაოდენობა
ნეიტროფილები	51 ⁰ / ₁₀₀	2,532
ეოზინოფილები	2 ⁰ / ₁₀₀	99
ბაზოფილები	0 ⁰ / ₁₀₀	0
მონოციტები	7 ¹ / ₂	372
დიდი ლიმფოციტები	7 ⁰ / ₁₀₀	347
პატარა ლიმფოციტები	28 ⁰ / ₁₀₀	1388
Gumprecht-ის უჯრედები	4 ¹ / ₂	223

სისხლის წითელი ბურთულები—შუაში შედარებით მკრთალად არიან შეღებილი. პოკი-ლოციტოზი და ანიზოციტოზი არ ეჩნევა.

სისხლის წებოვნობა Hess-ით—3.8 (20°C), Лычковский-ით—3.8.

სისხლის შედედების დასაწყისი—2'43", ბოლო—5'5".

დიაგნოზი—Enteritis chronica, Anaemia consecut.

Cursus morbi. ავადმყოფს დაენიშნა სათანადო დიეტა, კომპრესები მუცელზე.

13|IX 15|IX ფალარათობა ნაკლები აქვს. გადის დღე-ღამეში ორჯერ-სამჯერ, მაგრამ თხლად. სისუსტე ძლიერ აქვს. თავბრუს ხშირად ეხვევა.

16|IX საპირფარეოში გარედ გასვლის შემდეგ გული წაუვიდა, ლოკინზე გადმოტანის შემდეგ 2 წამში მობრუნდა და გონებაზე მოვიდა.

18|IX საცდელ საუზმის შემდეგ ამოღებული და გამოკვლეული იყო კუჭის წვენი.

საერთო სიმჟავე—18.

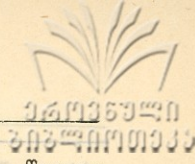
თავისუფალი HCl—0.04.

სისხლი, ლორწო და რძის მჟავა არ არის.

ავადმყოფს დაენიშნა ჭამის შემდეგ პეპსინი და ქლორწყვალიდმევა მიქსტურაში.

19|IX—5/X ავად. ფალარათობა ნაკლები აქვს, მაგრამ იგი ძლიერს სისუსტეს ჰგრძნობს. იწონის 2 ფ. 4¹/₂ გირვ. ე. ი. წონაში მოიკლო 5¹/₂ გირვანქა, განავალში, მიუხედავად რამდენიმეჯერ განმეორებითი ნაწარმოები გამოკვლევისა, დიზენტერიის ამებები აღმოჩენილი არ იყო.

6/X ავადმყოფმა დაუწყო ჩივილი ენის ტკივილს. ენა სველია მოწითალო ფერისა, ენის კიდებზე ეჩნევა პატარა იარები, რომელნიც ძლიერ მტკივანი არის.



7/X—30/X ავადმყოფს ეხლა უმთავრესად ენის ტკივილი აწუხებებს, ენა სველია, წითელი კიდეებით, შუაში კი მოწითალო—ფოლადისფერია. ენის კიდეებზე, სადაც იგი კბილებს ეხება, პატარა იარები, ზოგან აფთები ძლიერ მტკივანი. ასეთივე იარები და აფთები ენის ლაგამთან, რადგანაც ექვი დაგვიბდა, რომ ჩვენ ავადმყოფს Sprue აქვს, გასწავული იქნა მისი ნერწყვი. აღმოჩნდა, რომ მისი რეაქცია—მჟავა და მასში როდანიუმის კალიუმი არ არის. ფლარათობა ავადმყოფს ნაკლები აქვს. მაგრამ გადის მინც ორჯერ—სამჯერ, უმთავრესად დილაობით ზედი-ზედ, თხლად. განავალი—ქაფიანია, თიხის ფერი, სუნიანი. მასში—ვერც დიზენტერიის ამებები და ვერც პარაზიტების კვერცხები ვერ იყო აღმოჩენილი. არ აღმოჩნდა აგრეთვე არც ტუბერკულოზის ჩხირები (Moro-სა და Venaut-ს მეთოდი). ავადმყოფს დანიშნა გამორეცხვა Kal. hypermangan-ის ხსნარით. დასალევად—პეპსინი და Ac. mur. dil. და tannalbin. იწონის 2 ფ. 3.

1/XI—16/XI ავადმყოფი თანდათან უკეთ ხდება. ენის ტკივილი ნაკლები აქვს. ფლარათობა შეუმცირდა. განავალის კოსისტენცია უფრო სქელი აქვს და გადის დღე-ღამეში მხოლოდ ერთხელ—ორჯერ. წონაში ცოტად მოიმატა 1 გირვ. (2 ფ. 4 გირვ. ნაცვლად 2 ფ. 3 გ.) გუნებზე უკეთ არის, მაგრამ ობიექტურად იგივე მდგომარეობაა: სურთოს სისუსტე, სიგამხდრე ფერმკრთალობა და სისხლნაკლებობა. სიკვებ კლინიკაში ყოფნის დროს არ ქონია.

17/XI ავადმყოფი გაეწერა გაუშვალბესობით.

ჩვენი ავადმყოფის სნეულების მიმდინარეობის განხილვამ ნათლად დაგვარწმუნა, რომ ჩვენ აქ საქმე არ გვაქვს ჩვეულებრივ ქრონიკულ ენტერიტთან, არამედ აქ სხვა სნეულებაა და ეს სნეულება—Sprue უნდა ყოფილიყო. ჩვენთვის ამის დამამტკიცებელი იყო: 1) ფლარათობის ხასიათი: უმტკივანო განავალი დღეში ხუთჯერ-ექვსჯერ, ჩვეულებრივად დილაობით ზედი-ზედ, რის შემდეგ ავადმყოფს სისუსტე მოსდიოდა; 2) განავალის თვისება—განავალი თხელი, ძლიერ სუნიანი, ქაფიანი, მონაცრისფერო-თიხის ფერი ულორწოთ და უსისხლოთ; მასში არც დიზენტერიის ამებები, არც ტუბერკულოზის ჩხირები და არც პარაზიტების კვერცხები არ აღმოჩნდა, მიუხედავად მრავალჯერ გამოკვლევისა; 3) მოვლენები მუცლის მხრივ—მუცელი წამოხერხილი, უმტკივანო, ნათლად გამოხატული ყურყურით და შესამჩნევი პერისტალტიკით; 4) მოვლენები ენის მხრივ რაც ყველაზე უფრო მნიშვნელოვანი იყო,—ენა სველი, მისი ზედაპირი სადა და პრიალა, პაპილები თითქოს ატროფიული, ენის კიდეებზე, წვერზე და ლაგამთან პატარ—პატარა აფთები და იარები, ძლიერ მტკივანი; 5) ნერწყვის ცვლილება—მჟავე რეაქცია და როდანიუმის კალიუმის არ არსებობა; 6) კუჭის წვენში ძლიერი შემცირება თავისუფალი HCl-ის—0, 4 ნაცვლად 0,15—0,18. 7) პროგრესიული სიგამხდრე, 8) სნეულების პერიოდიული მომდინარეობა—ხან მომჯობინება და ხან კიდევ გაუარესება და 9) ცვლილებანი სისხლის მხრივ.

ამგვარად ჩვენი საბოლოო დიაგნოზი Sprue იყო.

ავადმყოფი ჩვენგან გაეწერა და შემდეგ სახლში იყო ერთ ხანს გვარიანად. მაგრამ 2 1/2 თვის შემდეგ იგი შევიდა ჰოსპიტალურ თერაპიულ კლინიკაში, ვინაიდან ფლარათობა მას კვლავ დაეწყო. აქ მას განავალში აღმოაჩნდა—Amoeba dysenteriae რამოდენიმეჯერ—დეგენერატიული ფორმები და ცისტები, ცოტა ლორწო და მხედველობის არეში თითო-ორჯერ ერთოციტი. შემდეგ იქვე მას უკვე აღმოაჩნდა—მარჯვენა ფილტვის მწვერვალზე ბქუსისა და ლავიწის ზემოდ—გაგრძელებული ამოსუნთქვა.

სისხლში—Er—1.800.000, L.—7.000 (Hb—გამოკვლეული არ იყო).

ლევოციტთა ფორმულა—ნეიტროფილები—75%

ეოზინოფილები—1%

მონოციტები—2%

ლიმფოციტ. დიდი—15%

პატარა—7%

ენის მხრივ ისტორიაში აღნიშნულია მხოლოდ, რომ იგი მშრალია და ანემიური. ავადმყოფს უწამლეს ემეტიწით და იგი მომჯობინდა და კლინიკიდან გაეწერა 1 1/2 თვის შემდეგ მოკეთებული. მაგრამ სახლში ორი თვის შემდეგ იგი გარდაიცვალა ფალარათობისა და პროგრესიულ სიგამხდრის გამო.*)

შემთხვევა 2.—ავ—ვისა კლავდია, 21 წლ. რუსი, გათხოვილი, შემოვიდა კლინიკაში 24/II 1923 წ. (კლინ. ისტ. № 83), თბილისის მცხოვრები.

უჩივის ფალარათობას და საერთო სისუსტეს. ავად არის უკვე 8 თვეა. პირველად გარედ გადიოდა 5—6-ჯერ დღე ღამეში, მუცელი სტკივალა და განავალში ბევრი ლორწო ჰქონდა, სისხლი კი არ შეუმჩნევია. 3 კვირის წამლობის შემდეგ კარგად შეიქმნა და ასე იყო კარგად 2 თვე. მერე ფალარათობა ისევ დაეწყო და აქნობამდე გრძელდება. გადის დღე-ღამეში 7—8 ჯერ, უფრო ღამით. გასვლის წინ მუცელში ტკივილსა ჰგრძნობს. განავალი თხელი აქვს და მასში მრავლად არის ლორწო. ამჟამად—ძლიერ სისუსტესა ჰგრძნობს, თავბრუ არ ეხვევა და არც თავი სტკივა. ძილი ცუდი აქვს. მადა საშუალო აქვს. ხანგამოშვებით გულს ძმარავს. ხველებით არ ახველებს. გულის ფრიალი და გულის ღონება არა აქვს. გარედ გასვლისას ტკივილებსა ჰგრძნობს მუცელში. კინთვა არა აქვს.

ბავშვობაში ავად ყოფილა—წითელით, დიზენტერიით, მალარიით. მოზრდილობისას—წლის წინეთ—ავად იყო ფალარათობით ერთი თვის განმავლობაში. ასეთივე ფალარათი სჭირდა შემდეგ წლებსაც. რიგი მოსდიოდა უკანასკნელ დრომდე წესიერად. ამ ბოლო ხანებში შეუწყდა. გათხოვილია, ჰყავს ორი ბავშვი.

მამა—მოუკვდა ტუბერკულოზისაგან; დედა—ჯანსაღი ჰყავს; ერთი ძმა ნერვებით ავადმყოფია.

ცხოვრების პირობები და საქმელ—სასმელი კარგი აქვს.

Status praesens. ავადმყოფი შუა ტანისაა, სწორი აგებულების, ცუდად განვითარებული კუნთებით და კანქვეშა ცხიმით. იწონის 2 ფ. 8 გ. პირისახის, კანისა და ლორწოვან გარსთა ფერი ძლიერ მკრთალი აქვს. ლიმფური ჯირკვლები გადიდებულია ოდნავ, მაგრამ უმტკივანო და მოძრავი.

სასუნთქ ორგანოების მხრივ ემჩნევა: მკაფიოდ გამოხატული ლავიწ ზემო და ქვემო ფოსოები, მარჯვნივ ლავიწსა და ბეჭის ზემოდ მოყრუებული პერკუტორული ტონი და იქვე გარძელებული და გაძლიერებული ამოსუნთქვა.

გულის საზღვრები და ტონები ნორმალურია.

პულსი—78, რითმიულია, საშუალოდ სავსე. სისხლის ძარღვები ელასტიურია.

ენე—სველი. მის ზედაპირზე პაპილები გასწორებულია; ენის კიდეები წითელი აქვს, ენის ქვეშ—პატარა-პატარა მტკივანი იარები.

მუცელი წამოხერხილია. უკვე თვალთ ნათლად სჩანს ნაწლავების პერისტალტიკა. პალპაციის დროს ცხადად გამოხატული ყურყური. მუცელი მტკივანა, განასკუთრებით მარცხნივ სიგმოიდურ ნაწლავის ადგილზე. ღვიძლი და ელენთა—ნორმა.

განავალი—თხელი კონსისტენციისა, მომწვანო ფერის, ძლიერ სუნიათ: მასში ბლომად არის ლორწო, სისხლი არც მიკროსკოპიულად და არც ქიმიურად (გებერის რეაქცია) არ აღმოჩნდა. პარაზიტები ანდა კიების კვერცხები განავალში არ აღმოჩნდა.

შარდი დღე-ღამეში—650 კუბ. სანტ., ფერი—ჩალისა, რეაქცია მჟავე, ხვედრი წონა—1010, ოდნავ მღვრიე, ცილა, შაქარი და ნალექლას პიგმენტები—არ არის, ინდიკანი და ურობილინი ნორმას არე აღემატება; დიაზოურეაქცია—უარყოფითია. ნალექში—გარდა ბრტყელი ეპითელიუმისა და 1—2 ჩირქოვანი ბურთულისა თითო მხედველობის არეში არაფერი არ აღმოჩნდა. ნერვული სისტემის მხრივ—მკაფიოდ გამოხატული დერმოგრაფიზმი და გაძლიერებული რეფლექსები კანისა და მყესებისა.

სისხლის ანალიზი. Hb—65%, Er.—3.200.000, L.—5.000, F. I.—1.0.

ლ ე ვ კ ო ც ი ტ თ ა ფ ო რ მ უ ლ ა: % ა ბ ს ო ლ უ ტ უ რ ი რ ა ო დ ე ნ ო ბ ა :

ნეიტროფილები 41% 2.050

ლეიკოციტთა ფორმულა: 41% 2.050

ნეიტროფილები 41% 2.050

ლეიკოციტთა ფორმულა: 41% 2.050

ნეიტროფილები 41% 2.050

ლეიკოციტთა ფორმულა: 41% 2.050

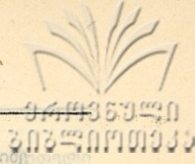
ნეიტროფილები 41% 2.050

ლეიკოციტთა ფორმულა: 41% 2.050

ნეიტროფილები 41% 2.050

ლეიკოციტთა ფორმულა: 41% 2.050

*) ავადმყოფის ისტორიის გადმოცემისათვის დიდ მადლობას ვუძღვნი ექ. ვ. გერსანიას.



ეოზინოფილები	3 1/2%	175
ბაზოფილები	0%	0
მონოციტები	8 1/2%	425
დიდი ლიმფოციტები	12 1/2%	625
პატარა ლიმფოციტები	28 1/2%	1425
Gumprecht-ის უჯრედები	6%	300

სისხლის წითელი ბურთულები ნორმალური მოყვანილობისა და ფერადობის არიან.
 დიაგნოზი—Sprue. Colitis chronica. Tuberc. apic. pulm. dextr. (st. I—compen.).

Anaemia cansecut.

Cursus morbi: ავადმყოფს დაენიშნა დიეტა და მისაღებად tannalbin და Ext. opii, 1/4% Sol. ac. tannici კლიზმა და სითბოს მუცელზე. ავადმყოფი თანდათან უკეთ შეიქნა. ენაზე იარების რიცხვი შემცირდა, ტკივილებიც ენის ნაკლები აქვს. ფალარათობაც თანდათან შეუწყდა: დღეში გადიოდა მხოლოდ 1—2 ჯერ და განავალი მოსქელო კონსისტენციისა იყო; მასში ლორწო ნაკლებია. პარაზიტები მიუხედავად მრავალჯერ გასინჯვისა ვერც-ერთხელ ვერ იქნა აღმოჩენილი. გასვლის დროს—ტკივილები არ აქვს. საერთო სისუსტე კვლავ აქვს. წონაშიაჰეტიკურად ორი გირვანქა მოიკლო და შემდეგ მოიმატა 1 1/2 გირვანქა. ასე რომ ძველი წონა თითქმის აღადგინა. ნერწყვის რეაქცია—ამფოტერული, რადანიუმის კალიუმი არ არის. 17/III—ავადმყოფს კვლავ დაუწყო ფალარათობა. დღე-ღამეში გადის 5-ჯერ, თხლად. განავალი ქაფიანი და მასში ლორწო ბლომად არის. ამავე დროს მუცელიც სტკივა. ენა კვლავ გაუწითლდა და მას წვერზე, კიდებზე და ლაგამთან აფთები და იარები გაჩნდა. განავალში—პარაზიტები არ აღმოჩნდა. არ აღმოჩნდა არც ტუბერკულიოზის ჩიხრები.

მიუხედავად მიღებული ზომებისა, ავადმყოფი თანდათან უარესად ჰგრძნობს თავს. ძლიერ გახდა. წონაში 4 გირვანქა დაჰკარგა. 22/III სისხლის ანალიზი: Hb—65%, Er—2.600.000; L—3.800, F. I.—1.25

კუჭის წვენი ანალიზი: საერთო სიმჟავე—15
 თავისუფალი HCl—0

რძის მჟავა { არ აღმოჩნდა
 სისხლი }

24/III თუმცა განავალში ამებები არ აღმოჩნდა, მაგრამ ავადმყოფს ex juvantibus დაენიშნა Emetini კანქვეშ, ავადმყოფი მიუხედავად სმეტინით წამლობისა სულ უფრო და უფრო ცუდად ხდება ფალარათობის მხრივ. ხანდახან დღე-ღამეში—10 ჯერ გადის, თხლად, განავალი ბლომად არის ქაფიანი, მასში სისხლი არაა. ამის გამო ემეტინი—ნ დღის შემდეგ შეეწყვიტეთ.

ამავე დროს ავადმყოფს—მარჯვენა ფილტვის მწვერვალზე გაუჩნდა ხინი წვერილბუშტოვანი იქ, სადაც შემოსვლისას მხოლოდ მოყრუება და ამოსუნთქვა იყო. ამავე დროს ავადმყოფს სუბფებრილური ტემპერატურის მიცემაც დაუწყო. ხინი მატულობს და ბეჭის შუამდე ჩამოვიდა.

მარცხნივ—ქვემოდა და ილიის ქვეშ—პლევრის ხახუნი ისმის და ალაგ-ალაგ წვერილბუშტოვანი ხინი. ენის მხრივ—იგივე მოვლენები: გაწითლებული წვერი და კიდებები, იქვე იარები და აფთები ძლიერ მტკივანი, ასეთივე იარები და აფთები—ენის ქვემოდა—ლაგამთან.

ფალარათობა ხან ოდნავ უკლებს, ხან უმატებს, მაგრამ განავალი ყოველთვის თხელია, ქაფიანი და მასში ლორწო ურევია. ვერც ერთხელ დიზენტერიის ამებები ან სხვა პარაზიტები ვერ აღმოვაჩინეთ.

ავადმყოფი ხლიერ გახდა, მას მუქი, თითქოს შიწის ფერი დაედო, წონაში შემოსვლიდან დაჰკარგა 9 გირვანქა. ასეთს მდგომარეობაში, დაჟინებით მოთხოვნის გამო, გაწერილი იქნა 20/IV.

ჩვენი მეორე შემთხვევა რომ Sprue იყო, ეს ჩვენთვის ავადმყოფის კლინიკაში შემოსვლისთანავე ცხადი იყო. ამას ამტკიცებდა ქრონიკული ფალარათობა, მოვლენები ენის მხრივ, ავადმყოფის ძლიერი ანემია, სნეულების პერიოდული მიზინარეობა და პროგრესიული სიგამხდრე. ამაში კიდევ უფრო დაგვა-

რწმუნა შემდეგმა ჩვენმა დაკვირვებებმა სნეულების მიმდინარეობის შესახებ და ვაკეთებულმა ანალიზებმა კუჭის წვენის და ნერწყვის, განავალისა და სისხლისა. მაგრამ ამ მეორე ჩვენს შემთხვევაში აღსანიშნავია ორი გარემოება. ერთი ის, რომ ავადმყოფს მარტო ენტერიტი არ ჰქონოა, არამედ ამავე დროს მას ნათლად გამოხატული კოლიტი ჰქონდა, მუცლის ტკივილით, ბლომად ლორწოთი განავალში და სიგმოიდური ნაწლავის გაღიზიანებით. თუ მოვიგონებთ მის ანამნეზს, დავინახავთ რომ მას ერთ დროს დიზენტერია სჭირდა ბავშვობაში და შემდეგ მოზრდილობაშიც ხშირად მოსდიოდა ფაღარათობა და მუცლის ტკივილი. აქედან ჩვენ შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ ეს კოლიტი Sprue-სთან თანდართული სნეულებაა, რაც ეგრე ხშირია ხოლმე იმ ქვეყნებში, სადაც Sprue გავრცელებულია. ჩვენ ბეჯითად ვეძიეთ ავადმყოფის განავალში დიზენტერიის ამებები და სხვა პარაზიტები, მაგრამ მიუხედავად მრავალჯერ გამოკვლევისა, ისინი ვერც ერთხელ ვერ აღმოვაჩინეთ.

მეორე გარემოება, რასაც უნდა მიექცეს ყურადღება ჩვენს ამ შემთხვევაში, ეს არის ტუბერკულოზური პროცესი მარჯვენა ფილტვის მწვერვალში. ავადმყოფის შემოსვლის დროს—იგი ლატენტური იყო, იქ მხოლოდ მოყრუება იყო და ამოსუნთქვა ისმოდა. შემდეგ იგი ჩვენ თვალწინ განვითარდა და ჩვენ მივიღეთ პროცესის გააქტივება და გამწვავება და ფილტვის დაზიანებული ადგილის მომატებაც. გარდა ამისა, ავადმყოფს მეორე ფილტვში ტუბერკულოზური მშრალი პლევრიტი გაუჩნდა.

გართულება ტუბერკულოზით ძლიერ ხშირია Sprue-ს დროს (იხ. ზემოდ) და სწორედ ტუბერკულოზი არის ის სენი, რომელიც Sprue-თი დაავადებულთ ულებს ბოლოს.

შემთხვევა მ. მალ—ინი ივანე, 39 წ., რუსი, შემოვიდა კლინიკაში 24/V 1924 წ. (კლინ. ისტ. 247), ს. ახალ-უღიანოვკას მცხოვრებია (სიღნაღის მაზრა). უჩივის ფაღარათობას, ენის ტკივილს და საერთო სისუსტეს. ავად არის წარსული წლის ნოემბრიდან, როდესაც მას ფაღარათობა დაეწყო, გარედ გადიოდა 5—8 ჯერ, ცოტას და ლორწოიანს; ხშირად ატყუებდა; განავალში სისხლი არ შეუნიშნავს. იანვრიდან ენის ტკივილი დაეწყო, რომელმაც სულ იმატა და იმატა და ბოლოს იმდენად გაუძნელდა, რომ წყლის დაღვევასაც უშლიდა. ამავე დროს ფაღარათობამ სახე იცვალა. გადიოდა დღე-ღამეში 3—4 ჯერ, გადიოდა უკვე ბლომად, აღარ ატყუებდა. განავალი თიხის ფერისა იყო, ქაფიანი და ძლიერ სუნიანი. შემდეგ ხან უკეთ შეიქნებოდა; ხან კიდევ სნეულება გაუმწვავდებოდა.

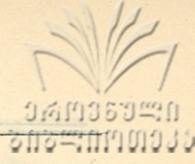
ამ უამად სუსტად არის, თუმცა შრომის უნარი დაკარგული არა აქვს. ჭამის მად საშუალო აქვს, მხოლოდ ჭამას ენის ტკივილი უშლის. პირში ცუდს გემოს არა გრძნობს, ყლაპვას არ უშლის, არ ახვევლებს. გულის ფრიალი არ მოსდის, ჭამის შემდეგ სიმძიმეს ჰგრძნობს, მაგრამ გულის რევა, პირსაქმება ან და რაიმე ტკივილები არ მოსდის. გარედ გასვლისას მუცელი არ სტკივა და არც კინთვა აქვს. შარდზე გადის ჩვეულებრივად.

ბავშვობაში თუ რით ყოფილა ავად, არ იცის. მოზრდილობისას სჭირებია მალარია და ფილტვების ანთება. ვენერიულ სნეულებებს უარყოფს. დედ-მამა ჯანმრთელი ჰყავს, აგრეთვე და-ძმებიც. ცხოვრების პირობები საჭუალო აქვს, სმა-ჭამა ჩვეულებრივი გლახისა.

Status praesens. ავადმყოფი საშუალოზე უმადლესია, სწორე მოყვანილობის, საკმაოდ განვითარებული კუნთებით და ცუდად კანქვეშა ცხიმით.

პირისახის, კანისა და ლორწოვან გარსთა ფერი—ოდნავ მკრთალი აქვს, ლიმფური ჯირკვლები გადიდებული არა აქვს.

გულის საზღვრები-ნორმალურია, ტონები-სუფთა, ოდნავ ყრუ. პულსი—68, რითმიული, საშუალოდ სავეს. სისხლის ძარღვები ელასტიური. სისხლის წნევა Korotkov-ით max-88, min-58



გულმკერდის მოყვანილობა ჩვეულებრივი. ლავიწ ზემო და ქვემო ფოსოები კარგად არის გამოხატული. ფილტვების ორივე მწვერვალზე-ბეჭისა და ლავიწ ზემოდ-მოყრუება ტიმპანიური ელფერით და მკვრივი სუნთქვა გაგრძელებული და გაძლიერებული ამოსუნთქვით.

ენა წვერზე და კიდეებზე წითელია, მისი ზედაპირი-თითქოს გადაღესილია და პრილა. პაპილები მასზე არ ემჩნევა. ენის კიდეებზე და ენის ქვემოდ-ლაგამთან პატარ-პატარა მტკივანი იარებია. ნერწყვის რეაქცია-ამფოტერული, როდანიუმის კალიუმი-არ არის. მუცელი ოდნავ წამოზერია, რბილი და პალპაციის დროს სრულიად უმტკივანო. ისმის ყურყური და თვალთვლით სჩანს ნაწლავების პერისტალტიკა.

ღვიძლი-სუნთქვის დროს ოდნავ ენება ხელს. ელენთა ნორმალურია. განავალი-თხელი კონსისტენციისა, ძლიერ სუნიანი, ნეიტრალური რეაქციისა, კიფიანი, მომწვანო ნაცრისფერი, მასში-ალმოხნდა კვერცხები *Trichoceph trichiur*. დიზენტერიის ანემები და ტუბერკულოზის ჩიჩრები არ აღმოჩნდა.

შარდში—არაფერი არანორმალური არ აღმოჩნდა.
სისხლში—Hb.—65%, Er.—3.010.000, L.—4.100, F. I.—1.0.

ლ ე ვ კ ო ც ი ტ ა ფ ო რ მ უ ლ ა %	ა ბ ს ო ლ უ ტ უ რ ი რ ა ო დ ე ნ ო ბ ა :
ნეიტროფილები	40 1/2% 1669
ეოზინოფილები	1% 41
ბაზოფილები	0 0
მონოციტები	8 1/2% 348
დიდი ლიმფოციტები	10 1/2% 430
პატარა ლიმფოციტები	34 1/2% 1414
Gumprecht-ის უჯრედები	5% 205

სისხლის წითელი ბურთულები-ნორმალური მოყვანილობისა და ფერისა პრიან, სისხლის წებოვნობა Hess-ით—3.9 (28° C.), corr 3.65. ნერვიული სისტემის მხრივ ემჩნევა—მხოლოდ დაღონება, თითქმის სასოწარკვეთილებამდე. რეფლექსები—ნორმალურია.

დ ი ა გ ნ ო ზ ი—Sprue. Helminthiasis (trichoc. trichiurus). Anaemia consecut.

Cursus morbi. ავადმყოფს დაენიშნა სათანადო დიეტა, ტანალბინი, ბისმუთი-ობიუმი, მუცელზე სითბო. 25/V—31/V. ავადმყოფი კვლავინდებურად არის. გადის დღე-ღამეში ოთხჯერ. განავალი ბლომად, ქაფიანი, თხელი, სუნიანი.

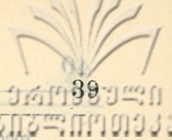
1/VI. კუჭის წვეში: საერთო სიმკვავე—40, თავისუფალი HCl—0.09. რძის მკვავა და სისხლი არ არის, ლორწო და ცუდად დამუშავებული საჭმლის ნაწილები.

2/VI—14/VI. ავადმყოფი თავს უკეთ ჰგრძობს. გადის დღე-ღამეში ხან ერთხელ, ხან ორჯერ-სამჯერ. განავალი კვლავინდებურია. ენაც ნაკლებად სტკივა.

15/VI, განავალში აღმოჩნდა trichomonas intestinalis-ის მოძრავი ფორმები, 5—10 მხედველობის არეში.

20/VI, ავადმყოფი მომჯობინდა, ენა არ სტკივა, ფალარათობა აქვს ერთხელ—ორხელ დღეში, ბლომად და ქაფიანი, მუცელი ნაკლებად ებერება. გაეწერა თავის ნებით მომჯობინებით.

ჩვენ ეს მესამე შემთხვევაც ნათლად გამოხატული Sprue იყო, მაგრამ სწეულება არ იყო ისეთი მძიმე სტადიუმამდე განვითარებული, როგორც წინა შემთხვევაში ან, როგორც დავინახავთ, მეოთხე შემთხვევაში იყო. მუცლის ფალარათობა, დამახასიათებელი განავალი, წამოზერილი და უმტკივანო მუცელი, კუჭის სეკრეციის დაქვეითება, ცვლილებები სისხლის მხრივ და განსაკუთრებით მოვლენები ენის მხრივ ამ დიაგნოზს სრულიად ნათლად ხდიდნენ. საინტერესოა, რომ ამ შემთხვევაში ჩვენ ავადმყოფის განავალში ჩვენთან საში კვირის ყოფნის შემდეგ ვნახეთ trichomonas, intestinalis რომელსაც შეუძლია ხანდახან ენტერო-კოლიტები გამოიწვიოს, მაგრამ იმ ენტერო-კოლიტებს, რომელსაც ეს პარაზიტი იწვევს არას დროს არ ახლავს მოვლენები ენის მხრივ, რომელნიც



გვქონდა ჩვენ. ამ ჩვენ შემთხვევაში, ისე როგორც დანარჩენ ორ შემთხვევაში ავადმყოფის განავალი დათესილი იყო Le Dantec-ის კარტოფილის საკვებზე და შედეგად ჩვენ მივიღეთ Le Dantec-ის მიერ აღწერილი საფუარ სოკოს როგორც უჯრედები, ისე მიცელიუმი, რაც კიდევ უფრო ამტკიცებს ჩვენს დიაგნოზს*).

შემთხვევა 4. — შვილი ეკატერინე, 36 წ., ქართველი შემოვიდა კლინიკაში 3/V 1924 წ. (ავად. ისტ. №193), ტფილისის მცხოვრებია. უჩივის საერთო სისუსტეს, ფაღარათობას და ენის ტკივილს. ავად არის 11 თვეა, პირველად დაუწყო ფაღარათობა 5—6 ჯერ დღეში ჰინტვით, მაგრამ განავალში სისხლი და ლორწო არ ჰქონია. 2 კვირის შემდეგ შეუწყდა, მაგრამ 1 კვირის კარგად ყოფნის შემდეგ კვლავ გაუხსენა. ასეთ მდგომარეობაში იყო დეკემბრამდე: ხან ფაღარათობა ჰქონდა, ხან ცოტა ხნით უკეთ შეიქნებოდა. დეკემბერი და იანვარი კარგად იყო, მაგრამ თებერვალში ერთბაშად ფაღარათობა დაემართა. დღე-ღამეში გადიოდა 4—6 ჯერ. პირველ დღეს თითქოს სისხლიც გაჰყვა, მერე კი გადიოდა ბლომად და ყვითლად. მას აქეთ სულ ავად არის. დღე-ღამეში გადის 6—8 ჯერ ბლომად. გადის უშთავრესად დილითა და საღამოთი. უკანასკნელი 6 კვირა ენის ტკივილი დაუწყო და ავადმყოფმა თვითონ შეამჩნია ენის სიწითლე.

ავადმყოფი ძლიერ სუსტად არის, სიარულში თავბრუს ხვევას ჰგრძნობს. გულის ფრიალი არა აქვს არც ახველებს. მადა ცუდი აქვს, წყურვილი მომატებული. გულის კოვხთან სიმძიმეს ჰგრძნობს და ეს გრძნობა ჭამის შემდეგ უძლიერდება. ბოყინი, გულის რევა და პირის საქმება არა აქვს.

ფაღარათობა აქვს 6—8 ჯერ დღეში დილასა და საღამოს, გადის ბლომად და განავალი ქაფიანია. გასვლის დროს ტკივილებს არა ჰგრძნობს.

ბევრშეობაში ავად ყოფილა წითელით, ქუნთრუშით, ყვიანა ხველით და ყვავილით.

1922 წ. სჭირვებია დიზენტერია, რომლისაგან 2 კვირის შემდეგ განკურნებულა. გათხოვილა 20 წლისა. ორი ორსულობა ჰქონია. მუცელი პირველჯერ მოსწყდა, მეორეჯერ 7 თვის მკვდარი ბავშვი შობა. რიგი აღარ მოსდის უკვე ერთი წელია.

დედა—მამა ჯანსაღი ჰყავდა, დაიხოცენ მოხუცებულობის გამო. 4 ძმა და 2 და ბავშვობაში დაიხოცენ. 1 ძმა ჯანმრთელია. ცხოვრების პირობები ცუდი აქვს, თუმცა ბინა მშრალი და ნათელია, მაგრამ ჭამა-სმა ნაკლები და შრომა უხდება მძიმე (მკერავია).

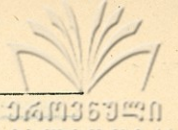
Status praesens. ავადმყოფი შუა ტანისაა, სწორი აგებულობის, ცუდად განვითარებული კუნთებით და კანქვეშა ცხიმით. იწონის 2 ფ. 17 გ. პირისახის და კანის ფერი მკრთალი და მუქი აქვს (მიწის ფერსა ჰგავს). ლორწოვანი გარსები—ძლიერ მკრთალია, თვალის ქუთუთოები ოდნავ შემოხებული. ლიმფური ჯირკვლები კისრის, ილიებსა და საზარდულის ცოტად გადიდებული, მოძრავი და უმტკივანია.

გულის საზღვრები ნორმალური, ტონები—ოდნავ ყრუ. პულსი—72, რითმიული, სუსტი მოცულობის. სისხლის ძარღვები ელასტიურია. სისხლის წნევა Korotkoff-ით max.—85, min.—45.

გულ მკერდი ბრტყელი მოყვანილობისა ლავიწ ზემო და ქვემო ფოსოები მკაფიოდ არის გამოხატული. ფილტვები—ნორმა, გარდა მარჯვენა მწვერვალოსა, სადაც ლავიწსა და ბეჭის ზემოდ ოდნავი მოყრუება და გაძლიერებული ამოსუნთქვა. ენა სველია, მისი ზედაპირი სადა, პრილა და თითქოს გასწორებულია (პაპილები არა სჩანან მკაფიოდ); ენის კიდეები და წვერი წითელია. კიდევებზე და ენის ლაგამთან პატარა-პატარა ძლიერ მტკივანი იარები, ზოგან აფთები.

ნერწყვის რეაქცია-ამფოტერული, როდანიუმის კალიუმი არ არის. მუცელი შემოხებულია, პალპაციის დროს უმტკივანია, ნათლად არის გამოხატული ყურყური და თვალთ სჩანს ნაწლავების პერისტალტიკა.

*) დიდ მადლობას ვუძღვნი ექიმებს გ. ელიავას და ვ. ანთაძეს, რომელთაც Le Dantec-ის საკვები გააკეთეს, ჩემი ავადმყოფობის განავალი დასთესეს და ამგვარად მიიღეს Le Dantec-ის საფუარი სოკოს კულტურა.



ლვილი გადიდებულია და ორი თითით გამოდის ნეკნების რკალიდან, ამავე დროს 1-ნეკნით დაწულიც არის.

ელენთა—ნორმა.

განავალი—თხელი, ყვითელი ფერისა, ქაფიანი; სისხლი და ლორწო არ არის. პარაზიტები ან კიების კვერცხები არ აღმოჩნდა. არ აღმოჩნდა არც ტუბერკულოზის ჩიხრები.

