

25
995
1925

გამოცემის წელი მეორე.

საქმ. ფუნქცია



თანამედროვე

მედიცინა

სოციალური სამედიცინო სამეცნიერო ჟურნალი

№ 1

ი ა ნ ვ ა რ ი

1925



თბილისის უნივერსიტეტის მედიცინის ფაკულტეტის კოლეგიის გამოცემა

თ ბ ი ლ ი ს ი

გრძელდება ხელის მოწერა 1925 წლისათვის

ეკველთვიურ საბუღალტრო სამეცნიერო ჟურნალზე

„თანამედროვე მედიცინა“

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

ჟურნალში შემდეგი განყოფილებებია:

ოპრინალური წერილები, მიმოხილვები, კორესპონ-
დენციები, რევიუები, ბიბლიოგრაფია და ძრონიკა.

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

ჟურნალის ფასია:	1 წლით	10 მან.
	1/2 წლით	5 მან.
	ცალკე ნომერი	1 მან.

გამოვიდა გასასყიდად

პროფ. ალ. ალადაშვილის

ახალი წიგნი

„კლინიკური რეცეპტები“.

სტუდენტთა და ექიმთათვის

ქართულ „თანამედროვე მედიცინის“ გამოცემა.

ფასი 1 მ. 30 კ.

F-260
1925



გამოცემის წელი მეორე.

61(05)
თ-20.



თანამედროვე

მედიცინა

ყოველთვიური სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალი

№ 1

ი ა ნ ვ ა რ ი

1925



ტფილისის უნივერსიტეტის უმცროს მასწავლებლთა კალუგეიუმის გამოცემა

ტ ფ ი ლ ი ს ი



თანამედროვე მედიცინა № 1.

(შინაარსი)

I. თეორიული და კლინიკური მედიცინა:

1. პროფ. ალ. ალადაშვილი. ბორჯონის მინერალური წყლების რადიოაქტიული თვისება.	83.
2. შ. მიქელაძე. კლინიკური მოვლენები სისხლის მიმოქცევის ორგანოების მხრივ მალარიის დროს	1
3. პროფ. გ. მუხაძე. საშარდე ორგანოების ტუბერკულოზი	14
4. ე. თოღაძე. ნაწლავთა კანქვეშა დაზიანების რამდენიმე შემთხვევა	29
5. ალ. ჯავრიშვილი. ორი ფრიად იშვიათი შემთხვევა პირის ღრუს ლორწოიანი გარსის კონდილომებისა	46
	54

II. საზოგადოებრივი მედიცინა:

6. პროფ. ივ. თიქანაძე. მუცლის მოწყვეტა სამკურნალო და საზოგადოებრივი თვალსაზრისით.	57
---	----

III. შენიშვნები პრაქტიკიდან:

7. გ. ჯორჯიკია. შავშარდიანი ცხელების შემთხვევა.	72
---	----

IV. პრაქტიკული თერაპია.

V. ბიბლიოგრაფია.

VI. რეფერატები.

VII. ქრონიკა.

Thanamedrové medicina

(Médecine contemporaine).

Sommaire:

1. Prof. A. Aladachvili. La radioactivité des eaux minerales de Borjom	1
2. Ch. Mikéladzé. Manifestations cliniques du système cardio-vasculaire au cours du paludisme	14
3. Prof. G. Moukhadzé. Tuberculose des organes génitourinaires	29
4. E. Thodadzé. Quelques cas de lésion interne des intestins avec conservation de l'intégrité du revêtement cutané abdominal	46
5. A. Djavrichvili. Deyx cas condylomes sur la muqueuse ovale.	54
6. Prof. J. Thikanadzé. L'avortement au point de vue social et médical.	57
7. G. Djordjikia. Un cas de fièvre bilieuse hémoglobinurique	72
I. Pratique courante	74
II. Bibliographie	79
III. Revues	81
IV. Chronique	85

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

1. თეორიული და კლინიკური გედიხინა.

პროფ. ალ. ალადაშვილი.

ტფილისის უნივერსიტ. ფაკულტეტის თერაპიული კლინიკის გამგე.

ბორჯომის მინერ. წყლების რადიოაქტიური თვისება.

I.

რადიოაქტიულ ნივთიერებათა აღმოჩენამ მინერალურ წყლებში ბალნეოლოგების დიდი ყურადღება მიიპყრო. ამ ნივთიერებათა არაჩვეულებრივი ფიზიკო-ქიმიური თვისება და მათი მძლავრი მოქმედება ცხოველთა ორგანიზმზე იმედს იძლეოდა, რომ ძველი და ბნელი საკითხი მინერალურ წყალთა თერაპიული მოქმედების შესახებ ეხლა მაინც გამოირკვეოდა სავსებით. არაერთს მეცნიერს სწამდა მტკიცედ, რომ რადიოაქტიული ემანაცია არის სწორედ ის კომპონენტი, რომელიც ანიჭებს მინერალურ წყალს მკურნალობით ძალას და მნიშვნელობას. აი, მაგალითად, რასა სწერს Ascheff-ი: „ეხლა ჩვენ ვიცით, რომ მრავალი მინერალური წყალი შეიცავს რადიოაქტიული ემანაციის დიდს რაოდენობას და მათი სამკურნალო მოქმედება, რომლის შესახებ ახლო წარსულში ჩვენ არა გვექონდა დამაკმაყოფილებელი ახსნა, უნდა, რასაკვირველია, დავუკავშიროთ ამ თვისებას“. ასევე კატეგორიულად ადასტურებენ ემანაციის მნიშვნელობას Curie, Löwenthal-ი და სხვ.

ადვილად წარმოსადგენია, რომ ეს საკითხი, რომელიც ფრიად საყურადღებოა თეორიულად და რომელსაც დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობაც აქვს, მალე შეიქმნა ფართო კვლევა ძიების საგნად და მის შესახებ მოკლე ხნის განმავლობაში შეგროვდა ვრცელი და მრავალფეროვანი მასალა.

მინერალური წყლების რადიოაქტიული თვისების პირველი გამოკვლევა მოახდინეს Sella და Pacchetino-მ 1902 წელს, ამავე დროს მუშაობდნენ Thomson-ი და Adams-ი. ამას მოჰყვა გამოკვლევები ავსტრო უნგრეთში და გერმანიაში Mache-ისა და Mayer-ის, პროფ. Bamberger-ის და პროფ. Schmidt-ისა, საფრანგეთში Cure-ისა, Laborde-ის, Moureau-სი, დანიაში Jansen-ის, შვეიცარიაში Ebler-ისა და Sury-ის, რუმინეთში Harmusescu-ს და Patriciu-სი და რუსეთში Аверкиев-ის, Бурксер-ის, Карстенс-ის და Мезерницкий ს, Разе და პროფ. Залесский-ის და სხვ.

ამ ინტენსიურმა მუშაობამ დაამტკიცა რომ, მართლაც, მინერალურ წყლებს რადიოაქტიული თვისება აქვს. წყაროების დიდი ნაწილი შეიცავს მხოლოდ ემანაციის მცირე რაოდენობას, № 1—1925.

ნაციას, იშვიათ შემთხვევაში-კი აღმოჩენილი იყო რადიოაქტიულ ელემენტთა მარილების მცირე რაოდენობა. რადიოაქტიუბის სიძლიერით მინერალური წყლები ძლიერ განსხვავდებიან ერთმანეთისაგან.

არსებობს რამოდენიმე წყარო, რომელთა რადიოაქტიული ძალა სწორედ რომ საოცარია. ასეთია გერმანიაში Brambach-ის წყაროები, რომელნიც ერთ ლიტრში შეიცავენ 2270,00 Mache-ს ერთეულს. ავსტრიაში Ioachimsthal-ი 2884,00 Mache-ს ერთეულით და ჩრდილოეთ კავკასიაში ინგუშლინის წყარო, რომლის სიძლიერე უდრის 1229.00 Mache-ს ერთეულს. გარდა ამისა, აწერილია მთელი რიგი წყაროებისა, რომლების რადიოაქტიობა 100-Mache-ს ერთეულს აღემატება. მაგრამ მაინც მინერალური წყლების დიდი უმრავლესობა ძლიერ სუსტია ემანაციის რაოდენობით, მათი რადიოაქტიობა ხშირად რამდენიმე ერთეულით ან ერთეულის მეათედი ნაწილით ამოიწურება. ყველა ამ გამოკვლევებში ერთი გარემოება იქცევა ყურადღებას. წყლების რადიოაქტიობასა და მათი მკურნალობითი მნიშვნელობას შორის არ არსებობს პირდაპირი დამოკიდებულება. რადიოაქტიობით უძლიერესი წყლები არ ითვლება თვალსაჩინო სამკურნალო წყლებად. მეორე მხრივ, სახელგანთქმული წყაროები, რომელთა თერაპიული მნიშვნელობაც საუკუნებითი დაკვირვებებით დამტკიცებულია, უმრავლეს შემთხვევაში ღარიბნი არიან ემანაციით. მოვიყვანოთ რამოდენიმე მაგალითი:

Apollinaris	შეიცავს	* 3.78	Mache-ს ერთეულს
Franzensbad	„	0.99-16.00	„ „
Karlsbad	„	0.99-28,00	„ „
Кисловодск	„	4.70	„ „
Kissingen	„	0.19	„ „
Marienbad	„	0.3-16.00	„ „
Ессентуки	„	0.3-0.96	„ „
Homburg	„	2.3-8.00	„ „
Nauheim	„	0.29-28.00	„ „
Wildungen	„	2.0-25.00	„ „

პარალელურად ამ გამოკვლევებისა ირკვეოდა აგრეთვე კლინიკურად და ექსპერიმენტალურად საკითხი, თუ რა თერაპიულ ეფექტს იძლევა ემანაცია დაკვირვებას ახდენდენ როგორც მინერალურს, ისე უბრალო წყალზე, რომელშიც გახსნილი იყო ემანაციის განსაზღვრული რაოდენობა; რადიოაქტიულ წყალს უნიშნავდენ სასმელად, შესაორთქლებლად, ოყნად და აგრეთვე აბაზანებად. აღმოჩნდა, რომ ემანაცია იძლევა კარგს შედეგებს მთელი რიგი ავადმყოფობის დროს (Sommer, Nagelschmidt, Gudzent, Hiss, Loewenthal, Мезерницкий და სხვ.). მხოლოდ ამასთანავე გამოირკვა, რომ თერაპიული ეფექტის მისაღებად საჭიროა ემანაციის დიდი დოზები: პროფ. Sommer-ი უნიშნავდა 100-200 Mache-ს ერთეულს 3-4 ჯერ დღეში, პროფ. Lazarus-ი 1000—2000 ერთეულს, პროფ. Noorden-ი იწყებდა წამლობას 1000 ერთეულიდან და ადიოდა 10000—15000 ერთეულამდე. ყოველ შემთხვევაში განსაზღვრული თერაპიული ეფექტის მისაღებად საჭირო ყოფილა ისეთი დოზები, რომელსაც არ შეიცავს დიდი უმრავლესობა მინერალური წყლებისა.

ასეთმა შედეგებმა ძლიერ შეარყია რწმენა მინერალური წყლების რადიოაქტიული თვისების მკურნალობითი მნიშვნელობის შესახებ. პირველ გატაცებას მალე მოჰყვა, როგორც რეაქცია, უკიდურესი უარყოფა. მეტადრე უარყოფით უყურებდნენ სუსტ რადიოაქტიულ წყაროებს. პროფ. Noorden-ი ამტკიცებს, რომ წყლები, რომელნიც შეიცავენ 20 Mache-ს ერთეულის ნაკლებ ემანაციას, არ უნდა იყვნენ აღიარებულნი რადიოაქტიულ წყაროებად. მაგრამ ასეთმა უარყოფამაც ვერ დააკმაყოფილა მეცნიერული აზროვნება და კვლავ ისმის ხმა, რომ სრულიად უმნიშვნელო არ უნდა იყოს ემანაციის ეს მცირე რაოდენობაც. მართლაც კლინიკურა დაკვირვება ადასტურებს, რომ მინერალური წყალი, ხელოვნურად მოკლებული ემანაციას, აღარ იძლევა თავის ჩვეულებრივ ეფექტს. მხოლოდ დღემდე სრულიად გამოუჩვენებელია საკითხი თუ როგორ მოქმედობს ორგანიზმზე ემანაციის ასეთი მცირე ნაწილები.

II

საქართველოს მინერალური წყლების რადიოაქტიული თვისება ჯერ არ არის საკმარისად შესწავლილი. ეს ადვილად ასახსნელია, თუ მივიღებთ მხედველობაში, რომ ჯერ არა გვაქვს ყველა ჩვენი წყლების ქიმიური ანალიზები და ბევრი მათგანი აწერილიც კი არაა. დღემდის არსებობს გამოკვლევა მხოლოდ რამოდენიმე წყლის რადიოაქტიული თვისებისა. ამ გამოკვლევებს აწარმოებდნენ პროფ. Залесский 1909—1910 წლებში, პროფ. Мезерницкий 1911 წელს, Аверкиев-ი 1912 წელს, Бурксер-ი 1913 წელს და Купцис-ი, რომელიც განაგრძობს გამოკვლევებს უკანასკნელ დრომდის. გამოკვლევებმა მოგვცა ასეთი შედეგი: იხ. ცხრ. 1.

როგორც მოყვანილი ცნობებიდან ჩანს, საქართველოს მინერალური წყლები ძლიერ სუსტია რადიოაქტიობით. არც ერთი დღემდის გამოკვლეული წყარო დაახლოვებითაც-კი არ იძლევა იმდენ ემანაციას, რამდენის საჭიროა მკურნალობითი ეფექტის მოსახდენად. რასაკვირველია, შესაძლებელია, რომ იმ წყაროების შესწავლამ, რომელნიც მრავლად გაფანტული არიან საქართველოს ყველა კუთხეებში, სხვა შედეგები მოგვცეს, საჭიროა მხოლოდ ფართო და ხანგრძლივი კვლევა-ძიება. სწორედ ამ მიზნით ჩვენ განვიზრახეთ სისტემატიურად ვაწარმოოთ ჩვენი წყლების რადიოაქტიული თვისების შესწავლა. გამოკვლევა ჩვენ დავიწყეთ ბორჯომის მინერალური წყლებიდან, რადგან მათ განსაკუთრებული ადგილი უჭირავთ თავის სამკურნალო თვისებით. მართალია, ამ წყლების შესახებ არსებობს რამდენიმე გამოკვლევა, მაგრამ შედეგები ისეთ დიდ განსხვავებას იძლევა, რომ საჭიროა მათი განმეორება და ხანგრძლივი დაკვირვებებით დადასტურება. აი რა შედეგებია მიღებული:

Бурксер 0,24—0,88 Mache-ს ერთეული		
Аверкиев 0,2264	"	"
Мезерницкий 1,0	"	"

ამ ცნობებიდანა ჩანს, რომ Бурксер-მა და Аверкиев-მა მიიღეს ოთხჯერ უფრო ნაკლები რადიოაქტიობა, ვიდრე Мезерницкий-მ, ცხადია, რომ ასეთი განსხვავება შედეგია რაიმე შეცთომისა, ან და ბორჯომის წყლის რადიოაქტიული თვისება ძლიერ ცვალებადია.

ცხრილი 1.

ადგილი	წყაროს სახელ- წოდება	წყლის შემადგ.	რადიოაქტიობა. მკვლევართა გვარი
აბასთუმანი	გმირის	ინდიფერენტული	0,89
	გველის	"	0,92 Бурксер
	სურავანდის	"	0,22
ბორჯომი	ეკატერინესი	ტუტე-ნახშირ-	0,6—0,88
	ევგენის	მუავა "	0,4—0,69 Бурксер
	№ 1	" "	0,63—0,72
	№ 2	" "	1,20—1,73
	№ 3	" "	0,3—0,52
	№ 4	" "	1,56—2,50
ბორჯომ. ხეობა	ბერის წყარო	გოგირდის	0,83
	კოდიანის	"	0,42
	ლიბანის	რკინის	1,02—1,31
	მარჯალის-წყლის	გოგირდის	0,1
		ნახშირ-მუავე— რკ.	0,39
	შავი-წყლის	ინდიფერენტ,	0,3
	სადგერის	გოგირდის	1,14—1,69
	წაღვერის	რკინ.-ნახშ. მუა- ვი	0,41—0,74
	ციხის-ჯვარი	გოგირდის	0,80—1,22 Мезер- ницкий
	ცხრა-წყარო	ინდიფერენტ.	0,15—0,2 Бурксер Авер- киев
მახინჯაური		გოგირდის	1,47—1,74
მცხეთა		"	1,04
		ტუტე—გლაუბე- რის	1,27 Купцис
სოხუმი		გოგირდის	2,51 Бурксер
ტფილისი		გოგირდის	0,17—2,77
წყალტუბო		ინდიფერენტ.	0,62—5,98 Купцис

წყლების რადიოაქტიული თვისების გამოკვლევის დროს უნდა გვახსოვდეს, რომ სწორ შედეგთა მისაღებად საჭიროა წყლების შესწავლა ადგილობრივ, თვით წყაროსთან. ექსპერიმენტებით დამტკიცებულია, რომ რადიოაქტიული ემანაცია მალე იშლება, 3,85 დღის განმავლობაში იგი ნახევრად ჰქრება და ერთი თვის შემდეგ-კი წყალში მხოლოდ $1/2^{10}$ რჩება. ცხადია, რომ ჭურჭელში ჩასხმული და შორს ვაგზავნილი მინერალური წყლის შესწავლა სწორ წარმოდგენას არ მოგვცემს მის რადიოაქტიულ თვისებაზე, ამ ნაკლის ასაცდენად ბორჯომის წყლის გამოკვლევას ჩვენ ვაწარმოებდით თვით წყაროსთან, მახლობელ შენობაში.

გამოკვლევას ვაწარმოებდით Engler-ის და Siweking-ის ფონტაქტოსკოპით. რომელიც საკმარისად სწორ შედეგებს იძლევა და იმდენად პორტატიულია, რომ მისი გადატანა ძლიერ ადვილია. აბარატი შესდგება ორი ნაწილისაგან: 1) ლითონის ათლიტრიანი ცილინდრული ჭურჭლისაგან, რომელსაც ვიწრო ყელი აქვს და 2) Exner-ის ელექტროსკოპიდან, რომელსაც მობმული აქვს ვიწრო ლითონის ღერზე ლითონისავე პატარა ცილინდრი. გამოკვლევის მეთოდი დამყარებულია იმ მოვლენაზე, რომ ელექტროსკოპი ჰკარგავს თავის ელექტრონს, თუ მისი ცილინდრული ნაწილი მოთავსებულია ატმოსფეროში, რომელიც შეიცავს ემანაციას. გამოკვლევა სწარმოებდა ამნაირად: ჭურჭელში ვასხამდით ერთ ლიტრს მინერალურ წყალს, ვხურავდით სახურავს და $1/2$ წუთის განმავლობაში მაგრა ვაქანჯყალებდით. შენჯღრევის დროს წყალს შორდება გაზები და ჭურჭლის ზემონაწილში გროვდება. გაზების გამოყოფა საგრძნობლად აძლიერებს წნევას ჭურჭელში და შესაძლებელია სახურავის ახდის დროს ამოფეთქოს გაზებმა და მათ შორის ემანაციამაც.

ასეთი მოვლენის ასაშორებლად საჭიროა შევასუსტოთ წნევა ჭურჭელში, გავუთანასწოროთ იგი ატმოსფერულს, რასაც მივალწევთ ჭურჭლიდან წყლის გამოშვებით. ამის შემდეგ ჭურჭლის ყელში უნდა ჩაიდგას ელექტროსკოპი, გატარდეს მასში ელექტროდენი 200-300 ვოლტამდე Simbon-ის სვეტით და აღინიშნოს ოქროს ფურცლების მდგომარეობა, თუ ჭურჭელში მყოფი გაზები ემანაციას შეიცავს, ფურცლები დაეშვება, და ეს დაშვება მით უფრო ძლიერია, რაც უფრო მეტია ემანაცია. მიღებულ შედეგებს ვანგარიშობთ ერთ საათზე და გადაგვყავს იგი ელექტროსტატიურ და შემდეგ Mache-ს ერთეულზე.

ყოველი გამოკვლევის წინ უნდა გამოირკვეს ეგრეთწოდებულ „ელექტრონაკადის ნორმალური გაფანტვა ელექტროსკოპში“. თუმცა ელექტროსკოპი ისეა მოწყობილი, რომ მისი იზოლაცია კარგადაა დაცული, მაგრამ მაინც ხდება ნაკადის მცირე გაფანტვა. აი ამ გაფანტვას ეძახიან ბუნებრივს და მისი რაოდენობა უნდა იყოს გამოკვლეული წყლის რადიოაქტივობის მაჩვენებელი რიცხვიდან.

გარდა ამისა, გამოკვლევის შედეგებში უნდა იყოს შეტანილი Duane-ს შესწორება. Duane-მ აღნიშნა, რომ ყველა სხვა თანასწორ პირობებში რადიოაქტიობის გამოკვლევის დროს მნიშვნელობა აქვს იმ ჭურჭლის მოცულობას, რომელშიაც წყალია მოთავსებული, რადგან მის კედლებს შეუძლია შებოჭოს იონების გარკვეული რაოდენობა. მაშასადამე, თვითეული გამოკვლევის შედეგებს უნდა მოემატოს განსაზღვრული რიცხვი.

III.

ჩვენ გამოკვლევებს ვაწარმოებდით ორი წლის განმავლობაში ზაფხულის თვეებში. ყოველდღიური გამოკვლევა სწარმოებდა ორჯერ პარალელურად და საშუალო რიცხვი შეგვექონდა ოქმში, როგორც საბოლოო. გამოკვლევებმა მოგვცა ასეთი შედეგები:

ეკატერინეს წყარო.

ეს უმთავრესი წყაროა, რომელმაც მოუხვეჭა ბორჯომის სახელი და მკურნალობითი მნიშვნელობა. იგი ეკუთვნის ტუტე-ნახშირ-მჟავა წყლებს და შეიცავს ერთ ლიტრში 6.2976 გრამ მაგარ ნივთიერებას, რომელთა შორის 4.7156 გრამ natr. bicarbon. და ათიოდე სხვა მარილები. რაოდენობა თავისუფალი ნახშირ-მჟავასი უდრის 1.1572 გრამს. წყარო დღე-ღამეში იძლევა 6.500 ვედრო წყალს 28.5°C ტემპერატურისას (Карстенс).

ივლისი	1923 წელი	სექტემბერ.	1924 წელი
21	0.32	4	0.41
23	0.25	5	0.37
24	0.40	6	0.48
25	0.29	7	0.32
28	0.30	10	0.20
	0.32		0.39

როგორც ამ ტაბულიდან ჩანს, ეკატერინეს წყაროს რადიოაქტივობის maximum-ი უდრის 0.40 Mache-ს ერთეულს, minimum-ი 0,25 Mache-ს ერთეულს, საშუალოდ კი—0,32 ერთეულს. მეორე წელს კი maximum-ი იყო 0,48 ერთეული, minimum-ი 0,20 ერთეული, საშუალოდ—0,39 ერთეული. საშუალო ციფრები ორი წლის განმავლობაში თითქმის ერთნაირია, განსხვავება უდრის 0,07 ერთეულს.

ევეგენიას წყარო.

ამ წყაროს მეორე ადგილი უკავია თავისი დებეტით, იგი იძლევა დღე-ღამეში 1.680 ვედრო წყალს, რომელიც შეიცავს ერთ ლიტრში 6.5134 გრამ მაგარ ნივთიერებას, მათ შორის 4.8485 გრ. natr. bicarbon. თავისუფალი ნახშირ-მჟავას რაოდენობა უდრის 1.149 გრამს.

სექტემბერი	1924 წელი
5	0.49
6	0.40
7	0.41
8	0.45
9	0.37
	0.42

ამ წყაროს რადიოაქტიულობის maximum-ი უდრის 0.49 Mache-ს ერთეულს, minimum-ი 0.37 ერთეულს, საშუალო კი 0.42 ერთეულს.

წყარო № 1.

აღმოსჩქეფეს ეკატერინეს წყაროს გვერდით. ესეც ტუტე-ნახშირ-მეჯვე წყალია, რომელიც ერთ ლიტრში შეიცავს 3.9380 გრ. მაგარ ნივთიერებას, მათ შორის 2.7723 გრ. natrium bicarbon. და 20 სხვა მარილს. რაოდენობა თავისუფალი ნახშირ-მეჯევისი უდრის 1.1642 ერთეულს.

ივნისი	1923 წელი	სექტემბერი	1924 წელი
15	0.19	7	0.35
19	0.18	8	0.46
21	0.22	9	0.32
30	0.18	10	0.21
2 აგვისტოს	0.34		
	0.22	—	0.34

ამ წყარომ პირველ წელს მოგვცა maximum-ი 0.34 Mache-ს ერთეული, minimum-ი 0.18 ერთეული, საშუალო კი 0.22 ერთეული. მეორე წელს-კი maximum-ი იყო 0.46 ერთეული, minimum-ი 0.21 ერთეული. საშუალოდ—0.34 ერთეული.

წყარო № 2.

მოთავსებულია ეკატერინეს წყაროს გვერდით სარდაფში, ერთ ლიტრში შეიცავს 3.6420 გრამ მაგარ ნივთიერებას, მათ შორის 2,6064 გრამ sodium b carb. რაოდენობა თავისუფალი ნახშირ-მჟავასი უდრის 1.1340 გრ. წყარო იძლევა დღე-ღამეში 300 ვედრო წყალს 16,70°C. ტემპერატურისას.

ივლისი	1923 წელი	სექტემბერი	1924 წელი
17	0.24	6	0.50
21	0.26	8	0.53
22	0.28	9	0.39
23	0.20	10	0.26
25	0.40		
	0.27		0.42

პირველ წელს რადიოაქტიობის maximum-ი უდრიდა 0.40 Mache-ს ერთეულს, minimum-ი 0.20 ერთეულს, საშუალოდ—0.27 ერთეულს. მეორე წელს maximum-ი იყო 0.53 ერთეული, minimum-ი 0.26 ერთეული, საშუალოდ—0.42 ერთეული.

წყარო № 3.

მოთავსებულია ეკატერინეს წყაროს გვერდით. შეიცავს ერთ ლიტრში 4.6250 გრ. მაგარ ნივთიერებას, მათ შორის 3.3361 გრ. natr. bicarbon. რაოდენობა თავისუფალი ნახშირ-მჟავასი (CO₂) უდრის 1,1585 გრამს. დღე-ღამეში წყარო იძლევა 884 ვედრო წყალს 17,60°C. ტემპერატურის.

ივლისი	1923 წელი	სექტემბერი	1924 წელი
17	0,24	8	0,38
21	0,15	9	0,31
22	0,28	—	—
23	0,21	10	0,22
24	0,19	12	0,34
—	0.21	—	0.32

პირველ წელს მივიღეთ maximum-ი 0.28 Mache-ს ერთეული, minimum-ი 0.15 ერთეული, საშუალო 0.21 ერთეული. მეორე წელს კი—maximum-ი იყო 0.38 ერთეული, minimum-ი 0.22 ერთეული, საშუალოდ—0.32 ერთეული.

წყარო № 4.

მოთავსებულია ეკატერინეს წყაროს გვერდითვე, შეიცავს ერთ ლიტრში 2,6104 გრამ მავარ ნივთიერებას, მათ შორის 1,820 გრამს *natr. bicarb.* რაოდენობა თავისუფალი ნახშირ-მჟავასი უდრის 1,1066 გრამს. წყარო დღე-ღამეში იძლევა 933 ვედრო წყალს 15,83°C—ტემპერატურისას.

ივლისი	1923 წელი	სექტემბერი	1924 წელი
12	0,18		
13	0,78		
15	0,81	15	0,92
16	0,73		
23	0,73		
	0,77	—	0,92

ამ წყარომ მოგვცა შედარებით მეტი რადიოაქტიობა. პირველ წელს maximum-ი იყო 0.81 Mache-ს ერთეული, minimum ი 0,73 ერთეული, საშუალო კი 0,77 ერთეული. მეორე წელს მივიღეთ 0,92 ერთეული. უნდა აღვნიშნოთ, რომ ამ წელს მოვახდინეთ მხოლოდ ერთი გამოკვლევა, რადგან წყარო აღარ იძლეოდა წყალს მიღების დაზიანების გამო.

როგორც ამ ცნობებიდან ჩანს, ბორჯომის მინერალურ წყლებს ძლიერ სუსტი რადიოაქტიული თვისება აქვს. არც ერთი მათგანი არ შეიცავს ლიტრში ერთ Maches-ს ერთეულს. საყურადღებოა, რომ ამ ვიწრო ფარგლებშიაც წყაროთა შორის დიდი განსხვავებაა. შედარებით ყველაზე მეტი ემანაცია მეოთხე ნომერშია 0.77-0.92 Mache-ს ერთეული, ყველაზე სუსტია № 1, მისი რადიოაქტიობა ამოიწურება 0,22-0,34 Mache ს ერთეულით. ცნობილს ეკატერინეს წყაროს საშუალო ადგილი უკავია, იგი შეიცავს 0,22—0,34 ერთეულს. რადიოაქტიობის სიძლიერის ასეთი განსხვავება მით უფრო საყურადღებოა, რომ ყველა წყაროები მოთავსებულნი არიან მეზობლად, ვიწრო მიდამოში, ევგენიას წყარო დაშორებულია ეკატერინეს წყაროდან დაახლოებით 40 საყენით, №№ 1—4-კი მოთავსებულნი არიან უკანასკნელის გვერდით, 1-2 საყენის სიშორეზე. ანა-

ლოგიურ მოვლენას ადგილი აქვს ევროპის მინერალური წყლების მთელს რიგში: Karlsbad ი, Pyrmont-ი და სხვ.

ამ მოვლენის მიზეზად ასახელებენ უმთავრესად წყლების ტემპერატურას და მათ მინერალიზაციას. ემანაცია უკეთესად იხსნება ცივ წყალში, და ამიტომ რაც უფრო მაღალია წყაროს ტემპერატურა, მით უფრო ღარიბია იგი ემანაციით (Mache და Mayer). მარილების კონცენტრული ხსნარიც ცუდად ითვისებს ემანაციას და ამიტომ ძლიერი რადიოაქტიული წყლები სუსტნი არიან მინერალიზაციით (Loewenthal).

ამ ფაქტორების მნიშვნელობის გამოსარკვევად ბორჯომის წყლებში ჩვენ მოგვყავს პარალელურად ცნობები მათი ტემპერატურის მინერალიზაციისა და რადიოაქტიუობის შესახებ.

	ტემპერატურა	მინერალიზაცია	რადიოაქტიუობა
ეკატერინეს	28.50	6.2976	0,35
ევგენიას	23.02	6.5134	0,42
№ 1	18.60	5.8851	0,28
№ 2	16.70	3.6420	0,34
№ 3	18.60	4.6254	0,26
№ 4	15.83	2.6104	0,84

მოყვანილი ცნობებიდან ნათელია, რომ არ არსებობს პირდაპირი და აუცილებელი დამოკიდებულება ტემპერატურის, მინერალიზაციისა და რადიოაქტიუობის შორის. მხოლოდ უნდა აღინიშნოს, რომ შედარებით მეტს ემანაციას შეიცავს ყველაზე ცივი და მარილებით სუსტი წყარო № 4.

მეორე საყურადღებო მოვლენად უნდა ჩაითვალოს ის ყოველდღიური ცვლილება რადიოაქტიუობისა, რომელსაც იძლევა ყველა წყაროები, და აგრეთვე განსხვავება საშუალო შედეგებისა, რომელიც მივიღეთ 1923 და 1924 წლებში №№ 1—4 წყაროების შესახებ. პირველ წელს ეს წყაროები იძლეოდა თითქმის ორჯერ უფრო ნაკლებს ემანაციას, ვიდრე მეორე წელს. ასეთი მოვლენა შეიძლება ავხსნათ მხოლოდ ნიადაგის წყლების გავლენით. გამორკვეულია, რომ ნაწილი მინერალური წყაროებისა ამომდინარეობს დიდი სიღრმიდან და არ აქვს კავშირი ნიადაგის წყლებთან, ნაწილი კი, უშუალოდ დაკავშირებულია უკანასკნელთან. ცხადია, რომ რაც უფრო მეტია ნიადაგში წყალი, მით უფრო მეტად გაზავდება მეორე ჯგუფი წყლებისა და შესუსტდება მათი რადიოაქტიუობა; პირველ ჯგუფზე კი ნიადაგის წყლების სიუხვე გავლენას ვერ მოახდენს. ეკატერინეს წყარო ეკუთვნის 1 ჯგუფს, იგი ამოდის დიდი სიღრმიდან და მისი კაბჭაჟი სრულიად დაცულია ნიადაგის წყლების შერევისაგან. №№ 1—4 სხვა პირობებ-

შია, როგორც ეტყობაი სინი წარმოშობილნი არიან მიწის უფრო ზემო ფენებში და დიდი კავშირი აქვთ ნიადაგის წყლებთან, ამიტომ რაც უფრო მეტი წვიმები და სინოტივეა, მით უფრო გაზავებულია ამ წყაროების წყალი. ეს დებულება შეიძლება დამტკიცდეს, თუ წყაროების რადიოაქტიობას შევეუდარებთ ნალექის საერთო რაოდენობას:

წყარო	1923 წ.	1924 წ.
1	0.22	0.34
2	0.27	0.42
3	0.21	0.30
4	0.77	0.92
ატმოსფერის ნალექი აგვისტოში	72	45
სექტემბერში	32	10

ამ ცნობებიდან ცხადად სჩანს, რომ მშრალ 1924 წ. აგვისტოსა და სექტემბერში, როცა ატმოსფერა ნაკლებს ნალექს იძლეოდა, წყლის რადიოაქტიობა უფრო მცირე იყო, ვიდრე 1923 წ., რომლის ზაფხულის თვეებში ხშირი წვიმები იყო.

ცხრილი 2.

სექტემბ. 1923 წელს. რიცხვი	ეკატერინეს წყაროს რადიოაქტიობა.	ბარომეტრ. წნევა.	ჰაერის t	სინესტე
4	0,41	694,3	23.4	42
5	0,37	693.7	22.4	61
6	0,48	694.8	23.0	45
7	0,32	697.1	23.1	46
10.	0,20	694.5	18.3	90

თუმცა ნიადაგის წყლების გავლენით შეიძლება ავხსნათ რადიოაქტიობის წლიური ცვლილება ამ ოთხი წყაროსი, მაგრამ ამით არ აიხსნება ეკატერინეს წყაროს ყოველდღიური ცვლილება. ცხადია, კიდევ უნდა იყოს სხვა მიზეზი, რომელიც მოქმედებს ამ წყაროზე. ასეთ მიზეზად ასახელებენ ატმოსფერის წნევას და ჰაერის ტემპერატურას. აღნიშნულია, რომ ზოგიერთი წყარო ზამ-

თრის სიცივეების დროს 10 ჯერ უფრო მეტს ემანაციას იძლევა, ვიდრე ზაფხულობით. ატმოსფეროს წნევის დაქვეითება კი იწვევს ემანაციის გამოყოფის გაძლიერებას. ამ დამოკიდებულების გამოსარკვევად ჩვენ შევკრიბეთ ცნობები ატმოსფეროს წნევის და ჰაერის ტემპერატურის შესახებ იმ დღეებში, როცა ვახდენდით რადიოაქტიობის გამოკვლევას. (იხ. ცხრილი 2).

როგორც ამ ცნობებიდანა სჩანს, ეკატერინეს წყაროს რადიოაქტიულ თვისებას არავითარი კავშირი არ აქვს არც ბარომეტრულ წნევასთან და არც ჰაერის ტემპერატურასთან. როგორც ეტყობა, მიზეზი რადიოაქტიული ცვლილებისა უნდა ვეძიოთ მხოლოდ იმ გეოლოგიურ პირობებში, რომელთა მეოხებით მიწის სიღრმეში იბადება მინერალური წყლები. ამ თვალ-მიუწვდენელ და იდუმალ ლაბორატორიაში არსებობს განსაკუთრებული პირობები, რომელნიც აძლევენ წყალს თავისებურ თვისებას. არის წყაროები, რომელნიც პერიოდულად მოქმედებენ, ზოგნი ხანგამოშვებით უხვად იძლევიან გაზებს. ეკატერინეს წყაროს შესახებ Мольденгауер-მა 1897 წელს აღნიშნა, რომ „წყარო ყოველ 10—15 წუთში იწყებს დუღილს, მაგრამ მოძრაობს და უტბან ამოხეტს ხოლმე ბევრი წყალი და გაზები“. ეს მოვლენა მალე გაქრა, მაგრამ წყალი არც ეხლა ამოდის სრული თანაბრობით და ამიტომ შესაძლებელია ემანაციაც ამოსდევდეს მას ცვალებადი ინტენსიობით.

ბუნებრივად იბადება საკითხი, რა თერაპიული მნიშვნელობა აქვს ბორჯომის წყლის რადიოაქტიულ თვისებას? ზემოთ უკვე აღვნიშნეთ, რომ ის რაოდენობა ემანაციისა, რომელიც აღმოჩენილია ბორჯომის წყალში, თავისთავად ვერ მოახდენს გავლენას ორგანიზმზე. მართლაც, თუ თერაპიული ეფექტის მისაღებად საჭიროა რამოდენიმე ასი ერთეული, რა მნიშვნელობა უნდა ჰქონდეს 0,1 ერთეულს, რომელსაც ვიღებთ ერთი ჭიქა ბორჯომის წყლით? მაგრამ, როგორც ზემოთ უკვე ვსთქვით, ასე მართლაც ეს საკითხი არ ამოიწურება. მინერალური წყალი არც უნდა მოქმედებდეს უმთავრესად თავისი ემანაციით, ყოველი ასეთი წყალი რთული ხსნარია, რომლის შემადგენლობაში შედის ერთი ან ორი მთავარი კომპონენტი, რომლის დოზა უახლოვდება თერაპიულს. ეს კომპონენტები აძლევს მინერალურ წყლებს უმთავრეს მკურნალობით თვისებას. გარდა ამისა, წყალში რამდენიმე შემადგენელი ნაწილია, რომელთა დოზა ძლიერ მცირეა და განცალკევებულად ვერ მოახდენს გავლენას ორგანიზმზე, მაგრამ ამ ნივთიერებათა არსებობა არ შეიძლება ჩაითვალოს უმნიშვნელოდ. ავიღოთ, მაგალითად, ბორჯომის წყალი, იგი შეიცავს ერთ ლიტრში 4,8 გრამს ნატრიუმის ბიკარბონატს, 11 სხვადასხვა მარილს, რომელთა საერთო ჯამი 1,5 გრამს უდრის. რადგან წყალში ამას გარდა ნახშირმჟავაა, იგი ტუტე-ნახშირ მჟავე წყლად იწოდება და უმთავრეს თერაპიულს ეფექტს ეს ორი კომპონენტი იძლევა, მაგრამ არც ერთი ობიექტურად მოაზროვნე ექიმი არ დაუნიშნავს ავადმყოფს ბორჯომის წყლის მაგიერ 0,5% სოდის ხსნარს, თუნდაც სათანადო ნახშირ-მჟავით გაზავებულს. ექსპერიმენტალური და მეტადრე კლინიკური დაკვირვებები გვიმტკიცებს, რომ ბუნებრივი ბორჯომის წყალი ამ ხსნარზე ზედმეტს გავლენას ახდენს, როგორც ნორმალურს, ისევე ავადმყოფ ორგანიზმზე. ცხადია, დანარჩენ მარილთა მცირე დოზებიც იძლევა

რადიო აქტიურობის და ყოველ შემთხვევაში თავისებურად სცვლიან ძირითად კომპონენტთა მოქმედებას. ამ თვალსაზრისით სრულიად დასაშვებია, რომ რადიოაქტიული ემანაციის მცირე რაოდენობასაც შეაქვს თავისი წვლილი მინერალური წყლის საერთო მოქმედების ჯამშიც. ეს მოქმედება მით უფრო შესაძლებელია, რომ რადიოაქტიულ ემანაციას არაჩვეულებრივი ფიზიკო-ქიმიური თვისება აქვს და მძლავრ გავლენას ახდენს ბიოლოგიურ პროცესებზე.

სამწუხაროდ, მცირე დოზების მოქმედების მექანიზმი საერთოდ ჯერ არ არის სავსებით გამორკვეული და ეს საკითხი მომავალი კვლევა-ძიების პრობლემად უნდა ჩაითვალოს. ცხადია, რომ მხოლოდ ხანგრძლივი ექსპერიმენტალური გამოკვლევა და კლინიკური დაკვირვება ნათელს მოჰყენებს ამ ბნელს საკითხსაც და ემანაცია, როგორც ყოველი სხვა კომპონენტი, დაიჭერს თავის ადგილს მინერალურ წყლებით მკურნალობის დროს.

ლიტერატურა.

- Aschoff. Die Radioaktivität der Weilquellen. მოყვან. Бертенсон-ით, Радиоактивность в лечебных водах и грязях. 1914 წ. СПб.
- Sommer. Emanation und Emanationstherapie. München.
- Nagelschmidt. Klin. therapeut. Wochenschr. XVI № 12.
- Gudzent und Loewenthal. Z. f. Klin. Medizin. Bd. 71, H. 3-6.
- Hiss. Medizinisch. Klinik 1910, № 16.
- Loewenthal. Berl. Klin. Woch. 1906, № 46.
- Мезерницкий. Русский Врач 1910, № 51.
- Аверкиев. Горный журнал апрель-май 1912 г.
- Бурксер. Записки Одесск. отдел. Р. Технич. общества, № 5. 1912 г
- Залесский. Доклад на XII съезде р. естество-испыт. и врачей в Москве 1909—1910 г.
-

შ. მიქელაძე.

კლინიკის უფროსი ასისტენტი.

კლინიკური მოვლენები სისხლის მიმოქცევის ორგანოების მხრივ მალარიის დროს *).

(ტფილისის უნივერსიტეტის ფაკულტეტის თერაპიული კლინიკიდან.

გამგე—პროფ. ალ. ალადაშვილი).

