

სსსს



გამოცემის წელი პირველი

260
1924



თანამედროვე მედიცინა

ყრველთვიური სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალი

№ 4

ოქტომბერი

1924

ცფილისის უნივერსიტეტის უბცროს მასწავლებლთა კოლეგიუზის გამოცემა

ც ფ ი ლ ი ს ი

თანამედროვე მედიცინა.

I. ორიგინალური წერილები.

1. პროფ. ა. მაჭავარიანი. თირეოტოქსიკოზი, როგორც ფარისებრ ჯირკვლის ფუნქციის დარღვევის სხვადასხვა სახეების ნაშთი.
2. გ. გ. ხეჩინიშვილი. *Taenia saginata*'ს მრავლობითობაზე.
3. ვ. კუჭაიძე. თანამედროვე შეხედულება ეკლამპსიაზე და მისი წამლობა ეგრეთ წოდებულ შუა ხაზის (die mitterle linie) თერაპიის მიხედვით.
4. ო. ჯავრიშვილის ასული მესხისა. Spondylose rhyzomilique Strümpel-Marie.
5. პროფ. სპ. ვირსალაძე. ფილტვების ტუბერკულოზის კლინიკური კლასიფიკაციისათვის.
6. მ. მგალობლიშვილი. საშვილოსნოს დანამატების ტუბერკულოზის წამლობის შესახებ.
7. ი. ასლანიშვილი. მთის სნეულება.

II. მიმოხილვები.

8. პ. ჭავთარაძე. ეპიდემიური ენცეფალიტი. (Encephalitis epidemica s. lethargica).

III. კორესპონდენციები.

ბ. ყ-ძე. საქართველოს ექიმთა II სამეცნიერო კონგრესი.

IV. რეფერატები.

V. ქრონიკა.

Thanamedrové medicina

(Médecine contemporaine).

Prof. A. Matchavariani. Tyreotoxicose, comme resultante des disfonctions diverses de la glande thyroïde.

G. Khetchinichvili. Sur la multiplicité de la *Taenia saginata*.

W. Koutchaïdzé. La conception moderne de l'éclampsie et sa therapie.

O. Djavrichvili-Meskhî. Des cas de Spondylose rhyzomifique de Marie-Strümpell.

Prof. S. Virsaladzé. Au sujet de la classification clinique de la tuberculose pulmonaire.

M. Mgalobéli. Contribution à l'étude de la therapie de la tbc. des annexes uterines.

I. Aslanichvili. Maladie de l'altitude.

P. Kavtaradzé. L'encéphalite épidémique (revue).

N. K-dzé. II Congrès des médecins de Géorgie.

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

გამოცემის წელი პირველი

ქართული
ბიბლიოთეკა



თანამედროვე

მედიცინა

ყოველთვიური სემპურნალო სამეცნიერო ჟურნალი

№ 4

ო კ ტ ო მ ბ ე რ ი

1924

ცეცხლისის უნივერსიტეტის უმცროს მასწავლებლთა კოლეგიის გამომცემი

ტფილისი



პროფ. ა. მახარაძის.

თირეოტიკოზი, როგორც ფარისებრ ჯირკვლის ფუნქციის დარღვევის სხვადასხვა სახეების ნაშთი.

რამოდენიმე სიტყვა თირეოტიკოზზე.
(Morbus Basedowii typica et atypica).

მიქსედემას და, საზოგადოდ, ჰიპოთირეოზებს საფუძველად უძევს ფარისებრ ჯირკვლის ჰიპოფუნქცია, რომელიც როგორც ჩანს, სპეციფიურ ნაყოფების არა საკმარის გამომუშავებაში იხატება; ეს უკანასკნელი დიდად საჭირო არიან სხეულის საერთო ეკონომიისათვის.

ჩვენმა საკუთარ მასალამ დაგვარწმუნა, რომ წმიდა ჰიპოთირეოზები და ჰიპერთირეოზები იშვიათად მოიპოვება ხოლმე.

მაგალითად ჩვენს ავადმყოფებს, რომელნიც ჰიპოთირეოზის ჯგუფს ეკუთვნოდნენ, ერთდა იმავედროს ფარისებრ ჯირკვლის მოქმედების როგორც დაქვეითების, აგრეთვე მომატების ნიშნები ქონდათ. Н. А. Вельяминов'ი მის მიერ წამოყენებულ ჩიყვების დაგანწილებაში ამბობს: „Несомненно встречаются и такие формы, где явления гипотиреоза лишь кажущиеся, зависящие не от понижения секреции щитовидной железы, а от каких то особенных токсинов, вызывающих клиническую картину припадков, очень схожую с таковыми при гипотиреозах, схожую настолько, что их даже нельзя бывает отличить от последних; повидимому, это *disthyreosis sui generis* или более сложное нарушение соотношения между эндокринными железами. Доказательством существования такого, особого рода, токсических зобов служат для меня лишь те случаи, где вся картина этого псевдо—гипотиреоза исчезает почти немедленно после удаления зоба и, те случаи, где при выраженной картине гипотиреоза больные совершенно не переносят даже минимальных доз тиреоидина, тотчас вызывающего у них припадки отравления. Т. о..... другая часть зобов этой группы токсические, но токсические *sui generis*.“

1910 წელს პიროგოვის მე-XI ყრილობაზე იკვივ Н. А. Вельяминов'ი ამბობს: давно известны формы тиреогенного отравления, где проявления гипотиреоза и микседемы наблюдаются рядом с припадками гипертиреоза и Basedow'ой болезни, и такие формы последней, на которые благотворно дей-



твуют препараты щитовидной железы. За последние годы я наблюдаю большое число случаев легких степеней тиреогенного отравления, клинически очень напоминающих картину доброкачественного гипотиреоза Hertogh's, в которых однако минимальные дозы тиреоидина (0,05 pro die) или иодотирина (0,1 pro die) не переносятся и через 2-3 дня вызывают явления отравления: тахикардию, бессоницу, чувство жара и т. д. С другой стороны я часто и очень часто вижу формы, весьма похожие на легкий гипертиреоз и начальные формы Базедовой болезни, в которых достигал отличных результатов осторожным применением препаратов щитовидной железы.

როგორც ნათქვამიდან ჩანს Н. А. Вельяминов'ი ფიქრობს, რომ ფარისებრ ჯირკვლის რაოდენობათა ცვლილებების გარდა არსებობს აგრეთვე თვისებათა ხასიათის ცვლილება—disthyreosis. პირველი შეხედვით პარადოქსალურ შთაბეჭდილებას იძლევა ის გარემოება, რომ როდესაც სხეულში შეგვყავს ნივთიერებანი, რომელთა ნაკლზე ანუ უქონლობაზე დამოკიდებულია სნეულების კლინიკური სურათი, არა თუ მდგომარეობის გაუმჯობესებას, პირიქით გაცილებით უფრო მის გამწვავებას ვნახულობთ; ხანდახან კი თირეოგენიურ ინტოქსიკაციის ნამდვილ სურათსაც ვიღებთ. მეტად პარადოქსალურია ის გარემოება, როდესაც კლინიკური თვალსაზრისით ფარისებრ ჯირკვლის ჰიპოფუნქცია არსებობს. ამ ორგანოს ნაწილობრივ ამოცლას სწრაფად მოყვება საერთო გაუმჯობესების გასაოცარი შედეგი. რა ლაპარაკი უნდა, ამ შემთხვევაში სურათი თითქოს ნამდვილი ჰიპოთირეოზისა არ არის დამოკიდებული ყოველთვის ფარისებრ ჯირკვლის ჰიპოპლაზიაზე ან და მის ჰიპოფუნქციაზე. სიმპტომოკომპლექსის სურათის მთლიანობის დარღვევა მეტადრე თვალსაჩინოა ტიპიურ და არა ტიპიურ ბაზედოვის სნეულების შესწავლის დროს. თითქმის არ არის არც ერთი შემთხვევა, სადაც შეიძლება აღვნიშნოთ წმიდა ჰიპერფორმა, რომელიც არ ბნელდებოდეს ჰიპოფორმის ანუ დისტირეოზის ნიშნებით. ამგვარ კლასიკურ ფორმაშიც, როგორც არის Morbus Basedowii typicus, სიმპტომოკომპლექსის სიწმიდენ ყოველთვის არ აღინიშნება.

ამგვარად უნდა აღვნიშნოთ, რომ წმიდა ჰიპოთირეოზებს და ჰიპერთირეოზებს იშვიათად ვხვდებით; უმეტეს შემთხვევაში ერთ და იმავე დროს ვნახულობთ ხოლმე ორივეს ერთად, მხოლოდ ერთი მათგანი უფრო ძლიერადაა გამოსახული.

მივიღებთ რა მხედველობაში ყველა ზენათქვამს, იბადება აზრი ნუ თუ ყოველთვის ეგრედ წოდებულ თირეოტოქსიკოზების კლინიკურ სურათის მიზეზი მხოლოდ ფარისებრ ჯირკვლის ფუნქციის დარღვევაშია და ნუ თუ ყოველთვის ეს ჯირკველია სნეულების ძირითადი მიზეზი?

თვით Möbius'იც, რომელიც პირველ ხანებში ბაზედოვის სნეულების სიმპტომოკომპლექსს თვლიდა როგორც ფარისებრ ჯირკვლის პათოლოგიურ ჰიპერფუნქციის შედეგს, შემდეგში იცვალა შეხედულება და არ ეწინააღმდეგება იმას, რომ შესაძლოა გეჭონდეს აქ საქმე სეკრეტის თვისებითი ცვლილებებთან—აზრი, რომელიც არა ერთხელ გამოუთქვამს Н. А. Вельяминов'ს.

Senator'i, Minich'i და Bircher'i ფიქრობენ, რომ ფარისებრ ჯირკვლის საზრისი ვერ გვიხსნის ბაზედოვის სნეულების ყველა ფორ. Lubarich'i იმ აზრისაა, რომ ბაზედოვის სნეულების დროს არის მოვლენების რიგი, რომელთა ახსნა ჰიპერსეკრეციის საზრისით შეუძლებელია; მაგალითად, შემთხვევა, როდესაც ბაზედოვის სნეულება შეერთებულია მიქსედემასთან, რაც Lubarich'ის აზრით არც ისე იშვიათია. ჩვენს ხელში გავლილნი ადამიანები—დასნეულებულნი ტიპიურ და არატიპიურ ბაზედოვის სენით,—ერთმანეთს ძალიან წააგავდნენ. განსხვავება მხოლოდ ნიშნების სიმწვავეში იყო და ამ ნიშნების რაოდენობაში; ყველა ეს ნიშნები გვითითებდა ფარისებრ ჯირკვლის თვისებითი და რაოდენობითი მოქმედების მოშლას.

ამგვარი ავადმყოფნი თითქმის ყველანი ჩიოდნენ კისრის სიმსივნეს, გულის ძვერას, სუნთქვის და ყლაპვის დაბრკოლებას, ნერვულობას, ჩქარ დაღალვას, თავის ბრუალს, ყურებში ხმაურობას, თვალეზში ციმ-ციმს და ბნელ რგოლებს; საერთოდ თითქოს დამტვრეულნი არიან და მუდმივ განიცდიდნენ უქეიფობის გრძნობას და მასთან ერთად არ შეეძლოთ გარკვევით მიეთითებიათ თუ ნამდვილად რა აწუხებდათ. ავადმყოფთა დაკითხვით ირკვეოდა, რომ ყველა ზემოდ მოყვანილი მოვლენანი ვითარდებოდნენ ხან ჩიყვთან ერთად, ხან მის წინასწარ, ხან კი გაცილებით უფრო გვიან.

ავადმყოფთა გარე გასინჯვის დროს უმეტეს შემთხვევაში მკრთალ მომწვანო გარსებს ვნახულობთ; ბევრი მათგანი ძალიან გამხდარნი იყვნენ, თითქოს მათ რაიმე ორგანიული, ქრონიკულად მიმდინარე სნეულება ქონდათ; ბევრს კი მიუხედავად სიმკრთალისა ემჩნეოდა ცხიმოვან ქსოვილის ჰიპერპლაზია და სახის ერთგვარი სიმსივნე, თითქოს შემუშებულიაო. სახის გამომეტყველება ჩვეულებრივ გულმოსული და აღშფოთებულია, თითქოს შეშინებულია, უცდის რაიმე ხიფათსაო ან და პირიქით, მათ სახეს პასიობის და აპათიის ელფერი ედო (შეტადრე როდესაც უფრო გამოხატულია ჰიპოფუნქცია); 2-3-ჯერ წვივზე დაჭერის შემდეგ ნიშნები რჩებოდა. ფარისებრ ჯირკველი ჩვეულებრივ, დაფუხიურად იყო გადიდებული, მაგრამ არასოდეს მიუხწყევია იმ სიდიდემდე, რომელსაც ის ხშირად ენდემიურ ჩიყვის დროს ახწყევს, როდესაც საერთო მოვლენანი გამოსახული არ არიან. Starck'i ჩიყვის სიდიდის რყევაში თირეოტოქსიკოზულ სახეების დროს უფრო დიდ რყევას აღნიშნავს, ვიდრე ტიპიურ ბაზედოვის სნეულების დროს. ამგვარი რყევა განსაკუთრებით ავადმყოფებს თვითურის დროს ემჩნევა. ჩვეულებრივ ჩემს ავადმყოფებს ჩიყვი დიფუზიური და რბილი ქონდათ, ვადიდებული იყო უმეტეს შემთხვევაში მარჯვენა ნაწილი; ხმა ხანდახან ჩახლჩილია ქონდათ, უმეტეს შემთხვევაში მიუხედავად ხმის სიწმიდისა ლაპარაკის დროს ჩქარა იღლებოდნენ, სუნთქვა, როგორც აღნიშნეთ, გაძნელებული იყო მიუხედავად იმისა, რომ ფილტვები და გული საღი იყვნენ და თვით ჩიყვი არაფერს აჭერდა;—როგორც ჩანს ამის მიზეზი რალაც სხვა იყო. Starck'i ც აღნიშნავს ამ მოვლენას და ფიქრობს რომ ამ შემთხვევაში სასუნთქვ ცენტრობზე მოქმედებენ თირეოტოქსიული ნივთიერებანი სისხლის მიმოსვლის საშუალებით (ერთ შემთხვევაში აწერილია Cheyne-Stok'ის ტიპის სუნთქვა).

არაწესიერი გაფართოვებული თვალის გუგები, სინათლეზე და აკომოდაციაზე სუსტი რეაქცია. Starck'i თირეოტოქსიკოზების დროს აღნიშნავს თვალის ნაპრალების გაფართოვებას, თვალების განსაკუთრებულ ბრჭყვინვალებას და დროებით გრძნობას, თითქოს თვალს გარედან აჭერენო.—ორი უკანასკნელი ნიშანი ჩვენ იშვიათად შეგვხდომია.

რაც შეეხება ამგვარ ადამიანთა ფსიქიკას, ისინი უნდა ჩაითვალოს, როგორც ნერვებ აშლილი პიროვნებანი, რომელნიც მუდმივ უმიზეზოდ ლელავენ, მუდმივ აშფოთებული არიან, ყველაფერზე დიდ რეაქციას იძლევიან; უბრალო და უმნიშვნელო მიზეზის გამო ტირიან, გული მოსდით, წყრებიან. საყოფია უკვე უქეიფობის კოტაოდენი სუბიექტური გრძნობა, რომ განიცადო აუარებელი წუხილი; მათი აზრი დიდიხნით ვერაფერზე ჩერდება, მცირე ინტელექტუალური შრომა მალე ღალავთ; მათ უჭირთ ელემენტარულ წარმოდგენების შეგნება. ამას უნდა მივუმატოთ ხშირი ინტენსიური მოვლენანი, რომელნიც ნამდვილ ისტერიულ იერიშით მთავრდებიან და ჩვენ მაშინ ფსიქოინტელექტუალურ სურათს მივიღებთ.

ფარისებრ ჯირკვლის ფუნქციის მოშლას ხშირად წმიდა რაოდენობით ხასიათი აქვს, რაც მის ჰიპერ ან ჰიპოფუნქციაში გამოიხატება ხოლმე. Morbus Basedowii და Myxoedema ჯირკვლის ფუნქციის ან პათოლოგიურ დამახინჯების ტიპური წარმომადგენელი არიან. Myxoedema's ჩვეულებრივ უყურებდენ როგორც ფარისებრ ჯირკვლის ფუნქციის საგნებითი გამოგარდნის ან და მხოლოდ მის მოქმედების დაქვეითების შედეგს; Basedowii's სნეულებას კი როგორც ინტოქსიკაციის შედეგს ჯირკვლის გადამეტებულ ფუნქციისაგან.

ყოველდღიურ კლინიკურ დაკვირებამ დაგვარწმუნა რომ გარდა ამ ორ უკიდურეს ტიპებისა არის შემთხვევების მთელი რიგი, როდესაც ჰიპერ ანუ ჰიპოფუნქცია მხოლოდ ოდნავაა გამოსახული და მოხსენებულ ტიპურ სახეებს უახლოვდება. დაგანწილებით (კლასიფიკაციით) მათ ჰიპო ან ჰიპერფუნქციის ჯგუფებს ვაკუთვნიდით. დაკვირებამ გვაჩვენა რომ არატიპურ სახეების ამგვარი განსაზღვრა ხშირად სინამდვილეს არ შეეფერება. მაგალითად არის შემთხვევები, რომელნიც პირველ შეხედვით წმიდა ჰიპერთირეოზის შთაბეჭდილებას იძლევიან, შემდეგ დაკვირვების დროს კი ირკვევა ნიშნები, რომელნიც არავითარ გზით ჰიპოთირეოზით არ აიხსნება და მთლიანად ჯირკვლის ჰიპოფუნქციაზე უნდა იყვნენ დამოკიდებულნი. გულზე სუბიექტურ ჩივილებთან—ნამდვილ ტახიკარდიასთან და tremor-თან ერთად ვნახულობთ რეფლექსების შესუსტებას, მშრალ კანს, რომელსაც ეპიტელიუმში ცილდება, სახე შესიებულია, აგრეთვე გამოსახული ჰიპოთირეოზის დროს შეიძლება აღმოჩნდეს hyperhidrosis, დერმოგრაფიზმი და სხვა. ყოველ ამგვარ შემთხვევაში არ ვიცოდი, რომელ ჯგუფისათვის უნდა მიმეკუთნა ანნაირი ავადმყოფი; ცხადი კი იყო რომ იმას დიდი მნიშვნელობა ქონდა როგორც დიაგნოსტურ თვალსაზრისით, ისე მიზანშეწონილ წამლობისათვის.

როდესაც ვაკვირდებით ატიპურ შემთხვევებს, უნდა აღვნიშნოთ, როგორც განცალკევებული ნოზოლოგიური ერთეული ისენი ახალს და დამოუკიდებელს არაფერს წარმოადგენენ.—იმავე ბ ა ზ ე დ ო ვ ი ს სნეულების სურათია, მხოლოდ



ოდნავ შეცვლილი. არსებითი განსხვავება ტიპიურ ბ ა ზ ე დ ო ვ ი ს სნეულებიდან გამოიხატება კლინიკურ ტრიადის მხოლოდ ერთერთ ნიშნის გამოვარდნაში. ჩვეულებრივ, ბ ა ზ ე დ ო ვ ი ს სნეულების ყველა ატიპიურ შემთხვევაში exophthalmus-ი არ არსებობს; ორი დანარჩენი ნიშანი კი გამოხატულია სხვადასხვა ნაერთში. ჩიყვი შეიძლება იყოს გამოსახული ტახიკარდიასთან ერთად ან უიმისოდ, შეიძლება ტახიკარდია იყოს გამოსახული ჩიყვთან ერთად ან უიმისოდ. ასე თუ ისე, მაგრამ კარდინალურ ტრიადის ერთი ნიშანთაგანი აუცილებლად გამოსახულია. დანარჩენი ნიშნები ატიპიურ Basedowil's სნეულების დროს სხვადასხვა ნაერთში იმყოფებიან. ხშირად ბევრი ნიშანი არ იყო გამოსახული და ისენიც, რომელნიც გამოსახულნი იყვნენ, ინტენსიურად მაინც გამოხატული არ იყვნენ. ხშირად ეს მეორე ხარისხის ნიშნები იმდენად სუსტად იყვნენ გამოსახულნი, რომ მხოლოდ დაწვრილებითი გაზორკვევის საშვალებით შეგვეძლო აგვეცდინა არევა უბრალო ჩიყვთან. ხანდახან კი ეს ნიშნები იმდენად იყვნენ გამოხატული, რომ თვით ჩიყვს ანგარიშს არც ავადმყოფი და არც მკურნალი უწყევდენ. იყო იმისთანა შემთხვევებიც, როდესაც თირეოგენიულ მოშხამვის სიმპტომოკომპლექსი იმდენად მძლავრი იყო, რომ მხოლოდ exophthalmus-ის არყოფნა საშვალებას გვაძლევდა ტიპიურ ბ ა ზ ე დ ო ვ ი ს სნეულებისაგან გამოგვეჩიხა.

ატიპიურ სახეების დეტალური განხილვა გვარწმუნებს, რომ მათი კლინიკური სურათი არ ხასიათდება გარკვეულობით, არც მუდმივობით, და თერაპიის დროს ყოველ ცალკე შემთხვევაში აუცილებლივ საჭიროა დიდი ინდივიდუალიზაცია. არც ერთ სნეულების დროს სიმპტომოკომპლექსის კლინიკურ სურათისათვის დიდი მნიშვნელობა არა აქვს ადამიანის პიროვნებას, როგორც ფარისებრ ჯირკვლის დარღვევის დროს, რასაც ინტოქსიკაციის მოვლენები მოყვება.

ცლა გვასწავლის რომ მიზანშეწონილ თერაპიის დროს ხანდანან შეიძლება ამგვარი შემთხვევები ვაქციოთ უბრალო ჩიყვათ.

პირიქით შეცდომითი წამლობის დროს ან როდესაც სნეულება თანდათან ვითარდება და მწვავედება, შეიძლება შევამჩნიოთ, როგორ მატულობენ და გროვდებიან ტიპიურ ბ ა ზ ე დ ო ვ ი ს სნეულების ნიშნები მისი კარდინალურ ტრიადით სათავეში.

ამგვარად ატიპიური სახეები წარმოადგენენ თითქოს თირეოგენიულ ინტოქსიკაციის უმაღლეს ხარისხის გარდამავალ ეტაპებს. მჭიდრო კავშირი თირეოტოქსიკოზის და სასქესო აპარატის ანორმალობის შორის, ამ უკანასკნელზე დამოკიდებული საერთო სნეულების გაუმჯობესება ან გამწვავება გვარწმუნებენ, რომ აქ აწერილი სნეულება არ წარმოადგენს რაიმე თვითგომს, ის არის მხოლოდ თანასწორობის მოშლის გამოხატვა, რაც დაკავშირებულია სასქესო სფეროს ევოლუციის სხვადასხვა მომენტებთან.

თირეოგენიულ ინტოქსიკაციის უმაღლეს ხარისხად ითვლება ტიპიური ბ ა ზ ე დ ო ვ ი ს სნეულება—აქ მუდმივია კარდინალური ნიშნები: Struma, exophthalmus et tachycardia. დაკვირვებამ დამარწმუნა, რომ ეს სნეულება, რომლის დროსაც განსაკუთრებით ზიანდება სისხლის და ნერვებთა თანწყობანი, დიდად სერიოზულია, მაგრამ მიუხედავად ამისა არ შეიძლება ატიპიური ბ ა ზ ე დ ო ვ ი ს სნეულება დანარჩენ თირეოტოქსიკოზების შორის ჩავთვალოთ როგორც

უმძიმესი და იმედ დაკარგული. ჩემს შემთხვევებში ტიპიურ ბაზედოვის სნეულების დროს კარდინალური ტრიადა მუდმავ იყო, დანარჩენი ნიშნები კი ხშირად სუსტად იყვნენ გამოხატულნი. ხშირად დანარჩენი ნიშნები გამოიხატებოდნენ მხოლოდ გულის ნიშნებში და ზოგიერთ საერთო აშფოთებაში. იყო ისეთი შემთხვევებიც, როდესაც სნეულება ძალიან მძიმეთ მიმდინარეობდა და ყმაწვილ ადამიანსაც ქმნიდა უვარგისად. განსაკუთრებით აუტანელია ავადმყოფთათვის მისი სუბიექტური ნიშნები და ძნელია მკურნალისათვის ის ატიპიური ბაზედოვის სახეები, რომელნიც სიმპტომოკომპლექსის სიმძიმით არა თუ ჩამოუდგებიან, არამედ გადააჭარბებენ ტიპიურ ბაზედოვის სნეულებას. Starck-ის აზრით ბაზედოვის ტრიადის ყოფნა არ არის ყოველთვის სნეულების სიმძიმის მაჩვენებელი, პირიქით, როგორც ტრიადის ყოფნის დროს შესაძლოა მსუბუქი შემთხვევა, ისე უტრიალოთ შესაძლოა თირეოგენიულ ინტოქსიკაციის მძიმე შემთხვევები. Starck-ი აღნიშნავს თირეოტოქსიკოზების მსუბუქ შემთხვევებს, როდესაც სნეულება ფარულად მიმდინარეობს; ვინაიდან ამ შემთხვევაში, არაა არც რაიმე ტიპიური სუბიექტური, არც ობიექტური ნიშანი, მათი გამოცნობა თანამედროვე ობიექტურ დიაგნოსტური გზაწყობების (მეთოდების) საშუალებით შეუძლებელია. Н. А. Вельяминов-ი, პიროვნება, რომელიც ამ უკანასკნელ ჯგუფს ეკუთვნის, თვლის წინასწარ მიდრეკილად ენდოკრინთა ორგანოთა შინაგან კორრელიაციის დარღვევას; მიზეზი, როგორც ჩანს, სხეულის განვითარების ემბრიონალურ ნაკლშია. ამგვარი სხეულნი მთელ სიცოცხლის განმავლობაში, მეტადრე სასქესო სფეროს ევოლუციის უმთავრეს მომენტების დროს იმყოფებიან თანასწორობის უსწორ მდგომარეობაში.

საკმარისია უმნიშვნელო პატარა მიზეზი, რომ ამგვარი სხეული სამუდამოთ ან მაინც დიდი ხნით აშოვდებული იყოს თავის წესიერ მსვლელობის გზიდან. მაშინ არსებული მსუბუქი ნიშნები ძლიერდებიან და თუ ისენი არც არსებობდნენ, გამოჩნდებიან ეხლა და ამგვარად ვითარდება თირეოტოქსიკოზულ მოშხამვის ტიპიური სურათი. ხანდახან ამგვარი სურათი სუფევს. ძალიან მოკლე ხანს და რამდენიმე დღის შემდეგ ხელახლა ქრება, ხანდახან კი მტკიცე, ხანგრძლივ ხასიათისაა. ამგვარად შინაგან სეკრეციის ორგანოთა ურთიერშორის დამოკიდებულობის დარღვევის სნეულების განვითარების ფიზიოლოგიურ მიზეზად უნდა ჩაითვალოს სასქესო სფეროს მომწიფება, მენსტრუალური ხანა, სასქესო ცხოვრება, დაორსულება და ორსულობა, ლაქტაცია და აგრეთვე სხვადასხვა ანორმალობა სასქესო სფეროში.

ყოველგვარი დაკვირება გვაჩვენებს, როგორ ხშირად გარკვეულ ტიპის დედაკაცი თვიურის წინასწარ განიცდიან საერთო აშფოთებას, შიშს და ნერვულობას, რომელიც ხშირად ფსიქოზს აწევს; თვალის ნაპრალი და გუგა უფართოვდებათ, თვით თვალები ბრკყვინავენ, ეწყებათ tremor-ი, განიცდიან სიცხის გრძნობას, ერთი სიტყვით, თირეოგენიულ მოშხამვის ტიპიურ სურათს ვნახულობთ. თვიურის გათავების შემდეგ ყველაფერი უბრუნდება ნორმას და ახალ თვიურამდე დედაკაცი თავს კარგად გრძნობენ.

თირეოტოქსიკოზებს აწერიდან ცხადია, თუ რამდენად ისენი თავიანთი ნიშნებით ხშირად სხვაგვარიან ერთმანეთისაგან და რამდენად ძნელია მათი გა-



მორკვევა სხვადასხვა სნეულებათაგან. პროგრესიული გახდომა, კუნთების სისუსტე, ტემპერატურის მომატება, ხანდახან მადის უქონლობა, უძილობა, გარსების სიმკრთაღე, ოფლი, რომელიც ხშირად პროფუზიულ ხასიათს იღებს—ყველა ეს ხშირად გვაფიქრებს ტუბერკულოზზე; თუ ამას მიუმატებთ პერკუტორულ ხმაურობის განსხვავება, რასაც ხშირად ვნახულობთ ყმაწვილ ქალებში (Starck'i), ცხადია, რამდენად ძნელდება დიფერენციალური დიაგნოზი. ამ შემთხვევაში Starck'i ფიქრობს რომ მნიშვნელობა აქვს სისხლის თეთრ ბურთულების შესწავლას. უარყოფა ხველებისა, haemoptoe'სი, Koch'ის ჩხირების ნახველში და სისხლში, ამასთან ერთად ანამნეზი, ცნობები ჩამომავლობაზე დიაგნოზის გამოკვლევაში უნდა გვშეგლოდნენ. ჩვეულებრივ ტუბერკულოზის დროს არ ვნახულობთ თვალის სიმპტომებს. ეს სიმპტომები, განსაკუთრებით ქუთუთოების ძიგძიგი, ფალარათი, ოფლი, ხანგრძლივი ტახიკარდია აღენიშნება ადამიანებს აგრეთვე ნევრასტენიის დროს; მაგრამ თირეოტოქსიკოზების დროს ჩვენ ვნახულობდ ჩიყვს და აგრეთვე სისხლის ცვლილებებს. ანამნეზი, ხანგრძლივი დაკვირება, თირეოტოქსიური ნიშნები და თვით ჩიყვიც გვაძლევს საშვალებას გამოკვლევისა ფსიქოპათიურ მდგომარეობისაგან.

საზოგადოთ, გარკვეულ ტიპის პიროვნების გასინჯვის დროს მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული თირეოგენიულ ინტოქსიკაციის შესაძლებლობა ან უფრო სწორედ, ენდოკრინთა ორგანოთა კორრელიაციის დარღვევა. მხოლოდ ამ პირობებში შეიძლება აიხსნას მოვლენების მთელი რიგი, პირველ შეხედვით გაუგებარი. Starck'i ამბობს: თვით აზრი თირეოტოქსიურ მოწამვლაზე დიაგნოზისათვის უკვე მოგებას წარმოადგენს.

თითქოს ფარდა მოსცილდაო თვალებს და ნიშნები, რომელნიც უწინ სავსებით მხედველობაში არ იღებოდნენ, ესლა გროვდებიან ერთად და ამგვარად იშლება სურათი სნეულებისა, რომლის შეგნებაც აქამდის თითქმის შეუძლებელი იყო.

მწერლობითი წყაროები:

1. *Вельяминов Н. А.* Дальнейшие материалы к учению о зобе и Basedow'ой болезни.
2. მისივე. Истерия в хирургии. 1904.
3. მისივე. Заболевания щитовидной железы и их хирургическое лечение.
4. *Hertoghe.* Die Rolle der Schilddrüse bei Stillstand u. Hemmung des Wacstums u. der Entwicklung u. der chronische gutartige Hypothyreoidismus.
5. *Bircher.* Fortfall u. Aenderung d. Schilddrüsenfunktion, als Krankheitsursache. Lubarsch-Ostertags Ergebnisse I. 1.
6. *Mlnnich.* Das Kropfherz. Leipzig und Wien. 1904.
7. *Senator.* Deutsch. med. Woch. № 47. 1906.
8. *Starck'i* მოყვანილია სხვა ავტორების მიხედვით.
9. *Магавариани А. Г.* Свертываемость и вязкость крови и некоторые другие гематологические данные при различных формах зоба. 1914.

ბ. ბ. ხაჩინიშვილი

უმცროსი ასისტენტი.

Taenia saginata's მრავლობითობაზე.

(ტფილისის უნივერსიტეტის პათოლოგ-ანატომიურ ინსტიტუტიდან.
გამგე ლოც. ვლ. ჟღენტო).

ამ უკანასკნელი წლინახევრის განმავლობაში ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის პათოლოგ-ანატომიურ ინსტიტუტში გაკვეთილი მასალა განსაკუთრებით სიხშირით ჭიების აღმოჩენის გამო—ნაწლავების ტრაქტში უტყუარ საბუთებს იძლევა საქართველოში სხვადასხვაგვარ ჭიების ზედმიწევნით გავრცელების შესახებ. ეს ჭიები ეკუთვნიან უმთავრესად ორ კლასს: პრტყელ—(Cestodes) და რგვალ (Nematodes).

პირველ გვარ ჭიებიდან ხვდებიან ღორის სოლიტერი (Taenia solium), ხარის სოლიტერი (Taenia saginata); მეორე გვარის ჭიებიდან კი ხშირია Trichocephalus dispar; Ascaris lumbricoides, Oxyuris vermicularis.

ამ წერილის საგანს შეადგენს შემთხვევა, რომელშიც ერთ და იგივე ადამიანის ნაწლავებში აღმოჩენილ იქმნა 10 ცალი ხარის სოლიტერი.

აღნიშნული შემთხვევა საინტერესოა იმიტომ, რომ ასეთი შემთხვევა განსაკუთრებით იშვიათია; ამასთან ერთად ძველ ლიტერატურაში აწერილი ზოგიერთი შემთხვევები, როგორც ამას დავინახავთ ქვემოთ, არ შეიძლება მიღებულ იქნას უდავოთ, რადგანაც სხვადასხვა ჭიათა შორის დიფერენციალურ დიაგნოსტიკის მეთოდების განუვითარებლობის გამო ერთ და იგივე შემთხვევაში ნანას ჭიებს სხვადასხვა ავტორები სხვადასხვა გვარს აკუთვნებს.

თანამედროვე შეხედულება პრტყელი ჭიების ზოგად მორფოლოგიაზე შეიძლება მოკლედ ასე იქნას გადმოცემული: პრტყელ ჭიებს არა აქვთ არც საჭმლის მომნელებელ ორგანოთა სისტემის დასაწყისი—პირის ნაპრალი—და არც თვით ეს სისტემა. ივინი ვითარდებიან თავის ანუ სკოლექსის მიერ კვირტების წარმოქმნის საშვალებით. სკოლექსის ფორმა ზოგიერთ შემთხვევაში მორგვალოა ან ოვალური, ზოგჯერ კიდევ ოთხკუთხედ მორგვალო. თვით თავი შეიარაღებულია ორი ან ოთხი მიმწოვ ორგანოთი, რომელთა შუა ზოგჯერ მოთავსებულია ხორთუმი (rostellum). უკანასკნელი შემორტყემულია 22—32 ცალი კავით, რომლებიც ბრტყალბებს წააგავს. თავი ითვლება მისამაგრებელ ორგანოთ. ჭიის სხეული დაყოფილია პროგლოტიდებით, რომლების სიდიდე მატულობს თავისაგან თანდათან დაშორებისას. სასკესო ნაპრალი მოთავსებულია თითო-თითო ყველა პროგ-



ლოტიდის კიდეზე რიგ-რიგობით ხან მარჯვნივ და ხან მარცხნივ; ზოგჯერ კი ორ-სამ მეზობელ პროგლოტიდაზე ერთ მხარეს. ბოლო პროგლოტიდები შეიცავენ კვერცხებს, რომლებიდანაც ვითარდებიან ჩანასახები, ანუ ონკოსფერები. იმავე ბოლო პროგლოტიდებში მოთავსებულია საშვილოსნო. კვერცხები გარშემორტყმულია თხელი აპკით; ამ აპკის გარდა კვერცხს აქვს კიდევ ერთი უფრო სქელი რადიალურად დახაზული ჩანასახოვანი გარსი (ნაჭუჭი).

ბუშტუკოვან ანუ ფინოზურ სტადიუმს ჩვეულებრივ წარმოადგენს ცისტიცერკი. ასაკოვანი პრტყელი ჭიები ჩვეულებრივ მოიპოვებიან უფრო ხშირად ძუძუმწოვარ ცხოველების და აგრეთვე ფრინველების ნაწლავებში. ცისტიცერკის განვითარება შესაძლებელია არა მარტო რომელიმე შუამავალ ცხოველის ორგანიზმში, არამედ ზოგიერთ შემთხვევაში ადამიანის სხეულშიც. პრტყელი ჭიების კვერცხები ადამიანის განავალთან ერთად სტოვებენ ორგანიზმს; აქედან კუჭ-ნაწლავების ტრაქტის საშვალებით გადადიან ამა თუ იმ შუამავალ ცხოველის ორგანიზმში. ამ უკანასკნელში ვითარდებიან მიკრო-ხან-მაკროსკოპიულ ბუშტუკის სახეთ, რომელიც სკოლექს შეიცავს. იმ შემთხვევაში თუ სკოლექსი მოხვდა შემდეგ შესაბამ ცხოველის კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში (მაგალითად ზოგიერთ შემთხვევაში ადამიანის), იგი ვითარდება პრტყელ ჭიათ. ზოგიერთ ბრტყელ ჭიებისათვის ერთადერთი ადგილი, სადაც შეუძლია მათ სრული განვითარება და მომწიფება, ადამიანის ნაწლავებია. ასეთ ჭიებს ეკუთვნის ღორის: სოლიტერი და ხარის სოლიტერი. განსხვავება ამ ორი ჭიის ერთი მეორისაგან მოკლედ აღნიშნულია (Max Braun-ის და სხვა ავტორების მიხედვით) ქვემოყვანილ ცხრილში ამ ორ აღნიშნულ ჭიის გარდა ადამიანის ნაწლავებში პრტყელი ჭიებიდან, როგორც ცნობილია, ხდება კიდევ *Botriocephalus latus* და *taenia nana*.

საინტერესოა აღნიშნოს, რომ შედარებით ისე ძველი ავტორები კი არ არჩევენ ერთი მეორისაგან პრტყელი ჭიების სხვადასხვა გვარს. მაგალითად Rokitsansky (22) თავის ცნობილ სახელმძღვანელოში (რუსული გამოცემა 1845 წ.) არ იხსენიებს სრულებით ხარის სოლიტერს. მხოლოდ ღორის სოლიტერს ავტორი თვლის ადამიანის ნაწლავების ერთ გარეშე სხეულთაგანად. უფრო ახალი და თანამედროვე ავტორების მთელი რიგი, როგორც, მაგალითად: Ивановский (8), A. Eulenburg-ი (6), Бобрещкий (2), Kauffmann-ი (9), Никифоров-ი (15), Холодковский (24), Высокович-ი (7), Fr. Kraus-ი და Th. Brugch-ი (11), Max Braun-ი (4), Пожариский (19) Aschoff-ი (1), Ribbert-ი (21), Claus-ი (10), Gierke (5), Никольский (16) და სხვა თუმცა სხვა ჭიებთან ერთად ასწერენ ამ ორ ჭიასაც, მაგრამ სრულებით არ ეხებიან მათ რიცხვს ერთ და იგივე შემთხვევაში. ავტორების მეორე რიგი, როგორც Labulben-ი (12), Strümpell-ი (23) და სხ. უთითებენ საერთოდ პრტყელი ჭიების მრავლობითობის შესაძლებლობას, მაგრამ არ აღნიშნავენ კერძოდ ამ ჭიების სხვადასხვა გვარის მრავლობითობის შესაძლებლობას და ამა თუ იმ ჭიის მრავლობითობის შედარებითი სიხშირეს. ზოგიერთი ავტორი თუმცა ლაპა-არ ეუბს ღორის სოლიტერის მრავლობითობის შესაძლებლობის შესახებ, მაგრამ არ ეხება ხარის სოლიტერის მრავლობითობის შესაძლებლობის საკითხს. ა Orth-ის (18) აზრით დასაშვებია ადამიანის ნაწლავებში რამოდენიმე ცალი ლო-

რის სოლიტერი; Брандт'ი (3) გაკვრით მოიხსენიებს მხოლოდ ღორის სოლიტერის მრავლობითი რიცხვის შემთხვევებს, რომლებიც, როგორც აღნიშნავს თვით ავტორი, მოყვანილი აქვს Leuckart's (13) თავის შრომაში (Küchenmeister's და Klefeld's შემთხვევები). რაც შეეხება სოლიტერს Брандт'ი ისე როგორც Orth's (18) არ იხსენიებს ამ ჭიის მრავლობითი შემთხვევებს.

H. Nothnagel's (17) მოყავს Leuckart's (13) მიერ აღნიშნული ღორის სოლიტერის მრავლობითი რიცხვით შემთხვევები (Kybuss's, Klefeld's და სხვ.) ამას გარდა—Nitert's და Werner's შემთხვევები (18 ცალი ღორის სოლიტერი პირველის შემთხვევაში და 21—მეორის) და აგრეთვე თავისი საკუთარი შემთხვევები, რომლებშიც ჭიების რიცხვი არ აღემატება 8 ცალს. ცხადია რომ არა თუ მარტო ხარის სოლიტერის, არამედ ღორის სოლიტერის მრავლობითობის შემთხვევები შედარებით იშვიათი უნდა იყოს, თუ მივიღებთ მხედველობაში იმ გარემოებას, რომ აღნიშნულ ავტორს მოყავს არა მარტო საკუთარი, არამედ Leuckart's (13) მიერ აწერილი შემთხვევებიც და შედარებით დაწერილებით ჩერდება მათზე. რაც შეეხება ხარის სოლიტერის მრავლობითი რიცხვის შემთხვევებს, მიუხედავად იმისა, რომ იგი Leuckart's აზრის საწინააღმდეგოდ თვლის ღორის სოლიტერს შედარებით უფრო ნაკლებად გავრცელებულ პარაზიტად, ვიდრე ხარის სოლიტერს, ავტორი ამ საკითხს არ ეხება სრულებით. Предтеченский (20) ამტკიცებს, რომ ღორის სოლიტერი ჩვეულებრივ მოიპოვება ადამიანის ნაწლავებში თითო ცალი; ამასთანავე ის აღნიშნავს შემთხვევას, როდესაც ერთ და იგივე ადამიანის ნაწლავებში უნახავს 20 ცალი ღორის სოლიტერი: ხარის სოლიტერს იგი თვლის გაცილებით უფრო ხშირ პარაზიტად, ვიდრე ღორის სოლიტერს. ამისდა მიუხედავად იგი უკლის სიჩუმით იმ გარემოებას, ნახულია თუ არა ხარის სოლიტერის მრავლობითი რიცხვის შემთხვევები.

Leuckart's (13) თვლის ღორის სოლიტერის მრავლობითობას გაცილებით უფრო ხშირ მოვლენად, ვიდრე ხარის სოლიტერის. ამ აზრის დასამტკიცებლად ავტორს მოყავს მთელი რიგი ღორის სოლიტერის მრავლობითობის შემთხვევებისა: Kybuss's შემთხვევა—25 ცალი, Heller's შემთხვევა—28 ცალი, Klefeld's შემთხვევა—41 ცალი, Küchenmeister's—33 ცალი. Leuckart's იქავე აღნიშნავს საკუთარ დაკვირვებას, რომელშიც მას 8 დღის განმავლობაში გამოუდენია 17 ცალი ღორის სოლიტერი; მას მოყავს აგრეთვე Gmelin's შემთხვევა, რომელშიც აღმოჩენილი ყოფილა ერთ ადამიანის ნაწლავებში 200 ცალი ღორის სოლიტერი. თუ რამდენად იშვიათი უნდა იყოს ხარის სოლიტერის მრავლობითი რიცხვის შემთხვევა, ეს ჩანს იქიდან, რომ Leuckart's (13) მოყავს მხოლოდ ერთი, მისი აზრით, ხარის სოლიტერის მრავლობითი რიცხვის შემთხვევა, რომელიც აწერილია რუს ავტორის Кашин'ის მიერ; უკანასკნელს, როგორც გადმოგვცემს Leuckart's (13) აღმოუჩენია 15 ჭია ერთად, რომლებსაც თვით Кашин'ი თვლის ღორის სოლიტერად, Leuckart's კი გამოთქვამს აზრს, რომ Кашин'ის შემთხვევაში ჭიები ეკუთვნის ხარის სოლიტერს. ასეთი უთანხმოება ამ ორ ავტორთა შორის ჭიების სწორ დიაგნოსტიკის შესახებ ამ შემთხვევაში იმის მაჩვენებელია, რომ შედარებით

ახლო წარსულშიც პრტყელ ჭიების და განსაკუთრებით ხარის სოლიტერის და ღორის სოლიტერის დიფერენციული დიაგნოსტიკა არ ყოფილა სათანადო საფეხურზე და ერთნაირ ეჭვს ბადებს ლიტერატურაში გამოქვეყნებულ სხვა შემთხვევებში ასეთი ჭიების გამოცნობის სისწოროში.

Lubarsch-ისა და Ostertag-ის Ergebnisse-ში (14) მოყვანილია მხოლოდ ორი ავტორის სახელი, რომლებიც აღნიშნავენ ხარის სოლიტერის მრავლობითი რიცხვით შემთხვევებს: პირველი ეხება Riehl-ს, რომელსაც გაუთავისუფლებია ერთი ავადმყოფი 8 თვის განმავლობაში მხოლოდ ორი ცალი ხარის სოლიტერისაგან, მეორე კი—Reiss-ს, რომელიც აღნიშნავს ხარის სოლიტერის მრავლობითი 4 შემთხვევას და არ მოყავს სრულებით ჭიების რიცხვი.

მოყვანილ, ჩემთვის ხელმისაწვდომ, ლიტერატურული ცნობებიდან ნათლად ჩანს თუ რამდენად იშვიათია ხარის სოლიტერის მრავლობითობა ერთ და იმავე შემთხვევაში და ამიტომ არა თუ ისეთი შემთხვევა, რომელიც ამ წერილის საგანს შეადგენს და რომელშიც 10 ცალი ხარის სოლიტერი იქნა აღმოჩენილი, არამედ ისეთი შემთხვევაც, რომელშიც მხოლოდ ორი ცალი ჭიაა ნახული (Riehl-ის შემთხვევაში), ჩემის აზრით მართლაც და უსათუოდ გამოქვეყნების ღირსია Kашин-ის შემთხვევა არ შეიძლება მიღებულ იქნას მხედველობაში, რადგანაც ჭიის გვარი, როგორც ამაზე ზევით იყო ლაპარაკი, ამ დაკვირებაში ვერ ჩითვლება გამორკვეულად.

ჩემს შემთხვევაში მრავლობითი ჭია აღმოჩნდა პათოლოგ—ანატომიურ გაკვეთის დროს ალ. ბ.—ის გვამში.

როგორც ავადმყოფობის ისტორიიდან ჩანს ალ. ბ.—ვი 16 წ., ეროვნებით სომეხი, ახალქალაქის მახრის (სოფელ კორსის) მცხოვრები მიღებულ იქნა ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ფსიქიატრიულ კლინიკაში 1923 წლის 18 აგვისტოს. მომკვდარა იმავე წლის 18 დეკემბერს. კლინიკური დიაგნოზი—Idiotismus. 1923 წლის 20 დეკემბერს იქნა გაკვეთილი გვამი სახელმწიფო უნივერსიტეტის პათოლოგ—ანატომიურ ინსტიტუტში. გაკვეთის ოქმის და პათოლოგ—ანატომიურ დიაგნოზის შინაარსი მოკლედ: ძლიერ გამოზნატული სიგამზღრე და საერთო ანემია კანის და ღორწოვან გარსების. ტვინის მარცხენა ჰემისფეროს საფეთქლის და თხემის ნაწილების სახლვარზე—ჩაზნეილი არე, სადაც ტვინის ხეულები თვალსაჩინოდ შევიწროებულა. კუჭის ღორწოვანი გარსი მარცვლოვანი შეხედულებისა და მასზე მოჩანს უსწორმასწორო კიდებანი მცირე ოდენობის არა ღრმა იარები. წვრილი ნაწლავების ღორწოვანი გარსი ანემიური და შეშუპებულია. თუძოს ნაწლავის პეიერის ფოლაქები შესივებულია. წვრილ ნაწლავებში—რამოდენიმე ცალი ascaris lumbricoides, trichocephalus dispar და ამასთანავე ათი პრტყელი ჭია. მსხვილ ნაწლავების ღორწოვანი გარსი გასქელებულია. ღვიძლი ჩვეულებრივი სიდიდისაა, მოდუნო კონსისტენციის და მუჭი-წითელი ფერის. ნალველის ბუშტი, ნალველის საღინარები და უჭქვედა ჯირკველი მაკროსკოპიულად ცვლილებებს არ წარმოადგენენ. სასულე მილი და ბრინქები აღსანიშნავ ცვლილებებს არ წარმოადგენენ. ორივე ფილტვებში—კაკლის და ქათმის კვრცხის ოდენობის მაგარი კონსისტენციის კვანძები, რომლებს განაკვეთის ზედაპირი უფრო მუჭი-მოწითალო ფერისაა, ვიდრე მათთან ახლომდებარე ფილტვების ნაწილები. ეს არეები გაუმავალია ჰაერისათვის. ფილტვების განაკვეთის ზედაპირიდან ზედ დაწოლისას გამოქონავს ქაფის მაგვარი მოწითალო სითხე. გული პატარაა, დუნე კონსისტენციის; ეპიკარდიუმი ცხიმოვანი არ შეიცავს და განსაზღვრულ ალაგს გასქელებული და თეთრ-მორუნო ფერისაა. პარკუჭები, წინაგულები და სარკველები თვალსაჩინო ცვლილებებს არ წარმოადგენენ; აორტის ინტიმასზე—ატერომატოზული კვანძები. გულის კუნთი მკრთალია. ელენთა სხვა ცვლილებებს არ წარმოადგენს გარდა ოდნავ მომატებულ სიმაგრისა. კისრის, პერიბრონქიალური და მეზენტერიალური ლიმფური ჯირკვლები თვალსაჩინოდ გადიდებულია; პერიბრონქიალური ჯირკვე-

ბის განაკვეთის ზედაპირზე მოჩანს თეთრი მორუხო ფერის უსწორო მოზაზულობის წერტილები თირკმელები პატარაა, მოღუნო კონსისტენციის, განაკვეთზე მკრთალი შეხედულები; კორტკალური შრე გასქელებულია; კაპსულა ცილდება პარენქიმის მცირე დაზიანებით მარჯვენა თირკმელის ზედაპირზე, კაპსულის ქვეშ მოჩანს ღია ყვითელი ფერის პატარა სამკუთხედი ფორმის კვანძი. შარდსაწვეთები, საშარდე ბუშტი და წინამდებარე ჯირკველი უცვლელია. ფარისებრ და თირკმელზედა ჯირკველი ცვლილებებს არ წარმოადგენდენ. პათოლოგია — ანატომიური დიაგნოზი: Pneumonia katarrhalis bilateralis. Hyperplasia lymphoglandularum peribronchialium, mesenteriale et coli. Tuberculosis cicatrisata lymphoglandularum peribronchialium. Gastritis chronica hypertropica. Ulcera peptica mucosae ventriculi. Pleuritis adhaesiva chronica sinistri lateris. Nephritis interstitialis incipiens. Splenitis chronica. Degeneratio parenchymatosa myocardii, hepatitis et renum. Hyperaemia venosa et oedema pulmonum et piae matris cerebri. Microgyria partialis cerebri. Oedema mucosae laryngis et pharyngis. Hyperplasia agminum Payeri. Choristoma renis dextri. Taenia saginata (N X). Ascaris lumbricoides. Trichocephalus dispar. Anaemia universalis. Marasmus.

გაკვეთის დროს აღმოჩენილი პრტყელი ჭიები არ არის ერთნაირ სიგრძისა. მხოლოდ ერთ მათგანს აქვს ბოლოში სრულიად მწიფე პროგლოტიდები, რომლებიდანაც მიღებულ იქნება პარაზიტის კვერცხები. ამ კვერცხების მიკროსკოპიულ გამოკვლევის მიხედვით შეუძლებელი დარჩა გადაწყვეტა საკითხის თუ რავგარ ჭიას ეკუთვნის იგი, რადგან ზოგიერთი მათგანი იყო სრულიად რგვალი ფორმისა და ზოგი კიდევ ოვალური ფორმის, იმავე მომწიფებულ პროგლოტიდებში მყოფ ჭიის სასქესო ორგანოებთა გასინჯვამ შექმნა შთაბეჭდილება, რომ მასში გარდა უმთავრეს გასწვრივ ღერძისა საშვილოსნო იძლევა მრავალ გვერდითი დიხოტომიურად დაყოფილ ტოტებს, რომლების რიცხვი აღემატება 10-ს. მაგრამ ამაირად ჭიის გვარის დამტკიცება არის შესაძლებელი მხოლოდ ერთ ჭიაზე, რომელსაც აქვს შერჩენილი მომწიფებული პროგლოტიდები; ამ უკანასკნელს არა აქვს შერჩენილი თავი, კისერი და კისერთან მახლობლად მყოფი პროგლოტიდები. დანარჩენ ცხრა ჭიის სიგრძე არ აღემატება 35 სანტიმეტრს. ამ ცხრა ჭიათა შორის მხოლოდ ერთს არა აქვს თავი. რადგან არც ერთს ამ ჭიათაგანს არა აქვს შერჩენილი მომწიფებული პროგლოტიდები, აუცილებელი დარჩა თვითეულ ჭიის თავის მიკროსკოპის ქვეშ როგორც ზემოდან, აგრეთვე გვერდებიდან გასინჯვა. ამასთანავე მიკრომეტრის საშვალდებით იქნა გაზომილი როგორც ყველა თავების, აგრეთვე მათზე მყოფ მიმწოვ ორგანოთა გაზომვა. აღნიშნულ მეთოდით ჭიების გვარის გამორკვევის შედეგები შემდეგია. არც ერთი ჭიის თავი არ შეიცავს ხორთუმს, შეიარაღებულს კავებით, რომლებიც დამახასიათებელია ღორის სოლიტერისათვის; ამას გარდა ყველა მათგანი შეიარაღებულია ოთხ-ოთხ მისაწოვ ორგანოთა თავების სომებით (გარდი-გარდმო) — 1,25—1,8 m.m. მისაწოვ ორგანოთა ზომები არა ნაკლები 0,5 m.m. და არ აღემატება 0,8 m.m. ეს მცირე განსხვავება თავის და მისაწოვ ორგანოების, რომელიც ჩანს მიღებულ ციფრების ზემოდ მოყვანილ ცხრილში ნაჩვენები ხარის სოლიტერისათვის ციფრებთან შედარებით, უნდა აიხსნას იმ გარემოებით, რომ ჭიები არის შენახული გვამის გაკვეთისთანავე ფორმალინის სხარში. უკანასკნელი რასაკვირველია, ხელს უწყობს ჭიების ყველა ნაწილების შემცირებას. ეს განსხვავება გამოიხატება მილიმეტრის რამოდენიმე მეათედით. მაშასადამე ერთი მხრივ ხორთუმის არყოფნა, მეორე მხრივ ჭიების თავების და მათი ნაწილების გაზომვის შედეგები და ამასთანავე პირველ უგრძეს აწეროვ შემთხვევაში ჭიის საშვილოსნოს დაყოფის ხასიათი სრულიად საკმარისია, რომ აღნიშნული ჭიები ეკუთვნის ხარის სოლიტერის გვარს.

ლიტერატურა.

1. Ashoff. Path. Anat. B. I. 1919.
2. Бобрецкий Учебник зоологии 1911 г. стр. 211.
3. Брандт Э. Животные паразиты 1873 г. стр. 136, 144.
4. Braun M. Die Tierischen Parasiten des Menschen T. I. 1915. S. 253, 260.

5. *Gierke E.* Taschenbuch Path. Anat. T. I. 1911. S. 38.
6. *Высокович К.* Патол. анат. В. II. 1915 г. стр. 161.
7. *Ивановский* Учебник частной патол. анат. 1898 г. стр. 189.
8. *Kaüfmann E.* Lehrbuch d. speciel. Path. Anat. I. B. 1911. S. 542, 543.
9. *Claus C.* Учебник Зоологии ч. I. 1888 г. стр. 328.
10. *Kraus Fr. u Brugsch Th.* Инфекц. болезни Т. II. В. I. 1915 г. стр. 128.
11. *Лабумбен А.* Новые элементы пат. анат. В. I. 1879 стр. 345, 348.
12. *Leuckart R.* Die Parasiten des Menschen u. die von ihnen herrührenden Krankheiten. В. I. 1879—1886. S. 604, 608, 675
13. *Lubarsch O und Ostertag R.* Ergebnisse der allgem. Path. u. Path. Anat. des Menschen u. Tiere S. 76.
14. *Никифоров.* Основы пат. анат. 1913. стр. 411.
15. *Никольский А.* Медицинская зоология. 1916 стр. 128, 130.
16. *Nothnagel H.* Specielle Path. u. Therapie. Thierische Parasiten. В. VI. 1894. S. 27, 32.
17. *Orth J.* Path.- anatomische Diagnostik. 1909. S. 621.
18. *Reiper—М. Блюменau* (Реальная энциклопедия практической медицины Т. V. 1910 г. стр. 56.).
19. *Пожариский I.* Основы пат. анат. В. III. 1918—1919 г. г. стр. 348.
20. *Предтеченский.* Руководство клинич микроскопии. 1913 г. стр. 226.
21. *Ribbert H.* Lehrbuch der allgem Path. und Path. Anat. 1919. S 15, 388.
22. *Рокитанский К.* Руководство к пат. анат. Ч. III. В. II. 1845 г. стр 426.
23. *Strümpell A.* Частная пат. и терапия. стр. 682.
24. *Холодковский Н.* Учебник зоологии и сравнит. анат. 1914 г. стр. 357, 358.

ვლადიმერ კუჭაიძე

ორდინატორი.

თანამედროვე შეხედულობა ეკლამპსიაზე და მისი წამლობა ეგრეთ წოდებულ შუა ხაზის (die mitterle Linie) თერაპიის მიხედვით.

სამეანო კლინიკის გამგე პროფ. თიკანაძე.