შარდი—ბაცი ჩალის ფერისა, გამსჭვირვალე, ხვედრი წონა—1005, რეაქცია—მუყვე; ცილა, შაქარი და ნალეგლას პიგმენტები არ არის. ურობილინი და ინდიკანი ნორმას არ აღემატება; დიაზორეაქცია—ურაცოფითი; ნალექში არაფერი არა—ნორმალური.

სისხლში. Hb—50%, Er.—2.900.000, L.—4.400, F.I.—0.95. სისხლის წითელი ბურთულები შუაში ოდნავ მკრთალი არიან. პოკილოციტოზი და ანიზოციტოზი არ ემჩნევა.

ლ ე ვ კ ო ც ი ტ თ ა ფ ო რ მ უ ლ ა % ა ბ ს ო ლ უ ტ უ რ ი რ ა ო დ ე ნ ო ბ ა

ნეიტროფილები 54% 2376

ეოზინოფილები 1% 44

ბაზოფილები 0% 0

მონოციტები 8% 352

დიდი ლიმფოციტები 7 1/2% 330

ტ ლიმფოციტები 25 1/2% 1122

Gumprecht-ის უჯრედები 4% 176

სისხლის წებოვნობა Hess-ით—3.8 (27°C), corr. 3.59. ნერვიულ სისტემის მხრივ—არაფერი არა ნორმალური არ ემჩნევა

დიაგნოზი: Sprue. Anaemia consecut.

Cursus morbi. ავადმყოფს დაენიშნა სათანადო დიეტა და ვალერიანა. 4/V—22, V. ავადმყოფს ძლიერ სტკივა ენა, როგორც იგი ამბობს „თითქოს ცეცხლი უკიდია“, სტკივა აგრეთვე საცლაპავი კამის დროს. ფალარათობა ხან აქვს 6-8 ჯერ, ხან კიდევ 2-ჯერ. სისუსტეს ძლიერ ჰგრძნობს. 23/V ამოღებული ექნა კუჭის წვენი, მაგრამ ძლიერ ცოტა, რის გამო სრული გამოკვლევა არ მოხერხდა. თავისუფალი HCl—არ არის სრულიად. ავადმყოფს დაენიშნა Ac. mur. dil. c. pepsino და Tannalbin.

24/V—30/V ავადმყოფი უკეთ არის. ენის ტკივილები ნაკლები აქვს. ფალარათობა 1-2ჯერ დღეში, თხელი, ქაფიანი. მიუხედავად მრავალჯერ გასინჯვნისა მასში პარაზიტები ან კიების კვერცხები არ აღმოჩნდა.

7/VI კვლავ გასინჯული იყო სისხლი: Hb—50%, Er—2.900.000, L—4,200, F. I.—0.9.

8/VI—30/VI მიუხედავად იმისა, რომ დიდი ფალარათობა არა აქვს, ავადმყოფი თავს ძლიერ სუსტად ჰგრძნობს. ენაც ძლიერ სტკივა. მის წვერზე, გვერდებზე და ლეგამთან იარები და აფთობია.

ნერწყვი მუყვე რეაქციისაა, მასში როდანიუმის კალიუმი არ არის.

საცლაპავიც ძლიერ სტკივა; ხშირად გულის რევა და პირსაქმება მოსდის. ძლიერ განდაიწონის—2 ფ. 12 გ. ე. ი. დაიკლო 5 გირვ. ნამდვილი მიწის ფერი ადევს.

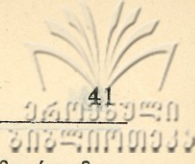
3/VII გაეწერა უარეს მდგომარეობაში თავის სურვილით, ვინაიდან საავადმყოფოში ძლიერმა სიცხემ შეაწუხა.

ამ ავადმყოფის განავალიც დათესილი იყო Le Dantec-ის საკვებზე და იქ გაიზარდა სკოკო, რომლის უჯრედები და მიცელიუმი ნაცხებებში კარგად სჩანდა.

შემთხვევა 5. 5-მე მარია, 24 წ., ქართველი შემოვიდა კლინიკაში 17/VI—1924 წ. ქ. ტფილისის მცხოვრებია, გათხოვილი, ზაფხულობით და შემოდგომაზე ხშირად ს. კონდოლში სცხოვრობს, თელავის მაზრაში.

უჩივის ფალარათობას და დიდს სისუსტეს.

ავად არის 1 წელია. ნაადრევი მშობიარობის მე-4-დღეზე დაეწყო ძლიერი ფალარათობა. გადიოდა ყოველ 5 წამს. ლორწოიანი განავალი ჰქონდა, სისხლი არ უნახავს. 1 თვის შემდეგ ფალარათობა შეუწყდა და უკეთ იყო თითქმის 2 კვირაზე მეტი. მერმე კი ისევ დაეწყო ფალარათობა. დღეში გადიოდა 10-20 ჯერ, თხლად და უმტკივნეულოდ. მის შემდეგ დეკემბრამდე ხან ფალარათობა ჰქონდა, ხან კიდევ კარგად იყო. დეკემბერში ენის ტკივილი დაუწყო. ჯერ



ენის კიდევები და წვერი შეუწითლდა და შემდეგ იქვე გაუჩნდა იარები. მთელი ზამთარი ამგვარად იყო, ხან ფაღარათობა და ენის ტკივილები ემატებოდა, ხან აკლდებოდა. მარტიდან ფაღარათობა უმატა, ენის ტკივილიც გაუმწვავდა და ამას ზედ დაერთო ქამის დროს საყლაპავის წვაც.

ამ ქამად ძლიერ სუსტად არის, სიარული არ შეუძლია, ენა და საყლაპავი ეწვის. პირში ცუდი გემო აქვს და მადა ნაკლები. ისეთი გრძნობა აქვს „თითქოს ყელში რაღაც ადგება“, როგორც თვითონ ამბობს. გულის კოვზთან სიმძიმეს ჰგრძნობს, ბოყინი იშვიათად მოსდის. გულძმარვა და გულის რევა ხშირად აქვს, პირსაქმება კი არ ჰქონია. გადის დღე-ღამეში 10-15 ჯერ, მაგრამ მხოლოდ დილით და საღამოთი ზედი-ზედ, ღამე სრულიად არ გადის, გასვლის შემდეგ ძლიერ სისუსტეს ჰგრძნობს, განავალი თხელი აქვს და ქაფიანი, გასვლის დროს ტკივილებს არა ჰგრძნობს. გულის ფრიალი არა აქვს. შარდზე გადის ხშირად, ცოტას და ოდნავი ტკივილები აქვს.

ბავშვობაში ავად ყოფილა წითელით, ყვავილით, ყვიანახველით. სტირვებია აგრეთვე მაღარია.

რიგი მოუვიდა 15 წლისას, გრძელდებოდა 4-5 დღე და ძლიერი მტკივნეობა იცოდა. გათხოვების შემდეგ ტკივილები აღარ აქვს რიგის დროს, მაგრამ ქალის სნეულება შეეყარა და ამ ქამად თეთრად შლას და ორივე მხარეს პატარა მუცელში ტკივილებსა ჰგრძნობს.

მემივიდრეობის მხრივ, როგორც დედ-მამა, აგრეთვე და-ძმა ჯანმრთელი ჰყავს.

Status praesens. ავადმყოფი პატარა ტანისაა, სწორი აგებულობისა ცუდად განვითარებული კუნთებით და კანქვეშა ცხიმით. იწონის 1 ფ. 38 გ. პირისახის, კანის და ლორწოვან გარსთა ფერი ძლიერ მკრთალი აქვს. ლიმფური ჯირკვლები კისრის, ილიის და საზარდულის ცოტად გადიდებულია, მოძრავი და უმტკივანო. გულის საზღვრები—ნორმალურია, ტონები ოდნავ ყრუ, პულსი—76, რითმიული, ოდნავ სუსტი. სისხლის ძარღვები ელასტიურია:

გულ-მკერდი ბრტყელი მოყვანილობისა და მოგრძო. ლავიწ ზემო და ქვემო ფოსოები მკაფიოდ არის გამოხატული. ფილტვები ნორმალურია, გარდა მარჯვენა მწვერვალის, სადაც ლავიწსა და ბეჭის ზემოდ ოდნავი მოყრუებაა და სუსტი ამოსუნთქვა ისმის, ენა სველი, შუაში პაპილები თითქოს გასწორებულია. ენის წვერზე, კიდებზე და ლაგამთან—პატარა აფთები და იარებია, ძლიერ მტკივანი.

ნერწყვი—მყავე რეაქციისაა, როდანიუმის კალიუმი მასში არ არის.

მუცელი შემობერილი აქვს, რბილი. თვალთ ემჩნევა ნაწლავთა პერისტალტიკა. მუცლის ქვედა ნაწილი საკვერცხების მიდამოებში მტკივანია.

განავალი—თხელი მომწვანო ფერისა, ქაფიანი, სისხლი, პარაზიტები არ აღმოჩნდა, ლორწო არის.

შარდი: დღე-ღამეში—600 კუბ. სანტ. ფერი ჩალისა, რეაქცია მყავე, ხვედრი წონა—1020. ცილის ნიშნები, შაქარი და ნალფელას პიკმენტები არ არის; ურობილინი და ინდიკანი ნორმას არ აღემატება. დიაზორეაქცია უარყოფითია. ნალექში ჩირქის ბურთულები ბლომად და ბრტყელი ეპითელუმი.

სისხლში: Hb—60, Er.—3.250.000, L.—4.300, F. I.—0.9

ლევკოციტთა ფორმულა	%	absოლუტური რაოდენობა
ნეიტროფილები	48%	2064
ეოზინოფილები	1.5%	64
ბაზოფილები	0	0
მონოციტები	4%	172
დ. ლიმფოციტები	7%	301
პატ. ლიმფოციტები	38.5%	1655
Gumprecht-ის უჯრედები	1%	43

სისხლის წითელი ბურთულები შუაში ოდნავ მკრთალია, პოიკილოციტოზი და ანოზოციტოზი არ ემჩნევა.

ნერვული სისტემის მხრივ: მკაფიოდ გამოხატული დერმოგრაფიზმი და ოდნავ გაძლიერებული რეფლექსები.

Genitalia-ს მხრივ—Salpingoophoritis bilateralis, Parametritis (მ. მაგალობლიშვილი)



დიანოზი: Sprue. Salpingoophoritis bilateralis. Parametritis. Anaemia consecuta Cursus morbi. ავადმყოფს დაენიშნა Aq. Calcis, Tannalbini, სითბო მუცელზე და სათანადო დიეტა.

18|VI—22|VI ავადმყოფი ცოტად უკეთ არის. ფაღარათობა ნაკლები აქვს. ენის ტკივილსაც მოუკლო. ნერწყვი—ტუტე რეაქციისაა, როდანიუმის კალიუმი არ არის.

22|VI საცდელ საუზმის შემდეგ ამოღებული იქმნა კუჭის წვენი.

საერთო სიმკვავე—20

თავისუფარი HCl არ არის.

რძის მკვავა

არ არის

სისხლი

28|VI—9|VII ავადმყოფს ძლიერ აფაღარათებს. ღამით სულ არ გადის. გადის დილით და საღამოს 10—12 ჯერ. განავალი თხელია, ქაფიანი, მონაცრისფერო—მომწვანო. მასში არც დიხენტერიის ამებები, არც სხვა პარაზიტები არ აღმოჩნდა. კიბების კვერცხებიც არ არის. ენაზე პატარ-პატარა აფთები და იარები ბლომად კიდებზე, წვერზე და ენის ქვემოთ. რამოდენიმე აფთა პირის ლორწოვან გარსზედაც არის. აფთებისათვის დაენიშნა Sol. Arg. nitrici 5^{მი}.

10|VII—14|VII ავადმყოფი თავს უკეთ ჰგრძნობს. აფთებიდან მხოლოდ 1 დარჩა. იარები ცოტა აქვს. ტკივილებიც ნაკლები. ცოტა მოსუქდა (მოიმატა 5 გირვანქა) და გუნებაზედაც არგადაა.

ამ ავადმყოფის განავალი დათესილი იყო Le Dantec'ის საკვებზე და აქაც ჩვენ მივიღეთ სოკოს ზრდა და ნაცხებებში ცხადად გამოხატული უჯრედები და მიცელიუმი.

ამგვარად ჩვენს კლინიკაში 9 თვის განმავლობაში 5 ავადმყოფი იყო მოთავსებული, დაავადებული Sprue-თი. ამათში 3 იყო ქართველი და 2 რუსი; 4 ქალი და 1-ც ვაჟი. ყველანი საქართველოში დაბადებულნი და აღზრდილნი იყვნენ. ამათში ერთი (№ 3) მუდამ სოფელში სცხოვრობს (სიღნაღის მაზრაში), ერთიც (№ 5) ხშირად არის ხოლმე სოფელში და იქ გაზრდილია (თელავის მაზრაში), დანარჩენი სამი (№ № 1, 2, 4) ტფილისის მცხოვრებლებია და სოფელში იშვიათად თუ ყოფილა ხოლმე. აქედან ცხადია, რომ Sprue—საქართველოში გავრცელებული უნდა იყოს, თუ ჩვენს კლინიკაში შედარებით მოკლე ხანში უკვე 5 ავადმყოფი მოჰყვა. აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ ხუთივე ავადმყოფი აღმოსავლეთ საქართველოდან იყო, დასავლეთ საქართველოდან ჩვენ არც ერთი ავადმყოფი არ შეგვხვედრია, თუმცა, შესაძლებელია, ეს შემთხვევითი მოვლენა იყოს.

ჩვენი ხუთი შემთხვევა ნებას გვაძლევს ზოგიერთი, ვფიქრობთ, საინტერესო კლინიკური Sprue-სათვის დამახასიათებელი ფაქტები აღნიშნოთ, ვინაიდან ხუთივე შემთხვევაში ეს მოვლენები ყოველთვის ერთგვარად იყო გამოხატული.

პირველი—ეს სნეულების დაწყებაა. ყველა ავადმყოფი აღნიშნავს დაწყებისას ფაღარათობას. ზოგს აფაღარათებდა ძლიერ ხშირად, ზოგს იშვიათად, უმეტესს მუცელი არ სტკივოდა, ზოგს მუცელი სტკივოდა, მაგრამ დამახასიათებელი იყო შემდეგი გარემოება: პირველი ფაღარათობისაგან თითქოს და მორჩენის ცოტა ხნის შემდეგ ავადმყოფს ფაღარათობა კვლავ ეწყობოდა და მერმე უკვე არას დროს არ ესპობოდა, ხან უფრო იშვიათად გადიოდა ხოლმე, ხან უფრო ხშირად, ხან მომჯობინდებოდა, ხან მისი მდგომარეობა გაუარესდებოდა, მაგრამ კლინიკაში შემოსვლამდე ავადმყოფები ყოველთვის აღნიშნავდნენ ხოლმე ამ სიმპტომს.

მეორე—აღსანიშნავია თვით ფაღარათობის ხასიათი. ავადმყოფს აფლარათებს ან დილით ან საღამოთი ანდა მარტო დილით ზედი-ზედ რამდენიმეჯერ. გარედ გასვლის შემდეგ ავადმყოფი უფრო ხშირად ძლიერს სისუსტეს ჰგრძნობს. Sprue-ს დროს ავადმყოფს ღამით არას დროს არ ჰქონია ფაღარათობა, რაც ესე ხშირია ხოლმე დიზენტერიასა და კოლიტების დროს.

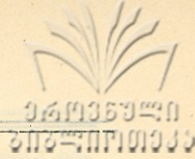
შემდეგ აღსანიშნავია—ფაღარათობის დროს და საერთოდ ისედაც მუცლის სრული უმტკივნაობა: არც ხელის დაჭერის დროს, არც გარედ გასვლის დროს ჩვეულებრივად ავადმყოფი მუცლის ტკივილს არა ჰგრძნობს ხოლმე, თუ Sprue დიზენტერიით არ არის გართულებული.

დამახასიათებელია აგრეთვე ავადმყოფის მუცელი: იგი წამოზებრილია და მას ხელს რომ ადებთ ისეთი შთაბეჭდილებაა, თითქოს რბილ ბალიშზე ადებთ ხელს; მერმე როგორც კი მუცელს ხელს ახლებთ, უკვე თვალით შეიძლება კარგად დაინახოთ ნაწლავების პერასტალტიკა; კარგად ისმის აგრეთვე ყურყურიც.

დამახასიათებელია თვით განავალიც: იგი ქაფიანია, ძლიერ მყარია სუნი-სა და შედარებით ბევრი; მასში სისხლი და ლორწო არ არის ჩვეულებრივად. როდესაც ლორწოა, იგი ვერა სცვლის ხოლმე განავლის ხასიათს, იგი მაინც ქაფიანია და შედარებით ბევრი. ჩვენ არც ერთს შემთხვევაში არ შეგვხვედრია კოლიტებისათვის და დიზენტერიისათვის ჩვეულებრივი ლორწოიანი მკირედი განავალი. აღსანიშნავია კიდევ ჩვენს შემთხვევებში, რომ ავადმყოფებს მოვლენები ენის მხრივ ეწყობოდათ მხოლოდ რამოდენიმე თვის შემდეგ, რაც ფაღარათობა ჰქონდათ შემდეგ მოვლენები ენის მხრივ პარალელურად მიჰყვებოდნენ ფაღარათობას: რაც მეტი ჰქონდათ ავადმყოფთ ფაღარათობა, მით ენა უარესად ჰქონდათ; როგორც კი ფაღარათობა შეუწყდებოდათ, ენაც უკეთ უხდებოდათ. აღსანიშნავია ნერწყვის რეაქციაც. როდესაც ავადმყოფს ენის მხრივ მოვლენები ძლიერ ჰქონდა გამოხატული—რეაქცია მუავე იყო, როგორც კი ენა უკეთ უხდებოდა—რეაქცია შესაძლებელია ამფოტერული ან ნეიტრალური გამხდარიყო. ერთი კი ყოველთვის მუდმივ ემჩნეოდა—ეს როდანიუმის კალიუმის არ არსებობა Sprue-თ ავადმყოფთა ნერწყვში.

კუჭის წვენის მხრივ აღსანიშნავია თავისუფალი ქლორწყალმზად მუავას ძლიერი შემცირება ანდა სრული არ არსებობა. უნდა ითქვას, რომ რაც სნეულდება მძიმეთ იყო გამოხატული, მით უფრო კუჭის წვენში თავისუფალი HCl არ იყო და თუ სნეულება უფრო სუსტად იყო გამოხატული, მით კუჭის წვენში HCl-ის ნიშნები კიდევ იყო დარჩენილი (შემთხვევაში № 1—HCl-ის რაოდენობა — 0,04, შემთხვევაში № 3—0,09).

ჩვენს შემთხვევებში სისხლის მხრივ განსაზღვრული ხასიათის ცვლილებები მივიღეთ: დაქვეითებული რაოდენობა ჰემოგლობინისა და სისხლის წითელი ბურთულებისა, F.I-ან 1,0 ანდა ცოტად ნაკლები; ერთირობები მორფოლოგიური თვისებებით ნორმალური იყვნენ. შემდეგ აღსანიშნავია ყველა ჩვენს შემთხვევებში მკაფიოდ გამოხატული ლევკოპენია: ლევკოციტთა მინიმალური რიცხვი ჩვენ მივიღეთ (№ 3)—4.100, მაქსიმალური კი—5.000 (№ 2). ლევკოციტთა ფორმულა საინტერესო შედეგებს იძლევა.



ლევკოციტთა ფარმულა %-ში

ნორმა	ნეიტროფილები	ეოზინოფილები	ბაზოფილები	მონოციტები	ლიმფოციტები	Gumprecht
Naegeli-თ	65-70%	2-4%	1/2%	6-8%	20-25%	—
შემთხვ. № 1	51%	2%	0%	7 1/2%	35%	4 1/2%
„ № 2	41%	3 1/2%	0%	8 1/2%	41%	6%
„ № 3	40 1/2%	1%	0%	8 1/2%	45%	5%
„ № 4	54%	1%	0%	8%	33%	4%
„ № 5	48%	1 1/2%	0%	4%	45 1/2%	1%

ამ ცხრილიდან ისეთი შთაბეჭდილება რჩება, რომ ნეიტროფილთა პროცენტი შემცირებულია, სამაგიეროდ ძლიერ არის გაძლიერებული ლიმფოციტთა პროცენტი, მაგრამ, ჩვენ თუ შემდეგ ცხრილს განვიხილავთ, დავინახავთ, რომ ლიმფოციტთა აბსოლუტური რაოდენობა ნორმას არ აღემატება ისე, როგორც ნორმალურია მონოციტებისა და ეოზინოფილების რიცხვი;*) სამაგიეროდ ძლიერ არის შემცირებული ნეიტროფილთა რიცხვი.

ლევკოციტთა აბსოლუტური რაოდენობა.

ნორმა	ნეიტროფილები	ეოზინოფილები	ბაზოფილები	მონოციტები	ლიმფოციტები	Gumprecht
4400—5200	80—320	20—80	240—430	1600—2400	—	
შემთხვევა 1	2532	99	0	372	1735	223
„ 2	2050	175	0	425	2050	300
„ 3	1660	41	0	348	1844	205
„ 4	2376	44	0	352	1452	176
„ 5	2064	64	0	172	1956	43

ამ ცხრილიდან ნათლად სჩანს, რომ ლევკოპენია Sprue ს ჩვენს შემთხვევებში სავსებით ღამოკიდებული იყო ნეიტროფილთა აბსოლუტური რაოდენობის შემცირებისაგან. ამ შემთხვევაში ჩვენი დაკვირვება ეთანხმება ლიტერატურაში არსებულს ცნობებს Sprue-ს დროს ლევკოციტების რიცხვისა და ნეიტროფილთა აბსოლუტური რაოდენობის დაქვეითების შესახებ (იხ. ზემოდ). ლიტერატურაში აღნიშნულია აგრეთვე ეოზინოფილთა რიცხვის შემცირება. ჩვენი შემთხვევებიდან ორში ეოზინოფილთა რიცხვი ნორმალური იყო (№№ 1. 2) და სამში კი დაქვეითებული (№№ 3. 4. 5). ბაზოფილები ჩვენს შემთხვევებში სრულიად არ შეგვხვედრია.

*) სამს შემთხვევაში ეოზინოფილთა რიცხვი ნორმაზე ცოტად ნაკლებია (№№ 3, 4, 5).

ნეიტროფილთა ხასიათის შესასწავლად ჩვენ გამოვიყვანეთ აგრეთვე Arneth-ის ფორმულა. ცნობები Arneth-ის ფორმულის შესახებ მოყვანილია შემდეგ ცხრილში.

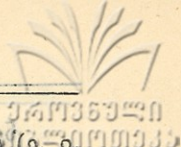
Arneth-ის ფორმულა

	I	II	III	IV	V	ს უ ლ
ნორმა	7	39	36	16	2	100
შემთხვ. 1.	6	39	36	16	3	100
„ 2	8	44	38	6	4	100
„ 3	5	44	37	12	2	100
„ 4	4	45	28	17	6	100
„ 5	6	45	33	13	3	100

ამ ცხრილიდან სჩანს, რომ Arneth-ის ფორმულა იმ მოდიფიკაციით, რომელიც ამ ჟამად არის მიღებული, გარდა სამი შემთხვევისა, შეიძლება ოდნავ მარჯვნივ გადახრილად ჩაითვალოს. ამ სამ შემთხვევიდან კი ერთში (№ 2) ოდნავ მარჯვნივ არის გადახრილი და ორში კი (№ 1, 5) ნორმალურად შეიძლება ჩაითვალოს. ლიტერატურაში (იხ. ზემოთ) აღნიშნულია, რომ Arneth-ის ფორმულა მარჯვნივ არის გადახრილი Srue-ს დროს, ჩვენთან, როგორც ზემოთ მოყვანილი ცხრილიდან სჩანს, ეს გადახრა ძლიერ მკაფიოდ არ არის გამოხატული.

ჩვენს შემთხვევებში აღსანიშნავია კიდევ სნეულების პერიოდიულობა. ჩვენი ავადმყოფები ხან უარესად ხდებოდნენ, ხან უკეთესად. მომჯობინებას კვლავ ისევ სნეულების გამწვავება მოსდევდა. სნეულების ეს პერიოდიულობა თვით ავადმყოფთ კარგად აქვთ შენიშნული და მომჯობინების დროს ყოყელთვის ეპკვით ამბობენ: „კარგად ვართ, მაგრამ ალბად სნეულება ისევ გავვიახლდებო“.

ერთი რამ არის კიდევ საჭირო, რომ მოვიხსენიოთ. ჩვენს უკანასკნელს სამს შემთხვევაში ავადმყოფთა განავალი დათესილი იყო Le Dantec-ის საკვებ ნიადაგზე და სამივე შემთხვევაში მიღებულ იქნა დამახასიათებელი უჯრედები და მიცელიუმი Le-Dantec-ის მიერ აწერილი სოკოსი (levure). ჩვენ არ შეგვიძლია ვთქვათ, რამდენად ეს სოკო Sprue-ს გამომწვევია, მაგრამ ცხადია, რომ ამ სნეულების დროს ეს სოკო განავალში არის დაბოლოდებული, მოკლედ განვიხილოთ Sprue-ს თერაპია. უპირველესად ყოვლისა ავადმყოფს საერთო ხასიათის დარღვევა უნდა მიეცეს. თუ წამლობას ვიწყებთ ავადმყოფი პირველ ხანებში სჯობია ლოგინში დავაწვინოთ, თუ ავადმყოფი ფეხზეა, იგი უნდა გავათრთხილოთ, რომ მისთვის ყოველგვარი დასვენება და ვაკივება საშიშოა, განსაკუთრებით თბილად უნდა შეინახოს მან მუცელი და ფეხები. თვით წამლობა უმთავრესად დიეტაზედ არის დამყარებული. ინგლისელები (Manson) უმთავრესად რძის დიეტას ხმარობენ. წამლობა იწყება მუცლის გაწმენდით Ol. Ricini-ს საშუალებით. შემდეგ ავადმყოფს ენიშნება რძე პირველად დღეში ერთი ლიტრი (ე. ი. 4 ჩაის ჭიქა), ეს რძე ავადმყოფმა უნდა მიიღოს დღისინს ჭიქებით ყოველ 1 1/2-2 საათში, მაგრამ არა ერთბაშად, არამედ კოვზებით. ყოველ დღე ავადმყოფს უნდა მიუშობოთ თითო ჩა-



ეს ჭიქა რძე ვიდრე ავადმყოფი არ მიიღებს დღეში 3-3 $\frac{1}{2}$ ლიტრ რძეს (გ. 12-14 ჩაის ჭიქას). ამ ხნის განმავლობაში ავადმყოფი ლოგინში უნდა იწვევს ძალღონის შესანარჩუნებლად. თუ ავადმყოფი რძეს კარგად ვერ იტანს, შეიძლება მას რძესთან ერთად მიეცეს Aq. Calcis და ტუტე წყალი (ბორჯომი, ზელტერის წყალი). ასეთ დიეტის ზეგავლენით უკვე მესამე დღეს ავადმყოფი საგრძობლად უკეთ ხდება: ფალარათი ნაკლები აქვს, განავალი უფრო სქელი ხდება, პირის ტკივილი უკლებს, მუცლის ბერვან და დისპეპტიური მოვლენები მას უკვე აღარ აქვს. ასეთი დიეტა უნდა გაგრძელდეს, Manson-ით, 6 კვირა მის შემდეგ კიდევ, რაც პირის ტკივილი ავადმყოფს დაეკარგა და ფალარათი ძლიერ შეუმცირდა. ამის შემდეგ კი თანდათანობით ავადმყოფს აძლევენ ბისკვიტს, სუხარს, თოლხო კვერცხს, ქათმის ბულიონს და შემდეგ თანდათან გადადიან ჩვეულებრივს საქმელზე. თუ კი ავადმყოფს კვლავ დაუწყო ფალარათი, რძის დიეტა თავიდან უნდა იქნეს დაწყებული. Manson-ი ჩვეულებრივად ასეთი წამლობის დროს მედიკამენტებს სრულიად საჭიროდ არ სთვლის.

გარდა რძის დიეტისა, იმ შემთხვევაში როდესაც ავადმყოფი რძეს ვერ იტანს ან და რძე მალე მას ბეზრდება, Manson-ი სცვლის ხოლმე რძის დიეტას ეგრედ წოდებულ სოლსბერის (Salisbury) დიეტით. ამ შემთხვევაში ავადმყოფს აძლევენ 3 გირვანქა ხორცს, უკეთესია დაკებილს და ცოტად მოხარშულს. ხორცი უნდა იქნეს უქონო და უძარღვო. ამ ხორცს აძლევენ დღეში სამჯერ ან ოთხჯერ. გარდა ხორცისა, ავადმყოფს აძლევენ დაახლოებით 2 ლიტრამდე (8 ჭიქა) ცხელ წყალს ან უშაქრო ჩაის დღე-ღამეში. ეს წყალი ავადმყოფმა უნდა მიიღოს დილასა და საღამოს, შეიძლება დღის განმავლობაშიაც, მაგრამ არას დროს არ უნდა მიიღოს იგი საქმელთან ერთად, არამედ დაახლოებით ორი საათის ადრე ხორცის ჭამისა. ეს დიეტაც Manson-ის სიტყვით კარგს შედეგებს იძლევა.

Le Dantec-ი სხვაგვარ დიეტას უნიშნავს Sprue-თ ავადმყოფთ. იგი უკრძალავს ავადმყოფებს ნახშირწყლოვან ნივთიერებათ (პური, შაქარი, კარტოფილი), არ აძლევს არც რძეს იმ მოსაზრებით, რომ Sprue-თ ავადმყოფთა განავალში ბლომად არის გრამოფოლური ბაცილები და საფუარი სოკოები, რომელნიც კარგად ვითარდებიან და მრავლდებიან რძისა და სახემებელის ნიადაგზე. იგი თავიდანვე ავადმყოფს აძლევს ხორცის ბულიონს, უმს ან და ოდნავ შემწვარ ხორცს, კვერცხს და თევზეულს. Le Dantec-ი ირწმუნება, რომ ასეთი დიეტის ზეგავლენის 48 საათის განმავლობაში ავადმყოფის განავალის რიცხვი 10-დან ორამდე ჩამოდის ხოლმე. ასეთს საქმელს იგი აძლევს ავადმყოფს 8-10 დღე, შემდეგ კი უმატებს სუხარს, კარტოფილის პიურეს და მერმე გადადის თანდათანობით ჩვეულებრივს საქმელზე.

გარდა სრული რძისა ან და სრული ხორცეული დიეტისა, Sprue-ს დროს ზოგიერთები ხმარობენ შერეულ დიეტასაც. ამ შემთხვევაში ავადმყოფს აძლევენ რძეს, თოლხო კვერცხს, თეთრ ხორცს, ბრინჯის ნახარშს და ბულიონს ან და ხორცის წვეს და როდესაც ავადმყოფი საგრძობლად უკეთ შეიქნება, იგი თანდათანობით გადაყავთ საერთო დიეტაზე.

რაც შეეხება მედიკამენტოზურს წამლობას, პირის მტკივნაობის წინააღმდეგ, თუ იგი ავადმყოფს ჭმამს ძლიერ უშლის ან და ფრიალ შემაწუხებელია მი-

ქართული

სთვის, უნიშნავენ პირის გამორეცხვას 1%-იან კოკაინის ხსნარით (Sol. Cocaini muriat. 1%). დისპეპტიური მოვლენების წინააღმდეგ და აგრეთვე ნაწლავების სადენინფექციოდ აღევენ—Aq. Chloroform. ზაქმლის მონელების გასაუმჯობესებლად—აღევენ პეპსინს (Féris), პანკრეატინს (Bertrand) და ქლორწყალმზად მუეას (Fayrer).

სისხლნაკლებობის წინააღმდეგ და საერთოდ ავადმყოფის გასამაგრებლად, მას უნიშნავენ რკინისა და დარიშხანის პრეპარატებს, უკანასკნელს უმთავრესად კანქვეშ. რაც შეეხება სხვა წამლებს, უმთავრესად adstrigenia-თ, ამათში უფრო მიღებულია Tannalbin-ი, Tannigen-ი, რომელთაც მხოლოდ იშვიათად ხმარობენ ხოლმე, ვინაიდან მათი გავლენა არც ისე თვალსაჩინოა. კიდევ უფრო ნაკლებია გავლენა სხვადასხვა სადენინფექციო მედიკამენტებისა, როგორც არის, მაგალითად, Salol, Benzonaphthol, Bismut. salicyl და სხვა.

დასასრულ დიდ მადლობას ვუძღვნი დიდად პატივცემულს პროფესორს ალ. ალადაშვილს, რომელმაც ჩემი მუშაობისადმი დიდი ყურადღება გამოიჩინა.

ლიტერატურა:

Birt. Amöben und Sprue. Arch. f. Shiffs u. Tropenhygiene 1921. Bd 25. № 5.
 Brumpt Précis de Parasitologie. Paris 1922.
 Le Dantec. Pathologie exotique. t. 2. Paris 1911.
 Manson. Maladies des pays clauds. Trad. franc, Paris 1908.
 Ruge und Vert. Tropenkrankheiten und Tropenhygiene. Leipsig 1912.
 Schilling. Тропические болезни in Kraus и Brugsch: Инфекцион болезни.
 т. 2. რუს. თარგმ. 1916 წ.



მ. არჯენანიძე.

კლინიკის ასისტენტი.

ორსულობის ამოსაცნობი Kamnitzer-ისა და Joseph-ის რეაქცია*)

ტფილისის უნივერსიტეტის სამედიცინო კლინიკიდან. გამგე — პროფ. ი. თიკანაძე.

ორსულობის ამოცნობა პირველ ორი თვის განმავლობაში მეტის მეტად ძნელია და ზოგჯერ შეუძლებელიც. ამოცნობა შეუძლებელია უფრო ისეთ პირობებში, როდესაც ორსულობა გართულებულია სასქესო ნაწილთა შესამჩნევ ცვლილებით, რომელიც, შესაძლოა, გამოწვეული იყოს მათი ამა თუ იმ ხასიათის დაავადებით, ან განაყოფიერებულ კვერცხის არა ჩვეულებრივ ადგილზე ჩანერგვით და განვითარებით.

ორსულობის მეორე ნახევრიდან, როდესაც ნაყოფის არსებობის დამამტკიცებელი — ტუტუარი ნიშნები იჩენენ თავს, მისი ამოცნობა ძნელი არ არის, თუმცა გამოკვეყნებულია არა ერთი შემთხვევა, სადაც თითქმის ათი თვის განმავლობაში ექიმები დარწმუნებული ყოფილან ორსულობის არსებობასა და მის ნორმალურ მიმდინარეობაში და ორსულობა კი არ აღმოჩენილა. ამ გვარი შემთხვევები საკმაოდ ბევრია გამოკვეყნებული ლიტერატურაში და ამ მხრივ ფრიად ყურადსაღებია K. Шлехт-ის შემთხვევა, გამოკვეყნებული ამ ბოლო დროს.

17 წლის, ახალგაზრდა, გაუთხოვარი ქალი ამტკიცებდა, რომ ის ორსულად არის. ეს ქალი, გამოკვლევის შემდეგ, *virgo intacta* აღმოჩნდა, მაგრამ ორსულობის შესაძლებლობას ასეთ პირობებშიაც, როგორც თვით არ უარყოფდა, ჩვენც ვერ უარყოფთ. მეზუთე თვეზე მუცლის თანდათან გადიდებასთან ერთად, შესაძლებელი გახდა ნაყოფის ნაწილების ნახვა და მისი გულის ცემის მოსმენა. ეს გულის ცემა დედის მაჯას არ ეთანხმებოდა. მეექვსე თვეზე დე და გრძნობს ნაყოფის მოძრაობას. მეცხრე თვეზე საშვილოსნოს სიდიდე ამ დროისათვის შესაფერისი იყო და მისი მდებარეობაც ნორმალური. მეათე და მეთერთმეტე თვეებში მშობიარეობა არ მოხდა. მეთერთმეტე თვეზე *ex consilio* უკვე დარწმუნდნენ, რომ აქ ორსულობა არ იყო არამედ საქმე ხორცმეტთან ჰქონდათ. მუცლის გაკვეთის შემდეგ აღმოჩნდა: ნორმალური საშვილოსნო, ნორმალური შინაგანი ორგანოები, ხორცმეტი კი არსად ჩანდა. ეს დიდი შეცდომაა გამოცდილ ექიმებისა, როგორც ამ შემთხვევის დამთავრება გვიჩვენებს, გამომდინარეობდა ისტერიულ დედაკაცის სიმულაციისაგან. ორსულობის ძლიერ სურვილს, ისტერიულ დედაკაცის სხეულში, შესაძლოა დაერთოს ყველა ისეთი ფიზიოლოგიური ცვლილებანი, რომელნიც დამახასიათებელი არიან ორსულობისა. როგორც მაგ. მუცლის გადაიდება, ძუძუების შესიება და ხსენის დენა, თვიურის შეწყვეტა, პიგმენტაცია და სხვა.