მიუხედავად იმისა, რომ მალარია ფრიად გავრცელებული სნეულებაა, დიდი ხანია უკვე ცნობილი და ამ სნეულების შესახებ დიდძალი ლიტერატურაა, ჯერ კიდევ არსებობს მთელი რიგი საკითხებისა, რომელნიც სავსებით გამორკვეულად და გაშუქებულად არ შეიძლება ჩაითვალოს. განსაკუთრებით ეს შეეხება მალარიის კლინიკას და მალარიის მიერ გამოწვეულს გართულებებს. როდესაც მალარიის პარაზიტი არ იყო ცნობილი, არ არსებობდა თითქმის არც ერთი სნეულება, რომლის მიზეზად მალარიას არ სთვლიდნენ. შემდეგ კი, როდესაც Laveran-მა 1880 წ. მალარიის პლაზმოდიუმი აღმოაჩინა, მკვლევარები განსაკუთრებით მალარიის პარაზიტოლოგიით და ეპიდემიოლოგიით დაინტერესდნენ. კლინიკურ საკითხებში კი ერთგვარი სკეპტიციზმი გამეფდა. ბევრი მკვლევარი არ სთვლიდა მალარიას მიზეზად იმ სნეულებებისა და კლინიკური გართულებებისა, რომელთაც მალარიის დროს ვხვდებით ხოლმე, და ფიქრობდა, რომ ყველა ეს მალარიას მხოლოდ შემთხვევით თან ერთვის და სხვა მიზეზით არის გაჩენილი.

მაგრამ თანდათანობით, რაც კვლავ დაინტერესდნენ მალარიის კლინიკით და დაიწყეს მისი დაკვირვებით შესწავლა, ეს სკეპტიციზმი შეიცვალა და ნათელი გახდა, რომ მალარია არა მარტო თვითონ არის მრავალფეროვანი და რთული სნეულება, არამედ ასეთსავე მრავალფეროვანსა და სულ სხვადასხვა გვარ გართულებებს იწვევს.

ჩვენც, ჩვენი კლინიკური მუშაობის დროს, განსაკუთრებით დავინტერესდით მოვლენებით გულისა და საერთოდ სისხლის მიმოქცევის ორგანოების მხრივ მალარიის დროს და განვიზრახეთ მათი კლინიკური შესწავლა იმ კლინიკური მასალის მიხედვით, რომელიც ჩვენ ხელთ იყო. ეს მასალა კი სამი წლის განმავლობაში საკმაოდ დიდი იყო და შეიცავდა ასზე მეტს მალარიან ავადმყოფს, კლინიკურად სავსებით შესწავლილს და დაავადებულთ მალარიის სხვა-

*) მოხსენდა მაისში 1924 წ. საქართველოს ექიმთა მეორე კონგრესს.



დასხვა ფორმით. საკითხი მით უმეტეს საინტერესო იყო, რომ სამკურნალო ლიტერატურაში კლინიკური მოვლენებისა და გართულებების შესახებ გულისა და საერთოდ სისხლის მიმოქცევის ორგანოების მხრივ მალარიის დროს ჯერ კიდევ არ არსებობს ერთგვარი აზრი.

Tertiana-სა და quartana-ს მწვავე ფორმების დროს Rausiez-მ აღწერა სისტოლიური შუილი გულის მწვერვალზე, რომელიც კისრის სისხლძარღვებზე არ გადადიოდა და რომელსაც ხანდახან თან ახლდა გულის ფუძესთან მეორე ტონის გაორება. Rausiez ფიქრობდა, რომ ამ შუილის მიზეზი მიტრალურ სარქველთა ფუნქციონალური ნაკლოვანობა იყო. მაგრამ Laveran-ი ამბობს, რომ მას ასეთი შუილები არ უნახავს ალბათ იმიტომ, რომ ისინი ფრიალ იშვიათია, და თავის მხრივ აღნიშნავს ანემიურ შუილებს გულის ფუძესთან და კისრის სისხლძარღვებზე. Enriquez ირწმუნება, რომ საერთოდ მალარიის დროს რაიმე მოვლენები გულის მხრივ და მით უმეტეს რაიმე გართულებანი ყველაზე უფრო იშვიათია. Eichhorst-ი, Strümpell-ი და Romberg-ი აღნიშნავენ, რომ მალარიის შეტევის დროს ხშირად ისმის შემთხვევითი სისტოლიური შუილი. Strümpell-ი კი, ვარდა ამისა, იმასაც აღნიშნავს, რომ მალარიის შეტევის დროს უნახავს გულის მწვავე გაგანივრება, რომელსაც შემდეგ გაუვლია. Eichhorst-იც აღნიშნავს, რომ გულის ყრუ ხმის საზღვრები შეტევის დროს 1—2 თითით მატულობს ხოლმე მარჯვნივ. შეტევების დროს მარჯვენა გულის მწვავე გაგანივრებას აღნიშნავს აგრეთვე Le Dantec-ი. სხვა ცნობილი ავტორები, მაგალითად, Ruge, Nocht-ი, Ziemann-ი და სხვა, მალარიის მწვავე ფორმების დროს, როდესაც ავადმყოფს tertiana ან quartana აქვს, არ აღნიშნავენ არც გულის გაგანივრებას და არც შუილებს.

რაც შეეხება ტროპიკული მალარიის მწვავე ფორმებს, Laveran-ი არც აქ აღნიშნავს რაიმე მოვლენებს გულის მხრივ. Ruge-ს რწმუნებით კი, ტროპიკული მალარიის დროს გული მალე ავადდება, არა იშვიათია გულის ფრიალი და სისუსტე და ხშირია მარჯვენა პარკუჭის დილატაცია და ჰიპერტროფია. ტროპიკული მალარიის მძიმე პერნიციოზული ფორმების დროს გულის გაგანივრებას აღნიშნავს Ziemann-იც. Eichhorst-იც ავრეთვე აღნიშნავს გულის ყრუ ხმის მარჯვნივ ვადიდებას და გულის მოსმენის დროს არც ისე იშვიათად სისტოლიურს შუილს. იგივე Eichhorst-ი აღწერს აფეთისებიანი მალარიის ერთს ფორმას, რომელსაც იგი უწოდებს febris perniciosa cardiaca-ს. ამ ფორმის დროს ავადმყოფს შეტევასთან ერთად მოსდის ძლიერი ტკავილები გულის არეში ირადიაციით მარცხენა მკლავში, გულის ფრიალი, შიშის გრძნობა და ხანდახან გულის წასვლაც. ყველა ეს, Eichhorst-ის აზრით, მალარიის ამ ფორმას ფრიალ საშიშოდ ხდის. Davillé-მაც აღწერა მალარიის ერთგვარი ფორმის 5 შემთხვევა, რომელსაც მან უწოდა accès pernicieux syncopal. ამ ფორმის დროს გამოხატული იყო მწვავე ტკივილების გრძნობა გულის არეში ძლიერი სისუსტით, ავადმყოფის სრული გაფითრება და რამოდენიმე წუთს ისეთი გრძნობა, თითქოს ავადმყოფი კედებოდეს კიდევ; მაგრამ ამის შემდეგ ავადმყოფს ძლიერს ოფლს დაასხამდა და იგი ერთბაშად მომჯობინდებოდა ხოლმე.

Кундрюцков-მა აღწერა მალარიის 1^ე შემთხვევა, როდესაც ავადმყოფს შეტევასთან ერთად განსაზღვრულს საათს მოსდიოდა გულის ანგინის მოვლენები. ქინით წამლობამ ძლიერ ჩქარა მოსპო ავადმყოფის ყველა ეს მოვლენები. ასეთივე შემთხვევა გულის ანგინის მავარი მოვლენებით მალარიის შეტევის დროს უნახავს Ziemann-საც კამერუნში. Ségaléa კი ირწმუნება, რომ არსებობს angina pectoris მალარიის ნიადაგზე.

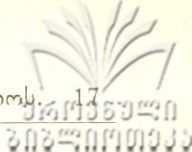
ამგვარად ჩვენ ვხედავთ, რომ მალარიის მწვავე ფორმების დროს მოვლენები გულის მხრივ სხვადასხვა გვარად არის აღწერილი იმისდა მიხედვით, თუ მალარიის რომელ ფორმასთან გვაქვს საქმე. Tertiana-სა და quartana-ს დროს ავტორების აზრი სხვადასხვა გვარია: ზოგი ავტორი არავითარ მოვლენას არ აღნიშნავს გულის მხრივ მწვავე მალარიის ამ ფორმების დროს, ზოგი აღნიშნავს შემთხვევით სისტოლიურს შუილს, ზოგი კიდევ-გულის მწვავე გაგანივრებასაც, უმთავრესად მარჯვნივ.

ტროპიკული მალარიის მწვავე ფორმების დროს თითქოს ავტორთა აზრი უფრო შეთანხმებულია. აქ უკვე უმეტესობა ავტორებისა იმ აზრისაა, რომ მალარიის ეს ფორმა იწვევს ხშირად გულის გაგანივრებას, უმთავრესად მარჯვნივ და ამასთან ერთად არც ისე იშვიათად გულის მოსმენის დროს ისმის სისტოლიური შუილი. მხოლოდ Laveran ი უარყოფს ასეთს მოვლენებს გულის მხრივ მალარიის ამ ფორმის დროსაც.

ქრონიკული მალარიის დროს, Ruge-ს აზრით, მარჯვენა გულის გაგანივრება ჩნდება და ამიტომ ავადმყოფებს მოკლე სუნთქვა აქვთ. გულის გაგანივრებას ქრონიკული მალარიის დროს და შექდეგ ზედღარათულს მიოკარდიტს აღნიშნავს აგრეთვე Ziemann-იც. ამასვე აღნიშნავს Le Dantec-ი და მთელი რიგი სხვა ავტორებისა. ძველი ავტორები ჰტიქრობდნენ, რომ ქრონიკულს მალარიას შეუძლიან ენდოკარდიტიც კი გამოიწვიოს (Durosiez, Lancereaux), მაგრამ Laveran-ი კატეგორიულად უარყოფს ამ ავტორების აზრს, ვინაიდან მას არც ერთხელ არ აღმოუჩენია მალარიისაგან მკედრების პათოლოგიურ-ანატომიური გაკეთის დროს რაიმე დაზიანება ენდოკარდიუმში.

მალარიული კახექსიის დროს, როდესაც ავადმყოფს უკვე ძლიერი ანემია აქვს, მოვლენები გულის მხრივ აღნიშნული აქვს თითქმის ყველა ავტორს. ეს მოვლენებია სისტოლიური შუილი გულის ფუძესთან, გულის გაგანივრება უმთავრესად მარჯვნივ, გულის ფრიალი და გულის სისუსტე.

ესლა ჩვენ რომ გადავიდეთ სისხლის ძარღვების მდგომარეობის განხილვაზე მალარიის დროს, აქაც ჩვენ დავინახავთ, რომ მკვლევართა შორის არ არსებობს ერთგვარი აზრი. Lancereaux ამტკიცებდა, რომ მალარიის ნიადაგზე წარმოიშობა აორტიტები, რომელნიც ჩვეულებრივს არტერიოსკლეროზს არა გვანან, ვინაიდან უმთავრესად აორტის გარეთა შრეს აზიანებენ. Huchard-იც ფიქრობდა, რომ მალარიას შეუძლია გამოიწვიოს ქრონიკული აორტიტი, აორტის ანევრიზმა, მისი სტენოზი და მისი სარქველთა ნაკლოვანობაც. Laveran-ი კი კატეგორიულად უარყოფდა ამ ავტორების აზრს. „აორტიტსა, გულის ანგინასა და მალარიის შორის რომ რაიმე ეთიოლოგიური დამოკიდებულობა იყოსო“, ამბობდა Laveran-ი, „მაშინ ის ფაქტები, რომელნიც მალარიან ქვეყნებში მუშაობენ,



ხშირად შეხვედებოდნენ მალარიის ამგვარ გართულებებს; ნამდვილად კი ეს ასე არ არის... ენდარტერიტის, გულის ანგინისა და აორტიტის მალარიასთან ერთად აღმოჩენა აიხსნება მალარიის სიხშირითო“, დასძენს Laveran-ი. მაგრამ მიუხედავად Laveran-ის ასეთი რწმუნებისა, მთელი რიგი ავტორებისა მინც აღწერენ მალარიის ნიადაგზე აღმოცენებულ აორტიტებს, მაგალითად, Le Dantec-ი, Roux, რომელმაც მალარიული აორტიტის 31 შემთხვევა შეაგროვა, და სხვა. Dumolard ი იკვლევდა შეტევის დროს ახალგაზრდა მალარიან ავადმყოფთ რენტგენით და იმ დასკვნამდე მივიდა, რომ შეტევის დროს ნათლად არის გამოხატული აორტის ფუნქციონალური გაგანიერება. Aubry და Cranger-ც Dumolard-ის ასეთს დაკვირვებას ადასტურებენ. Le Dantec-ი თავის ცნობილი სახელმძღვანელოს უკანასკნელს 1924 წ. გამოცემაში ამბობს, რომ, თუმცა თანამედროვე შეხედულებით ყოველგვარი აორტიტი სიფილისის ნიადაგზეა, მაგრამ ოოდესაც აორტიტით ავადმყოფს არა აქვს ვენერიული სნეულების ნიშნები, როდესაც მას ვასერმანის რეაქცია უარყოფითი აქვს და როდესაც ანტისიფილიტიური მისი წამლობა შედეგს არ იძლევა, აუცილებლივ უნდა წარმოებულ იქნეს ქინაქინით წამლობა.

ასეთია მოკლედ ლიტერატურული ცნობები გულისა და სისხლის ძარღვების ცვლილებების მხრივ მალარიის დროს.

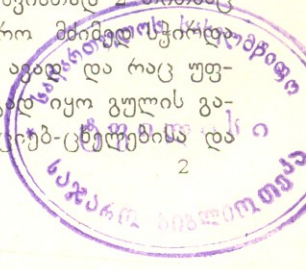
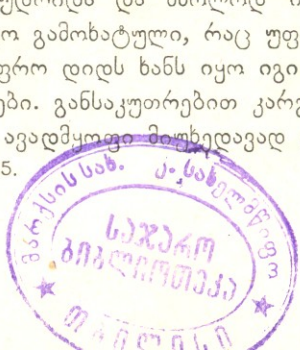
F-1540

გადავიდეთ ესლა ჩვენ საკუთარ დაკვირვებებზე. ჩვენს ხელში გაიარა ასზე მეტმა ავადმყოფმა, რომელთაც ჰქონდათ უმთავრესად მალარიის ტროპიკული ფორმა და შემდეგ tertiana; quartana-თი და მალარიის შერეული ფორმებით ავადმყოფთა რიცხვი შედარებით მცირე იყო. ყველა ეს ავადმყოფები სავსებით გამოკვლეული იყვნენ კლინიკურად. გარდა ამისა, მათ ყველას ვუსინჯავდით სისხლის წნევას და ვიღებდით პულსის მრუდებს Jaquet-ს სფიგმოგრაფით. ჩემ მიერ მიღებული შედეგები სამ ნაწილად არის გაყოფილი: 1) მოვლენები გულის მხრივ, 2) მოვლენები პულსის მხრივ და 3) მოვლენები სისხლის წნევის მხრივ.

თვით გულის მხრივ ჩვენ მივიღეთ მთელი რიგი ფრიალ საინტერესო და მნიშვნელოვანი მოვლენებისა.

გულის საძგერი დიდს უმეტესს შემთხვევებში ძლიერ ძნელად აღმოსაჩენი იყო, ვინაიდან ფრიალ სუსტად იყო გამოხატული. შეხედვით კი იგი არას დროს არ ემჩნეოდა. საძგერის მდებარეობა შეცვლილი იყო: დიდს უმეტესს შემთხვევებში გულის საძგერი მდებარეობდა მე-5 ნეკნთა შუა სივრცეში, მაგრამ ან ძუძუს ხაზზე ანდა ოდნავ უფრო მარცხნივაც.

გულის შედარებითი ყრუ ხმის საზღვრები თითქმის ყოველთვის მომატებული იყო. გულის გაგანიერება ჩვენ მიერ აღნიშნული იყო, როგორც მარჯვნივ, აგრეთვე მარცხნივაც, თუმცა გაგანიერება ემჩნეოდა უფრო მარჯვნივ, ვიდრე მარცხნივ. გულის შედარებითი ყრუ ხმის საზღვრების მომატება დაახლოვებით ყოველ მხარეს 1/2—1—1 1/2 თითს უდრიდა და მხოლოდ იშვიათად 2 თითსაც აღწევდა და მით უფრო ძლიერ იყო გამოხატული, რაც უფრო მნიშვნელოვანი ავადმყოფს მალარია ან და რაც უფრო დიდს ხანს იყო ავად და რაც უფრო ხშირად მოსდიოდა ნას შეტევები. განსაკუთრებით კარგად იყო გულის გაგანიერება გამოხატული, როდესაც ავადმყოფი მიუხედავად ციებ-ცხელებისა და თანამედროვე მედიცინა, № 1—1925.



შეტევებისა არ წვებოდა ან და მით უმეტეს როდესაც იგი ნაწილობრივ მუშაობასაც განაგრძობდა.

აქვე უნდა აღვნიშნო შემდეგი გარემოება. მარტო კლინიკაში შემოსვლა და ლოგინში დაწოლა ხშირად თავისთავად, წამლობის დაწყებამდე, იწვევდა შეტევების შეწყვეტას და ამასთან ერთად გულის შედარებითი ყრუ ხმის საზღვრების შემცირებას. წამლობა კი, უკვე მარტო ქინაქინით, ნათლად მოქმედობდა გულზე და იწვევდა მისი საზღვრების შემცირებას. აქვე უნდა დავუმატო, რომ წამლობის შემდეგ, როდესაც ავადმყოფი უკვე კლინიკურად საკმაოდ მომჯობინდებოდა, გულის შედარებითი ყრუ ხმის საზღვრები იშვიათად თუ განხლარა ნორმალური, უფრო ხშირად ეს საზღვრები მაინც ნორმაზე მეტი იყო, განსაკუთრებით კი მარჯვნივ.

გულის გაგანივრება მალარიის დროს გამოხატული იყო, როგორც მალარიის მწვავე შემთხვევების დროს, აგრეთვე ქრონიკული მალარიისა და მალარიული კახექსიის დროსაც.

გული ყოველთვის გარდი-გარდმო დიამეტრში იყო გაგანივრებული. არც ერთს შემთხვევაში ჩვენ წმინდა მალარიან ავადმყოფთა შორის არ შეგვხვედრია გულის ზემო საზღვარის მომატება.

აუსკულტაციის დროს გულის ტონები, რამდენიმე შემთხვევის გარდა, ყოველთვის ყრუ იყო. ძლიერ ხშირად, თითქმის $\frac{2}{3}$ შემთხვევებში, ჩვენ ვისმენდით სისტოლიურს შუილს ან მწვერვალოზე ან და მკერდის ძვლის მარცხნივ მესამე ნეკნთა შუა სივრცეში. ხშირად შუილი ორივე ამ ადგილზე ისმოდა და ასეთ შემთხვევებში იგი მესამე ნეკნთა შუა სივრცეში უფრო კარგად იყო გამოხატული, ვიდრე მწვერვალოზე. უნდა აღვნიშნო, რომ შუილი მით უფრო კარგად იყო გამოხატული, რაც უფრო მეტი იყო გულის გაგანივრება. შენდევ, შუილი ჰქონდათ არა მარტო ისეთ ავადმყოფებს, რომელთაც ძლიერი ანემია ჰქონდათ, არამედ შუილი ისმოდა ისეთ ავადმყოფთა გულზედაც, რომელთაც ჰემოგლობინი ჰქონდათ— 80% — 90% , სისხლის წითელი ბურთულები— $4-4\frac{1}{2}$ მილიონი და სისხლის წებოვნობა— $4,0-4,5$ (Hess-ით).

ისე როგორც გულის გაგანივრება, შუილებიც მალარიის დროს გვხვდება, როგორც მალარიის მწვავე ფორმის დროს, აგრეთვე ქრონიკული მალარიისა და მალარიული კახექსიის დროს.

აქვე უნდა აღვნიშნო, რომ ჩემი დაკვირვებები შეეხება უმთავრესად მალარიის ტროპიკულსა და დლეგამოშვებითს (tertiana) ფორმას, თუმცა ისეთივე მოვლენები იყო აგრეთვე ქვარტანასა და მალარიის შერეულ ფორმებშიაც.

განსხვავება მოვლენებში გულის მხრივ მალარიის სხვადასხვა ფორმის დროს მაინცა და მაინც არ ემჩნეოდა, თუმცა ეს მოვლენები უფრო ხშირი იყო tropica-ს დროს, ვიდრე tertiana-სა ან quartana-ს დროს. ერთი კი სრულიად ცხადი იყო: გულის მოვლენები მალარიის დროს გამოხატული იყო უფრო ხშირად მალარიული კახექსიისა და ქრონიკული მალარიის დროს. მწვავე მალარიის დროსაც ჩვენ ვხვდებოდით შუილებს და გულის გაგანივრებას, მაგრამ ეს მოვლენები უფრო კარგად ემჩნეოდა ისეთ პირთ, რომელთაც კლინიკურად მალარიის უფრო მძიმე ფორმა სჭირდათ ანდა რომელთაც უფრო დიდს ხანს მოსდიოდათ შეტევები.



აი ყველა ის მოვლენები, რომელნიც აღნიშნული იყო ჩვენ მიერ. არც ერთს შემთხვევაში ჩვენ არ მიგვიღია მოვლენები, რომელიც გულის ანგინას მოგვავაგონებდა. არ მიგვიღია აგრეთვე რაიმე არა ნორმალური ხშიანობა აორტაზე.

აქ მე მინდა მხოლოდ ერთს საინტერესო შემთხვევაზე შეგჩერდე და ამ შემთხვევის ისტორია მოკლედ მოვიყვანო.

1922 წ. 20/5 კლინიკაში შემოვიდა ავადმყოფი, ბ-ბოვის ასული, 26 წ., ჩივილით ციებ-ცხელებაზე, რომელიც მას აქვს შემოდგომიდან. პირველად აცივ-აციხლებდა დღე-გამოშვებით, შემდეგ კი უწყსრივად. ქინაქინით წამლობის შემდეგ კარგად შეიქნა და მთელი ზამთარი აღარ გაუტყვებია. ორი თვის წინეთ მარტში კი სნეულებამ განუმეორა: ჯერ დაუწყო ციებ-ცხელება ყოველ მესამე დღეს, შემდეგ კი უწყსრივად. სწამლობდა ქინაქინით, მაგრამ არა რეგულარულად. ამიტომ ციებ-ცხელება ხან დანებებდა თავს და ხან კიდევ დაუწყებდა.

ავადმყოფის სუბიექტიური ჩივილიდან აღსანიშნავია შემცივნების დროს ხანდახან გულის ძლიერი ფრიალი და გულის ღონება, შემდეგ აგრეთვე ხანდახან შემცივნების დროს გულის რე-ვა და პირსაქმება.

ობიექტიური გამოკვლევის დროს აღმოჩნდა: გულის საძვგრი მეხუთე ნეკნთა შუა სივრცე-შია მარცხენა ძუძუს ხაზის ოდნავ მარცხნივ; გულის შედარებითი ყრუ ხმის საზღვრები ორივე მხარეს (გარდი-გადმო) თითო თითო არის გადიდებული; ტონები—ნორმალური, ოდნავ ყრუ, შუილი არ ისმის. სისხლის წნევა, Коротков-ით—max.—95, min.—58. ელენთა და ღვიძლი გადიდებულია. დანარჩენი ნორმა.

სისხლში: Hb.—70%, Er.—4.500.000, L.—6.500, წებოვნობა Hess-ით—3.8; Malaria ter-tiana-ს პლაზმოდუმი ძლიერ ბევრი.

Cursus morbi. 24/5 ავადმყოფს დაენიშნა წამლობა ქინაქინით (კანქვეშ დღე-ღამეში 1,0 ქინა). 20/4—ავადმყოფს კვლავ შეამცივნა და დიდი სიცხე მისცა, მაგრამ სიცხემ დიდხანს არ გასტანა. 26/5. არ შეუმცივნებია. 27/5. ჩვეულებრივ დროზე, როდესაც ავადმყოფისათვის უნდა შეემცივნებია, ავადმყოფმა იგრძნო მხოლოდ ტანში მტკრევა, მაგრამ ამავე დროს მას მოუვიდა გულის ღონება და გულის ფრიალი. ავადმყოფს პულსი ჰქონდა 100 წუთში და რითმიული, ტემ-პერატურა კი 36.6. ცოტა ხნის შემდეგ ავადმყოფს ჩაეძინა. დაახლოვებით I საათის ძილის შემდეგ მან გამოიღვიძა, იგი თავს კარგად ჰგრძნობდა და გულის ფრიალიც აღარ ჰქონდა. ამ ხნის განმავლობაში და არც შემდეგ ამ დღის განმავლობაში ავადმყოფს სიცხე არ ჰქონია.

ამ დღის შემდეგ ორჯერ კიდევ იმ დღებში, როდესაც ავადმყოფისათვის უნდა გაეციე-ბია, ე. ი. დღე-გამოშვებით, მას მოუვიდა ასეთივე გულის ღონება და გულის ფრიალი (პულსი 100'—116') და შემდეგ ძილი. არც ერთხელ მისთვის ამ დროს სიცხე არ მიუტია. შემდეგ ეს მოვლენები შეწყდა.

13/6. ავადმყოფი გაეწერა ძლიერ მომჯობინებული. სულ გაკეთებული ექნა კანქვეშ 20.0 ქინა. სიცხეს აღარ აძლევს; ღვიძლი—ნორმა; ელენთა ოდნავ ეხება ხელს სუნთქვის დროს.

სისხლში მალარიის პლაზმოდუმი არ აღმოჩნდა; Hb.—78%, Er.—4.768.000, L.—7.500, წებოვნობა Hess-ით—4.0.

გულის მხრივ: საძვგრი—მეხუთე ნეკნთა შუა სივრცეშია ძუძუს ხაზზე, სუსტად გამოხატუ-ლი; შედარებითი ყრუ ხმის საზღვრები მარცხნივ—1/2, თითოთ და მარჯვნივ—1 თითოთ არის გა-დიდებული; ტონები—წმინდა. სისხლის წნევა Коротков-ით—max.—115, min.—75.

ეს ისტორია მოვიყვანე იმისათვის, რომ აღმენიშნა ერთი საინტერესო მოვ-ლენა—ეს გულის ფრიალი და გულის ღონება, რომელიც ავადმყოფს მოსდიო-და ჯერ შეტყეების დროს, როდესაც მას სიცხეს აძლევდა, და შემდეგ კი—სწორედ იმ დროს, როდესაც მისთვის უნდა შეემცივნებია, მაგრამ როდესაც მას წამლობის გამო უკვე სიცხეს არ აძლევდა. ეჭვს გარეშეა, რომ ამ გულის ფრიალს კავშირი ჰქონდა მალარიასთან, ვინაიდან მას გულის ფრიალი მოსდიოდა მხო-ლოდ იმ დღებში, როდესაც მისთვის უნდა შეემცივნებია და არ მოსდიოდა

სხვა დღეებში, ეს ადვილად აღსანიშნავი იყო, ვინაიდან ავადმყოფს *Malaria tertiana* ჰქონდა და მას დღე-გამოშვებით ამციენებდა.

ამგვარად ჩვენ ვხედავთ, რომ ნამდვილ შეტევისა, სიცხის მომატებისა და ყველა იმ მოვლენების ნაცვლად, რომელთაც ადგილი აქვთ ხოლმე შემცივნების შემდეგ მალარიის დროს, ჩვენს ავადმყოფს მოსდიოდა მხოლოდ ტანში მტკრევა, გულის ფრიალი, გულის ღონება და შემდეგ ძილი.

ექვს გარეშეა, რომ აქ გავლენა ჰქონდა მალარიას, მალარიის ტოქსინს, რომელიც შეტევას, შემცივნებას და სიცხეს უკვე აღარ იწვევდა, მაგრამ გულზე მაინც მოქმედობდა.

Grall-სა და Marchoux-ს თავის ცნობილ მონოგრაფიაში აღწერილი აქვთ ქრონიკული მალარიის ერთი შემთხვევა, რომელიც თუმცა ჩვენს შემთხვევას სავსებით არა ჰგავს, მაგრამ უნდა ვიფიქროთ იმავე კატეგორიისაა, როგორც ჩვენი შემთხვევა იყო.

ავადმყოფი სწავლობდა ცნობილ კურორტზე Vichy-ში. დრო გამოშვებით მას ნამდვილ შეტევის ნაცვლად მოსდიოდა ტანში ცოტად მტკრევა და თავის ტკივილი. ერთს ღამეს კი პირველ საათზე, მას გამოეღვიძა, ვინაიდან მან იგრძნო ისეთი საშინელი გულის ღონება, თითქოს სიკვდილი მოუახლოვდაო. გულმკერდის ტკივილი ავადმყოფს, არ ჰქონია. გულის მუშაობა ჩვეულებრივი ჰქონდა და, გარდა ცოტადენი თავბრუს ხვევისა, ავადმყოფს არაფერი არა ნორმალური არ ემჩნეოდა. ასეთ მდგომარეობაში იყო ავადმყოფი 45 წუთს, შემდეგ მას ოფლი მისცა და, გარდა ამისა, იგი ბლომად გავიდა შარდზე. გულის ღონების ასეთი შეტევები ავადმყოფს შემდეგაც მოსდიოდა სწორედ იმავე საათში, როგორც მოუვიდა პირველად, მაგრამ ქიანქინით წამლობის შემდეგ იგი სავსებით გამოიჩა.

გადავიდეთ ეხლა პულისის მდგომარეობის აღნიშვნაზე მალარიის დროს.

ნორმალური ტემპერატურის დროს აპირექტიულ სტადიუმში პულისის სიხშირე წუთში ჩვეულებრივად 70—76 იყო. პულისი იყო ოდნავ სუსტი და დიდს უმრავლესს შემთხვევებში რითმული.

შემცივნების დროს პულისი ხშირდებოდა და წუთში აღწევდა 100—130 დაახლოვებით ტემპერატურის მიხედვით. ამასთან ერთად იგი უფრო სუსტი მოცულობისა ხდებოდა და იშვიათად რითმდარღვეულიც იყო, თუმცა რითმი უფრო ხშირად დაცული იყო.

სიცხის დროს პულისი პირველად ხშირი იყო, 100—130 წუთში, რბილი, საკმაოდ სავსე და დიდს უმეტესს შემთხვევებში დიკროტული.

ოფლის შემდეგ პულისი გვიანდებოდა (60'—64'—68'), იყო რბილი და საკმაოდ სავსე.

საინტერესოა, რომ სიცხის დროს პულისი სიცხის მთელი სტადიუმის დროს ერთგვარი სიხშირის როდია. პირველად იგი ხშირია, დაახლოვებით ისეთივე, როგორც შემცივნების დროს, ანდა ოდნავ ნაკლებად ხშირი. შემდეგ, კი, სიცხის დროს უკვე, მისი სიხშირე თანდათან კლებულობს და ოფლის დაწყების წინ პულისის სიხშირე ბევრად ჩამორჩენილია ტემპერატურის სიმალღესთან შედარებით.

მოვიყვან ერთს მაგალითს:

ავადმყოფი წ-რი ნიკოლოზ 12/XI 1922 წ.

დილის 9 საათზე

t°
36°

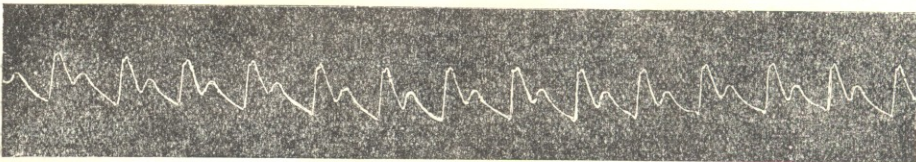
P.
72'



ნაშუადღეის 1 1/2 საათზე (შემციენების დროს)	39,6 ⁰	126'
" 2 1/2 "	40 ⁰	120'
" 3 "	40,4 ⁰	104'
" 3 1/2 "	40,4 ⁰	98'
" 4 "	40,3	96'
სადამოს 7 (დაიწყო ოფლი)	38,3	76'
" 9 "	36,8	66'

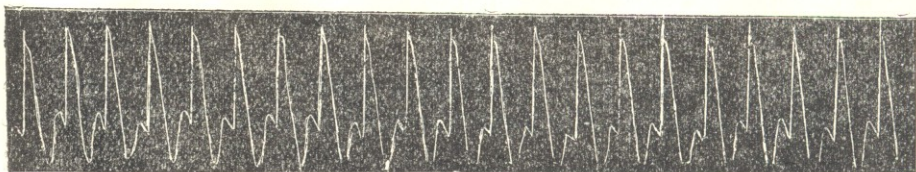
ამგვარად ჩვენ ვხედავთ, რომ შემციენებებს დროს პულსი ხშირდება; სიცხის პირველ ხანაში იგი ხშირია და შეეფერება დაახლოვებით ტემპერატურას, მაგრამ იმაზე ნაკლები სიხშირისაა, რაც იყო შემციენების დროს. შემდეგ კი მისი სიხშირე სულ კლებულობს, თუმცა ტემპერატურა იგივე რჩება, ხანდახან მეტიც კია. 3 საათის შემდეგ, ოფლის დაწყების წინ, ტემპერატურა თუმცა 40.3, პულსი უკვე მხოლოდ 96'-ა ნაცვლად 120'-სა, როგორც იყო სიცხის პირველ მომენტში. ოფლის შემდეგ კი პულსი კიდევ უფრო გვიანდება და ჩვეულებრივად იმაზე უფრო გვიანია, რაც იყო შემციენების წინეთ.

პულსის მდგომარეობისა და მისი ცვალებადობის შესახებ შეტყვის სხვადასხვა პერიოდში კარგს წარმოდგენას იძლევა სფიგმოგრამები. მაგალითისათვის მომყავს სფიგმოგრამები, მიღებული იმავე ავადმყოფის პულსზე, თუმცა, უნდა აღვნიშნოთ, რომ ასეთი სფიგმოგრამები ტიპურია მალარიის შეტყვის დროს და ჩემ მიერ მიღებული იყო თითქმის ყველა შემთხვევაში. სფიგმოგრამები მიღებულია [aquet-ს სფიგმოგრაფის საშუალებით.



№ 1. მალარიანი ავადმყოფის პულსი აპირექსიის სტადიუმში (tertiana).

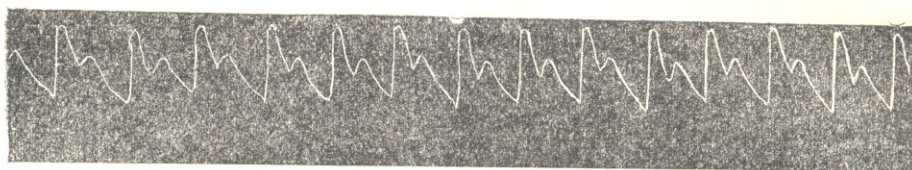
პირველი სფიგოგრამა ვეჩვენებს, თუ როგორი პულსი ჰქონდა ავადმყოფს დილის 9 საათზე აპირექსიის დროს. აქ ჩვენ ვხედავთ, რომ პულსი არის სუბდიკროტული ე. ი. დიკროტული ტალღა ჩვეულებრივზე უფრო მეტად არის გამოხატული კატაკროტაზე. აგრეთვე ამავე სფიგმოგრამაზე სჩანს, რომ პულსის ტალღები თითქოს ყოველთვის თანაბარი არ არის, მაგრამ ეს განსხვავება ძლიერ მცირეა და სწორედ ამიტომაც პულსის ხელით გასინჯვის დროს ამას თითი ვერაგრძნობს.



№ 2. მალარიანი ავადმყოფის პულსი სიცხის დროს (tertiana).

მეორე სფიგმოგრამა გვიჩვენებს პულსის მდგომარეობას სიცხის დროს¹⁾. აქ ჩვენ ვხედავთ, რომ პულსი ძლიერ შეიცვალა, ერთი, რომ ძლიერ მოიმატა მისი მოცულობა, მეორეც, რაც უმთავრესია, ისა, რომ აქ ჩვენ ვღებულობთ პულსს ჰიპერდიკროტულს ე. ი. ისეთს, როდესაც დიკროტული ტალღა გამოხატულია არა კატაკროტაზე, არამედ ანაკროტის დასაწყისში.

ჩვენ ვიცით საერთოდ, რომ დიკროტული ტალღის განვითარება დამოკიდებულია სისხლის ძარღვთა ტონუსის შემცირებაზე. ჰიპერდიკროტული პულსი კი ჩნდება მაშინ, როდესაც დიკროტული ტალღა იგვიანებს ანდა როდესაც, პულსის ძლიერი გახშირების გამო, ახალი მთავარი ტალღა სწყვეტს ხოლმე დიკროტულ ტალღის დასწვრივს ნაწილს. მაღარიის დროს შესაძლებელია, რომ ჰიპერდიკროტული პულსის გაჩენაში მონაწილეობას ღებულობდეს ორივე ეს ფაქტორი.



№ 3. მაღარიანი ავადმყოფის პულსი ოფლის შემდეგ (tertiana).

მესამე სფიგმოგრამა გვიჩვენებს პულსის მდგომარეობას ოფლის შემდეგ, როდესაც ტემპერატურა უკვე დაეცა. ეს პულსი უახლოვდება პირვანდელს პულსს ე. ი. იმას, როგორც იყო აპირექსიის დროს: აქაც ჩვენ სუბდიკროტული პულსი გვაქვს, ძლიერ კარგად გამოხატული დიკროტული ტალღით, მხოლოდ საერთოდ პულსის მოცულობა პირვანდელზე მეტია.

სამივე სფიგმოგრამა ნათლად ამტკიცებს ერთს გარემოებას, რომ მაღარიის დროს პულსის დიკროტული ტალღა ნათლად არის გამოხატული. მართალია ეს დიკროტიზმი ყველაზე უფრო ძლიერია სიცხის პერიოდში (ჰიპერდიკროტული პულსი), მაგრამ დიკროტიზმი ცხადია აგრეთვე აპირექსიის დროს შეტევის წინეთ და ოფლის შემდეგ შეტევის დამთავრებისას. ყველა ეს კი გვიჩვენებს, რომ მაღარიის დროს სისხლძარღვთა ტონუსი აშკარად დაქვეითებულია.

აქვე უნდა აღვნიშნო, რომ მაღარიანი ავადმყოფის პულსის სფიგმოგრამები, Ziemann-ის გარდა, არც ერთს სახელმძღვანელოსა და არც ერთს მონოგრაფიაში არ არის მოყვანილი. Ziemann-ს კი აქვს მოყვანილი სამი სფიგმოგრამა: ერთი—მიღებული შემცივნების სტადიუმში, მეორე—იმ დროს, როდესაც სიცხე იწყება, და მესამეც, მიღებული ოფლის შემდეგ, როდესაც სიცხე უკვე დაფარდა.

მეოთხე სფიგმოგრამა გვიჩვენებს პულსის მდგომარეობას ავადმყოფის კლინიკურად მომჯობინების დროს წამლობის შემდეგ. აქ პულსი ნორმალურს უახ-

¹⁾ შემცივნების დროს, როდესაც ავადმყოფს აკანკალებს, პულსის სწორი გადაღება შეუძლებელია.

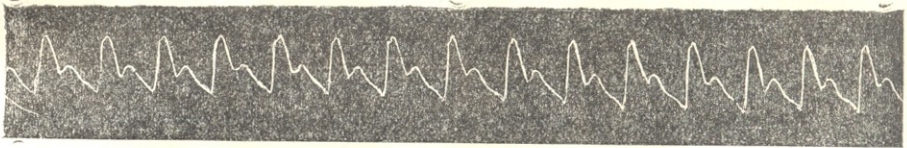


ლოვდება, თუმცა აქაც დიკროტიული ტალღა ნორმალურზე უფრო ძლიერად არის გამოხატული.

პულსის მხრივ მალარიის დროს აღსანიშნავია კიდევ ერთი გარემოება— ეს ერთგვარი ბრადიკარდია, რომელიც იჩენს ხოლმე თავს მომჯობინების ხანაში, შეტევების შეწყვეტის შემდეგ. დიდს უმეტესს შემთხვევებში, განსაკუთრებით კი ვაქებში, ჩვენ ვღებულობდით პულსის შეგვიანებას. ნორმალური 72-76-ს ნაცვლად წუთში, პულსი იყო წუთში 60-66. მხოლოდ იშვიათ შემთხვევებში პულსი ნორმაზე უფრო ხშირი იყო. ეს ემჩნეოდა უმთავრესად ქალებს და განსაკუთრებით კი ისეთებს, რომელთაც ძლიერად გამოხატული ანემია ჰქონდათ.

გადავიდეთ ეხლა სისხლის წნევის მდგომარეობაზე მალარიის დროს.

სისხლის წნევას ჩვენ ვიკვლევდით Kоротков-ის მეთოდით Braun-ის სფიგმომანომეტრით, რომელიც წარმოადგენს Riva-Rocci-ის ხელსაწყოს ცოტაოდენ გაუმჯობესობას და რომელსაც სინდიკის მანომეტრი აქვს და განიერი მანქეტი. შედეგები, რომელიც ჩვენ მივიღეთ, შემდეგი იყო *).



№ 4. მალარიანი ავადმყოფის პულსი მომჯობინების შემდეგ (tertiana).

მალარიის დროს, აპირექსიის სტადიუმში, სისხლის მაქსიმალური და მინიმალური წნევა ქვეითდება (დაახლოვებით 20—25 m. m.-ით). სისხლის წნევის ეს დაქვეითება მით უფრო ძლიერია, რაც უფრო დიდს ხანს ჰქონდა ავადმყოფს მალარიის აქტიური ფორმა ან და რაც კლინიკურად უფრო მძიმე ფორმა სჭირდა მას.

პულსის წნევა დაახლოვებით უცვლელი რჩება ნორმასთან შედარებით.

შეტევების დროს: 1) სისხლის მაქსიმალური წნევა ჯერ ცოტა ხნით ძლიერდება და შემდეგ კი ქვეითდება და ოფლის წინ და ოფლის შემდეგ ბევრად უფრო ნაკლებია იმაზე, თუ რაც იყო აპირექსიის დროს; 2) მინიმალური წნევა თავიდანვე ქვეითდება, ჯერ შედარებით ნაკლებად, შემდეგ უფრო ძლიერად, მაგრამ მაქსიმალურ წნევაზე უფრო ნაკლების ტემპით; 3) პულსის წნევა ძლიერ მატულობს, შემდეგ უკვე სიცხის პერიოდში კლებულობს, მაგრამ იმაზე მეტი რჩება, რაც აპირექსიის დროს იყო; ოფლის წინ და განსაკუთრებით ოფლის შემდეგ პულსის წნევა კიდევ უფრო იკლებს, მაგრამ ნორმაზე მეტი მაინც რჩება ანდა ნორმას უახლოვდება.