4597

საჯარო მოხსენებებს პრაქტიკულ მედიცინის ამა თუ იმ კითხვებზე საზოგადოთ დიდი მნიშვნელობა აქვს, ვინაიდან აზრთა გაცვლა გამოცვლა საშვალელებას გვაძლევს გამოვიტანოთ ერთგვარი დასკვნა, გამოვანახოთ შეთანხმებული აზრი მეტადრე ისეთ სატკივართა შესახებ, რომელთა რაობა და მიზეზი წარმოშობისა ჯერ გამოურკვეველია და რომელთა წამლობის შესახებ მეცნიერთა შორის არ არის ერთნაირი განსაზღვრული შეხედულობა. ერთ-ერთ ამგვარ ავადმყოფობათა რიცხვს ეკუთვნის ეკლამპსია, რომელზედაც დღეს მე მსურს შევაჩერო თქვენი ყურადღება. ეკლამპსია ერთობ მძიმე სატკივარია. ის, როგორც მოგეხსენებათ, ქალს გამოაჩნდება მხოლოდ ორსულობის, მშობიარობის და ლოგინობის ხანაში. ეთიოლოგია ამ ავადმყოფობისა ჯერაც გამოურკვეველია და მისი წამლობის შესახებ სხვადასხვა ავტორი სხვადასხვანაირ საშვალელებას ხმარობს ერთნაირი ვარკვეული წესი წამლობისა ჯერ არ არის გამომუშავებული. თუ ერთი ასეთ შემთხვევებში მოცდას და სიმპტოლოგიურ წამლობას გვიჩვენებს, მეტადრე უფრო აქტიური ჩარევის მომხრეა და დაჩქარებით მომშობიარობას აძლევს უპირატესობას და აი დღევანდელი ჩემი მოხსენების მიზანია განვმარტო ის წესები წამლობისა, რომელიც ასეთ შემთხვევებში მიღებულია ჩვენ კლინიკაში და აგრეთვე გაგაცნობთ მის შედეგებსაც. წინასწარვე უნდა ვაღიარო, რომ მე დღეს დიდი მასალა არა მაქვს და ეს, რასაკვირავლია, ერთის მხრივ მოხსენების მოკლად უნდა ჩაითვალოს, მაგრამ მეორეს მხრივ მაჩვენებელია იმისა, რომ ჩვენში ეს ავადმყოფობა შედარებით უფრო იშვიათ მოვლენას უნდა წარმოადგენდეს ვიდრე სხვა ქვეყნებში, რუსეთში მაგალითად, მოსკოვის უნივერსიტეტის სამეანო კლინიკის ანგარიშით ათი წლის განმავლობაში 8032 მშობიარეზე ქონიათ 75 ეკლამპსიის შემთხვევა, რაც შეადგენს 0,9%-ს. ჩვენ კლინიკაში მის დაარსებიდან ოთხი წლის განმავლობაში. 3.500 მშობიარობაზე იყო მხოლოდ 12 ამგვარი შემთხვევა, რაც მიახლოებით 0,4%-ს უდრის. ამ ციფრების მიხედვით ზემო გამოთქმული აზრი, რომ ეკლამპსია ჩვენში შედარებით იშვიათი მოვლენაა სიმართლესთან ახლო უნდა იყოს. აქვე საჭიროდ მიმაჩნია აღვნიშნო, რომ ჩვენ მთელი წლის განმავლობაში ავადმყოფებს და მშობიარეებს ვღებულობთ არა





ყოველ დღე, არამედ დღეგამოშვებით, ე. ი. წელიწადში ექვსი თვე. მაგრამ ამის და მიუხედავად ჩვენ კლინიკაში ავადმყოფთა და მშობიარეთა რიცხვი გაცილებით უფრო მეტია, ვიდრე ეს მოსკოვის უნივერსიტეტის სამედიცინო კლინიკაში ყოფილა. ეს გარემოება სხვათაშორის უნდა აიხსნას თანამედროვე პირობებში ადგილობრივ მკვიდრთა ეკონომიურად უფრო ნაკლებ უზრუნველყოფილობით, ვიდრე წინეთ. ეკლამპსია დიდი ხანია ცნობილია და მის შესახებ ლიტერატურაში ბევრი მასალაა დაგროვებული, მაგრამ მიუხედავად ამისა ჯერ-ჯერობით მისი ეთიოლოგია, როგორც ზემოთ ვსთქვით, სავსებით გამორკვეული არ არის. Zweifel'ი მას „თეორიების ავადმყოფობა“-ს უწოდებს. და მართლაც, ამ ავადმყოფობის წარმოშობის შესახებ მრავალი თეორიაა წარმოთქმული. ჯერ კიდევ Leuer'მა 1843 წელს ეკლამპსიან ავადმყოფებს შარდში ცილი უნახა. ამ გარემოებამ ბევრ მკვლევარს მისცა საბაბი ეკლამპსია სახეშეცვლილ ურემიად ჩათვალათ, (Zrerichs, spiegelberg) ხოლო კრუნჩხვის გამომწვევ მიზეზად ისინი სთვლიდნენ ორგანიზმში შადრიმანის მოგროვებას და შეძლევ ნახშირმჟავა ამონიაკად გარდაქმნას, მაგრამ ეს თეორია ვერ იქმნა საყოველთაოდ მიღებული, რადგან ეკლამპსიის ბევრ შემთხვევებში თირკმელებში არავითარი ანთებადი ან დეგენერატიული პროცესის ნიშნები არ აღმოჩნდა და ვერც სისხლში ნახეს შადრიმანი და ამონიაკი. ამიტომ ვგრედ წოდებული „ამონიები“ უარყოფილ იქნა. ვერ მოიპოვა ნიადაგი ვერც Graube—Rosentein'ის ჰიპოტეზებმა, რომლებიც კრუნჩხვის და კომას მიზეზებს ეძებდნენ შეშუპებაში და მისგან გამოწყვეულ ტვინის უსისხლობაში (ანემიაში); უარყოფილ იქმნა Haalberstma'ს თეორიაც, რომელიც ეკლამპსიას ურემიულ შეტევად სთვლიდა და ამ მოვლენას მიაწერდა შარდის შეგუბებას და ამის მდინარების შეჩერებას ორსულ საშვილოსნოს შარდსაწვეთებზე დაწოლის გამო. არც ბაქტერიალურ (Gerdes) და საზოგადოთ ინფექციურ თეორიებს (Строганов, Левинович) გამოუჩინდნენ მოსარჩლენი. პირველი ჰიპოტეზის უსაფუძვლობა დამტკიცებულ იყო Hofmeier'ის, Hägler'ის, Döderlein'ის და სხვების მიერ, ხოლო მეორე დარღვეულ იქმნა Bouchard'ის გამოკვლევებით. ფიზიოლოგიურ ქიმიის განვითარებამ საბაბი მისცა ფრანგ მეცნიერს Bouchard'ს და მის სკოლას ეკლამპსია ჩათვალა ორგანიზმის აუტოინტოქსიკაციით. მათ შეამჩნიეს რომ ეკლამპსიან ავადმყოფს შარდი საღ ადამიანის შარდთან შედარებით უფრო ნაკლებ მომწამლაგი თვისებით განირჩევა, პირიქით, პლაზმა პირველათ კი გაცილებით უფრო შხამიანია, ვიდრე ასეთივე მეორეთ. აქედან მათ გამოყავდათ ის დასკვნა, რომ ეკლამპსიანის ორგანიზმში გროვდება რაღაც შხამი, რომელიც სწამლავს ორგანიზმს და იწვევს კრუნჩხვას. Wolhard'მა და Schumacer'მა ცდებით ყოველ ეჭვს გარეშე დაამტკიცეს, რომ Bouchard'ის მოსაზრება სიმართლეს მოკლებულია. Pinard'ი. Stumpf'ი და სხვ. ამ ავადმყოფობის კლინიკური სიმპტომების და პათოლოგო-ანატომიური სურათის მიხედვით მის წარმოშობის მიზეზათ სთვლიდნენ ღვიძლის დაავადებას, რის გამო ის კარგავს ნაწლავებში წარმოქმნილ ტოქსინების დარღვევის უნარს და ამას კი შედეგათ მოყვება დედის ორგანიზმში შხამიანი ნივთიერების დაგროვება. ხოლო ეს კი იწვევს ნერვიულ სისტემის მძიმე მოწამვლას და ამასთან ერთად კრუნჩხვას. Massen'ი ამ-



გვარ მომწამლავ ნივთიერებათ ლეიკომანებს სთვლიდა და მათ წარმოშობას ნივთიერებათა გაცვლა გამოცვლის ნაწარმოებთა არა საკმარისად დაქანგვას მიაწერდა, რასაც ხელს უწყობს ლეიქლის ქსოვილების დაავადება. *Vassale*'ის აზრით ეკლამპსიის მიზეზი შინაგან სეკრეციის ჯირკველთა ფუნქციის მოშლილობაა, განსაკუთრებით ეპიტელიალურ სხეულთა (gl. parathyroidea). *Zweifel*'მა საფუძვლიანად შეისწავლა ეკლამპსიან ავადმყოფთა ორგანიზმში ნივთიერებათა გაცვლა გამოცვლა, ამათ სისხლში, შარდში და ზურგის ტვინის სითხეში ხანა რძის მეფა, რომელისაც წარმოშობა, მისი აზრით, პირდაპირი შედეგია ცილოვან ნივთიერების დაქანგვის შემცირების. ეკლამპსია *Zweifel*'ით რძის ზეფით მოწამვლის შედეგია.

Sabre'ი ეკლამპსიის მიზეზს ხედავს ნაწლავებიდან წარმომდგარ ინტოკსიკაციაში. მან ეკლამპსიანების ფეკალურ მასიდგან კიდევაც მოამზადა ერთგვარი ექსტრაქტი. როცა ეს ნივთიერება ბაჭიას კანქვეშ შეუშხაბუნეს, მას გამოაჩნდა ეკლამპსიის ტიპური ნიშნები და გარდამავალი ალბუმინურია. *Sehling*'ს არც ერთი ზემოთ ჩამოთვლილი თეორიები ეკლამპსიის პათოგენეზისათვის დამაკმაყოფილებლად არ მიაჩნია. იგი წინააღმდეგია, როგორც ინფექციურ, ისე ურემიულ თეორიების, არც ლეიქლის ცვლილებებს სთვლის ამ სატკივარის წარმოშობ მიზეზად. მისი აზრით, რომელსაც იზიარებს *Vander Hoeven*'ი, ეკლამპსიის მიზეზი ნაყოფში უნდა ვეძიოთ *Sehling*'ით ეკლამპსია *sui generis* ავადმყოფობაა და მის წარმოშობაში უმთავრესი წილი მიუძღვის ნივთიერებათა გაცვლა გამოცვლის ნაწარმოების ნაყოფიდან დედის ორგანიზმში გადასვლას. ამის დასამტკიცებელ საბუთად მოყავთ ის, რომ სწრაფად ნაყოფისაგან დედის განთავისუფლებას კარგი შედეგები მოყვება: კრუნჩხვა კლებულობს და აღრე ქრება. მაგრამ ამის წინააღმდეგ ლაპარაკობს ის გარემოება, რომ ზოგიერთ ავტორების მიერ არის აწერილი ისეთი შემთხვევები, როდესაც ეკლამპსიის შეტევებს მკვდარ ნაყოფისა (*Liepmann*) და ბუშტ-ნამქერის—*mola hidatidosa* (*Hitschman*) დროსაც ქონია ალავი.

Schmorl'ს და *Lubarsch*'ს ეკლამპსიით გარდაცვალებულთა გვამების პათოლოგო-ანატომიურ გამოკვლევების დროს ხშირათ უნახიათ სინციტიალური უჯრედები ფილტვებში, გულში, კაპილარებში და სხვა ორგანოებში. ამ გარემოებამ მისცა საბაზი *Veit*'ს წარმოდგინა თავისი პლაცენტალური თეორია ეკლამპსიის წარმოშობის ასახსნელად. *Veit*'ის აზრით დედის სისხლში შესული ხორიონის ბუსუსები ქმნიან ჰემოლიზინებს, რომელნიც არღვევენ სისხლის წითელ ბურთულებს, ხოლო ეს მოვლენა ხელს უწყობს სინციტიოლიზინების წარმოქმნას, ე. ი. იმ ნივთიერებისა, რომელიც ხორიონის ბუსუსებს არღვევს და ანეიტრალებს, ანელებს, მათ მიერ წარმოქმნილ შხამს. რამდენადაც მეტი შედის დედის სისხლში წითელი ბურთულები. *Weichard*'მა და *Piltr*'მა თავის ექსპერიმენტალური გამოკვლევებით უფრო გააფართოვეს *Veit*'ის თეორია; მათ ნახეს რომ სინციტიუმას დარღვევის დროს მისგან გამოიყოფა, თავისუფლდება, ერთგვარი შხამიანი ნივთიერება, რომელიც თავის მოქმედებით ძლიერ წააგავს ბაქტერიების მიერ გამომუშავებულ ენდოტოქსინებს. ამ ნივთიერებას, რომელიც მათი აზრით იწვევს ეკლამპსიის დამახასიათებელ სამპტომებს, მათ

უწოდეს სინციტიოტოქსინი. Veit'ის თეორიას თავის დროზე ბევრი მოსარჩლე გამოუჩნდა, (Feeund, Engelman, Stade და Скробинский) რომელიც ადასტურებდნენ პლაცენტაში განსაკუთრებულ ტოქსიურ ნივთიერებათა არსებობას. Lichtenstein'მა განიმეორა Veit'ის თეორიის მოსარჩლეა ცდები და სრულიად საწინააღმდეგო დასკვნამდე მივიდა; მისი აზრით პლაცენტიდგან მომზადებული ემულსია სრულებით არ შეიცავს იმ შხამიან ნივთიერებას, რომელიც მის მოწინავე მკვლევარებს უნახიათ. Hofbauer'ი ეკლამპსიას ფერმენტატულ ინტოქსიკაციათ სთვლის, რომელიც გამომდინარეობს პლაცენტისაგან, ხოლო პლაცენტას ის უტყქერის, როგორც ჯირკვლისებერ ფუნქციის მქონე ორგანოს. ის ამბობს, რომ ადამიანის პლაცენტის ბუსუსები უშუვალოთ თავდებიან დედის სისხლის მილებში, ამიტომ მის ფერმენტებს ადვილად შეუძლიან დედის სისხლში გადასვლა და აქ მრავალი ინტოქსიკაციონური პროცესების გამოწვევა მისი აზრით ეს ფერმენტები ჯერ ლვიდლში შედიან, რომელსაც აქვს განსაკუთრებული თვისება სისხლში მიმდინარე არანორმალურ ფერმენტების შესრუტვისა. ამის გამო Hofbauer'ის ჰიპოტეზის თანახმად სიცოცხლეშივე ლვიდლში ხდება მისი ქსოვილების დაშლა-დარღვევის პროცესი აუტოლიზი და ამ მოვლენას კი შეუძლიან ორგანიზმის მოწამვლა და ეკლამპსიისებური სურათის მოცემა Lichtenstein'მა, Gessner'მა და სხვ. საგრძნობლად შეარყიეს ამ თეორიის საფუძვლიანობა. ზოგიერთები (Weichard, Rosenau, Anderson) ეკლამპსიას ანაფილაქსიურ მოვლენად სთვლიან მაგრამ ბევრს ეს ჰიპოტეზაც შეუსაბამოთ მიაჩნიათ, ვინაიდან ეკლამპსიის დროს ავადმყოფს სისხლის წნევა და მისი შედედებისათვის მიდრეკილება მომატებული აქვს, ემჩნევა ლეიკოციტოზი და სიცხის აწევა, ანაფილაქსიური მოვლენანი პირიქით სულ სხვა საწინააღმდეგო სურათს იძლევა. უკანასკნელ ხანებში ზოგიერთი ავტორი მაგ. Vagnes, chirie, Goy, Pal და სხვ. ეკლამპსიის წარმოშობა მიზეზად სთვლიან სისხლის მილებში წნევის ცვალებადობას, რაც გამოიხატება ამ წნევის საგრძნობლად მომატებაში. Schlossman'მა ნახა რომ ყველა ეკლამპსიან ავადმყოფს სისხლის წნევა 140 მილ. მეტი აქვს, ხოლო თუ წნევა 155 მილ. ზევით ადის, ეს Wilson'ის დაკვირვებით ცუდი შედეგის მომასწავებელია. მომატება სისხლის წნევისა იწვევს ტვინის არტერიებში სპაზმს და შემდეგ კი თვით ეკლამპსიურ შეტევას, მაგრამ ჯერ-ჯერობით არც ამ თეორიას აქვს მკვიდრი ნიადაგი მოპოვებული და მოითხოვს უფრო საფუძვლიანად დამუშავებას.

ამ გვარად ჩვენ მოკლეთ მოვიყვანეთ უმთავრესი თეორიები, რომელნიც წამოყენებული იყო ეკლამპსიის გამომწვევე მიზეზის ასახსნელად. ყველა ამ თეორიებში დღეს დღეობით უფრო მეტი მომხრე პლაცენტალურ თეორიას ყავს. მიუხედავად Zweifel'ის, Jichtenstein'ის და სხვ. მის წინააღმდეგ გალაშქრებისა, Liepman'ს, E. Scsultz'ს და სხვ. სეროლოგიურ და ქიმიურ გამოკვლევათა მიხედვით დამტკიცებულათ მიაჩნიათ, რომ პლაცენტაში არის განსაკუთრებული პანკრეატინის მინაგვარი ნივთიერება, რომელიც საერთო ქიმიზმის შეცვლით იწვევს ავადმყოფობის ისეთ სურათს, რომელიც ახასიათებს ეკლამპსიურ შეტევებს.



უწოდეს სინციტიოტოქსინი. Veit'ის თეორიას თავის დროზე ბევრი მოსაარჩლე გამოუჩნდა, (Feeund, Engelman, Stade და Скробинский) რომელიც ადასტურებდნენ პლაცენტაში განსაკუთრებულ ტოქსიურ ნივთიერებათა არსებობას. Lichtenstein'მა განიმეორა Veit'ის თეორიის მოსაარჩლეთა ცდები და სრულიად საწინააღმდეგო დასკვნამდე მივიდა; მისი აზრით პლაცენტიდგან მომზადებული ემულსია სრულებით არ შეიცავს იმ შხამიან ნივთიერებას, რომელიც მის მოწინავე მკვლევარებს უნახიათ. Hofbauer'ი ეკლამპსიას ფერმენტულ ინტოქსიკაციით სთვლის, რომელიც გამომდინარეობს პლაცენტისაგან, ხოლო პლაცენტას ის უცქერის, როგორც ჯირკვლისებრ ფუნქციის მქონე ორგანოს. ის ამბობს, რომ ადამიანის პლაცენტის ბუსუსები უშუვალთ თავდებიან დედის სისხლის მილებში, ამიტომ მის ფერმენტებს ადვილად შეუძლიან დედის სისხლში გადასვლა და აქ მრავალი ინტოქსიკაციონური პროცესების გამოწვევა მისი აზრით ეს ფერმენტები ჯერ ლეიძლში შედიან, რომელსაც აქვს განსაკუთრებული თვისება სისხლში მიმდინარე არანორმალურ ფერმენტების შესრუტვისა. ამის გამო Hofbauer'ის ჰიპოტეზის თანახმად სიცოცხლეშივე ლეიძლში ხდება მისი ქსოვილების დაშლა-დარღვევის პროცესი აუტოლიზი და ამ მოვლენას კი შეუძლიან ორგანიზმის მოწამვლა და ეკლამპსიისებური სურათის მოცემა Lichtenstein'მა, Gessner'მა და სხვ. საგრძნობლად შეარყიეს ამ თეორიის საფუძვლიანობა. ზოგიერთები (Weichard, Rosenau, Anderson) ეკლამპსიას ანაფილაქსიურ მოვლენად სთვლიან მაგრამ ბევრს ეს ჰიპოტეზაც შეუსაბამოთ მიაჩნიათ, ვინაიდან ეკლამპსიის დროს ავადმყოფს სისხლის წნევა და მისი შედედებისათვის მიდრეკილება მომატებული აქვს, ემჩნევა ლეიკოციტოზი და სიცხის აწევა, ანაფილაქსიური მოვლენანი პირიქით სულ სხვა საწინააღმდეგო სურათს იძლევა. უკანასკნელ ხანებში ზოგიერთი ავტორი მაგ. Vagnes, Gouerie, Goy, Pal და სხვ. ეკლამპსიის წარმომშობ მიზეზად სთვლიან სისხლში მილებში წნევის ცვალებადობას, რაც გამოიხატება ამ წნევის საგრძნობლის მომატებაში. Schlossman'მა ნახა რომ ყველა ეკლამპსიან ავადმყოფს ლაღლის წნევა 140 მილ. მეტი აქვს, ხოლო თუ წნევა 155 მილ. ზევით ადის, სისხლში Wilson'ის დაკვირვებით ცუდი შედეგის მომასწავებელია. მომატება სისხლში წნევისა იწვევს ტვინის არტერიებში სპაზმს და შემდეგ კი თვით ეკლამპსიურ შეტევას, მაგრამ ჯერ-ჯერობით არც ამ თეორიას აქვს მკვიდრი ნიადაგი სიზოპოვებული და მოითხოვს უფრო საფუძვლიანად დამუშავებას.

ამ გვარად ჩვენ მოკლეთ მოვიყვანეთ უმთავრესი თეორიები, რომელნიც წამოყენებული იყო ეკლამპსიის გამომწვევ მიზეზის ასახსნელად. ყველა ამ თეორიებში დღეს დღეობით უფრო მეტი მომხრე პლაცენტალურ თეორიას ყავს. მიუხედავად Zweifel'ის, Jichtenstein'ის და სხვ. მის წინააღმდეგ გალაშქრებისა, Liepman's, E. Scsultz's და სხვ. სეროლოგიურ და ქიმიურ გამოკვლევათა მიხედვით დამტკიცებულათ მიაჩნიათ, რომ პლაცენტაში არის განსაკუთრებული პანკრეატინის მინავარი ნივთიერება, რომელიც საერთო ქიმიზმის შეცვლით იწვევს ავადმყოფობის ისეთ სურათს, რომელიც ახასიათებს ეკლამპსიურ შეტევებს.

ასე თუ ისე ერთი რამ ცხადია, რომლის უარყოფა თანახმად თანამედროვე კლინიკურ დაკვირვებისა შეუძლებელია, სახელდობრ, ის ყველასაგან შენჩნეული ფაქტი, რომ მომშობიარების დამთავრების, ე. ი. ნაყოფის და პლაცენტის დაბადების შემდეგ ეკლამპსიის შეტევები ან საესებით ქრება ან საგრძობლად კლებულობს. აი სწორეთ ამნაირ დაკვირვებისგამო ამ ათიოდე წლის წინათ აქტიური თერაპია-სასწრაფო მომშობიარება (Sruchtenbidung) საუკეთესოდ მიაჩნდათ. Liepmann-ი ამბობს, რომ ეკლამპსიის საუკეთესო წამლობა მომწამლავ წყაროს უკუგდებაში, ე. ი. მშობიარობის სასწრაფოდ დამთავრებაში უნდა გამოიხატებოდესო. ამაში მე დამარწმუნა ექსპერიმენტებით მიღებულმა ფაქტებმა და ამას ჩემი სტატისტიკაც ადასტურებსო, დედის სიკვდილიანობა ასეთ პირობებში 2—3% უდრისო. ვისაც ეკლამპსიით ავადმყოფ დედაკაცის გადარჩენა სურს, ის ერთ და იმავე დროს კარგი დოსტაქარი და კარგი მეანიც უნდა იყოსო.

თუ რომელი მეთოდი უნდა ვიხმაროთ სასწრაფოთ, ან რაც შეიძლება ადრე მოსამშობიერებლად, ეს დამოკიდებულია საშვილოსნოს ყელის მილის და პირის მდგომარეობაზე. თუ ყელი საკმარისად გახსნილია და არის შექმნილი პირობები მაშის დასადებად, მაშინ ამ საშვალებას უნდა მივმართოთ, ან ნაყოფი მოვატრიალოთ და გამოვიყვანოთ. თუ ნაყოფის თავი მენჯის შესავლის ზემოთ დგას და ყელი დახშულია ცოტაოდენ უნდა გავაგანიეროთ და შეერთებული წესით მოვაბრუნოთ. ექიმი Соловьев-ი ამბობს, რომ მშობიარობის პირველ ხანის შესამოკლებლად, ე. ი. ყელის გახსნის დასაჩქარებლად უნდა მივმართოთ ასეთ შემთხვევაში დაუფასებელ კოლპეირინტერს და თუ ამ საშვალებას არ მივმართოთ, ეს იმას ნიშნავს, რომ სრულიად არ მივსცეთ დახმარება ორ არსებას—დედას და შვილსო. ყველაზე უფრო სწრაფად მომშობიარება Dührsen-ის მიერ შემოღებულ საშოს მხრივ საკეისრო გაკვეთით შეიძლება. ამ წესით Dührsen-მა შესძლო 93,75% შემთხვევაში ეკლამპსიის შეტევები შეეჩერებია. Gödecke-ს ავადმყოფებს ოპერაციის გაკეთების შემდეგ 81% შემთხვევაში მოსპო კრუნჩხვა, Хажинский-ს—77,7%-ში.

რაც უფრო ადრე მივმართავთ აქტიურ წესებს, იმდენათ შედეგი უფრო ნაყოფიერი და თვალსაჩინოა. Liepmann-ს მოჰყავს 202 ეკლამპსიის შემთხვევა, საიდანაც სჩანს, რომ ეკლამპსიის მეორე შეტევის ბოლოს აქტიურ ჩარევის შემდეგ მხოლოდ, 6,5% დედა გარდაცვლილა. უფრო მოგვიანებით ჩარევისას ეს ციფრი ქანაობდა 16%—32%-დე. Winter-ის დაკვირვებით ეკლამპსიის 1—5 შეტევის შემდეგ მომშობიარობა იძლევა ხოლო 15—40 შეტევის შემდეგ—50%-ს. ამასთანავე პირველ შეტევის ერთი საათის შემდეგ სასწრაფოდ მომშობიარებისას არც ერთი არ მომკვდარა, ხოლო 24 საათის ჩარევის შემდეგ 30% დედა გამოეალმა წუთის სოფელს. რომ პირველ შეტევის შემდეგ დაუყოვნებლივ მომშობიარებას ერთობ კარგი შედეგი მოყვება ამას ამტკიცებს Seitz-ის მიერ შეკრებილი სტატისტიკური ცნობები რომელიც აღნიშნულია შემდეგ ცხრილში:



რიცხვი პირველ შეტევის შემდეგ ადრე მომშობიარებულთა		% სიკვდილიანობის
Zweifel	30	6,6
Bumm	79	2,5
Seitz	19	10,5
სულ	126	6,5

წინათ როდესაც სასწრაფოდ მოსამშობიარებელი წესები - არ იყო დამუშავებული და შემოღებული, ეკლამპსიის წამლობას სიმპტომატოლოგიური ხასიათი ქონდა. ცდილობდნენ არა გამომწვევ მიზეზის მოსპობას, რომლის რაობა მაშინ კიდევ უფრო მეტი სიბნელით იყო მოცული, არამედ უმთავრესი სიმპტომების და განსაკუთრებით კრუნჩხვის შეჩერებას. ამისათვის ხმარობდნენ სხვადასხვა ნარკოტიულ საშუალებებს. უპირატესობას ამ მხრივ აძლევდნენ მორფიუმს და ხლორალ-ჰიდრატს. მიუხედავად იმისა, რომ ამ საშუალებათა ხმარებას ურჩევდნენ ისეთი დიდი ავტორიტეტები, როგორც Veit'i, Winkel'i და სხვ. მაინც ბევრი მათ ხმარებას გაუბრუნდა, რადგან დამაკმაყოფილებელ შედეგს ამ გვარი წამლობა არ იძლეოდა. ნარკოტიული და საზოგადოთ მოცდითი წესით ეკლამპსიანების წამლობა სასწრაფო მომშობიარების წესებთან შედარებით გაცილებით მეტ პროცენტს სიკვდილიანობისას იძლეოდა. იმავე Seitz'ის სტატისტიკის ცნობების მიხედვით სასწრაფო მომშობიარების შემდეგ საერთოდ კვდებოდა 6,5%, ხოლო მოცდითი წესით წამლობის შემდეგ კი 28,3%. Doderlein'მა ეკლამპსიანის კონსერვატიულ წამლობის შემდეგ მიიღო 28,6% სიკვდილიანობისა, მხოლოდ აქტიურ ჩარევით სიკვდილიანობის % დაეშო 16,2%-დე. ხოლო, როდესაც პირველ შეტევის შემდეგ იყო წარმოებული მომშობიარება, სიკვდილიანობის შემთხვევა 6,5%-დე დავიდა. მაგრამ მიუხედავად იმისა, რომ კონსერვატიული და საზოგადოთ ნარკოტიკებით წამლობა ეკლამპსიისა უფრო ნაკლებ მანუგეშებელ შედეგებს იძლეოდა, უკანასკნელ ხანებში მაინც მას გამოუჩნდნენ მოსარჩლენი. Строганов'ი მრავალი კლინიკური დაკვირვების მიხედვით თავგამოდებით იცავს კონსერვატიულ თერაპიას ნარკოტიკების ხმარებით ცდილობს ამათ საშუალებით შეტევის და საზოგადოთ კრუნჩხვის ჩაქროს უმთავრესად ხმარობს მორფიუმს, ხლორალ-ჰიდრატს და ქლოროფორმს. ეს ნივთიერებანი ავტორს შეაქვს ეკლამპსიან ავადმყოფის ორგანიზმში განსაზღვრული თანდათანობითი. წინასწარ გამომუშავებულ გეგმით და წესით: ამ წესით წამლობას, რომელსაც. Строганов'ი „პროფილაქტიურს“ უწოდებს, როგორც ზემოთ აღნიშნული გვქონდა, მიზნათ აქვს უმთავრესად კრუნჩხვის მოსპობა. Строганов'ის აზრით კრუნჩხვა ავადმყოფობის სინძიმის გამომხატველია: რამდენიც მეტი კრუნჩხვა ექნება, იმდენი ceteris paribus მეტი კვდება. ამ დროს, ე. ი. კრუნჩხვის დროს, მისი აზრით სისხლის მილები სპაზმატიურ მდგომარეობაში მოდიან და ამის გამო ტვინის და ყველა პარენქიმატოზიულ ორგანოების უჯრედებს აკლდებათ ჟანგბადით მდიდარი სისხლი. პროფილაქტიური მეთოდით, ამბობს Строганов'ი, სპობს კრუნჩხვას და სისხლის მილების სპაზმას და ავადმყოფის ორგანიზმში ქმნის უფრო უკეთეს პირობებს ტოქსინების მიმართ საბრძოლველათ. ამ მეთოდის წესიერად წამლობის შემდეგ Строга-

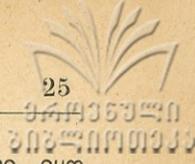
ნოვ'ს 330 ავადმყოფში მოკვდა 6,9% დედა, ხოლო ბავშვი კი 21,6%. 1918 წლის ბოლომდე Строганов'მა უკვე შესძლო 2308 შემთხვევის შეკრება, სადაც დაახლოვებით გაუტარებიათ მისი მეთოდით წამლობა. რასაც შედეგათ მოჰყოლია 9,8% დედის სიკვდილიანობისა. Essen-Muller'ს კონსერვატიულ წამლობის შემდეგ მოუკვდა დედა 20-24%, აქტიურ ჩარევის შემდეგ—10-15%. Crandt'მა მოცდითი წესით წამლობით მიიღო 23,6% დედის სიკვდილიანობა აქტიურ თერაპიით კი 16,6%.

როგორც ვხედავთ, ბევრ ევროპიელ მეანკლინიცისტ ვერ მიუღია მოცდითი წესით წამლობის შემდეგ ისეთი მანუგეშებელი და კეთილ საყოფელი შედეგები, როგორც Строганов'ს რუსეთში. ამიტომ ზოგიერთები. მაგ. Tromme, Dührssen, Seitz, Рабинович, Скробанский და სხვ. ამ მოვლენას ადგილობრივი მიზეზებით ხსნიან. მათი აზრით Строганов'ის მიერ მიღებულ კარგ შედეგების მიზეზი უნდა ვეძიოთ არა მისი თერაპიის რაიმე სპეციფიურ მოქმედებაში, არამედ იმაში, რომ პეტროგრადში ეკლამპსიას ისეთი მწვავე ხასიათი არ აქვს. როგორც სხვა ქვეყნებში. ასე რომ, მიუხედავად იმისა, რომ Строганов'მა თავისი პროფილაქტიურ მეთოდის ხმარებით ერთობ კარგი შედეგი მიიღო, მაინც ამ მეთოდს იმ სქემით, როგორც მას მისი ავტორი განმარტავს, საყოველთაო მოქალაქეობრივი უფლება არ მოუპოვებია, თვით რუსეთშიაც კი მაგ. მოსკოვში, თუ დავუჯერებთ ექიმ Селицкий-ს, ამ მეთოდს ერთობ მცირე მომხრე ყავს. ამ მეთოდს უფრო ემპირიული ხასიათი აქვს და მიმართულია როგორც აღვნიშნეთ არა ავადმყოფობის მიზეზის წინააღმდეგ სარძოლველად, არამედ მისი უმთავრესი სიმპტომების და განსაკუთრებით კი კრუნჩხვის შესამცირებლად და მოსასპობად. ეკლამპსიის დროს, ამბობს პროფ. Строганов'ი, შეტევის და კრუნჩხვის ძლიერ დიდი და ხშირად პირველ ხარისხიანი მნიშვნელობა აქვს და ამიტომ ის ცდილობს შეტევის წინასწარ აცდენას მორფიუმის, ხროლარ-ჰიდრატის და ქლოროფორმის საშვალეებით, მაგრამ, ჩვენ ვიცით, რომ ეკლამპსიის დროს ზოგჯერ კრუნჩხვას სულაც ადგილი არ აქვს და ეკლამპსიის ასეთი „უკრუნჩხვო“ ფორმებს უფრო მძიმე მსვლელობა აქვს და იძლევა მეტსიკვდილიანობის %-ს, მაგ. ექიმ Гуссоков'ის დაკვირვებით 77,8%-ს, ვიდრე ჩვეულებრივი ფორმები, Zweifel'ი, რომელიც წინათ მომხრე იყო ეკლამპსიის აქტიური მეთოდით წამლობისა და ამგვარი ჩარევით მან დედათა სიკვდილიანობა 15%-დე დაიყვანა, წინააღმდეგ 32%-სა წინათ კონსერვატიული მეთოდის ხმარების დროს. დღეს მოცდითი თერაპიის მომხრეა. ის ხმარობს ნარკოტიკებს და ერთად ამასთანავე ავადმყოფს სისხლს გაუღებს, უფრო ხშირად ნარკოტიკების მიცემამდე. ნარკოტიკებიდან აძლევს მორფიუმს, ხლორალ-ჰიდრატს ან luminal-natrium'ს (0,4) და Magnesium glycerino-phosphoricum 25%-10 კ. ს. ამგვარი წესით წამლობით მოკვდომიათ 5,3% დედა ე. ი. 5:94 შემთხვევაში. მიუხსინის კლინიკაც, როგორც E. Zweifel'ის სტატისტიკიდან სჩანს, ახლა ამგვარსავე მოცდითი წესს აძლევს უპირატესობას. აქ სისხლის გაღებით და ნარკოტიულ საშვალეებით ხმარებით თავის თავად ან მაშებით მომშობიარების შემდეგ 7% დედის სიკვდილიანობა ქონიათ, მაგრამ როდესაც ოპერაციისათვის მიუმართავსთ იმის და მიუხედავად უხმარიათ თუ



არა სისხლის გაღება და ნარკოტიკები, მაინც 15% დედისათვის მარცხით დამთავრებულა. როგორც ვხედავთ Leipzig-ის სკოლას (Zweifel) Строганов-ის პროფილაქტიურ მეთოდში, მის სქემაში შეაქვს დამატება სისხლის გართმევის სახით. სისხლის გართმევა წინათაც ალბუმინურიის აღმოჩენამდე ხმარობდნენ ეკლამპსიის დროს, როგორც რუსეთში, ისე საფრანგეთში და გერმანიაშიაც. მშობიარობა კონსერვატიულად ტარდებოდა, მომშობიარებას მიმართავდნენ ყელის მთლად გახსნისას. მაგრამ ამ საშვალეებაში მაინც და მაინც სარგებლობა ვერ ნახეს და ამიტომ მას შემდეგში გამოჩაყლის შემთხვევებში მიმართავდნენ. თვით Строганов-საც წინათ ეს საშვალეება ზედმეტად მიაჩნდა მხოლოდ ამ ბოლო დროს ისიც მომხრეა სისხლის გაღებისა, მისი სასარგებლო მოქმედება მას ეჭვს გარეშე მიაჩნია და თუ ორი სამი შეტევის შემდეგ პროფილაქტიური წესი სასურველ შედეგს არ მოიტანს. გვირჩევს ავადმყოფს სისხლი გავართვათ.

Zichtenstein-ი დიდი მომხრეა სისხლის გაღებისა, მისი აზრით ამით ორგანიზმიდან იცლება ნაწილი შხამებისა, ვინაიდან ეკლამპსია თავისებურ თვითმოწმვლას წარმოადგენს, დროებით მაინც კლებულობს სისხლის წნევა, უმჯობესდება სისხლის ცირკულიაცია და დაჟანგვის პირობები. იგივე Строганов-ი წინათ გარდა ნარკოტიულ საშვალეებათა ხმარებისა არა თუ უარყოფდა აქტიურ ჩარევას პირიქით მის მიერ მოყვანილ თერაპევტიულ სქემის ერთ პუნქტში პირდაპირ მიგვითითებებს დაჩქარებით და არა ძალის დატანებით მომშობიარებაზე. მხოლოდ ამ უკანასკნელ წლებში ძალის დატანებით მომშობიარებასაც კი გვირჩევს. თუ მოვხედავთ მის სქემის მიხედვით წამლობის საკმაოდ და წესიერად ხმარებისა კრუნჩხვა არ გაქრება. „ძალდატანებით მომშობიარება ნაჩვენებია“, ამბობს პატივცემული პროფესორი. მაგრამ ნუ დავივიწყებთ რომ პროფილაქტიურ წესით წამლობის შედეგის გამორკვევისათვის საჭიროა დაკვირვება და დრო, რომელსაც პროფ. Строганов-ის რეცეპტით არა ნაკლებ 12 საათისა მოუნდება და ცხადია, თუ ამის შემდეგ საჭირო გახდება ოპერაციული ჩარევა, მან, შესაძლოა, სასურველი ნაყოფი ვეღარ მოიტანოს მეტადრე რომ, როგორც ვიცით, თვით ოპერაციული ჩარევა თავისუფლად იძლევა 3,5%-ს სიკვდილიანობისას. ამ გვარად ვერც წმინდა კონსერვატიული და ვერც წმინდა აქტიური მეთოდი ვერ იძლევა დამაკმაყოფილებელ შედეგებს. საერთოდ ერთის და მეორეს ცალკ-ცალკე ხმარების დროს სიკვდილის შემთხვევა დიდია. ის სხვა და სხვა ავტორთა ეკლამპსიის წამლობაში 10%-ს აღემატება. ამიტომ უკანასკნელ წლებში ბევრი ავტორი ეკლამპსიის წამლობაში ეგრედ წოდებულ „შუა ხაზის თერაპიას“ (die mitterle Linie) ამჯობინებს. ეს მეთოდი წარმოადგენს კონსერვატიულ და რამდენიც შეიძლება დაჩქარებით მომშობიარობის თერაპიის კომბინაციას და ზოგიერთ ინდივიდიალურ და მძიმე შემთხვევაში ოპერაციული ჩარევაც კი ნაუთლისხმევეია. შუახაზის თერაპიის ხმარებით Engelman-მა 118 ეკლამპსიის შემთხვევიდან მიიღო 5,7% დედის სიკვდილიანობისა, მაშინ, როდესაც წინათ აქტიური ჩარევის დროს ეს ციფრი 21%-ს უდრიდა Werner-მა კი 5,3% სიკვდილიანობისა მიიღო. Мандельштам-მა 12 შემთხვევაში სცადა „შუა ხაზის თერაპია“: მორფიუმი, ხლორალ-ჰიდრატი,



(Строгановისამებრ) მაშები თუ ყველა მოხსნილი იყო, თუ დახშული იყო მეტრერიზი და არცერთი ავადმყოფი არ მოკვდომია.

როგორც მოგახსენეთ, ჩვენ კლინიკაში დღიდან მისი დაარსებისა 3.500 მშობიარეზე ეკლამპსიის 12 შემთხვევა გვქონია. ამ რიცხვში თერთმეტს ეკლამპსია მშობიარობის დროს ქონდა, ერთს კი ლოგინობის ხანში გამოაჩნდა. ამ თერთმეტ შემთხვევიდან ორს ქონდა თითო შეტევა მხოლოდ თავის გამოჭრის დროს. დანარჩენ ცხრას კი, რომელთაც შეტევები აღმოაჩნდათ მშობიარობის დაწყების თანავე, მათი რიცხვი უდრიდა 6—25 დღე. თითქმის ყველას ეს შეტევები თავიანთ სახლში დაეწყით. ამათში პირველი მშობიარე იყო 11, განმეორებითი კი 1, ასე რომ ის შეხედულობა რომ ეკლამპსია უფრო პირველ მშობიარეებს გამოაჩნდება, ამას ჩვენი დაკვირვებაც ადასტურებს. აგრეთვე ჩვენი მასალის მიხედვით მტკიცდება ის ყველასავე აღიარებული ფაქტი, რომ ეკლამპსიის შეტევებს უფრო ხშირად მშობიარობის დროს აქვს ადგილი. წლოვანების მიხედვით ჩვენი ავადმყოფები განისაზღვრებოდენ შემდეგათ: ჩვიდმეტიდგან ოც და სამ წლამდე —რვა შემთხვევა. ამათში 17 წლის იყო მხოლოდ ერთი. ესენი ყველა პირველ მშობიარეები იყვენ, რაც ამოწმებს იმას, რომ ეკლამპსია უფრო ახალგაზრდა პირველ მშობიარეს ხშირად გამოაჩნდება. აღსანიშნავია ისიც, რომ ყველა ამათს ემჩნეოდან ცოტათ თუ ბევრათ ფეხების შეშუპება და შარდში ცილი. უმეტესი წილი, სახელდობრ ექვსი, ამ ავადმყოფთაგან ავად გამხდარა გაზაფხულის თვეებში, დანარჩენები კი თანაბრად არიან განაწილებული, როგორ ზაფხულის და შემოდგომის, ისე ზამთრის თვეებში, რაც ადასტურებს V y d e l'ის დაკვირვებას, რომლითაც ის აღნიშნავს, რომ ეკლამპსია უმეტეს წილად გაზაფხულის თვეებში ჩნდება.

ორი შემთხვევა უფრო ადვილ შემთხვევებს წარმოადგენდა, რაც გამოიხატებოდა იმაში, რომ კრუნჩხვა ძლიერ სუსტი და მაჯაც შედარებით კარგი ქონული წეს კრუნჩხვის შემდეგ გრძნობაშიც მოდიოდენ. ამათ აღმოეჩინა ნარკოტიული წესით დახმარება: მორფიუმი და ხლორალ-ჰიდრატი. დანარჩენ შვიდ შემთხვევაში ჩვენ წამლობას ვიწყებდით კონსერვატიულად მაგრამ ამასთანავე ერთად ვაჩქარებდით მშობიარობას ამა თუ იმ ოპერატიული დახმარების საშვალეობით. თუ ყელი სრულიად გახსნილი იყო და მამის დასადებათ პირობები შესრულებული იყო, მამას ვადებდით. თუ ყელი დახურული იყო, საშვილოსნოს ღრუსაკენ გზის გასაკაფავად შეგვქონდა მეტრერიინტერი, რომლის გამოვარდნის ან თანდათანობით ჩამოწევის შემდეგ ნაყოფს ფეხზე მოვებრუნებდით და გამოვიყვანდით. ერთ განსაკუთრებულ შემთხვევაში, როდესაც კრუნჩხვა ძლიერი და ხშირი იყო, ფილტვები შეშუპებული ქონდა, მაჯა ჩქარი, ყელი სრულიად დახშული იყო, ჩვენ საშის საკეისრო გაკვეთას მივმართეთ. ამ გვარი წესი, ე. ი. ნარკოტიული და ამასთანავე ოპერაციის საშვალეობით მშობიარობის დაჩქარება, შვიდი გვქონდა. ამ რიცხვში გადაიცივალა მხოლოდ ერთი, მიუხედავად იმისა, რომ ის ნაყოფისაგან განთავისუფლებული იყო ორი საათის განმავლობაში ეს ძლიერ მძიმე შემთხვევა იყო, რადგანაც მაჯა ძლიერ სუსტი ქონდა და თან ფილტვების შეშუპებაც ემჩნეოდა. საშოს მხრივ საკეისრო გაკვეთა მიზანშეუწონლად დავინახეთ და მეტრერიინტერის საშვალეობით 2 საათის შემდეგ ნაყოფი მაშებით გამოვიყვანეთ.



ის შემთხვევა, რომელიც ჩვენ საშოს მხრივ საკეისრო გაკვეთით ვაწარმოეთ, მით არის აღსანიშნავი, რომ მიუხედავად იმისა, რომ ნაყოფის გამოყვანის შემდეგ შეტევები აღარ ქონია, (ჩვენ შემთხვევებში უმეტეს წილ შეტევები ცხრებოდა) გამოაჩნდა პსიხოზის ნიშნები. ასეთი ავადმყოფის მოვლა ჩვენ კლინიკაში ყოველად შეუძლებელი იყო, ვინაიდან ის ლოგინიდან ფანჯრისაკენ გარბოდა. ამის გამო ჩვენ ის გადავიყვანეთ პსიხიატრიულ კლინიკაში, სადაც ერთს კვირის შემდეგ კარგად გახდა, ჩვენ კლინიკაში ფეხით მოვიდა და გვეჩვენა, საშვილოსნოს ქრილობა პირველად შეხორცებით იყო განმრთელებული. ასე რომ, ამ მხრივ ავადმყოფის ადრე ადგომას არც ლოგინობის ხანაზე და არც ქრილობაზე არავითარი გავლენა არ ქონია. ეკლამპსიის შემდეგ პსიხოზები მაინც და მაინც იშვიათ მოვლენას არ წარმოადგენს. Olshausen-ის დაკვირვებით ეკლამპსიანების პსიხოზით დაავადების $\frac{1}{10}$ უდრის 5,5, მხოლოდ Knapp-ის—13 $\frac{1}{10}$ -დე აღწევს.

საყურადღებოა აგრეთვე ერთი შემთხვევა ლოგინობის ხანაში გამოჩენილ შეტევებისა. დილით მომშობიარებულ მელოგინეს საღამოს 10 საათზე ეკლამპსიის კრუნჩხვა მოუვიდა, გრძნობა დაკარგა, კრუნჩხვა მეორდებოდა ყოველ ხუთ წუთში, ადრე გამოაჩნდა ფილტვების შეშუპების ნიშნები. აქ ჩვენ გარდა ნარკოტიულ საშვალეებათა, მშრალი კოტონებისა და ფიზიოლოგიური ხსნარისა, რასაც ჩვენ ეკლამპსიის დროს ხშირად ვხმარობთ; vaenesectio-საც მივმართეთ, გამოუშვიტ დაახლოვებით 200,0 სისხლი, რის შემდეგ ავადმყოფს კრუნჩხვა მოესპო და რამოდენიმე დღის შემდეგ კლინიკიდან სრულიად ჯანსაღი გაიწერა.

ზოგიერთები, როგორც მაგ. Рахманов-ი ამისთანა შემთხვევებში საშვილოსნოს გამოფხეკას გვირჩევენ. ავტორი ფიქრობს რომ ლოგინობის ხანაში ეკლამპსიის კრუნჩხვის გაგრძელება ან მარტო ამ ხანაში გამოჩენა შეკავშირებულია საშვილოსნოში პლაცენტის ღრუბლისებრივ შრის დარჩენაზე და აქედან გამომდინარე პლაცენტის ბუსუსების შესრუტვაზე დეპორტაციაზე, და ამიტომ გვირჩევენ საშვილოსნოს გამოფხეკას. მაგრამ ეს მეთოდი ჯერ კიდევ დაკვირვების ხანაშია.

ამ გვარად ჩვენი მასალა, მიუხედავად თავისი სიმცირისა, უფლებას გვაძლევს დავასკვნათ, რომ კონსერვატიულ (ნარკოტიულ) და რამდენიც შეიძლება სასწრაფოდ ამა თუ იმ ოპერატიულ წესით მშობიარობის დაჩქარება ეკლამპსიის წამლობისათვის უფრო მიზან შეწონილია და იძლევა დამაკმაყოფილებელ შედეგებს.

ლიტერატურა:

1. С. А. Селицкий. Эклампсия без судорог. Сборник работ, посвященных научной клинической деятельности проф. Николая Ивановича Побединского. Москва 1914 г.
2. С. А. Селицкий. К вопросу о послеекламптических судорогах. ж. А. и ж. б июль—август 1916 г.
3. С. И. Розенфельд. Современное состояние вопроса об этиологии, профилактики и терапии эклампсии. Врачебное обозрение 1921 г. 15 мая.
4. Отчет Акушерской факультетской клиники Имп. Московского Университета за 1899, 1900 и 1901 г. г. Москва 1903 г.



5. Отчет Акушерской факультетской клиники Им. Московского Университета за 1902, 1903 и 1904 г. г. Мсква 1906 г.
6. Отчет Акушерской факультетской клиники Им. Московского Университета за 1905, 1906, 1907 и 1908 г. г. Москва 1910 г.
7. *А. Н. Рахманов*. Выскабливание матки, как метод лечения послеродовой эклампсии. Медицинский журнал 1922. № 1—2—3.
8. *С. А. Селицкий*. К вопросу кровопускании при эклампсии. Ж. А. и ж. б. март—апрель 1917 г.
9. *К. Е. Скробанский*. Современное положение вопроса о лечении эклампсии. Русский врач июнь 1909 г.
10. *В. Г. Бекман*. Влагалищное кесарское сечение при эклампсии. Труды IV-го съезда общества Российских акушеров и гинекологов 10—19 Декабря 1911 г. в С. Петербурге.
11. *Л. Л. Окинчиц*. К рациональной профилактике эклампсии. Научная Медицина, сборник № 10 Петроград 1922 г.
12. *С. А. Селицкий*. Активная или выжидательная терапия при эклампсии. Архив клинической и экспериментальной медицины № 4—6 Москва 1922 Петербург.
13. P. Zweifel und die mittlere zinie der Eklampsie therapie. Eine kurze Erwiderung von f. Engelmann. Zentralblatt für Gynäkologie 1923 № 44.
14. Über die mittlere zinie der Eklampsietherapie nach Engelmann von Paul Zweifel in reipzig. Zeutralblatt für Gynäkologie 1923 № 39.
15. Hat die Einhaltung der mittleren zinie bei der Behandlung der Eklampsie noch Berechtigung? Zugleich ein wort zur Bestimmung des Begriffs Eklampsie. Von fr. Engelmann. Zentralblatt für Gynäkologie 1920 № 40.
16. *Мис. Граймер*. Клиническая заметки и статистическая данняя по эклампсии. Ж. А. и ж. 1907 г. № 11.
17. *Н. Рахманов*. Выскабливание матки, как метод лечения послеродовой эклампсии. Медицинский журнал 1922. № 1—2—3.

მ. ჯავრიშვილის ასული მესხისა.

კლინიკის ორდინატორი.

Spondylose rhizomilique Strümpel-Marie.*)

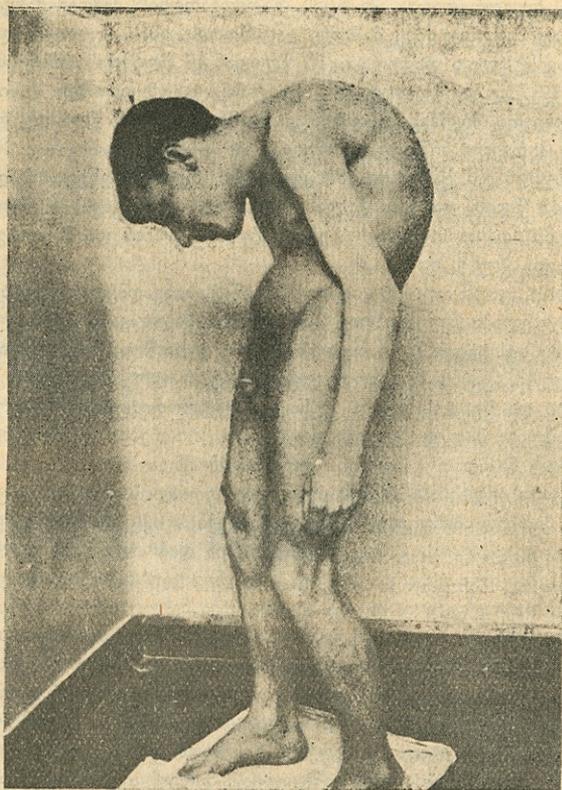
ფაკულტეტის ქირურგიულ კლინიკიდან, გამეგ პროფ. ა. მაჭავარიანი.

შემთხვევა I. ავადმყოფი ყ-ვი ო 1), 26 წლის, სომეხი, უმუშევარი, შემოვიდა კლინიკაში 1924 წლის 6 თებერვალს, ჩივილით, რომ ის ზურგში მოლუნულია და გასწორება არ შეუძლია. უჩივდა აგრეთვე ტკივილებს წელში, ფერდებში, ზურგში და ბეჭებში, რაც უძლიერდებოდა სიცივის, სიარულის და დგომის დროს. ტკივილები თითქმის სრულიად გაუფლიდა ხოლმე, როდესაც ის იწვა და თბილად იყო. ტკივილებს მჩხვლეტავი ხასიათი ქონდა. ავადმყოფმა აღნიშნა რომ ხუთი წელიწადი ავადმყოფობდა. 16 წლიდან მაღაზიაში ნოქრად ყოფილა და მუშაობა ცუდ პირობებში უხდებოდა, ხშირად სიმძიმის აწვევაც უხდებოდა. 1918 წლის იანვარში ის გაცივდა და ფერდებში ოდნავ ტკივილებიც იგრძნო, რაც სიარულს არ უშლიდა და მუშაობასაც განაგრძობდა. ოთხი დღის შემდეგ ძილის დროს მას საბანი გადახდოდა და დილით შეცივების გამო ვალვიძებია. წელში და ფერდებში ტკივილები გაძლიერებია, ახალი ტკივილები მომატებია ზურგსა და ბეჭებში. ორი კვირა ამის შემდეგ სამსახურში დადიოდა, მაგრამ შეუმჩნევია, რომ თავისუფლად უკვე ვეღარ მუშაობს: მას მოლუნვა და სიმძიმის აწვევა უჭირდა ტკივილების გამო. ტკივილები კი თანდათან ძლიერდებოდა; ამასთან ერთად საერთო დაღლილობას გრძნობდა. მადა და ძილი დაეკარგა. ხშირად იღვიძებდა ტკივილების გამო. ორი კვირის განმავლობაში ავადმყოფი ისეთ მდგომარეობაში იმყოფებოდა, რომ იძულებული შეიქმნა სამსახურისათვის თავი მიენებებინა და მიემართა მკურნალისათვის, რომელმაც დასახელი მალამოები გამოუწერა და თბილი აბაზანები და ლოგინში წოლა ურჩია თვენახვერის განმავლობაში ყველა დანიშნულებას ასრულებდა და ტკივილების მხრივ გაუმჯობესებაც იგრძნო. აღნიშნულ თვენახვერის განმავლობაში მას ყოველდღე ორჯელ სამჯერ აქრეოლებდა, რის შემდეგ სიცხე ოდნავ აეწეოდა, რასაც მოყვებოდა ოფლდენა და სიცხის გაქრობა. თუმცა მოიუქეთესებდა, მაგრამ თავს სუსტად გრძნობდა. ხანდახან თავბრუ ეხვეოდა. ძლიერ გახდა. თვენახვერის შემდეგ ყველა აღნიშნული მოვლენები გაუქრა და სიარულიც დაიწყო. ტკივილები ნაკლებად აწუხებდა და როგორც ავადმყოფი აღნიშნავდა, მას წელში მოლუნვაც შეეძლო. სამსახურში არ დადიოდა. სახლში კი თავისუფლად დადიოდა, თუმცა ბევრ სიარულის შემდეგ ძალიან იღლებოდა და წელსა, ბეჭებსა, ზურგსა და ფერდებში ტკივილებიც ემატებოდა. სამი კვირის განმავლობაში ისე გამოკეთდა, რომ ხელახლა სამსახურში სიარული დაიწყო. იქ დგომისა და მკიდას იატაკზე უხდებოდა, ძალზე იღლებოდა. ტკივილები მოემატა და ერთი თვის მიწურულში სამსახურში ყოფნისას მას ორთავე ქვედა კიდურის წვივ-ტერფი შეუშუბდა. ავადმყოფი ხელახლა ლოგინად ჩაწვა და ათი დღის შემდეგ შეშუბება გაუქრა, მხოლოდ ტკივილები ძალიან მოემატა. წელში მოლუნვა სრულიად არ ეხერხებოდა. ლოგინში დაჯდომა მხოლოდ ვი-

*) წაკითხული უნივერსიტეტის ქირურგიულ კლინიკების დოსტაქართა კონფერენციაზე 4. V. 1924 წ.

1) პროფ. ა. მაჭავარიანის ფაკულტეტის ქირურგიულ კლინიკის ძველნარი. ავადმყოფობის ისტორიის № 47. 1924 წ.

სმეს დახმარებით შეეძლო. ფერდსა, ზურგსა და ბეჭებში ტკივილები მოემატა. კისერში მოძრაობა თავისუფალი იყო. ავადმყოფობდა ექვსი თვე და იმ ხნის განმავლობაში წითელა გადაიტანა. ერთხელ-ორჯერ კვირაში აძლევდა სიცხეს, ყოველ ღამე თფლი მოსდიოდა. მტკივარ მიდამოებში მალამოების შეზღვევით წამლობდა; ტკივილები თანდათანობით შეუწედა და ავადმყოფი კიდევ ადგა, მხოლოდ შეამჩნია, რომ კისერში მოძრაობა თავისუფალი აღარ იყო, რასაც კისრის მყესებში ტკივილები მოყვა. კისრის გამართვის დროს ტკივილები დაეწყობოდა კისრის კუნთებში და მოემატებოდა ბეჭებში. ავადმყოფმა სავადმყოფოს მიმართა. იქ ურჩიეს აბასთუმანში წასვლა. ავადმყოფს აბასთუმანში წასვლის შეძლება არ ქონდა, დარჩა ტფილისში და ვიღაც ქალთან წამლობა დაიწყო. ეს ქალი მალამოებს უსვამდა და მზის აბაზანების მი-



სურათი 1.

ლებას ურჩევდა, მაგრამ ვერაფერი უშველა. ვინაიდან ტკივილები არ შეუმცირდა და საერთო სისუსტე კი ემატებოდა, ავადმყოფმა კვლავ მკურნალთ მიმართა, მას კვლავ დასაზელი მალამოები გამოუწერეს, ტკივილები ისევ თანდათანობით შეუმცირდა და ერთი წლის ავადმყოფობის შემდეგ სრულიად გაუქრა წელსა და ფერდში. მხოლოდ მსუბუქი ტკივილები აწუხებდა ბეჭებში და კისრის კუნთებში; შეამჩნია აგრეთვე, რომ მას მოღუნული აქვს და მოძრაობაც ძალიან შეუზღუდა. ავადმყოფმა გოგირდის აბაზანების მიღება დაიწყო და ექვსი თვის განმავლობაში მცირე ფარგლებში თავის მოძრაობა უკვე შესაძლებელი შეიქმნა. ტკივილები კი წელში და ფერდში სრულიად გაუქრა იმდენად რომ, ავადმყოფს ადგომა, მძიმეს აწევა და წელში მოღუნვა თავისუფლად შეეძლო. სუსტი ტკივილები დარჩა მხოლოდ ბეჭებსა და ზურგზეში.



ამასთან ერთად მან შეამჩნია, რომ ზურგში იღუნება, გასწორებას კი ტკივილები აბრკოლებს ბეჭებში, კისრის მიდამოებში და აგრეთვე ზურგში. საერთო სისუსტის გრძობამ გაუარა. ავადმყოფი აღნიშნავს რომ მის შემდეგ მას ზურგი და თავი თანდათან ეღუნება; მოძრაობა კისერში იზღუდება, ზურგში კი ორხახევიანი წელიწადის განმავლობაში მოძრაობა არსებობს. სიცივეში დგომის და სიარულის დროს ტკივილები აწუხებს. მუშაობის უნარი დაკარგული აქვს. ავადმყოფი ტფილისში დაიბადა. გაზდილია დედის ძუძუთი, რომელსაც ორი წელიწადი წოვდა. ერთი წლის იყო ფეხი რომ აიღვა. იზრდებოდა შეძლებულ ოჯახში, მშრალ და მზიან ბინაში. ბავშობაში ავადმყოფობა არავითარი გადაუტანია; მაგარი და ჯანსაღი ბავში გაიზარდა. აღნიშნავს რომ 14 წლისას მას ორი თვის განმავლობაში ხველება ქონდა, ნახველს არ იძლეოდა. ლოგინად ერთი თვე იწვა და ქონდა სიცხე თუ არა, არ ახსოვს. 15 წლისა ტრამვიდან გადამოვარდა, როგორ დაცა არ იცის. გადმოვარდნის შემდეგ მარჯვენა მუხლის ამოვარდნილობა იყო, რაც მკურნალებმა მაშინვე გაუსწორეს; ამის გამო ის ლოგინად ერთი თვე იწვა, რის შემდეგ თავისუფლად დადიოდა. 15 წლიდან 17 წლამდის ონანიზმს ეწეოდა, შემდეგ კი თავი დაანება. 1917 წელში ინფლუენცა გადაიტანა, ავადმყოფობდა ორი კვირა, რის შემდეგ სრულიად მორჩა. ღონიერი შრომის მოყვარე ადამიანი იყო 1918 წლამდე, როდესაც მას ეხლანდელი ავადმყოფობის პირველი ნიშნები გამოაჩნდა.