*) მოხსენდა ქართველ ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოებას 1924 წ. 5 ივნისის სხდომაზე.

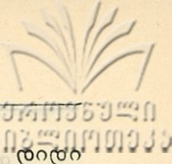
საქართველოს
ბიბლიოთეკა

თანამედროვე მეანობაში ყველა არსებული წესები ორსულობის ამოსაცნობად, როგორც სუბიექტური, ისე ობიექტურ ხასიათის, დამყარებულნი სათუო, საეგებო—შესაძლებელ და ნამდვილ ორსულობის ნიშნებზე, ხშირად საკმაო არ იყო და გარკვეულ პასუხის საშუალებას არ გვაძლევდნენ.

ამ დანაკლისის შევსების საჭიროებას გრძნობდა ყველა ამ დარგში მომუშავენი და ცდები და გამოკვლევები მის დასაკმაყოფილებლად დაიწყო უკვე სხვა მიმართულებით. ძველი წესები ამოწურული იყო და აქ უნდა დაგვხმარებოდა ადამიანის ქსოვილთა ბიოლოგიურ პროცესების შესწავლა და გამოყენება.

ამ მიმართულებით პირველი შრომები გამოაქვეყნა გერმანელმა მეცნიერმა აბდერჰალდენმა. მისი რეაქცია ორსულობის ამოსაცნობად დამყარებული იყო სპეციფიურ პროტეოლიტიურ ფერმენტზე, რომელიც უნდა ყოფილიყო ორსულთა სისხლში. აბდერჰალდენამდე დამტკიცებული იყო, რომ ადამიანის ან ცხოველთა სხეულში კან-ქვეშიდან ცილოვან ან სხვა სახის ნივთიერებათა შეტანის დროს, სისხლში ჩნდება ფერმენტები, რომელიც ხსნიან ამ გზით შეტანილ ნივთიერებებს, უფრო მარტივ და სხეულის უჯრედებისათვის ადვილ მოსაწვლად ნივთიერებად. აბდერჰალდენმა დაამტკიცა, რომ ცხოველთა სხეული აგროვებს ამგვარ დამცველ ფერმენტებს არა მხოლოდ სხეულში გარედან შეტანილ მისთვის უცხო ნივთიერების წინააღმდეგ, არამედ იმ ნივთიერებათა წინააღმდეგაც, რომელიც საკუთარ სხეულიდან არიან შეტანილნი და რომელიც სისხლში ნორმალურ პირობებში არ იმყოფებიან.

ჩვენ ვიცით, რომ ორსულობის დროს ყოველთვის ხდება მომყოლის ბუსუსოვან გარსის პერიფერიუმიდან სინციტიალურ უჯრედების მოცილება და მათი გადასვლა სისხლის მილებში; ბუსუსების ამგვარ დეპორტაციას (როგორც აბდერჰალდენი უწოდებს) უსათუოდ უნდა მოყვეს პროტეოლიტიურ ან პროტეოკლასტიურ ფერმენტების გაჩენა სისხლში, რომელიც დახსნის ამ ბუსუსების ცილოვან ნივთიერებას და გადაიყვანს მას პეპტონებად და სხვა უფრო მარტივ ნივთიერებად. აქედან ცხადია, რომ თუ დედაკაცის სისხლში აღმოვაჩინთ ასეთ ფერმენტს, ორსულობის ამოცნობა ყოველ ეჭვს გარეშე იქნება, მხოლოდ უნდა იქნეს ერთი პირობა, რომ ეს ფერმენტი ორსულობისათვის უსათუოდ სპეციფიური უნდა იქნეს და მხოლოდ ბუსუსოვან გარსის უჯრედების ცილოვან ნივთიერებას უნდა ხსნიდეს. ცდები და გამოკვლევანი სხვადასხვა ავტორთა ამ მიმართულებით გვიჩვენებენ შემდეგს, რომ აბდერჰალდენის რეაქცია ორსულობის უმეტეს შემთხვევებში თუმცა დადებითია, მაგრამ ამასთანავე, ეჭვს გარეშეა ისიც, რომ არა იშვიათად შრატის სრულიად ჯანსაღ დედაკაცისა და ხან მამაკაცისაც ამგვარადვე მოქმედობს მომყოლზე. გარდა ამისა, ავთვისებიან სიმსივნეების ზრდა, სხვადასხვა სახის შინაგანი ავადმყოფობანი, უმთავრესად ნეფრიტები, ნერვიულ სისტემის ზოგიერთი დაავადებანი, დესტრუქციულ პროცესებისა, ან როგორც მაგალითად ეპილეპსია, გამოწვეულნი თვით ტვინის ქსოვილთა ნაწლავთა პარაზიტები, განსაკუთრებით ჭიები—დადებით რეაქციას იძლევიან. ამ გვარად ჩვენ ვხედავთ, რომ აბდერჰალდენის რეაქციას ჯგუფური ხასიათი აქვს: მას იძლევა საერთოდ ყოველნაირი ცილოვანი ნივთიერებანი, რის გამოც სპეციფიურობა მისი ძნელი მისაღებია.



თუმცა პირველი ცდა სავსებით არ გამართლდა, მაგრამ მას მაინც დიდი მნიშვნელობა აქვს, რადგანაც ახალ მიმართულებით კვლევა-ძიების გზას გვიჩვენებს.

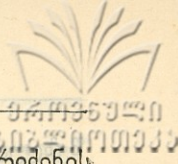
აბდერჰალდენის რეაქციას მოჰყვა შარდის რეაქცია მეთილენის ლილით Russol's ი. ამ რეაქციამ შემდეგში ნიადაგი ვერ მოიპოვა.

შემდეგ გამოქვეყნდა F ä r r h e n s'-ის რეაქცია, რომელიც დამყარებულია ორსულ დედაკაცის ერითროციტების უფრო აჩქარებულ დალექვაზე, ვიდრე ეს არა ორსულების და მამაკაცების სისხლში სწარმოებს. ამ რეაქციის საწარმოებლად სისხლს უმატებენ 5% natri citrici-ს, რომელიც ხელს უშლის სისხლის შედედებას და შემდეგ იკვლევენ დროს და სიჩქარეს ერითროციტების დალექვისას. რეაქცია გამოქვეყნებულია 1918 წელს. შემდეგმა ცდებმა დაგვანახეს, რომ ეს რეაქცია სავსებით ვერ აღწევს თავდაპირველად დასახულ მიზანს და ორსულობის გამოსაცნობად მჭიდრო დასაყრდნობ საშვალებას არ იძლევა, რადგანაც სისხლის ელემენტების დალექვის აჩქარება შეუძლია გამოიწვიოს გარდა ორსულობისა, ინფექციურ ავადმყოფობას, სხვადასხვა ფსიქიურ დაავადების დაწამატა ავადმყოფურ ცვლილებას, ავთვისებიან სიმსივნეებს, ცილოვან ნივთიერებათა სხეულში მომეტებულ დაშლას და ექსუდატიულ პერი-პარა მეტრიტებს. ამ რეაქციას ამ ბოლო ხანებში უფრო ყურადსაღები მნიშვნელობა ეძლევა ფარულ ინფექციის ამოსაცნობად და ამ მიმართულებით, შესაძლოა, უფრო მეტი მნიშვნელობა ექნეს მომავალში—ვიდრე ორსულობის ამოსაცნობად. F ä r r h e n s'-ის რეაქციის გამოქვეყნების ორი წლის შემდეგ Frank'-მა და Nothman'-მა ორსულობის ამოსაცნობად შემოიღეს ახალი რეაქცია დამყარებული ე. წ. ორსულთა თირკმელების გლიკოზურიაზე; მათ შემდეგ გამოქვეყნდა ამ რეაქციის მოდიფიკაცია R u b i t s c h e k'-ისა აღრენალინის ხმარებით და უკანასკნელს ხანებში გამოქვეყნდა ამავე პრინციპზე დამყარებული რეაქცია Kamnitzer და Joseph'-ისა ფლორიდინით. სანამ ამ რეაქციის განხილვას შეუდგებოდე—საჭიროდ მამაჩნია—მოკლედ განვიხილო ორსულ დედაკაცის სხეულში ნახშირ წყლების გაცვლა გამოცვლის საკითხი და მისგან დამოკიდებული გლიკოზურია. ჩვენ უკვე ვიცით, რომ ჯანსაღ ადამიანის სისხლში ყოველთვის მოიპოვება შაქარი, რომლის, რაოდენობა დაახლოვებით 0,1% უდრის და ეს რაოდენობა სრულიად არ განისაზღვრება შაქრის წარმომქნელ ნივთიერებათა იმ რაოდენობისაგან, რომლებიც ჭამის დროს შეგვაქვს ჩვენ სხეულში. მხოლოდ ეს კი არის, რომ შაქრის გადაჭარბებულ მიღების შემდეგ (150 გრამზე მეტის) შესაძლოა იმდენად დაიტვირთოს სისხლი შაქრით, რომ რამოდენიმე საათის შემდეგ ბლომად გამოყვეს შარდს, სადაც ნორმალურ პირობებში 0,05%-ზე მეტს ვერ ვპოულობთ.

Seitz'-ის, Frank და Nothmann'-ის დაკვირვებით ყურძნის შაქარი მიღებული ასიდან ასორმოცდაათ გრამამდე ჩვეულებრივ პირობებში გლიკოზურიას არ იწვევს, ხოლო ორსულობის დროს იგივე რაოდენობა 20—80% შემთხვევაში იძლევა გლიკოზურიას. Seitz'-ის გამოკვლევით სრულიად ჯანსაღ ორსულთა შარდი ჩვეულებრივ დიეტის დროსაც 10% შემთხვევებში შაქარს შეიცავს. შაქარი ჩნდება შარდში ორსულობის დასაწყისში, მთელ ორსულობის მსვლელობის დროს გრძელდება და მოლოგინების შემდეგ კი ჰქრება. პროფ. ლოლობერიძის დაკვირვებით, ორსულობის დროს შაქრის ასიმილაციის საზღვარი ძლიერ

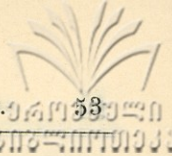
შეზღუდულია, რაც ამტკიცებს, რომ ორსულობა იწვევს ნახშირწყლების წონასწორობის დარღვევას.

Schiro Kauer, Novak, Frank, Grüntal და სხვათა მრავალ ცდების თანახმად დამტკიცებულად უნდა ჩაითვალოს, რომ ორსულობის დროს დამოუკიდებელ და ხელოვნურათ გამოწვეულ გლიკოზურიის დროს შაქრის რაოდენობა სისხლში არასოდეს არ სცილდება ფიზიოლოგიურ საზღვრებს (0,19%). ნორმალურ საზღვარზე ზევით გადაცემული შაქრის რაოდენობა სისხლში, მაჩვენებელი იქნება ფარულ დიაბეტისა, თირეოტიკსიულ მდგომარეობისა, ან ღვიძლის დაავადებისა. და გლიკოზურიაც შედეგი იქნება ჰიპერგლიკემიისა. ორსულობის ნორმალურ მსვლელობის დროს კი გლიკოზურია იჩენს თავს, როცა სისხლში შაქრის რაოდენობა ნორმალურ საზღვრებში, ან და, შეიძლება, დაკლებულიც იყოს—ჰიპოგლიკემიის დროს. ამ გვარი თავისებური მიდრეკილება ორსულ სხეულისა ნახშირწყლების გაცვლა-გამოცვლა და შეთვისებაში ფრიად ყურადსაღებია და ორგვარი ინტერესი აქვს: საერთოდ პათოლოგიური და პრაქტიკული. პათოლოგიურ თვალსაზრისით ღირსშესანიშნავია ის გარემოება, რომ გლიკოზურია ასეთ პირობებში გამოწვეულია თირკმელების მიერ და ამ ორგანოს დიაბეტის ამოცნობას ღიდი მნიშვნელობა აქვს, როგორც თერაპიის, ისე პროგნოზისათვის—ვიინაიდან ამ სახის დიაბეტს ხშირად ღიეტა არ სჭირდება, პროგნოზი კი ყოველის მხრივ კარგია. თირკმელების გლიკოზურია ორსულობის დროს გამოწვეულია ამ ორგანოთა ფუნქციონალურ მოქმედების გაღიზიანებით და საცხებით დამოკიდებულია ორსულის სხეულში ნახშირწყლების გაცვლა-გამოცვლის ანორმალობისაგან, რაც დამტკიცებულად უნდა ჩაითვალოს Zondek-ის, Klempere-ის, Frank-ის, Notmann-ის, Casper-ის და სხვათა გამოკვლევების და დაკვირვების თანახმად. Casper-ი თირკმელების ფუნქციონალურ მოქმედების ამოცნობისათვის სარგებლობდა ფლორიდინით. ის კან-ქვეშ შეუშვებდა 0,01 გრ. ფლორიდინს იმ მოსაზრებით, რომ ამ ნივთიერების შაქრად გარდაქმნა მოხდებოდა მაოლოდ თირკმელებში, რაშიაც ის დაარწმუნა წინასწარ მოხდენილმა ექსპერიმენტალურმა ცდებმა ცხოველებზე. აღნიშნულ დოზის ხმარების დროს, ყოველ ნორმალურ პირობებში ის ღებულობდა გლიკოზურიას, რომელიც გრძელდებოდა 2—3 საათის განმავლობაში. ამ გვარ ცდების დროს შარდში შაქრის რაოდენობის დაკლების მიხედვით—ჩვენ შეგვიძლია ვიქონიოთ წარმოდგენა თირკმელების პარენქიმის მოშლა-დაავადებაზე. რა სახის ცვლილება ხდება ამ დროს თირკმელებში, ამის შესახებ ფლორიდინის რეაქცია არასფერს გვეუბნება, მხოლოდ დამტკიცებულია, რომ ყველა პროცესებს, რომლებიც იწვევენ თირკმელთა პარენქიმის დაავადებას და დაშლას, თან მოჰყვება შარდში შაქრის რაოდენობის შესამჩნევი შემცირება—ან ამ ნივთიერებას სრულიად ვერ ვპოულობთ. როგორც გამოკვლეულია ამ რეაქციის შესუსტებას ან სრულიად უშედეგობას ადგილი აქვს ტუბერკულოზის, pyo-hydronephrosis და თირკმელთა სხვადასხვა სახის სიმსივნეების დროს. მწვავე ნეფრიტების დროს კი შაქარი ისე ჩნდება, როგორც ნორმალურ პირობებში. პრაქტიკული შედეგები ამ გვარ ფუნქციონალურ ამოცნობისა, როგორც Casper-ი ამტკიცებს, უკვე შესამჩნევა: სიკვდილიანობის %



ნეფრექტომიების ოპერაციის შემდეგ აქამდე ოცზე გადამეტებული, ფლორიდინის რეაქციის შემოღების შემდეგ 2—4-მდე დაეცა.

ნახშირწყლების გაცვლა-გამოცვლის შესწავლას ორსულ ადამიანის სხეულში გვიადვილებს ცდები და დაკვირვებანი გლიკოგენზე. ამ მხრივ ფრიად საგულისხმებია შრომები Adler-ისა და Drissen-ის. მათი გამოკვლევით საშვილოსნოს ლორწოიანი გარსი თვიურის შემდეგ სრულიად არ შეიცავს გლიკოგენს. მენსტრუაციის ინტერვალებში კი გლიკოგენი თანდათან გროვდება. თვიურის წინ შემაერთებულ ქსოვილის უჯრედები დიდდებიან, დეციდუალურ უჯრედებს ემსგავსებიან და მათში ჩნდება გლიკოგენი. მენსტრუაციის დაწყებისას საშვილოსნოს ლორწოიანი გარსის ჯირკვლებიდან გამოდის სეკრეტი, რომელიც შეიცავს ლორწოს, კელოიდს და გლიკოგენს. ამასთანავე ბევრი უჯრედი ილუბება და მენსტრუალური გარსი უკვე აღარ შეიცავს გლიკოგენს. იმ შემთხვევაში კი, თუ განაყოფიერება მოხდა, ორსულობა დაიწყო და თვიური არ აღმოჩნდა, გლიკოგენის წარმოშობა თანდათან მატულობს და დეციდუალური ჯირკვლები გავსებული არიან ამ ნივთიერების წვეთებით. ადვილი გასაგებია, თუ რა მნიშვნელობა აქვს ყოველ თვიურად საშვილოსნოს ლორწოიანი გარსში გლიკოგენის წარმოქმნას და დაგროვებას. ამით მზადდება ის ნიადაგი, რომელიც მიიღებს განაყოფიერებულ კვერცხს და მის პირველად კვებისათვის აგროვებს ნივთიერებას ნახშირწყლებისაგან. საზოგადოდ, გლიკოგენს უდიდესი მნიშვნელობა აქვს ნაყოფის კვებაში ორსულობის პირველ საფეხურებზე. ბ. ლოლობერიძის გამოკვლევით ორსულ ბაჭიების საშვილოსნო და მომყოლში ჰპოულობენ გლიკოგენის მომეტებულ დიდ რაოდენობას ორსულობის მეათე დღეს. გლიკოგენის პირველ ნიშნების აღმოჩენა შესაძლებლად ხდება მხოლოდ მეცხრე დღეს. მეათე დღეს მისი რაოდენობა უცებ მალალ ციფრამდე აღწევს (2% მეტი); ეს რაოდენობა მე11—12 და 13 დღემდე თითქმის უცვლელად რჩება და შემდეგ თანდათანობით კლებულობს და ბოლოს კიდევ ჰქრება. ასე რომ საშვილოსნოში გლიკოგენის რაოდენობა მე-18 დღეს $0,4\%$ არ აღემატება, შემდეგ დღეებში ხელახლა იწყებს მომატებას და მშობიარობის დროს 1% აღის, რაც, ცხადიათ, გამოწვეულია საშვილოსნოს კუნთების მოქმედებით მშობიარობის დროს. მომყოლში კი გლიკოგენი უფრო ნელ-ნელა კლებულობს—მე-18 დღეს მისი რაოდენობა კიდევ 1% უდრის და მხოლოდ შემდეგ დღეებში იწყებს დაკლებას და მშობიარობისას უკვე სრულიად არ ისინჯება. გლიკოგენის ასეთი დაგროვება-განაწილების კანონიერება საშვილოსნო და მომყოლში იმდენად სწორი და დამახასიათებელია, რომ Gierh-ის აზრით, ეს გლიკოგენი მჭიდროდ დაბინადრებულ გლიკოგენად უნდა ჩაათვალოს, რომელიც არ განიცდის ცვალებადობას ორსულ სხეულის კვებისაგან და სხვადასხვა გავლენისაგან. ექვს გარეშეა, რომ ორსულობის დროს საშვილოსნოში არის ნახშირწყლების ერთგვარი მომწესრიგებელი, რომელიც მოქმედობს ერთ მიმართულებით—დედის სხეულიდან სასქესო ნაწილებისაკენ. ეს მტკიცდება იმით, რომ როდესაც საშვილოსნოში უკვე აღარ არის სიცოცხლის უნარიანი ჩანასახი და პოულობენ მხოლოდ მომყოლს, მაშინ როგორც საშვილოსნო—ისე მომყოლში გლიკოგენი არ არის. ასეთ მომწესრიგებლად ბ. ლოლო-



ბერიძე შინაგან სეკრეციის ჯირკვლების ჰორმონებს სთვლის, Seitz-ი—მეტ მნიშვნელობას ღვიძლის ჰორმონებს აძლევს.

რაც კი შეეხება, საშვილოსნოში და მომყოლში აღმოჩენილ გლიკოგენს, ცხადია, რომ ის მზა-მზარეულად არ მოდის ამ ორგანოებში, არამედ ის ჩნდება მათში სისხლის შაქრიდან ადგილობრივ. Зарецкий ამტკიცებს, რომ დეციდუალურ ქსოვილს გლიკოგენის წარმოქმნელი ფუნქცია აქვს და ეს ფუნქცია შინაგან სეკრეციის პროცესებს ემსგავსება. მასთან, იგივე ავტორი ფიქრობს, რომ გლიკოგენის წარმოქმნა უნდა ხდებოდეს ორსულობის პირველ დღეებიდანვე, მაგრამ მისი აღმოჩენა ამ ნივთიერების წვირლ მარცვლების ძლიერ აჩქარებულ დაშლის გამო ტენიკურად მომეტებულ სიძნელეს წარმოადგენს.

Küstner-ი ადასტურებს ორსულთა სხეულში ნახშირწყლების გაცვლა-გამოცვლის ანორმალობას და თავის ყურადსაღებ ცდებით ცხოველებზე ამტკიცებს, რომ ამ მოვლენას მჭიდრო კავშირი აქვს საკვერცხეების შინაგან სეკრეციასთან. მან მოახდინა შემდეგი ცდები ცხოველებზე:—ამოკვეთა ცხოველს ორსული საშვილოსნო და საკვერცხეები—გლიკოზურია ამის შემდეგ ვერ მიიღო. ამოკვეთა საშვილოსნო და დასტოვა საკვერცხეები—გლიკოზურია მიიღო. შემდეგ მან ორსულ ბაჭიას ამოკვეთა საკვერცხე და არა ორსულ ბაჭიას მიუყვრა. ტრანსპლანტაციის ორი დღის შემდეგ ამ უკანასკნელ ბაჭიას გლიკოზურია აღმოაჩნდა, ნახშირწყლების უწყსრიგობით ორსულ სხეულში და ექსპერიმენტალურ აღიშნულ ტარულ გლიკოზურიით ისარგებლეს Frank-მა და Nothmann-მა ორსულობის ამოსაცნობათ.

მათი რეაქციის ტენიკა შემდეგია: რეაქციის წინ ისინი იკვლევდნ შაქარს, როგორც სისხლში, ისე შარდში. შემდეგ აძლევდნ 100 გრ. ქიმიურათ სუფთა ყურძნის შაქარს 300—500 გრ. ჩაიში; წინასწარ ამისა კატეტრით შარდის ბუშტს ცლიდნ—შემდეგაც შარდის ნაწილებს კატეტრითვე იღებდნ. შარდში შაქრის პირველ გაჩენისთანავე, ხელმოკრედ იკვლევდნ შაქარს სისხლში. სისხლში შაქრის რაოდენობას იკვლევდნ Moeckel-Frank-ის წესით და არასოდეს არ ნახულობდნ 0,19% ვადამეტებულად წმინდა, არაგართულებულ ორსულობის დროს. Frank-ისა და Nothmann-ის რეაქცია Roubitschek-მა შესცვალა.

იგი სათანადო მომზადების შემდეგ—ორსულს უმზაუნებს ნახევარ მილიგრამ ადრენალინს და მაშინვე აძლევს 10 გრამ ყურძნის შაქარს; დანარჩენი მოქმედება ისეთივეა, როგორც წინდ მოხსენებული რეაქციის დროს.

ვინაიდან როგორც Frank-ისა და Nothmann-ის რეაქციას, ისე Roubitschek-ის მის მოდიფიკაციას, როგორც ღირსების, ისე ნაკლის მხრივ ისეთივე შედეგები აქვს, როგორც Kamnitzer-ის და Joseph-ის ფლორიდინის რეაქციას, მათ საერთო განხილვას შემდეგში მოვიხსენიებ, აქვე კი საჭიროდ მიმაჩნია აღვნიშნო, რომ საწარმოებლად პირველი რეაქცია მოითხოვს ლაბორატორიის ასე თუ ისე—კარგ მოწყობილებას; მასთან ყურძნის შაქარი ძნელი საშოვნელი, ძვირი და გარდა ამისა უგემურია და მიღების შემდეგ ხშირად პირსაქმობას იწვევს, რაც, ცხადია, ართულებს საქმეს. ფლორიდინის რეაქცია კი ტენიკის მხრივ ფრიად მარტივია, კარგად მოწყობილი ლაბორატორია მას არ სჭირია და ყოველ ექიმს შეუძლია მისი წარმოება ჩვეულებრივ პირობებში; ამ მხრივ მას მეტი მნიშვნელობა ეძლევა, მასთან იაფია და შედეგები კი, თუ უკეთესი არა, ისეთივეა.

ფლორიდინი—გლიკოზიდია, მონოშაქარი შეერთებული არა შაქრიან ნივთიერებასთან (ფლორეტინთან), აღმოჩენილია 1835 წ. Konin-ის მიერ ვაშლის, მსხლის და ქლიავის ხეების

ფესვების კანში. ეს გლიკოზიდი თირკმელებში იშლება; განთავისუფლებული ფლორტინი უერთდება სისხლის შაქარს და, როგორც შედეგი ამისა, ხელმეორედ ჩნდება ფლორიდინი. ამ გვარად იძვეება სისხლიდან შაქარი, სანამ სხეული სრულიად არ მოცილებს შეტანილ ფლორტინს, რაც ხშირად—შედარებით ჩქარა ხდება (Mering, Naunyn). ფლორიდინი იწვევს გლიკოზურას თირკმელებზე ზეგავლით ისე, რომ თან არ სდევს სისხლში შაქრის მონატება (Klempereir), თირკმელთა ფუნქციონალურ დიაგნოსტიკისათვის ხმარობენ ფლორიდინს 0,01 გრ., ორსულობის ამოსაცნობად კი Kamnitzer-ისა და Joseph-ის მიერ შემოღებულია ძლიერ შტირე დოზა 0,002 გრ. ვინაიდან ფლორიდინი კუნთებში (დუნდულებში) შეშაპუნების შემდეგ ხშირად ძლიერ მწვავე, თუმცა ხან მოკლე ტკივილებს იწვევს, უმჯობესია და რეაქციასაც ხელს არ უშლის, რომ ფლორიდინს ნოვოკაინი დაემატოს. გერმანეთში ამ უამად Schering-ის ქიმიურ ქარხნის მიერ გამოშვებულია ფლორიდინი ნოვოკაინთან შეზავებული „Maturin-ის“ სახელწოდებით. ჩვენ კი ვხმარობდით ფლორიდინს შემდეგნაირად დამზადებულს:

Phloridzini 0,03

Novocaini 0,015

Aq. Destill. 15,0

ეს პროპორცია უნდა აღუღდეს, ფილტრში კი არ უნდა გატარდეს რადგანაც, როგორც პირველ ხუთს ჩემს ცდებში ეს მოხდა, ფლორიდინი ფილტრზე რჩება. ასე დამზადებულ ხსნარს ერთ კუბიკურ სანტიმეტრში ჩვენ გვექონდა 0,012 გ. ფლორიდინი და ერთი მილიგრამი ნოვოკაინი. რეაქციის გაკეთების წინა დღით ორსულმა არ უნდა მიიღოს არავითარი წამალი და მით უმეტეს ისეთ ნაირი, რომელიც ხელს შეუშლის სწორ შედეგის მიღებას. შეშაპუნების წინ ხსნარი უმჯობესია ცოტა შევათბოთ, რადგანაც თბილი ხსნარი ნაკლებ ტკივილებს იწვევს. რეაქციას აწარმოებენ საზოგადოთ, დილით, როცა ორსული უჭმელია. დილის შარდი, წამლის გაკეთების წინ გამოშვებული, საჭიროა კანტროლისათვის. ფლორიდინის გაკეთების შემდეგ, აძლევთ ერთ ან ორ კიკა უშაქრო ჩაის და ამის შემდეგ ყოველ ნახევარ საათს მერე აგროვებთ შარდს და იკვლევთ მას შაქარზე. შაქრის გამოყოფა ხშირად $1\frac{1}{2}$ საათი გრძელდება.

ორსული დედაკაცი და საერთოდ ისინი, ვისაც ფლორიდინის რეაქციას უკეთებთ, უსათუოდ უჭმელნი უნდა იყვნენ, რადგანაც თეთრი პურის ძლიერ მცირე რაოდენობას და მით უმეტეს შაქრის მიღების შემდეგ შეიძლება მოყვეს, როგორც ამას Dünner-ის ცდები გვიჩვენებს, რომ საღ-არა ორსულ ადამიანსაც გამოაჩნდეს ფლორიდინის შემდეგ გლიკოზურია. პურის ჭამის სისხლში შაქრის რაოდენობის მონატება ჰყვება, რასაც ავტორი კუჭის სიმპატიურ ნერვულ სისტემის დათოვლებათა გაღიზიანებით ხსნის. ასეთ გაღიზიანებას მხოლოდ ნახშირწყლები იწვევენ და არა ცხიმები და ცილა. პურის მიერ გამოწვეულ გაღიზიანებას თავისთავად, რასაკვირველია, გლიკოზურია არ მოჰყვება, მაგრამ ამ გვარ გაღიზიანებას აძლიერებს ფლორიდინი.

რეაქციის წარმოების წინ ჩვენ ვიკვლევდით:

1) როდის ჰქონდა უკანასკნელი თვიური;

2) ორსულის წლოვანებას;

3) პირველი, თუ განმეორებით ორსულობა იყო;

4) როდის მოიმშობიარა უკანასკნელად;

5) იღებდა თუ არა რაიმე წაზალს;

6) ავადმყოფის საერთო მდგომარეობას, რასაც ემატებოდა ობიექტური გასინჯვა სასქესო ნაწილებისა. შემდეგ ვიკვლევდით საკონტროლო შარდს. შარდში შაქრის აღმოჩენა, როგორც ამას თვით ავტორები გვიჩვენებენ, Nylander-ის წესით სწარმოებდა. შაქრის რაოდენობას ფელინგის წესით ვიკვლევდით.

შაქრის რაოდენობა ქანაობდა სხვადასხვა დროს 0,2—1%. შარდი დუღილის დროს შაქრის რაოდენობის მიხედვით იღებდა ხან მხოლოდ მუჭ-მოშავო ფერს, ხან კი იღებებოდა შავად. როგორც ხსნარი ისე დიდი რაოდენობა შავ დანალექისა ჩნდებოდა მასში.



ჩემს მიერ ნაწარმოებია სულ 140 გამოკვლევა მათში 91 ორსულ დედაკაცებში, 44 არა ორსულებში და 5 უშედეგო გამოდგა წამლის ცუდ დამზადების გამო.

91 ორსულთაგან—84 შემთხვევაში ჩვენ დადებითი შედეგები მივიღეთ. ე. ი. გლიკოზურია—ნამდვილ ორსულობის დროს და 7 კი უარყოფითი ორსულობის დროს.

ამ შვიდიდან მხოლოდ სამზე (№ 11, 84, 91) შეგვეძლო განმეორებით მოგვეხილა იგივე რეაქცია და შედეგები მეორეჯერ უკვე დადებითი მივიღეთ.

2 დედაკაცზე (№ 10 და № 24) ორივე ორსულები—ერთი 3 და 3½ თვისა რეაქცია უარყოფითი იყო; ერთს მათგანს ორსულობასთან ერთად მალარიაც ჰქონდა თვენახევრის განმავლობაში—მეორეს კი the pulmonum, რის გამოც მათ ხელოვნური მუცლის მოშლა გაუკეთდათ.

მეექვსე შემთხვევა № 111—შვიდი თვის ორსული, მკვდარი ნაყოფით. 4-ვე წინა ორსულობა მისი—მკვდარი ნაყოფით მთავრდებოდა (აქ უეჭველად საქმე Lues-თან გვქონდა).

მეშვიდე შემთხვევა № 123—სამი თვის ორსული, ცხრა წელია რაც გათხოვილია და აქამდე ორსულად არ ყოფილა. იყო დაბარებული ხელმეორედ, მაგრამ საუბედუროდ არ გამოცხადდა. 84 დადებითი შედეგებით—72 შემთხვევა ორსულობისა 1—4 თვემდე იყო, დანარჩენები 15 შემთხვევა 4—8 თვემდე.

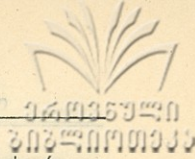
თუ მივიღებთ, რომ 91—შემთხვევიდან ჩვენ მივიღეთ 84 დადებითი და 7 უარყოფითი, ჩვენ გვექნება 92,3% დადებითი შედეგებისა ამ რეაქციის დროს.

ამ ორსულთა რიცხვიდან 12 შემთხვევაში ჩვენ გვქონდა ნ დაუშთავრებელი მუცლის მოშლა (Abortus incompletus), სადაც ხშირად სისხლის დენასთან გვქონდა საქმე და სადაც იყო გამოძეგებული ნაყოფი და ხშირად მომყოლის დიდი ნაწილებიც. 3 შემთხვევა Abortus incipiens და 4 post abortum მე 2 და მესამე დღეებზე გამოფხეკის შემდეგ. 3 შემთხვევაში, გართულებული ორსულობა იყო—graviditas extrauterina tubaria. ორი მათგანი კლინიკაში დაკვირვების ქვეშ იყვნენ და როცა საჭირო შეიქნა—შესაფერისი დახმარება აღმოუჩნდათ, რამაც ნათლად დაამტკიცა საშვილოსნოს გარეშე ორსულობის ამოცნობა. მესამე შემთხვევა კი ამავე ხასიათისა, კიდევ დადებით რეაქციით, კლინიკის გარეშე იმყოფებოდა და ამბულატორულ დახმარებით სარგებლობდა. ამ შემთხვევაში საშვილოსნოს გარეშე ორსულობა უკუ განვითარების ხანაში იყო: საშვილოსნო გადიდებული იყო დაახლოებით 1½ ორსულობის დონეზე. თვიური კი აკრეფილი ჰქონდა დაახლოებით 4 თვის წინ. მარჯვენა მხარეზე ისინჯებოდა ქათმის კვერცხის ოდენა რბილი სიმსივნე, ძლიერ ახლო მდებარე საშვილოსნოსთან, მარცხნით უფრო მოძრავი კაკლის ოდენა სიმსივნე. ეს ავადმყოფი ორსულობის მეორე თვიდან საშვილოსნოდან სისხლის დენას უჩიოდა, რომელიც დრო გამოშვებით ხან ძლიერდებოდა და ხან ჰქრებოდა, საერთოდ თავს ძლიერ ცუდად ჰგრძნობდა. კერძო ექიმები გამოფხეკას ურჩევდნენ. კლინიკაში დაწოლა არ მოისურვა და დარიგების შემდეგ სახლში კონსერვატიული წამლობა დაიწყო. ხელმეორედ გამოცხადების დროს ორი თვის შემდეგ, მარჯვენა მხარის სიმსივნე თითქმის აღარ ეჩინებოდა, სისხლის დენა აღარ ჰქონდა და თავს კარგად ჰგრძნობდა, მარცხენა მხარეზე კი ისევ კაკლის ოდენა სიმსივნე ისინჯებოდა.

44 არა ორსულთაგან 36 შემთხვევაში გლიკოზურია არ იყო და 8 შემთხვევაში შარდში შაქარი აღმოჩნდა.

ამ შემთხვევებიდან თუ გამოვირიცხავთ ხუთ შემთხვევას, როდესაც გლიკოზურიას ვიღებდით თვიურის წინ და მის შემდეგ ორი სამი დღით, რასაც ასე თუ ისე განმარტებას მოუძებნი, გვრჩება 3 შემთხვევა.