წამლობის შემდეგ, როდესაც შეტევები შეწყდა და ავადმყოფი კლინიკურად მომჯობინდა, სისხლის მაქსიმალური და მინიმალური წნევა პირვანდელ-

*) დაწერილებით იხილე ჩემს შრომაში: სისხლის წნევა მალარიის დროს, ტფილისის უნივერსიტეტის მოამბე, ტ. III. 1923 წ.

თან შედარებით ძლიერდება, მაგრამ წნევის ეს გაძლიერება ხდება თანდათანობით, წნევა ნორმამდე არ აღწევს და კიდევ დიდს ხანს რჩება დაქვეითებული.

ჩვენი გამოკვლევანი სისხლის წნევის შესახებ მალარიის დროს უკვე დამთავრებული გვქონდა, როდესაც ჩვენ ხელთ ჩავვიყარდა ორი ახალი შრომა, რომელიც ამ საკითხს ეხება: ერთი გერმანული—Bürger-ისა და მეორეც ფრანგული—Jeanselme-ისა და Dalimier-ის.

Bürger-ი იკვლევდა Riva-Rocci-ს ხელსაწყოთი სისხლის მხოლოდ მაქსიმალურ წნევას მალარიის შეტევების დროს. მისი დაკვირვებით ყოველი შეტევის დროს სისხლის მაქსიმალური წნევა ეცემა 20—30 m. m.-ით, მაგრამ წნევის ამ დაცემას შემცივნების დროს წინ უძღვის ნორმასთან შედარებით მისი 20—30 m. m.-ით გაძლიერება. შემდეგ კი სიცხის სტადიუმში სისხლის წნევა ეცემა 20—30 m. m.-ით ნორმასთან შედარებით. ამ გვარად საერთო ქანაობა სისხლის მაქსიმალური წნევისა ყოველი შეტევის დროს, Bürger-ის დაკვირვებით, უდრის 40—60 m. m.-ს.

Jeanselme-მა და Dalimier-მ, რომელნიც სისხლის წნევას იკვლევდნენ საფრანგეთში ძლიერ მიღებული ხელსაწყოთი, Pachon-ის ოსცილომეტრით, შემდეგი შედეგები მიიღეს.

აპირექსიის დროს—მაქსიმალური წნევა ნორმალური იყო ანდა ნორმაზე ოდნავ მეტი; მინიმალური კი ნორმალურზე ოდნავ ნაკლები იყო და ამის გამო პულსის წნევა, ნორმასთან შედარებით, ძლიერდებოდა.

შეტევის დროს სისხლის წნევა სხვადასხვა გვარი იყო იმის და მიხედვით, თუ შეტევის რა პერიოდში იყო ნაწარმოები გამოკვლევა.

შემცივნების დროს—მაქსიმალური წნევა თითქმის ან სრულიად არ იცვლებოდა, მინიმალური ძლიერდებოდა და პულსის წნევა კი კლებულობდა.

სიცხის დროს—მაქსიმალური წნევა ძლიერდებოდა, მინიმალური კი ძლიერ ქვეითდებოდა და ამის გამო პულსის წნევა ძლიერ მატულობდა.

ოფლის პერიოდში Jeanselme-მა და Dalimier-მ იგივე შედეგები მიიღეს, როგორც აპირექსიის დროს.

ჩვენ რომ ჩვენ მიერ მიღებული შედეგები შევადაროთ ზემოთ მოყვანილ ორ გამოკვლევას, დაეინახავთ, რომ Bürger-ს დაახლოვებით ისეთივე შედეგები მიუღია მაქსიმალური წნევის შესახებ, როგორც მივიღეთ ჩვენ. განსხვავება მხოლოდ იმაშია, რომ Bürger-მა მიიღო სისხლის წნევის გაძლიერება შემცივნების დროს, და ჩვენ კი, გარდა ამისა, სიცხის სტადიუმის პირველ მომენტშიაც.

რაც შეეხება Jeanselme-ისა და Dalimier-ს გამოკვლევას, აქ გაუგებარია სისხლის მაქსიმალური წნევის უცვლელობა მალარიის დროს, როგორც აპირექტიულ პერიოდში, აგრეთვე შემცივნების დროს, სამაგიეროდ სავსებით სამართლიანია, რომ მინიმალური წნევა ძლიერ კლებულობს სიცხის დროს და პულსის წნევა კი ძლიერდება. ამ ნაწილში ჩვენი და ფრანგ ავტორების გამოკვლევები ერთმანეთს სავსებით ეთანხმება. საინტერესოა, რომ ფრანგ ავტორებს სიცხის დროს მიუღიათ მაქსიმალური წნევის გაძლიერება. ჩვენც სიცხის პირველს ხანს მივიღეთ სისხლის მაქსიმალური წნევის გაძლიერება, მაგრამ იგი უკვე სიცხის პერიოდშივე დაქვეითდა და მალე პირვანდელზე ბევრად ნაკლები გახდა,

რაც სასესებით ეთანხმება Bürger-ის შედეგებს. უნდა ვიფიქროთ, რომ Jeanselme-ი და Dalimier სისხლის წნევას იკვლევდნენ სიცხის დასაწყისში შემცვივნების დამთავრებისთანავე და Bürger-ი კი სიცხის განვითარების პერიოდში 1—2 საათის შემდეგ შემცვივნებისა¹⁾.

რით აიხსნება ყველა ის მოვლენები სისხლის მიმოქცევის ორგანოების მხრივ, რომელიც ჩვენ მივიღეთ მალარიის დროს?

ყველაზე წინეთ უნდა აღვნიშნოთ გულის შედარებითი ყრუ ხმის საზღვრების გარდი-გარდმო მომატება, როგორც მარჯვნივ, ისე მარცხნივ. ეს მომატება უმთავრესად მარჯვნივ იყო ხოლმე გამოხატული. ჩვენ ვიცით, რომ გულის შედარებით ყრუ ხმის საზღვრების მომატება დამოკიდებულია გულის გარდი-გარდმო დიამეტრის მომატებისაგან. რომ ჩვენ უმთავრესად გულის პასიური გაგანივრება გვაქვს მალარიის დროს, ეს ნათლად სჩანს იმიდან, რომ გულის საძგერი სუსტად არის გამოხატული, გულის ტონები ყრუა და სისხლის წნევაც დაქვეითებული. რა თქმა უნდა, გულის ასეთს პასიურს გაგანივრებას შემდეგ მოსდევს გულის კუნთის კომპესტორული ჰიპერტროფიაც, მაგრამ მალარიის დროს უმთავრესად გაგანივრების სიმპტომები უფრო აღინიშნება.

სისტოლიური შუილი, რომელიც ჩვენ ხშირად გვქონდა მალარიის დროს მწვერვალოზე ანდა მესამე ნეკნთა შუა სივრცეში მკერდის ძვლის მარცხნივ, უმთავრესად უნდა ავხსნათ გულის გაგანივრებით და ამ გაგანივრების გამო გამოწვეული გულის სარქველების ფუნქციონალური ნაკლოვანობით. თუ მალარიას ერთვის ძლიერი სისხლნაკლებობა, მაშინ შესაძლებელია შუილი დამოკიდებული იყოს ანემიისაგანაც. მაგრამ ჩვენ გვყავდა ავადმყოფები, რომელთაც არავითარი ანემია არა ჰქონიათ (80%—90% Hb. და Er.—4 მილ. და 5 მილ.) და შუილი კი ნათლად ჰქონდათ გამოხატული. რა თქა უნდა, ამ შემთხვევაში და საერთოდ მალარიის დროს შუილების გაჩენაში უმთავრესი და უპირველესი მნიშვნელობა გულის გაგანივრებასა აქვს. რომ ეს შუილები, რომელთაც ჩვენ ვიღებდით, არ იყო ორგანიული, ნათლად მტკიცდება იმ გარემოებით, რომ წამლობის შემდეგ, როდესაც გულის გაგანივრება კლებულობდა და გული თანდათან ნორმას უახლოვდებოდა,—შუილიც ქრებოდა.

რით უნდა ავხსნათ გულის ასეთი გაგანივრება? რათქმა უნდა, მალარიის ტოქსინის ზეგავლენით, რომელიც ან უნდა იწვევდეს გულის მიოკარდიტს ანდა გულის ნერვიულს აპარატზე და მისი კუნთის ტონუსზე მოქმედობდეს ანდა ორივე ეს გარემოება ერთად უნდა ახდენდეს გავლენას გულზე.

ამაზე პასუხი მხოლოდ პათოლოგიურ-ანატომიურ გაკვეთებს შეუძლია მოგვცეს. პირადად ამისათვის ჩვენ საკმაო მასალა არა გვაქვს. ჩვენი მხოლოდ ორი ავადმყოფი იყო გაკვეთილი ექ. ვ. ვარაზიშვილის მიერ²⁾, რომელ-

1) ჩვენი მუშაობა უკვე იბეჭდებოდა, როდესაც ჩვენ ხელთ ჩავვივარდა კიდევ ერთი ახალი შრომა, რომელიც სისხლის წნევის საკითხს შეეხება მალარიის დროს. (Montel. Tension artérielle et viscosité sanguine dans le paludisme chez les Annamites de Cochinchine. Bull. de la Société de Pathologie exotique. № 9 12/XI 1924. Paris). ამ შრომაშიაც აღნიშნულია, რომ მალარიის აპირექტიულ პერიოდში სისხლის წნევა დაქვეითებულია.

2) ესარგებლობ შემთხვევით და დიდს მადლობას ვუძღვნი პატივცემულს ამხანაგს ვ. ვარაზიშვილს გაკვეთისათვის და გაკვეთის შედეგების ცნობებისათვის.

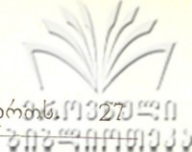
მაც მათ გულის მხრივ აღმოუჩინა გულის გარდი-გარდმო დიამეტრის გაგანიერება, გულის ღრუების გაფართოვება და გულის კუნთის ალაგ-ალაგ ცხიმოვანი გადაგვარება.

ლიტერატურიდან კი ჩვენ ვიცით, რომ მწვავე მალარიის დროს გულის კუნთი მკრთალი ფერისაა, ანემიური, მოღუნებული და, Laveran-ის თქმით, დამკენარს ფოთოლსა ჰგავს (feuille morte). გარდა ამისა, Laveran-ი აღნიშნავს, რომ მიოკარდიუმის სისხლის ძარღვებში ხანდახან პიგმენტიანი ელემენტებია დაგროვილი ხოლმე. Ziemann-ით, ენდოკარდიუმსა და ეპიკარდიუმში ხანდახან ექვიმოზებიც კი არის. Vallin-ი კი ირწმუნება, რომ მწვავე მალარიის დროს გულის კუნთის ელემენტები ცხიმოვან გადაგვარებას განიცდიან. Широкого-пов-ით, მალარიის დროს ძლიერ ხშირია ე. წ. atrophia fusca cordis (გულის კუნთის მუქი ატროფია).

ქრონიკული მალარიისა და მალარიის მიერ გამოწვეული კახექსიის დროს გულის კუნთი პასიურად გაგანიერებულია, მისი ღრუების ტევადობა მომატებული (Laveran, Manson), თვით კუნთი განიცდის გადაგვარების პროცესს, რომელიც უმთავრესად ცხიმოვანია (Manson, Eichhorst, Ziemann).

ყველა ზემოხსენებულიდან უკვე ცხადია ის გარემოებაც, თუ რად არის მალარიის დროს სისხლის წნევა საერთოდ დაქვეითებული. პათოლოგიურად შეცვლილი და მოღუნებული გული ვერ იკუმშება საკმაო ენერგიით და ამიტომ ვერ ავზავნის არტერიულს სისტემაში საკმაო სისხლს. მეორეს მხრივ, სისხლის მინიმალური წნევის დაქვეითება ამტკიცებს, რომ არტერიებიც განავრდებიან მალარიის ტოქსინის ზეგავლენით ტონუსის დაკარგვის გამო. ამასვე ამტკიცებს ჩვენ მიერ მიღებული სუიგმოგრამები.

რაც შეეხება შეტევებს და სისხლის წნევის ცვალებადობას ამ შეტევების დროს, ჩვენ შეგვიძლია ეს ცვალებადობა ავხსნათ შემდეგად. შემცივნების დროს სისხლის წნევის გაძლიერება, უნდა ვიფიქროთ, გამოწვეულია, ერთის მხრით შემცივნების დროს სისხლის ძარღვების შეკუმშვის გამო და, მეორეს მხრივ, გულის შეკუმშვის გახშირების გამო, რაც ნათლად მტკიცდება შემცივნების დროს და სიცხის პირველს სტადიუმში პულსის გახშირებით. მეორე, სიცხის შემდეგ სტადიუმში და ოფლის დროს სისხლის ძარღვები ფართოვდება, რითაც აიხსნება სისხლის მინიმალური წნევის ძლიერი დაქვეითება, გულის შეკუმშვები გვიანდება და, მისი კუნთის ტონუსის მოღუნების გამო, სისხლის წნევაც ეცემა. ამგვარად ჩვენ ვხედავთ, რომ მალარიის დროს, გარდა გულის კუნთის მოღუნებისა და გადაგვარებისა, დიდს როლს თამაშობს ვაზომოტორული ცენტრო და ვაზომოტორული ნერვების თამაში, რომელზედაც მოქმედებს მალარიის ტოქსინი და ამით იწვევს სისხლის ძარღვების ჯერ შეკუმშვას და შემდეგ კი მალე ძლიერს გაგანიერებას. Jeanselme-მა და Dalimier-მ სცადეს გამოერკვიათ, ხომ არ არის დამოკიდებული სისხლის ძარღვების ტონუსის მოღუნება თირკმლისზედა ჯირკვლის სეკრეციის ნაკლებობისაგან. ამ მიზნით მათ მალარიან ავადმყოფთ სიცხის პერიოდში შეუწხაბუნეს ადრენალინის 3 მილიგრამი, მაგრამ ამით სისხლის წნევაზე ვერავითარი გავლენა ვერ მოახდინეს. აქედან ნათელია, რომ სისხლის ძარღვების ტონუსის დაქვეითება წარმოშობილია ვაზომოტორული



ცენტრის მოდუნებით და არა პერიფერულად თირკმლისზედა ჯირკვლების სეკრეციის ნაკლებობით.

ჩვენი დაკვირვებანი კლინიკური მოვლენების შესახებ სისხლის მიმოქცევის ორგანოების მხრივ მალარიის დროს და აგრეთვე მთელი რიგი ლიტერატურული ცნობებიც ამავე საკითხის შესახებ ნათლად ამტკიცებენ ერთს ფრიად მნიშვნელოვანს ვარემოებას, რომ მალარიის წამლობის დროს, გარდა მალარიის სპეციფიური წამლობისა, საკმაო ყურადღება უნდა მიექცეს სისხლის მიმოქცევის ორგანოებს. რადგანაც ყველა ზემოხსენებულიდან ცხადია, რომ მალარიის ინფექცია მოქმედობს როგორც გულის კუნთზე, აგრეთვე ვაზომოტორულს ცენტროზე, ამიტომ მალარიის წამლობის დროს ჩვენ უნდა ვინმართოთ ისეთი საშუალებანი, რომელნიც მოქმედობენ გულზე და ამავე დროს ვაზომოტორული ცენტრის გაღიზიანებას იწვევენ. ასეთი საშუალებანი კი არის:

1) ქაფური, რომელიც, ერთის მხრით, აძლიერებს დასუსტებული გულის მუშაობას და, მეორეს მხრივ, იწვევს ვაზომოტორული ცენტრის გაღიზიანებას, რის გამოც სისხლის წნევა ძლიერდება;

2) კოფეინი, რომელიც აძლიერებს გულის კუნთის შეკუმშვის სისტოლიურს ენერჯიას და იწვევს გულის აბსოლუტური ძალის მომატებას და ამავე დროს აღიზიანებს ვაზომოტორულს ცენტროსაც; ორივე ეს გარემოება კი იწვევს სისხლის წნევის გაძლიერებას;

3) სტრინინი, რომელიც იწვევს ვაზომოტორული ცენტრის გაღიზიანებას და ამით სისხლის წნევის გაძლიერებასაც.

ამიტომ დიდი პრაქტიკული გამოცდილება და ღრმა დაკვირვება იყო ჩაქსოვილი ძველი კლონიცისტებისა და პრაქტიკული ექიმების ჩვეულებაში, როდესაც ისინი მალარიის წამლობის დროს ქინაქინასთან ერთად ან ქაფურს და ან კოფეინს უნიშნავდენ და ამავე დროს ცალკე აძლევდენ ავადმყოფს წვეთებს, რომელშიაც *T-ra Chinae composita*-სთან ერთად *T-ra nucis vomicae*-ც ერა.

დასასრულ, დიდ მადლობას ვუძღვნი დიდად პატივცემულს პროფესორს ალ. ალადაშვილს, რომელიც ჩემი მუშაობისადმი განსაკუთრებულს ყურადღებას იჩენდა.

ლიტერატურა;

Bürger. Über den Blutdruck in Malariaanfall. Med. klin. № 52. რეფ. Arch. f. Schiffs-und Tropen Hygiene. Bd. 24. H. 4. 1920.

Eichhorst. Малярия. Реальн. Энци. Практ. Мед. т. 11. 1912.

Grall et Marchoux. Paludisme. Paris. 1910.

Jeanselme et Dalimier. La pression artérielle au cours du paludisme secondaire. Presse méd. № 65. 1918. მოყვანილია Le Dantec-ით.

Laveran. Палюдизм. რუს. თარგმ. 1901 წ.

Le Dantec. Précis de Pathologie exotique. t. 1. 1924.

მიქელაძე შ. სისხლის წნევა მალარიის დროს. „ტფილ. უნივერსიტ. ნო-
ამბე“. III. 1923.

Nocht und Mayer. მალარია. ქართული თარგმანი ბ. ოქროპირიძისა
1924 წ.

Schilling. Тропич. болезни in Kraus—Brugsch: Инфекц. болезни Т.
2. В. 2. რუს. თარგმ. 1916.

Ziemann. Die Malaria. 3 Auf. 1924.

Ruge und z. Verth. Tropenkrankh. u. Tropenhygiene. 1912.

Manson. Maladies des pays chauds. ფრანგული თარგმანი. 1908 წ.

Кундрюцков. Военно-медиц. журнал. № 1. 1895.

პროფ. გ. მ. მ უ ხ ა ძ ე.

ტფილისის უნივერსიტეტის ჰოსპიტალური ქირურგიული კლინიკის გამგე.

საშარდე ორგანოების ტუბერკულოზი *).

(10 საკუთარი შემთხვევა თირკმლის ტუბერკულოზისა).

მალარია და tbc არის ის ორი სენი, რომელიც დიდ ზიანს აყენებს და, შეიძლება ვსთქვათ, განადგურებას უქადის ჩვენს ერს. თუ საზოგადოდ კაცობრიობის $\frac{1}{5}$ იღუპება ტუბერკულოზისაგან, უფრო მეტ მსხვერპლს იღებს ჩვენი ერი, რომლის ორგანიზმიც, ხშირად დაუძღვრებული მალარიისაგან და ცუდი კვებისაგან, სათანადო წინააღმდეგობას ვერ უწევს ტუბერკულოზურ ინფექციას. აქ მე მსურს შევეხო ამ სნეულების იმ ფორმას, რომელიც ჩვენში ნაკლებად არის შესწავლილი და რომლის დროზე გამოცნობას და დროზე საწინააღმდეგო ზომების მიღებას აქვს დიდი მნიშვნელობა ავადმყოფის განკურნებისათვის.

ეს გახლავთ საშარდე ორგანოების ტუბერკულოზი.

თუ საიდან ჩნდება ეს დაავადება, ამაზედ უმეტესი ნაწილი გამოკვლევებისა გვიპასუხებს, რომ დაავადება ჩნდება ჰემატოგენური გზით, ე. ი. შეიძლება სადმე ორგანიზმში, მაგ.. ბრონხიალურ, მეზენტერიალურ ჯირკვლებში და თვით ფილტვებშიც ბუდობდეს აქტიური ან ჩამქრალი ტუბერკულოზური ინფექცია და ამა თუ იმ მიზეზის გამო იგი შეიჭრას სისხლში და შემდეგ გადავიდეს საშარდე ორგანოებზე. ამ ორგანოთა შორის ყველაზე ხშირად ტუბერკულოზით დაავადდება თირკმელი. შესაძლებელია, თუმც იშვიათად, ასეთი შემთხვევაც, რომ ახლად ორგანიზმში შეჭრილი ტუბერკულოზური ინფექცია სისხლის საშუალებით პირველადვე გაჩერდეს თირკმელში და განვითარდეს თირკმელის პირველადი ტუბერკულოზი. Zondeck-ი აღნიშნავს, რომ თირკმელში დაახლოებით ისეთივე ხელსაყრელი პირობებია ჰემატოგენური გზით შეტანილი ინფექციის დაბუდებისათვის, როგორსაც ვხედავთ ძვლის ეპიფიზებში, ე. ი. ორივე შემთხვევაში Koch-ის ბაცილები მექანიკურად ჩერდებიან სისხლის კაპილარებში. თირკმელის ზოგიერთ ვენებს და აგრეთვე vasa afferentia aut efferentia-ს აქვთ მცირე სარქველები, რომლებიც იწვევენ სისხლის მიმოქცევის შენელებას, სისხლის შეგუბებას და Koch-ის ბაცილების აქ შეჩერებას და ამით აადვილებენ მათ ქსოვილებში შეჭრას.

თირკმლის განცალკევებული ტუბერკულოზი პირველად აწერილია მე-XIX საუკუნის დასაწყისში Bayl-ის და Bauer-ის მიერ. ამ საუკუნის ბოლომდე იყო

*) მოხსენდა საქართველოს ექიმთა მეორე კონგრესს მაისში 1924 წ.

გავრცელებული ის აზრი, რომ ტუბერკულოზი ჯერ ჩნდება შარდ-ბუშტში და შემდეგ იგი გადადის თირკმელზე, შარდსაწვეთის და შარდის საშუალებით. ეს ე. წ. უროგენური თეორია, რომელიც შექმნილი და დამუშავებულია უფრო საფრანგეთის უროლოგების მიერ (Guyon), ეხლა ნაკლებადაა მიღებული, რადგანაც ცისტოსკოპიის, შარდსაწვეთის კაჟეტერიზაციის და სხვა თანამედროვე თირკმელის ფუნქციის გამოსაკვლევი მეთოდების საშუალებით დამტკიცდა, რომ შარდ-ბუშტის ტუბერკულოზი უფრო ხშირად ვითარდება გვიან და ერთვის თირკმელის ტუბერკულოზს. პირიქით ტუბერკულოზური ინფექცია უფრო ხშირად თირკმელიდან გადადის შარდ-ბუშტზე, შარდსაწვეთის და შარდის საშუალებით. უროგენური თეორია იყო დამყარებული შემცდარ ფაქტებზე. უწინ თირკმლის ტუბერკულოზის გამოცნობა დასაწყის ხანაში ძალიან ძნელი იყო და ნამდვილი დიაგნოზი შესაძლებელი ხდებოდა მხოლოდ მაშინ, როდესაც პროცესი უკვე განვითარებული იყო, ან და გადადიოდა სხვა ორგანოებზე, უფრო ხშირად შარდ-ბუშტზე. ამიტომ ამ ხანაში უმთავრესი ჩივილი ავადმყოფისა არის გამოწვეული ამ ორგანოს დაავადებით. ეს თეორია ემყარებოდა აგრეთვე პათოლოგ-ანატომიური ინსტიტუტების მასალაზე, სადაც ბუშტის ტუბერკულოზი ხშირი მოვლენაა, მაგრამ ასეთი სიხშირე შარდ-ბუშტის ტუბერკულოზის აქ აიხსნება მით, რომ თირკმლის ტუბერკულოზით დაავადებული ავადმყოფი ხშირად კვდება მაშინ, როდესაც ეს პროცესი გადადის სხვა ორგანოებზე, resp. შარდ-ბუშტზე, და სწორედ ამიტომ გვამის ვაკუეთის დროსაც თირკმლის ტუბერკულოზთან ერთად ძალიან ხშირად პოულობენ შარდ-ბუშტის ტუბერკულოზსაც.

ეს ფაქტები, რა თქმა უნდა, სრულიადაც არ ამტკიცებენ იმას, რომ შარდ-ბუშტის ტუბერკულოზი ხსენებულ შემთხვევებში ყოველთვის არის პირველადი დაავადება. პირიქით, როგორც Steintal-ი აღნიშნავს, თირკმლის ტუბერკულოზით მძიმე დაავადების დროს ხშირად შარდ-ბუშტი განიცდის მხოლოდ მცირე დაავადებას; წინააღმდეგ—როდესაც შარდ ბუშტში ტუბერკულოზური პროცესი შორს არის წასული თირკმლის ზერელე დაავადებას, რაც იქნებოდა დამამტკიცებელი საბუთი ამაველი ინფექციისა, ძალიან იშვიათად ვპოულობთ.

ამას კიდევ უნდა დაუმატოთ ის, რომ ამ ბოლო დრომდე მძიღებული იყო, როგორც უტყუარი ფაქტი, ის დებულება, ვითომ Koch-ის ბაცილები დაავადებულ ორგანოში ყოველთვის იწვევენ ტიპურ პათოლოგ-ანატომიურ სურათს, ე. ი. ჩვენ აქ თითქოს ყოველთვის ვპოულობთ tuberculum-ს—ხოკლს თავისი გიგანტური და ეპითელიოდური უჯრედებით, ხაჭოსებურ გადაგვარებით და სხვა. თუ დაავადებულ თირკმელში აღნიშნული სურათი არ იყო გამოხატული—ტუბერკულოზს უარყოფდნენ. Poncet-მა, Landouzy-მ და სხვებმა დაამტკიცეს, რომ ტუბერკულოზური ინფექციის ზოგიერთ შემთხვევაში შეუძლიან გამოიწვიოს დაავადებულ ორგანოში არატიპური ცვლილებები, ე. ი. tuberculum-ის მაგივრად შეიძლება განვითარდეს ციროზული და სკლეროტიული პროცესი, და რომ იგი ტუბერკულოზური ხასიათისაა, შეიძლება დამტკიცდეს ამ ქსოვილში tbc. ბაცილების აღმოჩენით. ასეთი ფორმა, თუმცა იშვიათად, მაგრამ მაინც გვხვდება თირკმელში და იგი თირკმლის ტუბერკულოზის უწინდელ სტატისტიკაში, რა თქმა უნდა, არ შედიოდა.

რამდენად ხშირია მაშ თირკმელის ტუბერკულოზი თანამედროვე მასალის მიხედვით? Rafin-მა შეკრიბა დიდი პათოლოგ-ანატომიური ინსტიტუტების მასალა, რომელიც შეიცავს 27.124 გვამის გაკვეთას, და გამოიანგარიშა, რომ ყოველ გაკვეთილ 100 გვამზე სამში იყო აღმოჩენილი თირკმელის ტუბერკულოზი, რაც შეადგენს 3%. Roving-ის გამოანგარიშებით, ტუბერკულოზიან ავადმყოფთა შორის თირკმლის ტუბერკულოზი გვხვდება 10%-ში.

ქირურგიული კლინიკების მასალის მიხედვით, თირკმლის ქირურგიულ ავადმყოფობათა შორის თირკმლის ტუბერკულოზი გვხვდება 19—30% (Федоров, Krönlein). კერძოდ Федоров-ის კლინიკის მასალა იძლევა შემდეგ ციფრებს: 1903—1912 ე. ი. ათი წლის განმავლობაში მის კლინიკაში გაუვლია 9781 ავადმყოფს, თირკმელის ტუბერკულოზი ყოფილა 89 შემთხვევაში ე. ი. 0,9 %-ში. ტფილისის უნივერს. ჰოსპიტალურ ქირურგიულ კლინიკაში 1919—1923 ე. ი. 5 წლის განმავლობაში გაიარა 5700 ავადმყოფმა და თირკმლის ტუბერკულოზის იყო მხოლოდ ათი შემთხვევა, რაც შეადგენს დაახლოებით 0,2%. ასეთი შედეგებით მცირე რიცხვი ჩვენ კლინიკაში აიხსნება მით, რომ აღნიშნულ ხანაში უროლოგიური განყოფილება არ არსებობდა და ეხლა-კი, როდესაც იგი რამდენადმე მოეწყობა და საშუალება მოგვეცა ფართო სარგებლობისა თანამედროვე უროლოგიურ დიაგნოსტიკურ მეთოდებით, ამ გვარ ავადმყოფთა რიცხვი თანდათან იზრდება. რაც შეეხება თირკმლის ტუბერკულოზის გავრცელებას წლოვანობის მიხედვით, შემჩნეულია, რომ ბავშვთა და მოხუცთა შორის იგი იშვიათი მოვლენაა და უფრო გავრცელებულია შუა ხანაში 20—40 წლ., ქალთა შორის უფრო ხშირია (2-ჯერ), ვიდრე მამაკაცთა; მარჯვენა თირკმლის დაავადება უფრო ხშირია, ვიდრე მარცხენასი. ორივე თირკმელების დაავადება გვხვდება მხოლოდ 10—12% (Casper, Hottinger).

რაც შეეხება სხვა ორგანოების (ფილტვების, ჯირკვლების, ძვლების, სახსრების და სხვა) დაავადებას, თირკმელის ტუბერკულოზის დროს, იგი აღნიშნულია Федоров-ის მიერ $\frac{2}{3}$ -ში, Kelly-ის მიერ 70%.

ჩვენი შემთხვევებიდან 8 იყო ქალი, 2-მამაკაცი; ერთი (ქალი) იყო 60 წლ. დანარჩენი ავადმყოფები 20 წ.—45 წლამდე. თირკმელებთან ერთად შარდ-ბუშტი იყო დაავადებული 2-ჯერ, ფილტვები—2-ჯერ, ძვლები 1-ჯერ¹⁾. Федоров-ის 123 თირკმელის ტუბერკულოზის შემთხვევაში შარდ-ბუშტის ტუბერკულოზი იყო 42 შემთხვევაში, სათესლე ჯირკველი და მისი დანამატი დაავადებულ იყო 15 შემთხვევაში, წინამდებარე ჯირკველი 7-ში, ფილტვები 41-ში, ძვლებისა და სახსრების ტუბერკულოზი იყო 7 შემთხვევაში, ხერხემლისა-კი 4-ში.

რაც შეეხება თირკმლის ტუბერკულოზის კლასიფიკაციას, ამ საკითხში უროლოგები ჯერ-ჯერობით შეთახმებულნი არ არიან. ძველი კლასიფიკაცია იყო დამყარებული დაავადებული თირკმელის პათოლოგ-ანატომიურ ცვლილებებზე. ასეთ კლასიფიკაციას, აშკარაა, კლინიკური მნიშვნელობა არა აქვს, რადგანაც

1) სამწუხაროდ ადგილის სივიწროვის გამო ავადმყოფების ისტორიები ვერ მომყავს. ყველას ჩემ მიერ გაუკეთდა ოპერაცია-ნეფრექტომია. გარდაიცვალა ერთი, დანარჩენი განიკურნენ.

ცვლილებების ზუსტი გამორკვევა შეიძლება მხოლოდ თირკმელის ამოკვეთის შემდეგ და ამის გარდა ჩვენ ვიცით, რომ ერთსა და იმავე თირკმელს შეუძლიან სხვადასხვა პათოლოგ-ანატომიური ცვლილება განიცადოს იმისდა მიხედვით, თუ რა ხანაშია და რა გვარად მიმდინარეობს ტუბერკულოზური პროცესი. ამიტომ ზოგი ერთი უროლოგები (Casper) ლაპარაკობენ პროცესის სტადიუმზე, ხანაზე და არა ცვლილებების ხასიათზე.

უწინ არჩევდნენ თირკმლის ტუბერკულოზის 6—8 და მეტს ფორმას. უმეტესი ნაწილი თანამედროვე კლინიკისტ-უროლოგების უკანასკნელ წლებში იზიარებს უფრო მარტივ კლასიფიკაციას, მაგ. პროფ. Федоров-ი არჩევს თირკმელის ტუბერკულოზის: 1. მწვავე ანუ მილიარულ ფორმას 2. ქრონიკულ ფორმას.

უკანასკნელს იგი ჰყოფს კიდევ ორ დარგად: a) სპეციფიური ტუბერკულოზური ცვლილებებით თირკმელში და b) არა სპეციფიური ცვლილებებით, Desnos და Minet-ი თირკმლის ტუბერკულოზის ორ ფორმას აღიარებენ; 1) მილიარულსა და 2) კვანძოვანს.

თირკმლის ტუბერკულოზის მილიარული ფორმა იწყება და მიმდინარეობს სწრაფად, ვითარდება უფრო ხშირად ფილტვების ტუბერკულოზის დროს და ბუდობს უფრო თირკმლის ქერქოვან შრეში. ტვინოვანი, ცენტრალური შრე-კი იშვიათად განიცდის სპეციფიურ ცვლილებას. წვრილი ხორკლები ბლომად ჩნდება ქერქოვან შრის ზედაპირზე და თვითეული ხორკლი შესდგება ეპითელიოიდური და გიგანტური უჯრედებიდან, რომელნიც გარშემორტყმული არიან ლიმფოციტებით. ცენტროში ტუბერკული განიცდის ნეკროზს; ხაჭოსებრივი გადაგვარება ვერ ასწრობს განვითარებას, ხორკლში შეიძლება აღმოვაჩინოთ Koch-ის ჩხირები. მილიარული ფორმა თირკმლის ტუბერკულოზისა ვითარდება სხვა ორგანოების ტუბერკულოზთან ერთად, მწვავედ მიმდინარეობს და ამიტომ თითქმის ყოველთვის თავდება ავადმყოფის სიკვდილით. ქირურგიული დახმარება აქ არ არის ნაჩვენები და ამიტომ Rovsing-ი მას უწოდებს თირკმლის ტუბერკულოზის არა ქირურგიულ ფორმას.

ჩვენთვის უფრო მნიშვნელოვანია მეორე ფორმა, როდესაც თირკმლის ტუბერკულოზი ქრონიკულად მიმდინარეობს. იგი უფრო ხშირად გვხვდება ცხოვრებაში და ვითარდება მაშინ, როდესაც მცირე ვირულენტობის ტუბერკულოზის ინფექციას რომელიმე ორგანოდან, უფრო ხშირად ბრონხიალურ და ჯორჯალის ჯირკვლებიდან, სისხლის საშუალებით შეიჭრება თირკმელში. Gayon-ის ე. წ. ასწვრივი ანუ უროგენური თეორია, როგორც ზევით იყო ნათქვამი, მისაღება მხოლოდ გამონაკლის შემთხვევებში. ამავალი ანუ ასწვრივი ინფექცია შესაძლებელია განსაკუთრებულ პირობებში ე. ი. მაშინ, როდესაც შარდი გუბდება შარდსაწვეთში მის კედლის დაწყულლების და სანათურის დახურვის გამო, ან თუ შარდ-ბუშტი განიცდის მუდმივსა და ძლიერ სპაზმს, მაშინ შეიძლება კოხის ბაცილები შარდის საშუალებით გადავიდნენ თირკმელში. ასეთი შემთხვევები ცხოვრებაში შედარებით იშვიათია და ამიტომაც ზემოხსენებულ თეორიამ დაჰკარგა მომხრეები. Baumgarten-მა თავისი ცდებით დიდი ხანია დაამტკიცა, რომ ტუბერკულოზის ბაცილას საკუთარი მოძრაობის უნარი არა აქვს და ამის

გარდა იგი შარდში ვერც იზრდება და ვერც მრავლდება. მაშასადამე ინფექციას შეუძლიან შეიჭრას თირკმელში მხოლოდ მოძრავ სითხეების (ლიმფა, სისხლი, შარდი) საშუალებით და იმ მიმართულებით, რა მიმართულებითაც სწარმოებს ამა თუ იმ სითხის მოძრაობა.

შესაძლოდ სთვლიან ექსტრა კანალიკულარულ (ე. ი. შარდ საწვეთის სანათურის გარეშე) გზით ინფექციის გავრცელებას იმ ლიმფატიური მილების საშუალებით, რომლებიც შარდ-საწვეთის კედელში და მიდამოებში მდებარეობენ. სამწუხაროდ, დღემდე არ არის საბოლოოდ გამორკვეული, რა მიმართულებით მიმდინარეობს ლიმფა ხსენებულ მილებში—ბუშტიდან თირკმლისაკენ, თუ უკუ-ღმად და ამიტომ ამ გზას ყველა უროლოგები არ იზიარებენ. არის კიდევ ერთი გზა ინფექციის გავრცელებისა *per continuitatem*, როდესაც თირკმელის ახლო მდებარე ქსოვილში, მაგ., პარანეფრიუმში, ნეკნში, ხერხემალში ჩნდება ტუბერკულოზური პროცესი და აქედან პირდაპირი გავრცელებით გადადის თირკმელზე. ორ ჩვენ შემთხვევაში გვქონდა ასეთი მაგალითი: ერთხელ პროცესი გადასულიყო პარანეფრიუმიდან, მეორე შემთხვევაში ხერხემლის მალიდან. ძალიან იშვიათად, როგორც ზევით იყო ნათქვამი, შეიძლება ინფექცია ორგანიზმში შეჭრისთანავე პირდაპირ თირკმელში გაჩერდეს და მისი პირველადი დაავადება გამოიწვიოს.

ქრონიკულად მიმდინარე თირკმლის ტუბერკულოზი უფრო ხშირად იწყება ტვინოვან, ცენტრალურ ანუ მილაკოვან ნაწილში; ქერქოვან კორტიკალურ შრედან-კი, წინააღმდეგ მილიარული ფორმისა, ძალიან იშვიათად, შეიძლება პროცესი დაიწყოს დვრილებიდან და მაშინ მივიღებთ *papillitis tbc.* ამ შემთხვევაში დვრილებზე ჩნდება წყლულები, შეჭმული და დაკბილული ნაპირებით. პიელოგრაფიის საშუალებით ეს სურათი მკაფიოდ გამოდის რენტგენის ფირფიტაზე და იგი ისეთი დამახასიათებელია, რომ ერთი შეხედვით შეიძლება დიაგნოზის დასმა. ძალიან იშვიათად პროცესი იწყება სისხლის ძარღვების კედლებიდან *arteriitis tbc* უფრო ხშირად *arcus renalis et art. acendentes* არეში. დვრილების და პირამიდების ინფილტრაციის და დაშლის გამო შეიძლება მილაკების სანათური შევიწროვდეს, შეიზღუდოს. მაშინ ჩნდება მცირე რეტენციური კისტომები, რომელნიც თანდათან იზოდებიან და თან ხაჭოსებრივ გადაგვარებას განიცდიან. სისხლის და ლიმფატიურ მილებით და აგრეთვე *per continuitatem* პროცესი თანდათან ვრცელდება და ბილოს მივიღებთ მთელი თირკმელის დაავადებას და გადაგვარებას. ამავე დროს პროცესი შეიძლება გადავიდეს თირკმელის ფიალაზე, მენჯზე, შარდ საწვეთზე და სხვა. ასეთი გავრცელებული პროცესის შედეგად შეიძლება მივიღოთ სხვადასხვა პათოლოგ-ანატომიური სურათი: უფრო ხშირია: 1) **ტუბერკულოზური პიონეფროზი** 2) **კაზეოზური თირკმელი** 3) **შეკუმშული თირკმელი**. პიონეფროზი ვითარდება მაშინ, როდესაც თირკმლის პარენქიმა დაგუბებული ჩირქის ზეგავლენით ატროფიას და გაჭიმვას განიცდის: თირკმელი გადიდებულია და მისი კედელი ცალკე ჩირქგროვის ბუდეების და კაზეოზურ კვანძების გამო ალაგ-ალაგ გამობერილია; ეს ბუდეები სავესა სქელი ჩირქით და თუ შარდსაწვეთის სანათური შევიწროვებული

ან დახურულია, მაშინ მივიღებთ დიდ ჩირქგროვას—დახურულ პიონეტროსს; ღია პიონეტროსი ტუბერკულოზის დროს იშვიათი მოვლენაა.

შეიძლება თირკმელმა მთლად განიცადოს ხაჭოსებური გადაგვარება; ზოგიერთ შემთხვევაში ეს ხაჭოსებური გადაგვარება სუსტად არის გამოხატული და თირკმლის ქსოვილი ამასთან ერთად განიცდის შემაერთებელ ქსოვილოვან გადაგვარებას: თირკმელი თანდათან იკუმშება და პატარავდება და ნორმალური 150,0 მაგივრად იწონის 30,0—15,0 (Kaufmann, Wildbolz).

ჩემ მიერ ტუბერკულოზის გამო ამოკვეთილი თირკმელების სურათებიდან ნათლადა სჩანს, თუ რანაირი ცვლილებები შეუძლიან განიცადოს თირკმელმა ტუბერკულოზური ინფექციის ზავავლენით. აქ მე მომყავს მხოლოდ 6 თირკმელის სურათი *).



№ 1

№ 2

№ 3

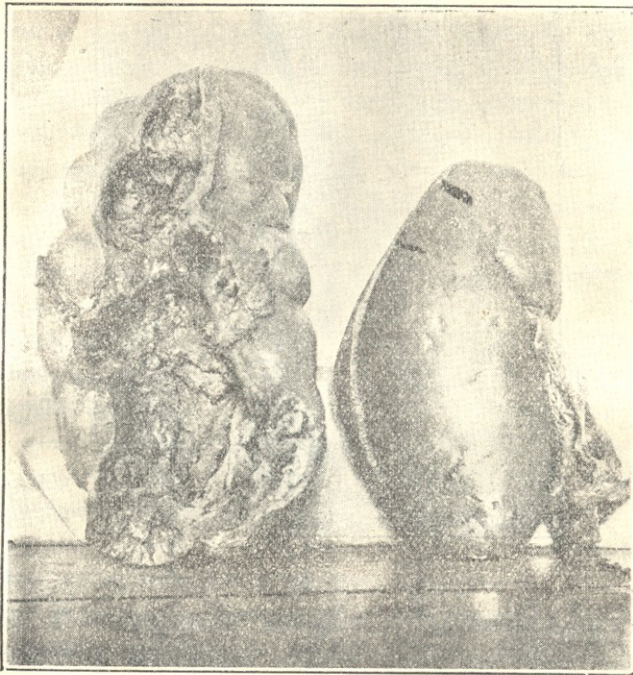
რომ ნათლად წარმოვიდგინოთ ეს ცვლილებები, უნდა გავიხსენოთ, რომ მოზარდ ადამიანის ნორმალური თირკმელი იწონის 125,0—150,0 და მისი ზომა უდრის: სიგრძე—11 სანტ., სიგანე 5 სანტ. და სისქე 4,5 სანტ. (Зернов, ნათი იშვილი).