ათაშანგს და სუსუნატს უარყოფს, არ ლოთობს, თუთუნს ეწევა. ავადმყოფის მამა 1908 წელს ხოლერისაგან 45 წლის გარდაიცვალა. დედა ჯანსაღი ყავს, 40 წლისაა. ერთი ძმა და ორი და ყავს—ყველანი თვით ავადმყოფზე უმცროსნი არიან და მასთანვე ჯანსაღნი. ჩამომავლობაში ათაშანგს და კლექსს უარყოფს.

Status praesens. ავადმყოფი 50 კილოგრამს იწონის, ავადმყოფი დამახინჯებულ ავებულობისაა. სახის გამომეტყველება ჩვეულებრივი, აზროვნება საღი. კანი მკრთალი, მშრალი და ქიმალია. კანქვეშა ცხიმი სუსტად აქვს განვითარებული. ლორწოვანი გარსები მკრთალი ფერისაა. ჯირკვლები არ ისინჯება. ტანის ზოგიერთი კუნთები უბრალო ატროფიას განიცდიან, მაგალითად მანდილის კუნთი და ზურგის ყველა კუნთები. ატროფია ისე მძლავრადაა გამოხატული რომ ისინჯება ხერხემლის მალეები და გარდვიარდმო მორჩები, უფრო მეტად კი ხერხემლის შუაწილი. ფარადიულ ნაკადით გასინჯვის დროს აღმოჩნდა რომ ყველა ატროფიული კუნთები ცოცხალ რეაქციას იძლევიან. ძვლის თანწყობა ფრიად საინტერესო ცვლილებებს წარმოადგენს: ავადმყოფის პირველ შეხედვით ჩვენს ყურადღებას იქცევს მისი მკაფიოდ გამოხატული კიფოზი ოდნავი სკოლიოზით, რის გამოც მას თავი წინ დახრილი აქვს და ნიკაპი მესამე ნეკნის და ზედა მხარის დონეზე იმყოფება და ოდნავ მარჯვენა გადახრილია. კისერს მძიმედ ამოძრავებს. თავის მოღუნვა თავისუფალია, თავის ზევით აწევა შეზღუდული აქვს, პირისახეს მარჯვნივ კარგად აბრუნებს, მარცხნივ კი დაბრკოლებით. მარჯვენა ბეჭი მარცხენასთან შედარებით დაბლა დგას. მარჯვენა ლავიწი მოხრილია რკალივით და რკალის ზურგი უკან იყურება. ხერხემლის სვეტი სრულიად უძრავია, თვით კიფოზს რკალისებრი მოყვანილობა აქვს. ზედა კიდურების მოძრაობა ოდნავ შეზღუდულია. მოძრაობის დროს ბეჭთან მხრის სახსრებში ხრამუნი ისმის. ძალა შენარჩუნებულია. ქვედა კიდურების მოძრაობა სრულიად თავისუფალია, ილიაკალური ზედა კიდევები გადმოხნეკილ-გადმოშლილია, მოღუნვა არ შეუძლიან; იატაკიდან თუ რამე აქვს ასაღები—ავადმყოფი მუხლებს კეკავს და ისე იღებს. პერკუტორულ ჩაქქრის დაკაკუნების დროს მალეები მტკივანი არაა. Circumferentia thoracis მთავრად ნეკნის დონეზე 86 სანტიმეტრს უდრის. Distantio iuguli-დან გულის ძვლის მახვილისებრ მორჩამდე 18 სანტიმეტრს. მანძილი მახვილისებრ მორჩიდან ბოქვენამდე 18 სანტიმეტრს. გულმკერდის მოყვანილობა უსწორმასწოროა. ლავიწის ზედა და ქვედა ფოსოები ცუდად აქვს გამოხატული. სუნთქვა მუცლის ტიპისაა. სუნთქვის დროს გულმკერდის ორივე ნაწილი სრულიად არ მოძრაობს.

ფილტვები. მარცხენა მწვერვალი: Kroëinig's სიგრძე ხუთ სანტიმეტრს უდრის. მარჯვენა მწვერვალზე ლავიწის მოყვანილობა საშვალა პერკუსიის მოხდენას არ გვაძლევს. აუსკულტაციის დროს ამოსუნთქვა ისმის.

მარჯვენა ფილტვის ქვედა საზღვრები:

ძუძუს ხაზზე მეთოხე ნეკნი.

ილღის შუა ხაზზე მეექვსე ნეკნი.

მარცხენა ფილტვის ქვედა საზღვრები:

parasternal-ურ ხაზზე მესამე ნეკნი.

ილღის შუა ხაზზე მეექვსე ნეკნი.



ბეჭის ხაზზე მეცხრე ნეკნი.

ბეჭის ხაზზე მეცხრე ნეკნი.

ხერხემლის ხაზზე მათე ნეკნი.

ხერხემლის ხაზზე მათე ნეკნი

სუნთქვა მკერდით. პერკუტორულად სუფეველგან მაღალი ფილტვის ხმა, Phremitus pectoralis წესიერი. მაჯა წამში 68, რითმიული, კარგი მოცულობის, ერთდროული ორივე მხარეზე და გულის ცემასთან სინქრონიული. გულის შედარებითი მოყურების საზღვრები: ზედა საზღვარი მეორე ნეკნის ზედა კიდე; მარჯვენა საზღვარი მარჯვენა სტერნალური ხაზი. მარცხენა საზღვარი ერთი თითის დადებით მარცხენა ძუძუს ხაზის გარეთ. გულის მწვერვალზე მეოთხე ნეკნის არეში იმყოფება.

გულის თვითური მოყურების საზღვრები: ზედა საზღვარი მესამე ნეკნის ზედა კიდე; მარჯვენა საზღვარი—მარცხენა სტერნალური ხაზი; მარცხენა საზღვარი ძუძუს ხაზზე.

ყლაპვა თავისუფალი. ენა წმიდა, სველი. მუცელი ოდნავ ამოხვეული, ავადმყოფის მოყვანილობის გამო ეპიგასტრიუმის მიდამოში სამი კანის ნაკეცი ეჩვენება. ჰიპო მახვილისებრ მოჩიდან ზუთი სანტიმეტრის მანძილზე იმყოფება. ლეიძლის ზედა საზღვარი მამილარულ ხაზზე მეოთხე ნეკნი; ქვედა საზღვარი ნეკნთა რაკლიდან გამოწეული არაა. ელენთას ქვედა საზღვარი არ ისინჯება. კუჭნაწლავის არე პალპაციით უმტკივნეულოა, პერკუტორულად კი ტიმპანის იძლევა. კუჭნაწლავის ფუნქცია წესიერია, მოქმედება ყოველდღე; არც ყაბზობას და არც ფაღარათობას აღნიშნავს. საშარდე ორგანოთა თანწყობა წესიერია: დღეში ოთხჯერ-ხუთჯერ შარდავს თავისუფლად და უმტკივნეულოდ. ორგანოთა ფუნქცია დაწეულია. ხახის და კონიუნქტივის რეფლექსები ცოცხალი. პატელარული რეფლექსიც ცოცხალი. პათოლოგიური რეფლექსები არ აღმოჩნდა. გამოკვლევამ გრძნობითი სფეროს დარღვევა არ მოგვცა. დერმოგრაფიზმი წითელი.

შარდის გამოკვლევა: ჩალის ფერი, მყავე რეაქციის, ხვედრითი წონა 1020, ცილა და შაქარი არაა, ინდიკანი და ურობილინი წესიერად, ნალექში ურატები.

განავალში აღმოჩნდა Trichocephalus-ის კვერცხები 1—2 მხედველობის არეში.

სისხლის გამოკვლევა: ერიტროციტები 5.500.000, ლეუკოციტები 7.800, ჰემოგლობინი 100%, ლეუკოციტარული ფორმულა — ნეიტროფილები 71%, ლიმფოციტები 24%, ეოზინოფილები 2³/₁₀₀, მონონუკლარები 2¹/₁₀₀, რენტგენით გადაღებამ წელის მიდამოში ხერხემლის მალეებს შუა ბრტყილების ოდნავ ატროფილობა მოგვცა.

საჭიროდ მიგვაჩინა აქვე ჩამატებით მოვიყვანოთ მეორე ანალოგიურ ავადმყოფის ისტორია: შემთხვევა II. ავადმყოფი — ოცი 6. 2) 28 წლის, რუსი, ხელოვანი შოფერი, შემოვიდა კლინიკაში 1924 წ. 11 მარტს ჩვილით რომ მას ტკივა ქვემო და ზემო კიდურების ყველა სახსრები; ტკივილები უძლიერდება სიცხეში და სინოტივეში. ავადმყოფი უჩივის აგრეთვე ტკივილებს კისერში და მოძრაობის შეზღუდვას ტკივილების გამო. ავად გახდა 1918 წლის შემოდგომას. მას დაუსივდა მარცხენა ტერფის სახსარი, მოძრაობისა და ხელით შეხების დროს მძლავრ ტკივილებს გრძნობდა. კანი შეწითლებული იყო, სიარული სრულიად არ შეეძლო და ერთი თვე სახლში იმყოფებოდა. ტკივილები მჩხვლეტავი ხასიათის იყო და მუდმივი, ერთგვარი სიძლიერის როგორც დამე, ისე დღე. ავადმყოფი სპირტოვან კომპრესებს იკეთებდა და ერთი თვის შემდეგ სიმსივნე ცოტა დაცხრა, სიწითლემ გაიარა და ტკივილებმაც იმდენად უკლო, რომ მას შეეძლო სამსახურში სიარული. ამ ავადმყოფობის დასაწყისში სიცხე არ ქონია. ავადმყოფობის მიზეზად გაცეხას თვლის, რადგან მას ხშირად წვიმამში სიარული უხდებოდა. სამი თვე სამსახურში დადიოდა და შედარებით თავს კარგად გრძნობდა. შემდეგ ტკივილები იმავე კიდურის მუხლის სახსარში იგრძნო, მხოლოდ ეს ტკივილები ძლიერი არ იყო, ისე რომ სიარული შეეძლო. სადამოებით კი ტკივილები ემატებოდა. ორი თვის შემდეგ ტკივილები იგრძნო იმავე კიდურის მენჯ-ბარძაყის სახსარში და ეს ტკივილები იმავე ხასიათის იყო, როგორც მუხლში: მჩხვლეტავი და არა მწვავე. 4 თვის შემდეგ იგრძნო ტკივილები წელის მიდამოში, ტკივილები მუდმივ ხასიათის იყო. წელში მოღუნვა არ იყო შეზღუდული, მხოლოდ მტკივანი კი იყო. ამის შემდეგ ტკივილები მარჯვენა ქვედა კიდურის სახსარში იგრძნო. ტკივილები დაეწყო მენჯ-ბარძაყის სახსრიდან და მუხლის სახსარზე გადავიდა, შემდეგ კი ტერფის სახსარზე. ტკი-

2) პროფ. ა. მაჭავარიანის ფაკულტეტის ქირურგიულ კლინიკის ძველნარი. ავადმყოფობის ისტორიის № 102. 1924 წ.



ვილები სრულიად იმავე ხასიათის იყო, როგორც ეს აღნიშნულია მარცხენა კიდურის სახსრების შესახებ. ავადმყოფი აღნიშნავს, რომ მას ტკივილების შესახებ მკურნალობისათვის არ მიუმაართავს. ტკივილებს სულ ერთნაირად გრძნობდა. 1919 წლის დამლევს ავად გახდა მწვავე ხასიათის სუსუნატით, რის გამოც მან მკურნალს მიმართა და წამლობაც დაიწყო. თვე ნახევრის შემდეგ ავადმყოფი თავისთავს სრულიად მორჩენილად თვლიდა. ტკივილებს კი როგორც სახსრებისას, ისე წელისას ერთნაირად გრძნობდა. ამის შემდეგ წელის ტკივილები ცოტათი გაუმწვავედა და მას დაერთო არა მწვავე ხასიათის ტკივილებიც ფერდებში, რაც სუნთქვას უშლიდა. 8 თვის განმავლობაში იმყოფებოდა ასეთ მდგომარეობაში, რის შემდეგაც იგრძნო ტკივილები ორთავ მხრის სახსრებში, ერთნაირი სიძლიერის. 8 თვის შემდეგ მას დაერთო კიდევ კისრის კუნთების ტკივილები, კისერში მოძრაობა შეეძლო, მხოლოდ ეს მოძრაობა მეტად მტკივანი იყო. ტკივილები თანდათანობით გამწვავედა და სამი თვის განმავლობაში მოძრაობა კისერში თითქმის სრულიად შეზღუდული იყო; მასთან ერთად იგრძნო ტკივილები ყბის სახსრებში, რის გამოც პირის გაღება ძალიან ეძნელებოდა. ამ მდგომარეობაში ავადმყოფი ცხრა თვის განმავლობაში იმყოფებოდა. მადა დაკარგა, საერთო სისუსტეს ლამლამობით გრძნობდა, რადგან ცივი უსიამოვნო ოფლი სდიოდა. მიმართა წამლობას, რკინასა და იოდს ლებულობდა, მაგრამ ტკივილებმა მაინც არ უკლო, მხოლოდ ჭამის მადა შედარებით მოემატა. ავადმყოფის სიტყვიდან ჩანს, ხანდახან თუმცა სიცხეს აძლევდა, ამისდამიუხედავად მუშაობას მაინც განაგრძობდა. წონაში მოიკლო; ხასიათი შეეცვალა, რაც ანჩხლობაში გამოიხატა.

ავადმყოფი დაბადებულია ქ. მარიუბოლოში, იკვებებოდა დედის ძუძუთი, ფეხი დროზე აიდგა. ღარბი ოჯახში იზრდებოდა. ერთ სართულიან სახლის ორ საშვალო ოთახში ხუთი სული ცხოვრობდა. სითბო და სინათლე საშვალო იყო. ჭამა-სმაც არ იყო საკმარისი.

5 წლისას ქონდა ბლერი. 6 წლის რომ ყოფილა, მუცლის ზედა მიდამოში თავით ხბო დატაკებია, რის გამოც ტკივილები უგრძენია, ძალზე შემინებულა, ერთი თვის განმავლობაში სრულიად ვერ ლაპარაკობდა; ლაპარაკი თანდათანობით დაიწყო, მხოლოდ ზოგიერთ სიტყვის გამოთქმა ძლიერ უძნელებოდა. ამ ყამად კი ენაბორძიკობა ემჩნევა. 10 წლიდან ქმოგნურ სახელოსნოში მუშაობა დაიწყო. 1914 წელს ავტომობილის გადაბრუნებისას ქვემო მოყვა და დაუშავდა მარცხენა ფეხი და გვერდი, ჩამეტვრა ორი კბილიც. 5 წამის განმავლობაში უგრძნობლად ყოფილა. ამის მიუხეზით ერთი თვე წამლობდა და მორჩა. 1915 წელს ავტომობილით მოგზაურობისას კვლავ დაიშავა მარჯვენა ფეხი და ზურგი; 3 დღის განმავლობაში მძლავრ ტკივილებს გრძნობდა, რის შემდეგ ტკივილებმა თანდათანობით გაუარა. 1920 წელს გადმოვარდა ავტომობილიდან და საერთოდ დაშავდა შედარებით უფრო მსუბუქად. ორი თვის წინად შემთხვევით შუბლი დაახალა, რის შემდეგაც ერთი კვირის განმავლობაში თავის ტკივილს გრძნობდა.

ავადმყოფს მამა ზღვაში დახრჩობია, ჯანსალი ყოფილა, თუმცა ლოთი. დედა მშობიარობას გადაყოლია. ერთი და წყალში დახრჩობია, ორი კი ჯანსალი არიან.

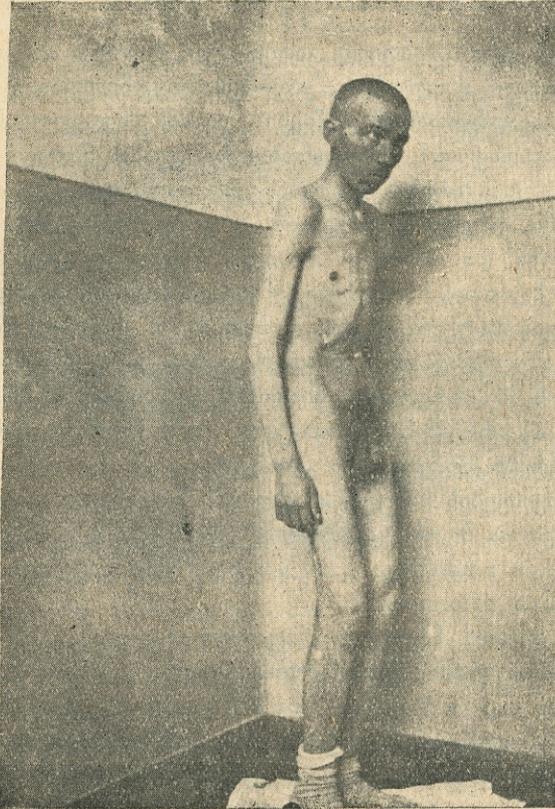
ავადმყოფი ათაშანგს უარყოფს; არაყს და სპირტს მეტად ეტანებოდა, საერთოდ არა ნაკლებ $\frac{1}{2}$ ბოთლისა დღეში.

Status praesens. ავადმყოფი საშვალო ტანისაა, სიმაღლე 1 მ. 15 სტმ. უდრის, აგებულობით სუსტი, ნაზია. ავადმყოფი მოლუნულია ზურგში. ასეთ მოყვანილობის გამო წინ კბიის მიდამოში ჩაზნექილობა ემჩნევა. თავი ჩალუნული აქვს. პირი-სახე მარჯვნივ და წინა მიკბირთული და ასეთ მდგომარეობაშია გაჩერებული. მოძრაობა კისერში სრულიად შეზღუდულია, ფეხზე დგომისას მუხლის სახსრები ცოტად მოლუნული აქვს. ხერხემლის სვეტს ვერ ამოძრავებს. რის გამოც, როდესაც იატაკიდან რამე ასაღები აქვს, იძულებული ხდება მუხლის სახსრებში მოიღუნოს. გადაბრუნდება წოლის დროს, ზურგის და კისრის მიდამოში ტკივილების გამო, უჭირს. ზედა მხრის სახსრებში ორთავე მხარეს მოძრაობა შეზღუდულია, ზედა კიდურების დანარჩენ სახსრებში კი მოძრაობა თავისუფალია. ქვედა ყბის სახსრებში ტკივილების გამო პირს თავისუფლად ვერ აღებს. პირის გაღებისას მარცხენა მხარე უფრო ეღება. ორივე მხარეს ქვედა სახსრებში მუხლებში და ტერფში თავისუფალი მოძრაობა არა აქვს და მასთანვე აღნიშნულ სახსრების მიდამოები ოდნავ შესივებულიცაა.

კანი მკრთალი ფერისაა, მშრალი და ჭიმილი. ლორწოვანი გარსები ანემიურია. კანქვეშა ცხიმი სუსტი განვითარებისაა. კუნთები ოდნავ ატროფიულია. Musculus cucularis ატროფიის

გარდა დაჭიმულობას განიცდის. ლიმფური ჯირკვლები ისინჯებიან ილიის მიდამოში ლობიოს მარცვლის ოდენობის და ასეთივე სიდიდისაა საზარდულის მიდამოშიც. სისხლის მიღები კიმა-დია. მაჯა ცოტა აჩქარებული—წამში 88, საშვალო გავსების, რითმიული, თანაბრივი ორივე მხარეს და გულის ცემასთან სინხრონიული. გულის საძგერი მეხუთე ნეკნთა შუა სივრცეში, მარცხენა მამილარულ ხაზის ერთი სანტიმეტრით შიგნით მდებარეობს.

გულის შედარებითი საზღვრები: ზემო საზღვარი-მესამე ნეკნთა შუა სივრცე. მარჯვენა საზღვარი—მარჯვენა სტერნალური ხაზი, მარცხენა საზღვარი—მარცხენა ძუძუს ხაზზე—ტონები სუფთა.



სურათი 2.

გულმკერდი პარალიტიურ მოყვანილობისაა. ლავიწ ზემო და ქვემო ფოსოები კარგადაა გამოხატული. მარჯვენა ბეჭი უფრო წამოწეულია. სუნთქვა მუცლის ტიპისაა; სუნთქვის დროს გულმკერდი თითქმის არ მუშაობს, სუნთქვა განზირებულია—წამში 26, ზერეფე. მარჯვენა მწვერვალზე ისმის პერკუტორულად მოყრუება, აუსკულტაციით აქ მკვრივი სუნთქვა ისმის გაძლიერებულ ამოსუნთქვით. ექსკურსია შემცირებულია.

მარჯვენა ფილტვის ქვედა საზღვრები:

მამილარულ ხაზზე მეხუთე ნეკნის ქვედა პირი.

შუა აქსილარულ ხაზზე მეშვიდე ნეკნის სივრცე.

Scapula'რულ ხაზზე მეცხრე ნეკნი.

მარცხენა ფილტვის საზღვრები:

აქსილარულ ხაზზე მეწვიდე ნეკნი.

Scapula'რულ ხაზზე მეცხრე ნეკნი.

სუნთქვა ვეზიკალური.

სამი კბილი აკლია. ენა სველი; ვარდისფერი. ყლაპვა თავისუფალია. მუცელი ჩაგარდნილი, რბილი; ილიოცეკალურ მიდამოში პალპაციის დროს ტკივილს გრძნობს. პერკუტორულ პალპაციის დროს შხეფის ხმა ისმის. ელენთა და ღვიძლი ნეკნთა რკალ ქვეშ არ ისინჯება.

საშარდე თანწყობის ფუნქცია წესიერია. შარდავს უმტკივნეულოდ დღეში 4—5-ჯერ. სასქესო ორგანოთა მხრივ ცვლილებანი არ ემჩნევა. რეფლექსები კონიუნქტივის, ხახის, კრემასტერის და პატელარული ცოცხალია. პათოლოგიური რეფლექსები არ აღმოჩნდა.

ამრიგად ჩვენ გვაქვს მკაფიოდ გამოხატულ კიფოზის სურათი თითქმის მთელი ხერხემლის სრული ანკილოზით. კიფოზის მოყვანილობა, მისი სრული უძრავობა, ამას გარდა ავადმყოფობის დაწყების და მის მსვლელობის შესახებ ანამნეზური ცნობები, ავადმყოფის წლოვანობა და უკანასკნელად მისი ობიექტური გასინჯვა,—ყველა ეს გვაძლევს უფლებას უარყოთ ხერხემლის შემდეგი დაზიანება—დაავადებანი, როგორც: მიგრევიითი კიფოზი, პროტესიონალური და მოხუცებულობის კიფოზი, და აგრეთვე—რახიტი, ოსტეომალაცია, სპონდილიტი.

მიოპათიურ ხასიათის სპონდილიტის დროს (Spondylitis rigiditas myopathica) შეიძლება იყოს გამოხატული ასეთი რკალისებრი კიფოზი, რომელიც არის გამოწვეული ზურგის კუნთების ატროფიის გამო, ეს უკანასკნელი კი კუნთოვან ქსოვილის ანთების ან ისტერიულ ნიადაგზე კუნთების სპაზმატიურ შეკუმშვის შედეგია. მაგრამ აქ არ იქნება გამოხატული ხერხემლის სვეტის ანკილოზი, რაც შეიძლება შესაფერისი ზომებით და გასინჯვით გამოაშკარავებული იქნეს.

ჩვენი ავადმყოფების სნეულება ეკუთვნის ქრონიკულ სპონდილოარტროზების ჯგუფს, რომელთა შორის ცნობილია:

- 1) Spondylitis reumathica,
- 2) Spondylitis deformans,
- 3) Бехтерева'ის სპონდილოარტრიტი და
- 4) Spondylose rhyzomilique Pierre—Marie'ს.

რაც შეეხება spondylitis reumathica'ს, მას ახასიათებს კიფოზი ანკილოზითურთ. კიდურების ცენტრალური სახსრები უფრო მეტად დაუზიანებელი რჩება. პატარა სახსრები კი ამავე დროს ხშირად განიცდის დაავადებას.

წელის მიდამოში ავადმყოფი გრძნობს ტკივილებს, რომელნიც დამდამობით მატულობენ. ძალიან ხშირად აღინიშნება ხერხემლის მტკივარობა პერკუტორულ ჩაქურჩის დაკაკუნების გამო. მუხლის რეფლექსები ჩვეულებრივ გაღიზიანებული არის.

პათოლოგ—ანატომიურ ცვლილებები ხერხემლის სასახსრე მორჩებისა და შემეკავშირებელი აპარატის ანთებითი დაზიანებაში გამოიხატება. ავადმყოფობა ნელა ვითარდება და მიმდინარეობს, ასეთი სპონდილოზის ცვლილებაში შესაძლებელია დროებითი შეჩერება და გაუმჯობესობა, თუ სათანადო ზომები იქნა მიღებული. რაც შეეხება Spondylitis deformans'ს, ამ სნეულებით დაავადების მიზეზები ჩვენ უნდა ვეძიოთ იმავე მომენტებში, რომელთაც, ჩვენი ამ დროინდელ შეხედულების თანახმად, მიეწერება ყოველგვარი arthritis deformans'-ის დამახასიათებელი სნეულების გამოწვევა.

უმთავრესი ცვლილებები ამ ავადმყოფობის დროს მალთა შუა ხრტილებში და თვით მალეების სხეულში აღინიშნება. შემაკავშირებელი აპარატი, როგორც მალთა შუა, აგრეთვე ხერხემლისა და ნეკნთა შუა—დაუზიანებელი რჩება.

მალთა შუა ხრტილები კარგავენ თავის ჭიმადობას (ელასტიობას), ესე იგი ბოქოვანდებთან. მალთა ზედაპირზე ვითარდება ეკზოსტოზები და ძვლის ფორ-ფიტები, რომელნიც ერთ მალიდან მეორეზე გადადიან. ძალიან ხშირად ეკზოსტოზები ავიწროებენ მალთა შუა ხერხელებს, რაც ზურგ ტვინის ნერვების ფეს-ების დაჭეჭვას იწვევს. სნეულება შეიძლება მოედოს ან მთელ ხერხემალს, ან მის ერთ რომელიმე ნაწილს. ხერხემლის შეხებითი გასინჯვის დროს ხშირად შესაძლებელია ეკზოსტოზების აღმოჩენა. ავადმყოფი ტკივილებს გრძნობს ხერხენალ-ში. ტკივილები ხანდახან ირადიაციას იძლევიან. ხშირად კუნთების პარეზი და მათი დეგენერატიული ატროფია ვითარდება, რაც მაჩვენებელია ნერვულ ფეს-ვების დაჭეჭვის და ხანდახან გადაგვარებისაც.

ავადმყოფობის განვითარება და მსვლელობა აქაც ნელია. ჩვენს შემთხვევებ-ში, როგორც ობიექტურ გასინჯვით, აგრეთვე რენტგენის სურათის გასინჯვით, უფლება გვაქვს ეს ორი სნეულება უარვყოთ.

ჩვენი ავადმყოფის სნეულება ჩვენ მიგვაჩნია Pierre-Marie-ის მიერ აწე-რილ სნეულებათ, რომელსაც ეწოდება Spondylose rhyzomilique.

სამწუხაროდ იმ ახალ ლიტერატურაში, რომელსაც მე ხელი მიმიწვდებოდა, არაფერია აწერილი ამ ავადმყოფობის შესახებ: აღსანიშნავია, რომ ძველი ლი-ტერატურაც აღნიშნულ სნეულებას ძალიან მოკლედ და ზერეულად იხსენიებს.

ვეცდები ავნიშნო ყოველივე მთავარი და ყურადსაღები, რაც კი ამ სნე-ულებას ახასიათებს.

Spondylose rhyzomilique—როგორც მას Pierre-Marie-მ უწო-და, ხერხემლის მალთა სახსრების და ხერხემლის ნეკნებთან შეერთების ქრონი-კულ ანთებით დაავადებას წარმოადგენს. მის გამომწვევ ეთიოლოგიურ მომენტ-თა შორის პირველი ადგილი გაცაებას უჭირავს, შემდეგ მოდის სუსუნატი. არის აგრეთვე აღნიშნული იშვიათი შემთხვევები, როდესაც ხსენებული ავადმყოფობა სახსრების მწვავე რევმატიულ ანთებას თან მოსდევს.

Strümpel-მა მიაწერა ეთიოლოგიური მნიშვნელობა აგრეთვე ტრავმას, თუნდა იგი შორეულ წარსულშიც მომხდარიყოს. მაშასადამე მალთა სახსრების ქრონიკული ანთება შეუძლია გამოიწვიოს ყოველგვარ ინფექციას, რომელსაც შეიძლება მოყვეს აგრეთვე ამგვარივე ანთება სხეულის სხვა დანარჩენ სახსრებ-შიც. ჩვეულებრივ ასეც ხდება ხოლმე. ამ ავადმყოფობის, ე. ი. spondylose rhy- zomilique-ის დროს დაავადებულია ხოლმე აგრეთვე ცენტრალური სახსრები: მენჯ-ბარძაყის, მხარბეჭის, მუხლის და ქვედა ყბის. მაგრამ არის ხოლმე ისეთი შემთ-ხვევებიც, როდესაც სნეულება სხვა სახსრებზე არ ვრცელდება, თუმცა ავადმო-ფობის ამგვარი მიმდინარეობა უფრო აშვიათია.

უფრო ხშირად სნეულება წელის და გულ მკერდის ქვედა და შუა ნაწილის მალეებს იპყრობს,

პათოლოგ-ანატომიური ცვლილებები გამოიხატება შემაკავშირებელ აპარატის დასახიჩრებაში, სახელდობრ ძვლისებრ გვარდებიან მალთა სახსრები და ხერხემალ-ნეკნების შეერთებანი.

ყველაზე უფრო მეტად და ადრე ზიანდება სახსრების მორჩების შემაკავშირებელი აპარატი, რომელიც მკაფიოდ გამოხატულ შემთხვევებში ოსიფიკაციას განიცდის. ასევე ხშირად ზიანდება ligam. apicum, რაც წვეტიან მორჩების დაბოლოებათა შეხორცებას იწვევს. შეიძლება ძვლისებრ გადაგვარდეს აგრეთვე ყვითელი და გრძელი წინა მყესები, თუმცა ეს უკანასკნელი იშვიათად ხდება. ძვალიან ხშირად ძვლისებრ გადაგვარებას ნეკნთა შემაკავშირებელი აპარატი განიცდის.

მალთა შუა ხრტილები და მალთა სხეულები ჩვეულებრივ პროცესში არ არიან ჩათრეულნი, თუმცა არის აწერილი ისეთი შემთხვევები, როდესაც იყო უცვლელი მალთა შუა ხრტილები, მალეები კი ერთი მეორესთან იყო გადაბმული ძვალოვანი კავშირით, რომელიც ერთი მალიდან მეორეზე გადადიოდა, და პირიქით, როდესაც მალთა სხეულები უცვლელი იყო, მალთა შუა ხრტილები ატროფიას განიცდიდნენ.

ეს სნეულება ვითარდება ნელი ნაბიჯით, და საჭიროა რამდენიმე წელი, სანამ იგი გარკვეულს და სრულიად განვითარებულ სახეს მიიღებდეს.

Heilingtal's აქვს გამოკვლევებული მხოლოდ ერთი შემთხვევა, როდესაც მოძრავ შეზღუდულობა კისრის მალეებისა მწვავედ განვითარებულია. რამდენადაც ნელია ავადმყოფობის განვითარება, იმდენადვე ნელია მისი შემდეგი მსვლელობაც. ავადმყოფობის მიმდინარეობაში არა ერთხელ დგება გაუმჯობესების და შეღავათიანობის ხანა, რომელთაც ხელახლა გაუმჯობესება მოსდევს.

საერთოდ კი, ეს სნეულება დაწყების დღიდანვე უსხლეტად ვითარდება და მიდის წინ. ანკილოზი კი რჩება სამუდამოდ. ავადმყოფობის კლინიკური სურათი შემდეგია: იგი ჩვეულებრივ სამღვთო ძვლის ან წელის მიდამოში ტკივილებით იწყება და თანდათანობით შეიძლება ასწვრივად ხერხემლის მთელი მიდამო დაიკავოს. ამასთანავე ხერხემალში ვითარდება მოძრავ-შეზღუდულობა, რომელიც კიფოტიურად იღუნება და თანდათან კარგავს მიხრა-მოხრის უნარს. კაკუნის პერკუტორული ჩაქუჩით ტკივილებს არ იწვევს, რადგან პროცესში ჩათრეულია მალთა და ნეკნთა შეერთებანი, ნეკნთა მოძრაობა და გულ-მკერდის სუნთქვა შეუძლებელია; ამრიგად სუნთქვას მუცლის ტიპის ხასიათი აქვს. დროთავითარებაში ტკივილები საგრძნობლად მცირდებიან ან სავსებით ქარწყლდებიან.

ამ ავადმყოფობას უმეტეს შემთხვევაში თან არააერთარი ნერვული მოვლენები სდევს, მაგრამ ასეთები შეიძლება აღინიშნონ, როგორც უბრალო კუნთოვანი ატროფია, მგრძნობიარობის დარღვევა და ოფლდენის ანომალიები; ზურგის გრძელი კუნთები ყოველთვის განიცდიან უბრალო ატროფიას, და ხანდახან მეტის-მეტად დაჭიმული არიან.

პროგნოზი quo ad vitam ამ სნეულების დროს საერთოდ კეთილსაიმედოა. საშიშია მხოლოდ, რომ გულ მკერდის სუნთქვის შეჩერებამ ფილტვებზე ცუდად არ იმოქმედოს.

იმ შემთხვევებში, როდესაც ანკოლოზურ კიფოზს თანა სდევს სხვა სახესრების ანკოლოზიც, ავადმყოფობის გამოცნობა არ არის ძნელი. ბევრად უფრო ძნელია დიაგნოზის გამორკვევა მაშინ, როდესაც სნეულების სურათი მხოლოდ ხერხემლის სვეტის დაავადებისაგან შედგება და განსაკუთრებით მკაფიოდ გამოხატულია კოფოზის შემთხვევაში, როგორც ეს ჩვენ პირველ ავადმყოფს აქვს. ასეთ შემთხვევაში იძულებული ვართ გავატაროთ მისი დიფერენციალური ქრონიკულ მოძრავ შეზღუდულობასთან, რომელიც, Бехтерев-მა ასწერა, და რომელსაც რუსეთში უწოდებენ: „Одеревенелость Бехтерева“.

Бехтерев-ის სნეულებასაც ხერხემლის მოძრავ შეზღუდულობა და რკალისებრი კიფოზი ახასიათებს. თვით სნეულება ტკივილებითურთ უმთავრესად ხერხემლის შუა მიდამოში იწყება და ერთდროულად დასწვრივად და ასწვრივად მიმდინარეობს. ამას გარდა ზურგის და ბეჭთა კუნთების მცირე ოდენი ატროფია გამოხატულია.

ტანის, კისრის და კიდურების კუნთები პარეტიულ მდგომარეობაში არიან. აღინიშნება აგრეთვე მოშლილობათა მთელი რიგი. გრძნობიარობის სფეროში მაგალითად: პარესტეზიები და მტკივარობა ზურგისა და კისრის მიდამოში, აგრეთვე ხერხემლის მალბებში დაკაკუნების დროს; და აგრეთვე ანესტეზიები უმთავრესად მხარ ბეჭის სარტყელში. ხანდახან აღინიშნება მოშლილობა მოძრაობითი ნერვების მხრივ. მყესის რეფლექსები ჩვეულებრივ აწეულია. Бехтерев-ის სნეულების ეთიოლოგიურ მომენტად ტრავმა, ათაშანგი და შთამამავლობა ითვლება. სნეულების პირველ დაწყების ადგილად Бехтерев-ი თვის ზურგის ტვინის გარსებს, და უმთავრესად რბილ გარსს. შემდეგში პროცესი გადადის ზურგის ტვინის ფესვებზე, რაც მოძრაობის, გრძნობელობის და ტროფიულ სფეროების მოშლას იწვევს. კუნთების ატროფიის შედეგი კი კიფოზი დაანკილოზია.

თითქმის არც ერთი ავტორი არ იზიარებს Бехтерев-ის შეხედულებას, რადგან ხერხემლის დაავადება ყველას პირველად და არა მეორად მოვლენად მიაჩნიათ. ამის შესახებ ჯერ კიდევ არ არის აზრთა შეთანხმება და თანასწორობა. რომ ამ შემთხვევებში ჩვენ საქმე არა გვაქვს Бехтерев-ის მოძრავ შეზღუდულობასთან, არამედ spondylose rhyzomilique-ის იშვიათ შემთხვევასთან, ამას მოწმობს მგრძნობელობის მხრივ ყოველგვარ აშლილობათა სრული არყოფნა, მით უმეტეს, თუ მივიღებთ მხედველობაში, რომ პირველი ავადმყოფი 5 წლის წინად დასნეულდა.

რაც კი ახასიათებს spondylose rhyzomilique-ს, ჩვენ ხელთა გვაქვს. ყურადღებით რა პირველ ავადმყოფის ანამნეზურ ცნობებს, ჩვენ ვთვლით ამ სნეულების ეთიოლოგიით გაციებას. სნეულების პირველი ნიშნები გამოიხატებოდა წელის მიდამოს მძლავრ ტკივილებში, რომელიც თანდათან ხერხემლის მიმართულებით ზემოდ გადადიოდა. ხერხემლის მოღუნვა და მოძრავი შეზღუდულობა თანდათან ემატებოდა და ბოლოს გადავიდა ნათლად გამოხატულ რკალისებრ კიფოზში სრულ ანკილოზით. ავადმყოფის ჩივილი, რომ მას ღღე და ღამ აწუხებდა დამქანცავი ოფლდენა, მტკივარობის შესამჩნევი შემცირება ავადმყოფობის მიმდინარეობისას.

ამასთანავე გამორკვეული ობიექტურ გამოკვლევისას ზურგის გრძელ კუნთების უბრალო ატროფია, დაკაკუნებისას ხერხემლის მალეების უტკივარობა და ბოლოს რენტგენის სურათების განხილვა, რომელთა მიხედვითაც ხერხემლის სხეულების დაზიანება უარყოფილია და არის გამოხატული მხოლოდ მცირე ოდენი ატროფია მალთა შუა ხრტილების, ჩვენ ყოველივე ზემოხსენებულის მიხედვით გვიდასტურდება დიაგნოზი *Spondylose rhizomilique Strümpel-Marie's*.

დასასრულ ჩემი გულწრფელი მადლობა ჩემს მასწავლებელს პატივცემულ პროფესორს ალექსანდრე მაჭავარიანს, რომელმაც მომანდო ამ შემთხვევების დაზუსტება და დამუშავებაში პირადად მიხელმძღვანელა.

მადლობა აგრეთვე კლინიკის თანამშრომელთ ჩემს ამხანაგებს ასისტენტს კლ. ტყემალაძეს და ორდინატორ ი. ასლანიშვილს, რომლებმაც იკისრეს შრომის შესწორებანი ენის მხრივ.

მწერლობითი წყაროები.

1. Проф. Л. Даркшевич. Курс нервных болезней. Т. II 1904 წელი ყაზანი.
2. Проф. E. v-Bergmann, проф. P. v-Brunns и проф. I. Mikulicz. Руководство практической хирургии. Т. II. Хирургия шеи, груди, живота и позвоночника. Москва. 1902 г.
3. Проф. A. Strümpel. Учебник частной патологии и терапии внутренних болезней. Т. II. Ленинград, 1917 წ.
4. Проф. Н. Батуев. Морфология и причины, развития синостозов 1-го позвонка с затылочной костью и отдельных позвонков между собой на различной высоте и протяжении позвоночника. (ცალკე ამონაბეჭდი ჟურნალ „Русский врач“-იდან №№ 17, 18, 19, 20). Ленинград, 1910 წ.

პროფ. ს.პ. შირსალაძე.

ფილტვების ტუბერკულოზის კლინიკური კლასიფიკაციისათვის¹⁾.

თუ ჩვენი საპროგრამო მოხსენება, ბატონებო, საორგანიზაციო კომიტეტმა დღევანდელ სიხეიმი კრებაზე დაწინაა, ეს მხოლოდ იმით აიხსნება, რომ თვით მოხსენების საგანი—ფილტვების ტუბერკულოზის კლინიკური კლასიფიკაცია—ძირითადი და ფრიად მნიშვნელოვანი საკითხია თანამედროვე ფტიზიოლოგიაში. რომ ამნაირ კლასიფიკაციას განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს უწინარეს ყოვლისა კლინიკურ ძირითად მოთხენილების დასაკმაყოფილებლად, რომ თითოეულ შემთხვევაში განესაზღვროთ დაავადებულის ინდივიდუალური არსება, მისი აწმყო მდგომარეობა, ახლო და შორეული მომავალი და რომ მეცნიერულად შევაფასოთ სხვადასხვა სამკურნალო მეთოდები,—ეს თავის თავად ცხადი და მარტივია. აგრეთვე აშკარაა ამნაირ კლასიფიკაციის მნიშვნელობა სხვადასხვა პრაქტიკულ მიზნებისათვის, როგორც, მაგალითად, ავადმყოფთა გადარჩევისათვის სპეციალ დაწესებულებაში მოსათავსებლად, მათთვის საკურორტო ადგილების არჩევისათვის და მრავალ ნაირ სტატისტიკურ მოთხოვნებათათვის. მაგრამ ამ კლასიფიკაციას აქვს კიდევ უფრო ღრმა მეცნიერული მნიშვნელობა. მხოლოდ ამ ნაირი კლასიფიკაციის საშუალებით შეიძლება ფილტვების და საზოგადოდ ტუბერკულოზის შესახებ თანამედროვე მოძღვრების მთლიანად წარმოდგენა და შეფასება, მისი წარმატების და უძღურობის აშკარად დანახვა, მის დასაბუთებულ მხარეების აღნიშვნა და გამოუტყვეველ საკითხების წამოყენება მომავალ კვლევა-ძიებისთვის, რადგან ფილტვების ტუბერკულოზის კლინიკური კლასიფიკაცია არ ნიშნავს მხოლოდ ცნობილ კლინიკურ ფორმების აღნუსხვას და ჩამოყალიბებას, არამედ თვით იმ ძირითად მეცნიერულ დებულებათა განხილვას, რომელზედაც ამყარებენ ფილტვების ტუბერკულოზის სხვადასხვა კლინიკურ კლასიფიკაციას და ეს ხომ უკვე არსებითად შეიცავს მთლიანად ტუბერკულოზის თანამედროვე პრობლემას.

1921 წლის 29 ნოემბერს ლეიპციგის სამკურნალო საზოგადოებაში პროფ. Felix Marschand-მა თავისი მოხსენება „Zur pathologischen Anatomie und Nomenklatur der Lungentuberculose“ ამნაირი ბოდიშით დაიწყო: „Es ist Vielleicht ein gewagtes Unternehmen, eine Übersicht über die pathologische Anatomie der Lungentuberculose in dem kurzen Raum einer Stunde zu versuc-

¹⁾ მოხსენებულთა სრულიად საქართველოს ექიმთა II კონგრესის სახეიმი სხდომაზე—18. V. 24.

hen *) თუ პროფ. Marsschand'მა ფილტვების ტუბერკულოზის პათოლოგიურ ანატომიის მიმოხილვა ერთი საათის განმავლობაში დიდ გაბედულობად ჩასთვალა, ადვილი წარმოსადგენია, თუ რამდენად უფო მძიმეა ჩემი მოვალეობა, როდესაც ვეხებით ფილტვების ტუბერკულოზის კლინიკურ კლასიფიკაციას, რომლისათვისაც პათოლოგო-ანატომიური მიმოხილვა მხოლოდ ერთ-ერთ ძირითად დებულებათაგანია. ამისათვის იძულებული ვართ ძლიერ შევზღუდოთ ჩვენი მიზანი და, საგნის განხილვის მაგიერ, შევეცადოთ ამ მოკლე დროის განმავლობაში მხოლოდ თვით საკითხის სწორ გზაზე დაყენებას, თანამედროვე მეცნიერულ მიმდინარეობათა და მოთხოვნილებათა მიხედვით.

დამყარდა რა ამ ასი წლის წინეთ ტუბერკულოზის ნამდვილი მეცნიერული შესწავლა, დაიწყეს იმთავითვე, აუცილებელ კლინიკურ და საზოგადოდ აზროვნულ მოთხოვნილებისამებრ, ამ სნეულების ფორმების კლასიფიკაციის შემუშავება, მაგრამ ამ საკითხმა მკვლევართა განსაკუთრებული ყურადღება მიიპყრო უფრო ამ უკანასკნელ ხანებში. მორფოლოგებმა, კლინიკისტებმა, ბაქტერიოლოგებმა და სეროლოგებმა—ყველამ თავის პრინციპები და მეთოდები გამოიყენეს ტუბერკულოზის კლასიფიკაციის დასასაბუთებლად და ჩამოსაყალიბებლად. Albrecht—Fraenkel, Turban—gerhardt, Tendeloo, Aschoff, Nicol, Lubarsch, Ribbert, Ramune, Marschand Friedzich kraus, Науцек, Соколовский Габрилович, Воробьев **) და მრავალმა სხვებმა წამოაყენეს სხვადასხვა საფუძველზე აშენებული ფილტვების ტუბერკულოზის კლასიფიკაცია. სხვათაშორის, ეს საკითხი საერთაშორის სპეციალ კონგრესებზე არა ერთხელ გამხდარა მოხსენებათა და მსჯელობის საგნად. სრულიად რუსეთის ტუბერკულოზთან ბრძოლის პირველ ყრილობაზე ლენინგრადში, რომელიც მოხდა 1922 წლის თებერვალში, ვორობიოვის და ბერლინის მოხსენებათა მოსმენის შემდეგ იყო არჩეული დიდი კომისია, რომელსაც დაევალა ფილტვების ტუბერკულოზის კლასიფიკაციის შემუშავება. კომისიის მიერ შემუშავებული კლასიფიკაცია, რომელიც არსებითად Turban'ის გეგმაზეა აშენებული, მიღებული იქნა მე-II ყრილობაზე და მე-III ყრილობისათვის საორგანიზაციო ბიუროს მიერ საპროგრამო საკითხებად გამოცხადებულია: ქირურგიულ ტუბერკულოზის კლასიფიკაცია, ბავშთა ტუბერკულოზის კლასიფიკაცია და ყელის ტუბერკულოზის კლასიფიკაცია.

რა და რა მთავარი მეცნიერული დებულებანია მკვლევართა მიერ წამოყენებული ფილტვების ტუბერკულოზის კლასიფიკაციის ფუძედ? მორფოლოგიური ანუ პათოლოგიური, ეთიოლოგიური, იმმუნო-ბიოლოგიური, ზოგადად კლინიკური და კერძოდ ფუნქციონური, თერაპევტიული და პროგნოსტიული დებულებანი. მხოლოდ თითოეული დებულებით არც ერთი ავტორი არა სარგებლობს, თითქმის ყველანი ერთგვარი თანდათანობით აერთიანებენ ამ დებულებათ, მაგრამ თუ ჯერაც მიზანი მიღწეული არ არის, თუ ჯერაც დამაკმაყოფილებელი კლასიფიკაცია არ მოიპოვება, ეს მხოლოდ იმიტომ არის, რომ არც ერთი წამოყენებული დებულება მეცნიერულად შესწავლილი და საბოლოოდ ამოწურული არ არის და მათ შორის თვით უძველესიც: კლინიკური და პათოლო-

*) Münch-med. wochenschr. 1922, № 1.

**) Проф. Воробьев. Схемы классификации легочных форм туберкулеза „Туберкулез“ № 4. 1923 г.

გო-ანატომიური. საზოგადოდ ტუბერკულოზის მეცნიერულ შესწავლაში დიდ წარმატების და მიღწევის ხანად აღსანიშნავია — Laënnec-ის (1781—1826) მიერ ტუბერკულოზის პათოლოგიურ ანატომიის შექმნა, Villemin-ის (1865 წელს) მიერ ადამიანის ტუბერკულოზის ცხოველებზე აცრის საშუალებით გადატანის შესაძლებლობის დამტკიცება Robert Koch-ის მიერ ტუბერკულოზის ბაცილების აღმოჩენა (1882 წელს), იმავე Koch-ის მიერ ტუბერკულინოთერაპიის და ტუბერკულინოდიანოსტიკის პრინციპის შემოღება, ტუბერკულოზის პათოგენეზის თანამედროვე გაფართოება, ტუბერკულოზის ინფექციის იმუნო-ბიოლოგიური თავისებურის შესწავლის გაღრმავება და იმ კლინიკურ რწმენის განმტკიცება, რომ ტუბერკულოზიანი ადამიანის განკურნება შეიძლება. ყველა ამ მიღწევით და აღმოჩენათ დღესაც ჩვენთვის მთავარი სახელმძღვანელო მნიშვნელობა აქვთ. აღნიშნა რა სწორედ ამ ასი წლის წინეთ Laënnec-მა ტუბერკულოზის სპეციფიკური ხასიათი და მის ფუძეთ ბორცვი (Tuberculum), მან აღიარა ავადმყოფობის ყველა ფორმების ერთი და იგივეობა და სფეციფიკური ანთების დამთავრება თავისებური გადაგვარებით, რომელსაც შემდეგ Virchow-მა უწოდა ხაქოსებრივი გადაგვარება. თუმცა Villemin-ის კლასიკურმა ცდებმა და Koch-ის დიდებულმა აღმოჩენამ ურყევლად დაამტკიცა Laënnec-ის შეხედულების სიმართლე, მაგრამ Virchow-მა მაინც არ გაიზიარა ეს მოძღვრება და ფილტვების ტუბერკულოზიანი გაყენთა და ქლექის ქრონიკული ფორმები ჩასთავლა სხვა ბუნების ავადმყოფობად. კიდევ 1882 წელს Virchow-მა Laënnec-ის აზრი ავადმყოფობის სხვა და სხვა ფორმების ერთი და იგივეობის შესახებ აღიარა „für einen der grössten jrrtümer in der Medizin“. მაგრამ ამისდა მიუხედავად, ყოველ ეჭვს გარეშეა, რომ Laënnec-მა ნამდვილ მეცნიერულ ნიადაგზე დაამყარა ფილტვების ტუბერკულოზის პათოლოგიური ანატომია, რომელიც ფრიად განვი თარდა ბაქტერიოლოგიის ხანაში და დღესაც დიდ წარმატებაშია.

ჩვენი კლინიკური მსჯელობა დღესაც უმთავრესად ემყარება ანატომიურ აზროვნებაზე და ამიტომ სრულიად ბუნებრივია, რომ ფილტვების ტუბერკულოზის კლასიფიკაციის საფუძველს უწინარეს ყოვლისა ვამყარებთ მორფოლოგიურ ნიადაგზე.

რა მოთხოვნილებას უყენებს ამ მხრით კლინიკა პათოლოგიურ ცვლილებათა ანატომიას?

ჯერ კლინიკის ერთი ზოგადი სურვილი, რომ თითოეული გვამი, რა ავადმყოფობა და გარემოებაც არ იყოს აქ ნაგულისხმები სიკვდილის მიზეზად, ისე მეცნიერულად და დეტალურად იქნეს შესწავლილი, რომ შესაძლებელი ხდებოდეს ურყევი დასკვნა საზოგადოდ ტუბერკულოზის არსებობის თუ არ არსებობის შესახებ. ამ საკითხის გადაჭრას თითოეულ შემთხვევაში განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს, როგორც ქვემოთ ვიხილავთ, თანამედროვე ფტიზიოლოგიაში. შემდეგ კლინიკურ კლასიფიკაციის თვალსაზრისით ძირითადი მოთხოვნილება ის არის, რომ გამოირკვეს უწინარეს ყოვლისა დეტალურად ფილტვების ტუბერკულოზის ჰისტოგენეზი, გამოიყვეს ავადმყოფობის მორფოლოგიური ტიპები, რომელთაც განცალკევებით შესწავლა დასაწყისიდან ბოლომდე (დარღვევისაა თუ განკურნების ეს ბოლო, — აუცილებელია, მოხდეს ამ ავადმყოფო-

ბის ლოკალიზაცია ორგანოს ჰისტოლოგიურ და ანატომიურ ერთეულებში, გაშუქდეს ამ ორგანოს პირველადი და მეორადი პროცესი და მათი ურთიერთობა და განათდეს უწყებულ ორგანოში ამ ინფექციით დასნეულების და გავრცელების გზები.

ზოგი აქ წამოყენებული საკითხები საკმაოდ არის გაშუქებული თანამედროვე პათოლოგიურ ანატომიაში, ზოგიერთები კი მორიგ საკითხებად არის დასმული კვლევა-ძიებისათვის და მათ შესწავლისთვის აუცილებელი ხდება ფილტვების თვით ნორმალურ ანატომიის და ჰისტოლოგიის გაფართოება და გაღრმავება. ფილტვების ტუბერკულოზის შესახებ მორფოლოგიურ აზროვნების და მიღწევის ტიპიურ წარმომადგენლად შეიძლება ჩაითვალოს ცნობილი თანამედროვე პროფ. Aschoff'ი, რომლის გამოკვლევათა შესახებ აგრეთვე ცნობილი ბერლინის კლინიკისტი Friedrich Kraus'ი, ამბობს: Aschoff hat in morpologisch kaum mehr zu übertraffender Gründlichkeit besonders das pathogenetische Moment, die genauere lokalisation und die Reaktionsformen des tuberkulös infizierten organismus, resp. der phthisischen Lunge berücksichtigt!*)). საზოგადოდ და კერძოდ Aschoff'ის მიერ გამოყოფილია ავადმყოფობის ბუნების და მსვლელობის მიხედვით ფილტვების ტუბერკულოზის ორი ძირითადი ტიპი, რაც უკვე ასი წლის წინეთ ზოგადად, მაგრამ აშკარად აღნიშნა Laënnec'მა თავის მოძღვრებაში: პროდუქტიული ანუ ახალ ქსოვილის შექმნისადმი და განკურნებისადმი უფრო მიდრეკილი ტიპი და ექსუდატიური—უფრო დარღვევის თვისების ტიპი. რომ ორივე ტიპი ყოველთვის განვითარდებოდეს განცალკევებით და ბოლომდის ინარჩუნებდეს თავის ბუნებას, მაშინ ამას ექნებოდა მარად სახელმძღვანელო მნიშვნელობა არა მხოლოდ მორფოლოგიურ, არამედ თვით კლინიკურ კლასიფიკაციისათვისაც, მაგრამ საქმეც ის არის, რომ ორივე ტიპი ხშირად იმდენად არეულია ერთმანეთში, რომ, Aschoff'ის აზრით, მათი ურთიერთობის გარჩევა შესაძლებელი ხდება მხოლოდ მიკროსკოპის საშვალებით, და ხან კი ერთი ტიპი გადადის მეორეში. პროდუქტიული ტიპი, Aschoff'ის აზრით, გრანულაციის ქსოვილით, როგორც მილიარული და სუბმილიარული ბორცვი ჩნდება ალვეოლებში და შემდეგ გადადის პაწაწინა არტერიებზე, ბრონქიოლებზე, ბრონქებზე და ლიმფიურ მილებზე, მაშასადამე შემდეგ იწყება სპეციფიკური ენდო-პერიარტერიირტი, ბრონქო-პერიბრონქიტი და ლიმფანგიტი. ბრონქები აქაც განიცდიან ხაქოსებრივ გადაგვარებას. ექსუდატიური ტიპი ხაქოსებრივი ფილტვების ანთებით, სმავე Aschoff'ის აზრით, იწყება აგრეთვე ალვეოლებში—მილიარული ხაქოსებრივი ფილტვების ანთება და ამ შემთხვევაში ბაცილები შეიჭრებიან არა ბრონქებიდან, არამედ სისხლის მილებიდან. თუ ანთებით შეპყრობილია ალვეოლების და მათი გზების (არა უმეტეს 8) პატარა ჯგუფი, მაშინ უწოდებენ აცინოზურ ხაქოსებრივ ფილტვების ანთებას, შემდეგ უკვე ნაწილაკობრივს და უფრო იშვიათად ნაწილობრივ ხაქოსებრივ ფილტვების ანთებას.

პირველადი ტუბერკულოზი ხაქოსებრივი ბუდის სახით იწყება უხშირესად ზედამწვერვალში და გულისხმობს ამ ინფექციით ჯერ შეუხებელ ორგა-

*) Klinische Gruppierung der Tuberculosefälle und Prognostik der Lungentuberculose Braue und Schröder p. 818 * 863.