ერთი № 118 დადებითი რ. მივიღეთ ნამდვილად არა ორსულ ქალისაგან, რაც შემდეგ ლორწოვანი გარსის ჰისტოლოგიურ გამოკვლევამაც დაგვიმტკიცა. ამ ქალს 3—4 უკანასკნელ წლების მანმავლობაში თვიური დროგამოშვებით რამოდენიმე თვით სრულიად უწყდებოდა (უჩნდებოდა). 1921 წელს ძლიერ შიშის გამო მას გამოაჩნდა ფსიქიური მოვლენები, რის გამოც



ის მოთავსებული იყო ორჯერ ფსიქიატრიულ განყოფილებაში. ეხლან მას თუმცა საერთოდ ფსიქიურ სფეროში შედარებით დაწყნარება ემჩნევა, მაგრამ ნერვიულ სისტემის ზედმეტი გალიზიანება მაინც აქვს. გისინჯვის დროს მისი საშვილოსნო ცოტად გადიდებული აღმოჩნდა, უკანასკნელი თვეური 5 კვირის უკან ჰქონდა, ძუძუებიდან ხსენი იძეგებოდა. საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსი გასქელებული აღმოჩნდა გამოფხვკის დროს, უფრო საშვილოსნოს უკანა კედელზე და როგორც შემდეგ გამოირკვა შედეგი იყო დაავადებისა, რომელსაც ეძახიან Endometritis glandularis მაგრამ ამ შემთხვევაში, ჩემის აზრით, დადებითი რეაქცია ნერვების გალიზიანების გამო იყო, ვიდრე endometritis-აგან. ამას გვიმტკიცებს E. J. 0 1-ის გამოქვეყნებული შემთხვევა თირკმელთა დიაბეტისა, სადაც 25 წლის მამაკაცს, რომელსაც ემჩნეოდა მომეტებული გალიზიანება სიმპატიურ ნერვიულ სისტემისა, შარდში აღმოაჩნდა შაქრის დიდი რაოდენობა (2⁰/₁₀). სისხლში შაქრის რაოდენობა 0,08⁰/₁₀ არ აღემატებოდა.

გადაჭარბებული გალიზიანება ნერვებისა ახდენდა იმ გვარ გავლენას თირკმელზე, რომ შაქარი ადვილად გამოიყოფოდა. გლიკოზურის გარდა—დანარჩენ ფუნქციების მხრივ ავადმყოფის თირკმელებს არავითარი ცვლილება არ ემჩნეოდა. ამ სახის დიაბეტს ავტორი თირკმელთა ნევროზით ხსნის.

მეორე შემთხვევა № 101, 38 წლის დედაკაცი, თვეური 5 თვეა არ უნახავს, საშვილოსნო პატარაა. ვეკვობ რომ დილით რაიმე სუამა მან. coitus-ის შემდეგ გამოცხადდა. ხელმეორედ არ გამოცხადდა. მესამე № 15 colpoperineorrhaphil-ის ოპერაციის შემდეგ მე-2 დღეზე, ფლორიდინის ვაკუუმების მეორე დღეს გაეწერა კლინიკიდან და დაკვირვება დამთავრებულად არ ჩაითვლება.

ამგვარად 44 არა ორსულთაგან ჩვენ 3 შემთხვევაში გლიკოზურია მივიღეთ, —რაც 6,8⁰/₁₀ შეადგენს.

აქვე საჭიროდ მიმაჩნია მოვიყვანო ის სტატისტიკური მასალები, რომლებიც აქამდე გამოქვეყნებულია.

სტატისტიკური მასალა

შ ე მ თ ხ ვ ე ვ ე ბ ი

ორსულობის არა ორსულობის
გლიკოზურია გლიკოზურია

I. Frank და Nothmann-ის წესით (100 გრ. ყურძნის შაქარი) 12 სგადასხვა ავტორთა 338 შემთხვევიდან. % დადებ. შემთხვევ. ორსულობის დროს 85,2 ⁰ / ₁₀	წინ. ღვ. 2	დადებითი	უარყოფითი	წინ. ღვ. 2	დადებითი	უარყოფითი
		206	173	33	132	5
II. Roubitschek-ის წესით (100 გრ. ყურძ. შაქარი + 0,0005 Adrenalini) ა) 6 ავტორთა 212 შემთხვევიდან 83,7 ⁰ / ₁₀	43	36	7	169	8	161
ბ). Heinz Küssner-ის 150 შემთ. 1—3 თვემდე 100% 4—8 50%	100	100	—	50	25	25
სულ ამ ჯგუფის % დად. შემთ. 77,9 ⁰ / ₁₀						

III—1. Kamnitzer და Joseph-ის წესით (0,002 ფლორიდინი კუნთებში შეშხაპუნება).							
ა) Köster—100	60%						
ბ) Rurger—55	88.1%	28	23	5	27	5	22
გ) Lewin—100	100%						
დ) 4 ავტორთა 491		110	104	6	381	30	351
ე) ტიხომიროვი და სმირონოვი	94,5 ⁰ / ₀	59					
ვ) ჩემი	66,1 ⁰ / ₀	91	84	7	44	8	36
სულ ამ ჯგუფის % დად. შემ.	92,3 ⁰ / ₀						
	82,5 ⁰ / ₀						
2. E. Klasten							
0,002 ფლორიდინი ვენაში შეშხაპუნება		300	80%				
464 შემთ.	} 1—3 თვემ 300 80% 4—8 164 50%	164	50%				

ჩვენ მიერ მიღებულ შედეგების და სხვა სტატისტიკურ ცნობების თანახმად, ჩვენ შეგვიძლია შემდეგი დასკვნა გამოვიტანოთ:

1. ორსულობის გამოსაცნობი რეაქციები, როგორც Frank'ისა და Nothmann'ისა, Roubitschek'ისა ისე Kamnitzer'ისა, და Joseph'ისა ჯერ კიდევ ლაბორატორულ მუშაობას და ცდებს მოითხოვს, რომ დანამდვილებით შესაძლებელი იქნეს ახსნა-განმარტება, როგორც დადებით, ისე უარყოფითი შედეგებისა.

2. ყველა აქამდე წამოდგენილ რეაქციებიდან უპირატესობა მინიჭებული უნდა ექნეს Kamnitzer'ისა და Joseph'ის ფლორიდინის რეაქციას, მის ძლიერ სიმარტივის და საერთოდ დამაკმაყოფილებელ შედეგების გამო;

3. დადებითი რეაქცია დიდის უეჭველობით ორსულობის არსებობას ადასტურებს;

4. ორსულთა სხეულში ნახშირწყლების გაცვლა-გამოცვლა ყოველთვის აშლილი არ არის და მოიძებნება შედარებით იშვიათად ხან-მოკლე მდგომარეობა, როდესაც ნახშირწყლების წონასწორობა ორსულ სხეულში სრულიად ნორმალურია, რის გამოც იშვიათი უარყოფითი რეაქცია, სხვა ორსულობის ნიშნების არსებობის დროს ხელმეორედ მოითხოვს რეაქციის წარმოებას რამოდენიმე დღის განმავლობაში.

5. დადებით რეაქციას კავშირი აქვს თვიურის მსვლელობასთან.

6. დადებითი რეაქცია შეიძლება მივიღოთ Coitus'ის შემდეგ ორი დღის განმავლობაში;

7. უარყოფით რეაქციას ვიღებთ მაშინაც, როცა ორსულობის განვითარება შეჩერებულია და ნაყოფი მკვდარია;

8. საერთოდ არც ერთი ჩვენ მიერ განხილული რეაქცია—გადაჭრით, დანამდვილებით და აბსოლუტურ გარანტიით ვერ გვაძლევს ყოველთვის და ყველა

შემთხვევებში ნამდვილ პასუხს, მაგრამ ვინაიდან აბსოლუტური მცნება არ მოიძებნება—როგორც თანამედროვე მეცნიერებაში საერთოდ, მით უმეტეს პრაქტიკულ მედიცინაში—ამისთვის **ჯერ-ჯერობით** უნდა დაგვკმაყოფილდეთ Kamnitz-er-ისა და Joseph-ის მიერ წარმოდგენილ რეაქციით, რაც უმრავლეს შემთხვევებში დამაკმაყოფილებელ შედეგებს გვაძლევს და განვადგომთ კვლევა-ძიებას ამ ახალ მიმართულებით.

დასასრულ, უღრმეს მადლობას ვუცხადებ პატივცემულ პროფ. ივ. თიკა-ნაძეს, რომელმაც ნება დამართო მესარგებლა კლინიკურ მასალით და ხელმძღვა ნელობა გამიწია ამ შრომის დამუშავების დროს.

აგრეთვე მადლობას ვაწირავ დახმარებისათვის პატივცემულ პროფესორ ი. ქუთათელაძეს.

ლიტერატურა:

- 1) ბ. ლოღობერიძე. გლიკოგენი ორსულობის დროს. ტფილ. უნივ. მოამბე. III 1923 წ.
- 2) Проф. Б. И. Словоцков. Реакция Abderhalden'a, техника, производство ея и практ. значение, изд. практ. медиц. 1914 г.
- 3) Л. Окинич. Беременность и обмен веществ. журн. акуш. и жен. б. 1916.
- 4) С. Зарецкий. Гликоген дискондного послета. журн. ак. и ж. б. 1911.
- 5) А. Мандельштам. Клиническое значение реакции осаждения эритроцитов в гинекологии. Врачеб газет. № 9 1923.
- 6) Проф. Эм. Абдергальден. Руководство по физиол. химии изд. Сотрудн. 1913 г.
- 7) Б. Бурдэ. Краткий обзор современных лабораторных методов диагностики ранних сроков беременности. Врачеб. обзор. № 1—1924.
- 8) Л. Берберов. К вопросу о сахаре в моче у беременных. диссер. 1893 г.
- 9) К. Шленхис. Von Schaltwerk der Gedonker. რეფერატი. Врачеб. газета № 3. 1923.
- 10) Wal. Scheffel. Schwangerschaftsglykosurie und ihre Verwendbarkeit zur Frühdiagnose unter Berücksichtigung des Blutzuckers. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäk. juni 1923.
- 11) E. Soel. Reitrage zur Frage der renales Diabetes Therapie der Gegenwert № 9—1922 რეფერ. Врач. обзор. № 11—1922.
- 12) ნ. ტურიაშვილი. გლიკოგენი საშოს კედელში. მოხსენება წაკითხული ქართვ. ექიმთა და ბუნებისმეტ. საზოგადოებაში 8/V 1924 წ.
- 13) Zondek, Zentralbl. f. Gynäk № 21 1922.
- 14) Schiro Kauer Berl Klin. Wochen. № 11 1912.
- 15) L. Dünner. Therapie der Gegenwert 1922.
- 16) Prof. L Casper. Deutsche Mediz. Wochen. № 18. 1921 რეფერ. Врачеб обзор. № 1. 1923.
- 17) Dr. E. Klaffen. Über die diagnostische Verwertbarkeit (der Phloridzin glykosurie in der Schwangerschaft. № 17. 1924 წ.
- 18) Herr Heinz Küstner—Die Bedeutung der Funktionen der weiblichen Genitalorgane für den renalen Diabetes. Archiv für Gynäkologie № 117—1922.
- 19) Проф. А. Тимофеев и д-р. А. Смирнов. О диагностическом значении флоридзиновой гликозурии при беременности Казанский. Мед. журнал № 4 1924 г.

ლოვა. გამოირკვა, რომ ხორხის კირჩხიბის მიმდინარეობა ხშირად წელი და ხანგრძლივია; აწერილია სიცოცხლის შესაძლებლობა ლოკალიზაციის მიხედვით ხუთ წლამდე.

Burow's აზრით ქირურგია უნდა შეჩერდეს ლარინგოსკოპიური მეთოდზე, ე. ი. ხორცმეტის ამოკვეთა უნდა მოხდეს ჩვეულებრივ და ნორმალურ გზით — პირის ღრუდან; რაც არ გაკეთდება ამ მხრივ, ის უნდა ჩათვალოს როგორც *casus inoperabilis*. უფლება რჩებოდა მძიმე შემთხვევებში ტრაქეოტომიას. Cherrny, Foulis და Landerer, ი დარჩენ ოპერაციის დამცველებათ

Burow's განაჩენს სამართლიანი საფუძველი ჰქონდა, რადგანაც Lefferri's მიერ შეგროვილმა სტატისტიკამ გამოარკვია, რომ 26 შემთხვევიდან—14 სიკვდილით დამთავრდა პირველ ორი კვირის განმავლობაში. დანარჩენიდან 5 მოკვდა ცხრა თვეზე რეციდივებისაგან. ცხადია რომ ასეთ სტატისტიკას არ შეეძლო გავლენა არ მოეხდინა ექიმთა საერთაშორისო ყრილობაზე. მაგრამ მიუხედავად სასტიკი განაჩენისა ოპერაციები კვლავ კეთდებოდა და ახალი და მრავალი მასალა კვლავ გამოქვეყნდა.

1880 წლიდან დაწყებული გამოვიდა რამოდენიმე ვრცელი შრომები დამუშავებული როგორც კლინიკურად და ექსპერიმენტალურად, ისე პათოლოგ ანატომიურათ. პირველი სისტემატიური შრომები ამ მხრივ წარმოადგინეს Krichhaber-მა და Schuller-მა. მათი მონოგრაფიები— „Le cancer du larynx„ და „Die Extirpation d. Kehlkopfes“ მრავალ მხრივ დღემდის საინტერესოდ რჩებიან. მეოცე საუკუნის დასაწყისამდის სტატისტიკური ცხრილები მეტად პესიმისტურიან. მე მოვიყვან ზოგიერთ ცნობებს. Foulery's შეგროვილ მასალიდან: 99 შემთხვევაში პირველ რვა დღეს ოპერაციის შემდეგ მოკვდა 16 კაცი (16, 1%) — ექვსი კოლაპსით, სამი სისხლდენით, ერთი ფილტვის ემბოლიით, ერთი სეპსისით, ორი დაიხრჩო სისხლის ასპირაციით გამო, სამი კი გამოურკვეველ მიზეზების გამო. დანარჩენი 83 კაციდან ოპერაციის შემდგომ უახლოვეს კვირებში დაიხოცენ 25 ფილტვის ანთებით და ბრონხიტებით (25, 2%); 14 (14, 1%) მოკვდა შემდეგ თვეებში პნევმონიისაგან, სეპტიცემიისაგან და საერთო, როგორც ავტორები, ამბობენ, დასუსტების გამო.

ამ ცნობებიდან ჩანს რომ დაიღუპა 55 ავადმყოფი (55, 5%); დანარჩენი 44 კაციდან 24 აღმოაჩნდა რეციდივი ორიდან თერთმეტ თვის განმავლობაში— შემდეგ 20 კაციდან ერთ წელს ურეციდივოთ დარჩა 11 20 თვის შემდგომ ჯანსაღად დარჩა მხოლოდ 9 კაცი (9, 1%). როგორც მოხსენებულ ცნობებიდან ირკვევა პირველი ნაბიჯები არც ისე საიმედო და დამაკმაყოფილებელია, რომ მათ შეეძლოთ წაქეზება და გათამამება. ერთი სიტყვით თუ ავიღებთ სხვადასხვა სტატისტიკურ ცნობებს მე-19 საუკუნისა და მათგან გამოვიყვანთ საშუალო რიცხვს— მივიღებთ არა ნაკლებ 50—60% სიკვდილიანობას— მხოლოდ თვით ოპერაციიდან.

რაც უფრო უახლოვდებით ჩვენ დროს ოპერაციის შედეგები თანდათან უმჯობესდება. უკვე Makers's ცნობით სიკვდილიანობა დავარდა 25%.

Brunigs მოყავს რა სხვადასხვა ავტორების მასალა გვაძლევს 10%. ამ უკანასკნელ ხანებში Gluck's პირადი ასი (100) შემთხვევა—2% სიკვდილიან-

ნობით. ეს ორი პროცენტი თანამედროვე დოსტაქარისათვის შეუძლებელია სავალდებულოდ გავხადოთ, რადგანაც Gluck-ი დახელოვნებული კისრის მიდამო და სასუნთქავ ორგანოებზე სპეციალ ოპერაციებით, ვირტუოზი და გამონაკლისია, მაგრამ ამ შესწორებითაც ცხადია—რომ ამ უამად ხორხის ერქსტირპაცია მიღებულა, როგორც ჩვეულებრივი და შემთხვევის მიხედვით ნორმალური ოპერაცია საკმაო საიმედო პროგნოზით.

მიზეზათ ასეთი წინმსვლელობისა უნდა ჩაითვალოს არა ხელოვნურად შეგროვილი მასალა ახალ ცნობებში, არამედ ოპერაციის წესწყობის სრული დამუშავება, მისი დეტალური ჩამოყალიბება და განსაკუთრებით პედანტიური და სისტემატიური ასეპტიკა.

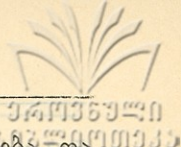
რადგანაც ხორხის ერქსტირპაცია 80% ხდება კირჩხიბით დაავადების გამო, ზედმეტი არ იქნება ორიოდ სიტყვით შევეხოთ თვით დიაგნოსტიკას. მართალია მრავალ შემთხვევაში თუ ვხედავთ ხორცმეტს, თითქმის უმიკროსკოპოდაც შეიძლება სწორი გამოცნობა, მაგრამ ხორხის ხორცმეტი კი თუნდაც თვალით საკმაოდ დასანახი—დიაგნოსტიკის მხრივ მძიმე ამოცანას წარმოადგენს. ამ შემთხვევაში ხშირად ვერ გვიხსნის ვერც ლარინგოსკოპი. თუ მივიღებთ მხედველობაში არა ერთხელ და ორჯერ მომხდარ მძიმე შეცდომებს, სამართლიანად უნდა ჩაითვალოს გაორკეცებული ყურადღება და, თუ დრო და ადგილი ნებას გვაძლევს, დოსტაქრის და ლარინგოლოგის სიმბიოზი.

როგორც ლიტერატურიდან ჩანს, მთელი პათოლოგიურ ანატომიის და ბაკტერიოლოგიის მოთავსება შესაძლებელი ყოფილა ხორხში, მაგრამ ჩვენ უმთავრესად გვიანტერესებს: პაქიდერმიული კვანძები, რინოსკლერომა, აკტინომიკოზი, ძვირად, ფიბრომა და პაპილომა უფრო ხშირად, შემდეგ tuberculoma, syphiloma, sarcoma და carcinoma. მათი ერმანეთში არევა შესაძლებელია რადგან თვით პაპილომა ხანდახან ფართო ფესვითაა დამაგრებული და თითქმის უძრავი. რაც შეეხება ფიბრომებს რომელნიც გამოდიან ლორწოვანქვეშა ფენიდან—ისინი ზოგჯერ სავსებით წააგავენ კირჩხიბის პირვანდელ ინფილტრაციას.

ყველაზე უფრო მძიმე შეცდომები მომხდარა ათაშანგით დაავადების მესამე ხანაში. ასეთი შემთხვევები იმდენად ხშირია, რომ Mackens-ის მისცეს ნება გამოეთქვა გაფრთხილება შემდეგ სიტყვებში:

„არავინ არ უნდა გავიღეს თქვენი კაბინეტიდან საშინელი და მკაცრი განჩინებით **ხორხის კირჩხიბი**—თუ თქვენ ორჯერ მაინც არ გაატარეთ ათაშანგის საწინააღმდეგო წამლობა და უარყოფითი შედეგი არ მიიღეთ“. ექვს გარეშეა რაც ჩვენ ხელთ გვაქვს მძლავრი და მასთან სათუთი ბიოლოგიური რეაქციები, Mackens-ის ასეთი აზრი შეუძლებელია მიღებულ იქნეს თავისი პირველყოფილი პირდაპირობით, მაგრამ თუ არ დავივიწყებთ, რომ Wasserman-ის რეაქცია 20%-ში ღდემდისაც არ გვაძლევს საკმაოდ დამაკმაყოფილებელ პასუხს,—მაშინ Mackens-ის დებულება ნაწილობრივ ძალაში რჩება ეხლადაც.

იბადება სამართლიანი კითხვა—მაგრამ მიკროსკოპი... პათოლოგ-ანატომიური გამოკვლევა...? სწორეთ აქ არის საჭირო მეტის მეტი სიფრთხილე; შეიძლება ხორხის კირჩხიბი არც ისე იყოს განვითარებული—რომ გამოიწვიოს stenosis-ი. საცდელ ამოკვეთის შემდგომ კი ჩნდება რეაქტიული ანთება, ერთნაირი



შეშუპება რომლის შედეგათ არა იშვიათად სუნთქვის სრული შეჩერება და შეუძლებლობა ყვება. მაშასადამე საცდელი ამოკვეთას შაბლონათ ვერ გავხდით.

ერთ სიმპტომს აქცევს ყურადღებას მთელი რიგი ამ დარგში დახელოვნებულ ავტორებისა. ეს არის მბგერავი იოგების ადრინდელი უძრავობა. ხშირად კიოჩხიბი იწყება ხსენებულ იოგებიდან, მაგრამ პირდაპირ იქიდანაც რომ არ იყოს—ერთი ან ორი სანტიმეტრის სიშორედაც—მაშინაც ვხედავთ თუ არა იოგის სრულ დამბლას პარეზს მაინც—აუცილებლად უნდა კიოჩხიბზე ვიფიქროთ.

გადავდივართ თვით ოპერაციის მეთოდზე. პირველ Cherny—Billroth-ის წესწყობამ მოინდომა ბევრი შესწორება, მაგრამ მისიოჩხიბი ანატომიურ აგებულების თანახმად დღესაც უცვლელია. Billroth-მა ოპერაცია გააკეთა Cherny-ს ექსპერიმენტების მიხედვით. გარჩევა მისი იმ აწერილობისაგან, რომელიც ვაქვს ქირურგიულ სახელმძღვანელოებში, იმაში მდგომარეობს, რომ ხახის განაკვეთს ხორხის მოცილების შემდგომ კი არ კერავდენ,—არამედ ღიად სტოვებდენ და ავადმყოფის კვება ხდებოდა საჭიროებისამებრ ამ არეში ხელოვნურ მოწყობილ საკვებ მილის საშუალებით.

რადგანაც ოპერაცია მეტის მეტ საშიშროებას წარმოადგენს გართულებებით ფილტვებში და ინფექციის მხრივ, მთელი რიგი ზომებია მიღებული და მეთოდები შემუშავებული ამ გართულებების თავიდან ასაცილებლად, მით უმეტეს რომ ფილტვების ანთებები ხანში შესულ პირებს ისედაც ცუდად და ძნელად გადააქვთ. სისხლის ასპირაციის ასაცილებლად რაციონალურ ზომად ითვლება ეგრედ წოდებული Maas-ის ან Rose-ის მდგომარეობა. გარდა ამისა, ხნარობენ Trandellenbug-ის მილს ან და სარგებლობენ რთული Hussenbaur-ის აპარატით.

მაგრამ Maas—Rose-ს მდგომარეობა ზოგიერთ (არა იშვიათ) შემთხვევაში მიუღებელი აღმოჩნდა, რადგანაც ამ მდგომარეობაში ხერხემლის სვეტის კისრის ნაწილი განიცდის ზედმეტ გაჭიმვას და ვენური სისხლის თავიდან და კისრიდან მიმდინარეობა ძნელდება. დაუმატოთ ამას, რომ უმეტესად ოპერაციები ხდება გადაგვარებულ სისხლის მილებით დაავადებულ პირებზე. მაშასადამე Rose—Maas-ის მდგომარეობა მოითხოვს სათანადო პირობებს.

არსებობს აგრეთვე აზრი, რომ ოპერაციის შემდგომ პნევმონიის გაჩენა უნდა ავხსნათ არა სისხლის ასპირაციით, არამედ nn. laringeus sup. და inf. გადაკვეთით.

ოპერაცია კეთდება ერთი ან ორი მომენტით. პირველ შემთხვევაში ერთდროულად ამოკვეთენ laring-ს და სასუნთქავ მილის ზემო ნაწილს აკერებენ კანზე; მეორე შემთხვევაში ჯერ აკეთებენ (10 დღე ორი კვირა) ტრაქეოტომიას, შემდეგ მომენტში კი ახდენენ ხორხის ექსტირპაციას.

მეორე მეთოდში Glück-მა ღიდი ხანია რაც შესწორება შეიტანა. ის მოელბოდა ეტაპიან ოპერაციის დროს—პირველად არა უბრალო ტრაქეოტომიით. ედ სასუნთქ მილის რგოლისებრ გადაკვეთას და ასევე კანზე მიკერვას. შემდეგში Glück-მა ეს შესწორება თვითვე უარპყო და გადავიდა თავისი საესებით ახალ და ორგინალურ მეთოდზე.

სამართლიანობა მოითხოვს ითქვას, რომ რომელიმე მეთოდის უპირატესობის ურყევი საბუთები ჩვენ ხელმისაწვდომ ლიტერატურის გადასინჯვის დროს ვერ აღმოვაჩინეთ.

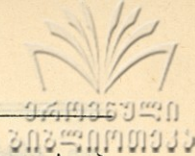
თუ ერთი მხრით ისმის ხმები, რომ წინასწარ ტრაქეოტომიის სარგებლობა მდგომარეობს იმაში, რომ ფილტვები ეჩვევიან ახალ ორიენტაციას, რომ ისინი ღებულობენ ფილტვში გაუტარებელ გაუცხრელ ჰაერს პირდაპირ და ამით ახერხებენ არანორმალურ ცვლილებების გადატანას; მეორე მხრით გვესმის, რომ წინასწარი ტრაქეოტომია ოპერაციის მეორე მომენტს საგრძნობლად აართულებს, — რადგანაც ტრაქეოტომიურ არეს გარშემო, განსაკუთრებით ქვედა მხარეს, სადაც უნდა მოვაცილოთ საკმლის მილი ხორხისაგან, ჩნდება მძლავრი ნაწიბურები. სა-ოპერაციო არეც ტრაქეოტომიულ ჭრილობის გამო უფრო საფრთხო და საშიშია ინფექციის მხრივ.

თუ მივიღებთ ორ ეტაპიან ოპერაციას, მაშინ Glü c k'ის კორრექტივი უნდა ჩაითვალოს საუკეთესოდ და მიზანშეწონილ მოდიფიკაციათ. სხვათაშორის ამ ოპერაციის პრიორიტეტზე დღესაც კამათია. მართალია მას ქვია Glü c k'ის სახელი, მაგრამ ფრანგი პარიზელი პროფესორი Lebec ამტკიცებს, რომ პირველი გამოქვეყნება მას ეკუთვნის.

უკანასკნელ წლების ცნობებიდან ჩანს რომ Glü c k'-მა დაიმუშავა ახალი და ორგინალური წესწყობა, მაგრამ Glü c k'-ის მეთოდი მოითხოვს ანატომიის ისეთი საესებითი ზედმიწევნით ცოდნას, ისეთი ტეხნიკურ ვირტუოზობას, რომ საშუალო ქირურგი ამ მეთოდით იშვიათად შესძლებს ისარგებლოს. Glü c k'-ი წინასწარ ტრაქეოტომიას არ ახდენს; პირიქით, ხორხს აცილებს ზევიდან ქვემოდ და სასუნთქავს მილს გადაკვეთს დასასრულ, ე. ი. ავადმყოფი სუნთქავს უკვე მოცილებულ და გაჩონჩილ ხორხით, რომელიც მომხმარებს უკავია შესაფერ პოზიკიაში. მეორე მომენტში იგი კერავს ხახის განაკვეთს და მხოლოდ უკანასკნელად (ტუალეტის შემდეგ) გადაჭრის სასუნთქავ მილს და რგოლისებრ მიაკერებს კანზე. ყველაზე წინეთ ყოველი სისხლის ძარღვებს გამოაცალკევებს და მხოლოდ გადახვევ — გადასკვნის შემდეგ გაკვეთავს, ზოგჯერ სისხლის დიდს ძარღვებზეც ადებს პროვიზორულ ლიგატურებს. ამ რიგად მთელი ოპერაცია სწარმოებს მართლა და სავსებით უსისხლოდ და ტრაქეის გადაჭრას სისხლის ასპირაცია, ცხადია, არ მოჰყვება.

ეს მეთოდი ტეხნიკურად ძნელია, მაგრამ მან ავტორს საშუალება მი-სცა მიეღო ის ბრწყინვალე და შეუდარებელი შედეგები — უკვე გამოქვეყნებული — 100 შემთხვევებიდან 2% სასიკვდილიანობისა. და ისიც, თუ არ ვცდები, ოპერაციისაგან დამოუკიდებლად. ხსენებული ავტორი ყურად იღებს პნევმონიების შესაძლებლობას, მაგრამ პირველ რიგში აყენებს ინფექციის პრობლემას.

ზემოდმოყვანილ ცნობებით მე ვეცადე შეძლებისდაგვარათ ნათელმეყუ, რომ ხორხის კირჩხიბის ამოკვეთა რადიკალურად შესაძლებელია შესაფერ შემთხვევებში, და საფრთხე ავადმყოფს მოელის უმეტესად არა რეციდივისაგან, არამედ თვით ოპერაციისაგან. სიკვდილიანობის 60% ეკუთვნის პირველ დღეებს და კვირებს. უნდა ვიფიქროთ, რომ ხახის გაკვეთის შემდეგ ინფექცია ასპირაციით გადადის ფილტვებში, სადაც სხვა მიზეზების ზედ დამატებით და ხელის შეწ-



ნობით ჩნდება ანთება, მაგრამ ანთება არა ჩვეულებრივი არამედ სექტიური.

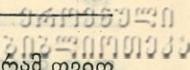
მეორე რიგში უნდა დავაყენოთ ისეთი გართულებები, როგორც არიან კისრის ღრმა ფლევმონები, მედიასტინიტები, მეორადი სისხლის დენა, დიდი ვენური სისტემის თრომბოფლებიტები აუცილებელ ემბოლიუმით. სწორეთ ეს გართულებები ხდიან ოპერაციას საშიშოდ და უმეტესად ყველა ესენი არიან შედეგი ინფექციისა და ტრავმისა. ქირურგი, რომელიც კისრულობს ხსენებულ ოპერაციას უნდა შეიარაღდეს ანატომის სრული ცოდნით და ტექნიკით. პირველ მოთხოვნილებად ჩვენ ვთვლით ტექნიკის საკითხს, მინიმალური ტრავმის და საოპერაციო არეს ინფექციისაგან დაცვას რაც არც ისეთი პარადოქსიაა ქირურგისათვის, თუ მივიღებთ მხედველობაში გახსნილხახას პირის ღრუს ფლორით.

უკანასკნელ დროს გასაგები ხდება ის უეცარი და მოულოდნელი სიკვდილი ოპერაციის შემდგომ, რაც არა ერთხელ და ორჯერ აწერილა. ავადმყოფი განკურნების გზაზე მდგომი უეცრად კვდება. თქვენ არა გაქვთ არც ინფექცია ქრილობაში, არც ფილტვის ანთება, არც მედიასტინიტი, მაგრამ ავადმყოფი იღუპება. გერმანელები ასეთ მოვლენას უწოდებენ „Herztod—Herzschock. ეს არის შედეგი ძლიერ თავისუფალი მანიპულიაციებისა საოპერაციო არეში—და ნერვების გასრესისა; (Herzschoock durch schädigung der Nerwen), როგორც არის Vagus, phrenicus, rami cardiaci n. Sympatici—ამითი ელვისებური ნერვითებით და გადაგვარებით. მაშასადამე ძირითადი მოთხოვნილებაა მართლა დეტალური ანატომიის ზედმიწევნითი შესწავლა, და ასე ხშირად სხვა მიდამოებში ხმარებული ჩლუნგი მეთოდის სახსებით განდევნა ხორხის ექსტირპაციის დროს. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს სისხლის შეჩერებას; იარაღები უნდა იქნეს მეტის მეტი ბასრი.

არის თუ არა საჭირო ხორხის ყოველი კირჩხიბის დროს ორგანოს სრული ექსტირპაცია და გვაქვს თუ არა უფლება დრო და დრო დავკმაყოფილდეთ ნაწილობრივი ოპერაციებით, როგორც არის ლარინგისკოპული მეთოდი, laringofissura, pharyngotomia Subhyoidea— $\frac{1}{2}$ ხორხის რეზექცია და thyrotomia?

უნდა ითქვას რომ უმეტესობა ლარინგოლოგებისა აღნიშნულ ოპერაციებს უფლებებს აკუთვნებენ. ზოგიერთი ქირურგებიც უერთდებიან მათ და შესაძლოდ სთვლიან ამ ოპერაციებით სარგებლობას—განსაზღვრულ შემთხვევებში. სამწუხაროდ ჩვენი შრომის ფარგლები არ გვაძლევენ საშუალებას უფრო დაწვრილებით შევეხოთ ამ მეტად საინტერესო მხარეს—ვეცდებით ეს ნაკლი შემდეგში შევაგსოთ. გამოიჩინილი ლარინგოლოგი Moritz Schmidt-ი ნაწილობრივ ოპერაციების უფლებას ანიჭებს მხოლოდ მათ, ვინც დარწმუნებულია, როგორც თავისი დიაგნოსტიკურ სიმძლავრეში, ისე ტექნიკა—ხელსაქმობაში. უნდა გქონდეთ რწმენა, რომ თქვენ მთელი სიმსიენე ამოკვეთეთ, თუ ეს რწმენა არა გაქვთ, სჯობს ოპერაცია არ იკისროთ და გადასცეთ ჭაღარა, გამოცდილებით შეიარაღებულ collega-სო—ამბობს ხსენებული ავტორი.

საზოგადოთ დღემდის ლარინგოლოგების დიდი უმრავლესობა კმაყოფილდება ნაწილობრივ ოპერაციებით და ხორხის ექსტირპაციას სახსებით უთმობენ



ქირურგებს. ოპერაციას ლარინგოლოგები სთვლიან მიუცილებლად, მაგრამ თვით არ კისრულობენ.

საინტერესოა რომ Janix-ის ექსტირპაცია დამუშავებულა ქირურგების და არა ლორინგოლოგების მიერ. უნდა ვიფიქროთ რომ აქ ლარინგოლოგების მხრივ არის ერთნაირი ინსტიტუტური შიში დიდი ოპერაციებისადმი.

ექვს გარეშეა რომ გაცილებით მეტშემთხვევაში, როგორც ყველგან, ხორხ-შიაც კირჩხიბი უჩნდებათ ხანშესულებს 40 წელზე გვიან, მაგრამ უნდა ვიქონიოთ მხედველობაში კირჩხიბის შესაძლებლობა ახალგაზრდობაშიც. Meckens-ის შვიდი შემთხვევა იყო მან წლის ადრე.

Moritz Schmidt-ის შემთხვევა 20 წლის ქალი. პათოლოგ ანატომიური პრეპარატი Doufour-ის, ამტკიცებს რომ ხორხის კირჩხიბი შესაძლებელი ყოფილა პირველ ათ წელშიაც.

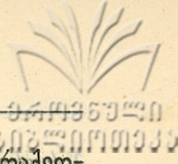
საჭიროა ორიოდ სიტყვით შევხებით შინა და გარე კირჩხიბს. პირველი თავსდება ხორხის ღრუში—ბევრ ხანს ის რჩება ადგილობრივ დაავადებათ და ეს შემთხვევები ოპერაციის შემდგომ იძლევიან საუკეთესო შედეგებს. რაც შეეხება გარე კირჩხიბს რომელიც უმთავრესად იწყება plicae aryepiglottis-ისაგან, recessus pyriformis უკან კედლიდან—აი ეს შეადგენს იმ მძიმე არა საოპერაციო ფორმებს, რომლის წინ დოსტაქარი უძღურია. ამის მიზეზად მიჩნეულია მეტად დიდი განვითარება აქ ლიმფური მილებისა, რასაც ჰყვება შედეგათ ხორცმეტის ზრდა-განვითარება სილრმე სივრცეში და განსაკუთრებით ამ მიდამოს ლიმფური კვანძების დაავადება. ყველაზე წინ დაავადება ეტყობა კვანძებს—რომელიც მოთავსებულნი არიან m. sterno cleido mastoid. წინა ზედაპირზე. შიდა კირჩხიბის დროს ეს ჯირკვლები უმთავრეს შემთხვევებში თავისუფალნი რჩებიან და დაავადება საგრძნობლად გვიან გადადის მხოლოდ შუამდებარე lymphoglandula praelaringealis-ზე ფარისებრი ხრტილის ქვედა საზღვარზე.

სწორეთ ჩვენს მეორე შემთხვევაში სადაც გასინჯვამაც აღმოაჩინა მოძრავი, მაგრამ გადიდებული და გამაგრებული ჯირკვალი. მიუხედავად იმისა რომ ოპერაციის დროს რამდენათაც შესაძლებელი იყო, ზოგადი კანონის მიხედვით, ჯირკვლები და აგრეთვე ცხიმოვანი ფართოდ ამოკვეთილი იქნა—მოგვცა ჩქარი რეციდივი.