*) სამწუხაროდ, თირკმელები ცალკე-ცალკე არ არის გადაღებული და მათი სურათების რიგზე დალაგება შრომის ბეჭედის დროს ვერ მოხერხდა.

ჩვენი თირკმელების წონა და ზომა შემდეგია:

№ 1	23 × 10 × 7 სანტ.	წონა—540,0
№ 2	12 × 7 × 5 „	„ — 220,0
№ 3	12 × 5,5 × 3 „	„ — 75,0
№ 4	20 × 11,5 × 8 „	„ — 670,0
№ 5	13 × 7,5 × 4 „	„ — 240,0
№ 6	9,5 × 5,5 × 5 „	„ — 120,0

№ 1 და № 4 თირკმელები განიციდან გადიღებას, მათი ზომა ერთი ორად და წონა-კი ერთი ოთხად აღემატება ნორმას. ორივე შემთხვევაში გვაქვს ტიპური სურათი ხაჭოსებურ გადაგვარებისა, მხოლოდ მე № 4 ამასთან ერთად იყო აგრეთვე ჩირქროვების განვითარება. თირკმელი № 1 შესდგება რამდენიმე ნაწილისაგან, რომელთა კედელიც გამომბერილია ბურთივით. თვით ქსოვილი განიცდის ხაჭოსებურ გადაგვარებას, ზოგი ერთ ადგილას ემჩნევა კავერნების განვითარების ნიშნები.



№ 4

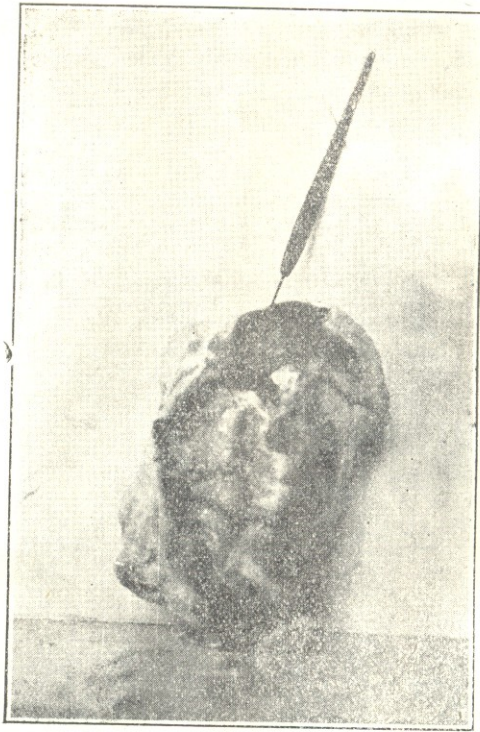
№ 5

№№ 2 და 3 განიციდან აგრეთვე ხაჭოსებურ გადაგვარებას, მხოლოდ № 3-ში ეს გადაგვარება განვითარებულია hilus-ის არეში, სურათზე თეთრად მოსჩანს ის ადგილი, სადაც ტუბერკულოზური პროცესი გადადიოდა პარანეფრიუმიდან. თვით თირკმელი იყო დაპატარავებული; ორივე თირკმელში იყო

განვითარებული ციროტული პროცესი და ამიტომ შეიძლება ჩავთვალოთ შეკუმშულ თირკმელბად.

№ 1 გაკვეთილია ანატომიური ნაკვეთით; ტვინოვან შრეში მოსჩანს რამოდენიმე ხორკლი (tubercula), ირგვლივ მდებარე ქსოვილი-კი განიცდის ანთებითი პროცესის ნიშნებს.

№ 6 აქ იყო განვითარებული დახურული პიონფეოზი, თირკმელი ბავშვის თავის ოდენა იყო; ჩირქის გამოშვების შემდეგ და ფორმალინის ზეგავლენით იგი ეხლა შეკუმშულია; ნემსის წვერი გვიჩვენებს კენჭის მდებარეობის ალავს და თვით კენჭს, რომელიც შესდგებოდა ფოსფატებისაგან.



№ 6

კენჭები ტუბერკულოზიან თირკმელში შეიძლება იყოს პირველადი და მეორადი; ზედდართული (მეორადი) კენჭები ყოველთვის ამორფულია და უფრო ხშირად ფოსფატებისაგან შესდგება; პირველადი კენჭები კი უფრო შეოეული შემადგენლობისაა, დიდრონია და თირკმელის მენჯში მდებარეობენ. Marion-ის მიერ აწერილია კირჩხიბი; მის შემთხვევაში თირკმელის ზევითა ნახევარში იყო განვითარებული კირჩხიბი, ქვედაში-კი ტუბერკულოზური კავერნა.

შეიძლება აგრეთვე თირკმელის ტუბერკულოზთან ერთად იყოს განვითარებული პარანეფრიტი, რომელიც ზოგჯერ სპეციფიური ხასიათისაა, ზოგჯერ

კი ჩვეულებრივი—არასპეციფიური. იშვიათად ტუბერკულოზური პროცესი იწყება პარანეფრიუმიდან და შემდეგ გადადის თირკმელზე. ასეთი ერთი შემთხვევა ჩვენც გვქონდა. პარანეფრიუმში აქ უფრო დიდი ცვლილებები იყო, ვიდრე თირკმელში. თირკმელი უფრო განიცდიდა სკლეროტიულ პროცესს; პარანეფრიუმში კი მთლად განიცდიდა ხაჭოსებურ გადაგვარებას და იგი ოდნავ გადასული იყო თირკმელის საკუთარ კაფსულზე და ქერქოვან შრეზე. (სურათი № 3).

არჩევენ ორ ფორმას ტუბერკულოზურ პარანეფრიტიას: 1. **ფუნგოზური**—როდესაც ფიბრომო-ლიპომატოზურ და ხაჭოსებრ გადაგვარებასთან ერთად გვაქვს ტუბერკულოზური გრანულაციების ზრდა. 2. **ჩირქოვანი**—ტუბერკულოზური ხასიათის ჩირქოვებით.

აწერილი სურათი ჩვეულებრივია თირკმელის ქრონიკული ტუბერკულოზის დროს, მაგრამ, როგორც ზევით იყო ნათქვამი, არის კიდევ ფორმა თირკმელის ქრონიკული ტუბერკულოზის, როდესაც თირკმელი სპეციფიური ცვლილებების მაგვირად განიცდის შემეერთებელ—ქსოვილოვან გადაგვარებას. ეს ფორმა კლინიკურად მიმდინარეობს ისე, როგორც ქრონიკული ნეფრიტი და ზოგიერთი ავტორი ფიქრობდა, რომ იგი გამოწვეულია მხოლოდ Koch-ის ჩხირების ტოქსინების ზეგავლენით და უწოდებდა მას ტოქსიურ ნეფრიტს. Peschère-მა, Louiset-მა, Heyn-მა დაამტკიცეს, რომ აქაც უშუალოდ მოქმედობენ Koch-ის ბაცილები; მხოლოდ ეს ბაცილები აქ მცირე ძალისა და ვირულიენტობისა და ამიტომ თირკმელის ქსოვილში იწვევენ სუსტ რეაქციას (Arloing, Heim) და აქ მათი ზეგავლენით ვითარდება მხოლოდ ჩვეულებრივი ანთებითი პროცესი, რომელიც წააგავს ქრონიკულ ნეფრიტს. რადგანაც აქ tubercul-ები არ ვითარდებიან, ამიტომ ეს ფორმა ატარებს სხვადასხვა სახელს: tuberculose non folliculaire (Rafin), sclero-bacillies de Koch (Boisson), pretuberculose (Le fur, Le Clerc Dandoy) და სხვა.

პროფ. Федоров-ი კი უწოდებს Nephrocirrhosis Kochi s. Kochobacillaris- აქ ჩვენ, მაშასადამე, გვექნებათ ირკმელი, რომელიც განიცდის ციროტიულ-სკლეროზულ პროცესს: თირკმელი შეკუმშული და დაპატარავებულია; პისტოლოგიური გამოკვლევის დროს დამახასიათებელი სურათი ტუბერკულოზური პროცესისა და ე. წ. ტუბერკულები შეიძლება ვერ აღმოვაჩინოთ; Koch-ის ბაცილები კი შეიძლება აღმოვაჩინოთ, როგორც თირკმელის ქსოვილში, აგრეთვე ავადმყოფის შარდშიაც; თუ ამავე დროს შარდში არის ჩირქის და სისხლის ნიშნებიც, მაშინ თირკმელის tbc. გამოცნობა კლინიკურადაც ადვილია.

ზოგიერთ შემთხვევაში შეიძლება Koch-ის ბაცილები შეიჭრენ თირკმელში და მასში არავითარი ცვლილებები არ გამოიწვიონ. Suter-მა 1914 წ. მე III საერთაშორისო უროლოგიურ კონგრესზე აღნიშნა ეს ფაქტი და უწოდა მას ტუბერკულოზური ბაცილურია. Le Blanc-მა კი ცხოველებზე ცდებით და ავადმყოფებზე დაკვირვებით დაამტკიცა, რომ სრულიად საღ თირკმელიდან ჩვენ ბაცილებს ვერ მივიღებთ და მათ შარდში ვპოულობთ მხოლოდ მაშინ, როდესაც თირკმელი რაიმე ცვლილებას განიცდის.

შეიძლება ეს ცვლილება იყოს არა სპეციფიური ტუბერკულოზისათვის და ამავე დროს იმდენად მცირე, რომ ვერც ერთი კლინიკური მეთოდით იგი ვერ აღმოვაჩინოთ.

როგორ მიმდინარეობს ჩვეულებრივად თირკმელის ტუბერკულოზი და რა მეთოდებით ვსარგებლობთ მისი დროზე გამოსაცნობად? თირკმელის ტუბერკულოზის ნიშნები ყოველთვის ერთნაირად არ არის გამოხატული. ხანდისხან იგი მიმდინარეობს ისე ნელა და შეუმჩნეველად, რომ რამოდენიმე წლის განმავლობაში არც ერთი კლინიკური ნიშანი მკაფიოდ არ არის გამოხატული და თვით ავადმყოფიც არა გრძნობს ამ ორგანოს დაავადებას. ასეთივე ცვალებადია ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა და გარეგანი შეხედულობა. თუმცა იშვიათად, მაგრამ შეიძლება ავადმყოფს ჰქონდეს თირკმლების tbc, გარეგანი შეხედულობით კი სრულიად ჯანსაღი იყოს და მისი სუბიექტიური ჩივილები ძალიან მცირე იყოს. საზოგადოდ კი ავადმყოფი პირველად უჩივის ტკივილს თირკმელის შარდ-ბუშტის არეში, ამ ტკივილს თითქმის ყოველთვის აქვს ირადიული ხასიათი, ე. ი. გაჰკრავს შარდსაწვეთის, ბუშტის ან სათესლე ჯირკვლის მიმართულებით. ხან იგი მწვავეა და მკვალისებრივი, უმეტესად კი ყრუ ხასიათისა. მკვალისებრ ტკივილებს იწვევს შარდსაწვეთის სანათურის სისხლის ან კახეოზური მასის ნაკვეთით დაცობა და წაავას იმ მწვავე ტკივილებს, რომელიც გვაქვს შარდსაწვეთში კენჭის გაქედვის დროს. ხელის შეხებით შეიძლება აღმოვაჩინოთ გადიდებული მტკივანი თირკმელი.

უფრო ხშირად თირკმელის ტუბერკულოზის პირველ ობიექტიურ ნიშნებს ვპოულობთ შარდში და შარდბუშტის მხრივ, ავადმყოფი ამჩნევს, რომ იგი შარდზე მეტადრე ღამობით ხშირად გადის (Pollakiuria). შარდი ამ დროს დიდ ცვლილებებს არ განიცდის, მის გამოკვლევის დროს ჩვენ აღმოვაჩინოთ, რომ იგი მკავე რაქციისაა და შეიცავს მცირეოდენ ჩირქოვან სხეულებს და წითელ ბურთულებს (Lesser.) Pollakiuria-სთან ერთად ავადმყოფი ზოგჯერ გრძნობს წვას და ტკივილებს (dysuria) არა მარტო შარდზე მიდგომის დროს, არამედ შემდეგაც. დასაწყისში ეს ტკივილები შეიძლება იყოს რეფლექტორული (reno-vesical-ური რეფლექსი), შემდეგში კი იგი გამოწვეულია შარდ-ბუშტის დაავადებით და დაწყლულებით. ეს ნიშანი თირკმელის tbc-ს დროს გამოხატულია 80%-ში. როდესაც შარდ-ბუშტის გამოსავალში ე. ი. ყელში განვითარდება წყლულები, მაშინ ვითარდება შარდის შეუკავლობა, ჯერ მხოლოდ ღამობით, შემდეგ კი მუდმივად. შარდის ყოველი წვეთი, რომელიც ხვდება ბუშტის დაწყლულულ კედელს, იწვევს მის შეკუმშვას, წვას და შარდის დენას. Casper-ი შარდის შეუკავლობას ხსნის ბუშტის სფინქტერის ტონუსის მოღუწებით. შარდ-ბუშტი თანდათან განიცდის ორგანულ ცვლილებას, რის გამოც იგი იკუმშება და მისი ტევადობა ძლიერ მცირდება—20-30 კუბ. სანტ. არ აღემატება. ამ გვარ ბუშტის გასინჯვა ცისტოსკოპის საშუალებით ძნელია და ხშირად შეუძლებელიცაა და ამისათვის გვჭირდება ბუშტის წინასწარი წამლობა მისი ტევადობის გასადიდებლად. ცისტოსკოპია ლორწოიან გარსში აღმოაჩენს ნაირ-ნაირ ცვლილებებს: ლორწოვან გარსში უბრალო ჰიპერემიას, შარდ-საწვეთის ხვრელების არეში ხორკლების გაჩენას და დაწყლულებას, პაპილომატოზური ჰიპერტროფიას და სხვა, შესაძლებელია შარდ-

ბუშტში ვერაფერი ცვლილებები ვერ აღმოვაჩინოთ. რაც შეეხება შარდს იგი აგრეთვე განიცდის განსაზღვრულ და დამახასიათებელ ცვლილებებს, რომელიც გამოიხატება შემდეგში:

1. **პოლიურია, პიურია, ჰემატურია.** შარდი ბლომად არის, დღე-ღამეში 3-4 კილო დასაწყისში იგი გამსჭვირვალეა და ამიტომ Guyon-ი მას უწოდებს „გამსჭვირვალე პოლიურას“, შემდეგ კი იგი თანდათან იმღვრევა და იძლევა ნალექს, რომელიც შესდგება ჩირქოვან სხეულებისაგან და ზოგჯერ ხაჭოსებურ გადაგვარებულ ქსოვილების ნაკვეთებისაგან. შარდში სისხლის ნიშნებიც ემჩნევა. ეს ნიშნები ხან აშკარაა და ზოგჯერ ტიპიური ჰემატურიაც გვაქვს, ხან კი მხოლოდ მიკროსკოპის საშუალებით შეიძლება სისხლის აღმოჩენა. თუმცა იშვიათად, მაგრამ მაინც შეიძლება ჰემატურია იყოს პირველი ნიშანი თირკმელის tbc-სი, ისე როგორც haemoptoe არის ზოგჯერ პირველი ნიშანი ფილტვის ტუბერკულოზისა.

2. **რეაქცია შარდისა თითქმის ყოველთვის მუავეა და სწორედ ეს სიმუავე ჩირქოვანი შარდის, რომელიც ჩირქმზად მიკრობებს (კოლი ბაქტერიებს და კოკებს) არ შეიცავს, დამახასიათებელია თირკმელის tbc სათვის.** მუავე რეაქციას შარდი დიდხანს ინარჩუნებს. ძალიან იშვიათად როგორც გამონაკლისი შეიძლება შარდი ტუტე რეაქციისა იყოს. ცილის, რაოდენობა შარდში ძალიან მცირეა 0,5--1,0%-ს არ აღემატება.

3. **Koch-ის ჩხირების აღმოჩენა,** ეს ყველაზე დამამტკიცებელი ნიშანია, მაგრამ სამწუხაროდ მათი პოვნა შარდში ყოველთვის ადვილი არ არის; საჭიროა დიდი მუყაითობა და ენერგია ექიმის მხრივ, რადგანაც საკმარისი არ არის 1-2 პრეპარატის გადასინჯვა. საზოგადოთ აღნიშნულია, რომ Koch-ის ჩხირების აღმოჩენა შარდში ხერხდება მხოლოდ 50% შემთხვევაში. Rovsing-ი კი აღნიშნავს, რომ Forsell-ის მეთოდით შეიძლება აღმოვაჩინოთ 90%-ში. Forsell-ის მეთოდით მთელი ერთ დღე-ღამის შარდი უნდა ჩავასხათ გამყოფ ძაბრში. როდესაც შარდი დაილექება, მაშინ ნალექს ვუშვებთ ძირიდან ონკანის საშუალებით. ეს ნალექი შეიძლება ცენტროფუგაში გავატაროთ და ანტიფორმინით დამუშავების შემდეგ Koch-ის ბაცილების პოვნა გაცილებით უფრო ადვილია. ჩვენ შემთხვევაში სამწუხაროდ ეს მეთოდი არ არის ნახმარი და ამიტომ 10 შემთხვევიდან მხოლოდ ორში აღმოჩენილი იქნა შარდში Koch-ის ჩხირები. შეიდი ავადმყოფი წინასწარ იწვა თერაპიულ კლინიკაში, მაგრამ სამწუხაროდ Koch-ის ბაცილები იქაც არც ერთ შემთხვევაში არ იყო აღმოჩენილი.

როდესაც ბაცილების აღმოჩენა ვერ ხერხდება, მაშინ შეიძლება შარდი შევუშხაპუნოთ ბაქიას ან ზღვის გოქს და მიღებული რეაქციით ვისარგებლოთ დიაგნოზისათვის.

საკმარისი არაა ჩვენთვის, რომ აღმოვაჩინოთ და დავამტკიცოთ თირკმელის ტუბერკულოზი. საჭიროა ვიცოდეთ რომელი თირკმელია დაავადებული და რა მდგომარეობაშია მეორე თირკმელი. ამ საკითხების გადასაწყვეტად თანამედროვე უროლოგიაში არსებობს მრავალი მეთოდი. გაფიქრდები მოკლედ უმთავრეს მათაგანზე, რომელთაც პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვთ.



1. ჩვეულებრივი ცისტოსკოპია, რომლითაც შარდ-ბუშტის ლორწოვანი გარსის მდგომარეობას ვიკვლევთ.

tbc-ს დროს დამახასიათებელია ხორკლები ან წყლულები შარდ-საწვეთის ხვრელის მიდამოში; თვით ხვრელიც ხშირად განიცდის ცვლილებას: ემჩნევა პირლიაობა და მოდუნებული შეკუმშვა.

2. ფერადოვანი ანუ ხრომო-ცისტოსკოპია. ავადმყოფს უშხაპუნებთ კუნთებში ან ვენაში საღებავის ხსნარს და შემდეგ ცისტოსკოპიის საშუალებით ვადევნებთ თვალს შარდ-საწვეთის ხვრელს. კუნთში უშხაპუნებთ ინდიკოკარმინის 10^{0/0}-ან ხსნარის 10 კუბ. ს., ვენაში კი—2 კუბ. სანტ. პირველ შემთხვევაში ნორმალურად ლურჯად შეღებილი შარდი იწყებს დენას შარდ-საწვეთიდან 8-15 წუთის შემდეგ. მეორე შემთხვევაში კი—1-2 წუთის შემდეგ. თუ მოხდება დაგვიანება, ან ერთ შარდ საწვეთიდან უფრო ნაკლებად შეღებილი შარდი გამოდის—ეს გვიმატიცებს, რომ შესაფერისი თირკმელი დაავადებულია. საღებავის მაგივრად შეიძლება შევუშხაპუნოთ ფლორიდინის (Eloridzin) 1/2^{0/0} ხსნარის 1-3 კუბ. სანტ. შარდში რამოდენიმე წუთის შემდეგ ჩნდება შაქარი. შაქრის რაოდენობის სიმცირე და მის გაპოყოფის დაგვიანება გვიჩვენებს თირკმელის დაავადებას.

3. ქიმიურ ნივთიერების მაგივრად Albarran-ი მიმართავს ხელოვანურ პოლიურას ე. ი. ავადმყოფს მშრალი დიეტის შემდეგ აძლევს ბევრ წყალს, და ცალ-ცალკე თირკმელიდან მიღებული შარდის რაოდენობას და კონცენტრაციას აქცევს ყურადღებას. დაავადებული თირკმელი იძლევა ნაკლებ შარდს და მისი კონცენტრაციაც მცირეა. ეს მეთოდი მიიშვით, რომ შარდ-საწვეთებში კატეტრი რამდენიმე საათით უნდა დავტოვოთ, რადგანაც გარკვეული შედეგისათვის საჭიროა შარდის საკმარისი რაოდენობა მივიღოთ. კრიოსკოპიის და Ambard-ის კოეფიციენტის გამოანგარიშებას როგორც უფრო რთულ მეთოდებს, იშვიათად მივმართავთ.

თუ შარდ-ბუშტის ტევადობა ძალიან მცირეა 20—30 კუბ. სანტ. არ აღემატება, მაშინ ცისტოსკოპიის შარდ-საწვეთის კატეტერიზაციის გატარება ნორმალური წესით შეუძლებელია. ამ შემთხვევაში შეიძლება მივმართოთ ან sectio alta-ს, ან ექსპლორაციულ ლუმბარულ გაკვეთას. პირველ შემთხვევაში შეიძლება გამოვიკვლიოთ შარდ-ბუშტის ლორწოვანი გარსის მდგომარეობა და გავატაროთ შარდ-საწვეთების კატეტერიზაცია. ამის შემდეგ ჭრილობა ისე დავხუროთ. პროფ. Федоров-ი გვიჩვენებს მეორე გზას: ლუმბალური გაკვეთის საშუალებით ვპოულობთ შარდ-საწვეთს, სჯობიან დაავადებულს; მას დროებით დავხუროთ ჩქეფით (პინცენტით) და კარგად გამორეცხილი ბუშტიდან მიღებულ შარდს ანალიზით გამოვარკვევთ მეორე თირკმელის მდგომარეობას, სამწუხაროდ არც ერთი და არც მეორე მეთოდი ხშირად არ გვაძლევს სასურველ შედეგს და პირადად მათ არ მივმართავთ ხოლმე.

ზოგიერთ შემთხვევაში თირკმელის tbc-ს გამოცნობაში შეიძლება დაგვეხმაროს რენტგენის სურათი; როდესაც თირკმელი განიცდის ხაჭოსებურ გადაგვარებას, მაშინ რენტგენის სურათი წააგავს კენჭიან თირკმელის სურათს, იმ განსხვავებით, რომ ჩრდილი ისე მკაფიოდ არ არის შემოფარგლული, როგორც

კენჭის დროს. პიელოგრაფიის სურათიც, როგორც ზევით იყო ნათქვამი, ზოგჯერ გვეხმარება დიაგნოზის გამორკვევაში.

შეიძლება აგრეთვე მივმართოთ ტუბერკულოზის შემხაზუნებას, მაგრამ აქ სიფრთხილეა საჭირო, რადგანაც ტუბერკულოზის შეუძლიან დაავადებულ თირკმელში გამოიწვიოს დიდი გაღიზიანება.

თირკმელის ტუბერკულოზის წამლობის შესახებ ეხლა თერაპევტების და დასტაქრებს შორის უთანხმოება არ არსებობს. კონსერვატიული წამლობა (კლიმატოდიეტოთერაპია, ჰელიოთერაპია, ტუბერკულოზოთერაპია) მისაღებია მაშინ როდესაც ქირურგიული წამლობა უკვე გატარებულია და მაშინ, როდესაც იგი ნაჩვენებია არ არის. ასეთი შემთხვევაა.

1. როდესაც ავადმყოფობა შორის არის წასული და ორივე თირკმელი დაავადებულია 2. როდესაც მხოლოდ ნეფროციროზის ნიშნები გვაქვს.

დანარჩენ, ე. ი. უმრავლეს შემთხვევებში უნდა მივმართოთ ქირურგიულ საშუალებას-ნეფრექტომიას. უკანასკნელი წლების დიდი სტატისტიკების ციფრები ნათლად გვიჩვენებენ ქირურგიული წამლობის უპირატესობას. Lagueu მ და Chevassu-მ შეკრიბეს თირკმელის ტუბერკულოზის 73 შემთხვევა გატარებული კონსერვატიული წამლობით და მიიღეს შემდეგი: პირველ წელიწადს ავადმყოფობის დაწყებიდან მოკვდა 456 (61, 8%) ცოცხალი კი დარჩა 282 (36%); აქედან დაიხოცა 2 წლის განმავლობაში 142.

3—5 „ „ 105

5—10 „ „ 28

10 წელიწადზე მეტი იცოცხლა 9, ე. ი. 1,2% Israel-მა და ამავე ავტორებმა შეკრიბეს თირკმელის ტუბერკულოზის მრავალი შემთხვევა, სადაც გატარებული იყო ქირურგიული წამლობა. აქ შედეგები სულ სხვაა. ნეფრექტომიის შემდეგ 2—3 წლის განმავლობაში ცოცხალი დარჩენილია 75%, მომკვდარა-კი მხოლოდ 25%. Willboldz-ი (1922წ.) გვიმტკიცებს, რომ 445 ნეფრექტომიის ერთი წლის შემდეგ ცოცხალი იყო 61,5%. Kummell-ს 188 შემთხვევიდან ცოცხალი დაურჩა—85%; ათი წლის შემდეგ-კი 140 შემთხვევიდან—23,4%. Федоров-ს ათი წლის შემდეგ ცოცხალი დაურჩა 15(16%) ნეფრექტომიის შემდეგ პირველ დღეებში სიკვდილის მიზეზი უფრო ხშირად მიოკარდიტი, ფილტვის ანთება და ემბოლიაა. წინეთ-კი, როდესაც თირკმელების ფუნქციონალური დიაგნოსტიკა არ იყო განვითარებული, სიკვდილის მიზეზი უფრო ხშირად ურემიას სთვლიდნ.

ნეფრექტომიის შემდეგ გვიანი სიკვდილის მიზეზი-კი სულ სხვაა: ფილტვების tbc, უროგენიტალური და მეორე თირკმელის tbc. ეს გართულებანი არ უნდა ჩავთვალოთ ახალ ავადმყოფობად, რადგანაც იგინი არსებობენ ხშირად ოპერაციის წინეთაც და ოპერატიულ დახმარების (ნეფრექტომიის) შემდეგ მაინც განაგრძობენ წინმსვლელობას. თუ ნეფრექტომია დროზე არის გაკეთებული, ავადმყოფი უმეტეს შემთხვევაში მალე რჩება. მაგრდება, სუქდება კიდეც და ჩვეულებრივ მუშაობასაც უბრუნდება. Israel-ი აღნიშნავს, რომ 93,2%-ში მისი ავადმყოფები ოპერაციის შემდეგ წონაში მატულობენ. Rumpell-ი ამბობს, რომ ამ გვარ ავადმყოფებს შეუძლიანთ სამხედრო სამსახურში იმსახურონ

Федоров-ს მოყავს შემთხვევა, როდესაც ოფიცერი ნეფრექტომიის შემდეგ განაგრძობდა ჯარში სამსახურს 8 წლის შემდეგაც.

ზოგიერთი ავტორი გვირჩევს თირკმელის tbc-ს დროს შესაფერის შემთხვევაში მიემართოთ ნაწილობრივ ნეფრექტომიას ან ნეფროსტომიას. ამ ოპერაციებს შეიძლება მიემართოთ მხოლოდ მაშინ, როდესაც ავადმყოფს მხოლოდ ერთი თირკმელი აქვს და მასასადამე მისი სავსებით ამოკვეთა არ შეიძლება. მართალია, ნეფრექტომია არ არის იდეალური ოპერაცია; მის შემდეგ მაინც უნდა ურჩიოთ ავადმყოფს განაგრძოს ზოგადი წამლობა (კლიმატიური, დიეტეტიური და სხვა), მაგრამ როგორც Wildbolz-ი ამბობს „სხვა უკეთეს საშუალებაზე ოცნება ჯერ ჯერობით მხოლოდ სიზმარია, რომელიც ჩვენ ყველას გვესიზმრება, მაგრამ ისევ სიზმრად რჩება“!!

შარდსაწვეთის ტუბერკულოზი.

შარდსაწვეთის ტუბერკულოზი შეიძლება იყოს პირველადი და მეორადი. უფრო ხშირია უკანასკნელი; ამ შემთხვევაში ინფექცია თირკმელიდან, მეტადრე როდესაც ფიალის ლორწოიანი გარსი უკვე დაავადებული და დაწყულეებულია, გადადის შარდსაწვეთის ლორწოვან გარსზე.

აქ ჩნდება ხორკლები, წყლულები და ამას მოჰყვება შარდსაწვეთის კედლის გასქელება, სანათურის შევიწროება და დაზოზობა. ასეთი ცვლილებები უფრო ხშირად ვითარდება იქ, სადაც შარდსაწვეთი ფიზიოლოგიურადაც შევიწროვებულია. სანათურის შევიწროვებას და დაზოზობას მოჰყვება შარდის შეგუბება, ეს გარემოება კი ხელს უწყობს ინფექციის თირკმელის ქსოვილის სიღრმეში შეჭრას, მის ხაჭოსებურ გადაგვარებას და ცალკე ღრუების გაჩენას.

შარდსაწვეთის პირველადი დაავადება ხდება ჰემატოგენური გზით. ეს ძალიან იშვიათი ფორმაა და ზოგიერთი ავტორი (Schede) მას სრულიად უარყოფს.

შესაძლებელია შარდსაწვეთზე პროცესი გადავიდეს ხერხემლიდან ან მენჯის ძვლიდან per continuitatem. რა და რა ნიშნებია შარდსაწვეთის tbc-ს დროს? შარდსაწვეთი განიცდის გასქელებას და ამაში ლეზულობს მონაწილეობას როგორც შარდსაწვეთის კედლები აგრეთვე გარეშე მდებარე ფაშარი ქსოვილი, რის გამოც შარდსაწვეთის დიამეტრი ზოგიერთ შემთხვევაში 2—3 სანტ. უდრის, აქ ჩვენ გვაქვს მასასადამე არა მარტო ureterit-ი, არამედ peri და paraureterit-ი, რომელიც ტუბერკულოზის დროს ლეზულობს სხვადასხვა ფორმას: შეიძლება იყოს ჩირქოვანი ცივი ჩირქგროვებით, შეიძლება იყოს ადჰეზიური; უკანასკნელ შემთხვევაში გვექნება შარდსაწვეთის შეზოცება გარეშე მდებარე ქსოვილებთან, ეს იწვევს შარდსაწვეთის დამოკლებას და შარდბუშტის კედლის აწევას, ხვრელების არეში; შარდ-ბუშტის კედელში ამ ადგილას ჩნდება ღრმა ნაკეცი, რის გამოც ხვრელების პოვნა ცისტოსკოპის საშუალებით ძნელდება, ხელით გასინჯვით ამგვარი გადაგვარებული შარდსაწვეთის აღმოჩენა, მეტადრე თუ გამოკვლევას ვაწარმოებთ per rectum ან per vaginum ძნელი არ არის. ზოგჯერ მუცლის წინა კედლიდანაც ისინჯება ხელით.

წამლობა მხოლოდ ოპერატიულია, რომელიც გამოიხატება თირკმელთან ერთად შარდსაწვეთის მთლიან ამოკვეთაში. ერთ ჩვენ შემთხვევაში შარდსაწვეთის დაავადება tbc იყო მიზეზი იმისა, რომ ავადმყოფს ნეფრექტომიის შემდეგ კრილობა $1/2$ წ. განმავლობაში ვერ შეუხორცდა.

შარდბუშტის ტუბერკულოზი.

შარდბუშტის პირველადი დაავადება ტუბერკულოზით ძალიან იშვიათი მოვლენაა. წინეთ-კი, პირიქით გავრცელებული იყო საწინააღმდეგო აზრი და თირკმელის tbc-ს მიზეზად სთვლიდნენ შარდბუშტის ტუბერკულოზს. Guyon-ის უროგენური თეორიის დამამტკიცებელი ფაქტი თითქოს Casper-საც ჰქონდა; ავადმყოფს ცისტოსკოპიის დროს აღმოაჩნდა აშკარა სურათი შარდბუშტის ტუბერკულოზისა. ბუშტიდან გამოღებულ შარდში ჩირქთან და სისხლთან ერთად აღმოჩნდა ტუბერკულოზის ბაცილები. ორთავე თირკმელიდან შარდსაწვეთის კატეტრით ორჯერ მიღებული შარდი კი სრულიად ნორმალური აღმოჩნდა და კოხის ბაცილებს არ შეიცავდა. აღნიშნული ფაქტების მიხედვით ეს შემთხვევა აღიარებული იყო როგორც პირველადი tbc შარდბუშტისა. ეს ავადმყოფი შემდეგ მალე ჩაუვარდა მეორე უროლოგს, რომელმაც გაუქვტა ნეფრექტომია და აღმოჩნდა, რომ ამოკვეთილი თირკმელი შესდგებოდა ორ განცალკევებულ ნაწილისაგან და ამ ორივე ნაწილს ჰქონდა თავისი შარდსაწვეთი; ერთი ნაწილი იყო სრულიად ჯანსაღი, მეორე კი დაავადებული ტუბერკულოზით. Casper-ი, ალბათ, შარდსაწვეთის კატეტერიზაციის დროს შედიოდა ყოველთვის თირკმელის საღ ნაწილში.

უფრო ხშირად შარდბუშტის დაავადება მოჰყვება თირკმელის და მამაკაცის სასქესო ორგანოების tbc. ჩვენ ვიცით, რომ თირკმელის tbc. 80% რთულდება შარდბუშტის tbc-ით და ამიტომ როდესაც მოგვემართავს ავადმყოფი შარდბუშტის ტუბერკულოზის ნიშნებით, პირველად ყოვლისა უნდა გავიხსენოთ თირკმელის tbc. და თუ ავადმყოფი მამაკაცია არ უნდა დავივიწყოთ შესაძლებლობა სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზისა და ამ მიმართულებით ვაწარმოოთ ავადმყოფობის გამოკვლევა.

ჩვენ უნდა გავარჩიოთ ორი ფორმა:

1. შარდბუშტის ტუბერკულოზი, და
2. ტუბერკულოზური ცისტითი.

უკანასკნელ შემთხვევაში ჩვენ გვაქვს ანთებითი პროცესი მთელ ლორწოვანი გარსისა; ადგილ-ადგილ შეიძლება იყოს გამოხატული ტიპური სურათი ტუბერკულოზური პროცესისა; რაც შეეხება შარდბუშტის ტუბერკულოზს, იგი ჩვენ კლინიკისტებს უფრო ხშირად გვხვდება და გამოიხატება იმაში, რომ ჩვენ განსახილვრულ ადგილას გვაქვს ტიპური ცვლილებები ამ თუ იმ ადგილს, უფრო ხშირად შარდსაწვეთის ხვრელების არეში: სიწითლე, ხორკლები, წყალულები და სხვა. დანარჩენი ლორწოვანი გარსი შეიძლება არ განიცდიდეს პათოლოგიურ ცვლილებას. წყლული შეიძლება იყოს ზერეულ და ღრმა, იგი დაფარულია მკრთალი ფერის გრანულაციებით, ან მღვრივე ნალექით; შარდსაწვეთის ხვრელები გადიდებულია და მათ შეკუმშვის თვისება დაკარგული აქვთ. ავადმყოფი უჩივის

შარდზე ხშირად მიდგომას, წვას, და ხანდისხან შარდის შეუკავლობას. ხშირად მოვლენები შარდბუშტის მხრივ უფრო მეტად ასუსტებს ავადმყოფს (უკარგავს მას ძილს, მადას), ვიდრე თირკმლის ტუბერკულოზი.

რაც შეეხება წამლობას, აქაც პირველად ყოვლისა უნდა გამოვიკვლიოთ, რომელი თირკმელია დაავადებული და რაც შეიძლება მალე ამოვკვეთოთ იგი. თუ სათესლე ჯირკველია დაავადებული, ამ შემთხვევაში იგიც უნდა იყოს ამოკვეთილი. ამის შემდეგ შარდ-ბუშტის tbc. 50—75% შემთხვევებში, Rafin-ის დაკვირვებით კი 91%, თავის თავად და მოკლე ხანში განიკურნება ხოლმე, თუ ამ გართულების მიმდინარეობა თირკმლის ამოკვეთის შემდეგაც გაჭიანურდა, მაშინ გვჭირდება ადგილობრივი წამლობა. შარდ-ბუშტის tbc. წინეთ განუკურნებელ ავადმყოფობად ითვლებოდა, ეხლა კი, როდესაც ვიცით, რომ იგი უმეტეს შემთხვევაში მეორადი ავადმყოფობაა, დაავადებული თირკმელის ამოკვეთის შემდეგ თავის თავდაც განიკურნება ხოლმე. ზოგიერთ შემთხვევაში, როდესაც ავადმყოფი ძალიან დასუსტებულია და ნეფრექტომია საშიშო ოპერაციას წარმოადგენს ან თუ შარდბუშტის tbc. პირველად ავადმყოფობას წარმოადგენს, მაშინ იძულებული ვართ მივმართოთ ადგილობრივ წამლობას, თუნდაც იგი იყოს მხოლოდ სიმპტომატიური. შარდ-ბუშტის tbc. იწვევს დიდ ტკივილებს და ამის გამო ავადმყოფს უკარგავს ძილს, მადას და ხელს უწყობს ავადმყოფის დასუსტებას და ტუბერკულოზური პროცესის განვითარებას. ტკივილების და წვის შესამცირებლად მივმართავთ სხვა და სხვა ნარკოტიკულ და ანესთეტიურ ნივთიერებებს. Ioseph-ი ბოლო დროს გვიჩვენებს წამლობა დაეიწყოს Rivanol-ის ხსნარით (1:5000), რომლის კონცენტრაციას თანდათან ვაძლიერებთ (1:500) წვის შესამცირებლად იგი გვიჩვენებს რივანოლი ვიხმართ ალიპინთან ან ნოვოკაინთან ერთად. თბილი ხსნარით შარდ-ბუშტი ირეცხება ფრთხილად ე. ი. შეგვყავს იმდენი, რამდენსაც ბუშტი თავისუფლად იტევს. რივანოლს ბაქტერიციდული მოქმედების გარდა აქვს აგრედვე ანესთეტიური თვისება და ამგვარ წამლობის შემდეგ შარდ-ბუშტის წვა და გაღიზიანება მალე შესამჩნევად მცირდება და შესაძლებელი ხდება ვადავიდეთ სპეციფიურ და უფრო რადიკალურ ნივთიერებების ხმარებაზე. რაც შეეხება ადგილობრივ სპეციფიურ წამლობას, აქ მივმართავთ ხოლმე სხვადასხვა საშუალებას. ბუშტის ჩვეულებრივი გამორეცხვა ლაპისის ხსნარით Guyon, Golberg-ი ის და სხვა უროლოგების მიერ უკუგდებულია, რადგანაც იგი იწვევს tbc. დაავადებულ შარდბუშტის გაღიზიანებას და ამიტომ ამ საშუალებას ძველი უროლოგები დიაგნოსტიურ მნიშვნელობას აძლევენ. თუ შარდბუშტის ჩვეულებრივი არასპეციფიური კატარია ამ საშუალების ხმარების შემდეგ მალე დაცხრება ხოლმე, წინააღმდეგ შემთხვევაში-კი, როდესაც შარდ-ბუშტის ტუბერკულოზი გვაქვს, იგი განიცდის ძლიერ გაღიზიანებას და ტკივილებიც უფრო მწვავედება. Rovsing-ი აქებს 5—6% კარბოლის მყავის თბილ (38°) ხსნარით ბუშტის მცირე პორციებით გამორეცხვას. აქაც საჭიროა სიფრთხილე, რადგან ეს საშუალებაც ხანდისხან იწვევს ტკივილებს და კარბოლით მოწამვლის ნიშნებსაც. უფრო მიღებულია 3—5% იოდოფორმის ემულსია, გვაიაკოლის 5% ხსნარი რომელიმე ზეთში, ჰომენოლი და სხვა. ხმარობენ აგრეთვე ac. lactici-ს ნუშის ზეთის ხსნარით გამორეცხას. საზოგადოდ ხსნარების ხმარების დროს დი-

დი სიფრთხილვა საჭირო. შარდ-ბუშტში უნდა შევიყვანოთ იმდენი სითხე, რამდენსაც იგი თავისუფლად იტევს, რომ ზედმეტი გაღიზიანება არ გამოვიწვიოთ. თუ ბუშტი შეკუმშულია, მცირე ტევადობისაა და დიდ ტკივილებს იწვევს და კონსერვატიული წამლობა შედეგს არ იძლევა, მაშინ შეიძლება მივმართოთ მის გაკვეთას (sectio alta) და ვუწამლოთ ადგილობრივ ან თუ იმ საშუალებით. სამწუხაროდ, ყველა აღნიშნული საშუალება იშვიათად იძლევა სანუგეშო შედეგს. უფრო რადიკალურ საშუალებად ითვლება ელექტრო-კოაგულიაცია, შემოღებული 1913 წ. Heiz და Boyer-ის მიერ. თუ შარდ-ბუშტის tbc. მხოლოდ ადგილობრივი პროცესია და თირკმელები დაავადებული არაა, მაშინ ზოგიერთი დასტაქრები გვირჩევენ გადავწვით შარდსაწვეთები ნაწლავში და ამითი შარდ-ბუშტი გავანთავისუფლოთ მუდმივ გაღიზიანებისაგან.