ნიჰმს და ამიტომ ემართება თითქმის მარტო ბავშვებს და იშვიათად ჰასაკოვანებს რათგან უკანასკნელთ ინფექცია საზოგადოდ უკვე გადატანილი აქვთ ბავშობის ჰასაკში. ეს ფორმა განიკურნება, თუ არ გავრცელდა ზოგიერთ ორგანოებზე, მაგალითად ტვინის გარსებზე, ან თუ არ მოხდა საბედისწეროდ სისხლის და ლიმფურ მილების დაზიანებით, სადაც ბაცილები შეიჭრებიან სისხლში და იწყება დათესილი მკვეთრი მილიარული ტუბერკულოზი. მეორადი ტუბერკულოზი იწყება ორგანიზმში, რომელმაც უკვე წინეთ გადაიტანა ეს ინფექცია და ეხლა უკვე გახდა ალერგიული. პირველადი ტუბერკულოზი თითქმის ყოველთვის ერთნაირია, მეორადი კი წინააღმდეგ იმდენად სხვადასხვა ნაირია, რომ ერთი ტუბერკულოზიანი ფილტვი სრულებით არა წააგავს—მეორეს სწორედ ამ ფორმის შესახებ იტყვის Orht'-ი: Keine tuberkulöse junge gleicht der andern! ; გარდა ამისა პირველადი ტუბერკულოზი უმთავრესად ვრცელდება ლიმფურ და მეორადი ბრონქიული გზებით და უკანასკნელ ფორმის დროს ჯირკვლების დაავადება იშვიათია. მეორადი ტუბერკულოზი იწყობა აცინოზური ფილტვების ანთების სახით, რომელიც შემდეგ ვრცელდება მწვერვალოებიდან ქვედა ნაწილებზე და დალაგდება ან როგორც განცალკევებული აზინოზურ ბუდეებიანი, როგორც მათი კონგლომერატი—ანუ როგორც აციონოზო—კვანძბრივი ანთება. ამ ფორმის განკურნება მოხდება, როდესაც გრანულაცია ჩაექსოვება აცინუსებს. ამ ბუდეების ირგვლივ იწყება გამკვრივება შემაერთებელ ფიბროზულ ქსოვილის განვითარება და მწვერვალში პლევრას მიეხორცება, მწვერვალი შეიკუმშება. და ამნაირად განვითარდება ტუბერკულოზის ფიბროზო-ციროტიული ფორმა. ამ ფორმის მეორე ნაირი მიმდინარეობა ის არის, რომ სჭარბობს გადაგვარებითი—ხაჭოსებრივი პროცესი ბრონქებში. ხაჭოსებრივი გროვა დნება, ჩნდება ღრუები, იწყება ეგრედ წოდებული Pneumonia caseosa cavernosa. როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, ხშირად ორივე ტიპი არეულია ერთმანეთში და, მაშასადამე, წმინდა ტიპური ფორმები აქაც ძლიერ იშვიათია. რაც შეეხება პროცესის ადგილმდებარეობას, გამორკვეულია, რომ მკვეთრ ფორმების დროს ფილტვების ყველა ნაწილები გაუღნითილია მრავალ ბუდეებით. მათი ოდენობა ზედა ნაწილებში უფრო დიდია, ქვედაში ბევრად უფრო პატარაა და ამ ოდენობის განსხვავება მით უფრო აშკარაა, რაც უფრო ნელი მიმდინარეობა აქვს ანთებას. შემდეგ მიღებულია, რომ მწვერვალოებში და მარჯვენა ნაწილებში ავადმყოფობა უფრო ხშირია, ვინემ ქვედა და მარცხენა ნაწილებში, თუმცა ამის დამამტიკიებელი სტატისტიკური ცნობები ჯერაც შეთანხმებული არ არიან. მოგვყავს აქ Aschoff-ის ფილტვების ტუბერკულოზის პათოლოგია ანატომიური ტიპებით ნომენკლატურა. ამ სანიმუშო მორფოლოგიურ კლასიფიკაციას სახელმძღვანელო მნიშვნელობა აქვს კლინიკისათვის, თუმცა ის რასაკვირველია, ვერ აკმაყოფილებს ბევრ მოთხოვნილებას. ვერ აკმაყოფილებს, ვინაითგან ძირითადი ტიპები—პროდუქტიული და ექსუდატიური ხშირად არეული არიან და განვითარების სხვადასხვა საფეხურებზე მათ გარჩევისთვის საჭიროა მიკროსკოპიული გამოკვლევა და, მაშასადამე, თვით რენდგენის სხივები საკმაოდ ვერ გაგვიშუქებენ მათ მორფოლოგიურ ბუნებას. შემდეგ ამ მიღებულ ტიპებს არა აქვთ ციკლიური მიმდინარეობა და განვითარების დროს ხშირად ერთი მეორეში გადადის. და ბოლოს ამ კლასიფიკაციის ფარგლები ვი-

A	B			C	D	E
Nach der Qualität	Nach der formalen Genese			Nach dem Ausgang	Nach der sekundären Veränderung	Nach der Ausdehnung.
Tuberkulöse (produkt.) Phthise	Interstitielle Form	Phthisis tuberculosa interstitialis	Interstitielle Tuberculose (Lokat oder disseminiert) [Miliartuberculose]	Indurierend (fibrös) oder erweichend (verkäsend)	Chronisch ulzeröse Phthise Chronisch kavernöse Phthise	Apikal (isoliert)
	Azinöse Form	Ph. t. acinosa	Azinöse Tuberculose (Lokal od. dissem.)			Kranial (deszendierend)
	Azinös-nodöse Form	Ph. t. acino-nodosa	Azinös-nodöse Phthise. (Lokal od. dissem.)			Kranial kaudal (deszendierend)
	Konfluierende zirrhotische Form	Ph. t. cirrhotica	Zirrhotische Phthise.			
Käsig-exsudative Phthise	Azinöse Form	Phthis. caseosa acinos	Azinöse käsige Pneumonie (Lokal oder disseminiert)	Abkapseld oder erweichend	Akut ulzeröse Phthise	
	Lobuläre Form	Ph. c. lobularis	Lobuläre käsige Pneumonie (Läsige Bronchopneumonie) (Lokat od. dissem.)			
	Lobäre Form	Ph. c. lobaris	Lobulär-käsige Phthise Lobäre käsige Pneumonie			Akut sequenstrierende Phthise

в.з. 806680000

წროა და ამიტომ მათში ვერ ჩაეტევა ანატომიურად ძლიერ ცვალებადი ფორმები, როგორც Ohrt'ის სამარლიანად იტყვის: „Keine tuberkulöse lunge gleicht der andern“ მაგრამ მეორე მხრით ამ კლასიფიკაციაში საკმაოდ არის გამოხატული ფილტვების ტუბერკულოზის ჰისტოგენეზი და გამოყოფილი უფრო გასაკურნელი—პროდუქტიული ფორმები უფრო დამრღვევ—ექსუდატიურ ფორმები საგან. შემდეგ ამ გვარ კლასიფიკაციაში მოთავსდება უმთავრესი და ძირითადი ფორმები. ბოლოს კლინიკური აზროვნება ვერც ერთს ნაბიჯზე სავსებით ვერ დაშორდება მორფოლოგიურ აზროვნებას. ცდილობენ ფილტვების ტუბერკულოზის კლასიფიკაცია დაამყარონ აგრეთვე ავადმყოფობის ეთიოლოგიაზე. აქ, რასაკვირველია, მხედველობაშია მიღებული Koch'ის ბაცილების მორფოლოგიური და პათოგენური თავისებურებანი და მათი სხვადასხვა ფორმების მიხედვით სხვადასხვა ვირულენტობა. აღნიშნულია, რომ ბაცილები *typus humanus* ძლიერ ვირულენტობას იჩენენ ადამიანის სხეულში და *typus bovinus* სუსტ ვირულენტობას. აგრეთვე *Bacillus Humanobrevis* Koch'ის სუსტად მოქმედობს ადამიანის სხეულში, *Bacillus humanolongus* perg-lez, ძლიერ მკაცრად Much'ის მარცვლების და ლინზების მსგავსი გადაგვარებითი ფორმები შედარებით სუსტნი არიან თავის მოქმედებაში. დასკვნა ასეთია, რომ გადაგვარებითი და სუსტმოქმედების ბაცილები იწვევენ პროდუქტიულ—უფრო განსაკურნებელ ფორმები და მკაცრად მოქმედენი უფრო დამრღვევ—ექსუდატიურ ფორმებს. გარდა იმისა, რომ აქ არ არის გამოანგარიშებული სხეულის რეაქციის ძალა ინფექციაზე, ეს არის ჯერ მხოლოდ ზოგადი მოსაზრება, ვინემ დამტკიცებული ურთიერთობა. გარდა ამისა ამ ავადმყოფობის პათოგენეზის საკითხი ძლიერ ვართუღდა ახალ აღმოჩენათა გამო.

საქმე ის არის, რომ სხეულში შეჭრილი ბაცილები ხან მკაცრად არღვევენ ქსოვილებს და იწვევენ საშინელ ავადმყოფობას, ხან—სულ ადვილ ფორმებს, ხან კი არავითარ ანატომიურ ცვლილებას არ იწვევენ და მხოლოდ იმუშავებენ ანტისხეულებს, ე. ი. იძლევიან მხოლოდ ბიოლოგიურ რეაქციას. Calmette და Guerin'მა შეასრულეს ძრიელ საყურადღებოსო ცდა. რვა ხბოს, რომელნიც სრულიად სალნი იყვნენ ტუბერკულოზისაგან, შეუშხაფუნეს ვენაში შესუსტებულ ტუბერკულოზის ბაცილების კულტურის თითო მილიგრამი 1 თვის შემდეგ ხუთ-ხუთი მილიგრამი. კიდევ ერთი თვის შემდეგ 7 საცად და მე 8 საკონტროლო ხბოს ვირულენტურ ბაცილების სამ-სამი მილიგრამი. საკონტროლო ხბო მოკვდა მე-34 დღეს და მა აღმოაჩნდა გავრცელებული ტუბერკულოზი, საცდელი ხბოები დაზოცეს ერთს თვეზე, შემდეგნი მე, ... 2, 3, 4, 8, 12 და 18 თვეს. და არც ერთს მათ ტუბერკულოზი არ აღმოაჩნდათ, მაგრამ როდესაც მათი ბრონქიალურ ორკვლებს გამონადები შეუშხაფუნეს ზღვის გოჭებს, მათ ყველას გადაეღვა ტუბერკულოზი. მაშასადამე, შესაძლებელია, რომ სხეულში არსებობდეს tbc. ბაცილები და ანატომიურ ცვლილებებს კი არ იწვევენდენ. ესევე დებულება ექსპერიმენტალურად დაამტკიცა Ohrt'მა, რომელიც გეტყვის რომ ტუბერკულოზიან ინფექციას, რომელიც იწვევს ანატომიურ ცვლილებას უნდა მივუმატოდ შემეცნება „შეჭრა“ (Invasio) ე. ი. როდესაც ბაცილები შეიჭრებიან სხეულში, მაგრამ არავითარი მორფოლოგიური ცვლილება არ მო-

ყვება ამ შეჭრას. ბუნებრივი დასკვნაა, რომ ეთილოგიური მოსაზრება სრულიად მისაღებია კლასიფიკაციის როგორც ერთ დებულებათაგანი, მაგრამ მისი გამოყენება ჯერჯერობით შეუძლებელია. ფრიად საყურადღებოა ფილტვების ტუბერკულოზის მორფოლოგიურ კლასიფიკაციის დამყარება იმმუნო-ბიოლოგიურ პრინციპზე. საქმე ას არის, რომ თვით ანატომიური ცვლილებანი ფილტვებში არის გამოწვეული სხეულის თავდამცველ მოქმედებისაგან, არის შედეგი მის იმუნობიოლოგიურ რეაქციისა. სხვათაშორის Hamburger'მა, Pirquet'მა Ranke'მა და Much'მა, შეუკავშირეს რა სხვადასხვა მორფოლოგიური ცვლილება სხვადასხვა იმმუნობიოლოგიურ მდგომარეობას, გაყვეს ფილტვების ტუბერკულოზის განვითარება სამ ხანად: ხანა ალლერგიისა, ხანა ანაფილაქსიისა და ხანა იმმუნიტეტისა. იმავე პრინციპზე Heman, von Hayek'მა ააშენა ფილტვების ტუბერკულოზის კლინიკურ—მორფოლოგიური კლასიფიკაცია. 1919 წლის Ergebnisse der Hygiene, Bakteriologie, Immunitätsforschung und experimentellen Therapie დაბეჭდილია ავტორის შრომა—Die praktische Bedeutung der Immunität für die Prognose und Behandlung der Tuberculose, ამ შრომაშია მოყვანილი და დასაბუთებულია მისი კლასიფიკაცია.

ტუბერკულოზის იმმუნიტეტის ბიოლოგია და ქიმიკა ბევრად უფრო რთულია, ვინემ სხვა ინფექციურ სნეულებათ იმმუნიტეტის, რათვან ტუბერკულოზის ბაცილები იმუშავებენ არა მხოლოდ ექტოტოქსინებს, რომელთაც სხეულის ძალები ანეიტრალებენ, არამედ დარღვევის შემდეგ აგრეთვე ენდოტოქსინებს, რომელთაც უფრო მკაცრი მოქმედება აქვს.

ამიტომ Hayek'ის აზრით, ტუბერკულოზის შხამების საწინააღმდეგოდ არ კმარა სისხლის და ლიმფის ანტისნეულების მერყევი ტალღა, ე. ი. არ კმარა მხოლოდ ჰუმორალური იმმუნიტეტი, არამედ აუცილებლად საჭიროა აგრეთვე უჯრედული იმმუნიტეტი.

Deycke—Much'მა გააღრმავეს ტუბერკულოზის იმმუნიტეტის შესწავლა და დაამტკიცეს, რომ უჯრედული იმმუნიტეტი შედარებით იწვევს უფრო ხანგრძლივ იმმუნიურ მდგომარეობას, და ჰუმორალური ძლიერს, მაგრამ მერყევ შედეგებს.

იმავე ავტორებმა დიდი ნაბიჯი გადადგეს ტუბერკულოზის ბაცილების ქიმიის შესწავლაში.

მათ რძის სიმეავის ზეგავლენით დაშლეს ბაცილები და გამოყვეს სამი სხეული: ცილა, შერეული ლიპოიდები და ცხიმის სიმეავენი და ნეიტრალი ცხიმი. ამ ბაცილების ქიმიურ ნაწილებს აღმოაჩნდა სპეციფიკური ანტიგენური მოქმედება და ამიტომ ავტორებმა მათ დაარქვეს ნაწილობრივი ანუ პარციალური ანტიგენები. Hayek'მა შეისწავლა პარციალურ ანტიგენების გავლენა ავადმყოფზე და მივიდა შემდეგ დასკვნამდე:

1) უკვე კახექტიურ ტუბერკულოზიან ავადმყოფებზე პარციალურ ანტიგენების კანქვეშე შეშხათუნება იძლევა უარყოფითი შედეგს.

2) პროგრესიულ ტუბერკულოზის ფორმების დროს არის სუსტი კანქვეშა რეაქცია, რომელიც თანდათანობით უფრო სუსტდება.



3) აშკარად გამონატული საშვალო ხარისხის კანქვეშა რეაქცია სამთავე ანტიგენებით კიდევ იძლევა საბუთს კარგი პროაგნოზისათვის.

4) მხოლოდ დადებითი თუ უარყოფითი დინამიური იმმუნიტეტი, რომლის ზომად ითვლება კანქვეშა ტიტრის აწევ-დაწევა, იძლევა საბუთს პროგნოზისათვის.

5) ტუბერკულოზის დასაწყისში ან განკურნების ხანაში რეაქცია იძლევა ცვალებად შედეგს.

აქედგან Hayek-ი მივიდა იმ დასკვნამდის, რომ სპეციფიკური თერაპიის მიზანია ალერგია ან და ანერგია. ალერგია გამონატავს გაჩაღებულს, მაგრამ ჯერ გადუწყვეტელ ბრძოლას ტუბერკულოზთან. მკაცრად გამონატული ალერგია მოწმობს მკაცრ ბრძოლას. ამიტომ Hayek-ი იტყვის: Tuberculosekranke müssen allergisch sein, sonst sind sie verloren. ბრძოლა გადაწყდება, როცა იწყება ანერგია. დადებითი ანერგია ნიშნავს იმმუნიტეტის გამარჯვებას, უარყოფითი იმას, რომ ორგანიზმა ვეღარ შესძლო წინააღმდეგობა. აღიარებს რა იმმუნობიოლოგიურ გავლენათა დიდ მნიშვნელობას ფილტვების ტუბერკულოზის განვითარებისათვის, Heayk-ი უკავშირებს ამ მოვლენათ ანატომიურ ცვლილებას და კლინიკურ ნიშნეულობას, და ამ ურთიერთობაზე ამყარებს თავის კლასიფიკაციას, ამყარებს ფილტვების ტუბერკულოზის ტიპებს და იმავე დროს იძლევა ზოგად დებულებას, თუ როგორ უნდა შესრულდეს სპეციფიკური თერაპია თითოეულ ტიპის დროს.

ტიპი I.

ტიპიური ცოტა ან სრულებით არავითარი ანატომიური ცვლილება ფილტვებში. ბრონქიალურ ჯირკვლების ქრონიკული ტუბერკულოზი. კარგი ზოგადი მდგომარეობა. ნორმალური ან სუბფებრიული t°.

a) შუათანა ძლიერების ალერგია. ალერგიის გაძლიერება საჭირო არ არის. ძლიერ პატარა დოზებით დაწყება არა ღირს. დოზების ენერგიულ მომატებით უნდა მივისწრაფებოდეთ ანერგიისადმი.

b) ალერგია ძლიერ გამოხატულია. ყველაფერი, როგორც a. თუ მოკლე დროის მკურნალობა არ აკლებს მომატებულ გრძნობიერებას, მკურნალობა უნდა შეწყდეს. ეს მდგომარეობა დახასიათდება, როგორც არაგრძელვადი პროცესი საკმაო ძალის ალევით.

V.

წმინდა ციროტიული ფორმები უპროლიფერატიული ბუდეები ფილტვებში. მკვეთრი პლევრიტი. სუბფებრიული t°—ან სიცხე. საშვალო ძალის ალერგია. უნდა ვეცადოთ ანერგიის გამოწვევას დოზების ჩქარი მომატებით, რამდი ბუდობრივი რეაქცია არ დაიწყება ფილტვებში მშვენიერ შედეგს იძლევა ამ შემთხვევაში AT°.

VII

ფილტვების მკვეთრი პროლიფერირებული ტუბერკულოზი. ნაწილობრივ ბორცვების გამოყრა. ხაჭოსებრივი ფილტვების ანთება. სეპტიური მაღალი t° . ძლიერ გამოხატული უარყოფითი ანერგია. აქტიური იმუნინზაცია უარყოფილია. შესაძლებელია პასიურ იმუნინზაციის და ქვემოთერაპიის ცდა.

მორფოლოგიურ, ეთოლოგიურ და იმუნო-ბიოლოგიურ კლასიფიკაციას, რასაკვირველია, სავალდებულო მნიშვნელობა აქვს კლინიკისათვის, მაგრამ ფილტვების ტუბერკულოზის კლინიკური კლასიფიკაცია ბევრად უფრო რთული საგანია. კლინიკისტმა უწინარეს ყოვლისა უნდა მოახდინოს ცოცხალ ადამიანის ფილტვებში სპეციფიკურ პროცესის ლოკალიზაცია მორფოლოგიურ ერთეულებში და გამოარკვიოს თვით პროცესის ბუნება-პროდუქტიული, ექსუდატიური და სხვა. აქ, რასაკვირველია, დიდ დახმარებას უჩენს კლინიკისტს პათოლოგიურ ანატომიის დებულებანი და რენდგენის სხივებით გაშუქება და სურათის გადაღება.

უკვე არსებობს ფილტვების ტუბერკულოზის რენდგენოგრაფიული კლასიფიკაცია. კლინიკისტის მდგომარეობა მით რთულდება, რომ ხანდისხან ფილტვებში ანატომიური ცვლილება არა სჩანს და არც ამ ორგანოს ფუნქციას ეტყობა დარღვევა. თუმცა ფილტვების ტუბერკულოზის ნიადაგზე სხვა ორგანოების ფუნქცია დარღვეულია. არსებობს ფილტვების ტუბერკულოზის დამალული ფორმები. პსევდოქლოროზი, პსევდომალარია, ფსევდოგასტორენტერიტი და სხვა. აქ კლინიკისტმა გამორიცხვის საშვალებით ეს ფორმები უნდა მიაკუთნოს ფილტვების სპეციალურ დაავადებას. შემდეგ კლინიკისტმა უნდა გამოარკვიოს ავადმყოფობის მიმდინარეობა—მკვეთრი, ქრონიკული და სხვა. აქ კლინიკისტმა ობიექტიურ ნიშნულობის გარდა უნდა მიიღოს მხედველობაში ანამნესტიური ცნობები, დეტალურად შეკრებული. მაშასადამე, ანამნესტიური ცნობები უნდა იქმნეს აგრეთვე აღნიშნული კლასიფიკაციაში. კლინიკისტისთვის ძირითადი საკითხია შემდეგ, რომ გამოარკვიოს ტუბერკულოზიანი ავადმყოფის ფუნქციალური მდგომარეობა და ფუნქციალური წონასწორობა, რომელიც ანატომიურ ცვლილებასთან ხშირად არ არის შეფარდებული. აქ კლინიკისტმა, მიიღებს რა მხედველობაში ადგილობრივ და ზოგად მოვლენას (ტემპერატურა, ოფლიანობა, უმადობა, სიგამხდრე), უნდა განსაზღვროს ინფექციის და ინტოკსიკაციის ინტენსივობა და ავადმყოფის ალერგიული თუ ანერგიული მდგომარეობა. ამით შეიძლება გაგება ავადმყოფის კომპენსიური, სუბკომპენსიური და დეკომპენსიური მდგომარეობის, როგორც აღნიშნავენ ახალ კლასიფიკაციაში. ამასთან მჭიდროდ არის შეკავშირებული ავადმყოფის ახლო და შორეული მომავალი—ანუ კლინიკურ პროგნოზი. ამ პრინციპზეა დამყარებული, სხვათაშორის, Prof. Friedrich Kraus'-ის მიერ შედგენილი ფილტვების ტუბერკულოზის კლინიკური კლასიფიკაცია. აქ კლინიკისტმა ავადმყოფის სუბიექტიურ და ობიექტიურ და გარეშე სოციალურ მდგომარეობის გარდა, უნდა იქონიოს მხედველობაში მისი შთამომავლობითი და მემკვიდრეობითი პირობები და უნდა იქმნეს აღნიშნული კლასიფიკაციაში Hereditas benigna ანუ Hereditas maligna'-ი, რაც ტუბერკულოზის თვალსაზრისით მარ-

ტივად გასაგები იქნება. ამის შემდეგ შესაძლებელია თერაპიის გეგმის შემუშავება, რადგან მკურნალობის შედეგი აგრეთვე აღსანიშნავია მიზანშეწონილ კლასიფიკაციაში. სპეციფიკური თერაპიის შესრულებისთვის სახელმძღვანელოდ სრულიად მისაღებია Hayek-ის გეგმის ლებულებანი. თავის თავად ცხადია, რომ ამ მოთხოვნისათა დამაკმაყოფილებელი ფილტვების ტუბერკულოზის კლასიფიკაცია ჯერ არ მოიპოვება. ზედმეტია ლაპარაკი იმის შესახებ, რომ ამ მოთხოვნისათა სრულებით ვერ უახლოვდება Turban-gerhardt-ის კლასიფიკაცია, რომელიც თითქმის ყველგან მიღებულია.

I

სუსტი დაზიანება რომელიმე ადგილის ფილტვის ერთ ნაწილში (სუსტი მოყრუება, ამოსუნთქვა და ხიხინი სუსტი), თუ მწვერვალოშია, არ უნდა გადაცდეს კიპკიპის ძვალს.

II

არა ძლიერი გამკვრივება ერთი ნაწილისა ანუ უზურო ძლიერი სიმკვრივე რომელიც არ ვრცელდება მთელს ნაწილზე.

III

დიდი გამკვრივება მთელი ნაწილის ან კიდევ მეტის, ანუ კავერნის ნიშნები, თუმცა პროცესი გავრცელებული არ იყოს.

ბატონებო, ჩვენი მოკლე და სრულიად ზოგადი მიმოხილვიდან აშკარად სჩანს, რომ ფილტვების და საზოგადოდ ტუბერკულოზის დამაკმაყოფილებელი კლასიფიკაცია ჯერ-ჯერობით არ არსებობს, თუმცა მოთხოვნილება ამნაირ კლასიფიკაციაში დიდია, მოთხოვნილება თეორული და პრაქტიკული. ამიტომ გამოვსთქვამთ პირველს ჩვენს სურვილს, რომ აწმყო კონგრესსმა აირჩიოს, როგორც ეს სხვაგანაც მომხდარა, კომისია მორთოლოგების, პათოლოგების, ბაქტერიოლოგების და კლინიკისტების მონაწილეობით, რომელიც შემდეგ კონგრესისთვის შეიმუშავებს საქართველოში სახმარებელ ფილტვების, ბავშთა, ქირურგიულ და ყელის ტუბერკულოზის კლასიფიკაციას.

იმავე მოკლოდა ზოგადი მიმოხილვიდან სჩანს რომ ფტიზიოლოგიას ამ უკანასკნელ ხანებში დიდი წარმატება დაეტყო-თეორიული და პრაქტიკული. უკანასკნელი, სხვათაშორის, გამოიხატა Deycke და Much-ის პარციალ ანტიგენებით ფტიზიოთერაპიაში. მოძღვრების ბევრი მხარეები გამოირკვა და გაშუქდა, მაგრამ იმავედროს ბევრი სრულიად ახლად საძიებელი საკითხები წამოიჭრა მორთოლოგებისთვის, ბაქტერიოლოგებისთვის და კლინიკისტებისთვის. ბატონებო, ტუბერკულოზი და მალარია, სხვათაშორის, საქართველოს ეროვნული სენებია, რომელნიც ხალხს განადგურებას უქადის. ამიტომ ვისურვებთ, რომ ქართველმა ექიმებმა ეს საკითხები მორიგ საკითხებად დაისახოს და არა მხოლოდ საქართველოს ფიზიკური აზრი, არამედ თავის წვლილიც შესძინოს მსოფლიო სამედიცინო საღაროს, საქართველოს და მთელ კაცობრიობის საბედნიეროდ.

გ. მგალობლიშვილი

ჟუროსი ასისტენტი

საშვილოსნოს დანამატების ტუბერკულოზის წამლობის შესახებ*)

ტფილისის უნივერსიტეტის გინეკოლოგიური კლინიკიდან.
გამგე პროფ. გ. ღამბარაშვილი.

ქალის სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზის საკითხი დღესაც ვერ ჩაითვლება სრულიად გამორკვეულად. არის კიდევ ამ მოძღვრებაში ბევრი რამ, რაზეც ერთსულოვნება მეცნიერთა შორის არ არსებობს და რის გამორკვევასაც დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს.

ქალის სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზის საკითხი ფართეთ იქნა დასმული მის შემდგომ, რაც 1886 გამოვიდა მეტად საფუძვლიანი შრომა Negar'-ისა (Die Entstehung, Diagnose und chirurgische Behandlung der genitaltuberkulose des Weibes) სათაურით „ქალის სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზის წარმოშობა, მისი დიაგნოზი და ქირურგიული წამლობა“. ამ მონოგრაფიის გამოცემის შემდგომ იწყება დაინტერესება გინეკოლოგებისა ამ საკითხით, რაც პირველ ხანში გამოიხატა მხოლოდ თითოთორთა შემთხვევის აწერაში და გვაგებების გაკვეთით სტატისტიკის შედგენაში. ის ფაქტი, რომ ორი ინტერნაციონალური კონგრესი გინეკოლოგების მოწვეული იქნა სპეციალურად ამ საკითხის გამოსარკვევად, ნათლად მოწმობს იმას, თუ რამდენად სუსტი უნდა ყოფილიყო მაშინდელი ცოდნა და რამდენად დიდი სურვილი ამ ნაკლის შევსებისა. ერთი კონგრესი შესდგა რომში 1902 წელს, რომელზედაც Negar'-ის მიერ გამოქვეყნებული დებულებები იქნა გარჩეულ-გაკრიტიკებული, მეორე კი 1911 წ. მიუნხენში.

მიუხედავად დიდი ინტერესისა, რომელსაც იჩენდენ საზოგადოთ გინეკოლოგები და მიუხედავად მრავალი შრომებისა ტუბერკულოზის შესახებ, დღესაც სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზის წარმოშობის, მის დიაგნოსტიკის და წამლობის საკითხი მაინც იძლევა ერთგვარ ბუნდოვანობას და გამოურკვევლობას. ცხადია ყველასათვის მნიშვნელობა ამა თუ იმ წამლობის მეთოდის ცოდნისა, რომელიც დამყარებული უნდა იყოს მტკიცე მეცნიერულ ნიადაგზე, ცხადია მნიშვნელობა აგრეთვე სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზის გავრცელების გზების გარკვევისა, რადგან ამ გზების ცოდნა-გათვალისწინებას წამლობის არჩევაზე დიდი გავლენა ექნებოდა, მნიშვნელოვანია აგრეთვე დიაგნოზის საკითხიც, რადგან

*) მოხსენებული სრულიად საქართველოს ექიმთა II კონგრესის სხდომაზე 19.V 1924 წ.

უამისოთ ბნელში მუშაობა ძნელი იქნებოდა. აი, მივიღეთ რა ეს სახეში, გადავწყვიტეთ ტფილისის უნივერსიტეტის გინეკოლოგიური კლინიკის მცირე მასალაც სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზის შესახებ შეგვესწავლა და ლიტერატურაში გამოქვეყნებულ ახალ ცნობების გათვალისწინებით ამა თუ იმ წამლობის მეთოდების შესახებ ჩვენი შეხედულება გამოგვეთქვა.

ქალის სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზის სიხშირე საზოგადოთ $1\frac{1}{2}$ — 2% -მდე არის აღიარებული; ექვს გარეშეა, თუ ვიანგარიშებთ ქლექისაგან გარდაცვლილ ქალის გვამებს, მაშინ რიცხვი სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზისა გაცილებით მეტი იქნებოდა. მაგ. Frerichs 96 ქლექიან ქალის გვამში უნახავს 12 კვერცხსავლის ტუბერკულოზი (12%), Turner— 18.5% (27 გვამი), Posner's 30% , Meyer—Ruegg—(Zürich) (Zentbl. f. gyn. 1914) დიდი სექციის მასალის მიხედვით მიუღია 15% .

საშვილოსნოს დანამატების ანთებითი პროცესთან შედარებით ტუბერკულოზით გამოწვეული პროცესი საერთოთ 3 — 10% არის ნაანგარიშები. სჩანს, ტუბერკულოზი სასქესო ორგანოებისა არც ისე იშვიათი ყოფილა. რადგან სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზის სიხშირე პირდაპირ დამოკიდებულია სხვა ორგანოების ტუბერკულოზთან (ფილტვი, ნაწლავი) და რადგან ჩვენი ქვეყანა ამ მხრივ ზოგიერთ ევროპიულ ქვეყნებს წინ უსწრებს, ამიტომ, ცხადია, ევროპაში შეგროვილი სტატისტიკური ცნობები ჩვენთვის არ გამოდგება.

გინეკოლოგიური კლინიკის მცირე მასალის მიხედვით კლინიკაში შემოსულა 222 ქალი დანამატების ქრონიკულ ანთების გამო, ოპერაცია გაკეთებულია მხოლოდ 74 შემთხვევაში. აქედან დანამატების ტუბერკულოზი აღმოჩენილა 9 შემთხვევაში (6.6%). სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზი ყოველ ასაკოვან ქალს ემართება, მხოლოდ იგი ხშირია კარგად განვითარებულ სასქესო მოწიფულობის ხანაში, როგორც არის 18—30 წლები. ლიტერატურაში მრავლათ არიან გამოქვეყნებული შემთხვევები მოხუცებულ ქალების და პატარა ბავშვების სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზით დაავადების (Demme, Нелова). საგულისხმოა, რომ ტუბერკულოზით სნეულდება ყველაზე ხშირათ კვერცხსავალი, შემდეგ კვერცხსავალი და საშვილოსნო ერთად და ბოლოს მარტო საშვილოსნო. საკვერცხეს დაავადება ძლიერ იშვიათ მოვლენათ იყო გამოცხადებული ბოლო დრომდე; დღეს ამას ვერ ვიტყვი, რადგან Wertheimer-ის მიერ პრაგის პათოლოგიურ ინსტიტუტიდან გამოქვეყნებული ცნობები სულ სხვას გვამცნობს. ვულვის და საშოს ტუბერკულოზი კი მართლაც იშვიათი ავადმყოფობა არის. კვერცხსავლის ტუბერკულოზის სიხშირის შესახებ არსებობს მრავალი სტატისტიკა; დავასახელებო მაგ. Simonds'-ისას, რომელიც შეეხება 80 სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზის შემთხვევას; 89% -ში კვერცხსავლები ყოფილა დაკავებული, აქედან 23% -ში მარტო კვერცხსავალი, დანარჩენ 65% -ში კი კვერცხსავლებთან ერთად საშვილოსნოც. Merlettis'-ს (Handb. Veit.) გამოანგარიშება უფრო შორს მიდის, მას 172 სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზის შემთხვევაში 172-ში უნახავს მხოლოდ კვერცხსავლის ტუბერკულოზი. სიხშირე კვერცხსავლის ტუბერკულოზით დაზიანებისა აიხსნება მით, რომ კვერცხსავალი საზოგადოთ წარმოადგენს ერთგვარ locus minoris Resistentiae-ს ყოველივე ინფექციის

მიმართ. როგორც ვიცით, ამ სისუსტეს იწვევს კვერცხსავლის ზედმეტი დაგრეხილობა, მისი დანაოჭება, სისხლის ძარღვების სუსტათ გარშემოვლება და სხვა; ხელშემწყობი მომენტია გონორრეიაც, რომელიც კვერცხსავალს ასწეულებს და რომელსაც ჩვენ ხშირათ ვხვდებით ტუბერკულოზის პროცესთან ერთად (შემთხვევები Saulmann-ის, Williams-ის, Schuchardt-ის). კვერცხსავლის სეროზულ გარსის ტუბერკულოზი მუცლის ფარის ტუბერკულოზის ნაწილია და ამ უკანასკნელიდან ჰისტოლოგიურ—პათოლოგიურათ არაფრით არ განიჩევა. თვით კვერცხსავლის ტუბერკულოზის დროს მაკროსკოპიულათ ფალოპიუსის მილები არიან დაგრეხილი, გადიდებული და შეიცავენ მომწვანო—ყვითელ, მოსქო ან ხაჭოსმაგვარ მასას, რომელშიც ზოგჯერ გაქვევებული პატარა ნაწილებიც არის თანხართული. ყველაზე უფრო მილის აბდომინალური ნაწილია დაავადებული; კვერცხსავლის სიგრძეზე ალაგ-ალაგ ისინჯება გამკვრივება, რომელიც წარმოადგენს ხაჭოსმაგვარ მასას, ან ჩირქს ან და მხოლოთ კედლის გიპერტროფია არის. აღსანიშნავია, რომ თუ ტუბერკულოზის პროცესი პირდაპირ მილში განვითარდა და არა ახლო მდებარე ორგანოებიდან გადმოვიდა, მაშინ მისი აბდომინალური ხერელი მალე იხურება შეწებების გამო, რა მიზეზითაც იგი სივდება და ივსება თავში სეროზული ეკსუდატით და შემდგომ ჩირქით ანუ ხაჭოსმაგვარ მასით. ამ პროცესის აუცილებლათ თან ახლავს მილის სეროზული გარსის ანთებაც, რომლის დროს ზედაპირზე ჩნდება მემბრანოზული პკე. აი, ეს ანთება მიზეზი იმისა, თუ რისთვის ტუბერკულოზის დროს თითქმის ყოველთვის სხვადასხვა ორგანოთა შორის ჩნდება მეტად საშიშო და არა სასურველი შეწებებანი. შემჩნეულია, რომ ქრონიკულ ტუბერკულოზის დროს კუნთოვანი ქსოვილი ან სრულიათ თავისუფალია ამ პროცესისაგან ან და ამ უკანასკნელისაგან მცირედ შეცვლილია (Veit). სულ სხვა სურათს ვხედავთ, როდესაც ავადმყოფობა მწვავეთ იწყება და როდესაც ის ახლო მდებარე ორგანოებიდან გადმოდის კვერცხსავალზე. აბდომინალური ხერელი მაშინ არ იხშობა, ის გახსნილი რჩება და აგრეთვე კუნთოვანი შრეც დიდ ცვლილებას განიცდის. ჩვენის აზრით, ეს გარემოება უნდა მიეწეროს წინასწარ დაზიანებას კვერცხსავლის ფოჩობის, რომლებს ეკარგება უნარი შეკუმშვისა და შეხორცებისა.

გარდა საკვერცხის სეროზული გარსის ტუბერკულოზისა, რომელიც გაციალკვევულათ არასოდეს არ ჩნდება, არსებობს დაავადება თვით საკვერცხისა. საკვერცხეს ტუბერკულოზი გამოიხატება ან მილიალურ ფორმაში ან და ხაჭოსმაგვარ მასით ნისი ქსოვილის ინფილტრაციაში. ეს უკანასკნელი იქმნება რღვევითი პროცესით მოკული ტუბერკულების რამოდენიმე გროვის შეერთებით, ასე რომ ბოლოს შესაძლებელია მთელი საკვერცხე ჩირქით სავეს კისტისმაგვარ პარკათ გადაიქცეს. არის კიდევ ერთი ფორმა საკვერცხეს ტუბერკულოზისა, რომელიც ქრონიკულ ინდურატიულ პროცესით არის გამოწვეული და რომელიც ხორცმეტივით აღიღებს მას. ამ ფორმის გარჩევა სხვა ნეოპლაზმიდან ზოგჯერ მიკროსკოპიულადაც ადვილი საქმე არ არის. საზოგადოთ საკვერცხის ტუბერკულოზის ამოცნობა ძლიერ ძნელია, მაკროსკოპიული ამოცნობა მისი კი ზოგიერთ შემთხვევაში ყოვლათ შეუძლებელია. მაგ. Fraque's აწერილი აქვს შემთხვევა ტუბერკულოზური ხორცმეტისა, რომელიც სარკომას გავდა. საკვერცხის ტუბერ-

კულოზის მილიალური ფორმა უმეტეს შემთხვევაში ქერქოვან შრეს იკავებს, ზოგჯერ მას Corpus luteum-ის დაავადებაც შეუძლია. ხაჭოს მაგვარი მასით ინფილტრაცია კი საკვერცხეს სტრომაში იწყება და აქედან გარე შრეს მიმარულებით ვითარდება. საშვილოსნოს დანამატების, საზოგადოთ ქალის სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზური ინფექცია შეიძლება სამი გზით მოხდეს: პირდაპირი გადასვლა პროცესისა ახლო მდებარე ორგანოებიდან, სისხლის ძარღვების და ლიმფის გზით (hämatogenური და ლიმფოგენური გზა) შორეულ დაავადებულ ორგანოებიდან წამოღებული virus-ით და ბოლოს პირველადთ თვით სასქესო ორგანოში გაჩენით. ეს უკანასკნელი შეიძლება პირდაპირ შეტანით გაჩნდეს, მაგრამ შეიძლება აგრეთვე სისხლის ანუ ლიმფის გზით მოშორებულ ადგილიდან იყოს წამოღებული ამ იდგილის ამავე პროცესით დაუზიანებლათ. პირველი პირდაპირი გადასვლის გზის შესახებ ორი აზრი არ არსებობს ყველას მიერ აღიარებულია დღეს დღეობით, რომ ეს გზა ყველაზე უფრო ხშირი და ადვილი ასახსნელია.

თუმცა Baumgarten-მა თავის ცდებით ბაჭიებზე წინააღმდეგი შედეგი მიიღო, ე. ი. ხელოვნურათ გამოწვეულ მუცლის ფარის ანთებას არ მოყოლია არც ერთ შემთხვევაში კვერცხსავლების დაავადება, მაგრამ მრავლათ გამოქვეყნებული სექციის მასალა აშკარათ ხდიდა ამ შესაძლებლობას.

გემატოგენური გზით ინფექციის გაჩენა კვერცხსავლებში დამტკიცებულია; რაც შეეხება ამავე გზით საკვერცხეს დაავადებას, ბოლო დრომდე ეს ძლიერ იშვიათ მოვლენათ იყო აღიარებული. აწერილი Jacobs-ის, Edmunds-ის და v. Fraque's მიერ შემთხვევები გემატოგენური გზით საკვერცხის დაავადებისა საეჭვოთ იყო გამოცხადებული. Wertheimer-მა თავის შრომაში „საკვერცხის ტუბერკულოზის წარმოშობა“ შესძლო, ჩვენის აზრით, დამტკიცებია ის აზრი, რომ საკვერცხეს ინფექცია ამ გზითაც შესაძლებელია მოხდეს. მან 20 შემთხვევაში გასინჯა ჰისტოლოგიურათ საკვერცხიდან აღებული ანათალების მთელი რიგი და დარწმუნდა, რომ გემატოგენური გზით გაჩენილი ტუბერკულები ყველაზე უფრო ხშირათ საკვერცხის ქერქოვან შრეში ჩნდებოდა, მეორე ადგილი კი ამ მხრივ ეკავა სტრომას; რაც შეეხება Tunica Albuginea-ს აქ ტუბერკულები ისინჯებოდა მხოლოთ მაშინ, თუ პროცესი ძლიერ განვითარებული იყო. 20 შემთხვევიდან 7 გემატეგონური გზით გაჩენილათ უნდა ჩაითვალოს, თუმცა აქედან 3 შემთხვევა მას არ უნდა სრულიათ დამტკიცებულათ აღიაროს. იმავე გვამებიდან Schwarz-მა გამოიკვლია თირკმელის დანართის ტუბერკულოზი და ნახა, რომ 17 შემთხვევიდან 14 გემატეგონური გზით იყო გაჩენილი. რა არის მიზეზი საკვერცხის ვერე იშვიათათ დაავადებისა? Wertheimer-ის აზრით, შეუძლებელია მიზეზათ ჩვეთვალთ საკვერცხეში virus-ის მცირე რაოდენობის მიტანა, რადგან აქ სისხლის ძარღვები ბლომათ არის განვითარებული და მათი განაწილებაც ზედმიწევნით მიზანშეწონილია. სიანს, მიზეზი უნდა იყოს ადგილობრივ პირობებში, რომლებიც არ აძლევენ საშუალებას ინფექციას მეტასტაზების გაჩენისთვის. აქ არ უნდა დავივიწყოთ Flugge-ს შკოლის დაკვირვება-გამოკვლევები იმის შესახებ, რომ, თუმცა ტუბერკულოზი ყველა ორგანოებს ასნეულებს, მაგრამ ამ ორგანოთა შორის ზოგიერთი მეტ მიდრეკილებას მისადმი იჩენს. ყოველ შემთხვე-

ვაში გემატოგენური ინფექცია საკვერცხისა დღეს უნდა მივიღოთ ისე, როგორც ეს მიღებულია კვერცხავლისათვის. საინტერესოა საკითხი შესახებ პირველადი ტუბერკულოზისა დანამატებში. ბევრი ამას ძლიერ იშვიათ მოვლენათ სთვლის (Mosler, Frerichs, Krönig, Ribbert, Schmauss), ზოგი კი სრულიათ უარყოფსამ გზის შესაძლებლობას (Veit, Amann). უკანასკნელი აზრი გადაჭარბებულია. ლიტერატურაში მრავლათ არის აწერილი განცალკევებული ვულვის, საშოს ან საშვილოსნოს ტუბერკულოზი; ამის გარდა სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზის პირველადათ გაჩენის სასარგებლოთ ლაპარაკობს Lung's და Beneckes's ცდები ცხოველებზე: ბაქიები, რომელთა სასქესო ორგანოში ტუბერკულოზის virus'ი შეყვანილი იყო, ადვილათ ხდებოდენ ავად ამ ავადმყოფობით.

საშოში ტუბერკულოზის ჩხირები შეიძლება შევიდეს მასტურბაციით, ინსტრუმენტებით და აგრეთვე Coitus'ის დროსაც სპერმის საშუალებით. Conheim და Verneuil'ი იყვნენ პირველნი, რომლებმაც ინფექციის ამ გზას მიუთითენ, მხოლოთ მათი აზრი არ იყო დამტკიცებული არც ცდებით ცხოველებზე და არც კლინიკური მასალით. სპერმაში ტუბერკულოზის ჩხირების აღმოჩენა პირველათ შესძლეს Jani'მ და Gärtner'მა. ამ მხრივ საგულისხმოა Донцов'ის და კიჩინსკი'ის დაკვირვებანიც; მას გადაქონდა ზღვის გოჭის მუცლის ღრუში სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზით დაავადებულ ავადმყოფის თესლი და ყველა შემთხვევაში მიიღო დადებითი შედეგი (25 ცდა). ექსპერიმენტალურათ მის მიერ ისიც არის დამტკიცებული, რომ კედლის დაუზიანებლათ შესაძლებელია ლორწოიანი გარსის ტუბერკულოზით დაავადება. მრავალია გამოქვეყნებული შემთხვევები კვერცხსავლის პირველადი ტუბერკულოზისა (Veit, Simond's, Hamers), ასე რომ მეტია ამის მტკიცება.

სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკა ადვილი არ არის, მით უმეტეს თუ საქმე ეხება დანამატების დაავადებას. ვულვის, საშოს ან საშვილოსნოს ტუბერკულოზის ამოსაცნობათ საჭიროა გამონადენის ბაქტერიოლოგიურათ გამოკვლევა და ანათალების ჰისტოლოგიურათ გასინჯვა. საშვილოსნოს გამონადენში ანუ ტუბერკულოზურ ჩირქ გროვაში ჩხირების აღმოჩენა ზოგჯერ სრულიათ შეუძლებელია, რადგან ეს ჩხირები საზოგადოთ ძლიერ ცოტაა. Fromme და Heymann'ი (Erkrankungen der Tuben—Hadb. Veit) კი გვიჩვენებენ მივმართოთ შეღებვას Much'ის მეთოდით. Much'ის მეთოდი Gram'ის მეთოდის ერთ-ერთი მოდიფიკაცია არის. ამგვარათ შეღებილი ტუბერკულოზის ჩხირები ჩანან ან როგორც წვრილი ჩხირები ან და როგორც წვრილი მტვერის მაგვარი მარცვლები, რომლებიც ხან ჩხირის ხან მტვენის მსგავსად დალაგდებიან. ამ მარცვლებს Much'ის გრანულებს უწოდებენ. გრანულები აღმოჩენილ იქნენ, როგორც ცხოველთა ტუბერკულოზის დროს, ისე ავადმყოფის ცივ ჩირქგროვაში.

დანამატების ტუბერკულოზის გამოცნობა ძნელია, უმეტეს შემთხვევებში შეუძლებელიც, რადგან ეს ავადმყოფობა საზოგადოთ იმგვარივე ნიშნებს იძლევა, როგორც დანამატების ყოველგვარი ანთება. Pirquet's, Moro's და სხვა ტუბერკულინის რეაქციას მნიშვნელობა არ აქვს, რადგან ისინი სპეციფიკური



არ არიან. Hegar's მიერ აღნიშნული სიმპტომი ვარდისთაიგულის მაგვარი კვანძების გასინჯვა უკანა დუგლაზში, — ყოველთვის არ არსებობს და ისიც შესაძლებელია თურმე სხვა ავადმყოფობის დროსაც ვნახოთ. (Veit). 1⁰ აწვევა ყოველთვის საჭირო არ არის, ამენორეიზე უფრო ხშირათ Dysmenorrhoe არის, ფალოპიუსის მილის ალაგ-ალაგ გამკვრივება სხვა დროსაც ისინჯება, ერთი სიტყვით უტყუარი დიაგნოსტიკური სიმპტომი არ არსებობს. კარგად შეკრებილი ანაენი, ბეჯითათ წარმოებული ობიექტიური გასინჯვა, სხვა ავადმყოფობის გამოირიცხვა ბევრ შემთხვევაში შესაძლებელია ამ სნეულების გამოცნობაში დიდი სამსახური გაგვიწიოს.

ჩვენი მასალა (თბილისის გინეკოლოგიურ კლინიკიდან) შეიცავს სულ 13 შემთხვევას, აქედან 12 შემთხვევისათვის იქნა აღმოჩენილი ოპერატიული დანმარება. ლაპორატომია ვაკეთდა 11 ჯერ, ერთ შემთხვევაში კი მხოლოდ საშვილოსნოს ღრუს გამოფხეკა. მე XIII შემთხვევა ეხებოდა საშვის და საშვილოსნოს ტუბერკულოზს, რომელსაც ძლიერ დიდი ცვლილებები გამოეწვია. ავადმყოფი მიღებული იყო რადიუმის სხივებით სააქიმოთ, მაგრამ ეს წამლობა სამწუხაროთ ვერ გატარდა. ამ ავადმყოფს სხვათა შორის ფილტვების აქტიური ტუბერკულოზიც ქონდა, 1⁰ აწვეით.

გაკეთებული იქნა შემდეგი ოპერაციები:

Abrasio cavi uteri (Endom. tub)	1
Salpyngoektomia bilat.	1
Salpyngoovariektomia dextra et salpyngoektomia sin.	
Ventrofixato uteri.	1
Salpyngoovariecktomia bilat	2
Ovariektomia dextra	1
Salpyngoovariektomia dextra	1
Salpyngoektomia brp. Ovariektomia sin. Cystektomia parov. d. Exstirpatio Fumdi uteri	1
Incisio abscesi tberkulosi	2
Peritonitis tub. exsud. (laparotomie).	1
laparotomia explor. (Tub ovariu sin)	1

ოპერაციამდე დიაგნოზი სწორედ იყო დასმული მხოლოდ 4 შემთხვევაში, ორ შემთხვევაში საქმე ეხებოდა მუცლის ფარის ტუბერკულოზს სითხის დაგროვებით, ერთში ფილტვების ტუბერკულოზიც იყო და კიდევ ერთში ტუბერკულოზის დიაგნოზი ოპერაციამდე საეჭვოთ იყო მიჩნეული. დანარჩენი რვა ავადმყოფი აყვანილი იყო საოპერაციო მაგიდაზე სულ სხვა დიაგნოზით. Veit, Krönig's, გუბარევი და სხვები გულახდილათ აღიარებენ დიდ სიძნელეს ტუბერკულოზის პროცესის დანამატებში გამოცნობისას. პროკოფიევი მოგვითხრობს, რომ მან 20 შემთხვევიდან მხოლოდ სამში სწორედ გამოარკვია ოპერაციამდე ავადმყოფობა საერთო habitus'ის მიხედვით; ისიც ორ შემთხვევაში საქმე ეხებოდა virgines intactae's.

დიაგნოზი ჰისტოლოგიურათ 7 შემთხვევაში იქნა დადასტურებული, დანარჩენებში ამგვარი გამოკვლევა არ გვიწარმოებია, რადგან ავადმყოფობა ისედაც

ნათელი იყო. უმეტესობა ავადმყოფებისა 20—29 წლიანები იყო; იყო აგრეთვე ერთი 15 წლისა და ერთიც 63 წლისა. ამ მხრივ ჩვენი მასალაც ადასტურებს Amann-ის მიერ გამოთქმულ აზრს, რომ სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზი ყველაზე უფრო ხშირია სქესობრივ მოწიფულობის და ცხოვრების პერიოდში, ე. ი. მაშინ, როდესაც ხდება მშობიარობა და მასთან დაკავშირებული სხედასხვა გვარი ცვლილებანი. ჩვენი ავადმყოფები ყველა გათხოვილი იყვნენ. მუცლის მოშლა ყოფილა 2 შემთხვევაში, მშობიარობა კი 4-ში. იყო მრავალ მშობიარეც (10 ჯერ). ავადმყოფების ჩივილი ჩვეულებრივი იყო; ყველა უჩიოდა ტკივილებს მუცლის ქვედა ნაწილში და წელში, ამის გარდა ზოგიერთი სჩიოდა სისუსტეს, სისხლ ნაკუთლოვანებას და უშვილობასაც. ავადმყოფობის დაწყების დრო ერთის გარდა (2 წელი) დიდი ხნის არ იყო, 2—8 თვემდე. Amenorrhoe ოთხი შემთხვევაში აღინიშნა, ხანგრძლივობა აქაც 2—8 თვემდე იყო.

ფილტვების დაავადება კლინიკურათ მხოლოდ 2 შემთხვევაში იქნა დადასტურებული. ობიექტიური გამოკვლევა იმ შემთხვევებისა, სახელდობრ სადაც საქმე დანამეტების ტუბერკულოზს ეხებოდა, გარდა რბილ, მტკივანა, სხედასხვა სიდიდესი სიმსიენის გასინჯვისა არაფერს ღირს აღსანიშნავს არ იძლეოდა და არაფრით არ განირჩეოდა დანამატების მწვავე ანუ ქრონიკულ ანთებისაგან.

განვიხილოთ ეხლა ჩვენი შემთხვევები ცალ ცალკე და უფრო დაწვრილებით.

შემთხვევა I და IX აღსანიშნავია განსაკუთრებით მისთვის, რომ აქ ავადმყოფობა მოკლე დროის იყო, დანამატებში ცვლილება კი ძლიერი აღმოჩნდა. გასინჯვის დროს ორივეს დანამატების სიმსიენე ქონდათ. ოპერაციის შემდგომ გამოირკვა, რომ მენჯის ფარაც იღებდა მონაწილეობას; ღრუდან საშუალო რაოდენობის სეროზული სითხე ამოვიღეთ. პრეპარატის მაკროსკოპიულათ და ჰისტოლოგიურათ გასინჯვამ დაგვანახა ის, რომ კვერცხსავლებში ტუბერკულოზური პროცესი გაცილებით უფრო წინ წასული და ძველი იყო, ვიდრე პერიტონეუმზე; კვერცხსავლები დახშული, ხაჭოსებრი მასით სავსე, შიგნიდან რღვევის პროცესით მოცული ტუბერკულებით დაფენილი. I შემთხვევა ფილტვის დაავადებასაც იძლეოდა, ასე რომ დანამატებში ტუბერკულოზის გაჩენა აქ ჰემატოგენური გზით უნდა მომხდარიყოს. რაც შეეხება მე IX შემთხვევას, აქ საქმე ეხებოდა სრულიათ ჯან-მრთელ ქალს, რომელსაც არასოდეს არავითარი ავადმყოფობა არ ქონდა და კლინიკას მომართა მხოლოდ უშვილობის მიზეზის გასაგებათ. კლინიკურათ ეს შეგვიძლია ჩავთვალოთ პირველადი კვერცხსავლების ტუბერკულოზის შემთხვევათ. ორივე შემთხვევაში ერთია უდავო: მენჯის ფარის ტუბერკულოზი აქ მეორადი იყო. მე IX შემთხვევაში დანამატებთან ერთად ამოიკვეთა აგრეთვე საშვილოსნოს ტანის ნაწილიც, რადგან შეწყებების გამო ის ძლიერ შეცვლილი იყო. საშვილოსნოს ღრუში არავითარი პროცესი. ავადმყოფს არასოდეს არავითარი შლა აქ ქონია.

მე III შემთხვევა ეხება ახალგაზრდა 15 წლის ქალს, რომელსაც ტკივილები დაეწყო მხოლოდ ხუთი კვირა პატარა მენჯის მიდამოში. აღმოჩენილი იქნა მარჯვნივ სიმსიენე, რომელიც, თუმცა უმოძრავო იყო, მაგ განსაზღვრა შესაძლებელი. ადგილობრივათ გატარებული კონსერვატიული წამლობა ავადმყოფის მდგომარეობას ცოტაოდნათ აუმჯობესებს. გაუკეთდა საცდელი ლაპორატომია. აღმოჩ-

ნდა, რომ ტუბერკულოზური პროტესი პატარა მენჯში შეჩერებულიყო და უმთავრესათ დანამატებს შეხებოდა. მუცლის ფარი თავისუფალი იყო. დანამატები წარმოადგენდა სიმსივნეს, რომელიც შეხორცებული იყო ნაწლავებთან. აშკარა იყო, რომ ეს სიმსივნე ავადმყოფობის უმთავრეს ბუდეს წარმოადგენდა და მისი ამოღებით ავადმყოფის გადარჩენა შეიძლებოდა. სიმსივნეს ამოკვეთას თან მოყვა წვრილ და მსხვილ ნაწლავის ნაწილის დაზიანება (კუნთოვანი შრეც), რომელიც მაშინვე იქნა შეკერილი. ავადმყოფი მესამე დღეს Sepsis'-სგან გარდაიცვალა. კონსერვატიული წამლობა სიმსივნეს გაქრობას, აშკარაა, ვერ მიაღწევდა; მაგრამ ამ წამლობით ავადმყოფს სიცოცხლე, თუმცა ტანჯული, ცოტა ხნით მაინც შერჩებოდა. მეორე მხრივ ერთად ერთი ავადმყოფობის მიზეზის ოპერატიულათ სამუდამოთ მოსპობა, ამართლებდა ჩვენ გზას.

სულ სხვა გვარი იყო დაზიანება მე XI, V და VI შემთხვევაში. აქ ერთ შემთხვევაში (XI) საქმე ეხებოდა 18 წლის ქალს, რომელსაც ქონდა მარცხენა საკვერცხეს სიმსივნე დაახლოვებით 3 თვის ორსულ საშვილოსნოს ოდენა. სიმსივნე შეხორცებულიყო მჭიდროთ წვრილ და მსხვილ ნაწლავებთან; მაკროსკოპულათ ის ძლიერ წააგავდა სარკომას. მუცლის ღრუ ისევე დაიხურა სიმსივნეს ამოუღებლათ. პისტოლოგიური სურათი ნაჭრებისა ჩვენთვის მოულოდნელი დარჩა: აღმოჩნდა ტუბერკულოზური გრანულომა. მეორე შემთხვევა (V) ავადმყოფი 20 წლისა მუცლის ფარის ტუბერკულოზის ნიშნებით. აღმოჩნდა ღრუში დიდი კისტის—მაგვარი პარკი, სეროზული სითხით სავსე; პარკის წინა კედელს ქნიდა პარიეტალური ფარის ფურცელი, რომელიც ძალზე გამსხვილებულიყო, გვერდების და უკანა კედელს კი ერთმანეთზე გადახლართული წვრილი ნაწლავები და ფარის ვისცერალური ფურცელი. გაკეთდა მხოლოდ ნაწილობრივი ამოკვეთა პარკისა, სახელდობრ იმ ნაწილისა, რომელიც ნაწლავებთან შეხორცებული არ იყო, დანარჩენი კი შევიწროვებული მიეკერა მუცლის წინა კედელს. ავადმყოფი განიკურნა. მე VI შემთხვევაში (20 წლის ქალი) აღმოჩენილი იქნა საშვილოსნოს უკან ჩირქგროვა, რომელიც პატარა მენჯს ავსებდა. ღიაგნოზი ოპერაციამდე დაახლოვებით სწორედ იყო დასმული. კვერცხსავლები ჩირქგროვაში იყო თან ჩართული. მუცლის ფარზე, ნაწლავების სეროზული გარსზე და დანამატებზე დაყრილი იყო ტუბერკულები. რადგან დანამატების ამოკვეთას აუცილებლათ მოყვებოდა დიდი დაზიანება ნაწლავებისა, ამისათვის აქაც, როგორც მე V შემთხვევაში დავკმაყოფილდით ჩირქის გამოშვებით და დრენაჟის გაკეთებით. გაწერისას ქრილობიდან ჩირქი კიდევ ბლომათ სდიოდა, t⁰ ნორმალური იყო. ავადმყოფის ბედი ჩვენთვის უცნობათ დარჩა; ვეჭვობთ კი, რომ ის სრულიათ კარგად გამხდარიყოს. როგორც ხედავთ სამივე შემთხვევაში (V, VI, XI) არავითარი ცდა არ ყოფილა შეხორცების განთავისუფლებისათვის. არ წარმოებულა არც არავითარი ზედმეტი მანიპულიაცია ღრუს ორგანოებზე ამ უკანასკნელთა მდგომარეობის გამოკვლევის მიზნით. ამის გამო გართულებასაც ადგილი არ ქონია. Krönig'-ის სიფრთხილე ზოგჯერ მიზან-შეწონილია. მისი აზრით, სიმსივნეები, რომლებიც მჭიდროთ არიან შეწყებებული ნაწლავებთან, უმჯობესია არ ამოიკვეთონ და ისე ხელშეუხებლათ დატოვებულ იქნენ, რადგან ნაწლავის დაზიანება ბევრათ უფრო ადვილათ ხდება, ვიდრე შეხორცების განთავისუფლება.

საინტერესოა მე IV შემთხვევა, რადგან იქ ტუბერკულოზს ყველაზე მეტი ცვლილება საკვერცხეში მოუხდენია. 22 წლის ქალი, რომელსაც პირველი ქმარი ფილტვების ქლექისაგან გარდაეცვალა, ავადმყოფობს გათხოვების პირველ დღიდანვე. სხვა ორგანოებში ტუბერკულოზი კლინიკური გამოკვლევით არ აღმოჩნდა. ავადმყოფს ამოეკვეთა მარჯვენა საკვერცხე, რომელსაც მაკროსკოპიულადაც ემჩნეოდა კაზეოზური გადაგვარება. კვერცხსავლები საშვილოსნოზე იყო შეწყებებული, მათი სერიოზულ გარსზე მხოლოდ აქა-იქ მოჩანდა ტუბერკულები, სხვა მხრივ ისინი ნორმალური იყვნენ: არც კედლის გამკვრივება, არც შესივება ანუ დაკვანძვა და არც რაიმე სითხე მის სანათურში შემჩნეული არ ყოფილა. მუცლის ფარზე ტუბერკულები არ იხილებოდნენ, გარდა პერიმეტრიუმისა, რომელზედაც ძალიან ცოტა იყო. ამგვარათ კაზეოზური გადაგვარების პროცესი მარჯვენა საკვერცხეში გაცილებით უფრო ძველი იყო, ვიდრე ნაწილობრივად მენჯის სეროზულ გარსზე აღმოჩენილი ტუბერკულები. საკვერცხეს ორ ადგილიდან აღებულ ნაჭერი შეიცავს დაშლილ მასას, რომელიც გარემოცულია შემადგენელ ქსოვილით; უსტრუქტურო დაშლილი მასა კაზეოზურ გადაგვარების შედეგია, პერიფერიაზე აქ-იქ შენახულია ეპიტელიოდალური უჯრედები. შესაძლებელია, დამტკიცებული არ იქნებოდა, რომ ეს შემთხვევა ჩვენ საკვერცხეს პირველადი ტუბერკულოზის შემთხვევათ გამოგვეცხადებია, მაგრამ, რომ პროცესი ჰემატოგენური გზით პირველად თვით საკვერცხეში არის გაჩენილი, ამაში მაინც ეჭვი არ უნდა შეგვეპაროს. მენჯის ფარზე აღმოჩენილი ცვლილება ბევრად მცირე იყო, ვიდრე მარჯვენა საკვერცხეში ნახული რღვევის პროცესი, ასე რომ ამ გზით საკვერცხეს დაავადებას ვერ ავხსნივთ. ფალოპიუსის მილებიც დაზიანებულნი არ ყოფილან. ამ შემთხვევაში ოპერატიული დახმარება მხოლოდ მარჯვენა საკვერცხეს ამოკვეთაში გამოხატა, კვერცხსავლები კი შეხორცებისაგან განთავისუფლების შემდგომ დატოვებულ იქნენ. მით უფრო ადვილათ გადაწყდა მათი დატოვება, რადგან საქმე ეხებოდა ახალგაზრდა ქალს, რომელიც მეორეჯერ გათხოვილიყო და დიდი სურვილი ქონდა შვილის ყოლისა.