ეს შემთხვევა საკმაო ილიუსტრაციაა შიდა და გარე კირჩხიბის პროგნოზის სხვადასხვაობისათვის.

შემთხვევები, სადაც ხორცმეტმა უკვე მოასწრო ფარისებრი ხრტილების ნაწილობრივი დარღვევა და ახლო მდებარე ჯირკვლების დაავადება, უნდა ჩაითვალოს საოპერაციო მასალისათვის გამოუსადეგარად (G l u c k-ის ასეთებსაც სთვლის ოპერაციისათვის სავალდებულოთ).

თუ ძველ ცნობებში რეციდივები გვხვდებიან პირველ წლის განმავლობაში თითქმის 45-60%-დღე, ახალი ცნობები გაცილებით მეტი ოპტიმისტურია. რეციდივება პირველ წლის ბოლომდე სხვა და სხვა ქირურგების ხელში არ აღემატებიან 26%-ს. სამწუხაროთ ვერც ეს ციფრია საესებით დამაკმაყოფილებელი პროპედეგეტიულ კლინიკის გამოცდილება განისაზღვრება სამი შემთხვევით; ეს სამი შემთხვევა საყურადღებოა იმ მხრივ, რომ სრულიად ჩვენგან დამოუკიდებ-



ლად მოგვიხდა გაგვესინჯა სამივე მეთოდი: წინასწარი ჩვეულებრივი ტრაქეოტომიით, წინასწარი, მაგრამ რგოლისებრი Glück-ის ტრაქეოტომიით და დასასრულს მესამე შემთხვევა ერთი მომენტისანი ექსტირპაციით.

პირველი შემთხვევა ენება 46 წლის მამაკაცს ხელობით მებღალეს:

მეორე—ორმოცი წლის მამაკაცი-სოფლის მეურნე:

მესამე—54 წ. მოხუცი კანცელარისის მოხელე.

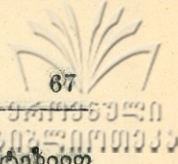
სამივე არ ეკუთვნიან ჩვენთვის მყოფების ჩვეულებრივ კონტინგენტს. არიან არა რკინისგზელები.

პირველი შემთხვევა. ავადმყოფი ლ. კ. მეტის მეტად დასუსტებული, ფილტვებში კრონიკული ანთების ნიშნებით ეს შემთხვევა საინტერესოა სხვათა შორის იმ მხრითაც, რომ ერთი წელი ექიმობდა სპეციალისტებთან და ბოლოს თვითონ გადაწყვიტა—ოპერაციის აუცილებლობა. მას ქონდა სიმსიენე ორივე მბგვრავ იოგებზე ირგვლივ. შესანიშნავია აგრეთვე ისიც, რომ ის როგორც სპეციალისტების, ისე ჩვენს მიერ წარმოებულმა განმეორებითმა გასინჯვამ ვერ გადასწყვიტა მკაფიოთ საკითხი რამდნად დიდია ხორცმეტი და მოელის თუ არა ავადმყოფს საშიშროება სუნთქვის მხრივ. ხორცმეტი არ სჩანდა დიდად. ჩვენც და ლარინგოლოგებიც დამწვიდებულნი ვიყავით, რომ სუნთქვის გაძნელების შესახებ მოკლე ხანში ხიფათი არ მოგველოდა, მაშასადამე დრო ნებას მოგვცემდა და შევძლებდით ოპერაციის გეგმადინჯად დაგვემუშაებინა და აგრეთვე აუჩქარებლივ სისრულეში მოგვეყვანა. ავადმყოფი სცხოვრობდა თავის ბაღში კრწანისში. არ ჩქარობდა არც ის, არც ჩვენ უეცრად მასთან გამოწვეული ვიყავით და მოვასწართ მეტის მეტი სტენოტიური სურათს. საჩქაროთ მას გაუკეთდა tracheotomia infer. ორი კვირის შემდგომ—ექსტირპაცია. როდესაც პრეპარატი ხელთ გვქონდა, მაშინ დავრწმუნდით, რამდენად დიდა იყო ხორცმეტი. ეს შემთხვევა კიდევ ერთხელ ამტკიცებს იმ დებულებას, რომ ლარინგოსკოპიული სურათი არ შეეფერება საცხებით სინამდვილეს და ლარინგოსკოპში მოვლენანი მოსჩანან სამჯერ მაინც ნაკლებ. ჯირკვლების გადიდება ამ ავადმყოფს არ ჰქონია. ოპერაცია გაკეთდა ტიპურად. ეს პირი ჯერჯერობით ჯანსაღია, განაგრძობს თავის წარმოებას და მთელი მისი ცდა და ოცნება იმაში მდგომარეობს, რომ გაიკეთოს ხელოვნური ხორხი, რადგანაც მეტის მეტი ენამეტყველი ყოფილა და იძულებითი სიჩუმე აწუხებს. ოპერაციის შემდეგ ხანა თუქსმეტი თვე. (მიკროსკოპ. სურათი—ბრტყელი ეპითელიარული კირჩხიბი).

მეორე შემთხვევა. ორმოცი წლის ოსი, დ. ბ. მშენიერად განვითარებული კუნთებით. საკმაო კვებით. სხვაფრივ ყოველმხრივ ჯანსაღი. რამოდენიმე ჯირკვლები მარცხენა Sternocleido mastoid. წინა მხრივ გადიდებული ლარინგოსკოპიული სურათი იძლეოდა წყლულის გარშემო ინფილტრაციას. ცლაზის დროს ტვიჯვლები. კლინიკაში მითავსებენს ორი სამი დღის შემდგომ მას შეეტყო სუნთქვის გაძნელება. წინასწარ ტრაქეოტომია. ოპერატორმა აირჩია უფრო რთული, მაგრამ ოპერაციის შემდგომ ეტაპის გამაადვილებელი Glück-ის ცირკულიარული tracheothomia. 10 დღის შემდგომ ექსტირპაცია. პრეპარატ ზე აღმოჩნდა, რომ საქმე გვექონდა კანკროიდთან, ჯირკვლებიც აგრეთვე ამოღებულ იქნა. მიუხედავად საკმაო რადიკალობისა უკვე მეორე კვირას გადიდდა ერთი ჯირკველი, შემდეგ მცორე; ქრილობა თვით არ დაჩირქებულა. მაგრამ ტამპონების ადგილას რალაც საეჭვო გრანულაციები გაჩნდა. პათოლოგ-ანატომიურმა გამოკვლევამ დაგვიდასტურა გრანულაციებში კანკროიდის ელემენტები. ერთ წერტილზე ხახის ნაკერმა მოგვცა ფისტულა. ტრაქეოტომიული არეც არა ჩვეულებრივი იყო. მას გაუკეთდა კიდევ ორჯერ პალატიური ოპერაციები. ავადმყოფი ნათესავებმა კლინიკიდან გაიყვანეს. რა ეწევა მას, ამაზე ცნობა არა გვაქვს.

მესამე შემთხვევა. 54 წლის მამაკაცი. ს. პ. ჯირკვლები მას გადიდებული არ ქონია. მარჯვენა მბგვრავ იოგზე ინფილტრაცია. აფონია-საკმაოდ გამოხატული. ოპერაციის შემდგომ გავიდა 3 1/2 თვე. ჯერჯერობით რეციდივის ნიშნები არ ეტყობა.

სამივეჯერ ექსტირპაცია ვაკეთებულ იქნა პროფ. ნ. კახიანის მიერ. მიუხედავად იმისა, რომ ზოგადი ნარკოზის პირდაპირ საწინააღმდეგო ჩვენებები



არ იყო, ოპერაციები სამივე შემთხვევაში გატარდა ადგილობრივ ანესტეზიით (1% Sol. Novocaini) არც ერთხელ არ დაგვჭირებია 50,0 მეტი და ყველგან მივიღეთ ისეთი სრული ანესტეზია, რომ ოპერაციული ხელსაქმობა სწარმოებდა სასებით თავისუფლად.

ჩვენი აზრი ასეთია, რომ ამ ოპერაციის დროს ადგილობრივი ანესტეზია უნდა იქნეს მიღებული, როგორც სავალდებულო და ტიპური.

ერთ რამეს კიდევ უნდა მიეჭკეს ყურადღება. მესამე შემთხვევაში ავადმყოფი იყო მსუქანი და მას ქონდა სქელი, კუნთოვანი და მოკლე კისერი, ასეთი მოკლე კისერი იძლევა პატარა სამოქმედო არეს და ეს შემთხვევები ტექნიკურად უფრო ძნელად უნდა ჩაითვალოს.

ჩვეულებრივ მიჩნეული გართულებები არ მიგვიღია არც ჭრილობის, არც გულის, არც ფილტვების მხრივ, ასე რომ ანთების საწინააღმდეგო და გულის სისუსტის წამლობა არ დაგვჭირებია.

ხორხის ამოკვეთას ჩვენ ვახდენთ T-სებური ნაკვეთით. პირველად ვანთავისუფლებთ ხორხის ჩონჩხს კუნთებისაგან, ვსკვნით პედანტიურად სისხლის მილებს; შემდეგ გადავკვეთავთ სასუნთქავ მილს ბეკდისებური ხრტილის ქვემოთ (ერთ მომენტიან ოპერაციის დროს) და ვაკერებთ რგოლისებრ კანზე. უკანასკნელად ვაცილებთ ხორხის უკანა კედელს ქვევიდან ზემოდ სასუნთქავ მილებისაგან და დასასრულ გადავკვეთთ ხახას. ხახა და საჭმლის მილზე ვადებთ ორ სართულიან Lember't-ის ნაკერს ლორწოვან გარსის ზემოდ. ჭრილობის ტუალეტი. ორი დღე დოლმენდის ფილტები-გაჟღენთილი ანტისეპატიური ნივთიერებით.

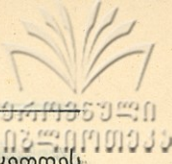
კვება ხდება რეზინის მილით à demeure ზევითა მისი ბოლო გამოგვყავს ცხვირის ქვედა სავალიდან. ცხვირის ქვედა სავალში მილის გასაყვანათ ვსარგებლობთ Belloque-ის იარაღით, ერთი კვირის შემდგომ ვახდენთ კვებას ნორმალურ გზით. თუ ვინიცობაა არის ცოტაოდენი ხახის ან საჭმლის მილის ფისტულა, მაშინ საჭმლის მილებას ვაწარმოებთ ისევ ხელოვნურ მილით, რომელიც შეგვყავს დრო და დრო საჭიროებისამებრ.

ორ შემთხვევაში ჩვენ დავრწმუნდით, რომ, თუ ჭრილობა ასეპტიურად მიმდინარეობს, ფისტულა ერთი ან ორი ნაკერის გახსნის შემდეგაც ჩქარა იხურება.

ვიღებთ რა მხედველობაში ფილტვების მხრივ გართულების შესაძლებლობას, ყოველი ზომებით ვებრძვით ცოტაოდენ ბრონქიტსაც. ავადმყოფს რაც შეიძლება ჩქარა ფეხზე ვაყენებთ. გადაბრუნების ნებას ვაძლევთ მეორე დღესვე.

ჩვენი მცირე და სუსტი მასალა უფლებას არ გვაძლევს და არც სურვილი გვაქვს გამოვსთქვათ რამე ახალი ან გადამწყვეტი. გვსურდა მხოლოდ მეტ მომზადებულ და ნაკლებ მომზადებულ collegებისათვის გაგვეზიარებია ჩვენი შთაბეჭდილებანი და პატარა გამოცდილება.

შთაბეჭდილებანი კი ასეთია რომ ეს ოპერაცია უნდა ჩაითვალოს ჩვეულებრივად და ცოტათი მაინც მომზადებულ ქირურგისათვის სავალდებულოთ; ოპერაცია უნდა ტარდებოდეს ადგილობრივ ანესტეზიის ქვეშ. სათანადო ყურადღება უნდა მიეჭკეს ავადმყოფის არჩევას, გარე და შიდა კირჩხიბის გარჩევას; უკვე დაავადებული ჯირკვლები ნებას გვაძლევენ სრულ ექსტირპაციაზე ხე-



ლი ავიღოთ და დავეყვაროთ პალიატივებით. ოპერაცია უნდა გაკეთდეს მთელი ასეპტიური შეიარაღებით.

წინასწარი ტრაქეოტომია განსაზღვრულ ჩვენებებს მოითხოვს.

ლიტერატურა

1. Moritz Schmidt. Die Krankheiten der Oberen Inftuege. 1897.
2. Krischaber. „Le cancer du larinx.“
3. Otto Körner Lehrbuch der Ohren. Nasen und Kehlkopfkrankheiten 1909.
4. Воскресенский Н. Экстирпация гортани (диссертация 1890).
5. Brunings. Болезни гортани 1914 г.
6. Gluck und Leller—„die prophylakt. Resection der Trachea“.
7. Perruchet Manuel operatoir de le laryngectomie sans trachéotomie préalable Jhese de Paris 1894 № 104.
8. Jordan Заболевания органов шеи. (Сборник Брунса и Микулича). Изданне 1902 г.
9. Gluck. Die Krankheiten der obes Luftwege und Schilddrüse. 1913. г.

მხოლოდ კიდეებზე ის ჩრდილში 9—11° ქანაობდა, მზეზე კი 14°-ამდე; შუაში კი 8° არასდროს აღემატებოდა. შუაში წყალსაცავის სიღრმე 45 სანტ. უდრიდა, კიდეებზე კი 5—9 სანტიმეტრს. *Anopheles*-ის ქიები პირველად აღმოჩენილი იყო ამ წყალსაცავში 17 ივლისს, 23-ს კი ჭუპრებიც იყო ნახული.

ავვისტოს დამლევს თხრილი გააღრმავეს, გაწმინდეს და წყალი სულ ამ გუბიდან აბასთუმნის ხევში გავიდა. აბაზანების შენობის მიდამოებში არის გაჩერებული წყლის შესამჩნევი შეგროვება, რაც მთის წყლების ნიაღვრებითაა გამოწვეული; წვიმის დროს მათი რაოდენობა მატულობს, გვალვისას კი შესამჩნევად მცირდება. განსაკუთრებულად ყურადსაღებია მუდმივი სველი უბანი აბაზანის შენობის უკან. იქ მე ხშირად მინახავს *Culex*-ის ქიები *Anopheles*-ის კი არცერთხელ შემხვედრია.

შემდეგ ყოფილ სასახლის მიმართულებით მრავალ ადგილას წყალსადენის მილებია თავისი აუზებით. აუზებში კოლოების ქიები აღმოჩნდა. მხოლოდ სასახლის ეზოში უმოქმედო წყლის მილის აუზში *Culex*-ის ქიების უამრავი რაოდენობა აღმოვაჩინე. ეს წყალსადენი დიდხანია აღარ მოქმედობს და წყალი აუზში იყო მღვრივე 11° ტემპერატურით რეომიურით; გვერდით კი მომქმედ წყლის მილის t 6°-R უდრიდა და შიგ ქიები არ იყო

თვით აბასთუმანში ქიები არსად მინახავს.

აბასთუმანის წყაროების წყალს ტემპერატურა 6—10°-R ქანაობდა (6° სასახლეში, „სიყვარულის წყარო“), აბასთუმნის ხევის წყლის t 12—14.5°-R უდრიდა ივლისის და ავვისტოს თვეების განმავლობაში.

აბასთუმნის გარდა მე გამოვიკვლევე აგრეთვე მისი მიდამოები—არაზინდო და ალობილი, ზღვის დონედან 1450 მეტრის სიმაღლეზე მდებარე. ალობილზე ორი წყარო; 17. VIII-ს ერთ მათგანში t 8°-R იყო, მეორეში კი 10°-R. კოლოების ქიები ვერსად აღმოვაჩინე. ალობილზე არაფერს სცხოვრობს.

არაზინდოზე, სადაც გასულ 1923 წ. სანატორიუმისათვის დიდებული შენობის აგება მთავრდებოდა, მე პირველად 4 ავვისტოს ვიყავი. არაზინდომდის სანამ აღწევთ, მას მთის წყალი ჩამოუდის, სადაც t 8°-R უდრის. თვით შენობასთან არც რუ, არც წყარო არის. სამეურნეო საჭიროებისათვის წვიმის წყალს შენობის ეზოში ორ დიდ ორმოში აგროვებენ. ამ წყალსაცავების სიღრმე 4 მეტრია სივანე კი 3 მეტრი. ამ წყალსაცავებში მე *Culex*-ის მრავალი ქიები და ჭუპრები ვიპოვე, რამაც თავიანთ უზარმაზარი სიდიდით ძლიერ გამაკვირვა. ამ ჭუპრებიდან რამდენიმე დღეებში ფრთები შეისხა 20 კოლომ: 16 მამალმა და 4 დედალმა. ეს კოლოები *Stegmia* ს ჯურს ეკუთვნის. დასახელებულ წყალსაცავებში t 13° და 15°-R უდრის.

ამდგვარი *Anopheles*-ი მხოლოდ აბასთუმნის ქვედა ნაწილში იყო ნახული 1260 მეტრის სიმაღლეზე, *Culex*-ი კი ზღვის დონედან 1450 მ. სიმაღლეზე. აბასთუმანში ნახულ მაღარიულ კოლოების შორის დიდი უმრავლესობა ეკუთვნის *An. b. furcatus*-ს და მხოლოდ 2—3% ს შეადგენდა *An. maculipennis*.

იმ წყალსაცავში, სადაც *Anopheles*-ის ქიები იყო ნახული, იყო აგრეთვე *Culex*-ის ქიებიც, 4 და 7 ავვისტოს მე დავითვალე დაჭერილი ქიები და აღმოჩნდა: *Culex*-ი 451, *Anopheles*-ი კი 119.

კოლოების ბიოლოგისათვის საინტერესოა აღვნიშნოთ, რომ დაწყებული აგვისტოს პირველ რიცხვებიდან 18-მდე anopheles-ის ფრთების შესხმა და ჭუპრად გადაქცევა ოთახში არ ხდებოდა. Culex ფრთებს ისხამდა და ჭუპრად იქცეოდა, მაგრამ ძლიერ წელა და ისიც დღისით. 18 აგვისტოს შემდეგ anopheles-მა ფრთების შესხმა დაიწყო. Culex-ი კი ღამითაც და დღისით ისხამდა ფრთებს. ეს ფაქტი იმით აიხსნება, რომ აგვისტოს პირველი ნახევარი ცივი და წვიმიანი იყო, 18-დან კი რამდენიმე თბილი დღეც დადგა.

Anopheles-ის ჭიები სხვადასხვა ჰასაკის რაც იმაზე მიგვითითებს რომ კვერცხის დადება სხვადასხვა დროს ხდებოდა, და აგვისტოს პირველ რიცხვებში anopheles-ის პატარა ჭიები ნახული არ ყოფილა. 13 აგვისტოს აღმოჩენილი იყო culex-ის სულ ახალგაზრდა ჭიები.

შესაძლებელია თუ არა აბასთუმანში მალარიის ეპიდემია? მალარიულ დაავადებათა შესახებ მე შარშან ვაცნობე მედ. დოქ. ილ. გოპაძეს, რომელიც 20 წლის განმავლობაში აბასთუმანის სათავეში იღვა. მან განაცხადა, რომ მას აბასთუმანში ადგილობრივ მალარიის შემთხვევას არ შეხვედრია.

აბასთუმანიდან 6 ვერსით დაცილებულ ახლო-მახლო სოფლებში ადგილობრივ მალარიის შემთხვევები ადგილობრივ მკურნალთ აღნიშნული აქვთ. 1923 წელს კი მე დავადასტურე ადგილობრივ მალარიის ერთი შემთხვევა.

ავადმყოფი ა-იან რ., 41 წ., ქ. ახალციხის მცხოვრები. აბასთუმანში 1 მაისიდან ცხოვრობდა. მანამდის მალარიით ავად არ ყოფილა. 19 აგვისტოს ავად გახდა. შეტევები ყოველ დღე. ელენთა წყნთა რკალიდან 1 $\frac{1}{2}$ თითის დადებაზე გამოდის. სისხლში მალარიის პარაზიტებია აღმოჩენილი.

ავადმყოფი მე 29 VIII ვნახე; იგი უკვე ორი დღე ქინაქინას იღებდა და თავს უკეთ გრძობდა. ავადმყოფი გვათუას ყოფილ სახლში ცხოვრობდა, იმ წყალსაცავის პირდაპირ, სადაც anopheles-ის ჭიები იყო აღმოჩენილი.

იყო აგრეთვე სხვა საექვო შემთხვევები, მაგრამ მათი გამოკვლევა არ მომიხერხდა.

როგორც ვიცი, მალარიის ეპიდემიის აღმოსაყენებლად სამი ფაქტორია საჭირო: ავადმყოფი ადამიანი, anopheles-ი და განსაზღვრული ტემპერატურა, რომლის დროსაც მალარიის პარაზიტებს შეეძლებათ კოლოს სხეულში განვითარება. აბასთუმანში გამეტომტარებელი ყოველთვის ბევრია, ვინაიდან მომსვლელთა შორის ბევრი მალარიებიანია; ამას გარდა აბასთუმანის ახლო-მახლო სოფლებში მალარია სათანადოთ ძლიერია და სოფლებიდან ყველაზე უფრო ამით შეპყრობილია სოფ. უდე, საიდგანაც ჩამოსული აბასთუმანში ბევრი მიწის მუშა მუშაობს. Anopheles-ი როგორც ჩვენ დავინახეთ, არის. ტემპერატურის შესახებ უნდა ითქვას, რომ წლიდან წელზე ის ერთგვარი არაა. წ. 1923 წლის ზაფხული ცივი და წვიმიანი იყო. ამის და მიუხედავად ივლისში და აგვისტოს პირველ ნახევარში ტემპერატურა საკმარისი იყო იმისათვის, რომ კოლოს სხეულში მალარიის პარაზიტები განვითარებულიყვნენ.

Anopheles-ის საკმარის რაოდენობის სახეობაზე ქვემო აბასთუმანში შესაძლოა მალარიის ეპიდემიამ იფეთქოს, მით უმეტეს რომ ის სათანადოთ ძლიერია სოფ. უდეში (მცხოვრებლების 30 $\frac{1}{2}$), რომელიც აბასთუმანიდან 13 კილომეტრითაა დაცილებული და დაახლოებით აბასთუმანის სიმაღლეზე მდებარეობს.



რუტინული მკურნალობა, რომელიც მოიცავს სინთეზურ პირენოლინების გამოყენებას, ხელს უწყობს კანის უსუნო და უსუნო მკურნალობას. ამასთანავე, მკურნალობის დროს უნდა აღინიშნოს, რომ ზოგიერთ შემთხვევაში, კანის დაზიანება შეიძლება გამოწვევას. ამიტომ, მკურნალობის დროს უნდა აღინიშნოს, რომ ზოგიერთ შემთხვევაში, კანის დაზიანება შეიძლება გამოწვევას.

ალ. ჯავრიშვილი.
კლინიკის უფროსი ასისტენტი.

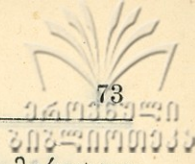
მჭამელა (Lupus vulgaris) და მისი სხვადასხვა ფორმები.

(Lupus vulgaris: 1) serpinginosus, 2) tumidus et exulcerans, 3) verrucosus, და 4) palati duri).

(ტფილისის უნივერსიტეტის კანისა და ვენერიულ სნეულებათა კლინიკიდან).

კანის ტუბერკულოზურ დაავადებას ყველაზედ მომეტებულათ ვხვდებით მჭამელას სახით (Lupus vulgaris). ეს დაავადება ქრონიკული ხასიათისა არის და ხანგრძლივი მიმდინარეობა აქვს. იგი ემართება მომეტებულად ახალგაზრდობაში ადამიანს—ხასიათდება ყვითელ მოწითალო ან და რუხი წითელი ფერის ნასკვების გაჩენით, რომლებიც არიან ფეტვის მარცვლის ოდენანი და (Hutchinson-ის) Lupom-ები ეწოდებათ სახელად. დაავადების დაწყებისას ზემოხსენებული ნასკვები (Lupom-ები) იმდენად სუსტად არიან გამოხატულნი, რომ ხელის შეხებით, მათი კონსისტენციის გამორკვევა დიდ სიძნელეს წარმოადგენს. ეს ნასკვები სხედან ღრმად კანში და თავისი სიმალლით არ სცილდებიან სალი კანის ღონეს, იგინი არიან რბილი კონსისტენციისა—შედარებით საღ კანთან, რის გამორკვევაც შესაძლებელია ზონდით გასინჯვით და მისივე დაჭერით.

ცნობილი დერმატოლოგი პროფ. P u n n a გვიჩვენებს Lupom-ების გამოკვლევის დროს, სადაო შემთხვევებში მივმართოთ, დიაგნოსტური მიზნით, მის მიერ ნაცად „ღიასკობიურ“ მეთოდს, რომელიც გამოიხატება შემდეგში: იმ შემთხვევაში როდესაც ჩვენ გვინდა გამოვიკვლიოთ ნასკვების (Lupom-ების) ზემოხსენებული ნამდვილი ფერი, ვიღებთ საათის ან საფარ მინას და დაავადებულ კანზე ვაჭერთ მას და ამგვარად ვსაობთ ადგილობრივად კანის ჰიპერემიას. რამდენადაც დიდი არ უნდა იყოს ამ დროს ჩვენ მიერ გამოწვეული წნევა, მაინც ეს ნასკვები არ ისაობიან და ინარჩუნებენ თავის ნამდვილ ფერს. Lupom-ების ფერის გამოკვლევის ამ უბრალო წესს დიდი დიაგნოსტური მნიშვნელობა აქვს. როგორც ზემოდ აღვნიშნეთ ეს ნასკვები (Lupom,ები) დაავადების დაწყებისას, არ სცილდებიან კანის ღონეს (Lupus maculosus); უფრო გვიან Lupom-ები სცილდებიან კანის ღონეს, მალდებიან და იღებენ ტიპურ ნასკვების სახეს. ამ სტადიუმში ნასკვები დაფარულნი არიან ზედგადაჭიმული სწორი ეპიდერმისით (Lupus tuberculosus).



შეიძლება ეს ნასკვები შეერთდნენ და მაშინ ჩვენ მივიღებთ, მორგვალო ანუ დისკოს მაგვარ, ან და არა სწორ მოყვანილობის ინფილტრატს; ამ ინფილტრატის ახლო-მახლო მაინც გვხვდება ცალ-ცალკედ მდებარე ნასკვები (*Lupus disseminatus*). შესაძლებელია კვანძები შეერთდნენ და მოგვცენ მცირედ შემალღებული ინფილტრატები (*Lupus confluens tuberculosus*) ან და, პირქით, შესაძლებელია მივიღოთ ნათლად გამოხატული შემალღებანი (*Lupus confluens tuberosus*). შევხვდებით აგრეთვე ამ ნასკვების კლაკნილი ხაზის მაგვარ დალაგებას (*Lupus vulgaris serpinginosus*).

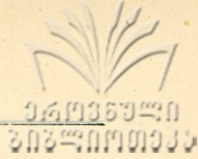
ზოგიერთ შემთხვევებში, მჭამელას ელემენტები საგრძნობლად და აშკარად იზრდებიან (*Lupus tumidus seu hypertrophicus*). უფრო შორს წასულ და გავრცელებულ კანის ჰიპერტროფიის დროს, უმეტესად, ქვემო კიდურებზე ვიღებთ სპილოსებრ გადაგვარების ტიპურ სურათს (*Lupus vulgaris elephantasticus*).

მჭამელას შემდეგ მიმდინარეობაში ვითარდება რეგრესიული პროცესები. ნასკვები ამ დროს განიცდიან შეწურვას, კარგავენ სიმკვრივეს და აქამდის სწორი და დაჭიმული ეპიდერმისი იჭმუნება და დუნდება. ამ დროსვე ჩნდება კანის რქოვანი შრის აქერცვლა (*Lupus vulgaris exfoliatus*).

ნასკვების გაშრობისას კანზე რჩება ნაზი ზერელე ნაწიბურები. ზემოხსენებულმა ნასკვებმა შეიძლება განიცადონ წყლულოვანი დაშლა (*Lupus exulcerans*).

წყლულები დაფარულნი არიან ყვითელი ანუ უფრო მუქი ქერქებით. თუ მათ ქერქებს მოვაცლით დავინახავთ წყლულთა ძირებს, რომელთაც აქვთ სწორი მოყვანილობა და რომელთაგანაც გამოიწონავს სისხლი. უწამლელათ ეს წყლულები მომეტებულ შემთხვევებში თავის თავად არ ქრებიან. მათ შეუძლიანთ იარსებონ თვეობით და წლობითაც. ისინი არც გადიდდებიან პერიფერიისაკენ და არც ქრებიან ხოლმე. მთავარი საშიშროება გამოიხატება, ამ პროცესის კანში ღრმად გავრცელებაში, რომლის დროსაც იგი დარღვევის პროცესში, ჩაითრევს ხოლმე, უფრო ღრმად მდებარე კანის ქსოვილებს, აგრეთვე ხრტილებს და ძვლებს, რაც იწვევს არა სასურველ დამახინჯებას, განსაკუთრებით სახისას. წყლულები შეხორცებისას სტოვენენ დამამახინჯებელ ნაწიბურებს და ფუნქციონალურ მოშლილობას. მჭამელას ლოკალიზაციის საყვარელი ადგილი სახის არეა, მომეტებულ შემთხვევაში იგი აავადებს ლოყებს, ცხვირს და ტუჩებს, განსაკუთრებით კი ზემო ტუჩს, აგრეთვე აავადებს ნიკაპს, თვალის ქუთუთოებს, ყურებს და პირის და ცხვირის ლორწოვან გარსებს. *Lupus*-ით დაავადებულ ცხვირს, აქვს მთავარდნობილი მომეტებულ შემთხვევაში წვერი *Septum cutaneum*, და ქვემო ცხვირის ნესტოებს აქვთ მოჭმული კანის შეხედულობა. ამ დაავადების დროს აღსანიშნავია, რომ ცხვირის საყრდნობი საფუძველი ძვალი რჩება დაუზიანებელი და ეს მოვლენა წარმოადგენს ერთ-ერთ განმასხვავებელ ნიშანთაგანს *Lupus*-ის *Lues*-ისაგან.

Dubois Havenit-ის სტატისტიკის ცნობით *Lupus*-ის 118 შემთხვევიდან 109 შემთხვევა იყო სახის დაავადებისა, 8 ზემოკიდურების და 1 შემთხვევა ქვემო კიდურისა. ამავე სტატისტიკის ცნობით ლორწოვანი გარსის დაავადებას ვხვდებით სამჯერ ნაკლებად. *Leloir*-ის დაკვირვებით, კანის ჰელურას 312 შემთხვევიდან 109 შემთხვევა ჰქონია ლორწოვანი გარსის დაავადებისა. *Lupus*-ით



დაავადებულ ავადმყოფებს ერთსა და იმავე დროს აქვთ სხვადასხვა ორგანოების და ჯირკვლების ტუბერკულოზური დაავადება. ინფექციის შეტანის შესახებ ადამიანის ორგანიზმში, Lupus-ის დროს, არსებობს ორი თეორია ეგზოგენური და ენდოგენური. ეგზოგენური გზით დაავადებისას ტუბერკულოზის ინფექციის შეტანა ხდება გარედან, ამ დროს Koch-ის ჩხირი შეიჭრება დაზიანებულ კანში. დაავადების ენდოგენური გზა ეს ერთი სახეთაგანია ტუბერკულოზისა, რომლის მიზეზი არის ორგანიზმში უკვე არსებული, რომელიმე ორგანოს ტუბერკულოზი.



სურ. 1
 Syphilis gummosa.
 (საკუთარი დაკვირვება).

ბუდე. Haslund-ის დაკვირვებით, მის კლინიკაში მყოფ ავადმყოფების 60% იყო შეპყრობილი სხვადასხვა ორგანოთა ტუბერკულოზით. ცნობილი Bocc-ის გამოკვლევებით, Neisser-ის კლინიკიდან, Lupus-ის 144 შემთხვევაში 114 ე. ი. ავადმყოფების 79% ჰქონიათ ტუბერკულოზური პროცესები ორგანიზმში, ნაწილს Lupus-ით დაავადებამდის, ნაწილს კი შემდეგ. შთამომავლობითი ტუბერკულოზი აღმოჩენილი იყო Lupus-ით დაავადებულ ავადმყოფებში 25 1/2% შემთხვევებში. E. Sachs-მა აღმოაჩინა Lupus-ით დაავადებულთა შორის 86 1/2%-ში ტუბერ-

კულოზის დაავადება სხვადასხვა ორგანოებში ან და შთამომავლობით გადმოცე-
მა. Leloir-ის დაკვირვებით 30% იყო დაავადებული ტუბერკულოზით. Unna-მ
თავის ავადმყოფებზე აღმოაჩინა 95% სხვადასხვა ორგანოთა ტუბერკულოზით
დაავადება. ამ რიგად ზემოხსენებულიდან ნათლად ჩანს, რომ Lupus-ი არის
საერთოდ ტუბერკულოზის ერთი სახეობა, და მომეტებულ შემთხვევებში თავს
იჩენს ხოლმე და უჩნდება ისეთ პირებს, რომლებიც უკვე დაავადებულნი არიან
რაიმე ორგანოთა ტუბერკულოზით. შესაძლებელია ინფექციის შეკრა გარედანაც



სურ. 2
Lupus Vulgaris.
საკუთარი დაკვირვება).

ორგანიზმში. ცნობილია შემთხვევები ამ გზით, წარმოშობილ დაავადებისა Lu-
pus-ით, მაგალითად ანატომიურ და პათოლოგ-ანატომიურ ინსტიტუტებში მო-
მუშავეთა შორის აგრეთვე ისეთ პირებისა, რომლებიც აწარმოებენ მიკროსკო-
პიულ გამოკვლევას ტუბერკულოზით დაავადებულ ავადმყოფის ნახველისა ან და
ვაქცინაციას. დაავადებისათვის, რასაკვირველია, საჭიროა რომ კანზე სხვადასხვა
ნაპრალეები და ღია ნაკაწრები იყოს.

ბდენ დარიშხანას კანქვეშ, მაგრამ დაავადების სურათი უცვლელი რჩებოდა. 1913 წელს მისი უკანა ნაწილში, მარჯვენა ლოყაზე დაახლოვებით ყურის ძირში მას გაუჩნდა პატარა ნასკვი აქაც ხმარობდა სხვადასხვა მალამოებს, აგრეთვე იკიდებდა წურბელებს, რომლის შემდეგაც მას უჩნდებოდა კვლავ ახალ-ახალი ნასკვები. Status praes.: ავადმყოფი მაღალი ტანისაა, სწორე აგებულების, კანი და კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი კარგად აქვს განვითარებული; კუჭ-ნაწლავის მხრივ და აგრეთვე სისხლის მიმოქცევის ორგანოთა მხრივ არავითარ ცვლილებას განიცდის; დაავადებას უჭირავს ადგილი მარჯვენა ფეხის კოჭ-წვივის არეში მთელი ზურგის მხარეზე, რომელიც თანდათან გადადის შიგნითა ზედაპირზე. დაავადების გვერდით არეებში არის ნასკვები (ჰიპერტროფიული) უმეტეს ნაწილათ თითების არეში. მუხლის წინა ქვემო მესამედში დაავადებულ ფეხზე ავადმყოფს ემჩნევა ორი განცალკევებული ნასკვი, რომელიც თავის სახით და ხასიათით ძირითადად დაავადებას წააგავნან აქვე უნდა აღენიშნოს რომ ავადმყოფს გადიდებული აქვს დაავადებულ ფეხზე ბარძაყის არეში ჯირკვლები, რომლებიც იზრდება პარალელურად დაავადების განვითარებასთან.

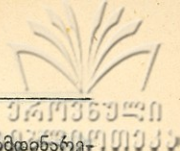


სურ. 3

Lupus vulgaris verrucosus.

საკუთარი დაკვირვება

ამ გვარივე პროცესის მე II-დაავადებას მოუკალათებია მარჯვენა ლოყის თმთან ალაგზე და ცენტრი ამ დაავადებისა განიცდის დაწყულობას. წყლულების გარშემო კი დალაგებული არიან ნასკვები ანუ Lupomები. დაავადებულ კანის საზღვრებია ყურის ნაპირის ზემო-

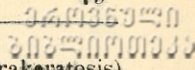


დან. წინა სახლვარი—ლოყის შუა ნაწილიდან დაწყებული მიდის გეზით ქვევით, მდინარეობა ყურის უკან მხარისაკენ აქვს და ახწვეს მის უკანა შუა ხაზის დონეს. W. R.—შარდი N.