ავადმყოფი ამ ოპერაციის შემდეგ მშვიდდება და ზოგჯერ სრულიად განიკურნება კიდევ.

დასკვნები: 1) შარდ-ბუშტის ტუბერკულოზი უმეტეს შემთხვევაში არის მეორადი ავადმყოფობა და ამ ორგანოს დაავადების დროს უმთავრესი ყურადღება უნდა მივაქციოთ თირკმელების მდგომარეობას და თუ ავადმყოფი მამაკაცია—აგრეთვე სასქესო ორგანოების მდგომარეობასაც. 2) თირკმელის ტუბერკულოზი ხშირად არის პირველადი დაავადება საშარდე ორგანოების,—ამიტომ უნდა ვეცადოთ დიაგნოზი დროზე დავსვათ, რომ ავადმყოფს დროზე აღმოუჩინოთ შესაფერისი დახმარება. 3) ოპერატიულ დახმარების წინ საჭიროა გამოვარკვიოთ მეორე თირკმლის მდგომარეობა და საზოგადოდ გამოვარკვიოთ ფუნქციონალური მოქმედება თირკმელების, ამიტომ ამგვარი ავადმყოფნი მოთავსებული უნდა იყვნენ იმგვარ სამკურნალოში, სადაც მოწყობილია უროლოგიური კაბინეტი ან განყოფილება. 4) თირკმლის ამოკვეთა (Nephrectomia) თირკმლის ტუბერკულოზის დროს რადიკალური საშუალებაა და მას უნდა მივმართოთ დროზე, ვიდრე პროცესი შარდ-ბუშტზე და მეორე თირკმელზე გადავა. თირკმელთან ერთად უნდა ამოვკვეთოთ აგრეთვე შარდსაწვეთის დაავადებული ნაწილი საღ საზღვრამდე. 5) ნეფრექტომიის წინააღმდეგი ჩვენებად ჩაითვლება ავადმყოფის დიდი სისუსტე და თირკმელის ტუბერკულოზის ციროტიული ფორმა 6) ოპერატიულ დახმარებასთან ერთად ავადმყოფს უნდა ურჩიოთ გაუფრთხილდეს თავს და გაატაროს შემდგომი ზოგადი გამამაგრებელი წამლობა (კლიმატიური, დიეტეტიური და სხვა).

ლიტერატურა.

1. Проф. Федоров—Хирургия почек и мочеточников 1923—24 წ. გამოცემა.
2. Проф. Михайлов—Диагностика и терапия забол, мочевых и половых органов.
3. 15 съезд Российских Хирургов.
4. Wulstein, Wilms Lehrbuch der Chirurgie 1923 წ.
5. Bergmann, Bruns, Mickulicz, Handbuch der „Practischen Chirurgie“
6. Дзирне—Оперативная Урология 1914 წ.

მ. თ. ლ. ა. ქ. ე.

საავადმყოფოს ორდინატორი

ნაწლავთა კანკვეშა დაზიანების რამდენიმე შემთხვევა *).

(რესპუბლიკის მთავარი საავადმყოფოს ქირურგიული განყოფილებიდან.

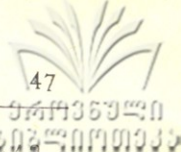
გარგე — პროფ. გ. მუხაძე).

ნაწლავთა კანკვეშა დაზიანება უფრო ხშირად ხდება მაშინ, როდესაც მათ უტბად აწვეება რამე ფიზიკური ძალა, უფრო იშვიათად ამგვარი დაზიანება მოჰყვება მთელი სხეულის შერყევას; ფიზიკურ ძალას, რომელიც ასე მოქმედობს ნაწლავზე, წარმოადგენს უფრო ხშირად წიხლის ან მუშტის დარტყმა, ეტლის გადავლა, მიწის ქვეშ მოქცევა, რკინის გზის ბუფერებს შუა მოყოლა, მუცლით მაგარ საგანზე დაცემა და სხვა.

ფიზიკურ ძალას შეუძლია გამოიწვიოს ნაწლავთა სხვადასხვა სახის დაზიანება: 1) გასკდომა, თუ ნაწლავი გაბერილია გაზით ან სავსეა სითხით, 2) მოწყვეტა ჯორჯალისაგან, როდესაც ნაწლავს ეზიდება რამე ძალა და 3) დაჟეჟვა; უკანასკნელ შემთხვევაში უნდა გავარჩიოთ ყრუ, გასული და დაფლეთილი ჭრილობები.

ნაწლავთა გასკდომას და მოწყვეტას იწვევს ორგანოს ზედმეტი დაჭიმვა, როდესაც იგი გადააჭარბებს მის დრეკადობას. ეს არის პირდაპირი დაზიანება; ფიზიკური ძალა არ მოქმედობს პირდაპირ დაზიანებულ ადგილზე. საზოგადოდ ჭრილობები ამგვარ დაზიანების დროს მდებარეობენ ნაწლავზე, სადაც ჯორჯალია მიმაგრებული მის მოპირდაპირე მხარეზე. მოწყვეტა წვრილ ნაწლავთა ხდება იმ ადგილზე, სადაც ორგანოს აქვს ფიქსაცია. ე. ი. flexura duodeno-jejunalis და in regione ileo caecale-ს სუეროში. ნაწლავის დაჟეჟვა ხდება უმეტესად მაშინ, როდესაც ფიზიკური ძალა მოქმედობს განსაზღვრულ ადგილზე, ან თუ ორგანო განიცდის დაწოლას მაშინ, როდესაც იგი დაყრდნობილია მაგარ საგანზე, როგორც არიან ხერხემალ-მენჯის ძვლები და სხვა. ასე რომ, საზოგადოდ, მათი დაზიანება დამოკიდებულია იმაზე, თუ რამდენად გაბერილია თვით ორგანო და აგრეთვე რამდენად მათ ხელს უწყობს ანატომიური პირობები ე. ი. ფიქსაცია და სხვა. ამიტომ დაზიანება არ ხდება ერთნაირად ყოველ ადგილზე, არამედ არსებობს განსაკუთრებული ადგილები სადაც ეს დაზიანებები ადვილად ვითარდება. საზოგადოდ როგორც ნაწლავთა აპკი ისე შინაგანი ორგანოები ზი-

*) მოხსენებულა ტფილისის ქართველ ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოებაში 4 აპრილს 1924 წელს.



ანდება ტრავმის მოპირდაპირე ნაწილში, თუმცა ეს აუცილებლობას არ წარმოადგენს, შესაძლოა მუშტის დარტყმამ hypogastrium-ში გამოიწვიოს კუჭის გასკდომა epygastrium-ში; აგრეთვე შესაძლოა ტრავმას, რომელიც სრულიად არ შეხებია მუცელს, მოჰყვეს შინაგანი ორგანოების დაზიანება, მაგალითად სიმალიდან ჩამოვარდნის დროს თუ ადამიანი გაქიმულ ფეხებზე დაეცა; ამას ხშირად მოჰყვება მუცლის ღრუში სისხლის ჩაქცევა შინაგანი ორგანოების დაზიანების გამო. ამიტომ ჩვენ მხოლოდ მუცლის კანის ანუ კედლის მდგომარეობით არ შეგვიძლიან ვიხელომდებანელოთ სწორი დიაგნოზის დასასმელად რადგან, კიმეორებ, შესაძლოა მუცლის კანზე ტრავმის ნიშნები სრულიად არ იყოს, ამავდროს ავადმყოფი ტკივილებს არა გრძნობდეს და ნაწლავები კი დიდ დაზიანებას განიცდიდეს.

Chavas-ს მოყავს ასეთი შემთხვევა — კარის კაცი, რომლისთვისაც ღამის სამ საათზე მუცელში წიხლი ჩაურტყამთ თავის ფეხით მოსულა მეორე დღეს საავადმყოფოში და ტრავმის შემდეგ 34 საათში გარდაცვლილა. გვამის გაკვეთის დროს აღმოჩენილა, რომ წვრილი ნაწლავი ყოფილა გაგლეჯილი.

Hollapd-ი მოგვითხრობს: 11 წლის ქალი ტრავმის შემდეგ 24 საათის განმავლობაში არავითარ ტკივილებს არ უჩიოდა, მაგრამ გაკვეთის დროს აღმოჩნდა, რომ იქაც წვრილი ნაწლავი იყო გაგლეჯილი. მისივე მეორე მაგალითი — 13 წლის ვაჟს, მიუხედავად იმისა, რომ მას ჰქონია გაგლეჯილი თორმეტგოჯა ნაწლავი, გაუვლია 7 ვერსის მანძილი.

Кадьян-ი მოგვითხრობს ერთ შესანიშნავ შემთხვევას, როდესაც მის ავადმყოფს ოპერაციის დროს აღმოაჩნდა გაგლეჯილი წვრილი ნაწლავი, თუმცა იგი 24 საათზე მეტი ფეხზე დადიოდა და ოპერაციის წინ სადილიც კი სჭამა.

თითქმის ანალოგიური შემთხვევა იყო ამას წინეთ ჩვენს კლინიკაშიც.

შემთხვევა 1. მ. გ. 35 წ. მამაკაცი, პროფესიით მემანქანე, იქნა მოყვანილი საავადმყოფოში 1923 წელს 8. II საღამოს ხუთ საათზე სასწრაფო დახმარების აღმოსაჩენად. ავადმყოფს ქონდა მარჯვენა მუხლის სახსარი დაგლეჯილი და უხვად სისხლის დენა. ავადმყოფს მუშაობის დროს გაზით სავსე ბალონი ვახეთქია და მით დაშვებულა. დანარჩენ ადგილებზე ავადმყოფს არსად დაზიანება არ ემჩნეოდა და არც თვითონ უჩიოდა. მაჯა 80' საშუალოდ სავსე, გრძობიერობა სალი, თავსაც კარგად გრძობდა. დაზიანებული კიდური იქნა მოკვეთილი. ოპერაციის შემდეგ, როგორც იმ საღამოს, ისე მეორე დღესაც 12 საათამდის ავადმყოფი კარგად გრძობდა თავს. მაჯა 86', საშუალოდ სავსე, t. n. ტკივილებს არ უჩიოდა. 12 საათზე დღით ავადმყოფმა უეცრად იგრძნო სასტიკი ტკივილები მუცლის არეში და 7 საათზე საღამოს გარდაიცვალა (ე. ი. ტრავმის 26 საათის შემდეგ), გვამის გაკვეთის დროს აღმოჩნდა მუცლის მარჯვენა სწორი კუნთის პერანგში ბლომად სისხლის ჩაქცევა. მსხვილი და წვრილი ნაწლავების აკი დაფარულიყო ფიბრინ ჩირქოვანი გამონაყონით. წვრილი ნაწლავის ზედა ნაწილში რამოდენიმე ალაგას სეროზულ გარსის ქვეშ სისხლის ჩაქცევა და აქ აღმოჩენილი იქნა აგრეთვე ძაბრისებრი პერფორაცია ვანგრენოზულ კიდევებით; ნახვრეტი სეროზულ გარსზე ორჯელ მეტია-ვიდრე ლორწოიან გარსში. მსხვილი ნაწლავის სიგმოიდური შუა ნაწილში სილურჯე სამი სანტიმეტრის მანძილზე ირგვლივი მიმართულებით, სეროზული გარსის ქვეშ ლორწოიანი გარსი მთელია. დანარჩენ ორგანოებში არავითარი პათოლოგიური მოვლენა არ იყო.

2 შემთხვევა. 10.VIII 1923 წ. ავადმყოფი ქალი 35 წლისა, იქნა კლინიკაში მოყვანილი დღით 12 საათზე. მისთვის ძრახას რქა ამოუტყრავს მარჯვენა hypogastrium-ში სამი საათის წინ. ამ არეში გასინჯვის დროს აღმოჩნდა დაზიანება კანის, კუნთების ზერულე შრეების 3—4 სანტ. სიგრძით, პერიტონეუმის დაზიანების ნიშნები არა აქვს. ავადმყოფი უჩივის ტკივი-

ლებს მუცლის არეში და პირსაქმებას. მაჯა 90°—სუსტი, სუნთქვა ზერეულე 30. მთელი მარჯვენა მუცლის არეზე დეფანსი და Blumber-ის სიმპტომი მკაფიოდ გამოხატული. ქროლოზის ირგვლივ ოდნავ მოყრუებული ხმა; t° —38°. **Diagnos:** Peritonitis perforativa ოპერაცია სასწრაფოდ. (გაუკეთა ექ. შონიამ) აღმოჩნდა წვრილი ნაწლავი (intest. ilei) სამ ადგილას გაგლეჯილი ერთი მეორეზე დაშორებით 5—10 სანტიმეტრით. მუცლის ღრუში განავალის ნიშნები. ქროლოზა სათანადოდ ამოიკერა. ავადმყოფი მე 7-ე დღეს გარდაიცვალა. გაკეთა, აღმოჩნდა; *Vulnera lacerata intestini jejunalis; peritonitis diffusa acuta.*

3 შემთხვევა. 46 წ. ვაჟი მ. დ. დაწვა საავადმყოფოში 5/IX 1920 წ. საღამოს 6 საათზე მწვავე ტკივილებით მუცლის არეში. ავადმყოფის სიტყვით, იგი მუშაობის დროს, დღით 2 საათზე დაზინდა ტრავმით მუცელში. მაჯა კარგი ანგების, ენა სუფთა და სველი, პირსაქმება არ ჰქონდა, მუცლის კანზე არავითარი დაზიანება არ ემჩნეოდა. საღამოს 8 საათზე ოპერაცია (ექიმ ორლოვსკიმ) აღმოჩნდა ნაწლავების შებერვა, ჰიპერემია და მსხვილი ნაწლავის კედლის გაგლეჯვა. მეოთხე დღეს ავადმყოფი გარდაიცვალა.

4 შემთხვევა. 1919 წ. 4/IX ავად. უჩიოდა მწვავე ტკივილებს მუცლის არეში. მაჯა 100°, საშუალოდ საესე, პირსაქმება, მუცელი ზომიერად შებერილი, მარჯვნივ 4 თითის დადებით ჰიპის ქვემოთ რბილი თვისების სიმსიენე მუშტის ოდენა. 20 დღის წინედ ავადმყოფს მოხვედრია მუცელზე ნავი წყლიდან ამოთრევის დროს. ტკივილები მძიმედ არ უგრძენია და მუშაობაც არ დაუტოვებია. 10 დღის შემდეგ აღმოჩენია მწვავე ტკივილები მუცლის არეში, პირსაქმება, ყურყური მუცელში. რომელიც მალე დაწყნარებია. მე 20-ე დღეს ტრავმის შემდეგ ისევ განმეორებია ტკივილები და მიუძმართავს საავადმყოფოსთვის. 13/IX ე. ი. მე 8-ე დღეს რაც საავადმყოფოში წეეს მაჯა აღარ ისინჯება, პირსაქმება შეუწყვეტელია. ოპერაცია გაუკეთა პრ. მუხამეძე და აღმოჩნდა მუცლის არეში ჩირქი ბლომად განავალთან არეული, ნაწლავთა შორის უკვე არსებობს შეწყება. ღამის 12 საათზე ავადმყოფი გარდაიცვალა.

5 შემთხვევა. ავად. მ. შ. 16 წლის ვაჟი იქნა მოყვანილი საავადმყოფოში 8/X 1920 წელს მწვავე ტკივილებით მუცლის არეში. აქვს განავლის და გაზების შეკავება, პირსაქმება, მაჯა აჩქარებული, ენა თეთრად შეუღისილი. 3 დღის წინედ ავადმყოფი გადმოვარდნილა კლდიდან და დაცემულია მუცლის მარჯვენა ნაწილით ურმის ქალაზე. გარედან შეხედვით არსად დაზიანება არ ემჩნეოდა. ოპერაციის დროს აღმოჩნდა: მუცლის ღრუში სისხლის ჩაქცევა, რაოდენობით 2 ჰიტაზე მეტი. ბრმა ნაწლავი შებერილი და სეროზული გარსის ქვეშ სისხლის ჩაქცევა. მე-4-ე დღეს ავადმყოფი გარდაიცვალა მუცლის აპკის ანთებით. გაკეთა არ ყოფილა.

სწორეთ ასეთივე შემთხვევა აღწერილია პროფ. გ. მუხამეძის მიერ, რომელიც მას ჰქონია ჰიათურის საავადმყოფოში. მ. ც. ყოფილა მოყვანილი საავადმყოფოში 8/X 1913 წ. მუცლის აპკის საერთო ჩირქოვანი ანთებით. ავადმყოფი წინა დღით დილით გადმოვარდნილა ურმიდან და დაცემულია ურმის ქალაზე. დაშავებულს უგრძენია ტკივილები დაზიანებულ ადგილს. ტკივილებს თანდათან მოუმატია და ბოლოს მთელ მუცელს მოადებია, პირსაქმებაც ქონებია. ავადმყოფი მე-2-რე დღეს დაწოლილა საავადმყოფოში სასტიკი ტკივილებით მუცლის არეში. მაჯა 150°. ცულე ანგების, მუცლის კედელზე დაზიანების არავითარი ნიშნები არ არსებობს. ნაშუადღევს 4 საათზე ოპერაცია გაუკეთა პრ. მუხამეძემ. მუცლის ღრუში აღმოჩნდა ფიბრინ-ჩირქოვანი სითხე განავალით. მასში 4 ჰიტა ნაწლავიდან გამოსული. ნაწლავის თავისუფალი მარყუში ერთ ადგილას 3 სანტიმეტრით ყოფილა გაზეთილი. ნაწლავის ჭრილობა ამოიკერა, მუცლის ღრუ გამოირეცხილა ფიზიოლოგიური ხსნარით და შემდეგში ჩადებულია მიკულიჩის ტამპონი. ავადმყოფი ერთი თვის შემდეგ განკურნებული გაწერილა.

6 შემთხვევა 1906 წელს, როგორც გადმოგვცა ექ. ვიზრევა, ქალაქის მცველებმა შემთხვევით თვალი მოჰკრეს მეეტლეს, რომელსაც მუშაობის შემდეგ სახლისაკენ მიმავალს ეტლში ჩასიძინებოდა. მათ შეაჩერეს ის და უნდოდათ გამოეღვიძებიათ, მაგრამ მეეტლე არ იღვიძებდა, გრძნობა დაკარგული იქნე სამკურნალოში მიიყვანეს. ავადმყოფი მეორე დღეს გარდაიცვალა. გვამის გაკვეთის დროს აღმოჩნდა: წვრილი ნაწლავების რამოდენიმე ადგილას პერფორაცია და აგრეთვე სისხლის ჩაქცევა მათ სეროზულ გარსში. როგორც გამოირკვა ავადმყოფი დილას გადმოვარდნილა თივის ზვინიდან და თუმცე უგრძენია ტკივილები მუცლის არეში, მაგრამ არაფრად

ჩაუგდია და წასულა დილას სამუშაოდ ეტლით. საღამოს ცუდად გამზდარი და გრძობა და-
კარგული მოუყვანიათ სამკურნალოში.

7 შემთხვევა. (ეს შემთხვევა მოხდა ამ შრომის მოხსენების შემდეგ). 13/X 1924 წელს
მოყვანილი იქმნა სოფლიდან გლეხი ი. ნ. წ. რომლისთვის ხარს დაქედვის დროს წიხლი ჩა-
ურტყამს მუცელში ავადმყოფს გული წასვლია, ტკივილები უგრძობია მუცლის არეში; რამოდე-
ნიმე ხნის შემდეგ იგი ამდგარა და მუშაობა განუგრძვია. მეორე დღეს საღამოს ტკივილები
ჯანმეორებია და პირსკამებაც დართვია. მესამე დღეს ტკივილები უფრო გამწვავებულა და მე-
ოთხე დღეს იგი მოიყვანეს საავადმყოფოში. გასინჯვის დროს აღმოჩნდა: მაჯა 90°, სუსტი არსე-
ბის, სიცხე 37,6°, ენა ოდნავ სველი, მუცლის კედელზე დაზიანების ნიშნები არა აქვს. მუცლის
კედლის კუნთები დაჭიმული, აპკის ანთების ნიშნები მკაფიოდ გამოხატული. დიაგნოზი: Peritonitis perforativa—(ruptura intestini traumatica). ოპერაციის დროს (ოპერაცია გაუკეთა
ექ. თიდაძემ) აღმოჩნდა: ერთ ადგილას წვრილი ნაწლავი, (დაშორებით ბრმა ნაწლავიდან 25
სანტიმეტრით) გაგლეჯილია. ჭრილობის ოდენობა უდრის ვერცხლის სამ შაურთან, მუცლის
არეში სითხე ვანაღლით, ნაწლავები ფიბრინოზული გარსით მოცულია დაზიანებული ნაწლავი
ამოიკერა. მუცლის ღრუ გამოირეცხა ფიზიოლოგიური ხსნარით და შემდეგ რივანოლის ხსნარით
ჩაესხა. მუცლის კედელი ამოიკერა. ჭრილობის ქვედა ნაწილში—ტამპონი. ავადმყოფი გარდა-
იცვალა—(აპერაციის 12 საათის შემდეგ). გვამის გაკვეთა არ ყოფილა.

ზემო აღნიშნული შემთხვევებიდან სჩანს, რომ მუცლის არეში ტრავმით და-
ზიანება როგორც მცირე არ უნდა იყოს მაინც მოითხოვს ექიმის მხრივ დიდ ყურა-
დღებას და შესაფერის დახმარებას. ავადმყოფს ესაჭიროება სიფრხილე არა მარ-
ტო პირველ დღეებში, არამედ შემდეგშიც, ხანდახან 2-3 კვირის განმავლო-
ბაში.

Petry-ს აზრით საჭიროა არა ნაკლებ 3 კვირისა თუ დაზიანება დიდია, რადგან
შესაძლოა დაზიანებული ნაწლავის ნაწილმა განიცადოს განგრენოზული პროცესი
და ბოლოს სრულიად მოშორდეს. ხშირად ნიშნები ამგვარი დაზიანებისა თავში
შეიძლება არ იყოს მკაფიოდ გამოხატული და არც მუცლის კედელზე იყოს
ტრავმის ნიშნები. თუ ანამნეზიდან გამოვარკვეით, რომ ტრავმა მოქმედებდა მუ-
ცელზე პერპენდიკულარული მიმართულებით, მაშინ ეჭვი უნდა შევიტანოთ ნაწ-
ლავების კანქვეშა დაზიანების შესაძლებლობაზე, რადგანაც ამ შემთხვევაში ნაწ-
ლავები ეყრდნობა ხერხემლისა და მენჯის ძვლებს და ადვილად ზიანდება. თუ
ფიზიკური ძალა ვაკვრითი-ირიბი მიმართულებისაა, ნაწლავები უფრო იშვია-
თად ზიანდება, რადგან მათ ეძლევა საშუალება სხვა მდებარეობა მიიღონ მუ-
ცლის ღრუში; გამონაკლისს შეადგენს თიაქრის პარკში მოთავსებული ნაწლავის
მარკუში, რადგან ამ შემთხვევაში ნაწლავები ერთგვარ ფიქსაციას განიცდიან და
არ შეუძლიათ ტრავმის დროს ვაკურდნენ თავისუფალ მუცლის ღრუში.

ამის დასამტკიცებლად მოვიყვან ე მ ე რ ტ ი ს მ იერ აწერილ შემთხვევას: მწყე-
მისთვის „თავის ბატონს“ წიხლი ჩაურტყამს მუცელში, რასაც შედეგად მოყო-
ლია ნაწლავის 4 სანტიმეტრით სიგრძით გახეთქვა, რომელიც ყოფილა მოთავ-
სებული მარჯვენა ბარძაყის თიაქრის პარკში.

თუ ფიზიკური ძალა მოქმედობს განსაზღვრულ ადგილზე მაშინ ნაწლავე-
ბის დაზიანება უფრო ხშირია ვიდრე ასეთი ფიზიკური ძალა იქნება ვანაწი-
ლებული მთელი მუცლის არეზე.

Thommen-ს მოჰყავს ბახელის კლინიკიდან 20 შემთხვევა, როდესაც ტრავ-
მას ქონებია ადგილი განსაზღვრულ ნაწილზე, 13 შემთხვევიდან აღმოჩენილა



ნაწლავთა გაგლეჯვა 8-ში ე. ი. 65⁰/₁₀₀. 28 შემთხვევიდან, როდესაც ტრავმა ყოფილა განაწილებული მთელი მუცლის არეზე, ნაწლავები დაზიანებულია 5-ჯერ, ე. ი. 18⁰/₁₀₀.

ნაწლავთა დაზიანების დროს მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე წლოვანობას. მოხუც ადამიანს ერთსა და იმავე პირობებში უფრო ადვილად უზიანდება ნაწლავი, ვიდრე ახალგაზრდას. ეს აიხსნება მით, რომ მოხუცი ადამიანის ნაწლავები მოკლებულია მოქნილობას.

Thommen-ის ცხრილი რომელიც შედგენილია ასაკის მიხედვით გვიჩვენებს:

6	10 წლამდე	1 შემთხ.
11	20 "	1 "
21	30 "	4 "
31	40 "	6 "
41	50 "	6 "
51	60 "	4 "

უკანასკნელ მაგალითში Thommen-ს მოჰყავს 5 შემთხვევა, მათში ოთხს ქონებია ნაწლავთა დაზიანება, რაც შეადგენს 80⁰/₁₀₀, მაგრამ ეს ყოველთვის არ მართლდება, მაგალითად Thommen-ის სტატისტიკით ადამიანის სიცოცხლის მეორე ნახევარ ხანაში ნაწლავთა კანქვეშა დაზიანება უდრის 60⁰/₁₀₀, პირველ ნახევარში კი 40⁰/₁₀₀. პირიქით, Чистосердов-ის დაკვირვებით, 60⁰/₁₀₀ კანქვეშა ნაწლავთა დაზიანება მოდის სიცოცხლის პირველ ნახევარ ხანაში, მეორეში კი—33⁰/₁₀₀.

ნაწლავთა დაზიანება შედარებით სხვა შინაგანი ორგანოებთან არა იშვიათი მოვლენაა. Jolanguier-ს სტატისტიკით, ამგვარი დაზიანება უდრის 9⁰/₁₀₀, Thommen-ს სტატისტიკით კი 32,6⁰/₁₀₀.

ნაწლავთა შორის თუ რომელი ნაწლავი უფრო ხშირად ზიანდება გვიჩვენებს Petry-ს სტატისტიკა. 198 დაზიანებაზე მოდის 172 შემთხვევა წვრილსა და 28 მსხვილ ნაწლავებზე. წვრილ ნაწლავთა დაზიანება ნაწილდება ამგვარად:

- 9 12 გოჯა ნაწლავზე
- 46 მლივზე
- 85 თქძოს ნაწლავზე

მსხვილ ნაწლავებიდან

- 7 შემთხვევა ბრმა ნაწლავზე
- 8 ასწვრივ ნაწლავზე
- 4 გარდი-გარდმო
- 2 დასწვრივ კოლინჯზე
- 5 სიგმოიდურზე

Hertes ს სტატისტიკით 112 შემთხვევიდან მოდის:

- 40 დაზიანება—ileum-ზე
- 29—iejunim-ზე
- 12—duodenum-ზე
- 31-დანარჩენ ნაწლავებზე.

Чистосердов-ის

- სტატისტიკით 52 შემთხვევიდან მოდის:
- 3 დაზიანება—მსხვილ ნაწლავებზე

1—duodenum-ზე

48—წვრილ ნაწლავებზე.

აქ მოყვანილი სტატისტიკური ცნობებიდან და აგრეთვე ჩემ მიერ მოყვანილ შემთხვევებიდან სჩანს, რომ უფრო ხშირად ზიანდება წვრილი ნაწლავები. ეს აიხსნება მით, რომ წვრილი ნაწლავი 1) მოთავსებულია მუცლის შუა არეში, 2) დანარჩენ ნაწლავებზე გრძელია და 3) არაა დაცული წინიდან, რადგან პირდაპირ მუცლის წინა კედელს ეხება. უფრო ხშირად ზიანდება მღვივ ნაწლავის შუა ნაწილი, შემდეგ ზედა და ქვედა ნაწილები. უკანასკნელი ადგილი უჭირავს S-romanum-ს. თორმეტგოჯა ნაწლავიც შედარებით ხშირად ზიანდება. ეს აიხსნება მით, რომ იგი მოთავსებულია და მიმაგრებულია ხერხემალზე, ასე რომ ტრავმის დროს მას არ შეუძლიან მდებარეობის შეცვლა, როგორც ეს შესაძლოა დანარჩენ წვრილ ნაწლავებისათვის.

რაც შეეხება მას, თუ რომელი ნაწლავი უფრო ხშირად განიცდის „გასკლომას“ ამას გვიჩვენებს Holandis დაკვირვება. 63 შემთხვევაში მღვივ ნაწლავი გახეთქილა—14 ჯერ.

მათში 10-ჯერ თორმეტგოჯა და მღვივ ნაწლავთა შორის. თორმეტგოჯა ნაწლავი 2 ჯერ, ბრმა ნაწლავი 2 ჯერ, 2 ჯერ S-romanum, ერთი შემთხვევა მოდის კი დასწვრივ კოლინჯზე.

დიაგნოზი ნაწლავთა დაზიანების დროს ზოგიერთ შემთხვევაში ძნელია და შეიძლება დარჩეს გამოურკვეველი რამოდენიმე დღე, ვიდრე არ იჩენს თავს მუცლის აპკის ანთება, რომელსაც ხშირად მოყვება ხოლმე ავადმყოფის სიკვდილი იშვიათ შემთხვევაში ნაწლავების დაზიანების ნიშნები თავშივე გამოხატულია. ამიტომ სჯობია ვიხელმძღვანელოთ ასეთი წესით. თუ ტრავმა მუცლის წინა კედელზეა და საკმარისი საბუთი არა გვაქვს უარყოთ ნაწლავების დაზიანების, სჯობია მივნართოთ სასინჯ ოპერაციას, ლაპარატომიას, რადგან როდესაც უკვე თავს იჩენს პერიტონიტი, ოპერაცია დაგვიანებულად უნდა ჩაითვალოს.

კონსერვატიული წამლობა ნაწლავების დაზიანების დროს რომ ცუდ შედეგს იძლევა, ამას გვიმტკიცებს Petry-ს სტატისტიკა. 160 შემთხვევაში, სადაც მას ექიმობა გაუტარებია კონსერვატიულად, გარდაცვლილა 149 და 11 გადარჩენილა ცოცხალი. ამ 11-ში ათს დარჩენია ფისტულა.

თუ როგორი შედეგი აქვს დროზე გაკეთებულ ოპერაციას გვიჩვენებს Kirstein-ის სტატისტიკა. 18 შემთხვევიდან ოპერაციით გადარჩენილა 8 ე. ი. 44,5%⁰. თუ ამას გამოვაკლებთ იმ შემთხვევებს, სადაც სიკვდილს იწვევს არა მარტო ნაწლავთა დაზიანება, არამედ სხვა მიზეზებიც—მაგალითად შოკი და სხვა, მაშინ ავადმყოფთა გაჯანსაღების პროცენტი აიწევს 44,5 პროც.-დან 57 პროც.-ის Petry-ს მიერ მოყვანილი სტატისტიკა აგრეთვე გვიჩვენებს თუ რა მნიშვნელობა აქვს ადრე გაკეთებულ ოპერაციას.

ოპერაცია 1—5	საათ. განმავლობაში ტრავ. შემდეგ 4 კაც.	მორჩა 4—100 ⁰ / ₀
„ 6—10	„ „	„ „ 3 „ „ 2—66 ⁰ / ₀
„ 11—15	„ „	„ „ 1 „ „ 1—100 ⁰ / ₀
„ 16—20	„ „	„ „ 3 „ „ 1—33,3 ⁰ / ₀
„ 21—60	„ „	„ „ 3 „ „ 0—0 ⁰ / ₀

Sangere-ს მოყვანილი სტატისტიკებიდან, რომელიც ენება ჩაჭედოლ თია-ქარში მოყოლილ ნაწლავებს და მათი დაზიანებას შესწორების დროს სიკვდილის პროცენტის რაოდენობა უდრის 75 პროც.—გაჯანსაღებული კი 29 პროც. მასვე მოჰყავს კიდეც 40 შემთხვევა. 18 შემთხვევაში ყოფილა კონსერვატიული წამლობა და ყველა მომკვდარა. 22 შემთხვევაში კი გაუკეთებიათ ოპერაცია და გადარჩენილა 10. აქედან დასკვნა: თუ ოპერაცია გაკეთდა პირველ 15 საათის განმავლობაში ტრავმის შემდეგ, ოპერაციის შედეგი უკეთესია და სიკვდილიანობის პროცენტი უდრის 20 პროც. (8 კაცში მოკვდა 1). 15 საათის შემდეგ ოპერაციის დახმარება თითქმის უიმედოა, სიკვდილიანობის პროცენტი უკვე 83,3 პროცენტი, 20 საათის შემდეგ—არავითარი დახმარება აღარ შეეძლოს.

ფრანგული სტატისტიკაც თითქმის იმასვე ამტკიცებს. ოპერატიული დახმარება 20 საათამდე იძლევა სიკვდილიანობის 20 პროც., შემდეგ კი—70 პროც.

რაც შეეხება საკითხს შესაძლოა თუ არა ოპერაციული დახმარება შოკის დროს, დოსტაქართა უმრავლესობა შოკის დროს ოპერაციას არ აკეთებს. Gui-nard-ის აზრით, 1^o უნდა 37^o-მდე ავიდეს, გული გამაგრდეს წამლების დახმარებით და მხოლოდ შემდეგ შეიძლება გაკეთდეს ოპერაცია.

Kadyan-ის და Angerer-ის აზრით ოპერაციის გაკეთება შოკის დროსაც შეიძლება, მხოლოდ საჭიროა ქაფურის და ფიზიოლოგიური ხსნარის კანქვეშ შეშხაპუნება, აგრეთვე ღვინის ოყნა ოპერაციის წინ; მასთან საჭიროა ავადმყოფს ოპერაციის დროს მივცეთ ტრენდლენბურგის მდებარეობა. ამ შემთხვევაში ნარკოზი უნდა გაკეთებული იქნეს ეთერით და არა ქლოროფორმით ან თუ შესაძლებელია უნდა გატარდეს ადგილობრივი ანესთეზია. ეთერი იწვევს გულის აგზნევას და მით კოლაპსის დროს დიდ საშუალებას იძლევა, ქლოროფორმი კი პირიქით, გულს ასუსტებს და ამით ცუდ შედეგს იძლევა.

ყველა ზემოთ მოხსენებული შემთხვევებისა და ლიტერატურული ცნობების მიხედვით ვაძლევ ჩემს თავს ნებას გამოვიყვანო შემდეგი დასკვნა:

1. როდესაც მუცლის ტრავმა ძლიერია იმისდა მიუხედავად, აქვს ავადმყოფს გარეგანი ნიშნები ტრავმისა თუ არა, კარგად გრძნობს ავადმყოფი თავს თუ ცუდად, იგი პირველ ხანებში რამოდენიმე დღის განმავლობაში უნდა დაწვეს და ექიმის ყურადღების ქვეშ იყოს, რადგანაც შეიძლება ნაწლავის კანქვეშა დაზიანების ნიშნები გვიან განვითარდეს.

2. თუ ნაწლავის დაზიანება საეჭვოა, სჯობს გაუკეთდეს სასინჯი ლაპარატომია რაც შეიძლება ადრე, არა უგვიანეს 15 საათისა ტრავმის შემდეგ.

3. შოკი არ უშლის ოპერატიულ დახმარებას.

4. ნარკოზი უნდა იყოს ეთერით ან და ადგილობრივი. ქლოროფორმი კი ამ შემთხვევაში უფრო საშიშია.

დასასრულ უდრემს მაღლობას ვუძღვნი ჩემს მასწავლებელს დიდად პატივცემულს პროფესორს გ. მუხნაძეს, რომელმაც ზემოაღნიშნული საკითხის დამუშავება მომანდო და პირადად ხელმძღვანელობაც გამიწია.

ლიტერატურა:

1) პროფ. ა. ნათიშვილი. ადამიანის ნორმალური ანატომია. 1922 წ. ტფილისი.

- 2) პროფ. გ. მუხაძე. Два случая из кишечной хирургии. Прот. Кав. Мед. Общ, за 1914 год.
- 3) Mikulitsch. Руководство практ. хир. რუს. თარგ. 1903 წ.
- 4) Тихов. Частная хирургия. რუს. თარგ. 1916 წ.
- 5) Lejars. Хирургич. помощ. в неотложных случаях. 1912 г.
- 6) Ad. Seitz. Энциклопедия Практичес. медицины 1910 г. т. III.
- 7) Suitan. Spezielle Chirurgie II Teil. München, 1923.
- 8) Цеге-фон-Мантейфель. Лекции по военно-полевой хир. 1916 г.
- 9) Тильманс. Руководство частной хир. რუს. თარგ. 1914 წ.
- 10) Н. Н. Терebinский. К казуистике травматических повреждении брюшных органов. Хирургия. Том. XXX № 180.1911.
- 11) Петров. Лечение инфицированных ран на войне—1915 г.
- 12) А. Д. Прокин. Оперативное лечение огнестр. ран, брюшной полости. Реферативный Медич. Журнал № 1 1920 г.
- 13) Оппель. Крат. свед. о подаче помощи перед. лечеб. зав. театра военных действ. 1916 г.
- 14) Wullstein et Wilms. Lehrbuch der Chirurgie. 1923 г.
- 15) Кадьян. Повреждение кишек и брыжейки 1913 г.
- 16) Кадьян Хирургичес. заболев. кишек и брыжейки, дополнен к. 30 отд. Русс. хир. 1914 г.

ა. ჯ ა ვ რ ი შ ვ ი ლ ი

კლინიკის უფროსი ასისტენტი.

ორი ფრიად იშვიათი შემთხვევა პირის ღრუს ლორწოვანი ბაგის კონდილომებისა. (CONDYLOMA ACUMINATUM MUCO- SAE ORIS¹).

(ტფილისის უნივერსიტეტის კანისა და ვენერიულ სნეულებათა კლინიკიდან)
გამგე პროფ. გ. მ. მუხაძე.

უკვე კარგა ხანია მას შემდეგ, რაც კონდილომის სახელს ატარებს ორი დაავადება, რომლებიც აშკარად განსხვავდებიან ერთმანეთისაგან, როგორც ეტიოლოგიით, ისე თავისი კლინიკური სურათით. ერთი მათგანი, *Condyloma latum*, არის საკმაოდ ფართე და წარმოადგენს სათანადოდ გადიდებულს და გაზრდილს სიფილიტიურ პაპულას, მეორე *Condyloma acuminatum* მამლის ბიბილოს პაგვარია. უკანასკნელი დაავადება კეთილთვისებიანი წარმოქმნაა და წარმოსდგება ლორწოვანი ბაგის და კანის ღვრილთა შემაერთებელი ქსოვილის და ებითელიუმის გაზრდისაგან. *Condyloma acuminatum* არის დიდი და პატარა ოდენობის და აქვს სახე ვარდის ფერ მოწითალო ნაწილაკოვანი სიმსივნეების. დიაგნოზის დასმა ამ შემთხვევაში დიდ სიძნელეს არ წარმოადგენს. ამას აადვილებს მისი ფრიად დამახასიათებელი შეხედულებანი, მკაფიო მოხაზულებანი და აგრეთვე ტიპური ლოკალიზაცია. ყველაზე ხშირად *Condyloma acuminatum*-ს ვხვდებით სასქესო ორგანოთა გარეგან ნაწილებზედ, იშვიათად კი შევხვდებით ამ დაავადებას აგრეთვე შარდსადინარის გარეგან ნაწილებზედ (*Orificium uretrae externum*). საშოსა და ნაწილობრივ საშოს მხრივ ნაწილებზედ, ეს კონდილომები სხვადასხვა ოდენობისა არიან ქინძის თავის ოდენა ან მუშტისა ანდა ბავშვის თავის ოდენაც. უდიდეს ზომას იგინი აღწევენ დედაკაცის ორსულობის ხანაშისასირცხოვო ბავებზედ ეს ხორცმეტეები დაფარულნი არიან ძალიან ნაზი საფარით და თავისი დიდი ოდენობის გამო ხშირად იწვევენ დიდ სისხლის დენას. იგინი აგრეთვე არაიშვიათად მშობიარობის გაძნელებასაც კი იწვევენ. შემჩნეულია, რომ კონდილომები მშობიარობის შემდეგ ადვილად ჰქრებიან ხოლმე ან და საგრძნობლად პატარავდებიან, ან არა და ისპობიან სრულიად უწყალოდ-*Condyloma Acuminatum* ხან და ხან თავისთავად ჰქრება, მომეტებულ შემთხვევაში კი მათ აქვთ მიდრეკილება ზრდისაკენ.

ამ დაავადების ეთიოლოგია დანამდვილებით ჯერ კიდევ არაა გამორკვეული, როგორც ვიცით მომეტებულ შემთხვევებში წვეტოვანი კონდილომები ჩნდ-

¹) მოხსენდა აყადმოყოფთა დემონსტრაციით ტფილისის ჯანმრთელობის განყოფილებასთან არსებულს ვენერიულ სექციას 23/X 1924 წ.

ბიან სუსუნატის ნიადაგზედ. მაგრამ გამოკვლევებმა ნათლად დაგვანახა, რომ დაავადება შესაძლებელია ჰქონდეთ იმ პირთ, რომელნიც არა ყოფილან ავად სუსუნატიო. მომეტებულ შემთხვევებში *Condylomata acuminata* მდებარეობს სასქესო ორგანოებზედ, მაგრამ ზოგჯერ მათ ატიბიურ მდებარეობასაც ვხვდებით. მაგ. სახეზე, ტუჩების, ლოყების და ენის ლორწოიან გარსზე. ამგვარ მდებარეობას ეწოდება **ექსტრაგენიტალური ლოკალიზაცია**. უნდა აღვნიშნოთ, რომ ეს კონდილომები არსებობდნენ ერთსა და იმავე დროს სასქესო ორგანოებზედ, მაგრამ აწერილია შემთხვევები მათი სრულიად დამოუკიდებელი არსებობისაც. შემთხვევები *Condylomata acuminata*-ს არა ტიბიური ლოკალიზაციისა იმდენად იშვიათია და მცირეა, რომ დერმატოლოგიის სახელმძღვანელოებში მის შესახებ ან სულ გაკვრით არის მოხსენებული ან და სრულიად არ იხსენება. ცნობილ Löwenbach-ის შრომაში მე მქონდა საშუალება მხოლოდ ერთად ერთი იქ ამომეკითხა *Condyloma acuminatum*-ის ატიბიური ლოკალიზაციის შესახებ სახელდობრ მისი მდებარეობა ლორწოვან გარსებზედ. მან აღწერა სამი შემთხვევა.