მე VII და მე X შემთხვევაში არსებობდა მხოლოდ კვერცხსავლების ქრონიკული ტუბერკულოზი. საზოგადოთ მუცლის ფარი მონაწილეობას არ იღებდა. სეროზული სითხე პატარა მენჯის ღრუში ცოტა მაინც იყო. მართალია ის აზრი, რომ კვერცხსავლების ტუბერკულოზის დროც ხშირათ მუცლის ღრუში თავისუფალ სითხეს ნახულობდნენ.

მე VII შემთხვევაში საშვილოსნოს გამონადენში აღმოჩენილი იყო გონოკოკები, ასე რომ ეს ავადმყოფი სწორედ ამ სნეულების გამო იყო აყვანილი საოპერაციო მაგიდაზე. წინასწარ გატარებულმა კონსერვატიულმა წამლობამ არავითარი შედეგი არ მოგვცა. მე X შემთხვევაში მუცლის ღრუს გახსნა per vaginam გაკეთდა; ავადმყოფს საშვილოსნოს სრული გამოვარდნილობა ქონდა და ოპერაციაც ამის გამო იყო დანიშნული. სრულიათ მოულოდნელათ აქაც აღმოჩნდა ორივე კვერცხსავლის ქრონიკული ტუბერკულოზი, რაც მაკროსკოპიულადაც კარგად სჩანდა. სხვათა შორის ამ ავადმყოფს მაინც გაუკეთდა საშვილოსნოს გამოვარდნილობის გასასწორებელი ოპერაცია Wertheim-Schauta-ს მეთოდით (Interpositio uteri vesiko—vaginalis). ორივე შემთხვევაში კვერცხსა-

ვლები ხაჭომავარი მასით იყო საესე, მათი ლორწოიანი გარსი უკვე დარღვეულ ტუბერკულებით იყო მოფენილი, Ostium abdominale კი დახშული. მე VII შემთხვევაში ოპერაციის დროს კვერცხსავალი ერთ მხარეზე გასკდა, ხაჭოსებრივ მასასთან ერთად ჩირქიც ჩაიქცა მუცლის ღრუში; მიუხედავად, მისა ქრილობის შეხორცება per primam intentionem მოხდა. აქ, ექვს ვარეშეა, შერეული ინფექციასთან გვქონდა საქმე, სახელდობრ გონორრეის და ტუბერკულოზის პროცესებთან. ეს მოვლენა გაცილებით უფრო ხშირი უნდა იყოს, ვიდრე ამას ჩვენ ვნახულობთ, რომ გონორრეის პროცესს შეუძლია გამოიწვიოს ერთგვარი შესუსტება ფალოპიუსის მილისა ტუბერკულოზისადმი საბრძოლველათ, ამის შესახებ კიდევ გვქონდა ზევით მოხსენებული. ორივე ავადმყოფი სრულიათ განიკურნენ. მე X. შემთხვევა განსაკუთრებით მით არის აღსანიშნავი, რომ აქ საქმე ეხებოდა 40 წლის ქალს, რომელმაც კვერცხსავლების ტუბერკულოზი ალბათ ახალგაზრდობაში შეიძინა; პროცესი ლატენტური იყო, შეიძლება ვთქვათ თითქმის კლინიკურად მორჩენილი. სიანს შესაძლებელი ყოფილა კვერცხსავლის ტუბერკულოზის უოპერაციოდ მორჩენა, თუ კი ავადმყოფი ცხოვრების კარგი პირობებში იქნა ჩაყენებული. ჩვენი ავადმყოფი მატერიალურათ შეძლებული ოჯახის წევრი იყო.

ღირსია აღწერის მე VIII შემთხვევა. 35 წლის ქალი, ანამნეზში აღნიშნული აქვს ფილტვების ტუბერკულოზიც, ავადმყოფობდა 2 წელიწადი დანამატების ანთებით. ავადმყოფი ძლიერ დასუსტებული და სისხლ-ნაკლული. ამოეკვეთა ორივე მხრივ კვერცხსავლები და მარჯვენა საკვერცხე, რომლებიც კაზეოზურ გადაგვარებას განიცდიდნენ. აღმოჩენილი იყო დიდი შეწებებანი დანამატებისა ნაწლავებთან და საშვილოსნოსთან, რომლის განთავისუფლების დროს ნაწილი წვრილი და მსხვილი ნაწლავისა დაზიანდა. ოპერაციის მე VI დღეს ავამყოფს ეწყება ფალარათობა, რასაც მალე თან სდევს საშოდან და მუცლის წინა კედლიდან განავალის და გაზების ერთად გამოსვლა (fistula sterkoralis). 2 თვის შემდგომ ფისტულა დაიხურა და ავადმყოფი ძლიერ დასუსტებული გაიწერა კურორტზე წასასვლელათ. შემდგომ გავიგეთ რომ ავადმყოფს მალე გასხნია ისევ ფისტულა და 8 თვის ავადმყოფობის შემდგომ გარდაცვლილა, I და XI შემთხვევაში ჩვენ გვქონდა აგრეთვე დიდი შეწებებანი დანამატებისა ნაწლავებთან, მაგრამ იქ ამგვარი გართულებას ადგილი არ ქონია. თუ VIII შემთხვევამ ასეთი ცუდი შედეგი მოგვცა, ეს მიეწერება იმ გარემოებას, რომ აქ საქმე ეხება ძლიერ დასუსტებულ ორგანიზმს, რომლის დაავადების ხანა დიდი ხნის იყო. ავღნიშნავთ, რომ ფილტვებში ავადმყოფს აქტიური პროცესი კლინიკაში შემოსვლისას არ ქონია. ეს შემთხვევა, ისე როგორც მე III, თავიდანვე საექვო იყო და შესაძლებელია, უმჯობესი იქნებოდა რადიკალური ოპერაცია არ გაკეთებულყო, თუმცა ავადმყოფს მისი მაშინდელი მდგომარეობა ხანგრძლივი სიცოცხლეს მაინც არ უმზადებდა. ყოველ შემთხვევაში ამგვარი მაგალითები მხედველობაშია მისაღები.

შემთხვევა XII ეხება 63 წლის ქალს, რომელსაც 10 თვეა რაც დაწყებია თეთრათ შლა, ხანდისხან ცოტა სისხლით შერეული. მშობიარობა 10 ჯერ ქონია, გაუკეთდა საცდელი გამოუხეკა, რადგან ვფიქრობდით საშვილოსნოს ტა-



ნის კირჩხიბზე. გამონათხეკი ბლომად იყო და შესდგებოდა ჩირქის და ხაჭოს მავვარ მასისგან. ჰისტოლოგიური გამოკვლევა ტუბერკულოზის სურათს იძლეოდა. საშილოსნოს ფხეკის დროს ვამჩნევდით, რომ ღრუ სწორე ზედაპირ ის არ იყო და კოვზი ალაგ-ალაგ ხორკლიან ადგილებს ხვდებოდა. ოპერაციის დროს სისხლის დენა უმნიშვნელო იყო. ძნელია მისი თქმა, თუ საიდან მომდინარეობდა ეს ავადმყოფობა. მართალია დანამატები არ ისინჯებოდნენ და არც ფილტვებში იყო რაიმე პროცესი დადასტურებული, მაგრამ ფიქრი იმაზე აქ პირველადი საშილოსნოს ტუბერკულოზი იყო, არ შეიძლება, რადგან მარტო კლინიკური გამოკვლევა საკმარისი არ არის. საშილოსნოს საშოს მხრივი ნაწილი და თვით საშო არავითარ პათოლოგიურ ცვლილებას არ წარმოადგენდა; მაშასადამე ერთია აქ აშკარა, რომ ამავალი დაავადებასთან საქმე არ გვექნა. ავადმყოფი შემდგომ კიდევ რამოდენიმეჯერ ვინახულეთ და იგი წინანდურათ აღარ ჩიოდა. ლიტერატურაში არის აწერილი შემთხვევები საშილოსნოს ტუბერკულოზისა, სადაც უბრალო გამოთხეკას ავადმყოფობა სრულიად მოუსპია (Hegar, Walther, Sippel და სხვ.). რაღა თქმა უნდა როდესაც, საშილოსნოსთან ერთად დანამატებიც დაავადებულია, მაშინ გამოთხეკას მხოლოდ დიაგნოსტიკური მიზანი უნდა ქონდეს.

ჩვენი მე II შემთხვევა არ ეკუთვნის სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზის შემთხვევას, რადგან აქ მუცლის ფარის ტუბერკულოზი (ეკსუდატიური) პირველ რიგში იდგა. როგორც მუცლის ფარი საერთოთ, ისე სერიოზული გარსი კვერცხსავლების და საშილოსნოსა იყო დაყრილი ტუბერკულებით. მუცლის ღრუში თავისუფალი წყალი ბლომათ იყო. ოპერაციის მე XV დღეს ავადმყოფის 1⁰ თითქმის ნორმამდე ჩამოვიდა და მდგომარეობაც უკეთესი შეიქმნა. მუცლის ღრუში წყალი კიდევ ისინჯებოდა, თუმცა ძლიერ ცოტა.

არ უნდა დავივიწყოთ, რომ ბოლოს და ბოლოს ყველაზე უფრო ხშირი გზა დანამატების ტუბერკულოზით დაავადებისა არის მუცლის ფარის გზა. Meyer-ის სტატისტიკით 194 სასქესო ორგანოების მეორადი ტუბერკულოზის შემთხვევიდან 110 შემთხვევაში იმავე დროს მუცლის ფარის ტუბერკულოზიც არსებობდა. Conheim-ი, Birsch-ი და სხვები კვერცხსავლის ტუბერკულოზის გაჩენას მხოლოდ ამ ფარის გზას აკუთნებდნენ, თუმცა ეს აზრი დღეს უმრავლესობისაგან მიუღებლად არის აღიარებული. მუცლის ფარიდან დაწყებული ტუბერკულოზი პირველ ხანში უმეტესად დანამატების სეროზულ გარს ედება და აქედან შემდგომ თვით სანათურში და ღრმა ქსოვილებზე გადადის. დანამატების სერიოზულ გარსის ტუბერკულოზის წამლობა არაფრით არ განსხვავდება საზოგადოთ მუცლის ფარის ტუბერკულოზის წამლობისაგან; ამიტომ მათი ამოღებას არავითარი მნიშვნელობა არა აქვს. დღესაც ფარის ტუბერკულოზის დროს ხმარებაშია König-ის მიერ შემოღებული მუცლის კედლის უბრალო გაკვეთა ღრუს გახსნის მიზნით. ამის შესახებ გამოქვეყნებული სხვადასხვა ადგილებიდან სტატისტიკური ცნობები ერთ და იგივე შედეგიანი არ არიან და ეს სხვა და სხვაობა მიეწერება უმთავრესად იმას, რომ ერთნაირი მასალა აღებული არ არის. ზოგი ამ ოპერაციას აკეთებს მხოლოდ ეკსუდატიურ ტუბერკულოზის დროს, ზოგი ადგილობრივ ფორმებშიდაც მას ხმარობს, ზოგი 1⁰ აწევას სახეში

არ იღებს, არ იღებს სახეში აგრეთვე სხვა ორგანოთა ტუბერკულოზით დაავადებს, რომელიც შესაძლებელია ავადმყოფის სიკვდილის უახლოესი მიზეზი უფრო იყოს, ვიდრე თვით ოპერაცია. ცნობილია, რომ რელაპარატომიების დროს ზოგჯერ ნახულობენ ფარის ტუბერკულოზის სრულიათ გაქრობას. ძნელია სავსებით მიღება Krönig-ის აზრისა, რომელიც გვირჩევს ექსტრატიურ ფორმის დროსაც ლაპორატომიის გაკეთებას მხოლოდ მაშინ, თუ არსებობენ ზედაწოლის და ორგანოთა გადაწვევის მოვლენანი და ისიც პირველათ ორ-სამხელ უბრალო სითხის პუნქცია უნდა გაკეთდეს; ჭრილობა ძალიან პატარა უნდა იყოს და თანაც მხოლოდ თეთრი ხაზზე. გასაკვირია, König-ის მიერ გამოქვეყნებული ცნობა იმის შესახებ, რომ თითქოს მას 8⁰/₁₀ (50 შემთხვევიდან) მიეღოს ნაწლავის ფისტულა ასციტის გამო გაკეთებულ ლაპორატომიისაგან. ფისტულის გაჩენა ადვილათ დასაშვებია, თუ ლაპორატომია კეთდება ადგიზეურ ფორმის დროს, როდესაც არსებობენ შეხორცებანი მუცლის ღრუს ორგანოთა შორის და მათი განთავისუფლება ნაწლავის დაზიანებას იწვევს. აშკარაა, ადგიზეური ფორმები საოპერაციოთ არ გამოდგებიან და ამგვარ ავადმყოფს ისე უნდა მოვექცეთ, როგორც ფილტვების ტუბერკულოზით დაავადებულთ. გამონაკლისი უნდა დაუშვათ მაშინ, თუ ნაწლავის გაუფლობის შემთხვევა გვექნა. ცუდია შედეგები ლაპორატომიისა მაშინაც, თუ ავადმყოფს მაღალი t⁰ აქვს ან თუ სადმე სხვა ორგანოში აქტიური პროცესი ბინადრობს. უკანა თალის გაკვეთა მუცლის ღრუს გახსნის მიზნით მიუღებელია (Lohlein-ის და Condamin-ის მიერ), რადგან შეუძლებელია წინასწარ დანამდვილებით შეწებების ამოცნობა და ოპერაციის დროს ნაწლავის მოსალოდნელ დაზიანების თავიდან აშორება.

გუბარევი ძლიერ აფასებს ლაპარატომიის მნიშვნელობას ტუბერკულოზურ პერიტონიტის დროს და ფიქრობს, რომ კარგი მოქმედება ამ წამლობისა უნდა მიეწეროს, როგორც უბრალოთ ღრუში ჰაერის შესვლას, ისე სეროზულ გარსის მექანიკურად ამოშრობას და აგრეთვე ანტისეპტიურ საშუალებებსაც, რომლებსაც რომლებიც შეაქვთ ღრუში. ბოლოს და ბოლოს ყველაფერი ეს იწვევს მუცლის ფარის ჰიპერემიას, რასაც უპირველესი მნიშვნელობა უნდა ქონდეს. გუბარევის აზრით, უნდა ვერიდოთ ყოველგვარ ღრენაქის გაკეთებას, რადგან ამას ადვილათ ერთვის დამატებით სხვა ინფექცია და ეს გარეშობა კი ავადმყოფისათვის პირდაპირ სიკვდილ-სიცოცხლის საკითხათ იქცევა. ქალის სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზის წამლობის საკითხში დღესაც სხვადასხვაობაა. ზოგი რადიკალურა ოპერაციის შესაძლებლობის ფარგალს ძლიერ აფართოვებს, ზოგი კი გადაჭარბებულათ ავიწროვებს ან და სრულიათ წინააღმდეგია ყოველგვარ ოპერატიულ დახმარებასა, მაგ. Cornil-ი უბრალოთ სწყევს საკითხს: „თუ ტუბერკულოზური სათესლე ჯირკვალი ოპერატიულათ იღება, რისთვის არ შეიძლება ამგვარადვე ამოკვეთილი იქნას საშვილოსნოც დანამატებითურთ“. გუბარევი ასე სწერს: „ფართე შეხორცებანი ტუბერკულოზის დროს და აგრეთვე ინფილტრატები თავის თავათ არ წარმოადგენენ კონტრა ინდიკაციას დაავადებულ ორგანოების ამოსაკვეთათ.“ მისი აზრით, მუცლის ღრუს უბრალოთ გახსნაც ზოგჯერ მშვენივრათ მოქმედებს ტუბერკულოზურ პროცესის მსვლელობაზე. გუბარევის შეხედულებას იზიარებს Fromme-ც. პირიქით Doderlein და Krönig-ი იშვიათ შე-



მთხვევაში იქცევიან რადიკალურათ; Krönig'ი ფიქრობს, რომ სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზი ძალიან იშვიათათ იძლევა მილიალურ ტუბერკულოზს და თანაც უმნიშვნელო ტენდენციას იჩენს მეზობელ ორგანოებზე გადასასვლელათ. „ჩვენ რადიკალური ოპერაციის თითქმის ყოველთვის წინააღმდეგი ვართ, რადგან დღეს დამტკიცებულა სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზის თავისთავათ მორჩენა“. მეორე ადგილას Krönig'ი სწერს: „საშიშროებას წარმოადგენს მხოლოთ კვერცხსავალი, რადგან აქ ანთების პროცესები ადვილათ ჩნდებიან და იძლევიან დიდ ჩირქიან პარკებს“.

Pfanennstiel'ის აზრით დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს იმ გარემოებას, რომ დანამატების ტუბერკულოზი შეიძლება მთელ სიცოცხლეში უცვლელათ დარჩეს.

Knorre სრულიათ წინააღმდეგია რადიკალურ ოპერაციისა. Veit'ის აზრითაც რადიკალურ ოპერაციას მეორე ადგილი უნდა მიენიჭოს შედარებით წაპლობის პალიატიურ მეთოდებთან, რადგან სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზი უმეტეს შემთხვევაში მეორადათ გაჩენილი ავადმყოფობაა. რომ რადიკალურ ოპერაციის მნიშვნელობა ძლიერ დამცირებულა, ეს სჩანს სხვათა შორის სხვადასხვა მხრიდან გამოქვეყნებულ სტატისტიკურ მასალიდანაც. მაგ. Hall'მა რადიკალურ ოპერაციის 98 შემთხვევიდან 90 მიიღო ავადმყოფის სრული განკურნება.

Прокофьев'ის კარგ. შედეგიანი მასალაც (ოპერატიული წაწლობის 20 შემთხვევიდან მხოლოთ სამი არ იყო დამაკმაყოფილებელი) ადასტურებს ამას, ასე რომ რადიკალური ოპერაციების სრულიათ უარყოფა ან მისი ძლიერ შევიწროება სამართლიანი არ უნდა იყოს. მართალია კარგი შემთხვევები უმეტესათ ალბათ იოლი შემთხვევებია, მაგრამ ძნელია დანამდევილებით მისი თქმა, თუ როგორ სიმსივნეებათ გადაიქცეოდენ ამოკვეთილი დანამატები, თუ ოპერატიული წაწლობა, არ იქნებოდა დროზე წარმოებულა. ჩვენი მცირე მასალაც ზემო მოყვანილს ეთანხმება. ლაპორატომია გაკეთებულ 11 შემთხვევიდან ჩვენ მივიღეთ სიკვდილი მხოლოთ ერთი ავადმყოფისა (III), 2 ავადმყოფის (VIII, V) ცუდი მდგომარეობა არ შეიძლება მიეწეროს ოპერაციას, დანარჩენები სრულიათ განიკურნენ (6 შემთხვევა), ან გაუმჯობესობით გაეწერენ (2 შემთხვევა). მუცლის ღრუს გახსნა აბდომინალური გზით ხდებოდა, მხოლოთ ერთ შემთხვევაში ვაგინალური გზას მივმართეთ და ისიც მისთვის, რომ საშვილოსნოს გამოვარდნილობის ოპერაციის გაკეთება იყო განძრახული და დანამატების ტუბერკულოზი შემთხვევით იყო აღმოჩენილი. უპირატესობა აბდომინალური გზისა სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზის დროს ყველასათვის აშკარაა. ამ გზით გაცილებით უფრო ადვილია და ნაკლებათ სახიფათო სხვადასხვა შეწყებების განთავისუფლება; ადვილია საკვერცხეების გახედვა, რომ ნორმალური ნაწილი ამ ორგანოს დასატოვებლათ უფრო კარგად აირჩევს, ტუბერკულოზის ჩხირების სხვა ადგილას გადატნაც უფრო ადვილათ შეიძლება თავიდან იქნას აშორებულა (Veit); ამის გარდა შესაძლებელია დათვალერებულ იქნეს ლიმფის ჯირკვლები (Roshorn Hegnr). ამას დაუმატებთ იმასაც, რომ ვაგინალური ოპერაციის დროს შეცვლილი სისხლის ძარღვები საშვილოსნოს გადმობრუნების დროს ადვილათ შეიძლება გაიგ-

ლიჯოს და სასიკვდილო სისხლის დენა მოგვეცეს. თუ მივიღებთ სახეში ჩვენი და ლიტერატურაში გამოქვეყნებულ სხვა ავტორების მასალას, უნდა ვაღიაროთ, რომ ოპერატიული დახმარების საკითხის გადაწყვეტა ზოგჯერ ძნელი არის. მიზეზი მდგომარეობს იმაში, რომ ჩვენ არა გვაქვს კარგად შემუშავებული მეთოდები დანამატების ტუბერკულოზის გამოსაცნობათა. ჩვენის აზრით, თუ აქტიური ტუბერკულოზის პროცესი ზის დანამატებში მაშინ ამათი რადიკალურათ ამოკვეთა აუცილებლათ უნდა მოხდეს. ამავე დროს ფილტვებში ან სხვა ორგანოში აღმოჩენილი ლატენტური ტუბერკულოზი საწინააღმდეგო ჩვენებათ არ უნდა იყოს ჩათვლილი. ოპერაცია უნდა გაკეთდეს მაშინაც, როდესაც პატარა მენჯში ჩირქგროვა არის, რადგან უოპერაციოთ ავადმყოფის მდგომარეობა საშიშოთ შეიძლება გადაიქცეს. კვერცხსავალის ამოკვეთის შემდგომ შესაძლებელია გაჩნდეს ერთი გართულება, სახელხობრ საშვილოსნოს ფისტულა, საიდანაც თვიურის დროს ჩვეულებრივათ სისხლი გამოდის. ამგვარი ფისტულები თავის თავათ იხურებიან. თუ დანამატებთან ერთად საშვილოსნოც დაავადებულია, მაშინ საჭიროა ამ უკანასკნელის ამოკვეთაც. პირიქით, როდესაც პროცესი მხოლოთ საშვილოსნოშია, მისი ამოკვეთა ყოველ შემთხვევაში საჭირო არ არის, რადგან გამოუხეკასა და სხვა თერაპიულ ზომებსაც შეუძლია ავადმყოფის მდგომარეობის გამოკეთება. როგორ სჯობია მოვექცეთ დანამატების დიდ სიმსივნეებს, როდესაც ისინი სხვა დასხვა გვარი შეხორცებებით არიან გართულებული? აქაც რადიკალურათ შეხება ავადმყოფს არ ავნებს, რადგან ბოლოს და ბოლოს ჰაერით და დიეტეტიურ ზომებით ამ სიმსივნეების გაქრობის გამოწვევა—მხოლოთ უბრალო ოცნება იქნებოდა; რალა თქმა უნდა, როდესაც სიმსივნე სრულიათ უმოძრავოა და შეხორცებების გამო პირდაპირ პატარა მენჯში გაჭედილი, ოპერატიული გზის არჩევა უაზრობა იქნებოდა. ოპერაცია არ არის დასაშვები არც მაშინ როდესაც საერთო მდგომარეობა ავადმყოფისა ცუდი და უიმედოა. სხვა შემთხვევაში დანამატების სიმსივნე უნდა ამოიკვეთოს, რომ მით მოისპოს უმთავრესი ბუდე ავადმყოფობისა. არ უნდა დაგვიწყოთ ერთი გარემობა. ამ უკანასკნელ დროს აწერილია რამოდენიმე შემთხვევა კვერცხსავალის კირჩხიბისა ტუბერკულოზურ ანთების ნიადაგზე (v. Franque's Cromer, Stübler, Blumreicher's Zipschidg'ის). ყველა ამ შემთხვევებში კირჩხიბი მეორადათ ყოფილა განვითარებული. კირჩხიბის უჯრედების გამრავლება ხდებოდა ხოლმე კუნთის ქსოვილში და იმავე დროს ისინი ტუბერკულოზურ მასაშიდაც შეჭრილი იყვნენ; Sanger'ი და Barth'ი გადაჭრით ამტკიცებენ, რომ კვერცხსავალის პირველადი კირჩხიბი ყოველთვის ქრონიკულ ანთებით შეცვლილ ფალოპიუსის მილში ჩნდებაო. ესეც ცოტათი მაინც ოპერატიულ მეთოდის საჭიროების სასარგებლოთ ლაპარაკობს. როდესაც საშვილოსნოს დანამატების ტუბერკულოზის გარდა არსებობს აგრეთვე ამგვარივე აქტიური პროცესი სხვა ორგანოში (ფილტვი, ნაწლავი, თირკმელი), მაშინ ოპერატიული წამლობა არავითარ შედეგს არ იძლევა და უმჯობესია დავკმაყოფილდეთ. ავადმყოფი სპიგიენურ-დიეტეტიურ წამლობით. ორიოდ სიტყვა კასტრაციის მნიშვნელობის შესახებ. E. Marthinაი და Frommeig გვიჩვენენ სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზის დროს კასტრაცია გაკეთდეს, რომ ამით გამოწვეულ იქნას ცხიმის დაგროვება-მომატება, რაც შემდეგში გაადვი-

ლებს ორგანიზმის ბრძოლას ტუბერკულოზურ პროცესთან. დღეს ეს შეხედულება უარყოფილია. ცხოველებზე გატარებულმა ცდებმა დაამტკიცა, რომ კასტრაცია პირიქით უფრო ასუსტებს ორგანიზმს ტუბერკულოზთან ბრძოლაში. (Thaler, Keil).

შემთხვევა 1. ავადმყოფი „ი“ 17 წ., შემოვიდა კლინიკაში 6/V, უჩივის სისხლის დენას უკანასკნელ 4 დღეს და ტკივილებს მუცლის ქვედა ნაწილში.

დედ-მამა ჯანმრთელი ყავს.

გათხოვილა 16 წლისა.

პირველად თვიური 14 წლისას მოსვლია, მოდიოდა ყოველ სამ კვირას, უმტკივნელოთ საშუალო რაოდენობის.

უკანასკნელი თვიური თებერვალში, ე. ი. სამი თვის წინეთ.

მშობიარობა და ორსულობა—არა.

თეთრათ შლა სამი თვეა დაეწყო.

ტკივილები გაუჩნდა გათხოვების შემდეგ, ხანდახან ის პირდაპირ აუტანელია, სამი თვეა ტკივილებმა მუდმივი ხასიათი მიიღო და თანაც გაძლიერდა.

ობიექტიური გამოკვლევა:

t. 372,—38.0., მაჯა 100—110.

ფილტვის მარჯვენა წვეროზე შესუსტებული სუნთქვა, ხიხინი—არა.

შარდი—ნორმა. საშვილოსნოს ყელიდან აღებულ ნაცხებში გონოკოკები—არა.

კანი და ლორწოვანი გარსები ფერმკრთალი.

გარეთა სასქესო ორგანოები—ნორმა.

საშვილოსნო ცოტა გადიდებული მორბილო კონსისტენციისა და გადმოხრილია წინ; ყელი ნორმალური სიგრძისა, იყურება წინ.

მარჯვნივ ისინჯება რბილი სიმსივნე, რომლის საზღვრების გამოჯენა ცოტათი ძნელათ ხერხდება. სიმსივნე იძლევა პულსაციას და იწვევს დიდ ტკივილებს.

საშვილოსნოს მოძრაობა შეზღუდულია.

დიაგნოზი ოპერაციამდე: Salpyngo oophoritis dextra. (Graviditas extrauterina).

7/V. Iaparotomia (Salpyngo-ovariectomie dextra).

მუცლის კედლის გაკვეთა თეთრ ხაზის მიმართულებით. ღრუში ცოტა მღვრიე სითხე. მუცლის აპი შეწითლებული და ფეტვის მაგვარი ხორკლებით აქ-იქ დაფენილი. მარჯვნივ საკვერცხე და კვერცხსავალი ერთმანეთზე შეხორცებული და აგრეთვე დაფენილი ტუბერკულებით მარჯვენა კვერცხსავლის ბოლო გადიდებულია მტრედის კვერცხის ოდენა, შეიცავს ჩირქოვან ხაჭოსებრ მასას. მარცხენა მხარეზე კვერცხსავალი—საკვერცხე გარეგნულათ უცვლელია მხოლოდ მისი სერიოზული აპკაზე ხორკლები არის დაყრილი.

სიმსივნე ნაწილობრივად შეხორცებული იყო ნაწლავებთან. მისი შეხორცებისაგან განთავისუფლების დროს ის გასკდა და გამოყოფა ჩირქმა. მარჯვენა დანამატები ამოიკვეთა და უკანა კოლბოტომიის საშუალებით გაყვანილ იქმნა დრენაჟი საშოში. კედელი კი გაიკერა ერთ წყება აბრეშუმის ძაფის ნასკვებით. ქლოროფორმი 30 გრ.

დიაგნოზი ოპერაციის შემდეგ.

Peritonitis tuberculosa exsudativa.

Peri-Salpyngo-oophoritis tuberc. et pyo-salpynx dextra tuberc.

ოპერაციის მეოცე დღეს t° 36—37, მაჯა 70. ჩირქის დენა ცოტა. საერთო მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია. ტკივილები შემცირებული. პირველ ხანებში t° ცოტა აწეული იყო. ე. გამწვრა 29/V ჰაერზე წასასვლელად.

მაკროსკ. სურათი: მილის ლორწოვანი გარსი შეწითლებულია და მოფენილი პატარა ხორკლებით, რომელიც ალაგ-ალაგ დარღვეულია. საკვერცხეს სტრომა უცვლელი, მაგიერთ მისი ზედაპირი და გარე ნაწილი იმავე ტუბერკულებით დაფენილი.



მიკროსკ. სურათი: ეპიტელიოდის და გიგანტის უჯრედები.
 შემთხვევა II. 1922 წ./13 ავადმყ. „თ“, 26 წლის, შემოვიდა 24/1, უჩივის ტკივილს მუცლის ქვედა ნაწილში და სიმძიმეს და სიმსივნეს შეგრძნებას მუცელში.
 დედ-მამა ცოცხალი და ჯან-საღნი არიან.
 გათხოვილა 18 წლისა, პირველად თვიური მოსვლია 15 წლისას. თვიურის ხასიათი გათხოვებამდე და მის შემდგომაც ნორმა. უკანასკნელი თვიური სამი კვირის წინ.
 ორსულობა-მშობიარობა სამჯერ.
 თეთრი შლა ცოტა.
 2 წლის წინეთ მუცლის ტიფი და ფილტვების ანთება.
 8 თვის წინეთ ავადმყოფს დაეწყო ტკივილები მუცელში საჭმლის მიღების შემდგომ.
 ტკივილები თანდათან ძლიერდებოდა.
 4 თვეა რაც მუცელში მან შეამჩნია სიმსივნე და ამ დროიდანვე ის ტკივილებს გრძნობს უმთავრესად მუცლის ქვედა ნაწილში.

ობიექტიური გამოკვლევა.

სასუნთქი—ორგანოები—ნორმა.
 შარდი—ნორმა.
 ტ⁰. 36.8—38.9—37.8. მაჯა 90—110.
 გარეთა სასქესო ორგანოები ნორმა.
 საშილოსნოს ყელი ცოტა შეშუპებულია. იყურება წინ. მისი ტანი არ ისინჯება, რადგან მუცლის ღრუში იმყოფება თავისუფალი სითხე. აშკარა ფლუქტუაცია. დანამატები არ ისინჯებიან. გასინჯვის დროს ავადმყოფი გრძნობს ტკივილებს მუცლის ქვედა ნაწილში.
 ღიაგნოზი ოპერაციის წინ.

Peritonitis tuberculosa exsudativa. 31/1 Laporotomia.

მუცლის გაკვეთა თეთრ ხაზზე დაახლოვებით 4—6 სანტ. სითხე აღმოჩნდა სეროზული, სუფთა. რაოდენება 4 ლიტრამდე მუცლის ფარი გასქელებული, გაწითლებული და სავსებით ტუბერკულებით დაფენილი. ასეთივე ხორკლები აღმოჩნდა საშილოსნოს ტანზე, დანამატებზე ორივე მხრივ და ალაგ-ალაგ ნაწლავებზედაც. სხვა ცვლილება დანამატებს არ ემჩნეოდა. რის გამოც ისინი დატოვებული იყო. წყლის გამოშვების შემდეგ მუცლის ღრუ დაიკეტა სამ წყებათ დადებულ კეტ-გუტის და აბრეშუმის ძაფების ნასკვებით. ქლორთფორმი 30 გ.

ღიაგნოზი ოპერაციის შემდეგ:

Peritonitis tuderkulosa exsudativa et perisalpingo-oophoritis tuberculosa, bilateralis.

ოპერაციის მე 12 დღეს ღრუში წყალის ჩადგომა ხელ-მეორეთ აშკარავდება. 14/II¹ უკანასკნელ 4 დღეს 46,3—37,6, წყალი კიდევ არის ღრუში. საერთო მდგომარეობა უკეთესია გაწერილ იქმნა კლინიკიდან, რომ წამლობა განაგრძოს სახლში.
 შემთხვევა III 1922 წ. 79 ავადმყ. „ტ“, 42 წლ., შემოვიდა 30/III, უჩივის ტკივილებს მუცლის ქვედა ნაწილში, მეტადრე მარცხნივ.

მშობლები ჯან-საღი ყავდა. მამა 4 წლის წინეთ გარდაიცვალა ტიფისგან, არ იცის რომელი.

გათხოვდა 14 წლისა, თან დაერთო პირველი თვიურიც. თვიურის ხასიათი ნორმალურია, მხოლოდ ამ ავადმყოფობის დროს თვიური ტკივილებით მოდის. უკანასკნელი თვიური სამი კვირის წინ.

მუცლის მოშლა—ერთხელ რესამე თვეზე ენკენისთვეში. მიზეზი არ იცის. ერთი წლის წინეთ გამოუვლია მარცხენა ფილტვების ანთება.
 ხუთი კვირაა, რაც აწუხნებს ტკივილები მუცლის ქვედა ნაწილში.

ობიექტიური გამოკვლევა:

ტ⁰. 37,5—36,5—36,3 მაჯა 70—90.
 ფილტვები—გეზიკულიალური სუნთქვა.



შარდი—ნორმა. შარდზე სვლის დროს ცოტა წვა.

გარეთა სასქესო ორგანოები—ნორმა.

საშვილოსნო მოძრაობას მოკლებული, გადახრილია მარცხნივ, მისი ყელი იყურება მარცხნივ. უკანა და მარჯვენა თალი ამოვსებულია სიმსივნით, რომელიც მორბილო კონსისტენციისა არის და უმოძრაო. სიმსივნეს განსაზღვრა გაჭირვებით. ავადმყოფი საშინელ ტკივილებს გრძნობს სიმსივნეს ხელით შეხების დროს, გონოკოკები არა.

დი ა გ ნ ო ზ ი ო პ ო რ ა ც ი ა მ დ ე :

Salpingo oophoritis dextra.

Parametritis post.

პირველი ორი კვირა კონსერვატიული წამლობა—სითბო მუცელზე, ფიზიოლოგიური მარილ-ხსნარის ოყნა და სხვა. t⁰. ნორმა, სიმსივნეს მეტი სიმპაგრე ემჩნევა. საერთო მდგომარეობა გაუმჯობესდა.

13/IV. Laporatomia (Salpyngo-ovariectomy dextra et sinistra).

თეთრი ხაზის ქრილი. აღმოჩნდა დიდი შეზორცებანი პარიეტარულ და ვისცერალურ ფარის ფურცლებსა ნაწლავებთან, საშვილოსნოს და დანამატებთან. პატარა მენჯში სითხე მცირედენი (ეკსუდატი). ორივე მხრივ ფალოპიუსის მილები და საკვერცხეები ერთმანეთზე გადახლართული და ნაწლავებთან შეზორცებული. კვერცხსაველები და ნაწილობრივთა საკვერცხეებიც ხაჭოს მაგვარი მასით ამოვსებული, მათი ზედაპირი კი ტუბერკულებით მოფენილი. დანამატების შეზორცებისაგან განთავისუფლების დროს დაზიანდა წვრილი ნაწლავის სეროზული გარსი, დაახლოვებით 3 სანტ. სიგრძეზე. დაზიანებულ ადგილზე მაშინვე დაედო აბრეშუმის ძაფები. დაზიანდა აგრეთვე ზედა ნაწილი სწორე ნაწლავისა ერთი თითის სიმსხოზე (სეროზული და კუნთოვანი კეცი), აქაც ორ წყებათ გაიკერა აბრეშუმის ძაფით ნაწლავი. საშვილოსნოს ზედაპირიც დაფენილი იყო ტუბერკულებით და შეზორცებული წვრილ ნაწლავებთან ის განთავისუფლდა და მიეკრა მუცლის წინა კედელს (ventrofixatio). რაც შეეხება დანამატებს ისინი ორივე მხრივ იქნენ სრულიად ამოკვეთილი. რადგან ინფექცია იყო მოსალოდნელი, გაკეთდა Colpotomia post. და დრენაჟი ჩაიდო საშოს მიმართულებით, ტამპონი კი მუცლის კედლის გზით გარეთ იქნა გამოტანილი. ქლოროფორმი 50 გრ. დიაგნოზი: Salp. ooph. bil. tbc. სალამოს t⁰. 37.2, მაჯა 110 perimetritis tbc. მეორე დღეს t⁰ 37.2 მაჯა—არ ითვლება. შარდა 400 გ. Exitus letalis (Sepsis).

მი კ რ ო ს კ. ს უ რ ა თ ი :

კ ვ ე რ ც ხ ს ა ვ ლ ი ს ტ უ ბ ე რ კ უ ლ ი ო ზ ი მ ე ნ ჯ ი დ ა ნ ა მ ო ლ ე ბ უ ლ ი ს ი თ ხ ე შ ე ი ც ა ვ :

- 1. 12⁰/₁₀—ცილას
- 2. 5—6 პატარა ლიმფოციტებს.
- 3. პოლინუკლარი მთელ პრეპარტში არ არის.
- 4. კოკები და ჩხირები—არა.

შ ე მ თ ხ ე ვ ე ა VI 1922/155 ავადმყ. „შ.“, 24 წლისა, შემოვიდა 27/VI. უჩივის საერთო სისუსტეს და ტკივილებს მუცლის ქვედა ნაწილში

დედა ჯან-მრთელი ყავს. მამის სიკვდილის მიზეზი არ იცის.

გ ა თ ხ ო ვ ი ლ ა 17 წლისა. გ ა თ ხ ო ვ ე ბ ი ს ნ თ ე ს შ ე მ დ გ ო მ ქ მ ა რ ი გ ა რ დ ა ი ც ვ ა ლ ა კ ლ ე ქ ი ს ა გ ა ნ .

მეორეჯერ გათხოვდა 22 წლისა.

თვიური გათხოვებამდე ნორმალური, გათხოვების შემდგომ—ტკივილებით, ცოტა და 7 დღით ადრე.

უკანასკნელი თვიური 3 კვირის წინ. ორსულობა და მშობიარობა—არა. 7 წელია, რაც აწუხებს ტკივილები და ზომიერი თეთრათ შლა. უშვილობის მიზეზის გამოსარკვევად მიმართა კლინიკას.

ო ბ ი ე ქ ტ ი უ რ ი გ ა მ ო კ ვ ლ ე ვ ა :

t⁰ 36.2—36.8, მაჯა 65—70.

სასუნთქი ორგანოები—ნორმა.



სისხლი — Lues'ი არა.

შარდი — ნორმა.

ქრონიკული Obstipatio. ქამის შემდგომ ტკივილები სტომაქის მიდამოში და მუცლის შემობერვა. Faeces'ი შეიცავს Ascares lumbricoides.

გარეთა სასქესო ორგანოები ნორმა. ყელი ნორმალური კონსისტენციის, დახურულია და იყურება წინ. ტანი საშვილოსნოსი გადახრილია უკან, მოძრავია. საშვილოსნოს უკანა ზედაპირი მტკივნეულია. მარჯვნივ ისინჯება მორბილი კონსისტენციის, მოძრავი, ბატის კვრცხის ოდენა სიმსივნე. გასინჯვა საერთოთ დიდ ტკივილებს იძლევა.

დიაგნოზი ოპერაციამდე: Salpingoophoritis dextra. Perimetritis chr. tuberculosa.

პირველ ხანში კონსერვატიული წამლობა. არავითარი ცვლილება. 3/VII laparotomia. თეთრი ხაზის ქრილი. საშვილოსნო და ორივე მხრივი საკვერცხე-კვერცხსავლები დაფარული მოთეთრო ფეტვის მაგვარი მარცვლებით (tuberkul). შეხორცებანი საკვერცხესა კვერცხსავალთან და საშვილოსნოსთან ორივე მხრივ. მარჯვენა საკვერცხე გადიდებული და გარეგნულათ შეცვლილი, იქნა ამოკვეთილი. ტუბერკულოზით მოფენილია აგრეთვე პატარა მენჯის პერიტონეუმი. შეხორცებისაგან განთავისუფლდა რადგან კვერცხსავლები შეცვლილი არ იყო ისინი დარჩენ. მუცლის კედელი შეიკვრა კეტ-გუტის და აბრეშუმის ძაფების ნასკვებით. ქლოროფ. 25 გრ. 2 ადგილას

აღებული ანათალის გამოკვლევა:

აღმოჩნდა დაშლილი მასა, რომელიც გარემოცულია შემავრთებელი ქსოვილით უსტრუქტურა დაშლილი მასა კაზეოზური გადაგვარების შედეგია. პერიფერიაზე აქ-იქ შენახულია ეპიტელიოდალური უჯრედები (ტუბერკულოზური პროცესის კაზეოზური გადაგვარება).

ოპერაციის მე-18 დღეზე ავადმყოფი კარგ მდგომარეობაში გაეწვრა.

შემთხვევა V. 1922/202 ავადმც, „ა“, 20 წ. შემოვიდა 29/V, უჩივის წელის და მუცლის ქვედა ნაწილის ტკივილებს.

მამა გარდაცვლილია 8 წლის წინეთ გაცივების გამო. დედა, ძმები და და ჯანმრთელები არიან. გათხოვილია ხახვარი წლის წინეთ. პირველი თვიური მოსვლია 13 წლისა. თვიურის ხასიათი გათხოვებამდე ნორმალური. გათხოვების შემდგომ თვიური არეული აქვს. მოდის ცოტ-ცოტა და ხშირათ.

ორსულობა და მშობიარობა — არა

ორი კვირა არის, რაც აქვს შლა თხელი კონსისტენციის და მოყვითალო ფერის, 4 თვის წინეთ ქონდა გაძლიერებული ხელება, ამ დროიდან ამჩნევდა აგრეთვე მუცლის წამობერვას,

ობიექტიური გამოკვლევა:

ტ¹ 37.0—37.6—38.8, მაჯა 90—100

ფილტვებში: სპეციფიური კატარი წვეროებზე. შარდი ნორმა.

გარეთა სასქესო ორგანოები ფერმკრთალი. საშვილოსნოს ყელი იყურება წინ, ტანი არ ისინჯება, რადგან მუცელი ძალზე გასივებულია. პატარა მენჯში რაღაც სიმსივნეს მაგვარი ისინჯება. მუცლის გასივება ადის კიბის ზევით და გადადის მუცლის გვერდებზე, აშკარა ფლუქტუაცია. ავადმყოფის მდგომარეობის გამოცვლა პერკუსიის შედეგებს არ ცვლის.

დიაგნოზი ოპერაციამდე: Peritonitis tuberculosa inkapsulata 6/VI Laparotomia.

Lenander'ის ქრილი. ტრუჟაკრით მუცლის ფარის გაუკვეთავათ გამოშვებულ იქნა მოყვითალო ფერის სეროზული სითხე დაახლოვებით სამი კილო. აღმოჩნდა ღრუში კისტას მაგვარი ბუდე, რომლის წინა ნაწილს ქმნიდა პარიეტალური პერიტონეუმი, გასქელებული, გვერდების და უკანა კედელს კი ერთმანეთზე გადახლართულ-შეხორცებული ნაწილები და ვისცერალური პერიტონეუმი. ბუდეს სრულიათ ამოღება ნაწილების ფართო დაუზიანებლათ შეუძლებელი იყო, რის გამო მისი კედელი ნაწილობრივით ამოიკვეთა. დარჩენილი კიდე კი შევიწროვებული მიეკვრა მუცლის წინა კედელს. დარჩენილ ბუდეში ჩაიდო ტამპონი. საშვილოსნო დანამატებით მიწვებულ იყო ბუდეს ქვედა კედელზე. კვერისავგობ — საკვერცხეების მდგომარეობა

რობის გამორკვევა არ ხერხდება. აქ-იქ საშვილოსნოზე და ნაწლავებზე დაყრილი იყო ტუბერკულუმი.

ჭრილობიდან ჩირქი პირველ ხანში ბლომათ სდიოდა. 1⁰ საშუალოთ აწეული იყო (38,2). უკანასკნელი 11 დღე 1⁰ სრულიად ნორმალური, ავადმყოფი 17/IV გაუმჯობესებული გაეწერა. დარჩა მხოლოდ ძლიერ ვიწრო ფისტულა, რომლის შესახვევით კლინიკას ცოტა ხანს კიდევ მიმართავდა. ჭრილობა რამოდენჯერმე იოდოფორმის ემულსიით გაქუცნითილი დოლბანდით შეხვეულ იქნა.

შემთხვევა VI. 1922/230 ავადმც. „გ“, 20 წლ., შემოვიდა 28/VII, უჩივის ტკივილებს მუცლის ქვედა ნაწილისა და თეთრათ შლას.

დედ-მამა და ქმარი ჯანმრთელები ყავდა. გათხოვილა 12 წლ.; თვიური პირველათ 13 წლისას მოსვლია. თვიური გათხოვებამდე და მის შემდგომ 5--6 დღე, ცოტა, უმტკივნოთ.

უკანასკნელი თვიური იენისში მშობიარობა ერთხელ.

ერთი თვეა, რაც ცივ წყალში ბანაობის გამო მას დაეწყო მუცლის ტკივილი და თეთრათ შლა. ივლისში თვიური არ მოუვიდა.

ობიექტიური გამოკვლევა:

1⁰ 36.1—37.3—37.5, მაჯა 80—90.

სასუნთქი ორგანოები ნორმა.

ნაწლავების ატონია

შარდი—ნორმა

გარეთა სასქესო ორგანოები ნორმა.

საშვილოსნოს ყელი იყურება უკან, ტანის გასინჯვა არ ხერხდება, რადგან პატარა მენჯი ამოვსებულია რბილი კონსისტენციის სიმსივნით, რომელიც ფლუქტუაციას არ იძლევა. გასინჯვა დიდ ტკივილებს გვრის ავადმყოფს.

დიაგნოზი ოპერაციამდე: Peri-parametritis exsudativa (tuberculosa)?

15/VIII Laparotomia (Incisio abscessi tuberkulosi)

ჭრილი თეთრი ხაზზე, მუცლის ფარი შეხორცებულია წინა კედელზე, რის გამო ღრუში გასვლა შესაძლებელი შეიქნა დიდის გაჭირვებით. მუცლის ფარის და ნაწლავების ერომანენტზე შეხორცება. ამათი განთავისუფლების დროს სიმსივნეში ღრმით აღმოჩენილი იქნა ჩირქ გროვა, რომელშიც კვერსაველები იყო თან ჩართული. ჩირქი გამოშვებული იქნა. ამ ადგილას ჩაიდო ტამონი. რადგან საშვილოსნოს დანამატებით ამოკვეთას თან უნდა მოყოლოდა დიდი დაზიანება ნაწლავებისა, ამისათვის ისინი დატოვებულ იქნა ხელ-უხლებლათ. როგორც აპკან, ისე ნაწლავებზე და შიგნითა სასქესო ორგანოებზე დაყრილი იყო ტუბერკულუმი.

ოპერაციის შემდგომი ვართულებანი: 1⁰ ცოტა აწეულია, მაჯა სუსტი. ჭრილობა 8 სანტიმეტრზე გაიხსნა, გამოდის ბლომათ ჩირქი. ფაღარათობა. გაწერის დროს 1⁰ ნორმა, მაჯა სუსტი ჩირქი კიდევ ბლომათ მოსდის, ტკივილები მარჯვნივ.

6/X გაეწერა კურორტზე წასასვლელათ.

შემთხვევა VII. 1923/23 ავადმც. „ს“, 22 წლ. შემოვიდა I/XI, უჩივის ტკივილებს წელის და მუცლის ქვედა ნაწილისა. ქვრივი, ერთი ჯანმრთელი ბავშვი ყავს.

გათხოვილა 17 წლისა. ქმართან მხოლოდ ერთი წელიწადი ცხოვრობდა. პირველი თვიური—14 წლისას; თვიურის ხასიათი გათხოვებამდე და მის შემდგომ ნორმა.

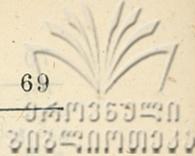
უკანასკნელი თვიური 30 ოქტომბერს. მშობიარობა ერთხელ 4 წლის წინეთ. ორი თვის წინეთ თვიური ერთი კვირას დაუგვიანდა და შემდეგ წამოვიდა სისხლი ბლომათ და ბელტა-ბელტათ. ამასვე დაერთო თეთრათ შლა. მოყვითალო და თხელი კონსისტენციის.

ობიექტიური გამოკვლევა:

სასუნთქი ორგანოები—ნორმა.

შარდი: ცილა (ნიშნები) ნალექში თეთრი ბურთულები და ეპიტელის უჯრედები.

1⁰ 36.1—37.2, მაჯა 70—80



გარეთა სასქესო ორგანოები ნორმალური საშვილოსნო ნორმალური კონსისტენციის, Anteflexio-versio's მდგომარეობაში. ორივე მხრივ ისინჯება კვერცხის ოდენა რბილი სიმისივანე რომლის განსაზღვრა შესაძლებელია. გასინჯვა იძლევა დიდ ტკივილებს. ყელიდან აღებულ გამონადენის ნაცებში.

გონაკოკები აღმოჩნდნენ.

პირველ ხანში კონსერვატიული წამლობა. Ol Terebintin's შემზაბუნება. წამლობა უშედეგოთ.

30/XII Laparotomia (Salpyngo-oophorektomia bilateralis).

ჭრილი თეთრი ხაზზე. დანამატები ორივე მხრივ ერთმანეთზე და საშვილოსნოზე შეწყებულნი. დაზუსტი კვერცხსავლები კისტის მაგვრათ გასივებული, ჩირქით სასვე. ფალოპიუსის მილში მარჯვნივ და მარცხნივ 2-3 ადგილას ისინჯება მაგარი კვანძები. მარჯვენა კვერცხსავლის შეხორცებისაგან განთავისუფლების დროს, ის გასკდა და გამოვიდა ჩირქთან ერთად ხაჭკოს მაგვარი მასაც. ამოკვეთილი იქნა ორივე მხრივ დანამატები. ტუბერკულები სეროზულ აპკზე და ნაწლავებზე არ იქნა აღმოჩენილი. უკანა თალის გაკვეთა, დრენაჟის საშუალო გატარება.

დიაგნოზი ოპერაციის შემდგომ: Salpyngoophoritis bilatralis tuberkulosa. ანათალი მიკროსკოპიულათ გასინჯვა:

ოპერაციის შემდგომ 1⁰ ცოტა აწეული. საშოს ჭრილობიდან დრენაჟის საშუალებით გამოდის ჩირქი ბლვით.

გაეწერა 7/III კარგ მდგომარეობაში.

შემთხვევა VIII. 1923/90 ავადმყ. „დ“, 35 წლ., შემოვიდა 1/III, უჩივის ტკივილებს წელის და მუცლის ქვედა ნაწილისა, მომეტებულათ მარჯვნივ.

მშობლები და ქმარი ჯანმრთელები არიან. ბავშური ავადმყოფობისგან მოუხდია წითელა და ქუნთრუშა.

გათხოვილა 27 წლისა. პირველი თვიური 13 წლისა მოსვლია. გათხოვებამდე თვიური გაძლიერებული და ტკივილებით ქონდა, გათხოვების შემდეგ იგი იყო საშუალო რაოდენობის, ნაკლები ტკივილებით.

ერთი წლის წინეთ თვიური 5 თვით შეუჩერდა ავადმყოფობის გამო. 2 კვირის წინ მოუვიდა უკანასკნელი თვიური, რომელიც შეჩერებული იყო 4 1/2 თვით.

ორსულობა და მშობიარობა—არა. 4 წლის წინეთ Thyphus abdominalis, 2 წლის წინეთ დანამატების ანთება, რომელსაც ის აქიმობდა შეუწყვეტილი. 5 თვეა რაც ტკივილებმა იმატა და 1⁰ აეწია. იწვა სხვადასხვა საავადმყოფოებში. მას აღმოუჩინეს მუცლის ფარი და მარჯვენა ფილტვის ტუბერკულოზი.

ობიექტიური გამოკვლევა:

1⁰36.3—37.5—38.2, მაჯა 76—90.

სასუნთქი ორგანოები—მარჯვენა ფილტვის კატარი სისხლის ანალიზი: გემოგლობინი 48⁰%, თეთრი ბურთულები 7.800, წითელი 2.600.000 შარდი—ნორმა. უძილობა.

გარეთა სასქესო ორგანოები ფერმკრთალი. საშვილოსნოს ყელი უკან, ტანი კი საშვილოსნოში; მოძრაობა შეზღუდულია. მარჯვნივ ისინჯება სიმისივანე ქათმის კვერცხის ოდენა, რომელიც ნოსთან ერთად მოძრაობს. თაღები თავისუფალია. გასინჯვა დიდ ტკივილებს იწვევს. მარცხენითაც ისინჯება მტკივნეული კვერცხსავალი.

დიაგნოზი ოპერაციამდე: Salpyngo-oophoritis bil. tuberkulosa. Perimetritis tuberkulosa. პირველ ხანში კონსერვატიული წამლობა. 1⁰ ნორმაზე ჩამოვიდა ტკივილები გრძელდება. სიმისივანე არ იკლებს.

20/Laparotomia (salpyngo-oophorektomia dxttra, Salpyngoektomia sin. Ventrofixatio uteri colpotosia port) ჭრილი თეთრი ხაზზე. აღმოჩნდა საშვილოსნოს შეხორცება ნაწლავებთან და ბადექონთან. დანამატები მარჯვნივ შეხორცებული საშვილოსნოსთან და ნაწლავთან. მარცხნივ კვერცხსავალი დაგრებილი, შეიცავდა კვანძებს (nodosa) შეხორცებისა-



გან განთავისუფლების დროს დაზიანდა სეროზული გარსი მსხვილი და წვრილი ნაწლავისა, რომელიც მაშინვე გაიკერა. ამოკვეთილი იქნა მარჯვენა საკვერცხე კვერცხსავალით; მარცხნივ კი მხოლოდ თალოპიუსის მილი, მენჯის პერიტონეუმი, განსაკუთრებით პერიმეტრიუმი დაფენილი იყო ტუბერკულებით. საშვილოსნო მიეკერა მუცლის წინა კედელს. უკანა თალი გაიკვეთა და ამ გზით იქნა საშოში გაყვანილი დრენაჟი. მუცლის კედელი გაიკერა სამ წყებათ დადებულ კეტ-გუტის და აბრეშუმის ძაფების ნასკვებით. ქლოროფორმი 35 გრ.

ოპერაციის შემდგომი გართულებანი: წინა კედლის ქრილობა გაიხსნა, საიდანაც თავში ჩირქი ბლომათ სდიოდა. საშოდან და ბოლოს აგრეთვე წინა კედლის ქრილობიდან დაიწყო გამოსვლა გაზებმა განავალის სუნისა. 1⁰ ცოტაოდნავ იწვედა. პირველხანში ავადმყოფს აწუხებდა ფაღარათობა, შემდეგ კი შეკრულობა დასჩემდა. სისუსტე გაწერისას მცირე იყო. გაეწერა 30/V თავის ნებით ჰაერზე წასასვლელათ.

8 თვის შემდგომ ჩვენ გავიგეთ, რომ ავადმყოფი ცოტა ხნის შემდგომ ცუდათ გამხდარა. წინაკედლის ქრილობა დროებით დაკეტოდა, შემდეგ ხელ მეორეთ გახსნილიყო და იქიდან განავალი გამოსულიყო თურმე.

რამდენათ ცნობა გვაქვს ავადმყოფი გარდაცვლილა ჩირქის დენი გამოწვეულ სისუსტესაგან,

შე მ თ ხ ვ ე ვ ა IX 1923/159 ავადმყ. „ა“, 33 წლ., შემოვიდა 8/V; უჩივის ტკივილებს მუცლის ქვედა ნაწილში და წელში, აგრეთვე თვიურის უქონლობას დედას საშვილოსნოს სარკომა ქონია, მამა 85 წლისა გარდაცვლილა. ქმარი ჯანმრთელი. ავადმყოფს წითელა და ყელჭირვება მოუხთია, გათხოვილა 23 წლისა; თვიური გათხოვებამდე ცოტა უფრო მეტი ქონდა. ვიდრე გათხოვების შემდგომ უკანასკნელი თვიური 5 თვის წინეთ. ორსულობა-არა. თეთრათ შლა-არა ტკივილები მუცლის ქვედა ნაწილში მარჯვნივ ავადმყოფმა 3 წლის წინეთ იგრძნო. სპეციალისტმა მარჯვენა დანამატების ანთება აღმოუჩინა. აქიმობის შემდგომ ტკივილებმა უკლეს, თუმცა დრო გამოწვევით ცოტა მაინც კიდევ აწუხებდა მას. 5 თვეა თვიური სრულიათ შეუჩერდა

ობიექტიური გამოკვლევვა

1⁰ 36,4—57,1. მაჯა 76—90.

სასუნთქი ორგანოები—ნორმა. ხილული

ჯირკვები გისივებული არ არიან

შარდი ნორმა. მუცლის შეკრულობა.

გარეთა სასქესო ორგანდები ნორმალურია.

საშვილოსნო Anteversio-fiexio's მდგომარეობაში, მომაგრო კონსისტენციის და ნორმალური სილდესი. საშვილოსნოს ორივე მხარეზე ისინჯება გადიდებული დანამატები, მარჯვნივ სიმსივნე დიდია, დაახლოვებით ქათმის კვერცხის ოდენა და მობობლა კონსისტენციის. მარჯვენა თალი ცოტაოდნათ გამოიბირთვის. gonococ'ები-არა.

ღიაგოზი ოპერაციამდე: Salpingoophoritis bilat. Cystis parovarialis?

15 V Laparotomia (Salpyngektomia sin. Ovariektomia sin. Cystektomia paronavalis dextra. Exstirpatio fundiuteri).

თეთრი ხაზის კრილი დაეხლოვებით 8 სანტ. აღმოჩნდა. რომ საშვილოსნო შეხორცებული იყო დანამატებთან, რომლებიც დაფარული იყო ტუბერკულებით და ერომანეთზე გადაგრეხილია შეხორცება ნაწლავებთან, უმთავრესათ S-მაგვართან.