შემთხვევა III. სარდიონ ქ—ძე 45 წლისა, ქართველი ცოლიანი; ავადმყოფი კლინიკის ამბულატორიაში შემოსვლისას უჩივოდა დრძილების და მომეტებულათ მაგარი სასის ტკივილს და შესივებას, საერთო ჯირკვლელთა გადიდებას და საერთო დიდ სისუსტეს. ავადმყოფობა დაწყებია მარჯვენა ყბის მხარეზე ზემო კარიოზულ კბილის ძირში. ამავე დროს დასიციეობა მარჯვენა დაზიანებულ მხარეზე მარჯვენა ყბის ქვეშა ჯირკველი. დედა-მამა დაზოცია მუცლის ტიფისაგან. ვენერიულ ან სხვა რაიმე ჩამომავლობით სნეულებას უარყოფს. ტუბერკულოზს შთამავლობაში არ აღნიშნავს, ჰყავს ცოლშვილი, ცოლს მუცლის მოშლა არ ჰქონია ბავშვები ყველანი საღებია. თითქმის 1898 წ. იგი არა ერთხელ მჯდარა ცხეში, ერთხელ ჰქონდა გადაწყვეტილი ჩამოხრჩობაც, ამის გამო მან 6 წლის განმავლობაში ფსიქიური დაავადების სიმულაცია აწარმოვა. საკანი რომელშიც იგი იყო მოთავსებული, ტყვეობის დროს ნამეტნავათ ნესტიანი და ბნელი იყო. კვება მცირე ჰქონდა და ლამ-ლამობით საშინელი თავის ტკივილები აწუხებდა.

St. praes. ავადმყოფი მაღალი ტანისაა, ქერა, კანი და კან ქვეშა ქსოვილი სუსტათ აქვს განვითარებული, კანი ზედმეტათ ანემიურია, ლორწოვანი გარსებიც ასეთივე მდგომარეობაში, ავადმყოფი ადვილად ღიზიანდება და მელანქოლიური ხასიათის მქონეა. თითქმის ყველა ჯირკვლები დაიდებული აქვს; ჯირკვლებს რბილი კონსისტენცია აქვს. ყველა ამთვან ზედმეტ გროზობელობას მტკივნელობის მხრივ მარჯვენა კისრის ჯირკვლი განიცდის. R. W.—დაავადებას უჭირავს მთელი მაგარი სასის არე, იგი არის ნასკოვანი, ამალღებული გარდი გარდმო შრეებით, ღრძილები განსაკუთრებით მათში შიგნითა ზედაპირები განიცდიან მძლავრ ჰიპერემიას და ანთებას, მათ გაღიზიანებას იწვევენ, რასაც მოსდევს საშინელი ტკივილები თითქმის ყოველგვარ საქმლის ლეკვის დროს, როგორც მაგარს—აგრეთვე რბილს.

შემთხვევა IV. ავადმყოფი რომანოზი ს—ლოა, ქართველი, მამაკაცი 52 წლის, უცოლო, ხელობით მსახიობი. იგი გადმოგზავნილი იქნა ჩვენთან ნერვების სნეულებათა კლინიკიდან სპეციფიურ წამლობის გასაკეთებლად, დიაგნოზით tabo—paralysis. 1923 წელში ავადმყოფს ტკივილები დაწყებია ერთბაშით და მოულოდნელად უგვრძნია თავი ძალიან ცუდად, ერთ და იმავე დროს უგვრძნია სიდაბლუ მოძრაობის სურვილი ჰქონდა, მაგრამ ძალა არ შესწევდა; უკანასკნელი მოვლენა იყო მიზეზი მისი მოთავსებისა ნერვების სნეულებათა კლინიკაში. კლინიკაში გამოკვლევის შემდეგ სცნეს tabo—paralysis და დაუწყეს სპეციფიური შერეული წამლობა. 1905 წ. მას ჰქონდა წყლული, რომელიც მცირე წამლობის შემდეგ მალე მორჩა. წამლობა არ დაუმთავრებია და არ გაუმეორებია. დედ-მამა ავადმყოფს არა ჰყავს, დაზოცილან სიბერის გამო, ჰყავს ერთი და, რომელიც ჯანსაღია. შთამომავლობით ტუბერკულოზს ან სხვა რაიმე სნეულებათა უარყოფს. 10 წლის წინათ მარცხენა ხელის ზურგის მხარეზე, გასჩენია შემდეგი დაზიანება: ცერის ფუძეზე ე. ი. მე-2 ფალანგის სახსრის არეში აქვს ორშაპურიანის ოდენა მეტეკის მაგვარი წარმოქმნა, ამავე ხასიათის დაზიანება აქვს იმავე ხელის მარჯვენაზე და უსახელო თითთა მე-3 ფალანგთა ფუძეშიც. ხელის მტეენის სახსრის არეში ვხედავთ სურათს, რომელსაც აქვს აშკარა სახე და ფორმა ხელის სამაჯურისა, რომელიც წარმოსდგება წვრილი და მსხვილი ნასკვებიდან, (R. W.—) შარდი N. კუქნაწლაგი N. პათოლოგ-ანატომიური სურათი (საკუთარი შემთხვევისა) ბიოპსიის მიზნით დაავადებული კანიდან და ლორწოვანი გარსიდან, სადაც ტუბერკულოზით დაავადების ექვი შეეიტანეთ, ამოვსკეპით ლუპოზური ნასკვის პატარა ნაწილი, ცოტაოდენ ახლო მდებარე სალი კანის დანართით. პრეპარატს გაუჟეთთ სათანადო ფიქსაცია სპირტით, გაავსკვირვალეთ Cedri's ზეთში, და მთავთავსეთ პარაფინში. ათ მიკრონიან ანაქერებს ვებავდით ჩვეულებრივი საღებავებით, სახელდობრ (gematox.—eosin'ით და Van-Gieson'ის და Papanheim'ის მეთოდებით). ეპიდერმისი (მცირე გადიდება). იმ ადგილას, სადაც არის სალი კანი, ეპიდერმისი განიცდის შესქელებას, პრეპარატის ნაპირებზე. ცენტრალურ ნაწილში კი პირიქით შეთხლებულია, იმ ცვლილებების გამო, რომელსაც განიცდის კანი. Str. corn.—ოდნავ ემჩნევა იმ შეთხლებული შრის გამო, რომელიც დაცილებულია ეპიდერმისს; Str. granulosum-ი პრეპარატის განაპირებზე არის კარგად განვითარებული. პრეპარატის ცენტრში-კი განიცდის მოსობას (Str. gran. არ არსებობს) და იმ ადგილებზე,



სადაც Str. granul. არ არსებობს, სწორედ იქ str. corn. ას აქვს გულგულები (Parakeratosis) ეპიდერმის შუა მორჩები კარგად არიან განვითარებულნი პრეპარატის გვერდით ნაპირებზე, ცენტრში-კი გაცილებით სუსტად.

Str. cylindricum-ის პიკმენტი კი მცირედ გამოხატულია. Cutis. ერთი შეხედვით თვალწინ გვიდგება ღრუბლის მაგვარი, ბურთის მოყვანილობის წარმოქმნის ქსოვილი, რომელსაც უჭირავს არუ ეპიდერმისიდან დაწყებული და გავრცელებული თითქმის საოფლე ჯირკვლების საზღვრამდის. არ არის იშვიათი შემთხვევა, როდესაც იგი შეიჭრება ხოლმე, თვით ზემოხსენებულ საოფლე ჯირკველთა არეშიც; ამ გვარ ღრუბლის მაგვარ წარმოქმნას ვხვდებით აგრეთვე str. papil. იც. ეს ღრუბლის მაგვარი ქსოვილი შესდგება ათარებელ გაფართოებულ ლიმფურ და სისხლის ძარღვებისაგან. ამ ლიმფურ და სისხლის ძარღვების ირგვლივ ვითარდება მრავლად გამოხატული წვრილ უჯრედოვანი ინფილტრაცია, რომელშიც აქა-იქ გიგანტურ უჯრედებსაც ვხვდებით. შემეაერთებელი ქსოვილი, რომელიც ირგვლივ აკვრია ამ ღრუბლის მაგვარ წარმოქმნას არის ბოჭკოვანი და ალაგ-ალაგ ლაგდება კინებათ. როგორც საოფლე ჯირკვლები, აგრეთვე მათი სადინარებიც, არავითარ ცვლილებას განიცდიან. აქა-იქ პრეპარატში ვხვდებით musculus arectur. pilor. ნორმალურ მდგომარეობის დროს პრეპარატში თმები არ არის.

დიდი გადიდება. Str. corneum წვრილი შრის სახით თანაბრივად ჰფარავს მიუღ ეპიდერმისს. ალაგ-ალაგ იგი პარაკერატოტულად შეცვლილია ე. ი. შესდგება უჯრედებისაგან, რომელთაც შენარჩუნებული აქვთ: გულგულები და ეს გულგულები მათ სწორედ იმ ადგილებში აქვთ შენარჩუნებული, სადაც Str. cornea განიცდის პარაკერატოზს. ზემოხსენებულ გულგულგან უჯრედებს არ ვხვდებით Str. granulosum-ში. Str. granulosum-ი ალაგ-ალაგ კარგად გამოხატულია, იგი შესდგება 3-5-6 შერ უჯრედებისაგან, რომლებშიც არსებობს ნათლად კერატოგალინური მარცვლოვანობა. არის ადგილები, როგორც ზემოდ აღვნიშნეთ, სადაც ამ str. granulosum-ის ვერ ვნახულობთ. Str. spinosum-ი კარგად გამოხატულია პრეპარატის ნორმალურ ნაწილებში. სამაგიეროდ იგი გაცილებით შესქელებულია იმ ინფილტრატში, რომელიც არსებობს corrium-ში. უჯრედები str. spinosum-ში აშკარად განიცდიან ჰიდროპსიას. უჯრედს შუა არსებული ხიდაკები არიან კარგად გამოხატული. ალაგ-ალაგ უჯრედებში არის ე. წ. „alteratio cavitaire“.

Strat. Basalicum seu cylindricum გამოხატულია ალაგ-ალაგ კარგად, მაგრამ ვხვდებით ადგილებსაც სადაც იგი სრულიად არა გვაქვს.

Corrium. ამ გვარ პრეპარატის ეპიდერმისის ქვეშ დეორლებში ნათლად მოსჩანს ქსოვილის რღვევა; გაფართოებული სისხლის ძარღვები, კაპილარები და საკმარისი რაოდენობა ინფილტრატისა. ამ გვარადვე გაფართოებულ სისხლის ძარღვებს ჩვენ ვხვდებით corrium-შიც მთელი corrium-ი და განსაკუთრებით მისი ზერელე ნაწილები შესდგება საკმაოდ დიდ წვრილ უჯრედოვან ინფილტრატისაგან. ინფილტრატი შესდგება უმეტეს ნაწილად—ლიმფოციტებისაგან, პოლინუკლეარებისაგან და აგრეთვე ალაგ-ალაგ გიგანტურ უჯრედებისაგან—Langhans-ის ტიპისა.

აქვე პლაზმატიური უჯრედების დიდ უმრავლესობას შეხვდებით. იმ ადგილების გარშემო, რომლებიც განიცდიან ინფილტრაციას, ნათლად ეტყობა ბოჭკოთა დაშორება corrium-ის შემეაერთებელი ქსოვილის, თვით ინფილტრატში კი ეჩვენება, ოდნავ გამოხატული ფრიალ ნაზი ბოჭკოები. ამის გამო ინფილტრაციის მთელი მასა ღებულობს ღრუბლის მაგვარ სურათს. ამ გვარივე ინფილტრაციას, მხოლოდ ნაკლები ოდენობისა ვხვდებით საოფლე ჯირკველთა ირგვლივ ინფილტრაციის ქვეშ. ელასტიური ქსოვილი corrium-ის უფრო ღრმად მდებარე ნაწილებში განვითარებულია ნორმალურად. ბოჭკოები ინფილტრატთან მიახლოვებისას აშკარად ერთმანეთს შორდებიან და სრულიად ქრებიან თვით ინფილტრატში.

დასკვნა. ამ რიგად მიკროსკოპიულ პრეპარატების მიმოხილვის და გარჩევის დროს ყველგან აღმოვაჩინეთ corrium-ში კანის ცხადი ინფილტრაცია, რომელიც შესდგება, როგორც ზემოდ აღვნიშნეთ ლიმფოციტებისაგან, პოლინუკლეარებისაგან, პლაზმატიურ უჯრედებისაგან, ეპითელიოიდურ და ლანგჰანსის (Langhans) ტიპის გიგანტურ უჯრედებისაგან. ყველა ზემოდ გარჩეული მასალა



გვაძლევს საშუალებას და აგრეთვე უფლებას ვიფიქროთ დაავადებაზედ, რომელიც ახლო უნდა იდგეს კანის ტუბერკულოზურ დაავადებასთან. გადავივიარო ჩემს შემთხვევების გარჩევაზე უნდა აღვნიშნო რომ მე ჩემ განკარგულებაში მყოფ მასალიდან მომყავს სულ რამოდენიმე შემთხვევა, რომლებიც ჩემის აზრით სრულიად გააშუქებენ Lupus-ის კლინიკურ და პათოლოგ-ანატომიურ სურათს.

ყველა შემთხვეულიდან, როგორც კლინიკური აგრეთვე პათოლოგ-ანატომიურ სურათის მიხედვით იმ დასკვნამდე უნდა მივიდეთ, რომ ყველა ჩემს შემთხვევებში ავადმყოფებს აქვთ, როგორც ძირითადი სნეულება Lupus vulgaris ამა თუ იმ სხვაობით ფორმის მხრივ:

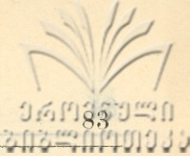
- I შემთხვევა „Lupus vulgaris serpinginosus“
- მე-II „ „ „Lupus vulgaris tumidus et exulcerans“
- „ III „ „Lupus vulgaris verrucosus“
- „ IV ლორწოვან გარსის tbc „Lupus vulgaris pallati durum“

რაც შეეხება წამლობას იგი გამოიხატება იმავე ზომებში, რომელთაც ვიღებთ სერთოდ ტუბერკულოზის წამლობის დროს. სრულიად არ უნდა ვიხმაროთ სხვადასხვა მალამოები და სააქიმო საშუალებანი შემთხვევით ხასიათისა, რადგან მათი ხმარებით Lupus-ით დაავადებულ ადამიანის წამლობის დროს სასურველ განკურნების მიზანს ვერ ვაღწევთ.

ჩვენ ამ საშინელი სენის დაავადების შემთხვევებში წამლობის მიზნით, მივმართავთ უპირველესად ყოვლისა ქირურგიულ საშუალებას სენის მოშორებისას, სადაც ეს ზომა შესაძლებელია, და თუ ეს შეუძლებელია, მაშინ ერთად-ერთ საუკეთესო საშუალებად ვთვლით რენტგენოთერაპიას, ფინზენოთერაპიას და რადიუმის ხმარებას. კანის Lupus-ის წამლობაში რენტგენის სხივებს და აგრეთვე წამლობას ფინზენის აპარატით უნდა ეჭიროს პირველი ადგილი. რაც შეეხება ლორწოვან გარსს, აქ რენტგენის გარდა რადიუმის ხმარებაც სასურველ შედეგებს იძლევა. ვათავებ რა ჩემ მოკლე მოხსენებას ჩემ თავს მოვალეთ ვრაცხ მადლობა გადაუხადო დიდად პატივცემულ პროფესორს გ. ლამბარაშვილს, რომლის ხელმძღვანელობითაც სწარმოებდა რენტგენოთერაპია ავადმყოფებისა ჩემ შემთხვევებში. მადლობას უძღვნი აგრეთვე ჩემს ამხანაგს მკურნალს ნ. მუჩაიძეს, რომელმაც დაუხარებლად მიიღო მონაწილეობა პათოლოგ-ანატომიურ პრეპარატების გადათვალიერებაში.

თბილისი უნივერსიტეტი, მედიცინის ფაკულტეტი, პათოლოგიის კაედრის უფროსი პროფესორი ი. ბერიძე

ხლობენ 100 წ. უფრო მეტს და მათ შენარჩუნებული აქვთ როგორც ფიზიკური ისე ფსიქიური ჯანსაღობა. ამასავე მასიურათ ჩვენ ვხვდებით ბულგარეთში. საფრანგეთში აწერილია ფრანგი რომელმაც 110 წლისამ მეთექვრთე შეერთო ცოლი. გერმანელ ქირურგმა Pollitman-მა იცოცხლა 140 წელიწადი და სიკვდილის ერთი წლის წინათ მან გაუყვია რთული ოპერაცია თავის ცოლს. ასეთი მაგალითები მრავალია. ამნაირად სრული დამტკიცება არსებობს იმისა რომ ადამიანს შეუძლია საშუალოთ 120-140 წლამდე იცოცხლოს, ნადვილად კი ის ცოცხლობს საშუალოდ 70-80 წელს. აქედან აშკარდ ხდება ის, რომ არის რაღაც მიზეზი, რომელიც ამოკლებს ჩვენ სიცოცხლეს. ამ ეტაპის დამახასიათებელი ძიებანი შესდგებიან იმაში, რომ ადამიანმა დაიწყო ძიება ამ მიზეზისა. ეძებდნენ მიზეზს საქმელში, ფიზიკურ და ფსიქიურ მუშაობაში და სხვა. ამნაირად შეიქმნა ადამიანის სიცოცხლის შემოკლების მრავალ რიცხოვანი თეორიები. ამ თეორიებს უმთავრესად საძირკვლად უდებდნენ ცხოვრების რეჟიმს და ამის და მიხედვით წარმოიშვა მრავალი სხვადასხვა რეჟიმის შემუშავება ამასთან საბრძოლველათ. აქავე უნდა აღვნიშნოთ, რომ ამ საკითხში არსებობდა და ეხლაც არსებობს საშინელი არეგ-დარევა და ხშირად ერთი მეორეს საწინააღმდეგო აზრი. ამბობენ, მაგ., რომ აუცილებელი საჭიროა ცოლის შერთვა და ისიც ნადრევი, მეორენი კი საწინააღმდეგოდ ამტკიცებენ, რომ საჭიროა სრულებით თავის შეკავება სქესობრივ დამოკიდებულებისაგან; ასტეხეს ყიჟინა ღვინის სმის წინააღმდეგ, სხვები კი, პირიქით, ამტკიცებენ, რომ ღვინის ცოტაოდენი და მუდმივ დაღვევა საჭირო არისო. კანტმა იცოცხლა ღრმა მოხუცებულობამდე ცოლ შეერთველად. იმავე ქირურგ Pollitman-ზე, რომელმაც 140 წლამდე იცოცხლა, ამბობენ, რომ მუდამ დღე მთვრალი იყოვო. ასეთივე მაგალითებიც ხომ მრავალ რიცხოვანი არის. ერთი სიტყვით, ამ ეტაპის—სიცოცხლის გაგრძელების ძიებაში, ანუ სწორედ რომ ვთქვათ, ძიებაში იმ საშუალებისა, რომლითაც ჩვენ შეგვეძლოს ნორმალურ სიბერემდე მივალწითოთ, უმთავრესი და უდიდესი, მეცნიერულად დასაბუთებული აზრი ეკუთვნის ცნობილ პროფ. Мечников-ის. მან დაასაბუთა ადამიანის „ნადრევი დაბერება“ და შეეცადა წამოეყენებია საშუალება მის საწინააღმდეგო ბრძოლისა. მისი აზრით ადამიანის კოლინჯი ეხლა ორგანიზმისათვის უკვე საჭირო არ არის, რომ იგი არის დარჩენილი წინანდელ სხვა ფორმის და დანიშნულებისა. მეორეს მხრივ კოლინჯის შეცულობაში $\frac{1}{3}$ ბაქტერიებია, რომლების ტოქსინები შხამავს სხეულს. აქედგან შესაძლოა იმ დასკვნის გამოყენა, რომ სრულებით ამოკვეთას ამ ნაწლავებისას უნდა მოჰყვეს სხეულის განათავისუფლება უფარვის ნაწილისაგან. მაგრამ, ვინაიდან ეს ოპერატიული დახმარება მეტად რთულია, პრ. Мечников-ი შეეცადა ქიმიურ წამლობის საშუალებით გადაეკრა ეს საკითხი. მართლაც მან შეისწავლა მოქმედება რძის მჟავისა ბაქტერიებზე და აქედგან პრაქტიკულად გამოიყენა იმნაირად რომ მისი „lactobacilin“-ი, რომელიც ჩვენებურად მაწონსა ჰვავს, მოქმედობს წინააღმდეგ ნაწლავების ბაქტერიებისა და დიდის ენერგიით პროპაგანდას უწევდა ამ აზრს. სხვათა შორის ბულგარელების სიცოცხლის ხანგრძლივობას იგი აწერდა მაწონს, რადგან ბულგარელები მუდმივ ხმარობენ მას. პასტერის სახელობის ინსტიტუტის გამგეს პროფ. Roux-ის სწერდა პროფ. Мечников-ი დაბადების 70



წლ. თავის მოლოცვის შესახებ: რომ თუ ის ასეთი ჯანმრთელია და დიდხანს სიცოცხლობს შესაძლებელი არის მივაწეროთ მაწონსო. რა თქმა უნდა, ძნელია შედეგებზე ლაპარაკი, რადგან თავის თავად მეტად რთულია მოვახდინოთ მასიური დაკვირვება ამ დახმარებაზე მით უმეტეს, რომ საჭიროა მეტად დიდი ხანა ამისათვის.

დგება მესამე ეტაპი—ეტაპი გაახალგაზრდავისა. თუ სიკვდილი ძნელია და საშინელი, არა ნაკლებ საშინელებას წარმოადგენს სიბერეც. ამასთანავე მიღებული იყო Мечников-ის აზრი, რომ არსებობს ადამიანის ნაადრევი დაბერება, მაშასადამე შესაძლებელი უნდა ყოფილიყო ადამიანის ის დრო, როდესაც ის ვარდება ამ ხანაში, გადაგვეყვანა „ახალგაზრდობის“ ხანაში ე. ი. დაგვეახლოვებინა იმ დროსთან, რომელსაც უდრის იმ პირობებში, რომ სხეულის ნორმალური სიცოცხლე არსებობდეს.

აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ იმ დროიდგან, როდესაც ბროუნ-სეკარმა გამოაქვეყნა თავისი შინაგან სეკრეციის ჯირკვლების თეორია, შეხედულება ფუნქციებზე სხვადასხვა ჯირკვლების სრულებით იცვლება. საქმე იმაშია რომ ეხლანდელ დროში, სრულებით დამტკიცებულია მეცნიერულად ის ფაქტი რომ ორგანიზმში არსებობენ ორ გვარი თვისების ჯირკვლები: პირველი—ეგრედ წოდებული ექსოკრინული ან გარეთა სეკრეციის ჯირკვლები, ეს ისინი არიან, რომლებსაც აქვთ თავიანთი სეკრეტის გამომტანი წვრილი მილაკები, მხოლოდ მეორე ფორმის ჯირკვლები კი ეგრედ წოდებულ, ენდოკრინულ ან კიდევ, შინაგან სეკრეციის ჯირკვლებს, ეს მილაკები არ აქვთ და მათი სეკრეტი ანუ ჰორმონები გადადიან პირდაპირ სისხლში. ამას ეკუთვნიან: Hypophysis cerebri, გლ. supraren. thyreoid. თუ გარეთა სეკრეციის ჯირკვლებს აქვთ, ადგილობრივი გავლენა სხეულზე (ყბის უკანა, parotis, და სხვა), შინაგან სეკრეციის ჯირკვლებს კი აქვთ საერთო და მეტად მნიშვნელოვანი მოქმედება მთელ სხეულზე. საინტერესოა, რომ ამ გვარ ჯირკვლებს აქვთ, ზოგაერთ შემთხვევაში თავიანთი განსაზღვრული პერიოდი რომლის განმავლობაში ისინი მოქმედობენ. შემდეგ კი მისი ფუნქციას ან იღებს სხვა ჯირკველი ან კიდევ იგი სრულებით ისპობა როგორც არა საჭირო. მაგალ. გლ. Thymus რომელიც მოქმედობს ბავშობის დროს და შემდეგში, როდესაც ორგანიზმი იზრდება, ეს ორგანო ისპობა და მის მაგიერ მუშაობს ფარისებრი ჯირკველი—გლ. Thyreoides. გამორკვეულია ისიც რომ ამ გვარ შინაგან სეკრეციის ჯირკვლებთა შორის არსებობს ანტოგონიზმი, ე. ი. ერთგვარი ერთი მეორის საწინააღმდეგო მოქმედება მათი ჰორმონებისა. თავიდან (ბაყაყს), აქვს როგორც ვიცით დიდი კუდი და ოაგი და შემდეგში ის იცვლის ფორმას და შეიქნება ნამდვილი ბაყაყი. თუ ჩვენ ასეთ თავიდანს შევეუშნა-პუნებთ ფარისებრივე ჯირკველის ჰორმონებს, ის მაშინვე კარგავს კუდს და დაიწყება ჩონჩხის ორგანიზაცია. მეორე მხრით, ტვინის დანამატის დაავადება იწვევს ისეთ ხასიათის ავადმყოფობას რომ ძვლის ჩონჩხი ზედმეტად მატულობს და შეიქმნება მისი გიგანტიზმი; აქედან ჩანს რომ სხეულში არსებობს შინაგანი სეკრეციის ისეთი ჯირკველი, რომელიც იწვევს ჩონჩხის გადიდებას, მეორე მხრით კი ტვინის დანამატი ეწინააღმდეგება ასეთ მოვლენას და მხოლოდ მისი დაავადება—ე. ი. როდესაც ის კარგავს თავის ფუნქციას, ამ მო-

ვლენას აქვს ადგილი, ნორმალურად კი ეს ანტოგონიზმი იწვევს მთელ სხეულში წონა-სწორობას. Gl. supraren. დაავადება იწვევს ისეთ მძიმე ავადმყოფობას საერთო ხასიათისას, როგორც არის ადისონის ავადმყოფობა. ფარისებრი ჯირკვლის ამოკვეთა ან კიდევ ატროფია იწვევს კრეტინიზმს, მისი სეკრეციის ზედმეტი მომატება იწვევს ბაზედოვის ავადმყოფობას და სხვადასხვა. ამ გვარად ჩვენთვის ნათელი დგება, თუ რამდენად დიდი და რთული მნიშვნელოვანი არიან შინაგან სეკრეციის ჯირკვლები.

მართლაც, თუ რამდენად ფართო თვისებიათ სათესლე ჯირკვლები ცხოველებისათვის და ადამიანისათვის ამის მაგალითებს ჩვენ ათასობით ვხედავთ. ავიღოთ მაგალითად დაკოდლი მამალი. რას ვხედავთ ჩვენ მის შემდეგ რაც მას სათესლე ჯირკვლებს ამოაცილიან? ის იცვლება სრულებით. მას ეცვლება ფსიქიკაც და ზოგიერთი ფიზიკური თვისებები: ის აღარ ყვივს, არამედ კრუხივით კაკანებს, ქათმებს აღარ დასდევს, არამედ გამოჩეკს და აღზდის წიწილებს, კარგავს დეზებს და ბიბილოს, ერთი სიტყვით სრულებით შეიცვლება როგორც ფიზიკურად ისე ფსიქიკურად. ამასვე ვხედავთ ჩვენ დაკოდულ ცხენზე, მოზვერებზე და სხვა. ამასვე ვხედავთ ჩვენ ადამიანებზედაც: საქურისები, როგორც გარეგნულად ისე ფსიქოლოგიურად განირჩევიან ნორმალურ მამაკაცებისაგან: ინერტული სახის გამომეტყველება, ხმის გაწვრილება, წვერ-ულვაშის დაკარგვა, ცხიმოვანი ქსოვილის მომატება მთელ ტანზე, ერთგვარი ფსიქიკური დეპრესია და სხვადასხვა. ასეთივე არიან სკოპცებიც.

ამნაირად დაკვირვება გვიჩვენებს, რომ სათესლე ჯირკვლების ფუნქციის მოშლა ან კიდევ სრულებით მისი დაკარგვა იწვევს მთელ რიგ ცვლილებებისას, რომლებსაც, ერთი შეხედვით, ვითომ არავითარი დამოკიდებულება არ უნდა ქონდეს ამ ჯირკვლებთან. მართლაც: რა დამოკიდებულება უნდა ქონდეს ხმის შეცვლას, წვერ-ულვაშის დაკარგვას და სხვადასხვა სათესლე ჯირკვლის ამოკვეთასთან? რასაკვირველია, აქვე უნდა აღვნიშნოთ რომ ასე ვსვამთ ჩვენ კითხვას იმიტომ, რომ აქამდისინ სათესლე ჯირკვლები ითვლებოდნენ როგორც მხოლოდ ექსკრეტორული ორგანო რომლის დანიშნულება იმაში არის, რომ შეიმუშაოს და გამოჰყოს თესლი კაცობრიობის გასაგრძელებლად ინდივიდუუმის შემთხვევით. თუმცა, როგორც აღვნიშნეთ, ინსტიქტიურად როგორც ხალხური შემეცნება ისე კერძოთ ცალკე მეცნიერები ნათლად ხედავდნენ ამ ჯირკვლების არა ამ ვიწრო ფარგალში, მიქმედების თვისებას.

Broun-Secard-მა 1889 წ. პირველმა მოამზადა ბაჭიების სათესლე ჯირკვლების ექსტრაქტი (დანაყენი) და შეუშხაპუნა თავის თავს, რომლის შემდგომ მან მოკლე ხნით მაინც მიიღო მოჯანსაღება. ამას მოყვა მთელი რიგი სხვადასხვა გვარად მომზადება სათესლე ჯირკვლების ექსტრაქტისა, მაგრამ, ვიმეორებ, ამას საფუძველში არ ქონდა მეცნიერული დასაბუთება ამ მოვლენისა და მხოლოდ იყო შედეგი ემპირიზმისა. აი აქ კაცობრიობას ეხმარება ამის გამორკვევაში ვენის ფიზიოლოგი პროფ. Steinach-ი, რომელიც ახდენს მთელ რიგ სხვადასხვა ექსპერიმენტებისა (ცხოველებზე). აქვე უნდა აღვნიშნოს, რომ ეს ექსპერიმენტები თავის თავად, პროტოკოლები, და სიწმინდე ექსპერიმენტების დაყენების პროფ. Steinach-ის მიერ დაყენებული ნამდვილ გერმანულ პედანტი-



ზმით და პუნქტუალობით, წარმოადგენენ სრულებით დამამტკიცებელ და უდავო მეცნიერულ დასაბუთებას. პროფ. Steinach-ი პირველად ყოვლისა ექსპერიმენტალურად არკვევს სათესლე ჯირკვლების გავლენას მთელს ორგანიზმზე. იგი ამოკვეთს სათესლე ჯირკვლებს და გადანერგავს იმავე ორგანიზმში, მხოლოდ სადმე სხვა ადგილას, და იღებს შემდეგ შედეგებს: პირველად ყოვლისა გადანერგული ჯირკველი კარგავს თავის ძირითად ფუნქციას—თესლის გამოყოფის უნარს. შემდეგ, თუ გადანერგული ჯირკველი მიეზარდა, საერთო მდგომარეობა საცდელი ცხოველისა არ იცვლება, თუ კი ჯირკველი ვერ შეუხორცდა, ის იღუპება, და ცხოველიც სრულებით იცვლება იგი შეიქნება ტიპური კასტრატი მთელი თავის თვისებებით, რომელიც უკვე ზემოთ იყო ნათქვამი. ამ მოვლენებს Steinach-ი იმ გვარ ვარაიციებს უკეთებს რომ ამ ნაირად გადანერგულ და მიზრდილ ჯირკველს (და ამ დროს ცხოველი ხომ სრულებით ნორმალურია) ისევ გამოაცლის სრულებით—იღებს კასტრატს, თუ მას ხელახლა ვადუნერგეთ ჯირკველი ის კვლავ ნორმალური შეიქნება. ამ ნაირად ერთი ნაწილი ექსპერიმენტებისა, სადაც იყო საჭირო დამტკიცება ჯირკველის გავლენისა მთელ ორგანიზმზე, როგორც ფიზიკურ ისე ფსიქიურ ძალებზე ეს სრულებით დამტკიცდა ასეთ ცდების შემდგომ. ეხლა საჭირო იყო გამოკვლევა იმისა, თუ რომელი ნაწილი ჯირკველისა მოქმედებს ამნაირად? მიკროსკოპიულმა გამოკვლევამ დაანახვა, რომ ამ ნაირად გადანერგილი და მიზრდილი ჯირკველი სრულებით იცვლის თავის ფორმას: ნაცვლად მრავლად განვითარებულ სათესლე მილაკებისა და მათ შორის მცირეოდენი შემაერთებელი ქსოვილისა, მიღებული იყო შემცირება სათესლე მილაკების და ზედმეტად განვითარება შემაერთებელ ქსოვილისა. ამ ფაქტმა გამოაყენია Steinach-ის დასკვნა რომ აი სწორედ ამ შემაერთებელ ქსოვილს აქვს დიდი მნიშვნელობა, და მნიშვნელობა როგორც შინაგან სეკრეციის ჯირკველს და ამიტომ დაარქვა კიდევ Glandula pubertata ანუ „სასქესო სიმწიფის ჯირკველი“. ამ ნაირად უკვე ნათლად დგება ის საკითხი, რომ 1) სათესლე ჯირკველს აქვს ორგვარი თვისება: როგორც ექსკრეტორული ისე ინკრეტორული ე. ი. რომ ის არის ერთსა და იმავე დროს, როგორც გარეთა სეკრეციის ჯირკველი, აგრეთვე შიგნითა სეკრეციის ჯირკველიც; 2) რომ, როგორც ექსკრეტორულ ორგანოს მას აქვს განსაზღვრული დანიშნულება, როგორც ინკრეტორულს კი აქვს გავლენა მთელს ორგანიზმზე, 3) რომ ეს უკანასკნელი მისი თვისება არის დამყარებული სათესლე მილაკთა შუა მდებარე ქსოვილის განვითარებაზე და მისგან შემუშავებულ ჰორმონებზე, რომელნიც პირდაპირ გადადიან სისხლში. ამ ექსპერიმენტების დროს გამოირკვა კიდევ შემდეგი რამ: როდესაც Steinach-მა ასეთი გადანერგვა აწარმოვა ახალგაზდა მამობრივ სქესის ვირთავეებზე, მან შენიშნა, რომ ეს უკანასკნელები ამის შემდგომ იჩენდნენ არა ნორმალურ ზედმეტ სქესობრივ პოტენციას და libido-ს, იმდენად ზედმეტს რომ სრულებით არ შეიფერებოდა ბუნებრივ მოთხოვნას: მამლები ფარავდენ დედლებს არამც თუ დენის დროს არამედ უამისოდაც, რაც არ ხდება ნორმალურად. რას ამტკიცებდა ეს ფაქტი? ახალგაზდა, ნორმალურ ცხოველს გადაუნერგეთ სათესლე ჯირკველი სხვა ადგილას. თავის თავად ამ გვარ გადანერგვის შედეგად, ჩვენ ვხედავდით, რომ ხდება შინაგან შემაერთებელ ქსოვი-

ლის განვითარება—ე. ი. სეკრეციის ნაწილისა, მაშასადამე ნორმალურად განვითარებული ქსოვილი ჩვენ ხელოვნურად გავამრავლეთ და ამით გავამრავლეთ მისი ფუნქციებიც, რასაც ლოლიკურად უნდა გამოეწვია გადამეტებულ მისი ფუნქციების გამოხატვაც. ამ შემთხვევას უჭირავს დიდი ადგილი Steinach-ის ოპერაციის შექმნაში, მაგრამ ამაზე ქვემოთ. მინდა აღვნიშნო, რომ ყველა ზემოხსენებული ცდები იყო დაყენებული როგორც მამლებზე, ისე დედლებზე და სრულებით ანალოგიური შედეგები იყო მიღებული.