შემთხვევა 1. ავადმყოფი ხელოსანი 30 წლისა სკლეროზით და სიფილიტური ეგზანტემით, რომელსაც ქვედა ტუჩზედ ჰქონდა ახალ წარმოქმნა *Condyloma acuminata*-ს სახით.

შემთხვევა 2. მუსიკოსი, რომელიც იყო დაავადებული Leus-ით, ამასაც ქვემო ტუჩზედ ჰქონდა ორი *Condyloma* მუხუდოს ოდენა. ამ ორთავე შემთხვევაში *Condylom*-ების განვითარებას წინ უსწრეს ტრამეებმა.

Löwenbach-ის შემდეგ Koch-მა აღწერა ორი შემთხვევა *Condyloma acuminata* ს მდებარეობისა ლოყის ლორწოიან გარსზე. ერთ ერთ ამ შემთხვევაში ზემოხსენებული დაავადება ლოყის ლორწოიან გარსზე ჰქონდა 6 წლის ბავშვს, რომელსაც ერთსა და იმავე დროს ჰქონდა თითებზედ მეჭეჭები (*veruca vulgaris*) და მანვე აღნიშნა ის ფაქტი, რომ ამ ბავშვს ჰქონდა ცუდი ჩვეულება მუღმივ თითების წოვისა. Haury აგრეთვე აღწერს შემთხვევას *Condyloma acuminatum*-ისას ქვედა ტუჩზედ, რომელიც ჰქონდა 20 წლის ყმაწვილს.

Joseph-ს მოჰყავს ორი შემთხვევა, როდესაც ქალებს ჰქონდათ *Condyloma acuminata* პირის ღრუში და აგრეთვე სასქესო ორგანოებზედაც. Bruch-ს ქონდა შემთხვევა ენახა *Condylomata acuminata* კიბის ჩაღრმავებაში. თუ ჩვენ აღვნიშნავთ, ზემოდ ჩვენ მიერ მოყვანილ შემთხვევების გარდა იმ შემთხვევებს, რომლებიც გაკვრით მოხსენებულნი არიან ლიტერატურაში შემდეგ ავტორების მიერ Virchow, Reder, Schreder, Finger, Iulien, Berkeley, Hill და Neuman, მაშინ ვახდება ჩვენთვის ადგილი ვასაგები, რომ *Condylomata acuminata* ლორწოვან გარსებზე ითვლება იშვიათ სნეულებად თავისი ლოკალიზაციის გამო. მე არა ერთხელ მომიხდა მიმემართა კარგ დახელოვნებულ დოსტაქრებისათვის, რომელთა კომპეტენციაშიც შედის *Condylomata acuminata*-ს ქირურგიული წამლობა, თხოვნით ჰქონიათ თუ არა შემთხვევა მათ *Condylomata acuminata*-სი ლორწოიან გარსებზედ. მაგრამ ყოველთვის პასუხი ერთი იყო „რომ *Condylomata acuminata*-ს ლორწოიან გარსებზედ მდებარეობის შემთხვევები ურთად იშვიათი მოვლენაა და პირადი გამოცდილება მათ არა აქვთ. ამიტომ მე საჭიროდ მიმაჩნია ჩემი შემთხვევები ავწერო.

შემთხვევა 1. ნ-ი სარქის. (№ 330) 36 წ. სომეხი—მეთევზე. ტფილისის მცხოვრები. შემოვიდა კლუნიკაში განმეორებით სპეციფიურ კურსის გასატარებლად, ცოლიანია. ჰყავს ერთი.

შვილი 10 წლისა. მის ცოლს სამჯერ მუცელი მოჰშლია ავად არის Lues-ით. ხუთი წელიწადი მიუღია 5 კურსი და შვიდი შემზაპუნება Neosalvarsan-ისა არა სისტემატიურად. მსმელია. სუსუნატი ჰქონდა 6 წლის წინად. იწამლა ჯერ შინაური წამლით, შემდეგ კერძოდ ექიმთან. დაამთავრა წამლობა. ამ უმად გონორეის არავითარი მოვლენები არა აქვს. უყვარს მწარე და მშავე საჭმელი, თამბაქოს ეწევა. კანის პიგმენტაციის მხრივ არავითარი თვალსაჩინო ცვლილებანი არ ემჩნევა. აქვს დეგვიმენტიური ნაწიბურები, როგორც შედეგები ყოფილი პედიკულოზისა. ნაწიბურების ლოკალიზაცია გულზედ, წელზედ და სადმართო ძვლის მიდამოში სასქესო ორგანოებზედ. არავითარი გამონაჟარი არა აქვს. Adenitis cubitalis inguinalis et Colli რეაქცია Waserman-ის—4 ჯგირი, შარდი N. პირის ღრუში ნაქის (Uvuli) ბოლოზედ (წვერზედ) აქვს ტიპური ნაწილოვანი ახალ წარმოქმნა მუხუდოს ოდენა. განსხვავდება აგრეთვე თავის ნაწილაკოვანებით და მოთეთრო ფერით შედარებით საერთოდ ლორწოვან გარსებისაგან, სუბექტიურად ავადმყოფი არაფერს არა გრძნობს. ეს დაავადება აღმოჩენილი იქმნა კლინიკაში მისი საერთო გასინჯვის დროს, როდესაც ავადმყოფი მოვიდა კლინიკაში კურსის გასამეორებლად.

შემთხვევა 2. ხაჩატურ ნავა-ი, 21 წ. სომეხი, მეჩემე. სცხოვრობს ტფილისში, კლინიკაში შემოვიდა კურსის გასამეორებლად. ავად გახდა Lues-ით 1922 წელს. სწამლობდა ამბულატორულად მიიღო სულ 4 ინიექცია, კანი და მისი დანამატები არავითარ ცვლილებას არ განიცდიან. გასინჯვის დროს კლინიკის ამბულატორიაში ჩემს მიერ აღმოჩენილი იყო condyloma თითქმის იმავე ალაგას, როგორც პირველ შემთხვევაში—მდებარეობდა Suvula-სთან სიდიდით პატარა მუხუდოს ოდენა. არავითარ სუბიექტიურ მოვლენებს ადგილი არა აქვს.

ლიტერატურა.

- 1) Bumm, Münch. med. Woch. 1886 წ. № 27.
- 2) Dreuyr D. med. Woch. 1907 წ. № 18.
- 3) Julius Berg. Arch. f. Derm. Bd. 64 და 84.
- 4) Petters. Arch. f. Derm 1875 წ.
- 5) Rasch. Ann. de dermat. 1895 წ.
- 6) Zeitschrift. Neuman 1900 წ.

II

საზოგადოებრივი პედიცინა *)

პროფ. ი. თიქანაძე.

ტფილისის უნივერსიტეტის სამედიკალინური კლინიკის გამგე.

მუცლის მოწყობა სამკურნალო და საზოგადოებრივი თვალსაზრისით.

ცნობილმა ინგლისის სახელმწიფო მოღვაწემ და მასთანვე დიდმა ენამეტყველ-
მა ლორდ ბიკონსფილდმა ერთ თავის სიტყვაში, რომელიც მან თემთა პალატა-
ში წარმოსთქვა, განაცხადა: „ხალხის ჯანმრთელობა, სახელმწიფოს სიმდიდრეა“.
თქმა არ უნდა, რომ ეს სიტყვები ყველასთვის უდავო ქეშმარიტებაა.

მართლაც და რა მნიშვნელობა და ღირებულება უნდა ჰქონდეს ამა თუ იმ
ქვეყნის ბუნებრივ სიმდიდრეს, მისი ბუნების სიმშვენიერეს, მის კულტურას, თუ
ამ ქვეყნის მოსახლეობა კნინდება, კლებულობს და გადაშენების გზისაკენ მიი-
სწრაფვის. თუ ჩვენ ისტორიას თვალს ვადავავლებთ, ნათლად დავინახავთ, რომ
ყველა ნაციის და სახელმწიფოს **კულტურული განვითარების პროცესი** ისტო-
რიის დასაბამიდან დღევანდლამდე შეუცვლელი ერთგვარობით და კანონზომიე-
რობით მეორდებოდა. ამიტომ შეუძლებელია დაუშვათ, რომ ჩვენი ქვეყანა თა-
ვის მომავალ განვითარების და აღორძინების მსვლელობაში არ განიცდის საერ-
თო სახით იმასვე, რაც სხვა ნაციას და სახელმწიფოებს განუცდია. დიდი შე-
ცდომა და წინდაუხედაობა იქნებოდა შევსდგომოდით ჩვენი ცხოვრების აღმშე-
ნებლობას, თუ არ გავითვალისწინებთ ყველა იმ მომენტებს, რომელთაც ადგი-
ლი ჰქონია სხვა ხალხთა ცხოვრებაში, რომელთაც უკვე დაასრულეს თავის არ-
სებობა ან იმათა, რომელნიც თავის კულტურულ და სახელმწიფოებრივ განვი-
თარებაში წინ მიისწრაფიან. იმავე ისტორიიდან ვიცით, რომ ხალხი, რომელიც
პროგრესის და ცივილიზაციის გზას ადგია აუცილებელივ ამრავლებს, ზრდის თა-
ვის მოქალაქეთა რაოდენობას. მაგრამ იგივე ისტორია გვამცნობს, რომ თვი-
თეულ ნაციას, რომელიც იმყოფება თავის კულტურის უმაღლეს განვითარების
ხანაში, ან რომელსაც ჯერ არ მიუღწევია ამ წერტილამდე, მოელის გადაგვარე-
ბა, გადაშენება, სიკვდილი; და ამ სამწუხარო მოვლენის დასაწყისი ცხადდება
იმაში, რომ მისი მოსახლეობის ზრდა-მატება შეჩერდება და შემდეგ თანდათა-
ნობით, პროგრესიულად შემცირდება. ნათქვამის დამამტკიცებელ მაგალითებს
ჩვენ გვაძლევს ანტიურ (ძველ) ხალხთა ისტორია. ამ ხალხთა ძლიერების დაცე-
მას წინ მიუძღოდა მოსახლეობის რაოდენობის შემცირება. Polibius-ი, Gruber-ის
მოწმობით, აღნიშნავს, რომ 600-200 წ. წ. ქ. შ-მდე საბერძნეთი სრულიად გაუ-

*) მოხსენდა იზრდიულ და ქართველ ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოებას.



დაბურებული იყო. 200 წელში ქ. შ-მდე ბერძნებმა ვერ შესძლეს ბოძოლის ველზე 30.000 ჯარის კაცის გამოყვანა, მაშინ როდესაც ამდენი მეომრის შეკრება პლატეასთან ბოძოლის დროს (479 წ.) მარტო მეგარამ მოახერხა. იტალიის მოსახლეობა 220 წ. ქ. შ-მდე Friks-ით უდრიდა 22 მილიონს, მეორე საუკუნეში ქ. შ. შემდეგ ეს რიცხვი 10 მილიონს არ აღემატებოდა, ხოლო დასავლეთ რომის იმპერიის ძლიერების დაცემისას (IV საუკუნეში) ხუთ მილიონზე დავიდა. ანტიური სახელმწიფოები დაღუპა არა მტრის მახვილმა, არამედ ახალთაობის უყვლობამო ამბობს Seek-ი.

არის ბევრი ფაქტორი, რომელიც ხელს უწყობს ხალხთა მოსახლეობის შემცირებას, მაგრამ ამათში უმთავრესი წილი უდევს: ინფექციურ სნეულებებს, მოარულ სენებს, როგორც მწვავე, ისე ქრონიკულთ. ამ სენებში ჩვენში პირველი ადგილი უჭირავს მალარიას, ტუბერკულოზს და სიფილისს; გარდა ამისა ხალხის მოსახლეობის შემცირების მიზეზად ხდება ომიანობა, შიმშილობა, მშობიარობის დროს შეუფერებელი დახმარება და აგრეთვე ბავშვთა სიკვდილიანობა პირველი ორი წლის ასაკში. თანამედროვე კულტურამ, მედიცინის და ჰიგიენის სისწრაფით განვითარებამ ჩვენ მოგვცა ბევრგვარი საშვალეა ამ არა სასურველ და მავნე მოვლენათა წინააღმდეგ საბრძოლველად, ასე რომ ჩვენ გვაქვს საბუთი ვაღვიაროთ, რომ წარსული საუკუნის მეორე ნახევრიდან ამ ბრძოლამ ფრიად საგულისხმო და კეთილსაყოფელი შედეგი მოიტანა: სიკვდილიანობა თითქმის ყველგან სისტემატიურად ეცემა. რაკი ეს ასეა, ცხადია რომ, თუ ამა თუ იმ სახელმწიფოში სიკვდილიანობის დაცემასთან ერთად ყრმათაშობილობას ნორმალური ტემპით ექნებოდა მსვლელობა, მოსახლეობის რიცხვიც საგრძობლად მოიმატებდა. მაგრამ სამწუხაროდ ეს ასე არ ხდება და პირიქით, ბევრგან სიკვდილიანობის შემცირებასთან ერთად დაეტყო ყრმათაშობილობის სისტემატიური დაცემა. მაგალითად, საფრანგეთში სიკვდილიანობა და შობილობა ერთმანეთს გაუთანასწორდა, მოსახლეობის მატება შეჩერდა და ეს ქვეყანა, რომელსაც მე-XIX საუკუნის დასაწყისში მოსახლეობის რაოდენობის მიხედვით თითქმის პირველი ადგილი ეჭირა, ეხლა მეხუთე ადგილას ძლივს შეგვიძლია მოვათავსოთ.

ყრმათა შობილობის შეუჩერებელ დაცემას სხვა ქვეყნებშიაც ვხვდავთ, რასაც ცხადად ვგიმტკიცებს Wolf-ის, Grothiahn-ის, Crubern-ის და სხვ. სტატისტიკა. უკანასკნელი 30 წლის განმავლობაში შობილობის პროც. დაეცა.

შვედიაში	12 პროც.
იტალიაში	13 „
ავსტრიაში	13 „
გერმანიაში	18 „
საფრანგეთში	21 „
ინგლისში	25 „

რაც შეეხება რუსეთს მე მოვიყვან ცნობებს მოსკოვის და ლენინგრადის შესახებ: აქ 1000 სულზე დაბადებული.

	1900 წ.	1906 წ.	1909 წ.
ლენინგრადში	29,8	29,0	27,3

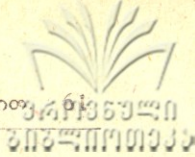
ალიაზებს, უნდა ვეძიოთ თანამედროვე სოციალურ პირობებში. საქმე იმაშია, რომ ქალი ეხლა მამაკაცთან ერთად ჩაბმულია მუშაობაში, მისი შრომა, ფიზიკურია იგი, თუ გონებრივი უფლებრივის მხრივ გათანასწორებულია მამაკაცის შრომასთან, ეს უფლება ქალის ხანგრძლივი ბრძოლის მონაპოვარია და „რომ ეს უფლება შეინარჩუნოსო, ამბობს პროფ. Окинич-ი, მან მსხვერპლად უნდა შესწიროს და უარპყოს ის რაც ბუნებას მისთვის ყველაზე უფრო ძვირფასი მიუცია, დედად გახდომის უფლება, რომელიც ადამიანის წარმოდგენაში ყოველთვის დიდების გვირგვინით იყო გარემოცული.“ ეკონომიური პირობები იძულებულპყავს მუშა ქალებს ყოველი ღონე იხმარონ, რომ ორსულობამ ხელი არ შეუშალოს საცხოვრებელ სარჩოს შოვნაში და სახელმწიფოებრივ აღმშენებლობაში მონაწილეობის მიღებაში. ქარხნის მუშა ქალთა მთელი არმია, ქალაქში მცხოვრები პროლეტარიატი ძლივს შოულობს ერთი ან ორი შვილის დასაპურებელ სარჩოს და ამიტომ ცდილობს ძირიან-ფესვიან მოსპოს ყოველი ნიშანწყალი ოჯახის ახალი წევრისა. სამუშაო პირობები ნებას არ აძლევს ქალს, უბრალო მუშა იგი, თუ მუშა ინტელიგენტი, ძალიანაც რომ უნდოდეს გახდეს დედა და იკისროს დედის მძიმე მოვალეობის აღსრულება.

დედობის თავიდან აცილებას ან შვილების რიცხვის შეზღუდვას მისთვის არსებითი მნიშვნელობა აქვს, თუ მას სწადია სამუშაოს და ხელფასის მიღება

„ქალის ყოფაცხოვრება, მისი შრომა და ბავშთა რაოდენობა—ეს სამეუ-ლი-ტრიადა წარმოადგენს ერთ უმთავრეს ამოცანას, რომლისათვის სოციალიზ-მის მეცნიერულსა და პოლიტიკურს ბელადებს ამაოდ უმტკრევიათ თავიო“, ამბობს გერმანელი გინეკოლოგი და მასთან სოციალური ჰიგიენის დიდი მკოდნე Marx Hirsch-ი. ოჯახის შეზღუდვა ეგრეთ წოდებულ ერთი ან ორი შვილის სისტემის სახით, რომელიც უფრო და უფრო ფართოდ ვრცელდება გერმანიის მშრომელთა მასის შორის სიბრძნის უკანასკნელ სიტყვად არ ჩაითვლებაო, ეჭვს გარეშეა, რომ ბავშთაყლის ასეთი შეზღუდვით მუშათა კლასი თავის თავს თვითონვე უთხრის სამარესო, სწორედ იმის მზგავსად როგორც ამ გარემოებას ე. ი. ბავშთა რაოდენობის შემცირებას ადგილი აქვს ბურჟუაზიულ კლასთა შორისო და ამასაც განადგურებით ემუქრებაო, დასძენს იგივე ავტორი (Hirsch).

არის უმთავრესად სამი საშვალეება, რომელსაც ქალი მიმართავს, რომ თავიდან აიცილოს დედობა და ან თავისთავზე განახორციელოს ე. წ. ein und Zweikindersystem ყველაზე უფრო ძველ საშვალეებად ითვლება ჩვილ ყრმათა მოკვლა, რომელსაც პირველყოფილი ხალხი ერთობ ხშირად მიმართავდა და რომელიც ძველ კულტურულ ხალხთა შორისაც იყო გავრცელებული.

მართალია, ამ საზიზლარ ჩვეულებას ადრინდულებ ფართო ხასიათი აღარა აქვს, მაგრამ ვერ ვიტყვით, რომ ეს ყოვლად საშინელი ბოროტმოქმედება სრულად მოსპობილი იყოს დიდ კულტურისან ქვეყნებშიაც კი; პარიზში მდინარე სენიდან ყოველ წლობით ათასობით ამოაქვთ დამხრჩვალ ყრმათა გვამები. ამ მხრივ ფრიად სავულისხმო და მასთან დიდდ შემადრწუნებელს ფაქტს ვადმოგვეცემს Schweisheimer-ი: 1919 წელს ზაფხულში გაუფრთხილებლობით რეინში დაიხრჩვა პატარა ბავშვი; მშობლებმა დაუწყეს ძებნა და ამ ძებნის დროს თავის დამხრჩვალ ბავშვის გვამთან, ერთად ამოიღეს მდინარიდან 63 სხვა ბავშვის



გვამი, ეს ბავშვები, ეჭვს გარეშეა, მკვლელობის მსხვერპლი იყვნენ. ამ მკვლელობათა ჩამდენნი, ავტორის აზრით, იყვნენ უქმარო, უმწეო, მოტყუებულნი და სასოწარკვეთილი დედები. მიუხეხენელმა ექიმმა პოეტმა Nassauer-მა ამ გულსაკლავ ეპიზოდს მშვენიერი ლექსი უძღვნა. პოეტი ეკითხება გერმანიის მდინარეებს: „ელბა, ვეზერ, ოდერ, დუნაი და მაინ, რამდენი ბავშვის გვამებია შენს ზვირთებში ჩამაოხულიო“ და მოუწოდებს გერმანელ ხალხს „გაადვიდოს თავისი მიძინებული სინილისი“. ცხადია, რომ აქ სინილისში სოციალური რევოლუციები ნაგულისხმევი.

ორ სხვა წესს, რომელსაც ქალი მიმართავს ბავშვის ყოლის შეზღუდვის მიზნით, წარმოადგენს ხელოვნურად ორსულობის მოშლა, აბორტი, როცა ჯერ ნაყოფი სასიცოცხლო ნიქს მოკლებულია და აგრეთვე დაორსულების საწინააღმდეგო საშვალეებთა ხმარება — ეგრეთწოდებული „პრეზერვატივები“. ორივე, საშვალეება ეხლა დიდ მოდაშია. მაგრამ საყოველთაოდ გავრცელებული კი მუცლის მოწყვეტაა. მე მინდა დღეს თქვენი ყურადღება ამ უკანასკნელ საკითხზე შევაჩერო.

მუცლის მოწყვეტა (აბორტი) დღეს ჩვეულებრივ მოვლენად გარდაიქცა. შეიძლება გადაჭრით ითქვას, რომ ამ მოვლენას დღეს ყველა ქვეყნებში აქვს ადგილი და ბევრგან ეპიდემიური ხასიათიც კი მიიღო. „აბორტთა ეს აბოზოქრებული ტალღა საგონებელში აგდებს და შიშსა ჰგვრის ყველა იმათ, ვინც ნათლად გაეცნობილია ამ საკითხის სრულ სინამდვილეს“, ამბობს ცნობილი კრიმინალისტი პროფ. Чубинский.

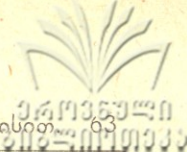
მუცლის მოწყვეტას თავისი ისტორია აქვს. უნდა ვიფიქროთ, რომ დღეცაკცმა პირველად კაცობრიობის ისტორიის გარიჟრაჟზე შეეხო და ავნო მისს. მუცელში ჩასახულ სიცოცხლეს. შესაძლებელია, პირველყოფილმა ქალმა ეს შიშის გამო ჩაიდინა, ეშინოდა, რომ მრავალ ორსულობის და მშობიარობის გადატანის გამო იგი დაკარგავდა თავის სინაზეს და სილამაზეს, და მისი მბრძანებელი — ქმარი აიძულებდა და ბოლოს კიდევაც მოჰკლავდა და შესჰამდა. დასაშვებია აგრეთვე ვიფიქროთ, პირველყოფილი ოჯახის მამასახლისი შიშობდა, რომ იგი ვერ იშვოვიდა მრავალრიცხოვან ოჯახის საყოფ ნანადირევს და აიძულებდა ცოლს წინასწარვე მოეკლა თავის მომავალი ნაყოფი.

კულტურულ ხალხთა შორის მუცლის მოწყვეტამ მე-19 საუკუნიდან იწყო. გავრცელება და მას შემდეგ დიდის სისწრაფით და შეუჩერებლივ იზრდება. უმთავრეს მიზეზად, რომელიც ქალს იძულებულს ყოფს, მიმართოს მუცლის მოწყვეტას, როგორც ზემოთ მოკლედ მქონდა აღნიშნული, მატერიალურ გაჭირვებას სთვლიან, თუმცა ამ საკითხის უფრო საფუძვლიანად და გულმოდგინებით შესწავლა ცხადჰყოფს, რომ დასახელებული ფაქტორის მნიშვნელობა ამ მხრივ ერთობ გადაჭარბებულია. დაკვირვება გვიჩვენებს, რომ არა უზრუნველყოფილ პროლეტარის ოჯახი, უფრო მეტი ბავშვებისაგან შესდგება, ვიდრე მასზე შეუდარებლად უფრო უზრუნველყოფილი (კვალიფიკაციით) მუშაკის, რომლის საშუაო ხელფასმა, როგორც სტატისტიკური და ეკონომიური გამოკვლევანი გვიჩვენებს, მოიმატა არა მარტო აბსოლუტურად, არამედ სარჩო სანოვაციის ღირებულობის მიხედვითაც. გაუმჯობესებულია ფართო მასის კვება, ტანსაცმელი

(60—70 წლებთან შედარებით), შრომის პირობები, შემოკლებულია სამუშაო დრო და სხვა. ამიტომ მიზეზი მუცლის მოშლისა და სასოგადოდ ბავშთაყოლის შეზღუდვისა უნდა ვიძიოთ არა იმაში, თითქოს მშრომელი მასის კირვარამი ორკეცდება და მატულობს, არამედ სხვა სუბიექტიური ხასიათის პირობებში. საქმე იმაშია, რომ მასსა ახლანდელ დროში ცხოვრებას უფრო მაღალ ზოთხოვნილებებს უყენებს, ის ისწრაფვის თავის ერთადერთი შვილი უფრო უკეთ აღზარდოს, მეტი განათლება მისცეს მას და მით მისცეს მეტი შესაძლებლობა, რომ არსებობისათვის ბრძოლაში უფრო ხელსაყრელი პოზიცია დაიკავოს; მაგრამ როგორც დაკვირვება გვიჩვენებს ეს სურვილი ყოველთვის მიზანს ვერ აღწევს. Grothiah-ის დაკვირვებით, პირმშო შვილი ჩვეულებრივ ბევრად ჩამორჩება თავის უმცროს ძმებს, როგორც ფიზიკურად. ისე გონებრივად; თუმცა შემჩნეულია, (Hamburger) ერთშვილიანს მშობლებს ეზრდება 76 პროც.—ბავშვები, ოთხშვილიანებს 69 პროც., შვიდშვილიანებს 54 პროც. Löve Hausen-ს მოყვან სტატისტიკური ცნობები საიდანაც სჩანს, რომ 234 სულით ავადმყოფს პირმშობებზე მოდის 167 განმეორებითი ორსულობის შემდეგ დაბადებულნი. Friédjung-ის გამოკვლევით 100 პირმშოთა შორის (2—10 ჰასაკისა) ყოფილა 13 ჯანსაღი, 18 მძიმე ნევროპატი და 69 ადვილი (მსუბუქი) ნევროპატი, ხოლო 100 პირველ ორსულობის შემდეგ შობილ ბავშვთა შორის 63 იყო ჯანსაღი და 31 ნევროპატი. აქედან ცხადია, თუ რა დიდ და გაუსწორებელ შეცდომაში შედიან მშობლები და რა ზიანს აყენებენ როგორც თავის თავს, ისე სახელმწიფოს, როცა იმ მიზნით, რომ თავისი პირმშო შვილში უფრო სასარგებლო და ღირსეული მოქალაქე აღზარდონ, ზღუდავენ თავის ოჯახს ერთი შვილით. ხოლო ამ გარემოებას თან მოყვება შემცირება, როგორც რაოდენობით, ისე ღირსებით იმ ქვეყნის მოსახლეობის შემადგენლობისა, სადაც ამ გვარად ბავშთაყოლის შეზღუდვა ჩვეულებრივს მოვლენას წარმოადგენს.

საერთოდ უნდა ვსთქვათ, რომ ის მოტივები, ან მიზეზები, რომლის გამო ქალი იძულებული ხდება მუცელი წაიხდინოს, მრავალნაირია. ეს მოტივები არ არის დაკავშირებული განსაზღვრულ სოციალურ პირობებთან და არც რომელიმე განსაზღვრული ჯგუფის, ასე ვსთქვათ, პრივილეგიას შეადგენს, აქ, Levin-ის სიტყვით რომ ვსთქვათ, ჩვენ ვხედავთ ერის კოპწია ქალს, რომლისათვისაც დღიურ ლუკმაზე ზრუნვა სრულიად უცნობი ხელია, ხოლო ფუფუნება კი მისთვის ჩვეულებად გადაქცეულა, აქვე ენახულობთ ქალს-მეძაეს, რომელიც ღამე ქუჩაში დაეხეტება სამუშაოს დაიძებს, აქ შეეხვდებით აკრთივე შინა მოსამსახურეს და ქარხნის მუშა ქალს—ყველა ესენი ერთად შეყრილან და ამ წუთში ერთი სურვილით—მუცლის მოწყვეტით არიან გასქვალულნი.

თუ როგორ იზრდება მუცლის მოწყვეტა ამას ნახლად გვიჩვენებს სხვადასხვა სამშობიარო სახლების დაკვირვებანი. მაგალითად, ლენინგრადში ნადეჟდის სახელობის სამშობიარო დაწესებულებაში 1908 წ. აბორტთა რაოდენობა შეადგენდა დაწესებულებაში შენოსულ ყველა მშობიარეთა 7,5 პროც., 1912 წ. ეს რიცხვი უდრიდა 17 პროც., ხოლო 1923 წ.—33 პროც. მიაღწია. მე შემოდლია წარმოგიდგინოთ აქ ტაბულა პროც. Якинциნი-ის შრომიდან, საიდანაც სჩანს პროცენტული დამოკიდებულება აბორტიანებთა და ყველა შემოსულ ავად-



მყოფთა შორის, რომელთაც მიუმატავს ლენინგრადის კლინიკურ სამეანო-გინეკოლოგიურ ინსტიტუტისათვის 1893—1911 წლამდე.

წელი	1883	1893-97	1897-1899	1900-1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1/2 1910	1/2 1911
აბორტი შეადგენდა ყოველ შემოსულ ავადმყოფთა %	2,6%	3,7%	5,2%	6,8%	8,9%	8,4%	10%	12%	12,8%	16,09%	16,05%	20,7%	19,5%

სოციალური მდგომარეობის მიხედვით ყველა შემოსული მუცელმოწყვეტილნი განისაზღვრებოდნენ შემდეგად:

დიასახლისები	60 პროც.
შინა მოსამსახურენი	15 "
ინტელიგ. მშრომელი	13 "
მოხელე	8 "
შავი მუშა	4 "

კიდევ უფრო საინტერესო მასალას იძლევა ეკატერინბურგის სამეანო-გინეკოლოგიური ინსტიტუტი და ურალსკის უნივერსიტეტის სამეანო გინეკოლოგიური კლინიკა. პროფ. პეტერცის დაკვირვებით აბორტთა აბსოლუტური რიცხვის მატება და ზრდა მშობიარესთან შედარებით დაიწყო. 1911 წ.

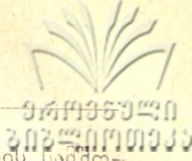
რიცხვი შემოსულ მუცელ მოწყვეტილთა (აბორტიანების).

წლები	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922
აბორტთა რიცხვი	89	127	139	129	164	192	172	222	323	395	518	749
% დამოკიდებულობა მშობიარობასთან	5,4	7	7,2	5,8	7,3	8,4	7,6	8,9	14,4	20,2	25	50,8

ეს ციფრები ჩვენთვის პით უფრო საგულისხმოა, რომ აქ არის ცნობები, რომელნიც ეხება აბორტის საკითხს და მის მსვლელობას მის შემდეგ, რაც აბორტის გაკეთება დაკანონებული იყო საბჭოთა ხელისუფლების მიერ. ეს ციფრები ცხადად გვიჩვენებს, რომ ლეგალიზაციის შემდეგ აბორტთა რიცხვმა საკარძნობლად იმატა.

პროფესიის მიხედვით აბორტიანები შემდეგნაირად განისაზღვრებოდნენ:

მოსამსახურენი	22,5 პროც.
შინა მოსამსახურენი	20 "
ქარხნის მუშები	19 "



პროფესორი Окинчиц-ი, იკვლევს რა აბორტის საკითხს ნადეჟდის სამშობიარო სახლის მასალის მიხედვით, ამბობს: ახალი დებულების გამოქვეყნების შემდეგ თითქოს იკლო შეუფერებელ პირობებში გაკეთებულ აბორტთა რიცხვმა, სინამდვილეში კი ეს ვითომდაც შემცირება მოხდა საავადმყოფოს კედლებში წარმოებულ აბორტთა რიცხვის თვალსაჩინოდ მომატების გამო. სახლში დაწყებულ აბორტთა რიცხვი არამც თუ არ შემცირებულა, პირიქით რამდენადმე კიდევ მოიმატა: მაგალითად, 1912 წ. ეს ციფრი უდრიდა 700, 1923 კი 916.

მოსკოვის ჯანსაღკომის განყოფილების დაწესებულებებში ხელოვნური აბორტის რიცხვი 1913 წ. თითო ოროლას უდრიდა, არასრული აბორტისა ე. ი. გარეთ გაკეთებულთა 10,4 პროც.; 1922 წ. გაკეთებულა 7.959 აბორტი ე. ი. 25 პროც. ყველა შემოსულ ავადმყოფთა, ხლო. აქედან 13.6 პროც. ხელოვნური, 11,9 პროც.; არასრული—გარეთ გაკეთებული აბორტის მატებასთან ერთად. პეტერცის გამოანგარიშებით, დაეტყო იმავე დაწესებულებებში შობილობის დაცემა.

1911 დაიბადა	1644
1916 "	2211
1920 "	1567
1921 "	2065
1922 "	1472

აბორტთა საშიში ზრდა და შობილობის დაცემა დაეტყო საბჭოთა რუსეთის სხვა პროვინციებსაც: მაგ. ქ. ტულაში სიკვდილიანობის რიცხვი ბევრად სჭარბობს შობილთა რიცხვს: აპრილში 1922 წელ. დაიბადა 252, მოკვდა 511, მაისში დაიბადა 260, მოკვდა 367. უნდა აღვნიშნოთ, რომ დასახლებული ხანა ეპიდემიოლოგიურის მხრივ კეთილსაყოფელი იყო (არ ყოფილა არც ხოლერა, არც ტიფი და არც შიმშილობა).

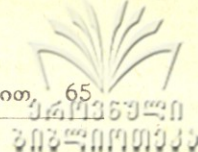
ასეთივე მოვლენას ვხედავთ უკრაინაში, ხარკოვში მაგალითად 1923 წ. ერთ ქარხანაში სადაც 500 ქალი მუშაობდა, აბორტთა რიცხვი ყოველ დღე უდრიდა 12—13. მოსკოვში ჯანსაღკომის დედის და ბავშვის დაცვის განყოფილება მუშათა და მოსამსახურეთა ცოლებს აძლევდა თვეში 800 ნებართვას აბორტის გასაკეთებლად.

ზემოთ აღნიშნულ ნადეჟდის სამშობიარო დაწესებულებაში შემოსულა, 1903—900 აბორტიანი, 1912—700, 1923—1361.

ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამეანო კლინიკაში მუცელმოწყვეტილთა რაოდენობა განისაზღვრება შემდეგი ცხრილის მიხედვით (იხ. გვ. 65).

ამ ცხრილიდან სჩანს რომ საზოგადოდ ტფილისშიაც მატულობს მუცლის მოწყვეტის შემთხვევები, მატულობს ხელოვნური აბორტი, მაგრამ ამასთანავე ერთად სახლში გაკეთებული აბორტის რიცხვს შემცირება არ ეტყობა.

ობუხოვის საავადმყოფოში ლენინგრადში 1905—ყოფილა 525 აბორტიანი, 1917 წ. 2925; სხვა ქვეყნების და ქალაქების სტატისტიკაც ადასტურებს აბორტის თვალსაჩინოდ ზრდას. პარიზში 1910, ბერტილიონის ცნობით, აბორტთა რიცხვი 50.000 ავიდა, მონდენით ეს ციფრი ყოველ წლებით 100.000 აღწევს. ლიონში ლაკასანის გამოკვლევით ომიანობამდე აბორტთა რიცხვი წლის გან-



მავლობაში უდრიდა 10.000, ხოლო იბადებოდა 8—9 ათასი. იმავე პარიზში, ბერტილიონის სიტყვით, 300 ექიმს და ბებია ქალს ფარულად მუცლის მოწყვეტა თავიანთ სპეციალობად გაუხდიათ. იმავე პარიზში, ერთი საუკეთესო სასამართლო ექიმის რწმუნებით, არსებობს მშვენიერად მოწყობილი დაწესებულება აბორტის გასაკეთებლად. სადაც მოდიან მუცლის წასახდენად სხვა ქალებიდან და სახელმწიფოებიდან, უმთავრესად ლონდონიდან.

წელი	სულ შემოვიდა	აბორტიანი	%	ხელოვნური აბორტი	%	დაუმთავრებელი აბორტი	%
1920 11 თვე	808	148	18,3	17	2,1	131	16,2
1921	603	135	22,3	25	4,1	110	18,2
1922	1148	298	25,95	73	6,36	225	19,59
1923	1523	380	24,88	92	6	288	18,88
1924	1734	445	26,6	129	7,4	316	18,2

რუსეთში 1913 წ. შობილობა უდრიდა 8 მილიონს; თუ მივიღებთ მხედველობაში, რომ ყოველ 10 მშობიარეზე ერთი მუცელმოწყვეტილი მოდის, დავინახავთ, რომ რუსეთს ყოველ წლივ 600.000 მოქალაქე აკლდებოდა. ეხლა აბორტის ლეგალიზაციის შემდეგ ეს ციფრი გაცილებით მეტი იქნება. გერმანიაში, მაგ. ბერლინში, პროფ. Bumm-ის მოწმობით, ომიანობის წინა დროსთან შედარებით აბორტის რიცხვმა ორჯერ იმატა (10 პროც.—20 პროც.). ხოლო მთელი გერმანიისთვის ეს რიცხვი ყოველ წლიურად შეადგენს 300.000. ამერიკაში Grandt-ის მოწმობით ორსულ ქალთა 35 პროც. მუცელს იფუჭებს. Medical Record-ის გადმოცემით, ნიუორკში ყოველწლივით გაკეთებულ აბორტთა რიცხვი უდრის 80.000. აქაც ბევრი დაწესებულებაა, სადაც ქალებს მუცელს უხდენენ: ამერიკული გაზეთები საესეა ამგვარ დაწესებულებათა განცხადებებით. „ამერიკელი ექიმები“, ამბობს Fabrice, „კარგად არიან გაცნობილი ამ ხელობასო, ამათ შორის ბევრი მატყუარაა, რომელთათვის მუცლის მოწყვეტა დიდ შემოსავლიან წყაროს შეადგენსო“. იტალიაში, ნეაპოლში, ბევრია სააბორტო დაწესებულებანი: სასამართლო ექიმს Dzhio-ს აქ უნახავს ბევრი სამშობიარო სახლი, სადაც რეკლამის მიზნით გამოკიდებულია მშვენიერი ვიტრინები, რომელშიაც თავმოყრილია სპირტში ჩაწყობილი ჩანასახთა კოლექციები. ზემოთ ნათქვამიდან ჩვენთვის ცხადია, თუ რა საშინლად ყოფილა მუცლის მოწყვეტა ყველგან გავრცელებული და რა ზარალს აყენებს სახელმწიფო ინტერესს ეს მოვლენა ე. ი. აბორტი და საზოგადოდ ყრმათაშობის შეზღუდვა.

დაუმატოთ ამას ის გარემოება, რომ მუცლის მოწყვეტის ოპერაცია არ არის სრულებით განურჩეველი თვით ქალის საერთო ჯანმრთელობისათვის. ორსულობა, როგორც ვიცით, ერთობ რთული პროცესია. ამ დროს ქალის სხეულის თითქმის ყველა ორგანოები განიცდიან ცოტა-თუ დიდ ცვლილებას, ისეთი

შორეული ორგანო, როგორც არის კანი ისიც კი ბევრს ალაგას იცვლის თავის ნორმალურ ფერს. იცვლება ორგანიზმში ნივთიერებათა გაცვლა-გამოცვლა, სინხლის შემადგენლობა და სხვა. ორსულობის დროს ქალის ორგანიზმში ჩნდება სრულიად ახალი ორგანო (პლაცენტა). ყველა ამ ცვლილებებს ქალის ორგანიზმში თანდათანობით ეკუთვნის, და განსაზღვრული დროს ფარგლებში იგი ჩვეულებრივ წონასწორობას არ კარგავს. დროული ნაყოფით მომზობიარობის შემდეგ ქალის ორგანოები თანდათანობით პირვანდელ მდგომარეობაში მოდიან და ჩვეულებრივად ასრულებენ თავიანთი დანიშნულებას. ყოველი გარეშე ძალის უდროვოდ ამ პროცესში (ორსულობაში) ჩარევა იწვევს მოშლილობას ქალის ორგანიზმში და გამოყავს იგი წონასწორობისაგან. ცნობილი გინეკოლოგი Omm-ი ამბობს, რომ „არც ერთი მოვლენა ისე დამღუპველად არ მოქმედობს ქალის ორგანიზმზე, როგორც ნაადრევად მუცლის მოშლა ან მუცლის მოწყვეტაო. მართალია, ჩვენ გვიხდება კანონიერი ხელოვნური მუცლის მოწყვეტის წარმოება დედის გადასარჩენად, მაგრამ ეს ხომ გარემოებით გამოწვეული აუცილებელი ბოროტებააო“. დაკვირვება გვიჩვენებს, რომ 50 პროც. ყველა საავადმყოფოში შემოსული აბორტიანებისა ინფექციის ნიშნებით შემოდიან, ამათაგან 15 პროც. მძიმე მდგომარეობაში არის ხოლმე. ხოლო 3 პროცენტი ამათგან კიდევ ესაღმება წუთი სოფელს. ჰოლანდიელი ავტორებით (Treub, Kouwer) ეს ციფრი უდრის 4,59 პროც.; Schottmüller-ით აბორტიანთა სიკვდილიანობა 10 პროცენტამდე აღწევს. აბორტის გაკეთების დროს არა იშვიათი შემთხვევაა საშვილოსნოს და შიგნულის დაზიანებისა, მაგალითად: საშვილოსნოს გახვრეტა, დაზიანება ნაწლავების და ბადექონისა. Petzoldt-ს მოყავს ლიტერატურიდან 101 შემთხვევა, სადაც ხელოვნური აბორტის დროს დაზიანებულა ნაწლავები, კვერცხსავალი, შარდსაწვეთი და სხვა. აბრიკოსოვის სამშობიარო სახლში 1919—1921 წ. გაკეთებულა 19 აბორტი სამკურნალო ჩვენებით, ხოლო 553 სოციალურით. ამათში ორჯერ გაუხვრეტიათ საშვილოსნო, ხოლო დაავადებულა 71 ქალი. Strassman-ის და Liepmann-ის მოწმობით ხელოვნურად აბორტის გაკეთების და საზოგადოდ საშვილოსნოს გამოფხების დროს; საშვილოსნოს დაზიანების შემთხვევა 2 პროც. აღემატება. ჩვენს კლინიკაში გვქონდა შემთხვევა, რომელიც ეხებოდა ერთს თათრის ქალს, რომლისათვისაც ბოროტგანზრახვით მუცლის მოწყვეტის დროს საშვილოსნო გაეხვრიტათ, ხერელში ბადექონი გამოვარდნილი იყო და ბოლო მისი საშოში ისინჯებოდა, ავადმყოფი მძიმე მდგომარეობაში იყო, ჩვენ მას მუცელი გაუკვეთეთ და დაზიანებული საშვილოსნო გაუკერეთ. ოპერაცია კარგის შედეგით დამთავრდა. ეს შემთხვევა აღწერა ჩემი კლინიკის ორდინატორმა ვლ კუჭაიძემ *) . ბევრს თქვენგანს ეხსომება ექიმი მაიზელის პროცესი, რომელმაც აბორტის გაკეთების ქალს საშვილოსნო გაუხვრიტა და ხერელში 2 არშინი ნაწლავის ყულფები ჩამოიტანა და გადასჭრა, რის გამო პროფ. სადოესკი, რომლის კლინიკაში ეს ავადმყოფი მიიყვანეს იქულებული იყო ქალისთვის მუცელი მოეკვეთა და დაზიანე-

*) ვლ. კუჭაიძე. საშვილოსნოს პერფორაცია ბოროტი განზრახვით მუცლის მოწყვეტის დროს. ტფილისის უნივერსიტეტის შიამბე, 1923 ტ. III.