როგორც მუცლის ფარი, ისე წვრილი ნაწლავის სეროზული გარსი აქა-იქ დაფარული იყო ტუბერკულებით. მარჯვნივ ფართო იოგის ორ ფურცელ შუა აღმოჩნდა თხელკანიანი, სეროზული სითხით სასვე პაროვარიუმის კისტა, რომელიც ამაღებულ იქნა. დანამატები ორივე მხრივ განთავისუფლდა შეწებებისაგან; მანიპულიაციის დროს დაზიანდა რამდენიმე ადგილას წვრილი და მსხვილი ნაწლავის სეროზული გარსი, რომელზედაც მაშინვე ორ წყებათ დაედო აბრეშუმის ძაფის ნასკვები. საშვილოსნოს ძირი, სეროზულ გარს სრულიათ მოკლებული, რამოდენიმე ადგილას ჩახლერილ-დაზიანებული იქნა ამოკვეთილი. ამოიკვეთა აგრეთვე ორივე კვერცხსავლები და მარცხენა საკვერცხე. საშოს უკანა კედლიდან გაყვანილი იქნა რეზინის დრენაჟი. მუცლის ღრუ კი ყრუთ დაიხურა სამ წყებათ დადებულ ნასკვებით, მუცლის ღრუში ჩაისხა 30 გრ. ქლოროფორმი 45 გრ



მაკროსკოპიული სურათი პრეპარატისა: ორივე კვერცხსაველები დახშულია, შიგ იმყოფება ხაჭოს მაგვარი მასა, მისი აფხევისას ირკვევა, რომ ლორწოიანი გარსი დარღვეულა ტუბერკულების კაზეოზურ გადაგვარების გამო საშვილოსნოს ღრუ არაფერს პათოლოგიურს არ იძლევა.

მიკროსკოპიული სურათი: ათი სხვადასხვა ადგილიდან აღებულ ანათალისა. ყველგან შემაერთებელი ქსოვილის განვითარება აშკარა ლიალინურ გადაგვარებით. ალაგ-ალაგ რგვალ უჯრედოვანი ინფლიტრაცია. საკვერცხებში აღმოჩენილ იყო კვანძები, რომლებიც ინფექციურ გრანულემას წააგავდნენ გიგანტის უჯრედების თან არსებით. კვერცხსაველში ეგეთივე წარმომქნარნი. საშვილოსნოს კედელში გარდა შემაერთებელ ქსოვილის ლიალინურ გადაგვარების არაფერი არ აღმოჩნდა.

ოპერაციის შემდგომი დიაგნოზი: Salpyngoophoritis tuberculosa bil. Peritonitis tub. Kystoma parovarialis dext.

ოპერაციის შემდგომი გართულებანი: აწეული t° (38,5—39,2), სუსტი მაჯა, მე-VI დღეს საშოდან დაიწყო განავლის გამოსვლა, რომელიც 10 დღის შემდგომ შესწყდა, კედლის ქრილობა გაეხსნა. გაწერისას t° ნორმა, განავალი არ გამოდის, კედლის ქრილობა დაპატარავდა, თუმცა ჯერ კიდევ ღრმა არის.

ავადმყოფი რამდენჯერმე ვინახულეთ სახლში; ქრილობა 6 თვის შემდეგ სრულიათ დაეხურა. ამ ყამათ ის კარგად გრძობს თავს.

შემთხვევა X. 1924/185 ავადმყ. 40 წლ., შემოვიდა კლინიკაში 29/II, უჩივის საშვილოსნოს სრულ გამოვარდნილობას.

მშობლები ჯან-საღები იყვნენ. ქმარი ჯან-საღი 48 წლ., 2 ვაჟი 16 და 14 წლისას ჯანმრთელები.

გათხოვილა 17 წლისა: თვიურის ხასიათი ნორმალური, უკინასკნელი თვიური 8 თვის წინეთ.

მშობიარობა 4-ჯერ. მუცლის მოშლა ორჯერ ე. ი. 13 წლეს წინეთ მესამე მშობიარობის შემდგომ შეამჩნია გამოვარდნილობა. უკინასკნელი მშობიარობა 7 წლის წინეთ.

ობიექტიური გამოკვლევა:

t° 36.5—37.2, მაჯა 76—84

სასუნთქი ორგანოები ნორმა

შარდი—ნორმა.

გულვიდან გამოიბირთვის საშვილოსნოს ყელი, გაკიმვის დროს საშვილოსნო სრულიათ გარეთ გამოდის. დანამატები არ ისინჯება. გასინჯვა ტკივილებს არ იწვევს. დიაგნოზი ოპერაციამდე:

Prolapsus uteri totalis.

7/V მუცლის ღრუს გაკვეთა ვაგინალური გზით. (Interpositio uteri vesiko—vaginalis).

წინა საშოს კედლის გაკვეთის და საშვილოსნოს წინ გადმობრუნების შემდგომ აღმოჩნდა პატარა მენჯში ცოტა სერიოზული სითხე, საშვილოსნოს და დანამატების სეროზულ გარსზე კი ტუბერკულები. ორივე მხრივ კვერცხსაველების აბდომინალური ნაწილი შეწებებული და სითხით ავსებული. მარჯვნივ საკვერცხე გადიდებული, გამკრივებული და კისტის მაგვარათ გადაგვარებული ჩაქცეული სისხლით. ორივე კვერცხსაველი და მარჯვენა საკვერცხე ამოიკვეთა, ამოიკვეთა აგრეთვე საშვილოსნოს ყელი, საშვილოსნოს კი მიემავრა საშოს კედელს თვით საშვილოსნო მოთესდა საშარდე ბუშტის და საშოს შუა. კეტ-გუტის-ნასკვები. ქლოროფორმი 10 გ., ეთერი 50 გ.

შემთხვევა XI. 1923/ ავადმყ. „ნ“, 18 წლ., შემოვიდა 25/II, უჩივის ტკივილებს მუცლის ქვედა ნაწილში და წელის მიდამოში.

დედ-მამა ჯანმრთელი.

გათხოვილა 17 წლისა, პირველი თვიური მოსვლია 14 წლისას. თვიურის ხასიათი გათხოვებამდე და მის შემდგომ ნორმალური. სამი თვის წინეთ 6 კვირით შეჩერებული ქონდა თვიური. რომელიც ერთბაშათ მოვიდა და მთელი თვე ბლომათ, ნაჭერ-ნაჭერად სდიოდა. უკინას-



კნელი თვიური 22/XII. ორსულობა-არა, თუ არ მივიღებთ სახეში 3 თვის წინეთ მომხდარ სისხლის დენას.

3 თვეა რაც დასრულდა ტკივილები. 7 დღეა ტკივილებმა მოვლითი ხასიათი მიიღო და მისთვის პირდაპირ აუტანელი შეიქნა.

ობიექტიური გამოკვლევა:

t° 36.3--36.5/ (ერთხელ 37.4°/ც), მაჯა 80—92

სასუნთქი ორგანოები—ნორმა

შარდი—ნორმა.

გარეთა სასქესო ორგანოები ნორმალური

საშვილოსნო გადიდებული Dextropositio'ში;

მარცხნივ დიდი სიმსივნე, მორბილო კონსისტენციის, ფლუქტუაციას არ იძლევა. სიდიდე მისი 3 თვის ორსულ საშვილოსნოს უდრის. მარცხენა თალი ცოტათი დაზარალებულია. გასინჯვა იწვევს ტკივილებს, საშვილოსნოს მოძრაობა შეზღუდულია.

დიაგნოზი ოპერაციამდე: Tumor Tuboovarialis sin.. graviditas 2 mens? 29/II Laparotomia

თეთრი ხაზის კრილი 8—10 სანტ. აღმოჩნდა 3 თვის ორსულ საშვილოსნოს ოდენა სიმსივნე, მორბილო კონსისტენციის, რომელიც შეზღუდული იყო ნაწლავებთან. აქ-იქ სიმსივნეს ზედაპირზე პატარა ხორკლები, რომლებიც ტუბერკულებს წააგავდნენ. საშვილოსნო გადიდებული, გაგრძელებული, ორსული არ აღმოჩნდა. რადგან სიმსივნეს ამოღება ნაწლავების მძიმეთ დაუზიანებლათ არ შეიძლებოდა, ამისთვის ის ამოკვეთილი არ იქნა. სიმსივნედან ორ ადგილას აღებული იქნა ნაჭერი. მაკროსკოპიულათ სიმსივნე წააგავდა სარკომას.

მიკროსკოპიული გამოკვლევა ანათალისა-აღმოჩნდა ტუბერკულები გიგანტის უჯრედებით და დაშლილ ჰომოგენურ მასით. დიაგნოზი ოპერაციის და ნაჭრის გასინჯვის შემდგომ: Salpingoophoritis tuberculosa indur.

ტიროლობა კარგად შეუზორცდა. მე-XV დღეს გაეწერა ჰაერზე წასასვლელათ.

შემთხვევა XII 1924/33 ავადმყ. „ბ“, 63 წლ., შემოვიდა 30/1, უჩივის გაძლიერებულ თეთრათ შლას ვარდის ფერის და ძლიერ სუნინანს.

ქმარი ორი წელია რაც გარდაიცვალა შარდის შეკავების გამო. ორი მისი შვილი ჯანსაღები არიან.

გათხოვილა 18 წლისა, პირველი თვიური მოსვლია 14 წლისას. თვიურის ხასიათი გათხოვებამდე და მის შემდგომ: თვეში ერთხელ, 7 დღე, მომეტებული რაოდენობის და უმტკივნოთ. უკანასკნელი თვიური 15 წლის წინეთ. ორსულობა და მშობიარობა 10-ჯერ, უკანასკნელი მშობიარობა 26 წლის წინეთ.

10 თვეა რაც დაეწყა თეთრათ შლა. ტკივილები არა აქვს.

ობიექტიური გამოკვლევა:

t° 37—37.6, მაჯა 80—86.

სასუნთქი ორგანოები ნორმა.

შარდი—ნორმა.

გარეთა სასქესო ორგანოები ფერმკრთალი საშვილოსნოს ყელი ატროფიულია, ტანი მორბილო კონსისტენციის და ცოტა გადიდებულია დანამატები არ ისინჯებიან. საშვილოსნოს გარეთა ზერელში სჩანს ჩირქოვანი გამონადენი.

დიაგნოზი ოპერაციამდე. Endometritis hämorrh. (Ca cavi-uteri).

I/II abrasics sari uteri.

ყელის გახსნისას ღრუდან გამოვიდა ბლომთ ჩირქი. ჩირქს თან მოყვებოდა ხაჭოს მაგვარი მასა. ღრუს ლორწოიან გარს კიურეტით ფხეკის დროს კარგად ემჩნევა, რომ ის სწორე არ არის, არამედ ალაგ-ალაგ იძლევა ერთნაირ ხორკლიანობას. ხორკლიან ადგილების გვერდით ჩაღრმავებაა, რომელიც რბილია და ფხეკის დროს დამახასიათებელ ხმას არ იძლევა. ნაცხებში ტუბერკულოზის ჩიჩრები არ აღმოჩნდა ჰისტოლოგიური გასინჯვა გამოაფხეკისა: დასტურებს ტუბერკულოზს.

დიაგნოზი ოპერაციის შემდგომ:

Endometritis caseosa tuberculosa. ოპერაციის შემდგომ t⁰ ნორმა. გამონადენი ცოტა, გაეწერა 4/II გაუმჯობესებული.

ავადმყოფი ამის შემდგომ რამოდენიმეჯერ ვინახულეთ და ის არ უჩივოდა არაფერს სასქესო ორგანოების მხრივ.

დასასრულ გულწრფელ მადლობას ვუძღვნი დიდათ პატივცემულ პროფესორ გ. დამბარაშვილს, რომელმაც ნება დამართო მესარგებლა კლინიკური მასალით და საჭიროების დროს სათანადო დახმარებაც გამიწია.

ლიტერატურა:

1. Döderlein—Krönig—Operative gynäkologie.
2. Veit—Handbuch ed. gynäkologie.
3. Губарев—Оперативная Гинекология.
4. Küstner—Учебник гинекологии.
5. Неелова—Ж. А. 1897 стр. 1575.
6. Wertheimer—Arch. f. gyn. Bd. 118 S. 136.
7. Simonds—Arch. f. gyn. 1909 j.—88.
8. Amann—Monat. f. g. cmd. g. 16—1902 j.
9. Fraguè—Zentralbl. f. gyn. 35—1911 j.
10. Jung—Arch. f. gyn. 92—1910 j.
11. Martin—Monatschr. f. geb. und. gyn. 16—1902 j.
12. Veit—Monatschr. f. geb. und. gyn 16—1902 j.
13. Доброклонский—Врач 1895—19 стр. 521.
14. Прокофьев—Ж. А. 1915—стр. 1053.
15. Neuwirth—Monatschr. f. geb. und gyn. 1923—S. 157.
16. Stübler—Monat. f. geb. und. gyn. 1923—s. 173.
17. W. Cromer—Zentralbl f. gyn. 1914 j.
18. Liepschitz—Monatschr. f. geb. u. gyn. 1914 j. N. I.
19. Riediger—Monatschr. f. geb. u. gyn. 1922 j.—s. 225.
20. Попов—Р. Вр. 1906 № 12 стр. 349 и № 13—387.
21. Posner—Münch. Mcd. Woch. 1900 № 20.
22. Rosthorn—Monatschr. f. geb. und gyn. Bd. XVIII
23. Warthin—Zentbl f. gyn. 1914 j.
24. Кан—Ж. А. 1903 г.
25. Томсон—Ж. А. 1904 г.
26. Брант—Ж. А. 1910 г.
27. Горизонтов—Р. Вр. 1911 г.
28. Шевалдышев—М. Об. 1914 г.
29. Груздев—Гинекология.

ი. ასლანიშვილი.

მთის სნეულება.

(საქართველოს გეოფიზიკურ ობსერვატორიის მყინვარწვევრზე ასულ ექსპედიციიდან. უფროსი პროფ. ა. დიდებულისე).

საქართველოს გეოფიზიკურ ობსერვატორიის სამეცნიერო ექსპედიციის— მოგზაურობის დროს მყინვარწვევრზე და მის მიდამოებში ჩვენ შემთხვევა მოგვეცა დაკვირვებანი მოგვეხდინა ე. წ. მთის სნეულებაზე და ამისათვის საჭიროდ ვრაცხთ ამ სნეულების შესახებ ცოტადენი და პირადი დაკვირვებანი გავაცნოთ მკითხველებს, მით უმეტეს რომ მთის სნეულება იშვიათადაა საერთოდ აწერილი და მის შესახებ იშვიათად თუ სადმე რაიმე ცნობებს იშოვიოთ. ეს მით



სურათი 1.
ყინვარი ორწვერი და მყინვარწვევრი.

უფრო მნიშვნელოვანია იმ მოგზაურთათვის, იმ მთამსვლელებათვის, რომელთაც უხდებათ ამა თუ იმ მთებზე და ყინვარებზე ასვლა. ამ მთის სნეულების შესახებ მოგზაურ-მეცნიერებს თავიანთ აწერა-შთაბეჭდილებებში გაკვირით თუ მოეპოვებათ რამე, თორემ მისი აწერა საფუძვლიანი, თუ არ მივიღეთ მხედველობაში თითო ოროლა მეცნიერი მკურნალნი, არ არსებობს. მნიშვნელოვანია ჩვენთვის იმისათვის, რომ საქართველო მთიანი ქვეყანაა და მის მთებში მოსი-



არულემ უნდა იცოდეს თუ რას წარმოადგენს ეს სნეულება, რა არის მისი ნიშნები და რითი შეიძლება მისი შეჩერება. მე ბედნიერად ვრაცხ ჩემ თავს, რომ პირველ ქართველ მკურნალს მხვდა წილად მყინვარწვერზე ასვლა და მასთანვე ეს პირველობა სწორედ მე ვიგემე როგორც მკურნალმა არამც თუ საქართველოს ფარგლებში, არამედ მთელ საბჭოთა კავშირში. მასთანვე უცხო მწერლობის მიმოხილვამ დამარწმუნა, რომ ასეთ სიმალღეზე, როგორიც არის მყინვარწვერი (5038 მეტრი), არც ერთ მკურნალს მსოფლიო ზომსადართ არ უწარმოებია თავის გამოკვლევა-დაკვირვებანი მთის სნეულებაზე. მართალია ეს დაკვირვებანი შემთხვევითი ხასიათის იყო, ვინაიდან მე არ მქონდა სათანადო ხელსაწყოები გამოკვლევათა საწარმოებლად, მაგრამ ის მცირე მასალა, რომელიც შევკრიბე, მაინც მთის სნეულების გასაცნობად შესაფერისად დამახასიათებელია და ამიტომ სწორედ მათ შესახებ წერა მიზანშეწონილად მიმაჩნია, მით უფრო კიდევ რომ საქართველოს ამხანაგნი—მკურნალნიც სრულიად არ არიან გაცნობილნი ამ სნეულებას.

მთის სნეულება (Горная болезнь, Mal des montagnes, Bergkrankheit) ერთგვარად ცნობილია ყველა ერებში. ჯერ კიდევ მე--XVI-ს. ამ სნეულებას ყურადღება მიაქცია მეცნიერ იეზუიტმა Acosta-მ, რომელმაც 1280 მეტრის სიმაღლეზე მყოფმა მთის სნეულების ნიშნები იგრძნო და ადამიანის სუნთქვის შეუძლებლობა მთის ნახსა და თხელ ჰაერისადმი შეუთვისებლობას მიაწერა. Alexander von Humboldt-მა 1802 წელს Antison-ის ვულკანზე 4524 მეტრის სიმაღლეზე ასულმა შეამჩნია რომ ხარებს, რომელნიც მას და მის თანამგზავრებს ახლდათ, პირიდან სისხლის ღებინება დააწყებინა, მხოლოდ 5.813 მეტრის სიმაღლეზე თვით Humboldt-ს ტუჩებზე, ღძილებზე და თვალებზე სისხლი გამოაჩნდა. გაშვიათებულ ჰაერის გავლენის დანარჩენ ნიშნებიდან იგი გულის რევას, გაძლიერებულ სუნთქვას, საერთო სისუსტეს და აზრის დაკარგვას აღნიშნავს.

გერმანელი მოგზაური Tschudi აღნიშნავს რომ მთის სნეულებას უჩვეულო მოქანცულობა, გაძნელებული სუნთქვა, შუილი ყურებში, გაურკვეველი მხედველობა, თავის ტკივილი და გულის რევა ახასიათებს. მართალია ეს ნიშნები დასვენების შემდეგ ქრება, მაგრამ საკმარისია ხელახალი მოძრაობა, რომ კვლავ განმეორდეს და თან პირისღებინება და გონების დაკარგვა მოყვეს. ტუჩების, ცხვირის და თვალის შემავრთებელ გარსის სისხლის მიღები იცემა სისხლით, — რომელიც წვეთებით გარედან მოჩანს. სნეულების გართულებისას შესაძლოა პირიდან სისხლის ამოღებაც*).

ამრიგად ასვლისას მაღალ მთებზე, რომელთა სიმაღლეც 3, 4, 5 ათასი მეტრია, მოგზაურნი ერთგვარ სნეულებითი მოვლენებს განიცდიან, რასაც ჩვენ მთის სნეულებას უწოდებთ და რომელიც კუნთების დასუსტებაში, ქოშინში, გულის ძვერის გაძლიერებაში, ყურებში შუილში, თავის ბრუალში, გულის რე-

* Д—р В. Панченко. Горная болезнь. (Реальная энциклопедия медицинских наук. Т. 5. 1892. ლენინგრადი).
 Др. М. Жирмунский. О влиянии разреженного воздуха на человеческий организм. 1885. ლენინგრადი.

ვაში და პირისღებინებაში გამოიხატება; მასთანვე ვამჩნევთ სისხლს ლორწოვან გარსებზე. ასეთივე მოვლენებს მთასვლობის გარდა შეიძლება შევამჩნიოთ აგრეთვე ჰაერში ასვლისას ჰაეროპლანზე. კარგად იცნობენ მას ჰაეროსნები, მაგრამ ზემო აღნიშნული მოვლენები ჰაერში ასვლისას უფრო მეტ სიმალღეზე იჩენს ხოლმე თავს, ვინაიდან აქ მნიშვნელობა აქვს კუნთების უმოქმედობას, რომელიც ძლიერაა გამოხატული მთასვლობისას. მაგალითად აღნიშნული მოვლენები შესაძლებელია ჰაერში ასვლისას მხოლოდ 6000 მეტრის სიმალღეზე, მაგრამ ამაზე მაღლა ასვლა უკვე სიცოცხლეს საშიშროებას უქადის. აქ მინდა მოვიყვანო ერთი ამდაგვარი მაგალითი, რომელსაც მსხვერპლად ორი ჰაეროსანი შეეწირა და ეს ასვლა ჰაერში დღემდის ფრიალ მნიშვნელოვანია.

ცნობილი ასვლა ბურთობ „ზენიტ“-ზე 1875 წელს სპინელის, სიველის და ტისანდიეს მიერ მოწყობილი, წერს პროფ. E. Hédon-ი ლიტერატურაში მთის სნეულების შესახებ, სამუდამოდ კლასიკური დარჩება. როდესაც ბურთობმა 7500 მეტრის სიმალღეს მიახწია, ამბობს ტისანდიე, ჰაეროსნებმა იგრძნეს კუნთების ძლიერი სისუსტე, რომელიც ნების კუნთების სრულ დამბლაში გადავიდა. აღნიშნეს რა, რომ ბურთობმა 8000 მეტრის სიმალღეს მიახწია, თვითონ ტისანდიემ და მის ამხანაგებმაც გონება დაკარგეს. როდესაც ის გონს მოვიდა, ჰაეროსტატი 7095 მეტრის სიმალღემდის დაეშვა. მაშინ სპინელიმ, უკვე გონს მოსულმა, ზედმეტი სიმძიმე გადმოყარა; ბურთობი სწრაფად მაღლა ავიდა და ჰაეროსნებმა ხელახლად გონება დაკარგეს. როდესაც ბურთობი კვლავ 6000 მეტრის სიმალღემდის დაეშვა, ტისანდიე ისევ გონს მოვიდა, მაგრამ მისი ამხანაგები უკვე მკვდრები იყვნენ. ჰაერწნევაში უჩვენებდა რომ ჰაეროსტატს 8600 მეტრის სიმალღემდის მიუხწევია*).

მთა ადგილის სიმალღე რასაკვირველია თანდათანობით ცვლის იმ თვისებებსაც, რომელნიც ჰაერის ცვალებადობაში გამოიხატება. ამრიგად ჰაერის ცვალებადობის მიხედვით მისი თვისებებიც არაჩვეულებრივ ხასიათდება, მაგალითად, რაც უფრო მაღლა ადიხართ მთაში, მით უფრო მცირდება ჰაერის თბიერება, ძლიერდება მზის სხივების პირდაპირი მოქმედება (ინსოლაცია), მატულობს ჰაერის სიმშრალე, მცირდება ჰაერწნევა და მასთანვე მატულობს ჰაერის სისუფთავე-სიწმიდე. ყოველივე ეს მოვლენები გაშვიათებულ ჰაერთან ერთად ცხადია ისე არ არის სხეულისათვის შემაწუხებელი კიდევ 2000 მეტრის ფარგლებში, რაც პირიქით სხეულისთვის სასარგებლოა და მკურნალობის მიზნით სწორედ ამ ფარგლებში მთის ჰაეს დიდი სარგებლობა მოაქვს უმთავრესად ფილტვებით დასნეულებულ ავადმყოფთათვის. ყინვარების მიდამოებში მაგ. ცეჩოტის ყინვართან, ოსეთში, 2140 მეტრის სიმალღეზე ხალხი წამლობას ეწევა ძველადგანვე, რასაც მეცნიერებმა ყურადღება მიაქციეს და პროფ. O. A. Чечотт-ის და მკურნალ Григорьев-ის ცნობების მიხედვით „ყინვართან ყოფნისას სასარგებლო გავლენა უმთავრესად დამოკიდებულია ჰაერის სიწმიდეზე და სინაჟლის სიკაშკაშეზე, განსაკუთრებით კი მზისა“.

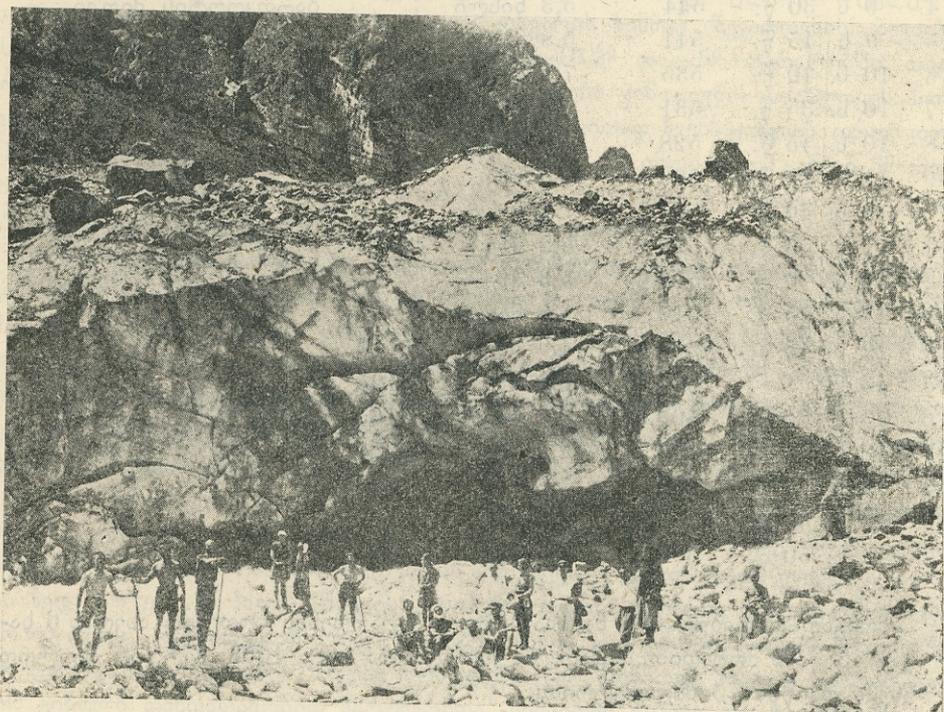
მაღალ ადგილებში ყოფნის შეუჩვევლობა ცხადია ოდნავ ასვლისთანავე ემჩნევა უკვე ათას მეტრზე, მაგრამ ის ვინც ცოტა ხანს დაყოფს აღნიშნულ

*) Проф. E. Гедон. Физиология. 1909. კეფი.

სიმაღლეზე, თანდათანობით მისი სხეული ერგევა გაშვიათებულ სივრცეს. ასევე მაღალ მთებში 2-3 ათას მეტრზე და უფრო მაღლა, როდესაც რამოდენიმე დღის შემდეგ ადამიანის სხეული ეგუება ხოლმე ამ გაშვიათებულ ჰაერს და აგრეთვე სხვა მოვლენებსაც, რომლებზეც დამოკიდებულია მთის სნეულების გამოწვევა.

ვეცადოთ მოკლედ მაინც გავარჩიოთ ეს მოვლენები, რომელიც ზემოთ უკვე გვქონდა ჩამოთვლილი.

1. ჰაერის თბიერების შემცირება—ჩვეულებრივი მოვლენაა მთებში. რაც უფრო ზევით იწევ, მით უფრო მცირდება თბიერება. დადასტურებულია მეცნიერულად რომ მაგალითად ალპებში ყოველ 170 მეტრის სიმაღლეზე თბიერება ერთი მენაკით ქვევით იწევს.



სურათი 2.

საქართველოს გეოგრაფიულ საზოგადოების მთავალ-მგზავროსნობის განწყვირის მიერ 1924 წლის ზაფხულში მოწყობილი ექსპედიცია რაჭა-ოსეთში. ექსპედიციის წევრები დოცენტ გ. ნიკოლაძის მეთაურობით ცეიას ყინვართან ასელისას.

ჩვენი დაკვირვება ამ მხრივ შემდეგში გამოიხატა: დიდებულის ნაბინავარიდან (2516 მეტრი) დილის 8 საათზე და 15 წ. გასულნი, ჰაერწნევა 575 მილიმეტრს გვიჩვენებდა, მხოლოდ თბიერება კი 6,9 მენაკს; შევარდენის ბუდეზე კი, რომელსაც მივახწიეთ ნაშუადღევს 2 ს. 50 წ., ჰაერწნევა 500 მილიმეტრი იყო, თბიერება კი 1,5 მენაკი. განსხვავებამ 6 საათში და 35 წამში (დრო, რომე-

ლიც მოვანდომეთ დიდებულიძის ნაბინავარიდან შევარდნის ბუდემდე ასვლას), 1068 მეტრის მანძილზე 193 მეტრზე 1⁰ დაკლება გვიჩვენა.

აქვე ქვემოთ მოყვანილი ცხრილი ნათლად გვიჩვენებს აღნიშნულ განსხვავებას და მასთანვე იმ ცვალებადობას, რომელსაც ვამჩნევდით რამოდენიმე საათის განმავლობაში აგრეთვე ამინდის მხრივ.

შესვენება	დრო	ჰაერწნევა მილიმეტრებში	თბიერება, ამინდი	სიმაღლე მეტრებში.	მდებარეობა
1	8 ს. 15 წ.	575	6,9 მზე	2516	დიდებულიძის ნაბინავარი
2	8 ს. 35 წ.	561.5	6,0 მზე		ყინვართ ველი
3	8 ს. 52 წ.	548.5	4,9 ნისლი		დევედარაკის ყინვარი
4	9 ს. 30 წ.	544	5,3 ნისლი		ბართკორტის ძირში
5	9 ს. 45 წ.	541	5.8 მზე		ბართკორტის კალთაზე.
6	10 ს. 10 წ.	535	7.8 მზე		" "
7	10 ს. 35 წ.	531	8.9 მზე	2805	" "
8	10 ს. 45 წ.	528	10.0 ნისლი		" "
9	11 ს. 15 წ.	523	10.2 მზე		
10	11 ს. 40 წ.	520.5	7.1 ნისლი		
11	11 ს. 55 წ.	518	5.2 მზე	3000	
12	12 ს. 10 წ.	514.5	5,3 მზე		
13	12 ს. 25 წ.	510	6.5 ნისლი		
14	12 ს. 45 წ.	507.5	4,9 მზე	3110	
15	13 ს.	504	6,0 მზე	3125	
16	13 ს. 30 წ.	500.5	3,3 ნისლი	3165	
17	13 ს. 45 წ.	496.5	2,2 მზე	3250	
18	14 ს. 5 წ.	492	3,8 მზე	3310	
19	14 ს. 30 წ.	486	1,3 მზე		
20	14 ს. 50 წ.	500	1,5 მზე	3584	

ამრიგად დიდებულიძის ნაბინავარიდან შევარდნის ბუდემდე ასვლას 6 საათი და 35 წამი მოუწოდით, სიმაღლის განსხვავება იყო 1068 მეტრი, მხოლოდ ჰაერწნევა დაიწია 75 მილიმეტრით.

თბიერების ასეთი მდგომარეობა სხვადასხვა პირობებზეა დამოკიდებული. მაგ. პროფ. ალ. დიდებულიძე მიუთითებს ადგილმდებარეობის ოროგრაფიულ პირობებს. „შევარდნის ბუდე ფორმით ძალიან დამახასიათებელია ამ ადგილმდებარეობისათვის: მეტი წილი ცხვარ-კორტის მახლობელ ქედების თხემები იმდენად ვიწროა, რომ ზოგიერთზე სწორედ გავლა შეუძლებელია. თვით ცხვარ-კორტს შედარებით მეტი სივანე აქვს, 6—7 მეტრი; მისი გვერდები ორთავე მხარეზე ძალიან ციცაბოა, ადგილ-ადგილ თითქმის ჩამოჭრილი. ცხვარ-კორტის თხემზე მდებარე შევარდნის ბუდის ერთ მხარეზე მდებარეობს დევედარაკის ყინვარი, მეორეზე ჩათასი, თვით ქედი კი კლდოვანია. დღის განმავლობაში ეს კლდოვანი ქედი ძლიერ ხურდება, მის გვერდზე და ქვევით კი თოვლი და ყი-

ნულია. შეუძლებელია, რომ ეს გარემოება ბარომეტრიულ მრუდის მსვლელობაზე არ ახდენდეს გავლენას.

„თბიერების მსვლელობაც იპყრობს ჩვენს ყურადღებას. მზის ჩასვლის შემდეგ, მთელი ღამის განმავლობაში თბიერებას ემჩნევა შედარებით ნელი დაწევა, დილით კი სწრაფი აწევა, რაც უმთავრესად დამოკიდებულია ადგილმდებარეობის ოროგრაფიულ პირობებზე და აღმავალ ღენაზე; უკანასკნელი კი მზის რადიაციაზე, რომელიც ნათელ დღეებში დილაობით უფრო ინტენსიურად მოქმედობს“ *).

ამასთანავე აღსანიშნავია რომ ზაფხულობით თბიერების შემცირება უფრო სწრაფად ხდება, ვიდრე ზამთრობით, მასთანვე ღამე უფრო მეტია, ვიდრე დღე. მკურნალ Григорьев-ის დაკვირებით ცეიას ყინვართან დღეღამურ თბიერების რხევის გასაქანი 11.5°C ახწვედა და 7.5° და 15°C ფარგლებში იცვლებოდა **. ჩვენი დაკვირებით დევდარაკის ყინვარის ზემოთ შევარდენის ბუდეზე ეს გასაქანი 15.2° იყო და ის იცვლებოდა $+10.2^{\circ}$ და -5° ფარგლებში. თბიერების ასეთი სწრაფი ცვლა უეჭველად მიეწერება ყინვარების სიახლოვეს, საიდანაც მზის ჩასვლისას ცივი სიო უბერავს. მაგალითად ჩვენს ყოფნის დროს დღე 31.VIII შევარდენის ბუდეზე თბიერება $+10^{\circ}$ იყო და იმავე ღამეს ყინვა 5° -ამდე მიახწია. თოვლიყნულაზე (4463 მ.) 3.IX ყინვა უდრიდა 3° , 4.IX-ს კი $11,5^{\circ}$ -ს. ცხადია ასეთი ცვალებადობა ყინვარებზეა დამოკიდებული.

2. ჰაერის დიდი სიმშრალე, რაც დამოკიდებულია იმაზე რომ მთებში სინესტე უმნიშვნელოა იმის მიზეზით რომ იქ აორთქლვა თითქმის არ ხდება, როგორც ეს შია, რასაც ხელს უშლის გაშვიათებული ჰაერი, რომელიც ჰაერის ორთქლის შთანთქმის თვისებას ასუსტებს. მასთანვე აღსანიშნავია მთაში თვით გამოწვეულ ქარის მიხედვით ჰაერის მიმართულება, რომლის სიძლიერეც ფანტავს ყოველივე სინესტეს ***). ამასვე უნდა მიუმატოთ იმავე ყინვარების თვისება ჰაერის სინესტის შემცირებისა. „საკვირველია კი ერთის მხრივ—ამბობს პროფ. А. Н. Воейков-ის—თვით ყინვართან რისთვის უნდა იყოს ზაფხულში ასეთი ფარდებითი სინესტე, როდესაც ყინვა დნება და წყალს ბლომად იძლევა. საქმე იმაშია რომ, ზაფხულში, ყინული კი არ აორთქლებს ამ სინესტეს, არამედ კრეფს-ღრუბლავს თავის ზედაპირზე, ე. ი. ჰაერს აშრობს“. მნიშვნელოვანია ამ მხრივ დი უფ უ რ ი ს და ფ ო რ ე ლ ი ს დაკვირვებანი შვეიცარიაში რონის ყინვართან, სადაც ჩრდილში ყოველდღე ჩამოკიდებდნენ ხოლმე ყინულებს და წონიდნენ, რამაც გამოარკვია რომ ყინული თანდათანობით მატულობდა, ვინაიდან წყალი მის ზედაპირზე იკრიფებოდა. ამგვარად ყინვარები ცხადია ამცირებენ ზაფხულობით ჰაერის სინესტეს.

*) პროფ. ა. დიდებულის ძე. გეოფიზიკური ექსპედიცია მყინვარწყვრზე. მეტეოროლოგიურ ნაწილის აწერილობა. (საქართველოს გეოგრაფიულ საზოგადოების მოამბე. № 1. ნაწ. 1. გვ. 30. 1924. ტფილისი).

**) Проф. А. Н. Воейков. Нальчик и Цейский Ледник. (Проф. П. Г. Мезерницкий. Физиотерапия Т. I. 99 გვ. ლენინგრადი. 1916).

***) Kisch—А. Лозинский. Горный Климат. „Реальная энциклопедия практической медицины“ Т. 5. 1910. ლენინგრადი.



3. ინსოლაცია—მზის სხივების პირდაპირი მოქმედება, ვინაიდან მთაში დიდ სიმაღლეზე მზის სინათლე ძლიერი და მასთანვე ხანგრძლივი მომქმედია. აუცილებლად აღსანიშნავია იქ მზის სიკაშკაშე, მისი გადამეტებული სინათლე, რომელიც დამოკიდებულია ჰაერზე, ვინაიდან ისეთ სიმაღლეზე მზის სხივები ადვილად გაშავალია მასში. ჰაერიც მდიდარია ე. წ. იისფერ გაღმა სხივებით, რომელთა სიმძლავრე ისეთია, რომ ჩვენ იქ, მყოფთ, მიუხედავად იმისა დაფარული გვექნოდა თუ არა სახე და ხელები, ამ სხივების ძალამ მაინც გაატანა შიგ და მოგვცა მათი დამწვარიანობა. „შავი ნილაბი“ გადაგვეფარა სუყელას, ვინც კი მყინვარწვევრზე ვიმყოფებოდით. მაგალითად მაშინ, როდესაც მყინვარწვევრზე თბიზომი 5° ყინვას გვიჩვენებდა, მზის სხივების სიმძლავრე ისეთი მწვავე იყო, ყველას შესაფერისად გვაგრძნობინა. ამას აღნიშნავენ ყველა მეცნიერები. მაგალითად Frankland-ი, რომელიც ამ მხრივ დაკვირვებას აწარმოებდა კლიმატიურ სადგურ დავოსში (1600 მეტრი ზღვის დონედან), აღნიშნავს რომ მაშინ, როდესაც მზეზე დიდიდან ნაშუადღევს 3 საათამდე თბიერებამ აიწია 22°-დან 45°-ამდე, ჩრდილში 1°-ამდისაც არ მიუწევია.

მყინვარწვევრზე მყოფნი ერთი მხრით ვგრძნობდით ყინვას (—5°), მეორე მხრით კი ცხარე მზეს, რომლის სხივებიც სუფთა ჰაერში გამომდინარე ამკარად ეტანებოდა და წვაგდა ჩვენს კანს.

4. ჰაერის სისუფთავე —ესეც ერთი უჩვეულო, ჩვენთვის რასაკვირველია, ჰაერის თვისებთაგანია, რასაც მთაში მყოფი პირველში გაკვირებული ძნელად ეთვისება, მაგრამ შემდეგ და შემდეგ სხეული, რომლისთვისაც იშვიათი მოვლენაა სუფთა ჰაერში ყოფნა, ეთვისება იმასაც. აუწერელია პირდაპირ ჰაერის ის სისუფთავე, რომელსაც მთაში ლებულობს ამისათვის ძლიერ მონატრებული ფილტვები. იქ არ არის მტვერი, იქ არ არის რასაკვირველია ის უწმინდურობა, რომელსაც ჩვენ ჩვეული ვართ ქალაქში, სადაც როგორც ნიადაგი, ისევე თვით ადამიანი თავის ცხოვრებით იძლევა; სწორედ ამ უსუფთაობით იწამლება ჰაერი. უეჭველად უწინარეს ყოვლისა ჩვენ უნდა აღვნიშნოთ ის გარემოება, რომ იქ სავსებით არ სუფევს მციათა გროვა, რის გამოც ჰაერი უკიდურესად გაუმციადებულია. აქვე საჭიროდ მიგვაჩნია იმის შესადარებლად, თუ რას წარმოადგენს ჰაერი ჩვენ ჩვეულებრივ ყოფნისას ქალაქ ადგილას და იქ მთის სიმაღლეზე, მოვიყვანოთ ერთი ცხრილი, რომელიც ამ დებულებას ნათლად დაგვისურათებს. ამ მნიშვნელობას არაა მოკლებული შედეგები იმ გამოკვლევებისა, რომელიც აწარმოვა 1883 წ. პარიზის მახლობლად „Observatoire de Montsouris“-ში M i q u e l'-მა, რომელმაც ალებულ სხვადასხვა სიმაღლეების მიხედვით 10 კუბ. მეტრ ჰაერში მციათა რაოდენობის მიხედვით მოგვცა ცხრილი:

2.400—4000 მეტრის სიმაღლეზე	0
ტუნის ტბის ზემოდ (560 მეტრი)	8
ტუნში Hotel Bellevue's მახლობლად (560 მ.)	25
ტუნში Hotel Bellevue's ერთერთ ოთახში	600
Montsouris ხეივანში პარიზის მახლობლად	7.600
თვით პარიზში, Rivoi's ქუჩაზე	55.000



ეს ცხრილი ცხადათ გვიჩვენებს თუ რამდენად განსხვავდება მთის ჰაერი ბარის-ჰაერისგან და მასთანვე თვით ბარში გარეთი და ოთახის ჰაერი. რასაკვირველია მთის ჰაერის უმციადობაში დიდი მნიშვნელობა აქვს იმ მანძილს, რომლითაც ის მოკილებულია მოწამლულ და ორგანიულ გახრწნის წყაროების მიდამოებს.

5. ჰაერწნევის შემცირება. რაც უფრო ზევით და ზევით მიიწევთ მთისაკენ, მით უფრო იშვიათდება ჰაერი. რაც უფრო გაშვიათებულია ჰაერი, მით უფრო დაბალია მისი წნევა. გამოკვლევათა მიხედვით ჰაერწნევა მცირდება დაახლოვებით 61 მილიმეტრზე 1000 მეტრის მანძილზე. მაგალითად ჩვენს ერთ გადასვლისას 1068 მეტრის სიმაღლეზე დიდებულიდის ნაბინავარიდან (2516 მ.) შევარდენის ბუდემდე (3584 მ.) ჰაერწნევა დაეცა 575 მილიმეტრიდან 500 მილიმეტრამდე, და ამგვარად რასაკვირველია ჰაერის სიიშვიათემ კარგად გვაგრძნობინა. ჰაერის გაშვიათებას რასაკვირველია ჰაერში მყავბადის შემცირება თან სდევს და ეს შემცირება უკვე სიმაღლეზე 6.—7 ათას მეტრის ზემოდ სიცოცხლისათვის სახიფათოა.

ამგვარად უმთავრესად ჰაერწნევის ეს სიმცირე მთის მწვერვალზე რამოდენიმე ათას მეტრის სიმაღლეზე შეფარდებული ჰაერის სიიშვიათესთან, აგრეთვე ზემოთ ჩამოთვლილი მთის ჰაერის სხვა უჩვეულო თვისებები: ჰაერის თბიერების სიმცირე, ჰაერის დიდი სიმშრალე, ინსოლაცია და ჰაერის სისუფთავე— ყველა ეს თვისებები უჩვეულო მგზავრს აყენებს სხეულის ერთგვარ დაავადებას, რომელიც ხშირად ადვილად გაივლის ხოლმე ბარში ჩამოსვლისას, მაგრამ ხშირად ერთგვარ გართულებითი მოვლენებსაც უტოვებს ხოლმე რამოდენიმე ხანს. აი ეს დაავადება, გამოწვეული ზემოსხენებულ მიზეზების გამო, ცნობილია მთის სნეულებათ.

აქ ჩვენ საჭიროდ მიგვაჩნია მაინც შევეხოთ შთაბეჭდილებებს იმ მოგზაურ-მთამსვლელებისას, რომელთაც მთის სნეულება პირადად განუცდიათ კავკასის ქედებზე მოგზაურობისას საერთოდ, კერძოდ კი მყინვარწვერზე ასვლისას. მოგზაური Н. В. Жуков'ი, რომელსაც უმოგზაურია კავკასის მთავარ ქედის შუა ნაწილის ყინვარებზე (შხარა, ულუ-ჩირანი), აღნიშნავს რომ მწვერვალებზე ასვლისას მას ძლიერ უშლიდა ხელს ის მიზეზი, რომ ყაზახები, რომელნიც მას ახლდენ „როგორც ბარის მცხოვრებლები, სავსებით ვერ ეთვისებოდნენ მთის გაშვიათებულ ჰაერს და უკვე 2570 მეტრის სიმაღლეზე მათ ქოშინი და თავის ტკივილი ეწყებოდათ, მხოლოდ უფრო ზევით კი გული უწუხდებოდათ და ცხვირიდან სისხლი სდიოდათ. შემდეგში თუმცა ივინი ოდნავ შეეთვისენ გაშვიათებულ ჰაერს, მაგრამ შეჩვევით კი მაინც ვერ შეეჩვიენ“ *).

ცნობილი მთამსვლელი-მგზავროსანი А. В. Пастухов'ი შემდეგს აგვიწერს მყინვარწვერზე ასვლის გამო 29. VII. 1899 წელს: „გავიარეთ თუ არა 200 მეტრი, ერთ ჩემ თანამგზავრთაგანმა, ყაზახმა პ-მ გულისრევა და ძლიერი თავისბრუალი იგრძნო, რამაც მაიძულა იგი იმავე ადგილს დამეტოვებია.

*) Н. В. Жуков. Наблюдения над ледниками в центральной части Главного Кавкасского хребта. (Известия Кавкасского отдела Русского Географического общества Т. X. № 1. 1889 г. გვ. 124.

„განვაგრძეთ გზა.... წყურვილი გვაწუხებდა, წყალი არსად იყო, ცელაპავდით ყინვას და წინ მივიწვედით. ნახევარ საათის შემდეგ მე ვიგრძენი გულისრევა: როდესაც ჩემს თანამგზავრებს ჩემი მდგომარეობა ვაუწყე, მათგან გავიგე რომ მათაც იგივე მდგომარეობა აწუხებთ... „გულისრევა თანდათანობით ძლიერდებოდა და იქამდის მიმიყვანა, რომ იძულებული შევიქენი გაგჩერებულიყავ, გაგწეკი თოვლზე და უმაღვე დამეძინა. მაგრამ ნახევარი საათის შემდეგ სიცვისაგან რომ გამეღვიძა, შევამჩნიე, რომ გულისრევა უფრო გამძლიერდა; ჩემს თავს ძლიერ ძაღას ვატანდი და კვლავ წინ მივიწვედი. მაგრამ რაც უფრო შორს მივდიოდით, გულისრევა სუყველას უფრო და უფრო უძლიერდებოდა და ბოლოს მე თავი ვეღარ შევიკავე და...“

„...წყურვილი ძლიერდებოდა, მასთანვე ყაზახმა ლ—მა საშინელი თავისბრუალი იგრძნო და რამოდენიმე ხნის შემდეგ ოსს ც—ს ცხვირიდან სისხლი წავარდა, რაც თოვლის საშვალეებით შეუჩერეთ. მივიწვეთ წინ. აღმართმა იმატა ყაზახს სახეზე ეტყობოდა, რომ იგი ძლიერ ცუდათ გრძნობდა თავს, რასაც აგრეთვე დაერთო ციებ-ციხელება, რის გამოც მას უმოწყალოდ აცახცახებდა და კბილებს საშინლად ერთი მეორეზე აცემინებდა. იგი უკან გამოვებრუნე...“

„...ოსს კვლავ წავარდა სისხლი და ამ შემთხვევაში მის შეჩერება ძლიე გაძნელდა...“ *)

მთამსვლელი—მგზავროსანი В. В. Дубянский, რომელმაც 1905 წლის აგვისტოში ავიდა მყინვარწვევრზე სხვა ცნობილ მთამსვლელებთან ერთად (М. П. Преображенская, Е. Г. Иорданский და სხვანი, გამყოლები ი. ბეზურთანოვი, ძმები ალექსი და გიორგი (ვახა) წიკლაურები და სხვანი), როდესაც იგინი უკვე 4700 მეტრის სიმაღლეზე იმყოფებოდნენ, ასე გადმოგვცემს მთის სნეულების ნიშნების გამოხატულებას: „თავის ძლიერ ტკივილმა ჩამოგვაშორა М. П. Преображенская, უკვე არა ერთხელ მყოფი თოვლიყინულა ველებზე, ვაფრენის ხელმძღვანელი Е. Г. Иорданский და ახალგაზდა თანამგზავრი სტუდენტი. უკანასკნელზე ჰაერის ზღვარულ გაშვიათების საზღვარი განსაკუთრებით სხარტად გამოაშკარავდა: ჯანსაღი და ღონიერი, ის მჩატეთ მიდიოდა თავისი ბარგით მოწინავე ტვირთმზიდავებთან ერთად, შეემდეგ უცბად გაფითრდა, გაყვითლდა და შეჩერდა, ნაბიჯის წინ გადადგმის უნარი წაერთვა“ **)

საქართველოში ცნობილი ჯომარდი მთამსვლელი და მგზავროსანი, სახელმწიფო უნივერსიტეტის დოცენტი გიორგი ნიკოლაძე, რომელიც 1923 წლის ზაფხულის მიწურულში ხელმძღვანელობდა ქართველ ჯომარდების პირველ ქართულ ასვლას მყინვარწვევრზე, ასე აგვიწერს თავის შთაბეჭდილებებში მთის სნეულებაზე დაკვირებას: „ჰაერის სითხელეს აშკარად ვგრძნობდით. ყოველივე მოძრაობა, გინდ მცირეოდენიც, აჩქარებულ გულის ცემას და ქშენას იწვევდა. ყველას ძილი მოგვერია და ერთ საათამდე ვთვლემდით... ცოტა ხანს კიდევ ვიწე-

*) А. В. Пастухов. Восшествие на Казбек 29. VII. 1899 г. (Изв. Кавк. отд. Рус. Геогр. общ. Т. X. № 1. 1899, გვ. 137—141.

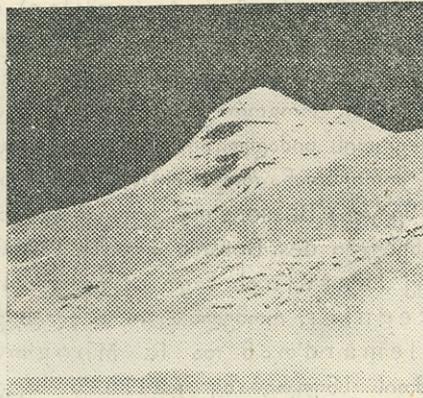
**) В. В. Дубянский. Восхождение на Казбек. (Известия Кавк. Отд. Русск. Геогр. общ. Т. XX. № 1 1909, გვ. 69).

ქით, შემდეგ სრულიად დასვენებულები ავდექით, თუმც მახაა რომ გავისინჯეთ, ყველას 100 – 120 გექონდა...

„ძალიან ნელა მივდიოდით წინ, ჰაერის სითხელეს ვებრძოდით. თუ ნაბიჯს აუჩქარებდით, მაჯაც აგვიჩქარდებოდა და ისე ვსუნთქავდით, როგორც წყლიდან ამოღებული თევზი...“

„... მყინვარწვერის წოწის ძირს მიუახლოვდით (4200 მეტრი). 10¹/₂ საათი იყო. იქ ვისვენებთ. ბევრს ეძინება. ასმათი ჩამორჩა, დაწვა თოვლში და დაიძინა. ბევრი ვეწვალეთ, სანამ გავალვიძებდით და ავაყენებდით...“

„... ჰაერწინეზომი 4800 მეტრის სიმაღლეს გვიჩვენებდა, ე. ი. 238 მეტრი-ლა გვრჩებოდა მწვერვალამდე. განვაგრძეთ გზა. ზოგს ცხვირიდან ცოტ-ცოტათი სისხლი წვეთდა, მაგრამ ამას არაფერად ვაგდებთ. მთავარი გულია და გული კი ყველას მშვენივრად ქონდა...“



სურათი 3.

მყინვარწვერი; მისასვლელი ხაზი, რომლითაც ჩვენი ექსპედიციები ავიდა.

„... ეს — მწვერვალია. მოწინავეებმა საფეხურების კრას თავი დაანებეს და პირდაპირ ზევით აირბინეს. ამ უკანასკნელ წუთში შვედელი ძმა კურტი, როცა მას ორი ნაბიჯილა რჩებოდა, ღონე მიხდილი ყინულზე პირდაღმა დაეცა, მაგრამ მაშინვე მივარდენ, დაზილეს და მალე მოაბრუნეს...“ *

ამრიგად ზემოჩამოთვლილ მთასვლა-მგზავროსანთა შთაბეჭდილებათა მიხედვით ჩვენ შეგვიძლია თქვა რომ არ არის ისეთი მთამსვლელი ან მგზავროსანი, რომელსაც უმოგზაურია ყინვარების დიდ სიმაღლეებზე და არ ეგრძნოს და განეცადოს მთის სნეულების ესა თუ ის ნიშანი: თავის ტკივილი, თავის ბრუალი, სისხლდენა, ციებცხელება, ქოშინი, აჩქარებული გულისცემა, გულისრევა, პირის-ღებინება, კუნთების შესუსტება და სხვა.

*) დოცენტი გიორგი ნიკოლაძე. პირველი ქართული ასვლა მყინვარწვერზე. (საქართველოს გეოგრაფიულ საზოგადოების მოამბე. № 1. ნაწ. II. გვ. 23—42. 1924 წ. ტფილისი).



ეს თავისებური სნეულება, რომლის მიზეზი და ბუნება კარგა ხანს გამოკვლეული არ იყო, უკვე მრავალ მეცნიერ ფიზიოლოგ-მკურნალთათვის შესწავლის საგნად შეიქნა.

შვეიცარიაში, სადაც მთასვლა-მგზავროსნობა ძლიერ განვითარებულია და „ალპებისაკენ ყოველ წლიურად ასიათასობით მიემუშრებიან მგზავრები-მთასვლელნი და სადაც ამ ალპების შესწავლა-გამოკვლევამ, გზების გაყვანამ და საერთოდ მის მიდამოების კულტურულ ნიადაგზე დაყენებამ შექმნა მთელი მიმართულება, რომელსაც ალპინიზმი ეწოდება, რასაკვირველია ყოველივე ამას მოყვა ალპების ყოველმხრივი მეცნიერული გამოკვლევა; მეცნიერული ხასიათი ალპების გამოკვლევას ეძლევა მე-XIX-ს. მეორე ნახევრიდან. ამ მუშაობას ჩაუდგენ სათავეში ცნობილი მეცნიერები: ბუნების მეტყველნი, გეოლოგები, ბოტანიკოსები, ფიზიკოს-გეოგრაფოსები“*) და უკანასკნელად მკურნალნიც, რომლებმაც მთის სნეულების შესწავლას დიდი ყურადღება მიაპყრეს. მკურნალნი სარგებლობენ იმ ალპიურ საცდევობით (ლაბორატორიუმებით), რომელნიც ალპების მთებში სხვადასხვა ადგილას ამართულია 1000—4807 მეტრის სიმაღლეზე. მთის მწვერვალებზე განსაკუთრებული საცდეოები, მოწყობილი უკანასკნელ ტექნიკის მოთხოვნილებათა მიხედვით, როგორც არის მაგალითად Chamonix-ში Vallot's საცდეო 1000 მეტრის სიმაღლეზე 1909 წელს გაშენებული, ან არა და მოწყობილი ობსერვატორიებთან, როგორცაა მაგალითად ობსერვატორია des Crads Mulets (3050 მეტრი) Bossons-ის კლდეებზე გაშენებული, აგრეთვე J. Vallot's მიერ გაშენებული des Bosses კლდეზე (4350 მეტრი) მშვენიერი ობსერვატორია და კიდევ Janssin-ის მიერ ამართული 4807 მეტრის სიმაღლეზე.

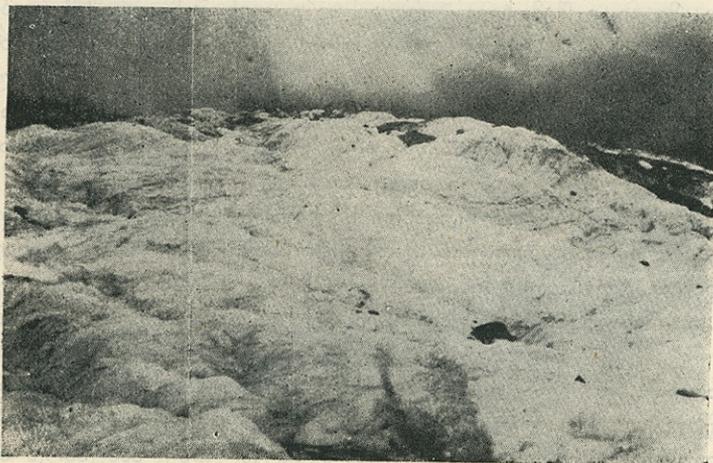
მკურნალი G. Regnier, რომელსაც ორი წლის განმავლობაში თავის მკვებობთან H. Guillemand-თან და R. Moog-თან ერთად უწარმოებია თავის დაკვირვებანი მთის სნეულებაზე Yallot's საცდეოში, აღტაცებით ასწერს იმ პირობებს, რომელიც მშვენიერ ბუნებასთან შეფარდებით მას საშვალეობას აძლევდა თავის გამოკვლევათა წარმოება დადებითად დაემთავრებინა. Regnier, რომელსაც დაკვირვებანი მოუხდენია მონბლანის მთისკენ მიმავალ მრავალ მთამსვლელებზე, აგვიწერს მთის სნეულების ახალ სახს. მთის სნეულების ჩვეულებრივ სახის თანაბრად, რომელიც მწვავედ დასწრაფად იწყება, არის აგრეთვე მეორე სახი, ნაკლებ ცნობილი და რომელსაც თავის საკუთარი გამოსახულება აქვს. „ეს სახი—ამბობს Regnier, შენელებული, შეგვიანებულია; მთაზე ასვლა დაუღალავად ხდება და ჯანმრთელობის მხრივ მშვენიერ მდგომარეობაში, მიზანი დაუსნეულებლად მიხწეულია და მხოლოდ რამოდენიმე საათის შემდეგ, ხანდახან უფრო გვიან, სნეულების ნიშნები აშკარავდებიან. ამ შემთხვევაში მთის სნეულება არის შეკრებადობა იმ მოქმედებათა, რომელთაც სხეული დიდ სიმაღლეებზე ხანგრძლივ დროს განმავლობაში უჩვეულო პირობებში იტანს ხოლმე“. **)

*) ი. ასლანიშვილი. მთასვლა-მგზავროსნობა საქართველოში. (საქარ. გეოგრაფ. საზოგ. მთაბგე. № 1. ნაწ. II. გვ. 5—6. 1924. ტფილისი).

**) G. Regnier. Горная болезнь по новейшим работам. (ფრანგულით ნათარგმნი ჟურნალ „La Montagne“-იდან. Ежегодник Русс. Горного Общества. წ. VIII. გვ. 93. 1908 წ. მოსკოვი).

ამ შეგვიანებულ მთის სნეულების ნიშნებს შორის აღინიშნება 1) თავის ტკივილი, რომელიც ძილის დროსაც კი საგრძნობია, მით უმეტეს თუ თავის მოძრაობას ადგილი აქვს, 2) მადის სრული დაკარგვა, მაინც ხორცი დიდ ზიზღს იწვევს, წვნიანი საჭმელი ადვილად ითვისება, 3) ადგილი აქვს ხანდახან ძლიერ მწყურვალეობას, ზოგიერთ შემთხვევებში გულისრევა—პირისღებინებას, 4) გულის ძვრის გაძლიერება, მცირე ღონისძიებისას მისი რითმის აჩქარება, რაც მტკივნეულად თავზე გადადის, 5) აჩქარებული სუნთქვა, ჰაერის წყურვილი, 6) სიცივის გრძნობა, მტკივანი კანკალი, რომლის გაჩერება თბილ ტანსაცმელს არ ძალუძს, 7) ძილი, რაც ასე საჭიროა ძალის მოსაკრებად, დაკარგულია; არის მხოლოდ ნახევრად მძინარი მდგომარეობა, 8) ნების ძლიერი შესუსტება, მოწყენილობა, მელანქოლია, 9) დილაობით სახის და ხელების საგრძნობი შეშუპება.

ზემოხსენებულ ნიშნებთან აღსანიშნავია თირკმელთა გამონადენის შემცი-



სურათი 4.

ღვდარაკის ყინვარი დიდებულის ნაბინავარის მახლობლად.