აქ უნდა აღვნიშნოთ, რომ ამ ცდების დროს Steinach-მა დაამტკიცა სქესობრივი სპეციფიური თვისება როგორც მამობრივ სქესის ჯირკვლისა ისე დედობრივის, არ არის მათი მოქმედება ერთი და იმავე, ე. ი. ჩვენ რომ დედალს გადაუნერგოთ მამლის სათესლე ჯირკველი და წინააღმდეგ, ჩვენ ერთ და იგივე მოვლენას არ მივიღებთ.

Steinach-მა ამისთვის დაიწყო გადანერგვა ერთი სქესისა მეორეზე და მიიღო ის შედეგები რომ გადანერგული მაგ. დედობრივ სქესის ჯირკველი მამობრივზე იძლეოდა ამ უკანასკნელის დედობრივ სქესის თვისებების განვითარებას, იგივე ხდებოდა იმ დროს როდესაც დედობრივ სქესის ცხოველს გადაუნერგავდა მამობრივ ჯირკველს. ამ გვარ მოვლენას უწოდებენ „ფემინოზაციას“ და „მასკულიზაციას“. პირადათ ჩვენ მოგვიხდა ქ. ვენაში შარშან, ნახვა ამ გვარ ცხოველების პროფ. Steinach-ის ლაბორატორიაში და მართლაც სამაგალითო პრეპარატებს წარმოადგენენ იგინი: მაგ. ზღვის მამალ გოჭს, რომელსაც ქონდა გადანერგული ზღვის დედალ გოჭის სათესლე ჯირკვლები სრულებით გადასხვაფერებული იყო: სიმსუქნე უფრო მეტი და უმთავრესად სარძევე ჯირკვლები იყო განვითარებული როგორც უკვე ყოვლად მომწიფებულ დედალ გოჭს და სხვა. ამ ნაირად, როდესაც Steinach-მა საესებით, ექსპერიმენტალურად დაამტკიცა ჯირკვლების ასეთი მოვლენა მთელ ორგანიზმზე და მეორეს მხრით აღმოაჩინა სათესლე ჯირკველში, ეხლა უკვე მისი სახელობის ჯირკველი შინაგანი სეკრეციისა, მან დაისვა პრაქტიკული საკითხი, შეიძლება თუ არა ხელოვნურად გამოვიწვიოთ ამ ჯირკველის ზედმეტი განვითარება და მაშასადამე მომატება მისი ვაჟლენისა შესუსტების, სიბერის დროს.

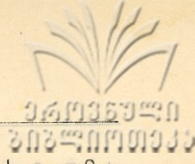
ცხადი იყო რომ ცხოველებზე ყველაზე ადვილი იქნებოდა ჯირკვლების გადანერგვა, მაგრამ, ვინაიდან მისი მისწრაფება ადამიანისაკენ იყო მიმართული, გადანერგვის შესაძლებლობა ძნელი ხდებოდა (ვინაიდან მატერიალის შონა ძნელია) და ამიტომ ის სინჯავს ექსპერიმენტალურად შემდეგს თავის აზრს; რომ ხელოვნურად შევამციროდ სათესლე ჯირკვლის ექსკრეტორული ფუნქცია, გამოიწვევს თუ არა ის ინკრეტორულ ჯირკველის ქსოვილების გადიდებას, გამრავლებას. იმიტომ ის მიმართავს შემდეგ ხერხს: იღებს სათესლე ჯირკველის გამომტან მილაკს vas deferens და გადასკვნის epididimis-ის ახლო ე. ი. მილაკის დასაწყისში. ამის შემდეგ მან მიიღო საცად ცხოველებზე კლინიკური სურათი ისეთივე როგორც გადანერგვის დროს. ვასინჯა რა ჰისტოლოგიურად ჯირკველი, მან იგივე სურათი მიიღო ე. ი. მილაკების შემცირება და მათ შორის შემავრთებელი ქსოვილების ზედმეტად განვითარება. ამიტომ მან გადაიტანა ეს ექსპერიმენტები მოხუცებულ ცხოველებზე და მიიღო შესანიშნავი სურათი გა-

ახალგაზრდავების: ცხოველების როგორც ფიზიკური ძალა ისე ფსიქიური სასტიკად იცვლებოდნენ და მოხუცებული ცხოველები სრულებით გაახალგაზრდადნენ. ვირთავებზე მან მიიღო ისეთი შედეგიც რომ „გახალგაზრდავებული“ ვირთავები სცოცხლობდნენ 1/3 მეტს, ვიდრე საშუალო ვირთავები სცოცხლობენ.

აი ამ ექსპერიმენტების მეოხებით დასაბუთებულ მეცნიერულ აზროვნებით შეიარაღებული Steinch's გადააქვს ეს პრაქტიკულად ადამიანებზე და მისი წინადადებით ე.ქ. ლიხტენშტერნი აკეთებს ამ ოპერაციას მამაკაცზე. მაგრამ ამ ოპერაციებს Steinach-მა ჩაუდგა საძირკველში ის, რომ ფსიქიურ გავლენას არ ქონებოდა ადგილი და მართლაც ავადმყოფებმა არც კი იცოდნენ რომ სხვა, მათთვის საჭირო ოპერაციის დროს, მათ გაკეთებული ქონდათ Steinach-ის ოპერაცია vasoligatura. შედეგები მიიღეს შესამჩნევი და მას შემდეგ სხვადასხვა ადგილას დაიწყეს ამ ოპერაციის კეთება მამაკაცებზე. 1923 წ. ქ. ბერლინში Smidt-მა გამოაქვეყნა თავისი 100 შემთხვევა. თვით Steinach-ის სიტყვით ამ ბოლო ხანამდე მას აქვს ცნობები 2.000 შემთხვევაზე და თითქმის მუდამ კარგი შედეგით. მხოლოდ დედაკაცების შესახებ პრაქტიკულად მეტად ძნელი იყო ასეთი ოპერაციის გაკეთება, რადგან ეს მუცლის ღრუსთან არის დაკავშირებული და ამიტომ Steinach-მა მიმართა სხვა საშვალებას: მან იცოდა რენტგენის სხივების მოქმედება სხეულზე იმ მხრით რომ „სიმწიფის ჯირკვლის“ განვითარება ხდებოდა და მიმართა ერთ ერთ რენტგენოლოგს Helzknecht-ს რომელმაც იქონია დაკვირვება რენტგენიზაციის შედეგების შემდეგ ქალებზე, რომლებსაც ის სწამლობდა შესახებ სხვადასხვა დაავადების სასქესო ორგანოებზე. შედეგიც, მართლაც, მიიღო შედარებით კარგი და ზოგიერთ შემთხვევებში ანალოგიური როგორც მამაკაცებზე Steinach-ის ოპერაციის შემდეგ; ე. ი. ფიზიკურ ძალის მომატება, სახეზე ნაოკების გასწორება, ფსიქიურათა ჯანსაღი სულიერი განწყობილება და სხვა.

რაც შეეხება თვით ოპერაციის ტენიკას ამ უკანასკნელ დროში Steinach-ი აკეთებს ამ გვარად: ადგილობრივი ანესტეზიის ქვეშ ის გაკვეთავს გასწვრივ Scrotum-ის კანს და კანქვეშა ქსოვილს და გამოჰყოფს ფრთხილად vas deferens, რათა არ დაზიანდეს ნერვები და სისხლის ძარღვები. ეპიდიდიმის კუდის ახლო ორ ლიგატურას დაადებს მას და ამოკვეთს მათ შორის 2-3 სანტ. წინააღმდეგ ჩვენებები ამ ოპერაციისა შეიძლება აღინიშნოს ახალგაზრდა იმპოტენტები, რომლებსათვის საშიშია ამ ოპერაციის გაკეთება, რათა არ გამოიწვიოს სხვადასხვა ფსიქიური აღზნება.

Воронов-ის მეთოდს ძირითადი საფუძველი იგივე აქვს როგორც Steinach-ისას შესახებ იმისა რომ სათესლე ჯირკველს იგივე საერთო გავლენა აქვს მთელ ორგანიზმზე. რომ ის მოქმედობს როგორც აქტივატორი, რომლის ფუნქციის მომატება იწვევს გაღვიძებას და მოქმედებაში მოყვანას მთელი სხეულის დანარჩენ შიგნითა სეკრეციის ორგანიზმისა. მხოლოდ Воронов-ის ჰისტოლოგიური გამოკვლევები, რომლებსაც იგი აწარმოებდა საფრანგეთის ცნობილ ჰისტოლოგის Retterer-ის დახმარებით, ვერ აღნიშნავენ იმავე ცვლილებებს ჯირკველში (მილაკების ღ ლეილივის სხეულებში, როგორც Steinach-ი, გარდა ამისა Воронов-ი მთელ თავის ექსპერიმენტებს და ადამიანებზე ოპე-



რაციებს აწარმოებს ჯირკვლების გადანერგის სახით. ადამიანებზე მას გადმო-
აქვს სათესლე ჯირკვლები—ანტროპოიდურ მაიმუნებიდან ე. ი. ისეთ მაიმუნე-
ბიდგან, რომლებიც თავის სისხლის შემადგენლობით უდრიან ადამიანის სისხლს.
ამათ რიცხვს ეკუთვნის შიმპანზე, ორანგუტანგი, გორილა და პავიანი.

14 იანვარს 1924 წ. ექ. Borhox'მა ქ. პარიზში სამეცნიერო საზოგა-
დობაში გამოაქვეყნა 60 შემთხვევა (მათ შორის ერთი ქალზე) ადამიანებზე მაი-
მუნებისაგან სათესლე ჯირკვლების გადანერგვისა. ამ რიცხვიდან 43 მას უკვე
აღწერილი აქვს თავის წიგნში. შედეგები მისი საერთოდ ასეთია რომ მას მიუ-
ღია 85% საერთოდ გაჯანსაღება, გაახალგაზდავება ორგანიზმისა და 65%
სექსუალურ პოტენციის აღდგენაც. ეს პროცენტი უნდა ჩაითვალოს უფრო და-
ბლად ვიდრე ნამდვილი შედეგები იძლევიან რადგან, თვით ავტორის ახსნით
მას დაუშვია ის შეცდომა, რომ რამოდენიმე შემთხვევაში გადაუნერგავს სათე-
სლე ჯირკვლები მეტად ახალგაზრდა მაიმუნებისაგან, რასაც უარყოფითი მნი-
შენელობა აქვს. ტეხნიკურად იგი უკეთებს ამ ოპერაციას შემდეგ ნაირათ: ამო-
კვეთილ ორ სათესლე ჯირკველს გაყოფს 6 ნაწილად და გადააქვს თვით ჯირ-
კველებზე. 3 საჯერს აკერებს თითო ჯირკველს ადამიანისას ან თვით tunica
vag. propria'ზე ან კიდევ tun. vag. communis'ზე ე. ი. ინტრავაგინალურათ ან
ექსტრავაგინალურათ. ორ შემთხვევაში აკეთებს სკარიფიკაციას გადასანერგ
ადგილისას. როგორც ჩვენ ვხედავთ Borhox'ის ტეხნიკა დამყარებულია იმაზე
რომ ის გადანერგავს ჯირკველს ისეთ ადგილას, სადაც მას ნორმალურად ადგი-
ლი აქვს, და ამ შემთხვევაში მის მეთოდს უნდა მიეცეს უპირატესობა Stei-
nachs'ის მეთოდთან, რომელსაც გადააქვს გადასანერგი მასალა კუნთებს კან ქვეშ,
პერიტონეუმზე და სხვა. ე. ი. უფრო არა ჩვეულ ადგილას. ამა წლის მისის
ბოლოს ცნობებით Borhox'მა უკვე 9 შემთხვევაში გადანერგა ჯირკვლები ქა-
ლებზე მაიმუნებიდან; ასეთს გადანერგვას იგი ახდენს სასქესო დიდ ტუჩებში.

საერთო მიღებული შედეგები ორივე ავტორების ოპერაციებისა გამოიხა-
ტება ამ ნაირათ: მთელი ორგანიზმის გაახალგაზდავება—გაჯანსაღება, ფიზიკურ
ძალის მომატება და წონის, ძალის მომატება, სულიერი განწყობილების კარგი
მდგომარეობა დაკარგულ მესხიერების აღდგენა, არტერიოსკლეროზის მოსპობა
და შემცირება შესამჩნევად, გარეგნულათ: კანის ელასტიობის აღდგენა, პირი
სახის გამომეტყველების შეცვლა აქტივობისაკენ, ხანდისხან თმის ნაწილზე
თმის მომატებული ამოსვლა, პირი სახის შემცირება ნაკეცების შემცირება, მო-
სპობა, სექსუალურ პოტენციის აღდგენა. ამ უკანასკნელის აღდგენაში ზოგი-
ერთები სთვლიან თითქმის უმოავრეს დანიშნულებას და ნიშანს ამ ოპერაციე-
ბისა, მაგრამ ეს კათეგორიულად უნდა იყვეს ჩათვლილი როგორც ვიწრო რე-
კლამური საშუალება და უკუგდებული. ჩვენ პირადად ვიყავით მოწმე პროფ. Stei-
nachs'ის სასტიკ აღლევებისა და გულის წყრომისა მიმართული იმ პირთა საწი-
ნაღმდეგო ვისაც სურს დაამყაროს ამ მხარეებზე ეს დიდი შენაძენი თანამე-
დროვე მეცნიერებისა. მართლაც კაცობრიობისათვის ეს მხარე მარტო, არ წარ-
მოადგენს სანეტარელ მისწრაფებას და თუ, როგორც ჩვენ აღვნიშნეთ მას აღ-
გილი მაინც აქვს, ეს არის ზედმეტი დამამტკიცებელი მთელი სხეულის გაჯანსა-

ლებისა და როგორც შედეგი სათესლე ჯირკვლის მთელ ორგანიზმზე გავლენისა და არა მარტო სასქესო ორგანოებზე.

ძნელია მოკლე წერილში ყოველ მხრით გაშუქება ამ დიდ საკითხისა, მაგრამ აქავე უნდა აღინიშნოს რომ აქამდე არსებობის მხოლოდ ერთი შემთხვევა Mendel-ისა როდესაც Steinach-ის ოპერაციის შემდეგ რამოდენიმე თვისა ავადმყოფი დაიღუპა ფსიქიურ აშლილობის ნიშნებით. მაგრამ აქავე უნდა აღინიშნოს რომ ამ შემთხვევაში სრულებით არ არის დამტკიცებული ის რომ მართლაც Steinach-ის ოპერაციას ქონდა ამაზე გავლენა. ამ ნაირად ჩვენ შეგვიძლიან ზემოხსენებულიდან შემდეგი საერთო ხასიათის დასკვნა გამოვიყვანოთ.

I Steinach—Borhob-ის ექსპერიმენტალური ცდები ამტკიცებენ იმას რომ სათესლე ჯირკვლებს აქვთ გავლენა მთელ სხეულზე და ამ მხრით მეტი მოქმედება ხასიათდება ადამიანის ენერჯის, ჯანსაღობის და სულიერ სიმტკიცეში გამოიხატება.

II ადამიანებზე, ამ მიზნისათვის ოპერაციები, ზემოხსენებულ ავტორებისა კეთდება და კარგი შედეგებით. ხოლო ხანგრძლივობა ამ შედეგების ჯერჯერობით არ არის შესწავლილი.

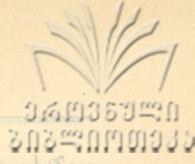
III უარყოფითი შედეგები თვით ოპერაციისა არ უნდა არსებობდეს გამოცთილ და მკოდნე ხელში.

IV Steinach-ის vasectomy-ის შემდეგ, ორივე მხრით შთამომავლობის გაგრძელება შეუძლებელია.

V წინააღმდეგ ჩვენებათ უნდა ჩაითვალოს ახალგაზდა იმპოტენტები და აგრეთვე ნერვული და ფსიქიური დაავადებანი.

VI ორივე მეცნიერის მიერ წამოყენებული საკითხები უნდა ჩაითვალოს მორიგ საკითხებად კაცობრიობისათვის და ამიტომ საჭიროა გაგრძელება ამ დაკვირვებისა, როგორც ექსპერიმენტის სახით, ისე კლინიკურად.

VII დღეს დღეობით ადამიანებზე ამ ოპერაციების გაკეთება უნდა ხდებოდეს შესაფერ მეცნიერულ—კლინიკურ პირობებში და განყოფილებაში და ყოველი დაკვირვება სამეცნიერო ლიტერატურაში უნდა იქნეს გამოქვეყნებული.



რეფერენსები...
 აქვს სათესლე ჯირკვლიანი...
 მგნებრნივესი დროს...
 აქვს სათესლე ჯირკვლიანი...
 მგნებრნივესი დროს...
 აქვს სათესლე ჯირკვლიანი...
 მგნებრნივესი დროს...

რ ე ზ ე რ ა ს ტ ე ბ ი.

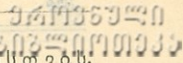
1. შინაგანი სნეულებანი.

Widal, Abrami, Weill et Laudat. დისსოციური მოქმედება ინსულინისა გლიკოზურიაზე და აცეტონურიაზე. (Pr. Med. 1924 № 24).
 დიაბეტის დროს, ინსულინი, შრავალ სხვადასხვა ავტორთა დაკვირვებით კარგად მოქმედობს არა მარტო ჰიპერგლიკემიაზე და გლიკოზურიაზე, არამედ აგრეთვე აცეტონის გამოყოფაზე, რომლის რაოდენობა შარდში ჩვეულებრივ მცირდება, შაქრის რაოდენობის შემცირებასთან ერთად. ეს აიხსნება იმით, რომ ინსულინოთერაპიის დროს ნახშირ-წყლების მოხმარება ხდება უფრო კარგად, მაგრამ ასეთი ახსნა ავტორთა აზრით ყველა შემთხვევაში არ არის დამაკმაყოფილებელი და საფიქრებელია, რომ ინსულინს აქვს პირდაპირი ელექტიური გავლენა აცეტონის გამომუშავებაზე. ავტორებს ჰქონდათ შემთხვევები, როდესაც ინსულინის ზეგავლენით აცეტონის და შაქრის რაოდენობა შარდში კლებულობდა არა თანაბრივად და მაშინ როდესაც აცეტონის რაოდენობა ძალიან კლებულობდა, შაქრის რაოდენობა ან უცვლელი იყო ან მცირედ იცვლებოდა. მხოლოდ დიდი დოზები აქვეითებდნენ შაქრის რაოდენობას უფრო სწრაფად მატულობდა ვიდრე შაქრისა, ასეთ დაკვირვების მიხედვით ავტორები გამოსთქვამენ იმ აზრს, რომ აცეტონის შემცირება შარდში ინსულინოთერაპიის დროს დამოკიდებულია ნახშირწყლების, ცხიმის და ცილის უტილიზაციის გაუმჯობესებაზე, მაგრამ აქ როლს უნდა თამაშობდეს აგრეთვე პირდაპირი ელექტიური მოქმედება ინსულინისა სნეულში აცეტონის წარმოშობაზე.

ი. პარმა.

M. Labbé. ინსულინის შედარებითი მოქმედება გლიკოზურიაზე და აციდოზზე (Pr. Méd. 1924 № 32).—ავტორი არ ეთანხმება იმ აზრს, რომ დიაბეტის დროს, გლიკოზურეგულაციის ნაკლოვანობას უჭირავს უპირველესი ადგილი ცხიმის, ცილას და ნახშირ-წყლების მეტაბოლიზმის მოშლის პათოგენეზში და ფიქრობს, რომ მიძიმე დიაბეტის დროს არსებობს მოშლა სამივე მეტაბოლიზმისა. მისი აზრით ამ სამ ნივთიერებათა მეტაბოლიზმის მოშლა არ არის დამოკიდებული ერთი მეორეზე, არამედ სამივე არიან გამოწვეული კუჭქვეშა ჯირკვლის ინკრეტორული ფუნქციის ნაკლოვანობით. აგრეთვე აციდონის პათოგენეზიც არ არის დამოკიდებული ცხიმის, ცილას და ნახშირ-წყალთა მეტაბოლიზმის მოშლათა ურთიერთ დამოკიდებულებაზე. Widal-ის და მის თანაშრომელთა დაკვირვებებში ინსულინის დისსოციურ გავლენაზე აციდოზზე და გლიკოზურიაზე ავტორი ხედავს ერთ-ერთ არგუმენტს მის მიერ წამოყენებული დიაბეტური აციდოზის პათოგენეზის თეორიისა, რომლის მიხედვითაც ნახშირ-წყლებს არა აქვთ ის უდიდესი მნიშვნელობა აცეტონის მეტაბოლიზმში, როგორც ამას ფიქრობს კლასიური თეორია, რაც შეეხება თვით ინსულინის გავლენას იგი სავესებით არ ეთანხმება Widal-ს და მის თანაშრომელთ და აღნიშნავს, რომ ინსულინის მცირე დოზებიც კი მოქმედობენ გლიკოზურიაზე, მაგრამ ხშირად ეს ეფექტი დაგვიანებითია, თითქო ორგანიზმში ინსულინის კუმულაცია ხდებოდა.

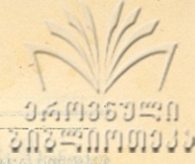
ი. პარმა.



В. М. Коган, დიაბეტის ინსულინით წამლობის საკითხის შესახებ, (ჟურნალი „Врачеб. дело“ № 8—9—1924 წ.) ავტორი აღწერს 20 შემთხვევას დიაბეტისას, რომელიც უწამლოა ავტორის მიერ მომზადებულ ინსულინის პრეპარატებით სერ. „А“ და „D“. ყველა ავადმყოფს ანამნეზში აღნიშნული აქვს რომელიმე ფიზიკური ან ფსიქიური ტრავმა, ან და შარდმავა პოდაგრული დიათეზი და სიმსუქნე. ყველა შემთხვევებში აღნიშნულია ჰიპერგლიკემია (სისხლი იკვლევოდა Вангის ახალი მიკრომეთოდით), აცეტონი და ზოგიერთში კი—აცეტონძმრის მუკვა. ავადმყოფებს თავიდანვე ეძლეოდათ 5—8 დღის განმავლობაში Grafe-ს ნახევრად სასიმძილო დიეტა, და თუ აცეტონი და შაქარი შარდში არ ქრებოდა ერთი დღის განმავლობაში ეძლეოდათ Donkin-ის დიეტა, რის შემდეგაც, თუ კიდე შარდის მხრივ მოვლენები ემჩნეოდა, ენიშნებოდა ინსულინით წამლობა, წინააღმდეგ შემთხვევაში ავადმყოფობა ითვლებოდა ადვილად და ინსულინოთერაპიას არ აწარმოებდა. ინსულინით ავადმყოფებს უკეთდებოდა კანქვეშ 15—30 წუთით ჭამის წინ—10—20 კბ. სან. (მთელი კურსი ითვლებოდა 200 კბ. სან.). გასაფრთხილებელია ინსულინით წამლობის დროს ჰიპოგლიკემია, რომელიც გამოიხატება სიმძილის გრძობაში, ნაუცბადევი სისუსტეში, ნერვიანობაში და ტანის ყრუაღში—გუგუბის გაგანიერებაში, სიწითლე—ან ანემიაში და ბავშვებისთვის გულის აჩქარებულ ცემაში.—ამ მოვლენათა თერაპია გამოიხატება ერთი კოვზის მურაბის ან და შაქრის სიროპს ლიმონის წვენიტ მიცემაში; თუ ავადმყოფი გრძობას კარგავს, საჭიროა ვენაში 20,0—30,0 15% სტერილურ გლუკოზას შეშხაუნება; ჰიპოგლიკემის სიმპტომთა გავლის შემდგომ ინსულინოთერაპია უნდა გაგრძელდებულ იქნეს, მხოლოდ უფრო მცირე დოზით, შემდეგ ავტორი თავის შემთხვევებს დაჰყოფს ოთხ ჯგუფად.—თერაპიის შედეგების მიხედვით და დასკვნით;—რომ დიაბეტის დროს ინსულინის მოქმედება ინდივიდუალურია იმდენად, რამდენადაც ინდივიდუალურად მიმდინარეობს თვით დაავადება და დეტერტორი წამლობა დიაბეტისისა; რომ ექსპერიმენტალური ძიებისათვის ინსულინის მოქმედებას ჯერ კიდე უფრო დიდი მნიშვნელობა აქვს ვიდრე წამლობისათვის; მაგრამ ყოველივე ამისდა მიუხედავად ინსულინი შეიძლება ჩაითვალოს ავტორის აზრით, კარგ დამხმარე თერაპიულ საშუალებათ—იმ პირობით, თუ დაცული იქნება წინასწარ ნახევრად სასიმძილო დიეტა, წამლობის დროს შემცირებული, და წამლობის შემდეგ ის დიეტა, რომელის ატანა ავადმყოფს შეუძლია. ასეთი დიეტა უნდა გაგრძელდეს წამლობის შემდეგ 4 თვემდე; დაბოლოს—დიაბეტურ კომის წამლობისათვის მცირე დოზები ინსულინისა, გავლენას არ ახდენენ.

Courtois—Suffit, Fr. Bourgeois et R. Garcin (Pr. Méd. 1924. № 29)

მუცლის ტიფის 328 შემთხვევის შესწავლა. ეთიოლოგიური, კლინიკური, ბაქტერიოლოგიური და პროფილაქტიური შენიშვნები.—ავტორებმა შესწავლეს 4 წლის განმავლობაში 328 შემთხვევა ტიფისა და იძლევიან ზოგიერთ ახალ მასალებს ამ სენის შესახებ. მათი აზრით უკანასკნელ წლებში ტიფმა განიცადა ზოგიერთი ცვლილებანი, როგორც თავისი ეთიოლოგიის ისე ნიშნების და მსვლელობის მხრივ, რაც უნდა მიეწეროს მიღებულ ჰიგიენურ და პროფილაქტიურ ზომებს. იგინი ერთხელ კიდევ აღნიშნავენ იშვიათობას და კეთილთვისებიანობას ტიფისა ვაკცინურ პირთა შორის და პირიქით სინშირეს და სიმძიმეს არა ვაკცინურთა შორის.—ეთიოლოგია. ნათელი შემთხვევები წყლით ინფექციისა ავტორებს არა ჰქონიათ. არა ჰქონიათ აგრეთვე მათ შემთხვევები რძით ინფექციისა. პირიქით მათ მოჰყავთ შემთხვევები რამდენიმე პირის ავად გახდენისა ე. წ. „les gâteaux à la crème“ მიღების შემდეგ. ხშირად სენის მიზეზად ყოფილა „les huitres“ (устрицы), რომელნიც ალბათ ყოფილან დასველებული ინფექციური წყლით. უნახავთ აგრეთვე პირდაპირი ინფექცია მემღლელებისა.—კლინიკა. ექვს გარეშეა ტიფის სახის სხვადასხვაობა ვაკცინურ და არა ვაკცინურ პირთა შორის. მუცლის ტიფის და პარატიფის კლინიკური გარჩევა შეუძლებელია ჩვეულებრივი დასაწყისი: ნელი, პროგრესიული, თავისტიკილით, თავბრუს ხვევით, უძილობით და t° პროგრესიული ზრდით. Устрицებით გამოწვეული ფორმის დროს დასაწყისი კუჭნაწალაური სიმპტომებით. ფალარათი საერთოდ იშვიათი. ხშირია სიყაბუე. ცხვირიდან სისხლის დენა, რეკონვალესცენციის დროსაც-კი, ხშირია. ხშირია როზეოლა და stad. acme-ს დროს gur-



ana, 7—Mal. tropika), 8 მისცა სიცხე, 3 ჰქონდა სიცხე შესხაპუნების წინ. ავტორი შემდეგ დასკვნებამდე მიდის:

I. ადრენალინის შესხაპუნებამ გამოიწვია უმეტეს შემთხვევებში ფარული მალარიის გამოვლენება პლანზმოდოუმების სისხლში აღმოჩენით და ზოგჯერ კლინიკურად (სიცხის აწვევა). მაშასადამე ეს საშუალება არ არის მოკლებული ღირსებას და მნიშვნელობას როგორც საპროფილაქსიო მეთოდი.

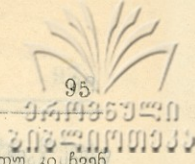
II. იმ შემთხვევაში როდესაც დამტკიცდა მალარიის არსებობა და მისგან ელენთის გადიდების დამოკიდებულობა, ადრენალინის შესხაპუნება არკვევს იმას თუ რამდენად აქვს ელენთას შეკუმშვის უნარი, resp.: რამდენად ის სკლეროზიულად გადაგვარებულია.

გ. კვეზერელი-კოპაძისა და პ. ნანეიშვილი. ტუბერკულოზის გავრცელება სკოლაში Pirquet-ს რეაქციის მიხედვით. (აუტორეფერატი). რადგან tbc-ური ინფექციის შეტრა ადამიანის ორგანიზმში, უმთავრესად ბავშობისას ხდება, ამ მხრით განსაკუთრებული ყურადღებით უნდა გამოვლენული იყოს სწორედ ბავშვის ასაკი. ვინაიდან მთელი რიგი ავტორებისა ცნობს Pirquet-ს რეაქციას საკმარისად საიმედო საშუალებათ იმის გამოსარკვევად, ქონდა ამა თუ იმ ორგანიზმში tbc-ურ ინფექციას როდისმე ადგილი თუ არა, ავტორები შეუდგნენ ამ საკითხის გამოვლენას სკოლებში ამ რეაქციის საშუალებით. მათ რეაქცია გაუკეთეს სულ 522 ბავშვს 5-ან 15 წლამდე მე-IV და მე-XIX ქართულ შრომის სკოლებში. მათ შორის 224 ვაჟი იყო და 278 ქალი. დადებითი შედეგები მიიღეს: 5 წლ.—0% (სულ იყო 4 ბავშვი აცრილი), 6 წლ.—55,3%, 7 წლ.—40,9%, 8 წლ.—37,5%, 9 წლ.—59,4%, 10 წლ.—63,2%, 11 წლ.—48,6%, 12 წლ.—60,7%, 13 წლ.—49,3%, 14 წლ.—69,8%, 15 წლ.—61,9%. ავტორები შემდეგ დასკვნებს აკეთებენ:

- 1) მე-XIX და მე-IV შრომის სკოლებში საშუალო % tbc-ური ინფექციით დაავადებულებისა უდრის 54%-ს;
 - 2) სქესს არა აქვს გავლენა tbc-ური ინფექციის განაწილებაზე ბავშვთა შორის;
 - 3) tbc-ური ინფექცია უმთავრეს შემთხვევებში ბინიდან მოტანილია და არა სკოლაში შეძენილი (უკვე 6 წლ.-ები იძლევიან 55,3% დადებითი Pirquet-სა);
 - 4) სკოლა მოვალეა აწარმოვოს ენერგული ანტიტუბერკულოზური ბრძოლა, რომ ააცილოს თავის მოწაფეებს ჩვეულებრივი მომეტებული სიკვდილიანობა tbc-ან სკოლიდან გამოსვლის შემდეგ.
 - 5) ამ ბრძოლის უფრო მიზანშეწონილად წარმოებისათვის სკოლის ექიმმა უნდა შემოიღოს სისტემატიური ხმარება Pirquet-ს რეაქციისა თავის პრაქტიკაში.
6. Pirquet-ს რეაქცია უნდა კეთდებოდეს 100% ძველი ტუბერკულინით Koch-ისა.

3. ქირურგიული სნეულებანი.

M. Roch (de Genève). La prophylaxie de goitre endémique par l'iode—état de la question en Suisse. (La presse médicale № 36. 3. v. 1924) Paris. შვეიცარიაში, 1911—1915 წლებში ესეც არა სრული მრირცხელობითი ცნობების მიხედვით გაკეთებულა 21.293 ჩიყვის ოპერაცია. რაც არ გაკეთებულა ის სხვა. ჩიყვიანთა ასეთი სიმრავლე Hunziker-ის აზრით გამოწვეულია მით რომ შვეიცარიაში როგორც წყალში, იე ჰაერშიც და ყოველდღიურ საკვებ მასალაში ნაკლებად არის იოდის ან და სრულიადაც არ არის. სწორედ ეს არის მიზეზი რომ შვეიცარიაში ყოველ 100 დაბადებულზე 70-ს უკვე გადიდებული ფარისებრი ჯირკველი აქვთ ხოლმე (თანდაყოლილი ჩიყვი), მხოლოდ ჯარში გასაწვევ ახალგაზრდათა 20% სამხედრო სამსახურისათვის უფარვისია ჩიყვების გამო. იოდის ნაკლებობა ჰაერში, წყალში და საკვებ მასალაში ჩიყვიან ადგილებში ცხადია მოქმედობს ადამიანის სხეულზე და იოდის ნაკლებობა სისხლში ფარისებრ ჯირკვლის გადიდებას იწვევს. მოსაზრებანი ამ საკითხის ირგვლივ შემდეგში გამოიხატება:



1) ფარისებრ ჯირკველში სხვა ორგანოებთან შედარებით იოლი მეტია და თუ კი ჩვენ ამ მხრივ მივმართავთ ჩიყვიან ავადმყოფს, მის ჩიყვის ტოლფარდობის მიხედვით იოლი იმდენად ნაკლებია ფარისებრ ჯირკველში, რაც უფრო დიდია ჩიყვი.

2) წამალში, რომელიც იმზარება ჩიყვის წინააღმდეგ აუცილებლად უნდა ვრიოს იოლი.

3) უკვე მეთორმეტე (XII) საუკუნეში თვით ხალხი ხმარობდა ისეთ ნივთიერებას (ზღვის ბალახეულობა, ღრუბელი), რომელშიც იოლი შედიოდა.

4) ზღვის ნაპირებზე მცხოვრებლებზე ჩიყვი არა აქვთ, რაც აიხსნება იმით, რომ საერთოდ ზღვის მიდამოებში ჰაერი საკმარისადაა იოლით გაჯენილი და ჩიყვიანები მისიდან გადმოსულნი ზღვის პირად, თანდათანობით კარგავენ ჩიყვს, თავისუფლებიან მისგან სრულიად.

5) ჰაერში იოლი ზევით უფრო ნაკლებია, ვიდრე ქვემოთ. ამას ამტკიცებს წვიმის წყალის გასინჯვა, იოლი ძლიერ ცოტაა აგრეთვე ყინვარებიდან გამომავალ წყლებში.

6) ცდები ჩიყვიან პირუტყვებზე და ადამიანებზე საერთოდ იოლის გავლენას ადასტურებენ. აღსანიშნავია ამერიკელ მეცნიერთა ცდები პირუტყვებზე, რომელთაც ძლიერ დაჩიყვიანების გამო აძლევდნენ იოლით ათვისებულ მარილს, რის შედეგადაც ისინი იკურნებოდნენ.

შვეიცარიაში მიღებული მარილი სრულიად უიოლოა. იოლი ნაკლებადაა აგრედვე წყალში და საკვებ მასალაშიც. და იქ, სადაც ოდნავ მაინც ურევია იოლი, ჩიყვიანთა რიცხვიც უფრო ნაკლებია. გამოკვლევათა მიხედვით შვეიცარიის ორ კანტონში (Chaux-de-fonds და Signau) საკვებ მასალაში იოდის რაოდენობა უდრიდა პირველში 31.2-ს, მეორე კანტონში კი 13.0. ჩიყვიანები მეტია იმ კანტონში, სადაც საკვებ მასალაში იოლი ნაკლები აღმოჩნდა. ამ გამოკვლევათა მიხედვით ისარგებლა E g e n b e r g e რ ი მ ა, რომელმაც აწარმოვა დაკვირვება 40 ორსულ ქალზე და ამ მხრივ ფრად მნიშვნელოვანი შედეგები მიიღო: ამ ორმოც ორსულ ქალს საქმლის მიცემა ორ გვარად უწარმოა. ოც ქალს აძლევდა საქმელს, რომელშიც მიცემული მარილი იოლით იყო შერეული, რამაც შედეგად მისცა ის რომ ყველა ამ ოც ორსულ ქალების ფარისებრი ჯირკველი მთელ ორსულობის ხანაში არ გადიდებულა და მათი ბავშვების ფარისებრი ჯირკველი ნორმალური აღმოჩნდა; რაც შეეხება მეორე ოც ქალს, რომელთაც აძლევდა ისეთ საქმელს, სადაც შერეულ მარილში იოლი არ იყო, უკვე ორსულობის ხანაშივე ყველა მათ აღნიშნულ ბავშვებს დაჰყვით აგრედვე გადიდებული ფარისებრი ჯირკველი, მხოლოდ მათ ახლად დაბადებულ ბავშვებს დაჰყვით აგრედვე გადიდებული ფარისებრი ჯირკველი—თანდაყოლილი ჩიყვი. იოლი იმზარება მრავალ ნაირად: ფხვნილად, ხსნარში, ტაბლეტკებათ და სხვა. შვეიცარიაში როგორც პროფილაქტიურ საშუალებას აძლევდნენ იოდს შაქრის ტაბლეტკების სახით ერთ მილიგრამს. ამერიკელები კი დიდ დოზას აძლევდნენ: 0.20; ფრანგები კი ასჯერ ნაკლებ დოზას, ვიდრე ამერიკელები, წელიწადში 0.04. დოზა კი დამოკიდებული უნდა იყოს იმაზე, თუ რამდენი აკლდება ავადმყოფს საერთოდ კვების დროს. წესიერი დოზა კი ერთ მილიგრამში გამოიხატება. შვეიცარიაში ქარხნები უშვებენ უკვე საგანგებო შოკოლადს, რომელშიც იოლია შერეული.