ბული საშვილოსნოს და ნაწლავის მთლიანობა აღედგინა. Richter-ს მოყავს შემთხვევა, სადაც ასეთი დაზიანების შემთხვევაში ამოუჭრიათ ოთხი მეტრი ნაწლავი.

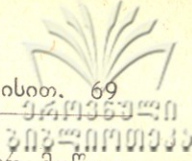
არ იფიქროთ, რომ ასეთი შემთხვევები ექიმის უფიცობის ან გაუფრთხილებლობის გამო ხდებოდეს, არა აბორტის დროს საშვილოსნოს გახვრეტა შემთხვევია დიდ გამოჩენილ გინეკოლოგსაც კი; Fraque-ს ცნობით 75 პროც. მოშობის შემდეგ დაყოლილ ყველა სატკივართა, აღმოცენებულია ხელოვნური აბორტის ნიადაგზე, რის შემდეგ ქალი დიდხანს ლოგინად ჩავარდება და არა იშვიათად რჩება დასახიჩრებული და მეტ ბარგად აწვება ოჯახს, საზოგადოებას და სახელმწიფოს. ხშირად აბორტის შემდეგ ქალს დაეტყობა სისხლნაკლებობა, საერთო კვება მისი დაეცემა და ამის გამო ახალგაზრდა გაუფრჩხული ქალი ადრე ჰკარგავს თავის შნოს და ლაზათს, მალე ხუცდება და ჭკნება. თუ მივიღებთ ყველა ამას მხედველობაში, ჩვენთვის კიდევ უფრო ნათელი იქნება, თუ რა მძიმე და საშინელ სოციალურ უბედურებად უნდა ჩაითვალოს მუცლის მოწყვეტა სახელმწიფოსათვის და როგორ ღრმად არიან შემცდარნი ის პირნი, ვინც მუცლის ხელოვნურ მოწყვეტას უბრალო საქმედ სთვლის და ოპერაციის წინ აღარც კი იკითხავს, თუ რა შედეგი შეიძლება მოყვეს ამ ოპერაციას. დამტკიცებულია აგრეთვე, რომ რანდენჯერმე თუნდაც წარმატებით გამოტხეკით გაკეთებულ ხელოვნური აბორტის შემდეგ საშვილოსნოს ლორწოიანი გარსი ტლანქ ცვლილებას განიცდის, ის ჰკარგავს განაყოფიერებულ კვერცხის მიღებისა და დაჭერის უნარს, საშვილოსნოს კუნთებში ფიბროზული გარდაგვარება ხდება, თვითური საგრძნობლად კლებულობს, ქალი ჰკარგავს განაყოფიერების უნარს და სამუდამოდ უშვილო რჩება. ზოგს მათგანს სხვა მხრივ, სრულიად ჯანსაღს სიცოცხლით და ძალღონით აღსავსეთ შემდეგში გაელვიძებათ ხოლმე შვილის ყოლის სურვილი და ამ მიზნით დადიან ხან ერთ, ხან მეორე ექიმთან მზად არიან დასთანხმდნენ მეტად მძიმე და საშიშ ოპერაციებზე, ოღონდ ერთი შვილის ღირსნი კი გახდნენ, რომ ამით გამოასწორონ უშვილობის გამო შექმნილი უთანხმოება, მაგრამ ამოდ, სინანული გვიანლაა „ბუნება სჯის იმათ ქარაფშუტობისათვისო“, ამბობს პროფ. ალექსანდროვი. ამიტომ სრულიად მართალია ომსკის ექიმთა საზოგადოება, როცა ამბობს: „დედის ჯანმრთელობის თვალსაზრისით ხელოვნური აბორტი უდავო ბოროტებააო“. რაც ეხლა მოგახსენეთ კიდევ უფრო ამტკიცებს ჩემ მიერ ზემოთ ნათქვამ დებულებას, რომ მუცლის მოწყვეტა არის სერიოზული საზოგადოებრივი უბედურება, რომ ჩვენ აქ საქმე გვაქვს საშიშ სოციალურ მოვლენასთან, რომელსაც ხალხი გადაშენების გზისაკენ მიყავს. ამიტომ არც ვასაკვირია, რომ ყველგან საზოგადოება და სახელმწიფოები დიდი ხანია აწარმოებენ მის წინააღმდეგ ბრძოლას. არა ერთხელ სხვადასხვა ქვეყნებში აბორტის საკითხი ყოფილა სათანადო სახელმწიფო და საზოგადოებრივ დაწესებულებათა მსჯელობის საგნად. არა ერთ მებან-გინეკოლოგთა და კრიმინალისტთა კონგრესზე აბორტის საკითხი ყოფილა დასმული საპროგრამო საკითხად და ცხარე კამათი გამოუწვევია. უნდა ითქვას, რომ დასავლეთ ევროპის ყველა სახელმწიფოებში მიუხედავად მათი, როგორც პოლიტიკური და სოციალური წყობილობისა, ისე კულტურული და ეკონომიური განვითარების მხრივ განსხვავებისა, ყოველნაირი მუცლის მოწყვეტა დანაშაულად ითვლე-

ბა და ამ საქმეში დამნაშავენი სისხლის სამართლის წესით დაისჯებიან. პასუხს აგებს, როგორც დედა, რომელმაც თვითონ ან სხვისი დახმარებით წაიხდინა მუცელი, ისე მისი შემწე და აქტიურად მომქმედნი პირნი. უნდა განვმარტო, რომ თითქმის ყველა ქვეყნის კოდექსებში აღნიშნულია ის ჩვენებანი ან გარემოებანი, როცა დაშვებულია და ნება დართული მუცლის მოწყვეტა, ეს ისეთი შემთხვევებია, როცა ორსულობა ან მშობიარობა დედის სიცოცხლეს საშიშროებას უქადის, როცა ფეხმძიმეობა დედაზე მავნებლად მოქმედობს. გარდა ამისა კანონმდებელი არ სდევნის, თუ ქალს მუცელი მოუწყვეტეს. «ევგენიკის» მოსაზრებით ე. ი. თუ ორსულ ქალს ან მის ქმარს ისეთი ავადმყოფობა აქვს, რომ მისგან ნაშობი შვილი დანამდვილებით ავადმყოფი იქნება, რაც მეტ ბარგად დააწვება, როგორც მშობლებს, ისე სახელმწიფოს (სულით ავადმყოფობა, მოურჩენელი ათაშანგი და სხვა).

სხვა შემთხვევებში მუცლის წახდენა (აბორტი), როგორც მოგახსენეთ, დანაშაულად ითვლება და დამნაშავეს სასჯელი მოელის.

ამისდა მიუხედავად დაკვირვებამ და გამოცდილებამ დაარწმუნა ყველანი, რომ რეპრესიულ ზომებს ვერ მოაქვს სასურველი შედეგები, აბორტთა რიცხვმა არა თუ იკლო, არამედ იმატა, იმატა ე. წ. კრიმინალურ აბორტთა შემთხვევებმა. უმეტესი წილი ამ ბოროტმოქმედებისა სასამართლოს ხელისუფლებამდე არც კი აღწევს, იაკობსონის ცნობით ათასში ერთი; ამ სექტიური აბორტის შემთხვევები, სხვადასხვა მძიმე გართულებით მოხედებიან სავადმყოფოებში, სადაც ბევრი ამათგანი სხვაფრივ სიცოცხლით სავსე უდროვით ესალმებიან წუთი სოფელს. ამ გარემოებამ ყველასთვის ცხადჰყო, რომ არსებული სისხლის სამართლის უფლებრივი წესები, რომელნიც ეხებიან აბორტის დამსჯელობას, უნდა იქმნას გადასინჯული და სამკურნალო ჩვენებასთან ერთად მხედველობაში უნდა იქმნას მიღებული განსაკუთრებული მძიმე სოციალური და ინდივიდუალური პირობები. ასეთი დასკვნა იყო მაგ. გამოტანილი სრულიად რუსეთის მეან-გინეკოლოგთა მეოთხე კრებაზე 1911 წ. დეკემბერში, ხოლო პიროგოვის საზოგადოების 12 კრებამ 1913 წ. და რუსული ჯგუფის კრიმინალისტთა საერთაშორისო კავშირის მე-10 კრებამ 1914 წ. პროფ. პლეტნიოვის და გერნეტის წინადადებით დაადგინა, რომ მუცლის მოწყვეტა სრულიად გამორიცხული იქმნას სადანაშაულო მოქმედებათა რიცხვთაგან. მაგრამ ყოფილ მეფის რუსეთში ეს დადგენილება ცხოვრებაში არ ვატარებულა. რუსეთის საბჭოთა მთავრობამ თავისი შეხედულება მუცლის მოწყვეტის ნებართვის და დამსჯელობის შესახებ გამოსთქვა 1920 წ. 20 ნოემბრის დეკრეტში, რომელიც შემდეგ ჩამოყალიბებულ იქმნა სისხლის სამართლის კანონის 146 მუხლში.

ამ კანონით და მისი შემდეგი განმარტებით ექიმს უფლება აქვს სათანადო პირობებში, ე. ი. თუ სისუფთავის ჩვეულებრივი წესები იქნება დაცული ქალს მისივე თანხმობით მუცელი წაუხდინოს. ეს მოქმედება არც დედას და, არც ექიმს დანაშაულად არ ჩაეთვლება. ექიმი პასუხს აგებს მხოლოდ მაშინ, თუ ქალს მუცელი მისი თანხმობის გარეშე მოუწვნო, ან ქალი ამ ოპერაციის მიზეზის გამო გარდაიცვალა ან თუ მუცლის მოწყვეტა ექიმს თავის ხელობად გაუხდია.



როგორც ხედავთ, საბჭოთა კანონმდებლობა მუცლის ხელოვნურ მოწყვეტას არ ზღუდავს, არც სამკურნალო ჩვენებით, არც ევგენიკის თვალსაზრისით და არც ქალის სოციალური მდგომარეობით, ის ამ მოქმედებას უშუალოდ ქალის ნებაყოფლობას უკავშირებს: თუ მას უნდა მოიშლის მუცელს და მით მოუსპობს სიცოცხლეს მის მუცელში ჩასახულ არსებას, უნდა შეირჩენს მუცელს და ორსულობას დრომდე მიიტანს. სჩანს რომ კანონმდებლობის უმთავრესი მიზანია ორსული ქალის ინტერესების დაცვა, ხოლო მუცლადღებულ ნაყოფის ბედზე ის არ ზრუნავს. ამ კანონმდებლობის ღირსების და ნაკლის შეფასებას მე არ შევეხები, ის არ შეადგენს დღევანდელი ჩემი მოხსენების პირდაპირ საგანს, გვერდს აუხევევ აგრეთვე საკითხს, წარმოადგენს თუ არა ადამიანის ჩანასახი დღიდან ქალის მუცელში ჩასახვისა ცოცხალ არსებას, თუ ის უბრალო ლორწოს მინაგვარი ნივთიერებაა, რომელიც ყოველივე უფლებას მოკლებულია, როგორც ამას ფიქრობს ექიმი ბროცკი და მისი თანამოაზრენი, არ შეეჩერდები აგრეთვე მეორე საკითხზე, — აქვს თუ არა დედას უფლება თავის ნებით გადაკრას მის მუცელში ჩასახულის ყოფა-არ ყოფნის ბედი; ყველა ამ საკითხების განმარტება ძლიერ შორს წაგვიყვანდა; ვიტყვი მხოლოდ, რომ ჩემთვის და ბევრ სხვათათვის ადამიანის ჩანასახი პირველ დღიდანვე არის ცოცხალი არსება, არსება ჯერ ერთ უჯრედოვანი და მას, როგორც სხვა ერთუჯრედოვან არსებას, აქვს ყველა ის ცხოველმყოფელი ფუნქციები, რომელიც ახასიათებს ყველა პირვად ცხოველს და შემდეგში თანდათანობით ვითარდება და წარმატებაში შედის; ის არ შეადგენს დედის სხეულის ნაწილს და არც მის საკუთრებას; ის დიდი ღირებულობის სახელმწიფო განძია და მოითხოვს მისგან დაცვას და პატრონობას იმდენათვე, რამდენადაც იმ დედის სიცოცხლის, რომლის ორგანიზმშიაც ის ვითარდება.

მეორეს მხრივ არ შემიძლია ხაზგასმით არ აღვნიშნო, რომ ზემოხსენებული კანონის გამოქვეყნების შემდეგ საგრძნობლად იმატა საზოგადოდ აბორტთა რიცხვმა. ეს ციფრი ზოგიერთ სამკურნალო დაწესებულებათა სტატისტიკით შეადგენს 50 პროც. ყველა შემოსულ ავადმყოფებისა. მაშასადამე ლეგალიზაციის შემდეგ აბორტთა რიცხვს უმატია. გარეთ გაკეთებულ აბორტთა რიცხვს, თუ დაუჯერებთ პროფესორ ოკინჩიკს არამც თუ უკლია, უმატია კიდევ. მაშ რა შედეგი მოჰყვა ლეგალიზაციას? ის, რომ იკლო საგრძნობლად აბორტის სეპტიურმა ფორმებმა. რას გვეუბნება ეს ფაქტი? იმას რომ მართალია ლეგალიზაციის შემდეგ აბორტი გარეთ უფრო ხშირად კეთდება, მაგრამ ამ ოპერაციას აკეთებენ უფრო დახელოვნებული პირნი თავისუფლად, უშიშრად და დამშვიდებით; და აი სწორეთ ამ გარემოებას უნდა მივაწეროთ, რომ დღეს საავადმყოფოებში შემოსული მუცელ გაცუდებულთა მხოლოდ მცირეოდენი რიცხვი ესალმება წუთისოფელს, ხოლო ეს ციფრი, როგორც ზემოთ აღნიშნული გვქონდა, წინეთ 3 პროც. 10 პროც-მდე აღიოდა. უდავოა რომ ეს შედეგი აბორტის ლეგალიზაციისა დიდ მიღწევად უნდა ჩაითვალოს. მაგრამ მიუხედავად ამისა ეს გარემოება არ გვაძლევს ჩვენ საბუთს, რომ ქალებს მივცეთ ხელში „carte blanche“ მუცლის მოწყვეტისათვის. ამ მხრივ ჩვენ ქალის დედობრივ გრძნობას დიდის იმედით ვერ დავუყრდნობით, ვინაიდან ეს გრძნობა ერთობ მერყევი და ცვალებ-

დია, და როგორც დაკვირვება გვიჩვენებს უკანასკნელ ხანებში კულტურული, თუ სოციალ-ეკონომიური პირობების ზეგავლენის გამო ის თანდათან სუსტდება და კნინდება. ეხლა ჩვენ ვერ ვხედავთ ისეთ დედებს, რომელნიც „ძის შობის შემდეგ ჭირს აღარ გაიხსენებდა და ძის შობის სიხარულით ილაოს მზგავს სენებსაც კი დაჰკარგავდა“. აბორტის დამცველნი ხშირად გაიძახიან, თითქოს მუცლის მოწყვეტა პროლეტარული მასის მოთხოვნილება იყოს, მაგრამ ეს სინამდვილეს არ შეეფერება, ვინაიდან პროლეტარ-ქალთა მასსა ერთ უმთავრეს თავის ღოჯუნგად ისახავს „დედობის უფლებას“ და არასოდეს მას არ მოუთხოვია დაუსჯელად მუცლის მოწყვეტის წარმოება.

ჩვენ პატარა ერი ვართ, წარსულ იმპერიალისტურ და სამოქალაქო ომის დროს ამ პატარა ერმა ბევრი მსხვერპლი გაიღო თავისი მკვიდრი შვილების სახით, დღეს კი ჩუმჩუმად მუსრს გვადენს და გადაშენების გზისაკენ მიგვაქანებს ტუბერკულოზი, სიფილისი და მალარია; ამ უკანასკნელი სენის საშიშროების სიდიადე ნათლად დაგვისურათა ექიმმა აბულაძემ თავის მოხსენებაში ქართველ ექიმთა მეორე კონგრესზე. თუ ამ სენებს კიდევ ზედ დაემატება აბორტი იმ სახით, რომელსაც დღეს ადგილი აქვს, ცხადია, რომ ჩვენ დავიღუპებით, გადავშენდებით. ამიტომ ჩვენი (საზოგადოების და სახელმწიფოს) მოვალეობაა კარგად ჩაუკვირდეთ ქალის ყოფა-ცხოვრებას, გაუღვიძოთ მათ მიჩლუნგებული „დედობრივი ვრძნობა“, გავეცნოთ მათი ოჯახის ავლადიდებას, საფუძვლიანად გამოვიკვლიოთ ყველა ის პირობები, რომელნიც მათ აიძულებენ მათვე სხეულში ჩასახული სიცოცხლის მოსპობას, დავეხმაროთ და შეუძლებუქით დედის მძიმე მოვალეობის აღსრულება. დამერწმუნეთ, თუ ქალს—დედას იმედი ექნება, რომ ის ორსულობის დროს ულუკმაპუროდ არ დარჩება, თუ მას ეცოდინება, რომ ყოველი ახალი შვილი არ შეარყევს მისი ოჯახის ისედაც არასახარბიელო კეთილ მდგომარეობას, ის აღარ შეეხება თავის მუცელში ჩასახულ არსებას და შემატებს ჩვენ ერს ახალ წევრს და რძით გაუღენთილი მისი ძუძუი გაუზრდის სამშობლოს ახალ გმირს, რომელიც მას დარაჯად დაუდგება და ხელს შეუწყობს მის კულტურულსა და ეკონომიურ განვითარებას.

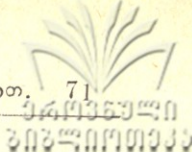
დასასრულ, ყველა ზემოთ მოხსენებული მე ნებას მაძლევს წარმოვადგინო შემდეგი დებულებანი:

1. მუცლის მოწყვეტა (აბორტი), რომელმაც უკანასკნელ ხანებში ფართო ხასიათი მიიღო, წარმოადგენს საშიშ სოციალურ უბედურებას და ჩათვლილ უნდა იქმნას ხალხთა მოსახლეობის პროგრესიულად შემცირების ერთ უმთავრეს მიზეზად.

2. კრიმინალური აბორტის მიზეზები მრავალფეროვანია, ის ფართო ფარგლებშია მომწყვდეული, მისი საზღვარი იწყება ქალის კოპწიაობა-წინდაუხედაობიდან და თავდება უკიდურესი გაჭირვების პირობებით.

3. ხშირ-ხშირად წარმოებულ მუცლის მოწყვეტას, თუნდაც იგი დიდის წარმატებით იყოს ჩატარებული, მაინც ცუდი გავლენა აქვს ქალის ორგანიზმზე და უქადის მას მერმისში სრულ უნაყოფობას.

4. ქალის მუცელში მყოფი ჩანასახი არ შეადგენს მის სხეულის ნაწილს და არც მის საკუთრებას, იგი ცალკე არსებაა და წარმოადგენს სახელმწიფოე-



ბრივ ღირებულების საგანძურს. ამიტომ მისი სიცოცხლის მოსასპობლად მიმართულ ყოველივე მოქმედება დანაშაულად უნდა ჩაითვალოს.

5. თუმცა აბორტის წინააღმდეგ მიმართული თანამედროვე რეპრესიული ზომები შესაფერისად მიზანს ვერ აღწევენ, მაგრამ ამ ზომების სრულიად უარყოფა და გაუქმება ჯერ-ჯერობით დაუშვებელია.

6. მუცლის მოწყვეტა კანონით დაშვებულ უნდა იქმნას სამკურნალო თვალსაზრისით, როცა დედას ორსულობა საშიშროებას უქადის.

7. მუცლის მოწყვეტა სამკურნალო ჩვენებით უნდა დადასტურებულ იქმნას 2 ექიმის მიერ.

8. სოციალური და ინდივიდუალური ჩვენებით მუცლის მოწყვეტა უნდა წარმოებდეს სასტიკად განსაზღვრული პირობების მიხედვით, განსაკუთრებული კომისიის ან ორგანოს დასტურით.

9. მუცლის მოწყვეტის ოპერაცია უნდა კეთდებოდეს უფასოდ სახელმწიფო და საზოგადოებრივ სამშობიარო სახლებში, კლინიკებში და საავადმყოფოებში. კერძო ბინაზე ან კერძო დაწესებულებებში მაგ. კერძო სამშობიარო თავშესაფარში მუცლის მოწყვეტა სასტიკად აკრძალულ უნდა იქმნას.

10. მუცლის მოწყვეტის საუკეთესო შემამციტებელ საშვალებად უნდა ჩაითვალოს ახალი სოციალური აღმშენებლობის რაც შეიძლება მალე და გონივრულად ფართო მასშტაბით გატარება და არა მახვილი კოვზით საშვილოსნოს გამოფხეკა.

11. დედობა უნდა აღიარებულ იქმნას როგორც სოციალური ფუნქცია და სოციალური დახმარება დედის და მრავალბავშვებიან ოჯახისადმი უნდა მიჩნეულ იქმნას სახელმწიფოს ერთ უმთავრეს ამოცანად.

12. სასანიტარო განმანათლებელი პროპაგანდის საშვალეებით ქალთა ფართო მასას უნდა შევაგნებინოთ, რომ მუცლის მოწყვეტა მისთვის მავნებელია, რომ ორსულობა, მშობიარობა და ძუძუს წოვება მისი ბუნებრივი დანიშნულებია, რომლის აუსრულებლობა მისთვის დიდად საზარალოა.



III

შენიშნავი პრაქტიკიდან.

მქ. ზ. ჯორჯიკია.

(აბაშა)

ერთი შემთხვევა შავშარდიანი ცხელებისა (Chwarzwasserfieber) სენაკის მაზრის ახალ-აბაშის საექიმო უბანში*).

Anamnesis. 1923 წლის 2 ნოემბერს ახალ-აბაშის საავადმყოფოს ამბულატორიაში მოიყვანეს ავადმყოფი ბავშვი ტერენტი ყარამანის ძე გაბილაია 5½ წლისა სოფელ ნოღოზაშიდან. პირველად გააცნო ამ ბავშვს, როდესაც ის ოთხი წლისა იყო, აცივებდა ხან-გამოშვებით სამი თვე; ამის შემდეგ ხან-და-ხან აცივებდა 1/2 წლის, 1 წლის გამოშვებით. წასულ ზაფხულს კარგად იყო, არ გაუცივებია. ავად გახდომის წინა დღით ბავშვი თბილად ჩაკმული თამაშობდა, კარგი ამინდი იყო და არ დასვენებულა.

29/X ნაშუალამევს სიცხე მისცა, მთელი ღამე სიცხე ჰქონდა, მეორე დილას 30/X ხელ-ფეხი წაუცივა და სიცხე მოუმატა, მერე აშკარად არ გაუცივებია; ამ დღეს მშობლებმა შეამჩნიეს, რომ ბავშვი ძალიან გააცვიოთ ღდა. 31/X ავადმყოფი ბავშვი აჩვენეს ექიმის თანაშემწეს; სიცხე ბავშვს ჰქონდა 39,2°C.; ექიმის თანაშემწემ დაუნიშნა ბავშვს 0,3 Chinini muriatiei per os დილასალამოს. 31/X საღამოს ბავშვმა მიიღო ხუთი გრანი ქინაქინა, მეორე დილას 1/XI გათენების დროს კიდევ 0,3 Chinini muriatiei, ათ საათზე კი შარდზე შავად გაიყვანა; ეს შარდი მშობლებმა ჩაასხეს ბოთლში და მოუტანეს ექიმის თანაშემწეს, უკანასკნელმა კი მე მომიტანა. მიუხედავად შარდის ასეთი ფერისა ქინაქინა მაინც ეძლევა ბავშვს ხუთ-ხუთი გრანი დილა-სალაზოს, გარდა ქინაქინისა 1/XI ბავშვს მიეცა სამი გრანი antipyrini სამჯერ დღეში. მოტანილი შარდი მჟავა, მუქი-, მოშავო-წითელი ფერისა: ხვედრი წონა მისი 1025. ჰელერის (Heller) რეაქცია ცილაზე იძლევა სქელ-თეთრ რგოლს სითხეთა საზღვარზე; საცდელი შუშას გაცხელების დროს ეს რგოლი დიდდება, სქელდება და ღებულაბს მუქ ფერს; შეიძლება ამ გასქელებული ცილის ამოღება საცდელი შუშიდან პინცეტით. შუშაში შენახული შარდი იძლევა დანალექს და თვით შარდი ღებულაბს ღვინო მალაგას ფერს. შარდი გადაგზავნა პროვიზორ იოსებ ნარეშელაშვილს ქუთაისში ანალიზისათვის, აღმოჩნდა შემდეგი: შარდი—სუსტი მოტუტო რეაქციისა, მოშავო, ღვინო მალაგის ფერისა, ხვედრი წონა 1026, ნალექი 1/2 მლგ.: ლევეკოციტები 1—2 და წითელი სისხლის ბურთულების „აჩრდილი“ თითოეული-თითოეულ სათვალე არეში; ვებერის რეაქცია სისხლზე დადებითია; შრატის ცილა 3,3 pro mille. Status praesens. 2/XI 23 წლისა. ტერენტი გაბილაია; ბავშვი 5½ წლისა, ტანის აგებულება სწორი აქვს, ცოტად გამზდარია; მთელი სხეულის კანი გაყვითლებული აქვს; ეს სიყვითლე განსაკუთრებით მეტია ყურებზე, ნიკაპზე და ცხვირზე; თვალის კაკლის კონიუნქტივა სრულიად სუფთაა, თეთრი ოდნავ მოცისფრო ფერგადაკრული, ეს გარემოება თვალში ეცემა კაცს. სიცხე აქვს 36,8°C.; მაჯის ცემა 104 ერთს წამში. ელენთა გადიდებული აქვს ქვევით ორი თითის დადებაზე და მარჯვნივ თეთრ ხახამდის (lin. alba); ელენთის ნაპირი მაგარია. ღვიძლის საზღვარი ზევიდან იწყება მეექვსე ნეკნის ზედა ნაპირიდან, ქვემო ნაწილი ღვიძლისა გამოდის ნეკნების განაპირიდან ერთი თითის დადებაზე; ეს ნაპირი ღვიძლისა, როგორც ელენთისაც, მაგარია და თითების დაჭირებაზე მტკივანი. ამბულატორიაში ბავშვი გავიდა შარდზე ჩვენი წინადადებით; შარდი მჟავა, ჩვეულებრივი მოყვითალო ფერისა; ხვედრი

*) წაკითხულია ქუთაის. ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოებაში 1924 წლის 15 თებერვალს.

წონა შარდისა ჯერ კიდევ დიდია: უდროს 1030; ჰელერის რეაქცია (ცილაზე უარყოფითია *).
 Diagnosis. მივიღეთ რა მხედველობაში ყველა ზემოთქმული ჩვენ გადავწყვიტეთ, რომ საქმე გვაქვს შავშარდიან ციებ-ცხელებასთან — Chwarzwasserfieber — Febris biliosa haemoglobinurica.

Therapia: ავადმყოფი მოვათავსეთ თბილ ოთახში ქვეშაგებში; დიეტა დაენიშნა — რძე, მაწონი და თეთრი პური. დასალევად დაენიშნა შემდეგი ხსნარი ქინაქინისა და ანტიბირინისა: Rp. Chinini muriatici + Antipyrini B. 3,12 + Aquae Cinnamoni 40,0 M. f. Solutio Ⴄ.S. თითო ჩაის კოვზი დილა საღამოს. გამოსცალა სამი შუშა ამ ხსნარისა, ესე იგი ყოველ დღე ღებულობდა 0,6 chinini muriatici და 0,6 antipyrini.

Cursus morbi. 29/X--2/XI სამი დღეა და ღამე ჩვენს ავადმყოფს სიცხე ჰქონდა 38,5°C. — 39,6°C.; მეოთხე დილას 2/XI--სიცხე დავიდა ნორმალის და მერე სიცხე ნორმას არ გასცილებია; კანის სიყვითლემ დიწყო დაკლება და 15 დღის შემდეგ კანი სულ გაიწმინდა. ელენთა დარჩა ისევ მომატებული in statu quo aute; ღვიძლი კი კლებულობს; 51 დღის შემდეგ ღვიძლის ნაპირი გამოდის ნეკნების განაპირიდან მხოლოდ 1/2 თითის დადებზე, ღვიძლის ნაპირი უფრო დარბილებულია; შარდი ნორმალურია და ხვედრი წონა მისი 1015.

6/XII ბავშვი კარგად გრძობს თავს და დაიარება; ბავშვის მშობლებს მიეცა დარიგება სიცივისაგან და დასვენებისაგან ბავშვის დაცვისა.

ჩვენი ავადმყოფის სნეულების ისტორიაში აღსანიშნავია ორი გარემოება:

1) ბავშვის ავად გახდომის მეორე დღესვე მშობლები აღნიშნავენ, რომ ბავშვი ძალიან გაყვითლდა; მაშინ ბავშვს ჯერ არ ჰქონდა მიღებული ქინაქინა; ეს გაყვითლება ბავშვისა, ჩვენის აზრით. გამოწვეულია სისხლის წითელი ბურთულების რღვევა-გადნობით და ღვიძლში ჰემოგლობინის გარდამუშავებით ნალევის მღებავ ნივთიერებად. მაშასადამე ჩვენს შემთხვევაში, ჩვენის აზრით, სისხლის წითელი ბურთულების დაშლის მიზეზი არა იყო ქინაქინა, არამედ სხვა რამე, 2) აღსანიშნავია ჩვენი ავადმყოფის აქიმობა მარტო ქინაქინით და ანტიბირინით; როგორც მოგვხსენებათ ზოგიერთ ავტორებს ამ ავადმყოფობის გამოიწვევ მიზეზად მიაჩნიათ ქინაქინა და ანტიბირინი, ამიტომ არ გვირჩევენ ამ პრეპარატების ხმარებას შავშარდიან ციებ-ცხელების დროს; ჩვენ კი ვიხმარეთ ამ შემთხვევაში მარტო ქინაქინა და ანტიბირინი; ავადმყოფი ბავშვი მორჩა; ჩვენ არ შეგვიძლია გამოვიყვანოთ დასკვნა, რომ ქინაქინა და ანტიბირინი უებარი წამლები არიან შავშარდიან ციებ-ცხელების დროს, რადგან შესაძლებელია, რომ შავშარდიანი ციებ-ცხელება იყოს ავადმყოფობა sui generis, რომელიც ვანიცდის განვითარების და მიმდინარეობის განსაზღვრულ ციკლს, შემდეგ ავადმყოფი, შეიძლება, თავისით რჩება; მაგრამ ერთი დასკვნის გამოყვანა კი შეიძლება: ქინაქინის და ანტიბირინის ხმარება ნამდვილი შავშარდიანი ციებ-ცხელების დროს არ არის საშიში და ნამდვილი ავადმყოფისათვის. ხაზს უსვამ „ნამდვილს“, რადგან ზოგიერთების მიერ აწერილი შავშარდიანობა, ქინაქინით გამოწვეული, მიმაჩნია უბრალო იდიოსინკრაზიად ქინაქინისადმი; მაშინ ავადმყოფს უნდა უწამლოთ Methylenblau med. და arrhénal-ი, რომელნიც ქინაქინისადმი იდიოსინკრაზიის დროს იძლევიან — ერთად ხმარებულნი — კარგ შედეგებს.

*) ჩვენი ავადმყოფის სისხლის ნაცხები, საუბედუროდ ათი გრანი ქინაქინის მიცემის შემდეგ, გაეგზავნა ტფილისის უნივერსიტეტის ასისტენტს ვასილ ვარაზაშვილს გამოსაკვლევად, მაგრამ ამ გამოკვლევამ არაფერი პათოლოგიური ან რაიმე განსაკუთრებული და დამახასიათებელი ამ ავადმყოფობისა არ მოგვცა.

IV

პრაქტიკული თერაპია¹⁾

1. ბუასილის კონსერვატიული მკურნალობა.

(Prof. L. Kuttner: „Deut. med. Wochen“ № 29—1924).

ა. ჰიგიენური და დიეტეტიური საშვალეებანი: მენჯის მაღალი მდებარეობა (საწოლის ბოლოს ამაღლება). მიღებული უნდა იყოს ზომები, რომ განავალი თხელი კონსისტენციისა იქნეს. საჭიროა თავიდანვე რძის და მცენარეული საჭმელი. მოსარიდებელია მძიმე მწვავე საჭმელი (შავი პური, სპირტის სასმელები, ძმარი და სხვა). მწვავე ანთებით მოვლენების დროს ავადმყოფი სასტიკ დიეტაზე უნდა იყოს; ამ დროს შეიძლება მიეცეს ლორწოვანი ნახარში, ბრინჯი, ჩაი. თუ მიუხედავად სათანადო დიეტისა, განავალი მაგარი არის, უნდა მიემართოთ შემდეგს საფალარათობს:

Rp: Pulv. Liquir. compos. DS. 1-2 ჩაის კოვზი ღამით ანდა:

Rp: Fol. Tennae pulv.

Magnes. ustae

Sacchari pulver.

Sulfur. depurati

Tartari depurat. $\overline{a a}$ 10,0

M. f. pulv. S. 1 ჩაის კოვზი სამჯერ დღეში ან არა და:

ავადმყოფმა დილით უზმოზე უნდა დალიოს ჭიქა წყალი, რომელშიაც გახსნილია ორი სუფრის კოვზი რძის შაქარი (Sacchar. lactis).

ბ. ოყნები. (უნდა ვერიდოთ გამაღიზიანებელ ოყნებს როგორც არის მაგ: საპნის, გლიცერინის, ტანინის და სხვა). ძლიერ კარგად მოქმედობს ზეთის პატარა ოყნები: პატარა რბილი რექტალური ზონდის საშვალეებით შეჰყავთ (ძილის წინ) 75-100 კუბ. სანტ. ზეთი; მეორე დღეს თუ მოქმედება არ იქნება, უკეთებენ გვირილის თბილს ოყნას (1-2 ჭიქა). თუ დეფეკაცია მტკივნაობას იწვევს მის წინ შესაძლებელია გაუკეთოთ 1-2 ჭიქა ზეთის ოყნა. სფინქტერის მტკივნაობის დროს ძლიერ ჰშველის პატარა ოყნები სუპრარენინით (ანუ ადრენალინით) 1 კუბ. სანტ. (1:1000) 20 კუბ. სანტ. წყალზე. ამავე მიზნით შეიძლება ვიხმაროთ ატროპინი ($\frac{1}{2}$ —1 mg. ერთ სანთელზე) ანდა Papaverini (0,04).

გ. არა ნაკლები მნიშვნელობა აქვს ადგილობრივს ჰიგიენურ ზომებს: გარეთ გასვლის შემდეგ უკან ტანის მობანვა 3% ბორის მჟავას ანდა ტანინის ხსნარით, მოწმენდა ბამბით და ზეთით, ყოველ გარეთ გასვლის შემდეგ სწორი ნაწლავის გამორეცხა (გამოსარეცხად 100 კუბ. სანტ. თბილი წყალი).

¹⁾ ამ სათაურით რედაქციამ განიზრახა ყოველ ნომერში მიაწოდოს ჩვენს პროვინციულს ამხანაგებს მოკლე პრაქტიკული ცნობები თერაპიიდან, უცხოეთის ლიტერატურიდან ამოღებული.

ზოგჯერ საჯდომი ცივი აბაზანაკები ანდა სისხლით მდინარე და ანთებით მოცულ კვანძების დროს—ცივი აბაზანაკი 10 წუთით. ხშირსა და მტკივნეულ მდგომის დროს—ხანგრძლივი თბილი საჯდომი აბაზანები.

ხშირად, როდესაც გარეგანი კვანძები ანთებას განიცდის სხვადასხვა გალიზიანების გამო, როგორც არის დეფეკაცია და სხვა, ანდა ექსკორიაციებია და ტკივილები, კარგია დადება ბამბის ტამპონის—მშრალის, ან ზეთით და ბორის ვაზელინით ანდა შემდეგი მალამოთი:

Rp: Lanolini 20,0

Extr. opii

(ანდა Extr. Belladon) 0,3

ანდა უნიშნავენ სანთლებს

Rp: Bismuti subgallici 0,3

Cocain. muriat. 0,02

Suprarenini (adrenalini) 0,1

Adip. Lanae 2,0

Vaselini 2,0

M. f. supposit.

S. გაუკეთდეს ერთი სანთელი დილით გარეთ გასვლის შემდეგ და ღამით (ესევე საშვალეა შიგნით კვანძების ანთების დროს).

როდესაც ჰემოროიდალურ კვანძებიდან ცოტ-ცოტა ჩვეული სისხლის დენაა საჭიროა სამი თვის განმავლობაში მიეცეს (Boas-ით).

Rp: Extr. Hamamelis Virgin. fluid. 100,0

S. მიიღოს პირველ ოთხი კვირის განმავლობაში 3 ჯერ, შემდეგ 2-ჯერ და ერთხელ დღეში თითო ჩაის კოვზი

უფრო დიდი სისხლის დენის წამლობა Boas-ით შეიძლება ქლორიანი კალციუმით დილით და საღამოთი (გარეთ გასვლის ანდა ერთ ჭიქა წყლის ოყნის შემდეგ) შეჰყავთ შემდეგი ხსნარი:

Rp: Calc. chlorati crystal. puriss. 20,0

Aq. destillat. ad 200,0—ან არ ადა:

Rp: Calc. chlorati 0,05

Extr. Hamamelis 0,03

Bals. peruviani 0,1

Butyr. Cacao 2,0

Mf. supposit.

S. თითო სანთელი დილით და საღამოთი (შეიძლება დღეც).

თუ სისხლის დენა სწარმოებს ზემოთ მდებარე შიგნითა ჰემოროიდალურ კვანძებიდან, მაშინ სწორ ნაწლავში უნდა შევიყვანოთ რეზინის მილი—ნეკის სისქისა და სიგრძით 10 სანტ. გახვეული იოდოფორმიან დოლბანდში, ამდროს წინაღმდეგ ნაჩვენებია ოყნები Ac. acet. glac. ანარადა Liq. ferri sesquichlorati-ით როდესაც მწვავე ანთებითი მოვლენებია გარეგან ანდა შინაგან მხრივ—მაშინ ნაჩვენებია: წოლა, მენჯის მაღალი მდებარეობა, მდებარეობა მუცელზე, სველი თბილი სადებელი (примочки) და თბილი საჯდომი აბაზანები 3 ჯერ დღეში 20—

30 წუთი 38°C. კარგია აგრეთვე ავადმყოფის დასმა ერთ მესამედამდე თბილ გვირილის ჩაით გავსილ კასრზე (ведло)—ანარადა სანთლები კოკაინით, ადრენალინით (განსაკუთრებით შიგნითა კვანძების ანთების დროს—Rp. ზემოთ ნახეთ). შიგნითა კვანძების გამოვარდნის შემთხვევაში—გამოვარდნილ კვანძებზე უნდა წაესვას კოკაინი (5 პროც. ადრენალინით) და იმ წამშივე უნდა შეებრუნოს კვანძები ზეთში ამოვლებული თითის საშვალეებით. თუ ამ საშვალეებით შეებრუნება არ მოხერხდა უნდა მივმართოთ საერთო ან ადგილობრივს ნარკოზს. შეებრუნების შემდეგ საჭიროა—მოსვენება, სანთლები მორფიუმით ან პანტოპონით. კვანძების განგრენის დროს საჭიროა კონსერვატიული—მოცდითი წამლობა—შებრუნება ამ დროს წინააღმდეგ ნაჩვენებია.

რაც შეეხება ბუასილის ოპერატიულ წამლობას—ის ნაჩვენებია შემდეგ შემთხვევებში: 1) როდესაც კონსერვატიული წამლობა სასურველს შედეგს არ იძლევა, 2. როდესაც ცოტა თუ ბევრად შესამჩნევი ხშირი სისხლის მდინარობაა, რომელიც ვერ შესწყდა სხვადასხვა წამლების ზეგავლენით; ამ შემთხვევებში ოპერატიული წამლობის ბევრი ხნით დაყოვნება არ არის კარგი, რადგან ხშირმა და მუდმივმა სისხლის დენამ შეიძლება ავადმყოფი დაასუსტოს და 3. შიგნითა კვანძების ჩაჭედვის და კვანძების გამოვარდნისადმი მიდრეკილების დროს.

3. დ.

2. ქუნთრუშის წამლობა.

(Comby. Presse médicale. № 3. 1925).