რება სითხის მიღებულ დიდ რაოდენობასთან შედარებით, მხოლოდ ზემოთ ჩამოთვლილ ნიშნებთა შემცირებისას ძლიერდება აზოტურ გამონადენის რაოდენობა. ეს უკანასკნელი გარემოება ძლიერ მოგვაგონებს ასეთსავე მოვლენას გადაშლენ სნეულებათა დროს. ჩვენს ექსპერიმენტში მყოფი წევრები მიმითითებდნენ ხოლმე რომ მათ შარღზე გასვლა იშვიათად უხდებოდა. ასეთ მოვლენას ჩვენ ვამჩნევდით უკვე 2516 მეტრის სიმაღლეზე დიდებულის ნაბინავარზე მყოფნი.

აღსანიშნავია აგრეთვე სისხლის მიმოქცევის და სასუნთქავ ორგანოთა მხრივ ცვალებადობა მთის სნეულებისას. უკვე მთის ჰაერის მოქმედება ცხადი ხდება თავივე ყინვარებისაკენ ასვლისას, როდესაც სისხლის მიმოქცევის მხრივ აშკარავდება მაჯის გახშირება 30—40 წამში (მინუტი). ასვლა მთაში და მოქანცვა ამ მოვლენას უფრო აძლიერებს, რაც ცხადია სისხლის წნევაზეც მოქმედებს. მრავალ დაკვირებებმა (P. Bert, Müntz, Miescher, Egger) დაამტკი-

ცა რომ სისხლის წითელი ბურთულების რიცხვი და ჰემოგლობინის შეცულობა მთის ჰავაში მრავლდებოდა, რაც 15 დღის განმავლობაში 16,6%¹-ს იძლეოდა. ზემოხსენებული მოვლენა რომ მთაში სისხლის წითელ ბურთულების რიცხვი მატულობს და მის მიხედვით ჰემოგლობინის შეცულობაც, კვლავ ახალ სწორ გამოკვლევებით დადასტურდა (Jaquet, Suter, Abderhalden, Bürker, Kündig, Löwy, Лавринович). სისხლის ამ წითელ ბურთულების გაძლიერებას იწვევს გაზვიათებული ჰაერი (Löwy) და აგრეთვე მთის ჰაერის სხვა თვისებანიც: ინსოლაცია, ჰაერის დაბალი თბიერება, ჰაერმდინარობა*).

გულის მხრივ დასნეულებული ადამიანი ვერ უძლებს მთის ჰაერის სიიშვიათეს. საჭიროა სისხლის მიმოქცევის ორგანოების მხრივ ნელი შეთვისება და შეწყობა სიმაღლის პირობებში, თვითური (აბსოლუტური) სიმწვიდე პირველ ხანებში მაინც, სანამ ის შეეჩვიოდეს მთის ჰავას. ეს არის მიზეზი რომ გულის მანკით და სისხლის მიღების გადაგვარებით დაავადებულთათვის უსარგებლოა მთაში ყოფნა. მე ვიცი შემთხვევა, როდესაც გულის მანკით შეპყრობილი მხედარი ტ-კი, რომელიც 1916 წელს ომის დროს კავკასიის ლაშქრის ერთ ნაწილს ხელმძღვანელობდა, ჯარის წინ წაწევისას ოსმალთა საზღვრებში, მავალათი (ავტომობილით) გადადიოდა ენიქოის გადასავალს (2200 მეტრი) და გადასავალზე ასვლისას იგრძნო გულის წუხილი, მხოლოდ როდესაც მავალა გადასავალს გადაცილდა, მხედარი უკვე მკვდარი იყო.

რაც შეეხება სუნთქვითი ორგანოებს, რასაკვირველია გაზვიათებული ჰაერი აძლიერებს სუნთქვას; მძლავრი ფილტვებია საჭირო, რათა სათანადო შეთვისოს გაზვიათებულ ჰაერს, ვინაიდან ჯერ მძლავრი-ჯანსაღი ფილტვებიც ვერ უძლებს მას და შესაძლებელია სისხლის ამოღება, რაც არა იშვიათია მთასვლობისას.

გადავიდეთ ახლა ჩვენ დაკვირებათა შემთხვევებზე. უკვე ტფილისში ექსპედიციის წევრების სამკურნალო გასინჯვის შემდეგ, წევრები წინდაწინვე განაწილებული იყვნენ სათანადო სიმაღლის მწვერვალებზე სამუშაოდ მათი ჯანსაღობის მიხედვით.

ჩვენს ექსპედიციის წევრებს შორის წლოვანების მიხედვით იყვნენ დაწყებული 20 წლის ჰასაკიდან ვიდრე 62 წლამდე.

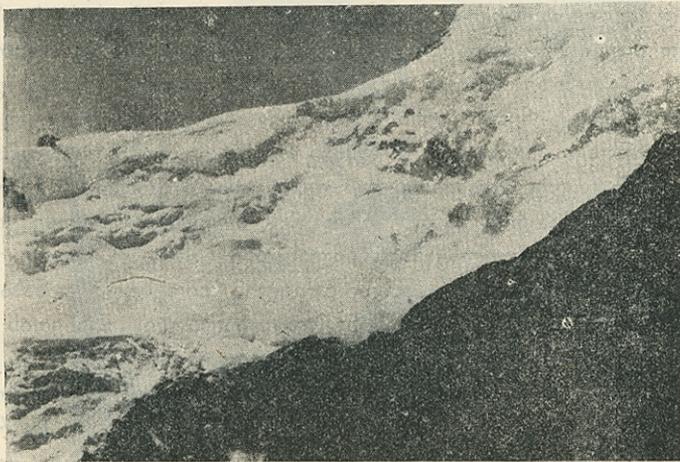
სვლეობა საქართველოს სამხედრო გზით სოფელ გველეთის მიდამოებიდან (1380 მეტრი) დაწყებული იყო ნელი, აუჩქარებელი. საღამოთი მისულნი დიდებულის ნაბინავართან (2516 მეტრი) იმის შემდეგ, რაც გავიარეთ მშენიერი ალპიური ამწვანებული, ყვავილოვანი და ხილოვანი ველები, მივადექით დევდარაკის ყინვარს, რომლის სისქეც 40—70 მეტრი იყო და მას მწვანე ველებიდან მხოლოდ ყინვარებიდან ჩამომავალი წყალი საზღვრავდა სულ 4—5 მეტრის მანძილზე. სწორედ იქ დიდებულის ნაბინავარზე, სადაც კარვებში დაბანაკებული ორი დღე ვიყავით, პირველად ვიხილეთ მთის სნეულებს ნიშანი. ექსპედიციის წევრს სტუდენტ-მაგნიტოლოგს ნიკოლოზ ინწკირველს წავარდა

*) Kisch.—A. A. Позинский. Горный Климат. (Реальная энциклопедия практической медицины, т. 5, стр. 605—606. 1910 წ. ლენინგრადი).



ცხვირიდან სისხლი, რაც მიღებულ ზომებით შეჩერებული იქნა (Extract. Hydrast. Canadens. fluid.); დანარჩენი წვევები, თუ არ მივიღეთ მხედველობაში მაჯის და სუნთქვის ოდნავი გაძლიერება, თავს კარგად გრძნობდნენ. დიდებულიძის ნაბინავარზე ნ. ინწკირველს სისხლდენა ცხვირიდან არ განმეორებია.

დიდებულიძის ნაბინავარზე წარმოებულ დაკვირებათა დამთავრებისას ორი დღის შემდეგ უკვე შეთვისებულნი ჰაერის არსებულ სიიშვიათეს (574.5 მილ.), ექსპედიცია ავიდა დევდარაკის ყინვარზე გადასვლით ც'ვარკორტის ქედზე არსებულ შევარდენის ბუდეზე (3584 მეტრი). ჰაერის სიიშვიათემ (504.3 მილ.) აგრძნობინა ექსპედიციის წევრებს: შესამჩნევად მომატებული აჩქარებული მაჯის ცემა, მძიმე სუნთქვა, ღამით მოუსვენარი ძილი. წვევები ხშირად ჰაერის სიმცირის გამო იღვიძებდნენ შეწუხებულნი. ნ. ინწკირველს კვლავ წავარდა სისხლი, რის გამოც დროგამოშვებით ეძლეოდა Ext. Hydrast. canadens. fluid.;



სურათი 5.
დევდარაკის ყინვარის საწყისი.

ვიქტორ კოჩერგინს შესამჩნევი ქოშინი აწუხებდა, სახეს მკრთალი ფერი ემჩნეოდა; დაერთო ყაბზობაც.

კლდე-ქობზე (3985 მ.) ასვლისას ვ. კოჩერგინს იგივე ნიშნები. თოვლყინულაზე (4463 მეტრი) ჰაერის სიიშვიათით (464 მილ.) პროთ. ა. დიდებულიძეს დაეტყო ძლიერი ქოშინი, სახის სიმკრთალე, მაჯისცემა 115 წამში, სუნთქვა 28, კუნთების შესუსტება, გულის ძეგრა აჩქარებული; მოხვევს ტარასა ზაგაშვილს წასკდა სისხლი და ოდნავ მკრთალი ფერი დაედო. თავის ბრუალსაც გრძნობდა; აღსანიშნავია რომ მისი ასვლა მყინვარებისკენ პირველი არაა. თოვლყინულიდან მყინვარწვევების წოწხე გადასვლისას წოწის შუა გზაზე მყოფნი შევევიპრო მთის სნეულებამ მე, არნოლდ ვეისი და ვალენტინ თულაშვილი: თავბრუს სხმა, თვალეში დაბნელება, ძლიერი მწყურვალობა, გაძლიერებულა ქოშინი, აჩქარებული მაჯის-ცემა, გაძნელებული სუნთქვა, კუნთების დესუსტება, სახის სიმკრთალე. ხშირ-



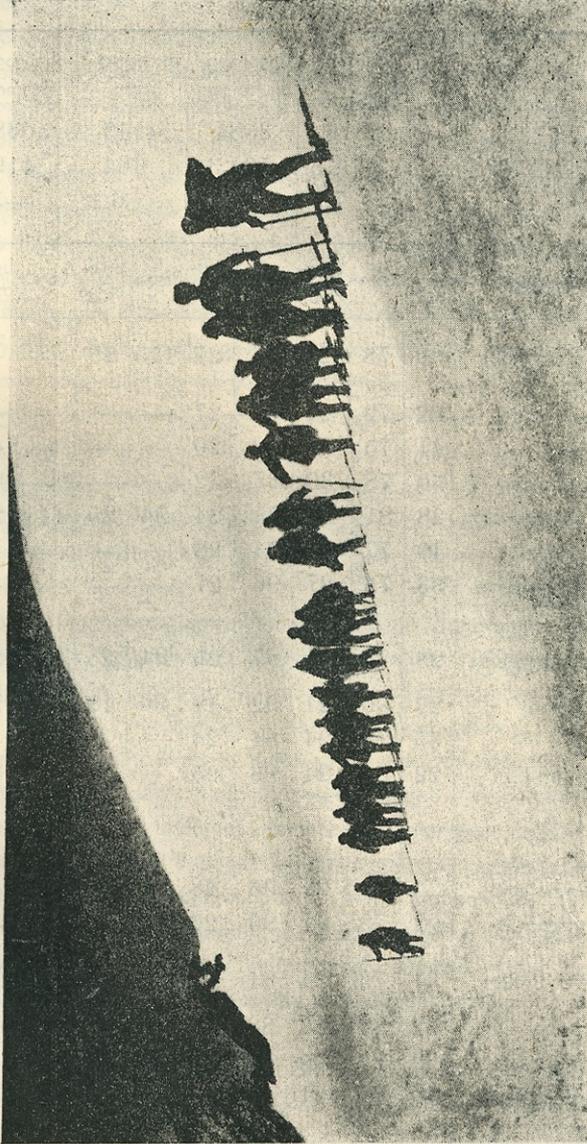
ხშირი შესვენება და ტერმოსში მომარაგებული ცხელი ყავა ვალერიანის წვეთებით ძალას გვმატებდა და კვლავ წინსვლას ვიწყებდით ხოლმე. მაგრამ მთის სნეულების ზემოქმედებით ნიშნები წინსვლის დაწყებისას ახალ სიძლიერით გზის გაგრძელების უნარს გვისპობდა. ისევ დასვენება, ისევ ყავა, ისევ წინსვლა. რამოდენიმეჯერ წინსვლისას ამდაგვარივე დაბრკოლება. წოწის ზემო მესამედს რომ მივაწიეთ, უცბად გაქრა ყველა ნიშნები და სისწრაფით ვიწყეთ ასვლა და ჩვენზე წინ მყოფთ დავეწიეთ კიდევ და ავედით მყინვარწვერზე.

მყინვარწვერზე ყველა ამსვლელთ მდგომარეობა თითქმის ერთგვარი იყო: ისეთ ნიშნებს, როგორც არის სისხლდენა, თავის ტკივილი, თავის ბრუალი და სხვა, ადვილი არ ქონია. ოღონც მაჯის ცემა უეჭველად აჩქარებული და ხშირი იყო (99—123) ჩემის გამონაკლისით (84), მასთანვე გაძნელებული იყო სუნთქვა, ვინაიდან 5038 მეტრის სიმაღლეზე 419 მილიმეტრის ჰაერის სიიშვიათით 5 მენაკი ყინვა იყო. შესამჩნევი იყო სისხლის მოწოლა სახეზე და ხელებში, რის გამოც კანი სულ ვალურჯებულ-გაშავებული იყო, რასაც ჰაერის სიიშვიათესთან ერთად ძლიერ ხელს უწყობდა მზის სხივების სიმწვავე ჰაერის თვითურ სისუფთავის გამო. ამის მიზეზი კი იყო „შავი ნიღბი“ სახეზე. ფრად გავაკვირვა ყველანი კუნთების მოდუნებამ. კუნთები იმდენად მოდუნებული იყო, რომ ძლივს ძლივობით მოვახერხეთ სამეფხზე ხელსაწყო-ჰელიოტროპის დადგმა. ხელს ზემოდ ვერ ვწევდით. ძლიერ დამძიმებული იყო. ასეთი გრძობა გვქონდა ქვედა კიდურების კუნთებშიც, რის გამოც იძულებული ვიყავით ხოლმე ყინვაზე დავმჯდარიყავით ან წამოვწოლიყავით. ძილისადმი ერთგვარ მიდრეკილებას სავსებით კლავდა ჩვენში მშვენიერი ამინდი ირგვლივ დიდებული სანახაობით შავი ზღვიდან კასპიის ზღვამდე, კავკასიონის ქედი, იალბუზი, სვანეთის ქედი, ხევსურეთის მწვერვალ-ყინვარები, დაპისტანის მწვერვალები.

საათნახევარის ყოფნამ მყინვარწვერზე ოდნავ შეგვინელა ზემოქმედებით ნიშნები, ოდნავ და არა სავსებით, იმისთვის რომ ძლიერ საგრძნობი იყო ჰაერის სიიშვიათე შედარებით ტფილისთან თითქმის ნახევარზე, რაც სათანადოთ მოქმედებდა კუნთების მოდუნებაზე, თუ მივიღეთ მხედველობაში განვლილი გზა შევარდენის ბუდიდან (3584) კლდექოხის (3985) და ყინვართ გუშავთა (4163) მიდამოებში წიაღვარზე (лава) გადასვლით, მრისხანეს (4375) ძირას დევდარაკის ყინვარის დასაწყისთან ნაპრალების მახლობლად გავლით და შემდეგ თოვლყინულიდან წოწზე ასვლისას დაქანებულ 70—80° პრიალა სარკისებრ ყინულებზე 600 ნაკიბურის გაჭრით თვით მყინვარწვერზე მშვიდობიან ასვლით.

კუნთების მოდუნების გამო გავვიძინელა ჩამოსვლა, რაც 3 1/2 საათზე ნაშუადღევისას ვიწყეთ, რათა არ დავგვამებოდა ყინულებზე, სადაც დაღუპვა აუცილებელია. კარგად გვხელმძღვანელობდა ჩვენი გამყოლი ცდოელი მარდი მოხევე გახა წიკლაური ანდრო თოფაძითურთ, რომელნიც ყოველ ნაბიჯზე გვამხნეებდნენ და უკვე წოწიდან ჩამოსულნი თოვლყინულაზე გაწოლილნი, როდესაც ადგომასაც არ ვაპირებდით, ძალათაც კი გვერეკებოდნენ. თანდათანობით ქვემოდ ჩამოსვლისას თავს კარგად ვგრძნობდით, ვიგრძენით შიმშილიც, რომელიც დილიდან არც გავგხსენებია, რადგან მაინდამაინც მაღაზეც არ ვყოფილვართ, თუმცა პროფესორი ალ. დიდებულიძე შოკოლადითაც გვიმას-

პინძლდებოდა. გველავედა და ძლიერ გვაწუხებდა წყურვილი, თოვლისა და ყინვის ჭამა სრულიადაც არ გვშველოდა; წუწვნა შაქრის ნატეხების, რომელიც ჯიბეში გვექონდა, ოდნავ გვინელებდა წყურვილს, მაგრამ წყალი პირდაპირ ჩვენ



სურათი 6. ექსპედიცია მიმავალი მყინვარწვერიისაკენ, მრისხანე კლდის ძირად თიფელინულაზე გადადის.

სანატრელ საგნად გადაიქცა. ერთ ყინულში მრისხანე კლდის ძირას გამოტეხილ მიდამომ, საიდანაც ყინულოვანი წყალი გადმოიჩუხჩუხდა, სრულიად მოგვასულიერა და უკვე მართლაც მოცოცხლებული დავეშვით შევარდენის ბუდეზე.



აქვე მოყვანილი ცხრილი ნათლად გვიჩვენებს მყინვარწვერზე ასვლის მიხედვით სხვადასხვა მწვერვალებზე ექსპედიციის წევრების მაჯა-სუნთქვის ცვალებადობას.

მაჯისცემა და სუნთქვა სხვადასხვა სიმაღლეებზე.

ადგილმდებარეობა	დიდებუ- ლიძის რა- ბინავარი.	შეგარდენის ბუდე	თოვლი- ნულა	მყინვარ- წვერი.	1923 წ.
სიმაღლე მეტრებში	2516	3584	4463	5038	
ჰაერწნევა მილიმეტრებში	574.5	504.3	464	419	30/VIII—3/IX
ჰაერის თბიერება	7.9 ⁰	8.3 ⁰	6.1 ⁰	—5 ⁰	

№.№	გვარი, სახელი	წლი- განე- ბა		სუნ- თქვა		სუნ- თქვა		სუნ- თქვა		შენიშვნა	
		მაჯა	სუნ- თქვა	მაჯა	სუნ- თქვა	მაჯა	სუნ- თქვა	მაჯა	სუნ- თქვა		
1.	დიდებულიძე ალექს.	39	78	27	87	27	115	28	—	ქოშინი ქოშინი თოვლი- ნულაზე	
2.	ქავთარაძე გიორგი	62	72	21	96	27	—	—	—		
3.	ცხაკაია სერგი	41	75	27	76	29	—	—	—		
4.	ლიპინსკი ედმუნდი	50	78	30	87	32	—	—	—		
5.	ჯაფარიძის ასული ალ.	28	81	23	84	24	94	25	111	25	
6.	გურგენიძე მიტო	40	77	26	94	28	—	—	—	—	
7.	კოჩერგინი ვიქტორი	33	75	27	96	27	—	—	—	ქოშინი შევა- რდენის ბუ- დეზე	
8.	თულაშვილი ვალენტ.	28	78	24	87	25	94	25	105	28	ქოშინი წოწზე თავბრუსსმა
9.	თოფაძე ანდრია	27	80	21	92	18	96	18	104	24	
10.	ხუჭუა შალვა	35	78	24	84	24	—	—	—	—	
11.	ინწკირველი ნიკ.	22	84	24	96	25	—	—	—	—	სისხლდენა შე ვარდენის ბუ- დეზე და დი- დებულიძის ნაბინავარზე
12.	ბენაშვილი ირაკლი	20	84	27	96	28	110	29	—	—	
13.	ვეისი არნოლდი	22	75	27	90	20	96	21	123	21	ქოშინი წოწზე თავბრუსსმა
14.	ასლანიშვილი სოსო	31	75	24	81	24	82	25	84	27	ქოშინი წოწზე თავბრუსსმა
15.	წიკლაური გახა	52	87	24	88	26	93	27	108	27	
16.	ზაგაშვილი ტარასა	22	87	18	88	21	91	18	99	18	
17.	ზაგაშვილი მიხეილი	40	78	21	96	21	105	21	—	—	სისხლდენა თოვლიწიუ- ლაზე

ამრიგად ზემოხსენებულ ცხრილის მიხედვით ჩვენ აშკარად ვამჩნევთ მყინვარწვერზე ყველა ამსვლელთა შორის, როგორც აუცილებელ პირობას გაშვიათებულ ჰაერში ყოფნისას მაჯის და სუნთქვის გაძლიერება-აჩქარებას. ეს ორი ნიშანი ყველას ემჩნევა იმისდა მიუხედავად მთის სწელეებამ მთამსვლელი საე-



სებით შეიპყრო თუ არა. საერთოდ კი ცვალებადობა დიდად შესამჩნევი არ იყო, ვინაიდან ექსპედიციამ მყინვარწვერზე ასვლა არა შეუჩერებლივ აწარმოა, არამედ თანდათანობით ხანგრძლივ შეჩერებით სხვადასხვა სიმაღლეებზე რამოდენიმე დღით. ეს გარემოება ცხადია ხელს უწყობდა ექსპედიციის წევრების შეთვისებას გაშვიათებულ ჰაერისადმი, რაც ამა თუ იმ მწვერვალზე მისვლისას პირველ დღეს სათანადოთ საგრძნობი იყო ყველასათვის და იყო შემთხვევები, როგორც ზემოთაც გვქონდა მოხსენებული მთის სნეულების ისეთ ნიშნების აღმოცენებისა, როგორიც არის სისხლდენა, ქოშინი, თავის ბრუალი და სხვა. მაგრამ სწორედ ამ გაშვიათებულ ჰაერის შეთვისებამ ხანგრძლივ ყოფნის გამო მწვერვალებზე, სახიფათო რამ სხეულისათვის შემდეგი გართულებებით მთის სნეულებას არაფერი დაუტოვებია. მხოლოდ ერთი რამ, რაც აუცილებლად ყურადსაღებია და მნიშვნელოვანი, როგორც მთის სნეულების გართულება შემდეგ ხანებში, უკვე ტფილისში ჩამოსკლისას; ეს იყო ზოგიერთ წვერების მძინარი მდგომარეობა, რაც შემდეგში გამოიხატებოდა: მყინვარწვერიდან დაბრუნებისას უკვე ტფილისში პირადად ჩემს თავს ვატყობდი ამ მძინარ მდგომარეობას; როგორც დაღამდებოდა თუ არა, სადაც უნდა ვყოფილიყავ, თავს ვერ ვიკავებდი და ჩამეძინებოდა ხოლმე. რამოდენიმეჯერ სტუმრად ყოფნის დროს და აგრეთვე თეატრშიც ტკბილ ძილს მივცემდი ხოლმე თავს. ასეთი მდგომარეობა გრძელდებოდა ორი თვის განმავლობაში, რის შემდეგაც ისევ წესიერ პირობებში ჩადგასხეული. ასეთსავე მდგომარეობას განიცდიდენ პროფესორი ალ. დიდებულ იძე და სხვა წევრებიც, უმთავრესად იგინი, ვინც მთის სნეულებამ შედარებით სხვებთან შესამჩნევად შეიპყრო.

ექსპედიციის წევრების მეორე ნაწილი (გ. წიკლაური, გ. ქავთარაძე, ს. ცხაკაია, ა. თოჯაძე, ა. ჯაფარიძის ასული) პირიქით სრულიად კარგად იყვნენ და მთის სნეულებამ მათ ვერაფერი დააკლო. მაგალითად ჩვენი ექსპედიციის წევრი სერგი ცხაკაია, რომელიც კარგი ამინდის გამო გ. ქავთარაძესთან ერთად გათენებიდან დაღამებამდე ყინვარების ადგილსახვითი (ტოპოგრაფიულ) მუშაობას აწარმოებდენ, ასე გადმოგვცემს თავის შთაბეჭდილებას: „ამინდს ცვლილება არ აჩნდა. 4 სექტემბერს დილის 6 საათიდან მუშაობა მომართული იყო „შევარდენის ბუდე“-დან მყინვარწვერისაკენ: მთა „კლდე-ქოხი“—მთა „მრისხანი“—თოვლიყინულა (3581, 3985, 4375, 4463 მეტრი)...

„იყო ნაშუადღევის სამი საათი, საუცხოვო კარგ ამინდმა და სულ მოკლე მანძილმა აგვაგსო წვერზე ასვლის სურვილმა, მაგრამ ჩვენი პირდაპირი მოვალეობა და დასახული მიზანი მოითხოვდენ ჩვენგან ყოველ მოხერხებულ წუთის გამოყენებას...

„მთის ჰავამ საოცარი მოქმედება იქონია ჩვენზე: 16 საათის განმავლობაში კლდიდან კლდეზე სიარულს, თითქმის ცარიელი კუჭით და წინაღობების უძილოდ გატარებას დალილობის კვალიც არ აღმოუჩენია ჩვენზე“*).

*) სერგი ცხაკაია. საქართველოში გეოდეზიურ და ტოპოგრაფიულ კვლევათა მოკლე ისტორიული მიმოხილვა. ტოპოგრაფიული მუშაობა მყინვარწვერის მიდამოებში, შესრულებული 1923 წლის აგვისტოში. (საქართველოს გეოგრაფიულ საზოგადოების მოახბე. № 1. ნაწ. I. გვ. 39. 1924. ტფილისი).

აქ საჭიროდ მიმაჩნია ერთგვარი შეფარდება გავატარო ჩვენს ექსპედიციის წევრებსა და დოც. გ. ნიკოლაძის ექსპედიციის წევრების შორის გაშვიათებულ ჰაერისადმი შეთვისების მხრივ.

პროფ. ა. დიდებულის ექსპედიციაში მყოფი წევრები შედარებით დოც. გ. ნიკოლაძის ექსპედიციაში მყოფ წევრებთან რასაკვირველია ჯანსაღობის მხრივ ბევრად მოისუსტებდნენ, ვინაიდან შემადგენლობა პირველ ექსპედიციისა უმთავრესად მოსამსახურე ამხანაგებისაგან შედგებოდა, რომელთაც ხანგრძლივად უხდებათ მაგიდასთან ჯდომა სხვადასხვა გამოკვლევითი მუშაობის საწარმოებლად და მასთანვე 1923 წელს მყინვარწვერზე მოწყობილი ექსპედიცია მათთვის თითქმის უჩვეულო იყო. პირიქით დოც. გ. ნიკოლაძის ექსპედიციაში მყოფი ახალგაზღობა — ეს საქართველოს მიდამოებში გაფრენებში (ექსკურსიებში) გამობრძმედილი ჯომარდები იყვნენ, სრულიად ჯანსაღნი, რომელნიც ალაგ-ალაგ ყინვარების მიდამოებში მხოლოდ მოკლე შარვლის ამარა, ნახევრად ტიტველი ეწეოდნენ მთასვლას და მყინვარწვერზე ასვლისას შედარებით ჩვენთან თითქმის შეუსვენებლივ გადალახეს ყინვარები და შეიჭრნენ მყინვარწვერზე საშინელ ქარბუქში, როდესაც მყინვარწვერზე ყინვა 20⁰-ს ახწევდა და საკვირველიც არ არის, როდესაც ზოგიერთ მათგანს ცხვირიდან „ცოტ ცოტათი სისხლი წვეთდა, ბევრს ძილი ერეოდა“, ვინაიდან როგორც გ. ნიკოლაძე წერს, მყინვარწვერზე „ყინვაც საშინელია. უღვაშებზე და წარბებზე ყინული ჩამოგვეყიდა. სახელოებზე ყინულის სანაჯურები გავვიკეთდა. მათარებში ყავა გაგვეყინა. თუ ტიტველ ხელს წერაყინის რკინას მივადებდით, ზედ ეკრობოდა ისე მაგრა, რომ მოცილება ძნელი იყო. ეს უკანასკნელი მოვლენა კი მოწმობს, რომ სიცივე 20 მენაკამდე იყო... ჩვენ დიდის ბრძოლით და წვალებით ნელნელა წინ მივდიოდით. მუშაობა გვახერებდა. დიდი ხნით დასვენება შეუძლებელი იყო, რომ ვინმე არ გაყინულიყო.

„აქ ნათლად დამტკიცდა, თუ ტანვარჯიშულ განვითარებას რა მნიშვნელობა ჰქონია. ფილტვები და გული ყველას მშვენივრად ჰქონდა. ვალერიანის წვეთები და სხვა რომელიმე წამალი არავის დასჭირებია, გაყინული ყავა ჩვენთვის მხოლოდ ზედმეტი ტვირთი გახდა. სიარულში კი ჩვენ, მალლა მთაში პირველად ამსვლელები, საუკეთესო გამყოლებს ვეჯიბრებოდით.

„მწვერვალზე ყველა მშვენივრად გრძობდა თავს. დაღალვის ნასახიც აღარავის ეტყობოდა და ყველა მზიარულად იყო.“

და როდესაც ასეთ სავსებით ჯანსაღ ჯომარდებს ადარებ მეორე ექსპედიციის წევრებს, მაინც მათი ნაკლებად განვითარებულ სხეულის და არა სავსებით ჯანმრთელ მდგომარეობის მიუხედავად, იმათაც 10 დღის განმავლობაში მყინვარწვერის მიდამოებში ყინვარებზე ცხოვრება შესძლეს და იმდენად კარგად შეეთვისნენ მთის ჰავას, რომ მთის სნეულების ნიშნები, რომელნიც სისწრაფით ეწყებოდათ, ისევ კვლავ უქრებოდათ შედარებით ჩქარა.

შევხვით ეხლა მთის სნეულების აცდენის პირობებს. აქ აუცილებელ საჭირო აღსანიშნავია ის გარემოება, თუ როგორ უნდა დავიცვათ თავი მთის სნეულებისაგან. საერთოდ ყველა მეცნიერი აღნიშნავს რომ ამ შემთხვევაში მისაღებია ორი ნიშნულგვანი პირობა: მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული ის



საწინალო ჩვენება, რომელსაც შეუძლია მთაში ასვლისას ძლიერი მოქმედება იქონიოს, და წინასწარი დაკვირებით გამობრძმედა მთასვლობაში.

აუცილებელი პირობაა რათა ყოველი მოქალაქე, ვისაც ოდნავ მაინც დაზიანებული აქვს გული, ფილტვები და თირკმელები, უეჭველად მოერიდოს მაღალ მთაში ასვლას (Regnier). შემთხვევები, როდესაც მთის სნეულებას სიკვდილი მოყოლია, აიხსნება იმით რომ ამის მიზეზი ყოფილა მაღალი დაზიანება იმ ორგანოებისა, რომელთა სისაღე უეჭველად საჭიროა მაღალ მთების გაშვიათებულ ჰაერში ყოფნის დროს.

მასთანვე წინასწარი ვარჯიშობა მთების სიმაღლეზე თანდათანობითი ასვლით და ამრიგად სხეულის შეთვისება გაშვიათებულ ჰაერში—მთის სნეულების წინაამდევ საუკეთესო საშვალეა.

ასეთი ვარჯიშობა ჩვენს ექსპედიციას ხევში ყოფნის დროს ერთგვარად მოუხდა კიდევ, ვინაიდან სოფელ სტეფანწმიდიდან ექსპედიციამ მოახდინა გაფრენი ქვენეთის მთისაკენ სამების ეკლესიის დღესასწაულის გამო; შემდეგ გაჩრებული დიდებულის ნაბინავარზე სხვადასხვა გამოკვლევათა გამო—დედარაკის ყინვარის მიდამოებში; დაბანაკებული შევარდენის ბუდეზე—ბართკორტის მთით კლდე-ქოხზე, მწყობის მთაზე და ჩათას ყინვარზე. და სწორედ ასეთი ვარჯიშობანი ხანგრძლივი შესვენებით, მასთანვე ძლიერ დინჯი და ნელი სვლა მთაში, კვლავ ქვევით ჩამოსვლით, აგრეთვე ხშირი შესვენებები კუნთების მოქანტულობის ასაცილებლად, რაც აუცილებელი პირობაა—რასაკვირველია ყოველივე ეს ჩვენთვის უეჭველად იყო გაშვიათებულ ჰაერში ყოფნის დროს მისი ნამდვილი ათვისება.

მთამსვლელი უნდა ცდილობდეს, რათა სიცივემ სხეულს არ მიეკაროს, რათა სხეული მჟავადის ზედმეტ შთანთქმისაგან დაცული იყოს.

საერთოდ კი მთის სნეულების ნიშნების ძლიერი განვითარებისას მისი მოქმედების შესასუსტებლად უნდა მივიღოთ შემდეგი ზომები: მოსვენება თბილად წოლითი მდგომარეობაში, თბილი და უხვი სასმისი მომწამლავ ნივთიერებათა გამოსადენად, სათანადო ჰიგიენური ფარეზი.

ჩვენს ექსპედიციაში მთის სნეულების ასაცილებლად და მის საწინაამდეგო ზომები ზემოხსენებულის გარდა შემდეგში გამოიხატებოდა:

კვების მხრივ თითო წევრზე დღეში ნაანგარიშევი იყო:	
ნახში (სუხარი)	600.0
ქონი ღორის (დამარილებული)	100.0
კარაქი	50.0
შაქარი	100.0
შოკოლადი *)	50.0
ყავა	20.0
რძე (დაყურსული)	25.0
ხორცის ჩანადი (კონსერვი)	100.0
ბოსტნეულის ჩანადი	100.0

*) მაღალ ასაკლებზე და გაძლიერებულ მუშაობის დროს გვეძლეოდა.

ძეხვი	50.0
კონიაკი *)	20.0
მარილი	20.0
ვალერიანის წვეთები	3.0

ვალერიანის წვეთებს (T-ra Valeriani) ვაძლევდით უკვე 3000 მეტრის ზემოდ მაგარ ყავაში გახსნილს, 15 წვეთი 40 კუბ. სტმ. ყავაზე, დღეში სამჯერ; რასაკვირველია საერთო მდგომარეობის მიხედვით ზოგს მეტს, ზოგს ნაკლებს თავბრუსხვევის, გულის სისუსტის, გაძნელებულ სუნთქვის და სიარულ-მუშაობის დროს. თვით მყინვარწვერისაკენ ასვლისას მაგარი ცხელი ყავა ვალერიანის წვეთებით შეზავებული მოთავსებული გვექონდა ტერმოსში, რათა არ გაყინულიყო და მუდმივ საჭიროებისამებრ ერთგვარ მდგომარეობაში ყოფილიყო. როგორც ზემოთ მქონდა აღნიშნული სამი კაცი ასეთ მომზადებულ ყავამ მთის სნეულეებით შეპყრობილნი მყინვარწვერის წოწხე საცხებით გამოგვაკეთა. სწორედ ამის გამო ტერმოსი ამგვარ მთასვლელობისას აუცილებელ ხელსაწყოს შეადგენს, ვინაიდან სხვაგვარ ტურტელში ყავა გაიყინება, როგორც ეს მოუვიდათ გ. ნიკოლაძის ექსპედიციაში, სადაც მათარებში ყავა სრულიად გაიყინათ. ორ შემთხვევაში, როდესაც ცხვირიდან სისხლი წავარდათ ექსპედიციის ერთ წევრს და ერთ მოხვევთაგანს, ვიხმარეთ Extract. Hydrast. canadens. fluidum 15—20 წვეთი თითო მიღებაზე.

ამას გარდა მთასვლა-მგზავროსნობაში სხვა აუცილებელი საჭირო წამლეულობა და მასალაც თან გვექონდა.

აქვე საჭიროდ მიმაჩნია აღვნიშნო ერთი ზომა, რომელიც მიღებული იყო ინგლისელების მიერ 1904 წელს ტიბეტში გამგზავრებულ სამხედრო ექსპედიციაში, რომელსაც ხელმძღვანელობდა იონხგესბენდი. როგორც აგვიწერს აღნიშნულ ექსპედიციაში მყოფი სამხედრო კორესპონდენტი იოდელი, მთის სნეულების წინაამდგე ექსპედიციაში ფართო ზომისადრით ყოფილა ხმარებული ფენაცეტინი არაყში. გახსნილი, რასაც როგორც ჯარისკაცებს, ისე ოფიცრებს ყოველდღიურად ასმევდენ**), აქ შეიძლება ჩვენი მხრივ დავასკვნათ ასეთ საშვალების შესახებ ის რომ, ფენაცეტინი ხმარებული იქნებოდა თავის ტკივილების წინაამდგე, მხოლოდ არაყი აღვჩნებისათვის.

დასასრულ მე მინდა გამოვთქვა შემდეგი: მყინვარწვერისაკენ გამგზავრების დროს მე სრულიადაც აზრად არ მქონია მეწარმოები დაკვირვებანი მთის სნეულებაზე, არამედ მივდიოდი მხოლოდ როგორც ერთი დამხმარე წვერი-მკურნალთაგანი ექსპედიციის წევრების დასახმარებლად. საჭირო შემთხვევაში და რასაკვირველია ამის გამო საჭირო ხელსაწყოები სხვადასხვა დაწვრილებითი დაკვირვებათა წარმოებისათვის მთის სნეულებაზე მე ხელთ არ მქონია. მხოლოდ უკვე ყინვარებზე ყოფნისას, როდესაც მე ვიხილე მთის სნეულების სურათი მის ყოველ ნიშნებით, აღვიტურვე სურვილით მეწარმოებია ის მცირე დაკვირვებანი, რომელთა აღნუსხვის საშვალება მომეცა პროფ. ა. დიდებულის მიერ

*) ორჯერ დღეში ათ-ათი კუბ. სტმ.

***) Иоддель. Лхасса и ея тайны.

მოწყობილ საქართველოს გეოფიზიკურ ობსერვატორიის სამეცნიერო ექსპედიციის უფროსისა.

ჩემი გულწრფელი მადლობა დიდად პატივცემულ პროფესორს ალექსანდრე დიდებულ იძებს, რომელმაც უბრალოდ და მეგობრულად დამითმომო ადგილი მის მიერ მოწყობილ ექსპედიციაში.

ჩემი ძმური და მეგობრული სალამი აშხ. გიორგი ნიკოლაძეს, რომელმაც პირველად მიმიწვია მყინვარწვერისაკენ სამოგზაუროდ და პროფ. ა. დიდებულის ექსპედიციისაკენ მიმითითა.

მადლობა ექსპედიციის ყველა წევრებს და ჩვენთან მყოფ მოხვედრებს მეგობარ გახა წიკლაურის მეთაურობით, რომლებიც ჩემს დაკვირებათა საგანი შეიქნენ.



სურათი 7.

მყინვარწვერი საქართველოს სამხედრო გზიდან—სოფ. სტეფანწმიდიდან.

II

ე პ ი მ ო ხ ი ლ ვ ე ბ ი.

3. ე პ ი მ ო ხ ი ლ ვ ე ბ ი

ნერვულ კლინიკის ასისტენტი.

ეპიდემიური ენცეფალიტი (Encephalitis epidemica s. lethargica)

ინგლისში ამ წლის პირველ ნახევარში
ლეტარგიული ენცეფალიტით ავთ გამზ-
დარა 2,473 სული. სიკვდილიანობის %
12—21⁰ ი-დი.

გაზეთიდან.

მსოფლიო ომის გათავებისას, რომელმაც საშინელი ზიანი მიაყენა კაცობრიობას, გაჩნდა სწრაფლ გადამდები სნეულება ისპანეთში 1917 წ. და იქიდან მკელ ხმელეთს მოედო. ამ ავადმყოფობას-ინფლუნცას, რომელსაც უწოდეს „ისპანკა“ არც საქართველო გამოჩინია. 1918/19 წლებში ჩვენში არ დარჩენილა კუთხე, სადაც მას არ გაენავარდოს და თავისი დალი არ დაემჩნიოს. გამოჩენილა თუ არა ეს ავადმყოფობა, ევროპაში თავი იჩინა და შემდეგ დაგვიანებით ჩვენშიც შემოიპარა, ამაზე უფრო სასტიკი და საშინელი სენი—ეპიდემიური ენცეფალიტი. ამ ორი ზემოხსენებული ავადმყოფობათა შორის მეცნიერნი ნათესაობას ნახულობენ. გაჩნდება თუ არა პირველი მას თან მოსდევს მეორე, ასე იყო 1889/90 წლებში და ასე მოხდა 1917/18 წ. ამათი ნათესაობის შესახებ ქვემოთ, ჯერ კი შევეხოთ თვით ეპიდემიურ ენცეფალიტს. ენცეფალიტი—ტვინის ანთებაა და არის ორი სახის: სპორადიული და ეპიდემიური. ჩვენ გვიანტერესებს მეორე. ეპიდემიური ენცეფალიტის პირველი შემთხვევა 1915 წ. ვერდენში იყო, ხოლო ეპიდემიური ხასიათი მას მიეცა 1916/17 წ. საფრანგეთსა და ავსტრიაში. ეს სნეულება პირველად ვრცლად ასწერა ავსტრიელ აქიმა ეკონომიშ, რომელმაც ამ სენს დაარქვა Encephalitis lethargica, რადგან ავადმყოფთ სულ ეძინათ. 1918 წ. ეს ავადმყოფობა ესტუმრება გერმანეთს, იტალიას და ინგლისს. 1919/20 წ. გადადის რუსეთში, განსაკუთრებით მის სამხრეთ ნაწილში, საქართველოში კი მხოლოდ 1921/22 წ. გვხვდება.

ეპიდემიური ენცეფალიტის დასაწყისი მწვავეა, ავადმყოფს აწუხებს ტკივილი სახსრებში, წელში, თვალებში, თავის ტკივილი, ბრუალი და ძილიანობა. ამით მალე დაერთვის სიციხე და მხედველობის გაორება, საგნებს რიგიანად ვერ



არჩევს, ქუთუთოები ჩამოშვებულია (Ptosis), სახის გამომეტყველება ჩლუნგი-ქანდაკისებრი; წევს ავადმყოფი გაუნძრევლათ, ერთ მდგომარეობაში (ძლიერ უხერხულშია) დიდხანს არის, დარდი მას არაფრისა აქვს, ახლობელთ უგულოთ ექცევა. აქიმის ყურადღებას იპყრობს ნებისყოფითი მოძრაობის სიღარიბე, დიდის ნელა თავჩაღუნული, ტანის ზედა ნაწილი წინ აქვს წაწეული, იდაყვი ტანზეა მიკრული, ფეხები მუხლში ოდნავ მოღუნული, ხმა დაბალი, ერთ-ფეროვანი. ავთმყოფი თვითონ არაფერს უჩივის, შეკითხვაზე პასუხს იძლევა დაგვიანებით, ნაწყვეტ-ნაწყვეტათ. ზოგიერთებს ნერწყვი ბლომათ მოსდის, ოფლის დენაც მომატებული აქვს, კუნთისა და სახსრების ტკივილს იშვიათათ შევხვდებით. წერა გამოცვლილია, ძნელი გასარჩევი. კუნთების ტონუსი მომატებულია—ჰიპერტონია ექსტრაპირამიდალური ხასიათისა, მყესთა და კანის რეფლექსები ცოცხალია, პათალოგიური—არ აქვს, მკრძნობელობა შენახულია. ასეთია საერთო სურათი ამ სნეულებისა და იმისდა მიხედვით თუ რომელი ამ ჩამოთვლილ ნიშნებისა უფრო სჭარბობს იყოფა ჯგუფებად. მაგ. ერთ ჯგუფს შეადგენს ამიოსტატიკური სიმპტომოკომპლექსი, ხოლო მეორეს ლეტარგიული-და სხვა.

ამიოსტატიკური სიმპტომოკომპლექსს შეადგენს კუნთების შებოჭვა, მათი კონტრაქტურა, ნებისყოფითი მოძრაობათა სიღარიბე, ამიშია, ნერწყვის დენა, დიზარტრია, დისთავია და ასტენია. ენცეფალიტის დროს ტონუსის მოშლა მთავარ ნიშანს წარმოადგენს, კლინიკურათ ვარჩევა თუ რანაირ ტონუსის მოშლასთან გვაქვს საქმე ძნელი არ არის. მაგალ. პირამიდალური გზების დაზიანების დროს გვაქვს ჰიპერტონია-ტონუსის მომატება და იმავე დროს სპასტიური მოვლენა, მყესთა რეფლექსები მომატებული, Babinski's და Rossolimo's ნიშანი და ნამდვილი დამბლა, ექსტრაპირამიდალური გზების დაზიანების დროს კი ჰიპერტონია არის, მაგრამ სხვა დანარჩენი სიმპტომი არც ერთი. ამ ჰიპერტონიაშიც არის ვარჩევა. ექსტრაპირამიდალურის-დროს ზიანდება, როგორც სინერგიული, ისე ანერგიული კუნთები, რის გამო გვაქვს ტონუსის მომატება რომელიც სულ რჩება პასიური მოძრაობის დროს, აღსანიშნავია აგრეთვე დიდი ღონე პასიური წინააღმდეგობისა და სისუსტე აქტიური მოძრაობისა. ნებისყოფითი მოძრაობათა სიღარიბე, სახის ჩლუნგი გამომეტყველება შედეგია c. pallidi's დაზიანების. ზოგიერთს აქვს ქონიანი სახე, რაც უნდა აიხსნას სამპატიური ფუნქციის მოშლით n. lenticularis'-ის დაავადების გამო, ამითვე აიხსნება ზედმეტი ოფლის დენა. Striatum'-ის დაზიანება იწვევს—ამიშიას, ავტომატიური მოძრაობათა მოსპობას. ხოლო კუნთების ტონუსის მომატება, ნაძალადევი მოძრაობანი და აღიადოხოკინეზი არის მიზეზი pallidi's ნათხემზე შემაკავებელ მოქმედების მოშლის. რაც შეეხება კუნთებისა და სახსრების ტკივილებს, რაც ავთმყოფს საშინლათ აწუხებს აიხსნება thal. opt. დაზიანებით. ნათხემის ნიშნები აიხსნება არა ნათხემის დაზიანებით არამედ იმ გზისა, რომელიც აერთებს ნათხემს ძირითადი გლიასით trac. cerebellio-rubro-lenticul. ნისტაგმი ნიშანია, იმ გზის დაზიანების, რომელიც მიდის დეიტერსის ბირთვთან. ამნაირათ, როგორც დავინახეთ ენცეფალიტის ამიოსტატიკური სიმპტომოკომპლექსი შეიცავს რამდენიმე ჯგუფს სიმპტომებისას ანატომიურათ ეს აიხსნება c. Striatum'-ის ნათხემთან და შუბლის წილთან ვიწრო კავშირით. ეს სამი ორგანო ზოლ-ზოლი სხეული, ნათხე-



მი, შუბლის წილი შეერთებული Strati—pallidi's სისტემით—ნათხემის ფენი; წითელი ბირთვი trac. შეადგენს სამს დამოუკიდებელს მამოძრავებელ აპარატს. ენცეფალიტური ამიოსტატიკური სიმპტომოკომპლექსი არის შედეგი ამ სამივე ექსტრაპირამიდალური სისტემების დაზიანების.

ლეტარგიული ჯგუფის ნიშნებს შეადგენს ნისტაგმი, თვალის მამოძრავებელი ნერვების მოშლა, ინკორდინაცია და ძილიანობა. N. oculomotorius'-ი, თვალის შიგნითა და გარეთა კუნთები ხშირათ ზიანდება; აგრეთვე ხშირია Pto-sis'-ი, ხანდისხან გევხდება n. abducens'-ის, n. facialis'-ის და n. trigeminus'-ის მამოძრავებელი ნაწილის დაზიანება. ამ ჯგუფის დამახასიათებელი თვისებაა ძილიანობა, ავთომყოფს ძინავს ხმაურობაში, გასინჯვის და ჭამის დროს, ძინავს უხერხულ მდგომარეობაშიც, პასუხს დიდხანს არ იძლევა, თავს დაღლილათ გრძნობს, მიუხედავათ ასეთი უზომო ძილისა. ეს ძილი განსხვავდება ფიზიოლოგიური ძილისაგან, რომელისთვის საჭიროა ქერქის მონაწილეობა, ლეტარგიული ენცეფალიტის დროს Голыдплам'-ი აღნიშნავს ნორმალური ძილის ნიშნების არ არსებობას: მიოზი არ არის, თვალის კაკლები სხვადასხვა მხარეებისკენ არ იყურება, ავადმყოფი გამოძინებას ვერ გრძნობს, ისინი ჩივიან, რომ მათ ძილი უნდათ, მაგრამ ვერ იძინებენ. ამ ავადმყოფობის დროს ძილი გამოწვეულია მე-III პარაკუტის ანთებითი პროცესით. მე-IV პარაკუტის, Reg. subthal. და ტვინის ფენის დაზიანება ხსნის ყველა დანარჩენ ნიშნებს ლეტარგიულ ენცეფალიტისას.

გარდა ამ ორი მთავარი ჯგუფისა, საჭიროა ვაკვრით მოვიხსენიოთ სხვა ფორმებიც: ა) პსიქიური ფორმა. მწვავე ენცეფალიტის დროს ცოტათ თუ ბევრათ პსიქიკა ყოველთვის ზიანდება, ხოლო ხანდისხან პსიქიური მოვლენები ყველა დანარჩენს სჭარბობენ. ავთომყოფი დროსა, ადგილსა და თავის მდგომარეობაში ვერ ერკვევა, ნათესავებს ვერ სცნობს, შფოთავს, ყვირის, ხან იცინის და ხან ტირის, პალატიდან გარბის, ზოგიერთი მათგანი ლოკინში ისვრება, ონანიზმს აკეთებს. ასეთ ფორმის დროს ცხადია დაზიანებულია ტვინის ქერქი და რბილი გარსი. ბ) მენინგიალური ნიშნები ხშირათ გევხდება ენცეფალიტის დროს; მაგრამ აღსანიშნავია Dreyfus'-ის მიერ გამოყოფილი ფორმა—Encephalitis meningitica, რომლის ნიშნებია: თავის ტკივალი, ყაბზობა, კერნიეგის ნიშანი, კეფის კუნთების ჰიპერტონია. ასეთი მენინგიტის გარჩევა ცერებრო-სპინალური ეპიდემიური მენინგიტისაგან შეიძლება ზურგის ტვინის სითხის ბაქტერიოლოგიურ და ციტოლოგიურ თვისებებით.

გ) ეპილექტიური ფორმა ძლიერ იშვიათია, მაგრამ არის აწერილი რამდენიმე შემთხვევა Strümpell'-ის მიერ, მას ქონია 7—8 შემთხვევა, როდესაც ახალგაზდა ჯანსაღნი უეცრათ ავათ ხდებოდნენ, სიცხეს აძლევდა, ქონიათ ტვინის ანთების ნიშნები და ეპილექტიური მოვლები, რამდენიმე დღის განმავლობაში კვდებოდნენ. მაკროსკოპიულათ ტვინში არავითარი ცვლილება, ხოლო მიკროსკოპიულათ მცირეოდენი. Strümpell'-ს ესენი მიაჩნია ეპიდემიური ენცეფალიტის მძიმე ფორმათ.

Bolten'-ის აზრით უმეტესი ნაწილი „გენუინური“ ეპილექსიისა შედეგია meningo-encephalitis'-ის, ეპილექტიური მოვლა გამოწვეულია ტვინის ქერქის, რბილი გარსისა და იშვიათათ ქერქ-ქვეშა ნივთიერების ანთებით. იმის გამოსარ-



კვევათ თუ რანაირი ეპილეპსიასთან გვაქვს საქმე საჭიროა ზურგის ტვინის სითხის გამოკვლევა.

დ) ჰიპერკინეტური ფორმა: ქორეიტული, ატეტოზური და მიოკლონური ნიშნები ენცეფალიტის 1919/20 წ. ეპიდემიაში აღწერილი. ნაძალადევი მოძრაობა ხასიათდება თავის უსისტემობით, უმიზნობით, ნამეტანი სიჩქარით და ურითმიულობით, ასეთი მოძრაობა ძლიერდება სიარულისა და აღელვების დროს ძილში კი სრულიად ისპობა. ამგვარ მოძრაობას ხშირათ ვხვდებით ნათხემის ზედა ფეხებისა და წითელი ბირთვების დაზიანების დროს. ქორეიტული მოძრაობა უფრო ხშირათ გვხვდება მაშინ, როცა დაზიანებულია thal. opticus-ი. იშვიათათ ზიანდება ჰენისფეროები, რომლის შედეგათ ვღებულობთ mono—hemi—paraplegia-ს, და მეტყველების მოშლას, ავათმყოფს აქვს აფაზია.

ეთიოლოგია. ჩვენ მოვიხსენიეთ ეპიდემიურ ენცეფალიტსა და ინფლუენცას შორის კავშირი, ამჟამათ საჭიროა მისი გამოკვლევა. ზოგიერთის აზრით (Bonhöfter)—ენცეფალიტი არის გრიპის ლოკაზაცია ტვინში, სხვების აზრით (Stern, Umber) ენცეფალიტისათვის ინფლუენცა მხოლოთ ნიადაგს ამზადებს, Strümpell-ი კი არც ერთს არ ეთანხმება, მისი აზრით ესენი ეთიოლოგიურათ სხვადასხვა ავათმყოფობა არის და მხოლოთ მათი გავრცელების პირობაა ერთნაირიო. ამ საკითხის გამოსარკვევათ Bieling-მა და Weilchrod-მა 1920 წ. მოახდინეს სეროლოგიური გამოკვლევა და მიიღეს შემდეგი დასკვნა: ეპიდემიური ენცეფალიტის დროს ხშირათ ავათმყოფობის მიმდინარეობაში ინფლუენცის ბაცილის წინააღმდეგ ჩნდება აკლიუტინინი. ენცეფალიტი და ინფლუენცა სეროლოგიური გამოკვლევის მიხედვით უნდა განვიხილოთ როგორც ერთგვარი სნეულება.

ამგვარივე ცდა გააკეთეს Conradi-მ და Palitroci-მა, მაგრამ უარყოფითი შედეგი მიიღეს, ასე რომ ამ საკითხში მეცნიერთა შორის ჯერ-ჯერობით ერთი აზრი არ არსებობს. ერთი კი უდავოა, ინფლუენცა ნიადაგს ამზადებს ენცეფალიტისთვის—სისხლის მიმოქცევის ორგანოების, ცხვირ-ყელის ლორწოვანი გარსების დაზიანებით. როგორც ვიცით 1882/90 წ. ინფლუენციის პანდემიას ეპიდემიური ენცეფალიტი მოყვა. 1917 წ. ვენაში ენცეფალიტის ეპიდემიას წინ უძლოდა ინფლუენცა. 1917/18 წ. აწერილია ინფლუენციის პანდემია, რომლის შემდეგ ისევ ენცეფალიტის ეპიდემიამ იფეთქა.

პროფ. Wiesner-მა ლეტარგიული ენცეფალიტის გამომწვევათ გამოყო პოლიმორფული გრამ-დადებითი დიპლოსტრეპტოკოკი პროფ. Wiesner-ის აღმოჩენა, თუმცა შემდეგმა გამოკვლევებმაც დაამტკიცეს, მაგრამ Streptococcus pleomorphus-ი არ შეიძლება სპეციფიური მივიჩნიოთ ლეტარგიული ენცეფალიტისთვის, ვინაიდან ის სხვა გადამდებ სნეულების დროსაც გვხვდება მაგ. პოლიომიელიტი, ენდოკარდიტი, ფილტვების ანთება, პოლიმიოზიტი და სხვ.

უკანასკნელ ეპიდემიის დროს უკრაინაში პროფ. Падлевский-ის სპეციფიური კოკი უნახავს ენცეფალიტიანი ავათმყოფის სისხლსა და ზურგის ტვინის სითხეში და ამის მიხედვით პროფ. Держинский გვიჩვენებს ამ ავათმყოფობას „ნეიროტროპიული კოკემია“ უწოდოთ, მაგრამ ეს სპეციფიური კოკი პროფ. Падлевский-ს მეტს ჯერ სხვას არ უნახავს და ანიტომ დაამტკიცებულათ ვერ ჩათვლება.



Розенталь'ის აზრით ენცეფალიტის ვირუსი ნერწყვსა და herpes-ში იწვევს ფეხს, ის სუსტია და ორგანიზმისთვის უვნებელი, მაგრამ დროთა განმავლობაში, ზოგიერთი პირობების მეოხებით, ის ღონიერდება, აქტივობას იჩენს, ნეიროტოპიულ თვისებას იღებს და ტვინს აზიანებს.

ასეა თუ ისე ენცეფალიტი გადამდები სენია, მაგრამ საბედნიეროდ მისი გადადება იშვიათათ ხდება, Netter'ის სტატისტიკით მხოლოდ 4.6% ს უდრის.

ავათმყოფობის მსვლელობა. ეპიდემიური ენცეფალიტის კლინიკური სურათი ცვალებადია: მძიმე ფორმასთან, რომელიც რამდენიმე დღის განმავლობაში სიკვდილით თავდება, ამბულატორიული—მსუბუქი ფორმაც გვხვდება. ამ უკანასკნელის დროს მთელი ავათმყოფობა თითქმის შეუმჩნეველათ მიმდინარეობს, უბრალო შეცივებას წააგავს. ავათმყოფს სიცხე ოდნავ მომატებული აქვს, ეძინება, თვალის მამოძრავებელი ნერვების სისუსტე ემჩნევა და ნევრალგიური ტკივილი აწუხებს. ზოგიერთს მხოლოდ სლოკინი აუტყდება, რომელიც გრძელდება რამდენიმე დღე, ხანდისხან ორი კვირაც და შემდეგ ერთბაშად შეწყდება. ეპიდემიური სლოკინი ენცეფალიტს ხან წინ უძღვის, ხან მასთან ერთად არის. სლოკინი წამში 6—15-დღე, სუნთქვა და პულსი ნორმა, სისხლის წნევა დაცემული. ეპიდემიური ენცეფალიტის პროდრამალურ ხანაში აღნიშნულია თავის ტკივილი, სიცხის მომატება, საერთო სისუსტე და მოძრაობის ცოტაოდენი შეზღუდვა, აგრეთვე ავათმყოფს დაწყებისას აწუხებს უძილობა, რომელიც შემდეგში ძილიანობით იცვლება, ამ პროდრამალური მოვლენების შემდეგ ვითარდება ეპიდემიური ენცეფალიტის ზემოაღნიშნული ნიშნები: თავის მამოძრავებელი ნერვების დამბლა, ექსტრაპირამიდალური ჰიპერტონია, შეზღუდვით, ძილიანობა, ნერწყვის და ოფლის დენა, ტკივილი და სხვ.

ასეთი მდგომარეობა შეიძლება გაგრძელდეს რამდენიმე კვირიდან რამდენიმე თვემდე. ეს მწვავე პერიოდი თავდება ან სიკვდილით, ან განკურნებით, ან ქრონიკულ ფორმაში გადასვლით. ეს უკანასკნელი კლინიკურათ ხასიათდება ექსტრა-პირამიდალური გზების დასუსტებით ან მისი გაღიზიანებით. პირველ შემთხვევაში გვაქვს „პარკინსონიზმი“ ე. ი. კუნთების ტონუსის მომატება, ჩლუნგი. ქანდიკაბებრი სახე, ნელი მეტყველება, ნერწყვი და ოფლის დენა, მოძრაობათა სიღარიბე და სხ.

მეორე შემთხვევაში გვაქვს კანკალი: ხორეტიული ატეტოზური და მიოკლონიური. ერთი სიტყვით ენცეფალიტის შემდეგ ყველაზე უფრო ხშირად ექსტრა-პირამიდალური გზების მოშლას ვღებულობთ, სჩანს ისეთი ინფექციასთან გვაქვს საქმე, რომელიც განსაკუთრებით cor. striatum'ის ეტანება. ლეტარგიული ენცეფალიტი, რომელიც გადადის ამიოსტატიკური სიმპტომოკომპლექსში ხშირად ღებულობს ქრონიკული პროგრესიული მსვლელობას. თუ სიცხე დიდხანს გრძელდება, ასეთი ენცეფალიტი ცუდ შედეგს იძლევა, ხოლო სიცხის თანდათანობითი დაყარდნა კარგ იმედს გვაქლევს, პროგრესიულათ მიმდინარე სივამხდრე ცუდი ნიშანია, ხოლო წონაში ზომიერი მომატება მაჩვენებელია მწვავე ფორმის გათავების და გაუმჯობესების. ჰიპერკინეტული ფორმის პროგნოზი ცუდია.