ამ რიგად პრაქტიკულად ჩიყვითა საწინააღმდეგო ბრძოლა გამოიხატება ხალხის იოლიზაციაში, რაც მარილში იოდის ჩარევით ტარდება.

5. ოროლოესკი, ი. ასლანიშვილი.

2. პ რ ო ფ. ი. ჯ ა ნ ე ლ ი ძ ე. Новый способ вправления вывиха плеча. (Вестник Хирургии и пограничных областей. Т. I. книга 3. Ленинград, 1922.) პ რ ო ფ. ჯ ა ნ ე ლ ი ძ ე, რომელიც განაგებს ლენინგრადის სამკურნალო ინსტიტუტის პროპედევტიულ ქირურგიულ კლინიკას, გვიშლის მხარის სახსრის ამოვარდნილობის ჩაყენების თავის ახალ წესს, რომელიც შემდეგში გამოიხატება: ავადმყოფი უნდა დააწვინოთ გვერდზე ამოვარდნილ მხარზე, მაგალითად მარცხენა მხარის ამოვარდნილობისას მარცხენა მხარზე, მარჯვენა მხარის ამოვარდნილობისას კი მარჯვენაზე, იმდგვარ რომ ხელი მაგიდის კიდეზე ჩამოეშვას.

ამასთანავე აუცილებელი ყურადღება უნდა მიექცეს, რათა მაგიდის კიდეზე მივიდეს ის ადგილი, სადაც m. pectoralis majoris et latissimi dorsalis კიდეები მხარს უახლოვდებიან ერთ და იმავე დროს ავადმყოფი მიიწვია მაგიდის იმ მხარეს, სადაც დოსტაქარი დგას, რაც მოქმედების უფრო კარგ საშუალებას იძლევა ავადმყოფის თავი შემწვს უკავია და მისი შველა მხოლოდ ამაში გამოიხატება. ასეთ ქვემოთ დაშვებულ მდგომარეობაში ხელი რჩება ერთ ან ორ



წამის განმავლობაში, იმ დრომდე, რაც საკმარისია იმისათვის რომ მოიქანცოს და მოდუნდეს კუნთები, უმთავრესად *m. deltoideus, subscapularis, supra-et infraspinatus*.

ავადმყოფის ხელი ამდგვარ მდგომარეობაში მისი სხეული ფარდებით სწორ კუთხეზე იმყოფება. ორი, სამ წამის გავლის შემდეგ დოსტაქარი ავადმყოფის სახის მხრივ დგება, ღუნავს მის ხელს იდაყვის სახსარში, რათა ორთავიანი კუნთი მოადუნოს. ამოვარდნილთან ერთ და იმავე ხელით დოსტაქარი თავის ხელს ამავრებს ავადმყოფის წინა მხარის წინა ზედაპირზე, თითქმის თვის იდაყვის ღუნთან, მეორე ხელით ავადმყოფის ხელს მტევნის სახსარში კიდებს.

და იმაგრებს რა ამგვარად ხელს, დოსტაქარი პირდაპირ ქვევითკენ აწევება, მასთანვე ხელსაყრელია ამ დაწევას მიემატოს როტაციული მოძრაობა გარეთ და შემდეგ შიგნით, რაც შესამჩნევად გააადვილებს ჩაგარდნას.

ავადმყოფის ასეთ მდგომარეობაში ბეჭის გარეთა კიდე მიკრულია მაგიდის მაგარ კიდეზე და ქვევით დაწვეა არ შეუძლია. ამას გარდა ბეჭის ამგვარ მდგომარეობისას მის ზევითა ბოლო და *processus acromial*. ლავიწითა და მის იოვებით ემაგრებიან გვერდითი მიმართულებით უძრავ გულის ფიცარს. ამრიგად მარტო ავადმყოფის მდგომარეობა გვერდზე ბეჭისათვის საგანგებოთ მედგარ ვამაგრებას ქმნის. თუ კი ამასთანავე ავადმყოფს ზურგიით ოდნავ მაგიდისაკენ გადავლუნავთ, ე. ი. ისე, რომ ავადმყოფის ჯანსაღი ხელი არაპირდაპირ ზემოთ იყურებოდეს, არამედ ცოტათი უკან, მაშინ ბეჭი უფრო სიმაგრეს იღებს, ვინაიდან ვამაგრება ბეჭის არა მარტო მახვილ კუნთზე ხდება, არამედ აგრეთვე მის უკანა ზედაპირზეც.

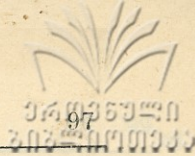
პ რ ო ფ. ჯ ა ნ ე ლ ი ძ ე ჩაყენებას ჩვეულებრივ მაგიდებზე აკეთებს. მასთანვე ამ ჩაყენების სისწრაფემ და სიაღვილემ გადააქარბა თურმე ყველაფერს, რაც მას უნახავს ამოვარდნილობათა სრავალრიცხოვან ჩაყენებისას *Kocher's* და *Mother's* გზაწესების დროს. სისწრაფე—სიაღვილესთან აღინიშნება. ამ რიგად სანამ შეუდგებოდეთ მხარის სახსრის ამოვარდაილობის ჩაყენებას, უნდა დაცული იქნეს შემდეგი:

- 1) ავადმყოფს კანს ქვეშე მორტიუმი უნდა შეუშნაპუნდეს.
- 2) ავადმყოფი უნდა მოთავსდეს გვერდზე ამოვარდნილ მხარეთი და ამ მდგომარეობაში 2—3 წამი დაჰყოს.
- 3) ავადმყოფის მოთავსებისას მისი თავი უნდა დაიკავოს შემწვემ რომლისაგან არ მოითხოვება არავითარი ცოდნა, არც ფიზიკური ძალა, ვინაიდან მისი დახმარება მხოლოდ თავის დაკერაში გამოიხატება.
- 4) დოსტაქარი ზემოთ აწერილის მიხედვით ათავსებს ხელებს და სწვეს პირდაპირ ქვევითკენ იდაყვის სახსარში მოდუნულ მხარს, მასთანვე ის აკეთებს როტაციულ მოძრაობას შიგნით და გარეთ.

ი. ასლანიშვილი.

4. თვალის სნეულებანი.

Dr. Constantin—პილოკარპინი, ეზერინი, ადრენალინი გლავკომის დროს. (*Archives d'ophtalmologie* № 4 1924 წ. p. 229—231). პილოკარპინის მოქმედება განსხვავდება ეზერინისაგან იმით რომ 1) პილოკარპინი აღიზიანებს როგორც თვალის მამოძრავებელი ძარლის ძაფებს აგრეთვე შემაჩერებელ ძაფებს კისრის სიმპატიური ნერვისას. ამგვარად პილოკარპინი ერთ მხრივ ავიწროებს გულას და ამით 1) ანთავისუფლებს რქოვანი გარსის და თვალის სარტყლის (ირის) შორის მყოფ კუნთებს, რითაც ადვილდება სითხის გასვლა თვალის კაკლიდან და 2) ადიდებს თვალის სარტყლის (ირის) ზედაპირს, რომელიც, მაშასადამე, შესძლებს მეტი სითხე შეწოვოს. ეს მოქმედება გლავკომის დროს სასარგებლოა. მეორე მხრით კისრის სიმპატიური ნერვის ძაფების გაღიზიანების შემწეობით პილოკარპინი აფართოვებს სისხლძარღვებს, აძლიერებს ცილიარი ჯირკვლის სეკრეციას და ამით იწვევს წნევის მომატებას. ეზერინი მოქმედებს ნერვის დაბლოვებაზე, რომელიც აერთებს ნერვს კუნთის ფიბრთან და იწვევს კუნთის შეკუმშვას. ეზერინის მოქმედება არჩევითია ზოგადი თვალის მამოძრავებელ ნერვის დაბლოვებაზე. იგი ავიწროებს გულას, ამ მოქმედებით ეზერინი ხელს უწყობს სითხის გასვლას თვალისაგან გლავ-



კომის დროს, პილოკარპინის მოქმედება ორმაგია ერთის მხრივ სასარგებლო და მეორე მხრივ მავნებელი, საბოლოოდ ეფექტი იმაზე იქნება დამოკიდებული, თუ რომელი მათ შორის სპარბობს. ამიტომაც პილოკარპინის ხმარება გლავკომის დროს უნდა ხდებოდეს ძლიერი სიფრთხილით და მუდმივი კონტროლის ქვეშ. როგორც უნდა იყოს ეზერინის მოქმედება გლავკომის დროს ირიდექტომია მაინც არ კარგავს თავის მნიშვნელობას. გლავკომის ერთი შემთხვევის გამოკვეყნება ავტორის მიერ უკანასკნელ ხანებში ნაწამლისა მას მიაჩნია ღირსად.—შემთხვევა შეეხება კათარაქტიან თვალს, რომელიც იწვევდა ეჭვს გლავკომის დროს. (მეორე თვალს სხვა ოკულისტის მიერ ნაოპერაციები კატარაქტის მოსაშორებლად გლავკომის გამო სრულიად დაკარგული იყო). წინდაწინითი ირიდექტომია, კატარაქტის ექსტრაქცია ჩატარებულა კარგად, განაწიბურება მიმდინარებდა ნორმალად, მაგრამ მალე იჩინა თავი გაღიზიანებით გლავკომამ, წნევა მომატებია და მხედველობა დაკარგულა. გუგის ვიწრომქნელ საშუალებებმა ვერა უშველეს-რა, აგრეთვე უნაყოფოდ ჩაიარა პუნქციამ, გაკეთებული იყოს ადასკლეროტომიაც, რომელმაც მხოლოდ 24 საათით დასწია წნევა. ამ მდგომარეობაში ავტორმა სცადა ადრენალინის ჩაწვევება. ადრენალინის მოქმედება იყო საოცარი და თითქმის დაუყოვნებლივი: წნევამ დაიწია, მხედველობის სიმახვილემ აიწია მოულოდნელ საფეხურამდე. გაუმჯობესება გრძელდებოდა და ბოლოს სკლეროტომის განაქერის ერთ მხარეზე შეიქმნა ფისტულა.—ადრენალინი, მაშ, ძვირფასს დამხმარედ სკლეროტომის შემდეგ, იგი შეუშლის ხელდაჩქარებულ განაწიბურებას, და შეუწყობს ხელს ფისტულის შექმნას. მართალია ეს არ არის სრული გაჯანმრთელება, მაგრამ მხედველობა ხომ იქნება მაინც ცოტა თუ დიდი ხნით შენახული.

ა. შ.

IV. გიგლიოგრაფია.

G. Laroche, Gh. Richet Fils A. F. Saint girons.—L'anaphylaxie alimentaire. 1919—საკმლის ანაფილაქსია.

ანაფილაქსიის სხვადასხვა საკითხებიდან, საკმლის ანაფილაქსია წარმოადგენს სწორედ იმ საკითხს, რომელიც ყველაზე მეტად ეხება ექიმს, რადგანაც იგი იძლევა ფრიად და მამკაცყოფილებელ მეცნიერულ ახსნას იმისა, რასაც ძველი ექიმები უწოდებდნენ იდიოსინკრაზიას. ამ ჟამად უკვე დამტკიცებულად უნდა ჩაითვალოს ის, რომ უმრავლესი თუ არა ყოველი შემთხვევა იდიოსინკრაზიისა საკმლისადმი აიხსნება ამ ანაფილაქსიით და მეტადრე საკმლის ანაფილაქსიით *).

საკმლის ანაფილაქსიას უწოდებენ იმ მოვლენათა ჯგუფს, რომლებსაც იწვევს მეორედ ხმარება საკმელში ახალი, ნორმალურად ადვილად გადასატანი ნივთიერებისა, მაშინ როდესაც ამავე ნივთიერების პირველად ხმარებას არ გამოუწვევია არავითარი მოვლენები ან გამოიწვია მხოლოდ კეთილთვისებიანი. ასეთი ანაფილაქტიური თვისება აქვთ მონარშულ კვერცხს, კიბოს, ლობიოს, ხანეს, ჭანჭურს, მარწყვს, ნესვს (?) და სხვას. უმი ხორცი, მეტადრე ცხენისა, არ იწვევს ანაფილაქტიურ მოვლენებს, მაგრამ მას შეუძლია გამოიწვიოს ადამიანის სენსიბილიზაცია და მაშინ ცხენის შრატის ხმარებისას ჩვენ მივიღებთ ძლიერ რეაქციას. ხბოს და ღორის ხორცს შეუძლიათ გამოიწვიონ ანაფილაქტიური მოვლენები. რძე, როგორც უმი ისე ადუღებული იწვევს ანაფილაქსიას. ეს თვისება აქვს ყოველივე ჰეტეროგენულ რძეს. შესაძლებელია აგრეთვე ჯგუფობრივი ანაფილაქსია ე. ი. მაგალითად ძროხის რძეს შეუძლია გამოიწვიოს სენსიბილიზაცია ცხენის ან სახედარის რძის მიმართ. ანაფილაქსია ადამიანის რძის მიმართ აგრეთვე შესაძლებელია, მაგრამ ბევრად იშვიათია. ძალიან ხშირია ანაფილაქსია კვერცხის ხმარების დროს. უმი კვერცხი, როგორც ნახევრად მონარშული, ამ თვალსაზრისით უფრო მავნეა ვიდრე მკარი. კვერცხი გარეული სხვადასხვა საკმელში აგრეთვე უფრო ადვილი გადასატანია. მცენარეთა ცილა გაცილებით იშვიათად იწვევს ანაფილაქსიას, ვიდრე ცხოველის ცილა.

სიმპტომატოლოგიის მხრივ განირჩევა: I. დიდი ანაფილაქსია (grande anaphylaxie alimentaire). მოვლენები იწყებიან ანაფილაქსიის გამოწვევი საკმლის ხმარების 15 წუთის—40 წა-

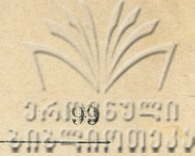
*) ამიტომ მე მოკლედ მოვიყვან ზემოდ დასახელებულ წიგნის შინაარსს.



მის შემდეგ, ავადმყოფს დააყრის ურტიკარიას ან ეწყება ძლიერი მუცლის ტკივილი და რწყევა. სიმპტომები მალე მიიღწევენ acme'ს. ამ დროს კლინიკური სურათი წარმოსდგება მოვლენებით კანის მხრივ—ურტიკარია, რომელიც მუცლის ტკივილთან ერთად წარმომდგენს უმთავრეს სიმპტომს, ძლიერი ქვილი, ხანდისხან ქუნთარუშის მსგავსი პარტახტი; კუჭის და ნაწლავების მხრივ—ძლიერი მუცლის ტკივილი, ფალარათი, ხანდისხან შეურყრებელი და სისხლიანი, რწყევა, რომელსაც წინ სდევს გულის რევა, ჩავარდნილი მუცელი; სუნთქვის მხრივ—ბრონქიალური ასტიმის შეტევა, ქოშინი; ნერვული სისტემის მხრივ—კრუნჩხვა კონტრაქტურები. საერთო მდგომარეობა მძიმეა; თუ უფრო ხშირად იწვევს, სისხლის წნევა ეცემა. არსებობს პროსტრაცია და ძილისებრივი მდგომარეობა. ეს მოვლენები ჩვეულებრივ მალე გაივლის ხოლმე, თუმცა შესაძლებელია ავადმყოფის სიკვდილი.—II. მცირე ანაფილაქტია (La petite anaphylaxie alimentaire) აქ მძიმე მოვლენანი აღწერილი პირველ ფორმის დროს იშვიათია. უხშირესად ეს ფორმა შეგვხვდება ჩვენ ბავშვა შორის და გამოიხატება მათი კვერცხის და რძის მიმართ ზედმეტ მგრძობალობაში. ანაფილაქტია რძისადმი გამოიხატება ერთგვარად, ექზემით, ხანდისხან ფალარათით და გულის რევით, წონაში პროგრესიულად დაკლებით. ეს მოვლენები შეიძლება იყოს ან მუდმივი ხასიათისა ან ემართებოდეს ბავშვს ხანგამოშვებით. ანაფილაქტია კვერცხით უფრო ხშირია და გამოიხატება მოვლენებით: კუჭის და ნაწლავების მხრივ—ქრონიკული დისპეპსია, ფალარათი ან სიყაბზე, —კანის მხრივ —ურტიკარია, prurigo eczema, ხანდისხან შეშუპება პირისახისა, ქუთუთოებისა და უფრო იშვიათად კიდურებისა. შესაძლებელია ბრონქიალური ასტიმის შეტევაც, ხანგრძლივობა ანაფილაქტიური მდგომარეობისა არ არის გამორკვეული, ხანდისხან იგი ძალიან ხანგრძლივია, საზოგადოდ კი იგი კლებულობს ინტენსიობაში და სრულიად ქრება კიდევაც.—III. ქრონიკული ანაფილაქტია (Anaphylaxie chronique) ეს ფორმა უფრო ხშირად გამოიწვეული ძროხის რძით კვების გამო, შეგვხვდება ჩვენ უხშირესად ძუძუ მწოვარ ბავშვა შორის, რომელსაც მათ ზედმეტად კვებავენ ამ საკვებით. ასეთი ბავშვები არიან გასუქებული ან გამხთარი, აქვთ დისპეტური მოვლენები. ხშირად მოვლენები განვითარდებიან 3 ეტაპად: 1) ფაზა კუჭ-ნაწლავების დაღალვისა ზედმეტი კვების გამო; ბავშვს შეუძლია იმატოს წონაში და გასუქდეს; 2) დაღლილი კუჭი და ნაწლავები არასრულიად გადაამუშავენ ცილოვან ნივთიერებებს, რომელნიც შედიან სისხლში და იწვევენ სენსიბილიზაციას, ბავშვის წონა არ იცვლება; 3) ფაზა ანაფილაქტიისა მისი მოვლენებით კანის მხრივ (erytéma, eczema) კუჭ-ნაწლავების მხრივ (ფალარათი, რწყევა) და საერთო მდგომარეობის მხრივ (ძლიერი სიგამხთრე). ეს უქანასკნელი ფაზა გრძელდება ვიდრე ბავშვის კვება არ იცვლება.—IV. მემკვირვებითი ანაფილაქტია (Anaphylaxie alimentaire héréditaire). ამ ფორმის დროს ანაფილაქტიური რეაქცია ერთ რომელიმე საკვების მიმართ ემჩნევათ რამდენიმე წევრს ერთი და იმავე ოჯახისა.

შესახებ სისხლის და სისხლის მიღების მდგომარეობისა ანაფილაქტიის დროს უნდა ითქვას რომ სხვადასხვა ავტორები სხვადასხვა აზრისაა. ზოგნი აღნიშნავენ ლეეკოციტოზს და სისხლის წებოვნების დაქვეითებას, ზოგნი კი ლეეკოპენიას და სისხლის წებოვნების მომატებას. ფიქრობენ რომ ეს ცვალებადობა დამოკიდებულია ანტიგენის ხასიათზე და მისი შეყვანის გზაზე. სისხლის წნევა ყოველთვის დაქვეითებულია.

რაც შეეხება საკვლის ანაფილაქტიის პათოგენეზს იყო დამტკიცებული, რომ ეს მდგომარეობა განვითარდება მაშინ, როდესაც საკვალში მიღებული ცილოვანი ნივთიერება კუჭ-ნაწლავებში არა სრულად ირღვევა ან სრულიადც არ ირღვევა და ასე შედის სისხლში ე. ი. ეითარდება იგივე მდგომარეობა, როგორც პარენტერალური ანაფილაქტიის დროს. ის გადასვლა შეუცვლელი ცილოვანი ნივთიერებისა სისხლში იყო დამტკიცებული სხვადასხვა მეთოდებით. მაგრამ რა იწვევს ასეთ გადასვლას? ეს შეიძლება იყოს დამოკიდებული: 1) ზედმეტ კვებაზე, როდესაც მიღებულ ცილოვან ნივთიერებათა სიუხვის გამო ნაწილი მისი, ცრლის დაშლამდე, გადის ნაწლავების ეპითელიალურ ბარიერში და გადადის სისხლში, სადაც იწვევს სენსიბილიზაციას. 2) ბევრი ცდებით იყო დამტკიცებული საკვლის მომწიფებელ წვენთა გავლენა ანაფილაქტიის წარმოშობაზე, ამიტომ შესაძლებელია, რომ ამ წვენთა შეცვლის გამო საკვლის მოწიფება კუჭში ან ნაწლავებში ვერ ხსრამოხება. ჯეროვანად, შეყვანილ ნივთიერებათა ნაწილი არ ირღვევა მთლიანად რჩება კუჭ-ნაწლავის ღრუში დიდ ხანს და ბოლოს-და-ბოლოს შეიწურება სისხლში. 3) ეპითელიალური გარსის მოლიანობის და რღვევის გამო ნაწილი ცილოვან ნივთიერებათა გა-



დადის სისხლში უცვლელად. 4) შესაძლებელია როლს თამაშობდეს აგრეთვე ღვიძლის დაზიანება, რადგანაც იმ ძუძუმწოვარ ბავშვთა ღვიძლში, რომელთაც ქონდათ ანაფილაქსია იყო ნაპოვნი სხვადასხვა დაზიანება.

ამგვარად საკმლის ანაფილაქსიას აქვს ისეთივე მიზეზები როგორც პარენტერალურ ანაფილაქსიას, რადგანაც ორივე შემთხვევაში უცხო ნივთიერება შედის ორგანიზმის სითხეებში. იმის შესახებ, თუ რა მექანიზმით იწვევენ ანაფილაქტიურ მოვლენებს ეს სისხლში გადასული უცხო ნივთიერებანი ავტორებს მოჰყავთ რამდენიმე თეორია: 1) Richet-ის. ანტუგენს პირველი შეყვანა იწვევს ორგანიზმში ერთგვარ არა ტოქსიურ ნივთიერების წარმოშობას (ტოქსიგენინი), რომელიც მეორედ შეყვანილ ანტიგენტან ერთად იძლევა უკვე შხამიან, ანაფილაქსიის გამომწვევ ნივთიერებას (ავტოტოქსინი). 2) Fridberger-ის და 3) ფიზიკური თეორიები, რომელნიც ხსნიან ანაფილაქსიას ორგანიზმის სითხეთა კოლოიდების ურთიერთობათა სწრაფი შეცვლით ამა თუ იმ ნივთიერების გავლენის ქვეშ (Bordet, Widal-ი და მისი თანამშრომლები). რომელია ამ თეორიათა შორის უფრო სწორე ამის თქმა ამ ეამად ძნელია.

საკმლის ანაფილაქსიის დიაგნოზის დასმის დროს ჩვენ უნდა ვიხელმძღვანელოთ შემდეგით: ანაფილაქსიის გამომწვევი საკმლის პირველი მიღება არ იწვევს არავითარ მოვლენას, ანაფილაქსიის მოვლენები განვითარდებიან ამ საკმლის (მცირე რაოდენობითადაც) ყოველი შემდეგი მიღების შემდეგ, მოვლენები განვითარდებიან მაშინათვე ან ძალიან მალე მიღების შემდეგ, დიდი ანაფილაქსია იძლევა: შოკს, კრუნჩხვას, ქოშინს, ჰიპოტენზიას, ურტიკარიას, ფაღარათს, რწყევას, მცირე ანაფილაქსია იძლევა განცალკევებულ სიმპტომებს (urticaria, prurigo, eczema, hemicrania). აქ უნდა ვიხელმძღვანელოთ შემდეგით: პირველი მიღება ანაფილაქსიის გამომწვევი საკმლისა არ იძლევა მოვლენებს; იგიანი განვითარდებიან მხოლოდ შემდეგში თანდათანობით და აქვთ პროგრესული მსვლელობა, ამ საკმლის მოცილებისას მოვლენები ქრებიან, მაგრამ თანდათანობით; მოვლენებს იძლევა კანი (eczema chronica urticaria) კუჭი და ნაწლავები, სასუნთქი ორგანოები (ასტმა); ამ სიმპტომებს შეიძლება დაერთოს მწვავე მოვლენები. დიფერენციალური დიაგნოზის თვალსაზრისით თუ ავადმყოფობის სურათში უმთავრესი როლი უჭირავთ მოვლენებს კუჭის და ნაწლავების მხრივ, უნდა ვიქონიოთ მხედველობაში—პერიტონიტი, ნაწლავის პერფორაცია, colica hepatica, renalis, saturnina, საკმლის მოუხელება, მოწამლა, პილორუსის სპაზმი ქორფა ბავშვთა შორის) ციკლიური რწყევა (მოზრდილ ბავშვთა შორის) და ამა თუ იმ ნივთიერების აუტანებლობა. ეს უკანასკნელი იძლევა იმავე სიმპტომებს, როგორც ანაფილაქსია, მაგრამ განირჩევა უკანასკნელიდან იმით, რომ ნივთიერების პირველივე მიღება იწვევს მოვლენებს. უნდა ითქვას, რომ საკითხი ანაფილაქსიის და აუტანელობის სხვა და სხვაობის შესახებ ჯერ არ არის გადაჭრილი.

რაც შეეხება წამლობას, იგი უნდა იყოს პათოგენეტიური ე. ი. ავადმყოფს უნდა დაუშალოთ მისთვის მანვე ნივთიერების მიღება. შეიძლება აგრეთვე ვაწარმოვოთ დესენსიბილიზაცია Besredka-ს წესით ე. ი. ავადმყოფს მიეცეთ ანაფილაქსიის გამომწვევი ნივთიერების მცირე რაოდენობა და უკვე I საათის შემდეგ საჭირო რაოდენობა ამავე ნივთიერებისა. ანაფილაქტიური მდგომარეობის სრულად მოსაზომისათვის ხშირად ხმარობენ ასეთ წესს: ავადმყოფს აძლევენ მისთვის მანვე ნივთიერების ისეთ მცირე რაოდენობას, რომელიც არ იწვევს არავითარ მოვლენებს და შემდეგში ყოველ დღე თანდათანობით ადიდებენ ამ დოზას, ვიდრე ავადმყოფს არ შეეძლება ნივთიერების საშირო რაოდენობის გადატანა.

ასეთია ზემოდ დასხეულბული წიგნის შინაარსი. ყველასათვის ცნობილი საკითხები აქ ახალი თვალსაზრისით არის განხილული, საკვებით; მეცნიერულად და მასთან მეტად მარტივად და ლაზათიანად დაწერილი.

V. ქ რ ი ს ი ა .

— ამა წლის მისში ტფილისში შესდგა საქართველოს ჭკმითა მეორე სამეცნიერო ყრილობა; ყრილობას დიდალი ექიმები დაესწრო. წაკითხული იყო მრავალი მოხსენება, რომელნიც უმთავრესად შეეხებოდნენ მალარიას და ტუბერკულოზს. დაწერილებითი ცნობები ამ ყრილობის შესახებ შემდეგ ნომერში იქნება მოთავსებული.



— მისში და იენისში სამეურნალო ფაკულტეტის საჯარო სხდომაზე დაიცვეს დისერტაციები შემდეგმა ექიმებმა: 1) ს ი მ ო ნ ყ ი ფ შ ი ძ ე მ — „მასალები პატარა ტენის პათოლოგიისათვის“, 2) შ ა ლ ვ ა მ ი ქ ე ლ ა ძ ე მ „მასალები სისხლის წებოვნობისა და შედედების თვისების შესასწავლად მალარიის დროს“ და 3) ი ო ს ე ბ ა ბ ა კ ე ლ ი ა მ — „ტუბერკულოზური ინფექციის ლიმფური გზით გავრცელების ანატომიური დასაბუთების მასალები“. ოფიციალური ოპონენტებად იყვნენ: ს. ყიფშიძისა — პროფესორები ი. ანფიმოვი და ა. ნათიშვილი და დოცენტი მ. ასათიანი; შ. მიქელაძისა — პროფესორები ა. მაჭავარიანი, ს. ვირსალაძე და ა. ალადაშვილი და ი. აბაკელიასი — პროფესორები ნ. კახიანი, ა. ნათიშვილი და ა. ალადაშვილი. სამივე დისერტანტი ფაკულტეტის მიერ პაექრობის შემდეგ ერთხმად იყვნენ აღიარებული დოქტორის ხარისხის ღირსად: ს. ყიფშიძე — ნევროპათოლოგიისა და პსიხიატრიის დოქტორად და შ. მიქელაძე და ი. აბაკელია — შინაგანი მედიცინისა.

— დოცენტი მ. წინამძღვრი შვილი დარჩენილ იქნა დიაგნოსტიკის პროფესორად და დიაგნოსტიკის კლინიკის გამგედ.

— პარიზში გაიმართა ზეიმი ქ-ნ მარიამ კიურო-სკლადოვსკის საპატივეკმოდ რადიუმის აღმოჩენის 25 წლის შესრულების გამო. საფრანგეთის მთავრობამ ქ. კიურის მის და მისი აწ განსვენებული ქმრის მიერ რადიუმის აღმოჩენისათვის დაუნიშნა ყოველწლიური პენსია 40,000 ფრანკი.

— ნობელის პრემია მედიცინაში 1923 წელს მიენიჭა ექიმ ბ ა ნ ტ ი ნ გ ს ა და პროფ. მ კ ა ლ ე ო დ ს (ტორონტო — კანადა) ინსულინის აღმოჩენისათვის; 1924 წელს ეს პრემია მიეცა ლონდონის უნივერსიტეტის ფიზიოლოგიის პროფესორს ჰ ი ლ ს მისი გამოკვლევებისათვის კუნთების ფიზიოლოგიის შესახებ და კილის უნივერსიტეტის ფიზიოლოგიის პროფესორს მ ე ი ე რ - ჰ ო ფ ს მისი აღმოჩენისათვის იმ დამოკიდებულებისა, რომელიც არსებობს ყანგბადისა და რძის მჟავას შორის კუნთებში.

— ცნობილი პროფესორი შ ტ რ ი უ მ პ ე ლ ი, რომელიც სულ უკანასკნელ დრომდე მიუხედავად თავის 70 წლისა განაგებდა თერაპიულ კლინიკას ლაიპციგში, ამ ჟამად სამსახურიდან განთავისუფლებული იქნა ვადის გათავების გამო. მის ნაცვლად ლაიპციგში მიწვეული იქნა ცნობილი პროფესორი შ ი ტ ე ნ ჰ ე ლ მ ი. სხვათა შორის, პროფ. შტრიუმპელმა გამოუშვა მე-24 გამოცემა თავისი ცნობილი სახელმძღვანელოსი.

— კანადის მთავრობამ ექიმ ბ ა ნ ტ ი ნ გ ს, რომელმაც ინსულინი აღმოაჩინა, დაუნიშნა ყოველწლიური პენსია 7500 გინვანქა სტერლინგი.

— ნი უ-ო რ კ ე შ ი 1923 წელში იყო 646 სავადმყოფო, 113.781 საწოლით.

— ხონში ამ ზაფხულში გარდაიცვალა დასავლეთ საქართველოში ცნობილი ექიმი პ ო ლ ი - კ ა რ პ ე ჩ ხ ი ც ვ ი შ ვ ი ლ ი. განსვენებული კიევის უნივერსიტეტის დამთავრების შემდეგ 35 წელზე მეტი მოღვაწეობდა სულ ხონში და აქ მან დაიმსახურა ხალხის დიდი პატივისცემა და სიყვარული, როგორც გამოცდილმა და ნიჭიერმა პრაქტიკოს ექიმმა და კეთილმა ადამიანმა. ექიმ პ. ჩხიკიშვილთან სამეურნალოდ მიდროდნენ არა მარტო ხონისა და მისი რაიონის მცხოვრებნი, არამედ მეზობელ მაზრებიდანაც.

— ტფილისის უნივერსიტეტის ტროპიკულ სნეულებათა განყოფილების ასისტენტმა ბ. ოქროპირიძემ სთარგმნა პროფ. Nocht'ისა და Meyer'ის ცნობილი მონოგრაფია მალარიის შესახებ. წიგნი უკვე იბეჭდება და მოკლე ხანში გამოვა პროფ. ალ. ალადაშვილის რედაქციით და პროფ. Nocht'ის ქართულ გამოცემისათვის სპეციალურად დაწერილ წინასიტყვაობით.

— გამოვიდა შ. მიქელაძისა და ნ. მახვილაძის სახელმძღვანელოს „კლინიკური ანალიზები“ მეორე გამოცემა. ეს გამოცემა შედარებით პირვანდელთან შესწორებულია და საგრძნობლად შევსებული და 45 ნახატით დასურათებული. წიგნში 160 გვერდია და ღირს 1 მან. 30 კაპ.

გამოვიდა და იყიდება ს. საყვარელიძის მიერ შედგენილი მოკლე სახელმძღვანელო „ჰისტოლოგიური გამოკვლევების მეთოდისა“. წიგნი სუფთად არის გამოცემული და ჩვენი სტუდენტობისათვის ძლიერ გამოსადეგ სახელმძღვანელოს წარმოადგენს.



ჟურნალი „თანამედროვე მედიცინა“ გამოვა ყოველთვიურად და-
ახლოვებით 4 ფორმა, ჟურნალში მოთავსებული იქნება ორიგინალური
წერილები თეორიულ, კლინიკურ და საზოგადოებრივი მედიცინიდან,
მიმოხილვები, რეფერატები სამკურნალო მეცნიერების ყველა დარგიდან,
სამედიცინო საზოგადოების სხდომების ანგარიში, კორესპოდენციები, ბი-
ბლიოგრაფია და ქრონიკა.

ორიგინალურ წერილების ავტორებს მიეცემათ მათი ნაშრომების ცა-
ლკე ამონაბეჭდი.

წერილები უკვე სადმე დაბეჭდილი ჟურნალში არ დაიბეჭდება. წე-
რილები გარკვევით უნდა იყოს დაწერილი ერთ გვერდზე. რედაქ-
ცია იტოვებს უფლებას საჭიროების მიხედვით წერილები შეამოკლოს.

რედაქცია სთხოვს პროვინციის ამხანაგებს გამოაგზავნონ ცნობები
და კორესპოდენციები პროვინციის სამკურნალო ცხოვრების გასაშუქე-
ბლად.

რედაქციის მდივანია—ექიმი **პ. ჭავჭავაძე**.—(ყორღანო-
ვის ქუჩა № 20), რომელსაც უნდა მიმართოს ყველამ, ვისაც სურს
რედაქციის და ჟურნალის შესახებ რაიმე განმარტება ან ცნობა მი-
იღოს.

ჟურნალის მესამე ნომერი უკვე იბეჭდება და გამოვა 10 სექ-
ტემბ რისათვის.

ქურნალის ფასია 1924 წლის ბოლომდე 5 მანეთი.
ცალკე ნომერი 1 მანეთი.
თრმაგი ნომერი 1 მანეთი. 50 კპ.

ქურნალი აიწყო და დაიბეჭდა ს. მ. უ. ს. პოლიგრაფიულ განყოფილების
პირველ სტამბაში.

ქურნალის ტექნიკაზე მუშაობდა ექიმი ი. ასლანიშვილი.

- ასოთამწყობნი: 1. დემურიშვილი გაბრიელი—მეტრანაპეი.
2. იაშვილი საჩინო.
3. მენაბდიშვილი სიმონი.
4. ამონაშვილი ვასილი.

- მეგანქანენი: 1. მინდიაშვილი ალექსანდრე.
2. ხარაშვილი კოტე.