ქუნთრუშას ახასიათებს დიფფუზური, წითელი ფერის გამონაყარი, რომელსაც ხანდახან წვრილი, წამოწეული წერტილების ხასიათი (Peau de chagrin) აქვს, ხოლო მძიმე ფორმების დროს კი, ვეზიკულების ხასიათი, რომელთაც შეუძლიანთ ალაგ-ალაგ შეერთდნენ (milliaria scarlatinosa). ამ გამონაყარის წინ ან მასთან ერთად არსებობს ერითმატოზული ანგინა, რომელიც წარმოადგენს ნამდვილ ენანთემას. საექვო და შესუსტებული ფორმების ამოსაცნობად ჩვენ ყოველთვის უნდა ვეძიოთ ეს ენანთემა. თვით ავადმყოფობა იწყება მძიმეთ რწყევით და 1⁰ აწევით. ინკუბაცია მოკლეა: იგი შეიძლება უდრიდეს მხოლოდ რამდენიმე საათს და მხოლოდ იშვიათად აღწევს 2 დღეს. ავადმყოფობა ყველაზე მეტად გადამდებია პირველ დღეებში. ერთი კვირის შემდეგ იგი უკვე საექვოა და აქერცლების პერიოდში კი შეადგენს გამონაკლისს. როდესაც იგი ასეთი დაგვიანებულია, მაშინ ჩვენ ეჭვი უნდა შევიტანოთ რაიმე გართულებაზე ცხვირის, ხორხის და ყურის მხრივ, რადგანაც ეს ორგანოები წარმოადგენენ პათოგენური მიკრობების დაბუდების ადგილს და შეიძლება შეიქმნენ მიკრობების გავრცელების წყაროდ.

საცხოვრებელი ბინების დეზინფექციის მოხდენა ეწინააღმდეგება ამ კლინიკაზე დამყარებულ შეხედულებას. ასეთ დეზინფექციას ხშირად აწარმოებენ დიდის გულმოდგენით და ყოველთვის უშედეგოთ. დეზინფექცია უნდა გაუკეთ-

დეს არა საცხოვრებელ ბინას, არამედ ავადმყოფს, კონვალესცენტს და ბაცილების მატარებელს, რადგანაც უმრავლეს ინფექციურ ავადმყოფობათა მიკრობები არ სცხოვრობენ ორგანიზმის გარეშე.

ქუნთრუშის ქერცლს, რომლისაც ასე ემინიანთ ექიმებს და ოჯახის წევრებს, თავის თავად არ გადააქვს ავადმყოფობა. მას შეუძლია ავადმყოფობის გადატანა მხოლოდ მაშინ, როდესაც იგი შემთხვევით გაჭუჭყიანებულია ყელის, ცხვირის ან ყურის სეკრეტით, თუ ამ ორგანოებში რაიმე გართულება დაჩირქებითი პროცესის სახით.

1⁰. მცირეჰასაკოვანი, ქუნთრუშით შეპყრობილი ბავშვი, 20 დღის განმავლობაში უნდა იწვეს ლოგინში და შემდეგი 20 დღის განმავლობაში კი იმყოფებოდეს ოთახში; ეს ორმოცი დღიანი იზოლიაცია უნდა იყოს სრული. თვით ოთახში უნდა იყოს საშუალო t⁰ (16⁰—18⁰) და ჰაერის კარგი ვენტილაცია.

2⁰. დიეტა, პირველი 20 დღის განმავლობაში, უნდა იყოს თხელი: რძე, წმინდა ან, ბავშვის გემოვნების მიხედვით, ყავის, ჩაის, კაკაოს დამატებით: თუ ავადმყოფი რძეს ცუდად ინელებს, შეიძლება მას დაეუმატოთ Vals-ის ან Vichy-ს *) წყალი; წყალი და სხვადასხვა გამონახარში უნდა მიეცეს სურვილისამებრ. შემდეგ 3 კვირის განმავლობაში კი უნდა ვაძლიოთ მცენარეულობა (პიურე, წვენი, პური, მოხარშული ხილი, მურაბა, მოხარშული სალათი), რომელსაც შეგვიძლია დაეუმატოთ რძე. მე-40-ცე დღემდე არ უნდა მიეცეთ არც ხორცი და არც თევზი.

3⁰. ყოველ დღე უნდა გავუკეთოთ აბაზანა 36⁰-37⁰-38⁰ C. 10-15-20 წუთის განმავლობაში ხოლო აქერცლების პერიოდში ვაწარმოვოთ საბონით ტანის დაბანვა. ჰიპერთერმიის და ატაქსიო-ალინამიის დროს, ისევე როგორც მუცლის ტიფის დროს, აბაზანა უნდა იქმნეს გრილი (30⁰, 32⁰ ან ცივი (25⁰).

4⁰. თუ ავადმყოფს ემჩნევა თირკმლის ზედა ჯირკვლის ნაკლოვანობა (ასთენია, პულსის სისუსტე), მაშინ დილას და საღამოს შაქრიან წყალში უნდა მიეცეთ X წვეთი Adrenalini hydrochlor., გაზაფხული 1 : 100⁰ ან უკეთესია იაუ ამივე ხსნარის 1/2 ან 1 კ. ს. გაუკეთებთ კანქვეშ.

5⁰. საჭიროა პირის, ყელის და ნესტოების გაწმენდა დილას და საღამოს; გამოვლება Vichy-ს წყალით, რომელსაც უმატებენ Hydrogen. hyperoxidat. 12⁰%, ხსნარს ერთს სუფრის კოვზს. (ჯვირში შეყვანა შემდეგი მაღამოსი:

Rp. Eucalyptoli
 Camphorae aa 0,2
 Vaselini 20,0
 M. f. ungt.
 S. მაღამო.

6. ქუნთრუშის ანგინოზური ფორმების, და განსაკუთრებით ისეთი ფორმების დროს, როდესაც ჩნდება ცრუ აპკები, სისხლნარევი დეტრიტი, ქსოვილების ცუდსუნიანი განგრენოზული დაშლა, საჭიროა ხშირად (ყოველ 2-3 საათში) ვაწარმოვოთ უხვი პულვერიზაცია Seltz-ის წყლის სიფონით. მისი გასაადვილე-

*) Vichy-ს მაგიერ შეიძლება მიეცეს ბორჯომის წყალი (რედ.)

ბლად სიფონის ბოლოს უნდა გაუკეთოთ 10-15 cm. სიგრძის კაუჩუკის მილი (Nélaton-ის ზონდი), რომელსაც ვათავსებთ ენის ზურგზე.

7. კისრის იმ ადენოპათიების (bubo scarlatinosa) საწინააღმდეგოდ, რომელნიც თანდევნენ ანგინას, ვხმარობთ სითბოს და თბილ შეხვევას და კომპრესს, რომელსაც ვუცვლით ყოველ 3 საათში. შეიძლება სითბოსთან ერთად, კომბინირად ვიხმაროთ კალლარგოლის მალამო.

8. სკარლატინოზური რევმატიზმის საწინააღმდეგოდ ავადმყოფს ვუნიშნავთ ასპირინს.

Rp. Aspirini 0,5

Dt. d. № 15

S. 2-3 ფხვნილი დღეში.

შეიძლება აგრეთვე დაუნიშნოთ:

Rp. Natr. salicyl.

Natr. bicarbon. aa 0,5

Mfp. d. t. d. № 10

S. თითო ფხვნილი დილას და საღამოს $\frac{1}{2}$ კიკა შაქრის წყალში.

9. აქერცლვის დამთავრების დასაჩქარებლად დილას და საღამოს უნდა წავუსვათ შემდეგი მალამო:

Rp. Acid. tartar.

Acid. carbol.

Bals. Peruv. aa 1,0

Glycerini (c ammonio) 100,0

10. ავადმყოფობის გავრცელების თავიდან ასაცილებლად უნდა გაუკეთდეს დეზინფექცია საცვალს და იმ ნივთებს, რომელნიც ქუნთრუშიან ავადმყოფს შეეძლო გაეჭუჭყიანებინა. ამის გარდა საჭიროა, რომ ეს ნივთები 40 დღის განმავლობაში არ იხმარებოდეს. ეს ხანა სრულიად საკმარისია და ამის შემდეგ შეიძლება მათი ხმარება.

11. ამ უამად ჩვენ ვერ არა გვაქვს არც ვაქცინა და არც შრატი, რომელსაც შეეძლო ემოქმედა ქუნთრუშაზე, როგორც წამლობის, ისე წინასწარი დაცვის მხრივ. სერო-და ვაქცინოთერაპიის ცდებმა ვერ ვერ მოგვცეს დამაკმაყოფილებელი შედეგები.



ბიბლიოგრაფია

დ. ჯავახიშვილი. ახტალის ტალახი და მისი მნიშვნელობა. ჟურნალი „თანამედროვე მედიცინის“ გამოცემა. ტფილისი 1925 წ.

ჩვენი სამშობლოს სამკურნალო ადგილებისა და წყლების შესასწავლად ჯერ-ჯერობით ძლიერ ცოტა არის გაკეთებული. არ არის ცნობილი დიდი უმეტესობის ფიზიოლოგიური გავლენა, გამოურკვეველია მათი სამკურნალო მნიშვნელობა და სრულიად შეუსწავლელია ჩვენი კურორტები ფიზიკურისა და გეოგრაფიულის თვალსაზრისით. დ. ჯავახიშვილის წიგნაკი ერთს ასეთს დანაკლისს ავსებს და მთელს საქართველოში საკმაოდ ცნობილს ახტალის ტალახის შესახებ მოკლედ, მაგრამ საკმაოდ სისრულით და ყველასათვის გასაგებად, იძლევა ყველა საჭირო ცნობებს. ამ წიგნაკში მოყვანილია ახტალის მოკლე გეოლოგიური მიმოხილვა, აღწერილია მისი გეოტოპოგრაფიული მდებარეობა, მოყვანილია ახტალის ტალახის ფიზიკური თვისება და ქიმიური შემადგენლობა და აღწერილია თვით კურორტის თანამედროვე მდგომარეობა. შემდეგ ავტორს, რომელიც საქართველოში საფუძვლიანად ითვლება საერთოდ ტალახით მკურნალობის და კერძოდ ახტალის ტალახის ერთს საუკეთესო მცოდნედ, განმარტებული აქვს ტალახის გავლენა ადამიანის სხეულზე და თანამედროვე შეხედულობანი ამ გავლენის მიზეზზე და მოყვანილი აქვს ახტალის ტალახის სამკურნალო მოქმედება სხვადასხვა სნეულების დროს, როგორც ლიტერატურული ცნობების, აგრეთვე უმთავრესად საკუთარი დაკვირვებების მიხედვით. თუ ამას დაემატებთ, რომ წიგნაკში, გარდა ამისა, განმარტებულია, თუ როგორ შეიძლება ტალახით მკურნალობა სახლში, რომ წიგნი კარგი ქართული ენით არის დაწერილი, ყველასათვის ცხადი იქნება, როდენად სასარგებლოა დ. ჯავახიშვილის წიგნი ჩვენი საზოგადოებისათვის და კერძოდ ექიმთათვის. რომელნიც მისი საშუალებით გაიცნობენ ჩვენი სამშობლოს ერთ ერთს მნიშვნელოვანს კურორტს და მით შესძლებენ თავის ავადმყოფს საჭიროების დროს შესაფერი დარიგება მისცენ. წიგნი სუფთად არის გამოცემული, დასურათებულია, შეიცავს 31 გვერდს და ღირს 50 კ.

შ. მ.

პროფ. B. Noth და პროფ. M Mayer. მალარია. თარგმანი გერმანულით ავტორთა ნებართვით და ქართული გამოცემისათვის მათი საჯანგებო წინასიტყვაობით ბ. ოქროპირიძისა პროფ. ალ ალადაშვილის რედაქციით. წითელი ჯვრის საზოგადოების გამოცემა. VIII+148+20 ტაბულა სურათებით. ტფილისი 1924 წ. ფასი 2 მან.

ჯერ-ჯერობით ლარობს ქართულს სამეცნიერო-სამკურნალო ლიტერატურას ერთი ფრიად ძვირფასი წიგნი მიემატა. Nocht-ისა და Mayer-ის წიგნი სრულიად საფუძვლიანად ითვლება მალარიის კლინიკის, პათოლოგიის, პროფილაქტიკისა და პარაზიტოლოგიის ერთს საუკეთესო სახელმძღვანელოდ მსოფლიო სამკურნალო ლიტერატურაში, მით უმეტეს იგი ძვირფასია ჩვენთვის საქართველოში, სადაც მალარია ჩვენი ხალხის უბედურებას შეადგენს და სადაც მალარიას ზედმიწევნით ცოდნა საქართველოში ყოველი მრამუშავე ექიმის მოვალეობას წარმოადგენს. ამ სნეულების შესწავლაში Nocht-ისა და Mayer-ის წიგნი დიდს დახმარებას გაუწევს ქართველ ექიმებს და იმედია სურვილს აღუძრავს მათ განახორციელონ ჩვენ პირობებშიაც მალარიის წინააღმდეგ ბრძოლის ის მეთოდები, რომელთაც შესამჩნევს სისტემით მოკლედ, მაგრამ საკმაოდ საფუძვლიანად აგვიწერენ ჩვენ გერმანელი მეცნიერები. განსაკუთრებით საფუძვლიანად ამ წიგნში შემუშავებულია თავი, რომელიც შეეხება მალარიის მკურნალობას ე. ი. სწორედ იმას, რაც ყველა ჩვენი ექიმის ყოველდღიურს საჭირობოროტო საკითხს შეადგენს. სამწუხაროდ წიგნში დართული სურათები ყველა კარგად არ არის გამოსული: მკრთალია უკანასკნელი 3 სურათი, რის გამო მათში პარაზიტების გარჩევა ძნელი ხდება. მიუხედავად ამისა, წიგნი, ვიმეორებთ, განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ჩვენთვის და ყოველი ქართველი ექიმისათვის აუცილებელ საჭიროებას წარმოადგენს. თარგმანი საერთოდ დამაკმაყოფილებელია, სავსებით გასაგებია და გერძანულ დედანთან ძლიერ შეთანხმებულია. ალბათ ეს უკანასკნელი გარემოებაა მიზეზი, რომ ალაგ-ალაგ თარგმანი ცოტად მძიმეა. საერთოდ კი ექიმი ბ. ოქროპირიძე დიდი მადლობის ღირსია ამ წიგნის გადმოთარგმნისათვის და იმ დიდი შრომისათვის, რომელიც მან გასწია. დიდი მადლობის ღირსია აგრეთვე წითელი ჯვრის საზოგადოება, რომელმაც ეს სასარგებლო და საჭირო წიგნი გამოსცა და ამისათვის ხარჯების გაღება არ დაიშურა.

შ. მ.

VI

რ ე ზ ე რ ა ს ტ ე ბ ი

1. შინაგანი სნეულებანი

Montel. Tension arterielle et viscosité sanguine dans le paludisme chez les Annamites de Cochinchine. სისხლის წნევა და წებოვნობა მაღაროის დროს კოჩინჩინის ანამიტებში. Bull. de la société de Pathologie Exotique. 1924. № 9.) ავტორს უწარმოებია სისხლის წნევის გამოკვლევა Pachon-ის ოსცილომეტრით და წებოვნობის Hess-ის ვისკოზიმეტრით მაღაროით ავადმყოფ ანამიტებზე. თავის გამოკვლევის მიხედვით იგი შემდეგ დასკვნებამდე მიდის: 1. ჯანმრთელი ანამიტების სისხლის წნევა, როგორც მაქსიმალური, აგრეთვე მინიმალური და პულსისა, ყოველთვის ნაკლებია ევროპელების სისხლის წნევაზე; 2. მაღაროით ავადმყოფი ანამიტების სისხლის წნევა აპირექტიულ პერიოდში შედარებით ნორმასთან ყოველთვის დაქვეითებულია. 3) მათვე ცხადად ემჩნევა ამავე დროს სისხლის წებოვნობის გაძლიერება, როგორც აბსოლუტურად, აგრეთვე შედარებით *). ავტორს სისხლის წებოვნობის მხოლოდ 34 გამოკვლევა აქვს ნაწარმოები და, სამწუხაროდ, არ გამოუკვლევია სისხლის მორფოლოგიური ელემენტების რიცხვი და არც ჰემოგლობინის რაოდენობა; არ გამოუკვლევია აგრეთვე სისხლის შრატის წებოვნობა, რომ შეიძლებოდაც გამოირკვეს თუ რა მიზეზით არის მაღაროან ანამიტებში სისხლის წებოვნობა გაძრიელებული.

შ. მ.

* Valtis. ტუბერკულოზური ბაცილის Chamberland-ის სანთელში გამავლობის შესახებ (Ann. de l'ins. Pasteur. tome XXXVIII. n° 6 juin 1924. Pr. Méd № 74 1924).—

ავტორის გამოკვლევებიდან გამომდინარეობს, რომ ტუბერკულოზურ ნახველში და ჩირქში, მათი ავტოლიზის შემდეგ 37° ტემპერატურის დროს, და აგრეთვე 3—8 კვირის გლიცერინბულიონის კულტურაში, არსებობენ Chamberland-ის სანთელში გამავალი და ვირულენტური ტუბერკულოზის ბაცილის ფორმები.

Koch-ის ბაცილის ეს ფორმები, ზღვის გოჭისათვის კანქვეშ აცრის დროს, იწვევენ ყოველთვის ერთ და იმავე დაზიანებას: აცრის მიდამოს ჯირკვლების ხანმოკლე ჰიპერტროფიას, ტრახეო-ბრონხიალური ჯირკვლების ტუმეფაქციას და ფილტვის ჰეპატიზაციას Koch-ის ბაცილის არსებობით. V. არასოდეს არ უნახავს აცრის სკლეროზი (chancres d'inoculation) იმ ცხოველთა შორის, რომელთა ტრახეო-ბრონხიალური ჯირკვლები და ფილტვები უკვე დაავადებულია.

ამგვარად უნდა დაუშვათ, რომ ტუბერკულოზის ბაცილის სანთელში გამავალ ფორმებს შეუძლიანთ, ჰაერის გარეშეც, მოახდინონ ინფექცია ლიმფური სისტემისა და გამოიწვიონ ჯირკვლთა და ფილტვების დაზიანების წარმოშობა, როგორც ამას იწვევენ ნორმალური, ნახველში, ჩირქში და კულტურაში მყოფი ბაცილები.

(E. Rivet-ს რეფერატი).

ი. პარმა.

*) Montel-ის ეს დაკვირვება სისხლის წებოვნობის გაძლიერების შესახებ მაღაროის დროს არ ეთანხმება Sindoni-სა და შ. მიქელაძის დაკვირვებებს, რომელთაც მაღაროის დროს სისხლის წებოვნობა დიდს უმეტესს შემთხვევებში დაქვეითებული ნახეს (იხ. შ. მიქელაძის დისერტაცია. მასალები სისხლის წებოვნობის და შედეგების თვისების შესასწავლად მაღაროის დროს).

თანამედროვე მედიცინა № 1—1925.

Enselme. გამოკვლევანი ინსულინის მოქმედების შესახებ სხვადასხვა ნახშირწყლებზე (Thèse de Lyon. 1924. Pr. Méd. № 74. 1924).—ამ შრომაში ავტორმა განიხილა ინსულინის შემადგენლობის და მისი სხვადასხვა ნახშირწყალზე გავლენის შესწავლა.

შემადგენლობის მხრივ მან აღნიშნა, რომ ინსულინზე, რომელიც დამზადებულია Chabanier-ს მეთოდით და რომლის აქტივობა გამოცდილია ბაჭიაზე, პიკროლონის სიმკვეთით მოქმედების დროს, მიიღება კრისტალური სხეული, რომელიც არ მოქმედობს გლიკემიაზე და რომელიც ჯერ შესასწავლია.

ინსულინის ნახშირწყლებზე მოქმედების მხრივ, Hugouneng-ს და Enselme-ის გამოკვლევები გვიჩვენებენ, რომ იგი in vitro პირდაპირ არ მოქმედობს სხვადასხვა ნახშირწყლებზე. იგივე უარყოფითი შედეგია მაშინაც კი, როდესაც რეაქცია სწარმოებს სისხლის შრატის, ორგანოთა (როგორც მაგალ. ღვიძლი, ფილტვი) ექსტრაქტების და ფოსფოროვან შენაერთთა თანადასწრებით. პირაქით, ინსულინი სცელის სისხლის ზოგიერთ ფერმენტთა მოქმედებას. ასე, იგი ცნადად აძლიერებს მალტოლიტიურ ფერმენტის მოქმედებას, უფრო არა რეგულიარულად მოქმედობს გლიკოლიტიურ ფერმენტზე და ინაქტიურია დაქსტრინის და გლიკოგენის დამრღვევ ფერმენტთა მიმართ.

ეს რამოდენიმე ფაქტები გვიჩვენებენ რომ, თუ პრაქტიკულად ინსულინი მოქმედობს ნახშირწყალთა მეტაბოლიზმზე, მისი მოქმედება ფრიად რთულია და რომ ჯერ კიდევ ძნელია მისი მოქმედების მენაიზმის წარმოდგენა.

(G. Cotte-ის რეფერატი)

ი. პარმა.

2. ქირურგიული სნეულებანი

Strube, გულის ფუნქციონალური გამოცდა ოპერაციების წინ. ოპერაციების წინ, როცა ბანჯის მიცემა აუცილებელია, საჭიროა ვიცოდეთ გაუძლებს თუ არა გული ოპერაციის დროს მისაცემ ნარკოტიულ საშვალელებს, და ამისდა გვიარად საჭირო ხდება ამა თუ იმ ნარკოტიულ საშვალეების შერჩევა. Strube გვიჩვენებს ამ მიზნით ვისარგებლოთ Katzenstein-ის მიერ შემოღებული გულის გამოცდის წესით. ეს გამოცდა ეყრდნობა იმ პრინციპს, რომ თუ რაიმე საშვალეებით არტერიალურ სისტემაში სისხლის მიმოქცევისათვის წინააღმდეგობას შევქმნით და მით ავამაღლებთ სისხლის წნევას, მაშინ გული ასე თუ ისე უნდა შეეგუოს მისი მუშაობის მიმართ წამოყენებულ ახალ მომეტებულ მოთხოვნილებებს და ამ შეგუების მიხედვით ჩვენ შეგვიძლიან მსჯელობა ვიქონიოთ გულის კუნთის მდგომარეობის შესახებ ე. ი. შესძლებს თუ არა გული ოპერაციისა და ნარკოზის ატანას. ტენზიურად ეს ცდა ასე სწარმოებს: ავადმყოფს აწვენენ საწოლზე თარზულ მდებარეობაში, უთვლიან მაჯას და რომელიმე ხელსაწყოთი გამოიკვლევენ სისხლის წნევას. შემდეგ Pupart-ის იოგებთან უშვალათ მაგარად დააჭერენ თითებით ბარძაყის არტერიებს, რაც გრძელდება 2—5 წუთის განმავლობაში; ამის შემდეგ თითებს აშორებენ და იკვლევენ განსაზღვრულ დრო გამოშვებით მაჯის სისხნორებს, და სისხლის წნევის სიმაღლეს. Strube ყველა ავადმყოფს იმისდა მიხედვით, თუ რა გავლენას ახდენს მათზე ეს ცდა სამ ჯგუფად ჰყოფს: მაგარი გულის მქონენი; ფუნქციონალურად საკმაოდ მომუშავე გულის პატრონი და ფუნქციონალურად არა საკმაოდ მომუშავე გულის პატრონი. პირველ ამთავანს Katzenstein-ის ცდის გამო გულის ცემა აუწყებს, მაჯის ცემის რიკები არ იკვლება ან წინანდელზე კიდევ დაიკვლება. მეორე ჯგუფისას ცდის შემდეგ სისხლის წნევა in statu quo რჩება, ხოლო მაჯის სისხნორე მატულობს. მესამე მაჯის აჩქარებასთან ერთად უჭირდებათ სისხლის წნევა. პირველ ჯგუფის ავადმყოფთ შეგვიძლიან უშიშრად მივცეთ ნარკოზისთვის ქლოროფორმი, მეორეთათვის ქლოროფორმით დაბანჯვა საშიშია, უმჯობესია ნახშიროთი ეთერი, მესამე ჯგუფს უკეთესი იქნება თუ ოპერაციას სულ არ გაუკეთებთ და სხვა წესით ვუწამლებთ. (Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. Bd. LXXXVII).

ი. თ.

3. მიაზოგა და ბინეკოლოგია.

Borak, კლიმაქტერიული გამოვარდნის მოვლენების წამლობა Hypophyse-ს და ფარისებრი ჯირკვლის რენტგენის სხივებით გააშუქებით. (Munch. med. Woch. 1924. №). ცნობილია, რომ საკვერცხეს ფუნქციის შეჩერების ნიადაგზე ჩნდებიან ავადმყოფი ათვის მეტად შემაწუხებელი ავადმყოფობის სიმპტომები, რომლებიც სომატიურ და ფსიქიურ სფეროებს ეხებიან. პირველ ადგილს იკავებენ სიმპტომები ენდოკრინული ხასიათისა და გამოიხატებიან სისხლის მოწოლაში თავ-პირში; რამოდენიმე წამის ანუ წუთის შემდგომ ეს მოწოლა ქრება და მის მაგივრად ჩნდება ოფლის გამოცემა შუბლზე და ლოყებზე, ზოგჯერ მთელ სხეულზე. ჩვეულებრივ ამ მოვლენას თან ერთვის თავის ბრუ, თვალის წინ ბჭყრიალი, სუნთქვის გაძნელება და გრძნობის დაკარგვის შიშიც. ხანდახან ჩვენ ვხვდებით სხვაგვარ მოვლენებსაც, რომელსაც არ უნდა ჰქონდეს დამოკიდებულება საკვერცხეს მუშაობის შეწყვეტასთან, ესენი არიან: თავის ტკივილი, თავის სიმძიმე, მიგრენი, სისხლის წნევის აწევა, გულის ფრიალი, obstipatio, pruritus vulvae, წელის ტკივილი, პარესტიზიები კიდურზე, Hyperhydrosis, დერმატოზები და სხვა. გამოვარდის ნიშნებს არავითარი კავშირი არა აქვს ქალის კვებასთან, არც მის ინტელიგენტობას და არც პროფესიასთან; ისინი ჩნდებიან, როგორც მუშაობის, ისე ძილის, მოსვენების დროს.

გამოვარდნის მოვლენების გაჩენასთან ერთად უმეტეს შემთხვევაში იწყება წონის მობტება, თუმცა შესაძლებელია ზოგჯერ წინააღმდეგოდ მოხდეს, ე. ი. წონის დაკლება. საზოგადოთ აღნიშნული სიმპტომების დაწყება ხდება Cessatio mensium-ის წინ, მხოლოდ შემდგომ ისინი ძლიერდებიან. ამას გარდა საკვერცხეს გამოვარდნის ნიშნებს ჩვეულებრივად ჩვენ ვიღებთ ოპერატიულ დახმარების (საკვერცხეების ამოკვეთა) და რენტგენის სხივებით წამლობის შემდგომ. დიდი ხანია ამ სიმპტომების წამლობა შეადგენდა მეცნიერთა ფიქრის საგანს. მიწოდება სხვადასხვა მედიკამენტებისა და ორგანოპრეპარატებისა სასარგებლო არ გამოდგა.

პირველი ცდა გამოვარდნის მოვლენების რენტგენის სხივებით წამლობისა იყო გაკეთებული Croedel-ის მიერ (გაშუქება მუცლის ქვედა ნაწილისა). შემდგომ Werner-მა სხივები გაუშვა შუა-ტვინის და Hypophyse-ს მიდამოში და მიიღო დამაკმაყოფილებელი შედეგები. ავტორმა ცდიდა მასალაზე გამოსცადა *Werner-ის გაშუქების გზაწესი და მას სრულიად მისაღებად სთვლის. მისი აზრით, ორგანიზმში მხოლოდ ორი ენდოკრინი ჯირკველია, მათ შორის პირველი Hypophyse და შემდგომ ფარისებრი, რომლებიც საკვერცხეს ფუნქციის შეჩერების ანუ მისი ამოკვეთის შემდგომ ზედმეტ სეკრეციას იწყებენ. რენტგენის სხივებით ენდოკრინი ჯირკვლის აბორატზე პირდაპირ მოქმედებენ. ავტორს გაუტარებია 47 შემთხვევა. აქედან 35 კარგად გამხდარა Hypophyse-ს გაშუქებით, დანარჩენი-კი ფარისებრი ჯირკვლისა. Hypophyse-ს გაშუქებით მორჩენილ შემთხვევებში იყო ისეთებიც, სადაც პირველად ფარისებრი ჯირკვლის გაშუქება მოხდა, მაგრამ უშედეგოდ. იყო ისეთი შემთხვევებიც (5), სადაც Hypophyse-ს გაშუქებამ არ მოახდინა არავითარი ცვლილება და შემდგომ გაკეთებულ გაშუქებამ ფარისებრი ჯირკვლისა კი ავადმყოფი მოარჩინა. ავტორმა გამოიმუშავა ერთი პრაქტიკული ზომა, რომლის თეორეტიკულად დამტკიცება მას ჯერ-ჯერობით არ შეუძლია: გამოვარდნის მოვლენების დაწყებისას თუ ავადმყოფი წონაში მატულობდენ, ის Hypophyse-ს აშუქებდა, თუ კლებულობდენ, მაშინ ფარისებრი ჯირკვლის გაშუქებით იწყებდა წამლობას. ის ფაქტი, რომ ფარისებრი ჯირკვლის გაშუქებით ავადმყოფი კარგად ხდებოდა, ექვს გარეშეა, ლაპარაკობს წინააღმდეგ Werner-ის აზრისა, რომელიც ფიქრობს რენტგენის სხივების მოქმედება მიაწეროს შუა-ტვინის ცენტრების ზეგავლენას. კარგი შედეგები რენტგენის სხივებით წამლობისა არ შეიძლება აიხსნას აგრეთვე მის საერთო ორგანიზმზე მოქმედებით, რადგან გაშუქება სხეულის სხვა ნაწილებისა, როგორც არის, კიდურები, ლვილი და სხვა ავადმყოფობის გაქრობას არც ერთ შემთხვევაში არ იძლევა. ამ პროცესის ფსიქიურ გავლენაზე მიწერა, აშკარაა, მიუღებელია, რადგან გამოცდილია დიდი მასალა. ამგვარად, მიზეზი ოვარიალური გამოვარდნის მოვლენების წარმოშობისა უნდა იყოს Hypophyse-ს და ფარისებრი ჯირკვლის ჰიპერფექტიზი. გაშუქების რამოდენიმე დღის შემდგომ გამოვარდნის მოვლენები ან სრულიად ქრებოდენ, ან და ძლიერ სუსტდებოდენ. სადაც პირველი გაშუქების სენსი ავადმყოფის მდგომარეობის გაუმჯობესობას არ იძლეოდა, იქ რვა

დღის შემდგომ განმეორებით წარმოებული გაშუქება ანუ მეორე ჯირკვლის რენტგენიზაცია სასურველ მიზანს აღწევდა. სამი სეანსის მეტი 8 დღის ინტერვალით არა ერთ შემთხვევაში საჭირო არ ყოფილა. ზოგჯერ რამოდენიმე ხნის შემდგომ გამოვარდნის მოვლენები ხელ-მეორედ ბრუნდებოდნენ, მხოლოდ გაშუქების განმეორებისას სამუდამოდ ისპობოდნენ. ზოგჯერ გაშუქება იწყებდა დამატებითი, ათა სპეციფიური ჩვილის გაჭრობას, როგორც პარის, თავის ტკივილი, თავბრუს, ჭავილი, პარესცეზია და სხვა.

სხვა ორგანოების დაზიანება (ტყავი; ტვინი, ნერვები) ავტორს თავის შემთხვევებში არ ქონია. გაშუქების ტენიკა უბრალო და მარტივია. ფარისებრი ჯირკვლის გაშუქება ისეთია, როგორც ეს Basedow-ის ავადმყოფობის დროს ხდება; Hypophyse-გაშუქება ხდებოდა თავის ორივე მხრივ ისე, როგორც ეს Cella turcica-ს სურათის აღების დროს სწარმოებეს. სხივების რაოდენობა ჩვეულებრივი (4 H. K. S.).

ავტორს შემდეგი დასკვნანი გამოაქვს: 1. საკვრცხვს ფუნქციების გამოვარდნა იწყებს Hypophyse-ს და ფარისებრი ჯირკვლის ზედ-მეტ სეკრეციას. 2. ოვარიალური გამოვარდნის მოვლენები, სულ ერთია როგორია მათი წარმოშობა (კლიმაქტერიუმი, ოპერატიული დახმარების მიზნით ანუ რენტგენის სხივებით გამოწვეული ატროფია) შეიძლება მოკლე დროში გაჭრეს ორი ენდოკრინი ჯირკვლის რენტგენის სხივების გაშუქებით, სახელდობრ პირველ რიგში Hypophyse-ს და შემდგომ ფარისებრი ჯირკვლისა. 3. მოქმედება უნდა მიეწეროს სხივების ზეგავლენას ენდოკრინი ჯირკვლების უჯრედებზე.

მ. მ — ლი.

4. თვალის სნეულებანი.

Nigetithe. ენ ოფთალმიის დროს თვალის კაკალზე ოპერაციები. (Archives d'Ophthalmologie. 1924. № 10. გვ. 604—607. Les opérations sur le globe dans le cas d'neophtalmie).

ორ შემთხვევაში, სადაც ავტორს უნდა გაეკეთებინა კატარაქტის ექსტრაქცია, თვალის კაკლები ძრიელ ღრმად იყვნენ ჩამჯდარნი ოვალბუდეებში. ერთის მხრივ იმის გამო, რომ ცხიმის კეცი გამჭრალიყო და მეორე მხრივ რადგან შუბლის ძვალი გამოზბერილი და თვალბუდის ზედა ნაპირი ძალზე წინ წამოწეული აღოჩნდა (რაც ავტორის შეხედულობით შეადგენს სლავიანთა რასის დამახასიათებელ ნიშანს). თვალის კაკლები იმდენად ჩაღრმავებული იყვნენ, რომ პირველ შემთხვევაში თვალის კაკლის წინა ნაწილი თვალბუდის ზედა ნაპირისაკენ 20 mm, მეორე შემთხვევაში 18 mm. იყო დაშორებული (ნორმალურად მას მიაჩნია 8 mm.) ამ შემთხვევაში ავტორს მიუძარათნია შემდეგ ხერხისათვის. შეუშხაპუნებია $\frac{1}{2}\%$ ნოვოკაინის ხსნარი ქუთუთოების გზით (à travers les paupières) რეტრობულბარულს სივრცეში. ამას გამოუწევეია მეორე შემთხვევა (სადაც იყო შეშხაპუნებული ხსნარის 8%) იმდენად შესამჩნევი წინ წამოწევა თვალის კაკლისა, რო ოპერაცია ადვილად და დაუბრკოლებლივად შესრულებული იყო. პირველ შემთხვევაში კაკლის წინ წამოწევა შეშხაპუნების შემდეგ ქსოვილის ძლიერი ფოსოიანობის გამო ნაკლებად იყო გამოხატული. შეშხაპუნება შეიძლება სხვა ხსნარისაც, მაგრამ ნოვოკაინი სჯობია, რადგან მექანიკური მოქმედების გარდა იგი იწყებს თვალის კაკლის ანესთეზიას.

ა. შ.

VII

ქ რ ო ნ ი კ ა.

— ქართველ ექიმთა მე-III კონგრესის მომწვევ საორგანიზაციო კომიტეტმა 1925 წ. 28 იანვრის სხდომაზე დაადგინა: 1. საპროგრამო საკითხებად გამოცხადებულ იქნას: ა) ტუბერკულოზის გავრცელება საქართველოში ბ) ტუბერკულოზის მკურნალობა გ) ტუბერკულოზის კლასიფიკაცია დ) ათაშანგი—მისი გავრცელება, კლინიკა და წამლობა. 2. იქნეს დაშვებული მოხსენებები აგრეთვე არა საპროგრამო თემაზე. 3. 15 თებერვალს დანიშნოს კომიტეტის სხდომა. პროვინციულ ექიმებს, კომიტეტის წევრებს ეცნობოთ დაესწონენ ამ სხდომას ან და წარმოადგინონ თავიანთი მოსაზრებანი გამოცხადებულ საპროგრამო საკითხებზე. გაცნობებთ რა ამას გთხოვთ აპრილის 15-მდე შეგვაცულობინოთ სათაური მოხსენებისა რომლის წაკითხვაც გსურთ კონგრესზედ ან თვით მოხსენება წარმოადგინოთ შემდეგი მისამართით: ტფილისი, კამოს ქუჩა № 51. ანატომიური ინსტიტუტი. ქართველ ექიმთა საზოგადოების თავმჯდომარე

პროფ. ალ. ნ ა თ ი შ ვ ი ლ ს.

— 3-8 თებერვალს მოსკოვში შესდგება სრულიად რუსეთის მესამე სამალარო ყრილობა.

— 1925 წ. მაისში ლენინგრადში შესდგება საბჭოთა რესპუბლიკების კავშირის რენდგენოლოგების და რადიოლოგების ყრილობა.

— 1925 წ. 5-12 ივნისს ლენინგრადში განხრახულია საბჭოთა რესპუბლიკების კავშირის პედატორების მესამე ყრილობა.

საპროგრამო საკითხებაა შემდეგი:

1) ძუძუ-მწოვარ ბავშვთა საკმლის მონელებისა და კვების მოშლილობათა პათოგენეზი (მომხსენებელი—პროფ. Ф е д ы н с к и ი);

2) კონსტიტუციონალური მომენტი ბავშვთა პათოლოგიაში (მომხსენებელი—პროფ. М а с л о в - ი);

3) ქუნთრუშის ეტიოლოგია, პროფილაქტიკა და წამლობა (მომხსენებელი—პროფ. М о п - ч а н о в - ი).

— 7-10 აპრილს 1925 წ. რომში დანიშნულია საერთაშორისო ქირურგიული საზოგადოების მე-7 კონგრესი. საპროგრამო საკითხებია შემდეგი: 1) საშიფილოსნოს კირჩხიბის რადიოთერაპია; 2) ტვინის სიმსივნეთა წამლობა; 3) ელენთის ქირურგია; 4) ლვიძლის აბსცესი და 5) ჯეკსონის ეპილეპსიის წამლობის მოგვიანებული შედეგები.

— სამკურნალო ფაკულტეტის უმცროს მასწავლებელთა საერთო კრებამ თავის წარმომადგენლებად სამკურნალო ფაკულტეტში აირჩია: მ. მ გა ლ ო ბ ლ ი შ ვ ი ლ ი, შ. შ ი ქ ე ლ ა ძ ე, ვ. მ უ ს ხ ე ლ ი შ ი ლ ი, პ. ქ ა ვ თ ა რ ა ძ ე, მ. ც ხ ა ჯ ა ი ა და ნ. ყ ი ფ შ ი ძ ე და მათ კანდიდატად ვ. ც ე ც ხ ლ ა ძ ე.

— ჯანმრთელობის სახალხო კომისიის მოადგილე გ. ვ ა წ ა ძ ე მისივე თხოვნით განთავისუფლებულია თავის თანამდებობიდან. გ. ვ ა წ ა ძ ე კვლავ დაუბრუნდა ფიზიოლოგიის კათედრის ასისტენტის თანამდებობის ასრულებას, სადაც იგი მუშაობდა ჯან. სახ. კომისარიატში დანიშვნამდე.

— ჯანმრთელობის სახალხო კომისიის მოადგილე დანიშნულია ექიმი ვ. ა ბ ზ ი ა ნ ი ძ ე, ქუთაისის ჯანმრთელობის განყოფილების გამგე.

— უნივერსიტეტის საბალნეოლოგო განყოფილების ასისტენტი ივ. კ ო ნ ი ა შ ვ ი ლ ი წარვლინებულია საზღვარ-გარეთ ჯანმრთელობის სახ. კომისარიატის მიერ საკურორტო საქმეების შესასწავლად გერმანიასა და საფრანგეთში 1 წლის ვადით.



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

მთავლიტი № 210.

შეკ. № 3420/559.

ტირაჟი 600.

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 .

ხელის მოწერა წლიურად 6 მან., თვითეული ნომერი 10 შაური. წლიურად ხელის მომწერთ მიეცემათ დამატებად სამი წიგნი: 1) ჯანმრთელობის წყარო. 2) ბრძოლა მწვავე ვადამდებ სენებთან, 3) ჯანმრთელობის გულშაგი.

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

პასუხისმგებელი რედაქტორი გ. ყორჩიბაში.

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

„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 მოაგზა“

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

აიოზ ე. რიჯაპაიის

კლინიკურ-დიაგნოსტიკური

კაბინეტი

იღვებს გამოსაკვლევად:

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

შარდს: ქიმიურ-მიკროსკოპიული, ბაქტერიოსკოპიული და ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევანი.

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

ამჟამად ავტოგენურ ვაქცინას.

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

მისამართი: ლენინის (თლღას) ქუჩა, გამაანთ შესასვლელი (მუღაძე-გზაბრინანცის სახლის პირდაპირ) № 3.

113

ქურონალის ფასია 1924 წლის სრული კომპლექტი 1 მანეთი.
 ცალკე ნომერი 1 მანეთი.
 ორმაგი ნომერი 1 მანეთი. 50 კაპ.



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

ორიგინალური წერილების ავტორებს მიეცემათ მათი ნაშრომების ცა-
 ლკე ამონაბეჭდი.

წერილები უკვე სადმე დაბეჭდილი ქურონალში 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 მდივანია—ექიმი **პ. შავთარაძე**. — (ყორანაოვის
 ქუჩა № 20), რომელსაც უნდა მიმართოს ყველამ, ვისაც სურს რე-
 დაქციის და ქურონალის შესახებ რაიმე განმარტება ან ცნობა მიიღოს.

ქურონალის მეორე ნომერი უკვე იბეჭდება და გამოვა თებერვლის
 დამლევისათვის.

ქურონალი „თანამედროვე მედიცინა“-ს წარმომადგენლები—მკურნალნი, სა-
 ქართველოს ქალაქებში: ქუთაისში—დ. ჩეხელაშვილი (ნიონოშვილის ქ. № 41),
 ბათუმში—პ. გივინეიშვილი, ლანჩხუთში—ვ. ბარამ ძე, სენაკში—ი. ჩხეტიანი, ხა-
 შურში—გ. ციციშვილი, სოხუმში (აფხაზეთა)—ბ. გრიგოლია, რომელთაც ქურო-
 ნალის საქმეების გამო უნდა მიმართონ პროვინციულ ამხანაგებმა.