დიაგნოზი. თუმცა ეპიდემიური ენცეფალიტი პოლიმორფიული ავათმყოფობაა, მაგრამ მისი გამოცნობა, იშვიათ შემთხვევის გარდა, სიძნელეს არ



წარმოადგენს. ენცეფალიტის მსგავს სურათს იძლევა სისხლის ჩაქცევა განსაკუთრებით caps. interna-ში cor. striatum-ის დაზიანებით, მაგრამ ამ შემთხვევაში ყველა ნიშნებს პირამიდალური-სქარბობს, სისხლ ჩაქცევის დროს უფრო ხშირათ საქმე გვაქვს ბებერთან, არტერიოსკლეროზიანთან და შინაგან ორგანოების დაავადებულთან. გარდა ამისა ენცეფალიტის დროს ავათმყოფობა თანდათან მატულობს, სისხლ ჩაქცევისას კი კლებულობს.

ენცეფალიტის დაწყებისას შეიძლება ხანდისხან ხორცმეტზედაც ვიფიქროთ, მაგრამ ხორცმეტის წინააღმდეგ ლაპარაკობს მწვავე დასაწყისი, t¹ მომატება, ზოგჯერ პსიქიური მოვლენები, განსაკუთრებით დიდ სამსახურს გვიწევს თვალის ფსკერის გასინჯვა, თუ შეშუპებული დვრილი აღმოჩნდა ხორცმეტის ნიშანია, რადგან ენცეფალიტის დროს დვრილის შეშუპება ძლიერ იშვიათია. თუ რამე მიზეზის გამო მათი გარჩევა ძნელი შეიქნა, მაშინ ზურგის ტვინის სითხე უნდა გაისინჯოს. პლეოციტოზი, ჰიპერალბუმინოზი და ხან ჰემორაგიული სითხე ენცეფალიტზე მიგვითითებს, ხოლო ნორმალური ზურგის ტვინის სითხე ხორცმეტზე.

ტვინის სიფილისიც იძლევა ენცეფალიტის მსგავს სურათს, მაგრამ სიფილისის დროს ანამნეზში ინფექცია გვაქვს, სისხლსა და ზურგის ტვინის სითხეში Vasserman-ის და Nonna-Apelt-ის რეაქცია. ტვინის სიფილისი მხედველობის ნერვს ხშირათ აზიანებს, ხოლო ენცეფალიტი კი ძლიერ იშვიათათ. სიფილისი ხშირათ ზურგის ტვინსაც აზიანებს, ენცეფალიტის დროს კი ზურგის ტვინის დაზიანება ნამეტანი იშვიათია. პროგრესიული დამბლასა და ენცეფალიტის შორისაც არის საერთო ნიშნები: თვალის გუგების უთანასწორობა, სინათლეზე მათი რეაქციის მოსპობა, დიზარტრია და ცნობიერების დაქვეითება. ამ შემთხვევაშიც, გარდა ავათმყოფობის სხვადასხვანაირი მსვლელობისა, გვშვებლის Vasserman-ის რეაქცია, რომელიც დადებითია პროგრესიული დამბლის დროს და უარყოფითი ენცეფალიტის დროს. ენცეფალიტის მსგავს ნიშნებს, ფუნქციონალური ავათმყოფობა-ისტერიაც იძლევა. ძილიანობა ისტერიასა და ენცეფალიტის დროს ადვილი გასარჩევია, ისტერიას ძილი თეატრალურია, თითქოს ისეთი ღრმაა, რომ ახლობელთ გაღვიძება უჭირთ, ენცეფალიტის დროს გაღვიძება ადვილია და თეატრალობის ნიმუშიც არ ემჩნევა. ისტერიული Ptosis-ი წარმოადგენს ქუთუთოების შეერთებას ე. ი. m. orbicularis oculi-ის შეკუმშვას, როცა ამნაირ ავათმყოფეს ვთხოვთ თვალის გაღებას, მას არ ემჩნევა შუბლის კუნთის დაჭიმვა, რაც ხდება ნამდვილი Ptosis-ის დროს (ენცეფალიტი).

წამლობა. სპეციფიური წამალი ენცეფალიტისთვის სამწუხაროთ ჯერ კიდევ არ არის გამოგონილი და ამ ავათმყოფობის დროს მივმართავთ ხოლმე სიმპტომატიური საშვალეებს, ამ უკანასკნელში პირველი ადგილი უჭირავს Protropin-ს, რომელსაც დღეში 3—4-ჯერ აძლევენ 0,5; ამ ბოლო დროს მისი ინტრავენური შემხაპუნებასაც გვირჩევენ. ზოგიერთებს კარგი შედეგი მიუღია უროტროპინისა და ელქტროგოლის ინტრავენური შემხაპუნებით. ვენაში უშხაპუნებენ 2.0—3.0—5% უროტროპინს და 5 კ. სან. იზოტონური ელექტარაგოლს. ენცეფალიტის დროს აგრეთვე პროტეინოთერაპიასაც მიმართავენ; რძეს კუნთში უშხაპუნებენ, დოზა 2.0 ყოველ მეორე დღეს, თითოეულ ავათმყოფეს 10—20-დღე.

პროფ. Моргулис'ი ხმარობს რძეს და უროტროპინ-ელექტრორგოლს ერთად პირველად უშხაპუნებენ რძეს, ხოლო რამდენიმე საათის შემდეგ უროტროპინ-ელექტრორგოლს. მართალია ავთომყოფის მდგომარეობა ობიექტიურათ უმჯობესდება, მაგრამ დასკვნა ამ მეთოდის შესახებ თვით ავტორს ჯერ არ გამოუტანია. უკანასკნელათ Henner'მა და სხვ. შემოიღეს Nat. Cacodyl. დიდი დოზების ვენაში უშხაპუნება, რომელსაც მათი აზრით მოყვა თვალსაჩინო გაუმჯობესება. ხმარობენ Sol. Nat. cacodyl. 50% და იწყებენ 1.0 ყოველ მეორე დღეს და აყავთ 5.0 მთელი კურსი უდრის 30.0 ენცეფალიტის შემდეგ დარჩენილი პარკნსონიზმს უნიშნავენ Scopolamin'ს, რომელსაც მოყვება ხოლმე მხოლოდ დროებითი გაუმჯობესება. Scopolamin 0.01; aq. destil. 100. M. D. S. თითო ჩაის კოვზი დღეში 3-ჯერ Scopolamin'ი შეიძლება დაენიშნეს კანქვეშ შესაუხაპუნებლათ. Buss'მა შემოიღო Trypoflavin'ის ვენაში უშხაპუნება ლეტარგიულ ენცეფალიტის დროს, ის პირველად უშხაპუნებს 5 კ. გრ. $\frac{1}{2}\%$ ხსნილი Trypoflavin'ისა და შემდეგ 10 კ. გრამს იმავე ხსნილისას ყოველ დღე 6—8 დღის განმავლობაში. ამ საშვალებას Buss'ი ძალიან აქებს, ამ წამლობით მას შესანიშნავი შედეგი მიუღია, თითქმის სრული განკურნობაც, მაგრამ მას მხოლოდ 9 შემთხვევა ყოლია. ეპიდემიური სლოკინის დროს გარდა მედიკანმეტებისა-belladonna, cocain, morphium-ისა, ხმარობენ დარსონვალისაციას ან ფარადიზაციას N. phrenicus'ისა, რასაც ხშირათ კარგი შედეგი მოყვება.

მიუხედავად ჩამოთვლილი წამლებისა, რადიკალური საშვალეა ენცეფალიტის წინააღმდეგ როგორც მოვიხსენიეთ, ჯერ კიდევ არ გვაქვს და გვიხდება ერთ შემთხვევაში მიემართოთ ერთს, მეორეში მეორე საშვალებას, მესამეში მათს შეერთებას, ასე რომ საჭიროა ყველა ამათ ცოდნა და სათანადოთ მოხმარება.

III

პორესპონდენციები.

საქართველოს ექიმთა მე-11-რე სამეცნიერო კონგრესი.

19—23 მაისს შესდგა სრულიად საქართველოს ექიმთა მე-11-რე სამეცნიერო კონგრესი მოწვეული ქართველ ექიმთა და ბუნების-მეტყველთა საზოგადოების თაოსნობით. კონგრესს დაესწრო ათარბებელი რიცხვი ქართველ ექიმებისა, როგორც თბილისიდან აგრეთვე პროვინციიდან ჩამოსულნი. საზეიმო სხდომა გახსნა ქართველ-ექიმთა და ბუნების-მეტყველთა საზოგადოების თავმჯდომარემ პროფ. დამბარაშვილმა, რომელიც მიესალმა დელეგატებს საზოგადოების სახელით და წინადადებით აერჩიათ საპატიო თავმჯდომარედ პროფ. ივ. ჯავახიშვილი და პროფ. პ. მელიქიშვილი. პრეზიდიუმში არჩეულ იქმნენ პროფესორები: ა. ალადაშვილი, ს. გოგიტიძე, ს. ვირსალაძე, მ. წინამძღვრიშვილი, გ. დამბარაშვილი, გ. მუხაძე, ალ. მაჭავარიანი, ექიმები კ. ლორთქიფანიძე, ნ. ჯანდიერი, ვ. ლორთქიფანიძე, დიმ. ნაზარაშვილი, მდივნებად ექიმები ა. ქავთარაძე, ნ. მახვილაძე, ნ. რუსიშვილი და ნ. ყიფშიძე.

პირველი სიტყვა წარმოსთქვა უნივერსიტეტის რექტორმა პროფ. ივ. ჯავახიშვილმა, რომელიც მიესალმა კონგრესს უნივერსიტეტის სახელით და უსურვა ნაყოფიერი მუშაობა. ბედნიერი ვარ, სთქვა რექტორმა, რომ პირველ ყრილობას მეორე მოყვა. კონგრესების მოწვევა არის ჩვეულებრივი მოვლენა უცხოეთში. სასიამოვნოა, რომ ეს წესი ჩვენშიც შემოიღეს. 47 მოხსენება, გამოცხადებული კონგრესის დღის წესრიგში, არის საუცხოვო დამამტკიცებელი იმ მუშაობისა, რომელიც ჩვენში სწარმოებს. ყველა აქ აღნიშნული უმთავრესი სნეულებანი მართლაც დიდ უბედურებას წარმოადგენენ ჩვენი ერისთვის. ჩვენ მრავალ-რიცხოვანი ექიმები გვყვანან, ჩვენი უნივერსიტეტის ახალგაზდა ექიმები პროვინციებს უნდა მოედგინენ. ჩვენ ეხლა თითქმის გადავეჩვიეთ წიგნების კითხვას, წიგნები აღარ არსებობს. მე ვშიშობ, რომ პროვინციაში წასული ახალგაზდობა არ ჩამორჩეს იმ მეცნიერებას, რომელიც ყოველ დღე წინ მიდის. მე ვისურვებ, რომ ამ კონგრესმა ყურადღება მიაქციოს ჟურნალის გამოცემას. დარწმუნებული ვარ, რომ ის მოხსენებანი, რომელნიც წარმოდგენილია კონგრესზედ, სრულიად სამკარის მასალათ ჩათვლებიან ჟურნალისთვის. წარსული კონგრესის მასალა ჯერ არ არის დაბეჭდილი, ეს არა სასიამოვნო მოვლენაა. ამ კონგრესს უნდა მოჰყვეს სამეცნიერო ჟურნალი და ამ გზით გაეხადოს სამეცნიერო ქსელი პროვინციასა და თბილისის ექიმთა შორის. პროვინციაში არსებობს სიძნელე

მეცნიერული, ცენტრი უნდა მოეხმაროს მას, უნდა შეიქმნას ორგანო, რომელიც ორ წელიწადში ერთხელ—კი არ გამოვა, არამედ მკითხველს პერიოდულად მი-
აწვდის ახალ მასალას. ვუსურვებ მეორე ყრილობას ნაყოფიერ მუშაობას, წარ-
მატებას, ჩვენი ერის სადღეგრძელოდ. ექიმებს ყველაზედ დიდი საპასუხო საქმე
აქვთ აღებული. მეორე კონგრესი, პირველზედ უკეთესი, წარმოშვამს, მესამეს
და ნაყოფიერი მუშაობით შეიტანს თავის წვლილს კაცობრიობის საბედნიეროდ.
შემდეგ კონგრესს მიესალმნენ: საექიმო ფაკულტეტის სახელით დეკანა პროფ.
ა. ალადაშვილი, სახალხო ჯანმრთელობის კომისარიატის და ტროპიკულ სნეუ-
ლებათა ინსტიტუტის წარმომადგენელი პროფ. ს. ვირსალაძე, საქართველოს წი-
თელი ჯვრის საზოგადოება—ექიმი ბ. ოქროპირიძე, ქართველ ექიმთა და ბუნე-
ბის მეტყველთა საზოგადოება—პროფ. გ. ლამბარიშვილი, კავკასიის საექიმო
საზოგადოება—პროფ. ი. ანფიმოვი, ქალაქის ჯანმრთელობის წარმომადგენელი—
ექიმი კ. მეუნარგია, ამიერ-კავკასიის რკინის გზის ჯანმრთელობის განყოფილე-
ბის-წარმომადგენელი—ექიმი შავერდოვი, ქართველ ახალგაზდა ექიმთა წარმო-
მადგენელი ექიმი გ. დიდებულიძე, ბაქტერიოლოგიური ინსტიტუტის წარმომ-
ადგენელი ექიმი გ. ელიავა და სხ. კონგრესზედ წაკითხული იყო შემდეგი მო-
ხსენებები: პროფ. გ. ლამბარიშვილი—ტუბერკულოზი და ორსულობა. პროფ.
ს. ვირსალაძე—ფილტვის ტუბერკულოზის კლინიკური ფორმების თანამედ-
როვე კლასიფიკაცია. პროფ. ა. ალადაშვილი—ფილტვის ტუბერკულოზის
დასაწყისი ფორმების დიაგნოსტიკა. პროფ. მ. წინამძღვრიშვილი—ფილ-
ტვის კავერნის ამოსაცნებ ფიზიკურ საშვებლებათა დიაგნოსტიკური ღირებულე-
ბა და „ლევკემიის Röntgen-ის სხივებით მკურნალობა“ პროფ. გ. მუხაძე—
„საშარდე ორგანოების ტუბერკულოზი“ და „ჯორჯალის ჯირკვლების ტუბერ-
კულოზი და მისი წამლობა“ ექ. ახმეტელი—ტუბერკულოზური სპონდილი-
ტების ქირურგიული წამლობა ექ. კ. ლორთქიფანიძე—ტუბერკულოზის მკუ-
რნალობა პნემოთორაქსით. ექ. მ. კილოსანიძე—ქირურგიული ტუბერკუ-
ლოზი ბავშვის ასაკში. ექ. ნანეიშვილი და ექ. კვეხერელი—კოპაძე
—ბავშვის ასაკში ტუბერკულოზის სიხშირის საკითხვისათვის. ექ. მაგალობლი-
შვილი—საშვილოსნოს დანამატის ტუბერკულოზის შესახებ. ექ. ხუციშვი-
ლი—ჭიაყელისებრივი დანამატის ტუბერკულოზი. ექ. ნ. ყიფშიძე—Bal-
antidium Colli და მისი მნიშვნელობა. ექ. ნ. მახვილაძე და ექ. გ. დიდ-
ბულიძე—ანკილოსტომიაზისის-ენდემია საქართველოში. ექ. გ. რუსიშვი-
ლი—ოსტეომალიაციის წამლობა Bossi-ის და Fehling-ის მეთოდებით. ექ. ი.
მჭედლიშვილი—პერივასტრიტების დიაგნოსტიკისათვის. ექ. ნ. ანდრი-
აძე—სასუნთქვე ორგანოთა ავთვისებიანი ხორცმეტი. ექ. გიგინეიშვილი—
კუჭის კანცერის ნაადრევი ამოცნობა Wolf Suhans-ის რეაქციის პროფ. ს. ვი-
რსალაძე—მალარიის წამლობა ქინის ინტრავენოზური შეშხაპუნებით, ექ. შ.
მიქელაძე—მოვლენები სისხლის მიმოქცევის ორგანოების მხრივ მალარიის დროს.
ექ. ბ. ოქროპირიძე—მალარიასთან ბრძოლა საქართველოში. ექ. უგრე-
ლიძე—ადრენალინის პროვოკაციული გავლენის შესახებ ფარულ მალარიაზედ.
ექ. ი. ლორთქიფანიძე—სისხლის ძარღვების ცვლილებანი მალარიის ზეგა-
ვლენით ბავშვის ასაკში. ექ. მარუაშვილი—ბაზოფილიის დიაგნოსტიკური

მნიშვნელობა სქელ წვეთში მალარიის დროს. ფარცვანიძე — ფრინველთა ფილარიოზი საქართველოში. ი. ახმეტელი — თანამედროვე წამლობა ჭრილობისა. ცხაკაია — ნაწლავების გაუფალობა და მისი თანამედროვე წამლობა. არჯევანიძე — ორსულობის ამოსაცნობი რეაქცია Kamnitzer და Joseph's-ის.

აღნიშნულ მოხსენებათა გარდა იყო კიდევ წარმოდგენილი მოხსენებები, მაგრამ მათი მოსმენა კონგრესმა ვერ მოასწრო. ორი მოხსენება იყო წარმოდგენილი და წაკითხული ადგილებიდან — ექ. დ. ნაზარიშვილისა და აბულაძის მიერ.

კონგრესზედ საპროგრამო საკითხებად საორგანიზაციო კომიტეტის მიერ გამოცხადებული იყო მალარია და ტუბერკულოზი, რადგან ჩვენში უმთავრესად ეს ორი სნეულება ძალიან გავრცელებულია, მაგრამ წაკითხული იყო აგრეთვე მთელი რიგი მოხსენებებისა ზოგადი თემებზედ. თვითეული სხდომა კონგრესისა იზიდავდა აუარებელ რიცხვს ექიმებისას და საექიმო ფაკულტეტის სტუდენტობას, იწვევდა ფრიად საგულისხმიერო კამათს, რომელშიაც მონაწილეობას ლექულობდნენ როგორც თბილისელი ექიმები, აგრეთვე პროვინციიდან ჩამოსულნი. თავისი შინაარსიანი მოხსენებებით და საინტერესო კამათით კონგრესმა დასტოვა საუკეთესო შთაბეჭდილებანი პროვინციიდან ჩამოსულ ექიმებზედ, რომლის ერთ-ერთმა წარმომადგენელმა — ქუთაისელმა ექიმმა დ. ნაზარიშვილმა უკანასკნელ სხდომაზედ მიმართა კონგრესს შემდეგი საინტერესო სიტყვით: მე დავსწრებილვარ ბევრ კრებებს, კონგრესებს, მაგრამ იშვიათად დავბრუნებულვარ სახლში კმაყოფილი. დღეს-კი უნდა განვაცხადო, რომ არასოდეს არ ვყოფილვარ ასე კმაყოფილი. მოხსენებები იყო მრავალი, ფრიად საყურადღებო, მშვენიერ ქართულ ენაზედ გადმოცემული წინედ ეს ჩვენ გვიჭირდა, ეხლა-კი სპეციალური ტერმინოლოგია უკვე შექმნილია, თითქმის ყველა მოხსენებები იყო წარმოდგენილი უნივერსიტეტის კლინიკებიდან, ეს იმის მომასწავებელია, რომ ჩვენს უნივერსიტეტში დიდი მეცნიერული მუშაობაა გაჩაღებული.

დიდება თქვენს სამეცნიერო ტაძარს, დიდება თქვენს ხელმძღვანელებს, და დიდება თქვენ, რომლებიც მუშაობთ ასე გულმოდგინეთ. მე მეყოფა ეს ოთხი დღე, მან მომცა იმდენი ენერჯია, რომ იგი მე გამახალგაზდავებს და მომცემს საშუალებას კიდევ დავესწრო თქვენ მოხსენებებს-კრებებს. გადმოცემთ სალამს ქუთაისის ქართველ ექიმთა და ბუნების მეტყველთა საზოგადოების სახელით.

კონგრესზედ წაკითხული მოხსენებები და კამათის ოქმები წლის განმავლობაში იქნება დაბეჭდილი ჩვენს ჟურნალში.

კონგრესის უკანასკნელ სხდომაზედ არჩეულ იქმნა საორგანიზაციო კომიტეტი, რომელსაც დავეალა მესამე კონგრესის მოწვევა და საპროგრამო საკითხის დანიშვნა. საორგანიზაციო კომიტეტი არჩეულია 16 კაცისგან — თბილისიდან. პროფესორები ალადაშვილი, ვირსალაძე, გოგიტიძე, მუხაძე, ლამბარაშვილი, წინამძღვრიშვილი, თიკანაძე, ექიმები კ. ლორთქიფანიძე და გ. რუსიშვილი პროვინციიდან — ექ. დ. ნაზარიშვილი (ქუთაისის), მხიძე (ბათომი), კ. ელიოზიშვილი (გორი), გრიგოლია (სუხუმი), ჯორჯიკია (სამეგრელო) და ძიძაძე და ბალაშვილი (კახეთი). ამათ გარდა კომიტეტში მიწვეულნი იქნებიან წარმომადგენელები ჯანმრთელობის კომისარიატისა, თბილისის აღმასკომისა, პროფ-კავშირისა და წითელი ჯვრის საზოგადოებისა. კონგრესის დახურვის შემდეგ გამართული იყო სალამო-ბანკეტი, რომელმაც ძალიან კარგად ჩაიარა და ბევრი საგულისხმიერო სიტყვები იყო წარმოთქმული.

IV

რ ე ზ ე რ ა ტ ე ბ ი.

1. ტროპიკული სნეულებანი

G. Lefrou—„Concidératin sur la pathogenie de la fièvre bilieuse hémoglobinurique“. (Bulletin de la Société de Pathologie Exotique.— Tome XVII № 3 p. 218).

ჰემოგლობინურ ციებ-ცხელების სპირობეტის აღმოჩენის შემდეგ (Blanchard-ის მიერ ორ შემთხვევაში და შემდეგ სხვების მიერ რამოდენიმე შემთხვევაში) ავტორი სვამს იქტერუსის (სიყვითლის) წარმოშობის საკითხს სხნებულ სნეულების დროს. იგი ფიქრობს, რომ სიყვითლე (იქტერუსი) არის სინდრომი სხვადასხვა ეთიოლოგიისა. ავტორს მოყავს რიგი სიყვითლის თეორიებისა: P. Gozien-ის ჰემოგლობინემიური თეორია, ურინალური თეორია, Camus-ის კუნთური თეორია, რის შემდეგაც გადადის თვით სიყვითლის დახასიათებაზე.

განიჩევა სამი კლასი სიყვითლისა:

ა) სიყვითლე გამოწვეული ექსკრეტორულ გზების დაავადებით ანუ რეტენციით. ღვიძლი ჯანსაღია, შარდში პიგმენტი და ნალველის მარილები. განავალი (ფეკალური მასა) უფერული.

ბ) სიყვითლე გამოწვეული სისხლის დაავადებით ანუ ჰემოლიტიური.—ნალველი ნორმალური; ღვიძლი ნორმალური; სისხლი დაავადებული. სისხლის წითელი ბურთულების მრავალი რიცხვი იშლება, რომელიც წარმოიშვება ან ნაწილობრივი ჰემოგლობინის გამოყოფით ან ჰემოლიზინის მოქმედებით. განთავისუფლებული ჰემოგლობინი მრავლად გროვდება ღვიძლში; ღვიძლი ვერ ასწრებს მის გადამუშავებას ბოლომდე და გადატვირთული ნაწილი პიგმენტს გზავნის პირდაპირ სისხლში. შარდში ამ შემთხვევაში ბევრი ურობინინია; ბილირუბინი თითქმის არ არის; ნალველის მარილები არ შეხვდება. შრატის ძლიერ მდიდარია ურობინინით და შეიცავს ეგრეთვე ნორმალურ ნალველს, მაგრამ მის სიმკვავებს არა.

გ) სიყვითლე გამოწვეული ღვიძლის დაავადებით—ნალველი შეხედულობით ნორმალურია; სისხლი ხელუხლები; ღვიძლი დაავადებული. სიყვითლე გამოწვეულია ამ შემთხვევაში ღვიძლის უჯრედის ფუნქციის დაშლით, რის გამოც ნალველი სისხლში ხვდება. შარდში ჩნდება ურობინინი, პიგმენტი და ნალველის მარილები. შრატი შემადგენლობით ამ მხრივ უდგება შარდს.

ამ ნიშნების მიხედვით ავტორი ავლებს პარალელს ჰემოგლობინურ სიყვითლის და ნარჩენ სიყვითლეების შორის დასკვნის, რომ ზემოხსენებულ სნეულების დროს არის ჰემოლიტიური სიყვითლე; მაგრამ ამას უნდა ერთოდეს ღვიძლის დაავადებაც, რაც ადვილად აიხსნება სპირობეტების ან მათი ტოქსინების გავლენით. ჰემოგლობინურია შეიძლება ავტორის აზრით გამოწვეული იქნეს ელენთის დაავადებით (ჰემატობიტიური ფუნქცია), რასაც ადგილი შეიძლება ქონდეს მალარიის დროს.



Van Hoof—„Spirochèletes dans des accès de bilieuse hémoglobinurique chez des Européens au Congo belge“ (Bulletins de la Société de Pathologie Exotique—Seance du 9 Avril 1924 Tome XVII № 4 p. 291).

Blanchard et Lefrou მრავალ რიცხოვან ჰემოგლობინურულ სიყვითლის შემთხვევებში აღმოაჩინეს პატარა სპიროხეტა ავადმყოფების სისხლში. ექსპერიმენტულურმა ცდამ დაამტკიცა, რომ ეს სპიროხეტა პათოგენურია აგრეთვე ზღვის გოჭისათვის; იგი იწვევს ექსპერიმენტულ პირობებში ისეთ სურათს, რომელიც ადასტურებს სპიროხეტის ეთიოლოგიურ დასაწყისს. ამის მიხედვით შესაძლებელია დავსკვნათ, რომ ჰემოგლობინურია არ არის დამოკიდებული პერნიციოზულ მალარიაზე, არამედ ამ ახალ სპიროხეტაზე. Leopoldville-ის ლაბორატორიუმებში, ამ უკანასკნელ წლების განმავლობაში, ყველა ჰემოგლობინურის შემთხვევებში ისინჯებოდა სისხლი და შარდი ამ სპიროხეტებზე. გასინჯულია სხვადასხვა შემთხვევები სიყვითლისა, რომლის დროსაც არ იყო ჰემოგლობინურია ევროპელებსა და ადგილობრივ მცხოვრებთა შორის. ავტორი ასწერს შემთხვევას (ავადმყოფი ევროპელი 48 წლის), რომლის დროსაც 27 საათის განმავლობაში პიკემენტი არ აღმოჩნდა შარდში. გამოხატული სიყვითლე. სისხლში ცენტრიფუგაციის შემდეგ აღმოჩნდა მრავალი სპიროხეტა (ულტრამიკროსკოპით) იგინი ძლიერ მოძრავი არიან; მოძრაობით და ფორმით იგინი უდგებიან ჰემოგლობინურულ ციების სპიროხეტას. იგინი აღმოჩნდებიან შეღებულ Giemsa-ით ანუ Fontana-Tribondeau-ით თეთოდით პრეპარატებში. მათი სიდიდე უდრის 6—9 მმ. და აქვთ 4—5 ხვეული საკმარისათ რეგულარული. მისდა მიხედვით, რომ ავტორს ჰქონდა Blanchard-ის პრეპარატები, მან შესძლო დაემტკიცებია აწერილი სპიროხეტის იდენტივობა ჰემოგლობინურულ ციების სპიროხეტისადმი.

მეორე მიმოხილვაში ავტორი აღნიშნავს, რომ ავადმყოფი იყო იმ მიდამოდან. საიდანაც Blanchard-ისა—„Chenal“ ან „Couloir“. გარდა ჰემოგლობინურისა ავადმყოფს სხვა კლინიკური ნიშნები არა ჰქონდა, მაგრამ მიმდინარეობა ძლიერ მკვეთრი იყო. 3 დღის შემდეგ სისხლში უცენტრიფუგოთ სისხლში აღმოჩნდა სპიროხეტები; შარდში არ აღმოჩნდა. მესამედ ავადმყოფ ქალის სისხლში მე-4 დღეზე აღმოჩნდა სპიროხეტა. ჰემოგლობინურული ციებ-ციხელება ბელგიის კონგოში შედარებით ხშირია, მის და მიუხედავად, რომ პროფილაქტიურ ქინიზაციის წყალობით ეს სნეულება შემცირდა როგორც რიცხვით ისე მსვენელობის სიმძიმით. სპიროხეტის მრავალრიცხოვნობა, მათი შეღებვის თვისება, მათი აქტიური მოძრაობა, სრულებით ამსხვავებს მათ ეგრედ წოდებულ პსევდოსპიროხეტებისაგან. ავტორი დასკვნის:

1. ჰემოგლობინურის შემთხვევებში, რომელშიც აღმოჩნდა სპიროხეტა სრულებით ემგზავება Blanchard et Lefrou-ს სპიროხეტას.
2. აღნიშნულ ავადმყოფებს უნდა მიეღოთ ინექცია იმ ადგილებში, საიდანაც იყვნენ ავადმყოფები ნახული Blanchard et Lefrou-ს მიერ.
3. სპიროხეტა არ აღმოჩნდება შარდში.

8. 3.

P. Delanoë—Uncas d'edy senterie amibienne grave traitée par la Stovarsol“ (Bulletin de la Société de Pathologie Exotique Tome XVII № 2 p. 119)

ავტორი ენება მოკლეთ პროფ. Marchoux მიერ ხმარებულ სტოვარსოლს ამებურ დიზენტერიის დროს და გადადის თავის შემთხვევის აწერაზე. ავტორის შემთხვევაში ამებურ დიზენტერიის რეციდივია, რომელიც ძლიერ მძიმეთ მიმდინარეობდა. ემეტინი და დანარჩენი თერაპია უშედეგოთ დარჩა. Dr. Delanoë ხმარობს სტოვარსოლს—შედეგი მეორე დღეს 6 მოქმედობს კუჭი (წინ დღეს 11-ჯერ), მდგომარეობა უმჯობესდება, 4 დღის შემდეგ კუჭის მოქმედება—0. ავადმყოფის მდგომარეობა უმჯობესდება, და დაბოლოს იგი სრულებით ჯანსაღათ გრძნობს თავს, წონაშიდაც მატულობს.

ავტორი დაბოლოს იძლევა რჩევას ნამეტნავად, როდესაც ემეტინის ხმარება არ შეიძლება სხვადასხვა მიზეზების გამო, უნდა იხმარებოდეს Stovarsol-ი.

8. 3.

2. ვენერიული სნეულებანი.

Dozent Dr. A. Perutz (Wien). Современная терапия мужской гоноррехей. (Врач. Обзорение № 3 1924 г.).

ავტორი, თავის შრომის დასაწყისში, არკვევს, რომ gonorrhoea არის ანთება ურეტრისა, როცა ის Neisser-ის გონოკოკებისაგან არის გამოწვეული (განსხვავება Urethritis post gonorrh.), შემდეგ გაკვრით იხსენიებს იმას, რომ გონოკოკები იოლათ ეჩვევიან ვერცხლის პრეპარატებს. გადადის სუსუნატის თერაპიაზე და ვრცლათ ჩერდება წამლობაზე per os.

აქ ის ხმარობს ორნაირ პრეპარატებს: 1) ეთერის ზეთებს და ბალზამურ ნივთიერებას და 2) შარდის სადებინფექციო საშვალეებს არა როგორც antigonorrhoeica-ს, არამედ როგორც დამხმარე საშვალეებს. პირველი მათგანი იწვევს სეკრეციის და სპაზმის შემცირებას, ტკივილ-დადუმებას და ანთების დაკლებას და ხმარობს მათ ადრე, სანამ ადგილობრივ წამლობას შეუდგებოდეს. ამასთანავე მათ აქვთ უარყოფითი მხარეც. ისინი აღიზიანებენ კუჭ-ნაწლავებს და თირკმლებს. ამიტომ, ექსპერიმენტალური ცდების მიხედვით, ავტორი ხმარობს aq. santali-ს (Emuls. ol. Santal 1^o/₁₀₀ წყალზე),-რასაც ის, სუსუნატის სპრინცოვით, შეუშვებს ხოლმე შარდ-სადინარ მილში და იწვევს ადგილობრივ მოქმედებას. მეორე ჯგუფს ეკუთნის (per os) დებინფექციური ნივთიერებანი: Natr. Salicyl., Salol, Urotropini და სხვა... მათი დანიშნულება არის: პროფილაქტიკა და პროცესის წინა ნაწილიდან უკანაში გადასვლის ხელის შეშლა. აქვე უნდა გვახსოვდეს, რომ Urotropini-ს ხმარების დროს ფორმალინის გამოყოფა ორგანიზმში უფრო ინტენსიურათ ხდება, როცა შარდი მყავა რეაქციის არის. ამიტომ ავტორი ურჩევს Urotropin-თან ერთად დაენიშნოს რომელიმე მყავა მაგალითად Mononatriumphosphat-o.

Folia uvae ursi, herba herniaria, radix ononidis და სხვას ავტორი ხმარობს როგორც ჩაის, მხოლოდ მილის გამორეცხის მიზნით.

ავტორი დიდ ყურადღებას აქცევს კიდევ ზოგიერთ პრეპარატებს, რომლებიც იხმარებიან უკანასკნელ დროში per os. საქმე იმაშია რომ ჯერ კიდევ 1866 წ. Löh-მა შეამჩნია ductus spermaticus-ის ანტიპერისტალტიური მოძრაობა, რის საშვალეებითაც ჩირქი და, მასთან გონოკოკებიც, მილის უკანა ნაწილიდან გადადის დანამატის თავში და იწვევს მის ანთებას არტორმა შესძლო (Taigner-თან ერთად) papaver. muriat. (0,05—0,08) საშვალეებით duct. spermaticus-ის სადა კუნთების დაშლის გამოწვევა და, მაშასადამე, დანამატის ანთების შემცირება. (Rp. Urotrop. 0,5, Paraver. mur. 0,05 S. 4-ჯერ დღეში თითო ფხვნილი).

შემდეგ გადადის ადგილობრივ წამლობაზე და ვერცხლის პრეპარატებს, უმთავრესად ორ ჯგუფად ყოფს: დებინფექციური და შემაწებებელი. პირველს ეკუთვნის: Protargol, Hegenon, Argonin, და choleval-ი (in vitro ხსნიან სისხლს ბურთოლებს და მოქმედებენ ღრმად ლორწოვან გარსში). მეორეს კი: Albargin, Argentamin და Ichtargan (იწვევენ აგლუტინაციას სინჯარაში და მოქმედობენ ზერელეთ). შემდეგ იხსენიებს წმიდა შემაწებებელ ნივთიერებას: Kal. Hyperman. Ar. Nitric. Cupr. sulf. Zinc. sulfur. და სხვას...

წამლობის დროს ვერცხლის პრეპარატის ხმარებისათვის, ავტორი ხელმძღვანელობს მხოლოდ მიკროსკოპით და არა სუბიექტური ჩივილებით და მღვრიე შარდით. ვრცლათ ჩერდება იმაზე, რომ გონოკოკებს არ უყვართ (Finger) სხვა მიკროორგანიზმებთან ცხოვრება; იხსენიებს სტერილურ პრეპარატს (როცა ჩირქში არ აღმოჩნდა განოკოკი) და ამბობს: მწვავე სტადიუმის დროს მიკროსკოპიულ პრეპარატში ვნახულობთ: ლეეკოციტებს; ადგილ-ადგილ ეპიტელიარულ უჯრედებს და გონოკოკებს. ქვემოთავე სუსუნატის სურათი: ეპიტელიარული უჯრე-



(ძაფების მსგავსად), ლორწო, ლეეკოციტები, მხოლოდ ქრონიკული სუსუნატის დროს კი არის ბევრი ლეეკოციტები, ლორწო, ეპიტელიარული უჯრედები და გონოკოკები (შეიძლება არ იყოს).

Urethritis acut. ant. წამლობა: პირველი 8—10 დღის განმავლობაში, როცა მწვავე მოვლენები კარგად არის გამოხატული, ავტორი ხმარობს ზემოჩამოთვლილ წამლებს (per os) ან ადგილობრივ მილში aq. santal-ს (ან Rp. Zincum sulfocarbonicum 0,5 Resorcini 0,25, Foeniculi 200) სანამ დენა არ შესწყდება, შემდეგ გადადის ვერცხლის დეზინფექციურ პრეპარატებზე, მხოლოდ choleval-ს ხმარობს გვიან (ზოგი ავადმყოფი მას ვერ იტანს გალიზინება და რეციდივის გამო) გამორეცხას იწყებს Protargol 1/4% (ახალი და ცივ წყალზე გაკეთებული) ჩვეულებრივად დღეში სამჯერ. შემდეგ როგ-რიგობით გადადის Argonin-ზე 1/4% ან 1/2%, Regonon-ზე 0,75:200, choleval-ზე 1,0:200, ისევ Argonin-ი 1,25:200, hegonon-ი 1,5:200, choleval-ი - 1,75:200 და დასასრულ Protargol 2,0:200. ამის შემდეგ 3 დღე დასვენება და მიკროსკოპიული გამოკვლევა.

აკრძალულია: მოძრაობა, ასოს შეხვევა. სპირტეული სასმელი. გამალიზინებელი საქმე-ლი, მაგარი ყავა, ნახშირ მყავა მინერალური წყლები და სქესობრივი კავშირი. საჭიროა სუს-პენზორიუმის ხმარება და კუჭ-ნაწლავების გაწმენდა.

ზემოთ მოყვანილ წამლობასთან ერთად ავტორი მიღს რეცხავს Ianoტ-ის მეთოდით (3% ბორის სიმკავე ან სუსტი ხსნარი Kal. hypermangan) ორდღეში ერთხელ 100 გრამიანი შპრი-ციით ან მინის კრუეკით. წაშლობის ბოლოში ავტორი ხმარობს გამორეცხისათვის Ar. Nitr. 1: 10000, Argonin-ს 1: 4000, choleval-ს 1: 1000—1: 500, Protarg 1: 4000.

თუ ვერცხლის პრეპარატები (დეზინფექციური) ბევრნაირი ვინმარეთ და მიკროსკოპიული პრეპარატი ქვემწვავე სურათს გვიჩვენებს, მაშინ გადადის ვერცხლის შემაწებებელ ნივთიერე-ბაზე (Albargin 0, 05—200,0 Ichtargan—0,07—200,0, Argentamin—0,1—200,0, Albargin— 0,15—200,0, Ichtargan 0,15: 200. ამავე დროს ხდება გამორეცხა მიღისა Janot-ის მეთოდით (Kal. hypermarg ან Albargin 1:4000—1:1000, Ichtargan, Protargol—იმავე კონცენტრაციისა შემდეგ 3 დღე დასვენება და გამოკვლევა მიკროსკოპიული პრეპარატისა. ამ დროს სურათი პრეპარატისა უნდა იყოს: ლორწო უხვი, ეპიტელიარული უჯრედები და სხვა მიკროორგანიზ-მები (Urethr. post gonorrhoeica). ამ სტადიუმში იხმარება წმინდა შემაწებელი ნივთიერება (Zincum sulfocarbonicum, alumen crudum ää 0,5—2,0:200; შემდეგ Kal. hypermarg 0,05—0,2:200, მერე Cuprum sulfur. 0,2—0,5:200 და Arg. Nitric. 0,05—0,1:200) ამავე დროს გამორეცხა Janet-ით Ar. Nitr. 1:10.000—1:2000.

თუ წინა მიღის სუსუნატი ვართუღდა (gonorrhoeica profunda, Litre-ს ჯირკვლების დასნეულება და სხვა...) ავტორი ხმარობს მასაქს Dittel-ის ბუეებზე შემდეგი გამორეცხით. როცა გონოკოკები აღარ იქნებიან, შეიძლება წამლობა anterior-dilatator Kallmann და ელექ-ტროლიზით ან მოწვა Ar. Nitricum-ითა რომელიმე ადგილისა მიღში ენდოსკოპის საშუალებით. რბილი ინფილტრატები იკურნებიან გამორეცხით, ელასტიური ბუეებით და შემდეგ მეტალიურ ზონდებით; მაგარი კი ბუეებითა და ზონდებით.

პარაურეტრალური ზვრელებისათვის ავტორი ურჩევს ელექტროლიზს, გაღვანოკაუსტიკას ან ექსციზიოს. Cover-ის ჯირკვლის მწვავე ანთების დროს ხმარობს ანთების საწინააღმდეგ-გო საშუალებას, შემდეგ თბილ აბაზანებს, მალამოს, (Ichtol's Ung. Arg. colloidal, hycariol) და გამორეცხას წინა ნაწილისა მსუბუქი მასაქის შემდეგ შორისში.

Urethritis acuta posterior. ადგილობრივი წამლობა დროებით შეჩერდე-ბა. საჭიროა დაწოლა ლოგინში, მსუბუქი დიეტა, თბილი აბაზანები, შარდის სადეზინფექციო საშუალებანი და Fol uvae ursi. Prostatitis და Epididymitis თავიდან ასაცი-ლებლათ უნიზნავს papaverin. muriat, როგორც ზევით მოვისხენით, შეიძლება სანთლების სახითაც (მაგალ. Extract. Bellad. 0,02, papav. mur. 0,1 Buuir. cacao q. s. ut f. sup- pos. d. td. № X. S. დღეში 2—3 სანთელი.) ამაირი წამლობა სწარმოებს მანამდე, სანამ მეორე ტიქაში შარდი არ გაიწმინდება; შემდეგ კი გადადის უკან მიღის ადგილობრივ წამლობა-ზე. ამ მიზნით ავტორი ხმარობს Kal. hypermarg. და შემდეგ Protargol-ის ხსნარებს. ბუ ვა-ლიზინებითი მოვლენები სრულიად გაკრა, შეიძლება მოწვაც ვინმარო Guyon-ის ან Ultzman-ის კატეტერით. იხმარება შემდეგი ხსნარები ვერცხლისა: Protargol 1—5%, Hegenon— 2—5%, Ar. Nitr. 1/4—2%, Albargin—1—3%, და სხვა...





Epididymitis acuta gonorr. აკრძალულია ყოველგვარი ფინიჯური მოძრაობა, სქესობრივი ვალიზიანება. მკურნალობა პოლიუტია, ამიტომ ავტორი უნიშნავს: *Camphora monobromata, lupulin ää 0,2, Natr. bromati 0,6 S.* საღამოს ერთი ფხვნილი. ან კიდევ: *Camphora monobromata, lupulin ää 0,2, Extract. Belladoini 0,02, papaverin 0,07, Natr. bromat. 0,5. S.* ერთი საათით ადრე დაწოლამდე ერთი ფხვნილი. აუცილებელია სუსპენზორიუმი, ლოჯინში წოლა, სათბური კომპრესი ბურთვის სითხისაგან და კუჭ-ნაწლავების გაწმენდა. როცა მწვავე ხანა გაივლის და T^0 დაიკლებს 38^0 -მდე—შეიძლება ვაკცინოთერაპია.

აქ ავტორი საკმარისად არკვევს Wright-ის თეორიას, „ნემატიურ“ და „პოზიტიურ“ ფაზას, იხსენიებს აგრეთვე სპეციფიურ (გონოვაქცინა) და არა სპეციფიურ (რძე, სისხლის შრატის, და სხვა) კომპონენტებს და ამბობს: საჭიროა ვინელმდევანელოთ უარყოფითი და დადებითი ფაზით, უნდა დავიწყოთ პატარა დოზით და ვუცადოთ მეორე შემზაპუნებას მანამ, სანამ უარყოფითი ფაზა არ შეიცვლება ე. ი. დაახლოვებით 2—3 დღის შემდეგ. იწყებს 5 მილიონით, მეორეთ—10 მილ. მესამ., 25 მილ., მეოთხეთ 50 მილ., მეხუთეთ 100 მილ. ავტორი ამჯობინებს კუნთებს შორის შესხმას, ვიდრე ვენაში. ის ხმარობს: არტიგონს, გონარგინს და გონოვაქცინას.

არა სპეციფიური პრეპარატები არის რძე, ალანი, კახეოზანი, სკიპიდარის ზეთი და სხვა, ძროხის რძეს უმზაპუნებს ღუნღულში 5—10 კ. სანტ. ადუღების შემდეგ 10—15 წამის განმავლობაში.

ინფილტრაციის შეწონისათვის ხმარობს მალამოებს იხტიოლისას, იოდისას და სხვა.. კარგია აგრეთვე: *Natr. salicyl. Natr. Jodat. ää 10,0: 200,0 S.* 3 სუფრის კოვზი დღეში.

ყოველივე ის რაც ითქვა Epididymit-ზე შეიძლება უცვლელათ ითქვას Prostatit-ზე. თუ შარდის შეზუთვა არის, საჭიროა რბილი კატეტერით მისი გამოწვება. მწვავე მოვლენების შემდეგ, შეიძლება ვაკცინოთერაპია. ინფილტრატის შესაწოვანათ ხმარობს: *Rp. Iod. 0, 01 Kal. Iodat. 0,1, Extr. Beladon. 0,02 (papaverin 0,1) Butur. cacao q. s. ut. f. supposit. d. t. d. № X. S.* თითო სათელი დღეში ორჯერ. ყველა მოვლენების შემდეგ შეიძლება წამლობის დაწყება როგორც *Urethrit. post* დროს.

თუ ავადმყოფი დასჩემდა ჩივილები სექსუალური ხასიათისა, მაშინ ავტორი ურჩევს ადრენალინს: *Rp. Sol. Adrenal. (1:1000) 5,0, syrup. liquirit. ad 50,0, S.* ყოველ 2—3 საათში თითო ჩაის კოვზი.

მწვავე *Spermatoecystitis* დროს იგივე წამლობა რაც მწვავე *Prostatitis* დროს.

Urethritis chronica-ს წამლობის სქემა: 1. ადგილობრივ გამაღიზიანებელი დეზინფექციური საშუალებანი, რათა ქრონიკული კატარი გადავიდეს მწვავე ანთებაში. ამ მიზნით ხოლმევალი და არგენტამინი კარგი არის. 2. შემაწებებელი ნივთიერებანი. 3. მოწვა *Ar. Nitr. 1/4—3/10* 4. დილატაცია და 5. ენდოსკოპი.

საბოლოო დასკვნისათვის ურჩევს პროვოკაციას: მექანიურს, ქიმიურს, სეროლოგიურს და ფარმაკოლოგიურს.

მექანიური—Charier-ის მეტალიური ბუქი № 26—30, გამოწურვა სეკრეტისა მილის ჯირკვლებიდან და მისი მიკროსკოპით გასინჯვა.

ქიმიური—გამაღიზიანებელი ნივთიერების შესხმა: სულემა 1:20000, პროტარგოლი 1—1 $\frac{1}{2}$ %, Lugol-ის ხსნარი და სხვა...

სეროლოგიური—ვენაში შესხმა ვაკცინისა და თვალყურის დევნა მილიდან დენაზე და ციებაზე.

ფარმაკოლოგიური—პილოკარპინის შესხმა (20 კ. სანტ. პილოკარპინისა 0,05:200). დასასრულ ორიოდ სიტყვით იხსენიებს აბორტულ წამლობას სუსუნატისას, რომელსაც ავტორი დიდ მნიშვნელობას არ აძლევს.

გრ. ფხალაძე.



ქ რ ო ნ ი კ ა.

— 15 სექტემბერს ჩამობრუნდა სამეცნიერო ექსპედიცია, რომელიც მუშაობდა სამეგრელოში ამ კუთხის მალარიოლოგიურ თვალსაზრისით შესასწავლად პროფ. ვ. ვორონინის მეთაურობით. პროფესორ ვორონინმა საქ. ტრ. სნ. ინსტიტუტის საბჭოს 21/IX წინასწარი მოხსენება გაუკეთა ექსპედიციის მუშაობის და მის შედეგების შესახებ. საბჭომ პროფ. ვორონინს და ექსპედიციის წევრებს მადლობა გამოუცხადა ნაყოფიერ მუშაობისათვის.

— ამებურ დიზენტერიის ძლიერი გავრცელების გამო ამ უკანასკნელ ხანებში საქ. ტროპ. სნეულ. ინსტიტუტის საბჭომ გადასწყვიტა დაუყოვნებლივ შეუდგეს ინსტიტუტი ამ სნეულების მეცნიერულ გამოკვლევას და აწარმოვოს მასთან ბრძოლა ფართო ფარგლებში.

— გამოვიდა საქართველოს ტროპიკულ სნეულებათა ინსტიტუტის საბჭოს ორგანო „საქართველოს ტროპიკულ სნეულებათა ინსტიტუტის მოამბე“ № 1 შემდეგი შინაარსით: 1) პროფ. ს. ვირსალაძე, საქართველოს ტროპიკულ სნეულებათა ინსტიტუტის დანიშნულება და მიზანი, 2) პროფ. ვ. ვორონინი, ტროპიკულ სნეულებათა ინსტიტუტის მნიშვნელობა, 3) ვ. ვარაზიშვილი, მალარიული პიგმენტი და მისი ქიმიური ბუნება, 4) მ. ფარცვანიძე, ფრინველთა ფილარიოზი საქართველოში, 5) ვ. ვარაზიშვილი, ძვლის ტვინი პათოლოგიური და პარაზიტოლოგიურ თვალსაზრისით მალარიის დროს, 6) მ. ფარცვანიძე, ტიპის „Census haemaphysalis Koch’s ახალი სახე საქართველოში, 7) პროფ. ს. ვირსალაძე, მალარიასთან ბრძოლის საკითხი საქართველოში, 8) მიმდინარე 1924 წელს სამალარიო კურსებზე შესრულებული პროგრამა.

ჟურნალი გამოცემულია პროფ. ს. ვირსალაძის რედაქტორობით, დაბეჭდილია კარგ ქალაღზე, დასურთხატებულია, შეიცავს 128 გვერდს და მანეთხანვეარი ღირს.

— გამოვიდა ჟურნალი „ჩვენი მეცნიერება“ № 1. სამკურნალო დარგიდან ჟურნალში მოთავსებულია შემდეგი წერილები: 1) პროფ. გ. მუხაძე, შთაბეჭდილებანი და დაკვირვებანი გერმანიის ქირურგიული კლინიკიდან, 2) ვლ. ჩირვაძე, კანქვეშა ემფიზემების შესახებ, 3) გ. ნათაძე, ჰაერის ფენობრივი გამოკვლევა CO₂-ზე.

— იბეჭდება და ახლო მომავალში გამოვა 1) პროფ. ა. მაჭავარიანის მუცლის ღრუს ქირურგია, 2) პროფ. ი. ქუთათელაძის რეცეპტურა და 3) დოც. ვ. უღენტის გლიომები.

— გამოვიდა სანიტარულ განათლების ორგანოს „საუნჯე“-ს მორიგი ნომერი (4). ჟურნალი დიდი ფორმატისაა შეიცავს 32 გვერდს, დაბეჭდილია კარგ ქალაღზე და ღირს ათი შაური.

— გარდაიცვალენ რუსეთში 1) სამხედრო სამკურნალო აკადემიის კერძო პათოლოგიის და შინაგან სნეულებათა თერაპიის კათედრის გამგე პროფესორი ალექსანდრე პავლესძე ფიცკი, 2) კიევის სამკურნალო ინსტიტუტის ანატომიის კათედრის გამგე პროფ. თედორე ალექსანდრეს ძე ცეშკოცკი.

— უნივერსიტეტის დოსტაქრებს შორის, ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ქირურგიულ კლინიკების დოსტაქართა კონფერენციამ განაახლა თავისი მუშაობა. 1924—1925 სამოსწავლო წელს დოსტაქართა კონფერენციის პირველი სხდომა პროფ. გ. ძუხა-



ძის თავმჯდომარეობით მოხდა 19.X-ს ბავშთა სნეულებათა კლინიკაში, სადაც მ. ნემსაძემ გააკეთა სამი მოხსენება:

- 1) Appendectomy თიაქართველის დროს (ორი შემთხვევა).
- 2) რუსეთის დოსტაქართა მეორე ყრილობა
- 3) რუსეთის რენტგენოლოგების მეორე ყრილობა.

— ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის უმცროს მასწავლებელთა კოლეგიუმის სხდომაზე 17 ოქტომბერს ნ. ანდრიაძემ გააკეთა მოხსენება: „წყალტუბოს მადნეული წყლები და მათი მნიშვნელობა“.

ყოველთვიური პროფესიონალური ჟურნალი

„ს ა უ ნ ჯ ე“

ს ა ნ ი ტ ა რ უ ლ ი გ ა ნ ა თ ლ ე ბ ი ს ო რ გ ა ნ ო .

№ 4. შინაარსი:

1. გ. ფხალაძე. ვენერიული სნეულებანი და მათი შედეგი, 2. გ. ფხალაძე, როგორ შეიძლება გახდეს ადამიანი ავად ვენერიული სნეულებით, 3. ზ. ბაქრაძე. ქლექი და მალარია საქართველოში, მათი წყარო, გავრცელების მიზეზები და მათთან ბრძოლა, 4. დ. გედევანიშვილი. გადაგვარება-გენიალობა, 5. იაგულაშვილი. წყალი და მისი მნიშვნელობა ხალხის ცხოვრებაში, 6. ვ. გაჩეჩილაძე. როგორ უნდა უვლიდეს თავს ფეხმძიმე ორსულს ქალი, 7. ნ. მარკოზოვი. დედათა და ბავშთა დაცვის პრობლემები, 8. ლ. წეველი. სიბერის წინამძღვე, 9. ვ. ჩხეიძე. ექიმთა ცხოვრებიდან, 10. გ. ყორჩიბაში. პოეზიით მთვრალნი.

ხელის მოწერა წლიურად 6 მან., თვითთელი ნომერი 10 შაური. წლიურად ხელის მოწერით მიეცემათ დამატებად სამი წიგნი: 1) ჯანმრთელობის წყარო, 2) ბრძოლა მწვავე კანადებ სენებთან, 3) ჯანმრთელობის გუშაგი.

რედაქცია და კანტორა: ტფილისი, ლ. დუმბაძის ქ. ქალაქის ჯანმრთელობის განყოფილება.

პასუხისმგებელი რედაქტორი გ. ყორჩიბაში.

ა. წ. შემოდგომიდან გამოსვლას იწყებს საქართველოს ტროპიკულ სნეულებათა ინსტიტუტის საბჭოს დროგამომწვევითი ორგანო

„ს ა ქ ა რ თ ვ ე ლ ო ს ტ რ ო პ ი კ უ ლ ს ნ ე უ ლ ე ბ ა თ ა ინსტიტუტის მოამბე“

პირველი ნომერის შინაარსი: 1) პროფ. სპ. ვირსალაძე. საქართველოს ტროპიკულ სნეულებათა ინსტიტუტის დანიშნულება და მიზანი, 2) პროფ. ვ. ვორონინი. ტროპიკულ სნეულებათა ინსტიტუტის მნიშვნელობა, 3) ვ. ვარაზიშვილი. მალარიული პიგმენტი და მისი ქიმიური ბუნება, 4) მ. ფარცვანიძე. ფრინველთა ფილარიოზი საქართველოში, 5) ვ. ვარაზიშვილი. ძვლის ტვინი პათოლოგიურ და პარაზიტოლოგიურ თვალსაზრისით მალარიის დროს, 6) მ. ფარცვანიძე. ტკიპის „Genus Haemaphysalis Koch“ის ახალი სახე საქართველოში.

რედაქციის მისამართი: ტფილისი. საქართველოს ტროპიკულ სნეულებათა ინსტიტუტი. კამოს ქ. № 47. რედაქციის საქმეებზე მოლაპარაკება და მიწვევ მოწერა ინსტიტუტის საბჭოს მდივანთან ვ. ვ ა რ ა ზ ი შ ვ ი ლ თ ა ნ ყოველდღე.



ჟურნალი „თანამედროვე მედიცინა“ გამოვა ყოველთვიურად და-
ახლოვებით 4 ფორმა, ჟურნალში მოთავსებული იქნება ორიგინალური
წერილები თეორიულ, კლინიკურ და საზოგადოებრივი მედიცინიდან,
მიმოხილვები, რეფერატები საკუთრალა მეცნიერების ყველა დარგიდან,
სამედიცინო საზოგადოების სხდომების ანკარიში, 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 გასაშუქებლად.

რედაქციის პღივანია—ექიმი **პ. ჰავთარაძე**. — (ყორღანოვის
ქუჩა № 20), რომელსაც უნდა მიმართოს ყველამ, ვისაც სურს რე-
დაქციის და ჟურნალის შესახებ რაიე განმარტება ან ცნობა მიიღოს.

ჟურნალის მეხუთე ნომერი უკვე იბეჭდება და გამოვა 20 ნომე-
ბრისათვის.

ჟურნალი „თანამედროვე მედიცინა“-ს წარმომადგენლები—მკურნალნი, სა-
ქართველოს ქალაქებში: ქუთაისში—დ. ჩეჩელაშვილი (ნინოშვილის ქ. № 41),
ბათუმში—პ. გიგინეიშვილი, ლანჩხუთში—გ. ბარამიძე, სენაკში—ი. ჩხეტია ხა-
შურში—გ. კიციშვილი, სოხუმში (აფხაზეთი)—ა. გრიგოლია, რომელთაც ჟურ-
ნალის საქმეების გამო უნდა მიმართონ პროვინციელ ამხანაგებმა.

ყოველთვიური სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალი „თანამედროვე მედიცინა“

გამოდის ყოველთვიურად ა. წ. ივლისიდან.

№ 1—2. შინაარსი: 1. პროფ. ი. ბერიტაშვილი. კუნთის შეკუმშვა და მის
წარმოშობა, 2. ი. ასლანიშვილი. ენდემიური ჩიყვი საქართველოში, 3. შ. მიქე-
ლაძე. Sprue საქართველოში, 4. მ. არჯევანიძე. ორსულობის ამოსაცნობი Kamni-
tzer'ის და Ioseph'ის რეაქცია, 5. ე. ზაქარაია. ხორხის ექსტირპაციის მასალები-
სათვის, 6. ა. ჯავრიშვილი. მკამელი, (Lupus Vulgaris) და მისი სხვადასხვა ფორ-
მები, 7. ნ. რუხაძე. Anopheles აბასთუმანში, 8. ა. წულუკიძე. გაახალგაზდავე-
ბის საკითხის თანამედროვე მდგომარეობა.

№ 3. შინაარსი: 1. პ. ნანიშვილი. პარატიფური B მენინგიტების კა-
ზუსტიკისათვის, 2. მ. კილოსანიძე, თანდაყოლილი ამოვარდნილობა მენჯ-ბარ-
დაყის სახსარში და მისი წამლობა, 3. გ. ლ. ხეჩინაშვილი. მრავლობითი ეხინო-
კოკის ერთი შემთხვევა, 4. ნ. რუხაძე. მალარია სოფელ უღეში, 5. ვ. მუსხელი-
შვილი. თვალის სნეულებათა კლინიკები.

მიმოხილვები, კორესპოდენციები, რეფერატები, ბიბლიოგრაფია, ქრონიკა.

რედაქციის მისამართი: **ტფილისი, ყორღანოვის ქ. № 20.**

რედაქციის მდივნის ნახვა ყოველდღე **3 ს. — 5 ს.**

60/92 [4-]



ფასი I მანეთი.

ქურნალის ფასია 1924 წლის ბოლომდე 5 მანეთი.
 ცალკე ნომერი 1 მანეთი.
 ორმაგი ნომერი 1 მანეთი. 50 კაპ.

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

ქურნალის ტექნიკაზე მუშაობდა ექიმი ი. ასლანიშვილი.

- ასოთამწყობნი: 1. დემურიშვილი გაბრიელი—მეტრანაჟი.
 2. ასათიანი ნინო
 3. მენაბდიშვილი სიმონი.
 4. ამონაშვილი ვასილი.

- მემანქანენი: 1. მიქაძე ვ.
 2. ოშხარელი მ.